

生命醫療史系列

疾病的歷史

林富士◎編

臭肺



除穢



飛毒



吞賊



雀陰



伏矢



尸狗



生命醫療史系列

疾病的歷史

林富士 主編

生命醫療史系列
疾病的歷史

2011年12月初版
有著作權·翻印必究
Printed in Taiwan.

定價：新臺幣650元

主 編 林 富 士
發 行人 林 載 爵

出 版 者 聯經出版事業股份有限公司
地 址 台北市基隆路一段180號4樓
編 輯 部 地 址 台北市基隆路一段180號4樓
叢書主編電話 (02) 87876242 轉 212
台北忠孝門市 台北市忠孝東路四段561號1樓
電 話 (02) 27683708
台北新生門市 台北市新生南路三段94號
電 話 (02) 23620308
台中分公司 台中市健行路321號
暨門市電話 (04) 22371234 ext. 5
郵 政 劃 撥 帳 戶 第 0 1 0 0 5 5 9 - 3 號
郵 撥 電 話 (02) 27683708
印 刷 者 世和印製企業有限公司
總 經 銷 聯合發行股份有限公司
發 行 所 台北縣新店市寶橋路235巷6弄6號2樓
電 話 (02) 29178022

叢書主編 沙 淑 芬
校 對 王 中 奇
封面設計 蔡 婕 岑

行政院新聞局出版事業登記證局版臺業字第0130號

本書如有缺頁，破損，倒裝請寄回聯經忠孝門市更換。 ISBN 978-957-08-3932-6 (精裝)
聯經網址：www.linkingbooks.com.tw
電子信箱：linking@udngroup.com

國家圖書館出版品預行編目資料

疾病的歷史/林富士主編·初版·臺北市·聯經·
2011年12月(民100年)·480面·17×23公分
(生命醫療史系列)
ISBN 978-957-08-3932-6(精裝)

1. 病理學 2. 歷史

415.109

100024681

目次

導言：疾病也有歷史(林富士).....	1
第一章 中國疾病史研究芻議(林富士).....	7
一、引言.....	7
二、研究途徑.....	10
三、研究課題.....	12
四、研究材料.....	18
五、研究方法與寫作方式.....	20
六、結語.....	21
第二章 崇病與「場所」：傳統醫學對崇病的一種解釋(李建民).....	23
一、前言.....	23
二、崇病的病因說：氣與鬼神.....	30
三、試論崇病的空間觀念.....	41
四、崇病案例試析.....	58
五、餘論.....	68
第三章 在夢寐之間：中國古典醫學對於「夢與鬼交」與女性情欲的構 想(陳秀芬).....	77
一、緒論.....	78

二、女性的情欲病症·····	81
三、女性的「夢與鬼交」·····	89
四、「夢與鬼交」與「鬼胎」·····	98
五、結論·····	105
第四章 「笑疾」考：兼論中國中古醫者對喜樂的態度(李貞德)···	109
一、前言：陸雲的「笑疾」·····	109
二、笑的症狀、病因及其治療·····	114
三、笑是樂不可支抑或身不由己·····	133
四、笑、氣與養生·····	139
五、結論：諸情不宜，多笑無益的養生文化·····	147
第五章 「疾疫」與「相染」：以《諸病源候論》為中心試論魏晉至隋唐 之間醫籍的疾病觀(張嘉鳳)·····	157
一、前言·····	158
二、魏晉至隋唐之間的疾疫及其影響·····	159
三、魏晉至隋唐時期醫者對於疾疫的認識與分類·····	166
四、魏晉至隋唐之間醫者對於傳染性疾疫病源的解釋·····	180
五、魏晉至隋唐之間醫者對於傳染性疾疫傳播途徑的見解·····	188
六、魏晉至隋唐時期疾疫相染與孝義倫理之間的困境·····	192
七、結論·····	198
第六章 漢唐時期瘧病與瘧鬼(范家偉)·····	201
一、引言·····	201
二、瘧鬼觀念的出現及其轉變·····	205
三、瘧鬼與道教鬼神譜系的建構·····	225
四、結論·····	242

第七章 關於中國古代的腳氣病及其歷史的研究(廖育群)	245
一、親身經歷所引出的困惑	246
二、關於近代的腳氣病	249
三、關於中國古代的腳氣記載	254
四、關於礦物藥中毒的問題	257
五、關於腳氣病史的研究	262
第八章 中國麻風病概念演變的歷史(梁其姿)	269
一、上古至東晉時代的「大風」與「癘／癩」疾	272
二、隋唐時代	279
三、宋遼金元時代	286
四、明清時代	294
五、結論	310
第九章 19世紀後期英國醫學界對中國麻瘋病情的調查研究(李尚仁)	313
一、前言	314
二、19世紀西方醫學界對麻瘋傳播方式的探討	317
三、皇家醫師院與海關醫官在中國的麻瘋調查	323
四、性行為、生殖與麻瘋的傳播	331
五、種族主義、細菌學說與康德黎的麻瘋研究	339
六、疾病調查、資訊蒐集與資料詮釋	350
七、結論	360
第十章 日治時期台灣地區的疾病結構演變(劉士永)	367
一、疾病結構改變的意義	368
二、疾病結構改變的技術分析	370
三、疾病結構變化之可能成因與解釋	388

四、小結.....	399
第十一章 疾病、醫療與社會：史語所藏內閣大庫檔案相關史料介紹 (劉錚雲).....	401
一、疾病與醫療.....	402
二、疾病與社會.....	405
三、結論.....	411
第十二章 晚明江南祁彪佳家族的日常生活史：以醫病關係為例的探討 (蔣竹山).....	413
一、前言.....	413
二、祁氏家族的疾病史.....	415
三、《祁彪佳日記》中的醫病關係.....	420
四、結論.....	431
第十三章 人藥與血氣：「割股」療親現象中的醫療觀念(邱仲麟).....	433
一、前言.....	434
二、「割股」療親對人部藥的實踐與擴展.....	436
三、「割股」療親行為中的血氣觀念.....	454
四、結論.....	470

導言

疾病也有歷史

林富士(中央研究院歷史語言研究所研究員)

1997年7月，中央研究院歷史語言研究所設立了「生命醫療史研究室」，其前身是成立於1992年的「疾病、醫療與文化」研討會¹。設立研究室的目的，是為了讓既有的研究團隊能更加茁壯，並且與國內外的學者有更頻密的交流和對話。因此，在我受命擔任召集人一職之後，便邀請所內十一位同仁²，在杜正勝先生的領軍之下，開始執行一項名為「中國歷史上的醫療與社會」的三年期整合型研究計畫(1998-2000)³。那時，對於疾病、醫療史的各種課題，我們其實都還在摸索與嘗試之中，因此，每年都會召開專題研討會，邀請各界學者到史語所相互切磋。三年之間，陸續召開了：一、「中國十九世紀醫療」研討會(1998年5月22日)；二、「潔淨的歷史」研討會(1998年6月11-12日)；三、「養生、醫療與宗教」研討會(1998年1月9日)；四、「健與美的歷史」研討會(1999年6月11-12日)；五、「疾病的歷史」研討會(2000年6月16-18日)。

其中，以「疾病的歷史」研討會規模最大，成果也最為豐碩。當時，總共有三十一位學者提交了三十篇論文。學者之中，以國籍或地區來說，美國五人、中國五人、日本兩人、韓國一人、香港一人，其餘十七人為本地學者。以專業背景來說，醫學九人⁴、藥學兩人⁵、文學三人⁶、生物學一人⁷、人類學一人⁸，其

1 其後併入「生活禮俗史研究室」(1995-1997)。

2 成員包括：杜正勝、蕭璠、康樂、劉增貴、宋光宇、王明珂、林富士、李貞德、祝平一、李建民、王道還。

3 經費來源是中央研究院「新興主題研究計畫」項下。

4 酒井靜、梁永宣、梁燦、廖育群、李尚仁、郭秀梅、陳昭明、呂寅碩、Walton O. Schalick。

餘十五人為歷史學⁹。三十篇論文共分十個場次進行，前三場均以「流行病」為主題，共九篇論文¹⁰。接續的七場，主題依序為：四、疾病觀念與醫療技術¹¹；五、疾病與文化¹²；六、身心與疾病¹³；七、性與疾病¹⁴；八、生活方式與疾病¹⁵；九、疾病與政治論述¹⁶；十、文獻材料與疾病史研究¹⁷。除此之外，在「綜合計

(續)

- 5 張賢哲、蔡貴花。
- 6 福田真人、李勤璞、廖炳惠。
- 7 Philip K. Wilson.
- 8 Judith Farquhar.
- 9 劉士永、張嘉鳳、范家偉、張哲嘉、李建民、李貞德、Marta Hanson、陳秀芬、Hugh Shapiro、蕭瑤、陳元朋、金仕起、盧建榮、劉錚雲、蔣竹山。
- 10 依序為：1. 劉士永，〈日治時期臺灣地區的流行病轉型及其成因初探〉；2. 張嘉鳳，〈「染易」與「傳染」：以《諸病源候論》為中心試論漢唐之際醫籍中的疾病觀〉；3. 酒井靜，〈アジアコレラ流行が日本に与えた影響〉；4. 梁永宣，〈中國十六、七世紀有關梅毒的記載〉；5. 福田真人，"The Romantic Image of Tuberculosis: A Cultural History of a Disease"；6. Philip K. Wilson, "Consumption, the Clap and Civilization: Eugenic Attempts to Control Chronic Disease in Early 20th Century America"；7. 范家偉，〈漢唐時期瘧疾與瘧鬼〉；8. 廖育群，〈關於中國古代的腳氣病及其歷史的研究〉；9. 李尚仁，〈種族、性別與疾病：十九世紀英國醫學論癩瘋病與中國〉。
- 11 依序為：1. 張哲嘉，〈官方醫學分科與醫學發展：以北宋疾病分類與傷寒研究為線索〉；2. 梁燦，〈舌診法的形成及其所體現的疾病觀與醫學〉；3. 郭秀梅，〈中日學者疾病認識觀比較〉。
- 12 依序為：1. 李建民，〈漢人「移病」鉤沉〉；2. 李貞德，〈漢唐之間醫方中的忌見婦人與女體為藥〉；3. Marta Hanson, "According to the Person, Place, and Season: A Preliminary Discussion of Medical Conceptions of Local Bodies, Seasonal Geographies, and Regional Disorders in Late Imperial China".
- 13 依序為：1. 陳秀芬，"Dreaming Sex with Demons": The Pathological Interpretations in Ancient Chinese Medicine"；2. Hugh Shapiro, "Neurasthenia and the Assimilation of Nerves into China"；3. Walton O. Schalick, "'Morbus per se': Pain and Its Treatment in Thirteenth- and Fourteenth-century Europe".
- 14 依序為：1. Judith Farquhar, "Ars Erotica: The Uses of History"；2. 李勤璞，〈醫學與佛教：漢醫「五不女」思想的形成〉；3. 陳昭明，〈中醫治療男性性功能障礙陽痿初探〉。
- 15 依序為：1. 蕭瑤，〈中國歷史上的一些生活方式與幾種消化道寄生蟲病的感染〉；2. 陳元朋，〈漢唐間的食禁與疾病〉；3. 呂寅碩，"The Pathology of Worms: A History of Parasitic Disease in East Asia".
- 16 依序為：1. 金仕起，〈晉平公病案新考：「論病以及國」傳統的一則個案分析〉；2. 廖炳惠，〈後殖民的憂鬱與失感：施叔青近作中的疾病〉；3. 盧建

論」時，我則提交〈「疾病的歷史」研究芻議〉一文，供作討論的基礎。

研討會召開之後，轉眼之間，竟已超過十年。在這之間，有些發表人已退休或離開原本任職的機構¹⁸，有些則由研究生躋升為大學教師¹⁹。而他們也大多將會議論文改寫，或發表在國內外的學術期刊，或是收入其論文集、專書之中，也時為學界所引述或討論。因此，似乎已無結集出版之必要。

然而，時至今日，疾病依然困擾著無數的個人和群體。人類不僅隨時隨地在「感知」疾病，也在「製造」疾病；不僅在「界定」(frame)疾病，也在「建構」(construct)疾病。因此，我覺得仍有必要透過論文集的編輯與出版，傳達當年探索「疾病史」的若干歷史經驗²⁰。當時我們頻頻扣問的幾個互相糾結的課題包括：

- (一) 什麼是流行病？什麼是造成疾病流行的原因？
- (二) 流行病對於人類社會和文明造成什麼樣的影響？
- (三) 人類如何因應流行病所帶來的衝擊？
- (四) 「疾病」是一種客觀存在還是一種文化或社會建構(cultural/ social construction)？
- (五) 人類如何看待、詮釋、利用或療癒「疾病」？

這些問題並非由我們首先提出，也不會因我們的解答而消失。但我相信，收

(續)

- 榮，〈戰後臺灣的中國傳統發明：以武俠小說中醫藥知識的建構為例〉。
- 17 依序為：1. 劉錚雲，〈疾病、醫療與社會：史語所藏內閣大庫檔案相關史料介紹〉；2. 蔣竹山，〈疾病與醫療：從《祁忠敏公日記》看晚明士人的病醫關係〉；3. 張賢哲，〈龜與疾病關係之研究〉。
 - 18 如：酒井靜、蕭璠、盧建榮。
 - 19 如：金仕起(國立政治大學)、陳秀芬(國立政治大學)、陳元朋(國立東華大學)、蔣竹山(國立東華大學)。
 - 20 當年的會議論文，有些或因以英文、日文書寫，或因尚未送交專業審查，或因涉及版權，故未能全數收錄，有些則改由發表人以他文代替。至於梁其姿院士一文，則是因地當年曾擔任會議主持人，雖未在會議中發表論著，但她長年致力於疾病史研究，且卓然成家，故特請她貢獻乙篇。

在這本論文集集中的十三篇文章，仍然可以作為思考的起點或參考，仍有攻錯之效。

首先，林富士〈中國疾病史研究芻議〉一文，以中國史為例，概略介紹了疾病史研究的途徑、課題、材料、方法以及寫作方式。其次，李建民〈崇病與「場所」：傳統醫學對崇病的一種解釋〉、陳秀芬〈在夢寐之間：中國古典醫學對於「夢與鬼交」與女性情欲的構想〉、李貞德〈「笑疾」考：兼論中國中古醫者對喜樂的態度〉、張嘉鳳〈「疾疫」與「相染」：以《諸病源候論》為中心試論魏晉至隋唐之間醫籍的疾病〉、范家偉〈漢唐時期瘧病與瘧鬼〉、廖育群〈關於中國古代的腳氣病及其歷史的研究〉、梁其姿〈中國麻風病概念演變的歷史〉等七文，分別探討中國傳統醫學(或宗教)對於崇病、鬼交(夢交、夢鬼交)、笑疾、疾疫、瘧病、腳氣病、癩瘋病的多樣看法、語言歧義以及概念的古今之變。再者，李尚仁〈十九世紀後期英國醫學界對中國癩瘋病情的調查研究〉一文，揭示了中國的癩瘋「經驗」與「在地知識」如何與英國的醫者及醫學觀念互相激盪；劉士永〈日治時期台灣地區的疾病結構演變〉一文，則是解析近代西洋的公共衛生及醫學觀念如何影響日治時期台灣地區「疾病結構」的演變。此外，劉錚雲〈疾病、醫療與社會：史語所藏內閣大庫檔案相關史料介紹〉一文，以官方文書「內閣大庫檔案」，闡明清代社會常見的民眾疾病和傳染病所引發的社會問題；蔣竹山〈晚明江南祁彪佳家族的日常生活史：以醫病關係為例的探討〉一文，則是利用私人日記解析晚明士紳家族的疾病與醫療經驗。最後，邱仲麟〈人藥與血氣：「割股」療親現象中的醫療觀念〉一文，則是透過「割股」療親現象，探討中國醫學中相當具有特色的「人部藥」和「血氣」觀念。

這樣的內容安排，自然揭露出歷史學界對於疾病史研究的興趣，主要還是在於醫學體系中的「疾病」觀念(包括疾病分類與病因論)的演變及其文化特性。同時，這也顯示，無論是「古今之變」的比較、醫學社群或社會群體內部的比較，還是中西醫學的比較，都是疾病史研究常用的手法。此外，從上述論文也可以清楚的看到，運用不同類型的材料，才可以呈顯更多疾病史的不同面向。總之，透過本書的十三篇論文，以及我們過去摸索的經驗，我認為，對於疾病史的探索，只有透過跨學科的對話與整合，跨地域團隊的分工與合作，並且針對各種新、舊

課題，廣泛使用各種方法、工具與材料，才能有重大的突破，並有助於我們對於人類整體歷史的理解。

2011年6月14日 芒種／端午之後，寫於南港中央研究院史語所

在選編這本論文集的論文時，我主要的考量是輯稿與編排上的便利，因此未能輯入研討會的所有論文，為此，謹向所有被遺漏的同仁和朋友致歉，並感謝當年熱情的參與和卓越的貢獻。而本書得以編成印製，必須感謝王汎森學長在擔任史語所所長任內的敦促、聯經出版公司林載爵和方清河二位先生的厚愛與耐心等待，以及國立臺灣大學歷史學系博士生李修平先生的編輯與校訂、謝筱琳與林穎鈺小姐的協助。最後，還必須感謝本書所有作者的授權和參與，以及內人對我工作繁忙的寬容與生活起居的照料。

第一章

中國疾病史研究芻議

林富士(中央研究院歷史語言研究所研究員)

瘟疫曾多次衝擊中國的政治、社會、經濟、文化和生態，也深刻影響宗教與醫學的發展。因此，本文提出一些可能的研究途徑、研究課題、研究材料和研究方法，希望藉以引起學界對於中國疾病史研究的興趣。

一、引言

假如「歷史」是指某種事物在特定時空裡生、成、住、滅的歷程，那麼，「疾病」應該也有其歷史。以「病原」之一的「微生物」來說，它們現身地球和被人類所認識(或和人類遭逢)的年代便早晚不一¹，而且，每一種微生物的生命歷程也不盡相同，因此，每一種疾病都有歷史可言。

然而，在歷史學的領域裡，疾病史研究卻不曾占據重要的地位。大多數的學者似乎認為，「疾病」是醫者處理和研究的對象²，即使和人類的社會、文化有關，也是屬於人類學和社會學的範疇，不勞歷史學者費心。這種態度有其合理性，因為，純粹就生存的考量來說，人類面對疾病時，最迫切的工作是處理其當下所造成的威脅和傷害，而不是去回顧歷史，更無需將心思花費在那些已「死

¹ 舉例來說，較古老的有癩瘋桿菌，較新起的則有愛滋病毒，以及在2003年肆虐於華人世界，引發SARS流行的冠狀病毒。關於「病毒」的歷史，參見Stephen S. Morse ed., *Emerging Viruses* (New York: Oxford University Press, 1993).

² 這裡所說的「醫者」，包括傳統的巫醫、民俗醫療者、宗教醫療者、現代的專業醫生以及生物醫學家。

亡」或尚未復活的疾病身上。此外，研究疾病的歷史往往涉及專業的生物學和醫學知識，一般的史學研究者因少涉足生命科學的領域，自然不敢嘗試這一方面的研究。而且，和疾病史有關的「史料」不僅稀少，在解讀上也困難重重。因此，長期以來，疾病史研究自然處於歷史研究的邊陲地帶，一片荒寂。即使是在醫學史的著作中，疾病的歷史也只是可有可無的附庸³。

可是，從既有的一些研究成果來看，我們又清楚的知道，疾病是人類共同的、普遍的、恆久的生物性經驗之一。疾病不僅是人類生活和生命中無法割捨的一部分，其存滅與盛衰，更和人類社會的發展、文明的變遷，有著緊密而複雜的互動關係⁴。瑞典的病理家韓森(Folke Henschen)便曾宣稱：「人類的歷史即其疾病的歷史。」(“The History of mankind is the history of its diseases”)⁵這句話或許有些誇張，但是，我們至少可以肯定的說，若不研究疾病的歷史，對於人類的

3 以中國醫學史來說，甚少著作以疾病作為論述的主體，或給予疾病史適度的篇章，大多是一片空白。少數的例外有余巖，《古代疾病名候疏義》(台北：自由出版社翻印，1972)；范行準，《中國病史新義》(北京：中醫古籍出版社，1989)；陳勝崑，《中國疾病史》(台北：自然科學文化事業公司，1981)；《赤壁之戰與傳染病——論中國歷史上的疾病》(台北：明文書局，1983)。有關中國醫學史研究的情況，參見陸肇基，〈從《中華醫史雜誌》看我國的醫史研究〉，《中華醫史雜誌》，17：1(1987)，頁1-7。

4 全盤介紹人類各種疾病歷史的著作，尚不多見，但也不乏若干提綱挈領之作，若干通論性的醫學史著作中也略有所及，相關的研究至少有陳勝崑，《中國疾病史》；《赤壁之戰與傳染病——論中國歷史上的疾病》；陳邦賢，《中國醫學史》(上海：商務印書館，1936)，第五篇，〈疾病史〉，頁361-404；范行準，《中國病史新義》；張劍光，《三千年疫情》(南昌：江西高校出版社，1999)；〔日〕三木榮，《補訂朝鮮醫學史及疾病史》(京都：思文閣，1991)；〔日〕富士川游，《富士川游著作集4》(京都：思文閣，1981)；〔日〕立川昭二，《日本人の病歴》(東京：中央公論社，1976)；Deepak Kumar ed., *Disease and Medicine in India: A Historical Overview* (New Delhi: Tulika, 2001)；Folke Henschen, *The History and Geography of Diseases*, trans. by Joan Tate (New York: Delacorte Press, 1966)；Erwin H. Ackerknecht, *A Short History of Medicine*, revised edition (Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1982)；William H. McNeill, *Plagues and Peoples* (New York: Doubleday, 1976)；Kenneth F. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease* (New York: Cambridge University Press, 1993)；Robert I. Rotberg ed., *Health and Disease in Human History: A Journal of Interdisciplinary History Reader* (Cambridge, Mass.: MIT Press, 2000)。

5 詳見Folke Henschen, *The History and Geography of Diseases*, p. 25.

歷史恐怕無法有完整而真確的認識。

以中國的情形來說，從東漢晚年一直到六朝晚期(大約是西元第2至第6世紀)，中國社會便會遭受過一波又一波的「大疫」侵襲。且不說東漢桓帝(147-167在位)、靈帝(168-189在位)和獻帝(189-220在位)時期連年的「疾疫」之災⁶，僅以史書所載的魏晉南北朝時期的「大疫」來說，其流行的頻率便相當驚人。

以三國時期(220-265)來說，四十六年間，「大疫」流行的次數便有六次，依序為西元222年、223年、234年、235年、242年、253年⁷。這六次大疫，前四次發生在魏國轄下的中國北方，後兩次則是在中國南方的吳國境內。

到了西晉時期(265-316)，五十二年間，仍有七次「大疫」流行，依序為西元272至274年、274年、275年、292年、296年、310年、312年⁸。這七次大疫，第一次發生在吳國境內，而且是連續三年，但到了第三年，從北方的記錄來看，當時已蔓延成全國性的疫災。此後幾次，則局限於中國北方。

至於「東晉·十六國」時期(317-420)，在一百零四年之間，至少有九次「大疫」見於記載，依序為西元322年、350年、353年、369年、379年、380年、397年、405年、411年⁹。其中，只有第七次發生在北方，其他八次，都是在東晉統治下的中國南方。

到了南北朝時期(420-589)，情形又有了變化。在長達一百七十年的歲月里，史書所載的「大疫」只發生了五次，依序為西元423年、460年、468年、510

6 關於東漢桓帝、靈帝和獻帝時期的「疾疫」之災，詳見林富士，《漢代的巫者》(台北：稻鄉出版社，1999)，頁193-194；〈東漢晚期的疾疫與宗教〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，66：3(台北，1995)，頁695-715。

7 詳見林富士，〈中國早期道士的醫療活動及其醫術考釋：以漢魏晉南北朝時期的「傳記」資料為主的初步探討〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，73：1(台北，2002)，頁43-118，「附表一：三國時期(220-265)大疫流行年表」。

8 林富士，〈中國早期道士的醫療活動及其醫術考釋：以漢魏晉南北朝時期的「傳記」資料為主的初步探討〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，73：1，頁43-118，「附表二：西晉時期(265-316)大疫流行年表」。

9 林富士，〈中國早期道士的醫療活動及其醫術考釋：以漢魏晉南北朝時期的「傳記」資料為主的初步探討〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，73：1，頁43-118，「附表三：東晉·十六國時期(317-420)大疫流行年表」。

年、565年¹⁰。這段期間，不僅「大疫」的次數減少了，而且，都發生在北方，只有西元468年那一次是南北同時爆發。當然，這並不表示一些小規模的疾疫流行已完全停止。不過，只從規模大小和次數來說，的確顯示出疫情有南北消長的現象。

總之，從東漢中晚期起一直飽受疾疫之害的中國社會，似乎要到南北朝時期的後半葉才逐漸獲得紓解，爆發流行的次數銳減，頻率也陡降。而這些「大疫」，雖然有一些只局限於較小的區域，但也有一些是全國性的。以現代醫學的觀念來看，這些「疾疫」似乎兼指傳染性和非傳染性的「流行病」(epidemic)，包括流行性感冒、天花、血吸蟲病、腳氣病、癩瘋病、藥物(如寒食散)中毒等都有可能，而無論是何種疾病，當時人都感受到其恐怖或受到實質的傷害。文獻所載的「死者大半」、「死者十二三」、「多絕戶者」，恐怕不是虛詞而已。

由此可見，「流行病」應該是當時非常重大的社會危機，而無論是宗教活動還是醫學發展，都和當時的「大疫」(流行病)有緊密的關係。可是，對於如此顯著的歷史現象，除了少數的零星研究之外，尚未有學者全面性的考察當時疾病流行的情形，或是全面性的探討疾疫和當時政治、社會、經濟、宗教、文化、生態之間的互動關係。

因此，本文打算以中國史為主要例證，根據若干既有的研究成果，提出一些可能的研究途徑、研究課題、研究材料和研究方法，以引起學界對於疾病史研究的興趣，共同墾拓這個領域。

二、研究途徑

根據既有的研究成果來看，疾病史的研究途徑，由於偏重點和切入的角度不同，大致可以分成下述四種。

10 林富士，〈中國早期道士的醫療活動及其醫術考釋：以漢魏晉南北朝時期的「傳記」資料為主的初步探討〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，73：1，頁43-118，「附表四：南北朝時期(420-589)大疫流行年表」。

(一)醫學史或醫療文化史

第一種可以稱之為「醫學史」或「醫療文化史」的途徑，側重於探討人類對於疾病的認知和醫療方法，以及這種疾病知識和觀念的形成及傳衍。一般的醫學史家大多採取這種途徑¹¹。

(二)歷史——地理病理學

第二種可以稱之為「歷史——地理病理學」(historico-geographical pathology)的途徑，著重於探討各種疾病的起源和發展，及其在不同時代、空間、社會、人群(因職業、信仰、性別、年齡、生活條件等因素而構成的人群)中分布的情形¹²。

(三)病因學

第三種可以稱之為「病因學」(etiology)的途徑，偏重於探討造成「流行病」(epidemic)的病因。根據現代流行病學的說法¹³，決定疾病發生與否的各項因素大致可以歸為三類。一為「病原」，即導致疾病的直接因素¹⁴。二為「宿主因素」，即影響對於「病原」反應的內在因素¹⁵。三為「環境因素」，即影響「病原」存在和產生作用的外在因素¹⁶。其中，「病原」的部分，由於偏重「傳

11 參見 Charles E. Rosenberg and Janet Golden eds., *Framing Disease: Studies in Cultural History* (New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 1992)。

12 最具代表性的著作或許是 Folke Henschen 的 *The History and Geography of Diseases*。

13 參見 Abraham M. Lilienfeld and David E. Lilienfeld, *Foundations of Epidemiology*, second edition (New York and Oxford: Oxford Univ. Press, 1980)。中文譯本：毛文秉譯，《流行病學》(台北：茂昌圖書有限公司，1982)。

14 包括營養成分(過多或缺乏)、化學物質(毒物與過敏劑)、物理性病原(游離輻射、機械性摩擦)、傳染性病原(複細胞動物、原蟲、細菌、黴菌、立克次體、病毒)。

15 包括遺傳、年齡、性別、種族、生理狀況(疲勞、妊孕、青春期、心理壓力、營養狀況)、免疫經驗、併發症或早先存在的疾病、行為(個人衛生、飲食習慣、人際接觸、職業、娛樂、保健措施)。

16 包括「物質環境」(地理、氣候)、「生物環境」(人口密度、動物、植物)、「社會環境」(職業、城市、經濟、戰爭、水災及其他動亂)。

染性病原」的探討，基本上屬於生命科學的範疇，一般的史學研究者比較難以勝任。但是，有關「宿主」和「環境」的研究，則和「歷史——地理病理學」的研究頗為接近，只不過「病因學」的研究比較強調因果關係的剖析，而較少致力於現象的描述。

(四)社會史和文化史

第四種可以稱之為「社會史和文化史」的途徑，著重於探討疾病在人類社會和文化的演變過程中所扮演的角色，這也是一般史家最擅長，最常用的一種研究途徑¹⁷。

上述這四種研究途徑，並無高下優劣之分，各有其特殊的觀察角度和探索重心，有時也可以同時並進，交互使用¹⁸。

三、研究課題

從上述的四種研究途徑來看，疾病史主要的研究課題其實已相當清楚，歸結來說，不外乎下列五大項。

(一)疾病觀念和醫療方法

其重心在於探討特定時空裡的人群，對於疾病的認知、態度和回應，主要的課題包括：(一)對於疾病的認識和分類¹⁹；(二)對於疾病原因的解釋²⁰；(三)對

17 最具代表性的著作或許是William H. McNeill的*Plagues and Peoples*。

18 關於研究途徑的檢討，參見杜正勝，〈作為社會史的醫療史——並介紹「疾病、醫療與文化」研討小組的成果〉，《新史學》，6：1（台北，1995），頁113-151；〈醫療、社會與文化——另類醫療史的思考〉，《新史學》，8：4（台北，1997），頁143-171；李建民，〈傳統醫療史研究的若干省思〉，《新史學》，3：3（台北，1993），頁123-147。

19 以中國史來說，相關的研究至少有胡厚宣，〈殷人疾病考〉，收入氏著，《甲骨學商史論叢·初集》（成都：齊魯大學國學研究所，1944），下冊，頁437-440；俞慎初，〈中國麻瘋病學〉（上海：復興中醫社，1941）；熊秉真，〈傳統中國醫界對成長發育現象之討論〉，《國立臺灣師範大學歷史學報》，20（台

於疾病所採取的態度和回應方式²¹；(四)醫療和防治疾病的方法和工具²²；(五)疾病觀念和醫療技術的形成和傳衍²³。

(續)

- 北，1992），頁27-41；蕭璠，〈關於歷史上的一種人體寄生蟲——曼氏裂頭蚴病〉，《新史學》，6：2（台北，1995），頁45-66；梁其姿，〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，70：2（台北，1999），頁399-438；張嘉鳳，〈「疾疫」與「相染」：以《諸病源候論》為中心試論魏晉至隋唐之間醫籍的疾病觀〉，《臺大歷史學報》，27（台北，2001），頁37-82；Liu Ts'un-Yan, "The Taoists' Knowledge of Tuberculosis in the Twelfth Century," in *Selected Papers from the Hall of Harmonious Wind* (Leiden: E.J. Brill, 1976), pp. 59-75.
- 20 以中國史來說，相關的研究至少有李豐楙，〈《道藏》所收早期道教的瘧疾觀——以《女青鬼律》及《洞淵神咒經》系為主〉，《中央研究院中國文哲研究所集刊》，3（台北，1993），頁417-454；林富士，〈試論《太平經》的疾病觀念〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，62：2（台北，1993），頁225-263；李建民，〈崇病與場所：傳統醫學對崇病的一種解釋〉，《漢學研究》，12（台北，1994），頁101-148。
- 21 以中國史來說，相關的研究至少有林富士，〈試釋睡虎地秦簡中的「癘」與「定殺」〉，《史原》，15（台北，1986），頁1-38；〈試論漢代的巫術醫療法及其觀念基礎〉，《史原》，16（台北，1987），頁29-53；〈中國六朝時期的巫現與醫療〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，70：1（台北，1999）；〈試論中國早期道教對於醫藥的態度〉，《臺灣宗教研究》，1：1（台北，2000），頁107-142；《疾病終結者：中國早期的道教醫學》（台北：三民書局，2001）；邱仲麟，〈不孝之孝——唐以來割股療親現象的社會史初探〉，《新史學》，6：1，頁49-94。
- 22 相關的研究至少有胡厚宣，〈論殷人治療疾病之方法〉，《中原文物》，1984：4（鄭州），頁27-30；王道還，〈論《醫林改錯》的解剖學〉，《新史學》，6：1，頁95-112；邱仲麟，〈人藥與血氣——「割股」療親現象中的醫療觀念〉，《新史學》，10：4（台北，1999），頁67-116；李建民，〈中國古代針具考〉，《中華現代針灸會訊》，2：2（台北，1999），頁9-52；張嘉鳳，〈清初的避瘟與查痘制度〉，《漢學研究》，14：1（台北，1996），頁135-156；林富士，〈中國早期道士的醫療活動及其醫術考釋：以漢魏晉南北朝時期的「傳記」資料為主的初步探討〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，73：1，頁43-118；Guido Majno, *The Healing Hand: Man and Wound in the Ancient World* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1991).
- 23 以中國史來說，相關的研究至少有李貞德，〈漢唐之間求子醫方試探——兼論婦科濫觴與性別論述〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，68：2（台北，1997），頁283-367；熊秉真，〈明代的幼科醫學〉，《漢學研究》，9：1（台北，1991），頁53-69；〈清代中國兒科醫學之區域性初探〉，收入中央研究院近代史研究所編，《近代中國區域史研討會論文集》（台北：中央研究院近代史研究所，1987），上冊，頁17-41；吳以義，〈漢河溯源：醫學知識在劉完素、

(二) 疾病與自然環境

其重點在於探討影響疾病發生和散布的環境因素，尤其側重於自然生態，包括：(一)氣候²⁴；(二)地理²⁵；(三)動物²⁶；(四)植物；(五)人類的聚落型態(人口密度)²⁷。

(續)

朱震亨門人之間的傳遞》，《新史學》，3：4（台北，1992），頁57-94；李建民，〈中國古代「禁方」考論〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，68：1（台北，1997），頁117-166。以西洋史來說，相關的研究至少有Charles-Edward Amory Winslow, *The Conquest of Epidemic Disease: A Chapter in the History of Ideas* (Madison: The University of Wisconsin Press, 1980)。

- 24 例如，H. H. Lamb及Jean-Noel Biraben等人曾提出所謂「小冰河期」(the little ice age)的概念，並謂在1550年至1700年這段「小冰河期」間，因氣候寒冷及變化不定，而促成當時歐洲社會各種疾病(黑死病、天花、小兒驚風或瘧疾……等)之流行。不過，這個理論也曾引起爭議。例如美國學者Andrew B. Appleby便認為，氣候變異雖可促使某些「微生物」(或病原體)在特定的溫度和濕度之下，產生突變或大量增殖，以致大規模侵襲人類社群而爆發疾疫流行，但是，變乾變冷有時也可抑制或終止某些病原體或病媒(如跳蚤、蚊蟲等)的活動，故而，小冰河期的氣候型態不見得必然會直接導致疾疫流行。然而，「小冰河期」間，疾疫流行卻又是不爭的事實，因此，他也不全然否認氣候變異確為促使疾疫流行的原因之一。不過，他認為其影響是間接的，亦即氣候變異所帶來的災害是農作物的欠收，及隨之而來的「飢荒」。而因「飢荒」所引發的種種政治、經濟、社會問題(如生活條件變劣，都市貧民窟之出現、移徙等)，則往往成為擴散或加重疾病流行的要因。無論如何，上述學者都不否認氣候變異(尤其是「小冰河期」型態的氣候)與疾疫流行的緊密關聯。相關的討論，詳見Andrew B. Appleby, "Disease, Diet, and History," *Journal of Interdisciplinary History*, 8:4 (Princeton, 1978), pp. 725-735; Andrew B. Appleby, "Epidemics and Famine in the Little Ice Age," *Journal of Interdisciplinary History*, 10:4 (Princeton, 1980), pp. 643-663; John D. Post, *Food Shortage, Climatic Variability, and Epidemic Disease in Preindustrial Europe: The Mortality Peak in the Early 1740s* (Ithaca and London: Cornell University Press, 1985)。
- 25 相關的研究至少有蕭瑤，〈漢宋間文獻所見古代中國南方的地理環境與地方病及其影響〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，63：1（台北，1993），頁67-171。
- 26 相關的研究至少有陳勝崑，〈對疾病傳播者的認識——蚊子、蟲子、跳蚤、臭蟲〉，收入氏著，〈赤壁之戰與傳染病〉，頁127-141；H. Zinsser, *Rats, Lice and History: The Biography of a Bacillus* (Boston: Little, Brown and Company, 1934)。
- 27 影響人類聚落型態或人口密度的原因很多，其中最明顯的是人口遷徙。而大規模的人口遷徙正是爆發流行病的要因之一。相關的研究至少有Philip D. Curtin, *Death by Migration: Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth*

(三) 疾病與人群

其重點在於探討影響疾病發生和散布的「人群」因素，以及疾病對於特定人群所造成的衝擊，至於劃分「人群」的依據則包括：(一)時代；(二)地域；(三)性別²⁸；(四)年齡²⁹；(五)職業；(六)信仰(宗教)；(七)社會階層；(八)體質³⁰。

(四) 疾病與社會(文化)

其重點在於探討疾病與人類社會、文化各個層面之間的互動關係³¹，其中最主要的有：(一)人口³²；(二)政治³³；(三)經濟³⁴；(四)戰爭³⁵；(五)宗教³⁶；

(續)——

Century (Cambridge: Cambridge University Press, 1989); Alfred W. Crosby, *Ecological Imperialism: The Biological Expansion of Europe, 900-1900* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990), pp. 195-216; B.A. Kaplan, "Migration and Disease," in C.G.N. Mascie-Taylor and G.W. Lasker eds., *Biological Aspects of Human Migration* (Cambridge: Cambridge University Press, 1988), pp. 216-245; W.H. McNeill, *Plagues and Peoples*, pp. 176-207; David E. Stannard, "Disease, Human Migration, and History," in Kenneth F. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease*, pp. 35-42.

- 28 例如李貞德，〈漢唐之間醫書中的生產之道〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，67：3(台北，1996)，頁533-654。
- 29 例如熊秉真，〈中國近世的新生兒照顧〉，收入中央研究院歷史語言研究所編輯委員會編，《中國近世社會文化史論文集》(台北：中央研究院歷史語言研究所，1992)，頁387-428。
- 30 例如范燕秋，〈疾病、邊緣族群與文明化的身體——以1895-1945宜蘭泰雅族為例〉，《臺灣史研究》，5：1(台北，1998)，頁141-175。
- 31 綜合性的論述有H.E. Sigerist, *Civilization and Disease* (Ithaca, New York: Cornell University Press, 1945); W.H. McNeill, *Plagues and Peoples*; M.N. Cohen, *Health and the Rise of Civilization* (New Haven and London: Yale Univ. Press, 1989); Charles E. Rosenberg, *The Cholera Years* (Chicago and London: The University of Chicago Press, 1962).
- 32 例如 W.W. Farris, *Population, Disease, and Land in Early Japan, 645-900* (Cambridge, Mass.: Harvard University, 1985); Danis Twitchett, "Population and Pestilence in T'ang China," in W. Bauer ed., *Studia Sino-Mongolica: Festschrift für Herbert Franke* (Wiesbaden: Franz Steiner, 1979), pp. 35-68.
- 33 例如范燕秋，〈醫學與殖民擴張——以日治時期臺灣瘧疾研究為例〉，《新史學》，7：3(台北，1996)，頁133-173; Sheldon Watts, *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism* (New Haven and London: Yale University, 1997).

(六)文學³⁷；(七)藝術³⁸；(八)思想；(九)生活(食、衣、住、行、育、樂)³⁹。

(續)

- 34 以生產方式來說，「農業革命」為人類文明史上最重要的突破之一，但是在人類所栽種並賴以維生的食物當中，卻有一些會成為某些菌類寄生的最佳場所，經由日常飲食，這些菌類往往會進入人體並造成疾病，甚或造成瘟疫流行。歐洲史上(尤其是俄國)因食用裸麥而引起「麥角毒菌」(ergot fungus)中毒和死亡的現象，便是最佳例證。詳見Mary Kilbourne Matossian, *Poisons of the Past: Molds, Epidemics, and History* (New Haven and London: Yale University Press, 1989)。
- 35 戰爭與瘟疫流行之間的緊密關係，已為中西史家所熟知，相關的研究至少有蕭璠，〈漢宋間文獻所見古代中國南方的地理環境與地方病及其影響〉，頁67-171；陳勝崑，〈疾病與戰爭——赤壁之戰與傳染病〉，收入氏著，〈赤壁之戰與傳染病——論中國歷史上的疾病〉，頁19-24；李友松，〈曹操兵敗赤壁與血吸蟲病關係之探討〉，《中華醫史雜誌》，11：2（北京，1981），頁87-88；田樹仁，〈也談曹操兵敗赤壁與血吸蟲病之關係〉，《中華醫史雜誌》，12：3（北京，1982），頁126-28；陳淑芬，〈戰後之疫：台灣的公共衛生問題與建制（1945-1954）〉（台北：稻鄉出版社，2000）；Paul Katz, “Germ of Disaster: The Impact of Epidemics on Japanese Military Campaigns in Taiwan, 1874 and 1895,” *Annales de Demographie Historique* (Paris, 1996), pp. 195-220; Friedrich Prinzing, *Epidemics Resulting from Wars* (Oxford: Oxford University Press, 1916); W.H. McNeill, *Plagues and Peoples*, pp. 47-49.
- 36 相關的研究至少有劉枝萬，〈台灣之瘟神廟〉，《中央研究院民族學研究所集刊》，22（台北，1966），頁53-95；林富士，〈東漢晚期的瘟疫與宗教〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，66：3（台北，1995），頁695-745；宋光宇，〈台灣日據初期的瘟疫與迎神〉，收入宋文薰等編，〈考古與歷史文化〉（台北：正中書局，1991），下冊，頁305-330；Paul Katz, *Demon Hordes and Burning Boats: The Cult of Marshal Wen in Late Imperial Chekiang* (Albany: SUNY Press, 1995); Paul Demieville, *Buddhism and Healing*, trans. by Mark Tatz (Lanham, MD: University Press of America, 1985); H.E. Sigerist, *Civilization and Disease*, pp. 131-147.
- 37 例如Jeffrey Meyers, *Disease and the Novel, 1880-1960* (New York: St. Martin's Press, 1985); Susan Sontag, *Illness as Metaphor* (New York: Farrar, Straus and Giroux, 1989).
- 38 例如Millard Meiss, *Painting in Florence and Siena after the Black Death: The Arts, Religion, and Society in the Mid-Fourteenth Century* (Princeton: Princeton University Press, 1978).
- 39 例如陳勝崑，〈中國人常患的營養不足病的歷史考察〉，收入氏著，〈中國疾病史〉，頁83-88；Mary Kilbourne Matossian, *Poisons of the Past: Molds, Epidemics, and History*; S.J. Uljaszek, “Nutritional Status and Susceptibility to Infectious Disease,” in G.A. Harrison and J.C. Waterlow eds., *Diet and Disease in Traditional and Developing Societies* (Cambridge: Cambridge University Press,

(五) 疾病的流行

探討的重點在於各種疾病在人類社會中流行的時間和空間(包括「地理空間」和「社會空間」)。以傳染性的疾病來說⁴⁰，至少有：(一)麻瘋病⁴¹；(二)天花⁴²；(三)鼠疫⁴³；(四)瘧疾；(五)霍亂⁴⁴；(六)梅毒⁴⁵；(七)感冒；(八)肺

(續)

1990), pp. 137-154.

- 40 綜合性的討論有陳勝崑，《中國疾病史》；劉翠溶、劉士永，〈臺灣歷史上的疾病與死亡〉，《臺灣史研究》，4：2（台北，1997），頁89-132；〔日〕酒井シヅ編，《疫病の時代》（東京：大修館書店，1999）；Kenneth F. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease*; Folke Henschen, *The History and Geography of Diseases*; E.H. Wackerknecht, *History and Geography of the Most Important Diseases* (New York: Hafner, 1972); F.F. Cartwright, *Disease and History* (New York: Dorset Press, 1991); D. Brothwell and A.T. Sandison eds., *Diseases in Antiquity* (Springfield, Ill: C.C. Thomas, 1967); V.J. Knapp, *Disease and Its Impact on Modern European History* (Lewiston, New York: The Edwin Mellen Press, 1989); Mirko D. Grmek, *Diseases in Ancient Greek World*, trans. by Mireille Muellner and Leonard Muellner (Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1989); Sheldon Watts, *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism*; Lawrence I. Conrad, "Epidemic Disease and Its Impact in the Early Medieval Near East: Some Urban/Rural Paradigms," in Yasuo Otsuka and Shizu Sakai eds., *Disease and Society* (Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica, Inc., 1997), pp. 1-29; A. Janetta, *Epidemics and Mortality in Early Modern Japan* (Princeton: Princeton University, 1987).
- 41 例如陳勝崑，〈麻瘋病在中國〉，收入氏著，《中國疾病史》，頁129-141；Mirko D. Grmek, *Diseases in Ancient Greek World*, pp. 152-176.
- 42 例如 Chia-Feng Chang, "Aspects of Smallpox and Its Significance in Chinese History," (London: Ph.D Dissertation of University of London, 1996); Ock-Joo Kim, "Smallpox Epidemics and Chosun Society: Disease, Folklore, and Social Responses in Nineteenth and Early Twentieth Century Korea," in Yasuo Otsuka and Shizu Sakai eds., *Disease and Society*, pp. 97-126.
- 43 例如 P. Ziegler, *The Black Death* (Wolfeboro Falls, NH: Alan Sutton Publishing Inc., 1991); Carol Benedict, *Bubonic Plague in Nineteenth-Century China* (Stanford: Stanford University, 1996).
- 44 例如陳勝崑，〈弓形菌流行性霍亂傳入中國的經過〉，收入氏著，《中國疾病史》，頁27-38；〔日〕山本俊一，《日本コレラ史》（東京：東京大學出版會，1982）；Francois Delaporte, *Disease and Civilization: The Cholera in Paris, 1832*, trans. by Arthur Goldhammer (Cambridge, Mass.: The MIT Press, 1986).
- 45 例如陳勝崑，〈梅毒的起源及傳來中國的經過〉，收入氏著，《中國疾病史》，頁73-82；Claude Quétel, *History of Syphilis*, trans. by Judith Braddock and Brian Pike (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992).

結核⁴⁶；(九)麻疹；(十)傷寒。非傳染性的疾病則有：(一)腳氣病⁴⁷；(二)心臟病；(三)糖尿病；(四)精神病⁴⁸；(五)甲狀腺腫(癭)；(六)齲齒等。

四、研究材料

疾病史研究最大的困難在於材料的稀少和不易解讀。不過，可供使用的材料至少可以分成下列四種。

(一)文字材料

最重要的材料還是來自文字記載，尤其是醫學文獻⁴⁹。不過，醫學文獻較適合用以研究疾病觀念和醫療方法，以及疾病的流行這方面的課題，至於其他課題，反而得從其他文獻(如史籍、宗教文獻、文學作品等)找尋材料⁵⁰。

-
- 46 例如〔日〕福田真人，《結核の文化史》(名古屋：名古屋大學出版會，1995)。
- 47 例如廖溫仁，《東洋腳氣病研究》(京都：カニヌ書店，1936)；范家偉，〈東晉至宋代腳氣病之探討〉，《新史學》，6：1，頁155-177。
- 48 西洋史的相關研究參見Roy Porter, "History of the Body," in Peter Burke ed., *New Perspectives on Historical Writing* (University Park, Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press, 1992), pp. 206-232. 中國史的研究有Arthur Kleinman ed., *Culture and Healing in Asian Societies: Anthropological, Psychiatric, and Public Health Studies* (Boston: G.K. Hall, 1978); Arthur Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry* (Berkeley: University of California Press, 1980); Arthur Kleinman, *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China* (New Haven: Yale University Press, 1986); N.H. Van Straten, *Concepts of Health, Disease and Vitality in Traditional Chinese Society* (Wiesbaden: Steiner, 1983); John Z. Bowers and Elizabeth F. Purcell eds., *Medicine and Society in China* (New York: Josiah Macy, Jr. Foundation, 1974); Vivien Ng, *Madness in Late Imperial China: From Illness to Deviance* (Norman and London: University of Oklahoma Press, 1990); Hsiu-fen Chen, "Medicine, Society, and the Making of Madness in Imperial China," Ph.D. dissertation (London: London University, 2003).
- 49 相關的例證或介紹，參見李建民，〈臺灣大學館藏線裝醫籍之介紹〉，《中國科學史通訊》，11(新竹，1996)，頁116-121。
- 50 相關的例證或介紹，參見余巖，《古代疾病名候疏義》；張哲嘉，〈清宮醫藥檔案的價值與限制〉，《新史學》，10：2(台北，1999)，頁171-193；〔日〕

(二)器物材料

第二類型的材料是器物材料，主要是傳世的或是考古工作所發現的各種醫療器具、藥物和食物⁵¹，這有助於我們理解古人的疾病觀念和醫療知識，以及他們的飲食習慣。

(三)圖像材料

第三類型的材料是圖像材料，或是雕塑，或是繪像，內容包括醫療活動、人體的生理結構、病者和醫者的狀貌、醫館和藥鋪的場景等⁵²。

(四)尸骨材料

第四類型的材料則是死者的尸骨、殘骸，無論是保持較為完整的古尸（如湖南長沙馬王堆漢墓出土的女尸），還是埃及的木乃伊，或是殘損的頭骨、牙齒、骨骸，都可以或多或少的透露死者生前遭受疾病侵害的情形。

這四種類型，除了文字材料之外，數量都極為稀少，而文字材料在解讀和運用上也受到很大的限制，因此，在建構疾病的歷史圖像時，往往有許多不得不有的留白，或是模糊不清的地方。在一些細節上，其清晰的程度遠不如一些傳統的史學領域，如政治史、經濟史、制度史、學術史等。也因此，在使用這一些材料時，必須參酌運用「古病理學」(palaeopathology)的研究方法和成果⁵³。

(續)

吉田寅，〈中國醫療傳道の開拓と宣教師の中國文醫學書〉，收入酒井忠夫先生古稀祝賀紀念會編，《歴史における民眾と文化——酒井忠夫先生古稀祝賀紀念論文集》，頁567-588。

51 相關的例證或介紹，參見馬際興，〈雙包山西漢墓出土經脈漆木人型的研究〉，《新史學》，8：2(台北，1997)，頁1-57。

52 相關的例證或介紹，參見李建民，〈馬王堆漢墓帛書「禹藏埋胞圖」箋註〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，65：4(台北，1994)，頁725-832。

53 所謂的「古代病理學」(palaeopathology)，是指利用遠古的圖像、考古資料以及一些人類遺骸(乾屍、木乃伊、骨骼等)以研究古人之疾病。相關的研究，參見 Paul Janssens, *Palaeopathology: Diseases and Injuries of Prehistoric Man*, trans. by Ida Dequeecker (London: John Baker Publishers Ltd., 1970); Srbojub Zivanovic, *Ancient Diseases: The Elements of Palaeopathology*, trans. by Lovett F. Edwards

五、研究方法與寫作方式

俗語說：「史無定法。」研究疾病史自然不必、也不可能只採用某一種特定的方法，往往得取決於研究的途徑、課題、材料，和研究者的習慣和偏好。不過，在目前史學界流行的一些研究方法和呈現方式之外，我想，我們不妨同時進行一些新的嚐試。

第一，在精密的析論之外，似乎可以強化對於現象的細膩描繪和情境的生動敘述。

第二，在剖析或描繪局部的現象之外，似乎可以同時呈現該現象在整體之間的位置，亦即如「病因論」所指出的，要兼顧「病原」、「宿主」和「環境」之間的互動。

第三，在進行長時段、大地域的「宏觀」研究時，似乎也可以兼用「微觀」的角度，凸顯某些短時期、小地區的歷史現象。

第四，處理「個案」研究之餘，似乎可以嚐試進行「比較」研究，包括異時、異地、異人群（社會）、異疾病之間的同質和異質比較。

第五，每個學科都有其「本位立場」或「主體性」，歷史學也不能例外。不過，疾病史研究所涉及的知識工具，遠非任何單一學科的專家所能獨自掌握、操作，因此，跨學科的合作和共同研究幾乎是必然的趨勢。至少，一個想要研究疾病史的歷史學家，必須不斷擴大自己的知識領域。

第六，要審慎利用「回溯診斷」（retrospective diagnosis）。有人說：「歷史是過去和現代的對話。」這句話意味著，我們無法避免以現代的眼光觀看過去，研究疾病史的學者也常常以現代醫學的概念，透過文獻替古人「診病」，這雖然有助於了解某些疾病的起源和散布，但是，各個時代（各個文明）對於疾病的認

（續）

(London: Methuen & Co. Ltd., 1982); Calvin Wells, *Bones, Bodies and Disease: Evidence of Disease and Abnormality in Early Man* (London: Thames and Hudson, 1965); Keith Manchester, *The Archaeology of Disease* (West Yorkshire, England: University of Bradford, 1983); Mirko D. Grmek, *Diseases in Ancient Greek World*.

知、描述和分類都不盡相同，因此，「誤診」的情形很難避免，必須非常小心。

六、結語

總之，在歷史學的領域裡，疾病史研究雖然不是一片空白，但其研究史還很短暫，成果不僅微薄，而且還集中在少數的課題上，這種情形在中國史(包括台灣史)的領域裡更是明顯。研究全體人類疾病史的歐美學者(如William H. McNeill)，往往對於欠缺可以參考的中國疾病史的材料和研究成果而感到遺憾。然而，相較於許多其他的人類社會來說，中國的歷史記錄和考古發現可以說是相當豐富。因此，研究中國史(和台灣史)的學者，應該儘早全面展開疾病史的研究，以補足人類全體疾病史的空白，並且加深我們對於中國社會、文化和環境的認識。當然，要達成這項任務，歷史學家必須和其他學科(尤其是醫學)的研究者攜手合作。

本文原發表於《四川大學學報(哲學社會科學版)》，2004年第1期，成都，頁87-93。

第二章

崇病與「場所」：

傳統醫學對崇病的一種解釋

李建民(中央研究院歷史語言研究所研究員)

傳統中國醫學疾病的解釋模式往往與生活世界相應。這篇論文所涉及的鬼神作祟的疾病，有明確的病理可循，也有不可解之處。歷來的醫家推測，崇病的患者之所以發病，與曾出入過某些「特定場所」有關。崇病的病因論雜糅了氣論與鬼神致病的觀念。

一、前言

崇病¹，是指鬼神之病²。本文旨在討論傳統醫學這一類型的疾病與某些特殊場所之間的想像。一個人為什麼會被鬼神作祟，原因很多。傳統醫學對這一類

1 崇有鬼神譴責之意。《說文》云：「崇，神禍也。」段玉裁《注》：「謂鬼神作災禍也。」《急就篇》云：「卜問譴責父母恐。」顏師古《注》：「鬼神譴責，用致禍崇。」鬼神之所以譴責於人，可能包括對人在道德或宗教方面缺失的處罰，所以，不一定帶有負面的意思。至於這一類疾病，如何使用當代語彙或醫學術語加以描述或對譯，殊非易易。林宗義曾經把類似的病症「邪病」譯為Hsieh-Ping，基本上我援用其例將「崇病」直接譯為Sui-ping，因為目前很難找到較妥當而不引起錯誤聯想的詞彙。參見Lin Tsung-yi, "A Study of the Incidence of Mental Disorder in Chinese and Other Cultures," *Psychiatry*, 16 (New York, 1953)。林宗義這個研究主要是在台灣安平地區所做的調查，這一類「邪病」引起的附身狀態，主要是祖先的亡靈託附在病上來指責其子孫，具有告誡之意。事實上，現在一般習用的所謂靈魂(spirit)、鬼(ghost)、作祟(haunting)、附身(possession)、恍惚狀態(trance)等等詞彙，其確切含意，以及如何移用在古典或傳統醫書之中，都值得斟酌。

2 本文所謂鬼神包含天神、地祇、人鬼、物魅等四類。

疾病的其中一種(不是唯一的)解釋,即是患者在發病或暴斃之前曾經涉足鬼神活動之所。一直到今天,不少人仍然相信如墳場、山林、空房、人跡罕至之地或是某些死過人(尤其是兇死)的場所是會作祟致病的。本文即欲探討這個主題。在進入這個主題之前,我必須對祟病的範疇與相關的醫書性質試作交待。

(一)祟病的定義

首先,是有關疾病的概念。祟病既稱之為「病」,即是帶有「負面」或「異常」的意思。E. Kraepelin認為「疾病」(disease)與「病態」(illness)是有差別的,前者指的是疾病實體(disease entity),它是經由生物學語言的描述,反映機體主要功能的變化;而病態(illness)與不健康是指人在社會生存不適的狀態,是一種價值概念,反映病人的感受、體驗,即疾病對其特殊的意義³。本文在討論時並不嚴格區分這兩者的不同,事實上是混在一起使用的。至於對祟病這一類極為特殊的疾病,正常或異常的定義也容易發生爭議。它最少有三種可能性:一、醫學上認定不是異常,但社會/文化上認為是異常;二、社會/文化認定不是異常,但醫學上認為是異常;三、醫學和社會/文化的觀念上都認為是異常⁴。如果我們從不同的角度去取材,祟病在不同的脈絡中可能會呈現相反的面貌與評價。本文既然取材於傳統醫書,基本上是把祟病視為一種異常的生病體驗。

其次,祟病是一個籠統的泛稱,不同的醫書、不同的時代對所謂的鬼神之病

3 關於disease與illness的討論,可以參見C. Boorse, "On the Distinction between Disease and Illness," *Philosophy and Public Affairs*, 5:1 (Princeton, 1976), pp. 56-57; A. Kleinman, L. Eisenberg and B. Good, "Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research," *Annals of International Medicine*, 88 (Philadelphia, 1978), p. 251. 進一步可以參見D. Mechanic, "The Concept of Illness Behaviour," *Journal of Chronic Disease*, 15 (St. Louis, 1962); Carney Landis and Fred Mettler, *Varieties of Psychopathological Experience* (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1964).

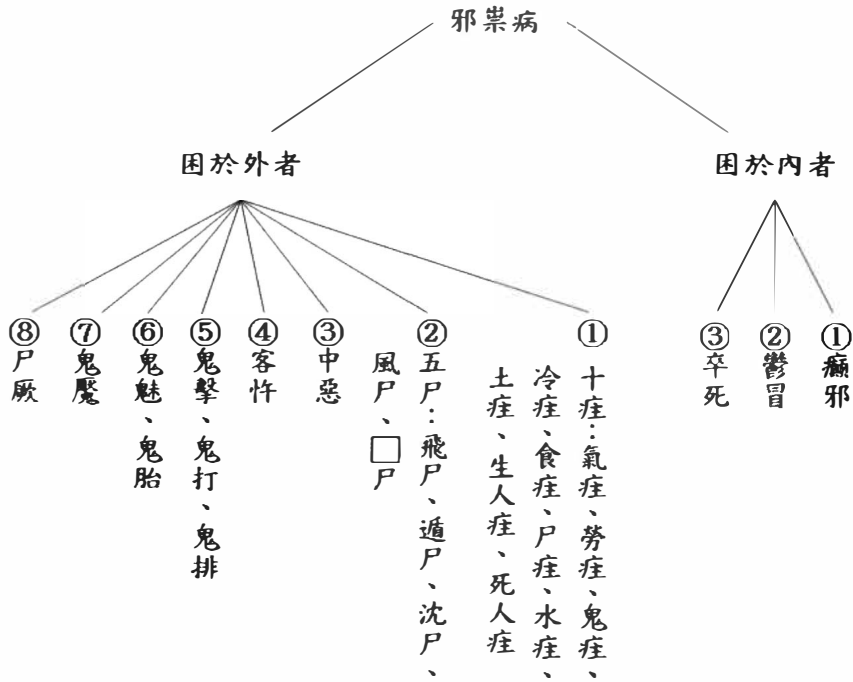
4 劉瑞騰,《臨床精神醫學概論》(台北:衛理出版社,1988),頁2-3。以附身(Possession state)而言,便有正、負等各種不同層面的評價,參見Erika Bourguignon, "World Distribution and Patterns of Possession States," in Raymond Prince ed., *Trance and Possession States* (Canada: R.M. Burke Memorial Society, 1968), pp. 3-32.

有不甚一致的分類與命名。其中，對這一類(不是一種)疾病較為完整、系統性的討論與分類是沈金鰲(1717-1776)的《雜病源流犀燭》一書⁵。是書成於1773年，分臟腑、奇經八脈、六淫、內傷外感、面部、身形等六門。其特色是每門詳列若干病症⁶，各有〈源流〉一篇，使每病之歷史及其脈、因、證、治悉俱。根據沈金鰲〈邪祟病源流〉一文的分類：

邪祟，內、外因俱有病也。其因於內者，若癩邪、鬱冒、卒死等證，皆緣自己元神不守，恍恍惚惚，造無為有，如有見聞，乃極虛之候，非真為鬼邪所侮也。其因於外者，若十疰、五尸、中惡、客忤、鬼擊、鬼打、鬼排、鬼魅、鬼魘、尸厥等證，皆實有邪祟為患，不問其人虛實強弱，皆能犯之。⁷

他認為邪祟病有真有假，其中癩邪、鬱冒、卒死等證是疑似病症。因此，有「非真為鬼邪所侮」與「實有邪祟為患」之分，必須詳細鑒定。換言之，鬼邪是能致病的。按沈氏對祟病的分類可表解如下(圖一)：

- 5 沈金鰲，清醫家。年近四十始從師學醫，然不以醫為業，而每起人危疾。著有《沈氏尊生書》(1773)，共七種計七十二卷，《雜病源流犀燭》為其中一部。沈氏認為，不論何種原因均可導致人身之病變，在辨識和治療，容易雜亂混淆，故名為「雜病」，所以，雜病並不是為了區分外感時證而立。
- 6 在傳統醫學證候與病名，往往混為一談；病、症、證(或証)之間的關係，亦不太清楚。有人主張，症、證、徵三字在中醫的意義是截然不同的。症是指症狀，多為病人的自我感覺，如咳嗽、胃痛等，這和現代醫學所講的症狀的意義相仿。徵則體微，多為他覺的，從中醫的意義來說，有舌診、脈診、按診等。而證候是指機體在疾病發展過程中某一階段出現的病理概括，如張大寧等，《中醫學解難——中基分冊》(天津：天津科學技術出版社，1991)，頁7-8。也有人認為「證」、「証」如「症」實際上是一個字和一個意義，「有人認為證指證候，症指症狀，把它們區分起來是沒有根據的」，一般對單獨的證稱為症狀，由幾個證狀綜合成一個病證時稱為證候，如姜通，《中醫臨床知要》(台北：營業書局，1991)，頁163-164。另有學者主張，所謂疾病是一個全過程，證候是這個過程的某個階段，而證候則是由症狀所組成，如冷方南主編，《中醫證候辨治軌範》(北京：人民衛生出版社，1991)，頁2-8。以上各說，未嘗深考，未敢定也。但在本文，基本上「證」(或証)與「症」並不嚴格的區分。
- 7 [清]沈金鰲，《雜病源流犀燭》(台北：自由出版社影印，1988)，頁492。



圖一

其基本的術語如「症」、「尸」、「中惡」、「客忤」、「鬼擊」、「鬼魅」、「魔」、「尸厥」等，本文在個別的討論提到上述的病症之名，都是指祟病而言。

第三、上述病症到底屬於現今醫學的何種範疇或相關病名，大概難有定論。席文(Nathan Sivin)認為傳統醫書中的疾病有「可鑑定者」與「僅可描述者」，祟病無疑是傾向於後者的⁸。沈金鰲〈邪祟病源流〉一文對各種祟病的症狀有一扼要之考論，以下這段引文關係本文的主題(祟病/場所)，故不煩摘錄如下：

何謂十症五尸？……十症五尸，為病相似。或因人死三年之外，魂神化

8 [美] 席文(Nathan Sivin)著，李煥堯譯，《伏煉試探》(台北：正中書局，1973)，頁259。

作風塵，著人成病。或逢年月之厄，感魑魅之精，因而穢氣流行身體，令人寒熱交作，昏昏默默，不能的知所苦，積久委頓漸成癆瘵，肌肉盡削，以至於死。死後復傳症他人，慘至滅門，可勝痛矣。何謂中惡？凡人偶入荒墳、古廟、郊野、冷廁及人跡罕到之處，忽見鬼物，口鼻吸著鬼氣，卒然昏倒，不省人事，四肢厥冷，兩手握拳，口鼻出清血白沫，狂言驚忤，與尸厥略同。但腹不鳴，心腹俱暖為異耳。……何謂客忤？即中惡之類，多於道路得之，亦由感觸邪惡之氣，故即時昏暈，心腹絞痛脹滿，氣沖心胸，不速治，亦能殺人。……何謂鬼擊、鬼打、鬼排？卒著鬼氣，如刀刀刺擊，或如杖打之狀，胸腹間痛不可按。排擊處亦痛，甚則吐衄下血。此等病，皆來之無漸，卒然而死者也。何謂鬼魅？或為邪祟附著於體，沉沉默默，妄言謔語，乍寒乍熱，心腹滿，手足冷，氣短，不能食飲。或為山林、窮谷妖狐迷亂，精神減少，日漸羸瘦。能言未然禍福，毫發皆驗，人有念起，即知其故。或婦女與鬼邪相交，每與交時，神思昏迷，口多妄語，醒則依然如故，面色嬌紅。日久腹中作痞，如抱甕然，名曰鬼胎。……何謂鬼魔？人睡則魂魄外遊，或為鬼邪魔屈其精神，弱者往往不得寤，至於氣絕。此證於客舍、冷房中得之為多。……何謂尸厥？凡人卒中邪惡，與臟氣相逆忤，忽手足厥冷，頭面青黑，牙關緊閉，腹中氣走如雷鳴，聽其耳中，如微語聲者，即是尸厥，言如死尸，只脈動，心胸煖氣不絕耳。⁹

以上僅摘錄各種祟病的證候群，其複雜的程度超過我個人所能理解，似乎也很難用今日醫學的標準加以分類或診斷¹⁰。換言之，並不是我們今天所知道的一切疾

9 沈金鰲，《雜病源流犀燭》，頁492-493。

10 林憲指出，在各種文化中難以用現代之精神醫學診斷標準來予分類之特殊精神疾病已有報導，這些疾病即為民族疾病，其名稱為與文化有之特殊精神症候群(culture bound psychiatric syndrome)，這些疾病例如 Amok, Frenzied Anxiety, Latah, Voodoo, Windigo, Pibloktoq, Imu, Kitsunetsuki, Susto, Hsieh-Ping, Koro 等等。林憲，《文化與精神病理》(台北：水牛出版社，1990)，頁52-58。此外，本文對祟病相關病症的解釋，主要是參考以下各書，在正文中並不一一註出。

病類型，都可以在古代醫書找到根源。古代疾病所呈現的證候，對於我們的分類系統可能是非常陌生的。不過，上述有若干病證例如「鬼魅」一條所示，大約可以認為是今日所謂的「附身症」(possession)或附身狀態(possession state)。

關於「附身症」的研究¹¹，社會學、人類學、醫學已累積相當豐碩的成果。它們對於這一類疾病的成因探討，認為有以下幾種可能性：第一、人際關係的競爭與衝突的種種表現；第二、音樂說(trance-music)之間的關係；第三、二重或多重人格說；第四、藥物誘引(drug-induced ecstatic experiences)；第五、缺鈣症(a symptom of calcium deficiency)等。本文則嘗試提出另外一種致病因素(不只是指「附身症」)——場所。

如果仔細檢閱前述引文，如「中惡」提到了「荒墳、古廟、郊野、冷廁及人煙罕至之處」；如「客忤」提到了此類疾病「多於道路得之」；如「鬼魅」提到了「山林」、「窮谷」等地；如「鬼魘」提到了「客舍」、「冷房」等場所，以上均明確的突顯了崇病與某些特殊場所之間的因果性。本文即嘗試從傳統醫書的脈絡闡述兩者之間的關係。

(二)材料與研究取向

關於被鬼神作祟的材料亦常見於歷代的筆記小說，但本文徵引材料暫限於醫(續)

桂洲甫，《病名彙解》(台北：文史哲出版社影印貞亨三年版，1972)；吳克潛，《病源辭典》(台北：文友書局影印，1980)；林順德，《本草病症辭典》(台北：龍文出版社，1989)；王雨亭等，《中醫疾病證候辭典》(北京：人民軍醫出版社，1988)。

- 11 對於possession, ecstatic與trance等三者的定義與彼此之間的關係，每個學者的說法不一致。根據Lewis的界說，附身(spirit possession)是人體為外在靈魂侵入之現象，恍惚(trance)狀態並不完全等於附身，因為後者包括能進入恍惚狀態的薩滿(shaman)行為及無法進入恍惚狀態的病態行為。他認為薩滿行為乃“a spirit possessed by a person”而非“a person possessed by a spirit”，換言之，薩滿可以經由刻意的訓練而進入狂喜境界(ecstatic state)，而病態的附身狀態不見得有所謂恍惚的情況，而且不能成為宗教祭儀的媒介(medium)，自身是受制於外靈的。參見I.M. Lewis, *Ecstatic Religion: A Study of Shamanism and Spirit Possession* (New York: Penguin, 1989)。另可參見林富士的博士論文：Fu-shih Lin, “Chinese Shamans and Shamanism in the Chiang-nan Area during the Six Dynasties Period (3rd-6th Century A.D.)” (Ph.D dissertation, Princeton: Princeton University, 1994)。

書，理由是：第一、醫書與筆記小說性質不同。筆記小說有許多是爲了神道設教，著重勸戒的目的，而醫書所載祟病的病案，有可能是醫家的誤判，而不會是故意的造假。第二、醫書對疾病有分類。那一種症狀是祟病，那一種症狀不是祟病，醫書已經有歸類，筆記小說則無。第三、醫書內部對個別的疾病有學術討論的傳統，筆記小說則無。所以，醫家所留下的記錄相對來說是比筆記小說可信。

不過，醫家的記錄性質不一，仍有分別。醫家可能兼具臨床經驗與理論素養。但一般來說，執業的醫家未必精通理論，甚至自成一家言；而精於醫理的醫家，未必有豐富的臨診經驗，有的甚至不專以醫爲生(如沈金鰲、陳修園等)。陸心源即云：「蓋近古方間綴學之士，未必通醫家言；醫家者流，往往不識字、不讀書，而以醫爲市。」¹²所以，醫書所反映對某一種疾病的見解，有時只能代表某些醫家的解釋。

因此，我把傳統醫書粗分爲兩大類，一是中上階層的醫家或所謂儒醫所編纂的醫書，另一大類是草澤鈴醫或民間郎中的秘方或藥書¹³。我大致採用前者的材料。由時代來看，則以宋明以後的醫書爲主。

其次，疾病千千萬萬種。每個時代對一種疾病的探討並不是很平均，有些疾病的研究進展較快，也有突破性的發展；有些疾病則一直無法對治，或進展較遲。例如，對傷寒熱病的研究，不同的時代即可能有較明顯的變化或發展。但祟病因爲涉及鬼神等病因，並且與其相關的疑似病症亦難以鑑別，以致要梳理祟病

12 [清]陸心源，《研經言》(北京：人民衛生出版社，1990)，〈序〉，頁11。按原作者爲莫枚士(1837-1907)，本書初稿成於1871年以前，約至1895年陸續補充完成，爲莫氏研究《內經》等古典醫籍之論集。

13 若從古代民間醫生行醫的方式來看，可以粗分爲「走方醫」與「坐堂行醫」兩大類(王樹岐、李經緯、鄭金生，《古老的中國醫學：中國醫學編年史研究》[台北：緯揚文化公司，1990]，頁244-248)。前者又稱之爲「鈴醫」，按走方醫以搖串鈴爲識故。謝利恒以爲，傳統醫學自宋以後，醫乃一變爲士大夫之業，非儒醫不足以見重於世也，而草澤鈴醫則日益卑下，「蓋此輩大都不通文義，罕能著書，僅恃師授，無復發明」(謝利恒，《中國醫學源流論》[台北：古亭書屋影印上海澄齋醫社本，1970]，頁51)。至於鈴醫的醫療經驗，一般多不見於書載，趙學敏(約1720-1805)曾搜集走方醫的秘方療法，編爲《串雅》一書，可參看[清]趙學敏，《串雅選注》(台北：木鐸出版社，1985)；趙學敏等，《串雅全書》(北京：中國中醫藥出版社，1998)。

在不同醫家解釋上的變化，殊非易易。

籠統地說，傳統醫學對一個人會被鬼神作祟至少有三種解釋的方式：一、從病理上解釋；二、從患者本身的道德解釋；三、從患者發病前曾經出入的場所解釋。本文集中討論第三項。傳統醫學對崇病的解釋有「變」的部分，也有變化不大的部分，「場所」即屬其中一項變化不大的因素。

基於以上兩點的局限，也由於有關這方面的題材幾乎是無人觸及，筆者即先嘗試從整理文獻開始。主要是一種「典籍分析」(textual analysis)的研究取向，企圖從醫書搜集大量相同類型的病案¹⁴，透過這些病案史料，我們可以更清楚了解患者的病症、患者家人的敘述或醫家的解釋。

一般而言，醫療史在台灣史學界是比較不受注意的¹⁵。本文所討論的課題，人類學、社會學或臨床的醫學報告雖然留下不可勝數的作品，但是把它當作一個嚴肅的課題，史學工作者的貢獻似乎還不多。本研究即有意對此作初步的探討。以下，我將討論傳統醫學的病因觀，以便初步掌握崇病在傳統病因分類的位置；接著，提出傳統醫學對這一類疾病的特殊體驗(不是唯一的)：即一個人之所以會生病，跟他曾去鬼神活動之地(如社、廟、神壇等)或者不淨之地(這些場所主要亦與鬼神有關)有密切的關係。

二、崇病的病因說：氣與鬼神

一個人為什麼會生病呢？傳統醫學以人身外的種種物質，如風、寒、暑、濕、燥、火為引起疾病之原因，稱為六淫。另外，凡疾病從人內起者，如喜、

14 所謂「病案」，最早稱為「診籍」。根據《史記》〈扁鵲倉公列傳〉記載，漢文帝曾問倉公治療過多少病人，醫好過哪些病，病人姓名、地址和醫療的過程。倉公即由其「診籍」中列了二十五個病例，逐一說明。其中包括患者姓氏、住址、職業、病名、病理、脈象、辨證、治療、方藥、預後等，分屬內、外、婦、兒、牙等科。自此以後，方書通常會載附若干病案，但沒有形成一種專門的醫書體裁。病案從其他醫書獨立出來，一直要到明清以後。

15 台灣史學界對於傳統醫療史的研究尚在起步階段，我曾有〈傳統醫療史研究的若干省思〉一文稍作回顧。李建民，〈傳統醫療史研究的若干省思〉，《新史學》，3：3(台北，1992)，頁123-147。

怒、憂、思、驚、恐、悲，稱為七情。七情六淫，即所謂「內因」、「外因」。除此之外，還有所謂「不內外因」，其所包含的範圍頗為廣泛，對疾病的解釋亦包含六淫以外的鬼神因素，反映著傳統醫學病因說的多樣複雜。

《內經》是現存最早的一部醫學經典，全書分爲《素問》、《靈樞》兩大部分¹⁶。《內經》的病因說，見於下面幾段引文。《素問》卷十七〈調經論〉云：

夫邪之生也，或生於陰，或生於陽。其生於陽者，得之風雨寒暑。其生於陰者，得之飲食居處，陰陽喜怒。¹⁷

《靈樞》卷十〈百病始生〉云：

夫百病之始生也，皆於風雨寒暑、清濕、喜怒。喜怒不節則傷臟，風雨則傷上，清濕則傷下。¹⁸

《靈樞》卷一〈小鍼解〉云：

-
- 16 關於《內經》的成書，其最早著錄於《漢書》〈藝文志〉有《內經》十八卷，然而，一直到西元7世紀初期如《隋書》〈經籍志〉等都沒出現這一書名。《隋書》〈經籍志〉雖有著錄《素問》九卷、《針經》九卷，但都不稱之爲《內經》。晉代皇甫謐認爲就是漢志的《內經》。他說：「今有《針經》九卷，《素問》九卷，二九十八卷，即《內經》是也。」（《甲乙經》〈自序〉）其根據只是兩者卷數相同，但《素問》、《針經》是否即是漢志所著錄的《內經》呢？龍伯堅基本上是肯定的。他的證據是皇甫謐去漢不久，「所說的話應當是有根據的」。而且，《甲乙經》是由《素問》、《鍼經》與《明堂孔穴鍼灸治要》三書編纂而成，對照今本的《靈樞》來看，大多與之相同，可見來源甚早，未必是唐宋以後偽造的。龍伯堅，《黃帝內經概論》（台北：八德出版社，1983），頁7-13；〔日〕丸山敏秋，《黃帝內經と中國古代醫學——その形成と思想の背景および特質》（東京：東京美術，1985），頁321-405。
- 17 〔唐〕王冰注，《重廣補注黃帝內經素問》（台北：藝文印書館，1967），卷17，〈調經論篇第六十二〉，頁5。
- 18 《黃帝素問靈樞經》（台北：藝文印書館，1967），卷10，〈百病始生第六十六〉，頁4。

夫氣之在脈也，邪氣在上者，言邪氣之中人也高，故邪氣在上也。濁氣在中者，言水穀皆入於胃，其精氣上注於肺，濁溜於腸胃，言寒溫不適，而生病於腸胃，故命曰濁氣在中也。清氣在下者，言清濕地氣之中人也，必從足始，故曰清氣在下也。¹⁹

按照《內經》的說法，疾病的產生是由於邪氣(或邪)之故。邪氣有生於陽的，如來自風雨寒暑等的侵襲；有生於陰的，如來自飲食起居失常、房室過度與喜怒不節等。若是以人體受邪的部位區分，外感風雨傷及人的上部，感受了清濕之氣則傷及人體的下部，而喜怒不節傷及人的內臟，此「是謂三部」。其實，總的來說，就是內、外二因。高士宗《素問直解》注云：「夫邪氣之生病也，或有生於陰者，或有生於陽者。其生於陽者，得之風雨寒暑之外感；其生於陰者，得之飲食居處，陰陽喜怒之內傷。言風雨寒暑而六氣可賅，言喜怒而七情可賅，隨舉即是，不必悉具。」²⁰

就《內經》內因、外因的分類，鬼神在上述的分類系統中無法找到適當的定位，《靈樞》卷九〈賊風〉亦云，一個人「其毋所遇邪氣，又毋怵惕之所志，卒然而病者，其故何也？唯有鬼神之事乎？」²¹可見當時人對這一類突發、原因不明的疾病都懷疑是否為鬼神作祟，《內經》則否定了這種可能性：

此亦有故邪留而未發，因而志有所惡，及有所慕，血氣內亂，兩氣相搏。其所從來者微，視之不見，聽而不聞，故似鬼神。²²

意思是，一個人無緣無故發病，不是因鬼神作祟之故，而是早有宿邪潛伏在體內，適時遇到誘因，才暴發出來。例如，情志有所惡或有所慕，導致血氣的內亂，新病與宿邪相搏，終於「卒然而病」了。然而，這並不意味《內經》無法理

19 《黃帝素問靈樞經》，卷1，〈小鍼解第三〉，頁16。

20 王琦等，《素問今釋》(台北：啓業書局，1988)，頁611-612。

21 《黃帝素問靈樞經》，卷9，〈賊風第五十八〉，頁3。

22 《黃帝素問靈樞經》，卷9，〈賊風第五十八〉，頁3。

解或解釋有關鬼神之病。《內經》雖將病因分為風雨寒暑、飲食居處與陰陽喜怒等，但以上可以總結為「氣」（或「風」）的病因論。《內經》是用氣的正、邪變動，來理解疾病的原因與傳變。所以，日本學者家本誠一稱之為「疾病的風一元論」²³，陳紬藝則認為《內經》隱含著「萬病一風」或「萬病一氣」的思維²⁴。換言之，用「邪」、「氣」或「邪氣」等觀念來討論祟病的病理，成為一個相當重要的傳統²⁵。

若以比較的觀點來看，與《內經》大約同時代的《神農本草經》²⁶，其病因的種類之中便包括鬼神等因素。根據我的初步統計，《神農本草經》涉及祟病的藥物大約五十餘種，其中提到鬼物的種類有「鬼魅」、「惡鬼」、「精物」、「老物」、「殃鬼」、「溫鬼」、「歧」（小兒鬼）、「鬼」、「鬼氣」、「鬼精」、「鬼魅」、「邪物」、「邪鬼」、「百鬼精物」等²⁷。加納喜光指出：

《神農本草經》的病因論作為病因，一方面舉出風系統的「邪氣」，另一方面舉出超自然的存在，如精魅、鬼物，還有蠱毒、三蟲那樣不知其狀的異物等，帶著濃厚的巫術色彩。²⁸

23 [日] 家本誠一，〈素問・風論其他（一・二）〉，《原典》，1-2（1976）。

24 陳紬藝，《中國病因新論：兼論中西病因之比較》（台北：大同中醫雜誌社，1980），頁29-32。

25 Nathan Sivin, "The language of possession," in *ibid.*, *Traditional Medicine in Contemporary China* (Ann Arbor: University of Michigan, Center for Chinese Studies Publication, 1988), pp. 102-106.

26 《神農本草經》簡稱《本草經》或《本經》。有關《本經》成書時間，眾說紛紛，陳邦賢匯集前人的幾種說法，提出了神農說、黃帝說、商周說、西漢說四種，大約來說，即先秦說與西漢說為主。本文基本上以為該書大致總結了先秦的用藥經驗，經秦漢醫家不斷整理增輯而成。

27 日本學者中尾萬三認為《本經》對藥物的分類與《山海經》有關，而本草的起源和神仙、方術的思想有很深的關係。[日] 中尾萬三，〈支那思想・科學（本草思潮）〉，《東洋思想》8集（大阪：大阪府立大學人文學會，1990）；謝海洲、馮興華，〈試探《本草綱目》中「百病主治藥」〉，收入中國醫藥會藥學史學會編，《李時珍研究論文集》（武漢：湖北科學技術出版社，1985）。

28 [日] 加納喜光，〈醫書に見える氣論——中國傳統醫學における病氣觀〉，收入[日] 小野澤精一、[日] 福永光司、[日] 山井湧編，《氣の思想——中國における自然觀と人間觀の展開》（東京：東京大學出版社，1980），頁288-

事實上，以風系統的「邪氣」論與直接舉出鬼神等病因論，成爲兩種主要而且可以相補的取徑。然而必須指出的是，傳統醫書所謂的「鬼神」等病因亦可以用「氣」或「風」來解釋。

前面提及《內經》將病分成「內傷」與「外感」二大類型。最早對「外感」病提出原則性的歸納劃分者，是《金匱要論》一書²⁹。張仲景以爲「千般疾難，不越三條」：第一、「經絡受邪，入臟腑」，即經絡感受邪氣，然後深入至臟腑，這是由內所致的病因。第二、「四肢九竅，血脈相傳，壅塞不通」，即病邪僅限於四肢、九竅、血脈之間相互流傳，而使得氣血壅塞不通，則屬於外邪侵犯皮膚所引起。第三、「房室、金刃、蟲獸所傷」。接著，他並由這三方面提出防犯與治療的方法與原則³⁰。尤在涇《金匱心典》引徐氏曰：仲景此論以「風氣」中人爲主，所以，「以經絡入臟腑者爲深爲內，自皮膚流血脈者爲淺爲外」，要以經絡臟腑入邪的程度分別內外，而一切病邪則皆由客氣邪風而來。基本上，可以稱爲外感病³¹。

接著陶弘景《肘後百一方》以內疾、外發、他犯三者，分上中下三卷立論。日本醫學史家多紀廉夫以爲這種分類「蓋本於此條〔即上引的《金匱》〕而義少異」³²。《肘後百一方》初名爲《肘後救卒方》，爲晉葛洪所撰。該書原摘自氏

(續)

289；加納喜光，〈醫書中所見的氣論中國傳統醫學中的疾病觀〉，收入小野澤精一等編，《氣的思想——中國自然觀和人的觀念的發展》（上海：上海人民出版社，2007），頁280-281。

- 29 《內經》中已提到人體發病一定有外因和內因相互配合，同時發生作用。但最早對外感病的病因提出原則性的歸納是《金匱要論》。劉長林，《內經的哲學和中醫學的方法》（北京：科學出版社，1985），〈第八章 病因的探察〉；陳九如，《黃帝內經今義》（台北：正中書局，1986），頁187-246；楊醫俠，《內經講義》（台北：文光圖書公司，1984），頁88-96。

30 楊向輝，《金匱要略注釋》（台北：正中書局，1990），頁4。

31 [清]尤在涇，《金匱心典》（台北：樂群文化公司，1991），卷上，頁2。

32 [日]多紀元簡，《金匱要略輯義》（東京：出版科學總合研究所，1979），頁32。按多紀元簡即丹波元簡，日本著名醫家。丹波家族在日本醫學史有極特殊的地位，其祖自高貴王開始行醫，至第八代子孫康賴漸爲人知。康賴精針灸，被授予「針博士」。至高貴王第三十代，被賜姓「多紀」。其中以丹波元簡、丹波元胤、丹波元堅最爲人知，他們整理考訂中醫文獻，總收在《聿修堂醫書》之中。[日]小川鼎三，《醫學の歴史》（東京：中央公論社，1976），

著的《玉函方》之中可供急救醫療的單方、驗方及灸法而成³³。而後，經陶氏的增補，改名為《補闕肘後百一方》，又經金楊用道增補，名《附廣肘後方》，即現存的本子³⁴，但面貌已與原書大不相同。陶氏的意見存於該書〈華陽隱居補闕肘後百一方序〉：

病雖千種，大略只有三條而已，一則府藏經絡，因邪生疾；二則四肢九竅，內外交媾；三則假為他物，橫來傷害。此三條者，今各以類而分別之，貴圖倉卒之時，披尋簡易故也。今以內疾為上卷，外發為中卷，他犯為下卷，具列之云。³⁵

陶書的三卷，上卷三十首治內病，中卷三十五首治外發病，下卷三十一首治為物所苦病。我們若將《金匱》與現存的《肘後方》的內容略加比較，即可發現兩者的差別所在。《金匱》以風氣中人為立論的根據，他所謂「內所因」即大邪中表，如感冒、風寒之類，傳經入裡之病。其次，所謂「為外皮膚所中」者，如拘攣、癱瘓、風痺之類，皆由外皮膚所中，是軀體井榮命合募原諸穴，受邪而生病。第三是自作勞傷之病。

而《肘後方》的所謂內疾包括「中惡」、「尸厥」、「客忤」、「鬼擊」、「魘寐不寤」、「五尸」、「尸注」、「鬼注」等與鬼神有關的疾病，這些病症在《金匱》是歸於雜療方的。其次，所謂外發病則包括癰疽、丹火惡毒瘡、癩癬疥漆瘡等病。第三，是為物所苦之病，如熊虎爪牙所傷、獠犬所咬、中溪毒或飲酒大醉等之類。所以，這兩者雖有若干相似的地方，但對一些疾病的歸類是不同（續）——

〈第四章 多紀氏の醫學館と考證派〉。

- 33 這部書之所以稱為「肘後」，是說其能被藏於肘後衣袖之內而隨身攜帶。而「救卒」或「備急」則是說在急迫的情形之下，能即時提供診治的參考。蔡景峰，〈肘後備急方的科學成就〉，《新醫藥雜誌》，1979：1（北京）；洪嘉禾，〈葛洪肘後備急方的科學成就〉，《浙江中醫學報》，1960：6（杭州）。
- 34 《肘後方》有明嘉靖三十年（1551）北城呂氏襄陽刻本，殘存六卷；明萬曆二年甲戌（1574）李栻刊本，八卷；《四庫全書》本，八卷。我個人用的是上海千頃堂局刻本，八卷。
- 35 〔晉〕葛洪，《肘後備急方》（台北：集文書局影印千頃堂書局本，1978），頁6。

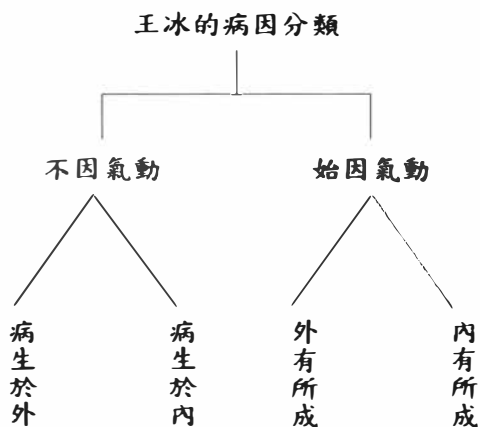
的。

自此以後，各家即以「內」、「外」的分類概念探求疾病的原因。唐人王冰也是從這兩個方向來說明病因，不過又加上了「氣動」的因素。他把疾病分成四大類：

夫病生之類，其有四焉：一者、始因氣動而內有所成；二者、不因氣動而外有所成；三者、始因氣動而病生於內；四者、不因氣動而病生於外。夫因氣而內成者，謂積聚、癥瘕、瘤氣、癭起、結核、癰癩之類是也。外成者，謂癰腫、瘡瘍、痲疥、疽痔、掉癰、浮腫、目赤、癩疥、附腫、痛癢之類也。不因氣動而病生於內者，謂留飲、避食、飢飽、勞損、宿食、霍亂、悲恐、喜怒、想慕、憂結之類也。生於外者，謂瘴氣、賊魅、蟲蛇、蠱毒、蜚尸、鬼擊、衝薄、墮墜、風寒、暑濕、斫射、刺割、捶朴之類也。³⁶

王冰所說的氣，可能指的是人體臟腑組織的活動能力總稱，也可能是指風寒暑濕燥火在疫癘之氣等由外而入的致病因素。他之所以會以「氣」為致病的主要因素，可能是受《內經》「百病皆生於氣」的影響。而這裡的「內有所成」、「外有所成」之殊，大概是從病症所表現在人軀體或臟腑的部位或深淺來分的。而所謂「病生於內」、「病生於外」則是指病患身體以外或之內的致病因素而言。茲將這四種類型的疾病表解(圖二)如下：

36 王冰注，《重廣補注黃帝內經素問》，卷22，〈至真要大論篇第七十四〉，頁27-28。王冰(約710-805)此說主要在解釋「非調氣而得者，治之奈何？有毒無毒，何先何後」的問題。這裡的「氣」是指「六氣」而言。本條轉引自〔金〕劉河間，《素問病機氣宜保命集》(台北：洪氏出版社，1977)，頁28-29。有關王冰「氣動」病因說，詳見陳紬藝，《中國病因新論：兼論中西病因之比較》，頁5-9。

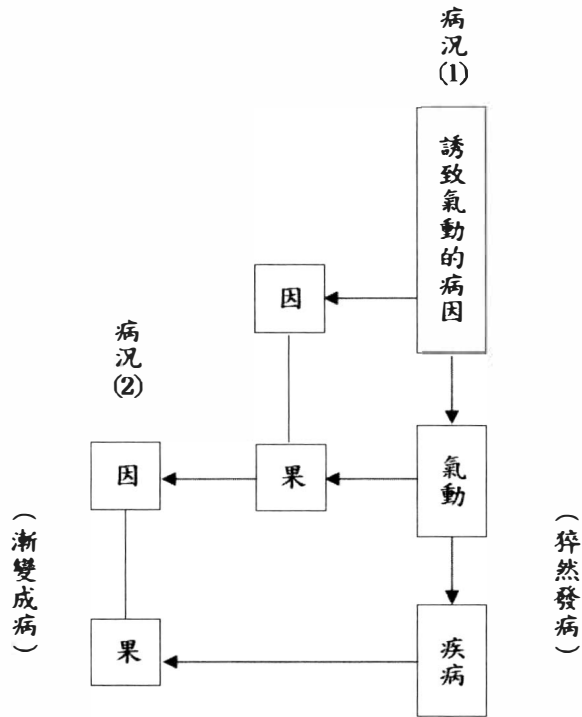


圖二

至於什麼是「始因氣動」及「不因氣動」呢？劉河間解釋：「不因一時所傷而病，藏府久已有積，漸漸變而成病，曰『因氣變動』。藏府和平，卒然而即成病者，曰『不因氣之變動』。」根據劉河間的解釋，「氣動」是病邪潛伏在身，也就是已經生病，卻又不馬上發病，俟其他因素而觸動成疾。而所謂「不因氣動」，就是猝然發病。雖是猝然發病，但仍有發病之誘因。可是，對此王冰並沒有進一步提出說明。如果從產生疾病的因果關係來看，王冰的病因觀可以進一步表解如次頁(圖三)所示：

表中的病況(1)即是「不因氣動」，病況(2)是謂「因氣變動」。在「不因氣動」的內容之中，包括「蜚尸」、「鬼擊」等被鬼神作祟的疾病。王冰在此並沒有提及鬼神對疾病的作用，而將其與其他疾病同列，一例視為「氣」的變動結果。不過，值得注意的是，王冰將鬼祟一類疾病歸為「卒然而即成病」之類，即突然或無故得疾。

對病因的分類做出較有系統的整理者，為宋代的陳言。在其所著的《三因極一病證方論》中提出三因致病說，以天人表裡立論，將複雜的疾病分為：內因(七情)發自臟腑，形之於肢體；次為外因(六淫)起於經絡，舍於臟腑；餘為不內外因，即與六淫、七情無關者。《三因方》云：「病症即成，須尋所自。」



圖三

……六淫天之常氣，冒之則先自經絡流入，內合於藏府，為外所因。七情人之常性，動之則先自藏府鬱發，外形於肢體，為內所因。其如飲食饑飽，呼叫傷氣，盡神度量，疲極筋力，陰陽違逆，乃至虎狼毒蟲，金瘡踣折，疰、忤、附著、畏、壓、溺等，有背常理，為不內外因。³⁷

此說的特點有三：第一、他雖與《金匱》一樣將疾病分為三因，但前者以外邪為

37 [宋]陳言，《三因極一病證方論》（台北：臺聯國風出版社影印大學士英廉家藏本，1991），卷2，〈三因論〉。陳言（1131-1189），南宋醫家，淳熙元年（1174）撰成《三因極一病證方論》（簡稱《三因方》）十八卷。以「分別三因，歸於一治」取為書名。

主要致病的原因，傷及皮膚血脈的是外因，經由經絡深入臟腑的為內因。是以病症的部位深淺分內外，不是從病因上分內外。陶弘景、王冰的說法大致上亦然。而《三因方》則以六淫所侵，病從外來的為外因；七情所傷，病從內所引起的為內因。他認為這是致病所由的「常理」，基本上，一般的疾病都可由此探求而得。

第二、這些因素，陳言並不把任何一因孤立起來。按內因七情所引起的病變通常是由外界事物所引起的刺激，似乎可以作為外因來看。但兩者仍然有差別。其差別在於，外因發病只要去其外因則其病即瘳，七情發病則不然。精神受邪已深，即便是外在刺激不存在也不能立即恢復。而且，陳言認為有些疾病是「內外兼併」、「淫情交錯」，內外因素是不可分。所以，「要推其淺深，斷其所因為病源，然後配合諸症，隨因施治」³⁸。

第三、陳言的三因學說發展了《內經》、仲景以下的病理學理論，奠定了中醫病因說的基礎，為後世醫家所遵循³⁹。在其三因說之中，最值得玩味的是所謂「不內外因」。不內外因中包含當時醫學一些難以解釋的病症；或者，一些意外的傷害或死亡其實可以解釋，但卻又因為受文化環境或社會倫理等理由而將其歸為此類。例如畏、壓、溺等意外傷害。《禮記》〈檀弓〉即云：「死而不弔也三：畏、厭、溺。」因為這三種情形都是輕身忘孝，所以不必去致弔(或不忍為弔)。而這幾種情形引起的傷害或死亡，陳言歸為不內外因。

從陳言在「不內外因」之中所臚列的如飲食饑飽，乃至疰、忤、附著、畏、

38 陳言，《三因方》，卷2，頁7。

39 例如，陸士鏗《醫學南針》〈治病總論〉中以為：「內因、外因為病之根源，茲分兩種，便於認證也。」他所謂的內因、外因就是七情六淫。又程國彭《醫學心悟》〈論疫〉論疫亦以天人立論，以為疫疾「來路兩條」，何謂「來路兩條」，「疫有在天者，有在人者」。又，劉清臣《醫學指南》〈內傷外感辨〉以為病因「內傷」、「外感」兩種，「傷於飲食、勞役、七情、六欲，為內傷；傷於風、寒、暑、濕，為外感」。又，徐靈胎，《醫學源流論》云：「人之患病，不外七情六淫。」「七情所病，謂之內傷；六淫所侵，謂之外感。……又有全乎外感，全乎內傷者。更有內傷兼外感，外感兼內傷者。」這些說法，基本上都受陳言「內因」、「外因」的病因分類的影響。程國彭，《醫學心悟》(台北：旋風出版社，1979)，頁50-51；劉清臣，《醫學指南》(台北：新文豐出版公司，1976)，卷1，頁23；〔清〕徐靈胎，《醫學源流論》，收入氏著，《徐氏醫學全集》(台北：五洲出版社，1990)，頁58、62、66。

壓、溺等來看，其實這些大半是一些症狀或病名，並不是疾病的原因。從上面所舉的病症，《三因方》以為皆是「有背常理」的，無法完全用六淫或七情來理解。然而，這些疾病在當時社會存有一套解釋的模式或方法。這種種不一的模式或方法，與民俗、信仰或社會背景有極為密切而不可分的關係。甚至有些解釋是今日的我們引以為奇的。

不過，傳統醫學對疾病的原因和因素的致病特點、致病規律，以及其相互關係的探究，基本上是往「理性」的方向進行⁴⁰。所謂「理性化」的過程，即中國早期將大部分的疾病歸諸鬼神的力量，漸漸概括出一些可以依循的範疇，如六淫七情等，用來解釋疾病⁴¹。然而，三因學說中「不內外因」的意義，卻相當程度的包容一些難以解釋的病症及另類解釋疾病的方法，例如傳統醫書所說的中惡、尸注、鬼疰或邪祟等為鬼祟的疾病。這一類的疾病就是屬於《三因方》所說的不內外因。

總結本節所論，在《內經》「風」、「氣」的疾病觀的脈絡下，所謂鬼神之病，可以理解為「邪氣」（或「氣」）。而陳言的分類將崇病歸於「不內外因」，則表明了崇病並無法完全用七情、六淫的常理加以相衡。事實上，傳統醫家除了

40 不著撰人，〈漢代醫學與當時世界統一性的探索〉，收入任繼愈主編，《中國哲學發展史》（北京：人民出版社，1985），頁601-625；任繼愈，〈中國古代醫學與哲學的關係——從《黃帝內經》來看中國古代醫學的科學成就〉，《歷史研究》，1956：5（北京），頁59-74。宮下三郎也指出戰國到秦漢時代的醫學，逐漸由「宗教咒術的療法」進步到「經驗科學的療法」（包括針灸、按摩導引、灌水藥熨、藥物）。石田秀實則以這個時期對精神疾病的看法，逐漸否定所謂「憑異的疾病觀」，也就是排除鬼神對疾病的影響，而發展出「氣」的病因病理觀。〔日〕宮下三郎，〈中國古代の疾病觀と療法〉，《東方學報》，30（京都，1959），頁227-252；〔日〕石田秀實，〈中國古代における精神疾病觀〉，《日本中國學會報》，33（東京，1981），頁29-42。

41 中國醫學早期對病因的探討，鬼神占有相當的分量與地位。相關的說法，參見胡厚宣，〈殷人疾病考〉，收入氏著，《甲骨學商史論叢》初集（台北：大通書局，1972），頁437-440；嚴一萍，〈中國醫學之起源考略〉，《大陸雜誌》，2：8-9（台北，1951），頁14-15、22；劉淵臨，〈甲骨文中的醫學資料〉，《中國醫藥研究叢刊》，6（台北，1978），頁25-29；溫少峰、袁庭棟，〈殷墟卜辭研究——科學技術篇〉（四川：社會科學院出版社，1983），頁329-332；詹鄞鑫，〈卜辭殷代醫藥衛生考〉，《中華醫史雜誌》，16：1（北京，1986），頁15-23。

從醫學觀點探討祟病的因果與病理之外，也從社會／文化的層次探討其成因。「場所」便是其中一種可能。以下，我將嘗試由醫書中敘述其基本證候、各家解說，摘出相關的醫案，並介紹傳統醫學理解這一類疾病的一種模式，即由患者曾經出入的特定場所著手。

三、試論祟病的空間觀念

所謂患者出入的場所，不僅是指其居住的環境或衛生條件而言，而是中醫（至少有相當程度）相信一個人生病，跟他涉足鬼神出沒之所或不乾淨的（宗教信仰的層面）地方有關。不少醫案顯示，患者無特殊病史可尋，而且身體大多情況良好，突然之間就發病或暴斃。根據醫書的記載，他們發病之前幾乎都有一個共同的特點：就是去了神廟、祭壇、墳場，或出入郊野，或至人所不到之地。

這一類的疾病，稱為「疰」（尸疰、鬼疰）、「客忤」、「中惡」、「附著」或「邪祟」等等，總稱為「鬼病」或「祟病」。這也是陳言在《三因方》的「不內外因」條下所舉的若干病證，如疰、忤、附著等。席文曾將若干祟病譯為 Epidemic Possession、Possession by goblins 等等⁴²。這類病患自己相信或被他人認定是被鬼物所干犯、纏擾、附身，以致在精神或生理上引起種種症狀不一的病變。若用古典或醫書上的講法，稱為「馮〔憑〕」或是「馮〔憑〕依」（《左傳》僖五、昭七、昭八）、「祟」（《韓非子》〈解老〉）、「依附於人」（《諸病源流總論》）、「邪祟附著於體」（《雜病源流犀燭》）等。患者或被鬼神所圍困（surrounding），甚至被侵入（indwelling）體內而占有之，無論哪一種，都有一些兼症。陳言論及此類疾病「無處不惡，乃挾諸鬼而害人」，「以三因考之，內非七情所忤，外非四氣所襲，雖若麗乎不內外因，奈其證多端，傳變遷移，難以推測」⁴³。先說其一些基本的症候。

42 席文著，李煥堯譯，《伏煉試驗》，頁261-262、264、266。

43 陳言，《三因方》，卷10，頁1。

(一) 崇病基本症候

巢元方《諸病源流總論》卷二〈鬼邪候〉云：

凡邪氣鬼物所爲病也，其狀不同，或言語錯謬，或哭驚走，或癲狂悖亂，或喜怒悲笑，或大怖懼，如人來逐，或歌謠詠嘯，或不肯語。⁴⁴

巢氏以其病爲「亡人爲禍」、「社崇」或「土崇」之故，所以名之曰「鬼邪」。另外，陳言《三因方》卷十〈疰、忤、中惡證治〉云：

病者卒中惡，心腹脹滿，吐利不行，如霍亂狀，世所謂中惡是也。由人精神不全，心志多恐，遂爲邪鬼所擊，或復附著。沈沈默默，寢寐譫語，誹謗罵詈，訐露人事，不避識嫌，口中好言未然禍福，及至其時，毫髮無失，人有起心，已知其肇。登高涉險，如履平地，或悲泣呻吟，不欲見人，其狀萬端，如醉如狂，不可概舉。此皆神鬼及諸精魅，附著惑人。或復觸犯忌諱，土地神靈爲其所作。⁴⁵

又許浚《東醫寶鑑》卷七〈邪崇〉徵引各家之說，例如：

邪崇之證，似癲非癲，有時明，有時昏。……邪之爲病，或歌，或哭，或吟，或笑，或眠，或坐溝渠，啖食糞穢，或裸體露形，或晝夜遊走，或嗔罵無度。⁴⁶

44 [隋]巢元方《諸病源流總論》(台北：宇宙醫藥出版社，1975)，頁14-15。巢元方(約550-630)，隋代醫家。大業六年(610)奉詔主修是書，是中國第一部論述病因、症候的專著。田代華，〈巢元方立志述《病源》〉，《山東中醫雜誌》，1983：5(濟南)；李經緯，〈《諸病源候論》的病因學研究〉，《中華醫史雜誌》，21：3(北京，1991)。

45 陳言，《三因方》，卷10，頁3-4。

46 [朝鮮]許浚等，《東醫寶鑑》(台北：臺聯國風出版社影印朝鮮內醫院校正完

從上引三段醫書，這類疾病是「爲邪鬼所擊」、「附著惑人」，其病徵或證候可分爲二方面：首先，是一般性的，即常理可以解釋的，如「言語錯謬」、「喜怒悲笑」等精神失常的現象。或生理方面「心腹脹滿，吐利不行」等症狀。同時，也有一些反社會之行為，如「誹謗罵詈，訐露人事」或「啖食糞穢」、「裸體露形」。其次，是爲特殊的證候，如說預言，如上所引的「口中好言未然禍福，及至其時，毫髮無失」，或擁有未卜先知的能力，如「人有起心，已知其肇」，又有「登高涉險，如履平地」的奇技，這些用常理無法完全解釋的。所以，有些醫書將這類病患歸爲精神病，與「癩」、「癩」、「狂」等病同列⁴⁷。關於這方面的記載，李用粹《證治彙補》卷五〈胸膈門〉云其病徵：

有視聽言動俱妄，甚能言平生未見聞事，及五色神鬼。⁴⁸

日本片倉元周《青囊瑣探》卷上〈鬼哭灸〉形容其症：

使人語言錯亂，恍惚失神，或識未到之處，或書未知之字，或其力倍常。⁴⁹

(續)

營重刊本，1989），頁531。是書爲朝鮮太醫許浚(1540-1615)所編著，共二十三卷。主要是根據八十餘種中醫古籍，並參考朝鮮《醫方類聚》、《鄉藥集成方》等醫書於1610年編輯而成。

47 關於中醫精神病理的研究，參看方永來、李政育，《中國傳統醫學之精神病理學》(台北：啓業書局，1985)；歐翰思，〈中醫精神病理學的觀念演變〉，收入李國豪、張孟聞、曹天欽主編，《中國科技史探索》(香港：中華書局，1986)，頁553-559；林克明著，柯永河、蕭欣義譯，〈中國傳統醫學與精神疾病及精神醫學的關係〉，收入林宗義、Auther Kleinman合編，《文化與行爲：古今華人的正常與不正常行爲》(香港：中文大學出版社，1990)，頁77-90。

48 [清]李用粹，《證治彙補》(台北：旋風出版社影印康熙舊德堂本，1976)，頁323。李用粹，清初醫家。爲康熙年間上海四醫家(李用粹、徐子瞻、劉道深、沈元裕)之一，擅長內、婦科，編《證治彙補》(1687)十卷。

49 [日]片倉元周，《青囊瑣探》，收入[日]丹波元胤等編，《皇漢醫學叢書》(上海：上海中醫學院出版社，1993)，冊13，頁20-21。「皇漢醫學」，又稱爲「和漢醫學」，日本漢方醫學基本上皆源自於中國。陳存仁，《中國醫學史》(台北：新醫藥出版社，1977)，頁121。

一個正常人發病之後竟能言未見之事、識未到之處，書未知之字，實在令人難以想像。也正因為有了以上種種難解之證候，所以才被認為是被鬼神憑依。患者擁有的神蹟異能是「鬼神」、「諸精魅」或「土地神靈為其作」的。

這些鬼神精魅長期附著人身之後，漸漸與人身上的諸蟲相接引，與人為害⁵⁰。《諸病源流總論》說人身有蟲，與人俱生，「惡能與鬼靈相通，常接引外邪，為人患害」⁵¹。醫書中類似這樣的記載極多，謹引龔居中在《紅爐點雪》一書的說法：

湖所自來。蓋有一種鬼疰尸氣，伏於人身，使人精氣血液日耗，漸致陽盛陰虧，煎熬薰燥，血液結搏，漸而變為怪異之蟲。……謂初世之蟲，形若人髮馬尾，再世則小者若蛆，大者如蛇，至於九世，則類人類鬼，其狀不一，令人可驚。⁵²

這種「類人類鬼」的「怪異之蟲」，王肯堂《證治準繩》之中有附圖，文云：「此蟲形如嬰兒，背上毛，長三寸，在人身中。」又云：「此蟲形如鬼狀，變動在人藏府中。」⁵³這些圖象，完全出自醫家的想像嗎？還是有解剖的根據呢？總之，人被鬼物附身之後，就是身上的這些「怪異之蟲」引起了種種不一的症狀，致人或病或死。

「崇病」之所以會被視為鬼神作崇，是因為其特殊的症狀是醫家難以完全理解的。例如，一個人遭鬼神作崇所表現的病脈是超過醫家所能掌握的範圍。林之翰《四診抉微》卷五〈崇脈〉收集歷代各家的說法，茲摘錄如下：

50 認為人身有蟲，與人俱生的觀念可能來自道家(或道教)。「日」麥谷邦夫，〈「黃庭內景經」試論〉，《東洋文化》，62(東京，1982)；「日」宮澤正順，〈道教典籍に見える周身部分の名稱について〉，《東方宗教》，67(京都，1986)。

51 巢元方，《諸病源流總論》，卷23，〈尸病諸候〉，頁7。

52 「明」龔居中，《紅爐點雪》(台北：五洲出版社，1985)，頁62。龔居中(?-1646)，明代醫家，精於診治癆病，積其所得，撰成《痰火點雪》(1630)，又名《紅爐點雪》。

53 「明」王肯堂，《證治準繩》(台北：新文豐出版公司，1974)，頁225。王肯堂(約1549-1613)，明醫家。本書又名《六科證治準繩》，也稱為《六科準繩》(1602)，共六種，四十四卷。

- 1.仁齋曰：祟家面色黯慘，脈乍大乍小，乍有乍無。又云，祟家或邪視如淫，脈錯不倫，或刮駛暴至，或沈浮，或雙弦，或鈎啄，或衰運，或橫格，或促散，或尺部大於寸關，或關部大於尺寸，是皆染祟得之。
- 2.皇甫氏曰：初病便譫語，六部無脈，然切大指下，寸口之上，卻有動脈，謂之「鬼脈」。
- 3.李氏曰：脈息遲伏，或為鳥啄，或綿綿不知度數，而顏色不變，皆鬼邪為病也。其狀不欲見人，如有對晤，時獨言笑，或向隅悲泣，是也。
- 4.《圖說》曰：凡鬼祟附著之脈，兩手乍長乍短，乍密乍疏，乍沈乍浮，陽邪來見，脈則浴洪；陰邪來見，脈則沈緊。鬼疰客忤，三部皆滑，洪大嫋嫋，沈沈澤澤，或沈而不至於寸，或三部緊急，但與疾症不相應者，皆五尸、鬼邪、循尸、尸疰之所為也。
- 5.呂滄州治女子之不月如娠者，曰：面色乍赤乍白者，愧也；乍大乍小者，祟也；非有異夢，則靈魂所憑耳。⁵⁴

「祟家」就是指被鬼神作祟的患者。傳統脈學的脈象如浮、沈、遲、速、滑、濇、虛、實、長、短、洪、微等，各病都有基本的規律可循。然而，鬼祟之脈卻是左右不齊，乍大乍小，乍數乍遲，錯雜不倫，甚至脈象「與病症不相應者」，加上患者有「譫語」，「時獨言笑，或向隅悲泣」等現象，因此，醫家診斷為「染祟」、「鬼邪為病」、「鬼祟附著」或「非有異夢，則靈魂所憑耳」等。

基本上，傳統脈學講究「脈」、「症」相符，即「有是病則有是脈，與病相宜而順，不相宜則逆」。按脈象與證候的關係，因病變的發生、人體反應的結果，有其證候，當然會出現相應脈象。當脈象與證候一致之時，稱之為「順」；兩者不一致時，即脈象不能照病理反應時，稱之為「逆」。所謂祟脈屬於後者，即脈象不能反應證候。李延是《脈訣彙辨》云：「鬼祟犯人，左右二手脈象不

54 [清]林之翰，《四診抉微》（台北：樂群文化公司，1991），頁95。林之翰，清醫家，生卒年不詳。是書以《內經》色脈並重為依據，抉取歷代四診的作品編纂而成，書成於雍正元年（1723）。

一，忽大忽小，忽數忽遲，無一定之形也。」⁵⁵此時，醫家可能會有兩種選擇：一是「捨脈從證」，一是「捨證從脈」。如何夢瑤《醫編》云：「凡脈證不相合，必有一真一假，須細辨之。」或「當從證不從脈」，或「從脈不從證」也⁵⁶。崇病既無法由脈象預卜，其證又如前面所說的「似癲非癲，有時明，有時昏」，實在不易分辨。徐用誠〈怪病爲痰·治痰理氣說〉甚至說：

病而至於變異百出，證不可憑，脈不可據，莫能測其端倪者，多屬於痰。夫痰亦濁液凝聚耳，非有神祟憑之而然也。⁵⁷

患者的證、脈皆不可憑，故只能視之爲「怪病」（病因屬痰）了。

事實上，崇病這一類病到現在仍引起學者的注意。其中部分病徵與近人所謂「附身症」相似。所謂被鬼附身，不僅在古代是一種病症，今天世界各地仍有許多這一類型的病患。根據 J.P. Leff 與 A.D. Isaacs 兩位精神醫學家所描述的這一類疾病的部分症狀：

附身狀態(possession state)在非西方文化很尋常。這些包括相信附身的人乃是由超自然的物體或心靈所取代，而引起他不尋常的行爲；預測未來、卜卦疾病或災難的原因、說話聲音改變或喃喃自語一些聽不懂的話。所有這些特徵乃歸因於附身的人和他的文化背景。事實上這種附身狀態的時間都很短(大都幾小時)。在禮拜儀祭時發生，而且受到他的文

55 [清]李延是，《脈訣彙辨》(台北：五洲出版社，1984)，頁96。李延是，生於明末，卒於康熙年間(1628-1679)。李氏以當時流傳的高陽生《脈訣》錯誤頗多，遂彙集七十餘種脈學文獻，結合其家學及個人心得而成，康熙三年(1664)撰成是書。

56 [清]何夢瑤，《醫編》(上海：千頃堂書局，1922)。是書成於乾隆十六年(1751)。

57 此文收入[清]沈時譽，《醫衡》(上海：上海書店，1985)，卷4，頁3，是書乃集前人之著作，共載清家醫論八十一篇，沈氏刪繁就簡，或易字句，或變章法而成，於康熙六十年(1721)刊行。

化團體的認許，這與被控制妄想有所區別。⁵⁸

他們又說：

被控制妄想的真正症狀，其特徵乃病人相信他的意志已被一些外力所替代，身體的某部被移去，就好像他是個玩偶或機械人，有人用他的聲音說話，或者被利用來做他本身不願做的事。⁵⁹

我們可以把 J.P. Leff 與 A.D. Isaacs 的描述與前引巢元方、陳言、李用粹、片岡元周等人的部分記載互相參照。今日精神學家對附身症有下的理解：一、具有超自然能力；二、語言發生變化；三、發病的時間一般不長；四、在禮拜儀祭的場合（特殊場所，與本文相關）發生；五、這些病徵歸因於附身的人和其文化背景；六、「附身症」與精神病（如被控制妄想）不同。這些基本特徵，與中國傳統醫書記載相去不遠。但是，依中國傳統醫學的看法，「附身症」只不過是鬼神作祟的一種類型。

若按照 C.A. Ward 的說法，附身其實可以分為兩類，一是儀式性的(ritual possession)，即上述的附身方式。另一是邊緣性的(peripheral possession)，主要是生理與精神上的病態，患者企圖以附身來紓解外在的壓力，通常附身的時間較長，而且不被社會文化所認許⁶⁰。現在一般的研究對象多以儀式性的附身為主，而傳統醫書中所記載的內容遠比上引的資料豐富多歧。而且，附身也只是祟病的一部分特徵。

總之，罹患這一類疾病的患者，可能具有上述其中之一或二項病症的特徵，或兼具上述的各種條件。但無論是哪一種，都被認為是鬼神禍祟的。

58 雷夫(J.P. Leff)、艾薩克斯(A.D. Isaacs)著，林式毅譯，《臨床精神醫學檢查》(Psychiatric Examination in Clinical Practice)(台北：合記圖書出版社，1990)，頁47。

59 雷夫、艾薩克斯著，林式毅譯，《臨床精神醫學檢查》，頁47-48。

60 C.A. Ward, "Spirit Possession and Mental Health: A Psychoanthropological Perspective," *Human Relations*, 33:3 (New York, 1980), pp. 146-163.

(二) 崇病與「場所」

對這種只能暫歸為「不內外因」的各類奇症，無法單純的以外感六淫、內傷七情等常理相衡者，中醫另有一套特殊理解。《華氏中藏經》卷上〈傳尸論〉以爲此症：

或因酒食而遇，或因風雨而來，或問病弔喪而得，或朝走暮遊而逢，或因氣聚，或因血行，或露臥於田野，或偶會於園林，鍾此病死之氣，染而爲疾。⁶¹

葛洪《肘後備急方》卷一〈救卒客忤死方〉云：

客忤者，中惡之類也。多於道塗門外得之。⁶²

巢元方《諸病源候論》卷二十三〈卒忤候〉云：

卒忤者亦客忤，謂邪客之氣，卒犯忤人精神也，此是鬼厲之毒氣，中惡之類。人有魂魄衰弱者，則爲鬼氣所犯忤，喜於道間門外得之。⁶³

61 《中藏經》(台北：自由出版社，1986)，頁15。關於《中藏經》的成書年代，參見丹波元胤，《醫籍考》(高雄：平凡出版社，1961)，頁629-636；〔日〕岡西爲人，《宋以前醫籍考》(台北：古亭書局，1969)，頁506-509。我個人目前暫將《中藏經》視爲六朝人的作品。這部書舊題爲漢華佗撰，但顯然是後人僞託的。然而，其書內容如第四十八篇〈論診雜病必死候〉和第四十九篇〈察聲色形證決死法〉等二篇，對病者診病察證從聲、色、形各方面判斷病證之嚴重性，具有相當臨床經驗。又此書文義古奧，似是六朝人所撰，有人便懷疑是華佗弟子像吳普、樊阿等依據華氏遺意輯錄而成。賈維城，《三百種醫籍錄》(台北：啓業書局，1986)，頁323-327。

62 葛洪，《肘後備急方》，頁14。

63 巢元方，《諸病源候論》，卷23，〈卒忤候〉，頁3。

王懷隱等《太平聖惠方》卷五十六〈治卒忤諸方〉云：

人有魂魄衰弱者，則為鬼氣所犯忤。喜於道間門外得之。⁶⁴

龔廷賢《壽世保元》卷十〈邪崇〉云：

凡遇尸喪，玩古廟，入無人所居之室，回來暴絕，面赤無絕者，名曰尸症，亦曰鬼症，即中崇之謂也。……初到客舍館驛，及久無人居之冷房中，為鬼物所魘。⁶⁵

龔廷賢《濟世全書》卷四〈中惡〉云：

客忤者，中惡之類也。多於道間門外得之。令人心腹絞痛，腹滿，氣衝心胸，不即治亦殺人。⁶⁶

戴元禮《祕傳證治要訣》卷一〈中惡〉云：

中惡之證，因冒犯不正之氣，忽然手足逆冷，肌膚粟起，頭面青黑，精神不守。或錯言妄語，牙緊口噤，或頭旋暈倒，皆不知人。此即是卒厥、客忤、飛尸、鬼擊。吊死、問喪、入廟、登塚，多有此病。⁶⁷

64 [宋]王懷隱等，《太平聖惠方》（台北：幼華出版社，1986），頁1742。

65 [明]龔廷賢，《壽世保元》（台北：宏業書局，1986），頁7-9。龔廷賢，明醫家，生卒年不詳。本書成於萬曆四十三年（1615）。

66 龔廷賢，《濟世全書》，收入氏著，《龔廷賢醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999），頁964。

67 [明]戴元禮，《祕傳證治要訣》（台北：文光圖書公司，1981），頁6。戴元禮（1324-1405），明醫家。名思恭，一作原禮。本書共十二門，主要內容是關於內科雜病的證論，約成書於正統八年（1443）。

李梴《醫學入門》卷七〈怪病〉云：

其症暮夜或登廁，或出郊野，或遊空冷屋室，或人所不到之地，忽然眼見鬼物，鼻口吸著邪氣，驀然倒地，四肢厥冷，兩手握拳，鼻口出清血，性命逡巡，須臾不救，與尸厥同。⁶⁸

王肯堂《證治準繩》第一冊〈中惡〉云：

中惡之證，因冒犯不正之氣，忽然手足逆冷，肌膚粟起，面青黑，精神不守，或錯言妄語，牙緊口噤，或頭旋暈倒，昏不知人，即是卒厥、客忤、飛尸、鬼擊。吊死、問喪、入廟、登塚多有此病。⁶⁹

李用粹《證治彙補》卷七〈尸厥〉云：

尸厥即中惡，因冒犯不正之氣，如登塚入廟，吊死問喪，飛尸鬼擊，卒厥客忤之類。⁷⁰

史縉臣《願體醫話》〈救中惡〉云：

尸喪邪氣，古廟墳塚，空房冷寓，廢署荒園，鬼神壇場，祈禱祠社，池沼苔蘚醞濕，藤蘿樹木陰森，一經感觸，卒然昏迷，名曰中惡。⁷¹

68 [明]李梴，《醫學入門》(台北：臺聯國風出版社，1979)，頁637。李梴，明醫家，生卒年不詳。本書以《醫經小學》為藍本編輯而成，共八卷，簡要實用，是古代醫學門徑書中影響較大的。於萬曆三年(1575)分類編成該書。

69 王肯堂，《證治準繩》，冊1，〈雜病〉，頁16。

70 李用粹，《證治彙補》，頁409。

71 [清]史縉臣，《願體醫話》(台北：自然療法雜誌社，1987)，頁11。此書又名《願體醫話良方》，一卷。由王孟英舅父俞世貴增補，於道光十二年(1838)刊行。

沈金鰲《雜病源流犀燭》卷二十〈邪祟病源流〉云：

何謂中惡？凡人偶入荒墳、古廟、郊野、冷廁，及人跡罕到之處。忽見鬼物，口鼻吸著鬼氣，卒然昏倒，不省人事，四肢厥冷，兩手握拳，口鼻出清血白沫，狂言驚忤，與尸厥略同。……何謂鬼魅？或為邪祟附著於體，沈沈默默，妄言謔語，乍寒乍熱，心腹滿，手足冷，氣短，不能食飲。或為山林、窮谷妖狐迷亂，精神減少，日漸羸瘦，能言未然禍福，毫髮皆驗，人有念起，即知其故。⁷²

陳岐《醫學傳燈》卷上〈中患〉云：

中惡者，入廟、登塚、弔死、問疾。飛尸、鬼擊，故為中惡。⁷³

羅越峰《疑難急症簡方》卷一〈尸厥死〉云：

由入廟、弔喪、問病而得者。⁷⁴

日人丹波元簡廉夫《救急選方》上卷〈中惡門〉云：

其證暮夜或登廟，或出郊野，或遊空冷屋室，或人所不到之地，忽然眼見鬼物，鼻口吸著惡氣，驚然倒地。⁷⁵

這些情形，不僅成人如此，亦發生在幼童身上。王大綸《嬰童類萃》卷中〈中惡

72 沈金鰲，《雜病源流犀燭》，頁493。

73 [清]陳岐，《醫學傳燈》（台北：世界書局，1982），頁30。本書成於康熙三十九年（1700）。

74 [清]羅越峰，《疑難急症簡方》（台北：世界書局，1982），頁33。本書成於光緒二十一年（1895）。

75 [日]丹波元簡，《救急選方》（台南：綜合出版社，1989），頁5。

諸方〉云：

〔嬰童〕或暮夜登廁，或出郊野，或入空房，或遊戲人所不到之地，忽見鬼物，鼻口吸著惡氣，驀然倒地。⁷⁶

樓全善《醫學綱目》卷三十七〈客忤〉云：

客忤者，小兒神氣軟弱，忽有非常之物，或未經識見之人觸之。或經歷神廟、佛寺，與鬼神氣相忤也，故謂之客忤，亦名中客。⁷⁷

一般醫書對於這一類病證的解釋，與以上徵引的材料極為相似。以上十七條史料，僅略舉其犖犖大者。在其所提及的場所之中，大概可以歸納為幾類：一是宗教、祭儀的場所，如古廟、墳場、神社等；二是郊野、山林窮谷等人所不到之處；三是墳塚、尸喪之地；四、空房、冷寓、廁所、廢署、荒園、園林等人跡罕至之所；最後，是旅途中的客舍、館驛。上舉葛洪、巢元方、龔廷賢等人說此症多在「道間」、「門外」。

至於，為什麼出入這些「道間門外」的特定場所會使人生病呢？以下，我嘗試由三方面去了解：

第一、如果由環境衛生的角度來看，張華《博物志》卷一〈五方人民〉云：「居無近絕溪、群塚、狐蟲之所近，此則死氣陰匿之處也。」⁷⁸這些地方如墳場「死氣陰匿」，無疑的是有助疫疾的感染⁷⁹。上所徵引的十七條醫書材料所說的

76 〔明〕王大綸，《嬰童類萃》，頁69。

77 〔明〕樓全善，《醫學綱目》（台南：大孚書局，1984），卷37，頁77。樓全善（1332-1402），明醫家。是書撰於嘉靖四十四年（1565）。

78 〔晉〕張華撰，范寧校證，《博物志校證》（台北：明文書局，1984），頁12。

79 張志斌，〈古代疫病流行的諸種因素初探〉，《中華醫史雜誌》，20：1（北京，1990）；伍連德，〈中國霍亂流行史略及其古代療法概況〉，《同仁醫學》，8：4（東京，1935）；〔日〕井村孝全，〈中國疫病考〉，《現代醫學》，5：12（1944）。

「邪客之氣」、「病死之氣」、「惡氣」、「鬼氣」、「不正之氣」以及「縕濕」、「陰森」之氣，或可單由環境衛生的角度來說明。《諸病源候總論》卷三十六〈入井塚墓毒氣候〉云：「凡古井塚及深坑冢中，多有毒氣，不可輒入。五月、六月間最甚，以其鬱氣盛故也。」⁸⁰所以，中醫所講的「中惡」、「中忤」或「尸疰」，有些情況似乎包括天然氣、沼氣等有毒氣的中毒在內。

而水葬、淺埋或者是棄尸荒野之間，也容易引起病源的擴散。周揚俊《溫熱暑疫全書》卷四有云：「因齧骨掩埋不厚，遂使大陵積尸之氣隨天地之升降飄泊遠近。人在氣交之中，無可逃避，感之而病而死。」⁸¹所以，人或至人所不到之地，感觸「積尸之氣」，驀然倒地昏迷，或病，或死。

至於去弔死問喪，參加喪禮後會生病的原因，可能是因疫而死的尸體缺乏必要的隔離措施，導致問喪者回來以後卒發疫疾。《諸病源候總論》卷二十三〈喪尸候〉云：「人有年命衰弱，至於喪死之處。而心意忽有所畏惡，其身內尸蟲，性既忌惡，便更接引外邪，共為疹病。」⁸²同書卷〈尸氣候〉云：「人有觸值死尸，或臨尸，其尸氣入腹內，與尸蟲相接成病。」⁸³另外，有因為患病而求神問鬼設席請客，有人參加祭儀宴請之後染病，這也是很自然的事情。熊立品《瘟疫傳證滙編》卷五云：「一人患病，旁議紛紛，或說鬼神，求符請咒，延巫數輩，擺設鋪張。」「每見連夜攘求、勞神傷食後，而次日家鄰親戚輒致病起，此難保其病人之病必不致相傳染者。」⁸⁴

第二、上述的說法，是由六淫外感方面來看，而《靈樞》則從人的七情來論述其病理。一個人為什麼到過某種場合之後會生病呢？《靈樞》卷十二〈大惑論〉借由黃帝與岐伯之間的對話，回答了患者心理與場所的關係。

黃帝說，我曾登上於「清冷之臺，中階而顧，匍匐而前，則惑。余私異之，竊內怪之，獨瞑獨視，安心定氣，久而不解。獨博獨眩，披髮長跪，俛而視之，

80 巢元方，《諸病源候總論》，卷36，〈入井塚墓毒氣候〉，頁9。

81 [清]周揚俊，《溫熱暑疫全書》（北京：科技衛生出版社，1959），頁29。

82 巢元方，《諸病源候總論》，卷23，〈喪尸候〉，頁10-11。

83 巢元方，《諸病源候總論》，卷23，〈喪尸候〉，頁11。

84 [清]熊立品，《瘟疫傳證滙編》（松園先生家塾藏乾隆二十四年〔1759〕刊本）。

後久之不已也。卒然自上，何氣使然？」岐伯對曰：

五臟六腑之精氣，皆上注於目而爲之精。精之窠爲眼，骨之精爲瞳子，筋之精爲黑眼，血之精爲絡，其窠氣之精爲白眼，肌肉之精爲約束，裹擷筋骨血氣之精，而與脈並爲系。上屬於腦，後出於項中。故邪中於項，因逢其身之虛，其入深，則隨眼系以入於腦。入於腦則腦轉，腦轉則引目恐急。目系急則目眩以轉矣。邪其精，其精所中，不相比也，則精散。精散則視所生也。故神勞則魂魄散，志意亂。是故瞳子黑眼法於陰，白眼赤脈法於陽也。故陰陽合傳而精明也。目者，心使也。心者，神之舍也，故神亂而不轉。卒然見非常處，精神魂魄，散不相得，故曰惑也。⁸⁵

經文提到登上「清冷之臺」的場合而發生神昏眩惑的現象。首先說明人的臟腑的精氣，皆上注於目，目系(系是血管)又上屬於腦，而與後面的頸項相連。若「邪中於項」，其入深，則隨目系入之於腦，而有「目眩」、「視歧」的現象產生。其中，「邪其精，其精所中，不相比也」，《甲乙經》所載本句爲「邪中之精，則其精所中不相比」，精即指臟腑之氣，不相比是說互相之間不能協調，因此會「精散」。而「心」的作用最爲重要，經文云：「目者，心使也。心者，神之舍也。」所以精神散亂，不能正常的運作的話，「卒然見非常處」，就會產生「惑」的症狀了。丹波元簡《靈樞識》卷六云：「目見非常之處，無不神魂驚蕩而心生眩惑。」⁸⁶

不僅登高臺非常之處如此，遊園圍亦然。〈大惑論〉云：「余每之東苑，未曾不惑，去之則復，余唯東苑勞神乎？」⁸⁷黃帝又問，我每到東苑，沒有一次不是神昏迷惑的，離開該地之後又恢復正常，「何其異也？」岐伯以爲，在某一種場合之中，心雖有喜，然而精神或心理如果仍存畏懼或厭惡的情景或事物的話，

85 《黃帝素問靈樞經》，卷12，頁12。按此篇部分內容亦見《太素》，卷27，〈邪論〉。

86 [日]丹波元簡，《靈樞識》(東京：東豐書局，1985)，頁1069。

87 《黃帝素問靈樞經》，卷12，頁12-13。

喜惡之情兩相交感之下，於是產生了精神散亂的症狀：

心有所喜，神有所惡，卒然相感，則精氣亂，視誤，故惑，神移乃復。⁸⁸

楊上善《注》，喜惡「斯二不可並行，並行相感，則情亂致惑，若神移反本，則解惑神復」。所以，這種情形只要人離開該場所之後，轉移其精神意識就會恢復常態了⁸⁹。

第三、在上述的幾種場合，除環境及個人精神問題之外，最主要的是這些場所(如古廟、壇場、墳塚、館驛等)是被當時社會認為鬼神最容易出沒、活動的範圍。故上引十七條醫書中，有的即特別提到「為鬼物所魘」、「忽然眼見鬼物」、「忽見鬼物」、「飛尸、鬼擊」等的情況，所以，又稱這一類疾病為「中祟」、「中惡」。

而且，這又涉及中國古代生活對旅行、出遊的觀念。根據江紹原的研究，古代中國人把無論遠近的出行認為是一種不太尋常的事。或出田，或出漁，或出弔，或出遊，或出征，旅途上不免遭逢各種危險，而鬼物精怪即是其中之一。江紹原說：

精靈鬼魅並非不能直到你的住所或其近處而為崇於你，然你出了門戶或城裡，他們加害於你的機會纔似乎更多了；另一些鬼神卻不同了，非等你出行而走入他們的活動區域，他無緣與你相見而傷害你(或佑護你)。⁹⁰

88 《黃帝素問靈樞經》，卷12，頁13。

89 這一段材料另外的解釋，參見范行準，《中國病史新義》(北京：中醫古籍出版社，1989)，頁716-719。

90 江紹原，《中國古代旅行之研究：側重其法術的和宗教的方面》(上海：商務印書館，1937)，頁58。有關中國古代「行」的禁忌，參看張寅成，〈戰國秦漢時代的禁忌：以時日禁忌為中心〉(台北：國立臺灣大學歷史學研究所博士論文，1992)，頁58-63。

可見鬼神多有其活動範圍或限制。不僅有出沒之場所，而且其活動也僅限於固定的區域，《白澤圖》便提及兩山之精怪「去故地〔按：精怪活動區域〕即死」⁹¹，便是很好的證明。

上引江紹原的說法，在醫書上是可以找到一些佐證的。費伯雄《怪疾奇方》〈山魃木客作祟〉條云：「狐狸、蟲、蛇附身作祟，用生桐油搽下身不便處最妙，或以本人褲子包頭，妖則大笑而去，永不再犯，嫌其不潮也。」⁹²這些山魃、木客、狐狸、蟲蛇正是出外旅行出遊最容易遇到的鬼物。又，鮑相璈《驗方新編》卷十六〈雜治·客路須知〉云：

凡水陸舟車、狐村野岸之處，有一種悶香賊匪，稍不防備，即被迷悶，竊掠一空。臨睡時口含冰糖或含甘草，可免。如或吞下，必須添含。其門腳窗縫，多撒白沙糖為妙。或用清水一盆置房中，亦免昏迷，並避邪鬼。如被迷昏不醒，飲冷水或糖水甘草水，均可解。又睡時用明雄載領上，或繫左腋下，亦能辟邪。又客店人多屋少之處，多有人死未及殮埋，將尸藏匿榻下，尤宜詳看。⁹³

一個人出外遠行，途經孤村野岸，或夜宿逆旅客店，不只是提防盜賊，亦要留意邪鬼、死尸。江紹原說：「不但老狸、老豬、老的鹿、雞、蠍子等精能幻為人形，入亭將旅客害死；女性的死尸甚至能化為活人而與旅客共宿。」⁹⁴另上引同

91 《白澤圖》者，言「鬼神之事」也。據《搜神記》卷十二，三國間人既知有《白澤圖》，有云諸葛恪出獵遇山精，「恪令伸之，乃引去故也。去故也，即死」。此說吾人知之頗晚，但其起源則極早。陳槃，《古讖緯研討及其書錄解題》（台北：國立編譯館，1991），頁273-290。物怪是有地域上的不同，也受空間限制，參看康韻梅，〈試由「變化論」略論搜神記的成書立意和篇目體例〉，《小說戲曲研究》第三集（台北：聯經出版公司，1989），頁27。

92 [清]費伯雄，《怪疾奇方》（台北：自由出版社，1985），頁47。刊於光緒十年（1884）。

93 [清]鮑相璈，《驗方新編》（北京：人民衛生出版社，1990），頁503-504。刊於道光二十六年（1846）。

94 江紹原，《中國古代旅行之研究：側重其法術的和宗教的方面》，頁68。

書卷〈辟盜賊刀兵疾病鬼怪虎狼蛇蟲〉云：

螢火蟲、鬼箭羽、藜蘆，各一兩。雄黃、雌黃，各二兩。羚羊角，一兩五錢。枯礬，二兩。鐵錘木柄，一兩二錢，共為細末。加雄雞冠一具，雞蛋數枚，黃丹五錢，和搗一千下，為丸如杏仁大，用三角形絳色綉包，每盛五丸。入病人家帶臂上，從軍繫腰中，居家掛門上，行船掛船頭，可避盜賊、兵刀、疾病、鬼怪及虎狼蛇蟲。有人在軍中配帶此藥，賊放箭炮，離身數尺即落，不能傷人。⁹⁵

這裡提到行船、從軍之事以及外出之時對疾病、鬼怪等的種種預防，亦可從中了解當時人對旅行出遊的謹慎恐懼了。此外，龔廷賢《種杏仙方》卷二〈邪祟〉收有四方治療鬼崇之疾，其中二方為藥物，一為禱祝法、一為符咒法。其云：「一方，治遠行所在有邪魅。但至宿所，望空書九龍符，則壓諸邪魅精怪不散動。」⁹⁶這裡提到「遠行所在」的邪魅精怪，正是古代人們出遊所必須處理的問題之一。

以上三點，我嘗試申述崇病與某些「場所」之間的關係。其中，第一、二點可能是我們較容易接受的理由。然而，我們可以發現，醫家在列舉上述這些場所時，並不是隨意的。這些場所彼此之間的同質性相當的高，都是鬼神活動出沒之所。而且，本文所討論的是鬼神所崇而引起的種種症狀，所以，可能以第三點理由與這一類疾病有較密切的關係。有些醫家就明指這些場所是有鬼物的，有些醫家則以「氣」（邪氣）來解釋。而這兩種解釋的取向，已見上一節的說明。然而，我們也不能否認，在長期的歷史之中，累積了大量這類的病案，必定有因上述第一、二點所引起的疾病而被醫家誤診為鬼神作祟的案例。

至於，出入相同的場所，為什麼有人被鬼神作祟，有人卻安然無恙呢？這個問題比較不容易給予周全的解釋。就如在某一段時期的流行傳染病，有人感染，

95 鮑相璣，《驗方新編》，頁501-502。

96 龔廷賢，《種杏仙方》（台北：新文豐出版公司，1990），頁92。是書係從《醫鑑》一書之中選取藥少而易得之方匯編而成，取「家易辨，人易曉，咸在杏陰中」之意，故名。初刊於萬曆九年（1581）。

有人不感染一樣，必須考慮個人的體質等因素。也就是說，外在的病邪(無論是鬼神或疫癘)要侵犯人體，一定要人身心有容納其侵犯的弱點方可以達其目的。所以，《內經》以為：「正氣存內，邪不可干。」⁹⁷即是此理。景日昡《嵩崖尊生書》卷十一〈中惡〉云：「虛弱人吊死問喪，入廟登塚，多有此病。」⁹⁸這裡便強調了個人體質(如虛弱人)。

四、崇病案例試析

的確，人對自己要到較不熟悉甚至是完全陌生的場所，不免會在精神及身體上感到不適，也許是衛生條件或生活習慣的改變，也許是個人的體質或性格使然，一些特殊的「場所」對某些人而言是比較容易誘發疾病的。例如上述的古廟、墳場或空屋、廢園之類，一個人可能受文化背景的影響，從小耳濡目染，認為這些地方易受鬼神作祟，身體虛弱者遊宿該地，不免卒發成疾⁹⁹。李冠仙《仿寓意草》卷下〈余泰符子邪崇治效〉即云：「邪崇者，非必有鬼魅，或空房暗室，久無人住，陰氣甚重，積久成崇，遇氣血虧虛之人，崇氣即乘虛而入，使人如瘋如魔，癡呆不語。」¹⁰⁰這裡所說的「崇」、「崇氣」沒有絲毫鬼神的意味。而這句話也指出了像「空房暗室」這一類的場所之所以會與疾病有關，原因有二：一是「有鬼魅」，一是「久無人住，陰氣甚重」。事實上，李氏本人即是相信鬼能崇人的(詳下)，而且不少醫案顯示，這些場所正是鬼神出入之地。

以下我將舉若干醫案，以便對「場所」與崇病之間的關係做進一步的討論。江瓘《名醫類案》卷五〈遺精〉：

97 余巖，〈病〉，收入氏著，《醫學革命論選》(台北：藝文印書館，1976)，頁61。

98 [清]景日昡，《嵩崖尊生書》(台中：昭人出版社，1981)，頁271。是書成於康熙三十五年(1696)。

99 發病的類型，可以粗分為卒發與徐發二種。一般而言，導致卒發的因素有：一、感邪暴盛；二、毒物傷中；三、急性外傷；四、情志遽變。宋鶯冰主編，《中醫病因病機學》(台北：啓業書局，1988)，頁160-161。

100 [清]李冠仙，《仿寓意草》，收入曹炳章原編，《中國醫學大成績集》(上海：上海科學技術出版社，2000)，冊43，頁198。

〔病案一〕一人每每有夢，朱連診二日。觀其動止，頭不仰舉，但俯視不正，必陰相著。叩之，不言其狀。詢其僕，乃言至其廟見侍女，以手撫久之，不三日而寢疾。令法師入廟毀其像，小腹中泥土皆濕，其疾隨瘳。此則鬼魅相感耳。¹⁰¹

同書卷八〈鬼疰〉：

〔病案二〕詔州南七十里古田有富家婦人陳氏抱異疾，常日無他苦，每遇微風吹拂，則股間一點奇痒，爬搔不定，已而舉體皆然，逮於發厥，凡三日醒。及坐，有聲如歛，其身乍前乍後，若搖兀之狀，率以百數，甫少定，又經日始困臥，不知人，累夕愈，至不敢出戶，更十醫不效，……云是名鬼疰。因入神廟為邪所憑，致精氣蕩越。法當用死人枕煎湯飲之。¹⁰²

又魏之琇《續名醫類案》卷二十二〈邪祟〉云：

〔病案三〕宋人王纂精針石。元嘉中縣人張方女，日暮宿廣陵廟門下，夜有物假作婿來，女因被魅惑而病，纂為治之，下一針，有獼從女被內走出，病因而愈。¹⁰³

以上三例，場景都是在「廟」，患者係因遊廟或暮宿廟下而引起疾病。其中，第一個例子是患者至廟見侍女像，心生淫念，以手撫摸，遂為鬼魅所惑。病案二陳婦的病狀頗為特殊，發病時「其身乍前乍後，若搖兀之狀，率以百數」，似乎是

101 〔明〕江瓘，《名醫類案》（台北：宏業書局，1979），頁154。是書於嘉靖元年（1522）輯成。

102 江瓘，《名醫類案》，頁242。

103 〔清〕魏之琇，《續名醫類案》（台北：宏業書局，1979），頁556。是書成於乾隆三十五年（1770）輯成。

被鬼神憑依而產生的。醫家診斷，此乃「因入神廟為邪所憑」。另外，張方女的病案，則是因鬼物化為其婿與女交合成疾，王纂遂以針法治之。

徐靈胎《洄溪醫案》另有一則其親診的病案更令人匪解，茲錄於後：

〔病案四〕同里朱翁元亮，僑居郡城。歲初，其媳往郡拜賀其舅，舟過婁門，見城上蛇王廟，俗云燒香能免生瘡腫，因往謁焉。歸即狂言昏冒，舌動如蛇，稱王使二女僕一男僕來迎。延余診視，以至寶丹一九遣老嫗灌之。病者言此係毒藥，必不可服，含藥噴嫗，嫗亦仆，不省人事，舌伸頸轉，亦作蛇形。另易一人灌藥訖，病者言一女使被燒死矣。凡鬼皆以硃砂為火。次日煎藥內用鬼箭羽，病者又言一男使又被射死矣，鬼以鬼箭為矢也。從此漸安，調以消痰安神之品，月餘而愈。此亦客忤之類也。¹⁰⁴

朱氏生病的原因不明。只因往謁蛇王廟，返後即有了狂言昏冒之態。而且，就其症狀來看似乎是蛇王憑依，故「舌動如蛇，稱蛇王使二女僕一男僕來迎」。更奇怪是，徐靈胎遣一老嫗餵藥，朱氏拒服，含藥噴之，神靈竟轉崇老嫗，老嫗仆地，似受到患者的暗示作用，竟然舌伸頸轉，亦作蛇形。靈胎以硃砂、鬼箭羽等方法治之。這種用藥思維，有的學者稱之為「象形藥能論」¹⁰⁵。

另外，婦女或入神廟，或遊山林，若心中忽然如交感之念，亦會引來鬼物為魅。錢松《辨證奇聞》卷九〈鬼胎門〉云：

婦女有懷妊終年不產，面皮黃疲，腹如斗大，肌膚消削，常至一二年未生者，此鬼胎也。其人必與鬼交。或入神廟而興雲雨之思，或遊山林而起交感之念，皆能召崇成胎。幸其入不致淫蕩，見崇而驚惶，遇合而慚愧，則人尚未覺，迫後而漸漸腹大。蓋人身之氣血不行，內外相包，一

104 徐靈胎，《洄溪醫案》，收入氏著，《徐靈胎醫書全集》，頁46-47。是書成於乾隆二十四年(1759)。

105 〔日〕石原明，《漢方》(東京：中央公論社，1963)，頁34。

如懷胎之兆，其寔非胎非膨也。¹⁰⁶

「鬼胎」是傳統醫學對婦人異常懷孕或者腹中有硬塊漸大的一種解釋¹⁰⁷。根據錢松的論述，鬼胎與婦人所出入的場所有關，乃「或入神廟」、「或遊山林」之故。陳士鐸《百病辨證論》卷十〈中妖門〉亦云：

人有山林之間，偶遇少婦，兩情眷顧，遂與野合，泄精如注，倦極困臥，醒來少婦已失所在。玉莖微痛，明日大痛，三日之後，腫如黃瓜之樣，人以爲野合浪戰之傷，誰知是花妖之毒哉！夫花木之精有何毒？不知樹木歲久始能成精，物經長久未有無毒者。況花木經千百年之後，其孔隙之間，安保無蛇蟲所居。得日月之靈氣，雖已成精氣以圖自化，其身不意孔隙之間，留毒尚在，以致玉莖腫痛。花木之精不皆陰物，有化老人者，有化道士者，有化秀士者，不止化女人以迷惑男子也。¹⁰⁸

這裡提到花木之物怪化爲少婦與男子野合之事。花木之精不止化爲女人來迷惑男子，也有化爲老人、道士、秀士者，其作祟的對象當然即是婦女，而媾合的主要場所如前述就在「山林之間」。對這一類型的祟病，陳无咎推測說：

婦人有無端懷孕，腹大如箕，或終年不產，或二三年不生，俗稱鬼胎。先醫謂鬼胎之成，乃婦女入廟遊山而起交感之念，或咨花嘆月，而懷曠

106 [清]錢松，《辨證奇聞》（台中：瑞成書局，1987），頁33。

107 關於鬼胎，傳統醫學認爲有幾種可能。例如，有人推測鬼胎可能是葡萄胎之類的病症。陳自明，《婦人良方》（台北：宇宙醫學出版社，1962），卷14，頁5；[清]蕭廣天，《女科經論》，收入曹炳章原編，《中國醫學大成》（上海：上海科學技術出版社，1990），冊28，卷4，頁35；[清]閻純璽，《胎產心法》（台北：國泰文化，1984），卷上，頁41；《蕭山竹林寺婦科秘方考》（上海：上海科學技術出版社，1959），頁18；[明]張景岳，《婦人規》（台北：隆泉書局，1990），頁339-428。

108 [清]陳士鐸，《百病辨證論》（台北：新文豐出版公司，1985），頁429。是書成於康熙二十六年（1687）。

怨之思，精神所召，邪祟式憑，遇合夢中，一交即去，陰氣妖氛，留戀胎室，膨中外彪，斗成鬼胎。此說雖微，但近於迷信，有違醫從實驗之旨。竊謂懷胎之成，必不為鬼。譬如婦女夏月乘涼，赤身裸臥，踏青野外，休息田間，一切蛇、蠍、蜈蚣，毒涎毒氣，流射生殖器中，皆能成畸形之胎狀。¹⁰⁹

傳統醫學認為婦女夢與鬼交是患者自己產生交合之念，在其精神所召之下，引來鬼神式憑，而後與之媾合。陳无咎則懷疑婦女無緣無故「腹大如箕」，可能是蛇蟲等動物的毒涎或毒氣射入婦女的生殖器，而產生畸形的怪胎。這兩者的說法雖然不同，但是，婦人之所以會有「鬼胎」的可能，都是因為去了一些不該去的場所，如「入廟」、「遊山」、「踏青野外」或「休息田間」等，以致鬼神或蛇蟲之類有機可趁。

不僅未懷孕之婦女會因此鬼物所憑依而成鬼胎，若其已有身孕而去祭神禮佛，在祭儀場所目睹不適的情景或事物，對腹中胎兒亦有影響。《嬰童類萃》卷上〈胎毒論〉云：「又有懷孕，而受驚恐，或登山入廟，見神禮佛，心生恐怖，胎即受之，生下故有胎驚之症。」¹¹⁰傅山《傳青主女科》卷上〈妊娠中惡〉說得更為清楚：

婦人懷子在身，痰多吐涎。偶遇鬼神崇惡，忽然腹中疼痛，胎向上頂，人疑為子懸之病也。誰知是中惡而胎不安乎？大凡不正之氣，最易傷胎。故有孕之婦斷不宜入廟燒香，及僻靜陰密之地。幽岩古洞，邪祟潛蹤，易於觸犯。¹¹¹

109 陳无咎此說收入楊志一、朱振聲輯，《怪病奇治》（台北：銘祥書局，1978），頁37。陳无咎（1883-1948）著有《傷寒論說》（1929）、《黃谿大案》（1929）、《中國醫學通論》（1923）、《臟腑通論》（1923）、《醫軌》（1929）、《明教方》（1926）等，合刊為《黃谿醫壘叢書》。

110 王大綸，《嬰童類萃》，頁69。

111 [清]傅山，《傳青主女科》（台北：力行書局，1986），頁155。是書刊於道光七年（1827）。

這條材料提到婦人懷子不宜去「廟」、「僻靜陰密之地」或者「幽岩古洞」等場所。傅山說得清楚明白，這些場所「邪祟潛蹤，易於觸犯」禁忌，不意「偶遇鬼神」的話，就會「傷胎」。陳蓮舫亦云：「蓋祟邪多在神宇潛蹤，幽陰巖洞，亦其往來遊戲之所，觸之最易相犯，不可不深戒也。」¹¹²換言之，上述的場所都是鬼神活動之所，無意觸犯其地的禁忌；或如上述心存媾合等淫邪之念，便會招引鬼神憑附了。

其次，入古墓或弔死問喪亦同。陸定圃《冷廬醫話》卷四〈邪祟〉云：

〔病案五〕杭州陳茂才(福年)，形狀豐碩，氣體素健，一日為父詣市購藥，忽仆於藥肆門前。肆主為僱輿送歸延醫，救治不效，口鼻出血，未及半日遂卒，年僅三旬。按沈(野)《暴證知要》云：「凡尸喪、翫古廟、入無人所居之室及造天地鬼神壇場歸來，暴絕面赤無語者，名曰鬼症，即中祟也。進藥便死。宜移患人東首，使主人北面焚香禮拜之，更行火醋熏鼻法，則可復甦，否則七竅逆血而死。」聞陳生是日曾至人家弔喪，其所患豈即此耶？¹¹³

案陳氏似乎無明顯的病史可尋，而且「形狀豐碩，氣體素健」。只因至人家弔喪之後，為父詣市買藥，陳生卒然倒於藥店門前，結果未及半日即死。死時年方三旬。陸氏引沈從先(野)《暴證知要》推測是「鬼症」、「中祟」之類。也可見當醫家在遇到類似的病案之時，他們會自然的聯想到患者是否曾經去過「尸喪」之地、「翫古廟」、「入無人所居之室」或者「鬼神壇場」。

又《續名醫類案》卷二十二〈飛尸〉云：

〔病案六〕一婦人忽昏憤發謔語，自云為前謀賴某人銀兩，某神責我，

112 [清]陳蓮舫，《女科秘訣大全》(台北：新文豐出版公司，1987)，卷2，頁11。是書成於宣統元年(1909)。

113 [清]陸定圃，《冷廬醫話》(台北：國立中國醫學研究所，1990)，頁94。是書成於咸豐八年(1858)。

將你起解到城隍理問。兩腳踝膝腎處解青腫，痛不可忍，口稱苦楚，次日方甦，痛尚不止，用金銀藤兩餘，水煎服即愈。一婦入古墓，患前症，以紫金錠灌之即甦。通政余子華、太常汪用之，皆因往弔而卒死喪家。¹¹⁴

此條所提到的一共有四位患者，除了第一位患者病因不明之外，餘皆因入古墓或往弔問喪而引起的，其中余子華、汪用之兩人戲劇性的因弔喪而「卒死喪家」。

還有因長期接觸鬼神壇場而為鬼神作祟者。李冠仙《仿寓意草》載其親診其胞弟蘭如的一則頗為棘手的病案，記述翔實，與本文所論又為密切，但其文頗長，茲舉其中的幾個情況為例。

根據李冠仙所述，其弟蘭如「品學兼優，學中拱服，且素不好色，專惡淫邪，惟信陰陽，未免偏執」，平日好遊鬼壇場，且好扶乩降神之術。一日，

〔病案七〕有友鄭某妻病莫治，託求仙方，蘭如誠心設壇，乩竟自動降壇，詩句甚屬清通，自稱清風真人，蘭如以為神異。然所降之方，全無效驗，此不過靈鬼游魂能通文義者之所為，非真方也。果仙方也，豈有不驗者，奈何蘭如十分敬信，以為神仙竟可求。¹¹⁵

蘭如設壇，竟有所謂清風真人降下藥方，李冠仙以為「此不過靈鬼游魂能通文義者」所為。有此特別經歷之後，蘭如忽獨自一人「避居雲臺山道院」，回家之後，又「早晚獨處密室，不許他人窺伺，惟聞壇降香氣，徹夜不寤」，不久即輾轉成疾。蘭如身處壇場之中，「往往徹夜不眠，似與人吵鬧，不知何故」，經李冠仙的查詢，知其為鬼神所干犯、附身，其症如下：

先是鬼不獨弟安眠，且誘以徹夜舞蹈，因鍊筆錄時，有持筆手舞一法，

114 魏之琇，《續名醫類案》，頁563。

115 李冠仙，《仿寓意草》，頁21。

鬼誘以如此而來，仍須如此而去，實欲耗其精神也。¹¹⁶

蘭如所患是為失眠，中醫稱「不寐」、「不得臥」或「不得眠」等¹¹⁷。據李氏推測此症可能是「鍊筆錄招來之鬼」所致，此鬼即前面的「清風真人」。冠仙探究其受惑的原因：

鬼欲附弟而弟又求鬼，故一鍊而成也。弟與鬼初合之時，必有彼此相契之意，故弟以為神奇，而且欲傳諸姪也。久之，而鬼附人身有何好處，自然轉生惡念，欲害弟命，鬼本利人之死也，甚且鬼生癡念，冀弟死而伊即借軀殼以回生，若此則逞其魑魅之術，無所不至矣。¹¹⁸

可見蘭如為鬼所祟是由扶乩而起。他本身非巫覡或靈媒，但卻整日在自己所設的神壇招神引鬼。陸詠發在《鯀溪醫案選摘要》評論此案，認為蘭如「偏信神仙，引鬼附身」的結果¹¹⁹。陳士鐸則云：「蓋人之氣最靈，物得之可以入道，但其初心亦不過欲竊人之靈氣，未常有害人之念也，故天亦置而不問。迨既與人接，欲盡取之而後快，遂動殺人之心，於是作祟興妖之事，起人始知是妖而謀共遂之矣。」¹²⁰然而，就其平日出入的場所來看，實與長期滯留鬼神壇場不無關係。

李冠仙所輯的另一則病案，場所是為「空房」：

〔病案八〕有戴姓名愧卿者，素亦膽怯多疑。一日，在場獨宿空房，意順疑懼，忽覺背部漸寒，肢冷慄慄，是懼不敢動。既而迷睡，似入地獄中，繩細素縛，困苦之異常，欲喊不能出聲，欲動身殊牽強，惡境多

116 李冠仙，《仿寓意草》，頁26。

117 玉米渠，《中國古代醫學心理學》（貴州：貴州人民出版社，1988），頁44-49。

118 《黃帝素問靈樞經》，卷12，頁23。

119 陸詠發，《鯀溪醫案選摘要》，收入上海中醫學院中醫文獻研究所主編，《歷代中醫珍本集成》（上海：上海三聯書店，1990），冊39，卷4，頁73。是書刊於1920年。

120 陳士鐸，《百病辨証錄》，頁432。

端，不能盡述，必待人推喊之，方得轉醒，脫出苦海。¹²¹

這種症狀可能與戴氏「膽怯多疑」的個性有關。但主要原因，若用前引龔廷賢在《壽世保元》的講法，是人「初到客舍館驛，及久無人居之冷房中，為鬼物所魘」。事實上，這種睡夢之中想喊不能出聲，想動又動不了的特殊經驗，可能是不少人有過的經驗。馮楚膽《錦囊祕錄》卷五〈邪祟論〉解釋有些場所是鬼神喜留連之所：「生房日久，或多怨鬼愁魂。」¹²²一個地方久無人居陰氣漸積就會鬧鬼作祟，這個觀念一直到現在仍殘餘的。

現在將上面所提到的十一則病案列為下表(表一)：

表一

	病案名稱	性別	場所	備 考
1	遺精案	男	廟	心生淫念，入廟摸侍女像。
2	陳氏異疾案	女	神 廟	得病原因不明。
3	張方女案	女	廣 陵 廟	懶假作人形，與女交合。
4	朱元亮案	男	蛇 王 廟	得病原因不明。
5	鬼胎案	女	神廟、山林	心起交合之念，召祟成胎。
6	陳茂才案	男	尸喪之地	暴斃，原因不明。
7	婦人案	女	古 墓	得病原因不明。
8	余子華案	男	尸喪之地	暴斃，原因不明。
9	汪用之案	男	尸喪之地	暴斃，原因不明。
10	李蘭如案	男	神 壇	喜好扶乩，引鬼附身。
11	戴愧卿案	男	空 房	被鬼物所魘。

121 秦伯未編，《李冠仙醫話精筆》，收入上海中醫學院中醫文獻研究所主編，《歷代中醫珍本集成》，冊39，頁31。

122 [清]馮楚膽，《錦囊祕錄》(台南：太冠出版社影印上海千頃堂書局本，1979)，頁317。是書刊於康熙四十一年(1702)。

如上表所示，由以上患者性別來看，男性患者八案，女性患者四案。以病案性質來看，有三案涉及男女關係。龍繪堂《蠡子醫》卷四〈邪崇中人男女有分〉云：

邪崇中人無他訣，祇因人情未清澈。人心一動他已知，每乘淫機暗交接。交接久了下焦寒，滿腹壘塊塞洞穴。每於診脈時，恍若先報說，心中忽戰戰，脈上似鼠掣。亦有抱持中指毫不動，坐得久時間一洩。或如蛇吐信，或如電明滅，此皆女子之祟脈，每從上焦決。若是男子真中邪，必於上焦見清切，夢中若有美人來，一相交時精便洩。心中猶自愛惜，便將十指玉莖攝，多少敗精留此間，不是淋閉便尿血，時候久了結疙瘩，相火下注似車轍。¹²³

邪崇中人若是以男女性愛關係的類型出現，男性多以遺精、鬼交或手淫的方式表現。女子類似，但是主要以鬼胎或腹中有硬塊如「滿腹壘塊塞洞穴」等來表現。

另外，上表有七案原因不明，可能是如陳言所說的是患者因入鬼神之所「觸犯忌諱」；張介賓亦云：「山野之間，幽隱之處，鬼魅情形，誠有不測。」¹²⁴除了幽隱之處易藏鬼魅以外，李時珍又提到另外一種可能：

〔人魄〕此是縊死人，其下有物如麩炭，即時掘取便得，稍遲則深入矣。不掘則必有再縊之禍。蓋人受陰陽二氣合成形體，魂魄聚則生，散則死，死則魂升於天，魄降於地。魄屬陰，其精沈淪入地，化為此物。亦猶星殞為石，虎死目光墜地化為白石，人血入地為燐為碧之意也。¹²⁵

根據李時珍的說法，「人魄」作為一種藥材，可以「鎮心」、「安神魂」、「定

123 [清] 龍繪堂，《蠡子醫》（台北：世界書局，1982），頁126。是書成於光緒八年（1882）。

124 [明] 張介賓，《類經》（台北：新文豐出版公司，1976），頁673。

125 [明] 李時珍，《本草綱目》（台北：國立中國醫藥研究所，1981），頁1613。

驚布癲狂」等。而掘取之法，是自縊死人的場所採得，「其下有物如麩炭」。與本主題有關的是「不掘則必有再縊之禍」，也就是該場所(兇死)曾有縊死人，其魄未散而能為祟，所以會在相同場所再一次發生類似的事件。

在鬼神活動的場所而被鬼神作祟(無論是因為何種原因)，似乎是一種可以被接受、理解的解釋。而這種解釋的模式隱含著傳統醫學並不把「祟病」當作純粹生理上的病變，而從整體的、多元的「生理—心理—場所」甚至兼顧鬼神因素的大、小宇宙觀及生活世界來給予解釋。

要之，在上面幾個病案中，雖然患者所表現的症狀不一，有失眠、有被鬼壓、有身體各部青腫、有暴斃、有股間一點奇痒，但是，我們仍然可以發現這一類疾病的特點之一就是卒然發病，尤其以病案四、五兩則最為明顯。這些患者有的不僅身體健康，也沒有過去的病史足以參考。然而，歷代醫家逐漸從大量類似的病案之中爬梳了一條線索：即患者在發病或暴斃之前，偶然或長時期出入過某些場所。這些場所竟成了其生病或死亡的可能原因之一了。徐靈胎云：「人之受邪也，必有受之之處。」¹²⁶所以，儘管這一類疾病的症候變化不一，但場所這一點因素卻是肯定無疑的。

五、餘論

疾病可以說是患者(host)、病原(agent)與環境(environment)等之間交互作用的結果。然而，疾病會發生又必須配合種種不同的條件，例如患者先天的傾向(genetic predisposition)，遺傳、體質因素皆是屬於這個範疇；又如，剝奪或揮失(deprivation)等條件，營養過剩或不足的情況；再者，如個人生活上的壓力與其他相關因素等也會誘使疾病暴發。我這篇文章即討論導致邪祟病的其中一項因素——致病場所。

根據本文初步的分析，與祟病相關的特殊場所有：一、宗教、祭儀的場所；二、郊野山林等人所不到之處；三、墳塚尸喪之地；四、空房冷寓等人跡罕至之

¹²⁶ 徐靈胎，《醫學源流論》，頁71。

所；五、客舍館驛等。這種對祟病的解釋，不是以六淫、七情等因素探討其病理，而傾向社會／文化的解釋。一個人被鬼神作祟有許多種可能，本文所探究的只是其中一種類型：即其疾於「道間」、「門外」等場所得之。而這種解釋的方法亦散見於歷來筆記小說之中¹²⁷。

「場所」致病並非此一類疾病的唯一解釋。至少，傳統醫學還有以下幾種不同的假說：

(一)肺病或勞病說

在傳統醫學中，祟病與肺病、勞病之間的關係一直曖昧不清，這種情形至少從《千金要方》便是如此。鄒潤安《本經序疏要》卷四〈鬼疰·尸疰〉條云：

《千金》之隸是於肺病項下也。將無以其氣從鼻吸入耶？抑以其能變肺痿骨蒸耶？然皆小焉者也。其大處則以是不能燭物，過寒則清，逢熱則昏，故《千金》之論曰：「凡諸心腹痛，服眾方熱藥入腹，寂然不動。但益氣息急者，此尸疰病也。」試觀蘇游所列病狀，有一堪用熱藥乎？篇中所列藥物，有一大溫大熱者乎？……〔其病〕始終與肺為患，謂為肺病，不亦宜哉。然篇中所列藥物，謂為治肺，不可也。其理何在？夫病在何藏，即從何藏治，是金元以來所長，苟其當理，則不必更勤求古訓矣。是固宜別其所感何氣，觀其化何似，揣其所嚮何方，決其所成何患，則篇中藥物，味味靈通，絲絲順理，不治肺而肺家所入之邪卻，肺藏治節之職復，既不使邪惡之氣化熱而附水道侵精魄，詎非的當之至歟？倘但知邪氣何屬，而不知邪氣之化；邪氣所在，而不知邪氣之傳，均可謂執中無權，舉一廢百。¹²⁸

127 這類的記錄筆記小說之中很多，茲以紀昀《閱微草堂筆記》為例，卷十三〈槐西雜誌三〉云：「幽房曲室，多鬼魅所藏。」；卷五〈灤陽消夏錄五〉云：「荒阡廢塚，往往見鬼。」；卷十二〈槐西雜誌二〉云，鬼物「散處空宅古寺，四出祟人」。其中所提到的場所正與醫書的記載相同。而歷來志怪小說在敘述鬼神作祟的情節，也大多會有意或無心地安排在上述的場所。

128 [清]鄒潤安，《本經序疏要》（台北：旋風出版社，1969），頁102。是書成於

《神農本草經》等藥書中有許多治療鬼疰、尸疰的藥物，而《千金要方》將鬼疰、尸疰等病列於肺病條下¹²⁹，鄒潤安從藥理來質疑其正當性。他說：「篇中所列藥物，有一大溫大熱乎？」又質疑說：「篇中所列藥物，謂為治肺，不可也。」然而，當時的風氣卻常常把鬼疰等病以肺病或勞病來看待，鄒潤安批評說：「世無識鬼疰、尸疰者，以余揣之，其病頗有，皆醫不加察，漫認為勞，投以寒涼滋補，無不斃者。」¹³⁰換言之，對某些醫家而言，鬼疰之病幾乎等於是「不治之症」。另一方面，一般醫家又將其視之為勞病，投以寒涼滋補之藥，事實上是違反《神農本草經》的原則。

(二) 痰病說

傳統醫學有一派醫家，將一切「奇病」、「怪病」歸為痰病¹³¹。例如朱丹溪〈虛病、痰病有似邪崇病論〉一文云：

血氣者，身之神也。神既衰乏，邪因而入，理或有之。若夫血氣兩虧，痰客中焦，妨礙升降，不得運用，以致十二官各失其職，視聽言動，皆有虛妄，以邪治之，其人必死吁哉，冤乎誰執其咎。¹³²

他舉他自己的一次經歷說：

外弟歲一日醉飽後亂言，妄語妄見，詢之，係伊亡兄附體，言生前事甚的，乃叔在邊叱之曰：「非邪，食腥與酒太過，痰所為耳。」灌鹽湯一

(續)

道光二十年(1840)。

129 《千金要方》將飛尸、鬼疰諸病收入「肺臟」項之下。〔唐〕孫思邈，《備急千金要方》(台北：宏業書局，1987)，頁316-318。

130 鄒潤安，《本經序疏要》，頁101。

131 關於「痰」在傳統醫學的意義，參見章真如，《風火痰療論》(台北：啓業書局，1988)，頁76-99。

132 〔元〕朱丹溪，《格致餘論》(台北：世界書局，1982)，頁16。是書成於至元七年(1347)。

大碗，吐痰一二升，汗因大作，困睡一宵而安。¹³³

這則靈魂附體的病案，患者發病時甚至能言亡兄生前之事，但醫家並不以其有這些特殊病徵便認為是邪祟病，而歸之為痰病。王國祥亦云痰證與祟證相類：「邪祟為病，間亦有之。若痰證、熱證及七情為病，皆往往有類祟證，醫者須辨明，以釋病家之惑，而後對證施治。不可以病人稍涉狂妄，既疑為鬼祟，而為巫覡所欺也。」¹³⁴

所謂痰病必須配合患者的身體或精神的狀況才會發作，上引朱丹溪說提及「血氣兩虧，痰客中焦，妨礙升降，不得運用」，而導致了病變。虞搏《醫學正傳》〈邪祟〉亦主張邪祟之病「皆痰火之所為，實非妖邪祟之所迷也」。而且，他指出這跟一個人的精神狀態有極為密切的關係：「人見五色非常之色，皆自己精神不守，神光不完故耳，實非外邪所侮，乃元氣極虛之候也。」¹³⁵

(三) 運氣說

本文的主題在「場所」，而運氣說對祟病解釋的側重在「天時」。一個人在何種天時之下會被鬼神作祟呢？《素問·本病論》¹³⁶詳細敘述五運六氣的升降失常，對一般疾病的產生和疫癘的流行的關係¹³⁷。它說明造成疫癘的原因，主要是決定於三個條件：一、異常的自然天候；二、人體正氣的虛弱；三、精神的

133 朱丹溪，《格致餘論》，頁17。

134 王國祥之說，收入王秉衡，《重慶堂隨筆》（台北：自然療法雜誌社影印王氏潛齋醫書十種本，1987），頁14。是書刊於咸豐二年（1852）。

135 [明]虞搏，《醫學正傳》（北京：人民衛生出版社，1981），頁271。是書成於正德十五年（1515）。

136 《素問》〈本病論〉屬於《素問》遺篇的一部分。按《素問》在唐王冰編次注解時，已亡佚〈刺法論〉、〈本病論〉兩篇。到北宋高保衡、林億等校正醫書時，這兩篇又出現，丹波元胤以為「此乃王冰以後人所托所作」。但仍可從中了解唐宋人對「尸鬼干人」等病因的一些想法。丹波元胤，《醫籍考》，卷2，〈醫經二〉，頁15-16。

137 方藥中，〈介紹運氣學說的基本內容〉，收入王琦編著，《素問今釋》（貴州：貴州人民出版社，1981）；方藥中、許家松，《黃帝內經素問運氣七篇講解》（北京：人民衛生出版社，1984）。

失守。三虛相合，便會釀成疫病暴亡，同時這也是造成「邪鬼〔所謂五尸鬼〕干人」的原因。

《素問·本病論》透過黃帝與岐伯之間的問題，來討論這個問題。黃帝云：「人氣不足，天氣如虛，人神失守，神光不聚，邪鬼干人，致有天亡，可得而聞乎？」¹³⁸岐伯回答：

人之五藏，一藏不足，又會天虛，感邪之至也。人憂愁思慮即傷心，又或遇少陰司天，天數不及，太陰作接間至，即天虛也，此即人氣天氣同虛也。又遇驚而奪精，汗出於心，因而三虛，神明失守，心為君主之官，神明出焉，神明失位，即神游上丹田，在帝太乙帝君泥丸宮下，神既失守，神光不聚，卻遇火不及之歲，有黑尸鬼見之，令人暴亡。¹³⁹

岐伯以為，人的五臟若有一臟不足(人虛)，再遇到異常的氣運(天虛)，兩虛相搏，則「感邪之至」。現將〈本病論〉所述天虛—人虛之間的關係列為下表(表二)：

表二

運 氣	非時的天氣	人神失守	臟器	證 候	邪鬼干人
火不及之歲。	少陰司天，天數不及，太陰作接間至。	神游上丹田，在帝太乙帝君泥丸宮下。	心	遇驚又奪精，汗出於心。	黑尸鬼
土不及之年，或己年或甲年失守，或太陰天虛。	太陰司天，天數不及，少陽作接間至。	神光失守而不聚。	脾	遇飲食飽甚，汗出於胃，醉飽行房，汗出於脾。	青尸鬼

138 王琦編著，《素問今釋》，頁902。

139 王琦編著，《素問今釋》，頁902。

水不及之年或辛不會符，或丙年失守。	太陽司天虛。	神志失位，神光不聚。	腎	人久坐濕地，強力入地即傷腎。	黃尸鬼
木不及之年，或丁年不符，或壬年失守，或厥陰司天。	厥陰司天，天數不及，少陰作接間至。	神位失守，神光不聚。	肝	人或恚怒，氣逆上而不下，即傷肝。	白尸鬼
原文脫	原文脫	原文脫	肺	原文脫	赤尸鬼

所以，五尸之鬼(黑尸鬼、青尸鬼、黃尸鬼、白尸鬼、赤尸鬼)即干犯人，是因為非時天氣、人神失守等因素相加¹⁴⁰。

(四)道德說

也有不少醫家將此類的奇證怪疾歸因於患者本身的道德問題。如蕭京《軒岐救正論》卷六〈鬼疑〉云：

鬼神宰造化之權，精誠可格，此理甚微。至乎憑依作祟，相傳有魑魅妖孽，亦唯失德之家、淫治之婦，或蹇運之夫，往往因邪易入，乘虛召感。¹⁴¹

蕭氏以為得到這一類疾病的都是一些「失德之家」、「淫治之婦」、「蹇運之夫」。不少醫家都持這種失德招病的思想，同時主張修德以治病¹⁴²。中醫更將

140 張介賓解釋患者之所以見五色之鬼(黑尸鬼、青尸鬼、黃尸鬼、白尸鬼、赤尸鬼)，是由於患者某臟不足即見某色之鬼。他說：「以余所驗，則有如心神失守，火自為邪者，多見赤鬼。肺金不足，氣虛茫然者，多見白色鬼。腎陰虧損，目光昏暗者，多見黑鬼。肝木亡陽者，多見青鬼。脾濕為祟者，多見黃鬼。是皆不待勝制，而本藏之邪自見也。」張介賓，《類經》，卷28，〈運氣類〉，頁673。

141 [明]蕭京，《軒岐救正論》(台北：啓業書局，1985)，頁566。此書初刻於1644年。

142 例如周慎齋即云：「天下之大，何物不有。有鳥獸草木妖，有土石器皿之妖，有鬼妖。妖本虛無，總由人心所致。過則傷神，神傷則魂病。」所以，「房中

這一類病與自縊、難產、溺斃、壓死等列為所謂「五絕」¹⁴³，可見具有相當濃厚價值批判的色彩。

再者，也有一些醫家否認這是一種疾病，徐靈胎云：「暴遇神鬼，適逢冤譴，此又怪異之事，不在疾病之類矣。」¹⁴⁴在徐氏的觀念裡，「暴遇神鬼」雖然會引發精神或生理上的病變，但不以為這是「疾病」，而以宗教「冤譴」的觀念來理解。這種說法與失德招祟的思想頗為相類。

以上病理、道德、天時或場所等等各說之間，並不是個別獨立而不相干的解釋。事實上，一個人被鬼神所魅必須配合種種不同條件或因素。各家之說，畸輕畸重，歷代醫家亦迭有爭論。易言之，我們不宜將這些假說簡單化了。

此外，在傳統醫學接觸現代醫學之後，更以鬼神之事虛玄難測，而試圖給祟病較為合理的解釋。茲稍舉兩家說明。周學海《分類醫學菁華》卷中〈風厥痙瘳——附中惡五尸〉一文云：

自古醫書，未有確指病根者，以泰西醫說考之，乃逆氣鼓激惡血，上攻於腦也。所謂腦氣筋者，如脂如膜，發原於髓，資養於血，故邪伏於營血之分而不散，以致血絡有變，一經外有所觸。《內經》曰：「血氣者，人之神也。」又曰：「血者，神氣也。」故血亂而神即失常也。此皆痙疾，與癲癩同類。¹⁴⁵

其將五尸之病歸於「血」。雖上說「以泰西醫說」為本，但其所用的基本術語或

(續)——

多燒香，誦讀《易經》，再自正其心志，而邪可祛矣」。〔明〕周慎齋，《慎齋遺書》（台北：五洲出版社，1984），頁206-207。是書成於萬曆元年（1573）。

143 「五絕」的內容，各家的說法略有出入，如張杲以為是自縊、牆壁壓、溺水、魔魅、凍死。〔宋〕張杲，《醫說》，收入《景印文淵閣四庫全書》（台北：臺灣商務印書館，1976），冊742，頁783；龔廷賢，《壽世保元》，頁721。

144 徐靈胎，《醫學源流論》，頁71。

145 〔清〕周學海，《分類醫學菁華》（台北：新文豐出版公司影印上海廣益書局本，1985），頁141。同樣的說法亦見於龔廷賢，《萬病回春》（台北：大中國圖書公司，1990），頁234；〔清〕唐容川，《血證論》（台北：五洲出版社，1974），頁123。

觀念都是來自傳統醫學的。在方法上，亦由內傷外感兩方面入手。

又如惲鐵樵《風勞鼓病論》卷二〈虛勞〉把古代鬼疰、傳尸諸證視為肺病或勞病¹⁴⁶，不過，他對祟病的相關病症亦多困惑：

《千金方》鬼疰病，即傳尸癆。余所見者，極可怖。疰本注字，去三點偏旁加疰，意謂由一人患此，死則更轉疰他人也。余族中有一家，其先若何，余未及見，第就余所見者言之。其人子子女十人，胞姪二人，孫男女八人，四十年中，死於同樣之勞病者九人。其病恆發於十七八歲，乃至廿七八歲。其病狀，欬嗽發熱，肌膚銳癢而遺精，自憊不能興，臥床之日起，扣足一百日死。自余為童子時，即習見此等病狀。數年前，其孫女復患此，自他省遄歸，強余療治。一見即覺病不可為，辭之不得，勉強為之，勉強處方。因其病起於產後，從蓐癆治，旋又延西醫打針，結果自臥床之日起，扣足百日而逝。簡直藥物於病絲毫無益，亦竟絲毫無損，此殊令人爽然自失者。古人謂傳尸癆，限於骨肉至親，觀此信不欺我；而此病之傳染，與尋常迥異，可以三五年或十餘年始一見，使人不覺其為傳染。衡量症情，未必是遺傳關係，當是伏根甚深，必待某種誘因而發見；其未發之時，亦必有特徵可以預知。特吾儕經驗淺，未能知耳。¹⁴⁷

惲氏認為《千金方》的鬼疰病即為勞病，這種說法似乎與前面鄒潤安所批評的醫

146 惲鐵樵雖將鬼疰、傳尸視為肺病或勞病，但他也承認中醫、西醫對肺病的理解不是很一致的。他說：「因勞病無有不欬，故通常以西醫籍之肺病，當中國之勞病，然其中糾紛殊甚。西醫籍中肺病自肺病，腎病自腎病，中醫籍中言勞病，多數肺腎並為一談。又童子發育障礙多半屬腺病，中醫則謂先天不足，概名童勞。又如吐血，肺部病管破裂，本是肺病，而中醫就病症定名，有肝血、胃血、脾血、腎血之不同，總不名為勞病。必待初期病狀已過，見潮熱掌熱，然後謂之勞病，諸如此類，不勝屈指。」惲鐵樵，《風勞鼓病論》（高雄：華鼎出版社，1988），頁10。惲鐵樵（1878-1935），清末民初醫家。撰有《藥盒醫學叢書》，刊於1922年。本書為《藥盒醫學叢書》第四輯之四。

147 惲鐵樵，《風勞鼓病論》，頁20-21。

家一樣，漫認此病為勞病。不過，他又將進一步此說與其當時所接觸的西方知識相接榘：「肺勞西醫謂之肺結核，有傳染與不傳染兩種。其傳染與熱病不同，熱病傳染者，可以遍及一鄉；肺結核之傳染，祇於親人骨肉。古人所謂傳尸勞，一名疰者是也，亦即古書中之桃花疰。傳染之熱病，與肺勞病病源雖同是微菌，而一從外來，一從內發，故肺結核往往發生於十八九歲時，蓋遺傳暗伏之毒，當然趁發育時明而發泄也。」¹⁴⁸我們以他的「微菌」之說，衡量本文前面所臚列的各種病案，其適用性似亦在疑似之間了。

總結各說，周學海指出崇病「自古醫書，未有確指病根者」；鄒潤安云：「世無識鬼疰尸疰者。」；莫枚士亦云：「當欲問其為何病，則諸老醫無能言之者。」¹⁴⁹崇病確有其難解之處。同時，由本文的討論也顯出了這一類疾病的多面與複雜，值得進一步的研究。我這篇文章所討論崇病與某些場所的關係，只是傳統醫學其中的一種面向。我的看法也只是假說，究竟如何，尚待求證。至於這一類疾病的其他解釋模式與相關治療方法的真相，恐怕需要更多學者的投入，進而為崇病描繪出較為完整的面貌。

本文承杜正勝師、林富士、李貞德等惠示意見或資料。此文為1992年之舊作。2010年12月11日修訂。本文原發表於《漢學研究》，第12卷第1期，台北，1994，頁101-148。

148 惲鐵樵，《臨證演講錄》（高雄：華鼎出版社，1988），頁34。本書收入氏著《藥盒醫學叢書》第四輯之二。

149 莫枚士，《研經言》，頁18。

第三章

在夢寐之間：

中國古典醫學對於「夢與鬼交」與女性情欲的構想

陳秀芬(國立政治大學歷史學系副教授)

本文旨在分析中國古典醫學對於女性情欲及其與「夢與鬼交」的關聯之構想，藉以凸顯疾病、醫療、性別與社會的關係。先秦兩漢醫學認為，所有夢象皆為「外邪」侵犯身體、刺激臟腑、擾亂魂魄的結果。所謂「夢接內」、「夢交」的發生，尚需作夢者本身的「厥氣」或「虛勞」等條件的配合。六朝與隋唐由於受到道、釋思想的影響，醫者多主張「夢與鬼交」乃得自於「鬼魅」、「鬼邪」對人的侵擾或附身。「夢與鬼交」男女皆可發生。相較於男性的「夢與鬼交」常伴隨著對「失精」、「遺精」的焦慮不安，中國近世醫者特別關注師尼、寡婦與室女的情欲問題，指稱她們可能因性匱乏而「夢與鬼交」，同時暗示合法的婚配與性關係乃是藥物之外的最佳療法。明清時期有不少醫者力主「淫思」乃是師尼、寡婦與室女罹患「鬼交」病症的主因，並且常以打胎的方式幫助她們解決因「鬼交」而引發的「鬼胎」問題。本文試圖指出：「夢交」、「鬼交」與「鬼胎」不僅是疾病的隱喻，更是社會的診斷。特別是中國近世以來的社會變遷與價值走向，包括師尼形象的爭議性、寡婦改嫁的困難度、女性貞節的嚴格化、「情教」在江南地區的流行等因素，都促使醫者對於女性情欲與情志問題有更多的關切。這些醫者對於相關醫論與醫案的書寫，不僅隱含了他們對於部分婦女情欲失調問題的焦慮，同時也投射了他們對於當時社會普遍存在的失節行為的隱憂。藉由歷代醫論與近世醫案的分析，本文希冀呈現的，不只是「夢與鬼交」與婦女情欲在中國古典醫學裡的知識建構與歷史變遷，還有其與既定的社會條件和主流價值相互型塑、彼此滲透的關係。

一、緒論

作為中國「四大奇書」之一，晚明成書的《金瓶梅》曾講述一個故事。書中的女主人李瓶兒，因與情人西門慶分別多日，「每日茶飯頓減，精神恍惚。到晚夕，孤眠枕上展轉躊躕」。恍惚之際，她忽見情人到來，遂與之「綢繆繾綣，徹夜歡娛」，等到「恍然驚覺，大呼一聲，驚魂已失」。自此之後，李瓶兒「夢境隨邪，夜夜有狐狸假名抵姓，攝其精髓。漸漸形容黃瘦，飲食不進，臥床不起」。僕人請了大街口的蔣竹山太醫過來，診脈之後，醫者有以下的判斷：

娘子肝脈弦出寸口而洪大，厥陰脈出寸口久上魚際，主六慾七情所致。陰陽交爭，乍寒乍熱，似有鬱結於中而不遂之意也；似瘧非瘧，似寒非寒，白日則倦怠嗜臥，精神短少，夜晚神不守舍，夢與鬼交。若不早治，久而變為骨蒸之疾，必有屬纏之憂矣。¹

相思病、春夢與狐狸攝精的故事，乃明清通俗小說常見的情節²。例如，清初小說《聊齋誌異》即有不少關於狐精藉由與人「夢交」而竊其氣的故事³。《紅樓夢》則講述書中人物賈瑞在與以骷髏為象徵的鏡中女性反覆交合後，終於「遺精」而死⁴。儘管當今有人認為小說乃虛構的文本，作為史料的價值頗為可疑，但正如Wilt Idema所說，這些故事多少揭露了中國傳統男性對於喪失精液／精氣的恐懼⁵。此外，明清筆記對於男性與狐狸精、雞精、蛇妖等交合所帶來的福

1 [明]佚名，《新刻繡像批評金瓶梅》（台北：曉園出版社有限公司，1990），上冊，第17回，頁213-214。

2 相關的研究見Rania Huntington, "Foxes and Sex in Late Imperial Chinese Narrative," *Nan Nü*, 2:1 (Leiden, 2000), pp. 78-128.

3 一般性的討論見Judith T. Zeitlin, *Historian of the Strange: Pu Songling and the Chinese Classic Tale* (Stanford: Stanford University Press, 1993).

4 [清]曹雪芹，《紅樓夢》（台北：三民書局，1976），第12回，〈王熙鳳毒設相思局 賈天祥正照風月鑑〉，頁94-95。

5 Wilt Idema, "Diseases and Doctors, Drugs and Cures: a Very Preliminary List of

(例如長壽或福祿)與禍(例如疾病或死亡)亦多有記載，顯示文人對於這類見聞或傳說的關注⁶。

相較於明清小說與筆記對於男性春夢與失精著墨較多，筆者認為《金瓶梅》描寫的女性「夢與鬼交」，與當時醫書所言有不謀而合之處，凸顯了文學與醫學共享的社會背景與價值觀，其實是值得深入探究的課題。誠如學者所指，不少明清小說與戲曲蘊含豐富的醫學術語⁷。關於《金瓶梅》所反映的傳統疾病與醫療現象，當今學界已有初步討論⁸。由於明清欠缺一個由官方統整的強大醫學權威，以致民間的醫療實作常各行其是，加上當時的醫病關係囿於性別隔離的社會條件，多以問診、切脈作為相互溝通的方式，民眾對於出自其日常生活經驗的醫者語言與疾病詞彙或不陌生⁹。同時，宋明以來印刷出版活動與書籍市場蓬勃發展，也使得醫學知識的普及，藉由通俗醫籍與醫學入門書的流傳而成為可能¹⁰。這些現象或有助於釐清何以《金瓶梅》的作者對於醫學語言的掌握如此嫻熟——在上述引文中，無論是「肝脈弦出寸口而洪大」、「厥陰脈出寸口久上魚際」、「陰陽交爭，乍寒乍熱」、「似瘧非瘧，似寒非寒」或「骨蒸之疾」，都是醫家常用術語¹¹。由於《金瓶梅》關於李瓶兒相思病的「脈、因、病、症」的描寫非

(續)——

Passage of Medical Interest in a Number of Traditional Chinese Novels and Related Plays," *Chinese Science*, 2 (Cambridge, 1973), p. 42.

6 相關條目請參考 [明] 陸粲·《庚巳篇》(北京：中華書局，1987)，頁24-25、36、46-47、66、90；[明] 顧起元·《客座贅語》(北京：中華書局，1987)，頁233。

7 Wilt Idema, "Diseases and Doctors, Drugs and Cures: a Very Preliminary List of Passage of Medical Interest in a Number of Traditional Chinese Novels and Related Plays," *Chinese Science*, 2, pp. 37-63.

8 Christopher Cullen, "Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence from the *Jinpingmei*," *History of Science*, 31 (Bucks, 1993), pp. 99-150; Andrew David Schonebaum, "Fictional Medicine: Diseases, Doctors and the Curative Properties in Chinese Fictions" (Ph.D dissertation, Columbia University, 2004).

9 Charlotte Furth, *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History, 960-1665* (Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press, 1999), p. 304.

10 Angela Ki Che Leung, "Medical Learning from the Song to the Ming", in Paul Jakove Smith and Richard von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History* (Cambridge, MA and London: Harvard University Asia Center, 2003), pp. 374-398.

11 「寸口」又名「氣口」、「脈口」，位於兩手腕骨內側橈動脈的診脈部位。文中

常精準，不免讓人想到，明人對於女性情欲失調與作為病症的「夢與鬼交」之間，其實有很清楚的聯想¹²。Christopher Cullen(古克禮)的研究指出，《金瓶梅》的許多書中人物在性與胎產方面的疾病，與他們過度耽溺於感官享樂和肉體歡愉不無關係¹³。Andrew David Schonebaum亦提到，明清有不少文學作品均把女主角描述成年輕、脆弱的「病西施」——她們常因情志不節或敗德行爲而致病¹⁴。初步看來，明清通俗文學(文化)似乎隱含了一種道德勸誡的基調，強調情志不張、欲望不調所帶來的負面效應，不是疾病，就是死亡。

正由於「夢與鬼交」的案例隱含了通俗文學與專業醫學的共同關注，本文將試圖追索其在中國古典醫學脈絡裡的定位，藉以凸顯疾病、醫學與社會的關係。藉由歷代醫論與近世醫案的分析，本文欲探究「夢與鬼交」及其與女性情志、情欲和身體的關係，以及醫者(有時包括患者)對此病症的構想所隱含的社會價值與道德基礎。本文分爲三個部分，首先處理中國古典醫學對於女性「情欲失調」所生病症的觀察，其次論述醫者對於女性「夢與鬼交」的解釋及其在近世的轉向，最後則釐清「夢與鬼交」與「鬼胎」的關聯性，以及醫案所反映的醫病關係。藉由上述討論步驟，本文將聚焦於一個醫學與性別的問題：何以中國傳統男性醫者對於「無生殖力」(non-reproductive)的女性之關注遠多過同樣狀態的男性？¹⁵爲

(續)

的「出寸口」有時又稱「出左口」，指凸出位於左手腕的「寸口」。「魚際」則是穴位名稱，位於手掌大魚際部，當第一掌骨中點，赤白肉際處。至於「骨蒸」，乃「五蒸」之一，因形容其發熱自骨髓蒸發而出，故名。「骨蒸」或稱「癆瘵」(勞瘵)，指癆病有傳染性者。李經緯、鄧鐵濤等主編，《中醫大辭典》(北京：人民衛生出版社，1998)，頁98，「寸口」條；頁705，「勞瘵」條；頁964，「魚際」條；頁1090，「骨蒸」條。

- 12 在此要說明的是，儘管在古典中文語境裡，「情欲」之「欲」字與「慾」的意義有別，除非文中所徵引的史料用的是「慾」字，否則本文多半以廣義的「[情]欲」一詞進行表述與討論。
- 13 Christopher Cullen, "Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence from the *Jinpingmei*," *History of Science*, 31, pp. 107-108.
- 14 Andrew David Schonebaum, "Fictional Medicine: Diseases, Doctors and the Curative Properties in Chinese Fictions," pp. 199-240, esp. pp. 222-223.
- 15 Marta E. Hanson(韓嵩)在評論Joanna Grant關於明代醫者汪機《石山醫案》的專書研究時，主張「有生殖力vs.無生殖力」(reproductive vs. nonreproductive)的二分法，不僅可用以說明明代醫學在區辨女性差異時所做的分類，同時亦可爲當

何在歷代醫書裡，關於師尼、寡婦與室女的情欲及其病症的論述——無論是「欲男子而不可得」、「夢與鬼交」或「鬼胎」——如此豐富，而僧人與閹宦的相關資料卻反而付之闕如？囿於資料與篇幅，本文無法處理僧宦與鰥夫的問題，而將把重點放在師尼、寡婦與室女的醫論部分。

二、女性的情欲病症

關於女性因情欲失調而得病，早在西漢時期，名醫淳于意(西元前2世紀)的「診籍」(即醫治患者的記錄)提供了一個重要的病例。這份資料收錄於《史記》〈倉公列傳〉中，是中國現存最早的脈診記錄¹⁶。淳于意曾醫治濟北王的某位侍者韓女。當時韓女出現腰背痛、寒熱交替的症狀，眾醫者均主張她患的是「寒熱」病。淳于意診脈後則發現韓女的腎脈「澁而不屬」，推論其有「月事不下」、「內寒」的病症；由其「肝脈弦，出左口」的脈象，斷言上述病症乃源自其「欲男子而不可得」。淳于意決定以薰竄的藥物治療，解決了韓女經閉的問題，她也因此痊癒了¹⁷。

從現實面考量，韓女長年在宮中服務，無法像常人擁有婚姻與性生活，淳于意推斷其「欲男子而不可得」或有合理之處。而這個案例之所以值得注意，其實有多重理由。其一是病因。淳于意清楚指出，「欲求不滿」可能引發「寒熱」等病症。其二是脈診。淳于意對於韓女疾病的解讀，為後世的診斷學樹立了重要標竿。中國近世醫者在描述情欲不調的相關病症時，仍常沿用「肝脈弦，出左口」

(續)——

今研究在反省中國傳統醫學對於性別差異的建構時，提供嶄新的思考面向。
Marta E. Hanson, "Depleted Men, Emotional Women: Gender and Medicine in the Ming Dynasty," in Angela Ki Che Leung ed., *Medicine for Women in Imperial China* (Leiden: Brill, 2006), pp.179-196.

16 Elisabeth Hsu, "Mai and qi in the Western Han: Introduction" in Elisabeth Hsu ed., *Innovation in Chinese Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 2001), p. 16; "Pulse Diagnostics in the Western Han: How mai and qi Determining bing," in Elisabeth Hsu ed., *Innovation in Chinese Medicine*, pp. 51-91.

17 [漢]司馬遷，《史記》(北京：中華書局，1962)，卷105，〈扁鵲倉公列傳第四十五〉，頁2808-2809。

之類的術語。其三是療法。儘管淳于意指出此案例乃因「欲男子而不可得」而起，他並沒有建議任何具有現代心理學意義的治療方法，仍是以尋常方藥來處理。此外，淳于意身為男性醫者，對於性與性別的看法也值得思量。根據Lisa Raphals的研究，在淳于意的二十五個診籍中，至少有七個與色欲問題相關。淳于意對於男性患者因縱欲致病多少會顯露出道德譴責的語氣，相較之下，他對女性患者情欲病症的態度似乎較為隱晦¹⁸。以上述案例而言，由於宮中女侍的失婚狀態乃職業性質使然，非關個人道德修為，故從淳于意診籍的敘事讀不出他的價值判斷。

淳于意自然不是中國史上唯一注意到性匱乏可能致病的醫者。歷代醫者對於性的態度其實相當明確：無須禁絕，但要節制。基於養生保健的目的，行房須考量年齡和身體成熟與否等條件。例如，南朝齊醫者褚澄(五世紀末)曾說：「女人天癸既至，踰十年無男子合，則不調；未踰十年，思男子合，亦不調。」當女性開始來潮，雖已具備生殖能力，但因腎氣尚未充足，若勉強交合，恐怕會有月水不調的問題；若女性到了婚配年齡，卻仍無性行為，同樣會引起月水不調的問題。一旦月經不調，可能引發「舊血不出，新血誤行，或漬而入骨，或變而為之腫」的後果¹⁹。由此可見，女性的性行為過早或過晚均不宜，都有礙健康。

由於性生活對於男女同等重要，是以《養性延命錄》(536)主張：「凡男不可無女，女不可無男。若孤獨而思交接者，損人壽，生百病，鬼魅因之共交，失精而一當百。」²⁰這段話經《千金要方》(651)改寫成「男不可無女，女不可無男。無女則意動，意動則神勞，神勞則損壽……然而萬無一有，強抑鬱閉之，難持易失，使人漏精尿濁，以致鬼交之病，損一當百也」²¹。《玉房秘訣》也說：

18 Lisa Raphals, "The Treatment of Women in a Second-century Medical Casebook," *Chinese Science*, 15 (Cambridge, 1998), pp. 7-28, esp. 14-15, 24-28.

19 [南朝齊] 褚澄，《褚氏遺書》，收入《景印文淵閣四庫全書》(台北：臺灣商務印書館，1983)，冊734，〈精血〉，頁546。

20 [南朝梁] 陶弘景，《(新譯)養性延命錄》(台北：三民書局，2006)，〈御女損益篇第六〉，頁250。

21 [唐] 孫思邈，《備急千金要方》，收入氏著，《千金方》(北京：華夏出版社，1996)，卷27，〈房中補益第八〉，頁389。

「由於陰陽不交，情欲深重，即鬼魅假像與之交通。」²²從以上記載可以推斷：至遲在唐代，醫者已認定「鬼交」、「失精」、「尿濁」等病症，與男女的性匱乏或有因果關係。

若色欲乃是人與生俱來的本性，且與健康息息相關，那麼受限於特定社會條件而無法滿足需求的人，自然會成為醫者特別關注的對象。就女性而言，歷代不少醫者宣稱師尼與寡婦的疾病與療法有別於一般妻妾，即著眼於她們「欲求不滿」的問題。褚澄正是提出此類觀點的始作俑者。從唐宋之後醫書一再轉引淳于意與褚澄的說法，顯示他們對於後世醫學的影響不容小覷。例如，南宋醫者陳自明(1190-1270)綜合二人之說，有以下見解：

〈倉公傳〉與褚氏論，皆云師尼寡婦獨陰無陽，慾心萌而不遂，是以懈成病，以致乍寒乍熱，而類瘧狀，久則為勞。……診其脈，獨肝脈弦出寸口而上魚際，皆血盛而致。²³

由於宋代是中國古典醫學婦科出現的年代，陳自明的《婦人大全良方》(1237)又是婦科著作的代表，是以他的說法頗具指標意義²⁴。陳自明又說：「經閉、白淫、痰逆頭風、膈氣痞悶、面黧瘦瘠等證」皆是寡婦常患的病症，「診其脈，獨肝脈弦出寸口而上魚際，皆血盛而致。經云：『男子精盛則思室，女人血盛則懷胎。』觀其精血，思過半矣」²⁵。精盛時想成家，血盛時可懷孕，說的是男女已屆適婚年齡，而「肝脈弦出寸口而上魚際」，正是血盛的徵兆。到了元朝，羅

22 《玉房秘訣》今已佚，引文出自〔日〕丹波康賴，《醫心方》（北京：華夏出版社，1996），卷21，〈婦人部·治婦人鬼交方第三十〉，頁440；卷28，〈房內·斷鬼交〉，頁594。

23 《婦人大全良方》現存的版本甚多，筆者所採用的是：〔宋〕陳自明著，〔明〕薛己補註，《校註婦人良方》（台北：旋風出版社，出版年不詳），卷6，〈寡婦寒熱如瘧方論第四〉，頁9。

24 關於宋代婦科與陳自明的概述，見Charlotte Furth, *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History, 960-1665*, pp. 59-93.

25 陳自明著，薛己補註，《校註婦人良方》，卷6，〈寡婦寒熱如瘧方論第四〉，頁9。

天益(13世紀)的《衛生寶鑑》(1281)亦有類似的論調，說到「昔宋褚澄療師尼寡婦，別製方者」，解釋上述觀點的理論基礎：「夫肝，攝血者也，是厥陰肝脈，弦出寸口，上魚際，則陰盛可知矣。」²⁶由於肝是體內攝血的器官，因此女性的血盛(陰盛)就表現在肝脈的特出現象上。除了師尼與寡婦，為《婦人大全良方》校註的明代太醫薛己(1486-1558)認為，一旦室女(在室的成年女子)的婚期受到延誤，亦可能出現「寒熱」的病症²⁷。師尼、寡婦與室女因情志不舒而出現「陰陽交爭，乍寒乍熱，全類溫瘧，久則為勞」的病症，這類的解釋遂廣為明代醫者所接受，當時的醫書不是引述陳自明的文字，就是轉錄羅天益的說法²⁸。

值得注意的是，明清醫者對於失婚、失歡婦女的情志狀態有更多的描述。例如，汪機(1463-1539)的醫案顯示女性較諸男性更容易陷入憂思等負面情緒，特別是寡婦，經常受鬱證與思證所苦²⁹。龔信(16世紀)指出：「蓋女人善懷多思多妒，每事不遂意則鬱，忿滿則氣無釋，血益日消，氣益日盛，陰陽交爭，乍寒乍熱，食減形羸，諸病蜂起。」這裡的女人，指的是師尼、寡婦、長年閨女、士大夫或商賈之妻，以及矢志之婦³⁰。張介賓(1563-1640)亦說：「凡師尼室女，失偶之輩，雖非房室之勞，而私情繫戀，思想無窮，或對面千里，所願不得，則慾火搖心，真陰日削，遂致虛損不救。」³¹影響所及，清代脈學強調醫者在診斷

26 [元]羅天益，《衛生寶鑑》(北京：人民衛生出版社，1963)，卷18，頁293。

27 薛己，《薛氏醫案》，收入《景印文淵閣四庫全書》，冊763，卷3，頁69a。

28 陳自明的文字見[明]朱橚編，《普濟方》，收入《中華醫典》電子書(長沙：湖南電子音像出版社，2000)，卷332，〈婦人諸疾門·總論〉；[明]徐春甫，《古今醫統大全》(北京：人民衛生出版社，1996)，下冊，卷82，〈婦科心鏡·惡寒發熱似瘧非瘧候〉，頁696。羅天益的說法見[明]徐用誠原輯，[明]劉純續增，《玉機微義》，收入《景印文淵閣四庫全書》，冊762，頁500a；[明]董宿原著，[明]方賢續補，《奇效良方》，收入《中華醫典》電子書，卷63，〈婦人門(附論)〉。要特別說明的是，由於《中華醫典》乃電子書，其中並未標示頁碼，故本文從該資料庫所徵引的醫書僅列卷數、篇名，省略頁碼。

29 Joanna Grant, *A Chinese Physician: Wang Ji and the "Stone Mountain Medical Case Histories"* (London: RoutledgeCurzon, 2003), pp.137-138.

30 [明]龔信，《古今醫鑿》(北京：中國中醫藥出版社，1997)，卷11，〈婦人科〉，頁328。

31 [明]張介賓，《景岳全書》(北京：人民衛生出版社，1997)，卷16，〈理集·

時，應慎辨患者的類型。以寡婦、師尼為例，因其「遭逢不偶，情多鬱滯」，故病症自然不同於一般婦女³²。醫者在討論「虛勞」病症時，也注意到僧尼、寡婦、童男、室女及不得意之人，「其因於憂思鬱怒者亦不少」，因此治療時「必須消遣情懷，善於自解，非全仗草木之力也」³³。18世紀醫者亦有「大凡女人，多氣多鬱，鬱怒則傷肝，氣結血凝，火旺血虛而成勞……童子室女，不生歡笑，及鰥寡僧尼，易犯此病〔按，虛勞〕」之說³⁴。此外，清代婦科專書論及室女、妬妾、寡婦、師尼的「經閉」時，亦常從其「獨陰無陽，欲動而不得伸，鬱抑成病」來解釋³⁵。從西漢的「欲男子而不可得」、六朝的「女人天癸既至，踰十年無男子合，則不調」，到宋代「慾心萌而不遂」，乃至於晚明的「淫慾邪思」，以及盛清的「情多鬱滯」、「憂思鬱怒」之說，中國歷代醫者對於師尼、寡婦與室女的情欲問題雖同等關注，但近世醫學所用的措辭有更明確的「內因」（情志）取向。

從宋元明的醫案來看，亦不乏師尼、寡婦、室女以及「夫久出經商」的婦女患了寒熱病、「肝脈弦出左寸口」的例子。宋代名醫許叔微(1080-1154)曾醫治一名師尼，據說後者「惡風體倦，乍寒乍熱，面赤心煩」，並有「肝脈強長而上魚際」的脈象³⁶。元代朱震亨(1282-1358)有一知名案例。一名女子「病不食，面北臥者且半載」，曾延請多名醫生來看診，卻都束手無策。朱診脈後，發現女子「肝脈弦出左口」，因而斷定「此思男子不得，氣結於脾故耳」。原來，該名女子已經許嫁，但未婚夫入廣五年未歸。朱震亨的治法是「掌其面者三，責以不

(續)

雜證謨》，「虛損·論虛損病源」，頁346。

- 32 [清]李廷是，《脈訣匯辨》，收入《中華醫典》電子書，卷7，〈問診·人品起居〉；[清]林之翰，《四診抉微》（台北：樂群文化事業有限公司，1991），卷3，〈問診〉，頁62。
- 33 [清]何炫，《何氏虛勞心傳》，收入《中華醫典》電子書，〈虛勞總論〉。
- 34 [清]顧松園，《顧松園醫鏡》，收入《中華醫典》電子書，卷11，〈書集·虛勞〉。類似的論調亦見[清]唐大烈，《吳醫匯講》，收入《中華醫典》電子書，卷10，〈虛勞論〉。
- 35 [清]竹林寺僧，《竹林女科證治》，收入《中華醫典》電子書，卷1，〈調經下·師尼室寡經閉〉。
- 36 陳自明著，薛己補註，《校註婦人良方》，卷6，〈寡婦寒熱如瘧方論第四〉，頁10。

當有外思」。受到誣賴的女子怒極大哭，哭完之後竟感飢餓而索食。朱又認為「思氣雖解，然必得喜，則庶不再結」。於是家人詐稱其夫來信說很快即回，以安撫病患心理。三個月後，女子的未婚夫果然歸來，她的病也就不藥而癒了³⁷。這個醫案之所以受到矚目，主要是因為朱震亨採取「情志療法」。中國現存最早的醫籍《黃帝內經》已提出「悲勝怒，恐勝喜，怒勝思，喜勝憂，思勝恐」的「情志相勝」之法³⁸。按照五行(木火土金水)與五志(怒喜思憂恐)相生相克的原理，朱震亨乃以「怒克思」、「喜勝憂」的方法治癒該名女患³⁹。

在明代，薛己的醫案提到一名寡婦「因怒致不時寒熱，久而不已，肝脈弦緊」。另有一婦人因夫經商久不歸，「發寒熱，月經旬餘方止」。還有一位室女患「寒熱，左手脈弦長而出寸口」，醫者先以藥物緩和其病症，最後說道她「既嫁，而諸症悉退」。較為嚴重的是一名三十餘歲的宮女，出宮後被一名湯姓商人納為妾，但因丈夫經商長年在外，婦人開始「兩胯作痛，肉色不變，大小便中作痛如淋，登廁尤痛」。醫者診斷「此淤血漬入隧道為患」，乃「男女失合之症」所引發的「七情氣血損傷」。最後，該婦人竟因此病故⁴⁰。

上述案例一來呈現了「男女失合」在近世醫家眼中的問題性，再者顯示方藥雖是治病的主要手段，某些醫者也開始注意情志療法的重要性。上述醫學診斷某種程度也反映當時社會的主流價值。對兩性而言，性行為若為生命之必需，關係到個人的健康與壽命，則婚姻的價值就更能獲得肯定。以明代社會為例，當時男

37 [元]朱震亨，《丹溪心法》，收入氏著，《丹溪醫集》（北京：人民衛生出版社，1995），卷5，頁483。《名醫類案》的記載大抵相同，唯一的差異是「夫經商二年不歸」。[明]江瓘、江應宿編，《名醫類案》（台北：宏業書局有限公司，1994），卷2，〈鬱〉，頁74。

38 [唐]王冰編注，[明]顧從德本，《黃帝內經素問》（北京：人民衛生出版社，1996），卷2，〈陰陽應象大論〉，頁37-42。

39 Nathan Sivin(席文)在檢視明人吳崑所編撰的《醫方考》時，發現朱震亨的醫案也在其列。他將這類療法稱為「情志對反治療法」(emotional counter-therapy)。Nathan Sivin, "Emotional counter-therapy," in Nathan Sivin ed., *Medicine, Philosophy, and Religion in Ancient China: Researches and Reflections* (Hampshire and Vermont: Variorum, 1995), Part II, pp. 1-19, esp. p. 17.

40 薛己，《薛氏醫案》，收入《景印文淵閣四庫全書》，冊763，卷3，頁69b-70a。

女之防較今日嚴格，不僅女性的婚前與婚外性關係難獲認可，菁英家庭的女性也不似男性有妻、妾與／或妓女等來滿足所需；若要徹底解決情欲需求，婚配自然成爲唯一選項⁴¹。

如此一來，師尼與寡婦除非背叛個人信仰與信念，違反守貞的社會期望，否則還俗成家或改嫁均非易事。以尼姑與道姑爲例，她們揚棄家庭責任與社會義務，早已是儒家士人批評的對象。在明清通俗小說中，僧尼的形象尤其被醜化，常與淫穢不軌、誘拐良家婦女等情節糾纏不清。最有名的例子當屬《僧尼孽海》這部艷情小說，相當程度地凸顯了僧尼的負面形象⁴²。弔詭的是，師尼又常以同性相親之便，在社會上左右俗家婦女的想法；有時亦身兼儀式醫療的行使者，於民間醫療市場占有一席之地。換言之，師尼在醫學領域裡具有雙重角色，既是醫療者，也是男性醫者眼中的潛在患者。因此，元明以來不少社會菁英，將尼姑、道姑歸入「三姑六婆」之列，對其抱持鄙夷的態度⁴³。

另一方面，寡婦改嫁涉及的問題更多。在宋代，菁英家庭的寡婦要改嫁並不難，除了可以自由選擇改嫁的對象，還可帶走初嫁時的嫁妝。但事實上，宋代寡婦改嫁的例子並不普遍，其原因包括寡婦本身有子女、年紀太大或在先夫家族中扮演重要的管理與經濟角色等。此外，宋代法律雖規定無子嗣的寡婦可繼承先夫財產，然而她們一旦改嫁就得放棄此權益。相較之下，明清法令對寡婦攜妝再嫁與財產繼承規定更嚴，加上官方與民間有旌表、貞節牌坊等配套措施，寡婦要改嫁愈加困難⁴⁴。在此情況下，醫者針對情志不舒的成年女性採取較務實的作法。

41 明代法律規定已婚「良民」只有在四十歲以上尚無子嗣的情況之下才可以納妾。因這個條文只約束民眾，官員不在其限，加上處罰不重，所以當時不符合條件而納妾的大有人在。黃彰健標註，《明代律例彙編》（台北：中央研究院歷史語言研究所，1994），頁501。

42 [明]唐寅選輯，《僧尼孽海》，收入《思無邪匯寶叢書》（台北：臺灣大英百科公司，1995），冊24。

43 Angela Ki Che Leung, "Women Practicing Medicine in Pre-modern China," in Harriet T. Zurndorfer ed., *Chinese Women in the Imperial Past: New Perspectives* (Leiden, Boston, and Koln: Brill, 1999), pp. 101-134.

44 Bettine Birge, *Women, Property and Confucian Reaction in Sung and Yuan China (960-1368)* (Cambridge: Cambridge University Press, 2002), pp. 125-126; 柳立言，〈淺談宋代婦女的守節與再嫁〉，《新史學》，2：4（台北，1991），頁40-47；

例如，龔廷賢(16、17世紀)的著作提供女性「斷慾丸」配方，大抵是基於某些患者所需而來⁴⁵。此外，「交感丹」專治「一切名利失意，抑鬱煩惱，七情所傷，不思飲食，面黃形瘦，胸膈痞悶諸癥」，據說對師尼、寡婦、婢妾的病症尤有神效⁴⁶。

在醫家眼中，女性的情欲失調不僅會引起身體疾患，更可能導致神志失常。傳統醫者以「花癲」命名女性因情欲失調所致的癲狂症。《華佗神方》已有「〔花癲〕此病多發於女子，緣肝木枯槁，內火燔盛所致」的記載，說明花癲的病灶在肝，與女性的陰血、內火不無關係⁴⁷。明末清初張璐(1617-1700)在論「師尼寡婦寒熱」時，說道「婦人形瘦肉脫，胸中常想著一事而百計不解者，勿與醫治，後必成癲」，暗示女性癲症常與其心思糾結有關⁴⁸。同時期的《石室秘錄》與《辨證奇聞》二書進一步闡述「花癲」之義：「婦人忽然癲癩，見男子則抱住不肯放。」亦有女子「忽然病如暴風疾雨，罔識羞恥，見男子則以為情人」。所謂「罔識羞恥」，較極端的症狀是「遇男子而如怡，遇女子而甚怒，往往有赤身露體而不顧者」。根據是書所言，「花癲」的病症只出現在女性身上，原因出在「女子思想其人而心邪」，或「思慕男子不可得」，是以「肝火熾盛」、「脈必弦出寸口」⁴⁹。無獨有偶，歐洲史上亦有不少因縱欲而發瘋的病例討論。其中，男性的手淫、「色情狂」(satyriasis)與女性的「慕男症」(nymphomania)、「色情症」(erotomania)向來是眾人的焦點——上述病症被認

(續)

Kathryn Bernhardt, *Women and Property in China, 960-1949* (Stanford: Stanford University Press, 1999), p. 53.

- 45 [明]龔廷賢，《壽世保元》(上海：上海科學技術出版社，1993)，卷7，〈婦人雜病〉，頁523。
- 46 [明]張浩，《仁術便覽》，收入《中華醫典》電子書，卷2，〈六鬱〉。
- 47 [漢]華佗撰，孫思邈編集，《華佗神方》(北京：中醫古籍出版社，1997)，卷4，〈華佗內科神方〉，條目4062，「華佗治花癲神方」，頁61。
- 48 [清]張璐，《張氏醫通》(上海：上海科學技術出版社，1990)，卷10，〈婦人門上·經候〉，頁524。
- 49 [清]陳士鐸，《石室秘錄》(北京：中國中醫藥出版社，1998)，卷1，〈禮集·生治法〉，頁38；卷6，〈數集·癲症〉，頁295；《辨證奇聞》(北京：中國中醫藥出版社，1995)，卷4，〈癲癩門〉，頁138。《石室秘錄》與《辨證奇聞》二書現今雖是以陳士鐸之名傳世，但學界咸認為其作者實為明末清初的傅山。

為可引起幻想、早衰、癱瘓、梅毒，以及其他各式疾病⁵⁰。19世紀德國某個精神療養院的病歷簿也顯示「慕男症」比起「歇斯底里症」(hysteria)更有資格作為婦女情欲失調病症的代表。這種病症常由性器官受到過度刺激所引起，使患者因心智喪失而出現「不知廉恥」(loss of shame)的行徑⁵¹。

那麼，何以中國傳統醫者視「花癩」為女性獨有的癩症呢？這點與女性的身體特質有關：「蓋婦女肝木最不宜旺，旺則木中生火，火逼心而焚燒，則心中不安，有外行之失矣。」⁵²無論是「肝火熾盛」或「肝木枯槁，內火燔盛」，都說明欲求不滿、情志不舒對於臟腑的損傷，導致逾越常軌的行為。此種對於女性情欲病症的解釋，與宋元醫者著重於肝的「血盛」、「陰盛」特徵已略有不同。類似的觀點也見諸「鬼交」的醫理：「世有尼僧、寡婦、失嫁之女、丈夫久出不歸之妻妾，相思鬱結，欲男子而不可得，內火暗動，煉乾陰水，肝血既燥，必致血枯經斷，朝熱夜熱，盜汗鬼交。」⁵³關於失婚婦女的情志問題與「鬼交」的關係，正是下一節的主題。

三、女性的「夢與鬼交」

本文在緒論中以《金瓶梅》為例，藉以顯示明人對於女性的相思病與「夢與鬼交」的聯想。事實上，此二者在古典醫學裡並非一開始即有聯繫。至少就夢的成因而言，古代醫者的焦點毋寧是放在身體所受的刺激，而非情志思維的作用。

以《黃帝內經》為例，作者(們)提出夢主要是由「淫邪泮行」而生：「正邪從外襲內，而未有定舍，反淫於藏〔按，臟〕，不得定處，與營衛俱行，而魂魄

50 Roy Porter ed., *The Faber Book of Madness* (London and Boston: Faber and Faber, 1991), p. 462.

51 Ann Goldberg, *Sex, Religion, and the Making of Modern Madness: The Eberbach Asylum and German Society, 1815-1849* (New York and Oxford: Oxford University Press, 1999), pp. 85-87.

52 陳士鐸，《辨證奇聞》，卷4，〈癩癩門〉，頁138。

53 陳士鐸，《辨證奇聞》，卷4，〈癆瘵門〉，頁295-296。

飛揚，使人臥不得安而喜夢。」⁵⁴這裡的「邪」，指的是「風雨寒暑」之類的「外邪」。這些自然界的「六氣」（或稱「六淫」）與體內臟腑、魂魄相互攪和，就會使人睡不安穩而作夢⁵⁵。當氣的「有餘」與「不足」具體「形」諸於夢時，即出現所謂的夢象。隨著作用於臟腑與肢體的氣有盛衰、強弱之別，夢境亦隨之有異。所謂「夢接內」，便是「〔厥氣〕客於陰器」的結果。再從文中提到凡是「盛者，至而瀉之，立已」，又說「不足者，至而補之，立已」，可見古代醫者對於夢的解析關心的重點在於體內氣的盛衰平衡與否⁵⁶。

在《黃帝內經》之後，東漢張機(2、3世紀)明確地指出「女子夢交」與「男子失精」同為「虛勞」的病症之一⁵⁷。同時，他也認為「血氣少」所致的「心氣虛」常使「其人則畏，合目欲眠，夢遠行而精神離散，魂魄妄行」⁵⁸。若以《黃帝內經》與《金匱要略》作為先秦兩漢醫論的代表，則它們對於「虛」的關注頗值得玩味。古人對於自然向來觀察敏銳。在他們的想像中，隨著季節更迭、寒熱燥濕而來的「六氣」失調對於「虛〔勞〕」的身體尤具威脅。簡言之，外邪侵犯與虛勞損傷乃「夢交」的兩大條件。

從六朝到隋唐，「夢與鬼交」、「與鬼交通」的詞彙在醫書中出現頻仍。儘管它們的論述基調看似繼承《黃帝內經》的外邪說和張機的虛勞論而來，但重心已有轉移。當時醫者對於「鬼」的意涵鮮有詳述，但他們分從虛勞、「鬼魅」（「精魅」）以及人體的「尸蟲」三個角度，既賦予「夢與鬼交」豐富的意象，也更注重「鬼交」患者的神志狀態。以葛洪(281-341)《肘後方》(315)為例，書中

54 顧從德本，《黃帝內經靈樞》（北京：中醫古籍出版社，1997），卷7，篇43，〈淫邪發夢〉，頁68。

55 詳細的註解見〔明〕馬蒔，《黃帝內經靈樞注證發微》（北京：人民衛生出版社，1994），篇43，頁250；張介賓，《類經》，收入《景印文淵閣四庫全書》，冊776，卷18，〈疾病類·夢寐〉；〔清〕張志聰集注，《黃帝內經靈樞集注》，收入《黃帝內經集注》（杭州：浙江古籍出版社，2002），卷5，篇43，頁270。

56 顧從德本，《黃帝內經靈樞》，卷7，篇43，〈淫邪發夢〉，頁68-69。

57 〔漢〕張機著，〔清〕徐彬註，《金匱要略論註》（北京：人民衛生出版社，1993），卷6，〈血痺虛勞病脈證并治第六〉，頁90-91。

58 張機著，徐彬註，《金匱要略論註》，卷11，〈五臟風寒積聚病脈證并治第十一〉，頁150。

論及「內虛邪氣感發」以致「男女夢與人交，精便泄出」，以及「男女喜夢與鬼通致恍惚者」，除了顯示「夢交」乃是以「內虛邪氣」作為病因、「精出恍惚」作為症候，更說明男女皆可能「夢交」，而且「夢交」的對象有人有鬼⁵⁹。《肘後方》又提出「治女人與邪物交通，獨言獨笑，或悲思恍惚者」之方，暗示婦女若出現心神恍惚、言語與情志失常的現象，或出自與「邪物」交合的緣故⁶⁰。隋代巢元方《諸病源候論》(610)在「婦人雜病」的範疇之下，詳論「與鬼交通」、「夢與鬼交」的病因、症狀與脈象：

然婦人與鬼交通者，臟腑虛，神守弱，故鬼氣得病之也。其狀，不欲見人，如有對忤，獨言笑，或時悲泣也。脈來遲伏，或如鳥啄，皆邪物病也。又脈來絲絲，不知度數，而顏色不變，此亦病也。

夫臟虛者喜夢。婦人夢與鬼交，亦由臟腑氣弱，神守虛衰，故乘虛因夢與鬼交通也。⁶¹

從引文來看，婦人的「與鬼交通」和「夢與鬼交」無論發生在夢裡或夢外，皆是以臟「虛」神「弱」為前提⁶²。就症狀而言，「不欲見人」意味著自閉與反社交的傾向；「獨言笑，或時悲泣」是情緒不穩、心神不定的表徵；「脈來遲伏，或如鳥啄」、「脈來絲絲」則是受到「鬼氣」、「邪物」影響所出現的特殊脈象⁶³。

59 [晉]葛洪撰，陶弘景增補，[金]楊用道再補，尚志鈞輯校，《補輯肘後方》(合肥：安徽科學技術出版社，1996)，卷3，〈治卒得驚邪恍惚方第十八〉，頁95；卷4，〈輯佚方治夢中泄精方〉，頁183。

60 葛洪撰，陶弘景增補，楊用道再補，尚志鈞輯校，《補輯肘後方》，卷3，〈治卒得驚邪恍惚方第十八〉，頁94-95。

61 [隋]巢元方等編撰，丁光迪校訂，《諸病源候論校注》(北京：人民衛生出版社，1996)，卷40，〈婦人雜病諸候〉，「與鬼交通候」、「夢與鬼交通候」，頁1149-1151。

62 雖然《諸病源候論》將「夢與鬼交」、「與鬼交通」分成兩個段落來論述，但因其病因、症狀的高度相似性，後世醫書常將之混為一談，並不刻意區分「鬼交」究竟是發生在夢裡或夢外。

63 《諸病源候論》把鬼祟脈分為多種：「若脈來遲伏，或如雞啄，或去，此邪物也。若脈來弱，絲絲遲伏，或絲絲不知度數，而顏色不變，此邪病也。脈來乍

對此，《諸病源候論》建議患者宜力求「陰陽調和」，避免「攝衛失節」，如此才能「臟腑強盛，風邪鬼魅不能傷之」⁶⁴。上述觀點廣為後世醫書徵引、轉載，連日本醫書《醫心方》(984)都留下記錄⁶⁵。

根據中國古典醫論，「風邪」亦是「夢交」的可能成因。《華佗神方》據載為孫思邈(581-682)所整理，因此書中論調與《千金要方》有相似之處：

凡男女偶中風邪，男夢見女，女夢見男，夢中交歡，日久成勞；悲愁憂恚，喜怒無常，日見羸瘦，連年累月，深久難療。或半月或數月一發。⁶⁶

上文認為「風邪」可能使人夢到與異性交歡，出現情志困擾、身體羸瘦等症，日積月累則會成為癩疾。《外臺秘要方》(752)綜合《諸病源候論》的醫論與《千金要方》的藥方，提到「虛勞」與「風邪」的患者可能有「夢交」之症，其文字

(續)

大乍小，乍短乍長，為禍脈。兩手脈浮之細微，絲絲不可知，俱有陰脈，亦細絲絲，此為陰蹻、陽蹻之脈。此家曾有病癱風死，苦恍惚，亡人之禍也。脈來洪大弱者，社崇。脈來沉沉瀟瀟，四肢重，土崇。脈來如飄風，從陰趨陽，風邪也。一來調，一來速，鬼邪也。脈有表無裡，邪之崇上得鬼病也。」巢元方等編修，丁光迪主編，《諸病源候論校注》，卷2，〈風病諸候〉，「鬼邪候」，頁66。

64 巢元方等編撰，丁光迪校訂，《諸病源候論校注》，卷40，〈婦人雜病諸候〉，「與鬼交通候」，頁1149。

65 孫思邈，《備急千金要方》，卷3，〈婦人方中·雜治第八〉，頁43；卷4，〈婦人方下·赤白帶下·崩中漏下第三〉，頁53；〔宋〕王懷隱等奉敕編撰，《太平聖惠方》，收入《中華醫典》電子書，卷70，〈治婦人與鬼交通諸方〉；陳自明著，薛己補註，《校註婦人良方》，卷6，〈婦人夢與鬼交方論第八〉，頁16；朱橚編，《普濟方》，卷255，〈雜治門·雜病〉；卷319，〈婦人諸疾門·勞瘵〉；卷320，〈婦人諸疾門·咳嗽〉；卷323，〈婦人諸疾門·與鬼交通〉；卷327，〈婦人諸疾門·雜病〉；卷330，〈婦人諸疾門·崩中漏下〉；丹波康賴，《醫心方》，卷21，〈婦人部·治婦人鬼交方〉，頁439-440。

66 華佗撰，孫思邈編集，《華佗神方》，卷4，〈華佗內科神方〉，條目4067，「華佗治男女風邪神方」，頁63。

正是引自前述《華佗神方》的字句⁶⁷。不過，《外臺秘要方》另外也提出「夢與鬼交」肇因於「鬼魅精魅」、「狐狸精魅」的說法⁶⁸。這些論點容或有異，但多是依據醫家對於身體「虛〔勞〕」的構想而來。

到了近世時期，從外邪刺激、鬼魅作祟與虛勞虛損三個角度來理解女性「夢與鬼交」的醫學論點仍然常見，也各有擁護者。北宋《太平聖惠方》(992)與南宋《婦人大全良方》(1237)明顯繼承了《諸病源候論》的基調，將「夢與鬼交」視為氣血虛、虛勞，以致鬼邪有機可乘的結果，而且論述內容大同小異⁶⁹。元代的《脈因證治》乃是摘錄《金匱要略》之說，從虛、勞的觀點來論「夢交」⁷⁰。到了明初，官編的《普濟方》仍是在「諸虛」、「虛勞」、「鬼魅」的脈絡下論及「夢與鬼交」⁷¹。《奇效良方》(1449)與《壽世保元》(1615)亦直接傳抄《諸病源候論》論「鬼交」的文句⁷²。《奇效良方》另外還從「邪氣交感」的角度來理解「寡婦尼僧夜夢交通」的因由⁷³。16世紀中，徐春甫(1520-1596)反對南宋的陳自明從「僻邪」的角度來為婦人「夢與鬼交」開立處方，只因他認為此症與「氣血臟腑元神俱虛」有關，「實非邪魅有所干也」⁷⁴。

在眾說紛紜的情況下，晚明的病因學轉向毋寧更值得注意。張介賓折衷各家說法，有此精闢的見解：

-
- 67 [唐]王焘，《外臺秘要方》(北京：華夏出版社，1997)，卷15，〈風邪方八首〉，頁272。
- 68 王焘，《外臺秘要方》，卷13，〈鬼魅精魅方八首〉，頁244；〈鬼神交通方四首〉，頁245；卷16，〈虛勞夢泄精方一十首〉，頁309。
- 69 王懷隱等奉敕編撰，《太平聖惠方》，卷27，〈治虛勞不足諸方〉；卷30，〈治虛勞夢與鬼交諸方〉；陳自明著，薛己補註，《校註婦人良方》，卷6，〈婦女夢與鬼交方論第八〉，頁16。
- 70 朱震亨，《脈因證治》(台北：啓業書局，1988)，卷上，〈勞(勞極、煩熱、勞瘵)〉，頁32。
- 71 朱橚編，《普濟方》，卷217，〈諸虛門〉；卷228，〈虛勞門·虛勞〉；卷232，〈虛勞門·虛勞不足(附論)〉；卷254，〈雜治門·鬼魅〉。
- 72 董宿原著，方賢續補，《奇效良方》，卷63，〈婦人門(附論)〉；龔廷賢，《壽世保元》，卷7，〈婦人雜病〉，頁523。
- 73 董宿原著，方賢續補，《奇效良方》，卷63，〈婦人門(附論)〉。
- 74 徐春甫，《古今醫統大全》，下冊，卷82，〈婦科心鏡·婦人夢與鬼交候〉，頁692。

婦人之夢與邪交，其證有二：一則由慾念邪思，牽擾意志而為夢者，此鬼生於心，而無所外干也；一則由稟賦非純，邪得以入，故妖魅敢於侵犯，此邪之自外至者亦有之矣。⁷⁵

比起《諸病源候論》所說的「若攝衛失節，而血氣虛衰，則風邪乘其虛，鬼干其正」，張介賓將「夢與鬼交」的原因分為內外顯然思慮更周，除了強調天生稟賦的重要，也提醒「慾念邪思，牽擾意志」的作用。中國近世醫學對於情志因素的重視有跡可尋。南宋醫者陳言(1131-1189)將病因分為「三因」：「六淫」為外因，「七情」為內因，在此二者之外的為不內外因⁷⁶。此後，「七情」(怒喜思憂悲恐驚)對於病症的影響漸受醫者矚目。Hugh Shapiro在考察中國傳統男性的失精、滑精問題時，已指出12、13世紀之際，醫者越來越注意其情志因素⁷⁷。就「夢與鬼交」而言，明中葉時薛己清楚指出婦人此症多由「七情虧損心血，神無所護」所引起——儘管「鬼祟」的可能性不能完全排除⁷⁸。虞搏(1438-1517)亦說：「晝之所思，為夜之所夢。凡男女之性淫而虛者，則肝腎之相火無時不起，故勞怯之人多夢與鬼交。」⁷⁹他們與張介賓從情志、慾念的角度闡釋婦人的「夢與鬼交」，已超出《內經》、《金匱要略》單從外邪、虛勞來理解「夢接內」、「夢交」的層次。對於情志的看重，同樣呈現在夢的醫學解析裡。例如，徐春甫在《古今醫統大全》的〈釋夢門〉雖仍引述《內經》的理論，卻也自道：「心為棲神之所，凡思慮過多，則心血虧耗，而神游於外，故多夢。」換言之，夢為「神不守舍」的產物，無關乎《內經》所言的「淫邪泮衍」，反而與「思慮過

75 張介賓，《景岳全書》，卷39，〈人集·婦人規〉，「帶濁遺淋類·婦人夢與鬼交」，頁871。

76 〔宋〕陳言，《〈陳無擇〉三因方》(台北：臺聯國風出版社，1991)，卷2，〈三因論〉，頁6b-7a。

77 Hugh Shapiro, "The puzzle of Spermatorrhea in Republican China," *Positions*, 6:3 (Durham, 1998), p. 558.

78 陳自明著，薛己補註，《校註婦人良方》，卷6，〈婦女夢與鬼交方論第八〉，頁16。

79 〔明〕虞搏，《醫學正傳》(北京：中醫古籍出版社，據明嘉靖十年辛卯(1531)刻本打字重排，2002)，卷1，頁20。

多」關係較大⁸⁰。從歷史情境來看，明代醫家關注情志在夢裡的作用，某種程度與當時流行的夢論互相呼應⁸¹。也由於「夢與鬼交」成因有二，張介賓指出其症候亦有不同：

病由内生者，外無行迹，不過於夢寐間常有所遇，以致遺失，及為恍惚帶濁等證，亦如男子之夢遺，其機一也，但在女子多不肯言。至若外有邪犯者，其證則異，或言笑不常，如有對晤，或喜幽寂，不欲見人，或無故悲泣，而面色不改，或面帶桃花，其脈息則乍疏乍數，三五不調，或伏沉，或促結，或弦細，或代易不常，是皆妖邪之候。⁸²

張介賓認為女子的「夢與鬼交」若發生於夢寐之間，且無其他明顯症候，多半與內因有關。儘管女性的「恍惚帶濁」與男子的「夢遺」相似，然因「多不肯言」，他人較不易察覺。相較之下，「妖魅」、「妖邪」等外因所引發的「夢與鬼交」，在臉色(例如面帶桃花)、情志(例如無故悲泣)、言行(例如言笑不常)，以及脈象(例如乍疏乍數)方面，皆有特定的徵兆，反而容易辨識。

在此，患者的態度亦值得討論。在古代，《服食論》對於「夢與鬼交」之人的狀態與心理有此觀察：

復有男子、婦女、僧尼、寡婦、少女之徒，夢與鬼神交接，真似生人，初得羞而不言，後乃隱而不說，往還日久，鬼氣纏身，腹內病成，由惜鬼情，至死不道鬼魅邪氣所纏。眠多坐少，夢想飛揚，魂魄離散，昏昏常困，似癡還擗。⁸³

80 徐春甫，《古今醫統大全》，下冊，卷70，〈釋夢門〉，頁392。

81 明代嘉靖年間進士陳士元著有《夢占逸旨》一書，曾論及「情溢」(喜、怒、恐、憂、哀、忿、驚)對於夢境的影響。全文見盧元勛等編著，《占夢術注評》(台北：雲龍出版社，1995)，頁1-161。

82 張介賓，《景岳全書》，卷39，〈人集·婦人規〉，「帶濁遺淋類·婦人夢與鬼交」，頁872。

83 《服食論》僅《隋書》〈經籍志〉有記載，然作者不詳，且今已佚。引文出自丹

從上文來看，對於「夢交」、「鬼交」懷有羞愧之情者男女皆然。這個「不能說的祕密」常深藏其心，直到病重、病故為止。到了近世時期，男性醫者所關切的，卻多半是女性患者的態度。例如，徐春甫說「凡婦人患此證者甚多，但不肯直言耳」⁸⁴。張介賓亦說「在女子多不肯言」。在女子不肯直言的原因，除了「夢與鬼交」算是隱疾，當也與彼時男醫女患之間的性別隔閡加劇有關⁸⁵。

從實際的案例，可更清楚地觀察「夢與鬼交」的醫病關係。前述虞搏主張「夢與鬼交」與個人「所思」、「性淫」有關，類似的態度亦出現在他對「鬼胎」的看法上：「所謂鬼胎者，偽胎也，非實有鬼神交接而成胎也。」⁸⁶矛盾的是，有時候虞搏似乎不排斥從「邪物」的角度理解「夢與鬼交」的發生：

虞恆德治一婦，年近三十，有姿色。得一症，如醉如癡，頰赤面青。略有潮熱，飲食不美，其脈乍疎乍數而虛，每夜見白衣少年與睡。一醫與八物湯，服數十帖無效。虞往診之，見其家有白狗，臥枕戶闕，虞曰：「必此所為！」命殺狗取其心、血及膽汁，丸安神定志之藥，以八物湯吞下，服藥十數貼，丸藥一料以安其神。丸藥，用遠志、石菖蒲、川歸、黃連、茯苓、硃砂、側柏葉、草龍膽等藥也。⁸⁷

從「如醉如癡，頰赤面青」、「脈乍疎乍數而虛」等症，醫者得以判斷此症乃鬼祟之病；「每夜見白衣少年與睡」，說明此症即醫籍所說的「夢與鬼交」。然而，究竟是基於何種理由，使得虞搏能夠輕易推斷問題癥結出自病家所養的白狗？從上文實無線索可循。清代醫者俞震就認為這個案例「誠係邪魅，然以白衣（續）——

波康賴，《醫心方》，卷19，〈服食部·服金液丹方第十四〉，頁408。

84 徐春甫，《古今醫統大全》，下冊，卷82，〈婦科心境·婦人夢與鬼交候〉，頁692。

85 關於中國近世男醫與女患溝通困難的抱怨，可參考Francesca Bray, "A Deathly Disorder: Understanding Women's Health in Late Imperial China," in Don Bates ed., *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions* (Cambridge: Cambridge University Press, 1995), pp. 239-240.

86 虞搏，《醫學正傳》，卷1，頁20。

87 江瓘編纂，江應宿述補，《名醫類案》，卷8，〈邪祟〉，頁243。

疑及白狗，近于詭幻」⁸⁸。在治療方面，虞搏命令病家殺狗，取其心、血與膽汁，摻入安神定志之藥作成藥丸，其作用除了藥物本身的療效，多少有以儀式醫療進行心理暗示的意味⁸⁹。

比虞搏大約晚一個世代的孫一奎(1522-1619)，也曾碰過「鬼交」的病人。有一位原籍藏溪、娘家姓汪的程氏寡婦，在丈夫因「疫癘」死後的七日內，開始出現「疫」的病狀，包括大熱、頭疼、口渴、胸脅併痛等。醫者試圖以小柴胡湯治之，但無法奏效。病患夜裡甚至夢到與死去的丈夫相交而泄，病情有加重之勢。孫一奎診斷此為「陰陽易類」，建議將婦人丈夫的舊褲襠燒成灰，調入生脈湯讓病婦服下，最後終於治好了她⁹⁰。關於「陰陽易」，中國歷代醫書有不少記載，原指傷寒患者大病初癒時，因為性交而使疾病復發、傳染給伴侶的狀況。若是男病傳給女，稱為「陽易」；女病傳給男，稱為「陰易」。常見的療法不是燒褲襠，就是燒陰毛等成灰，讓患者服下⁹¹。這個例子與上述虞搏的案例顯示明代以儀式治療來醫治「夢與鬼交」並不罕見。

綜合上述，除了情志、慾念的因素，明代醫者，無論是薛己、虞搏或張介賓，都沒有把「外邪〔妖邪〕」完全排除在「夢與鬼交」的成因之外。此種內外因並重的思維，相當程度地呼應了他們對於「邪崇〔病〕」的態度：既不否認世間可能有鬼魅精怪的存在，卻又強調患者自我防禦的重要性。亦即，一個身心健康的人是不可能受到鬼神侵擾而生病的⁹²。由此延伸出來一個醫學原則：患者個

88 [清] 俞震，《古今醫案按》(北京：中國中醫藥出版社，1988)，卷6。

89 根據《本草綱目》的記載，狗血「治傷寒熱病發狂見鬼及鬼擊病」、「辟諸邪魅」；白狗血「治癩疾發作」。由於李時珍指出「術家以犬為地厭，能攘辟一切邪魅妖術」，筆者因此認為虞搏殺狗療病的作法具有儀式治療的意涵，既以白狗指向疾病的來源，也以白狗作為治病的手段，有「以子之矛，攻子之盾」的意涵。[明] 李時珍，《本草綱目》(北京：華夏出版社據1596年金陵版，1998)，卷50，頁1787。

90 [明] 孫一奎，《孫氏醫案》，又名《孫文垣醫案》，收入氏著，《孫一奎醫學全書》(北京：中國中醫藥出版社，1999)，卷4，頁808。

91 《本草綱目》提及「禪〔按，視〕襠」燒灰服之可治「陰陽易病」、「中惡鬼邪」，又說「婦人陰毛，主五淋及陰陽易病」。李時珍，《本草綱目》，卷38，頁1462；卷52，頁1935。

92 進一步的討論見陳秀芬，〈當病人見到鬼：試論明清醫者對於「邪崇」的態

人須負起自我調養、自我照護的責任。一旦人受到「鬼魅」所擾，其責任主要在於個人，不能完全歸咎於外在環境的影響。

四、「夢與鬼交」與「鬼胎」

前面提及「虛勞」乃中國古典醫學用以解釋「夢交」、「鬼交」的重要條件。相對於男子的「夢交」、「鬼交」常以腎虛、失精、遺精、夢泄、漏濁等病症為討論核心，醫者對於女性的「夢交」、「鬼交」所關心的，毋寧是經期、胎產等婦科的問題⁹³。在此思維中，「夢與鬼交」不僅能致病，嚴重時還可能(但不必然)引發胎產的障礙，例如「鬼胎」或不孕。

關於「鬼胎」，美國學者吳一立(Yili Wu)已有精闢的研究。根據吳文，早期中國醫學認為「鬼胎」或肇因於鬼怪、邪祟侵犯人體，但明清醫者多主張「鬼胎」與女性的氣血虛滯、月水不調、妊娠異常或情志失衡關聯更大。「鬼胎」可能是「鬼交」所導致的，但並非所有的「鬼胎」都由「鬼交」所引起。當然，傳統醫者與婦女本身對於是否懷孕缺乏精確的判準，使得妊娠真假難辨的狀況時有所聞，也憑添「鬼胎」案例的曖昧性⁹⁴。儘管吳文已從婦科與胎產的角度，對「鬼胎」進行詳盡的研究，然而對於「夢與鬼交」所導致的「鬼胎」案例，資料仍有不足的地方。關於「鬼胎」的意象以及患者的心態，論點亦有可繼續深究之處。因此以下將視情況對吳文加以補充或修正，期讓相關論述更為完整。

(續)

度)，《國立政治大學歷史學報》，30(台北，2008)，頁43-86。

93 關於「男子夜夢，鬼交泄精」、「男子腰腎虛冷，腳膝無力，夜夢鬼交，精溢自出」、「夢與鬼交，陽事不舉」、「鬼交夢遺精泄」、「夜夢鬼交泄精」等病症的療法，分見〔宋〕唐慎微，《證類本草》，收入《中華醫典》電子書，卷6，〈巴戟天〉，卷17，〈鹿茸〉；朱橚，《普濟方》，卷33，〈腎臟門·腎虛漏濁遺精(附論)〉；〔明〕陳嘉謨，《本草蒙筌》，收入《中華醫典》電子書，卷1，〈草部上·菟絲子〉；李時珍，《本草綱目》，卷3；孫一奎，《赤水玄珠》，收入氏著，《孫一奎醫學全書》，卷11；〔明〕繆希雍，《神農本草經疏》，收入《中華醫典》電子書，卷6，〈草部上品之上·巴戟天〉。

94 Yili Wu, "Ghost Fetuses, False Pregnancies, and the Parameters of Medical Uncertainty in Classical Chinese Gynecology," *Nan Nü*, 4:2 (Leiden, 2002), pp. 170-206.

關於「鬼胎」的病因與症狀，古典醫籍的記載至早可溯自南北朝。《僧深方》指出男女因「邪氣」與「鬼交通」者，除了「歌哭無常」的症狀，女性還可能出現「腹大經絕，狀如妊身」的現象⁹⁵。《諸病源候論》對於「鬼胎」的解釋，基本上與「夢與鬼交」類似，認為都是源自「榮衛虛損」所致的「精神衰弱」。不同的是，「鬼胎」的條件是「妖魅鬼精，得入於臟」，故會出現「狀如懷娠」的現象⁹⁶。《華佗神方》把「鬼胎」描述為「患者腹部膨大，狀如妊娠，惟形容憔悴，面目黧黑，骨乾毛枯，是由室女或思婦，不克抑制欲念，邪物憑之，遂生此症」⁹⁷。除了指出「鬼胎」較易發生的對象為未婚的成年女子，或已婚但好胡思亂想的婦人，同時還確立「欲念」、「鬼交」、「鬼胎」與「邪憑」之間的關係。北宋《博濟方》(1047)指出「鬼交狐魅，丈夫心神迷惑，婦人則情意狂亂，或懷鬼胎」，強調的是「鬼交」所致的情志症候男女有別⁹⁸。南宋婦科名著《婦人大全良方》僅轉述《諸病源候論》的論點，但其校註者明朝薛己註解如下：「前症〔按，鬼胎〕因七情脾肺虧損，氣血虛弱行失常道，衝任乖違而致之者，乃元氣不足，病氣有餘也。」傾向於把其病因定位為七情、臟腑與氣血相互影響的身心虧損⁹⁹。《奇效良方》則說：「寡婦尼僧，夜夢交通，邪氣交感，久作癥瘕，或成鬼胎。」顯然是因循舊說，把寡婦與師尼視為「鬼交」與「鬼胎」的潛在病人¹⁰⁰。明末清初，傅山(1607-1684)對於「鬼胎」的形容同樣是著重於面容枯槁與腹部膨大：「婦人有腹似懷妊，終年不產，甚至二三年不生者，

95 《僧深方》又名《釋氏僧深藥方》、《深師方》，據傳為南朝宋、齊間的釋門深師師道人、述法存等諸家舊方。原書今已佚，引文出自丹波康賴，《醫心方》，卷14，〈治卒死並傷寒部·治症病方第十一〉，頁291。

96 巢元方等編撰，丁光迪校訂，《諸病源候論校注》，卷42，〈婦人妊娠病諸後·妊娠鬼胎候〉，頁1218。

97 華佗撰，孫思邈編集，《華佗神方》，卷18，〈華佗治奇症法神方〉，條目18012，「華佗治鬼胎神方」，頁251。

98 [宋]王衷，《博濟方》，收入《中華醫典》電子書，卷5，〈丹藥·船上硫黃·水銀〉。

99 陳自明著，薛己補註，《校註婦人良方》，卷14，〈妊娠門·妊鬼胎方論第四〉，頁5。其中「衝任」分指經脈中的「衝脈」與「任脈」，它們的運行與懷胎密切相關。

100 董宿原著，方賢續補，《奇效良方》，卷63，〈婦人門(附論)〉。

此鬼胎也。其人必面色黃瘦，肌膚消削，腹大如斗。」¹⁰¹到了清末，有些醫者純由「思想不遂，情志相感，自身氣血凝結而成」來解釋「鬼胎」，亦有人從「鬼邪乘虛入臟致成鬼胎」、「鬼胎由自己血液所結」的角度來看待此現象¹⁰²。

綜上所論，可以歸納出幾點。其一，與「夢與鬼交」相似，「鬼胎」的醫學解釋在近世較著重情志、慾念的影響。其二，「鬼胎」除了「妖魅鬼精」與「邪物」的作祟，有時只是「邪氣交感」或「氣血凝結」的結果。其三，「鬼胎」可能伴隨「夜夢交通」的狀況。儘管明清醫者認為「鬼胎」與「夢與鬼交」的病機或源自婦女的慾念邪思，值得注意的是，與「鬼胎」相關的醫論常將「夢與鬼交」視為其前因，但「夢與鬼交」的醫論卻鮮少將「鬼胎」視為其結果。之所以如此，吳一立的解釋是「夢與鬼交」的發生與「邪『氣』」入侵有關，但「鬼胎」則涉及「邪『精』」犯身。此外，巢元方與陳自明論「鬼胎」時，都沒有性(交)的指涉，這應該是後來才有的特色¹⁰³。吳一立或許沒有看過上述《僧深方》、《華佗神方》的內容，不知早在六朝、隋唐時，醫者已有關於「鬼交」與「鬼胎」的聯想。

從醫案來看，中國近世不乏有室女懷了「鬼胎」的例子。元代的滑壽(1304-1386)曾經醫治仁孝廟廟祝楊天成的女兒。根據楊妻的說法，楊女在薄暮中於廟裡遊蕩，「見黃衣神，覺心動，是夕夢與鬼交，腹漸大而若孕」。滑壽診斷其症為「鬼胎」，給了破血除瘀的打胎藥，如「桃仁煎」，楊女在「下如蝌蚪、魚目者二升許」之後，就逐漸康復了¹⁰⁴。元明之交的醫者呂復(14世紀)也遇過類似

101 [清]傅山，《傅青主男女科》(北京：中國中醫藥出版社，1993)，〈鬼胎〉，頁18。類似的字句亦出現在陳士鐸，《辨證奇聞》，卷12，〈鬼胎門〉，頁443。

102 前引文出自[清]寄湘漁父，《達生保赤編》，收入陳極主編，《近代中醫珍本集(婦科分冊)》(杭州：浙江科學技術出版社，1989)，〈鬼胎〉，頁770。後引文出自[清]陳蓮舫，《女科秘訣大全》，收入陳極主編，《近代中醫珍本集(婦科分冊)》(杭州：浙江科學技術出版社，1989)，〈鬼交症〉，頁58。

103 Yili Wu, "Ghost Fetuses, False Pregnancies, and the Parameters of Medical Uncertainty in Classical Chinese Gynecology," *Nan Mei* 4:2, pp. 182, 186.

104 此案轉載於虞搏，《醫學正傳》，卷1，頁20。另見[清]魏之琇編輯，《續名醫類案》(台北：宏業書局有限公司，1994)，卷24，〈鬼胎〉，頁604。

的案例。他的患者是位室女，由於月經一直不來，曾經延請不少醫者診治，卻始終找不出原因。呂看她腹大如娠，臉色與脈象皆不對勁，就對這名女子說：「汝病非有異夢，則神靈所憑耳。」女子不答話，回到房內後才對服侍她的老婦說：「我去夏追涼廟廡下，薄暮過木神，必〔按，為「心」之誤〕動，是夕夢一男子，如暮間所見者，即我寢親狎，我慚赧不敢以告人。醫言是也。」老嫗將這番話轉告呂復，呂說：「女面色乍赤乍白者，愧也；脈乍大乍小者，崇也。病因與色脈符。」與前述滑壽的處方相同，呂復以桃仁煎「下血類豚肝者」六七枚，「俱有竅如魚目」，女子就此痊癒了¹⁰⁵。

上述兩個醫案的患者都是尚未成婚的女子。就家庭背景而論，滑壽的患者是廟祝之女，在廟裡亂逛當屬可能；呂復的患者雖不知其姓名，但從旁有老嫗服侍，且可延請多位醫者看病，顯見家境不差。再就地點而言，這兩個事件都肇因於在廟裡見到神像時「心動」，回家後開始「夢交」，爾後出現「鬼胎」的症狀。筆者推斷這兩間廟大概非名門正派的寺廟，而且很可能是士大夫所批評的「淫祠」——它們向來是女子不宜前往的禁忌之地。事實上，中國近世不少士大夫認為婦女不宜獨自前往廟裡參拜、進香，除了當時出家人的社會形象不佳，某些「淫祠」（例如五通神）因性誘惑而惡名昭彰，同時還源自他們對於一些荒野中廢棄廟宇的想像，認為裡面必有鬼怪精魅作祟¹⁰⁶。17世紀醫者在探討「鬼胎」時有「或入神廟而興雲雨之思，或入山林而起交感之念，皆能召崇成胎」的說法，顯示醫者對於女性易受外物與環境影響，有相當程度的關切¹⁰⁷。李建民的研究也指出「崇病」總是發生在偏遠處，除了荒墳、郊野、客舍、冷廁等，還常

105 姚若琴、徐衡之編，《宋元明清名醫類案》（台北：旋風出版社，1971），〈呂滄洲醫案〉，頁5-6。

106 流行於江浙地區的五通神信仰，應屬中國近世在性誘惑方面傳說最力的「淫祀」。請參看Richard von Glahn, "The Enchantment of Wealth: the God Wutong in the Social History of Jiangnan," *Harvard Journal of Asiatic Studies*, 51:2 (Cambridge, 1991), pp. 651-714. 此文的最新版本見：Richard von Glahn, *The Sinister Way: the Divine and the Demonic in Chinese Religious Culture* (Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press, 2004), Chap. 6.

107 傅山，《傅青主男女科》，頁18；陳士鐸，《辨證奇聞》，卷12，〈鬼胎門〉，頁443。

包括破落的古廟¹⁰⁸。其他婦女不宜拜廟的考量，還包括行經婦女被視為不潔、會褻瀆神明，以及懷胎時怕動了胎氣等民間禁忌。

在上述案例中，醫者描述「鬼胎」所使用的語言亦值得注意。「鬼胎」的患者在服用下胎藥後，所排出的血塊不是像豬肝、魚目，就是看似蝌蚪。吳一立的研究指出：陳自明筆下的「鬼胎」，不外是以「蟲」或「惡物」的樣貌呈現；較具體的指涉，則是像馬尾、蛇、蟲或卵之類的東西¹⁰⁹。為何「鬼胎」不像「鬼」，而是更接近爬蟲類或卵呢？吳文並未提供解答。筆者推測其中一個可能性是「鬼」沒有具體的形象，難以言喻，不似「怪」或爬蟲類容易掌握。第二個解釋是蟲、蛇之屬在自然界雖然常見，但並不為人所好，有時甚至會引起嫌惡與反感，與「鬼胎」所引發的疑慮和不確定感可相互連結。最後，這類的語言也有可能是受到「尸蟲」、「尸鬼」可寄生人體的傳統道教醫學觀的影響，為「人鬼交」提供一個想像的靈感來源¹¹⁰。

從患者的心理來考量，吳一立強調醫者對於「婦女——鬼」性交的關注，其實與人們對於女性「不當言行」的廣泛焦慮是並行的¹¹¹。筆者則認為，除了旁觀者，「鬼胎」患者本身的心態也不應該被忽略，而需要更深入的剖析。例如，上述呂復的患者之所以有明顯的羞愧感，或許出自她對於在廟裡的邪思和在夢中與陌生男子親狎所表達的不安。但同時，要求一位傳統的室女在陌生的男醫面前告白自己的淫夢，恐怕更增添其心理壓力與羞愧感。六朝的《玉房秘訣》已提出

108 李建民，〈崇病與「場所」：傳統醫學對崇病的一種解釋〉，《漢學研究》，12：1（台北，1994），頁101-148；後收入本書，頁23-76。

109 Yili Wu, "Ghost Fetuses, False Pregnancies, and the Parameters of Medical Uncertainty in Classical Chinese Gynecology," *Nan Nü*, 4:2, p. 182.

110 根據林富士的研究，道教經典有所謂「三尸」之說，說它們分居於人體的頭部、心腹與胃部，可能帶來相關部位的疾患。例如，中尸可能帶來「與鬼交通」或「失精」之類的疾病；下尸則相對地會使人縱慾。林富士，《疾病終結者：中國早期的道教醫學》（台北：三民書局，2001），頁72-74。另可參考 Miyakawa Hisayuki（宮川尚志），"Medical Aspects of the Daoist Doctrine of the Three Cadavers (sanshi 三尸)," in K. Hashimoto et al. eds., *East Asian Science: Tradition and Beyond* (Osaka: Kansai University Press, 1995), pp. 345-349.

111 Yili Wu, "Ghost Fetuses, False Pregnancies, and the Parameters of Medical Uncertainty in Classical Chinese Gynecology," *Nan Nü*, 4:2, p. 183.

警告，說「鬼交」婦女「久則迷惑，諱而隱之，不肯告人，自以為佳，故至獨死，而莫之知也」¹¹²。上述徐春甫、張介賓均指出「夢與鬼交」婦人不肯直言的問題。傅山亦說道，「鬼胎」患者「其始則驚詫為奇遇，而不肯告人；其後則羞赧為淫褻，而不敢告人」¹¹³。對於女性由「驚」轉「羞」、從「不肯」到「不敢」的心路歷程有精準的觀察。傅山又說「驚惶」與「愧惡」感和鬼胎發生的久暫有關：「幸其人不至淫蕩，見崇而有驚惶，遇合而生愧惡，則鬼崇不能久戀，一交媾即遠去，然而淫氣妖氛，已結於腹，遂成鬼胎。」¹¹⁴似乎在暗示婦女若有「驚」與「愧」之感，才能顯示其人「不至淫蕩」，則「鬼交」雖成，「鬼胎」已結，鬼崇仍不足以長久禍害其人。總之，「不肯直言」、「不敢告人」等語說明了醫者在治療「鬼胎」、「夢與鬼交」時的困難程度。

前文已強調，「夢與鬼交」與「鬼胎」兩者並無必然的因果關係。明代的薛己處理過兩個「鬼胎」的案例，分別是「鬱怒傷脾肝之症」與「虛羸」之症，皆與「夢與鬼交」無關¹¹⁵。錢國賓的醫案則顯示「痰病」與「肝火久鬱」亦可能造成女性的懷胎狀¹¹⁶。明初《普濟方》曾提出另一種「鬼胎」的解釋，認為此症「乃父精不足，母氣衰羸，滋育涵泳之不及，護愛安存之失調，方及七八個月已降生。又有過及十月而生，初生胎氣血虛羸，降誕艱難」¹¹⁷。這裡的「鬼胎」指的是人類一般的懷胎，卻因先天稟賦不足、後天涵養失當等因素而早產或晚生。

除了「鬼胎」，與「夢與鬼交」相關的另一個胎產問題是不孕。唐代的孫思邈曾提到，「夢與鬼交」是造成「絕產」的十二種疾病之一¹¹⁸。金朝有一名婦

112 丹波康賴，《醫心方》，卷21，〈婦人部·治婦人鬼交方第三十〉，頁440；卷28，〈房內·斷鬼交〉，頁594。

113 傅山，《傅青主男女科》，頁19。

114 傅山，《傅青主男女科》，頁18；陳士鐸，《辨證奇聞》，卷12，〈鬼胎門〉，頁443。

115 陳自明著，薛己補註，《校註婦人良方》，卷14，〈妊鬼胎方論第四〉，頁6；魏之琇編輯，《續名醫類案》，卷24，〈鬼胎〉，頁605。

116 魏之琇編輯，《續名醫類案》，卷24，〈鬼胎〉，頁605。

117 朱橚編，《普濟方》，卷359，〈嬰孩門〉。

118 孫思邈，《備急千金要方》，收入氏著，《千金方》，卷4，〈婦人方下·赤白

人，年三十四歲，「夜夢與鬼神交，驚怕異常，及見神堂陰府，舟楫、橋樑，如此一十五年，竟無娠孕」。在巫祈覘禱與其他療法皆無效之後，有人請名醫張從正(1156-1228)來醫治此婦。張從正藉由脈診斷定這些症狀乃源自「胸中有痰實」之故，經祛痰之後，婦人「旬日而無夢，一月而有孕」¹¹⁹。雖說「夢與鬼交」非此名婦人不孕的直接因素，然其帶來的負面情緒，應是婦人難以受孕的關鍵。

關於「夢與鬼交」的療法，當視其病因解釋而定。東漢時，張機建議以「桂枝龍骨牡蠣湯」來治療女子「夢交」與男子「失精」，主要是從醫治「虛勞」病症的角度出發。到了中世，醫者傾向於從鬼神、精魅的因素來解釋「鬼交」、「鬼胎」，其療法自然也帶有濃厚的宗教、巫術色彩¹²⁰。另一種重要的醫療方法是房中術。《玉房秘訣》建議以房中術來治療婦人的「鬼交」：「但令女與男交，而勿瀉精，晝夜勿息，困者不過七日必愈；若身體疲勞，不能獨御者，但深按勿動亦善。」¹²¹其基本思維乃是利用性交時對於精、氣、神的操控與修練，來達到身心補養與調節的效果，進而療疾治病¹²²。孫思邈將「虛損——補養」的道醫關懷發揮得淋漓盡致，他所提的「補益」之法，正是針對包括「夢與鬼交通」在內的「虛損」身體而設¹²³。相傳為孫思邈傳下的「孫真人針十三鬼穴歌」，至明代仍收錄於不少針灸典籍中，用以對付「鬼魅」之病¹²⁴。在灸法方

(續)

帶下、崩中漏下第三)，頁53。

- 119 [金]張從正，《儒門事親》，收入氏著，《子和醫集》(北京：人民衛生出版社，1996)，卷6，頁194。
- 120 關於《肘後方》與《諸病源候論》在治療方面的巫術色彩，請參看林富士，〈中國六朝時期的巫覡與醫療〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，70：1(台北，1999)，頁32。
- 121 丹波康賴，《醫心方》，卷21，〈婦人部·治婦人鬼交方第三十〉，頁440；卷28，〈房內·斷鬼交〉，頁594。
- 122 關於房中術所涉及的「以人補人」、「以人為藥」的養生原理與身體構想，請參看陳秀芬，《養生與修身：晚明文人的身體書寫與攝生技術》(台北：稻鄉出版社，2009)，頁102-126。
- 123 孫思邈，《千金翼方》，收入氏著，《千金方》，卷15，〈補益·敘虛損論第一〉，頁130。
- 124 例如[明]高武，《針灸聚英》(北京：中醫古籍出版社，1999)，卷4下，頁240；[明]楊繼洲，《針灸大成》(北京：人民衛生出版社，1963/1997)，卷

面，醫書常建議灸「鬼哭穴」¹²⁵。「鬼交」與「夢遺」、「經滑」由於病機相似，因此灸法亦雷同¹²⁶。若要以符咒祛除噩夢，明代醫書另有「祝由科厭夢法」供讀者參考¹²⁷。

在所有治療法中，方劑、藥物其實最為常用。晉朝《肘後方》提及用松脂、雄黃以虎爪攪調為丸，利用薰蒸法來治療「女性與邪物交通」。「若男女喜夢與鬼通致恍惚者」，則鋸截鹿角屑約三個指頭大小，與酒一起服用，一日三回¹²⁸。這些方法不斷地為後世醫書所傳抄。宋初《太平聖惠方》針對「虛勞夢與鬼交」，收錄「鹿角散」、「茯神散」、「鹿角丸」、「鹿茸丸」、「補益覆盆子丸」與「紫石英丸」等方¹²⁹。明初《普濟方》所收方劑更多，包括「芪絲丸」、「金鎖丸」等¹³⁰。到了清初，《古今圖書集成》「婦人夢與鬼交門」所收錄的藥方計有「茯神散」、「桃仁丸」、「辟瘟丹」、「殺鬼雄黃散」、「別離散」、「朱砂散」、「太乙神精丹」、「蘇合香丸」、「妙香散」等；究其成分，多是具有安神、定志、辟邪、破積除瘀、大補氣血功效的藥材¹³¹。至於「癥瘕」、「鬼胎」等症，醫者常以茯神散、桃仁丸等處理¹³²。

五、結論

本文旨在探究婦女欲求不滿、情志失調和「夢與鬼交」的關係，以及中國古

(續)

9, 〈孫真人針十三鬼哭歌〉, 頁362。

125 [清] 陳夢雷等編, 《(新校本)圖書集成醫部全錄》(台北: 新文豐出版公司, 1979), 冊15, 頁570。

126 張介賓所建議的灸法穴位包括心俞、膏肓、腎俞、命門、白環俞、中極、三陰交、中封與然谷。見張介賓, 《類經圖翼》, 收入《中華醫典》電子書, 卷11, 〈針灸要覽〉。

127 徐春甫, 《古今醫統大全》, 下冊, 卷70, 〈釋夢門〉, 頁393。

128 葛洪撰, 陶弘景增補, 楊用道再補, 尚志鈞輯校, 《補輯肘後方》, 卷3, 〈治卒得驚邪恍惚方第十八〉, 頁94-95。

129 王懷隱等奉敕編撰, 《太平聖惠方》, 卷30, 〈治虛勞夢與鬼交〉。

130 朱橚, 《普濟方》, 卷33, 〈腎臟門·腎虛漏濁遺精(附論)〉。

131 陳夢雷等編, 《(新校本)圖書集成醫部全錄》, 冊15, 頁567-570。

132 董宿原著, 方賢續補, 《奇效良方》, 卷63, 〈婦人門(附論)〉。

典醫學對於這類病症的構想與詮釋。藉由古代醫籍歷時性的考察，本文指出女性因情欲失調所生的病症和「夢與鬼交」之間原本並無關係，「夢交」、「鬼交」和「夢與鬼交」的情志因素乃到中世才漸獲醫者重視，並於近世被援以解釋某些女性(特別是師尼、寡婦與室女)所出現的病症。

中國早期醫者偏向從身體刺激來釋夢，將夢視為「外邪」、「外氣」侵入人體時所引發的現象。藉由陰陽、五行、臟腑、氣血等古典醫學的核心概念，夢象往往被視為氣作用於體內不同部位的結果。類似的見解也出現在「夢交」和「夢與鬼交」的醫論之中。只是，這樣的解釋模式隨著時間亦有所改變。除了外(邪)氣，其他諸如「虛勞」、「風邪」、「鬼魅」，甚至情志、慾念等，亦是六朝與隋唐醫者考量「夢與鬼交」時的重要病因。宋代之後，隨著婦(產)科地位在官方醫學分科中的確立，醫者對於婦女的病症有更全面的觀察。他們解釋「夢與鬼交」的成因雖然延續上古、中古的論點，卻也更重視對內因的探究。內外因並重，從外邪與情志兩方的影響來解釋婦女的「夢與鬼交」，乃中國近世(特別是明代之後)病因學的特色。儘管「鬼魅」與「邪妖」的解釋角度仍未消褪，但「房中術」的療法卻已邊緣化，鮮少被提及。換言之，方藥(包括湯劑、丸膏、針灸、薰香等)才是醫療的主流。有些醫者甚至專擅女性心理的解讀與情志療法。配合明代新型醫療書寫格式——醫案——的興起，現代讀者有機會去審視菁英醫者與婦女之間的醫病關係。藉由這些病症的敘事分析，我們得以一窺男醫對於女患身體、情志、慾念與言行的豐富聯想與醫學建構。

由於中國古典醫學文獻常把「夢交」的當事人形容為心神恍惚或情志不穩，或許有人會懷疑她們對於自身夢境與遭遇的描述之可信度。其實，從醫者的角度來看，姑且不論他們是否相信「鬼邪」、「精魅」的存在，這些論述所代表的，毋寧是醫者對於某些無法以「常態」醫學標準下判斷的現象，所做的一個特定病症分類，象徵這類病症在病因、病理解釋裡的變動與不確定性。「夢與鬼交」作為疾病的隱喻所指涉的，不只是淫邪思想與攝養失調所引發的身體耗損與羸弱，同時還隱含社會菁英潛在的道德判斷甚至身體規訓。簡言之，他們所醫治的對象不單是女性的身體，還包括女性的情志／情欲；他們所提出的治病之道——無論是建議早日完婚、提供「斷慾丸」或幫忙「打胎」——某種程度反映了主流價

值，也符合社會期待。

再從患者的立場來說，當「夢〔與鬼〕交」已然成為醫者與常人共同認定的「病症」時，病患即有義務協助醫者為自身病症尋求一個合理解釋。除了個人的體質稟賦與攝衛習性，其情志舉止與社交活動，往往也是醫學解釋的考量座標。在此情況下，一旦病症與無可抗拒的鬼邪外力扯上關係，或可轉移眾人的焦點，降低己身的不安與羞愧感。同樣地，「鬼胎」儘管不是個最佳的病因解釋，並無法讓患者完全免於被「污名化」，卻勉強可以充作與人私通、偷嘗禁果後的一個掩飾藉口。一旦醫家與病家雙方對於疾病的解釋立場一致，以一個實際或抽象概念的「鬼」作為替罪羔羊，一方面可以較快樹立醫者診斷的威信，另一方面可以合理化患者的奇疾怪病，減緩其受到的公眾懷疑與道德壓力。Keith Thomas在研究近代英國的巫術宗教時便指出：「對於怪病、無動機的罪行與不尋常的成功案例，撒旦(Satan)一詞不失為一個方便的解釋。」又說：「對於春夢與遺精所帶來的罪惡感，可藉由『鬼交』(an incubus or succubus)的影射得到紓解。」¹³³或許在某些中國傳統醫者與患者眼中，「鬼」、「神」、「精魅」等字眼也扮演類似的角色——儘管我們無從得知他們是否有意地在操弄這些詞彙。在此意義下，「夢與鬼交」的醫學論述巧妙地扮演「兩面刃」的角色，一方面是醫者規訓女性情欲的社會武器，另一方面又為醫病雙方在特殊狀況下勉強找到可以接受的說法。

影響疾病定義的因素很多。學者在研究《金瓶梅》時就指出：小說中的「病」(illness)所指涉的絕非只是身體的意義，同時還有宇宙的(cosmic)、鬼怪的(demonic)與「業力」(karmic factors)等方面的意義¹³⁴。若要深刻理解中國傳統社會裡人與疾病的關係，除了對病症本身有充分的認識，顯然掌握疾病的社會脈絡也是不可或缺的條件。就此而言，「夢與鬼交」恰好為醫療社會史的研究提供了一個絕佳的例證，不僅凸顯了中國傳統醫者對於女性情欲問題的醫學建構，

133 Keith Thomas, *Religion and the Decline of Magic: Studies in Popular Beliefs in Sixteenth- and Seventeenth-Century England* (London: Penguin, 1997), p. 568.

134 Laurence G. Thompson, "Medicine and religion in late Ming China," *Journal of Chinese Religions*, 18 (Boldder, 1990), pp. 45-59, esp. 59.

同時，相關醫學論述的型塑與變動，也明顯受到既有的社會條件所限制，以及主流思想與價值所滲透。換言之，醫學與社會之間的雙向流通，或可解釋晚明通俗小說如《金瓶梅》者，對於女性「夢與鬼交」與情欲失調的描繪，與同時期醫籍的觀點何以有如此高度的相似性。

本文部分內容曾經發表於「疾病的歷史」研討會(台北：中央研究院歷史語言研究所，2000年6月16至18日)、「靠文化·By Culture」學術研討會(台北：文化研究學會、東吳大學社會學系，2004年1月3至4日)。除了上述會議與會學者，筆者要特別感謝《中央研究院歷史語言研究所集刊》兩位匿名審查人的修改建議，以及美國約翰霍普金斯大學醫學院Marta Hanson(韓嵩)教授對於英文稿的閱讀意見，讓本文前身得以刊登於《中央研究院歷史語言研究所集刊》，第81本第4分，台北，2010，頁701-736。另外，本文乃筆者的國科會計畫「身體、權力與認同：中國文化中『身體』的實際與虛構——躁／鬱的帝國：明清時期的情志、癡狂與精神醫療」(行政院國家科學委員會補助整合型研究計畫NSC96-2411-H-004-011-MY3)研究成果之一，對於國科會的贊助謹申謝忱。

第四章

「笑疾」考：

兼論中國中古醫者對喜樂的態度

李貞德(中央研究院歷史語言研究所研究員)

本文由陸雲的「笑疾」談起，以中國中古時期為範圍，探討醫療傳統對於笑的態度。首先考察醫書中針對笑作為患病的一種症狀如何記錄、解釋並處治，從而追究醫書作者對笑的理解，最後並試析傳統醫者如何看待喜樂等情緒及其表達。

綜觀自古典醫經到隋唐醫方中對「笑疾」的形容和解釋，可以獲得以下幾點結論。首先，喜笑、善笑與好笑，逐漸變成一種病徵，作為觀察病患的判準和描述之一。其次，對於喜笑不休的治療，有從放血、針灸轉向本草處治的發展軌跡。而當醫書作者以「笑」來形容病患時，指的或是一種快樂的聲音，或是一種牽動臉部的表情。然而不論是情緒昂揚而樂不可支，或是不由自主的身體反應，笑都表現了氣的運轉乃至流失。傳統中國醫學以氣為本的身體觀，對喜怒哀憂恐各種情緒皆不以為然，笑被視為亡精費氣的活動，乃至有「喜則氣緩」之說。而此種諸情不宜，多笑亦無益的養生文化，和現代人主張大笑有益健康形成有趣的對比。

一、前言：陸雲的「笑疾」

晉初名士陸雲(261-303)據說有「笑疾」：

吳平，入洛。〔陸〕機初詣張華，華問雲何在。機曰：「雲有笑疾，未敢自見。」俄而雲至。華為人多姿制，又好帛繩纏鬚。雲見而大笑，不

能自己。先是，嘗著縲絰上船，於水中顧見其影，因大笑落水，人救獲免。¹

陸雲有「笑疾」，是其兄陸機(260-303)初見張華(232-300)時說的。從《晉書》的記載看來，陸雲「笑疾」的症狀在於「大笑而不能自己」。在晉初的醫學觀念中，有這類笑病嗎？如果沒有，陸機介紹乃弟，是否徒託空言？查傳統醫書，確實有「笑不休」、「笑不止」或「善笑不息」之類的症狀。較早的《黃帝內經》說是因為「神有餘」、「心氣實」之故²。倘若主心之脈「手厥陰心包絡」患病，也會「喜笑不休」³。此外，《靈樞》又稱狂疾始發的病人「善笑」⁴。東漢的《難經》釐清《內經》難解之處，甚至以喜笑與否作為區別「狂」病與「癲」病的主要判準⁵。比陸雲稍早的皇甫謐(214-282)，在其《黃帝針灸甲乙經》中則稱六經受病發傷寒熱病、五臟傳病發寒熱，以及陽受病發風等，都會出

- 1 [唐]房玄齡等，《晉書》(北京：中華書局，1974)，卷54，〈陸雲傳〉，頁1481-1482。[唐]歐陽詢，《藝文類聚》(台北：文光出版社，1974)，卷19，頁356-357引《世說新語》則稱陸雲「著縲幘上舡」，並稱其僅是「幾落水」而已。[宋]李昉編，《太平御覽》(台北：臺灣商務印書館，1992)，卷768，頁3538引《晉書》則稱張華「爲人多髭製，好帛繩纏髭」。
- 2 《素問》，卷17，〈調經論篇第六十二〉稱：「神有餘則笑不休，神不足則悲。」《靈樞》，卷2，〈本神第八〉則稱：「心藏脈，脈舍神，心氣虛則悲，實則笑不休。」詳見下節。《素問》的著作時代，討論者眾，傳統以爲確爲黃帝、岐伯君臣之作；歷來學者又有春秋戰國、秦漢之際、西漢等幾種說法。目前一般都同意，《素問》的基本內容並非同時代的產物，除部分篇章可能成於東漢之外，主要是自戰國到西漢，經過不同醫家、學者撰述編輯而成。討論見郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》(北京：人民衛生出版社，1992)，〈《黃帝內經素問校注》後記〉，頁1224-1280。《靈樞》的著作時代，曾有謂晚於《素問》者，不過經過比對與考證，目前一般認爲兩者的時代應不相上下，學術思想或創於戰國末年，編撰成書則在西漢。討論見河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》(北京：人民衛生出版社，1982)，〈前言〉，頁1-13。
- 3 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷2，〈經脈第十〉，頁244。
- 4 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷5，〈癲狂第二十二〉，頁401。
- 5 狂癲之別，詳見下討論。《難經》的著作時代，亦是眾說紛紜，自戰國迄於唐代皆有立說者。目前一般則認爲最晚不出東漢。討論見凌耀星主編，《難經校注》(北京：人民衛生出版社，1991)，〈校注後記〉，頁137-172。

現「善笑不休」的情況⁶。和陸氏兄弟會面的張華，曾撰《博物志》，其中提到食用楓樹上所生菌，會「令人笑不得止」⁷。比陸雲稍晚的葛洪(284-363)以及一百年後的陶弘景(452-536)也持此說⁸。葛洪又特別指出「女人與邪物交通」，會「獨言獨笑，悲思恍惚」⁹。

然而，陸雲的「笑疾」究竟因何而起？從《晉書》陸雲本傳看不出他會有中風、中毒或發狂的經驗，或與張華見面時正為傷寒熱病所苦。如此說來，陸雲是否經常處於「神有餘」或「心氣實」的狀態中？《晉書》〈陸雲傳〉稱他「性清正，有才理」¹⁰。《世說新語》說他「為人文弱可愛」，和其兄「聲作鐘聲，言多慷慨」不同；劉孝標注亦引《文士傳》比較陸氏兄弟，稱「機清厲有風格，為鄉黨所憚」，而雲則「性弘靜，怡怡然為士友所宗」¹¹。文弱弘靜之人，何以動輒大笑不止？是病邪？非邪？需要治療嗎？

依照《晉書》的形容，陸雲大笑，可以從兩個角度推敲。首先，陸雲可能是由於身處特殊情境，或悲傷過度，或不知所措，而大笑不止是一種不得其時、欲蓋彌彰的生理反應。《晉書》記載他穿著「緘經」上船，顯然正處喪期。按《儀禮》〈喪服〉的規範，「緘經」之喪，包括為父斬緘三年，為母齊緘一年或三年，為祖父、伯叔父、妻子、兄弟、兄弟之子齊緘一年，為曾祖或高祖齊緘三月

6 [晉]皇甫謐，《黃帝針灸甲乙經》，收入陳振相、宋貴美編，《中醫十大經典全錄》（北京：學苑出版社，1995），卷7，〈六經受病發傷寒熱病第一下〉，頁779-780；卷8，〈五臟傳病發寒熱第一下〉，頁793；卷10，〈陽受病發風第二下〉，頁822。

7 李昉編，《太平御覽》，卷998，〈百卉部五·菌〉，頁4550a引張華《博物志》。

8 [日]丹波康賴，《醫心方》（台北：新文豐出版公司影印日本安政元年〔1854〕刊本，1982），卷29，〈食養生·治食菌中毒方第卅一〉，頁38b，引《葛氏方》稱：「食楓菌甚笑」；[明]李時珍，《本草綱目》（北京：人民衛生出版社，1975-1981），卷五，〈水部〉，頁406，引陶弘景曰：「楓上菌，食之令人笑不休。」

9 [晉]葛洪，《肘後備急方》（長沙：岳麓書社，1994），卷3，〈治卒得驚邪恍惚方第十八〉，頁45a。

10 房玄齡等，《晉書》，卷54，〈陸雲傳〉，頁1481。

11 [南朝宋]劉義慶著，[南朝梁]劉孝標注，余嘉錫箋疏，《世說新語》（上海：上海古籍出版社，1993），卷中之下，〈賞譽第八〉，頁443。

等。除此之外，其他親屬都在功(大小功)、麻(總麻)等喪服之下¹²。若扣緊《晉書》之詞，陸雲或正為近親服喪。考諸史傳，陸雲十一歲時父親陸抗過世，十九歲晉滅吳時，其兄陸景遇害¹³。倘若雲之喪服是為父兄而穿，則大笑不止或可視作悲傷過度的防衛反應¹⁴。而陸雲見張華，在吳亡之後。《晉書》稱陸氏兄弟「志氣高爽，自以吳之名家，初入洛，不推中國人士」，直到見了張華，才「一面如舊，欽華德範，如師資之禮」¹⁵。張華在晉初歷任中央要職，參與皇朝制禮作樂¹⁶。陸氏兄弟和他的這次會面，或許質疑之中也不無期待。則雲之大笑，是否正表現了此種複雜的心情？¹⁷

然而，陸雲大笑也可能另有原因。《晉書》形容陸雲所看見的張華，是以

-
- 12 [清] 阮元校，《儀禮》(台北：藝文印書館，1981)，卷28至34，〈喪服第十一〉。
- 13 陸抗卒於孫皓鳳凰二年(273)，陸景卒於天紀四年(280)。見[晉]陳壽，《三國志》(北京：中華書局，1959)，卷五八，〈陸抗傳〉，頁1360。
- 14 莎士比亞名劇《泰特斯·安莊尼克斯(Titus Andronicus)》，描寫羅馬將軍泰特斯在見到敵人將其二子之首級和他為贖子之命而斬斷的手掌送回時，竟大笑起來。類似的情況不只在文學作品中，也曾經在醫學報告中出現。美國心理學先驅 Stanley Hall 就曾記載一位19世紀拓荒者在看到妻兒被印地安人剝皮致死時，宣稱自己從未見過如此荒謬之事，竟大笑不止，直到血管破裂而亡。以上報告和相關事例，見Robert R. Provine, "Abnormal and Inappropriate Laughter: Clinical Perspectives," in *ibid.*, *Laughter: A Scientific Investigation* (London: Faber and Faber Limited, 2000), pp. 153-188.
- 15 房玄齡等，《晉書》，卷36，〈張華傳〉，頁1077。
- 16 張華至少曾任尚書、黃門侍郎、中書監、司空、中書侍郎、中書令。房玄齡等，《晉書》，卷36，〈張華傳〉，頁1070稱其：「名重一時，眾所推服，晉史及儀禮憲章並屬於華，多所損益，當時詔告皆所草定，聲譽益盛，有台輔之望焉。」
- 17 [秦] 呂不韋，《呂氏春秋》(台北：世界書局，1983)，〈紀部〉，卷5，〈仲夏紀第五〉，頁46，稱：「溺者非不笑也。」高誘注以為：「溺人必笑，雖笑不歡。」是一種掩飾恐懼、慌亂不知所措的笑。此外，[宋]王明清，《揮塵錄》(北京：中華書局，1961)，卷2，〈餘話〉，頁307曾載北宋有一王況，初學醫不精，為求厚利而赴一鹽商大賈家為大賈治病。大賈之前因鹽法忽變，「失驚吐舌，遂不能復入」，王況「既見賈之狀，忽發笑不能制，心以謂未易措手也」。則王況笑個不停，一方面是反應自己錯愕的心情，另一方面則是在應對尷尬的處境。不過，王況這次歪打正著，下針醫好了大賈，既獲財資，日後「始得盡心《肘後》之書，卒有關於世」。徽宗宣和年間尚以醫得幸，為朝請大夫。

「帛繩纏鬚」，顯然可笑的模樣，令雲忍俊不住。此外，《晉書》所謂雲「著縗經上船」，也可能是泛指穿著喪服，未必是為特定親屬服喪的裝扮。魏晉大族累世同居，陸家又是吳中大姓，以此推敲，親戚之間的婚喪恐怕是經常性的活動，三不五時地行禮如儀，未必表現真情實意。陸雲看到自己穿著喪服的倒影，並未悲從中來，反而大笑不已，是否正是對繁文縟節的一種嘲諷？¹⁸根據史傳記載，陸雲兩度大笑不止的引線都是看見了可笑之事，也就是說視覺上的特殊效果或愉快經驗導致他的狂笑。

不論陸雲的理由為何，陸機可能都不認同這類大笑。前引《世說》可知，機、雲二人的性格，一嚴正、一怡然，《晉書》又稱陸機「伏膺儒術，非禮不動」¹⁹。則陸雲以為可笑之事，陸機或不以為然。即使頗有同感，恐怕也不認為好笑到陸雲所表現的程度。今人見他人對事物的反應超過自己的預期或所能接受的程度，有時以「你有病啊」相譏。陸機對張華說「雲有笑疾」，大概也有這層意思。如此說來，陸雲的「笑疾」並非臟腑受傷的症狀，而是不為社會環境所理解或接納的過度情緒反應。有趣的是，在傳統醫方的論述中，過度情緒反應其實也是有害健康的，而且，對「過度」的界定，恐怕比陸機還要嚴格。遍查現存漢唐之間的典籍，發現直稱他人有「笑疾」者，雖然僅此一例，但不以喜笑過度為然的資料卻不一而足，醫方之中論述尤多²⁰。本文嘗試以陸氏兄弟所處的中古時

18 魏晉名士風流，乃至劉義慶著，劉孝標注，余嘉錫箋疏，《世說新語》下，卷上，〈任誕第二十三〉，頁731載：「阮籍嫂嘗還家，籍見與別，或譏之，籍曰：『禮豈為我輩設也？』」阮籍(210-263)此語雖非針對婚喪儀式而發，但與陸雲故事中的嘲諷之意似可互相佐證。

19 房玄齡等，《晉書》，卷54，〈陸機傳〉，頁1467。

20 遍查史傳，另一位被稱為「有笑疾」者是宋代的扈蒙。〔元〕脫脫等，《宋史》（北京：中華書局，1985），卷268，〈扈蒙傳〉，頁9240，稱他：「性沈厚，不言人是非，好釋典，不喜殺，縉紳稱善人。有笑疾，雖上前不自禁，多著述，有《鰲山集》二十卷行於世。」一位性情沈厚的善人，卻連在皇帝面前也不能不自禁地笑個不停，其模樣如何，令人好奇。不過，他的笑疾似乎和陸雲一樣，並未影響他在同儕中的評價。如此說來，以「病」解釋失禮異常的行為，是否也可以說是社會群體對於失禮異常者表現寬容接納的一種方式？「病」的社會意義，可參見李建民，〈漢代「移病」研究〉，《新史學》，12：4（台北，2001），頁1-24。

代為範圍，探討醫療傳統對於笑的態度，首先考察醫書中針對笑作為患病的一種症狀如何記錄、解釋並處治，從而探討醫書作者對笑的理解，最後並藉此試析傳統醫者如何看待喜樂等情緒及其表達。

二、笑的症狀、病因及其治療

截至陸雲生活的西晉初年，傳統中國醫書對於笑作為一種生病的現象，已經有一些觀察和解釋。至於是身體的哪些部位患病呢？醫書中最常出現的說法是「心」病了。

(一)心氣實則笑不休

古典醫經《靈樞》〈本神第八〉稱：「心藏脈，脈舍神，心氣虛則悲，實則笑不休。」²¹《素問》〈調經論篇第六十二〉則謂「心藏神」：

神有餘則笑不休，神不足則悲。血氣未并，五臟安定，邪客於形，洒淅起於毫毛，未入於經絡也，故命曰神之微。²²

「神」作為人生存活動的一種作用力，是由心來主管收藏的。倘若邪氣侵入，但不太嚴重，僅至於「毫毛」，便可能出現「神」（或者是心氣）過量或不足的現象。其中「笑不休」便是心氣盛、神有餘的症狀。對於《內經》的作者而言，心氣盛的病人不但在清醒時笑個不停，甚至在睡覺時也會夢見自己「善笑」²³，都需要透過瀉法治療。

作為臟腑之一的「心」，和其對應的經脈即為「心脈」。所謂「心脈」，在《內經》中所指有二。「少陰，心脈也。」然而，由於「心者，五臟六腑之大主

21 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷2，〈本神第八〉，頁183。

22 郭竊春主編，《黃帝內經素問校注》，卷17，〈調經論篇第六十二〉，頁747。

23 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》下冊，卷7，〈淫邪發夢第四十三〉，頁19。關於臟腑氣盛造成各種夢境，見表一。

也，精神之所舍也，其臟堅固，邪弗能容也」²⁴，一旦邪氣客居，則將「心傷則神去，神去則死矣」。因此，「諸邪之在於心者，皆在於心之包絡」²⁵，亦即，少陰為裡，是心之脈，而「心包絡」為表，是心主之脈，有如心之外圍，保護著心，代心受邪。《靈樞》稱「心包絡之脈」的循行路線經過胸中、腋脅、臂肘和手掌(圖一)，因此倘若受邪，這些部位的脈搏便會產生異常的跳動，而病人則會出現「手心熱，臂肘攣急，腋腫」等現象，甚者則「胸脅支滿，心中愴愴大動」，如果從外部觀看，還會發現病人「面赤，目黃，喜笑不休」²⁶。也就是說，笑個不停，在古代醫經中基本上是被當作「心」病的一種症狀²⁷。

《難經》在討論脈的各種變化時，主張以「內外證」來判別是什麼臟腑的主脈生病。所謂內證，是以手按著肚臍，感受它附近氣的動靜以及按壓之後病人的疼痛感，而外證則是觀察病人的臉色和情緒變化(表二)。其中，「喜笑」便和「面赤」、「口乾」成爲一組，作爲判斷心脈得病的外部證明：

- 24 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》下冊，卷10，〈邪客第七十一〉，頁277。唯此處「邪弗能容」當爲「邪弗能客」之誤。此由篇名可知。此外，〔晉〕王叔和著，福州市人民醫院校釋，《脈經》(北京：人民衛生出版社，1984)，卷6，〈心手少陰經病證第三〉，頁277-288，亦做「邪弗能容」；〔隋〕楊上善撰注，《黃帝內經太素》(桐廬袁氏漸西村舍叢刻，1897)，卷9，〈經絡皮部〉，頁14-16中亦皆以「客」作論。
- 25 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》下冊，卷10，〈邪客第七十一〉，頁277。
- 26 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷3，〈經脈第十〉，頁244。至於手少陰之脈的循行路徑和相關病症，則未提及喜笑悲煩等情志方面的問題。傳統醫經和後世醫書提及心與笑症的關係時，大多如本篇所述，以手厥陰心包絡之脈爲主要討論對象。唯郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷20，〈五常政大論篇第七十〉，頁926-927：「赫曦之紀，是謂蕃茂……其經手少陰、太陽；手厥陰、少陽。其臟心肺。其病笑，瘡，瘡瘍，血流，狂妄，目赤……。」是少數說明笑症時，同時提及手少陰與手厥陰兩條經脈的文字。此外，尚有王叔和《脈經》，見下討論。
- 27 《明堂》在說明手厥陰心包絡上的穴位「勞宮」和「大陵」之主治時，亦提及「善笑不休」。見黃龍祥輯校，《黃帝明堂經輯校》(北京：中國醫藥科技出版社，1988)，頁143-144。關於「以脈統病」，以及按脈推斷臟病的歷史發展，討論見李建民，《死生之域——周秦漢脈學之源流》(台北：中央研究院歷史語言研究所，2000)，頁228-234。

假令得心脈，其外證：面赤、口乾、喜笑；其內證：臍上有動氣，按之牢若痛；其病：煩心、心痛、掌中熱而哕。有是者心也，無是者非也。²⁸

此後醫經提及「笑不休」，大多引用《素問》、《靈樞》之文，歸因於心脈微病所造成的「心氣實」、「神有餘」之狀。或以之為本，再予以添加形容。如《黃帝針灸甲乙經》〈五臟六腑虛實大論〉引用《素問》，稱「心藏神」而「神有餘則笑不休」。至於心主手厥陰之脈變動時的各種病症，如手心熱、臂肘攣急、腋腫、胸脅支滿、面赤目黃，乃至喜笑不休等等，亦完全整理抄錄《靈樞》之語²⁹。隋代巢元方整理歷代病機病因理論，在其《諸病源候論》「心病候」中總結歸納心氣虛實的表現，則有更繁複細膩的描寫：

心氣盛，為神有餘，則病胸內痛，脅支滿，脅下痛，膺、背、膊胛間痛，兩臂內痛，喜笑不休，是心氣之實也，則宜瀉之。心氣不足，則胸腹大，脅下與腰背相引痛，驚悸，恍惚，少顏色，舌本強，善憂悲，是為心氣之虛也，則宜補之。³⁰

《素問》、《靈樞》和《甲乙經》稱病人在喜笑不休的同時，還會面紅、目黃、口乾、掌熱，乃至心痛。而《病源論》中，病人主訴疼痛的部位更形增加，不只是心痛，還包括脅下、膺背，乃至兩臂和膊胛之間。即使如此，醫者卻仍然

28 凌耀星主編，《難經校注》，〈十六難〉，頁33。

29 如皇甫謐，《黃帝針灸甲乙經》，卷6，〈五臟六腑虛實大論第三〉，頁756，及卷2，〈十二經脈絡脈支別第一〉，頁681。唯王叔和著，福州市人民醫院校釋，《脈經》，卷6，〈心手少陰經病證第三〉，頁277-288，將「心氣虛則悲不已，實則笑不休」歸入「心手少陰經」的病證之一，而在說明「手心主之脈」時，描述心包絡生病的種種，包括「善笑不休」。這段文字未知是否有傳鈔之誤，將「手少陰經之脈」和「手厥陰心包絡之脈」混抄在一起。即或不然，「善笑不休」仍是心病的症狀。

30 〔隋〕巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》（北京：人民衛生出版社，1991），卷15，〈五臟六腑諸候·二、心病候〉，頁466。

認為病人會有喜笑不休的表現³¹。

心脈受病，原因多端而症狀繁複。倘若受風而發寒熱或引起風痺，則醫經認為其影響不限於「毫毛」，而是到了經脈和臟腑。不過，《素問》卷九有關「熱論」諸篇、卷一二〈風論〉、〈痺論〉諸篇，《靈樞》〈熱病〉、〈風痺〉，以及《太素》卷二五討論熱病之文字，都未曾提到喜笑不休的症狀。而《甲乙經》重新整理《內經》之文，在〈陽受病發風〉篇中提出：「風熱，善怒，中心喜悲，思慕歔歔，喜笑不休，勞宮主之。」³²在〈六經受病發傷寒熱病〉中則將「喜笑不休」和「熱病煩心而汗不出，肘攣腋腫」、「心中痛」、「目赤黃」等典型心病並列，並主張針灸「大陵」穴位治療³³。此或由整理《明堂》經文而來³⁴。

《病源論》踵繼其說，解釋五臟傷寒熱病時，形容「心熱」患者「手掌心熱，煩心欲嘔，身熱心下滿，口乾不能多飲，目黃，汗不出」，同時還會出現「妄笑」的症狀。以「妄」標幟「喜笑不休」，正式點明了此笑之不合常態與時宜³⁵。此外，孫思邈《備急千金要方》形容風痺患者「風熱善怒、心中悲喜、思慕歔歔、喜笑不止」，亦主張針勞宮、太陵兩穴治療³⁶。

31 倒是心氣不足，除了痛的部位增加、臉色、舌根變化之外，情緒的描述也不再限於憂悲，而包括了驚悸、恍惚等。傳統中國醫者雖然認為過盛和不足都是患病的導因和現象，但兩相比較之下，對於虛的恐懼大過於實的憂慮，從笑疾的論述中似乎也可以得到佐證。虛實的討論，見Shigehisa Kuriyama, "Emptiness of Chinese Medicine," in *ibid.*, *The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine* (Boston: Zone Books, 1999), pp. 217-231.

32 皇甫謐，《黃帝針灸甲乙經》，卷10，〈陽受病發風第二下〉，頁822。

33 皇甫謐，《黃帝針灸甲乙經》，卷7，〈六經受病發傷寒熱病第一下〉，頁779：「熱病煩心而汗不出，肘攣腋腫，善笑不休，心中痛，目赤黃，小便如血，欲嘔，胸中熱，苦不樂，太息，喉痺噤乾，喘逆，身熱如火，頭痛如破，短氣胸痛，大陵主之。」雖然此段描述中並未言明是何經脈受病，不過從心主汗、主笑等看來，應是心脈已經受病的形容。而大陵亦是手厥陰心包絡上的穴位。

34 《黃帝針灸甲乙經》整理《內經》之文，包括《素問》、《靈樞》和《明堂》，見皇甫謐自序，頁655-656。《甲乙經》成為保存《明堂》之重要資料，見黃龍祥輯校，《黃帝明堂經輯校》，頁1-5「輯校說明」。勞宮、大陵兩穴的主治，見黃龍祥輯校，《黃帝明堂經輯校》，頁143-144。

35 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷8，〈傷寒病諸候下·三十五、傷寒五臟熱候〉，頁250。

36 [唐]孫思邈，《備急千金要方》（台北：宏業書局影印江戶影寫宋刻本，

從《內經》到《病源論》，對於因心氣實而造成的喜笑不休，都主張採取刺針「瀉之」。《素問》稱：「神有餘，則瀉其小絡之血，出血勿之深斥，無中其大經，神氣乃平。」³⁷顯然是以放血治療³⁸。《甲乙經》引用《內經》此段，並未改動字句³⁹。《病源論》僅稱，「心氣之實也，則宜瀉之」，並未說明瀉法。放血治療的技術在東漢之後逐漸式微，《難經》說明補瀉之法，指的是醫者先以按壓、彈撥等方式刺激肌肉，待經氣到來有如搏動之狀，然後進針，「得氣因推而內之，是謂補；動而伸之，是謂瀉」⁴⁰。所補瀉者顯然是氣而不是血⁴¹。倘若心脈受病，如前引《甲乙經》治療風熱傷寒所引起的喜笑不休時，則主張針灸勞宮和大陵兩穴。而孫思邈論心脈緩甚狂笑，主張依照季節補瀉，其中「秋刺間使、冬刺曲澤，皆瀉之」⁴²。間使和曲澤，與勞宮、大陵一樣，都是手心主心包絡經上的穴(圖二)，刺之之意，不在放血，而在瀉氣。如此看來，不論是心氣實或是心脈受病所引起的喜笑不休，在漢代之後的治療，刺針調氣大概都逐漸取代了放血。

心包受邪導致善笑不休的觀念，除了正統醫經之外，在現存敦煌醫藥文獻中也可以看到。傳為陶弘景所撰的《輔行訣臟腑用藥法要》中便錄：「心虛則悲不已，實則笑不休。」⁴³又稱：「心包氣實者，受外邪之動也。則胸脅支滿，澹澹

(續)

1849)，卷30，〈針灸下·風痺第四〉，頁536b。

- 37 郭靄春主編，《黃帝內經素問校注》，卷17，〈調經論篇第六十二〉，頁748。
- 38 針刺治療所採用的各種針，討論見李建民，《死生之域——周秦漢脈學之源流》，頁245-254。
- 39 皇甫謐，《黃帝針灸甲乙經》，卷6，〈五臟六腑虛實大論第三〉，頁756。
- 40 凌耀星主編，《難經校注》，〈七十八難〉，頁132。此段討論以及脈與氣的關係，見李建民，《死生之域——周秦漢脈學之源流》，頁256-264。
- 41 關於傳統中國放血治療的發展及其與針灸的關係，討論見Shigehisa Kuriyama, "Blood and Life," in *ibid.*, *The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine*, pp. 195-231.
- 42 孫思邈，《備急千金要方》，卷13，〈心臟·論第一〉，頁234a-b。
- 43 [梁]陶弘景，《輔行訣臟腑用藥法要》，收入馬繼興等，《敦煌醫藥文獻輯校》(南京：江蘇古籍出版社，1998)，頁173-174。由於卷中多引「陶云」、「陶隱居云」，推測應為陶弘景弟子或傳人追記其師訓而成。書中有個別校注語，知已經後人整理，但全書未避宋諱，應在北宋之前。見馬繼興等，《敦煌醫藥文獻輯校》，〈十四、《輔行訣臟腑用藥法要》佚書·題解〉，頁169-170。

大動，面赤，目黃，善笑不休。虛則血氣少，善悲，久不已，發癲仆。」⁴⁴將笑與悲對立而言，視為心包實虛之狀。有趣的是，醫書接著便提供大、小瀉心湯，以黃連、黃芩、大黃、芍藥、乾薑、甘草等草藥治療胸腹支滿、心中怔忡、口苦面赤等症狀。一方面採用本草藥方，與《內經》等古典醫經採放血、針脈之治療方式不同，另一方面藥方中完全未提「善笑不休」的問題是否獲得解決，似乎「善笑不休」是例稿成說，而非醫者必須處理的真實症狀⁴⁵。

以本草治療心實熱所引起的喜笑不休，《千金方》又增加了幾種藥方：「治心實熱、驚夢、喜笑、恐畏、悸懼不安。竹瀝湯方。」⁴⁶「芎藭湯，主卒中風，四肢不仁，善笑不休」⁴⁷，以及以荊瀝湯主治因厲風傷心造成的「口喎、冒昧、好自笑」等⁴⁸。北宋《太平聖惠方》總結10世紀之前的本草方藥，針對心實熱、心臟中風和心臟風邪所引起的喜笑、好笑、歌笑等症狀，分別提出「沙參散」、「麻黃散」和「禹餘糧散」等方藥來治療⁴⁹。一方面「喜笑不休」在西晉之後逐漸成為各種與風熱相關病症的特定表現，另一方面本草藥方也加入放血和針氣，成為治療善笑的一種辦法⁵⁰。

44 馬繼興等，《敦煌醫藥文獻輯校》，頁175。

45 大、小瀉心湯方：「小瀉心湯。治胸腹支滿，心中跳動不安者方。黃連、黃芩、大黃各三兩，右三味以麻沸湯三升，澤一食頃，絞去滓，頓服。大瀉心湯。治心中怔忡不安，胸膈痞滿，口中苦，舌上生瘡，面赤如新妝，或吐血、衄血、下血者方。黃連、黃芩、芍藥各三兩，乾薑炮，甘草炙，大黃各一兩，右六味，以水五升，煮取二升，溫分再服，日二。」馬繼興等，《敦煌醫藥文獻輯校》，頁175。

46 孫思邈，《備急千金要方》，卷13，〈心臟·心虛實第二〉，頁236b。

47 孫思邈，《備急千金要方》，卷8，〈賊風第三〉，頁162a；孫思邈，朱邦賢、陳文國等校注，《千金翼方校注》（上海：上海古籍出版社，1999），卷17下，〈中風第一〉，頁465。

48 孫思邈，《備急千金要方》，卷8，〈賊風第三〉，頁162a。

49 [宋]王懷隱編，《太平聖惠方》（台北：新文豐出版公司，1980），卷4，〈治心實瀉心諸方〉，頁248：「治心實熱、驚悸、喜笑、心神不安，泄熱安心沙參散。」；〈治心臟中風諸方〉，頁258-259：「治心臟中風、虛寒、寒顛、心驚、掣悸、面色混濁、口喎冒昧、好笑，宜服麻黃散。」；〈治心臟風邪諸方〉，頁272-273：「治心臟風邪氣、神思不安、悲啼歌笑、志意不定、精神恍惚，宜服禹餘糧散。」

50 金元之後，心神論述加入「火」的因素，李時珍，《本草綱目》，卷11，〈金

(二) 狂者善笑好歌樂

善笑之狀，除了受風發寒熱病外，古典醫經的作者也將之視為癲狂疾病的症狀。《靈樞》形容癲狂發病有各種階段，認為「癲疾」剛開始發作時，病人「先不樂，頭重痛，視舉目赤」，持續下去便會感到煩心。並且，患者或「引口啼呼喘悸」，或「反僵，因而脊痛」。倘若「癲疾者，疾發如狂者，死不治」，似乎將發狂視為癲疾嚴重化的一種現象⁵¹。而「狂疾」，又有「始生」和「始發」之別：

狂始生，先自悲也，善忘，善怒，善恐者，得之憂錢，治之先取手太陰、陽明，血變而止，及取足太陰、陽明。狂始發，少臥不饑，自高賢也，自辯智也，自尊貴也，善罵詈，日夜不休，治之取手陽明、太陽、太陰、舌下少陰，視脈之盛者，皆取之，不盛，釋之也。狂言、驚、善笑、好歌樂，妄行不休者，得之大恐，治之取手陽明、太陽、太陰。狂，目妄見，耳妄聞，善呼者，少氣之所生也，治之取手太陽、太陰、陽明、足太陽、頭、兩頰。狂者多食，善見鬼神，善笑而不發於外者，得之有所大喜，治之取足太陰、太陽、陽明，後取手太陰、太陽、陽明。狂而新發，未應如此者，先取曲泉左右動脈，及盛者見血，有傾已，不已，以法取

(續)

石部四·食鹽)，頁633，「附方：病笑不休」引《素問》：「神有餘則笑不休。」並說明「神，心火也。火得風則焰，笑之象也」，主張應以「滄鹽煨赤，研入河水煎沸啜之，探吐熱痰數升，即愈」，並稱「一婦病此半年，張子和用此方，遂愈」。〔金〕張從正，《儒門事親》（北京：人民衛生出版社，1994），卷6，〈十形三療·火形·笑不止三十〉，頁173即錄以滄鹽治療「笑不止」一例：「戴人經古毫，逢一婦，病喜笑不止，已半年矣，眾醫治者皆無效矣，求治于戴人。戴人曰：此易治也。以滄鹽成塊者二兩餘，用火燒令通赤，放冷研細，以河水一大碗，同煎至三五沸，放溫分三次啜之，以釵探于咽中，吐去熱痰五升，次服火劑，大主苦解毒湯是也，不數日而笑定矣。《內經》曰：神有餘者，笑不休也，所謂神者，心火是也，火得風而成焰，故笑之象也，五行之中，惟火有笑矣。」關於金元之後醫學傳統中「火」的論述及其對李時珍編撰《本草綱目》的影響，討論見李建民，〈《本草綱目·火部》考釋〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，73：3（台北，2002），頁395-442。

51 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷5，〈癲狂第二十二〉，頁394-399。

之，灸臑骨二十壯。⁵²

由此看來，狂疾始生，病人會先出現悲、怒、恐等負面的情緒，到了始發的階段，則變成自視甚高、自我膨脹，並且睡得少，也不覺飢餓。此種亢奮的狀態持續下去，和「善笑」同時出現的，還有「狂言、驚、好歌樂、妄行不休」，以及幻視、幻聽、大呼小叫等幾近於躁進的現象。而當狂病繼續發展，則病人的笑還會改變，「善笑而不發於外者」，變成無聲自樂的一種冷笑⁵³。《靈樞》說「狂而新發，未應如此者」，將笑的方式作為觀察狂疾進程的判準之一。而主張在始生的階段，先取手太陰、陽明之穴，針刺放血，到血色變為正常為止；在新發的階段則取足厥陰經的左右曲泉穴，以及各滿盛的經脈，放血治療⁵⁴。

《難經》說明《內經》難解之處，則以笑樂與否作為分別狂病與癲病的判準：

狂癲之病，何以別之？然：狂疾之始發，少臥而不飢，自高賢也，自辨智也，自倨貴也，妄笑好歌樂，妄行不休是也。癲疾始發，意不樂，僵仆直視。其脈三部陰陽俱盛是也。⁵⁵

如此看來，醫經作者區別狂癲的重要方式，便是在始發的階段觀察患者的情緒表現，狂為笑樂躁進，癲則抑鬱退縮。不論是《靈樞》或是《難經》，在診斷癲狂之病時，大多以觀察病人的情緒起伏為主，按脈似乎不是重點，而刺穴治療的機制則是放血而非調氣。喜笑作為一種過度的情緒表現，便成了判斷精神病症的指

52 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷5，〈癲狂第二十二〉，頁399-406。楊上善撰注，《黃帝內經太素》，卷30討論癲疾文字與「靈樞」此段大致無別。

53 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷5，〈癲狂第二十二〉，頁402。

54 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷5，〈癲狂第二十二〉，頁394-406。

55 凌耀星主編，《難經校注》，〈五十九難〉，頁106-107。唯「狂疾」和「自倨貴」依〔元〕滑壽，《難經本義》（台北：新文豐出版公司據古今醫統正脈全書本排印，1985）之文，未從《難經校注》改為「狂」和「自貴倨」。

標之一⁵⁶。

《甲乙經》重整《內經》之文，將癲狂疾病置於〈陽厥大驚發狂癩〉篇中⁵⁷。該篇篇首抄錄《素問》〈奇病論〉討論天生癲疾(胎病)和後天患病之別⁵⁸，其次引用《素問》〈長刺節論〉以寒熱和發病頻率區分癲疾和狂病⁵⁹，接著抄《素問》〈病能論〉分析善「怒狂」的病患，並提出禁食療法，主張「奪其食即已」⁶⁰，然後才大量抄錄《靈樞》中癲狂篇的文字，尤其是前引從「狂始生」到「灸臍骨二十壯」一段。不過，在引用此段之後，皇甫謐重新談癲疾的各種病況，其症狀分類以及治療主穴。其中「狂」字一再出現，卻似非病名，而是形容詞，用以說明癲疾發生時的情況，如「癲疾狂走」、「癲疾僵仆、狂瘡」、「狂走癲疾」、「癲疾發如狂者」、「癲疾、狂、煩滿」等。並在形容「狂癲疾」時，針對「吐舌」、「太息善悲、少腹有熱、欲走」、「狂易」、「狂言」、「善笑見鬼」、「狂、多食、善笑不發於外、煩心」等症狀，各自提出應當針灸的經脈和主穴。

《甲乙經》的形容方式，將癲狂的區隔模糊化，其中「善笑見鬼」、「善笑不發於外」等描繪雖然仍大多和「狂」字并言，不過，已經不再如《靈樞》或《難經》中所描述的一般，可以作為分辨狂疾進程或癲狂之別的判準，而是可能出現在各種不同精神病患者的身上和病程之中⁶¹。《病源論》在討論注病諸候時

56 學者或稱中醫對精神疾病的描述，是在氣和脈證之外，再加上精神變化與混亂的記述。〔日〕石田秀實，〈中國古代における精神疾病観〉，《日本中國學會報》，33（東京，1981），頁29-42，其中「三、症狀の記述」。

57 皇甫謐，《黃帝針灸甲乙經》，卷11，〈陽厥大驚發狂癩第二〉，頁826-828。

58 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷13，〈奇病論篇第四十七〉，頁607-608。

59 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷14，〈長刺節論篇第五十五〉，頁662。

60 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷13，〈病能論篇第四十六〉，頁594。

61 按照郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷7，〈宣明五氣篇第二十三〉，頁340的說法，「邪入於陽則狂」，「搏陽則為癲疾」，狂疾主要在於陽氣太盛。《校注》並按：「《難經》云：『重陽者狂，重陰者癲。』巢元方云：『邪入於陰則為癲。』《脈經》云：『陰附陽則狂，陽附陰則癲。』孫思邈云：『邪入於陽則為狂，邪入於陰則為血痺，邪入於陽傳則為癲癩，邪入於陰傳則為痛瘡。』」並稱：「諸家之論不同，今具載之。」石田秀實則推測所謂「搏陽為癲」，或即病邪轉入於陰，如《難經》〈二十難〉之「重陽者狂，重陰者癲」之謂，而以此處之癲為「癩癩」，與躁鬱症的「狂癲」有別。討論見石田秀實，〈中國古代における精神疾病観〉，《日本中國學會報》，33，頁32-33。

稱其中一類為「風注」，依其發病徵狀又可分為十二種。其中「顛風」之狀為「被髮狂走，打破人物」，而「狂風」之狀則是「叫呼罵詈，獨語談笑」⁶²。雖然原先被視為狂症徵兆之一的「狂走」被納入「顛風」項下，不過，自《靈樞》以來形容狂症患者情緒亢奮，並且發出聲音的特色，似乎仍可窺得⁶³。

不過，癡狂混用或并言的情況，在日後的醫方中仍相當多，而善笑及過度喜樂的情緒也不再被視為狂病的特徵了⁶⁴。孫思邈《千金方》論小腸腑「風癲」之

(續)

不過，《黃帝針灸甲乙經》則是將二者皆納入〈陽厥大驚發狂癲〉篇中，不論在用語、病因解釋和症狀描述各方面都將「狂癲」和「癲癲」混為一談。

- 62 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷24，〈注病諸候一·諸注候〉，頁690-691。巢元方說明注病病源，稱：「凡注之言住也，謂邪氣居住人身內，故名為注。此由陰陽失守，經絡空虛，風寒暑濕飲食勞倦之所致也。」針對「風注」的病源，則稱：「人死三年之外，魂神因作風塵，著人成病，則名風注。」關於傳統醫學中「注病」的討論，見Jiarumin Li (李建民), "Contagion and its Consequences: Problems of Death Pollution in Ancient China," in Yasuo Otsuka & Shizu Sakai eds., *Medicine and the History of the Body* (Tokyo: Ishiyaku Euro-America, 1999), pp. 201-222.
- 63 除顛風和狂風之外，風注類下還有十種風：溫風、汗風、柔風、水風、大風、絕風、奇風、糾風、耗風和單風，各有不同的症狀。不過，除了「大風」患者可能出現「不願聞人語聲」之外，《病源論》對其他諸風症狀的形容都僅限於身體髮膚的變化，不涉及患者的情志反應。雖然校注《病源論》的學者，在〈諸注候〉，頁695文末稱：「本篇注病，所涉範圍甚廣，內容亦較龐雜，但文中首先明確定義：『凡注之言住也』，即邪住於身，久而不去之病，凡屬此者，皆可稱之為注病。故文中部分內容與他卷有關病候相重，如風注中之癲風、絕風、狂風與卷二風病諸候中之風癲、風狂候同。」但考察《病源論》，卷2，〈風病諸候〉中「四十三、風癲候」頁58，可知巢元方視其病因為「由血氣虛，邪入於陰經故也」，其症狀為「發則仆地，吐涎沫，無所覺是也」，而「四十五、風狂病候」頁63則稱：「狂病者，由風邪入并於陽所為也。」其症狀則「或欲走、或自高賢，稱神聖是也」，或「狂妄不精明，不敢正當人」。似乎「風癲候」指的是癲癲，而「風狂候」指的是躁鬱症。而情志變化主要出現在「狂癲」(躁鬱)的患者身上。
- 64 雖然有學者主張癲和狂的區隔是中國古代精神醫學的重要貢獻，不過從《甲乙經》以降的發展看來，醫者在使用癲、狂、癲、風等詞彙時，採取各種指涉或組合的方式，以致出現同詞異義或異詞同義的情形。雖然現代中醫學者根據今日精神科疾病的分類，將傳統醫書中對病人的症狀描述大致分為鬱症的「癲」、躁症的「狂」和羊癲風的「癲」，不過，讀者若以醫書中原來的疾病分類觀念和標題用語來看，是無法一目了然的。關於中國古代精神醫學的貢獻，見周長發，〈中醫精神病學發展史略〉，《中華醫史雜誌》，15：3（北

症，提出論六首，方三十四首。針對癲，除抄錄整理《素問》「胎病」之說、《靈樞》「癲疾始生，先不樂」之言外，並將癲病分為「陽癲」、「陰癲」、「風癲」、「濕癲」和「馬癲」五類，各自提出治療的本草藥方。針對狂，則抄錄《素問》「有病怒狂者」之條，以及《靈樞》「凡發狂則欲走，或自高賢稱神聖」之文。孫思邈接著話鋒一轉，稱病人「若或悲泣呻吟者，此為邪非狂，自依邪方治之」，主張假使躁進和抑鬱的情緒交互出現，則不是癲狂之疾，而是百邪之病，應該另外處置。而在篇末附錄中則將歌、哭、吟、笑、噉糞、裸形、遊走、嗔罵等等並列，主張針藥並用，又稱：「凡占風之家，亦以風為鬼斷。」⁶⁵將癲狂與鬼邪並言，「喜笑」便不再被視為單一的病徵，而是和其他情志交錯出現，主要表現患者恍惚錯亂之貌。

治療癲狂之疾的方式，自古即針藥並行。前引《靈樞》、《難經》之文可見刺脈之法。至於現存最早處治癲疾的藥方，當屬馬王堆《五十二病方》「十五、癲疾」中所收二條⁶⁶。唯此二條中並未提及善笑之類的症狀。《千金方》針對狂癲，不論是否與鬼物或百邪合論，都提供針、藥兩種治療方式，而藥方則仍以草木為主。現存最早以獸肉治療風癲的藥方，似為咎殷《食醫心鏡》，其中或以「豶豬肉」治療風狂歌笑之狀⁶⁷，或以「狐肉羹」治「驚癇恍惚，語言錯謬，歌笑無度，及五臟積冷，蟲毒寒熱諸病」⁶⁸。一方面，癲狂之別不再以哭笑分論，

(續)

京，1985），頁144-147。關於現代中醫對傳統精神病的理解和分類，筆者感謝廖育群先生的提示。

65 孫思邈，《備急千金要方》，卷14，〈小腸腑·風癲第五〉，頁261a：「治諸橫邪癲狂針灸圖訣。」

66 其中一條建議將患者後頸皮膚割開，塗以狗屎，覆以白雞皮；另一條則建議將生長在牲畜圍牆上的犬尾草和穀禾研末以「湮汲水」飲服治療。此二條學者或以為仍屬「迷信」範圍，見馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》（長沙：湖南科學技術出版社，1992），頁425-428。

67 李時珍，《本草綱目》，卷50，〈獸部五類·獸部一·畜類二十八種·豕〉，頁2686引《食醫心鏡》：「用豶豬肉一斤，煮熟切膾，和醬、醋食。或羹粥炒，任服之。」

68 李時珍，《本草綱目》，卷51，〈獸部五類·獸部二·獸類三十八種·狐〉，頁2878引《食醫心鏡》：「用狐肉一片及五臟治淨，入豉汁煮熟，入五味作羹，或作粥食。京中以羊骨汁、鯽魚代豉汁，亦妙。」

而是被置於風邪的大項之下一起觀察和治療；另一方面，以獸畜之「肉膾」治療風邪癲狂所引起的歌笑無度，在唐宋以降的本草方中不一而足，成爲一種重要的處方⁶⁹。

以「心氣實」、「心脈受邪」和「癲狂」等病因理解善笑不休，在古典醫經如《內經》、《難經》中便已出現，其治療方式則初以刺針放血、繼則針灸調氣，至於本草藥方，則多要到唐宋之後。不過，中毒和瘡病所引起的喜笑不休，則不見於古典醫經之中，而是到漢晉之後的醫書中才確定。其中脾瘡、腎瘡造成的情志變化，後代一如前代，仍以針灸調養；中毒所造成的好笑症狀，則自始即以本草藥方治療。

(三) 飲食中毒笑不止

古人認爲笑不休也可能是食物中毒所致⁷⁰。張仲景(145-208)《金匱要略》警告：「菌仰卷及赤色者，不可食。」⁷¹稱誤食楓柱菌中毒而笑不止，可以「人

69 王懷隱編，《太平聖惠方》，卷96，〈食治風邪癲狂諸方〉，頁9652稱：「治風邪癲狂病，經久不差，或歌或笑，行走無時，宜喫豕豬肉膾。」此外，如〔明〕朱橚，《普濟方》（北京：人民衛生出版社，1959），卷257，〈食治門·食治癩風癲〉，頁4320引《太平聖惠方》主張以「野狐肉方，治驚癩風癲，精神恍惚，言語錯謬，歌笑無度，兼五臟疾冷，蠱毒寒熱」。頁4321引《太平聖惠方》主張以「豕豬肉膾方，治風邪癲狂，病經久不瘥，或歌或笑，行走無時」。李時珍，《本草綱目》，卷3，〈百病主治藥·癲癩〉，頁142稱：「麝香、虎睛鼻、狐肝、狐肉，并主癲癩，恍惚歌笑。」

70 古代希臘亦有草木之毒導致笑不止的說法。第二世紀的希臘旅行家Pausanias稱薩丁尼亞(Sardinia)島上生長一種狀似芹菜的植物，食之令人大笑至死。他並表示此所以荷馬在其史詩*The Odyssey*中稱不健康的笑爲「薩丁尼亞之笑」(Sardonic laugh)，而在現代醫學中，薩丁尼亞之笑(risus sardonicus)被視爲下顎破傷風的主要症狀之一。Pausanias的說法，見Pausanias, *Guide To Greece*, Vol. I: *Central Greece*, P. Levi trans, (Baltimore: Penguin, 1971). risus sardonicus和其他草木之毒的現代醫學討論，見Robert R. Provine, *Laughter: A Scientific Investigation*, pp. 157-161, 177. 除毒草之外，Provine也提到錳和銅等金屬之毒導致笑不休的病例。

71 〔漢〕張仲景，〔清〕徐忠可論注，鄧明仲等點校，《金匱要略論注》（北京：人民衛生出版社，1993），〈果實菜穀禁忌并治第二十五〉，頁366。

糞汁，飲一升。土漿，飲一二升。大豆濃煮汁飲之。服諸吐利藥，并解」⁷²。以帛纏鬚導致陸雲「笑疾」復發的張華，曾撰《博物志》，便稱：「江南諸山郡中，大木斷倒，經春夏生菌，謂之椹，食之有味而忽有毒殺人，云：此物往往自有毒者；或云：蛇所著之。楓樹生者，啖之令人笑不得止。治之，飲土漿多愈。」⁷³但張華不能確定食菌中毒，究竟是「自有毒者」，或是「蛇所著之」，以其出身北方推敲，描述江南諸山郡中之事，「忽有」、「或云」之詞，顯示其所記錄恐亦傳聞。但稍晚的葛洪，則明確提醒「食楓菌甚笑」，建議應「掘地作坎，以水滿中，攪之，服一二升」，或者「濃煮大豆飲之」⁷⁴。

此後，梁代陶弘景、北魏張湛、唐代孫思邈和陳藏器也都警告人們誤食生長在楓樹上的菌類有中毒之虞，主要症狀便是笑不休，並主張飲地漿水、大豆汁等方法治療。陳藏器另亦建議「生搗冬瓜蔓汁解之」⁷⁵。據說五代孫光憲(?-968)

72 張仲景，徐忠可論注，鄧明仲等點校，《金匱要略論注》，〈果實菜穀禁忌并治第二十五〉，頁366。不過，《金匱要略論注》此處記載為「食楓柱菌笑不止」而非「笑不止」。唯依〔清〕程林《金匱要略直解》（續修四庫全書本子部醫家類988冊，1673），卷下，頁95b和〔清〕吳謙等編，《醫宗金鑑》（北京：人民衛生出版社，1956-1957），卷24，頁686所引，「哭」皆作「笑」，《論注》所載當為傳鈔手誤。但不論哭或笑，此處所牽涉的實非患者的心理情志，而是其面部表情與身體動作。討論見下節。

73 李昉編，《太平御覽》，卷998，〈百卉部五·菌〉，頁4549b-4550a引。

74 丹波康賴，《醫心方》，卷29，〈食養生·治食菌中毒方第卅一〉，頁38b引《葛氏方》。

75 陶弘景：「楓上菌，食之令人笑不休，飲此（地漿）即解。」李時珍，《本草綱目》，卷5，〈水部之類·地漿〉，頁406。孫思邈《千金方》之說，見朱橐，《普濟方》，卷252，〈諸毒門·治食野菌毒方〉，頁4177引：「食楓樹上菌，令人笑不止。」但今本《千金方》則未見。《普濟方》引《本草》並稱：「食楓樹上生菌，即冷笑不止。」將笑的方式再加描繪。〔晉〕張湛，《養生要集》：「楓樹所生菌，食之令人笑不止。」丹波康賴，《醫心方》，卷30，〈五菜部第四〉，頁47a-b。陳藏器：「木耳，惡蛇、蟲從小過者，有毒。楓木上生者，令人笑不止。采歸色變者有毒，夜視有光者，欲爛不生蟲者并有毒。并生搗冬瓜蔓汁解之。」李時珍，《本草綱目》，卷28，〈菜部三·木耳〉，頁1713。《養生要集》作者考定，參〔日〕太田典禮等編，李永熾譯，張禮文校訂，《醫心方中日文解說》（台北：新文豐出版公司印行，1982），頁21；馬繼興，〈《醫心方》中的古醫學文獻初探〉，《日本醫史學雜誌》，31：3（東京，1985），頁325-371。

《北夢瑣言》稱誤食毒菌善笑，並未明言是楓菌之毒，治療則以「煎魚椹汁服之，即愈」⁷⁶。宋代陳玉仁《菌譜》則稱：「杜蕈生土中，與山中鵝膏蕈相亂。俗言毒蠱之氣所成，食之殺人……凡中其毒者，必笑不止。解之以苦茗、白礬，酌新水并咽之，無不立愈。」杜蕈，郭璞注云：「江東名爲土菌。」則令人笑不止的菌類又不限於楓樹上所生者，且其解法也不限於地漿水和大豆汁⁷⁷。同樣，在古典記載中提及之疾病，卻在日後才出現以喜笑形容症狀者，還有五臟瘡病與諸黃之症等。

(四)脾腎臟瘡與諸黃自笑

《病源論》在討論瘡病諸候時，形容「脾病爲瘡者，令人寒則腹中痛，熱則腸中鳴，鳴已汗出。若其人本來少於喜怒，而忽反常，瞋喜無度，正言鼻笑，不答於人，此是脾病聲之候也」⁷⁸。除了以身體部位如腹部的溫度(寒熱)、疼痛感和聲音之外，病人的情緒變化也被視爲診病的判準，並且主張到了這個地步時，「不盈旬月，禍必至也」⁷⁹。所謂「正言鼻笑」，有的學者認爲：「正言，指語言態度嚴肅。鼻笑，形容輕視或嘲笑之表情。」因此「正言鼻笑」，就是病人喜怒無度的一種證明⁸⁰。不過，也有的記載僅錄「鼻笑」爲「自笑」之誤，因此，

76 [朝鮮]金禮蒙，《醫方類聚》(北京：人民衛生出版社，1981-1982)，冊7，卷163，〈解毒門〉引〔宋〕王璆《是齋醫方》言孫光憲有此說。唯查現存周光培編，《北夢瑣言》(石家莊：河北教育出版社，1995)，並無此條。

77 李時珍，《本草綱目》，卷28，〈菜部三·土菌〉，頁1720引。〔清〕紀昀，《閱微草堂筆記》(台北：新興書局，1988)，卷14，〈槐西雜志四〉，頁3542-3543則載：「《呂氏春秋》稱味之美者，越駱之菌，本無毒，其毒皆蛇虺之，故中者使笑不止。陳玉仁《菌譜》載：水調苦茗、白礬解毒法。」但查《呂氏春秋》，僅稱「越駱之菌」爲美味，至於有毒與否，如何治療，則皆無。而張仲景、張華稱誤食中毒笑不休等，亦未明言是「越駱之菌」。

78 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷11，〈瘡病諸候〉，頁346。

79 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷11，〈瘡病諸候〉，頁346。

80 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷11，〈瘡病諸候〉，頁346。

並沒有輕視或嘲諷的意味，但仍舊是一種喜笑無度的表現⁸¹。《病源論》討論腎病為瘧，先形容病人腰脊痛、大便澀，並且手足寒冷等身體部位的情況，接著便說「若人本來不喜不怒，忽然謔而好瞋怒，反於常性」，表示此時「腎已傷，雖未發覺，是其候也」；倘若「見人未言而前開口笑，還閉口不聲，舉手柵腹，此是腎病聲之候」⁸²，將笑的方式加入情緒變化之中觀察，作為判斷腎病的基準之一。此後，不論孫思邈《千金方》或王燾《外臺秘要》，大致也以情緒變化作為判斷五臟瘧病的指標。

然而，若考察古典醫經如《素問》中關於瘧病的討論，卻完全不見以笑或其他情志變化作為觀察判準的文字。《素問》〈刺瘧篇〉形容五臟瘧病的症狀，僅限於「脾瘧者，令人寒，腹中痛，熱則腸中鳴，鳴已汗出」，而腎瘧則是「令人洒洒然，腰脊痛宛轉，大便難，目眴眴然，手足寒」⁸³。《甲乙經》說明脾瘧、腎瘧亦同⁸⁴。描述的內容和前引《病源論》脾瘧、腎瘧症狀的前半節完全一致，卻未如《病源論》般提出以情志變化作為診病的標準。巢元方、孫思邈和王燾的說法，學者或以為「蓋是別一家言，或後人之補充和發揮者」⁸⁵。而北宋初年編成的《太平聖惠方》則部分承襲巢元方和孫思邈的說法，稱脾瘧患者「嗔喜無度，多言自笑，不答於人」，但對腎瘧患者則完全未提「開口笑」之狀⁸⁶。

《太平聖惠方》對脾瘧和腎瘧的情志形容和隋唐醫者不完全相同，而對「諸黃」之症則加了「多饒喜笑」的說法。《太平聖惠方》稱「諸黃」皆因「傷寒為

81 [唐]王燾，《外臺秘要》（台北：國立中國醫藥研究所重印新安程敬通訂刻本，1985），卷5，〈五臟及胃瘧方〉，頁153b載為「多言自笑」，而非「正言鼻笑」。唯查李孝定編述，《甲骨文字集釋》（台北：中央研究院歷史語言研究所，1970），卷4，頁1207-1208稱商代甲骨文中，「自」實為「鼻」之象形字，則二者所指未嘗非一，只是不必有輕蔑冷笑之意罷了。

82 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷11，〈瘧病諸候〉，頁347。

83 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷10，〈刺瘧篇第三十六〉，頁480-481。

84 皇甫謐，《黃帝針灸甲乙經》，卷7，〈陰陽相移發三瘧第五〉，頁788。

85 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷11，〈瘧病諸候〉，頁349。

86 王懷隱編，《太平聖惠方》，卷52，〈治五臟瘧諸方〉，頁4955-4956。

本，五藏互有所傷，熱氣相侵」所致，病人除了一會兒四肢沈重、一會兒氣力倍加之外，也會出現精神恍惚、坐臥不安的現象，並且「或即多言，或即不語，多饒喜笑，妄見鬼神」⁸⁷。雖說「諸黃」皆如此，不過《太平聖惠方》僅在形容「心黃者」時提及「目赤，舌上生瘡，心悶喘急，多言無度，或笑或嘔」⁸⁸。至於其他黃症則不見善笑悲哭之狀。若考諸傳統醫經，並無專論黃症之篇。《素問》稱：「面腫曰風，足脛腫曰水，目黃者曰黃疸。」而前文討論心脈受病，患者確有「目赤黃」之說。不過，將諸黃或黃疸和喜笑掛勾，在醫史上是相當晚的事⁸⁹。

類似的情況也發生在形容厥病時。《甲乙經》稱：「厥頭痛，面浮腫，煩心，狂見鬼，善笑不休，發於外，有所大喜，喉痺不能言，豐隆主之。」⁹⁰將善笑與厥頭痛並言，又稱會出現狂見鬼的現象。然而考諸現存《靈樞》〈厥病〉篇，其中雖反覆形容「厥頭痛」之各種症狀，包括面腫煩心，又將之與「真頭痛」區隔，申論刺針治療之法，卻未提及善笑不休之狀⁹¹。《素問》〈厥論〉篇則完全不見與笑相涉的文字⁹²。《太素》甚至稱厥頭痛病人「心悲善泣」⁹³。如此說來，以笑作為厥病之一環，似乎亦是魏晉之後的現象。

(五)交鬼邪獨言哭笑

前已言及，孫思邈雖然將癲狂分論，卻不排除狂邪並言，在其形容中，喜笑

87 王懷隱編，《太平聖惠方》，卷55，〈治三十六種黃症候點烙論并方〉，頁5284。

88 王懷隱編，《太平聖惠方》，卷55，〈治三十六種黃症候點烙論并方〉，頁5286。此外，心黃病人也會「微微汗出，口乾舌短，起臥不安，神思恍惚，小便赤難，心下脹滿狀，如風悲哭，手亂捻物者難治」。

89 《普濟方》，〈黃疸門〉中引《太平聖惠方》，〈三十六黃症〉列「心黃」病人多饒喜笑；引北宋末《聖濟總錄》稱「氣黃」，「此黃亦令人多笑」；又稱「風黃」之病人愛笑。朱橚，《普濟方》，卷196，〈黃疸門·三十六黃〉，頁2693、2696；「聖惠方三十六黃證點烙論并方證」，頁2698。

90 皇甫謐，《黃帝針灸甲乙經》，卷7，〈六經受病發傷寒熱病第一下〉，頁779。

91 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷5，〈厥病第二十四〉，頁430-444。

92 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷11，〈厥論篇第四十五〉，頁578-589。

93 楊上善撰注，《黃帝內經太素》，卷30，頁8。今本《太素》中討論厥頭痛，分辨真頭痛，其文字和《靈樞》〈厥病〉篇大同小異。

並非單獨出現作為特定疾病的表徵，而是和悲哭恍惚交互發作，被視為中邪或交鬼的結果。孫思邈的看法並非前無古人。東晉葛洪《肘後方》中便載：「女人與邪物交通，獨言獨笑，悲思恍惚。」主張以雄黃去邪治療⁹⁴。不但指出鬼邪之病引起情志起伏變化，並且不排除女人在此類病變中可能具有主動性。自此，「女人鬼交」便和「鬼物相染」、「鬼邪著人」並列為鬼邪病的根源。宋齊間人深師所撰《僧深方》認為若遭「鬼物前亡，轉相染」，病人除消瘦、煩悶、失眠、手足熱、不能食之外，還會出現「或欲向壁悲涕，或喜笑無常」等情志變化，而主張以牛黃散治療⁹⁵。

巢元方討論風病候，其中一項為「鬼邪候」，主張「凡邪氣鬼物所為病也，其狀不同，或言語錯謬，或啼笑驚走，或癡狂悖亂，或喜怒悲笑，或大怖懼如人來逐，或歌謠詠嘯，或不肯語」，建議以針、新白布、刀等法器以巫術治療⁹⁶。不過，除此之外，他在〈婦人雜病諸候〉篇中又別立「與鬼交通候」，認為「婦人與鬼交通者，臟腑虛，神守弱，故鬼氣得病之也。其狀，不欲見人，如有對忤，獨言笑，或時悲泣是也」⁹⁷。由醫書的行文看來，鬼物相染、鬼邪著人，鬼邪帶有主動為病的意味，而患者並無特定的性別指涉，唯「女人鬼交」則病患似亦主動參與，並且限於女性，亦即鬼氣之所以能使婦人生病，乃因婦人與之交通，而導致言笑悲泣混亂交錯的症狀⁹⁸。針對鬼邪引起的喜笑無度，孫思邈除建

94 葛洪，《肘後備急方》，卷3，〈治卒得驚邪恍惚方第十八〉，頁45a。

95 王焘，《外臺秘要》，卷13，〈疰病相染易方〉，頁364b引。關於鬼物相染，討論見張嘉鳳，〈疾疫與相染——以《諸病源候論》為中心試論魏晉至隋唐之間醫籍的疾病觀〉，《臺大歷史學報》，27（台北，2001），頁37-82；後收入本書，頁157-199。

96 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷2，〈風病諸候·四十七、鬼邪候〉，頁65。

97 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷40，〈婦人雜病諸候·九十五、與鬼交通候〉，頁1149。

98 婦人鬼交成爲一種特定的婦人病，其醫療與社會文化意義的討論，見陳秀芬，〈在夢寐之間：中國古典醫學對於「夢與鬼交」與女性情欲的構想〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，81：4（台北，2010），頁701-736；後收入本書，頁77-108。

議以草藥治病，以禁咒巫術送鬼之外，亦提供灸法治療⁹⁹。

此後北宋《太平聖惠方》綜合諸家之說，針對或因「鬼物前亡，轉相染易」，或因「婦人風虛與鬼交通」所造成的悲笑無常之狀，分別提出牛黃散、朱砂散等藥方治療¹⁰⁰。同時，針對婦人「風邪、癲狂」，「或月水不通，凝血在室，熱入血室」，或「產後血邪攻心，臟腑虛弱」等情況，都認為會出現「啼泣不止，歌笑無度」，或「歌詠言笑，悲涕不止，便將是鬼魅魍魎」，或「邪煩驚怕，或啼或笑，或驚或恐，言無准憑，狀如鬼魅」等情志變化，而分別提出以防風散、桃人散或丹砂圓來處治¹⁰¹。雖然，男性癲狂中邪者亦難免出現歌笑驚恐之狀，但女性因月事或生產等特殊經驗，則被醫者視為不但可能招邪遇鬼，也比較容易情緒不穩。歌哭啼笑便成為診斷女性患者的一種重要判準了¹⁰²。

(六)小結

綜觀自古典醫經到隋唐醫方中對「笑疾」的形容和解釋，隱約可以窺得兩個發展。首先，喜笑、善笑與好笑，逐漸變成一種病徵，作為觀察病患的判準和描述之一。戰國到西漢中晚期成書的《內經》，對於喜笑不休的解釋主要有二：一為心臟和心脈受風所引起的實熱之狀；二為狂疾進程中的某個階段。《內經》雖也曾針對「痺」、「瘧」提出單篇分論，卻並未將「喜笑」乃至其他情緒變化當

99 孫思邈，《備急千金要方》，卷14，〈小腸腑·風癲第五〉，頁262a：「狂、癲、驚、走、風、恍惚、嘔、喜、罵、笑、歌、哭、鬼語，悉灸腦戶、風池、手陽明、太陽、太陰、足陽明陽蹻、少陽、太陰陰蹻、足跟。」《千金翼方》，卷30，〈禁經下·禁邪病第十五〉，頁853則載禁咒法送鬼。以灸法的起源來看，實亦具有驅除鬼邪的巫術色彩。李建民，〈艾火與天火——灸療法誕生之謎〉，《自然科學史研究》，21：4（北京，2002），頁320-331；後收入彭振坤主編，《古史考》（海口：海南出版社，2003），卷8，頁419-432。

100 王懷隱編，《太平聖惠方》，卷56，〈治轉症諸方〉，頁5371；卷70，〈治婦人與鬼交通諸方〉，頁6942。

101 王懷隱編，《太平聖惠方》，卷69，〈治婦人風邪癲狂諸方〉，頁6739；卷72，〈治婦人月水久不通諸方〉，頁7111；卷80，〈治產後血邪攻心狂語諸方〉，頁7934。

102 事實上，婦女性格較為脆弱，易為情志變化所苦的看法，從孫思邈〈婦人方〉中便可窺知。討論見李貞德，〈漢唐之間求子醫方試探——兼論婦科濫觴與性別論述〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，68：2（台北，1997），頁283-367。

作診病的判準。東漢的《難經》甚至以喜笑與否分辨癲與狂，換言之，妄笑歌樂等情志所代表的疾病是有所界定限制的。但在西晉初年皇甫謐的《黃帝針灸甲乙經》中，癲狂之間的區隔模糊化，而歌笑也不再限於形容狂疾患者。隋代巢元方描繪脾瘡、腎瘡，加入了喜笑情志的形容。而孫思邈除繼承前說，主張風熱、風痺會善笑不止外，亦稱中風患者，在「四肢不仁」的同時還會「善笑不休」¹⁰³。

其次，對於喜笑不休的治療，似乎有從放血、針灸轉向本草處治的發展軌跡。《內經》中針刺補瀉心氣虛實，指的是放血，《難經》則轉為以針法調氣。張仲景稱誤食楓菌可能善笑不止，並建議飲人糞、地漿水和大豆濃汁解毒。而葛洪、陶弘景等踵繼其說，可謂在以心病或癲狂之外的其他病源理論解釋喜笑不休的同時，也提出了以本草治療的方法。傳說為陶弘景所撰的敦煌佚書《輔行訣臟用藥法要》中，出現不少以草藥治療心實熱的方子。唯其描繪病症時雖提及善笑之狀，在治療時卻完全未及。爾後，從隋唐到宋代，不論風熱、風痺、癲狂或鬼邪所造成的喜笑，都有相對應的湯藥。《太平聖惠方》總結10世紀之前的本草藥方，特別是以往主要採用針灸治療的「心實熱」，到此時也大多以本草藥方調治。傳統中國醫學中刺針之用從放血到針灸，治療主流從針灸到草藥，學者已有申

103 或謂笑的表現通常伴有其他精神病症狀，如狂言、見鬼和喜怒無度等，而其治療藥方，如瀉心湯、芍藥湯和麻黃散等，則多為安神理氣等精神病患者的習用方劑，因此主張善笑、妄笑等症狀應列屬於精神疾病。筆者以為，以本文所羅列傳統醫書中描述的善笑不休，確實有不少可能是屬於現代精神疾病範圍內的症狀。但如中風菌毒或中風善笑之類，則恐怕應列為神經系統方面的病變，至於心氣實笑不休或多言自笑等，也可能只是情緒問題，是否可依據現代診斷方式視之為精神病，值得商榷。最重要的是，不論是精神病或神經病，都是現代醫學的疾病分類觀念，其中所涉，雖與傳統中國醫學有重疊之處，卻非古人理解或分類相關疾病的方法。本文依據古人的詞彙，以狂疾、病邪、鬼交等分類討論，並不在否認其中有現代精神病的症狀，而在說明以笑作為觀察各種疾病的症狀(不論是否為精神病)，從古代到中古有逐漸擴大化的傾向，藉此討論傳統中國醫者對於喜笑等情志的一般性態度。至於這種擴大化的傾向呈現了傳統中國醫學對精神性疾病在看法或診斷上什麼樣的轉變或發展，則是值得另文深入探討的問題。這方面，石田秀實分析見鬼藥和精神病，乃至與中古道教發展之間的關係，值得參考。石田秀實，〈見鬼藥考〉，《東方宗教》，96，(京都，2000)，頁38-57。

論¹⁰⁴。喜笑無度作為一種症狀，其自古以來的處理方式似也見證了此一發展。

從秦漢到隋唐，過度或失宜的笑，在醫書中愈發被視為一種病徵，用以形容多種疾病患者的面部表情或聲音反應。不論前述各種疾病是否真會引發患者喜笑不休，對於醫書的作者而言，善笑確實引起注意並且被記錄下來了。至北宋末總輯醫方之《聖濟總錄》則特別立〈善笑〉一部，將笑作為觀察各種疾病的徵兆之一¹⁰⁵。亦即，前述的討論不在於確認哪些疾病引發笑的症狀或徵兆，哪些是醫者誤判，而是在指出醫書傳鈔添錄的過程中，醫者逐漸將患者是否善笑當作一種診斷的線索¹⁰⁶。如此看來，雖然陸雲並未被診斷為心病、癲狂或誤食楓菌，陸機卻不以乃弟之行止為然，而稱其大笑不止為笑疾，似乎是可以理解的。不過，陸雲大笑，是因他看到可笑的景象而樂不可支，他的笑和心情息息相關。此點，卻並非醫書描述笑疾時所刻意著墨之處。究竟對於診病療疾的醫者而言，笑是什麼呢？

三、笑是樂不可支抑或身不由己

從先秦到隋唐，善笑益發被視為病徵，然而，病人的情緒卻未必是醫者描繪時的重點。從《素問》、《靈樞》到《病源論》、《千金方》，醫書並未明言病人笑時的心理狀態。「善笑不休」指的是笑個不停的樣子，至於病人的情緒如何，則不一定。醫書有時雖稱「喜笑不休」，但「喜」若釋作「喜好」，所指與「善笑不休」實無大異。在形容心病症狀時，醫者稱患者在喜笑不休的同時，還會出現面紅、目黃、口乾、掌熱，乃至心痛的情形。其中除面紅、目黃和笑不休，醫者可由觀察得知之外，口乾、掌熱和心痛恐怕都還需透過患者自己陳述。

104 廖育群，《岐黃醫道》（瀋陽：遼寧教育出版社，1991）。

105 〔宋〕·趙佶編，《聖濟總錄》（北京：人民衛生出版社，1962），卷43，〈心臟門〉，頁825-826。

106 也就是說，有些疾病可能真的會引發善笑之狀，而古代醫者未加記錄，晉唐以降才加以補載；有些疾病可能以今日的醫學知識理解，根本和善笑無關，卻逐漸出現在晉唐之間的醫書之中。然而，就本文的題旨而言，不論在疾病診斷上的「真相」如何，以笑為病症的觀念和記錄確實逐漸增加。

而這些感覺，和喜樂的情緒如何參佐並存，從醫書的描述看來，似乎不論對病人或對醫者都不造成疑問或困擾。這時的笑是樂不可支，抑或是身不由己？當醫書作者以「笑」來描述病患時，指的究竟是什麼呢？

(一) 笑是快樂的聲音

前已言及，《靈樞》〈本神第八〉稱：「心藏脈，脈舍神，心氣虛則悲，實則笑不休。」神(或是心氣)作為人生存活動的一種作用力，是由心來主管收藏的。心的地位在古代中國對於人體的認識中曾經發生變化。古人描述人體，春秋以前主要針對皮毛、四肢等表面部位來形容，到戰國時代則逐漸發展到五臟六腑等內部的理解¹⁰⁷。而「心」，不論是在醫經或是在諸子典籍之中，一直具有使役和主導的重要地位¹⁰⁸。戰國末期到西漢中晚期，以氣為本的經脈理論逐漸體系化，方技之家認為人身體的氣會因時間方位而盛衰起伏，此種變化透過干支、陰陽、五行等數術符號來表述，而經脈和五臟六腑之間的關係，也藉由此種數術的機制建立起來¹⁰⁹。其中，「心」或許因早期的重要性，在和其他臟腑並論時仍居於首位¹¹⁰，但在和氣並論時，則與其他臟腑相當，僅負責人生存活動各種

107 杜正勝，〈形體、精氣與魂魄——中國傳統對「人」認識的形成〉，《新史學》，2：3（台北，1991），頁1-66。

108 杜正勝，〈形體、精氣與魂魄——中國傳統對「人」認識的形成〉，「第三節心與氣居人體地位的析辨」，《新史學》，2：3，頁13-22。

109 李建民討論古代中國各種經脈理論的競爭、整合，及其體系化的過程，稱此種建立在干支、陰陽、五行等機制之上的身體表述為「數術的身體觀」。李建民，《死生之域——周秦漢脈學之源流》，頁166，以及〈第五章 數術的身體觀〉，頁205-241。

110 如河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷5，〈口問第二十八〉，頁478：「心者，五臟六腑之主也。」卷6，〈師傳第二十九〉，頁495：「五臟六腑，心為之主。」此外《素問》亦稱：「心者，君主之官也，神明出焉。」而肺、肝、膽、膻中、脾胃、大腸、小腸、腎、三焦和膀胱則分別為相傳之官、將軍之官、中正之官、臣使之官、倉廩之官、傳道之官、受盛之官、作強之官、決瀆之官和州都之官。有賴「主明則下安」，倘若「主不明則十二官危」。郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷3，〈靈蘭秘典論篇第八〉，頁128-130。因此李建民主張：「五臟六腑以五臟為中心，五臟學說又以心為主軸，而與脈最密切的臟器也是心。」李建民，《死生之域——周秦漢脈學之源流》，頁225。

作用力中的一部分。反之，氣則通流於天地之間，出入人體內外，以感應的方式聯繫人的身體和天地¹¹¹。

在上述的人體觀念中，心所分配到的責任區是「神」，而其他臟腑也和心一樣，各有所司。《素問》〈調經論篇第六十二〉主張人體五臟各有所藏，稱：「心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，腎藏志。」¹¹²《靈樞》〈本神第八〉所言相同，並說明五臟虛實所造成的各種身體反應¹¹³。《素問》〈陰陽應象大論篇第五〉則將東西南北中五方和肝心脾肺腎五臟排比並論，稱南方生熱，「在藏為心」、「在聲為笑」、「在志為喜」，由心主導喜樂的情緒，發而為聲則是笑（表四）：

天有四時五行，以生長收藏，以生寒暑燥濕風。人有五藏化五氣，以生喜怒悲憂恐……東方生風……在藏為肝……在聲為呼……在志為怒。怒傷肝，悲勝怒……南方生熱……在藏為心……在聲為笑……在志為喜。喜傷心，恐勝喜……中央生濕……在藏為脾……在聲為歌……在志為思。思傷脾，怒勝思……西方生燥……在藏為肺……在聲為哭……在志為憂。憂傷肺，喜勝憂……北方生寒……在藏為腎……在聲為呻……在志為恐。恐傷腎，思勝恐……。¹¹⁴

五臟各有所司，情志聲音歸其藏管。倘若具有破壞力的「邪氣」，從人體的毫毛、腠理，進入皮肉、筋脈，乃至六腑五臟，則疾病將愈發難以治療。因此，優秀的醫生會在邪氣尚未深入之前阻止它繼續前進¹¹⁵。醫者觀察病人症狀、判

111 關於心和氣孰輕孰重的辯論，見杜正勝，〈形體、精氣與魂魄——中國傳統對「人」認識的形成〉，「第四節 以氣為本的經脈體系之形成」，《新史學》，2：3，頁22-33。

112 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷17，〈調經論篇第六十二〉，頁746。

113 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷2，〈本神第八〉，頁183。並見表三。

114 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷2，〈陰陽應象大論篇第五〉，頁83-90。

115 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷2，〈陰陽應象大論篇第五〉，頁100。關於其中所展現的身體觀，亦即人體作為一種有層次的空間，討論見 Shigehisa Kuriyama, *The Expressiveness of the Body: and the Divergence of Greek and*

斷其病因，除了察言、觀色之外，最重要的技術是「診脈」。經脈和臟腑的聯繫機制建立之後，按脈所得的資訊，便和察言觀色所得的印象一樣，可以作為判斷臟腑之病的基礎。亦即，邪氣入侵雖僅至於毫毛，「上醫」仍能從患者的神色聲調中察覺，醫其「未病之病」¹¹⁶。倘若已深入臟腑，則診脈便能透露病情。《靈樞》的作者認為，脈的變化至少有緩、急、小、大、滑、澀六種，各種又分「甚」、「微」等程度之別。而表現狂笑症狀的病人，倘若按其「心脈」，應當出現「緩甚」的脈象¹¹⁷。

換言之，醫者在談「笑」時，將之視為情緒喜樂所發出的聲音。既然發出聲音，顯然不是抿嘴安靜的微笑(smile)，而是會哈出氣來的大笑(laugh)。醫書中著重發聲而非露齒與否，是與禮書不同之處¹¹⁸。一個人心情喜樂，便可能發聲而笑。然而若笑不得時，難以控制，便需要治療。即使如此，患病而笑是否便表示心情不佳卻不由自主呢？倒也未必。過喜或妄喜，醫者認為也是生病的表現。《內經》所言「神有餘則笑不休」、「心氣實則笑不休」，與「神不足則悲」、「心氣虛則悲」對論，笑和喜顯然是相提並論，並且和悲傷的情緒對立，只是有時高興過頭了。《病源論》稱脾瘧患者會一反常態，嗔喜無度，又說「正言自笑」是「脾病聲之候」，而腎瘧患者則會「開口笑」。此外，因鬼邪為病或與鬼交的婦人悲喜交錯導致哭笑相間，這些都顯示妄笑可能是因妄喜而發出的聲音。

(續)——

Chinese Medicine, pp. 164-165.

- 116 [漢]張仲景，《傷寒論》(台北：知音出版社，1990)，下編，〈平脈法第二〉，頁623稱：「上工望而知之，中工問而知之，下工脈而知之。」孫思邈稱：「上醫聽聲，中醫察色，下醫診脈。」又稱：「上醫醫未病之病，中醫醫欲病之病，下醫醫已病之病。」孫思邈，《備急千金要方》，卷1，〈序例〉，頁3a。事實上，這類對醫家的要求和判準，可說自古即然，扁鵲見齊桓而謂「君有疾在腠理」、張仲景預告王仲宣二十年後的健康狀況、華陀警告劉季琰九年後患病復發等，都是這類的故事。
- 117 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷1，〈邪氣臟腑病形第四〉，頁93。
- 118 阮元校，《儀禮》，卷40，頁473，以及《禮記》(台北：藝文印書館，1981)，卷2，頁43，皆以父母有疾，則「笑不至矧」，言不露齒而笑。《禮記》，卷7，頁129，孔穎達疏則稱：「凡人大笑則露齒本，中笑則露齒，微笑則不見齒。」而君子則「樂至則微笑」。以笑的大小、是否露齒來區分君子小人，一方面可見禮書重點不在聲音，另一方面亦可見不以喜笑為然的態度。關於笑的社會規範，及其區隔人我的社會功能，將是筆者未來繼續研究的重點之一。

不過另一方面，醫書形容心脈受病患者在身痛心煩的同時仍善笑不休，卻似乎將笑和喜樂之情區隔開了。此外，醫者對於中毒或中風所引起笑的症狀，也未曾提及情緒方面的問題。既然身體疼痛或四肢不仁，則醫者所觀察到的「笑」又是什麼呢？似乎是指一種表情，它牽動臉部並且發出聲音¹¹⁹。

(二)笑是牽動臉部的表情

當醫者形容情緒未必喜樂的患者「善笑不休」時，似乎是觀察到了一種不由自主的表情和舉止。以漢、唐僅見的兩則狂病妄笑故事為例，記錄者便未刻意說明患者是否喜樂。漢代韋玄成爲讓爵位予其兄而「陽爲病狂」，他裝病的表現方式一爲「臥便利」，另一則爲「妄笑語昏亂」，企圖以妄笑來表現自己得了狂病。雖然唱作俱佳，但「士大夫多疑其欲讓爵辟兄」，最終經朝廷查證爲詐病而無效¹²⁰。前已言及，《靈樞》和《難經》以笑與哭區別狂與癲，直到《甲乙經》才有混同而論的現象，而古典醫經稱狂者妄笑好歌樂，顯然是因病患情緒高昂。這則故事顯示，至少在漢代，一般人仍是將笑和狂(而非癲)連結。不過，韋玄成妄笑時是否「自高賢、自辨智、自尊貴」就不得而知了。

病狂而笑，未必心情愉快，《明皇雜錄》中的另一則故事便可佐證：

開元中，有名醫紀明者，吳人也。嘗授秘訣於隱士周廣，觀人顏色談笑，便知疾深淺，言之精詳，不待診候。上聞其名，徵至京師，令於掖庭中召有疾者，俾周驗焉。有宮人每日晷則笑歌啼號，若中狂疾，而又足不能及地。周視之曰：「此必因食且飽，而大促力，頃復仆于地而然

119 不過，癱瘓病人出現幻覺般的欣喜感以致嘴角如微笑般牽動的說法，在達爾文的著作中也曾出現過。Charles Darwin, *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, with a preface by Margaret Mead (New York: Specially pub. for the Brunswick Subscription Co. by D. Appleton & Co., 1915), p. 203. 感謝王文基教授提示。此外，癲癇性腦部病變的患者，亦會善笑不休，討論見Robert R. Provine, *Laughter: A Scientific Investigation*, p. 154.

120 [漢]班固，《漢書》(北京：中華書局，1962)，卷73，〈韋玄成傳〉，頁3108-3109。關於此次詐病及其意義的討論，見李建民，〈漢代「移病」研究〉，《新史學》，12：4，頁1-24。

也。」周乃飲以雲母湯，既已，令熟寐，寐覺，乃失所苦。問之，乃言：「嘗因太華公主載誕三日，宮中大陳歌吹，某乃主謳者，懼其聲不能清，且長食狍蹄羹，遂飽，而當筵歌數曲。曲罷，覺胸中甚熱，戲於砌臺，乘高而下，未及其半，復有後來者所激，因仆于地，久而方蘇而病狂，因茲足不能及地也。」上大異之。¹²¹

依《明皇雜錄》的記載，這名宮人是因飲食舉止失當而得了狂疾，其症狀一是每日定時「笑歌啼號」，一是「足不能及地」。笑歌啼號和古典醫經描述狂疾相似。不過醫經中並未描述患者定時發作，而這名宮人雖然妄笑，卻絲毫不見喜樂之情。故事中醫者以雲母湯治病。按《神農本草經》的說法，雲母「味甘，平。主身皮死肌，中風寒熱，如在車船上，除邪氣，安五臟，益子精，明目。久服輕身延年」¹²²。雖然並未明言對狂疾有效，但既能除邪氣、安五臟，又可治療身皮死肌，或因此而被名醫隱士採用來處理病人。此處雲母所對治的「身皮死肌」，可能僅指足弱而不能履地的症狀，也可能包括了不由自主的笑歌啼號。倘若是前者，則妄笑似不在醫者對症下藥的考慮範圍內，和前述敦煌《輔行訣臟腑用藥法要》以大小瀉心湯治療心病相類。倘若是後者，則醫者觀察和診治的笑症，其實是一種皮膚肌肉不聽使喚的現象。

善笑不休未必心情愉快。《病源論》中的心病患者，主訴疼痛部位擴及軀幹和四肢；《千金方》稱中風患者四肢不仁卻喜笑不休；《太平聖惠方》中因月事、產育而虛脫的婦人依舊「歌笑無度」。明明身體或疼痛或失去知覺，卻仍笑個不停，顯然不是樂不可支，而是一種牽動肌肉皮膚的臉部表情和身體動作。古代中國並無西方解剖學中肌肉(muscles)的觀念，但人的表情舉止會牽動頭、面、肢、體卻是有目共睹，不言可喻的¹²³。只是這種牽動的現象，中國醫學傳

121 [唐]鄭處誨，《明皇雜錄》（北京：中華書局，1994），〈逸文·四八、周廣之醫術〉，頁54；李時珍，《本草綱目》，卷8，〈金石部一〉，頁509，「雲母」條轉引自唐慎微。

122 [梁]陶弘景著，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》（北京：人民衛生出版社，1994），卷2，〈玉石三品·上品·雲母〉，頁134。

123 西方醫學中對肌肉認識的演變發展，及其與中國醫學的差異，討論見Shigehisa

統主要仍以「氣」的運作來理解。不論是情緒昂揚得樂不可支，或是不由自主的身體反應，笑都表現了氣的運轉乃至流失。

四、笑、氣與養生

有關傳統醫學中氣的身體觀，論者多矣。在氣交通內外、聯繫天人的認識之下，笑不只是聲音或表情，更是氣的流動，此點從古人對「解頤」的詮釋可以一窺究竟。而為了存氣，避免亡精費氣，傳統醫家不但建議少笑養傷，甚至主張少笑養生。

(一)喜則氣緩，令人解頤

善笑不休，可能如陸雲一般失去平衡、跌落水中，也可能因合不攏嘴而下巴脫臼。這在後代醫書中稱為「解頤」的現象，在漢唐之間的醫書中不見案例，但作為一種形容詞，倒是自漢代就已出現了。《漢書》〈匡衡傳〉稱「匡說詩，解人頤」，如淳註曰：「使人笑不止也。」¹²⁴匡衡講解《詩經》，是否妙趣橫生至令人下巴脫臼，後來的學者有不同的看法。宋代周密《齊東野語》釋「解頤」，稱：

匡衡好學，精力絕人，諸儒爲之語曰：「無說詩；匡鼎來，匡說詩，解人頤。」蓋言其善於講誦，能使人喜而至於解頤也。至今俗諺以人喜過甚者，云：「兜不上下頤。」即其意也。本朝盛度，以第二名登第，其父喜甚，頤解而卒。又岐山縣樊紀登第，其父亦以喜而頤脫，有聲如破甕。按醫經云：「喜則氣緩，能令致脫頤。」信非戲語也。¹²⁵

(續)——

Kuriyama, "Muscularity and Identity," in *ibid.*, *The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine*, pp. 111-152.

¹²⁴ 班固，《漢書》，卷81，頁3331。

¹²⁵ [宋]周密，張茂鵬點校，《齊東野語》（北京：中華書局，1983），卷6，頁102。

周密似乎秉持「寧可信其有」的態度看待匡衡的故事。他一方面舉當代兩個例子，證明喜出望外會導致下巴脫臼甚至一死一傷，另一方面則引醫書解釋其原理在於「喜則氣緩」。周密的看法，明代陸容《菽園雜記》則不以爲然，稱「盛、樊二事，偶過喜而有此異，當時聞衡說詩者豈至此哉」¹²⁶，認爲「匡說詩，解人頤」只是形容匡衡講得好，令人喜悅之狀，不能認爲真有下巴脫臼之事。

「解頤」作爲一種形容詞，漢代以降似多用於描繪令人愉快的文采。《晉書》〈儒林傳〉描寫周漢以降文風，包括「解頤飛辯」¹²⁷。梁代劉杳爲贊二首，並以所撰文章送請沈約評賞，沈約回信稱讚劉杳詩文「解頤愈疾」¹²⁸。而梁中宗講《老子》，據說「談折撻辯，間以嘲謔，在座者相顧解頤」¹²⁹。陳代陸瑜受皇太子命抄撰子集，未竟而卒，太子哀之，稱陸瑜之博學善文，「未不聞者心伏，聽者解頤」¹³⁰。此種文采，有令人喜笑的感染力，並且不僅止於「會心的微笑」，而是有脫臼危險的大笑不止。《隋書》〈經籍志〉收有陽玠松所撰《解頤》二卷，便是在小說類中與《笑苑》、《世說》並列¹³¹。換言之，解頤和笑脫不了關係，其結果雖然令人尷尬，卻通常事出有因，是令人喜出望外的情境。

不過，現存漢唐之間的醫籍，並不見解頤一詞。解頤作爲一種需要治療的病狀，似首見於宋代張杲的《醫說》。針對下巴脫臼，張杲主張：「不能收上，用南星末，薑汁調塗兩頰，一夜即上。」¹³²天南星舊稱虎掌，《神農本草經》稱

126 [明]陸容，佚之點校，《菽園雜記》（北京：中華書局，1985），卷13，頁158-159。

127 房玄齡等，《晉書》，卷91，頁2367。

128 [隋]姚察、[唐]姚思廉，《梁書》（北京：中華書局，1973），卷50，頁715-716。

129 李昉編，《太平御覽》，卷615，頁2895b，引《梁書》稱此次於敬賢殿講老子，「僕射王褒執經，百僚皆預講席」。唯查《梁書》，卷5，頁134，僅元帝承聖三年(554)在龍光殿講老子，雖仍稱尚書左僕射王褒爲執經，卻未提元帝嘲謔解頤之講經風格。

130 姚察、姚思廉，《陳書》（北京：中華書局，1972），卷34，頁463-464。

131 [唐]魏徵、[唐]長孫無忌等，《隋書》（北京：中華書局，1973），卷34，頁1011。頁1052註則引姚考曰：「此處解頤即談藪之異名。」

132 李時珍，《本草綱目》，卷17，〈草部六·虎掌天南星〉，頁1190引。

「主治心痛、寒熱、結氣、積聚、伏梁、傷筋痿拘緩、利水道」¹³³，宋代蘇頌稱「唐人中風痰毒方中用之，乃後人採用，別立此名爾」¹³⁴，李時珍《本草綱目》則稱：「虎掌、天南星，乃手足太陰脾肺之藥。味辛而麻，故能治風散血；氣溫而燥，故能勝濕除涎；性緊而毒，故能攻積拔腫而治口喎舌糜。」¹³⁵笑得過火以致下巴脫臼，以解剖學的角度來看，是關節錯失而骨骼移位，不過，古人卻有不同的理解。周密以「喜則氣緩」說明「人喜過甚」將「令致脫頤」，完全不提大笑，似乎從調氣的角度解釋了病因，略過了如淳所稱「笑不止」的面部表情和身體動作，當然也就不涉及肌肉骨骼之類的觀念。張杲以虎掌、天南星收脫臼之下頤，從李時珍的解說看來，重點亦不在關節歸位的物理治療，而在攻積散血的調氣原理。考察現存醫經，「喜則氣緩」之說首見於《素問》〈舉痛論篇第三十九〉，其中將「喜則氣緩」和其他八種氣的狀況並論，視為致病之源：

帝曰：善。余知百病生於氣也，怒則氣上，喜則氣緩，悲則氣消，恐則氣下，寒則氣收，炅則氣泄，驚則氣亂，勞則氣耗，思則氣結。九氣不同，何病之生？¹³⁶

今本《素問》校注曰：「九氣皆以病言，緩當為緩散不收之意。」¹³⁷不過，這段話中並未提及氣緩令人脫頤。而略查傳世醫經和經方，也不見氣緩導致脫頤的說法。此外，黃帝提問之後，岐伯回答氣影響所及的病理，稱「喜則氣和志達，榮衛通利，故氣緩矣」，相對於其他八種狀況，會導致自嘔血、飧泄至喘

133 陶弘景著，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》，卷5，〈草木下品·虎掌〉，頁373。

134 李時珍，《本草綱目》，卷17，頁1185引。

135 李時珍，《本草綱目》，卷17，頁1187。現代中醫藥研究指出，傳統醫書中稱為虎掌或天南星者至少有五種屬於半夏類的植物，其中成分多具有抗驚厥和祛痰的作用。中國醫學科學院藥物研究所編，《中藥志》（北京：人民衛生出版社，1982），「天南星」條，頁25-37。

136 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷11，〈舉痛論第三十九〉，頁510。

137 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷11，〈舉痛論第三十九〉，頁511，注3。

息、汗出等程度不同的症狀，似乎看不出喜則氣緩有何不妥¹³⁸。巢元方《病源論》雖然也繼承「百病皆生於氣」的觀點，傳抄《素問》九氣致病病機，但也未明言喜則氣緩有何不妙¹³⁹。倒是劉宋陳延之《小品方》以大黃等十七物合製的「七氣丸」治療寒、怒、喜、憂、恚、愁、熱七氣時，說明了各種氣對身體造成的傷害，具體提到了喜氣的問題：

七氣丸，治七氣。七氣爲病，有寒氣、怒氣、喜氣、憂氣、恚氣、愁氣、熱氣。此七氣爲病，皆生積聚，堅牢如壞在腹中，心痛煩怨，不能飲食，時去時來，發作有時，每發痛欲絕也。其寒氣則吐逆，心下脹滿；其熱氣則恍惚悶亂，常如眩冒，失精；其怒氣則不可當，熱病上蕩心，短氣欲絕，不得息；其恚氣則積聚心下，不得食飲；其喜氣則不可疾行久立；其憂氣則不可苦作，臥不安席；其愁氣則怒忘，置物四旁，不復憶處，四肢手足跗腫，不得舉。亦治產生早起中風餘疾也。¹⁴⁰

陳延之主張喜氣能影響行立的耐力，似乎和前引狂病「歌笑啼號」、「足不能及地」相似。不過陳延之既未提起喜則氣緩之說，相較之下，喜氣也不比其他六氣來得嚴重。但無論如何，「喜氣」在漢唐之間醫家的論述中，似乎並不具有正面

138 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，卷11，〈舉痛論第三十九〉，頁510-511：「岐伯曰：怒則氣逆，甚則嘔血及飧泄，故氣上矣。喜則氣和志達，榮衛通利，故氣緩矣。悲則心系急，肺布葉舉，而上焦不通，榮衛不散，熱氣在中，故氣消矣。恐則精卻，卻則上焦閉，閉則氣還，還則下焦脹，故氣不行矣。寒則腠理閉，氣不行，故氣收矣。炅則腠理開，榮衛通，汗大泄，故氣泄。驚則心無所依，神無所歸，慮無所定，故氣亂矣。勞則喘息汗出，外內皆越，故氣耗矣。思則心有所存，神有所歸，正氣留而不行，故氣結矣。」

139 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷13，〈氣病諸候·上氣候〉，頁391。

140 〔南朝宋〕陳延之，高文鑄輯注，《小品方》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁36-37，輯自丹波康賴，《醫心方》，卷10。七氣丸方：「大黃十分，炮；人參三分，椒二分，熬；半夏三分，炮；烏頭五分，炮；桔梗三分，細辛三分，茺藟三分，熬；乾薑三分，昌蒲三分，茯苓三分，芎藭三分，紫苑三分，甘草三分，石膏三分，柴胡三分，桃人三分，凡十七物，治合下篩，和以蜜，酒服如梧子三丸，日三，不知，稍增以知，至十九爲度。」

意義。而笑亦然。

醫書中治療金創傷口時，多標明「禁大語笑」：

《葛氏方》云：金創，忌嗔怒、大言、大笑、思想陰陽、行動作力、多食飲鹹酸、飲酒、熱羹臠，皆使創痛。創瘡後百日、半年，乃稍稍復常耳。¹⁴¹

《葛氏方》中記載類似以外科手術治療嘴傷和兔唇，禁止病人「大語笑」一百天¹⁴²，以灸法治療因舉重導致陰顏的病人，亦稱養傷期間，不應言笑勞動¹⁴³。

《千金方》說法類似，並加強語氣，令養傷之病人「勿舉重、大語、怒言、大笑」¹⁴⁴。這類禁忌，一方面可從避免撕裂以利皮肉復原的觀點來理解，但另一方面其基礎卻並不在於身體結構或器官功能，而是從「存氣」的角度來考量。此類禁忌中經常「言笑」并言，一方面佐證笑是一種聲音，另一方面可知其影響的不只是面部的表情，亦包括臟腑之氣。正因為笑一如呼、哭、歌、呻等其他發出聲音的動作，會透過氣之吞吐左右心肝脾肺腎等五臟的情況，故而更宜謹慎。

141 丹波康賴，《醫心方》，卷18，頁14b，「治金創禁忌第十三」引。王焘，《外臺秘要》，卷29，頁784b，「金瘡禁忌序一首」引《肘後》同，稱：「凡金瘡去血，其人若渴當忍之。常用乾食並肥脂之物以止渴。慎勿鹹食。若多飲粥葷，則血溢出殺人，不可救也。又忌嗔怒大言笑。」

142 丹波康賴，《醫心方》，卷5，頁33b，「治唇嫩破方第四十一」引：「《葛氏方》又云：唇卒有傷缺破敗處者方，刀鋒細割開，取新殺獐鹿肉，以對補之。患免缺又然，禁大語笑，百日。」史籍另有一則治療兔唇的實例。房玄齡等，《晉書》，卷85，頁2217-2218載：晉人魏詠之生而免缺，自覺相貌殘醜，聽聞荊州刺史殷仲堪帳下有名醫能療之，遂造訪求診。仲堪召醫視之，醫囑割補患處後，尚須「百日進粥，不得語笑」。術後，詠之果「閉口不語，唯食薄粥」至癒。

143 丹波康賴，《醫心方》，卷7，頁9a-b，「治陰顏方第八」：「《葛氏方》：治人超躍舉重卒得陰顏方……又方：以蒲度口廣倍之，申度以約小腹中大橫理，令中央正對臍，乃灸兩頭及中央三處，隨年壯，善自養，勿言笑勞動。」

144 孫思邈，《千金方》，卷24，頁443a。《千金翼方》，卷28，〈針灸下〉，頁800，「脫肛第七」亦同，並稱：「勿勞動、作役、大言、大怒、大笑。」

(二)少笑養生

言笑乃損精耗氣的活動，因此自古以來醫書皆認為多笑不宜，有礙養生。《靈樞》稱「喜樂者，神憚散而不藏」，「肺喜樂無極則傷魄，魄傷則狂」，顯然喜笑並不比恐怒悲憂等情緒來得健康，不特別被古典醫家所推崇¹⁴⁵。葛洪稱「喜樂過差，傷也」、「久談言笑，傷也」，將之與「才所不逮，而困思之」、「力所不勝，而強舉之」、「悲哀憔悴」、「汲汲所欲」、「寢息失時」、「挽弓引弩」、「沈醉嘔吐」、「飽食即臥」、「跳走喘乏」、「歡呼哭泣」，以及「陰陽不交」等相提並論，視為養生大忌¹⁴⁶。六朝《養生方》稱：「笑多，即腎轉腰痛。」以為和「飲食即臥令腰痛疼」一樣，是「氣病」之源¹⁴⁷。隋代巢元方《病源論》、唐代孫思邈《千金方》和王燾《外臺秘要》皆引以為戒，說明「笑過多，即腎轉動，令人腰痛」¹⁴⁸，將喜笑過度視為致病原因之一。

北魏張湛《養生要集》引《少有經》，主張「行十二少」：

少思、少念、少欲、少事、少語、少笑、少愁、少樂、少喜、少怒、少好、少惡，行此十二少，養生之都契也。多思即神殆，多念則志散，多欲則損智，多事則形疲，多語則氣爭，多笑則傷臟，多愁則心攝，多樂則意溢，多喜則忘錯昏亂，多怒則百脈不定，多好則專迷不治，多惡則焦煎無歡。此十二多不除，喪生之本，無少無多者，幾於真人也。¹⁴⁹

145 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上冊，卷2，〈本神第八〉，頁177、179。

146 [晉]葛洪著，王明校釋，《抱朴子內篇校釋》（北京：中華書局，1985），〈極言第十三〉，頁223。

147 丹波康賴，《醫心方》，卷6，〈治卒腰痛方第七〉，頁12a，引《養生方》。《養生方》，《隋書》和兩《唐書》〈經籍志〉和〈藝文志〉皆未見。學者查9世紀末《日本國見在書目錄》中有《養性方》，稱或許為同一書。見太田典禮等編，李永熾譯，張禮文校訂，《醫心方中日文解說》，〈引用書解說〉，頁21。

148 巢元方著，丁光迪等主編校注，《諸病源候論校注》，卷5，頁144引；王燾，《外臺秘要》，卷17，頁467a，引《病源論》，並稱《千金》同。

149 丹波康賴，《醫心方》，卷27，〈養生·大體第一〉，頁2b引。

以「無少無多」為目標調節情志，笑當然也不宜。養生醫方除了克制思、欲、愁、惡之類的「負面情緒」之外，也以爭氣、傷臟、意溢、忘錯昏亂為由而主張應盡量避免言笑喜樂。日常生活已然如此，服食修煉更需注意。陶弘景警告「喜怒損志，哀戚損性」，視為「學道之大忌，仙法所疾也」¹⁵⁰。曇鸞表示：「四大不調有二，或外或內，寒熱飢虛飽飢疲勞為外起，名利喜怒聲色滋味念慮為內起。」¹⁵¹《養生要集》則稱：

凡服氣及符水斷穀，皆須山居靜處，安心定意，不可令人卒有犯觸而致驚忤者，皆多失心……。例不欲多言笑、舉動、亡精費氣，最為大忌。¹⁵²

言笑並論，在《少有經》看來，「多語則氣爭，多笑則傷臟」，「氣爭」或表現喘不過氣來之狀，或影響體內氣的調節，都有礙健康。而笑太多傷及臟腑，《少有經》並未指明，《中經》則認為會「損肺傷腎」：

《養生要集》云：「《中經》曰：『人語笑欲令少，不欲令聲高。聲高由於論義理、辨是非、相嘲調、說穢慢，每至此會，當虛心下氣，與人不能。若過語過笑，損肺傷腎，精神不定。』」¹⁵³

多語過笑，「損肺傷腎」，和前述醫方中所稱「心病」無關。按《靈樞》中臟與

150 陶弘景，《真誥》（上海：商務印書館，1939），卷5，〈甄命授〉，頁66。

151 [宋]張君房，《雲笈七籤》（上海：涵芬樓據明清真館影印，1929），卷59，引《曇鸞法師服氣法》。唯曇鸞此人似非道士，而是僧人。魏徵、長孫無忌等，《隋書》，卷34，〈經籍志〉，頁1046載釋曇鸞著，《論氣治療方一卷》；[後晉]劉昫，《舊唐書》（北京：中華書局，1975），卷47，〈經籍志〉，頁2050載《調氣方》一卷，為僧人釋鸞所撰；[宋]歐陽修、[宋]宋祁，《新唐書》（北京：中華書局，1975），卷59，〈藝文志〉，頁1568則稱《調氣方》為僧鸞所撰。三者所指似為一，並與張君房所引同。

152 丹波康賴，《醫心方》，卷27，〈養生·用氣第四〉，頁21b引。

153 丹波康賴，《醫心方》，卷27，〈養生·言語第八〉，頁27b引。

體的排比看來，醫者擔心的是語笑過度將消耗氣(對應肺)與精(對應腎)¹⁵⁴。放在養生脈絡中，精神不定的導因在於人際互動所造成的情志變化。節制情緒激動之道，在「與人不競」，避免陷入爭論的情境。最穩當的作法，無非迴避人事。關於此點，孫思邈在其養性法中發揮得淋漓盡致。

孫思邈稱養性之道，在於「常欲小勞，但莫大疲」，身體如此，情緒亦然。除莫久行、久立、久坐、久臥、久視、久聽之外，也不宜憂思、悲愁、汲汲於所欲、惻惻懷忿恨。大怒、大懼自不待言，「多言」、「大笑」亦「皆損壽命」。他繼承葛洪的觀點，反對喜樂過差、久談言笑¹⁵⁵；又延續《少有經》的說法，主張十二少，認為「語笑無度、思慮太深，皆損年壽」¹⁵⁶；並且提倡養生「須慎言語」，進一步限定語笑的時空，如「不用寢臥多言笑」、「行不得語」、「勿觸冷開口大語為佳」，主要都為避免「失氣」，和前述養生醫方「言笑舉動，亡精費氣」的觀念一致¹⁵⁷。為了減少語笑以保存精氣，迴避人事，勢在必行。孫思邈主張養生以退居為宜，「家事付與兒子，不得關心」，最好到離家五十里一百里之處獨居，僅挑選一兩個可靠的弟子服侍自己，倘若有親故鄰里來訪，出遊範圍以「百步」為宜，如果只是串門子坐坐，則應量力，「宜談笑簡約

154 或謂前引郭靄春主編，《黃帝內經素問校注》，卷20，〈五常政大論篇第七十〉，頁926-927：「赫曦之紀，是謂蕃茂……其經手少陰、太陽；手厥陰、少陽。其臟心肺。其病笑，瘡，瘡瘍，血流，狂妄，目赤……。」指出肺與笑病的關聯。不過，按《校注》的說法，此處「其臟心肺」乃「心勝肺」之意，其旨仍在說明心與笑病相繫之狀。此外，手少陰乃心經，手太陽乃小腸經，手厥陰心包經和手少陽三焦經等，皆非與肺相對應之經脈。倒是殘本《明堂》經文論手太陰肺經上的列缺穴時，曾提及主治善笑之狀。黃龍祥輯校，《黃帝明堂經輯校》，頁138。不過，除此一例之外，皆不見其他古典醫經或後世醫方提及手太陰肺經與笑的關係。甚至以保存《明堂》經文著稱的《黃帝針灸甲乙經》亦未見此說。

155 孫思邈，《千金方》，卷27，〈養性·養性序第一〉，頁477b。

156 孫思邈，《千金方》，卷27，〈養性·道林養性第二〉，頁478b。

157 孫思邈，《千金方》，卷27，〈養性·道林養性第二〉，頁479b：「寢不得言語者，言五臟如鐘磬，不懸則不可發聲。行不得語，若欲語須住乃語，行語則令人失氣。冬至日，止可語不可言。自言曰言。答人曰語。言有人來問，不可不答，自不可發言也，仍勿觸冷開口大語為佳。」

其趣，才得歡適，不可過度耳」¹⁵⁸。而欲求長壽，最終不僅需「少」且需「無」，亦即避絕人事，消滅所有情志變化：

養老之道，無作博戲強用氣力，無舉重，無疾行，無喜怒，無極視，無極聽，無大用意，無大思慮，無吁嗟，無叫喚，無吟吃，無歌嘯，無啼啼，無悲愁，無哀慟，無慶吊，無接對賓客，無預局席，無飲興，能如此者，可無病長壽，斯必不惑也。¹⁵⁹

從古典醫經和中古醫家養生求壽的角度來看，不僅多語過笑有害健康，即令其所從出的喜樂之情也是能免則免。笑不休固然是需要治療的疾病，平常的大笑也不宜太多。若想長生不老，則對喜笑的態度和對悲哭、怒吼等等最好一視同仁：避之唯恐不及。

五、結論：諸情不宜，多笑無益的養生文化

陸雲大笑而不能自己，雖然既未引起心痛或癱瘓，也未曾經醫者診治，卻被不以爲然的陸機指爲「笑疾」。本文以陸雲的故事爲起點，探討古代醫經和中古醫方中對「笑疾」的診斷和治療，發現笑被醫者視爲一種症狀，作爲患病判準的現象有逐漸擴大的趨勢。從早期心病和狂疾導致善笑不休，到漢魏六朝癲疾、中毒和臟瘡等病，都被認爲可能引發開口出聲的笑。而婦人或因鬼交，或因產育，特別容易情緒起伏，笑不得時，在唐宋以降的醫方中著墨尤多。針對各種導致喜笑症狀的疾病，醫者採取刺針放血、針灸調氣、灸法送鬼，乃至草木肉膾入藥等各種治療方式。

當醫者以笑來形容所觀察到的病患時，或指因情緒喜樂而發出的聲音，或指其咧嘴開口的面部表情和身體動作。但不論如何，在自漢代便已確立以氣爲本的

158 孫思邈，《千金翼方》，卷14，〈退居·養性第五〉，頁400。

159 孫思邈，《千金翼方》，卷12，〈養性·養法大例第三〉，頁366-367。

身體觀念中，笑並非肌肉骨骼的運動，而是「氣」作用的結果。現代學者或謂人類哈哈大笑時以吐氣為主，和黑猩猩(chimpanzee)吞吐各一有所不同，而主張此或即人能言語而猩猩不能之緣由¹⁶⁰。雖然傳統醫書並未提出此類言笑功能相連的觀察，不過，養生醫方確實經常言笑並舉，且基於「亡精費氣」而主張少笑養生。喜則氣緩被視為病源之一，宋代文人甚至有「喜則氣緩，令致脫頤」的說法。

自古醫書皆以笑為人正常的表情和動作。《千金方》稱小兒「凡生後六十日瞳子成，能咳笑應和人」¹⁶¹，《太平聖惠方》明言：「生後六十日，目瞳子成，始笑識人。」¹⁶²笑正是發育到能夠與人互動的一種表現。然而自先秦到隋唐，醫書中可說完全不見對笑的正面論述，笑大多以症狀的方式出現。養生醫方更以人際互動多語過笑有害健康，連日常生活中的喜笑也不以為然。雖然沈約曾以「解頤愈疾」來稱讚他人文采，但以笑治病的醫案，現存最早的記錄似見於金代醫家張子和的〈十形三療〉。其中記載兩例，一為病人聞父喪，悲哭心痛，月餘結塊，諸藥無效，張子和見「巫者在其傍，乃學巫者，雜以狂言，以謔病者，至是大笑不忍，回面向壁。一、二日，心下結塊皆散」¹⁶³。另一例則為婦人厭食暴怒，歷經半年而群醫束手，張子和稱此難以藥治，乃先命二娼「塗丹粉，作伶人狀，其婦大笑。次日又令作角觥，又大笑」，終使病婦「不數日而怒減食增，不藥而瘥。後得一子」¹⁶⁴。對於前一例，張子和的解釋為：「《內經》言

160 討論見Robert R. Provine, "Chimpanzee Laughter, Speech Evolution, and Palcohumorology," in *ibid.*, *Laughter: A Scientific Investigation*, pp. 75-98. 人笑時和黑猩猩不同的發聲法，見圖三，引自p. 82。

161 孫思邈，《千金方》，卷5，頁73b；《千金翼方》，卷11，頁311。

162 王懷隱編，《太平聖惠方》，卷82，〈小兒受氣法〉，頁8068。

163 張從正，《儒門事親》，卷7，〈十形三療二·內傷形·因憂結塊一百〉，頁206。

164 張從正，《儒門事親》，卷7，〈十形三療二·內傷形·病怒不食一百一〉，頁207。傳統中國醫方以產育功能論述女性身體，筆者已有專論。其中，在說明女性病人真正痊癒時，好以能夠生子作為預後良好的證明。此處張子和稱病婦「後得一子」，即為一例。產育、疾病和女性身體之相關討論，見李貞德，〈漢唐之間求子醫方試探——兼論婦科濫觴與性別論述〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，68：2，頁283-367；〈漢唐之間家庭中的健康照顧與性別〉，收入黃克武主編，《第三屆國際漢學會議論文集：性別與醫療》（台北：

憂則氣結，喜則百脈舒和。又云喜勝悲。」¹⁶⁵然而如前所述，《靈樞》以喜樂令神憚散為不宜，《素問》〈舉痛論〉雖稱「喜則氣和志達，榮衛通利，故氣緩矣」，卻是放在九氣皆能致病的脈絡中來談。至於五情相勝，以前引《素問》之說，當為「喜勝憂」，而悲思所勝者乃恐怒之情，與張子和所宣稱的「喜勝悲」並不相同¹⁶⁶。至於後一例，以喜勝怒，則更無醫經基礎。《儒門事親》在此例之後加按語，稱：「醫貴有才，若無才，何足應變無窮？」則此二醫案中的治病方法，顯為張子和之發明¹⁶⁷。事實上，張子和之後，現存醫籍中亦未見其他鼓勵大笑治病或養生的說法¹⁶⁸。

其實，諸情不宜，多笑無益的態度，並非醫家所特有。自先秦以來，道家養生即採此說。《莊子》稱「人大喜邪毗於陽，大怒邪毗於陰」¹⁶⁹，又稱「悲樂者，德之邪；喜怒者，道之過；好惡者，德之失。故心不憂樂，德之至也」¹⁷⁰，以惡欲喜怒哀樂為累德¹⁷¹，不宜入於胸次¹⁷²。倘若安時順處，則「哀樂不能入

(續)

中央研究院近代史研究所，2002)，頁1-49。

- 165 張從正，《儒門事親》，卷7，〈十形三療二·內傷形·因憂結塊一百〉，頁206。
- 166 郭霽春主編，《黃帝內經素問校注》，頁80，說明醫經中或以「悲」和「思」互用，以為：「蓋言悲者，以悲能勝怒；舉思者，以思為脾之志也。」而五情相勝中，悲勝怒、恐勝喜、怒勝思、喜勝憂、思勝恐。
- 167 張從正，《儒門事親》，卷7，〈十形三療二·內傷形·病怒不食一百一〉，頁207。不過，如前註50中所引另一醫案，張子和治療笑不休是以滄鹽，而非五情相勝之說(如恐勝喜)。如此看來，雖然張子和對心病的詮釋加上了火的因素，其對笑不休的態度還是承襲傳統醫家的，惟在以笑治病的醫案中可以看出他對喜笑的態度異於前人。
- 168 朱橚，《普濟方》，卷259，〈食治門〉，頁4371「食治飴粥」篇，介紹以山藥、粟黃、紅粳、白糯米等材料煮粥養生，稱「治粥為生命之源」，其效果為「香異味奇，神清意樂，喜則氣緩」，似乎是將「喜則氣緩」視為正面而非負面的形容。此種對喜氣的正面說法在醫書中屬難得一見。
- 169 [周]莊周著，[清]郭慶藩輯，王孝魚整理，《莊子集釋》(北京：中華書局，1995)，卷4下，外篇，〈在宥第十一〉，頁365。
- 170 莊周著，郭慶藩輯，王孝魚整理，《莊子集釋》，卷6上，外篇，〈刻意第十五〉，頁542。
- 171 莊周著，郭慶藩輯，王孝魚整理，《莊子集釋》，卷8上，雜篇，〈庚桑楚第二十三〉，頁810。
- 172 莊周著，郭慶藩輯，王孝魚整理，《莊子集釋》，卷7下，外篇，〈田子方第二十一〉，頁714。

也」¹⁷³。《管子》則稱：「能去憂樂喜怒欲利，心乃反濟。」¹⁷⁴《淮南子》更將情志變化與健康疾病掛勾，主張「人大怒破陰，大喜墜陽，薄氣發瘡，驚怖為狂，憂悲多患，病乃成積，好憎繁多，禍乃相隨。故心不憂樂，德之至也」¹⁷⁵。魏晉以降如嵇康(223-263)之論養生者，亦追求「愛憎不棲於情，憂喜不留於意，泊然無感，而體氣和平」之狀態¹⁷⁶，認為「世人不察」，導致「喜怒悖其正氣，思慮銷其精神，哀樂殃其平粹」¹⁷⁷，因此宣稱「不盪喜怒，平神氣，而欲卻老延年者，未之聞也」¹⁷⁸。

這類看法在後世教導修行的著作中不斷出現，六朝隋唐養生家固多承襲，而宋明以降醫書亦相繼徵引¹⁷⁹。宋代張杲《醫說》勸戒喜怒以惜元氣，稱「多笑則臟傷，多樂則語溢，多喜則忙錯昏亂」，引為孫思邈之言¹⁸⁰。陳直《壽親養老新書》稱任元受自言母老多病，乃因「或以飲食，或以躁濕，或以語話稍多，或以憂喜稍過」¹⁸¹。明末沈仕所輯《攝生要錄》則承襲中古以來醫說，稱：「書云：談笑以惜精氣為本，多笑則腎轉腰痛，多語則傷神……。」¹⁸²可見傳

173 莊周著，郭慶藩輯，王孝魚整理，《莊子集釋》，卷2上，內篇，〈養生主第二〉，頁128；卷3上，內篇，〈大宗師第六〉，頁260。

174 [周]管仲，吳汝綸點勘，《管子》(台北：臺灣中華書局，1970)，卷16，〈內業第四十九〉，頁1b(185)。

175 [漢]劉安撰，[漢]高誘注，《淮南子》(上海：上海古籍出版社，1989)，卷1，〈原道篇〉，頁12。

176 [魏]嵇康，《嵇中散集》(上海：中華書局，1936)，卷3，〈養生論〉，頁3b。

177 嵇康，《嵇中散集》，卷3，〈養生論〉，頁4a。

178 嵇康，《嵇中散集》，卷4，〈答難養生論〉，頁10b。

179 張君房，《雲笈七籤》，卷62，引《姑婆服氣親行要訣問答法》：「喜怒亡魂，卒驚亡魄。」卷91，《九守》，〈守弱第九〉：「能至於無樂也，即無不樂也，即至樂之極矣……是故無所喜，無所怒，無所苦。」皆與上古以來無喜無悲的養生求道思想一脈相承。

180 [宋]張杲，《醫說》(台北：臺灣商務印書館，1983景印文淵閣四庫全書)，卷9，頁7-10「孫真人養生銘」、「孫真人養生雜訣」、「孫真人十二多」等條。不過，從本文之考察可知，北魏張湛之《養生要集》即已言此，或可說是當時養生醫家的共識。

181 [宋]陳直，[元]鄒鉉續增，《壽親養老新書》(翠琅玕館叢書，1915)，卷4，〈古今嘉言善行七十二事〉，頁8。

182 [明]沈仕，《攝生要錄》(上海：上海藝文出版社，1991)，頁14，「談笑」條。

鈔轉錄，大意無別，而如本文所述，中古醫籍以笑為症狀的例子，有增無減。傳統中國的養生文化，對於悲憂恐怒固不以為然，對喜樂歡笑，亦無甚好感¹⁸³。

醫家對笑的態度，至近代始有所轉變。20世紀初的醫者丁福保引「紐約格致報」答人問哀樂之損益，可說發前人所未發。其辭曰：

人情苦則悲，樂則笑。悲哀最足傷人，人所共知；而歡笑最能益人，人所未知。今有格致士，考得人之歡笑，若不過度，則能補腦髓，活筋絡，舒營衛，消食滯，遠勝於服食藥餌。今人之過為凝重者，每禁孩子嬉笑，是誠窒礙孩子之生機。至若成人，如欲免疾病者，則無論勞心勞力，而每日應有片刻閒暇，逢場作戲，以資笑樂可也。若終歲抱憂，毫無樂趣，吾知壽數尚不能永，安能保其無疾病也。¹⁸⁴

而今人提倡快樂養生，稱正面的情緒有益健康，甚至標榜一日大笑數次，既可瘦身美容，又可延年益壽¹⁸⁵。即使嚴肅的心理學和神經學研究尚不能確定大笑養生的機制為何，現代醫學界仍不反對人們保持愉快的心情，經常喜樂大笑¹⁸⁶。

183 事實上，就魏晉南北朝的數百年而言，一方面戰火時起、死喪難免，另一方面世族同居、婚喪頻繁，通觀當時禮典廷議，士大夫為了決定人際之間的親疏尊卑，針對喪服禮制的討論可謂如火如荼，因此對於哭的對象、場合、時間長短等多所討論。換言之，哭可以說是受到眾所矚目、詳盡規範，乃至習以為常的一種情緒表現。笑則不然。關於養生醫家之外，中古社會其他階層人士對於笑的態度，是值得繼續探討的課題。

184 丁福保編纂，《新訂第四版衛生學問答》（上海：廣業書局，1902），頁48。感謝雷祥麟教授提供此資料。

185 笑口常開有益健康的說法，在各種通俗醫療刊物上屢見不鮮。各種醫療網站亦充斥著相關訊息，可說已成為現代人的「常識」了。或稱美國醫師宣導大笑將增強體內抗癌組織和免疫力，見<http://health.healthonline.com.tw/article/p212.html>；或稱德國教授研究發現大笑具有減肥效果，見<http://999.6to23.com/Public/Fitness/200204/13147520020429.htm>；或稱美國馬里蘭大學研究團隊發現大笑可以防止心臟病，此發現由馬里蘭大學心臟病預防中心主任米勒爾在New Orleans, Louisiana舉辦之美國心臟學會會議上發表，見<http://www.drugsky.com/ztcx/gxbb/yf/yf04.htm>。

186 討論見Robert R. Provine, "Laughing Your Way to Health," in *ibid.*, *Laughter: A Scientific Investigation*, pp. 189-208.

對於笑的態度轉變，乃至對於情緒表達的看法，說起來竟然是現代與傳統決裂的表現之一呢¹⁸⁷！

本文部分初稿曾於2001年11月20日中央研究院歷史語言研究所「生命醫療史研究室」月會中報告，與會學者討論熱烈，並承林富士、李建民、邱澎生、黃克武諸位教授和陳昭明醫師提供重要意見及寶貴資料。撰寫和修改期間，又蒙廖育群、雷祥麟、王文基諸位教授、陳映燁醫師和《中央研究院歷史語言研究所集刊》兩位審查人不吝賜教，並賴謝雅婷和曾齡儀兩位小姐協助整理文稿，在此一併致謝。本文原發表於《中央研究院歷史語言研究所集刊》，第75本第1分，台北，2004，頁99-149。

表一 臟腑陰陽氣盛之夢(據《靈樞》，卷五，〈淫邪發夢第四十三〉)

臟腑陰陽	夢	治療
陰氣盛	涉大水而恐懼	至而瀉之，立已
陽氣盛	大火而燔	同上，以下亦同
陰陽俱盛	相殺	
上	飛	
下	墮	
甚飢	取	
甚飽	予	
肝氣盛	怒	
肺氣盛	恐懼、哭泣、飛揚	
心氣盛	善笑、畏恐	
脾氣盛	歌樂、身體重不舉	
腎氣盛	腰脊兩解不屬	

187 歐洲中古社會因受基督教末世觀影響，亦有不以喜笑為然者，唯西方傳統醫學是否也視喜笑於健康無益，則有待深入研究。歐洲傳統對笑的態度，討論見Barry Sanders, *Sudden Glory: Laughter as Subversive History* (Boston: Beacon Press, 1995).

表二 五臟主脈得病內外證(據《難經》，〈十六難〉)

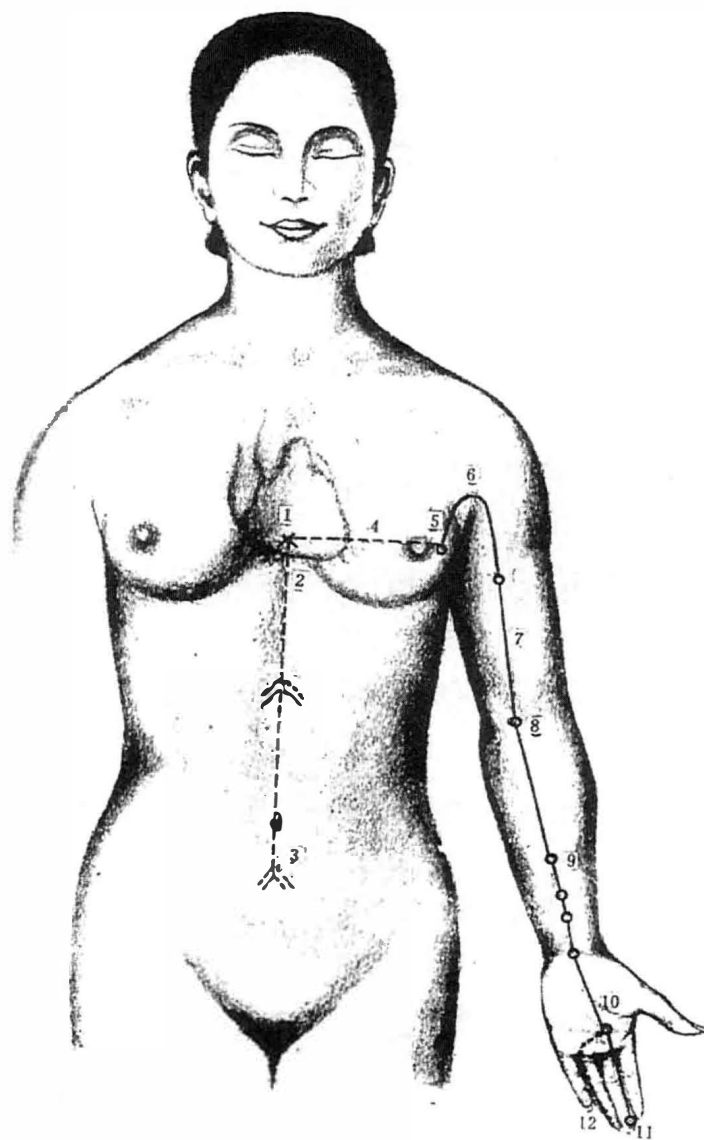
臟	外證	內證	其病
肝	善洁、面青、善怒	臍左有動氣，按之牢若痛	四肢滿、閉淋癢、溲便難、轉筋
心	面赤、口乾、喜笑	臍上有動氣，按之牢若痛	煩心、心痛、掌中熱而腕
脾	面黃、善噫、善思、善味	當臍有動氣，按之牢若痛	腹脹滿、食不消、體重節痛、怠惰嗜臥、四肢不收
肺	面白、善嚏、悲愁不樂、欲哭	臍右有動氣，按之牢若痛	喘咳、洒淅寒熱
腎	面黑、善恐欠	臍下有動氣，按之牢若痛	逆氣、小腹急痛、泄如下重、足脛寒而逆

表三 五臟虛實及其身體表現(據《靈樞》，卷一，〈本神第八〉)

臟	體	所藏	虛	實
肝	血	魂	恐	怒
心	脈	神	悲	笑不休
脾	營	意	四肢不用	五臟不安，經溲不利
肺	氣	魄	鼻塞不利，少氣	喘喝，胸盈仰息
腎	精	志	厥	脹，五臟不安

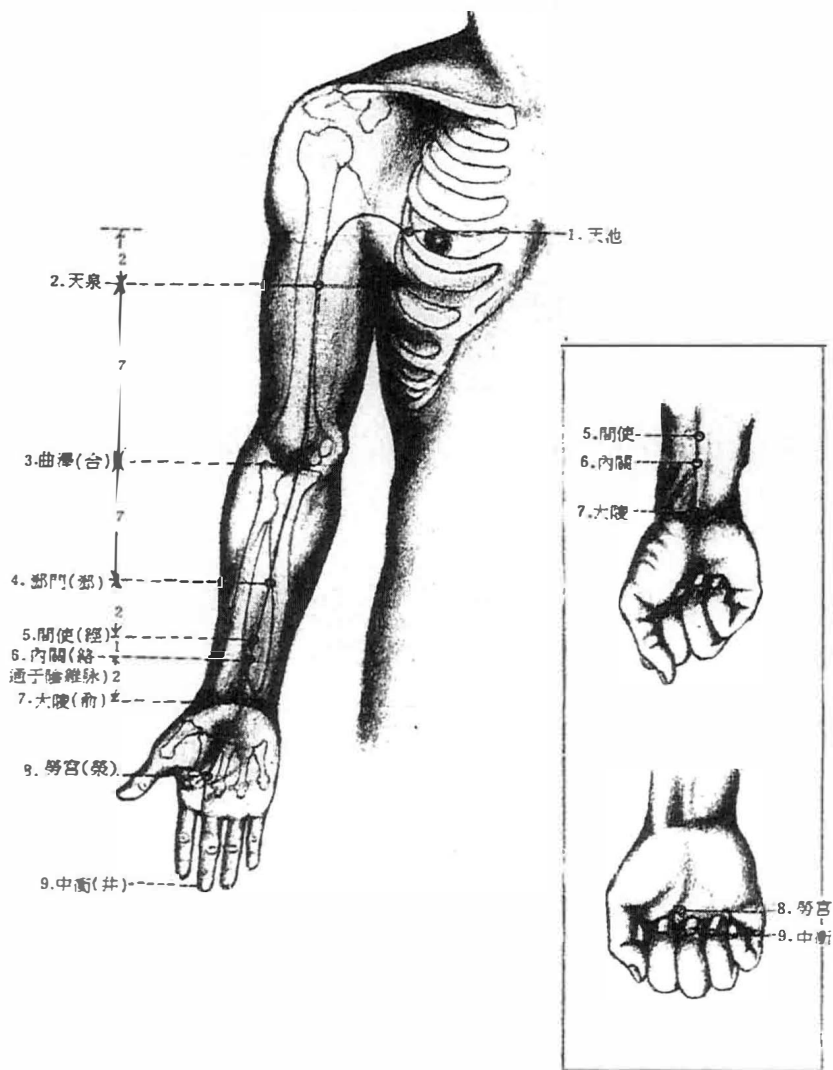
表四 五臟與天時、情志之對應
(據《素問》，卷二，〈陰陽應象大論篇第五〉)

方	天	地	體	臟	色	音	聲	變動	竅	味	志
東方	風	木	筋	肝	蒼	角	呼	握	目	酸	怒
南方	熱	火	脈	心	赤	徵	笑	憂	舌	苦	喜
中央	濕	土	肉	脾	黃	宮	歌	噦	口	甘	思
西方	燥	金	皮毛	肺	白	商	哭	咳	鼻	辛	憂
北方	寒	水	骨	腎	黑	羽	呻	慄	耳	鹹	恐



圖一 手厥陰心包絡之脈的巡行路線

(引自陸瘦燕、朱汝功原著，《針灸腧穴圖譜》，頁72。)



圖二 手厥陰心包絡經穴圖

(引自陸瘦燕、朱汝功原著，《針灸腧穴圖譜》，頁74。)



圖三 比較人與黑猩猩之笑

(引自 Robert R. Provine, *Laughter: A Scientific Investigation*, p. 82.)

第五章

「疾疫」與「相染」：

以《諸病源候論》為中心試論魏晉至隋唐之間醫籍的疾病觀

張嘉鳳(國立臺灣大學歷史學系副教授)

本文以現存中國第一本病因、病理與證候學專論《諸病源候論》(610)為中心，輔以魏晉至隋唐時期其他醫學典籍，深入探究醫者如何認識與分類傳染性疾疫，與建立相關的病因學理論。本文發現，魏晉至隋唐時期的醫者確有疾疫相染的觀念，然而，疾疫相染易與否並非疾病分類主要的標準。《諸病源候論》對於疾病病因的理解，傾向於「一候(病)多源」，以為疾疫相染的原因，或由於外在力量，抑或導源於內外交迫，或失之於飲食與勞倦等等，不止一端。雖然《諸病源候論》建立相當系統化的醫學理論，嘗試詮釋與掌握能相染易的疾疫之病因及其相染與傳播之途徑，但值得注意的是，作者在字裡行間透露出其中仍有若干隱晦或不確定的因素。

本文在研究方法上，既不以現代生物醫學為標準而解讀古代文獻，亦不以現代醫學為準則而批判或表彰古人的醫學成就。本文強調將醫學典籍還原回其歷史情境中，審慎分析其內容、脈絡及其與當代思潮之間的互動關係。

本文在研究過程中，特意分別呈現醫者與一般人對於能相染疾疫的病源與相染途徑之見解，互相對照，以突顯不同專業與身分之間的異同，並藉此觀察疾病、醫學與社會之動態聯繫。

魏晉至隋唐之間，政治與社會動盪的原因之一，殆因疾疫迭起。世人除了傷逝之外，普遍相信疾疫相染與鬼物致病，遂有逃疫遷徙與棄置親人之舉，以及畏懼歸然、驅疫厭勝與立祠崇拜之事，而與當世孝義精神與倫理價值有所齟齬，凡此種種，均不斷加深社會對於疾疫的集體焦慮。醫者身處其間，一方面做營生立命之圖，建立專業的醫學理論；另一方面則心存悲憫，提供醫療服務與預防方

法，裨益當世。醫者建構的疾疫相染觀念與相關理論，不論是賡續前代醫學，或融入醫者的敏銳觀察，均能反映當時社會思想與文化的若干基調。

生有七尺之形，死唯一棺之土，唯立德揚名，可以不朽，其次莫如著篇籍。疫癘數起，士人彫落，余獨何人，能全其壽？

——曹丕與王朗書

一、前言

有關中國古代傳染病史的研究，前賢多以「中國古代醫學是否曾發展出與近代西方醫學相同或近似的傳染理論」為重點進行研究，並已得到豐富的成果¹。然而，此一前賢所提出的問題及其研究方法與目的，往往以現代西方醫學為唯一的標準，檢視中國古代醫學的水準，判斷其優劣程度，藉以彰顯中國醫學的成就或不足。本文雖亦以「傳染」為討論的主題之一，但是，筆者卻擬提出與前賢不同的問題，採取不同的研究方法，以特定的醫學典籍為中心，深入探究特定歷史時期的醫者如何面對傳染性疾疫，從而研究這些醫者的疾病觀，藉此了解中國古代醫學在該時期的部分發展，以及疾病與醫學的互動關係。同時，筆者亦將這些醫者應對疾疫的具體方法，置入當時的歷史脈絡中討論，以便深入採擷古代社會與文化的部分風貌，進一步窺探疾病、醫學與社會之間的動態聯繫。

魏晉至隋唐時期，既曾出現昌明富強的盛世，也曾歷經政治與社會的動盪。值得注意的是，當時的歷史文獻，留下許多疾疫流行的記錄，這些史料透露出哪些重要的時代訊息？醫者身處其中，既有觀察這些疾疫的機會，又有參與治療的實際經驗，他們如何面對與處理這些疾疫？他們怎樣描述與分類這些疾疫？他們如何理解與詮釋疾疫的病源及其「相染」的現象與途徑？他們的見解與當時社會

1 謝學安，〈我國古代對疾病傳染性的認識〉，《中華醫史雜誌》，13：4（北京，1983），頁193-198；李經緯，〈《諸病源候論》的病因學研究〉，《中華醫史雜誌》，21：3（北京，1991），頁129-134；馬伯英，〈中國古代主要傳染病辨異〉，《自然科學史研究》，10：3（北京，1991），頁280-287；《中國醫學文化史》（上海：上海人民出版社，1994），頁571-612。

上一般人有何異同？這些異同反映出怎樣的時代風貌？為解答上述問題，本文擬以現存第一本病因、病理、證候學專論——隋朝巢元方編纂的《諸病源候論》(610)——為中心²，輔以魏晉到隋唐之間其他的醫學典籍，並兼及醫籍以外的史料，深入討論之。

二、魏晉至隋唐之間的疾疫及其影響

魏晉至隋唐之間，史冊頗多疾疫、疫癘等記錄，除了威脅個人健康之外，近則殃及親朋鄉里，例如晉朝高山令夏方年少時，「家遭疫癘，父母伯叔群從死者十三人」³；又如魏文帝書與元城令吳質：「昔年疾疫，親故多離其災，徐〔幹〕、陳〔琳〕、應〔瑒〕、劉〔楨〕，一時俱逝。」⁴大規模流行疾疫所帶來的災難，更可能擴及州縣，甚而無遠弗屆，譬如晉武帝咸寧元年(275)十一月，京都大疫，死者至十萬人⁵；北魏獻文帝皇興二年(468)十月，豫州疫，疫死的人數更高達十四、五萬⁶；再如唐高祖武德初年(618-627)，關中地區「多骨蒸病」，「得之必死」，甚至「遞相傳染」，以至於「諸醫無能療者」⁷；至若唐代宗寶應元年(762)，江東大疫，「死者過半」⁸，其情狀嚴重可見一斑。此外，史籍亦不乏短期之內疾疫頻傳的事例，比如唐太宗貞觀十五年至十八年(641-644)，竟有十四州分別傳出疫情⁹，勢必對當時的社會有所衝擊。

既然大規模流行的疾疫帶來慘重死傷，世人遂往往為之傷逝或焦慮，早在西

2 本文所採用的《諸病源候論》版本，係1988年由丁光迪等編寫、審定的校注本，關於該書之作者與版本等相關問題，請參見該校注本之〈校注說明〉和〈校注後記〉。〔隋〕巢元方著，丁光迪主編，《諸病源候論校注》(北京：人民衛生出版社，1991)(以下簡稱爲《諸病源候論校注》)。〈校注說明〉，頁5-18；〈校注後記〉，頁1560-1589。

3 〔唐〕房玄齡等撰，《晉書》(北京：中華書局，1974)，卷88，頁2277。

4 〔晉〕陳壽，《三國志·魏書》(北京：中華書局，1973)，卷21，頁608，注1。

5 〔梁〕沈約，《宋書》(北京：中華書局，1974)，卷34，頁1009。

6 〔北齊〕魏收，《魏書》(北京：中華書局，1974)，卷112，頁2916。

7 〔後晉〕劉昫等撰，《舊唐書》(北京：中華書局，1975)，卷191，頁5091。

8 〔宋〕歐陽修、〔宋〕宋祁，《新唐書》(北京：中華書局，1975)，卷36，頁957。

9 歐陽修、宋祁，《新唐書》，卷36，頁956。

漢時期王充就有「溫氣疫癘，千戶滅門」之語¹⁰；東漢獻帝建安二十二年(217)，「癘氣流行」，曹植更有「家家有僵尸之痛，室室有號泣之哀。或闔門而殤，戶覆族而喪」之嘆¹¹。魏晉以降，「郡境連歲疾疫」的結果，往往造成「死者太半」或「死者枕藉於路」¹²，不但導致「棺木尤貴，悉裹以葦席，棄之路傍」¹³，更使得「家室怨曠，百姓流離」，人口銳減「民戶浸寡」與「郡縣荒虛，田疇蕪曠」的結果¹⁴，影響經濟生產力與國力，以至於官吏「聞此之日，心若焚燎」¹⁵，可見疾疫流行是當時社會不安與政治動盪的原因之一。

大規模流行的疾疫影響人類歷史，亦可從軍事活動得到例證。兩軍對峙，衝鋒殺敵與短兵相接固然帶來傷亡，除此以外，軍士死傷的主要原因，還包括疾疫。疾疫所折損的人數，甚至較之戰死者猶多。魏晉以迄隋唐之間，史籍不乏此類記載，例如赤烏九年(246)，孫權出兵圍珠崖及夷州，結果造成「士疾疫死者十有八九」¹⁶；又如隋高祖開皇十八年(598)，「漢王諒師遇疾疫而旋，死者十八九」¹⁷。由此可見，征途之中，疾疫帶來的死亡率，確可能比兩軍廝殺更爲慘烈，無怪乎一旦有疾疫流行的傳言，軍隊中往往出現騷動¹⁸。

敵軍對壘交鋒之際，疾疫肆虐導致人口損失，尤以圍城之戰最鉅。抵禦外侮的一方因爲閉城鏖戰，封閉對外的聯繫，城內人口過度聚集，又因飲食、用水與衛生等問題，遂淪爲疾疫肆虐的溫床，譬如梁武帝逐步完成其霸業的過程中，郢

10 [漢]王充著，黃暉校釋，《論衡校釋》(台北：臺灣商務印書館，1968)，卷2，頁42。

11 [曹魏]曹植，《曹植集校注》(北京：人民文學出版社，1984)，卷1，頁177。

12 沈約，《梁書》(北京：中華書局，1973)，卷52，頁758；劉昫等撰，《舊唐書》，卷5，頁110。

13 沈約，《梁書》，卷52，頁758。

14 陳壽，《三國志·魏書》，卷1，頁32；《三國志·吳書》，卷57，頁1335-1336。

15 陳壽，《三國志·吳書》，卷57，頁1335-1336。

16 陳壽，《三國志·吳書》，卷60，頁1383。

17 [唐]魏徵等撰，《隋書》(北京：中華書局，1974)，卷2，頁43-44。雖然《北史》對於該次疾疫死亡人數的記載僅有「死者十二三」，但此疾疫促使「漢王諒師遇疾疫而旋」則一也。[唐]李延壽，《北史》(北京：中華書局，1987)，卷11，頁422。

18 陳壽，《三國志·魏書》，卷15，頁481，注2。

城在請降之前，「將佐文武男女口十餘萬人，疾疫流腫死者十七八」¹⁹；再如梁武帝時侯景叛變，「初，城圍之日，男女十餘萬，貫甲者三萬，至是疾疫且盡，守埤者止二三千人，並悉羸懦」²⁰，可見疾疫確曾在圍城戰爭中造成嚴重傷亡，而軍民的大量損耗則或直接影響戰爭成敗。魏晉至隋唐之間，疾疫決定戰爭的勝負²¹，其最著名者莫若赤壁之戰，曹操軍隊因「大疫，吏士多死者」，被迫引兵北返，劉備遂取得荊州與江南諸郡²²，天下鼎足三分的局勢至此底定，影響深遠。

歷經許多疾疫的肆虐，魏晉至隋唐時人並未低估疾疫對軍事與政治的重大影響，因此，在研商或決定作戰策略時，常常將疾疫因素列入考慮。譬如黃龍三年(231)，公孫淵再度叛變，孫權意欲親征，薛綜指出公孫氏所在之地「鬱霧冥其上，鹹水蒸其下」，「善生流腫」，甚至「轉相滂染」，孫權遂聽其勸諫，取消親征²³。又如唐貞觀元年(627)，唐太宗下詔發江淮甲卒征討馮盎，魏徵以「天下初定，創夷未復，大兵之餘，疫癘方作」為理由之一，建議唐太宗罷兵²⁴。此外，不僅中土人士慮及大規模疾疫，經常入寇唐朝的吐蕃因曾受阻於疾疫，「及春則多遇疾疫而退」，於是其寇邊的時機「恆以秋冬」²⁵。

除了軍事活動之外，旅行與遷移亦促使人們更直接地面臨疾疫的衝擊。魏晉以降，北方人士開始較積極向南開發與遷徙，在此一北南接觸與交流的過程中，南來之北人或因無法適應南方的氣候與地理環境，遂遭遇許多特殊的疾病問題²⁶，嶺南地區常見的「瘴癘」最為著例之一。當時北人前往南方，不少罹患

19 沈約，《梁書》，卷1，頁11；李延壽，《南史》（北京：中華書局，1975），卷6，頁174。

20 李延壽，《南史》，卷80，頁2006。

21 疾疫決定戰局勝負，尤其是傳染性疾疫影響軍事作戰與政局變化最為顯著，參見W.H. McNeill, *Plagues and Peoples* (Garden City, N.Y.: Anchor Books, 1976)。

22 陳壽，《三國志·魏書》，卷1，頁30-31。

23 陳壽，《三國志·吳書》，卷53，頁1253-1254。

24 歐陽修、宋祁，《新唐書》，卷110，頁4113；[宋]司馬光，《資治通鑑》（北京：中華書局，1976），卷192，頁6138-6139。

25 劉昫等撰，《舊唐書》，卷196，頁5256。

26 關於南方地理環境與疾病的關聯，請參見蕭璠，〈漢宋間文獻所見古代中國南方的地理環境與地方病及其影響〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，63：1（台北，1993），頁67-171。

「瘴癘」的實例，例如隋朝征流求，「士卒深入，蒙犯瘴癘，餒疾而死者十八九」²⁷；又如唐代醫者王燾貶守房陵量移大寧郡途中，「自南徂北，既僻且陋」，「提攜江上，冒犯蒸暑」，造成「染瘴嬰痾，十有六七，死生契闊，不可問天」的慘劇²⁸。既有前車之鑑，北人遂對於南方種種的「疫」或「(瘴)癘」心生恐懼，譬如隋朝酷吏庫狄士文發擿姦隱，得千餘人而奏之，悉配防嶺南，親戚相送，哭泣之聲竟聞於州境，果然「至嶺南，遇瘴癘死者十八九」²⁹；又如唐代容州以南相傳「尤多瘴癘，去者罕得生還」，俗諺更云：「鬼門關，十人去，九不還。」³⁰上述許多北人南行因瘴癘致死的報導或傳聞，不斷加深北人對南方及該地之「瘴癘」的憂懼，此一心態的具體表現，譬如前往嶺南者不與父母同行，以此為孝道的表現³¹；又如丈夫「遠投瘴癘，恐無還理」，行前叮囑妻子改嫁³²。既然人們對於嶺南即瘴鄉的印象如此負面而深刻，「恐不得生還見顏色」³³，即便知悉「廣州包帶山海，珍異所出，一篋之寶，可資數世」，卻因該地「多瘴疫」，導致「人情憚焉」，唯有「唯貧窶不能自立者，求補長史」，或乃有罪之人始遠謫瘴鄉，以至於時人有「前後刺史皆多黷貨」之說³⁴。

魏晉以降，中土人士多相信「深山窮谷之處多毒瘴之物，氣則有瘴癘」³⁵，何以如此？根據當時人的解釋，乃因那些遙遠而陌生的環境，或「水上氣毒，自古有之」³⁶，或乃「土地下濕」³⁷，或由於「南上下濕，夏月蒸暑，水潦方多，

27 魏徵等撰，《隋書》，卷24，頁687。

28 [唐]王燾，《外臺秘要方》，收入《景印文淵閣四庫全書》（台北：臺灣商務印書館，1974），冊736，〈原序〉，頁1。

29 魏徵等撰，《隋書》，卷74，頁1692-1693。

30 劉昫等撰，《舊唐書》，卷41，頁1743。

31 劉昫等撰，《舊唐書》，卷65，頁2441-2442。

32 劉昫等撰，《舊唐書》，卷193，頁5138-5139。

33 歐陽修、宋祁《新唐書》，卷224上，頁6379-6380。

34 房玄齡等撰，《晉書》，卷90，頁2341-2342。

35 [晉]張華著，范寧校證，《博物志》（北京：中華書局，1980），〈佚文〉，頁133。

36 陳壽，《三國志·吳書》卷53，頁1253-1254。

37 魏徵等撰，《隋書》，卷31，頁887。

草木深邃」³⁸，於是人們認為這些區域「疾疫必起」³⁹，「兵入民出，必生疾病」⁴⁰，其「善生流腫，轉相滂染」，「凡行海者，稀無斯患」⁴¹，以至於「人尤夭折」⁴²。當時的醫者也將某些疾病歸因於地理環境，譬如「(嶺南)土地卑下，風濕之氣，易傷於人」與「南地暖，……雜毒因暖而生」⁴³。這些將南方、嶺南之「下溼」與疾疫相關的普遍見解，加上前述許多前去南方染疫致死的實例，遂不斷增深時人對於南土卑溼與南方多疫的印象⁴⁴，以及「人多畏病」與「南方有疫，常言『吾往南方，則不生還』」的心態與焦慮⁴⁵。

魏晉以來，時人不獨對於「不毛之地，疫癘之鄉」或殊方異域留下「多疫」的印象，即便在中原地區，亦有一些地域在特定的季節或特殊的氣候與環境之下，發展成為疾疫的溫床，例如盛夏時節，「江淮下溼，疾疫必起」⁴⁶，與「(江東)土地卑下，風濕之氣，易傷於人」即是⁴⁷。若將此與上述時人與醫者對於南土卑溼與南方多疫的印象相互參照，則益加突顯當時人們多將疾疫歸咎於氣候與地理環境之「卑下」或「濕」的因素，以及相信特定區域「多疫」之事。

上述許多流行於魏晉至隋唐之間的疫、疾疫、疫癘或瘴癘，從現存文獻有限的內容與脈絡來看，無法確知它們是否均有傳染性，惟其中應不乏傳染病。今人受限於史料，往往不易考察古代疾病的種種實況，然而有些時候史家還是會不經意地提供重要的訊息，例如前述唐代武德初年關中地區出現「遞相傳染」的「骨蒸病」，單憑史家的記錄，吾人難以重建該病的主要輪廓，不過該文獻卻透露時

38 魏收，《魏書》，卷35，頁819-821。

39 魏收，《魏書》，卷35，頁819-821。

40 陳壽，《三國志·吳書》，卷60，頁1383。

41 陳壽，《三國志·吳書》，卷53，頁1253-1254。

42 魏徵等撰，《隋書》，卷31，頁887。

43 《諸病源候論校注》，卷13，頁416；卷10，頁336。

44 此一南土卑溼與南方多疫的歷史記憶與刻板印象，經年復歲之後，不免摻雜若干的想像成分。關於漢族群對於中國南方異己的歷史記憶、刻板印象與想像，請參見王鵬惠，〈族群想像與異己建構：明清時期滇黔異族書寫的人類學分析〉（台北：國立臺灣大學人類學研究所碩士論文，1999）。

45 陳壽，《三國志·魏書》，卷14，頁436，注2。

46 房玄齡等撰，《晉書》，卷40，頁1169-1170。

47 《諸病源候論校注》，卷13，頁416。

人或史家將「骨蒸病」理解為傳染性疾病。在這樣的情況之下，相對而言，與其以各種方式臆測該疾病及其是否真能傳染，不如深究時人或文本作者如何理解該疾病，以及是否將之視為傳染病。據此，即便魏晉至隋唐之間史料提供的資訊有限，但從其脈絡來判斷，吾人仍不難發現所謂的「疫」、「疾疫」、「疫癘」或「瘴癘」多有大規模流行的特色。同時，其規模較大者，不僅在短期間內即帶來慘重的死傷，禍及個人生命安危與家族興衰存續，甚至還影響及社會、經濟、政治與軍事等活動。因此，當時社會普遍瀰漫著對大規模流行疾疫的焦慮與畏懼，人們遂多向宗教、巫與方術等尋求應對與解決之道⁴⁸。

其實，早在魏晉之前，人們已有疾疫大規模流行且導致悲劇的經驗，因而舉行特定的儀式與活動以驅避疾疫。例如《周禮·春官》：「〔季冬〕遂令始難毆疫。」根據鄭玄的注解，「毆疫」乃「歲竟逐疫」⁴⁹，《周禮·夏官》也記載方相氏執行「索室驅疫」，這些早期驅逐疾疫的「難」，或即後世儺與儺祭之源⁵⁰。漢代官方舉行儺祭⁵¹，北齊亦延續儺禮，除了方相氏與十二獸以外，還有二百四十名侏子參與，以「逐惡鬼於禁中」⁵²，相當具有規模，稍後隋朝亦有類似活動⁵³，及至唐代大儺之禮亦然⁵⁴，可見此類由官方舉行的活動淵源已久⁵⁵。透過

48 關於疾疫與宗教之密切關係，請參見李豐楙，〈《道藏》所收早期道書的瘟疫觀——以《女青鬼律》及《洞淵神呪經》系為主〉，《中央研究院中國文哲研究集刊》，3（台北，1993），頁417-454；林富士，〈試論《太平經》的疾病觀念〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，62：2（台北，1993），頁225-263；〈東漢晚期的疾疫與宗教〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，66：3（台北，1995），頁695-745。

49 《周禮》（台北：藝文印書館，1981），卷25，頁3。

50 陶立璠，〈儺文化當議〉，收入德江縣民族事務委員會、貴州民院民族研究所編，《儺戲論文選》（貴陽：貴州民族出版社，1987），頁14-17。《周禮》所記之事，雖不盡然即是史實，然而從漢代以降的儺推溯，《周禮》或鄭注在某種程度上，多少能反映古人生活之側影。

51 〔南朝宋〕范曄，《後漢書》（北京：中華書局，1973），〈禮儀志〉，頁3127-3128。

52 魏徵等撰，《隋書》，卷8，頁168-169。

53 魏徵等撰，《隋書》，卷8，頁168-169。

54 歐陽修、宋祁，《新唐書》，卷16，頁392-393。唐代大儺的儀式、職司及其品秩，尚可參見《新唐書》，卷47，頁1222-1226；卷49上，頁1296。

55 魏晉至隋唐之間，類似的禳除疾疫活動，並非中國所獨有，例如中國以南的真

公開的驅疫與淨化儀式，驅除眾所畏懼的「疫」，以撫慰與安定人心，該儀式或有集體心理治療的功能，於是史冊特將難列為禮的一端，惟論者卻有「同乎越巫之祝，禮失之漸」之譏⁵⁶。

魏晉以迄隋唐時期，除了官方的逐鬼去疫活動以外，一般民間也有許多驅避疾疫的方法，例如在「正臘旦」「殺雞著門戶逐疫」⁵⁷；或「常以正月旦——亦用月半——以麻子二七顆，赤小豆七枚，置井中，辟疫病」，亦或於「正月七日，七月七日，男吞赤小豆七顆，女吞十四顆，竟年無病；令疫病不相染」⁵⁸；或於五月五日以「以五綵絲繫臂」，「令人不病溫」⁵⁹；或在十二月八日「擊細腰鼓，戴胡頭，及作金剛力士以逐疫」⁶⁰；或「於門上畫虎頭書灋字，謂陰刀鬼名可息瘡瘍」⁶¹；或乃宣攝合和醫者之「虎頭殺鬼方」，以辟疫癘、溫病⁶²。此外，時人或在八月十四日以「朱水點兒頭額，名為天灸，以厭疾」⁶³，以祈求兒童身體健康，避免各種疾病。以上種種驅避疾疫的活動、風俗與祈願，一方面顯見當時不論官民均普遍憚懼疾疫；另一方面，人們憂慮疾疫的心態，以及種種應對疾疫之道，則具體地反映在他們的日常生活與禮俗之上。

(續)

臘國「地饒瘴癘毒」，每五六月中「毒氣流行」，即以白牛與羊等犧牲，祭祀於城西門外，否則「五穀不登，畜多死，人疾疫」。李延壽，《北史》，卷95，頁3163-3164；劉昫等撰，《舊唐書》，卷197，頁5271-5272。

56 [南朝梁]劉勰著，王利器校箋，《文心雕龍校證》（上海：上海古籍出版社，1980），卷2，頁66。

57 [南朝梁]宗懔，《荆楚歲時記》，收入《四部備要》（台北：臺灣中華書局，1971），頁2。

58 [北魏]賈思勰著，繆啓瑜校釋，《齊民要術》（北京：農業出版社，1982），卷2，頁85。

59 宗懔，《荆楚歲時記》，頁8。漢代已有此一風俗，參見〔漢〕應劭著，王利器校注，《風俗通義校注》（台北：漢京文化事業有限公司，1983），頁605。

60 宗懔，《荆楚歲時記》，頁11。

61 [唐]段成式，《酉陽雜俎續集》，收入《四部叢刊初編縮本》（台北：臺灣商務印書館，1965），冊27，卷4，頁133。

62 [晉]葛洪，《肘後備急方》（北京：人民衛生出版社，1983），卷2，頁42-43。

63 宗懔，《荆楚歲時記》，頁9-10。

三、魏晉至隋唐時期醫者對於疾疫的認識與分類

如上所述，魏晉至隋唐時人遭逢許多疾疫，並且普遍畏懼疾疫，史籍亦多記載大規模流行的疾疫帶來負面影響，那麼當時的醫者如何認識、描述與分類這些疾疫？這段時期的醫學文獻中，頗見「疫」、「疾疫」、「疫癘」、「瘟疫」、「瘟疫」、「時氣」等辭，究竟是指什麼類型的疾病？

現代學者曾針對一般文獻與醫學著作中的上述名詞提出不同看法，例如陳邦賢與史仲序主張「凡能傳染人的疾病，都叫做疫」⁶⁴，范行準與謝學安也採取類似的看法⁶⁵；李豐楙認為「疫」的造字初誼，乃在強調其流行性與寧猛性，先秦至兩漢期間，單用「疫」字泛指傳染性疾病，而「瘟疫」與「瘟疫」的廣泛使用，乃是將傳染病神鬼化的結果⁶⁶；林富士則指出「疫」「其實較近似現代西方醫學所謂的『流行病』(epidemic)」，「包括傳染病與非傳染性疾病」⁶⁷。以上學者認為古代文獻所見的「疫」、「瘟疫」等辭所指的疾病，多具備傳染的、流行的屬性。

誠然，一般而言，能夠在短時間內造成眾多人口感染，或甚至是帶來大量死亡的疾病，當以傳染性疾病的可能性最大。不過，由於現存歷史文獻在數量與內容方面的限制，今人不易鑑別或判斷上述語詞究竟是什麼疾病，或有否傳染性，其原因如下。首先，古代的歷史文獻經常未明確指出疾疫之名，對於疾疫症狀、特徵與病程的描述也往往不足，至於疾疫的發生率、盛行率以及死亡率、致死率、死亡分率，常常僅略述梗概，或甚至闕如，罕見精確的說明。因此，今人很

64 陳邦賢，《中國醫學史》（台北：臺灣商務印書館，1981），頁361；史仲序，《中國醫學史》（台北：國立編譯館，1984），頁239。

65 范行準，《中國病史新義》（北京：中醫古籍出版社，1989），頁263-270；謝學安，〈我國古代對疾病傳染性的認識〉，《中華醫史雜誌》，13：4，頁193。

66 李豐楙，〈《道藏》所收早期道書的瘟疫觀——以《女青鬼律》及《洞淵神呪經》系為主〉，《中央研究院中國文哲研究集刊》，3，頁418-424。

67 林富士，〈東漢晚期的疾疫與宗教〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，66：3，頁698。

難根據現存的史料，輕易鑑別古代疾疫的個別名稱或屬性。其次，即便古人明確指出疾疫之名，同名者可能同時指稱或包括不同類型的疾病⁶⁸，異名者有可能是同一疾病，今人很難根據有限的史料確切地分辨之。第三，由於不同時代、地理區域之人對於疾病的命名、定義與認知可能不同，或者有所變遷，個別的醫者、學派或家承亦可能有不同之見解，不宜以偏概全。第四，古代文獻中對於疾病典型的或相關的證候以及病程之敘述，不盡相同且或有個別差異，難以一概而論。第五，古代文獻的書寫者不一定具備豐富的醫學素養，對於疾病的描述或有所不足，甚至不盡精確。第六，史家或因歷史書寫之特定體裁、格式或重點所限，對於疾病的敘述遂較為簡略，以至今人僅知梗概，難以窺見全貌。根據以上六點，吾人不易也不宜輕率判斷上述名詞確鑿之內涵或屬性，至於若欲強以現代西方醫學的角度鑑識出特定疾病及其屬性，亦恐困難重重。

欲解決上述的難題，以掌握古代醫學文本所記載的「疫」、「疾疫」、「疫癘」、「瘟疫」等名詞較明確的涵義或屬性，具體的解決方法之一，乃是將這些名詞還原回其文脈中予以考察。為了更進一步掌握上述名詞，可先從特定的醫學文獻為研究起點，審慎分析該文本的內容與脈絡，待較精確地了解該文脈中「疾疫」、「疫癘」、「瘟疫」等詞的內涵或屬性之後，從而檢視當代其他文獻中的類似記載，以期發掘這些名詞在該時代中為多數人所接受的普遍意涵或個別差異。以下筆者將以隋朝巢元方編纂的病因、病理與證候專著——《諸病源候論》——為研究的起點與中心，析論該文本中「疾疫」、「疫癘」、「時氣」、「瘟疫」等名詞所指稱的疾病屬性。

過去學者研究《諸病源候論》，常直接將「疫癘病候」視為傳染性疾病，並得出「疫癘」即「傳染」的結論⁶⁹。真否如此？首先，須從編者巢元方為「疫癘病候」所下的定義著手：

68 以「瘧」為例，古代文獻至少就有所謂「黃芒瘧」、「熱瘧」、「蚯蚓瘧」、「桂花瘧」、「孔雀瘧」等等四十種近似的名稱或種類。馮漢鏞，〈瘧氣文獻研究〉，《中華醫史雜誌》，11：1（北京，1981），頁44-47。

69 《諸病源候論校注》，卷10，頁335，注1；謝學安，〈我國古代對疾病傳染性的認識〉，《中華醫史雜誌》，13：4，頁193；李經緯，〈《諸病源候論》的病因學研究〉，《中華醫史雜誌》，21：3，頁130。

其病與時氣、溫、熱等病相類，皆由一歲之內，節氣不和，寒暑乖候，或有暴雨疾風，霧露不散，則民多疾疫。病無長少，率皆相似。如有鬼厲之氣，故云疫癘病。⁷⁰

此段文字可視為疫癘病諸候的總綱，作者指出「一歲之內」，因節氣、寒暑失常或其他異常的氣候因素，導致「民多疾疫」，該「疾疫」即「疫癘病」，其流行的情狀為「病無長少，率皆相似」，則此類「疾疫」之流行頗具規模。值得注意的是，上述引文中雖未直指疫癘病是傳染病，但據其「病無長少，率皆相似」的特徵，疫癘病候或較近似現今流行病學所定義的流行病，亦即同時包含傳染病與非傳染性的流行病⁷¹。若再依據巢元方在疫癘病諸候徵引《養生方導引法》，以「辟卻眾邪百鬼」，「可以入瘟疫中」來看⁷²，則疫癘病或有傳染性。《養生方導引法》此段文字也見引於《諸病源候論》溫病候，以此與疫癘病候「其病與時氣、溫、熱等病相類」呼應，溫病諸候能「轉相染易」⁷³，疫癘病與溫病相類，則疫癘病諸候應含傳染性疾病。此外，《諸病源候論》殃注候指出，那些因「疫厲之氣」而死者，「其餘殃不息，流注子孫親族，得病證狀，與死者相似」⁷⁴。既然巢氏以為疫癘病患死後還能再將同一疾病「流注子孫親族」，疫癘病諸候應包括傳染性的疾病。

除了疫癘病候之外，《諸病源候論》還羅列兩項疫癘病——疫癘炮瘡候與瘡氣候。巢元方指出疫癘炮瘡「亦名豌豆瘡」，「熱毒盛，則生炮瘡」⁷⁵，雖然他並未特別強調疫癘炮瘡具傳染性，不過，若以疫癘病總綱「民多疾疫」、「病無長少，率皆相似」的原則來看，疫癘炮瘡之流行或有相當的規模。《諸病源候

70 《諸病源候論校注》，卷10，頁334-335。

71 早期的流行病學的研究範圍以傳染病為主，現今的流行病學則是將流行病的定義擴大，舉凡任何一種疾病，只要是它在特定的人、時、地的發生率超過正常期望值，即是流行病。關於現代的流行病學之定義、原理與方法等，請參見陳建仁，《流行病學：原理與方法》（台北：聯經出版公司，1999）。

72 《諸病源候論校注》，卷10，頁335。

73 《諸病源候論校注》，卷10，頁333。

74 《諸病源候論校注》，卷24，頁708。

75 《諸病源候論校注》，卷10，頁336。

論》另有時氣皰瘡候⁷⁶，由於時氣病具有「病無少長，多相似者」與「多相染易」的特性，因此，作者將時氣皰瘡理解為傳染性疾病。此外，《諸病源候論》還臚列出傷寒豌豆瘡候與熱病皰瘡候兩種，傷寒豌豆瘡候源於「熱毒氣盛」，或「皆是熱毒所為」⁷⁷，熱病皰瘡候則導因於「表虛裡實，熱氣盛則發瘡」⁷⁸。根據這樣的敘述，吾人不易分辨作者是否將此二類皰瘡視為傳染病。巢元方在傷寒候總綱中雖未明白指出傷寒候具有傳染特性，但是在傷寒不相染易候中，卻又暗示傷寒或有傳染性，只是傷寒不相染易候中又可分出「不染著他人」與「多相染易」兩種⁷⁹，不知巢氏究竟將傷寒豌豆瘡歸類為其中哪一種。至於熱病乃「傷寒之類也」，觀其總綱，巢氏並未說明熱病諸候是否具有傳染的特質⁸⁰。根據上述，《諸病源候論》所見的四類皰瘡，分別列於具傳染性與不具明顯傳染屬性的病候中，值得注意的是，無論其在疫癘病諸候、時氣病諸候、熱病諸候或傷寒病諸候之列，作者對於其病源與證候的敘述頗為相近，此正與作者在疫癘病候指出的「其病與時氣、溫、熱等病相類」互相呼應。

至於瘴氣候，《諸病源候論》指出嶺南地區「地暖」，「雜毒因暖而生」，遂有瘴氣，包括青草瘴與黃芒瘴兩類，前者流行於仲春至仲夏，後者流行於季夏至孟冬，其流行「猶如嶺北傷寒也」⁸¹，其普遍與嚴重的程度，則是「土人連歷不差」⁸²。巢元方認為當時嶺南與嶺北兩大地理區域，各有地方性流行病⁸³，嶺北傷寒流行的概況，約可從漢末張仲景《傷寒論》的序文窺其一斑，張氏云：

76 《諸病源候論校注》，卷9，頁295。

77 《諸病源候論校注》，卷6，頁236-237。

78 《諸病源候論校注》，卷9，頁312。

79 《諸病源候論校注》，卷8，頁277。

80 《諸病源候論校注》，卷9，頁303-305。

81 《諸病源候論校注》，卷10，頁336-337。

82 《諸病源候論校注》，卷10，頁337。

83 《諸病源候論》記載的區域性流行病，還包括「腳氣」，《諸病源候論》云：「江東、嶺南土地卑下，風濕之氣，易傷於人。」稍早葛洪在《肘後備急方》亦稱：「腳氣之病，先起嶺南，稍來江東。」參見《諸病源候論校注》，卷13，頁416；葛洪，《肘後備急方》，卷3，頁56。相關研究，參見范行準，《中國病史新義》，頁245-252；范家偉，〈東晉至宋代腳氣病之探討〉，《新史學》，6：1（台北，1995），頁155-177。

「余宗族素多，向餘二百。建安紀元以來，猶未十稔，其死亡者三分有二，傷寒十居其七。」⁸⁴可見傷寒流行之際，患者的死亡率頗高。至若流行於嶺南的瘴氣候是否具傳染性，巢元方在瘴氣候的脈絡中並未特意強調。

究竟《諸病源候論》疫癘病諸候是否如過去的學者所說，均為傳染性的疾病？根據筆者上述的分析，可以歸納出三點以澄清此一問題，首先，從《諸病源候論》疫癘病諸候的總綱來看，該病候既有「病無長少，率皆相似」的特質，應或兼容傳染病與非傳染性的流行病。其次，疫癘病諸候中的瘴氣候具有在特定地理區域蔓延與大規模流行兩項特點，若欲以現代西方醫學概念比擬之，則或較近似今日流行病學所定義的流行病。至於瘴氣候是否有傳染性，巢元方並未特予強調。第三，以疫癘癩瘡候為例，其流行或頗具規模，至於有否傳染性，從巢元方的敘述中無法明確得知。根據以上三點，吾人不宜遽稱《諸病源候論》的疫癘病諸候均為傳染病。前賢以現代西方生物醫學觀念為準，鑑別《諸病源候論》的疫癘病是急性、烈性傳染病⁸⁵，如此直觀的看法，不但未能細辨文本的內容及其脈絡，同時亦忽略古代中國醫者在不同的歷史時空與迥異的醫學知識體系薰陶下，他們所使用的語言，以及這些語言所承載的意涵，無法逕以現代的醫學語言與觀念概括之。因此，吾人在尚未審慎地分析古代文獻的內容與脈絡之前，不宜率意以現代醫學的理論與觀念逕自定位或批判之。

其次，請再以時氣病諸候為例，分析《諸病源候論》對於疾病分類及其屬性的見解。巢元方曰：

時行病者，是春時應暖而反寒，夏時應熱而反冷，秋時應涼而反熱，冬時應寒而反溫，此非其時而有其氣，是以一歲之中，病無少長，率相似者，此則時行之氣也。⁸⁶

84 [漢]張機著，[宋]成無己註解，〈傷寒卒病論集〉，《註解傷寒論》，收入《四部叢刊初編縮本》（台北：臺灣商務印書館，1965），冊021，頁6。

85 《諸病源候論校注》，卷10，頁335，注1；李經緯，〈《諸病源候論》的病因學研究〉，《中華醫史雜誌》，21：3，頁130。

86 《諸病源候論校注》，卷9，頁279-280。時氣病之「病無少長，率相似者」，作者在傷寒候則作：「病無少長，多相似者。」（卷7，頁218）。

既然時氣病諸候肇因於氣候寒暖失常，不僅「病無少長，率相似者」，又有「多相染易」的特性⁸⁷，則時氣病諸候不但有大規模流行的可能，且有傳染性。據此，則《諸病源候論》中之「時氣」或「時行」，應或指傳染性疾病。

第三，再以《諸病源候論》的溫病諸候為例，溫病候曰：

經言：春氣溫和，夏氣暑熱，秋氣清涼，冬氣冰寒，此則四時正氣之序也。冬時嚴寒，萬類深藏，君子固密，則不傷於寒。觸冒之者，乃為傷寒耳。其傷於四時之氣，皆能為病，而以傷寒為毒者，以其最為殺厲之氣也。即病者，為傷寒；不即病者，其寒毒藏於肌骨中，至春變為溫病。是以辛苦之人，春夏必有溫病者，皆由其冬時觸冒之所致也。凡病傷寒而成溫者，先夏至日者為溫病，後夏至日者為病暑。⁸⁸

根據上文，巢元方將溫病、暑病(熱病)與傷寒的病因均歸咎於觸冒冬寒，惟患者的發病時間有所差別。雖然上文並未明顯強調溫病的傳染特質，但巢元方在溫病候末段引用《養生方導引法》，指出若能「常存心為炎火如斗，煌煌光明」，不僅「百邪不敢干之」，還可以「入瘟疫之中」⁸⁹，暗示讀者若遵從與實踐該法，則能在瘟疫盛行之際避免「相染易」，可見《諸病源候論》的「溫病」與「瘟疫」均或指稱傳染性疾病。若再從「溫病令人不相染易候」的內容來看，溫病「病氣轉相染易」，導致「乃至滅門，延及外人」⁹⁰，具有相當強烈的傳染性。此外，根據溫病諸候之一的「溫病陰陽易候」，若溫病患者在「新瘥未平復」時進行性行為，則「其毒度著於人，如換易也」⁹¹，此亦作者認為溫病有傳染性的另一佐證。

根據上述，《諸病源候論》的時氣諸候與溫病諸候均有傳染性，以此與疫癘

87 《諸病源候論校注》，卷9，頁302。

88 《諸病源候論校注》，卷10，頁318-319。

89 《諸病源候論校注》，卷10，頁320。

90 《諸病源候論校注》，卷10，頁333-334。

91 《諸病源候論校注》，卷10，頁332。

病候之「其病與時氣、溫、熱等病相類」相互對照，則「疫癘」、「時氣」與「溫病」之所以相類，或即此三大病類都有大規模流行的特色，惟筆者在上文指出，疫癘病諸候或同時兼容傳染病與非傳染性的流行病。

第四，再以傷寒病諸候為例，《諸病源候論》敘其病源如下：

經言：春氣溫和，夏氣暑熱，秋氣清涼，冬氣冰寒，此則四時正氣之序也。冬時嚴寒，萬類深藏，君子固密，則不傷於寒。夫觸冒之者，乃為傷寒耳。其傷於四時之氣，皆能為病，而以傷寒為毒者，以其最為殺厲之氣也。即病者，為傷寒；不即病者，其寒藏於肌骨中。至春變為溫病，夏變為暑病，暑病者，熱重於溫也。是以辛苦之人，春夏必有溫病，皆由其冬時觸冒之所致，非時行之氣也。其時行者，是春時應暖而反寒，夏時應熱而反冷，秋時應涼而反熱，冬時應寒而反溫，非其時而有其氣。是以一歲之中，病無少長，多相似者，此則時行之氣也。⁹²

巢元方除了說明傷寒的病源之外，還特別分辨傷寒與時氣的差異。巢元方指出時氣有大規模流行之虞，並有「多相染易」的屬性。至於傷寒是否也有大規模流行以及傳染的特質，雖然上文並未明確地說明，但若參照嶺南地區瘴氣候流行的情形，「猶如嶺北傷寒也」，以及傷寒病諸候的「傷寒陰陽易候」、「傷寒令不相染易候」，則傷寒也或有大規模流行與「相染易」的可能，惟「傷寒令不相染易候」云：

傷寒之病，但人有自觸冒寒毒之氣生病者，此則不染著他人。若因歲時不和，溫涼失節，人感其乖戾之氣而發病者，此則多相染易。故須服藥，及為方法以防之。⁹³

92 《諸病源候論校注》，卷7，頁217-218。

93 《諸病源候論校注》，卷8，頁277。

巢元方將傷寒細分成「不染著」與「相染易」兩類，其能相染易者源自「歲時不和，溫涼失節」。根據傷寒病候，巢元方主張四時正氣皆能為病，傷寒肇自觸冒冰寒的冬氣。但是，傷寒令不相染易候中的「歲時不和，溫涼失節」，卻較接近於作者在傷寒病諸候與時氣病諸候總綱對於「時氣」的定義，何以作者在「傷寒令不相染易候」中卻指稱傷寒亦源於「歲時不和，溫涼失節」？筆者認為其可能性有三：其一，《諸病源候論》或因成於多人之手，或因後世增益或編排錯簡，致使其內容或不相協調，甚至自相矛盾；其次，或因傷寒、時氣的病源與證候相類，作者對它們之間的分際無法確切掌握；第三，在《諸病源候論》成書之前或編纂之際，時氣或原屬傷寒之一支，初從傷寒病類中分殊出來，不免仍殘存交雜相混的遺跡。上述第一項目前已難深究，至於第二項與第三項，則可與魏晉至隋唐之間其他醫學文本相互參較，以評估其可能性。

唐代孫思邈與王燾論及傷寒與時行之病源，其文字與內容均與前引《諸病源候論》傷寒病候幾無差別⁹⁴，該段文字亦見於漢末張仲景的《傷寒論》⁹⁵，顯然漢魏以來醫者的要務之一，乃在辨明並強調傷寒與時氣(時行)病源的差異。然而，魏晉到隋唐之間，醫者對於傷寒、時氣(時行)、溫病(瘟疫、癘疫)的分類、病源及其異同的見解，卻不免有所分歧，葛洪《肘後備急方》云：

傷寒、時行、瘟疫三名同一種耳，而源本小異。其冬月傷於寒，或疾行力作汗出，得風冷，至夏發，名為傷寒；其冬月不甚寒，多暖氣，及西風使人骨節緩墮，受病至春發，名為時行；其年歲中有穢氣兼挾鬼毒相注，名為溫病。如此診候並相似，又貴勝雅言，總名傷寒，世俗因號為時行，道術符刻言五溫亦復殊，大歸終止是共途也。⁹⁶

根據上文，傷寒、時行、瘟疫的病源小異大同，均與冬月氣候的寒暖變化有關。

94 [唐]孫思邈，《備急千金要方》，收入《景印文淵閣四庫全書》(台北：臺灣商務印書館，1983)，冊735，卷29，頁2-3；王燾，《外臺秘要方》，卷1，頁1。

95 張機著，成無己註解，《註解傷寒論》，卷2，頁41。

96 葛洪，《肘後備急方》，卷2，頁37。

其所以有「傷寒」、「時行」、「瘟疫」、「瘟病」、「五瘟」等不同的名稱，乃因言者身分的不同，隨之而有雅俗之別與醫道之分，葛洪似乎暗示這些疾病或能相染易。若比較《肘後備急方》與《諸病源候論》對傷寒、時行、溫病病源的了解，葛洪對時行的定義，較近乎巢元方所謂的溫病，而葛洪對於瘟疫(溫病)「癘氣兼挾鬼毒相注」的見解，則與巢元方以為疫癘病「如有鬼厲之氣」頗為近似。

敦煌出土的唐代醫方殘卷之一指出：「凡得時行病及傷寒、瘟疫之疾，皆是熱病。」⁹⁷可見該文作者認為傷寒、時氣與瘟疫的病源或證候相類。若從更寬廣的分類標準來看，則三者或可歸成一類，此與巢元方在疫癘病諸總綱「其病與時氣、溫、熱等病相類」的見解近似，也與上述葛洪的意見類似。惟僅從此一唐代醫方殘卷殘存的片段來看，無法判斷作者是否將傷寒理解為傳染性疾病。

唐朝孫思邈《備急千金要方》在分辨傷寒與時行、瘟疫病源時指出：

《小品》曰：古今相傳稱傷寒為難治之疾，時行、瘟疫是毒病之氣，而論治者不判傷寒與時行、瘟疫為異氣耳，云傷寒是雅士之辭，天行、瘟疫是田舍間號耳，不說病之異同也。考之眾經，其實殊異矣，所宜不同，方說宜別，是以略說其要。⁹⁸

孫思邈徵引《小品方》，力辨傷寒、時行(天行)與瘟疫之別，並指責其他醫者忽略此三者之間的歧異，可見魏晉至隋唐之間，醫者對於如何區別傷寒、時行與瘟疫的意見頗為分歧。值得注意的是，雖然孫思邈主張傷寒與時行、瘟疫不同，但是，《備急千金要方》傷寒方卻列有多條「辟溫方」，以「斷瘟疫轉相染著」，或「治溫病不相染」⁹⁹，或有「治天行疫氣方」、「治傷寒時氣瘟疫疼痛狀熱脈盛始得一二日方」、「治傷寒疫氣三日已前不解方」等等¹⁰⁰，這可能是因為

97 不著撰人，《唐人選方·乙卷》，收入馬繼興、王叔民、陶廣正、樊飛倫輯校，《敦煌醫藥文獻輯校》(南京：江蘇古籍出版社，1998)，頁226。

98 孫思邈，《備急千金要方》，卷29，頁2-3。

99 孫思邈，《備急千金要方》，卷29，頁8-15。

100 孫思邈，《備急千金要方》，卷30，頁6；卷30，頁13。

《備急千金要方》並未另卷標舉時氣方或溫病方，故孫思邈將時行、天行、溫病、瘟疫與傷寒並列於「傷寒方」，將之歸為傷寒的一種。

關於傷寒與時氣兩大病類，雖然巢元方力陳兩者病源不同，但從《諸病源候論》有關傷寒諸病候與時氣諸病候的敘述來看，兩者皆以日計其證候、病程的發展、陰陽經絡的傳變，以及能否痊癒等等，書寫形式相當近似。同時，傷寒諸病候與時氣諸病候中，至少有二十七候在名稱與證候方面頗為相類。由此可見《諸病源候論》成書之際，傷寒與時氣雖已成為各自獨立的疾病分類，但兩者在證候、陰陽經絡傳變等方面卻仍多相似之處。

至於傷寒、時氣與溫病(瘟疫)的關係，《諸病源候論》溫病候已經說明傷寒與溫病病源皆因觸冒冬寒，惟其發病季節不同而已。若從巢元方主張時氣與溫病都能相染易，且稱疫癘病與時氣、溫病相類之語來看，則時氣與溫病兩者的屬性又有相近之處。若再分析《諸病源候論》溫病諸候的敘述形式與內容，溫病也是以日計其證候、病程的發展、陰陽經絡的傳變，以及是否痊癒等等，與傷寒、時氣病諸候之形式類似，而且溫病諸候中與傷寒、時氣病諸候在名稱、證候相似的也多達二十一候，則傷寒、時氣與溫病諸候之間亦有近似的地方。然而，不容忽視的是，既然巢元方將此三者分門別類、分開敘述，則此三者互有明顯的差異，自不待言。

根據上述，從漢末《傷寒雜病論》到唐代的《外臺秘要方》，醫者不斷強調傷寒、時氣與溫病(瘟疫)病源的差異，但是，另一方面，醫者卻又透露出此三者病源與證候方面關係頗為近密，究其可能的原因之一，時氣、溫病(瘟疫)最初或為傷寒之一支或別屬，由於漢末以降疾疫迭起，出現許多新病¹⁰¹，醫者遂立意重新分類、定義疾病，釐清各病類之間的差異，以正本清源，並藉此突顯時氣、溫病的傳染特質。惟當傷寒、時氣與溫病(瘟疫)逐漸分離而歸屬不同疾病分類的過程中，醫者無法完全掌握或區分此三者的分際，因此在他們的著作中不免殘留若干含混雜陳的痕跡，巢元方指出傷寒可分成「相染易」與「不染著他人」

101 例如《肘後備急方》之〈治傷寒時氣溫病方〉提及「比歲有病時行，……世人云永徽四年此瘡從西東流，遍於海中」，與「比歲又有虜黃病」或即是。葛洪，《肘後備急方》，卷2，頁35-36。

兩類，或即此一過程的過渡表現。

雖然上述各醫家對傷寒、時氣與溫病(瘟疫)之病源及其彼此關係的了解或有個別差異，但是醫者似多主張傷寒具有相染的屬性，例如葛洪主張傷寒與時氣、溫病「總名傷寒」；巢元方指出傷寒之中有能「相染易」者；孫思邈《備急千金要方》有「治疫氣傷寒三日已前不解方」¹⁰²，孫氏又徵引王叔和之語，指出「〔傷寒〕病三日以內發汗者，……并時有疾疫、邪風之氣相染易，為邪惡所中也」¹⁰³，則似亦以傷寒與「疫氣」、「相染易」相關。

第五，請再以《諸病源候論》注病諸候為例，巢元方指出注病乃「邪氣居住人身內」，「故名為注」¹⁰⁴，其病因包括陰陽失守、經絡空虛、風寒暑濕、飲食、勞倦、冷熱不調、乍感生死之氣、卒犯鬼物之精等等，「其變狀多端，乃至三十六種、九十九種」¹⁰⁵。注病最大的特色是「連滯停住」與「死又注易傍人」，顯然《諸病源候論》乃將注病理解為傳染性疾病。不惟成人可能罹患注病，小兒雜病諸候之卒死忤候、注候、尸注候、蠱注候、中惡候等等，也有「死又注易傍人」的特色¹⁰⁶。此外，中惡病諸候之中惡候、中惡死候、卒死候、卒忤候、卒忤死候都有「變成注」的可能¹⁰⁷，既然這些病候能轉變成注病，則成注之後亦應具有傳染性。其他如尸病諸候中的尸注候，屬於「五尸內之尸注」，其「死後復易傍人，乃至滅門」¹⁰⁸，亦具傳染性。

值得注意的是，《諸病源候論》強調注病諸候患者「死又注易傍人」或「死後注易傍人」的現象，那麼，注病患者從患病起到死亡之間是否具有傳染性？《諸病源候論》生注候云：「人有陰陽不調和，血氣虛弱，與患注人共居處，或

102 孫思邈，《備急千金要方》，卷30，頁13。

103 孫思邈，《備急千金要方》，卷29，頁6。

104 有關中國古代注病及其相關禮俗的研究，請參見Jianmin Li, "Contagion and Its Consequences: The Problem of Death Pollution in Ancient China," in Yasuo Otsuka, Shizu Sakai & Shigehisa Kuriyama eds., *Medicine and the History of the Body* (Tokyo: Ishiyaku Euro America Inc., 1999), pp. 201-222.

105 《諸病源候論校注》，卷24，頁690-691。

106 《諸病源候論校注》，卷46，頁1326-1327；卷47，頁1328-1330。

107 《諸病源候論校注》，卷23，頁669-671、674-675。

108 《諸病源候論校注》，卷23，頁685。

看待扶接，而注氣流移，染易得上。」¹⁰⁹可見生注候患者生前就有傳染性。此外，溫注候患者死後也能將疾病注易傍人，這些溫注候死者生前都患有溫、熱之病¹¹⁰，巢元方指出溫病能轉相染易，一旦當溫病餘毒流入臟腑變成溫注以後，其傳染性或仍應存在。據此，某些注病患者生前與死後都有注易傍人的危險。

根據上述，《諸病源候論》之「疫癘」、「時氣」、「溫病」、「傷寒」與「注病」五大病候均包括傳染性疾病，其中「時氣」、「溫病」與「注病」具有較明顯的傳染屬性，「疫癘」和「傷寒」則兼有傳染病與非傳染性的流行病，「疫癘」、「時氣」、「溫病」、「傷寒」則多有大規模流行的可能。

此外，《諸病源候論》尚有若干傳染性的疾病，不在上述五大病候之中，而是散見於其他病類，例如中惡病諸候中的中惡候與卒死候，與小兒諸病候中的蠱注候、注候、狐臭候與疥候等等¹¹¹，可見疾病是否具備相染特質並非巢元方分類疾病的主要標準。

《諸病源候論》還有一些病候，譬如蠱毒病諸候之食諸肉中毒候、食牛肉中毒候、食馬肉中毒候、食六畜肉中毒候、食六畜百獸肝中毒候以及食狗肉中毒候，都是源於食用因疫病而死的動物所致¹¹²，然而作者並未明確地將之與「傳染」聯繫起來，故無法確知上述病候是否被作者理解成傳染病。此外，瘦病諸候之蛭蝨瘦候、蚯蚓瘦候、蠍瘦候、蛇瘦候、蛙瘦候、蝦蟆瘦候、蛇瘦候、螳螂瘦候以及雀瘦候的病源，《諸病源候論》歸咎於飲食居處有上述動物之毒氣¹¹³，但這些毒氣如何「入於臟腑，流於經脈」，與「傳染」有否關聯，作者卻未再進一步說明。惟值得注意的是，作者似認為人類的疾病或與動物有關。

既然《諸病源候論》至少有五大病候包含傳染性疾病，那麼該書作者以哪些語辭表達與詮釋「傳染」？首先，巢元方以「相染易」形容疾病傳染的現象與屬性，例如《諸病源候論》時氣病諸候「多相染易」¹¹⁴，溫病諸候「病氣轉相染

109 《諸病源候論校注》，卷24，頁699。

110 《諸病源候論校注》，卷24，頁706-707。

111 《諸病源候論校注》，卷50，頁1401、1411。

112 《諸病源候論校注》，卷26，頁743-745。

113 《諸病源候論校注》，卷34，頁973-980。

114 《諸病源候論校注》，卷7，頁277；卷9，頁302。

易」¹¹⁵。晉朝葛洪《肘後備急方》曾提供「不相染易」之丸藥¹¹⁶，唐代孫思邈《備急千金要方》亦提及「治疰病相染易」之方¹¹⁷，王燾《外臺秘要方》則指出傷寒「并時有疾疫賊風之氣而相染易」的情形¹¹⁸，及至宋代，醫者也仍然使用該詞形容疾疫傳染，例如史堪《史載之方》記載疫毒痢「家家戶戶更相染易」即是¹¹⁹。據此，則「相染易」一詞之使用相當廣泛。第二，巢元方也以「相染」一詞描述疾病之傳染，除了在《諸病源候論》傷寒病諸候、時氣病諸候與溫病諸候中，均各有一「令不相染候」之外，「相染」一詞亦見於葛洪《肘後備急方》之「斷溫病令不相染方」¹²⁰，唐孫思邈《備急千金要方》也列舉「治溫病不相染方」¹²¹，王燾《外臺秘要方》亦有「治溫病不相染方」¹²²，宋代病因學專著《三因極一病證方論》亦仍使用「相染」，介紹「與病人同床亦不相染」的方法¹²³，則「相染」一詞之應用亦廣。第三，巢元方亦以「染易」表現疾病之傳染，《諸病源候論》指出生注係「染易得上」¹²⁴，狐臭之氣能「染易著於人」¹²⁵。第四，《諸病源候論》亦以「染著」一詞描繪疾疫傳染的情狀，例如傷寒不相染易候「不染著他人」，蠱注「死則病流注染著傍人」¹²⁶，以及成人之狐臭、疥「染著小兒」¹²⁷。值得注意的是，唐代醫籍較多見「相染著」一詞，譬如孫思邈《備急千金要方》提到「斷溫病不相染著方」與「斷瘟疫轉相染

115 《諸病源候論校注》，卷10，頁333。

116 葛洪，《肘後備急方》，卷2，頁33。

117 孫思邈，《備急千金要方》，卷56，頁20。

118 王燾，《外臺秘要方》，卷1，頁9。

119 [宋]史堪，《史載之方》，收入《宋人醫方三種》（台北：五洲出版社，1984），頁66。

120 葛洪，《肘後備急方》，卷8，頁150。

121 孫思邈，《備急千金要方》，卷29，頁13。

122 王燾，《外臺秘要方》，卷4，頁6。

123 [宋]陳言，《三因極一病證方論》，收入《景印文淵閣四庫全書》（台北：臺灣商務印書館，1973），冊743，卷6，頁10-11。

124 《諸病源候論校注》，卷24，頁699。

125 《諸病源候論校注》，卷50，頁1401。

126 《諸病源候論校注》，卷24，頁702-703。

127 《諸病源候論校注》，卷50，頁1401、1411。

著」¹²⁸；王燾《外臺秘要方》亦有「令人更相染著」、「斷瘟疫轉相染著」、「令不相染著氣方」與「溫病轉相染著」等語¹²⁹，察其字義與文脈，「相染著」亦用以形容疾病之傳染。第五，巢元方也以「注易」指稱特定疾病的傳染屬性與現象，《諸病源候論》指出注病諸候有「注易傍人」的危險，中惡病諸候、小兒雜病諸候與尸病諸候中的若干候發展成注之後，也能「注易傍人」。及至唐代《備急千金要方》，則稱「尸疰、鬼疰」「死後復疰易傍人」¹³⁰，「注」與「疰」的關係，根據宋朝陳言《三因極一病證方論》，「疰者注也」，「病自上注下，與前人相似，故曰疰」¹³¹。

此外，《諸病源候論》傷寒病諸候、時氣病諸候與溫病諸候中，各有一項「陰陽易候」，其病根源於與傷寒、時氣或溫病「新瘥未平復」的異性進行性行為，原病患身上的「毒」，經由兩性交接的過程，遂「度著於人，如換易也」¹³²。據此，則「陰陽易」具有傳染的屬性，而「度著」、「換易」也是用來形容該病得之於傳染的詞彙。若再參考《備急千金要方》「治婦人得病易丈夫、丈夫得病亦易婦人方」之說¹³³，則男女之間的親密接觸導致疾病傳染，此處的「易」亦指疾病之傳染。

如上所述，魏晉至隋唐之間，世人遭逢許多疾疫，醫者以其專長認識與分類這些疾疫，以《諸病源候論》為例，雖然疾病的相染與否並非巢元方分類疾病之主要標準，但那些能相染易的疾病多集中在幾大類之中。《諸病源候論》至少有「疫癘」、「時氣」、「溫病」、「傷寒」與「注病」五大病候包含傳染性疾

128 孫思邈，《備急千金要方》，卷29，頁13；卷29，頁14。感謝審查人之一賜告，《備急千金要方·婦人方》云：「惡戀愛憎嫉妒憂恙，染著堅牢，情不自抑，所以為病根深，療之難差。」（卷2，頁1-2），此處之「染著」並無傳染之意。據此，並非所有醫籍中所見的「染著」均指「傳染」。若要精確地了解文獻中特定詞彙的涵義，必須審慎考察其文脈，始能判斷，根據此一原則，「相染易」、「相染」、「染易」、「注易」等詞，唯有在特定的脈絡中，才用以形容、譬喻或描繪「傳染」，離開與疾病傳染相關的文脈，則或別有他指。

129 王燾，《外臺秘要方》，卷3，頁7；卷4，頁4、8、9。

130 孫思邈，《備急千金要方》，卷56，頁9。

131 陳言，《三因極一病證方論》，卷10，頁1-2。

132 《諸病源候論校注》，卷7，頁275；卷9，頁300-301；卷10，頁332。

133 孫思邈，《備急千金要方》，卷33，頁6。

病，其中「疫癘」和「傷寒」除了傳染病之外，還包括不具傳染性的流行病，巢元方對於此五大病候的定義、分類及對其病因的認識，與時代相近的其他醫學典籍不盡相同。此外，《諸病源候論》在特定的文脈中，以「相染易」、「相染」、「染易」、「染著」、「注」、「注易」、「度著」、「換易」等詞，形容、譬喻疾病傳染的現象、屬性，以上語詞也多見諸魏晉至唐代的醫學文獻。若詳細考察其脈絡，這些語詞經常指疾病之傳染，可見在這段歷史時期中，醫者對於傳染性疾病的了解或有相當程度的共識。

四、魏晉至隋唐之間醫者對於傳染性疾疫病源的解釋

早在漢代以前，古人已將若干疾病歸咎於鬼神作祟¹³⁴，漢代以降，此一看法仍相當普遍，例如東漢順帝永建年間(126-132)，京師大疫，人們盛傳厲鬼致病¹³⁵。魏晉至隋唐之間，時人亦仍相信疫鬼帶來疾疫，譬如相傳黃州有黃父鬼作祟，「至人家張口而笑，必得疫癘」¹³⁶；又如《搜神記》云：

昔顓頊氏有三子，死而為疫鬼。一居江水，是為虐鬼；一居若水，是為魍魎鬼；一居人宮室，善驚人小兒為小鬼。於是正歲命方相氏帥肆儺以驅疫鬼。¹³⁷

此一傳說亦見於《論衡》、《獨斷》、《漢舊儀》與《玄中記》¹³⁸，顯然疫鬼

134 林富士，〈試釋睡虎地秦簡中的「癘」與「定殺」〉，《史原》，15(台北，1986)，頁8-14。

135 應邵著，王利器注，《風俗通義校注》，頁105。

136 [南朝宋]劉敬叔，《異苑》，收入《景印文淵閣四庫全書》(台北：臺灣商務印書館，1983)，冊1042，卷6，頁11-12；不著撰人，《述異記》，收入魯迅輯校，《古小說鈎沈》(上海：魯迅全集出版社，1949)，上冊，頁183。

137 [晉]干寶，《搜神記》，收入《景印文淵閣四庫全書》(台北：臺灣商務印書館，1983)，冊1042，卷16，頁1。

138 王充著，黃暉校釋，《論衡校釋》，卷22，頁935-936；[漢]蔡邕，《獨斷》，收入《四部叢刊三編子部》(台北，臺灣商務印書館，1936)，卷上，頁

導致疾疫的想法從漢代起就頗為流行。北齊宮廷舉行儺禮，「以逐惡鬼於禁中」¹³⁹，也是此一觀念的具體表現。此外，魏晉以來的道教典籍亦不乏鬼神致病之見，例如《太平經》臚列的五種病因之中，也包括鬼神譴崇¹⁴⁰。

魏晉以降，和一般人一樣，醫者也將疾病歸因於鬼神，其中也包括若干傳染性疾疫，譬如葛洪《肘後備急方》指出，「凡五尸即身中屍鬼接引也，共為病害」，「年歲中有癘氣兼挾鬼毒相注，名為濫病」¹⁴¹。《諸病源候論》所臚列的傳染性病候，其病源亦有與鬼神相關者，例如中惡病諸候之中惡候乃「鬼神之氣卒中」¹⁴²；尸病諸候之卒忤死候肇自「客邪鬼氣」¹⁴³；注病諸候之鬼注候係因「忽被鬼排擊」¹⁴⁴；毒注源於「鬼毒之氣」¹⁴⁵；注忤候起自於觸犯「鬼邪之毒氣」¹⁴⁶；諸注候乃「卒犯鬼物之精」所致¹⁴⁷；至於小兒注候則源自「為鬼氣所傷」¹⁴⁸。孫思邈《備急千金要方》除了提到「尸鬼纏身」導致「四肢百節疼痛」之外¹⁴⁹，還記載了一個疫癘與疫鬼有關的故事，故事中散播疫癘的元兇是數百餘名疫鬼，疫鬼促使「疫氣流行」的結果，死者極眾¹⁵⁰。此一疫鬼與疫氣害人的假說，與《諸病源候論》「疫氣之癘鬼」以及「鬼癘之氣」之說不謀而合¹⁵¹。惟與一般人不同的是，醫者除了也主張鬼神是能相染的疾疫之源以外，

(續)

11；〔漢〕衛宏，《漢舊儀補遺》，收入《四部備要》（台北：臺灣中華書局，1971），卷下，頁6；不著撰人，《玄中記》，收入魯迅收錄，《古小說鈞沈》，下冊，頁371。

139 魏徵等撰，《隋書》，卷8，頁168-169。

140 林富士，〈試論《太平經》的疾病觀念〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，62：2（台北，1993），頁229-236。

141 葛洪，《肘後備急方》，卷1，頁18-19；卷2，頁37。

142 《諸病源候論校注》，卷23，頁669。

143 《諸病源候論校注》，卷23，頁675。

144 《諸病源候論校注》，卷24，頁696。

145 《諸病源候論校注》，卷24，頁703。

146 《諸病源候論校注》，卷24，頁705。

147 《諸病源候論校注》，卷24，頁691。

148 《諸病源候論校注》，卷47，頁1328。

149 孫思邈，《備急千金要方》，卷80，頁16。

150 孫思邈，《備急千金要方》，卷29，頁11-12。

151 《諸病源候論校注》，卷2，頁67；卷10，頁335。

更進一步指出「鬼氣」是罹患、傳播上述疾疫的根源、媒介。

除了「鬼」及「鬼神之氣」、「客邪鬼氣」、「鬼毒之氣」與「鬼邪之毒氣」之外，《諸病源候論》也以「氣」為傳染性疾疫的病源之一。這裡所謂的「氣」，乃特指品質惡劣邪毒之氣，並非泛指所有的「氣」。例如《諸病源候論》指出時氣的病源即「非其時而有其氣」¹⁵²，此一見解，也見諸唐代醫者孫思邈與王燾的著作中。巢元方認為四季皆有其正氣，假如歲時不和，正氣紊亂失序，溫涼失節，不論長幼「感其乖戾之氣而發病」，即是「時行之氣」，「此則多相染易」¹⁵³。據此，則促使長幼罹患時氣的非時之氣或乖戾之氣，同時也是造成該疾病多相染易的根源。

《諸病源候論》指出溫病諸候肇因於歲時不和、溫涼失節，於是「人感乖戾之氣而生病」¹⁵⁴，溫病「病氣轉相染易」的結果，「乃至滅門，延及外人」，不僅傳染與流行頗具規模，死亡率亦頗高。據此，品質乖戾之「氣」既是溫病諸候的病因，也是促成該病候相染易的關鍵。

至於「其病與時氣、溫、熱等病相類」的疫癘病諸候，《諸病源候論》指出其病「皆由一歲之內，節氣不和，寒暑乖候，或有暴雨疾風，霧露不散」，使得「民多疾疫，病無長少，率皆相似，如有鬼癘之氣」¹⁵⁵，則異常的節氣是疫癘病的病因之一。

以上時氣病諸候、溫病諸候與疫癘病諸候的病源，《諸病源候論》均歸咎於外在氣候環境的不正常變化，由於自然環境的異常變化所影響之範圍廣泛，此一理論有助於醫者解釋何以疾疫有大規模流行或「相染」的現象。再者，中國醫學一向敏於觀察自然環境的變化，《黃帝內經·素問》已指出外在環境的變化與人體有著密切的關係，因此，《諸病源候論》將相染易疾疫病源歸咎於節氣不和、乖戾之氣的見解，實乃賡續前代的醫學理論。

《諸病源候論》解釋注病諸候的病源時，指出「謂邪氣居住人身內，故名爲

152 《諸病源候論校注》，卷7，頁218；卷9，頁280。

153 《諸病源候論校注》，卷7，頁277。

154 《諸病源候論校注》，卷10，頁333。

155 《諸病源候論校注》，卷10，頁334-335。

注」，患者體內所以有此邪氣，巢元方歸咎於「乍感生死之氣」¹⁵⁶，或「邪毒之氣」¹⁵⁷，或「注氣流移」¹⁵⁸，可見具傳染性的注病病源之一，也來自於品質邪惡的氣。此外，巢元方指出小兒狐臭的病源亦來自於染易，其媒介是腋下的「野狐之氣」，「小兒多是乳養之人先有此病，染著小兒」¹⁵⁹。此一將品質邪惡的氣視為能相染易的疾疫病源之見解，並不只見於醫學文獻，早在漢代劉熙《釋名》就已主張「注病，一人死，一人復得，氣相灌注」¹⁶⁰，東漢獻帝建安末年(196-220)，曹植亦以「疫氣」、「癘氣」與「陰陽失位，寒暑錯時」解釋疾疫發生與流行的原因¹⁶¹，魏晉以降，史書則有「軍數征行，或遇疫氣，吏士死亡不歸」¹⁶²、「癘氣疾病」¹⁶³、「邪亂之氣先被于民，故疫」之筆¹⁶⁴，據此，以品質邪惡的「氣」為傳染性疾疫病源之一，或乃漢代至隋唐時期醫者與一般人共享的觀念。

除了「鬼」與各式各樣品質乖戾惡劣的「氣」以外，《諸病源候論》指出「邪」也是傳染性疾病之病因。例如注病諸候之血注候源於「為邪所乘故也」¹⁶⁵；水注候源自「人腎虛受邪」¹⁶⁶；氣注候肇因於「風邪搏於肺氣所為也」¹⁶⁷；寒熱注候導自「風邪搏於血氣」¹⁶⁸；冷注乃為「冷邪」所傷¹⁶⁹；寒注的病源則是

156 《諸病源候論校注》，卷24，頁690-691。

157 《諸病源候論校注》，卷24，頁705。

158 《諸病源候論校注》，卷24，頁699。

159 《諸病源候論校注》，卷50，頁1401。值得注意的是，參閱《諸病源候論》癰瘤等病諸候中的狐臭候，巢元方除了提到其導源於血氣不和之外，並未言及相染，可見巢氏認為小兒狐臭與成人狐臭的病源不同。《諸病源候論校注》，卷31，頁866。

160 [漢]劉熙，《釋名》，收入《四部叢刊初編》(台北，臺灣商務印書館，1965)，卷8，頁32-33。

161 曹植，《曹植集校注》，卷1，頁177。

162 陳壽，《三國志·魏書》，卷1，頁32。

163 陳壽，《三國志·魏書》，卷2，頁82-83。

164 歐陽修、宋祁，《新唐書》，卷36，頁957。

165 《諸病源候論校注》，卷24，頁710-711。

166 《諸病源候論校注》，卷24，頁709。

167 《諸病源候論校注》，卷24，頁700。

168 《諸病源候論校注》，卷24，頁701。

169 《諸病源候論校注》，卷24，頁701-702。

來自「寒邪」等等¹⁷⁰。究竟這些「邪」是什麼？其本質如何？注病諸候之邪注候云：

凡云邪者，不正之氣也，謂人之腑臟血氣為正氣，其風寒暑濕，魅魅魍魎，皆謂為邪也。¹⁷¹

根據上文，「邪」泛指不正之氣，包括「風寒暑濕」與「魅魅魍魎」。前述時氣、溫病與疫癘諸病候肇因於四時節氣不和，亦即「風寒暑濕」之異常變化；前述鬼、鬼物、鬼氣被視為許多傳染性疾疫的病源之一，則可與「魅魅魍魎」歸為一類，於是這裡廣義的「邪」可以同時兼容前述「鬼」與「乖戾之氣」兩項。既然巢元方指出「邪」是「不正之氣」，所以「邪」雖亦可以被理解為氣的一種，卻非正氣或真氣一類品質良善的氣，而是導致疾疫的邪惡之氣。既然「邪」的本質是「不正之氣」，那麼「鬼神之氣」、「鬼氣」與「鬼毒之氣」等等「不正之氣」，也是「邪」的一種；「乖戾之氣」、「注氣」、「病氣」、「野狐之氣」、「非其時而有其氣」與「節氣不和」之類「不正之氣」，亦與「邪」為同類。《諸病源候論》將「邪」當作疾病病源與相染的主因之一，此一見解，亦可溯及前代的醫學理論¹⁷²。

《諸病源候論》將傳染性病源之一，歸諸於「鬼邪之毒氣」、「客邪鬼氣」、「邪毒之氣」或「邪氣」等等外因，從這些語詞及其脈絡來看，巢元方往往同時兼採或混合「鬼」、「乖戾之氣」或「邪」，以描述或解釋傳染性疾疫的病因，其目的均在強調傳染性疾疫病源的邪惡品質，及其對人體的負面影響。然而，不容忽略的是，在《諸病源候論》對於傳染性疾疫病源的詮釋中，此三大類病原各具特色：「鬼」在突出鬼物的角色，「乖戾之氣」在突顯自然環境與氣候的影響，「邪」則在強調廣義的邪惡力量。

170 《諸病源候論校注》，卷24，頁701。

171 《諸病源候論校注》，卷24，頁700。

172 漢代以前醫學對「邪」的相關討論，參見Paul Unschuld, *Medicine in China—A History of Idea* (Berkeley: University of California Press, 1985), pp. 67-73.

具傳染性的注病之病因，根據《諸病源候論》，除了鬼、鬼物之精或種種品質惡劣的氣，以及各種的邪以外，還有其他的致病因素，例如諸注候：

此由陰陽失守，經絡空虛，風寒、暑濕、飲食、勞倦之所致也。其傷寒不時發汗，或發汗不得真汗，三陽傳於諸陰，入於五臟，不時除瘥；留滯宿食；或冷熱不調，邪氣流注；或乍感生死之氣；或卒犯鬼物之精，皆能成此病。¹⁷³

除了風寒、暑濕、邪氣、生死之氣以及鬼物之精以外，巢元方認為飲食、勞倦與舊病未癒等等，也是注病諸候的病源之一。《諸病源候論》將飲食當作是注病諸候的病因之一，亦見於飲注候之「人飲水漿多，水氣不消，停積為飲」¹⁷⁴。巢元方又多徵引《養生方》，將注病歸因於食用某些特定的食物，譬如「諸濕食不見影，食之卒成注」¹⁷⁵；「食米甘甜粥，變成走注」¹⁷⁶；「又雞肉和獮肉食之，令人病成遁注」¹⁷⁷。巢元方將勞倦視為注病病源之一，也見於勞注候之「人大勞，虛而血氣空竭，為風邪所乘」¹⁷⁸，以及骨注候之「人血氣虛，為風邪所傷，初始客在皮膚，後重遇氣血勞損」¹⁷⁹。《諸病源候論》對於飲食與勞倦致病的見解，實亦源於前代醫學理論之一，惟其特殊之處，乃是將此二者視為若干能注易傍人的疾病病源之一。至於注病的病因之一亦導源於舊病未癒，《諸病源候論》指出原患者所染患的疾病，包括傷寒、溫病與熱病等等，在尚未痊癒之前，若不慎再遭逢其他的致病因素或契機，則可能引發注病¹⁸⁰。此外，《諸病源候論》中具有傳染性的「陰陽易候」之病也與舊病有關，原患者或罹患傷

173 《諸病源候論校注》，卷24，頁690-691。

174 《諸病源候論校注》，卷24，頁714-715。

175 《諸病源候論校注》，卷24，頁693。

176 《諸病源候論校注》，卷24，頁705。

177 《諸病源候論校注》，卷24，頁706。

178 《諸病源候論校注》，卷24，頁711-712。

179 《諸病源候論校注》，卷24，頁710。

180 《諸病源候論校注》，卷24，頁706-707。

寒、時氣或溫病，經由男女性接觸而「換易」其毒¹⁸¹。

從巢元方對於注病諸候原因的解釋來看，其所屬的各病候除了可能由某單一因素致病以外，還可能兼有兩種或更多的病源。據此，則《諸病源候論》對病源的見解，傾向於「一候〔病〕多源」的觀念。此一看法，亦見諸唐代其他醫籍，例如孫思邈主張狐臭的病因有二，「有天生狐臭，有爲人所染臭者」¹⁸²，也是一病多源的概念。宋代病因學專著《三因極一病證方論》亦仍循此主張，譬如「大風惡癩」的成因，陳言認爲「大率多是嗜慾勞動氣血，發汗洩不避邪風冷濕，使淫氣與衛氣相干」所致，「然亦有傳染者，又非自致」¹⁸³。可見「一候〔病〕多源」或乃隋唐以迄宋代之間病因學的主要特色之一。

既然《諸病源候論》認爲時氣病諸候「多相染易」、溫病諸候「轉相染易」、注病諸候「注易傍人」，則「相染易」或「注易」應即許多患者得病的原因，那些受到「染易」或「注氣流移」的病患亦能將疾病再傳染給他人，遂有「乃至滅門」或「延及外人」的悲劇發生。

以上《諸病源候論》臚列的傳染性疾疫病源，例如鬼、乖戾之氣、廣義的邪、相染易，約可歸納成外在的因素¹⁸⁴，除此以外，巢元方指出還有其他的內在因素共同促成疾疫，最顯著的例子就是「尸蟲」，巢元方援引道者的觀念——「凡人身中有八萬尸蟲，共成人身」¹⁸⁵，並云：「人身內自有三尸諸蟲，與人俱生，而此蟲忌惡，能與鬼靈相通，常接引外邪，爲人患害。」¹⁸⁶既然三尸諸蟲與生俱來，能與鬼靈相通以及常接引外邪，遂能與鬼或外邪共同致病，譬如能

181 《諸病源候論校注》，卷7，頁275；卷9，頁300-301；卷10，頁332。

182 孫思邈，《備急千金要方》，卷74，頁10-11。

183 陳言，《三因極一病證方論》，卷15，頁21。

184 宋代病因學專著《三因極一病證方論》，陳言則將鬼擊與尸症列爲所謂的「不內外因」，參見陳言，《三因極一病證方論》，卷9，頁31。

185 《諸病源候論校注》，卷2，頁73。

186 《諸病源候論校注》，卷23，頁682。類似的文字也見於小兒雜病諸候的尸注候。《諸病源候論校注》，卷47，頁1329。此外，唐代醫者兼道者孫思邈除了見解相似之外，更進一步說明尸蟲的形狀與種類。孫思邈，《備急千金要方》，卷58，頁16-17。

「注易傍人」「乃至滅門」的尸注候即是一例¹⁸⁷。值得注意的是，在此文脈之下，尸蟲並不會單獨致病，必須先有外因出現，才可能與內在的尸蟲共同為害。據此，染患傳染性疾疫較具決定性的因素，不在於人人皆有的尸蟲，而是其他的外在因素，亦即鬼或外邪，換言之，只有暴露在鬼或外邪所在之處的人，其身內尸蟲才有可能接引鬼或外邪而致病，如此一來，醫者遂可以解釋何以疾疫流行時，並非所有的人均必然得病。另一方面，巢元方似乎暗示傳染性疾疫乃勢所難免，因為人人人生來均有尸蟲，隨時可能相通鬼靈或接引外邪，共同致病。透過此一假說，醫者則又能圓融的解釋疾疫流行之際，何以會出現「病無長少」的規模。

《諸病源候論》以為人體氣血虛實的內在狀況，也能決定是否致病。以能注易傍人之注病諸候為例，喪注候的成因，係因「人有臨尸喪，體虛者則受其氣」¹⁸⁸；生注候的病源之一，乃先因「人有陰陽不調和，血氣虛弱」，然後「與患注人共居處，或看待扶接，而注氣流移，染易得上，與病者相似」¹⁸⁹。在尸蟲常接引鬼、外邪進入人體的前提之下，醫者欲圓通地解釋何以尸氣或注氣僅僅影響部分的弔喪者或接近病患的人，則必須再輔以另一先決條件，亦即唯有其人臟腑、陰陽與氣血先有缺陷，其尸蟲才接引尸氣或注氣進入身體而致病，並非所有臨喪及與病患接觸者均必然為尸氣或注氣所注易，此一理論應或較能符合醫者的實際觀察與經驗。

《諸病源候論》除了採納當代道者的觀念之外，也融合當時數術的部分內容，以解釋能相染易的疾病之病因。例如，注病諸候之土注候源於「人有居住穿鑿地土，不擇便利，觸犯禁害」，所謂的「禁害」，或指「五行金木水火土，六甲之辰」之類的禁忌¹⁹⁰。此一「觸犯禁忌」之病源，難以與上述的外在或內在病因歸為一類。

根據上述，《諸病源候論》對於傳染性疾疫病源的理解，大致能歸納為五大類：第一，或源自外在因素，包括鬼、乖戾之氣等自然環境的異常變化、廣義的

187 《諸病源候論校注》，卷23，頁685。

188 《諸病源候論校注》，卷24，頁707。

189 《諸病源候論校注》，卷24，頁699。

190 《諸病源候論校注》，卷24，頁714。

邪以及病氣轉相染易。其次，或肇因於飲食、勞倦或舊病未癒。第三，或導源於內因與外因相乘的結果，此類可再細分成兩種：(1)人體與生俱來的尸蟲忌惡，能相通鬼靈或接引外邪而共同致病；(2)患者先有血氣虛損，體內尸蟲始相通鬼靈或接引外邪而共同致病。第四，若干傳染性疾疫的病因，或同時兼有兩種以上，反映作者「一候〔病〕多源」的觀念。第五，則是無法融入上述四類者，譬如土注候之「觸犯禁忌」。

以上《諸病源候論》對於傳染性疾疫病源的種種見解，或在詮釋當世疾疫普遍流行的原因與現象，或在解釋疾疫的影響與流行的規模，既有承繼前代醫學理論之痕跡，亦有採擷當代社會流行的觀念、道者思想，以及數術內容之處，作者縮合整理之後，提出較有系統的看法，一則以融入當代社會與文化脈絡所認可的合理範圍，一則以建立病因學與分類疾病的專業醫學理論。

五、魏晉至隋唐之間醫者對於傳染性疾疫傳播途徑的見解

大規模疾疫流行時，其主要患者，根據曹植的描述，東漢獻帝建安年間(196-220)，以「披褐茹藿之子」與「荆室蓬戶之人」為主，至於「殿處鼎食之家」和「重貂累蓐之門」，卻非常罕見¹⁹¹。據此，則當時不同的社會階層，其感染疾疫的比率或有所差異。但若從曹丕致書吳質，提及「昔年疾疫，親故多離其災，徐、陳、應、劉，一時俱逝」來看¹⁹²，罹患疾疫者，不一定僅限於社會階層較低的人士。如果再檢視東晉穆帝永和年間(345-357)「疾疫之年，家無不染」的記錄¹⁹³，似乎各年齡層都可能是疾疫的受害者，其情況不一而足。

既然社會各階層人士都可能相染疾疫，那麼醫者對於疾疫相染的途徑有哪些見解？以下仍請以《諸病源候論》為中心，並兼採魏晉至隋唐時期其他醫學文獻析論之。

首先，《諸病源候論》以為直接與病人接觸，是疾病相染的主因之一。接觸

191 曹植，《曹植集校注》，卷1，頁177。

192 陳壽，《三國志·魏書》，卷21，頁608，注1。

193 房玄齡等撰，《晉書》，卷76，頁2009。

病人的途徑很多，其中最顯著的實例之一，即男女性接觸所導致之「陰陽易」。根據病患的性別，該病候還可再細分成「陽易」與「陰易」兩類¹⁹⁴。魏晉至隋唐之間的醫者雖有「治婦人得病易丈夫、丈夫得病亦易婦人」的藥方¹⁹⁵，但是他們卻認為陰陽易「殺人甚於時行」¹⁹⁶、「皆難治，多死」¹⁹⁷，可見其相染易的後果相當嚴重。醫者認為直接接觸患者而致病的情形，也發生在養育小兒的過程中。若乳養者罹患狐臭或疥瘡，也可能「染著」小兒¹⁹⁸。此外，葛洪指出與患者同床而眠，亦或有相染的危險¹⁹⁹。

其次，《諸病源候論》指出，與病患近距離或較長期的相處，也是疾疫相染的主要途徑之一。譬如與病患共同居處，或看待扶接患者，病人「注氣流移」的結果，照護者往往「染易得上，與病者相似」²⁰⁰，故魏晉到唐代之間的醫籍，頗見以「餘殃不息，流注子孫親族」²⁰¹、「乃至滅門」、「無收視者」，形容傳染性疾疫在家族中傳播的情況與後果²⁰²。由於巢元方認為注病候患者死後往往能「注易傍人」，當家屬在料理喪事之際，或因「觸見喪柩」而注易得病；親友前來弔唁慰問時，或因「臨尸喪，體虛者受其氣」而相染成疾²⁰³。此外，軍隊與敵人作戰接觸，也可能相染疾疫，例如《肘後備急方》提及「比歲有病時行」，「此瘡從西東流，遍于海中」，「建武中于南陽擊虜所得，仍呼為虜瘡」²⁰⁴。

第三，《諸病源候論》指出，前往特定地點或參加特定的活動，亦或有相染

194 《諸病源候論校注》，卷8，頁275；卷9，頁300-301；卷10，頁332。

195 孫思邈，《備急千金要方》，卷33，頁6。

196 葛洪，《肘後備急方》，卷2，頁41。

197 孫思邈，《備急千金要方》，卷33，頁1-2；王焘，《外臺秘要方》，卷2，頁52。

198 《諸病源候論校注》，卷50，頁1401、1411。

199 《抱朴子內篇》提及吳越有禁咒之法，知之者與病人同床而不染，可見時人或相信與病人同床將可能相染疾病。葛洪著，王明校釋，《抱朴子內篇校釋》（北京：中華書局，1988），卷5，頁114。

200 《諸病源候論校注》，卷24，頁699。

201 《諸病源候論校注》，卷24，頁708。

202 葛洪，《肘後備急方》，卷1，頁20；《諸病源候論校注》，卷10，頁333；孫思邈，《備急千金要方》，卷29，頁14。

203 《諸病源候論校注》，卷24，頁707。

204 葛洪，《肘後備急方》，卷2，頁35。

疾疫的危險。例如死注候即是前去喪家弔唁注病死者之後，「染病與死者相似」，死後又注易傍人²⁰⁵。再者，參加吉凶喜慶活動，在主人家飲宴，假若「有外邪惡毒之氣，隨食飲入五臟」，就是染患了所謂的食注候²⁰⁶。此外，巢元方認為「魂魄衰弱者」，往往容易在「道間門外」，為「鬼氣」所犯忤，情況嚴重者或有變成「注」的可能²⁰⁷。葛洪《抱朴子內篇》亦稱：「若在鬼廟之中，山林之下，大疫之地，塚墓之間，虎狼之藪，蛇蝮之處。」「若忽偶忘守一，而為百鬼所害。」²⁰⁸葛洪以為接近以上地點或使人較有機會接近傳染性疾疫的病源，例如尸氣，或鬼氣、外邪等，因而致病，甚至死後又注易他人²⁰⁹。此外，根據唐代醫者孫思邈的意見，容易受外邪影響的特定活動，還可能包括「夜行」與「獨宿」兩種²¹⁰。魏晉以迄唐代，一般人多懼憚鬼神，或有鬼魅致病的觀念²¹¹，或有「大凶宅皆鬼神所處」的臆測²¹²，於是，明主有辟惡散、却鬼丸之賜²¹³，一般人則有「作金剛力士以逐疫」之舉²¹⁴。可見將疾疫相染的途徑歸咎於鬼魅及其所在之地，是當時醫者與一般人共有的觀念。

第四，《諸病源候論》指出異常的氣候與環境變化，也是促使疾疫相染與大規模流行的可能途徑之一，巢元方認為時氣、溫病與疫癘病諸候的病因，肇因於節氣不和，寒暑乖候，或暴雨疾風，霧露不散等等的外在因素，當這些外因出現在特定的地理區域時，當地人不可避免地集體暴露在此異常的自然環境之下，受到乖戾之氣影響者因此得病，加上時氣、溫病諸候有「多相染易」的特色，病者

205 《諸病源候論校注》，卷24，頁699。

206 《諸病源候論校注》，卷24，頁708-709。

207 《諸病源候論校注》，卷23，頁674-675。

208 葛洪著，王明校釋，《抱朴子內篇校釋》，卷18，頁297-298。

209 關於特定地點與疾病的關係，參見李建民，〈崇病與「場所」：傳統醫學對崇病的一種解釋〉，《漢學研究》，12：1（台北，1994），頁101-148。

210 孫思邈，《備急千金要方》，卷56，頁18-19。

211 段成式，《酉陽雜俎續集》，卷2，頁119；不著撰人，《述異記》，收入魯迅輯校，《古小說鈞沈》，上冊，頁181-182。

212 [唐]張鷟，《朝野僉載》（北京：中華書局，1979），卷6，頁131。

213 段成式，《酉陽雜俎前集》，收入《四部叢刊初編縮本》（台北：臺灣商務印書館，1965），冊27，卷1，頁12。

214 宗懷，《荊楚歲時記》，頁11。

與未病者之間或輾轉相染，使得該病之流行更具規模。東漢桓帝之後，中原地區經常出現氣候不穩與寒暖失常的現象²¹⁵，並多有疾疫流行，此或即醫者將外在環境的異常變化與疾疫的頻繁出現聯繫起來，建立疾疫相染之病因學理論的契機之一。

第五，《諸病源候論》注病諸候指出，飲食也是外邪進入人體的途徑之一，譬如食注候肇因於「外邪惡毒之氣」，該氣「隨食飲入五臟」²¹⁶，毒注候的病源「鬼毒之氣」，亦「因飲食入人腹內」²¹⁷。此外，蠱注候患者得病，係因「人有造作敬事者」以蠱毒害人，「多於飲食內而行之」，不明究理者食用之後，五臟被蠱食盡而死²¹⁸。魏晉以降，因軍事活動、族群遷徙與向南開發等政治與經濟因素，族群之間接觸較往昔頻繁。在這個過程中，中原漢人或因難以適應異域環境或飲食而罹患疾疫，對於南方殊異的自然環境與人文風俗的觀察，遂多有負面的批評與想像。蠱毒也是一例，《諸病源候論》特闢蠱毒病諸候專章，列舉氏羌毒候、射工候等等²¹⁹，亦能部分地反映當時特殊的政治與社會情境。

第六，根據《諸病源候論》，並非所有疾病相染之路徑都是具體可知的，譬如能「注易傍人」的鬼注候源於「人有先無他病，忽被鬼排擊」²²⁰。若參照作者的其他假說，患者或可能因前往喪家弔唁而觸及死喪之氣所致，但不可諱言的是，巢元方在此文脈中並未確切說明究竟如何或在何處為鬼所排擊。因此，巢氏似乎暗示「忽被鬼排擊」的得病途徑，隱藏著不確定或不可知的因素。

根據上述，《諸病源候論》至少指出六類疾疫相染的可能途徑。魏晉以迄隋唐之間，文獻多見疾疫流行的記錄，醫者身處其中，憑藉其專長建構疾疫相染途徑的理論。以《諸病源候論》的書寫規模來看，此或作者綜合長期觀察與賡續前

215 陳良佐，〈從春秋到兩漢我國古代的氣候變遷——兼論《管子·輕重》著作的年代〉，《新史學》，2：1（台北，1991），頁1-49；〈再探戰國到兩漢的氣候變遷〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，67：2（台北，1996），頁367-379。

216 《諸病源候論校注》，卷24，頁708-709。

217 《諸病源候論校注》，卷24，頁703-704。

218 《諸病源候論校注》，卷24，頁702-703。

219 《諸病源候論校注》，卷25，頁723-725。

220 《諸病源候論校注》，卷24，頁696-697。

代醫者見解之大成，以及融入當代思想潮流的成果。

六、魏晉至隋唐時期疾疫相染與孝義倫理之間的困境

魏晉至隋唐之間疾疫大規模流行，史冊載籍甚夥，醫者面對此一衝擊，提出疾疫勢所難免的見解，唐代醫者孫思邈云：「天無一歲不寒暑，人無一日不憂喜，故有天行瘟疫病者，即天地變化之一氣也，斯蓋造化必然之理，不得無之。」²²¹藉由此一假說，孫思邈在嘗試合理化疾疫頻繁出現的同時，也反映頻仍的疾疫確是當世社會生活的一部分。在孫思邈之前，《諸病源候論》已經明確指出若干疾病具有相染的特質，這些疾疫或「一歲之中，病無長少，多相似者」，或「多相染易」，此亦與漢魏以來疾疫載籍甚多的現象相符。這段期間疾疫普遍流行，尚可從東晉王彪之的建言窺其一斑，永和末年(345-357)多疾疫，根據舊制，「朝臣家有時疾，染易三人以上者，身雖無病，百日不得入宮」，當時百官多列家疾而不入宮，王彪之云：「疾疫之年，家無不染，若以之不復入宮，則直侍頓闕，王者宮省空矣。」²²²可見當時疾疫肆虐與相染的程度，以及時人普遍相信疾疫相染的情形。

醫者對於疾病相染易特質的見解，並非孤立於魏晉至隋唐的社會文化之外，當時一般人既多相信疾疫相染，也畏懼疾疫相染。譬如三國曹魏進攻江陵，深恐「賊中癘氣疾病，夾江塗地，恐相染污」，遂「開江陵之圍，以緩成死之禽」²²³。又如三國魏武帝征荊州還，於巴丘遇疾疫，或恐相染，燒船以杜絕疫情擴大²²⁴。

魏晉至隋唐之間醫者以為接近喪尸或有被注易的危險，此一戒慎恐懼的心態，也與當時社會一般人的想法近似，吾人可以從曹魏時期平原太守劉邠與管輅的對話窺其端倪：

221 孫思邈，《備急千金要方》，卷29，頁1-2。

222 房玄齡等撰，《晉書》，卷76，頁2009。

223 陳壽，《三國志·魏書》，卷2，頁82-83。

224 陳壽，《三國志·魏書》，卷14，頁435-436。

〔劉〕邠曰：「此郡官舍，連有變怪，使人恐怖，其理何由？」輅曰：「或因漢末之亂，兵馬擾攘，軍屍流血，汙染丘山，故因夕，多有怪形也」。²²⁵

可見當時人認為「軍屍流血」是所謂「變怪」、「怪形」的根源。這些曾被死屍與污血「汙染」的地方，時人戒以為禁忌，或恐接近而沾染鬼邪、尸氣或疫氣。尤有甚者，若家有喪事，子孫多因擔憂「死有歸煞」，紛紛逃竄，不敢在家，不但「畫瓦書符，作諸厭勝」，出殯之日還「門前然火，戶外列灰，祓送家鬼」，以避免「章斷注連」²²⁶、「死亡不絕，注復不斷」²²⁷。可見時人憚忌死尸與鬼，為了避免想像中的厄運，遂舉行儀式以禳除之。

魏晉至隋唐時期，不僅醫者以鬼或鬼氣為疾疫相染與流行的原因之一，一般人亦普遍將疾疫歸咎於鬼，例如漢代以來即盛傳顓頊三子化為疫鬼帶來疾疫的傳說，見載於《論衡》、《獨斷》、《漢舊儀》、《搜神記》與《玄中記》等文本²²⁸；魏晉以降，則相傳黃州治下黃父鬼作祟，「至人家張口而笑，必得瘡疫」²²⁹；又如前宋文帝元嘉九年(432)，據說南林寺有僧與靈味寺僧含沙門與鬼言論，此鬼稱「去寅年有四百部鬼，大行疾癘」²³⁰，顯然時人多將鬼視為疾疫發生的原因之一。

人們擔心鬼帶來疾疫相染的焦慮，更因某些事例而加強。譬如三國時期，傳聞廣陵蔣子文死後託言稱己為土地神，若百姓不為立祠，則將降下大禍。次年夏

225 陳壽，《三國志·魏書》，卷2，頁822-823。

226 〔南朝梁〕顏之推，《顏氏家訓》，收入《景印文淵閣四庫全書》（台北：臺灣商務印書館，1983），冊848，卷上，頁20。

227 語出《赤松子章曆·斷亡人復連章》，參見顏之推著，王利器集解，《顏氏家訓集解》（上海：上海古籍出版社，1982），卷2，頁105-110，王注7。

228 王充著，黃暉校釋，《論衡校釋》，卷22，頁935-936；衛宏，《漢舊儀補遺》，卷下，頁6；干寶，《搜神記》，卷16，頁1；不著撰人，《玄中記》，收入魯迅輯校，《古小說鈞沉》，下冊，頁371。

229 劉敬叔，《異苑》，卷6，頁11-12；不著撰人，《述異記》，收入魯迅輯校，《古小說鈞沉》，上冊，頁183。

230 不著撰人，《冥祥記》，收入魯迅輯校，《古小說鈞沉》，下冊，頁504。

天果然疫癘流行，「百姓竊相恐動」，但是當地人士並未照辦，蔣子文又透過巫祝兩次降言，預言將再降蟲災與火災。在這些災禍接連到來之後，「議者以為鬼有所歸，乃不為厲，宜有以撫之」，吳主遂敕封蔣子文及其次弟，為立廟堂，「自是災厲止息，百姓遂大事之」²³¹。此例同時也加深一般人認定的鬼致疫癘觀念。

魏晉至隋唐時期，有心人甚至利用人們對於鬼神導致疾疫的普遍觀念，以達成特定的目的。例如唐朝王世充征伐李密，欲乘勝追擊，但唯恐軍心不一，遂「假託鬼神，言夢見周公」，立祠於洛水，遣巫宣言周公下令急討李密，「不則兵皆疫死」，軍心受此鼓動與威脅，果然奮力贏得勝利²³²。可見鬼與疾疫互相關聯的想法相當深入人心。

身處疾疫流行的環境，又相信疾疫相染的危險，且懼怕鬼魅行疫，在如此特殊的時代中，魏晉至隋唐時人如何應對進退？一般來說，人們往往拋棄病人以避免相染，例如《抱朴子內篇》記載上黨趙瞿病癩經年，家人深恐「子孫轉相注易」，將他流棄於山穴中²³³。至於疾疫肆虐流行之際，為了逃避相染，更有不少人舉家逃亡，比如西晉永嘉初年(307-313)，疫癘流行，袁無忌家百餘口死亡垂盡，倖存者遂徙避大宅，暫時居住田舍之間²³⁴。此外，據說唐代名宦高力士曾逃避瘡疾於功臣閣下²³⁵，亦或趨避疾疫相染的例證之一。

至於那些罹患能相染的疾疫患者，其親友唯恐相染，極少有自願主動收容或照顧者。例如南朝江泌之募吏罹患時病，時人「莫有舍之者」，吏扶杖投靠江泌，泌親自隱卹，吏死，泌為買棺埋之，史冊列為孝義的楷模²³⁶。從史家特別褒揚江泌的孝義與列之青史來看，收容與照護疾疫病患的行為，乃當世少見的善行。晉朝最為後世所稱頌的孝友實例之一，乃是晉武帝年間庾袞特親之事。晉武

231 干寶，《搜神記》，卷5，頁1-2。

232 劉昫等撰，《舊唐書》，卷54，頁2230。

233 葛洪著，王明校釋，《抱朴子內篇校釋》，卷11，頁187-188。

234 不著撰人，《雜鬼神志怪》，收入魯迅輯校，《古小說鉤沉》，下冊，頁427。

235 [宋]趙與時，《賓退錄》(上海：上海古籍出版社，1983)，卷7，頁86。

236 [南朝梁]蕭子顯，《南齊書》(北京：中華書局，1974)，卷55，頁965；李延壽，《南史》，卷73，頁1828。

帝咸寧年間(275-280)大疫，庾袞二兄俱亡，次兄毗復殆。當時瘴氣方熾，父母諸弟均欲避疫外鄉，其父兄均力勸庾袞同行，庾袞卻自稱「袞性不畏病」，堅持留下照顧兄長，不肯棄之而去。庾袞不但親自扶持其兄，晝夜不眠，甚至還會撫柩哀臨不輟。如此十有餘旬，疫勢既歇，不僅庾袞無恙，其兄也獲痊癒，於是父老「始疑疫癘之不相染也」²³⁷。此一故事，列入《晉書·孝友列傳》，史家視為當世與未來孝友的表率²³⁸。庾袞之所以鶴立雞群，受到史家表彰，殆因其與眾不同，不畏懼疾疫相染。此舉與時人普遍懼疫與避疫的心態、行為以及拋棄病患的社會現象，適成強烈的對比。

類似的例證，還有北朝辛公義之例。辛公義擔任岷州刺史時，當地風俗畏病，若一人有疾，即合家避之。某年暑月傳出疫情，被家人遺棄的病人或至數百，辛公義將這些病患移往公署，一時之間「廳廊悉滿」。辛公義在其間親設一榻，終日連夕與病人接觸，並延請醫者治療，病人均得以痊癒。辛公義遂召集病人家屬，喻之曰：「死生由命，不關相著，前汝棄之，所以死耳。今我聚病者，坐臥其間，若言相染，那得不死！」於是諸病家子孫慚謝而去，此後當地「有遇疾者，爭就使君，其家親屬，固留養之，始相慈愛，此風遂革」，合境之內俱稱辛公義為「慈母」²³⁹。

從上述故事來看，岷州的風俗不僅相信疾疫相染，同時還普遍拋棄病患以自保，直到辛公義力排疾疫相染的成說，並身體力行以導正之，風俗始變。與前述庾袞一樣，辛公義此舉也是當世罕見的行誼，所以史書特予褒揚。范行準指出，庾袞與辛公義「處身疫癘之鄉而厥身不染」，「或由於他們有先天的或後天的和暫時的免疫性之故」²⁴⁰，其實究竟當時流行的疾疫是什麼疾病，或者是否能傳染，以及庾、辛有否有免疫性並不重要，重要的是當時庾、辛身邊的父老兄長或鄉里之人均深信那些疾疫能相染，以至於大多數人寧可背棄倫理親情與孝義原

237 房玄齡等撰，《晉書》，卷88，頁2280-2281；干寶，《搜神記》，卷11，頁12。

238 范行準認為庾袞此舉或出於天性，或不無爭取孝悌之名。范行準，《中國預防醫學思想史》（北京：人民衛生出版社，1955），頁92-94。

239 李延壽，《北史》，卷86，頁2884。

240 范行準，《中國預防醫學思想史》，頁92-94。

則，拋棄生病的親友，逃竄他處遠避疾疫。即便庾、辛力排眾議，親自照顧疾疫患者卻未相染疾疫的事實，促使人們開始懷疑疾疫是否均能相染，然而這兩個例子畢竟是少數。

漢魏以來，家族聚居的社會習俗，或易使疫情較迅速的擴張，一時之間或造成較大規模的流行。因此，在醫藥不足或較不具效率的時代與地區，拋棄或隔離病患，不能不說是自保與杜絕傳染的有效途徑之一。一般人採取此一不得已的措施，應能獲得當世與後世同情的理解。上述力主疾疫不相染者，或為地方官員，或為精英階層，史書特別褒揚他們主動接觸與照顧病患的精神之同時，其實更加彰顯時人多篤信疾疫相染，以及多拋棄病患以避免相染的普遍社會現象。作為地方官吏，辛公義特別以身作則主動地親近與照護病患，一則由於他不認同疾疫相染的觀念，一則乃根源其深刻的孝道與倫理思想，以為「父子夫妻不相看養」，不但使得「孝義道絕」，同時還造成「病者多死」的悲劇。據此，疾疫流行之際，拋棄病患的里巷風俗，確與精英階層所倡導的人倫義理之間有所齟齬。此一現象，甚或持續至宋朝以後，形成政治、社會倫理思想與醫學上一個特殊而具有爭議的議題。即便有儒醫著書立論譴伐「傳染」觀念²⁴¹，但是一般民間仍多畏懼疾疫相染以及棄置親人罔顧倫理的事例²⁴²。值得注意的是，辛公義以地方官吏的身分，介入疾疫相染觀念與人倫孝義原則之辨，並非魏晉至隋唐之間普遍可見的例證，當代政府亦未積極干預或導正此一社會現象。

根據北朝顏之推的記載，江南地區「凡遭重喪，若相知者，同在城邑，三日

241 [宋]程迥，《醫經正本書》，收入《叢書集成初編》（台北：新文豐出版公司，1985），冊44，頁1-14。

242 譬如南宋王之道《相山集》云：「南方信禳，雖至父母癘疫，子棄不敢待。」范鎮《東齋記事》亦曰：「康定中大疫，壽安縣太君王氏家婢疫染相枕藉，他婢不敢近，且欲召巫以治之。」[宋]王之道，《相山集》，收入《景印文淵閣四庫全書》（台北：臺灣商務印書館，1983），冊1132，卷29，頁5；[宋]范鎮，《東齋記事》，收入《叢書集成新編》（台北：新文豐出版公司，1985），冊83，卷4，頁26。又，宋代以後的相關議題，可參見T.J. Hinriches, "The Medical Transforming of Governance and Southern Custom in Song Dynasty China (960-1279 C.E.)" (Cambridge: Ph.D Dissertation, Harvard University, 2003) (UMI: Ph.D. Dissertation, University of Pennsylvania, 2005/2007).

不弔，則絕之」，除喪之後，「雖相遇，則避之」，雙方從此交惡²⁴³。臨喪弔唁既為人情所重，則亦與世俗畏懼鬼怪與尸氣注易的心態之間有所衝突。既然魏晉至隋唐時人一則多相信疾疫相染之事，深怕殃及己身，一則卻又面臨世俗人情與禮義倫常的社會壓力，遂陷入兩難的困境。為了保護自身健康，也為了維護家第門風，兼及親情孝友之義，許多人遂嘗試尋求或提供兩全之道，例如相傳吳越有禁咒之法，知之者可以入大疫之中，或與病人同床而已不染²⁴⁴，或可兼顧倫理孝義；又如道者建議：「家有三皇文，辟邪惡鬼、瘟疫氣、橫殃飛禍」²⁴⁵，或亦能避免疾疫相染；養生家則云：「欲辟劫眾邪百鬼，常存心為炎火如斗，煌煌光明，則百邪不敢干之，可以入瘟疫之中」，或可在疾疫盛行時不受影響，照顧患病的親友²⁴⁶；或乃遵從一般風俗，事先在特定的日期，服用特定的食物，唸誦特定的咒敕，以「辟五方疫鬼」與「令疫病不相染」²⁴⁷；或是採用醫者之見，事先佩帶或服食種種辟瘟疫的方藥，甚至「為法術以防之」²⁴⁸，「可先服取利，則不相染易」²⁴⁹，以利「弔喪」、「問病」、「視病」或「夜行」、「獨宿」。凡此種種避疫或事先預防的方法，一方面或能安撫時人對於疾疫相染的恐懼；一方面則益加彰顯醫者與一般民眾多相信疾疫能相染易；再則突顯他們企圖在避免疾疫相染與兼顧人情倫理之間取得平衡所做的努力。據此，魏晉至隋唐時期頻仍的疾疫，在不斷加深社會普遍的焦慮之餘，世人畏懼疾疫相染的心態，及其與倫理孝義原則的衝突，也不停升高社會的緊張，這些或即造成當時社會不安的主要因素之一。

243 顏之推，《顏氏家訓》，卷上，頁19。

244 葛洪，《抱朴子內篇校釋》，卷5，頁103-105。

245 葛洪，《抱朴子內篇校釋》，卷19，頁308-309。

246 《諸病源候論校注》，卷10，頁334-335。

247 賈思勰著，繆啓瑜校釋，《齊民要術》，卷2，頁85。

248 《諸病源候論校注》，卷10，頁333。

249 葛洪，《肘後備急方》，卷2，頁33；孫思邈，《備急千金要方》，卷29，頁11；卷37，頁10-11。

七、結論

天行瘟疫病者，即天地變化之一氣也，斯蓋造化必然之理，不得無之。……天地有斯瘴癘，還以天地所生之物以防備之，命曰知方，則病無所侵矣。

——孫思邈《備急千金要方》

魏晉至隋唐之間，政治與社會多所動盪，究其原因之一，殆因疾疫迭起。疾疫或影響個人健康，或帶來家族、社會與國家的不安，世人除了傷逝之外，多相信疾疫相染與鬼神致病，於是有逃疫遷徙與棄置親人之舉，以及畏懼歸煞、驅疫厭勝與立祠崇拜之事，此多和當世孝義倫理與道德價值有所齟齬。凡此種種，均不斷加深社會對於疾疫的集體焦慮。醫者身處疾疫頻仍的時代，一方面做營生立命之圖，建立專業的醫學理論；另一方面則悲天憫人，提供醫療服務與預防方法，裨益當世。醫者建構的疾疫相染觀念與相關理論，不論是賡續前代醫學，或融入醫者的敏銳觀察，均能反映當時社會思想與文化的若干基調。

本文以隋朝成書的《諸病源候論》為中心，兼採魏晉至隋唐時期其他重要醫籍，嘗試重建與分析醫者如何面對疾疫，及其分類疾疫的可能標準與特色。本文發現，魏晉至隋唐時期的醫者確有疾疫相染的觀念，但是，疾疫的相染與否並非他們分類疾病主要的標準。《諸病源候論》以「相染」、「相染易」、「染易」、「度著」、「注易」等辭描述疾疫的傳染特性與現象，至於疾病的病源，作者傾向於「一候〔病〕多源」，以為疾疫相染的原因，或由於外在力量，抑或導源於內外交迫，或失之於飲食與勞倦等等，不止一端。《諸病源候論》一則傳承過去的醫學理論，一則在新的挑戰中摸索與尋求解決之道，從而在當世所認可的合理範疇內，嘗試解釋與分辨能相染易的疾疫之病源、證候及其相染易與傳播之途徑，雖然作者建立相當系統化的醫學理論，但不容否認的是，作者似乎在字裡行間透露出其中仍有若干隱晦或不確定的因素。

本文在研究方法上，既不以現代生物醫學為標準而解讀古代文獻，亦不以現

代醫學為準則而批判或表彰古人的醫學成就。本文強調將古代醫學典籍還原回其歷史情境中，審慎分析其內容、脈絡，及其與當代思潮之間的互動關係。

本文特意分別醫者與一般人對於疾疫病原與相染途徑的見解，互相對照，以突顯不同專業與身分之間的異同。於是，當吾人將《諸病源候論》還原至其成書的時代脈絡中，該書確能表現當代醫學理論與觀念的部分面向，反映當代人民的心態與社會思想的部分風貌，以及彰顯當代現實生活的部分情境。另外一方面，則當代歷史、社會與文化的部分風華，也能從醫學典籍之中照見蛛絲馬跡。

拙文部分內容曾在中央研究院歷史語言研究所生命醫療研究室主辦的「疾病的歷史」學術研討會發表(2000年6月16-18日，台北)，感謝與會學者提出建議。本文增修過程中，承蒙陳秀芬教授、賴建誠教授、Professor Donald Harper、Professor Judith Zeitlin以及兩位匿名審查人提供意見，謹此致謝。本文寫作過程中，感謝劉巧明、王鵬惠、張毓萍與蔡孟瑾小姐協助蒐集資料。本文承蒙行政院國家科學委員會贊助(NSC89-2411-H-002-029)，特此申謝。本文原發表於《臺大歷史學報》，第27期，台北，2001，頁37-82。

第六章

漢唐時期瘧病與瘧鬼

范家偉(香港城市大學中國文化中心助理教授)

本文探討在唐代以及之前的傳世文獻裡，對瘧病病因其中的一種解釋——瘧鬼說，希望透過對漢唐時期各種史料對「瘧鬼」含意的剖析，從而窺探醫學與社會、文化轉變的一些關係。

瘧病由鬼作祟而來的說法，長期流行於唐代以前的古代中國。所謂的瘧鬼，在漢代以降原指小兒鬼，利用人皆見畏的將軍畫像，即可嚇走瘧鬼。進入唐代以後，儘管仍保留瘧鬼是小兒鬼的看法，同時亦有十二時辰瘧鬼說，即不同時辰引發瘧病的瘧鬼有別，而醫家治療瘧病，則採取符別及厭勝的方法，顯然與道教的關係密切。透過本文考察，筆者認為，十二時辰瘧鬼說極可能受到道教影響：在道教重構世界秩序的解釋時，將枉死鬼納入鬼神譜系之內，變成值班制度，而唐代流行的十二時辰瘧鬼說正由此而來。

一、引言

陳寅恪讀過了沈兼士寫的〈鬼字原始意義之試探〉一文後，寫了一封信給沈兼士，信中說：「依照今日訓詁學之標準，凡解釋一字即是作一部文化史。」¹一個字隨著時代不同而有特別的解釋，或被賦予新的內涵，往往要在歷史變遷中探求。「瘧」，在古代文獻常常出現。《說文》：「瘧，寒熱交作病。」《釋

1 陳寅恪信件，載沈兼士著，葛信益、啓功整理，《沈兼士學術論文集》(北京：中華書局，1986)，頁202。

名》：「瘧，酷虐也。凡疾，或寒或熱耳。而此疾，先寒後熱，兩疾，似酷瘧者。」²「瘧」的病癥是寒熱交作，在古代醫書中，對「瘧」有其多方面的理解³。

由於文獻所載的「瘧」病病癥，與現代醫學對「瘧疾」(malaria)的認識很接近，醫史學界多認為古代醫書的「瘧」，就是瘧疾⁴。從現代醫學知識知道，瘧疾分為間日瘧、三日瘧、惡性瘧等，是由按蚊為傳播媒介的疾病，當瘧原蟲經按蚊叮咬而進入人體，產生分裂生殖，刺激人體體溫調節中樞，引起發熱發冷的症候。瘧疾是困擾人類的疾病，今時今日在未開發國家仍然盛行，奪去無數生命⁵。

研究古代疾病史，每每遇到的困難，就是無法再進行科學檢驗，要確定文獻所說的疾病究竟是甚麼疾病，並不容易。「瘧」的病癥是「寒熱休作」、「惡寒發熱」，歷來學者都視古代文獻所說的「瘧」，就是瘧疾。然而，科學的檢驗才是最準確判斷病人是否患有瘧疾。因此，討論古代文獻中「瘧」是否就是瘧疾，恐怕爭論不休。余巖在《古代疾病名候疏義》〈說文解字病疏〉中釋瘧字，說：

瘧之為病，先寒後熱，休作有時，而病之寒熱休作者，不獨瘧病原蟲所生之瘧為然，化膿菌所成之瘡癰亦有之，今謂之化膿熱，人見其寒熱休作也，即誤以為瘧。今人之患腸室扶斯者，其後半期熱勢，由稽留熱變

-
- 2 [漢]許慎著，[清]段玉裁注，《說文解字注》(杭州：浙江古籍出版社，1998)，頁350。
 - 3 有關瘧病的史料，可參上海中醫文獻研究館編，《瘧疾專輯》(上海：上海科學技術出版社，1965)。
 - 4 龐京周，〈中國瘧疾概史〉，《醫學史與保健組織》，1(北京，1957)；馮漢鏞，〈瘧氣的文獻研究〉，《中華醫史雜誌》，11：3(北京，1981)；陳勝崑，〈瘧氣的真相〉，收入氏著，《中國疾病史》(台北：自然科學文化事業公司，1981)；何斌，〈我國瘧疾流行簡史〉，《中華醫史雜誌》，18：1(北京，1988)；范行準，〈瘧疾〉，收入氏著，《中國病史新義》(北京：中醫古籍出版社，1989)，頁305-307；丁迪光，《諸病源候論》(北京：人民衛生出版社，1991)，〈瘧氣候〉，卷10，頁338，注1；李經緯，〈瘧疾史述要〉，收入氏著，《中國醫學之輝煌——李經緯文集》(北京：中國中醫藥出版社，1998)，頁430-434；Miyasita Saburo(宮下三郎)，“Malaria (yao) in Chinese Medicine During the Chin and Yuan Periods,” *Acta Asiatica*, 36 (March, 1979).
 - 5 有關瘧疾對人類危害的資料，參「BBC網站」：<http://www.bbc.co.uk/horizon/mosquitotrans.shtml>。

為弛張熱，舊俗以為傷寒變瘧，其誤正同。疥之為病，皮膚潰破，化膿菌最易侵入，釀成瘡癤，而發所謂化膿熱，亦常有之事，古人不知，遂誤以為瘧耳。然則齊侯遂瘧者，先患疥瘡，後黃發化膿熱，因誤以為瘧，亦未始不可然。左傳有「期而不瘳」之言，謂歷一年而未愈，恐化膿熱不能有如此久？蓋期而不瘳，謂疥期而不瘳，非謂瘧也。且無論何病，未有每日寒熱休作而可支持一年之久，瘧亦然也。要而言之，瘧者，每日寒熱休作之病也。如間一日瘧、間二日瘧之重複傳染，如化膿熱，如腸室夫斯後期之弛張熱，如肺結核病之消耗熱皆是，不獨熱帶鹵原蟲所成之熱帶熱而已也。⁶

又如蕭璠所言：

以現代醫學知識而言，具有周期性的發冷、發熱臨床證候的疾病，並不限於由瘧原蟲所引起的瘧疾病。例如早期黑熱病表現的臨床證候不夠典型，其中的瘧疾型病人可每日或隔日發作一次發冷、發熱、出汗；其中雙峰熱型病人則每天有兩次發作。這些症狀，在沒有實驗室診斷的情況下，即使在今天也可能誤診為瘧疾，在古代當是包括在瘧疾一名之內。⁷

可能還有其他疾病都會出現相同的症狀⁸。不過，相對於其他疾病而言，「瘧」視為瘧疾在學術界中爭論還是較少。

在人類學的研究中，其中一種看法將病因系統分為「自然」與「非自然」。在「自然病因系統」中，人們認為冷、熱、陰陽等這些因素和社會環境因素，在人體內處於平衡狀態時就意味著健康，當這種平衡遭到破壞時就產生疾病。在

6 余巖，《古代疾病名候疏義》（台北：自由出版社，1972），頁133。

7 蕭璠，《漢宋間文獻所見古代中國南方的地理環境與地方病及其影響》，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，63：1（台北，1993），頁67-171。

8 據香港《東方日報》1999年6月15日報導，有一個香港人在非洲感染了瘧疾，回港後被醫生誤診為流行性感冒及咽喉炎。

「非自然病因系統」中，人們認為疾病是由超自然的神、上帝、鬼、惡魔或巫師有目的的干擾所致⁹。

在唐代以前醫學文獻記載「瘧」病因的理解，姑且可以歸類為「自然病因系統」與「非自然病因系統」。陳邦賢《中國醫學史》〈疾病史〉一章，謂「瘧疾的名稱很多，最初的記載，見於《素問》」。並認為文獻中所謂的「瘧」，就是瘧疾，並說：「瘧疾的原因很多，起初以為是邪魅所致，繼以為是外感或瘴氣；近代始知瘧疾是由於原蟲所致。」陳氏指出了對瘧疾病因的了解，經歷了三個階段，即「邪魅所致」、「外感或瘴氣」、「原蟲」¹⁰。大概「邪魅所致」可歸入「非自然病因系統」，而「外感或瘴氣」則可歸入「自然病因系統」。

陳邦賢在《中國醫學史》〈緒言〉說：

醫學史是一種專門史，研究的須分三類：第一類關於醫家地位的歷史；第二類關於醫學知識的歷史；第三類關於疾病的歷史。研究這三類的史料，當先研究每一時代環境的背景和文化的現狀。¹¹

疾病史是醫學史研究中一個重要項目。疾病史的研究對於病因的解釋，是其中不可忽略的一項。姑勿論從「自然」與「非自然」病因系統來探討「瘧」，背後的歷史環境背景¹²和文化發展狀況，都是考慮的因素。

「瘧」字沿用已久，有學者甚至認為在甲骨文中已有此字¹³。從文獻對瘧病的記載，患上瘧疾，會令人週期地發冷、發熱，而古代醫家已懂得利用常山、青蒿治瘧¹⁴。如果文獻中所說的「瘧」，主要包括了瘧疾，對於瘧疾的病因，古人

9 席煥久，《醫學人類學》（遼寧：遼寧大學出版社，1994），頁166。

10 陳邦賢，〈疾病史〉，收入氏著，《中國醫學史》（上海：商務印書館，1937），頁401-402。

11 陳邦賢，〈緒言〉，收入氏著，《中國醫學史》，頁2。

12 筆者曾撰文討論六朝時期嶺南地區開發與瘴氣病。范家偉，〈六朝時期人口遷移與嶺南地區瘴氣病〉，《漢學研究》，16：1（台北，1998），頁27-58。

13 范行準，〈瘧疾〉，收入氏著，《中國病史新義》，頁301。

14 甄亞志主編，〈常山、蜀漆治瘧疾〉，收入氏著，《中國醫學史》（台北：知音出版社，1994），頁146；馬伯英，〈疾疫流行與災難激發機制〉，收入氏

固然有其解釋。本文的目的是研究古代(唐及以前)文獻「瘧」的病因——瘧鬼，透過漢唐時期各種史料對「瘧鬼」的含意剖析，從而窺探醫學與社會、文化轉變的一些關係。

二、瘧鬼觀念的出現及其轉變

鬼神致病在中國一直是對病因常見的解釋，古人因對瘧疾的恐懼，往往視爲瘧鬼入侵人身而引起。在古代，中外皆曾有瘧疾由鬼作祟而來的說法¹⁵。瘧鬼觀念的出現，至少可以追溯到漢代的一個傳說，以瘧病發生是瘧鬼作祟而來。及至唐代，從史料所見，瘧鬼觀念顯示出更豐富內容。

瘧鬼觀念，在漢代流傳著顓頊氏三子死後爲疫鬼，其中一子就是瘧鬼。在《漢舊儀》、《論衡》〈訂鬼篇〉和《論衡》〈解除篇〉都載此說。〈訂鬼篇〉說：

禮曰：「顓頊氏有三子，生而亡去爲疫鬼。一居江水爲虐鬼。一居若水，是爲魍魎鬼。一居人宮室區隅溼庫，善驚人小兒(《搜神記》作爲小兒鬼)。」¹⁶

虐鬼即瘧鬼。《文選》〈東京賦〉注引《漢舊儀》作「瘧鬼」。此段資料，在蔡邕〈獨斷〉、干寶《搜神記》皆有記錄，顯示傳說廣泛流傳著。疫鬼、魍魎鬼、小兒鬼都入於疫鬼範圍。《論衡》〈解除篇〉說：

解遂之法，緣古逐疫之禮也。昔顓頊氏有子三人，生而皆亡。一居江水

(續)

著，《中國醫學文化史》(上海：上海人民出版社，1994)，頁587。

15 R. Hoeppli and I-Hung Ch'iang, "Malaria Therapy in Old-Style Chinese Medicine and European Folklore Medicine—a Comparison," *Peking Natural History Bulletin*, 20:2-4(1951-52), pp. 183-203.

16 [漢]王充著，黃暉校釋，《論衡校釋》(北京：中華書局，1990)，卷22，〈訂鬼篇〉，頁935。

為虐鬼。一居若水，是為魍魎。一居歐隅之間，主疫病人。故歲終事畢，驅逐疫鬼，因以送陳、迎新、內吉也。世相倣效，故有解除。¹⁷

在漢代，每年年終舉行儀式來驅逐疫鬼，為解除之法，即是方相氏逐疫。所謂疫，或許是某些流行病，當然也被視為是鬼在作祟。瘡鬼行瘡，歸入疫鬼範圍，也成為歲終驅逐的行列。劉熙《釋名》說：「疫，役也，言有鬼行疾也。」¹⁸透過某些儀式，可以驅除疫鬼，不受疫鬼侵襲，疾疫便不會流行，而當中瘡鬼也屬疫鬼的一種。

《史記》〈楚世家〉說：「楚之先祖出自帝顓頊高陽。」¹⁹顓頊是楚人的先祖，而顓頊三子死後成為疫鬼，疾疫流行的地點與楚地存在若干關連。范行準在《中國病史新義》說：

惟當時文化中心，尚滯留於黃河流域，故於瘡疾流行的記載，多為中原地區。由於商旅和戰爭的關係，江淮流域的瘡疾，亦漸被重視起來。如《漢舊儀》所載的傳說：顓頊所生三子，都逃去作疫鬼，其中之「一居江水，是為虎〔瘡〕鬼」。雖為神話，卻往往有一定的歷史和地理背景。「江水」，即今長江，可知長江流域很早已為瘡疾的流行區域，而其中的主要地域則為荊楚。²⁰

范行準解釋《漢舊儀》所載瘡鬼居於江水，以江水即長江，而長江流域為瘡疾的流行地域，因而瘡鬼居江水的神話是有其歷史和地理背景²¹。范行準首先將瘡視

17 王充著，黃暉校釋，《論衡校釋》，卷25，〈解除篇〉，頁1043。

18 〔宋〕李昉等撰，《太平御覽》（北京：中華書局，1960），卷743，〈疾病部四〉，頁3294。

19 〔漢〕司馬遷，《史記》（北京：中華書局，1959），卷40，〈楚世家〉，頁1689。

20 范行準，〈瘡疾〉，收入氏著，《中國病史新義》，頁305-307。

21 馬伯英則認為周秦漢時期，當時北方氣候不像現在這樣寒冷、乾旱，而類似今日溫帶氣候，雨水豐沛，多沼澤池塘，故蚊蚋孳生，易致流行。馬伯英，《中國醫學文化史》，頁577。

爲瘧疾，並站在這個理解上，指出瘧鬼居江水與發現長江流域是瘧疾流行區域連繫。

在這傳說中，顓頊氏生下三個兒子「生而皆亡」，其中一個兒子死去後居於江水，而化爲瘧鬼，其子尚未成人就死去，死後仍然保存著小兒的形象。《世說新語》〈言語篇〉記：

中朝有小兒，父病，行乞藥，主人問病，曰：「患瘧也。」主人曰：「尊侯明德君子，何以病瘧？」俗傳行瘧鬼小，多不病巨人。故光武嘗謂景丹曰：「嘗聞壯士不病瘧，大將軍反病瘧耶？」答曰：「來病君子，所以爲瘧耳。」²²

《後漢書》〈景丹傳〉引《東觀記》說：

丹從上至懷，病瘧，見上在前，瘧發寒慄。上笑曰：「聞壯士不病瘧，今漢大將軍反病瘧邪？」使小黃門扶起，賜醫藥。還歸洛陽，病遂加。²³

瘧鬼傳說中顓頊氏三子生而皆亡，故瘧鬼是小兒鬼，不能病大人。《晉書》〈桓石虔〉傳說：

石虔小字鎮惡，有才幹，趨捷絕倫。從父在荊州，於獵園中見猛獸被數箭而伏，諸督將素知其勇，戲令拔箭。石虔因急往，拔得一箭，猛獸跳，石虔亦跳，高於獸身，猛獸伏，復拔一箭以歸。從溫入關。沖爲苻健所圍，垂沒，石虔躍馬赴之，拔沖於數萬眾之中而還，莫敢抗者，三

22 [南朝宋]劉義慶，《世說新語》（北京：中華書局，1984），卷上，〈言語第二〉，頁48-49。

23 [南朝宋]范曄，《後漢書》（北京：中華書局，1965），卷22，〈景丹傳〉，頁774。

軍嘆息，威震敵人。時有患瘡疾者，謂曰：「桓石虔來。」以怖之，病者多愈，其見畏如此。²⁴

《南史》〈桓康傳〉記：

〔桓康〕隨〔齊〕武帝起兵，摧堅陷陣，膂力絕人，所經村邑，恣行暴害，江南人畏之，以其名怖小兒，畫其形於寺人。病瘡者寫形帖著床壁，無不立愈。²⁵

桓石虔勇冠三軍，無人敢敵，人皆見畏。桓康因其驍勇，衝鋒陷陣，所經村邑，飽受其害，江南人因而畏懼，於是畫了他的容貌，凡病瘡者，將所畫容貌貼在床壁，即時便愈。兩個故事所表達的內容卻十分接近，所反映的觀念值得探討。第一，桓石虔和桓康皆是驍勇軍人，桓石虔「威震敵人」、桓康則「恣行暴害」。第二，桓康「以其名怖小兒」，即可以威嚇到小兒，而瘡鬼是小兒鬼，故此，畫其形則瘡鬼不敢犯人。桓石虔則人皆畏怖，故須呼喚其名，就可以治瘡。《太平廣記》卷三百十八引《錄異傳》記：

嘉興令吳士季者，曾患瘡，乘船經武昌廟過，遂遣人辭謝，乞斷瘡鬼焉。既而去廟二十餘里，寢際，忽夢塘上有一騎追之，意甚疾速。見士季，乃下，與一吏共入船後。縛一小兒將去。既而瘡疾遂愈。²⁶

24 〔唐〕房玄齡等撰，《晉書》（北京：中華書局，1974），卷74，〈桓石虔傳〉，頁1943。《世說新語》〈豪爽篇〉說：「桓石虔，司空豁之長庶也，小字鎮惡年，十七八，未被舉，而童隸已呼為鎮惡郎。嘗住宣武齋頭，從征枋頭，車騎沖沒陳，左右莫能先救。宣武謂曰：『汝叔落賊，汝知不？』石虔聞之，氣甚奮，命朱辟為副，策馬於數萬眾中，莫有抗者，徑致沖還，三軍歎服。河朔後以其名斷瘡。」劉義慶，《世說新語》，卷中，〈豪爽篇〉，頁329-330。

25 〔唐〕李延壽，《南史》（北京：中華書局，1975），卷46，〈桓康傳〉，頁1151。

26 李昉等編，《太平廣記》（北京：中華書局，1961），第7冊，頁2519。

同書又引《錄異傳》記：

邵公患瘧，經年不差。後獨在墅居，瘧作之際，見有數小兒，持公手足，公因陽暝，惛起，捉得一小兒，化成兼鷓，其餘皆走，仍縛以還家懸於窗，將殺食之，及曙，失鷓所在，而瘧遂愈，於時有患瘧者，但呼邵公即差。²⁷

吳士季患瘧，過武昌廟而求神乞斷瘧鬼，而夢中有人乘騎幫吳士季縛一小兒鬼而病愈。邵公的故事也差不多，邵公患瘧在夢中見有數小兒作怪，縛小兒後即愈。兩個故事也正說明了瘧鬼就是小兒鬼。

侯寶璋〈唐詩中的瘧疾〉一文從七首唐詩中，比較瘧與現代醫學所理解的瘧疾，認為兩者很接近。侯氏是醫學教授，專攻病理學，並且對中醫解剖有很深入的研究，此文從中西醫學比較角度談論唐詩中的瘧疾，但篇幅所限，只是很初步的說明²⁸。唐詩中提及瘧，有二十首詩，其中韓愈三首、元稹五首、李涉一首、皮日休一首、羅隱一首、杜甫六首、白居易三首。當然，詩人提及瘧與詩人患瘧，並不是等同的事。

韓愈在三首詩〈譴瘧鬼〉、〈納涼聯句愈孟郊〉、〈晚秋鄠城夜會聯句〉中，分別提及瘧。其中，〈譴瘧鬼〉和〈晚秋鄠城夜會聯句〉兩首，提及瘧鬼行瘧的事情。〈譴瘧鬼〉全詩如下：

屑屑水帝魂，謝謝無餘輝。如何不肖子，尚奮瘧鬼威。乘秋作寒熱，翁
 姬所罵譏。求食歐泄間，不知臭穢非。醫師加百毒，熏灌無停機。灸師
 施艾炷，酷若獵火圍。詛師毒口牙，舌作霹靂飛。符師弄刀筆，丹墨交
 橫揮。咨汝之胄出，門戶何巍巍。祖軒而父項，未沫於前徽。不修其操
 行，賤薄似汝稀。豈不忝厥祖，覩然不知歸。湛湛江水情，歸居安汝

27 李昉等編，《太平廣記》，第7冊，頁2518。

28 侯寶璋，〈唐詩中的瘧疾〉，《現代中醫藥》，9：5(1961)，頁15-16。

妃。清波爲裳衣，白石爲門畿。呼吸明月光，手掉芙蓉旂。降集隨九歌，飲芳而食菲。贈汝以好辭，咄汝去莫違。²⁹

據錢仲聯集釋，韓愈此詩向有兩說，一說是詩中有譏世家敗類子，一說是貞元二十一年(805)間由山陽侯命於郴患瘧而作³⁰。姑不論如何，其實此詩背後正環繞著上文所述漢代以來的一個瘧鬼傳說而來。

「屑屑水帝魂，謝謝無餘輝。如何不肖子，尙奮瘧鬼威。」「祖軒而父瑱，未沫於前徽。不修其操行，賤薄似汝稀。豈不忝厥祖，覲然不知歸。」這數句來自漢代瘧鬼故事。水帝即顓頊，《淮南子》〈天文訓〉說：「北方，水也，其帝顓頊。」³¹不肖子指的就是顓頊氏的兒子，死後作崇，負責主疫病人。其中一子則死後爲瘧鬼，負責將瘧播行人間。因此，韓愈罵顓頊氏的兒子爲不肖子。「祖軒而父瑱」指的就是瘧鬼父爲顓頊，顓頊又爲軒轅黃帝孫，因此父瑱祖軒。「咨汝之胄出，門戶何巍巍」指的是瘧鬼父瑱祖軒出自名胄之後，門戶高巍，但卻不修其行，播瘧人間，面對他的先祖，豈不羞愧。上引《史記》〈楚世家〉說楚先祖出自帝顓頊高陽，而范行準也說，江水、若水都應與楚地有密切關係，因此詩中用語不少都來自《楚辭》。據錢仲聯集釋，「湛湛江水情，歸居安汝妃。清波爲裳衣，白石爲門畿。呼吸明月光，手掉芙蓉旂。降集隨九歌，飲芳而食菲」等句皆來自《楚辭》³²。韓愈在詩結尾其實好言相勸，令瘧鬼回去江水，與妻子好好過生活。

韓愈又在〈晚秋鄆城夜會聯句〉說：「天殃鬼行瘧。」³³以瘧由鬼而行。瘧鬼行瘧的說法，在唐代頗爲流行。杜甫〈寄彭州高三十五使君適虢州岑二十七長史參三十韻〉自注「時患瘧病」，詩說：「三年猶瘧疾，一鬼不銷亡，隔日搜脂

29 [唐]韓愈，〈譴瘧鬼〉，收入錢仲聯集釋，《韓昌黎詩繫年集釋》(上海：上海古籍出版社，1984)，頁264。

30 錢仲聯集釋，《韓昌黎詩繫年集釋》，頁264-265。

31 何寧，《淮南子集釋》(北京：中華書局，1998)，卷3，〈天文訓〉，頁188。

32 錢仲聯集釋，《韓昌黎詩繫年集釋》，頁264-265。

33 韓愈，〈晚秋鄆城夜會聯句〉，收入錢仲聯集釋，《韓昌黎詩繫年集釋》，頁1038。

髓，增寒抱雪霜。徒然潛隙地，有靦屢鮮妝。」³⁴杜甫自言患上瘡疾，並且有三年之久，「一鬼不銷亡」，患瘡原因正是被鬼所纏擾不放。「隔日搜脂髓，增寒抱雪霜」，據唐代醫書記載，瘡有多種，其中有間日瘡，即隔日才發的，此隔日發作，辛苦難當，寒熱往來，令人消瘦。杜甫所說「徒然潛隙地」，其實是避瘡方法，《新唐書》〈高力士傳〉記：「力士方逃瘡功臣閣下，輔國以詔召，力士趨至閣外。」³⁵所謂「潛隙地」指的情況就如高力士逃瘡功臣閣下一樣，逃去瘡鬼不能侵襲之地。

高力士為什麼要逃至功臣閣來避瘡？功臣閣，顧名思義，就是將功臣畫像安奉的地方。凡是有功於朝的大臣，皇帝為表其功勳，畫其像於凌煙閣，以享奉祀。《新唐書》〈太宗紀〉：「〔貞觀十七年〕二月己亥，慮囚。戊申，圖功臣于凌煙閣。」³⁶這次所畫的就有二十四人，由閣立本繪畫，《舊唐書》〈長孫無忌傳〉記太宗下詔說這二十四人³⁷，當中所包括的唐代開國功臣，有「百戰標奇」的，李靖、劉弘基、秦瓊、尉遲敬德應該屬於這一類。有趣的是，秦瓊、尉遲敬德的畫像後世都用作為門神，鎮攝不祥、辟除邪祟。韋述《兩京記》：「太極宮中有凌閣，在凝陰殿內。功臣閣在凌煙閣南。」³⁸將功臣圖像畫於凌煙閣中，實即指功臣閣。

高力士逃瘡至功臣閣，正由於功臣閣內有功臣畫像，而功臣之中應該有勇猛無匹的將軍在內，因此，高力士所採用的治療方法，與《晉書》、《南史》所說利用人皆見畏的將軍畫像來嚇走瘡鬼，為同一種方法。

「有靦屢鮮妝」與高力士詩「煙燼眼落膜，瘴染面朱虞」，應是同一事³⁹。

34 [唐]杜甫，〈寄彭州高三十五使君適虢州岑二十七長史參三十韻〉，收入高仁標點，《杜甫全集》（上海：上海古籍出版社，1996），頁152。

35 [宋]歐陽修、宋祁，《新唐書》（北京：中華書局，1975），卷207，〈高力士傳〉，頁5860。

36 歐陽修、宋祁，《新唐書》，卷2，〈太宗紀〉，頁41。

37 [後晉]劉昫，《舊唐書》（北京：中華書局，1975），卷65，〈長孫無忌傳〉，頁2451。

38 [宋]王應麟，《玉海》（揚州：廣陵出版社，2003），卷163，〈宮室〉，引韋悛，《兩京記》，頁3002。

39 [清]曹寅等編，《全唐詩》（北京：中華書局，1999），卷732，頁8372。

在古人觀念中，疫鬼對紅色特別害怕。在古代大儺逐疫之禮中，由方相氏帶領逐疫，《漢舊儀》曰：「方相帥百隸及童女，以桃弧、棘矢、土鼓，鼓且射之，以赤丸、五穀播灑之。」⁴⁰方相在率領百隸、童子驅鬼時，其中播灑赤丸。赤丸即是赤豆。《荊楚歲時記》說：「按共工氏有不才之子，以冬至死，為疫鬼，畏赤小豆，故冬至日作赤豆粥以饗之。」⁴¹共工氏之子即前引顓頊氏三子，死而為疫鬼，疫鬼害怕的正是赤豆。一般治鬼之物都帶有紅色，如方相氏逐疫穿「朱裳」、「朱索」施門戶、道符用硃筆、桃紅木等等⁴²。在面上化上紅色，用以嚇退瘡鬼。此外，在病瘡者額上，用紅色畫上符文，也是有的，在面上畫上紅色，也可能有這種意思。范汪治鬼瘡方便說，病瘡者用紅色在額上書寫「戴九天」、在臂上書「抱九地」、腳上書寫「履九江」⁴³，《外臺秘要方》〈攘瘡法〉也有崔氏書瘡法，內容與范汪治鬼瘡方差不多⁴⁴。

韓愈在詩中提及四種師可以對付瘡鬼，分別是醫師、灸師、詛師、符師，他們都有獨特治療方法。「醫師加百毒，熏灌無停機」，毒與藥通，百毒即百藥⁴⁵，意即醫師不斷地給予各種藥物。「熏」是指燒熏藥物，《外臺秘要方》載錄了以熏法來辟疫殺鬼的藥方。《外臺秘要方》〈辟溫方〉載太一流金散方：「若逢大疫之年，月初日青布裹一刀圭，中庭燒之，溫病人亦燒熏之。」⁴⁶又載虎頭殺鬼丸方：「家中置屋四角，月朔望夜半中庭燒一丸。忌生血物。」⁴⁷殺鬼丸：「往

40 [漢] 衛宏，《漢官儀》，收入[清] 孫星衍輯，周天游點校，《漢官六種》（北京：中華書局，1990），〈漢舊儀二卷補遺二卷〉，頁104。

41 [南朝梁] 宗懔，《荊楚歲時記》，收入李昉等編，《太平御覽》，卷28，〈時序部·冬至〉，頁53。

42 有關古人認為紅色具辟鬼能力，參楊景，〈方相氏與大儺逐疫〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，31（台北，1960），頁164。

43 [唐] 王燾，《外台秘要方》（北京：華夏出版社，1993），卷5，〈瘡病·攘瘡法〉，頁91。

44 王燾，《外台秘要方》，卷5，〈瘡病·攘瘡法〉，頁91。

45 牟潤孫，〈毒藥苦口〉，收入氏著，《海遺雜著》（香港：香港中文大學出版社，1990），頁437-438。

46 王燾，《外台秘要方》，卷4，〈辟溫方〉，頁62。

47 王燾，《外台秘要方》，卷4，〈辟溫方〉，頁62。

辟溫處燒之，殺鬼去惡。若大疫家可燒，並帶行。」⁴⁸《千金方》〈膽腑〉載有仙人玉壺丸：「至喪家帶一丸，辟百鬼。若獨止宿山澤、冢墓、社廟、叢林之中，燒一丸，百鬼走去不敢近人。以蠟和一丸如彈丸，著絳囊繫臂上，男左女右，山精鬼魅皆畏之。」⁴⁹〈鬼魅精魅方〉則記大躡香丸：「每日燒一丸熏身體及衣裳，宅中燒之亦好。無患人以二、五丸緋絹袋盛繫左臂上，辟虎毒蛇諸精鬼魅等。」⁵⁰由以上所見，唐代醫書確實載有以燒藥丸熏體或衣裳的做法，作用正是辟疫、殺鬼，此種觀念即為韓愈描述的情況。「灌」即灌藥，在唐代醫書也是常見的。當然，用上「灌」字，多少有被動的意思，即病者在不願或不能的情況下服藥。《外臺秘要方》〈五疰方〉：「五疰丸，療中惡，五疰、五尸入腹、胸脅急痛，鬼擊客忤，停尸垂死者，入喉即愈。若已噤，將物強發開；若不可發，扣齒折以灌下藥湯，酒隨進之，即效方。若口不開者，灌之良。」⁵¹「濕牛馬糞，絞取汁，以灌其口中，令入喉。」⁵²《千金翼方》：「諸被一切鬼神及龍毒氣者，其人飢渴寒熱，時來時去，不知痛處，或恍惚龍毒者，其人昏昏似醉，膚體斑駁或青。取藥一丸如梧子，以水酸棗許，共藥研灌鼻，及服二服止。無所禁。」⁵³醫師治瘡用的方法是不斷地藥熏和灌藥。

「灸師施艾炷，酷若獵火圍」，在治療瘡病的方法中，可用灸法，《千金翼方》〈針灸上〉記載以灸治瘡：「瘡，灸上星及大椎。至發時，令滿百壯。艾炷如黍米粒，俗人不解，務大炷也。」「治一切瘡，無問處所，仰臥，繩量兩乳間，中屈從乳向下，灸度頭，隨年壯，男左女右。」⁵⁴《外臺秘要方》列有灸瘡法十三首，說明不同瘡(如五藏瘡、疥瘡)的施灸穴道。由此可見，利用艾炷治瘡是當時可用的方法，以艾炷治療，韓愈所說感覺有如獵火所圍，也是很生動的比喻。

48 王焘，《外台秘要方》，卷4，〈辟溫方〉，頁63。

49 [唐]孫思邈著，李景榮等校釋，《備急千金要方校釋》(北京：人民衛生出版社，1997)，卷12，〈膽腑·萬病丸散〉，頁446。

50 王焘，《外台秘要方》，卷13，〈鬼魅精魅方〉，頁245。

51 王焘，《外台秘要方》，卷13，〈五疰方〉，頁241。

52 王焘，《外台秘要方》，卷28，〈中惡蠱注自縊喝死·卒死方〉，頁535。

53 孫思邈著，朱邦賢等校注，《千金翼方校注》(上海：上海古籍出版社，1999)，卷21，〈萬病·阿伽陀丸主萬病〉，頁588。

54 孫思邈著，朱邦賢等校注，《千金翼方校注》，卷26，〈針灸上·瘡病〉，頁763。

詛師和符師兩者之間很接近，可能都由道教徒實際操作，但運用起來就有少許分別。孔穎達疏《尚書》〈無逸〉時說：「詛祝，謂告神明令加殃咎也；以言告神謂之祝，請神加殃謂之詛。」⁵⁵韓愈〈南山詩〉說：「得非施斧斤，無乃假詛咒。」⁵⁶《詩經》：「侯詛侯咒，靡屆靡究。」⁵⁷詛咒都是相近的意思。詛師用咒，即以語言為媒介，驅趕瘡鬼；符師則畫符，即以文字為媒介，嚇怕瘡鬼。《千金翼方》〈禁經〉載有禁瘡法、咒瘡法，其法主要召喚神祇（河伯、五道將軍、南山一神）、動物（龍、螳螂）來捉捕瘡鬼。《外臺秘要方》載有攘瘡法，都是利用符咒方法辟除瘡，其中咒瘡法：「候病者發日，日未出時，自執一石於水濱，一氣咒云：櫻樓團團，行路非難，提取瘡鬼，送與河官，急急如律令。即投石沉於水中，勿反顧而去。」⁵⁸等病者發作時，利用咒文令河官提取瘡鬼，使瘡鬼不纏身。相類似於《千金翼方》〈禁經〉的禁瘡法，在民間也有流傳。《太平廣記》〈薛義〉引《廣異志》：

薛義，秘省校書。河東薛義其妹夫崔秘者，為桐廬尉。義與叔母章氏為客，在秘家久之，遇痞疾，數月綿輟，幾死。章氏深憂，夜夢神人，白衣冠袷單衣，章氏因合掌致敬，求理義病，神人曰，此久不治，便成勃瘡，則不可治矣。因以二符兼呪授章氏，咒曰：「勃瘡勃瘡，四山之神，使我來縛，六丁使者，五道將軍，收汝精氣，攝汝神魂，速去速去。免逢此人，急急如律令。但疾發即誦之及持符，其疾便愈。」⁵⁹

咒中有四山之神、五道將軍，在《千金翼方》〈禁經〉禁瘡咒則有南山一神、五道將軍，原理都是召喚神祇捕捉瘡鬼。不過，此段史料卻說明了治瘡鬼的方法可

55 [唐]孔穎達疏，《尚書正義》，卷16，〈無逸〉，收入阮元校刻，《十三經注疏》（北京：中華書局，1980），頁222。

56 韓愈，《南山詩》，收入錢仲聯集釋，《韓昌黎詩繫年集釋》，頁435。

57 孔穎達疏，《毛詩正義》，卷18，〈大雅·蕩〉，收入阮元校刻，《十三經注疏》，頁553。

58 王燾，《外臺秘要方》，卷5，〈瘡病·攘瘡法〉，頁91。

59 李昉等編，《太平廣記》，卷278，〈薛義〉，第10冊，頁2210。

以是符咒兼用的。在《外臺秘要方》所載攘瘡符，有畫在人身上的，例如崔氏書瘡法：

平旦日未出時，閉氣書之，先書額上，則戴九天；次書兩手心，作把九江；又書背上從右胛骨下向左，分作兩行書之，一如後法；南山有一木，木下不流水，水中有一魚，三頭九尾，不食五穀，唯啖瘡鬼，急急如律令。又書兩腳心下，作履九江。右以前法既不損人，又無不差者。其有一度書不甚差，可更書之。書符必不得脫錯，亦不可重點畫不成也。又勿食五辛。⁶⁰

令所患人未發前，正南北眠，頭向南，五心並額及舌上七處，閉氣書鬼字，則差。⁶¹

元希聲侍郎《集驗》書瘡法。額上書兩金字重，胸前書兩火字並，背上書兩水字並，兩手書木字單，兩足下各書土字，臍下作四口字重。右含水閉氣，用朱書，未發前書之，有驗。⁶²

在面上朱筆書符，或者就是杜甫形容的面上化妝。當然，畫得燒符，也是有的。例如：

總書八行，其下七行，一準前行，通而為八，山題子，山題子，山題子，山題子，準前計更有七行，通前為八行。此符厭瘡鬼，一去千里外，急急如律令，某年某月某州某縣某鄉某里姓名牒，姓名則所患人也。右以手把符勿開，男左女右，待過時久，然後任開，其符仍以火燒卻。⁶³

在《千金翼方》〈禁經上〉有〈禁瘡病〉，記載以咒治瘡病的方法，韓愈詩

60 王焘，《外台秘要方》，卷5，〈瘡病·攘瘡法〉，頁91。

61 王焘，《外台秘要方》，卷5，〈瘡病·攘瘡法〉，頁91。

62 王焘，《外台秘要方》，卷5，〈瘡病·攘瘡法〉，頁91。

63 王焘，《外台秘要方》，卷5，〈瘡病·攘瘡法〉，頁91。

中最後一句「咄汝去莫違」應是運用了咒語的文字入詩，〈禁瘡病〉載有咒瘡鬼法說：「咄汝不疾去。」⁶⁴即叫瘡鬼快些離開，正此與「咄汝去莫違」同出一轍。〈禁瘟疫時行〉禁瘟疫法：「咄汝黃奴老古知吾否」⁶⁵，唐朝人用咒、符治病，應甚為普遍，佛道兩教皆有各自方式，甚為普遍。韓愈、杜甫兩詩反映了唐代治瘡的各種方法。當然，唐代瘡鬼說，既有十二時辰瘡鬼，又有與鍾馗畫相關的故事⁶⁶。

從上述史料可見，瘡鬼是顓頊的兒子，在幼時已死，死後成為瘡鬼。因此，瘡鬼就是專門威嚇小兒的小兒鬼。正因如此，大人就不怕瘡鬼，出現「壯士不病瘡」的說法。不單「壯士不病瘡」，當視瘡鬼是小兒鬼時，出現了一個對付瘡鬼的方法，利用在戰場上有勇猛表現，及令人望而生畏的人畫像，以此驚嚇瘡鬼，令瘡鬼不再騷擾病患者。這種治瘡方法，基於瘡鬼是小兒鬼的觀念，以為瘡鬼既是小兒鬼同樣具一般小兒的特性，對恐怖的大人生畏。如果從巫術角度來看，這是建基於「相似律」的治療法。如果從瘡疾角度看，在年幼時曾經患過瘡疾，身體會產生抗體，年長後再次感染瘡疾，身體會有較強抵抗能力，會壓抑了臨床的症候。當然，如果瘡病真的是「瘡疾」，只利用畫像、呼名是否便可以治癒，就不在本文範圍了。

由於瘡病是由鬼(尤其是瘡鬼)而來，因此對付的方法也往往針對此種思想。在醫書中也載有不少對付瘡鬼的方法，表達了瘡是由瘡鬼引致的想法。而在醫書之中，可以看出對瘡鬼的理解，並非只是小兒鬼而已。在《醫心方》卷十四〈治鬼瘡方〉引《范汪方》治鬼瘡方，記載了有關瘡鬼的兩種說法。范汪是東晉名醫，又名范東陽，在《隋書》〈經籍志〉載有《范東陽方》，而陶弘景在《本草經集注》〈序〉也說家傳《范汪方》一部⁶⁷。在《范汪方》中，基本上對於瘡鬼的認識，已有另一階段的看法。兩種說法皆認為不同發病時段的瘡病，是由不同

64 孫思邈著，朱邦賢等校注，《千金翼方校注》，卷29，〈禁經上〉，頁834。

65 孫思邈著，朱邦賢等校注，《千金翼方校注》，卷29，〈禁經上〉，頁832。

66 范家偉，《六朝隋書醫學之傳承與整合》(香港：香港中文大學出版社，2004)，頁155-163。

67 [南朝齊]陶弘景，〈序〉，收入氏著，《本草經集注》(北京：人民衛生出版社，1994)，頁30。

類型的鬼所致的。第一種說法是：

平旦發者，市死鬼，恒山主之，服藥訖持刀；食時發者，縊死鬼，蜀木主之，服藥訖持索；日中發者，溺死鬼，大黃主之，服藥訖持盆水；晡時發者，舍長鬼，麻黃主之，服藥訖持磨衡；黃昏發者，婦人鬼，細辛主之，服藥訖持明鏡；夜半發者，厭死鬼，黃芩主之，服藥訖持車軟〔軫？〕；雞鳴發者，小兒鬼，附子主之，服藥訖持小兒墓上折草木。⁶⁸

按平旦、偃時、日中、晡時、黃昏、夜半、雞鳴六個發病時段，認為分別由市死鬼、縊死鬼、溺死鬼、舍長鬼、婦人鬼、厭死鬼、小兒鬼作祟所致。

第二種說法是：

平旦作者，客民鬼也，先作時，令病者持衣如辭去，言欲還去立愈；食時作者，客死鬼也，先作時，令病者辭言欲歸之，大道上橋梁下逃之；禺中作者，市死鬼也，先作時，令病者因結械，北向吐營以支以……。日中作者，溺死鬼也，先作時，令病者取盆水中著庭，南向坐營……。日昃作者，亡死鬼也，先作時，令病者人言吏捕汝庭中；晡時作者，自縊死鬼也，先作時，令病人當棟下臥以繩索……病者頭；日入作者，人奴舍長死鬼也，先作時，令病者磨碓間逃之；黃昏作者，盜死鬼也，先作時，令病者逾去遠亡，無令人知其家；人定作者，小兒鬼也，先作時，病者取小兒墓折草木立愈；夜過半作者，囚死鬼也，先作時，取司空械笞，令病者持之，囚從出可榜笞汝者；夜半作者，寒死鬼也，先作時，令病者溫妄營以……，持桃枝飲食逃內中，無人知見紫此次上；雞鳴作者，乳死鬼也，先作時，令病者把……席之，菰目應令持桃枝營以……。⁶⁹

68 [日]丹波康賴著，高文鑄等校注，《醫心方》（北京：華夏出版社，1996），卷14，〈治鬼瘧方〉，頁295。

69 丹波康賴著，高文鑄等校注，《醫心方》，卷14，〈治鬼瘧方〉，頁295-296。

此說按平旦、食時、禺中、日中、日昃、晡時、日入、黃昏、人定、夜過半、夜半、雞鳴十二個發病時段⁷⁰，認為分別由客民鬼、客死鬼、市死鬼、溺死鬼、亡死鬼、自縊死鬼、人奴舍長死鬼、盜死鬼、小兒鬼、囚死鬼、寒死鬼、乳死鬼。當中漢代以來認為瘧病是小兒鬼的看法，在兩種說法中仍然保持著。

《千金翼方》〈雜病上·瘵瘧〉記：

黃帝問岐伯曰：「瘵方多少，愈者何？」岐伯對曰：「瘵有十二種。」帝曰：「瘵鬼字何？可得聞乎？」岐伯對曰：「但得瘵〔鬼〕字便愈，不得其字，百方不愈。」

黃帝曰：「瘵鬼者十二時，願聞之。」岐伯對曰：「寅時發者，獄死鬼所為。……卯時發者，鞭死鬼所為。……辰時發者，墮木死鬼所為。……巳時發者，燒死鬼所為。……午時發者，餓死鬼所為。……未時發者，溺死鬼所為。……申時發者，自刺死鬼所為。……酉時發者，奴婢死鬼所為。……戌時發者，自絞死鬼所為。……亥時發者，盜死鬼所為。……子時發者，寡婦死鬼所為。……丑時發者，斬死鬼所為。」⁷¹

王燾《外臺秘要方》〈十二時瘵方〉亦有引錄《千金翼方》此段文字。瘵鬼包括的內容是非常多樣化，瘵鬼是引致瘵病的因由，但瘵鬼又是從何而來，《范汪方》以發作的時間，作為瘵鬼來源。人死之後，變為瘵鬼，在《范汪方》中所列瘵鬼有兩種特點：第一，將瘵病發作分為不同時段；第二，不同時段發病的瘵鬼，視為不同瘵鬼在作祟；第三，瘵鬼再非顓頊氏所生兒子，也非單單小兒鬼一種，而是一些枉死之人。到了唐代，可說是再將發作時段細加畫分，從日作、日

70 據趙翼，《陔餘叢考》〈一日十二時始於漢〉，以一日十二時，干支為紀，始於太初改正朔之後。在干支紀時之前，使用夜半、雞鳴等紀時。〔清〕趙翼，《陔餘叢考》（石家莊：河北人民出版社，1990），卷34，〈一日十二時始於漢〉，頁596-597。此外，在《素問》〈藏氣法時論篇〉亦是用「夜半」、「平旦」、「日出」、「日中」、「日昃」、「晡時」紀時。

71 孫思邈著，朱邦賢等校注，《千金翼方校注》，卷18，〈雜病上·瘵瘧〉，486-487。

入等區分到了十二時辰。但是，在十二時辰瘡鬼說中，小兒鬼卻不在其內。

對瘡鬼的理解，不再限於小兒鬼，而是在不同時段發作的瘡病，就是不同的瘡鬼在作祟。不過，在唐代醫書中對於瘡鬼是小兒鬼的看法，並非絕跡，而是與十二時辰瘡鬼說並存。《千金方》〈溫瘡〉載禳瘡法：

治瘡符，凡用二符：瘡小兒父字可拔，母字石錘，某甲著患人姓名患瘡，人竊讀之曰：一切天地、山水、城隍、日月、五星皆敬君，今有一瘡鬼小兒罵灶君作黑面奴，若當不信，看文書急急如律令。⁷²

因此，從史料所見，對於瘡鬼有兩套看法，就是小兒鬼和枉死鬼。

這些令人病瘡的鬼，都是枉死的鬼，小兒鬼也包含其中。爲什麼這些引發瘡病的鬼都是枉死鬼？是否枉死者有特別的力量使人患瘡？在中國人的死後世界觀中，枉死即非自然而死，不是享正壽。李豐楙、林富士曾研究中國人對枉死的看法，指出凡是死後的喪葬、祭祀之事未得妥善處理的是「非常」之鬼，橫死、冤死就是非自然的亡魂。非常之鬼、非自然死亡之鬼又不得正常善後者，都有資格成爲厲鬼。厲鬼由於無人奉祀，在人世間遭受種種的災害而死，無法安息，因而留在人間進行報復、洩恨⁷³。

生老病死是人生必然的事情，然而生死之間存在怎麼樣的關係？古往今來，人們都相信有形體之外，還有魂魄。人死之後，離開了人世間，可能在另一個世界存活。「古之今之爲鬼也，非他也。有天鬼，亦有山水鬼神者，亦有人死而爲鬼者。」⁷⁴「人死曰鬼，鬼者歸也。精氣歸於天，肉歸於土，血歸於水，脈歸於澤，聲歸於雷，動歸於風，眠歸於日月，骨歸於木，筋歸於山，齒歸於石，膏歸於露，髮歸於草，呼吸之氣復歸於人。」所謂「鬼」，即有「歸」的意思，人身

72 孫思邈著，李景榮等校釋，《備急千金要方校釋》，卷10，〈傷寒下·溫瘡〉，頁399。

73 林富士，〈厲鬼——痛苦的靈魂〉，收入氏著，《孤魂與鬼雄的世界》（台北：台北縣立文化中心出版，1995），頁15-17。

74 [清]孫詒讓，《墨子閒詁》（北京：中華書局，1986），〈明鬼篇〉，頁224。

有形無形的部分都回歸於自然。除了回歸自然之外，人死之後魂魄必須有所歸，受人奉祀。一般人死後，會有後人奉祀，可能在家，可能在宗廟。若果某些人是枉死的，無人奉祀，或是遭到冤屈或各種慘痛的意外災害而死，便無法在另一世界獲得安息。因此，枉死者死不瞑目，其靈體回到人間，以威嚇和恐怖的手段，求覓血食及供養，或是復仇、洩恨，變成厲鬼⁷⁵。

《左傳》〈昭公七年〉記載了一個耳熟能詳的故事，鄭國人殺了伯有，伯有鬼魂作祟殺人，子產封了伯有子為大夫，來奉祀伯有，子產說：「鬼有所歸，乃不為厲。」⁷⁶《禮記》〈祭法〉記載有泰厲、公厲、族厲，唐孔穎達疏說：

泰厲者，謂古帝王無後者也，此鬼無所依歸，好為民作禍，故祀之也。

公厲者，謂古諸侯無後者。

族厲者，謂古大夫無後者。族，眾也。大夫無後者眾多，故言族厲。⁷⁷

無後的帝王、諸侯、大夫，死後「好為民作亂」，祭祀的任務交予各個階層。然而，子產時，匹夫匹婦也有靈魂，不僅是王公貴族的專利品，靈魂觀念已擴大到每一個社會成員⁷⁸。匹夫匹婦若是枉死的，同樣會在人間作祟。《左傳》〈昭公七年〉又說：

匹夫匹婦強死，其魂魄猶能依於人，以為淫厲。⁷⁹

75 林富士，〈厲鬼——痛苦的靈魂〉，收入氏著，《孤魂與鬼雄的世界》，頁16。

76 楊伯峻編著，《春秋左傳注(修訂本)》(北京：中華書局，1990)，〈昭公七年〉，頁1292。

77 〔清〕孫希旦撰，沈嘯寰、王星賢點校，《禮記集解》(北京：中華書局，1989)，〈祭法〉，頁1203。

78 有關中國古代死後觀，可參余英時，〈中國古代死後世界觀的演變〉，《中國思想傳統的現代詮釋》(台北：聯經出版公司，1987)，頁128；康韻梅，《中國古代死亡觀之探究》(台北：臺灣大學出版委員會，1994)，頁136-156；蒲慕州，《追尋一己之福——中國古代的信仰世界》(台北：允晨文化，1995)，頁90-96。

79 楊伯峻編著，《春秋左傳注(修訂本)》，〈昭公七年〉，頁1292。

只要是非自然的死亡，雖匹夫匹婦魂魄亦會在人間作亂為禍，成為厲鬼。人枉死後，固然無人祭祀，亦有背負冤情者，在人間作祟。《後漢書》〈王恠傳〉載王恠：

仕郡功曹，州治中從事。舉茂才，除郿令。到官，至齋亭。亭長曰：「亭有鬼，數殺過客，不可宿也。」恠曰：「仁勝凶邪，德除不祥，何鬼之避！」即入亭止宿。夜中聞有女子稱冤之聲。恠咒曰：「有何枉狀，可前求理乎？」女子曰：「無衣，不敢進。」恠便投衣與之。女子乃前訴曰：「妾夫為涪令，之官過宿此亭，亭長無狀，賊殺妾家十餘口，埋在樓下，悉取財貨。」恠問亭長姓名。女子曰：「即今門下游徼者也。」恠曰：「汝何故數殺過客？」對曰：「妾不得白日自訴，每夜陳冤，客輒眠不見應，不勝感恚，故殺之。」恠曰：「當為汝理此冤，切復殺良善也。」因解衣於地，恠然不見。明旦召游徼詰問，具服罪，即收繫，及同謀十餘人悉伏辜，遣吏送其喪歸鄉里，於是亭遂清安。⁸⁰

王恠遇鬼，即先施咒，然後與之對話。女鬼稱冤，王恠開口便問：「有何枉狀。」女鬼情況可歸入盜死鬼一類，被盜賊謀財害命，冤魂不散，害索人命。故事反映枉死有冤情的鬼，陰魂不息，有時會出來害人。

總起來說，從史料性質分類而言，瘧病在不同時辰發作是由不同的枉死之鬼作祟而來的觀念，是在醫書上記載；反而筆記小說材料反映的仍然是小兒鬼令人病瘧的觀念。從醫學發展角度來看，是否乃因醫家對瘧病發病有了比較細緻的觀察，了解病瘧者會在不同時後發病？前引《千金翼方》說：

黃帝問岐伯曰：「瘧多方少，愈者何？」岐伯答曰：「瘧有十二種。」帝曰：「瘧鬼字何？可得聞乎？」岐伯曰：「但得瘧鬼字便愈，不得其字，百方不愈。」

80 范曄，《後漢書》，卷81，〈王恠傳〉，頁2680-2681。

黃帝問了岐伯一個問題，就是「瘧多方少」，瘧病種類很多，治療的方卻少。醫家對瘧病的觀察，發現瘧病有很多種類。然而，這些種類如何劃分？岐伯指出瘧病共有十二種，而此十二種瘧病的劃分是根據十二時辰而來的。

在《黃帝內經素問》〈瘧論篇〉中討論瘧病的劃分主要在隔日瘧或數日發瘧，即經過多少時間而發作，其中大部分的篇幅集中瘧病日作、間作的病機，而且也指出發作「日晏」與「日早」的分別⁸¹。〈瘧論篇〉記黃帝問曰：「善。其作日晏與其日早者，何氣使然。」⁸²岐伯的答案是以邪氣留在體內循脊骨和伏膂之脈移行，因而發作時間有早有晏。同一段資料在《針灸甲乙經》卷七第五則說：「其以日作，以時發者。」⁸³換言之，在《黃帝內經素問》已察覺到瘧病發作時間在每天都有不同的可能，卻沒有詳盡地將其分為十二種。在〈刺瘧篇〉，則有六經瘧、五臟瘧、胃瘧，稱為十二瘧，並說：

十二瘧者，其發各不同時，察其病形，以知其何脈之病也。⁸⁴

可見在《黃帝內經素問》已有十二瘧之說，而十二瘧也被認定發作不同時，「以時發者」、「其發各不同時」，只能指明發作時間的不同，卻不是嚴格地以發作時間來區分十二種瘧。《諸病源候論》〈發作無時瘧候〉說：

夫衛氣一日一夜大會於風府，則腠理開，腠理開則邪入，邪入則病作。當其時，陰陽相并，隨其所勝，故寒熱，故動作皆有早晏者。若臟腑受邪，內外失守，邪氣妄行，所以休作無時也。⁸⁵

81 山東醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》（北京：人民衛生出版社，1982），卷10，〈瘧論篇〉，頁448-469。

82 山東醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，卷10，〈瘧論篇〉，頁452。

83 [晉]皇甫謐，《針灸甲乙經》，卷7，〈陰陽相移發三瘧第五〉，收入《歷代醫學名著》（海口：海南國際新聞出版中心，1996），第7冊，頁6543。

84 山東醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，卷10，〈刺瘧篇〉，頁480。

85 [隋]巢元方著，丁迪光主編，《諸病源候論校注》（北京：人民衛生出版社，

瘡病的發病是「發作無時」，有早有晏。檢視漢唐時期相關醫著後，發覺醫家對瘡病發病時間，雖認為瘡病休作無時，或隔日發作，始終並未細緻地將瘡病劃分為不同時辰發病，而且以不同時辰發病的瘡病區分為不同類型。如果從漢唐時期所展示瘡病的醫療知識，似乎找不到有關十二時辰瘡鬼說的蛛絲馬跡。

從醫書中，對於瘡病的治療利用符別及厭勝方法，都可以看出與道教相關。在六朝道教中，記載有關對付瘡鬼的經典，是在陸修靜《太上洞玄靈寶素靈真符》⁸⁶卷下《治瘡疾》，記載了治病符，在符頂載發作時間，符底載行瘡疾的鬼，可以整理出一些對應關係，如表一：

表一

發作時間	行瘡疾鬼
平旦發	兵死鬼
日出發	盜賊死鬼
食時發	溺死鬼
禺中發	燒死鬼
止午發	市死鬼
日昃發	乳產死鬼
晡時發	客死鬼
日入發	客死鬼
黃昏發	奴婢死鬼
人定發	未嫁女死鬼
夜半發	猴死鬼
雞鳴發	小兒死鬼

陸修靜《太上洞玄靈寶素靈真符》卷下《治瘡疾》已經載了不同時段發作的瘡病，是由不同的鬼主宰。在《太上洞玄靈寶素靈真符》中，出現了兩次客死鬼，

(續)

1991)，卷11，〈瘡病諸候·發作無時瘡候〉，頁357-358。

86 《太上洞玄靈寶素靈真符》三卷，據序說唐乾元間天師翟乾祐夢見天尊，得此符。據《道藏提要》說：「書凡三卷，上中卷俱題陸先生受，下卷則題杜先生受。則此書符錄實陸修靜傳授而杜光庭增補者。」任繼愈主編，《道藏提要》（北京：中國社會科學院，1991），頁289。

可能有誤。在文中陸修靜謂符「主治十二時瘡鬼，書佩之立愈」⁸⁷。《太上洞玄靈寶素靈真符》與《范汪方》、《千金翼方》所載基本上是很接近的。這些鬼的死因都不是「享正壽」，即是死於非命(表二)。

在道教鬼神觀，枉死鬼在人間周遊、搔擾，是令人患病的原因。這些枉死鬼，部分與醫書所載瘡鬼重疊。總結上文所論，瘡鬼觀在醫書、道書中表現出極接近的觀點，並且改變漢代以來瘡鬼乃小兒鬼的看法。這種轉變呈現的方向是瘡鬼再非單一的小兒鬼，而是林林總總的枉死鬼，而且按十二時辰值班。上文提及瘡鬼值班是道教的說法，而陸修靜製作的治瘡疾符又具體地表達了枉死鬼與瘡病關係，究竟兩者之間的關係為何？又是否可以將這個問題放在道教發展脈絡中觀察？

表二

	《范汪方》	《太上洞玄靈寶素靈真符》		《千金翼方》卷五 〈十二時瘡方十二首〉
平旦	客民鬼	兵死鬼	寅	獄死鬼
食時	客死鬼	盜賊死鬼	卯	鞭死鬼
禺中	市死鬼	溺死鬼	辰	墮木死鬼
日中	溺死鬼	燒死鬼	巳	燒死鬼
日跌	亡死鬼	市死鬼	午	餓死鬼
晡時	自經死鬼	乳產死鬼	未	溺死鬼
日入	人奴舍長死鬼	客死鬼	申	自刺死鬼
黃昏	盜死鬼	客死鬼	酉	奴婢死鬼
人定	小兒鬼	奴婢死鬼	戌	自絞死鬼
夜過半	囚死鬼	未嫁女死鬼	亥	盜死鬼
夜半	寒死鬼	猴死鬼	子	寡婦死鬼
雞鳴	乳死鬼	小兒死鬼	丑	斬死鬼

87 [南朝宋]陸修靜，《太上洞玄靈寶素靈真符》，收入《正統道藏》(台北：新文豐出版社，1986)，衣字號，第10冊，頁789-790。

三、瘡鬼與道教鬼神譜系的建構

如果甲骨文中真的有「瘡」字，瘡病在中國可說是較早為人認識的疾病。在古代人的知識世界，瘡病的病因可以在不同的範圍內被認識，其中一個範圍就是鬼神世界。鬼神致病論是古人理解疾病病因的重要一環，從漢代伊始，瘡鬼是令人患瘡的鬼物，起初瘡鬼只視為小兒鬼。魏晉以後，對於瘡鬼的觀念起了變化，從小兒鬼一變而成眾多枉死鬼，而且按十二時辰發作而有不同的枉死鬼。如果結合道教文獻來看，當中極可能尋找到一些端倪。

東漢末葉，疾疫流行，道教適值此時興起。道教傳播與疾疫流行有密切關係。當時道教首領，利用民間符水咒術的技術來治病，作為傳布、吸引信眾的手段，其中尤以五斗米道、太平道最為人所熟知。歷來學者就道教興起與醫學、疾疫關係的課題，已有不少的研究⁸⁸，本節著重道教鬼神譜系建立與疾病解釋體系的關係。

漢代以來，民間對疾病的解釋，鬼神致病論占有重要位置。道教興起，大量吸收了民間的方術、思想，而形成道教體系。枉死之人，在民間信仰中，被視為死無所歸，背負冤情，因而流連人間，伺機作祟害人。與此同時，惡鬼致病的觀念，在道教教團一直都是重要思想，並以此來解釋漢末以來的狀況。在道教看來，漢末天下大亂，在於人心不古。《太平經》對於漢末天下亂世，所提出的一套看法：

今天地間闢，淳風稍遠，皇平氣隱，災厲橫流。上皇之後，三五以來，兵疫水火，更互競興，皆由億兆，心邪形偽，破壞五德，爭任六情，肆

⁸⁸ 略舉其要者，諸如鍾兆鵬，〈道教與醫藥及養生的關係〉，《世界宗教研究》，1987：1（北京），頁39-50；卿希泰，〈道教與醫學〉，收入氏編，《道教與中國傳統文化》（福州：福建人民出版社，1990），頁342-367；〔日〕吉元昭治著，楊宇譯，《道教與不老長壽醫學》（成都：成都出版社，1992）；林富士，〈東漢晚期的疾疫與宗教〉，《中央研究院歷史語言研究所》，66：3（台北，1995），頁695-745。

兇逞暴，更相侵凌，尊卑長少，貴賤亂離。致二儀失序，七曜違經，三才變異，妖訛紛論。神鬼交傷，人物凋喪，膏禍荐至，不悟不悛，萬毒恣行，不可勝數。大惡有四：兵、病、水、火。⁸⁹

在漢末亂世之中，道教以世間人行惡行，而招致各方災難，只有信道者才能得救，此說是道教救世的一個基調。劉宋時期的《三天內經解》又說：

下古借薄，妖惡轉興，酌祭巫鬼，真偽不分。太上於瑯琊以《太平道經》付千吉，蜀郡李微等，使助六天檢正氣。微等復不能使六天正氣，反至漢世，群邪滋盛，六天氣勃，三道交錯，癘氣縱橫，醫巫滋彰。……即拜張〔道陵〕為太玄都正一平氣三天之師，付張正一明威之道、新出老君之制，罷廢六天三道時事，平正三天……永壽三年，歲在丁酉，與漢帝朝臣，以白馬血為盟、丹書鐵券為信，與天地水三官太歲將軍共約永用三天正法。⁹⁰

其中所謂「三天正法」關涉到治療疾病的，是「疾病者但令從年七歲有識以來首謝所犯罪過，立諸……儀，章符救療。久病困疾，醫所不能治者，歸首則差」⁹¹。道教以漢末大亂的歷史說明人間秩序的破壞，在於人心不古，刀兵疾疫四起，實與世人不信道法、正氣不存有關。在漢末之世，疾疫流行，就如末世來臨，道教扮演著救世角色。道教教團面對著疾疫流行、患病者眾的局面，掌握著醫療資源，及能夠治療疾病，變成重要的傳教工具。在《太平經》中，甚至主張集合各方面力量，專門治病，猶如一醫療部隊，各有司職。〈齋戒思神救死訣〉說：

今承負之後，天地大多災害，鬼物老常凶殃尸咎非一，尚復有風濕疽

89 王明，《太平經校釋》（北京：中華書局，1960），卷1-17，〈甲部〉，頁3。

90 〔南朝宋〕徐氏，《三天內經解》，收入《正統道藏》，滿字號，第10冊，頁80-81。

91 徐氏，《三天內經解》，收入《正統道藏》，滿字號，第10冊，頁81。

疥，今下古得流災眾多，不可勝名也。或一人有百病，或有數十病。假令人人各有可畏，或有可短。或各能去一病；如一卜卦工師之中知之，除一禍祟之病；大醫長於藥方者，復除一病；刺工長刺經脈，復除一病；或有復長於灸者，復除一病；或復有長於劾者，復除一病；或有長於祀者，復除一病；或有長於使神自導視鬼，復除一病。此七人，各除一病。……假令一人能除一病，十人能除十病，百人能除百病，千人能除千病，萬人能除萬病。一人之身，安得有萬病乎？故能悉治決愈之也。⁹²

文中載有兩類治療法，一是使用神秘力量，驅鬼治病；一是使用藥物針灸的醫療方法，而理想的地步則是培養眾多醫者，治療萬病。「萬人能除萬病」固屬理想，然而《太平經》載有〈草木方訣〉、〈生物方訣〉、〈灸刺訣〉，顯示出教團中也當有醫者，專司醫藥。吉元昭治認為：

從這段話〔指上引〈齋戒思神救死訣〉〕可以看出，在太平道中，存在醫療集團。可以認為，這種集團醫療活動，極大地促進了太平道的布教。隨著太平道的日益擴大，其醫療實踐部門的行醫範圍也隨之擴大，可以認為當時存在行醫〔又稱走醫或走方醫，即在某地巡迴醫療的民間醫〕性質的，運用當地的植物、動物類藥、針灸及神祝等當時所有的醫療方式而治病的醫療集團。⁹³

漢末三國道教教團，治病是教團內至為緊要的事情。東漢後期，道教已形成兩支勢力，一是張陵在巴蜀創立的五斗米道，一是張角在華北創立的太平道。此兩支道教教派，皆創制道符，招來信徒。這些道教教團，皆以鬼神設教，又稱鬼道。《後漢書》〈皇甫嵩傳〉說張角太平道：

92 王明，《太平經校釋》，頁293-294。

93 吉元昭治，《道教與不老長壽醫學》，頁34。

初，鉅鹿張角自稱「大賢良師」，奉事黃老道，畜養弟子，跪拜首過，符水咒說以療病，病者頗愈，百姓信向之。⁹⁴

《三國志》〈魏書·張魯傳〉裴注引《典略》說：

光和中，東方有張角，漢中有張脩。……角爲太平道，脩爲五斗米道。太平道者，師持九節杖爲符祝，教病人叩頭思過，因以符水飲之。得病或日淺而愈者，則云此人信道；其或不愈，則爲不信道。脩法略與角同。加施靜室，使病者處其中思過。又使人爲姦令祭酒，祭酒主以《老子》五千文，使都習，號爲姦令。爲鬼吏，主爲病者請禱。請禱之法，書病人姓名，說服罪之意。作三通，其一上之天，著山中；其一埋之地；其一沉之水，謂之三官手書。使病家出五斗米以爲常，故號曰五斗米師。⁹⁵

《三國志》〈吳書〉裴注引《江表傳》記：

時有道士琅邪于吉，先寓居東方，往來吳會，立精舍，燒香讀道書，制作符水以治病，吳會人多事之。⁹⁶

魏晉南北朝時期，道教對治病的重視程度依然不減。《抱朴子內篇》〈道意篇〉說：

曩者有張角、柳根、王歆、李申之徒……進不以延年益壽爲務，退不以消災治病爲業，遂以招集姦黨，稱合逆亂。⁹⁷

94 范曄，《後漢書》，卷71，〈皇甫嵩傳〉，頁2299。

95 〔晉〕陳壽，《三國志》（北京：中華書局，1959），卷8，〈張魯傳〉，頁264。

96 陳壽，《三國志》，卷46，〈吳書·江表傳〉，頁1110。

97 〔晉〕葛洪著，王明校釋，《抱朴子內篇校釋》（北京：中華書局，1986），卷9

葛洪認為道教徒的要務，以修煉金丹而成仙為先，就算不能成仙也要延年益壽。葛洪批評張角、柳根、王歆、李申，只顧招集姦黨，禍亂社會，最根本的「消災治病」的工作也沒有做到。《抱朴子》〈內篇·對俗篇〉說：

為道者以救人危使免禍，護人疾病，令不枉死，為上功也。⁹⁸

葛洪心目中對道教徒行為標準，救人於疾病，令不枉死，為上功德。在《太上洞淵神咒經》〈殺鬼品〉卷九第六說：

大道法師，內外俱通，世間書疏，無不解者，治病醫藥針灸，悉皆明了，行來人間，萬民敬愛，三洞大經，無不備足。⁹⁹

至於在道教文獻中，創造出許多關於利用符咒、祝水、藥物等等治癒疾病的故事，而疾疫、癘氣橫行，更往往是傳說的背景。太平道和五斗米道有差不多的治病方法，就是祈禱之法，書寫病人姓名於符上，由教中祭酒、都習、鬼吏等主持。並以《老子五千文》為病者祈禱，向懺悔已罪，之後便可飲符水。這種治病方法，一直流傳。如《抱朴子》〈內篇·道意〉說：「吳大帝時，蜀中有李阿者，穴居不食，傳世見之，號為八百歲公。……後有一人姓李名寬，到吳而蜀語，能祝水治病頗愈。」¹⁰⁰《晉書》〈周札傳〉說：「有道士李脫者，妖術惑眾，自言八百歲，故號李八百。自中州至建業，以鬼道療病，又署人官位。」¹⁰¹治病是道教傳教不可或缺的手段。

《廣弘明集》〈辯惑篇·周沙門釋道安二教論〉引李膺《蜀記》說：

(續)

〈道意篇〉，頁172。

98 葛洪著，王明校釋，《抱朴子內篇校釋》，卷3，〈對俗篇〉，頁53。

99 作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，第10冊，頁280。

100 葛洪著，王明校釋，《抱朴子內篇校釋》，卷九，〈道意篇〉，頁173-174。

101 房玄齡等撰，《晉書》，卷58，〈周札傳〉，頁1575。

張陵避病瘡於丘社之中，得咒鬼之術書，爲是遂解使鬼法。¹⁰²

《幽明錄》記：

河南楊起字聖卿，少時病瘡，逃於社中，得《素書》一卷，譴劾百鬼法，所劾輒效。¹⁰³

楊起病瘡，獲得《素書》，能夠譴劾百鬼。故事內容雖然不完整，可以推測故事表達的是《素書》所具治百鬼的力量，也爲楊起治瘡。張陵故事的情節，與楊起完全一樣。張陵是五斗米道創始人，陵傳子衡、衡傳子魯。張陵曾客蜀，學道於鶴鳴山中，造作道書。李膺《蜀記》記載，張陵病瘡，爲了避瘡，避入社中，卻獲得了咒鬼之書，遂懂得解使鬼之法。文中提及的「譴劾百鬼法」、「咒鬼之術」的具體內容已不得而知，張陵避瘡病，得咒鬼之書後，解除了鬼物威脅，治瘡與道教在道教初起時已經扯上一些關係。

當道教的信仰體系，在魏晉南北朝日漸完備的時候，治病不單單就是治癒疾病，而是需要對病因進行解釋，才能合理化所使用的治療方法。當道教掌握著病因解釋時，患病者就必須求助於控制著這種知識的人。換言之，道教使用各種方法爲人治病的同時，其實也創造了疾疫流行的解釋，操縱著這種知識權力，而唯有道教教團才擁有治癒疾病的力量。根據前文所述，利用符水祝咒是當時各個道教教團最常見的治病方法，而惡鬼四出害人，正是民皆疾疫的原因。

在中國民間信仰中，枉死之人，無所歸屬，背負冤氣，四出作祟。道教形成是大量地吸取了民間思想而來，在道教思想中疾疫流行歸咎於惡鬼行禍，利用符水祝咒能夠驅殺行疫之鬼，是作爲治病的思想基礎。道教具備了控制鬼的力量，等同於具備了阻止鬼作祟行禍的能力，疾疫流行也可以被中止了。然而，漢末三

102 [唐]釋道宣，《廣弘明集》，卷9，收入《大藏經》刊行會編，《大正新修大藏經·史傳部類》（台北：新文豐出版公司，1983），頁146b。

103 劉義慶，《幽明錄》，收入上海古籍出版社編，《漢魏六朝筆記小說大觀》（上海：上海古籍出版社，1999），頁727。

國時期，道教只是初起階段，延續著巫覡傳統，大部分的軌儀、教戒尚未形成，雖然道教教團已著重對鬼的控制力量，但整個鬼神譜系仍未成熟，鬼神無序。

道教經歷漢末三國時期的發展，漸漸「來自道教內部，對道教自身文化品格、道德倫理和行為規範的批評與反省也相當嚴厲」¹⁰⁴。鬼神萬端，在民間信仰中鬼界秩序是模糊的，而早期道教的體系中鬼神譜系也不明確，究竟是甚麼鬼行疫？如何合理地控制鬼物？道教逐漸建立其鬼神譜系，而且是有秩序的，並可依據譜系所確立的關係而認清鬼神特質。若果鬼神譜系混亂，道教整套驅鬼剋鬼機制，也不全具說服力。魏晉以後，道教日益認識到「清整」的重要意義，清整運動亦隨之而展開，北朝寇謙之、南朝陸修靜、陶弘景在清整過程中扮演了舉足輕重的角色。葛兆光指出：

從公元四世紀以來，道教逐漸開始對鬼神的祭祀祈禳系統進行清理，從陸續成書的陶弘景《真誥》與《真靈位業圖》、《度人經》，直到《無上秘要》，道教的鬼神譜系凸顯了它大體的輪廓，也隱隱地顯示了清整這一神鬼譜系所依據的觀念性框架。¹⁰⁵

在清整運動中，鬼神譜系的確立是其中一環，而鬼神譜系被確立後，鬼神世界變成可以知曉的，甚至納入秩序。

如果考察一連串造神運動中鬼神譜系的建構，《真靈位業圖》展現的其中一環，便是將歷史上有名的人物紛紛納入譜系之中，成為眾神。在《真靈位業圖》所建構了七個神祇層次，在第七個層次為首的是酆都北陰大帝，「天下鬼神之宗」¹⁰⁶，為地獄之鬼最高統治機構，很可能司職管理眾鬼，在其之下則有一批歷史上顯赫聞名的人物，如秦始皇、魏武帝等等，而這些歷史人物也編入管理眾

104 葛兆光，《中國思想史·第一卷——七世紀前中國的知識、思想與信仰》（上海：復旦大學出版社，1998），頁475。

105 葛兆光，《中國思想史·第一卷——七世紀前中國的知識、思想與信仰》，頁486-487。

106 陶弘景，《真靈位業圖》，收入《正統道藏》，騰字號，第3冊，頁30。

鬼的行列。又如《真誥》〈闡幽微〉：「炎慶甲者，古之炎帝也，今爲北太帝君，天下鬼神之主也。武王爲鬼官北斗君、夏啓、文王、邵公奭、吳季札組成四明公，主領四方鬼。在第二、三天專管諸煞鬼及卒死暴亡之人。」¹⁰⁷《元始上真眾仙記》主要敘述諸神仙官號及治所，凡古代歷史人物、道教人物都收入其中，而張衡、嵇康亦成爲五方鬼帝的成員¹⁰⁸。

道教鬼神譜系的建立不僅是安排神祇的位置，還確定了神祇所司職的功能，而其中神祇有權力管理眾鬼。道教的觀點是疾疫或者各種疾病流行是由枉死鬼作祟而來，早期道教實已吸收了民間各類剋鬼殺鬼的方技。不過，鬼神譜系卻一直處於混亂狀態¹⁰⁹。直到道教進行了清整運動，重新安排鬼神秩序及其司職。當然，《真靈位業圖》反映了道教鬼神譜系整理的具體結果，這項工程當然並非始於陶弘景¹¹⁰。道教世界秩序裡面，將爲禍人間，毒害萬民的枉死鬼，亦重新編入秩序之人內，由歷史人物負擔管理工作。

在魏晉南北朝時，道教開始了清整運動，而鬼神譜系的建構，代表了對人鬼神世界秩序的塑造。在建構過程中，不僅神的位置與職責被確定，而鬼亦被定位。在《太上洞淵神咒經》¹¹¹中就有非常清楚的記載，表達了由於世人積惡，

107 陶弘景，《真誥》，卷15，〈闡幽微〉，收入《正統道藏》，定字號，第35冊，頁139。

108 葛洪，《元始上真眾仙記》，收入《正統道藏》，騰字號，第5冊，頁13-17。

109 湯一介認爲東晉以後，道教整理鬼神譜系，原因是來自佛教的挑戰及門閥社會等級觀念。湯一介，〈爲道教建立神仙譜系和傳授歷史的思想家陶弘景〉，收入氏著，《魏晉南北朝時期的道教》（西安：陝西師範大學出版社，1988），頁281-282。

110 葛兆光教授在《道教與中國文化》中指出，當時有不少神譜。葛兆光，《道教與中國文化》（上海：上海人民出版社，1987），頁59-60。

111 一般學者都認爲《太上洞淵神咒經》不是成於一時，而是以前十卷爲原始部分。吉岡義豐認爲前十卷成於東晉末孫恩盧循之亂始，到劉宋末一段時期。大淵忍則以前十卷中，卷一與卷五大約成於東晉末到劉宋初，卷二至卷三成立於梁末陳初，其集卷數則成於陳隋之際。〔日〕吉岡義豐，〈六朝圖讖道經——太上洞淵神咒經〉，收入氏著，《道教經典史論》（東京：道教刊行社，1955）；大淵忍爾，〈洞淵神咒經の成立〉，收入氏著，《道教史の研究》（東京：岡山大學共濟會書籍部，1964），頁446。

不信道法，上天派遣鬼王、魔王統領鬼兵行疫，出來殺人¹¹²。統領鬼兵魔王、鬼王、邪王大都是歷代壞軍死將，他們是死於刀兵之下¹¹³。《太上洞淵神咒經》卷四第一：

道言：伏羲以來，壞軍敗將，舉眾形殘，刀兵腥死，萬萬為群，或有露尸，骨節分張，身首他處，或飛或揚，精神不得集聚，或有身無頭，有足無手，有口無目，千千萬億，遊託自守依山倚木取人年命，人不備知，……亂人心，動欲作祟，祟耗田蠶，凡百不利，惱人家親，張生異端，令生人大小疾病，六畜暴死，口舌官事，水火數起，令人不吉，此都是汝等世間客死之鬼……。¹¹⁴

112 《太上洞淵神咒經》卷3第1說：「大劫之運，惡人不信道法，天遣疫鬼，行七十二種病，病殺惡人，世間浩浩，鬼兵流毒，奈何奈何。」作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，皇字號，第10冊，頁242。

113 《太上洞淵神咒經》卷6第2說：「甲申之旬年中，有鬼王名蒙恬、王翦，各領三萬赤鬼，遍行天下，令人門……病下惡痢、面見壅腫、胸滿、吐下、不安、小兒驚啼、官事口舌，犯入刑獄，千病萬疾……皆王翦等鬼王所作。自今以去，蒙恬、王翦等不攝汝下兵者。汝下鬼死盡，鬼王頭破。」卷6第6說：「甲戌之旬年，有鬼王共五國鬼兵，宋趙燕魏魯之死將國王，各領三萬六千鬼遊行國土……自今以去，已知汝名字，鬼王淮南子、……白公、韓涉、宋銑、王善等，自今以去敕汝下鬼，故來殺人，不去者，汝頭破作七十八分矣。」卷7第5說：「大漢之後，有五通大鬼，鬼王名王翦、白起、韓章、樂陽、楚狂，又有郝景、女媧、祝融，三萬九千人，各領八億萬人，此鬼從伏羲以來，帝王相丞，此大鬼主召領十二萬人，天下小鬼依憑求食，與其鬼王作兵，來耗動萬民，萬民患之，各各伺人家，取人男女，疾病急厄。」卷7第6說：「國土有大鬼王，鄧艾、鍾士季、趙山、王莽、李敖、杜周、劉斗鳥、王離、夏侯嬰、蔣公琰、南陽葉公里、夏檀支、蕭何、申屠伯、韓信、田進、梁洪、高沛、孫溫、司馬迥、劉元達，有此大鬼主，令世人或有祠武帝文王，世間供養立祠不絕，各各有兵馬為天下人作祟，祟病殺人，年年月月，行千萬種病，或四支沈重，寒熱、下痢、臃腫、水腹、黑病、頭目悉痛、胸背懊熱，或有黃瘡，聲效咽喉不通，一切萬病，殺人無度。道言：此等之人，皆悉是往時大將、任事之人，死亡之後，各有人立祠，祀之不止。今傳有百鬼附之。」作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，皇字號，第10冊，頁261-262、266-267。

114 作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，皇字號，第10冊，頁248。

人之所以患上種種疾病，正因各種惡鬼作祟¹¹⁵。上天下降此經，只要奉持，便能消災解難，各種惡鬼皆不能侵害人。《太上洞淵神咒經》卷一第二：

自今以去，若國土之人，枉死急病刑獄囚徒者，悉是魔王等不攝下鬼，使賊害種民。

今國土之人，遭其疫癘，刀兵困苦，刑獄囚徒死亡，不以理者，斯是魔王先坐不禁下鬼，故斬之不恕也。¹¹⁶

上天派法師打救世俗，禁止魔王、鬼王放縱鬼兵再行疫殺人。這些鬼兵部分就是枉死之鬼。上引壞軍死將出來殺人，最後則說此等「世間客死之鬼」。客死鬼也是十二時瘡鬼之一。卷六第二：

甲子壬辰之歲，流殃萬丈，皆汝等之妖鬼、古之死將國主大臣下官，故……世間鬼賊或男女之……，水火刀兵之……，行客之鬼，因世之人有衰競來崇之圖，害萬民取其名譽，希其血食……。¹¹⁷

客死鬼可能指的就是身首異處，客死異鄉的鬼，李豐楙認為「客死」兩字具現死鬼的漂泊苦楚，並說：

當時之人將戰場上犧牲的「壞軍死將」、「敗軍死將」視為冤曲而死者，其靈飄泊不定、出沒無常，不受「死籍」的約束，一旦地上之人善少惡多，就是它們聚集助邪王、鬼王作惡的機會。這類鬼說顯示國人在死亡觀中，蔚於非自然、未正常處理的死亡具有強烈的怖懼情織。凡自

115 《太上洞淵神咒經》卷1第6：「道言：汝等大邪王，汝等先世無福，不信大道，作罪山積，今在邪中，專行瘡疾，毒苦萬姓……。」瘡疾流行也是由大邪王主宰。作者不詳，收入《正統道藏》皇字號，第10冊，頁234。

116 作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，皇字號，第10冊，頁232。

117 作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，皇字號，第10冊，頁260。

然、正常處理的死亡，死後有所憑依則為神主為祖先崇拜的信仰對象，也就與生者能安然而和諧地相處；但是非自然橫死、暴死或未正常處理的苦魂，卻因無所依憑而成為厲鬼、疫氣。¹¹⁸

《太上洞淵神咒經》對於有祭與無祭之鬼間，有很明顯的劃分。受人祭祀之鬼，不屬於被對付範圍之內。卷二第二說：

道言自今以去，道士轉此經處，令三洞力士四十九萬人，六天力士八十萬人，三十六天大兵九十億萬人，一合來下，共殺此疫鬼，令人生有病之者，官事之人，速得解脫，疾病輕差，和喻萬神，令家親歡喜，中外社……，悉令分了，勿使枉撓生人。自非家祀之鬼，一切禳之，永絕他方。¹¹⁹

雖然受持《神咒經》，上天力士亦不會對付家祀之鬼，即是有後人奉祀的，不在殲滅之列。同書卷四第二說：

令瓦解丁零鬼、山圖木子鬼、大殃走死鬼、六畜人形鬼、五木百魅鬼、蠻夷氏獠鬼、北狄羌虜鬼、山上鬼、山下鬼、水中鬼、火中鬼、射公萬種鬼、十二亂病鬼、六畜奴婢鬼、自刺自殺鬼，一切大小鬼子，自今以入地千尺，勿復令人病困，官事者了，鬼……自散，不去者斬汝等，不恕之矣。¹²⁰

118 李豐楙，〈《洞淵神咒經》的神魔觀及其剋治說〉，《東方宗教研究》，2(台北，1991)，頁143。此外，夏德安研究出土的戰國時期楚簡，當中有兵死者的禱辭，也同樣指出禱辭的作用是令兵死者歸安，得到安息，死於戰爭而非平靜去世的鬼魂必定是活著的人所害怕的對象。夏德安，〈戰國時代兵死者的禱辭〉，收入中國社會科學院簡帛研究中心編，《簡帛研究譯叢》，第2輯(長沙：湖南人民出版社，1998)，頁30-42。

119 作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，皇字號，第10冊，頁238。

120 作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，皇字號，第10冊，頁248。

水中鬼、火中鬼可能就是溺死鬼、火燒鬼，而六畜奴婢鬼、自刺自殺鬼同樣屬於令人病瘡的鬼。其中「十二亂病鬼」有可能根據十二時辰行病之鬼。十二瘡鬼中有自絞鬼，也當屬於自殺一類。〈誓魔品〉卷一第六說：

道言：汝等大邪王汝等先世無福，不信大道，作罪山積。今在邪中，專行瘡疾，毒苦萬姓，或有身體寒熱，反目白黑，狂走妄語，歌嗥哭泣，四肢壅腫，惚惚鬥氣，如此之疾，流滿天下，或迷亂人心，令人遭公事，枉入刑獄，荼害萬民，如是之病，悉汝等邪王爲之。¹²¹

瘡病就是大邪王所爲。

《女青鬼律》¹²²卷六第七載有二十四鬼和三十六鬼：

二十四鬼放縱下，羅截四方，充塞六合，擅弄五行，更相署置官府，列陣出入，導從兵馬，權強殺害無辜，恣意快心，寡福之心，悉逢其苦，志士學道方術厭禳符章禁斷，乃保利貞。¹²³

二十四鬼之中有「傷死鬼」、「獄死鬼」、「客死鬼」，而且更賦予名字，如餓死鬼名伏藏、客死鬼名逆千等等。三十六鬼則「皆遊行世間，乘人衰隙，伺候有惡，助佐凶殃，造作禍害」，其中有「斬死之鬼」、「寄死之鬼」、「行客之鬼」。在《女青鬼律》又載有十二日瘟鬼，「各各直日，其日從十二時支干上來疾病民人」¹²⁴。可見在每一個日子及時辰皆有瘟鬼值班，負責行疫殺人之事。

枉死鬼受道教神祇管治，故只要道教徒施法，學懂「方術厭禳符章禁斷」，差遣神祇、鬼王懾服他們，或者利用符咒收服他們。魏晉以來道教經歷改革下，

121 作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，皇字號，第10冊，頁234。

122 據《道藏提要》說《女青鬼律》：「從內容判斷，似爲南北朝時天師道戒律。」任繼愈主編，《道藏提要》，頁569。

123 作者不詳，《女青鬼律》，收入《正統道藏》，力字號，第30冊，頁594-595。

124 作者不詳，《女青鬼律》，收入《正統道藏》，力字號，第30冊，頁594。

重新對鬼物定位，並編入管治秩序內。因此，十二時辰瘟鬼說，極可能在道教整個鬼神整理過程中，所作的編排，枉死鬼也成為有秩序的體系。因此，鬼神皆有秩序，枉死鬼亦不例外，井井有條地行疫為禍。枉死鬼在神祇譜系下，成為可以有秩序而可控制。這種秩序表現出來的，枉死鬼不再是漫無目的的作禍，根據十二時日及時辰值班，只需掌握了他們值班的資料，就可以有效地治療疾疫，其中當然包括了瘧病。所以，瘧鬼是枉死鬼及在十二時辰行疫殺人，極可能是道教進行鬼神譜系過程中建構出來的秩序。

道教建構鬼神秩序，令鬼神世界可以被認識，而認識之後就可再進一步對付它們。前引資料之中，對付瘧鬼的辦法都是知其名字。呼名法就是知道瘧鬼的姓名或名字，瘧鬼自然無所施其技。這種方法在對付鬼物方面，常常用得上。《千金翼方》記黃帝問瘧鬼的名字，岐伯指出知道瘧鬼的名字，便得以治癒，否則「百方不愈」。又如《千金翼方》〈禁經上·禁瘧病〉記禁瘧鬼法：「北斗七星知汝姓字，不得住家。」¹²⁵《太上洞玄靈寶素靈真符》載治瘧符，文中說：「……吾是太上之使，知汝名字，源由何不疾走，令行水火追殺汝，急急如律令。」¹²⁶在道教的體系中，對付鬼物，只要知道它們的名字，就可以剋制它們。《女青鬼律》說道民「隨病呼之，知領鬼姓名，病即差矣」¹²⁷。在《神咒經》中，也有相類似的記載，對付鬼物「吾悉知汝等之鬼名」、「今已知汝名，汝急遠去」。卷十一第五：

攝鬼治病，應須出示行病之鬼姓名，令人咒誦，呼其姓字，彼行病鬼，聞己姓名，自生慚愧，各懷恐怖，於三寶前大眾之中，羞聞其惡，不敢為害。¹²⁸

125 孫思邈著，朱邦賢等校注，《千金翼方校注》，卷29，〈禁經上·禁瘧病〉，頁835。

126 [唐]杜光庭編集，《太上洞玄靈寶素靈真符》，收入《正統道藏》，衣字號，第10冊，頁792。

127 作者不詳，《女青鬼律》，收入《正統道藏》，力字號，第30冊，頁592。

128 作者不詳，《太上洞淵神咒經》，收入《正統道藏》，皇字號，第10冊，頁290。

《神咒經》解釋知道鬼姓名便可以剋制鬼物的原因，是咒誦鬼的姓名，使得為害人間的鬼物自生慚愧，而不敢再加害於人。李豐楙則認為，這種方法基於的法則是：

我完全知道你的名字、形狀、能耐及目的，所以你就不能加害於我；最好你趕快遠離，要不然就要重重地懲罰你。¹²⁹

在《抱朴子》〈內篇·登涉〉記：

或問曰：「辟山川廟堂百鬼之法。」抱朴子曰：「道士常帶天水符及上皇竹使符，老子左契及守真一思三部將軍者，鬼不敢近人也。其次則論《百鬼錄》，知天下鬼之名字及《白澤圖》、《九鼎圖》，則眾鬼自卻。」

葛洪列出辟百鬼之法，其中有《百鬼錄》、《白澤圖》¹³⁰、《九鼎圖》，可能記載百鬼的名字，然而「知天下鬼之名字」，使眾鬼自卻。當有人知道鬼的名字後，就可以利用各鬼害怕的方法來對付他們，這是對付鬼物的一種邏輯。自道教角度來看，安排瘴鬼的秩序，每一時辰由一瘴鬼發病，當此秩序建構後，再配合知鬼名字法，瘴鬼便可輕而易舉在掌握之中了。

從陸修靜修撰《太上洞玄靈寶素靈真符》，可以知道瘴鬼由枉死鬼所組成的觀念，而這種編排應該放在道教鬼神譜系建構的背景中，加以理解。道教鬼神譜系的確立，同時也是對疾疫流行進行解釋，並合理化了道教對付惡鬼之法。在道

129 李豐楙，〈道藏所收早期道書的瘟疫觀〉，《中央研究院中國文哲研究集刊》，3（台北，1993），頁437。有關呼鬼名法探討，參胡新生，〈呼鬼名〉，收入氏著，《中國古代巫術》，（濟南：山東人民出版社，1998），頁179-185。胡新生指出，在咒語中不厭其煩地列舉主要禁咒對象及其兄弟父母的姓名，是從漢代《雜療方》記錄的禁治蛇蟲的咒語一脈相傳下來。在《千金方·溫瘧》所載禳瘴法，其中也有列明瘴小兒的父母名字。

130 在唐代道世撰集的《法苑珠林》卷58收載了《白澤圖》，《白澤圖》載有眾多鬼怪名稱、鬼形和呼名驅鬼法。

教文獻中，可以找尋到有關瘡鬼觀念轉變的兩大重要線索，十二時日的疫鬼值班與瘡鬼為枉死鬼。劉宋時，陸修靜改革道教，整頓道教組織和經典，並建立完整道教齋醮儀式。現存《道門科略》，是陸修靜改革後訂立的道教守則，在文中所持觀點與《太上洞淵神咒經》十分近似：

太上老君以下古委懟，淳澆撲散，三五失統，人鬼錯亂，六天古氣，稱官上號，構合百精，及五傷之鬼，敗軍死將，亂軍兵死，男稱將軍，女稱夫人，導從鬼兵，軍行師止，遊放天地，擅行威福，責人廟舍，求人饗祠，擾亂人民，宰殺三牲，費用萬計，傾財竭產，不蒙其祐，反受其患，枉死橫天，不可稱數。¹³¹

所謂「敗軍死將」，領導鬼兵，遊行人間，擅行威福，四處殺人，死者不計其數。如果參照《太上洞淵神咒經》的說法，這些遊行人間殺人的鬼，大多是枉死鬼。正值此時：

〔太上〕授天師正一盟威之道，禁戒科律，檢示萬民逆順禍福功過，令知好惡。置二十四治，三十六靖廬，內外道士二千四百人。下千二百官，章文萬通，誅符伐廟，殺鬼生人，蕩滌宇宙，門正三五，周天匝地，不得復有淫邪之鬼。¹³²

「正一盟威之道」能夠對付淫邪之鬼，殺鬼生人。其中也提及治療說：

若疾病之人，不勝湯藥針灸，惟服符飲水，及首生年以來所犯罪過，罪應死者皆為烈赦，積疾困病，莫不生全。

盟威法，師不受錢，神不飲食，謂之清約。治病不針灸湯藥，唯服符水

131 陸修靜，《道門科略》，收入《正統道藏》，母字號，第41冊，頁728。

132 陸修靜，《道門科略》，收入《正統道藏》，母字號，第41冊，頁728。

首罪，改行章奏而已。¹³³

有病之人，藥物未能治療，則飲符水，及懺悔以往罪過¹³⁴。在對付瘡病方面，也上章治療，《太上洞玄靈寶素靈真符》保存著服符首過的材料，載有《治瘡章》：

上言謹按……男子某某素以胎生肉人，百官子孫千載，有幸得奉清化，道氣扶持，從來蒙恩如願，肉人於行多違招延罪考，某年若干歲以某月日，忽患瘡疾，連日發動，頭腦疼痛，寒熱噓吸，不下飲食。發動之日，氣息垂盡，轉加重劇，大小惶怖，無復情計，馳來詣臣求乞救治，不勝肉人嬰此瘡疾，在可哀愍謹為伏地。

太上諸君丈人師君夫人門下典者五氣君等。¹³⁵

結合上述兩條資料來看，陸修靜在改革道教確立了道教治病方法，而這種方法的具體作法則在《太上洞玄靈寶素靈真符》內。道教治瘡符咒同樣被醫家所吸收。《范汪方》、《千金翼方》〈禁經上〉所載的「禁瘡病咒」與《太上洞玄

133 陸修靜，《道門科略》，收入《正統道藏》，母字號，第41冊，頁728。

134 在北朝，道教則經寇謙之改革，去三張之法，託太上老君之名，又創立新科律，即現存《老君音誦誡經》，在治療方面，亦以上章首過方法為最重要，在《老君音誦誡經》說：「老君曰：道民家有疾病，告，歸到宅。篩先令民：香火在靖中，民在靖外，西向散髮叩頭謝寫違罪過，令使皆盡，未有藏匿，求乞原赦。若過一事不盡，意不實，心不信，章奏何解。師亦別啓事云：民某甲，求乞事及病者，亦道首過。若過盡者，師亦得好感應；若過不盡，師亦不得好感應。報首過事，為可並行符銜民首辭上章一日三過上。三日後，病人不降損，可作解先亡謫罰章。病家盡則向靖叩頭，夜則北向天地叩頭首過，勿使一時有關。」南北朝道教皆以首過上章，懺悔生平罪過，為治病方法。而且，更可設廚會，同為病者求福，「若能備廚，請客三人五人十人以上，隨人多少，按如科法設會。會時客、主人、病者考，禮拜燒香叩頭，一宿之中，滿三過，以病者救渡。」有關研究可參丸山宏，〈上章儀禮より見たる正一道教の特色——治病の章を中心として〉，《佛教史學研究》，30：2（1987，京都），頁493-506。

135 杜光庭編集，《太上洞玄靈寶素靈真符》，收入《正統道藏》，衣字號，第10冊，頁789。

《靈寶素靈真符》》，便可窺見兩者傳承關係(表三)。孫思邈自言〈禁經〉編纂的情形說：

余早慕方技，長崇醫道，偶逢一法，豈……千金，遂使名方異術，莫能隱秘。且此書也，人間皆有，而其文零疊，不成卷軸，縱令有者，不過兩三章，既不專精，探其至蹟，終為難備。斯之一法，體是神秘，詳其辭采，不近人情，故不可得推而晚也。但按法施行，功效出於意表，不有所緝，將恐零落。¹³⁶

〈禁經〉所載禁咒是孫思邈多方搜尋而來，在民間沿用。可以說，至少這批禁瘡鬼咒，由南朝流行至唐一直保存著。兩者之間文字有小異，大體上仍然是一致的。孫思邈在治瘡符咒使用，完全繼承了南朝陸修靜一派所傳。因此，醫書中記載十二時辰瘡鬼說，受到道教觀念的影響是很可能的，而道教枉死鬼觀念又與鬼神譜系的建構有著密不可分的關係。

表三

《太上洞玄靈寶素靈真符》	《醫心方》卷十四 〈治鬼瘡方〉引《范汪方》	《千金翼方》卷二十九 〈禁經上〉
登高山，望寒水，使虎狼捕瘡鬼，朝時來，暮時死，得之不捕，與同罪，急急如律令。	丹書額言：戴九天；書臂言：把九地；書足言：履九江；書背言：南有高山，上有大樹，下有不流之水，中有神蟲，三頭九尾，不食五穀，但食瘡鬼，朝食三千，暮食三百。急急如律令。書胸言：上高山，望海水，天門亭長捕瘡鬼，得便斬，勿問罪。急急如律令。	登高山，望海水，使螿螂捕瘡鬼，朝時來，暮時死，暮時來，朝時死，捕之不得與同罪，急急如律令。
登高山，望寒水，臨虎狼，		登高山，望海水，天公

¹³⁶ 孫思邈著，朱邦賢等校注，《千金翼方校注》，卷29，〈禁經上〉，頁813。

<p>捕瘧鬼咄飲汝血，汝何不疾去。吾家有貴客，字為破，頭如西山，軀如東澤，不食五穀，只食瘧鬼，朝食三千，暮食八百，一鬼不盡，守須索，急急如律令。</p> <p>登高山，望海水，臨虎狼，捕瘧鬼咄如何不疾去。吾家有貴客，字名破石，頭如西山，軀如東澤，不食五穀，但食瘧鬼，朝食三千，暮食八百，食汝不足，今來更索，急急如律令。</p>		<p>下捕瘧鬼，咄！汝不疾去，吾家有貴客子各破，頭如東山，軀如東澤，不食五穀，但食百鬼，朝食三千，暮食八百，一食未足，催促來索，急急如律令。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------

道教在南朝進行清楚運動，重新疏理三張舊法，建構其鬼神譜系。漢末以來，天下混亂，疾疫流行，道教解釋人間秩序混亂，是惡鬼四處殺人。當道教在日漸建構其體系時，將枉死鬼納入到鬼神譜系之內，重新安插入秩序中，為歷史人物或敗軍死將所支配、管理。道教鬼神譜系的建構，是一連串過程，不可能完成於一時，從東晉南朝零碎資料得見，道教鬼神譜系將瘧鬼確定為枉死鬼，按十二時辰值班，編整入道教鬼神秩序之內，只要根據某些道法就可以控制、驅除瘧鬼。這種對瘧病的理解，醫家吸納入著作之中，作為解釋瘧病病因。正由於道教掌控了瘧病病因的解釋，同時也支配了治療技巧。

四、結論

本文探討漢唐之間對瘧病病因其中的一個解釋——瘧鬼說。在中國醫學史來看，瘧病的病因不是只得一套看法，可以在不同層次上對瘧病病因作解釋。吉元昭治對道教醫學作出了三個層次的劃分：第一個層次是針灸、湯液、本草；第二個層次是房中、辟穀、導引、服餌、調息；第三個層次是符、籙、祝、咒¹³⁷。其實，孫思邈早已說：「醫方千卷，未盡其性，故有湯藥焉，有針灸焉，有禁咒

¹³⁷ 吉元昭治，《道教與不老長壽醫學》，頁9。

焉，有符印焉，有導引焉。斯之五法，皆救急之術。」¹³⁸不同治療方法，是不同層次上理解病因，就算醫家、病者，面對疾病時，往往會在不同層次間轉移。在不同層次對病因的理解，不一定是矛盾對立的，在醫書中時常是共存的。因此，古人所謂醫學知識，禁咒、符印也包含在內，是一整套的體系。道教對疾病形成的觀念，往往從鬼神角度出發，亦為醫家所吸收，融合在醫書之中。

十二時辰的瘧鬼說，透過本文的考察，極可能受到道教影響。本文初步認為道教興起，正當漢末天下大亂時，道教重構世界秩序解釋時，將枉死鬼納入鬼神譜系之內，變成值班制度，十二時辰瘧鬼說亦由此而來。道教與醫學關係，除了養生法、符咒治療外，在晉唐時期對病因的解釋，也值得探究。

本文原發表於《華林》，第2卷。北京：中華書局，2002，頁283-304。

138 孫思邈著，朱邦賢等校注，《千金翼方校注》，卷29，〈禁經上〉，頁813。

第七章

關於中國古代的腳氣病及其歷史的研究

廖育群(中國科學院自然科學史研究所研究員)

本文從作者的「親身感受」，及當代國人多不識「腳氣」為何、誤將腳癬作腳氣的現實狀況，首先提出「近代醫學所云病因為維生素B1缺乏的腳氣病，在中國的流行情況究竟如何」的問題。考察的結果是，只有在特殊時期、特殊生活環境、特殊人群中，才見此病較為廣泛的流行。而在僅僅是以「白米為主食」，甚至其他條件亦較為接近構成維生素B1缺乏的生活環境下，並未見到此病的普遍存在。由此引出有關「中國古代醫學文獻中之腳氣記載，其疾病的性質究竟如何」的思考。當我們了解到宋代以後，醫家對此多有不識，而誤將種種腰腿疼、關節疾患稱為腳氣的歷史狀況後就會發現，「腳氣」這一古無記載之新疾病所呈現的晉代始見、唐代蔓延中原、宋代以後銷聲匿跡的流行曲線，與國人幾千年種稻、食米之生活條件並無實質改變，而且宋代以降更趨發達的情況並不相符。因此，不僅以米食作為腳氣多發之原因的傳統解釋受到了極大的衝擊，同時就連晉唐時期的「腳氣」究為何病，也需要重新考慮。

據近代醫學可知，腳氣病的基本病理改變是「多發性神經炎」，而導致這一病患的原因實有多種。其中較為值得注意的乃是汞、鉛、砷等礦物藥中毒。腳氣流行的歷史曲線雖與國人幾千年種稻、食米之生產生活史的發展曲線不符，但卻與餌食含汞、鉛、砷等礦物藥之「外丹」的歷史曲線基本一致。因而本文對於晉唐時期「腳氣病」的本質與產生原因，提出一個與傳統解釋完全不同的新見解，並就此展開了涉及科學史研究方法問題的若干討論。

據說「腳氣病」曾廣泛流行於包括中國在內的東方米食諸國，每年死亡人

數，動以數萬計¹。其原因在於精製的大米缺乏維生素B1，由此導致下肢麻木疼痛、水腫，嚴重時侵犯心臟，甚至突然死亡。然而，每當我在醫史著作中讀到諸如此類敘說，就不能不引起一段關於往日生活的回憶，並由此引出種種困惑。

一、親身經歷所引出的困惑

1969年，成千上萬的北京「知識青年」，來到雲南省西雙版納的密林中。按照醫書所述腳氣發病的原因，他們的生活環境完全具備了該病流行的條件：

- 1、主食全是大米。只有在過年時，才會從很遠的地方運來一點麵粉(每人一斤)。

按：根據近代營養學知識，完全脫殼大米的維生素B1含量較低，此乃腳氣病流行於東方米食之國的重要原因。

- 2、由於副食極度匱乏，勞動強度又大，每人每月平均食米三十至四十公斤。

按：當人體對碳水化合物的代謝增大時，肌體對於維生素B1的需求也隨之增加。這是造成腳氣發病的又一重要因素。

- 3、雖然沒有檢測過當地大米的維生素B1含量，但是我們有理由相信，機械脫糠的純淨度，絕不會遜色於古代的手工操作。

按：營養學家早已指出，「由於機器的精碾，致大米中含維生素的胚芽及外部的糠皮均被碾去」。1890年，荷蘭政府派到南洋群島的醫學研究員Eijkman觀察到以碾白米餵雞會產生「腳氣病」，並經實驗證實²。

- 4、副食極度匱乏³。人們在雨季通常只吃米飯和鹹菜，甚至鹽水；旱季也

1 朱洗，《維他命與人類之健康》(上海：文化生活出版社，1950)，頁83。

2 L.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32、36。

3 其原因在於：1. 水利施工單位，沒有自給自足的生產基地；2. 雖有少量菜地，但半年多雨，蔬菜生長困難；3. 雨季道路毀壞，交通阻斷；4. 伙食標準的制約，除購買大米外，所剩無幾；5. 時值越戰期間，周圍農村的農副產品首先要

經常只能吃到水煮的南瓜、洋白菜、酸菜。肉食大約兩月一次。

按：並非以米爲主食就一定會患腳氣病。因爲維生素B1廣泛存在於各類食物當中，故只要副食豐富即可從其他途徑獲得補充。

- 5、高勞動強度。由於當時完全依靠肩挑手挖修建水庫，且受工程時限的制約，故勞動時間一般在十二小時。且亞熱帶的氣候高溫多雨，有些床腳甚至會長出枝葉。

按：在這種環境下從事強體力勞動，肌體新陳代謝的加快可想而知。

然而就是在這種飲食結構、季節氣候、勞動強度、年齡特徵等各方面條件都能滿足腳氣發病要因——「維生素B1攝入不足、需要增加」的情況下，成千上萬來自北方的知識青年苦幹數年，同時建成水庫五座，卻始終沒有出現過一例腳氣患者⁴。倒是營養不良性水腫極爲普遍，並因此造成許多人的下肢潰爛，長期不癒。

所謂「親身的感受」還不僅於此。如果對中國民眾進行一個小小的調查，問問他們是否知道腳氣病，幾乎所有的人都會毫不遲疑地回答：「知道。」但他們的理解又幾乎毫無例外地是就「腳癬」（俗稱「香港腳」）。這種情況並非僅僅存在於一般民眾之間，日本醫史學家眞柳誠曾授我一在中國藥店購得的「腳氣水」，其上竟赫然寫著「beriberi」（腳氣的英文名），足見醫務工作者亦對此病不甚了解。即便是年邁的醫史專家，如果沒有刻意研究過腳氣的歷史，亦難免會產生同樣的誤解。例如有人釋敦煌卷子中的「療腳氣方」爲：「二藥合用治療腳氣，腳上生風毒瘡腫，共收消腫解毒，殺蟲止癢之效。」⁵

然而無論如何，「腳氣」概念的混淆與本義的迷失，似乎不應出現於老年人當中。因爲有關著作普遍談到，腳氣病曾廣泛流行於1930-1940年代的中國社

（續）

滿足援外的需要。

4 需要說明的是，此間我作爲水利四團團部衛生所的醫務人員，負責各營連每月的疾病統計，而且經常爲周圍的民眾看病，但從未見到或聽說過此病。

5 馬繼興主編，《敦煌古醫籍考釋》（南昌：江西科學技術出版社，1988），頁218。當然，這裡存在著另一種可能，即作者以爲該處所言「腳氣」並非beriberi，而是今日所言腳癬。

會，此後因生活水準提高，腳氣病亦隨之消亡⁶。但實際上，當代的中國百姓不論其年紀有多大，基本都不知腳氣為何病，此與日本老人對於腳氣病的了解程度，形成了鮮明的對照⁷。此外，假定1930-1940年代的腳氣流行為真，並相信此後的消亡是由於生活水準提高，那麼在1960年代初，中國大陸連續流行多年嚴重的自然災害時，此病理應再度出現。因為眾所周知，當時民眾的生活水準已然降至極低，不僅蛋白質、脂肪匱乏，就連碳水化合物亦得不到滿足。因而，從理論上講，在這種情況下，至少南方米食諸省應能見到此病流行，但實際上只有大量的浮腫、肝硬化等疾病出現，始終沒有見到腳氣病的蹤影。

如果再將目光延伸到整個中國歷史，圍繞著「米食」與「腳氣」密切關聯的解說，還會產生更多的困惑。例如，作為水稻的主要栽培國，中國南方種植稻米已有幾千年的歷史，何以會在晉代突然出現這種疾病？「江南」與「嶺南」的稻作史，並無明顯的先後之分，何以最先記載此病的葛洪會說「先起嶺南，稍來江東」？宋代以後，水稻種植發展空前，何以此病鮮見，以致概念混淆？

看來，要使上述種種困惑得到比較合理的解釋，首先需要弄清真正的腳氣病，即維生素B1缺乏症的流行狀況，如此才能進一步釐清「腳氣」這個歷史病名的自身歷史。

- 6 例如張鴻鈞、孫岩森在翻譯L.J. Harris所著《維生素的理論與實用》一書時，對於書中所言「腳氣病嘗流行於米食區域，例如日本……及中國的一部分地方」，即特別加了「譯者注」，云：「指解放前；解放後由於政府的關懷及提倡營養，此病已極少見。」亦將腳氣消亡的部分原因歸之於生活水準提高。L. J. Harris著，張鴻鈞、孫岩森譯，《維生素的理論與實用》，頁37；中國大百科全書出版社、美國不列顛百科全書公司合作編譯，《簡明不列顛百科全書》（北京：中國大百科全書出版社，1985），冊4，頁346。
- 7 據板倉聖宣《模仿的時代》介紹，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」。〔日〕板倉聖宣，《模仿的時代》（東京：假說社，1988），上冊，頁7。

二、關於近代的腳氣病

自19世紀末至20世紀初，在經歷了一個科學發現的「必要漸進過程」後，人類始對維生素及營養缺乏性的疾病，有了基本正確的認識。在此前提之下，筆者選擇了近代國人在研究與記載上較為詳細的腳氣病史，作為研究的核心議題。在侯祥川所著《營養缺乏病綱要及圖譜》中⁸，列出一些1930-1940年代一般民眾食物的營養成分(參見表一)，以及腳氣病發病情況的統計資料(參見表二)，對於準確把握腳氣流行的狀況極有幫助。

表一反映出兩方面的情况。一是維生素B1的攝入量。其中最低者為南方城市工人(上海、長沙)，次則南京中等家庭和華南農戶。而「南京小康家庭」、「殷富之家」，以及上海的「精巧工匠」、「醫院職員」等皆無攝入不足的問題。二是維生素B1與熱能的比率問題。按照Cowgill的理論來看表一的資料⁹，腳氣易發人群仍然主要是南方城市工人。

上述資料進一步加強了本文第一節中，那種源於切身感受而生、對於古代腳氣史料詮釋的懷疑。例如，唐代醫家孫思邈在論述此病源流時說，「自永嘉南渡〔渡〕，衣纓士人，多有遭者」，「近來中國士大夫雖不涉江表，亦有居然而患之者」¹⁰，歷來都被作為經典之說而廣加徵引。相信米食即會導致腳氣的史家對此的解釋大多為：「南渡後改食米，故多患腳氣；此後運河開通、南糧北運，則北方亦見此病。」謹慎者於此還會加以特別說明：「腳氣病並不是吃了稻米就會發生，而大多是吃了缺乏維生素B1的精米所致」¹¹。然而，上述資料恰恰可以說

8 侯祥川，《營養缺乏病綱要及圖譜》(北京：人民衛生出版社，1957)。以下所引統計資料，皆據此書。

9 侯氏在該書中指出：「根據Cowgill氏的理論，維生素B1與熱量的比率在0.3以下就要發生腳氣病。表二〔原書表8〕的結果說明，比率在0.3以下者腳氣病的病發數較多，完全符合這種理論。」

10 [唐]孫思邈，《備急千金要方》(北京：人民衛生出版社，1955)，卷7，〈論風毒狀第一〉，頁138。

11 侯祥川，〈我國古書論腳氣病〉，《中華醫史雜誌》，1954：1(北京)，頁16；范行准，《中國病史新義》(北京：中醫古籍出版社，1989)，頁245、248。

明，儘管精白米的維生素B1含量確實貧乏，但只要不是限定以此為唯一攝入食品，則不會導致腳氣發生。正如表一所示，生活水準稍好的「上海精巧工匠」、「醫院職員」已無腳氣之憂，更不用說南京的「小康」、「殷富」之家。永嘉衣縷士人南渡後，或確變為以精米為主食，但卻沒有任何證據能夠說明他們不再飲酒食

表一 不同階層民衆每日維生素B1輸入量

(侯祥川，《營養缺乏病綱要及圖譜》，表9)

等 別	調查時期	維生素B1 輸入量 (微克)	熱力輸入量 (微克)	維生素B1 (微克)卡
上海工廠工人	1935年5月	539	2724	0.198
上海精巧工匠	1935年5月	865	2679	0.319
上海某醫院職員	1935年4月	1059	3200	0.331
南京殷富家庭	1934年11至12月	1084	3184	0.300
南京小康家庭	1934年11至12月	1056	2870	0.368
南京中等家庭	1934年11至12月	804	2829	0.284
南京中等以下及貧苦家庭	1934年11至12月	1138	2322	0.490
北京中等家庭	夏季	1343	2901	0.463
北京西郊農戶家庭	夏季	1433	3139	0.457
北京大學學生	冬季	1421	3044	0.467
北京中學學生	春季	1118	2746	0.407
北京工廠工人甲	冬季	1179	3134	0.375
北京工廠工人乙	春季	1509	2889	0.522
北京某中等飯店顧客	秋季	1605	3000	0.535
河南商丘農林學校學生	1936年5至7月	1312	3135	0.419
同上	1935年11至12月	1507	3420	0.441
華北某30個家庭	1922年夏季	1333	2471	0.539
華中長沙勞動工人	1924年5月	612	2998	0.204
華北67區農戶總平均	全年(1929年-1932年)	2075	3186	0.651
華中22區農戶總平均	同上	1215	3486	0.349
華南46區農戶總平均	同上	812	3364	0.241

表二 腳氣病病發數與維生素B1輸入的關係

(侯祥川, 《營養缺乏病綱要及圖譜》, 表8)

地區	腳氣病病發數(入院百分率)		維生素B1 (微克)卡
	(1933年)	(1934年)	
小麥、高粱區			
濟南	0	0.11	—
懷慶	0.04	0	0.813
歸德	0	0	0.801
保定	—	0.03	—
天津	—	0.01	—
平均		0.03	
33地區平均			0.665
水稻、小麥區			
廬州	—	0.07	—
蕪湖	0.18	0.05	0.167
南京	0.20	0.22	—
上海	0.59	0.26	—
武穴	—	0	—
平均		0.12	
22地區平均			0.349
水稻、茶區			
南昌	0.60	0.40	0.136
杭州	0.18	0.23	—
德安	—	0.14	0.280
長沙	0.71	0.23	—
平均		0.25	
19地區平均			0.218
西南水稻區			
昆明	0.68	0.31	
11地區平均			0.217
水稻兩獲區			
汕頭	0.14	0.30	—
廣州	1.22	1.42	—
鼓浪嶼	0.77	0.77	—
福州	—	1.59	—
平均		1.02	
11地區平均			0.239

肉，或貧困潦倒至食無菜蔬的地步。又如在表二中所見，屬於「水稻、小麥區」的廬州、蕪湖、武穴等地，1934年的腳氣發病率竟然低於屬於「小麥、高粱區」的濟南。看來吃米確實未必發腳氣。至於以「南糧北運」作為北方亦出現此病的原因，就更顯得牽強。首先，如同無法說明南渡之人的飲食結構會單一到唯以精米為食一樣，北人開始食米同樣不足以構成腳氣流行的充分條件。其次，南糧北運究竟在多大程度上改變了北方的飲食習慣，更是甚可懷疑之事。就我的經驗而言，樂於食米，不過是近一、二十年發生在北方年輕一代身上的事。對於父輩的北方人來說，「米飯吃不飽」（不習慣）乃是司空見慣的耳熟之語。而表一的資料亦完全可以證實，事實上北方各地、各階層民眾的飲食，皆不存在維生素B1缺乏的問題。凡此種種，皆說明腳氣病在中國的流行，並沒有想像得那麼嚴重。而表二的資料似乎亦可證實這一點。

粗略一看，表二所載腳氣在中國境內的發病區域，確有中國為「腳氣大國」之感。但仔細觀察「病發數」一項，卻可發現除屬於「水稻兩獲區」的廣州、福州兩地外，其他各地的「入院百分率」皆低於1%，甚至不到0.1%！如此的「發病率」，實在只能稱得上是「偶見」。即便是廣州、福州，其入院率亦只不過在1.5%左右。以如此之低的發病數來說明一種疾病與飲食習慣之間的密切關係，似乎有些困難。因為還有其他原因，例如慢性酒精中毒、肝腎病變等，亦可導致與缺乏維生素B1相同的病變結果——輔羧酶生成減少，甚至完全沒有。

實際上，由於「白米維生素含量低→致使攝入不足→腳氣發生」這一因果關係的實現，需要以「沒有其他攝取源」為必要條件，因此腳氣流行大多是出現在一些特殊的生活環境中。例如，明治初期僅吃米飯和鹹菜的日本海軍，在遠洋航行時間過長後，總會有大量的腳氣患者出現。即便是在「維生素B1缺乏症幾乎只見於慢性酒精中毒患者」的西方國家¹²，腳氣也同樣會出現在某些船員和囚犯之中——如果只吃白麵包而不是全麥麵包¹³，但是，每日食用白麵包的一般民眾

12 中國大百科全書出版社、美國不列顛百科全書公司合作編譯，《簡明不列顛百科全書》，冊4，頁346。

13 L.J. Harris著，張鴻鈞、孫岩森譯，《維生素的理論與實用》，頁36中介紹，1930年，丹麥捕鯨隊的一艘船上有五十一人患腳氣，原因是未食用全麥麵包；

卻從不患此病。此外，一些有關腳氣病的統計數字與實驗，亦大多來源於監獄、精神病院或軍隊¹⁴，因為除了動物，只有在這類特殊環境下，才有可能實現對飲食的有效控制。

中國近代的腳氣流行，實際上主要是發生在二戰前後這樣一個特殊時期、而且主要是在難民這樣的特殊人群中。侯氏之書的記述如下：

1937年日本侵犯上海，很多受難人民每天食陳久的白米飯及少量鹹菜，在2個月左右就發生了很多腳氣病患者。當膳食改良後(如增加了黃豆和赤豆)，患者就漸減少。這可在附圖8〔略〕看出：在9、10、11和12四個月內，在一個難民醫院、一個難民收容所、一個難童教養院內腳氣病病發數很高；當膳食改良後，病發數就逐漸降低。同時，在某普通醫院就診的一般市民，因沒有受到戰爭的影響，所以在一年之中腳氣病病發數與以前相同。

書中所示其他反映出腳氣問題嚴重的統計數字，其時間座標也大多集中在這一「非常時期」。例如，據上海前工部局衛生處統計，1936年腳氣病例為一百七十九人，1937年為兩百七十八人，1938年突增至一千一百人。又如某醫院1934年的門診，腳氣患者為九十七人，1938年卻激增到一千兩八十八人，另有兩百七十三名住院病例。

科學的發展不僅認識到維生素與某些疾病的關係，另可利用檢測手段與給藥實驗，來判定根據症狀表現所做出的臨床是否準確，還可通過純粹的科學實(續)

美國某監獄以白麵包為主要食物，亦使犯人中出現了腳氣病。又，在「beriberi」病名由來的多種解釋中，有一種說法為：源於阿拉伯語的buhr(苦悶、喘息)和bahri(船員)，即因紅海的阿拉伯水手常患腳氣而得名。〔日〕山下政三，《腳氣的歷史》(東京：東京大學出版會，1983)，頁24。

14 例如，1905年，W. Fletcher在一精神病院進行食物實驗，僅攝白米者有25%患此病。H. Fraser 與A.T. Stanton在一鐵路工人勞動收容設施中進行了同樣的實驗，獲得同樣的結果，論文發表於1909年。C. Singer E.A. Underwood, *A Short History of Medicine*, 轉引自〔日〕酒井靜、〔日〕深瀬泰旦日文譯本(東京：朝倉書店，1986)，頁612。

驗——對健康者的維生素排泄量進行檢測而了解到：許多毫無疾病表現的「健康者」，也存在著嚴重的維生素缺乏問題。換言之，在維生素B1的缺乏沒有達到相當嚴重的情況下，並不會造成腳氣病的普遍流行。這樣一來，本文開始所言「種種困惑」中的一個方面——具備腳氣發病條件卻未發病的問題，大致得到了一個最淺顯的解釋。

同時，當代的「腳氣」概念混淆與本義迷失，也就不再是一個難釋其由的孤立現象。因為如果真正的腳氣病在相距不遠的過去，確實廣泛存在於中國社會，那麼在國人當中，就理應對其具有一定的認識，而不致出現將腳癬稱之為腳氣的問題(例如日本就各有名稱，絕無混淆)。反之，從概念混淆、本義迷失、視腳癬為腳氣這一現象，亦可證明真正的腳氣並不多見於近代社會的一般民眾之中。然而如果這一解釋充分成立，則又必然會加深上述「困惑」之另一側面，即當腳氣發生對於飲食條件的要求達到如此「苛刻」的程度時，我們是否還能相信古代文獻中那些有關「腳氣」的記載？或者說，顧名思義地將腳癬等與腳有關的疾病當成「腳氣」的歷史，是否僅限於近代？

三、關於中國古代的腳氣記載

雖然營養不足、維生素缺乏曾在極大程度上影響了國人的健康與發育，但通過上述有關資料的介紹與分析可知，除生活於二戰前後這一「非常時期」中的若干「特殊人群」外，因維生素B1缺乏而引發的腳氣病並非十分嚴重。那麼，古代的情況又如何呢？儘管歷代醫學著作中多有關於腳氣的記述，但已有的研究卻足以說明：這一結論同樣適用於此前的時代。為避免資料臃列導致文章冗長、甚至干擾思路，在此只選兩位曾對這些記述做過詳細考察之學者的研究結論，以示其要。

首先，具有臨床經驗的日本學者山下政三在其所著《腳氣的歷史》中，對中國古代的腳氣病概貌，做出了如下歸納¹⁵：

15 山下政三，《腳氣的歷史》，頁1-3。

- 1、腳氣病始見於晉代(265-420)。晉初或稍前，起源於嶺南地區(廣東省、廣西省、安南地區)的腳氣，逐漸向長江下游的南部地區蔓延，但為數稀少。
- 2、西晉永嘉(307-713)年末，遷都南京後，始見腳氣多發。然直到南北朝(439-589)時代結束，江北仍全然不見。
- 3、隋(581-618)至唐初(618-)，始越過長江、蔓延北方；唐代(618-907)廣泛流行於中國全境。這一擴展方向，與米食的普及相一致。
- 4、北宋(960-1127)初期，雖可見腳氣流行，但多屬輕症。此後日見減少，因而出現了不解其義的醫家，腳氣病的概念隨之混亂。北宋後期的所謂「腳氣」，乃是各種腰腳痛、關節疾患。
- 5、南宋(1127-1279)、元代(1271-1368)基本無腳氣。當時被診斷為腳氣者，大部分是腰腳痛、關節疾患之類疾病。
- 6、明代(1368-1662)呈地區性散發，因而在某一局部區域對於腳氣的認知提高。但總體上還是或將腰腳痛、關節疾患視為腳氣，或將其與真腳氣混為一談，概念極為混亂。
- 7、清代(1662-1912)基本無腳氣，相關醫學知識近乎闕如。但據說清末在沿海地區有若干輕症出現。

在另一位對東亞腳氣病做過專門研究的醫史學家廖溫仁所著《支那中世醫學史》中，除強調「古無此病。周漢古籍所言腳之種種疾病，如厥、痿厥、緩風、濕痺、腫……流腫、痿躄等等，僅是腳之麻痺、腫痛、軟弱或風濕性關節炎。中日諸家強釋為腳氣，不當」之外，對於由晉至清之間，腳氣出現時間、盛衰曲線、概念混淆狀況的論說，可謂與山下氏所見略同¹⁶。

要之，山下與廖溫仁兩氏的研究，不但如同其他學者一樣指出了「在古代醫學著作的『腳氣』項下，混雜有種種其他疾病」的問題，而且均注意到，儘管宋、元、明、清的醫學著作中不乏腳氣之說，但實質卻是概念的混淆，真正的「腳氣病」基本不存在。如將此與前述民國時期的情況聯繫起來，豈非前後一貫，更可相互發明。

16 廖溫仁，《支那中世醫學史》(東京：科學書院，1981)，頁386-388。

如此一來，前述困惑又得到了部分解決——宋代以後的問題基本可以釋懷。但隨著周邊屏障的步步攻破，核心問題也就更加毫無遮攔地突顯出來——這個核心問題就是晉唐的「腳氣之疾」。的確，就症狀描述而言，晉唐醫書的記載確實與腳氣病應有的表現極為相近。因而不僅是一般望文敷衍者，就連毫不輕信「腳氣」之名、敢於對宋代以來之腳氣記載做出近乎全面否定的山下與廖溫仁兩氏，也都承認晉唐的腳氣記載是名實相符。並以「永嘉南渡之後衣纓之士以米易面」和「南糧北運」，作為腳氣這一新鮮疾病出現、並越過長江向北蔓延的原因。但是他們似乎沒有考慮到宋代以來米食日漸普及，何以反無此病？以致出現概念混淆、醫家不識的問題。因而按照嚴謹的邏輯推理，我們只能承認：

- 1、晉代在嶺南與江南地區，出現了一種被當時醫家稱之為「腳弱」的疾病；唐代蔓延北方，並定名化為「腳氣」。
- 2、其症狀特徵一如《肘後備急方》、《千金方》、《外臺秘要》等所述，與過去習見之足部疾患有所不同。
- 3、從臨床症狀的描述看，其病理改變為近代醫學所言「多發性神經炎」。至於這種名稱、臨床症狀，乃至病理改變，皆與近代醫學所言「腳氣」相同的新疾病，是否因維生素B1缺乏而引起，則完全是另一個問題。侯祥川指出：

因為很多〔營養〕缺乏病的症狀與非營養性疾病的症狀相類似，……所以在發現有某些症狀時，僅能大體地說：可能是由於某種營養素缺乏所致。實際上，除了很少數的缺乏症狀有特異性外，其他都是非特異性的，即是可以由其他因素而發生的，要單獨地憑症狀來診斷往往有困難。

兩側對稱的多發性神經炎是腳氣病的症狀，但是患嚴重糖尿病、傳染性神經炎或重金屬中毒等，都可以引起同樣的症狀。¹⁷

醫史學家在論述晉唐醫學時，雖然總要談到「煉丹術」與「腳氣病」兩個問題，

17 侯祥川，《營養缺乏病綱要及圖譜》，頁52。

但似乎無人注意到重金屬中毒的症狀會與腳氣相同，並由此想到兩者間可能會有所牽連。

四、關於礦物藥中毒的問題

儘管神仙不死、服食煉丹之術的歷史，可以追溯到戰國，甚或更早，但著眼於借助金石不朽之性，以求肉身永駐之觀念的產生，卻相對而言要晚得多。雖然丹砂、水銀的利用¹⁸，早已見於原始人類與秦始皇的墓葬，但餌食之風的興起與隆盛，也需另當別論。在陳國符所撰〈中國外丹黃白術考論略稿〉中¹⁹，提出許多有助於了解這段歷史的重要提示，摘錄如下：

- 1、丹即丹砂，即紅色之硫化汞。金丹者，丹砂而可制黃金者。金丹至唐代通稱外丹。
- 2、我國之金丹術與黃白術，可溯源至戰國時代燕齊方士之神仙傳說與求神仙仙藥；蓋戰國時代先有神仙傳說與求神仙奇藥，及西漢始有金丹術與黃白術之發端也。
- 3、西漢以丹砂制黃金(《史記》〈封禪書〉言李少君「事化丹沙諸藥齊為黃金」；《漢書》〈淮南王安傳〉雲方術之士所做《中篇》，「言黃白之術」；《漢書》〈劉向傳〉載「吏劾更生鑄僞黃金」)，但是否用以服食，史未明言，不可考。然劉向《神仙傳》載「任光，善餌丹」、「主柱，餌丹砂」、「赤斧，煉丹，與消石服之」，是西漢或西漢以前，已有餌丹砂者。
- 4、《抱朴子》〈金丹〉述小餌丹方多種，皆用丹砂。故雖從葛洪所言「余

18 盧嘉錫、路甬祥主編之《中國古代科學史綱》云：中國「至遲在西元前7世紀春秋時代就開始利用水銀了；至遲自戰國時代就開始人工煉製水銀。」「古代的煉汞法有低溫焙煉法、下火上凝法、上火下凝法以及蒸餾法四種。」「最初的煉汞法可能是低溫焙煉法，操作者易遭受汞中毒。」盧嘉錫、路甬祥主編，《中國古代科學史綱》(石家莊：河北科學技術出版社，1998)，頁307。

19 陳國符，〈中國外丹黃白術考論略稿〉，收入氏著，《道藏源流考》(北京：中華書局，1963)，下冊，頁370-437。

問諸道士以神丹金液之事，……了無一人知之者。……或得雜碎丹方，便謂丹方盡於此也」可知：至晉代為止，金丹尚少傳布。但從餌食丹砂的角度觀之，卻並無本質區別。其主要成分皆為汞、砷和鉛。

- 5、南北朝時，金丹術較晉代為流行。及唐代，外丹術乃臻極盛。唐梅彪《石藥爾雅》列「有法可造」之丹名七十種，「有名無法」者二十八種。蓋是時飛煉外丹，全國已成風氣。
- 6、宋人之於外丹，多已不復置信；斥外丹黃白為邪術，專講內丹。故自宋代起外丹乃衰降。及元明，外丹術衰微。
- 7、葛洪二十四歲時往廣州，遂停南土，嘗由日南(越南之順化)往扶南(柬埔寨與越南南部)。其後因所聞見，記晉代南洋產砂之國，附於《太清金液神丹經》之後。咸和初，洪欲求丹砂，又至廣州，止羅浮山而卒。
- 8、伴隨著餌食金丹，中毒身亡的記載亦時有所見。此乃唐代之後，外丹衰微的重要原因之一。

結合以上陳國符所述外丹興衰的梗概，對礦物藥中毒與腳氣病之間可能存在的牽涉，得出以下幾點看法：

首先，就第七條葛洪南行求丹觀之，嶺南無疑是產丹砂、水銀之地。故在當地存在因餌食丹砂，或因制煉、生產水銀所致慢性中毒的現象，當屬自然。葛洪至此，始見此等以肢體軟弱無力為主要表現的多發性神經炎患者，於是乃有「腳弱之疾，先起嶺南」之說²⁰。爾後江南金丹漸興，服食中毒，乃必然因果。故若推測衣纓之士南渡後必染此風，而有此等病證，似乎要比推測他們過著食無魚肉、菜蔬，唯以精白米裹腹而患腳氣，更為合理一些。

其二，古代的資訊交通，不比當代如此迅速暢通。因而雖餌食丹砂、制煉水銀所致中毒，必存在於葛洪之前，但囿於聞見所限，故記說之事往往多因身歷。間接經驗的綜合，在早期極為有限。

20 據盧嘉錫、路甬祥主編之《中國古代科學史綱》介紹，時至今日，貴州、雲南、湘西等地仍採用土法煉汞。由此可見，「嶺南」確屬產丹之地。所不同者在於，如果出現中毒所致多發性神經炎，不會有人再將其稱之為「腳弱」。盧嘉錫、路甬祥主編，《中國古代科學史綱》，頁311。

其三，除汞之外，鉛、砷中毒也是極需注意的問題。這是因為在外丹術中，視赤色的丹砂為「陽」，黑色的鉛為「陰」，陰陽相濟，才能「合得至寶」²¹。「鉛與汞是金丹術中的雙翼，幾千年的研究都以鉛汞為主要物件。鉛的發現更早於汞。」²²同樣，砷的使用也很普遍。現代醫學著作在談到腳氣病的鑒別時，特別強調了與鉛、砷中毒的鑒別。就鉛中毒而言，主要有以下三種情況，鑒別要點在於：

- 1、絞痛型——疼痛在腹部的臍下區，屬陣發性、喜按，嘔吐，便秘。
- 2、癱瘓型——肌肉疼痛痙攣，隨後呈癱瘓。以常用肌肉為顯著，如腕指、腓腸，成垂腕、足垂。
- 3、腦病——頭痛、記憶減退、失眠、耳鳴、幻聽、譫妄、激昂或憂鬱。而

砷中毒時：

與鉛中毒多相似。顯著的感覺障礙為與肌萎縮性脊髓側索硬化症及鉛中毒的區別點²³。

就此觀之，恐怕首先不得不承認礦物藥中毒與腳氣的症狀表現，實在是相同甚多——即便是「鑒別要點」，也談不上涇渭分明。蓋因兩者的實質性病理改變皆是多發性神經炎。其次，勿寧說古代醫學文獻中描述的腳氣症狀，有很多與礦物藥中毒的症狀更為相似。例如，《千金方》論腳氣見症時所說，「有腳未覺異，而頭項臂膊已有所苦；有諸處皆悉未知，而心腹五內已有所困」；「或見食嘔吐、憎聞食臭，或有腹痛下痢，或大小便秘澀不通」；「或精神憊憤，或喜迷忘、語言錯亂」；「或覺轉筋，或百節攣急」；「或小腹不仁」²⁴等等，或較之「先見下肢痿軟無力、腓腸肌疼痛」為主要症狀的腳氣病，更接近於上述礦物藥中毒的某些特徵。

21 王璉，「中國古代金屬化合物之化學。」王璉等著，《中國古代金屬化學及金丹術》（上海：中國科學圖書儀器公司，1957），頁11。

22 曹元宇，「中國古代金丹家的設備和方法。」王璉等著，《中國古代金屬化學及金丹術》，頁68。

23 上海第一醫學院，《實用內科學》（北京：人民衛生出版社，1959），頁396、401。

24 孫思邈，《備急千金要方》，卷七，〈論風毒狀第一〉，頁138。

其四，唐代金丹風行全國之前，北方雖早有服石之風，但流行的主要是五石散。其主要成分為鐘乳石、白石英、紫石英、赤石脂與硫磺，不含最易引起多發性神經炎的汞、鉛等重金屬²⁵。從醫學著作的記載中可以看到，服用五石散後最主要的症狀表現是燥熱難耐，需寒食、寒飲、冷水洗浴，故五石散又稱「寒食散」。此外則是因各種瘡癰之症，奪人性命。因而是否可以考慮：恰是隨著含汞、鉛之劑的外丹北越長江、風行全國，以汞、鉛為代表之重金屬中毒的多發性神經炎病症，也才殃及中原的士大夫。

其五，史書中雖不乏對於中毒現象的認識，但畢竟是以急性中毒(短期內死亡)和顯而易見的體表徵象(瘡癰發作)為主。例如，《宋書》載劉亮服丹後，「心動如刺，中間便絕」；《華陽陶隱居內傳》記衡山道士鄧郁之「餌之而死」；《魏書》〈釋老志〉雲魏太祖令「死罪者試服之，多死無驗」，但卻將原因歸於服丹「非其本心」；常被引用的趙翼《廿二史劄記》所述唐太宗、憲宗、穆宗、敬宗、武宗、宣宗，及臣下杜伏威、李道古、李抱真的服丹之害，皆是中毒致死；諸書所載某人服丹、「白日升天」，亦是急性中毒所致迅速身亡。此外則是服丹後「眉發立墜頭背生瘡」、「患疽致死」的描述²⁶。而對於慢性中毒，則少見論述。換言之，由於認知水準的制約，尚未能在慢性中毒之「果」與服丹之「因」間，建立起認識上的聯繫。致使將慢性中毒的表現，視為與丹藥無關的獨立疾病。

總之，上述外丹興起於晉代、歷南北朝而大盛於唐，宋元之後內丹走俏而外丹衰微、逐漸演變成外用藥的「時間座標」，與腳氣興衰的曲線可謂大致吻合。如果摘掉「米食必致腳氣多發」這副有色眼鏡，則恐怕很難認為這種吻合純屬偶然。

此外，由於在有關腳氣病的較早全面性記述，即唐代醫家孫思邈之《備急千金要方》的論述中，談到此病出現後，嶺表江東有釋門中人支法存、仰道人等

25 但也有人推測五石散含礬石(一種含砷礦物)，理由是上述「五石」並無劇毒。王奎克，〈「五石散」新考〉，收入趙匡華主編，《中國古代化學史研究》(北京：北京大學出版社，1985)，頁80。

26 對於魏晉以降，外科瘡癰著作的迅速發展，史家多以為與服石中毒具有密切關係。趙璞珊，〈「論服石與外科發展——兼論《劉涓子鬼遺方》〉，收入氏著，《中國古代醫學》(北京：中華書局，1983)，頁77-80。

「偏善斯術」，「又宋齊之間，有釋門深師，師道人述法存等諸家舊方，為三十卷。其腳弱一方，近百餘首」，《外臺秘要》「礪砂牛膝三物散」下記「蘇恭《腳氣方》雲是婆羅門法」，因而使人考慮到：腳弱(或腳氣)這一新病名的出現，是否與佛教傳入的時代背景有關？即是否存在西域醫術影響的問題²⁷。沿著這條思路，又發現「在西方文獻中，最早記載此病的是Jacob De bondt(Bontius)之《印度醫學》(De medicina Indorum, 1642)」²⁸。但當我以為會在古代印度醫學文獻與專講佛教醫學的著作中，找到類似的病名或記述時，卻竟然一無所獲。這說明，儘管晉唐時期確實存在西域醫學知識的傳入，而且我們對其諸多影響至今仍可謂「知之甚少」²⁹，但僧醫對「腳弱」之疾的認識與治療方法，卻未必簡單到直接源於西域醫學知識。因為大多數僧醫生長在中國，雖其社會身分為「僧」，但所掌握與使用的醫學知識、治療技術卻源於「漢」。因而我現在對僧醫善治「腳弱」的問題，另有一解。

據《隋書》〈經籍志〉載，魏晉以來有釋道洪撰《寒食散對療》一卷、釋智斌撰《解寒食散方》二卷、釋慧義《寒食散雜論》七卷，雖不可言多，但在書志所載數量極為有限的釋家醫方中，仍可謂十分醒目。佛教徒行醫術，本兼有弘教之目的，故於中國傳統的神仙方術，自然要形成抵觸與較量。「靈帝崩後，天下擾亂，獨交州差安，北方異人咸來在焉，多為神仙辟谷長生之術，時人多有學

27 例如範家偉在〈東晉至宋代腳氣病之探討〉中即依據這兩條資料談到「西域醫術影響」的問題。而我在〈江戸時代の脚気について〉一文中亦對此表述了完全贊同的意見。範家偉，〈東晉至宋代腳氣病之探討〉，《新史學》，6：1（台北，1995），頁155；廖育群，〈江戸時代の脚気について〉，《日本研究》，14（瀋陽，1996），頁103。

28 C. Singer E. A. Underwood, *A Short History of Medicine*, 轉引自酒井靜、深瀬泰旦日譯本，頁612。

29 季羨林在《饒宗頤史學論著選》的〈序〉中感慨：「中印文化交流關係千頭萬緒。過去中外學者對此亦有很多論述。但是，現在看來，還遠遠未能周詳，還有很多空白點有待於補充。特別是在三國至南北朝時期，中印文化交流之頻繁、之密切、之深入、之廣泛，遠遠超出我們的想像。在科技交流方面，我們的研究更顯得薄弱，好多問題我們基本沒有涉及。……我深深感到，我們在這些方面的知識何等淺陋。」季羨林，《饒宗頤史學論著選》（上海：上海古籍出版社，1993），頁19。

者，车子常以五經難之，道家術士莫敢對焉」³⁰，可見佛教徒是站在神仙方術的對立面上，因而一些僧人撰「解散」方書、從事服石之疾的治療，或許含有超出一般醫療行爲的用意，應進一步從佛道兩家對立的角度深入思考。

五、關於腳氣病史的研究

綜上所述，不難看出，在腳氣病史研究中存在著兩個重要的問題。一是如果我們放棄了已成「定論」的「白米病因說」，並承認僅僅依據症狀描述，實難判斷歷代文獻記載於「腳氣」病名項下之疾病的性質，那麼真正的「腳氣病」的流行狀況究竟如何？其二則是當這一病名成立時，其性質是否爲「真腳氣」，抑或是在某一歷史時期才出現了概念的混淆與本義的迷失？這些顯然都是醫史研究，特別是疾病史專題研究所應回答的問題。然而，迄今的中國腳氣病史，在這兩個關鍵問題上，展現得實在是一幅令人疑惑叢生的圖畫。問題的產生，顯然與「繪圖方法」具有密切的關係。我願在就這些問題做進一步探討的同時，順便借題發揮，談談醫史研究中的一些問題。

首先是「真腳氣」流行史的問題。眾所周知，絕對忠實地再現過去，對於史學的任何一個領域來說都是不可能的。歷史的真實面貌，永遠都不會像史書中所記述得那樣簡單。這一點在疾病史中的嚴重程度，大概可以說名列前茅。其原因在於生命現象(疾病也是一種生命現象)的複雜程度，在自然界中位居榜首。就腳氣病來說，由於具有相同病理改變與臨床表現的疾病種類繁多(如梅毒、白喉等各種感染，酒精中毒、妊娠、糖尿病、肝腎疾患、礦物藥，都能引發「多發性神經炎」，此外還存在著家族性與原因不明的「慢性進行性多發性神經炎」)，因而即便是對於現代醫學來說，疾病的鑒別診斷，也是一件非常困難的事情。對於古人來說，易於混淆的疾病就更多了，例如風濕病——不僅與腳氣病同樣具有肌肉、關節病變，而且還有腳氣病中所強調的「冲心」之症(心臟病變)。因此在探

30 [漢] 牟融，《理惑論》，轉引自[梁] 釋僧祐，《弘明集》，卷一，收入四部叢刊初編縮本，頁8。

討「真腳氣」的歷史時，我們只能客觀地說：以近代的實證資料為依據，中國歷史上確實存在著真正的腳氣病，但其存在的歷史並非簡單到古今一脈，換言之，雖見腳氣之名，卻未必有腳氣之實。

然而，這種實事求是的結論，定然不會令「以記述科技成就及其發展變化為己任」的科學史家感到滿意。其原因在於，科學史研究，出於這一學科自身概念與定義的需要，總是在有意無意地挑選那些符合「近代科學」、具有「科學價值」的歷史事件加以描述，藉以說明歷史上的發明與發現，以及相關的人物如何偉大。若僅止於此，問題倒也不大，關鍵的是以近代科學知識強釋古人。例如在腳氣問題上，堅持將《千金翼方》中的「穀白皮」說成是「穀白皮——即較細糠粃」，用以說明古人對病因早有正確認識，並有完全符合近代營養學的治療方法³¹，即是一例。另一方面，雖然科學史也是一種歷史學，但較一般史學更多地具有科學哲學的味道，總是在試圖解釋科學認識發展的連貫過程，因而往往會不自覺地出現不適當地「構建歷史」的傾向——即通過淡化不利因素，把原本十分複雜的問題，簡化為一個單純的問題。有時甚至需要在斷裂的史料記載間增入一些鏈結成分，從而完成一個系統的解釋。與此同時，由於一般史學家難免缺乏對於自然科學專業知識的足夠了解，所以通常總是借助專科史的研究成果，來進行自己的社會史研究(例如在「南北移民」的研究中，引用有關腳氣之疾的論說)。在這種情況下，如果基礎出了問題——專科史的所謂研究成果並不正確，那麼建立在此基礎之上的「大廈」將會如何，自然可想而知。

其次則是腳氣病名成立時的性質問題。於此，我們既可看到近代中國假日本之徑學習西方醫學的歷史，亦能看到其對中國醫史的影響。

本文第一節曾經使用「腳氣概念的混淆與本義的迷失」的說法，其實是將「腳氣」作為維生素B1缺乏症的病名來使用的。然而在經過二、三、四節的論說後，如果還要使用這一說法，那麼就只能更加嚴格地將腳氣的「本義」釋為：

31 馬伯英，《中國醫學文化史》(上海：上海人民出版社，1994)，頁569-570。範行准早已指出：「此子友李君失檢致一再誤傳也。穀，非穀也，穀亦稱糲，古多與楮為一物……乃高二三丈之落葉喬木。」核堂，《醫史卮言·腳氣》，《醫史雜誌》，3：4(上海，1948)，頁37。

「具有晉唐醫書所述症狀的那種疾病」。而所謂「概念的混淆與本義的迷失」，也只能是針對宋代以降，醫家不識腳氣為何，以及望文生訓的現象而言。因為「腳氣」與「beriberi」的對譯，釋其病因與飲食結構相關，進而闡明本質是「維生素B1缺乏症」，乃是在日本海軍軍醫高木兼寬及西方學者，分別對流行於近代日本海軍中和南亞諸國的「真腳氣」進行獨立研究之後才逐漸形成與明確的概念³²。實際上，直到1920年代中期，「腳氣=beriberi=維生素B1缺乏症」這一腳氣「概念」，尚未在當時的中國醫界占據主導地位。例如，1924年內務部為派代表參加涉及腳氣等地區性流行疾病的國際醫學會議，致函中華民國醫藥學會，云：

查腳氣病，為吾國南方數省，時有發生，北省次之。究因為何發生，有何防止方案，亟需互相討論。³³

說明既不知病因，也不知治法。致於病名，顯然不過是在接到邀請函後，照本宣科。又如1925年的醫學論文，還將脊髓灰質炎(小兒麻痺後遺症)稱為腳氣：

腸「梯扶斯」及巴拉「梯扶斯」等經過之中，所謂併發症腳氣者，致其預後不良或既治癒之後，亦使遺有下肢運動及知覺麻痺，永不得自由步行諸憾事，頗為多觀。

複披覽外國文獻，多發性神經炎之併發於腸「梯扶斯」者，亦多有記載。³⁴

「梯扶斯」即「チフス」(傷寒)，「巴拉」乃「バラ」(薔薇)，巴拉「梯扶」即

32 在此之前，儘管「真腳氣」在日本十分猖獗，但「腳氣」同樣是一個「歷史的病名」，一個完全依據臨床症狀而不問病因為何的病名。概言之，凡見「沖心」之症(或肢體症狀)，即名之曰「腳氣」，而不管引起上述症狀的原因是真腳氣，還是梅毒性心臟病、膽道蛔蟲或其他。廖育群，〈記載與詮釋——日本腳氣病史的再檢討〉，《新史學》，12：4(台北，2001)，頁121-154。

33 〈內務部致中華民國醫藥學會函〉，《民國醫學雜誌》，10(1924)，頁25。

34 謝寶賢，〈「梯扶斯」樣病及腳氣〉，《民國醫學雜誌》，5(1925)，頁262。

癱瘓傷寒。值得注意的是，古代醫書言「傷寒後發腳氣」，即發熱數日後見下肢麻痺，與此相似。再看一個稱鉛中毒為腳氣的例子：

患兒，四個月，人乳營養。

既往症：一月前精神不爽，時呈嘔吐無熱，綠色粘液樣下痢，來院求治。

現在症：下腿浮腫，膝及阿細雷斯腱反射(-)，胸壁連珠著明，當即就乳兒腳氣之診而加療焉。

不數日浮腫盡消，及一星期後則見嘎聲，由耳鼻咽喉科之檢查，又證明左側回歸神經麻痺，故乳兒腳氣診益確，但至入院後十八日，四肢漸呈痙攣……。

患兒母體檢查：皮膚鉛反應(++)。

診斷：腦膜炎，乳兒腳氣及佝僂病。

此病之原因實由於鉛中毒，來源：母體之化妝品。³⁵

有意思的是，此例的報告者為日本醫生，但他卻將自己明言「病因實為鉛中毒」，只是臨床症狀為多發性神經炎的這個病例診斷為「腳氣」。結合上述脊髓灰質炎之例觀之，看來直到此時，「依據肢體症狀的腳氣診斷」仍舊不衰。這位日本醫生還講述過另外一例「腦型乳兒腳氣」³⁶，但兩例均未言明是在中國，抑或是舊日在日本的經驗。1940年，有余惠民氏以維生素B劑治療一例腳氣的「實驗報告」³⁷。以上是就我查閱手邊可得之這一時期的《民國醫學雜誌》，所獲有關腳氣的記載。雖然沒有時間去詳查所有的雜誌，但從相關文章的數量，及這些報告皆屬「一例」，即可推知其發病頻度。更何況這難得的幾篇報告還不都是「真腳氣」。

35 [日] 稻葉逸好，〈所謂腦膜炎乳兒腳氣及佝僂病〉，《民國醫學雜誌》，10 (1926)，頁408。

36 稻葉逸好講，王有綱記，〈腦型乳兒腳氣〉，《民國醫學雜誌》，11 (1926)，頁453。

37 余惠民，〈「惟皮革新」Vibixin治療腳氣之實驗〉，《新醫藥刊》，94 (上海，1940)，頁54。

恰因此時醫學領域中出現了「腳氣=beriberi=維生素B1缺乏症」的新知識，所以在史學性的論述中，也就自然而然地出現了相關文章³⁸。於是這一件隨著醫學發展才出現的病名「新義」，便被說成了是晉唐腳氣之名的「本義」。科學史研究領域中「成就派」的看家本領——發明權之爭，於此亦有表現。例如耿鑿庭云唐代元稹(779-831)詩中「短腳知緣舊施舂」一語，與黴米致腳氣說類似，譯作「我知道你的腳病，是因為吃了舊日人家布施的陳米」，又就教其師丁福保老先生，得複示：「這樣解釋，一點不錯。」故謂中國人言「黴米致腳氣之說，較鈴木梅太郎之發明，尚早一千餘年」³⁹。然范行准以為其解詩有悖本義。同時另據唐初孟詵言黍米「不得與小兒食之，令不行。若與小貓食之，其腳便跣曲不正；緩人筋骨，絕血脈」，而將「食白米而致腳氣」的認知時間又提前了數百年，並說：「苟鈴木諸人先能參此文獻，或能早悟其因，而維他命發現權自可拔羸先登矣。」⁴⁰其後，侯祥川更是盛讚「我國先人對腳氣病的發現遠早於其他國家。在比較可靠的記載裡，《左傳》與《詩》〈小雅〉在西元前544年即已記載此病」，「並有很多經驗符合於現代腳氣病的科學理論」⁴¹。直到今日，言及中國的「世界第一」時，亦多要談到此事⁴²。

但從另一方面講，並非所有的人都如此看待中醫的腳氣病名。例如俞爾科為《中國大百科全書》所撰寫的「腳氣」詞條，就採取了比較慎重的態度。首先，沒有將腳氣等同於「beriberi」，而是譯作「weak foot」；其次，在症狀描述後，雖言「此病即西醫的腳氣病」，但又說「包括維生素B1缺乏，以及營養不良、多發性神經炎等疾病」；再者，在病因和治則上，採用了傳統的外感、內傷說，

38 據中國中醫研究院、中醫史文獻研究所編，《醫學史論文資料索引 1903-1978 (第一輯)》(北京：中國書店，1989)，此間可見陳邦賢，〈中國腳氣病流行史〉(1927)、廖溫仁，〈腳氣病療法之歷史的研究〉與〈東洋腳氣病理之歷史的研究〉(1929)、汪淑子，〈腳氣病與名人〉(1931)、湯慕殷，〈腳氣病考〉(1940)、傅剛，〈腳氣病概論〉(1941)等文章。

39 耿鑿庭，〈元稹的詠病詩〉，《醫史雜誌》，3：4，頁24。

40 核堂，〈醫史卮言·腳氣〉，《醫史雜誌》，3：4，頁37。

41 侯祥川，〈我國古書論腳氣病〉，《中華醫史雜誌》，1，頁16。

42 例如蔡景峰，《中國醫學史上的世界記錄》，(長沙：湖南科學技術出版社，1983)，頁92。

及利濕、調和氣血法，只是在最後提到：「應多食粗糧、瓜果蔬菜，不宜單食精製的大米和麵粉。」⁴³值得注意的是，這種觀點作為《大百科全書》的詞條，是要經過編委會審定的，因而與一般論文不同，所代表的並非一己之見。然而遺憾的是，很難看到有人注意、接受這樣的觀點。就像人們樂於相信「華佗可行剖腹手術」，而從不理睬對此的懷疑與考證，就如同樂於接受「對於藥物的認識都是來源於生活經驗」的說教，而無意深究巫術式思維方式的重要作用一樣。這種現象的普遍化，除了前述研究者自身的原因外，還在於就一般民眾與社會宣傳媒體而言，對於歷史問題的解說，只有與當代一般科學知識、思維方式相吻合時，才能被理解、被接受。就像高深的佛理，只有被「世俗化」為念一句「阿彌陀佛」即可往西方淨土時，才能獲得廣大的信徒。

儘管上述有關腳氣問題的研究，已然顯得十分複雜、頭緒萬端，其實還遠遠不夠。例如，我們尚未涉及腳氣發病率的高低，是否與人種、民族有關的問題；既然腳氣的基本病理改變是多發性神經炎，自然就與神經系統具有密切的關係，那麼所謂「非常時期」的腳氣多發，除飲食條件外，是否與精神因素有關？城市與鄉村在飲食結構基本相同的情況下，城市多發生腳氣病，這與空氣等種種其他因素是否有關？

站在這樣一個中間地帶，靈魂中「屬陽」的一半，欲罷不能地試圖深入、深入、再深入，將腳氣，不，將醫學史中的每一個問題都搞清楚。而「屬陰」的另外一半靈魂卻總是在說：「這有什麼用呢？文字遊戲！你們的所謂學問，不就是在古書今作中抄來抄去嗎？！」——這其實不僅僅是我靈魂中的自我矛盾，實乃發生在許許多多科學史工作者，以致史學研究者家中的夫妻、父子間的真實對話。難道科學史也需要做一點「世俗化」的改造，才能被理解、被接受嗎？因「親身感受」而產生對於腳氣的種種困惑，通過上面的辨析，大致可以解決。而因治科學史之「親身感受」所產生的種種困惑，又當如何解決呢？

本文原發表於《自然科學史研究》，2000年第3期，北京，頁206-221。

43 中國大百科全書總編輯委員會中國傳統醫學編輯委員會、中國大百科全書出版社編輯部編，《中國大百科全書·中國傳統醫學卷》（北京：中國大百科全書出版社，1992），頁203頁。

第八章

中國麻風病概念演變的歷史

梁其姿(香港大學香港人文社會科學研究所講座教授兼所長)

本文是從中國傳統疾病分類的角度，在現存的歷代文獻中探討古代「癘／癩疾」、「大風」、「惡風」以至「麻風」等病的概念。中國當代醫史學者一般認為，「癘／癩」、「大風」這個疾病等同於麻風病。我們放棄這個先入為主的想法，純粹從歷代醫書及相關文獻對「癘／癩」、「大風」、「麻風」的描寫，來看這個疾病在概念上的變化，不同時代的醫書對這幾個病名的描述、病因分析、療法等有所差異，從中可以分析疾病分類概念的變化及其背景。本文從「癘／癩」、「麻風」這個具體例子，來看中國傳統醫學裡疾病分類方式的歷史。時代從上古至清代18世紀末止。

從疾病的分類概念變化看來，我們無法確定古醫書所說的大風、癘／癩病到麻風，是否確實指涉現代西方醫學所定義的真麻風(leprosy)，雖然明清以來有關麻風的描述，的確比較接近今人對這個病的了解。我們不能確定這些不同名詞所代表的疾病類別是完全相同的疾病類別，而且懷疑這些疾病分類在悠長的歷史裡曾有過重要的變化。《內經》所說的大風或癘、宋元時代的「大風癩」，或明代的麻風，並不一定指涉完全同樣的疾病。

不過，從病癥、病因、療法概念的演變，可看出從「大風」發展到「麻風」的這一連串疾病類別，雖然在不同的時代可能有不同的內容，但是其密切的關係，其一貫性，是明顯有歷史軌跡可尋。

「大風—麻風」病的概念變化，部分是來自經典醫學思想的影響，也明顯地受到各時代許多其他因素的影響，如道教思想、醫者與患者的社會背景、地域因素、新疾病等的影響。疾病概念的形成，顯然不單是醫學知識的問題，更牽涉著

複雜的社會文化因素。

今天我們對麻風病的了解，是基於挪威人韓森(Armawer Hansen)在1873年的發現，即麻風病是由桿菌Mycobacterium leprae的感染而引起，主要侵犯皮膚、神經系統及內臟。臨床上依1948年第五屆國際麻風會議之決定，分為三類：一、瘤型麻風(lepromatous)，表現損害主要為皮膚結節及斑狀浸潤，腫起，除在面部外，尚可在四肢、眼、鼻、咽喉等，眉髮脫落；二、類結核類(tuberculoid)，皮疹呈紅白色斑塊，隆起落屑，有如癬疥，神經粗大，手足變形，肌肉萎縮，無毛髮脫落；三、未決定類(borderline)，即不屬上述之任何一種，但可變為上述任何一種，癢狀是在面或四肢上發生知覺消失之不隆起紅斑，末梢神經粗大。此三種中以瘤型者癒後最差¹，在外表上也最令人怵目驚心。一般人談到麻風時主要指涉第一類型。較新的分類根據免疫光譜，其中結核型、界綫類偏結核型、未定型歸入少菌型(paucibacillary, PB)；中間界綫型、界綫偏瘤型、瘤型歸入多菌型(multibacillary, MP)。不過，患者如皮膚、面部、肢體有極度損害，他所患的病不一定是麻風，許多其他皮膚病、梅毒、甚至糖尿等病，都有這類病徵。

雖然韓森的發現並不能完全解開麻風病因之謎²，但已成為現代醫學對麻風病唯一解釋與定義的依據。此後，西方醫學史研究者在沒有確鑿、直接的科學證據支持下，對歷史上所記載的所謂麻風病(leprosy)均持存疑的態度。許多西方學者只謹慎地承認，最早可確定的麻風病例是在6世紀的埃及與西歐，這是因為考古學者對木乃伊及一些遺骸的頭骨做研究，發現有明顯確實的麻風病徵³。

1 蕭運春，〈祖國醫學對於麻風之認識〉，《中醫雜誌》，1956：4（北京），頁170；蔣竹山，〈明清華南地區有關麻瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》，90：4（台北，1995），頁38引蔡寶鳳、周碧瑟，〈麻瘋病的文獻回顧〉，《公共衛生》，15：3（台北，1988）。

2 如其傳染、遺傳上的複雜性，及其在何類地理環境中比較容易傳播等疑問。

3 V. Moller-Christensen, "Evidence of Leprosy in Earlier Peoples," in D. Brothwell & A.T. Sandison eds., *Diseases in Antiquity* (Springfield: C.C. Thomas, 1967), pp. 300-301; Y.V. O'Neill, "Diseases of the Middle Ages," in K.F. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge: Cambridge University Press, 1993), pp.

由於許多不同的疾病有類似的病癥，單從文字的記載，尤其是遠古時代簡略的文字記錄，我們很難確定所描寫的病癥，到底是今天西方生物醫學所定義的哪種疾病。正因如此，李約瑟與魯桂珍在四十年前，以《論語》與《內經》兩種文獻的記載，來證明中國在春秋戰國時代古書所描述的是今天我們所認知的真麻風病，這樣的看法，受到西方醫學史者合理的質疑⁴。

本文並不意圖考證麻風病在中國出現的時間，或從古籍中的描述來判斷所載是否即今天我們所了解的麻風病。因為這些問題無法有令人滿意的答案。本文是從中國傳統疾病分類的角度，在現存的歷代文獻中，探討古代「癘／癩疾」、「大風」、「惡風」以至「麻風」等病的概念。「癘／癩」、「大風」這個疾病被中國當代醫史學者一般認為是等同於麻風病⁵。我們姑且放棄這個先入為主的想法，純粹從歷代醫書及相關文獻對「癘／癩」、「大風」、「麻風」的描寫，看這個疾病在概念上的變化，不同時代的醫書對這幾個病名的描述、病因分析、療法等有所不同，從中可以分析疾病分類概念的變化及其背景。本文從「癘／癩」、「麻風」這個具體例子，來看中國傳統醫學裡疾病分類方式的歷史。時代從上古至清代18世紀末止。這是因為19世紀以來，現代西方醫學對中國產生很大的影響，我們不易分辨疾病概念裡的傳統醫學因素與西洋醫學因素。

(續)

273-274.雖然許多西方醫史學家覺得麻風病可能很早就有，但由於缺乏直接資料，他們多持保留的態度去談這點。

- 4 Lu and Needham, "Records of Disease in Ancient China," in D. Brothwell & A.T. Sandison eds., *Diseases in Antiquity*, pp. 236-237, 其中質疑他們說法的是Nathan Sivin, 參看: S. Nakayama and N. Sivin, *Chinese Science: Explorations of an Ancient Tradition* (Cambridge: MIT Press, 1973), p. 306.
- 5 中國醫史專家多對此深信不疑，除李約瑟與魯桂珍外，如岳美中，〈關於祖國醫學麻風史事及其著作的敘述〉，《上海中醫藥雜誌》，1956：9（上海）；劉牧之，〈麻風病在中國醫學及歷史上的記載〉，《中華皮膚科雜誌》，4：1（南京，1956）；蕭運春，〈祖國醫學對於麻風之認識〉，《中醫雜誌》，1956：4；程之範，〈我國皮膚性病科的歷史〉，《中華醫史雜誌》，1955：1（北京）；俞慎初，〈中國麻瘋病學〉（上海：復興中醫社，1941），頁2-10。

一、上古至東晉時代的「大風」與「癘／癩」疾

(一)古醫籍的記載

如上文所述，四十年前魯桂珍與李約瑟以《內經素問》所載有關「癘」與「大風」的記載，來說明中國在西元前2世紀(西漢時代)已有有關麻風病的記載⁶。而在王冰註之《素問》卷十二〈風論〉裡是這樣描述「癘」的：「癘者，有榮氣熱肘，其氣不清，故使其鼻柱壞而色敗，皮膚瘍潰。風寒客於脈而不去，名曰癘風，或名曰寒熱。」⁷換言之，《素問》對「癘」病病癥的描寫，主要包括人體外形的損害，尤其在皮膚方面的衰敗與潰爛，以及鼻樑崩壞。這段對「癘」病癥的形容十分簡單。至於「大風」病，可在《素問》有關針灸的卷十四的〈長刺節論篇〉看到：「病大風，骨節重，鬚眉墮，名曰大風。」⁸換言之，「大風」病主要的癥狀是在骨節方面的損壞，以及毛髮的脫落。皮膚方面的癥狀則不被提及。顯然地，《內經》對「癘」與「大風」有不同的描寫，分別在不同的兩節，而且均不詳細，似乎不單指一種疾病，而分別指影響皮膚與骨骼的兩大類別的疾病⁹。

- 6 見註4。有關《素問》成書的年代眾說紛紜。除魯桂珍與李約瑟認為是西元前2世紀外，范行準也贊成這個看法，而李經緯認為是戰國時代成書，而美國學者如Sivin則認為在西元前後的兩百年間左右成書。范行準，《中國醫學史略》(北京：中醫古籍出版社，1987)，頁27；李經緯、李志東，《中國古代醫學史略》(石家莊：河北科學技術出版社，1990)，頁60；N. Sivin, *Traditional Medicine in Contemporary China* (Ann Arbor: Center for Chinese Studies, University of Michigan, 1987), p. 5 引David Keegan之研究。
- 7 [清]張隱菴集註，《黃帝內經素問集註》，收入曹炳章原輯，《中國醫學大成》(上海：上海科學技術出版社，1990)，冊1，卷5，頁57。
- 8 張隱菴集註，《黃帝內經素問集註》，卷6，頁15。後魏晉時代皇甫謐(215-282)的《甲乙經》也以同樣的字眼描寫「大風」的病癥。[晉]皇甫謐，《甲乙經》，收入曹炳章原輯，《中國醫學大成》(長沙：岳麓書社，1990)，冊1，頁580。
- 9 稍後，東漢末張仲景的《金匱要略》有「侯氏黑散治大風四肢煩重，心中惡寒不足者」條，可見所謂「大風」所指涉之病類甚廣。[漢]張仲景撰，[清]沈目南註，《沈註金匱要略》，收入曹炳章原輯，《中國醫學大成》，冊8，卷

相較之下，民間似乎多以「癘」或「厲」來指涉引致外形醜惡的病，如戰國時代有名的刺客豫讓漆身為厲，即使身長惡瘡，自似厲病患者，並滅鬚去眉的故事¹⁰，說明了當時人對「厲」病患者的外形已形成一定的概念。

除《內經》及《史記》等多被引用來形容癘病的文獻外，另一重要古文獻是雲夢秦簡《封診式》（估計在西元前4世紀至前217年左右編纂）。《封診式》裡有一段對一癘疾患者的詳細描寫。李約瑟與魯桂珍在1967年固然無法利用此一在1975年出土的律法文獻，而這一條區區百字的材料，卻蘊含著十分豐富的訊息，譯成白話是這樣的：

某里的里典甲送來里士伍丙，報告說：「懷疑是癘病，將他送到。」訊問丙，供稱：「在三歲時患有瘡瘍，眉毛脫落，不知道是甚麼病，沒有其他過犯。」命醫生丁進行檢驗，丁報告說：「丙沒有眉毛，鼻梁斷絕，探刺他的鼻孔，不打噴嚏。臂肘和膝部〔缺字〕……兩腳不能正常行走，有潰爛一處。手上沒有汗毛，叫他呼喊，他的聲音嘶啞。是癘病。」¹¹

上文所描寫的癘疾病癥，結合了《素問》裡對癘與大風的描寫，更接近今天我們所理解的麻風病癥，不過，也不能充分證明那就是今天醫學所定義的麻風。肯定的是癘病患者會受到刑法上的處分。同時在睡虎地出土的《法律答問》，也透露患有癘病的人有兩個可能的下場：被送往「癘所」，或被投入水中淹死（定

（續）——

5，頁4。當然，此書之內容已經後代一再修改，其簡史見范行準，《中國醫學史略》，頁48。

10 [漢]司馬遷，《史記》（北京：中華書局，1982），卷86，〈刺客列傳〉，頁2520。

11 睡虎地秦墓竹簡整理小組，《睡虎地秦墓竹簡》（北京：文物出版社，1990），頁156譯文，我將該書譯文中的「麻風病」復原為「癘」。原文如下：「某里典甲詣里人士伍丙，告曰：『疑癘，來詣。訊丙，辭曰：『以三歲時病疔，糜突，不可智其可病，毋它坐。』令醫丁診之，丁言曰：『丙毋糜，艮本絕，鼻腔壞，刺其鼻不寤。肘郛□□到□兩足下奇，潰一所。其手毋腋，令澹，其音氣敗。癘毆。』」

殺)¹²。這條資料讓我們知道當時癘病患者被認為有罪，同時有收容癘病患者的場所。有關「定殺」這條秦律，林富士曾作出解釋，他認為這個刑罰帶有祭祀儀式的意義，係藉殺類似疫鬼之病患以驚恐、威嚇之，使之不敢再作祟¹³。至於這條法例在秦之後有何變化，有沒有其他疾病病患有同樣遭遇，並不清楚。

此外，1983-1984年在湖北省江陵縣張家山出土的西漢初古墓裡，發現的竹簡《脈書》〈病候〉裡六十七種疾病中，也有一條有關癘病的資料：「四節疔，如牛目，癩突，為癘。」馬繼興釋「癩突」為「眉墮」¹⁴。可見此疾一直至漢初仍沿「癘」此病名。

到了東晉時期，我們看見一個新的病名「癩」，其病徵亦類似癘、大風或今天的麻風。「癩」後來普遍被認為與「癘」通¹⁵，這也是為甚麼當年的李約瑟與魯桂珍以「癘／癩」來指今天的麻風。這個名稱見於道家醫生葛洪(283-343)的著作中，其中現存的《肘後備急方》對癩病有較多的描繪¹⁶。在這本方書裡對癩病的描寫是這樣的：「初覺皮膚不仁，或淫淫苦癢如蟲行，或眼前見物如垂絲，或癩疹赤黑，此即急癩，蠻夷酒佳善。」¹⁷葛洪此時提出癩病的特點是「初覺皮膚不仁」是很有意義的。在他之前，醫籍只認定「大風」病有皮膚不仁的癩狀，而如上文已述及，《內經》以來的早期文獻是將「大風」及「癘」分開論述的，沒有人曾清楚地提出癘病的麻木症狀。阿拉伯醫學要到13世紀才正式指出麻風病

12 余宗發，《雲夢秦簡中思想與制度鉤摭》(台北：文津出版社，1992)，頁132-133、209。

13 林富士，〈試釋睡虎地秦簡中的「癘」與「定殺」〉，《史原》，15(台北，1986)，頁23。

14 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》(長沙：湖南科學技術出版社，1992)，頁162。

15 司馬遷，《史記》，卷86，〈刺客列傳〉，「集解」、「索隱」；〔漢〕許慎著，〔清〕段玉裁注，《說文解字》(上海：上海古籍出版社，1988)，7篇下，「癘」字條。

16 除《肘後方》外，葛洪在今已佚之《玉函方》裡提到：「癩病乃有八種。」轉引自〔日〕丹波康賴，《醫心方》(台北：藝文印書館，1972景印叢書菁華彙編類)，冊29，卷3，頁36下，第20條。《肘後方》的版本流傳極為複雜，詳情可見馬繼興，《中醫文獻學》(上海：上海科學技術出版社，1990)，頁159-162。

17 〔晉〕葛洪，《肘後備急方》，收入〔清〕程永培輯，《六醴齋醫書十種》(乾隆中蘇臺程氏修敬堂刊本)，卷5，頁38上-下。

有皮膚麻木的這個病癥¹⁸。此外，葛洪也啟發了後來癘病與求仙之間的微妙關係。他在另一著作《抱朴子》中提到一個叫趙瞿病癘之人，被棄送山穴中，後遇仙人賜松脂救活¹⁹。

(二)「癘／癩」與「大風」疾的病因與治療

早期的史書記載，對「大風」與「癘／癩」病所提出的病因及療法非常有意思，直接地影響了後來被稱為「麻風病」的病因與治療概念。

在病因方面，主要有兩點：「風」與「蟲」。

《內經素問》主要在〈風論篇〉裡談癘風：「風之傷人也，或為寒熱，或為熱中，或為寒中，或為癘風……風寒客於脈而不去，名曰癘風，或名曰寒熱。」²⁰這幾句話可以有復雜的解讀，但基本上大意為癘是由於風寒進入諸脈，停留不去所引發的。這個解釋成為癘病最經典的解釋。至於「大風」病的成因是否一樣，則《素問》裡沒有提及。

至於「蟲」作為癘的病因，在早期的醫書中不容易看到。不過，另一上古的文獻，卻提到作為病因的蟲，但病名不是「癘」或「大風」，而是「螟」。這個文獻是現今被認為是最早的醫方書，即出土自馬王堆的《五十二病方》。《五十二病方》被認為是戰國時代(ca. 300 BC)的醫學文獻，載有螟病一條，譯成白話後，大致如下：

螟病是由螟蟲咬穿人的〔各種組織〕所致。螟蟲咬人沒有一定的部位，或在鼻部，或在口旁，或在牙齦，或在手指，讓人鼻樑塌缺，或手指折斷。²¹

18 Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34:3 (New York, 1979), p. 327.

19 葛洪，《抱朴子》(台北：世界書局，1962)，〈內篇·校釋仙藥〉，卷11。

20 張隱菴集註，《黃帝內經素問集註》，卷5，頁56-57。

21 譯文參考馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁437。原文為：「螟者，蟲。所齧穿者□，所發毋恒處。或在鼻，或在口旁，或齒齦，或在手指□□，使人鼻缺指斷。」有關這個文獻年代的考證，參考同書引李學勤與裘錫圭，頁9-13。

這些病癥極似「癘／癩」與「大風」疾，但不能因此證明螟病就是後來所謂的癘或大風，事實上後代醫書再也沒有記載「螟」這個病。但中古以來，醫書多以蟲蝕人體來解釋「癘」疾，因此，古代的螟蟲蝕人身體組織的這個概念所產生的影響，仍然值得重視。

治療的概念，則可分為「大風」與「癘／癩」兩種。有關「大風」疾療法有兩類，第一是《內經素問》的刺肉法。《素問》建議患大風者「刺肌肉故，汗出百日。刺骨髓汗出百日，凡二百日，鬚眉生而止鍼」²²。第二種藥物療法見於1970年代另一批出土的武威東漢木簡醫書。裡面有「大風方」一條，內容為雄黃、丹沙、礬石、磁石、玄石、消石等尚可辨認的藥物。方下面有注文：「皆〔落〕隨皆復生，雖折能復起，不仁皆仁。」意即用此方後毛髮復出，折骨重生，麻木部分恢復知覺，主要針對《內經》所云「骨節重，鬚眉墮」的大風病²³。此方所用含毒的雄黃、消石等後來也成為主要療癘病的藥物，使得明以前醫家傾向以毒藥攻治大風與癘病，是值得注意的資料。

至於有關癘／癩的療法，也大致分針刺與食療兩種。《靈樞》建議癘風患者：「素刺其腫上，已刺，以銳針針其處，按出其惡氣，腫盡乃止，常食方食，無食他食。」²⁴這個刺腫療法的原則明顯地與《素問》的大風病針刺療法不一樣。後者刺骨髓，使出汗，而癘風刺瘡腫令出惡氣，使消腫。此外，在食療方面，《靈樞》語焉不詳，「常食」與「他食」之分別並不清楚。如果我們參考《五十二病方》裡「螟」病的食療法：

治之以鮮產魚，□而以鹽財和，□之，以傅蟲所齧□□□□□之。病已，止。嘗試。毋禁。令。²⁵

22 張隱菴集註，《黃帝內經素問集註》，卷6，頁15。

23 甘肅省博物館、武威縣文化館編，《武威漢代醫簡》，收入《中國西北文獻叢書·西北考古文獻》（蘭州：蘭州古籍出版社，1990），卷6，頁383。

24 郭霽春編著，《黃帝內經靈樞》（天津：天津科學出版社，1992），「四時氣19」，頁185。

25 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁437。

即主要以鮮魚拌鹽來治療。這種食療法，並不見於後代的文獻。

最後葛洪的療法則值得一提。上文已提過，他的「癩病方」主要是用「蠻夷酒」來治療。至於「蠻夷酒」的內容是甚麼，葛洪沒有說明。後來唐代孫思邈的《千金方》中提到一「蠻夷酒」是包括獨活、防風、麻黃等四十五味，以酒漬而成的方，專治「諸惡風眉毛墮落」²⁶，可能即葛洪所指之蠻夷酒。從方名推測，此方應源自外國。在此方之後，有「療白癩」方四方，皆用酒，其中較引人注意的是用大蝮蛇，以酒漬之，火溫令熟後，用以敷瘡，並說此方亦療鼠癩及其他惡瘡²⁷。用蛇酒治癩後來也成爲一主要療法。值得注意的是，西元2世紀的希臘醫者著作中，已提及蛇酒對「象人病」(elephantiasis，指患病的人因皮膚的敗壞與厚化而似大象，今天西方醫史學者認爲這個病很可能就是麻風)的療效。如著名的Galen及與他同時的Aretaeus of Cappadocia均在醫書中建議用蛇酒治象人病。後者還述說一患者因喝了蛇被淹死在罐底的酒而意外痊癒²⁸。這類傳說後來在中國也流傳甚廣，後人編輯的《肘後方》就加入了唐人張鷟著《朝野僉載》中所載類似的傳說²⁹。這是否意味著希臘醫學對象人病的概念與療法，已在晉代傳入中國³⁰，並產生普遍的影響？實是個耐人尋味的有趣問題。

26 [唐]孫思邈，《備急千金方》(北京：人民衛生出版社，1995據日本江戶醫學影摹北宋刊本)，卷8，頁159。

27 葛洪，《肘後備急方》，卷5，頁38上-下。

28 Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34:3, p. 316.

29 葛洪，《肘後備急方》，卷5，頁41下-42上。此故事述說商州有人患大風，被棄於山中茅屋，在不知情下喝了烏蛇墜進的酒，因而病癒，後見巖底有蛇骨，方知其由。後來許多類似的故事都是基於這個傳說變化而成，有關更後期的文獻中對蛇酒治癩的記載，參看蔣竹山，〈明清華南地區有關麻瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》，90：4。

30 Michael Dols指出，希臘與拉丁醫家對象人病患者的療法，包括放血、艾灸法、浴法、熱敷法、食禁，實與中國早期療法極爲相似。Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34:3, p. 316.

(三)小結

上古至晉代，有關「癘／癩病」、「大風」病癥的記載並不少。這些描寫反映出癘／癩病與大風所指涉的不一定是同樣的一種病，兩者所指可能是分別對皮膚及骨骼有影響的病，而非準確地單指現代醫學定義下的麻風病。其中「癘／癩」病的各種皮膚病變的描述，較為接近我們所認知的麻風，但是在《內經》裡，並沒有提到癘病有皮膚麻木的癥狀(麻木主要是大風病的癥狀)。1970年代出土的簡書與帛書所顯示的資料比《內經》詳細。《封診式》內對癘病的描述已很接近瘤型麻風，但亦不完整，特別是尚未提到皮膚麻木不仁這一點，這要等到葛洪所描述的「癩病」才被清楚地指出，但是葛洪對癩病的描述是非常簡短的，遠不及《封診式》。換言之，早期文獻對癘病病癥的描述雖然有許多令人想起麻風病的地方，同時亦較同時期西方的同類文獻詳細，但是仍看不出哪一個病名能被直接地翻譯為今天的麻風，或者說這個病仍沒有從眾多有類似病癥的皮膚病中區別出來，成為個別的病類。這與歐洲及阿拉伯的麻風病史是很類似的³¹。

在病因與治療方面，我們看到早期文獻傳達的豐富訊息，為後代醫學界對癘風的病因與療法立下堅固的基礎。在病因方面，「風寒」的因素很早就建立起來；至於「蟲蝕」這個概念，雖然不是在有關癘風的文獻中出現，但從《五十二病方》裡螟病的描寫，可見蟲蝕致病的概念很早就有，很容易為醫者借來建構癘病病因概念。至於治療方面，仍可看出治「大風」與「癘／癩」病兩大類，但無論是針灸出汗或出「惡氣」，或用蛇酒，或用雄黃等含砒礮的毒藥，都成為後世治癘病的主要療法，只有《五十二病方》的螟病食療法沒有再被提起。換言之，從病因論及療法的角度看來，早期醫書中對「大風」與「癘／癩」病的概念，的確是後世麻風病概念建立的主要基礎。

31 有關歐洲與阿拉伯文化中的麻風病史，參看 Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34:3, pp. 314-315; "Diseases of the Islamic World," in K.F. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease*, pp. 336-337; Ann Carmichael, "Leprosy," in K.F. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease*, p. 838.

二、隋唐時代

在葛洪的《肘後方》以後，提到癘病而又流傳至今的重要醫學著作，要算隋唐時代著作。其中又以巢元方(550-630)的《諸病源候論》、孫思邈(581-682)的《千金翼方》、王燾(ca. 670-755)的《外臺秘要方》最重要。這幾種醫書均以很長的篇幅來描寫「癘」、「惡風」、「惡病」、「諸癩」等病。其中也有不少相通之處。與晉以前的文獻相比，可看出在對「惡風」、「諸癩」等病的診斷、病機、治療方面都有所發展，但是這些發展都基於早期已建立的概念，並沒有明顯的突破。

(一)病因

基於戰國時代既有的風與蟲的概念，唐代醫家發展出更精細的癘病病因論。

巢氏的《諸病源候論》在〈風病諸候〉卷中，最先大篇幅地描寫「大風」與「諸癩候」。「大風」與「癘／癩」為兩個類別的病在此時更為明顯，比《內經》所述更清楚。大風病最主要的病癥是鬚眉墮落，而癩病則基本上是皮膚病變。

1. 大風病

在巢氏一書裡〈風病諸候〉兩卷中，「大風」病放在「惡風鬚眉墮落候」條。與《內經》一樣，大風症主要癥狀是毛鬚眉毛的脫落。而所謂「風寒」之病因，巢氏有更詳細的解釋：「或因汗出入水得之，或冷水入肌體得之。」然後又舉出具體的例子：「或飲酒臥濕地得之，或當風衝、坐樹下、及濕草上得之，或體癢搔之，漸漸生瘡，經年不瘡，即成風疾。」³²而其中「飲酒臥濕地」——即酒醉後，風與濕易進入肌體——更為後來的醫書一再引用，成為得大風病的主要原因之一。

風進入肌體內之後會引起怎樣的變化呢？巢氏也有進一步的說明：「八方之

32 [隋]巢元方，《諸病源候論》，收入曹炳章原輯，《中國醫學大成》，冊41，卷2，頁16。必須說明的是，《諸病源候論》在《中國醫學大成》中以《巢氏諸病源候總論》為名出版。

風，皆能爲邪，邪客於經絡，久而不去，與血氣相干，則使營衛不和，淫邪散溢，故面色敗，皮膚傷，鼻柱壞，鬚眉落。」³³「邪」應指「風、寒、暑、濕、燥、火」等六淫之一的「外邪」。而營與衛是體內兩種精氣，營在脈中，化生血液，營養周身；衛在脈外，溫養內外，護衛肌表，抗禦外邪，滋養腠理。健康的人的這兩種精氣應該處在和諧的狀態中，身體才能強壯，並可抵抗疾病。然而一旦風與寒等外邪入侵，可使營衛兩種精氣相互抵觸，從而產生皮膚、骨骼、毛鬚方面的損害，而最主要的癥狀是眉睫墮落。這是巢氏對「大風病」的病因解釋。

除了更進一步地闡述「風」這個因素外，巢氏也詳細地談到「蟲」的因素，在「惡風候」一節中有這樣的描寫：

人身中有八萬尸蟲，共成人身，若無八萬尸蟲，人身不成不立。復有諸惡橫病，諸風生害於人身，所謂五種風生五種蟲，能害於人……此五種風，皆是惡風，能壞人身，名曰疾風，入五臟即與臟食人，蟲生其蟲，無量在人身中，及入骨髓，來去無礙。³⁴

這裡似乎有兩個概念，其一是人身與生俱來有無數的蟲，是身體的構成部分。其二是作爲外邪的風入侵人體後，會產生五種有害於人體的蟲，這五種蟲食人五臟，並越長越多，引發大風病的各種病狀。蟲的觀念，與《五十二病方》的「螟」有相似之處，如螟的「所發毋恒處」「使人鼻缺指斷」等。

除了對風與蟲兩個因素作詳細的述說外，巢氏更基於這兩個因素，提出存在多種大風病的說法。書中舉出「八方之風」，來自不同方向，各有名目，而且所引發的病癥各有不同。其中引人注意的是，巢氏認爲，從不同方向入侵人體的

33 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁16。

34 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁18。《巢氏諸病源候總論》這一段後爲其他醫書所重錄，其中北宋初的《太平聖惠方》所錄與此處所引文稍有不同：「……此五種風皆是惡風，能壞人身，名曰疾風，或入五臟，即與臟合，故蟲生也，其蟲無量在人身中，乃入骨髓，來去無礙。」在解釋上，《聖惠方》這幾句較《巢氏》通順。《太平聖惠方》（台北：新文豐出版公司，1969景印台北中央圖書館藏日鈔烏絲蘭本），卷24，頁1上。

風，會引發潛伏期長短不一、初期症狀各異的大風病三十二種，潛伏期從百日、三年、七年至十年不等。初期症狀包括手腳生瘡、生頑斑、白癩、身體恍惚等等，最後的症狀均是鬚眉脫落³⁵。

至於蟲所引的不同症狀，則視乎配合著黃、青、赤、白、黑五風的五種蟲侵蝕哪個內臟：

若食人肝，眉睫墮落。食人肺，鼻柱崩倒。食人脾，語聲變散。食人腎，耳鳴啾啾，或如雷聲。食人心，心不受觸而死。³⁶

這幾句話可能在述說大風病進展的階段，也可能在解釋不同病癥的原因，即不同病人有不同的症狀。在這方面，巢氏無疑比《內經》等早期文獻對大風病病因與病狀有進一步的了解、更精細的觀察。值得注意的是，皮膚病變並非惡風候的主要癥狀，鬚眉墮落、鼻柱崩倒、變聲、耳鳴等才是主要病癥。

後孫思邈之《千金翼方》在〈耆婆治惡病〉一節中，大部分重複了巢氏有關惡風的解釋，不過用的是「疾風」一詞。稍後王燾之《外臺祕要方》進一步總結巢氏與孫氏之說，並用「惡疾大風」一詞。以「多種不同」、「種種狀貌不同」來說明惡疾大風病的複雜性並且說「此疾一得多者不過十年皆死，近者五六歲而亡」，很簡明扼要地指出大風病基本上不能治癒，病情複雜，並且屬慢性病³⁷。

2. 諸癥

巢氏循《內經》所說，將大風疾與癘／癩疾分開述說，兩者雖有密切的關係，但在巢氏的當時，在分類概念上，仍屬不同類別。

35 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁16-18，此節記有：金、黑、旋、渴、青、終、衝、行龍、石、春、遊、亂、水、麵、玄、教、穴、吟、臚、腦、角、囚、歷節、膀胱、赤、水(南方風，與前屬北風之水風不同)、搖、奸、淫、缺、明、青(屬西方，與前屬東方之青風不同)等三十二種風。

36 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁18。

37 孫思邈，《千金翼方》(北京：人民衛生出版社，1955景印元刊本)，卷21，〈萬病〉，頁251；〔唐〕王燾，《外臺祕要方》(大阪：東洋醫學研究會，1981景印靜嘉堂藏本)，卷30，頁2。

在病因方面，癩與大風有所同也有所不同。所同之處在於基本上同樣是起於風與蟲：「凡癩病皆是惡風……病之生，多從風起。」³⁸同時蟲之蝕人內臟也是癩病的成因：「蟲遂多，食人五臟骨髓，及於皮肉筋節，久久皆令壞散，名曰癩風。」³⁹所以惡風的成因之一是「飲酒臥濕地得之」，而癩病的「養生禁忌」之一是「醉酒露臥」⁴⁰。這些大致上與大風沒有分別，而且從「凡癩病皆是惡風」一句看來，似乎癩病是惡風之屬。

但癩病的起因在細節上仍有與大風不同之處。巢氏在癩病一節中強調風進入皮膚之後：

不能自覺，或流通四肢，潛於經脈，或在五臟，乍寒乍熱，縱橫脾腎，蔽諸毛，腠理壅塞難通……久而不治，令人頑痺，或汗不流泄，手足痠疼，鍼灸不痛。⁴¹

明顯地，癩病起於風影響皮膚腠理，使之麻木不仁，繼而生瘡，與大風病之營衛系統被損害，有所不同。

至於為何風會如此入侵皮膚？巢氏認為諸癩之具體病因是：「用力過度，飲食相違，行房太過。」這些都會引發：「毛孔既開，冷熱風入五臟，積於寒熱，寒熱之風交過，通徹流行。」⁴²換言之，除了與大風症所同的「酒醉臥濕草」外，癩病的發生與過勞、飲食不當、房事過多等被認為是不良的、反映出缺乏修生常識或慾念太多的生活習慣有關。此外，巢元方還同時提出「犯觸忌害」這個成因。這幾點已與人的道德修養有關係了，而「大風」或「惡風」病的病因描述裡並沒有提到這幾點。

巢氏同時認為癩病共有十二種之多⁴³，各有不同的症狀，也包括鼻柱崩倒、

38 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁20。

39 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁21。

40 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁22。

41 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁20。

42 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁21。

43 有木、火、金、土、水、蟋蟀、麵、白、疥、風、旬、酒等十二種癩。巢元

毛髮脫落等，但最主要的是皮膚病變，特別是長瘡、疥癬等。這十二種癩病的潛伏期也不一樣，長者可達二十年之久。

孫思邈的《千金翼方》與王燾的《外臺祕要方》，對大風與癩／癩病的病因分析，並沒有超出巢氏一書。前者重複著五風五蟲五臟之說，並說「疾風者是癩病之根本也」；後者沒有重複大風病成因，但在癩病方面，主要沿巢氏及《千金方》之說⁴⁴。孫氏之有關描述較接近巢氏的諸癩候，而非大風候；王燾則仍分「惡疾大風」與「諸癩」來討論這兩類病。另一唐代著作《錄驗方》，則謂人有木、石、風、水、沸(或佛)五癩，但由於其書已佚，具體內容不得而知⁴⁵，但可見唐代各家仍沿巢氏之說，認為癩有多種，而且在分類上可能有一些差異。

最值得注意的是，孫氏將有關這類疾病稱為「惡病」，相關文字放在〈耆婆治惡病第三〉一段⁴⁶。耆婆為印度婆羅門名醫，佛教興起後，又成佛教名醫代稱。原文為Jivaka⁴⁷。孫思邈以耆婆所說為依歸，並不提巢氏或更早期中國醫籍裡已有的概念，可能意味著有關癩病的病因論，在隋唐時代受到較多的印度或佛教影響。有學者指出，巢氏所提出的「八萬尸蟲」的說法有明顯的佛教影響⁴⁸。換言之，早在巢氏之時，醫家很可能已採用許多印度醫學對這類病的解釋。有趣的是，早期中國文獻所反映的風病概念(風與蟲)，與這些所謂印度醫學概念也相當符合。到底印度醫學在大風病病因論上的影響有多大，實值得進一步研究。

(二)療法

有關隋唐時代大風及癩病療法，主要記載在《千金翼方》及《外臺祕要方》

(續)

方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁22。

44 巢氏與孫氏對風與癩病的描述，分別並不明顯，孫氏只舉十種癩名。孫思邈，《千金翼方》，卷21，〈萬病〉，頁251、253-254。王燾，《外臺祕要方》，卷30，頁5-6，〈諸癩方〉主要引《千金方》說。

45 丹波康賴，《醫心方》，卷3。

46 孫思邈，《千金翼方》，卷21，〈萬病〉，頁251。

47 馬伯英，《中國醫學文化史》(上海：上海人民出版社，1994)，頁370-374。

48 李勤璞，〈八萬尸蟲與八萬戶蟲〉，《中華醫史雜誌》，26：2(北京，1996)，頁108。論文指出，八萬戶蟲最早出現在漢語中，是在西元418-421年所譯的《大方廣佛華嚴經》與同時的《大般涅槃經》。

兩書裡。除了沿自古代的傳統療法外，兩書作者均自稱記載了來自印度的療方。《千金翼方》沒有將療法分類，而《外臺祕要方》則仍分大風與癩兩類療方。

有關癩病療法，除了葛洪之後即通行的蛇酒與「蠻夷酒」外，最主要的藥物之一是「雷丸」，屬毒性較高的藥物。巢氏在諸癩候一段，建議患癩疾者，「先與雷丸等散服之出蟲，見其蟲形青赤黑黃白等諸色之蟲，與藥治者」。換言之，雷丸的主要療效是「出蟲」。後來李時珍也確定此一療效⁴⁹。到了《千金翼方》，作者則建議「阿魏雷丸」，並且介紹其詳細成分(包括阿魏、紫雷丸、雄黃、紫石英、朱砂、滑石⁵⁰、丹砂、牛黃等十五種成分，其中有的毒性相當高)。查阿魏是當時從西域及天竺進口的藥物，李時珍對此外來藥物亦有詳細說明，並確定其「殺諸小蟲」之效⁵¹。換言之，《千金翼方》的療方明顯受印度醫學的影響。不過，阿魏雷丸內的成分，包括雄黃、丹砂等早見於前文提及的武威醫簡裡的「大風方」，其他治癩疾的藥方都多包括雄黃、消石、苦參、松脂等成分，都是中土由來已久的藥品，前者具砒礬毒性。雖然孫思邈認為利用各類消石治疾風是「出耆婆醫方論治疾風品法中」⁵²，但所提出的療方，大體上應可說是中印藥學的混合物。《外臺祕要方》的治癩療方則如《千金翼方》一樣，包含水銀、丹砂、雄黃、苦參等毒性藥物，另外蛇酒或「蠻夷酒」等都是《外臺祕要方》治諸癩疾的主要療方之一⁵³，明顯受到《肘後方》的影響。

王燾所舉的治大風療方，也同樣地混合了中國傳統的療方與外來方。治大風方含松脂、苦參等都是自古已見的治風疾藥物。此外他也提出所謂「婆羅門僧療

49 巢元方，《巢氏諸病源候總論》，卷2，頁21。雷丸產漢中土，是一種多孔菌科植物(*Polyporus mylittae* Cook. et Mass.)，李時珍謂其「有小毒」，主治殺三蟲，逐毒氣、逐邪氣惡風汗出等。〔明〕李時珍，《本草綱目》(台北：文光圖書公司，1982景印清光緒刊本)，卷37，頁7-8；李永春主編，《實用中醫辭典》(台北：知音出版社，1992)，頁772。

50 可能是「消石」之誤，此處按元大德本。

51 李時珍：「夷人自稱曰阿，此物極臭，阿之所畏也。波斯國呼為阿虞，天竺國呼為形虞，涅槃經謂之央匱，蒙古人謂之哈昔泥。」李時珍，《本草綱目》，卷34，頁35。這是一種傘形科植物(*Ferula Sinkiangensis* K. M. Shen 或 *F. Assafoetida* L.)。李永春主編，《實用中醫辭典》，頁369。

52 孫思邈，《千金翼方》，卷21，頁253。

53 王燾，《外臺祕要方》，卷30，頁5-8。

大風疾」之方，所用仍是消石，另加麻油，主要以火煎藥，令人發汗⁵⁴。原則實與《內經》用刺肉與灸法人發汗略同，而《千金翼方》也強調傳統針灸的效用⁵⁵。

孫思邈與王燾最創新的療法，明顯地受道家求仙思想的影響。風疾與成仙的關係早在葛洪的著作中已看到，但要到隋唐時代才普遍地被納入醫書中。孫思邈乃道教中人，他在風疾一段即說：「得此病者，多致神仙。往往人得此疾，棄家室財物入山，遂得疾愈，而為神仙。今人患者，但離妻妾，無有不瘥。」⁵⁶王燾又複述前人所說：「若能絕其嗜慾，斷其所好，非但愈疾，因茲亦可自致神仙。」並述說《神仙傳》裡有數十人皆因得惡疾而成仙⁵⁷。基於這個成仙的理念，治療大風的最主要方法是禁房事、禁瞋怒等激烈的情緒，食禁五辛生冷、大醋醃、白酒、豬、魚、雞、驢、馬、牛、羊等美食，並需拋開所有世務，入山療養，猶如修道人一樣⁵⁸。道家對孫思邈的影響，也使他用水銀等煉丹的成分去製治癩方，加強了毒藥在療方上的運用，許多這類治癩方被他冠上「仙人」之名⁵⁹。

(二)小結

隋唐時代，醫家對大風與癩癩病的病因，進一步發展了「風」的因素，並正式地將「蟲」的因素納入癩病的病因概念裡。基於對這兩個因素更細密的討論，醫者發展出比古代更入微的臨床觀察，尤其強化了風疾與癩疾作為不同類別的疾病⁶⁰，以及這兩大類內的多種更細分類。這些不同的風癩候，有不同的病癥及時

54 王燾，《外臺秘要方》，卷30，頁4。

55 孫思邈，《千金翼方》，卷21，頁253。孫思邈認為病在皮膚肉脈中者，針刺可癒，但同時要服藥養身。

56 孫思邈，《千金翼方》，卷21，頁251。

57 王燾，《外臺秘要方》，卷30，頁2。

58 孫思邈，《千金翼方》，卷21，頁252；王燾，《外臺秘要方》，卷30，頁2。

59 孫思邈，《千金翼方》，卷21，頁254記「仙人黃靈先生用天真百畏丸治一切癩病方」、「仙人治癩病神驗方」等。

60 中古阿拉伯醫學也有兩個名詞類似「大風」與「癩」：Judhām與bara。前者指較嚴重的病，病狀似瘤型麻風，有「使肢體殘斷」之意；後者指較輕的各種皮膚病，特別有「黑」、「白」兩大類之分，類似中國醫書中的烏白癩。Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and*

間長短不一的潛伏期。風與癩／癩疾到此時似乎仍指涉著多種有大同小異癩狀的皮膚病，及影響骨骼的疾病，並非單指一種今人心目中的麻風。在療法方面，蟲蝕人體概念的深化，使得各種「出蟲」、「殺蟲」的療方在此時出現。而新的療方，主要來自印度醫學與藥物的進入，以及道教思想的進一步深入社會。

三、宋遼金元時代

大風與癩／癩病的概念，在宋元時期有新的發展。這個時代是中國醫學發展的重要時期，醫學分流派主要從此時開始，在病機學方面，多有發明。我們也可以從大風、癩／癩病概念發展的這個例子，看到此時期相當有創造力的醫學思想。

首先，大風與癩／癩病之間的曖昧關係漸漸明朗化。此時期的醫書、醫者已趨向把這兩類病歸為一類。北宋前期的《太平聖惠方》(992)及末期的《聖濟總錄》，均在論大風與癩病一卷中含一節「大風癩」。《聖惠方》在談大風疾一卷(卷二十四)裡，先討論「大風鬢眉墮落」，然後跟著談「大風癩」，之後是其他各類風與癩疾。不過雖然「大風癩」一詞已被使用，但是從這兩節的描述看來，編書者仍然將「大風」與「癩」疾分而論之。基本上仍沿用《內經》的分類⁶¹。

將大風與癩疾真正合併而論的是百餘年後的《聖濟總錄》。此書編者在「諸風門」類別中列了十六類風症，其中一卷(卷十八)專門討論大風、癩／癩病各病癥，內容包括歷瘍風、白駁、白癩風、紫癩風、惡風、大風眉鬢墮落、大風出蟲、大風癩病、烏癩、白癩等十節。其中在「大風眉鬢墮落」一節即明白地寫著：

大風眉鬢墮落者，蓋癩病也。皆由惡風染著，榮氣不清。風濕毒氣，浸

(續)

Allied Sciences, 34:3, p. 327.

61 《太平聖惠方》，卷24，頁11下：「夫大風病鬢眉墮落者皆從風濕冷得之……」。卷24，頁16上：「夫大風癩者，皆惡風及犯觸忌害之所為也……。」此處《內經》的影響非常直接，但「大風癩」一詞已被使用。

潰肌肉，致淫邪散溢，癢搔成瘡，皮膚瘍潰，鼻柱倒塌，鬚眉墮落。⁶²

換言之，此書編者認為，結合著鬚眉墮落與皮膚潰爛成瘡等症候的病，應合為一個類別的病，稱為「大風癩病」。這個新類別的病及療方，在此書卷十八中另有專門一節討論⁶³。這是與前代醫書截然不同的分類方式。

稍後的金元醫家，亦紛紛將《內經》裡描寫大風與癩病原來分開的部分結合起來。劉完素(1120-1200)在《素問病機氣宜保命集》裡有關主要疾病類的「卷中」即談到癩風，他先引《內經》對癩風的描寫，然後說這個病：「又曰脈風，成於癩，俗云癩病也。」接著談到治法，即引《素問》裡治大風的刺肉法。明顯地認為大風、癩風、癩等是同一種病⁶⁴。另一金代醫著《活法機要》(作者不詳，但與李杲〔1180-1251〕與朱震亨〔1282-1381〕有密切關係)裡「癩風證」一節，也以幾乎同樣的方式，將大風病與癩病連結起來⁶⁵。癩在此時正式成為大風病或癩病的「俗稱」。

(一)病因

雖然在病因的概念方面，這個時代的醫家基本上不出《內經》與巢氏所定下的範圍，即風與蟲為基本病因，但是在這個範圍以內，還是有重要的發明。

其中最值得一提的是南宋醫家陳言(12世紀初)，他於1174年撰成的《三因極一病証方論》裡在談瘰癧、瘍瘡等疾病一卷中討論癩疾，改變了過去醫書專門在「諸風証」一卷中討論此病⁶⁶。他在「大風論敘」中說：

62 [宋]曹孝忠編纂，《聖濟總錄》(北京：人民衛生出版社，1992)，卷18，頁449。

63 曹孝忠編纂，《聖濟總錄》，卷18，頁456-469。

64 [金]劉完素，《素問病機氣宜保命集》(台北：新文豐出版公司，1985)，冊45，卷中，頁42。

65 《活法機要》，收入[金]李東垣，《東垣醫集》(北京：人民衛生出版社，1993)，有關其作者的爭議，參看編校說明，頁8。此書之頁345，先引《內經》對癩風的描寫，然後接著說：「[癩風]一曰脈風，俗曰癩。」與前述劉完素書幾乎一樣。

66 [宋]陳言，《三因極一病証方論》(台北：臺灣商務印書館，1983景印文淵閣

經所載癘風者，即方論中所謂大風惡癘是也，雖名曰風，未必皆因風，大率多是嗜慾，勞動氣血，熱發汗洩，不避邪風冷濕，使淫氣與衛氣相干，致肌肉憤曠，氣有所凝，則肌肉不仁，榮衛〔氣〕泣濁，則拊熱〔肉〕不利，故色敗，皮膚爛〔瘍〕潰，鼻梁塌壞。千金所謂自作不仁，極猥之業，雖有悔言，而無悔心，良得其情。然亦有傳染者，又非自致，此則不謹之故，氣血相傳，豈宿業〔孽〕緣會之所為也，原其所因，皆不內固〔外〕，涉外所因而成也。⁶⁷

這一段話提出了三個重要的想法。首先，陳言不認為作為外因的風是唯一的因素。嗜慾、勞動氣血、不避邪風冷濕等這些以前是統統被形容為邪風入體的原因，但在陳言的概念裡，這些都是屬於「不內外」（如勞動、嗜慾等）的因素加上外因「風濕寒」而成。其次，他又加強了道德因素的重要性。自作孽的人會患上此病。最後，也是最重要的，是他提出了「傳染」這個觀念。雖然，他只簡單地以「氣血相傳」四個字來描述傳染，我們無法具體地了解他的想法，但是他已明白地指出傳染是由於患者的不謹慎，而不是「自致」，與上述「不內外」的因素，及道德上的腐敗無關。

比陳言晚一個多世紀的朱震亨與陳言一樣，較注意患者的氣血因素，他認為大風癘病有三大類：

其疙瘩與瘡，若上先見者，上體多者在上也；若下先見者，下體多者在下也；上下同得者，上復在下也……此風之入人也，氣受之則在上多，血受之則在下多，氣血俱受者甚重……夫或從上或從下，以漸而來者，皆是可治之病。⁶⁸

（續）

四庫全書），冊743。在此書十八卷中，中風論放在卷二，有關風的疾病主要在卷二、三、四、五，而有關癘病則放在卷十五與各類瘡癤、癩歷等同卷。

67 陳言，《三因極一病証方論》，卷15，頁21下。有括弧的字是民國本《三因方》所用字，似比四庫全書本更正確。

68 《丹溪心法》是丹溪弟子按丹溪治法所輯。〔元〕朱震亨，《丹溪心法》，收入《丹溪醫集》（北京：人民衛生出版社，1995），卷4，〈癘風六十四〉，頁367-

更重要的，丹溪提出「殺物之氣」的這個概念。據他的門人所錄，他對癩病的看法是：「大風病是受得天地間殺物之氣，古人謂之癘風者，以其酷烈暴悍可畏耳。」⁶⁹這個觀念加強了癩病致死的嚴重性，同時他以「天地間殺物之氣」代替了「八方之風」，多少意味著具體的環境因素漸代替了抽象的「八方之風」，成爲主要的因素。

(二)療法

宋元時期對大風癩病的治療概念多依照傳統：去風、出蟲、去毒、禁慾、隱逸。

《聖惠方》與《聖濟總錄》集中了北宋末以前各類治大風癩病的療方，主要仍用白花蛇、烏蛇等漬酒，天麻、胡麻、白僵蠶、松脂、雄黃、阿魏、雷丸、水銀、丹砂等有毒原料製各丸方。

南宋陳言由於對大風病的病因有新的看法，所以在治療概念上有所創新，他說：「風寒濕熱，勞逸飲食，與夫傳染，不可混濫，散寒濕風濕、清熱、調和氣血顯然不同，若例以瀉風藥治之，則失其機要矣。」⁷⁰換言之，他認爲一味散寒散風不一定對患者有幫助，如果患者得病原因是過勞等「不內外」因，應以調和氣血爲主。不過雖然概念上有所創新，但是他提出的浴法、療方仍不出傳統的出汗、疏風、去毒的窠臼，看不出新的療法。令人好奇的是，既然他提出「傳染」這個病因，爲甚麼沒有提出相應的療法或預防法呢？

對於因嗜慾、飲食不當等而得病的人，元代的朱震亨別無他法，他認爲：

人見其病勢之緩，多忽之，雖按法施治，病已痊可，若不能忌口絕色，皆不免再發，發則終於不能救也。⁷¹

(續)

368。

69 朱震亨撰，〔明〕戴元禮補校，《金匱鉤玄》，收入《丹溪醫集》，卷1，頁112。

70 陳言，《三因極一病証方論》，卷15，頁22，「大風治法」。

71 朱震亨撰，戴元禮補校，《金匱鉤玄》，收入《丹溪醫集》，卷1，頁113。

南宋的陳言則重述葛洪之建議，除了要絕對禁慾外：

凡遇此疾，切須斷鹽及一切口味，公私世務，咸宜屏置，能去俗事，絕其慶弔，幽隱林泉，依法治療，非但愈疾，亦能因是而可以求仙路，所謂因禍而得福，此也。

否則這個病是「百無一生」⁷²。可見道教思想對這個病的療法影響之深，一直到此時。

在北方的金元醫家多重返《內經》的原則，對宋代的「局方」採取保留態度，而重視以針刺等方式出汗。劉完素在《素問病機氣宜保命集》裡，重申《素問》裡治療大風病的方式：刺肌肉，汗出百日，服樺皮散。灸承漿穴七壯三次，服二聖散，戒房室三年⁷³。以汗、吐、下治法見稱的張從正，則進一步發揮《內經》治療大風病的原則。他的一個癩病人冬寒時去找他，但他五、六月始製藥治癩病人，因為「以春寒未可發汗，暑月易汗」，他這個觀念來自《內經》論治癩疾：「針同發汗也。但無藥者，用針一汗，可抵千針。」他認為可治之癩病患者必要汗：「有汗者可治之，當大發汗，其汗出當臭。」⁷⁴另一反映金元醫家看法的《活法機要》，基本上也完全重述《內經》所載大風病以針灸為主的治法⁷⁵。

李杲的徒弟羅天益(13世紀)記載了他治大風之一個病例，引其師李杲之治法，而李杲基本上重述《靈樞》對大風病的病因及療法，注重破血、散熱、升陽、去癢、瀉榮。與其他金元醫家稍不同處，只是在他也重視溫補：「瀉心火補肺氣，乃正治之。」但是羅天益並沒有告訴我們這個大風病人是否療癒⁷⁶。

72 陳言，《三因極一病証方論》，卷15，頁27上-下。

73 劉完素，《素問病機氣宜保命集》，卷中，頁42。

74 [金]張從正，《儒門事親》，收入《子和醫集》(北京：人民衛生出版社，1994)，卷6，頁162-163。

75 《活法機要》，頁345：「癘風者，榮氣熱附，其氣不清，鼻柱壞而色敗，皮膚瘍潰，風寒客於脈而不去，故名癘風，又曰脈風，俗曰癩，治法，刺肌肉百日，汗出百日，凡二百日，鬚眉生而止。」再針灸三次，再服樺皮散，「戒房室三年，病愈」。

76 [元]羅天益，《衛生寶鑑》(1846宏道書院版本)，卷9，頁11上-下，記段庫使

宋元時代對大風癩病療法的重要創新，應是大風(楓)子⁷⁷的利用。在20世紀現代磺化藥品及抗生素仍未發明之前，大風子是各地治麻風症最主要及最見效的藥品之一，主要產在熱帶地區。這個植物在中國被利用起於何時，不得而知，宋元時代的《嶺南衛生方》有治楊梅瘡方，用大楓子及帶水銀的輕粉研末塗瘡上。這個方在此書卷中之「續附蛇虺螫蟲諸方」一節內，應是元初(13世紀後期)僧人繼洪所纂部分⁷⁸。換言之，大風子至晚在宋元之際已外用於毒瘡之上。大風癩病的病狀之一是皮膚潰爛與起瘡，醫士也自然地外用大風子來治療。同時代的朱震亨似乎也知道大風子的用法。他曾說：

粗工治大風病，佐以大風油，殊不知此物性熱，大燥痰之功而傷血，有病彙愈，而自失明者。⁷⁹

從他這句話可看出，使用大風子油治大風病在元代後期已相當普遍，不但外用，也有內服。朱震亨本人對內服大風子存保留態度，但是看來不少在他眼裡屬「粗工」的醫生還是愛用此方，這點可從永樂間(1403-1424)朱橚主編的《普濟方》中看到。此書集中了永樂以前的醫方，治大風癩的療方中有好幾個是用大風子的，而且其中不乏內服藥⁸⁰。

(續)

病大風之病例。

- 77 大風子西洋通俗名爲 chaulmoogra，爲大風子的成熟種子，正式學名爲 *Hydnocarpus Anthelmintica* Pierre。
- 78 [宋]李璆、張致遠原輯，[元]繼洪纂修，《嶺南衛生方》(北京：中醫古籍出版社，1983按日本天保12年〔1841〕本影印)，卷中，頁48上。
- 79 這是李時珍引朱丹溪語。朱震亨此語應是由他的門人所錄，出自其門人所纂之《丹溪先生醫書纂要》(簡稱《丹溪纂要》)。劉牧之，〈麻風病在中國醫學及歷史上的記載〉，《中華皮膚科雜誌》，4：1(南京，1956)，頁4。但筆者沒機會看到此書，丹溪也沒有在其他的著作裡提到大風子治大風病一項。筆者只能從《本草綱目》，卷35，頁49中看到丹溪對大風子油的說法。
- 80 [明]朱橚，《普濟方》(台北：臺灣商務印書館，1983景印文淵閣四庫全書)，卷109，頁13上，「治大風瘡」方，有大風子，與其他成分磨爲末煉蜜爲丸，溫酒吞下；卷109，頁15下「第二藥神仙換肌丸」，亦以大風子與其他成分煉內服蜜丸；卷110，頁6上，一方以大楓子肉合他藥治大風證輕者；另一方「治一切大風癩疾不問久新者」，以百花蛇合大風子等藥；卷110，頁15上「換肌丸治諸

朱丹溪對大風病的治法還有另外一套新的見解。他認為療法分兩種，與他認為癩病的疙瘩與瘡可能在上身先現或較多，或在下身先現或較多有關。他提出兩個療方，「在上者」用「醉仙散」，服後先牙縫內出臭涎水，然後下臭糞便；「在下者」用陳言《三因方》中的「再造散」，服後患者會泄出黑色或赤色小蟲⁸¹。這兩方除醉仙散用少量輕粉(水銀粉)外，大致上毒性不高。據大陸學者所說，朱丹溪這兩個仍基於傳統去毒出蟲的療方，在1950年代仍用於遼寧省麻風病院，而且頗獲良效⁸²。

(三)小結

大風、癘風，與「癘／癩」病到了宋元時期漸結合成爲一類，被稱爲「大風癩」病，或簡單的「癩」病。這類病結合著毛髮脫落、皮膚潰爛生瘡(有各種類的瘡癩)、鼻樑塌壞等類似瘤性麻風病的病癥。不過，這不一定意味著這個大風癩病類一定單指今天的麻風病，此時大風癩很可能還是指多種有皮膚潰爛病癥的疾病，不只是真麻風病⁸³。大風與癘病結合爲「大風癩」病而且漸簡化爲「癩」，顯示大風癩更傾向是被歸類爲一種主要有皮膚潰爛癥狀的癩病，而非風症。也顯示「風」的因素已漸在這個病的概念中失勢，漸被認爲不是最主要的因

(續)

癩大風疾」以苦參與大風子爲主，另一方見卷110，頁22下；卷110，頁27上「治大風瘡」，編者謂此方出自元人所著《經驗良方》，此方以大風子合輕粉作爲外敷藥。筆者普查閱收輯在《醫方類聚》內的《經驗良方》，但找不到此方。〔韓〕金禮蒙等撰，《醫方類聚》，收入〔清〕姚俊輯，浙江省中醫研究所、湖州中醫院校點，《經驗良方》(北京：人民衛生出版社，1981)，冊1，卷13-24。

- 81 朱震亨，《丹溪心法》，卷4，頁367-368；《丹溪治法心要》，收入《丹溪醫集》，卷1，〈癩風第二〉，頁857。醉仙散內有胡麻仁、牛蒡子、蔓荊子、枸杞子、防風、瓜蒌根、白蒺藜、苦參；再造散內有大黃、皂角刺、鬱金、白牽牛。
- 82 岳美中，〈關於祖國醫學麻風史事及其著作的敘述〉，《上海中醫藥雜誌》，1956：9，頁42。
- 83 傳統上，醫家所用之許多藥物均治在今天看來性質極不同的疾病，如劉完素所著《素問病機氣宜保命集》中之樺皮散、二聖散，《局方》的七聖丸、七宣丸，「皆治風壅邪熱，潤利大腸，中風、風癱、癘風、大便秘澀……」。劉完素，《素問病機氣宜保命集》，卷中，頁43-44。

素。而「癘」或「癩」的傳統主要病因是「蟲」。意味著「蟲」在這個病的病因論中更為重要。

另一方面，「傳染」這個觀念已模糊地出現。環境、生活起息習慣、飲食、道德行為等因素，也變得比以前更受重視，而且被認為與「風」不一定有關。因此我們漸看見醫者不一定把這個病列入「諸風」一卷中，而有時放在有關皮膚病的類別中。

在療法方面，傳統的灸法、汗法因金元醫生推崇《內經》而十分流行。更值得注意的是大風子的被納入藥方中，這個對瘡癬等惡性皮膚病頗有療效的藥物，應是當時大風病療方的一個突破。

與同時期歐洲與阿拉伯醫藥對麻風病的理解相比，中國醫家的特色在於不提這個病的遺傳及傳染途徑。13世紀以後，受阿拉伯醫學影響的歐洲醫家，開始強調麻風病的傳染性，更加加強了麻風病在基督宗教文化裡原有的極恐怖、極敗德的意義⁸⁴。西方社會也更堅持將麻風病人與世隔離⁸⁵。中國醫生雖然也要求病患戒房室，但原因並非為了防止把病傳染給別人，而是為了風邪不再入侵患者。社會雖然也給予癩病很強的道德意義，好比患病的主因之一是由於患者做了惡事而心不悔改，但是患者卻又可能因此懺悔而得福，可藉治療與修行而成仙。在文化意義上，癩疾在中國古代社會，沒有像西方基督教社會那樣極端地反面。

當然，從秦代對患癘者嚴厲的處分，到後來眾多癩病患者被家人棄置山中的例子看來，中國古代社會也有對癩病患者十分排斥的一面。但秦代對癘者處分的律例後代已不見，而且從直至宋元為止的資料看來，中國古代社會對癩病患者，並沒有如西方基督宗教社會一樣，對麻風病患者產生如此深遠的、集體性的恐懼。

84 雖然這個恐怖的意義主要來自中古時代對這個病名的錯誤翻譯(從阿拉伯語到拉丁語，此病名其實不應譯為lepra)。Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34:3, p. 326.

85 有關這個問題的詳細描寫，參看F. Bériac, *Des lépreux aux cagots* (Bordeaux: Fédération Historique du Sud-Ouest, 1990)，尤其第一、二兩章。

四、明清時代

大風癩病的概念在明清時代有重要的變化。而一直到近代，這個時期所建構出來的大風癩病概念，深深地影響著社會對這個病的反應。這幾百年間較具代表性的相關醫書，包括明代薛己(1487-1559)《瘍瘍機要》(1529)、沈之問的《解圍元藪》(1550)、龔廷賢(1538-1635)的《濟世全書》、張介賓(1563-1640)的《景岳全書》、清康熙年間祁坤的《外科大成》、盛清的《醫宗金鑑》(1724)，以及蕭曉亭在1796年撰成的《瘋門全書》(1836初版)。

(一)病癩與分類問題

在宋元時期漸被歸為一類的大風癩病，到了明清時期起了微妙的變化。變化主要有四：一、醫家對癩病的觀察比前代更為細微；二、癩病的傳染性進一步被強調；三、癩病清楚地被認為屬「外科」，而且皮膚麻木是主要病癥，「麻風」一詞也因而更普遍；四、麻風病被認為是嶺南地域的風土病。

1.大風與癩的新關係

沈之問的《解圍元藪》(1550)是主要重新提出大風與癩的基本分別的醫書。他說：

中古分為風癩二名，內駐曰風所感深，外著曰癩所感淺，風甚於癩，而癩輕於風。形氣、本源則一類也，又曰風入臟腑，久注脈絡數年之後，發於肌表，由漸而變癩，一傷人即發瘡穢，至見敗形，故風疾發遲死速，癩病發速而死遲，大害皆然。⁸⁶

稍後他又說：

⁸⁶ [明]沈之問，《解圍元藪》，收入裘慶元輯，《秘本醫學叢書》(上海：上海書店，1983景印《三三醫書》1924鉛印版)，冊8，卷1，頁3。

風癩一症，輕重之別耳，其害則一也。癩愈，形猶可復，風愈，元氣難全，癩死者少，風死者多。⁸⁷

綜合他這兩段話的意思，大概可以理出以下的解釋：一、大風與癩病雖是同一「本源」的病，但有輕重之別。大風病是較嚴重的，深入臟腑的，死亡率較高；癩是較輕、較表面的，主要的症狀是生瘡，死亡率較低。二、但如果人已患風病多年，深入臟腑的風從內發於外，出現生瘡等癩的症狀，此時患者離死期已不遠。所以有癩的病狀的患者，可能只是表面皮膚病的患者，但也可能是大風病末期的病人。

跟著他又提出有三十六種風病，十四種癩病。被列為三十六種風病之首是「大麻風」。

為甚麼沈之問會作這樣的分類？我認為可以有兩種解釋。第一，他確實觀察到大致上有兩大類輕重不同的所謂「大風癩」病，大風病最後有「癩」的病癥，但有「癩」病病狀的患者不一定是大風患者。他這個觀察類似今人將麻風病分為較嚴重的瘤型與類結節型。同時亦提示著自《內經》以來，傳統醫書裡的「大風」與「癩／癩」病，很可能確實是意指兩個不完全相同的疾病。沈之問的這個分類概念也見於稍後清代醫者註釋《內經》有關「癩風」一段，清張志聰(ca. 1619-1674)對「風寒客於脈而不去，名曰癩風，或名曰寒熱」做這樣的註解：

……有一種癩者……以致鼻柱敗壞皮膚癩瘍，此毒癩之甚者也。也有因風寒客於脈中，欠而不去或為紫雲白癩之癩……此為癩之輕者也。⁸⁸

將癩風分為輕重兩大類，是明清醫者基於《內經》而進一步發展出來的新詮釋，可說是重要的創新。

第二，沈之問的分類可能有另一解釋：他將其他一些有類似病徵的疾病納進

87 沈之問，《解園元藪》，收入裘慶元輯，《秘本醫學叢書》，冊8，卷1，頁22。

88 張隱菴集註，《黃帝內經素問集註》，卷5，〈風論篇第四十二〉，頁57。

「大風癘」的系統裡。有關此點，在《解圍元藪》裡我們可看到明確的證據：

江北燕冀呼癘為炮瘡，南人擬其名而曰楊梅瘡，又曰廣東瘡，蓋閩廣間有室女過癘，即生蟻蟲，發為惡瘡，穢毒極盛。⁸⁹

這裡他所提北人與南人所稱之「炮瘡」與「楊梅瘡」，實際上是另一種性病，當時稱為「霉瘡」，今人多認為就是梅毒。明代稍後的陳司成有《霉瘡秘錄》（1632）一書，專門談霉瘡。他這樣描寫這個病：

起自嶺南之地，致使蔓延通國……天厲時行，交媾斗精，氣相傳染，一感其毒，酷烈匪常……毒中腎經，始生下疳，繼而骨痛，唐標耳內、陰囊、頭頂、背脊，形如爛柿，名曰陽霉瘡……傳于心，發大瘡……移于肝，眉髮脫落，眼昏多淚，或齧爪甲，毒伏本經，作偏正頭痛，甚則目盲耳閉，或生嗣不壽，久則毒發囊穿……傳于脾，四肢發塊痛楚，或蛀爛腿拇。移于心，生瘡如痣，痛癢交作……移于肺，肌膚生癬如花，色紅紫，褪過即生白癩……毒中心經，唐標肩臂、兩手，紫黑酷似楊梅，俗以楊梅瘡名之。⁹⁰

他並且清楚指出這個病多在妓院相傳，特別強調其作為性病的特色。從他描寫霉瘡的各種病癥，不難理解為甚麼這個病容易被誤認為大風癘病：舉凡生惡瘡、眉髮脫落、目盲耳閉、四肢發塊、皮膚蛀爛、生紅白癩等等，無不與大風癘病相似。

沈之問明顯地認為俗名楊梅瘡之霉瘡應歸為「癘」之類，也使得他將「大風」與「癘」病作「輕重」之別而談。由於病癥上的類似，將大風癘疾與楊梅瘡病混同起來的做法，在歐洲中古後期也有。15世紀末開始，歐洲人特別注意梅毒（syphilis）這個對社會產生極大影響的惡疾，當時對此病的起源有各種解釋，包

89 張隱菴集註，《黃帝內經素問集註》，卷1，頁3。

90 [明]陳司成，《霉瘡秘錄》（北京：學苑出版社，1994影印1885年版），頁103-106。

括有人認為這是麻風(leprosy)的新種類，雖然醫學界普遍不接受這個看法⁹¹。

沈之問將大風癩病與楊梅瘡混為一談，並且還舉出嶺南地區室女過癩的習俗，實反映並加強了當時醫學界與社會對大風病的一種新的誤解。但是也可以說，楊梅瘡病在明清之際的嶺南地區的日漸增多，誘導醫者從一個新的角度去理解大風癩病，用一個新的分類法去處理此病。大風病從此被通俗社會視為一種性病，許多通俗文學、民間傳說以「過癩」為主題，將性、室女、死亡等恐怖、香艷的內容與大風病結而為一⁹²，事實是來自於楊梅瘡這個流行性病的影響⁹³。

不知是否基於此因，麻風在明清間似乎特別引起人的恐懼、厭惡感。張介賓這樣形容麻風症：

誠最惡、最危、最醜證也。⁹⁴

出版《瘋門全書》的袁世熙在1836年初版的序裡這樣描寫癩風：

疾病之最慘、最酷、最易傳染而不忍目睹者，曰瘟疫，曰癩瘋……患是疾者，戚里惡聞，骨肉遠避，痛苦之餘，求死不能，求生不得。

91 Claude Quétel, *History of Syphilis*, trans. by Judith Braddock and Brian Pike (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992), pp. 33-34.

92 有關大風病與過癩習俗，參看蔣竹山，〈明清華南地區有關癩瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》，90：4。

93 至於楊梅瘡起於何時，無論在歐洲或中國，至今仍無定論。有人堅持是歐洲人發現新大陸後從南美洲帶到歐洲，再傳到亞洲的。也有人認為較溫和的一種梅毒在古代社會已有。中國宋元時期的《嶺南衛生方》提到「楊梅瘡」病，並提出以輕粉治之。見注77。但有學者覺得仍沒有足夠確實的證據，證明真梅毒在明之前已有。有關討論，可參考Claude Quétel, *History of Syphilis*, pp. 33-49; A.W. Crosby, "The Early History of Syphilis," *American Anthropologist*, 71:2 (Washington, 1969), pp. 218-227; 楊國亮，〈我國十七世紀梅毒學家陳司成的貢獻〉，《中華皮膚科雜誌》，1956：4（南京），頁273-277。

94 [明]張介賓，《景岳全書》（上海：上海科學技術出版社，1991景印康熙岳峙樓刻本），卷34，頁590。

稍後又說：

染是疾者，夫妻兄弟子女離散，戚友避之，行道叱之，顛連無告。⁹⁵

前代醫書從來沒有用這類的字眼描述癘風症。似乎癘風病在明清期間成爲了比前代更受到社會排斥的疾病。這意味著癘風病的概念有了很大的轉變。

2. 「麻風」名詞的出現

大風癩病在明代開始有新的病名：大麻風。「麻風」這個名詞雖然在宋代已零星出現，但要到明代才開始普及⁹⁶。朱震亨的《丹溪心法》裡即曾有「麻風」一詞⁹⁷。但是這本著作其實是丹溪門人所輯，今見之版本最早爲成化十七年（1481）之程充本，而此版本是根據1450年代的已佚版本編輯而成⁹⁸。所以「麻風」很可能是15世紀的明人加入的字眼，特別是朱丹溪其他著作及自著書都不曾用「麻風」一詞。《普濟方》裡亦至少出現過兩次「大麻風」一詞⁹⁹，此書編者

95 [清]蕭曉亭，《瘋門全書》（1845粵東敬業堂重刻本），〈序〉，頁5上；卷上，頁4下。

96 一些零星的資料指出，麻風一詞在宋代已出現。如南宋末福建人陳藻有詩句「少小麻風今半愈，長成項疾喜全除」（見《樂軒集》，卷1，筆者感謝以前拙作一位不具名審查人所提供的這條有趣的史料），顯示「麻風」一詞在南宋已出現，但顯然仍不流行。同時這些資料極少，而且所指是否即後代的麻風病，並不明顯。明初以後，「麻風」一詞普及與其所指涉之疾病較可確定。蕭璠教授指出《太平聖惠方》裡，「麻風」一詞已出現過一次（卷24，頁17下），但蕭教授亦同意此書版本的年代成問題。

97 此書有兩方「治麻風，脈大而虛者」，及治麻風之「四物湯」等，見朱震亨，《丹溪心法》，卷4，頁369。

98 有關《丹溪心法》之版本問題，參看《丹溪醫集》編校說明，頁6；[日]丹波元胤，《中國醫籍考》，頁701-702引成化十七年程充序，按其序言，《心法》一書爲丹溪明初弟子所輯，最早刊於景泰期間，即1450年代，而程充本則是從「烏傷〔即義烏〕王允達先生」處所得之本，與「丹溪曾孫朱賢家藏的本」合而參考，並作了「正其誤」、「去繁冗」等修正的工作，所以《心法》所載用語，並不一定是丹溪當時之用語。

99 《普濟方》，卷109，頁30上「茵芋酒治大麻風疾」；卷109，頁31上「白殭蠶丸治大麻風」。兩方號稱源自宋代之《聖惠方》與《聖濟方》，而編者將病名改寫爲「大麻風」。此處感謝蕭璠教授的指出。

朱橚死於1425年，同樣是15世紀時人。因此可斷定此詞最晚應在15世紀已被採用，比一般認為張介賓是第一個提出此名詞的人的說法要早一個多世紀¹⁰⁰。

早於張介賓用「麻風」或「大麻風」一詞的還有薛己。他在《癘瘍機要》的中卷〈續治諸症〉中舉出許多癘瘍病的案例，其中幾個患瘡的病者被他認為其症「如大麻風」¹⁰¹，但可惜他在此書的正文中並沒有說明他所謂「大麻風」究竟何指。不過，「大麻風」一詞在16世紀明顯地已開始普遍。

明代專門討論風癩病的《解圍元藪》則將「大麻風」列為「三十六風」之最先：「夫大麻風者，乃諸風之長。」其他的「風」或名蛇皮風、脫跟風、魚鱗風，為不同皮膚病癢狀的所謂「風症」¹⁰²。

張介賓的確是清楚地認為癘風即大麻風的醫者：「癘風即大風也，又謂之癩風，俗又名謂大麻風。」¹⁰³同時也不將這個病列入「諸風」症中，而與「癩狂癩獸、癩閉、秘結、詐病」等病同列一卷。16世紀間，用麻風病一詞的醫者，除張介賓外，金元針灸名醫竇默(1196-1280)之後裔竇夢麟，也用在他所輯之外科書《瘡瘍經驗全書》(初版16世紀末)中。此書以「大麻風論」為標題討論「諸惡諸癩橫病」，並重複巢氏「八萬尸蟲共成人身」之論，有時候也稱此病為「大風麻癩」¹⁰⁴。此書只談瘡瘍等外科疾病，大麻風在16世紀時已明顯地不再被視為是與風絕對有關的病，而往往被列入外科一門。

這個將麻風或大麻風列入外科中的分類法到了清代即成定局。清初御醫、明季祁彪佳的後代祁坤所著《外科大成》(1665)裡，即以「大麻瘋」為標題描寫癘

100 這是麻風病史專家一貫的看法。岳美中，〈關於祖國醫學麻風史事及其著作的敘述〉，《上海中醫藥雜誌》，1956：9，頁43；俞慎初，《中國麻瘋病學》(上海：復興中醫社，1941)，頁6-8。引王吉民麻瘋名詞年代表。

101 [明]薛己，《癘瘍機要》，收入氏著，《薛氏醫案選》(北京：人民衛生出版社，1986)，上冊，頁33、41。

102 沈之問，《解圍元藪》，收入裘慶元輯，《秘本醫學叢書》，冊8，卷1，頁23-24。

103 張介賓，《景岳全書》，卷34，頁590。

104 [明]竇夢麟，《瘡瘍經驗全書》(康熙丁酉本[1697])。此書托名竇默撰，但四庫全書提要已指出是托名之作。丹波元胤，《中國醫籍考》，頁942。

風病¹⁰⁵，並說患此病者「必先麻木不仁」¹⁰⁶。後來清廷在乾隆七年(1742)編纂的，後來成為經典的醫學叢書《醫宗金鑑》，即主要參考了祁坤的《外科大成》以輯成其中之「外科心法要訣」(卷六一至七六)。卷七三以「大麻風」為首題討論各類皮膚疾病，並這樣說明病名的淵源：

此證古名癘風，癘風者有毒之風也，經云脈風成為癘……今人呼為大麻風。……其因名雖有三，總屬天地癘氣，感受不覺，未經發泄，積久而發，遍身麻木……。¹⁰⁷

在此卷緊接在大麻風之後即為「楊梅瘡」，但明顯地編者已將兩種病分而論之，分類概念比沈之間更為清楚。

嘉慶時代的蕭曉亭認為大麻風是當時人的叫法，同時指出「麻木」這個症狀對麻風病診斷的重要性：

癩瘋，古人名為癘風，又名惡疾，黑白癩，赤白癩，皆其類也。但癩瘋有麻木者少，癩瘋斷無不麻木者……癩瘋初起者，其手足必先麻木，而後皮膚傷潰。

在他處又說：

丹溪謂，麻木，乃癘疾之本，是也。¹⁰⁸

105 祁坤用「癩」而不用「風」一字，不知是否版本問題。目前筆者只見1957年上海衛生出版社之鉛印本，不知道康熙原刻本是否也是用「癩」字。祁坤，《外科大成》，頁314。

106 祁坤，《外科大成》，頁315。

107 [清]吳謙等編，《醫宗金鑑》(北京：人民衛生出版社，1990據1742年武英殿本排印)，下冊，卷73，頁376-377。

108 蕭曉亭，《癩門全書》，卷上，頁21上、6上。在卷上，頁4下，他曾說癘風「廣東人呼為大麻瘋」。至於丹溪之言，不知出自何書，也可能是蕭氏誤記。

換言之，他認為麻風病與許多有類似病狀的皮膚病的分別，在於是否皮膚麻木不仁。

無論如何，麻風漸成為大風癩病的通用名詞，可能反映了此時醫界普遍地認為皮膚麻木是這個病的最主要特徵。雖然《內經》也提到風入體內會引起衛氣凝結，而致使肉不仁，但卻沒有說出這個癢狀與大風或癩病的關係。《封診式》所提到的癩病各癢狀中亦無病人皮肉麻木這一項。葛洪是最早提出皮膚麻木不仁癢狀的人，但這個癢狀可能要到16世紀以後才真正成為醫家診斷的主要標準。同時由於這個診斷的標準，大麻風被清楚地列入外科中。

(二)病因

明清時期的醫家仍保留著部分傳統的麻風病因論。特別在保養失度這方面，並沒有新的看法。如醉臥露濕、縱慾、飲食不調、勞動血氣等因。如薛己說：

大抵此症，多有勞傷氣血，腠理不密，或醉後房勞沐浴，或登山涉水，外邪所乘，衛氣相搏，……。

或《醫宗金鑑》認為：

一因自不調攝，洗浴乘涼，希圖快意，或露臥當風……。¹⁰⁹

順著宋元以來醫家的概念，明以後醫者已不再強調「風」是主要病因¹¹⁰，而將麻風列入外科。這個概念上的改變，使得醫者對麻風病因的解釋，有了新的發明。

109 薛己，《癩瘍機要》，卷上，頁7；吳謙等編，《醫宗金鑑》，卷73，頁376。

110 雖然許多相關醫書的描寫，都會重提巢氏有關八方之風等的病因說，但往往已流於形式，並沒有新意，顯示出作者只是為了重述經典，並沒有詮述的意願或能力。

1. 「蟲」、「毒」與「傳染」

明代醫家進一步放棄「風」的因素，但仍堅持「蟲」的因素，遂發展出牽涉到「蟲」的新病因。張介賓這樣解釋麻風病：

雖然為風，而實非外感之風也，實以天地間陰厲濁惡之邪，或受風木之化，而風熱化蟲，或受濕毒於皮毛，而後及營衛，或犯不潔，或因傳染皆得生蟲。蓋蟲者，厥陰主之，厥陰為風木，主生五蟲也。蟲之生也，初不意，而漸久漸多，遂致不可解救。¹¹¹

他除了引用朱丹溪的天地間厲氣之說外，還提出產生蟲的外淫主要是風、熱、濕，而不再是《內經》以來所認為的「風、寒」。

張介賓對癘風的看法，其實深受薛己影響，《景岳全書》有關癘風一節大量引述薛己之言。薛己在《癘瘍機要》中也引朱丹溪的「天地肅殺之氣」論，及毒發上下身之別。但是他並沒有提蟲的因素，而用「毒」的觀念代替之：

若眉毛先落者毒在肺，面發紫泡者毒在肝，腳底先痛或穿者毒在腎，遍身如癬者毒在脾，目先損者毒在心。此五臟受症之重也。一曰皮死麻木不仁，二曰肉死針刺不痛，三曰血死爛潰，四曰筋死指脫，五曰骨死鼻柱壞，此五臟受傷之不可治也，若聲啞目盲，尤為難治。¹¹²

他雖然也提到「蟲」，但是他認為患癘瘍者不一定生蟲，他只說：

癘瘍生蟲者，五方風邪翕合，相火製金，木盛所化，內食五臟，而症見於外也。

111 張介賓，《景岳全書》，卷34，頁590。

112 薛己，《癘瘍機要》，卷上，頁7。

他並認為清邪之後「而蟲不生矣」¹¹³。清嘉慶間的蕭曉亭則用這樣的解釋去處理蟲的問題：

蟲乃肝經風熱所生。肝不受病則無蟲，謂瘋病無蟲固非，謂瘋病有蟲亦謬。¹¹⁴

簡而言之，明清醫者已無法全盤接受巢氏之蟲說，但是對蟲的存在仍半信半疑。

沈之問卻在蟲這個觀念上進一步發展出麻風病新的病因論，他舉出的風癘病五因之中有兩因是牽涉到「蟲」的，其一：

若父母素患惡疾，必精血有毒，交感於胚胎，傳至兒女，凡風勞病人皆有蟲於臟腑，代相稟受，傳染源流，故曰傳屍。¹¹⁵

其二、他稱之為氣穢蠱疰所犯，這一段以人與人之間的傳染為因，主要涉及起居上的衛生問題：

或對語言，而病人口內之毒氣衝於無病人之口鼻，直入五內，則發為病，又如惡疾人登廁之後，而虛弱人或空腹人隨相繼而固，則病人泄下穢毒之氣未散，衝上無病人口鼻，直入於臟腑……閩廣之間造成蛇蠱，符水魔癘之毒，最能害人，有患惡疾之人乍死，毒蟲皆從七孔出，一遇生人，則飛蠱潛伏為害……。¹¹⁶

換言之，他利用「蟲」的因素去說明遺傳與傳染的途徑。這個傳染的概念自古已

113 薛己，《癘瘍機要》，卷上，頁7-9。

114 蕭曉亭，《瘋門全書》，卷2，頁8上。

115 沈之問，《解圍元藪》，收入裘慶元輯，《秘本醫學叢書》，冊8，卷1，頁7。

116 沈之問，《解圍元藪》，收入裘慶元輯，《秘本醫學叢書》，冊8，卷1，頁9。

有，李建民曾為一文討論隋唐時代傳屍、尸注等傳染的概念¹¹⁷。而沈之問首先利用這個概念來解釋麻風病的傳染方式，他認為麻風病之所以會從一個患者傳到另一患者，除了父母經氣血傳至子女外，主要的是經由體內的毒蟲傳染。他有時用「毒氣」，有時用「毒蟲」，均是傳染的媒介。宋代陳言雖談到傳染，但並沒有如沈之問這樣具體地談到透過蟲而傳染的細節。

稍後蕭曉亭更進一步地談到麻風病的傳染。他也不以蟲為傳染之媒介，而以「精血交媾」概念來解釋透過性與生育的傳染：

父精母血，交媾成形……病在內者無不傳〔其子女〕，病在外者，間有不傳……至云瘋病無及子女者，則非也。精血交媾，夫妻豈有不傳，男傳女者少，女傳男者多。何則？女人因月水下而能洩其毒，故瘋病者少。或言婦人賣瘋之說，理亦可信。¹¹⁸

換言之，他認為麻風病之毒在可藉由男人的精與女人的血傳染。而女人患者較少（這個觀察與現代麻風病學的資料吻合）的原因是由於女人每月會排出經血，毒順勢被排出。同時基於這個概念，他認為室女過癩的習俗是有所根據的。

然而，明清醫家對癩病傳染性的理解與描述，必須分為兩種：邊緣醫者與主流醫家。上述如沈之問、蕭曉亭等屬邊緣醫者。我們除了知道他們是兩本有關麻風病醫書的作者外，對他們的生平所知極少。而薛己、《醫宗金鑑》的作者，則屬於主流醫家。主流醫家對癩病的傳染性多抱保留的態度。明初朱震亨的傳人及太醫劉純，對陳言所提「傳染」本持懷疑的態度：

若夫傳染之說，世或有之，雖因其一家，血脈飲食、居處氣味之相傳

117 Li Jianmin, "Contagion and its Consequences: the Problem of Death Pollution in Ancient China," paper presented at the 21st International Symposium on the Comparative History of Medicine, East and West. Mishima, September 1996.

118 蕭曉亭，《癩門全書》，卷上，頁9上。

者，本無內熱積毒，亦不能染也。¹¹⁹

明中期的薛己在有關癘瘍一書中並不提傳染的問題。而另一御醫龔廷賢對癩病的傳染性態度曖昧，他不直接點明的下列說法，其實抄自道教醫籍：

或在外不謹，糞坑、房室、床鋪衣被傳染。¹²⁰

乾隆時代《醫宗金鑑》基本上抄錄了龔廷賢的文字：

一因傳染，或遇生麻風之人，或父母夫妻家人遞相傳染。或在外不謹，或糞坑房室床鋪衣被不潔。¹²¹

至於具體上這個病是如何從一個人傳到另一人，蟲是否是媒介，則《醫宗金鑑》雖然後文再提到蟲，但蟲與傳染的關係就不再被追究了。

雖然主流醫家並不強調傳染，但也沒有為文駁斥此說。而邊緣醫者對麻風之傳染又著墨甚多，與通俗看法更為接近。令人毛骨聳然的毒蟲論、傳尸論，顯然進一步被強化與傳播，同時，新發展出來的傳染概念又依賴蟲論，或結合氣血之說漸為流傳。加上患癩者恐怖的外貌，楊梅瘡的普及化的混淆視聽，漸使得麻風病越來越令人害怕，而日漸受到更嚴重的排斥。

119 [明] 劉純，《玉機微義》，收入氏著，《劉純醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999），卷40，頁389。

120 [明] 龔廷賢，《濟世全書》，收入氏著，《龔廷賢醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999），卷8，頁1066。其實這一段引自明初道教醫籍《仙傳外科秘方》，收入胡道靜等選輯，《道藏要籍選刊》（上海：上海古籍出版社，1989），冊9，頁589-598。自宋以來，人傳人的傳染途徑解釋，先在道教典籍得到發揮，後漸為一般醫籍的作者抄錄、傳播，包括南宋《三因方》的作者陳言。相關討論，參見Angela Ki Che Leung, *Leprosy in China: A History* (New York: Columbia University Press 2009), Chapter 1.

121 吳謙等編，《醫宗金鑑》，卷73，頁376。

2. 環境與地域

元代的朱丹溪不以「風」，而以「酷烈暴悍可畏」的「天地間殺物之氣」，來形容產生癘病的環境。這個說法到了明清時代進一步具體化。許多醫生開始認為這個病是區域性的疾病，被認為最受影響的是南方地區。薛己說：「淮陽嶺南閩間多患之。」乃因為癘症是：「濕熱相火，血隨火化而致。」宋元之後，醫界已趨向認為導致癘風的外邪不是風寒，而是濕暑。明以來，廣粵地區漸被認為是麻風病的溫床，其中一個有趣的例子，是崇禎時代的《壽域神方》引唐代李肇《國史補》裡的一個常被引用來說明蛇酒治癩的傳說，謂：

李翱之弟入廣，因有大風瘡疾，土人謂惟蛇酒可療，食之數日，忽化爲水，惟毛髮存焉。蓋中國人稟受，與蠻夷氣候不同。

查《國史補》原文，並無「入廣」一節¹²²，完全是《壽域神方》編者主觀的誤錄。這個錯誤，充分顯示出明代人深深地認為麻風病是南方濕熱地區的風土病，同時蛇酒這種帶毒之藥只能配合在南方「蠻夷氣候」中生活的「土人」，明末的作者認為李翱之弟來自中原，體質不同，所以喝酒後即「化爲水」。

麻風流行於南蠻之地的地域觀念，到了清初已十分普遍，明清間醫生陳士鐸對麻風病與地域環境的看法類似，他稱此病為「瘡癘」：

瘡癘者，乃兩粵之氣郁蒸而變之者也。其氣皆熱而非寒……蓋大麻風純是熱毒之氣，裹於皮膚之間。¹²³

到了乾隆時期的《醫宗金鑑》也認為大麻風是南方的疾病：

122 金禮蒙等撰，《醫方類聚》，卷24，頁649；李肇，《國史補》（台北：新興書局，1977），卷上，頁8下，原文為：「李丹之弟患風疾。或說烏蛇酒可療，乃求黑蛇，生置甕中，醞以麴藥……引滿而飲之，斯須悉化爲水，惟毛髮存焉。」可見麻風病的地域概念是後來在明代發展出來的。

123 [清]陳士鐸，《石室秘錄》（北京：中國中醫藥出版社，1986），卷5，頁211。

一因風土所生，中國少有此證，惟煙瘴地面多有之。¹²⁴

《瘋門全書》則如許多同時期西方醫者一樣，認為近水的地域較多麻風：

蓋東南地卑，近水之處，此疾尤甚。天氣較炎也，地氣卑濕，濕熱相搏，乘人之虛。¹²⁵

如果清代醫者書中所說的「麻風」的確是真麻風的話，從近代的事實看來，麻風在南方地區最猖獗的這個說法，其實站不住腳。在中國，晚至1950年代初期，雖然廣東、福建兩省的確是其中最嚴重的疫區，但北方的山東，也同樣嚴重。其次如兩湖、西康、西藏、遼寧等是次多區域¹²⁶。在中國以外，19世紀晚期至20世紀初，北方的日本、西方的北歐、北美洲寒冷的中北部都是疫區。在歷史上，我們也看到大風、癘／癩病的患者主要是北方人，否則《內經》等醫書也不會以「風、寒」作為主要的外邪。因此明清醫家對麻風病地域性的觀察是有偏差的，這個偏差也可能是受了楊梅瘡傳播途徑的影響。換言之，他們觀察到惡瘡、「廣瘡」患者多在閩粵一帶，或從這裡傳播到其他地區，連帶地認為麻風病也限於南方「煙瘴」區。另一可能的解釋是，明清以來較注意這個疾病的醫家多是南方人，他們目光多集中在南方的風土病上，而無視北方的情形。事實上，宋元以前談癘風的醫書多引北方的案例，也與當時醫家多為北人，也住在北方有關。

不過，雖然醫者的觀察有所偏差，風土與疾病的關係，的確在明清時期受到較多的重視。風土成為主要病因，是此時期麻風病概念的重要發展。

3. 療法

雖然在病因方面有新的發展，但是療法概念仍然大致如前代，只有次要的變化。

124 吳謙等編，《醫宗金鑑》，卷73，頁376。

125 蕭曉亭，《瘋門全書》，卷上，頁5上。

126 尤家駿編著，《麻風病學概論》（上海：華東醫務生活社，1953），頁24-25，按1951年4月防疫專業會議的各省代表報告。

首先，此時醫者大致上已公認癘風病是極其複雜的病，不能只針對某個癥狀治理。薛己主要將癘症分爲本症、兼症、變症、類症等四種，每種療法稍異，他說：

治當辨本症、兼症、變症、類症、陰陽虛實而治焉。若妄投燥熱之類，膿水淋漓，則肝血愈燥，風熱愈熾，腎水愈傷，相火愈旺，反致敗症矣。

至於本症治法，他採取比較溫和的溫補治法：

不可概施攻毒之藥，當先助胃壯氣，使根本堅固，而後治其瘡可也。

他大致上仍然用張子和的汗法、朱丹溪以上身先發或下身先發爲別的治疗方法(即用大致毒性不高的醉仙散或再造散)¹²⁷。

沈之問的療法也是基於癘症的複雜性：

凡患風癩決非一種，或二三種者有之，甚至有四五種者……故治難以一定方藥，不能驟攻愈一症，而他症變駁，反見其勢凶也。¹²⁸

他三十六種風與十四種癩的分類法，主要也是爲了呈現療法的複雜性。

張介賓引用古書所用之方，與沈之問的藥方，其中仍看見毒性較強的藥，如砒礪、雄黃、大風子、蒼耳子、白花蛇等。但這些毒藥已漸多只在外敷皮膚的藥方中，主要治毒瘡，內服藥主要用無毒的藥。李時珍在提到大風子時即說：

大風油治瘡，有殺蟲劫毒之功，蓋不可多服，用之外塗，其功不可沒

127 薛己，《癘瘍機要》，卷上，頁7。

128 沈之問，《解圍元藪》，收入裘慶元輯，《秘本醫學叢書》，冊8，卷2，頁28。

也。¹²⁹

到了乾隆時代的《醫宗金鑑》，除了用丹溪之醉仙散與通天再造散外，有一、二方仍用蛇、蠍等毒物入藥，但已不見用雄黃、砒礪等毒藥。蕭曉亭則更直接地反對過分地用毒藥治癘：

癘雖惡疾，治之得法，即常用平和之藥，亦無不效。蛇蠍猶可用，至若砒礪、蜈蚣、斑蝥、輕粉之劑，病之極重者，不得已而用之，不可恃此以為常。¹³⁰

所謂「以毒攻毒」的治法，在明清時期已被視為「粗工」之技。

有關治療的概念，明清醫家與前代最不同之處，在於逐漸強調預防傳染。與此同時，也放棄了因癘成仙的可能性。

由於傳染成爲主要病因之一，而且傳染的途徑也被具體地描寫出來，明清醫生特別勸人在起居生活中謹慎以避禍。蕭曉亭的建議特別詳細：

大小便不同器，人皆知之。此外病人吃煙，亦宜避之，不病人吃煙，見病人亦避之。病人之尿，不可淋煙草，淋則吃者必生瘋病，此則人所不知。……不共用器，不同飲食，各房各床，儘力求治，寬以歲月，無不痊愈……若夫妻離棄之事，切莫勸解。¹³¹

換言之，他要人避開的是病人的排泄物、口氣、皮膚與衣物床鋪的接觸。

至於因癘成仙的信仰在明清間已破滅。雖然醫者仍然強調禁慾、禁食等，但是成仙的可能性已不再被提起。沈之問要人禁慾，主要是因爲如不禁慾，則服藥

129 李時珍，《本草綱目》，卷35，頁49。

130 蕭曉亭，《癩門全書》，卷上，頁11上。

131 蕭曉亭，《癩門全書》，卷上，頁11下。

無功效¹³²。他並沒有提到成仙的可能。而張介賓則說：

只宜清心寡慾絕色忘慮，幽隱林泉，屏棄世務早早救療，庶幾可活，稍不守禁每見愈而復作及致危，莫能再救。¹³³

在他眼裡，得了這個「最惡、最危、最醜」之疾，只能以隱逸、禁慾的生活保命、苟延殘喘，不能再妄想成仙。明以前醫者寫書的對象似仍以士大夫為主，所舉癘風病患不乏有名望之人。患者能修道成仙的說法是針對這個階層的人而寫的。到了明清時期，南方醫者似乎觀察到患麻風的人以下層貧人居多（這個觀察也符合現代麻風病研究的資料）。蕭曉亭說：

大凡染者多貧，藥餌難繼，或半痊而囊空，或痊後不戒食物，不守禁忌，或治之未盡……。¹³⁴

的確，貧窮的患者，實無法如古時候富裕的患者一般，遁入山林中過隱逸的生活。在明清南方的這個社會環境裡，道教思想對癘風病的影響，或癘病對道教思想的影響，已由於社會情況的變遷而蕩然無存。成仙這個美化的理想，已被麻風病最令人恐懼的一面所替代。

五、結論

從疾病分類概念的變化看來，我們實無法確定古醫書所說的大風、癘／癩病到麻風是否確實單獨指涉現代西方醫學所定義的真麻風(leprosy)，雖然明清以來有關麻風的描述，的確比較接近今人對這個病的了解。我們甚至不能確定這些不

132 沈之問，《解圍元藪》，收入裘慶元輯，《秘本醫學叢書》，冊8，卷2，頁29。

133 張介賓，《景岳全書》，卷34，頁594。

134 蕭曉亭，《瘋門全書》，卷上，頁7上。

同名詞所代表的疾病類別是完全相同的疾病類別。我們有更多的理由懷疑，這些疾病分類在悠長的歷史裡，曾有過重要的變化。《內經》所說的大風或癘，宋元時代的「大風癩」，或明代的麻風，並不一定指涉完全同樣的疾病。它們應有不同的、複雜的內容。

不過，從病癥、病因、療法概念的演變，可看出大風／癘／癩／麻風病的概念承傳關係。從「大風」發展到「麻風」的這一連串疾病類別，雖然在不同時代可能有不同的內容，但是其密切的關係，其一貫性，是明顯地有歷史軌跡可尋。

「大風—麻風」病的概念變化，部分是來自經典醫學思想的影響，但也明顯地受到各時代許多其他因素的影響，如道教思想、醫者與患者的社會背景、地域因素、新疾病等的影響。明清時代的沈之問、蕭曉亭等邊緣性醫者，就明顯地深受通俗疾病觀影響，他們將經典醫書裡的概念與通俗看法融為一體，把麻風病能透過性行為「傳染」等觀念普及化，是最鮮明的例子。疾病概念的形成，顯然不單是主流醫學知識的問題，更牽涉著複雜的社會文化因素。麻風病在這方面提供了一個很有趣的例子。本文就醫書裡的討論，對這個概念變化做一初步的描寫。下一步要做的，應該是這個或這類病所曾引起的各種社會反應。

本文原發表於《中央研究院歷史語言研究所集刊》，第70本第2分，台北，1999，頁399-440。

第九章

19世紀後期英國醫學界對中國痲瘋病情的調查研究

李尚仁(中央研究院歷史語言研究所副研究員)

本文探討19世紀後期英國醫學界對中國痲瘋病情的調查研究，並分析當時關於痲瘋病因和傳播方式的醫學爭論。自16世紀以來，痲瘋在歐洲大多數地區已消失無蹤。然而，19世紀隨著歐洲的帝國主義擴張以及勞動移民的增加，使得歐洲人接觸痲瘋病患的機會大增。19世紀初，歐洲醫界大致認為痲瘋是遺傳病，並不會對歐洲造成太大威脅。然而，1860年代在夏威夷出現多起痲瘋病例，使得西方再度出現對痲瘋的恐懼。由於夏威夷過去並沒有痲瘋病例，此一事件令不少人懷疑痲瘋可能會傳染，而且是由中國苦力帶入當地的。擁有龐大殖民地的英國政府相當注意夏威夷痲瘋事件，而這也促使了英國醫界加強海外的痲瘋研究。19世紀歐洲醫界認為中國是痲瘋主要盛行區域之一，許多來華的醫療傳教士以及在中國海關擔任醫官的英籍醫師，對痲瘋研究相當有興趣。1860年代和1870年代，大多數來華英國醫師認為痲瘋是遺傳病。儘管中國人普遍相信痲瘋會經由性行為傳染，英國醫師卻對此存疑。到了1890年代，痲瘋傳染說逐漸成為英國醫界的主流意見，也有越來越多的醫師認為中國移民將痲瘋散播到世界各地。英國醫師康德黎(Jame Cantlie)在香港行醫、教學多年，他獲得英國國家痲瘋基金會論文獎的研究著作，就是此一論點的重要代表。此外，康德黎也主張痲瘋會透過性行為傳染。本文指出，新興的細菌學說雖然促使英國醫界接受痲瘋傳染說，這段期間它在中國的痲瘋研究卻沒有扮演任何實質的角色。事實上，這些研究主要仍依賴舊式的疾病問卷調查，而這正是19世紀英國殖民科學與醫學常用的研究方法。本文進一步指出，英國痲瘋醫學研究之轉折、西方種族主義的高張，以及熱帶醫學的

專科化，有著密切的關係。

一、前言

歷史上麻瘋(leprosy)，長久以來一直和各種宗教迫害、文化成見糾結難解，若要探討疾病與社會、文化的關係，麻瘋的歷史無疑蘊含豐富的材料。麻瘋病患在西方受到強烈歧視的原因，可回溯至《舊約聖經》〈利未記〉第十三、十四章，記載「麻瘋」是種令上帝不悅的不潔之病。後世一些學者認為〈利未記〉翻譯發生錯誤，原文的zara`ath(或tsara`ath)係泛指不潔的皮膚病，卻被誤譯為lepraec(麻瘋)，為西方麻瘋病患的污名種下宗教根源¹。麻瘋的症狀容易與梅毒、莓疹病(yaws)乃至數種皮膚病混淆，正確診斷並不容易，史料記載的「麻瘋」是否就是現代醫學定義下的麻瘋，其實大有疑問²。中世紀麻瘋的真實身分在醫學界與史學界爭議不斷。早在19世紀末期，法國醫師暨歷史學者布黑(F. Buret)就發表異議，認為中世紀的麻瘋其實是梅毒³。部分學者還認為，由於當時常由神職人員鑑定麻瘋病患，誤診的可能性非常高。考古學者於丹麥涅斯特華德(Naestved)的St. Jorgens麻瘋病患墳場，挖掘出西元1250-1550年間下葬的屍體，遺骨經古病理學(paleopathology)檢驗，斷定死者生前患有麻瘋。然而，持反對

- 1 Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Science*, 34 (New York, 1979), pp. 314-333; J.N. Hays, *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History* (New Brunswick: Rutgers University Press, 1998), pp. 21-23; Sheldon Watts, *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism* (New Haven: Yale University Press, 1997), pp. 40-64. 中世紀對麻瘋病患的迫害，也可參見Carlo Ginzburg, *Ecstasies: Deciphering the Witches' Sabbath*, trans. by Raymond Rosenthal (London: Penguin, 1991), pp. 33-62.
- 2 近年麻瘋史的研究回顧，請參閱Ann G. Carmichael, "Leprosy," in Kenneth F. Kiple et al. eds., *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge: Cambridge University Press, 1993), pp. 834-839; J.N. Hays, *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History*, pp. 20-29.
- 3 Mark S. R. Jenner and Bertrand O. Taithe, "The Historiographical Body," in Roger Cooter and John V. Pickstone eds., *Medicine in the 20th Century* (Amsterdam: Howard Academic Publisher, 2000), pp. 187-200, on p. 188.

意見的學者認為，考古發掘只能證明此一疾病當時已存在歐洲，卻無法保證史料記載的「麻瘋」病例罹患的都是現代醫學定義下的麻瘋⁴。麻瘋的回溯診斷 (retrospective diagnosis) 仍舊問題重重。

19世紀西方醫學的麻瘋研究有許多重要的發展，支持不同學說的醫師，對於麻瘋病因有數種不同的看法與解釋，麻瘋的疾病分類學 (nosology) 研究也發生爭論，麻瘋如何傳播的問題更是爭議的焦點。挪威醫師韓生 (Gerhard Henrik Armauer Hansen) 於1873年發現麻瘋菌，為現代醫學的麻瘋知識奠立重要基礎。為紀念他的成就，醫界甚至將麻瘋改稱為 Hansen's disease⁵。然而，Hansen's disease 的致病細菌 *Mycobacterium leprae* 感染力甚弱，許多人對此細菌天生免疫，即使與麻瘋病患密切接觸也不會染病。因此，韓生的發現公諸於世之後，西方醫界對麻瘋是否會傳染仍爭議甚久。19世紀西方醫學對麻瘋的傳播途徑與疾病身分 (disease identity) 的研究與爭議，是個有待探討的醫學史議題。目前有關19世紀麻瘋病史的研究，主要集中在麻瘋遭到污名化 (stigmatization) 的過程，以及教會收容與治療麻瘋病患的慈善醫療措施⁶。澳洲、印度與美國等個別國家控制麻瘋

4 Ynez V. O'Neill, "Disease of the Middle Age," in Kenneth F. Kiple et al. eds., *The Cambridge World History of Human Disease*, pp. 270-279, on pp. 273-275. 對於此一辯論的討論，參閱 J.N. Hays, *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History*, pp. 20-29.

5 由於所謂「麻瘋」、「癩病」及英文的 "leprosy" 等名詞，在歷史上經常是一種污名，因此醫學界近來大多以 "Hansen's disease" 一詞來稱呼此一疾病。本文在歷史敘事上為避免時代錯亂 (anachronism) 之混淆，以依循當時之用語為原則，因此中文仍使用麻瘋與麻瘋病患，英文也仍沿用 "leprosy" 一詞。

6 關於麻瘋病污名化的歷史研究，參見 Zachary Gussow and George S. Tracy, "Stigma and the Leprosy Phenomenon: the Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries," *Bulletin of the History of Medicine*, 44 (Baltimore, 1970), pp. 425-449; Liora Navon, "Beggars, Metaphors, and Stigma: A Missing Link in the Social History of Leprosy," *Social History of Medicine*, 11 (Oxford, 1998), pp. 89-105. 關於麻瘋病與傳教醫學的關係，參見 Rita Smith Kipp, "The Evangelical Use of Leprosy," *Social Science and Medicine*, 39 (Oxford, 1994), pp. 165-178; Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control* (Boulder: Westview Press, 1989) 一書宣稱19世紀海外傳教士的負面報導，是造成麻瘋與種族歧視結合，以及強制隔離措施受到支持的重要因素，但有歷史學者對這點持相反意見，參見 Sanjiv Kakar, "Leprosy in India,

傳播的醫療衛生政策，尤其是痲瘋療養病院的設立以及病院管理措施，也有不少歷史研究⁷。殖民醫療體制對痲瘋病患的管制或隔離措施，如何建構出被殖民者的身分(identity)，以及被殖民者如何反抗這些措施等課題，近年也出現幾篇精采的殖民醫學史研究⁸。然而整體而言，關於19世紀西方醫學的痲瘋研究，目前的史學探討仍相當不足，即使受現代醫學推崇為痲瘋病因發現者的韓生，他的痲瘋研究經歷，以及他的學說被醫界接受的曲折過程，相關的歷史研究亦十分薄弱⁹。

19世紀中國被視為痲瘋主要盛行區域之一，然而西方醫學界在中國進行的痲瘋研究，目前仍是醫學史甚少觸及的領域。本文以英國醫學界對中國痲瘋病情的

(續)

1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine,” *Medical History*, 40 (London, 1996), pp. 215-230.

- 7 關於英殖印度的痲瘋政策，請參見Sanjiv Kakar, “Leprosy in India, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine,” *Medical History*, 40; Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement* (Basingstoke: Palgrave, 2002), pp. 36-60, 134-191;關於美國請參閱Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*; 關於澳洲則請參閱W.S. Davidson, *Havens of Refuge: a History of Leprosy in Western Australia* (West Perth: University of Western Australia Press, 1978); Suzanne Saunders, *A Suitable Island Site: Leprosy in the Northern Territory and the Channel Island Leprosarium, 1880-1955* (Darwin: Historical Society of the Northern Territory, 1989)。
- 8 Warwick Anderson, “Leprosy and Citizenship,” *Positions: East Asia cultures critique*, 6 (Durham, 1998), pp. 707-730; Sanjiv Kakar, “Medical Developments and Patient Unrest in the Leprosy Asylum, 1860-1940,” in Biswamoy Pati and Mark Harrison eds., *Health, Medicine and Empire: Perspectives on Colonial India* (London: Sangam Books, 2001), pp. 188-216; Megan Vaughan, “Without the Camp: Institutions and Identities in the Colonial History of Leprosy,” in *idem*, *Curing their Ills: Colonial Power and African Illness* (Cambridge: Polity Press, 1991), pp. 77-99.
- 9 關於韓生的學衛生涯，較為詳盡的歷史研究可參見T.M. Vogelsang, “Gerhard Henrik Armauer Hansen, 1841-1912: The Discoverer of the Leprosy Bacillus, His Life and His Work,” *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*, 46 (Lawrence, 1978), pp. 257-332. Shubhada S. Pandya簡短回顧了19世紀西方醫學關於痲瘋傳染方式的各種學說，請參見Shubhada S. Pandya, “Anti-Contagionism in Leprosy, 1844-1897,” *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*, 66 (Lawrence, 1998), pp. 374-384; Jane Buckingham則對英殖印度的痲瘋研究做了較詳盡的討論，請參見Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, pp. 7-35, 107-133.

調查研究為主題，探討19世紀中到19世紀末，來華英國醫師何以對同樣的疾病現象做出相當不同的觀察與解釋，並分析他們關於麻瘋病因和傳播方式的討論。本文以英國倫敦的皇家醫師院(The Royal College of Physicians)與英國來華醫師康德黎(Jame Cantlie, 1851-1926)分別於1860年代與1890年代進行的麻瘋研究為例，指出這兩篇報告對於麻瘋是否會傳染的問題，雖然看法南轅北轍，但使用的研究方法其實大同小異，兩者皆倚重英國殖民醫學、殖民科學乃至殖民行政管理所常使用的調查(surveys)研究方法。這兩篇報告呈現的醫學觀點轉變，則和歐美的帝國主義擴張活動、種族主義高張、排華風潮興起，以及熱帶醫學的專業化，有著密切關係¹⁰。本文並且討論來華英國醫師對於當地資訊(native information)與在地知識(local knowledge)的使用，分析他們如何透過對中國資料的不同詮釋，來支持其截然不同的麻瘋病因論與傳播學說。

二、19世紀西方醫學界對麻瘋傳播方式的探討

有關麻瘋的現代醫學知識濫觴於19世紀，然而確立麻瘋是細菌疾病的過程卻充滿曲折。歐洲在14世紀發生了史稱「黑死病」(the Black Death)的嚴重瘟疫(plague)之後，曾於中世紀造成大恐慌的麻瘋逐漸消退，到了16世紀幾乎完全銷聲匿跡，除了北歐之外罕見其蹤¹¹。19世紀前半，挪威是少數仍有本土麻瘋病例

10 19世紀麻瘋史涉及許多不同面向，本文限於篇幅只討論英國醫師對麻瘋病因與傳播方式的研究。19世紀來華的西方醫生有不少人從事麻瘋病患醫護工作，英國傳教醫師J.L. Maxwell 宣稱：「1867年在汕頭傳教醫院開設的麻瘋病患收容所，是〔西醫在中國〕最早的麻瘋患者照顧工作。」此後「這工作大多就落在傳教士手中」。請參見J.L. Maxwell, *Leprosy: A Practical Text-book for Use in China* (Shanghai, 1937), p. 3. 梁其姿在《中國麻瘋史》專著，對來華傳教士的麻瘋病患收容工作與中國麻瘋隔離制度的關係詳細討論，參見Angela Ki Che Leung, *Leprosy in China: a History* (New York: Columbia University Press, 2009), pp. 155-176.

11 麻瘋為何會在此時於歐洲消失，仍是疾病生物史研究中的一大爭議。有些研究疾病生物史的學者推測，由於14世紀開始侵犯歐洲的黑死病造成人口大量死亡，打斷了麻瘋病菌在人與人之間的傳染途徑。另外，也有學者認為結核病在這段期間成爲人群常見的疾病，而結核病的致病細菌(*Mycobacterium*

的歐洲國家，其癩瘋研究亦領先群倫。挪威醫師丹尼爾森(Daniel Cornelius Danielssen)和博克(William Boeck)，對柏根(Bergen)地區癩瘋病患進行有系統的研究。他們分析了兩百一十三名病人，發現其中88%有血緣關係。因此，他們認為癩瘋是遺傳病，而且有隔代遺傳(atavism)現象，有時疾病遺傳隔了一代、兩代甚至三代才出現。例如某人得病，子女安然無恙，但孫子或曾孫卻又罹患癩瘋。丹尼爾森和博克在1847年出版研究成果，隔年該書法譯本出版。由於其一手研究內容詳盡、資料豐富且觀察仔細，使得該書論點對當時歐洲醫學界產生很大影響。細胞病理學(cellular pathology)創建者之一的偉大病理學家維考(Rudolf Virchow)，宣稱此書是關於「癩瘋的現代生物學知識的濫觴」¹²。丹尼爾森和博克的學說，由於否認癩瘋傳染的可能，也減少了歐洲人對於癩瘋可能透過傳染散布而再度出現於歐洲的恐懼。

19世紀後期，癩瘋再度引起歐洲大眾的憂慮。這並不是因為癩瘋又在歐洲流行，而是歐洲的帝國主義擴張活動，使得海外歐洲人接觸癩瘋病患的機會大增。

(續)

tuberculosis)與癩瘋的致病細菌菌種接近，接觸過結核病的人對癩瘋菌的免疫力會提高，而導致癩瘋的消失。關於這個歷史假設的討論，參閱Kenneth F. Kiple et al. eds., *The Cambridge World History of Human Disease*, p. 3; Kenneth F. Kiple, "The History of Disease," in Roy Porter ed., *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 1996), pp. 16-51, on pp. 28, 37. McNeill則認為，黑死病導致的人口減少，還不至於導致癩瘋完全消失，「因為癩瘋在斯堪地維亞半島依舊存在，歐洲其他地方也有少許病例」。他也否認肺結核興起導致癩瘋減少，因為只有在人口密集的城鎮崛起之後，才會導致肺結核感染增加。但黑死病發生之後的歐洲，並沒有市鎮興起的現象。McNeill認為當時所謂「癩瘋」其實是梅毒病，「癩瘋」消失是因為螺旋體傳染途徑改變了，由接觸傳染改變為透過性行為傳染，結果原本的「癩瘋」(梅毒病)就變成了後來的梅毒。參見William H. McNeill, *Plagues and Peoples* (New York: Doubleday, 1977), pp. 154-156, 引文出自頁155。還有學者認為16世紀歐洲癩瘋病例大量減少，是因為當時醫師開始辨識出梅毒是個不同於癩瘋的疾病，之前原本會被診斷為癩瘋的病患，之後則會被診斷為梅毒，使得16世紀之後歐洲的癩瘋病例大減。Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, p. 8.

- 12 Daniel Cornelius Danielssen and William Boeck, *Traité de la spedalskhed ou des elephantiasis des Grecs* (Paris: J.B. Ballière, 1848); Shubhada S. Pandya, "Anti-Contagionism in Leprosy, 1844-1897," *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*, 66, p. 377.

麻瘋成爲殖民政府必須面對的醫療問題，而且殖民經濟活動往往導致勞動人口流動，爲數眾多的奴隸、苦力與契約勞工(indentured labour)離鄉背井，移居千里之外。這些廉價勞力主要來自亞洲與非洲，而麻瘋在其中一些區域原本就是風土病(endemic disease)。移民現象導致部分歐洲人擔心麻瘋是否會隨著這些流動人口四處散布，甚至傳到歐洲。加上當時種族主義高張，歐洲人普遍認爲有色人種衛生習慣不良、身體污穢不潔，使得他們更加懷疑移民會散播麻瘋¹³。原本沒有麻瘋病例的夏威夷，在1860年代出現多起麻瘋病例，在西方引起嚴重關注。這個事件也對麻瘋遺傳說構成很大挑戰，因爲遺傳說很難解釋爲何原本沒有麻瘋的區域，會突然出現許多新病例。這個事件不只再度導致西方醫界爭論麻瘋是否會傳染，也使得一般民眾害怕麻瘋可能傳入歐洲¹⁴。

在討論麻瘋傳播方式時，19世紀西方醫師提到「傳染」，所用的字是“contagious”，這個概念指的是「接觸傳染」，亦即透過人與人或人與物的直接接觸來傳染。當時並非所有學者都認爲接觸傳染原(contagion)是微生物，認爲傳染病病因是細菌等微生物反而是醫界少數派的主張。要到法國微生物學家巴斯德(Louis Pasteur)與德國細菌學家科霍(Robert Koch)崛起之後，細菌學說(germ theories)才日益受到重視。19世紀許多西方醫師認爲「感染原」是一種化學毒素或酵素，一旦接觸或吸入會導致血液敗壞，產生出更多的毒素而引起疾病。感染原也是一種「刺激因」(exciting cause)，會削弱病人的體質(constitution)，使得體質原本不佳的人生病。接觸傳染的疾病(contagious disease)既有別於遺傳疾病(hereditary disease)，也不同于瘴氣疾病(miasmatic disease)與瘧疾(malarial disease)。此外，當時對於“contagion”與“infection”也有清楚區別。後者類似今天的空氣傳染的概念，例如天花與麻疹等傳染力強、不需要緊密接觸就會染上的疾病，就被歸類爲“infectious disease”。「瘴氣疾病」通常指腐敗的動、植物與穢物

13 Sheldon Watts, *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism*, pp. 40-44, 64-83; Sanjiv Kakar, "Leprosy in India, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine," *Medical History*, 40.

14 關於夏威夷麻瘋病的歷史研究，參閱Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, pp. 85-110.

散發出惡臭毒素所導致的疾病。「瘧疾」主要指熱帶地區潮濕的腐植土或沖積土，在強烈太陽曝曬下散發出有害氣體，導致間歇發作的熱病(intermittent fever)。在19世紀的醫學理論中，這些名詞的意義與現代醫學的定義不盡相同，必須先釐清這些基本概念，才能了解當時西方醫界有關疾病傳播方式的爭論¹⁵。

在海外擁有大批殖民地的英國，對於麻瘋是否會透過接觸而傳染自是極為關切。這不只牽涉到殖民地居民的健康，也攸關麻瘋是否可能傳入英國本土。加勒比海溫涅島(Winward Island)的總督，建議英國政府對殖民地的麻瘋病情進行有系統的調查，英國政府因而在1862年委託皇家醫師院進行相關研究。

皇家醫師院向海外歐洲醫師與外交官發放問卷，詢問當地麻瘋病情與相關資訊。調查完成後，皇家醫師院認為沒有足夠證據顯示麻瘋會傳染。《麻瘋報告》指出：「全世界不同地方的觀察者見解一致，都相當反對麻瘋會傳染的看法。」《麻瘋報告》特別提出「就這點而言，麻瘋療養院工作人員經驗得來的證據，特別具有決定性」¹⁶。許多麻瘋療養院工作人員長年與麻瘋病患接觸，卻沒染病。皇家醫師院的調查委員會認為，這點足以證明麻瘋不會傳染。此外，該委員會發現「相關意見幾乎毫無異議地認為，麻瘋通常會遺傳」。然而，《麻瘋報告》還是審慎指出，有些病患身上「無法追查遺傳的傾向」，因為這些病例的家族病史無法找出麻瘋的先例。因此，「到底有多大比例的病例是遺傳而來，即使不是完全無法斷定，通常也極難斷定」。《麻瘋報告》結論還特別強調麻瘋會隔代遺傳¹⁷。就預防措施而言，皇家醫師院主張廢除任何會影響麻瘋病患權益的法律，反對隔離與拘禁病人，也不支持限制病人旅行遷徙¹⁸。換言之，皇家醫師院勞師動眾大舉進行麻瘋調查，最後得到的結論，卻無異於以丹尼爾森和博克為代表的

15 關於19世紀英國醫學疾病理論的研究甚多，可參考Christopher Hamlin, "Providence and Putrefaction: Victorian Sanitarians and the Natural Theology of Health and Disease," *Victorian Studies*, 28 (Bloomington, 1985), pp. 381-411; Margrate Pelling, *Cholera. Fever and English Medicine, 1825-1865* (Oxford: Oxford Univ. Press, 1978).

16 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy* (London: Eyre and Spottiswoode, 1867), p. lxxix.

17 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. lxxvii-lxxviii.

18 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. vi.

傳統主流學說。該份《癩瘋報告》的〈結論〉還在注釋中，大量摘譯與轉述丹尼爾森和博克的主要論點，並且大表贊同，視之為權威意見¹⁹。

皇家醫師院的調查所觸及的另一個重要議題，是癩瘋病是否是個獨立的疾病實體？或者它只是其他疾病所引起的症狀或併發症？當時有些醫師認為某些疾病和癩瘋密切相關，甚至認為它們其實是同一種疾病的不同症狀表現。象皮病與梅毒這兩種疾病就常和癩瘋混為一談。皇家醫師院的《癩瘋報告》指出：「許多觀察者，尤其是在印度的觀察者，認為癩瘋是梅毒的毒素所激發的，兩者是相關的疾病。」《癩瘋報告》還指出，由於「阿拉伯象皮病(Elephantiasis Arabum)(又稱『巴貝多腿』[Barbadoes Leg]或『交趾腿』[Cochin Leg])，和癩瘋常是同一個地方的風土病，有時兩種疾病還出現在同一個病人身上，因此有些人認為它們是相關的疾病」。然而，皇家醫師院調查之後認為癩瘋是獨立的疾病，與其他的疾病無關。《癩瘋報告》還特別引述丹尼爾森和博克的說法：「我們對癩瘋的描述顯示，它是個特殊的疾病，一旦完全發病，就不會和其他疾病混淆。」²⁰這一點是皇家醫師院的《癩瘋報告》最沒有爭議的部分，19世紀中期之後，癩瘋是個獨立的疾病實體，已經成為西方醫界主流共識了。

皇家醫師院認為癩瘋是遺傳病而非傳染病，代表了當時英國醫界的主流意見，而得到不少支持²¹。就連在印度對象皮病(elephantiasis)做出原創研究的路易斯(Timothy Richard Lewis, 1841-1886)與其同僚D·D·康寧漢(D. D. Cunningham, 1843-1914)，也支持癩瘋遺傳說而反對傳染說²²。然而這份《癩瘋報告》並沒有

19 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. lxiv-lxxiii.

20 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. lxviii-lxix, on p. lxix.

21 皇家醫師院《癩瘋報告》出版前後期間，英國出現不少支持遺傳說的論文，例如 Andrew Davidson, "An Account of Tubercular Leprosy in the Island of Madagascar," *Edinburgh Medical Journal*, 10 (Edinburgh, 1864), pp. 33-41, on pp. 37-38; Alexander Fiddes, "Observations on Tubercular and Anaesthetic Leprosy as They Occur in Jamaica," *Edinburgh Medical Journal*, 2 (Edinburgh, 1857), pp. 1061-1084, on p. 1064; J. Labonté, "Tubercular Leprosy [pt. I]," *Edinburgh Medical Journal*, 23 (Edinburgh, 1877-1878), pp. 224-228, on p. 228.

22 Timothy R. Lewis and D.D. Cunningham, *Leprosy in India: a Report* (Calcutta: Off. Super. Gov. Print, 1877), pp. 57-58, 71-72.

平息眾議，麻瘋的病因與傳染方式在英國醫界仍是爭議不休的議題。著名的皮膚科醫師福克斯(Tilbury Fox)在談到皇家醫師院的《麻瘋報告》時指出：

……許多寄回英國的報告，都是領事或其他非醫界人士寫的。這些報告必然包含主流觀點與人們的偏見，有些〔偏見〕還相當地驚人。由於沒有透過嚴格的醫學分析與批評來篩選事實，如此的來源必然含有相當程度的錯誤。這些錯誤又會滲透委員會的工作，使其失效。其實，他們所處理的〔材料〕在相當程度上等於是道聽塗說。²³

1873年在柏根麻瘋病院工作的挪威醫師韓生，宣稱找到了引起麻瘋的細菌，使得麻瘋傳染說聲勢大振²⁴。然而，韓生的發現也未能使爭議底定，因為英國醫界在1870年代尚未普遍接受細菌學說，許多醫師認為細菌學說太過簡化，忽略了環境其實在疾病發生過程中扮演了重要角色²⁵。之所以如此，並非全然因為英國醫界

23 Tilbury Fox, "Leprosy, Ancient and Modern; with Notes Taken during Recent Travel in the East," *Edinburgh Medical Journal*, 11 (Edinburgh, 1866), pp. 795-804, on p. 804.

24 韓生在柏根的上司正是以研究麻瘋病著名、提出麻瘋遺傳說且反對傳染說的丹尼爾森(Daniel Cornelius Danielssen)。韓生後來娶丹尼爾森的女兒為妻。韓生的學說與研究歷程牽涉廣泛，對其做詳細討論超出了本文的範圍，關於韓生的麻瘋病研究歷程，參見T.M. Vogelsang, "Hansen, Gerhard Henrik Armauer," in Charles C. Gillispie ed., *Dictionary of Scientific Biography*, Vol. VI (New York: Charles Scribner's Sons, 1972), pp. 101-103. 韓生對麻瘋菌最早的描述見Ole B. Bull and G.A. Hansen, *The Leprous Disease of the Eye* (Christiania: Albert Cammermeyer, 1873). 韓生進一步的麻瘋細菌學研究以及他對此理論的辯護，參閱G. Armauer Hansen, "On the Etiology of Leprosy," *British & Foreign Medico-Chirurgical Review*, 55 (London, 1875), pp. 459-489; G. Armauer Hansen and Carl Looft, *Leprosy in Its Clinical and Pathological Aspects*, trans. by Norman Walker (Bristol: John Wright, 1895).

25 James E. Strick, *Sparks of Life: Darwinism and the Victorian Debates over Spontaneous Generation* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2000), pp. 15, 129-156. 關於細菌學說在英國被接受的過程參見Christopher Lawrence and Richard Dixey, "Practising on Principle: Joseph Lister and the Germ Theories of Disease," in Christopher Lawrence ed., *Medical Theory, Surgical Practice: Studies in the History of Surgery* (London: Routledge, 1992), pp. 153-215; Michael Worboys, *Spreading Germs: Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900* (Cambridge: Cambridge University Press, 2000).

過於保守而無法接受新學說。在當時英國醫界對細菌學說激烈辯論中，「沒有任何研究者能明確區分不同的微生物，以確認某個特定疾病是由某種特定生物所引發的」²⁶。在這種情況下，光是宣布在顯微鏡下看到微生物出現在麻瘋病患的組織，並不足以讓醫學社群放棄接受已久的學說而改奉新說。

三、皇家醫師院與海關醫官在中國的麻瘋調查

夏威夷發現麻瘋病例時，西方醫界就有人認為，這是1850年代到當地甘蔗農場工作的中國苦力所引進的。檀香山的希樂布蘭德醫師(Dr. Hillabrand)聲稱：「在1859年以前，〔夏威夷〕諸島無人知道這種疾病……但之後當地人就認得此病，並稱之為『中國病』。」²⁷19世紀西方認為中國是麻瘋的主要來源之一，尤其視中國南方為麻瘋盛行區域²⁸。因此英國皇家醫師院進行麻瘋調查時，中國是個受到重視的區域。

來華英國醫師在回應皇家醫師院的問卷時，有些看法相當一致。他們指出，麻瘋主要盛行於中國南部，尤其是福建與廣東²⁹。病患大都是下階層的窮人，生活在低窪潮濕、臭氣沖天的地方。這些患者的食物不營養、不新鮮，甚至已經腐敗。他們「沒有足夠衣物來抵禦氣候的變化」，其污穢不乾淨的生活習慣又進一步造成疾病的惡化。此外，「生活習慣不檢、縱慾過度、性行為缺乏節制」都有害病情³⁰。上海的英國醫師詹姆斯·韓德森(James Henderson)的意見就很典型。

26 Terrie M. Romano, "The Cattle Plague of 1865 and the Reception of 'the Germ Theory' in Mid-Victorian Britain," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 52 (New York, 1997), pp. 51-80, on p. 75.

27 Robson Roose, *Leprosy and its Prevention: as Illustrated by Norwegian Experience* (London: H.K. Lewis, 1890), p. 19.

28 Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, p. 83.當時認為麻瘋在中國主要分布在長江以南，Robert Lieving在他書中就認為：「中國南方有大量人口感染此一疾病，然而揚子江以北就很少見。」Robert Lieving, *Elephantiasis Græcorum or True Leprosy* (London: Longmans, Green & Co., 1873), p. 37.

29 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. xiv.

30 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. lxvii.

他認為：「上海周圍三十里的鄉下都是平坦的沖積土，氣候潮濕令人體質鬆弛。鄉間交錯著水溝與運河，很多稻田積水甚多。」當地人也沒有將房子地板建高，來防止土地產生的瘴氣進入屋內。此外，「個人與居家環境都極度骯髒，各個階級大多數人都染有皮膚病」，但麻瘋病患「似乎只限於下階層的人」。詹姆斯·韓德森將麻瘋的病因歸咎於食物：「劣質、不足且烹調不良的食物是麻瘋的主因。這裡的主食是米和蔬菜，下階層的人則吃很多池塘與水溝中的小螃蟹。他們的葷食似乎都料理不良，而且他們很少用鹽。」³¹詹姆斯·韓德森對麻瘋病因的看法，基本上不脫18世紀以來新古典醫學(neo-classical medicine)與熱帶衛生學(tropical hygiene)的解釋架構，以環境因素與生活習慣來說明疾病的產生。

英國醫師認為膚色較暗的中國人，要比歐洲人更容易得到麻瘋。《麻瘋報告》〈結論〉宣稱：「在熱帶氣候，此一疾病出現在深色皮膚的人種遠多於出現在白人身上。」例如，印度各種族都易於染上麻瘋，歐洲人卻很少得病，但歐亞混血就較常得病³²。然而膚色深淺也非罹病難易的絕對指標，新加坡的回覆就指出：比起馬來人(Malays)和大雅人(Dyaks)，中國人更常得麻瘋³³。這些英國醫師對麻瘋傳播方式的看法較不一致，除了遺傳之外，也有醫師報導中國人相信麻瘋是在低窪潮濕的地帶自然發生的(spontaneously produced)。廣州的傳教醫師合信(Benjamin Hobson)論道，雖然他無法證明麻瘋是傳染病，但當地中國人相信它會傳染而對它充滿恐懼，「病患會被家人趕出，沒有人願意和他們住在一起或同桌吃飯」。合信形容「中國人就像猶太人一樣，視麻瘋為不潔的疾病、是一種報應……他們對麻瘋病患感到恐懼與噁心」³⁴。詹姆斯·韓德森卻說他在上海從未見到有人認為麻瘋病患會把疾病傳染給他人³⁵。英國醫師發現中國大多數地區不會隔離麻瘋病患，也不限制其行動，雖然有些地區設有收容所或麻瘋村，但卻沒有嚴格執行隔離³⁶。這些有關中國人對待麻瘋病患態度的報導不乏矛盾之處，

31 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. xxxiv, 78.

32 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. xxviii, lxvi.

33 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. xxxi.

34 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. xl, 76.

35 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. xlv.

36 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. xlvii.

除了報告者本身可能有觀察不周與帶有成見的問題之外，也有可能是因為中國幅員廣闊，各地對待痲瘋病患的態度有所差異³⁷。

在皇家醫師院的《痲瘋報告》刊行之後，來華英國醫師與官員對痲瘋病的研究興趣不減。掌管中國海關的總稅務司赫德(Robert Hart)還特別下令海關醫官，對痲瘋必須特別注意並詳加報告³⁸。因此海關醫官對痲瘋也做了不少觀察與研究。雖然大多數醫官的看法與皇家醫師院的結論無太大出入，然而也有部分醫官對《痲瘋報告》中的某些特定論點持不同意見。當時海關唯一的中國籍醫官是畢業於愛丁堡大學的黃寬，他雖然也觀察到歐洲人罹患痲瘋的比例遠低於中國人，然而他並沒有用膚色與種族因素來加以解釋，而認為這可能是因為歐洲人食用較多的肉類，使得他們的身體較為強健，不易感染痲瘋³⁹。

海關醫官對於痲瘋的傳播機制則做了詳細的討論。有些醫官發現當地中國人認為痲瘋極易傳染，而拒絕與痲瘋病患相處⁴⁰。日後有「熱帶醫學之父」美譽的萬巴德(Patrick Manson)，早年在廈門擔任海關醫官時，與其同僚穆勒(August Müller)發現痲瘋在廈門非常普遍，到他們醫院就診的病人有7%罹患此病。然而他們宣稱：「由於這個疾病是如此地普遍，以致於當地人並不覺得痲瘋病患噁心，反而和他們自在交往，視他們如常人。」⁴¹

雖然韓生對於痲瘋的細菌學研究引發不少討論，大多數來華英國醫師對其學

37 在清代內閣大庫的檔案記載中，痲瘋病患有的遭鄉人驅逐排斥，有人為家人收留，可見當時各地並沒有一致的處置方式。劉錚雲，〈中央研究院歷史語言研究所藏內閣大庫檔案中的疾病與醫療史料〉，《古今論衡》，4(台北，2000)，頁128-131；後收入本書，頁401-412。

38 在每一期《海關醫報》(Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs，以下簡稱Med. Rep.)的開頭都可看到赫德這道命令。

39 F. Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," *Med. Rep.*, 21 (Shanghai, 1881), pp. 41-47, on p. 43.

40 James H. McCartney, "Dr. James H. McCartney's Report on the Health of Chungking for the half year ended 31st March 1894," *Med. Rep.*, 47 (Shanghai, 1894), p. 4; F. Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," *Med. Rep.*, 21, p. 45.

41 August Müller and Patrick Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, pp. 10-23, on pp. 14, 23.

說仍然存疑。遲至1888年，山東煙台的醫官W·A·韓德森(W.A. Henderson)還表示：「近來麻瘋是否會透過接觸傳染的問題再度引起興趣，所有有機會研究此一主題的人，都有責任記錄他們的經驗。」他也看過不少麻瘋病人，但是他卻「找不到任何足以證明麻瘋會傳染的正面證據，也無法就此一疾病的傳播方式這個重大問題做任何闡明」。他無法「找到任何一個病例的傳染源頭」，當他詢問病人時，所得到的答案大都是「沒有任何家人得到這種疾病，通常村子裡也沒有其他人得到這個疾病」。W·A·韓德森因此認為麻瘋會傳染的可能性微乎其微，他的結論是：「如果它有傳染能力，那必然很輕微，而且是以特殊方式傳染的，還一定要在特別的情況下才能感染成功。」⁴²北京醫官德貞(John Dudgeon)則認為麻瘋病因不只一種，而是「有三個來源：氣候、傳染(infection)和營養缺乏」⁴³。

漢口海關醫官瑞德(A. G. Reid)對麻瘋特別注意觀察，他的報告討論了卡特(Henry Vandyke Carter)、維考以及雷考克(Thomas Laycock)等著名醫師關於麻瘋的重要見解，顯示他對相關文獻的熟悉。對韓生的麻瘋傳染說，瑞德也有所保留：「如果麻瘋是病人體內發展的一種特定傳染毒素，那麼不論它是種化學毒素或是種生物，我們都很難理解為什麼麻瘋並沒有在這個區域廣泛散播。這裡既沒有隔離麻瘋病患，也沒有強迫他們另外居住在特定的村落，他們甚至可以和親戚住在一起、與健康的人口混在一塊兒。」而且，根據「健康的當地人與麻瘋病患的證詞，麻瘋不會在不同家庭之間傳播，而只局限在一個家庭之中……」。有些麻瘋病患娶了健康的妻子，但瑞德從未發現這些女人染上麻瘋，病患的小孩也有不少人安然無恙。如果麻瘋會傳染的話，這些長期接觸病患的婦女與小孩應該早就得病了。此外，瑞德數度見到「健康的兄弟把麻瘋病患帶來診所，一問之下，發現兩人同住一間屋子已有二十年，甚至更久」。瑞德沒有完全排除麻瘋傳染的可能，他認為如果不是在「特定狀況」(certain circumstances)下發生了傳染，很

42 W.A. Henderson, "Dr. W.A. Henderson's Report on the Health of Chefoo for the year ended 31st December 1887," *Med. Rep.*, 35 (Shanghai, 1888), pp. 15-16.

43 John Dudgeon, "Dr. John Dudgeon's Report on the Health of Peking for the half year ended 30th September 1874," *Med. Rep.*, 9 (Shanghai, 1875), pp. 21-33, on p. 30.

難解釋麻瘋如何能散播到三明治島(Sandwich Islands)。然而，麻瘋在中國「已經是數世紀之久的風土病了，因此這個疾病顯然沒有透過傳染(infection)來大量傳播的趨勢」⁴⁴。

萬巴德與穆勒對麻瘋是否會傳染的問題同樣持審慎態度。他們看過的五十名麻瘋病患當中，「有十三個人將其疾病歸咎於遺傳，四人歸咎於感染，另外有五人曾經感染梅毒」。不過萬巴德與穆勒並不認為梅毒會引起麻瘋⁴⁵，這點他們和皇家醫師院的看法一致。萬巴德與穆勒認為麻瘋是一種遺傳病，雖然有人主張它是傳染病，但他們認為「在沒有直接的實驗或仔細收集廣泛的統計資料」之前，麻瘋到底會不會傳染實在「很難加以證明或否認」。他們主張任何關於「特定毒素」造成傳染的說法都必須考量「三個要素」，亦即「遭到感染的人、使得身體易遭感染的條件、引起感染的毒素」。萬巴德與穆勒認為就這三方面而言，當時的研究都還不夠完備，因此他們審慎地宣稱：「我們不主張麻瘋是種傳染病，而且我們認為相反的論點〔按：指麻瘋傳染說〕是根據不完整的數據草率達到的結論。」⁴⁶

七年後萬巴德進一步指出，有許多疾病的分類仍不確定，各家說法不一、分類方式時有變動，「這是因為我們對它們所呈現的現象了解還不夠，或是要證明它們的主要原因仍有困難，於是不論透過觀察或推理，都無法探知它們的祕密，從而對它們做出科學的分類。麻瘋就是這樣的疾病」。此時萬巴德的象皮病研究已有重大突破，他發現這個過去被認為是熱帶氣候所引起的疾病，其實是絲蟲感染所致，而且蚊子是絲蟲的中間宿主，在該疾病的傳播過程中扮演重要角色。萬巴德進而認為麻瘋的疾病現象和絲蟲病有類比之處，並懷疑麻瘋是否也是種寄生

44 A.G. Reid, "Dr. A.G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1875," *Med. Rep.*, 10 (Shanghai, 1876), pp. 46-52, esp. pp. 48-52, quotation on p. 52. 瑞德在這篇報告還反駁了Robert Lieving關於麻瘋很少出現在長江以北的說法，而指出湖北有不少麻瘋病例，*ibid.*, p. 52.

45 August Müller and Patrick Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, p. 23.

46 August Müller and Patrick Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, p. 23.

蟲疾病。萬巴德計劃對麻瘋病做進一步研究，希望「達成對麻瘋的科學分類 (scientific classification)，把它擺進疾病分類表 (nosological table) 中的正確位置」⁴⁷。雖然萬巴德後來的麻瘋研究沒有任何實質進展，但他仍然不願意貿然接受韓生的麻瘋細菌說。萬巴德認為在細菌學流行的時代，許多人都在找麻瘋菌，也都自以為找到了，然而他們所找到的到底是不是所謂的麻瘋菌，其實仍有疑點⁴⁸。

來華英國醫師對麻瘋的這些看法，以及他們對細菌學說的排拒，似乎顯示他們故步自封、缺乏科學概念，無法接受細菌學這個重要的新興科學。在某種程度上，這樣的印象也許不無道理，因為英國醫學界，尤其殖民地與海外的英國醫師，對當時細菌學的化約論 (reductionism) 取向持保守態度。傳統上，他們常以氣候因素來解釋疾病現象，而偏好整體論的環境醫學 (environmental medicine) 研究取向。前述來華英國醫師對於氣候、飲食、生活習慣與麻瘋的關係之看法，即是如此。相對之下，他們不太接受疾病是由特定微生物所導致的說法。這使得印度的英國醫師排斥法國醫師拉佛杭 (Alphonse Laveran) 提出的瘧原蟲導致瘧疾的說法，也使得他們比英國本土的醫師更晚接受科霍對於霍亂是由細菌所引起的看法⁴⁹。

然而這些英國醫師對細菌學說持保留態度並非毫無根據，而有其歷史因素與醫學理由。當時細菌學在醫界掀起一股熱潮，19世紀末許多研究者一窩蜂地想找出一些病因不明的「熱帶疾病」的致病細菌。當時就有許多醫師宣稱他們發現了「黃熱病細菌」或「瘧疾細菌」，卻旋即為後來的研究所駁斥⁵⁰。因此追隨細菌

47 Patrick Manson, "Further Observations on *Filaria Sanguinis Hominis*," *Med. Rep.*, 14 (Shanghai, 1878), pp. 14-16, on p. 14.

48 Patrick Manson, "Notes on Some Skin Diseases," *Med. Rep.*, 21, pp. 27-36, on p. 27.

49 Mark Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914* (Cambridge: Cambridge University Press, 1994), pp. 51-59, 110, 113-115; J.D. Issac, "D.D. Cunningham and the Aetiology of Cholera in British India, 1869-1897," *Medical History*, 42 (London, 1998), pp. 279-305.

50 François Delaporte, *The History of Yellow Fever: An Essay on the Birth of Tropical Medicine*, trans. Arthur Goldhammer (Cambridge, MA.: MIT Press, 1991); Margaret Warner, "Hunting the Yellow Fever Germ: the Principle of Etiological Proof in the

學說，不見得就代表「正確」或「科學」的研究方向。萬巴德其實相當重視微生物感染引起麻瘋的說法，在1877年2月他還設計了一套實驗，從麻瘋病人身上抽取膿汁，注射到雞蛋中，再以母雞孵蛋來培養麻瘋菌。然而，這個頗具巧思的實驗並沒有培養出麻瘋菌⁵¹。所以萬巴德對細菌引起麻瘋的說法之所以有所保留，是有經驗研究為依據的，絕非觀念保守或對細菌學無知所致。

來華的英國醫師對於麻瘋的發生機制也提出他們的解釋。漢口醫官瑞德認為麻瘋是種「變質」(degeneration)，或是「種族的體質變質」(physical degeneracy of the race)所促成的疾病⁵²。瑞德在此引用當時流行的「變質理論」(theory of degeneration)來解釋麻瘋的發生。此一學說有不同流派，各派說法細節有異。不過他們大致都認為變質的原因包括酗酒、沉溺惡習、缺乏道德節制與惡劣體質者混血，或是族群安逸生活太久，使得汰弱存強的進化機制失去作用，導致體質變質惡化，進而衍生出各種生理病態與心理變態。此一學說宣稱這種變質會遺傳給下一代，使不少人士憂心種族體質變質會導致亡國亡種，而在歐洲引起相當恐慌。變質理論的興起與19世紀歐洲種族主義、工業都市貧民健康惡化、演化論(theories of evolution)的崛起、大都市的犯罪問題，以及當時社會與政治秩序的動盪不安都有關係⁵³。

由於麻瘋在歐洲近乎絕跡，但在海外殖民地卻仍常見，瑞德這種說法似乎認為麻瘋盛行區域的種族，如中國人、印度人等，有體質變質的現象。他認為麻瘋這種「變質」會遺傳給下一代的看法，也頗類似於當時部分法國醫師擔心遺傳性梅毒(hereditary syphilis)會透過遺傳造成種族體質變質，導致人口數量與品質降

(續)——

Late Nineteenth-Century America," *Bulletin of the History of Medicine*, 59 (Baltimore, 1985), pp. 361-382; Michael Worboys, "From Miasma to Germs: Malaria 1850-1879," *Parasitologia*, 36 (1994), pp. 61-68.

51 Philip H. Manson-Bahr, *Patrick Manson: the Father of Tropical Medicine* (London: Thomas Nelson and Sons, 1962), pp. 44-45.

52 A.G. Reid, "Dr. A.G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, pp. 44-60, on p. 57.

53 關於19世紀歐洲的變質學說請參閱Daniel Pick, *Faces of Degeneration: A European Disorder, c.1848-c.1918* (Cambridge: Cambridge University Press, 1989).

低而使法國國家衰敗的見解⁵⁴。不過兩者最大的差異在於，這些歐洲醫師認為梅毒這種疾病是造成種族體質變質的原因之一，而瑞德則認為中國人的癩瘋是種族體質變質的結果。不過瑞德倒沒有認定這種種族體質變質的原因是酗酒或現代都會生活等因素所引起的，他認為由於癩瘋「這種變質出現在各種的氣候、土壤、飲食與不同種族身上，因此不能歸因於其中任何一種特定因素發生缺陷」。罹患癩瘋是由於「過分的冷、熱與潮濕的氣候，排水不良或產生瘴氣的土壤，瘧疾造成的貧血，以及不健康的習慣」等數種因素交雜的「不利組合」(unfavourable conjunction)所促成的⁵⁵。

由上述英國醫師關於癩瘋病因與傳播方式的討論，可以看出他們的疾病概念不只與現代細菌學的傳染病概念大異其趣，和現代醫學的遺傳病概念也有相當分歧。英國醫學史學者安德魯·康寧漢(Andrew Cunningham)指出，在歐洲近代早期(early modern period)，「疾病不只沒有特定的致病因子(a specific causal agent)，甚至可能會有『混合』(mixed)的疾病，疾病在病程中也有可能轉變成另一種疾病」⁵⁶。19世紀英國醫學雖已不再認為癩瘋可以和其他疾病「混合」，然而許多英國醫師仍沒有「特定致病因子」的概念。因此某些來華英國醫師認為癩瘋既會遺傳也會傳染，病因更包含了環境、氣候、飲食與生活習慣等多重因素。

更重要的是，前引W·A·韓德森的論點，點出了在細菌學與實驗室醫學(laboratory medicine)成為醫界主流之前，19世紀流行病學研究的特色與限制。正如醫學史學者威廉·科曼(William Coleman)所指出，19世紀中期的流行病學已經有能力確認傳染病的傳播方式，但前提是研究對象必須是該地區新發生的疾

54 Claude Quélet, *History of Syphilis*, trans. by J. Braddock and B. Pike (Cambridge: Polity Press, 1990), pp. 6, 103-105, 166-167, 206.

55 A.G. Reid, "Dr. A.G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, p. 57.

56 Andrew Cunningham, "Transforming Plague: the Laboratory and the Identity of Infectious Disease" in Andrew Cunningham and Perry Williams eds., *The Laboratory Revolution in Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 1992), pp. 209-244, on p. 223.

病，而且必須找得到最早的罹病者，如此則可藉由病案追蹤(case tracing)的手法，透過追查前後罹病者的關係，來辨識出疾病的傳播方式。倘若疾病在此區域已傳播一段時日，或是找不到最早的病人，那就難以斷定疾病的傳播方式。疾病的病因則超出當時流行病學研究能力範圍，若加以探討，往往會使得研究者陷入混淆不清的困境⁵⁷。麻瘋在中國存在時間久遠，19世紀的英國醫師要在中國透過流行病學調查的方式來找出其傳播方式，可說是難上加難了。

四、性行爲、生殖與麻瘋的傳播

來華英國醫師的麻瘋研究焦點之一，是性和麻瘋傳播之間的關係。一方面，這是由於麻瘋遺傳說在西方醫學界的影響力與爭議性，因此必須調查麻瘋病患的性行爲、生育狀況以及病患下一代的罹病情形，來釐清此一議題。另一方面，當時西方醫界對於麻瘋是否像梅毒等性病一般是透過性行爲傳染的，也有所討論與爭議。中世紀以來就有麻瘋病患性慾特強的說法，到了19世紀此一看法仍然引起醫界不少爭論⁵⁸。19世紀下半，在美國醫學界有關中國人將麻瘋傳染給白人的討論中，「由於遺傳與性都被視為疾病傳播的來源，對麻瘋的恐懼就混雜了關於異族通婚與通姦的幻想」⁵⁹。在這樣的醫學背景之下，毋怪乎來華英國醫師會對中

57 William Coleman, *Yellow Fever in the North: the Method of Early Epidemiology* (Madison: University of Wisconsin Press, 1987).

58 歐洲中世紀關於麻瘋透過性行爲傳染以及病患性慾增強現象的討論，請參見 Stephen R. Ell, "Blood and Sexuality in Medieval Leprosy," *Jamus*, 71 (Amsterdam, 1984), pp. 153-164, esp. pp. 158-161. 19世紀英國醫師對此一题目的討論可參見 Alexander Fiddes, "Observations on Tubercular and Anaesthetic Leprosy as They Occur in Jamaica," *Edinburgh Medical Journal*, 2, p. 1066. J. Webster在觀察了西班牙格拉那達(Granada)的麻瘋病院之後，認為病患確實出現「無法滿足的性慾」(*libido inexplibilis*)的現象。參見Anon, "Report of Society, Royal Medical and Chirurgical Society. Tuesday, January 10, 1860," *Medical Times and Gazette*, 1 (1860), pp. 75-76, on p. 75. Robert Sim則反對此一說法，而指出麻瘋初期患者之所以表現得很好色，是因為他們在病院中過著無所事事的生活。Robert Sim, "The Leprosy of Hebrews," *Medical Times and Gazette*, 1, pp. 362-364, on p. 363.

59 Nayan Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's China Town* (Berkeley: Univ. of California Press, 2001), pp. 99-102, on p. 100.

國麻瘋病患的婚姻、性行為與生育狀況進行調查，試圖釐清麻瘋是否會透過性行為傳染給對方，或是透過生育遺傳給下一代。

在皇家醫師院的《麻瘋報告》中，合信提到中國人相信男女麻瘋病患結婚，疾病遺傳不過三代，第四代的子孫就健康無事了⁶⁰。萬巴德與穆勒觀察到廈門「允許麻瘋病患彼此婚配，但是禁止麻瘋病患與沒有麻瘋的人結婚。中國人堅信此一疾病的遺傳性質，但主張如果麻瘋病患只和麻瘋病患結婚，到了第三、四代就會絕後，或許正是因為如此而允許他們結婚。如果麻瘋病患與沒有麻瘋的人結婚，他們就會保持生殖能力以及傳播此病的能力」⁶¹。黃寬的說法稍有不同。他在廣東同樣觀察到麻瘋病患與沒有麻瘋的人不通婚。麻瘋病患結婚，幾乎所有的子女都會染上麻瘋，但下一代的疾病會比較輕微。結果「在第三代子孫身上就難看出這疾病，他們幾乎與常人完全無異，或許唯一的差別是他們的臉色較為蒼白」。到了第四代，人們就認為「和他們結婚很安全，雖然很少有人這樣做」。黃寬到過兩個麻瘋村，裡面不少人看不出與健康的人有任何差別。黃寬認為如果麻瘋病患只與麻瘋病患結婚，「這疾病會自然地走向滅絕」⁶²。

瑞德針對麻瘋的遺傳現象做了一番研究，令他深感慶幸的是大多數麻瘋病患是男性，而且大都已喪失性能力。瑞德宣稱：「只有初期與症狀輕微的病患，才能藉著遺傳子孫來傳播麻瘋。那些在青春期之前就有明顯症狀的病患，生殖器官都未能發育成熟……此外，即使是在青春期之後才發病的病人，他們的性功能不只削弱，而且大多很快就遭到摧毀。這是人類的大幸。」換言之，大多數男性麻瘋病患在還沒能生出下一代而將毒素藉遺傳傳播下去之前，就已經喪失了生殖能力。此外，瑞德說中國習俗支持妻子拋棄罹患麻瘋的丈夫。這些因素都限制了麻瘋的傳播⁶³。對瑞德而言，男性麻瘋病患喪失性能力是人類的福祉，因為這使得他們無法繁衍子孫，也就無從將疾病傳給後代，而大有助於減少麻瘋的傳播。

60 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. xl.

61 August Müller and Patrick Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, p. 14.

62 F. Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," *Med. Rep.*, 21, p. 44.

63 A.G. Reid, "Dr. A.G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, p. 56.

在調查麻瘋病患的生育狀況與麻瘋遺傳現象時，來華的英國醫師也注意到麻瘋的罹患率和性別有所關聯。女性較少罹患麻瘋。詹姆斯·韓德森在回答皇家醫師院的問卷時說，他在上海診療過七十五名麻瘋病人，其中只有四名是女性。皇家醫師院的《麻瘋報告》也說「一般相信」麻瘋好犯男性，但它警告說這樣的觀察可能有所誤導，因為女性一般較少拋頭露面，即使染病也比較不願意承認。《麻瘋報告》指出西印度群島的一些麻瘋療養院，男女病人人數比例是一樣的。它也引用挪威柏根的聖喬治醫院的由1841-1846六年的病患數據，顯示男女比例相當⁶⁴。漢口醫官瑞德則警告說，雖然較少見到女性感染麻瘋，但這並不表示她們在麻瘋的傳播過程沒有起任何作用。他認為「雖然相對而言女性常免於外在症狀，但她們仍能將『軟弱而易遭感染的體質』遺傳給下一代男性」⁶⁵。擔任上海海關醫官同時也是《海關醫報》主編的詹明森(Alexander Jamieson)，觀察到一旦女性感染了麻瘋，其生殖系統必然受影響，而出現月經不正常的現象⁶⁶。英國醫師並沒有因為較少見到婦女感染麻瘋，而有所輕忽。他們探討麻瘋是否會透過性行為傳染時，就特別注意女性可能扮演的傳播角色。

在研究性行為與麻瘋傳播的關係時，英國醫師發現中國人大都相信麻瘋會透過性行為傳播。在答覆皇家醫師院的調查時，香港的英國醫師宣稱：「中國人認定它若不是藉由遺傳傳播，就是藉由性行為傳播」。「中國〔人〕對這種災殃的恐懼，必定對其淫蕩濫交的行為產生很大衝擊，進而對人們的道德行為有很大的影響。」這種說法意指麻瘋引發的恐懼，對中國人的淫亂行徑起了節制作用，從而改善了他們的道德行為。皇家醫師院的《麻瘋報告》也提到所謂的「過癩」(selling the leprosy)，亦即女人試圖藉由性交來拋掉身上的麻瘋毒素。皇家醫師院認為此說不足採信，而在〈結論〉中指出「即使麻瘋會由性交傳染，也是極少發生」⁶⁷。也有英國醫師認為中國人的麻瘋民俗觀念，反而造成他們的淫蕩行

64 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. lxvi.

65 A.G. Reid, "Dr. A.G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, p. 56.

66 Alexander Jamieson, "Dr. Alexander Jamieson's Report on the Health of Shanghai for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, pp. 33-43, on p. 43.

67 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. 73, 77, lxix.

爲。萬巴德與穆勒報導，廈門的中醫師推薦女性病患「三到四年的賣淫療程」，認爲這對病情很有助益。因此當地中醫師相信年輕女人若染上麻瘋，要比老女人來得容易治癒。萬巴德與穆勒並未對「過癩」傳播麻瘋是否屬實置評，但是他們認爲這種療法「荒謬」⁶⁸。

英國醫學文獻關於「過癩」說法最詳盡的記載，出自廣州的海關醫官黃寬。由於黃寬是廣東人，具有當地文化背景，他對「過癩」一說知之甚詳並不令人驚訝。有些醫師認爲麻瘋不會透過性行爲傳染，黃寬對此頗不以爲然，認爲對這種說法要「極爲小心」⁶⁹。他指出在廣東：「當地人相信，麻瘋病患的妻子即使沒有任何染病的跡象，也能把麻瘋傳染給和她發生性行爲的男人。」然而黃寬卻直斥「過癩」能治麻瘋的說法爲無稽之談，他並不認爲女人可以藉由與男人性交來治癒自己的麻瘋，所謂「感染輕微麻瘋的女人可以透過性行爲把毒素拋給男人……是絕對錯誤的想法」。然而，黃寬相信確實有婦女爲了「過癩」而淫蕩濫交。他宣稱這種民俗信念導致「那些自認染上麻瘋的女人最普遍也最惡毒的行爲，她們試圖藉著秘密且免費的賣淫，來去除身上的毒素」。由於沒有人會去碰染有麻瘋的女人，因此只有那些外表還未呈現出症狀的女人才能做這種事。黃寬說：「據說這些女人的面容比較蒼白，沒有一般人健康紅潤的臉色，然而不細心是看不出這種症狀的。在天色昏暗的黃昏或清晨，她們獨自喬裝外出勾引男人。我們可以斷定這種女人若不是麻瘋病患的妻子，就是自以爲已經染上麻瘋。」⁷⁰

黃寬認爲性行爲雖不能治癒女性的麻瘋，卻能傳染麻瘋。他承認他的「證據仍有缺陷，因爲很少找到如此散播麻瘋的女人」。換言之，雖然許多人言之鑿鑿，實際上卻找不到從事過癩的女人。然而，黃寬見到許多「目擊證人」，宣稱

68 這是萬巴德與穆勒提到的當地醫師「噁心而荒謬」的治療方法之一，其他的療法包括「讓病人躺在剛被宰殺、內臟已取出的公牛腹中一兩個小時」，或是食用「適當方式烹煮料理過的人類胎盤」（有可能指服用紫河車），參見August Müller and Patrick Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, p. 14.

69 F. Wong, "Dr. F. Wong's Report on the Health of Canton for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, p. 71.

70 F. Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," *Med. Rep.*, 21, p. 46.

他們的親戚朋友因過癩而感染麻瘋。他總共蒐集記錄了六個這樣的病例，這些都是可靠的熟人告訴他的。以下就是其中一個例子，這個病例是黃寬的中醫朋友告訴他的：

……病人受雇於一家米店，有一天他送米到一棟大宅，對方沒有像慣常那樣叫他把米放在進門處，反而叫他送進一間內室。在那裡一名非常漂亮的女子對他百般勾引。他離去時突然撞見一個麻瘋病患，而大吃一驚。那人對他說：「你做了什麼？」「你以為好運會憑空而降嗎？」「你會變得跟我一樣！」一個半月之後他就得了麻瘋。病人是在向我朋友求醫時講出這段經歷。病人不會無緣無故說出這種事，因為平常人隱瞞這種事都來不及了。我最近聽說這人的麻瘋已經很嚴重了。⁷¹

黃寬完全相信「這些證人所言屬實」，他的結論是「性行為是此疾病的傳播方式之一，否則很難解釋為何許多環境良好而且沒有任何家人感染麻瘋的人，會染上這個疾病」。然而並非和麻瘋病患發生性行為都會染病，婚姻內的性行為就不會。黃寬宣稱「常觀察到的是夫妻有一方染上麻瘋，且雙方同住多年，卻沒有傳染給另一方」。雖然這也有少數的例外⁷²。瑞德也宣稱在漢口沒有看到夫妻皆染上麻瘋的例子⁷³。

關於性行為是否會傳染麻瘋的問題以及「過癩」傳說，這些醫師的研究興趣有其醫學時代背景。一直到20世紀初，在非洲殖民地還有許多英國醫師認為，麻瘋和梅毒是相關的疾病，會透過性行為傳染，而當地麻瘋的盛行和土著的淫蕩雜交、道德敗壞有關⁷⁴。類似的說法，也可見諸19世紀有些美國醫師關於中國移民

71 F. Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," *Med. Rep.*, 21, p. 47.

72 F. Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," *Med. Rep.*, 21, pp. 41, 46-47.

73 A.G. Reid, "Dr. A.G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," *Med. Rep.*, 2, p. 56.

74 Megan Vaughan, "Without the Camp: Institutions and Identities in the Colonial History of Leprosy," in idem, *Curing their Ills: Colonial Power and African Illness*, p. 82.

傳播麻瘋的說法⁷⁵。有些主張限制移民的美國醫師，就把梅毒、麻瘋與中國移民連結起來。例如，加州就有美國醫師認為，在華人麻瘋病患身上一定可以驗出梅毒。甚至還有醫師認為，麻瘋其實是中國人代代相傳的梅毒⁷⁶。19世紀下半一些印度的英國醫師，也認為麻瘋和道德敗壞、淫蕩習性有關⁷⁷。在英語界醫療文獻充斥這類說法的情況下，無怪乎來華英國醫師會注意當地的過癩傳說。例如對廈門地區過癩說法有所記錄、對英殖印度醫學文獻也相當熟悉的萬巴德就認為，當地的皮膚病種類繁多，原因之一在於「梅毒與麻瘋對體質的影響(diathetic influence)」，而且他認為「梅毒在廈門極為常見……惡名昭彰的敗德行為差不多存在於所有的階級，幾乎把它帶進了每個家庭。麻瘋也同樣地牢牢抓住這裡的人……」⁷⁸。

來華英國醫師關於性行為傳染麻瘋的記錄與討論有一個重要特色，就是他們的資訊全都來自當地中國人的口頭轉述，而非來自臨床病例或親身觀察。這些西醫，甚至包括黃寬在內，也沒有找到任何從事「過癩」的女子。雖然中國醫學文獻也記載了過癩之說，例如清嘉慶年間蕭曉亭所著的醫書《瘋門全書》就宣稱：「或言婦人賣瘋之說，理亦可信。又言土地所產，室女亦必賣瘋，則終身不患此病，而所賣之人則生瘋。」⁷⁹不過「過癩」說法還是最常出自筆記小說，而具有濃厚的民間傳奇色彩⁸⁰。此說其實介於民俗傳說、虛構故事與傳統中醫理論之間的模糊地帶。到底這些西醫與他們的中國報告人(informants)，談的是不是同一種疾病，實難以確認。中國人黃寬所記錄的六個病例，其內容與敘事結構幾乎和筆記小說的類似故事完全相同，顯示黃寬對「過癩」的看法，深受傳統信念的影

75 Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, pp. 124-125.

76 Nayan Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's China Town*, pp. 97-104.

77 Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, p. 29.

78 Patrick Manson, "Notes on Some Skin Diseases," *Med. Rep.*, 21, p. 27.

79 [清]蕭曉亭，《瘋門全書》(粵東敬業堂重刻本，1845)，卷上，頁9。

80 蔣竹山，〈明清華南地區有關麻瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》，90：4(台北，1995)，頁182-192；胡萬川，〈蛇酒與麻瘋女的故事〉，收入清華大學中文系編，《小說戲曲研究》，第三集(台北：聯經出版公司，1990)，頁35-58。

響。

正如梁其姿所指出，在中國醫學史上所謂「大風」、「麻風」、「癩」、「癩」等疾病，雖然常被後人視為今日的「麻瘋」(leprosy)，然而不同時代的醫書中，這些疾病名稱往往有不同的概念內涵，我們甚至無法確定這些病名在歷代醫書中是否都指稱同一種疾病，遑論斷言它們就是今天的麻瘋。明清時代「癩」往往與「楊梅瘡」混為一談，所指涉的可能是梅毒。今日難以斷定這些記載中的疾病，到底對應現代醫學定義下的那種疾病⁸¹。不同的醫學體系與疾病理論，往往對疾病現象有截然不同的分類、認識和因應方式。這使得19世紀來華英國醫師對麻瘋的病因、傳播方式，以及是否採信中國醫學的描述與當地中國人的說法，持相當分歧的立場⁸²。

81 梁其姿，〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，70：2（台北，1999），頁399-437；後收入本書，頁269-311。麻瘋與梅毒的症狀類似，兩者鑑別診斷不易。19世紀西方醫師常混淆兩者而誤診，有些醫師甚至認為麻瘋是第四期梅毒。Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, p. 95.

82 關於歷史學家該如何面對傳統中醫與現代西醫在疾病分類上的分歧，Paul Unschuld主張Hansen's disease是「真實的疾病分類單位」(real nosological unit)，而過去傳統中國醫學理論則是處理此一真實疾病單位的不同典範(paradigm)。Paul Unschuld, "Traditional Chinese Medical Theory and Real Nosological Units: the Case of Hansen's Disease," *Medical Anthropology Quarterly*, 17:1 (Washington, 1985), pp. 5-8. 在我看來Unschuld這套預設不只沒有必要而且有問題：他承認中醫討論的「症狀」指涉的可能是今天許多種不同的疾病，但又矛盾地堅持中醫有關「風」、「癩」的記載，是在描述Hansen's disease。Unschuld的論點忽略了細菌學等所謂的現代科學學科的知識生產需要一系列的「實作」(practices)，像是儀器標準化、人員教育訓練、理論修正……等等，才有可能存在。從醫學史的角度來看，疾病分類單位和這些條件是分不開的。歷史學家不應該把疾病分類單位與這些因素分割開來，將「疾病分類單位」視為非歷史的實體。此外，現代醫學的疾病分類單位也不時隨著新的研究而修正改變。把這些單位視為永恆不變的實體，並不吻合現代科學的實況。更重要的是，現代醫學診斷主要的根據是臨床身體檢查與實驗室儀器檢驗，而不會根據病人的書面資料來隔空診病。關於疾病分類史的討論，參見Steven J. Peitzman, "From Bright's Disease to End-Stage Renal Disease" in Charles E. Rosenberg and Janet Golden eds., *Framing Disease: Studies in Cultural History* (New Brunswick: Rutgers University Press, 1992), pp. 50-82; Christopher Lawrence, "'Definite and Material': Coronary Thrombosis and Cardiologists in the 1920s," in Charles E. Rosenberg and Janet Golden

當時一些英國醫師注意到中、西醫學疾病分類系統大不相同，而建議對當地蒐集的資訊要小心處理。皇家醫師院的《癩瘋報告》指出，「這個國家〔中國〕很鬆散地使用癩瘋一詞」。《癩瘋報告》諷刺地說：「中國人聲稱可以辨別三十六種癩瘋，卻把癩瘋與苔癬、牛皮癬、疥瘡等皮膚病混為一談。」⁸³ W·A·韓德森則表示中國病人的說法不足採信：「要由到我們醫院就診的這個階級的人取得資訊，當然有特殊的困難。最後我被迫下的結論是：我只相信那些我能透過檢查來證實的說法。」W·A·韓德森鄙夷地說：「要決定這個困難的問題，文明國家(civilized countries)癩瘋病院的病人說法會比較有價值。」⁸⁴ 換言之，W·A·韓德森認為中國不是個文明的國家，當地人關於癩瘋的說法不足採信。同樣地，前文已經談到不少英國醫師對「過癩」說法存疑或不予採信，而黃寬認為「過癩」確有其事的看法，則與他的英籍同僚迥異。這點固然可以用黃寬的中國人文化背景來解釋，然而下一節的討論會指出，不論背景、受醫學教育的年代，或醫學見解等方面都與黃寬大不相同的康德黎，也認為「過癩」確有其事，但是兩者對此一「事實」的意義與重要性，卻又有極為不同的詮釋。對照黃寬、康德黎以及拒絕採信「過癩說」的英國醫師的論點，更能看出醫學理論與社會立場，如何影響他們對當地資訊的評價與解釋。

(續)

eds., *Framing Disease: Studies in Cultural History*, pp. 3-19.

83 The Roayl College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. xiv, 75. 中醫確實有三十六種風病的說法，梁其姿指出此說最早的記載似乎是明代沈之問的《解園元藪》(1550)，該書將宋、元時常混為一談的大風和癩病加以區別，分成十四種癩病和三十六種風病。梁其姿還指出，沈之問這個說法淵源，還可追溯至更早的巢元方(550-630)所著之《諸病源候論》，該書區分出三十二種風病與十二種癩病。請參見梁其姿，〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，70：2，頁407-410、420-423；後收入本書，頁269-311。《癩門全書》也認為癩瘋有三十六種，並加以列舉說明，參見蕭曉亭，《癩門全書》，卷上，頁12-18。

84 Henderson, "Dr. W.A. Henderson's Report on the Health of Chefoo for the year ended 31st December 1887," *Med. Rep.*, 35, p. 16.

五、種族主義、細菌學說與康德黎的麻瘋研究

到了1890年代，英國醫界對於麻瘋是否會傳染的看法發生改變，不少醫師開始接受麻瘋傳染說，不再認為它是遺傳病。這種轉變的主因之一是細菌學逐漸為醫學界所接受。英國著名外科醫師李斯德(Joseph Lister)大力宣揚巴斯德的微生物學說，並且發展出一套滅菌措施，以減少手術感染引起的併發症，引起醫界很大的迴響。透過多年不懈的努力，李斯德及其追隨者終於使英國醫界接納其細菌感染說。另一方面，生物學家赫胥黎(T.H. Huxley)與物理學家亭道(John Tyndall)等達爾文演化論的支持者，也大力宣揚細菌學說。這些達爾文主義者推崇巴斯德的學說為當代實驗科學的代表，而支持細菌學就成為他們推展科學專業化(professionalization of science)的重要策略之一⁸⁵。儘管此時還沒有任何細菌學家做出符合柯霍氏準則的研究，證明韓生發現的細菌就是麻瘋的致病細菌⁸⁶，然而在細菌學崛起的大勢所趨下，韓生關於麻瘋是由細菌傳染引起的說法，在英國獲得越來越多的支持。例如辛恩(George Thin)這位在皮膚科具有權威地位的醫師，此時也堅決主張麻瘋會傳染。他還認為麻瘋的傳染性質和天花或是麻疹不同，反而和梅毒與結核病一樣。因為麻瘋與後兩者一樣，都是在與病人密切接觸下才會感染，其傳染力不像前兩者那麼強。此外，辛恩也反駁麻瘋是遺傳疾病的說法⁸⁷。

85 Michael Worboys, *Spreading Germs: Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900*; Christopher Lawrence and Richard Dixey, "Practising on Principle: Joseph Lister and the Germ Theories of Disease," in Christopher Lawrence ed., *Medical Theory, Surgical Practice: Studies in the History of Surgery*.

86 韓生嘗試將麻瘋細菌接種到兔子等實驗動物身上，但都失敗。他曾將一名感染 tubercular form 麻瘋病患的組織，接種到另一名感染 nodular form 的女病人眼睛上，看能否成功造成感染。結果實驗沒有成功。由於他在未得到病人同意的情況下做此實驗，導致他在柏根麻瘋病院的職位於1880年5月遭到解除。然而由於他的學術地位與醫界的支持，他仍擔任主管挪威全國麻瘋政策的職務。T.M. Vogelsang, "Hansen, Gerhard Henrik Armauer," in Charles C. Gillispie ed., *Dictionary of Scientific Biography*, Vol. VI, p. 102.

87 George Thin, *Leprosy* (London: Percival, 1891), pp. 136-166, on p. 136. 他對遺傳說

在細菌學於西方醫學界逐漸取得權威時，發生了一件引起西方新聞界與醫界極度重視的戲劇性事件，結果不僅導致西方社會對麻瘋的恐懼大為提高，也使得許多人轉而相信麻瘋是一種傳染疾病。在夏威夷出現麻瘋之後，比利時神父達米安(Father Damien de Veusteur)志願前往夏威夷專供麻瘋病患隔離居住的小島，從事照料病患的慈善工作，結果自己後來也得了麻瘋。達米安神父對此甘之如飴，他公開宣布自己成為麻瘋病患的一員，並且和他們共同生活。1889年達米安神父死於麻瘋。這位神父原本是要犧牲自我來照顧麻瘋病患，其行動卻引起強大的反效果。媒體大幅報導他的罹病與死亡，成為麻瘋會傳染而且對歐洲人構成同樣威脅的最佳例證與有力宣傳。這個事件強化了許多西方人對麻瘋病患的排斥，也引起醫界與一般民眾對於麻瘋在歐洲重新流行的疑慮。擁有龐大海外殖民地的英國，不只報紙對此事件大加渲染報導，而且還由威爾斯王子領銜成立「國家麻瘋基金會」(National Leprosy Fund)，來支持麻瘋的調查研究⁸⁸。

達米安神父之死引起的喧騰，一方面使得英國醫界重新評估麻瘋傳染說，一方面也使得一般民眾關心麻瘋傳播的危險。此時已有醫師寫作通俗醫學書籍，大力宣揚麻瘋的傳染威脅，例如魯斯醫師(Robson Roose)所寫的麻瘋手冊就斷然宣稱，「麻瘋是由特定細菌所引起的」、「麻瘋是一種傳染病」⁸⁹。甚至也有非醫界人士撰寫文章與書籍宣揚這樣的觀念，亨利·賴特(Henry P. Wright)這位英國牧師的著作就是最顯著的代表。賴特寫了不少通俗文章宣傳麻瘋傳染的危險，並且認為亞洲的移民可能會將麻瘋傳入英國，而稱之為「帝國的危險」(an imperial danger)⁹⁰。

(續)——

的反駁見前引書，pp. 167-172.

88 Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, pp. 103-113.

89 Robson Roose, *Leprosy and its Prevention: as Illustrated by Norwegian Experience*, pp. 48-68, on pp. 48, 54. Roose這本書只是整理他人研究成果而缺乏原創性，相關批評，參見Anon, "Review of Leprosy and its Prevention, as Illustrated by Norwegian Experience, by Robson Roose," *Edinburgh Medical Journal*, 36 (Edinburgh, 1890-1891), p. 259.

90 Henry P. Wright, *Leprosy: an Imperial Danger* (London: J. & A. Churchill, 1889); *Leprosy and Segregation* (London: Parker, 1885).

賴特大力鼓吹嚴格檢查亞洲的移民，並且主張限制他們進入英國。他在書中宣稱：「中國的麻瘋病患多到不可勝數。我們可以說，就麻瘋病患占人口的比率而言，中國與緬甸是全世界最高的。」⁹¹關於中國移民散布麻瘋的危險，賴特引用澳洲報紙 *The Townsville Herald* 在1888年12月29日的報導為例：

我們小心防範〔外來的〕狗會把狂犬病帶進國內，我們卻沒有防範中國墾民(Chinese colonists)會引進和散播麻瘋。後者對澳洲人命的威脅要比前者大得多了，而且麻瘋是比狂犬病更為可怕的疾病。一般都知道中國佬(Chinaman)遠比其他人更常罹患麻瘋，而且疾病通常會先出現在他們的手上。我們也知道麻瘋是透過接觸傳染的。然而我們卻心平氣和地容忍下階級的中國佬叫賣蔬菜水果，而且很少人在吃「約翰」〔按：指中國人〕親手交給他們的蘋果或橘子之前，會花功夫先洗這些水果。我們坦白希望北昆士蘭的蔬果生產與行銷，由中國人轉移到歐洲人手上。白種墾民可以種植蔬果並由此獲利。事實上，中國人是透過他們低廉的行銷能力來壟斷這行農業的。如果沒有中國攤販的話，居民就會到蔬果雜貨店或市區市場採購。⁹²

由這些報導與信件可以看出，澳洲白人對麻瘋的恐懼結合了對中國移民增加的疑慮。中國人在蔬果販賣行業的競爭力，更引起了部分澳洲白人的妒恨。中國人會傳染麻瘋的說法，就成了這些種族主義者鼓吹歧視與隔離中國人並剝奪其生計的理由。而這類報導卻成了賴特主張中國移民可能傳染麻瘋而應嚴加管制的依據。美國的情形則和澳洲相當類似。古索(Zachary Gussow)的研究指出，當夏威夷發生麻瘋時，有不少美國人認為是中國苦力將麻瘋引進該地的。此後對麻瘋的恐懼更與美國的種族主義、排華風潮結合在一起，麻瘋則被認為是「黃禍」的一部分⁹³。近年來已有不少殖民醫學史的研究指出，這種將疾病與其他種族連結在一

91 Henry P. Wright, *Leprosy: an Imperial Danger*, p. 8.

92 Henry P. Wright, *Leprosy: an Imperial Danger*, pp. 95-96.

93 Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic*

起，以貶低其他種族，從而正當化歐洲帝國主義的壓迫與歧視，是殖民主義常見的現象⁹⁴。在19世紀英國，科學、醫學與通俗論述之間藩籬並不嚴整，彼此援引、相互滲透的現象相當普遍⁹⁵。這點在海外的癩瘋調查研究特別明顯，因為不論康德黎或英國皇家醫師院的研究，都依賴不少海外非醫界人士來提供他們當地的癩瘋資訊。在這樣的狀況下，探討英國醫學界在1880年代之後對於癩瘋傳染說的想法轉向，不只要將此一轉折放在西方醫學疾病理論內部學說的演變脈絡來分析，也必須將19世紀後半歐美各國對有色人種移民的排斥，以及科學與醫學在種族歧視中所扮演的角色等社會、文化因素納入考量⁹⁶。

「國家癩瘋基金會」以設獎徵文的方式來鼓勵癩瘋醫學研究，而康德黎的得獎論文，就是西方對癩瘋傳染問題看法轉向的代表作之一。康德黎是萬巴德在亞伯丁大學(Aberdeen University)醫學校的學弟，當萬巴德由廈門轉往香港發展，

(續)

Disease Control; Zachary Gussow and George S. Tracy, "Stigma and the Leprosy Phenomenon: the Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries," *Bulletin of the History of Medicine*, 44.

- 94 關於這一主題的研究參見Mark Harrison, *Climates and Constitutions: Health, Race, Environment and British Imperialism in India, 1600-1850* (New Delhi: Oxford University Press, 1999); Waltraud Ernst and Bernard Harris eds., *Race, Science and Medicine, 1700-1960* (London: Routledge, 1999).
- 95 關於19世紀後期英國醫學理論與社會、文化因素的互相滲透與援引，目前已有不少歷史研究。關於宗教和經濟思想與當時英國傳染病理論的密切關係，請參見Christopher Hamlin的重要研究。Christopher Hamlin, "Providence and Putrefaction: Victorian Sanitarians and the Natural Theology of Health and Disease," *Victorian Studies*, 28; "Politics and Germ Theories of Disease in Victorian Britain: the Metropolitan Water Commission of 1867-9 and 1892-3," in Roy MacLeod ed., *Government and Expertise: Specialists, Administrators and Professionals, 1860-1919* (Cambridge: Cambridge University Press, 1989), pp. 110-127.即使在細菌學興起之後，宗教、政治與文化因素仍在細菌學說的內部辯論中扮演重要角色，參見James E. Strick, *Sparks of Life: Darwinism and the Victorian Debates over Spontaneous Generation*.
- 96 關於疾病、醫療與移民歧視的歷史研究，參見Lara Marks and Michael Worboys eds., *Migrants, Minorities and Health: Historical and Contemporary Studies* (London: Routledge, 1997); Alan M. Kraut, *Silent Travelers: Germs, Genes, and the "Immigrant Menace"* (New York: Basic Books, 1994). 關於19、20世紀美國醫學論述如何將中國移民「病態化」，參見Nayan Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's China Town* 一書豐富而細膩的討論。

並且在香港創辦醫學校之後，便聘請康德黎任教。從1887-1896年，康德黎在香港工作了近九年的時間。在華人世界，康德黎以身為孫文的老師以及「倫敦蒙難」時的營救者而知名⁹⁷。

康德黎對麻瘋的研究興趣還早於「國家麻瘋基金會」的成立，他在1890年出版了一篇香港麻瘋病情的研究報告⁹⁸。康德黎反對麻瘋遺傳說，他指出有個病人七十歲時才得病，如果麻瘋是遺傳而來的話，那潛伏期豈不高達七十年？康德黎認為這是不可能的⁹⁹。康德黎並不確定麻瘋會不會透過人與人的接觸來傳染。他認為即使會如此傳染，也只有有在「長期密切接觸」(prolonged intimate contact)的情況下才會發生。此外康德黎還認為麻瘋也可以透過接種(inoculation)的方式傳染，因為已經有醫師用罪犯做實驗，證明了這一點¹⁰⁰。康德黎最感興趣的是所謂「住屋感染」(house infection)理論，他認為麻瘋感染常發生在同住在一個屋子裡的人，這些人都長期暴露在相同的環境影響之下。他甚至認為《舊約聖經》〈利未記〉對這樣的傳染方式早就有所記載了。然而，他並沒有找到支持此一理論的確切證據，因此他呼籲醫學界對此多加調查研究¹⁰¹。康德黎的房屋感染論顯示他雖然認為麻瘋病患會傳染麻瘋，但傳染途徑並不是直接經由接觸傳染，而是長期透過特定環境的中介而傳染。康德黎這套說法和細菌學說其實有一段距離，這顯示18世紀以來對殖民醫學影響深遠的環境醫學理論，仍相當程度地形塑了康德黎對麻瘋病因和傳播途徑的思考¹⁰²。康德黎屢次引用《舊約聖經》〈利未記〉來佐證此一說法，更突顯了在他學說論證推演過程中，醫學與非醫學論述

97 康德黎在1873年於亞伯丁大學取得醫學士學位。萬巴德則是在1865年取得醫學士學位，1866年取得醫學博士(M.D.)學位。關於康德黎在亞伯丁大學的學生生活以及萬巴德聘任他到香港服務的過程，參見Neil Cantlie and George Seaver, *Sir James Cantlie: a Romance in Medicine* (London: John Murray, 1939), pp. 6-11, 67-80.

98 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong* (Hong Kong: Kelly & Walsh, 1890).

99 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 12, 33-38.

100 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 39-47, 54-55; 引文見p. 39.

101 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 13-18, 55.

102 關於18、19世紀英國殖民環境醫學理論，可參見Mark Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914*, pp. 36-59; David Arnold, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India* (Berkeley: University of California Press, 1993), pp. 28-43.

的界線並非都是截然分明的。

康德黎宣稱麻瘋在潛伏期(incubation period)就具有傳染性。他認為由於絕大多數的人都害怕與麻瘋病患接觸，照理說這個疾病應該很少有傳播的機會。因此，大多數病患一定是接觸了還看不出症狀的潛伏期病人，才染上麻瘋的。康德黎從而斷定麻瘋的潛伏期很長，無異是個長期隱伏難測的威脅¹⁰³。康德黎將香港描繪成遭到麻瘋威脅所包圍的孤島，他宣稱：「當全世界都受到這個疾病的驚擾，尤其此時英國政府正要著手處理印度的麻瘋問題，我們有責任要呼籲母國政府，保護我們免於正在面臨的危險。」這個危險的來源在於「香港這個自由港歡迎各個階級的中國人，而最可能擁抱這個機會的就是麻瘋病患」，這些在家鄉受到排斥而一無所有的麻瘋病患，「希望能在香港找到工作，或是接受歐洲醫師的治療。不然，至少也可以在街頭乞討謀得食物」¹⁰⁴。

康德黎指出，香港警察一旦懷疑來自中國大陸的移民染有麻瘋，便會加以逮捕，送交殖民外科醫官(the Colonial Surgeon)檢查，若確認是染上麻瘋就遣返大陸。甚至當地華人士紳贊助成立專門照料中國病患的東華醫院(Tung Wa Hospital)，若發現來自大陸的麻瘋病患，也會將其遣送到廣州附近的麻瘋村¹⁰⁵。但他認為要阻止這些來自大陸的中國人將麻瘋傳入香港，還是有著層層困難，主要是警察缺乏足夠的醫學知識與技能來辨識麻瘋病患。而這也不能責怪警察，因為早期麻瘋診斷不易，只有老練的醫師才辦得到¹⁰⁶。

康德黎在這篇論文還提出另一個重要問題：到底是來自大陸的移民把麻瘋傳入香港，還是香港原本就有這個疾病¹⁰⁷？康德黎認為：「既然毫無疑問地是中國人把麻瘋帶到香港，所有的中國麻瘋病患都該被遣送到大陸。」至於香港本地是否原本就有麻瘋病患，康德黎認為由於過去缺乏記錄，這問題難以從資料來判斷。根據歐洲醫師看診之雅麗氏紀念醫院(Alice Memorial Hospital)的統計，從

103 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, p. 12.

104 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, p. 1.

105 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 1, 3-5.

106 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 4, 30.

107 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, p. 10.

1887年2月到1889年8月，共計有一百二十五名麻瘋病患來求診。不過康德黎認為實際數字要高很多，因為很多中國人不願意向外國醫師求診。康德黎無法確定麻瘋的潛伏期有多長，他認為從三年到十五年都有可能。因此，難以斷定這一百二十五人當中，有多少人是在香港感染麻瘋的。然而，即使根據最嚴格的標準來看，其中至少有十二人是在香港得到麻瘋的。康德黎依此斷定麻瘋是香港原本就有的疾病¹⁰⁸。

康德黎建議香港以加強檢疫來因應麻瘋的威脅，一發現罹患麻瘋的外國人就加以驅逐出境。然而如果現在已經算是英國子民(British subjects)的香港本地居民染上麻瘋，驅逐他們到大陸在法律上是站不住腳的¹⁰⁹。因此康德黎主張若本地中國人感染麻瘋，殖民政府可以給他們一筆生活費，但條件是必須要遷居到中國大陸。至於那些具有英國子民(British subjects)資格，且因為種種理由(包括觸犯中國法律)而無法回到大陸的麻瘋病患，康德黎認為英國政府應該趕快設立一個麻瘋療養院，來隔離收容他們。他建議香港政府「最簡便的辦法是設法取得中國政府的許可，在環繞著香港的諸多小島當中擇一」，設置麻瘋療養院¹¹⁰。雖然康德黎認為從歷史來看，隔離麻瘋病患的防治效果並不大，畢竟隔離病人的麻瘋村在中國已經存在數百年之久了，然而這對減緩麻瘋的散播還是有些幫助，而且基於人道理由也該這樣做。康德黎認為最重要的預防措施是要馬上摧毀麻瘋病患居住的房子，才能有效減少未來發生傳染的可能¹¹¹。

「國家麻瘋基金會」在1894年初舉行論文比賽，徵求各地區的麻瘋研究報告，得獎者可以獲得五十基尼亞(guinea)獎金。於是康德黎把研究範圍擴展到東南亞與大洋洲，對此一廣闊區域的麻瘋病情進行調查。他的研究成果不僅得了獎，1897年還以書籍的形式出版。同年底，他也在倫敦流行病學學會(The Epidemiological Society of London)以較簡短的形式發表該研究的成果¹¹²。康德黎

108 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 2-3, 9-12, 31-32.

109 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 10-11, 56-60, on p. 56.

110 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 53-69, on p. 60.

111 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 17-18, 53-55.

112 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894* (London:

認為若要撲滅麻瘋，就必須先找出它的「棲地」(habitat of the disease)，才能採取進一步的行動，而他的研究就是要釐清這個課題¹¹³。康德黎試圖透過麻瘋的流行病學與疾病地理學研究，來證明中國是麻瘋的重要源頭，並支持麻瘋會傳染的看法，而且他要進一步證明麻瘋是由中國移民傳播到東南亞與大洋洲。

此時康德黎進一步修正他對麻瘋傳染方式的看法。他不再提所謂的「住屋傳染」理論，而認為「就病因與細菌學而言，麻瘋與結核病構成密切類比，在某些方面甚至可說相同(amounting in some points to identity)」。麻瘋雖是傳染病，但是「除了性交之外，只有在長期的密切接觸下才會傳染」¹¹⁴。對於麻瘋會不會遺傳的問題，康德黎則謹慎地表示：「目前尚未證明麻瘋會經由遺傳來傳播，但也沒有夠強的證據來證明它不會如此傳播。」康德黎曾到廣州附近的一個麻瘋村研究這問題，但無法得到明確的結果，因為村中有些麻瘋病患的小孩很健康、完全沒有染病，有的卻已經出現麻瘋的初期症狀。康德黎指出這個問題的研究困難在於：「麻瘋父母生的小孩和他們在同一個屋簷下長大，吃麻瘋母親的奶，因此也得考慮透過傳染得病的可能，也就很難區別〔小孩的病〕到底是傳染而來還是遺傳而來。」¹¹⁵當年困擾瑞德與W·A·韓德森的研究難題，康德黎同樣無法解決。

康德黎認為「遠東的麻瘋中心是中國東南的福建與廣東……四分之三的中國苦力來自這兩省。隨著這兩省的苦力來到馬來半島與荷屬、西屬、葡屬東印度以及大洋洲定居，麻瘋也散播到這些地方」。康德黎認為只有在中國苦力到來之

(續)

Macmillan, 1897); "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the Malay Peninsula, the East Indian Archipelago, and the Islands of the Pacific (Read December 17th, 1897)," Transactions of the Epidemiological Society of London, New Series, Vol. XVII (London, 1897-1898), pp. 15-40.

113 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, p. 8.

114 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 10, 17.

115 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 11, 14-15, on pp. 11, 15.

後，當地人才染上麻瘋，而且當地人也把麻瘋歸咎於中國人。此外，「在北婆羅州，隨著中國人的離開，麻瘋也消失了」¹¹⁶。在太平洋群島如斐濟、夏威夷等地方，情況也是一樣。康德黎宣稱：「麻瘋不是太平洋任何地區原有的疾病。」但是有一個共同因素決定了它的出現：「唯一的共同因素就是中國佬，而且他有麻瘋。」(the only common factor is the Chinaman, and he is leperous)¹¹⁷在這個研究調查中，與康德黎合作的地質學家史克奇利(Sydeny B. J. Skertchly)還提出另一個論點，以支持中國人將麻瘋傳播到東印度群島與大洋洲的說法。他指出在這些區域只有黑種人(Negroid races)居住的地方幾乎完全免於麻瘋，印尼人對麻瘋也有顯著的免疫力，而這兩者是「這個區域最古老的兩個種族，這顯示麻瘋似乎不是東印度群島或太平洋原有的疾病，而是最近才引進的」。同樣地，「馬來人感染麻瘋的情況比中國人少很多」，而且只有在中國人居住的地方才有馬來人感染麻瘋。這顯示麻瘋是中國人散布的¹¹⁸。這個論點和目前疾病生物學史的研究觀點恰好相反，後者認為：長久暴露於某個疾病下的人群，對該疾病會有較強的免疫力；初次暴露於新疾病的人口，則容易發生大量而嚴重的感染¹¹⁹。

康德黎認為中國移民是帶動麻瘋傳播的主要動力。造成這個大移民風潮的原因，是中國北方黃河流域日漸乾燥、越來越不適於耕種。康德黎認為地質變動是造成中國北方沙漠化的原因之一，不過他並沒有說明到底是怎樣的地質變化導致

116 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, p. 11.

117 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, p. 124.

118 Sydeny B. J. Skertchly, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the East Indian Archipelago, and Oceania," in James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 157-167, on p. 166.

119 這類的疾病生物史研究，參見William H. McNeill, *Plagues and Peoples*; Alfred W. Crosby, Jr., *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequence of 1492* (Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1972); *Ecological Imperialism: the Biological Expansion of Europe, 900-1900* (Cambridge: Cambridge University Press, 1986).亦可參閱戴蒙(Jared Diamond)著，王道還、廖月娟譯，《槍砲、病菌與鋼鐵：人類社會的命運》(台北：時報文化出版公司，1998)，特別是頁208-231。

如此。他強調的是人爲的因素，認爲元凶是「中國人任意地摧毀樹木」。他說：「事實上中國沒有森林；中國佬砍掉了每棵樹，彷彿樹是種詛咒，而他對田園生活(pastoral life)的憎恨，也使得大地的草皮都被剝得一乾二淨……這就加速造成北中國變得不適合人居住。」結果大批中國人遷往沿海地區，又從沿海移民各處。

造成麻瘋傳播的，並不只是中國移民這個種族因素而已，也和階級因素密切相關。康德黎形容這些移民是：「完全缺乏尊嚴與潔淨，他們帶到新家的不只是商人的節儉，還有野蠻人的骯髒。」結果「這種持續移民所帶來的罪惡(evils)之一，就是麻瘋的傳播」¹²⁰。史克奇利更進一步認爲：「過去六百年來都有中國人造訪婆羅洲，不少人還在北部與西部永久定居……然而那裡卻從沒見過麻瘋。在馬來群島其他地區也有同樣的現象。」史克奇利認爲其中差別在於移民者成分不同：「自願移民和強迫移民有很大的差別。早期到婆羅洲的中國人是來做生意的，絕對不是苦力階級，因此也就不太可能是麻瘋病患。」然而苦力就不同了，史克奇利認爲：「運送苦力是個不名譽的生意，它更像販奴或拉伕。」他曾多次搭乘運送苦力的船隻：「我知道他們是怎麼給找來，又是如何被對待的。由中國窮困的汪洋中挑出來的這些襤褸窮人，構成了苦力階級(coolie class)，引進他們到婆羅洲之後，麻瘋就出現了。」¹²¹換言之，傳播麻瘋的不是富裕的中國商人，而是出身貧困的中國苦力。麻瘋污名結合了階級與種族這兩個範疇，印證了近來研究種族主義的歷史學家，關於階級區隔與種族主義兩者在歷史上彼此糾結

120 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania. Compiled Chiefly during 1894*, p. 31; "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the Malay Peninsula, the East Indian Archipelago, and the Islands of the Pacific (Read December 17th, 1897)," *Transactions of the Epidemiological Society of London, New Series, Vol. XVII*, pp. 19-20.

121 Sydney B. J. Skertchly, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the East Indian Archipelago, and Oceania," in James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania. Compiled Chiefly during 1894*, p. 166.

而密不可分的看法¹²²。有趣的是，康德黎強調這篇報告「沒有階級偏見」。他說：「我在中國居住多年，而且是住在麻瘋最嚴重的地區。我知道中國佬有許多好的品質，而且在許多方面也尊敬他。」然而，康德黎認為當問題牽涉到「玷污這個世界」(tainting the world)時，就必須以最明確的方式指出大英帝國「在遠東與遠西(the Far West)的大門正面臨的危險」¹²³。

針對中國移民散播麻瘋的威脅，康德黎建議英國政府與其他的歐洲國家加強檢查中國移民。他說：「英國政府如果對搭乘英國船隻的中國移民嚴加檢查，將會大大造福人類。我們也可以請求其他國家的船公司，尤其是德國的船公司，進行同樣的檢查。」他還主張在遠東與大洋洲擁有殖民地的歐洲國家，對於農莊的苦力以及其他中國人聚集的地方，每個月進行一次強制檢查，如此或可有效遏止或減緩麻瘋的傳播。查到罹患麻瘋的中國人時，唯一的辦法是予以遣返，因為「在沒有麻瘋的國家，即使把這些人送入收容所，也會使那個地方成為新的麻瘋傳染中心」¹²⁴。

中國苦力散播麻瘋的說法不是康德黎首先提出的。夏威夷發生麻瘋時，就有人如此主張。皇家醫師院進行麻瘋病調查時，許多澳洲醫師也認定是中國移民把麻瘋帶到澳洲，而使得皇家醫師院的《麻瘋報告》斷定，「中國人把這個可憎的疾病帶到了我們在澳洲的殖民地之一(如果不是更多殖民地的話)」，而且「除了中國移民之外，在我們的澳洲殖民地的人口當中，沒有其他部分可以找到這個疾病任何一絲蹤跡」¹²⁵。澳洲醫師也認為染上麻瘋的中國人都屬下階級，絕大

122 這方面的研究請參見 Ann Laura Stoler, "Rethinking Colonial Categories: European Communities and the Boundaries of Rule," *Comparative Studies in Society and History*, 31 (New York, 1989), pp. 134-161; "Sexual Affronts and Racial Frontiers: European Identities and the Cultural Politics of Exclusion in Colonial Southeast Asia," *Comparative Studies in Society and History*, 34 (New York, 1992), pp. 514-551; *Race and the Education of Desire: Foucault's History of Sexuality and the Colonial Order of Things* (Durham: Duke University Press, 1995).

123 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania. Compiled Chiefly during 1894*, p. 125.

124 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania. Compiled Chiefly during 1894*, p. 12.

125 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. xiv-xv. 唯一出現中國麻瘋病

多數是金礦區的礦工，而且生活習慣很骯髒¹²⁶。

加強檢查與嚴格限制中國移民的主張，不是只有康德黎提出。澳洲雪梨一位居民在回覆皇家醫師院的調查時提到，「幾年前有大批中國移民不斷遷入這個殖民地，使得當地歐洲人警覺到他們在人數上可能會被超越」。於是他們透過國會立法對中國移民抽人頭稅，而成功地大量降低中國移民的數目。歐洲裔居民這樣做的理由之一是：「立法者與政府應迫切而嚴肅地考慮如何用最好的辦法，來保護我們與我們的下一代免於麻瘋這類可憎傳染病的入侵。」除了人頭稅之外，其他的辦法還包括：「來到此地的中國移民都需接受港口醫官(port surgeon)的搜索檢查，此外還指示其他港口禁止載運任何皮膚有腫泡或是看來像有麻瘋的人。」這位赫格先生(Mr. Hogg)認為雪梨就是因為這些措施而免於「這個人人怖慄的疾病」。他還在報上文章建議：「一發現中國麻瘋病患，就應馬上將他們遣送回自己的國家，即使由公家出錢也在所不惜。」¹²⁷

六、疾病調查、資訊蒐集與資料詮釋

如果用現代醫學的眼光，來對照皇家醫師院《麻瘋報告》的麻瘋遺傳說與康德黎報告的麻瘋傳染說，得到的結論可能是近三十年來細菌學的突飛猛進，使得康德黎能夠對麻瘋的傳染方式有正確的看法，因此他的研究優於早前落伍、不科學的皇家醫師院《麻瘋報告》。然而這種表面印象反而掩蓋了這兩份報告極度相似之處，進而忽略了造成兩者不同結論的真正原因。康德黎的研究成果現在之所以看來較為「正確」，是因為細菌學的觀念與想法已經成為我們習以為常的疾病觀。正如安德魯·康寧漢所指出，「實驗室是用來將病因歸諸於微生物的工具，但實驗室絕不只是個工具而已，它也是實作(practice)。它界定、限制與主導了

(續)

患的殖民地是維多利亞(Victoria)。南澳、西澳、昆士蘭、塔斯馬尼亞與新南威爾斯等殖民地則沒有麻瘋病例。The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. xv, 82.

126 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. 80.

127 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. 82.

思想與行動的方式」。實驗醫學的認知與思考方式已深刻地主宰了我們對疾病的認識，正如安德魯·康寧漢所說：「我們必須已經生活在實驗室思想的世界，才能視微生物為疾病的『真正原因』。」然而對歷史研究而言，這種狀況有它的危險存在。「實驗室的疾病概念(laboratory concept of disease)的主導性，大大影響了我們對許多前實驗室的疾病(pre-laboratory disease)的理解；實驗室的出現重寫了過去的醫學，使其符合實驗室的疾病模型，這也導致對過去醫學的誤解。」¹²⁸ 安德魯·康寧漢警告我們，透過現代醫學的眼光來看待過去的醫學，可能會造成扭曲。這個方法論上的警戒，是研究麻瘋的社會文化史時所不可或忘的。

康德黎在熱帶醫學這門新學科扮演了重要角色，這就更容易令人以為他的麻瘋報告代表了現代醫學的麻瘋研究成果，甚至以為他是在進行細菌學研究之後才支持麻瘋傳染論，並得出中國苦力散播麻瘋至各地的結論。皇家醫師院的《麻瘋報告》似乎代表了實驗醫學到來之前的舊醫學；康德黎的麻瘋傳染說則代表了細菌學這門新科學。然而，實際情況卻非如此。在康德黎的幾篇麻瘋報告中，他從未提到自己從事任何關於麻瘋的細菌學研究。康德黎進行研究的方式，是擬定十個問題，然後向這些地區的「醫師、傳教士以及英國、法國、西班牙、荷蘭和葡萄牙的領事人員，還有中國海關的官員尋求回覆」。問卷則用英文與法文兩種語言寫成¹²⁹。「寄出去的三百八十三份問卷中，回收了七十五份。許多答覆簡短，有幾篇很長，還有幾份完整的報告。所有的回覆都有價值，都值得記錄；其中『沒有發現任何病例』的簡短回覆占了最多的份數。」¹³⁰雖然問卷回收比例

128 Andrew Cunningham, "Transforming Plague: the Laboratory and the Identity of Infectious Disease," in Andrew Cunningham and Perry Williams eds., *The Laboratory Revolution in Medicine*, pp. 209, 224, 238.

129 James Cantlie, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the Malay Peninsula, the East Indian Archipelago, and the Islands of the Pacific (Read December 17th, 1897)," *Transactions of the Epidemiological Society of London*, New Series, Vol. XVII, p. 15; *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania. Compiled Chiefly during 1894*, pp. 5-6.

130 James Cantlie, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the Malay Peninsula, the East Indian Archipelago, and the Islands of the Pacific (Read December 17th, 1897)," *Transactions of the Epidemiological Society*

不到五分之一，而且大部分的答覆只有一句話，但康德黎還是很滿意地表示：「回覆的份數遠超過我最樂觀的期待，並且也涵蓋了國家痲瘋基金會要求調查的區域，而這確實是個龐大的地區。」¹³¹

康德黎的研究方法其實和皇家醫師院的調查一模一樣，都是藉著問卷調查與文獻回顧來蒐集資訊，加以整理分析，再做進一步的推論。康德黎問的問題包括「當地人是否認為痲瘋會傳染？」「當地人是否認為痲瘋會遺傳？」以及有關當地環境、飲食、有無隔離痲瘋病患措施以及治療方式的問題。這些問題與皇家醫師院所問的問題也是大同小異¹³²。甚至兩篇報告的寫作格式都非常相似：報告前半部分簡短介紹探討的問題、對收到的答覆做綜合評論，然後據此推導出結論。報告的後半部則摘錄或全文轉載各地的回覆。

對照皇家醫師院的《痲瘋報告》與康德黎的得獎論文著作，可以看出在同樣的研究架構下，對類似甚至完全相同的資料，兩者卻可以做出差異極大的詮釋並得到完全不同的結論。皇家醫師院與康德黎的研究都透過通訊與報告的網絡來蒐集資料。這類疾病調查(survey)的研究方法和許多18、19世紀的殖民科學如自然史(natural history)、地理調查、人口調查，乃至殖民政權對殖民地的政治、軍事情報蒐集，都有著大同小異的操作模式¹³³。正如拉度(Bruno Latour)與米勒(David P. Miller)等學者所指出，歐洲帝國海外科學研究調查特色，就是透過博物館、植物園、天文台、實驗室等機構，對海外蒐集到的大批資訊進行整理、分

(續)———

of London, New Series, Vol. XVII.

- 131 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, p. 6.
- 132 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 12-25; The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. iv-v.
- 133 關於英國在殖民印度時，如何透過這套方式來蒐集資訊，可參見C.A. Bayly, *Empire and Information: Intelligence Gathering and Social Communication in India, 1780-1870* (Cambridge: Cambridge University Press, 1996)。在自然史的領域，達爾文(Charles Darwin)透過與育種業者通信的方式來蒐集物種演化的資料，是這種研究方法最著名的例子之一，參見James A. Secord, "Darwin and the Breeders: a Social History" in David Kohn ed., *The Darwinian Heritage* (Princeton: Princeton University Press, 1985), pp. 519-542.

類與歸納，進而尋找出普遍的規律與法則。拉度將這些蒐集、分析與研究大批資訊的機構稱為「計算中心」(Center of Calculation)¹³⁴。皇家醫師院和康德黎所進行的疾病調查，也可說是一種建立「計算中心」的作法。他們透過大量寄發問卷的方式，聯繫散布在廣大調查區域的西方醫師乃至一般西方人士，構成其資訊蒐集的網絡。然後歸納分析所蒐集到的大量回答與報告，以釐清麻瘋的病因和傳染方式。

拉度等人的研究也指出，除了要有足夠規模的資訊蒐集網路之外，資訊蒐集過程的標準化，也是建立強大的「計算中心」不可或缺的條件。然而，無論皇家醫師院或康德黎的研究，在這方面都問題重重。原因之一是，他們的疾病調查所蒐集到的都是問卷回答和醫學報告等文本，而非病理切片或細菌標本等實物。因此觀察程序標準化的工作，不是由最後統整分析資料的研究者來進行，反而完全依賴資料提供者。皇家醫師院與康德黎等研究者詢問的對象是來華的英國傳教醫師與海關醫官，而這些醫師研究當地的麻瘋病情，仍必須依賴他們的病人提供個人病史、家族病史或是當地其他麻瘋病患等相關資訊。由於中國人對於麻瘋的認知與觀念和西方醫學有極大的出入，中國病人所提供的資訊，西方醫師往往可以有很大的解釋彈性，部分西方醫師也常批評這類資訊不夠精確、不足採信。此外，康德黎與皇家醫師院詢問的對象，包含了世代、訓練背景與醫學觀點差異甚大的醫師，甚至還包括非醫療人員¹³⁵。這些人對麻瘋病因問題常早就預設立場，因此他們的回答與報告往往反映特定醫學理論或文化成見。前引福克斯對皇

134 Bruno Latour, *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1987), pp. 215-257; David Philip Miller, "Joseph Banks, Empire and 'Centers of Calculation' in late Hanoverian London" in David P. Miller and Peter H. Reill eds., *Visions of Empire: Voyages, Botany, and Representations of Nature* (Cambridge: Cambridge University Press, 1996), pp. 21-37.

135 就像皇家醫師院的調查一樣，康德黎問卷的對象也包括傳教士與歐洲國家領事館人員等非醫界人士，參見James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 147, 150, 151.

家醫師院《麻瘋報告》的批評，同樣適用於康德黎的研究¹³⁶。再者，19世紀西方醫學在中國仍不普及，主要還是局限於通商港埠。中國不是英國殖民地，英國醫師無法進行大規模或強制的流行病學研究，因此就更加依賴中國人提供的資訊。由於缺乏具備相同知識背景與訓練的第一線觀察人員，皇家醫師院與康德黎蒐集到的資訊，並不是透過標準化的觀察方法與程序得來的，結果他們得到的資訊就有模糊不一致的現象，而有很大的詮釋空間。此外，康德黎與皇家醫師院調查涵蓋的範圍都很遼闊，且皆大量使用非醫界人士的報告，然而對於各區域風土習俗之差異可能導致的觀察變數，兩者卻都沒有多加考量與討論。

在討論性行為能否傳染麻瘋以及「過癩」時，這種詮釋彈性最為明顯。皇家醫師院的《麻瘋報告》對性行為傳染麻瘋的說法存疑，而康德黎對香港麻瘋病情的調查報告，對此也有所保留。他指出，雖然澳洲傳出華裔丈夫將麻瘋傳染給歐洲裔妻子的說法，然而光憑這樣的傳聞，仍舊難以斷定這些婦女是由於和丈夫的性行為而感染麻瘋，畢竟這些婦女還是有可能受到其他途徑的感染。康德黎說：「我們沒有任何證據顯示一次的性交就會傳染麻瘋……我們只看到有許多例子是住在一起之後就發生了疾病。」康德黎指出這也可能是因為長期密切接觸而感染，就像同一個家庭的兄弟姊妹先後染上麻瘋一樣。此外，也有報告提出夫婦一方感染了麻瘋，但另一方卻安然無恙的例子¹³⁷。康德黎並不認為性關係這個因素就可以忽略，反而警告說，對英國人而言，這是個重要的潛在威脅：「一般認為，外國男人與中國女人同居是最容易傳染麻瘋的方式之一，而這種行為在全世界沒有任何地方比這裡更為普遍。」¹³⁸

康德黎七年後為國家麻瘋基金會所寫的報告，改變了他對於性行為是否會傳染麻瘋的看法，而毫無保留地認為麻瘋會經由性行為傳染。康德黎的依據是許多男病人的說辭，他們自認是因為性行為而感染麻瘋。雖然他曾懷疑這些病人得的是梅毒，因為他們說症狀出現在性交後兩到四個月之間，正好和二期梅毒症狀出

136 Tilbury Fox, "Leprosy, Ancient and Modern; with Notes Taken during Recent Travel in the East."

137 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 43-44; 引文見 p. 44.

138 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, p. 57.

現的時間相同。然而這些病人並沒有梅毒的症狀，因此康德黎斷定麻瘋會由性行為傳染，而且傳染的危險性很高，「如果破皮的話，一次性交就足以傳染」。康德黎認為「過癩」的行為非常普遍，他說：「廣東和其他地區普遍相信，罹患麻瘋的女人可以透過與健康的男人性交來去除疾病。」而且「眾所周知，麻瘋女會在晚上出沒，試圖勾引男人，與男人發生關係」¹³⁹。與他的前輩一樣，康德黎從未找到從事「過癩」的中國女子或是其他的直接證據，他們都是從當地人口中聽到這類說法。在不同觀點詮釋下，皇家醫師院斥過癩說法為當地人的無稽之談，康德黎卻引以為麻瘋傳染說的佐證。

在分析美國醫界有關異族間的性關係會傳染麻瘋的論述時，醫學史家納楊·夏(Nayan Shah)指出：「梅毒與麻瘋以及關於它們跨種族傳染的故事，成為污染中產階級核心家庭以及逾越種族與國籍界線的實質威脅和隱喻。」¹⁴⁰這點也可見諸康德黎的報告，他在其中提到兩個得麻瘋的英國病患，都是因為和麻瘋患者有親密關係而染上疾病。其中一名與麻瘋女發生過一次性關係，結果不只染病，而且還把麻瘋傳染給照顧他的女兒。另一名英國病患則是和擔任他私人僕役的中國「男孩」(「boy」，引號為康德黎所加)關係親密，甚至「天氣冷時，兩人會同睡在一張毯子下，即使在這個『男孩』得了麻瘋之後也還是如此」。結果這個英國人就得了麻瘋¹⁴¹。

這種資料詮釋的彈性空間，在赫勤生(Jonathan Hutchinson)有關吃魚導致麻瘋的理論，可以見到另一個清楚的例證。赫勤生相信麻瘋的起因是食用不新鮮的魚：「我們今天所認識的真麻瘋(true leprosy)根本的病因是食用了剛開始腐壞的魚。」¹⁴²赫勤生或許不是第一個提出吃魚和麻瘋有關的人，但他耗費大量心力

139 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 16-18.

140 Nayan Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's China Town*, pp. 97-104, on p. 99.

141 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 17-18.

142 Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations* (London: Archibald Constable, 1906), p. v.

推演此一理論，並且蒐集大量資料來加以支持，無疑是此一說法最重要的代表人物。赫勤生想法的主要來源，是挪威的癩瘋病患大多是海邊的漁村居民，他們經常醃製漁獲，以便保存留待日後食用。因此赫勤生推論癩瘋的發生與食用不新鮮的魚有關。此外，赫勤生發現世界各地的癩瘋報告常提到海邊的癩瘋病患較多，而在中國與印度等常見到癩瘋的國家，鹹魚是人民常吃的食物¹⁴³。在細菌學當道的年代，赫勤生的學說成爲醫界極少數派的孤獨聲音¹⁴⁴。

詳細探討赫勤生的癩瘋研究與學說已超出本文範圍，這裡只簡短討論他如何透過重新詮釋康德黎的調查成果來顛覆康德黎的結論。赫勤生宣稱關於癩瘋在中國的情況，「我們由康德黎先生的得獎論文得到了更精確的資訊」，並且坦承關於這方面他所引用的「事實」(facts)主要是來自康德黎的報告。赫勤生並沒有透過質疑康德黎的研究方法或觀察能力，來否定後者的研究結論。相反地，他稱康德黎爲「我的朋友」，並盛讚其觀察能力高強¹⁴⁵。然而在康德黎的研究中，他卻抓到一個沒有得到完善解釋的疑點，從而對康德黎提供的「事實」做出完全不同的解釋。康德黎宣稱中國北方少有癩瘋，北京乃至整個直隸都完全沒有癩瘋病患；而且除了山東之外，整個中國北方海岸也見不到癩瘋的痕跡¹⁴⁶。赫勤生問：爲何癩瘋在中國的分佈出現如此特殊的情況？他進而質疑說，如果癩瘋會透過接觸傳染的話，那麼中國北方與南方的人種相同而且可自由往來，中國北方人

143 Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*; "The Etiology of Leprosy," *Transactions of the Epidemiological Society of London*, New Series, Vol. XXII (London, 1902-1903), pp. 139-150.

144 在韓生發現癩瘋菌之後，赫勤生便認爲此細菌來自腐敗的魚肉。然而，遲遲沒有人能在魚體內發現癩瘋菌，使得赫勤生大失所望。Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, p. vii.

145 Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 48, 211.

146 Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 210-213. 康德黎的說法見James Cantlie, Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malaya, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894, pp. 33-35. 當時來華英國醫師普遍認爲中國北方沒有癩瘋，參見Benjamin Hobson, "On the Leprosy of the Chinese: Letter from Dr. Hobson," *Medical Times and Gazette*, 1 (1860), pp. 558-559, on p. 558.

應該早就從南方人身上感染麻瘋了。然而，爲什麼這種情況沒有發生？赫勤生認爲，這個事實就顯示麻瘋不是接觸傳染(contagious)的疾病¹⁴⁷。

赫勤生認爲，麻瘋在中國如此分布的決定因素，是飲食的差別。南方人愛吃鹹魚，廣東人尤其如此。然而他們醃魚的方法不當，沒有用足夠的鹽來防止魚腐敗，導致了麻瘋的傳播。赫勤生認爲這是因爲中國南方鹽產量少，鹽不只靠進口，還要繳鹽稅。鹽價高，醃魚的鹽就用少了。赫勤生說：「中國南方人被訓練要儘量少用鹽。」相反地，中國北方不只產鹽還出口鹽，在鹽供應充分的情況下，北方人不會吃到「不好的魚」(bad fish)。他還認爲中國政府徵收高額的鹽稅，是造成麻瘋盛行於中國的重要原因。他宣稱「適當醃製的魚是完全安全的」，而且「如果純鹽可以廉價地普及全世界，我毫不懷疑我們很快就會見到麻瘋的消失」¹⁴⁸。此外，赫勤生認爲中國南方海岸線蜿蜒曲折，有許多沿海島嶼，適合從事漁業；北部海岸則像條直線，不適合漁業。因此，南方人吃魚的機會遠多過北方人，也就使南方人更容易得麻瘋¹⁴⁹。赫勤生還推論夏威夷之所以發生麻瘋，並不是因爲當地人與中國苦力接觸而感染的，而是因爲中國移民把飲食習慣帶到了夏威夷。當地人原本嗜食生魚，中國人來了之後，不只引進「危險的醃魚方法」，還教會當地人愛吃鹹魚，結果當地人就開始染上麻瘋。至於加州、澳洲或麻六甲等地方，由於當地人不吃中國人的鹹魚，因此麻瘋病患就僅局限於中國人¹⁵⁰。赫勤生的研究充分地顯示出，康德黎研究所使用的資料，可以用完全不一樣的角度加以詮釋，而對麻瘋傳播方式的課題得出完全不同的結論。

英國醫師在印度進行的麻瘋研究也遭遇到類似的狀況。在孟加拉醫療勤務

147 Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 210-213, 230; "The Etiology of Leprosy," *Transactions of the Epidemiological Society of London*, New Series, Vol. XXII, p. 143.

148 Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 187, 213, 217, 358. 上述是赫勤生的推論，至於中國南北食鹽生產與消費是否如赫勤生所說有這麼大的差距，則又是另一回事。

149 Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, p. 358.

150 Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 231-232.

(Bengal Medical Service)任職的麥克納馬拉醫師(N. C. Macnamara)，於1866年將印度東部回覆皇家醫學院問卷的一百零七封信，拿來獨立分析，結果得出「麻瘋是接觸傳染的疾病」這個與皇家醫學院完全相反的結論¹⁵¹。如同中國傳統醫學，印度傳統醫學對麻瘋的概念與疾病分類方式，也與西方醫學大異其趣。印度醫學區分出十八種麻瘋，包括七種「大麻瘋」和十一種「小麻瘋」。因此英國研究者也很難精確運用印度人所提供的資訊，因為後者對何謂「麻瘋」有相當不同的認知¹⁵²。當然，英國在印度的殖民統治，提供當地英國醫學對麻瘋研究的許多方便。例如，來華英國醫師缺乏政府資源與支持，無法統計中國到底有多少麻瘋病患；英國殖民當局於印度各地十年一次的人口普查(census)，則提供了許多有關麻瘋病患人口的數據。然而，印度的麻瘋研究也遭遇到資料報告的觀察標準不一致的問題。即使到了19世紀末，西方醫界對麻瘋的症狀有相當的理解之後，「早期麻瘋的診斷，對於訓練有素的醫師而言都還很困難，對毫無訓練的人口調查員而言等於是不可可能。」因此，印度的麻瘋調查委員會(Indian Leprosy Commission)在1890-1891年的調查發現，由各地區中心挑選給他們檢查的麻瘋病患當中，「高達9.5%的病人罹患的根本不是麻瘋，而是外在症狀類似的皮膚病」。因此，印度人口普查所得的麻瘋資訊其實相當不可靠¹⁵³。

英國醫學在印度與在中國的麻瘋研究另一個重要的差異，是英國當局在印度的監獄與收容流浪窮人的醫院，提供印度當地的英國醫師不少解剖屍體的機會。即使在印度傳統文化排斥屍體解剖的情況下，英國醫師卡特(Henry Vandyke Carter, 1831-1897)仍能對麻瘋的病理學研究做出相當大的貢獻¹⁵⁴。相對之下，

151 Shubhada S. Pandya, "Anti-Contagionism in Leprosy, 1844-1897," *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*, 66, p. 379.

152 Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, pp. 7-8, 21.

153 Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, pp. 3, 18-30, 32, 33, 44, on p. 20.

154 Henry Vandyke Carter, "On the Symptoms and Morbid Anatomy of Leprosy, with Remarks," *Transactions of the Medical and Physical Society of Bombay*, New Series, No. VIII (Bombay, 1865), pp. 1-105; Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, pp. 120-122.

19世紀來華英國醫師大多在教會慈善醫院工作，缺乏監獄或公家醫院等具有強制性質之殖民機構的支持，在中國人極度排斥屍體解剖的情況之下，無法透過屍體解剖來研究癩瘋的病理變化¹⁵⁵。

其實，英國在印度殖民的早期調查活動中，類似的狀況和問題屢見不鮮。例如，英國東印度公司於18世紀與19世紀初，在印度進行地理測量與繪製地圖，以及從事地質研究、人口與農業資源統計等調查工作時，殖民官員與研究者由於缺乏足夠的資源與訓練有素的人員，經常必須依賴當地人與非專業研究人員提供資訊或進行調查。在蒐集資料的過程中，工作人員標準與步驟無法嚴謹統一，彼此誤解、溝通不良、互信不足，以及資訊傳遞漏失等，都是常見的狀況。最後得到的資料也往往曖昧模糊、不完整和不精確¹⁵⁶。這樣的不確定現象，使得持不同理論立場與觀點的研究者，可以透過質疑資料提供者的可信程度，來攻擊對方的論點，或是重新詮釋資料，把這些資料建構成爲支持自己論點的根據¹⁵⁷。英國在印度等殖民地的統治機構較具規模之後，便著手建立所謂的「東方學」(orientalism)，培養熟悉當地語言、文化、風俗與歷史的英國人員，由這批具有

155 19世紀來華醫師在嘗試進行屍體解剖研究時，若被當地民眾得知消息，常會遭到憤怒的民眾攻擊。這方面的案例可參見Philip H. Manson-Bahr and A. Alcock, *The Life and Work of Sir Patrick Manson* (London: Cassell and Company, 1927), pp. 18-19.

156 C.A. Bayly, *Empire and Information: Intelligence Gathering and Social Communication in India, 1780-1870*; Matthew H. Edney, *Mapping an Empire: the Geographical Construction of British India, 1765-1843* (Chicago: University of Chicago Press, 1990); David Ludden, "Orientalist Empiricism: Transformations of Colonial Knowledge," in Carol A. Breckenridge and Peter van der Veer eds., *Orientalism and the Postcolonial Predicament* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1993), pp. 250-278, esp. pp. 250-263; Nicholas B. Dirks, "Colonial Histories and Native Informants: Biography of an Archive," in Carol A. Breckenridge and Peter van der Veer eds., *Orientalism and the Postcolonial Predicament*, pp. 279-313.

157 19世紀英國醫學界對「象皮病」(elephantiasis)這個「熱帶疾病」的疾病分類學(nosology)與致病原因，也發生過相當大的爭論，整個爭論的過程與模式，與本文討論的癩瘋病爭論有不少相似之處，尤其是論戰各方都常批評對手採用的資訊不可靠。參見Shang-Jen Li, *British Medicine in Late Nineteenth-Century China and the Early Career of Patrick Manson* (Ph.D. Dissertation, University of London, 1999), pp. 124-135.

專門訓練的人員直接進行研究，盡可能不要假手業餘者或當地人¹⁵⁸。除了統一觀察與研究標準之外，這套作法也是著眼於建立殖民研究的「專家見證」體系¹⁵⁹，以建構一套穩定、可信的殖民知識。

19世紀下半，一方面新興細菌學說取代舊醫學理論的過程尚未完成，西方醫界對麻瘋性質的看法還有分歧意見；另一方面，在海外進行的麻瘋調查，也缺乏由具有同樣訓練背景，並依循相同研究程序的人員所組成的觀察網絡。因此，蒐集到的觀察報告與問卷回應往往眾說紛紜、混雜矛盾，而具有很大的解釋空間。

七、結論

1870年代來華英國醫師主要是透過個人衛生(personal hygiene)、飲食起居與生活習慣，來解釋麻瘋在中國盛行的現象。他們認為麻瘋是中國、印度等熱帶地區的地方病(disease of locality)，他們對疾病的觀察解釋則往往夾雜文化優越感與種族歧視，認為麻瘋主要出現在「不文明」的國家，而生活貧窮、營養不良、衛生習慣不佳，乃至道德敗壞、風俗淫蕩，更助長了麻瘋在中國的盛行。這些觀點與18世紀以來以環境醫學、醫療地誌學(medical topography)與熱帶衛生學為骨幹的英國殖民醫學並無二致。這套醫學的疾病研究，與歐洲殖民者試圖掌握殖民地自然環境，以及理解被殖民者風俗文化的努力，有著密切關係，也和殖民者區隔被殖民者，以維持種族優越感的種種作為糾結不清¹⁶⁰。

158 雖然實際上對當地人的依賴還是不可避免。David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India* (Cambridge: Cambridge University Press, 2000); C.A. Bayly, *Empire and Information: Intelligence Gathering and Social Communication in India, 1780-1870*; Matthew H. Edney, *Mapping an Empire: the Geographical Construction of British India, 1765-1843*; David Ludden, "Orientalist Empiricism: Transformations of Colonial Knowledge."

159 有關專家見證的制度如何建立，以及這套制度對實驗科學的重要性，參見Steve Shapin and Simon Schaffer, *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle and the Experimental Life* (Princeton: Princeton University Press, 1985); Steve Shapin, *A Social History of Truth: Civility and Science in Seventeenth-Century England* (Chicago: University of Chicago Press, 1994).

160 Mark Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine*.

從皇家醫師院支持麻瘋遺傳說到康德黎主張麻瘋傳染說，其間三十年左右的時光，細菌學逐步取代了過去的環境醫學典範，而西方醫界對麻瘋傳播途徑的看法也發生相當的變化。就英國醫學在中國的麻瘋研究而言，細菌學的崛起雖然在醫界意見的轉變中扮演相當重要的角色，然而康德黎並沒有借助細菌學的研究方法與實驗工具來證實麻瘋會傳染，也沒有以細菌學說來支持他關於中國人將麻瘋傳播到東南亞與大洋洲的推論。細菌學提供康德黎的主要助力，並不在於新的實驗研究與科學證據，而是這個新興學科的權威，提升了麻瘋傳染說的科學地位。此外，這段期間歐美醫界與民眾對麻瘋傳染的疑慮大增，並且與逐漸高張的種族主義以及日益嚴重的排華偏見結合在一起，這些「非科學」因素與偏見，反倒成為有助於麻瘋傳染說為人接受的重要因素¹⁶¹。

除了上述醫學、政治與文化因素之外，對於麻瘋傳播方式的看法之所以從遺傳說轉變為傳染說，也和英國醫學界內部的學科分化與專業化過程有關，尤其和熱帶醫學這門新學科的興起有密切關連。直到1870年代，英國醫界主流向來對疾病接觸傳染說抱持懷疑、保留的態度，這樣的醫學立場和英國的政治經濟利益是一致的。自從霍亂在1830年代由亞洲傳至歐洲以來，每次發生重大疫病而引發有

(續)

1895-1914, pp. 36-59; David Arnold, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, pp. 28-43.

- ¹⁶¹ 近年來的科學史研究屢屢指出，後見之明認為是「錯誤」的政治與社會因素，有時會對現代科學知識的出現產生重要的正面影響。例如Francis Galton提倡的優生學思想，今天被認為是歧視下層階級、遺傳病患者、精神病患者與弱智者等弱勢團體的偽科學，德國納粹政權甚至還引優生學為進行種族屠殺，以及殺害精神病患與同性戀者的科學根據。然而，Galton的優生學說對英國統計學的發展卻有重大的影響，這點尤可見於重要統計學家Karl Pearson的學說。關於這段歷史，參見Donald Mackenzie, *Statistics in Britain, 1865-1930: the Social Construction of Scientific Knowledge* (Edinburgh: Edinburgh University Press, 1981). Mackenzie最近回顧他這本成名作時說：「如此得到的知識並不必然就帶有缺陷：這些知識其中有許多已經成為現代統計學理論的一部分……這不是因為優生學有任何值得稱頌之處——它沒有——而是因為科學史不是道德劇。」Donald Mackenzie, "What's in the Bottle?" *London Review of Books*, 24:9 (London, 2002), pp. 21-22, on p. 22. 這樣的歷史例子當然不能用來正當化種族歧視或各種政治、文化的偏見，它們說明的是知識與權力的關係，要比一般的認知來得複雜得多。

關檢疫措施的討論時，仰賴航海貿易的英國向來很少贊同嚴格強制的檢疫主張，而接觸傳染說正是實施嚴格檢疫措施的主要醫學依據。在細菌學於1880年代崛起之前，英國醫界主流向來支持環境致病的理論，並據此制訂實施相關的公共衛生政策與措施¹⁶²。皇家醫師院向來代表英國醫界傳統精英，其學術立場通常較為保守。它的《麻瘋報告》會反對傳染說而主張遺傳說，並不令人意外。再就殖民地而言，印度的英國殖民醫學主流深受傳統環境醫學理論影響，對於細菌學等新學說甚為抗拒，甚至當細菌學說在英國本土醫界成為主流之後，在印度的英國醫界對細菌學仍持懷疑、抗拒的態度¹⁶³。與其他歐洲強權的殖民政策相較，英國殖民當局較少也較不願意施行大規模強制的衛生措施。這一方面是因為英國殖民政府對這類措施的成本效益有所懷疑，一方面則是不願引起與當地人的衝突¹⁶⁴。因此當卡特在印度提出麻瘋是細菌引起的傳染病，必須以隔離方式來治療的主張，就遭到其長官J·M·康寧翰(J.M. Cunningham)的打壓。身為印度公共衛生委員(sanitary commissioner)的J·M·康寧翰之所以反對細菌學說，除了醫學理論觀點差異，以及印度殖民政府醫界內部的派系鬥爭之外，主要原因也在於若接受此一學說，印度殖民政府就有必要廣設隔離病人的麻瘋療養院，這將構成一筆

162 Erwin H. Ackerknecht, "Anti-Contagionism between 1821 and 1867," *Bulletin of the History of Medicine*, 22 (Baltimore, 1948), pp. 562-593. 英國關於接觸傳染論與隔離檢疫問題的政策立場與歐洲其他國家的差異，請參見Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe, 1830-1930* (Cambridge: Cambridge University Press, 1999), esp. pp. 562-563.

163 Mark Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914*, pp. 51-59, 110, 113-115; "A Question of Locality: the Identity of Cholera in British India, 1860-1890," in David Arnold ed., *Warm Climates and Western Medicine, 1500-1900* (Amsterdam: Rodopi, 1996), pp. 133-159; J.D. Issac, "D.D. Cunningham and the Aetiology of Cholera in British India, 1869-1897," *Medical History*, 42.

164 Mark Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914*; David Arnold, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, pp. 28-43. 關於英國與其他歐洲強權的殖民醫療政策差異的比較研究，請參見Michael Worboys, "The Comparative History of Sleeping Sickness in East and Central Africa, 1900-1914," *History of Science*, 32 (Bucks, 1994), pp. 89-102.

龐大、難以負荷的經費支出¹⁶⁵。到了1890年代，細菌學說在英國醫界逐漸取得主流地位時，癩瘋傳染說的反對者主要是老一輩的醫界主流人士，如著名外科醫師帕傑爵士(Sir James Paget, 1814-1899)，以及舊派殖民醫學的代表人物，如具有長期在印度行醫經驗、著有多部論文與專書、以環境氣候因素來解釋印度疾病現象的費勒爵士(Sir Joseph Fayrer, 1824-1907)¹⁶⁶。曾擔任英國皇家外科醫師院(The Royal College of Surgeons)主席的赫勤生，也是維多利亞醫學舊傳統的代表人物¹⁶⁷。

另一方面，主張癩瘋是細菌傳染疾病的醫界人士，除了細菌學的支持者之外，也包括新興的熱帶醫學(tropical medicine)的推動者。1890年代是熱帶醫學在英國成爲一個專科的關鍵時期，而這段時間出版的主要熱帶醫學著作不只將癩瘋列入其專科的範圍，也主張癩瘋是種細菌傳染疾病。例如1890年代初，戴維生(Andrew Davidson)編輯的重要熱帶醫學專書，就將癩瘋列入並以專章討論。該章作者麥克納馬拉宣稱：「由此一疾病的歷史、細菌學與病理學的研究，以及癩瘋盛行的社區的經驗，我的結論是它是由特定的微生物所引起的。」此外，他也否定癩瘋會遺傳的說法¹⁶⁸。麥克納馬拉除了提到「癩瘋存在於整個中華帝國」之外，也支持癩瘋是由中國人傳到夏威夷的說法¹⁶⁹。有「熱帶醫學之父」之稱的萬巴德，雖然在1880年代初還對癩瘋是細菌疾病的說法存疑，但他於1898年出

165 Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, pp. 145-152.

166 Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, p. 176. 費勒對於細菌學說以及瘧疾是由寄生蟲引起的說法，也持懷疑與批評的態度，關於費勒的醫學立場，參見Mark Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914*, pp. 54-56, 111-112.

167 Shubhada S. Pandya, "Anti-Contagionism in Leprosy, 1844-1897," *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*, 66, pp. 380-381. 關於赫勤生的生平可參見Herbert Hutchinson, *Jonathan Hutchinson: Life and Letters* (London: W.M. Heinemann, 1946).

168 N.C. Macnamara, "Leprosy" in Andrew Davidson ed., *Hygiene & Diseases of Warm Climates* (London: Young J. Pentland, 1893), pp. 426-452, on pp. 444-445.

169 N.C. Macnamara, "Leprosy," in Andrew Davidson ed., *Hygiene & Diseases of Warm Climates*, pp. 429-430, 433.

版的熱帶醫學權威著作《熱帶疾病》中，則宣稱癩瘋「是由特定的細菌所引起的」¹⁷⁰。雖然萬巴德宣稱熱帶疾病(tropical diseases)主要是熱帶昆蟲病媒傳染的寄生蟲疾病¹⁷¹，但他卻也把癩瘋列入熱帶醫學的範圍之內。儘管萬巴德承認氣候不是癩瘋的病因，但他卻強調氣候和癩瘋的地理分布息息相關。萬巴德宣稱：「就地理分布而言，不論過去的狀況如何，在今天除了少數不重要的特例，癩瘋是熱帶與亞熱帶國家特有的疾病。」而且他認為中國是世界上癩瘋病患最多的國家，病患數量之多甚至超過印度¹⁷²。萬巴德還強調：「必須視癩瘋病患為危險的來源……壓制此一疾病唯一確定有效的方法，是隔離現有的癩瘋病患。」¹⁷³

萬巴德與康德黎都是在英國創建熱帶醫學這門新學科的關鍵人物，他們這些研究事業在帝國邊陲起步的醫師，憑藉其海外獲得的經驗、知識與研究成果，試圖回到母國醫學學術中心開創一門新的醫學專科，並以此來進一步發展其醫學事業。萬巴德藉由教學、寫作以及宣揚其他殖民地醫師的研究成果，來說服英國醫界接受熱帶醫學具有成爲一門專科的獨特性與重要性。萬巴德也透過他擔任英國政府殖民地醫學顧問(Medical Advisor to the Colonial Office)的職務之便，大力遊說英國政府支持他在倫敦設立專門的熱帶醫學校，並且讓這個學校成爲訓練前往「熱帶」殖民地工作之醫療人員的專門教育場所¹⁷⁴。康德黎於1896年返回英國

170 Patrick Manson, *Tropical Diseases: a Manual of the Diseases of Warm Climates* (London: Cassell and Co., 1898), pp. 383-422, on p. 383. 我們無法由現存史料斷定萬巴德接受癩瘋細菌病因說的確切時間。

171 Patrick Manson, *Tropical Diseases: a Manual of the Diseases of Warm Climates*, pp. xii-xvi; John Farley, "Parasites and the Germ Theory of Disease," in Charles E. Rosenberg and Janet Golden eds., *Framing Disease: Studies in Cultural History*, pp. 34-49.

172 Patrick Manson, *Tropical Diseases: a Manual of the Diseases of Warm Climates*, pp. 385-386, 412, on p. 385.

173 Patrick Manson, *Tropical Diseases: a Manual of the Diseases of Warm Climates*, p. 417.

174 關於萬巴德等人如何遊說英國政府加以支持並克服醫界內部阻力，使得熱帶醫學在英國成爲一個專科的過程，參見Michael Worboys, "The Emergence of Tropical Medicine: A Study in the Establishment of a Scientific Specialty," in G. Lemaire et al. eds., *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines* (The Hague: Mouton, 1976), pp. 75-98; "Germs, Malaria and the Invention of Mansonian

之後，便加入萬巴德的熱帶醫學教學工作。自該學科重要刊物《熱帶醫學期刊》(*Journal of Tropical Medicine*)於1898年創刊以來，康德黎就長期擔任主編工作¹⁷⁵。萬巴德與康德黎等人宣稱，熱帶疾病對大英帝國造成嚴重的人力與經濟利益損失，並強調熱帶醫學對於維護帝國利益有無可取代的重要性，藉以爭取英國政府支持。將麻瘋納入「熱帶疾病」的範疇中，並且強調此一疾病的傳染威脅，則具有抬高熱帶醫學這門新興學科的重要性之效果，而有助於萬巴德、康德黎等人的專業目標與利益。

近年來，科學史與科學社會學研究指出，在科學爭論發生時，雙方常會對同一現象做出完全不同的觀察，或是對相同資料做出完全相反的解釋。而這樣的爭論也可以讓我們看出爭論雙方的訓練、理論立場、所屬機構與社群的利益，乃至階級、性別與政治立場等因素，如何成為科學研究取向與科學知識內容的構成條件¹⁷⁶。本文指出19世紀英國醫師對中國「麻瘋」的認知，不只和西方醫界的理論爭論、學說嬗遞以及新學科的興起有密切關係，也牽涉到帝國擴張、種族主義與社會風潮。醫界主流立場的急劇變遷與醫學學說的複雜分歧，不但無礙於我們研究這段疾病史，反而有利於我們入手探討各種與疾病相關的豐富現象。

我的博士論文指導教授Christopher Lawrence建議我研究此一主題，雖然我後來並沒有將它納入博士論文。本文後期的研究與修改工作，得到中央研究院主題

(續)

Tropical Medicine: From 'Diseases in the Tropics' to 'Tropical Diseases,'" in David Arnold ed., *Warm Climates and Western Medicine, 1500-1900*, pp. 181-207; John Farley, "Parasites and the Germ Theory of Disease," in Charles E. Rosenberg and Janet Golden eds., *Framing Disease: Studies in Cultural History*; Douglas M. Haynes, *Imperial Medicine. Patrick Manson and the Conquest of Tropical Disease* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2001), pp. 85-180.

175 關於康德黎的生平，請參閱Neil Cantlie and George Seaver, *Sir James Cantlie: a Romance in Medicine*; Jean Cantlie Stewart, *The Quality of Mercy: the Lives of Sir James and Lady Cantlie* (London: George Allen and Unwin, 1983).

176 這方面的研究數量相當豐富，Barry Barnes and Steve Shapin eds., *Natural Order: Historical Studies of Scientific Culture* (London: Sage, 1979)是具有代表性的個案研究選集，相關研究的文獻回顧介紹可參見Steve Shapin, "History of Science and its Sociological Reconstructions," *History of Science*, 20 (Bucks, 1982), pp. 157-211; Jan Golinski, *Making Natural Knowledge: Constructivism and the History of Science* (Cambridge: Cambridge University Press, 1998).

研究計畫「明清至近代漢人社會的衛生觀念、組織與實踐」子計畫「海關醫療勤務與19世紀中國通商港埠公共衛生」的經費支持。檔案研究得到英國倫敦The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at University College London, The Wellcome Library for the History and Understanding of Medicine以及倫敦大學Senate House Library等機構協助。本文初稿曾於中央研究院歷史語言研究所講論會上宣讀(2002年1月21日),獲得主持人范毅軍先生、評論人劉士永先生,以及與會學者的指正。撰寫與修改期間,承蒙李貞德女士、梁其姿女士,以及《中央研究院歷史語言研究所集刊》匿名評審惠賜許多寶貴意見。謹此向上述學者與機構致謝。本文原發表於《中央研究院歷史語言研究所集看》,第74本第3分,台北,2003,頁445-508。

第十章

日治時期台灣地區的疾病結構演變

劉士永(中央研究院臺灣史研究所副研究員)

本文的目的在研究日治時期台灣地區疾病結構的轉變。我們認為醫學知識的進步與衛生措施普及，應該和疾病結構的改善有一定的關係。另一方面，根據流行病學轉型發生之時點與內容推估，經濟條件與可獲得醫療資源的多少，對死亡率的變化有逐漸升高影響力的趨勢。據此，衛生措施到1920年代左右對台灣人死因結構變化仍屬重要的影響，但社會經濟條件和有效醫療資源的投入，則可能對1930年以後的疾病結構產生較大的作用。簡言之，日治時期台灣地區疾病結構的改變，並非完全莫基於醫藥的進步，舉凡經濟成長、個人所得變化，以及整體社會狀態之穩定程度，似乎都在某種程度上促進了健康狀態的改善。而這些衛生條件與社會的複雜因素共同作用，到1920年後期出現了效用遞減的現象，終於到1930年代中後期，出現了疾病結構改善的瓶頸。

以20世紀初流行之殖民醫學觀點來說，台灣在地理上位居亞熱帶與熱帶，自然環境本就易生瘴癘之氣，惡疫橫行似為台民無可避免之宿命。惟日本領台之初困於社會未靖、財用困窘，一時間尚無暇顧及早已困擾日軍多時的「熱帶」衛生問題¹。迨後藤新平來台任民政長官，延攬高木友枝、拔擢堀內次雄等人，台灣

1 自19世紀西方發展殖民醫學(colonial medicine)以來，熱帶醫學(tropical medicine)向為其中心，其原因約以歐洲國家之殖民地多半分佈於赤道兩邊之熱帶地區所致，關於進一步的說明請參考Richard H. Grove, *Ecology, Climate and Empire: Colonialism and Global Environmental History, 1400-1940* (Cambridge:

之醫事行政始漸臻完備，民眾的健康狀態才日趨改善。自1910年代起，殖民政府推行之衛生政策，如鴉片漸禁政策、公醫制度、成立醫學校、全島開設官立醫院、興修上下水道等，多從防疫及改善環境衛生著眼，而在求取施政成效之餘，亦普及了相關的醫學與公共衛生知識於社會中。大體而言，日治時期醫療衛生的政績，約可以健康改善和壽命延長為其表徵。

良好的健康狀態與人民壽命之延長，無疑是近代政府發展醫學、普及衛生知識的首要目標，撇開殖民主義論述(discourses of colonialism)不談，臺灣總督府的各项作為應該也符合這些目的。不過公共衛生(public health)與治療醫學(therapeutic medicine)，不論在實務操作上或在西方近代醫學史研究中，並不呈現同步發展的趨勢。然1945年以前日台兩地之衛生行政，多半是採用醫學家掌理衛生事務的政治架構，似乎是醫學進步促進了這兩地人口的增加以及壽命之延長。許多歷史學家也因為上述衛生行政的特質，不免混淆了日治時期醫學治療與公共衛生改善，影響近代台灣人口與患病結構的角色和比重。睽諸過去有關日治時期人口或疾病史的研究，確有值得後人參考的重要成就，尤其以人口學之貢獻為甚，疾病與公衛政策之研究雖屬起步，其發展前景誠可期待。既然日治時期台灣人口學的研究已堪稱達致部分共識，而且疾病型態之演進又是決定當時人口結構的要因，疾病史的研究顯為研究者下一步應努力的方向。本文因此希望能從疾病結構轉變的時點及原因上，探究日治時期台灣社會中公共衛生與醫學治療的關係，並試探公共衛生抑或醫療進步對當時的疾病結構有較大的影響。

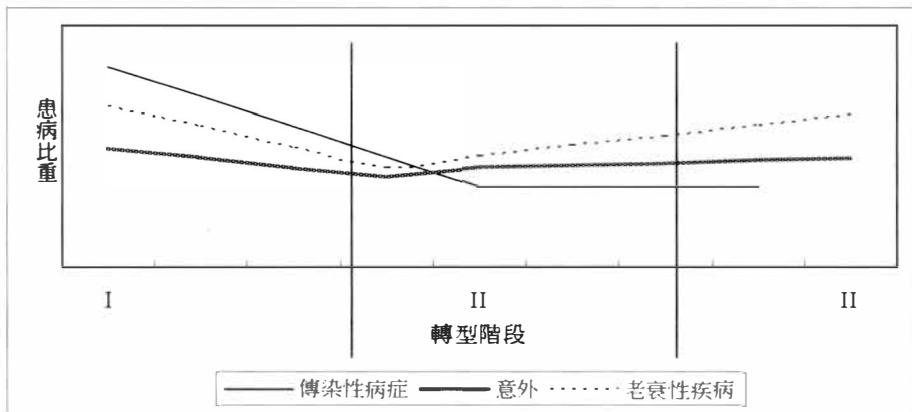
一、疾病結構改變的意義

早自1960年代起，西方學界即試圖發展一系列之新指標(index)與分析工具，用以評定衛生政策和醫藥投資的效率，並且解釋非醫療因素對改善生命現象的效果。其中流行病學轉型(epidemiological transition)理論不僅對流行病學界有參考的價

(續)

White Horse Press, 1997)。日本醫界因為沿用上述西歐的醫學觀念，概以熱帶醫學或衛生學稱呼應用於台灣的相關知識，這並不代表日人忽略了台灣島分據熱帶和亞熱帶的地理事實(geographic facts)。

值，也對疾病史的研究有所啟發。何謂流行病學轉型？該理論是由流行病學家 Abdel Omran 在 1977 年提出，強調死因結構受到政治、社會，乃至於經濟因素的影響，在特定的社會裡自有其獨特的歷史階段性。根據 Omran 的說法，傳染性疾病應該是第一階段主要的死亡原因，其他如老衰性疾病與自殺、意外等死因的重要性都比較偏低。在第二階段裡，老衰性疾病和意外死亡者逐漸上升，是否在此階段即能取代傳染性疾病的比重仍有爭議，但至少三種死因在此階段基本上會趨近於均分死亡率的比重。到了第三階段，老衰性死因持續上升，並取代傳染性疾病成為主要的死亡原因²。然而，Omran 並沒有清楚地交代造成上述轉變的要因為何，而僅是很含糊的表示造成死因結構改變的動因甚多，有可能是醫學性的、社會性的，甚至是經濟性的³。依據 Omran 的說法，大致可將其轉型三階段論以圖一表示之：



圖一 流行病學轉型之三階段

必須在此說明的是，上圖僅用以表示 Omran 流行病學轉型的三個階段，各階段間所需的時間並不一定都相同，會受到不同社會或國家之政治、社會、經濟，

2 Abdel Omran, "Epidemiological Transition in the U.S.," *Population Bulletin*, 32 (Washington, 1977), pp. 3-42.

3 有關健康轉型 (health transition) 與流行病轉型 (epidemiological transition) 的細部討論，亦可參考 United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, *Health and Mortality: a Concise Report* (New York: United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, 1998).

乃至醫療水準差異之影響，而有加速或延滯的情況產生。舉例來說，日本可能在1930年代以前即達到第一階段，而拉丁美洲卻要遲至1950-1960年代才達到該階段。此外，各個社會與人口即便都處於第一階段，也不表示他們的人口結構與數量都會相似。簡言之，Omran的轉型理論主要功能在於呈現不同疾病間的比例關係，以及這些疾病及其成因所反映之社會、經濟，乃至於政治的各種背景因素。大體說來，Omran理論裡傳染性病和慢性病比重的變化較少有爭論，某些討論也都是爭辯發生時點及成因，至於意外和自殺等非病理性死因，是否即如上圖所示占有第二位的位置則對此爭議仍多，但因無關本文對日治時期台灣疾病結構的討論，則暫不在此多作論述。以下將藉由十大死因的變化及Siler模型的死因結構分析，呈現Omran理論在日治時期台灣疾病結構的應用，並希望參照當時醫學技術的發展，以對應出公共衛生或醫療進步對疾病結構變化的衝擊。

二、疾病結構改變的技術分析

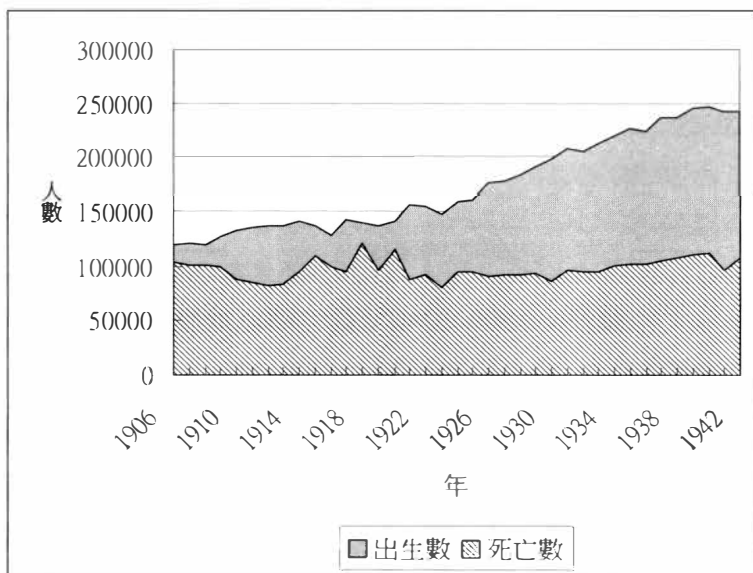
(一)日治時期台灣十大死因(the top ten causes of death)的變化

1895年以前，台灣人口增長的阻礙除了疫病外，性別比率落差太大也應該是一項重要的因素。漢系移民除少數官員與軍士可攜家眷來臺外，多為單身成行，造成台灣社會「羅漢腳」及「有唐山公、無唐山媽」的特殊現象。然而，清廷是否能有效禁絕偷渡尚有存疑，加以乾隆五十五年即開放攜眷渡台，因此清代台灣性比例不平衡的問題仍未有定論。又據陳紹馨的研究指出，1650年前後，台灣人口數為5萬人左右，至1894年時達2,545,731人，所增加的人口大部分應來自移民，而非島內自然出生率或死亡率的改善⁴。然僅以日治初期之死亡率高於出生率的情況，論斷1895年以前台灣人口之自然增加率有出現負數的可能性似嫌粗糙，劉翠溶對於上述推論所可能產生的問題已在其〈漢人拓墾與聚落之形成：臺灣環境變遷之起始〉一文中論及⁵。從1895-1945年間，日本殖民政府所提出的各

4 陳紹馨，〈臺灣人口史的幾個問題〉，收入氏著，《臺灣的人口變遷與社會變遷》（台北：聯經出版公司，1979），頁18。

5 劉翠溶，〈漢人拓墾與聚落之形成：臺灣環境變遷之起始〉，收於劉翠溶、伊

種醫療和衛生觀念，就今天的眼光看來仍相當幼稚，例如常見的痢疾或盲腸炎依舊是當時重要的致死原因。然而從人口資料來看，台灣之性比例在整個日治時期中已趨於合理，不再是人口成長的阻力，同時出生率和死亡率也呈現了相當之改善。以1906-1942年的人口統計而言，台灣人出生率始終維持在40‰至45‰之間，死亡率則由33‰降至16‰，人口自然增加率由1906年的5‰，上升到1930年的25‰，往後的十年間基本上維持此一高增加率⁶。人口增加率的上升，也往往成為歷史學者肯定殖民政府衛生施政的原因之一。人口數的增加可以兩種方式來表達，一是出生人數高於死亡人數，且兩者之差距日益擴大，如圖二所示。



圖二 1906到1942年台灣人出生數與死亡數之演變

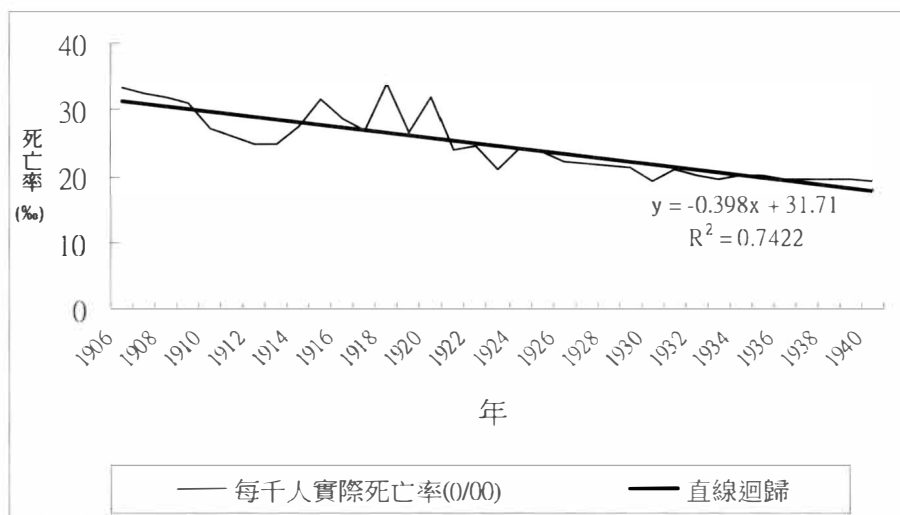
(資料來源：《臺灣省五十一年來統計提要》，台北：臺灣行政長官公署，1947，頁326-327。)

另一種人口結構的表現方式，則是粗死亡率(crude death rate)的下降，及其
(續)

懋可主編，《積漸所至：中國環境史論文集》(台北：中央研究院經濟研究所，1995)，頁295-347。

6 陳紹馨，《臺灣的人口變遷與社會變遷》，頁96-97。

與粗出生率(crude birth rate)之關係。雖然從圖二中看來，出生人數的快速增加，似乎是促使台灣人口增長的主因，事實上粗死亡率的下落也是一項重要的因素。圖三即顯示1906-1942年台灣人粗死亡率之變化。



圖三 1906-1942年死亡率之演變

(資料來源：《臺灣省五十一年來統計提要》，頁326-327。)

由圖三可見，台灣人之每千人實際死亡率由1906年的33‰多，降至1940年代的20‰以下。上述兩類變化反映在人口結構要素上，則是平均餘命(life expectancy)的延長。1906年時，台灣人之零歲平均餘命為29.7歲，1910年時已為36.1歲，到了1940年更進一步達44.8歲。根據近人的研究指出，1906年以來台灣人平均餘命的改善，以1920-1925年間，女性人口的死亡率快速下降為一大要因⁷。事實上，從1910年以來，台灣男性之死亡率亦屬穩定下降之狀態，1925年以後還略有加速的趨勢。

人口學者Durand曾將日治時期台灣人死亡率的下降，歸因於政策干預、衛生

7 Jow-ching Tu, "On Long-Term Mortality Trends in Taiwan, 1906-1980," *Journal of Chinese Sociology*, 9 (1985), pp. 145-164.

知識的普及、有效的預防手段與治療等因素⁸。而觀察1906-1942年之十大死亡原因變化後，大致上是支持Durand上述的推論的。由十大死亡原因變化可以發現，在這三十七年當中，第一位是死因不明者就占了十二年(1906年至1916年和1923年)，而以肺炎為首位死亡原因則占有其餘的二十五年。對於這一轉變大概的解釋是，從1910年代末到1920年代中期，可能出現過死因診斷上的進步，才促使1920年代以後的死因記錄較為明確，從而使得原本無法判定的死亡原因，能登記在某些已知的病因項目下。此一現象到1930年代以後尤其顯著，死亡原因不明的比重從1924-1931年間，仍居十大死亡原因之第二位，占全部死亡人數的比例的16、17%之間，到1932年以後，該項因素完全退出十大死因之外。因此，就歷年來前兩位死亡原因的演變而言，似乎死因診斷的知識與能力確有進步，才會使死因不明的比重逐漸下降，進而退出十大死因之外。

從十大死因變化來看，似乎台灣人主要的死亡原因，均屬一些較為常見的疾病，如腹瀉、腸炎、消化道潰瘍、支氣管炎等，即便是從1924年以後常據十大死因首位的肺炎，從今日的觀點來說，因為1930年代以降抗生素的出現，應該也能發揮比較有療效的作用，從而使得因感染發炎的病症如肺炎等，在某些感染症的致死率上有所改善⁹。至於常被用來作為台灣風土不良、疾病瀰漫的代表之瘧疾、霍亂和鼠疫三者，除瘧疾以外，霍亂和鼠疫並不常在十大死因中出現。臺灣總督府對瘧疾的控制，晚至1908年才於特定地區實施，1913年全面頒訂《瘧疾防遏規則》後，瘧疾仍持續是第二、三位的死亡原因，直到1923年後，瘧疾才降入第四位死亡原因，並逐年穩定下降，到1941年時更降為十大死因的末位。殖民政府的防瘧政策，曾受到當時熱帶醫學中，以Ross為主的環境控制(即滅蚊法)和傳

8 J.D. Durand, "Comments on S.H. Preston's Paper-Causes and Consequences of Mortality Declines in Less Developed Countries During the Twentieth Century," in R. A. Easterlin ed., *Population and Economic Change in Developing Countries* (Chicago: The University of Chicago Press, 1980), pp. 341-347.

9 所謂致死率(case fatality rate)是指得到某疾病的人當中死亡的人數。致死率在評估治療的預後和疾病嚴重性上，有很大的參考價值。但致死率的變化是否足以改變該疾病死亡率的走向，則還需考慮該疾病的發生率與盛行率，此二者就和公衛政策及預防醫學的關係較為密切。相關說明請參考陳建仁，《流行病學》(台北：伙伴出版公司，1983)，頁82-101。

統療法裡奎寧投藥控制(quinine dosage)兩派爭論所影響，而產生政策上的搖擺。但大體上看來，日治時期台灣的防瘧政策，基本上兼有衛生預防和醫學治療兩個面向，只是在不同的時期政策重心有所不同而已¹⁰。此外，瘧疾的用藥成效，因為熱帶醫學的發展，和國際聯盟防瘧控制(malaria program)的推廣，世界各主要的瘧區不論在盛行率或致死率方面，在1930年代時都有某種程度的改善¹¹。

相較於瘧疾在十大死因結構中的變化，除了1906年鼠疫是十大死因的末位外，霍亂和鼠疫都不曾成為台灣人的十大死亡原因。以霍亂來說，即便是在東亞霍亂大流行的1919年前後，該病依然不是台灣的十大死因之一，這或許代表了殖民政府緊急防疫措施的效果。然上述三項疫病死亡率的變化與殖民政府特定的防疫政策是否有直接的關係，仍有待進一步的研究。由於霍亂與鼠疾的致死率極高都在80%以上，是以政府任何的緊急性對策，在面對此種致死率高的急性傳染病時確有其必要性。只是從長期的時序來看疾病結構變化時，應該避免混淆了緊急防疫策略的成果和長期公衛政策的效果。

其次再就幾個比較確定的死亡原因來看，既然一般常見的病症如腹瀉、腸炎、支氣管炎與非結核性呼吸道疾病等，都常為前五位的死亡原因，那麼肺炎成為首位死亡原因就不是非常的不合理。因為這些現象大致可從兩個角度予以理解。首先，1928年Alexander Fleming(1881-1955)發現青黴菌(Penicillium)以來，青黴素並未立刻成為一種臨床治劑，直到1938年才由Howard Flory(1898-1968)、Ernst Chain(1906-1979)和Norman Heatley(1911-2004)在倫敦大學分離成功，並生產出小量但足供動物實驗的盤尼西林(penicillin)，然該藥品的廣泛生產與使用則是1940年以後的事了¹²。在1945年以前對細菌感染有效，且較容易取得的藥品，則應該是1932年後一系列的磺胺基系藥品(sulpha drugs)。從1932-1945年間，製

10 Shi-yung Liu, "Acclimatization and Assimilation in Colonial Taiwan," in Juanita De Barros ed., *Colonialism and Public Health in the Tropics* (Toronto: York University, forthcoming).

11 Deryck Taverner, *The Impending Medical Revolution* (London: Hodder and Stoughton, 1968), pp. 16-17.

12 Irvine Loudon ed., *West Medicine: An Illustrated History* (Oxford: Oxford University Press, 1997), pp. 121-122.

藥工業就針對肺炎開發出 sulphadiazine 和 sulphapyridine，針對腸炎發展 sulphaguanidine，以及治療包括肺炎在內的化膿性症狀之 sulphanilamide 及 sulphathiazole，當然也包括了一般性的消炎藥 sulphonamide¹³。上述藥品根據當時的臨床藥典來看，確為醫師的處方用藥。至於抗生素(antibiotics)雖也逐漸被運用於上述各類病症的治療，然以其種類之稀少、價格之昂貴，恐怕到1940年代的臺灣，還不能算是一種容易取得的藥品¹⁴。

又從當時對病理診斷與有效治療藥物的發展看來，1942年以前台灣醫學與健康狀態的進步情況，應該會受到以下幾個因素影響。第一、對於細菌學與病理診斷知識的進步，是1920年代以降台灣醫學發展的一大特色。此一現象的發展，使過去無法辨別或易於誤診的死亡原因，有了比較明確的診斷結果。這些死亡原因的記錄，應該也比較能符合今日對於某些重大疾病的診斷標準。其次，由於到1930年代以後，人類才發展出一些有效的治療藥物。相對於過去採取比較消極性或支持性的治療方式，人類開始擁有某些可提供積極性治療的藥品。是以1930年代以前，台灣總死亡率的改善與十大死因結構的變化，應當視為傳統衛生知識的運用與有效執行的結果。據此，了解當時的衛生思想、相關政策，乃至衛生行政組織及其運作，是著手分析1930年代以前流行病結構的首要工作。承襲第二點因素，1930年代以來可謂「新」藥品的時代。從1935-1945年間，化合性藥品(component medicine)如奎寧和磺胺藥劑都有明顯的進步，生產量也比過去增加。更重要的是如青黴素和鏈黴素等，這類抗生素藥品的出現，使某些常見的細

13 Gerhard Domagk(1895-1964)於1932年，發現磺醯胺對老鼠身上的鏈球菌有抑制效果，旋即引起一系列磺胺基藥品的開發研究。Deryck Taverner, *The Impending Medical Revolution*, pp. 118。

14 這類藥品的生產牽涉的條件甚多，舉凡化學工業的能力、製藥工業的規模、資本投入的程度都有決定性的影響。Robert Kohler, *From Medical Chemistry to Biochemistry: The Making of Biomedical Discipline* (Cambridge: Cambridge University Press, 1982), pp. 15-19.又按日本學者的研究來看，1945年以前日本或有能力在實驗室裡少量生產這類藥品，但似乎還不具備大規模生產的能力。〔日〕小高健，《傳染病研究所》(東京：學會出版センター，1992)。無怪乎戰前台灣地區對此種藥品之廣告，往往有強調這類藥品由西洋進口或德國進口等字句。

菌性感染症死亡率大幅下降。舉例來說，當時常見的細菌性肺炎的死亡率約為30%左右，以磺胺劑治療可減低到10%，使用青黴素更可減至5%以下¹⁵。因此，適當藥品的生產、輸入與分配成爲決定性的因素。診斷病因與治療的有效配合，應是在研究衛生政策之外，針對1930年代以後的演變所新增的研究課題。

(二)死因別死亡率(mortality by the causes of death)的結構轉變

要討論疾病結構變化或Omrtam的流行病學轉型理論，首先要確定的是死亡率的變動趨勢。George Barclay大概是最早觸及此問題的學者，而其分析也被後來的學者廣爲引用。Barclay認爲台灣之死亡率下降始於1900年，並在1920年開始發生死亡率轉型(mortality transition)。他把此一轉變歸因於大規模接種疫苗所產生之傳染病死亡率下降所致¹⁶。然而Barclay並未爲此論點提出因果分析，而且也未說明當時防疫接種的規模，及評估疫苗的有效性。以Barclay的推論爲本，根據圖三的死亡率變動狀況，並以其數據用半對數迴歸(semilog regression)計算死亡率之平均年變動率：

$$\ln Y(t) = 3.4796 - 0.0166t \quad (t = \text{time})$$

顯示1906-1942年間，台灣人死亡遞減率爲1.6%。以其他資料而言，1920年代所留下的一系列衛生調查資料，也應當適用於上述Barclay的分析方法¹⁷。只是從具體的分析中，我們發現該資料可能有抽樣代表性的問題。因爲一個有效的患病率結構調查，在抽樣上必需考慮到地理、季節，乃至於流行病循環周期等因素。如果這些數據對1920年代的台灣疾病結構可能有代表性上的疑慮，勢必要增加更多的變數和調整，才能用來分析1906-1942年間的變化。就資料與分析工具的現實

15 Samuel Rapport, Helen Wright eds., *Great Adventures in Medicine* (New York: Dial Press, 1962), pp. 259-261.

16 George Barclay, *Colonial Development and Population in Taiwan* (Princeton: Princeton University Press, 1954), pp. 133-173.

17 劉翠溶、劉士永，〈臺灣歷史上的疾病與死亡〉，《臺灣史研究》，4：2（台北，1999），頁107-121。

層面來考量，似乎不太可能在短時間內完成。

此外Mohammad Mirzaee在其論文中亦對死亡率下降，有以下的一些看法：「殖民時期臺灣人的死亡率，從一個轉型前(pre-transitional)的高死亡水平，到1940年左右進入轉型的中期階段。……環境改善、微生物與人類宿主(human host)關係的轉變(主要表現在宿主抵抗力之增長)，以及醫療能力等，均是導致死亡率下降的直接決定性因素。」¹⁸Mirzaee認為台灣在1920年代因為殖民政府的公共衛生政策，使台灣人的平均預期壽命開始長期之增加。不過該預期壽命的增加呈現邏輯成長函數的形式，因此可以界定為數個發展階段，也呈現快速追上西歐各國預期壽命變化之趨勢。然而，Mirzaee也指出，這種邏輯成長函數形式的預期壽命增加，越是接近七十歲以上的平均預期壽命後其增長越顯遲緩，因此在醫藥科技未出現重大突破的假設下，即暗示未來長期大幅增加預期壽命將越顯困難¹⁹。日治時期台灣人死亡率下降的歷史過程，應該也是疾病結構變化的一個動態過程。根據Mirzaee的說法，或許可以從總人口的患病結構(morbidity structure)或者對粗死亡率作死因別的解構分析(death cause -specific decomposition analysis)著手，以了解其所謂「邏輯成長函數形式下的數個發展階段」之動態過程。

在1996年的亞洲人口歷史研討會上，楊文山首先發表了一篇以解構分析研究日治時期預期壽命(life expectancy)變化的論文。他根據日治時期的人口動態統計資料，將所有死因分為七類：傳染性疾病(infectious disease)、心血管疾病(cardiovascular disease)、呼吸系統疾病(respiratory illness)、腫瘤(neoplasm)、消化系統疾病(digestive problem)、嬰幼兒疾病(infancy illness)和其他病因(other ill-defined disease)。楊文山發現呼吸系統疾病在1906-1935年間，有過重大的變化。感冒從重要影響預期壽命改善的因子，逐步成為比較不重要的因素，後來的肺結核病，並未造成如感冒相似程度的衝擊²⁰。最重要的是，根據作者對傳染性疾病

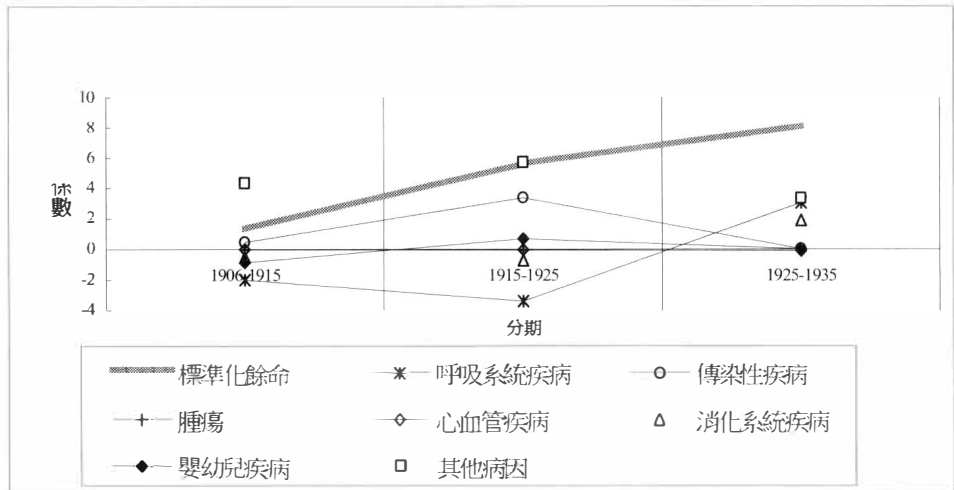
18 Mohammad Mirzaee, *Trends and Determinants of Mortality in Taiwan, 1895-1975* (Philadelphia: Ph.D. dissertation of University of Pennsylvania, 1979), p. 205.

19 Mohammad Mirzaee, *Trends and Determinants of Mortality in Taiwan, 1895-1975*, pp. 208-212.

20 Wenshan Yang, "Trends in Life Expectancy and Cause-Specific Death in Colonial Taiwan: 1906-1935," conference paper delivered at Conference on Asian Population

影響力下降，和腫瘍與心血管疾病影響不明顯之說明，大致上可推論1925年以後，台灣人口開始經歷了流行病學轉型的初期階段。

根據《臺灣省五十一年來統計提要》的資料，並運用楊文山的分析方法，將所得的結果繪製成下圖，就不難看出台灣死因結構轉型發生的時點與特徵。



圖四 1906到1935年台灣人的死因結構轉型

以圖四和圖三比較，不難看出台灣人口中的死因結構在1925-1935年間出現了重大的轉折，而這個變化開始的時間應該發生在1915-1925年的這十年間。按現有研究來看，1915-1925年開始的轉變，應該是因為從1920年代開始，傳染病死亡率出現明顯的下降趨勢所致²¹。易言之，如果說以死因結構轉變為基礎的流行病學轉型確實發生，那麼應該是以1920年代以來的傳染病死亡率下降為開端，到1925-1935年間即出現死因結構轉變的情況。相較於許多西方殖民地的死因結構轉變，直到1950年代才開始或完成第二階段之流行病學轉型²²，日治時期台灣之（續）

History (Taipei: Academia Sinica, 1996), pp. 9-10.

21 劉翠溶、劉士永，〈臺灣歷史上的疾病與死亡〉，《臺灣史研究》，4：2，頁110、119-121。

22 Robert Gulliford, "Epidemiological Transition in Trinidad and Tobago, West Indies 1953-1992," *International Journal of Epidemiology*, 25:2 (Oxford, 1996), pp. 357-

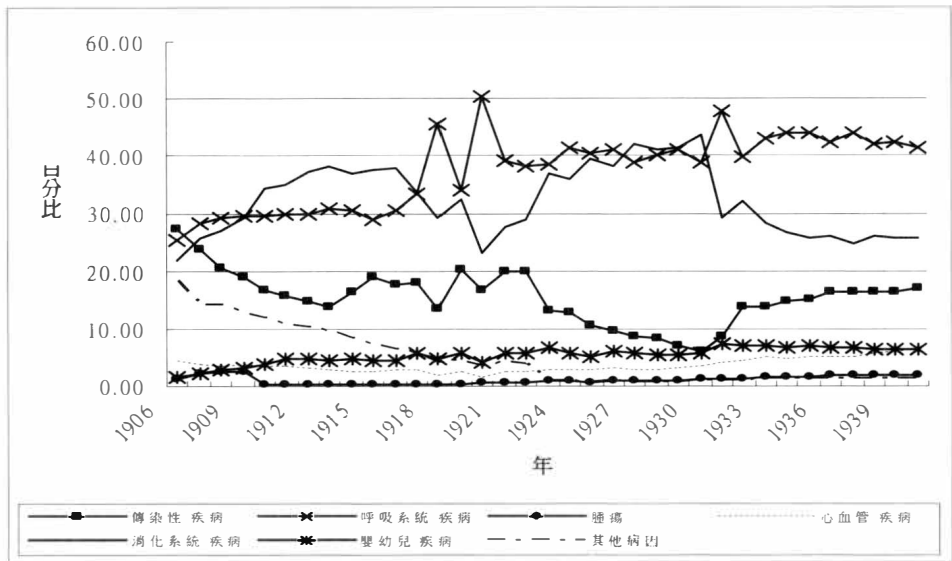
流行病學轉型發生的時點(time)算是相當的相當早，且延續的時間(duration)亦較短。

齋藤修的研究指出，日本的流行病學轉型也屬於發生早、持續時間短的類型。日本的嬰幼兒死亡率自德川到明治時期，一直維持著持續且穩定的下降趨勢，其主要原因就是從幕末以來傳染病死亡率的穩定下降²³。另一位學者Peter Pelletier更進一步推衍上述的現象，直言日本之流行病學轉型發生甚早，到1920年代已接近完成的階段。他並以各項數據證明傳染病死亡率的下降就是此一轉型的主要動因²⁴。再者，陳寬政等人對於台灣與日本出生時平均餘命的研究也指出，殖民時期的台灣與日本人口，在出生時平均餘命的成長趨勢上大致呈現平行狀態，只是日本的發展略早於台灣十年左右²⁵。據此，台灣的流行病學轉型幾乎緊跟在日本的轉型後發生，並以十到二十年左右的時間，完成這個過程。不過台灣的疾病結構轉變雖也以傳染病死亡率下降為動因，嬰幼兒死亡率改善卻似乎不如人期待，而台灣人也注意到這個現象，曾呼籲台灣總督府予以改善²⁶。

為進一步細論1920年代以後的疾病結構，我將五十一年統計提要中，共八十四類死亡原因的歷年資料，按前述七大病因分類，並繪其變動於圖五。

(續)

- 365; Drauld Phillips, "Epidemiological Transition: Health Change with Development and Modernization," in Nicholas Ford ed., *UK / Thai Collaborative Research Development in Reproductive and Sexual Health: Proceedings of the Symposium on the Mahidol-Exeter British Council Link Aphichat Chamratthirong* (Nakhon Pathom, Thailand: Mahidol University, Institute for Population and Social Research, 1993), pp. 7-23.
- 23 Saito Osamu, "Infant Mortality in Pre-Transition Japan: Levels and Trends," in Alain Bideau, Bertrand Desjardins and Hector Perez Brignoli eds., *Infant and Child Mortality in the Past* (Oxford: Clarendon Press, 1997), pp. 135-153.
- 24 Peter Pelletier, "Five Geographical Surveys of Japanese Demography," *Espace, Populations, Societies*, 2 (1995), pp. 159-180.
- 25 陳寬政、王德睦、陳文玲，〈臺灣地區人口變遷的原因與結果〉，《臺大人學刊》，9(台北，1986)，頁1-23。
- 26 〈社說〉，《臺灣民報》，3：1(東京，1925)。



圖五 1906-42年分類死亡原因變動趨勢

同樣的也計算半對數迴歸，可以發現死亡現象的變動分屬升、降兩個類型：

增加型：死亡千分比(Proportion death rate)增加

($Y_x(t)$ ：死於疾病 x 之每千人死亡個案數； t = 時間)

呼吸系統疾病： $\ln Y_r(t) = 9.915 + 0.0233t$

腫瘤： $\ln Y_n(t) = 5.7826 + 0.045t$

心血管疾病： $\ln Y_c(t) = 7.485 + 0.027t$

嬰幼兒疾病： $\ln Y_y(t) = 7.7467 + 0.0343t$

下降型：死亡千分比下降

傳染性疾病： $\ln Y_i(t) = 9.4999 - 0.0051t$

消化系統疾病： $\ln Y_d(t) = 10.065 - 0.0062t$

其他病因： $\ln Y_o(t) = 9.275 - 0.0847t$

圖五與上述迴歸的結果顯示，1906-1942年間死亡個數增加型(呼吸系統疾病、腫瘍、心血管疾病、嬰幼兒疾病)多於下降型死因(傳染性疾病、消化系統疾病、其他病因)。在增加型中以嬰幼兒疾病個數上升最多，達年增率3.43%，與當時人們的感覺吻合。而呼吸系統疾病死亡個數的增加，也和楊文山的分析一致。在下降型方面，平均死亡千分比下降的情況快於型一之增加率，或許是促使粗死亡率下降的主因。如果以1925年以後作為轉型第二期來看，到1930年止，消化性疾病死亡數占總死亡人數的18.44%，之後則出現快速下滑的現象。傳染性疾病死亡個數的變動，則比消化性疾病死亡個數之變動，發生的更早也更快。比較值得注意的是，以前面的半對數迴歸而言，腫瘍的年增率最快達0.45%，而其他病因下降的年變動率，明顯快於其他幾種死亡個數的變動達0.85%，此兩點現象或與第一節中的推論，病因判別能力增加先於治療水準改善有關。

這樣的直線性迴歸僅表示了1906-1942年間，這七類死因死亡個數的演變與年平均變動率而已。利用Siler所提出的模型，把死亡的發生視為一種風險(risk)的出現，利用風險發生的可能性，以數量模型估計這些數據²⁷，或許能對上述的資料進行個別死因的解構分析(case-specific decomposition analysis)。根據現有的研究指出，Siler的模型最符合人類死亡率曲線，並具有連續的風險互斥功能(continuous competing-hazards function)²⁸。Gage等人的研究指出，根據利用美國及澳洲生命表所做的研究結果指出，Siler模型要比具有八個變數(parameters)之Heligman-Pollard或Mode-Busby模型更適用於整個生命組(fit over the entire life span)，不過實證分析的結果也顯示，具有十個變數之Mode-Jacobson模型卻比Siler模型又來得適用於死亡率的分析。然而以Mode-Jacobson模型具有十個變數

27 William Siler, "A Competing-Risk Model for Animal Mortality," *Ecology*, 60 (Tempe, 1979), pp. 750-757.

28 所謂風險互斥(risk competing)指的是在特定限制下，只有某一風險會產生。這對死亡現象的分析很重要，不因為死亡只會在一生中發生一次，更重要的是透過條件的限制，我們可以看到某些死亡風險只出現於幼年期，而某些則完全不會出現。Timothy Gage, "The Decline of Mortality in England and Wales 1861 to 1964: Decomposition by Cause of Death and Component of Mortality," *Population Studies*, 47 (London, 1993), pp. 49-50.

相較於Siler模型利用五個變數來看，Siler模型似乎可以提供一個比較快速的初步觀察結果²⁹。再就實際研究的需求來說，因為Siler模型適用於小樣本數的死因分析，故常被應用於考古人口學(paleodemography)中，其有利之處在於可運用確定有效的個案，而無須受制於總樣本數之數量是否達到統計上的充分條件³⁰。這點不僅對只能取得有限樣本的考古人口學家來說十分重要，對本研究來說，經剔除不明死因和可能誤判之個案後，Siler模型的這項優勢，尤其對我們以剩餘少數樣本並經分類後的統計分析有利。此解構分析方程式如下所示：

$$h_i = a_1 e^{b_i} l_i' + a_2 + a_3 e^{b_i} z_i'$$

該方程式包括三個要素(components)。第一個要素被定義為幼年型要素(the immature component)，用來計算孩童時期(0-18歲)的年齡別死亡率變動情況³¹。該要素被兩個參數所決定：

a_1 = 死胎與死嬰率的大小數量

b_i = 年齡別幼年死亡率(immature mortality)的變動率

第二個要素是殘差要素(the residual component)，用以估計某一死亡因素對個別年齡群的影響，只包含一個參數：

a_2 = 某一年齡群中獨立發生之死亡數

29 Timothy Gage and Charles Mode, "Some Laws of Mortality: How Well Do They Fit?" *Human Biology*, 65:3 (Detroit, 1993), pp. 445-461.

30 Kathleen O'Connor, *The Age Pattern of Mortality: A Micro-Analysis of Tipu and a Meta-Analysis of Twenty-Nine Paleodemographic Samples* (Albany: Ph.D. Dissertation of University of New York, 1995).

31 Timothy Gage and Bennett Dyke, "Parameterizing Abridged Mortality Tables: The Siler Models of Mortality: An Alternative to Model Life Tables," *American Journal of Physical Anthropology*, 76 (Hoboken, 1988), p. 240.

最後則是老衰型要素(50歲以上，the senescent component)，用來計算年齡別下，因體力功能衰退所增加的死因數，也具有兩個參數：

$$a_3 = \text{出生時的老衰死亡率(senescent mortality)的最初大小(initial magnitude)}$$

$$b_3 = \text{年齡別老衰死亡率的變動率}$$

據此， h_t 代表的是在年齡 t 時，產生自這三種風險互斥要素的總風險發生率(total hazard rate)。

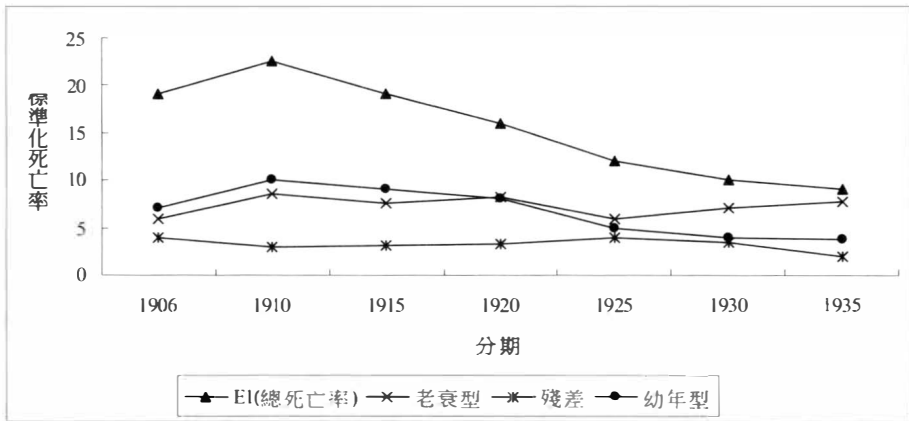
為配合計算與避免誤判，勢需將原始資料重組。此處依據台灣總督府〈衛生調查報告〉之分類原則，以及Preston提出之死亡原因分類法則重組³²，仍舊分為七大類型，以符合前面的討論並列於表一：

表一 死亡原因分類

類別	包括之疾病名稱(舉例說明)
呼吸系統疾病	呼吸道結核、感冒、肺炎、支氣管炎……
傳染性疾病	非呼吸道結核、梅毒、傷寒、霍亂、白喉、百日咳、腦膜炎、鼠疫、麻疹、天花、瘧疾、斑疹傷寒……
腫瘤	癌症、惡性／良性腫瘤……
心血管疾病	血液循環不良、風溼性心臟病與一般心臟病……
消化系統疾病	下痢、胃與十二指腸潰瘍、腹瀉腸炎……
嬰幼兒疾病	先天性障礙、新生兒感染……
其他因病死亡原因	(包括不明原因，但可知確實因病死亡者)

其計算結果以圖六示之。

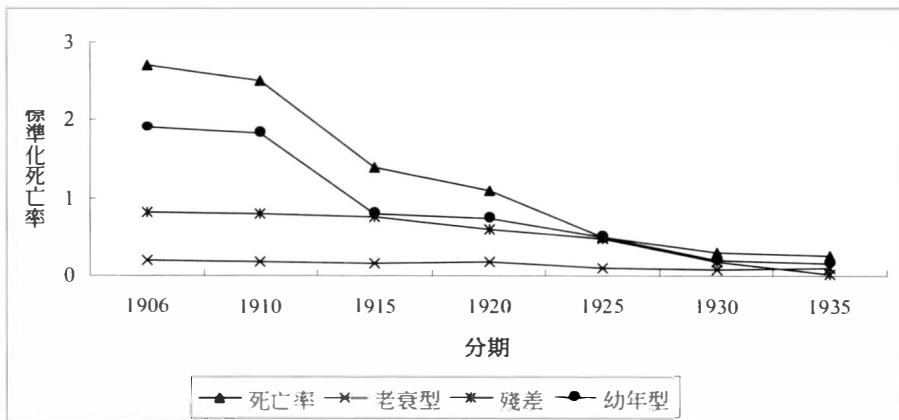
32 Samuel H. Preston, N Keyfitz and R. Schoen, *Causes of Death: Life Tables for National Population* (New York: Seminar Press, 1972). 此外，對於這些疾病的分類，主要是根據1920年至1930年代的衛生調查報告的分類標準，再參考Preston的分類而製成，如此可避免過度細分所造成的人力與時間之耗損，也可避免1918年至1920年間如流行性感冒與肺炎這類死因誤判，所可能造成疾病結構分類錯誤的問題。有關這些疾病的原始分類，請參考劉翠溶、劉士永，〈臺灣歷史上的疾病與死亡〉，《臺灣史研究》，4：2，頁89-132。



圖六 出生時的總風險率與其要素變動率(E1 = h1的總風險率計算結果)

根據圖六，總死亡風險率從1910-1925年間有快速的下降，但此後下降的速度似乎開始減緩。比較特殊的是在1920年左右，出現了幼年型標準化死亡率(standardized immature mortality)和老衰型標準化死亡率(standardized senescent mortality)更替的現象。如何解釋這個變化以及其中所透露出的問題，不妨以傳染性疾病、呼吸系統疾病和心血管疾病為代表說明之。

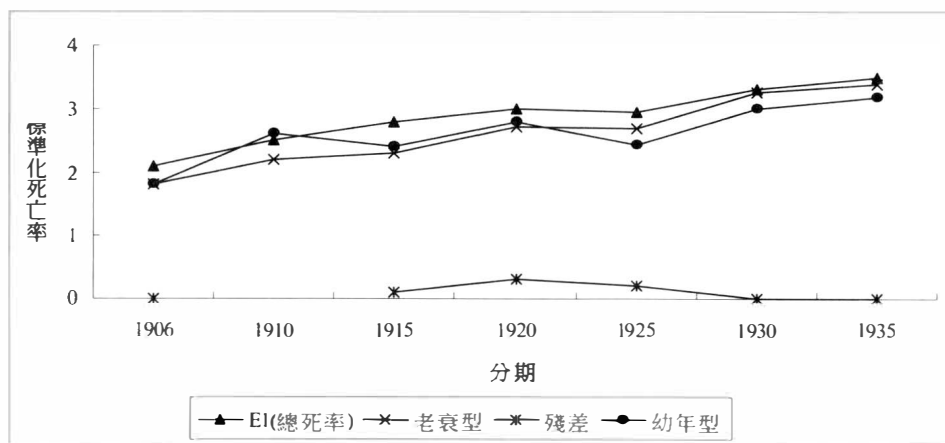
1. 傳染性疾病



圖七 傳染性疾病死亡率變動趨勢

對傳染性疾病死亡率的解構分析顯示，1906年總死亡率的下降，主要是因為發生個案減少，即殘差死亡率的逐年下降，以及幼年型死亡率的下降所致。殘差死亡率的逐年下降，代表了傳染性疾病的高死亡率，在各年齡層都有下降的現象。至於老衰型的死亡率下降緩慢，則明顯的不如另外兩者。這或許是因為登記死因的標準不同所致，但也有可能是多數傳染病都易於攻擊幼童的緣故。必須特別提出的是，1925年以後，傳染性疾病死亡率的快速下降，似乎達到一個瓶頸階段，此後的下降率變得相當地緩和與穩定。

2. 呼吸系統疾病

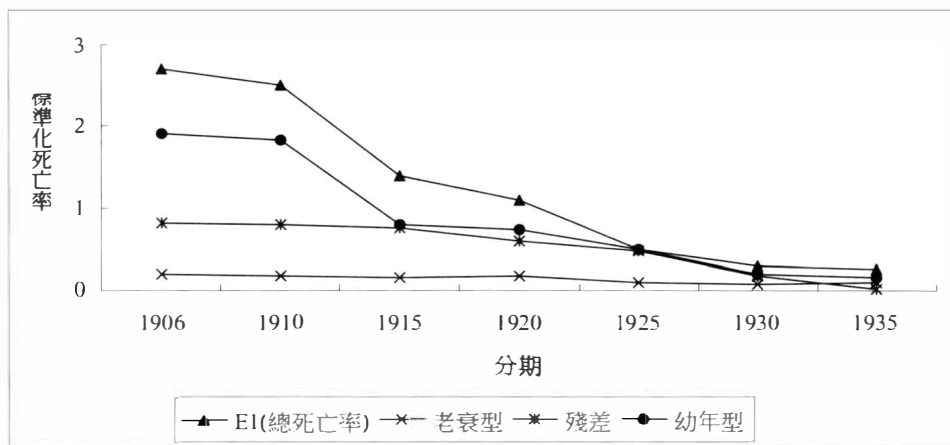


圖八 呼吸系統疾病死亡率變動趨勢

從1906-1925年間，殘差要素的標準化死亡率大致平穩，其變動範圍也止於0到0.5之間，主要的死亡率變動雖落於幼年型與老衰型兩要素的變動率上，仍看不出有明顯的年齡特性。即這段時間裡，呼吸系統疾病死亡率的變動屬於與年齡別互為獨立事件的情況(age-independent pattern)。再者，這兩項要素的標準死亡率，基本上與總死亡率的變動趨勢相當一致，而且在1918年和1920年間，很可能因西班牙型流行性感冒的關係，而有非常相似的變化。1930年以後，呼吸系統疾病死亡率的變動就比較像是與年齡別互為依賴的情況(age-dependent pattern)，但老衰型死亡率的比重顯然也比幼年型來的大。然而，呼吸系統疾病死亡率變動的

實際情況，可能還要更為複雜。按理來說，幼年型部分應大幅下降才是，但上圖卻呈現上升的趨勢，這似乎反映了1925年《臺灣民報》在〈社說〉中，殖民「政府漠視本島人〔臺灣〕新生兒高死亡率……」的指責³³。又以肺結核為例，就可能造成老衰型死亡率的快速上升，只是官方統計中以該疾病為死因的個案並不多，這是否即是事實抑或有其他待考慮的因素，都值得做進一步的研究，同時也可能會影響未來對呼吸系統疾病死亡率變動的某些解釋。

3. 心血管疾病



圖九 心血管疾病死亡率變動趨勢

雖然心血管疾病死亡率對總死亡率變動的影響不大，卻是一個很好的例子，可以用來表現前面的一些假設狀況。首先，我們多半以為心血管疾病死亡率，會以老衰型死亡率為主，而且其變化應隨總死亡率的降低而有增加的趨勢。但計算的結果反而顯示，老衰型死亡率要到1930年以後，才比較能和其他兩種死亡率，對心血管疾病死亡率的變動產生比較明顯的作用。對這種怪異現象可能的解釋是：心血管疾病死亡率的變動，從1906年以來都維持著與年齡別互為獨立事件的情況(age-independent pattern)，這仍極有可能是因誤診或誤判所致，但也有可能

33 〈社說〉，《臺灣民報》，3：1。

是因為當時的分類不同或診斷能力不足所致。舉例來說，至少有一個個案(1922)顯示，該名病患因流行性感胃入院治療，旋因併發症導致五日後因心臟衰竭死亡。然而該名病患之死亡證明僅為心臟衰竭，並未提及曾罹患嚴重肺癌的病史³⁴。這類的死因在當時的統計上，極可能被歸類於心血管疾病而非呼吸器疾病。1922年的個案是極少數尚能發現其真正病因的個案，但我們也無法排除這類的病因和死因間的錯誤，是造成上述分析結果與事實不符的可能原因。

在計算七類病別的解構死亡率變動後，初步得到下面的結論。首先，台灣高比例不明死亡原因，促使我運用Siler模型進行分析。然而剔除不明死因後的分析顯示，剩餘具有確定死亡原因的個案或數字不全然足堪信賴，這在第一期(1906-1920)當中尤其明顯。雖說在第一期當中，死亡率的下降主要可歸因於傳染性疾病死亡率、消化系統疾病死亡率，尤其是其他病因別死亡率的下降，但分析中卻無法看出年齡別上的差別，即是一種與年齡別互為獨立事件的死亡現象(age-independent mortality)。或許如第一節所述，因為有診斷與檢驗技術的進步，第二期(1920-1935)的變動趨勢就比前一期清楚的多。死亡率的變動在本期中，有逐漸因年齡別——疾病別而有不同變化的現象產生，也就是說開始從第一期之與年齡別互為獨立事件(age-independent pattern)的情況，轉變成與年齡別互為依賴(age-dependent pattern)的情況。而受到公衛政策的開展，其他病因別死亡率持續下降之餘，傳染性疾病死亡率的劇降，是本期十分令人注目的現象。死亡率結構變動，在第三期(1935-1942)基本上仍延續第二期的走向，只是原本下降快速的各病別死亡率，如傳染性疾病死亡率、其他病因別死亡率、消化系統疾病死亡率等，下降的速度都開始減緩並趨於平穩。此外，某些與今日流行病學知識不符的現象，也在本期中顯得刺眼，這或許是因為當時病因分類與死因登記的缺陷所致，而這些缺陷可能造成了前述幼年型呼吸系統疾病與心血管疾病的異常表現。

34 1922年鐵道病院病歷記錄暨該病人死亡證明書。

三、疾病結構變化之可能成因與解釋

如同Carl Mosk以東亞經驗重新思考歐洲學界對流行病學與人口轉型的定義般³⁵，我們也該根據台灣實際發生的疾病史現象思考一些問題。根據以上兩節的分析，大致可以把這三十七年間(1906-1942)，台灣地區以死因結構改變所顯現之疾病結構變化，分為幾個重要的轉折點(turning points)予以討論。首先是1910年代中期到1920年代初期，不明死亡原因逐漸不列名於十大死因，在公共衛生政策與醫學發展上之動因及其代表的意義為何？其次是1920年代以來，造成台灣人流行病學轉型之公衛政策因素與醫療水準變化為何？最後則是1930年代以來，尤其是新式藥品出現後的1930年代中期以降，為何在死亡率穩定下降的時候，死因結構並未因新式藥品的出現而有結構上的變化？以下的討論將由李騰嶽當時的研究入手。

(一)李騰嶽對台灣人口死亡率變化的解釋

李騰嶽在昭和13年(1938)發表於《臺灣醫學會雜誌》第三十七卷的四篇研究，是日治時期少數幾篇針對台灣人、日本人(即在臺日人)全體死因與死亡率的分析研究。這四篇研究分為兩部分，分別討論台灣人及在臺日本人的死亡率及其原因³⁶。單就報告的標題就不難看出，種族是死因分析上最主要的類別，因為作者認為這樣的分類有助於了解：

和內地〔按：日本〕風土、氣候互異的環境，是如何地在保健衛生方面，影響從內地移住之本邦內地人。再者，分別觀察台灣本島人及在臺內地人之死亡率與死亡原因，進而與本邦內地的情況作比較分析等

35 Carl Mosk, "A Revision of the Concept of Demographic Transition in Light of the Experience of Eastern Asia," *Population*, 50:2 (Paris, 1995), pp. 474-482.

36 李騰嶽，〈臺灣在住內地人／死亡率及死亡原因／統計的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》，37(台北，1938)，頁1042-1075、1134-1153。

等，不僅僅是爲了學術上的趣味，我也相信這屬於保健衛生上的重要事項。³⁷

李騰嶽就台灣人及日本人兩者死亡率和死因對年齡別、疾病別、季節因素職業差異，及地方差異分別予以討論。其間有一些與今日觀念相差頗多的看法，也反映了當時衛生學的知識條件與限制。如幼兒的腳氣病(beri-beri)死亡率，作者就認爲：

本邦內地之幼兒腳氣病死亡率占該病總死亡率的52%，在臺內地人則爲59%，而本島人僅有21%。這是因爲本島人生來習慣於本地之氣候、風土，受其影響較低之故。反之，新移住的內地人則對環境不習慣，是以〔幼兒腳氣病死亡率〕似乎與是否有特殊飲食關係這一點沒有充分的關係。³⁸

不過在分析重要死亡類別之消化系統疾病時，作者仍舊指出，知識水準與經濟條件，是造成兩民族在該項死亡率差異的主因。

在臺內地人主要屬於知識階層，貧困者較少，一般都對食事衛生與兒童養育相當注意，要到老年期才相對受到氣候與風土相當之影響。³⁹

總的來說，李騰嶽認爲也許是因爲醫療條件較佳、衛生知識較豐富，使得不明死因這項因素，對在台內地人(即在台日本人)死亡率的影響較低⁴⁰。台灣人之

37 李騰嶽，〈臺灣本島人死亡率及死亡原因ノ統計的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》，37，頁580。

38 李騰嶽，〈臺灣在住內地人ノ死亡率及死亡原因ノ統計的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》，37，頁1071。

39 李騰嶽，〈臺灣在住內地人ノ死亡率及死亡原因ノ統計的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》，37，頁1069。

40 李騰嶽，〈臺灣在住內地人ノ死亡率及死亡原因ノ統計的觀察〉，《臺灣醫學

不健康狀態，主要是因為育兒法幼稚、對傳染病不了解，或受傳統療法所誤，加上貧困、男子勞役過重，及吸食鴉片也是重要的原因。其次，就台灣人而言，氣候與風土對死亡率的影响，則在此時間(1924-1933)中尚難說有絕對之關係⁴¹。比較有趣的是有職業者的死亡率顯然低於無職業者，而且除礦業(1.17‰)外，工業(1.13‰)、商業(1.01‰)、公(0.84‰)、交通業(0.45‰)等較有公部門涉入之職業類別，在青壯年人口的死亡率上比私部門之農業(1.48‰)、水產業(2.11‰)，和無業者(2.25‰)要好很多⁴²。似乎在公部門的青壯人口，比較有機會受到較好的醫療照護。此點對在台日人方面尤其明顯，因為能渡台的日人多屬年輕且比較健康者，而一旦罹患慢性病者，多能獲得較佳的治療，甚或移往內地就醫，致使在台日人青壯人口死亡率偏低，成爲一個特別的現象⁴³。當然在這些行業工作所需知識水準較高，收入也相對較穩定，也應該是造成差異的原因⁴⁴。

從李騰嶽的研究當中，可以歸納出他對於1930年代前期台灣人口死因結構變化的一些觀點。首先是衛生學的研究深受殖民醫學中「風土馴化」概念的影響，強調新移民與本島人的差異性。再者，作者相信醫學知識的進步與普及，和死因結構的改變有一定的關係，這表現在他以醫學知識進步與普及，解釋不明死因對在台日人與台灣人死亡率的差異上。另一方面，由年齡別及職業別死亡結構變化推估，經濟條件與可獲得醫療資源的多少，對死亡率的變化有逐漸升高影響力的趨勢。據此，從李騰嶽的分析中不難看出，新醫學知識到1920年代左右，對台灣人死因結構主要影響的範圍爲何，以及因社會經濟條件和醫療資源分配，可能對1930年以後的死因結構，會造成怎樣的衝擊。作者的數據分析也顯示嬰幼兒死亡

(續)

會雜誌》，37，頁1075。

- 41 李騰嶽，〈臺灣本島人死亡率及死亡原因ノ統計的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》，37，頁717。
- 42 〔日〕田邊秀穗，〈職業と死亡率相互間の相關關係に就て〉，《勞働科學研究》，4（東京，1927），頁145、455；李騰嶽，〈臺灣本島人死亡率及死亡原因ノ統計的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》，37，頁711-713。
- 43 李騰嶽，〈臺灣在住内地人ノ死亡率及死亡原因ノ統計的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》，37，頁1148。
- 44 〔日〕瀧澤豐吉，〈本島人衛生思想の現況と其啓發策卑見〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，3：5（台北，1931），頁8。

率有下降的趨勢，這與我們從Siler模型分析所得的結果不一致，但李騰嶽的嬰幼兒死亡率下降趨勢，仍不若青壯年齡群的改善來的快速。此一現象若以各別疾病觀之，不難看出幼兒在肺炎與消化系統疾病上的高死亡率，恰恰抵消政府因培訓助產婦，而降低新生兒死亡率與出生時感染致死方面的努力。

(二)西方學說對於解釋台灣疾因結構改變的意義

根據McKeown和McKinlay分別對於英、美兩國在過去兩百年人口變化的研究，大概可以舉出下列近代幾項降低死亡率的關鍵因素：1.營養條件的改善，2.生活環境與非醫療技術的改善，3.公共衛生措施的衝擊(如自來水等)，4.人口學結構改變(如家庭結構縮小、晚婚等)，5.致病性生物特質的改變。以McKeown對維多利亞時代以來英國死亡率下降的研究來看，上述五項因素幾乎可按發生之時間順序排列，即營養條件的改善(1730-1838)、公共衛生措施的衝擊(1838-1935)，乃至於具有確定醫療效果的技術產生衝擊(1935-1995)⁴⁵。而McKinlay更以個案研究指出，1900-1973年間，美國肺結核和肺癌的死亡率下降，造成了全體死亡率的穩定下降，然而上述兩項病因死亡分率的下降，卻早於疫苗和有效療法的出現⁴⁶。過去在Mirazec的論文中已經暗示了台灣地區死亡率改善的原因，可能與公共衛生措施和致病性生物特質改變有關。我們上述的觀察和過去許多的研究，也大致呼應McKeown和McKinlay的研究推論，認為以社會動員方式推動之衛生措施，應是促進日治時期台灣人健康改善和壽命延長的主因⁴⁷。

就台灣的案例來說，1920年代以前，醫學與衛生學進步的發展主要是在檢驗與分類兩個方向。以當時醫師常備之藥典與參考書籍觀之，不難發現從1920-

45 Thomas McKeown, *The Modern Rise of Population* (London: Edward Arnold, 1976).

46 John McKinlay and Soya Mckinlay, "Medical Measures and the Decline of Mortality," in Philip Conrad ed., *Sociology of Health and Illness: Critical Perspective of Mortality Patterns* (New York: St. Martin Press, 1994), pp. 182-214.

47 這是近年來研究台灣醫學史的通說。如范燕秋的師大碩士論文〈日據前期臺灣之公共衛生——以防疫為中心之研究(1895-1920)〉》和陳永興，《臺灣醫療發展史》(台北：月旦出版社，1997)，以及莊永明，《臺灣醫療史》(台北：遠流出版社，1998)，都顯現了這種看法。

1930年代間，除了磺胺基系藥品外，其他的處方用藥並無重大的改變。因此總死亡率下降應該不全然與醫療技術的進步有關，此一推論並未排除醫學知識進步的可能性。因為醫學知識(medical knowledge)和治療能力(curative capability)本就不一定會同步發展，這一點尤其在以實驗室醫學(Laboratory medicine)為發展特質的國家最為明顯。Deryck即明言近代科學醫學的發展，是先立基於1935年之前病因判斷與細菌學知識的快速累積，和1935年以後藥物和生化知識進步所致⁴⁸。以細菌檢查法來看，早在1900年前後，用顯微鏡來觀察檢體中是否有異物存在，已屬台灣防疫工作中常見的檢驗方法。利用血清的化學反應協助在較短的時間內完成判定病因，大約也在1910-1920年代間被廣泛運用。例如以綠膿桿菌(*Bacillus pyocyaneus*)的判定來說，根據Wassermann在1896年所發現之現象而衍生的Wassermann血清反應測定法，1918年在東京出版的日文臨床藥典已有詳盡的記載⁴⁹，與1944年出版的細菌學專論相比⁵⁰，兩者幾乎沒有重大的差異。即便是無法以當時醫學技術加以治療的許多細菌性感染症，按1925年流通甚廣的日文醫學參考書籍所載，至少已有二十二種細菌可以被檢測並作純粹培養(pure culture)，其中所記載的各種檢測與培養方法⁵¹，不僅沿用到1940年代，甚至今天的病理學診斷都仍相去不遠。再者，運用這些新型檢驗技術的醫師人數增加，應該也對不明死亡原因的下降有所幫助。雖說台灣每人均單位的醫師比在1940年以前並未有明顯的改善，然西醫師人數與傳統漢醫人數的消長⁵²，除了代表上述檢驗技術的普及，也代表了官方對於死因分類的普遍化。這一點對於當時制定公衛政策的人士來說，應當有助於其掌握實際的衛生狀況。

和檢驗方法的快速進展相比，同一時期的醫藥發展就顯得落後許多。到1920年代，台灣流通之藥品仍有新舊混用的現象。亦即舊式以傳統本草學為基礎的西藥，和近代以化學為基礎的製劑，同樣都是當時台灣醫師的處方用藥。以1921年

48 Deryck Taverner, *The Impending Medical Revolution*, pp. 15-16.

49 [日]筒井八百珠，《臨床醫典》(東京：南江堂，1918)，頁176-179。

50 [日]竹內松次郎，《近世細菌學及免疫學》(東京：金原商店，1944)，頁50。

51 [日]須子太一等，《醫藥便覽》(福岡：博文社，1925)，頁400-421。

52 劉士永，〈1930年代以前日治時期臺灣醫學的特質〉，《臺灣史研究》，4：1 (台北，1999)，頁140-141。

新上市的藥品來看，既有以茵陳莖、青蒿葉，和薄荷腦合煉之止腹瀉藥（Abrotanol），也有成分註明是由Phenacetin和Phenocollum作成的散熱發汗劑，還有直接以馬肉和馬血發酵而成的皮下注射劑⁵³。這些藥品大多沒有註明確切的治療機轉，有些甚至和中國人「吃什麼補什麼」的觀念極為相似，如馬血肉的製劑就是一例，書中僅記載是一種汲取馬體強健的強壯劑而已；而製成的方式，則可能模仿自當時常見之以馬血清製造疫苗的過程⁵⁴。這種情況到1933年出版的《新藥便覽》時，就有比較明確的成分和治療機轉之記載。不論是血清製劑、化學合成藥物或動植物的萃取劑，都說明其有效成分的內容與比例，對於特定疾病或病原體的臨床效用，也有清楚的說明⁵⁵。大致來說，1920年代以降，由於醫學知識的進步，雖未能立即提出有效的療法和藥品，卻對判別各種死亡原因有所貢獻。由於對特定病原了解的增加，或許有助於制定有效的公衛預防策略。總死亡率的下降或許即是由於環境的改善、個人衛生知識的進步與落實，所造成之整體疾病罹患率下降，倒不盡然是因為醫藥進步，使整體疾病之致死率下降。這點亦與近代醫學發展的歷史脈絡相符。

相對於病理檢驗技術和相關醫學知識的進步，醫療部門也較遲才出現專科分化的現象。今以臺大醫院在日治時期之院內專科分化為例，將分化過程按時間順序並列於表二：

53 [日] 川口孝純、[日] 熊谷謙三郎，《臨床新藥集》（東京：吐鳳堂，1921），頁2、320-321、519-520。

54 在以雞胚胎製做疫苗的方法被發展前，許多動物都曾被用於製作疫苗，如兔、牛、馬等。在1945年以前，利用馬血清來製造疫苗，算是一種相當普遍的方式。Jonas Salk and associates, "Studies in Human Subjects on Active Immunization against Poliomyelities. I.A. Preliminary Report of Experiments in Progress," *Journal of the American Medical Associates* 151 (Place, 1953), pp. 1081-1082.

55 [日] 松井正作、[日] 兒玉秀衛，《新藥便覽》（大阪：日新治療社，1933）。

表二 1942年以前台灣醫學專科之分化

年	醫療專科	註	重大醫學事件
1898	內科、外科、眼科	仍名台北病院，位於今常德街現址	志賀潔來台實驗鼠疫血清療法
	產婦人科	七月由外科部分出	
1901	外科分一、二兩部		木下嘉七郎確定台灣有瘧蚊存在 淺川式腸傷寒診斷液發明
1902	耳鼻咽喉科	由外科部分出	堀內次雄判定斑痧熱
1903	外科皮膚病徵毒科	外科第一、二部合組	臺灣醫學會發表腦膜炎專題 峰守氏丹毒血清判斷法發明
			臺灣醫學會發表瘧疾專題
1904			日赤病院成立
			Wassesmann徵毒血清測定法
			公布大清潔法
1905			發現徵毒螺旋體
			發現百日咳桿菌
1906	小兒科	自內科分出	公布《臺灣種痘規則》
	齒科治療室	設於外科中	醫學校成立熱帶醫學研究
	內科一、二部合併		黑川嘉雄檢出Parathyphus-A type
			恙蟲病原體發現
1907	內科再分為東、西兩部		
	開設助產婦講習班	受總督府委託辦理	
1908	皮膚病徵毒科	由外科部分出	
1909	皮膚病花柳病科	皮膚病徵毒科改名	引入山口謹爾氏狂犬病製劑
1910	齒科部	由外科部分出	腳氣病成因確定
1911	理學治療科		
1913			確認發現橫川氏吸蟲
			錫口養生院成立
1914	整形外科兼理學治療科部	理學治療科改名	清野氏活體染色法發明
			鹼化輸血法、徵毒療法發明
1915			斑疹傷寒菌發現
			中川幸庵發現肺吸蟲中間宿主
1918			鼠疫平息慶祝會
			西班牙流行性感冒來襲

1920	整形外科部	整形外科兼理學治療科部分開	
	理學治療科部		醫專設熱帶醫學專攻科
1921			山口謹爾發表〈臺灣毒蛇毒素之血清學的比較研究〉
			人工胰島素合成
1922	助產婦講習所	受總督府指定辦理	德式完全免疫體製成
	屍體解剖室完工		星製藥於高雄試種奎寧
1923	育兒保健相談所	由小兒科支援	維生素E發現
	看護婦助產婦講習所	受總督府指定辦理	
1924			BCG試種
1930			台北更生院成立
			癩病樂生院成立
1936	鑄錠室	內科負責	臺北帝大醫學部成立
1937			指定代用精神病院成立
1938	改制為臺北帝國大學 附屬醫院		公布《結核病預防法》
	產婦人科手術室完工		
	外科手術室完工		
	皮膚病泌尿器科	皮膚病花柳病科改名	
1939			熱帶醫學研究所成立
1940			南方醫學研究會成立
1941			臺灣保健館成立

(資料來源：林吉崇，《臺大醫院百年史(上)》[台北：金名圖書，1997]；莊永明，《臺灣醫療史》[台北：遠流出版公司，1998]，頁604-633；[日]中野操，《皇國醫事大年表》[東京：南江堂，1943]。)

根据表二，大致可以1920年劃一分界。在該年以前，外科是主要發生專科分化的部門，共計有產婦人科、耳鼻喉科、齒科、皮膚病花柳科、整形外科等，由外科分出來，自成專科。與一般衛生學比較相關之內科，僅在1906-1907年間先有小兒科獨立成專科及兩度改組外，大體上在1920年以前專科分化並不明顯。若將此情況對照於第四項之重大醫學事件，顯然當時病理學與用藥能力是造成內科專科分化稍晚的原因。第四項的選擇標準，主要是選擇台灣與日本國內重大或後

來被廣泛使用的衛生政策和醫療技術。或許台灣醫界在掌握這些知識與技術上會有一些落差，但以日台醫界交流密切的情況來看，兩地應不致於有非常不同的情況發生。

從表二第四項的內容來看，1920年代以前主要的特徵仍是病原的發現及診斷，間或有對於傳染途徑與病原生活史的發現。除了天花早有種痘法因應外，主要的衛生策略，仍舊是依循舊式西歐衛生學傳統，強調環境控制與病源隔離的必要性⁵⁶。至於1920年以後，雖然內科部門仍少有具體的專科分化現象，新的治療工具和藥物已漸漸被內科運用。熱帶醫學、保健知識，乃至於維生素E與BCG(三合一疫苗)等的出現，更在改善公共衛生條件、降低患病率與死亡率方面可能產生積極的效果⁵⁷。據此，1920年代以前不明死因會在十大死因中逐年下降，其成因應與全體醫學和衛生知識的發展有關，恐非某單一政策或制度改變所致。

醫學界對鑑別疾病與死因上的進步，當然會對整體衛生條件的改善有一定的影響，但不能據此即斷言，不明死因的比重下降就代表了總死亡率的改善。不明死因的下降僅表示原屬該項的死亡個案，因醫學知識的進步而被逐漸地分配到其他比較確定的死亡原因中。只能說是因為檢驗越精確迅速，對於個案的真正死因越能掌握，在政策實施方面，則越能針對特定的疾病與發生的時機採取有效的手段。換言之，雖然衛生預防的方法仍屬陳舊，只要能有效運作，並配合醫學檢驗能力的進步，就能防微杜漸達到改善健康條件的目的。

(三)日治時期衛生措施對改善疾病結構可能之限制

日治時期台灣地區實施之衛生政策，自始就有財政負擔上的考量，因此這些政策具有相對上低成本和低技術(low-cost and -technology)的特性⁵⁸。如果直接把

56 Sylvia N. Tesh, *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy* (London: Rutgers University Press, 1994), pp. 53-57.

57 [日]久保信之，〈臺灣醫事談片〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，4：7（台北，1932），頁3；[日]兼久佳太郎，〈臺灣に於ける衛生偶感〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，4：8（台北，1932），頁20。

58 Shi-yung Liu, *Medical Reform in Colonial Taiwan* (Pittsburgh: Ph.D. Dissertation of

死亡率的下降以「成功」的衛生政策論斷，這樣的結論似乎過於簡單。舉例來說，在1920年代以前台灣人身高的變化，就很難單純的以醫學或衛生進步加以解釋，舉凡經濟成長、個人所得變化，以及整體社會狀態之穩定程度，似乎都在某種程度上促進了健康狀態的改善⁵⁹，而這些複雜因素的共同作用，也許才能造成1920年代以後的疾病結構變化。

由於日治時期實施低成本和低技術的醫療與衛生革新，等於是將部分必需支出的經費轉嫁給民間負擔。隨著環境衛生的逐漸改善，這類政策到1920年後期出現了效用遞減的現象。由於衛生政策的效果發生效用遞減的現象，必須依賴有效而充裕的藥品與醫療資源，才能在保持既有成就時突破過去衛生措施所可能的瓶頸。然而，儘管某些具有積極療效的藥品已在1930年代出現，混亂的台灣藥業市場似乎尚無法承擔進一步改善死亡率的重任，這反映在輿論上，就是呼籲藥品制度的改良與對醫師競相逐利的批評。

以藥品制度改良來說，藥價高昂，專業藥師不足，加上藥品進口管制與檢驗能力不佳，致令市面上偽、假、禁藥充斥，非法販藥者橫行，而僅有家財富裕或得到政府支援者，才有機會取得有效的藥品。因此各界莫不希望一體適用日本內地制度，並加強藥師訓練與藥品管制⁶⁰。在醫師資源方面，自醫學校成立以來，在醫師的質與量方面漸有改善⁶¹，但是藥價和診療費的高昂仍限制了治療成效的擴大。至於醫師的專業能力與執業道德，或許是因為經濟上的優渥、專業形象的保護，以及日漸激烈的市場競爭，從1920年代末期以來，台灣醫界也出現了爭相逐利、誇張療效等不當的行為。殖民政府的漠視與取締不力，尤其深化了此一現象⁶²。終致高昂的醫療費用，令尋常人家無法接受治療，縱使有治療的藥品，卻

(續)

University of Pittsburgh, 2000), pp. 253-279.

59 魏凱立(Kelly Olds),〈身高和臺灣人經濟福利的變化,1860-1919〉,《經濟論文叢刊》,28:1(台北,2000)。

60 〈內臺藥制の相違より生ずる臺灣に於ける藥品營業並に取締上の不便〉,《臺灣公眾醫事雜誌》,4:10(台北,1932),頁1-3。

61 劉士永,〈1930年代以前日治時期臺灣醫學的特質〉,《臺灣史研究》,4:1,頁119-122、126-129。

62 〈非醫者の社會清算〉,《臺灣公眾醫事雜誌》,4:10,頁1。

只能徒呼負負。針對這種問題，有人建議將醫療社會福利化⁶³，惟至1945年均未能實現。這一台灣醫藥界的內部問題，或許是造成McKeown所言第三階段——1930年代後具有確定醫療效果的技術改善死亡率——未能反映在前述十大死因或Siler死因解構分析模型的原因。這也同時呼應了為何Omran理論中，轉型第二階段在台灣幾乎持續了1920-1940年代的部分原因⁶⁴。

在此，以台北市內的傷寒為例，說明1920年代末以後，衛生措施或許仍能壓制疾病的發生至某一水準，但進一步的改善似乎得仰賴有效治療與藥品的出現。傷寒在台北市持續發生於1911-1930年間，並成為當時幼兒主要死因之一⁶⁵。殖民政府為控制疫情，曾根據既有的水媒傳染病管制辦法，在環境控制方面加強飲水供給、食物與市場檢查，和新式便所的推廣⁶⁶；在隔離傳染路徑方面，增強從隔離發病患者，到成立所謂健康保菌者公營住宅等策略⁶⁷。其控制範圍實較過去更見廣泛，技術更為細密，但成效卻不如1920年代時來得明顯。主要就是因為外在條件快速改變，人口的移動導致交互感染的增加，而醫藥市場又無法適時介入發生作用，使得過去的衛生措施，在此刻面臨應變不足的窘境。

除了醫藥市場的內部問題外，傳染路徑之日益難以掌握也是一項重要的外在因素變化。自從台灣全島鐵公路網於1920年代末初具規模以來，加速了人與貨物的流通，而對於病媒與病原的散布也有類似的效果，只是1930年代島內常態性衛

63 〈醫療の社會化〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，4：11（台北，1932），頁1。

64 醫藥內部發展的限制及當時市場的混亂應該是重要原因，但這並不表示我們可以排除1940年日本投入第二次世界大戰後對於台灣地區死亡率的影响。

65 [日]渡邊七浩，〈台北市最近三箇年に於けるチフス諸統計〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，3：3（台北，1931），頁7-14；〈傳染病に現た罹病及死亡率に就て〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，4：11，頁8。

66 〈台北の糞尿汲取全部直營に〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，3：3，頁44；[日]戶田正三，〈臺灣の便所問題〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，3：6（台北，1931），頁6-7；渡邊七浩，〈台北市内腸チフス患者の現況及豫防概要〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，3：11（台北，1931），頁1-10。

67 渡邊七浩，〈台北市内腸チフス患者の現況及豫防概要〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，3：11，頁1-10；[日]松谷哲男，〈領臺時から臺大醫學部開設まで〉，收入[日]東寧會編，《東寧會四十年：台北帝大醫學部とその後》（東京：東寧會，1978），頁87。

生措施，對於控制依交通路線傳播的疾病仍甚為薄弱，而且政府檢疫制度的重心，依舊置於主要的海港以及境外移入之急性傳染病上⁶⁸。另一方面，都市人口密度快速增加、都市化益形深刻，這些1920年代末以來的發展，以及可能衍生之健康問題，可能都已超出過去低成本和低技術的醫療與衛生革新之處理能力⁶⁹，因而在1930年代出現加強都市計畫裡衛生規劃能力⁷⁰，以及改善街庄衛生吏員訓練的呼聲⁷¹。大致來說，以舊衛生學為基礎的轉型，由於無法應付快速改變的外在條件，終於使1920年代開始的疾病結構或死亡現象的改善，出現了發展瓶頸。

四、小結

和其他歷史研究之目的樣，研究日治時期臺灣的死亡現象與疾病結構，也是為了要了解過去的發展，並與今日已知的經驗連繫起來。雖說醫學(scientific medicine)在20世紀以來，出現了令人驚異的快速發展，仍有其階段性與相對應的特質，今日所見之種種「進步」自非一蹴可及。如果不把臺灣在醫學近代發展的過程和當代醫學發展總趨勢相互參照比較，則很難了解衛生與醫療改善的可能發生時間，以及何者對改善臺灣疾病結構的影響較顯著。

從上述的分析結果看來，我們認為醫學知識的進步與不明死因占總死因比率下降應有一定的關係。另一方面，新醫學知識普及到1920年代左右對台灣人死因結構變化仍屬重要的影響，而社會經濟條件和醫療資源分配，則可能對1930年以後的死因結構有相對較大的衝擊。意即透過流行病學轉型發生之時點與內容推估，經濟條件與可獲得醫療資源的多少，對死亡率的變化有逐漸升高影響力的趨勢。大致來說，醫學或公共衛生知識的進步與普及，乃至社會經濟條件的變化，

68 〈交通保健の急務〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，4：9(台北，1932)，頁1。

69 〈衛生當局に感謝のビドセよ——健忘症の社會を舉げて〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，4：11，頁1。

70 〈市區計畫委員に衛生技術官を採用せよ〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，4：9，頁1。

71 [日]素水生，〈街庄衛生主務吏員の教養に就て〉，《臺灣公眾醫事雜誌》，4：12(台北，1932)，頁2。

似乎要比單純的醫療技術及藥物進步，對改善日治時期台灣人民的健康狀態更具影響力，這樣的觀察應當也大致符合McKeown和McKinlay所提出來的假設。

既然1920年代台灣發生的流行病學轉型並非奠基於醫藥的進步，則舉凡經濟成長、個人所得變化，以及整體社會狀態之穩定程度，也似乎都在某種程度上促進了健康狀態的改善。這些醫學與社會的複雜因素共同作用，也許才造成1920年代之後的流行病學轉型。這類的改變模式基本上所需時間稍長，但相對的醫療技術和成本也較低。問題是，因為日治時期實施低成本和低技術的醫療與衛生革新，隨著環境衛生的逐漸改善，這類政策到1920年後期出現了效用遞減的現象。雖然某些具有積極療效的藥品已在1920年代中後期出現，混亂的台灣藥業市場，似乎尚無法承擔進一步改善死亡率的重任。而自1930年代以來，舊衛生制度的效果也因為整體社會經濟條件變化的緣故，曝露出無力應變與內部既有的缺陷。大致來說，以衛生知識普及與社經條件改善為基礎，而產生之1920年代中期後的死因轉型，由於無法應付快速改變的外在條件，終使這個流行病學轉型到1930年代中後期出現了更進一步改善的瓶頸。換言之，1930年代以後，要使台灣的疾病結構進一步改善，不僅有賴於關鍵性醫療技術的投入，同時過去有效的衛生措施，也需要因應新的社會經濟條件而有所更張。總的來說，我們希望透過觀察日治時期台灣的疾病結構變化，參考比對當時島內或國際間醫療水準，把台灣社會在近代醫療化(medicalization)中的相關經驗排比，並重新將台灣本身的現象和近代衛生與醫學發展，乃至於相關的歷史研究連繫起來。

本文原發表於《新史學》，13卷第4期，台北，2002，頁165-208。

第十一章

疾病、醫療與社會：

史語所藏內閣大庫檔案相關史料介紹

劉錚雲(中央研究院歷史語言研究所研究員)

中央研究院歷史語言研究所收藏的內閣大庫檔案，其中包含涉及刑事案件的檔案，而部分的内容，更觸及疾病史與醫療史的範疇。在本文中，筆者以乾隆朝的檔案為例，擇要介紹內閣大庫檔案中與疾病史、醫療史有關的材料。文章主要可分為兩個部分。首先，介紹檔案中所見的內、外科疾病，並且說明其治療方法；其次，以檔案中提及的傳染病為核心，諸如麻瘋與天花，討論患染這些病的患者，對清代社會所造成的影響。儘管筆者並非疾病史的專家，但仍希望能透過這篇小文章，引起相關領域學者的興趣，並進而利用這批檔案材料，進行更深入的研究。

民國十八年(1929)，中央研究院歷史語言研究所自藏書家李盛鐸手中購入內閣大庫檔案。傅斯年當年決定購買內閣大庫檔案，就是著眼於這批材料是無盡寶藏，「政治實情，全在此檔案中也」¹。然而，風水輪轉，當史學家的興趣由王公貴族轉向市井小民，歷史研究不再是由上向下看，而是從下向上望時，我們重新檢視這批檔案，會發現「社會實情」其實也在其中。本文主要分兩部分介紹檔案中乾隆朝部分與疾病史和醫療史相關的資料。首先介紹檔案中所見有關內、外科疾病及其治療方法，其次則就檔案資料討論一些傳染病，如麻瘋與天花等，對病患與清代社會所造成的影響。

1 關於內閣大庫檔案的整理現況，請見劉錚雲，〈舊檔案、新材料——中研院史語所藏內閣大庫檔案現況〉《新史學》，9：3(台北，1998)，頁135-162。

不過，在進入本文前，必須說明一點，由於個人既不治疾病史，也不研究醫療史，本文其實只是一個檔案整理者對該批史料的初步觀察，希望透過本文的介紹，能夠引發相關學者對這批檔案的注意，進而利用這批檔案²。

一、疾病與醫療

根據個人觀察，在內閣大庫檔案中，有二類檔案可以找到較多與疾病和醫療相關的史料。一類是有關在押或受刑囚犯在監病故的案例，一類是涉及命盜案的刑事案件。以下就這兩類檔案分別說明。

(一)在監病故

在清代，監獄中一旦有人死亡，地方官在驗屍後，調查的重點都是：人犯是否遭禁卒、刑書等管理人員凌虐致死。而禁卒、刑書的回答幾乎千遍一律：因病死亡。同監的牢友也會作證，犯人是因病死亡，絕無凌虐之事。偶爾監犯的親人也會作證，監犯只是「老病復發」，只求領埋屍棺，「就沾恩了」³。最後則由醫生說明病情與治療經過。這些醫生的說明資料相當於當時問診的記錄，值得注意。例如，乾隆七年九月二十八日巳時，人犯易德宗在江西省吉安府廬陵縣的獄中死亡。醫生作證說⁴：

那易德宗患的是痰火病。屢蒙撥醫學同捕爺進監內診他的脈，他的六脈是洪散的；先用八仙長壽湯，不效，次用犀角地黃湯，後又用參麥湯。奈他五臟已虛，不能醫治，醫學曾已回明，到九月二十八日就死了，並非醫學不用心療治的。

2 史語所藏內閣大庫檔案已有專屬網頁：<http://archive.ihp.sinica.edu.tw/mctkm2/index.html>。

3 茲舉一例，見張偉仁編，《中央研究院歷史語言研究所現存清代內閣大庫原藏明清檔案》（以下簡稱《明清檔案》）（台北：聯經出版公司，1985-1997），A133-048。

4 張偉仁編，《明清檔案》，A119-015。

有趣的是，同是痰火病，另一個醫生卻做如下的診斷⁵：

五月十六日蒙傳醫生進監看視易士遠的病。當診得他是痰火老病，不能醫治的，隨用滋陰降火湯，又服六味地黃湯，調治不效，今日子時死了，並無別情，願具甘結。

除了痰火病外，監獄中常見的病還有傷寒、痢疾等病症，醫生所開的方子也有差異。以傷寒為例，有一位醫生開的方子是「十神湯加減」⁶，另一個醫生是以「小柴胡湯加減，復用黃連解毒湯」⁷，第三個醫生則是以「理中湯加減調理」⁸。這些方子最後都未救活病人。當然我們舉出這些方子，並不是對它們的有療效有興趣，而是有一個想法：我們是否可以將這些診斷記錄視為醫案的一種，透過分析這些案例來了解當時的醫療文化？

與清代的個人或宮中醫案相較，這些檔案中的醫療記錄可能失之過簡，因為它們往往只有症狀、方劑與療程的簡單記錄。然而，相較於私人或宮中醫案，這些檔案資料做假或誇大的可能性降低許多。雖然我們不知道這些醫生的來源，但他們做證的目的單純，只需證明犯人確實因病而亡，無需因個人聲譽而誇大，也無需因政治目的而造假⁹。也許有人會懷疑這些醫生雖然無需因個人政治前途而做假，但仍有可能迫於情勢，與禁卒串通做偽證。當然我們無法否認有此可能，但即使如此，這也無損於這批資料的史料價值。這是因為我們關心的重點不在這些人犯是否的確因刑求凌虐而亡，而在這些醫生所提供的資訊是否有利用價值。縱使有些醫生可能被迫做假，但為了取信於人，他們所述的病情，所開的處方，勢必要合乎當時的醫藥知識以及用藥習慣。因此，即便他們所描述的病症可能並未發生，他們的證詞仍然可以視為了解當時醫療文化的依據。

5 張偉仁編，《明清檔案》，A133-048。

6 張偉仁編，《明清檔案》，A111-049。

7 張偉仁編，《明清檔案》，A111-095。

8 張偉仁編，《明清檔案》，A126-124。

9 關於利用醫案資料做研究的限制，參見張哲嘉，〈清宮醫藥檔案的價值與限制〉，《新史學》，10：2（台北，1999），頁171-193。

另一方面，這些資料不是因為任何目的或個人因素而保存下來，隨機性高。更重要的是，這些記錄所呈現的是一般大眾的實際醫療經驗，尤其與宮中醫案所能提供的資訊有很大的差異。如果我們能有計畫地大規模整理這樣的檔案資料，做區域性或比較性的研究，相信對清代，尤其是下層社會的醫療行為與文化的研究，會有很大的貢獻。

(二) 刑事案件

類似醫生的問診記錄在刑案中也可以見到。不過，刑案中涉及較多的是有關外傷的治療，這是因為刑案之所以發生，就是由於當事人雙方鬥毆的結果。透過這些檔案，我們可以看到外傷的各式療法。如果上述在監病故的案子可以視為內科病症的醫案，則刑案中的外傷療法應可以作為外科治療的醫案。例如，檔案中有不少是因傷口感染而引起破傷風的案子。當時雖然也用破傷風這個名詞，但用得更多的是胃風、生風、抽風或進風。當時人認為是傷口進了風，才會使得牙關緊閉、口眼歪斜。有趣的是，在這些胃風的案子中，沒有一個醫生的治療方法與別人相同。有的醫生是內外兼治。例如，有位醫生先「從傷處用口呼出黑臭膿水，隨用拔毒散敷上，又用大歸湯加減調治」¹⁰；也有先以「紅玉膏藥」治外傷，再用「羌活愈風湯」治胃風¹¹。不過，多數醫生只用湯藥。例如，有位醫生開出「定風散」，以黃酒作引子¹²；也有醫生用「去風散痰牛黃湯」¹³；也有醫生用「麻黃桂枝湯」¹⁴；也有醫生用「神應救苦丸」¹⁵。但也有醫生不用湯丸，而是以「艾火」在病人「兩乳下及肚臍上各灸了幾下」¹⁶。而在沒有醫生的鄉間，村民只好自行用一些土法子，如灌熊膽¹⁷，或服「蟾酥丸」等來治胃風¹⁸。

10 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，066604-001。

11 張偉仁編，《明清檔案》，A120-036。

12 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，072914-001。

13 張偉仁編，《明清檔案》，A086-026。

14 張偉仁編，《明清檔案》，A137-095。

15 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，066381-001。

16 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，072358-001。

17 張偉仁編，《明清檔案》，A123-037。

18 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，066604-001。

最後這兩個例子提醒我們城鄉醫療資源的不平衡，恐怕古今皆然，進而使我們注意到檔案中有些外傷的療法，可能也都是在沒有醫生的情況下，村民以口耳相傳的土方應急。例如，在檔案中，我們看到除了灌熊膽¹⁹，也有人灌尿水²⁰；也有人合山羊血，灌童便²¹；也有人先用狗肝敷傷口，再灌以參湯²²；也有人拿麥麵糊敷傷口²³；也有人先用蛋清、麻紙接骨，再用布包裹²⁴。不過，最引人好奇的是，有不少人用生雞皮來敷傷口。在我所掌握的十五個例子中，有七例見於河南省²⁵；直隸、廣東各有二例²⁶；另外四例則分別在福建、安徽、湖北、雲南等省²⁷。這是否意味著河南人首先利用雞皮來敷傷口？而又是什麼因素讓河南人對用雞皮療傷情有獨鍾呢？這些問題就有勞專家解惑了。

因此，刑案中的資料除了作為傷科的醫案外，也提供我們不少有關非正統或另類療法的資料。如能善用這些資料，我們當能進一步了解在醫療資源缺乏的鄉間，清代人是如何處理外傷的，以及他們所面臨的問題。

二、疾病與社會

除了治療方法外，我們也可以在一些直接因癩瘋、天花等傳染病而起衝突的刑案中，觀察到這些傳染病患與其家人、鄰里的互動情形。透過這樣的觀察，我

19 張偉仁編，《明清檔案》，A101-016。

20 張偉仁編，《明清檔案》，A111-071。

21 張偉仁編，《明清檔案》，A111-103。

22 張偉仁編，《明清檔案》，A100-015。

23 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，049134-001。

24 張偉仁編，《明清檔案》，A102-011。

25 這七個案子分別見於：《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，092005-001、071226-001、065098-001、071428-001及張偉仁編，《明清檔案》，A099-030、A101-089、A148-058。

26 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，089908-001；張偉仁編，《明清檔案》，A155-037；《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，071346-001、；張偉仁編，《明清檔案》，A139-040。

27 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，074997-001、052706-001；張偉仁編，《明清檔案》，A123-002、A136-031。

們可以清楚看到，麻瘋、天花等病症對病患與清代社會所造成的影響。這對我們了解這些傳染病在清代的流行及其防治工作會有相當的助益。

(一)麻瘋病

麻瘋病患由於有毛髮脫落、皮膚潰爛生瘡、鼻樑塌壞等病徵，面貌可怕，惹人嫌惡，再加上一直被認為有傳染性，往往受人排斥。患者不是被迫到村莊外的山區或河邊居住，就是淪為乞丐，四處遊走，乞討為生。廣東省潮州府豐順縣民胡佐廷的遭遇即是一例。他說²⁸：

小的今年肆拾參歲，染了麻瘋的疾有壹年多了。乾隆伍年陸月拾伍日，通鄉的人說小的染了麻瘋，恐怕傳染別人，不容小的在家裡住，趕小的往別處去。小的沒奈何，只得在山後搭壹間茅寮棲身。至捌月拾參日，小的歸家取米，沒有回寮。不想下午時候，曹士廷、曹亮廷在小的門首經過看見，就罵小的不該回來。小的與他理論，曹士廷就把挑草扁挑打小的右腳腕倒地，又打小的左胳膊，小的喊救。哥子胡佐賢在家聽聞，拿壹枝鐵扁槍出來，看見小的被他打倒，士廷還要來打小的，小的哥子上前把槍抵擋，不覺就刺傷士廷臍肚下。那曹亮廷見哥子傷了士廷，又拿扁挑打，傷哥子左手指。時有徐子珍經過看見，走來勸救不及了，不想士廷回家，到拾伍日死了。小的被打的傷已經平復了。

胡佐廷遭鄉人驅逐，鍾選文的母親蕭氏與盧豹生則選擇了自我放逐。蕭氏是因為染了麻瘋病，「怕村中人厭惡」，所以叫兒子鍾選文在住家對岸河灘地上，造屋養病，後因在河灘居住的鍾氏兄弟反對而作罷²⁹。盧豹生則因為二個孩子年幼，怕傳染給他們，所以選在村口搭蓋茅篷居住，與同患麻瘋的汪繼生、王必生的茅篷為鄰³⁰。由於他們常收留其他麻瘋乞丐，在村子上偷雞竊菜，又常到村民

28 張偉仁編，《明清檔案》，A101-082。

29 張偉仁編，《明清檔案》，A107-094。

30 張偉仁編，《明清檔案》，A114-111。

吃水的水塘內洗澡，村民怕被傳染，叫他們搬到村子後面，又被拒絕，幾個村民商量後，在晚上一把火把茅篷都燒了，盧豹生與王必生因為行動不便被燒死。雖然行動之前，有人認為燒死人，萬萬使不得，但他們以為地方除害，燒死麻瘋病患也無妨，反正他們「染惡疾，終難久活」。這兩個例子都發生在江西省。前者在贛州府會昌縣，後者在饒州府樂平縣。

王必生等人因為收留乞丐而惹禍上身，這些乞丐多因身患麻瘋，無法工作，又無親人倚靠，只得四方遊走，乞討維生。雲南易門縣的劉棠就是一個例子。他二十二歲，「因染麻瘋，又沒父兄，只得出門討飯」。與他同夥的，還有一個「從小沒有父母哥子」的麻瘋和尚和他十四歲的兄弟。他們因為「聽得說殺了賊報官是有賞的」，把一個與他們同行想做賊的頭給割下報官討賞³¹。

也有一些麻瘋病患雖然未被逐出家門，也無需四處流浪討飯，但他們的境遇也未必佳。江西南康府安義縣人喻廷祥就是一個很好的例子。以下是他的自白³²：

小的今年三十二歲。這喻廷浩是小的共祖的大功堂兄，同居共爨，平日相好並無仇隙，只因小的沾患麻瘋病做不得生活，今年四月十四日上午哥子廷浩在田裡鋤草回來，吃了飯，見小的伏在堂屋桌上睡著，他就要小的去田上做工。小的說，我有病身子動不得做不得工。他就罵小的懶惰，叫小的去求吃。小的說，我病了多年你不替我醫治，還要我去做工。兩下爭鬧起來，他就打小的額顛一拳，小的沒動手，他又打小的鼻梁一拳，打得流血。小的一時情極，隨手回打他一拳。不想傷著他左脅，他就往後跌去，在門檻上坐著，噯啣一聲就倒在門外地下死了。

另外一個例子是發生在雲南楚雄府鎮南州。戴雲崙因為身患麻瘋，無法料理母親後事，一切由堂兄代勞。發喪後在家備酒酬謝相幫客人，也是由他堂兄出面，在樓上陪客人。戴雲崙一人在樓下喝悶酒，借酒裝瘋，亂嚷亂罵，把客人都

31 張偉仁編，《明清檔案》，A088-006。

32 張偉仁編，《明清檔案》，A108-041。

吵散了，仍不甘休。他問堂兄說：「今日是我母親送老歸山大事，並不是你娘的喪事，如何不容我陪客？」他堂兄回答說：「你生不能養，死不能葬，我來幫你請人把伯母埋葬，料理喪事備酒酬謝人家，你把客人吵散了，還要罵我，你成個什麼人！」³³ 這一段對話頗能反映麻瘋病患者的落寞，以及一般人對他們的鄙視。

當然麻瘋病也會影響到夫妻的感情生活。乾隆九年十二月間，四川雅州府名山縣廖氏與他遠房堂兄，共謀殺害她患麻瘋久病在床的丈夫，並把屍首丟到河裡。下面是廖氏的供詞³⁴：

小婦人是天全州人，今年四十四歲。丈夫廖宗林本姓王，因他祖父入贅廖家改姓廖的。小婦人與丈夫完配多年，生有一女二子。乾隆八年丈夫纔搬家到名山縣來住的。廖福俸是小婦人無服族兄，住處相近，小婦人的女兒是他做媒，招贅唐自傑的，因此時常來往。乾隆九年九月裏，小婦人到他家，幫揀穀種。因天晚下雨，回來不得，歇在他家，廖福俸調戲小婦人成姦起的。十一月裏，又在他家姦過一次，都記不得日子了。丈夫害麻瘋病臥床久了，小婦人與廖福俸通姦，丈夫實不知道。十一月裏廖福俸就叫小婦人殺害丈夫。小婦人回說，使不得。不想丈夫又患寒病。十二月初五日，女婿女兒往外看親去了。廖福俸走來，只有兩個小兒子在家，哄他出外看牛，拉了小婦人到廚房裏行姦。過後，坐在爐邊向火，小婦人熱酒與他同喫，說起丈夫的病總不得好，不曉得服侍到幾時。廖福俸說，他的病是難好的了，不如乘著家中沒人把他殺死，省得礙眼。外人都知道是病久的人，只說病死，也沒得疑心。小婦人一時該死，就應承了。廖福俸叫小婦人先去動手，他來相幫。小婦人拿起一把小刀，走進房去，丈夫仰面睡著。廖福俸隨後跟進，按住丈夫，小婦人用刀在丈夫頂心左邊砍了一刀，右邊一連砍了兩刀，丈夫掙動，小婦人

33 張偉仁編，《明清檔案》，A093-102。

34 張偉仁編，《明清檔案》，A141-052。

手軟丟下刀子走出來了，廖福俸拿起刀子把丈夫殺死的。叫小婦人進房，把丈夫身上穿的破衣脫下，抹淨血跡，用艾敷住傷口，又替他穿上一件斜文布缺襟袍，拏了兩床夾被，連頭面包裹細紮抬出，放在中間堂屋裏，廖福俸就回去了。初六日下晚，女婿女兒回來，小婦人說是病死的。女婿要去買棺木收殮，小婦人怕打開屍首，被他們看出，原說他是麻瘋病死的，有毒蟲飛出，要傳染好人的，近處理不得，要抬去丟在河裏纔好，攔阻女婿沒有買棺木。假意叫廖福俸來商量，是小婦人主意，央了廖福現、廖壽榮、高其學，同唐自傑四人抬去，丟在大河裏的。他們只信是病死，實不知是殺死的。那抹血衣服晚上燒了。

這段口供不僅說明了廖氏因為服侍患病的丈夫，日久生厭，在姦夫的聳恿下，犯下殺夫罪刑。久病床前尚無孝子，更何況只是夫妻呢。此外，這段口供也顯示，明人沈之問發展出來的毒蟲傳染麻瘋的觀念已深植人心³⁵。否則，廖氏謀害親夫後，不會馬上想到以「毒蟲飛出，要傳染好人」為由，阻止女婿檢視屍體。

以上這些例子顯示，麻瘋病患受到家人與社會的排斥。其實麻瘋病患並非全然孤苦無依。有研究指出，清初兩廣地區即有官方麻瘋院的設置，如廣州城的「發瘋園」、揭陽縣的「癩民所」、東莞縣的「養濟院」，都是地方官專為收容麻瘋病人設立的機構³⁶。而上述胡佐廷案也顯示，這樣的瘋院在乾隆朝，或至少可說在乾隆朝的廣東省，可能已是制度化的機構，因為廣東巡撫王安國最後裁示：「胡佐廷所患麻瘋最易傳染。查豐順縣新設縣治，並無瘋院可歸，應令于虛僻處所蓋寮另居，不許仍在該鄉替住。」³⁷豐順縣是在乾隆三年五月以後新設，距案發可能不到二年，所以尚未有瘋院的設置³⁸。當然這仍有待專家

35 關於沈之問所提飛蟲致病的觀念，請見梁其安，〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，70：2（台北，1999），頁426-428；後收入本書，頁269-311。

36 蔣竹山，〈明清華南地區有關麻瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》，90：4（台北，1995），頁6-7。

37 張偉仁編，《明清檔案》，A101-082。

38 根據《清高宗實錄》卷69，兩廣總督鄂彌達是在乾隆三年五月十六日提出新設

進一步的研究。

(二)天花

在19世紀牛痘傳入中國以前，清人雖然已知利用人痘來預防天花，但由於人痘的施種仍具危險性，許多兒童死於天花，皇室子孫也無例外³⁹。梁其姿指出，這是因為種人痘有許多因素，連醫生也無法掌握，因此種痘之前，往往進行宗教儀式，希望痘花娘娘保佑⁴⁰。在檔案中，我們看到有位父親因為「兒子出痘好了，謝神還願」，請親朋好友喝酒⁴¹；我們也看到有位婦人因為小孩在家出天花，「恐死有傷礙」，竟然不把在外橫死先生的屍首抬回家，而是要兄弟在屍所收斂⁴²。這些可能也都是基於種痘出天花的危險性，而遵行的儀式與禁忌。

梁其姿也指出，在明末就有人接受了人痘接種法，而從17世紀開始，大都市的士紳對種痘的態度從懷疑轉為肯定；到了18世紀下半期，這些高貴人家已適應了這種防疫觀念⁴³。在檔案中，我們也可看到二則有關種人痘的資料，時間都在乾隆初年，也就是18世紀上半期。

第一個案例發生在乾隆五年。安徽省池州府建德縣民汪永年因為九歲的弟弟感染天花死亡，認定是受遠房姪子汪祖請醫生為兒子種痘而起，酒後前往汪祖家講理，失手打死他妻子，將屍體拋入水中。在縣衙門，他說出了問題的關鍵⁴⁴：

小的是本縣人，貳拾伍歲了。汪祖是小的無服族姪，與小的共一大門出

(續)

縣治的要求，但吏部議准的時間未見《實錄》記載。

- 39 張嘉鳳，〈清康熙皇帝採用人痘法的時間與原因試探〉，《中華醫史雜誌》，26：1（北京，1996），頁30-32。
- 40 梁其姿，〈明清預防天花措施之演變〉，收入楊聯陞主編，《國史釋論——陶希聖先生九秩榮慶祝壽論文集》（台北：食貨出版社，1987），頁239-253，尤其是頁242-243。
- 41 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，049758-001。
- 42 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，050108-001。
- 43 梁其姿，〈明清預防天花措施之演變〉，收入楊聯陞主編，《國史釋論——陶希聖先生九秩榮慶祝壽論文集》，頁244-245。
- 44 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，071214-001。

入，他家住在前邊，小的家住在後邊。平日同汪祖的妻子張氏並沒嫌隙，只因乾隆伍年貳月裏，汪祖請醫生替他兒子種痘，並不同眾人商量，小的向他說，屋內有幾箇孩子不曾出痘，你家種痘，不要帶累別人家孩子，阻他不許種痘。汪祖不肯依說，包管不妨。那知小的一箇玖歲的小兄弟因他種痘流毒，到陸月裏出起痘來，發不出，拾陸日死了。那日小的在外釣魚，與人打平火，喫醉了酒。將晚回家，見兄弟死了，惱汪祖從前不聽小的話，以致小兄弟出痘身死，就叫了兄弟汪茂林同到他家講理。不料，汪祖同他父親汪蘭聽見小的嚷罵都出外去了。小的見他不理小的，越發氣起來，就一腳把他家板壁踢下壹塊，汪祖的妻子張氏在房裏瀾罵小的。……。

當時百姓人家應是自力種痘，政府可能沒有任何相關公共衛生政策。因而導致，「有力之家，固知早種，而單寒之子，欲種弗能」⁴⁵。汪永年深知種痘流毒的危險性，但他卻沒有為其小兄弟一起種痘，應是受限於財力，無力支付種痘的費用，以致造成兩個家庭的破裂。

同樣的情形也見於第二個案例，只是較前案更為激烈。乾隆三年四月間，浙江省湖州府德清縣民陸志達的孫女出痘，半里路外王郁生的姪孫女受感染身亡。王郁生「痛孫情切」，把姪孫女的小棺材埋在陸志達門首⁴⁶。陸志達雖然沒有說明他孫女的出痘是否因種痘而起，但從王郁生激烈的反應來看，應該仍是種痘惹的禍。否則，沒有埋棺於陸志達門前的理由。

三、結論

如果以上的觀察可以成立，那麼無論從疾病與醫療或疾病醫療與社會的角度來看，內閣大庫檔案都可以提供這些新興課題不少資料。就前者而言，這些資料

45 梁其安，〈明清預防天花措施之演變〉，收入楊聯陞主編，《國史釋論——陶希聖先生九秩榮慶祝壽論文集》，頁246。

46 《中央研究院歷史語言研究所藏明清史料》，052426-001。

都是醫生或一般民眾的實際醫療經驗，雖然都是一些失敗的例子，但它們觸及的面更廣，呈現的現象更複雜，提供了一般醫書或典籍所無法提供的訊息。就後者來說，透過檔案中患者本人或家屬的現身說法，將病患的遭遇與相關社會問題清楚而生動地呈現出來，也可以補文獻典籍之不足。

本文只是一個疾病史門外漢所作的初步觀察。疾病醫療史的專家學者如願一探究竟，以其銳利的眼光與深厚的專業素養，相信可以在內閣大庫檔案中找到更有價值的史料。以上所引檔案，以及其他相關資料，都收在「內閣大庫檔案疾病醫療相關資料庫」中，歡迎大家前往瀏覽檢索⁴⁷。

本文原發表於《古今論衡》，第4期，台北，2000，頁124-133。

47 該資料庫置於中央研究院歷史語言研究所生命醫療史研究室網站的「史料與文獻」項下的「史料典藏」及本所明清檔案工作室網站，網址：<http://www.ihp.sinica.edu.tw/~mct/disease/disease.htm>。

第十二章

晚明江南祁彪佳家族的日常生活史：

以醫病關係為例的探討

蔣竹山(國立東華大學歷史系助理教授)

本文主旨在透過晚明仕紳的《祁忠敏公日記》，探討家族的日常生活史。目前學界透過《祁忠敏公日記》所做的研究，大多集中在祁彪佳的戲曲、園林、藏書、善舉及官僚生活，忽略了日記中詳細的醫療活動記載。本文則將焦點集中在祁氏家族的醫療活動，嘗試從病人的觀點，亦即祁彪佳與江南醫生的互動，來探討晚明江南家族的醫病關係。透過對祁彪佳的研究，我們除了可以一探當時士紳參與的地方醫療救濟活動外，也可以藉由微觀的角度，觀察江南都市士紳家族的醫療活動和醫病關係。

一、前言

明代的醫學知識，在印刷術的普及與醫者數量的快速增長下有重要的發展，其中又以江南地區最為明顯。這些地方的醫學發展模式，與人口成長、都市精英的經濟能力的強化有密切關係。從制度與服務層面來看，地方精英接手了許多明代政府不願承擔的責任，其中一個代表性的例子，是晚明紹興地區的士紳祁彪佳(1602-1645)。辭官後的祁彪佳曾多次在家鄉設置慈善病坊與藥局，例如崇禎九年(1636)，他與當地十位醫生簽約，共同主持一間設立在佛教寺廟中的藥局，藥局每日由兩位醫生輪值替病人免費診斷與醫療，光是那年夏季就約救治了一萬人。崇禎十四年(1641)他為流民設立了頗具規模的病坊，十二位醫生輪流為臥病及門診的病人診斷。這些慈善救濟的花費大都出自祁彪佳及其家族，以及友人的

捐助¹。透過對祁彪佳的研究，我們除了可以一探當時士紳參與的地方醫療救濟活動外，也可以藉由微觀的角度，觀察江南都市士紳家族的醫療活動和醫病關係。

近來明清醫療史的研究逐漸受到學界重視，但大多數學者的研究焦點，主要集中在疾病與社會方面²。反觀近來西方醫療社會文化史的研究，有關醫病關係的主題已逐漸成為史家研究焦點，最主要是個人私密性傳記和日記等病人誌史料價值受到重視的結果³。在中國史方面，近來也有一些學者將焦點放在特殊身分的病人上，例如張哲嘉透過宮中檔案，來看光緒皇帝的病史和醫病關係⁴；Christopher Cullen則透過《金瓶梅》，再現明代的醫病關係⁵。本文則嘗試透過晚明仕紳的《祁忠敏公日記》，探討家族的日常生活史。目前學界透過《祁忠敏公日記》所作的研究，大多集中在祁彪佳的戲曲、園林、藏書、善舉及官僚生活，忽略了日記中詳細的醫療活動記載⁶。以下本文則將焦點集中在祁氏家族的

- 1 梁其安，〈明代社會中的醫藥〉，《法國漢學》，6（北京，2002），頁345-361；Angela Ki Che Leung, "Organized in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region," *Late Imperial China*, 8:1 (Pasadena, 1987), pp. 134-166.
- 2 余新忠，〈20世紀明清疾病史研究述評〉，《中國史研究動態》，2002：10（北京）；〈中國疾病、醫療史探索的過去、現實與可能〉，《歷史研究》，2003：2（北京）；《清代江南的瘟疫與社會——一項醫療社會史的研究》（北京：中國人民大學出版社，2003）。
- 3 Dorothy Porter and Roy Porter, *Patient's Progress: Doctors and Doctoring in Eighteenth-Century England* (Cambridge: Polity Press, 1989).
- 4 Che-chia Chang, "The Therapeutic Tug of War-The Imperial Physician-patient Relationship in the Era of Empress Dowager Cixi (1874-1908)" (Philadelphia: Ph.D. Dissertation of University of Pennsylvania, 1998); Charlotte Furth, *A Flouring Yin: Gender in China's Medical History, 960-1665* (Berkeley: University of California Press, 1999); Joanna Grant, *A Chinese Physician: Wang Ji and the Stone Mountain Medical Case Histories* (New York: Routledge Curzon, 2003).
- 5 Christopher Cullen, "Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence From the *Jinpingmei*," *History of Science*, 31 (Bucks, 1993), pp. 99-150.此外，醫案和宮中檔案亦是探討明清的醫病關係的重要史料，見陳可冀、李春生編，《中國宮廷醫學》（北京：中國青年出版社，2003）。
- 6 [明] 祁彪佳，《祁忠敏公日記》（杭州：古舊書店，1982）；Joanna F. Handlin Smith, "Gardens in Ch'i Piao-chia's Social World: Wealth and Values in Late-Ming

醫療活動，嘗試從病人的觀點，亦即祁彪佳與江南醫生的互動，來探討晚明江南家族的醫病關係⁷。

二、祁氏家族的疾病史

(一)《祁彪佳日記》的特色

祁彪佳，字虎子、幼文、弘吉，號世培、遠山堂主人，浙江紹興府山陰縣人，萬曆三十年(1602)生於府城。父承澤(堂號澹生堂)，萬曆三十二年進士，曾任江西參政，是當時著名的藏書家。祁彪佳天啓二年(1622)進士，翌年任福建興化府推官(時年二十二歲)，崇禎四年(1631)入京授福建道御史，崇禎六年(1633)出任蘇松巡按。祁彪佳於萬曆四十八年(1620)時，娶紹興府會稽縣商周祚(號等軒、吏部尚書)之女商景蘭(字眉生，1605-?)，著有詩文集《錦囊集》一卷)為妻，生有三男四女，長男同孫死於天花(1621-1636)、次男理孫(1629-?)、三男班孫(1632-1673)。儘管祁彪佳曾經在朝廷任官，但他最為後人所稱道的，還是他辭官後的嗜好「藏書癖、梨園癖、園林癖」。這些生活特色之所以一直為後人所熟知，主要原因之一是《祁忠敏公日記》(以下簡稱《祁彪佳日記》)詳實地記

(續)——

Kiangnan," *The Journal of Asian Studies*, 51:1 (Ann Arbor, 1992), pp. 55-81; [日] 寺田隆信，〈紹興祁氏の「澹生堂」について〉，收入東方學會編，《東方學會創立四十周年記念東方學論集》(東京：東方學會，1987)；〈祁彪佳と顔茂猷——「迪吉錄序」の書かれた頃——〉，收入[日]秋月觀暎編，《道教宗教文化》(東京：平河出版社，1987)，頁471-488；〈明末北京の官僚生活〉，《東北大學文學部研究年報》，44(仙台，1994)，該文只是註解崇禎五年日記中的一些事蹟。[日]河山究，〈明清の文人とオカルト趣味〉，收入荒井健編，《中華文人の生活》(東京：平凡社，1994)；朱冬芝，〈一個晚明士紳的社交生活：祁彪佳的交遊、社群與地方活動〉(南投：國立暨南國際大學歷史研究所碩士論文，2006)。

- 7 在本文之後所出版與醫病關係有關的研究論文有：邱仲麟，〈醫生與病人：明代的醫病關係與醫療風習〉，收入李建民編，《從醫療看中國史》(台北：聯經出版公司，2008)；涂豐恩，〈從徽州醫案看明清的醫病關係(1500-1800)〉(台北：國立臺灣大學歷史學研究所碩士論文，2008)；祝平一，〈藥醫不死病、佛度有緣人：明、清的醫藥市場、醫學知識與醫病關係〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，68(台北，2010)，頁1-50。

錄了祁彪佳與晚明江南士人的交友經過。

目前學界較常引用的《祁彪佳日記》有兩種版本，1937年的《祁忠敏公日記》刊印本與1991年北京書目文獻出版社的《祁彪佳文稿》（共三冊，第一冊為奏疏，第二冊為日記、戲曲關係及詩集，第三冊為尺牘與雜文）。《祁彪佳日記》每冊另有冊名，冊前皆有一篇簡單的該年記事，其中第三冊的《巡撫省錄》，只記至崇禎六月初四；而同冊的《巡吳省錄》目前只存有崇禎七年六月十一至十八日的記事。其日記的書寫特色是每日記事，舉凡其任官、交友、訪客、賞玩、藏書、遊玩、閱讀、築園、施善、理佛、書信往來、問診、就醫、養病等等生活史，都鉅細靡遺的記載。若搭配近日大陸出版的《祁彪佳文稿》中所收藏的數百篇祁彪佳與晚明士人、官府往來的書信，《祁彪佳日記》無疑是探索晚明士人的日常生活史及醫療文化史的絕佳史料。

（二）祁彪佳與瘧疾

祁彪佳從崇禎八年(1635)因病辭官退居紹興府山陰縣，到弘光元年(1645)投水自盡，這十年間的《祁彪佳日記》中，很詳盡地記載了祁彪佳家族三代所患的疾病，總計有：瘧疾、出痘、肺氣、齒痛、足患、喉痛、脾疾、目疾、疝病、生產調理、小產血崩。綜合來看，大致可歸為三類：瘧疾、天花與產後失調，其中又以對瘧疾的描寫最為仔細。

在傳統中醫文獻裡，對瘧疾病因、病理、臨床症狀及治療最有系統的論述，當見《素問·瘧論》：「瘧之始發也，先起於毫毛，伸欠乃作，寒慄股頷，腰脊俱痛；寒去則內外皆熱，頭痛如破，渴欲冷飲。」⁸現代醫學將瘧疾(malaria)分為四類：間日瘧、三日瘧、惡性瘧、卵形瘧。其共有的臨床徵狀可分為四期。首先是前驅期，患者有疲乏、不適感。等到瘧原蟲在人體進行無性生殖後，臨床症狀表現在之後的三期。第二期是發冷期，患者會全身發抖，下巴抖動。接下來是發熱期，有高熱、頭痛劇烈、口渴、嗜飲冰水。最後一期是出汗期。一般學者通

8 南京中醫學院編，《黃帝內經素問譯釋》（上海：上海科學技術出版社，1991），頁255。

常將這樣的病徵等同於傳統中醫中的瘧疾⁹。其實，古人對瘧疾的定義許多時候是相當模糊的，因此將傳統中國醫書中對於瘧疾的看法等同於現今醫學所了解的瘧疾，似乎犯了以現今醫學論古代疾病的誤謬¹⁰。本文不去界定瘧疾就是 malaria，而將焦點放在祁彪佳如何描述其病程，以增加我們對明清患瘧病者實際經驗的了解。

瘧疾是明末紹興流行的傳染病中最為普遍的一種，祁彪佳曾為此集合地方仕紳及名醫，合組藥局，施藥治病。他在〈藥局議〉中曾提到：「給藥止疫、痢、瘧、瀉等時症，其餘痼疾他症，止准給方，不准給藥。」祁彪佳家族所患的瘧疾，可視為當時紹興地方疾病史的縮影¹¹。根據《祁彪佳日記》的記載，祁彪佳祖孫三代中患有瘧疾者先後有三人，祁彪佳、祁妻商景蘭以及祁母。祁彪佳發瘧於崇禎八年(1635)九月，其妻發於崇禎十年(1637)八月，而祁母則發於崇禎十一年(1638)八月。三人中，祁母死於瘧疾，祁彪佳的發病期最長，約有十年之久，而商景蘭的發病期只有數個月。

祁彪佳從1635年得瘧到1643年病況惡化，共歷經九年。崇禎四年(1631)至崇禎七年(1633)可說是發病初期，發病時祁彪佳三十歲，該年九月，他已經開始感受到身體不適，隨即延請醫生，開些治脾疾的藥。十二月中旬，他感受到的是一連串的腹痛、嘔吐、頭痛，終日臥床卻難以就寢，不過當時只有好友橋公兄前來幫忙診脈。崇禎五年至七年，他所描述的一些徵狀，諸如「腹瀉、體疲、體小不快、體熱」等等，似乎還看不出患瘧疾的徵狀，因此儘管此時已有太醫錢君穎、錢振河前來診治，但仍未提到瘧疾一事。一直要到崇禎八年九月二十日，他感覺到：「覺體中不快，與諸兄習靜坐，亦覺此心散亂，不知已有風寒之病矣，午後

9 蕭瑤，〈漢宋間文獻所見中國南方的地理環境與地方病及其影響〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，63：1（台北，1993），頁67-171；范家偉，〈六朝時期人口遷移與嶺南地區瘴氣病〉，《漢學研究》，16：1（台北，1998），頁27-58。

10 梁其姿在研究中國麻瘋病概念演變的歷史時，亦避開去談「癩」、「大風」、「惡風」就是今日我們所謂的麻瘋病(leprosy)。梁其姿，〈中國麻瘋病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》，70：2（台北，1999），頁400；後收入本書，頁269-311。

11 祁彪佳，《祁彪佳集》（北京：中華書局，1960），卷6，頁146。

熱稍作，尙強觀公案數則，體憊甚，方臥，子夜熱稍止。」九月二十二日，他在日記中正式記載「不果，午後瘧發」，這似乎透露在這之前，他已經對什麼是瘧疾有了初步看法。

在這之後，從崇禎八年七月至十一年四月(1635-1638)，他的病況開始進入另一階段。隨著病情的起伏不定，他開始不斷的尋訪名醫，這段期間最常幫他診治的醫生是張景岳、袁六卿、王金如。祁彪佳治療瘧疾的方式之一是採取避瘧法。崇禎八年九月二十二日，祁彪佳的瘧疾首次發病，九月三十日，祁彪佳採取避瘧於寓山中小閣樓的方式，十月二日再次避瘧於小樓，當日瘧疾因而稍止。這樣的避瘧措施，只是單純在山中清幽處靜養，還是怕傳染他人，所以選擇在發瘧時暫時隔離，很難有明確答案。較有可能的是祁彪佳於崇禎八年九月接受了醫者對他的勸告：「心脈浩劫已，極宜避客省事。」此時期的病徵特色是，每年必定有一時期會連續數日瘧疾發作，其病徵有漸歇性的寒熱陡作、嗜飲水、腹瀉、氣膈鬱塞等。此外，伴隨瘧疾而來的疾病是齒痛、喉痛。

崇禎十一年四月到十二年八月，病情暫時控制，約一年多，瘧疾未再發作，該年只有一次就醫張景岳的記錄。直到崇禎十三年六月起，祁彪佳的瘧疾再度復發。崇禎十三年至十五年(1640-1642)是祁彪佳瘧疾病發的第三階段。崇禎十三年祁彪佳在墓旁守喪時，曾疑惑地向三宜師詢問他已做到「予舉此心，固不宜或爲色身之內」，但爲何還會心力耗竭、血氣動搖，像怔忡的症狀一樣。三宜師則舉例開示他，認爲這是因爲祁彪佳處理母喪(該年二月祁母因瘧疾辭世)，導致心脈受損的原故。此時期的病徵有：「體倦、腹漲、脾疾、目疾、體熱漸增、喉痛、齒痛、失眠。」崇禎十六年至弘光元年(1643-1645)是瘧疾的最後階段，徵狀則是「便血、腹漲加劇、脾胃不適、頭疼、足痛、體熱、喉痛、痰咳」。

若和張景岳對瘧疾的醫學描寫相較，祁彪佳的敘述較醫案的記載更爲詳盡。祁彪佳如何理解他所患的疾病究竟是什麼呢？崇禎八年祁彪佳的解釋竟是「瘧鬼已作崇矣」。祁彪佳將患瘧疾歸爲是瘧鬼作崇的說法，可能受到中古以來道教醫學的影響。關於這方面的說法，例來醫書中有不少記載，例如《醫心方》中有「治鬼瘧方」，《醫方類聚》〈諸瘧門〉中亦收有許多「禁瘧鬼法」，所謂：「將狗上山下使入海中，有一蟲，不食五穀，只食瘧鬼，招食三千，暮食五百，

一食不足，下符更索，速出速去，可得無殃，急急如律令。」¹²相較於《景岳全書》的病因分析，祁彪佳的解釋較偏向一般民間對瘡疾的看法。

（三）《祁彪佳日記》中的婦女與疾病

從崇禎五年至十二年，祁妻商景蘭五次懷孕，共生有三女一男，一次流產。若和祁彪佳對本身所患疾病的詳盡描述比較的話，可發現祁彪佳對家族婦女生產或疾病的描寫較為簡略。崇禎九年六月二十四日，商景蘭產下一女，祁彪佳在二十三日日記中寫道：「是日內子以八月孕，因哭殤子致產，洎晚，延醫錢心繹至，即就宿。」二十四日甚至只有短短「內子於午刻產一女」幾個字，這幾個字還比不上當日日記中對其他事的記載：「閱春秋，內子於午刻產一女，午後同鄭九華至寓山，是日得王予安所書靜者軒扁，予構室名約名靜，即古人几杖為銘意也。」絲毫看不出生女有任何喜悅的心情。同樣地，崇禎十一年十一月二十三日，對產女的描寫亦是簡單幾語：「徐大使士志來謁，餽扶產丸，適得其用，醫者錢心繹、張景岳俱至，及午後產一女。」此外，在祁妻生產前一天，他還相當悠閒地到處遊園訪友，絲毫看不出妻子即將生產。

相較於對生女的若無其事，祁彪佳對生子的反應就明顯關心許多。崇禎五年祁彪佳在北京當官時，十二月一日商景蘭即將臨盆生子，祁彪佳正值當班，他焦急地找人代班，卻找不到人和他換班，還受守門官刁難，結果還沒下班，妻子就產下一子。祁妻五次懷孕，並非每次都順產，曾經有一次幾乎命危到要請醫者錢鐸思來急救，救活之後，連續四天在醫者的照護下才得以調養好身子。此外，崇禎十四年十二月九日，商景蘭尚未足月就生產，忽然間發生血崩，幾乎暈絕，直到隔天才延請袁六卿、倪涵初及錢姓醫者來診治。由此可見，當時在婦女生產過程中，醫生並未在場，產婆才是接生主力，一旦生育過程有困難時，才會臨時找醫生救治。

12 金禮蒙輯，《醫方類聚》（北京：人民衛生出版社，1981-1982），冊6，卷121，〈諸瘡門〉，頁237。

三、《祁彪佳日記》中的醫病關係

明末像祁彪佳這樣的地方仕紳，透過什麼管道來延請醫生呢？張哲嘉曾對清代民間醫病關係有過精闢的分析，他認為常見的方法有三種：親自研讀醫籍；隱藏病徵，考驗醫生實力；要求親戚或朋友推薦名醫¹³。透過祁彪佳的例子，可看出有兩種方式：一是自薦，醫者本身就是祁彪佳的朋友，主動前往協助；二是他薦，經由朋友推薦。目前的醫病關係研究，常會忽略自薦管道中的朋友關係這個層面。

(一) 醫療訊息管道

我們若仔細分析祁彪佳日記的書寫特色，會發現他對醫者身分的稱謂有明顯的區分。例如對於不熟的醫者，他只會稱呼為某某姓醫者，例如崇禎十一年(1638)八月八日，祁彪佳入城會友後，與祝姓醫者至寓所。若是朋友兼醫者則稱之為醫者某友，例如崇禎九年(1636)五月二十四日：「醫者凌少廣早至，以為症在不起，與陶藤生意合，午後周敬蘭、金素行至，皆是凌說。」另外一類是太醫，大部分祁彪佳都直稱太醫的姓與字號，有時則會尊稱某太醫為某君，例如弘光元年(1645)陳長耀同太醫俞吉夫來祁府，祁彪佳稱之為「俞君吉夫」。

有許多例子可以看出替祁彪佳治病的醫生是他的朋友。祁彪佳與妻子在寓山靜養期間，每日都有許多朋友來探視他們，當中不乏有通曉醫術的醫者，像是何芝田、王九韻、王金如、程爾葆、孫越陽。崇禎四年(1631)底，祁彪佳因瘧疾感覺身體不適時，好友橘公兄就曾前來為他診脈治藥。祁彪佳密友王金如更是在他發病的頭幾年常為他診脈、提供醫訊，甚至教導養心之法。祁友何芝田不僅幫祁彪佳診脈，還常陪名醫張景岳至祁府診治。有時祁友會趁拜訪寓山之便，順道替祁彪佳診脈，像弘光元年日記中提到的程爾葆即是一例。

13 Che-chia Chang, "The Therapeutic Tug of War-The Imperial Physician-patient Relationship in the Era of Empress Dowager Cixi (1874-1908)," pp. 55-83.

除了透過朋友幫他診治外，祁彪佳的許多醫療訊息來自朋友的推薦。例如崇禎十四年(1641)六月，祁彪佳欲籌組藥局時，曾寫信給秦屢斯訪太醫姓名。同月二十二日，好友余武貞則寫信推薦太醫孫越陽。崇禎十六年(1643)四月二十日，祁彪佳感覺腹痛不已，就延請太醫開立消氣藥劑，可能沒有多大效果，當天又向友人馮鄴仙¹⁴及徐心水詢問名醫訊息，友人就推薦顧、李兩位與祁彪佳不熟的醫者¹⁵。另有一則崇禎十六年(1643)的例子，也是因為祁彪佳覺得沒有療效，所以聽從朋友潘淡予的意見，另外延請醫生鄒公于¹⁶。另外，有些是朋友的親戚通曉醫理者，例如祁彪佳的修禪師父汝公師之弟鄒汝恢，祁彪佳即透過汝公師，託其弟診脈，鄒汝恢曾於崇禎十四年祁妻即將生產前，前往祁府診脈，恰巧祁彪佳已延請倪姓太醫，兩人遂一同商酌藥方。

祁彪佳有時也會向朋友推薦他所認識的醫者。例如，崇禎十二年正月初三，祁彪佳聽說地方官汪公郎中痘，性命垂危，就立即寫信推薦名醫張景岳診治，之後還寫信邀汪出外向張景岳求診¹⁷。崇禎十三年，姚江的地方官袁與立拜訪祁彪佳時透露了病徵，祁彪佳就向他推薦了名醫張景岳。

由上述祁彪佳的自薦與他薦醫者的例子得知，「薦醫」是明末士人社會中，獲得醫療訊息極為重要的管道。

(二)延醫與醫療方式

1. 延醫方式

當明末的士人社會中的患者知道哪裡有名醫後，用什麼方式延請醫生呢？在哪些地方進行診治呢？是下文欲探討的重點。目所看到的延醫模式大致有以下幾種：親自前往、委託朋友、同朋友一起拜訪、僕人延請。

親自前往醫者住所就醫是祁彪佳延醫的方式之一。崇禎十一年(1638)，祁彪

14 馮鄴仙諱元綱，字爾滔弼，浙江寧波府慈谿縣人，與祁彪佳為同年進士，曾任戶科給事中，與其兄馮留先並稱「二馮」。

15 祁彪佳，《癸未日曆》，頁15b。

16 祁彪佳，《癸未日曆》，「5月24日」。

17 祁彪佳，《彙錄》，頁1b、8b。

佳與妻兒四人入城就醫於張介賓，或許是事先未知會，所以剛好錯過¹⁸。從日記中，我們發現祁彪佳對所請的醫者都相當禮遇，有時會託好友前往醫者住所邀請，醫者前往診治時，還會請好友陪同到府。例如崇禎五年(1632)四月八日，祁彪佳好友顏茂猷、蔣安然與甯方兄來訪，祁彪佳就託他們前往醫者錢君穎家中，請錢君穎至祁家為祁妻診脈，剛好醫者家有祁彪佳亦熟識的病人(朱國錡)在場，所以錢君穎至隔日晚上才與祁彪佳好友兼醫者的橘公兄至祁府診治¹⁹。有時祁彪佳是在朋友的陪同下，入城延醫，例如崇禎十六年十一月五日，祁彪佳同翁艾弟至止水庵邀王施仁、忍衣師診脈。同月二十三日，祁彪佳在陸三應、鄒汝功及季超兄的陪同下，乘船至止水庵邀王施仁診斷。弘光元年四月七日，祁彪佳因喉痛無法飲食，遂與鄭九華、張軼凡、方無隅三人入城延王施仁診治。

至於醫病的場所，似乎無固定診治場所，大多是在祁府的園林密園進行。有時在舟中，例如，崇禎八年(1635)祁彪佳與朋友彤園主人王雲岫、雲瀛一同遊河，忽然瘧疾發作，體中寒熱交作，但他未受影響，依然賓主籌酢，之後才延請張介賓至船裡診視。有時會與醫者相約在城中某地碰面，例如，崇禎十一年五月十七日，祁彪佳與友人陳長耀入城邀蔣安然在朝來閣相聚，就在該地等張景岳診脈。有時則會前往醫者住處就醫²⁰。廟裡亦是就醫場所之一，例如崇禎十四年九月十八，祁彪佳因目疾，前往隆教寺問醫。從他日記中所載與居士(梵通師、石雨施、無量師、競初師、汝功師等)的密切往來看來，這些居士中可能不乏有通曉醫術者。

2. 看診方式與療法

看診方式大多數是由個別醫者診脈、開藥，有時亦會出現兩位醫者共診，或群醫會診的狀況。從祁彪佳的日記可以看出，醫療過程中診脈與開藥是分開的，假若同時有數位醫生為其治病，通常只會選用醫術聲望較高者所開的藥方，而其他醫者則純粹診脈，提供病況說明，例如前面提到的鄒汝恢於崇禎十五年一月二十八日前往祁府為商景蘭診脈，離去後還替祁彪佳乞藥於張景岳。另外弘光元年

18 祁彪佳，《自鑿錄》，「6月25日」。

19 祁彪佳，《棲北冗言》，頁14a-b。

20 祁彪佳，《自鑿錄》，「5月17日」。

一月，祁彪佳延請張子環替祁妻診脈，但在用藥方面仍採納戴見龍的藥方。

此外，有時前一位醫者未走，後一位醫者即來診治，就會出現共同商量開藥事宜。例如崇禎十四年(1641)，「醫者鄒汝恢至，適延倪姓太醫，遂與共酌內子之藥」²¹。有時也會出現兩位醫者一同前來診治的例子，像崇禎十三年(1640)，祁彪佳延請張景岳、何芝田一同診脈²²；甚至有過一日之內延請三位醫生，包括錢姓醫者、戴見龍、王施仁的例子。

有時面臨危急時則會採群醫會診模式。崇禎九年(1636)五月二十日，祁彪佳長子祁同孫得了天花，至五月二十九日不治死亡。這八天中，一共有周敬蘭、陶藤生、凌少廣、金素行、馬性聚、李明初、王少石、朱清宇、謝爰謙、王金如十位醫生前往診治。這十位醫者除了王金如與祁彪佳有密切往來，在祁彪佳患病期間，扮演診治及推薦醫者的重要角色外，其他醫者都只會出現過一次。此外，除了王金如外，其餘九位醫者的身分又可細分為兩類，一是純粹是醫者身分，另一類則帶有朋友關係，像陶藤生、凌少廣。在這八天的治療過程中，其療法明顯可以分為用涼藥與用熱劑兩派。前者有陶藤生、凌少廣、金素行；後者以馬性聚為首，支持者有李明初、王少石、朱清宇、謝爰謙。剛開始治療時，祁彪佳採納醫者陶藤生等人的意見，以涼藥治療，到了第三天午後，由於馬性聚力排眾議，主張祁子目前的病況是因為用涼藥所誤，所以改為熱劑。當日李明初也來參與治療，同樣支持馬性聚的主張，祁彪佳在支持熱劑一派醫者的說服下，採用了熱劑的療法。隔日五月二十五日，祁子稍微甦醒，祁彪佳至此更加相信溫補之劑的療效，同日午後王少石至，他的治法亦與馬性聚、李明初相同，從那時起，祁彪佳才真正相信之前都為涼藥療法所誤。但到了第五天，王少石與李、馬姓醫者同去探視病情，判定痘疹已發，且氣血又不足，已經無可救藥，遂相繼離去。當晚另外一位醫者朱清宇來到，又為祁子調治，似乎又有起色。第六天，祁彪佳發現又有一線希望，才再度請李明初及馬性聚到府治療，剛好此時精於痘科的謝爰謙從北京來祁府，與王少石斟酌下藥，並贊成李、馬二人的溫補療法。到了第六天，

21 祁彪佳，《小棗錄》，「12月6日」。

22 祁彪佳，《感慕錄》，「8月20日」。

祁子才服用補劑不久，就瀉泄驟下，脾詠頓傷，這樣的反應讓所有醫者感到錯愕，至此醫者才完全放棄，隔日五月二十九日，祁子病情轉劇而不治(表一)。

表一 祁子出痘過程表

病發日期	出現醫者	病況描寫	療法
第一天5/22	周敬蘭	兒痘頗難之	未用藥
第二天5/23	陶藤生	痘證危篤	未用藥
第三天5/24	凌少廣、周敬蘭、金素行、馬性聚、李明初	症在不起	初用涼藥，後改為熱劑
第四天5/25	王少石、李明初、馬性聚	兒痘稍甦	使用熱劑
第五天5/26	王少石、李明初、馬性聚、朱清宇	痘起而氣血不足	溫補之劑
第六天5/27	李明初、馬性聚、謝爰諏、王少石		溫補之劑
第七天5/28	李明初、馬性聚、謝爰諏、王少石、王金如	脾詠頓傷，瀉洩驟下	溫補之劑
第八天5/29	王金如	兒疾轉劇	

上述醫家對究竟該用熱劑或涼藥的爭議，在明清醫案中時有所聞。在這段群醫會診的案例中，我們發現祁彪佳在一連串的不同醫生治療過程中，當面臨不同療法時，扮演了抉擇的角色，究竟他如何判定哪一派的說法才正確時，眼前的立即療效似乎是重要的考量。

在醫者替祁彪佳或其家人治病過程中，常有因意見分歧而分道揚鑣者。例如弘光元年(1645)正月十二日，祁妻因流產，祁彪佳隔日延錢姓醫人來為其妻調養，又派僕人到杭州迎請醫者戴見龍及王施仁留宿咸陽閣。隔日王施仁替祁妻診脈時，言已有起色，但作為病患家屬的祁彪佳對此卻有不同看法，他在日記說道：「不知此乃虛火上炎之象也。」可見病人家屬常會針對病情表示意見。十五日再請王施仁醫治，王施仁因祁妻發熱有痰，主張用涼劑，卻與戴見龍意見不合而離去，隨後祁彪佳採納了戴見龍的意見。十七日祁彪佳與戴見龍在歸雲寄閒談，祁妻忽然血暈，戴以薑湯灌之，才甦醒過來，此後，祁妻常有潮熱及體虛之

感。二十日，祁妻徹夜虛汗，終不能眠。二十一日，祁彪佳又改延請張介賓之子張子環來為商景蘭看診。

透過祁子與祁妻的例子，我們可以看到，祁彪佳通常會延請多位醫生一起替病人會診，一旦醫者出現多種意見時，病人對於醫者的意見，並非處於被動接受的位置，而是有權決定採用哪位醫者的治法。

至於療法方面，除了上述出痘與流產兩個例子外，祁彪佳對於醫者如何用藥的記載並不多，偶爾會透露出一些使用的藥名，像消氣劑、人參、香蓮丸、扶產丸及薑桂等。崇禎十六年五月三日，祁彪佳因感脾胃不適，當日醫來即判斷脾有積滯，遂以香蓮丸治之，關於香蓮丸的用法，醫書上常用來消除因痢疾所引起的脾胃溼熱之毒：

夫痢而能食，胃未病也。若脾胃濕熱之毒，薰蒸清道而上，以致胃口閉塞，遂成禁口證。一方治禁口痢，香蓮丸與蓮肉各半，研末米湯調下。治禁口痢，臍中用田螺入麝香少許，搗爛盒之，以引其熱就下，熱去則欲食也。²³

此外，瘧疾患者易口渴，嗜食冷水，崇禎十六年五月，祁彪佳因常感到口渴，醫生遂教他以蒸五穀水的方式來解渴²⁴。

除了上述醫療特色外，在精神層面上，祁彪佳轉而向佛教求援，尋求心靈上的平靜，此時有許多修道同好與以精神上的鼓勵，醫者兼密友王金如就常以佛法開導他²⁵。

23 [元]朱震亨，〈丹溪治法心要〉，收入氏著，《丹溪醫集》（北京：人民衛生出版社，1993），卷2，〈痢〉，頁25。

24 五穀為養氣之主，此處應有益氣解渴之效。

25 祁彪佳晚年與江浙一帶的佛教大師往來頻繁，其周圍朋友更不乏虔信佛教者，如王金如與寫《迪吉錄》的顏茂猷，這些朋友常以佛理開示他。

(三) 祁彪佳與醫者的交往

祁彪佳求醫的一個特色，就是一直不斷的更換醫生，曾在他的日記出現的醫者姓名將近有四十位(表二)。祁彪佳為何要一直更換醫生？這在當時是否是種常態的現象？祁彪佳所延請的這些醫生身分是什麼？他與這些醫生有何關係？

透過日記，我們大致可從看出一個趨勢，從崇禎四年到七年，祁彪佳所延請的醫者以身邊的朋友兼任居多，其次是北京的太醫。像剛開始替他診脈的王金如，就是常與他有書信往來的好友，《清史稿》〈儒林傳〉中有王金如的簡歷：「王朝式，字金如，山陰人。亦國模〔沈求如〕弟子。嘗入證人社，宗周〔案：劉宗周〕主誠意，朝式守致知。曰：『學不從良知人，必有誠非所誠知蔽。』亦篤論也。順治卒年，年三十有八。」²⁶這則傳記資料中未提到他是位醫者，但從他幫祁彪佳診脈，在他病危時贈送參藥，以及協助祁彪佳設置藥局、與議施藥事來看，他應該知曉一些醫理。從崇禎九年(1636)到崇禎十五年(1642)，出現率最頻繁的醫者當屬張介賓，此時正是祁彪佳瘧疾的病發期。除了張介賓外，還有一些地區性的醫者陸續出現，直到崇禎十五年張介賓逝世，此後幫祁彪佳看病的則轉以太醫為主。

在祁彪佳所記錄的十年病史中的四十幾位醫者，若就醫者活動地域與知名度而言，可分為全國性與地方性醫者；若就醫者身分而言，則有民間醫者與太醫之分(表二)。以下則分別舉例介紹這些醫者的背景。

1. 民間醫者

(1) 全國性醫者：張介賓

崇禎八年時，張介賓已七十三歲，崇禎八年至十五年八年間，張介賓共替祁彪佳一家診治四十二次，是祁家相當倚賴的一位名醫。張介賓字會卿，號景岳，別號通一子，山陰人，為明代著名的醫家，生於嘉靖四十二年(1563)，卒於崇禎十五年(1642)²⁷，享年八十歲。因晚年編成《景岳全書》百餘萬言，是當時相當

26 趙爾巽等撰，《清史稿》(北京：中華書局，1977)，卷487，頁10977。

27 一般醫學史研究者皆多將其早年推為崇禎十三年，今透過《祁彪佳日記》，得知張介賓一直幫祁彪佳治病至崇禎十五年(1642)，因此早年可能為崇禎十五

著稱的一位名醫，後人皆稱其號。關於張介賓的生平與醫學思想，學界已有深入研究，以下僅就張介賓晚年定居紹興後與祁彪佳的交遊及醫療活動，進行初步探討。張介賓約在萬曆四十八年(1620，五十七歲)左右南返，於天啓四年(1624，六十一歲)出版了《類經》，此時張介賓醫術大進，醫名日彰，求治者日盈其門，當時人比之以張仲景與李東垣。黃宗羲曾稱，張景岳「爲人治病，深思病源，單方重劑，莫不應手霍然，一時謁病者，輻輳其門，沿邊大帥，皆遣金幣致之。其所著《類經》，綜覆百家，剖析微義，凡數十萬方言，歷四十年而後成，西安葉秉敬謂之內奇書」²⁸。祁彪佳日記對於張介賓事蹟的記載僅止於他替祁彪佳一家診治的過程，至於兩人私交方面，日記著墨甚少，祁彪佳曾於崇禎十二年五月十九日寫信給張景岳，但考《祁彪佳文稿》所收尺牘，並無給屬名張景岳的信函，只有一封是給張卿子的信，該封信中只提到：「昨別後，更深復有大磨難，幾不成行，今絕計入山矣。」從信函內文看不出收信者是否就是張景岳，但因為張介賓字會卿，因此稱張會卿爲張卿子亦不無可能。假若此張卿子就是張景岳，即可看出祁彪佳與張景岳還有朋友這一層關係。若兩人有交情，爲何張景岳於崇禎十五年逝世時，《祁彪佳日記》中卻一字未提；反之，祁彪佳好友兼醫者王金如過世時，祁彪佳則表示哀悼。因此兩人即使有交情，理當不深，這點從祁彪佳有時還需要委託醫生向張景岳索取藥方，可見端倪。

(2) 地方型醫者

家族是傳統中國傳遞醫學知識與技能的重要管道，其重要性在宋代已經出現。那時「世醫」的名稱用來稱呼有良好醫術的醫生，但他們的優勢自明代之後才開始顯現。當醫學發展重心由北向南轉移時，家族在許多地方有了更強的影響力，例如江蘇、浙江、安徽，以及之後的江西與湖南。家族所持續的醫學傳統與以往的師徒關係差別在於，前者較後者更重實務而輕理論，因而它的影響力僅限

(續)

年。關於大陸醫史界對張景岳的生平考證，見黃漢儒，〈關於張景岳生平及著作的若干考證〉，《中華醫史雜誌》，13：3（北京，1983），頁145-148；陳蓉蓉，〈《景岳全書》初刊年份〉，《中華醫史雜誌》，29：2（北京，1994），頁113-114。

28 〈張景岳醫學學術思想研究〉，收入李志雍主編，《張景岳醫學全書》（山東：中國中醫藥出版社，1999）。

於地方²⁹。

祁彪佳所請的醫生以這類醫生數量最多，約占全部醫生的四分之三。例如袁六卿、何芝田、王金如。從「表二」可看出，在祁彪佳的醫生當中，有些只診治過一次，他們之中有些人是專治喉、齒痛的專科醫生，像張宏海專治喉疾，張行素專醫牙齒。

表二 《祁彪佳日記》所載醫者一覽表

醫者姓名	首次出現時間	末次出現時間	治療疾病名稱	醫治對象	身分	與祁彪佳關係	備註
王九韻	1632/4/6	1632/4/8	瘧疾	祁彪佳	民醫	祁家父執輩醫者	
王少石	1636/5/25	1636/5/27	痘疾	祁子	民醫		
王金如(朝式)	1635/10/9	1640/1/17	瘧疾、痘疾、癘	祁彪佳、祁子	民醫	好友	祁彪佳密友
王施仁(元輔)	1645/1/13	1645/6/9	瘧疾	祁彪佳、祁妻	太醫	好友(同年關係)	
王培元	1635/9/24	1640/1/16	瘧疾	祁母	太醫		
朱清宇	1636/5/26	同左	痘疾	祁子	民醫		出現一次
何芝田	1640/8/20	同左	瘧疾	祁彪佳	民醫	好友	出現一次
何嗣沖	1644/5/13	同左	瘧疾	祁彪佳	民醫		出現一次
余吉夫	1645/2/19	同左	不詳	不詳	太醫		出現一次
呂幼嘉	1645/5/4	同左	瘧疾	祁彪佳	民醫		出現一次
李充陽	1644/2/3	同左	瘧疾	祁彪佳、祁妻	太醫		
李明初	1636/5/24	1636/5/26	痘疾	祁子	民醫		
周敬蘭	1636/5/22	1636/5/24	痘疾	祁子	民醫		
金素行	1636/5/24	同左	痘疾	祁子	民醫		出現一次
金素庵			痘疾		民醫		

29 梁其姿，〈宋元明的地方醫療資源初探〉，收入張國剛主編，《中國社會歷史評論·第三卷》(北京：中華書局，2001)，頁219-237。

俞中孚	1641/8/11	同左	瘧疾	祁妻	太醫		出現一次
倪涵初	1641/6/10	1641/12/6	瘧疾	祁妻	民醫		
凌少廣	1636/5/24	同左	痘疾	祁子	民醫		出現一次
凌敬泉	1636/8/13	同左	不詳		太醫		協設藥局
孫越陽 (燮和)	1641/7/8	同左	瘧疾	祁彪佳	太醫	好友	協設藥局
袁六卿	1637/1/24	1642/6/14	瘧疾	祁彪佳、祁母、祁妻、祁子	民醫		
馬性聚	1636/5/24	1636/5/26	痘疾	祁子	民醫		
張子環	1645/1/21	同左	瘧疾	祁彪佳	民醫		張介賓之子
張行素	1642/8/9	同左	齒	祁彪佳	民醫		出現一次
張宏海	1645/4/1	同左	喉	祁彪佳	民醫		出現一次
張景岳	1635/10/24	1642/9/3	瘧疾	祁彪佳、祁母、祁妻、祁子	民醫		
陶藤生	1636/5/22	同左	痘疾	祁子	民醫		出現一次
程雨蓀	1645/4/26	同左	瘧疾	祁彪佳	民醫		出現一次
童五菜	1635/7/29	1637/6/21	瘧疾	祁妻	民醫		
鄒公子	1664/3/	同左	瘧疾	祁彪佳	民醫		出現一次
鄒汝恢	1641/10/5	1642/1/18	瘧疾	祁妻、家僮	民醫		
鄒培宇	1641/12/20	1642/6/11	瘧疾	祁彪佳	民醫		
盧仁宇	1641/7/8	同左	不詳		太醫		
錢心鐸 (鐸思)	1636/7/16	1638/11/23	瘧疾、生產	祁妻	太醫		
錢君穎	1632/4/8	1643/7/11	瘧疾	祁彪佳	太醫		
錢振河	1633/6/12	1644/8/26	瘧疾	祁彪佳	太醫		
戴見龍	1644/9/1	1645/6/28	瘧疾	祁彪佳	民醫	朋友	
謝爰諏	1636/5/27	同左	痘疾	祁子	民醫		出現一次

2. 太醫

太醫是祁彪佳患瘡疾晚期相當倚賴的一群醫者。光是《祁彪佳日記》中的資料，我們很難判斷這些醫者是否是真的是具有官銜的太醫。從「表二」來看，前後共有九位太醫曾幫祁彪佳家族治病過，他們分別是王施仁、王培元、余吉夫、凌敬泉、孫越陽、盧仁宇、錢心鐸、錢君穎、錢振河。從公私兩個方面可以看出他們與祁彪佳的關係。公領域方面：祁彪佳兩度延請越中名醫成立藥局，施藥鄉里³⁰。第一次於崇禎九年(1636)，延請的名醫計有龔太守、張景岳、凌敬泉、吳竺庭、徐星嶽、王培元、傅會宇、王澄陽、唐九有、童五萊。第二次於崇禎十四年，則有余中孚、孫越陽、徐興峨、凌敬泉、王培元、沈敬樞等十二人。透過籌組藥局的機會，祁彪佳藉由官場友人認識了這些太醫，有時祁彪佳會趁著太醫輪值之餘，請求順便替他及其家人診治。在私領域方面，祁彪佳在崇禎六年前，曾於北京擔任過御使一職；崇禎十六年後，祁彪佳又奉命至江浙一代主管考試職務。在這兩次任官的機會中，祁彪佳結識了一些醫生，從這兩個任官時期他所請的醫生大多稱為太醫看來，這些太醫可能是真正的太醫，而非只是尊稱。我們可以透過孫越陽與王施仁的例子來看。

康熙《紹興府志》有孫越陽的傳記：

孫燮和字越陽，山陰人，幼穎異，能詩文……。專精岐黃，就醫者不論貧富，詳審精密，檢閱方書，幾廢食寢。庚辰〔案：崇禎十三年，1640〕歲荒，加以時疫，副史鄭瑄，奉常金蘭，撫軍祁彪佳，設立藥局，延燮和主之，全活無數，鄉里翕然稱焉。又好施予，供母饗殮外，盡為周卹宗黨姓氏，促居就食，甥婚女配，皆力為之。子襄化，山陰諸生；宣化，康熙丁未進士，授曲陽令。³¹

30 關於祁彪佳在地方所推動的慈善活動，見Angela Ki Che Leung, “Organized in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region,” *Late Imperial China*, 8:1, pp. 134-166; 梁其姿, 《施善與教化：明清的慈善組織》(台北：聯經出版公司，1997)，頁38、72。

31 [清]周徐彩纂，[清]俞卿修，《紹興府志》(台北：成文出版社，1983據康熙五十八年刊本影印)，卷57，〈人物志·方技〉，頁4666-4667。

康熙《紹興府志》對王元輔的描述是：

王元輔字施仁，山陰人，幼業儒，少孤，秉性仁慈，每以濟人為念，適一老翁詣家，與語岐黃精奧，元輔敬禮之，晨夕罔怠，後辭去，于臂間出祕錄授之曰，汝得此，可以壽世，兼導以攝養之法，自是以醫名。每遇貧乏孤寡，必先診視，歲所存活不勝指屈，號善樂施，終生不倦。子三，長之翰，舉於鄉，次之俊，亦以醫行世。³²

上述引文並看不出王施仁為太醫，但祁彪佳於弘光元年六月四日的日記中，記有王施仁為太醫：「因李年嫂有病，同太醫王施仁至山，且為內子診脈。」王施仁為祁彪佳一家診治時，已是崇禎十六年底，祁彪佳的病況已經日漸嚴重，他一共替祁彪佳看過三次。每次延請王施仁，祁彪佳都相當慎重地在朋友的陪同下就醫或邀請，可見祁彪佳對他的禮遇與重視。除了祁彪佳外，弘光元年，王施仁也曾為商景蘭診治瘡疾。

四、結論

近來明清的醫療史學者認為，元代醫生的增加已經是史無前例，而明代每一類型的醫者數量又遠遠超過元代。明代醫者數量增加之快，令人難以想像；不僅如此，專業意識也已逐漸發展，這在以經典傳統為主的醫者中特別明顯。從地理上看，明代醫者大多來自江蘇、浙江及安徽三省。透過醫生傳記，我們若將明代醫者以省為單位來分類，會發現江蘇、浙江及安徽三省的醫生占了大多數。若以他們的訓練方式來分，會發現大部分是由家族訓練，這反映了醫學家族在這些省分的重要性。因此明代的醫生訓練基本上與政府無關，本質上是透過三個管道習醫：師徒相授、家族內傳以及自學³³。從以上祁彪佳與紹興地區一帶醫者往來

32 周徐彩纂，俞卿修，《紹興府志》，卷57，〈人物志·方技〉，頁4668。

33 梁其姿，〈明代社會中的醫藥〉，《法國漢學》，6，頁345-361。

的關係看來，祁彪佳所延請的醫者並非來自盛極一時的吳中醫派³⁴，而是平日就與他有直接或間接關係的醫者朋友。時效與地域限制或許是考量之一，但朋友關係所帶來的信任卻是他更為重要的選擇因素。若以與祁彪佳關係來論這四十位醫者，我們發現許多醫者與祁彪佳不單只是病人與醫生關係，還帶有朋友關係，這層關係增加了他對醫者的信任與尊重。儘管祁彪佳當時已辭官，但在地方上因常協助慈善事務及主持地方公議，因此頗孚眾望。他終日與四周文人墨客往來，因而累積了深厚的人脈及聲譽，這種文化資本有助於他與家人就醫的便利。這或許能夠解釋為何祁彪佳能夠請到當地那麼多醫生為其診治的現象。此外，若將祁彪佳的例子放在整個明代醫學發展轉變的脈絡來看，明代醫者數量的激增以及他們習醫管道的多元化，在在為醫療市場提供了許多選擇。紹興的山陰只是江南諸多繁華城市的一個縮影，都市中醫學資源的快速成長，培育了許多開業醫在城市討生活。透過祁彪佳的例子，我們可以發現，這種醫學資源取得的方便性，不僅改變人們對疾病的認識，也改變了人們日常生活的就醫習慣，這在江南都市士人社群中尤為明顯。

本文原發表於孫遜、楊劍龍主編，《都市、帝國與先知》。上海：上海三聯書店，2006，頁181-212。今已略做部分文字修訂及相關研究書目的增補。

34 有關吳中醫派在明代的地位討論，參見邱仲麟，〈綿綿瓜瓞：關於明代江蘇世醫的初步考察〉，《中國史學》，13（東京，2003），頁46-48。

第十三章

人藥與血氣：

「割股」療親現象中的醫療觀念

邱仲麟(中央研究院歷史語言研究所研究員)

本文的內容，主要談「割股」療親現象中所涉及的兩個醫療概念：人部藥與「血氣」概念。

「割股」療親行為是對中醫本草人部藥的一種實踐與擴展，在這一行為中應用到的人體器官，與醫書所記載的人體臟器相比，擴大得相當多。醫者常根據《本草拾遺》自我衍申，要求病人的家屬割股、割肝、刺血、斷指。而「割股」者在「割股」行為中，尤多「想當然爾」地「自我解釋」人部藥，不論其是否對症，也不論是否合於醫理，即行割股、斷指、割肝。到最後，《本草拾遺》所記載的「人肉療羸疾」，隨著這種民間行為的自我創造、自我衍申，漸漸成為一種啓示性的話語，各形各色的病痛，皆與「割股」連上關係。「割股」於是經歷了「變異」與「膨脹」的過程。

在「割股」療親現象中，還存在著一些特別的觀念，如認為身體有「上淨下不潔」的區別。其次，則為「同類相補」的觀念。在「割股」行為中，常見有「以同類之物相補」的例子，如以目補目、以皮補皮、以血補血等。再者，即為「血氣相補」、「血氣相連」的看法。在「割股」行為中，存在著病人老邁氣血虛弱，須以人的血肉補充元氣的看法。在一些例子中，或者認為人肉蘊含「真氣」，或者認為人的血氣可以相互感應，特別是醫者或當事人常認定親人血肉可以相補，尤其是兒女的血肉，被邏輯化地視為血氣相感的最佳來源。也就因為「割股」療親強調以「同氣」親屬才會有效，因此便排除了「異氣」、沒有家族關係的外人。透過血緣的網絡，還可以將對象擴展到家族中的其他成員，包括直系血親與旁系血親。這種「割股」的網絡，隨著「家」的範圍的不斷擴大，「割

股」現象也不斷延伸，更進而可以以「寄」的方式，寄送割下來的體肉，醫治異地的親人。

總而言之，「割股」是一種帶有親族性的民俗醫療行為。以人的身體組織入藥，並非是中國所獨有的一種醫療行為，然而中國「割股」療親現象中所涉及的以人為藥，與其他世界文明乃至中國方書中所應用的人藥，有很大的不同，最大的特點在於：它是一個具有「排他性」的人藥醫療行為，沒有親屬關係即無用「武」之地。

一、前言

「割股」療親是一個特殊的文化現象，存在於中國社會至少有一千三百年的歷史。依據我們現在所能找到的資料，割股肉以醫療親人的疾病，最晚在隋代(589-618)已經存在¹。到了唐代，已經是一個頗為興盛的孝行了。

追索這一個孝行的出現，中醫本草人部藥當是一個重要的源頭。依據目前的研究，中醫本草人部藥的淵源，最早可以上溯至戰國(475-221 B.C.)時代的《五十二病方》。《五十二病方》於1972-1974年，在湖南長沙東郊馬王堆漢墓挖掘出土，其抄寫年代在秦漢之際，成書則約在戰國時期，是中國目前發現最早的醫方書，保存了自春秋、戰國以來所應用的許多方劑²。經過整理發現，《五十二病方》中記載了十一種人部藥，包括後世「割股」療親行為中時見的人血：(1)人髮、髮、燔髻灰，(2)男子泊、男子惡，(3)小童溺、嬰兒溺、溺，(4)頭脂，(5)頭垢，(6)燔死人頭，(7)死人脛骨，(8)人泥，(9)乳汁，(10)溺中泥，(11)人血³。從這些人部藥的存在來看，中國早在先秦時代已應用人類身體的特定部位、

1 隋朝毗陵郡晉陵縣人陳果仁，「母病思牛炙，適屠禁，割股肉作羹以進，病良已。郡上其事，詔遣大夫楊績賜旌表」。〔宋〕史能之，咸淳《重修毗陵志》(台北：大化書局，1980)，卷19，〈人物四·旌表〉，頁3630。

2 周一謀等著，《馬王堆醫學文化》(上海：文匯出版社，1994)，頁150。

3 大陸學者馬繼興、李學勤在整理《五十二病方》時，認為所收人部藥九種，即前九種。日本學者村上嘉實認為應再加上後二種。〔日〕村上嘉實，〈五十二病方的人部藥〉，收入〔日〕山田慶兒編，《新發現中國科學史資料の研究·

特定體液及排泄物為藥。

其後，漢代至唐代的本草醫籍或方書，亦收錄了不少的人部藥，但多為不傷人體之物，如《神農本草經》僅有髮髮；梁陶弘景《名醫別錄》收亂髮、頭垢、人尿、乳汁四種⁴；北魏至唐初的《龍門石窟藥方》有人糞、童子尿、人髮三種⁵；唐高宗時所修的《新修本草》則有人乳汁、髮髮、亂髮、頭垢、人尿、溺白涎六種⁶。至開元二十七年(739)，陳藏器撰《本草拾遺》，始將危及人體的人血、人肉、人膽等品類，收載入書中⁷。

不過，要特別注意的是：本草醫籍不收載，是不是就代表民間不用人血、人肉入藥呢？答案應該是否定的。因為在《本草拾遺》成書之前的隋朝及唐初⁸，割股已經成為醫療親人疾病的方式之一，而這種醫療行為應該有其源流。因此，我們或許可以推論：在兩漢、魏、晉、南北朝時期，民間的醫療行為中，人部藥的使用應該已經涉及人血、人肉，只是醫家在記載時有選擇性地採錄，對於重傷人命所關的品類予以剔除。陳藏器在開元年間將未收錄者予以載入，自是符合《本草拾遺》的「拾遺」精神，卻也成為「割股」療親行為的一大醫理根據，助長了這一奇異的孝行⁹。

(續)

論考篇》(京都：京都大學人文科學研究所，1985)，頁170-171、191-192、196-198。

- 4 並見於〔宋〕唐慎微，《重修政和經史證類備用本草》(台北：南天書局據金代刊本影印，1976)，卷15，〈人部〉，頁363-365。
- 5 山田慶兒編，《新發現中國科學史資料の研究·譯注篇》(京都：京都大學出版社，1985)，頁421、434、436、437、439、453。
- 6 〔唐〕蘇敬等撰，《新修本草》(光緒十六年德清傅氏補輯本)，卷15，〈獸禽部〉，頁4b-6b。
- 7 唐慎微，《重修政和經史證類備用本草》，頁366。
- 8 明末李時珍(1518-1593)在《本草綱目》，卷52，〈人部·人肉〉中就說：「按陳氏之先，已有割股、割肝者矣。」「割股」療親並非始於開元年間。李時珍所言在陳氏著書之前已有人割股，其言殊確；然已有割肝，則無確證，至少目前資料均未發現。〔明〕李時珍，《本草綱目》(北京：人民衛生出版社點校本，1982)，卷52，〈人部·人肉〉，頁2968。
- 9 「割股」療親行為的起源，一般的看法都認為與陳藏器有關。北宋初年，錢易在《南部新書》中云：「開元二十七年(739)，明州人陳藏器撰《本草拾遺》，云『人肉治羸疾』，自是閭閻相效割股，于今尚之。」〔宋〕錢易，《南部新書》(台北：臺灣華文書局重印《粵雅堂叢書》本，1965)，辛卷，頁57。北宋

醫療行為是文化的表現，牽涉到一個文化的本質與知識內涵。令人好奇的是，一千多年來，中國人「割股」是基於何種醫療文化知識呢？在中國文化的內涵裡，其實有知識分子頗為無奈與不易撼動之處。「割股」行為所呈現的，或許不僅僅是一個醫療行為而已，它可能是菁英分子的文化認知與民間行為的碰撞。「割股」現象中所存在的醫療觀念，除了人部藥的影響之外，還有屬於比較是思維上的概念，也就是親族血脈的問題。

本文所要討論的是「割股」行為所涉及的醫療觀念，觀察在這一行為中所存在的一些民間醫療習尚，以及其牽涉的相關理念層次的問題，其中主要分兩部分來談，一者為醫者所主導下的人部藥觀念，一者為傳統思維中的血氣觀念。至於「割股」是否有藥效，則不在本文思索考察的範圍。

二、「割股」療親對人部藥的實踐與擴展

如前所述，人藥在中國有長遠的歷史，而其所應用的人體部分也相當多。依據李時珍《本草綱目》的記載，截至明代，人部藥計有髮髮、亂髮、頭垢、耳塞、膝頭垢、爪甲、牙齒、人屎、小兒胎屎、人尿、人中白、秋石、淋石、癬石、乳汁、婦女月水、人血、人精、口津唾、齒垢、人汗、眼淚、人氣、人魂、髭鬚、陰毛、人骨、天靈蓋、人胞、胞衣水、初生臍帶、人勢、人膽、人肉、木乃伊、方民、人傀等三十九種¹⁰。在這三十九種的人部藥中，大致上可以將其分

(續)

中葉，宋祁(998-1061)在《新唐書》〈孝友傳序〉中，也說：「唐時陳藏器著《本草拾遺》，謂『人肉治羸疾』，自是民間以父母疾，多割肉而進。」[宋]歐陽修、宋祁等撰，《新唐書》(台北：鼎文書局影印，1976)，卷195，〈孝友傳序〉，頁5577。

- 10 李時珍，《本草綱目》，卷52，〈人部·人肉〉，頁2925-2975。英國學者 William C. Cooper 與 Nathan Sivin 曾共同合作為文針對《本草綱目》的人部藥，分髮髮(Human Hair)、爪甲(Nails)、牙齒(Teeth)、乳汁(Milk)、血(Blood)、人精(Semen)、口津唾(Saliva)、骨(Bone)等予以討論。William C. Cooper and Nathan Sivin, "Man as a Medicine: Pharmacological and Ritual Aspects of Traditional Therapy Using Drugs Derived from the Human Body," in Shigeru Nakayama and Nathan Sivin eds., *Chinese Science: Explorations of an Ancient Tradition* (Cambridge: The MIT Press, 1973), pp. 203-272.

為「不具危命性」與「具危命性」兩類。

「割股」療親這一行為，很明顯的是對人部藥的一種實踐，其所應用的人體組織及臟器，主要屬於「具危命性人藥」。其應用的人體部位及臟器，包含了股肉、臂肉、胸肉、脅肉、乳肉、膝肉、頭肉、耳朵、手指、腳趾、目睛、脛骨、血液、骨髓、腦髓、肝臟、心臟、肺臟、腸子等。這林林種種都包括在廣義的「割股」裡面，而且通常要求必須是「生人的」。與李時珍《本草綱目》所記載大部分屬「舊骸」、「分泌物」、「排泄物」、「體液」或不具危害性的人體組織，是不同的。

換言之，「割股」療親行為雖是對本草人部藥的一種實踐(即使有相當多的人做這一行為並非得諸醫書直接的啟發，而是間接聽到人肉可以療疾，卻也都是對人部藥的實踐)，但其中卻有相當多是自行發展、自我擴充的。而這種自我擴展性，其實存在於相當多的民間行為中。

以下就「割股」療親所用的六種人體組織和臟器分別加以討論，以觀察人部藥觀念在割股現象中的角色，及其所存在的自我擴充情況，尤其是醫者的態度。

(一)人肉

人肉在療親行為中使用得相當普遍，包括割股、割臂、割脅、割胸肉等，其中「割股」事實上並非全然是割腿股肉。明代的一些圖像資料，在顯示割股時，所繪的就常是割臂，如《繪圖列女傳》的〈節孝范氏〉、〈韓文炳妻〉二圖即是如此¹¹。清代的一些文獻資料也指出了這一現實，《光緒武進陽湖縣志》的編者就說：

毀身非孝，古人論之詳矣。然當親病篤之時，計無後之，而習聞人肉可療之說，故不暇問其術之效不效，事之義不義，毅然出此，忍痛剝膚，所謂其愚不可及也。非篤於至性而能然乎？其事通謂之「割股」。夫股

11 [明]仇英繪圖，汪氏增輯，《繪圖列女傳》(台北：正中書局據知不足齋藏版影印，1971)，卷15，頁1400、1421。

肉不可飼親，類皆刳臂耳。然恆言習稱，不可改矣。¹²

民初，王小航(1859-1933)亦云：

「割股」二字，乃習俗語，史家亦為所拘。以余所聞，曰「割股」者，實皆割臂也。¹³

當時人認為股肉為下體，以下體予父母吃，事屬不敬，故多割臂。這類的例子不少，除了《光緒武進陽湖縣志》所言「夫股肉不可飼親，類皆刳臂耳」之外，茲再舉一二：

(1)孝婦周氏，名繼昭，吳士竑妻，吳縣武山人。士竑客外，姑嬰重疾，氏卜割股和藥吉，既思：「股在下體，不可奉姑。」乃割肱以進，姑遂愈。時天啓元年〔1621〕。¹⁴

(2)吳珍重，字仲威，歙縣人。母疾劇，將刳股，謂下體也，不敬，遂刳臂和藥以進。¹⁵

(3)故城有張某妻李氏者，……一日姑病，爇香跪禱不效，又乏醫藥資，幾不起，氏仰天呼曰：「……吾聞有刳股療疾者，吾其試之，不效而從死，未晚也。」急取利刀，復度曰：「股，下體，不潔，不如肱。」乃割左肱一臂，長三寸餘，見骨，血不止，以敝繒縛之，自切為

12 [清]董似穀修，[清]湯成烈等纂，光緒《武進陽湖縣志》(台北：臺灣學生書局據光緒五年修、光緒三十二年重印本影印，1968)，卷25，〈人物·孝友〉，頁2601。

13 王照，《小航文存》(台北：文海出版社影印，1968)，卷3，〈廉孝子傳〉，頁239-240。

14 [清]李銘皖等修，[清]馬桂芬纂，光緒《蘇州府志》(台北：成文出版社據光緒九年刻本影印，1970)，卷113，〈列女一·吳縣·明〉，頁2658。

15 [清]何紹基等撰，光緒《安徽通志》(台北：臺灣華文書局據光緒四年刊本影印，1968)，卷238，〈孝友五·徽州府·國朝〉，頁2695。

膾，烹而進。¹⁶

(4)劉維翰，張家口賈人。父燦年五十八始生翰，三月父歿。及長，事母孝。母年六十得病，百藥不效，禱於神，願以身代。一日，遇遊方僧，語以母病。醫者予之藥，且告之曰：「非親人肉血為引無益也。」翰急歸，背其妻割左肩肉一條，以肩肉高且潔也。疑煎藥不足，又割右肩肉以繼之。¹⁷

這四個例子當中，前三例是以臂肉「潔」於股肉，第四個例子則認為「肩肉高且潔」。在割體肉療親的文化中，身體被區分為潔與不潔，這倒是一個有趣的現象。而從以上的例子看來，割臂的數字應當更多，甚至可能超過割股¹⁸。

陳藏器《本草拾遺》云：「人肉治羸疾。」但「割股」行為中人肉的適用病症則無所不包，似乎成了各種病症的萬靈丹。而人肉之所以成為各種疾病的萬靈丹，有相當大的成分是因為醫者(含道士)不斷地擴充《本草拾遺》的提示的結果，另外則是行為者本身的自由心證。以下舉數種為例(一病以一例為主)：

(1)骨蒸：如唐朝先天元年(712)，王知道因母親患骨蒸，醫云：「須得生人肉食之。」知道乃割股肉半斤餘，「加五味以進」¹⁹。

(2)目疾：清康熙年間，湖廣衡陽府衡陽縣人王法甯，母親得眼病，「醫者妄言人乳肉和藥薰之可明」，法甯於是按指示割乳肉如法薰之²⁰。

(3)頭瘡、疔瘡：清代寧夏韋州堡人蘇爾璽，母親海氏病疔瘡，醫謂：「需

16 徐世昌，《大清畿輔列女傳》(台北：臺灣大通書局據民國六年刻本影印，1968)，卷2，〈賢孝傳〉，頁2713-2714。

17 [清]左承業原修，[清]施彥士補訂，道光《萬全縣志》(台北：臺灣學生書局據道光十四年刊本影印，1969)，卷7，〈人物·忠孝·國朝〉，頁653-654。

18 田汝康(T'ien Ju-K'ang)認為，明清地方志的記載，割臂比割股要普遍。Ju-K'ang T'ien, *Male Anxiety and Female Chastity: A Comparative Study of Chinese Ethical Values in Ming-Ching Times* (Leiden: E. J. Brill, 1988), pp. 153-155.

19 [宋]李昉等纂，《太平御覽》(台北：新興書局據刻本影印，1959)，卷375，〈人事部十六〉，頁1760。

20 [清]彭玉麟、[清]殷家儁等纂，同治《衡陽縣志》(台北：成文出版社據同治十一年刻本影印，1970)，卷7，〈孝義傳〉，頁863。

人肉湯洗之。」爾蟹乃潛入他處割乳肉，煎湯以洗瘡傷²¹。山西沁源縣馬森村人郭鳳池，其父親生頭瘡，病情甚劇。適逢一道士說能醫治此病，乃急忙請其診視，道士診視完之後說：「此瘡甚重，難以療治。」徑自出門欲去，鳳池哀求再三，道士乃說：「此非人脂不可治也。」鳳池於是詭托打柴，至山上無人處，割股肉一片，以火煉成膏，攜回給父親服用²²。

(4) 咯血：清代四川崇慶縣人黃定邦，因「母以體羸咯血」，又聽人說，「此病得人血肉即易療」，乃割左臂以進²³。

(5) 噎疾、反胃病：如明代河間衛人李瀛，母親患噎疾，李瀛聽人說：「以人肉啖之可愈。」遂割左股肉以奉母²⁴。清代寧夏人袁大聰，父親得反胃病，臥床數月，有人戲言：「此非人肉不得愈。」大聰即於藥王廟割肉，持歸和藥以進²⁵。

(6) 痰疾：明代江西人桂廷鳳之妻李中姑，婆婆患痰疾，行將不起，醫者言：「人乳炙可療。」中姑對神默禱之後，即割一乳，因是昏仆，……²⁶。

(7) 心疾：清朝饒平縣元歌都陳坑鄉人詹郁友，父親春光常患心疾，醫藥罔效。有位方士精於岐黃，告知：「此疾如得人肉勻藥，則病永不發。」郁文聽了之後，自覺「此事非他人所能代」，遂禱告神祇，願以身代。禱告完畢，乃割股入藥²⁷。

21 朱恩昭，民國《豫旺縣志》（台北：臺灣學生書局據民國十四年稿本影印，1967），卷4，〈孝友·清〉，頁92。

22 陰國垣纂，孔兆熊、郭藍田修，民國《沁源縣志》（台北：成文出版社據民國二十二年鉛印本影印，1976），卷3，〈鄉賢傳·孝義·清〉，頁310。

23 謝汝霈修，羅元敞等纂，民國《崇慶縣志》（台北：臺灣學生書局據民國十五年鉛印本影印，1967），〈士女八之二·孝義〉，頁523。

24 [明] 樊深，嘉靖《河間府志》（台北：新文豐出版公司，1985），卷24，〈孝友·國朝〉，頁334。

25 馬福祥、陳必淮修，王之臣纂，民國《朔方道志》（台北：臺灣華文書局據民國十五年鉛印本影印，1969），卷17，〈人物志二·孝友·清〉，頁832。

26 [清] 曾國荃，光緒《湖南通志》（台北：臺灣華文書局據光緒十一年刊本影印，1967），卷213，〈人物志·列女二·明〉，頁4449。

27 [清] 劉汴纂修，[清] 惠登甲重修，光緒《饒平縣志》（台北：台北市饒平同鄉會據光緒九年刻本影印，1976），卷9，〈孝義·國朝〉，頁353。

(8)風痺：如清代四川三台縣民女武紹靜，因「父病風痺，臥床不能反側，晝夜便溺二、三十次」，與妹紹端躬侍左右，至其父親病危，姊妹「聞割股能愈病」，乃割肉煮湯以進²⁸。

(9)瘡病：如清代陝西延安府延川縣人高一第妻賈氏，公公染瘡病，屢治不效，「聞以人肉啖之可瘳」，賈氏乃與小叔一魁於神明前焚香祝禱，爭相割股肉以治療²⁹。

割體療疾行爲中所涉及應用人肉的例子極多，其對應的疾病也不只以上列舉的十餘種³⁰，而且每一種病的例子也非僅是寥寥，但我們不必一一追索有哪些疾病應用人肉治療，要注意的是這種民間醫療行爲存在著層層積累的擴充過程。陳藏器《本草拾遺》所記載的「人肉療羸疾」，隨著「割股」行爲的深植於民間文化，漸漸成爲一種啓示性的話語，各形各色的疾病，遂多應用人肉。到後來，「割股」行爲乃成爲一種盲目的實踐，不論是否於醫理有據，也不論是否對症，一旦久治不癒，便以人肉下藥，「割股」便在這種環境下擴散、傳播於民間。隨著一些偶然治好的例子不斷出爐，採信、冀盼的後繼者也不斷出現，這種多向性的連鎖行爲，便在城鄉之間持續的衍生。

割體療疾作爲一個醫療行爲，與醫者的關係自然相當密切。特別是在盛唐陳藏器將人血、人肉載入《本草拾遺》以後，醫者與「割股」療親的關係更爲加深。在整個「割股」現象中，醫者(包括僧道之流)與醫書，擔任一個中介的角色，引導著病人的家屬，走向了這種自殘的救親方式。大部分「割股」案例的背後，不是聽聞人肉可以療病，就是醫者要求人肉爲藥引，有些「割股」者甚至是翻查醫書，看到這樣的醫方才「割股」的。

醫者要求病人兒女「割股」入藥的例子極多，上面我們已經看到不少這樣的

28 謝勳等纂修，民國《三台縣志》(台北：臺灣學生書局據民國十八年鉛印本影印，1967)，卷11，〈人物志六·孝婦孝女〉，頁806。

29 [清]洪憲纂修，嘉慶《延安府志》(台北：成文出版社據嘉慶七年刻本影印，1970)，卷60，〈列女·國朝〉，頁1636。

30 其實「割股」應用人肉的病症還有血崩、崩症、病蠱、翻胃、風疾、病癩、癩疾、心痛病、心氣痛、病疫、病瘟、患瘰癧、病肺喘、喘咳、風癱、喉疾、病脾、偏頭風、病虛寒、背疾、蛇咬、腳病等等，其名目甚多，不勝枚舉。

例子，但像「得生人肉可療」³¹、「非得生人肉不可」³²、「此病非人肉作藥引不治」³³、「非男女肉羹不能愈」³⁴這樣的記載，依然不時可以從資料中發現。

在所有割體療疾行爲之中，人肉的應用最廣、最多。然而，人肉不僅是作為藥引、湯料，或煨燒為灰和藥敷於傷口而已，人肉有時是作為「附著」用的。這樣的例子在明清時期時有所見，如蘇州府崇明縣人陸相，其「母疽發，割肉補患處」³⁵；福建邵武府人張希聖，生母年六十七，左腳忽生一瘡，三年不癒，希聖於是割左腳肉如瘡一般大，貼補於母親之瘡處³⁶。清代河南衛輝府濬縣王培基妻王氏，公公於乾隆五年八月，一指突患疔瘡，毒發潰爛至手，百醫不效，情勢極為危險，適有人言：「患毒至此，無生理，惟聞人肉可救。」王氏遂割臂肉二片，一片切碎為餡包餃子以進，另一片敷貼患處³⁷。山東東昌府冠縣人周桂芳，母親得瘡症，百藥不效，桂芳乃割上身乳肉敷之³⁸。而此種以肉補肉的作法，其實是一種直接性思維——「同類相補」——之下的產物。

(二) 人血

用人血療疾，歷史應該是相當早。現在所見最早以自己之血醫療親人疾病的

-
- 31 [清]李文藻等纂，[清]宮懋讓修，乾隆《諸城縣志》(台北：成文出版社據乾隆二十九年刻本影印，1976)，卷45，〈列女上·明〉，頁1171。
- 32 吳命新纂，胡宗虞修，民國《臨縣志》(台北：成文出版社據民國六年稿本影印，1968)，卷19，〈鄉賢·孝友〉，頁570-571。
- 33 劉崇本纂，褚保熙、秦廷秀修，民國《雄縣新志》(台北：成文出版社據民國十八年鉛印本影印，1969)，卷13，〈文獻略三·人物篇上·孝義·清〉，頁496。
- 34 姚維錦、高遵章纂，萬震霄修，民國《青縣志》(台北：成文出版社據民國二十年鉛印本影印，1968)，卷8上，〈文獻志·人物篇·孝友·清〉，頁571-72。
- 35 [清]趙宏恩修，乾隆《江南通志》(台北：臺灣華文書局據乾隆二年刻本影印，1967)，卷159，〈人物·孝義·太倉州·明〉，頁2678。
- 36 [清]陳壽祺等撰，道光《福建通志》(台北：臺灣華文書局據同治七年刻本影印，1968)，卷221，〈明孝義·邵武府邵武縣〉，頁4052。
- 37 [清]熊象階纂，[清]武穆淳修，嘉慶《濬縣志》(台北：成文出版社據嘉慶六年刻本影印，1976)，卷18，〈列女〉，頁872-874。
- 38 [清]趙錫書纂，[清]梁永康修，道光《冠縣志》(台北：成文出版社據道光十年刻、民國二十三年補刊本影印，1968)，卷8，〈人物志上·孝義·國朝〉，頁906。

例子在五代。而其應用方式有：(1)點眼，(2)和藥，(3)敷塗，(4)生飲。同樣地，其適用的病症相當多：

(1)目疾：如五代時蜀國拔山軍軍卒李夢旗，母親雙目失明，夢旗「刺股血點母眼」³⁹。宋代四川利州昭化縣人牟繼美，「母患目失明，刮指血與乳汁和藥點之」⁴⁰。四川資州人龍海孫，「父失明，刺左股血和藥點父目」⁴¹。明代福建建寧府建陽縣人曾元宇，「母病瞽，醫言：『當用人血和藥。』即雖刺取」⁴²。清代山東泰安府東阿縣人龐毓岱，「祖父年老，病目喪明。後，眼仍奇疼，百方調治不愈。有異人言：『欲止疼，非用萬靈血不可。』毓岱破出臂血一杯進，飲之而眼疼遂愈」⁴³。四川重慶府涪州人石若漢之妻陳氏，婆婆因若漢早逝哭瞎眼睛，陳氏「聞活血可治目疾」，乃刺臂滲血和藥⁴⁴。

(2)瘡、疽病：人血能療鶴瘡，早在宋代就有記載⁴⁵，其後以人血治瘡疽亦時有所見，如清代陝西鳳翔府岐山縣人劉厚，祖父患疔疽，「須人血調敷」，於是「嚙指血塗之」⁴⁶。福建泉州府南安縣人楊爾恂，父親病疽，夢見神明指示「以生人血抹之可愈」，爾恂於是取刀割股，滴血呈進⁴⁷。

(3)痔瘡：如明代江西廣信府貴溪縣人畢侃卿繼室姚氏，以「侃卿病痔，醫

39 [明]王圻，《稗史彙編》(台北：新興書局，1978)，卷42，〈倫敘門·孝類〉，頁2713。

40 [清]常明、楊芳燦等修纂，嘉慶《四川通志》(台北：臺灣華文書局據嘉慶二十一年刊本影印，1967)，卷160，〈人物·孝友·保寧府·宋〉，頁4837。

41 [清]常明、楊芳燦等修纂，嘉慶《四川通志》，卷161，〈人物·孝友·資州·宋〉，頁4853。

42 [清]陳壽祺等撰，道光《福建通志》，卷220，〈明孝義·建寧府〉，頁4036。

43 靳維熙纂，周竹生修，民國《續修東阿縣志》(台北：成文出版社據民國二十三年影印，1976)，卷11，〈人物上·孝友·清〉，頁199。

44 [清]常明、楊芳燦等修纂，嘉慶《四川通志》，卷175，〈列女·貞孝·重慶府涪州·國朝〉，頁5096b。

45 [宋]錢易，《南部新書》，辛卷，頁58。

46 [清]周方炯等纂，[清]達靈阿修，乾隆《重修鳳翔府志》(台北：臺灣學生書局據乾隆三十一年刻本影印，1967)，卷7，〈人物·孝友〉，頁1069。

47 蘇鏡潭纂修，民國《南安縣志》(台北：陳其志基金會據民國二十年鉛印本影印，1974)，卷32，〈清孝友〉，頁558。

者謂『飲人血可癒』，姚日割膚血進之」⁴⁸。

(4)心疾：如福建福州府連江縣民女趙玉蓮，「母宿有心病，醫者以『心疾宜用心血』，乃刺胸血求藥和丸」⁴⁹。明末，杭州府錢塘縣人丁瑞南之妻周氏，「其母患心痛，絕急，或稱《海上方》：『指血和藥可立已。』烈婦盡刺十指，劑血以進」⁵⁰。

(5)瘋疾、狂疾：如明代江西廣信府弋陽縣人汪蓄之妻姚氏，「夫邁瘋疾，氏聽醫者言，刺血和藥以治」⁵¹。清代四川成都府簡州人幹金榮，突得「狂易疾，見家人輒撻罵」，病時發時止，多年不好，其妻聞人言：「人血和藥，可以治療。」乃割左臂肉寸餘，鮮血淋漓，沖藥和服⁵²。

(6)嘔血：如清代順天府大城縣人李璠之妻鄧氏，以「璠病，嘔血數斗，醫束手曰：『若得生人血雜藥煎之，可治也。』氏刺股取血和藥以進」⁵³。

(7)金刀創：明代保定府易州人劉一源，母親被賊刀傷脅肌，藥治不合，醫生云：「用人血合麵，以艾蒸之。」一源聞之，即以刀刺其臂腕，得血後，依法調藥呈進⁵⁴。

除了以上所舉應用人血的個案之外，醫者要求以人血治病的例子仍然很多。明代南直隸寧國府涇縣人程榮，其父親病重，醫生云：「須得陰陽血和丸服。」程榮乃與其妻凌氏，於夜裡焚香告天，各取股血以進⁵⁵。四川順慶府營山縣王氏

48 [清] 蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》(台北：文星書店據民國二十三年中華書局刊本影印，1964)，卷57，〈閩烈部·明八〉，頁578。

49 [清] 蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》，卷34，〈閩孝部·明二〉，頁355。

50 [清] 曾國藩，《曾文正公全集》(台北：世界書局，1952)，冊8，《文集》，〈錢塘丁烈婦墓表〉，頁181。

51 [清] 蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》，卷160，〈閩節部·明三十七〉，頁740。

52 汪金相等纂，李青廷等修，民國《簡陽縣續志》(台北：臺灣學生書局據民國二十年鉛印本影印，1967)，卷8，〈士女篇·孝婦〉，頁750。

53 徐世昌，《大清畿輔列女傳》，卷2，〈賢孝傳〉，頁2706。

54 [清] 張登高修，乾隆《易州志》(台北：臺灣學生書局據乾隆十二年刻本影印，1968)，卷15，〈人物·明〉，頁822-823。

55 [清] 何紹基等撰，光緒《安徽通志》，卷239，〈孝友六·寧國府·明〉，頁2706。

女，母親病危，醫云：「須指血和丸丹。」於是連刺數指和藥以進⁵⁶。

人血在《本草拾遺》所載的主治疾病為「羸病人皮肉乾枯，身上麤片起；又狂犬咬，寒熱欲發者，並刺血熱飲之」⁵⁷。明末李時珍在《本草綱目》中則擇其「不悖于理且不用鮮血者」計有：吐血不止、衄血不止、金瘡內漏、產乳血運、小兒赤疵、小兒疔目六種⁵⁸。而明初編成的中國最大部頭的醫書《普濟方》中，則又有「治霍亂、心腹脹滿」⁵⁹、「治傳屍、伏連、殭瘵、肺痿、癰癤、骨蒸、疰鬼、氣急熱、勞疾」二類⁶⁰；在治鼻中衄血不止症之處，也記載了與《本草綱目》不同的用法⁶¹。

將本草醫籍與「割股」行為中所應用人血的病症相對比，有不少是相近的，如以人血滴目治眼疾，用人血治嘔血症，治金瘡、疔瘡、疽病、痔瘡等病。而以人血治瘋病、狂疾，是否得自於人血治狂犬咬，就不得而知了？

(三) 目睛

現在我們所見的資料中，涉及毀體療親疾的，其所用身體部位，以人肉為最早，其次為人血，再者為目睛。取目睛這類行為始見於宋代，至明代仍見。但此

56 [清] 常明、楊芳燦等修纂，嘉慶《四川通志》，卷175，〈列女·貞孝·順慶府營山縣·國朝〉，頁5098。

57 [宋] 唐慎微，《重修政和經史證類備用本草》，卷15，〈人部·人血〉，頁366。李時珍在《本草綱目》中曾指斥用熱血道：「肉乾麤起，燥病也，不可卒潤也。飲人血以潤之，人之血可勝刺乎？夫潤燥、治狂犬之藥亦夥矣，奚俟于此耶？始作方者，不仁甚矣，其無後乎？」在附方時，則擇其「不悖于理且不用鮮血者」。[明] 李時珍，《本草綱目》，卷52，〈人部·人血〉，頁2955-2956。

58 [明] 李時珍，《本草綱目》，卷52，〈人部·人血〉，頁2955-2956。

59 [明] 朱橚撰，《普濟方》，收入《景印文淵閣四庫全書》(台北：臺灣商務印書館，1983)，冊747-761，卷202，頁675。其方為：「取人血合丹如梧子大二九。」

60 [明] 朱橚撰，《普濟方》，卷237，頁913。其方為：「麝香(細研)、胡黃蓮(碾為細末)、丹砂(細研，各二兩)，研勻以生人血薰蒸餅為丸如赤豆大。」

61 [明] 朱橚撰，《普濟方》，卷189，頁254。其方為：「以左臂血用紙撚血點左眼，右亦如之。」《本草綱目》所引《儒門事親》之方為：「就用本衄血，紙捻蘸點眼內，左點右，右點左。」兩者相比，前者用鮮血，後者用病人污血；前者病右鼻點右眼，病左眼點左眼，而後者則交叉點血。

一人藥方，並未見於任何醫書。

北宋初年，冀州南宮縣人王翰，因母親失明，竟「自抉右目睛補之」；太宗淳化年間(990-994)，下詔賜予粟帛⁶²。徽宗大觀二年(1108)，鄧州南陽縣東海村，有個叫張三婆的老婦人患雙眼疼痛，昏暗不見光明。其子張清，用左手提出眼睛，將銅鍼穿過，用小刀子割下眼睛，與母吃訖，是後所患眼目不曾再發疼痛。「朝廷有旨：特補太醫助教。」⁶³南宋寧宗嘉定九年(1216)，揚州寶應人蔣伍，因母親兩目眼盲，「自剗左目，和粥以進，母目頓明」⁶⁴。

明代揚州府高郵州人孔應試的情況，更令人怵目驚心。在他身上，可以看出「割股」行爲的綜合面貌：

孔孝子，名應試，高郵州南陵東村農夫也。崇禎甲戌〔七年，1634〕，母施氏病，割股療之，愈。逾年，再病，再割，不愈。發願燃肉香十年，香燃，復愈。歲凡四燃，皆剪肉和香蒸之，胸前創墳起者三十二處。壬午〔十五年，1642〕，孝子父好年八十，病瘡不瘳。有人傳：抉冥官目辟之，立止。孝子泣曰：「抉神目，謂可驅瘡鬼耳。吾有目，取而代之，與其令鬼畏，不若令鬼憐也。」八月十五夜，焚香祝天，占抉左目。睛墮有血絲，綴之長寸許，不可斷，因竭力截之斷，無多血，亦不甚大痛。煮湯以進，瘡果愈。⁶⁵

以目睛爲藥，或以目補目，在毀體療親行爲中，是較罕見的，例子不多。以現代醫學的角度來看，這種行爲似乎有點荒謬，但在民俗醫療行爲中，庶民卻不覺得有什麼不當。他們做這一行爲，通常是一種直接性的反應，即使有醫理可

62 [元]脱脱，《宋史》(台北：鼎文書局影印，1976)，卷456，〈孝義〉，頁13388。

63 [明]王圻，《稗史彙編》，卷42，〈倫敦門·孝類〉，頁2713。

64 [明]楊洵等纂修，萬曆《揚州府志》(北京：書目文獻出版社，1988)，卷19，〈人物志下·孝子列傳〉，頁333。

65 [清]崔華、張萬壽纂修，康熙《揚州府志》(北京：中國書店據康熙三年刻本影印，1992)，卷19，〈人物志下·孝子·明〉，頁388。

據，也是「斷章取義」式的。這樣的行為動機，存在於各類型的毀體行為之中。

(四)骨髓、腦髓

以人的骨髓、腦髓入藥，始見於宋代，元代繼續存在，明代以後未見。同樣的，這一方藥亦未見於醫書。

北宋元豐二年(1079)，相州安陽縣百姓段化，因疾病導致眼睛失明，其子段簡屢次求醫治療無效。一天晚上，夢見神人告知：「與爾此藥，可用人髓下之，則汝父之目立見光明。」醒來之後，發現手中果然有藥，乃以刀卸下左腕，搥骨取髓，調藥以進⁶⁶。撫州臨川人吳芑，也因其父得奇疾，醫者云：「須人髓可療。」於是鑿脛骨取髓和藥⁶⁷。

南宋徽州歙縣人程四，早年父母雙亡，賴姑姑鞠養成人。嘉定五年(1212)，姑姑大病垂危，程四在探視之餘，自思受恩深重，當有所報答，乃「焚香取髓，粥而進之」。徽州休寧人鮑乙，則因母病垂危，「焚香鑿胸取髓，煮粥供母」⁶⁸。廬州舒城人檀念二，淳熙十二年(1185)二月，因其母重病將死，亦「鑿左脛骨寸餘，取髓食母」⁶⁹。另外，又有葉二，先因母疾割股，病未好轉，於是又鑿腦取髓，遂暈去。及醒來，見額頭上有一些髓，即取下和粥以進。王羽，則於乾道二年(1166)因母病危急，「夜半登樓，焚香叩天，祈母病愈，以利刀取腦調羹進食」⁷⁰。

元代，河南府路宜陽人秦氏的大女兒，則因為父親得危疾，醫者不能救，於是「閉戶默禱，鑿己腦和藥進飲，遂愈」⁷¹。歸德府睢寧人匡國政，為歸德府判

66 [明]王圻，《稗史彙編》，卷42，〈倫敘門·孝類〉，頁2713。

67 [明]楊淵纂修，弘治《撫州府志》(上海：上海書店，1990)，卷24，〈人物四·孝弟·宋〉，頁598。

68 [明]程敏政纂修，[明]歐陽旦增修，弘治《徽州府志》(上海：上海書店，1990)，卷9，〈人物三·孝友·宋〉，頁750。

69 [清]賈彬、[清]郭維祺纂，[清]陳守仁修，雍正《舒城縣志》(北京：中國書店據雍正九年刻本影印，1992)，卷17，〈人物·孝義〉，頁348。

70 以上二例，見[元]佚名，《湖海新聞夷堅續志》(北京：中華書局，1986)，前集，卷1，〈人倫門〉，頁18-19。

71 [明]宋濂等修，《元史》(台北：鼎文書局影印，1977)，卷200，〈例女

官，母親病，割肝進，病得愈。既而又病，改爲剔腦和藥，病又痊愈⁷²。

其實，我們很難想像一個人自己砍下手腕，鑿穿大腿或胸骨，甚至鑿頭骨以取髓。這些人如何避免感染？如何防治破傷風？如何平安地活下去？我們並不清楚。

(五)人肝

以人肝入藥，亦未見於醫書。這種人體器官變成藥用品類，應是後來衍生。而應用人肝治疾，現存資料所顯示的，最早在宋代。

北宋時，萊州人呂昇，其父親失明，「昇剖腹探肝和藥以進」⁷³。泉州楊安國之女，因父親患血疾，經年不癒，醫者謂：「必得肝爲粥而後可藥。」女即抽刀刺胸取其肝煮粥入藥⁷⁴。南宋，常州晉陵人孫鎬，「年七十餘，病疽，其子裂肝以療」⁷⁵。

其後則歷代不絕，直至民國還有。而其適用病症則除失明、血疾、疽病之外，又有用以治蟲病的，如明代昌平州長陵衛百戶季源，因母親患蟲病而割肝⁷⁶。又有用以治心痛者，如清代陝西興安府洵陽人楊鴻春，母親病心痛，鴻春聞人云「肝療心疾」，乃於夜半潛至山麓神祠祝禱，割肝以進⁷⁷。

此外，又用以治患癱，如清代四川樂至縣民女熊明珠，值祖父患癱，久久不癒，乃沐浴拜神，而後「以刃洞右脅割肝」；劉金蓮則因其父親有氣疾，「時痛難忍，女割肝和羹進」。鄧香芝則以其母親兩目失明，兼患沉痾，香芝拜灶神

(續)——

一〉，頁4486。

72 [明]何儀等纂修，萬曆《淮安府志》(上海：上海書店，1990)，卷18，〈孝義傳〉，頁772。

73 [元]脫脫，《宋史》，卷456，〈孝義〉，頁13388。

74 吳錫璜纂，林學增修，民國《同安縣志》(台北：福建省同安縣同鄉會據民國十八年鉛印本影印，1986)，卷38，〈列女·孝烈婦·宋〉，頁1209。

75 [宋]史能之，咸淳《重修毗陵志》，卷19，〈人物四·旌表〉，頁3630。

76 [清]繆荃孫、劉萬源等著，《光緒昌平州志》(北京：北京古籍出版社，1989)，卷18，〈列士傳〉，頁437。

77 [清]姜善繼、[清]郭焱昌纂，[清]劉德全修，光緒《洵陽縣志》(台北：成文出版社據光緒三十年刻本影印，1969)，卷11，〈孝友〉，頁334。

後，「持刀剖左脅，肝自出，割作羹湯」⁷⁸。

而清末四川仁壽縣人崔金紫，則祖父患足疾、父親患目疾、母親患心氣疾，於光緒四年(1878)二月十六日晚上，「焚香敬神，用金刀跪割心窩二刀，一剖露肝，再剖露肺，並剖兩片」，烹成肉湯三碗，依序奉其祖父、父母，病皆痊癒。同縣王世雄則因母親患心氣痛、陳品高因祖母得心腹痛、彭萬壽因母親失明、朱正司因母親病氣痛、張先正因母親病心無力，皆割肝以救⁷⁹。

在割肝療疾的例子中，當然不乏醫者要病者家人割肝配藥的例子。明代薊州人張廣，其父親病重，醫者說：「必得人肝和藥以進，乃可愈。」廣遂引刀剖腹割肝和藥⁸⁰。宣府萬全左衛人李榮，父親李寅年老患脾疾，眼睛失明，歷十餘醫不效。有一道士告訴他：「吾昔聞一人因其老父脾疾，割肝以飼，則其疾愈。爾能然耶？」李榮還家，遂割肝取肝作羹，進呈父親食用⁸¹。萬曆二十四年(1596)，揚州儀真縣東三十里朴樹灣，則有村婦張氏，因婆婆病重，竭誠籲禱而無效應，適有道人出現於門外，張氏詢問婆婆的病如何醫治，道人說：「惟人肝可以療之。」問肝在那裡？曰：「在右脅下，唯刃可以出之。」張氏就近備得屠刀，向左脅軟腹橫割三寸，沒見到肝；又直割下三寸，肝露出三片，各長寸餘，紺黃色，乃割下治藥醫飼婆婆⁸²。同縣李孝婦，則婆婆有心疾，每次發病常昏死過去，半天才會甦醒。一月間常發病數次，每次必三、四日，到夜裡才稍好，有時一兩天即再發病。有一天，丈夫種田去，而婆婆突然病發，在床上呻吟輾轉。李氏心如刀割，不知如何是好。突有一位道士到屋子裡來求東西吃，李氏說：

78 蔣德勳纂修，民國《樂至縣志》(台北：臺灣學生書局據民國十八年刊本影印，1968)，卷4，〈孝女〉，頁611、615-616。

79 [清]翁植、[清]楊作霖修，光緒《補纂仁壽縣原志》(台北：臺灣學生書局據光緒七年刻本影印，1968)，卷5，〈孝子〉，頁709、712-713、717、726-727。

80 [清]章過等纂，[清]沈銳修，道光《薊州志》(台北：臺灣學生書局據道光十一年刻本影印，1968)，卷9，〈孝義·明〉，頁1101。

81 [明]孫世芳等纂修，嘉靖《宣府鎮志》(台北：臺灣學生書局據嘉靖四十年刻本影印，1969)，卷38，〈孝友傳·國朝〉，頁1790。

82 [明]潘之恒，《互史·內紀》(台北：國家圖書館藏萬曆末年刊本)，卷4，〈敘肝異〉，頁6a-b。

「食易耳，奈吾姑病劇何？」道士回道：「若姑何疾？吾能治之。」李氏大喜，乃告訴他病情。黃冠又說：「是疾易療耳，然非活人肝不可也。」李氏即持刀剖胸，割肝給他。道士即雜以其他的藥，令她烹煮之後給婆婆吃⁸³。

我們可以發現：就如同人肉一樣，人肝所適用的疾病對象也相當的多，是不是真的對症，不在我們的考察範圍，要體現的是這種行為的無限擴張性。人肉如果可以療病，那麼內臟當然就更不用說了，這或許是割肝者的邏輯罷！而這種邏輯，甚至於應用在資料上所謂的「割心」、「割肺」上。

或許這些行為讓人覺得有點不可思議，但它卻存在於夙昔的社會中。是社會的氣氛造成了人們的沒有理性？還是社會經濟條件的不足導致人們要出此下策？這都還有待查考。但是我們要注意的是：醫者鼓動了這一現在看起來相當盲目的行為。

(六)手指、腳趾

以人指療病，普遍存在於明清時期。其用法則有兩種，一則和藥，一則為接續之用，但以前者較多。

明代江西新昌縣人漆士鋌，母親蔡氏年老患足瘡，醫言：「須人骨灰治之。」士鋌便斷一指，煨為灰燼敷在瘡上⁸⁴。河南開封府項城縣則有田春云姪孫女截指救母、王順姐截指救父、馬玉蓮截左手小指救父、王粉姐截指救母、張雪堂女截指救父⁸⁵。

清代這樣的例子更多。如江蘇揚州府東臺縣人周松遐，母親得病，先割左手無名指，煎湯以進；過兩年，病情復發，松遐又二度割左手中指，煎湯以進⁸⁶。

83 [清]陳鼎，《留溪外傳》（台北：明文書局，1991），卷14，〈貞孝部〉，「李孝婦傳」，頁580-582。

84 [清]萬廷蘭纂，[清]楊文峰等修，乾隆《新昌縣志》（北京：中國書店據乾隆五十八年刻本影印，1992），卷16，〈孝友·明〉，頁702。

85 [清]施景彝等纂修，宣統《項城縣志》（台北：成文出版社據宣統三年石印本影印，1968），卷30，〈列女志五·明〉，頁2314-2317。

86 [清]晏端書、[清]錢振倫等纂，[清]方濬頤修，同治《續纂揚州府志》（台北：成文出版社據同治十三年刻本影印，1970），卷12，〈人物·孝友〉，頁714。

山西平陽府浮山縣人喬東皋，精於岐黃之術，父親久病，乃偏究醫術，得奇方「需人骨肉一節和藥，食之可瘥」，乃操利刀斷一指和藥以進⁸⁷。山西解州安邑縣人尉遲牲之妻張氏，因其公公左手疽痛不可忍，因聞「指有病，以指補之可瘳」，乃以斧截小指兩節⁸⁸。陝西西安府咸寧人王德才，也因母親患病，「醫方需人骨和藥」，遂斷指煎藥呈進；同縣孟永智、高鴻謨、高彥林、郭成矩、王登鏞、張漢傑、麻萬祥、趙登雲等人，也都截指療親⁸⁹。東北吉林紅旗屯人楊柏齡幼女，在室時母親病危，以刀刃切左手小指和藥，母親的病於是痊癒。他哥哥得知後，用黃金爲其接指，並上金指上刻上銘文：「寸指寸金寸心。」⁹⁰

以腳趾療親疾的例子不多，這可能與足趾被視爲不潔、不敬有關。所見的例子有二，其一爲明初吳希汴的例子。洪武初年法令森嚴，人民斷指避役者發往邊關充軍，希汴的父親因病失去拇指半截，里長懼怕遭到連坐，準備執送他父親入官府，希汴深爲擔憂。適有自稱擅長接指的人來到村子，村人不盡信，希汴卻獨欣然深信，乃截下右腳小趾以接父親的拇指。彼此血肉淋漓一個多月，瘡平創癒，腳趾果然接合於拇指。然而稍後接口下端的拇指潰爛，父親的拇指又斷。希汴祈禱天神之餘，又截下左腳小趾，依照舊法接續，結果「血交氣貫，一指宛然如生」⁹¹。另外一個例子是清代的陳炳昌。陳炳昌的父親身染異症，醫人云：「須人足指可療。」炳昌當夜「鑿小足指投藥以飲」⁹²。

用人指爲藥，牽涉到入部藥中的「人骨」。以人骨入藥，見錄於《本草拾

87 桂書纂，任耀先修，民國《浮山縣志》（台北：成文出版社據民國二十四年鉛印本影印，1976），卷27，〈孝義·清〉，頁737。

88 〔清〕李遵唐纂，〔清〕言如泗修，乾隆《解州全志》（台北：成文出版社據乾隆二十八年刻本影印，1976），卷10，〈安邑縣·列女〉，頁420。

89 宋聯奎纂，翁聖修，民國《咸寧長安兩縣續志》（台北：成文出版社據民國二十五年鉛印本影印，1969），卷17，〈孝友傳·咸寧〉，頁794-796。

90 〔清〕李桂林修，光緒《吉林通志》（台北：文海出版社據光緒十七年刻本影印，1965），卷116，〈列女〉，頁6893。

91 〔明〕田瑄修，萬曆《新昌縣志》（上海：古籍書店，1971），卷11，〈孝友·國朝〉，頁127b-128a。

92 〔清〕張文虎等纂，〔清〕韓佩金等修，光緒《奉賢縣志》（台北：成文出版社據光緒四年刻本影印，1970），卷12，〈人物志三·孝友〉，頁665。

遺》，但陳藏器於書中註明：「并取焚棄者。」⁹³亦即不專取生人骨。歷來醫書所載也多以死人骨為主，其主治病症除了《本草拾遺》所云的「骨病、接骨、瘡」之外，又有治牙疼、齒齦宣露、牙根動搖⁹⁴、補虛益氣⁹⁵、傷折風腫⁹⁶等五症。而記載應用人骨(骨灰)的醫書如《東垣蘭室方》、《聖濟總錄》、《聖惠方》、《危氏方》、《鮑氏方》，及《普濟方》、《本草綱目》等也都未指明以「人指」為藥。但是，前面所看到的斷指療親行為中，卻有不少醫者要病人子女以「骨肉」為藥，於是以手指為藥大增，這是人部藥的擴展，也是醫者「自由心證式」下藥的一個表現。

以上種種以人體組織為藥的作法，明代的李時珍(1518-1593)曾在《本草綱目》中多所批評，並且指責陳藏器「不立言以破惑」，竟將其「筆之于書」⁹⁷。然而反對者自反對，為者自為之，民間庸醫仍多使用此一方藥。士大夫對於醫生促人割股、割肝，其實也有意見。《民國青縣志》的編者就反映出不以為然的態度，甚至認為這種醫生根本不配做醫生：

嗚呼！為人子及婦者，以親疾瀕危，出乎血性，毀身拯救，冀可挽回，不幸致死，世人猶諒其心。獨是醫生促人行此，乃與《本草》禁以人骸骨為藥者異矣，而猶以醫名耶？⁹⁸

然而在民間社會，庸醫與市醫普遍存在，他們是否勤讀醫書都成問題，更不用說精研醫理或者具備「理性」。正如論者所說的：「讀書之醫少，而市井之醫多。」⁹⁹清末，《申報》主筆也說：

93 [明] 李時珍，《本草綱目》，卷52，〈人部·人骨〉，頁2960。

94 [明] 朱橚，《普濟方》，卷66、69、70，頁38-39、107、123、131。

95 [明] 朱橚，《普濟方》，卷218，頁393。

96 [明] 朱橚，《普濟方》，卷311，頁166。

97 [明] 李時珍，《本草綱目》，卷52，〈人部·人肉〉，頁2968。

98 姚維錦、高遵章纂，萬震霄修，民國《青縣志》，卷8上，〈文獻志·人物篇·孝友·清〉，頁571-572。

99 [清] 海上苦辛道人，〈奉勸擇醫需慎說〉，《申報》，光緒丙子六月二十二日。

今之爲醫，厥有二種：一則祖傳父代，略識之無，家有方書幾部，便自號爲世醫；一則附名讀書子弟，僅完《論》、《孟》，老大無成，謀生乏術，不若強記《湯頭》數篇，脈訣一首，便可餬口四方，乃竟稱爲儒醫。究之，世醫實是市醫，儒醫強半庸醫也。¹⁰⁰

一般說來，真正專精的醫生並不多，也不易得。明中葉，祝允明(1460-1526)曾說：「醫者良百一而庸十九。」¹⁰¹清季，曾國藩(1811-1872)在告諭其子曾紀澤(1839-1890)的家書中也提到：

藥能活人，亦能害人。良醫則活人者十之七，害人者十之三；庸醫則害人者十之七，活人者十之三。余在鄉在外，凡目所見者，皆庸醫也。余深恐其害人，故近三年來，決計不服醫生所開之方藥，亦不令爾服鄉醫所開之方藥。¹⁰²

曾國藩的態度雖然有些矯妄過正，卻也表現出醫者無法令人放心的情況。然而民間的醫者即使被士大夫看不起，但在老百姓的心目中，仍然是心靈上的指引，特別是親人生病時，他的話具有很重的分量。因此，醫者要求孝子、孝女、孝婦、孝孫「割股」時，仍能發生作用。

更有甚者，醫者浸淫在「割股」療親的文化中，自己也有身體力行的，如明代應天府句容縣世醫戎憲，於景泰六年(1455)六月，割左股以救患「滯下」之症的父親¹⁰³；開封府尉氏縣醫學訓科孫純高，亦於弘治十八年(1505)十二月，割

100 〈醫不可不學論〉，《申報》，光緒丙子八月十九日。

101 [明]祝允明，《懷星堂集》，卷22，〈言醫贈葛君汝敬〉，頁667b-668a。

102 [清]曾國藩，《曾國藩全集·家書一》（長沙：岳麓書社，1985），咸豐十年十二月二十四日，〈諭紀澤〉，頁624。

103 [明]凌傳，〈戒孝子傳〉，收入[明]程文纂，[明]杜槃修，[明]王詔校正，弘治《句容縣志》（上海：古籍書店，1971），卷6，〈文章類·節孝傳記〉，525-526a。

股以療治母親的痼病¹⁰⁴；明末崇禎年間，擔任太醫院御醫的徐邦用，亦割股搶救已經「氣微數日」的母親¹⁰⁵。另外，河南府醫學訓科馬呈圖，亦割股療父¹⁰⁶；西寧府醫學典科張達，則刺臂取血以救父¹⁰⁷。清末，天津府人劉國慶，為太醫院官，也在光緒九年(1883)七月初五日割臂救母¹⁰⁸。

從太醫、地方職醫及民間醫者亦「割股」來看，顯然人肉療疾的文化塑造力是極其強大的。而在這當中的指導者，後來也成了實踐者。

三、「割股」療親行為中的血氣觀念

依據現代醫學的知識，肉類含有豐富的蛋白質、礦物質及脂肪，血液、肝臟含有高單位的蛋白質及鐵質，骨頭含有鈣質及一些其他的礦物質，骨髓則含有高膽固醇。這些東西均有助於人體的健康，對於身體虛弱的病人，特別是年老體衰的老人家，有相當大的助益。

然而，在沒有這種營養概念的古代，中國人是如何理解「割股」可以療治親人的疾病呢？

在「割股」療親的文化現象裡，人部藥是這一文化現象基本的醫療觀念來源，其概念的基礎是人的身體就是藥物，可以醫治各種疾病。而在這比較屬於形而下的「直接」反應中，似乎還存在著屬於比較形而上的禮教架構。這種禮教思維，常與家族血脈連繫在一起，通常以「血氣」的觀點作為論述的重點。

從大量的方藥中，我們不難發現中醫在提及上述藥物時，常認為其擁有「益

104 [明]汪心纂修，嘉靖《尉氏縣志》(上海：古籍書店，1971)，卷3，〈人物類·孝行〉，頁83b-84a。

105 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·學行典》(台北：文星書店據民國二十三年中華書局刊本影印，1964)，卷202，〈孝弟部·明十〉，頁67b-68。

106 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·學行典》，卷217，〈孝弟部·明二十五〉，頁206。

107 [清]楊應琚纂修，乾隆《西寧府新志》(台北：文海出版社據乾隆二十七年刻本影印，1966)，卷28，〈獻徵志·孝義〉，頁1048。

108 [清]徐宗亮纂，[清]沈家本修，光緒《天津府志》(台北：臺灣學生書局據光緒二十五年刊本影印，1968)，卷43，〈人物三·國朝·天津縣〉，頁3906。

氣」或「補血」的功能¹⁰⁹。「血氣」的概念在中國醫療慣習中，居於重要地位，而在「割股」療親的行為邏輯中，似乎也是一個無法排除的觀念。在「割股」行為中，至少雜存著以下三個與「血氣」有關的醫療觀念。

(一)同類相補

這種同類相補的觀念，散見於前舉的一些事例中，而相補的作法，可以分為兩種，一種是肌膚、器官直接性的形體相補，一種是透過藥物轉換的血氣相補。

就前一種(肌膚、器官直接性的形體相補)而言，最常見的有：以眼睛補病目、以人肉補瘡處。

以目補目，事屬怪異，似乎不太可能，於醫理也講不通，可以不談。至於以人肉補皮，雖然與現代醫學「植皮」的原理未盡相同，其思考邏輯亦有所差異，但似乎可以理解。而在清末，西方「植皮」的觀念也開始引進中國，在報刊上宣傳¹¹⁰。我們比較不解的是：這些以眼睛補病目、以人肉補瘡處的人，中間如何進行？如何達成？又是如何癒後的？

就後一種——透過藥物轉換的血氣相補——而言，我們也從上一節中看到許多「以同類之物補之」的例子，如「人肝療心疾」、「人心治心疾」等。

這種內臟器官相互醫補的例子其實很多，特別是「以肝療肝」。清代徐正富妻陳氏的例子，可再資參照：

徐正富妻，陳氏為連女也，童養過門。翁惟廉、繼姑陳氏，臥床久不起，昏不知人。醫言係肝疾，氏念肝可補肝，暗持小刀從左脅下割開，取肝一片，和糜進之，……。¹¹¹

109 趙映前等編著，《中醫臟器食療學》(武漢：湖北科學技術出版社，1995)，頁58-64、71-81、127-147、162-171。

110 〈論種皮〉，《申報》，光緒乙亥十二月二十一日；〈種皮新法〉，《申報》，光緒戊寅十一月初五日；〈論種皮〉，《申報》，光緒戊寅十一月十二日。

111 [清]李宗麟、[清]王賢輔纂，[清]顧駿修，光緒《白河縣志》(台北：成文出版社據光緒十九年刻本影印，1969)，卷11，〈列女〉，頁316-317。

朱龍雲的個案也是基於同樣的觀念：

朱龍雲，字雲車。父道坤，力學早逝。母吳多病，病時，龍雲割股和藥以進，母病以瘳。既而病復作且劇，醫家診之為肝疾，投藥輒不效。龍雲頓念以肝益肝，當得愈，遂剖左腹割肝，……。¹¹²

這種「肝可補肝」、「以肝益肝」的觀念，與「人肝療心疾」、「人心治心疾」一樣，也是一種「同類相補」的看法。

我們推想，這種以臟器相補的觀念應該早就存在於原始醫療的傳統裡，後來因為認為以人的臟器相互救治，涉於殘忍或毀傷，乃用動物的臟器替代，此即中醫「臟器相輔」的治療方法。這種「臟器療法」的歷史悠久，在新出土的馬王堆醫書中，就有應用動物臟器的例子，如黃牛膽、犬肝肺、狗陰等¹¹³。而《神農本草經》中，也應用白馬莖、牡狗陰莖、牛黃、鯉魚膽、豚卵等動物臟器¹¹⁴。東漢末年張機《傷寒雜病論》亦曾應用雞肝、獺肝、牛肚、豬苦膽汁等動物臟器治病¹¹⁵。此後的醫書應用動物臟器的更是不勝枚舉。在中醫的醫論中，認為動物臟器是「血肉有情之品」，能產生「同氣相求」的效果。它的意義不僅於動物的臟器可以補益人體的同名臟器，而且可以通過調整，控制其有關的生理功能，廣泛地用於疾病的治療¹¹⁶。這就是我們常聽到的「吃腦補腦」、「吃肝補肝」的觀念。

不過，「割體療親」的行為中，卻猶然存在醫者希望病人家屬以人藥代替動物藥的例子：

112 [清]馬汝舟纂修，嘉慶《如皋縣志》（台北：臺灣學生書局據嘉慶十三年刻本影印，1968），卷16，〈列傳一·孝友·國朝〉，頁1275。

113 周一謀等著，《馬王堆醫學文化》，〈第四章 馬王堆醫書與古代方藥〉，頁149-172。

114 周一謀等著，《馬王堆醫學文化》，頁139-141。

115 彭銘泉編，《中國藥膳學》（北京：人民衛生出版社，1985），頁52。

116 彭銘泉編，《中國藥膳學》，頁52。

〔王〕克榮，婦劉氏。克榮病，醫曰：「得鹿血則療，人血尤良。」氏刲臂取血和藥食之，……。¹¹⁷

這樣的例子可能還有不少，而且在民間醫療行為中應亦是相當盛行的觀念，就像上述的「以血益血」、「以肝益肝」的觀念一樣，普遍存在於社會上。

如此看來，即使中醫體系發展出「臟器療法」，將應用藥物由人體器官轉為動物臟器，但「割體療疾」行為中卻仍然存在著相當多的「同類相補」概念。易言之，民間醫療行為事實上是朝著自己的路在走。

(二)血氣相補

「割股」療親行為中，除了存在「同類相補」的觀念之外，還隱含了「血氣相補」的看法。這種觀念的存在，與中醫治療學的理論有密切的關係。在傳統中國醫學中，對於治療方式有其獨特的理論，而中醫治療的「八陣」與「八法」中，「補」居其一¹¹⁸。

依據中醫的理論，認為人是一個有機的整體，其生命活動以五臟為核心，經由經絡將血氣運行到人體的四肢百骸，以維持正常的生理功能。但隨著年齡的增長，組織細胞的老化，器官功能的下降是難以避免的。因此，主張按照人體的需要，選擇具有滋補強身作用的動物臟器，並配以相應的藥物，經過適當加工，製成一定的藥劑，補充人體所需的物質，提高抵抗力，消除虛弱症狀，以治療各種病症¹¹⁹。

但在傳統的補虛提氣的治療方面，多半使用的是動物的臟器，如「補脾益

117 〔清〕王軒等纂修，光緒《山西通志》（台北：臺灣華文書局據光緒十八年刊本影印，1969），卷151，〈列女三·平陽府·曲沃縣·明〉，頁2892。

118 「八陣」為中醫治病的八種陣法，乃明代名醫張景岳所提出，此八陣分別為：一曰補陣、二曰和陣、三曰攻陣、四曰散陣、五曰寒陣、六曰熱陣、七曰固陣、八曰因陣。陳雪樓主編，《中國醫藥術語釋義》（上海：同濟大學出版社，1993），頁14。「八法」為：汗法、下法、清法、溫法、補法、理氣法、消食法、祛濕法。彭銘泉主編，《中國藥膳學》，頁24-28。

119 趙映前等編著，《中醫臟器食療學》，頁41-44。

胃」用豬肚；「補腎填精」用豬腎、羊肉、狗肉；「補肺宣降」用雞肉；「養血疏肝」用豬肝等¹²⁰。然而在「割股」療親行爲中，有些醫者卻認爲病者老邁虛弱，須以人的血肉補充元氣：

(1)蘇聞道，事母以孝聞，母病，醫曰：「非真氣不足以補之。」聞道即割股以進，……。¹²¹

(2)張應聘，德陽縣吏。父恆，居成都，病虛潰，跽死。醫云：「欲得同類之物補之。」聘即割膊肉調雞臙雜進，……。¹²²

(3)韓灼，字以光，咸寧人。事繼母得其歡心。父洲病怔忡，脈者謂：「其血少，非人補不可。」灼即焚香告神，割左股，取血、肉和藥以進，父病旋療。¹²³

(4)王氏，鳳翔太學生汪弘量妻。……姑病，醫云：「年老血衰，得人血合，藥方可治。」氏即引刀割臂流血升許，……。¹²⁴

(5)鄧賢維，字念劬。母周氏病痺，百治罔效。……醫者診曰：「汝母年老血枯，草木不爲功也。」賢聞言大慟，是日夜分，閉室焚香，禱南嶽神，割右股肉，……。¹²⁵

上面所看到的例子，或認爲人肉蘊藏著「真氣」，或認爲人的血氣可以彼此相感，可以補救「虛潰」的身體，可以挽回氣血衰弱、貧乏的情況，是一種典型

120 趙映前等編著，《中醫臟器食療學》，頁42-43。

121 [清]常明、楊芳燦等修纂，嘉慶《四川通志》，卷161，〈人物·孝友·潼川府·明〉，頁4848。

122 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·學行典》，卷222，〈孝弟部·明三十〉，頁259。

123 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·學行典》，卷223，〈孝弟部·明三十〉，頁266。

124 [清]沈青崖等纂，[清]劉於義等修，雍正《陝西通志》（台北：臺灣華文書局據雍正十三年刻本影印，1969），卷68，〈列女三·國朝〉，頁1995。

125 [清]曾國荃，光緒《湖南通志》，卷185，〈國朝人物·衡州府常甯縣〉，頁3753。

的「血氣相補」觀念。在這些例子中，呈現了年老血氣不足，必須以人之血肉相補的觀念。特別值得注意的是，它常以一種「血緣性」的提法展現，如：

(1)孔永芝，……。父久疾，……嘉靖四十四年五月二十一日，永芝憂劇無控，立門外，忽有醫來求診，曰：「此疾須親生兒女肉製藥則愈，不然死矣。」永芝入，密割左股肉一掌，出授醫製藥，……。¹²⁶

(2)汪果，性淳謹。母年八十餘，患筋骨病，臥十旬弗起，果日憂念。夢一道士曰：「爾母血衰，須親子乳血和當歸、地黃，服之可愈。」果驚醒，自喜，遂割左乳，得血半盞，付弟朮，如夢為丸，母服之，病即痊。¹²⁷

(3)陳正孔，全州人。母唐氏病，醫者謂：「需人乳和藥，以血氣相感，乃得救。」正孔曰：「血氣相感，莫親於子矣，何藉他人乳。」遂剝臂肉寸許，滴血投藥，……。¹²⁸

(4)王超，字魁五，中張窺村廩生。以禮自持，性尤孝。母皇氏身得頑瘡，醫云：「必得至親油，方可治也。」超即至密室，口嚙左股一塊，以刀斷之，煎油調藥，……。¹²⁹

(5)宋之珩，以冶鐵為業，居太康新安集。……。母方病，珩肉袒跣足跪禱風雪中，……母又嘗患瘡，醫將刺之令出蟻，珩恐母痛，取鍼自刺，深二分，不之覺，乃以刺瘡，瘡蟻盡出。醫傅之藥，十數日口不合。珩思：「母之血氣衰矣，非有以補之不可；欲補母血，其惟子血乎！子血即母血也。然必濟之土，皮者，土所生。」乃取土一匕，刺血

126 [明]朱得之修，隆慶《靖江縣志》（北京：中國書店據隆慶三年刊本影印，1992），卷3，〈忠孝〉，頁954a。

127 [清]常明、楊芳燦等修纂，嘉慶《四川通志》，卷161，〈人物·孝友·夔州府·明〉，頁4843。

128 [清]謝啓昆監修，嘉慶《廣西通志》（台北：文海出版社據同治四年刊本影印，1966），卷257，〈列傳二·桂林府二·明二〉，頁12319-12320。

129 馮文瑞、王景命纂，何燾、程瑤階修，民國《萬泉縣志》（台北：成文出版社據民國六年石印本影印，1976），卷4，〈人物志·孝友·清〉，頁366。

和土傅患處，不二日瘡平。¹³⁰

(6)董氏，谷多村生員雷煥亭妻。性孝謹，善事舅姑，得歡心。舅患河魚疾，久治弗愈。謬傳「以親人膚肉和藥煎之即愈」，氏自以刀割左臂寸許，暗投藥劑中，……。¹³¹

(7)任效賢，母病篤，醫給藥，謂「〔藥〕引非親人骨肉不愈」，昆弟皆相顧泣，效賢取斧斷食指，煎藥進，母遂愈。¹³²

(8)李秉鈞，諸生。母病篤，醫云：「長子股肉合藥可愈。」父居舉力排之，秉鈞竊割股肉二寸許，煎藥服之，母病稍瘥，……。¹³³

(9)韓重義妻程氏，翁病膈，醫言：「非親人血煎蛙不能治。」程割股瀝血，煎蛙以進，凡三進而翁病愈。¹³⁴

(10)戴春澂，歲貢生束錦之子。束錦得奇疾，百藥罔效。於是有醫生某甲妄謂「非男女肉羹不能愈」，而春澂聞之喜甚，遂刮肉一方。其兄春瀾之妻張氏，以冢婦被恩獨深，亦刮肉一方，合春澂之肉，煎湯以進，疾不已，遂死，其叔嫂亦幾乎殞命。¹³⁵

(11)喬劉氏，義東都喬正之妻，職員劉去爭女，事姑孝。姑老病垂危，……同村有老婦言：「兒女血肉可救父母之死疾。」氏信之，即截半指和丸以進，……。¹³⁶

130 [清]柳中星，〈宋孝子傳〉，收入[清]李桓輯，《國朝耆獻類徵初編》(台北：文友書店據光緒十年刻本影印，1966)，卷389，〈孝友十五〉，頁11910。

131 李泰纂，聶雨潤修，民國《大荔縣新志存稿》(台北：成文出版社據民國二十五年鉛印本影印，1970)，卷11，〈列女傳·民國〉，頁677。

132 楊鞞田纂，余寶滋修，民國《聞喜縣志》(台北：成文出版社據民國八年石印本影印，1968)，卷17，〈獨行·清〉，頁616。

133 [清]李文藻等纂，宮懋讓修，乾隆《諸城縣志》，卷40，〈孝義下〉，頁1120-1121。

134 [清]黃彭年等撰，[清]李鴻章等修，同治《畿輔通志》(台北：臺灣華文書局據宣統二年石印本影印，1968)，卷273，〈列女廿九·國朝·廣平府·邯鄲縣〉，頁8529。

135 姚維錦、高遵章纂，萬震霄修，民國《青縣志》，卷8上，〈文獻志·人物篇·孝友·清〉，頁571-572。

136 [清]許惺南纂，[清]夏肇庸修，光緒《交城縣志》(台北：成文出版社據光緒八年刊本影印，1976)，卷8，〈人物·閭門庸德〉，頁623。

(12)姜豹，諸城人。父名正守，……於康熙十一年冬偶感奇病，藥醫不效。豹日憂思，聞有「子肉可醫父病」之說，因於割草時，即以鎌割股肉，歸以醫父。……。¹³⁷

在這種血緣性的「血氣相補」的邏輯中，當事人大半認為「血氣相感，莫親於子」，或「欲補母血，其惟子血」，因此以自己的血肉，回補血氣已衰的父母身體。而醫者通常要求以「子肉」、「親生兒女肉」、「親人膚肉」、「親人骨肉」為藥引，甚至有時指定要「長子股肉」。為何醫者要求一定要用「親人」血肉呢？是否親人血肉強於異血緣者呢？這或許要從父母與子女之間血氣相連，可以互相轉移的看法來觀察。

(三)血氣相連

在「割股」療親的醫療行為中，「血氣相連」的看法是貫穿「同類相補」與「血氣相補」觀念的一個中心概念，也就因為有親人之間「血脈相繫」、「血氣相連」的認定，「割股」療親才能將同血緣間男女、老幼的「身體」連在一起。

在中國傳統的看法中，兒女的身體本就是父母的「遺體」，那以兒身回補父母之身，就並無不可了。在許多「割股」者的認知裡，也多半以為這樣的行為沒什麼不對。南宋末年，平江府崑山人周津，因父親生病而割股，有人告以「身體不可毀傷」之義，周津就說：「父母遺體，豈宜毀傷，然因所予者，還以奉之，詎為過邪？」¹³⁸這種以父母所賦予還以奉之的概念，還表現在明代山西汾州平遙人梁州尹、梁州儒兩人身上¹³⁹。而揚州府江都人林中馨、林中喬兄弟，也是以「子身皆父母之身」的意念割股救父、救母¹⁴⁰。蘇州府崑山人沈楠，割左乳

137 [清] 余邦昭，《燮庵遺書》（台北：聯經出版公司據原稿抄本影印，1976），冊4，〈靜閒孝友錄〉，頁48-49。又見同書頁125-126，蓋重覆抄錄也。

138 [明] 王鏊撰，正德《姑蘇志》（台北：臺灣學生書局據正德元年刻本影印，1965），卷53，〈人物十二·孝友〉，頁783b-784。

139 [清] 王軒等纂修，光緒《山西通志》，卷142，〈孝義·汾州府·明〉，頁2751。

140 [清] 崔莘、張萬壽纂修，《康熙揚州府志》，卷19，〈人物志下·明〉，頁387。

救母，人以為異事，他說：「楠須母乳以生，今母病，割以還母，豈異事哉！」¹⁴¹清朝徽州府祁門人謝文昌，其母病重，醫藥無效，文昌祈天，願以身代母，仍然未有起色，乃割股以醫，其意念也是：「身，母身也。身不能代，以身肉食母，天或哀而憐之乎？」¹⁴²總之，子女之身膚體肉，是可以用來回奉父母的，這是「割股」療親行爲中的主要邏輯之一。如果更清楚地說，就是元末明初宋濂(1310-1381)所說的：

人子之於親，本宗一氣，苟可以死生者，勢當共之，肯以形體既分而視之有異邪？¹⁴³

父子體殊而氣同者也。故古之孝子不以身自私，非過激也，宜也。¹⁴⁴

而這種「父子體殊而氣同」的「血氣相連」看法，在「血氣相補」觀念中，極為重要。因為，有這種「體殊氣同」的聯繫，父子的血氣才可互補，否則便缺乏行動的說服力了。

然而血氣可以互補的對象，除具血緣關係的父母與子女，祖父母與孫子、孫女，叔伯與姪子、姪女等等之外，還可以藉由婚姻關係連結舅姑與媳婦、大舅姑與孫媳婦等，因此形成「割股」行爲中在對象上的多元交叉情況。甚至可以適用於庶子對嫡母、嫡子對庶母、前夫子對繼父、前妻子對繼母等，媳婦也可以因著角色的轉變而輾轉為夫家長輩「割股」，形成一種家族性的「割股網絡」。茲舉出一些特殊的「割股」對象，以說明這一血緣與擬血緣的行爲：

(1)孫媳救祖翁姑：清代四川綿州孝婦陳氏，其夫秉敬自黃岡返家途中病死，祖翁年八十，家人不令祖翁(公公的父親)知悉，但老人家念孫情切，「病沉

141 [清]趙宏恩修，乾隆《江南通志》，卷157，〈人物志·孝義·蘇州府·明〉，頁2636。

142 [清]余邦昭，《變庵遺書》，冊4，《靜閒孝友錄》，頁12-13。

143 [明]宋濂，《宋文憲公全集》(台北：臺灣中華書局，1981)，卷23，〈麗水陳孝女傳碑〉，頁3b-4a。

144 [明]宋濂，《宋文憲公全集》，卷27，〈危孝子傳〉，頁1a。

篤，醫無效」，陳氏於是割臂肉以救¹⁴⁵。重慶府永川縣人張國鎔妻王氏，祖姑（公公的母親）吳氏病重，王氏亦割股救痊¹⁴⁶。

（2）姪媳救叔翁：清代天津縣人張慕九妻周氏，因公公已逝，一家生計，惟靠叔翁（公公的弟弟）支撐。咸豐三年九月，叔翁患病甚危，周氏顧念家門恩義，於是割股入藥以服之，乃獲痊癒¹⁴⁷。

（3）外甥療舅：清代山東曹州府定陶縣人田永禎，其舅舅生病，割臂肉療之，亦得痊癒¹⁴⁸。

（4）姪救叔伯：宋代江南太平府蕪湖人聶雲，曾割股醫父，其後伯父病，又割臂療之而愈¹⁴⁹。清末四川德化縣北鄉許氏子，父母雙亡，經其叔叔撫養成人，叔叔患癱症，醫者束手無策，許某一再懇求，醫云：「是非藥石所能療也。」許某誤會要用人肉，乃割股以進，病竟痊癒¹⁵⁰。

（5）前夫子療繼父：清代湖北荊州府監利縣人甯本禎，在咸豐八年因其繼父病重，湯藥無效，繼父以「子非己出」而能孝侍在旁表示寬慰，而本禎自責「為人後，父病不痊，子之罪也」。於是割股以奉，病乃轉痊¹⁵¹。

（6）養子救養母：清代河南汝寧府信陽人孫培，本姓賈，為孫九徵養子，九徵先亡，後其養母病危，孫培割股兩次以救¹⁵²。四川忠州人王萬里，為王述華

145 [清]王培荀，《聽雨樓隨筆》（濟南：山東大學出版社點校本，1992），〈綿州孝婦〉，頁371-372。

146 [清]馬慎修等纂，[清]許曾蔭等修，光緒《永川縣志》（台北：臺灣學生書局據光緒二十年刻本影印，1971），卷9，〈人物·節孝〉，頁1197。

147 [清]徐宗亮纂，沈家本修，光緒《天津府志》，卷47，〈列女二·國朝·天津縣〉，頁4219。

148 曹垣纂，馮麟淮修，民國《定陶縣志》（台北：成文出版社據民國五年刻本影印，1968），卷6，〈人物·清〉，頁495。

149 [清]趙宏恩修，乾隆《江南通志》，卷161，〈人物·孝義·太平府·宋〉，頁2709。

150 柴萼，《梵天廬叢錄》（台北：鼎文書局據稿本影印，1976），卷12，〈許孝子〉，頁195。

151 [清]王柏心纂，[清]徐兆英、[清]林瑞枝修，同治《監利縣志》（台北：臺灣學生書局據同治十一年刻本影印，1969），卷10，〈人物·孝行〉，頁701。

152 [清]萬侯纂，[清]張鉞修，乾隆《信陽州志》（台北：成文出版社據乾隆十四年刻、民國十四年鉛字重印本影印，1968），卷8，〈人物志·孝行〉，頁287-288。

「螟蛉子」。嘉慶二十一年，養母病重，萬里亦割股療之¹⁵³。

(7) 妾療正妻：明代福建仙遊舉人戴震雷正室鄭氏病危，其女戴琇與妾陳宮娘一同割股療救¹⁵⁴。清代徐州府宿遷人錢茂辰妾朱氏，因正妻王氏病，割股以救愈¹⁵⁵。

(8) 弟妹療兄：明代福建泉州府晉江人潘寬，其兄潘實病危，寬割股療其疾，實以爲不當，云：「汝豈割股食我耶？子事父母則然，我兄也，何至是？」¹⁵⁶寧國府旌德人管春凌之妻江氏，嫁後其兄病危，因覺得「義關手足」，乃斷左手中指以療¹⁵⁷。

(9) 兄姊療弟：明代山東濟南府淄川人沈潤，其二弟沈澄抱病，潤於是割肱以進¹⁵⁸。清初常州府無錫縣民女侯四姑，於幼弟病危時，爲了怕母親憂心，乃割肱救之¹⁵⁹。

153 [清]熊履青纂，[清]吳友篋修，道光《忠州直隸州志》（台北：臺灣學生書局據道光六年修、民國二十一年重印本影印，1971），卷8，〈人物·孝友·國朝〉，頁748。

154 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》，卷34，〈閩孝部·明二〉，頁355。

155 [清]劉庠，[清]方駿謨纂，[清]吳世熊、[清]朱忻修，同治《徐州府志》（台北：成文出版社據同治十三年刻本影印，1970），卷23下，〈列女傳下·國朝〉，頁863。

156 [明]何喬遠，《名山藏》（台北：成文出版社據崇禎刊本影印，1971），〈本行記下〉，頁5851。

157 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》，卷36，〈閩孝部·明四〉，頁371。

158 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·學行典》，卷202，〈孝弟部·明十〉，頁67。對於兄爲弟「割股」，清代有人以爲不妥，如徽州府婺源人俞開文到股以救弟，論者就認爲「割股以啗弟，行過乎中，事越乎常，雖動於真忱而不自知，殆未可爲則云」。[清]何紹基等撰，光緒《安徽通志》，卷237，〈孝友四·徽州府〉，頁2692。

159 [清]秦細業等纂，[清]裴大中、[清]倪咸生修，光緒《無錫金匱縣志》（台北：臺灣學生書局據光緒年間刻本影印，1968），卷28，〈列女·國朝〉，頁500。侯四姑在做這一行爲時自云：「吾亦知于禮爲過，然吾親憂吾弟甚于疾痛之在躬，萬一弟病得解，猶解吾親之疾也。」可見以兄姊身分「割股」救弟，在當事人本身也自認爲不妥，然在宋以後，兄弟手足之間「割股」互療並不罕見。

以上這些例子呈現了「割股」行為透過婚姻型式、血緣關係，向家族網絡擴張的情況，其中比較受到質疑的是第(5)種情況¹⁶⁰，但有些相關的討論仍然認為堪予肯定。清代的龔煒(1704-?)就指出：

予嘗論古今來純孝之行，所最難言者，子之於後母，婦之於舅姑耳。素無屬毛離裏之愛，推父之恩，因夫之義，禮雖不殺于所生，情終有差于罔極。又況撫之者之未必盡同己出乎？¹⁶¹

然而不論是否認同其為正當，民間「割股」行為中的血氣相補對象，不斷地以家族血脈的型式衍伸，即可用於純血緣關係，也可以用於擬血緣的情況。清末，《申報》主筆在介紹西方的輸血理論時，仍然以這種型式鼓勵大家輸血救人：

嘗謂借血者，非有骨肉之親不肯也。子也者，父母之遺體。父母失血，而子借之，是子之血本親之血，雖曰借也，而實還矣。推之子又生孫，

160 對於「割股」療繼父，明代有些人士並不以為然，據說明初洪武年間有隨母改嫁者「割股」以救繼父，地方官以孝行上報，太祖云：「繼父是伊父仇人，割父遺體以愈父仇，是不孝也。」乃置之以法。〔清〕施閔章，《矩齋雜記》台北：新文豐出版公司，1989），卷19，〈奇斷合理〉，頁575a。劉纓為監察御史巡按福建時，有隨母出嫁者割股療繼父，地方官舉報，劉纓判牘云：「棄本姓而冒他姓，義已不明；虧父體以濟父饑，孝則安在！」〔清〕梁維樞，《玉劍尊聞》（上海：上海古籍出版社據清刻本影印，1986），卷2，頁109。明末清初的張履祥(1611-1674)，對於人子「割股」療繼父之疾，亦以為非孝道之正當。〔清〕張履祥，《楊園先生全集》（台北：中國文獻出版社據同治十一年刊本影印，1968），卷19，〈辨惑一〉，頁369b-370。清初，李世熊對於邱大宗其母再嫁於湯某，貧無所依，又迎其回家住，及其病危，又割股以救，論其事云：「再醮而貧，迎養之，情也，與廟絕之義違矣。況以父之遺體，而奉改適之母，得無遺議乎？存而俟論定可也。」〔清〕李世熊，康熙《寧化縣志》（台北：成文出版社據康熙二十二年刻、同治八年重刊本影印，1967），卷4，〈人物志·鄉行〉，頁205。由以上這些例子看來，對於非血緣連結的繼父，以及見絕於宗廟的再嫁婦，似乎並不認為應「割股」以救。不過，在明清社會，孝子、孝女「割股」救繼父、繼母的，仍相當多。

161 〔清〕龔煒，《棠林筆談》（北京：中華書局，1981），卷2，〈割臂療姑〉，頁52。

孫又生子，俱在當借之列。兄弟有手足之情，夫婦有倡隨之誼，苟有缺乏，均可通融。¹⁶²

歸根究底，「割股」療親乃是一種家族性的行爲，「血氣相感」也以有家族關係者爲主。祇要有血脈之親與宗廟之義，男女之間均可以相補，甚至可以透過「寄送」的方式，以醫療異地親人的疾病。此種「寄割股」的例子，雖然不多，但其基本理念應該不離「血氣相感」的觀念。

「寄割股」醫療親人的疾病，最早見於宋代。南宋紹定二年(1229)，滁州知州趙葵，其母親得病，趙葵請求告假省親不得，於是「割股雜藥以寄之」¹⁶³。明代這樣的例子也有一些。洪武二十六年(1393)，南直隸寧國府人凌餘慶以匠役執役京師，母親在家病重，餘慶知悉之後，沐浴焚香告天、割股，然其時法令嚴峻，不得擅自返家，乃請求管理的官員准假，官員上奏太祖，有旨：「所割股付餘慶妻兄楊某持歸。」妻子將股肉和粥之後端進，母親吃後病得痊癒¹⁶⁴。永樂三年(1405)，通州衛指揮王立，聞其父親居鄉(北直隸大名府滑縣)得噎病，乃割股納丸藥，寄歸療之¹⁶⁵。隆慶年間(1567-1572)，福建建寧府松溪縣人夏福，充軍福州衛，父親病危，欲見夏福，派人來告知，夏福大哭，隨後祈禱上天，割雙臂肉給來者持歸，其父吃後病即康復¹⁶⁶。清初，福建閩縣蔡昌登之妻林氏，「其母病，隔二百里，剖肝寄之」¹⁶⁷。徽州府歙縣人程士璿，傭於山東膠州，聞其母親生病，「割股爲丸寄家，命妻凌氏潛進，而凌已先割股和糜以進姑矣」¹⁶⁸。

162 〈論借血〉，《申報》，光緒乙亥十二月二十四日。

163 [元]脫脫，《宋史》，卷417，〈趙葵傳〉，頁12500。

164 [明]李默撰，嘉靖《寧國府志》(上海：上海古籍書店，1962)，卷8中，〈人文紀中〉，頁97b。

165 中央研究院歷史語言研究所輯校，《明太宗實錄》(台北：中央研究院歷史語言所，1962)，卷47，「永樂三年十月己卯」，頁722。

166 [清]陳壽祺等撰，道光《福建通志》，卷220，〈明孝義·建寧府松溪縣〉，頁4038。

167 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》，卷38，〈閩孝部·皇清二〉，頁400。

168 [清]何紹基等撰，光緒《安徽通志》，卷237，〈孝友四·徽州府〉，頁2683b-2684。

直隸順德府內邱縣貢生亢好謙次媳陸氏，因好謙以教諭保薦知縣，在北京候選忽染重病，陸氏聞人說古時有割股療疾之事，乃暗地割臂肉，遣人挈送入都，未久而好謙已病亡¹⁶⁹。陝西西安府醴泉縣人楊青蛟入四川經商生病，久久不好，醫生云需人肉始可治，其妻劉氏於是持刀割左臂肉寄去¹⁷⁰。

這些「寄割股」的例子，不論其結果如何，都存在一個想法：具有同家族血親聯繫的股肉、臂肉，甚至肝片，可以歷久而不失其「血氣」，也可以超越空間的隔絕而仍具真性，不會改變¹⁷¹。所以，它可以以「寄送」的方式，經過長時間的保存（應都是風乾或油漬），到達故鄉或親人所在地，用於治療。這是一個很特別的想法，但說它特別的所在，乃在於它可能是一種直截式的思考的產物。

不過，如果要追尋這種「寄割股」行為所隱含親人血肉氣性不變的觀念來源，可能要就中國對「氣」的看法稍予敘述。中國在先秦以至秦漢時代，已經形成一套對氣的解釋體系，認為人的身體是充滿氣的，而這個氣來自於天地，可以內外交流。人不但身體充滿氣，連抽象的魂魄、精神等等概念，也被認為是氣的作用¹⁷²。另外，也開始出現「元氣」的觀念，將其視為是創造自然界中天地、萬物的基礎。對於人的生命來說，即是從天地陰陽中稟受這種氣而形成其肉體和精神¹⁷³。後來，這種氣的觀念被導入醫學觀念中，慢慢地取代經絡中流注的是

169 [清]汪匡鼎、[清]施彥士纂修，道光《內邱縣志》（台北：成文出版社據道光十二年抄本影印，1969），卷2，〈孝子·國朝〉，頁248。

170 曹驥觀纂，胡銘荃、張道芷修，民國《續修醴泉縣志稿》（台北：成文出版社據民國二十四年鉛印本影印，1970），卷8，〈人物二·節孝〉，頁581。

171 有一個例子顯示了當事人認為人肉可以長久保存而仍具療效：清代湖北大冶縣沼山寺僧溶海，自幼祝法，修行寺中，其祖父兩次病重，均割臂救愈。三十歲餘，忽得危疾，行將不治，向其師索刀，云：「恨未報師恩，當割肉遺之，蓋恐師後有病，亦思以此醫耳。」[清]黃昺杰纂，[清]胡復初修，同治《大冶縣志》（台北：臺灣學生書局據同治六年刊本影印，1969），卷18，〈補錄·補方外〉，頁1428。

172 杜正勝，〈形體、精氣與魂魄——中國傳統對「人」認識的形成〉，《新史學》，3：2（台北，1991），頁1-65。

173 [日]戶川芳郎，〈後漢以前時期的元氣〉，收入[日]小野澤精一、[日]福永光司、[日]山井湧編著，李慶譯，《氣的思想——中國自然觀和人的觀念的發展》（上海：上海人民出版社，1990），第一編第四章，〈後漢時期的氣論〉，頁192-198。

水的「經水」說，而形成「血氣」論獨盛的情況。爾後，「血氣」論成爲中醫學理的基本架構之一¹⁷⁴。時至明代，王廷相亦認爲元氣是無形無像、無偏無待、無始無涯、無生無滅的特質實體，乃宇宙萬物的終極根源¹⁷⁵。在這種看法之下，血氣可以直通於天地而不變，而人子的身體也可以與天地間的氣體聯結在一起。明末，江元祚在〈全孝心法〉中就道出了這一看法：

人在氣中，如魚在水中。父母口鼻通天地之氣，子居母腹，母呼亦呼，母吸亦吸，一氣流通，已無間隔，何況那本靈本覺的，乘氣出入，又有甚麼界限處？可見此身不但是父母遺體，也是天地的遺體。¹⁷⁶

則血肉雖離身，但太虛中的氣仍然未絕，氣仍然未絕，則血氣自能到達遙遠的地方而不變。

歸結來看，在「血氣相感」的觀念中，可以明顯地看出當時的人對於血氣的理念。在這理念下，血氣可以互通互補，特別是親人之間更是血肉相連，可以互饋。其實，這可能是一種「再創造」的結果。透過這種再創造，可以呼應孝的倫理，以結合醫療行爲與孝親觀念。

在另一方面，「血氣相連」的思想，與「血氣相補」的行爲，透過婚姻以及其他的關係(如主僕關係)，被納入家族的體系，成爲「割股」現象衍申與再創造的來源。因此，同一姓氏之間的長幼、男女自然可以「割股」，擬血緣下的對象(如公婆、繼父母等)亦是相同。甚至於許聘而未入門的準媳婦，也可以在這一脈絡中做這一舉動。明清社會就存在著不少這種類型的「割股」例子：

(1)熊仙大，麻城縣生員熊幼學女。年十七，字童生劉康。康病，女再

174 [日]加納喜光，〈醫書中所見的氣論——中國傳統醫學中的疾病觀〉，收入小野澤精一、福永光司、山井湧編著，李慶譯，〈《氣》的思想——中國自然觀和人的觀念的發展〉，第二編第一章，〈魏晉南北朝的氣的概念〉，頁281-297。

175 葛榮晉，〈《王廷相和明代氣學》〉(北京：中華書局，1990)，第五章，〈「元氣之上無物」的宇宙觀〉，頁104-108。

176 [明]江元祚，〈《孝經大全》〉(濟南：山東友誼書社據崇禎癸酉刻本影印，1990)，甲集，頁111。

割股寄之。聞其病革，即不飲食，……。¹⁷⁷

(2) 吳娥，名金玉，戶部尚書吳中明孫女也。父尚選，太學生。娥許字王村王祚蘭遺腹子家駒。娥年十一，家駒母病劇，思一覲娥，娥泣告父母，往拜，割臂，再進駒母，觀者歎異。¹⁷⁸

(3) 魏金妹，許聘何千石。千石有姊為金妹叔母，往來母家，言千石病狀。金妹割股付叔母，曰：「以此為何郎羹。」……。¹⁷⁹

(4) 胡氏女，父世熙，初許聘指揮孫治心子孟麟。孟麟遘疾，甚危。女年十二，密割股煎湯，告於母，令使以進，……。¹⁸⁰

(5) 何其仁聘妻李氏，路南人。嘉慶十一年，年十六，未行。其仁及其父皆病篤，李割股畀叔母使送婿家。至，則其仁及其父皆已卒，其仁母燂以奠。……。¹⁸¹

這些例子顯示「許字」這種準擬血緣的儀式，後來也被認可、收納在「割股」行為中，取藉的也是「家」的聯繫。

此外，尚有一類「割股」的事例，也是以一種「家人」的性質出現的，即奴僕割股療主人、主母之疾。這種例子始見於北宋¹⁸²，至元初時已被認可為賞勸對象之一。在《至元雜令》中，「奴婢為本主」割股，與人子(媳)為祖父母、父

177 中央研究院歷史語言研究所輯校，《明神宗實錄》(台北：中央研究院歷史語言所，1962)，卷16，「萬曆元年八月己巳」，頁487。據《黃州府志》云：「康遘疾且篤，女齧左股肉欲遺之，為幼弟誤棄，復剖寸許，父母遣啖康，康稍瘥，越月仍死。」蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》，卷85，〈閩烈部·明三十六〉，頁899。

178 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》，卷35，〈閩孝部·明三〉，頁369。

179 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》，卷64，〈閩烈部·明十五〉，頁646。

180 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·閩媛典》，卷146，〈閩節部·明二十三〉，頁600。

181 清史稿校註編纂小組編纂，《清史稿校注》(台北：國史館，1989)，卷516，〈列女二〉，頁11691。

182 [宋]韋驥，〈阮女傳〉，收入曾棗莊主編，《全宋文》(成都：巴蜀書社，1988-1994)，冊41，卷1779，頁109-110。

母、伯叔父母、姑孀及舅姑割股，並同以孝行賞勸¹⁸³。明清時期，就有不少這種爲主人「割股」的例子，如徽州人胡文訓爲其主人胡某¹⁸⁴、隨印爲其主人吳公寬¹⁸⁵、來順爲其主人傅鏜之妻¹⁸⁶、李氏爲主人姜鏡之妻¹⁸⁷、莊乾金爲主人張筱室¹⁸⁸、春鴻爲主人李鶴堂之妻割股¹⁸⁹、沈俊爲主人金子寧剝肱¹⁹⁰。這些家奴、家婢爲主人、主母「割股」的事例，同樣是藉由「家」的連結遂行下對上的「孝行」，特別是在明代將奴婢視同「家人」¹⁹¹之後，似乎更合理化了這一行爲。

四、結論

本文所處理的內容，主要爲「割股」療親現象中所涉及的民間醫療行爲自我擴充的情況與親族「血氣」的概念。

「割股」療親行爲可說是本草人部藥的一種實踐與擴展，在這一行爲中應用到的人體器官，包括腿股、臂肉、胸乳、脅肉、目睛、腦髓、骨髓、手指、腳

183 黃時鑑輯點，《元代法律資料輯存》（杭州：浙江古籍出版社，1988），頁41。

184 [明]王世貞，《弇州山人續稿》（台北：文海出版社據崇禎間刊本影印，1970），卷66，〈紀胡僉憲二義僕事〉，頁3328-3331。

185 [清]蔣廷錫等奉勅纂，《古今圖書集成·學行典》，卷199，〈孝弟部·明七〉，頁41。

186 [清]李熙齡纂修，道光《榆林府志》（台北：臺灣學生書局據道光二十一年刻本影印，1968），卷33，〈人物志·近代孝義分編·懷遠·明〉，頁1127。

187 [清]趙宏恩修，乾隆《江南通志》，卷189，〈人物志·列女·貞孝·鳳陽府·國朝〉，頁3201b。

188 〈義僕記略〉，《申報》，光緒己卯八月十四日。

189 [清]常明、楊芳燦等修纂，嘉慶《四川通志》，卷175，〈列女·貞孝·成都府·國朝〉，頁5092a。

190 [清]汪永安輯錄，何建木標點，《紫隄村小志》（上海：上海市文物保管委員會標點本，1962），卷後，〈人物補傳〉，頁191。

191 明代主僕關係大多建立在彼此「相資相養」的基礎上，而且被納入家族倫理體系之中。由於《明律》規定「庶民不得蓄奴婢」，民間一般以「義男」、「義女」名義收養之，故明代主僕常有「父子之義」。《明律》又規定「奴婢犯罪與子孫同科」，因此在法律上也有「父子」之誼。吳振漢，〈明代的主僕關係〉，《食貨月刊》，復刊12：4-5（台北，1982），頁27-32。

趾、人血，以及所謂的人肝、人心、人肺等等。與陳藏器所記載的人體臟器相比，「割股」行爲中所取用的人身體肉，擴大得相當多。

從以上的敘述，不難看出一些醫者根據《本草拾遺》或自我衍申，要求病人的子女或媳婦割股、割肝、刺血、斷指。雖然李時珍曾在《本草綱目》中指責醫者以人肉、人血入藥，但民間醫者仍多應用此一方藥，直至清末民初猶然。至於「割股」者，則其在「割股」行爲中，尤多「想當然爾」地「自我解釋」人部藥。許多器官的大量被應用，可能是當事人「創造」與「再創造」的結果。這可以從「割股」者在面臨各種病證，不論其是否對症，也不論是否合於醫理，即行割股、斷指、割肝看出。因此，「割股」的適用病症不斷地擴大，人肉、人肝、人血所能治療的疾病，也層層的增加。到最後，陳藏器《本草拾遺》所記載的「人肉療羸疾」、「人血療羸病人皮肉乾枯及狂犬咬」等觀念，隨著這種民間行爲的自我創造、自我衍申，漸漸成爲一種啓示性的話語，各形各色的病痛，皆與「割股」連上關係。也就是說，「割股」實際上經歷了「變異」與「膨脹」的過程，其背後則爲百姓直截式的反應。這種直截式的反應，常以「想當然爾」、「斷章取義」的方式，轉化爲實際的行動。

在「割股」療親現象中，還存在著一些特別的觀念，如認爲身體有「上淨下不潔」的區別，因此有大部分的「割股」者捨棄了下體的腿股，代之以臂肉、肩肉、胸肉、脅肉；而手指的應用，更是遠較腳趾爲多。

其次，則爲「同類相補」的觀念。在「割股」行爲中，常見有「以同類之物相補」的例子，如以目補目、以皮補皮、以血補血，甚而有以肝補肝、以心補心或以肝補心等等看法。這是一種原始性的醫療觀念，中醫在很早的時期(至晚在秦漢)就已經採取「臟器相補」的療法，將人體的器官相補轉變以動物的器官替代。因此在醫書中常見用動物臟器補益人體相對臟器病變的用藥方式。然而，在「割股」行爲中，依然存在著原始性的「同類相補」醫療觀念。

再者，即爲「血氣相補」、「血氣相連」的觀念。在「割股」行爲中，存在著病人老邁氣血虛弱，須以人的血肉補充元氣的看法。在一些例子中，或者認爲人肉蘊含「真氣」，或者認爲人的血氣可以相互感應，特別是醫者或當事人常認定親人血肉可以相補，尤其是兒女的血肉，被邏輯化地視爲血氣相感的最佳來

源。醫者通常要求以「親生兒女肉」、「兒女骨肉」，甚至指定「長子股肉」為藥引。而「割股」者也常認定「血氣相感，莫親於子」，或「欲補母血，其惟子血」，因此乃以自己的血肉，回補血氣已衰的父母。這正是宋濂所提出的「人子之於親，本宗一氣」、「父子體殊而氣同」的觀念。也就因為「割股」療親強調以「同氣」親屬才會有效，因此便排除了「異氣」、沒有家族關係的外人，這也就是雖然本草以人肉、人血為藥，但卻未有「人藥市場」的原因所在。

歸結來看，「割股」療親乃是一種血緣性的行為。透過血緣的網絡，還可以將對象擴展到家族中的其他成員，包括直系血親與旁系血親等，如孫媳婦療祖翁、祖姑，姪媳療叔翁、叔姑，外甥療舅舅，前夫子女療繼父母，養子療養父母等，甚至有妾療正妻的例子。這種「割股」的網絡，有些是血緣性的，有些是經由婚姻的關係，有些是經由收養關係，但在「家族」的脈絡下，被結合在一起。因此，我們或許可以說：「割股」行為是家族血脈網絡下的一種行為。這種網絡，隨著奴婢制度的發展(奴婢被視同為家人)，與婚姻認定形式的改變(許配取代迎娶，成為婚姻建立的開始)，又將奴婢及未過門的媳婦也收納進來。也就是說：隨著「家」的範圍不斷的擴大，「割股」現象也不斷延伸。易言之，「割股」行為可以適用於純血緣，也可以適用於擬血緣關係，更進而可以以「寄割股」的方式，寄送割下來的體肉，醫治異地的親人。其背後的觀念乃是：親人血氣不因分開而斷絕，體肉雖經空間、時間而分離，但仍具「血氣」，可以相感。

總而言之，「割股」是一種帶有親族性的民俗醫療行為。在這一文化現象中，人的身體可以作為藥物。就另一層面而言，人子、人婦的身體雖是自己的，卻也是家族的。

以人的身體組織入藥，並非是中國所獨有的一種醫療行為，在世界其他的歷史、文明中亦多有其事。西元13世紀出現在歐洲的一部民間醫方書*Admirables secrets d'Albert le Grand*，就記載了不少以人尿、人骨、人唾、人毛、人糞治病的藥方¹⁹²。而許多文化中將精液、月經血、陰毛、汗水、愛液作為春藥，亦頗

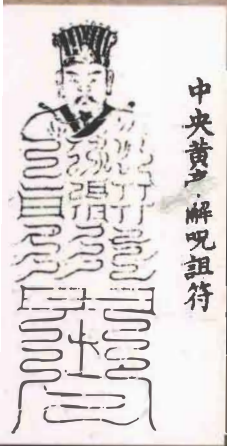
192 Jean-Michel Sallmann著，馬振騁譯，《女巫：撒旦的情人》(台北：時報文化出版公司，1998)，頁172-177。

有所見¹⁹³。在日本也有以人骨、生肝、人腦、人膽為藥的記載¹⁹⁴。然而中國「割股」療親現象中所涉及的以人為藥，與其他世界文明及中國方書中所應用的人藥，有很大的不同，其最大的特點即在於：它是一個具有「排他性」的人藥醫療行為，沒有親屬關係即無施展的空間與用「武」之地。

本文原發表於《新史學》，第10卷第4期，台北，1999，頁67-115。

193 Christian Ratsch, Claudia Muller-Ebeling著，汪洋譯，《春藥》（台北：時報文化出版公司，1998），頁190-191。

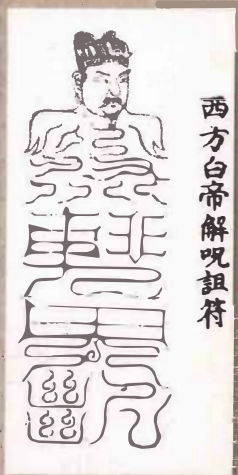
194 [日]吉岡郁夫，〈醫療としての食人——日本と中國の比較〉，《比較民俗研究》，5（つくば市，1992），頁24-29。



中央黃帝解呪詛符



北方黑帝解呪詛符



西方白帝解呪詛符



南方赤帝解呪詛符



東方青帝解呪詛符

疾病是人類共同的生物性經驗之一。其存滅與盛衰，和人類社會的發展、文明的變遷，有著緊密而複雜的關係。我們不僅隨時隨地在「感知」，也在「製造」疾病；不僅在「界定」(frame)，也在「建構」(construct) 疾病。本書所收錄的十三篇論文，以個案說明人類看待、認識、詮釋、利用或療癒「疾病」的古今之變，並探索疾病史研究的可能途徑、課題、材料、方法，以及寫作方式。



建議分類：歷史、醫學、社會、文化、心理

聯經