

新史学 &  
多元对话系列

# 面对疾病

传统中国社会的医疗  
观念与组织

梁其姿 著



中国人民大学出版社  
·北京·

新史学 &  
多元对话系列  
PDG

## 图书在版编目 (CIP) 数据

面对疾病——传统中国社会的医疗观念与组织/梁其姿著. —北京: 中国人民大学出版社, 2011. 11

(新史学 & 多元对话系列)

ISBN 978-7-300-14819-9

I. ①面… II. ①梁… III. ①医疗保健事业-社会史-研究-中国-宋代~近代  
IV. ①R-05②R-092

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 242608 号

## 新史学 & 多元对话系列

### 面对疾病

——传统中国社会的医疗观念与组织

梁其姿 著

Miandui Jibing

---

出版发行 中国人民大学出版社

社 址 北京中关村大街 31 号

邮政编码 100086

电 话 010-62511242 (总编室)

010-62511398 (质管部)

010-82501766 (邮购部)

010-62514148 (门市部)

010-62515195 (发行公司)

010-62515275 (盗版举报)

网 址 <http://www.crup.com.cn>

<http://www.ttrnet.com>(人大教研网)

经 销 新华书店

印 刷 北京东君印刷有限公司

规 格 160mm×230mm 16 开本

版 次 2012 年 1 月第 1 版

印 张 22.75 插页 2

印 次 2012 年 1 月第 1 次印刷

字 数 333 000

定 价 45.00 元

---

版权所有 侵权必究

印装差错 负责调换



PDG

## 为中国医疗史研究请命（代序）\*

道不远人，以病者之身为宗师  
名不苟请，以疗者之口为依据  
章太炎，1929

中国医疗史的研究者，往往很羡慕西方的同行。最主要的原因是医疗史这个领域在西方学术界已经发展得相当成熟，不但相关的专书、学术期刊、专业学会已很多，而且不少大学提供医疗史课程，甚至医学院里都有医疗史必修课程，以深化医学院学生的人文修养。现阶段西方医疗史专书、论文的主题已极多样化，适合不同程度、兴趣的读者<sup>①</sup>，学者不难从中找到启发与灵感。因此中国医疗史的研究者，平常都得阅读西方医疗史相关书籍，以扩大视野与开拓思路。

最令中国医疗史学者羡慕的，是西方医疗史这个领域不处于史学的边缘，而已融入整体的西方文明史，成为其不可分割的构成部分。换言之，医疗史与欧洲主要的历史发展阶段，如文艺复兴、科学革命、启蒙运动、19世纪革命、女性主义、后启蒙思潮等紧密相扣。同时，研究的取向亦自然地随着主流思潮、史学的发展而发展。20世纪初期的医疗史仍具浓厚的启蒙思想，英雄式的、代表西方科技进步的医疗史为研究的

---

\* 本书之“代序”为首次发表，《十九世纪广州的牛痘接种业》、《宋代至明代的医学》和《明清时期的医药组织》的中文译稿为首次发表，其他各篇曾在不同的期刊与专书中发表过，但经部分文字上的修订。请参看各篇的第一个脚注。

① 如英国牛津出版社最近出了一系列疾病的“传记”（Biographies of Diseases），用较通俗的方式呈现一个疾病历史各面相。书写“霍乱传”的是曾书写19世纪英国公卫运动的 Christopher Hamlin (*Cholera: The Biography*, Oxford University Press, 2009)。其他已出版的疾病传包括“哮喘传”、“糖尿传”、“歇斯底里传”。这些书主要以通俗易懂的方式写疾病被“界定”的历史。

主流，西方医疗史大体看来较似一部颂扬征服疾病、不断往前迈进的科学史。20世纪80年代启蒙思潮兴起后，西方医疗史研究也起了基本的变化，甚至可说成为这个思潮的主导力量之一。福柯（Michel Foucault）以精神病在西方的历史、医学临床的诞生、性史等作为批判西方现代文明的切入点。医疗史不再是英雄式的、标榜科学进步的历史。福柯描述近代西方文明的医学知识结合着政治权威织造了一个天罗地网，人在其中无所遁形，无从维护身体自主，是一本充满悲观与无力感的历史。

但与此同时，特别是英国的学者也进一步注意医史中“英雄”以外的小人物。在 Roy Porter、Margaret Pelling 等笔下，医史的主角从著名的医生、医学技术的大发明、大医院等转移到病人、边缘医生、郎中、产婆、巫师、外科医生的前身剃头师等。Porter 提醒读者，如果只有医生，没有病人，就成不了医史，所以病人与医生一样重要。<sup>①</sup> Pelling 则以翔实的史料说明晚至 18 世纪，正式在学院受训练的医生只占活跃的医疗者的一小部分。研究医疗史就要把近代及以前的多元医者面貌、各类的医疗手段与方式还原。<sup>②</sup> 所以 20 多年来西方医疗社会史的研究内容更丰富与活泼，这些英国学者以另一种方式抛开英雄式的、启蒙式的医史，平实地研究一般人如何处理身体、病痛的问题。

目前欧美医史研究更细致化。它与科学史类似而不尽相同。最具创意的研究范围之一为医学知识在空间两端的建构：一种是医学知识在具体地方的累积过程，另一取向是全球跨文化的知识建构。前者从地方小区居民的业余研究活动、他们与主流科学专家的互动来看科学知识从下而上的建构的一个活泼而具体的过程。<sup>③</sup> 后者则着重 17、18 世纪以来长程航运、商业活动所促成的新的客观知识追求与建立方式，及全球性跨文

① 参见 Roy Porter, "The Patient's View: Doing Medical History from Below," *Theory and Society* 14, no. 2 (1985), pp. 175-198.

② 参见 Margaret Pelling, *The Common Lot: Sickness, Medical Occupations and the Urban Poor in Early Modern England*, Longman, 1998; *Medical Conflicts in Early Modern London*, Oxford University Press, 2003.

③ 近年受到瞩目的是 Deborah Harkness, *The Jewel House: Elizabethan London and the Scientific Revolution*, Yale University Press, 2007。作者描写 17 世纪伦敦各类型的小市民对自然的兴趣与研究为后来的所谓科学革命铺了路，探讨知识从下而上的建构过程。

化知识的流动与转移。<sup>①</sup> 这类从具体历史个案出发的医史或科技史研究，强调社会与文化史成分，把西方医学知识复杂的内容与建构过程仔细地再呈现，是目前最具动力的领域，当中不但有医学、科技史知识的讨论，还牵涉都市史、物质文明史、性别史、宗教文化、社群史、商业史、国族发展史等史学范围。

相对于发展成熟而多元化的西方医疗史，中国医疗史或医疗社会史在中国史学范围里的“妥当性”似乎仍存在质疑。近年来我经常被问到我为何仍在做医疗史，为何不回去做传统的社会史。言下之意，医疗史在中国史里是有点偏门、有点不入流，甚至乏味，所以浅尝其中滋味即可，不宜久留。这些质疑，不是没有道理。我想其中最主要的因素，可能是中国传统医学在清末巨变后的历史书写中，从未能蜕变为“英雄”。在20世纪初期新文化运动中，传统医学成为中国旧文化中“落后”与“迷信”部分的主要符号。就算民国时力挺中医的章太炎，也不留情地质疑传统医学的一些核心观念：“然谓中医为哲学医，又以五行为可信。前者则近于辞遁，后者直令人笑耳。”<sup>②</sup> 这与19世纪末以来的西方医学，占有科学发展的“龙头”历史地位，正好相反。而近代东亚学术主流，无不以追求科学或科学精神为己任。无论是明治时期日本扬弃汉医，鲁迅痛斥庸医，还是1929年国民党精英废除中医之议，都说明了当时在西方强势的文化与政治威胁下，传统医学存在的空间不断被压缩。虽然20世纪60年代以来，传统医学在国内被尊为国粹，但是其知识内容与学制已大幅度西化，或曰“科学化”。既然传统医学不被认为是中国文化里值得全面保留的东西，医疗史研究的妥当性存在质疑，是可以理解的。

近年来，中国传统疗法渐再抬头，而且不限于华人社会。一些传统的技术如针灸、按摩、推拿等在世界各地成为兴盛的“另类”医学，在欧美，不少医疗保险公司已将这些疗法包纳在保险政策里，说明西方社会已承认这些疗法的正当性与有效性。传统草药的研发，更是学院的

---

<sup>①</sup> 近来最有影响力的书，要算 Harold Cook, *Matters of Exchange: Commerce, Medicine, and Science in the Dutch Golden Age*, Yale University Press, 2007。

<sup>②</sup> 章太炎：《论中医剥复案与吴检斋书》（1926）。见《章太炎全集》，第8册，323页，上海，上海人民出版社，1994。

主流科研项目之一，往往得到商界大力支持，被认为是充满商机的投资。在美国，目前至少有 39 所遍布各州的提供针灸与“东方医学”训练的立案学院。这些学院大部分在 20 世纪 90 年代得到政府承认，学员经三四年训练后可得硕士学位，每年在这些学院学习的人数约在六千至一万。<sup>①</sup> 在世界各地，以传统中医养身、减低痛楚、治疗慢性宿疾甚至急性时疾，亦已蔚然成风气。不过，这些近来的发展，似乎仍不能让传统医学获得“英雄”的历史地位，因为它始终不被视为可与西方生物学平起平坐的“科学”。主流的历史学也始终以怀疑的眼光对待医疗史研究。

学界的怀疑也有其他的原因，如印象中的医书深涩难懂，无论病名、药名、诊断过程都与我们日常用语相差太远；又如不能确定研究者有充分的资料作研究，因为传统医书内容多与政治、社会等研究者熟悉的现象脱节；或者认为没有读过医学的，也难以研究医史。总而言之，医疗史是否适当地为中国历史的构成部分仍是一个问号。这些质疑，虽然有一定的道理，但其实并不成为忽视医疗史的充分理由。今天我们如果看传统医书比看西医书难懂，无法了解各种症状疾名的话，其实正说明这是一个亟待探讨的历史问题：当我们的思维模式经近代西方医学彻底洗礼后，如何重拾古人对身体、疾病的想象？重新了解古人思考身体、环境、宇宙的方式，并以现代的文字说明清楚，正是学者责任所在，也是研究乐趣之所在，当然也是困难所在。西方学者研究医疗史，包括古希腊、亚述文明的医疗的主要目的，也正是要了解古人如何想象身体、疾病，因为那是古文明重要的构成成分。如果我们难以理解或无法以现代语言说明古人的身体疾病观，那意味着我们对古文化仍没有充分的、全面的认识。在上古的身体观方面，过去近 20 年来台湾的学者有比较深入的研究。<sup>②</sup> 不过上古以下的变化，则仍有很大的研究空间。这个困难的课

<sup>①</sup> 美国医史学者费侠莉 (Charlotte Furth) 最近正在探讨这个有趣的问题，参见 Charlotte Furth, "Becoming Alternative? Modern Transformation of Chinese Medicine in China and in the United States," forthcoming in *Canadian Bulletin of Medical History*.

<sup>②</sup> 这方面重要的著作包括社正胜：《从眉寿到长生》，台北，三民书局股份有限公司，2005。其中包括他早在 1991 年发表的《形体、精气与魂魄——中国传统对“人”认识的形》一长文。李建民则从脉学看中国古代的医学与身体观：《死生之城——周秦汉脉学之源流》，台北，《“中央研究院”历史语言研究所专刊》之 101，2000。

题对学者而言是个较大的挑战，然而正确的反应，应该是努力去面对它，而不是逃避它。

至于数据不足的疑虑，则只是一种想当然的困难。对医史研究有经验的人而言，并不存在数据不足的问题。困难在于数据太分散。研究者不单要看各类型、版本的医书，还要注意文集、诗词、官箴、宗教文献、档案材料、文学创作、外国人在中国的游记、考古的文物、各种的图像、器物等，如有需要，还要做田野访谈。至于研究者没有医学训练所产生的困难，主要在于研读医学文献时会较吃力，要克服困难，得靠多阅读、思考、多向人请教。如果选题不直接牵涉医术实践本身，这个弱点并不特别严重。就如环境史学者不一定要有环境工程的背景、经济史学者不一定受过完整的经济学训练、艺术史学者不必是画家、也不要学术史学者精通哲学一样。

我认为最需要受到检讨的，是在克服了研究方面的各种技术性困难后，写出来的医疗史是否会被认为是中国历史的构成部分，如能做到上述西方医疗史那样清楚而自然地显示西方文明发展的阶段、甚至主导着史学取向的变化，那这种医疗史是成功的历史书写。如果中国医疗史要在中国史学稳占一席之地，这方面的功夫是关键。传统医学里有许多高度技术性的内容，牵涉疗效或哲学上的讨论，对医者可能有极大的意义，但对史学者而言，这些面向可能因无法有效地反映历史的变化而不被研究。史学研究者的关注点，必然在历史的变化：社会的、文化的，即与人群有关的。在史学研究者笔下的医疗史里，应能看到了人的角色：医生、病人、家属、医书作者与出版者、产婆、巫师等；或者能看到相关社会组织的转变，如病坊、医院、药局等；或影响社会行为的身体与疾病观的变化等。这些变化是否与其他社会制度或知识系统的变化相关联，如地方家族制度、理学、法律等？更是值得关注。或是医学知识的建构与演变包含了哪些宗教信仰或物质文化（如药物、工具等）的因素，或外来文化的影响，都是史学研究者感兴趣的。这样的医疗史必然是中国历史的构成部分。虽然这类老生常谈适用于所有专史研究，但对新兴的医疗史而言，似乎仍要不断强调，因为学界对这个专史的疑虑似乎仍深。

这个疑虑可能来自一种先入为主的偏见，即认为医学作为具有较高专业性的知识系统，如数学、天文学一样，自有其发展的内在理路，与国家、社会发展并无显著的关系。然而，西方成功的医史足以说明这个偏见的谬误。其实医学是身体、疾病的问题，是个人、社群、政府经常面对的切身与管理问题。医疗、保健、药物在人的日常生活中所占的分量本来就极重。在最高的层次，社群与政府处理疾病的策略与方式，均能反映社会或国家治理的主流理念。在中间的层次，专业医生、艰涩的医典其实并没有垄断对身体、疫疾的想象与解释。处在医疗关系最底层的病人或其家属其实都各有一套身体观、疾病观、疗疾习惯、死亡观等；宗教人员也可能另有一套。对史学研究者而言，这些林林总总的观念同等重要，无论是来自“专业”的医学知识，或渗进了各种地域、时代、阶层、族群、性别、年龄、信仰、哲学等因素的对身体的知识，都是史学或人类学者特别感兴趣的课题。疗治疾病非单向行为，而是互动的过程，纯粹医学技术的施展只是过程中的一部分。因此，医学知识系统的发展，与整个文化的发展，应该有密切的相关性。而史学研究者的主要责任，就是要找出这个相关性。

台湾“中央研究院”历史语言研究所的医疗史研究群在几年前曾召开研讨会，共同思考如何“从医疗史看中国史”的问题。后论文结集出版，主编李建民教授在序文中指出，“在既有的中国医学史成果里，我们尚未清楚辨识中国医学真正的‘内在活力’性质为何。同时也应追溯中国医学代际传递漫长周期中衰败与断裂的成因；探求古典中国医学的‘内在活力’的特质及其变迁，无疑是下一个阶段重写中国医学史责无旁贷的任务吧”<sup>①</sup>。而这个“内在活力”，应正来自医学知识系统与整个中国文化发展间的密切与微妙的关系。

如何找到这个“内在活力”？可能目前尚需同行的努力与合作以找出明晰的方向。不过，我们可能要及早警觉遥遥探索路途中的种种“绊脚石”，以免走冤枉路。我认为其中最大一块的绊脚石，就是按西方科学史或医学史的发展路线了解中国医史。近一个世纪以来循着这个思路书写

---

<sup>①</sup> 李建民主编：《从医疗史看中国史》序，4页，台北，联经出版事业股份有限公司，2008。



的中国医史已证明了此路不通。它之所以不通，不但是因为西方科学史的架构与中国相关史料往往相扞格，而且这种取向下的历史研究明显无法开拓更大的思考空间，不能激发更多的研究想象力，反而局限了思路。在西方科学语言的挤压下，中国医学不是被指迷信不科学，其价值仅在于（不能用科学解释的）经验，就是反动式地被吹捧为博大精深、源远流长、无所不能的中国式科学。在两个极端之间几无讨论的余地。学者在抽象“科学”概念的束缚下，无法启动历史研究想象力，想不通古人对待身体的方式，看不见医史里林林总总的人群与人的行动，也因此无从追溯医学知识建构的历史。所以说，思考中国医史问题时，把西方近代科学发展的模式暂放一边，是必须的思想准备工作。这样做并非基于民族主义，更不是矫枉过正地贬低科学的重要性。西方科学在近代世界产生的重大影响无远弗届，已是公认的历史常识。只是了解传统医学发展的轨迹就必须回到历史情境本身，而现代人要置身历史情境，是件艰难的任务，因为我们的思维已深受科学思想左右，要脱下科学的有色眼镜、摆脱生物医学的语境来思考历史中的医疗问题，比想象中要艰难许多。研究者不但需要诚实地解读大量史料的耐心与智慧，还要其他学科，尤其是人类学、社会学等在分析概念上的支持。如李建民所说：“研究中国医学史的进路必须是一种再中国化（=去西方化）的历程。”<sup>①</sup>去西方化是一个说来轻松，但行之不易的高难度任务。

以下两个例子或可较具体地说明这个“绊脚石”的问题。首先是病名。传统病名或来自病症，如身体表面症状：癩、瘰疬等，又如指突然昏倒的“厥”、有吐泻症状的“痧”；病名又可能来自病因：如由六淫（风、寒、暑、湿、燥、火）引起的中风、伤寒、火泻、湿脚气；或五脏六腑之证：如心痹、肺壅；或因虚劳而得的“传尸体蒸”等。这些病名今天已少为人所用，或用意已与古时不一样。我们该如何处理这些病名？如果用西方“科学”来思考的方式就是用生物医学病名套进或直接“翻译”老病名，如癩即今天之汉生（或麻风病），或中风即脑溢血、吊脚痧即霍乱、传尸即肺结核等等。对中国医史贡献甚伟的范行准先生于此也

<sup>①</sup> 李建民：《生命史学——从医疗看中国历史》，5页，台北，三民书局股份有限公司，2005。

未能免俗，用这个方式写了《中国病史新义》一书。<sup>①</sup>范老虽然以其博学提供了许多珍贵的数据，但是中西病名“对号入座”的处理法，把传统疾病的界定过程（framing）完全一笔勾销了，殊为可惜。<sup>②</sup>例如：如果以脑溢血简单翻译为中风，就是完全忽视了“风”作为六淫之首的独特性。如果癩即等同于今天的汉生病，那就忽视了古代癩病类的复杂性，也无法了解为何癩又称为“麻风”。一旦以现代生物学病名翻译古病名，许多病因观、病类学问题会被扭曲及极端简约化，病名也因而无法成为学者反省古人疾病观的工具，其研究价值也就消弭于无形，或使得中医史沦为西医史的注脚而已。而事实上，以这个“古名今译”或“西译”的方式了解古代疾病是很危险的，往往产生许多谬误或过度的解读。这个以“科学”角度出发的研究方法结果是最不科学的，因为它把两个互不相干的知识系统硬作对比。我们如能回归古病名及其历史语境，分析其内容与变化，可有助深入了解传统病因论与疾病界定过程，这是切入古代医史、病史的最好角度之一。

另一个例子就是有关仪式疗法的问题。从生物医学的角度看，这些均是无科学根据的迷信行为，不值得研究。我们也确实无法以科学方法去研究仪式疗法的确实治疗作用。大概只能泛泛地以“心理疗法”去解释它的存在。然而这些由来已久的仪式却处处反映病人的身体观、疾病观、宇宙观，那正是医疗文化的基本构成因素。研究者必须依赖医疗人类学或宗教研究所提供的分析架构去了解宗教、仪式与医疗之间的微妙关系。而这些问题是传统医史里的重要的、必须处理的课题。“科学—迷信”这个简单的二元思维无疑会将这方面的研究空间严重地压缩。撇开“迷信”与科学的对比，我们才可以自由地观察仪式过程中各参与者，包括神祇、巫师、家属、邻居等，与病人的关系与互动方式、分析治疗场所、时间安排的意义、所用器具、符号、语言所指涉等。这些分析所透露的信息，正是用来了解身体疾病观的重要资料。在这方面，我们的确

① 参见范行准：《中国病史新义》，北京，中医古籍出版社，1989。

② 这里借用美国医史学者 Charles Rosenberg 的著名讨论：“Framing Disease: Illness, Society, and History,” in *Framing Disease: Studies in Cultural History*, 1997。

得依赖医疗人类学的研究方法。

中国医疗史的写作在 20 世纪初已开始，陈邦贤、伍连德、谢观等大家已为这个领域奠下基础。此后，如范行准、马继兴、李涛、刘伯骥、赵璞珊、马伯英、李经纬等学者均在不同时期对中国医史的研究与写作作出重要的贡献。他们的成就多在于对医生、医籍、医学思想源流等方面的历史研究。在西方，李约瑟与鲁桂珍在推动中国医史研究方面功不可没。在日本，山田庆儿的著作影响甚巨。所以说，经过一个世纪的累积，中国医史研究已有一定的基础，而且一直受到国际学术界的重视。前辈学者成长在科学挂帅的时代，他们的问题意识免不了受西方科学发展经验的影响，往往要把中西医学的高下做有意无意的比较，或者努力地把传统医学呈的“科学性”找出来，或者把目标放在中西医“合璧”上面，以推动传统医学的“现代化”。早在民初章太炎的时代，这种论医的基调大抵已定。他认为：“彼西医重在解剖实验，故治腑脏病见长；吾中医讲求岁时节令，故治时感病见长。”<sup>①</sup> 视解剖学为西医之长，伤寒论为中医之长。基于此，他又鼓吹“中西汇通”。这些观点有其趣味，但是也明显地限制了传统医史研究的空间。章太炎虽常鼓吹中医“务求自立，不在断断持论与西医抗辩也”<sup>②</sup>，但却显然仍无法摆脱“科学西医”的阴影。早期这些大家之说处处显示出西医、科学对传统医学史研究的启发与限制。21 世纪的中国医史研究者，应该可以摆脱 20 世纪早期的思想上的包袱，在更大、更自由的学术空间里作更多发挥。

台湾“中央研究院”历史语言研究所早在 1992 年在杜正胜的领导下成立“疾病、医疗与文化”研讨小组，积极推动医疗的文化与社会史研究，到今已近 20 年。今天中国医疗史研究在台湾渐成气候，小组之功不可没。如今这个领域在国际学界似乎吸引了更多的年轻学者，在研究主题上或时代方面，也比 20 年前更宽广，我们或许可以较乐观地期待，在这个质疑西方近代文明发展的后启蒙时代，中国医史的研究在去西方化这方面，会有更好、更具体、更丰盛的成果。

① 章太炎：《伤寒论讲词》（1923），见《章太炎全集》，第 8 册，152 页。

② 章太炎：《中国医药问题序》（1927），见《章太炎全集》，第 8 册，348 页。

本书所结集的论文为我过去 20 多年间的习作。它们包括我在医史研究领域内游走的两个时期的工作。即早期有关明清医疗制度与天花问题的研究。最早的论文发表在 1987 年，当时并非刻意要进入医疗史的领域，只是在研究地方慈善机构时，被看到的资料所吸引。我留法的经验让我对医疗机构、身体观念相关的资料特别敏感。我那时发现这些数据所显示的社会现象尚未被广泛注意，因此整理资料后写了两篇小文。20 世纪 90 年代后期以后，我才比较有系统地对医疗史相关的社会史课题做研究。这段时间内，我在早年的基础上，继续对医学教育、制度与医疗者身份等问题做了一些初步的研究。因为我并没有医学的训练，论文的性质明显地偏向社会史、文化史。同时在历史时代方面，仍偏重我较熟悉的宋代以下的前近代。

20 世纪 90 年代后期以来我的研究重点在癩病史，包括在古今中国医籍里对癩病的病因与病症讨论、癩病所引起的社会反应，以及后来被称为麻风病的疾病在近现代中国社会与政治文化中的意义。最早让我注意这个问题的是在明中期以后的南方省份方志中谈到的麻风院。我因此开始阅读相关医籍了解古人对癩病的看法。但却渐发现这个病在文集、文学中有不少数据。隋唐时代的医书更将我的注意力引至宗教的典籍中。佛教与道教的典籍对癩病的讨论最为丰富，尤其在病因方面有极重要的意义。后来在清代的档案数据中又看见癩病所引起的尖锐社会矛盾。至于近代以来中外文献有关麻风病的记载，更不胜枚举，其中涉及近代种族问题、卫生现代性问题的资料特别能反映时代。我以社会史研究者的身份进入疾病史领域，却渐发现必须广读相关时代的各类文献才能较好地掌握社会对疾病的反应。本论文集集中有关疾病概念、自宋以来医学知识传承的研究与所有与癩病相关的论文都是近十年来研究的一些心得。

在癩病研究告一段落以后<sup>①</sup>，我开始注意 19 世纪以来广东地区的医疗文化发展。这个兴趣其实也来自癩病史的研究。我在这个地方看见传

---

<sup>①</sup> 2008 年末至 2009 年初的冬天，拙作《中国的癩病史》英文版，由美国哥伦比亚大学出版社出版。

统医学发展的一些地方特色，也看见西洋医学在 19 世纪早期的引入。此时西医的引入与明末耶稣会教士的引入西洋科技不一样，因为受影响的不再限于上层士人，而广及一般居民。另一方面，传统仪式疗法依然为社会各阶层所固守。这些各式各样的医学知识、疗法，并没有明显的消长关系。当疫症发生时，无论欧美传教医生、传统医士、庙里的道士均各展所长，为群众治病。而群众也没有明显排斥哪一类的疗者。就算处于殖民统治下的香港、澳门也同样包容着不同类型的医学与疗法。三地之间的医学、病人交流也相当通畅。在这商业文化蓬勃发展的地域，疗法、药物、医书、各种技术、工具、医者、病人如货物一样流通，但也牵涉着复杂的翻译与转移问题。这些现象构成一个什么面貌与内容的医疗文化？究竟当时的广州人或香港人、澳门人，他们的身体观与疾病观是否在慢慢改变？有没有新的医学知识在形成<sup>①</sup>，或旧的做法被淘汰或改造？地方医学知识建构的过程到底是如何进行的？民众解决病痛的资源有没有更丰富，或反而更贫乏？政治与社会精英所建立的医疗机构，包括各类型的“医院”、诊所，是否符合社会的期待与要求，或催生了新的医疗行为、或巩固了新的技术与知识？这个医疗文化与以往大家所想象的“现代化”过程是不是类似的？其中商业或政治的角色有多重要？直觉上，近代广州地区广义的医疗文化的探讨可较具体地呈现中国“现代性”的复杂面向。本论文集里也包括了这个新研究的一些初步的成果。

这本论文集所涉及的主题只是个人能力所达的极少部分，其中在 20 多年前出版的论文现在看起来也似乎有点“过时”了。不过，我希望它至少能透露一点：可切入中国医疗史的研究角度很多，方法也因主题不同而改变。记得史学前辈何炳棣先生私下闲谈时曾说过一句话，是关于研究方法的，大意是：我在大海拼命往岸边游，不要问我姿势正规不正规、漂亮不漂亮，总之我能游上岸，就是成功。进入医疗史这个新领域，就是要抱持着冒险精神与不轻言放弃的坚持。

---

<sup>①</sup> 最近北京中国中医科学院的朱建平编了《近代中医界重大创新之研究》（北京，中医古籍出版社，2009），罗列了医界 3 大类 15 小类的“创新”。无论我们是否同意作者的看法，这个问题的提出值得我们再深思、再进一步探讨。

中国医疗史里有太多有趣的课题仍在等待学者发掘。除了上文提及的一些问题外，我认为特别有发展潜力的范围还包括医疗中的性别问题，这个问题在西医史里是一个极有启发性的课题，曾产生不少精彩而重要的著作。在中国医疗史里，虽然有关女性医疗者、健康照顾者的研究已有不错的成果，但是有关医学知识如何围绕着性别的身體建构而成这个课题，仍待深耕。尤其在近代史的部分，这方面的研究特别缺乏。一个明显的例子，就是当西方解剖学进入中国之后，医学里性别的定义如何受到冲击？这不但是个医学上的问题，也同时与近代国家意识形态与体制的建立息息相关，但这方面的研究者并不多。有关性别与医疗这个课题，研究成果之少与可掌握的资料之多不成比例。<sup>①</sup> 此外医疗与宗教的关系，也非常引人入胜。英年早逝的司马虚（Michel Strickmann）的遗作把古代至明清的道教与医学的关系作了一个精彩的讨论<sup>②</sup>，如果学者能对后

① 早期 Thomas Laqueur 的 *Making Sex, Body and Gender from the Greeks to Freud* (Harvard University Press, 1990)，与近期 Catherine Park 的 *Secrets of Women: Gender, Generation, and the Origins of Human Dissection* (New York: Zone Books, 2006)，分别从西方解剖学发展史里的女体探讨西方深层的文化问题。费侠莉的 *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History, 960—1665* (Berkeley: University of California Press, 1996) 则是最早探讨中国古代妇科发展的文化问题的英文专著。台湾的李贞德有关汉唐妇科与女性疗者的论文则是最早系统地探讨古代女性身体与医疗的学者，她最近把过去相关论文集为《女人的中国医疗史——汉唐之间的健康照顾与性别》（台北，三民书局股份有限公司，2008），同年她又编了《性别、身体与医疗》（台北，联经出版事业股份有限公司，2008）。我曾在2006年对这个课题的研究现状作了一个简单的介绍，“Recent Trends in the Study of Medicine for Women in Imperial China,” in Leung ed., *Medicine for Women in Imperial China* (Leiden: Brill, 2006)。拙文指出虽然古代中国的性别与医疗问题已有一些不错的成果，而更有趣且重要的应是中国近代医疗史的性别问题，相关资料亦相当多，但研究者却并不多。2008年台湾的《东亚科技与社会期刊》(*East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*) 发表了有关性别、生育技术的专刊。里面的论文主要是东亚地区现代的性别与身体问题，但足以显示这个课题所牵涉议题之广，可让读者联想历史中类似的、有待探讨的问题仍很多。

② 参见 Michel Strickmann, *Chinese Magical Medicine*, Stanford University Press, 2002。西方学者对道教与医疗或丹药的研究兴趣一直浓厚，近期如 Fabrizio Pregadio, *Great Clarity: Daoism and Alchemy in Early Medieval China* (Stanford University Press, 2006) 也是重要的研究；当代道教与医学、身体的研究的始祖为施舟人，他的著作《道家身体》已成为经典；Kristofer Schipper, *Le Corps Taoiste*, Paris: Fayard, 1982；法国学者 Catherine Despeux 也对道教的医学发表不少论文；中国大陆的盖建民《道教医学》，北京，宗教文化出版社，2001、台湾的林富士《中国中古时期的宗教与医疗》，台北，联经出版事业股份有限公司，2008）都是这个领域里重要的学者。

来的发展，或医学与其他宗教、知识系统的关系作类似的分析，学者对中国医学的兴趣应该会更深更浓。此外，中医与其他医学之间的交流是一个困难但重要的课题，范行准早期在这方面打下深厚的基础。<sup>①</sup>虽然近年学者也分别对藏医，印度、伊斯兰医学与中医的交流作了重要的研究<sup>②</sup>，但是我们所知仍然有限。至于在文化上与中国关系更深的日本、朝鲜、越南之间的医学知识流传历史，我们至今仍弄不清楚。

尚待开发与深究的课题实在很多，而其中不少都是中国历史、文化里的重要问题。如果年轻的学者能掌握更多有利的分析工具、史料，坚持地走下去，未来的医疗史研究就可建立在更深厚的描写与分析上，逐步向更高的层次、更广的范围发展。只有这样，我们才能有一天找到医疗史的真正活力所在，也才能更全面地了解古近代的中国文明。那时，研究其他文明医疗史的学者，也不得不参考中国医疗史的著作。相信有一天，中国医疗史会真正从“过去的另类”成为“未来的主流”<sup>③</sup>。

---

① 参见范行准：《明季西洋传入之医学》，中华医史学会钩石出版基金委员会 1942 年序，中华医史学会钩石出版基金委员会出版，1943。在其力作《中国医学史略》（北京，中医古籍出版社，1986）中，范行准对中国与阿拉伯医学的交流也有着墨。

② 参见蔡景峰：《中国藏医学》，北京，科学出版社，1995；陈明：《印度梵文医典“医理精华”研究》，北京，中华书局，2002；宋砚：《古代波斯医学与中国》，北京，经济日报出版社，2001。

③ 引杜正胜《从眉寿到长生》“方法论”之副题。

## 鸣 谢

我特别感谢杨念群教授的支持，以及余新忠教授的大力推动，让本书能顺利地在中国人民大学出版社出版。本书包括了过去 20 多年间的习作，其中有几篇是不同时期由译者从外文译成中文的。我与出版社编辑在整理本书内容时，发现了不少过去在写作、出版或翻译过程中产生的大小错误，其中部分需要重写。对策划编辑谭徐锋先生与责任编辑许微微女士仔细与专业的校阅与编辑，我由衷感激。他们的投入使得本书内容的错误减至最少，尚余的谬误则纯粹因我疏忽而致。

梁其姿

2011 年 12 月 4 日于香港大埔





## 第一编 医学知识的建构与传播

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 第一章 宋代至明代的医学 .....      | 3  |
| 一、宋金元时期的医学传统 .....      | 3  |
| 二、传承体系 .....            | 16 |
| 第二章 明清中国的医学入门与普及化 ..... | 29 |
| 一、导论 .....              | 29 |
| 二、明代的医学入门书：儒医模式 .....   | 31 |
| 三、清代的医学入门书：实用取向 .....   | 35 |
| 四、方便习医：赋与歌诀 .....       | 37 |
| 五、专业化与普及化 .....         | 41 |
| 六、结论 .....              | 46 |
| 第三章 明清预防天花措施之演变 .....   | 48 |
| 一、人痘接种的发展 .....         | 50 |
| 二、清代的防痘政策 .....         | 58 |
| 三、牛痘法的发展及传入中国 .....     | 61 |
| 四、结论 .....              | 66 |
| 第四章 十九世纪广州的牛痘接种业 .....  | 68 |
| 一、引言 .....              | 68 |

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 二、痘师 .....                       | 70        |
| 三、商人、传教士和官僚 .....                | 86        |
| 四、广州对牛痘的接纳 .....                 | 91        |
| 五、结论 .....                       | 95        |
| <br>                             |           |
| <b>第五章 医疗史与中国“现代性”问题 .....</b>   | <b>96</b> |
| 一、引言 .....                       | 96        |
| 二、中国医学知识体系与医疗卫生体系的“近（现）代化” ..... | 97        |
| 三、医学在近代西方历史中的意义 .....            | 103       |
| 四、从中国医疗制史重新思考中国近代性问题 .....       | 112       |
| 五、结论 .....                       | 123       |

## 第二编 医疗制度与资源的发展

|  |            |
|--|------------|
| <b>第六章 宋元明的地方医疗资源初探 .....</b>                | <b>127</b> |
| 一、有关地方医生之政策 .....                            | 127        |
| 二、药物资源 .....                                 | 138        |
| 三、地方医疗组织 .....                               | 145        |
| 四、结论 .....                                   | 149        |
| <br>   |            |
| <b>第七章 明清时期的医药组织：长江中下游地区的官立和私立医药机构 .....</b> | <b>155</b> |
| 一、国家卫生政策 .....                               | 156        |
| 二、晚明和清时期的民间医学慈善团体 .....                      | 165        |
| 三、医生、国家和社会 .....                             | 172        |
| 四、结语 .....                                   | 176        |
| <br>   |            |
| <b>第八章 明代社会中的医药 .....</b>                    | <b>179</b> |
| 一、前言 .....                                   | 179        |
| 二、明代的医学传统 .....                              | 179        |
| 三、医者的训练 .....                                | 181        |

|                   |     |
|-------------------|-----|
| 四、药物供应 .....      | 186 |
| 五、新疾病、健康与医学 ..... | 189 |

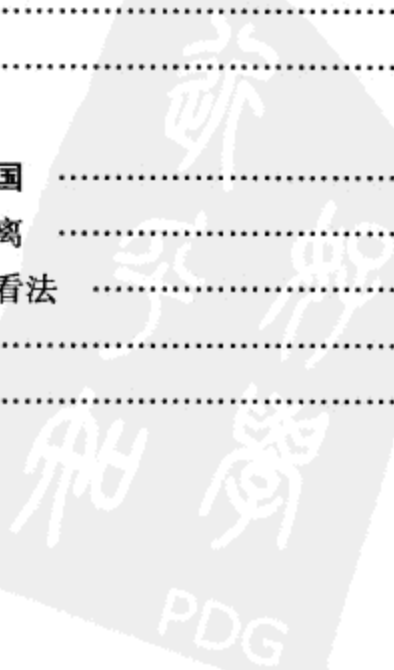
|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| <b>第九章 前近代中国的女性医疗从业者 .....</b> | <b>192</b> |
| 一、有关“三姑六婆”论述之演变 .....          | 192        |
| 二、女医角色的改变 .....                | 195        |
| 三、对女医的控制 .....                 | 208        |
| 四、结论 .....                     | 212        |

### 第三编 疾病的观念

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| <b>第十章 疾病与方士之关系：元至清间医界的看法 .....</b> | <b>217</b> |
| 一、《内经》的术数方土观与元以后的转变 .....           | 219        |
| 二、方士、疾病与疗法 .....                    | 224        |
| 三、结论 .....                          | 248        |

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| <b>第十一章 中国麻风病概念演变的历史 .....</b> | <b>252</b> |
| 一、上古至东晋时代的“大风”与“疠/癩”疾 .....    | 254        |
| 二、隋唐时代 .....                   | 260        |
| 三、宋辽金元时代 .....                 | 267        |
| 四、明清时代 .....                   | 274        |
| 五、结论 .....                     | 286        |

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| <b>第十二章 麻风隔离与近代中国 .....</b> | <b>288</b> |
| 一、清末民初间麻风病患的隔离 .....        | 289        |
| 二、推动隔离运动积极分子的看法 .....       | 294        |
| 三、被遗忘的传统 .....              | 301        |
| 四、结论 .....                  | 306        |



|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| <b>第十三章 从癩病史看中国史的特色</b> .....     | 308 |
| 一、前言 .....                        | 308 |
| 二、麻风病在当今生物学上的意义 .....             | 310 |
| 三、麻风病在 19 世纪全球化论述中的意义及中国的角色 ..... | 312 |
| 四、中国传统医学论述中的“疔/癩”及患者的社会形象 .....   | 320 |
| 五、结论 .....                        | 336 |



# 第一编

## 医学知识的建构与传播



# 第一章 宋代至明代的医学\*

尽管宋明两代的医学传统有着明显差别，但它们是息息相关的。统一的元朝和明初的医学大家综合了南宋时期的发展与金代的革新，随后明清时期的发展很大程度上是这一演变的遗绪。清代学者往往将被认为出现于金元时期的医学“门户”与宋代儒学的“门户”相类比<sup>①</sup>，但是，这些“门户”反映的与其说是医学知识领域各种相互竞争的理论，毋宁说是新的医学传播体系。

本章将从医学文献和社会结构的角度探讨从宋至明代医学学术知识的传播，并论述这一传播带来的某些长期影响，尤其是通俗医学传统的演变。宋代的三个发展直接影响了后来的医学知识传播：（1）印刷术的推广，尤其是12世纪以后；（2）新社会秩序的形成，其标志是世族和武人家族不可逆转的衰落，取而代之的是其声望与科举考试紧密相连的庶族；（3）理学“门户”的发展。这三种因素时而单独，时而又合在一起发挥作用，型塑了自宋以降医学知识的传播。

## 一、宋金元时期的医学传统

1347年，蒙古王朝瓦解的前夕，著名士大夫宋濂（1310—1381，今浙江金华人）在为朱震亨（1282—1358，今浙江义乌人）的医学著作所作“序”中称：

金之以善医名凡三家，曰刘守真氏（完素）、曰张子和氏（从

---

\* 原文刊于 Paul Smith and R. Von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*, Harvard University Asia Center, 2003, pp. 374 - 398.

① 参见《四库全书总目》卷103，医家类一，356页上，北京，中华书局，1965。

正)、曰李明之氏(杲)……皆以《黄帝内经》为宗……独刘之学,授之荆山浮屠师。师来江南,始传太无罗知悌于杭。太无,宋宝祐中(1253—1258)人……无有能承其学人,又独至乌伤朱君,始能传之。<sup>①</sup>

这一关于金/南宋—元时期医学传承与巩固的见解在元明时期逐渐被视为正统看法。因此,刘完素(1120—1200,今河北河间人)、张从正(1156—1228,今河南睢州人)、李杲(1180—1251,今河北正定人)和朱震亨,每个人都代表了一个不同“门户”,被后世尊崇为“金元四大家”。

## 1. 学术医统

宋濂的评论显示,金元四大家的主张与其说是具有新意或创造性,不如说是回归古典传统的努力。<sup>②</sup>他们常常提及古代医学知识的精粹——《黄帝内经》,并批评宋代传统的浅陋。他们特别挑选出宋代医学的两个方面来加以批评:方书的出现和对伤寒的诠释。二者之中,宋代方书尤遭诟病。宋代的医学传统得到国家的大力推动,其特点是拥有颇具规模的公共药局制度<sup>③</sup>,以及非常务实的做法,包括本草的研究和方书的出版。在已知已出版的近20部本草著作中,有4部分别于973年、1061年、1098—1107年和1159年得到朝廷的资助。<sup>④</sup>

宋代一些最重要的方书也获得了朝廷的资助。最早的一部编纂于981年,已佚,据说共有1000多卷。第二部为《太平圣惠方》,992年刊行,100卷,该书一直是这类著作中的经典。1107—1110年,三位宫廷的医

---

① 朱震亨:《格致余论》,宋濂序(作于1347年),见丹波元胤编:《中国医籍考》,679~698页,北京,人民卫生出版社,1956年据1826年重印版。

② 即便在最有新意的医学著作中,不断回归到古代经典著作的“真”意仍是典型做法。参见Sivin, Nathan, “Text and Experience in Classical Chinese Medicine,” in *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, ed. Don Bates, Cambridge, Eng.: Cambridge University Press, 1995, pp. 177-204. 尤其是190~195页。

③ 关于宋代国家在医政方面的作用,参见[日]宫下三郎:《宋元の医療》,见[日]藪内清编:《宋元時代の科学技術史》,123~170页,京都,京都大学人文科学研究所,1967;李经纬、李志东:《中国古代医学史略》,石家庄,河北科学技术出版社,1990;陈君恺:《北宋前期的医政》,载《辅仁历史学报》第8卷,1996,97~124页。

④ 参见那琦:《宋代之药政》,载《科学史通讯》,1983(2),2~3页。丹波元胤记录了18部宋代本草著作的题目,其中许多已亡佚,见丹波元胤编:《中国医籍考》,92~116页。



学专家编纂了简明的 5 卷本方书，名为《太平惠民和剂局方》。南宋时期该书又增补了另外 5 卷，并由朝廷颁行全国。<sup>①</sup> 另一部大作《圣济总录》则共有 200 卷，编写于 1111—1117 年间，但是直到金代的 1161—1189 年间才刊行于世。<sup>②</sup>

宋代朝廷投入大量财力出版方书的一个原因是他们相信这是挽救生命最有效的手段，因此也是有效地展示国家仁政的窗口。《太平惠民和剂局方》的序称，“救恤之术，莫先方书。故自开宝（968—976）以来……刊行《太平圣惠》，重定《针艾俞穴》，校正《千金》、《外台》，又作《庆历善救》、《简要济众》等方，以惠天下”。宋代几乎所有敕撰的方书都不断重申这一点。<sup>③</sup> 刊行方书的动力更多的是来自香药的普遍和宣扬国家仁善形象的愿望，而不是来自对本草学的考据研究。<sup>④</sup>

这样，公共药局的成立和局方的刊行相伴而行也就不令人吃惊了。1076 年，第一个国家药局（卖药所）在京师成立。截至 1103 年，另外 5 个药所也成立了，出售由两个和剂局配制的药物。<sup>⑤</sup> 这些机构收购、贮藏草药和其他原料，根据已被认可的药方配制药，并以市价三分之二的价格出售成药。<sup>⑥</sup> 这一制度一直延续到南宋时期，1148 年，政府也在不同城市设立了类似的药局，并更名为“惠民药局”。

出于相同的务实精神，名医们也刊行书籍，就伤寒——对热病和时疫的一种称呼——的治疗提出简便易行的建议。名医庞安时（1042—1099）于 1100 年左右刊印了《伤寒总病论》，他写此书的目的是“欲使

① 参见《太平惠民和剂局方》，1 页下～2 页上，《续知不足斋丛书》本；《四库全书总目》卷 103，864 页下～865 页上。三位宫廷专家是陈师文、裴宗元和陈承。

② 该书的手稿完成后不久宋室南迁，手稿留在了北方。现代版本（北京，人民卫生出版社，1992（1962））记述了《圣济总录》的历史。

③ 《太平惠民和剂局方》，序，1 页上。宋太宗（976—997 年位）也为《太平圣惠方》作序曰，是书“贵在救民，去除疾苦”（丹波元胤编：《中国医籍考》，563 页）；宋徽宗（1101—1125 年在位）在《圣济总录》的序中也陈述了相同的目标：“朕作总录，于以急世用，而救民疾。”（《圣济总录》，4 页）

④ 参见范行准：《中国医学史略》，123 页。

⑤ 参见《宋会要辑稿》职官 22 之 35；周辉：《清波杂志》卷 12，525 页，北京，中华书局，1994。

⑥ 参见沈括：《惠民药局记》，见《五朝小说大观》，上海，扫叶山房，1926 年石印。

家家户户阅方易为行用”<sup>①</sup>。1106—1107年，著名御医朱肱（1088年中进士）刊印了同类的另一部重要著作——《伤寒类证活人书》，试图厘清东汉时期张机关于伤寒的经典作品并使其系统化。该书1118年的校订本鼓励业医者“能以此本，游诸聚落……使人诵读，广说流布，不为俗医妄投药饵”<sup>②</sup>。

宋代，尤其是南宋时期方书、本草著作和伤寒类论著的出版，遮蔽了医学其他方面研究的光芒<sup>③</sup>，其结果，使得在金代医家的眼中，它们就成为宋代医学成就的代表。

在很大程度上，金元时期主要的革新是由生活在金朝统治之下的北方人来担当的，他们有意识地反对他们所认为的（北）宋主流医学传统。例如，刘完素严厉批评“世医多赖祖名，倚约旧方，耻问不学，特无更新之法”，认为他们最大的缺点在于“未知阴阳变化之道”。在另一部著作的序中，刘批评了朱肱，认为，朱肱的话“其间亦未合圣人之意者，往往但相肖而已，由未知阴阳变化之道”<sup>④</sup>。此处的“阴阳变化”很可能就是指当时流行的五运六气理论（见下文）。

金代医学大家的另一个批评对象是宋代的方书传统。张元素（12世纪）以不信任宋代的医方而知名，他把它们当作不值得讨论的“古方”：“古方新病，（甚）不相宜，反以害人。”<sup>⑤</sup> 张的弟子李杲忠实地一再重申这一态度，据说他曾指责苏轼（1037—1101）和沈括（1031—1095）合编医方集类似于不知如何写诗的人编选诗集。对李杲而言，《苏沈良方》

① 庞安时：《上苏子瞻端明辨伤寒论书》，见庞安时：《伤寒总病论》（序作于1100年）卷7，收入《中国医学大成》（本章以下略作《医学大成》），第3册，547页，长沙，岳麓书社，1990。

② 《增注伤寒类证活人书》卷7，见《医学大成》，第3册，654页。

③ 李杲的理论的先驱，即钱乙对脏腑的探讨，就是一个例子。另一个例子可能就是南宋陈言复杂的“三因极一”理论。元代学者吴澄曾扼要地评论过其著作，但他为大多数金元医学家所忽略。

④ 刘完素：《素问病机气宜保命集》（序作于1161—1170年间）；《原病式》序。均引自丹波元胤编：《中国医籍考》，652、393页。刘完素的朋友翟氏在其为刘著《伤寒直格》所作的序中，也提到了刘对朱肱的藐视，参见丹波元胤编：《中国医籍考》，408页。刘的弟子马宗素也指责朱肱把“阴阳”和“寒热”相混淆，并撰写了《伤寒医鉴》来驳斥朱肱，参见丹波元胤编：《中国医籍考》，393、410页。

⑤ 张从正：《儒门事亲》卷12，见《子和医集》，279～287页，北京，人民卫生出版社，1994；张元素：《医学启源》，张吉甫序，1～2页，北京，人民卫生出版社，1985。

的编者并不知道如何开药方。<sup>①</sup> 元代医学的集大成者朱震亨，是宋代医方最直言不讳的批评者。按照他的说法，《太平惠民和剂局方》的影响力已经达到了危险的程度：“自宋迄今，官府守之以为法，医门传之以为业，病者恃之以立命，世人习之以成俗。”<sup>②</sup> 朱氏尤其苦恼于“局方之学”“自宋迄今，罔间南北，翕然而成俗”。根据他的说法，由于宋人不了解人的身体“阴不足而阳有余”而认定人体阴气过盛，因而喜好由太多温燥之剂构成和剂局方。<sup>③</sup> 此外，他强烈质疑把这些医方系统地用于“新病”的原理，认为“集前人已效之方，应今人无限之病”是误入歧途。他还嘲笑方书作者的学问是“区区之学”，“泥之必杀人”<sup>④</sup>。朱氏对后世医学的贡献之一是强调滋补身体的“阴”、抑制有余的“阳”这一继承自金代医学大家的原则。除此之外，他还鼓励更灵活地用药。

金元医家与宋代的传统背道而驰的还有峻急的泻下法的运用，它由张从正开创，被称为“攻伐”。张氏三法——汗、吐、下，大多使用“凉药”，这一点成了他的标记，其名著《儒门事亲》曾对此予以详尽的讨论。

不过，我们并不宜将此视为医学知识演进的断裂。实际上，金元四大家的所有贡献基本都与他们对病机的理解有关，他们的病理学新方法的理论基础在很大程度上是五运六气这个宇宙理论。<sup>⑤</sup> 这一理论肇端于10世纪，并于北宋时期得到了进一步阐述。<sup>⑥</sup> 虽然金代的大家非常倚重

① 参见刘因（1249—1293）：《书示疡医》，见《静修先生文集》卷21，8页上，《四部丛刊》本。

② 朱震亨：《局方发挥》（《续金华丛书》重印本），1页上，南京，江苏古籍出版社，1983。

③ 参见朱震亨：《格致余论》，序，《丛书集成》本。许多“温”的香料和草药都自伊斯兰世界和东南亚进口而来，参见林天蔚：《宋代香药贸易史》，台北，中国文化大学，1986。

④ 宋濂：《故丹溪先生朱公石表辞》，见《宋文献公全集》卷50，16页下，《四部备要》本。参见朱震亨：《格致余论》，序。

⑤ 五运由五行和十天干构成，被认为是地的因素；六气包括风、寒、热、湿、燥、火，属于气候因素。通过演算五运六气可以预测个人的疾病以及时疫的发展，其法也适用于药学。对这一复杂体系简洁而全面的解释，参见范行准：《中国医学史略》，126~134页。范认为，该体系受到了阿拉伯占星术的影响。

⑥ Catherine Despeux 强调说五运六气说发展于宋代，“The System of the Five Circulatory Phases and the Six Seasonal Influences, A Source of Innovation in Medicine under the Song (960—1279),” in E. Hsu ed., *Innovation in Chinese Medicine*, Cambridge University Press, 2001.

五运六气理论，以使其对“新病”<sup>①</sup>的解释和对药物更成熟的运用合理化<sup>②</sup>，但他们却贬低了五运六气理论在10世纪以后的发展，指责北宋医家忽略了这个他们认为源自《内经》的理论。

事实上，他们的方法与钱乙（约1032—1113）、陈言（生活于12世纪）等宋代医学家并无关键性的区别。将五运六气理论应用于脏腑的钱乙，是一位特别杰出的人物。一如曾专意于研究胃的许叔微（1079—1154），钱氏是李杲（名著《脾胃论》的作者）值得尊敬的前辈。陈言把五运六气理论用于药物处方，成无己（约1066—1156）则用其对张机的杰作《伤寒论》进行注解，该书迟至金时才刊行。<sup>③</sup>

更好的明证则是南宋医家葛应雷（生活于13世纪晚期）的故事。根据著名传记作家李濂（1488—1566）的记载，葛氏通晓五运六气说，有他自己独到的方法。曾有一位北方（金）名医来到南方，遇见了葛氏并与之探讨医学，那位北方人惊叹“南方亦有此人耶！”然后他拿出金代两位大家刘完素和张从正的书给葛看，发现“与之讨论，无不吻合”。葛氏的学识证明了金和南宋医学传统之间的连续性，虽然这种连续性被两个政权之间鲜明的地理—政治分界线所模糊。<sup>④</sup>这位北方宾客的惊讶显露了对于因金和南宋之间的敌意而加深的地区差异的敏感乃至偏见。

那么我们应该视宋金元的医学学术传统为连续的还是断裂的呢？我认为在病原方面，在日益意识到环境至关重要这一点上存在着连续性。12世纪之后的区别，或者说是表面的断裂，正是由被认为是环境因素

① 关于现代对他们的理论的评论，参见刘庚祥：《对金元医学争鸣的一点看法》，载《中华医史杂志》第20卷，1990（1）。现在已不可能识别这一时期的“新病”，虽然有些人认为这个词指的是鼠疫（参见范行准：《中国医学史略》，162～163页）。时人，如李杲，认为其中一些病是由战争引起的（见下文）。

② 关于宋金元时期药学的革新，参见钟赣生：《宋金元时期药性理论主要成就初探》，载《中华医史杂志》第19卷，1989（3），163～168页。

③ 钱乙用五运六气理论推断疾病的起源与发展的能力在其传记中得到了证实，参见李濂：《医史》（1515），82～86页，厦门，厦门大学出版社，1992。对于钱乙和许叔微提出的脏腑问题，以及陈言的革新的创新性探讨，分别参见严世芸：《宋代医家学术思想研究》，20～23、12～13页，上海，上海中医学院出版社，1993。

④ 根据李濂——他并不怀疑金代传统的权威——的记载（参见李濂：《医史》，203页），刘完素和张从正的正统学说通过金人医家和葛应雷之间的这次交流首次传到了南方。

(即社会情况、生活方式以及包括地方和气候变数在内的地理特性)的作用的变化引起的。

首先,五运六气理论越来越关注个人的身体健康与环境 and 气候之间的关系。地的“五运”和气候的“六气”的不同组合被提出来解释个人的疾病和时疫的起因与演变,以及它们的疗法。与传统的阴阳五行理论相比,这一理论使得远为精致的对病情的预测成为可能。此外,五运六气理论还和药物的“五味”、“毒”、“升降浮沉”等概念相结合,为药物的使用提供了更复杂的基础。在这一理论中,除了时间和气候的因素,病人的生理结构,如脏腑的特点,在诊断、预测病情和开方时都可以同时予以考虑。<sup>①</sup> 随着五运六气理论在北宋时期的发展,并在金和南宋时期跃居统治地位,它并非像许多医史学家所指出的那样,仅仅反映了一种理论思想倾向,最重要的是它有意识地试图用精确的理论术语界定和构建出疾病与环境、内因与外因之间的关系。<sup>②</sup>

自金元时期以来,人们越来越意识到环境对于疾病和治疗的影响。例如,金代学者赵秉文(1159—1232)解释说,刘完素对“凉药”的偏爱本质上是对南方人过去滥用“温药”的纠正。刘完素把凉药施用于“饮食厚而腠理密”的膏粱之族。<sup>③</sup> 调整诊断和治疗方法以适合北方的气候特性及病人的生活方式,成了金代医家的指导原则。

环境和具体(circumstantial)因素继续推动元朝的北方人发展新方法。元好问(1190—1257)说,李杲撰写名著《脾胃论》是因为试图重新分析1232年的大疫,是年,金在蒙古军队的进攻之下土崩瓦解。李杲

<sup>①</sup> 参见钟赣生:《宋金元时期药性理论主要成就初探》,载《中华医史杂志》第19卷,1989(3),163~168页。

<sup>②</sup> 对于宋代五运六气理论的确切影响,学者们意见不一。范行准《中国医学史略》不认为庞安时和朱肱是五运六气理论家,而Catherine Despeux的“The System of the Five Circulatory Phases and the Six Seasonal Influences, A Source of Innovation in Medicine under the Song (960—1279)”(in E. Hsu ed., *Innovation in Chinese Medicine*, Cambridge University Press, 2001, pp. 143—147),以及[日]石田秀真的《元明期中国传统环境医学与炼金术的联系》(“医学与中国社会”会议论文,台北,“中央研究院”,1997-06-26至28)则把他们归入该理论的阐发者的行列。石田认为,刘完素对该理论的应用源自金代道教的内丹思想。

<sup>③</sup> 参见赵秉文:《闲闲老人滏水文集》卷19,见《遗太医张子和书》,8页下~9页上,《四部丛刊》本。

根据五运六气理论分析了脏腑的敏感性，在此基础上他得出结论，这次瘟疫并不像“庸医”所推测的那样完全由伤寒引起，它也与混乱年代中艰苦环境所造成的营养不良和劳倦有关。<sup>①</sup>

对环境的强调逐渐孕育了认为北方和南方的医学实践之间存在着基本差别的观点。忠于元室、与多位名医交好的学者戴良（1317—1383，浙江金华人），就是坚决认为医学中存在着地区差异的人。戴良曾这样描写金代：

医者三人者，曰刘守真氏，曰张子和氏，曰李明之氏。守真、子和当金之盛，然且地有北方，风气坚劲而禀受雄浑，饮食充厚而保养慎密，故其治疾也，每以大实大满视之，而用泻法以攻其有余。明之则当国势向衰，师旅饥馑相寻于城邦之中，其人多忧惊而气耗矣，故其持论，每以固根本为重，而用补法以助其不足。<sup>②</sup>

按照戴氏的说法，元代的集大成者朱震亨则追求一种对这些大家的两种方法予以兼收并蓄和综合的办法来医治不同体质的人。

项昕，另一位浙江名医，同时也是戴良的朋友，则对于时人划定的当时南北传统之间显著的分界感到迷惑不解：

近世宗三家者（即张从正、刘完素、李杲），往往自相诋毁，而有南医北医之不同，决不肯以寒凉施之于南方，辛热施之于北方，何其自嗇之若是欤？……要在临时变通消息以为治，安可限以南北之分，而有寒热之夔异哉？<sup>③</sup>

显然，朱震亨和项昕在医学实践中以折中的方式漠视地域的差异，表明他们没有假定南北医学传统之间存在着基本的不同。明清时期的许多名医也持这种态度。

然而，戴良的观点或许更好地反映了当时流行的认识：

---

① 参见李杲：《脾胃论》，元好问序，见《东垣医集》，53页，北京，人民卫生出版社，1993。文中明确提及李杲对五运六气理论的运用。范行准认为这次瘟疫是鼠疫（参见本书第8页注①）。

② 戴良：《九灵山房集》卷21，《赠医士周原启序》，12页下，见《四部备要初编》，上海，上海书店出版社，1989。

③ 同上书，卷19，《抱一翁传》，14页上～15页下，见《四部备要初编》。

予早岁好读古书，而于医家……得汉张长沙《伤寒论》……寥寥千载之下，继长沙而作者，其惟刘河间乎？……通其说而得其传者，往往灼知病情之所在，为之一攻伐以除之，可谓快意而通神者矣。用是窃私慕焉，而怪东南之医者，鲜克以知此。<sup>①</sup>

显然戴氏对于他所认为的北方医学正统学说更有敬意。但是，在他遇到了一位名叫朱碧山的苏州医生，并与之讨论南方医家的无知之后，他的想法改变了：

碧山乃慨然曰：“子诚北士也，知北方之医而已矣。医故无南北之异，而习其学者，宜有以消息之。北方风气浑厚，禀赋雄壮，兼之饮食嗜好，朴厚而俭素……若夫东南之民，体质柔脆，肤理疏浅。而饮食之纵，嗜好之过，举与北方之人异。顾欲以前法施之，不几于操刀而杀人乎？是故北方之治疾，宜以攻伐外邪为先。南方之治疾，宜以保养内气为本。”……及余官江浙分省……碧山则每用保养之齐以取验。以余虽北产而居南日久，故亦不宜从事于攻伐，盖慎之也。……故为历序其所尝论……使世之习河间之学者，不敢以易心求之，而且知所戒焉。是尚碧山之志也夫！<sup>②</sup>

与项昕所言相比，戴氏之语，告诉了我们以下几方面的信息：首先，元明之际，许多人都认为华北的金代医学传统是优良的传统；其次，为元末医家所钟情，鼓励在治疗中更为灵活的综合方法，往往被简单化、二分为“北方的”和“南方的”方法；最后，项昕与朱碧山之间观点的不同可能反映了精英儒医（项）与声望较低的医家（朱）之间的区别。<sup>③</sup>

这些相互对照的观点很有可能是1127年金人征服北中国到1279年蒙古人重新统一之间中国长期分裂的结果。在150年的分裂中，金代医家和学者都以他们的新方法为傲，认为它们是独一无二的、卓越的。元朝

<sup>①②</sup> 戴良：《九灵山房集》卷13，《赠医士朱碧山》，12页上，见《四部备要初编》。

<sup>③</sup> 项昕，朱震亨和葛可久（见下文）的弟子，被认为是体现金元传统的名医。他是几部医学著作的作者，其生平载于当地方志。从这个意义上说，项昕比朱碧山有名望得多，后者只在前引戴良的文章中被提及。

建立之后，只有像罗知悌、朱震亨这样的医家，尽管都是南方人，才能宣称是金代北方医学大家思想的直接传人，并由此摸索出兼收并蓄、综合的方法。朱震亨的方法以及他在统一的中国创立的医学谱系进一步巩固了这一学术传统。

## 2. 非学术的医统

当儒医传统变得巩固时，古代医学传统的某些方面却日渐边缘化，尤其是那些被认为是技术性的、“手艺的”或迷信的，如针灸、眼科、其他外科技术和巫术。被主流医学排除在边缘的结果是，这些技艺在当时盛行的通俗传统中得以传播。

北宋校正医书局校对、刊印了许多针灸学名著，这是事实。1023年，仁宗（1023—1063年在位）下令铸造标明了经络和针灸穴位的铜人，1026年又印行注解铜人的图经<sup>①</sup>，但是后来对本草、方书和伤寒的学术研究使得医学的这一方面相形见绌。

宋以后几乎没有医学大家——可能李杲的学生罗天益除外——以自己长于针灸而自豪。元代针灸医家滑寿（1304—1386）哀叹学术传统对针灸术的日益轻视，对滑寿而言，《内经》中关于针灸的学说越来越被忽视，“厥后方药之说肆行，针道遂寝不讲，灸法亦仅而获存。针道微而经络为之不明”。宋濂为滑书作序，也认为“九针之法，传之者盖鲜”<sup>②</sup>。确实，在开方处药成为主导的疗法之后，针灸医家失却了在学术传统中的地盘。<sup>③</sup>

针灸技术通过道家而非儒家渠道传承的事实或许是它们在宋金之后衰落的一个原因。自2世纪以来，许多重要的针灸学著作都由著名道家撰写并由道家教派传布。<sup>④</sup> 有迹象表明，针灸术主要通过口授传授给一些

① 参见李经纬、李志东：《中国古代医学史略》，184～185页；鲁桂珍、[英]李约瑟，*Celestial Lancets*, Cambridge, Eng.: Cambridge University Press, 1980, p. 131。

② 滑寿：《十四经发挥》，自序，4页上，宋濂序，3页下，1528。

③ 高伟编撰了金元医家的传记，他发现针灸医家通常仅以针灸术而名，参见高伟：《金元医学人物》（本章以下略作《金元医人》），44、46、61、71、131、239页，兰州，兰州大学出版社，1994。

④ 参见鲁桂珍、[英]李约瑟，*Celestial Lancets*, pp. 115 - 127.



精心挑选出来的熟手。元代著名针灸医家窦默（1196—1280）叙述说，他想师从李浩学习针灸，李浩告诉他“天宝不泄于非人，圣道须传于贤者”。在他一再乞求之下，他才被授以针灸的秘密，形式显然是口授，因为他不得不强记讲授内容。<sup>①</sup> 现存金元针灸医家的生平资料表明，许多人同时又是炼金术士或用符治病的行家，还有一些则被明确地指认为是主流的全真派道士。<sup>②</sup> 金元时期刊行的许多针灸学著作都使用了道教的语言。<sup>③</sup> 随着金元时期的医学正统学说越来越多地采纳儒家的观点，带有道家特征的技术则被排除在外。

与此相似，眼科大夫也日渐被视为不具备诊脉和开药所必需的学术修养的术士。自唐以来，印度的眼科学对中国的眼科贡献良多。<sup>④</sup> 宋以降，有关眼疾的论著开始较大量地出版，但是和学术传统之内的书籍不同，这些著作的作者大多匿名，这一事实说明它们的撰者在知识界地位卑微。为了获得可信性，出版商常常将作品托名于著名的传奇性人物，如孙思邈，唐代杰出的道士医家。<sup>⑤</sup> 据说龙树菩萨是一位眼科专家，因此有关眼疾的医学文本的标题中常有“龙目”二字。

治眼之术地位的低下，可以从元明时期的名医，极少数撰写眼科著作的“儒医”之一倪维德（1303—1377）那儿得到确证。他痛惜虽然医学大家已经探讨了伤寒、内伤及妇女小儿杂症，“惟叹其治眼一书，独缺不全。虽杂见于诸书中，且不备不精。意以古人轻之，而不为之着说耶？抑亦授者之不真，而惟受之于浅薄耶？”<sup>⑥</sup> 如针灸医家一样，许多眼科大夫都是道教中人。<sup>⑦</sup> 由于许多人用针施行眼部手术，文人医家自然对他们

① 参见窦默：《窦太师流注指要赋》（《丛书集成新编》本），自序，59页，台北，新文丰图书出版公司，1985。

② 参见高伟：《金元医人》，131、141、239、284、260、356页。

③ 如窦材的《扁鹊心书》，其序作于1146年。该书前有致玉皇的书信，并有一卷探讨道家的炼金术（卷10）。见《医学大成》，第3册。

④ 参见马伯英：《中国医学文化史》，375~380页，上海，上海人民出版社，1994。

⑤ 例如著名的《银海精微》，收于《四库全书》。

⑥ 倪维德：《原机启微》，自序，见丹波元胤编：《中国医籍考》，922页。

⑦ 其中之一刘天瑞，在元代用其收入修葺了江西的一个道观，参见吴澄：《吴文正公集》（1484年复制本）卷21，20页下~21页下，台北，新文丰图书出版公司，1985。

像对针灸医家一样不屑。<sup>①</sup>

一般的外科术和巫术疗法，均为古代医学传统的重要特征，也经历了类似的命运。疮疡的治疗大概占了外科术的最大部分。自隋唐以来，医治疮疡的通常是道教中人，关于疮疡的著作有时托名神仙。<sup>②</sup>后来到了宋代，疮疡的疗治似乎越来越多地交给了下层的从医者。陈自明（江西临川人）约于1237年在其外科学著作中写道：

自古虽有疡医一科……后人不能深究，于是此方沦没，转乖迷涂。今乡井多是下甲人专攻此科，然沾此疾又多富贵者……持补割、理折伤，攻牙疗痔，多是庸俗、不通文理之人。<sup>③</sup>

元代重要的外科医家齐德之曾为宫廷效力，约1335年，他也注意到：

夫大方脉、妇人、小儿、风科，必先诊脉，后对证处药。独疮科之流，多有不诊其脉候，专攻治外。或有征候疑难，别招方家诊脉。于疮科之辈，甘当浅陋之名。噫！<sup>④</sup>

疮疡科和值得尊敬的学术传统的分道扬镳看来是一个辛酸的历程。

一些外科医家也擅长巫术治疗。<sup>⑤</sup>从远古至六朝，巫、医一直密不可分。<sup>⑥</sup>11世纪，正如1023年和1025年禁止中国南部地区巫师治病的诏令所表明的那样，巫和医已被有意区隔。<sup>⑦</sup>这个问题值得更深入的研究，因为它肯定会使我们进一步了解漫长的宋金元时期医学传统的发展。

---

① 关于金元时期眼科大夫施诊的事例，参见高伟：《金元医人》，38、87、167、219、335、367页。

② 参见丹波元胤编《中国医籍考》列出的书名，929~931页。

③ 陈自明：《外科精要》，1263年序，见丹波元胤编：《中国医籍考》，943页。

④ 齐德之：《外科精义》，自序，见丹波元胤编：《中国医籍考》，943~944页。

⑤ 元好问曾提及一位军医，他是疮科专家，以其他医疗技能，包括卜巫，开始其职业生涯。参见元好问：《元好问全集》卷2，《周氏卫生方序》，59页，太原，山西人民出版社，1990。

⑥ 近来对于六朝时期巫术治疗的研究，参见林富士：《中国六朝时期的巫覡与医疗》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第70本第1分，1999，1~48页。

⑦ 参见杨倩描：《宋朝禁巫述论》，载《中国史研究》，1993（1），76~83页。

这些专科地位的下降与金元学术传统的巩固也许不无关系。当学术传统立足于方书以及关于伤寒的理论探讨时，其他不太借重书面文本的治疗技艺日益流向下层的从医者。这些技艺的“卑下”反过来又常常促使从医者声称得自秘传，这并非是为了给士人留下深刻印象，而是为了提高他们在民众中的威望，而正是这些神秘的元素使精英医家或士人厌恶。元代学者王恽（1227—1304）在解释金元之际李浩将针灸知识传授给窦默时，也提到了另一位得其术于“异人”的针灸医家。王的立场显然是儒家的，他说：“箴法盖以神授，未若李窦相传，人事著明者也……以怪而志者，吾皆不取也。”<sup>①</sup>

王恽和与其类似的人显然忘了被认为是医家鼻祖的战国时期的扁鹊。扁鹊的医学知识也得自神人；他首先是个术士，诊治带下症、老年人的耳目疾病和小儿病，也擅长针灸。<sup>②</sup> 不过，代表了以文本学习为基础的学术传承的则是古代的第二位大家——淳于意，对于他，宋以后的医学学者都很钦佩并竭力效仿。<sup>③</sup>

换句话说，从宋代开始，医家逐渐把体现在扁鹊身上的古代医学传统丢弃给了民间医者，而偏好学术性胜过技术性的医学。主流医家也通过著书立说论证并传布其学说来维护他们的专业地位。正如奚如谷（Stephen West）所描写的元杂剧的编者<sup>④</sup>，他们看不起演员，尽一切努力把文本从他们的表演情境中分离出来，文人医家也通过越来越多地涉足文本和认为诊脉、处方才是正确方法的理论，以及把其他用手的技术丢给“俗医”，把自己和目不识丁的从医者拉开了距离。而复杂的传播体系则进一步强化了这一发展，这一点可从金代以来的文献得到证明。

① 王恽：《秋涧先生大全文集》卷73，《跋针者李君玉诗卷》，2页上，《四部丛刊》本。

② 参见司马迁：《史记》卷105，《扁鹊传》，2794页，北京，中华书局，1962。

③ 对于淳于意生平的分析，参见 Sivin, Nathan, “Text and Experience in Classical Chinese Medicine,” in *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, ed. Don Bates, Cambridge, Eng.: Cambridge University Press, 1995, pp. 177 - 196.

④ 参见 Smith and Von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*, Berkeley: University of California Press, 2001, pp. 329 - 373.

## 二、传承体系

从远古时期到宋代，师徒之间或特定的家庭内部口耳相传的传统体系一直很稳定。<sup>①</sup> 但是自宋至明，理学运动的影响促进了强有力的“模拟系谱的形式，有感召力的文本诠释就在这些系谱间得以一代一代地传播”<sup>②</sup>。此外，医学知识传播的新渠道，尤其是自学和专业网络，也变得重要。

### 1. 学术传统

朱震亨的综合法很快成为医学正统，不少应归功于其传承的性质。在日益高涨的理学运动的影响下，朱震亨等人的医学被分为不同“门户”，其界限因自元以来师徒关系的强化而加固。

对于金以前通过师徒关系的传承，我们几乎没有重要的可资利用的资料。<sup>③</sup> 显然在这种关系中忠诚并不重要，徒弟通常可以在几位师傅门下学习。例如，张扩是庞安时最喜欢的弟子，但也接受了四川一位名叫王朴的人的培养。<sup>④</sup> 这些关系通常是松散、非正式的，正式意义上的“门户”尚未出现。

宋代的医学大家也往往不是那么具威严的人。钱乙被形容为“治种

① 关于宋以前医学知识的传承，参见朱现平：《中医学传承体系的形成》，载《中华医史杂志》第21卷，1991（4），207～209页。关于金元传统，参见Wu Yiyi（吴以义），“A Medical Line of Many Masters: a Prosopographical Study of Liu Wansu and His Disciples from the Jin to the Early Ming,” *Chinese Science II*, 1993—1994, pp. 36—65。在该项研究中，吴以义并没有提及重要的医家，如张元素和李杲，他们和刘完素学派没有直接关系。这也基本上是个共时性研究，因此没有提供和刘以前的情况的比较。

② 参见Sivin, Nathan, “Text and Experience in Classical Chinese Medicine,” in *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, ed. Don Bates, Cambridge, Eng.: Cambridge University Press, 1995, p. 194.

③ 参见朱现平：《中医学传承体系的形成》，载《中华医史杂志》第21卷，1991（4），182～183页；陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》，30～32页，硕士学位论文，“国立”台湾大学历史系，1996。

④ 参见罗愿：《张扩传》，引自李濂：《医史》，113页。

种皆通，非但小儿医”的喜游嗜酒之人。对其同时代人而言，“其笃行似儒，其奇节似侠，术行而身隐约，又类有道者”<sup>①</sup>。庞安时的个性更多姿多彩。黄庭坚（1045—1105）描述说，年轻时的庞安时喜欢斗鸡走狗、蹴鞠和其他类似运动，以及赌博、弈棋、音乐和杂技。年纪渐长后，他轻钱财、乐公义，耐心如慈母。庞安时被喻为战国时期的游侠。<sup>②</sup>

随着威严而又有魅力的金代大家的出现，师徒关系似乎发生了微妙的变化。从张元素到李杲的传承就是这种新型关系的典型。李杲年轻时就对医药感兴趣，听闻元素其人后，“捐千金从之学”，据说数年内即尽得其传，而且此后没有再拜他人为师。<sup>③</sup> 他们的关系具有两方面的新意：金钱成为传承中的重要因素，紧密的师徒关系推动了所谓的医学“门户”的出现。这种关系在以前的医学传承模式中并不显眼，而在李杲及其弟子罗天益的关系中变得更为清晰。

因为家境富裕，李杲不需要以行医为生。“人不敢以医名之”<sup>④</sup>，他自然也不需要因为经济原因而教授医学。1224年，64岁的李杲回到了出生地真定，开始考虑传人问题。他对一位老友说：“吾老，欲道传后世，艰其人，奈何？”友人向他推荐罗天益，一个贫穷的医生。李杲问罗氏：“汝来学觅钱医人乎？学传道医人乎？”罗自然答以后者，于是李杲收他为徒。李杲不仅为罗提供食宿，而且也给他养家的钱，以使他免除后顾之忧，可以专心致志地习医。1252年，李杲72岁，临终前，他把一生所撰写和校勘的书稿放在罗天益面前，嘱曰：“此书付汝，非为李明之、罗谦父，盖为天下后世。慎勿湮没，推而行之。”<sup>⑤</sup>

根据罗天益的记述，在其从李杲习医的十数年间，先生对他关爱至深，由此他学到了仅凭阅读李杲的著作所无法获得的知识。<sup>⑥</sup> 这一个人化的学徒训练的成果，体现在罗氏根据《内经》的原则，按照疾病的症状

① 李濂：《医史》，85~86页。

② 参见上书，77页；丹波元胤编：《中国医籍考》，384~385页。

③④ 参见元好问：《元好问全集》卷2，《伤寒会要引》，56页。

⑤ 砚坚：《东垣老人传》，引自李濂：《医史》，95~98页。

⑥ 参见罗天益：《卫生宝鉴》，王恽序及罗天益序（作于1417年），7页上、9页上~下，《惜阴轩丛书》本，1846。

及其相应的处方对疾病进行分类的著作上。正如罗天益所解释那样，该书“凡三脱稿，而先师二毁之，研磨订定，三年而后成”。正是通过这种方式，李杲将其医学传授给了他唯一的弟子。<sup>①</sup> 为了表示尊敬和感谢，罗为李杲立了祠，“李死今三十年，罗祠而事之如平生”<sup>②</sup>。



《饮膳正要》内元明儒医形象

张—李—罗之间的传承显示了若干重要的对以往做法的背离。首先，金钱开始进入这种关系，尽管是以不同的方式。钱的日渐重要证明了儒医的不断专业化。虽然学徒期漫长而且昂贵，但是它有可能通向有利可图的行业，尤其是若师父是像朱震亨这样的名人。戴思恭（1324—1405；见下文）的父亲戴士垚（1307—1349），为了成为朱的弟子而给了他一大笔钱。<sup>③</sup> 其次，师徒关系产生了新的思想和情感上的联系。金元大家和宋代大家相比要有权威，严苛得多，与此同时，弟子

被期望表现出理学界所强调的忠诚与尊师重道。最后，所谓的金元医学学派与其说是根据其学说的内容而界定，实际上各学派的学说相当一致，不如说是根据不同老师确立的不同的从属谱系。当然，这主要是一个男性的传统，参与其中的主要是这一领域中自我选择的精英分子。

从14世纪早期开始，学派的发展变得尤为明显，当时中国已重新统一，理学对社会的控制较为牢固。朱震亨的例子是学派形成的最佳体现。

① 一些历史学家认为王好古（活跃于1246—1248年）是李杲的另一名弟子。但是，并没有明确的证据证明这一点，虽然王似乎曾在张元素门下学习过一段时间，肯定认识李杲。

② 罗天益：《内经类编》，刘因序，见《静修先生文集》卷19，12页上~13页上。

③ 参见宋濂：《戴仲积墓志铭》（1350），见《宋文献公全集》卷50，3页下~4页上。

朱震亨的学术渊源可以通过其师罗知悌上溯到刘完素，下又传至其众多弟子，其中包括皇室成员和重要的书香门第的子弟，如明初杰出的御医戴思恭。此外，以朱震亨为中心的一个有影响的医学流派，在明初已牢固扎根，尤其是在江南地区。<sup>①</sup> 明清的主流医学从未挑战过朱震亨的集大成式的学派，在日益加深的南方影响的作用下，它非但没有改变反而更见充实。不过，如果没有医学知识传承中的第二次发展：即中国南方地区医学世家的巩固，这一传统的影响也就不会那么大。

家族作为医学知识传承的主要体系的角色就像师徒关系一样古老。远古时期就已经出现了以其医者而名的氏族和宗族，六朝时，门阀大族是医学知识的保存者。<sup>②</sup> 宋代，许多名医都在他们自己的家庭或宗族内部接受培养。北宋时期，“世医”早已是一个常用语。历史最为悠久的医学世家被认为是松江（江苏）的何氏，它大概起源于13世纪早期，一直延续到19世纪50年代。<sup>③</sup>

甚至金元大家也是既由他们的家人培养，也热衷于培养他们自己的孩子。张元素教自己的儿子张璧行医，张从正也声称由家人传授其医学。<sup>④</sup> 中国北方确实存在着历经金和北宋的医学世家，虽然它们似乎并不普遍或者长久。<sup>⑤</sup>

直到元朝重新统一中国，医学研究的中心移到南方，悠久而庞大的医学世家才再度占据主导地位。除了众多弟子，朱震亨也教授自己的儿子朱玉如和侄子朱嗣汜，二人明初均成为浙江的名医，朱玉如的儿子朱文永则出任县里的“医学训科”。朱氏家族已知的最后一位从医者是朱玉如的孙子朱宗善，他是15世纪30年代中期的一位名医。<sup>⑥</sup> 元明之际兴起的南方医学世家中，有苏州的葛氏、金华的戴氏和义真（江苏）的蒋氏，

① 吴以义 1993—1994 年的研究主要关注追溯到朱震亨的传承。另参见薛益明：《丹溪学说与明代前期医学思想》，载《中华医史杂志》第 20 卷，1990（4），200～202 页；方春阳：《朱丹溪弟子考略》，载《中华医史杂志》第 12 卷，1982（4），209～211 页。

② 参见范行准：《中国医学史略》，57～62 页。

③ 参见何时希：《何氏八百年医学》，引自高伟：《金元医人》，190 页。

④ 参见丹波元胤编：《中国医籍考》，210 页；张从正：《儒门事亲》卷 1，见《子和医集》，39 页。

⑤ 参见陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》，182 页。

⑥ 参见《义乌县志》卷 17，人物，1 页下，1640。

他们和元代朱震亨集大成的学说有着思想上的联系<sup>①</sup>，从而提高了金元学派的声望。明清时期这样的医学世家更为普遍，尤其是在浙江、江苏和安徽。<sup>②</sup>

宗族依靠社会—政治网络、地方权力的获取以及对某些知识或技能的长期垄断来维持世代相传的优势地位。这些对世代维系的关注为妇女提供了在医学知识传承中发挥作用的机会。虽然文字资料通常无视于妇女在医学世家中的角色，但零星的记载确实表明，她们肯定而且可能越来越多地参与到家庭内部医学知识的传承中，其中比较成功的大大提升了其宗族的地位。<sup>③</sup>

从宋代至明清时期，随着中国南方世家的巩固，妇女积极介入家族内部医学知识传承的步伐加快了。忽必烈的私人医生，曾和罗天益一起编写了元代唯一一本由官方资助的本草著作——《大元本草》的许国祯，就很有可能是由其父母亲共同培养的。他的母亲韩氏是一位名医和饮食学家，在宫廷侍奉皇后。王东野，13世纪晚期江西的著名医官，其父亲和祖父均为家乡的名医，青少年时期由其祖母教导。元朝御医盍彥泽，其祖父和叔叔供职于金朝廷，也有一位当御医的姨母李氏。明清时期，妇女学医和活跃于社会开始常见，其中许多人像男性文人医家一样诊脉、引经据典和诊断。她们被称为女医或医婆。<sup>④</sup>

除了由其家庭培养、在宫廷或社会上以医为业的女医，还有通过给

① 参见田渭法等：《戴氏世医考》，载《中华医史杂志》第21卷，1991（3），157～158页；Wu Yiyi, “A Medical Line of Many Masters: a Prosopographical Study of Liu Wansu and His Disciples from the Jin to the Early Ming,” *Chinese Science* II, 1993—1994, pp. 50—56; 高伟：《金元医人》，65、268页。

② 通过利用二手的宋、金、元、明、清时期医家的传记，我统计出江苏、浙江两省有22个医学世家起源于宋代，78个起源于元代，284个起源于明代，540个起源于清代。见笔者（台湾）“行政院国家科学委员会”研究报告（未刊稿），2～3页，1998-09-12。

③ 早在北宋初年，以长于妇科疾病而名的杭州地区的郭氏家族，曾出过一位娘家姓冯的女子，她成了宋代某位皇后的私人医生，并受到过赐封。妇人王氏，嫁入了金华县的另一个郭氏家族，成为女族长并引导该族从事妇科。她本人也是一名御医。参见《浙江通志》卷196，3页上～下，卷197，14页下，1899年重刻1736年版；《兰谿县志》卷5，1页上，1888。

④ 参见高伟：《金元医人》，52～53、112、151页。关于在医学上有所成就的由其家庭培养的女医，参见梁其姿，“Women Practicing Medicine in Pre-modern China,” in *Chinese Women in the Imperial Past: New Perspectives*, ed. H. Zurndorfer, Leiden: Brill, 1999, pp. 101—134。



名医当助手来获得医学知识的地位较低的妇女。其中的一个例子是张从正的女仆，显然她直接向其主人学医。当张碰巧外出时，她就为情况紧急的病人提出建议。<sup>①</sup>

我们对于妇女作为医者和老师的角色及其业务活动仅有的一点了解，大部分来自其男性亲属或男性方志编撰者留下的零星文字记录。直到晚明和清代，因为更活泼的出版文化，可能也因为习医的识文断字的妇女日益增多，外人才能接触到妇女撰写的医学著作。其中的两个例子是无锡谈允贤（1461—1554）和四川曾懿（1853—？）的著作，费侠莉曾述及前者。<sup>②</sup>

医学传承的第三种模式，即自学成医的模式，首先出现于宋代。在学术传统中地位重要的医家中，这样的例子很多，如北宋研究伤寒的大家许叔微、朱肱及金代大家刘完素、张元素。<sup>③</sup> 据说刘完素年轻时阅读了许多医书，曾经在寤寐间突然出现两位道士仙人向其揭示医学的奥秘。<sup>④</sup> 与此相似，某个夜晚张元素梦见有人在其心脏凿了一个洞，并置数卷书于其中，自那晚之后，张元素开始洞彻医术。<sup>⑤</sup> 虽然如此，围绕着刘和张的“开悟”（染上了道家色彩）的传说肯定了书籍对他们获得学问的重要性。此外，李杲（张元素的弟子）和朱震亨（刘完素“学术上的曾徒孙”）在找到师父之前都自学多年。李和朱的例子说明，有儒学背景的人转向医学是自然而容易的。

这些有学问、勇于革新的医家可以自学医学一事揭示了两个事实：首先，医学书籍已越来越容易获得，医学也就不再为少数大家或世家独

① 参见张从正：《儒门事亲》卷7，见《子和医集》，214页。

② 参见Furth, Charlotte, *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History, 960—1665*, Berkeley: University of California Press, 1999, pp. 285 - 297。另见梁其姿，“Women Practicing Medicine in Pre-modern China,” in *Chinese Women in the Imperial Past: New Perspectives*, ed. H. Zurndorfer, Leiden: Brill, 1999, pp. 101 - 134；郑金生：《明代女医谈允贤及其医案〈女医杂言〉》，载《中华医史杂志》第29卷，1999（3），153~156页。

③ 参见李云：《中医人名辞典》，240、167页，北京，国际文化出版公司，1988；高伟：《金元医人》，7、17页。关于许叔微，另见洪迈《夷坚志》中关于他的传说（甲志，卷1，38页，台北，明文书局，1994）。

④ 参见刘完素：《素问玄机原病式》，程道济序，见丹波元胤编：《中国医籍考》，678页。

⑤ 参见李濂：《医史》，91页。

占；其次，越来越多的医学专家精通经典。实际上，宋、金、元、明许多医家一开始都是常规意义上的学者，后来才因为各种原因转向医学。韩明士（Robert Hymes）对元代抚州（今属江西）儒医的背景的研究证明了，当时儒家学者和医学研究之间存在着错综复杂的关系。<sup>①</sup> 较近陈元朋在其关于儒医的含义及演进的研究中揭示出，儒医的两种主要类型——尚医士人与以儒士为楷模的医者——早在北宋时期已经大量存在。<sup>②</sup> 自宋以后，自学成才的医家和儒医现象一起不断增多。

出现于宋代，金元时期取得了可观发展的另一个新的传播手段是“专业网络”。医学知识在由学者和医家构成的不同网络内的传播和发展变得十分普通，北宋时期一个有名的例子是庞安时和学者苏轼与黄庭坚之间的关系。苏、黄二人都为庞的著作写过序<sup>③</sup>，庞还把苏轼给他的一个“秘方”收入其著作中，他相信它能有效遏止瘟疫。<sup>④</sup>

与此相似，金代几位大家和他们的学者友人之间的关系也有助于医学的推进。例如，张从正将医学教授给他的年轻朋友麻九畴（1174—1232）。麻九畴在元时过着隐居生活，交游于一个包括赵秉文、常用晦（1178—1251）等人在内的由著名学者和医家构成的圈子中。据说麻“尽传其学”，而且他非常欣赏张的代表作《儒门事亲》。<sup>⑤</sup> 1232年，李杲和他的朋友元好问为了躲避蒙古人的入侵，逃离开封时第一次见面，并一起在陕西和山东游历了六年。元好问为李的许多著作写过序。<sup>⑥</sup>

元明时期有许多这种学者、医家结为朋友的例子。一个典型例子是项昕（见上文），他除了是许多学者的朋友之外，也熟悉并向江南地区至少7位同行学习，包括朱震亨和葛可久。<sup>⑦</sup> 陈元朋对金、元和明初学者的

① 参见 Hymes, Robert, "Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan," *Chinese Science*, vol. 8, 1987, pp. 9-76.

② 参见陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》。

③ 参见庞安时：《伤寒总病论》卷7，苏轼、黄庭坚序，见《医学大成》，第3册。

④ 参见庞安时：《伤寒总病论》卷7，见《医学大成》，第3册，377页。实际上宋代医家批评该方过于危险，参见丹波元胤编《中国医籍考》中的序言及关于此方的论说（579~580页）。

⑤ 参见刘祁（1203—1250）：《归潜志》卷2，2页上~下，见《笔记小说大观》，第22编，第3册，台北，新兴书局，影印明初本；高伟：《金元医人》，24~25、30~31页。

⑥ 参见元好问：《元好问全集》卷2，《伤寒会要引》，55~56页。

⑦ 参见戴良：《九灵山房集》卷19，《抱一翁传》，9页下~10页上，见《四部备要初编》。

66部文集的分析显示，这一时期的医家和学者构建了稠密而复杂的网络。<sup>①</sup>而且，这些著作表明，许多儒学大师，如戴良和宋濂，通过与医家为友获得了丰富的医药知识，甚或他们的友谊就是部分地建立在了他们共有的医学知识基础之上的。

宋代以来，印刷术的推广和图书市场的扩大在医学知识的发展和传播中发挥了非常重要的作用。从11世纪晚期开始，刊本越来越容易获得，其数量更多，价格更便宜。<sup>②</sup>正如贾晋珠（Lucille Chia）所言，元明时期医书出版的稳定增长与经典作品和儒学著作的出版相当。<sup>③</sup>单就医书而言，它包括医学经典、方书和本草著作，宋代至少有24部由宫廷编纂的著作刊行，其中大多数在12世纪中期以前。除了由政府广为颁行外，也有一些文本后来又由私人多次重印。<sup>④</sup>随着私人编辑出版医书的增多，医学知识不可避免地广泛传播，因为少数大家或世家再也不可能垄断医学教学。这部分地解释了12世纪之后医学知识的蓬勃发展。

其实，正如我们已发现的，从12世纪开始，医家中自学成才者的数量在增多。朱肱无疑是最早受益于1065年国家刊印的张机《伤寒论》的学者之一，该书在当时广泛颁行。朱氏带着极大的兴趣研读该书，并于1107年刊印了《伤寒百问》。朱肱的这部著作很快为其赢得了声望和官方医学机构中的高位。与朱同时代的许叔微，在11岁时双亲死于瘟疫后，决定自学医学，也受益于各种方书以及1065年本的《伤寒论》。许氏的伤寒论著和验方都是以对这些广为流传的刊本的研究为基础。<sup>⑤</sup>1027年国家刊行的《内经》和北宋时期的许多伤寒著作与方书，激发了金代大家的新思想，他们的创新是建立在对《内经》的研究和对其他著作的批评的基础之上的。元以后自学的医家确实变得更为常见，因为刊印书籍

① 参见陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》，154~159页。

② 参见 Cherniack, Susan, “Book Culture and Textual Transmission in Sung China,” *Harvard Journal of Asiatic Studies*, 54, 1994, no. 1, pp. 44-47.

③ 参见 Paul Smith and R. Von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*, pp. 284-328.

④ 参见陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》，40~46页。

⑤ 参见许叔微：《普济本事方》，见丹波元胤编：《中国医籍考》，609~610页。

更容易获得。<sup>①</sup>

印刷术也有助于推动新医学思想，并在金以后医学学派的形成中起到了关键的作用。如果说从12世纪开始刊印的经典著作推动了总体上的医学研究，那么北宋政府为了向人民提供实用的医学知识而实行的推广伤寒“验”方的政策，则在金代引发了批评和革新的潮流。朱肱的《伤寒百问》的成功，促使他于1111年又刊印了另一本通俗的伤寒论著。<sup>②</sup>到1118年，该书已在从京师到浙江的5个不同地方印行。因为不满刊本错误频出，朱肱让刻工在杭州重新镂板刻印。为了更广泛地传布，后来刊印了一种易检阅、中型开本的新版本，医家可以随处携带。该书成为非常流行的医书后，立刻使朱肱成为这一问题的专家。<sup>③</sup>如上文已提及的，这一著作的权威地位使得朱肱成为金代大家抨击的特殊靶子。

类似的情况也出现在方书方面。著名的《太平惠民和剂局方》肇因于国家试图校勘现存的所有方书，以确立有权威性的资料来源：“公私众本，搜猎靡遗……订其讹谬，折其淆乱，遗佚者补之，重复者削之，未阅岁而书成。”该书的第一版由政府于1107—1110年期间刊印，南宋时期至少修订了6次，整个宋代又由印书商重印了无数次。<sup>④</sup>这部著作在宋代医学传统中的崇高地位，很大程度上是由于它被重刊多次。许叔微唯一一部方书的众多宋代版本和苏轼所编方书的巨大影响证明了当时人们

① 关于元和明初自学医书的医家的例子，参见 Wu Yiyi, “A Medical Line of Many Masters: a Prosopographical Study of Liu Wansu and His Disciples from the Jin to the Early Ming,” *Chinese Science* II, 1993—1994, pp. 56—61.

② 参见《伤寒百问》、《南阳活人书》序，见丹波元胤编：《中国医籍考》，389～393页。

③ 参见张藏、朱肱为该书所作的序以及刘完素的评论，见丹波元胤编：《中国医籍考》，391～393页。宋代中号字的书籍最流行，因为大号字的书太贵，而小号字又极难阅读。朱肱书的最早版本有可能是昂贵的大号字本，参见张秀民关于宋代书籍印刷字体的探讨（《中国印刷史》，161页，上海，上海人民出版社，1989）。刘完素批评该书的内容，却承认该书写得好，使用方便：“今之用者多矣。”据冈西为人研究（《宋以前医籍考》，425～426页，北京，人民卫生出版社，1958），朱肱的著作已知的至少有5种宋代印刷本和手写本。另一方面，许叔微的伤寒论著显然为宋代的印书坊所忽视，已知的并无宋本，该书直到明代才引起关注（同上书，445、448页）。

④ 该书的陈师文序，见丹波元胤编：《中国医籍考》，587～588页。另见马继兴：《中医文献学》，178页，上海，上海科学技术出版社，1990；陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》，46页。

对出版方书的热衷。<sup>①</sup>

与此相反，钱乙、陈自明和陈言所写的与金代大家的著作关系更密切的作品却被宋代的出版业相对忽略了。<sup>②</sup> 虽然这些著作在后世引起了较多关注，但并没有引起金、元和明初主要医家的注意。

明初、金、元大家的权威和巨大影响与他们的许多著作的被刊印有关，尤其是像朱震亨这位集大成者和拥有许多具有影响的弟子的老师。金代出版了刘完素、张从正、张元素和李杲的著作，其中许多在元代重刊。元代是医书出版业的关键时代。<sup>③</sup> 朱震亨本人在晚年刊印了他的一些著作，不过，从14世纪晚期到17世纪，他的许多手稿由其弟子或仰慕者注释并编辑成至少12部刊本，且在全国各地重刊了多次。<sup>④</sup> 而且，金元大家的著作常常借由著名儒家学者如王恽、吴澄（1249—1333）、宋濂、戴良的序跋来增色，这一点又大大提高了这些书作为学术著作的地位。<sup>⑤</sup> 这些事实部分地解释了这些金元大家对其直接后继人的巨大影响。

很清楚，北宋朝廷作为刊本的主要来源，是促使医学研究趋势形成的主要力量。从12世纪开始，由医家和学者，还有民间印书坊构成的网络，开始在出版行业、领导潮流和制造医学明星方面发挥越来越重要的作用。然而，目前我们对于刊本文化史的不同面相还知之甚少（例如，由谁决定印什么？印多少？用什么版式？怎样的学者和哪些印书坊有联系？何种书为何种读者而出版？），故还难以更确切地了解在这个关键时期刊本在医学知识传播史中的作用。

<sup>①</sup> 关于许叔微是书已知的3个南宋版本的记载，见[日]冈西为人：《宋以前医籍考》，847~850页。关于苏轼医方在宋代的影响，见丹波元胤编：《中国医籍考》，579~581页。

<sup>②</sup> 冈西为人仅仅记录了钱乙和陈自明著作的可能某个宋本中的一两段引文。明代时他们的重要性才被发现。有关陈言著作的引文不超过5段，而且应来自同一宋版本。参见[日]冈西为人：《宋以前医籍考》，862~863、1030~1031、1111页。

<sup>③</sup> 参见张秀民：《中国印刷史》，254~255页。马继兴的研究（《中医文献学》，186~208页）表明，现存最早的这些大家的著作大多数为元代版本。

<sup>④</sup> 关于详细的朱震亨著作的出版史，参见马继兴：《中医文献学》，193~197页。

<sup>⑤</sup> 关于金、元、明时期与医家有关的学者作品的更多详细情况，参见陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》，154~159页。

## 2. 非学术的传统

和医学学术传统的巩固并肩而行的是非学术的医疗技术的不断发展，后者也在相似的体系内传播，尤其是师徒之间和家庭内部。这一传统，正如上文所及，可能得益于宋以后学术传统与通俗传统的分离，因为需要更多技术训练或和病人身体接触的专科目渐留给了通常目不识丁的普通医者。正如奚如谷描述的戏剧的情况<sup>①</sup>，在医学领域我们也看到了被日益为士人独占的以文本为基础的传统所抛弃的民间口授传统的持续发展。因为它的口头性质，我们没有多少关于民间医学知识传承的资料，但是，值得指出的，它和学术传承有两点明显不同之处：书籍在知识传播中无足轻重；妇女发挥了重要作用。

民间医学传统有活力的一个间接证据是有地位的家庭对女性医者疑虑的不断增多。早在南宋时期，著名家训《袁氏世范》的作者袁采，就曾警告说：“妇人以买卖、针灸为名者，皆不可令人人家。”<sup>②</sup> 到元代，尼姑、药婆、稳婆已列入被蔑称为“三姑六婆”的9种职业妇女之列<sup>③</sup>；这个称号意指着她们是正经人家应该避之如避蛇蝎的，品德低贱、腐化的妇人。这个词的演进反映了对这些妇女在社会上的影响的日渐焦虑。实际上，从4世纪的晋代到明初，对从医的道姑的记录充斥于士人的作品和方志。据说各个时代的大多数女性医者都是针术、灸术、眼科、皮肤病和接生的行家，或从事卖药和巫术治疗。<sup>④</sup>

① 参见 Paul Smith and R. Von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*, pp. 329 - 373.

② 袁采：《袁氏世范》卷3，5页下，见《笔记小说大观》，第4编，第4册。参见 Ebrey, Patricia Buckley, *Family and Property in Sung China: Yuan Ts'ai's "Precepts for Social Life"*, Princeton: Princeton University Press, 1984, p. 304.

③ 地方官员便览《吏学指南》(1301)的作者徐元瑞，是最早提及该词的人之一。其后陶宗仪(约1316—1402)在成书于1366年的名作《辍耕录》中也提到了“三姑六婆”。关于该词的历史提法，参见梁其姿，“Women Practicing Medicine in Pre-modern China”。这个词及由其引起的偏见，在明清时期的道德家当中是流行的。

④ 参见梁其姿，“Women Practicing Medicine in Pre-modern China,” in *Chinese Women in the Imperial Past: New Perspectives*, ed. H. Zurndorfer, Leiden: Brill, 1999。明代擅长这些技术的妇女的例子，另见 Furth, Charlotte, *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History, 960—1665*。

她们的男性同行——那些做眼部手术、针灸、治疗痈疽的人——不再被尊为扁鹊的真正后人。相反，他们日渐被儒医视为“庸俗”、“低下”的乡野村夫，而儒医则因为印刷业的兴盛所赋予的权威而更具职业信心。元代学者吴澄表达了对这些“俗医”的同情，他发现在他所在的时代，扁鹊后人被轻视是不公正的。吴澄曾经为一位被人当作“俗医”、遭人鄙弃的眼科医者作辩解，认为他也应该像扁鹊那样受到尊敬。<sup>①</sup>然而，吴澄的观点并没有为大多数学者所接受。

罗天益正是持这种主流态度的典型。他带着显而易见的轻蔑，抱怨被称作“福医”的文盲医者的流行：

或曰，明医不如福医。某处某医虽不精方书、不明脉候，看证极多，治无不效，人目之曰“福医”。谚云：“饶你读得王叔和<sup>②</sup>，不如我见过病证多”，颇有可信……噫！医者之“福”，福于渠者也，渠之福安能消病者之患焉？世人不明此理而委命于福医，至于伤生丧命，终不能悟。此惑之甚者也，悲夫！<sup>③</sup>

吴澄和罗天益的说辞，外加“三姑六婆”一词的流行，表明了宋、金、元时期民间医学传统的持续发展，也说明这些民间传统上的医者，无论男女，都有高度的竞争力，尽管他们遭到了精英的指责。学术传统的巩固并没有阻碍民间业医者的事业。官方周期性地试图规范这些医者，但总是徒劳无功。晚明的吕坤（1536—1618）提出，受任命的地方医官应该：“令四境行医人等，不分男妇，俱委佐贰，会同医官考试，各认方科，分为三等。上等堪以教习授读医书，中等不通文理，令记单方，下等止许熬膏卖生，不许行医。”<sup>④</sup>

吕坤的提议从未实施，但是它们显示出学术传统巩固数世纪后民间传统依然多么顽强。这个传统甚至被一些专家认为是有内在价值的，如

① 参见吴澄：《吴文正公集》卷30，《题赵中丞述眼医说后》，8页上～下。

② 即西晋医学家王熙，他整理了张机的经典著作《伤寒论》，并撰有《脉经》。该书成为这类题材中的经典和北宋政府刊印的主要著作之一。参见李濂：《医史》，102～106页。

③ 罗天益：《卫生宝鉴》卷3，5页下～7页上。

④ 吕坤：《实政录》卷6下，28页上，见《吕子全书》，云南图书馆，1918年刻本。

学者兼药学家赵学敏（1719—1805），将一位铃医之语记录下来撰成《串雅》一书，并将该书于1759年刊印。

学术的与民间的医学传统分离于漫长的宋、元、明变迁时期，并在此后延续。这一变化与宋代出现的若干新元素密切相关：印刷术的推广，文人家族的日渐增长，他们的文化和社会—经济威望此时与科举考试联系在了一起，以及道学的兴起。虽然医学从未被纳入科举考试，也一直没有成为精英教育中优先之学问，但在宋代及后代日益占据主导地位的儒学传统和士人阶层都涉足医学。好诊脉、处药的古典医学遗产中与书籍有关的、理论性的一面，发展成为逐渐克服了最初的地区差异、元明之际成为兼收并蓄的综合性医学的学术传统。南方文化不断加深的影响要到后来的明清时期才出现。

相比之下，民间的传统可能以和宋代之前非常相似的面目持续下去，并带有某些地区差异。虽然被医学精英边缘化——但并非有效地控制，民间医者在社会上仍有影响力，因为他们不能为精英所取代，后者，毕竟只是“文明化”古代医学传统的某些方面，而远非全部。

（朱慧颖译，余新忠、梁其姿校）





## 第二章 明清中国的医学入门与普及化\*

### 一、导论

裘笑梅——一位生于杭州的杰出女医，在1911年她18岁时开始拜师学习中医。在决定是否收她为徒前，老师考问三个月前要她研读的四本医书的内容，分别是《医学心悟》（1732）、《濒湖脉学》（李时珍著，1564）、《药性总赋》（15世纪）与《汤头歌诀》（1694）。<sup>①</sup>这四本流传在15到18世纪的医书是明清时期流行的医学入门读本。这些著作不仅运用在明清的医学入门教育上，也见证了医学入门读本成熟的全盛时期的盛况。

本章首先将透过这些和其他明清的医学教科书来呈现明清的医学入门教育的变迁。这些教科书有许多共通点：第一，它们均基于同样的医学经典，第二，相较于医学经典，这些教科书的文字与内容有明显的简单化<sup>②</sup>；第三，这些书籍的大多数作者通常会在卷首注明，它们的目的在

---

\* 本章之法文稿原发表于 Despeux and Nguyen Trieds, *L'éducation et l'instruction en Chine*, Paris: Biblio thique do l'INALCO, 2003。另一内容略有不同的英文版本发表于 *Late Imperial China*, 24.1, 2003。本译稿乃2004年发表于《法国汉学》译稿之修正版。我要感谢1999年6月在法国国立东方语言文化学院举办的《中国的教育和培养》研讨会的主办人，特别是 Catherine Despeux（戴思博）和 Christine Ngyuen-Tri（阮桂雅）。另外感谢与会学者给我有益的评论。尤其感谢费侠莉和张哲嘉详读论文初稿后给予的宝贵建议。

① 参见朱璘：《妇科女名家——访裘笑梅主任医师》，载《浙江中医学院学报》，1989（3），1页。

② 头两个特质和近代西方为了医学知识普及化的目的而印的书相类似，参见 Poirier Jacques, "La Vulgarisation Médicale au XIX<sup>e</sup> Siècle," dans François-Olivier TOUATI (éd.), *Maladies, Médecins et Sociétés: Approches Historiques Pour le Présent*, Paris: L'Harmattan, 1993, p. 219。

教导初学者或其学生。遗憾的是，尽管明清时期出版了许多这样的医学入门书，却被各家书目归在不同门类，从未有一个独立的项目。再者，有时这些书籍的书名不易理解，或因出版局限于地方，或纯为私人用途而刊行，以致流通受阻。因此要将明清医学入门书作一全面的探查是不可能的，这篇论文所引用的入门书只占其中一小部分。但事实上，这些书曾重刊或重编，并常为当代和后来的医者引用，在很大程度上，这说明了它们的影响力和代表性。<sup>①</sup>

的确，早在14世纪晚期，书籍市场上就增加了许多医学导读。这种现象的发生有几种原因：从金元时期起新的医学学术正统的出现；理学兴起的影响，师徒关系在传承医学知识上的强化<sup>②</sup>；官方对医学学习和实践的掌控的式微<sup>③</sup>；印刷文化的盛行。自明以来，学习正统医学变得更容易，却同时也更混淆。更容易是因为市场上有更多的入门书及元明间被认为是经典的医书。混淆的原因是因为对任何单一的标准教学方式没有学术共识，尽管医学正统已然成形，但也没有任何机构能有效地树立习医的规范。金元医学正统的强化源于宋元交替时古代医学传统的断裂。理学的渐占优势和士人阶层的兴起将部分医学“文明化”，即趋向强调理论、支持脉诊及开处方的医疗方式。这个传统涵括了许多古代医学经典和较晚近的文本，是由包括最具代表性的朱震亨在内的所谓金元四大家所建立。朱是位名医，并且是浙江理学学者。<sup>④</sup>

这种儒医传统的确立，却是在排除了古代医学的某些方式上完成的。自明代以来，这些被排除的方式被边缘化，成了通俗传统。这些包括古

① 除了那些可取得的当代出版品外，我在《全国中医图书联合目录》（北京，中医古籍出版社，1991）也查到许多这种文本。

② 参见 Leung Angela Ki Che, “Medical Learning from the Song to the Ming,” P. Smith, R. Von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*, Harvard University Asia Center, 2003, pp. 374-398.

③ 参见 Leung Angela Ki Che, “Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region,” *Late Imperial China*, vol. 8, 1987, no. 1 (June), pp. 134-166.

④ 这种新兴传统的权威性在明初被像宋濂那样著名的儒家化官僚所承认。有关宋元明时期习医的发展的复杂性，参见 Leung Angela Ki Che, “Medical Learning from the Song to the Ming,” P. Smith, R. Von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*.

代传统中较为技艺性的、“手艺”的和宗教（或被精英视为是“迷信”）的面向，例如针灸、眼科及其他外科技艺和巫术疗法。自明代以来这些领域的专家主要来自社会底层，逐渐被视为缺乏知识深度，而只拥有技术。其中也包括一些女性。遗憾地，也由于他们缺乏文字能力，这些领域的知识主要是透过口授来传播。<sup>①</sup>

儒医传统教学课程是必要的，这个概念可由大量增加的人门教科书反映出来，这些教科书也经常被拿来和理学传统的启蒙读物相比较。然而，因为没有有一个机构或制度能够主导医学训练，课程本身也随着不同的医家而有所差异。我们将简略地描述明清时期的医学入门书例子来说明这点。

## 二、明代的医学入门书：儒医模式

明代早期有系统的医学入门书的代表作之一是 1388 年由陕西刘纯所作的《医经小学》，他是朱震亨的学生刘叔渊之子。刘纯另外也写过几部较不为人所知的医学入门书，如《本草歌诀》和《药性赋》。因为明初曾任大学士的重要政治人物杨士奇曾于 1438 年替此书写序，《医经小学》显然是一部明初重要的医学入门书。

书中的歌诀是以医学经典为本，例如《素问》、《灵枢》<sup>②</sup>、《难经》，以及张机（东汉）、王叔和（魏晋）<sup>③</sup> 与金元四大家——刘完素、张从正、李杲与朱震亨的作品等<sup>④</sup>，因方便初学者记诵，杨士奇相当推崇此书。易言之，这本入门医书的编纂方向与金元时期所建立的儒医正统一致。

从书名中“小学”的字意，我们了解到作者企图模仿儒家经典的教育模式设计出一套教学计划。在他所写的序中，他宣称此书是要协助初

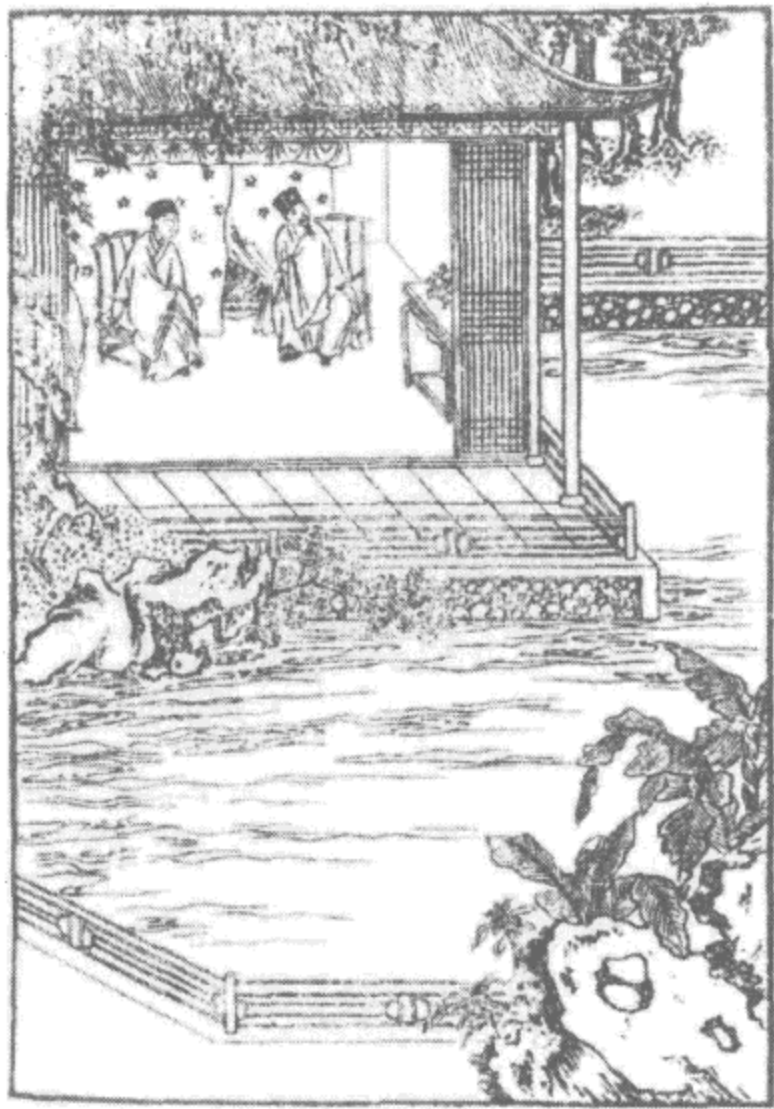
① 参见 Leung Angela Ki Che, “Medical Learning from the Song to the Ming,” P. Smith, R. Von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*.

② 一般视这两部作品为《内经》的残本。

③ 他们分别是医学经典《伤寒论》和《脉经》的作者。

④ 参见刘纯：《医经小学》，杨士奇序（1438），见《增补珍本医书集成》卷 8，1 页，台北，世界书局，1962。

学者“得以因流寻源，而不蹈夫他歧之感”<sup>①</sup>。初学者的“初步学习”应该从将重要经典简化成方便记诵的歌赋形式开始。刘纯认为，初学者应先有六种医学初步知识：即本草、脉、经络、病机、治法及运气。他的书即以上述题目分为六卷，卷首有两句引自《玉匮金钥》的歌诀——《医学指南总诀》，诠释这六种知识的重要性。<sup>②</sup> 大部分的内容是歌诀形式，有些则是原典资料。在冗长的卷尾中，他特别强调五运六气的理论观点及其在诊断上的应用，这显示了宋金医学理论的发展对刘纯的深刻影响，刘纯可说是代表了 14 世纪医学传统。从引文中，我们了解到杨士奇肯定的理由：刘纯恰如其分地引用了古代医学经典和金元四大家的作品。



《金瓶梅》中所见明代儒医形象

然而，尽管明初刘纯所设计的入门书具系统性、忠于经典，并受到政治精英的推崇，但却未能主导医学入门书的市场。明清以来陆续地出版了不同课本，提供给初学者不同的学习主题。当更易读的入门书随后出现时，刘纯的书似乎失去了原有的优势。的确，它曾在明代中期以前（大部分是在 15 世纪）至少重刊过三次，但自 16 世纪后，它在明清中国就几乎未曾再重印过。<sup>③</sup> 但是它仍是明代许多医学入门书的典范。

的确，15 世纪后，为了要让初学者容易习医，出现了简化语

① 刘纯：《医经小学》，前言（1388），见《增补珍本医书集成》卷 8，1 页。

② 参见刘纯：《医经小学》卷 1，见《增补珍本医书集成》卷 8，1 页。《玉匮密钥》现已不存，我们也没有任何关于此书的信息。

③ 它在 1438 年、1473 年和明代某一年重印过。它于 19 世纪时在日本至少重印过两次，但到了清代则从未再印过。《全国中医图书联合目录》中，刘纯的著作资料在 319 页。这里使用的是《增补珍本医书集成》版，为明万历年间（1573—1620）的重刻本。

言和方法的趋势。曾撰名著《石山医案》的安徽新安名医汪机（1463—1539），为了使人便于习医，写了一部 7 卷的入门书《医读》。汪机用心地编辑这部入门书，使得初学者容易学习。在序言中，汪机写道：“是书之作可使便蒙学之记诵，故于药性、脉候、病机，悉皆四字成句，协之以韵，其煎药方，则如前贤，括以七言诗。”<sup>①</sup>

这部入门书特别强调透过歌诀来协助对药方的记诵。然而，他同时不忘提醒初学者，熟读这本入门书，只不过学到了表面功夫；若要进一步精进，他建议初学者应该参阅《内经》、《难经》、《脉经》<sup>②</sup>，以及张机、孙思邈（唐，581—682）、王焘（唐，670—755）、巢元方（隋，7 世纪）、陈言、杨士瀛（南宋，13 世纪）、滑寿和金元四大家与当代南方名家的著作。<sup>③</sup> 显然，明初的刘纯较接近金元的传统，而一个世纪后的汪机则更偏向唐宋经典。

然而，汪机尊重医学正统的态度和刘纯相似。二者都意识到要提醒初学者若要有完整的医学训练，就必须进一步研读经典，相对于刘纯设计的一套更全面和或许较均衡的六项初学者课程，汪机则特别强调药物治疗和处方的记诵，明白地要激发初学者从一开始就对临床操作产生兴趣。这部著作简单易学的特性也让它除了以抄本形式流传外，至少还有一种清刻本（1669）。<sup>④</sup>

明代最具影响力的医学入门书之一是江西李梴（16 世纪末至 17 世纪初）的著作。他的《医学入门》刊于 1575 年。这部书也分为 7 卷，分别处理经络、本草、伤寒、杂病、妇幼病及外科，最后两卷是用药赋。这部书的独特之处在于在有关经络的一卷中有详细的针灸术说明，而且妇幼病一卷中包括了外科部分。<sup>⑤</sup> 如同上文提到的，宋代以来，学术传统中的针灸、外科两种医学技术逐渐边缘化。收录这些内容显示出作者的务实

① 汪机：《医读》，凡例，1 页上，清康熙八年（1669）刻本。

② 王叔和的著作，成书于 280 年前后。

③ 参见汪机：《医读》，凡例，3 页下。

④ 参见《全国中医图书联合目录》，321 页。

⑤ 刘纯的著作也涵括了一节有关针灸的讨论，它是一篇引自《针经》的简短歌赋，《针经》现已佚失。在隋、宋和金时期有一些著作冠上这个书名，刘纯的著作没有关于外科的讨论。

取向，特别是相较于两世纪之前的刘纯。

这本书有一个大概性的序，讨论天人关系、历代医家及基本养生原则。在卷一即采用生动的文笔教授问诊的方式，如问“头痛否”？“口知味否”？“手掌心热否”？“心痛否”？“饮食多少否”？等等多条，视乎病人的情况，每个问题都有几个不同的答案与不同答案所透露的病情。如有关头痛的问题，可以有不同的回答，“痛无间歇为外感，痛有间歇为内伤”。整段以近乎白话的简易对话写出，读者几乎可以从中听到李梴教书的声音。<sup>①</sup> 这个简明的写作方式是这本入门书的主要优势。

但这本书的声誉并不单建立在其简易的风格上。此书最后作结的一段“习医规格”充分显示作者儒医的身份。而正是从最后这个部分我们可以再度看到这部入门书和刘纯的《医经小学》及汪机的《医读》的一贯性。古代医学经典《素问》、《难经》和金元四大家的著作是这部书的征引依据。据李梴的说法，若彻底牢记此书，就可成为一位“小医”。他说若要成为名医的话，不仅要每日研读医经，而且尤其要读儒家经典。作为入门医书的模板，李梴的书在书市的反应不错，除了在1575年有两个初版外，在明代至少重刊了5次，在清代就至少重刻过13次。在20世纪之前，它至少在韩国刊过一次，在日本刊行16次。<sup>②</sup>

这三部明代医学入门书是元明时期医学学术传统儒化的代表，并显示了明代医学传习更重视临床的取向。这三位作者都研读儒家经典，并且都曾先求取过功名，然后才因不同理由而习医。他们都有意识地仿效儒家教育模式来设计入门书，也都把教学奠基于背诵从经典淬炼出来的文字之上。在这三部书中，刘纯的书最强调宋金的五运六气理论，而李梴的入门书则最全面而方法折中。两本书都是设计给习医前对儒学已有良好训练的学习者。《医学入门》同时也是三者中临床倾向最强的书，包含有针灸和外科部分。它的实践趋向或许说明了它在日后畅销的原因。在它之后的御医龚廷贤（16世纪）写的《万病回春》亦是有类似趋向的

① 参见李梴著、金嫣莉校注：《医学入门》，66~169页，北京，中国中医药出版社，1999。

② 参见《全国中医图书联合目录》，702~703页。

畅销书，它或许是受到李梴的著作影响。<sup>①</sup> 汪机的入门书是三本之中最简单的，尽管它在书市流通有限，难以和《石山医案》相比拟，但这入门书宣告了新的医学入门模式的出现，这些书的内容更“方便”初学者阅读，在日后清代书市中更具竞争力。

### 三、清代的医学入门书：实用取向

清代医学入门书的特色在于不仅内容更加简单化，而且在教授方法上更推陈出新，在某种意义上，它是针对要尽快准备开业的初学者。他们因此更为实际，具有明显的临床经验倾向，而不太强调理论或符合儒家道德的伦理要求。

清初江苏南通的张骞（1662—1722）曾经做过御医，著书介绍阶段式的医学课程给初学者。这部于1704年出版的医学入门书《医学阶梯》共2卷。在这本书中，张骞和他的明代前辈一样，强调了医道和儒理殊途同归，即使如此，相较于理学，医学只能算是“小道”。张骞的方法的新颖之处在于强调有个“初阶”可以让人从焉拾级而上。这本入门参考书的写法和其他的不同，它实质上是以散文写成，而不是歌赋。在卷一，张骞对医学上的许多基本的观念，提供了入门解释，其中包括论阴阳、病机、方土、论病人对医药的不同态度。在第二卷，张解释了六个较重要的医学知识范围：药性、处方、经络、脉、五运六气以及伤寒类疾病，将六个领域的医学经典与儒家六经相比附，既说明了一位初学者该如何阶段性地、正确地研读每种经典。<sup>②</sup>

张骞的文本尽管是散文的形式，但容易理解。这本书的目的在于当作入门教科书使用，而无须背诵。特别是在方土和病人对医药的态度的

① 龚的著作有8卷，开头是脉赋，其次是一般疾病的讨论，然后是治疗与药方。也有一卷讨论外科。根据该书的前言，这本书被当作入门参考书在流传，以便初学者可以知道从何着手。参见龚廷贤：《万病回春》，3、8页，北京，人民卫生出版社，1994。这本书至少有3个明代版和8个清代版，另外有许多日本版。参见《全国中医图书联合目录》，324页。

② 参见张骞：《医学阶梯》卷首，前言，3页上；卷2，医说、业医根柢论，1页上~3页下，清康熙四十三年（1704）刻本。

部分，相当明显地重经验、轻理论。这本书中，我们可以发现一位开业医对传授他的临床经验给初学者的热诚，以及他殷切关怀证明医学的学习价值仅次于儒学，这部书在 1731 年至少重刊过一次。<sup>①</sup>

清代的医学入门书中最具代表性的一本，是上文提到的于 20 世纪 20 年代由裘笑梅的老师所指定的几种入门读物中的一本——《医学心悟》，该书初刊于 1732 年。该书作者程国彭（1679—1753？，今安徽歙县人）就像许多明清医书著者一样，在转行学医之前曾经习儒。<sup>②</sup>在这本入门书的自序中，程清楚地提到他写这部书的目的是：“爰作此书，以教吾徒”。这部书的 6 卷中的第一卷以一首诗歌开场，从清代至今，这首“医中百误歌”广为流传。<sup>③</sup>这首歌诀的目的明显是为了要警告学习者在实际医疗时避免大家最常犯的错误。程将这些错误归为 5 类：医家误、病家误、旁人误、药中误、煎药误。其中医者所犯的错误种类最多（21 种），病患所犯的错误计有 12 种类型，其余 3 类所犯的错误总共只有 7 种。医者所犯的错误主要包括诊断与药方，原因是误诊或轻忽了像读脉、四时、阴/阳关系及药性等类的基本原则。他以每首 3 到 7 个字的歌诀来描述每个错误。易言之，某种意义来说，程的传授方式较其前人更为务实，他视医学是一种临床实践，必须考虑各种不同人性缺陷，而非单单只是一种哲理的训练。在这些歌诀中，他技巧地将各种医学知识结合，提出一系列所有的医者应该避免的经常性错误。

这部书在首卷提出了有关诊断、治疗、疫病的简单原则概念，并特别强调伤寒与“中风”类疾病，作者更进一步在第二和第三卷举例说明这两类病。第四与第五卷则个别谈男科和女科，后者的疾病则间接或直接与生产有关。这部书末卷则是“外科十法”，涉及针灸、艾灸与其他外科手术。这部分是在 1732 年程在寺院退隐时所作。换句话说，虽然作者引用古代和更多的近代医学经典——例如他的明代前辈的著作，但这部

① 参见《全国中医图书联合目录》，28~29 页。

② 参看程国彭：《医学心悟》，饶兆熊雍正壬子（1732）序，天津，天津科学技术出版社，1999。

③ 甚至有一个最近的大陆版本，即马有度注：《医中百误歌浅说》，北京，人民卫生出版社，1989（1993 年第 3 版）。此书前言提到该书特别有助于初学者学习临床中医学。



入门书基本上是根据实际效验的考虑来编纂，大多数的一般疾病是以直接与常识性的方式来分类和讨论，而不诉诸理论上的讨论辩护。像 16 世纪的李梴一样，程比较像是位开业医，而非一位哲人，他毫不迟疑地在他的书中收入了大篇幅的外科技巧。所以也毫不意外，这部教科书相当畅销：在它 1732 年第一次出版后，至少在清代重编过 26 次，并在 19 世纪特别普及。到了民国时期，在 1934 年以前，就至少有 7 种新的版本。<sup>①</sup>

显然，程国彭的施教方式是很具特色的。程的教学方法特别强调临床观察和文献研究。他要求他的学生在早晨朗读医学文献，日间协助临床诊断，夜晚参与日间所遭遇之诊断疑难的讨论。<sup>②</sup> 而程的原则依然是遵循着元明的医学传统，他的方式反映了清代医者渐趋专业化，体现在他对实践或临床方面的重视。

金元以来的医学正统入门书目在 18 世纪中期大抵已完备。乾隆御制的《医宗金鉴》在 1742 年出版并非偶然。这本共 90 卷的医学手册引述共同的经典，并且重视临床，也包括了多首歌诀。这本书不但看似入门书，也像医者的手册。<sup>③</sup> 这本书并没有建立起医学教育的范式，却无疑是当时最有影响力的医书的一个综合体。此书至今仍为医学教学的课本，足见 18 世纪中期的医学教育在典籍方面已相当完备。

#### 四、方便习医：赋与歌诀

越来越多的临床医学入门教科书在市场上出现，反映了医学作为行业在清代的蓬勃发展，同时也显示当时出版业的兴盛。各式有关医学的歌赋大量出现。这些作品有的是以单行本出版，有的则编入医学入门书，或甚至纳入居家日用类书中。这之中的某些医学歌赋，特别是较有影响

① 参见《全国中医图书联合目录》，336~337 页。

② 参进程国彭：《医学心悟》，吴体仁序，4 页。

③ 这本御制医书在 1739 年开始编纂。原始的构想是要编两本书，“其小而约者，以便初学诵读。其大而博者，以便学成参考。使为师者必由是而教，为弟子者必由是而学”。见吴谦等编注：《医宗金鉴》，乾隆四年十二月初二日鄂尔泰奏，4 页，北京，人民卫生出版社，1990（1963）年按 1742 年武英殿本排印。书最后只成一本 90 卷，其原因不明。

力的，或由名医所写，其目的或许在教导他们的弟子，其他许多歌诀可能来自古老的口语传统。例如，至少有许多有关怀孕诊断和孕妇的忌药的歌赋，早收录在陈自明于1273年出版的《妇人良方》中。<sup>①</sup>然而，到了明代以后，许多这些歌赋的内容变得更丰富，并已经从医书中独立出来，以单行本的形式广泛流传。

其中一个例子是15世纪中叶（1436—1449）出版的《药性赋》，它或许就是裘笑梅的老师所指定阅读的同名著作。这通俗的歌赋，托名李杲，名为《珍珠囊指掌补遗药性赋》，共4篇，或是更常见的托名李中梓（1588—1655），名为《雷公药性赋》，在清代刊刻超过30次。<sup>②</sup>这些歌赋事实上是由明代不同医者为了商业利益而写或重写，其中最重要的是熊宗立（15世纪，今福建省建阳人）。熊宗立是位医者，也是一位多产的编撰者、校订者，尤其是各式各样经典和许多通俗的医学典籍的出版者。他的书坊“种德堂”是明代建阳一带诸多书坊中的一间，重刻了经典和出版了许多他所写的医学入门书，包括《药性赋》。<sup>③</sup>这篇赋包括248种药，根据药的性质分为四部分：寒、热、温、平。每句对应一种药，这首歌赋让初学者对药的应用有了初步的了解。虽然赋的长短不一，使初学者不易牢记在心，但这篇文章收在单独一卷中，从明代一直到民国，甚至今天，都有初学者研读。<sup>④</sup>尽管它在市场上颇受欢迎，然而，它却受到

① 参见陈自明著、薛己校注、熊宗立补遗：《妇人良方校注补遗》（据许多元明清和日本的版本），333~334、337~338、470页，上海，上海科学技术出版社，1995。我们无法确定陈是不是这些歌赋的作者，这些歌赋可能在陈的著作前就已流传。我很感谢费侠莉提醒我注意这个问题。

② 参见《全国中医图书联合目录》，166~167页。明清时期有相当多不同的药性赋。刘纯在《医经小学》中记有一篇《九十药性赋》，他宣称这是李杲的《珍珠囊》的增补本（参见刘纯：《医经小学》卷1，1~10页，见《增补珍本医书集成》）。但这部作品相当不同于明清时期盛行的通俗版的歌赋，并且到了今日都还在出版，参见董连荣：《历代中医歌赋精选》（66~71页，北京，北京科学技术出版社，1991）。

③ 范行准认为熊宗立为了赚钱而写了这本书，然后伪托说是前贤所著，参见范行准：《医家训蒙书：五脏论的研究》，载《医史杂志》，1951（1），51页；有关熊宗立以出版为业，参见叶德辉：《书林清话》（1911年重印本），131~132页，台北，世界书局，1983；张秀民：《中国印刷史》，484页。

④ 除了裘笑梅的例子外，我们常可以看见这些歌赋收在现今出版的医学入门书中，例如，董连荣：《历代中医歌赋精选》，66~71页；李中梓：《雷公药性赋》，北京，中国书店出版社，1986（1991）。现存的3卷是以散文形式讨论每种药的功用。

正统医家的轻蔑，并且常因太通俗而遭受批评。<sup>①</sup>

的确，尽管受到精英的质疑，药品和处方的入门书显然在明清时期特别受到欢迎。许多医生似乎要求他们的弟子在初学时研读这些歌赋。另一歌赋《药性歌》在后来相当普遍，它是上文提到的龚廷贤所著的通俗入门书《万病回春》的一部分。这歌赋日后有时又称《药性歌括四百味》。它完全是以四字一句方式写成，这 240 句的药性赋明显较熊宗立的版本更容易背诵<sup>②</sup>，而且晚期通常脱离《万病回春》单独刊刻。

至于有关处方的入门书也是身为初学者的裘笑梅所需要学的，《汤头歌诀》是其中最为典型和普及的例子。其作者汪昂（1615—1695，今安徽休宁人）根据用途，将处方分为 21 类，而且以七个字编为一句，总数超过 200 句。虽然这些赋不能精确地显示各种处方的成分，但它提供了各种药物的配合原则。这个歌诀在清代至少重刻过 30 次，特别是在光绪年间（1875—1908）。这些版本还不包括那些加上附录或附于其他文本中的新歌诀，或收录在日用类书中的歌诀。<sup>③</sup>

这些药与处方的入门歌赋可说是在早期较短的药性赋的基础之上扩充的文本。值得注意的例子是那些有系统地附在长赋之后的短歌诀，例如附在龚廷贤的《药性歌》后的短赋《药性赋：十八反药歌》，这歌以两句七字的押韵联句描述 18 种相互混用就会有害身体的药；《十九畏药歌》则是六句的七字押韵联句描述 19 种相互混用将会减低药性的药；《妊娠禁忌药歌》，类似《十九畏药歌》，举出 33 种孕妇应该避免的药。《十八反药歌》首次出现在张从正的《儒门事亲》。这部歌诀收在该书卷十四——以歌诀形式讨论各种医学的面向的专卷<sup>④</sup>，或许目的是为了教导初学者。《十九畏药歌》的源起则难以考证。曾收录在上述提到的刘纯的

① 《四库全书》的编者称药性赋：“歌诀俱浅俚不足观，盖庸医至陋之本。”（《四库全书总目》卷 105，11 页上～12 页下）

② 有关这个文本的当代批注，参见北京中医学院中药方剂教研组编：《药性歌括四百味白话解》，341 页，北京，人民卫生出版社，1962（1994）。

③ 参见《全国中医图书联合目录》，238～239 页。

④ 这些歌赋有不同主题，从病症到判断一位病人的存活机会、用药原则及运气。参见张从正：《儒门事亲》，见《子和医集》，323～326 页。歌赋《十八反》见该书 334 页。

《医经小学》里，但没提到它的来源。<sup>①</sup> 我们唯一确定的是这首歌诀早在明代初年就用来教导初学者。刘纯则提到《妊娠禁忌药歌》源自早期的医书《便产须知》（作者不明）<sup>②</sup>，然而，事实上它显然是源自13世纪陈自明的医书中的诗。<sup>③</sup> 易言之，为了方便记诵，13、14世纪的医学著作已经载有许多简短而易懂的药方歌赋。<sup>④</sup> 之后的明清医学入门书记载了这些赋，并为了相同目的，进一步撰写了较长的赋。

除了与本草有关的歌赋外，也有写给初学者读的简易经脉歌赋。裘笑梅所需研读的第四部医学入门书是著名医家李时珍（1518—1593，今湖北蕲州人）所写的经脉歌赋。这歌诀——《濒湖脉学》分为两部分，第一部分是由记载27种脉征的七字歌诀组成；第二部分的四字歌赋描述经脉的基本含义、把脉的方式和诠释诊脉的基本原则，这包括了为妇女与儿童把脉。<sup>⑤</sup> 根据李时珍的说法：“僭接此书，以便习读，为脉指南。”<sup>⑥</sup> 歌诀的第二部分较为浅白，明显是为了初学者而作。<sup>⑦</sup> 通常老师会要求初学者背诵第二部分，如裘笑梅的老师。这歌诀在明代至少有两种不同版本，清代则至少重刊过23次。<sup>⑧</sup>

① 参见刘纯：《医经小学》（1388），11页，见《增补珍本医书集成》。事实上，另一篇只有短短两行的歌赋《六陈》常列于《十八反》和《十九畏》之前。这篇短的歌赋已为刘纯引用，参见《医经小学》，10页，见《增补珍本医书集成》。

② 这部著作常被认为是颜汉所作。颜汉，相传是明代人，生平无可考。一部明刻本的年代是1500年。根据这部书的前言，手稿在出版前一直保存在出版者的家中好几代。参见丹波元胤编：《中国医籍考》，976页。因为这部著作被14世纪刘纯的著作所引用，《便产须知》极有可能是一部金元或宋元的作品。

③ 参见本书38页注①。陈自明的一首名叫《孕妇药忌歌》的诗，参见《全国中医图书联合目录》，337~338页，它比刘纯书中的歌赋还长，收有更多的药名。这篇歌赋的内容稍微不同于明清时期和今日出版的各种版本，但它们的长度类似刘纯的版本。

④ 另外一个常收录在元代医书中的歌赋的例子是曾世荣的《活幼口议》（1820年重印本），北京，中医古籍出版社，1985年据日本文政庚辰皮纸抄本影印。作者在第6卷记有以歌赋关注婴儿的特质。

⑤ 一部最近的重印本是李士懋、田淑霄的《濒湖脉学解索》（北京，中医古籍出版社，1994）。参见董连荣：《历代中医歌赋精选》，21~41页。

⑥ 李时珍1564年写的前言，见丹波元胤编：《中国医籍考》，216页。

⑦ 根据他写的前言，李时珍作此书是要方便初学者学习诊断经络的原则，参见丹波元胤编：《中国医籍考》，215~216页。

⑧ 参见《全国中医图书联合目录》，113~114页。

让学医看起来较容易的这些歌赋的用法是多元的。无疑地，由医者所写的这些歌赋的目的是训练其学生，或是为了便于给一般初学医者阅读。裘笑梅要学习的医书的其中三种就是属于这种类型，显示了这些歌赋的功能。另一个例子是 17 世纪中叶的通俗小说《壶中天》，讲的是一位晚明医生的境遇。小说故事的主角龚信，就像真实生活的许多例子一样，起初是一位求功名的学者。参加科举考试失意后，决定习医。他的老师交给他研读的最早两个文件是《药性赋》和《脉诀》。<sup>①</sup>

同时，明代以来，这些和许多较不为人所知的类似形式与内容的歌诀就已在历书和日用类书中刊出。我们可以想象，这些出版物很可能被文人当作手册来用，当自己或家人生病时，他们将根据歌诀中所描述的方法诊断用药治疗。长篇记载医学事项的明清类书包括《事林广记》、《万宝全书》、《五车拔锦》、《居家必用事类》、《三台万用正宗》等<sup>②</sup>，不只包括有关药性、经脉、药方等歌诀，也有一般疾病的简短描述，以及针对不同季节经常所见之疾病的“活套”。显然，这些歌诀也被学习以便直接用在病患身上。虽然这些类书所传播的医学知识应该是另一篇论文的重点，但还是有必要在此提及他们与歌赋的关联，明清时期的歌赋确实占了医学入门类的重要部分。

## 五、专业化与普及化

18 岁的裘笑梅在她老师将入门书交给她三个月后，通过了测验。随后她在老师门下学习了五年，那期间，她白天抄写药方和担任助手，晚

<sup>①</sup> 参见佚名：《壶中天》（点校本），见《古本小说集成》（17 世纪重印版），7 页上，上海，上海古籍出版社，1990。

<sup>②</sup> 这类出版品初步研究，参见 [日] 酒井忠夫 (Tadao Sakai), "Confucianism and Popular Educational Works," dans de Bary et al., *Self and Society in Ming Thought*, New York: Columbia University Press, 1970, pp. 331-336。这篇论文是日文版的节略本，参见 [日] 酒井忠夫：《明代の日用類書と庶民教育》，见 [日] 林友春编：《近世中國教育史研究》，25~154 页，東京都，國土社，1958。

上则研读老师指定之医书。她 23 岁时，终于继承其师成为一名坐堂医师。<sup>①</sup> 她的训练或许可作为循沿着明清时期较为严格学医过程的一个代表，透露了医师如何透过各种不同的入门书引导初学者。一个颇为类似，但却虚构的例子是前述的 17 世纪小说《壶中天》，小说主角龚信被要求学习两本入门书，结果他在半天内完成背诵，尽管一知半解。陶姓老师对于他的聪慧印象深刻，决定收他为徒。老师每天指定龚信研读医书，并教他辨识药物。他在半年内逐渐了解药性和配药的原则。一年后，龚信对医学的原理已充分理解，之后，他老师以自己的病人考验龚信的诊断和写处方能力，他很惊讶龚信常常有和他一样的看法。经过两年的训练，陶老师终于同意让他出道。<sup>②</sup> 一般而言，传统时期学徒的时间约三年，第一年主要背诵各类医籍、学习药性、随师观察临床，并讨论诊断与处方。<sup>③</sup>

事实上，裘笑梅的真实故事和 17 世纪的小说显示了同样的专业医学训练。裘和龚习医不是为了纯粹追求知识，而是为了要维持生计。两人都学习正统医学，即经脉知识、诊断技术和基于对药性了解的配方能力，这些都是判别医师好坏的标准。这样的知识也详实地记录在文本中。从明代以来，这传统下的良医已经获致若干普遍原则以教导不是或不再打算成为儒家学生的学生，这些学生研究医学纯粹为了谋生。为了维生的开业医在明初当然不是什么新鲜事，但就正是在这个时期我们开始看到一种医疗规训，是把行医看做一种行业，更胜于配合着道家、佛家或儒学等道德原则的实践。<sup>④</sup> 《医经小学》的作者刘纯，追随他父亲的老师——朱震亨的脚步，在 15 世纪初期写了一套给医者的规范，要求医者尊重医药的市场价格，不要依靠助手替门诊病人服务，也不要乱写“秘

① 参见朱璘：《妇科女名家——访裘笑梅主任医师》，载《浙江中医学院学报》，1989（3），1 页。

② 参见佚名：《壶中天》，见《古本小说集成》，7 页上～下、8 页下～9 页上、10 页下、12 页下。

③ 传统的习医学程也被记录在当代的一些方志或文史资料中，如湖南省志编纂委员会：《湖南省志》卷 21，《医药卫生志》，第 21 册，237～239 页，长沙，湖南人民出版社，1988。

④ 从古代到晚清的医学伦理的演变，参见 Leung Angela Ki Che, “Medical Ethics in China,” dans Helaine Selin (éd.), *Encyclopaedia of the History of Science, Technology and Medicine in Non-Western Cultures*, Dordrecht, Boston, Kluwer Academic Publishers, 1997, pp. 667 - 669.

方”。医生首要考虑的是经济因素，他建议不要接受医官的任命，因为那只会满足虚荣心而妨害实际利益，此外，也建议尽可能减少助手的人数，因为养活他们的开销将会成为诊所沉重的负担。<sup>①</sup> 这种原则的建立反映了医学成为一种行业的实际面貌，这个发展比医学入门书的普及化发生稍早。在这样的意义下，我们始能谈论明清时期医学教学的专业化，甚至或许可谈论出现于宋代、发展于元代的儒医理想模式渐变化成更务实和“专业的”开业医模式。<sup>②</sup>

的确，明清医学行业的专业化与“医学行会”（Corps medical）无关，后者是西欧医学专业发展的中心机制。也与大部分西方国家为了要控制医学知识和职业，在政府学院或其他机构中公共教学典型无关。<sup>③</sup> 在中国的历史经验中，国家或全国性的专业医药组织自宋以来就开始漫长的衰落之路。明清政府选拔良医主要是为了服务宫廷。元亡之后，地方“医学”训练医生的功能就大部分消失了。中国的医学行业的专业化历史和性质应该从这个角度来看。沿袭了金元学术传统的明清医生逐渐展现出一种他们共有的职业利益、认同和价值认识，这个共识并不曾转变成大规模和自我规范的专业机构，亦不需要为了要加强医生的影响力而与政府合作。这些共识反而是靠个别医者的规诫和小型地方团体来相互连贯。除了早期朱震亨和刘纯的例子外，后来的医者像龚廷贤、李梴、张介宾，或许还有许多医者在著作中展现了他们的行业类似意识和骄傲。<sup>④</sup> 明中叶以来，我们还可以看到零星的地方性医学组织。1568年左

① 参见刘纯：《兰室集·医家十要》，见《杂病治例》（1479，有1408年序），收入《四库全书存目丛书》子部医家类，第41册，台北，庄严文化事业有限公司，1995年依中国医研究院图书馆藏日本宽永三年刻本。其余的规范原则主要在于关注正统儒家原则，像节俭、敬老等。

② 有关“儒医”的模式，参见陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》；Hymes, Robert, “Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan,” *Chinese Science*, vol. 8, 1987, pp. 9-76.

③ 有关各种“专业”定义和其对特殊的西方医学史写作的影响力的讨论，参见John Burnham, *How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History*, London: Wellcome Institute for the History of Medicine, 1998。这位作者总结认为以社会学取向来分析“专业”对医学史家没什么帮助，特别是对非西方的医学史家。因此最好不要从专业的角度来看待此问题。

④ 参见龚廷贤：《万病回春》，489~491页，讨论他对医师的建言；李梴著、金嫣莉校注：《医学入门》，635~636页；张介宾：《景岳全书》，75页，上海，上海科学技术出版社，1991（1959）年景印康熙岳峙楼刻本，他辩称医学不是小道，而是大道。

右，名医徐春甫在北京组织了“宅仁医会”。万历年间（1573—1620）诸余龄在浙江钱塘组成了“天医社”，汇集了该地的名医。就像理学家一样，晚明清初的医生倾向集体讨论医学经典，一方面加强团体的声望，一方面强化他们的地方和职业认同。一个显著的例子是张遂辰（1589—1668）和他学生张志聪（约1610—1680）所领导的钱塘团体。张志聪在“侣山堂”组织了有关医疗课题的讨论会，它成为清初最著名的医学研究重镇。<sup>①</sup> 虽然这些和许多其他较不知名的组织从未纳入任何地方或中央的政策，然而它们渐渐显示了医学人士在分享共同的职业认同和利益时的共识。

如此典型“松散的”中国式专业化自然并未也不能阻碍医学入门知识的传播。我们可以目睹，就在同时，医学透过上述儒医传统的教科书和入门书而日趋普及。这篇论文所讨论的和更多匿名收录在明清的居家日用类书或历书的歌诀透露了这个现象。就像许多初版和再版的通俗出版物所显示的，从明中叶以来，医学入门知识在士人阶级中传播得更为广泛。换言之，这些歌赋与同类的医学书，是由识字的人、但非医学精英所消费，同时那些想要开业当医生的人也会看这些书。事实上，这两类人往往来自相同的社会阶层。

儒学入门书和医学入门书的主要区别在于前者显然是针对儿童，后者则是针对成人。儒家童蒙教育的原则在于那些简单的入门书只针对幼童，年纪稍大的应该直接背诵经典，因为年轻人的心智可以更容易地吸收和记忆经典。<sup>②</sup> 因此，这些入门书无论在形式或内容上，是针对八岁以下的幼童。而医学歌诀是要帮助成人学习者记忆一般难以记诵的细节。戴葆元（1828—1888？，今江西婺源人）是位曾编医学入门书的医生，在他的

<sup>①</sup> 参见项长生：《我国历史上最早的医学组织——宅仁医会》，载《中华医史杂志》第11卷，1981（3），144～146页；傅王露等编：《敕修浙江通志》卷196，11页下，清乾隆元年（1736）刊本；竹剑平、胡滨：《试论钱塘学派》，载《浙江中医学院学报》，1985（4），36～39页。

<sup>②</sup> 有关明清时期初等教育的原则，参见 Leung Angela Ki Che, “Elementary Education in the Lower Yangtze Region in the 17th and 18th Centuries,” dans B. Elman et A. Woodside (éds.), *Education and Society in Late Imperial China, 1600—1900*, Berkeley: University of California Press, 1994, 特别是391～400页。



自白中清楚地描写这些成年初学者的需求：“是方歌之编，实因子资性顽钝，设身处地起见。自惭读书未遂，故随先严医业，时年已三旬，有失幼少之颖悟矣。虽领庭训，揣摩先贤诸作，随记随忘，非不专心攻志，良由年齿使然。”戴因此编了一本简单的歌赋，以便像他一样的年长的初学者“方便记诵”<sup>①</sup> 医学知识。在上文所提到的小说《壶中天》里，龚信在他快 40 岁时才开始习医。<sup>②</sup> 的确，元以来医学歌赋、入门书以及刊载这些文字的日用类书的普及，相当程度反映了共同特征：医学初学者的年纪都不小，并且常是科举考试的失意人士，在清代这个情形更加普遍。这些人或来自社会下层的文人，的确是推广医学入门知识传播的主要媒介，在通俗类书和手册的辅助下，医学入门知识有了越来越多的非专业的读者群。

明清医学的专业化和通俗化因此是息息相关的。政府与职业医生均没有扮演控制或垄断医学知识和训练的角色。金元时期巩固的正统医学本质上是一种知识传统，而没有转型成像当代英法等西欧国家的专业行会，这些行会订立规范以辨别专业与非专业者。<sup>③</sup> 明清和民国初年的任何一位识字的人不管有无好的理由，都可借由研读简易入门书而接触到相当的医学知识，并在生病时应用他/她的知识。明代文人和官员常提到普及化过程的优点和危险，并且这种普及化经常成为通俗文学讥讽的主题。同时，我们也必须承认类似裘笑梅那样严格的专业指导的例子也一直持续着，《壶中天》的例子也是以这样的入门书作为习医的起点。当明代官员吕坤考虑改善地方医疗照顾的供给时，他提出两点建议：确定所有起码有识字能力的医者至少要彻底研读一部医学入门书（因为他相信这些俗医若学太多可能会混淆），而他们的妻子被允许治疗妇女与幼童前，应该要能记诵简单的歌诀。同时应该由一位训练有素、声誉卓著的地方医

① 戴葆元：《家传课读》，凡例，1 页上，光绪四年（1878）木刻本（有 1873 年作者序）。

② 参见佚名：《壶中天》，见《古本小说集成》，5 页上。

③ 有关专业化和通俗化的渐行渐远，参见 Andrew Wear, “The Popularization of Medicine in Early Modern England,” dans R. Porter (éd.), *The Popularization of Medicine, 1650—1850*, London, Routledge, 1992, pp. 17—41; Ramsey Matthew, “The Popularization of Medicine in France,” dans R. Porter (éd.), *The Popularization of Medicine, 1650—1850*, pp. 97—133.

生来重振地方医局，以督导当地医者的训练和执业。<sup>①</sup> 换言之，某种意义上他的解决方式相当合理，他充分利用现有情况，即医学入门知识广为流传，而真正可以掌控局面的是专业医者。

## 六、结论

值得一提的是，20 世纪初期的习医学生裘笑梅最初研读的医学入门书，是 18 世纪中叶的《医学心悟》，而所有其他的歌赋都是明代或清初的作品。当然，有一些晚期的入门医学书，但极少会像 19 世纪以前出版的著作那么重要，特别是上述提到的那些。在涵盖大部分必要的医学领域的有系统的医学入门书，及以医学作为严格知识的入门书中，很少有著作会超越刘纯的《医经小学》和李梴的《医学入门》。这两本书对没有儒家经典的基本训练的初学者而言或许太过困难，但李梴著作的务实取向大大弥补了这个弱点，使得它在清代广受欢迎。至于更方便、更强调临床经验的实用入门书，如《万病回春》、《医读》、《医学阶梯》特别是《医学心悟》等，建立了另一典型。至于明清医生要求初学者开始背诵的有关药方和经脉的歌诀，则以明代作品最为权威。的确，很少有同种类的歌诀能超越汪昂、龚廷贤和李时珍的歌诀的影响力。我们因此可以说，金元时期正统儒医传统入门医学教育的基本读物到了 18 世纪已然定形。1742 年的《医宗金鉴》在此时出版并非偶然。这本以伤寒论、医方、各专科分类而成的 90 卷医学手册，引用各时代的经典，具有实用的临床取向，收录了许多歌诀。有点不寻常的是，它将入门教科书和一般医学的参考书的功能合而为一。<sup>②</sup> 清廷所刊印的这本书并没有创新医学教学的模式，只是将现存的通行的医书著作综合整理刊行。

上述的 19 世纪以前的主要医学著作，可以让已有一些经典教育底子的初学者独立研究和学习，也常被医学专家用来作教科书。在 19 世纪，更便宜、易懂并日益增多的自学读本出现了。因此或许不意外的，医学

① 参见吕坤：《实政录》卷 2，《振举医学》，47 页上～53 页上，见《吕子全书》。

② 这部书的开头是张机《伤寒论》批注本，结尾数卷则是有关眼科、外科、天花以及肌肉与骨骼疾病的临症讨论。参见本书 37 页注③。

入门书中最著名和多产的作者陈念祖（1753—1823，今福建长乐人），正是19世纪初期的作家，他所写的入门书《医学三字经》在1804年首次冠名陈念祖出版。这部四卷的著作以简易著称，因为它仿效了元初儒家的入门书《三字经》的风格。事实上，四卷中只有头两卷描述着从古到清的医学传统及病类，以三字歌诀写成。最后两卷关于处方，及有关脏腑及五运六气理论等的附录均以散文形式书写。虽然这本书的作者对书籍市场的敏感度使得它在市场上畅销：在1804年首次出版后，共有29种其他版本，但这本医学入门书无论在内容或取向上并无创新之处。<sup>①</sup>

就像陈念祖其他的简易入门书一样，这本书并非单为教授他自己的学生而作，而是以市场为导向，是提供给所有对医学有点兴趣的人的通俗著作。为了使这本书在市场上有竞争力，在1804年出版时冠上它的真实作者前，《医学三字经》的作者一直被讹为当时最被崇拜的医学大师叶天士（叶桂，1667—1746，今江苏苏州人）。到了1804年此书或许就已有名气，尤其是，陈念祖已有足够声望让这本书以他的名义在市场畅销。陈也把相同的出版策略运用在他所作的其他简易入门书身上。<sup>②</sup>的确，陈念祖靠着那些简短的、畅销的医学入门书来树立他的声望。就这方面而言，陈念祖的入门书的功能与上述的通俗类书中的医学卷的功能几乎完全一致。的确，陈念祖的入门书总结了金元儒医传统的医学入门文本的发展，并且将这个传统的通俗化推到极致。要等到西医在20世纪初夹带着制度和意识形态引进中国时，专业化与通俗化的和谐并存才受到严重的冲击。<sup>③</sup>

（蒋竹山译，梁其姿修正）

① 参见《全国中医图书联合目录》，342页。

② 参见《医学三字经》的导言。有关这本书的现代版，见陶晓华的校注本（陈念祖著、陶晓华校注：《医学三字经》，北京，中国书店出版社，1993）。陈念祖托名叶桂的其他刊行著作包括在清代有24种版本的《医学从众录》（1845）。

③ 最近有关这个主题的研究参见雷祥麟（Lei Hsiang-lin），“When Chinese Medicine Encountered the State: 1910—1949,” Ph. D. Dissertation University of Chicago, Chicago, 1999。

### 第三章 明清预防天花措施之演变\*

天花传入中国的年代，一般的推测为公元4至5世纪之间。<sup>①</sup>从这个时候到11世纪的宋代，有关痘疹病情及治疗方法的记载，非常零散。要到宋代稍后时期，痘疹方面的专书才出版，而且主要是儿科医生的著作，而宋代的儿科名师如钱乙、董汲（12世纪）、陈文中（13世纪）等均被后世痘疹专家尊为这一专科的鼻祖。<sup>②</sup>换言之，天花在汉族人口之间，从一种外来的、影响所有人的病毒，经过七八百年的时间，渐演化为主要威胁儿童生命的病毒。到了明清时代，这个演化过程已稳定下来，汉族的成人多在幼童时期就出过痘，因此成人鲜有感染天花而死亡的。

不过，明清间儿童因天花而死亡的仍非常多。我们当然没有当时的统计数字，但按西方的病理专家的理论，在19世纪末期另一种较温和的天花病毒（*variola minor*）出现之前，每四个天花病患者之中，有一个会死亡。<sup>③</sup>至于中国的情形，我们可以从个别的资料中，找到一些证据来支持这个数字。按清初住在北京的礼部尚书王崇简（1602—1678）的自撰年谱，他从16岁（1617）娶妻到后来纳妾6人，先后共生儿女17名，第一个女儿生于1618年，最小的生于1669年。在这17名年龄

---

\* 本章原发表于陶希圣先生九秩荣庆祝寿论文集编辑委员会：《国史释论》，239～253页，台北，食货出版社，1987。美国加州长堤大学教授费侠莉提供笔者本章常引用之几种数据：《痘疹定论》之1767年刊本、《痘疹会通》之1786年刊本、《种痘新书》之1760年刊本等之影印本（原书藏于普林斯顿大学东亚系图书馆）。谨向费侠莉教授致谢。

① 参见范行准：《中国预防医学思想史》，106～109页，上海，华东医务生活社，1953，笔者感谢刘翠溶教授提供范行准一书；Donald Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, University of Chicago Press, 1983, p. 104。

② 宋代有关的代表作有钱乙的《小儿方》（已佚）、董汲的《小儿斑疹备急方论》（1092）、陈文中的《小儿痘疹方》（南宋末）及闻人规之《小儿疮疹论》（1231）。

③ 参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, p. 4。

相差 50 岁的子女中，只有 11 名长大成人，6 名在十岁之内因病夭折，而其中 4 人均在两周岁之内死于痘症。<sup>①</sup> 假设王崇简的子女在年幼时都出过痘，那么 17 人中有 4 人死于此症，几乎是 1/4。这当然不是精确的统计数字，但可让我们对 17 世纪天花对幼儿生命的威胁性，有一大概的印象。当时的痘科专家都说痘疹是幼儿的“生死关头”，是十分贴切的。

人类对这个自古以来即严重地威胁生命的传染病的对抗，到了 18 世纪末期（1796）琴纳（E. Jenner）所发展的牛痘法普及化以后，才取得决定性的胜利。对一些西方的疾病及医学史学家来说，牛痘接种法是 20 世纪西方医学“大跃进”之前，唯一一种真正能有效地降低死亡率的医学发明。<sup>②</sup> 然而，虽然人痘和牛痘接种法，对预防天花有效，但是基本上 18、19 世纪的医学专家只是知其然而不知其所以然。要等到牛痘法施行了二百多年后的 1947 年，人类才能透过电子显微镜首次目睹天花病毒的面貌，才完全解开这个古老疾病之谜。<sup>③</sup> 今天，在地球上天花不再威胁幼儿的生命，人类总算克服了这个疾病。

本章要处理的是中国社会在 17 至 19 世纪这段时间内，如何抵抗天花这个可怕的杀手。这三百年间，从人痘接种法有正式的记载至接受西方牛痘法的传入，是中国社会以预防的方式对抗天花的重要时期。从各种措施的演变，我们可看出当时人对预防的态度的转变，以及这些医学发明如何在社会中产生作用。37 年前，学者范行准写了重要的《中国预防医学思想史》一书，其中有 50 多页就谈及人痘及牛痘在中国发展的问题，在资料的数量及种类之多样化方面，恐怕至今仍无人能出其右。本章就一些他曾用过的及他所忽略的数据，补充和修正一下他的一些看法。

① 参见王崇简：《青箱堂文集》，附卷，自撰年谱，1676 刊本。

② 参见 T. Mckeown, *The Modern Rise of Population*, London: E. Arnold, 1976, p. 108. 在欧洲 1848 至 1971 年间，死亡率降低 1.6%，牛痘法于此之贡献很大。

③ 参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, pp. 12 - 13.

## 一、人痘接种的发展

今天我们无法确知人痘接种是在哪种情况下发明的。有清一代的许多种痘专书均引用北宋真宗时（998—1022）峨眉山神人传授种痘法的传说<sup>①</sup>，但是这个神话没有任何史料上的根据，范行准在《同治湖州府志》中找到一个活跃在明末清初间名叫胡美中（璞）的痘医：“时无种痘法，美中托名峨眉山人创为之，后遂传播。”<sup>②</sup>但以胡美中这个不见经传的医师的个人力量，传播了甚至令当代科技史大师李约瑟也相信的传说<sup>③</sup>，有点不可思议。倒是美国医学家及天花史专家霍肯斯（Donald Hopkins）从这个神话揣测中国的人痘接种法可能从峨眉山邻近的印度传入，值得注意<sup>④</sup>，虽然我们还是无法在现存的史料中找到证实这一点的证据。无论如何，就算人痘接种法真的在11世纪时出现在中国，它并没有太大的历史意义。我们不但没有在当时的医书中看到这个技术的记载，也没有在宋至明末这几百年间找到这个技术对社会的任何影响。这项发明为中国民间所接受，以至逐渐普及，是明末万历以后的事。也就是说，人痘接种法的历史意义，在明末清初以后的社会中始呈现出来。

传统医学对天花的看法，是痘乃来自父母交感所带来的“淫毒”，是先天的、内在的，故无可避免，只能顺其自然，让其发作。南宋的周密（1232—1298）说：“小儿疮痘，固是危事，然要不可扰之，尝见赵宾旸曰：‘……大要在固脏气之外，任其自然耳。……’”<sup>⑤</sup>到了人痘种法出现

① 参见朱纯嘏：《痘疹定论》（1713年原序）卷2，25页上，1767；朱奕梁：《种痘心法》（1808），1页下，借月山房汇钞本；吴谦等编注：《医宗金鉴》卷60，《幼科种痘心法要旨》，第3册，127页，台北，新文丰图书出版公司，1985。

② 《同治湖州府志》卷80，83页上～下，爱山书院刊本。此传实钞自《德清县续志》卷8，21页上，1808。

③ 参见J. Needham, *Science and Technology in China I*, Cambridge University Press, 1954, 1972, p. 135。李约瑟相信中国在11世纪已有种痘术，而一般中文的数据只有这峨眉山神人之传指向这个说法。

④ 参见Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, p. 109；印度古代有种痘法之说见于一些梵文的医书，参见同书，16～17页。

⑤ 周密：《齐东野语》卷8，138～139页，北京，中华书局，1983。

在民间的前夕，许多有名望的医生都不相信预防的办法，嘉靖时代名医汪机这样说：“人传有药预投儿服终身不出痘疹，岂理也哉，痘中于有生之初寂然不动，感而遂通，化得人身之大造化也……诸疮臃肿丹毒一身之间无不发泄，其痘毒尤不能解，又何药可以解此毒耶。……”<sup>①</sup>而一般有识之士也采取顺其自然、听天由命的态度：“无实实，无虚虚，无信庸医谬方……守禁忌，节起居，慎调护，谨饮食，即凶亦有变为吉者……”<sup>②</sup>所以用人工的种痘法来控制出痘的时间和环境，以预防恶性痘疹（即所谓凶痘）的做法，首先是观念上的突破。而峨眉山神人秘传种痘法之说，即反映了这项技术对明末清初的人而言，是个神奇的、不可以常理解释的妙法。而实施这种痘技术的医师，也多少得依赖这种神话来加强种痘法的妥当性和可靠性。

上述《湖州府志》记载明崇祯时代的胡璞是人痘种法的创始人，但是按清初痘疹专家的说法，这个技术在隆庆、万历之间就开始在长江下游一带实施。范行准已提出多种资料来证明这一点。<sup>③</sup>大致而言，流传至今的明代医书并没有任何提到种痘法的。<sup>④</sup>最早正式描述人痘种法的医书，又流传至今的，大概算张璐（1617—？，今江苏人）的《医通》（1695）。据张璐所言，天花自汉以来“天生天杀，莫可谁何。迩年有种

① 汪机：《痘治理辨》，1页上，1531。所谓预解痘毒之方，李时珍在《本草纲目》（台北，文光图书有限公司，1982影印1885年张绍棠自序本）卷40，16页亦有载，用白水牛虱作饼服下，但李亦不相信此方。唯李约瑟认为此方说明了李时珍之书有种痘法之例（J. Needham, *Science and Technology in China* I, p. 147），并不确实。

② 谢肇淛（1567—1624）：《五杂俎》卷5，134～135页，台北，伟文图书出版公司，1977。

③ 参见范行准：《中国预防医学思想史》，114～117页。但至今我们仍没有直接的数据说明种痘在隆庆时即有，清初的重要痘医如朱纯嘏、张琰等均宣称他们的技术源自江西新淦人聂久吾。按聂氏在明万历四十年任福建宁化知县，以治痘闻名（参见《宁化县志》卷3，35页下，1683；《清江县志》卷8，53页下，1870）。聂氏所著有关痘科之书均无种痘之记载。按张琰等之说，种痘法多口授心传，不见录于医书上，我们今天不见种痘最早的记载，可能理由在此。但聂氏与种痘始于隆万间江西之说，显然有密切的关系。

④ 除了一本名为《种痘大全》或《治痘大全》（1628）之痘书。这本书笔者遍寻不获，书的名字见于两篇大陆期刊上发表的论文：刘锡珪：《中国古代的免疫思想和人痘苗的发展》，载《微生物学报》第18卷，1978（1），3～7页；吕宝成、楚金贵、赵鉴：《全球消灭天花简史》，载《中华医史杂志》第12卷，1982（3），164～168页。

痘之说，始自江右达于燕齐，近则遍行南北”<sup>①</sup>。张璐在《清史稿》中有详细的传，是清初很有名望的医士。他在他的代表作中提到种痘法，可见种痘在17世纪下半叶已渐为正统医学界所注意。

流行于此时的种痘法有三种，按张璐所说，一种是取患者之痘浆收入棉内，“纳儿鼻孔，女右男左……大抵苗顺则顺，必然之理”，另一种是用痘痂取代痘浆，还有一种是“以新出痘儿所服之衣，与他儿服之，亦能出痘”<sup>②</sup>。到了18世纪初，朱纯嘏（1637—？）的《痘疹定论》（1713）更仔细地描述了这三种方法，尤其用痘痂的方式：“痘痂研末，纳于男左女右之鼻孔内……于净磁钟内以柳木作杵研此痂为细末，用洁净棉花些须，又用洁净之水……滴三五点入于钟内，干则又加几点……捏成枣核样，以红丝线拴定……纳儿鼻中……未满一岁之儿，种六个时辰取出，若二三岁之儿，种十个时辰取出……至七日身必发热。……”除这三种种痘法之外，他再加上第四种方式：“穷乡僻壤，则以续补种痘之法……以纹银命银匠造一银管，约有五寸长，其管之孔合鼻之孔，可以入得鼻内，先著痘痂末于管内，对上鼻孔轻吹入于鼻内。……”<sup>③</sup>约30年后，清廷所编辑的《医宗金鉴》分别把这四种种痘法称为“痘浆种法”、“水苗种法”、“痘衣种法”及“旱苗种法”，而当时最普遍的、最简便的是“旱苗种法”<sup>④</sup>。到了18世纪末、19世纪初，人痘种法又发展至有所谓“湖州派”、“松江派”之分，即一种用时痘之痂所作之“时苗”，而另一种则是用经贮存、药力提炼、传种多次、较安全的“熟苗”<sup>⑤</sup>，后者说明了处理痘苗的方式，到此时已有长足的进步。

人痘种法的宗旨，在于设法控制幼儿出痘的客观条件，在没有天行疫症的环境下施种，同时施的是经过选择及处理的“质苗”或“吉苗”，“医人必取吉苗，苗吉则痘无不吉矣，且既种苗，则发热之初，知是痘疹，凡饮食衣被，各思戒慎，自可无冒风触秽之虞，而医者时常省视亦

① 张璐：《张氏医通》（1695），697页，上海，上海科学技术出版社，1990（1963）。

② 同上书，697～698页。

③ 朱纯嘏：《痘疹定论》卷2，25页上～下、28页上。

④ 吴谦等编注：《医宗金鉴》卷60，第3册，133～136页。

⑤ 朱奕梁：《种痘心法》，2页上～下。



自无误投滞阻之弊。……”<sup>①</sup> 因此，痘医选苗、收苗、贮苗的技术，施种的季节，种后的调理，以及受种的幼儿之身体状况对种痘成功与否，都有重要的影响。朱纯嘏认为，最适合种痘的年龄是刚满周岁的小儿，五六岁大的幼儿受种后，已较难于调理。<sup>②</sup> 由于成功的种痘得顾及许多条件，大概最精明的痘医也无法完全控制这些因素，因此种痘之前，往往先进行宗教性的仪式，希望主痘疹的痘花娘娘保佑受种的小孩。清代最早提及此宗教仪式的是松江的董含（1661年进士），按他所说，时人在小儿种痘之前，必“录小儿生辰焚香置几上”<sup>③</sup>。到种痘技术发展了半个世纪以后，张琰（逊玉）在他的《种痘新书》（1741）中，仍用了极大的篇幅来描写施种前得进行的“敬神”及起坛仪式。<sup>④</sup> 烦琐的宗教仪式说明了人痘种法仍有一定的危险性，人必须向神明求助以求种痘成功。正统医学界以及民间对这种新技术的态度又如何呢？上面说过以引种痘苗来预防恶痘的做法，是突破了传统的医学思想，加上成功率并非百分之百，许多正统的医师免不了对这项新技术充满怀疑。张璐在略述了种痘的技术后，这样说：“医非慑家，是不能无揠苗助长之憾，然皆方士之所为……吾以静眼观之，曷若顺天随时，不假强为之为愈也。”<sup>⑤</sup> 把种痘之专医归入方士、术士之流，就说明了张璐对种痘的怀疑，而且他仍是放不开顺其自然的原则。有识之士如董含是在1649至1653年闻说痘衣种法，对此他表明了不赞同的态度：“夫痘疹事关先天，生死预定，乃欲以人工夺之，可乎？予终未敢深信。”<sup>⑥</sup> 而事实上，种痘法似乎一直没有在正统医学里占一席位，大部分清代的痘科专书都不提种痘法，雍正初年完成的百科全书《古今图书集成》中40卷有关痘疹的引录中，就没有一

① 张琰：《种痘新书》（1741年自序）卷3，2页下，1760年敬思堂藏板。

② 《医宗金鉴》及1808年序本之《种痘指掌》（作者佚名，借月山房汇钞本）均仔细谈及贮苗或藏苗之法，苗之“吉”“凶”是每本痘科专书都强调要缜密选择的，而几乎每本都提到种痘的日期禁忌问题及幼儿家庭的道德问题（尤其是朱纯嘏、朱奕梁）。有关幼儿年龄问题，参见朱纯嘏：《痘疹定论》卷2，30页上~下。

③ 董含：《三冈识略续识略》（1697）卷2，11页上，《申报》馆聚珍板印。

④ 参见张琰：《种痘新书》卷3，论要敬神，8页上~9页上；起坛法，9页下~19页上。

⑤ 张璐：《张氏医通》，268页。

⑥ 董含：《三冈识略续识略》卷2，11页上。

条提到种痘法。<sup>①</sup> 康熙朝的御医江西人朱纯嘏的《痘疹定论》，清中叶的痘医张琰的《种痘新书》及清廷所编的《医宗金鉴》中有关种痘的一章，为种痘技术在18世纪上半期的医学传统中稍微争取了一些地位，有关种痘法的专书要到18世纪末、19世纪初牛痘传入中国的前夕，才渐渐普遍起来。<sup>②</sup>

不过，从史料看来，民间对新的种痘法的态度，可能比正统的医学界来得开放。在明末种痘法刚开始实施之际，在种痘专著还没有出版之前，就有人接受了人痘接种法。据董含所记，清顺治间闻名的安徽张姓痘医，家里传种痘法已三世。<sup>③</sup> 如果以30年为一世，这位顺治间医士又属第三世，那么，他的祖父最迟也该在16世纪80年代为人施种。而乾隆中的福建痘医张琰，自称他的远祖向明万历四十年（1612）知汀州宁化县的江西人聂久吾学过种痘，数世之后传至他；经他父亲所施种之人已近万，而张琰本人在1741年之前数十年间也为“不下八九千人”<sup>④</sup>种过痘。他在18世纪中已行医数十年，他的父亲必是明末清初之人。就算他夸大了受种的人的数目，我们得承认在17世纪下半期，至少在中国南部，民间已开始接受人痘接种法。而且张琰这个自述也部分解

① 这现象的原因可能有二：一是种痘术始终未登中国正统医学的大雅之堂，正统的痘医只调理种痘后出痘的患者，种痘者以“方士”视之，故严肃的医书不屑于刊此技术；另一原因是如张琰所说的，种痘医师“秘其诀而不肯笔之于书，私其技而不欲公之于世也”（张琰：《种痘新书》，自序（1741），1页下）。晚如朱奕梁，亦说：“至于方法多出于口授心传或未备载。”（朱奕梁：《种痘心法》，1页上）

② 本章所用的早期种痘专书全部是18世纪下半期的重刊本。此外，还有曾香田1786年刊的《痘疹会通》，朱奕梁的《种痘心法》（1808），1808年之《种痘指掌》（佚名），《儿科醒》（芝罘樵客）。笔者甚至怀疑大陆学者（包括范行准）常引用的俞茂鲲的《疫疹金镜赋集解》（一称《痧痘集解》）卷2的《种痘说》，并非初刊本（1727）的原文，而是后来才加上去的。“中央图书馆”有1727年序之俞天池先生《痧痘集解》的手钞本（内有1745年俞之自述，故该是乾隆间手钞本），内容并没有提及种痘法。而刘锡璠一文（《中国古代的免疫思想和人疫苗的发展》，载《微生物学报》第18卷，1978（1））所用的有种痘法的《疫疹金镜赋集解》是较晚的光绪间的刊本（1870）。俞茂鲲此书是发挥明末翁仲仁之《金镜赋》（原文由台北新文丰图书出版公司于1976年刊出），查翁书亦无种痘法。清代医书无论作者、日期、内容常遭莫名其妙的窜改。1906年版的《新辑中西痘科全书》（台北，新文丰图书出版公司，1977年影印本），把乾隆间的张琰变为光绪间人，就是典型的例子。

③ 参见董含：《三冈识略续识略》卷2，11页上。

④ 张琰：《种痘新书》，自序（1741），3页上；卷3，论痘宜种，2页上。

释了为什么张璐说种痘法始于江右。同时，如果种痘法在民间不是有所闻，明末的张自烈在他所编的《正字通》（约 1627）中的“痘”字下面就不会提到痘浆种法。<sup>①</sup> 甚至 18 世纪初在北京活跃的耶稣教会的传教士也知道中国有流行了近一个世纪的人痘种法，并仔细描述了几种种痘法。后来伏尔泰就是基于传教士的报导来称赞中国技术与社会的进步。<sup>②</sup>

同时，我们也可以从明末以来的文集中，找到种人痘的蛛丝马迹。明末江西名医喻昌在他所著的医案《寓意草》（1643）中，提到一个叫顾谔明的人，他的两个孩子种痘后因调理不妥而夭折。<sup>③</sup> 晚明浙江桐乡人李乐在他万历年间完成的《见闻杂记》中，提及两则有关种痘之事：“余通家徽人开典于禾，长郎中痘……”；又“云间王起云，婴儿圣科也，一乡大夫晚年举子，中痘，起云视之……儿果筋，或问其故，曰一身是痘，只是一个种子不好，脱壳不得，其为术亦神奇矣哉”<sup>④</sup>。一般患天花的称为“出痘”或“患痘”，或简单的“痘”，从不用“中痘”，所以李乐所谓“中痘”，可能指“种痘”。清初期间，我们知道浙江余姚黄宗羲的幼子百家（1643—？），就相信种痘术：“岁辛酉（1681）……浦阳有傅商霖者，以种痘术抵吾里，孙辈七人俱得安全，其未信者，邻里同舍多罹此厄……”，百家因而好奇地询问商霖之兄政初以人力胜天花之奥妙，并为他之《天花仁术》一书写序，可惜此书已佚。<sup>⑤</sup> 18 世纪中期，扬州学者焦循（1763—1820）写有一文，记述他父亲的挚友痘医程维章的事迹，据他所说：“余幼时出痘即翁所种，后见翁治诸弟妹始以痴人

① 《正字通》，午集，疒部，9 页下载：“神痘法，凡豆汁纳鼻呼吸即出”，廖文英于 1671 年以己名刊张自烈所辑本。

② 参见“La Petite Vérole” Lettre du Père d'Entrecolles au Révérend Père Du Halde, à Pékin, le 11 mai 1726, in *Lettres Édiifiantes et Curieuses de Chine par des Missionnaires Jésuites 1702—1776*, Paris: Flammarion 1979, pp. 330 - 341。这位传教士还认为中国的鼻苗法比土耳其的刺破血管种痘法温和，较值得效法。

③ 参见喻昌：《寓意草》（1643 年原自序），120 页下，台北，新文丰图书出版公司，1977 年景印本 1905 年版。

④ 李乐：《见闻杂记》卷 10，22 页上、44 页上～45 页上，1632。

⑤ 参见黄百家：《学箕初稿》卷 2，《天花仁术序》，见黄宗羲：《南雷文定》，附录，31 页上～32 页上，台北，世界书局，1964 年影印本。

鼻。……”此时焦循对种痘的态度，不但已完全排除董含般的怀疑，而且比起黄百家的好奇以至接受种痘，更进一步地全部肯定这项技术，他说：“此术者，诚通乎微，合于圣人治未病之义，而愚者必不肯为此，以待其毒之自发，必挟寒暑乘疫疠兼鬼物，其势既炽，然后议攻议补，幸而胜之，吾气已夺，何如消之于未萌，而逐之于所及防也。”<sup>①</sup>这不但表示他已完全接受预防的观念，而且更反对不种痘。他与同乡的李斗，即《扬州画舫录》（1795）的作者的态度是一致的，李说：“小儿之生，以种痘为要。”<sup>②</sup>18世纪一位中国痘医向当时一位日本医师说：“种痘之法，由来已久，中土高贵之家，种者十之八九。”<sup>③</sup>他这个估计虽然必是印象性的，但也不是凭空想象。甚至到了牛痘已传入中国之19世纪中叶，许多人仍然种人痘，例如描写南京的《白下琐言》（1847）的作者甘熙（1839年进士），也在书中述说了他的大儿子在1832年春天接受种痘时的情况。<sup>④</sup>

这些个别的实例，当然不能证明种痘的普及程度，但是至少指出了大都市的士绅从17世纪开始，渐接受种痘，态度从怀疑转为肯定。换言之，到了18世纪下半期，这些人已适应了防疫这个本来不大容易接受观念。这个转变，是可以理解的。因为经验告诉他们，种痘的确大大地降低出痘的危险。据张琰自述的经验：“故余遍历诸邦，经余种者不下八九千人，屈指记之，所莫救者，不过二三十耳。”<sup>⑤</sup>而朱纯嘏甚至说，自他在1681年入清廷为皇室种痘，25年来“十种十全，百不失一”<sup>⑥</sup>。朱、张二人虽有自夸之嫌，但如果拿他们的话跟1723年英国皇家学会成员朱伦（James Jurin）所发表的统计数字对比，则他们的话也未必完全不可信。按朱伦的调查，在英国经种人痘而出痘者，91个中只有一个死亡。<sup>⑦</sup>他的统计可能仍缺精确性，但无论如何，种痘比自然出痘安全，是不争

① 焦循：《北湖小志》，见《焦氏遗书》（1808年自序）卷4，16页上～下，1876年重印本。

② 李斗：《扬州画舫录》（1795）卷12，20页上，台北，学海出版社，1969年影印原本。

③ [日]平泽元恺：《琼浦纪行》，见范行准：《中国预防医学思想史》，129页。

④ 参见甘熙：《白下琐言》卷7，5页上，台北，广文书局影印1847年原本。

⑤ 张琰：《种痘新书》卷3，2页上。

⑥ 朱纯嘏：《痘疹定论》卷2，27页下。

⑦ 参见Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, p. 50.

的事实。

如果高贵之家十之八九的幼儿在 18 世纪都种痘，那么一般百姓受惠的情况又如何呢？朱纯嘏在 18 世纪初就提及适用于“穷乡僻壤”的“早苗法”，而《医宗金鉴》也说早苗法是最普及的用法。<sup>①</sup> 因此，一般人应该有受接种的机会。但是从一些晚至 19 世纪的种痘专书看来，种痘法主要仍是“秘传”的，而且贮苗等技术方面有一定的困难，恐怕在当时并不是一项便宜的技术。因此，普及的程度就相当难以估计了。按作者、年份均不详，但相信是 19 世纪上半期的儿科专书《儿科醒》所言，“第迩来能种之子，皆有力之家，单寒之儿，犹然自出……”，在凡例中又写着：“有力之家，固知早种，而单寒之子，欲种弗能。……”但是在同时，民间的善堂亦已开始注意为幼童种痘：“……今喜博爱堂诸君子，发心择请种师，并饮助衣食，广为贫家儿女种痘，洵慈幼之盛举也。……”<sup>②</sup> 但博爱堂在何方的确是难以确定的。按笔者所曾研究过的江南地区的善堂，很少有以“博爱”为名者，只有扬州府甘泉县邵伯镇在 1807 年成立的一所叫“博爱堂”<sup>③</sup>，当然这个博爱堂在江南地区以外也大有可能。不过，扬州地区的不少士绅早就肯定种痘的价值（如上述的焦循、李斗），扬州府也是第一个育婴堂成立的地方，当地绅商对拯救幼儿生命很早（明末）便不遗余力<sup>④</sup>，因此，这个博爱堂是《儿科醒》所指的那一所也有不可忽略的可能性。施种人痘时间约在 1807 年至 1840 年，因为在这之后，是太平天国战乱，战乱后，西方的牛痘术已大规模进入江南，牛痘局普遍成立。

人痘接种法的普及，恐怕主要限于南方。18 世纪末在北京工作的江西痘医曾香田，就注意到北方汉人很少种痘，所以“每周岁时流行互相

① 参见朱纯嘏：《痘疹定论》卷 2，28 页上；吴谦等编注：《医宗金鉴》卷 60，135 页。

② 芝罘樵客：《儿科醒》（《珍本医书集成》本），治痘论第十一，50 页，凡例，2 页，台北，世界书局，1962 年影印刻本。

③ 参见 Leung Angela Ki Che, “Organized Medicine in Ming Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region,” *Late Imperial China*, vol. 8, 1987, no. 1 (June), Appendix concerning Map 2.

④ 参见梁其姿：《十七、十八世纪长江下游之育婴堂》，见《中国海洋发展史论文集》，106~108 页，台北，“中央研究院”三民主义研究所，1983。

传染，则有一车而累累然载小棺数十者……”，而在南方“当小儿二三岁时，即选苗种之”<sup>①</sup>。所以南人因痘而死的远比北方人少。这固然是曾香田个人的见闻，但上文所述种痘的实例，也的确无一不在南方，曾香田的观察，是有相当的可信程度的。南方痘疹如果没有北方的具威胁性，除自然的气候因素外，种痘的普及可能是另一因素。而北方痘疹的猖獗，最主要的受害者，是1644年入关的满洲人。

## 二、清代的防痘政策

满族人与蒙古族人在人口疏落的本土极少感染天花，因此满人的生理到了17、18世纪，仍未对天花病毒适应，入主中原后，到了中原的成年人往往染天花而死，顺治皇帝就是最有名的例子。18世纪痘医曾香田也观察到：“京外如蒙古等处，其人在本土则从未闻有是疾，及来京师遂传发焉。”除了生理因素外，北京地区寒冷的冬天及稠密的人口也让在低温环境中特别活跃的天花病毒传发特快，上面已提过曾香田说南人多种痘，所以南方痘症较轻，但他也观察到一般的天行痘疫，也是南轻北重，因此他把原因归于北人的饮食与冬天睡炕的习惯。<sup>②</sup>

对天花毫无抵抗力的满人入痘疹猖獗的北京后，许多人即感染天花而死，因此满族人在建国后马上采取应付的措施，在顺治二年（1645）的实录中，我们得知：“凡民间出痘者，即令驱逐城外四十里，所以防传染也。”<sup>③</sup>明末清初的史家谈迁（1593—1675）也详细地记载了此措施：“满人不出疹，有人长安，多出疹而殆，始谓汉人染之也。于是民间以疹闻，立逐出都城二十里……自摄政王没，其令稍弛，疹家报兵马司，即引绳度邻右八十步。绳以内，官吏不许入署……乙未（1655），仍逐疹如前。……”<sup>④</sup>清后期的俞正燮（1775—1840）也记了此事，并说清初有查痘章京处理旗人痘疹的问题，也引述了康熙在幼年时因尚未出痘不准入

① 曾香田：《痘疹会通》，自序，2页上～下。

② 参见曾香田：《痘疹会通》卷1，3页下～4页上。

③ 《顺治实录》卷14，顺治三年，13页上～下。

④ 谈迁：《北游录》，纪闻下，355页，北京，中华书局，1981。

紫禁城一事，以及“生身内外札萨克王公未出痘者，亦不至京也”<sup>①</sup>的惯例。熟悉清廷制度习俗的吴振械（嘉庆进士）说：“诸藩未出痘者，免入京师。未出痘者谓之生身。已出痘者，谓之熟身。”<sup>②</sup> 顺治在 23 岁因天花死去后，他的三子，8 岁的玄烨继任为后来的康熙帝，由康熙继位，主要的考虑是他已出过痘，有较大的机会长期统治<sup>③</sup>，结果果然如是。可见痘症的威胁，直接地左右清朝的军事及政治决策。

清人积极地以种痘法来抵抗天花，是康熙时的事。吴振械“闻国初遣太医赴诸部种痘，以便朝覲往来，不知信否”<sup>④</sup>。这个事迹，笔者没有在正史的记录中找到，而吴振械也只是听闻。把这段史实记下来的，是为清廷种痘的痘医。上述《痘疹定论》的作者，江西痘医朱纯嘏就在书中述及他被选入宫作种痘医师之事，据他的自述：“予自辛酉（1681）秋，考选进京为圣子神孙公主郡主种痘，仰赖皇上洪福，历二十五年之久，凡所出痘，俱获全安”，为此书的 1767 年重刊本写序的王鸣盛（1722—1797，时江苏嘉定学者）所记之过程更为详尽：“康熙二十年（1681）圣祖命内务府广储司郎中徐廷弼至江西求痘医，时督粮道参政李月桂以纯嘏应诏命，试种痘术有效，遂入大内为皇子皇孙种痘，皆愈。又至蒙古科尔沁治八德马亲王痘，至鄂尔多斯治根都世希牙布贝子痘。……”<sup>⑤</sup>按朱纯嘏的同乡后辈曾香田所述，当年被选入宫做痘医的还

① 俞正燮：《癸巳存稿》卷 9，2 页上～3 页下，《百部丛书》影印本，1850。《大清会典事例》（1818）卷 747，16 页上载：“喀尔喀额鲁特辉特之王公札萨克台吉，已出痘者分为六班。一年一班轮流来京朝覲。未出痘者，亦分为六班，按年输赴木兰随园。”在顺治的葬礼中，也可看出已出痘的皇室人员与未出痘的，分别在殿内及城门外候灵。参见《事例》礼部 368，7 页下～8 页上，1869。

② 吴振械：《养吉斋丛录》（1869）余录卷 5，322 页，北京，北京古籍出版社，1983。生身熟身之俗，新疆及蒙古人亦依循，按《清稗类钞》：“孩童出痘，谓之熟人，新疆蒙古人之孩童，必俟其既为熟人，始与论婚，未出痘者，谓之生人。”（卷 38，23 页）

③ 参见 A. Hummel, *Eminent Chinese of the Ch'ing Period*, Taipei: Ch'eng Wen, 1970, pp. 328, 258.

④ 吴振械：《养吉斋丛录》余录卷 5，322 页。

⑤ 朱纯嘏：《痘疹定论》，自序，2 页下～3 页上；卷 2，30 页下；王序，2 页上。朱纯嘏入宫之年份有一点矛盾。按他书中所言，他是在 1681 年入宫。但在 1713 年的自序中，却说已为清廷服务了 26 年，所以该是 1687 年入宫。在书中提及 1681 入宫之同时，又说为朝廷服务了 25 年，所以书该是 1706 年写的。由于正史中没有记载此事，我们目前无法解决这件在年份上相差六七年之事。

不止朱一人，还有另一名江西痘医陈添祥。<sup>①</sup>康熙本人也记述了他的决策，并深深引以为荣：“国初人多畏出痘，至朕得种痘方，诸子女及尔等子女皆以种痘为无恙，今边外四十九旗及喀尔喀诸藩俱命种痘，凡所种皆得善愈，尝记初种时，年老人尚以为怪，朕坚意为之，遂全此千万人之生者，岂偶然耶。”<sup>②</sup>康熙之大力推动种痘法甚至引来了“俄罗斯遣人至中国学痘医，由撤纳特衙门移会理藩院衙门在京城肄业”<sup>③</sup>。后来连本来只精骨法的蒙古医士也学会了种痘法，到了清末牛痘已传入时仍用人痘为蒙古幼儿种痘。<sup>④</sup>

满人对种痘的重视，当然主要是基于他们本身不适应天花病毒。但是关键在于康熙勇敢明智的决定；他打破了传统治疗痘症的概念，独排众议地采用新的种痘法。虽然他没有在制度上推动全国性的种痘运动，但是他用民间的痘医为皇室种痘，无形中提高了种痘的医学地位。朱纯嘏的《痘疹定论》是清代流传至今最早的种痘专书，有清一代，前后共刊行了23次<sup>⑤</sup>，是最通行的痘书之一，他御医的身份及为皇族种痘的经验，可想而知大大地提升了他的声望，也扩大了他的著作的市场及影响力。到了乾隆时代，种痘法更进一步地被肯定，清廷所组织编纂的医科全书《医宗金鉴》里面有《幼科种痘心法要旨》一章。而且，种痘也已成为皇室施恩于下属的一种表示。1758年，以治荒闻名的名臣方观承（1698—1768）61岁得子，“尝携其子入见，上解佩囊以赐，又命御医为其子种痘”<sup>⑥</sup>。

满人抵抗天花的方式，从消极的、不受欢迎的隔离措施，到积极的、有规划的种痘法，一方面反映了种痘法在汉人社会从明末至17世纪80年

① 参见曾香田：《痘疹会通》，自序，2页上。

② 康熙：《庭训格言》（1730），见《四库全书珍本八集》第132册，20页下～21页上，台北，商务印书馆，1978。

③ 俞正燮：《癸巳存稿》卷9，2页上。

④ 参见《清稗类钞》卷71，蒙古医士，103页。

⑤ 参见《中医图书联合目录》、《中医大辞典》（北京，人民卫生出版社，1981）之记载。笔者感谢费侠莉教授所提供的这项数据。

⑥ 吴振棫：《养吉斋丛录》余录卷8，354页。此事发生之年份为笔者估计，基于袁枚为方观承所写之神道碑中一段：“六十一岁生子维甸，上闻之为欣喜，命抱至御前，解所佩金丝荷囊赐之。”（袁枚：《小仓山房文集》卷3，39页上，《随园三十种》本）



代间，已发展得颇为成熟，尤以江西省为甚，引起皇室的注意。而另一方面，本来主要是私相授受的种痘法，又因此得以渐渐公开，并更加强了民间对这个技术的信心。18世纪下半期，民间对种痘法的普遍肯定，来自种痘术本身的改良与发展，以及清廷采用种痘法所带来的宣传效果，同时也为稍后从西方传入的牛痘接种法铺好了路。详细的情形，下文再述。

### 三、牛痘法的发展及传入中国

中国的人痘接种法在1700年已经东印度公司的商人介绍给当时西方科学界的领导性机构——伦敦的皇家学会，但没有引起很大的反应。<sup>①</sup>早在17世纪下半期的土耳其，已有专门为人种痘的老妇，这个技术可能来自中国或波斯，但并没有确实的证据，土耳其的种法是把苗注入刺破的血管里，与中国的鼻苗法有一定的差别。<sup>②</sup>1716年一个在康斯坦丁居住过的意大利医生写了一份有关人痘接种法的报告，并在皇家学会宣读，但是医学界的反应仍是冷漠中带怀疑。要到英国驻土耳其大使之妻蒙塔古（Lady Mary Wortley Montague）在1717至1718年大力为这项技术宣传后，种痘才慢慢地在欧洲社会普及，并得到医学界的重视。<sup>③</sup>

人痘种法传入欧洲的初期所引起的反应，与明末清初间中国经历的差不多，不但医学界对它的有效性怀疑，而且在宗教方面，人工的种痘又有蓄意反抗上帝旨意之嫌，就像中国人认为天花本是天生天杀之事，人工不能预防一样。自18世纪初人痘法传入西欧，要待半个世纪后，全部的西欧国家才先后承认这项技术。<sup>④</sup>18世纪60年代后，英国医生塞登（Sutton）大大地改良了土耳其式的技术，增加了种痘的方便性和安全性，

① 参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, p. 46.

② 闻说这项技术是切尔克斯（Circassian，高加索北部）妇女传入土耳其的。由于土耳其苏丹特别喜爱纳切尔克斯妇女入后宫，此地区之妇女必须在幼时种痘，以避免天花破坏容貌。参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, pp. 46, 319.

③ 参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, pp. 47-49.

④ 荷兰到1748年承认种痘法，英国1754年，瑞士1749年，法国1769年，俄罗斯1768年，西班牙更晚。参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, pp. 51-61.

也就促进了一般人接受种痘的意愿，加上欧洲皇室往往带领种痘的风气（这与中国的经验也有相同之处），欧洲人在 1796 年琴纳成功地发展牛痘法之时，对种痘预防天花之原则，已不排斥，有时甚至整个村落集体种痘。所以霍肯斯认为在社会方面而非在生物学方面，琴纳的牛痘法是人痘法的直接延续，而不是突破性的发展。中国社会对牛痘法的态度也是极为相似的。霍肯斯认为中国的官僚制及传统上对外来新事物的怀疑，阻碍了牛痘在中国的传播。<sup>①</sup> 甚至连范行准也认为牛痘法“如其他新的事物传入中国一样，即起一种拒抗的情形”<sup>②</sup>。这些一相情愿的看法，是不符合史实的。

牛痘法在欧洲成功地实施之后不到 10 年，在 1805 年 3、4 月间就由商人经澳门传入广州，最早的推动者为广东人邱熺与郑崇谦。牛痘术从广州再渐渐传遍中国。按陈援庵之研究，牛痘法传入广州之后，自 1827 年到 1840 年间共有四次传播至各省的史实。<sup>③</sup> 更重要的是牛痘法传入之后，热心的人很快便成立“牛痘局”来推广种牛痘的工作。查最早的牛痘局于 1805 年左右成立于广州，按《广州府志》的记载，广州商人郑崇谦在牛痘法传入后，即有组织地研究及推广此项新技术：“牛痘之方，嘉庆十年自外洋至，（郑）崇谦为洋行商人，刊此书（《种痘奇书》）募人习之，同时习者数人，今则人精其术矣。”<sup>④</sup> 于 19 世纪 40、50 年代遍游中国的英国人米怜（W. C. Milne, 1815—1863）仔细地记载了他在中国所见之善堂，也如此记载了中国第一所牛痘局：“广州的牛痘局自 1805 年即由当地人主持作业……在重要的县份，这个新技术已广泛地流行，在其他地方，闻说人们实施人痘的施种。……”<sup>⑤</sup> 从这两项资料看来，郑崇谦与这第一所牛痘局必有密切的关系。此外，按陈援庵的考证，1828 年南海人曾望颜在北京的南海会馆成立牛痘局。<sup>⑥</sup> 而南京的牛痘局则在

① 参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, pp. 77, 127.

② 范行准：《中国预防医学思想史》，143 页。

③ 有关牛痘法传入中国之细节，范行准《中国预防医学思想史》134～136 页有详细的描写，他已提过的史实，本章不再赘述。陈援庵一文亦引自范书，见 135～136 页。

④ 《广州府志》卷 92，艺文略，9 页上～下，1879。

⑤ W. C. Milne, *Life in China*, London, 1859, pp 56 - 57.

⑥ 参见范行准：《中国预防医学思想史》，135～136 页。

1834至1835年间成立于县东南下江考棚的程公祠里，这是当时两江总督陶澍（1779—1839）鉴于该年南京痘疫所下令设置的。<sup>①</sup>此外，自19世纪40年代开始，许多育婴堂亦开始实行替所收容的弃婴接种牛痘，就笔者看过的有限资料，除南京外，至少句容的保婴局（1843）有种牛痘的设施，句容的县令还同时刊印《牛痘新书》一书，并“延医传种”。甚至在较偏僻的陕西，在盐政崇纶的推动下，于1848年创办附牛痘局的育婴堂，这牛痘局不单为弃婴种牛痘，也为所有其他当地的婴儿免费种痘。<sup>②</sup>这一连串的推广运动在太平天国运动的动乱期间停顿了下来，要等到19世纪60年代以后，牛痘局才像雨后春笋般成立在主要的大城市内，1869年，扬州府就有官方的“牛痘书”促使各州县成立牛痘局。牛痘局作为公众善堂的一种，在19世纪后期已非常普遍。<sup>③</sup>

为什么牛痘这样快便为民间所接受，而人痘法在中国实施了一百多年仍少见有组织的推动呢？笔者认为这是基于两个相关的原因。人痘在中国民间实行了一百多年后，到了19世纪中后期，才为一般的人民，尤其都市人口所普遍信赖。上面我们提到善堂“博爱堂”开始为贫家子女

① 参见《江宁府重建普育堂志》卷5，《牛痘局章程》，13页上，1871；有关当年南京痘疫之史实，参见范行准：《中国预防医学思想史》，136页。

② 参见余治辑：《得一录》（1869）卷21，3页下，台北，华文书局，1969年《中华文史丛书》影印1869年苏城得见斋藏版；徐栋：《牧令书》卷15，29页下，1848；《咸宁长安两县续志》卷8，4页下，卷12，43页下，1936；《句容县志》卷8，6页上，1904。

③ 太平天国战乱后，一名江南地区的官员查祥考先在芜湖开局种牛痘（1872），后至苏州、清河等地设局，据他所言，“计自前后经予手于大江南北所设之局，所种之婴，何止亿万人乎”（《新辑中西痘科全书》，《重刊引种牛痘方书》，1页上）。笔者不曾系统地把所有1860年后所设之牛痘局一一列出。就至目前零散的资料，除文中所述的南京、甬汇、无锡、句容、陕西在19世纪30、40年代已设局外，我们知道1868年有高邮牛痘局（《再续高邮州志》卷1，27页下～28页下，1893）、1872年有芜湖牛痘局（《芜湖县志》卷12，4页上，1919）、1874年有丰县牛痘局（《丰县志》卷2，12页上，1894）、1876年有宝山县育婴堂设种牛痘（《宝山县续志》卷11，2页下～4页上，1921）、1877年有昆山牛痘局（《昆新两县续修合志》卷3，7页下～8页上）、1881年有泰兴牛痘局（《泰兴县志》卷8，7页上，1885）、1884年之前有天津施种牛痘局（《津门杂记》卷中，6页下～7页上，1884）、1876年之前有上海牛痘局（《沪游杂记》卷1，18页，1876）、1887年有江阴牛痘局设于保婴局内（《江阴县续志》，1920）、1887年左右阜宁育婴堂亦实行种牛痘（阮本焱（1848—1906）：《求牧刍言》（1887），见《近代中国史料丛刊》第27辑，卷8，8页下，台北，文海出版社，1968年影印本）、1892年青镇牛痘局（《民国乌青镇志》卷23，9页下）。光绪后期牛痘局已多不胜举，以上亦只是有记载的牛痘局中的部分。

种人痘的数据，除此之外我们还确知无锡青城乡在 1843 年成立的保婴会也规定：“每年正月或八、九月种痘……另备稀痘丹惊螳螂子药以资缓急。”另一所地点不详的江南地区的育婴堂，在 1869 年以前就“请医种痘，每年以冬十二月及正月为期，又平宜预备稀痘丹为之先擦。……”迟至 1876 年，苏州育婴堂仍用种人痘法，也是“每年正二月或八九月种痘”<sup>①</sup>。最有趣的例子是成立于 1842 年的松江府南汇育婴堂，在该堂 1876 年列出的规条中，有这么一段：“婴孩种痘最关紧，每年于二、三月间由堂延定痘科下苗种痘或种牛痘，种后司事逐日往看一切。”<sup>②</sup> 人痘和牛痘同时在这个善堂内实施，是两种技术交接的最好例证。换言之，牛痘传播之成功，至少部分是建立在人痘发展的基础之上。当人痘法由于技术之改良及社会条件之许可，渐渐被公众善堂所采用之同时，牛痘法被引进了，当时人已适应了免疫的观念，不难接受牛痘的技术。至于第二个原因，就是牛痘法明显地安全及有效。我们记得在清初人痘实施一百多年后，仍有人怀疑它的效用，尽管种痘确比自然出痘安全，而在牛痘引入中国后短短 30 年间，杭州士人梁绍壬（1792—？）就这样推崇牛痘：“……由牛而施之人，无不应验，于是其法盛传……名曰牛痘，诚善法也。”<sup>③</sup> 而 1848 年在陕西成立育婴堂兼牛痘局的崇纶，对牛痘也同样地信赖：“种后不发热……永无后患。”<sup>④</sup> 而事实上除了收购牛痘浆比较伤脑筋外，牛痘种法比人痘种法方便安全，是很客观的事实。<sup>⑤</sup> 而范行准一书中所列举的要说明牛痘收到排斥的例子，其实同时显示了记录这些反对声音的士人对牛痘法的大力支持。<sup>⑥</sup>

当然，反对牛痘的亦大有人在。但反对的原因不再是难以克服的观

① 余治辑：《得一录》卷 2，3 页下；卷 3，6 页下；《江苏省例三编》，《保婴章程》，9 页上，1883。

② 《松江府续志》卷 9，14 页上，1883。

③ 梁绍壬：《两般秋雨庵随笔》卷 4，221～222 页，上海，上海古籍出版社，1982。

④ 徐栋：《牧令书》卷 15，29 页下。

⑤ 有关收买痘浆的技术性问题的处理，可见于牛痘局的章程，如南京牛痘局 1871 年的《江宁府重建普育堂志》卷 5，13 页上～14 页上；1886 年的《江宁府重修普育四堂志》卷 1，23 页～24 页下；《新辑中西痘科全书》，《中西痘科合璧》“收买牛痘浆”一条，5 页上～下。

⑥ 参见范行准：《中国预防医学思想史》，143～145 页。

念问题，而是很现实的利害关系：“牛痘尽美尽善，最有碍于塞鼻痘医，牛痘不必延医，又不利于看痘幼科，牛痘无余毒遗患，又不利于外科，牛痘勿药有喜，于药铺亦不无小损。每有射利之徒，视善举为妒业之端，暗中煽惑，以刀刺为惊人之语，以再出为阻人之词。”<sup>①</sup> 因此王检心在1843年在句容推广种牛痘时，得把原来种鼻苗的痘医驱逐境外，再培养种牛痘的人才。<sup>②</sup> 而一些牛痘局在成立的初期，也颇受“民风闭塞”之苦，“天花盛行，嗣经挨户劝导，风气渐开”<sup>③</sup>。一向靠种人痘为生的人反对牛痘，缺乏教育的人不敢种牛痘，本来是极自然的反应，在欧洲牛痘传播的初期也有同样的问题。<sup>④</sup> 这些困难，对牛痘推广所造成的阻挠，是很有限的。

问题在于，反对的人在19世纪的中国社会没有什么影响力，而当时左右着地方行政的精英分子，如士绅、商人等，经过人痘法的免疫观念洗礼百多年后，很快、很自然地接受了来自西方的牛痘。这项新技术也得在他们主持的善堂中实施。在英国，到了1853年才有种牛痘的法令，法国则晚至1902年才通过法案。<sup>⑤</sup> 中国本来并没有全国性的卫生法例，正统医学研究也从来没有像西欧那样制度化，没有任何推动医学技术的渠道。在没有任何朝廷的法令及正统医学的认许之下，各地方的士绅、商人、地方官从1805年开始，纷纷推动种牛痘法。这是一个纯粹的民间运动。因此，说中国对这项新事物有惯常性的排斥，是没有根据的。说官僚制阻碍了牛痘的发展，也完全不符合当时中国的政权组织及社会实况。事实上，上面的例子也证明了许多地方官亲自创立牛痘局，虽然这些都不属于他们的官方责任范围。

① 《新辑中西痘科全书》，《刺种牛痘说》，2页上。此书结合张琰之《种痘新书》，及另一为邱煊所作之《牛痘新书》，按邱煊有关牛痘法之书名《引痘略》，笔者不得见原文，此《牛痘新书》可能就是《引痘略》易名重刊，因为张书也是在此易名重刊，并连作者年代也被改了。见本书54页注②。

② 参见《句容县志》卷8，6页上。

③ 《芜湖县志》卷12，4页上。

④ 参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, pp. 83-84.

⑤ 参见上书，86页。

## 四、结论

许多有关中国医学或其他技术发明的历史研究，多集中于发明的日期的推敲，而疏忽了技术和社会的关系。种痘技术的历史说明了这个方向不但往往徒劳无功，而且并不重要。笔者怀疑种痘技术是从民间经验中发展出来的。无论在中国、印度、土耳其等人痘实施最早的国家，在种痘有记载之前民间已实施了种痘。甚至在创始牛痘法的英国，在琴纳之前一个多世纪，在农村，尤其养牛地区已盛传出过牛痘的人不会患天花。<sup>①</sup>所以上文提到琴纳，只说他发展了牛痘法，他并没有发明此一技术。重要的是，他把这项技术正式引进社会，让牛痘法在人类历史中扮演了有意义的角色。在中国，种痘术从17世纪后期开始渐被较上层的社会，尤其南方社会所接受，牛痘传人的前夕，已普及到较低下的阶层，为从广州传入的西洋牛痘打开了方便之门。这段发展的过程，向我们显示了一些中国社会的特色。

与西欧社会最不相同的是，中国没有一个有组织有制度的正统医学。新的医学发明该被接受与否，从来没有像在西方一样，经过公开的辩论或集体的研究来决定，因此没有权威性的指示。而在英、法等地，势力强盛的皇家学院等研究组织往往直接地影响国家的法令。在中国，就算清皇室起用痘医为皇族种痘，也没有带来全国性的种痘法令。因此也容许了种痘法“秘传”了一百多年。这项技术的得以保存和普及化，全靠民间本身的包容性。在这种情况下，中国社会接纳了“新奇”的种痘法，速度虽不算很快，但是一直有愈发普遍的趋势，反映出明清时期的中国社会，对新事物，有相当程度的开放性，至少不会低于同期的西方。到了牛痘的传入，这种开放性就更明显了。

当时促进这项技术发展最力的是商人、士绅、地方官。他们所接受的事物，透过他们的影响力，很快就普及化。人痘法在初期的困难，就是要赢取这些人的信赖。到了18世纪后期，人痘免疫法的观念终于征服

---

<sup>①</sup> 参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, pp. 77-79.

了这个阶层（种痘在南方较普遍的这个现象，与士绅阶层在南方较集中和有力的关系，是很有意思的课题，但恐怕难于证明），所以接踵而来的牛痘法才会流传得较快。而普遍化的渠道，仍然是士绅等所经营资助的善堂：或透过原有的育婴堂实行种牛痘，或另设牛痘局。这些地方性的，不经全国集中策划但遍布全国的慈善机构，自 17 世纪下半期以来，就是地方社会福利发展的主要力量，它们在意识形态上相当保守<sup>①</sup>，但是却不曾因此排斥新的、外来的，但有实际效果的技术。

最后，人痘及牛痘接种法在中国及西方的科学界，有很不相同的影响力。在西方，人痘法在 18 世纪传入后，大大地提升了医学界对天花的认识。以前，欧洲人和中国人一样，认为天花乃来自天生内在的胎毒，而外来环境的变化，产生内外感应的天行痘疫。但人痘法让西方科学家意识到天花的主源是外在的、非内在的因素，这点对传染病学的发展，有很大的刺激。<sup>②</sup>但在人痘法实施了一百多年后的中国，胎毒一说，仍根深蒂固，一直到牛痘法传入之后，乃丝毫没受半点的动摇。这个在中西医发展史上的差别原因，就只可在两方面的医学思想传统中去探索。而社会方面的因素，即所谓中国社会的保守性、官僚结构的阻碍性等站不住脚的说法，并不能解释科技在中国发展的缓慢。

---

<sup>①</sup> 参见梁其姿：《明末清初民间慈善活动的兴起》，载《食货月刊》第 15 卷，1986（7、8 期合刊），52～79 页。

<sup>②</sup> 参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, p. 61。

## 第四章 十九世纪广州的牛痘接种业\*

### 一、引言

1933年鲁迅(1881—1936)写了一篇文章,生动记述他第一次接种牛痘的经历,当时他两三岁,是在老家绍兴。他是在家里种的痘,而不是在种痘局,这“大约是特别隆重的意思”。他还记得痘官的脸,“胖而圆,红红的,还带着一副墨晶的大眼镜”。鲁迅印象最深的是痘官说的话,他一点也听不懂,像是讲的“官话”,而他的模样,“是近于官的”<sup>①</sup>。鲁迅的回忆也告诉了我们19世纪末20世纪初其他有趣的种痘细节:种痘局很普遍,但只是设在大的市镇上并有季节性;在人们可以选择传统人痘的情况下,牛痘还远未普及。鲁迅对本土传统的敏感具有代表性,但这里他却漏掉了中国牛痘接种的一个中心环节。在称赞上海“可能是中国最文明的地方”,因为那里牛痘接种很流行、也很方便时,他忽视了这样一个事实:就牛痘而言,应该将广州作为参照城市,因为这一种痘技术在19世纪初最早传入广州,也是在那里被人们率先广为接受的。

琴纳牛痘接种术(Jennerian vaccination)经由澳门和广州传入中国

---

\* 此文原用英文发表:“The Business of Vaccination in Nineteenth-Century Canton,” *Late imperial China*, vol. 29, no. 1 Supplement (June 2008), pp. 7-39.

① 鲁迅:《我的种痘》(1933),见《拾花之余》,收于《鲁迅作品精华》,第2册,237~239页,香港,三联书店,2003。



一事，人们多次说起，尤其是中国的历史学家，有时还细致入微。<sup>①</sup>能见到的最早英文记述之一是马士（Morse）的《东印度公司对华贸易编年史》，该书1926年首次出版。<sup>②</sup>这种说法在由王吉民（K. C. Wong）和伍连德（Wu Lien-teh）合著、1936年出版的《中国医史》（*History of Chinese Medicine*）中再次提及并有了更为细致的记述。在书中作者描述了1802年前后，东印度公司在华的外科医生皮尔逊（Alexander Pearson）是如何在澳门进行牛痘接种的<sup>③</sup>，皮尔逊比携带另一批疫苗的西班牙巴尔米斯医疗队（Balmis Expedition）要早一些年，并且写了一个关于如何种痘的小册子，该书由斯当东（George Staunton）翻译成中文，在广州十三行一位商人的帮助下，于1805年出版。该书也详细地描述了在1805<sup>④</sup>—1810年间，由十三行商人在他们广州的公所（Public Hall）建起一个免费接种牛痘的善局，雇用了中国最早的一位痘师邱熺，他在1817年出版了自己的著作。<sup>⑤</sup>王吉民和伍连德以及用中文记述此事的历史学

① 最重要的著述包括陈垣：《牛痘入中国考略》，原载《医学卫生报》，1908—1909年，重印收录于《陈垣早年文集》，217~224页，台北，“中央研究院”文哲研究所，1992；彭泽益：《西洋种痘法初传中国考》，载《科学》第32卷，1950（7），203~208页；范行准：《中国预防医学思想史》；梁其姿：《明清预防天花措施之演变》，见陶希圣先生九秩荣庆祝寿论文集编辑委员会：《国史释论》，249~252页；廖育群：《岐黄医道》，沈阳，辽宁教育出版社，1991。关于此问题更为完备的目录见张嘉凤：《19世纪初牛痘的在地化——以〈啖咕喇国新出种痘奇书〉、〈西洋种痘论〉与〈引痘略〉为讨论中心》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第78本第4分，2007，755~812页。

② 参见 Morse, H. B., *The Chronicles of the East India Company Trading to China*, Oxford: Oxford University Press, 1940, Reprint, London: Routledge, 2000, pp. 16-17.

③ 伍连德在1936年8月 *Chinese Recorder* (Shanghai: American Presbyterian Mission Press) 中写道：“皮尔逊从孟买引入了一种新疫苗，1802年在广州用于预防天花。”

④ 米怜认为该善局建立于1805年，参见 W. C. Milne, *Chinese Repository*, 1847, p. 27; *Life in China*, London: Routledge, 1857, p. 56。1835年《南海县志》记载是建立于1810年（卷44，30页下，1869年重刊本）；米怜所说的时间（1805年）可能更接近真实情况，因为邱熺在1817年接种牛痘著作的序言中说，善局已开办十余年。

⑤ 参见 Wong, K. C. and L. -t. Wu, *History of Chinese Medicine: Being a Chronicle of Medical Happenings in China from Ancient Times to the Present Period*, 2<sup>nd</sup> edition, Shanghai: National Quarantine Service, 1936, Reprint, Taipei: Southern Materials, 1977, pp. 277-278.

家，认为在 19 世纪中，这一技术在广州的传播很顺利。<sup>①</sup>

在本章中，我们将避开中国引种牛痘具有重大意义这样的宏大叙事，试图回答鲁迅感兴趣的那些问题：痘师是些什么人？在种痘传播过程中还有哪些人的参与？种痘局是怎样的机构？社会是如何看待这一新奇且是外来的技术？我们也将对广州，这一中国最早进行种痘公共实践的地方进行更细致的考察。换言之，一项新技术顺利地 19 世纪一座中国城市进行传播，那么该城市会是怎样的社会结构？我们也将考察一座大都市正在兴起的医疗文化，这座城市不同于北京和上海，它远离帝制晚期中国的政治和文化中心，然而却是一座商务和贸易在人们日常生活中占有中心位置的城市。

## 二、痘师

当时的痘师是些什么人呢？资料显示在澳门引入种痘之初，当地的广东人就成了主要的接种员。根据皮尔逊的说法，在巴尔米斯医疗队由马尼拉到来之前，“澳门（牛痘接种）极普遍，这是由葡萄牙接种员所做的，我自己也在当地居民以及中国人中种痘……并尽我所能，指导数位中国人（种痘）；他们为许多人接种牛痘，效果很好，就如同我在旁监督一样”。当时他又是怎样选择他的培训人员呢？“现在，已是痘师的中国人，基本上是那些正被或曾经被英国商馆（British Factory）所雇用的人。”第一批痘师“在广州以及附近农村的地区广泛地为人种痘”<sup>②</sup>。米怜——伦敦会马礼逊（Robert Morrison, 1782—1834）的助手，也证实，当地的医生参加皮尔逊的正规课程，后来负责在广州的种痘善局。<sup>③</sup> 受雇或与东印度公司有联系的中国人也通过别的途径参与了种痘的引进。例

① 一些历史学家强调了牛痘接种所面临的种种障碍，尤其是遭到人痘接种者和宗教首领的抵制。这种抵制在欧洲引入种痘的初期也可见到。参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, p. 83; Sköld, Peter, *The Two Faces of Smallpox*, Umeå, Sweden: Umeå University, 1996, p. 387。这种抵制并没有阻止牛痘法在广州的广泛传播。

② Alexander Pearson, “Report to the Board of the National Vaccine Establishment,” 1816。该报告在 1833 年 5 月的《中国丛报》“种痘”栏目中有摘要综述，36~41 页。

③ 参见 W. C. Milne, *Life in China*, London: Routledge, 1857, pp. 56 - 57。

如，翻译皮尔逊种痘的小册子，“是在一位受过医学专业训练的中国人协助下完成的”<sup>①</sup>。

我们透过中文材料可以了解第一批痘师更多的情况。1835年《南海县志》有着与皮尔逊及马士相同的记述，并记载了在行商所建善局行医的痘师的名字：梁辉、邱熿、张尧和谭国。从另一种后来出版的县志中我们可以知道，他们来自以下三县：番禺、香山和南海<sup>②</sup>——这三个县分别对黄浦、澳门和广州有管辖权。众所周知，1842年以前，西方商人与中国的贸易被限定在以上这三个地方。<sup>③</sup>如皮尔逊所说，四位痘师极有可能是被英国商馆所雇用或有与之联系。四人中间，我们对梁辉和邱熿了解的更多一些。梁辉，字国炽，在他的家乡《番禺县志》中有记载，是一位行善的富商：“闻西人有种牛痘法，取牛所患痘，刺人臂，数日即痂，无所苦。国炽乃以重金购其法习之。痘浆必由西洋递传而至，费不费。国炽无所吝，岁以其法治之，不吝分文谢。”<sup>④</sup>我们还知道后来他离开善局，返回黄浦老家，很可能是继续从事牛痘的接种。<sup>⑤</sup>

邱熿，即西方人所熟悉的 A. Hequa 或 Dr. Longhead<sup>⑥</sup>，是中国最著名的痘师，因为他是第一部、也是最有影响的关于接种牛痘的中文著作的作者。他的书出版于1817年，在皮尔逊的中文译本之后。这部《引痘略》，经常与别的种痘著述合在一起，在整个19世纪和20世纪初多次重印。<sup>⑦</sup>邱熿是南海人，32岁在澳门受雇于英商时听说了这个新的技术。因为他从未出天花，“洋医”给他种痘，接着他“既行之家人戚友，亦无不验者。于是洋行好善诸公，以予悉此，属于会馆专司其事。历十数寒

① Morse, H. B., *The Chronicles of the East India Company Trading to China*, vol. 3, p. 16.

② 参见《南海县志》(1835)卷44, 30页下;《广州府志》卷163, 40页上~下。

③ 参见 Morse, H. B., *The Gilds of China with an Account of the Gild Merchant or Cohong of Canton*, Reprint, Taipei: Chengwen Press, 1972, pp. 72-73.

④ 《番禺县志》卷47, 10页上, 1871。

⑤ 参见《广州府志》卷163, 40页上。

⑥ 参见 Wong, K. C. and L. - t. Wu, *History of Chinese Medicine*, p. 278.

⑦ 参见《全国中医图书联合目录》，517~518页。在中国这一文献至少有62种不同版本，还不包括这一文献与别的种痘文献的合印本，见该书518及以后诸页。

暑，凡问途接踵而至者，累百盈千”<sup>①</sup>。邱熿能够成为种痘大师，拥有权威，不仅是因为他有著作出版，而且在于我们下面将看到的，他为政治精英提供服务，更在培养本地和外省的徒弟之外，培养自己的子侄及其徒弟成为在全国有着声望的邱氏“世业”的继承人。



《暎咭喇国新出种痘奇书》(1805) 文本与插图

在第一批广州接种牛痘的痘师出现后，种痘很快在广州地区传播开来，越来越多的当地行医者加入到了这一活动。皮尔逊，这位英国外科医生似乎一开始就有一种策略，后来证明是成功的：“它对于种痘的传播及延续，绝对有益。对于从事此业，对于在广州及附近农村进行广泛接种，以及对于在指定地点种痘的那些中国人来说，种痘成了声望和报酬的来源。”<sup>②</sup> 半个世纪后，在广州行医的美国长老会的传教医生嘉约翰(John Kerr, 1824—1901)记述道：“现在很多人全身心投入这一事业，对保存疫苗持有兴趣，因此不存在曾经有过的疫苗失传的危险。一些人从种痘中大发其财，那些最早投身其间者，在他们的同乡中间，被视作

<sup>①</sup> 邱熿：《引痘略》(1817)，自序，5页上~6页下，正文，4页上，北京，奎光斋刻本，1827。

<sup>②</sup> [英]皮尔逊著，[英]斯当东译：《暎咭喇国新出种痘奇书》，38~39页，广州，1805；Wong, K. C. and L. - t. Wu, *History of Chinese Medicine*, p. 278。

生命的赐福者，声名鹊起，令人艳羡。”<sup>①</sup> 在英国医疗人员的默许下，第一批痘师很快抓住了以传入这项欧洲技术带来的致富和邀誉的机会，而英国医疗人员只是希望吸引更多的当地行医者，以维持住这种技艺和牛痘苗不致中断，尤其是当他们的活动被局限在澳门和广州的时候。

从 19 世纪 60 年代开始，越来越多的痘师在广州接受新教传教医生的培训。嘉约翰在 1866 年写道：“（广州）医院也鼓励学生进行种痘活动。”在 1868 年的报告中，他告诉读者，两位来医院寻求鲜活痘苗的当地痘师“在诊所接受学习”<sup>②</sup>。对 19 世纪某一时间的广州痘师数目进行估算，是件困难的事，尽管有海关医报说，1870 年“在广州有五六十位职业的痘师，现在该城市约有半数的儿童已经接种了牛痘”<sup>③</sup>。

接下来我们感兴趣的是，这么多人出于什么原因对接种牛痘有兴趣。一个明显的答案是，这是一项有利可图的营生。我们已经看到皮尔逊和嘉约翰所观察到的广州地区早期的痘师是如何的名利双收。对于接种价格问题，有一条有趣的线索，来自伦敦会的著名医生合信（Benjamin Hobson，1816—1873）。他在 1850 年与当地的一位医生的对话中了解到：“他认为在（广州）附近几乎所有的儿童都已种痘；并知道当地数位进行种痘的医生，向每位接种者收取 50 钱至 1 银圆。”<sup>④</sup> 广东医生黄宽（1829—1878，他的英文名是 Wong Foon），是第一位在英国拿到医学学位的中国人，他在海关担任医官，也在 1878 年报告说：“当痘医被住家召来种痘时，他通常带一个（已接种并且已出痘的）孩子以便进行疫苗

① “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1860,” p. 6; “Report of the Medical Missionary Society in China,” Macao, Hongkong, Guangzhong: The Medical Missionary Society, Macao 1860; Hongkong 1863, 1864, 1865, 1866, 1872, 1875, 1876; Guangzhong 1861, 1862, 1867.

② “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1865,” p. 12; “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1867,” p. 18.

③ Gordon, *An Epitome of the Reports of the Medical Officers to the Chinese Imperial Maritime Customs Service from 1871 to 1882*, London: Baillière, Tindall, and Cox, 1884, p. 81. 德贞（John Dudgeon）1877 年又一次记述了这一情况，见他的 *Diseases of China: Their Causes, Conditions, and Prevalence, Contrasted with Those of Europe*, Glasgow: Dunn & Wright, 1877, p. 44.

④ Hobson, “General Report of the Hospital at Kum-le-fau, in Canton, from April 1848 to November 1849,” p. 18, Guang zhong, 1850. 惠爱医馆位于广州西关外金利埠。

接种，通常收取 50 钱或 1 银圆，而对于提供痘浆的小孩则给予 25 钱。穷人种痘则收 10 钱或 25 钱。”<sup>①</sup> 19 世纪中叶，在广州医院一位当地的高级医疗助手月薪 20 银圆，而一条银导管的价钱或一位教会医院病人的埋葬费用是 1.5 银圆<sup>②</sup>，与上面所说进行比较，应该说在家里种痘，像鲁迅经历的那样，绝对是很昂贵的，即便是“穷人”所付的费用也十分高。尽管私人种痘才收取这些费用，慈善种痘机构不是这样，但这仍然揭示出享有盛誉的痘师可以享有高收入的生计。而且，对于广州贫穷儿童“免费”或“酬报性”的种痘，如同上面的报告所揭示的，事实上是保存鲜活牛痘苗的必经程序。换言之，“免费”或“酬报性”的种痘实际上是价格不菲的私人接种手术的部分成本。

我们知道，即便是在西欧，牛痘苗也很稀有；得到了一头病变程度正好处于痘浆能直接接种到人身上的出痘中的牛，颇为不易。欧洲直到 19 世纪末还一直采用手臂到手臂的接种方法，即牛痘苗直接通过新近被接种的人传至一个新病人的手臂。手臂到手臂间的输入存在疫苗失去活性的可能，以及传播传染病的危险。但要知道，在整个 19 世纪疫苗的生产在欧洲没有任何官方的监控，而疫苗质量的管理在 1925 年才得以建立。<sup>③</sup> 供应高品质、安全的牛痘苗一直是中国实施种痘所面临的主要困难，尤其是在温暖气候不利于疫苗的保存的广州。因此，痘师或接种点就不得不持续不断地通过接种中的孩子进行手臂到手臂接种，以便整年都能有新鲜疫苗的供应。这是 19 世纪富庶的广州人要建立疫苗站和雇用有声望的痘师进行手术的一个主要原因。嘉约翰在 1865 年的报告中写道：“在一个有

<sup>①</sup> *Maritime Customs Medical Report*, no. 15, 1878, p. 15; Shanghai: Statistical Department of the Inspectorate General of Customs, Wong, K. C. and L.-t. Wu, *History of Chinese Medicine*, p. 285.

<sup>②</sup> 人员薪金参见“Minutes of Three Annual Meetings of the Medical Missionary Society in China for the years 1854, 1855, and 1856 with Dr. Kerr's Report for 1855-56,” *Medical Missionary Society in China: Macao, 1857*, pp. 23-24。助手阿滔 (Ato) 每月是 20 银圆；1849 年银导管的价格见于“Sixteenth Report of the Ophthalmic Hospital at Canton, for the years 1850 and 1851,” *Medical Missionary Society in China: Canton, 1852*, p. 36。埋葬费用见 Hobson, “General Report of the Hospital at Kum-le-fau, in Canton, from April 1848 to November 1849,” p. 49.

<sup>③</sup> 参见 Fenner, F., et al., eds., *Smallpox and its Eradication*, Geneva: WHO, 1988, Chapter six, pp. 263-267.

钱的当地人资助下，东郊开办一个疫苗站，已聘用（广州教会）医院的一个学生实施接种手术。一个以前也曾在医院学习的年轻人，被雇用在顺德县治所在地大量接种牛痘。一个富人组织支援他的活动。”<sup>①</sup>

这些居住在广州的有钱人显然并不都是天真的慈善家。由他们资助的叫做“种痘馆”的私人诊所，多数为家族世业，到20世纪初还在运作。<sup>②</sup> 19世纪60年代初，其中一家种痘馆正是由传奇人物、当地第一代痘师邱燿的儿子——邱昶所经营的。1860年，嘉约翰拜访了邱昶的办公场所，邱昶向他展示了种痘的宣传材料，嘉约翰将其译成了英文。在传单中，邱昶向他未来的主顾保证：“本人所用乃直接得自外洋商人采购之浆苗，施种前有精于疯病诊断之人检查小儿，可避免所有危险。凡愿本人前往接种者请前来十二甫西首。”<sup>③</sup> 根据黄宽1878年的记载，邱家每年有一百两的保存疫苗的补贴<sup>④</sup>，这笔钱可能来自行商。在慈善接种点，给予穷人的孩子免费种痘是私人痘师得到疫苗的主要途径，但我们不知道在慈善接种点和私人行医者之间有无经费或其他方面确切的交易。

1861年在广州西面肇庆布道的美国浸信会传教士纪好弼（R. H. Graves）也注意到，“中国医生被迫雇用穷人的孩子去进行牛痘的接种”，因为富裕家庭“对于让人将自己孩子的痘疱戳破以取出痘浆甚是忌讳”<sup>⑤</sup>。黄宽在一份1878年的报告中解释说：“中国的母亲们反对从她们的孩子手臂取出痘浆，她们认为这样会有伤元气。”<sup>⑥</sup> 这一想法在中国传播极广。上海的《申报》1874年有篇文章认为，孩子们在种痘后多不回诊，怕痘师取出痘浆；父母更宁愿自己把小儿的脓疱抓破，让痘浆在皮肤上流淌，以避免痘浆被痘师取出转种，因为他们相信小儿会因此

① “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1865,” p. 8.

② 关于这些种痘馆的史料甚少。陈垣在1909年将它们描述为“世业”，常常雇用一些没有资质的从业者。见陈垣：《医生产婆痘师注册》，原载《医学卫生报》，1919（8），重印收录于《陈垣早年文集》。

③ “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1861,” pp. 6-7. 这里译文据英文译出。

④ 参见 *Maritime Customs Medical Report*, no. 15, 1878, p. 15.

⑤ Graves, R. H., “Dispensary at Shiu Hing,” in “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1861,” p. 17.

⑥ *Maritime Customs Medical Report*, no. 15, 1878, p. 15.

失去元气。<sup>①</sup> 这种态度解释了为什么为了保证有连续不断的牛痘苗供应，必须对穷人的孩子进行免费的及酬报性的种痘，这种优惠是为了持续取得新鲜痘浆所付出的代价。一些打着慈善家旗号的私人痘师，实际上是精明的商人，从种痘和牛痘苗生产中获利。19世纪70年代初的北京有疫苗荒，“仅一个在天津和山西太原府有（痘馆）分号的当地痘师……可以保证供应”<sup>②</sup>。这些种痘馆解释了为何私人种痘的价格如此昂贵。

种痘业的丰厚利润吸引越来越多的冒牌儿医生。邱昶在1852年抱怨道：“近来我的名字被人无耻地假冒。”<sup>③</sup> 在广州的嘉约翰以及在肇庆诊所的纪好弼注意到，19世纪60年代初，当地的行医者使用的牛痘苗并不总是健康的，在种痘后天花发作的病例很常见。<sup>④</sup> 对庸医为获得更大的收益使用变质或是无效的牛痘苗，甚至以人痘取代牛痘的埋怨，在广州的种痘书籍和新闻报道中常见，这些作法不只在广州，更遍布全国。<sup>⑤</sup> 19世纪整个中国包括台湾的一个普遍趋势是，当种痘流行且有利可图时，江湖郎中们纷纷登场。世纪之交，广州的情况已非常糟糕，以致著名历史学家、广东人陈垣（1880—1971）呼吁痘师应考取执照。<sup>⑥</sup>

那么当时中国本土痘师是如何促进他们的营生呢？我认为，他们成功的关键在于采取了源于传统的新策略。他们的策略包括两部分：精心打造一种部分是建立在传统医学基础上的、新的、中西结合的技法和用词；提升种痘作为一种行业的社会声望。有关种痘的书籍在这里起着关键作用。

① 参见《申报》，1874-12-29，第1版。

② 参见 Gordon, *An Epitome of the Reports of the Medical Officers to the Chinese Imperial Maritime Customs Service from 1871 to 1882*, p. 74.

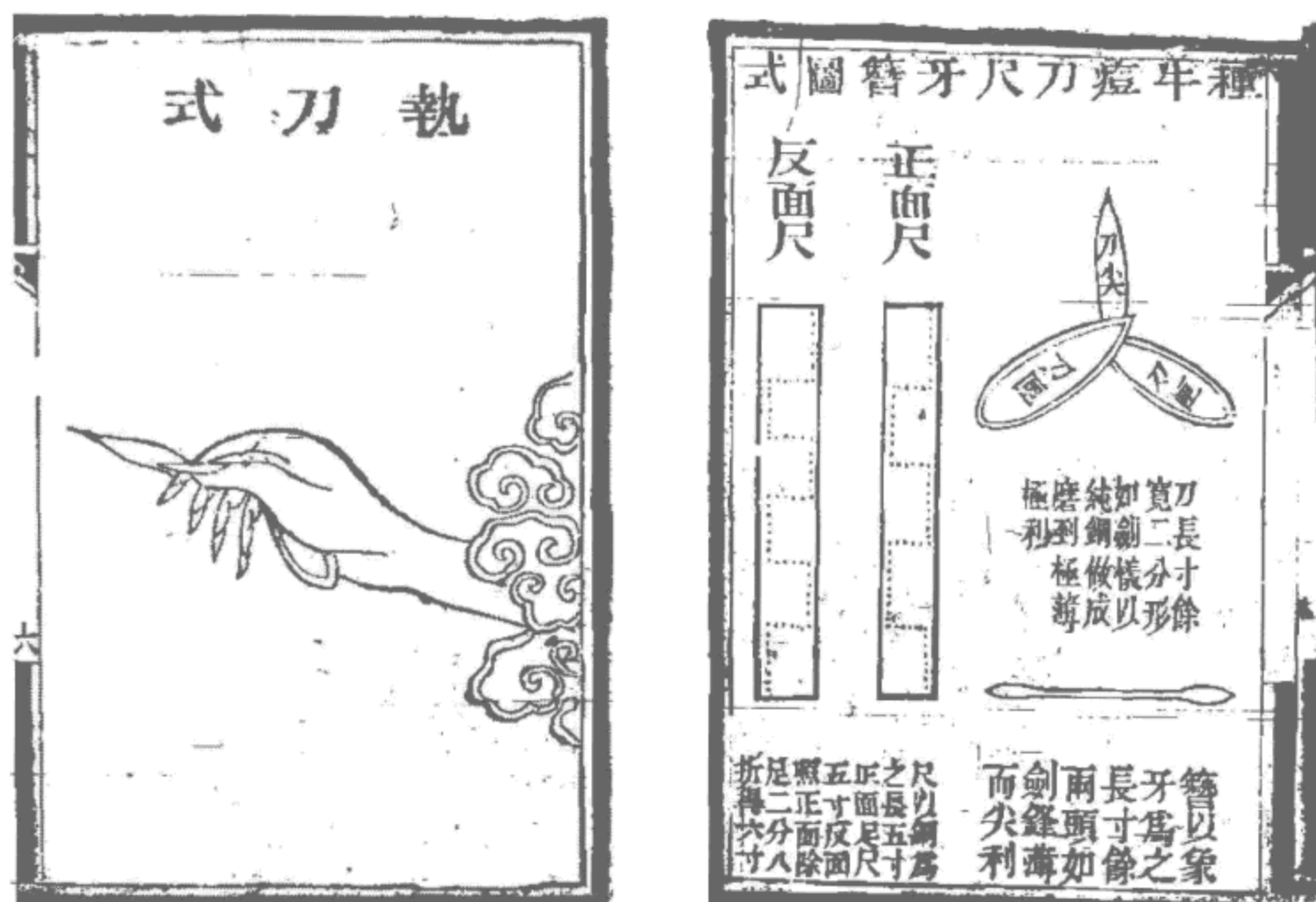
③ “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1861,” p. 7.

④ 参见 “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1862,” p. 17; “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1863,” p. 7.

⑤ 在1888年的一种文献中对此的责难具有典型性，一位来自安徽的痘师写道：“吾乡近有射利之徒，因牛浆难觅，竟将天行痘浆，苟且传种，此恐误事不浅也。”（《引种牛痘新书》，序言，2页上，合肥金声堂珍藏（京江刘氏重刊），1888）《申报》也提醒人们，要防备那些损坏种痘声誉的江湖郎中（参见《申报》，1873-04-29，第1版）。约翰·谢泼德提到了19世纪晚期的台湾，当种痘越来越流行时出现的江湖郎中问题。参见他的“Smallpox and the Pattern of Mortality in Late Nineteenth Century Taiwan,” pp. 280-281，见 T'sui-jung Liu（刘翠溶）et al., ed., *Asian Population History*, Oxford: Oxford University Press, 2001, Chater 13, pp. 270-291.

⑥ 参见陈垣：《医生产婆痘师注册》，原载《医学卫生报》，1919（8），重印收录于《陈垣早年文集》，249~250页。





邱熿重新将传统医学与牛痘法结合成书，著成《引痘略》

邱熿有影响的《引痘略》是种痘本土化的一个范例，它将中医的语言和概念融入新的技术之中，最近，张嘉凤对此进行了详细论述。<sup>①</sup> 皮尔逊教授邱熿 19 世纪初人们所知道的、基本的技法，包括各种持刀的方式，在植入牛痘苗之前切开手臂、观察脓疱以及转种牛痘苗的方法。以这些知识为基础，邱熿使用了针灸用语，将手臂上的切口定名为穴位；借用传统的排出胎毒的概念释义脓疱；通过提供传统的术后复原的药方等等，将牛痘的操作“本土化”了。<sup>②</sup> 在附有小儿手臂穴位图的《引痘略》中，传统医学语言的精致运用完美地掩盖了两个重要的、与传统医疗主流做法的不同之处：通过流血的切口所进行的植入方式以及动物成

① 参见 Chang Chia-feng, “Dispersing the Foetal Toxin of the Body—Conceptions of Smallpox Etiology in Pre-modern China,” in *Contagion: Perspectives from Pre-modern Societies*, ed. L. Conrad and D. Wujastyk, pp. 23–38, Aldershot: Ashgate Publishing Ltd., 2000。另见本书 69 页注①。

② 利用传统的语言描述牛痘接种，参见 Leung, Angela K. C, “Variolation et Vaccination dans la Chine Prémoderne (1580—1911),” in *L’aventure de la Vaccination*, ed. A.-M. Moulin, pp. 57–70, Paris: Fayard, 1996; Chang Chia-feng, “Dispersing the Foetal Toxin of the Body—Conceptions of Smallpox Etiology in Pre-modern China.”

分不是经由口而进入人体。另外，由于广州麻风病很流行，邱熺在书中还特别增加了一条，反对为患麻风病的孩子进行接种，以防止传染。<sup>①</sup>种痘这项皮尔逊及其译著原本意在向中国社会推销的特异非凡的域外技术<sup>②</sup>，就这样在中国本土的情境中，被精细地包装在一种人们熟悉的语言之中。

关于做切口，邱熺在早期就有所创造。他不仅运用了穴位的概念，而且还采用了两支手臂各做两个切口的做法。女孩首先应在右臂上种痘而男孩则在左臂。<sup>③</sup>这样有别于皮尔逊只做一个切口，且不分手臂的方法。<sup>④</sup>后来的痘师承袭了邱熺的想法，做4到6个切口。一些人甚至建议对于年纪大的孩子做8到10个切口，以便“更彻底地”将体内胎毒泄出。<sup>⑤</sup>

在邱熺著作的基础上，其他的痘师著书立说，把传统医学概念和新思想融合于此技艺里。基于19世纪初疫苗生产和保存技术上存在的困难，这种融合是必要的。当时疫苗生产和保存漫无标准，甚至欧洲也是如此，这个客观情况给予中国接种者提供了一个很大的发挥空间。皮尔逊在一开始，就或多或少觉察到了诸如假牛痘苗、疫苗使用以及接种方法等存在的种种问题。<sup>⑥</sup>这一时期牛痘苗的供应是由十三行商人资助的种痘善局予以保证。善局用小礼物和金钱作为穷人孩子种痘与提供

① 现在我们知道麻风杆菌离开了人体就无法生存，这种疾病通过接种传播是不可能的。但19世纪在华南行医的广东和英国的麻风病学者极其关注这种危险。我在即将出版的有关麻风病的书中讨论了这一问题。

② 参见[英]皮尔逊著，[英]斯当东译：《啖咕喇国新出种痘奇书》，4页下。

③ 参见邱熺：《引痘略》，7页上~下。

④ 参见[英]皮尔逊著，[英]斯当东译：《啖咕喇国新出种痘奇书》，4页下。

⑤ 《申报》一篇文章中描述了人们对此的广泛关注，参见1875年1月2日第1版。19世纪的种痘文献普遍遵循邱熺的方法，切4至6个口。参见《重刊邱赵牛痘书》中的一篇《翻译啖咕喇夷医种牛痘原说》（2页上，浙宁西门锄经斋镌刻本，1886）。一些人认为最少应有10个切口，参见邱熺撰、王惇甫增补：《牛痘新书济世》（7页上，南京版，1865）。作者建议对于小于4岁的小孩最少8个切口；10岁以上的最少10个切口。

⑥ 参见 Alexander Pearson, "Report to the Board of the National Vaccine Establishment," 1821, pp. 39-40.

痘浆的补偿，以便整年的痘苗供应不绝。<sup>①</sup> 皮尔逊于 1832 年离开了中国，而该善局在 1842 年前后遇到了财政危机。<sup>②</sup> 在嘉约翰于 1859 年在广州医院（Canton Hospital）开办接种科室以提供更为安全的进口牛痘苗的前后<sup>③</sup>，本土的痘师即发展出了他们自己生产和保存牛痘苗的种种方法。



清末牛痘书内痘师画像

传统种人痘痘师社会地位不高，19 世纪牛痘书将痘师绘成儒医形象。

当善局能保证持续提供新鲜的牛痘疫苗时，不论是皮尔逊还是邱煊，都不赞成手臂到手臂接种以外的其他方法，但后来那些得不到这种牛痘苗的痘师有时就临时准备他们自己的疫苗。一位痘师在 1860 年初声称，已发明了一种新的方法：经由鼻孔接种人的天花结痂的小水牛会在其乳房附近生成脓疱，可供提取痘浆用于接种。<sup>④</sup> 我们不知道这一方法是否有

① 参见邱煊：《引痘略》，4 页下～5 页上；Alexander Pearson, “Report to the Board of the National Vaccine Establishment,” 1816, p. 38.

② 参见《广州府志》卷 163，40 页上～下。

③ 参见 “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1860,” p. 7.

④ 参见《引种牛痘新书》，24 页上～下。

效，是受已在欧洲出现的“还原接种法”（Retrovaccination）原理的启发，还是仅仅是一种幻想<sup>①</sup>，但这很好地说明了痘师兼医书作者是如何通过将传统和新的技艺相结合，发展他们自己的独门技术的。同样地，在19世纪后期，一些接种点声称曾购买从当地的牛身上提取的牛痘苗，这意味着一些地方已经成功地在牛身上制造出了牛痘。<sup>②</sup>

在牛痘苗保存问题上，皮尔逊和邱熺提到了19世纪初已有的基本技术：将干燥的牛痘苗置于象牙簪、鹅羽管中，再用蜂蜜或蜡密封。根据皮尔逊的记载，这种情况下牛痘苗的有效期长达两个月。邱熺进一步推广在使用前将干痘苗与人奶混合的方法。<sup>③</sup> 19世纪下半叶，由于嘉约翰等人的努力，本地的痘师似乎也了解在甘油和玻璃管中保存疫苗的知识，并有时进一步改进甚至是创造他们自己的方法。有的将玻璃管埋在地下以保持牛痘苗活性；有的将痘苗密封在两片玻璃之间或是使用竹管或瓷管；还有的用干燥的桂圆干包住痘苗存放在银、铜或明角匣内，或是使用一个用蜡密封的水晶盒。<sup>④</sup> 其中一些作法很明显地来自传统人痘苗的保存方式。<sup>⑤</sup> 可以说，痘师兼医书作者有多少，保存痘苗和保持疫苗活性的

① 我们知道，意大利人尼格利（Negri）发明了还原接种法，就是用人所感染的牛痘苗从人反种在牛身上，这是一种增加痘苗活性的方法，1840年使用的是甘油。参见 Fenner, F., et al., eds., *Smallpox and its Eradication*, Geneva: WHO, 1988, chapter six, pp. 264, 267。在印度支那，巴斯德研究所（the Pasteur Institute）的卡尔梅特（Calmette）也使用水牛来提供疫苗并保持其活性。在19世纪末年，他成功地还原接种了当地的水牛，使用人感染的疫苗而不是天花病毒。参见 Guénel, Annick, “Lutte Contre la Variole en Indochine: Variolisation Contre Vaccination?” pp. 66 - 69, in *History and Philosophy of Life Sciences*, 17 (1995): 55 - 79。

② 上面提及的安徽痘师说过购买牛痘苗，参见《引种牛痘新书》，7页下。

③ 参见 [英] 皮尔逊著，[英] 斯当东译：《啖咭喇国新出种痘奇书》，6页上~下；邱熺：《引痘略》，9页上~下。

④ 参见《申报》，1874-12-29，第1版；陈东岭：《种痘奇论》，2页下~3页上，竹阮草堂藏版，1847；赵开泰：《赵氏三要》（1873），8页下，见《重刊邱赵牛痘书》；查道伦辑：《引痘集要》，19页上~20页上，苏州刻印本，1869。

⑤ 在人痘接种中，关于改进人痘苗的保存方法，参见邱仲麟：《明清的人痘法——地域流布、知识传播与疫苗生产》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第77本第3分，2006，451~516页。

方法就有多少，这一情况与欧洲差不多。<sup>①</sup>

对于接种所引起的疾病传染问题，邱熺和其他广东痘师格外关注麻风病。<sup>②</sup> 据说，广东的一位极受欢迎的痘师，能够娴熟地诊断出麻风病，在 19 世纪 70 年代因这项专长而声名大噪。<sup>③</sup> 后来，其他省的痘师担心的是梅毒传染，他们认为麻风病基本上是广东风土问题。<sup>④</sup> 有人干脆建议，生病的孩子不应该接种牛痘以免将他们的疾病传染给他人。<sup>⑤</sup> 对于手臂到手臂种痘引发梅毒传染的担心与日俱增，19 世纪初的欧洲也是如此。<sup>⑥</sup> 我们不知道这一想法是由西方人引入中国<sup>⑦</sup>，还是中国的行医者自行得出的，因为在中国帝制晚期的病源学里，梅毒与麻风病属类似的疾病。<sup>⑧</sup> 中国痘师各种技术操作层面的做法以及对理论的关注，既表现出了强烈的本土传统色彩，又同时显示出当时西方医学知识技术广泛传播的这个耐人寻味的可能性。

西方传教医生早已注意到一些 19 世纪 60 年代中国式种痘的独特性，以欣赏的眼光进行了描述。对于邱熺之子所用的方法，嘉约翰于 1861 年

① 在欧洲，直到 19 世纪末，“通过手臂对手臂的接种，医师个人保存他们自己的‘人感染’的疫苗”，英国“充斥着‘德国造’及其他地方制造的便宜货，还有不知为何物或来源的疫苗。因为价廉，因此可以卖得出去”（Fenner, F., et al., eds., *Smallpox and its Eradication*, Geneva: WHO, 1988）。有人观察到，接种了有问题的疫苗，起不到免疫作用。在中国的出版物中常常能看到向人们警告有问题的疫苗，例如基督教杂志《万国公报》第 6 卷第 524 期的记载（1879 年 2 月 1 日，324 页下~325 页下，上海，林华书院）。

② 邱熺在他的《引痘略》（5 页上）中，强调了传播麻风病的危险，并推荐由一位麻风病专家对孩子进行检查，以保证患麻风病的孩子不会被动手术。合信也在广州注意到了这种做法，见他的 1841—1842 年报告，载 1842 年《中国丛报》664 页：“政府令两个来自麻风病院的治安人员，来检查所有要来邱熺处接种的孩子。……”

③ 该痘师名叫 Tan Yihsing。参见黄宽报告：*Maritime Customs Medical Report*, no. 15, 1878, p. 15。

④ 赵开泰，一位来自浙江的痘师，他在 1870 年编辑了邱熺的著作，注意到了麻风病是广东的问题，人们应该警惕的是梅毒感染。参见《重刊邱赵牛痘书》，《引痘略》正文，4 页上。

⑤ 参见《引种牛痘新书》，14 页下；《重刊邱赵牛痘书》，4 页上。

⑥ 1814 年意大利人认识到了接种感染梅毒的危险性。参见 Fenner, F., ed., *Smallpox and its Eradication*, Geneva: WHO, 1988, pp. 264 - 265。

⑦ 19 世纪 60 年代在广州接种疫苗的纪好弼，抱怨中国医生有时雇用穷人“患有梅毒甚至是麻风病的”孩子作为种痘的疫苗供应者。参见他的《肇庆诊所》，17 页。

⑧ 参见梁其姿：《中国麻风病概念演变的历史》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第 70 本第 4 分，1999，399~438 页。

写道：“他的接种方法是在手臂上做四五个横向切口，痘苗直接由一个人的手臂输入另一个人的手臂。这种手术方式所留的水泡既不圆也不规则，但处处显示出这种种痘是切实有效的。”<sup>①</sup> 德贞（John Dudgeon）也在 19 世纪 70 年代表现出他对于中国所用方法的钦佩：“（由天花而引发的）死亡率在已接种牛痘者中间实在微不足道。中国人已经非常接受种痘。这项技术也产生了它极好的效果。中国人将传统的理论与这项技术结合起来，尽管因此种痘被置于一种神秘的氛围之中，但并不减手术傲人成就。他们极讲究痘苗、孩子的身体条件、节气等。巨大的成功是对他们苦心孤诣的回报。整个问题充满趣味，这里甚至有一些值得我们学习的地方。”<sup>②</sup>

本土痘师对于发展他们自己的技术是严肃认真的，而他们在地方和全国树立种痘声誉的努力亦毫不逊色。为达此目的，他们采取了几个策略：一个是建构一个首先来自欧洲，继而发扬自“粤东”的正统；另一个是争取官僚或是地方名流的背书，而这些人过去只推崇主流名医；第三个策略就是将种痘作为家族的世业，在知名的大师或先人的光环下茁壮成长，这些先人通常是著名痘书的作者。简言之，他们采纳了精英医者提升社会地位的传统作法，尽管在过去，以手艺为主的“医匠”并不曾享有类似的名望。在某种程度上，在 19 世纪广州特别的政治和文化氛围之下，种痘这门技艺由于源自欧洲，大大提升了其魅力。

邱熺对于牛痘术在欧洲发展的历史记述，确定了这种技艺源于西方以及它的正统地位。在他著作的、影响深远的《引痘略》中，他毫不讳言在洋痘技术上，他“得之最先”<sup>③</sup>，这也使邱熺在整个 19 世纪成为种痘术的绝对权威。邱熺、邱昶父子精心培植着对皮尔逊的崇拜，而这无疑地提升了邱氏家族的权威。在邱熺去世 10 年后的 1860 年，嘉约翰拜访了邱昶的居所兼办公场所，并报道说：“邱先生在他的办公室中挂有皮尔逊医生的一幅画像，是奇纳利（Chinnery）所绘原作的镌刻版，画像旁边是皮尔逊对种痘的中文介绍。邱先生也有介绍种痘简明历史的文宣，以作

① “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1860,” p. 6.

② John Dudgeon, *Diseases of China: Their Causes, Conditions, and Prevalence, Contrasted with Those of Europe*, pp. 43-44.

③ 邱熺：《引痘略》，自序，7 页上。

散发之用，文宣完全承认这种技艺源于外国，实令人欣慰。”<sup>①</sup>以后在广东之外出版的种痘书籍，为了证明其术卓越不凡，不仅强调了手术的欧洲起源，而且也强调了“粤东”的起源。到了19世纪40年代，邱氏以外其他的广东痘师开始在全国享有名气。其中一位被人颂称为“刘神医”的痘师，显然已培养出了一批广东省外的徒弟从而远近知名。一位来自湖南的徒弟在他的教学基础之上著书立说，并将种痘称为“粤东之法”。另一位广东痘师黄沛如，他的一位来自安徽的徒弟，于1886年出版了一部著名痘书。而士大夫曾望颜（卓如）是广东名人，本身也是痘师，因为于1826年在北京的南海会馆建立了种痘局而蜚声全国。<sup>②</sup>

得到地位显赫的官僚士大夫的认可也是让种痘成为享有声望的医疗手术的关键因素。最著名的例子是于1817—1826年间任两广总督的阮元（1764—1849），他是最早让家中小孩种痘的大官僚之一。在邱燿的请求下，他写了一首短诗称赞种痘的好处：“阿芙蓉毒流中国，力禁犹愁禁未全；若将此丹传各省，稍将儿寿补人年。”<sup>③</sup>嘉约翰曾将它译成英文。清代的种痘文献以及现代中国史学家常征引此诗。因此，在早期这项技艺就承载着丰富的政治意义，其含有的价值肯定不因其“蛮夷”的起源而稍减。邱燿也向别的广州地方名流乞求诗词与翰墨，这些人或是从种痘中获益或是因此成为他的好友，大多数人都与阮元所建的、著名的学海堂有关系。<sup>④</sup>一些版本的《引痘略》正文之前均附有这些诗词。<sup>⑤</sup>其他的

① “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1860,” pp. 6-7.

② 参见陈东岭：《种痘奇论》，其中主要的一篇名为《刘神医牛痘书》；《重刊邱赵牛痘书》，6页上~下；《引种牛痘新书》，1863年安徽痘师戴昌祚序。

③ 《引痘新法全书》也刊印了阮元的题咏（1页上~5页下，致和堂刊本，1852）。该书中，继阮元之后，广东巡抚康绍镛（1819—1821年在任）以及盐运使、也是一位有名的书法家曾燠的书法作品，也赞扬了种痘。另参见“Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1860,” p. 6.

④ 对于书院的社会角色，参进程美宝：《地域文化与国家认同》，164~212页，北京，三联书店，2006；Steven Miles, *The Sea of Learning: Mobility and Identity in Nineteenth-century Guangzhou*, Cambridge: Harvard University Asia Center, 2006.

⑤ 一个例证是《引痘略合编》，引用了约20位名流赞扬种痘的诗。这与嘉约翰1860年在邱昶的办公场所见到的可能是同一种书：“（比邱燿原本）多出三卷，还有称颂种痘的诗，是由那些从种痘中受益之人所写。”（“Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1860,” p. 6.）

种痘论著印也时有当地官员或其他显赫人物所写的序言。帝制中国的主流医学著作不乏由高官做序，但像 19 世纪种痘书籍那样有如此大量的显要官僚士大夫所作的题咏，还是相当罕见。

名流们认可种痘，其中一个重要的原因是，他们亲眼目睹了其效果。通过实践，邱熺和最早的一批痘师小心地培育着他们与广州权势们包括商人、学者和官僚等的关系。邱熺记载说，1816 年他曾为盐运使曾燠（1760—1831）以及广东学政傅棠的幼儿种痘。<sup>①</sup> 邱熺与十三行商人和官僚的关系由其子继承。1847 年，广东商人潘仕成（1804—1873，1832 年中进士），当时任职刑部，邀邱熺来京种牛痘，费用由他支付。邱熺派其子邱昶前往，邱昶在京十个月，进行种痘和传授技艺。<sup>②</sup> 十三行行商 1842 年失去了他们的贸易特权后，广东的痘师是否能够与大官僚保持同样的特殊关系并不清楚。而中国其他地方的痘师在寻求官僚的支持方面依然表现积极，经常成功地被邀为精英们的孩子种痘。19 世纪下半叶种痘文献中由中高级官员书写的序言显示出了这一趋势。<sup>③</sup>

被确定其合法性的种痘术，加上达官显贵们的认可，遂成为受人尊敬的行业。许多牛痘师在地方甚至全国都是家喻户晓的人物，与默默无闻的传统人痘师大异其趣。广州的第一批痘师不但被地方志、医书记载，且有人赋诗予以颂扬。后来，出自他省的痘师也在当地甚至是在全国闯出名堂，尤其是那些与广东的痘师有关系之人。王惇甫 1865 年的一份记述极其生动：“予少时游幕粤东，时阮太傅文达公督两广，重修省志，获见志书杂录中《牛痘新书》一篇，心甚奇之。后谒南海邱浩川先生，并

① 参见邱熺：《引痘略》，广东名流温汝适的序言，4 页上。

② 参见《引痘新法全书》，邱昶的《补序》（1882）。邱昶称他为数百个孩子种痘并在北京教授了五个徒弟。这一序似乎是嘉约翰 1860 年在邱昶办公场所看到的长篇广告的一个摘要版。参见“Report of the Medical Missionary in China for the year 1860,” pp. 6-7。对于潘仕成，参见梁嘉彬：《广东十三行考》，270~271 页，国立编译馆，1937。潘仕成传记见广州市政府网站：[http://www.guangzhou.gov.cn/node\\_437/node\\_440/node\\_662/2005-07/112052641959041.shtml](http://www.guangzhou.gov.cn/node_437/node_440/node_662/2005-07/112052641959041.shtml)。

③ 例如在 1886 年的《重刊邱赵牛痘书》中，重要士人、现代化的推动者薛福成（1838—1894），以浙江布政使的身份写了总序，还有该省其他三位宁波、绍兴和台州的军政官员也写有序言；1888 年版的《引种牛痘新书》保留了较早版本的、由两位江苏中等官员所写两篇序言；1908 年版的《牛痘真传》有湖南西部的一位知县于 1904 年写的序言，见武昌青龙巷时新书馆排印（铅印）本。



读其《引痘略》钞本，尤欣慕焉……丁亥春，就幕楚南，闻善化杨煦生夫子心毅精此，予信之深、求之切。执贽受业时，同游门下者，休宁程茂远、汉阳傅达尊、歙县汪征远，及湖南本省诸君共十三人，历四寒暑。”<sup>①</sup> 同样地，来自湖南茶陵的谭服思，1822年游历粤东并学会了种痘。后来他收了三位徒弟：杨煦（可能与杨煦生为同一个人）、王月川和邓复亨。他们把种痘技术带回了家乡。<sup>②</sup> 到了19世纪60年代中期，邱熿被尊奉为岭南的第一位大师，谭服思和他的徒弟杨煦是湖南和江西的大师，曾望颜和查吉人是北京和江南地区的大师，而黄春甫（可能和上面提到的王惇甫是同一人）则是上海地区的执牛耳者。<sup>③</sup>

知名的痘师经常被邀请在他们家乡以外的地区种痘。我们已经引用了邱昶的例子，他于19世纪40年代在北京种痘。70年代，宁波种痘局也邀请了一位来自鄞县的名痘师陈季桐。80年代湖南西部洪江的育婴堂邀请了一位来自该省北部城市武陵的有名痘师，为当地的孩子种痘。<sup>④</sup> 著名的痘师游历全国，或个人行医，或在局种痘，19世纪有大量的类似记载。因此，鲁迅听不懂为他种痘的“痘官”的说话，并不奇怪，因为这人可能来自外乡，或许甚至是区域性或全国的知名人物。换言之，到了19世纪后半期，通过省内或是跨省痘师的行医网络，地区甚至全国的种痘市场正在发展。

成名的痘师有时会建立家族世业。来自四川的张崇树，是广东某知县的兄弟，并且是邱熿的徒弟。张给他师傅的著作写了续编，书籍由邱

① 《引种牛痘新书》，1865年王惇甫序。

② 参见《验方新编》，1883年唐方煦序，472页，北京，中国中医药出版社，1994年重印1878年版。

③ 这一谱系由查吉人所建，参见邱熿撰、王惇甫增补：《牛痘新书济世》，15页上。黄春甫常被《申报》提及，是19世纪70年代上海最著名的痘师，参见《申报》，1874-12-29，第2版；1875-01-29。据Wong, K. C. and L.-t. Wu (*History of Chinese Medicine*, pp. 291-292)，黄春甫最早是上海教会医院的坐堂医生，后来将名字改为王惇甫，是1888年版的《引种牛痘新书》的著者。

④ 参见《重刊邱赵牛痘书》，郑贤坊序，3页上~下；《洪江育婴小识》卷2，4页下~5页上，1888。

燿的子侄及徒弟所编校。后来他将种痘引入四川，种痘成了他的家族世业。<sup>①</sup> 最引人注目的种痘家族世业不是别人正是邱燿的。邱燿是《引痘略》1817年初版的唯一作者。但当它经修订并于1847年出版时，他众多的子、孙、曾孙都成了编者。此时种痘已成为邱家的世业，而且得到“官府的表扬，并赐予某种衔头”<sup>②</sup>。广州的传教医生在1876年写道：“在十二甫的老宅中，种痘营生依旧由他的儿子操持着。”<sup>③</sup> 许多19世纪下半叶的种痘出版物显示，种痘是由众多家庭或是师徒构成的种痘馆所经营着。

很明显，19世纪广州种痘的成功普及，本土的痘师起到了关键作用。皮尔逊认为由广东商人资助的善局对于牛痘苗的保存至关重要，同时，种痘成功极关键的因素是“有中国痘师作为行动者，他们为首的是邱燿……他非常够资格执行种痘事业，他判断精准、才思敏捷且持之以恒”<sup>④</sup>。邱燿和第一批痘师所使用的成功清除传统人痘接种者和药铺阻碍的关键策略是，在第一时间获得地方知名的官僚、商人和士大夫有效的、公开的认可。广泛宣扬这些达官显贵们对牛痘接种的赏识，是一种强有力的公开的信号，那就是，要封杀所有对于牛痘的可能的反对意见。

### 三、商人、传教士和官僚

尽管本土痘师在种痘的传播中是主要的角色，种痘在广东的最初突破却是在十分特殊的环境下发生的，在19世纪头几十年，这取决于英国商人和广东十三行商人共同商业和政治利益，与中国官方的默许。传教医生，尤其是美国新教的传教医生，他们也利用这一情势，很早就广州进行活动，并自从19世纪下半叶开始，发挥着重要的作用。在广州种痘的发展过程的一些关键点上，这些参与者适时起着决定性的作用。

① 参见《引痘略合编》，60页上，1847；张嘉凤《19世纪初牛痘的在地化》（载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第78本第4分，2007）一文中论述他和邱燿的关系。

② 《引痘略合编》，43页上。黄宽提到了官方给予邱家荣衔。参见 *Maritime Customs Medical Report*, no. 15, 1878, p. 15.

③ “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1876,” Appendix, p. i.

④ Alexander Pearson, “Report to the Board of the National Vaccine Establishment,” 1821, pp. 40-41.

在开始阶段，中外商人联手克服了法律和物质上的困难，使得种痘顺利传入中国。皮尔逊小册子的译本出版就是东印度公司官员和十三行行商紧密合作之下的成果。马士充分地解释了此中的法律问题。这个小册子是“由会隆行的郑崇谦背书”，“他当时恰巧在澳门，答应帮助翻译并同意使用他与商行的名字，若没有这一点，该书可能就无法刊行。因为在中国，书籍的刊印必须是一些拥有公职的当地人的著述或是要经由他们的核准”。这个法律问题非常具体而真实<sup>①</sup>，为避免政治上的纠葛，这一翻译的小册子分别有四个中文签署：广州的英国侨领哆咭叻（James Drummond），作者皮尔逊，译者斯当东，与最重要的行商郑崇谦的背书，后者成为种痘技术在广州合法化的关键。

最初对于当地痘师的培训，正如上面提到的，是由皮尔逊进行的，而公开落实这一技术是由十三行商人赞助。<sup>②</sup> 1835年的《南海县志》提供了创设种痘经费的十三行商人名单：伍敦元、潘有度、卢观恒。<sup>③</sup> 这些人是当时广东贸易的头面人物。文献记载他们捐献了数千两白银，在十三行的公所实施种痘，由邱燊和谭国负责。在外国商人眼里，这一称为“公所”的议事厅是“行商共有财产”，这一处权威之地外观宏伟：“入口处为贵重木材制成的巨大扇门，锃光发亮，后面是花岗岩的宽大台阶。这是中国此类建筑的精美样本，到广州的外来游客常被带来此景点观光。”<sup>④</sup> 在这宏伟之地进行种痘，可以说是在仪式层面进一步合法化了牛痘法并提升了它的声望。

<sup>①</sup> Morse, H. B., *The Chronicles of the East India Company Trading to China*, vol. 3, pp. 16-17. 我们知道，至迟在19世纪30年代后期，广东著名的雕版印刷工、接受基督教洗礼的梁阿发，不得不逃离广州，因为他为马礼逊印制基督教书籍，并在广州非法传播。未经许可而出版域外之书是严重的犯罪。参见两广总督邓廷桢于道光十五年（1835）二月十九日关于梁阿发案件所上奏疏，见《明清内阁大库档案》，台湾“中央研究院”，第070420件。

<sup>②</sup> Alexander Pearson, “Report to the Board of the National Vaccine Establishment,” 1816, p. 38: “中国商会的主要成员……已经成立了一个基金，为穷人提供免费种痘……这在他们的公所进行，由他前面提到的中国痘师实施。”邱燊《引痘略》4页下~5页上：“予既以洋行会馆设局……好善诸公复贖金生息，自四月至九月来种者。……”

<sup>③</sup> 参见《南海县志》（1835）卷44，30页下。三者都是广东主要商号的头面人物，伍敦元来自怡和行，潘有度来自同文行，卢观恒来自广利行。

<sup>④</sup> Hunter, *The 'Fan Kwae' at Canton before Treaty Days, 1825—1844*, London: Kegan Paul, Trench & Co., 1882, pp. 23-24.

当时十三行商人为什么如此大力资助在广州的种痘呢？尽管还没有确切的答案，但他们的态度看来是取决于他们与英国商人的关系，两者必须致力于维持友好关系以便双方都能获取贸易上的厚利。在马士看来，两者之间的关系是建立在极致的“互信互敬”基础上，“从不用书面契约，对方有困难时不吝帮助，双方存在着深厚的同情与友谊”。英国商人，“除了他们捐助给‘公所’的保证金”外，并不直接向十三行商人支付任何费用。另一方面，行商的公行制度在中国朝廷的支持下，“现在不可避免地成为所有争端的缓冲器”<sup>①</sup>。在广州，中国商人有时承担着官僚应负的市政职责，在不给中央政府带来麻烦的前提下，也乐于与外国同仁合作。<sup>②</sup>对种痘的支持极可能被认为是一种宣示双方良好关系并对英商信任的一个积极作法，毕竟后者是公所经费的捐助者。公行制度是一个准官方的体制，民间也期待行商们能实施公益活动。<sup>③</sup>在公所建立的种痘善局，恰当地阐释了19世纪初广州独特的社会构成，在那里，中外商人是公共事务的重要策划者。

到了19世纪下半叶和20世纪初，广东商人继续担当着这种角色，但已没有了他们欧洲同仁的合作。广东商人在本地资助了许多善堂，向城市人口提供各种形式的救济，尤其是包括免费种痘的医疗服务。<sup>④</sup>最早的一个是爱育善堂，建于1871年，就在公所的旧址上，创立资金是6万银圆，此举引起了当时西方人的很大猜疑。传教士认为这一做法，是为了“向自己的百姓，并向世界展示他们能够维持自己的慈善机构，而且规模

① Morse, H. B., *The Chronicles of the East India Company Trading to China*, pp. 80, 72, 67.

② 对于十三行商人的商人兼官僚特性，参见 W. E. Cheong, *Hong Merchants of Canton: Chinese Merchants in Sino-Western Trade 1684—1798*, Richmond, U. K.: Curzon, 1997, Part two.

③ 参见梁嘉彬：《广东十三行考》，394~413页。

④ 在地方志和个人所办善堂的研究专著中有许多例证。较著名的如邓雨生编的《全粤社会实录初编》（1910），其中记载了至少6座善堂免费种痘。另参见辛·迈克尔（Tsin Michael），*Nation, Governance, and Modernity in China: Canton 1900—1927*, Stanford: Stanford University Press, 1999, pp. 24—29; Rhoads, E., “Merchant Associations in Canton, 1895—1911,” in *The Chinese City Between Two Worlds*, ed. M. Elvin and G. W. Skinner, pp. 97—118, Stanford: Stanford University Press, 1974, 尤其是104~105页。

之大，把任何外国组织都比了下去”。他们认为管理善堂的富裕商人“太精明……他们愿提供大笔钱财，应该是他们另有图谋”<sup>①</sup>。广州的政府日益衰弱，中外之间越发不信任，在这样日益恶化的环境中，当地大商人在公共事务中继续发挥作用是很自然的事情。这些善堂的活动包括种牛痘，所雇用的痘师在广东的偏远地方，甚至是在广西进行种痘。<sup>②</sup>

另一方面，1834年东印度公司在中国的商业垄断废除后，尤其是在19世纪40年代广州开放后，英国商人在推动种痘上的地位下降了。在这一时期，十三行的种痘善局关闭，直到1852年在从前的行商伍敦元、潘有度等人的资助下才重新建立。如同邱昶所记载的那样，他当时被授命负责这一机构。<sup>③</sup>然而，1856年的大火烧毁了整个十三行建筑，公所也未能幸免。<sup>④</sup>从19世纪60年代开始，传教医生们，尤其是日益增多的美国人在推动种痘之上积极活跃。嘉约翰于1859年在广州医院开办了痘科，每周四为孩子们种痘。除了为穷人种痘，广州医院还是随时为中国南方各地供应疫苗的地方，嘉约翰还准备了关于在温暖的气候下保存痘痂的小册子，在广州城散发。<sup>⑤</sup>他介绍的应该是疫苗在甘油和玻璃管中保存的方式，这是当时欧洲研发的方法。<sup>⑥</sup>

与此同时，新的教会诊所在佛山（1860）、肇庆（1861）以及广西的梧州（1866）开办。纪好弼负责肇庆的诊所，将种痘作为主要任务。<sup>⑦</sup>嘉

① “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1872,” pp. 8-9.

② 据阿尔德里奇（E. A. Aldridge）1881年和1883年关于海南的海口报告，香港东华医院是由广东商人资助的慈善机构，一位来自该医院的痘师，定期前往海南岛，在这两年中分别进行了约4000例和6500例的种痘。参见 *Maritime Customs Medical Report*, no. 20, 1881, p. 75; no. 25, 1883, p. 14。广州广仁善堂的组织者也声称，在善堂成立前，他们资助痘师在广东和广西偏远地方进行种痘。参见邓雨生编：《全粤社会实录初编》之《两粤广仁善堂》，25页下。

③ 参见“Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1861,” p. 7；邱昶：《引痘新法全书》，邱昶《补序》。

④ 由伯驾所建的广州眼科医局（Canton Ophthalmic Hospital）也在这场大火中夷为平地。参见嘉约翰，“Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1857,” pp. 18-19。

⑤ 参见“Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1860,” pp. 7-8。接种科室在1860年接种了约700个孩子，是从香港一位医生那里得到鲜活的痘苗。

⑥ 参见“Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1861,” pp. 5-6。

⑦ 纪好弼于19世纪80年代写道：“我最初的努力结果，只是限于我对在乡下遇到的孩子进行接种。”参见 *Chinese Recorder* 17/11, November 1886, p. 433；“Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1866,” p. 6。

约翰的医院从 1859 年开始进行种痘，1863 年有报告说，1 494 名孩子接种了牛痘。<sup>①</sup> 至此，出现了本土痘师和外国传教医生间的激烈竞争。传教士声称为越来越多的孩子成功地接种了牛痘，同时他们也批评当地痘师使用变质的牛痘苗和对保存痘苗的无知。广州医院在一段时间内一直向与传教士有关系的当地痘师提供新鲜的牛痘苗。嘉约翰在 1867 年自豪地写道：“这所医院是中国唯一随时提供牛痘苗的机构。”<sup>②</sup> 因此，我们有理由相信，在该世纪的下半叶，至少部分是在这样的服务基础之上，当地的痘师才创立了他们自己保存痘苗的方式。

然而，应该注意到，传教医生尽管对种痘有所贡献，但他们从未把种痘当作主要工作。整个 19 世纪教会医院报告的主要的内容是吸引中国人和西方读者的大手术，对于种痘，仅兼作实施，附带提及而已，种痘在他们的医疗活动中的重要性持续下降。1874 年，嘉约翰在广州医院建立他的诊室 15 年后，很自豪自己做了 1 084 例外科手术，但种痘只有 250 例。<sup>③</sup> 有意思的是，甚至皮尔逊也不喜欢种痘。在 1816 年报告中，他说：“现在我从亲手种痘这一繁重的、特别讨厌的任务中解脱了出来——我的责任只是检查脓疱。”<sup>④</sup> 这一工作缺乏光环，可能令绝大多数传教士对亲自操刀接种望之却步，而且也不再积极地推动它。在该世纪末细菌论的成熟引发了实验室医学建立之前，种痘作为一种从民间经验发展而来的技术并不能激发更多的医学新理论。因此，像皮尔逊一样，传教医生们情愿将此项工作留给当地痘师。

① 参见“Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1861,” p. 4; “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1862,” pp. 5, 17. 19 世纪 60 年代中期似乎是该医院接种科室的事业顶峰岁月。

② “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1866,” p. 12; “Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1867,” p. 9. 别的教会医院约在十年后执行的同样任务：1879 年上海郭实腊医院 (the Gutzlaff Hospital) 分发了大约 150 个痘苗管，供当地人使用。参见 *Maritime Customs Medical Report*, no. 19, 1880, p. 19.

③ 参见“Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1875,” p. 3.

④ *Chinese Repository*, 1833, p. 36.

更令人惊讶的是广州种痘事业中没有官僚参与。在整个 19 世纪广州种痘普及化的过程中，官僚并没有真正介入，他们只是在种痘书籍中以诗词、书法等作静态的支持。这与其他省份地方官员积极参与的态度大相径庭。<sup>①</sup> 后者组织或开办的种痘局，从 19 世纪中期开始迅速发展起来。<sup>②</sup> 有一些广东官员在该世纪后期试图更积极地推动种痘，但没有成功。总督张树声（1824—1884，安徽人）1880—1881 年在广州建立了一个新的种痘局，培训了 40 位低层候补官员作为痘师，并派他们至该省 72 个县进行施种。但这一官方的努力却因为大众拒绝他们的服务以失败告终。<sup>③</sup> 这一努力的流产与上述提到的、《南海县志》记载的广州士大夫曾望颜于 1828 年在北京建立了最早种痘局之一，形成了有趣的对比。这一种由商会的负责人管理的痘局，成为一个成功的样板，其模式经常被其他种痘局所模仿。1847 年商人兼官僚潘仕成也设种痘局，邀邱熺的儿子前往京城施种。<sup>④</sup> 早期商人以及当地痘师对广东种痘事业的积极参与，让后来的官僚已没有太多发挥的空间。

#### 四、广州对牛痘的接纳

商人、传教士尤其是本土痘师的共同努力使得 19 世纪初广州地区对

① 南京种痘局由总督陶澍于 1834—1835 年在一座安徽会馆（这表明有安徽的痘师参加）建立，1871 年由官员再建。参见《江宁府重建普育堂志》卷 5，13 页上，1871。太平天国后，江苏的种痘得到了官方的批准。参见《江苏省例》，9 页上，江苏书局，1876。1883 年隶属于洪江育婴堂的种痘局也由地方官员建立，使用外来痘师。参见《洪江育婴小识》卷 3，2 页上～3 页上。

② 关于这种机构的迅速发展参见 Leung, Angela K. C, “Variolation et Vaccination dans la China Prémoderne (1580—1911),” pp. 64—70。1869 年一份由福建学者起草的倡议，很清楚地揭示出了官僚的作用，该倡议敦促官僚们在推动种痘问题上起领导作用。参见金东的《条陈大府通行牛痘章程》以及《答某廉访论通行牛痘书》，见盛康辑：《皇朝经世文续编》卷 32，户政，31 页上～38 页下。1897。笔者注意到，上述金东的第二份文献写于 1870 年。金东认为当地的绅士傲慢、腐败、无能。他也建议全面禁止人痘接种。

③ 阿尔德里奇描述了海口的情形：“这里的百姓（对这些痘师）无动于衷。”（*Maritime Customs Medical Report*, no. 25, 1883, p. 14）

④ 全文参见《重刊邱赵牛痘书》，15 页上～17 页下。章程对于种痘局的簿记和账册都有详细规定。为广东参加科考试子提供居所的南海会馆，也有其他的商业作用。参见刘正刚：《广东会馆论稿》，11～12 页，上海，上海古籍出版社，2006。对于 1847 年种痘一事，见上文。

牛痘的接纳迅速而且顺利。据皮尔逊的记载，“（1805年）英国商馆的活动从澳门移至广州时，种痘已得到人们一定程度的信任；在1805—1806年的冬春季节，以及天花肆虐之二月至六月间，前来接种的人极多”。而且，在他看来，牛痘在广州被接纳有一个模式：“牛痘先在下层社会传播很快，之后中等阶层的人也普遍接受，也因而常有上层人前来求助。”牛痘被接纳的进展异常顺利，皮尔逊也不得不承认：“所遇到的偏见阻碍，比预料的要少得多，特别在中国人社会。”结果，“天花疫灾的危害比从前要轻得多”<sup>①</sup>。这一进展在整个19世纪没有阻断，尽管在中国南方战争动乱频仍。19世纪50年代，香港总督德庇时（John Davis）引用皮尔逊的话说：“从各个方面看，牛痘在广东的发展已极为稳定……（种痘）即便偶尔失败——当然这极少见……总是能减轻天花发作的严重危害程度。”<sup>②</sup>到了60年代初，广州医院的嘉约翰观察到牛痘接种的“好处，在广州及附近地区人尽皆知，甚至可能整个省的人都知道”<sup>③</sup>。1878年黄宽从广州报道中提到，甚至是在农村都有职业的痘师，或单独作业施种，或受雇于绅士施种，并且“城市中至少95%的孩子都受益于牛痘”<sup>④</sup>。广东人自己也意识到他们对这一新技术的独特开放性，正如1879年版《广州府志》的一位作者所评论的：“今粤人共知洋痘之善，惟岭外人尚有未深信者。”<sup>⑤</sup>

在早期接受种痘问题上，广州的确是个特例。在长达半个多世纪的时间内，这项技艺并没有在诸如上海、宁波、杭州、福州甚至是香港等大城市被全面接纳。主要的障碍似乎同欧洲一样，来自传统的人痘接种师。<sup>⑥</sup>1850年，有报道说，尽管伦敦会的雒魏林（Lockhart）医生做了很大的努力，将牛痘术带到上海，但“多数人似乎不关心他们及孩子的性

① Alexander Pearson, "Report to the Board of the National Vaccine Establishment," 1816, pp. 36 - 39.

② Davis, J. F., *China: A General Description of that Empire and its Inhabitants*, London: John Murray, 1857, Book Two, pp. 234 - 235.

③ "Report of the Medical Missionary Society in China for the year 1858, 1859," p. 7.

④ *Maritime Customs Medical Report*, no. 15, 1878, p. 15.

⑤ 《广州府志》卷163，40页下。

⑥ 邱仲麟的《明清的人痘法——地域流布、知识传播与疫苗生产》是对人痘的最新研究成果。



命是否能从中获得保障”。另一位在该市居住的外国人观察到：一般情况下，“人们一般习惯进行他们熟悉的人痘接种方式，几乎每个孩子都接种了人痘”<sup>①</sup>。镇压太平天国后，中国的官僚和慈善家加入了上海传教士的行列，共同努力推动牛痘接种，但再次遭到顽固的抵制而告以失败。在主要的报纸《申报》上，一些文章描述了19世纪70年代牛痘推动者的种种困扰：诸如痘苗供应中断，人们对此技术的存疑，人痘师、传统的儿科医生以及卖药者的刻意打压。<sup>②</sup>迟至1881年，上海的医官哲马森（Jamieson）抱怨这里的牛痘接种的普及甚至比不上广东和海南岛上的海口等地。<sup>③</sup>

1851年驻宁波的玛高温（Macgowan）医生报告说：“中国人对牛痘所带来的好处反应迟疑，尽管广州已实施牛痘接种多年。”<sup>④</sup>同样地，毗邻广东的福建，晚至19世纪70年代，一个牛痘推动者还在抱怨，传统的人痘仍居主导地位，有关牛痘的文献付之阙如，大多数的农村人口也拒绝接种牛痘。<sup>⑤</sup>甚至是1842年被英国殖民统治的香港，对于牛痘的接纳也很缓慢。合信于1844年写道，在香港推广种痘的努力并不成功，主要是由于“本地的人痘师在我们邻近地区大规模进行”<sup>⑥</sup>传统的人痘接种。牛痘真正的普及化似乎是1872年以后的事情，当年爆发了严重的天花疫情，同时也得力于按广东地方善堂相同的模式创建的东华医院（Tung Wah Hospital）的积极参与。<sup>⑦</sup>要到19世纪最后20年，在中国其他地方

① *Chinese Repository*, 1850, p. 390; 1851, p. 158.

② 参见《申报》，1873-06-05，第1、2版；1874-12-29，第1、2版；1875-01-29，第1版。上海海关的医官哲马森1875年注意到，在同治皇帝死于天花后，种痘变得很流行，参见 *Maritime Customs Medical Report*, no. 25, 1875, p. 7; Wong, K. C. and L.-t. Wu, *History of Chinese Medicine*, pp. 291-292.

③ 参见 *Maritime Customs Medical Report*, no. 21, 1881, p. 83.

④ *Chinese Repository*, 1851, p. 534. 玛高温报告说：“在杭州时，我见到了一位致力于种痘的医生的宣传品；数月后，有位云游医生前来这座城市种痘，但在种痘问题上，没有比外国医生做得更好的。”

⑤ 参见金东：《条陈大府通行牛痘章程》、《答某廉访问通行牛痘书》，见盛康辑：《皇朝经世文续编》。

⑥ Hobson, “Report of the Medical Missionary Society’s Hospital at Hong Kong under the care of Benjamin Hobson,” in *Chinese Repository*, 1844, p. 380.

⑦ 参见 Wong, K. C. and L.-t. Wu., *History of Chinese Medicine*, p. 289. 关于东华医院，参见洗玉仪（Sinn, Elizabeth），*Power and Charity: The Early History of the Tung Wah Hospital, Hong Kong*, Hong Kong: Oxford University Press, 1989.

包括台湾等边缘地区，人们才对牛痘接种有了足够的信任。<sup>①</sup>

在19世纪头10年，广州本土痘师所扮演的成功角色，不仅在中国是独特的，在亚洲也是如此。与日本和印度支那的比较就显示了这一点。在日本，最早的牛痘苗是由一位荷兰科学家在1820年带至长崎的，但以彻底失败告终，要到皮尔逊著作的中文译著引入后才看到转机。此书可能是由广州医院的美国传教医生伯驾（Peter Parker），于1838年带至日本的。<sup>②</sup> 该书的日文译本在1842年面世。第一个种痘诊所迟至1858年才由将军在江户建立。种痘作为完全意义上的公共卫生活动，直到19世纪60年代晚期才开始，是明治维新的一部分。<sup>③</sup> 至于印支半岛，按皮尔逊的记载，种痘是由一位为交趾支那（Cochinchina）国王服务的外科医生德斯皮奥（Despiaua）在1821年引入。<sup>④</sup> 此后，接种牛痘一事几乎全是由法国殖民地专家执行，极少有当地的痘师参与，此种情况甚至持续至19和20世纪交替之际，这是该地方牛痘接种停滞不前的主要原因。<sup>⑤</sup> 印度支那和日本的例子显示，如同在欧洲一样，牛痘的成功传播在根本上有赖于国家的行政效率，或是医疗专业人员的积极推动。<sup>⑥</sup> 其他的例子，如19世纪的俄国，推动牛痘接种的是一个与国家密切关联的专业精英组成的协会。<sup>⑦</sup> 如此看来，广州在19世纪上半叶的情势的确独一无二。

① 参见约翰·谢泼德，“Smallpox and the Pattern of Mortality in Late Nineteenth Century Taiwan,” p. 279, 见 T'sui-jung Liu (刘翠溶) et al., ed., *Asian Population History*.

② 参见 Miyajima, M., “The History of Vaccination in Japan,” p. 23, *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 16, Hist. Med. Sec., 1923, pp. 23 - 26。伯驾可能是将此文献介绍到日本之人。1838年在从新加坡到日本的旅途中，他将此文献借给一位日本人，途中他还为一个日本老人种痘。参见“Journal of an Expedition from Singapore to Japan, with a Visit to Loochoo by Peter Parker, 1838,” *Chinese Recorder*, 7/6, 1876, pp. 392 - 393。

③ 参见 Jannetta, Ann, “Public Health and the Diffusion of Vaccination in Japan,” in *Asian Population History*, ed. T'sui-jung Liu et al., pp. 292 - 305, Oxford: Oxford University Press, 2001。

④ 参见 Alexander Pearson, “Report to the Board of the National Vaccine Establishment,” 1821, p. 40。

⑤ 参见古内尔：《交趾支那半岛对抗天花史：人痘法与牛痘法》，尤其是71~70页。

⑥ 参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, pp. 89 - 96。

⑦ 参见 Pratt, J. K., “The Free Economic Society and the Battle Against Smallpox: A 'public Sphere' in Action,” *The Russian Review* 61 (2002), pp. 560 - 578。

## 五、结论

对 19 世纪初广州牛痘接种的研究显示了，这种新的、域外的医疗技术的引入是如何在传统社会中开辟了一个新的公共卫生空间。在这个过程中，本土牛痘师起了关键的作用，中外商人以及传教医生也付出了努力，而官僚却没有参与。在强大的、现代化国家必须要组织公共卫生这种意识出现之前，种痘的制度就是这样在广州建立起来了。

早期牛痘师的创业精神对于这一成功至关重要。他们的宣传努力以及他们苦心经营的与高层的关系为种痘的普及化铺平了道路。这带来了大量的种痘需求，使种痘成为一项有利可图的行业。这些机会吸引了新的加盟者，他们为更多的人口种痘，其中不少人与传教士或十三行商人所资助的机构并没有关系。

这种发展归因于广州 19 世纪初独一无二的社会条件：充满活力的商业传统，随处可见而且受欣赏的西方文化，这些条件后来造就了上海在 20 世纪初成为中国“最文明”的城市，正如鲁迅所评述的那样。由于外国人强有力和直接的管理，后来上海的国际性在 19 世纪后期得到提升，在许多方面超过了广州。然而，同样的因素在以后的岁月中继续影响着广州社会。例如，就公共卫生而言，由当地商会管理的善堂和医院在广东各地大量出现，融合了商业和医疗利益、西医与中医的实践。这些有着典型务实内容的机构，成为受中医或西医训练的当地医生发挥影响的公共舞台，他们在此躬身实践，提供医疗服务。<sup>①</sup> 广州行商设立的第一个种痘善局以及首批本土痘师的活动，显然昭示了这后来的发展。

(董建中译，梁其姿校)

---

<sup>①</sup> 善堂雇佣地方专家制作及分发普遍的药品，提供西式与传统中式分娩服务，并提供治疗皮肤和骨头等问题的“外科用药”服务，等等。邓雨生编《全粤社会实录初编》里有提及善堂所雇的医生及专科清单。

## 第五章 医疗史与中国“现代性”问题\*

### 一、引言

本章就中国医疗史所反映的“现代性”或“近代性”(modernity)问题尝试提出一些反省。虽然医疗社会史在中国史研究里仍是新兴的范围,但是目前所见研究的成果里,已看到涉及中国近代性的讨论,这是令人感到兴奋的发展。本章提出三个思考的方向来讨论这个问题的可能切入点。第一点是最明显的,就是在19世纪中叶以来,因西洋医药的引进所引起医学知识体系、社会医疗制度的变革。此时,中国在时序上走进“近代”。第二点是有关“近代”西方医疗史的发展背景。于此,笔者希望说明西方的“近代”医疗制度的复杂历史因素是独特的,中国并没有类似的经验。同时,从西方启蒙的经验,我简略地综合近年西方学者对这段包括殖民医学在内的西方“近代性”的批判,提出一些新的研究取向的可能性。第三点是从第二点出发,那就是我们应更灵活地思考中国“近代性”的问题。即所谓“近代性”并不一定是19世纪以后中国医疗史的特色,而可能是更早的历史现象,这些现象透露出类似现代社会的医疗理性、创新与策略。换言之,或许从中国本身的历史传统去追溯甚至定义其“现代性”是更有意义的。本章的目的是希望说明我们得努力摆脱长久以来以西方历史经验为标杆的“近代”史观,才能重新思考中国的“近代性”,而从医疗史的角度去探讨这个问题是有效的。

---

\* 原文刊于《中国社会历史评论》卷8, 1~18页, 天津, 天津古籍出版社, 2007。

## 二、中国医学知识体系与医疗卫生体系的 “近（现）代化”

20 世纪有关中国近代史的讨论多围绕着“近代化”或“现代化”（modernization）的主题。论者多先设定一套衡量进步的标准与一个他们认为中国社会明确了解的目标。所谓“现代化”，就是中国朝往此目的发展的历史过程。如果暂时抛开理论性的辩论，单从过去一般中国历史学的研究看，有关研究，多半集中在清末至民国时期的政治与经济制度的改革以及相随的文化革新。从清末的新政，到民国初期的新文化运动，以及较后期的工业化、政治改革，甚至妇女运动、国民政府推动的新生活运动等，均被视为中国在帝国主义时代努力往特定的“现代”目标渐进的一段充满曲折与挫折的历史。一些学者将“成功”的日本明治维新与“失败”的中国近代化相比，认为是两种不同模式的“现代化”历程，有着截然不同的后果：日本成为殖民母国，中国则沦为帝国主义的牺牲者。简而言之，20 世纪中期左右的中国现代化讨论焦点，集中在中国在血泪中步履蹒跚地学习西方的政治经济制度与科技的过程中。19 世纪中期以来西方的政治经济、科技发展模式成为具有普世价值的模式，其他文化必须模仿以求进入更高文明的阶段。因此无论是日本、中国还是印度的近代历史，大部分是从“近代化”或“西化”的角度写成的历史。这是一直到 20 世纪中期有关中国近代史史学研究的内容特色。

有关传统中医近代化或西化的各种辩论，早在清末已出现。有关这方面的近人研究，有大陆学者赵洪钧在 1989 年出版的专著《近代中西医论争史》<sup>①</sup>。近年台湾学者雷祥麟在其 1999 年前完成的博士论文中对 20 世纪 30 年代中医的“科学化”辩论有更进一步的精细剖析。<sup>②</sup> 早在中医积极“现代化”的过程中的 20 世纪 30 年代，中医学者所著的“医史”就

① 赵洪钧：《近代中西医论争史》，合肥，安徽科学技术出版社，1989。

② 参见 Lei Hsiang-lin, “When Chinese Medicine Encountered the State: 1910—1949,” Ph. D. Dissertation, University of Chicago, 1999.

已经把中医西化的过程纳入其中，而且大部分均以肯定的态度来描述这个发展。而他们所最常用的概念之一就是“中西医汇通”。中医名家谢观（谢利恒，1880—1950），在其言简意赅之医史著作《中国医学源流论》（1935）中特列一项“中西汇通”，并说：“中西汇通，自为今后医家之大业。”<sup>①</sup> 1937年医史前辈陈邦贤先生（1889—1976）的重要医史著作《中国医学史》把中医的历史发展时序列得更清楚。此书分为五篇，除最后一篇“疾病史”外，前四篇均以时序安排，从“上古”到“中古”，从“近世”（明清）到“现代”。而在第四篇“现代的医学”一章中，作者开宗明义地写着：“中国的医学，从神祇的时代，进而为实验的时代；从实验的时代，进而为科学的时代……欧风东渐，中国数千年来哲学的医学，一变而为科学的医学：在最近三十年中，新医学的蓬勃，有一日千里之势，推原其故，由或自从西洋及日本医学输入以后，国人之思想为之一变。”<sup>②</sup> 这是中国医学“现代化”的最佳写照。

而陈邦贤的看法是延续了与谢观同时的丁福保（1874—1952）等人的立场。陈邦贤在书中特别引了丁福保在光绪三十四年（1908）的话：“西方鸿宝，来贡神州，我国民应若何欢迎而拜受之也。奈何一孔之医斥为未达，墨守旧法，甘为井蛙，坐令病夫盈国，死亡接踵，伤心惨目，有如是耶！”<sup>③</sup> 换言之，落后、不科学的中医，必须接受西方科学的洗礼，才能成为真正有效的医学，拯救国人的性命。其实丁福保对传统中医学有深厚修养，但就算如是，当中医学在世纪转折时期面对危机之际，他仍认为必须将中医学“科学化”。如当时许多传统中医精英一样，丁福保认为要将科学融入，才能拯救日渐没落的、杂芜的、过于“哲学”的中医学。他认为中国古今医籍之中“有极效之方，积数千百年之经验，数千百人之精力而成者，其可贵，岂凡庸之所能知哉！”但必须“求中西医学之汇通”<sup>④</sup> 才能把传统中医的精粹转化为“现代”的有用知识。

① 谢利恒：《中国医学源流论》，55页，台北，进学书局，1970年影印初版。

② 陈邦贤：《中国医学史》，257页，台北，商务印书馆，1981年按1937年初版印行。

③ 同上书，259页。

④ 丁福保：《历代医学书目》（上海文明书局，1910），序，4页，正文，1页，香港，中山图书公司，1971。



《西医眼科》书影

其为西方生物医学中被翻译为汉语的早期著作。

从丁福保到陈邦贤等医者与学者，仍相信传统医学的价值，所以致力维护中医的精粹，但同时也认为中医内部有严重的缺点，所以相信引入西方科学能提升中医的知识内容及相关社会体制，以推动中医的“现代化”，正如中国的政治、经济、社会、文化等均需要“现代化”或“西化”。只有这样，中国才可以壮大，避免继续被西方强权与日本侵略。清末至民国，甚至到1949年以后，中医界精英为了“拯救”被指为迷信落后的传统医学一直坚持这个立场。所谓“中西医汇通”就成了近代传统医学“现代化”的代名词。晚至邓铁涛（1916— ）先生主编之《中医近代史》（1999，此书与雷祥麟论文完成于同一年）在“探索中医学学术革新之路”一章中仍以“中西医汇通医家出现”作为开场白。而且提出“汇通”之后，邓先生即说“中医改良的基本主张是大力引进西医和改造中

医”，特别是要祛除中医的“腐败”，其论调与民国时的“中西折衷论”<sup>①</sup>完全一致。

相对于国民政府中央卫生委员会在1929年提出“废止中医”的极端立场，上述的“中西汇通”、“改造中医”的努力显然是折中的做法，而且一直坚持到今天。<sup>②</sup>但无论是极端的废医还是折中的以西医改良中医说，都是19世纪末以来中国医学“现代化”的“模式”。前者主张全盘接受西医，放弃中医，后者以西方科学改革中医，以保持中医的“精粹”。两者均以学习西方医学与科学作为“现代化”的一个重要过程。包括医学在内的西方科学近百年来的确被认为是放诸四海皆准的文明进化的一个主要指标。所有落后文明如要步入“现代”，均不能不学习西方的制度与科学。换言之，面对西方的医学与科学，中国只能持虚心学习的态度。无论持哪一个立场的人，都认为西方医学对中国医学、甚至整个社会的影响，应该是完全正面的，而且这个“现代化”过程是必需的。

以“中西医汇通”方式把传统中医“现代化”的做法如今已成定局。今天所谓“传统”中医的训练，无论在台湾或大陆地区，都包括了西方生物医学的基础课程。换言之，如今的所谓“传统”中医对身体构造、病因解释、药物分析、治疗原则等的了解，基本上已异于19世纪以前的传统，而更接近西方生物医学。这样的一个现代中医知识体系到底在哪个意义上仍保留传统的精粹？它在“现代化”或“西化”的过程中所牺牲的部分今天是否仍为大部分医者所了解？换言之，如何评估这个“现代化”的代价？如何了解“现代化”后所谓中医体系的本质？对这些疑问，至今似乎仍没有中肯而深入的讨论。“中西医汇通”这个口号喊了快半个世纪以后，与邓铁涛同年的著名医家裘沛然（1916—2010）曾在1958年这样说：“中医有中医的理论体系，西医有西医的科学根据，中西医学学术观点，现在还有一定的距离……而目前的所谓‘合流’，恰恰存在

① 邓铁涛主编：《中医近代史》，31、63页，广州，广东高等教育出版社，1999。

② 有关中国近代中医面对西医进入中国的反应和各种说法与态度，请参看雷祥麟的博士论文：“When Chinese Medicine Encountered the State: 1910—1949,” Ph. D. Dissertation, University of Chicago, 1999。



一种勉强撮合、貌合神离、急功近利与哗众取宠的情况。”<sup>①</sup> 而半世纪后的今天，这个批评是否仍有效？原来所谓“哲学”的中医是否仍保存其大部分的“哲学”？如果“科学”取代了“哲学”，中医是否仍能保留其传统体系，或所谓其“精粹”？比裘沛然再晚一辈的中医学者廖育群（1953— ）指出：“新一代的中医可能是在当今这个所谓‘科学时代’中使用古代思维、语言文字、科技手段最多的人，但如果想真正理解这个体系并有志于研究整理，那么他们头脑中的‘古董’绝不是太多，而是不够。”<sup>②</sup> 过去以政治、舆论力量催生的“中西医汇通”的中医“现代化”过程渗进不少意识形态与民族意识，在多大程度上成功地催生一个名副其实的结合着西方科学的新中医体系？还是只是制造了一个为了迎合科学化的诉求而牺牲了传统知识核心的拼凑体？这个疑问仍有待具中西医学训练背景的专家作系统的检讨。西方学者从人类学的角度对当今中西医汇合的治疗方式作了描述与分析，并称之为“活着的传统”，意思是现今的中医与过去的“传统”并未发生基本的断裂，仍是改变中的、有机的传统。Scheid认为中西医虽然是截然不同的医学规范模式（paradigm），但仍然有沟通的可能性。医疗方式亦可以是多元的。<sup>③</sup> 然而中国学者对这个问题似乎仍没有从纯粹学术的角度提出具体、系统的分析与评估。在今天主流西医学对非主流医学采取更包容的态度，而且中国对本身的文化、乃至于中医学较具信心之际，这个问题应该比一个世纪以前更能引起平心静气的理性讨论。

然而当年以“中西汇通”的方式把中医“现代化”或“科学化”的做法，并不止于“改良”中医知识体系或治疗方式。捍卫中医更重要、更实际的考虑是让中医师能够成为现代医疗体系中重要的成员，包括使他们能参与检疫、疾病预防与医疗法规的修订等重要公共政策。即借此

① 裘沛然：《促进中西医合流的思考》，见《裘沛然医论文集》，96页引1958年原文，台北，相映文化，2005。

② 廖育群：《岐黄医道》，279页。

③ 较早期的Judith Farquhar的*Knowing Practice: The Clinical Encounter of Chinese Medicine* (Westview Press, 1994)是开此先河的例子。近来Volker Scheid的*Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis* (Duke University Press, 2002)在此基础上进一步探索当今所谓“中医”的“中西汇通”式的实践。二者均从当代中医的实际临床做法中作分析。

保护、巩固中医师在现代政体里的发言权。<sup>①</sup> 换言之，民国时期中医界深刻体会到的危机不单来自医学知识本身所面临的困境，更致命的是传统医学知识的传授机制、职业的管理与现代政权、体制脱节。例如：传统中医的行医资格并非由官方的学校或考试认定，使得中医师无法经有效渠道加入官僚系统，或参与公共政策的讨论与制定，传统中医师的专业与政治前途因而受到极大的限制。清末民初中医师在困境中的挣扎催生了 20 世纪初中国医疗体系的深刻变化，使之成为近代中国政体重要的构成部分。这是中国面对当时世变所必须做出的改革。虽然这个新体制大体上建立在西方近代医学知识与政治意义形态上，但是中医界的参与，使之成为与西方不尽相同、深具在地文化特色的体制。

中国医疗卫生体系在建立过程中所透露的“现代性”，是史学工作者比较感兴趣的问题。这个问题在语言的层面，即显示其复杂性与文化独特性。“卫生”此一古老名词在词义上的更新，巧妙地诠释了有关个人及国体健康观念“现代化”的特色。近年来学者对近代“卫生”一词在词意上、内容上的转变，已有不少深入的研究，如台湾地区的刘士永、雷祥麟与中国大陆的余新忠。<sup>②</sup> 美国学者 Rogaski 更提出英文 *hygienic modernity*（卫生所彰显的现代性）一词来翻译含义复杂的近代“卫生”一词。此词所隐含的意义不只狭义的与医疗、人民健康有关的行政制度。在清末民初中国所处的困境中，“卫生”透露了多层意义：它代表了中国政体、社会与个人从落后、“病态”的传统提升到“健全”的“现代”文明的需要。讲求卫生不单是个人身体与精神上的提升，更是国族集体的提升，“卫生”一词意味着“健康”不再单是个人“养生”的问题，而已成为公共领域事务。医疗卫生的语言将中国近代个人与政体的共同焦虑与

<sup>①</sup> 参见雷祥麟的博士论文：“When Chinese Medicine Encountered the State: 1910—1949,” p. 196。

<sup>②</sup> 参见刘士永：《1930 年代以前日治时期台湾医学的特质》，载《台湾史研究》第 4 卷，1997（1）；雷祥麟：《卫生为何不是保卫生命——民国时期另类的卫生、自我与疾病》，载《台湾社会研究季刊》，第 54 期，2004 年 6 月；余新忠：《清末における“衛生”概念の展開》，载《東洋史研究》第 64 卷，2005（3）。

期待恰当地表达出来。“卫生”也成为彰显中国“现代性”最常用的概念与用词之一。这个出自庄子的古老名词，经过明治日本再传入中国之后，巧妙地诠释了一个源自传统，但企图突破传统，以求快速进入更高层次的现代文明的诉求与方法。也因此，建立现代的“公共卫生”成为此时公认的一项重要重要的国民任务。<sup>①</sup>

### 三、医学在近代西方历史中的意义

清末民初医疗体系的“近代化”主要以西方制度为模仿的对象。而西方的公共卫生制度与预防传染病措施的建构过程其实经历了至少两个多世纪，而且近代欧洲不同国族（nation states）的制度各有重点与特色。<sup>②</sup> 清末民初间的精英急于以现代化救国，对这段复杂的历史过程大多不甚了了，他们对现代公共卫生的信息主要来自以维新成功自傲、受德国影响较深的明治日本。

#### 1. 历史背景

大致而言，西欧近代的卫生制度与医疗体系可追溯至 17、18 世纪之间的启蒙时代，也是封建制度日渐式微、国族成形茁壮的时代。同时我们看到这个过程的几个独特背景因素：早期（前资本主义时期）的工业化所带来的都市化、随着宗教改革而来的除魅现象（disenchantment），从此巫术与通俗信仰对民众生活的影响逐渐降低。与之同时的是日益脱离基督宗教的哲学、科学的发展。有关基督宗教、巫术与科学在此时的消长关系是 20 世纪中期西方学术的研究重点之一。<sup>③</sup> 在医学方面，相关制度

<sup>①</sup> 参见 Ruth Rogaski, *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*, Berkeley: University of California Press, 2004.

<sup>②</sup> 有关西方公共卫生的历史，最早的经典著作是 George Rosen 的 *A History of Public Health*, 1958 年初版。此书作为公卫史学的意义，可参看近年的增订版，Johns Hopkins University Press, 1993，有关西方近代公卫的轮廓，参看该书 85 页以后。

<sup>③</sup> 其中具代表性的著作有 Keith Thomas, *Religion and the Decline of Magic*, Weidenfeld and Nicholson, 1971; Stanley Tambiah, *Magic, Science, Religion and the Scope of Rationality*, Cambridge University Press, 1990.

的改革，如医学教育、医院制度、药物管理、药剂师训练制度等等亦于差不多同时发生重要的变化。而且变化主要落实在都市里。这个被公认为欧洲“近代”（modern）的历史阶段，见证了一系列关键性的历史变化，如家庭制度、学校教育、人口增长、资产阶级的崛起等等。虽然以上的变化都有重要的区域性差异，但总的而言，西欧的主要国族均有类似的大趋势。有关欧洲 17、18 世纪开始的这段“近代”时期的经济、社会、文化发展的独特轨迹的宏观、微观专论汗牛充栋，虽然具体内容细节方面可能引起辩论，但对这段历史的主要框架及“近代性”的基本意义，学者有高度的共识。换言之，无论学者所处理的历史问题为何，他们脑后总有一个共同的“近代”欧洲社会秩序，所讨论的课题的基本假设，也往往离不开“近代性”（modernity）、“启蒙性”的梗概。而对医疗卫生史，特别是公共卫生思想与制度发展的探讨，也主要在这个大框架中进行。

18 世纪以前的欧洲的疾病观与医学知识产生主要来源有三：教会、知识界（职业医生与科学家）、通俗信仰。而这三方面的观点基本没有大的矛盾。18 世纪以来的巨大变化，来自教会与通俗信仰对社会的影响下降，及包括医学在内的科学等专业势力的升起。以下，我简要地从三个角度去综合近年西方医疗卫生史的主要讨论方向：身体观的变化、都市“公共卫生”概念的出现、国家医疗体系的发展。

### 1.1 身体观、洁净观的变化

从 17 世纪以来，随着基督宗教的改革，宿命论渐退色，机械论开始对身体观产生深远的影响。对身体的解释与描述不再以宗教信仰为基础，而越来越偏向机械式的或工具式的概念。有关循环系统、体液系统等等的讨论与发明，随着解剖学的进展而渐成为主流，如 1628 年提出的心脏血管的机械式系统等，就是此时期代表性的医学知识创新。这些发展让人认为身体是可以被外力控制、引导并被各种技术介入以调治的。<sup>①</sup>

---

<sup>①</sup> 参见 Georges Vigarello, *Histoire des Pratiques de Santé: Le Sain et le Malsain Depuis le Moyen Age*, Seuil, 1993, 1999, p. 91.



《西醫胎產舉要》书影

19 世纪西方生物医学强调其解剖学知识的优势，其中妇产科最具代表性。

18 世纪开始，茁壮中的资产阶级对身体的退化开始有一种畏惧。而对进步的期望又无限地提高。此时他们期望身体强壮，追求强化肌肉、克服寒冷。而且认为人自孩童时代即要强化身体，并从身体内部开始。洗冷水澡以强化身体的观念也在 18 世纪出现。冷水浴的概念反映了当时人认为身体中原有一种力量，健身的目的是要发掘并增强这股力量。<sup>①</sup>与此同时，他们对外来污染物越来越敏感。脏水、滞留的污气、身体表面上的污垢都不再被容忍。17 世纪的身体清洁观仍只涉及暴露在衣服之外的头面与手部，18 世纪以后，清洁身体最隐私的部分成为重点。都市的污水与混浊的空气也成为都市住民最关注的问题。到了 19 世纪，都市高级住所开始有卫浴的专有空间，卫浴设施的科技也随之有长足的进展。这个洁净观正好配合了 19 世纪后期渐成为医学主流的细菌论：净化、消毒、杀菌被认为是预防疾病的标准生活习惯。<sup>②</sup>

① 参见 Georges Vigarello, *Histoire des Pratiques de Santé: Le Sain et le Malsain Depuis le Moyen Age*, p. 157; Georges Vigarello, *Le Propre et le Sale: L'hygiène du Corps Depuis le Moyen Age*, Paris: Seuil, 1985, pp. 129, 141.

② 参见 Georges Vigarello, *Le Propre et le Sale: L'hygiène du Corps Depuis le Moyen Age*, p. 244; J.-P. Goubert, *La Conquête de L'eau*, Paris: Robert Lafont, 1986, p. 80.

法国学者 Vigarello 称之为“近代的洁净观”，其部分来自医学的论述，部分与新兴资产阶级的道德观念有关：相对于贵族阶层的注重门面、奢华挥霍、毫无节制，资产阶级强调内在的价值、环境的整洁、节俭刻苦的生活习惯。因而身体的洁净与体格的强壮、自律严格而整洁的生活方式成为主流价值。而这个关系着个人起居习惯的“近代的洁净观”，甚至与之相关的现代身体观，直接影响了 18 世纪以来都市公共卫生发展的方向。

## 1.2 都市公共卫生的发展

18 世纪的卫生思想与当时的科学发展同步，如化学家 Lavoisier 在 1777 年将空气中的氧气分辨出来，影响了一般人对清洁空气的要求。18 世纪末，化学品已用来消除巴黎水渠的臭味。<sup>①</sup> 与公卫与科学发展密切相关的是欧洲资产阶级的崛起。他们对都市居住环境整洁的要求催生了 18 世纪中期以来的第一波近代公卫运动。当时以资产阶级为首的市民要求洁净、流通的空气中的声浪日高。都市通常被批评为房屋过高、道路狭窄、污水乱流、臭气停滞。当时人认为致病的、来自污染环境的“臭气”（miasma）集中在都市。因此公共卫生的初步推动，焦点在迁移、清除都市内引起臭气的祸首：如屠宰场、坟场、污水等。同时街道的宽度、下水道的建设等有了初步的规范。在法国，卫生督察（police sanitaire）开始每日监督其事，目的在于推动城市内所有因有机物腐败而产生的垃圾与污臭气的清除。<sup>②</sup> 改善都市脏臭空气以维护市民健康的公卫策略，并不单纯的限于物质层面，更包括相关的社会政策：例如把乞丐、流民等驱离都市，或集中管理，因为他们被视为脏乱、疾病的主要来源。<sup>③</sup>

① 参见 André Guillerme, *The Age of Water: The Urban Environment in the North of France 300—1800*, Texas A & M U press, 1988.

② 参见 Alain Corbin, *Le Miasme et la Jonquille: L'odorat et L'imaginaire Social XVIIIe et XIXe Siècles*, Paris: Flammarion, 1982, pp. 105-106; Vigarello, *Histoire des Pratiques de Santé: Le Sain et le Malsain Depuis le Moyen Age*, pp. 185-186.

③ 参见 Alain Corbin, *Le Miasme et la Jonquille: L'odorat et L'imaginaire Social XVIIIe et XIXe Siècles*, p. 109.

资产阶级的政治意识形态也催生了权力日渐集中、积极进取的中央政府，而公共卫生成为这个大有为政府的重责之一。18世纪开始法国政府责成各地总督加强管理公共卫生问题。18世纪中期以后，每区基本上有专门医生监督疫情。<sup>①</sup>然而，资产阶级仍然认为在保护人民健康方面，旧政体做得不够积极。<sup>②</sup>因此革命以后以资产阶级政治意识形态为主流的法国政府的着力点之一，就是大力推动公共卫生。19世纪以后的新政体将医生、药剂化学师、工程师、兽医、统计学专家等不同专业的专家集中在地方卫生议会中，策划所有与公共医疗卫生相关的政策。其重点在预防都市疾病，其策略重点是以科学方法改善环境，例如系统地收集统计数据（如从各地报送中央的有关气候与疾病的统计数字），并透过数据分析来制定卫生政策。<sup>③</sup>从19世纪初开始，西欧主要国族的都市公共卫生发展快速，无不与科学、政治理念、资产阶级兴起等发展息息相关。

### 1.3 19世纪以来的国家医疗制度

19世纪的英、法两国在公卫建设上的快速发展与当时的国族政体建立密不可分。19世纪30年代影响西欧的全球性霍乱疫灾更加深了主政者对公卫制度的重视。当时西欧各国的制度均注重专家、特别是科学家的参与，追求以专业知识与技术改善公民的健康。其中医学知识的重要性越益显著，到了19世纪后期细菌论渐成为医学主流，更进一步影响西欧各国公卫制度的制定。其中法、德两国比英国更重视实验室研究。而英国19世纪中期由Chadwick主导的制度则较法、德两国更强调公卫制度建立中的社会因素：即认为恶劣的生活条件让疾病横生，是社会贫穷的主因之一，不利于国家整体经济发展。因此制度强调改善卫生条件、提升贫人的生活水平，以减低下层人生病、致贫的几率。换言之，搞好卫

① 参见 Patrice Bourdelais ed., *Les hygiénistes: Enjeux, Modèles et Pratiques*, Paris; Berlin, 2001, "Introduction", p. 10.

② 参见 Donald Reid, *Paris Sewers and Sewermen, Realities and Representations*, Harvard University Press, 1991.

③ 参见 Y. Fijalkow, "Statistique Sanitaire et Volonté Politiques: le Cas Parisien au Tour-nant du Siècle," in *Les hygiénistes*, 2001, pp. 97-117; A. La Berge, *Mission and Method: The Early-Nineteenth-Century French Public Health Movement*, Cambridge University Press, 1992.

生主要是为了国家整体经济发展。这个考虑当然主要触发自 19 世纪的工业革命所带来的都市严重贫穷问题。<sup>①</sup>

此时的公卫建设也包括了医院制度的改革、医生训练制度与课程的规范化、药物管理与药剂师的训练制度。这方面的变革虽然在 18 世纪后期已有雏形，但主要在 19 世纪成形、茁壮。<sup>②</sup> 而且一系列的制度与行政改革均逐步加强公共权力涉入公民的医疗与健康范围。无论哪一国的公卫制度，在 19 世纪以来的发展已成为政体关键的构成部分。在中央权力较大的法国，卫生议会 (Conseil de Salubrité) 布满全国，而以巴黎的最具权威。这样的—个全国性的官僚医疗体系在 19 世纪形成。而英国也有国家卫生局 (National Board of Health)，虽然其权力集中的程度不及巴黎。<sup>③</sup>

西欧工业化国家的公卫体系虽然各循其本身的医疗传统而没有一个固定模式，但是有一些基本共同点：医学知识与其他科技的权威性成为体制的支柱，全国性行政体系与相关科技的结合，保障公民健康是政府责任成为主流意识形态。总而言之，权力与专业医学知识结合之后的近代西方政权，即福柯所称的 biopower，如血液般流通社会上下，人的身体、生活巨细无遗、无时无刻不在其监控之中。政权以此为保障市民健康不可或缺的方式，然而个人在制度与医学论述紧密结合之下，往往身不由己，发言权尽丧，任由专家与政客摆布。而原来以“反迷信”、“反极权”、“理性”、“追求科学”等乐观进取态度建立起来的一个近代启蒙式体系遂成为后现代理论学者批判的对象。

## 2. 对“近代性”的批判

而这种从欧洲近代独特历史轨迹中发展出来的“现代性”对研究非

<sup>①</sup> 参见 Christopher Hamlin, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick: Britain 1800—1854*, Cambridge University Press, 1998。

<sup>②</sup> 参见 Colin Jones, *The Charitable Imperative: Hospitals and Nursing in Ancien Regime and Revolutionary France*, Routledge, 1989。

<sup>③</sup> 参见 A. La Berge, *Mission and Method: The Early-Nineteenth-Century French Public Health Movement*; Christopher Hamlin, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick: Britain 1800—1854*。



西方文化的学者有莫大的吸引力。而启蒙式的进步主义的“现代化”、“近代化”思维，一直纠缠着近代中国史研究。但研究者往往只关注西方现代性“进步”的表象，如五四时代标榜“赛先生”与“德先生”就是典型想法。在20世纪初中国自尊心深受打击之际，向西方讨救国灵丹的急迫感是可以理解的。但到了21世纪的今天，如果学者仍不再深入分析“启蒙”表象背后的更深远的历史意义，不反省所谓“进步”的“近代”在西方发展的独特背景，就无法“知己知彼”，非但不能真正了解近代西方之所以然，也更看不清近代中国的特点，也因此不可能知道从西方“移植”而来的“进步”的制度、技术与知识是否有水土不服，或其他更深层的问题了。

对西方现代性的批判，及相关的殖民主义的批判仍主要来自西方学者本身。当然，批判19世纪的西方侵略性帝国主义由来已久。帝国主义挟持着资本主义于19世纪以来在世界造成的伤害，显而易见，也实际上引起20世纪中期以来各地殖民地的反扑。这并非这里讨论的重点。在相伴着“帝国主义—殖民主义”所引起的诸问题中，其中一项更让学者深思：随着殖民主义“散播”到世界各地的西式“近代”文明该如何评估？西洋人原自命背负着“白人的包袱”——把现代文明的福音带到落后地区，让“次等”民族能跟上“进步”的脚步。这种延续着启蒙思想的“进步”式使命感到底反映了多少真相？近年来这个问题在西方学术界引起较多的反省。

如第一节所论及，就中国医疗的“近代化”而言，无论是医学知识本身或医疗卫生制度的“现代化”，均引发自西方知识与制度。而这些知识与制度其实是19世纪西方帝国主义、殖民主义的文化基础。然而20世纪初中国政治与文化精英往往采取简单的二分法来处理西方文化、经济与军事侵略为中国带来的困境，也因此流于极端。一方面，他们认为中国必须全盘西化或“现代化”以扭转国势，西方“现代”科技与制度的“优越性”无保留地被肯定；另一方面，对显然具掠夺性的帝国主义采取激烈的反抗、排外、丑化。这二分法所透露的矛盾，多被忽略。在某个程度上，这种“偷懒”的态度，至今仍存在。近代西方知识与制度具普世价值、应为其他文明学习的对象的这个假设，极少受到有深度的挑战，

然而反西方的激烈民族主义言行仍屡见不鲜。在学术界，特别在华文学学术界，对这个“后殖民”问题作出深刻反省的似乎仍不多。近年在这个问题上提出新看法的仍主要是西方学者，还有与西方学界关系紧密的南亚学者。

学者对殖民主义及“现代性”的反省，集中在以下几点：所谓“近代性”或“现代性”，并不应只强掉以西方经验为标杆的“现代性”，而应该强调多种现代性（multiple modernities, alternative modernities），西方的模式其实并非真正放诸四海皆准。同时学者也逐渐放弃以西方为中心，以殖民地为边缘的这个习以为常的方位观念，也反对在历史时间上由西方领先“近代化”，随后将之传播至世界其他各地的先后时序观念。即认为现代科技并非单线地从中心逐步输入各边缘地区。而是西方文化与不同的在地（local）文化在相遇之际，产生了各具特色的现代性的火花。学者应该对这些历史现象进行深入研究。每个地方应有其独特的“现代性”。从女性主义角度去看问题，也可以得到类似启发。如学者指出与西方近代性的形成息息相关的科学革命事实上是建立在新的男性沙文主义之上。17、18 世纪的科学语言处处透露出人对自然世界和女性的歧视与压迫。这个立场，颠覆了 20 世纪中期以来有关科学革命史的主流论述，即认为这是一场理性的，把人类社会从宗教、迷信中解放出来的革命。<sup>①</sup>换言之，“科学革命”也好，“现代化”也好，其普世性并非神圣不可侵犯。如果学者从女性或非西方文明的角度去审视这个历史过程，应该看到“启蒙”进步的另一面，与一个更复杂的历史面相。

让我们回到多样现代性的课题。卡亚（Ibrahim Kaya）认为多样现代性的观点是“把不同文化的多元性看成是对所谓‘现代性’想象意义的多种诠释的可能”。意思就是“现代性”的解释不应以欧洲独特的历史经验为核心，而应该纳入西方以外文化如何消化、转化西方知识与制度，

---

<sup>①</sup> Carolyn Merchant 在 1980 年发表的 *The Death of Nature* 引起这场辩论。虽然她的立场受到各种争议，但近年西方关心科学史的女性主义学者仍认为这个问题仍然有很多讨论的空间。有关这个问题的争议，可参见近期的 *Isis: An International Review Devoted to the History of Science and its Cultural Influences*, 97/3 (2006 年 9 月)。

呈现各具特色的“现代性”。<sup>①</sup> 研究南亚殖民医疗史的著名学者安德逊 (Warwick Anderson) 亦指出以前习以为常的西方中心的思维应被修正：“有关（近代）国族建设（从西方至其他落后地区）的传播已渐被另一种讨论取代：即不同文化接触区域（contact zones）与网络建构的讨论。”意思就是所谓现代文明不是从西方单向传至世界各处落后国家，而是在不同文明相遇的地区产生各具特点的“现代”文化或文明。他认为所有包括医学在内的科技知识与实践“一定有其在地历史与在地政治因素，就算其中的要角自以为他们在传播普世性、全球性的（纯西方的）科技”。从这个观点看，19世纪以来在西方以外的，医疗或其他科技知识与实践发展，并非“纯粹”的西方知识与实践，而是混合性的论述（hybrid discourses），混合着西方思想与在地的传统特色。<sup>②</sup>

安德逊的看法其实深受南亚学者查克拉巴蒂 (Dipesh Chakrabarty) 的启发。后者在 21 世纪元年出版的、影响深远的著作《将欧洲外地化：后殖民思想与历史差异》一书中就从研究印度/孟加拉国近代史的角度提出重新思考“现代性”的重要性与趣味。他指出把欧洲“外地化”并非否认欧洲近代思想、科技或相关政治制度的重要性，而是从被殖民的、非西方“传统”的在地社会的角度来看被引入的“近代性”到底是什么。资本主义的近代性不应该再被视为单纯的历史过渡问题（即从传统过渡到近代，每个受“现代化”洗礼的文化都必然经过同样的过程，最终结果也一样），而应被理解为一个复杂的“翻译”问题。<sup>③</sup> 就是说不同的“传统”社会以本身历史为基础去诠释西方的近代知识与制度，并各自表达或实践这个被诠释的“近代”政治经济制度与科技。所以这个过程并非单纯“施—受”的过程。在地社会是积极地创造了基于本身传统的“现代性”。

① 参见 Ibrahim Kaya, “Modernity, Openness, Interpretation: A Perspective on Multiple Modernities,” *Social Science Information*, 43. 1 (2004), pp. 49 - 50.

② 参见 Warwick Anderson, “Introduction: Postcolonial Technoscience,” *Social Studies of Science*, 32/5 - 6 (2002), pp. 648 - 650.

③ 参见 Dipesh Chakrabarty, *Provincializing Europe: Postcolonial Thought and Historical Differences*, Princeton University Press, 2000, p. 17.

20 世纪的学者对这个诠释的过程未加重视，以为现代化乃大同小异的普世程序。例如认为“破除迷信”自然会带来西方性的理性，电线杆的增加代表了近代生活方式的建立。21 世纪的今天，学者应以更谨慎的态度去审视每个经西方近代文明“洗礼”的在地社会，看它们到底表达了、实现了何种形式与内容的“近代性”。换言之，研究非西方的学者，应该从在地“传统”社会的角度探讨其所呈现的“近代性”的具体内涵，而不再是从西方中心的观点看西方思想与制度如何单向影响这些传统社会。而这种多样性的在地文化的“近代性”必然混杂着传统的许多因子，以及传统社会对西方“近代”思想与制度的各种独特而具体的诠释。简而言之，所谓近代化或现代化的过程，应该是一个多向的、多元的、时序模糊的、充满在地传统色彩而又夹杂着西方近代语言的具体历史过程。

#### 四、从中国医疗制史重新思考中国近代性问题

如上文所述，近年来对近代性的重新思考主要由西方学者与南亚学者所提出。相对而言，同样受 19 世纪帝国主义/殖民主义冲击、并为“近代化”问题困扰一个多世纪的中国，其学术界对这个问题的反省仍不够深刻。由于医疗史牵涉着西方科技的输入问题，又与在地社会关系密切，提供了重新思考中国“近代性”很好的切入点。台湾地区年轻一辈的学者对此问题的省思亦在最近展开。李尚仁就在几年前编了相关的专刊。由于台湾经历了半个世纪的殖民统治，又拥有丰富的档案与其他历史数据，学界与西方的交流频密，自然具有探讨近代性的有利条件。<sup>①</sup>

其实从中国在地社会的医疗问题来探讨“近代性”是极富潜力的研究范围。目前研究南亚、加勒比、非洲等不同地区的近代殖民与医疗问题的学者，主要仍利用以欧洲语文为主的史料。在地语文的一手资料相对较少。虽然研究者可以用口述历史、田野调查等其他方式补充史料上的不足，但是学者研究的原料仍有极大的限制。相对之下，“半封建、半

---

<sup>①</sup> 参见李尚仁主编：《医学、帝国主义与现代性专题》，载《台湾社会研究季刊》，第 54 期，2004 年 6 月。

殖民地”的近代中国的地方史料无论在质还是在量上均远胜其他殖民地国家。同时，其区域性差异之大、相关史料性质之多样化也是其他 19 世纪所谓“传统”社会所望尘莫及的。尤有进者，中国本身的医疗传统悠长而牢固，有关的学术研究也有一定的成果。换言之，研究中国医疗史与近代性的问题有非常充分的条件。目前最需要的，是观点上的突破、课题上的创新。但要做到这一点，必须配合着各种在地史料的发掘，仍然需要研究成果的累积。以下是笔者认为值得进一步研究的几个范围：

## 1. 有关 19 世纪以来医疗史与中国式的“近代性”问题

其中应该特别受到注意的是西方医学与相关制度的进入所带来的复杂后果。如近年西方学者所提出的，近代西方科技与制度的引入，并不是单向的过程。传统社会对此亦非消极地照单全收。西方影响的结果必然是许多糅合体的出现。我们或许可从三方面去思考这个历史发展：

### 1.1 近代性与“混合体”

这里指的是中国在地社会从西方的一套知识与医疗体制中选择适合本身的成分而构成的“混合体”（hybrid）知识、实践与制度。本章一开始即提到的“中西汇通”的观念就是典型的例子。民初“中西汇通”的折中案取代部分精英推动的废除中医、全盘使用西医的极端建议，我认为这个妥协性的结果并非偶然。传统社会并不全盘接收西方科技与制度，但是也无法抵挡这个强势的文化体系进入中国。两种文化在中国相遇所发展出来的新的“混合体”之一就是“中西医汇通”这个特别体系。而近代中国在接受其他西方科学方面，也同样是选择性的。美国学者艾尔曼最近发表的专著 *On Their Own terms: Science in China, 1550—1900* 就研究了中国人自明中期至清末如何按本身的条件、以自己的方式接受并诠释西洋科学。在中国传流及实践的“科学”，并不全然是西方定义下的科学，而是中国本身所选择、诠释、利用的知识。也因此所谓中国近代科学化“成功”或“失败”的问题，其实是一个错置的假问题。<sup>①</sup>

---

<sup>①</sup> 参见 Benjamin Elman, *On Their Own Terms: Science in China, 1550—1900*, Cambridge: Harvard University Press, 2005。

除医学知识体系的改变之外，我们可以看到一些普及的卫生观念的改变。清末民初以来，中国有识之士对西洋科技文明的引进，怀着相当矛盾的心情。一个经常被提及的对比就是鸦片与牛痘。广东学者陈垣曾引阮元诗谓：“意以鸦片、牛痘均来自外洋，鸦片害人而牛痘益人，可相补也。”<sup>①</sup>不但陈垣如此说，19世纪来华的医学传教士亦相当刻意地在中国传播牛痘，以争取当地人对西洋医学的信任，并且自认为效果卓越。然而牛痘术之顺利传入中国亦非偶然。中国传统人痘术在明清以来的发展明显地为此铺了路。而中国种痘师亦不忘将传统针灸、胎毒的理论套入牛痘法中，强调牛痘法乃传统人痘法之改良方术，以取信于国人。<sup>②</sup>事实上在牛痘术发展之关键时代，牛痘的施种除了在传教士的施医所外，还在原来只为幼儿施种传统人痘的慈善机构，如育婴堂之类。在邱燊等受过传教士正式训练的牛痘师的推动之下，牛痘施种在平民眼中并非纯粹西洋巧技，也同时是传统人痘的改良技术。太平天国战乱结束后，从1860年开始至清末，从方志的记载中我们至少可找到43所牛痘局或洋痘局，而这个数字也显然是低估的。而且地方政府亦有鼓励种痘与成立痘局的饬令。<sup>③</sup>

换言之，牛痘施种这项表面看来来自西洋的“近代”医疗技术与公卫措施，在中国的落实有其在地原因。传统人痘接种技术的普及化、明末清初以来全国已有的慈善组织网络等都是让牛痘术顺利在中国发展的关键因素。同时，中国痘师用传统针灸术的术语描述牛痘术，将之转化为一种“混合式”的论述，虽然如廖育群所说“这些理论在今天看来无一可取之

① 陈垣：《跋阮元引痘诗》，载《医学卫生报》，1908（6），后收入《陈垣早年文集》，216页。

② 有关人痘接种与牛痘接种的研究近年已相当多，最早的如范行准《中国预防医学思想史》（第8章）。较近年如梁其姿：《明清预防天花措施之演变》，见陶希圣先生九秩荣庆祝寿论文集编辑委员会：《国史释论》，239～253页，已收入本书；廖育群对种痘的理论问题亦曾作详细的研究，见其《岐黄医道》，238～243页；台湾张嘉凤对此主题撰写博士论文（1996），并发表了一系列中、英文论文，较近期一篇为“Dispersing the Foetal Toxin of the Body—Conceptions of Smallpox Etiology in Pre-modern China,” in *Contagion: Perspectives from Pre-Modern Societies*, L. Conrad and D. Wujastyk eds., Aldershot: Ashgate Publishing Ltd., 2000, pp. 23-38.

③ 参见 Leung, Angela Ki Che, “Variolisation et Vaccination dans la Chine Prémoderne (1570—1911),” in *L’Aventure de la Vaccination*, A.-M. Moulin ed., Paris: Fayard, 1996, p. 66.

处，而且是那么可笑”<sup>①</sup>，但确实让在地社会更能接受新技术。所以说，牛痘传入的“成功”例子并非由于此乃西人刻意推动的“近代化”成就，而是传统中国社会选择了这一项民众能了解、接受的技术，并且以原有的医学语言、在传统社会组织的基础上重新诠释了这项技术，以便利其推广。

除了具体的医疗技术外，西方医学对中国传统医疗观、身体观方面的影响，也并非单向的发展。雷祥麟与英国学者 Bridie Andrews 在对清末民初鼠疫、肺结核等病的研究中看到传统的中医学概念如何受西方医学观念的冲击而发生发化，如从“尸虫”到“传染”，或从传统的“相染”观到西方的急性传染病概念等。但同时又指出根深蒂固的传统疾病，身体观如“虚”、“癆”等，与基于近代西医细菌论的“肺结核”观之间的鸿沟又是如此巨大。肺癆与肺结核在仔细分析之下其实是两种迥然相异的身体观所产生的疾病语言。到了 20 世纪初期，“肺癆”这个原来是单纯的传统中医词语渐渐混入了通俗西洋生物医学的其他概念。“癆”病的疾病观转化到“结核”病的疾病观，其实就是一个颇能说明问题的复杂过程。<sup>②</sup> 今天华人对身体与疾病的观念与看法仍然是一个混合体。诸如此类的例子应该很多，反映了西方生物医学进入中国一百多年后，中国社会并没有全盘“接受”西方观念。两种截然不同的医疗文化、身体疾病观在中国土地相遇之下的不断磨合，产生了各种“混合体”的概念，这种结果无关好与坏，或成功与失败。而这个磨合的过程，看来仍在延续着。

有西方学者认为，就算在 21 世纪的今天，世界大部分的人口其实仍依赖近代主流西医以外的其他传统医疗方式与系统来了解身体，维持健康，治疗疾病。就算在西方，沿自古老传统的医疗，古老的身体观仍存在着。就是说，连当今的西方社会都不见得完全被“近代化”，更何况非西

① 廖育群：《岐黄医道》，239 页。

② 参见 Bridie Andrews, "Tuberculosis and the Assimilation of Germ Theory in China, 1895—1937," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 52 (1997), pp. 114—157; 雷祥麟：《卫生为何不是保卫生命——民国时期另类的卫生、自我与疾病》，载《台湾社会研究季刊》，第 54 期，2004 年 6 月，17~60 页；Sean Hsiang-lin lei, "Sovereignty and the Microscope: Constituting Notifiable Infectious Disease and Containing the Manchuria Plague (1910—1911)," in A. Leung and C. Furth eds., *Health and Hygiene in Chinese East Asia*, Durham: Duke University Press, 2010, pp. 73-106.

方文明社会。<sup>①</sup> 换言之，这个过去学界以为理所当然的“近代化”历史过程其实被了解的程度仍不够深入与细致，应该被重新检讨与修正的地方仍很多。

## 1.2 “帝国主义”与“西方科技”的矛盾

通常“帝国主义”与“现代性”关系密切，但前者往往被赋予反面意义，而后者被赋予正面意义，被认为是社会进步的证明。但西方近代文明与帝国主义其实是一体的两面。这其中的矛盾面早在清末已被注意到。上文提到的阮元与陈垣以鸦片与牛痘两样从西洋来的事物，一样为害中国，一样有益于中国，最清楚地表达了当时人对西方文明既爱且恨的心情。研究中国近代的诸学者，往往在探讨所谓中国“近代化”的问题时，仍被这个矛盾纠缠不清。

这个矛盾在医疗史研究方面表现得最清楚。西方生物学、科技等被笼统地归类为“科学”的知识体系通常被认为具普世性，是所有人类社会应该追求的价值与理想。19世纪末、20世纪初，就算是激进的民族主义者、爱国主义者，他们在谴责反抗帝国主义、殖民主义之余，仍积极追求西方科技。一般知识分子以具备这种知识、成为“科学家”为傲。如果说19世纪的亚洲人以次等民族为耻，社会精英则多从学习科学、医学中重新肯定自我，以求获得一种世界公民的身份，一洗被殖民者的自卑。<sup>②</sup>

如何处理在历史研究中的这个矛盾？对西方社会理论学者如福柯等而言，近代西方的所谓科技进步，往往让个人陷入空前的困境。对启蒙以来西方资本主义的悲观分析，其实早在韦伯等的理论中已清晰可见。显然，主流西方学者对“近代性”的批判没有任何感情上或知识上的包袱，也没有矛盾。不过这个批判的脉络，虽然可被思考中国现代性的研究者借鉴，但并不尽合宜。原因之一，我认为非西方的所谓“传统”社会虽然以妥协、折中的方式纳入了部分近代西方文化，但其实并没有

<sup>①</sup> 参见 Michael Worboys, “The Spread of Western Medicine,” in *Western Medicine: An Illustrated History*, I. Loudon ed., Oxford University Press, 1997, p. 263, 引 Charles Leslie 语。

<sup>②</sup> 参见 Lo, Ming-cheng, Miriam, *Doctors within Borders: Profession, Ethnicity, and Modernity in Colonial Taiwan*, University of California Press, 2002。



西方近代科技发展的历史与文化背景，所呈现的所谓“现代性”与西方学者所批判的现象有基本的差别。中国近代历史发展有特殊的背景，学者必须面对中国具体的历史，而不能假设中国的“现代性”是西方的翻版（这个常见的做法也是一种“偷懒”）。在尚没有发展出一套适用于解读中国近代性的理论之前，学者或许应从具体史实层面尝试解开中国面对帝国主义与近代科技引入之间的矛盾关系。例如，必须进一步评估的，是西方科技对所谓“进步”的真正贡献。一个有趣的例子就是学者对台湾殖民时代婴儿死亡率趋势的研究。吴嘉苓与杨文山从档案数据与口述数据中发现日本殖民者所推动的所谓科学育儿或西式接生法等并没有为本地社会带来明显的婴儿死亡率下降。一些数据甚至显示出传统的接生方式比西式接生更便利农村社会，而且其安全性亦比想象中的高。<sup>①</sup>

英国学者 Michael Worboys 指出 19 世纪西人以当时的医学知识去适应不同地方的风土条件、处理他们所不熟悉的疾病其实是一件困难的事情。<sup>②</sup> 换言之，学者不要以理所当然的态度去评估西方医疗进入近代中国社会的效率。刘士永与林宜平对台湾疟疾的研究亦指出殖民时代台湾医疗政策的效率并非唯一重点，举凡公学制度、一般的经济社会发展等都对疟疾的控制产生更关键的作用。<sup>③</sup> 同样地，香港学者冼玉仪亦发现 19 世纪英国的公共卫生制度与医疗知识对世纪末横扫香港的鼠疫没有产生控制疫情的效果。而香港市民对殖民政府的政策多心存怀疑与恐惧，并多不愿配合。<sup>④</sup> 换言之，殖民政府所带来的近代医疗知识与公卫体制并不是拯救落后传统社会的万灵丹，它所带来的有善也有恶。所谓近代医疗

① 参见 Chia-ling Wu, “Have Someone Cut the Umbilical Cord: Women Birthing Networks, Knowledge and Skills in Colonial Taiwan”; Wen-shan Yang & Hsieh Ying-hui, “Infant Mortality in Colonial Taiwan, 1905—1945: Evidence of the Historical Household Registration Data of Taiwan”。两篇论文在 2004 年在台北“中央研究院”举办的“卫生史”国际会议上提交，前文发表在 A. Leung and C. Furth eds., *Health and Hygiene in Chinese East Asia*, pp. 160-180。

② 参见 Michael Worboys, “The Spread of Western Medicine,” in *Western Medicine: An Illustrated History*, I. Loudon ed., p. 257。

③ 参见 Liu and Lin, “A Forgotten War: Anti-malaria Campaigns in Taiwan,” 于 2004 年在台北“中央研究院”举办的“卫生史”国际会议上发表。

④ 参见 Elizabeth Sinn, *Power and Charity: the Early History of the Tung Wah Hospital, Hong Kong*, Hong Kong: Oxford University Press, 1989。

与科技也不是白璧无瑕的普世道德与价值，虽然现代医药有可能降低了一些疾病的痛苦，但是同时也是具有侵略性、构成帝国主义的一种机制。近代西方医疗体制有启蒙思想的积极进步面，但也有帝国主义的专横残忍面。只有诚实地面对这个历史过程中数不尽的矛盾，探索中国社会在这段关键时期如何处理这些矛盾，如何从中得到益与害，从而创造具在地特色的“现代性”，学者才可以真正从医疗史的研究中了解何谓中国的“近代性”。

### 1.3 中西双向交流

直至目前，有关中国近代化或近代性的讨论，主要集中在对中国如何对西方的文化作出反应，即费正清在 20 世纪中所提出的“China's response to the West”。这个立场的假设为：西方文明、科技、制度主动地入华，而中国被迫消极地作出反应。但是如果从医疗史的角度入手，我们可能看到更复杂的历史过程，中西的或中外的交流并非单向的，而是双向的。

其实直至 19 世纪中期，在世界各地的西方医学传教士并非如想象中地蔑视其他医药体系。医药传教士要在殖民地或半殖民地建立医疗基地的原因除了为了传教及展示强势的西方文明以外，同时也是为了向不同的医药体系学习。19 世纪 30 年代末英国传教士建议在中国成立医药传教会 (Medical Missionary Society)，主事者所列举理由之中，有一点值得注意：“每个国家都有其独特的药物与疾病……中国人与日本人也不例外，这两个国家都有很丰富及有效的药物。如果我们在当地施医，我们就可以有机会认识这些药物的使用与了解药物的效果……这样，我们对药物的知识会增长……我们也可以从中国的疗法与疾病分类法有用的部分中得到好处。”<sup>①</sup> 而事实上，19 世纪中期以来许多医药传教士的确在施医的同时，向本地人学习中国医药的原理与中药的运用。西洋医学对中国的本草与针灸尤其感兴趣，一些精通汉语的传教士对中医的脉法也佩

---

<sup>①</sup> “Medical Missionary Society in China: Remarks Made at its First Annual Meeting,” in *Chinese Repository*, 7/9, 1839.

服。欧洲人对中医药体系的专业与学术研究与引介自 19 世纪初即出现。<sup>①</sup>其实西方医药传教士这种态度在 19 世纪很普遍。在印度，英国医药传教士学会用大风子治疗麻风病，并且把这个药物引回英国。<sup>②</sup>

就算一般的医药传教士对中国或印度传统医学不免心存轻视，但是对各种风土病仍充满好奇，希望透过调查与就地观察了解风土病，以及医生对这些病的看法与疗法。他们对各地的风土疾病与医学充满学习兴趣，而且往往从中得到新知识（如李尚仁所研究的英国热带医学，就是万生（Patrick Manson）在中国南方作实地研究的成就）。西洋医生透过在地的助理、翻译、友人（包括行商）等观察、了解中国的医学与疾病，这其实是一个有趣而具关键性的过程。在 19 世纪最后数十年的多种医院报告中，我们看到他们汲取这方面知识的许多有趣的细节与困难，尤其是语言上与观念沟通上的困难。换言之，在西洋医士与在地医药传统的双向交流之间，有一个关键的中介层。他们如何让当地人了解西医，又如何让西医了解在地人的观点与习惯，其实是个极重要的问题。在这里只举黄宽的例子。这位最早在广州受医药传教士训练，第一位被送到英国爱丁堡大学习医的广东人返华后成为唯一的华人海关医官。当时西洋医生对中国疾病与医药的了解，不少来自他的报告。从他那里，重要的英国热带医家康德黎（James Cantlie, 1851—1926）得知广东“过癩”或“卖疯”的习俗，以及粤人相信麻风病三代之后遗毒尽消，可以与健康人结婚的看法。康德黎被黄宽说服此乃千真万确的麻风病传染方式，所以劝告在香港的白人不要与来路不明的中国女子交往，以免成为过癩的受害者。<sup>③</sup> 在 19 世纪末的华南地区，传统中国的地方习俗与信仰，配合着

① 有关欧洲 19 世纪对中国医药专业研究的大概情况，可参考 Linda Barnes, *Needles, Herbs, Gods, and Ghosts: China, Healing, and the West to 1848*, Harvard University Press, 2005, pp. 220, 254-255, 258-259。

② 参见 Sanjiv Kakar, "Leprosy in British India, 1860—1940: Colonial Politics and Missionary Medicine," *Medical History*, 40 (1996), p. 225。英国医药传教士也把这个药物带到中国。当时中国的习西医者认为此乃西洋引入的新药物，并不了解中医用大风子油治癩病至少在元代已甚普遍。

③ 康德黎之所以相信这个“习俗”，一方面是因为这符合当时殖民者的反对种族混合，以免带来白种人的衰败。同时“三代毒尽”的看法多少符合当时英国主流医学认为麻风乃遗传病的看法。对这点笔者在有关中国麻风病的书稿中有详细的讨论。

当时欧洲白人的种族主义、性别主义，将一种今人认为是无稽之谈的事物当作严肃的医学问题来讨论，正显示了 19 世纪西医的限制，与中国“中介”人物的主动性。

19 世纪至 20 世纪初，中西医的交流的确并非单向。而中国社会接受西医、或将西医转化为本身的文化一部分的过程亦很复杂。我们必须注意区域性的差异、中介层的特色（如最初习医的人不少为下层人、女性等）、印刷媒体的角色（教学用的教科书的翻译、形式等问题）等。而至于西洋医生如何看待中国传统医疗知识与体系，这更是艰难但重要的工作。以研究英国在印度的殖民医学著名的学者哈理逊（Mark Harrison）在最近一篇检讨殖民医学的论文中指出：“许多我们认为是西方科学的东西其实是在殖民地生产出来的，而不是输出至殖民地。”“西方医者在殖民地找到许多实验的机会，有时他们也愿意向当地的医疗传统学习。我们或许假定这种互动只在殖民统治前期才发生，但其实在英国帝国的最高峰时期，即 19 世纪后期至 20 世纪初期，自主性与双互学习的情形，比一般（论述）模式要来得普遍。”<sup>①</sup> 英国人在印度如是，在中国也应该有类似的活动。笔者相信，如果我们仔细发掘各种中外文献、口述数据，我们会找到不少关于医疗文化双向、甚至多向交流的蛛丝马迹。唯有在许多具体的细节重建起来后，我们始可以修正过去认为西方向中国单向输出近代科技的单向思考，整理出一个较完整的医疗与技术文化交流的历史过程，而所谓医疗史角度下的中国“近代性”才可较清楚地浮现。

## 2. 从中国“近代以前”的历史中探讨“近代性”的意义

除了从 19 世纪中西医学相遇中探讨中国的“近代性”之外，我们从欧洲近代医疗史的背景中或许得到另一种启发：许多被认为具备“近代”特色的制度、态度其实早在前近代的中国出现。所谓“近代性”所指不应局限于在最浅白的时序上的意义：即出现在 19 至 20 世纪之间的历史特色。西方认为在 17 世纪欧洲已进入近代，自有其本身历史发展的一套自圆其说的论述。而为何中国要到 19 世纪受西方帝国主义影响之后才算进

<sup>①</sup> Mark Harrison, "Science and the British Empire." *Isis*, 96/1, 2005, pp. 60-61.

入“近代”？这个立场无疑过分地以西方文明为论述的中心。要做到抛开以西方历史经验为准的历史解释，“将欧洲外地化”，学者或许应从独特的中国医疗历史经验中看几个重要历程，并思索是否中国社会在19世纪之前已具有一种近代性。下文所述并非要提出任何一种替代性的系统说法，只是举出一些例子来提供思考的可能性。

例如从癩病史的角度去思索中国的现代性问题或许有启发性。有关癩病在宋代以后的发展，无论从医学传统的角度看，或从社会反应的角度看，中国的确已进入一新的理性时代。首先，在医学知识上，癩病的病因解释颠覆了古典时期的看法（不再是因“风”而起的病），而更着重于具体环境与个人行为与体质等因素，并提出了人与人之间“传染”的观念。当然从今天生物医学标准而言，其中许多看法充满谬误（就如18、19世纪欧洲医学对麻风病的了解也充满谬误一样）<sup>①</sup>，但是这些新看法在当时确代表着医学知识配合着社会与思潮的变化。地方政府针对这个病的各种措施，也符合医学对这个病的解释。因此我们看到对癩病病因的解释，渐趋向针对个人习惯与体质或风土习俗等，而渐脱离佛教与道教的论述。在癩病患者的管理方面，我们看到宗教的角色逐渐淡化（不再是隋唐时代佛教的“痲人坊”，道教论述中癩病患者能成仙的说法亦式微），而政府继而扮演最重要的角色。明清收容癩病患者的机构，如麻风院、癩子营之类的机构，绝非为了进行宗教净化的仪式，而确是为了保障社会的健康，预防无病的人受传染。同时明清的机构由政府资助，自有一套与地方权力结构相配合的运作机制。换言之，明清政府发展了一套理性的管理癩病方式，配合着当时医学知识、社会的要求，甚至统治者的天下观。<sup>②</sup>从癩病的角度看，我们可以说从南宋陈言的“三因方”将癩病病因作了基本的修正之后，中国社会对癩病的看法、对待癩病患者的方式渐进入一个新的阶段，16世纪麻风院等机构的成立乃中国地方社

① 许多今天我们轻易称为“迷信”的说法，连清末在华的西方传教医生，或受西方医学训练的中国精英亦没有否定，他们或接受中国癩病有其特殊性的这个概念，或采将信将疑的态度。事实上，以当时西方医学知识的发展，实不足以推翻这些所谓“迷信”或谬误的看法。

② 有关癩病与中国近代性的问题，笔者在将发表的论文《从癩病史看中国史的特色》有较详细的讨论，见李建民主编：《从医疗看中国史》，297～329页。

会理性处理癩病的里程碑。笔者认为从这个角度看，中国南方社会明确地对疾病展现了一种前所未有的态度，创立了新的制度，是否可将之视为一种具中国特色的“近代性”，是可以讨论的。

除了癩病史的例子外，上述种人痘的技术发展，众所周知的对温病的新诠释，说明晚明时期中国社会对疾病观、身体观正经历着重要变化。其中有新制度产生，也有新理论与观念，甚至一些我们尚不清楚的新措施、新习俗的产生。如台湾地区年轻学者邱仲麟一系列详细的有关明清时代的医疗制度研究，是否也会显示一些独特的时代“理性”，也值得期待。另外一项笔者认为值得深究的是16世纪以来的药业。郑金生指出从本草学、制药技术的发展看来，16世纪都达到高峰。明清时期药物的炮制、流通是否也反映了药学知识与商业市场结合的一种新理性？<sup>①</sup>这个成熟的知识与市场体系很快地让中国本草学成就闻名世界。直到20世纪，西洋医生视中医理论为荒谬迷信，但却一致肯定中药的效果与本草学的成就。学者是否也可以从这个问题探究16世纪以来中国社会在用药方面的“近代性”呢？

上文台湾殖民时期汉籍妇女生产仍主要依赖传统产婆，并且传统引产术并不比西洋引产术带来更高的婴儿产死率。从这个具体例子看来，我们也可以确定传统妇产科、儿科的成就与稳定性。而在这方面，学者的讨论甚至可直溯南宋时期。南宋陈自明在妇科的成就，虽承自唐代，但妇科成为一专科，确是一革命性的观念转变，关涉着女性身体观与生育观。美国学者费侠莉、中国台湾学者李贞德在这方面都有重要论述。<sup>②</sup>相关的观念与技术必然深远影响着一千多年来中国妇女对身体的控制、生育策略、家庭组成、人口增减等。从这些角度看，学者是否应进一步探测“近代性”在南宋社会浮出的可能性？

<sup>①</sup> 郑金生的新作《药林外史》(210~217页，台北，东大图书公司，2005)，提出了一些有趣的线索。

<sup>②</sup> 参见 Charlotte Furth, *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History*, 960—1665; 李贞德：《汉唐之间求子医方试探兼论妇科滥觞与性别论述》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第68本第2分，1997，283~367页。有关中国妇科早熟的发展，笔者最近编著的 *Medicine for Women in Imperial China* (Leiden: Brill, 2006) 介绍了近年主要的相关著作。

无论上述是否真正能让学界重新思考、修正中国“近代性”的观点，有几点我们是肯定的。欧洲启蒙时代以来的近代性围绕着国族的兴起、基督宗教的没落、都市资产阶级的兴起、公私领域的分化、市民与公民概念的茁壮等。而这些背景因素与20世纪以前的中国完全无关。要从中国本身的历史脉络中看中国的“近代性”的话，必须放弃以西方历史经验为准绳。笔者认为西方国族政治体制是欧洲近代性的关键因素，而明清时代的政体与此南辕北辙，不能相提并论。明清时代许多在医药方面的发展，或在制度上的创新均与中央政府无关。学者的目光得放在地方政府、地方社会甚至地方家族上。在这些地方，我们看到了传统社会的理性与稳定性，以及独特组织能力与创新活力。在这方面，研究者除了必须“把欧洲外地化”作为思考的工具以外，或许也应尝试适当地“把中国外地化”<sup>①</sup>。这样，或可避免“中国”这个大的概念把史实过于简约化。而更利于具体而微地重建地方或区域史，从中呈现复杂的“近代性”。中国的“近代性”的探讨是否可从这些地方入手，仍有待学者集思广益。

## 五、结论

19世纪中国医疗卫生进入“近代”明显是西方文明冲击的后果。在时间上称之为“现代”或“近代”，是理所当然的。不过在“近代性”或“现代性”的其他含义上，所谓“近代的中国医疗”就衍生了更有趣的问题：如19世纪中后期的医疗知识与相关体系是否呈现了一致的“近代性”，犹如西方18世纪以来的结合着经济、社会、科技、行政体制各方面发展的一套政治理念？当然中国清代的历史轨迹大异于西方启蒙时期以来的发展，不可能有同样的一套医疗卫生体系。在西方医学与科技冲击下传统中国体系所发展出来的新的“近代体系”究竟是什么性质的“糅杂体”？换个角度问：19至20世纪中国的医疗体系所呈现的是何种意义

---

<sup>①</sup> “To provincialize China”是法国《年鉴学报》主编 Jacques Poloni-Simard 在该刊2007年第1期有关中国史专号的序言中提出的想法，灵感来自“把欧洲外地化”。

下的“近代性”？在这方面，我认为目前的研究成果仍然不够具体、细致。

如果从另一角度思考“近代性”，我们是否过分忽略或低估了中国在19世纪以前不同历史阶段所呈现的“近代性”？一些我们习以为常地认为属于“近现代”的政策与措施，是否其实在更早期的历史中已看到端倪，原来在中国所谓“传统”的文化中，可找到促成中国走向在西方定义下的“近代”？

当然，我们必须承认19世纪以来西方科学与医学知识，及其相关的制度具有强大的普世性，但是本身具有相当牢固的医疗传统的中国社会如何接受这些科技与制度的融入？如何将西方的有关知识与体制转化为本身的文化？<sup>①</sup> 要重建较完整的历史图像，我们仍有漫长的路要走。“Provincializing Europe”这个概念无疑是极有用的分析工具，这个想法让研究者重新检讨近代中国面对“西化”过程中的主动性。甚至在适当程度上“Provincializing China”也是需要的。暂时把“中国”这个较笼统的地理或文明概念搁在一旁，探讨个别地方、人物或个别科技发展的具体历史，研究成果或许更能显示出历史的多元与复杂性，成为“近代性”更有效的参考指标。无论如何，我相信从中国医疗史的角度研究“近代性”是可行之路，同时对国际学术界共同关注的议题会有重要的贡献。

---

<sup>①</sup> David Arnold 指出由于英国殖民政府将其卫生制度硬生生地带到印度，让它根本产生不了应有的作用。参见其“Crisis and Contradiction in India's Public Health,” in D. Porter ed., *The History of Public Health and the Modern State*, Editions Rodopi, 1994, p. 353。中国并非纯粹的殖民地，许多近代的卫生政策其实糅合着传统的社会组织机能。余新忠有关上海租界的粪便处理研究充分显示这个有趣的发展。参见 Yu Xinzong, “The Treatment of Night Soil and Waste in Modern China,” in A. Leung and C. Furth eds., *Health and Hygiene in Chinese East Asia*, Durham: Duke University Press, 2010, pp. 51-72。



## 第二编

### 医疗制度与资源的发展



## 第六章 宋元明的地方医疗资源初探\*

目前为止，有关宋以来的医疗资源的讨论，主要集中在中央的政策及宫廷的医事制度。这是由于数据性质的限制。本章则将焦点放在地方的医疗资源之上，所谓医疗资源，包括医生、药物供应以及其他的医疗机构。目的在探讨宋至明的地方百姓所能获得的医疗资源的性质，以及这期间内的演变。由于涵盖的时间很长，为了避免过于冗长，本章没有包括太多的细节，而将重点放在贯穿三代的主要变化之上。

另一方面，虽然中央的医疗政令主要牵涉中央及宫廷的问题，而较少谈到地方资源，但是仍有时不免影响地方，另一些政策则是直接针对地方的，所以谈这个问题亦不得不从中央政令说起。不过许多主要有关地方资料是来自其他文献如地方志、文集甚至医书等。有关的资料实在非常多，目前笔者在本章所利用到的只是其中一小部分，所以本章只属初步的研究，许多问题，仍待更深入的探讨。

### 一、有关地方医生之政策

首先，我们从影响地方的中央医疗政策去分析。先从宋代谈起，再谈元明两代。

#### 1. 宋代

宋代（960—1279）的中央医药政策一向比较积极，这是众所周知的；

---

\* 本章原刊于《中国社会历史评论》卷3，219~237页，北京，中华书局，2001。

本章原文是于1995年在“传统中国与当代社会研究研讨会”（北戴河）中宣读的。现在就原文内容作细部与形式上的修正，并没有再重新整理资料或大量加入新的资料。基本上本章以1995年的会议论文原貌刊出。

尤其在医学教育及医籍修订、印刷、传播方面。这两方面的政策在一定程度上，增加了地方的医疗资源。

在医学教育方面，宋代的医生训练机构最初是太医局<sup>①</sup>及稍后的医学。<sup>②</sup>事实上，终宋一代，主要的机构是太医局。崇宁期间（1103）设在国子监的医学<sup>③</sup>，于1120年即罢，因其训练医生的功能与太医局重复。<sup>④</sup>同时从这点亦可见医学训练制度始终无法与儒学训练一致，而分道而行。太医局一直到南宋仍存在着，由于它设在首都，名额终宋一代不超过300名<sup>⑤</sup>，所训练的医生主要服务宫廷及首都地区，影响地方医疗程度不大。

不过，从正式的文献中来看，宋很早就有地方医官制度的构想，而这些医官的责任之一就是传播中央所制订的医学知识。在太宗时（976—997），中央以各地求得的名方缀辑成卷，为《太平圣惠方》，共100卷，“应诸道州府各赐二本，仍本州选医术优长治疾有效者一人，给牒充医博士，令专掌之，吏民愿传写者并听，先已有医博士即掌之，勿更收补”<sup>⑥</sup>。可见地方医官制度早就存在，可能继承前代的制度。

不但如是，宋政府在嘉祐六年（1061）以后还进一步鼓励地方仿太医局训练医生的方式在地方征召医生：“外州军选试医学，救疗军民疾病事”，“令医学博士教习医书后及一年，委官比试经义及五道者，本州给贴补充学生，与免州县医行祇应。大郡以十年（人）为额，内小方脉三人；小郡七人，内小方脉三人，仍与官屋五七间，充讲习学。候本州医学士博士助教有缺，即选医业精熟累有功效者差补，如不经管学试中者，更不得充医学博士助教，如此，只激励外郡习学之人稍知方学”<sup>⑦</sup>。

此外元丰时（1082）已有人提出中央应按人口的多少来遣派医生：不

① 属于太常寺，后约在1048年曾脱离太常寺，设提举、判局官等，但最后在1167年仍属太常寺。

② 医学设于1103年，属国子监。有关宋代医学教育，早期的刘伯骥、陈邦贤、龚纯等皆有述及，近来甄志亚等亦有描写。但近年台湾大学研究生陈元朋的研究比较细致与正确。

③ 属国子监的太医局用科举的三舍法，整个制度似欲完全模仿儒学取士之法。

④ 参见陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》，载《“国立”台湾大学文史丛刊》，1997（原为1996年硕士学位论文）。

⑤ 参见甄志亚主编：《中国医学史》，202页，北京，人民卫生出版社，1991。

⑥ 《宋大诏令集》卷219，842页，北京，中华书局，1962。

⑦ 《宋会要辑稿》职官22之36。

及万户的补医学一人，万户以上二人，每及万户增一人至五人。稍后礼部奏：“诸医生，京府、节镇十人，内小方脉三人；余州七人，小方脉二人；县每一万户一人至五人止，三人以上，小方脉一人。”<sup>①</sup>到了乾道（1165—1173）时，“置医助教，京府及上中州，职医助教各一名，医生人数，京府、节镇一十人，余州七人，万户县三人，每万户增一人至五人止，余县二人”<sup>②</sup>。这种以人口密度作为派遣医生的准则是非常理性，甚至可说很“现代性”的。

这些立意良好，而且颇具“现代性”的政策是否能真正落实？在史料中很难得到切实的答案，但似乎并不乐观。元祐七年（1092）大臣虞策即批评政策的有名无实：“郡置医生，熙宁以来，县亦如之。然郡县奉行未称诏旨，有医生之名，无医生之实，讲授无所，传习未闻。今要藩大郡或罕良医，偏州下邑，遐方远俗，死生之命，委之巫祝。纵有医者，莫非强名，一切穿凿，无所师法，夭枉之苦，何可胜言！臣谓宜申敕天下州府军监，访采精于医术，众所推服，堪以教授者，为之辟官舍，置医学。命以教授资给之类，稍优异之。凡愿学者，皆许就学焉。”<sup>③</sup>可见增强地方医生的政策实难于真正实行，而地方的医生其实有许多是“无所师法”的，使得小地方的人民往往逢病只能向巫祝求医。

虽然这些早期的努力并不特别成功，但宋政府仍一直朝这个方向努力。崇宁二年（1103），政府将医学教育归入国子监，用科举的三舍法来征召良医。按这个取医的方法，成绩最好的上舍生充尚药局医师以次职，在京师就职；而上等生从事医学博士正录，中等登仕郎，或外州大藩医学教授，下等将仕郎，除诸州军医学教授。<sup>④</sup>换言之，在理论上，经由国子监试选的医生，有一部分是要分派到地方上当医官的。制度的理想是让京府上中州各有一医学博士助教，下州一人，选本州医生，“以次选补，仍许

① 《续资治通鉴长编》卷 335，台北，世界书局，1983 年影印版。

② 程迥：《医经正本书》，本朝医政第二，见《丛书集成新编》，第 44 册，756 页，台北，新文丰图书出版公司，1985 影印 1892 年浙江书局刻本。

③ 甄志亚主编：《中国医学史》，205 页引《续资治通鉴长编》卷 472。

④ 参见《宋会要》崇儒 3 之 13。

依禄，令供本州医职”<sup>①</sup>，并不容随便额外补授。

这些制度，用意当然良好，不过往往难以真正落实，主因是地方多不遵守规条，导致违法补授的医官数不胜数。不久以后（1111，政和元年），僚言伏就发现：“诸路州军不遵条格，名以守阙为名，或酬私家医药之劳，或徇亲知非法之请，违法补授，不可胜数。”而这些靠关系而得补牒的医官“妄希仕进，以败坏学制”<sup>②</sup>。这个例子说明这些以服务地方军队为主的地方医官，其中有以“医学博士”之名利用关系来攀升仕途的。换言之，地方老百姓并不一定真的因为地方医官的设立而得到更好的照顾。

就这样，自崇宁以来创立于国子监的医学，一直出现制度上的困扰。朝廷的用意大概是利用科举的三舍法来使得医官及医学遍布全国，就像儒学一样。但从上述的数据中，可看出这个新的制度，只是增加了当政者的困扰，并使有野心的医士以快捷方式入仕途，并不曾如理想中地提高地方医疗的质量。所以在医学创立后的第17年（1120，宣和二年），政府决定罢在京的医学，因为“舍选之法本示教养，今又医学生赐第之后，尽官州县，不复责以医术，平昔考选，遂成虚文”<sup>③</sup>。换言之，由于当时医学生只利用考试的资格到州县当官，并不曾真正以医术救人或教导地方上的医士。1120年的这个废止医学决定，可说明当时政府将医疗资源分布各州县的努力并不是很成功。

虽然如此，中央此时仍未放弃广泛设立地方医学以提高地方医疗水平的努力。政和三年（1113）以前就有“驻泊医官”的制度（这些驻泊医官的产生，主要是透过太医局的征选，见下文）。这个制度以州郡分八等，以医分八科，下设三京七人，帅府六人，上州四人，中州三人，下州三人，偏远地方两人。这些额共百余员的驻泊医官的责任是医治地方的吏、军、民。<sup>④</sup>

到了政和五年（1115），有建议在诸州县并置医学各于学内，别为斋教养，隶于州县学。经教试合格者升补，中取一医学教授，专门向地方学

①② 《宋会要》崇儒3之14。

③ 《宋会要》崇儒3之25。

④ 参见陈元明：《两宋的医事制度及其社会功能》，载《史原》，1997（20），305页。

生授讲各医经，理论上每州一员。这个政策颁布后，一些州县的确就地指派一名“医学博士”教授地方学医之人，以提高当地的医疗水平。约一年后，为了尊重这些真正读医书出身、经过医学考试的地方医官，只有他们配称“医学博士”，至于在军旅中的医士只能称为“医博士”，不久又只能称“职医”。上述的驻泊医官大概是“职医”中地位较低的。<sup>①</sup>《宋大诏令》载，政和四年（1114）诏有司：“诏学设局，教养多士，命之以官，分任天下。”<sup>②</sup>这个诏令大概落实在上述政和五年的政策上。

从文献看来，这些在地方训练医生或从中央遣派医生到地方的措施，虽然看来并非完全合乎理想，但是的确从北宋一直维持到南宋。<sup>③</sup>淳熙十五年（1188）令州县医生参加礼部主持的考试，出题十二道，以答对五道为合格，以五人取一名，合礼部给帖补充，合格的再考省试，亦五名取一名。<sup>④</sup>理论上，这些医生不但要照顾地方百姓，同时还要掌管中央颁下的各种医药方书，任有兴趣的百姓重刻传播，以发扬被视为正统的医学。<sup>⑤</sup>至于其他相关的地方医学、医官等数据，零散地记录在宋代各种文献中，可见两宋政府在推动全国性的、统一的医学教育方面，的确作了一番努力，几乎像推动儒学一样。

不过，这些配合着儒学制度的地方医学，实际上所产生的作用恐怕有限。1191年，经过几次废除，以训练中央医士为目标的太医局复置，这个政策可能意味着将医学教育播散全国的努力受到大的挫折，而医学的正式训练仍然只在中央层次发展。这一点可在13世纪初的文献中看出：嘉定五年（1212），取医士的制度仿崇宁之制，大置完备；南迁以后，修举旧章，复局设判局，每三年取士，与科举同。欲揽天下之良才。但是当时局学生徒约三百员，都是京师地区的人，这是因为诸科所习篇目及课试之文不曾流布远方之士。于是搜括近年合格程文，选其中优良者，每科依式各

① 参见《宋会要》崇儒3之17、20~22、25。

② 《宋大诏令集》卷219，843页。

③ 南宋乾道间有令，于本州选助教及职医以填阙，及以考试方式征选地方医士。参见刘伯骥：《宋代政教史》，1469页，台北，中华书局，1971。刘文所举此条资料的出处待查。

④ 参见《宋会要》职官36之106。

⑤ 参见刘伯骥：《宋代政教史》，1467页。

列三场，将应该熟读的经典放在篇首，印刷出来，使流传更远以吸引更多外地有心习医的人。可见太医局的考试直至 13 世纪，只吸引着京师附近的医士，较远的人从不应考。<sup>①</sup> 受太医局考试直接影响的地区实在有限。

而 13 世纪人俞文豹对地方医学教育的失败、地方医生的不负责任有一番生动的描写：“所谓太医局生者……皆市井盘药、合药、货生药之徒，捐数百缗赂判局，即得之。其就试者，亦是赂判局指授。考官临去取，不看文字，惟寻暗号，钱到则虽臭乳小子，庸鄙粗材，不识方脉，不识医书，姓名亦皆上榜……为生员者，志不在食，惟欲侥幸，省试一得，便可授驻泊，坐享俸给矣。愚谓惠民局，莫若依嘉、熙间太府陈请，罢去此局。太医局则照太史局，委朝士提督，每日行食，每旬堂课，每月私试。其公试、省试，考官则临时委朝士及监司太守举儒医。取朝旨点差。庶几人知习学，不至以庸医杀人。”<sup>②</sup> 由此可见，虽然宋朝一直努力将医学训练作某种的标准化，但地方医疗人才质量并没有因此得到更好的保障。

由此，在医学教育方面，两宋都曾试图推动，一度甚至将之划入儒学制度中，但是无论在北宋时期，或南宋时期，对这个制度不满的声音到处可闻。这些批评可能偏激，但是从其制度上的不稳定，以及所谓地方“医学博士”及其他医官选拔的不明确看来，这些地方医官的社会地位不会太高，专业性亦有可疑之处。我们对中央政策提高地方医疗水平的程度也就不敢高估。

但是，无可否认，中央政府在训练、控制地方医生方面所作的努力从未间断，而且这些政策往往是很具创意的。同时，由于有“校正医书局”在 1057 年的成立，不少医学典籍被系统地编印<sup>③</sup>，无形中将一套医学知识固定下来，这些医籍对各地医生的影响，比任何政府所立的制度应更深远，虽然过程是缓慢的。

① 参见《太医局诸科呈文格》原牒，何大任原序。

② 转引自甄志亚主编：《中国医学史》，208 页；又见陶御风等编：《历代笔记医事别录》，10 页引《吹剑录外集》，天津，天津科学技术出版社，1988。

③ 校正医书局在 10 年内完成了《素问》、《伤寒论》、《金匱要略》、《金匱玉函》、《针灸甲乙经》、《脉经》、《诸病源候论》、《备急千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要方》等 10 部医书的校正与印行。这些医书无疑成为当代及后世的医学经典。参见李经纬、李志东：《中国古代医学史略》，173 页。



## 2. 元代

元代亦是对医疗政策相当重视的朝代。而且，与宋代相比，有其创新之处。

元世祖在南宋尚未灭亡时已开始注意医疗政策。中统三年（1262）九月太医院大使王猷、副使王安仁进言，谓医学已久废，恐后进无所师承，建议依宋以来体例随路选名医充教授职事，设立医学，训练后进医生。世祖果然因而派遣王安仁悬带金牌随路设立医学惠民药局等，制度尽量依旧例。<sup>①</sup>

元统一中国后，在医学制度上虽有沿宋之处，但也有创新的政策，足以显示其对医疗重视之程度。新机构是广惠司，秩正三品，是一个高级部门，设在京都的广惠司专“掌修制御用回回药物及和剂”以及治疗在京的军民。所谓“回回药物”当然就是阿拉伯医药。元代重视阿拉伯医药乃众所周知，后来在至元二十九年（1292），大都、上都两地设回回药物院，主要服务皇室及军队，亦受广惠司管辖。<sup>②</sup> 这些新的医疗机构说明阿拉伯医药在元代的地位，但是这些发展对一般老百姓不一定有直接的影响。不过广惠司的设置，的确反映了元政府对医政的重视。

较直接地影响社会的制度是正副医学提举官，这制度宋代一度设立。在元至元九年（1272）成立各路医学提举司，为五品官，专门管理各路医事、试验太医教官、校勘医典、辨验药材、训海太医子弟，另外还有专门管理行政事务的官医正副提举。<sup>③</sup> 换言之，监督地方医政的就是这些提举官。而地方官员对医学的创建与重建的重视，也充分地地方志中看出。如昌国州、慈溪县等医学，都是由医学提举等官所建设的。<sup>④</sup>

从文献上看来，元代中央对医学训练学生之方式一如宋代之严格，在地方要找通医书之良医做医师，同时要求医学教授挑选医户或药家子弟中之优

① 参见《元典章》卷32，礼部5，医学，1页上~下，北京，中国书店出版社，1990。

② 参见《元史》卷88，百官4，太医院，2221页，北京，中华书局，1976。

③ 参见上书，2222页。

④ 参见《延祐四明志》（《四库全书》本）卷14；王应麟《建医学记》（庆元路），14页上~16页下；袁桷《重建医学记》，16页上~17页下；袁桷《昌国州医学》，22页；袁桷《慈溪县医学》，24页。

秀者强加训练。至元二十二年（1285），中书省要求各路医学教授精选医生，并由礼部与尚医监讲究医学体例，拟定办法。<sup>①</sup>在方志中，我们可看到制度的落实。在镇江，医学于至元二十年（1283）在中书省令下设立，按规定每年教授十三科题目，“令医生每月习学医义一道，年终置簿，申尚医监考校优劣有无……本学教授题目三道，另置簿册，同本学生员医义文簿，年终申覆，一就考校优劣，以见教授能否有无称职”<sup>②</sup>。尤有进者，至元二十二年后，为了确保地方的医疗质量，政府还要求各路及各州县以医业为生的人，“每逢朔望聚集三皇庙<sup>③</sup>前焚香各说所行科业，治过病人，讲究受病根因时月运气，用过药饵是否合宜，仍令各人自写曾医愈何人、病患治法、药方，具呈本路教授。外据州县医人，具呈本县教谕，候年深呈本路医学教授考较优劣，备申擢用以革假医为名之弊”<sup>④</sup>。

而在地方志里，我们也可以找到切实医官驻守地方的例子，如在镇江，惠民药局里就有主医二名，当值医工 11 名，包括总管府方脉一名、司狱司三县一名、方脉外科各一名等。<sup>⑤</sup>

在理论上元代征选医生的考试制度亦相当严格，早在 1271 年即定选试大医法度，三年一次科举选试大医等。<sup>⑥</sup>上述各种中央制度，处处反映出元代要加强地方医疗资源质量的决心。当然，在实际上，当局亦知道许多政策难以落实。大德九年（1305），平阳路泽州知州王佑就曾呈报，说地方医学，有名无实，主要是由于地方可授徒之良医难觅。<sup>⑦</sup>同时，责令地方医官定时监督医士的法令亦被视为虚文：“但各处学校，因循苟且，不能奉承，月试既未举行，课义亦皆卤莽，塑塑一来，苟图塞责，讲解勿问，视为虚文，群居终日，既不明岐黄之书……欲使民无横夭，难矣！”<sup>⑧</sup>

① 参见刘伯骥：《中国医学史》下册，343 页，台北，文化大学华冈出版部，1974。《元典章》卷 32，礼部 5，医学 2 页下。

② 《至顺镇江志》（清道光二十二年刊）卷 17，12 页下～13 页上，《宋元地方志丛书》本。

③ 三皇指伏羲、神农、黄帝。参见吴澄：《吴文正公集》卷 38，4 页上，《四库全书》本。

④ 《元典章》卷 32，礼部 5，医学，3 页上～下。

⑤ 参见《至顺镇江志》卷 13，46 页上。

⑥ 参见《元典章》卷 9，吏部 3，27 页下～28 页上；甄志亚主编：《中国医学史》，209 页。

⑦ 参见《元典章》卷 32，礼部 5，4 页下～5 页上。

⑧ 《元典章》卷 32，礼部 5，7 页下；刘伯骥：《中国医学史》下册，346～347 页。

可见宋元两代所面对的问题类似：虽然两代政府均积极地推动各种医政及人才训练的计划，但是却在落实政策时往往遇到难以解决的困难。不过，虽然如是，我们仍可以相信，宋元两代在医生方面，并非毫无资源。至少，中央政府是重视这方面的问题的。“儒医”这个对医德良好的医生的称呼，首先出现在宋代，后来在元代极为普遍<sup>①</sup>，这个现象说明了医生在宋元两代的新地位，及医学知识相对的普及化。对于这个现象，政府的医疗政策及对医疗的积极态度，应起了一定的作用。同时亦显示这些“儒医”在民间，也必然产生了一定的、正面的影响。

### 3. 明代

与宋元两代相比，明朝中央的医疗政策完全缺乏创意，并且微不足道。

明代取消元代的广惠司，虽然保留了医药提举，并州县设医学，但是从一开始，并没有赋予这些机构基本的训练人才及监督的任务。虽然如元代一样，医士的挑选，主要来自医户的子弟，太医院的学生主要是这些医丁<sup>②</sup>，不过这只是洪武六年（1373）以后在宫内设御药局及御医的征才方式，征选医家子弟为宫廷及京官服务，并非服务民间。对于地方医士的训练与要求，从明代文献来看，从来不讲究，甚至连“虚文”都付之阙如。在这点上，明代与宋元有主要的不同。

而地方医职不论在地位上或薪俸上都很低：洪武十七年（1384）设地方医学，府，正科一人，从九品。州，典科一人。县，训科一人。设官不给禄。<sup>③</sup> 在县的医官，根本不入流，连薪俸也没有，可见其地位之低。这些医官的责任本应是按中央太医院之法训练地方医生，提高医疗的质

<sup>①</sup> 首先讨论这个问题的是美国学者 Robert Hymes, "Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan," *Chinese Science*, vol. 8, 1987, pp. 9-76. 最近陈元朋修正其说法, 认为医者地位其实在宋代已开始提高, 而非始自元代。这是由于儒者之标准在宋开始使用于医者。参见陈元朋: 《两宋的“尚医人士”与“儒医”》, 载《“国立”台湾大学文史丛刊》, 1997。

<sup>②</sup> 有关明代医政制度细节, 参见刘伯骥: 《中国医学史》第8章第1节; 龚纯: 《明代的卫生组织与医学教育》, 载《人民保健》, 1959(7), 630~684页; 《明史》卷74, 职官3, 太医院, 1812~1813页, 北京, 中华书局, 1974。

<sup>③</sup> 参见《明史》卷75, 职官4, 医学, 1853页。

量，但是明显地，这个任务在这样的制度内是无法达成的。事实上，地方的医官多希望医名可达中央，以求补太医院之缺，成为御医，而非致力于教授医学，以惠地方百姓。<sup>①</sup>

理论上自洪武三年（1370）起京师的太医院有责任派遣医生、医士、医官等到边关及人聚处，驻守医学或惠民药局，专治地方贫病及军人，并给予药物。洪武七年（1374）时再次下令立惠民局。到了成化时，惠民药局更担负疗治地方囚犯的任务。<sup>②</sup>而明代对惠民局表示关心的最后一个皇帝就是宣德，他在1428年下令整修及重开地方的惠民局，储备药物。<sup>③</sup>而事实上宣德修建药局的诏令说明惠民药局在当时，甚至在设立后不久，就已经有名无实。惠民药局主要的功能是为百姓提供便宜的药物，这是本章所说地方医疗资源的第二类，下文再详述。

不过，虽然如此，我们也可以从惠民局的没落看出地方医学制度渐枯萎的过程，及地方官设医生制度的式微。明代本来就不重视地方医生训练制度，虽在地方分设医学与惠民药局，但是往往两者的功能重叠或混淆不清，海宁县的例子很能说明这一点。这里的惠民药局在洪武时代建成后，“中住医生，贫病不能延医者给药疗治，建文四年（1402）局内设医学”<sup>④</sup>。当然在记载这事的顺治时代，这个机构早已废了。除了海宁，浙江永康县的记载也让我们了解明代惠民局与医学的关系：“明洪武二年（按：应为三年）置惠民药局，以医生领之，十七年开设医学而局隶焉，训科一人，额领医生五人，掌和药剂，以疗民疾，验斗伤者，即局为署事之所。”<sup>⑤</sup>上述两例均不提及训练后进。不但海宁县与永康县的医学与惠民药局是互属的机构，许多其他地方的医学制度与惠民药局亦不分离。所以当惠民药局被废时，就是说地方医生的制度亦已几乎名存实亡，而长久以来，地方亦没有官方训练医生的制度。如湖广的麻城、黄冈、黄陂、蕲水、罗田、

① 参见刘伯骥《中国医学史》下册409页引丘濬言。

② 参见《明史》卷74，职官3，太医院，1813页；《明会要》卷39，职官11，689页，北京，中华书局，1957；《续文献通考》卷56，3319~3320页，台北，商务印书馆，1987年景印光绪年间浙江刊本；《钦定康济录》卷3下，45页下~46页上，1739。

③ 参见《明实录》宣宗朝，卷40，973页。

④ 《海宁县志》卷2，26页下。此条引顺治十三年（1656）秦志，1775。

⑤ 《永康县志》（1892）卷2，5页，1932。

蕲州、安隆州、龙阳县等地均将惠民药局当作医学，或将医学设在惠民局内。<sup>①</sup>这种普遍的制度混淆，足以说明明代中央之不重视地方医生资源。

从嘉兴县医学的例子，我们可以清楚地看到地方医官自宋到明之间社会及经济地位渐趋低落的过程：“医学训科，宋名医院局，有监局官医一员，副使二员。元称医学教授，月支俸钞三十八两一钱，学正一员、学录一员，又官医提领所提领一员，惠民药局提领一员，俸俱无考。国朝洪武三年置训科一员，‘土’人任，未入流，无俸，管医生五人，宣德中分县并于府。”<sup>②</sup>可见就算当时的人亦已深刻地觉察到与前代相比，明政府的确越来越忽视地方医疗制度。

另一个医学没落的例子发生在淳安。当地医学：“历成化、嘉靖间令王衡、姚鸣鸞俱重修之，岁久而弊，不知废于何时……今也学不存址，官不备员，即有习为两家（指医学与阴阳学），学者皆无所统摄，而其藉空名以应上者，率市井庸流，尔无惑乎？稔祥之懵然，而病疡之多于世也……予……并著其说以告后之为政者。”<sup>③</sup>这是万历年间地方官改建的记文，可见嘉靖以后地方医学多已不存在，或只有市井之徒霸占其间，虚应故事。<sup>④</sup>

面对着政策不积极的政府、日渐没落的制度，明代后期就开始有官员提出振兴医学的建议，其中最重要的是吕坤。他认为国初吏部所批选的医生都是真正学医的人，当时朝廷尚重医道，但是到了他的时代，政府已不管地方医生的质量，使得一字不通的庸医杀人之事不断发生。因此他建议地方医学作制度上的改革：例如应改变地方医官的任务，不是作地方行政的呆板工作，因为这样只会使得医生令不懂医术的百姓顶替看守医印。政府应礼待这些医官，每年给予经费，让他们训练当地学生。

至于训练医生的方式，他也提出一套“速成”的方法：每个在学医生认读医书一部，掌印官每月督促学生背诵的进度；能熟读至少一本医书的

① 参见《湖广通志》（1522）卷4，39页上～40页下，卷10，11页上～12页下，卷18，19页上，见《日本藏中国罕见地方志丛刊》，第14册。北京，书目文献出版社，1998。

② 《嘉兴县志》（1642）卷11，9页上，见《日本藏中国罕见地方志丛刊》，第12册。

③ 《淳安县志》卷2，41页下～42页上，1884。

④ 龚纯对明代地方医学设立曾做一大概的统计，可看出嘉靖以后，只有两次。参见龚纯：《明代的卫生组织与医学教育》，载《人民保健》，1959（7），683页。

才许由医官引领治人；每个医生都有一医案，由病家自填，年底由掌印官查验，治好30人以上的赏谷一石，百人以上终身免丁，等等。同时每月要问里老此时何病最多，掌印官即召医官速编良方并炼应病丸散，随时施发给民众。同时掌印官亦得与当地里老合作，随时将不识医理的江湖郎中驱逐出境。而如境内有良医，就以礼优待，使他长住以便传授后生。如果民间有一良方，当官的应刻印帖通衢以惠大众。而医生亦应将一些妇科、儿科的简易疗法以歌诗方式教授给妻子，这些妇女再传教地方的药婆，以减少这些不识字女医的误诊。

最后，也是极重要的，吕坤督促府州县政府重修医学的建筑物，因为当时大部分已倒塌不修，有的甚至连医印都已不知去向。他劝有心学医的人，只要精研一两部医书，就可以治人，千万不能贪心，学习所有的专门，而且以“名医公侯敬重，家累万金”来鼓励有志学医之人。<sup>①</sup>

吕坤的建议当然最后并没有实现，但是他的想法，充分显示晚明地方医疗问题症结所在：由于对医学问题的不重视，政府没有任何计划在地方增加良医作为医疗资源，同时亦没有方法、甚至意愿去淘汰害人的庸医，甚至无法确定掌医印的官是个真正懂医的人。因此地方充斥着没有受过良好训练的所谓“医者”。吕坤是曾大力建议政府重建权威的晚明官僚，振兴医学是他这个改革蓝图的措施之一。不过这个计划始终没有实现，甚至到了后来的盛清时代，仍不曾实现。

## 二、药物资源

宋至明的地方药物资源政策亦同样地从积极到消极。

### 1. 宋代

首先宋代政府极为注重药方的收集、编纂、修订与传播。978—992

<sup>①</sup> 参见吕坤：《实政录》卷2，47页上～52页上，卷6下，27页上～29页上，见《吕子全书》；《皇明经世实用编》（1897），《医学》，1373～1383页，见《近代中国史料丛刊》，台北，文海出版社，1972年影印本。

年间第一次大规模编纂全国有效医方，纂成著名的《太平圣惠方》（100卷），在992年面世。后来在1046年，从中辑其精要，成《圣惠选方》；此外，如《太平惠民和剂局方》（约1107—1110）、《圣济总录》（1161—1189年在金代发行）等均是翰林医官院与太医局等编的重要方书。除外，国子监亦是印制及传播医书的另一政府机构。在徽宗政和四年（1114），“诏有司……令天下应有奇方善术，许申纳本州，逐缴进以闻……医官所编方书，差文臣刘植充检阅官……俟书成进呈，仍以政和圣济为名，下国子监刊印颁行”<sup>①</sup>。宋代在颁印药方上的成就，众所周知。这些药方多成为后世的医学经典或教材。如上文所曾提及的，宋政府的理想是要地方的医官掌管这些医药方书，任有兴趣的人民抄印传播。那么，假设宋政府的政策有一定的成效，老百姓所可以获得的药物资源有多少？

宋代药政的变革，与王安石（1021—1086）的变法（熙宁时期，1068—1077）关系密切。在变法之前药品由药商操纵，供应不稳定，而且价格有差异，并且常有卖假药的弊端。王安石通过市易法使国家掌握药品的买卖，以稳定药物的量与市价。<sup>②</sup> 政府第一所药所于1077年（熙宁十年）设在京师开封<sup>③</sup>，称为“卖药所”或“熟药所”，公办的药所后来在各地增设。到了崇宁时期（1102—1106）卖药所已增至五局，并另增两所“和剂惠民局”<sup>④</sup>。这些药局的任务就是制药，药局所用的药材及药方，都得经过朝廷遴选的医生鉴定。在1078—1085（元丰期间），政府曾诏天下医术高手以有效秘方进太医局验试。在大观时（1107—1110），朝廷就曾系统地鉴定了所收集的方。此后在绍兴、宝庆、淳祐年间曾经多次重修。后因药局在绍兴年间改名为“太平惠民药局”，方书因以为名，并颁诸路。<sup>⑤</sup>

可见直至12世纪，政府对地方药疗资源的改革十分重视。到了南宋

① 《宋大诏令集》卷219，843页。

② 参见李经纬、李志东：《中国古代医学史略》，177页。

③ 李经纬、李志东《中国古代医学史略》177页说卖药所设于1076年，陈元朋则以《宋会要》的记载认为该局设于1077年。

④ 参见陶御风等编：《历代笔记医事别录》，18页引周辉《清波杂志》卷12。

⑤ 参见马继兴：《中医文献学》。有关《太平惠民和剂局方》在宋代的成书过程，见该书177—178页。

时期，售卖政府所制药剂的门市大有增长，对百姓开放的药局有增无减。迟至绍兴六年（1136）在杭州的和剂惠民局的任务即只限于制药，专门制造熟药，然后分配给五所卖药的药局，这些药局在 1148 年改称为太平惠民局<sup>①</sup>，百姓可在各处的惠民局买比市价便宜约三分之一的药。

药局政策的执行，从文献上看来似乎相当谨慎，绍兴十六年（1146）“令翰林院差医官四员，遍诣临安府城内外看诊，合用药仰户部行下和剂局应副。二十二年并推至县镇”<sup>②</sup>。按《梦粱录》的记载，临安的施药局，有官员监督，依方修制丸散，药局给民众将病状投局，局就按病施药。<sup>③</sup>可见宋政府的理想是将药政配合着医学，并且循次从京师渐及外省。



明代的制药

① 参见甄志亚主编：《中国医学史》，195 页引。

② 刘伯骥：《宋代政教史》，引《宋会要辑稿》职官 36 之 104。

③ 参见《梦粱录》卷 18，见《丛书集成新编》，第 96 册，172 页。



的确，除了首府杭州外，南宋其他诸路、州、县都设有这些药政机构。大部分都是地方官创建的，例如胡矩在宝庆三年（1227）在鄞县设和剂药局，并置司。药局“屋七间，有阁以藏药，并灶庖漏器用杂物咸备，费券四千缗外，以万缗市药收赢钱以补乏费，使万缗循环充本”。而鄞县的惠民药局则是郡守吴潜所设，“屋凡十楹，楼上以贮熟剂成料，使不梅润，下则为众工作场，前增门屋三，后增翼屋五，浚池置鼎培室，烹铁翁釜莫不毕备”<sup>①</sup>。可见药局规模可观，而且在理论上，政府只需作第一次的财务投资，以后即循环充本，不必再津贴。同样地，在现存宋方志如《咸淳毗陵志》（常州）、《开庆四明续志》（指庆元府，今宁波）等文献中，亦可看到宋代在府城及县城建设的多处惠民局，有的并且有详细的日报或月报的账目。<sup>②</sup> 有人估计，绍兴二十二年以后全国的官办药局可能已达 70 多所。<sup>③</sup> 这些数据反映出南宋的地方和剂局及惠民药局在一些地方的确曾扮演积极的角色，同时亦应有一定程度的普遍性。

这些“善政”，如其他善政一样，无可避免地引来各方的批评。当时不少文人指摘这些官方药局贪污、舞弊百端，“往往为诸吏药生盗窃……元未尝分毫及民也，独暑药腊药，分赐大臣及边帅者……”，所以当时的名言之一就是“惠民药局惠官不惠民”<sup>④</sup>，“四局所卖者，惟汛常粗药，缺者多而赎者亦罕。一局输费，为数不赀。民受其名，吏享其实。故都人谓惠民局为惠官局，和剂局为和吏局”<sup>⑤</sup>。但是惠民药局至少在南宋时候已相当地普及，而且所售之药均经过正式官方的鉴定，这说明不少南宋的州县，有一定水平的医疗资源，我们不应以一两句批评的话否定整个政策。不过由于数据上的缺乏，我们实难以准确地判断地方百姓药物资源的质量。

在南宋的同时，北方的金代似乎亦相当重视药政，但主要角色是禅

① 《鄞县通志》，825 页上～下，1937。

② 参见陈元朋：《两宋的医事制度及其社会功能》，见《史原》，1997（20），307～308 页。

③ 参见甄志亚主编：《中国医学史》，195 页。

④ 沈括：《惠民药局记》，见《五朝小说大观》汉 3，卷 30；陶御风等编：《历代笔记医事别录》，18、19 页引蔡僚《铁围山丛谈》卷 6 及俞文豹《吹剑录外集》。

⑤ 甄志亚主编：《中国医学史》，197 页引《吹剑录外集》。

寺。各地禅寺，设有药局以救济贫病，“百年以来，诸禅刹之有药局，自青州始。……兴定末，东林隆住少林，檀施有以白金为百年斋者，自寇彦温而下百家，图为悠久计，乃复用青州故事，取世所必用疗疾之功博者百余方以为药，使病者自择焉……故少林之有药局，自东林隆始”<sup>①</sup>。同时，除了专为皇室服务的机构外，金代还设立了尚药局与惠民司等组织，亦应多少惠及百姓。此外，如上文曾提及的，宋代编纂的《圣济总录》于1161—1189年在金代首次印行，而此时期中国医学知识上的创新，亦主要来自北方金代的医家，从中可看出金代对医学、药学等的重视。但由于这方面研究的成果甚少，我们对金代的地方医疗资源尚没有深入的了解。

## 2. 元代

元代的药政大部分承袭自宋代，不过仍有长足的发展。其中以惠民药局的普遍化最为明显。

地方志的数据显示，元代在地方创立的惠民药局非常多，尤其在大德二、三年间最多（1298、1299）。如江西的吉安府，就在大德三年成立惠民药局“择良医主之”，同时还有详细的记载：“设博士以讲其学，置医师以掌其政，又悯夫贫而无告者，以时给其药饵，虽一事之仁，使凡有司推而行之，匹夫匹妇有不获其所者欤。大德三年，各郡置惠民药局，择良医主之，使贫乏疾病之人不致失所。吉安郡始创局于谯门之左，外有楼，中有厅，旁有舍，修制有具，曝藏给济有所。官给楮币万二千缗，岁收其赢，以市药制剂，颁于所属州县。至正庚寅（1350）冬，府推官董时俨，既勤于职疏，滞理冤验，医之良者，使治囚病以时药而粥之，狱以无瘦。乃新药局蠲俸以倡医户出其余财，合千五百缗，以市木石瓦竹与凡粉绘之费，逾月而讫工……郡之有位者皆如董君，能钦旧制，恤民隐推而行之，岂特惠民一事而已哉！”<sup>②</sup>

另外歙县的惠民药局，虽初建于宋代，但在元代经过一番扩充：

<sup>①</sup> 刘伯骥：《中国医学史》，340页引《遗山先生文集》卷33，《少林药局记》。

<sup>②</sup> 《吉安府志》卷6，32页上～下，1875。

“……元大德三年诏各路置局，官给钞本，规运息钱全局，全局修合药品四百余件，主医二人，药生五人，岁于医户轮差。九年省札坐下合用药件，仍令各州县设立子局，广惠贫民，其药于总局四季发下。……”<sup>①</sup>

吉安府与歙县这般记载说明了几点：元代在 1298 至 1299 两年的确大力推动地方药局的建立，同时在财务制度上与宋代无异，官方初步的投资相当多，有时也有总局子局的分层制度；另一重点就是惠民药局的规模与功能大小，与地方官的态度积极与否有重要的关系。吉安府的府推官特别注意地方囚犯的健康，也就主动扩大药局的规模并增加其功能。浙江平阳、浦江等县的惠民药局，均始于元大德初年，浦江县在 1298 年成立的惠民局，在大德九年（1305）后复置药室。<sup>②</sup> 平阳的惠民药局，亦是在大德初年建，“择良医主之”<sup>③</sup>。现存元代方志中详细提到惠民药局的建立、财务、经营的还有不少。<sup>④</sup>

本章无法一一列出元代有关惠民局的资料，不过，从上文简要的描述看出，元代的确重视地方药物的资源分配，就像地方医学教育一样。虽然制度不可能完美，但是可以确定地说，元延续了宋代的医政精神，甚至在一些方面超越了宋人所曾成就的。虽然我们仍因数据所限，无法确定地方百姓在生病时获得适当药物照顾的程度，但是，至少，在许多州县，官方的确提供一些资源。

### 3. 明代

明代开国时亦延续了宋元的惠民药局制度，但是相对于前两朝，明代在地方药政上乏善可陈。

如上文曾提及洪武七年（1374）时下令立惠民局；而明代最后一个对惠民局关心的皇帝就是宣德，他在 1428 年下令整修及重开地方的惠民局，储备药物。<sup>⑤</sup>

① 《歙县志》卷 3，1 页下，1937。

② 参见《浦江县志稿》（1895）卷 12，18 页下，1916。

③ 《平阳县志》卷 21，2 页上，1925。

④ 参见《延祐四明志》，至正三，7 页上。

⑤ 参见《明实录》宣宗朝，卷 40，973 页。

而事实上宣德的诏令说明惠民药局在设立后不多久，就有名无实。这个情形在方志中看得最清楚。

在成化时，一些惠民局仍有其功能，但是规模似乎已在缩小中，杭州的药局是个例子：“洪武三年，命天下府州县开设惠民药局，拯疗贫病军民。每局选设官医提领，于医户内选取，内外各一员。今府医学官正科一员主掌，县学则训科制药惠济，其药于各处出产，并税课抽分，药材给降不敷，则官为买办。旧置局八所，后改为一所，置于西文锦坊之南大街西。”<sup>①</sup> 提领从医户中选取，说明其社会地位不高。后来更将八所药局减为一所，更显示政府对这项措施的不重视。一些药局在后期并不经常开局，只在夏秋之交时施疟痢丸散，但最后连这些活动都没有了。<sup>②</sup>

在洪武时，惠民局原来的任务亦类似宋元时代：“以官价买药饵储其中，凡有疾病者给焉。”<sup>③</sup> 又如上述歙县的惠民局在元代得官方大力支持，并有所扩充，到了明代：“……洪武三年开设于鼓楼前故地，遴选内外科医提领二员，为制药材发下本局，日轮差药生二名，修合成剂以给军民之贫病者”，原来亦是济贫病之人的场所，但“事久因循，人不沾惠，弘治十四年，知府彭泽措置药材，发局修合，贫病逐日给领……嘉靖间移……寻废”<sup>④</sup>。而浙江浦江县的药局则“明太祖洪武初置续”<sup>⑤</sup>，然后就没有下文，意味着洪武后不久就大概名存实亡。除了上述这些个别的例子外，从数十种江南地区地方志看出，地方惠民药局一直到16世纪初仍至少有所记载，但到了嘉靖中期，即16世纪60年代以后，绝大部分已被废。<sup>⑥</sup>

而这个趋势，让不少地方人士感到不满。万历时代的合州，惠民药局已只剩遗址，方志云：“药局之址尚存，而典事者察其职久矣。”该县在嘉靖时尚有州令特别为贫民置药，但是之后“贫民卧病医药而不得者，宁不

① 《武林坊巷志》卷1，40页引《成化府志》，杭州，浙江人民出版社，1987。

② 参见《重修宝应县志》卷3，4页下，1841。

③ 《仙居志》卷24，20页上，1894。

④ 《歙县志》卷3，1页下。

⑤ 《浦江县志稿》卷12，18页下。

⑥ 参见 Leung Angela Ki Che, “Organized Medicine in Ming - Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region,” *Late Imperial China*, vol. 8, 1987, no. 1 (June), pp. 140 - 141. 160页并有图示江南地区惠民药局在16世纪之衰落。

日就夭札耶，是可伤心也……”。而从方志的属司表中看出，药局典科只在洪武、天顺两朝有任官的名字，其后一片空白，不但比不上阴阳司，甚至连僧正、道正这两个小小的衙门都不如。<sup>①</sup>合州这个例子，恐怕并非个别的例外。

由于明代中央对惠民药局的政策并不十分积极，只有当地方官本身注意这个问题时，地方的药物资源才会得到改善。例如上述的平阳县，到了明代“为医学训科署，弘治五年（1492）令王约延名医给官钱买药以济军民，久废”<sup>②</sup>。又如宿州的惠民药局在16世纪中时已久废，后来到了万历二十四年（1596）知州有感于怀，说：“民有疾苦，实痍痍厥身，乃择东察院之西隙地，捐货勑局厅三间，以贮药物……”<sup>③</sup>可以想象，这位知州离职以后，药局又必定回复荒废。这种情形，在明中期以后是非常普遍的。

惠民药局在明代中期以后普遍没落，这些机构在平时并没有任何功能，只在地方发生疫灾时，政府才在惠民药局的原址施发药物。如余杭县的惠民药局在万历四十四年（1616）疫灾时，作为知县开局施药之所。当时政府请医生驻局内，城内外分立四处，各乡亦随地设立；医生就在局内制药剂以济病民。<sup>④</sup>

换言之，惠民药局本来是一个经常性的药政机构，在明代渐演变为在疫灾时才运作的救济机构。

### 三、地方医疗组织

至于地方医疗组织的历史变化，与上述两项有所不同，因为在这方面，不但政府部门有所参与，民间社会的角色亦非常重要。明代政府在医政与药政两方面的消极表现，部分由民间社会的医疗组织所补偿了，在这方面，明代的演变反而比宋元更有特色。

① 参见《重修合州志》卷2，2页上～下，卷4，10页下，1579。

② 《平阳县志》卷21，2页上。

③ 《宿州志》，建置，47页下，1596。

④ 参见《余杭县志》卷14，20页上，1808。

## 1. 宋代

宋代除了中央有较为主动的政策来试图增加地方医疗人员外，一些热心的地方人或地方官也自动自发地在地方建立医疗机构。

据史料所载，北宋蕲春（湖北）名医庞安时，世代为医，传说为苏轼门客。他在蕲水行医时，凡有远道来求医的人，他就安置在病坊中：“有舆疾自千里踵门求治者，君为辟第舍居之，视其擅粥药物，既愈而后遣之，如是常数十百人不绝。”<sup>①</sup> 后苏轼、吴居厚设立病坊亦传是由庞所启发。

庞安时是医生，以本身的力量提高地方医疗设备。而地方官仿庞的做法的，最出名莫过于苏轼在杭州之设病坊，苏轼原略懂医理，元祐（1089）到杭后，认为当地水陆之会，因而因疫病而死的人比别处多。后来他出私资五十两在众安桥建病坊，称之为“安乐坊”，以僧主之，闻说三年医好病人千人以上，得到朝廷的承认，继而买田收租以租金维持病坊的收入。崇宁初（1103）安乐坊获皇帝赐名曰“安济”。<sup>②</sup>

另一地方官创办地方医疗机构的是绍圣间（1094—1097）的吴居厚，吴居厚知和州，就在当地设将理院，为当地病民置医药。<sup>③</sup> 吴居厚的创举后来成为崇宁元年（1102）改建宋初福田院成为安济坊的模式，按史籍所载，安济院收容“不幸有病，家贫不能拯疗”之人，而且这个制度渐从京师发展到诸路州县。北宋末年的资料均说明了这个趋势。<sup>④</sup>

由于福田院的传统，这些后来经由中央核定的地方医疗机构的佛教色彩仍然浓厚，通常由和尚管理。中央为了进一步控制这些安剂坊，在1105年（崇宁四年）派遣军典一人来协助和尚管理，按史籍所载，大的安济坊

<sup>①</sup> 《宋会要辑稿》食货 60，第 150 册，4 页；冯汉鏞：《祖国中古时代的医院——安剂坊》（载《医学史与保健组织》，1958（2））引《张来右史集》卷 59，《庞安常墓志》；黄庭坚：《豫章集》卷 16，《庞安常伤寒论后序》。

<sup>②</sup> 参见任应秋：《医院的建立》，载《明报月刊》，1970（9）；周辉：《清波别志》卷上；《武林坊巷志》卷 1，39 页；《杭州府志》卷 73，42 页下～43 页上，1922。

<sup>③</sup> 参见刘伯骥：《宋代政教史》，1466 页；金中枢：《宋代几种社会福利制度——居养院、安济坊、漏泽园》，载《新亚书院学术年刊》1968 年第 10 期引《续资治通鉴长编》卷 435，20 页。

<sup>④</sup> 后来这些居养院不但收留贫病之人，政和八年（1118）以后更担负收容冬天流落街头的人，成为后世明清养济院的前身。参见《宋史》卷 178，4339～4340 页；王德毅：《宋代灾荒的救济政策》，90 页引《宋会要辑稿》，台北，“中国”学术著作奖助委员会，1970。

设有病房 11 间，隔离病人以防传染，并配医生至少一人，同时还有手历（病历表）的制度，以备考绩之用。<sup>①</sup>当然，史籍所载的可能有所夸张，同时也不是每个州县都有安剂坊，但是重要的是，中央自北宋末以来将它所认为正当的医疗资源加以调整控制，并刻意地扩散到地方，并不集中在京师。

这个传统为南宋社会所延续，私人病坊称为“养济院”，如婺州知州钱佃曾说他知隆兴府时，曾于城外置养济院一所，收养贫病无依之人，几个官员合资兴设，并置长定一庄，创造屋一区，差人看守，轮遣医工诊视，日给口食药饵，委官提督，首尾九年，乃得就绪。<sup>②</sup>著名的吴渊（1190—1257）于 1211 年在苏州建广惠坊，向地方富民募捐，以济地方贫病之人。同时在 1231 年的大疫中组织药局，征医生医治众多的病民。<sup>③</sup>此类例子，在宋代绝非少数。<sup>④</sup>

宋代这些地方医疗组织的特色是地方官扮演了最积极的角色，上列的机构都是由地方官所创办，有的得到政府的承认而获得津贴，有的则得到地方富民的捐助。这些例子主要显示了宋代中央与地方政府在医疗方面所施展的力量，同时亦让我们看到正在发展茁壮的民间力量。

有关地方医疗组织的问题，元代资料不多，本章暂且跳过这一朝代，而直接讨论明代的发展。

## 2. 明代

虽然明代的医政与药政不及前两代的积极，但是我们却看到渐多的民间医疗组织应付各种医疗问题。许多组织，仍是地方官主动推动的，如著名的

① 参见甄志亚主编：《中国医学史》，191 页引《宋史·食货志》。

② 参见《宋会要辑稿》食货 58 之 15；引自冯汉鏞：《祖国中古时代的医院——安剂坊》。

③ 参见 Leung Angela Ki Che, “Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region,” p. 137; 《明末清初民间慈善活动的兴起》，载《食货月刊》第 15 卷，1986（7、8 期合刊），53 页。

④ 刘子健、金中枢、王德毅等学者曾对宋代各类善举作详细的描述。参见刘子健：《刘宰与赈灾》，见《两宋史研究汇编》，307～359 页，台北，联经出版事业股份有限公司，1987；金中枢：《宋代几种社会福利制度——居养院、安济坊、漏泽园》；王德毅：《宋代灾荒的救济政策》。

学者陈龙正（1585—1645）的父亲陈于王在当句容令时每岁捐俸，在当地崇明寺设办药局，日轮医生数人施剂；同时，为了防疫，他还于每年夏秋相交时组织 32 个当地医生分头到附近 16 乡巡视。<sup>①</sup> 许多同样有使命感的地方官也往往在疫灾发生时，组织医生、开启药局来救治地方老百姓。<sup>②</sup>

但是更令人瞩目的是地方人士自己发动的医疗组织。其中较有名的是文人杨东明（1548—1624）于 1591 年在他的家乡河南虞城成立的以施药为主的“广仁会”，因为医药是较昂贵的支出，他找了地方上最富有的 31 人作为会员，会员中有精于医药者，定期集会收款用以济贫病。<sup>③</sup> 另一个把家乡的医疗资源组织起来的明代人是祁彪佳（1602—1645），他退官归乡绍兴的八年间，不止一次在当地组织药局，1636 年他为药局订定规条以应付当年的疫灾；他与当地十个有名的医生签下合同，在药局轮值，为病人免费诊断、施药；据说当年从六月至八月，一万多人曾在这个施药局求医。<sup>④</sup> 1641 年，他设立病坊，专门收容春天生病的流民，这个病坊有经理、管账、登记，还有 12 名轮值医生等，同时病坊还分男坊与女坊，病坊设在当地寺庙，方便民众就诊。<sup>⑤</sup> 事实上，祁彪佳组织类似的药局好几次，只是时间长短不一。

像祁彪佳、杨东明这样的例子在明中后期为数应不少，我们知道明末海盐人彭孙贻在某年五月大疫之时，设药局在四门，各选医生主之，因而救活不少人。<sup>⑥</sup>

除了这些以济贫病为主的民间组织之外，明代一些民办药店也发挥了改善地方医药水平的作用。这方面的发展与明代的国内与国际贸易日渐发达有关。药物为重要的商品，自然因商业网络的扩张而更普及。民办

① 参见陈龙正：《几亭外书》卷 3，21 页上，崇祯本。

② 如余杭，参见《余杭县志》卷 14，20 页上。临海在嘉靖期间，郡守在原有名无实之惠民局施药治疫，参见《临海县志》卷 5，29 页上～下，1934；《宿州志》，建置，47 页下；嵊县的惠民药局亦是在废后于康熙六年由知县开局施药抗疫，见《绍兴府志》卷 7，51 页下，1792。

③ 参见杨东明：《山居功课》卷 1，7 页上～11 页上，1612。

④ 参见祁彪佳：《林居适笔》，17 页～18 页上，见《祁忠敏公日记》，杭州，杭州古旧书店，1982 年影印 1937 年绍兴本。

⑤ 参见祁彪佳：《归南快录》，61 页上～71 页上，《林居适笔》，17 页上～18 页上，均见《补忠敏公日记》。

⑥ 参见陶御风等编：《历代笔记医事别录》，33 页引彭孙贻《太仆行略》。



药店的发展在明代医生数量激增、商业活跃的新安地区尤为突出。明代名医徐春甫家族的“徐保元堂”、汪一龙的“正田药店”、洪基的“胞与堂”及“叶开泰”等药店均是著名的例子。这些药店各有自己的秘方，经营店的人多精通医术。药物的市场已不限在当地，而往往遍及其他省份。<sup>①</sup> 此时政府的惠民药局名誉已破产，民办药局的发展方兴未艾；虽然这些民间药局并非以济贫为主，但是作为地方医药资源，却是重要的一项因素。相信不但新安如是，其他名医众多的地区，如“医称天下”的吴中，私人药店的兴起亦必然提高了地方的医疗质量。或者可以说明代商业的力量部分弥补了政府部门在医疗资源提供方面的消极。

同时，在明代，我们看见医生自组的组织，即名医徐春甫于1568年在顺天府成立的“一体堂宅仁医会”，这个医生公会，以诚意、明理、格致、审证、讲学、辨脉、处方、体仁、忘利、恤贫为宗旨，集合天下客都下的医生，共46人。<sup>②</sup> 这种新的医生组织以提高本身的技术水准为目标，表示明代医生已开始以职业组织方式来维持医术与医德的水平，无形中显示至少部分地方医生的职业认同感已增强，这种认同感或荣誉感亦可能加强了地方医疗资源的质量。

#### 四、结论

宋元国家积极地推动医学教育，并注重地方医药的供应及其他医疗的资源。这些政策虽然不见得绝对成功，老百姓不一定如理想中的受惠，但是这些政策的确立下一个传统与典范，令后世向往。同时从这些政策中可看出宋元政府是以改善人民的医疗卫生为本身的责任，人民亦以此为国家自然的任务。

到了明代，我们看到了大的转变，政府不再如前代积极推动地方医生的训练，亦不甚重视地方医药的资源分配。不过，虽然如此，这不一定意

<sup>①</sup> 参见童光东、刘惠琴：《明清时期新安药店及其医药学作用》，载《中华医史杂志》第25卷，1995（1），30~31页。

<sup>②</sup> 参见甄志亚主编：《中国医学史》，348~359页引徐春甫《医学入门捷径六书》；中国中医研究院中国医史文献研究所：《中医人物词典》，516页，上海，上海辞书出版社，1988。

味着明以后地方医疗资源减少，或者老百姓所能享用的医疗服务水平降低。从医生的训练来看，明代社会似乎更有能力培育出质量高、数量多的医生，而不一定靠政府的栽培。从各种医人传记中分析宋至清的有名医生的训练途径，我们发现拜师、自学、家学者，远超过由国家训练的医生，而且越是晚期，这个比例越是明显，一直到西医进入中国为止。<sup>①</sup> 换言之明代社会比宋元社会更有效地培育与产生良医。

至于药物供应方面，惠民药局的衰落，相信只是部分地影响了地方的资源，民间药店、个人举办的施药局、疫灾发生时政府的援助，这些都弥补了惠民药局没落的缺陷。尤其是这些非官方的医疗组织靠着商业的发展、地缘关系等，持续经营的时间越来越长，我们甚至可以说惠民药局到了明代，已经完成它的历史任务，自然地新的组织淘汰了。

明中后出期出现的新的地方医疗组织只是一个开端，这个发展一直延伸到清代，而且发展得更趋蓬勃。这到底是中国医学知识本身的特质所造成？抑或是宋以来中国社会经济发展的结果？这个有趣的问题，恐怕要集合更多这方面的研究成果才可以有较肯定的答案。

## 附录 “医生训练途径” 省籍统计表

### 1. 自学

|    | 宋 | 金 | 元 | 明  | 清  | 近代 | 总计 |
|----|---|---|---|----|----|----|----|
| 不详 | 4 |   | 2 | 5  | 6  | 2  | 19 |
| 川  | 1 |   |   |    | 36 | 9  | 46 |
| 晋  | 3 | 2 |   |    |    | 1  | 6  |
| 湘  | 1 |   |   |    | 22 | 1  | 24 |
| 浙  | 2 |   | 5 | 25 | 34 | 9  | 75 |
| 陕  |   |   | 1 | 2  | 2  | 1  | 6  |
| 皖  | 1 |   | 1 | 16 | 34 |    | 52 |

<sup>①</sup> 参见梁其姿：“中国近代医疗与社会”，（台湾）“行政院国家科会委员会”专题研究计划 NSC 84-2411-H-001-009 报告之表格“医生训练途径”省籍统计表及“国家医生征才”省籍统计表；在宋代有名医生中（共 159 名），有 3 名是由官学训练。而 405 名有名的元代医生中只有 1 名由官学训练，明代 1 284 名有名医生中只有两名是由官学训练（见附录）。

续前表

|     | 宋  | 金 | 元  | 明   | 清   | 近代 | 总计  |
|-----|----|---|----|-----|-----|----|-----|
| 鄂   |    |   | 1  |     | 2   | 1  | 4   |
| 粤   |    |   |    | 1   | 2   | 7  | 10  |
| 闽   | 1  |   | 2  | 4   | 4   | 3  | 14  |
| 鲁   | 1  |   |    | 6   | 6   | 3  | 16  |
| 冀   |    | 4 |    | 1   | 8   | 2  | 15  |
| 豫   | 2  | 1 | 1  | 5   | 3   | 3  | 15  |
| 辽   |    | 1 |    |     | 2   | 1  | 4   |
| 苏   | 2  |   | 3  | 27  | 89  | 11 | 132 |
| 赣   |    |   | 12 | 9   | 18  | 1  | 40  |
| 蒙古族 |    |   | 1  |     |     |    | 1   |
| 合计  | 18 | 8 | 29 | 101 | 268 | 55 | 479 |

## 2. 家学

|     | 宋  | 辽 | 金  | 元  | 明   | 清   | 近代  | 总计    |
|-----|----|---|----|----|-----|-----|-----|-------|
| 不详  | 7  |   | 2  | 13 | 6   | 23  | 5   | 56    |
| 川   | 1  |   |    | 3  | 1   | 53  | 21  | 79    |
| 内蒙古 |    |   |    |    |     |     | 2   | 2     |
| 甘   | 1  |   |    |    |     | 1   |     | 2     |
| 晋   | 2  |   | 7  | 8  | 9   | 1   | 3   | 30    |
| 桂   |    |   |    |    |     | 2   | 1   | 3     |
| 湘   | 1  |   |    | 1  | 10  | 77  | 15  | 104   |
| 浙   | 19 |   |    | 57 | 143 | 90  | 41  | 350   |
| 陕   |    |   | 6  | 2  | 3   | 3   | 2   | 16    |
| 皖   | 14 |   |    | 26 | 204 | 157 | 8   | 409   |
| 贵   |    |   |    |    |     | 1   | 1   | 2     |
| 鄂   | 1  |   |    |    | 6   | 21  | 2   | 30    |
| 云   |    |   |    |    |     | 4   | 3   | 7     |
| 粤   | 1  |   |    |    |     | 13  | 26  | 40    |
| 宁   |    |   |    |    |     | 3   |     | 3     |
| 闽   | 4  |   |    | 6  | 21  | 34  | 19  | 84    |
| 鲁   | 3  |   | 12 | 5  | 7   | 47  | 10  | 84    |
| 冀   | 3  |   | 5  | 8  | 3   | 24  | 20  | 63    |
| 豫   | 8  |   | 9  | 15 | 25  | 8   | 8   | 73    |
| 辽   |    |   |    |    |     | 12  | 4   | 16    |
| 苏   | 8  |   |    | 68 | 389 | 814 | 181 | 1 460 |

续前表

|      | 宋  | 辽 | 金  | 元   | 明   | 清     | 近代  | 总计    |
|------|----|---|----|-----|-----|-------|-----|-------|
| 赣    | 9  |   |    | 65  | 36  | 45    | 9   | 164   |
| 藏族   | 1  |   |    |     | 3   | 7     |     | 11    |
| 蒙古族  |    |   |    |     |     | 1     |     | 1     |
| 吐谷浑  |    | 1 |    |     |     |       |     | 1     |
| 西班牙  |    |   |    | 3   |     |       |     | 3     |
| 撒麻耳干 |    |   |    | 2   |     |       |     | 2     |
| 合计   | 83 | 1 | 41 | 282 | 866 | 1 441 | 381 | 3 095 |

## 3. 拜师

|     | 宋  | 金  | 元  | 明   | 清   | 近代  | 总计    |
|-----|----|----|----|-----|-----|-----|-------|
| 不详  | 12 | 5  | 14 | 57  | 124 | 45  | 257   |
| 川   | 2  |    | 2  |     | 30  | 19  | 53    |
| 内蒙古 |    |    |    |     |     | 1   | 1     |
| 吉   |    |    |    |     | 1   | 1   | 2     |
| 甘   |    |    |    |     |     | 2   | 2     |
| 晋   | 2  | 1  | 1  | 2   | 2   | 1   | 9     |
| 桂   |    |    |    |     | 1   |     | 1     |
| 湘   | 4  |    | 2  | 4   | 38  | 9   | 57    |
| 浙   | 5  |    | 22 | 41  | 34  | 36  | 138   |
| 陕   |    |    |    | 1   |     | 2   | 3     |
| 皖   | 4  |    | 1  | 33  | 42  | 5   | 85    |
| 贵   |    |    |    | 1   |     | 1   | 2     |
| 鄂   |    |    |    | 3   | 2   | 4   | 9     |
| 云   |    |    |    | 2   |     | 2   | 4     |
| 粤   |    |    |    | 2   | 6   | 28  | 36    |
| 闽   | 2  |    | 3  | 9   | 3   | 5   | 22    |
| 鲁   | 1  |    | 1  | 5   | 13  | 6   | 26    |
| 冀   | 1  | 3  | 7  | 1   | 3   | 19  | 34    |
| 豫   | 2  | 2  | 3  | 4   | 4   | 3   | 18    |
| 辽   |    |    |    |     | 5   | 2   | 7     |
| 苏   | 8  | 2  | 8  | 81  | 242 | 125 | 466   |
| 赣   | 3  |    | 14 | 15  | 18  | 10  | 60    |
| 藏族  | 4  |    |    | 10  | 4   | 2   | 20    |
| 合计  | 50 | 13 | 77 | 271 | 572 | 328 | 1 311 |

## 4. 家学十拜师

|    | 宋 | 金 | 元  | 明  | 清  | 近代  | 总计  |
|----|---|---|----|----|----|-----|-----|
| 不详 | 1 |   |    | 2  | 3  | 3   | 9   |
| 川  | 1 |   |    | 1  | 3  | 3   | 8   |
| 吉  |   |   |    |    |    | 1   | 1   |
| 甘  |   |   |    | 1  |    |     | 1   |
| 晋  |   |   | 1  |    |    | 4   | 5   |
| 桂  |   |   |    |    |    | 1   | 1   |
| 湘  |   |   |    |    | 5  | 3   | 8   |
| 浙  | 1 |   | 2  | 3  | 4  | 16  | 26  |
| 陕  |   |   |    | 1  | 1  | 1   | 3   |
| 皖  |   |   | 1  | 6  | 5  | 2   | 14  |
| 贵  |   |   |    |    |    | 1   | 1   |
| 鄂  |   |   |    | 1  | 1  |     | 2   |
| 云  |   |   |    |    |    | 1   | 1   |
| 粤  |   |   |    | 1  |    | 11  | 12  |
| 闽  |   |   | 1  |    | 1  | 3   | 5   |
| 鲁  |   |   |    |    | 1  | 3   | 4   |
| 冀  |   | 1 |    |    | 1  | 9   | 11  |
| 豫  | 1 | 1 | 1  |    |    | 1   | 4   |
| 辽  |   |   |    |    |    | 3   | 3   |
| 苏  |   |   | 4  | 9  |    | 33  | 46  |
| 赣  |   |   | 1  | 1  | 16 | 5   | 23  |
| 藏族 |   |   |    |    | 1  |     | 1   |
| 合计 | 4 | 2 | 11 | 26 | 42 | 104 | 189 |

## 5. 自学十拜师

|    | 宋 | 金 | 元 | 明 | 清 | 近代 | 总计 |
|----|---|---|---|---|---|----|----|
| 不详 |   |   |   | 1 | 1 |    | 2  |
| 川  |   |   |   |   | 2 |    | 2  |
| 晋  |   | 2 |   | 1 |   |    | 3  |
| 桂  |   |   |   |   |   | 1  | 1  |
| 湘  |   |   |   |   | 2 |    | 2  |

续前表

|    | 宋 | 金 | 元 | 明  | 清  | 近代 | 总计 |
|----|---|---|---|----|----|----|----|
| 浙  |   | 1 | 3 | 3  | 2  |    | 9  |
| 皖  |   |   |   | 6  | 4  |    | 10 |
| 鄂  |   |   |   |    | 2  | 1  | 3  |
| 粤  |   |   | 1 |    | 1  | 2  | 4  |
| 闽  |   |   |   | 1  | 1  |    | 2  |
| 鲁  |   |   |   | 2  | 1  |    | 3  |
| 豫  | 1 |   |   |    |    |    | 1  |
| 苏  |   |   |   | 3  | 12 | 2  | 17 |
| 赣  |   |   | 1 | 1  |    |    | 2  |
| 藏族 |   |   |   |    | 1  |    | 1  |
| 合计 | 1 | 3 | 5 | 18 | 29 | 6  | 62 |

## 6. 官立学堂

|    | 宋 | 金 | 元 | 明 | 清 | 近代 | 总计 |
|----|---|---|---|---|---|----|----|
| 不详 | 1 |   |   |   |   |    | 1  |
| 川  |   |   |   |   |   | 1  | 1  |
| 湘  |   |   |   |   | 2 | 1  | 3  |
| 浙  |   |   |   |   | 1 |    | 1  |
| 粤  |   |   |   |   |   | 1  | 1  |
| 闽  | 1 |   |   |   |   |    | 1  |
| 冀  |   |   |   |   |   | 3  | 3  |
| 苏  |   |   |   | 1 |   |    | 1  |
| 赣  | 1 |   | 1 |   |   |    | 2  |
| 藏族 |   |   |   | 1 |   |    |    |
| 合计 | 3 |   | 1 | 2 | 3 | 6  | 15 |



## 第七章 明清时期的医药组织： 长江中下游地区的官立和私立医药机构\*

在 14 至 19 世纪期间，中国民众同欧洲民众一样，经历了周期性爆发的瘟疫，以及由天花、麻疹、流感和痢疾等近代早期社会的经常性杀手所带来的高死亡率。事实上，中国可能早在明代之前，城市化和人口增长等因素引发了由多样性的疫病引发的严重的公共卫生问题的情况就已存在。从帝国时代开始，疫情就作为上天的警示定期由地方官员报告给朝廷。崔瑞德 (Denis Twitchett) 为我们描述了唐代瘟疫和人口减少之间的密切关系。<sup>①</sup> 而有学者猜测瘟疫在元代人口神秘地急剧减少中扮演了重要角色。<sup>②</sup> 邓海伦 (Helen Dunstan) 在她对晚明瘟疫的初步考察中，亦认为人口也随之大量减少。<sup>③</sup>

在这种情况下，国家的公共卫生责任的想法得益于中国治疗建立在精致的本草学基础之上的、“理性”的经典医学体系的发展。正统医学尽管没有取代甚或严重挑战以神鬼的祈禳疗法作为与疾病作斗争的普遍方式的地位，不过，提供了能够成为“注重实效”国家政策基础的专家和策略。这些策略在宋代成为了朝廷社会福利责任的一部分。然而，到了明朝，官府积极介入公共卫生事务的传统衰退了。到晚明，国家不再担当传统的将提供健康照顾作为百姓福利的一个方面的角色。本研究将主要关注明清两代卫生政策的演变和明清之际民间组织对国家的逐渐取代

---

\* 本章原为英文，载 *Late Imperial China*, vol. 8, no. 1 (1987), pp. 134 - 166。

① 参见 Denis Twitchett, "Population and Pestilence in T'ang China," *Studia Sino-Mongolica* (*Festschrift für Herbert Franke*), Band 25, 1979, pp. 35 - 68。

② 参见 William McNeill, *Plagues and Peoples*, New York: Anchor Books, 1976, pp. 144, 168。仍没有实际的证据证明这一假说。

③ 参见 Helen Dunstan, "The Late Ming Epidemics: a Preliminary Survey," *Ch'ing-shih wen-t'i*, vol. 3, no. 3, 1975, pp. 1 - 59。

等内容。作为帝国文化和经济的先导者，长江中下游地区是这种转变最先发生的地方，也是进行最彻底的地区。

## 一、国家卫生政策

从中唐到蒙元，在创办和维持公共卫生机构方面，朝廷有时扮演了积极角色，其范围不限于首都而遍及整个帝国。<sup>①</sup> 虽然可资利用的资料不多，那波利贞还是对唐朝官方医疗政策做出了有趣的描述。<sup>②</sup>

经方的出版和施送是这一努力的重要方面。著名的《广利方》就是其中一部为朝廷推荐的医方集。官府将这些医方连同药材的官方定价镌刻在公共场所的石碑上，并指令贫病者可以从国库领取银钱购买。公开官方价格也是为了平抑私人药店的医药价格。9世纪在中国四处旅行的阿拉伯和波斯商人见证和报告了所有这些措施。

此外，我们知道居养院或病坊，最初是在佛教寺院的翼荫下建立与发展的。自从公元845年唐朝廷灭佛后，庙宇机构被国家化，此后国家承担了病坊的责任。<sup>③</sup>

由国家来维护健康的传统在宋代得以进一步发展，当时宋朝廷继续支持为贫穷病人开设的居养院，并出版朝廷修定的方书。1102年，蔡京（1047—1126）推行全国性福利计划，从而让我们看到许多有意思的信息。<sup>④</sup> 该计划最引人注目之处在于，在大城市设“安济坊”，用以隔离重病患者，以使疫病的传播最小化。<sup>⑤</sup> 最后这点表明，安济坊意味着是对瘟疫恐惧的一种回

① 关于中国官办医疗机构的历史，请参阅陈邦贤：《中国医学史》（1919），台北，远东图书公司，1956。本章将不具体讨论这一问题。

② 参见〔日〕那波利贞：《唐朝政府の医療機構と民庶の疾病に対する救済方法に就きての小攷》，载《史窓》第17卷，1960（8），1~34页。

③ 参见〔日〕道端良秀：《唐代寺院の社會事業》，载《叡山學報》，1937（15），18~26页。

④ 参见王德毅：《宋代灾荒的救济政策》；王德毅：《宋代的养老与慈幼》，见“国立编译馆”主编：《宋史研究集》，第6辑，339~428页，1971；金中枢：《宋代几种社会福利制度——居养院、安济坊、漏泽园》，载《新亚学术年刊》，1968（10），127~160页；〔日〕宫下三郎：《宋元の医療》，见〔日〕藪内清编：《宋元時代の科學技術史》，123~170页。这些著作详细论述了宋元时期的医疗机构。

⑤ 参见《宋会要辑稿》食货60之3。



应。就此而言，安济坊的功能同时也是为了保护健康者和治疗病人。<sup>①</sup>

相似的关注也激励着著名的儒绅苏轼建立了宋代第一个病坊，即 1089 年在杭州设立的安乐坊。这是在当年早些时候爆发了一场小饥荒后，时任杭州知府的苏轼，自己捐廉 50 两白银兴建的。他认为，杭州为水陆都会，容易受到疫病的感染。他的安乐坊后来被并入国家计划，改名为安济坊。<sup>②</sup>

宋朝廷还推行免费发放药物的政策，并兴建了惠民药局。元丰间（1078—1085），太医局承担起了国家编纂出版方书的任务。这些书籍经历几次修改，于 1107 年至 1110 年左右最终形成《太平惠民和剂局方》。据现存版本序言可知，该方书被发放给城市中所有公共药房。<sup>③</sup>

当宋代的惠民药局成为瘟疫中施送医药的设施时，其便常常出现于文献记录中。例如，在 1231 年的苏州，时任浙西提点刑狱的吴渊在那年的春疫中，就组织了一批医生。<sup>④</sup> 但是，这些机构应该扮演的角色是在平时救济普通患者。惠民药局也受到其他的批评。伟大的宋代科学家沈括怀疑其腐败。“局以惠民名”，他嘲笑道，但实际上“非惠民也”。他认为非法的操作使得最好的药物流入当权者手中。<sup>⑤</sup> 虽然如此，这套系统在宋以后仍一直延续，明朝资料显示，惠民药局在不同时期存在于长江中下游地区的许多城镇（见下页图）。

① 据报道，1075—1076 年的接踵而来的瘟疫，致使杭州地区 50 万人死亡，苏州地区 30 万人死亡，绍兴死亡“过半”，甚至十年后这些城市“几乎空城”。参见苏轼：《奏浙西灾伤第一状》、《乞赈济浙西七州状》和《赵清献公神道碑》，分别见《苏东坡集》（台北，商务印书馆，1965），第 15 册卷 7，34 页，第 15 册卷 6，8 页，第 6 册卷 38，97 页；《续资治通鉴长编》卷 435，19 页上；《杭州府志》卷 70，6 页下~7 页上。

② 参见《续资治通鉴长编》卷 435，20 页下。苏轼曾提到：“杭水陆之会，因疫病死比他处常多。”根据后来的资料，另一位宋代学者型官员赵抃（1008—1084）事实上是第一个建立病房的人。但是，在宋代的文献中不能找到证据。参见颜茂猷辑：《迪吉录》“度”卷，47 页下~49 页上；《钦定康济录》卷 3 下，44 页上；《荒政辑要》卷 8，12 页下。

③ 参见《太平惠民和剂局方》，陈师文进表，见丹波元胤编：《中国医籍考》，587~588 页。惠民药局具体成立日期不详。根据上述作品在《四库全书总目》中的概述，他们在 1148 年成立。但是，在沈括有关惠民药局的简短记载中，指出该机构肯定在 1095 年前就已经以惠民药局的名称存在了。参见沈括：《惠民药局记》，见《五朝小说大观》汉 3，卷 30。

④ 据吴渊记载，共计拯救了 1 799 人之性命。参见吴渊：《退庵遗集》卷 7，江湖小集，9 页上~10 页下，《四库全书》本。

⑤ 沈括：《惠民药局记》；参见 Nathan Sivin, “Shen Kua: A Preliminary Assessment of His Scientific Thought and Achievement,” *Sung Studies Newsletter*, 13, pp. 31-56.



### 至 1566 年（嘉靖四十五年）江南地区惠民药局之衰落<sup>①</sup>

说明：惠民药局不再运作的城镇，28；惠民药局仍然运作的城镇，8；惠民药局不确定的城镇，19；总数，55。不确定中的 9 所惠民药局，大都坐落于离杭州不远的地方，它们在 16 世纪的方志的记载中被包含在地方医学里，这暗示了至少其功能已衰退。另外的在 1566 年之前出版的 16 世纪的方志中被提及，但在此后的版本中消失了。因此，它们在 1566 年前的确切状态不好确定。其中江都、仪征和溧水的三所药局未见于县志中，但却出现在 1601 年与 1668 年的府志里。这里，较高级的行政区划的方志中记载过时的信息是可能的。不再运作：这些药局在 1566 年及其以后的方志记载中被称为“已废”，表明们已经停止运作。

<sup>①</sup> 该图的资料来自下列地方志：嘉靖 1522—1566 年《南稽志》，万历 1674 年《通州志》，1642 年《太仓州志》，1594 年《上元县志》，1641 年《江浦县志》，1598 年《江宁县志》，1668 年《江宁府志》，1885 年《金坛县志》，1597、1685 年《镇江府志》，1601 年《扬州府志》，嘉靖《兴化志》，崇祯《泰州志》，隆庆《高邮县志》，1521 年《丹徒县志》，1605 年《武进县志》，1691、1824 年《苏州府志》，1488、1558、1561、1747 年《吴江县志》，1598、1618、1635 年《常州县志》，1539 年《常熟县志》，1642 年《吴县志》，1797 年《常昭合志稿》，1506 年《姑苏志》，隆庆年间和 1890 年《仪征县志》，1496、1676 年《句容县志》，1558 年《上海县志》，1631、1663 年《松江府志》，1579 年《青浦县志》，1579、1676 年《溧水县志》，1547 年《江阴县志》。为完成地图，我们还参考了：1561 年和 1684 年《浙江通志》，1579 年《杭州府志》，1721 年《嘉兴府志》。但是，有关浙江的信息并不完整。

元朝是官方给予医疗支持最多的朝代。首先，较之任何朝代，医学官员在整个官僚体制中享受着更高的品级。出现了管理医学执业者的新监管机构官医提举司<sup>①</sup>，掌管医药救济的广济提举司，后者负责监督数量不断增加的慈善药局。<sup>②</sup> 另一个新机构“医学”，也在各级地方行政机构中建立起来。在此，官医具有如下职责：培训并正规考核执业医师、编纂医书、验药和选员执掌惠民药局。<sup>③</sup> 国家还推动建立了“三皇庙”，通过对黄帝作为医药守护神的膜拜，告知人们医学知识的经典根基。从地方志中可知，这些庙在江西和江苏许多大城市中存在。这个符号显然旨在提升医学知识的地位，以达到与正统儒学平等的位置。<sup>④</sup>

无从知道帝国支持的这些医疗机构是否被有效管理，或在救济病痛方面是否切实有效，特别是在频繁的瘟疫将个人病痛演变成公共灾难的时候，即促发官方特别关注之时。我们也难以辨别，与占优势的民间医生非正式网络相比，它们是否接诊较多的患者。不过其显然起到了推进和传播自唐开始到元代逐渐成熟的、经典的、文本的医学体系的作用。因此，官方医学可能只不过是冰山的一角而已。正如文树德（Paul Unschuld）所猜测的，对于大多数民众来讲，由草泽医、僧道、巫覡和不识

① 参见陈邦贤：《中国医学史》，58页；Charles Hucker, *A Dictionary of Official Titles in Imperial China*, Stanford University Press, 1985, p. 497。蒙古人对医学感兴趣的原因不详。我倾向于认为是阿拉伯人的强大影响。与蒙古人入主中原同时期，阿拉伯医学达到其黄金时期，有迹象表明元朝廷更信任阿拉伯医学而非中国医学。参见《元史》卷88，2220页；Hucker, *A Dictionary of Official Titles in Imperial China*, 479页，第2882个词条。

② 参见《元史》卷96，2467~2468页。全国10个行省都设立了惠民药局。具体细节可见：（重修）《仪征县志》卷2，28页下，1890；《吴县志》卷29下，22~24页，1933；《松江府志》卷22，31页上，1631；《江阴县志》卷1，33页上，1840；《太仓镇志》卷1，33页上，1678；《吴江县志》卷4，8页下，1488；《苏州府志》卷22，7页下、8页下、9页下，1824。

③ 参见《元史》卷88，2220页；《元典章》卷32，医学，台北，“故宫博物院”，1971年影印元版。

④ Robert Hymes在“Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan”（*Chinese Science*, vol. 8, 1987, pp. 9-76）一文中概括描述了元代医学体系与三皇庙。三皇庙内供奉着伏羲、神农和黄帝。参见吴澄：《吴文正公集》卷38，4页上。中国医学最古老的著作《内经》据说是黄帝的著作。传说神农曾尝百草，以了解其特性。此外，在《广博物志》（卷22，4页下，台北，新兴书局，1972年影印1607年版本）中，伏羲还被视为尝试用草药和针灸治疗病人的圣人。因此，这三位正是中国医学的始祖。

字的医（药）婆掌握的“神鬼治疗是更有影响力的体系”<sup>①</sup>，他们的信仰和实践只受到医学精英们表面的挑战。但是，无论其实践的局限如何，宋元时期朝廷对医学教育和医药救助的支持，树立了国家对公共卫生如同其他社会福利事业一样负有责任的典范。



民间医生手术图

原画为（宋）李唐绘，此为著名画家吴官本摹宋本。中国医史博物馆藏。

从中可见草泽医、铃医有悠久的传统。

与此相反，我们从明代文献中所看到的是，朝廷对医学救济和医学教育的日益漠视。15世纪末到16世纪初，这种趋势更为加速。其后，由民间主持的医药救助事业逐渐弥补了这个缺陷。医药上的危机，特别是日益频繁的瘟疫，更经常地由乡贤来处理，他们不是作为由朝廷任命的地方官员，而是作为慈善家为了家乡的利益而工作。

在明初的部分地区，我们看到的最早的医疗政策退步的征象之一就

---

<sup>①</sup> Paul Unschuld, *Medicine in China: A History of Ideas*, Los Angeles: University of California Press, 1985, p. 216.

是三皇庙的衰败<sup>①</sup>，也许这就是有意识地以牺牲医学和其他形式的“技艺”以提高正统儒家努力的象征。不过，与人民日常生活紧密联系的两个官方机构惠民药局和医学，在明初依然存在。在改朝换代后，洪武皇帝在洪武三年（1370）和十七年两次命令予以重建。它们负责给穷人和军队提供医药。<sup>②</sup> 明朝皇帝最后一次显示对惠民药局的关注是在宣德三年（1428）。皇帝指责惠民药局的房舍如此隳败，以致人民无处找寻廉价的药物，官医亦不能履行职责。故下旨令重新修复药局。<sup>③</sup>

在这道旨令之后，朝廷再就很少提及这些机构了。根据现存方志的记载，一些惠民药局继续存在，至少名义上留存至16世纪。但是，到了16世纪60年代，大多数已不再发挥功能了（参见本书158页图）。不过京师的药局是个例外，在1542年的瘟疫中，仍然积极发放药物。<sup>④</sup> 不过总体上，16世纪的地方官员通常不得不以格外的精力去关注医药救助。例如著名的东林党人陈龙正的父亲陈于王，他在句容做地方官的时候，就自费成立一个诊所。而且，他还组织了32名地方大夫每年夏末在周边16个乡巡诊。<sup>⑤</sup>

“医学”这个官方组织也跟着衰败了。它们在地方志中若有记录也只是被简单地提及，这表明其在地方事务中的角色无足轻重。一位尽责的晚明官绅吕坤建议地方官到任后应做的第一件事就是，重振废弃了的地方医学。而仍旧存在的医学所提供的糟糕的服务同样也引起了他的关注。他说，“医生署印者”全然不懂医学经典，却“又皆以接递听差为本役”<sup>⑥</sup>。其他资料证实了吕坤的观察，医学中许多医官事

① 下列地方志报道了三皇庙在洪武年间被彻底破坏：《上海县志》卷18，6页上，1633；《吴县志》卷12，3页下，1642；《姑苏志》卷21，2页上，1506；《吴江县志》卷5，12页下～13页上，1558；《松江府志》卷18，6页上，1663。帝国命令重建医学和惠民药局的布告也未提及这些庙宇（见下一条注释）。

② 参见《明会要》卷39，职官11，689页；《明实录》，洪武朝，2519页；《钦定康济录》卷3下，45页下～46页上。

③ 参见《明实录》宣宗朝，卷40，973页。

④ 参见《明实录》世宗朝，卷261，5199～5200页。

⑤ 参见陈龙正：《几亭外书》卷3，21页上。

⑥ 吕坤：《实政录》卷6，27页上，见《吕子全书》。清初一位名为袁一相（1660年出任浙江布政使）的官员描述了他在试图同袭击绍兴地区的严重瘟疫战斗时遭遇了同样的挫败。他观察到医学机构聚集一批医生：“但知糊口，全不知书，病者至死，不知其故。”（《皇朝经世文编》卷45，1页下，见《近代中国史料丛刊》）

实上是收入很低的狱医。因此，“明医抵死不掌医学”<sup>①</sup>。在流行小说中也可见到这样的医官形象。晚明经典小说《金瓶梅词话》中，一位年长的医生讲述了官医儿子“逐日县中迎送，也不得闲。倒是老拙常出来看病”<sup>②</sup>。

至于宋代的居养院或养病坊，亦随宋亡而消失。在明代杭州，最著名的病坊建于12世纪，而今“坊局图存而卒未有举其事者”，不仅让人感慨“圣世之民无疵疠夭札者乎？”1579年地方志的编纂者以讽刺笔调议论道：“若薄其沾沾者以为不足为，则苏公之事，固宜绝响于后世矣。”<sup>③</sup>

宋代出版御制方书的传统不知何故也被遗忘了。我们知道，弘治皇帝（1488—1505）曾支持编纂过一部方药书稿，但在他驾崩后并未出版。显然，他的继任者对此缺乏兴趣。<sup>④</sup>

官方漠视政策的例外是，国家仍将瘟疫视为公共卫生的危机。在京城，朝廷会直接采取行动，而都城之外，地方官员也被期望在瘟疫时采取措施。一个普遍的做法就是施送药物或用于购买药物的钱财。在1522年安徽泗州发生的瘟疫中，林希元（1480—约1560）就曾使用了发银的办法。但在1529年，他写了一篇有名的《荒政丛言》批评这种方式，指出发银是无效的，因为人们缺乏适当处方的知识，而且领银亦不尽买药。<sup>⑤</sup>半个世纪后，即1587年，京城发生的一次瘟疫促使当局给10 699

① 吕坤：《实政录》卷2，《振举医学》，58页下，见《吕子全书》；吴荣光（1773—1843）：《吾学录初编》（1832）卷2，15页下～16页上，1870；（万历）《通州志》卷3，4页上。

② 《金瓶梅词话》卷61，21页上，1617—1618。显然，此种情况在清代并未得到改善。黄六鸿编纂的《福惠全书》于1694年初版，后来成为著名并流行的官箴书。此书虽然提及到了养济院，却从未提到药房或医学机构的存在，这也许表明自明亡后，到清代其更见衰败。参见[日]山根幸夫解题、[日]小畑行简训点：《福惠全书》（1850）卷26，13页上～下，东京，汲古书院，1973。

③ 《杭州府志》卷51，10页上～下，1597。

④ 参见 Paul Unschuld, *Medicine in China: A History of Pharmaceuticals*, Los Angeles: University of California Press, 1986, pp. 29-31.

⑤ 参见《明实录》世宗朝，卷99，2334页；《荒政丛言》见林希元：《同安林次崖先生文集》卷1，19页上～30页下，1753。该文成为救荒的经典文本，或以全文形式或以精简本形式多次重印，其中有名的有俞森辑：《荒政丛书》卷2；《钦定康济录》卷3下，46页上～页下；《荒政辑要》卷8，13页上～14页下。

人发放了购买方药的银钱，而有 109 590 人直接得到了药品。<sup>①</sup> 这样以发放药物而非钱财的方式作为官方的首选策略，表示政府有时能够动员医学专家提供服务，至少是临时的。

以上这些就是官方在应对 17 世纪 40 年代席卷中国的瘟疫浪潮时可用的对策。相关的记载显示这些方法相对无效。例如，1641 年吴县在爆发疫病期间，无论知县分配了多少药物，仍是“十有七没”，从当年 4 月到冬初，他不得不每天安排人收集上万具尸体。这是吴县自 12 世纪早期金军入侵以来最严重的一次灾难。<sup>②</sup> 1642 年，吴县知县在春天的大疫中施送药物，据报只有一半人口幸存。相似的灾难在长江中下游地区蔓延。1644 年，吴江发生一次疫病<sup>③</sup>不但酿成了“灭户”的情形，甚有时夺取了整条街道居民的生命，而幸存者则只能向老天祈求怜悯。<sup>④</sup> 南京亦未能幸免，1641 年五月的大疫夺去了数万人的生命。<sup>⑤</sup> 从 1643 年二月到七月的北京大疫，政府花费了 1 000 两白银资助太医院照顾病人，但是花在收集和掩埋城内死尸的费用是该项费用的 20 倍。<sup>⑥</sup> 面对这些灾难，国家显得无能为力，各级官员所采取那些应急措施似乎更多的只是表示他们对此的关注。<sup>⑦</sup>

尽管脆弱的晚明朝廷试图与瘟疫进行斗争，但是有意思的是，其从来没有试图仿照宋代蔡京或苏轼的做法，将病人同健康人隔离开来。与之相对，15 世纪初的近代欧洲早期，检疫隔离已经成为日趋普遍的公共卫生利器之一。<sup>⑧</sup> 而明清时期，所采取的唯一重要的检疫努力并未出现在

① 参见《明实录》神宗朝，卷 186，3475 页。

② 参见《吴县志》卷 11，32 页下~33 页上，1642。

③ 参见上书，33 页下~34 页上。

④ 参见《吴江县志定本》卷 43，5 页下，1684。据载，人吐血猝死。

⑤ 参见《金陵通纪》卷 10 下，8 页下，1907。

⑥ 参见《明实录附录》崇祯朝，卷 16，485 页，“大疫死亡日以万计”。

⑦ 我们并未充分明了明末爆发瘟疫的确切性质和范围。没有人能够按照当代医学的定义或描述来确认它们是哪种或哪几种疾病（见下文）。有关死亡人数的记载则过于模糊而难以利用。除了 1641 年的疫病，所有其他的瘟疫都简单称之为疫、大疫或疫病。由于缺乏进一步的有关病人症状的描述，我们甚至都无法去猜测这些疾病的性质。

⑧ 有关西欧国家强迫施行隔离引发的政治和社会冲突的生动描述，参见 Carlo Cipolla, *Faith, Reason and the Plague: a Tuscan Story of the Seventeenth Century*, Harvester Press, 1977。

晚明瘟疫中，而是在17世纪满族统治下的北京，当时的情况显示这是一种外族的举措。

满族生活在人口稀少的偏远北方，天花并不是地方病，因此满族人较之汉人更容易受到天花的攻击。进入北京后，在同汉人接触过程中他们感染了此病，结果大量满人死亡，甚至皇室亦未能幸免（顺治帝死于天花）。因此，满族统治者设立了“查痘章京”以应对这一问题，规定将得了天花的人驱逐到城外40里的地方。结果，因为害怕家庭被驱逐，大量有轻微症状的小孩子被家庭遗弃。两位有名的历史学家谈迁和俞正燮，记载了这一情况。一位名叫赵开心的汉族官僚（1634年进士，卒于1663年），提议在城市四郊各定一村，收容被驱逐的病人。从这些资料中可知，隔离措施在1645年二月前就已开始实施，一直延续到1655年末<sup>①</sup>，尽管此后满人还采取了其他的对抗天花的措施。<sup>②</sup>这一无论如何仅局限于北京一地的举措背后的原则乃是当时独特情境的产物：它为了保护少数占领者而牺牲了当地的大多数居民，对后者来说，天花不过是他们孩提时代的地方病而已。<sup>③</sup>

很难说得清楚中国人对检疫缺乏关注是究竟缘于实践困难、道德规

① 参见谈迁：《北游录》，355页；俞正燮：《癸巳存稿》卷9，2页下~3页上，1847；《大清世祖章皇帝实录》卷14，161页，台北，华文书局，1969。有关赵开心，参见《清史稿》卷240，1页上~下，北京，国史馆，1928；《汉名臣传》，道光编，卷1，18页上~下。

② 不过，我们知道这种措施在1655年后的很长一段时间里都未再使用。康熙皇帝（1662—1722年在位）曾自我表露，孩提时代他不被允许进入宫城内，因为他没有得过天花。提醒我们注意到这点的俞正燮也指出，没有得过此病的满洲贵族和军人不许进入北京。新的政策估计在1655年左右实施。参见俞正燮：《癸巳存稿》卷9，2页~3页下。

③ Donald Hopkins 和李约瑟似乎相信有关天花种痘首次出现在11世纪的神话（参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, p. 109; Joseph Needham, *Science and Civilization in China*], Cambridge: Cambridge University Press, 1972, p. 135)。我们认为这是不可信的。有关种痘起源的传说事实上首先“记载于”晚明清初的天花医书中。然而，18世纪的多数著作认为种痘始于16世纪晚期。详情参见陈胜昆：《中国疾病史》，56~71页，台北，自然科学文化事业公司，1981；刘锡珽：《中国古代的免疫思想和人痘苗的发展》，载《微生物学报》总第18卷，1978（1）；《中国医药史话》，289~293页，台北，明文书局，1983。众所周知，18世纪中国的种痘通过君士坦丁堡传入欧洲，据报道它非常有效，并启发了琴纳发明种牛痘（参见 Hopkins, *Princes and Peasants: Smallpox in History*, p. 46）。在中国，尽管种痘的技术在明清时期的一些医书中有所提及，并被民间医生所推行，但是并无有名的例子表明中国存在提供这种服务公共或私人的诊所。直到1830年，才有诊所开始提供琴纳发明的牛痘接种。



范还是医学理论。不过可以肯定，16世纪和17世纪的中欧医学理论家都认为，疫病是由环境因素——看起来似乎是无从逃避的“瘴气”或“六气”所致，或是源于先天潜藏于每个人体内的“胎毒”。因此，将病人个体视为瘟疫唯一来源的检疫缺乏理论上合理性<sup>①</sup>，这在东西方都是如此，尽管各地的人们在具体的实践都会直观地认识到与病人身体接触会增加得病的危险。可以肯定的是，在前近代中国，无论是病人还是精神病人都从来没有被系统地从隔离于家庭和社区之外。而当局还往往会谴责那些因惧怕接触疾病而抛弃有病亲属的不义家庭。满族的例子是外来者在被征服人口中的作为，其隔离是建立在种族以及医学基础上的，并不能持久。

## 二、晚明和清时期的民间医学慈善团体

如果说到了晚明，国家支持的医学救济仅零星存在且明显缺乏效率，那么同时期江南地方精英为其乡里提供医学帮助的兴趣则不断增长。<sup>②</sup>这与500年前苏轼的努力有所不同，他捐了自己的钱，但是以朝廷命官的名义捐的。这也不单单是通常被认为值得称颂的佛教施舍模式中个人善行的高涨。在晚明，就像在此前的时代一样，这些个人的慷慨大方之举偶尔也表现为施医送药的形式，这些行为甚至为某些得到了

<sup>①</sup> Cipolla 注意到，在17世纪的意大利，瘟疫爆发，人们在采取隔离措施时，常常忽视老鼠和跳蚤，这是因为没有人怀疑它们在瘟疫传播中的角色（参见 Carlo Cipolla, *Faith, Reason and the Plague: a Tuscan Story of the Seventeenth Century*, p. 23）。在实施强制检疫时，政治的考虑往往凌驾于健康问题之上（参见 Carlo Cipolla, *Faith, Reason and the Plague: a Tuscan Story of the Seventeenth Century*; Ann G. Carmichael, *Plague and the Poor in Renaissance Florence*, New York: Cambridge History of Medicine, 1986, pp. 110-112）。欧洲的部分黑死病专家只是简单质疑检疫的有效性（参见 Leo Kartaman, “New Knowledge on the Ecology of Sylvatic Plague,” 转引自 Ann G. Carmichael, *Plague and the Poor in Renaissance Florence*, pp. 143-144）。其他专家，如 Grmek 则讨论了检疫只对鼠疫有效，对其他瘟疫如霍乱、痢疾却无效（转引自 Ann G. Carmichael, *Plague and the Poor in Renaissance Florence*, p. 161）。

<sup>②</sup> 我曾对其他的民间慈善组织做过考察，尤其是同时代同一地区的育婴堂和普济堂。参见梁其姿：《明末清初民间慈善活动的兴起》，载《食货月刊》第15卷，1986（7、8期合刊），52~79页；Angela K. Leung, “L'accueil des Enfants Abandonnés dans la Chine du Bas-Yangzi aux XVIIe et XVIIIe Siècles,” *Etudes Chinoises*, 4. 1, pp. 15-24。

“善人”称号之人赢得了表彰。<sup>①</sup>民间善会的组织正是这一时期的新事物。

晚明学者杨东明可能是第一位动员地方人力物力意图为当地穷人提供长期慈善救济的民间人士。现有的资料显示，他首先创办了综合性的慈善会社——同善会。其会费被用于资助道路和桥梁的建设和修缮，以及向贫苦之人发放救济品。这是1590年，在他的家乡河南虞城。第二年，当他看到了同善会的活力后，又创设了第二个组织——广仁会，向地方贫病施医赠药。他号召地方富人为会员，该会是如此成功以致很快就发展到每天能为数百人服务了。<sup>②</sup>随后，许多其他的同善会在江南地区建立起来，它们也将施送医药作为其功能之一。其中一个著名的例子是东林学者高攀龙在无锡成立的同善会。<sup>③</sup>

尤其值得注意的是，晚明爱国士人祁彪佳，在退官的八年间，他在家乡绍兴的几次严重的饥荒和瘟疫中组织了慈善病坊和药局。1636年六月，丧子仅仅十天（死于痘症，可能是天花）的他就草拟了当年应对瘟疫的药局的规条。他同十位有名望的地方医生签署了协议，共同主持坐落在城中一座古老的大佛寺中的药局。每天有两位医生当值，每名医生被要求轮流工作六天。在六月和八月之间，据称拯救了一万多人的生命。<sup>④</sup>1641年春天，收容流民的病坊建立后，他便考虑夏季重开药局。这次，他得到了地方官员的财政和精神上支持，药局组织也变得更加紧密。包括一名总理，一名司计，一名司记和一名司药，而且开设了两间单独的招待室，将男女病人分开。12名医生取代了10名医生轮流值班，药局设于另外一个地方大寺庙中。<sup>⑤</sup>根据一位在17世纪40年代早期曾帮

① 当时的地方志记载了这样一个事例，金田的一位地方医生在1562年的瘟疫中施送药物，受到了太医院的嘉奖。吕坤也记录了给穷人施医的义民。参见《金田县志》卷4，28页上，1921；吕坤：《实政录》卷2，50页上，见《吕子全书》。

② 参见杨东明：《山居功课》卷1，7页上～11页上，1612。有关同善会的发展，参见[日]夫马进：《同善会小史》，载《史林》，1982（4），37～76页。

③ 无锡同善会的规章参见余治辑：《得一录》卷1，4页上。

④ 参见祁彪佳：《祁忠敏公日记》，1642年，17页下～18页上；《祁忠敏公年谱》，日记，10页上。

⑤ 参见祁彪佳：《祁忠敏公日记》，1641年，61页上～71页上，1642年，17页下；《祁忠敏公年谱》，13页上。

助过祁从事救济工作并将其经历告知学者张履祥（1611—1674）的目击者的说法，祁带着医生，足迹遍及绍兴城四周的穷乡深谷，探视生病的乡民。<sup>①</sup>事实上，必须将医药的施送引入乡下的观念正成为当时改良慈善理想的一部分。<sup>②</sup>

这种有组织的医药救济事业并未随明的败亡而停顿，而在清代继续发展。所有这些医药局有许多共同之处：以城市为基础，有确定数量的医生轮流当值，由地方乡绅提供财政支持和监督。1656年，第一个有记载的清代施药局在扬州府成立；1721年同城开设了第二个施药局。1724年两者合并形成了普济堂。根据1736年刊行的规条，该机构聘请本地“儒医”轮流在堂诊视；并出资请本城药铺刀工预为置备和发放药品。每日午前，对门诊病人开放，那些老病无依者则被安置在建筑物后的病室中。若病故，即为妥善安葬。尽管我们从1783年发布的规则中得知，药局有时会因经费不贲而暂停数月<sup>③</sup>，但它仍可能是18世纪中国最精致的医疗慈善组织。

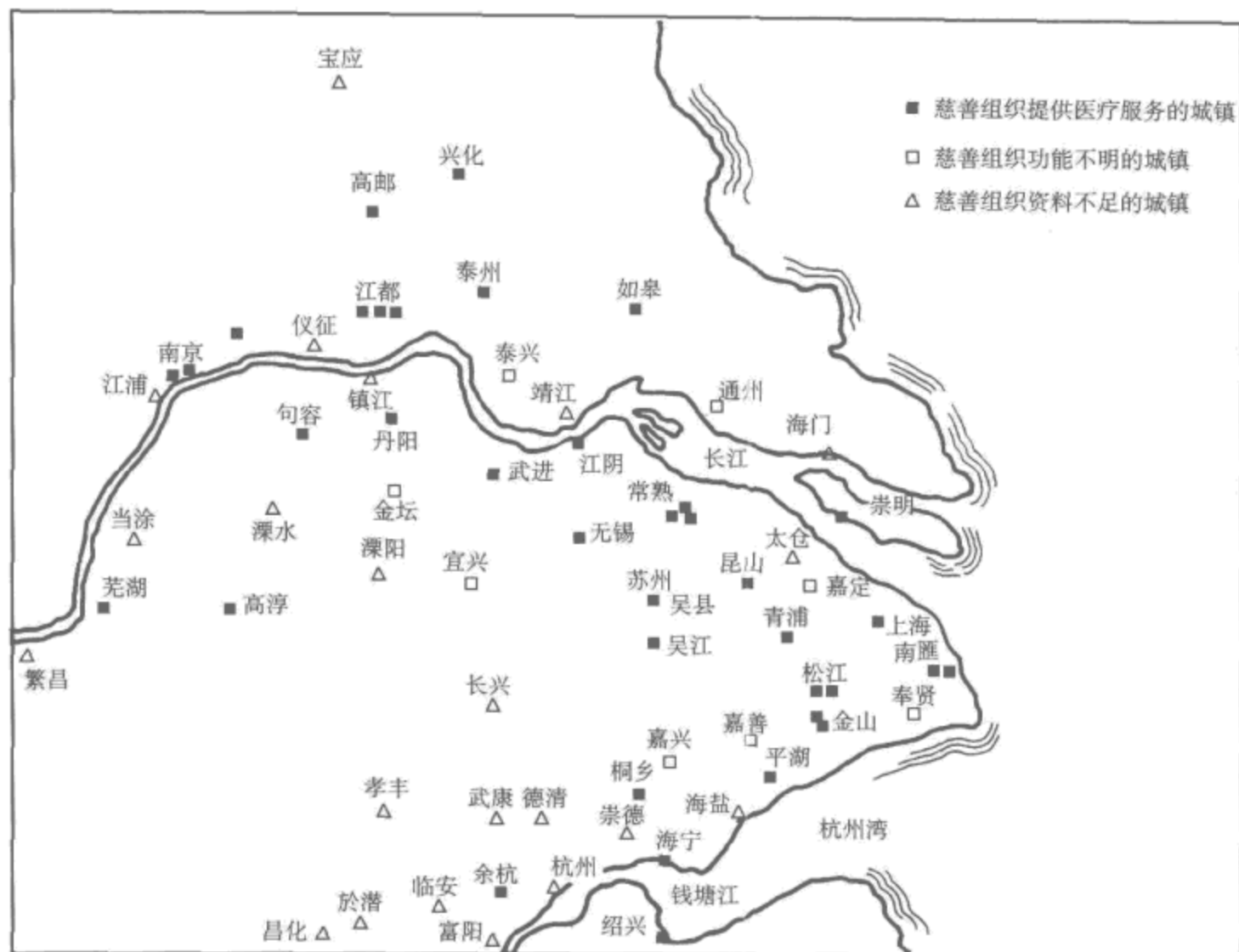
1693年，昭文亦开设了一家类似而规模较小的药局。它的功能包括在六、七月份免费施药，十月份埋葬遗弃在城内外的尸体，以及平时施棺。<sup>④</sup>到乾隆年间，许多镇都设立了这样综合性的公共卫生机构；而到晚清，其不仅在长江中下游地区非常普遍，而且还遍及了整个帝国（见下页图）。与明代相似，绝大多数由地方人士董理和资助。不同的是，他们不再是像李东明、祁彪佳、高攀龙或者陈龙正等那样的著名的“大儒”。该运动已根植于地方社会，其领导者多为像王藻和张阳那样的平民。这里提到的两位，于1656年在扬州府成立了药局。他们是富裕的地方名人，也许是盐商，但并不曾获得功名，最后因为他们的善举被记载于地方志中。在近世中国，这些先后被地方志编纂者与地方官认可的平民精英标

① 参见张履祥：《言行见闻录》（1644年序刊本），见《杨园先生全集》卷31，5页上～下，1871。

② 林希元在1529年的回忆录里已经强调了这样做的重要性，陈龙正的父亲陈于王如前所述，也有相同的做法。

③ 参见《高邮州志》卷1，51页上，54页下～55页上，57页上～下，1845。

④ 参见《常昭合志稿》卷4，11页上～12页下，1797。



1840年前清代江南地区提供医疗服务的慈善组织<sup>①</sup>

说明：慈善组织提供医疗服务的城镇，29；慈善组织总数，(37)；慈善组织资料不足的城镇，22；慈善组织功能不明的城镇，8；城镇总数，59 (67)。清代的地图包括了一些晚明以来发展起来的城镇中心，特别是六合、南汇、奉贤和金山等。在县一级，慈善组织往往具有多重功能，而且一个县可能有好几所。那些没有特定功能的县级慈善组织实际上可能提供了医药服务。

① 该图依据的慈善组织记录参见下列地方志，1874年《上江两县志》，1885年《增修甘泉县志》，1904年《续纂句容县志》，1881年《高淳县志》，1883年《六合县志》，1885年《重修丹阳县志》，1885年《金坛县志》，1815年《松江府志》，1883年《松江府续志》，1872年《上海县志》，1927年《南汇县志》，1878年《奉贤县志》，1924年《崇明县志》，1883年《苏州府志》，1797、1904年《常昭合志稿》，1876年《吴江县志》，1731年《嘉定县志》，1886年《武进阳湖合志》，1882年《宜兴荆溪县志》，1840年《江阴县志》，1808年《如皋县志》，1885年《泰兴县志》，1875年《通州直隶州志》，1806年两淮《盐法志》，1845年《高邮州志》，1883年《兴化县志》，1827年《泰州志》，1743年《江都县志》，1922年《海宁县志稿》，1808年《余杭县志》，1877年《嘉兴府志》，1886年《平湖县志》，1792年《绍兴府志》，1894年《嘉善县志》，1887年《桐乡县志》，1919年《芜湖县志》。到了乾隆、嘉庆或道光早期，县级以下的许多乡镇都设有药局。如位于苏州东50里的信义（参见1911年《信义志稿》）、吴县东部的唯亭（参见1933年《元和魏亭志》）、吴县的虎阜（参见1792年《虎阜志》）、吴江的盛湖（参见1920年《盛湖志》）、金山的珠泾（参见1916年《珠泾志》）等。其他记载于县一级地方志中。它们似乎在松江、苏州和绍兴地区特别密集。该图可能并未包括所有民间机构的数目，因为作为官方出版物的地方志常常不会提到地方兴建的组织。

江南 1840 年前所建的提供医药服务之善堂<sup>①</sup>

| 城镇         | 善堂名称            | 创建年代           |
|------------|-----------------|----------------|
| 江宁<br>(南京) | 施药局             | ?              |
|            | 救生局             | 1803           |
| 句容         | 施药局             | ?              |
| 高淳         | 救生局             | 1830           |
| 六合         | 集善堂             | 乾隆间            |
| 丹阳         | 效仁堂             | 1833           |
| 松江         | 同善堂 1           | 1804           |
|            | 同善堂 2           | 1805           |
| 上海         | 同善堂 (后来的同仁堂)    | 1745           |
| 南汇         | 广善堂             | 1751           |
|            | 同善堂             | 1821           |
| 青浦         | 同仁堂             | 1803           |
| 金山         | 同善堂             | 1773           |
|            | 同善堂             | 雍正至乾隆间         |
| 崇明         | 同仁堂             | 1798           |
| 吴县         | 同仁堂             | 1740           |
| 常熟         | 广仁堂             | 1693           |
|            | 凝善堂             | 1813           |
|            | 从善堂             | 1826           |
| 昆山         | 敦善堂             | 1807           |
| 吴江         | 同善堂             | 嘉庆至道光间         |
| 武进         | 惜字院 (多个)        | 1745—1839      |
| 无锡         | 同仁堂             | 1797           |
| 江阴         | 公善堂             | 1810           |
| 如皋         | 普济堂             | 1738           |
| 江都         | 药局              | 1729           |
|            | 博爱堂             | 1809           |
|            | 普济堂             | 1810           |
| 高邮         | 先后出现两所施药局形成了普济堂 | 1656、1721、1724 |
| 泰州         | 普济堂             | 1732           |
| 兴化         | 积善会             | 1714           |
| 海宁         | 积善堂             | 道光初            |
| 余杭         | 药局              | 1683           |

① 此表列举了已知具有医药功能的善堂的名称、所在地以及创建的时间。

续前表

| 城镇 | 善堂名称 | 创建年代 |
|----|------|------|
| 平湖 | 永安局  | 1789 |
| 桐乡 | 同善会  | 乾隆间  |
| 绍兴 | 同仁堂  | 1792 |
| 芜湖 | 体仁局  | 道光间  |

示了地方领袖的一种新的类别。<sup>①</sup>

尽管清政府在医疗救济方面很少主动，但亦并未完全忽略这个问题。18世纪中期的雍正皇帝命令在全国设立普济堂（他还推动建立育婴堂——清初扬州的另一个民间慈善机构）。<sup>②</sup> 在推动民间力量履行公共事务的过程中，皇帝的诏令加剧了国家与民间社会在责任上的模糊不清，而这正是晚清地方行政机构的普遍特性。这意味着医疗慈善事业可能得到地方官员的认可和偶尔的经费支持。不过，这至多表示国家接受地方自主兴办的慈善事业，而非像宋代那样的具体的行政规划。

尽管两者存在着合作，但是朝廷命官和地方善人在如何看待后者慈善行为的动因上有着明显的差异。晚明的士人在展开慈善运动时有自己的理由，但并非出于显著死亡率下降的激励，尤其是对17世纪40年代的瘟疫。尽管他们和民众以及医生一样，普遍相信经方的功效，通常会认为那些使用方药后而病愈者是被“治愈”的，但他们其实很清楚实际上并没有真正有效的治疗方法。<sup>③</sup> Francois Lebrun 曾称17、18世纪法国对于疾病之态度为宿命论，实际上这也是同一时期的中国的普遍观念。<sup>④</sup>

① 参见《高邮州志》卷10，14页下～15页上；《扬州府志》卷32，3页上～下。

② 1724年布告请见“L'accueil des Enfants Abandonnés dans la Chine du Bas-Yangzi aux XVIIe et XVIIIe Siècles,” pp. 24-27。普济堂的发展状况，请参见梁其姿：《明末清初民间慈善活动的兴起》，载《食货月刊》第15卷，1986（7、8期合刊），52～79页。

③ 例如，陈正龙批评缺乏“良医”，督促朝廷在1643年发生在他所在地区的大疫中施送“五瘟丹”。参见《几亭全书》卷40，25页下～26页上，1665。一百年后的1742年，清代大学士陈宏谋（1696—1771）曾提出过相同的建议，要求发放“癖瘟存金丹”，一如黄克润（1739年进士）在北京所见，这一丹药此后显然成为药局和其他慈善团体施送的标准药丸。参见陈宏谋：《培远堂偶存稿》卷14，13页上～下，1869；黄可润：《畿辅见闻录》，34页下，1754。

④ 参见 Francois Lebrun, *Médecins, Saints et Sorciers aux 17e et 18e Siècles*, Paris: Temps Actuels, 1983, p. 19。

有关疾病特别是瘟疫是由不安分的鬼神所致的信仰在中国社会根深蒂固，以致所有的人在遇到疾病的时候，无论贵贱高低，都会诉诸祈禳。祁彪佳，尽管其率先在绍兴开设的药局乃是慈善运动的典范，但在1642年夏天他也邀请僧人到他家做法，以保护他的家庭远离当年的瘟疫。<sup>①</sup>

里人有病不饮药，神君一来疫鬼却。

康熙《松江府志》的编纂者在引用这首旧诗时，其实就是承认了巫术治疗在乡间的普遍。<sup>②</sup>

这些组织慈善事业的精英相信，乡里的不幸源于老天的惩罚，而这很大程度上是因为道德的败坏。医药救济是一种重整社会的方式，是古代社会互助理想的复兴，也是对人们的道德意识唤醒。晚明善会的多数领导人是东林士人及其同情者，这并不是偶然现象。疾病是他们那个时代隳败的一种表现形式，而善与恶一样其实都是宇宙间报应的模式。从杨东明善会开始，据其名字“广仁”便可知它们是建立在“扬善”的理想之上。正如他给成员解释：“公等饶于资产，定自仁根中鬯达，非偶尔也。今宜推广吾仁，益生生之理。”<sup>③</sup> 由此我们可以看到，佛教徒救赎的理想之路被用于支持对社区社会福利和个人道德威望的追求。这种宗教语调正是晚明慈善话语的典型风格。

清代的慈善家同样将道德败坏和疾病看做互为因果的。清代一个药局要求所有的病人立誓改正他们的过失。这是因为：“世人的病痛，皆是天上所降的灾星……但医身病，必先医心病，心病不除，身病必然难好。”<sup>④</sup> 包括疾病在内身体的不幸，被看做老天的惩罚。施医送药这样的慈善旨在恢复身体的秩序和社会的健康，平息超自然的力量以及抵消掉错误或道德行为的恶果。通过民间的慈善活动，具有宗教基础的有关

① 参见祁彪佳：《祁忠敏公日记》，1642年，18页下。

② 参见《松江府志》卷5，16页上，1663。此为高启（1336—1374）的诗。有关高的传记参见 Frederick, *The Poet Kao Ch'i*, Princeton: Princeton University Press, 1962。

③ 杨东明：《山居功课》卷1，10页下。

④ 余治辑：《得一录》卷4，“药局立愿约·药局立愿单说”，1页上~5页下。该药局所处的地点不详。

疾病性质的信仰得到了加强，甚至慈善行为亦服务于世俗化的目标，为富有的平民在流动性和竞争不断增加的层级社会中的进取心提供支持。

### 三、医生、国家和社会

整个明代，与官方医疗机构变得无足轻重一样，官方医学教育也退缩了。国家的荣誉头衔如“太医”一词，在15世纪早期仍然意指其人具有高超医疗技能，此时已经变得如此低俗以致任一行医者都可被称为“太医”。<sup>①</sup>正如我们上文提到的，地方上当局雇佣的“官”医，可能成为嘲笑或鄙视的对象。那么我们是否能将国家介入的退缩与明清医生社会地位下降相联系呢？事实上，医生地位的下降是许多晚明和清代士人的观点，他们严厉批评当时的医生缺乏学术训练，是自负的庸医，贪婪财富以及不愿意承认其知识的浅陋。

古之时庸医杀人。今之时庸医不杀人，亦不活人，使其在不死不活之间，其病日深而卒至于死。……今人不能别脉，莫识病源。以情臆度，多安药味。譬之于猎，未知兔所，多发人马，空地遮围，冀有一人获之，术亦疏矣！<sup>②</sup>

以上这段顾炎武的著名讥讽只是众多批评之一。

明朝可能会因其忽视建立考核医生的公共标准而受到批评，这与儒家科举考试的标准化日渐增强形成了鲜明对比，这无疑使得医生建立其

<sup>①</sup> 在流行文学作品中，被描写成庸医的从医者可能被称之为“太医”。这样的例子可以在《金瓶梅词话》第61回和冯梦龙的小说中找到，如“吴衙内邻舟赴约”，见《醒世恒言》第28回（589~591页，北京，作家出版社，1956）。当然，我们也不能不考虑到自宋以来，在流行戏曲和故事中对医生嘲讽已成为习以为常的惯例。

<sup>②</sup> 顾炎武：《日知录》卷5，医士，82页，台北，商务印书馆，1968。其他的批评包括顾起元（1565—1628）在17世纪有名的南京杂记《客座赘语》（1618）中所描述的：“南都在正嘉间，医多名家，乃其技各专一门，无相夺者。……其人多笃实纯谨，有士君子之行。……有召者必询为某病，非所治则谢不往，不似今之大小内外杂症兼习也。”（《客座赘语》卷7，29页下~30页上，见《金陵丛书》，台北，艺文印书馆，1969）顾的观察得到了清初长洲医生张璐的证实，他也指出了相同的事实，但将医道变的时期定为改朝换代之际。参见《张氏医通》，1页。张的传记载于《清史稿》卷289，艺术一，13879页。



专门知识的努力变得更加复杂。然而，由于医生的社会身份往往模糊不清，有关明清时期其地位下降的印象其实很难加以证实。

韩明士在对宋元医学行业的详细研究中，指出医学具有两个特性：“一是医学是研究领域，一种与哲学联系的知识探寻；另一方面医学是专业实践，一种职业和‘技能’。”他令人信服地描述了宋代“医学是拥有自己经典的受人尊重的研究领域，但是作为一个职业和生活模式则有很大的争议”<sup>①</sup>。在士人眼中，医生是“不太绅士的”，追求的是谋利的小技能。不过，对于未能成为士绅的人来说，医学不失为一种职业选择，其不但具有较高道德和学术声望，而且具有颇丰收入和可能的精英客源。

韩明士指出，在他研究的江西抚州地区，宋代医生几乎无人出自名门望族。他认为，元代的情况就有了改变，原因主要是因为社会晋身机会结构的转变，其次也在于国家政策的变化或新的社会取向的出现。对于那些无望进入官场的宋代绅士来讲，塾师是最受欢迎的替代职业，然而随着元代科举的废除，这一职业也失势了。越来越多的原来精英阶层的成员开始转向以医生为业，元代著名学者吴澄就写下了大量颂扬医生的传记。<sup>②</sup>

如果元代医生的社会地位得到了相当独特地提升，那么明初士人对医生的态度看似没有变化。像较早的吴澄一样，高官徐有贞（1407—1472）是许多医生的朋友，他为这些朋友写下了纪念性传记，收录在文集中。徐祖籍苏州，他为家乡的医生而自豪，夸赞道：“吴中之医多于天下，籍太医者常百数十人。”<sup>③</sup>

然而，被认为是宋代官员范仲淹（989—1052）所说的那句古话：“不为

① Robert Hymes, “Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan,” p. 33.

② 参见 Robert Hymes, “Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan,” pp. 51 - 53. 韩明士认为吴澄有关医生的颂词本身是为了护卫医学的正统性。参见吴澄：《吴文正公集》卷30，3页上~下，19页下~20页上；卷38，3页上，5页上。吴澄的传记见 David Gedalecia, “The Life and Career of Wu Ch'eng: Biography and Instruction,” *Journal of the American Oriental Society*, 99. 4, pp. 601 - 641.

③ 徐有贞：《武功集》卷3，31页上，《四库全书》本。感谢朱鸿林博士向我指出《武功集》的有趣之处。徐为他的医生朋友写了许多传记。参见同书，卷4，67页上；卷2，27页下~28页下；卷3，31页上~33页上；卷4，92页上~94页下。

良相，便为良医”<sup>①</sup>，则突出了明清时期医生社会地位长期模糊不清。甚至最有学问的医生都可能曾被迫弃儒，或曾在科场落败，成为被贴上“降儒而就医”<sup>②</sup> 标签的人。在有关明代精英选择医学而非仕途的罕见例子中，著名的医学著作家王肯堂（1589年进士）就是其中的一例，他违背了社会惯例和家庭的期待成为医生。王的父亲是位成功的官僚，坚持要求儿子在将医生作为职业之前，先考中科举并任职官场。<sup>③</sup> 相对于鼓励无望于中举或成为地主的儿子习医这一更为普遍的“家庭策略”<sup>④</sup> 而言，王肯堂的例子可能反映了一位社会精英对医学的极端轻蔑。<sup>⑤</sup>

如果明清时期成功的医生，像成功的商人那样，不被轻视，他们像宋元医生一样面临影响其职业命运的机会结构的变化。在最好的情况下，他们的声望受到来自下层的与他们开展竞争的大量郎中的威胁。这类竞争者包括草泽医、巫覡以及僧道等。值得单独一提的是女性医者，明代中国如早期的欧洲一样，她们“成为闯入正规医学领域无知者的象征”<sup>⑥</sup>（尽管在中国定义“正规医学”特别困难，但大家对其中不包括女性均无

① 将这句谚语与范联系起来的最早的记载是吴曾（1127—1160）的《能改斋漫录》卷13，4页上～下，见《百部丛书集成》，台北，艺文印书馆，1968年影印《守山阁丛书》本。这句俗语在明清时期非常流行。

② 有名的安徽作家汪道昆（1525—1593）在《太函集》（卷23，9页下，1596）中，使用这句话描述他的一位朋友的职业生涯。清初医生张璐也观察到了这种现象，他注意到许多学者在明代灭亡后，“每多降志于医”（《张氏医通》，1页）。吴澄也有朋友在宋亡之后放弃了儒学研习，转而为医。参见吴澄：《吴文正公集》卷26，18页下。在元代和清代早期，这种主动的降志显然与民族主义有关。

③ 王肯堂的父亲王樵，生前官至刑部侍郎，直到肯堂高中进士后才允其习医。肯堂在成为他那个时代最有名的医书作者之前在福建为官。参见王肯堂：《证治准绳》（1602），再版前言，1页上～下，台北，新文丰图书出版公司，1974年影印本。另见王肯堂：《郁冈斋笔尘》（1602）卷2，31页下，北京，北平图书馆，1930，王记载了他如何治愈亡妹，使得“皆弗信医”的家人非常吃惊。

④ Robert Hymes, “Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan,” p. 57.

⑤ 这是明代政治大人物丘濬（1420—1495）祖父的策略。丘濬被要求追求儒学，而他的兄长自十岁起就被鼓励学习医学。而清中期的医学作家赵学敏的父亲有同样的规划：赵学习儒家经典，其兄习医。学敏最终成为一个医书作家，事实上是他未能像其父所期待的那样成为正统的儒学学者。参见丘濬：《可继堂记》，见《重编琼台会稿》（1621年影印版），收入《丘文庄公丛书》卷19，421页，台北，《丘文庄公丛书》辑印委员会，1972。感谢苏云峰教授的提示。另见赵学敏：《利济十二种总序》（1765），见《本草纲目拾遗》，1页上～下，1885。

⑥ A. K. Lingo, “Empirics and Charlatans in Early Modern France: the Genesis of the Classification of the ‘Other’ in Medical Practice,” *Journal of Social History*, 19. 4 (summer), 1986, p. 593.

异议)。例如，吕坤提到平民百姓，特别是妇女和小儿，往往都是由女医师婆来诊治。不过他用官方医疗机构的败落来解释他们的普遍，可能并不合理<sup>①</sup>，因为甚至唐宋时期的经典医学也与同样的符咒医疗者和/或目不识丁的郎中并存，而女医的存在在一个性别隔离的社会里是不可避免的。

依赖文字的医学知识的快速普及是晚明以降出现的新现象，这与识字率的增长及商业出版的发展密切相连。不仅专业的医学书籍的出版急剧增长，而且被广泛散布的历书和类书也包括很长篇幅的有关基础医学诊断和处方的内容。我所考察过的晚明版类书的医学部分<sup>②</sup>，常常以简单的歌诀的形式书写以便于机械性的记忆，处方活络，根据不同的季节编排，普通处方中的成分都是标准化的。这些著作，和其他便宜的医学手册一样，便于只受过初步教育和自学者理解医学知识，他们在家庭外利用这些知识，作为“医生”的动力并未受到限制，因为并没有民间或官方的机构能够对医学知识进行标准化。<sup>③</sup>

从上面的论述中，我们也许能够更好地理解士人对明清医学实践的批评。所有这些个人的主观观察反映了，当时初级和一般性的医学知识的广泛普及，以及对医学标准完全没有控制，既没有制度标准又没有学术上的标准。这并非医疗绝对水平的真正下降，或最受尊敬的行医者的社会地位的真正降低，而是业医者的人数增加，他们对医学知识的一知半解使之在社会精英眼中更像是庸医或江湖郎中。虽然如此，有趣的是，对“非正统”治疗者——包括没有世医背景，或没有在有地位的医生那里接受传统学徒训练的医生——最严厉的批评与对

① 参见吕坤：《实政录》卷2，51页上，卷6下，27上~下，见《吕子全书》。

② 这些书包括《事林广记》，元以及1496年版；《五车拔锦》；陈继儒（1558—1639）序《万宝全书》；明万历版《居家必用事类全集》。这四本书都讨论了疔和伤寒。四本书还讨论了咳嗽、疮或疥癣。其他的不止一次提到疟、霍乱、中风、痔瘻和小肠气。作为对于身体不正常的分类，这个单子根据的常常在医生病例书中出现的典型病例。其焦点在于症状和病变过程，而非现代意义上具体的“疾病”。

③ 近代学者梁启超（1873—1929）批评有些中国医生：“胸中有坊本歌括数则，笔下有通行药名数十，遂嚣然以医自命。”转引自全汉昇：《清末反对西化言论》，载《岭南学报》，1936，46页。

符咒治疗者的最尖锐的攻击一样，不是来自儒医本身，而是来自非医精英。<sup>①</sup>

#### 四、结语

明清时期，国家作为医疗保健提供者的角色，其发展方向与同时代的西欧正好相反。在欧洲，尤其是法国和德国，行政和专业的医药监管日渐严格，关注点亦愈益一致集中于什么是“正统”的医学科学。<sup>②</sup> 而在中国，我们看到的正好相反：官府干预的放松与医学知识的普及。

瘟疫对于中国和欧洲而言，都是非常严峻的考验。在中国，古今一致，对于瘟疫的关注似乎激励更多的公共卫生措施。其中一个令人印象深刻的事实是，药局和其他公共卫生措施的规条常常认为应每年定期开办，特别是春秋这两个瘟疫频仍的“季节”。虽然如此，16世纪以降，国家对于瘟疫的应对不过就是临时施送钱或药物。国家从未采取检疫或其他试图将传染病人隔离的严厉的干预措施。民间的善人亦逐渐参与到公共卫生事物中来，并最后以医药局作为他们慈善机构的规范形式。但是，所有的这些举措仍是在政府不介入下形成的。

然而，如果要由此得出中国和欧洲瘟疫死亡率的相对水平，为时尚早。人口统计学家还在继续讨论已被充分研究的瘟疫对欧洲人口史的影响；而至今为止，中国的瘟疫历史仍是一个未被系统地探讨的领域。就像本章所利用的那些有关中国国家和民间公共卫生努力方面的记载，并未对我们了解这些疫病的性质或严重程度提供太多的线索。古代中国疾病的病名与分类很难对应于现代疾病的分类，而广泛使用的方药的疗效，可能永远不会得到充分的理解。这使得很难评价中国公共卫生努力的有

<sup>①</sup> 例如，陈龙正提出通过严格管理城市和农村的业巫者，来全面禁止“巫医”。参见《几亭外书》卷4，42页下。吕坤也批评民间医生：“一毫不明，每向庸医买残坏丸散，更不问治何病疾。”（《实政录》卷2，51页下，见《吕子全书》）。

<sup>②</sup> 例如，在当代法国，由公认教授开设或者由重要大学支持的课程就是一种“官方医学”的代表，尽管其内容也许是抽象的，授课的标准普普通通。参见 François Lebrun: *Médecins, Saints et Sorciers aux 17e et 18e Siècles*, pp. 27-46。

效性。

不过很可能无论在中国还是在欧洲，前现代公共卫生措施在控制严重传染病方面并未起到太大作用。欧洲的国家干预，无论是表现为检疫或其他形式的隔离，或医生、助产士和其他健康专家的认证制度，还是疫病医院的早期发展等形式，可能均未取得很大的公共卫生成效。<sup>①</sup> McKeown 和 Lebrun 已经讨论了在 20 世纪初以前，科学医学及其应用所取得的进展，对欧洲的疾病并未产生显著的影响。<sup>②</sup> McKeown 将欧洲公共卫生早期的主要进步，归功于影响食物的粮食供应的变化以及更好的清洁卫生。在这方面，与欧洲相比，中国规范一直相对更为有利。<sup>③</sup> 在公共卫生领域，国家角色的下降和有组织的活跃的民间力量的兴起，在中国之所以重要，更多的是出于社会而非健康方面的原因。对于地方精英来说，这指明了一条可以确保他们在国家权力所不逮的领域保持其领导地位和影响力的途径。在晚明以降社会阶层日趋复杂、竞争更见激烈的社会中，这种机会对于没有功名的商人和其他地方富人来说尤其有效。通过慈善活动，这些人展现了被认为对于领导地位和乡里威望来说非常重要的道德品质。通过将他们的善举集中到医药之上，强化了道德与社会秩序之间、健康与幸福之间密切联系的文化假设。如果疾病对于民众

① Cipolla 指出了 17 世纪意大利隔离的无效性，事实上当时鼠疫是由老鼠和跳蚤传播的。近代早期欧洲医院就有在病人中传播疾病的名声。参见 Carlo Cipolla, *Faith, Reason and the Plague: a Tuscan Story of the Seventeenth Century*, p. 23; Alain Corbin, *Le Miasme et la Jon-Quille: L'odorat et L'imaginaire Social XVIIIe et XIXe Siècles*, Paris: Aubier Montaigne, 1982, p. 60; 本书 165 页注①。

② 参见 T. McKeown, *The Modern Rise of Population*, London: Edward Arnold, 1976, p. 108; T. McKeown, "Food, Infection and Population," in *Hunger and History*, R. I. Rotberg and T. K. Rabb eds., New York: Cambridge University Press, 1985, p. 31; Lebrun, *Médecins, Saints et Sorciers aux 17e et 18e Siècles*, pp. 9, 30, 185。例外是 18 世纪晚期琴纳的牛痘法（见本书 164 页注③）。

③ 例如，在中国没有沐浴本质上是对健康有害的概念，尽管人们警告避免受“寒”，尤其是在冬天。有关沐浴的建议见诸类书和家规。例如，浙江郑氏家族建议成员冬春每十天沐浴一次，夏秋则随时可洗澡（参见《郑氏规范》（明初版）卷 5，25 页下，见《笔记小说大观》，第 6 编，第 5 册）。许多迹象表明，早在宋代江南地区以及元代的北京，就存在着公共浴室。这些在明清时期继续存在。17 世纪欧洲的沐浴禁忌（参见 Georges Vigarello, *Le Propre et le Sale: L'hygiène du Corps Depuis le Moyen Age*, Paris: Seuil, 1985, pp. 18-19, 243），在中国并不存在。当然存在若干地区差异，但是我相信江南人总的来讲是沐浴的，除非太穷。

来说是由不安分的鬼神所致，那么对于精英来讲，则是天对个人或集体道德沦丧的惩罚。因此，为了提振社会秩序，病痛正好特别适于用来表达道德话语。

(杜丽红译，余新忠、梁其姿校)



## 第八章 明代社会中的医药\*

### 一、前言

明代的医学理论与知识在印刷术的普及与医者数量的快速成长下，有了重要的发展，这在繁荣地区尤其明显。医学发展的模式可能与人口增长、富裕都市精英的经济动力与强化有关。就制度与服务而言，地方精英接管了许多明代政府所撒手不管的职责。尽管明代统治者尝试切断中国与外界的联系，但百姓的营养水平与健康却受到美洲大陆的农作物与新疾病的传入的影响。

### 二、明代的医学传统

明代承继了宋金元（960—1368）时期许多丰富与复杂的经典医学传统，以及逐渐壮大的通俗医学传统。

#### 1. 经典传统

经典医学明显地受益于印刷术的普及与宋以后医学文献的出版，以及金元时期重要的理论发展。这些奠定了将于明代达于鼎盛的经典医学新发展的基础。例如，越来越多的明代医者讨论南人与北人在身体与对疾病的接受度的差异，以及讨论为特殊地区于特定季节生病及特别身体

---

\* 本章原为意大利文，载于 Karine Chemla et al. eds., *Le Scienza in Cina*, v. II, in S. Petruccioli ed., *Enciclopedia Della Historia Della Scienza*, Roma: Istituto Treccani, 2001, pp. 511-516。本章译自英文手稿，原译稿刊于《法国汉学》，第6辑，345~361页，2002。

构造的病人做适当的医学治疗与规划。<sup>①</sup> 明代精英医者发挥了金元大家的主张，不但在医论中讨论适当的治疗与药方的知识，而且也在医案中记录他们亲身的专业经验，医案在明代已成为流行的医书体裁。这些主流传统的医生，他们基本的方法包括把脉，在经典与经验的理论基础上提供诊断，并开立药方，他们因以能和士大夫的敬业精神匹敌而自豪。

在此基础上，本草的研究在明代达到全盛，这个研究在 1590 年李时珍划时代的《本草纲目》的出版时达到高峰。

## 2. 通俗传统

当奠基于古典医籍的经典医学传统自 13 世纪蓬勃发展以来，某些古代医学传统正逐渐地边缘化，特别是那些被视为只属技术性、手艺或者“迷信”的活动。许多这种治疗技术因此被不一定受过经典医籍训练的医者所承袭，他们也通常未遗留任何书写文本。其中技艺，像针灸、眼科与其他外科技术，以及巫术治疗等。以针灸为例，元代的针灸名医滑寿在那时已说到：“针道微而经络为之不明。”从他那时开始，针灸更被归入道教传统，而主流医学则越来越接近儒家传统。<sup>②</sup> 这个趋势持续到明代，以致许多那时针灸名医必须向通俗医者学习此技艺。<sup>③</sup> 明代的正统医书有时会记载一两卷关于针灸、皮肤科或眼科等方面的技术；但整本谈这种技术的书却常为匿名作，或由较不知名医者撰写，或以神话人物及历史上的道教人物为作者。没有主流经典医学传统的精英医者会宣称这些书是他们写的，或自认他们是该领域的专家。

宋以后擅长此道的医者更有可能是社会地位不高的专家。充其量，他们只是被视为优秀的技术人员。通常他们被鄙视为粗俗与无知的人。就像元代宫廷外科医者齐德之约于 1335 年所指，治疮病的医者：“多有

① 参见 Leung, Angela Ki Che, “Medical learning from the Song to the Ming,” in P. Smith & R. Von Giahn eds., *The Sung-Yuan-Ming Transition in Chinese History*, Berkeley: University of California Press, 2001; 梁其姿:《中国麻风病概念演变的历史》, 载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》, 第 70 本第 2 分, 1999, 429~430 页。

② 参见 Leung, Angela Ki Che, “Medical learning from the Song to the Ming,” in P. Smith and R. Von Giahn eds., *The Sung-Yuan-Ming Transition in Chinese History*.

③ 参见李栋森、盛燮荪:《宋明浙江针灸》, 2 页, 上海, 上海科学技术文献出版社, 1992。



不诊其脉候，专攻治外，或有证候疑难，别招方家诊脉。于疮科之辈，甘当浅陋之名。噫！其小哉如是。”<sup>①</sup> 类似的非难也可以在元代及之后的针灸、眼科及其他外科身上看到。

许多民间传统的医者通常被称为“铃医”，当他们在各处游走时会带着铃，到了要治病的地方时，就会摇铃。在 1759 年本草学家赵学敏编纂《串雅》前，他们的方法与原则罕为精英医者所知。这部著作来源于赵学敏对铃医的访谈，它显示了民间医疗依赖于能够立即改善症状的针灸、串顶术以及各式外科技术的悠久传统。<sup>②</sup>

巫医自 11 世纪以来在社会与法律上都趋向边缘化。然而，巫医并未真正消失。相反，它一直兴盛于整个帝制时期。明代和之后的地方志、文人作品及官方数据明白显示出尽管官方禁止，但巫医仍在中国许多地方盛行。事实上，要官方铲除这些根深蒂固的民间惯习是不可能的。只有当官府感到威胁，像个别医者吸引过多群众时，才会出面干涉。<sup>③</sup>

### 三、医者的训练

#### 1. 官方

明政府承继了元代所设立的医学机构——医学提举司（建于 1272 年），这个机构负责训练医生和处理在相关行政区制药、出版医籍等的公众医药事务。明政府甚至可以保存蒙古政权所创立的回教医官与回教药学，这些制度强化了非汉族医学传统在中国的影响力。然而，明代政府不像元代对公共医药事务那样感兴趣，它失去了前朝的国际特性，在元

① 齐德之：《外科精义》，自序，见丹波元胤编：《中国医籍考》，944 页。

② 参见 Leung, Angela Ki Che, “Diseases of the Premodern Period in China,” K. F. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge: Cambridge University Press, 1993, p. 360.

③ 参见 Leung, Angela Ki Che, “Organized Medicine in Ming-Qing China,” *Late Imperial China*, vol. 8, no. 1, June 1987, p. 149; Leung, Angela Ki Che, “Women Practicing Medicine in Pre-modern China,” in H. Zurndorfer ed., *Chinese Women in the Imperial Past: New Perspectives*, Leiden: Brill Academic Publishers, 1999, pp. 121 - 123.

明鼎革之后，就不再继续此类政策。

明代政府唯一保留的制度是上述元代医学提举司辖下的“惠民药局”与“医学”。然而服务其中的医学官员与医生不再享有像前代一样较高的官僚地位，他们逐渐沦为较不重要的低阶官僚。<sup>①</sup> 在医疗方面，较积极的地方官只能执行相对简单的工作，例如当疾疫发生时，对穷人提供基本的医疗，以及有法律案件时，提供医学的专门知识。尽管名称相同，医学不再职司像元代一样的训练年轻医生之责，也不再制作药品。更进一步，到了明中叶（16世纪），药局与医学似乎更加式微。许多机构徒具虚文，而没有任何实际功能。<sup>②</sup>

一个典型的例子是浙江淳安。据16世纪晚期资料所载，“医学”已被忽略已久，该资料说到：“不知废于何时……今也学不存址，官不备员，即有习为两家（指医学和阴阳学），学者皆无统摄，而其藉空名以应上者，率市井庸流，尔无惑乎？侵祥之懵然，而疾殇之多于世也。”<sup>③</sup> 换言之，两项传统地方医学机构最重要的功能——医学训练与医学行政的监督，到了此时，地方已不再负责。

这种情况引起了一些晚明士绅的注意，有些士绅甚至建言改革。其中最直言不讳的是吕坤——一位务实、正直不阿的官员，他在退官后最后20年间所出版的著作的关怀重点是那时的世道衰微的问题。他认为政府应为医疗水准的低落负责，他提议官方应对开业医更严加管制。他建议延揽名医进入官方医学，然后派这些人到地方更有系统地训练医生。据吕坤所言，适当的培训课程包括医学经典的训练：每位学生在被允许行医前应该记诵一部经典。每位开业医医病的记录应由“医学”保存，该记录将对患者所受治疗的品质进行评论。每位医生应根据年终的总记录由政府考核，并予以奖惩。凡是将人医死较活人多者将被驱逐出境。<sup>④</sup>

① 参见 Leung, Angela Ki Che, “Organied Medicine in Ming-Qing China,” *Late Imperial China*, vol. 8, no. 1, June 1987, p. 140.

② 参见上文，139~142页。

③ 《淳安县志》卷2，41页上~42页下。

④ 参见梁其姿：《中国近世医疗与社会专题研究计划》（台湾）“国家科学委员会”计划报告，10~11页，台北，（台湾）“国家科学委员会”，1995；Leung, Angela Ki Che, “Women Practicing Medicine in Pre-modern China,” pp. 123 - 124.

吕坤的建议并未被采纳，由于当权者在明末最后几十年从未真心对改革感兴趣。这些建议明显地透露了明政府对于那时的医疗训练与实践的管制缺乏整体关怀。

## 2. 民间

因此明代的医生训练基本上与政府无关，本质上习医管道有三：师徒相授、家族内传及自学。

向师傅习医或许是获得医学知识的最古典的方式。自古以来，医学的学术传统中，师徒关系建立在仪式与医籍的传承上<sup>①</sup>，这在往后历朝依然重要。然而，自从具有权威与魅力的金元四大家的出现，医学的师徒关系就有了细微的改变，这现象持续至明清。首先，金钱在师徒关系中变得重要，部分反映出职业医学日渐牟利的特质。其次，更强的知识传承与情感联络在师徒关系中亦可见到。医学老师似乎成了更具权威性的人物，较以往更要求子弟在知识上与情感上的忠诚，以致有所谓以理学为榜样的医学“学派”，在金元之后逐渐显著。如同理学的学派一样，各种医学“学派”强调不同的理论，通常与疾病成因或疗法有关。他们的强调有时可能会引起公开的知识论辩，例如，元代名医朱震亨就是中国南方地区对明代有深远影响的重要医学“学派”泰斗。<sup>②</sup>如同理学的学派一样，在这样的框架中，没有女性的空间。

家庭、氏族及家族是另一种传递医学知识与技能的主要管道。它的重要性在宋代已经显而易见，那时“世医”（来自医学家族的医生）这个名称已用来称呼有良好医术的医生。但他们的优势自明以后才开始展现，当医学发展重心从北往南转移时，大家族在许多地方有了更强的影响力，例如江苏、浙江、安徽，以及之后的江西与湖南，氏族与家族中所持续的医学传统与上述的师徒关系的差别在于，前者较后者更重务实而较轻

<sup>①</sup> 参见 Sivin, Nathan, "Text and Experience in Classical Chinese Medicine," in Don Bates ed., *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995, pp. 182-183.

<sup>②</sup> 参见 Leung, Angela Ki Che, "Medical Learning from the Song to the Ming," in P. Smith and R. Von Giahn eds., *The Sung-Yuan-Ming Transition in Chinese History*.

理论，它的影响力更限于地方，而另一方面，女性往往在传承中担当一定的角色。<sup>①</sup>

的确，训练来自家族的女性医者常为她们的亲属服务，一旦有了一定名声，她们的活动范围会扩大到更大的社区；其中最负盛名的女医甚至会被宫廷延揽，医治宫中妇女。一份明代北京的资料告诉了我们能干的产婆与有相当专业素质的女医是如何被选入宫中的。地方志亦记载了较男性亲戚杰出的女性医者在宫廷享有终身职位，或经由服务乡里而获致名声。自明中叶以来，我们开始看到家庭训练的女医，模仿她们的男性亲友，像儒医一样撰写医书。<sup>②</sup>

自学是另一种获得医学知识的主要方式。自从宋代印刷术普及后则更为普遍。自然地，自学为受过充分教育的人的专利，并与宋代儒医现象同时出现<sup>③</sup>，之后则在明代有大的进展。明代印刷术及出版业的快速发展，带来日用类书出版的成长（类书的内容往往包括一些基本医学知识），此外，特别为初学者或外行人设计的平价版入门书与歌诀，以及医案的收集，均促进了明代的自学传统。相当有趣要附带一提的是，明代晚期编的日用类书所载的医学常识可能比之前的版本还要更多，隐含了书籍市场对一般医学知识的需求增加。然而，这些知识基本上很可能主要是由富人与知识阶层所消费。<sup>④</sup>

就地理上而言，明代医者大部分来自江苏、浙江及安徽三个南方省份。通过一些医生的传记，我们以省为单位将明代医者分类，会发现上述三省所出的医生占大多数。尤有进者，若我们以他们的训练方式来分类，可以看到大部分是由家族训练，这反映了医学家族在这些省份的重

① 参见 Leung, Angela Ki Che, "Medical Learning from the Song to the Ming," in P. Smith and R. Von Gahm eds., *The Sung-Yuan-Ming Transition in Chinese History*.

② 参见 Victoria Cass, "Female Healers in the Ming and the Lodge of Ritual and Ceremony," *Journal of the American Oriental Society*, 106/1, 1986, pp. 233 - 240; Leung, Angela Ki Che, "Women Practicing Medicine in Pre-modern China," pp. 101 - 134.

③ 参见陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》，台北，“国立”台湾大学出版委员会，1997；Hymes, Robert, "Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan," *Chinese Science*, vol. 8, 1987, pp. 9 - 76.

④ 参见 Leung, Angela Ki Che, "Organied Medicine in Ming-Qing China," pp. 153 - 154; 陈元朋：《两宋的“尚医士人”与“儒医”》，48~53页。

要性。

明代医生的地理分布表

| 训练 \ 省 | 自学医者            | 拜师              | 家庭训练             |
|--------|-----------------|-----------------|------------------|
| 江苏     | 27              | 81              | 389              |
| 浙江     | 25              | 41              | 143              |
| 安徽     | 16              | 33              | 104              |
| 全国总数   | 101<br>(29个在元代) | 271<br>(77个在元代) | 769<br>(282个在元代) |

资料来源：李云：《中医人名辞典》；中国中医研究院中国医史文献研究所：《中医人物辞典》；李济仁：《新安名医考》，合肥，安徽科学技术出版社，1990；高伟：《金元医学人物》；陈道瑾、薛渭涛：《江苏历代医人志》，南京，江苏科学技术出版社，1985；曾勇：《湘医源流论》，长沙，湖南技术出版社，1991；梁其姿：《中国近世医疗与社会专题研究计划》。

明代时各种开业医的数量因而经常增加，上述列表显示，每一类型的医者的增加数量超过了元代，而元代医生的增加已经是史无前例的了。即使我们考虑到时代越晚，史料越丰富的常态，仍不可否认，明代医者数量快速增加的绝对事实。然而，这个时期并没有医学制度的革新与调整，医学专业精神并非出现在有规范的正式医学职业行会中。然而，专业意识已开始发展，这在以经典传统为主的医者中特别明显。在1568年的京城北京，我们看到第一个医者团体“宅仁医会”的成立，它是由在北京行医的安徽名医徐春甫所创。由46位医生组成的这个医会共同签订了一份规约，明定了技术与伦理的规条。<sup>①</sup>在儒家道德对医学伦理的强烈影响下，可看出这种专业意识有增长趋势。16世纪末17世纪初有一些类似的地方医学社团成立了。如创设于万历年间（1573—1620）的钱塘地区的“天医社”，汇集了该地区的名医。<sup>②</sup>同时，自认为是“儒医”的医者倾向更有系统地画出医学伦理的轮廓，使专业医者负起诊断错误之责的详细技术规范逐渐被界定。如此，经典传统的主流医者间逐渐有了共识，尽管缺乏对医学专业的正式的与官方的监控，但他们在专业训练医

① 参见项长生：《我国历史上最早的医学组织——宅仁医会》，载《中华医史杂志》第11卷，1981（3），144~146页。

② 参见傅王露等编：《敕修浙江通志》卷196，116页。

者与庸医间以技术考量划分了一条更明显的界线。<sup>①</sup> 另一方面，在钱塘地区的张遂辰与其学生张志聪所组成的研究团体，也同样地建立了医学职业精神。这个团体以张志聪为首，并以他的研究室“侣山堂”为名，之后成为晚明清初最有名的医学研究中心。<sup>②</sup>

## 四、药物供应

### 1. 官方制度

如上所述，明代在统治之初，持续惠民药局制度，该制度创于宋代，而在元代进一步发展。这个机构在明初的目的是为了储存、制造及分配医药给穷人，包括军户。然而，15世纪后，这个快速衰颓的机构，已没有再得到太多官方的支持，一个典型例子可以在浙江杭州找到。1370年明太祖复兴药局时，杭州有药局八所，但到了15世纪后半叶，药局数量减少至仅剩一所。同样的情况也可在四川的合州发现。16世纪初期，药局必须依赖地方官员捐助医药。半个世纪后，药局完全被废除，如16世纪末叶的《合州志》所述：“药局之址尚存，而典事者废其职久矣……贫民卧病仰医药而不得者，宁不日而就夭札耶，是可伤心也。”<sup>③</sup>

如同上述医学制度，惠民药局只在一段短时期内有效。16世纪中叶的药局大多已处于荒废状态，有时精力充沛且热衷于此的地方官员偶然让这些药局短暂的复兴，或当灾难性疾疫发生时，官方必须开局提供所需的医药。<sup>④</sup> 因此明代的贫穷者比宋元时期更难从官方获得便宜的医疗。

① 参见梁其姿：《中国近世医疗与社会专题研究计划》，20页；Leung Angela Ki Che, “Medical Ethics in China,” *Encyclopedia of the History of Science, Technology, and Medicine in Non-Western Cultures*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997, p. 668; Unschuld, Paul U., *Medical Ethics in Imperial China*, Berkeley: University of California Press, 1979.

② 参见竹剑平、胡滨：《试论钱塘学派》，载《浙江中医学院学报》，1985（4），36～39页。

③ 《重修合州志》卷2，2页上～下；卷4，10页上。

④ 参见 Leung, Angela Ki Che, “Organied Medicine in Ming-Qing China,” pp. 141 - 142; 梁其姿：《中国近世医疗与社会专题研究计划》，16～17页。

## 2. 民间机构

官方施药给穷人的兴趣的降低因地方士绅的关怀而获得部分补救。各种文献显示，16世纪以来，退休的士大夫或富有的文士越来越积极地在他们的乡里设立药局，有些是响应日益增加的社会需求，而有些则是为了要确立他们的地位与地方领导权。一个典型的例子是学者杨东明于1591年在家乡河南的虞城所创的机构。他将31位同乡的富人筹组起来成立“广仁会”，该会的宗旨是提供免费医药给穷人，有些会员则精通医学，他们提供治疗流行疾病的处方。为了要加强会员间的凝聚力，尤其是为了向会员募捐以购买药物，这个会社有定期性的聚会。<sup>①</sup>

另一个有趣的例子是祁彪佳——明代的忠臣与浙江绍兴地区的士绅。在他退出官场后，17世纪30年代他多次在家乡筹办慈善病坊与药局。例如1636年，他和10位医生签约，共同主持药局，该药局被安置在该区的一座交通便利的佛寺中，药局每日由两位医生轮值予以病人免费的诊断与医疗。祁彪佳自认为在那年的夏季就拯救了将近一万人的性命。1641年，他为流民设立了有规模的病坊。12位医生轮流为门诊的病人诊断。这些善举的开销基本上都来自祁彪佳与其家人，以及友人的捐助。<sup>②</sup>另一位来自浙江海盐的明代忠臣彭期生（1584—1646），在1626年夏季疫病流行时，雇用医生，在该镇的四个主要城门筹办了类似的慈善药局。他主要靠自费和政府的补助来完成这些措施。<sup>③</sup>

明代最后数十年，除了这些慈善活动似乎在长江下游地区相当普遍外<sup>④</sup>，私人商业药局亦在15世纪以来大规模成长。相对于宋代官方药局的目的是将药价控制在较低的水平上，明代的私人药局则纯为商业牟利性质。当本草学的知识臻于成熟时，这些药局开始兴盛，而商业网络的

① 参见 Leung, Angela Ki Che, "Organied Medicine in Ming-Qing China," p. 145; 梁其姿:《中国近世医疗与社会专题研究计划》, 19页。

② 参见 Leung, Angela Ki Che, "Organied Medicine in Ming-Qing China," pp. 145 - 146; 《祁彪佳集》, 29~30页, 北京, 中华书局, 1960。

③ 参见陶御风等编:《历代笔记医事别录》, 20页。

④ 参见梁其姿:《施善与教化——明清的慈善组织》, 62~69页, 台北, 联经出版事业股份有限公司, 1997。

扩张亦快速发展。这个发展在安徽的新安地区特别重要，该地以徽商与名儒著称。许多著名医学家族，像徐氏、王氏与洪氏都有重要药店，有些甚至在其他地方设有分店，卖各式药草与丸散，包括他们的商标药。<sup>①</sup>明中叶，各地的都市，如北京、汉口、杭州、广州、西安、韩城（陕西）、太原、太谷和曲沃（山西）等，出现了许多闻名全国的由医学家族经营的药店。许多药店的商业活动一直延续到清代。<sup>②</sup>私人药店的广泛分布显示全国性的药物商业化自15世纪开始稳定的发展。即使或许只有较为富裕的人才能负担药店所卖的昂贵药物，相较于前代，此时的商业化使药物在市场上更流通、更容易获得。因此，政府医疗资源的减少获得了补偿。



明代医生很清楚所用药不少来自域外

质从未受监控。

除了慈善与私人药局的发展，我们不该忘记流动的药贩，他们使得药物得以在一般大众间流通。那些非难有害社会的庸医的精英们，通常对民间药贩的态度较为宽容。上述的吕坤建议严惩劣医，包括将他们永远驱逐出境，反而对没有实际医疗行为的民间药贩予以宽忍。同样，他提议凡是无法通过最简单测试的医学学生，就没有资格执业，但可允许他们制造得以维生的药物。<sup>③</sup>换句话说，相较于民间医者，明代对民间药贩更为宽松。因此，尽管惠民药局式微，廉洁药物可能更为流通，虽然这种药物品质

① 参见童光东、刘惠琴：《明清时期新安药店及其医药学作用》，载《中华医史杂志》第25卷，1995（1），30~34页。

② 参见安冠英、韩淑芳、潘惜晨：《中华百年老药铺》，北京，中国文史出版社，1993。

③ 参见 Leung, Angela Ki Che, "Women Practicing Medicine in Pre-modern China," p. 125.



## 五、新疾病、健康与医学

评估医学对明代人口健康的影响，是困难的，甚至是不可能的。有太多因素可以考虑，但没有一项详细、精确并令人信服信息可以证实任何假设。但人口数量的变化对思考健康问题提供了一些有用的指针。

这时期的人口是增加的。尽管中国的资料性质并不允许作任何精确的人口重建。一般认为 14 世纪末的明代初期，人口估计处于低水平的六千五百万人。从这时到 17 世纪初的晚明，人口不断增加。据估计到了 1600 年已暴涨至一亿五千万的历史高点。<sup>①</sup> 另一次全面性的下滑则发生在 17 世纪中叶。<sup>②</sup> 这些波动直接反映了生育率及死亡率的改变，这应该与人口的一般健康有关。

人口增加可能有许多因素，直接的原因是死亡率的降低，或可能是生育率的提升，带来这些变化有许多可能性，其中战争与社会不安定的减少等，占其中之一二。将医疗照顾的因素孤立起来讨论，是不可能的，为了要解释人口增长，学者们已经有进一步说法，像 16 世纪新大陆农作物的引进，农作形态的改变与每亩农作的传统资金投入的增加，或从 15 世纪中叶到 17 世纪中叶的暖和的天气。<sup>③</sup> 换句话说，至少一直到 17 世纪中叶明亡时，较佳的营养可能对改善一般人口健康状况较医学扮演更重要的角色。

若没有任何重要技术性 or 理论性的突破，很难去辩称说明代医学对那时死亡率的降低有任何实质性的贡献。然而，至少有一种医学技术，

① 参见 Ho, Ping-ti, *Studies on the Population of China, 1368—1900*, Cambridge: Harvard University Press, 1959, p. 264; Cartier, Michel & Will, Pierre-Etienne, "Démographie et Institutions en Chine: Contribution à l'analyse des Recensements de L'époque Imperial," *Annaes de Dénographie Historique*, 1, 1971, pp. 162 - 245.

② 参见吴慧：《清代人口的计量问题》，载《中国社会经济史研究》，1988（1），51 页。

③ 参见何炳棣：《美洲作物的引进、传播及其对中国粮食生产的影响》，见《大公报在港复刊三十周年纪念文集》，香港，大公报，1978；Perkins, Dwight. H., *Agricultural Development in China, 1368—1968*, Chicago: Aldine Publishing, 1969, pp. 186 - 189; Eastman, Lloyd E., *Family, Fields and Ancestors: Constancy and Change in China's Social and Economic History, 1550—1949*, New York: Oxford University Press, 1988, pp. 5 - 6.

应该被视为这时民间传统的发展，这方面值得一提的是，对抗天花的人痘接种。现存真正描述人痘的第一份文字资料是1695年苏州的张璐所著的书。张璐的著作与其他一些早期著作，都指出人痘至早在1570年就被实施。这个方法很明显地为经典传统的医生所排斥，他们认为这门技术违反自然或效果太强烈，并缺乏理论正当性。结果人痘术实质上被务实的不讲理论的专家所实施，这些专家似乎不被医学精英所认可。

对抗天花的人痘接种有三个基本方法。“痘浆种法”：把一块感染有痘浆的棉花放入健康孩童的鼻孔；“旱苗种法”：当无法用新鲜痘浆时，则用痘痂末；“痘衣种法”：让健康孩童穿已感染天花的孩童穿过的衣服。如果人痘接种术发挥正常功效的话，孩童将会染上良性天花，发烧约一星期，之后则终生免疫。17、18世纪的各种数据显示，人痘接种已被晚明社会上层阶层接受，这在长江三角洲尤其明显。到了18世纪，这个技术已相当普遍。

虽然据当时人痘专家研究，这种技术是有效的且逐渐普及，但无法去评估该技术对16、17世纪因天花所造成的死亡率的下降有何影响。有可能在某些地区，这种技术的应用只局限于上层阶级。<sup>①</sup>

另一方面，当明代增加了与西欧航海商人的接触，逐渐地进入国际社群时，美洲大陆也成为一个新的元素，此时，医学世界也必须面对新的问题。与新世界接触的增加是新疾病传入的原因，近代一些医史学者相信梅毒是16世纪时由欧洲人带进中国的。明代16世纪以来的医书多有提到“广疮”、“杨梅疮”的新疾病，从病症、病因等描述看来，这个新病确似今天所指的“梅毒”。然而，这个“新”疾病明显地与古老的癩病（很可能是麻风病）之间，有相当多的混淆。自明以来，这两种疾病就被医学精英归类为皮肤病，被认为在广东沿海的省份特别猖獗，而这些地区与外在世界的接触特别频繁<sup>②</sup>，而至少就癩病而言，明人认为这是东南

<sup>①</sup> 参见梁其姿：《明清预防天花措施之演变》，见陶希圣先生九秩荣庆祝寿论文集编辑委员会：《国史释论》，239～254页；Leung, Angela Ki Che, “Variolisation et Vaccination Clans la Chine Prémoderne (1570—1911),” in A.-M. Moulin ed., *L'aventure de la Vaccination*, Paris: Fayard, 1996, pp. 57-70.

<sup>②</sup> 参见梁其姿：《中国麻风病概念演变的历史》，429～430页。

地区的风土病的看法明显与史实有出入。

至于与外界接触的增加是否解释了明亡之前在中国南方一连串灾难性的疫灾，并可能导致假设性的人口减少<sup>①</sup>，这个可能性难以估计。然而，其他疾病像霍乱、鼠疫、猩红热、白喉等，它们在清代时传入中国，这显示了中国与外界的紧密接触的确引入了疾病，虽然这些疾病对死亡率的影响，往往只是地区性的与短暂的。而这些疾病中的有些可能在晚明时期已传入中国。

除了影响死亡率外，传染病与疫疾亦刺激了新的医学思想与公共卫生政策。吴有性（1561—1661）的《温疫论》（1642）是部重要的医学作品，它是受到晚明一连串疫疾的影响而作。吴有性出生于医生的汇集地——苏州，他认为这些传染病是由地方的厉气或杂气所致，这种杂气经由口鼻影响病人。他的解释反映了复杂的传染病理论在 17 世纪渐趋成熟，并更进一步强调“温热”因素在病原学里的重要性，在吴有性的家乡东南地区，更是如此。

晚明的新疾病与疫病或许也是新公共卫生措施，如上述我们提到的地方士绅筹办的病坊与药局成长的原因。从 16 世纪开始，一些南方省份的麻风院数量增加、政府支持的养济院也收容更多的病人，这些都是使明代具特色且持续至清代的措施。

（蒋竹山译，梁其姿校）

<sup>①</sup> 参见 Helen Dunstan, "The Late Ming Epidemics: a Preliminary Survey," *Ch'ing-shih wen-t'i*, vol. 3, no. 3, 1975, pp. 1-59.

## 第九章 前近代中国的女性医疗从业者\*

在前近代中国社会，具名望的专业医者几乎全是男性，而适合良家妇女待的场所就只有家庭。然而，女医或参与其他医疗行为的女性仍不乏其人。这个现象必定值得仔细探索。很明显地，女医提供了男性医者所不能提供的服务，这符合了社会的需求，这种需求极大部分是因为性别隔离所造成的，自宋朝（960—1279）以来这种区隔就日益严格。

女医在中国传统社会不可或缺，但是却不为社会所信任，这种吊诡的情况逐渐形成一种关于她们的论述，本质上是受到理学意识形态的污名化。这种论述自元明时期（1279—1644）开始就特别盛行，显示这些妇女的出现所造成的焦虑，而不是她们的实际社会影响力。

本篇文章首先将尝试描绘这种论述形成的历史，然后评价历朝以来这些妇女的社会影响。透过这篇文章，我们希望评估女性医疗从业者的形象与现实之间的差距。这里所谓的女性医疗从业者包括了大多名不见经传且不识字的产婆和各式女医，以及有能力撰写医书的女性。

### 一、有关“三姑六婆”论述之演变

近来费侠莉所做的有关明代女医者的一篇研究，将这些女性医疗者在文学里的再现以及自14世纪起有关“三姑六婆”的用语，做了很好

---

\* 本章原为英文稿“Women Practicing Medicine in Pre-modern China,” in H. Zurndorfer ed., *Chinese Women in the Imperial Past: New Perspectives*, Leiden: Brill Academic Publisher, 1999, pp. 101-134。中文译稿原刊于李贞德、梁其姿编：《妇女与社会》，353~374页，北京，中国大百科全书出版社，2005。

分析。费侠莉将这个用语译为“三个姑姑和六个奶奶”<sup>①</sup>。三姑实际上指的是宗教妇女（尼姑、道姑、卦姑）；六婆则是牙婆、媒婆、师婆、虔婆、药婆、稳婆。其中六婆中的三个明显是与医疗专业有关。这个家喻户晓的名称在些微不同的脉络下仍沿用至今，一般认为这个用法是由元代学者陶宗仪在1366年的《辍耕录》中首次提及。<sup>②</sup>陶在书中还加入了这些妇人是社会乱源的看法，宛如良家应避之唯恐不及的蛇蝎。明清时期（1368—1911），“三姑六婆”的说法随着许多文学作品，将女医描绘为无知和邪恶的，并且广受社会揶揄。女性医疗者的这种负面形象以及“三姑六婆”的说法到底是如何形成的？

### 1. 宋代（960—1279）

对专业妇女所带来的不良社会影响的关注始于北宋（960—1127）末年理学家。目前尚存的最早的官箴之一《作邑自箴》，作者李元弼在书中警告说：“勿放尼妇出入，收生妇事毕亦然。”<sup>③</sup>作者没有提出这个告诫的理由。同时代类似的另一官箴也警告家长不要让舞伎以及“百姓妇女出入贸易机织”，因为会“教子弟奸淫”<sup>④</sup>。

不受信任的专业妇女的类型在宋代逐渐定型。南宋（1127—1279）著名的《袁氏世范》的作者袁采（约1140—约1190）告诫说：“尼姑、道婆、媒婆、牙婆及妇人以买卖、针灸为名者，皆不可令人人家。”<sup>⑤</sup>这里对“坏”女人的定义已相当清楚：宗教妇女、中介，以及靠医疗服务维生的妇人。要再约一世纪后，九种被鄙视的职业妇女才被“三姑六婆”用语定格下来。

① 参见 Charlotte Furth, “Women as Healers in the Ming,” manuscript, 1995。于此感谢费教授让我引用她未发表的论文。

② 参见陶宗仪：《辍耕录》卷10，1923年武进影印本。

③ 李元弼：《作邑自箴》，1117年自序，卷1，3页，《四部丛刊续编》影印宋板。于此感谢柳立言先生向我提及此书的重要性。

④ 陈襄：《州县提纲》卷1，4页，见《丛书集成初编》，上海，商务印书馆，1937。

⑤ 袁采：《袁氏世范》卷3，5页下，见《笔记小说大观》，第4编，第4册。

## 2. 元代（1206—1368）

“三姑六婆”这个用语很可能在元代正式形成。事实上，至少有另一位学者在陶宗仪之前提过这个名称：官箴《吏学指南》（1301年初版）的作者徐元瑞。在这本官箴中，他警告说，这九种妇女除了会招致败德外，还常会借由不当行为干扰行政，带来腐败。据徐元瑞的说法，地方官如要了解当地“奸细盗贼”诸事，必须向三姑六婆、酒肆妓院等打听：“司县到任，体察奸细、盗贼，阴私谋害，不明公事，密问三姑六婆，茶房、酒肆、妓馆、食店、柜房、马牙、解库、银铺、旅店，各立行老，察知物色名目，每必得情，密切告报。”<sup>①</sup>从徐使用“三姑六婆”一词的方式看来，这些妇女在14世纪初就已经明显与三教九流分不开，属不道德的社会群族。

因此陶宗仪在他1366出版的名著《辍耕录》中用了——一个其实已经通行的词。像徐元瑞一样，陶宗仪首先说明何谓这九种专业妇女，然后强调她们的败坏道德的本性，并警告持善之家与之保持距离。

经由上面的简单描述，我们可以归纳出以下几点：首先，参与构成这个词的文人基本上是不具医学专业训练的学者。他们主要是道家思想和带有道学理念的官员。“三姑六婆”一语或许在12世纪中叶开始形成。有一点要指出的是，司马光（1019—1086）在其《家范》中，并没有提到这些妇女。其次，在受质疑的专业妇女中，宗教妇女和产婆是逐渐地被锁定为主要的批判对象的。这九种妇女有一个共同点：由于职业的特性，她们是少数能够接触内闱中“良家”妇女的公众人物。再次，历代以来社会对这些妇女的不信任增强了。这种改变或许与性别隔离的加强有关，当时良家妇女活动的范围只局限在家内。除了对家庭生活构成威胁外，这些专业妇女亦逐渐被视为是公共危险，因为只有她们是与官府有直接接触的职业妇女。我们可以经由上述《吏学指南》中“正内”一段有关“三姑六婆”的描写来证实这项事实：“官府、衙院、宅司，三姑六婆，往来出入，勾引厅角关节，搬挑奸淫，沮坏男女。三姑者，卦姑、尼姑、道姑；六婆者，媒婆、牙婆、钳婆、药婆、师婆、稳婆，斯

<sup>①</sup> 徐元瑞：《吏学指南》，见《居家必用事类全集》，辛集，卷16，78页上～下，台北，中文出版社，1984影印1673年日本版。

名三刑六害之物也，近之为灾，远之为福，净宅之法也。犯之勿怨，风化自兴焉。”<sup>①</sup>

“三姑六婆”的用语后来透过明清时期说书人，传播了这些职业妇女的负面形象。每当作者需要创造滑稽的效果，或者要挑起读者的反感情绪时，他们往往以三姑六婆的角色来达到目的。很快，对庸俗的、无知的、粗鄙危险的产婆的讽刺描述就在许多明清的通俗小说和戏剧中出现。<sup>②</sup> 所有这些都强化了这类妇女是卑贱的和无名誉的刻板印象。

然而，这些专业妇女的形象与她们的真实社会地位有何差距？特别是那些我们所感兴趣的女开业医？这个问题相当难以回答，因为产婆和各式女医的身份和社会角色在历史中一直变化着。我们将探查她们的历史发展，特别是自宋以来的变化，因为中国的医学知识和制度到宋代逐渐达到成熟的阶段。这个时期的理学亦有长足发展，大大影响了妇女的活动，因此也影响了社会对女医的看法。

我们主要将透过医学文献、方志和各式不同资料，来分析产婆和女性治疗者的情况。

## 二、女医角色的改变

### 1. 产婆

#### 1.1 南宋以前

接生是一个历史悠久的职业。从汉到晋，我们可以读到一些以接生技术（助产、看产）著称的个人——特别是妇女的零星资料。<sup>③</sup> 那时尚未有专门的名称来称呼“产婆”这种专业。唐代的产科医书，即中国医学史中最早的产科文献，以“产时看生人”指称接生者，像昝殷于9世纪

① 徐元瑞：《吏学指南》，见《居家必用事类全集》，辛集，卷16，71页下。

② 参见 Angela K. Leung, “Autour de la Naissance: la Mère et L’enfant en Chine aux XVIe Siècles,” *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 76, 1984, p. 59; Furth, “Women as Healers in the Ming,” 1995, pp. 24-25.

③ 参见李贞德：《汉唐之间医书中的生产之道》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第67本第3分，1996，563页。

中叶所著的《经效产宝》就是其中一例。<sup>①</sup> 不仅没有合适的词汇来称呼这种专业，这些工作者的性别也没一定。接生者的面貌是抽象与模糊的。尽管今日我们会推测或许大多是女性。

甚至到了北宋，在医书中仍没有对接生者惯用的名词。杨子建 1098 年所写的产科名著《十产论》，后来被收录在第一部全面讨论妇女疾病的医书《妇人良方》（1237 年出版）中，书中对接生者常称作：“看生之人”或“收生之人”。和咎殷相较，杨子建并未让我们对这些接生者有更清楚的认识，却提醒我们这些人之中少有真正的专家。<sup>②</sup>



产后处置人胞

明清产婆或稳婆的工作，除了接生，还包括替产家处理胎盘。

在此时期的非医学文献中，妇产科专家的称谓杂乱不一。北宋官员郭茂恂在 1101 年撰一文，后来收在陈自明的《妇人良方》中，文中指出 1068 年他正在山东濮郡任幕府时，郡上一位胡姓蓐医透露给他一帖治产后疾病的秘方。<sup>③</sup> 然而从这个名称我们仍看不出这位医者的性别。

不过类似“产婆”这种隐含了具有一定岁数的妇人的称谓，自 11 世纪以来偶尔会出现在非医学文献中。知名的儒臣欧阳修（1007—1072），在一篇写于 1063 年有关宫女假冒怀孕的文字中，告诉我们负责产科的医官共有 12 位，另有三位名为“坐婆”的产婆，这些人是都由宫廷使唤。<sup>④</sup> 在北宋，“坐婆”这个词（可能是来自“坐草”<sup>⑤</sup>），有可能是第一个用来指称接生婆的称呼。

① 参见咎殷：《经效产宝》卷 3，见《中国医学大成》，第 28 册，21 页，上海，上海科学技术出版社，1990。

② 参见陈自明著、薛己校注、熊宗立补遗：《妇人良方校注补遗》卷 17，454~458 页。

③ 参见陈自明著、薛己校注、熊宗立补遗：《妇人良方校注补遗》卷 18，468~479 页。

④ 参见《欧阳文忠公全集》卷 119，9 页下，1819。

⑤ 有关“坐草”一词的解释，参见李贞德：《汉唐之间医书中的生产之道》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第 67 本第 3 分，1996。



北宋王易（1004—1081）所写的辽代宫廷婴儿生产惯习的记录中亦提到接生婆。他告诉读者，替契丹皇后接生的“稳婆”是燕京某位高姓妇人。然而，目前这段文字是由陶宗仪所编辑的，他对“三姑六婆”一名词的定型有较深入的兴趣，让我们怀疑是否原先的名词已被他更改成迎合明初读者的“稳婆”。<sup>①</sup> 前面我们提到的12世纪作者李元弼，仍然使用“收生之妇”来指称产婆，并建议行旅中的官员，若有孕妇随行，无论到哪都应调查当地的接生妇，以备接生之用。<sup>②</sup>

因此，12世纪前的医书对于接生的专业人员，并没提出一个特定的形象，而一般社会开始逐渐把执行接生的人视为是上了年纪的妇女。还有很重要的一点要提的是，除了李元弼的著作外，这个时期没有任何文献将产婆描写成道德低劣的人。在王易所举的例子中，从称谓“高夫人”看来，该产婆似乎享有不错的社会地位。另一个有趣的例证也是在王易的描述里，除了高夫人外，另一个帮助皇后生产的人是个男的，同时还是翰林院士，契丹抹却眼。<sup>③</sup> 由于辽代相当汉化，这个例子显示，中国一直到这个时期，接生者不一定全为女性，上层社会尤甚。

## 1.2 南宋时期

在南宋时，妇科成为医学知识的一门专科，以致我们可以更清楚地知道接生者的面貌，不仅在文学作品里，而且实际出现在医学著作中。

在文学作品中，各式指称产婆的通俗词汇被沿用。例如洪迈（1123—1202）的名著《夷坚志》就经常用“乳医”来称呼接生的人。书中一则故事叙述了衢州（浙江西部）一名叫做龚涛的人的出生经过，当他母亲正准备就蓐时，叫来接生的是位“乳医”。<sup>④</sup> 《夷坚志》中另一则故事记载了一名资州（四川）的乳医，名叫赵十五嫂，被一名修道成仙的老虎找去帮他难产的太太接生<sup>⑤</sup>，从这故事中我们可以看出此时乳医大概是女性，或者简单地说，就是产婆。

① 参见王易：《重编燕北录》，见陶宗仪：《说郛》卷38，17页上，1827重印明刻版。

② 参见李元弼：《作邑自箴》卷10，51页上。

③ 参见王易：《重编燕北录》，见陶宗仪：《说郛》卷38，17页上。

④ 参见洪迈：《夷坚志》，乙志，卷18，3页下。

⑤ 参见上书，乙志，卷4，6页下~7页上。

另一方面，这个时期的医学文献详述了待产的适当方式，以及所需的“正确”的助产。专业生产照顾者的名称更进一步决定了她的形象是一位成熟的妇女。

南宋初期朱端章所编的产科医书《卫生家宝产科备要》（1184），对生产的准备提供了详细的建言：“产妇房门常须关闭，选一年高性和善产婆，又选稳当恭谨家人一俩人扶持。”<sup>①</sup> 这个“经典的”意见后来被一再地引用在产科医书中。

朱端章亦大篇幅征引了另一位南宋初年的医生虞充的看法：“大抵有孕妇之家，选择老娘最为先务，既得之则令与产妇游处情热，入月则令守月，不可归时仓促呼唤，却致误事，又老娘收生，风俗多有不同，闲时宜先令详说次第，或有未便款曲，与之商量，不可一切任之，此若选择得人，则上下安心，产妇亦免忧疑。”<sup>②</sup> 朱瑞章和虞充对当时产婆的处境感同身受，给予产家合适的忠告。后来，医者才逐渐开始对产婆越来越不信任。

上文提到的陈自明是首位沿用朱端章的看法的医生。在他的经典医书中，他告诉读者，应择年高历练生婆一人，以及可靠、有经验的妇人一两人来扶持产妇。<sup>③</sup> 在同书中，陈自明数次使用了“坐婆”这个词来称产婆，其实这在一个世纪前就被欧阳修所用。陈明确指出接生时必须有谙练的坐婆。<sup>④</sup> 南宋时代，出生的场景显然已全由妇女主导，而且特别是经验丰富而且有一定年龄的女性。

从陈自明的书中，我们可以领会正统男性医者对在纯粹女性环境中执行任务的产婆所产生的复杂情绪：他们清楚应该要依赖产婆，她们是顺产的唯一关键，但同时，产婆亦被怀疑无法胜任这种工作。一个技术不精的产婆被视为是难产的罪魁祸首，所谓：“多端下手，惊动伤早，则横、倒之忧，从此而致也。”的确，男性医者主要的忧虑是产婆过早或过

① 朱端章：《卫生家宝产科备要》（1184）卷3，27页，北京，人民卫生出版社，1956影印宋版。

② 朱端章：《卫生家宝产科备要》，引虞充《备产济用方》（1140）卷6，54页。

③ 参见陈自明著，薛己校注、熊宗立补遗：《妇人良方校注补遗》卷16，441页。

④ 参见上书，卷24，618页。

多的干预，导致产妇疲劳。的确，“坐草太早，儿转亦难，致令产难……抱腰之人又不稳当，致令坐立倾侧，胎死腹中”。因此他认为“不可轻信坐婆，妄用方法，多有因此而亡”<sup>①</sup>。此后数个世纪，男性医者一直传达出这种忧虑。

然而，正统男性医者都必须承认，他们往往也从产婆那学会一些知识。在杨子建的《十产论》的脚注中（可能是陈自明自己写的，或者是其他南宋的专家），作者说他在福建从一位坐婆那学到如何处理产后肠子不收的问题。然后他说：“此良法也，后学不可不知。”<sup>②</sup>

这种对产婆的复杂情怀来自于她们已经成为生育过程中不可或缺的人，并且常在产房独挑大梁。这种不可逆转的趋势，起因于社会性别隔离的加强，此外还有把生产视为污秽之事，为男性的禁区，因此将产婆送上接生的关键位置。这对无论在形式上或内涵上，都已逐渐偏向理学的宋代主流男医，是最为无可奈何的事。

### 1.3 明清时期

就如同上述我们所见，男性儒医和产婆间的这种微妙但扩增的对立引起了“三姑六婆”词汇的出现，此发展不会晚于14世纪初。男性医者已经开始描述无知产婆可怕的鲁莽。<sup>③</sup>就像同时代法国的“收生婆”（*Matrone*）是“众矢之的，她们背负难产最大的责任。有时被指摘太消极，有时罪名是介入太多，但无论如何，总是被认为愚蠢野蛮”<sup>④</sup>。当医学正统正致力于建立和巩固的时候，对非我族类的产婆的不信任有普世性。

另外，产婆因替社区执行较不受尊重的职务，加深了人们对产婆的猜疑。例如由于她们是女性身体的专家，因此经常被官府征调去为刑案

① 陈自明著，薛己校注、熊宗立补遗：《妇人良方校注补遗》卷16，441页；卷17，453页；卷18，486页。

② 同上书，卷17，458页。

③ 参见 Angela K. Leung, “Autour de la Naissance: la Mère et L’enfant en Chine aux XVIe Siècles,” *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 76, 1984, pp. 59 - 60 引张从正; Furth, “Women as Healers in the Ming,” 1995。

④ Mireille Laget, *Naissances: L'accouchement Avant L'age de la Clinique*, Paris: Seuil, 1982, p. 206.

检验年轻妇女是不是处女，明代的学者冯梦龙在他编的小说《钱秀才》中，描述了地方官如何借由“唤到老实稳婆一名，到舟中试验高氏是否处女”<sup>①</sup>，破了一个案子。她们也被要求去监督女性的罪犯和罪案受害者。清初经验老到的县官黄六鸿建议为官者雇用老成的媒婆或稳婆，看守盗匪之妻，以及被诱拐和强暴的妇女，以防她们自杀。<sup>②</sup>

明代的宫廷产婆除了接生婴儿外，还需执行其他职务：检查待选入宫的乳母的“乳汁厚薄，隐疾有无”。她们也参与待选宫女的检查，要“辨别妍媸，可否如选”<sup>③</sup>。这里的标准包括了外貌以外的条件。应当隐含了她们的生育能力，甚至还包括是否处女在内。

产婆或许不是最具声望的人，有时只是地方验尸官的助手。不管何时发生牵涉女性死者的命案，就要靠她们出马。她们必须去检查女性尸体的性器官，判断与性犯罪有无关联，或者女死者是否怀孕等等。<sup>④</sup>产婆因经常与女性身体有接触，因此沾染上一种颠覆性的力量，使她们往往被怀疑介入各种阴谋，更巩固了她们不洁的形象。就像法国的“收生婆”一样，其角色“超越了生育的范围。有时候她们也医治男人，甚至动物。有时也替死人净身。这些‘万能帮手’操弄着生命的两端。教士指控她使弄魔术，甚至怀疑她是个巫婆”<sup>⑤</sup>。这个形象与中国产婆的形象极为相似。

然而，尽管产婆有这些负面的形象，在专业接生上，她依然是无可替代。中国的男医不碰触接生，欧洲的情形类似，直到启蒙时代，西方男医生才接掌接生的工作。<sup>⑥</sup>在中国，虽然对产婆猜疑和侮辱的字眼从不间断，但产婆一如往常地继续她的工作，完全地了解她的不可或缺性。

① 冯梦龙：《钱秀才》，见《醒世恒言》第7回，148页，香港，中华书局，1980。

② 参见黄六鸿编：《福惠全书》卷13，2页上，卷18，9页下，台北，九思出版有限公司，1978年按日本汲古书院影印和刻本影印。

③ 沈榜：《宛署杂记》，84页，北京，北京古籍出版社，1983。

④ 参见黄六鸿编：《福惠全书》卷16，2页上。

⑤ Jacques Gélis, *La Sage-femme ou le Médecin: Une Nouvelle Conception de la Vie*, Paris: Fayard, 1988, p. 18.

⑥ 有关男助产在法国的历史发展，参见 Jacques Gélis, *La Sage-femme ou le Médecin: Une Nouvelle Conception de la Vie*。有关在英国的男性接生者，参见 Adrian Wilson, *The Making of Man-Midwifery: Childbirth in England, 1660—1770*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1995。在这两个国家，男性专业外科医师在18世纪早期以后就渐取代了传统收生婆的角色。

对产婆的批评用语和她的真实社会角色及重要性间有相当大的鸿沟。

更仔细地翻阅各种不同的文本或许可以提供给我们看问题的另一个角度。尽管道学者、正统男医塑造了产婆的刻板印象，但对各种社会阶级的家庭而言，产婆依然无可替换，除非有紧急状况（富有人家在此情况下可能会另外找正统男医生）。对男性医生而言，产婆也是一个宝贵的信息来源。靠着专业，产婆有时获得特权、财富，以及受人尊敬的社会地位。

首先，事实上，男性医者可辨别优秀产婆的能力。大部分可将有经验、技术高的产婆和笨拙的产婆做区别。在诸多医生中如此做的其中一位是虞抟（1438—1517），他建议产家应雇用年长有知识的产婆<sup>①</sup>，隐约说明社会中这类产婆大有其人。更重要的是，男性医者继续视有经验的产婆为宝贵知识来源。明代名医薛己（1487—1559）在校注陈自明的经典医书时，常透露出他对产婆的尊敬。他“经常询诸产婆”如何处理产妇的各种产后症状，像“胎衣不出，腹胸痛”<sup>②</sup>等等。薛己经常与产婆接触也使得他成为产婆们的倾诉对象。她们告诉他有关专业的个人经验，他也把这些经验写进医书中。他甚至亲自参与一位产婆女儿的接生，并救了这一个他形容为“勤苦负重”的女性的性命。<sup>③</sup>另一位名医武之望（？—1629）也承认在解决产妇气虚问题上，许多产婆教给了他有效的治疗方式。<sup>④</sup>

另一位名医万全（1495—1580）也承认当遇到各种难产、横生等危急情况，只有有经验的产婆才能解决问题。<sup>⑤</sup>在一个男性不亲自参与生产过程的制度下，男医生所撰的医学著作中有关产科的讨论极多根据与他们所认识的产婆沟通的经验。

其次，专业上获得名声的产婆在她们社区中是可敬的人物。18世纪扬州的一位王氏将她的开业场所命为“收生堂”，一个众所周知的地方事业。这位夫人在她60岁时以她杰出的技艺和再版产科的通俗著作《达

① 参见虞抟：《医学正传》卷7，45页上，1617序版。

② 陈自明著，薛己校注、熊宗立补遗：《妇人良方校注补遗》卷18，486~487页。

③ 参见上书，卷17，454页。

④ 参见武之望：《济阴纲目》卷11，4页下，1728序版。

⑤ 参见Furth，“Women as Healers in the Ming,” 1995，pp. 26-27。

生篇》闻名。<sup>①</sup> 重印这本以白话写成的清初医书被视为那个时代的慈善行为（因此书不但方便医家，也方便了一般家庭），特别是这本书的内容仍有对产婆的刻板印象和侮辱的话。这说明了王氏的职业精神和非凡的信心。至晚到了清统治后期，我们仍然可发现在主要城市中有非常多的民间产婆。一位北京的文人视产婆是无知和无情的典型，他观察到北京产婆，地方上叫“姥姥”，“一般无知的愚人信如天神，细一问他，连《达生编》都没念过（不识字）”<sup>②</sup>。尽管作者沿用了传统上对产婆的批评，但从辽代的高夫人到清扬州的王氏，以至清末北京的姥姥，我们看到一个不间断的和可敬的产婆传统，为城市较富裕的家庭、名医，甚至宫廷所信任。

宫廷的需求的确是产婆传统得以维持在最高水平的一个因素。Victoria Cass 的文章是第一份探讨征召到明代宫廷中的产婆、女医和乳母的研究，提供给我们一个获选入宫的这些妇女的一般图像。<sup>③</sup> 明代官员沈榜在《宛署杂记》（1593）中告诉我们宫廷产婆是由在京师执业的产婆中所挑选的。“如内庭有喜，则先期预集老于事者直宿，日夕候之，事定乃罢。诸婆中有一经传宣者，则出入高髻彩衣如官妆，以自别于侍伍。民间亦以此信而用之。”<sup>④</sup>

成功的都市产婆不仅享有社会认可，也享有财富。清代来自杭州的名士袁枚（1716—1798），他对所见所闻的民间习俗特感兴趣，告诉了我们有关嘉兴县一位名叫阿凤的稳婆的奇遇。她“以收生致富，远近生育之家必延之至，始无难产”<sup>⑤</sup>。阿凤的奇遇就是替镇间的地方神的夫人接生。虽然这个故事本身可能是虚构的，但故事的社会情境却是真实的。

① 参见李斗：《扬州画舫录》卷9，25页上。《达生编》的版本很多，此书的初版多认为在1715年，作者匿名，有关此问题的最近研究，可参见贾治中、杨燕飞：《达生编及其作者考》，载《中华医史杂志》第26卷，1996（2），103~105页。

② 待余生：《燕市积弊》卷2，55~56页，北京，北京古籍出版社，1995。

③ 参见 Victoria Cass, "Female Healers in the Ming and the Lodge of Ritual and Ceremony," *Journal of the American Oriental Society*, 106/1, 1986, pp. 233-240.

④ 沈榜：《宛署杂记》，84页。

⑤ 袁枚：《续新齐谐》，见《随园全集》卷9，5页上，台北，文明书局，1918。

在18世纪的中国都市，财富无疑影响了一个人的社会身份。<sup>①</sup>因此，体面人家不太可能真的遵守道家所写的家训，将富有的产婆视为蛇蝎般拒绝她们。

一位有技术、有经验的产婆，对一个家庭延续命脉的重要性是显而易见的。同样，记载“三姑六婆”用语的明初陶宗仪在同一著作中告诉读者，自14世纪以来，“稳婆”的普遍称呼实际上是“老娘”。“老娘”一词其实隐含着对这个专业的一种尊敬之意。<sup>②</sup>这个词在江南地区可能较普遍，它在南宋时就已经被虞橐所用。持续到清代还在流行，是“老手”的同义词。一句表达经验价值的民间俗语是：“岂有三十年为老娘而倒绷孩儿者乎？！”<sup>③</sup>

14世纪以来成形的产婆的负面刻板形象，是由道学家的文字及通俗文学所塑造出来的。这些产婆与其他职业妇女被描写为坏女人，但是这个形象与她们真正的社会角色与形象是有一段距离的。

## 2. 女医者

### 2.1 宋代以前

女医者也有一段长远的历史。我们知道，早在汉代，就有女医者被召入宫中为皇后与妃子诊疗。例如，在汉宣帝时期（前73—前49）的淳于衍，她是皇后患病时的女医，但是在后来却卷入了杀害皇后的阴谋中。<sup>④</sup>鲍潜光（约309—363）乃知名道教思想家葛洪的妻子，也是一位知名的炼丹家与女医。<sup>⑤</sup>这个传统一直持续到清朝。我们大多从地方志或文人著述中得到关于早期女医的数据。宋辽金元时，她们许多人都会被记载为道教医者，甚至成为仙人。道教对于医学发展的影响甚巨，但我们

① 参见梁其姿：《贫穷与穷人观念在中国俗世社会中的历史演变》，见黄应贵主编：《人观、意义与社会》，129~162页，台北，“中央研究院”，1993。

② 参见陶宗仪：《辍耕录》卷14，12页上~下。

③ 钱大昕：《恒言录》卷4，4页上，1805序版；翟灏：《通俗编》卷22，5页上，1741。

④ 参见李贞德：《汉唐之间医书中的生产之道》（载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第67本第3分，1996）537页引《汉书》卷8，251页，卷97上，3966页；中国中医研究院中国医史文献研究所：《中医人物辞典》，557页。

⑤ 参见曾时新：《晋代名医鲍姑》，载《中华医史杂志》第11卷，1981（2），75~76页。

对此影响所知仍少。在这段时期，道教女医的出现只是冰山一角。

相较于产婆的名声基本上是根据她们的经验，女医的名声则常是基于特殊医术或处方。有关她们如何获得医术或处方的方式常带有神秘色彩。例如得自仙人，或是神明等。马守明这位金朝山西永和县民家的年轻姑娘即为典型的例子。双亲过世后，她成了女道士张妙清的弟子。她具有无边神力，能使“疾者不假砭药，呵禁顿愈”<sup>①</sup>。前文所提到的搜罗奇闻逸事的宋朝学者洪迈的《夷坚志》中，也有一些关于类似女医的记载。其中一个为武元照，同是出身普通人家，来自会稽县，她后来成为仙人。据说，她受到神明恩赐，被派下凡间来医治病痛，特别擅长按摩。<sup>②</sup>另一位名为张小娘子的女医者，据说擅长使用神人授予的异方，来医治痈疽之症。<sup>③</sup>一位来自北宋首都开封的巫医张氏，她以艾灸与针灸术闻名。<sup>④</sup> 我们可以在文人的著作和地方志中看到类似的例子。

这个时期的理学尚未像明清时期那样成为思想的主流，不只女医者常被描述为具有神力，甚至男医师也常被说是有仙人相助。北宋时期钱塘妇科的专家郭昭干，据说他之所以能成为名医，乃因有仙人赠他三朵牡丹，以及专治妇科的十三方。有了这些后来被称为“牡丹方”的药方，郭家成了专精妇科的世家。后来郭家的一位冯氏，在高祖建炎元年应召入宫治孟太后之病，并因此获封安国夫人等各种至高荣誉。<sup>⑤</sup>

除了这些受人景仰的道教女医外，我们可以见到有一些医药世家的女性开创了家族事业。如北宋金华的郭家擅长妇科，始创此家族事业的为族中王氏，她曾入宫服务内宫女性。<sup>⑥</sup> 金元交替时期，我们开始可以见到不少“女医”被富裕人家征召去治疗各种疾病。<sup>⑦</sup>

在明朝之前，开业医的训练常披上神秘面纱，他们往往因得异人授术而具名望，女医似乎也享有社会地位与游走活动的充分空间。这些来

① 《山西通志》卷 161，11114 页，北京，中华书局，1990 年影印 1892 年版。

② 参见洪迈：《夷坚志》，丁志，卷 14，1 页上～下。

③ 参见陶御风等编：《历代笔记医事别录》，136 页。

④ 参见江休复：《江邻几杂志》，见《稗海》卷 15，24 页下～25 页上，乾隆本。

⑤ 参见《浙江通志》卷 196，3 页上～下。

⑥ 参见《浙江通志》卷 197，14 页下；《兰溪县志》卷 5，1 页上。

⑦ 参见罗天益：《卫生宝鉴》卷 34，3 页下。



自平常百姓家的女医者似乎较专精手艺式的医疗技术，例如针灸、艾灸或是皮肤疾病的小手术等。然而，那些来自与皇室较有关系的大家族的女医，则完全是妇女疾病的专家。但无论是何种专家，她们都不被描述成侵入男性医者活动场域的不受欢迎者。

## 2.2 明清

这种民间女医的传统一直持续到明清时期，但如同男医师，女医的道教色彩渐淡化。民众对她们的批评也日渐激烈，明代医者萧京即认为世上有许多傻子，将他们妻妾子女的生命，交托女医手中，使得许多人受害。他认为许多男医也只是无知的江湖郎中，至于目不识丁、连把脉都不会的女医，更不在话下。萧京认为她们无所不用其极，什么肮脏的事都做得出来，所以他同意家训中不准“六婆”人家门的警告。<sup>①</sup>

尽管有数不清的类似警告，女医者仍有相当可观的市场。在最高尚的场合中，例如宫廷，女医者就像产婆和乳母一样不可或缺。在这三种任职于明宫廷的女性（三婆）中，女医者明显的是最有地位的。这些医婆在“开药方与诊脉”上相当熟练。她们先由地方政府指名，再由皇室拣选。这些中选者会将这视为一种至高的荣耀。沈榜记录了这种体系，他告诉我们，有一位年约十五六的女子，在一场医学知识的口试中应答如流。“考其医业，则应对有条，即大方脉家不过焉。盖素习以待用者，习俗然也。”<sup>②</sup>

这类难得的工作机会并不全都保留给住在京城的妇女。外省女医只要声誉显著，一样可能会征召入宫。15 世纪初叶无锡名医徐孟容的妻子陆氏，即是这样的一位女性。她于永乐中入宫服务，直到晚年才带着宫廷的馈赠衣锦还乡。<sup>③</sup>可以说，在女性有较多接受教育机会的地区，女医较能施展所长。

安徽是明中叶以降许多名医的出生地，一些医药世家的女性，也成

① 参见 Charlotte Furth, "Women as Healers in the Ming," 1995, pp. 2-3.

② Victoria Cass, "Female Healers in the Ming and the Lodge of Ritual and Ceremony," *Journal of the American Oriental Society*, 106/1, 1936, pp. 233-240; 沈榜:《宛署杂记》, 83 页。

③ 参见《无锡金匱县志》卷 26, 20 页下, 1888。

为医生。15、16 世纪的程家就是产生著名女医的家族。其中程邦贤的夫人蒋氏继丈夫成为一位知名的小儿科医师。她甚至能施行手术。她儿子程相的妻子方氏也与丈夫一样是名医，由于方氏名声，到程家看病者盈门，每年治愈者不下千人。时人评论程门医术有妇胜于夫之说。<sup>①</sup>

另外在社会地位上较低的女医，虽然没有显赫的世家背景，但是她们公开执业，也获得了些许成功。我们对她们的社会背景与她们的训练过程所知甚少，甚至连她们的名字也无从得知。幸而有男医师记录了她们的活动，我们因此对她们仍有大略的认识。

明中叶安徽名医孙一奎的医案就记录了几个女医的活动，我们可以从中略知一二。孙一奎的一位 25 岁的女病患，她在难产导致婴儿死亡后，出现了晕厥和四肢抽搐的症状。她信任一位女医，这位女医让她吃人参，以及其他用以掺入粥中的补品。然而孙一奎认为，这些补品就是患者抽搐的原因。他设法让病患吐出这些粥，以停止抽搐，但女医却持续开让她胸中积痰的补帖。据孙一奎的记载，最后他让病患进大量的山楂以清除体内壅塞，再辅予补血品，最后终于医治了病患。<sup>②</sup>

另外一个病例中，孙一奎甚至在医治一位男病患时，得与另外一位女医竞争。这名患有杨梅疮的年轻人在科举考试落榜后觉得不适。他肾脏剧痛，持续咳嗽，体重下降，不同的医生对此症状有不同的诊断。这个没耐性的人家所信任的女医（孙一奎认为这家人喜速效）给病人开玄明粉来治疗便秘，但这只加剧了他肾脏的疼痛。孙一奎一再告诉我们，他得弥补女医所犯的错误。<sup>③</sup> 另外一位他在宜兴所治疗的女病患，在她发怒时，会产生晕厥及四肢冰冷，并且在颈上会生出瘰疬。她曾服用女医所开的草药及其他“专家”所开的“毒”药而伤及脾胃。孙一奎说道，他必须开出祛风药（用以调整气血）及活血药，以调理其身体。<sup>④</sup>

孙一奎在江南行医的经验不仅透露出女医受欢迎的程度，同时也显

① 参见中国中医研究院中国医史文献研究所：《中医人物辞典》，601、72 页。

② 参见《孙文垣医案》卷 2，见《中国医学大成》，第 36 册，27~28 页。

③ 参见上书，卷 2，见《中国医学大成》，第 36 册，37~38 页。

④ 参见上书，卷 5，见《中国医学大成》，第 36 册，17 页。

示，在选择医师时，女病患与女性家族成员的影响力。在一个关于一位年长名媛的详细医案中，我们可以发现，在选医方面，不只孙一奎，而是整个家族的男性成员都必须与他们的女人争论不休。女眷偏好一位专精女科的王性医生。据特别厌恶专科医师的孙一奎的记载，这位女科医师不断地开一些“寒”药，增加了病患的痛苦。但由于这位王医生得到这个家族的女眷的完全信任，因此，这个家族的男性成员（他们支持孙一奎）为了安抚女性成员，只好敷衍王医，仍让她继续诊病，但禁止病患服她开的药。最后，据孙一奎记载，老妇服用他所开的补帖后便痊愈了。<sup>①</sup>

孙一奎的医案故事透露出，某些女医师是极具竞争力的，至少在江南地区是如此。不单是家族女眷，有时连男性成员也信任她们。可能是因为在一个家族中，选择医师的决定权通常是在女性手中的关系，尤其当病患是女人或是小孩时，因此女医的影响力益发广大。

我们继续在更通俗、更广泛的层次来看这些女医，她们施行针灸、艾灸、小型眼科或是皮肤手术，且延续了从宋以前就有的传统。<sup>②</sup> 一些将医术与巫术结合在一起的女医，有时会获得广大的社会影响。透过刑事档案数据，Paola Paderni 诉说了个巫医的故事。1729 年这位孙巫医在 34 岁时，在直隶的家乡便已远近闻名。她不仅借医术来获得声望，同时也用医术来维持她家族的家计。<sup>③</sup>

另外一位顺义本姓李的张巫医在 18 世纪末以施行神迹般的治疗而闻名。结果，甚至连官夫人们，都争相邀请她治病。仰慕她的群众后来在一间佛寺里膜拜她，把她当作菩萨一样。在 1785 年至 1786 年间，由于她吸引了大批信徒，官府深感威胁，因此下令逮捕她，并将她处死，以制止这股狂热。<sup>④</sup> 尽管少有文献记载，但是这类的女医想必遍布中国各地，并且延续至今。

① 参见《孙文垣医案》卷 4，见《中国医学大成》，第 36 册，39~41 页。

② 参见 Furth, "Women as Healers in the Ming." pp. 13 - 14.

③ 参见 Paderni, Paola, "Between Constraints and Opportunities: Widows, Witches, and Shrews in 18th-century China," in *Chinese Women in the Imperial Past: New Perspectives*, H. Zurndorfer ed., 1999.

④ 参见昭桂：《嘯亭杂录》卷 7，19 页上，见《近代中国史料丛刊》第 7 辑，第 63 册，台北，文海出版社，1967 年影印本。

理学家以及一些男医在他们著作中描述这些女医的刻板形象，并不能说明这些活跃的女医的所有种类，以及她们真正在社会上的影响力。然而，这个刻板形象创造出一种幻想，那就是所有女医应该和可以被医学正统所建立的标准所控制。

### 三、对女医的控制

一些理学家以及正统的医师们渐渐觉得，为了要保障生命，应该要有一个机制来控制 and 监督产婆及女医。当政者往往制定一些窒碍难行的官僚手段。而更有效及可行的监督机制则产生在士族中，让其女眷有正规的医学教育。

#### 1. 官僚控制

产婆及巫医们尤其受到关切。产婆们常与一些不道德的行为有所关联，如堕胎或杀婴等。同样的，这种事不只在中国发生。就算在 19 世纪后期的美国，“控制产婆似乎是解决许多社会问题的方法”<sup>①</sup>。对于像孙一奎这样的名医而言，未完整受训且缺乏经验的医生，尤其是女性医疗从业者，乃是许多不必要的死亡与痛苦的根源。相当关心这件事的晚明官员吕坤认为，在一个社群中必须更严格地控制这些人，以保障生命安全。

然而在西欧，14 世纪以后，由于男医师的专业团体的强力施压，女医生、女郎中及传统的“收生婆”都逐渐消失。<sup>②</sup> 在中国，如上文所及，中国的女医生和产婆仍然存活下来。她们的存在造成了东西方社会的差异。为了排除“异己”，欧洲男医生们有系统地建立和成功地运用特别的工具：强大的医疗专业团体、由男性主宰的大学，正统的医学因而建立、传承和强化，并与逐渐强大的中央集权化的国家相结合。相反，这些制度与工具在中国既存的社会知识结构中，是无从产生，甚至是无法想象

---

<sup>①</sup> Reagan, L. "Linking Midwives and Abortion in the Progressive Era," *Bulletin of the History of Medicine*, 69. 4, 1995, pp. 569 - 598.

<sup>②</sup> 参见 Bourdillon, H., *Women as Healers; a History of Women and Medicine*, Cambridge University Press, 1998, pp. 14 - 15.

的。对殷切的改革者而言，解决方式依然得在现存体制中探索。

到了晚明，官方的医疗机构已式微。<sup>①</sup> 吕坤抱怨道，地方的医疗组织“医学”完全失去既有功能。驻守“医学”的官僚完全不懂医药，只是整天做些无足轻重的差事。他认为，由于缺乏监督与控制，才造成了这么多招摇撞骗的江湖郎中和女医。他描述了一些当时对于女医的刻板印象：“巫妇师婆等众，专治妇人小儿，毫发不知，极蒙信任，有命者或活二三，误杀者十四五。”“女医师婆一毫不明，每向庸医买残坏丸散，更不问治何病疾，妇女小儿诸证，先寻此等之人，前掐后扒，乱灸胡针，下过药，拔火罐，打青筋，送鬼祟。至于收生不知节法，痘疹只是针挑，误生害命，其罪尤多。”<sup>②</sup> 由于这些女医如此受人信任，即便她们误诊而使病患丧命，也不承担任何后果，这点让他十分愤慨。

吕坤在他的著作《振举医学》中提出一个解决地方医疗体系缺陷的方案。<sup>③</sup> 他的改革方案主要有两部分：增加大众医疗资源，并改善医师的素质。后者包括对所有医者加强控制，尤其是对女医。首先，他建议为地方“医学”规划合理的预算（从20两至40两不等，依照行政区域的大小而定）。这个金额必须足以应付训练地方医师及购买官员所需药品的支出。其中，他最关心的是医生训练。他主张委派有名望而经验丰富的医师，来训练并监督新医师。受训者必须确实学习一至两部医学经典。他们每月都会被要求背诵其中段落，以确定进度。他们可以在确实学习至少一部医学经典之后，并在导师的监督之下，为病患进行治疗。病患需填写新手医师的医册，以示医疗的效果。这些医册每年都会被审查，治愈超过30名病患的新进医师可以获得嘉奖。

另一方面，根据吕坤的改革方案，女性医疗从业者必须受另一种监督。他认为这些女人知识能力有限，无法学习医学经典。首先，男医必须将基本的医疗方法，改写成简单的口诀，以教导他们的妻子；其次，他们也得教导妻子一些关于产科、经期规律、痘疹及治疗小儿“受惊”

① 参见 Leung, A., “Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region,” *Late Imperial China*, vol. 8, no. 1 (1987), pp. 134-166.

② 吕坤：《实政录》卷2，52页上，卷6下，27页上~28页上，见《吕子全书》。

③ 参见吕坤：《实政录》卷2，47页上~53页上，见《吕子全书》。

症状的基本知识。这些妻子们则轮流把这类基本知识教导给地方女医。若有任何女医者未接受这种正式训练便执医，则她会受到杖刑及流放，而她的丈夫也会被重惩。被禁止行医的、最缺医治能力的男女医者的名单，则公布于所有村落及远近的行政区。<sup>①</sup>

显然，吕坤将产婆及巫医归类为需要较低级的训练及监督的人。由于正统男医可能会对这些人感到不耐烦，且认为大部分的医疗知识对她们而言是不必要的，因此她们只配接受医师妻子所教导的“二手的”且简化过的医疗教学。另外，由于这些女人可能对社区带来巨大的危害，因此对于行为疏失的惩罚也特别地重，甚至会连坐到其家庭。但无论如何，吕坤的改革方案仍将女医纳入医疗体系，虽然改革并不曾落实。她们仍被视为是女人及小儿病症的专家，且只要有额外监督，她们也可以在技能及道德上有所精进。吕坤从未考虑将这些职业女性禁绝于社会。

吕坤还提出另一想法，清楚地表明将女医纳入医疗体系中，地方“医学”的官员必须“令四境行医人等，不分男妇，俱委佐贰，会同医官考试，各认方科，分为三等。上等堪以教习授读医书，中等不通文理，令记单方，下等止许熬膏卖生，不许行医”<sup>②</sup>。足见在他心目中的医疗系统中，女医是有一定角色的。

显然，吕坤比多数道学家有见识，且未被有关“三姑六婆”的论述所迷惑，承认有一类别于产婆及巫医，而属于另一范畴的、可以如同男医一样来管理的女医。但由于官方从未实行吕坤的建言，因此对医生的督导也并未落实。在这个医政散漫的时期，不但女治疗者未被禁止，还出现了一种新类型的女医，就是能以正统医学方法撰写医书的女医生，她们基本上由其家族所训练。

## 2. 家族教育

我们已谈过早期服务于宫廷中的有素养的女医，及开创医药世家的女医。但只有到了明代，才出现我们所知悉的医书女作者。很可能是由

<sup>①</sup> 参见吕坤：《实政录》卷2，52页下，卷6下，27页上~28页上，见《吕子全书》。

<sup>②</sup> 吕坤：《实政录》卷6下，28页上，见《吕子全书》。

于家族逐渐重视女性的教育及出版业的兴盛造成了这个结果，特别是在江南地区，这儿的女作家现象最为明显。<sup>①</sup>

中国女性医学作家是罕见的，在西欧 16 世纪后，也有类似的女性医书作者，当时西欧的女性医学教育乃属私领域的活动。如同近代欧洲女医师所写的著作，中国女性的医学著作亦透露出女性通常从她的母亲或祖母那里继承知识。“学习医药与治疗乃是抚育一个贵族年轻女子的过程的一部分。”<sup>②</sup> 同样地，明清中国与近代欧洲的上层社会的女性医家都不能公开地行医。

明代女医谈允贤就是这样的一个例子，费侠莉详尽地研究了谈允贤来自无锡的一个书香世家，从小就向她祖母习医。她后来为家族中厌恶由男医师治疗的女眷治病，甚受爱戴。在她 50 岁时，她叫她儿子抄写她的医学著作，并以《女医杂言》的书名出版。<sup>③</sup>

明清时期，书香世家对于女儿的医学训练，可能比我们所想的都来得要普遍，因为文学与医学训练在传统上是互不抵触的两种知识追求。所用的教学方法与吕坤建议用来训练产婆与巫医的方法类似。晚清的江南盐官谢元福于 1892 年编的《训女医学》提供给我们一个好例证。在书序中，谢元福告诉读者应该教导他们的女儿“有用的”知识。对于终将为妻母的女孩而言，医学乃是所有学问中最有用的，可以用以照顾丈夫及子女。这本书以大字抄写由名医所作简单的和有押韵的口诀，口诀的目的之一是教导基本医学原规。从这本书的构想，我们可以猜想，谢元福的女儿显然必须规律地抄写这些口诀，并将之熟记。尽管吕坤的行政改革不曾成功，但是谢元福却在士族的体系中轻易地实现了吕坤部分的理想。

因此，我们稍后才能见到较多明清女性医学作者的资料。四川的曾懿即是一个杰出的例子。她的双亲来自望族，而且她本身多才多艺，精通历史、诗词与医学。父亲死后，她开始研究娘家所藏的医书，并且凭

① 参见 Ko, D., *Teachers of the Inner Chambers*, Stanford: Stanford University Press, 1994, 第一章。

② Bourdillon, H., *Women as Healers: a History of Women and Medicine*, pp. 16 - 17.

③ 参见 Furth, "Women as Healers in the Ming," pp. 21 - 24.

着自身的努力成为这方面的专家。她所写的书当中有《医学篇》（1907）一种，在书中她表明尊崇张仲景的医学传统，以及宋金元时期的大师们。<sup>①</sup>显然，谈允贤与曾懿无疑地都致力于在医学正统中耕耘，要成为可敬的儒医主流，而且她们确是两个颇为特殊的成功例子。

吕坤与其他道学家不可能找到比谈允贤与曾懿更好的例子，来作为女医的楷模。她们是一种典型，但只能是极为少数士绅家族的产物，因为没有任何医学教学机构可以为一般的妇女提供所需的训练。<sup>②</sup>

#### 四、结论

尽管中国与西方社会对于助产妇与女医都有一些类似的偏见，前近代中国社会实际上仍提供了较大的活动空间给女医。

在12世纪之前，大众对于助产妇与女医，并没有特别的憎恶。直到12世纪之后，大众对于这些女医们的不信任，才逐渐地增强起来。批判女医者与宗教女性为“三姑六婆”的词语，乃起因于一种特别的历史发展，那就是：排斥非我族类如女医、巫医等的正统医道的形成。这个发展配合着反对女人进入公领域的理学在12世纪后的兴起。在明清时代，当理学在社会上的控制力逐渐增强，以及正统医道逐渐稳固后，反“三姑六婆”的说法在14世纪之后便愈发普及。费侠莉近来的研究清楚地描绘出此种发展。

然而，意识形态与社会现实并不吻合。女医及产婆并没有遇到太大困难，便得以继续她们治疗与助产的传统，且一直到帝国晚期。当中不少人甚至借由执业来获得名声与财富。其中最优秀的女医甚至还得到男医师们的认同。12世纪后没有具体的社会或是制度变动，足以改变她们在传统上的职业活动。宋明理学所强调的男女有别的意识形态，让社会

<sup>①</sup> 与谈允贤不同的是，曾懿活在一个政治与文化变动激烈的时代。除了《医学篇》外，她还写作了有关男女平权、提倡妇女教育等问题的著作。

<sup>②</sup> 我们在清晚期才开始见到女性在家族以外受正统的医学训练。如江苏女医马玉书（1879—？）。她启蒙自一著名产科医生，为江苏名医。她的著作结合了中西医的知识。参见《江苏女中医马玉书》，载《新华日报》，1961-08-20。这类的例子在清末民初间非常多。



对她们的服务的需求有增无减。

官员及主流医师要控制女医的意图一直未能落实，清楚地显示社会对女医与产婆的需要。对于要提高产婆及女巫医的职业水平的微弱呼吁，其实所透露的仍是她们的不可或缺和难以控制。至于有素养的、遵循正统医道的女医，则产生在理学发展的晚期，主要在士族中。然而，这些少数女儒医的影响力却受限于家族之内。到了帝国末期至近代，此种正统女医楷模的普及化终于迅速地实现了。不同类型的女性医疗者在中国社会持续活动了超过千年，对晚近的这个重要转变或许有一定的贡献。

（蒋竹山译，梁其姿校）





## 第三编

### 疾病的观念



## 第十章 疾病与方土之关系： 元至清间医界的看法\*

疾病与地域、环境的关系，是中外古今医家都注意的问题。医界对这种关系的看法一方面当然受医学知识本身发展的影响，而另一方面，也往往被非医学因素，如政治与社会的发展所左右。元以来，不但在医学传统上有重要的发展，在政治与社会方面，也进入了新的一页。医界对疾病与方土间关系的看法，起了微妙的变化。这些看法不但部分修改了原有疾病分类与治疗的原则，而且对明清之际疫疾的病因理论也产生了一定的影响。直到近代西方医药进入中国后，这些传统的看法仍然起作用，但亦不完全排斥西方的观念。而事实上近代西方预防疾病的观念，部分演变自 17、18 世纪以来的环境主义 (environmentalism)<sup>①</sup>，其中不少与明清方土观念有可比较之处，这些可比较的地方很可能为中国社会在医药卫生方面的所谓“近代化”铺了路。

有关西方近代环境主义的研究已有不少相关著作<sup>②</sup>，而在中国研究方面，地域与医疗之间的关系也是近年来一个渐受到重视的问题，但重点稍有不同。近年所见如 Marta Hanson 有关“温病”传统在 19 世纪江南地区的形成<sup>③</sup>，或 Wu Yi-Li (吴一立) 对浙江妇科在明清时期的发展史的

---

\* 本章原发表于黄克武主编：《性别与医疗——第三届国际汉学会议论文集历史组》，165~212页，台北，“中央研究院”近代史研究所，2002。

① 参见 James Riley, *The Eighteenth-century Campaign to Avoid Disease*, London: Macmillan, 1987。

② 除了上条注释所及外，其他两个较著名例子为 Andrew Wear 编之 *Medicine in Society: Historical Essays* (Cambridge University Press, 1992); Alain Corbin, *Le Miasme et La Jonquille: L'odorat et L'imaginaire Social XVIIIe et XIXe siècles* (Paris: Flammarion 1986 (1982))。

③ 参见 Marta Hanson, "The Yellow Emperor's New Clothes; Disease, Epidemiology, and the Invention of a Wouthern Medical Tradition on Wenbing in Jiangnan during the Qing dynasty," Ph. D. dissertation, University of Pennsylvania, Department of the the History and Sociology of Science, 1997。

研究等<sup>①</sup>，均是近年来美国年轻一辈学者研究的主题，并有相当不错的成果。她们分别处理了清代南方的医学理论与专科的发展，前者着重清代后期南方尤其是江南地域温病学理论的发展及地域主义对此的重要影响。在此之前，台湾与大陆医史学者亦发表了不少有关区域或省份的医史。此外，还有大陆学者传统上感兴趣的医学流派发展史<sup>②</sup>，这方面与本章的宗旨比较没有关系。而有关个别疾病与地理环境关系的历史研究亦有一定的成果<sup>③</sup>，萧璠在数年前就发表了一篇有关汉宋间南方地方病的长文。<sup>④</sup>此文利用大量史料探讨早期南方疾病的多个重要的相关问题，如医家与一般文士对地理因素的看法，特别是南方的自然与人文环境与当时南方的几种常见疾病的关系等。他往往以今人对疾病的认识来检验前人的做法而提出有意思的看法，同时他提醒我们南北环境与身体禀赋有别的概念出现甚早，虽然还没有很系统化。萧璠与 Hanson 两文的重点放在南方的疾病与医学思想的历史，与本章的旨趣比较有直接的关系，尤其在描述南北天候禀赋差别的概念上有许多大致雷同之处。这是由于这些概念出现很早也一直维持到近代。然而本章所涵盖的时间主要自元至清，目的在探讨医家对环境、方土与疾病间关系的具体看法，并集中从疾病分类、病因概念与疗法等变化来分析这个问题。我并不打算以今天的医学知识或其他标准来衡量当时南方有哪些传染疾病，亦不打算追溯清代江南温病派思想更早的渊源，而是看此时期主流医者对致病的外在环境因素的看法。他们的看法应在一定程度上影响了以后社会及个人对疾病

① Wu Yi-Li, "Transmitted Secrets: The Doctors of the Lower Yangzi Region and Popular Gynecology in Late Imperial China," Ph. D. dissertation, Yale University, Faculty of the Graduate School, 1998.

② 例如竹剑平、胡滨：《试论钱塘学派》，载《浙江中医学院学报》，1985（4）；褚谨翔：《浙江乌镇派学术源流初探》，载《中华医史杂志》第13卷，1983（3）；陈春圃：《浙江中医主要学术流派》，载《中华医史杂志》第29卷，1999（4）；黄煌、丁光迪：《江苏孟河医派的形成和发展》，载《中华医史杂志》第14卷，1984（2）；刘时觉：《明清时期徽州商业的繁荣和新安医学的崛起》，载《中华医史杂志》第17卷，1987（1）；项长生：《丹溪学术思想对新安医家的影响》，载《浙江中医杂志》第17卷，1982（9）。以上仅无数研究中的几个例子。

③ 参见范家伟：《东晋至宋代脚气病之探讨》，载《新史学》第6卷，1995（1），155～177页。

④ 参见萧璠：《汉宋间文献所见古代中国南方的地理环境与地方病及其影响》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第63本第1分，1993，67～171页。

防治的方式，这是我最终的兴趣，但当然这并非这一小文所能解决的问题。

我沿用传统“方土”一语，因为这个词比“区域”或“地域”均有更丰富的内涵，不但包括了地域之意，同时亦隐含了“地域”一词所不能表达的“环境”一意。当明清医家用“方土”一词时，应不单指特定地域，同时亦指特定或大或小的地区的自然与人文环境特性。

## 一、《内经》的术数方土观与元以后的转变

疾病之起因与疗法因地制宜的想法，早在《内经》中已形成，但正如李建民所说，这是一个模式化的术数概念，并非真正从现实经验中归纳出来的观察，“五方不应与当时中国具体范围一一对号入座”<sup>①</sup>：“一病而治各不同，皆愈，何也？岐伯对曰：地势使然也。故东方之域，天地之所始生也，鱼盐之地，海滨傍水……鱼者使人热中，盐者胜血，故其民食鱼而嗜咸，其病皆为痲疡，其治宜砭石，故砭石者，亦从东方来。西方者，金玉之域，沙石之处……其民不衣而褐荐，其民华食而脂肥，故邪不能伤其形体，其病生于内，其治宜毒药，故毒药者，亦从西方来。北方者，天地所闭藏之域也，地高陵居……其民乐野处而乳食，藏寒生满病，其治宜灸焫，故灸焫者，亦从北方来。南方者，天地所长养，阳之所盛处也，其地下，水土弱……其民嗜酸而食胍（腐），故其民皆致理而赤色，其病挛痹，其治宜微针，故九针者，亦从南方来。中央者，其地平以湿，天地所以生万物也众，其民食杂而不劳，故其病多痿厥寒热，其治宜导引按跷，故导引按跷者，亦从中央出也。”<sup>②</sup>这一段后世通称为“异法方宜论”的文字说出了古代医学思想中有关方域与疾病、疗法之间的关系。这个关系符合了当时的宇宙秩序观，其中有一定的抽象性与形式性。这个术数的宇宙秩序观的特点之一，就是各方域虽各具地势与气

<sup>①</sup> 李建民：《死生之域——周秦汉脉学之源流》，载《“中央研究院”历史语言研究所专刊》之101，2000，72页。

<sup>②</sup> 《黄帝内经·素问》卷4，异法方宜论，328页，见《丛书集成新编》，第44册，台北，新文丰图书出版公司，1985年影印1892年浙江书局刻本。

候上的特征，其民习俗各异，但是并无优劣之分，没有任何在地势、气候、习俗、疗法上优胜于别处的方域，也没有形势特别恶劣的区域。<sup>①</sup>

古代的抽象方土观一直被后世医者所引用，但是已渐从纯粹术数的概念变为从具体环境的观察所归纳出的概念。如金代的张从正说：“方，谓五方也。其用药也，各据其方。如东方濒海卤斥，而为痲疡；西方陆居华食，而多颧腮赘癭；南方瘴雾卑湿，而多痹疝；北方乳食而多藏寒满病；中州食杂，而多九疸、食癆、中满、留饮、吐酸、腹胀之病。盖中州之地，土之象也，故脾胃之病最多。其食味、居处、情性、寿夭，兼四方而有之。”从他的话可看出他对不同方土的自然与人文环境、疾病种类已有更具体的描述，而且对疗法的看法已完全不同。《内经》认为五方疗法在方式上基本各具特色，而张从正则只指出药疗一种，只是五方药物不同。“其用药也，亦杂诸方而疗之。如东方之藻带，南方之丁木，西方之姜附，北方之参苓，中州之麻黄、远志，莫不辐辏而参尚。”<sup>②</sup> 这个已大部分脱离上古术数思想的方土观，在金以后有进一步的改变。主要是将五个方域简化为两至三个。到了元明之际，南/北，或西北/东南这个二分法的方土观虽在医者间仍有一定的争议，但是已渐成为主流的看法，而且这个分法亦已脱离古代术数的模式而成为医者对实际地理环境观察的结论。<sup>③</sup> 当然，如萧璠所指出，对南方或东南方地理与人文环境的负面评估自古代已有，而且主要在非医学的文献中看到。<sup>④</sup> 在这方面，元明以来的医者无疑沿着古人的一般看法。他们的创新主要在将北/西北与

① Hanson 认为中央的导引是一种预防疾病的方式，而其他四方则以治疗方式为主，因此认为中央是较其他四方为优，参见 Hanson, “The Yellow Emperor’s New Clothes: Disease, Epidemiology, and the Invention of a Wouthern Medical Tradition on Wenbing in Jiangnan during the Qing dynasty,” p. 60。但事实上导引同样是治疗法，参见李建民：《死生之域——周秦汉脉学之源流》，179、183 页。同时，不见得当时有清楚的“预防”与“治疗”的二分式概念。

② 张从正：《儒门事亲》卷 1，七方十剂绳墨订，见《子和医集》，21 页。

③ 参见萧璠：《汉宋间文献所见古代中国南方的地理环境与地方病及其影响》，73 页引《淮南子》及《原道》等著作对西北/东南二分法的说法，这些例子仍透露出主要属术数的思想因素。

④ 萧璠《汉宋间文献所见古代中国南方的地理环境与地方病及其影响》75~87 页引《史记》、《左传》、《汉书》、《论衡》等古代文献以及隋唐以后的各种非医学文献，说明汉时一般人对南方恶劣的风土环境已有一定的看法。这些看法与术数无关，而且越到后代越为具体。但是早期这些对南方风土的看法似乎对医学知识的影响有限。



南/东南等方土环境相对比之下所发展出来的与前代不尽相同的疾病分类、病因概念与疗法。

元曾世荣（1252—1332？，今湖南衡阳人）认为“北人水气多，南人瘟疫盛，地气天时使之然也”<sup>①</sup>。危亦林（1277—1347，今江西南丰人）在《世医得效方》中也指出：“如南北风土之殊，人物厚薄之异，北方土厚水深，水性沉下，人体多实而少虚……南方属火，火性轻炎，人体多虚而少实。”<sup>②</sup> 南北人因天候地势而禀赋不一，疗法自然应有所不同，这就是元以后南北医之分的一个依据。元明间名士戴良的文集中则充分地说明了这个看法。他出生于北方，爱读医书，特别佩服河间刘完素，后来南徙江南，仍认为当地之医不如北医。江南医生朱碧山，遇戴良而知其对南医的看法时，这样告诉他：“子诚北士也，知北方之医而已矣。医固无南北之异，而习其学者，宜有以消息之，北方风气浑厚，禀赋雄壮，兼之饮食嗜好，朴厚而俭素……一有疾焉辄以苦寒疏利之齐（剂）投之，固快意而通神矣。若夫东南之民，体质柔脆，肤理疏浅。而饮食之纵，嗜好之过，举与北方之人异。顾欲以前法施之，不几于操刃而杀人乎？是故北方之治疾，宜以攻伐外邪为先。南方之治疾，宜以保养内气为本，斯意也。”这种说法即是此后南北方域相异说法的典型。后来戴良也接受了这个看法：“余虽北产而居南日久，故亦不宜从事于攻伐，盖慎之也。”<sup>③</sup> 从他与朱碧山的互动过程中可看出当时人对南北医分别的看法。戴良也为另一著名的南医项昕写传，其中透露了当时所谓南北医对峙的情形：“近世宗三家<sup>④</sup>者往往自相诋毁，而有南医北医之不同，决不肯以寒凉施之于南方，辛热施之于北方。……”<sup>⑤</sup> 此时所形成的南北医之分，与金和南宋在政治上长期的分隔与对峙，以及金元时期刘完素、张从正与李杲三位北方医家的创新传统有关。虽然到了元统一天下前后，李杲与朱

① 曾世荣：《活幼口议》卷3，议张氏方，48页。

② 危亦林：《世医得效方》卷1，20页下～21页上，见《文渊阁四库全书》子部52，第746册，台北，商务印书馆，1983。

③ 戴良：《九灵山房集》卷13，12页上～下，见《四部备要初编》。

④ 指刘完素、张从正、李杲。

⑤ 戴良：《九灵山房集》卷19，15页下，见《四部备要初编》。

震亨等医家开始采取较折中的理论与医疗法，但是所谓北医有别于南医，或北医优于南医的刻板看法已渐形成。<sup>①</sup>

这种看法虽然主要乃宋元以来医学传统发展的结果，但是当时人认为南北医的差异主要来自不同的地势、气候与禀赋。到了明中叶，吴中薛己在注释王纶的《明医杂著》时仍举“异法方宜论”概念来说明地域环境之差异，但是他的真正想法其实已离《内经》的术数观甚远，属当时主流的东南相对于西北的方土观：“异法方宜论云，东南之域，卑湿热……西北之域，高陵风寒。……”<sup>②</sup> 明清间吴中名医张璐之次子张倬，在他著名的《伤寒兼证析义》（1667）中虽然较他同时期的医家更忠实地重复《内经》的东南西北中五方观，但是他清楚地认为不同地域的元气厚薄有所不同：“东方发育之地，土膏气泽……吴越皆居东方，而江南元气最薄，病则虚热居多……江北则接壤东鲁，其间元气虚实兼半……江左地气稍厚，略觉奈病胜药……大抵东方所禀孱弱。……南方长养之地，阳盛气泄……则使人本气不坚……西方……金沙之域，地高土厚多风……其俗刚毅而不阿……关西正当北斗，地气与人才俱伟……北方闭藏之境，阴盛气沉……非若东南之元气瘠薄……燕则左河右岱，地方最厚……中央正中之位，水土平湿，万类各得其和……中央虽居平位，四维八埏之气，皆得干之……其地（楚）气浑厚，民多温饱……洛则水土平湿。……”<sup>③</sup> 换言之，他认为西方与北方的元气与人的禀赋是最好的，而东方与南方是元气最差、最弱的。这个观点符合明清大部分医者的看法。1704年的医学入门书《医学阶梯》中有关“方土不同”的讨论也同样地以东南相比于西北，反映了17、18世纪时期普遍的看法：“善疗疾病者，必先别方土，方土分别远迩高卑，而疾之盛衰人之强弱因之矣。盖方有方隅，地有地道，一方有一方气候，南北有南北风土，是方分远近，地别高下，则知东南之卑湿，西北之高燥，所谓天不足西北，地不

① 有关此问题的讨论，请参考本书第一章。

② 王纶撰、薛己注：《明医杂著》卷1，3页，北京，人民卫生出版社，1995年据明嘉靖（1549）刻本为底本点校。

③ 张倬：《伤寒兼证析义》，见《中国医学大成》，第3册，327～329页，长沙，岳麓书社1990。

满东南，固以东南方有东南之弱，西北方有西北方之强也。”<sup>①</sup> 换言之，到了18世纪初，许多医学刚入门的人都被授予这个以西北相对于东南的方土观。

再者，元以后医者亦多指出不但地域在地势与气候上有优劣之分，地方人的习性也各有不同，因此体质上也有强弱之分，西北人之强相对着东南人之弱。<sup>②</sup> 萧璠一文已指出这个概念早在汉宋间已有模糊的轮廓，元明之际的医者与儒者则提出了更系统的看法，并指出南北的生活习俗、气候、禀赋对体质的相对强弱有关。如危亦林认为：“关中土地，俗好俭嗇，厨膳肴馐不过菹酱而已，其人少病而寿。江南岭表，其处饶足，海陆鲑肴，无所不备，土俗多疾，而人早夭。”<sup>③</sup> 换言之，医者认为南方富饶的生活令人多疾而短寿，北方朴素简单的习俗则令人健康。到了明中叶，这个看法已相当固定，16世纪姑苏人俞弁也重复了上述朱碧山对南北地域差别的看法：“盖北方风气浑厚，禀赋雄壮……若夫东南之人，体质柔脆，腠理不密，而饮食色欲之过侈，与西北之人迥异。”<sup>④</sup> 清初的陈治（？—1697，今江苏娄县人）与一般明清医家的看法较有出入，他在其著作《证治大还》中则认为北方人饮食肥腻浓郁，所以较强壮，仍采用《内经》中对西方人的描写：“地有南炎北朔之迥别，北方地土敦厚，饮食膏粱，肥腻浓郁，肌肤腠密，精血强壮，染病不易。”但对南方人在体质上、精神上的薄弱，看法则没有太大的不同：“南方卑湿，人民柔弱，饮食甘鲜，精神淡薄，肌肤疏脆，感染易入。”<sup>⑤</sup> 换言之，尽管明清医者

① 张彛：《医学阶梯》卷2，方土不同论。事实上这段话亦包含了术数观，如“天不足西北，地不满东南”，但作者不一定意识到此层意义。

② Marta Hanson 曾就清末医家对人体禀赋北强南弱这个概念撰写一文，“Robust Northerners and Delicate Southerners: The 19th-century Invention of a Southern Medical Tradition,” *Positions*, 6: 3 (1998), pp. 515-550. Hanson 认为这是清代江南医家从张机的《伤寒论》传统脱离出来建立温病传统的结果，并且与清末地方主义有关。从萧璠的研究看来，事实上这个概念出现甚早，只是仍尚未发展得很系统。

③ 危亦林：《世医得效方》卷20，5页上，见《文渊阁四库全书》子部52，第746册。

④ 俞弁：《续医说》（1522）卷4，权变处治，1页下，见《中国医学大成三编》，第12册，长沙，岳麓书社，1994年按上海明文书局宣统三年铅印本影印。

⑤ 陈治：《医学近编》卷3，两粤瘴疠论，1页上，见陈治辑：《证治大还》（国家图书馆分馆藏康熙贞白堂剧本），收入《四库全书存目丛书》子部49。

对南北人体质强弱有别的解释稍有不同，但是对这个分别本身没有怀疑。薛己之言可以作为代表，他认为东南之人“腠理疏通，汗液妄泄，阳气内虚”，而西北之人“腠理致密，汗液内固，阳气充实……”<sup>①</sup>。

简而言之，元以来的医者认为西北人腠理密，禀赋雄厚，因此较不易因外来的因素而染病；而东南方人腠理疏，禀赋脆弱，容易受外淫之侵入，寿命也较短。医家认为强弱之分主要有自然与人文两方面的环境因素：地势、气候以至于元气不同是自然的因素，加上人为的侈俭不一的习性、饮食习惯不同，决定了南北两类强弱不同的体质。而其中对东南方人性格上、习性上的批评特别明显。这些看法，似乎是元以来医家所深信不疑的，就算他们大部分是南方人。

## 二、方土、疾病与疗法

### 1. 方土观与疾病类别

既然天然条件不同，体质禀赋各异，南北两方的人常得的疾病的原因、种类等也自然地被认为有基本上的分别。而不同方土的疾病不再是在《内经》中的粗略分类，也不同于金代张从正的方土疾病观，而是将南北两个地域的得病形态作“二分法”，这个分类方式大致上也是在金元以后慢慢地、系统地发展出来的。诸如康熙时人陈治所持的说法：“独是地有南北，人有强弱，江左以南，四时猝然感冒恒多，真正伤寒殊少”<sup>②</sup>，在明清时代相当普遍。这种“南北二分”的看法在此时期往往成为解释多种疾病的基础，本节要说明的就是这一点。

在诸多古老的病类中一些渐被认为有明显南北之别：真中风/类中风、脚气等是具代表性的例子。另外还有部分古老的疾病渐被认定为只有南方才有的“风土病”，如疠疾。一些“新病”也被认为是来自南方卑湿的水土，如痧症、广疮等。换言之，西北之相对于东南的这个方土观是元以后疾病分类变化的一个重要因素。此节所举不过是众多例子中几

① 王纶撰、薛己注：《明医杂著》卷1，3页。

② 陈治：《陈氏伤寒经》（1697年序），后集，卷1，1页下，见陈治辑：《证治大还》。

个较具特色者而已。

### 1.1 真中风/类中风

将中风分为真中风与类中风的这个分类法，一般认为亦是从元代开始，而在明清成为医界共识。<sup>①</sup> 刘完素与李杲等金代医家部分修正了传统中风为纯粹外中风邪的看法，而元代朱震亨则更进一步地指出中风还有南北地域之别。朱震亨说：“案《内经》以下，皆谓外中风邪，然地有南北之殊，不可一途而论。……由今言之，西北二方，亦有真为风所中者，但极少尔。东南之人，多是湿土生痰，痰生热，热生风也。”<sup>②</sup> 稍后曾从学于朱震亨的元明间人王履（1332—1391，今江苏昆山人）就更明白提出类中风这个概念：“……因于风者，真中风也，因于火、因于气、因于湿者，类中风而非中风也，三子（指刘、李、朱三人）所论者，自是因火、因气、因湿而为暴病暴死之证，与风何相干哉。”同时进一步阐释朱震亨的看法：“彦修曰：西北气寒，为风所中，诚有之矣，东南气温而地多湿，有风病者，非风也。”<sup>③</sup> 这个概念主要是丹溪门下所传达的。除王履外，丹溪的另一弟子刘叔渊的儿子刘纯，也借着编辑徐彦纯（？—1384，今浙江山阴人，亦为丹溪弟子）之遗作而成《玉机微义》（1396）一书时，强调丹溪与王履认为东南方人之中风其实多为类中风的说法：“殊不知因于风者，真中风也，因火、因气、因于湿者，类中风而非中风也……斯辨诸子所论名实相紊而不明真类中风之异，可谓精切，又何疑丹溪东南无中风之语哉？”<sup>④</sup>

这个看法到了明清时多被江南的医者奉为真理，其中如明末缪希雍（1566—1627，今江苏常熟人）、李中梓、张璐等最明显。缪希雍进一步发挥真中风与类中风的基本分别，特别强调丹溪曾提到的地域差别，并

① 有关类中风概念的发展史，最近学者郭蓉娟有专文讨论：《类中风概念演变史》，载《中华医史杂志》第29卷，1999（4），200~202页。

② 朱震亨：《丹溪心法》卷1，中风，见《丹溪医集》，147页，北京，人民卫生出版社，1993。

③ 王履：《医经溯洄集》，中风辨，33页，见《丛书集成新编》，第45册。

④ 刘纯编：《玉机微义》（1396），1703年长渊沈延颺序本。刘引丹溪与王履说以发挥徐彦纯之中风说。徐原强调刘元素之“风本于热论”，而刘则续添“内因似中风论”，并大篇幅引用上述王履之类中风说。见《玉机微义》卷1，4页上、9页上~10页下。

且还扩大其方土上的解释：“若夫大江已南之东西两浙、七闽、百粤、两川、滇南、鬼方、荆、扬、梁三州之域，天地之风气既殊，人之所禀亦异，其地绝无刚猛之风，而多湿热之气，质多柔脆，往往多热多痰，真阳既亏，内热弥甚……热极生风，亦致猝然僵仆，类中风证……设若误用治真中风药……则轻变为重，重则必死。”<sup>①</sup>稍后李中梓指出：“类中风者，有类乎中风，实非中风也，或以风为他证，或以他证为风，投治混淆，伤生必矣，兹以相类之证八种。”遂举出火中、虚中、湿中、寒中、暑中、气中、食中、恶中八种类中风症，其中“湿中”是直接引用丹溪的地域说：“丹溪曰：东南之人，多由湿土生痰，痰生热，热生风，清燥汤主之。……外中湿者，或山岚瘴气，或天雨湿蒸，或远行涉水，或久卧湿地，则湿从外中矣。”<sup>②</sup>这两位医者一以北方特别刚猛之风作为真中风的主因，一以南方独特的湿热天候作为类中风的外因，两种解释都同样地出自将西北与东南对立起来的方土观。

到了清初集大成的张璐，对这个西北相对于东南的“中风论”认定就更明确了，他在引用了缪仲淳、张景岳等明代医家对此分类的看法后，下评语说：“如西北为真中风，东南为类中风，又为诸病开一辨别方宜大纲……当知西北为真中风一语，原是因东南水土孱弱，虽有卒到昏迷，皆是元气疏豁，为虚风所袭，不可峻用祛风猛剂而设。其西北为真中风一语，原是对待东南类中风而言……所以西北中风，较之东南倍剧也。”<sup>③</sup>同时张璐除了认为天候是南北有别的重要因素外，还指出南北人的烹煮材料不同亦是关键：“西北之人，恒食煤火……真火过极……是以西北之人，患中风者多，虚羸者少……东南之人，惟食薪火，薪禀火土之慄悍，得水即灭……是以东南之人，患中风者少，虚羸者多。……”<sup>④</sup>越后期的医家，越是倾向将西北与东南方的环境、风土之不同相对起来，以便把患疾的原因与类型一分为二地对立起来。

① 缪希雍：《神农本草经疏》卷1，16页，天启乙丑缪希雍序于吴江，见《吴中医集》，南京，江苏科学技术出版社，1993。

② 李中梓：《医宗必读》卷6，322、324页，北京，人民卫生出版社，1995。

③ 张璐：《张氏医通》卷1，15~16页。

④ 同上书，卷2，79~80页。

虽然不见得所有明清医家都同样接受这种以区域来分辨真/类中风的想法<sup>①</sup>，亦有清代医家将中风分为“内风”、“外风”两种，而不以地域分别之<sup>②</sup>，但是中风之疾南北有所不同的这个看法无疑已成为明以后严肃的医家讨论中风症时不能逃避的重点。

## 1.2 南/北脚气

元以后另一类被认为有南北之分的疾病就是脚气。古医书所云之脚气，并非完全符合今天西医所谓的脚气病类，但其中若干分类的脚气病症与西医所指的脚气相同。脚气是一个很早就被医家讨论的疾病，范家伟对此曾作过研究。<sup>③</sup>他认为至少从隋代巢元方开始，脚气即被认为是遥远的岭南地区所独有的病：“江东岭南，土地卑下，风湿之气，易伤于人。初得此病，多从下上，所以脚先屈弱……以其病从脚起，故名脚气。”<sup>④</sup>到了宋代，医者认为脚气已不再是南方才有的疾病，范家伟指出北宋人董汲的《脚气治法总要》的序言中即说：“自本朝开壤最远，一统天下，属以承平日久，故食物无南北之异，道途无久远之期，或因宦游、或自客泛，故布地感此者，近日为多。”因此认为政治、制度上的统一，生活文化上从南而北的进一步融合，与相继而来的经济发展使得脚气病不再局限于偏南地域，而遍布天下。<sup>⑤</sup>此病是否真的在北宋时已遍天下，没有地域上的差别，可能仍需要进一步的求证。但有趣的是，在脚气病被视为日渐普及之后，很快即产生了有南北两种脚气之分的看法。

脚气有南北之分这个看法趋于成熟的时代，如真/类中风分类法一样，仍然是在南北对峙后期的金元之际。最具代表性的说法来自金代的

① 郭蓉娟在其文中即指出一些持不同意见的医家，如虞抟、王纶等。参见《类中风概念演变史》，载《中华医史杂志》第29卷，1999（4），201页。

② 如清代广东医家何梦瑶（1693—1764）在其书《医碥》（卷1，90～91页，北京，人民卫生出版社，1994）中即作这个结论。

③ 有关早期脚气病的讨论，请参见范家伟：《从脚气病论魏晋南北朝时期印度医学之传入》，载《中华医史杂志》第25卷，1995（4），299～232页；范家伟：《东晋至宋代脚气病之探讨》，载《新史学》第6卷，1995（1），155～175页。

④ 范家伟：《东晋至宋代脚气病之探讨》，载《新史学》第6卷，1995（1），157页。

⑤ 参见上文，167页。

李杲。他在讨论脚气病时说：“夫脚气之疾，实水湿之所为也。盖湿之害人皮肉筋脉，而属于下。然亦有二焉，一则自外而感，一则自内而致，其治法，自应不同。南方之疾，自外得之。北方之疾，自内而致者也。”<sup>①</sup>意思是北方人腠理密，外来致病因素不易侵入体内，得脚气是由于常吃乳饮酒，脾胃不支的内因，与南方人因腠理疏，所居处地卑水寒，受外来之湿寒而致疾有基本上的不同。这个看法在上述明初刘纯所编辑徐彦纯原著之《玉机微义》中得到进一步的发挥。此书在谈到脚气一疾时，分别以“辨南方脚气所得之由”与“辨北方脚气所得之由”两节来说明两种脚气疾形成的不同原因，同时作这样的解释：“南方之疾，自外而感者也，北方之疾，自内而致者也。其自外而入者，止于下胫肿而痛，自内而致者，乃或至于手节也……其自外者也，所治之法前人方论备矣。自内而致者，治法则未有也。”基本上确认南方脚气是由于外在水湿之气，并且以影响下肢为主，而北方脚气则由于脾之湿气下乘加以房事不节等内因，而主要影响上肢。<sup>②</sup>而北方之“内而致”的、影响手节的脚气病犹如新病，尚未有固定的治法。换言之，这是南北方土有别这个观念强化之后所产生的疾病“新类别”。

这种脚气疾之南北分类法，渐被一些医家发挥为或湿或干、或有肿或不肿的脚气病分类。<sup>③</sup>但南北之分一直到明清之际仍然为医家所接受的原则，集大成者如张璐即重复前人所言：“按东垣云，脚气实由水湿，然有二焉。南方卑湿，清湿袭虚，则病起于下，此是外感。北方常食膾乳，又饮酒太过，脾胃有伤，不能运化，水湿下流，此因内而至外者也。……南方多见两足粗大，与疾偕老者。”<sup>④</sup>这套解释强调体壮的西北方人得病主要来自内因，而体虚的东南方人易因外感而染病。

① 李杲：《医学发明》，见《东垣医集》，305页。同书在该处有注，引《经验秘方》、《证治准绳·杂病》所转载《发明》对这一段的发挥：“脚气之称，自晋苏敬始，而关中、河朔无有也。惟南方地下水寒，其清湿之气中于人，而必自足始。经曰：‘清湿袭虚，则病起于下。’或曰：‘今兹北方，其地则风土高寒，其人腠理致密，而复多此疾，是岂有地湿之气，感而为之耶？’曰：‘是不知南方之病，自外得之，北方之病，自内得之也。’”

② 参见刘纯编：《玉机微义》卷23，脚气门，1页上～3页下。

③ 参见范家伟：《东晋至宋代脚气之探讨》，164页。

④ 张璐：《张氏医通》卷6，279页。



### 1.3 疔、沙证、杨梅疮

此外，旧病如疔疾，后又称为“大麻风”的疾病亦在元代以后渐被认为是主要发生在南方的风土病。16世纪的薛己即认为疔疾：“湿热相火，血随火化而致，故淮阳岭南闽间多患之。”<sup>①</sup> 有关对疔疾流行的地区概念的转变，在两年前的拙作中已提及，不再详述，可以再一提的是，盛清时代，医界主流的看法认为疔疾是主要发生在两粤的疾病。陈士铎在其《石室秘录》（约1689年初刊）中说：“瘴疔者，乃两粤之气郁蒸而变之者也。其气皆热而非寒……盖大麻风纯是热毒之气，裹于皮肤之间。”代表正统医学的《医宗金鉴》明言麻风病“一因风土所生，中国少有此证，惟烟瘴地面多有之”<sup>②</sup>。正式将这个事实上自古以来发生在南北各地的疾病归类为南方的风土病，理论的依据主要是南方湿热的气候与卑下的地势。这个在疾病地理知识上的误差，正反映了此时医界相当牢固的方土观。

除了旧病被重新界定为地方风土病，或因方土观的影响而病有南/北之分类外，南宋以后一些医家认为是新的疾病，亦多被视为是特别风土环境之下的新事物，而东南方或南方的风土被认为最容易产生新疾病，虽然自古以来南方水土恶劣已成定见，但系统地以南方水土解释个别新病的做法，是宋以来医家的特色。沙证就是其中此类新病之一。最早提及此病的是叶大廉与张杲，张杲在1189年初刊的《医说》中引用与他同时的叶大廉《叶氏录验方》（1186年初刊）：“沙病，江南旧无，今东西皆有之，原其证，医家不载，大凡才觉寒栗似伤寒，而状似疟，但觉头痛，浑身壮热，手足厥冷。”<sup>③</sup> 元代的危亦林基本上重抄此段，而称之为“沙证”。不过他对此症的观察，加上了“头痛呕恶”、“手足指末微厥，或腹痛闷乱，须臾能杀人”几个症状。另一类经他考证为“干霍乱”俗称为“搅肠沙”之症，“亦由山岚瘴气，或因饥饱失时，阴阳暴乱而致”<sup>④</sup>。干

① 薛己：《疔疡机要》卷上，7页，见《薛氏医案选》，上册，北京，人民卫生出版社，1986（1983）。

② 梁其姿：《中国麻风病概念演变的历史》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第70本第2分，1999，429页。

③ 张杲：《医说》（《四库全书》本）卷3，31页下～32页上，见《中国医学大成三编》，第12册。

④ 危亦林：《世医得效方》卷2，沙证，39页上～下，见《文渊阁四库全书》子部52，第746册。

霍乱一病名，早在《诸病源候论》（610）中出现，危亦林显然认为当时流行江南的“沙证”是有别于旧症“干霍乱”的新症。张杲与危亦林有关沙证的描写，在明清时代即一再被医家重抄。李时珍亦大致上重复了有关江南沙证的病症：“江南有沙证，状如伤寒，头痛壮热呕恶。手足指末微厥，或腹痛闷乱，须臾杀人。”<sup>①</sup>事实上重复了危亦林的说法。甚至对叶桂影响甚深的明末张鹤腾（？—1635，今安徽阜阳人）仍沿此说，以“俗名发痧之证”<sup>②</sup>为新病。要到康熙时代的郭右陶（浙江嘉兴人）始将他认为该归类为“痧胀”症的各种病再细分讨论，他自述“旅食江淮，浪游吴越，所在时行痧胀，被祸不少”。而此症主要症状仍不脱作闷、吐泻、头痛、腹痛等。他所作的《痧胀玉衡》（1678自序）该是最早以痧症为专书的医书。<sup>③</sup>换言之，这种须臾能杀人，有寒栗、头痛、腹痛、呕吐等病症的急性病，有别于古代的干湿霍乱，被医家认为是江南地域自南宋以来的新风土病，到清代始由江南的医者撰专书讨论。

另一个更新的病就是杨梅疮，或广疮。从文献看来此疾应是16世纪初以后才在中国出现。现代中国医史学者多认为这个今天称为梅毒的性病是由明后期到中国旅行或经商的欧洲人从美洲传入的。<sup>④</sup>不过，明代的医家对这个“新病”的出现有另一套基于方土观的解释。正德时吴中医者俞弁指出：“弘治末年，民间患恶疮，自广东人始。吴人不识，呼为广疮。又以其形似，谓之杨梅疮。”<sup>⑤</sup>俞弁对此病并没有具体的解释，数十年后撰写《本草纲目》的李时珍对此疾的发生已有解释：“杨梅疮，古方不载，亦无病者，近时起于岭表，传及四方，盖岭表风土卑炎，岚瘴熏蒸，饮啖辛热，男女淫猥，湿热之邪，积蓄既深，发为毒疮，遂致互相

① 李时珍：《本草纲目》卷39，21页。

② 张鹤腾：《增订叶评伤暑全书》，见《中国医学大成三编》，第3册，437页。

③ 参见郭右陶：《痧胀玉衡》，自序，见《中国医学大成三编》，第3册，1098页。

④ 范行准即持此看法，参考其《中国医学史略》，249页。但西方医史学者对梅毒在欧洲出现的时代有不同的看法。其中有学者认为一种严重性较低的梅毒早在16世纪以前就在欧洲流行，所以严格而言，此疾并非源自美洲大陆的“新症”。参见A. W. Crosby，“The Early History of Syphilis: a Reappraisal,” *American Anthropologist*, 71.2 (1969), pp. 218-227.

⑤ 俞弁：《续医说》卷10，葶藶，7页下，见《中国医学大成三编》，第12册。

传染，自南而北，遍及海宇，然皆淫邪之人病之。”<sup>①</sup> 换言之，他用岭南地区卑湿炎热之特性，加上他相信的土人淫邪的习性来解释这个新病的出现。到了明末，医家对此病的观察足够成专书，1632年陈司成著《霉疮秘录》（1632），开宗明义就对此疾在岭南地区的出现作了更详细的解释，认为岭表之地除了湿热卑下外，土地里还积存了大量污秽之物：“更逢客火交煎、重虚之人，即冒此疾。故始谓之阳霉疮。”<sup>②</sup> 李时珍与陈司成的解释均充分地反映了明代医界对南方风土环境与疾病关系的看法。

基本上上述疾病的新分类，主要是基于对西北相对于东南方土的了解。因南北方土不同的概念而新分类出来的疾病，或重新被界定为风土病的旧病，或被认定为新的风土病，在元以后的例子非常多。以上所述，只是几个较具特色的例子，本章所不及述的相信更多。<sup>③</sup> 然而，医者如何将方土与病因具体地连接起来是另一有趣的问题。究竟所谓南方环境中哪些具体因素是致病因素？或者说，如何在医理上定义南方方土的特色？笔者认为元以来的医者特别强调几个致病的因素：湿与土气的关系、杂气、污秽之气等。

## 2. 致病的环境因素：湿、杂气、污秽之气等观念

自古被认为对身体最有害的南方环境因素是“湿气”。萧璠已指出，古人一直认为西北方的水深土厚，对健康较为有利，“居者无疾”。而江南的土薄水浅则被认为不利健康：“江南卑湿，丈夫早夭。”至于岭南这个湿热卑下之域，则更被认为是各种恶疾最易发生之环境。宋代人就认为旅居岭南之人：“腑脏日与恶劣水土接，毒气浸淫，终当有疾。”<sup>④</sup> 元以

① 李时珍：《本草纲目》，草部，卷18，附录：土茯苓，36页。

② 陈司成：《霉疮秘录》，10页，北京，学苑出版社，1994年按光绪乙酉年镌刻本。

③ 如目疾，元代孙允贤认为：“北方之人，患眼最多，皆是日冒风沙，夜卧热坑，二气交蒸使然，治之多用凉药，北方禀受与南方不同故也。”（孙允贤：《南北经验医方大成》，394页，见《四库全书存目丛书》子部41）又如疟疾，清代韩善征认为：“东垣丹溪谓吴楚闽广之人，患疟至多，阳气素盛之，其地卑湿……王肯堂云，南人不以北疟为意，北人则畏之，北人而在南方发者，尤畏之，以此见治者，当知方土之宜也。”（韩善征：《疟疾论》，光绪二十三年自序，见《中国医学大成三编》，第3册，811页）

④ 萧璠：《汉宋间文献所见古代中国南方的地理环境与地方病及其影响》，118页引周去非语。萧文对古代至宋人的南北方土观有详细的描述，参见该书75~76、80页。

后医家进一步探讨作为致疾因素的“卑湿”，使其内容更丰富。其中最被强调而以前医者鲜有提及的就是“湿”与土气之间的微妙与紧密的关系。

## 2.1 湿与土气

南宋后期，南方医家对作为外在病因的“中湿”的讨论，已多与土气或地气关联起来。杨士瀛在《仁斋直指方》（1264年自序）中这样描写湿：“天气下降，地气上腾，二气熏蒸，此即湿也。”雨后因太阳蒸发而成湿气，此乃典型南方的气候。同时代的医家如严用和、陈自明等则以“山泽蒸气”来描写中湿的条件。<sup>①</sup>显然，南宋的医家以南方的生态与气候来思考“中湿”这个病因。到了金元，主要医家对湿的解释更简单而直接地与土气相关连，并且给予更重要的病因上的意义。刘完素说：“湿本土气。”<sup>②</sup>朱震亨则以“湿者，土浊之气”来解释《内经》里“因于湿，首如裹”等几句，并且从此点进一步发挥：“六气之中，湿热为病，十居八九。”<sup>③</sup>金元医家将湿与土气关联起来，为后来明清医家对湿热与风土病的讨论定下了基调。清初的张璐因而说：“昔人有云湿热一证，古所未详，至丹溪始大发其奥，故后世得以宗之。”<sup>④</sup>而明清以来南方医家的确在“湿热”证上有新的发挥。特别是将湿与土气、地气联系起来，作为一种主要的外在致病因素，是强调了本地环境的影响，并且与北方型的内在的、与环境无关的“中湿”区别开来。

金元以后，医家大致上认为南方人中湿多是外因，因湿气来自外在卑湿的土地，加上南人腠理虚疏，湿气更易入侵。而北方因湿气不重，北人腠理密，湿气不入，中湿之症多来自内因，即饮食习惯所引致的消化不良。对诸如脚气、疝、痹等疾病，医家均作类似的解释。戴元礼所记录朱震亨所言即很明白：“湿有自外入者，有自内出者，必审其方土致病

① 参见《医方类聚》，第1册，诸湿门，711~713页，北京，人民卫生出版社，1981。

② 《医方类聚》，第1册，714页引《宣明论》。

③ 朱震亨：《格致余论》，生气通天论病因章句辩，见《丹溪医集》，26页。

④ 张璐：《张氏医通》，诸伤门·湿，42页。张璐随后又说：“殊不知其悉从东垣痹证诸方悟出，然其所论，皆治标之法，绝无治本之方。”丹溪是否确从李杲处悟出此理，事实上并不太明显。

源。东南地下，多阴雨地湿，凡受必从外人，多自下起。”<sup>①</sup> 南方卑湿是南方人得病的主要来由，从土地产生的湿更是最危险，这成为明清医界的共识，并在此基础上对疫病的新看法有了新的发展。

明末清初的慈溪人柯琴即强调“湿病多得之地气，燥病多得之内因……地之湿气，感则害人皮肉筋骨……《内经》曰阳受风气，阴受湿气……当知痹与痿皆由湿变，夫同一湿也”<sup>②</sup>。湿与地气间的密切关系一再被重复。同时医家认为伤湿在东南方土随时发生，不限于季节，比柯琴稍早的吴有性认为：“西北高厚之地，风高气燥，湿证希有，南方卑湿之地，更遇久雨淋漓，时有感湿者，天气或时久雨，或时亢旱，盖非时令所拘，故伤湿之证，随时有之，不待交秋而后能也。”吴有性以此来反驳明初陶华（余杭人）之认为湿乃秋季之症，并点出陶氏之误乃来自他忽略了地域环境的重要性。<sup>③</sup> 换言之，医家已普遍认为居东南方之人经常因伤湿而患病。<sup>④</sup> 清中的唐大烈更进一步地认为：“土疫即湿疫，今所谓湿温之类是也。”<sup>⑤</sup> 江南医家自元以来即将湿气紧紧与土气联系起来，并且认为除了在高燥的西北与北方之外，湿是六淫中最威胁人体的外邪，而且其威力无时不在，严重时形成“土疫”或“湿疫”。事实上，这个看法在明清之际渐成体系。到了清末，甚至受了西方医学影响的中医家仍以“鼠穴于土中，受地气独早也”来解释蹂躏中国西南至东北的鼠疫<sup>⑥</sup>，可看出南方有害之土气这个概念之深入人心。换言之，自元以来，医家心目中致病之湿气不单是天地之间之湿气，而更是出发自一方土地之湿气，尤其在南方环境中，这个致病外因被认为是为害最大的。

① 朱震亨撰、戴元礼补校：《金匱勾玄》卷1，湿，见《丹溪医集》，88页。

② 柯琴：《伤寒论翼》（1674年初刊），见《中国医学大成三编》，第3册，267页。

③ 参见吴有性撰、郑重光补注、乔国楨校梓：《温疫论补注》卷69，诸家温疫正误，台北，新文丰图书出版公司，1985年影印光绪乙未年扬州文富堂藏版。陶华在《伤寒证脉药截江网》中曾指出：“疫病者乃春分至秋分前，天有暴寒，皆为时行之寒疫也。又有四时之正气者……然正气亦能为病……秋伤于湿。……”（见《丛书集成新编》，第45册，709页）

④ 参见叶桂：《续刻临证指南温热论》卷1，温热论，2页下，1829。

⑤ 《吴医汇讲》卷9，申明三年中气候相乘化疫之说，17页下，1814年重刊本。

⑥ 参见余伯陶：《鼠疫抉微》（1910），见《中国医学大成三编》，第3册，951页。

## 2.2 杂气

另一种与土气相关联的致病因素是杂气。而杂气这个概念，众所周知是在明末吴有性著名的《温疫论》（1642年初刊）中被提出来的，以解释当时流行的疫灾。“杂气”概念与“湿”一样，与方土的关系至为密切。吴有性说：“所谓杂气者，虽曰天地之气，实由方土之气也。盖其气从地而起，有是气则有是病。”如湿气一样，吴认为“杂气”是具体地从土地而起的，而非广泛的“天地之气”，因此无可避免地与一方环境有关。同时，杂气是疫疾的主要原因：“众人有触之者，各随其气而为诸病焉。”他又指出“疫气”是“杂气中之一，但有甚于他气，故为病颇重，因名之疠气”。虽然吴有性在该书自序中开宗明义地指出杂气非六气：“夫温疫之为病，非风、非寒、非暑、非湿。乃天地间别有一种异气所感。”而且杂气“更多于六气，六气有限，现在可测，杂气无穷，茫然不可测”<sup>①</sup>，但是由于这种不可测的“异气”是从地而起的方土之气，与地方的环境关系密不可分。在“卑湿”之东南方必然与“湿”与“热”有极其密切、微妙的关系。吴的看法事实上仍沿自朱震亨的传统。

除了金元的医学正统外，另一影响吴有性作“杂气论”的是《岭南卫生方》，此书成于元代，辑录了宋元时期相关的医著。书中引《李待制瘴症论》：“岭南既炎方，而又濒海，地卑而土薄，炎方土薄，故阳燥之气常泄，濒海地卑，故阴湿之气常盛，而二者相薄……人居其间，类多中湿……人之一气与天地通……使人本气不坚，阳不下降，常浮而上。……”同一书引《指要方续论》谓：“人在气中，如鱼在水，气候乖戾，病何逃焉？”<sup>②</sup> 吴有性在谈论杂气时即首先以岭南的瘴气为例：“至于山岚瘴气，岭南毒雾，咸得地之浊气，犹可以察，惟天地之杂气，种种不一。……”这种杂气“在岁运有多少，在方隅有轻重，在四时有盛衰，此气之来，无老少强弱，触之者即病，邪自口鼻而入，则其所客，内不

<sup>①</sup> 吴有性撰、郑重光补注、乔国桢校梓：《温疫论补注》卷下，论气所伤不同，43页，杂气论，42页；卷上，原病，9页，原序，1页。

<sup>②</sup> 《岭南卫生方》卷上，李待制瘴症论，1页下，指要方续论，13页下，北京，中医古籍出版社，1983年影印日本1841年覆刻本。

在藏府，外不在经络，舍于伏膂之内”。“然此气无象可见，况无声无臭，何能得睹得闻，人恶得而知是气也，其来无时，其着无方，众人触之者，各随其气而为诸病焉……此时行疫气，即杂气所钟。”<sup>①</sup>这段话，就如《指要方续论》数句的注脚。吴有性还进一步指出：“戾气者非寒非暑，非暖非凉，亦非四时交错之气，乃天地别有一种戾气，多见于兵荒之岁，间岁亦有之，但不甚耳。……”<sup>②</sup>

吴有性杂气说一出，后世医家据此更有发挥。嘉庆间新安医程杏轩提出：“疫病是天地不正之异气，四时皆有，能传染于人，以气感召，从口鼻而入，不比风寒乃天地之正气，从皮毛而入，不传染于人者也。”<sup>③</sup>清楚地将能传染人与不能传染人的“气”分“异气”与“正气”两种。清代吴中人陈元益则认为“痧疹今昔不同，治法亦异”，理由是“迩年来种痘盛行，胎毒未得尽泄，借此痧症以泄其毒者有之，抑或近来时厉之气甚于昔日以致症之险重者有之”<sup>④</sup>。即认为“疠气”随着时间而变得更有杀伤力，而他似乎暗示原因之一是宣泄不尽的胎毒产生了污染的作用。<sup>⑤</sup>事实上无论吴有性，或以后受他影响而对杂气有所评论的医者，对“杂气”这概念，始终没有很清楚准确的定义。医者似乎知道“杂气”是不能指涉的（非六气之一），但杂气到底具体是什么，却没有清楚的说法，因为既有的医论不能提供任何相关的依据。然而这“杂气”，清楚地是从土浊之气、方土之气这个概念发展而来，换言之，就是一方环境所产生的致病因素。对赞同杂气说的南方医者而言，杂气与东南、岭南地域湿热之土气息息息相关，即不言而喻。然而与杂气关系更为直接的，应该是秽浊之气。

① 吴有性撰、郑重光补注、乔国桢校梓：《温疫论补注》卷下，杂气论，42页；上卷，原病，9页。

② 同上书，卷下，伤寒例正误，64页。

③ 程杏轩：《医述》（1829年初刊），337页引《会心录》，合肥，安徽科学技术出版社，1983。

④ 《吴医汇讲》卷8，14页下。

⑤ 清代种人痘渐流行，特别在江南地区。因此陈元益所指的“胎毒”问题应针对江南而言。参见梁其姿：《明清预防天花措施之演变》，见陶希圣先生九秩荣庆祝寿论文集编辑委员会：《国史释论》，239~254页。

### 2.3 秽浊之气

秽浊之气可以致疾这个看法，早就出现。重要的是，宋以来，这个概念与“水”或“湿”的概念，日益密切。

北宋的苏轼曾说：“杭水陆之会，因疾病死比他处常多。”<sup>①</sup>他虽未言明为何水陆交处会有比他处更严重的疾病，但是由于人本来就陆居，“水”的因素便显得具决定性。南宋陈言在《三因方》里的说法，或可进一步解释苏轼的观察：“况疫之所兴，或沟渠不泄，畜其秽恶，熏蒸而成者。”<sup>②</sup>陈言所称之“沟渠不泄，畜其秽恶”而令疾病丛生的环境，似乎就是苏轼笔下的杭州情形。杭州及其他城市的河渠系统在宋代即有因废物阻塞而不流通的情形，史料已有不少记载。南宋后期的欧阳守道就说：“盖今沟渠不通，致病之一源也。”<sup>③</sup>换言之，水道或沟渠不通，令水停滞是医家甚至是一般有识之士心目中认为的能致疾的“秽恶”的一个重要因素。

除了沟渠不泄引起秽恶外，陈言指出引发污秽的另一过程是“蒸郁”。明以前的医家本来就认为温热天候遇上雨后，往往会引发带来疾病的“蒸郁”之气。南宋《琐碎录》中这样说：“春夏之交，霖雨乍歇，地气蒸郁。令人骤病……谓之风湿病，不知服药，渐成温疫。”<sup>④</sup>明初刘纯也同样认为夏暖时：“百物生发，湿热熏蒸。禽虫吐毒之际，人因暑热汗出，神气虚耗，感得时间乖戾之气为病。”<sup>⑤</sup>李时珍认为春夏间的雨“皆湿热之气，郁遏熏蒸，酿为霏雨，人受其气则生病，物受其气则生霉”<sup>⑥</sup>。明清之际的张璐直接将湿土与郁发相连：“其常疫之气，皆是湿土之邪郁

① 《续资治通鉴长编》卷435，20页下。

② 陈言：《陈无择三因方》卷6，4页下，台北，台联国风出版社，1991年按1927年吴黼堂评注本影印。

③ 梁庚尧：《南宋城市的公共卫生问题》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第70本第1分，1999，124~126页。其主要谈沟渠不通之问题。

④ 《琐碎录》，见《医方类聚》，第3册，卷55，伤寒门，277页。

⑤ 刘纯编：《玉机微义》，见《刘纯医学全书》卷7，159页，北京，中国中医药出版社，1999。

⑥ 李时珍：《本草纲目》，水部，卷5，水类13种，雨水，2页。



发。”<sup>①</sup> 这种经过“熏蒸”的、不良于身体的水汽，在岭南地域为最典型。医家对这个地区一直有这样的一个固定的看法：“南方天气温暑，地气郁蒸，阴多闭固，阳多发泄，草木水泉，皆禀恶气，人生其间元气不固。”同时医者认为郁蒸之气在春夏之交最甚：“诚如东垣所云，岭南春夏之交，山林郁蒸，风湿毒气为甚。……经云地之湿气，感则害人皮肉筋脉是也。”<sup>②</sup> 牵涉到水汽、热气与土气的“郁蒸”过程被认为会产生“恶气”、“毒气”，并导致疫疾。这个过程显然发生在自然环境里，对疫气产生的这种理解反映了时人对自然的一种莫名的畏惧与无助感。

这个“郁蒸”过程，到了明以后又直接与“污秽”联结起来，造就成一种更可怕的疫气。这个结合，仍以岭南地区最为典型。陈司成以这个概念来解释杨梅疮在16世纪岭南的流行：“岭南之地重湿而暖，霜雪不加，蛇虫不蛰，诸凡污秽蓄积于此，遇一阳来侵，湿毒与瘴气相蒸，物感之则霉烂易毁，人感之则疮疡易侵。”<sup>③</sup> 将杨梅疮霉烂之状归因于产生于方土的污秽之气。稍后，这种混合着污秽的郁蒸之气已被认为不单在岭南地区才发生，江南地区的医家越来越多以这种秽气来解释各种疫病，并且将人为的污秽也包括在内。与吴有性同一时代，并来自同一区域的张璐提出：“谨按时疫之邪，皆从湿土郁蒸而发，土为受盛之区，平时污秽之物，无所不受，适当岁气并临，则从分野疏豁之隅，蒸腾郁发，不异瘴雾之毒，或发于山川原陆，或发于河井沟渠，人触之者，皆从口鼻流入募原。”<sup>④</sup> 清代的吴瑭（1758—1836，今江苏淮阴人）在19世纪初则更强调疠气中的、包括人为的秽浊成分：“温疫者，厉气流行，多兼秽浊，家家如是，若役使然也，温毒者，诸温夹毒，秽浊大甚也。”<sup>⑤</sup>

除了沟渠死水之外，医家心目中与湿热之气相郁蒸的“污秽”之物到底指什么？事实上南宋的陈言早就指出重要的两点：“或地多死气，郁

① 张璐：《张氏医通》卷2，26页。

② 《岭南卫生方》卷上，指迷方瘴症论，8页上；曾超然：《脚气刍言》，11页上～下，1887年羊城聚珍堂刊本。

③ 陈司成：《霉疮秘录》，10页。

④ 张璐：《张氏医通》卷2，32页。

⑤ 吴瑭著、王士雄选评、叶霖评注：《增补评注温病条辨》卷1，见《中国医学大成三编》，第3册，520页。

发而成者。或官吏枉抑，怨读言而成者。”<sup>①</sup> 陈言认为地里的“死气”、地方政治腐败与污秽之气一样，能郁发成疫病。这几个对疫病发生的解释成了经典的说法，被后世医家一直以不同方式重复着。<sup>②</sup> “官吏枉抑”这个因素牵涉到报应方面的信念，暂此不提。就地方物质环境而言，污秽死水、经过熏蒸的土浊之气、没有处理妥善的尸体均是引发地方疫病的主要原因。有关与地土相郁蒸的“死气”，往往指处理不妥的尸体。古人很早就认为尸体能传染疾病，但其中究竟是宗教上的原因，抑物理上的观察，并不明确。<sup>③</sup> 但明显地，至少自宋以来，医者认为地土里的“死气”是构成“污秽”的重要客观成分之一，并会引起病疫。事实上吴有性也间接地指出了这一点：“戾气者……非四时交错之气，乃天地别有一种戾气，多见于兵荒之岁。”<sup>④</sup> 张璐也说过同样的话：“时行疫疠，非常有之病……多发于饥馑兵荒之后，发则一方之内，沿门阖境，老幼皆然，此大疫也。至于大疫，则一时详一时之证，一方用一方之法，难可预为拟议也。”<sup>⑤</sup> 意思应指兵荒与饥荒之时，路上无人料理的死尸堆积，构成一方之戾气。所指污秽之物，理应包括人在内的生物尸体，即所谓“死气”。而污秽之物一经熏蒸，便成为戾气、疫气。

有意思的是，这个“郁蒸”而引致染病的概念，在某个程度上与古代起居的卫生观有所矛盾。古代医者多建议人居处要密不通风，以免中风寒。而预防郁蒸之气的，却是通爽之环境。这个矛盾，在文学资料中偶会看到。应撰于明代的《夷坚志补》中有一段故事叙述一反巫的故事。一家人染大疫“闭门待尽，不许人来”，故事的主角不听，推户径前，见

① 陈言：《陈无择三因方》卷6，4页下。此句之后为“世谓狱瘟、伤瘟、墓瘟、庙瘟、社瘟、山瘟、海瘟、灶瘟、岁瘟、天瘟、地瘟等，不可不究”。

② 如元代的危亦林在《世医得效方》的“集治说”里重复此段。同为元的《永类铃方》中也提到：“疫之作，皆始于秽恶，或地多死气，沟渠熏蒸。”（见《医方类聚》，第2册，卷40）明清的所谓温病学医者也多少重复了这个看法。

③ 参见 Jianmin Li, “Contagion and Its Consequences: the Problem of Death Pollution in Ancient China,” in *Medicine and the History of the Body: Proceedings of the 20th, 21st, and 22nd International Symposium on the Comparative History of Medicine*, Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Publishers, 1999, pp. 201 - 222.

④ 吴有性撰、郑重光补注、乔国桢校梓：《温疫论补注》卷下，伤寒例正误，64页。

⑤ 张璐：《张氏医通》卷2，25页。

紧闭的户内布满巫者所置的神像与香火，即说：“凡疫疠起，本以蒸郁熏染而得之，安可复加闭塞，不通内外！”<sup>①</sup>这句话很可能来自明代作者的手笔，反映了明代有识之士对“郁蒸”成疫的看法，以及心目中正确的防治方式。

到了清初，医家对“郁蒸”的讨论有更丰富的内容。周扬俊（明清间苏州人）即说：“大疫之沿门阖境，传染相同者，允在兵荒之后，尸浊秽气，充斥道路，人在气交，感之而病，气无所异，人病亦同，所以月伐于孟春掩骼埋胔，不敢或后者。”又说：“或因天之风雨不时，地之湿浊蒸动，又因胔骼掩埋不厚，遂使大陵积尸之气，随天地之升降者，飘泊远近，人在气中，无可逃避，感之而病而死，于是更增一种病气尸气，流行其间，复相渐染，至久弥甚矣。故从来疫疠行于兵荒之后居多，不但人厕中气先弱也。良由所积之秽气特甚耳……天下秽恶之气，至疫则为毒极矣，人犯之者，三焦混淆，内外无间，不分表里。”<sup>②</sup>他的看法，来自他的老师林起龙。林起龙为喻昌《瘟疫论》作的序说每有大兵大荒之后，由于死者没有得到深葬，到了翌年春天，地气转动时：“天地生物之气，变为杀物之气，无形无影，无声无臭，从口从鼻而入，直犯脏腑。”他所言的杀物之气与吴有性的“杂气”有异曲同工之妙。他接着提醒读者：“先王掩骼埋胔正以是月（孟春之月）天气下降，地气上升，诚恐胔骼污秽之气，随天地之气升降，溷合为一，有害人物。”<sup>③</sup>喻昌在他的《瘟疫论》中也提到尸气的危险：“种种恶秽，上溷苍天清净之气，下败水土物产之气，人受之者，亲上亲下，病从其类，有必然之势。……蒸气中原杂诸秽，益以病气尸气，无分老少，触之即同一病状矣。”<sup>④</sup>

这种对所谓“杂气”、“疫气”里污秽成分的看法无疑在明末清初之际有强化的趋势，到了清中后期，“污秽”的内容就更丰富了，其来由除

① 《夷坚志补》，第4册，卷2，陈俞治巫，1559页，台北，明文书局，1994。

② 周禹载：《温热暑疫全书》（1679），自序、疫病率，见《中国医学大成三编》，第3册，440、469页。

③ 林起龙：《喻嘉言瘟疫论序》，见张鹤腾：《增订叶评伤寒全书》，收入《中国医学大成三编》，第3册，433页。

④ 同上书，434~435页。

了一方一土之污水、埋葬太浅的尸体之外，还有范围更明确的、更符合近代人卫生观念的因素。这方面观念的变化，可从医家对个别的疾病的病因解释中看到。如《医宗金鉴》（1742年初刊）对麻风的成因有如下解释：“或在外不谨，或粪坑、房室、床铺、衣被不洁。”<sup>①</sup>到了嘉庆时代的《疯门全书》就劝人“不共享器，不同饮食，各房各床，尽力求治”<sup>②</sup>以回避传染。19世纪初的王士雄（1808—1867，今浙江海宁人）对污秽的看法更具体、有系统。他在研究“霍乱”的专书《霍乱论》（1838年初刊，1862年重订）中特别提到人烟稠密之处所隐藏的污秽因素：“人烟稠密之区，疫疠时行，以地气既热，秽气亦盛也”，而这种“暑湿热疫秽恶诸邪，皆由口鼻吸入”。因此他所提出的防疫建议一方面是针对人烟稠密之区，一方面则强调起居清洁之重要：“平日即宜留意，或疏浚河道，毋令使积污……居市廛湫隘之区，亦可以人工斡旋几分，稍留余地，以为活路，毋使略无退步，甘于霉时受湿，暑令受热，平日受秽。”“住房不论大小，必要开爽通气，扫除洁净。”遇有病人时，则“房中人勿太多，门窗勿闭，得气有所泄也，盖覆勿厚……吐泻秽浊，随时扫除净尽，毋使熏触病人与旁人”<sup>③</sup>。这些建议与传统医家认为居处应密不通风以免再中风寒的看法大相径庭。这个观念到底来自当时已产生一定影响力的西方卫生观念，抑从传统“郁蒸”的看法悟出，如上述《夷坚志补》的作者一样，并不太清楚。两方面都有可能。

到了清末，西方医药卫生观念的影响日渐普遍，但却没有完全取代传统的看法。光绪时期有关鼠疫的医著中充满了中西合璧的污秽与卫生概念。嘉定人余伯陶在所著《鼠疫抉微》（1910）中提到避疫之法：“避之之法，当无事时，庭堂屋洒扫光明，厨房沟渠整理洁净，房间窗户，通风透气，风黑湿处，切勿居住，闻近邻有鼠死，即要时时照察……家中人不可坐卧贴地，奴婢小儿但要穿鞋，农人亦宜穿草鞋，以隔地气……疫势稍急，即宜遽避，得大树下阴凉当风处为妙……或泛舟上尤

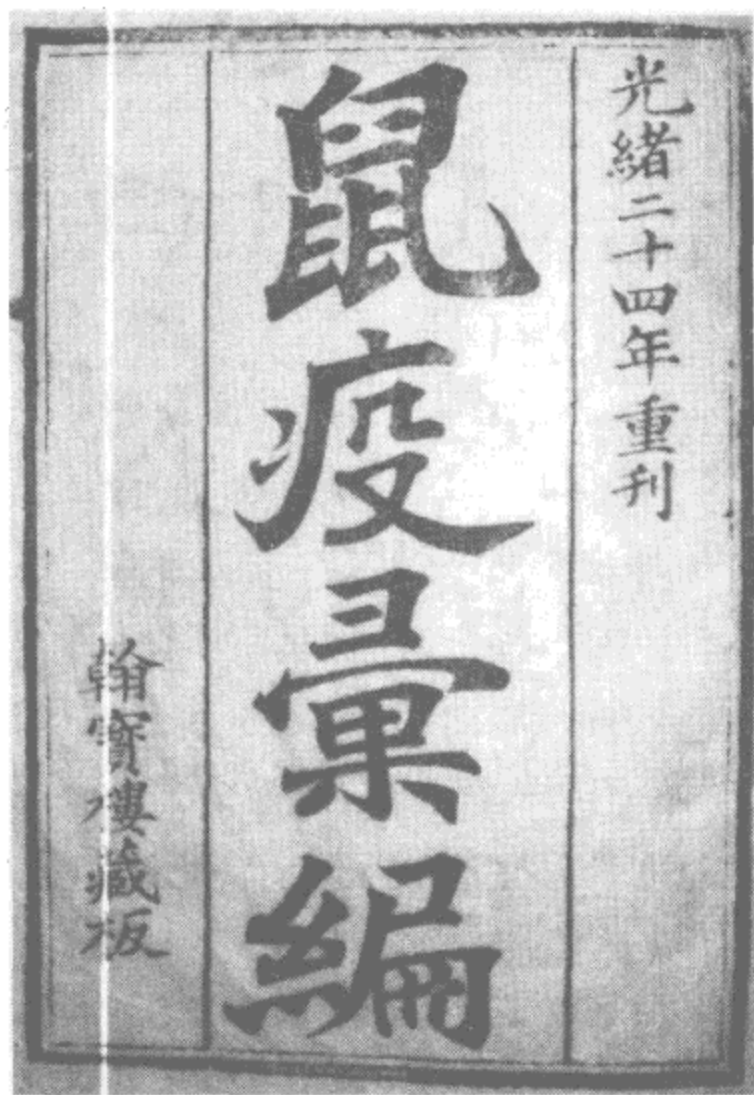
① 吴谦等编注：《医宗金鉴》卷73，376页，北京，人民卫生出版社，1990（1963）年按武英殿本排印。

② 肖晓亭：《疯门全书》卷上，11页下，1845年粤东敬业堂重刻本。

③ 王士雄：《随息居霍乱论》卷上，见《中国医学大成三编》，第3册，1028、1030页。

妙，否则居近水当风处亦佳……（住处）必须清凉疏爽，不可众人拥杂一处，反易致病。”<sup>①</sup> 此段话结合了传统对地气及郁蒸过程的顾忌，以及西方对起居环境卫生的特别重视。

民国初年的中医对所谓“温湿时疫”的成因与预防建议更充分地反映出传统观念与西医观念的结合。首先对在绍兴春夏之交所常发生的疫病，他们作此传统的解释：“此种时疫确系湿温，并非疠疫，亦非大疫，绍地滨海居湿，实为年年之风土病。”对此疫之传染及预防，他们则说：“素之传播也，中外公认为不洁之井水河水，以及粪溺秽浊之所致，考吾国书，言之凿凿，实亦不可少者，其言传染病之发生也，则由于水土郁蒸，或发井沟渠或发于山川原陆……或由于腐烂之草木，或由水之潜热，或由于埃曹粪溺



《鼠疫汇编》书影

之秽浊，或由于死狗死猫之臭毒，故在东南热气卑湿，一到首夏，迄于初秋之时，光热吸引，遂使一切不正之杂气升降，流上下之间。……其传染也，始则风为之媒介，或水为之媒介，病人之口气、汗气、粪溺之气，及其衣服器具，在在皆可以传播者也。”<sup>②</sup> 换言之，温湿、地气，这种从地而升的湿热相郁蒸之污浊秽气，被认为是疫气、杂气的成分，这个自古已有模糊的轮廓、元以后日渐清晰的传统观念已牢不可破。而被认为与“污秽”有关、能引发疾病的因素，除了传统的沟渠污水、地里尸气外，渐加上如“粪溺”以及家居的床几器具、甚至衣服等这些传统

① 余伯陶：《鼠疫抉微》，951页。

② 绍兴医学会：《湿温时疫治疗法》（1913），见《中国医学大成三编》，第3册，788~789页。

医家不特别强调的东西，并以风、水、人之口气等为疾病之“媒介”，则较明显是受到当时西方医药卫生观念的影响。而上述这几段话反映出清末医家以传统的“杂气”说来容纳部分西方卫生观念，而不见得牵强。

### 3. 方土与疗法

上文所引张从正的方土观已清楚地反映了宋金以来医药的一个重要发展，那就是五方疗法不再是《内经》中所述的为方式上的不同，如用砭石、毒药、九针、导引、按跷等，而是用药方面的差异。换言之，宋金以后，正统医家以药疗为最主要的疗法，已无争议。<sup>①</sup> 地域间的分别在于如何用药、土产药的特性、药的成分与分量。医者拿捏的依据，主要是患者的体质与病因。在这方面，宋元医家亦开始有相当的讨论。如南宋的李璆即认为具西北体质之人患病要用发散之剂，而具南方体质之人则要避免：“大抵西北地寒，土厚水深，又人食酥酪之类者，气常收敛故也，岭南阴气不收，又复卑湿，又人食槟榔之类……病岂宜更服发散等药，此理明甚。”<sup>②</sup> 元代以后医界对南北患者用药的原则可以说进一步达到了某种共识。如危亦林所说：“如南北风土之殊，人物厚薄之异，北方土厚水深，水性沉下，人体多实而少虚，且所餐无非肉面，寒则衣重裘，坐暖炕，若有所治，则宜多以清凉之剂。如南方用大黄巴豆之属……南方属火，火性轻炎，人体多虚而少实，况食不过蔬食而已，必须投以温和之药以调之，其有习尚北方之风，置酒终日……亦须以平昔所禀施以凉剂。”<sup>③</sup> 即北方人生病宜用清凉之剂，而南方人宜用温和之剂，如遇患者有例外的习性与禀赋，则用药之温凉、分量等应灵活变通。这个看法，无疑已成为后来明清医家的共识。

16 世纪的俞弁如当时主流医家一样，认为南人体弱而北人体强，对主流的疗法原则作如下的说明：“昔闻老医云：治北方之疾，宜以攻伐外邪为先。治南方之疾，宜以保养内气为本。盖北方风气浑厚，禀赋雄壮，

① 有关这方面的发展，请参考本书第一章。

② 《岭南卫生方》卷上，李待制瘴疟论，5 页上。

③ 危亦林：《世医得效方》卷 1，20 页下～21 页上，见《文渊阁四库全书》子部 52，第 746 册。

兼之饮食倍常，居室俭素，殊少戕贼元气之患。一有疾病，辄以苦寒疏利之。其病如脱，而快意通神矣。若夫东南之人，体质柔脆，腠理不密，而饮食色欲之过侈，与西北之人迥异，概以苦寒之剂攻之，不几有操刃而杀人乎？”不过俞弁也特别指出此乃一般之原则，下药时仍要视患者个别情形而定：“余因其言而推广之曰，北人禀气固厚，安能人人皆实，南人禀气虽薄，安能人人皆虚，学者当以权变处治，因其虚实而药之，斯无一偏之弊矣。”<sup>①</sup> 薛己更进一步认为东南方与西北方的人由于体质不同，平日的食物就应凉热不同，东南方人由于阳气内虚，“故宜食椒、姜辛热之物，以助其阳也；西北之域，高陵风寒，其人腠理致密，汗液内固，阳气充实，不宜食椒、姜辛热之物，反益其阳也”<sup>②</sup>。清代医家基本上亦持同样原则。康熙时人陈士铎认为治法应分“东南治法”与“西北治法”两种。所谓东南治法“以补中益气汤加减，俱得其妙”。而西北人“一用热剂，便觉口鼻双目火出。故治法与东南人迥别”<sup>③</sup>。18世纪初的《医学阶梯》中也这样说：“乌知东南气热，可服热药，西北气寒，可服寒药。”<sup>④</sup> 作为初学医者的基本用药原则。但明末的张鹤腾则认为南方之暑病如用热剂，犹如以火助火，应因地气而调整治法：“……故四方风气，各有偏胜，秦晋地气寒，遂寒病多而暑病少。吴越滇黔及粤地气暖，故寒病常而暑病独剧。至八九月犹如伏时，彼中盲医不知，率以治寒热剂投之，以火助火……至不可救……地气不同，治法亦异。……”<sup>⑤</sup> 提出了更细腻的、按地气与天候不同而施的治法。可以说，基本上元以后的医家对身体的禀赋与起居环境间之密切关系已有相当牢固的看法，对不同药剂适用于不同环境出现的疾病、不同生态产生不同药力的药品也有一定的原则。只是越到后期，在此大原则之下的变通用药法有更细腻、更多元的发明。

与此同时，医家对于特别的药物的性质以及其适用于何种风土的疾病，也渐渐发展出一套趋于固定的原则。大致上，医家多认为治北方型

① 俞弁：《续医说》卷4，权变处治，1页下，见《中国医学大成三编》，第12册。

② 王纶撰，薛己注：《明医杂著》卷1，3页。

③ 陈士铎：《石室秘录》，157页，北京，中国中医药出版社，1996。

④ 张叔《医学阶梯》，1/体：方土，1页下。

⑤ 张鹤腾：《增订叶评伤暑全书》，见《中国医学大成三编》，第3册，406页。

体质之人以汗、吐、下等方式为主，而用药多基于这个原则。元代朱震亨提出“倒仓法”这个“出于西域之异人”的疗法，是一例子。所谓“倒仓”就是将肠胃中所积之物完全倾去：“倾去积旧而涤濯，使之洁净也。”其法是令患者饮以黄牡牛肉所熬之净汁数十钟，然后令其吐或泻：“……病在上者，欲其吐多；病在下者，欲其利多；病在中者，欲其吐下俱多。”<sup>①</sup>朱震亨虽然指出此方来自西域，但并没有认为较适合西北型体质，而到了明中期，医家即认为这种疗法只适合北方体壮之人，而东南体弱的人不能采用。俞弁即说：“至如倒仓一法，丹溪自云得之西域异人，近世余目击士夫数人信行此法，死者相继。……噫，西域之人，殊方异域，风气不同，禀赋亦异，此法岂可行于东南柔弱之人乎？”<sup>②</sup>较早的戴元礼也认为北方型体质之人宜用发汗的药，包括苍术、麻黄等：“春病曰温，夏病曰热，不出此诸证，但因时而异其名耳……北人初得病，以苍术、麻黄并用相半，为发汗第一义。才觉壮热，便用防风通圣散。南北殊俗，其禀受素实故也。”<sup>③</sup>

有关药疗的原则，可说是元以来医家争论不休的重点之一。例如一些医家认为除苍术、麻黄外，如姜、附子、桂等适合用于北人，而芩连等宜用于南方人。<sup>④</sup>但是也有医者认为东南之人应常服胡椒、姜、桂等以“劫湿”，北人本身阳气充实，不宜食椒、姜辛热之物，“反益其阳”<sup>⑤</sup>。争论的重点多放在南北人不同的体质以及西北与东南地域不同的地气之上。而五运六气的观念又特别宜于医者用来说明药性与环境、五脏的关系。如明中俞弁指出一“纯阳仙方”，并认为“此方纯阳真人所授，何西北之人，服者多效，东南之人，服者几危？其理殆不可晓。余曰，西北水深土厚，禀气盛，是以乌附姜桂之剂，可以胜之。脾恶湿得燥则愈。南方禀气弱，木动火明，阳气易升，投之为害甚矣。故曰，天有四时，寒暑

① 朱震亨：《格致余论》，倒仓论，见《丹溪医集》，27页。

② 俞弁：《续医说》卷1，3页下，见《中国医学大成三编》，第12册。

③ 戴元礼：《秘传证治要诀》卷2，37页，北京，中国中医药出版社，1998。

④ 持此看法的有俞弁：《续医说》卷7，1页上，见《中国医学大成三编》，第12册；张璐：《张氏医通》，80页。

⑤ 王纶撰、薛己注：《明医杂著》卷1，3页。为王纶此书作注的薛己亦同意王之看法。



迭用，地有五方，高下随宜，此之谓欤”<sup>①</sup>。抽象的运气理论加上具体而多样的方土环境，为医者提供了对疗法解释的无穷的可能性。

另一个医家常引用的药疗案例，就是北宋苏轼曾大力鼓吹的“圣散子”方，此药剂以茯苓、姜、附子、麻黄、苍术、白术等十几种草药煎成，他自称谪居黄州（今湖北）时碰上连岁大疫，以此剂存活无数，据他所述，此剂“平旦于大釜中煮之，不问老少良贱，各服一大盏，实时气不入其门，平居无疾。能空腹一服则饮食倍常。百疾不生”<sup>②</sup>。苏轼显然对药疗与方土关系并不敏感，但是到了金元之后苏轼在这方面的“疏忽”即成为医界众矢之的。南宋的陈言即认为此剂“似治寒疫”，“抑或方土有所偏宜，未可妄用也”。更举出北宋末宣和年间，此剂因苏轼而盛行于京师（开封），导致“杀人无数”<sup>③</sup>。事实上北宋灭亡之后，无论金还是南宋的医家都批评北宋时代流行的医方，被批评的重点之一就是这些药方偏重燥热之剂，忽略药性应配合方土、禀赋等才能得到正面发挥。后明代薛己也举出与宣和相似的例子：嘉靖年间（16世纪）南京大疫，“煎圣散子普济，老幼并服，来者接踵，死者塞途”，他的结论为：“此方因岭南风土而作，且浙之与广，相去万里，殊域异方……岂有概一治而无误者哉！”<sup>④</sup> 换言之，用药原则不只是南北之分，而必须按更细致的个别地理生态环境及风土习俗而有所不同。苏轼忽视药剂与方土之间的重要关系，成为元以后药疗法的重要的反面教材。<sup>⑤</sup>

此外，元明以后医家对药物的讨论更注意产地对药性与特别风土病疗效的影响。如岭南的槟榔、大风子等即成为医家心目中典型的具有强烈产地特性、并对风土病有疗效的药物。如《医学阶梯》作者张叡认为槟榔“大有解瘴下气之能”，并且批评一些医者认为槟榔为克削之物：

① 俞弁：《续医说》卷7，1页上，见《中国医学大成三编》，第12册。

② 《苏氏圣散子方》自序，见丹波元胤编：《中国医籍考》，579页。

③ 陈言：《陈无择三因方》卷6，圣散子，7页上～下。

④ 王纶撰、薛己注：《明医杂著》卷2，80页。

⑤ 对苏轼用“圣散子”的批评，不绝于医书，18世纪的医学入门书《医学阶梯》即以同一例来说明施药必须考虑方土：“乌知东南气热，可服热药，西北气寒，可服寒药。故圣散子东南疫药用之，其功更效。西北疫病，用之死者接踵。”（张叡：《医学阶梯》，1/体：方土，1页下）

“槟榔有鲜而力大者，有枯而力小者，地土不同，生熟各别，乌得尽谓槟榔之不良也哉。此推之南北不可不分，方土不可不别。善疗病者讵可忽诸。”<sup>①</sup> 至于大风子，元以来被认为是治疗疾的有特效的药物。<sup>②</sup> 由于大风子主要是生长在南方，被认为是极热之药。李时珍认为此长于南海诸岛的药“辛、热、有毒”<sup>③</sup>。而对痲疾有专门研究的明中医沈之问，则认为：“大风子……生于东海日出燥炎之地，故性大热，能直入肌骨杀虫祛湿，夷人称为丢子，当果食之以治百病，盖海岛之俗食生物者腹多蛲虫之毒，服此以荡涤之，如闽广人食槟榔以御风瘴也。”<sup>④</sup> 相反，产于中州的地黄，则被明清医家认为“得土气最厚……熟则性平，能补五脏之真阳，尤有益于多血之脏，得非脾胃药耶？”<sup>⑤</sup> 方土与本草的关系本来就是一重要而复杂的课题，元以后本草学的突出发展，是否多少与医家在“五运六气”理论之外对方土与药性问题有更深一层的反省与发明？相信这是值得探究的历史问题。

明清医者不但认为用药应注重方土之别，也很自然地认为不同医家的疗法适合不同方土的病人。一个流行的看法，就是汉代张机《伤寒论》的用药原则已不合时宜，亦非放诸五方皆准。明中的缪希雍的看法有一定的代表性：“……汉末去古未远，风景犹厚，形多壮伟，气尚敦庞，其药大都为北方感寒即病而设，况南北地殊，厚薄不侔，故其意可师也，其法不可改也。循至今时，千有余年，风气浇矣，人物脆矣，沪在荆、扬、交、广、梁、益之地，与北土全别，故其药则有时而可改，非违仲景也，实师其意，变而通之，以从时也。……”<sup>⑥</sup> 张机的药疗原则自明代以来的确渐被部分医家认为有时间上与空间上的限制，已不太符合中原以外的方土环境。而金元时代医家之疗法则取而代之，成为标准疗法的

① 张聿：《医学阶梯》，1/体：方土，2页下。对槟榔作为解瘴之物的批评，宋元间的《岭南卫生方》中已提及。

② 有关大风子治疗之简史，参见梁其姿：《中国麻风病概念演变的历史》，417~419页。

③ 李时珍：《本草纲目》卷35，49页。

④ 沈之问：《解围元藪》（1550年初刊），见裘庆元辑：《三三医书》，第3册，459页，北京，中国中医药出版社，1998重刊本。

⑤ 程杏轩：《医述》卷16，1103页。

⑥ 缪希雍：《神农本草经疏》卷2，45页。

主要参考。缪希雍之流所要强调的就是诊断与疗法必须注意患者所处的风土，以及灵活地配合不同药性的药物。这方面需要的知识与经验必然是多方面的，因此不同医者的诊断与治疗原则适合不同体质、不同风土的疾病的看法渐成为主流看法。如沈之问就疠风一症认为：“疠风多种所由不一。且如北人刚勇而地高燥，南人风气柔弱而地卑湿，闽广多有岚瘴虫毒之气，江淮常受海水寒冰之伤，海岛风涛，山溪妖魅贻害无穷。丹溪专攻外感，理气清阳，利于南方；东垣端理内伤，导痰去湿，利于北方。”<sup>①</sup>

这种看法显然在明代很流行，以至也带来反对的声音。如王纶（1484年进士）在他的《明医杂著》中就说：“今人有言，东垣之法宜用于北，丹溪之法可行于南，如何？曰：东垣北医也，罗谦甫传其法，以闻于江浙；丹溪，南医也，刘宗厚世其学，以鸣于陕西。果如人言，则《本草》、《内经》，皆神农、黄帝、岐伯之说，亦止宜施于北方耶？夫五方所生异病，及治之异宜，《内经》异法方宜论、五常政大论，已详言之矣。又如北方多寒，南方多热，江湖多湿，岭南多瘴，谓其得此气多，故亦多生此病，非谓北病无热、南病无寒也。至于治寒以热、治热以寒，则五方皆同，岂有南北之异耶？”<sup>②</sup> 俞弁甚至认为局方<sup>③</sup>并不应被全部否定：“今遂以局方例不可用，或者有宜北不宜南之说。殊不知内经治寒以热，治热以寒，微者逆之，甚者从之。权变得宜，消息以为治，安可限以南北之分，而无寒热之异哉。原礼盖得丹溪之心法者，其有取于局方，非苟然也。”<sup>④</sup>

但是俞弁对局方的辩护以及王纶的看法在明清以来似乎不据主导地位。医法应按不同方土灵活配合不同药性药物的看法显得日益重要。到了清代，这个看法更为流行。清初的张倬认为：“大抵东方所禀孱弱，宜

① 沈之问跟着指出几位早期的医者的疗法对个别的证状有效：“孙真人、王好古、许旌阳、抱朴子等，或以杀虫排毒，或专补血壮元，或惟调气清神，各有大意，而制方无不验然。”（《解围元藪》卷2，药病总说，见袭庆元辑：《三三医书》，459页）

② 王纶撰、薛己注：《明医杂著》卷3，100~101页。

③ 局方应指北宋之《和剂局方》，但亦泛指北宋流行之官方出版之药方，其中所利用之药材多被认为属燥热之类。

④ 俞弁：《续医说》卷1，和剂局方，4页上~下，见《中国医学大成三编》，第12册。

宗东垣（李杲）、复庵（戴思恭）。而丹溪（朱震亨）则宜于江之左右，新甫（薛己）则偏宜江南。若河间（指刘完素）、戴人（指张从正）之法，非西北资稟刚厚人，断断不可用也。”<sup>①</sup> 乾嘉间的周魁在其《温证指归》中亦同样指出南方医家之治法不适合治疗北方之疫病：“不知吴方本为火化之病而立，非可概治他病也。如纪晓岚先生笔记云，乾隆癸丑春夏间，京师多疫，以张景岳法治之，十死八九，以吴又可法治之，亦不甚验。”<sup>②</sup> 至于南北疾病与疗法有基本分别的看法，成为清后期“南病”或“温病学说”传统的基础，并非本章主要的旨趣，同时 Hanson 等对此已有研究<sup>③</sup>，不必多赘。

### 三、结论

元以后医家的方土观强化了西北与东南的对比，他们认为西北水土高爽，外在致病因素较少，人的禀赋又较强，不易产生疾病。而东南方人的禀赋较弱，容易被卑湿水土所产生的各种致病因素影响。明清主流的医家主要是南方人，南方医家认为南方的水土不利于健康，与同期西方环境主义医家的立场大异其趣。西欧环境主义者多认为本身所属之风土是对健康最有利的环境，这与欧洲近代民族国家（nation-state）的发展有密切关系。<sup>④</sup> 而中国这个古老的帝国，直至明清仍以西北及北方为文明的中心，虽然当时无论在经济上、文化上，东南甚至岭南地区已是较

① 张倬：《伤寒兼证析义》，方宜，见《中国医学大成》，第3册，327页。

② 周魁（杓元）：《温证指归》，见《中国医学大成三编》，第3册，474页。

③ 在 Hanson 之前中国学者对此已有一些研究，如邓铁涛：《温病学说的发生与成长》，载《中医杂志》，1955（5）；任应秋：《论温热学派》，载《广东医学》，1963（2）；王于民：《温热学说的起源及发展》，载《资料汇编》，1978（1）；赖显荣：《吴鞠通是怎样继承叶天士经验的》，载《浙江中医药》，1978（3）；张志远：《温病学派四家传》，载《山东中医学院学报》，1981（1）；沈庆法：《温病学说对〈伤寒论〉的发展》，载《中医函授通讯》，1984（3）；王景洪：《试论温病学派的贡献及局限》，载《陕西中医学院学报》，1986（3）。上述资料来自中国中医研究院中国医史文献研究所编：《医学史论文资料索引》，第1辑，102页，第2辑，141页，北京，中国书店出版社，1989。

④ 参见 Andrew Wear, “Making Sense of Health and the Environment in Early Modern England,” in A. Wear ed., *Medicine in Society: Historical Essays*, Cambridge Uni. Press, 1992, p. 126.

发达的地区，但是历史上的政治与文化中心仍然被视为有最强元气的地域。尤有进者，金/南宋时代医学理论的新发展主要在北方，元以后的医家多以金元传统为正宗，亦在一定程度上加强了南方水土与南人体质较差的刻板式的“偏见”。

然而，正由于这种对东南方土的“偏见”，东南地区的环境与疾病成为元代统一天下后医界探讨病因的一个焦点。造成明清主流病因探讨的新发展，主要建立在对南方环境观察之上。北方水土深厚、人强壮，不易因外在因素（环境）而生病的这个看法使医者减低对北方致病环境的兴趣。相反，南方水土是主要致病的外在因素这个强烈信念，使得医家的注意力集中在南方的环境上。这也是为什么朱震亨提出与“土气”有紧密关系的“湿热”是主要致病因素。后来有关疫病成因探讨的发展，主要亦是从这个元以来的传统演变而来。当然，这些发展，也正配合了元以后主流医家主要是南方人的这个趋势。

西方在近代医学革命，特别是有关细菌理论提出之前，许多有关环境与疾病的看法，与中国明清时期的看法很相似。例如西方第一期的环境主义者（约 1660—1733）认为疫病的发生来自土气、地里尸气的蒸发（emanations from the earth）。这种看法成为 18 世纪流行西方的“杂气”或“污秽之气”（miasma）理论的依据，环境主义医者先认为污染的空气是触发疾病的因素，后来认为空气本身就是疾病直接的、主要的来源。<sup>①</sup>这与明清期间，医者从探讨“湿”、“热”、“土气郁蒸”等致疾的因素，到提出“从地而起”的“方土之气”的“杂气”、“疠气”等概念，有异曲同工之妙。<sup>②</sup>两者均以发生疫疾的方土地势、气候、人为的污染等因素，作为主要的参考，但两者都无法清楚而具体地为“杂气”、“污秽之气”或 miasma 下定义。

然而东西方虽然对环境作为致疾因素在同一时期有很类似的想法，

① 参见 Riley, *The Eighteenth-century Campaign to Avoid Disease*, pp. 10, 13, 15.

② 笔者认为，“杂气”概念比“瘴气”更接近西方近代 miasma 的概念。miasma 并没有指涉特定气候或区域的败坏空气，可能发生在任何被认为不卫生的环境。而中国“瘴气”主要指涉岭南这个特定地理环境的致病毒气。“杂气”从地而起，是一方之土气，触者无不生病，唯一与 miasma 不同之处是它无色无味，而 miasma 往往被认为有臭味。

但是在应用研究成果方面，却有基本的差异。西方社会显示出典型启蒙式的积极与信心，开始致力于“治理”或“改良”外在环境。西方的政权很快就以公共政策落实环境医家的某些结论，为近代公共卫生的起步作了准备。他们利用仍未完全科学化的工具，如以尚未完全精确的统计方法来收集与分析各类包括气候变化、死亡率等数据。同时努力改善公共空间的卫生环境，如改良下水道、疏通死水、改善空气流通、定期清理公共用地等。虽然这些改良环境的尝试从今天角度来看，由于技术上限制，成果非常有限，但是史学者相信对 18 世纪死亡率的降低有一定的贡献。<sup>①</sup> 然而中国的医者虽然自元以来对环境与疾病的关系也极为注意，但是并没有激发起改善环境的动机。中国医家对方土与疾病的探讨所得到的结论，仍然主要应用在疗法上面，而非在预防上面。中国医者的讨论亦没有影响中央或地方的政权，并没有催生系统性的、“预防”性的公共政策。<sup>②</sup> 在对付疫病的成果方面，东西方在 19 世纪中叶之前的差别可能并不太大，但在试图改善染疾问题方面，两者所采用的方式自 17 世纪开始就有较大的差异。这再次说明了医疗史与政治制度、社会史之间的不可分的关系。

中国与西欧的这个差别背后当然隐藏着许多复杂微妙的文化上的差异。不过一个比较明显的背景上的差别，很可能是城乡之别在性质与量方面在两个文明里基本不同。<sup>③</sup> 近代西欧医学环境主义者的焦点之一是城市的不良环境，主要的致疾因素被认为多在都市人口稠密之区，而改良环境的对象亦主要是都市环境。明清医家对方土的关注却依然主要是地理环境的差异，而非城乡差异。我们极少读到 19 世纪中叶以前医家描写都

<sup>①</sup> 参见 Riley, *The Eighteenth-century Campaign to Avoid Disease*, pp. 29 - 30, 138, 151.

<sup>②</sup> 一个可能的例外是清后期的地方助葬会、施棺组织的大量出现，参见梁其姿：《施善与教化——明清的慈善组织》，228~230、256 页。我从方志中统计出明清时代地方施棺局共至少 589 个，1850 年前共 355 个，此后至清末共 234 个，最早记载在 1564 年的江苏。

<sup>③</sup> 城乡之别的不同除了在客观上，西方的都市化比中国更密集与明显外，也很可能关系着 18 世纪以来西欧人，尤其是英国人对自然的一种新向往，及对都市生活、污染等的批判。参见 Keith Thomas, *Man and the Natural World: Changing Attitudes in England, 1500—1800*, London, 1983, pp. 243 - 246, 253.

市环境与疾病的关系。明中叶的非医士人如叶权（1522—1578）甚至认为岭南瘴气问题比宋代已大为改善，因为移民渐多，“人气盛而山毒消，理也”<sup>①</sup>。就是说，越是人气稀薄的土地与环境，越是对健康不利。这个看法与 17、18 世纪西方环境医者的看法刚好背道而驰，也当然不会带来改善都市环境的理论依据。

换言之，西方与中国医者均将注意力放在他们认为对健康最不利的环境之上，探讨疫病的成因。前者针对都市环境，而后者则针对东南、岭南方土。当然，后来西医随着帝国主义的发展亦将注意力转至“热带”地区的疾病，发展为“热带医学”。<sup>②</sup> 有趣的是，尽管这两类不同的“方土”在客观条件上各有不同，双方医者的观察却有多处类似。可见在西方医学革命之前，中国与西方人对身体与环境之间关系的分析，是建立在差别不大的知识基础之上。要解释两者为何以不同方式来落实类似的观察结论，必须从医学知识以外的因素去探讨，特别是社会与制度上的不同。

---

① 《贤博编》，见《明史资料丛刊》，第 1 辑，196 页，北京，中国社会科学院历史研究所，1981。刘士永在《清洁到卫生：殖民政府对台湾社会清洁观念的改造》（“中央研究院”历史语言研究主办“‘洁净’的历史”研讨会论文，1998 年 6 月 11—12 日）中也提到汉族移民开拓台湾的信念之一也是人气的增加能减少瘴气的威胁。

② 事实上，西方在资本主义与殖民主义联手征服世界的 19 世纪后期才发展出一套“热带医学”的理论，是西方医学中唯一以特定地理范围定义的专科。参见 David Arnold ed., *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500—1900*, Amsterdam-Atlanta: Rodopi, 1996, p. 3.

## 第十一章 中国麻风病概念演变的历史\*

今天我们对麻风病的了解主要是基于挪威人汉生 (Armauer Hansen) 在 1873—1874 年的发现, 即麻风病是由麻风杆菌 (mycobacterium leprae) 的感染而引起, 主要侵犯皮肤、神经系统及内脏。临床上依 1984 年第五届国际麻风会议之决定, 分为三类: (1) 瘤型麻风 (lepromatous), 损害表现主要为皮肤结节及斑状浸润, 肿起, 除在面部外, 尚可在四肢、眼、鼻、咽喉等, 眉发脱落; (2) 类结核类 (tuberculoid): 皮疹呈红白色斑块, 隆起落屑, 有如癣疥, 神经粗大, 手足变形, 肌肉萎缩, 无毛发脱落; (3) 未决定类 (borderline), 即不属上述之任何一种, 但可变为上述任何一种。症状是在面或四肢上发生知觉消失之不隆起红斑, 末梢神经粗大。此三种中以瘤型者预后最差<sup>①</sup>, 在外表上也最令人触目惊心。一般人谈到麻风时主要指涉第一类型。不过, 患者如皮肤、面部、肢体有极度损害, 他所患的病不一定是麻风, 许多其他皮肤病、梅毒, 甚至糖尿等病都有这类病症。

虽然汉生的发现并不能完全解开麻风病因之谜<sup>②</sup>, 但已成为现代医学对麻风病的唯一解释与定义的依据。此后, 西方医学史研究者在没有确凿、直接的科学证据支持下, 对历史上所记载的所谓麻风病 (leprosy) 均持存疑的态度。许多西方学者只谨慎地承认最早可确定的麻风病例是在 6

---

\* 本章原刊于《“中央研究院”历史语言研究所集刊》, 第 70 本第 2 分, 1999, 399~438 页。萧璠教授为本章初稿提供了许多意见与补充资料, 及后两位匿名评审人亦提出了宝贵意见, 供笔者参考以修正原稿, 谨此致谢。并且感谢所有在“医疗与中国社会”讨会上为本人提供意见之学者。

① 参见萧运春:《祖国医学对于麻风之认识》, 载《中医杂志》, 1956 (4), 170 页; 蒋竹山:《明清华南地区有关麻疯病的民间疗法》, 载《大陆杂志》第 90 卷, 1995 (4), 38 页引蔡宝凤、周碧瑟:《麻疯病的文献回顾》(载《公共卫生》第 15 卷, 1988 (3))。

② 如其传染、遗传上的复杂性, 及其在何类地理环境中比较容易传播等疑问。



世纪的埃及与西欧，这是因为考古学者对木乃伊及一些遗骸的头骨作研究，发现有明显确实的麻风病症。<sup>①</sup>

由于许多不同的疾病有类似的病症，单从文字的记载，尤其是远古时代简略的文字记录，我们很难确定所描写的病症到底是今天西方生物医学所定义的哪种疾病。正因如此，李约瑟与鲁桂珍在 30 年前以《论语》与《内经》两种文献的记载来证明中国在春秋战国时代古书所描述的是今天我们所认知的真麻风病，受到西方医学史者合理的质疑。<sup>②</sup>

本章并不意图考证麻风病在中国出现的时间，或从古籍中的描述来判断所载是否即今天我们所了解的麻风病。因为这些问题无法有令人满意的答案。本章是从中国传统疾病分类的角度，在现存的历代文献中探讨古代“疠/癩疾”、“大风”、“恶风”以至“麻风”等病的概念。疠/癩、大风这个疾病被中国当代医史学者一般认为是等同于麻风病。<sup>③</sup>我们姑且放弃这个先入为主的想法，纯粹从历代医书及相关文献对疠/癩、大风、麻风的描写看这个疾病在概念上的变化，不同时代的医书对这几个病名的描述、病因分析、疗法等有所不同，从中可以分析疾病分类概念的变化及其背景。本章从疠/癩、麻风这个具体例子来看中国传统医学里疾病分类方式的历史。时代从上古至清代 18 世纪末止。这是因为 19 世纪以来，现代西方医学对中国有很大的影响，我们不易分辨疾病概念里的传统医学因素与西洋医学因素。

① 参见 V. Møller-Christensen, "Evidence of Leprosy in Earlier Peoples," in D. Brothwell & A. T. Sandison eds., *Diseases in Antiquity*, Springfield (Ill.): C. C. Thomas, 1967, pp. 300 - 301; "Diseases of the Middle Ages," by Y. V. O'Neill, in K. F. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge University Press, 1993, pp. 273 - 274。虽然许多西方医史学家觉得麻风病可能很早就有，但由于直接数据的缺乏，他们多持保留的态度去谈这点。

② 参见 Lu and Needham, "Records of Disease in Ancient China," in Brothwell & Sandison, 1967, pp. 236 - 237。其中质疑他们说法的是 Nathan Sivin, 参见 S. Nakayama and N. Sivin, *Chinese Science: Explorations of an Ancient Tradition*, Cambridge: MIT Press, 1973, p. 306。

③ 中国医史专家多对此深信不疑，除李约瑟与鲁桂珍外，如岳美中：《关于祖国医学麻风史事及其著作的叙述》，载《上海中医药杂志》，1956（9）；刘牧之：《麻风病在中国医学及历史上的记载》，载《中华皮肤科杂志》第 4 卷，1956（1）；萧运春：《祖国医学对于麻风之认识》，载《中医杂志》，1956（4）；程之范：《我国皮肤性病科的历史》，载《中华医史杂志》，1955（1）；俞慎初：《中国麻疯病学》，2~10 页，上海，复兴中医社，1941。

## 一、上古至东晋时代的“大风”与“疠/癩”疾

### 1. 古医籍的记载

如上文所述，30年前鲁桂珍与李约瑟以《内经·素问》所载有关“疠”与“大风”的记载来说明中国在公元前2世纪（西汉时代）已有有关麻风病的记载。<sup>①</sup>而在王冰注之《素问》卷十二《风论》里是这样描述“疠”的：“疠者，有荣气热附，其气不清，故使其鼻柱坏而色败，皮肤疡溃。风寒客于脉而不去，名曰疠风，或名曰寒热。”<sup>②</sup>换言之，《素问》对疠病病症的描写主要包括人体外形的损害，尤其在皮肤方面的衰败与溃烂，以及鼻梁崩坏。这段对疠病症的形容十分简单。至于大风病，可在《素问》有关针灸的卷十四《长刺节论篇》看到：“病大风，骨节重，须眉堕，名曰大风。”<sup>③</sup>换言之，大风病主要的症状是在骨节方面的损坏，以及毛发的脱落。皮肤方面的症状则不被提及。显然地，《内经》对疠与大风有不同的描写，分别在不同的两节，而且均不详细，似乎不单指一种疾病。而分别指影响皮肤与骨骼的两大类别的疾病。<sup>④</sup>

而民间则似乎多以“疠”或“厉”来指涉引致外形丑恶的病，如战国时代有名的刺客豫让漆身为厉，即使身长恶疮，自似厉病患者，并剪

① 参见本书253页注②。有关《素问》成书的年代众说纷纭。除鲁桂珍与李约瑟认为是公元前2世纪外，范行准也赞成这个看法，而李经纬认为是战国时代成书，而美国学者如 Sivin 则认为在公元前后的两百年间左右成书。参见范行准：《中国医学史略》，27页；李经纬、李志东：《中国古代医学史略》，60页；Sivin, N., *Traditional Medicine in Contemporary China* (Ann Arbor: Center for Chinese Studies, University of Michigan, 1987), p. 5 引 David Keegan 之研究。

② 张隐庵集注：《黄帝内经素问集注》卷5，见《中国医学大成》，第1册，57页，上海，上海科学技术出版社，1990。

③ 同上书，卷6，见《中国医学大成》，第1册，15页。后魏晋时代皇甫谧（215—282）的《甲乙经》也以同样的字眼描写大风的病症。参见《中国医学大成》，第1册，580页，长沙，岳麓书社，1990。

④ 稍后东汉末张仲景的《金匱要略》有“侯氏黑散治大风四肢烦重，心中恶寒不足者”条，可见所谓“大风”所指涉之病类甚广。参见《沈注金匱要略》卷5，见《中国医学大成》，第8册，4页，上海，上海科学技术出版社，1990。当然，此书之内容已经后代一再修改，其简史参见范行准：《中国医学史略》，48页。

须去眉的故事<sup>①</sup>，说明了当时人对厉病患者的外形已有一定的概念。

除《内经》及《史记》等多被引用来形容痲病的文献外，另一重要古文献是云梦秦简《封诊式》（估计在公元前4世纪至前217年左右编纂）。《封诊式》里有一段对一痲病患者的详细描写。李约瑟与鲁桂珍在1967年固然无法利用此一在1975年出土的律法文献，而这一条区区百字的材料，却蕴涵着十分丰富的信息，译成白话是这样的：

某里的里典甲送来里士伍丙，报告说：“怀疑是痲病，将他送到。”讯问丙，供称：“在三岁时患有疮疡，眉毛脱落，不知道是什么病，没有其他过犯。”命医生丁进行检验，丁报告说：“丙没有眉毛，鼻梁断绝，探刺他的鼻孔，不打喷嚏。臂肘和膝部（缺字）……两脚不能正常行走，有溃烂一处。手上没有汗毛，叫他呼喊，他的声音嘶哑。是痲病。”<sup>②</sup>

上文所描写的痲疾病症，结合了《素问》里对痲与大风的描写，更接近今天我们所理解的麻风病症，不过，也不能充分证明那就是今天医学所定义的麻风。肯定的是痲病患者会受到刑法上的处分。同时在睡虎地出土的《法律答问》也透露患有痲病的人有两个可能的下场：被送往“痲所”，或被投入水中淹死（定杀）。<sup>③</sup> 这条数据让我们知道当时痲病患者被认为有罪，同时有收容痲病患者的场所。有关“定杀”这条秦律，林富士曾作出解释，他认为这个刑罚带有祭祀仪式的意义，系借杀类似疫鬼之病患以惊恐、威吓之，使之不敢再作祟。<sup>④</sup> 至于这条法例在秦之后有何变化？有没有其他疾病病患同样遭遇？则并不清楚。

① 参见司马迁：《史记》卷86，《刺客列传》，2520页。

② 睡虎地秦墓竹简整理小组：《睡虎地秦墓竹简》，156页译文，北京，文物出版社，1990。我将该书译文中的“麻风病”复原为“痲”。原文如下：某里典甲诣里人士伍丙，告曰：“疑痲，来诣。”讯丙，辞曰：“以三岁时病疮，糜突，不可智其可病，毋它坐。”令医丁诊之，丁言曰：“丙毋糜，良本绝，鼻腔坏，刺其鼻不嚏。肘郤□□到□两足下奇，溃一所。其手毋肤，令，其音气败。痲□。”

③ 参见余宗发：《云梦秦简中思想与制度钩摭》，132~133、209页，台北，文津出版社，1992。

④ 参见林富士：《试释睡虎地秦简中的“痲”与“定杀”》，载《史原》，1986（15），23页。

此外，1983至1984年在湖北省江陵县张家山出土的西汉初古墓里发现的竹简《脉书》中的《病候》，记67种疾病，其中也有一条有关疠病的资料：“四节疔，如牛目，麋突，为疠。”马继兴释“麋突”为“眉堕”<sup>①</sup>。可见此疾一直至汉初仍沿“疠”之病名。

到了东晋时期，我们看见一个新的病名“癩”，其病症亦类似疠、大风或今天的麻风。“癩”后来普遍被认为与“疠”通<sup>②</sup>，这也是为什么当年的李约瑟与鲁桂珍以“疠/癩”来指今天的麻风。这个名称见于道家医生葛洪（283—343）的著作中，其中现存的《肘后备急方》对癩病有较多的描绘。<sup>③</sup>在这本方书里有对癩病的描写是这样的：“初觉皮肤不仁，或淫淫苦痒如虫行，或眼前见物如垂丝，或癩疹赤黑，此即急疔，蛮夷酒佳善。”<sup>④</sup>葛洪此时提出癩病的特点是“初觉皮肤不仁”是很有意义的。在他之前，医籍只认定“大风”病有皮肤不仁的症状，而如上文已述及，《内经》以来的早期文献是将“大风”及“疠”分开论述的，没有人曾清楚地提出疠病的麻木症状。阿拉伯医学要到13世纪才正式指出麻风病有皮肤麻木的这个病症。<sup>⑤</sup>此外，葛洪也启发了后来疠病与求仙之间的微妙关系。他在另一著作《抱朴子》中提到一个叫赵瞿的病癩之人，被弃送山穴中，后遇仙人赐松脂救活。<sup>⑥</sup>

## 2. “疠/癩”与“大风”疾的病因与治疗

早期的史书记载对大风与疠/癩病所提出的病因及疗法非常有意思。

① 马继兴：《马王堆古医书考释》，162页，长沙，湖南科学技术出版社，1992。

② 参见《史记》卷86《刺客列传》之“集解”及“索隐”；许慎撰、段玉裁注：《说文解字》，7篇下，“疠”字条，上海，上海古籍出版社，1988。

③ 除《肘后备急方》外，葛洪在今已佚之《玉函方》里提到：“癩病乃有八种。”见丹波康赖：《医心方》，第29册，卷3，36页下，第20条所引，台北，艺文印书馆，1972年影印《续聚珍版丛书》本。《肘后备急方》的版本流传极为复杂，详情参见马继兴：《中医文献学》，159～162页。

④ 葛洪：《肘后备急方》，见程永培辑：《六醴斋医书十种》卷5，38页上～下，乾隆中苏台程氏修敬堂刊本。

⑤ 参见 Michael Dols, “Leprosy in Medieval Arabic Medicine,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34.3 (1979), p. 327.

⑥ 参见葛洪：《抱朴子》内篇卷2，52页上～下，《四库全书》本。

直接地影响了后来被称为“麻风病”的病因与治疗概念。

在病因方面，主要有两点：“风”与“虫”。

《内经·素问》主要在《风论篇》里谈疠风：“风之伤人也，或为寒热，或为热中，或为寒中，或为疠风……风寒客于脉而不去，名曰疠风，或名曰寒热。”<sup>①</sup>这几句话可以有很复杂的解读，但基本上大意为疠是由于风寒进入诸脉，停留不去所引发的。这个解释成为疠病最经典的解释。至于大风病的成因是否一样，《素问》里则没有提及。

至于虫作为疠的病因，在早期的医书中不容易看到。不过，另一上古的文献，却提到作为病因的虫，但病名不是“疠”或“大风”，而是“螟”。这个文献是现今被认为是最早的医方书，即出土自马王堆的《五十二病方》。这个被认为是战国时代中约公元前 300 年左右的医学文献，载有螟病一条，译成白话后，大致如下：

螟病是由螟虫咬穿人的（各种组织）所致。螟虫咬人没有一定的部位，或在鼻部，或在口旁，或在牙龈，或在手指，让人鼻梁塌缺，或手指折断。<sup>②</sup>

这些病症极似疠 / 癩与大风疾，但不能因此证明螟病就是后来所谓的疠或大风，事实上后代医书再也没有记载“螟”这个病。但中古以来医书多以虫蚀人体来解释“疠”疾，古代的螟虫蚀人身体组织的这个概念所产生的影响，仍然值得重视。

在治疗概念方面，可分为大风与疠 / 癩两种。有关大风疾疗法有两类：第一是《内经·素问》的刺肉法。《素问》建议患大风者“刺肌肉故，汗出百日。刺骨髓汗出百日，凡二百日，须眉生而止针”<sup>③</sup>。第二种药物疗法见于 20 世纪 70 年代出土的武威东汉木简医书。里面有“大风方”一条，内容为雄黄、丹砂、礞石、磁石、玄石、消石等尚可辨认的

① 张隐庵集注：《黄帝内经素问集注》卷 5，见《中国医学大成》，第 1 册，56~57 页。

② 译文参考马继兴：《马王堆古医书考释》，437 页，原文为：“螟者，虫。所啮穿者□，所发毋恒处。或在鼻，或在口旁，或齿龈，或在手指□□，使人鼻缺指断。”有关这个文献年代的考证，参考同书引李学勤与裘锡圭，9~13 页。

③ 张隐庵集注：《黄帝内经素问集注》卷 6，见《中国医学大成》，第 1 册，15 页。

药物。方下面有注文：“皆（落）随皆复生，虽折能复起，不仁皆仁”<sup>①</sup>，意即用此方后毛发复出，折骨重生，麻木部分恢复知觉，主要针对《内经》所云“骨节重，须眉堕”的大风病。此方所用含毒的雄黄、消石等后来也成为主要疗疔病的药物，使得明以前医家倾向以毒药攻治大风与疔病，是值得注意的资料。

至于有关疔／癩的疗法，也大致分针刺与食疗两种。《灵枢》建议疔风患者：“素刺其肿上，已刺，以锐针针其处，按出其恶气，肿尽乃止，常食方食，无食他食。”<sup>②</sup>明显地这个刺肿疗法的原则与《素问》的大风病针刺疗法不一样。后者刺骨髓，使出汗，而疔风刺疮肿令出恶气，使消肿。此外，在食疗方面，《灵枢》语焉不详，“常食”与“他食”之分别并不清楚。如果我们参考《五十二病方》里“螟”病的食疗法：

治之以鲜产鱼，□而以盐财和，□之，以傅虫所啮□□□□□□之。病已，止。尝试。毋禁。令。<sup>③</sup>

即主要以鲜鱼拌盐来治疗。这个食疗法，并不见于后代的文献。

最后葛洪的疗法则值得一提。上文已提过，他的“癩病方”主要是用“蛮夷酒”来治疗。至于“蛮夷酒”的内容是什么，葛洪则没有说明。后来唐代孙思邈的《千金方》中提到一“蛮夷酒”，包括独活、防风、麻黄等 45 味，以酒渍而成的方，专治“诸恶风眉毛堕落”<sup>④</sup>，可能即葛洪所指之蛮夷酒，而从方名推测，此方应源自外国。在此方之后，有“疗白癩”方四方，皆用酒，其中较引人注意的是用大蝮蛇，以酒渍之，火温令熟后，用以敷疮，并说此方亦疗鼠瘻及其他恶疮。<sup>⑤</sup>用蛇酒治癩后来也成为一主要疗法。值得注意的是公元 2 世纪的希腊医者著作中已提及蛇

① 《武威汉代医简》，见《中国西北文献丛书·西北考古文献》卷 6，383 页，兰州，兰州古籍书店，1990。

② 郭霭春编著：《黄帝内经灵枢》，四时气第十九，185 页，天津，天津科学技术出版社，1992。

③ 马继兴：《马王堆古医书考释》，437 页。

④ 孙思邈：《备急千金方》卷 8，159 页，北京，人民卫生出版社，1995（1955）年据日本江户医学影摹北宋刊本。

⑤ 参见葛洪：《肘后备急方》，见程永培辑：《六醴斋医书十种》卷 5，38 页上～下。

酒对“象人病”（elephantiasis，指患病的人因皮肤的败坏与厚化而似大象，今天西方医史学者认为这个病很可能就是麻风）的疗效。如著名的盖伦及与他同时的 Aretaeus of Cappadocia 均在医书中建议用蛇酒治“象人病”。后者还述说一患者因喝了蛇被淹死在罐底的酒而意外痊愈。<sup>①</sup> 这类传说后来在中国也流传甚广，后人编辑的《肘后备急方》就加入了唐人张鷟著《朝野僉载》中所载类似的传说。<sup>②</sup> 是否意味着希腊医学对“象人病”的概念与疗法已在晋代传入中国<sup>③</sup>，并产生普遍的影响？是个耐人寻味的有趣问题。

### 3. 小结

上古至晋代，有关疔 / 癩病、大风病症的记载并不少。这些描写反映出疔 / 癩病与大风所指涉的不一定是同样的一种病，两者所指可能是分别对皮肤及骨骼有影响的病，而非准确地单指现代医学定义下的麻风病。而其中疔 / 癩病的各种皮肤病变的描述较为接近我们所认知的麻风，但是在《内经》里，并没有提到疔病有皮肤麻木的症状（麻木主要是大风病的症状）。20 世纪 70 年代出土的简书与帛书所显示的数据比《内经》详细。《封诊式》内对疔病的描述已很接近瘤型麻风，但亦不完整，特别是还没有提到皮肤麻木不仁这一点，这要等到葛洪所描述的“癩病”才被清楚地指出，但是葛洪对癩病的描述是非常简短的，远不及《封诊式》。换言之，早期文献对疔病病症的描述虽然有许多令人想起麻风病的地方，同时亦较同时期西方的同类文献详细，但是仍看不出哪一个病名能被直接地翻译为今天的麻风，或者说这个病仍没有从众多有类似病症

① 参见 Michael Dols, “Leprosy in Medieval Arabic Medicine,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34. 3 (1979), p. 316.

② 参见葛洪：《肘后备急方》，见程永培辑：《六醴斋医书十种》卷 5，41 页下～42 页上。此故事述说商州有人患大风，被弃于山中茅屋，在不知情下喝了坠进乌蛇的酒，而病愈，后见罍底有蛇骨，方知其由。后来许多类似的故事都是基于这个传说变化出来的，有关更后期的文献中对蛇酒治癩的记载，参见蒋竹山：《明清华南地区有关麻疯病的民间疗法》，载《大陆杂志》第 90 卷，1995（4）。

③ Michael Dols 指出希腊与拉丁医家对象人病患者的疗法包括放血、艾灸法、浴法、热敷法、食禁，实与中国早期疗法极为相似。参见 Michael Dols, “Leprosy in Medieval Arabic Medicine,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34. 3 (1979), p. 316.

的皮肤病中区别出来，成为个别的病类。这与欧洲及阿拉伯的麻风病史是很类似的。<sup>①</sup>

在病因与治疗方面，我们看到早期文献传达的丰富信息，为后代医学界对疔风的病因与疗法立下坚固的基础。在病因方面，“风寒”的因素很早就建立起来；至于“虫蚀”这个概念，虽然不是有关疔风的文献中出现，但从《五十二病方》里螟病的描写可见虫蚀致病这个概念很早就有，很容易为医者借来建构疔病病因概念。至于治疗方面，仍可看出治大风与疔/癩病两大类，但无论是针灸出汗或出“恶气”，或用蛇酒，或雄黄等含砒霜的毒药都成为后世治疔病的主要疗法，只有《五十二病方》的螟病食疗法没有再被提起。换言之，从病因论及疗法的角度来看，早期医书中对大风与疔/癩病的概念，的确是后世麻风病概念建立的主要基础。

## 二、隋唐时代

在葛洪的《肘后备急方》以后，提到疔病而又流传至今的重要医学著作要算隋唐时代著作。其中又以巢元方的《诸病源候论》、孙思邈的《千金翼方》、王焘的《外台秘要方》最重要。这几种医书均以很长的篇幅来描写“疔”、“恶风”、“恶病”、“诸癩”等病。其中也有不少相通之处。与晋以前的文献相比，可看出在对“恶风”、“诸癩”等病的诊断、病机、治疗方面都有所发展，但是这些发展都基于早期已建立的概念，并没有明显的所谓突破。

### 1. 病因

基于战国时代即有的风与虫的概念，唐代医家发展出更精细的疔病病因论。

<sup>①</sup> 有关欧洲与阿拉伯文化中的麻风病史，参见 Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34. 3 (1979), pp. 314 - 315; M. Dols, "Diseases of the Islamic World," in Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge University Press, 1993, pp. 336 - 337; Ann Carmichael, "Leprosy," in Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease*, p. 838.



巢氏的《诸病源候论》，在《风病诸候》卷中最先大篇幅地描写“大风”与“诸癩候”。“大风”与“疔/癩”为两个类别的病在此时更为明显，比《内经》所述更清楚。大风病最主要的病症是须眉堕落；而癩病则基本上是皮肤病变。

### 1.1 大风病

在巢氏一书《风病诸候》两卷中，“大风”病放在“恶风须眉堕落候”条。与《内经》一样，大风症主要症状是毛须眉毛的脱落。而所谓“风寒”之病因，巢氏有更详细的解释：“或因汗出入水得之，或冷水入肌体得之。”然后又举出具体的例子：“或饮酒卧湿地得之，或当风冲、坐树下及湿草上得之，或体痒搔之，渐渐生疮，经年不瘥，即成风疾。”<sup>①</sup>而其中“饮酒卧湿地”——即酒醉后，风与湿易进入肌体——更为后来的医书一再引用，成为得大风病的主要原因之一。

风进入肌体内之后会引起怎样的变化呢？巢氏也有进一步的说明：“八方之风，皆能为邪，邪客于经络，久而不去，与血气相干，则使营卫不和，淫邪散溢，故面色败，皮肤伤，鼻柱坏，须眉落。”<sup>②</sup>“邪”应指“风、寒、暑、湿、燥、火”等六淫之一的“外邪”；而“营”与“卫”是体内两种精气，营在脉中，化生血液，营养周身；卫在脉外，温养内外，护卫肌表，抗御外邪，滋养腠理。健康的人的这两种精气应该处在和谐的状态中，身体才能强壮，并可抵抗疾病。但一旦风与寒等外邪入侵，可使营卫两种精气相互抵触，从而产生皮肤、骨骼、毛须方面的损害，而最主要的症状是眉睫堕落。这是巢氏对“大风病”的病因解释。

除了更进一步地阐述“风”这个因素外，巢氏也详细地谈到“虫”的因素，在“恶风候”一节中有这样的描写：

人身中有八万户虫，共成人身，若无八万户虫，人身不成不立。复有诸恶横病，诸风生害于人身，所谓五种风生五种虫，能害于

<sup>①②</sup> 巢元方：《诸病源候论》，见《中国医学大成》（以《巢氏诸病源候总论》为名出版），第41册，卷2，16页。

人……此五种风，皆是恶风，能坏人身，名曰疾风，入五脏即与脏食人，虫生其虫，无量在人身中，及入骨髓，来去无碍。<sup>①</sup>

这里似乎有两个概念，其一是人身与生俱来有无数的虫，是身体的构成部分。其二是作为外邪的风入侵人体后，会产生五种有害于人体的虫，这五种虫食人五脏，并越长越多，引发大风病的各种病状。虫的观念，与《五十二病方》的“螟”有相似之处，如螟的“所发毋恒处”“使人鼻缺指断”等。

除了对风与虫两个因素作详细的述说外，巢氏更基于这两个因素提出有多种大风病的说法。书中举出“八方之风”，来自不同方向，各有名目，而且所引发的病症各有不同。其中引人注意的是巢氏认为从不同方向入侵人体的风，会引发潜伏期长短不一、初期症状各异的大风病 32 种，潜伏期从百日、三年、七年至十年不等。初期症状包括手脚生疮、生顽斑、白癩、身体恍惚等，最后的症状均是须眉脱落。<sup>②</sup>

至于虫所引的不同症状，则视乎配合着黄、青、赤、白、黑五风的五种虫侵蚀内脏：

若食人肝，眉睫堕落。食人肺，鼻柱崩倒。食人脾，语声变散。食人肾，耳鸣啾啾，或如雷声。食人心，心不受触而死。<sup>③</sup>

这几句话可能在述说大风病进展的阶段，也可能在解释不同病症的原因，即不同病人有不同的症状。在这方面，巢氏无疑比《内经》等早期文献对大风病病因与病状有进一步的了解、更精细的观察。值得注意的是皮肤病变并非恶风候的主要症状，须眉堕落、鼻柱崩倒、变声、耳鸣等才

① 巢元方：《诸病源候论》卷 2，见《中国医学大成》第 41 册，18 页。《巢氏诸病源候总论》这一段后为其他医书所重录，其中北宋初的《太平圣惠方》所录与此处所引文稍有不同：“……此五种风皆是恶风，能坏人身，名曰疾风，或入五藏，即与藏合，故虫生也，其虫无量在人身中，乃入骨髓，来去无碍”，在解释上《圣惠方》这几句较《巢氏》通顺。见《太平圣惠方》卷 24，1 页上，台北，新文丰图书出版公司，1969 年景印台北“中央图书馆”藏日钞乌丝兰本。

② 参见巢元方：《巢氏诸病源候总论》卷 2，见《中国医学大成》，第 41 册，16~18 页。此节记有：金、黑、旋、褐、青、终、冲、行龙、石、舂、游、乱、水、面、玄、敖、穴、吟、庐、脑、角、因、历节、膀胱、赤、水（南方风，与前属北风之水风不同）、摇、奸、淫、缺、明、青（属西方，与前属东方之青风不同）等 32 种风。

③ 同上书，18 页。

是主要病症。

后孙思邈之《千金翼方》在《耆婆治恶病》一节中大部分重复了巢氏有关恶风的解释，不过用的是“疾风”一词。稍后王焘之《外台秘要方》进一步总结巢氏与孙氏之说，并用“恶疾大风”一词。以“多种不同”、“种种状貌不同”来说明恶疾大风病的复杂性并且说“此疾一得多者不过十年皆死，近者五六岁而亡。”很简明扼要地指出大风病基本上不能治愈，病情复杂，并且属慢性病。<sup>①</sup>

## 1.2 诸癩

巢氏循《内经》所说，将大风疾与疔 / 癩疾分开述说，两者虽有密切的关系，但在巢氏的当时，在分类概念上，仍属不同类别。

在病因方面，癩与大风有所同也有所不同。所同之处在于基本上同样是起于风与虫：“凡癩病皆是恶风……病之生，多从风起。”<sup>②</sup> 同时虫之蚀人内脏也是癩病的成因：“虫遂多，食人五脏骨髓，及于皮肉筋节，久久皆令坏散，名曰癩风。”<sup>③</sup> 所以恶风的成因之一是“饮酒卧湿地得之”，而癩病的“养生禁忌”之一是“醉酒露卧”<sup>④</sup>。而这些大致上与大风没有分别。而且从“凡癩病皆是恶风”一句看来似乎癩病是恶风之属。

但癩病的起因在细节上仍有与大风不同之处。巢氏在癩病一节中强调风进入皮肤之后：

不能自觉，或流通四肢，潜于经脉，或在五脏，乍寒乍热，纵横脾肾，蔽诸毛，腠理壅塞难通……久而不治，令人顽痹，或汗不流泄，手足酸疼，针灸不痛。<sup>⑤</sup>

明显地癩病起于风影响皮肤腠理，使之麻木不仁，继而生疮，与大风病之营卫系统被损害，有所不同。

① 参见孙思邈：《千金翼方》卷21，万病，251页，北京，人民卫生出版社，1955年景印元刊本；王焘：《外台秘要方》卷30，2页，大阪，东洋医学研究会，1981年景印日本静嘉堂文库藏宋版。

② 巢元方：《巢氏诸病源候总论》卷2，见《中国医学大成》，第41册，20页。

③ 同上书，21页。

④ 同上书，22页。

⑤ 同上书，20页。

至于为何风会如此入侵皮肤？巢氏认为诸癩之具体病因是：“用力过度，饮食相违，行房太过。”这些都会引发：“毛孔既开，冷热风入五脏，积于寒热，寒热之风交过，通彻流行。”<sup>①</sup>换言之，除了与大风症所同的“酒醉卧湿草”外，癩病的发生与过劳、饮食不当、房事过多等被认为是不良的、反映出缺乏修生常识或欲念太多的生活习惯有关；巢元方同时还提出“犯触忌害”这个成因。这一点已与人的道德修养有关系了，而“大风”或“恶风”病的病因描述里并没有提到这一点。

巢氏同时认为癩病共有 12 种之多<sup>②</sup>，各有不同的症状，也包括鼻柱崩倒、毛发脱落等，但最主要的是皮肤病变，特别是长疮、疥癣等。这 12 种癩病的潜伏期也不一样，长者可达 20 年之久。

孙思邈的《千金翼方》与王焘的《外台秘要方》对大风与疔 / 癩病的病因分析并没有超出巢氏一书，前者重复着五风五虫五脏之说，并说“疾风者是癩病之根本也”。后者没有重复大风病成因，但在癩病方面，主要沿巢氏及千金方之说。<sup>③</sup>孙氏之有关描述较接近巢氏的诸癩候，而非大风候；王焘则仍分“恶疾大风”与“诸癩”来讨论这两类病。另一唐代著作《录验方》中则谓人有木、石、风、水、沸（或佛）五癩，但由于其书已佚，其具体内容不得而知<sup>④</sup>，但可见唐代各家仍沿巢氏之说，认为癩有多种，而且在分类上可能有一些差异。

最值得注意的是孙氏将有关这类疾病称为“恶病”，相关文字在《耆婆治恶病第三》一段。<sup>⑤</sup>耆婆为印度婆罗门名医，佛教兴起后，又成佛教名医代称，原文为 Jivaka。<sup>⑥</sup>孙思邈以耆婆所说为依归，并不提巢氏或更早期中国医籍里已有的概念，可能意味着有关癩病的病因论，在隋唐时

① 巢元方：《巢氏诸病源候总论》卷 2，见《中国医学大成》，第 41 册，21 页。

② 有木、火、金、土、水、蟋蟀、面、白、疥、风、旬、酒等 12 种癩。参见上书，22 页。

③ 巢氏与孙氏对风与癩病的描述，分别并不明显，孙氏只举十种癩名。参见孙思邈：《千金翼方》卷 21，万病，251、253~254 页。王焘《外台秘要方》卷 30（5~6 页）主要引《千金翼方》说。

④ 参见丹波康赖：《医心方》，第 29 册，卷 3，36 页下，第 20 条。

⑤ 参见孙思邈：《千金翼方》卷 21，万病，251 页。

⑥ 参见马伯英：《中国医学文化史》，370~374 页。

代受到较多的印度或佛教影响。有学者指出，巢氏所提出的“八万尸虫”的说法有明显的佛教影响。<sup>①</sup> 换言之，早在巢氏之时，医家很可能已采用许多印度医学对这类病的解释。有趣的是早期中国文献所反映的风病概念（风与虫）与这些所谓印度医学概念也相当符合。到底印度医学在大风病病因论上的影响有多大，实值得进一步研究。

## 2. 疗法

有关隋唐时代大风及癩病疗法主要记载在《千金翼方》及《外台秘要方》两书里。除了沿自古代的传统疗法外，两书作者均自称记载了来自印度的疗方。《千金翼方》没有将疗法分类；而《外台秘要方》则仍分大风与癩两类疗方。

有关癩病疗法，除了葛洪之后即通行的蛇酒与“蛮夷酒”外，最主要的药物之一是“雷丸”，属毒性较高的药物。巢氏在“诸癩候”一段建议患癩疾者“先与雷丸等散服之出虫，见其虫形青赤黑黄白等诸色之虫，与药治者”<sup>②</sup>。换言之，雷丸的主要疗效是“出虫”。后来李时珍也确定此一疗效。到了《千金翼方》，作者则建议“阿魏雷丸”，并且介绍其详细成分（包括阿魏、紫雷丸、雄黄、紫石英、朱砂、滑石<sup>③</sup>、丹砂、牛黄等15种成分，其中有的毒性相当高）。查阿魏是当时从西域及天竺进口的药物，李时珍对此外来药物亦有详细说明，并确定其“杀诸小虫”之效。<sup>④</sup> 换言之，《千金翼方》的疗方明显受印度医学的影响。不过，阿魏雷丸内的成分包括雄黄、丹砂等早见于前文提及的武威医简里的“大风方”，其

① 参见李勤璞：《八万尸虫与八万户虫》，载《中华医史杂志》第26卷，1996（2），108页。论文指出八万尸虫最早出现在汉语中，是在公元418—421年所译的《大方广佛华严经》与同时的《大般涅槃经》中。

② 巢元方：《巢氏诸病源候总论》卷2，见《中国医学大成》，第41册，21页。雷丸产汉中土，是一种多孔菌科植物（*Polyporus mylittae* Cook. et Mass.），李时珍谓其“有小毒”，主治杀三虫，逐毒气、逐邪气恶风汗出等。参见李时珍：《本草纲目》卷37，7~8页。李永春主编：《实用中医辞典》，772页，台北，知音出版社，1992。

③ 可能是“消石”之误，此处按元大德本。

④ 李时珍：“夷人自称曰阿，此物极臭，阿之所畏也。波斯国呼为阿虞，天竺国呼为形虞，涅槃经谓之央匿，蒙古人谓之哈昔泥。”（《本草纲目》，35页）这是一种伞形科植物（*Ferula Sinkiangensis* K. M. Shen 或 *F. Assafoetida* L.），参见《实用中医辞典》，369页。

他治癩疾的药方都包括雄黄、消石、苦参、松脂等成分，都是中土由来已久的药品，前者具砒霜毒性。虽然孙思邈认为利用各类消石治疾风是“出耆婆医方论治疾风品法中”<sup>①</sup>，但所提出的疗方大体上应可说是中印药学的混合物。《外台秘要方》的治癩疗方则如《千金翼方》一样包含水银、丹砂、雄黄、苦参等毒性药物，另外蛇酒或“蛮夷酒”等都是《外台秘要方》治诸癩疾的主要疗方之一<sup>②</sup>，明显受到《肘后备急方》的影响。

王焘所举的治大风疗方，也同样地混合了中国传统的疗方与外来方。治大风方含松脂、苦参等都是自古已见的治风疾药物。此外他也提出所谓“婆罗门僧疗大风疾”之方，所用仍是消石，另加麻油，主要以火煎药，令人发汗。<sup>③</sup> 原则实与《内经》用刺肉与灸法令入发汗略同，而《千金翼方》也强调传统针灸的效用。<sup>④</sup>

孙思邈与王焘最创新的疗法明显地受道家求仙思想的影响。风疾与成仙的关系早在葛洪的著作中已看到，但要到隋唐时代才普遍地被纳入医书中。孙思邈乃道教中人，他在风疾一段即说：“得此病者，多致神仙。往往人得此疾，弃家室财物入山，遂得疾愈，而为神仙。今人患者，但离妻妾，无有不瘥。”<sup>⑤</sup> 王焘又复述前人所说：“若能绝其嗜欲，断其所好，非但愈疾，因兹亦可自致神仙。”<sup>⑥</sup> 并述说神仙传里有数十人皆因得恶疾而成仙。基于这个成仙的理念，治疗大风的最主要方法是禁房事、禁瞋怒等激烈的情绪，食禁五辛生冷、大醋酪、白酒、猪、鱼、鸡、驴、马、牛、羊等美食。并需抛开所有世务，入山疗养，犹如修道人一样。<sup>⑦</sup> 道家对孙思邈的影响也使他用水银等炼丹的成分去制治癩方，加强了毒药在疗方上的运用，许多这类治癩方被他冠上“仙人”之名。<sup>⑧</sup>

① 孙思邈：《千金翼方》卷 21，253 页。

② 参见王焘：《外台秘要方》卷 30，5~8 页。

③ 参见上书，4 页。

④ 参见孙思邈：《千金翼方》卷 21，253 页。孙思邈认为病在皮肤肉脉中者，针刺可愈，但同时要服药养身。

⑤ 同上书，251 页。

⑥ 王焘：《外台秘要方》卷 30，2 页。

⑦ 参见孙思邈：《千金翼方》卷 21，252 页；王焘：《外台秘要方》卷 30，2 页。

⑧ 孙思邈《千金翼方》卷 21 载：“仙人黄灵先生用天真百畏丸治一切癩病方”、“仙人治癩病神验方”等（254 页）。

### 3. 小结

隋唐时代医家对大风与疔癩病的病因方面进一步发展了“风”的因素，并正式地将“虫”的因素纳入癩病的病因概念里。基于对这两个因素更细密的讨论，医者发展出比古代更入微的临床观察，尤其强化了风疾与癩疾作为不同类别的疾病<sup>①</sup>，以及这两大类内的多种更细分类，这些不同的风癩候有不同的病症及时间长短不一的潜伏期。风与疔 / 癩疾到此时似乎仍指涉着多种有大同小异症状的皮肤病，及影响骨骼的疾病，并非单指一种令人心目中的麻风。在疗法方面，虫蚀人体概念的深化，使得各种“出虫”、“杀虫”的疗方在此时出现。而新的疗方主要来自印度医学与药物的进入及道教思想的进一步深入社会。

## 三、宋辽金元时代

大风与疔 / 癩病的概念在宋元时期有新的发展。这个时代是中国医学发展的重要时期，医学分流派主要从此时开始，在病机学方面，多有发明。我们也可以从大风、癩 / 疔病概念发展的这个例子，看到此时期相当有创造力的医学思想。

首先，大风与疔 / 癩病之间的暧昧关系渐渐明朗化。此时期的医书、医者已趋向把这两类病归为一类。北宋前期的《太平圣惠方》及末期的《圣济总录》均在论大风与癩病一卷中含一节“大风癩”。《圣惠方》在谈“大风疾”一卷（卷24）里，先讨论“大风鬓眉堕落”，然后跟着谈“大风癩”，之后是其他各类风与癩疾。不过虽然“大风癩”一词已被用，但是从这两节的描述看来，编书者仍然将“大风”与“癩”疾分而论之。基本上仍沿用《内经》的分类。<sup>②</sup>

<sup>①</sup> 中古阿拉伯医学也有两个名词类似“大风”与“疔”：Judhām 与 Bara。前者指较严重的病，病状似瘤型麻风，有“使肢体残断”之意。后者指较轻的各种皮肤病，特别有“黑”、“白”两大类之分，类似中国医书中的乌白癩。参见 Michael Dols, “Leprosy in Medieval Arabic Medicine,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34.3 (1979), p. 327.

<sup>②</sup> 《太平圣惠方》卷24, 11页下：“夫大风病鬓眉堕落者皆从风湿冷得之……”；卷24, 16页上载：“夫大风癩者，皆恶风及犯触忌害之所为也……”，此处《内经》的影响非常直接，但“大风癩”一词已被用。

将大风与癩疾真正合并而论的是一百多年后的《圣济总录》。此书编者在“诸风门”类别中列了16类风症，其中一卷（卷18）专门讨论大风、癩/疔病各病症，内容包括：疔疡风、白驳、白癩风、紫癩风、恶风、大风眉须堕落、大风出虫、大风癩病、乌癩、白癩等十节。其中在“大风眉须堕落”一节中即明白地写着：

大风眉须堕落者，盖癩病也。皆由恶风染着，荣气不清。风湿毒气，浸渍肌肉，致淫邪散溢，痒搔成疮，皮肤疡溃，鼻柱倒塌，须眉堕落。<sup>①</sup>

换言之，此书编者认为结合着须眉堕落与皮肤溃烂成疮等症候的病应合为一个类别的病，称为“大风癩病”。这个新类别的病及疗方在此书卷18中另有专门一节作讨论。<sup>②</sup>这是与前代医书截然不同的分类方式。

稍后的金元医家亦纷纷将《内经》里描写大风与疔病原来分开的一部分结合起来。刘完素在《素问病机气宜保命集》里有关主要疾病类的“卷中”即谈到疔风。他先引《内经》对疔风的描写，然后说这个病：“又曰脉风，成于疔，俗云癩病也。”接着谈到治法，即引《素问》里治大风的刺肉法。明显地认为大风、疔风、癩等是同一种病。<sup>③</sup>另一金代医著《活法机要》（作者不详，但与李杲与朱震享有密切关系）之“疔风证”一节，也以几乎同样的方式将大风病与癩病联结起来。<sup>④</sup>“癩”在此时正式成为“大风病”或“疔病”的“俗称”。

## 1. 病因

虽然在病因的概念方面，这个时代的医家基本上不出《内经》与巢氏所定下的范围，即风与虫为基本病因。但是在这个范围以内，还是有重要的发明。

① 《圣济总录》卷18，449页。

② 参见上书，456~469页。

③ 参见刘完素：《素问病机气宜保命集》，见《丛书集成新编》，第215册，卷中，42页。

④ 参见《活法机要》，见《东垣医集》，有关其作者的争议，参见编校说明，8页。此书345页先引《内经》对疔风的描写，然后接着说：“（疔风）一曰脉风，俗曰癩”，与前述刘完素书几乎一样。



其中最值得一提的是南宋医家陈言，他在 1174 年撰成的《三因方》里，在谈瘰疬、疡疮等疾病一卷中讨论癩疾，改变了过去医书专门在“诸风证”一卷中讨论此病的惯例。<sup>①</sup>他在“大风论叙”中说：

经所载痲风者，即方论中所谓大风恶癩是也，虽名曰风，未必皆因风，大率多是嗜欲，劳动气血，热发汗泄，不避邪风冷湿，使淫气与卫气相干，致肌肉愤瞋，气有所凝，则肌肉不仁，荣卫（气）泣浊，则拊热（肉）不利，故色败，皮肤烂（疡）溃，鼻梁塌坏。《千金》所谓自作不仁，极猥之业，虽有悔言，而无悔心，良得其情。然亦有传染者，又非自致，此则不谨之故，气血相传，岂宿业（孽）缘会之所为也，原其所因，皆不内固（外），涉外所因而成也。<sup>②</sup>

这一段话提出了三个重要的想法：首先，陈言不认为作为外因的风是致病唯一的因素。嗜欲、劳动气血、不避邪风冷湿等这些以前统统被形容为邪风入体的原因，在陈言的概念里，都是属于“不内外”（如劳动、嗜欲等）的因素加上外因“风湿寒”而成。其次，他又加强了道德因素的重要性。自作孽的人会患上此病。最后，也是最重要的，是他提出了“传染”这个观念。虽然，他只简单地以“气血相传”四个字来描述传染，我们还是无法具体地了解他的想法，但是他已明白地指出传染是由于患者的不谨慎，而不是“自致”，与上述“不内外”因素及道德上的腐败无关。

比陈言晚一个多世纪的朱震亨与陈言一样，较注意患者的气血因素，他认为大风癩病有三大类：

其疙瘩与疮，若上先见者，上体多者在上也；若下先见者，下体多者在下也；上下同得者，上复在下也……此风之入人也，气受

<sup>①</sup> 参见陈言：《三因极一病证方论》，见《文渊阁四库全书》子部 49，医家类，第 743 册。在此书 18 卷中，“中风论”放在卷 2，有关风的疾病主要在卷 2、3、4、5，而有关癩病则放在卷 15，与各类疮瘤、瘰疬等同卷。

<sup>②</sup> 陈言：《三因极一病证方论》卷 15，21 页下，见《文渊阁四库全书》子部 49，医学类，第 743 册。有括号的字是民国本《三因方》所用字，似比《四库全书》本更正确。

之则在上多，血受之则在下多，气血俱受者甚重……夫或从上或从下，以渐而来者，皆是可治之病。<sup>①</sup>

更重要的，丹溪提出“杀物之气”的这个概念，据他门人所录，他对癩病的看法是：“大风病是受得天地间杀物之气，古人谓之疠风者，以其酷烈暴悍可畏耳。”<sup>②</sup> 这个观念加强了癩病致死的严重性，同时他以“天地间杀物之气”代替了“八方之风”，多少意味着具体的环境因素渐代替了抽象的“八方之风”成为主要的因素。

## 2. 疗法

宋元时期对大风癩病的治疗概念多依照传统：去风、出虫、去毒、禁欲、隐逸。

《圣惠方》与《圣济总录》集中了北宋末以前各类治大风癩病的疗方，主要仍用白花蛇、乌蛇等渍酒，天麻、胡麻、白僵蚕、松脂、雄黄、阿魏、雷丸、水银、丹砂等有毒原料制各丸方。

南宋陈言由于对大风病的病因有新的看法，所以在治疗概念上有所创新，他说：“风寒湿热，劳逸饮食，与夫传染，不可混滥，散寒湿风湿、清热、调和气血显然不同，若例以泻风药治之，则失其机要矣。”<sup>③</sup> 换言之，他认为一味散寒散风不一定对患者有帮助，如果患者得病原因是过劳等“不内外”因，应以调和气血为主。不过虽然概念上有所创新，但是他提出的浴法、疗方仍不出传统的出汗、疏风、去毒的窠臼，看不出新的疗法。令人好奇的是，既然他提出“传染”这个病因，为什么没有提出相应的疗法或预防法呢？

对于因嗜欲、饮食不当等而得病的人，元代的朱震亨别无他法，他认为：

人见其病势之缓，多忽之，虽按法施治，病已痊可，若不能忌

<sup>①</sup> 《丹溪心法》是丹溪弟子按丹溪治法所辑，引文见朱震亨：《丹溪心法》卷4，疠风六十四，见《丹溪医集》，256~257页。

<sup>②</sup> 朱震亨撰、戴元礼补校：《金匱钩玄》卷1，癩，见《丹溪医集》，86页。

<sup>③</sup> 陈言：《三因极一病证方论》，见《文渊阁四库全书》子部49，医家类，743册，卷15，大风治法，22页。

口绝色，皆不免再发，发则终于不能救也。<sup>①</sup>

南宋的陈言则重述葛洪之建议，除了要绝对禁欲外，

凡遇此疾，切须断盐及一切口味，公私世务，咸宜屏置，能去俗事，绝其庆吊，幽隐林泉，依法治疗，非但愈疾，亦能因是而可以求仙路，所谓因祸而得福，此也。

否则这个病是“百无一生”<sup>②</sup>。可见道教思想对这个病的疗法影响之深，一直到现在。

在北方的金元医家多重返《内经》的原则，对宋代的“局方”采取保留态度，而重视以针刺等方式出汗。刘完素在《素问病机气宜保命集》里重申《素问》治疗大风病的方式：刺肌肉，汗出百日，服桦皮散。灸承浆穴七壮三次，服二圣散，戒房室三年。<sup>③</sup>以汗、吐、下治法见称的张从正则进一步发挥《内经》的治疗大风病原则。他的一个癩病病人冬寒时去找他，但他五、六月始制药治癩病人，因为“以春寒未可发汗，暑月易汗”，他这个观念来自《内经》论治癩疾：“针同发汗也。但无药者，用针一汗，可抵千针。”他认为可治之癩病患者必要汗：“有汗者可治之，当大发汗，其汗出当臭。”<sup>④</sup>另一反映金元医家看法的《活法机要》也基本上完全重述《内经》所载大风病以针灸为主的治法。<sup>⑤</sup>

李杲的徒弟罗天益（13世纪）记载了他治大风之一个病例，引其师李杲之治法，而李杲基本上重述《灵枢》对大风病的病因及疗法，注重破血、散热、升阳、去痒、泻荣。与其他金元医家稍不同处只是在他也重视温补：“泻心火补肺气，乃正治之。”<sup>⑥</sup>但是罗天益并没有告诉我们这

① 朱震亨撰、戴元礼补校：《金匱钩玄》卷1，癩，见《丹溪医集》，86页。

② 陈言：《三因极一病证方论》，见《文渊阁四库全书》子部49，医家类，743册，卷15，27页上～下。

③ 参见刘完素：《素问病机气宜保命集》，见《丛书集成新编》，第45册，卷中，42页。

④ 张从正：《儒门事亲》卷6，见《子和医集》，162～163页。

⑤ 参见《活法机要》，见《东垣医集》，其345页载：“疔风者，荣气热附，其气不清，鼻柱坏而色败，皮肤痒溃，风寒客于脉而不去，故名疔风，又曰脉风，俗曰癩，治法，刺肌肉百日，汗出百日，凡二百日，须眉生而止”，再针灸三次，再服桦皮散，“戒房室三年，病愈”。

⑥ 罗天益：《卫生宝鉴》卷9，11页上～下，记段库使病大风之病例。

个大风病人是否疗愈。

宋元时代对大风癩病疗法的重要创新应是大风（枫）子<sup>①</sup>的利用。在20世纪现代磺化药品及抗生素仍未发明之前，大风子是各地治麻风症最主要及最见效的药品之一，主要产在热带地区。这个植物在中国被利用起于何时，不得而知，宋元时代的《岭南卫生方》有治杨梅疮方，用大风子及带水银的轻粉研末涂疮上。这个方在此书卷中之“续附蛇虺螫蠹诸方”一节内，应是元初（13世纪后期）僧人继洪所纂部分。<sup>②</sup>换言之，大风子至晚在宋元之际已外用在毒疮之上。大风癩病的病状之一是皮肤溃烂与起疮，医士也自然地外用大风子来治疗。同时代的朱震亨似乎也知大风子的用法。他曾说：

粗工治大风病，佐以大风油，殊不知此物性热，大燥痰之功而伤血，有病汇愈，而自失明者。<sup>③</sup>

从他这句话可看出用大风子油治大风病在元代后期已相当普遍，不但外用，也有内服的。朱震亨本人对内服大风子存保留态度，但是看来不少在他眼里属“粗工”的医生还是爱用此方，这点可从永乐间（1403—1424）朱棣主编的《普济方》中看到。此书集中了永乐以前的医方，治大风癩的疗方中有好几个是用大风子的，而且其中不乏内服药。<sup>④</sup>

<sup>①</sup> 大风子西洋通俗名为 Chaulmoogra，为大风子的成熟种子，正式学名为 *Hydnocarpus Anthelmintica* Pierre。

<sup>②</sup> 参见《岭南卫生方》卷中，48页上。

<sup>③</sup> 这是李时珍引朱丹溪语。朱震亨此语应是由他的门人所录，出自其门人所纂之《丹溪先生医书纂要》（简称《丹溪纂要》）。参见刘牧之：《麻风病在中国医学及历史上的记载》，载《中华皮肤科杂志》第4卷，1956（1），4页。但笔者没机会看到此书，丹溪也没有在他其他的著作里提到大风子治大风病一项。笔者只能从《本草纲目》卷35，49页中看到丹溪对大风子油的说法。

<sup>④</sup> 参见朱棣：《普济方》卷109，13页上，见《文渊阁四库全书》，台北，商务印书馆，1983。其载：“治大风疮”方，有大风子，与其他成分磨为末炼蜜为丸，温酒吞下；卷109，15页下“第二药神仙换肌丸”，亦以大风子与其他成分炼内服蜜丸；卷110，6页上，一方以大风子肉合他药治大风症轻者，另一方“治一切大风癩疾不问久新者”，以百花蛇合大风子等药；卷110，15页上，“换肌丸治诸癩大风疾”以苦参与大风子为主，另一方见卷110，22页下；卷110，27页上，“治大风疮”，编者谓此方出自元人所著《经验良方》，此方以大风子合轻粉作为外敷药。笔者查阅辑在《医方类聚》（第1册，卷13~24）内的《经验良方》，但找不到此方。

朱丹溪对大风病的治法还有另外一套新的见解。他认为疗法分两种，与他认为癩病的疙瘩与疮可能在上身先现或较多，或在下身先现或较多有关。他提出两个疗方，“在上者”用“醉仙散”，服后先牙缝内出臭涎水，然后下臭粪便；“在下者”用陈言《三因方》中的“再造散”，服后患者会泄出黑色或赤色小虫。<sup>①</sup>这两方除醉仙散用少量轻粉（水银粉）外，大致上毒性不高。据大陆学者所说，朱丹溪这两个仍基于传统去毒出虫的疗方，在20世纪50年代仍用于辽宁省麻风病院，而且颇获良效。<sup>②</sup>

### 3. 小结

大风、疔风与疔 / 癩病到了宋元时期渐结合成为一类，被称为“大风癩”病，或简单的“癩”病。这类病结合着毛发脱落、皮肤溃烂生疮（有各种类的疮癩）、鼻梁塌坏等类似瘤性麻风病的病症。不过，这不一定意味着这个大风癩病类一定单指今天的麻风病，此时大风癩很可能还是指多种有皮肤溃烂病症的疾病，不只是真麻风病。<sup>③</sup>大风与疔病结合为“大风癩”病而且渐简化为“癩”，显示大风癩更倾向是被归类为一种主要有皮肤溃烂症状的癩病，而非风证。也显示“风”的外感因素已渐在这个病的概念中失势，渐被认为不是最主要的因素。而“疔”或“癩”的传统主要病因是“虫”。意味着“虫”在这个病的病因论中更为重要。

另一方面，“传染”这个观念已模糊地出现。环境、生活起息习惯、饮食、道德行为等因素，也变得比以前更受重视，而且被认为与“风”不一定有关。因此我们渐看见医者不一定把这个病列入“诸风”一卷中，而有时放在有关皮肤病的类别中。

① 参见朱震亨：《丹溪心法》卷4，疔风六十四，见《丹溪医集》，256页；《丹溪治法心要》卷1，癩风第二，见《丹溪医集》，582页。醉仙散内有胡麻仁、牛蒡子、蔓荆子、枸杞子、防风、瓜蒌根、白蒺藜、苦参；再造散内有大黄、皂角刺、郁金、白牵牛。

② 参见岳美中：《关于祖国医学麻风史事及其著作的叙述》，载《上海中医药杂志》，1956（9），42页。

③ 传统上医家所用之许多药物均治在今天看来性质极不同的疾病：如刘完素所著《素问病机气宜保命集》中之桦皮散、二圣散，《局方》的七圣丸、七宣丸“皆治风壅邪热，润利大肠，中风、风痲、疔风、大便秘涩……”（见《丛书集成新编》，第45册，卷中，43~44页）。

在疗法方面，传统的灸法、汗法因金元医生推崇《内经》而十分流行。更值得注意的是大风子被纳入药方中，这个对疮癣等恶性皮肤病颇有疗效的药物应是当时大风病疗方的一个突破。

与同时期欧洲与阿拉伯医药对麻风病的理解相比，中国医家的特色在于不提这个病的遗传及传染途径。此时西方的医家均十分强调麻风病的传染性，特别是可经由性行为传染。而且这个观念影响西方社会甚深，更加加强了麻风病在基督教文化里原有的极恐怖、极败德的意义<sup>①</sup>，使西方社会集体地致力于用残暴的方法将麻风病人与世隔离。<sup>②</sup> 中国医生虽然也要求病患戒房室，但原因并非为了防止把病传染给别人，而是为了风邪不再入侵患者。社会虽然也给予癫病很强的道德意义：患病的主因之一是由于患者作了恶事而心不悔改，但是患者却又可能因患此病而得福，可借治疗而成仙。在文化意义上，癫疾在古代中国社会没有像西方基督教社会那样极端地反面。

当然，从秦代对患病者严厉的处分，到后来众多癫病患者被家人弃置山中的例子看来，中国古代社会也对癫病患者十分排斥。但秦代对病者处分的律例后代已不见，而且从直至宋元为止的资料来看，中国社会对癫病患者并没有如西方基督教社会对麻风病患者一样产生如此深远的、集体性的恐惧。

#### 四、明清时代

大风癫病的概念在明清时代有重要的变化。而一直到近代，这个时期所建构出来的大风癫病概念深深地影响着社会对这个病的反应。这几百年间具代表性的相关医书是明代薛己的《疔疡机要》（1529）、沈之问的《解围元藪》（1550）、张介宾（1563—1640）的《景岳全书》，清康熙

<sup>①</sup> 虽然这个恐怖的意义主要来自中古时代对这个病名的错误翻译（从阿拉伯语到拉丁语，此病名其实不应译为 Leprosy）。参见 Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34. 3 (1979), p. 326.

<sup>②</sup> 有关这个问题的详细描写，参见 F. Bériac, *Des Léproux aux Cagots*, Bordeaux: Fédération Historique du Sud-Ouest, 1990, 尤其第一、二章。

年间祁坤的《外科大成》（1665）、盛清时期的《医宗金鉴》、肖晓亭在1796年撰成的《疯门全书》（1836年初版）。

## 1. 病症与分类问题

在宋元时期渐被归为一类的大风癩病到了明清时期起了微妙的变化。

### 1.1 大风与癩的新关系

沈之问的《解围元藪》是主要重新提出大风与癩的基本分别的医书。他说：

中古分为风疔二名，内驻曰风所感深，外著曰疔所感浅，风甚于疔，而疔轻于风。形气、本源则一类也，又曰风入脏腑，久注脉络数年之后，发于肌表，由渐而变疔，一伤人即发疮秽，至见败形，故风疾发迟死速，疔病发速而死迟，大害皆然。<sup>①</sup>

稍后他又说：“风癩一症，轻重之别耳，其害则一也。癩愈，形犹可复，风愈，元气难全，癩死者少，风死者多。”<sup>②</sup>

综合他这两段话的意思，大概可以理出以下的解释：（一）大风与疔病虽是同一“本源”的病，但有轻重之别。大风病是较严重的，深入脏腑的，死亡率较高；疔是较轻、较表面的，主要的症状是生疮，死亡率较低。（二）但如果人已患风病多年，深入脏腑的风从内发于外，出现生疮等疔的症状，此时患者离死期已不远。所以有疔的病状的患者，可能只是表面皮肤病的患者，但也可能是大风病末期的病人。

跟着他又提出有36种风病，14种癩病。被列为36种风病之首是“大麻风”。

为什么沈之问会作这样的分类？我认为可以有两种解释：第一，他确实观察到大致上有两大类轻重不同的所谓“大风癩”病，大风病最后有“疔”的病症，但有“疔”病病状的患者不一定是大风患者。他这个

<sup>①</sup> 沈之问：《解围元藪》，见裘庆元辑：《秘本医学丛书》，第8册，卷1，3页，上海，上海书店出版社，1983年景印《三三医书》1924年铅印版。

<sup>②</sup> 同上书，22页。

观察类似今人将麻风病分为较严重的瘤型与类结节型。同时亦提示着自《内经》以来传统医书里的“大风”与“疔/癩”病很可能确实是意指两个不完全相同的疾病。沈之问的这个分类概念也见于稍后清代医者注释《内经》有关“疔风”一段，清张志聪对“风寒客于脉而不去，名曰疔风，或名曰寒热”作这样的批注：“……有一种疔者……以致鼻柱败坏皮肤癩疔，此毒疔之甚者也。也有因风寒客于脉中，欠而不去或为紫云白癩之疔……此为疔之轻者也。”<sup>①</sup> 将疔风分为轻重两大类，是明清医者基于《内经》而进一步发展出来的新诠释，可说是重要的创新。

第二，沈之问的分类可能有另一解释：他将其他一些有类似病征的疾病纳进“大风疔”这个系统里。有关此点，在《解围元藪》里我们可以看到明确的证据：“江北燕冀呼疔为炮疮，南人拟其名而曰杨梅疮，又曰广东疮，盖闽广间有室女过疔，即生蛲虫，发为恶疮，秽毒极盛。”<sup>②</sup>

这里他所提北人与南人所称之“炮疮”与“杨梅疮”，实际上是另一种性病，当时称为“霉疮”，今人多认为就是梅毒。明代稍后的陈司成有《霉疮秘录》一书，专门谈霉疮。他这样描写这个病：

起自岭南之地，致使蔓延通国……天厉时行，交媾斗精，气相传染，一感其毒，酷烈匪常……毒中肾经，始生下疳，继而骨痛，唐标耳内、阴囊、头顶、背脊，形如烂柿，名曰阳霉疮……传于心，发大疮……移于肝，眉发脱落，眼昏多泪，或爪甲，毒伏本经，作偏正头痛，甚则目盲耳闭，或生嗣不寿，久则毒发囊穿……传于脾，四肢发块痛楚，或蛀烂腿。移于心，生疮如痣，痛痒交作……移于肺，肌肤生癣如花，色红紫，褪过即生白癩……毒中心经，疮标肩臂、两手，紫黑酷似杨梅，俗以杨梅疮名之。<sup>③</sup>

他并且清楚指出这个病多在妓院相传，特别强调其作为性病的特色。从他描写霉疮的各种病症，不难理解为什么这个病容易被误认为大风疔病：举凡生恶疮、眉发脱落、目盲耳闭、四肢发块、皮肤蛀烂、生红白

① 张隐庵集注：《黄帝内经素问集注》卷5，见《中国医学大成》，第1册，57页。

② 沈之问：《解围元藪》，见袭庆元辑：《秘本医学丛书》，第8册，卷1，3页。

③ 陈司成：《霉疮秘录》，103~106页。



癩等等，无不与大风痲病相似。

沈之问明显地认为俗名“杨梅疮”之霉疮应归为“痲”之类，也使得他将“大风”与“痲”病作“轻重”之别而谈。由于病症上的类似，将大风癩疾与杨梅疮病混为一谈，在欧洲中古后期也常见。15世纪末开始，欧洲人特别注意梅毒（syphilis）这个对社会产生极大影响的恶疾，当时对此病的起源有各种解释，包括有人认为这是麻风（leprosy）的新种类，虽然医学界普遍不接受这个看法。<sup>①</sup>

沈之问将大风癩病与杨梅疮混为一谈，并且还举出岭南地区室女过痲的习俗，实反映并加强了当时医学界与社会对大风病的一种新的误解。但是也可以说，杨梅疮病在明清之际的岭南地区的日渐增多，诱导医者从一个新的角度去理解大风痲病，用一个新的分类法去处理此病。大风痲病从此被通俗社会视为一种性病，许多通俗文学、民间传说以“过癩”为主题，将性、室女、死亡等恐怖、香艳的内容与大风痲病结而为一<sup>②</sup>，事实是来自于杨梅疮这个流行性病的影响。<sup>③</sup>

不知是否基于此因，麻风在明清间似乎特别引起人的恐惧、厌恶感。张介宾这样形容麻风症：“诚最恶、最危、最丑证也。”<sup>④</sup> 出版《痲门全书》的袁世熙在1836年初版的序里这样描写痲风：“疾病之最惨、最酷、最易传染而不忍目睹者，曰瘟疫，曰痲痲……患是疾者，戚里恶闻，骨肉远避，痛苦之余，求死不能，求生不得。”稍后又说：“染是疾者，夫妻兄弟子女离散，戚友避之，行道叱之，颠连无告。”<sup>⑤</sup>

① 参见 Claude Quétel (Braddock & Pike trans.), *History of Syphilis*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992, pp. 33 - 34.

② 有关大风痲与“过癩”习俗，参见蒋竹山：《明清华南地区有关麻痲病的民间疗法》，载《大陆杂志》第90卷，1995（4）。

③ 至于杨梅疮病起于何时，无论在欧洲或中国，至今仍无定论。有人坚持是欧洲人发现新大陆后从南美洲带到欧洲，再传到亚洲的。也有人认为较温和的一种梅毒在古代社会已有。中国宋元时期的《岭南卫生方》提到“杨梅疮”病，并提出以轻粉治之（卷中，48页上）。但有学者觉得仍没有足够确实的证据证明真梅毒在明之前已有。有关讨论，可参见 Quétel, *History of Syphilis*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, pp. 33 - 49; A. W. Crosby, “The Early History of Syphilis: a Reappraisal,” *American Anthropologist*, 71.2 (1969), pp. 218 - 227; 杨国亮：《我国十七世纪梅毒学家陈司成的贡献》，载《中华皮肤科杂志》，1956（4），273~277页。

④ 张介宾：《景岳全书》卷34，590页。

⑤ 肖晓亭：《痲门全书》，序，5页上；卷上，4页下。

前代医书从来没有用这类的字眼描述痲风症。似乎痲风病在明清期间成了比前代更受到社会排斥的疾病。这意味着痲风病的概念有了很大的转变。

## 1.2 “麻风”名词的出现

大风癩病在明代开始有新的病名：大麻风。“麻风”这个名词约在明初开始出现<sup>①</sup>，并渐广被采用。朱震亨的《丹溪心法》里即曾有“麻风”一词。<sup>②</sup>但是这本著作其实是丹溪门人所辑，今见之版本最早为成化十七年（1481）之程充本，而此版本是根据15世纪50年代的已佚版本编辑而成。<sup>③</sup>所以“麻风”很可能是15世纪的明人加入的字眼，特别是朱丹溪其他著作及自著书都不曾用“麻风”一词。《普济方》里亦至少出现过两次“大麻风”一词<sup>④</sup>，此书编者朱棣死于1425年，同样是15世纪时人。因此可断定此词最晚应在15世纪已被采用，比一般认为张介宾是第一个提出此名词的人的说法要早一个多世纪。<sup>⑤</sup>

早于张介宾用“麻风”或“大麻风”一词的还有薛己。他在《痲疡机要》的中卷《续治诸症》中举出许多痲疡病的案例，其中几个患疮的病者被他认为其症“如大麻风”<sup>⑥</sup>，但可惜他在此书的正文中并没有说明他所谓“大麻风”究竟何指。不过，“大麻风”一词在16世纪明显地已开始普遍。

明代专门讨论风癩病的《解围元藪》则将“大麻风”列为“三十六

① 萧璠教授指出《太平圣惠方》里，“麻风”一词已出现过一次（卷24，17页下），但此是孤例，并且萧教授亦同意此书版本的年代亦成问题。

② 此书有两方“治麻风，脉大而虚者”，及治麻风之“四物汤”等，参见《丹溪心法》卷4，痲风六十四，见《丹溪医集》，257页。

③ 有关《丹溪心法》之版本问题，参见《丹溪医集》编校说明，6页；丹波元胤编：《中国医籍考》，701~702页引成化十七年程充序，按其序言，《心法》一书为丹溪明初弟子所辑，最早刊于景泰期间，即15世纪50年代，而程充本则是以从“乌伤（即义乌）王允达先生”处所得之本，与“丹溪曾孙朱贤家藏的本”合而参考，并作了“正其误”、“去繁冗”等修正的工作，所以《心法》所载用语，并不一定是丹溪当时之用语。

④ 朱棣：《普济方》卷109，30页上载：“茵芋酒治大麻风疾”；卷109，31页上载：“白僵蚕丸治大麻风。”两方号称源自宋代之《圣惠方》与《圣济方》，而编者将病名改写为“大麻风”。此处感谢萧璠教授的指出。

⑤ 这是麻风病史专家一贯的看法，参见岳美中：《关于祖国医学麻风史事及其著作的叙述》，载《上海中医药杂志》，1956（9），43页；俞慎初：《中国麻疯病学》，6~8页引王吉民麻风名词年代表。

⑥ 薛己：《痲疡机要》，33、41页，见《薛氏医案选》，上册。

风”之最先：“夫大麻风者，乃诸风之长”，其他的“风”，包括蛇皮风、脱跟风、鱼鳞风等具有皮肤病变症状的疾病。<sup>①</sup>

而张介宾的确是清楚地认为疔风即大麻风的医者：“疔风即大风也，又谓之癩风，俗又名谓大麻风。”<sup>②</sup> 同时也不将这个病列入“诸风”症中，而与“瘖狂痴呆、癰闭、秘结、诈病”等病同列一卷。16世纪间，用麻风病一词的医者，除张介宾外，金元针灸名医窦默之后裔窦梦麟，也在他所辑之外科书《疮疡经验全书》（初版于16世纪末）中用此词。此书以“大麻风论”为标题讨论“诸恶诸癩横病”，并重复巢氏“八万尸虫共成人身”之论，有时候也称此病为“大风麻癩”。<sup>③</sup> 此书只谈疮疡等外科疾病，大麻风在16世纪时已明显地不再被视为是与风绝对有关的病，而往往被列入外科一门。

这个将麻风或大麻风列入外科中的分类法到了清代即成定局。清初御医、明季祁彪佳的后代祁坤所著《外科大成》里即以“大麻疯”<sup>④</sup> 为标题描写疔风病。并说患此病者“必先麻木不仁”<sup>⑤</sup>。后来清廷在乾隆七年（1742）编纂的，后来成为经典的医学丛书《医宗金鉴》，即主要参考了祁坤的《外科大成》以辑成其中之“外科心法要诀”（卷61~76）。卷73以“大麻风”为首题讨论各类皮肤疾病，并这样说明病名的渊源：“此证古名疔风，疔风者有毒之风也，经云脉风成为疔……今人呼为大麻风。……其因名虽有三，总属天地疔气，感受不觉，未经发泄，积久而发，遍身麻木。……”<sup>⑥</sup> 在此卷紧接在“大麻风”之后即为“杨梅疮”，但明显地编者已将两种病分而论之，分类概念比沈之问更为清楚。

嘉庆时代的肖晓亭认为大麻风是当时人的叫法，同时指出“麻木”这个症状对麻风病诊断的重要性：“麻疯，古人名为疔风，又名恶疾，黑

① 参见沈之问：《解围元藪》，见裘庆元辑：《秘本医学丛书》，第8册，卷1，23~24页。

② 张介宾：《景岳全书》卷34，590页。

③ 参见窦梦麟：《疮疡经验全书》，康熙丁酉（1697）本。此书托名窦默撰，但《四库全书总目》已指出是托名之作，参见丹波元胤编：《中国医籍考》，942页。

④ 祁坤用“疯”而不用“风”一字，不知是否版本问题。目前笔者只见1957年上海卫生出版社之铅印本（314页），不知道康熙原刻本是否也用“疯”字。

⑤ 祁坤：《外科大成》，315页，上海，上海卫生出版社，1957年铅印本。

⑥ 吴谦等编注：《医宗金鉴》卷73，376~377页。

白癩，赤白癩，皆其类也。但癩癩有麻木者少，痲疯断无不麻木者……痲疯初起者，其手足必先麻木，而后皮肤伤溃。”在他处又说：“丹溪谓，麻木，乃痲疾之本，是也。”<sup>①</sup> 换言之，他认为麻风病与许多有类似病状的皮肤病的分别在于是否皮肤麻木不仁。

无论如何，麻风渐成为大风癩病的通用名词，可能反映了此时医界普遍地认为皮肤麻木是这个病的最主要特征。虽然《内经》也提到风人体内会引起卫气凝结，而致使肉不仁，但却没有说出这个症状与大风或痲病的关系。《封诊式》所提到的痲病各症状中亦并没有病人皮肉麻木这一项。葛洪是最早提出皮肤麻木不仁症状的人，但这个症状可能要到16世纪以后才真正成为医家诊断的主要标准。同时由于这个诊断的标准，大麻风被列入外科疾病类。

## 2. 病因

明清时期的医家仍保留着部分传统的麻风病因论。特别在保养失度这方面，并没有新的看法。如醉卧露湿、纵欲、饮食不调、劳动血气等因。如薛己说：“大抵此症，多有劳伤气血，腠理不密，或醉后房劳沐浴，或登山涉水，外邪所乘，卫气相搏。……”<sup>②</sup> 或《医宗金鉴》认为：“一因自不调摄，洗浴乘凉，希图快意，或露卧当风。……”<sup>③</sup>

顺着宋元以来医家的概念，明以后医者已不再强调“风”是主要病因<sup>④</sup>，而将麻风列入外科。这个概念上的改变，使得医者对麻风病因的解释，有了新的发明。

### 2.1 “虫”、“毒”与“传染”

明代医家进一步放弃“风”的因素，但仍坚持“虫”的因素，遂发展出牵涉到“虫”的新病因。张介宾这样解释麻风病：“虽然为风，而实

① 肖晓亭：《痲门全书》卷上，21页上、6页上。他在卷上4页下曾说痲风“广东人呼为大痲疯”；至于丹溪之言，不知出自何书，也可能是萧氏误记。

② 薛己：《痲疡机要》卷上，7页，见《薛氏医案选》，上册。

③ 吴谦等编注：《医宗金鉴》卷73，376页。

④ 虽然许多相关医书的描写都会重提巢氏有关八方之风等的病因说，但往往已流于形式，并没有新意，显示出作者只是为了重述经典而并没有论述的意愿或能力。

非外感之风也，实以天地间阴厉浊恶之邪，或受风木之化，而风热化虫，或受湿毒于皮毛，而后及营卫，或犯不洁，或因传染皆得生虫。盖虫者，厥阴主之，厥阴为风木，主生五虫也。虫之生也，初不意，而渐久渐多，遂致不可解救。”<sup>①</sup> 他除了引用朱丹溪的天地间厉气之说外，还提出产生虫的外淫主要是风、热、湿，而不再是《内经》以来所认为的风、寒。

张介宾对疔风的看法，其实深受薛己影响，《景岳全书》有关疔风一节大量引述薛己之言。薛己在《疔疡机要》中也引朱丹溪的“天地肃杀之气”论，及毒发上下身之别。但是他并没有提虫的因素，而用“毒”的观念代替之：“若眉毛先落者毒在肺，面发紫泡者毒在肝，脚底先痛或穿者毒在肾，遍身如癣者毒在脾，目先损者毒在心。此五脏受症之重也。一曰皮死麻木不仁，二曰肉死针刺不痛，三曰血死烂溃，四曰筋死指脱，五曰骨死鼻柱坏，此五脏受伤之不可治也，若声哑目盲，尤为难治。”<sup>②</sup>

他虽然也提到“虫”，但是他认为患疔疡者不一定生虫，他只说：“疔疡生虫者，五方风邪翕合，相火制金，木盛所化，内食五脏，而症见于外也。”并认为清邪之后“而虫不生矣”<sup>③</sup>。清嘉庆间的肖晓亭则用这样的解释去处理虫的问题：“虫乃肝经风热所生。肝不受病则无虫，谓疯病无虫固非，谓疯病有虫亦谬。”<sup>④</sup> 简而言之，明清医者已无法全盘接受巢氏之虫说，但是对虫的存在仍半信半疑。

而沈之问却在虫这个观念上进一步发展出麻风病新的病因论，他举出的风疔病五因之中有两因是牵涉到虫的，其一，“若父母素患恶疾，必精血有毒，交感于胚胎，传至儿女，凡风劳病人皆有虫于脏腑，代相禀受，传染源流，故曰传尸”<sup>⑤</sup>。其二，他称之为气秽虫症所犯，这一段以人与人之间的传染为因，主要涉及起居上的卫生问题：“或对语言，而病人口内之毒气冲于无病人之口鼻，直入五内，则发为病，又如恶疾人登厕之后，而虚弱人或空腹人随相继而围，则病人泄下秽毒之气未散，冲上无病人口鼻，

① 张介宾：《景岳全书》卷34，590页。

② 薛己：《疔疡机要》卷上，7页，见《薛氏医案选》，上册。

③ 同上书，卷上，7~9页，见《薛氏医案选》，上册。

④ 肖晓亭：《疯门全书》卷上，8页上。

⑤ 沈之问：《解围元藪》，见裘庆元辑：《秘本医学丛书》，第8册，卷1，7页。

直入于脏腑……闽广之间造成蛇蛊，符水魔痲之毒，最能害人，有患恶疾之人乍死，毒虫皆从七孔出，一遇生人，则飞蠹潜伏为害。……”<sup>①</sup>

换言之，他利用“虫”的因素去说明遗传与传染的途径。这个传染的概念自古已有，李建民曾为一文讨论隋唐时代传尸、尸注等传染的概念。<sup>②</sup>而沈之问首先利用这个概念来解释麻风病的传染方式，他认为麻风病之所以会从一个患者传到另一患者，除了父母经气血传至子女外，主要的是经由体内的毒虫传染。他有时用“毒气”，有时用“毒虫”，均是传染的媒介。宋代陈言虽谈到传染，但并没有如沈之问这样具体地谈到透过虫而传染的细节。

但沈之问的传染概念，到了18世纪的《医宗金鉴》就简化为：“一因传染，或遇生麻风之人，或父母夫妻家人递相传染。或在外不谨，或粪坑、房室、床铺、衣被不洁。”<sup>③</sup>至于具体上这个病是如何从一个人传到另一人，虫是不是媒介？则《金鉴》虽然后文再提到虫，但虫与传染的关系就不再被追究了。

稍后肖晓亭更进一步地谈到麻风病的传染。他也不以虫为传染之媒介，而以“精血交媾”概念来解释透过性与生育的传染：“父精母血，交媾成形……病在内者无不传（其子女），病在外者，间有不传……至云疯病无及子女者，则非也。精血交媾，夫妻岂有不传，男传女者少，女传男者多。何则？女人因月水下而能泄其毒，故疯病者少。或言妇人卖疯之说，理亦可信。”<sup>④</sup>换言之，他认为麻风病之毒在可借由男人的精与女人的血传染。而女人患者较少（这个观察与现代麻风病学的数据吻合）的原因是由于女人每月会排出经血，毒顺势被排出。同时基于这个概念，他认为室女过癩的习俗是有所根据的。

明清时期，令人毛骨悚然的毒虫论、传尸论显然仍被接受，而同时，

① 沈之问：《解围元藪》，见裘庆元辑：《秘本医学丛书》，第8册，卷1，9页。

② 参见 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.

③ 吴谦等编注：《医宗金鉴》卷73，376页。

④ 肖晓亭：《疯门全书》卷上，9页上。

新发展出来的传染概念又依赖着虫论，或结合着气血之说渐为流传。加上患癩者恐怖的外貌，杨梅疮的普及化的混淆视听，渐使得这麻风病越来越令人害怕，而日渐受到更严重的排斥。

## 2.2 环境与地域

元代的朱丹溪不以“风”，而以“酷烈暴悍可畏”的“天地间杀物之气”来形容产生痲病的环境。这个说法到了明清时代进一步具体化。许多医生开始认为这个病是区域性的疾病。被认为最受影响的是南方地区。薛己说：“淮阳岭南闽间多患之。”而那是因为痲症是：“湿热相火，血随火化而致。”宋元之后医界已趋向认为导致痲风的外邪不是风寒，而是湿暑。明以来，广粤地区渐被认为是麻风病的温床，其中一个有趣的例子是崇祯时代的《寿域神方》引唐代李肇《国史补》里的一个常被引用来说明蛇酒治癩的传说，谓：“李辇之弟入广，因有大风疮疾，土人谓惟蛇酒可疗，食之数日，忽化为水，惟毛发存焉。盖中国人禀受，与蛮夷气候不同。”<sup>①</sup>查《国史补》原文，并无“入广”一节，完全是《寿域神方》编者主观的误录。这个错误，充分显示出明代人深深地认为麻风病是南方湿热地区的风土病，同时蛇酒这种带毒之药只能配合在南方“蛮夷气候”中生活的“土人”，明末的作者认为李辇之弟来自中原，体质不同，所以喝酒后即“化为水”。

麻风流行于南蛮之地的地域观念，到了清初已十分普遍，明清间医生陈士铎对麻风病与地域环境的看法类似，他称此病为“瘴疔”：“瘴疔者，乃两粤之气郁蒸而变之者也。其气皆热而非寒……盖大麻风纯是热毒之气，裹于皮肤之间。”<sup>②</sup>到了乾隆时期的《医宗金鉴》也认为大麻风是南方的疾病：“一因风土所生，中国少有此证，惟烟瘴地面多有之。”<sup>③</sup>《痲门全书》则如许多同时期西方医者一样，认为近水的地域较多麻风：

<sup>①</sup> 《医方类聚》，第1册，卷24，649页。参见李肇：《国史补》卷上，8页下，见《笔记小说大观》，第21编，第2册。原文为：“李丹（舟）之弟患风疾。或说乌蛇酒可疗，乃求黑蛇，生置瓮中，酝以曲蘖……引满而饮之，斯须悉化为水，惟毛发存焉。”可见麻风病的地域概念是后来在明代发展出来的。

<sup>②</sup> 陈士铎：《石室秘录》卷5，211页。

<sup>③</sup> 吴谦等编注：《医宗金鉴》卷73，376页。

“盖东南地卑，近水之处，此疾尤甚。天气较炎也，地气卑湿，湿热相搏，乘人之虚。”<sup>①</sup>

如果清代医者书中所说的“麻风”的确是真麻风的话，从近代的事实看来，麻风在南方地区最猖獗的这个说法，其实站不住脚。在中国，晚至20世纪50年代初期，虽然广东、福建省的确是其中最严重的疫区，但北方的山东，也同样严重。其次如两湖、西康、西藏、辽宁等是次多区域。<sup>②</sup> 在中国以外，19世纪晚期至20世纪初，日本、北欧、北美洲等较寒冷的地区都是疫区。在历史上，我们也看到大风、疔/癩病的患者主要是北方人，否则《内经》等医书也不会以风、寒作为主要的外邪。因此明清医家对麻风病地域性的观察是有偏差的，这个偏差也可能是受了杨梅疮传播途径的影响，换言之，他们观察到恶疮、广疮患者多在闽粤一带，或从这里传播到其他地区，连带地认为麻风病也限于南方“烟瘴”区。另一可能的解释是明清以来较注意这个疾病的医家多是南方人，他们目光多集中在南方的风土病上，而无视北方的情形。事实上，宋元以前谈疔风的医书多引北方的案例，也与当时医家多为北人并住在北方有关。

不过，虽然医者的观察有所偏差，风土与疾病的关系，确在明清时期受到较多的重视。风土成为主要病因，是此时期麻风病概念的重要发展。

### 3. 疗法

虽然在病因方面有新的发展，但是疗法概念仍然大致如前代，而只有次要的变化。

首先，此时医者已大致上公认疔风病是极其复杂的病，不能只针对某个症状而治理。薛己主要将疔症分为本症、兼症、变症、类症等四种，每种疗法稍异，他说：“治当辨本症、兼症、变症、类症、阴阳虚实而治焉。若妄投燥热之类，脓水淋漓，则肝血愈燥，风热愈炽，肾水愈伤，相火愈旺，反致败症矣。”至于本症治法，他采取比较温和的温补治法：

<sup>①</sup> 肖晓亭：《疯门全书》卷上，5页上。

<sup>②</sup> 参见尤家骏编著：《麻风病学概论》，24~25页，上海，华东医务生活社，1953。尤氏所用资料来自1951年4月防疫专业会议上的各省代表报告。



“不可概施攻毒之药，当先助胃壮气，使根本坚固，而后治其疮可也。”<sup>①</sup>而他大致上仍然用张子和的汗法、朱丹溪以上身先发或下身先发为别的治法（即用大致毒性不高的醉仙散或再造散）。

而沈之问的疗法也是基于病症的复杂性：“凡患风癩决非一种，或二三种者有之，甚至有四五种者……故治难以一定方药，不能骤攻愈一症，而他症变驳，反见其势凶也。”<sup>②</sup>他 36 种风与 14 种癩的分类法，主要也是为了呈现疗法的复杂性。

张介宾引用古书所用之方与沈之问的药方中仍看见毒性较强的药，如砒霜、雄黄、大风子、苍耳子、白花蛇等。但这些毒药已渐多只在外敷皮肤的药方中，主要治毒疮。内服药主要用没有毒的药。李时珍在提到大风子时即说：“大风油治疮，有杀虫劫毒之功，盖不可多服，用之外涂，其功不可没也。”<sup>③</sup>

到了乾隆时代的《医宗金鉴》，除了用丹溪之醉仙散与通天再造散外，有一两方仍用蛇、蝎等毒物入药，但已不见用雄黄、砒霜等毒药。肖晓亭就更直接地反对过分地用毒药治病：“疔虽恶疾，治之得法，即常用平和之药，亦无不效。蛇蝎犹可用，至若砒霜、蜈蚣、斑蝥、轻粉之剂，病之极重者，不得已而用之，不可恃此以为常。”<sup>④</sup>所谓“以毒攻毒”的治法，在明清时期已被视为“粗工”之技。

有关治疗的概念方面，明清医家与前代最不同之处，在于渐强调预防传染。与此同时，也放弃了因疔成仙的可能性。

由于传染成为主要病因之一，而且传染的途径也被具体地描写出来，明清医生特别劝人在起居生活中谨慎以避祸。肖晓亭的建议特别详细：“大小便不同器，人皆知之。此外病人吃烟，亦宜避之，不病人吃烟，见病人亦避之。病人之尿，不可淋烟草，淋则吃者必生疯病，此则人所不知。……不共享器，不同饮食，各房各床，尽力求治，宽以岁月，无不

① 薛己：《疔疡机要》卷上，7页，见《薛氏医案选》，上册。

② 沈之问：《解围元藪》，见裘庆元辑：《秘本医学丛书》，第8册，卷2，28页。

③ 李时珍：《本草纲目》卷35，49页。

④ 肖晓亭：《疯门全书》卷上，11页上。

痊愈……若夫妻离弃之事，切莫劝解。”<sup>①</sup> 换言之，他要人避开的是病人的排泄物、口气、皮肤与衣物床铺的接触。

至于因痲成仙的信仰在明清间已破灭。虽然医者仍然强调禁欲、禁食等，但是成仙这个可能性已不再被提起。沈之问要人禁欲，主要是因为如不禁欲，则服药无功效。<sup>②</sup> 他并没有提到成仙的可能。而张介宾则说：“只宜清心寡欲绝色忘虑，幽隐林泉，屏弃世务早早救疗，庶几可活，稍不守禁每见愈而复作及致危，莫能再救。”<sup>③</sup> 在他眼里，得了这个“最恶、最危、最丑”之疾，只能以隐逸、禁欲的生活保命、苟延残喘，不能再妄想成仙。

明以前医者写书的对象似仍以士大夫为主，所举痲风病患不乏有名望之人。患者能修道成仙的说法是针对这个阶层的人而写的。到了明清时期，南方医者似乎观察到患痲风的人以下层贫人居多（这个观察也符合现代痲风病研究的资料）。肖晓亭说：“大凡染者多贫，药饵难继，或半痊而囊空，或痊后不戒食物，不守禁忌，或治之未尽。……”<sup>④</sup> 的确，贫穷的患者，实无法如古时候富裕的患者一般遁入山林中过隐逸的生活。在明清南方的这个社会环境里，道教思想对痲风病的影响，或痲病对道教思想的影响，已由于社会情况的变迁而荡然无存。成仙这个美化的理想，已被痲风病最令人恐惧的一面所替代。

## 五、结论

从疾病的分类概念变化看来，我们实无法确定古医书所说的大风、痲 / 癩病到痲风是否确实单指涉现代西方医学所定义的真痲风 (leprosy)，虽然明清以来有关痲风的描述的确比较接近今人对这个病的了解。我们甚至不能确定这些不同名词所代表的疾病类别是完全相同的疾病类别。我们有更多的理由怀疑这些疾病分类在悠长的历史里曾有过重要的变化。

① 肖晓亭：《痲门全书》卷上，11页下。

② 参见沈之问：《解围元藪》，见裘庆元辑：《秘本医学丛书》，第8册，卷2，29页。

③ 张介宾：《景岳全书》卷34，594页。

④ 肖晓亭：《痲门全书》卷上，7页上。

《内经》所说的大风或疠，宋元时代的大风癩，或明代的麻风并不一定指涉完全同样的疾病。它们应有不同的、复杂的内容。

不过，从病症、病因、疗法概念的演变，可看出大风 / 疠 / 癩 / 麻风病的概念承传关系。从大风发展到麻风的这一连串疾病类别，虽然在不同时代可能有不同的内容，但是其密切的关系，其一贯性，是明显有历史轨迹可寻的。

大风到麻风病的概念变化部分是来自经典医学思想的影响，但也明显地受到各时代许多其他因素的影响，如道教思想、医者与患者的社会背景、地域因素、新疾病等的影响。疾病概念的形成，显然不单是医学知识的问题，更牵涉着复杂的社会文化因素。麻风病在这方面提供了一个很有趣的例子。本章就医书里的讨论对这个概念变化作一初步的描写，下一步要做的应该是这个或这类病所曾引起的各种社会反应。



## 第十二章 麻风隔离与近代中国\*

在西方麻风病代表了最深重的罪，为社会所恐惧与不容，麻风隔离的做法自 12 世纪末开始。<sup>①</sup> 但从 16 世纪开始，麻风在西方渐消失，许多隔离院荒废，有的变为防鼠疫、治梅毒的隔离病坊。<sup>②</sup> 麻风曾带来的社会焦虑与恐惧渐被遗忘。直至 19 世纪西方帝国主义列强在亚洲、非洲建立殖民政权时，麻风重新被西方人注意。他们似乎在这些“落后地区”看到类似欧洲中古“黑暗时期”的重演。透过西方的传教士、医生等，麻风隔离的做法被引进世界各地，在亚洲的印度、朝鲜、菲律宾，大洋洲的夏威夷以及非洲与拉丁美洲的地区均纷纷建立麻风院。这个趋势主要发生在 1874 年以后，当时发生了两件与麻风病相关的重要事情：其一是挪威人汉生发现了麻风杆菌；其二是在夏威夷麻风村服务的比利时传教士达米安（一译

---

\* 本章改写自作者一英文论文：“The Introduction of Segregation in Modern China: the Case of Leprosaria,” in *Les Nouvelles Pratiques de Santé, XVIIIe -XXe Siècles*, P. Bourdelais et O. Faure eds., Paris: Belin, pp. 309-324. 此文内容与原稿略有不同。中文稿原刊于《历史研究》，2003（5），3~14 页。

① 西方大部分史学家认为麻风病患最初被隔离的原因主要是宗教上的。基于麻风是“罪”的终极象征，1179 年天主教教会最高会议的决议重申麻风病人必须被彻底隔离，不能上教堂。他们此后被社会认为是“活死人”，即已丧失活人所有权利与自由的人，同时还有仪式来象征他们在人间的“死亡”。此后欧洲各地纷纷建立收容麻风患者的处所。有关这方面的著作甚多，例如 R. I. Moore, *The Formation of a Persecuting Society*, Blackwell, 1987, pp. 45-59; Françoise Bériac, *Les Léproux aux Cagots: Recherches sur les Sociétés Marginales en Aquitaine Médiévale*, Bordeaux, Fédération Historique du Sud-Ouest, 1990. 法国学者 Touati 认为中古早期法国麻风院的建立与传染念无关，完全出于宗教与行善的原因。参见 F. O. Touati, “Contagion and Leprosy: Myth, Disease and Evolution in Medieval Minds and Societies,” in L. Conrad and D. Wujastyk eds., *Contagion: Perspectives from Pre-modern Societies*, Ashgate, 2000, pp. 179-201.

② 参见 G. B. Risse, *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*, Oxford U. Press, 1999, p. 184. Foucault 则在其经典著作 *Histoire de la Folie à L'âge Classique* 中认为在近代西方社会，疯狂取代了麻风，成为社会要隔离的病。参见 M. Foucault, *Histoire de la Folie à L'âge Classique*, Paris: Gallimard, 1972, p. 18.

达弥盎, Damien) 神父感染麻风, 轰动全世界。这两个事件大大地加强了麻风具强传染性的理论。与此同时, “热带病” 这门新学问随着殖民主义的扩张, 方兴未艾, 麻风病遂被视为落后的热带地区的流行病之一。而中国也成为西方教士与医生实施隔离麻风病患的实验场所。

自 19 世纪后期至 20 世纪中, 中国被认为是透过移民将麻风传播至全世界的危险种族。以营救孙中山而闻名的英国医生、麻风病专家康德黎在 1897 年有关麻风病的报告中直接指出中国人是太平洋地区麻风流行的祸首。<sup>①</sup> 此说一传开, 甚至连拉丁美洲的哥伦比亚政府亦曾在 1913 年考虑禁止中国移民入境, 虽然当时该国根本没有多少中国移民。<sup>②</sup> 国际对麻风病流行的认知不但影响了来华西方教士与医生的态度, 也影响了中国社会本身对麻风的反应。

## 一、清末民初间麻风病患的隔离

19 世纪后期西方的传教士与医生把许多西式的卫生概念与方法引进中国, 但是直至 19 世纪 80 年代, 麻风隔离并不是被重视的措施。在 1873—1874 年麻风杆菌被发现之前, 欧洲主流医学认为麻风病主要是透过遗传而感染, 而非透过接触传染。在英国, 皇家医学会在 1862—1863 年做出结论, 确认麻风是遗传病而非传染病, 并因此建议取消源自中古对麻风患者的各种法律限制。<sup>③</sup> 19 世纪 60 年代在广州工作的医生合信就说过麻风是“一个特别的、与体质有关的遗传病, 在热带国家特别流行”。同时他强调: “严格来说, 这不是单单透过接触而传染的病。但毫

① 参见 Z. Gussow and G. Tracy, “Stigma and the Leprosy Phenomenon: the Social History of a Disease in the 19th and 20th Centuries, *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 44, no. 5, 1970, p. 439.

② 参见 Diana Obrega, “La Construction Sociale de la Lèpre en Colombie, 1884—1959,” in A.-M. Moulin ed., *Les Sciences Hors D'occident au XXe Siècle*, vol. 4, Paris: ORSTOM Editions, 1996, pp. 161-166.

③ 参见 M. Worboys, *Spreading Germs: Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865—1900*, Cambridge University Press, 2000, p. 42.

无疑问是个遗传病。”<sup>①</sup> 这当然与当时西方的优生学潮流相呼应。由于西方医生的这个看法，来华西人在19世纪60、70年代并不推广隔离以防传染。这个态度在麻风杆菌被发现后开始改变，特别在1889年，达米安神父因麻风在夏威夷逝世后，国际对麻风病传染性的恐惧突然提高。与此同时，欧洲的科学家如巴斯德（Pasteur）、柯赫（Koch）等在19世纪80年代实验室中重要的细菌发现，大大加强了疾病接触传染论的依据。从此，无论是来华教士与医士，或致力推动现代化的中国有识之士，均大力提倡麻风病的隔离以防传染。麻风院普遍被认为是一个科学的防疫策略，这个趋势从19世纪80年代开始明显，到了20世纪初更甚。

近代中国麻风病隔离的发展基本上与当时整个国际发展是同步的。热带病学<sup>②</sup>的理论确立了气候炎热与疾病丛生的相关性，而中国与印度、非洲等同被认为是热带地区。1873—1874年麻风杆菌被发现，同年一个由英国传教士发起的国际基督教组织“麻风救济会”（Mission to Lepers）开启了在这些“落后地区”建立麻风隔离院的潮流。<sup>③</sup> 在这个组织的推动下，19世纪80年代，麻风隔离院在印度、中国等地开始设立。在印度，这个发展也几乎同时得到殖民政府的大力支持。<sup>④</sup> 到了1893年，在印度的救济会已成立了10个麻风院，并资助8个由其他机构成立的麻风院。1897年第一届国际麻风大会（First International Congress of Leprosy）在柏林举行，大会正式宣布麻风是无可救治的传染病，并强力建议以隔离方式来防疫。大会号召各地更积极设立麻风隔离院，印度麻风院的地

① 他明显深受热带医学的影响，认为麻风主要影响中国人、印度人、回教人、非洲人与所有居住在赤道附近的人。参见 B. Hobson, *Medical Times and Gazette*, 1860, vol. 1, June 2, pp. 558 - 559.

② 有关热带病学出现的历史，可参见 M. Worboys. "Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: from 'Disease in the Tropics' to 'Tropical Disease'," in D. Arnold ed., *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500—1900*, Amsterdam: Rodopi, 1996, pp. 181 - 207.

③ 此国际组织由英教士卑利（Wellesley, C. Bailey）发起，在英国、加拿大、美国与澳洲均有分会。参见 W. M. Danner, "The Mission to Lepers," *Chinese Recorder*, vol. 49, 1918, p. 110.

④ 参见 S. Kakar, "Medical Developments and Patient Unrest in the Leprosy Asylum, 1860—1940," in B. Pati and M.arrison eds., *Health, Medicine and Empire: Perspectives on Colonial India*, Sangam Books, 2000, p. 201.

点还尽量选在远离人口集中的都市。<sup>①</sup> 1910年，大力推动麻风隔离运动的人信心满满地认为这个做法已得到越来越多的支持，相信很快全世界都会采取这个措施来隔离“约300万个麻风病人”。而国际麻风救济会此时除在印度与中国之外，还在暹罗、朝鲜、日本等亚洲国家成立隔离院，甚至美国也于1917年成立了国家麻风院。<sup>②</sup>

在中国，19世纪80年代传教士开始积极推动麻风隔离院的建立。原因之一是许多人认为中国社会从来不注意麻风病的问题。在这一波的麻风院中，最早的应是1887年成立的广东北海与杭州的麻风院。按中华麻风救济会（Chinese Mission to Lepers）的统计，从1887年开始，经过1926年中华麻风救济会的成立<sup>③</sup>，至1940年，全国至少有51个与教会有关的麻风隔离院、医院与诊所。大部分机构都在民国以后成立，尤其在20世纪30年代。<sup>④</sup> 同时，这些机构较集中在东南地区，如福建有9个，广东13个，江苏6个。这个分布情形符合当时人对麻风病分布的刻板印象，即这主要是岭南地区的恶疾。一些专家甚至相信2/3的中国麻风病患集中在闽、粤、桂三省。<sup>⑤</sup>

麻风院在民国后的快速增加除了与外国教会的推动有关外，中国社会本身的日益关注亦很重要。这个关注其实是来自国际医学界对麻风病世界性传染的普遍看法，即认为中国人是主要的病源与传播者之一。例如上述康德黎在1897年的医学报告中指出当时太平洋地区的麻风病传播主要因素是“麻风中国佬”<sup>⑥</sup>。这种来自外界的看法让中国的政治与医学

① 参见 S. Kakar, "Leprosy in British India, 1860—1940: Colonial Politics and Missionary Medicine," *Medical History*, 40 (1996), pp. 218—220, 223.

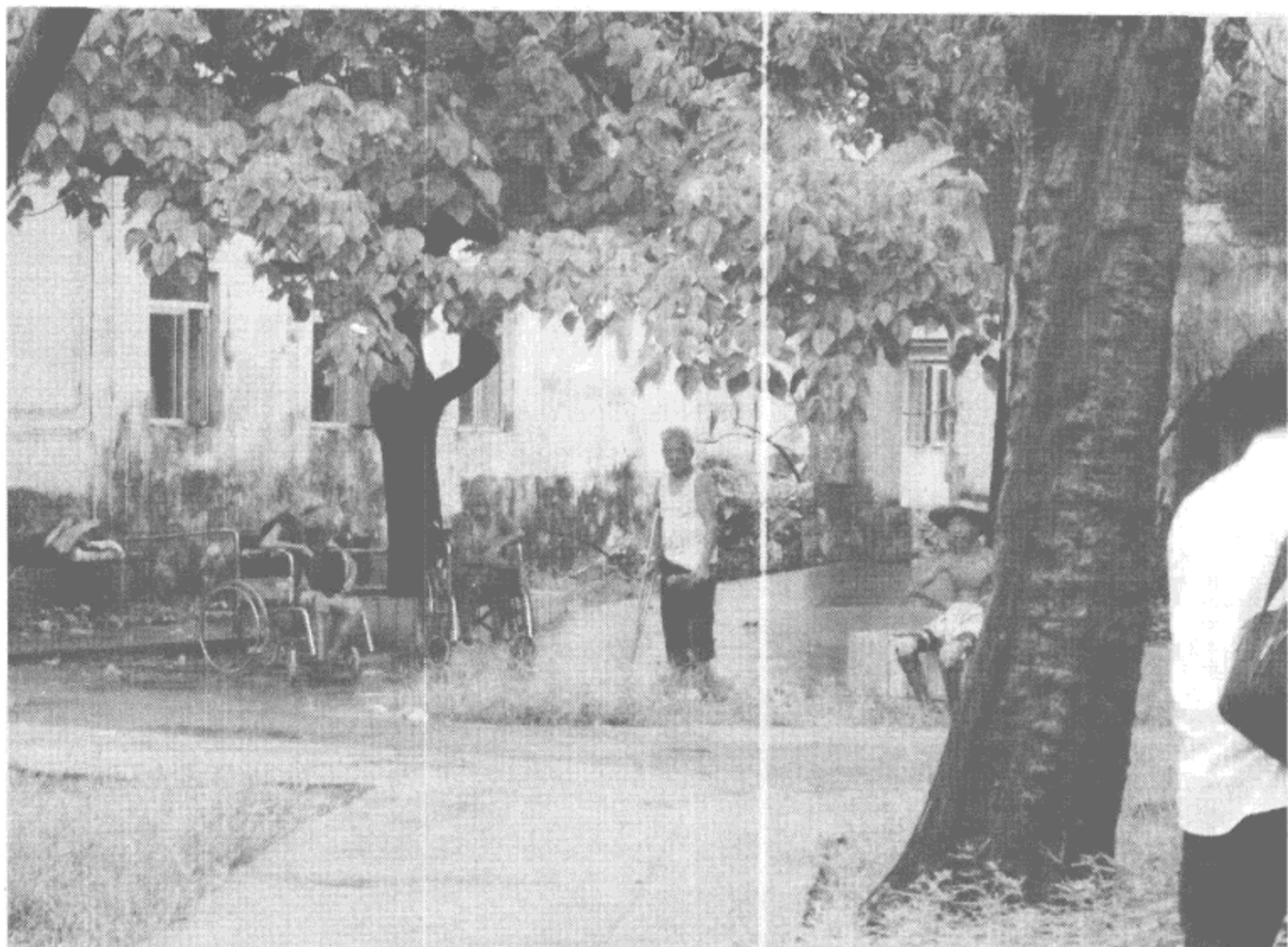
② 参见 W. M. Danner, "The Mission to Lepers," *Chinese Recorder*, vol. 49, 1918, pp. 110—112.

③ 中华麻风救济会是国际麻风救济会的分会，中华分会成立之前的1921年，曾有东亚麻风救济会（Leper Mission for Eastern Asia）在上海成立，为中华分会的前身。中华分会由华人主导，但与英、美分会的关系紧密。参见 Wong and Wu, *History of Chinese Medicine*, Taipei: Southern Materials Center, 1985, p. 666.

④ 这个统计原出自中华麻风救济会的刊物《麻风季刊》，参见 *Chinese Recorder*, vol. 71, 1940, pp. 465—471 引录。

⑤ 参见 J. E. Lee, "China and Leprosy," *Chinese Recorder*, vol. 57, 1926, p. 857.

⑥ 引自李尚仁：《种族、性别与疾病：十九世纪英国医学中对中国麻风病问题的研究》，手稿，18页，2002。“麻风中国佬”的英文原文是“the China man, and He is Leprous”。



2009年广东大衾麻风院

成立于1919年的广东大衾麻风院是西方教会在民国时期建立的多个以隔离为主的麻风院之一。照片摄于2009年9月。大衾麻风院到2010年才关闭。

精英感到极大的压力，要尽快消灭这个让中国蒙羞的疾病。

然而，虽然教会与非宗教的力量都投入麻风院的建设，但是两者之间有不少的差别。教会机构仍保持一定的基督教教义的特色，如以宗教感化患者，治疗往往只是一种手段。而由中国政府主导的麻风院则很清楚地主要以强势隔离病人以达到消灭麻风的目标。1886—1887年设立的广东北海麻风院被认为是首创的教会麻风机构。该麻风院附于伦敦会（Church Missionary Society）医院，同时得天主教（Roman Catholic Mission）协办，由传教士傅特（Horder）创办。创办五年内收容了二百多病患。麻风院分男子部与女子部，各有养病房与礼拜堂。北海麻风院除了为病患进行定时的强迫性注射治疗外，其最大的特色是要求病患做手工艺，包括印刷、绞绳、编草鞋、锯木、制帚、花边、园艺等。这些



手工艺品经消毒后由专司推售。<sup>①</sup> 换言之，北海麻风院结合了治疗、隔离、劳动与宗教活动等功能。这是外国教会所推动的机构的理想典型。

而汕头市政府办的汕头麻风院则代表了另一种典型。这个原属教会的麻风院在 1924 年由地方政府接手。此后，它即成为当地强迫隔离的机构，“市内麻疯病人，由警区强制收容，送入院内，按病状轻重，及性别分别住居”<sup>②</sup>。麻风院亦实行对病患进行强迫性的注射（每星期大风子油矾一次）。中华麻风救济会总干事邬志坚在 1926 年访问该院时有如下的观察：“汕头麻疯院设在一小岛上，离城约四英里……院长住宅与麻疯院相接连，但划线为界，不许病人越雷池一步；且有兵队维持秩序，防阻病人逃逸。院中聘有专医，施用大风子油……宗教工夫，完全禁止，而教育运动等等之设施，亦付阙如。”<sup>③</sup> 换言之，由中国政府主办的麻风院通常较注重隔离与医疗的功能。在这方面，1927 年由政府接手的杭州麻风院的例子就更明显。这个在光绪年间由伦敦会创办的麻风院经地方政府接手后有两个主要的改变：所有宗教活动，包括《圣经》的研读一律被禁止。同时，院方采取更严厉的隔离措施，院中所有的门都上锁，俨如监狱。理论上，病患可申请外出，但事实上他们都不会获得批准。<sup>④</sup> 当然，对这些做法提出批评的人多与教会有关，对政府作为不免存在某些偏见，但中国政府急于要控制麻风病在国内外传染的心态可以理解，同时外国教会势力给予中国政府的压力也可以想象。从这个角度看，由中国人后来接手主导的麻风院采取较严厉的监管方式是极为自然的发展。

① 参见 Wong and Wu, “The Mission to Lepers,” *Chinese Recorder*, vol. 49, 1918, p. 499; 李俊昌：《北海麻疯医院》，载《麻疯季刊》第 1 卷，1927（1），33～34 页；邬志坚：《二十五年来之救济麻疯运动》，载《麻疯季刊》第 1 卷，1927（4），4 页。

② 《汕头麻疯院》，载《麻疯季刊》第 1 卷，1927（1），35 页。

③ Wong and Wu, “The Mission to Lepers,” *Chinese Recorder*, vol. 49, 1918, p. 423; 《麻疯季刊》第 1 卷，1927（1），10 页；第 1 卷，1927（4），14 页。

④ 参见 *Lepet Quarterly*, vol. 1, no. 3, 1927, p. 26 (*Lepet Quarterly* 即《麻疯季刊》之英文名称，此刊物分中、英文部分，页数均从“1”开始，因此如所引文为英文部分，则用英文刊名及页码，如为中文部分，则引中文刊名及页码)；*Chinese Recorder*, 1927, p. 810。民国政府 20 世纪 20 年代接收的麻风院在过渡期间往往发生秩序紊乱的情形，政府以严厉的措施来应付这类情形。杭州麻风院的情况亦如是。参见《麻疯季刊》第 1 卷，1927（3），50 页。

## 二、推动隔离运动积极分子的看法

如上文所述，自 1873—1874 年麻风杆菌被发现后，国际医学主流渐放弃麻风是遗传病的理论，而麻风病的传染性越益被强调。因此，将麻风病人隔离被认为是重要的防疫手段之一，也成为在华西洋教士的主要医疗活动之一。传教士与医生认为历史证明了隔离政策的正确性，他们通常将麻风病在欧洲的消失归功于自中古时代开始普遍建立的麻风隔离院。如光绪年间创办杭州麻风院的英国医士梅藤更（Duncan Main）在 1916 年介绍该院时指出，欧洲在 16 世纪已渐脱离麻风病的阴影，认为这“无疑由于卫生的进步、更好的物质及精神生活以及隔离政策”<sup>①</sup>。梅藤更的看法算是较为温和的，他不认为麻风的传染性很强。其他一些看法较激烈的教士与医生则认为严厉的隔离措施是必要的，如 1898 年在福建活动的传教士奥凌格（Ohlinger）认为隔离政策已在印度被证明有效，因此中国应强制进行性别隔离，以及将病患健康的子女抽离麻风村。同时中国应该积极实行这种全面的隔离政策。<sup>②</sup> 进入 20 世纪以后，国际医界对隔离政策的肯定更加明显，美国洛基斐勒基金的哈萨（V. Heiser）医生在 1926 年很直接地指出：“我们普遍认为麻风之所以在欧洲消失是因为隔离政策。所以结论就是如果全世界都落实这个方法，这个疾病就将完全消失。”<sup>③</sup>

传教士一方面毫无保留地确定隔离方法的有效性，另一方面指摘中国社会从来没有注意麻风病的问题。20 世纪初著名的在华麻风专家法勒（Fowler）直言：“中国从来没有对改善麻风情况作过任何事情”，同时他认为中国人对这个疾病的态度基本上是“冷漠”（indifference）。<sup>④</sup> 既然认为中国社会对执行隔离政策如此无能，传教士与西洋医士就义不容辞地

① D. , Main, “New C. M. S. Leper Hospital, Hangchow,” *Chinese Recorder*, 1916, p. 133. 其实目前西方医史学者对麻风在欧洲消失的原因并无共识，但麻风院的建立不被认为是主因。

② 参见 Ohlinger, “Segregation of Lepers,” *Chinese Recorder*, 1898, p. 621.

③ V. Heiser, “The Attack on Leprosy,” *Leprosy Quarterly*, vol. 1, no. 3, 1927, p. 11.

④ 参见 H. Fowler Dr. , “Leprosy,” *Leprosy Quarterly*, vol. 1, no. 1, 1927, pp. 5-7.

全力投入推广麻风隔离的运动。当然，西人对麻风病患的兴趣，不完全来自医疗与防疫本身，尤其对传教士而言，麻风病患所引起的宗教意义更为重要。其实欧洲中古时代社会对麻风病患所采取的隔离措施，最初及主要动力不是由于对传染的畏惧，而是来自基督教对麻风病患的排斥。麻风患者象征了最深重的罪恶，被教会甚至社会所遗弃，而收容麻风病患也成为基督教中行善的最高境界。<sup>①</sup> 教会机构的这个基本立场有时甚至连有基督教背景的华人也无法接受。邬志坚对天主教会在广东石龙麻风院的做法就颇有微词，他认为该院：“宗教色彩太深，病人每天须念数次弥萨，而对于身体上的医治，反不甚注意。”<sup>②</sup> 另一方面，教会主导的麻风院往往重视病患的劳动，亦主要基于基督教对精神纪律的重视。上文提到的法勒曾说：“的确，有人最近形容麻风是一个‘懒人的疾病’。没错，无论在任何情况下，保持身体与精神的活跃都是让人身体健康的条件。对麻风病患而言，更是如此。”<sup>③</sup> 虽然法勒以看似医学的理由来解释病患劳动的重要性，但其中所牵涉的宗教道德上的要求是非常明显的。尤有进者，被隔离的病患远离原来的家庭与社群，与其他病患集中一处，为传教士提供了最有效的传道环境。<sup>④</sup>

至于推动隔离措施的中国人，他们对麻风传染性的恐惧与西洋教士、医生无异，这也是他们支持隔离的主要动机。同时大部分中国精英也相信传统中国社会从来没有注意麻风病的严重性，也没有对此疾采取过任何应对的措施。曾受西方医学教育的著名史家陈垣（援庵），在清末年间就强力批评中国社会对麻风问题的漠视：“吾国无疯病疗养所也，所有麻疯院，均候死所耳。粤中惟东莞及琼州有之，皆他国人所办，非吾国人

① 参见 R. Kipp, “The Evangelical Uses of Leprosy,” *Social Science and Medicine*, vol. 39, no. 2, 1994, p. 167.

② 《广济医刊》第5卷，1928（3），4页。

③ H. Fowler Dr, “Medical and Construction Page,” *Leprosy Quarterly*, vol. 1, no. 3, 1927, p. 19.

④ 参见 Kipp, “The Evangelical Uses of Leprosy,” *Social Science and Medicine*, vol. 39, no. 2, 1994, pp. 165 - 178。作者在此所用的是苏门答腊的例子。



民国初期广东石龙麻风院

由法国天主教传教士在 1907 年成立的石龙麻风院建在岛上，曾是全国最大的麻风隔离院。

所办也。”<sup>①</sup> 中国有识之士鼓吹隔离的理由与西人一样，就是认为麻风的传染性强，必须以隔离方式控制其扩散，同时他们也深信欧洲麻风病的消失是因为麻风院的普遍成立。就是说，他们认为这个策略是有“科学”作为根据的。中华麻风救济会的一个成员曾这样说：“科学家一致认为强迫性的麻风隔离是有效地控制疾病的扩散与增长的第一步……在中国建设麻风村落让所有的麻风病患完全与外界隔离是迫在眉睫的必须措施。”<sup>②</sup> 救济会的总干事邬志坚也重申隔离策略的有效性：“麻风是个高传染性疾疾病已经是一个被确定的事实。只有一个保护大众不受疫疾的感染的方式，那就是隔离。麻风在欧洲快速的消失主要是因为欧洲人采取了隔离措施。”<sup>③</sup> 这个信念在 20 世纪初其实已普遍被中国的社会精英所接受。在这方面，当时西方医学主流思想的影响力无疑最具决定性。

但是中国精英与西方殖民者的出发点还是不完全一样。其中最重要

<sup>①</sup> 陈垣：《送郑学士之白耳根万国麻疯会序》，原载《医学卫生报》，1909（10），后收入《陈垣早年文集》，301页。

<sup>②</sup> J. E. Lee, “The Mission to Lepers,” *Chinese Recorder*, vol. 49, 1918, pp. 857-858.

<sup>③</sup> T. C. Wu, “What the Chinese are Doing to Rid China of Leprosy,” *Chinese Recorder*, 1927, p. 262.

的差别，在于麻风对中国精英而言，象征了民族的羞耻。中华麻风救济会香港支会一成员在 1926 年这样描述麻风：“世界最恶毒之疾病，孰不曰麻疯……我国人对于疯疾，或视为等闲，或认为不可救药……此匪特人民之不幸，抑亦国家之羞也。”因此他支持麻风院的建设以消灭此疾，“期于五十年内，国内无一个疯人”<sup>①</sup>。麻风病在 20 世纪初被认为是中国之羞主要基于西方医学当时对麻风病因的解释。上述英国专家法勒这样解释此疾在东方的流行：“无知、缺乏卫生条件、差劲的地方政府，甚至其完全的不存在，所有以上带来的是贫穷、饥荒、疲劳、罪恶、人长期暴露在炎热下，加上中央政府普遍的无能，使得人民体质虚弱，让麻风杆菌、其他细菌及破坏性的媒介毫无妨碍地入侵人体组织内。”<sup>②</sup>这种结合着政治、社会与科学的病因解释，符合 19 世纪中后期以来的西方主流医学与公共卫生思想。当时接受西式教育的中国精英亦当然了解并接受这种病因理论，对他们而言，麻风在中国的流行确实反映了中国在政治与社会上的落后与无能，并证明了中华民族是体质虚弱的次等民族。换言之，在一定年限内要消灭麻风病这个目标不单是一个医学上的要求，更是对中国进入全面“现代化”的一个时程上的期许。

因此，特别在南京政府成立前后，中国积极分子非常迫切地推动麻风院的建立。他们一方面深信中国社会从来没有防疫的措施，另一方面认为中国民族精神生活的堕落同时是麻风流行的因与果。换言之，建设麻风院已成为当时民族主义诉求的一项重要。1927 年后，麻风救济会与许多专家均责成政府负起这个责任。<sup>③</sup>而国民政府也的确于此后较积极地推动麻风院的建设。其中最具代表性的例子就是 1927 年浙江政府接手原来由教会主办的杭州广济麻风院（见上文所述光绪年间创办之杭州麻风院）。浙江政府接手后马上改变原来教会的政策，这个改变也很快受到舆

① 凌鸿铭：《香港支会之成立及目前概况》，载《麻疯季刊》第 1 卷，1927（1），40 页。

② H. Fowler Dr., “Leprosy,” *Leper Quarterly*, vol. 1, no. 1, 1927, p. 3.

③ 邬志坚曾在 1927 年为文指摘中国中央及地方政府对此问题的冷漠。他指出除了闽粤的地方政府之外，无论中央或地方都没有对麻风问题作任何处理。他对麻风救济会的期许就是推动政府立法与资助麻风院的成立。参见 Wong and Wu, “The Mission to Lepers,” *Chinese Recorder*, vol. 49, 1918, pp. 257, 262.

论的支持，1928年6月20日的《商报》这样写道：“兹将广济痲疯院今昔不同之点，胪列于左，并略取缔痲疯之道，以告国人。按各国痲疯院之设，首重隔离，其地址每择穷乡孤岛，人迹罕至之区，以防传播，而梅氏（指创办者梅藤更）之办此院也，其先后所取地点，均系城内近郊，易于接触，非但有背隔离之义，实为散播病菌之阶。自收回自办之后，同人等睹此情形，栗栗危惧……呈当局设法迁移……当梅氏办理此院之时，主张门户开放任痲疯人之自由运动，或赴市场购物，或入教堂听讲……自收回自办之后，业已一律禁止……梅氏乃设一小学校于痲疯院中……并令痲疯中钟女士担任教课……自收回自办之后，业将该小学校停办，以免传染……梅某竟将并非痲疯之人，一并收容痲疯院中，使与痲疯人共同起居饮食。其中固多因诊断之错误，然亦竟有明知其非痲疯而收容之者，自收回自办之后，除将已染病菌者仍旧留院外，余已分别解放矣……梅氏竟任其（指痲风人亲友）在院内住宿饮食，而不之禁。自收回自办之后，只准其于一定时间内在房外晤谈……当梅氏办理之时，痲疯院与肺病院，未曾隔断……有互相传染之虞，自收回自办之后，业已严重隔离。”<sup>①</sup> 同样地，由汕头市政厅办理的痲风院亦以严厉的隔离方式闻名，并且与警察紧密合作进行隔离。<sup>②</sup>

杭州与汕头的例子充分显示中国人办痲风院的原则之一是以超越洋人的严格作风来实施隔离。这个态度无疑来自要尽快消灭这个令民族蒙羞的疾病的动机，同时，中国精英亦急于向国际证明中国社会在处理痲风问题上，有能力做得比西人更彻底。这个态度在20、30年代的痲风院建造潮流中显露无遗。中华痲风救济会的期刊《痲疯季刊》自1927年创刊开始，每一期的英文封面就有一口号：“消灭中国的痲疯”（Ridding China of Leprosy）。除了以强制手段办理隔离医院外，另一种处理的原则是模仿西式的疗养院。1935年中华痲风救济会在上海成立的中华痲风疗养院可说是中国精英以现代化方式处理痲风的主要“橱窗”。这个痲风院

<sup>①</sup> 《杭州广济痲疯院之今昔观》，载《广济医刊》第5卷，1928（6），转引自《商报》，1928-06-12，1~3页。

<sup>②</sup> 参见《汕头痲疯院》，载《痲疯季刊》第1卷，1927（1），35页。

主要由上海市政府津贴，英、法租界的两工部局、美国麻风救济会及中华麻风救济会共同资助，并加上各方的捐款。疗养院以“吾国唯一新型病院”自居。<sup>①</sup> 中国的西化精英对麻风院的期望其实有一个具体的楷模，那就是菲律宾的麻风村。《麻疯季刊》在创刊号就介绍了“斐列宾的麻疯救济事业”，特别介绍了始创于1906年、能收容六千麻风病患的古郎岛（一曰古岭）（Culion Island），“它的目的在宣传新式麻疯治疗法，去医救已患和疑似的麻疯病人”<sup>②</sup>。菲律宾的例子对中国最大的启示，就是“政府全部挑负起对抗麻风的责任”。他们对“美国政府无私的投入，使得古朗岛辉煌的例子成为可能”<sup>③</sup> 极为佩服。《麻疯季刊》1930年第1期就全部介绍美国殖民政府在菲律宾对抗麻风的成就。中国的积极分子除了以极羡慕的口吻描述古郎及其他麻风村的完善设施之外，就是大篇幅地介绍该地以大风子油作为治疗的神效。邬志坚将美国殖民政府与麻风恶疾对抗的“进取精神”与中国政府相比，觉得中国“政府对于救济麻疯，毫无具体的办法”，“相形见绌”<sup>④</sup>。

除了以外国模式推动麻风院外，政治与医学精英也以一连串的全国性的行政或学术研讨会来探讨麻风的医药与社会、法律等问题。1928年国民政府卫生部在南京举办五省卫生行政会议就议决了两条与麻风有关的法案：《取缔癩病病人》及《规定设立麻疯院办法》。两条法案的主要精神是用强制方式取缔麻风患者的行动自由“借以保护社会而杜传染”，同时建设麻风院“以资收容癩者而终其天年”<sup>⑤</sup>。此会议之后，在1932、1935、1937年分别召开了三次全国性的麻风研讨会。会议中一再被强调的是中国境内数目庞大的麻风病患。第一次会议中就有人提出中国有100

① 参见《中华麻疯疗养院成立以来之总报告》，载《麻疯季刊》第11卷，1937（3），33~46页。

② 《麻疯季刊》第1卷，1927（1），38~39页。译自 *North China Herald*。

③ Editorial, *Leprosy Quarterly*, vol. 1, no. 3, 1927, pp. 5-6. 事实上古朗岛的例子是美国殖民政府一个政策性的“橱窗”，对此 W. Anderson 有分析，参见“*Leprosy and Citizenship*,” *Positions*, vol. 6, no. 3, 1998, pp. 707-730.

④ 《麻疯季刊》第4卷，1930（1），2~3页。

⑤ 邬志坚：《卫生行政会议》，载《麻疯季刊》第2卷，1928（4），1页。

万麻风病患之说，占世界之半。<sup>①</sup> 这个说法早在 1927 年的《麻疯季刊》中就已经出现。一些外国专家甚至认为中国境内有 300 万麻风病患。<sup>②</sup> 会议也一再订定彻底铲除中国麻风病的时程，从 20 年至 50 年不等。麻风问题的处理成效其实已成为中国是否已进入“现代化”的重要指针。

国际医界对麻风传染及中国麻风情况的看法、舆论的强大压力，使南京政权的中央与地方政府以各种方式积极扑灭麻风。除了原来就有隔离政策的广东、福建、江西、湖南、山东等省份外，较偏僻的西南地区，特别是云南的地方政府自 30 年代以来也开始采取严厉措施，如利用警力等来处理麻风问题。<sup>③</sup> 不幸的是，地方势力为了急于达成“铲除”麻风的目标，偶尔会以暴力手段对付病患，如集体屠杀、活埋等。在报章上有记载的事例包括广东高要县长在 1936 年被揭发残杀大批麻风病患。阳江麻风病院于 1937 年 4 月 5 日被当地军队围住，院内 53 男女病患被捆往旷地予以枪决，事后并将麻风院加以焚毁。同年稍早，广东四会一特派队以麻风病人强奸妇女为由，四出搜捕病患，一个月间被捕获的 20 多名病患被押往野狸岗枪决。<sup>④</sup> 这类集体的暴力行为当然一方面显示了地方社会对麻风病的强烈偏见，但更重要的是反映了一些当权者急切要铲除麻风这个“国耻”的心态。

从清末到抗日战争前夕，中国的麻风问题一直困扰着中国政府及有识之士。这个困扰的来源主要是西洋教士与医生的态度，以及国际医学界对中国麻风问题的看法。中国社会本身在处理这个问题时往往采取了

① 参见“Extending the Fight Against Leprosy in China,” *Chinese Recorder*, vol. 67, 1936, pp. 57-58.

② 邬志坚认为：“世界上患麻疯者为数约二百万，据调查所得，其散居我国各地者，有一百万之多。”（《麻疯季刊》第 1 卷，1927（2），1 页）麦士威（James Maxwell）在 1933 年认为中国有 300 万麻风病人，占世界总数的 1/3。同时中国过半的农村人口是生活在重感染区。参见“Leprosy in China,” *Chinese Recorder*, vol. 64, 1933, p. 544。1937 年岭南大学的卡德布里（W. Cadbury）医生则估计中国有 100 至 150 万麻风病人，他的估计是基于大英帝国麻风救济会的一份报告。参见 *Leper Quarterly*, vol. 11, no. 2, 1937, pp. 55-58.

③ 按邬志坚的记录，云南地方政府一方面进行调查，一方面拟定抗麻风的法令，并利用警力去控制疫情。贵州与广西等其他西南地局的政府亦渐开始采取对付麻风的措施。参见 T. C. Wu, “Leprosy in South-west China,” *Chinese Recorder*, vol. 70, 1939, pp. 631-638.

④ 参见《麻疯季刊》第 11 卷，1937（1），1~2 页，第 11 卷，1937（2），56 页；“Anti-leprosy Work in China,” *Chinese Recorder*, vol. 66, 1935, pp. 385-386.



西人的角度与目光以及一些方法。西洋当时在科学与政治上的强势确实让中国社会几乎完全忘记了，或否定了本身处理疾病问题的传统。

### 三、被遗忘的传统

来华的西洋教士、医士与中国社会精英在积极推动麻风院与麻风村的建设时，都完全不提自明中期以来在闽、粤、赣地区的隔离传统。他们的刻板想法就是中国社会一向漠视麻风疫情，也从来没有真正处理过麻风传染的问题。

其实，自明中期的16世纪开始，闽粤地区就开始有类似麻风院的建设。按方志的资料，最早有准确成立日期的麻风院是福建闽县的养济院，始于正德十三年（1518）。闽县的养济院原建于洪武年间，与所有养济院一样以收容老弱废疾为主。到了正德十三年，巡按御史周鹓另建一院于东门以外，“以处恶疾”。同时住在其中的病患“月有米，岁有衣，禁其入城”<sup>①</sup>。显然这是一个有政府资助、并有一定管理制度的机构。在泉州的晋江县，同样是明初建的养济院后来改称为“存恤院”，“以居癩疾者”。改制的时间应在16世纪早期，到了1527年，泉州布政司参议胡承庵曾否决市豪要求将麻风院迁至城外岛上的要求。<sup>②</sup>此后在福建地区成立的多个“存恤院”都很可能是改建自养济院的麻风院，但是方志在这方面的资料并不全面。明代地方官多因顾忌麻风的传染而办理收容机构，如长乐在隆庆年间（1567—1572）的知县“恐疾传染，移置于城东北”<sup>③</sup>。福建其他一些县，如漳浦、沙县、建阳、政和、将乐、邵武及连城都有

<sup>①</sup> 《福建通志》卷13，36页下，1737；《福州府志》卷10，14页上，1754；《福建通志》卷52，18页上，1868。

<sup>②</sup> 参见《福建通志》卷13，41页上，1737；《晋江县志》卷2，37页上，1765；汪道昆：《明故工部尚书致仕进阶荣禄大夫承庵先生胡公墓志铭》，见《太函集》卷48，14页上～18页上。

<sup>③</sup> 《福建通志》卷13，37页下，1737。

存恤院、癩子营或收“恶疾”的养济院。<sup>①</sup>可见从明中期开始福建各地政府已纷纷建立收容麻风病患的机构，并且已限制他们的行动。

广东的情形亦类似，但建院的时间稍晚。从一般资料看来，广东地方社会对麻风病患的偏见最强，同时对传染的恐惧也最大。广州的麻风院成立时间不确定，但亦应不会晚于明中后期，在明末清初时已因年岁太久而破落。当时著名士人屈大均（1630—1696）对广州的机构有如下的观察：“广州城北旧有发疯园，岁久颓毁，有司者倘复买田筑室，尽收生疯男女以养之。使疯人首领为主卑，毋使一人阑出，则其患渐除，此仁人百世之泽也。”入清之后，广州的麻风院就迁到东门外，19世纪初该院共收容本地与外地麻风病人341名，各给口粮银。这个麻风院至少在19世纪20年代仍照常运作。<sup>②</sup>广州麻风院的例子显示当地人普遍认为癩子构成地方之“患”，必须设法消除。在广州以外，新会的麻风院大概建在嘉靖年间，称为“贫子院”，最初靠近原来的养济院，后来城中居民指控癩民行劫，焚烧其院。此后养济院迁至城西之外。清初，城中居民认为城西之水由西南入城，再由南而东，“几经一邑，澣沐者众”。城民因而抱怨上游的癩子污染水源，尤其每当大雨时污秽之水注入城内，“有染其疾者”，因此要求再迁移该院。<sup>③</sup>雷州原在西城外的养济院，收容孤老与麻风，由于“甚污秽，今徙孤老于白沙坡，徙麻疯于蔡黎村居住”。这个改变发生在1614年之前，结果“士民快之”<sup>④</sup>，可见一般居民对癩民的排斥。

江西的方志文字记载中较少看到明代麻风院的资料，但一些个别的资料，如万历本的《新城保甲图》中可看到该城外东坊与南坊连界的地方

① 参见《福建通志》卷52，38页下、39页下、40页上～下，1868；《福建通志》卷13，37页下、43页上、44页上、45页上、46页上、47页上，1737；《重纂邵武府志》卷17，1页下，1900；《连城县志》卷18，10页上，1938。

② 参见屈大均：《广东新语》（1700）卷7，245页，香港，中华书局，1975。有关移至东门外以后的资料，参见仇巨川：《羊城古钞》（1807）卷14，283页，广州，广东人民出版社，1993；黄佛颐：《广州城坊志》，345页转引自阮元《广东通志》（1822），广州，暨南大学出版社，1994。

③ 参见《新会县志》卷4，10页下～11页上，1690。

④ 《雷州府志》卷8，17页上，1614。

有三个“麻风寮”，分别称为上、中、下麻风寮，均在山区。<sup>①</sup>可见与闽广地区一样，江西部分地方在明代已有同样的收容麻风病患的机构，而且多在远离城都的地方。这些记载说明了地方社会对麻风病的污染性的恐惧与厌恶有增无减。

闽、粤地区的麻风院通常始自养济院。县城内往往有两所养济院，一所收容一般贫老，一所收容癩子，如南海、东莞、雷州的例子皆如是。<sup>②</sup>这些地方很可能原来只有一所养济院，但由于院内贫老担心被癩子传染，收容癩子的机构才另外成立，同时，这些变化多在明中后期发生。浙江景宁的例子很清楚地反映了这个典型的发展。成化时期重建的养济院后来“因内多麻疯之人，真实孤贫不敢同住，遂为麻疯陞”<sup>③</sup>。因此，在东南地区很可能不少养济院，到了明中后期已成了麻风病患占住的地方。

入清以后，麻风院更受到政府的重视。雍正以后，东南省份的癩病收容政策已显得比以前更系统。不单福建与广东地区的机构多重建，江西地区也建了不少同类的麻风院。清代建设的麻风院有两个特色：一是有固定的政府资助，或地方有力人士的津贴；一是将麻风病患与社区隔离的做法也越来越普遍与强硬。漳州龙溪的癩子营，据称建于弘治年间（1488—1505），雍正二年（1724）奉文建普济堂以收容孤贫与有疯疾之人。其中的“疯疾者”与普济堂其他的贫病一样可以有政府发给的口粮与衣布银。<sup>④</sup>广东地区的麻风院几乎都有清楚的名额与口粮补助的金额。在乾隆时期，惠来县的五处癩民所甚至将病患按病情轻重分等补助：“额一百七十一名，分溃烂、疲癯、残疾三项，溃烂四十一名，人日给银六厘，疲癯六十四名，人日给银五厘，残疾六十六名，人日给银四厘，共银二百九十三两三钱七分，以官租变价支给，又征收官租钱凑给。”<sup>⑤</sup>显

① 参见《新城保甲图》，《东坊一图保甲图》，2页下，道光十七年序本（按万历本刊本）。

② 参见《雷州府志》卷8，17页上；《东莞县志》卷2，87页，1639；《南海县志》卷3，恤典（页码不清），1609；《南海县志》卷2，21页上，1691。

③ 《景宁县志》卷2，6页上，1872。

④ 参见《福建通志》卷52，20页下～21页上，1868。龙溪癩子营的建设日期显得很早，并没有其他资料佐证此日期的准确性。参见《龙溪县志》卷9，3页下，1762。

⑤ 《潮州府志》卷15，17页上～下，1762年修，1893年重刊。

然，这些麻风院的管理者对麻风病已有一定的了解，并发展出一套补助的原则。一些地方的麻风院口粮是由地方绅士捐献的，如海丰三所“痲疯寮”是乾隆二十一年（1756）由绅士存口粮资本3800两，提银1000两资助博罗、海陆丰三县病患。<sup>①</sup>可见地方政府与民间有力人士至少在盛清时期曾合力处理麻风问题。

清政府与士绅对此问题的重视主要是因麻风所引起的社会问题日益严重。一般民众对此疾的传染性显然十分畏惧。如福建延平府沙县的例子就十分明显。该县两所养济院之一就是收容麻风病患的机构，原来在东门内，在清初雍正以前，“因东门民居稠密，恐迫处传染为患，知县袁应文改建于东门外武亭旁隙地”，雍正二年毁于火，知县再改建于古县尾，此院一直维持至民国时期。同样地，政和县在雍正十三年（1735）由知县与邑人共建的麻风院是“于离城僻远处”<sup>②</sup>。建于乾隆元年（1736）的广东增城麻风院位于“豸山雁塔西南荒地一丘，而阻重溪背枕山麓，为人迹所罕到”<sup>③</sup>，而顺德在雍正九年（1731）建的麻风院“在城南苏州冈，四面环海”<sup>④</sup>。事实上入清以后东南各地的麻风院无不设法建在偏僻的地方，最主要的考虑当然是地方人的排斥。江西大庾县的麻风病患在雍正十二年曾向郡守陈情：“老城人禁阻入乞，养济院孤贫亦绝与伍，殆将饿死。”<sup>⑤</sup>郡守才因而在当地争取麻风收容名额。江西奉新在乾隆以前就有两间收容麻风病患的茅屋，乾隆三十九年（1774），“士民以路当孔道，秽形昭著”，所以发起劝捐，将麻风病患移居至北关外荒山处。<sup>⑥</sup>都市人之排斥麻风病患不单来自对疾病传染性的恐惧，也同时来自对麻风病患极度负面的道德评价。上述的屈大均告诉我们，明清间广州地区的居民

① 参见《广东通志》卷160，460页，1864。本章据《续修四库全书》版本，上海，上海古籍出版社，1997年据南京图书馆藏无锡孙德堂嘉庆二十一年刻本影印。

② 《福建通志》卷13，46页上，1737；《福建通志》卷52，40页下，1868；《沙县志》卷8，6页上，1928。雍正时的火灾是否蓄意，并不清楚，但之后移地改建的理由也极可能是原来附近居民的排斥。

③ 《增城县志》卷6，28页上，1801。

④ 《顺德县志》卷4，13页上，1853。

⑤ 《南安府志补正》卷3，37页下，1875。

⑥ 参见《奉新县志》卷3，16页上～下，1824。

认为：“有司以疯人为爪牙，盗贼以疯人为细作。其为无用而有用如此。疯人最为人害……粤中丐者，惟疯人最恶。”<sup>①</sup> 又如上述新会县的麻风病患因为被指控行劫，连收容他们的地方都被焚毁。<sup>②</sup> 在澄海，地方人认为他们繁衍快速，成为一个集团，专门在人家喜庆时勒索，“小有不遂，胥诟朋兴，甚为民害”。县官最后责成地保禁止癩民“混入城治”<sup>③</sup>。民众对麻风病患的厌恶与恐惧让不少麻风院设法限制病患的行动，一些机构设有“疯目”，即在病患中聘一名负责所有病患行为的头目。<sup>④</sup> 清末人慵纳居士也这样记载两广地区麻风院的一般状况：“于城外偏僻处设一院以收之，禁其入城。”<sup>⑤</sup> 从建设与管理的原则看来，清代一般的麻风院已有起码的隔离功能。

16 世纪以来岭南地区的麻风院传统与欧洲长程贸易的启动时间吻合。当时西欧商人与天主教教士来华，也最早落在华南沿海地区。葡萄牙人也于 1569 年在澳门建立了一所麻风院，至少到 19 世纪中期这所麻风院仍正常收容中国与外籍的病患。从传教士的档案中也可看到个别传教士在福建、江西与广东沿海地区建立一些小型麻风收容所的记载，时间多在 17 世纪中后期，到了雍正以后才渐没落。<sup>⑥</sup> 这些早期由西人所建的麻风院与中国本土的麻风院均在 16 世纪开始出现，只是前者随着清廷对天主教活动的限制而消失（澳门是允许传教的例外地区），而后者则继续存在至清末。两者之间是否有相互影响的关系，至今仍不清楚。但明中期以来，东南沿岸社会处理麻风病有一不曾间断的传统，乃不争的事实。

① 屈大均：《广东新语》卷 7，245 页。

② 参见《新会县志》卷 4，10 页下～11 页上。

③ 《潮州府志》卷 15，17 页上～下。

④ 如海阳县、博罗县。参见《潮州府志》卷 15，17 页上～下；《广东通志》卷 160，460～461 页。

⑤ 慵纳居士：《咫闻录》卷 1，11 页上，见《笔记小说大观》，第 2 编，第 6 册。

⑥ 有关澳门的麻风院，参见 A. Ljungstedt, *An Historical Sketch of the Portuguese Settlements in China*, 1836 Reprinted by Viking Hong Kong Publications, 1992, pp. 25, 34 - 35; 印光任、张汝霖：《澳门记略》(1782)，63 页，广州，广东高等教育出版社，1988。东南沿岸早期由天主教教士建立的麻风院资料一般较简短，参见 F. Guerra, *El hospital en Hispanoamerica y Filipinas 1492 - 1898*, Madrid, 1994, p. 584。此方面的一手资料，仍待发掘。

尤有进者，不少明清时代建立或重建的麻风院一直维持至民初。民国初年初版的《清稗类钞》记载广州“城外有院，为疯人聚居之所，曰麻疯院”<sup>①</sup>，应就是明清时代传下的机构。邬志坚在1928年亦注意到当时福州东门外两个麻风村有很久的历史，“无从查考”<sup>②</sup>。甚至大力批评中国社会不重视治疗麻风病的陈垣，也不得不承认“粤之有麻疯院，由来久矣”，这位历史学者至少知道广东麻风院“多建自乾隆间”<sup>③</sup>。19世纪30年代来华的英国人缅恩（William Milne）对中国社会观察入微，1832年他曾这样记载中国社会对麻风的看法：“麻风毫无疑问是一种遗传病。究竟它是否也是传染病，我不清楚。但中国人认为是，而且对待此病的方法亦基于此看法。”<sup>④</sup>他本人对麻风病的了解完全合符当时欧洲主流医学界的看法，而中国社会的看法则来自明清南方的传统。换言之，在西洋医生与传教士推动严格的隔离式麻风院之前，中国南方社会仍一直保持传统的隔离方式，因为这个地区的民众一直坚信麻风的传染性。1873—1874年麻风杆菌的被发现其实没有改变南方社会对麻风病的观点与反应，至多是加强了原来的信念。

#### 四、结论

清末民初期间麻风的隔离策略几乎完全按着西方的理念与模式。首先是来华西洋教士与医生自19世纪80年代以来的鼓吹，然后中国的政治与医界精英积极跟进，以更严厉的方式办理隔离。这个趋势配合着当时整个国际医学界的主流发展，而这个发展除了深受新兴的细菌论的影响外，也有热带医学的影响。而特别是后者，与当时帝国主义与殖民主义的意识形态有密切的关系。中国麻风病情的严重性被视为热带地区落后民族的特色。

① 徐珂辑：《清稗类钞》，乞丐类，5476页，北京，中华书局，1984。

② 《广济医刊》第5卷，1928（3），6页。

③ 陈垣：《请增疯院名额》、《麻疯中外古今皆有》，见《陈垣早年文集》，322、343页。

④ W. Milne, *Chinese Repository*, vol. XVI, p. 14, 引自 Wong and Wu, “The Mission to Lepers,” *Chinese Recorder*, vol. 49, 1918, p. 323.

近代中国社会对西方隔离政策的高度接受基于两个因素：一是中国本身已有的麻风隔离传统，特别是东南地区自明中期以来的麻风院传统其实与近代的做法没有太大差别，而麻风具高度传染性的看法在这些地区原已根深蒂固<sup>①</sup>；二是社会与政治精英对铲除中国麻风病感到迫切，因为这个病代表了中华民族的落后与中国政权的无能。而当时的新兴科学，如细菌论等其实并没有真正左右中国社会的态度。甚至许多华洋医生大力鼓吹的新药，如以大风子油为主要成分的药剂，对中国医界而言亦乏新意。其实宋元医者早已开始外用大风子（即大风子，宋元时称为“大风子”）油来治疗毒疮、皮肤溃烂等，元代名医朱震亨甚至已提醒此药物用于治疗麻风病不宜过当。<sup>②</sup> 简而言之，对麻风传染性的看法、隔离的必要与主要的治疗方式，中国自明清自近代其实有一悠长的传统，从未中断。西方或中国西化精英以为西方在这方面带来了新想法或技术，其实是言过其实。

不过，近代中国麻风病隔离策略还是有新的因素：明清时代的麻风院、癩子营等机构主要是地域性的现象，属于岭南社会的特色。而近代的麻风隔离是配合着国际发展情势的一个全国性运动。同时这个运动有一个前所未有、清楚明确的目标，那就是消灭麻风。这是西方经过 19 世纪后期的医学革命后的企图：所有传染病都应该及可以被消灭。严格的隔离被认为是达到这个目的的重要手段之一，欧洲麻风病自 16 世纪以来的消失也被归功于麻风院的普及化。清末民初时期，中国的有识之士已将麻风的处理等同于中国现代化的一个指针，也完全认同西方的做法、原则与目标。在西化隔离政策被积极推动的同时，中国传统处理麻风病的方式则几乎完全被遗忘。这个做法也充分显示了 20 世纪初中国民族主义者的选择，在西化与传统之间，他们毫不犹豫地选择前者，否定后者。

<sup>①</sup> 有关明代以来医书对麻风病传染性的讨论，可参见梁其姿：《中国麻风病概念演变的历史》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第 70 本第 2 分，1999，426~428 页。

<sup>②</sup> 参见梁其姿：《中国麻风病概念演变的历史》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第 70 本第 2 分，1999，417~418 页。

## 第十三章 从癩病史看中国史的特色\*

### 一、前言

今天俗称为“麻风”（或麻疯）病的汉生病（Hansen's disease）<sup>①</sup>，在明清以前称为“癩”或“疔”。更精确的说法应为，明清以前，俗称“癩”或医书中所说的“大风”“疔”、“恶疾”等病，其实是一个复杂的病类，其中不但包括了今人认知中的麻风或汉生病，也同时包括有类似皮肤症状的其他疾病。换言之，在“麻风”病名尚未出现之前，并没有一个单指涉今天所认定的汉生病的病名。麻风一词至晚在明初开始普及，主要是因为此时皮肤麻木为医界确定为癩病主要病症。<sup>②</sup> 此词一直沿用至近代，时与“癩”一词互通，但其普及程度到了清代已超过“癩”，到了19世纪后期成为英文 leprosy 的中文译名。近年被强制隔离的病人求偿事件在东亚各地爆发以后，“麻风”此病名被认为将病患污名化，就如英文 leprosy 或 lepers 等名词被认为带有强烈贬义，leprosy 在普及化文献中才渐被 Hanse's disease 这一名词取代。“麻风病”一词也因此时被“汉生病”所取代。

---

\* 本章原刊于李建民主编：《从医疗看中国史》，297~330页。

① 这个病名来自19世纪挪威人汉生 Armawer Hansen。汉生于1873—1874年间在显微镜下首次看到麻风杆菌，并指出这个病菌是麻风病的病因，麻风杆菌成为第一个被发现的人类病菌。

② 一些零星的资料指出麻风一词在宋代已出现。如南宋末福建人陈藻有诗句“少小麻风今半愈，长成项疾喜全除”（《乐轩集》卷1，笔者感谢以前拙作一位不具名审查人所提供的这条有趣的史料）。显示“麻风”一词在南宋已出现，但显然仍不流行。同时这些数据极少，而且所指是否即后代的麻风病，并不明显。明初以后“麻风”一词普及与其所指涉之疾病较可确定。有关“麻风”一词的出现问题，参见梁其姿：《中国麻风病概念演变的历史》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第70本第2分，1999，423~426页。



单从病名的改变即可看出这个疾病在中国甚至世界历史中经历了曲折的变化。但是这些变化主要并不来自“癩病”或“麻风”或“汉生”病本身的生物上的演化<sup>①</sup>，而是来自医学知识与社会对疾病态度的转变。换言之，癩病史主要反映的是医学知识与社会的历史。从这个角度看，发生在不同文化社会的同一疾病，往往经历不同的历史。而癩病这个发生在不同古老文明的疾病，也的确具有多样的文化与政治社会意义，足以反映各文明的特色。中国自古有“疔/癩”病的记录，晚至秦代已有明确的法律以处理得疔病的人。<sup>②</sup>此后，有关疔、癩、大风病的记载，一直出现在医书或其他历史文献中，到了明清时代，地方志与中央档案甚至记载了隔离病人的官方机构。足见这个病类是中国社会一向注意的。到了近代，这个疾病甚至得到了前所未有的重视，无论是西方传教士，或中国新兴的社会政治精英，甚至是地方与中央政府，均认为中国的麻风病情况极为严重，将消灭麻风病列为要务。1949年以后，中国政府首次将麻风防治列为国家的重点政策，自1951年开始成立了全国性的从中央到地方的防治网络。

换言之，癩病之所以能够反映中国历史的特色，主要是因为它是自古至今一直受到密切观察的疾病，无论从传统医学论述方面看，或从其他社会史料中探究，大风/疔/癩/麻风/汉生病清楚地一脉相承，为各历史时期医界与社会所注意。尤有进者，这个病类不但自古受法律规范，

① 根据最近由法国巴斯德学院 (Institut Pasteur) 研究团队对汉生病的杆菌的研究，麻风杆菌虽然有不同的品系 (strains)，但是其基因组 (genome) 异常稳定。参见 Marc Monot et cie, "On the Origin of Leprosy," *Science*, 308 (2005), pp. 40-42.

② 目前最早的文字记录，应该是1975出土的睡虎地秦墓竹简中的《封诊式》，此文本约编纂于公元前4世纪至前217年间。《封诊式》有关“疔”病一段原文如下：“某里典甲诣里人士五丙，告曰：‘疑疔，来诣。’讯丙，辞曰：‘以三岁时病疔，麋突，不可智其可病，毋它坐。’令医丁诊之，丁言曰：‘丙毋麋，良本绝，鼻腔坏，刺其鼻不寔。肘郤□□到□两足下奇，溃一所。其手毋跋，令□，其音气败。疔□。’”（《睡虎地秦墓竹简》，156页，北京，中华书局，1982）Donald Harper、Robin Yates、Derk Bodde、林富士曾先后撰文讨论此文献在癩病史中的意义。参见 Donald Harper, in *Early China*, 1977, 引自 Derk Bodde, "Forensic Medicine in Pre-imperial China," *Journal of the American Oriental Society*, 102.1 (1982), pp. 9-14; K. McLeod and Robin Yates, "Forms of Ch'in Law: An Annotated Translation of the Feng-chen shi," *Harvard Journal of Asiatic Studies*, 41.1 (1981); 林富士：《试释睡虎地秦简中的“疔”与“定杀”》，载《史原》，1986（15）。

同时也是各种宗教关怀的问题，到了近代甚至成为中国的身体政治 (body politic) 的最显著疮疤，社会对它的恐惧与厌恶有增无减。在中国历史上，鲜有一种疾病的“能见度”与争议性超越癩病，也很少疾病能如癩病般在历史上体现了如此复杂的文化与社会意义。

## 二、麻风病在当今生物医学上的意义

在一般人的印象中，麻风 (leprosy) 是属于历史的疾病，或者说对现代文明而言，这个疾病已经没有太大的意义。但这个印象其实离事实甚远。当然，自从生物医学在 19 世纪成为全球医学主流之后，许多病菌与病毒的被发现，以及疫苗技术的发展，曾给人类社会一个极乐观的愿景：人类有能力将传染病全面消灭。天花被宣布消灭的实例的确加深了 20 世纪人类在这方面的信心。而麻风的被消灭，也当然被认为指日可待。但是新的严重传染病在 20 世纪后期以来的陆续的出现，如 AIDS、SARS 等，或旧病如肺结核的卷土重来、疟疾对医药的顽强抵抗，让后现代人类社会不得不承认人类命定要与各种新旧病菌共同生存。<sup>①</sup> 而麻风病或汉生病从远古至今随着人类存在着，而且在可见的未来，这个疾病仍不会轻易消失。中国在宣布麻风病已被“消灭”后 (1982 年)，不少专家即警告麻风病会随时反扑。<sup>②</sup> 麻风的生物学上的特性的确让它不容易在人类社会中真正消失。

麻风病与天花、小儿麻痹或其他可以疫苗预防的传染病最大的差异，在于汉生氏杆菌 (Hansen's bacillus, *Mycobacterium leprae*) 至今仍无法在人体外以人工培植，因此完全不能发展疫苗以预防疾病的发生。同时，虽然今天医界有共识，认为传染主要是经过与病人长期密切的接触后，杆菌经由皮肤的伤口，或上呼吸道进入健康人的身体，引致发病。但是其实杆菌传播的方式或途径为何，仍是一个谜，上述的方式，只是

<sup>①</sup> 著名的疾病史家 William McNeill 很早就提出这个观点。12 年前他重新强调这个看法，参见 "Patterns of Disease Emergence in History," in *Emerging Viruses*, S. S. Morse ed., New York: Oxford University Press, 1993, pp. 29 - 45.

<sup>②</sup> 参见《中国麻风杂志》第 10 卷，1994 (3)，174 页；《莆田市麻风流行病学分析》，载《中国麻风皮肤病杂志》第 19 卷，2003 (6)，562 页。

一个合理的猜测。究竟多少杆菌才能令受传染的人发病？哪种情况之下传入体内的杆菌会引致发病？这些问题，至今仍没有圆满的答案。<sup>①</sup>因此，尽管汉生氏杆菌是最早被发现的病菌，但是当今人类仍无法准确地对其作出有效的预防措施。正因如是，对付麻风的方法，在医学上而言只有治疗，没有预防。杆菌与人类共存亡是必然的发展。

按世界卫生组织 WHO 的报告，由于 20 世纪 90 年代世卫组织开始全面推动疗效卓越的联合化疗 (MDT, multi-drug therapy)<sup>②</sup>，使得全世界的麻风病流行率大幅度下降（从 1986 至 2003 年，下降了近 90%，即约 1 300 万病患获得治愈），世卫消灭麻风的目标（所谓消灭就是将流行率降至万分之一以下）看来马上可实现，虽然晚至 2003 年，全世界仍有超过 53 万的病患。<sup>③</sup> 尤有进者，流行率超过万分之一的国家遍及美、亚、非各大洲。其中印度 (3.3)、巴西 (4.1)、马达加斯加 (4.0)、莫桑比克 (3.6)、尼泊尔 (3.0)、坦桑尼亚 (2.1) 情况最为严重。<sup>④</sup> 显然，联合疗法虽然疗效极佳，但是并不能独力消灭麻风。贫穷与政治不稳往往使得 MDT 疗效大打折扣。麻风病正如许多其他疾病一样，与贫困、不稳定的社会政治环境有极密切与复杂的关系。

或者问，既然 MDT 已是有效的疗法，麻风病至少已受到一定程度的控制，同时在麻风杆菌被发现以后，此病以往的神秘性已大减，为何今天科学家仍继续对麻风病进行研究？原因主要有二：第一，杆菌对 MDT 的抗药性问题依然为医界所忧虑，万一麻风杆菌与肺结核杆菌一样，发

① 参见 R. Mc Grew, "Leprosy," in *Encyclopedia of Medical History*, New York: Mc Graw-Hill, 1985, pp. 161 - 165; Ann Carmichael, "Leprosy," in K. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease*, New York: Cambridge University Press, 1993, pp. 834 - 839; "Microbiology of Leprosy," at [www.who.int/lep/disease/microbiology/frcontent.htm](http://www.who.int/lep/disease/microbiology/frcontent.htm); WHO Study Report Series, especially pp. 19 - 29; WHO Regional Office for the Western Pacific, *Overview and Epidemiological Review of Leprosy in the WHO Western Pacific Region 1991-2001*, Manila, 2003, p. 69.

② 结用多种化学抗生素（如 rifampicin, dapsone, clofazimine, ofloxacin, minocycline），针对不同型的麻风病的治疗方式，疗程从三个月到一年不等。这个疗法目前为止仍没有遇到抗药性的问题。参见 [www.who.int/lep/disease/disease.htm](http://www.who.int/lep/disease/disease.htm)。

③ 参见 WHO, *WHO Leprosy Elimination Project, Status Report 2003*, Geneva, 2004, p. 7.

④ 参见上书，8 页。

展出对目前惯用抗生素的抗药性，医界将对麻风病束手无策，就如 20 世纪上半叶以前一样，只能治标，不能治本。换言之，由于技术上无法制造麻风疫苗，这个疾病依然威胁人类。<sup>①</sup> 目前医界主要的工作在找出汉生氏杆菌的基因序列（sequence），从基因变化中准确找出抗药原因，从而发展更有效对抗杆菌的药物。<sup>②</sup> 原因之二，是汉生氏杆菌序列的研究似乎可让科学家探究麻风病的起源与最早人类迁徙的历史。由于这是一个古老而遍及全球的疾病，同时杆菌的基因（genome）异常稳定，让科学家可以从复制（clone）自同一种杆菌的不同类别（strains）的分析中，推论此病最早出现在非洲东部（即人类祖先出现的地区），而最早出现在印度或亚洲的可能性较低。同时从基因比较可以确定美洲的病菌来自欧洲与北非，而南亚与东亚的杆菌大概是东非原始杆菌的变化种。而移民史越复杂的地区（如西亚、印度群岛），其主要的杆菌性质也越复杂。<sup>③</sup>

换言之，麻风病的研究除了为了发展更具疗效的药物外，也成为目前研究人类“始源”及全球性迁徙的这个主流趋势的一个有效工具。这个大趋势或许在目前科学研究的典范（paradigm）发展中是一个当然现象，但是从人文社会学的发展角度而看，我们或许可以说这个现象是 20 世纪末以来全球化论述的一环。就麻风病历史研究的脉络而言，其被纳入全球化的论述之中，其实早在 19 世纪下半叶即开始发生。当时这个论述的主要推手是殖民主义。

### 三、麻风病在 19 世纪全球化论述中的意义及中国的角色

麻风病在 19 世纪后期至 20 世纪前半叶成为全球瞩目的疾病。19 世纪西方殖民者带着西洋的坚船利炮进入亚、非、美洲各地后，处处看到在欧洲本土已不多见的古老疾病，恍惚回到“黑暗”的欧洲中古时代，

<sup>①</sup> 20 世纪 40 年代 Dapsone 的发明使得麻风病首次得到有效治疗，但后来许多患者发展出对该药的抗药性，使得 Dapsone 的疗效大减。要到 20 世纪 80 年代后期 MDT 的使用后，情况才被扭转过来。

<sup>②</sup> 这方面的研究主要由英、法合作的团队进行，并有美国基金的资助。参见“Lèpre: Découverte Franco-britannique,” *Label France*, 44 (2001), p. 48.

<sup>③</sup> 参见 Marc Monot et cie, “On the Origin of Leprosy,” *Science*, 308 (2005)。

他们的立时反应是认定麻风病是落后文明与劣等种族的特征，或者是社会从野蛮渐进到文明的过程中的典型疾病。<sup>①</sup> 因此殖民母国处理殖民地的麻风病自然被认为是白人文明驯化落后文化的最好示范。<sup>②</sup> 虽然中国并非全然是殖民地，但是也成为西方殖民者观察麻风病的主要“落后”地区。<sup>③</sup> 就算在白人统治的澳洲，麻风病的管理方式与其说是单纯的公共卫生政策，不如说是构成澳洲种族政策的重要一环。澳洲政府的目的在于隔离他们认为主要带原者的原住民与黄种移民，以保持白种人的纯净。<sup>④</sup> 而在欧洲的殖民母国，面对在全世界大部分“落后”地区几乎处处见到麻风病患的情形，也心生恐惧，英国人就曾因担忧麻风病会经由当时已通达全球的贸易网络重返英国本土，而提出“帝国的险境”（imperial danger）的警告。<sup>⑤</sup> 换言之，19世纪后期开始，殖民主义赋予麻风病两种新的意义：作为种族优劣的评定标准与威胁全球的流行病。

在19世纪的殖民主义之前，麻风病在基督宗教西方的意义仍主要属宗教性。《旧约圣经·利未记》第13章将拉丁译文所指“麻风病”（lep-

① 参见 Michael Worboys, "The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900—1940," *Osiris*, 15 (2001), pp. 207—218.

② 有关这点的研究代表作包括：Megan Vaughan, *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*, Stanford University Press, 1991; Warwick Anderson, "Leprosy and Citizenship," *Positions*, 6.3 (1998), pp. 707—729; Sanjiv Kakar, "Leprosy in British India, 1860—1940: Colonial Politics and Missionary Medicine," *Medical History*, 40 (1996), pp. 215—230; Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, New York: Palgrave, 2002.

③ 参见李尚仁：《十九世纪后期英国医学界对中国麻疯病情的调查研究》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第74本第3分，2003. 445~506页。

④ 参见 Alison Bashford, *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*, New York: Palgrave Macmillan, 2004, 第四章主要讨论麻风病的管理；Warwick Anderson, *The Cultivation of Whiteness, Science, Health and Racial Destiny in Australia*, New York: Basic Books, 2003, pp. 222—223, 244.

⑤ 这个警告由英国教士 H. P. Wright 在其 1889 年出版的书 *Leprosy and the Imperial Danger* (London: J & A Churchill, 1889) 提出。此书所显示的种族主义其实不强，作者根据当时医界对麻风病的看法，提出警告，认为如不小心，原已在欧洲几乎绝迹的麻风病会从热带殖民地再传入英国。

ra) 的皮肤病定义为不洁<sup>①</sup>，患者必须独处。在 1179 年罗马教会第三次拉特兰会议 (Lateran Council) 中作出决议，要麻风病患从此与社会隔绝。因此在欧洲中古时代，麻风病患必须放弃所有俗世关系与财产，住在教会建立的隔离院 (lazaretto, leprosaria) 里。换言之，欧洲中古早期隔离院的主要功能是配合天主教会对于圣经的解释，把在宗教意义上不洁的病人与社会隔绝，给予病患唯一栖身之所与宗教上的救赎，而并非为了防止疾病的传染。按学者的研究，欧洲人要到 13 世纪受到阿拉伯医学影响后才有麻风会传染的概念。<sup>②</sup> 不过正由于麻风病自始具有强烈的负面宗教意义，西方社会对这个疾病的特殊偏见一直维持到近现代，而另一方面，也解释了为何 19 世纪传教士对殖民地的麻风病患的救济与救赎特别重视。

简而言之，19 世纪麻风病相关论述的主导者是西方基督宗教强国。而中国在这套论述中成为典型的落后有色种族，需要西方科学、精神与宗教上的救赎。同时，中国也被认定为危及全世界的麻风输出国，中国劳工移民也成为各国加强防范的公认危险传染源。

虽然麻风病在明清社会已相当普遍，但要到清末民初间才成为中国政治与社会精英日益关注的问题，第一位留英习医的广东人黄宽，也是海关医官中唯一的华人，就在 1873 年发出警告：“麻风病比十年前有所

<sup>①</sup> 此词在圣经旧约原文希伯来文是 *šāra'at*，当今学者已确定这个词所指的疾病并非麻风。而新约所用的 *lepra* 一词，源自希腊文，但希腊文此字的原意不完全指麻风病，其义与中文的“癩”同。由于翻译上的误差，使得麻风病患在欧洲中古时代受歧视的这个说法，早由 Michael Dols 在 1979 年提出，参见其 “Leprosy in Medieval Arabic Medicine,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34.3 (1979), p. 327。近年的研究更进一步确定这些古病名在翻译上的谬误，参见 M. Stol, “Leprosy: New Light from Greek and Babylonian Sources,” *Jaarbericht Ex Oriente Lux*, 30, (1987-88), pp. 22-31; D. Wright, R. Jones, “Leprosy,” *Anchor Bible Dictionary*, D. N. Freedman ed., New York: Doubleday, 1992, pp. 277-282。

<sup>②</sup> 法国学者 Touati 认为麻风病会传染的概念在 13 世纪以后才出现于欧洲社会，这个想法来自阿拉伯医学。之前的欧洲麻风院主要是为了在宗教意义上收容与世隔绝的病患。参见 “Historiciser la Notion de Contagion: L'exemple de la Lèpre dans les Sociétés Médiévales,” in Bazin-Tacchella, Quéruelet et Samarna eds., *Miasmes et Contagion: Les épidémies dans L'antiquité et au Moyen Age*, *Hommes et Textes en Champagne*, Dominique Guéniot, 2001, p. 175。

增加。病患不论阶级、贫富、城乡，包括工匠、商人、农民等。”<sup>①</sup> 粤籍史学家陈垣则对中国“疯人仍可任意游行街市，传染之甚，莫此为甚”<sup>②</sup> 的景象，特别感到忧心。而当时的文人、医界精英也开始注意中国麻风病的历史，并且撰文说明，以求吸引社会对麻风问题的关注。

清末社会精英对麻风病所发表的言论，其实部分是由于白种殖民者的偏见所启发。19 世纪下半叶以来，中国与许多亚洲、非洲国家被殖民者指为麻风流行地区。而由于中国往外移民比他国更甚，更是被指控为麻风流行全球的罪魁祸首。早在汉生发现麻风杆菌以前的 19 世纪 60 年代，美国西岸社会已提出中国劳工移民会带来麻风传染的各种警告。旧金山天花医院在 1871 年收容了一个后来被诊断患麻风的中国劳工移民，这个劳工就被指证历历，成为传说中第一个将麻风病带入北美的“祸首”。<sup>③</sup> 在夏威夷称麻风病的土话是 ma'i pake，意思就是中国病。当地的医生认为此病原不存在于夏威夷群岛，而是中国苦力移民从 1849 年开始传入。19 世纪 70 年代，夏威夷的麻风病流行率估计达 3.5% 之高，就是被认为是大量中国苦力移入的结果。<sup>④</sup> 澳洲白人则认为当地的麻风病是在 1882 年由一个中国移民带入的。<sup>⑤</sup>

其实在 19 世纪中国劳工移民潮遍至全球之前，麻风病早已存在各地。北美洲的麻风病最早由欧洲移民带入，而夏威夷早在中国移民进入

① Gordon, C. A., compiled and annotated, *An Epitome of the Reports of the Medical Officers to the Chinese Imperial Maritime Customs Service from 1871 to 1882; With Chapters on the History of Medicine in China; Materia Medica; Epidemics; Famine; Ethnology; and Chronology in Relations to Medicine and Public Health*, London: Baillière, Tindall, and Cox, 1884, p. 153.

② 陈垣：《送郑学士之白耳根万国麻疯会序》，原载《医学卫生报》，1909（10），见《陈垣早年文集》，300 页。

③ 参见 W. Farwell, *The Chinese at Home and Abroad*, San Francisco: A. L. Bancroft, 1885, p. 105。美国学者 Nayan Shah 也描述了 19 世纪 60、70 年代西岸有关中国移民带来麻风病的舆论。参见 Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown*, Berkeley: University of California Press, 2001, p. 99。

④ 参见 Farwell, *The Chinese at Home and Abroad*, p. 109。

⑤ 参见 Bashford, *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*, pp. 88-89。

之前，传教士便已发现有麻风病，而澳洲的情况也很可能与北美类似。<sup>①</sup>如用最新的基因研究结果解释各地麻风病的来源的话，可看出人类在不同时期的复杂迁徙历史将麻风病带到每一角落，而 19 世纪末的华人移民在时间上较晚，反而不太可能是这个疾病被传至各地的“元凶”。<sup>②</sup>但是在殖民主义结合着种族主义时代的高峰，华人移民被认为是全球麻风病传播的主要媒介，却成为牢不可破的信念。1897 年康德黎就说过华人移民“完全缺乏自重 (decency) 与清洁的概念”，所以他认为亚太地区麻风病传播的主要因素就是这些劳工移民。<sup>③</sup>而长期在华人地区服务的英国医学传教士马雅各布 (James L. Maxwell, 1873—1951) 曾估计中国境内有约三百万的麻风病人<sup>④</sup>，而且晚至 20 世纪 30 年他仍提出“麻风病不只是中国的问题，也成为全世界的问题”。所指当然是中国移民带来全世界被传染。<sup>⑤</sup>一本 1935 年在上海出版的大学社会学英文教科书，名为《中国的社会病理学》 (*Social Pathology in China: A Source Book for the Study of Problems of Livelihood, Health, and the Family*)，在有关“健康”的部分首先讨论麻风病。可见一直至战前，在西方人眼中，麻风

① 有关早期欧洲移民将麻风病带进北美的历史，提出“帝国的险境”的 Wright 其实了解甚深，但他这方面的说明反而被忽视了。O. E. Denny 在 1927 年也写了一篇立论平衡的美国麻风病史，参见“*The Leprosy Problem in the United States*,” *National Medical Journal*, 30.5 (1927), pp. 391-398。20 世纪早期在夏威夷工作的麻风专家 Mouritz 也指出夏威夷群岛早在华人移民之前就有麻风病，参见其 *The Path of the Destroyer: A History of Leprosy in the Hawaiian Islands and Thirty Years Research into the Means by Which it has been Spread*, Honolulu, 1916, pp. 29-30。

② 参见 Marc Monot, “On the Origin of Leprosy,” *Science*, 308 (2005)。

③ 康德黎是香港医学院首届院长，也是孙中山的老师，后来以营救被清廷禁锢的孙中山成名。他也是热带医学之父的万生的学弟，也是麻风病专家。对于华人地区的麻风病，他出版了几个不同的报告，文中所述见于“*Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, and Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*,” *Prize Essays on Leprosy*, London: The New Sydenham Society, 1895, pp. 269, 361; 亦参见李尚仁对康德黎研究详细的描述：《十九世纪后期英国医学界对中国麻疯病情的调查研究》，468~478 页。

④ 当时对全国病患的估计，从保守的 50 万，到常见的 100 万，甚至到最悲观的 300 万。中国政府在 20 世纪 50 年代做的较有系统的调查结果 38 万。但这个数字公认偏低。较合理的估计约稍高于 50 万。

⑤ 马雅各布对中国麻风病情况的悲观估计被译成中文，刊登在《麻疯季刊》(第 4 卷, 1930 (2)) 中，论文题目为：《中国麻疯与移民问题》，2~4 页。



病是中国最严重的社会问题之一。<sup>①</sup>

其实有关麻风病传染性的问题，在 19 世纪西方医学界争议不断。许多欧洲专家认为麻风病是遗传病，而传染性不高。在汉生发现杆菌以前，麻风是遗传病的说法显占上风，甚至在杆菌被发现之后，麻风病是否就被证明经由接触传染，仍有诸多争议。<sup>②</sup> 这个看法与当时的种族主义、优生学与传统的环境理论相关。西方医界认为麻风是有色人种由于体质及环境的关系特别容易染上并传及后代的疾病。但是，就算这些西方专家不能肯定麻风的传染性，他们仍然认为华人移民是危险的传染群。如上述的马雅各布，他晚至 1911 年仍怀疑麻风的传染性：“要找出麻风会直接传染的例子实在非常困难。”<sup>③</sup> 但是虽然如此，他仍然认为中国移民会导致麻风传遍全球。

有关麻风到底是遗传病还是经接触传染的争议，并没有因汉生在 1873—1874 年发现杆菌而平息，但是随着细菌论渐成为欧洲医学主流理论，麻风传染论亦渐占上风。转折点应该是在夏威夷麻风村染上麻风的达米安神父于 1889 年死亡，引起全球的震撼。尤有进者，8 年后的 1897 年在柏林举行第一届国际麻风大会，会中得出的结论是麻风乃不治之症，隔离是防止传染的必须措施。其实这次会议由强调麻风传染的医生主导，并没邀请怀疑传染论的驻印度与中国的医生代表参加，因此大会会得出令全球忧虑的结论。<sup>④</sup> 自此以后，麻风是传染性强的疾病的这个概念成为不再被质疑的“常识”。而各国对中国移民的限制也就更严格，甚至连极少华人移民的南美洲哥伦比亚也在 1913 年考虑通过限制华人移民的法案。<sup>⑤</sup>

① 此书作者为 Herbert Lamson，上海大学社会系教授，其他在第 2 章被讨论的疾病为肺结核、性病、精神疾病。

② 参见李尚仁：《十九世纪后期英国医学界对中国麻疯病情的调查研究》，449~454 页。

③ W. H. Jefferys & J. L. Maxwell, *The Diseases of China, Including Formosa and Korea*, Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co., 1911, p. 95.

④ 参见 Pandya, S. "The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897," *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10, Supplement 1 (2003): 161-177.

⑤ 参见 Z. Gussow and G. Tracy, "Stigma and the Leprosy Phenomenon: the Social History of a Disease in the 19th and 20th Centuries," *Bull. Hist. Med.*, 44. 5 (1970), pp. 425-449; Obregón, Diana, "La Construction Sociale de la Lèpre en Colombie, 1884—1959," in A. - M. Moulin ed., *Les Sciences Hors D'occident au XXe Siècle*, vol. 4. Paris: ORSTOM Editions, 1996, pp. 161-162, 166.

上述的描述主要说明在 19 至 20 世纪初之间，全球对麻风传染的恐惧有增无减，而华人移民成为众矢之的，中国亦被视为麻风病的大温床。这些偏见虽然并不完全符合当时有关麻风病的医学研究结论，但无疑地让中国当时的政治与社会精英面对世界的谴责充满羞愧感。麻风病的病症明显而丑陋，强烈地象征着中国近代病重的政治身体，并证明中国人为劣质的民族。<sup>①</sup> 而且它被认为可传染，危及全球的健康。这些指摘让当权者认为必须设法祛除这个传染病的威胁，才能证明中国可走入文明、进入现代化的发展，免除劣质落后民族的污名。上述黄宽、陈垣等有识之士的种种大声疾呼与警告，莫不出于这种迫切的心情。

更值得注意的是，这种民族被污名化所带来羞愧感，不但影响中国，甚至也影响了亚洲诸国中现代化最成功的日本。19 世纪 70 年代日本明治政权，积极地将日本社会与政治带上现代化之路，更要把日本与落后的亚洲国家如中国与印度区别起来，而在多方面，明治政体成功的现代化，深为西方所称许。然而，日本的麻风病人却成为日本政治身体的一大缺陷。这个缺陷迫使日本政府在 20 世纪初不遗余力地要消灭麻风病。1902 年国会提出麻风预防的方案，目标明白地在于消除这个“不文明国家的表症”<sup>②</sup>。与中国当时的舆论一样，日本的媒体强调国内有至少一百万的麻风病人，也自称为“世界上麻风病人最多的国家”<sup>③</sup>（但按较科学的统计，在 1935 年，日本癩病总人数推估为二万二千多人<sup>④</sup>）。其对麻风病所带来的国家民族形象的负面影响，表示极端的焦虑。同时，日本社会对过去寺院照顾癩病患者的制度，极为怀念，认为维新之后，此类旧制的

① 杨瑞松在《想象民族耻辱：近代中国思想文化史上的“东亚病夫”》一文中指出“东亚病夫”一词的意义在 20 世纪初发生变化，从象征衰弱的国体，渐演变为指称个人残陋的身体，并使中国人视此为“原罪”。见《“国立”政治大学历史学报》，2005（23），1~44 页。

② Susan Burns, “From ‘Leper Villages’ to Leprosaria: Public Health, Nationalism and the Culture of Exclusion in Japan,” in C. Strange & A. Bashford eds., *Isolation: Places and Practices of Exclusion*, London, N. Y.: Routledge, 2003, p. 108.

③ 同上书，108~109 页。

④ 参见《決定されたる壯丁癩曲線と全国推定癩患者數》，東京新醫事誌第 3151 號，昭和十四年，见《光田健輔と日本のらい予防事業——らい予防法五十周年記念》，373~382 页，東京，藤楓協會，1958。

消失，让病人顿失依靠，因此对新政体采取积极措施的要求更强烈。<sup>①</sup> 日本的麻风防治法遂于1907年通过，将游荡的病患强迫隔离，1915年发起鼓励病患绝育、强迫堕胎的运动。到了1931年甚至通过了病患终身被隔离的法例。而日本维新时代的麻风隔离院的管理方式，与其说类似医院，不如说更似监狱。日本政府执行麻风隔离的效率当然是国民政府无法想象的。在1941年，日本被隔离的病患已达78%，最后竟达九成<sup>②</sup>，其目标达标率可能史无前例。日本明治政府积极有效率的隔离政策当然为中国社会精英所羡慕。

陈垣早在1909年已观察到日本政府在这方面的“积极进取”：“在日本则近十年来癩病之预防法案，法会中殆无时不提出，而癩病疗养所、收容所、救护所之设置，则不惜糜费巨帑以成之……其他之构造法、管理法、消毒法，又无不实力研究。”<sup>③</sup> 而终民国时期，关心癩病的民国精英，在指摘中国政府的无能之时，多以日本为比较的对象。的确，日本明治政体摆脱“不文明民族”污名的努力，远比国民政府成功。1928年刚成立不久的中华麻风救济会的总干事邬志坚在回顾过去25年来的麻风救济运动时感慨地说：“说来惭愧，偌大的中华民国，除了一二处麻疯院为国人所自办外，其余的麻疯救济机关，差不多完全操于西国传道师的手里……直接得到救济者，只有二千人，占全数五百人之一，其余九十九万八千之疯人，求救无门……到处传播毒菌，吾国社会问题中，实无较此更为重要。”<sup>④</sup> 他认为“我国麻疯蔓延之广，甲于全球，此乃不可掩之事实”。而组织麻风救济会是“际此中国扰攘之秋……有一运动焉，为中国社会生光，为国家争荣誉，为百万寄生火坑

① 参见 Burns, “From ‘Leper Villages’ to Leprosaria: Public Health, Nationalism and the Culture of Exclusion in Japan,” in C. Strange & A. Bashford eds., *Isolation: Places and Practices of Exclusion*, pp. 109-110.

② 参见上书，111、113~114、117页。有关强迫绝育的措施，台北《联合报》（2005-01-28，A14页）译自法新社2005年1月27日电，译文指出1924—1956年间许多女性病患的确被迫堕胎，胎儿作实验之用。Ichiro Kikuchi, “Hansen’s Disease Patients: Responses to Stigma and Segregation in Kumamoto Japan,” *International Journal of Dermatology*, 33.2 (1994), pp. 142-143, 此文作者指出1909年九州岛的收容院收容超过1500名病患，院外有围墙与深沟与外界隔离，并有警察在外驻守。病患必须穿上条纹的制服并只能使用院内印制的纸币。

③ 陈垣：《送郑学士之白耳根万国麻疯会序》，见《陈垣早年文集》，299~300页。

④ 邬志坚：《二十五年来之救济麻疯运动》，载《广济医刊》第5卷，1928（3），3页。

之男女同胞请命”<sup>①</sup>。换言之，与当时的日本一样，民国时期救济麻风运动基本上是从民族主义中激发出来的社会运动。强化种族、国家是最终的目标。而这种迫切感无疑是当时西方“殖民主义/种族主义”的意识形态所激发出来的，无论中国、日本都不能幸免。日本在20世纪30年代使用其强大国力以极端的方法处理麻风问题，使得病患在公众场所近乎绝迹。而中国则要到20世纪50年代以后，亦以其史前无例的强大公权力将病患隔离治疗。基本上中、日两国在近代努力消除“次等民族”污名的决心不相伯仲。

#### 四、中国传统医学论述中的“疠/癩”及患者的社会形象

19世纪后期以来西方的种族主义给中国乃至亚洲癩病患者加上烙印，让近代的癩病患者所受的歧视比其他病患要严重得多。不过，中国社会对癩病患者的歧视，其实并不始自清末民初，也不全然来自白人种族主义者的有色眼光。癩病在中国医学史与社会史中，一直占有一席之地。在中国医学的传统里，癩病的“地位”也一直在转变。同时，癩病患者所象征的社会意义自古至清代也经历了极大的变化。大致而言，到了明清时期，无论医学上对癩病的解释，或社会对患者的观感，都相当负面。换言之，在近代以前，中国传统本身对癩病或麻风病的偏见已经逐渐形成。西方对亚洲麻风病的歧视，充其量只是加强了原来中国社会对这个疾病的偏见而已。

如上文所述，从上古的大风/恶风/疠，到中古时代的癩，及明清以来的麻/大麻风等，医籍对这些病的描述讨论的确一脉相承。然而这些病名所指涉的，不见得就是今天所认为的麻风，就如西方古代被认为指涉leprosy的希伯来文、古希腊文等名称，近年的研究都认为所指并非麻风，或所指是包括麻风以外的其他皮肤病（见本书314页注<sup>①</sup>）。以往的医史学者如王吉民、李约瑟等都比较笼统地认为古代大风、恶风、恶疾、疠病等就是今天的麻风病或汉生病。这个看法忽略了这些病名多半是病类，并不指单一疾病。同时从古代文献中所描述的简单病症，很难判断这些

<sup>①</sup> 邬志坚：《中国的麻疯问题与本会今后之计划》，载《麻疯季刊》第1卷，1927（2），1~2页。

病名所指涉的疾病确为麻风病。Nathan Sivin 早在 1973 年就提出对这种说法的质疑。<sup>①</sup> 而近年有关麻风病的研究成果，均显示学者对古病名的解释必须更谨慎。

## 1. 古代至宋代的医学论述

不过，从上述云梦秦简《封诊式》里对一个“疒”人的详细诊断记录看来，我们仍可以说晚至秦代，已有很多类似今天所指称汉生病的病症，而且社会对病患的处理亦已发展出一套方式，说明疒病在当时已有一定程度的普遍性。同时，在此时的医学理论中，疒病是被归类为因“风”而起的疾病。《内经·素问》“风论”一节中有疒的描述如下：“疒者，有荣气热腑，其气不清，故使其鼻柱坏而色败，皮肤疡溃。风寒客于脉而不去，名曰疒风，或名曰寒热。”<sup>②</sup> “风”在《内经》中是五气之首，其他四气为“寒、湿、燥、火”<sup>③</sup>，都是致病的外在环境因素。而在《内经·素问》所讨论的基本五气之中，“风”是“百病之始”或“百病之长”<sup>④</sup>。后代综合性的医书在作疾病分类时，亦多以“风”病放在首位。如隋代巢元方的《诸病源候论》、北宋末编辑的《圣济总录》，乃至于明代流传甚广的由名医李梃著的《医学入门》（1575）均把“风”病放在各病类之首。<sup>⑤</sup> 而在南宋以前，主要医书均沿《素问》的归类方式，把“疒”作为“风”类疾病来讨论。

除了“疒”之外，《内经》另有“大风”一词，亦被后人解释为麻风病。有关的描写在《素问》之《长刺节论》篇中：“病大风，骨节重，须

① 参见 S. Nakayama & N. Sivin, *Chinese Science: Explorations of an Ancient Tradition*, Cambridge: MIT Press, 1973, p. 306.

② 张隐庵集注：《黄帝内经素问集注》卷 5，见《中国医学大成》，第 1 册，57 页。

③ 后人将“暑”加入五气之中，成为六气，就是后来五运六气中的六气。范行准认为这个改变发生在 10 世纪，时人将六气说窜入《素问·节藏象论》中。参见范行准：《中国医学史略》，127~128 页。

④ 这两句话在《素问》中出现多次，包括在“生气通天论”、“玉机真藏论”、“骨空论”等数节中。

⑤ 有关传统中国医学疾病分类方式的历史其实仍待更精细的研究。宋代以后医者讨论病因分类更细，陈言将之分为外因、内因，不内外因三大类是其中重要发展。而在外因之中，“风”乃是最主要的类别，陈言在“外因”之中仍以“中风”为最先讨论的病类。李梃的《医学入门》以六气所致之病为“外感”，仍以“风”为首，同时在“本草”一章中，亦以“治风门”为首。

眉堕，名曰大风。”<sup>①</sup> 大风与疔在《内经》的系统里，是否为同一病，其实并不明确。疔的症状在皮肤、外表，而大风则在骨及毛发的脱落，同时“大风”一词在《内经》多处出现，所指涉亦不一。<sup>②</sup> 在疗法方面，虽然两者皆以针治，但方式不同，《灵枢》治疔的方式是：“素刺其肿上，已刺，以锐针针其处，按出其恶气，肿尽乃止，常食方食，无食他食。”<sup>③</sup> 而针对大风的疗法，《素问》中的描述则是“刺肌肉故，汗出百日。刺骨髓汗出百日，凡二百日，须眉生而止针”<sup>④</sup>。换言之，疔病症主要在皮肤肿处，而大风病症在骨，应该也是比较严重的病。然而，二者皆由“风”所致。<sup>⑤</sup>

从《内经》时代一直至北宋，疔/癩、大风/恶风仍一直被归类为“风”症，但并非同一病。前者的重点在皮肤的症状，后者的重点在须眉落。在《诸病源候论》中，恶风与癩病两类“风”症其实已有许多相同的症状，但巢元方以风寒入身为“大风”主要病因，而恶风与犯触禁忌为患“癩”的主因，分别讨论两种疾病。要到北宋的《太平圣惠方》、《圣济总录》，作者才把“大风眉须堕落”直接解读为“盖癩病也”。从此时开始，“大风癩病”成为等同《内经》中所谓“疔”的疾病。换言之，这个病，不但影响肌肤，也影响骨，令发须堕落。<sup>⑥</sup> 大风/疔病从关系暧昧的两种病，成为同一种疾病。不过，直至北宋，大风/疔/癩依然被归类为“风”疾。这个归类意味着大风/癩有以下特色：这是由外在环境因素（特别是风、寒、湿）所引起的疾病，个人体质与其周围环境则决定外邪是否会引起发病，以及病的严重性。这个病并没有明显的地区性，如果以风、寒、湿为主要引起发病的因素来看，风、湿冷的环境最易引起此疾。这个病是变化无穷的“风”所引致的多种疾病中的

① 张隐庵集注：《黄帝内经素问集注》卷6，见《中国医学大成》，第1册，15页。

② 在“生气通天论”中，“大风”指能致严重疾病的风，与“荷毒”同用。在“骨空论”中，“大风”泛指侵入人身致病的因素。换言之，“大风”在《内经》所指并非单一疾病。

③ 郭霭春编著：《黄帝内经灵枢》，四时气第十九，185页。

④ 张隐庵集注：《黄帝内经素问集注》卷6，见《中国医学大成》，第1册，15页。

⑤ 医书的讨论不一定完全符合实际的诊断。从上文所述《封诊式》有关医生对“疔”者的诊断看出，医生认为这个有“大风”（鼻梁断、无眉、无汗毛）与“疔”（皮肤溃烂）病症的病人患的就是“疔”。

⑥ 有关“大风/恶风”、“疔/癩”两类风疾发展为一类风疾的过程，参见梁其姿：《中国麻风病概念演变的历史》，401~420页。

一种。

这个有关大风癩的古典看法，到了南宋有了基本的改变。陈言在其《三因方》中清楚地质疑传统对痼病的看法：“经所载痼风者，即方论中所谓大风恶癩是也，虽名曰风，未必皆因风，大率是嗜欲，劳动气血，热发汗泄，不避邪风冷湿，使淫气与卫气相干，致肌肉愤瞋，气有所凝……《千金》所谓自作不仁，极猥之业，虽有悔言，而无悔心，良得其情。然亦有传染者，又非自致，此则不谨之故，气血相传，岂宿业（孽）缘会之所为也，原其所因，皆不内固（外），涉外所因而成也。”<sup>①</sup>这段话一方面综合了南宋以前医书对大风癩病的描述，同时提出了重要的新概念。文中所述“嗜欲”、“劳动气血”、患者的道德缺陷（“极猥之业”）为大风癩病因，是综合了隋唐时代医书的说法。<sup>②</sup>但从前人的说法中，陈言得出大胆的新结论，断言大风癩“虽名曰风，未必皆因风”。同时陈言对恶风癩的这段描写，并不在论风病的章节，而在卷18，与疮瘤、瘰疬等皮肤病同一卷。同时，他又提出另一个全新的看法：大风癩病“有传染者”，是由于“不谨”，经过“气血相传”，与报应无关。陈言对癩病的分析对后世医者有极重要的影响。

陈言说法影响有三。首先，病患本身的身体纪律成为更重要的病因之一。虽然因“报应”致病这个来自佛、道思想的观念早在隋唐时代就有，但是陈言将之与“嗜欲”、“劳动气血”相提并论，加重了患者放纵身体的责任。其次，陈言将大风癩疾与皮肤疾病放在同一卷，正式把癩疾视为“外科”，而不是“风症”，这个做法有一重要的影响：主流的“儒”医渐放弃研究、医治大风癩病。这是由于在宋以后，主流医者以“儒医自命”，以“辨证”为诊断之法、方药为治疗之本，使得传统医学中一些需要“动手”的专科如外科、针灸、眼科等渐被边缘化，为名不

<sup>①</sup> 陈言：《三因极一病证方论》，见《文渊阁四库全书》，743册，卷15，大风叙论，21页下。

<sup>②</sup> 文中提及的《千金》当指孙思邈的《千金备急要方》，而有关嗜欲、过劳的说法，巢元方亦已提及：“论其所犯，多因用力过度，饮食相违，行房太过。”（《诸病源候论》卷2，79页，北京，人民卫生出版社，2000）

见经传的“俗医”所专。<sup>①</sup> 癩病被归类为“外科”后，主流儒医对这个疾病渐丧失兴趣，较细致地讨论癩病的大概除了明御医薛己的外科名著《疔疡机要》外，已没有别的例子。明清以后儒医著作多已不提癩病，或仅重复前人或他人所述作起码的交代。这种对癩病的态度，与对古典的“风症”仍采取一贯严肃的态度有强烈的对比。因此，宋以后治疗癩病的医者，与“外科”专家一样，大多是不见经传的“俗医”，许多对癩病的新看法，也多出自这些“俗医”。

最后，陈言提出“传染”一说，把癩病的性质作了全新的诠释。陈言首先提出癩病的传染性，但语焉不详。不过，由于“不谨”的说法，顿然增加了此病的“危险性”。“传染”一词在文献中的出现应在10世纪左右，到了南宋时期，由于程迥、朱熹等理学家撰文批评世俗因害怕传染而抛弃生病的亲人的做法，“传染”一词遂更普遍地用于各种文献，渐取代更古老的用来描写疫病传播的词汇如“相染”、“染著”等。但“传染”在最初出现之时主要并不用在人在疫气中染病的过程，而多用在如各种痲疾、脚气、癩病等今天所称“慢性病”的接触染病。<sup>②</sup> 在宋代以前，这类慢性病的传播主要被认为限于同一家族，是个人或家族集体罪愆的“报应”，多以“伏连”一词表达之。<sup>③</sup> 而“传染”作为病因在宋代的新义，最早在道教的仪式典籍中显现。南宋路时中《无上玄元三天玉堂大法》（12世纪）描述多种仪式与符咒以治传染，包括“治屋传法”、“治衣传法”、“治食传法”、“治传尸法”等，意指疾病可以经由各种物质传染，受感染的人也不一定是家人。以宗教仪式绝断恶疾传染的概念与做法从南宋至明清一直有所发展，意味着道教思想中已发展出一套与实际日

<sup>①</sup> 有关这个变化，参见梁其姿，“Medical Learning from the Song to the Ming,” in P. Smith and R. von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*, Harvard University Asia Center, 2003, pp. 374-398.

<sup>②</sup> 有关“传染”一词发展的历史，及其在疾病传播史中的意义，参见梁其姿，“Evolution of the Idea of Chuanran Contagion in Imperial China,” manuscript, 2004—2005.

<sup>③</sup> 参见 Yang Lien-sheng, “The Concept of ‘Pao’ as a Basis for Social Relations in China,” in J. K. Fairbank ed., *Chinese Thought and Institutions*, Chicago: University of Chicago Press, 1957, esp. pp. 298-299; 李建民：《先秦两汉病因观及其变迁——以新出土文物为中心》，20页，2006年9月手稿。



常生活经验吻合的疾病传染概念<sup>①</sup>，即无血缘关系的人也可以因直接或间接地接触病患而染病，这个概念已脱离早期“伏连”的家族集体罪愆的“报应”概念。法国已故道教学者 Michel Strickmann 认为宋代道教思想在这方面的突破特别值得注意。<sup>②</sup> 陈言谓癩病之“传染”非由于“宿业缘会”，或“自致”，而特别以“不谨”一词描述之，充分显示了道教思想中“传染”新义对南宋末主流医学的影响。但陈言始终无法给予这个新病因圆满的理论解释。如果同时对照当时已流行于福建的“过癩”习俗（即有癩病的女子会引诱不知情的男子性交，因为习俗相信女子会因而治愈，而男子则会被传染得病）<sup>③</sup>，陈言所指由于“不谨”所致的“传染”，也可能包括了性交传染。<sup>④</sup>

## 2. 元明清的医学论述

换言之，南宋以后，癩病渐被归类为“外科”疾病，在医学讨论中的地位顿然下降，元明清以来大风癩在医学传统里的边缘位置就被确定，以至进一步强化。同时病患因本身行为“不谨”而得病的新义，彰显患者意志或身体缺乏纪律的道德弱点。患者不再只因为家族罪愆或宿业而得病，而是行为“不谨”得病。疾病本身也被赋予新的危险性，就是传染性，任何人都可能经由与病人直接或间接的接触而得病。这个无论在外表上、意义上均予人卑陋、险恶印象之症，渐为儒医忽视，是可以理解的。明清间对癩病有较多发挥的主要是边缘医者，特别是受道教医学影响的医者。其中具代表性的是 16 世纪中期著有关麻风病专书《解围元

<sup>①</sup> Edward Davis 的专书 *Society and the Supernatural in Song China*, University of Hawaii Press, 2001, 特别是第二、三章述及宋代道教治疗仪式在社会中的发展。

<sup>②</sup> 参见路时中：《无上玄元三天玉堂大法》，见《中华道藏》，第 30 册，卷 24，北京，华夏出版社，2004。有关此典籍之题解，可参见 K. Schipper and F. Verellen eds., *The Taoist Canon: A Historical Companion to the Daozang*, Chicago: University of Chicago Press, 2004, v. 2, pp. 1070 - 1073; Michel Strickmann, *Chinese Magical Medicine*, Stanford University Press, 2002, pp. 35 - 38. Strickmann 并提醒读者柳存仁早在 1971 年即引用路时中之作以说明宋代人对癩病一病传染的看法。

<sup>③</sup> 参见蒋竹山：《明清华南地区有关麻疯病的民间疗法》，载《大陆杂志》第 90 卷，1995 (4)：41~42 页。

<sup>④</sup> 明代以后医书谈及癩病的传染问题，多引陈言“不谨”一语，并且清楚指涉性交传染。见下文。

藪》的作者沈之问，沈之问无疑是明代边缘性的医生，除了他是《解围元藪》作者这个身份外，后世对他几乎一无所知。而且从书中对习俗的描写，及在自序中他自认广求“寰宇仙流，江湖奇士”<sup>①</sup>等可看出沈深受道教影响，同时对通俗信仰抱持包容的态度，将部分纳入其医说之中。另一个值得注意的医生就是清嘉庆时代的江西失意文人肖晓亭，他是科场的失败者，从父学医，以治麻风闻名，死后其友人出版其专著《疯门全书》。沈之问与肖晓亭均非主流儒医，但却是明清癩病论述的代表性医者。

元以后的医家均不再以古典论理中的“风”作为癩的病因。医者多以两个方向再解释癩病的古典病因“风”：一是患者本身身体“积毒”之内因，一是将外在环境因素更具体化。明初太医刘纯沿陈言之说，认为“疔风未必皆因风，‘大率多嗜欲，饮食积毒之所致。因其病证秽恶可畏，又不可不谓之风也’<sup>②</sup>。而明中期的徐春甫（16世纪）在“疔风所因”中对此进一步解释：“内热积毒者，受之，所谓燥以逢火则先焚，亦不可不谓之风也。”<sup>③</sup>两者将患者体内积毒作为“风”的解释。另一方面，朱震亨以“天地间杀物之气”代替“风”作为“大风病”的病因；明末吴有性（17世纪）进一步解释这个概念，他直指“大麻风”以前被误认为由“风”所致，其实是由“杂气”所致。而所谓“杂气”就是“方土之气”<sup>④</sup>。换言之，作为癩病之外因，天地杀物之气，或更具体地指涉特定时空的致病的“方土之气”，已取代《内经》所说的风、寒。值得注意的是，这两种重新解释风的说法，皆强化了癩病为风土病的新看法，特别是南方的风土病。

上述明中御医薛己在专门论癩病的外科专书《疔疡机要》中首先清楚地提出疔病“湿热相火，血随火化而致，故淮阳岭南闽间多患之”<sup>⑤</sup>。

① 沈之问：《解围元藪》，原序，嘉靖庚戌（1550），1页上，上海，上海古籍出版社，1997年按南京图书馆藏清嘉庆二十一年刻本影印。

② 刘纯编：《玉机微义》，见《刘纯医学全书》卷40，389页。

③ 徐春甫：《古今医统大全》卷9，13页下，台北，新文丰图书出版公司，1978年景印明葛宋礼刊本。

④ 朱震亨撰、戴元礼补校：《金匱钩玄》卷1，癩，见《丹溪医集》，86页；吴又可（有性）著、郑重光补注、乔国楨校梓：《温疫论补注》卷下，43页。

⑤ 薛己：《疔疡机要》卷上，7页，见《薛氏医案选》，上册。

明代的医家在陈言修正疔病病因（不因“风”）的基础上，更进一步以自体内积热，或外在湿热的环境为疔/癩病主要病因，燠热的岭南地区遂自然成为医家心目中疔病最容易发生的地方。此后明末至明清间的医生多认为疔病是岭表地区的风土病，原因是这个病纯由热毒之气所致。到了乾隆时期御编之医学百科《医宗金鉴》就综合了医家的说法，认为“大麻风”：“一因风土所生，中国少有此证，惟烟瘴地面多有之。”<sup>①</sup> 换言之，大麻风被认为是中国南部边缘地域的特殊疾病，这是元明以前所没有的看法。同时如果以现代中国麻风病分布情形来看，中国北方如山东也同样是麻风病例极多的地方。认为疔/癩/麻风是岭南地区的风土病，是明清至近代的看法，而且不甚正确。这个独特的看法关联着宋以来对癩病的另一新看法：它是一个具传染性的疾病。

而接触传染这个在医书中并没有任何理论性讨论的观念，从南宋的陈言直至明初，对医家来说，仍然是个不容易解释的致病过程。明初刘纯虽然接受陈言对于大风病并不必因风而起的看法，但他却质疑大风癩可传染的看法：“若夫传染之说，世或有之，虽因其一家，血脉饮食、居处气味之相传者，本无内热积毒，亦不能染也。”<sup>②</sup> 刘纯的说法透露了明初主流医家对“传染”的一些认定：传染主要仍发生在有亲属关系的人之间，这是由于血脉的关系，而且起居饮食在同一处，加上性情相似。这是用儒家理性的医学语言来诠释传统“伏连”的家族集体罪愆染病观。但就算如此，刘纯仍认为除非病患积毒已深，否则仍不容易染病。同时，这个说法也确定了“传染”这个过程，应该是一个时间上较长的过程，无病之人与有病之亲人在持续相处的情况下，才可能被“传染”。但刘纯对疔病的传染方式的描述显然仍很不清楚。主流医学中有关传染观念的模糊说法，让明中期以后医家对麻风传染观念有较大诠释的空间，这方面的发展，主要来自受道教医学影响较深的边缘医者，这类医者对习俗比较敏感，往往从观察习俗中发挥新的病因讨论。他们的看法围绕着三个重点：透过对象的传染、“虫”与性交传染，后两种传染方式，被认为

<sup>①</sup> 吴谦等编注：《医宗金鉴》卷73，376页。有关明清时期各医家有关麻风/癩病乃南方风土病的说法，参见梁其姿：《中国麻风病概念演变的历史》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第70本第2分，1999，429~430页。

<sup>②</sup> 刘纯编：《玉机微义》，见《刘纯医学全书》卷40，论疔风所因，389页。

主要发生在南方风土。

有关癩病可经由病患使用过的器具物体传染别人的观念，似乎是在宋代道教仪式典籍基础之上的发展。上述《玉堂大法》所描述的“治屋”、“治衣”、“治食”等法，无非指出病患住过的房室、穿过的衣服、睡过的床铺、吃过的食物，都是可传染的物体。到了明初，道教医籍《仙传外科秘方》（15世纪中期）进一步发挥这个观念，并且专门用来解释大风病的传染：“或在外不谨，粪坑、房室、床铺、衣被、桥上、树下歇息去处，命值委死凶星，遭此恶疾缠污其间。”<sup>①</sup>而主流儒医对这类传染的文字描述要到16世纪中期。世医龚廷贤几乎一字不易地抄录了此段：“或在外不谨，粪坑、房室、床铺、衣被传染。”<sup>②</sup>到了乾隆时代的综合医著《医宗金鉴》以大同小异的方式说明传染：“一因传染，或遇生麻风之人，或父母夫妻家人递相传染。或在外不谨，或粪坑、房室、床铺、衣被不洁。”<sup>③</sup>主流医籍均以简单抄录的方式对传染作交代，并无进一步解释。在这方面，边缘医者沈之问的描述远比主流儒医的说法来得广泛详细：“或对语言，而病人口内之毒气冲于无病人之口鼻，直入五内，则发为病。又如恶疾人登厕之后，而虚弱人或空腹人随相继而围，则病人泄下秽毒之气未散，冲上无病人之口鼻，直入于脏腑……如汗气相传，痢疫相染者，亦一类也。”<sup>④</sup>他此一说法，较吴有性有关杂气经由口鼻传染之说法早一个世纪。嘉庆时代的肖晓亭则更认为：“病人吃烟，亦宜避之，不病人吃烟，见病人亦避之。病人之尿，不可淋烟草，淋则吃者必生疯病。……”<sup>⑤</sup>这些对传染途径的描写，详细而具体。虽然依然缺乏主流的理论分析，但仍不免增加了社会对癩病的恐惧。

① 《仙传外科秘方》，见《道藏要籍选刊》，第9册，上海，上海古籍出版社，1989。此籍在明初之15世纪中期编辑而成，此段引自卷11，笈然子大风论（589页），笈然子乃宋代道师张继先（1092—1127）。此段是否真为其作，并不能确定。由于《仙传外科秘方》是明初典籍，宜以明初文献视之。有关此典籍之解题，可参见 K. Schipper and F. Verellen eds., *The Taoist Canon: A Historical Companion to the Daozang*, v. 2, pp. 777-779。

② 龚廷贤：《济世全书》，见《龚廷贤医学全书》卷8，1066页，北京，中国中医药出版社，1999。

③ 吴谦等编注：《医宗金鉴》卷73，371~372页。

④ 沈之问：《解围元藪》卷1，8页上~下。

⑤ 肖晓亭：《疯门全书》卷上，11页下。

有关“虫”作为传染的媒介，论者显然借用了痲瘵的病因。<sup>①</sup>痲病与大风/癩疾在隋唐时代医书的描述中有一共同点，就是两类疾病均与体内的“虫”有关。而“虫”在古代“传尸”或“疰”的疾病的传播过程中扮演媒介的角色，痲病的传播尤其如是。<sup>②</sup>而癩病在中古医书中虽然被形容为外来的风与体内的虫互动的结果，但是并没有牵涉“传尸”或“疰”的传播。到了明代，医书才开始描述麻风/癩病经由虫传染的过程。沈之问将麻风与痲病相提并论：“凡风劳病人皆有虫于脏腑，代相禀受，传染源流，故曰传尸。”<sup>③</sup>沈甚至进一步将“传尸”的传染概念与岭南地区的“蛊术”连接起来：“闽广之间造成蛇蛊，符水魔痲之毒，最能害人，有患恶疾之人乍死，毒虫皆从七孔出，一遇生人，则飞蠹潜伏为害。……”<sup>④</sup>换言之，此恶疾不但会由虫传给与病患血脉相连的亲人，而且在岭南这个充斥着蛊术<sup>⑤</sup>的地域，毒虫甚至会传染“生人”。

除了由“虫”或“蛊”传染外，明代以后的麻风病也清楚地被认定透过性交传染。如上文所述，陈言所指的“传染”，可能指“性交传染”，但从其文中仍很难确定。但是明代以后，这个传染方式就清楚地 在医书中被描述。沈之问这个边缘医者大概是最早清楚地说明这个传染方式的医生。他这样描写性交传染：“妇人受毒在脏腑，于交感之中，移疰男子以受害。想其毒初在交感淫欲中来，原在交感淫欲中去，可不畏哉。”<sup>⑥</sup>到了清嘉庆时代，肖晓亭在其专著《疯门全书》中更明白的说：“精血交

① 巢元方一书中对此已有描述。上文所提的宋代道教典籍《玉堂大法》中对痲瘵的“传尸”有更细致的描述。

② 有关传尸与疰在古代医学传统中的描述，参见 Jianmin Li (李建民), “Contagion and Its Consequences: the Problem of Death Pollution in Ancient China,” in *Medicine and the History of the Body: Proceedings of the 20th, 21st, and 22nd International Symposium on the Comparative History of Medicine, East and West*, Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica Publishers, 1999, pp. 201-222.

③ 沈之问：《解围元藪》，见《续修四库全书》子部，医家类 1016，卷 1，6 页下。

④ 同上书，8 页下。

⑤ 有关“蛊”在明清时期被认为是岭南地区所特有的问题，亦是一特殊历史发展。蛊本为中原自上古已有的巫术，巢元方仍将之纳入其医书中作严肃的讨论，但自宋以后，蛊渐被斥为异端，在中原地区被严禁，但在南方边缘地域仍然流行，到了明清时代，士人多以为蛊乃岭表地区少数民族的法术。参见 Feng, H. T. and Shyrock, J. K., “The Black Magic in China Known as Ku,” *Journal of the American Oriental Society*, 55.1 (1935), pp. 1-30; 林富士：《试释睡虎地秦简中的“疠”与“定杀”》，见《史原》，1986 (15)，15 页。

⑥ 沈之问：《解围元藪》卷 1，7 页上～下。

媾，夫妻岂有不传，男传女者少，女传男者多。何则？女人因月水下而能泄其毒，故疯病者少。或言妇人卖疯之说，理亦可信。”<sup>①</sup> 萧所言进一步认定性交传染的主要受害者是男性，因为女性月水能排毒，所以发病者少，但能将毒传给性伴侣。这两位医生明显地接受“卖疯”或“过癩”的说法，并且从医学的角度去解释这个特殊的南方习俗。

明中叶以后麻风被认为透过性交传染的一个主要原因，是其症状与在明中期普遍起来的“广疮”<sup>②</sup> 或“杨梅疮”极相似。两种疾病因此容易被混淆。沈之问就把麻风与“广疮”误以为同一疾病，他说：“江北燕冀呼疔为疮疮，南人拟其名而曰杨梅疮，又曰广东疮。”<sup>③</sup> 而广疮是被主流医者清楚地指出透过性交传染的疾病。正德时期的俞弁及与沈同时的李时珍等著名医家特别强调杨梅疮或广疮的这个特性，李时珍这样形容广疮的传染：“近时起于岭表，传及四方，盖岭表风土卑炎……男女淫猥……遂致互相传染，自南而北，遍及海宇，然皆淫邪之人病之。”<sup>④</sup> 如果对癩病有所研究的沈之问也会将癩与广疮混为一谈，一般人更容易以广疮的特色附诸癩病之上。麻风/癩始自岭表，经由性交传染遍及天下的说法在明中期以后不胫而走，也就不足为奇了。

虽然如此，主流医者龚廷贤与《医宗金鉴》的编者都能清楚地分辨“大麻风”与“杨梅疮”为不尽相同的外科疾病。亦可能是由于这个认识，主流儒医对麻风性交传染之说一直持暧昧的态度，他们一方面仍采信亲人因血脉相通、同居共处而容易传染得病的说法（在此脉络中，夫妻间的传染，与父母、家人间的传染的性质是相同的，没有区别出夫妻间传染的特殊性）。而另一方面对一般性交传染则持谨慎但不否认的态度。

明清边缘医者对癩病传染性的发明除了传染、特别在“性交”外，还另外指出有性交传染衍生出来的从父母传至子女的“遗传”传染方式，这在后世影响深远。沈之问说：“若父母素患恶疾，必精血有毒，交感于胚胎，传至儿女……既生恶疾之后，所生儿女，定难免之。”<sup>⑤</sup> 后来的肖

① 肖晓亭：《疯门全书》卷上，9页上。

② 此疾被称为“广疮”，就是因为自16世纪开始，医者认为这个病自广东人始。

③ 沈之问：《解围元藪》卷1，3页上。

④ 俞弁最早说广疮“自广东人始”。参见其《续医说》卷10，葶藶，7页下，见《中国医学大成三编》，第12册；李时珍：《本草纲目》，草部，卷18，附录：土茯苓，36页。

⑤ 沈之问：《解围元藪》卷1，6页下~7页上。

晓亭亦呼应这个看法：“父精母血，交媾成形……病在内者无不传（其子女）。”<sup>①</sup> 这个说法，至晚到清末，甚至世俗认为这种“交感于胚胎”的传染方式，就等同于“胎毒”，流行于南方“蛮僻”之地。在清末以广西为背景的《病玉缘传奇》一戏剧中，有如下的描写：“此处地接僮瑶，女子生来含有麻疯胎毒，童年尚不发作，一过二八韶华，此疾即潜生暗长。”认为岭南偏僻山区女子天生有麻风“胎毒”，“过癩”的习俗就是为了排除这种“胎毒”。<sup>②</sup> 换言之，癩病传染这个概念从女传男的性交传播，延伸到传于胚胎的想法。虽然广义上，这个想法上大致符合亲人之间血脉相连，因而较易发生疾病传染的传统看法，但是对癩病病因历史发展而言，仍然是一个全新的看法。

总而言之，明清以来，无论主流的儒医或边缘的“俗医”，对麻风/癩的看法与前代相比，有极大的变化：从此以后，麻风病被认为是湿热的岭表地域的风土病，它有传染性，与虫或蛊术有关，或经性交传播，而且会延及子孙，在外旅行如不小心，也会经由接触病者所用过的器物、体液与分泌物染上此症。这些传染的概念，一方面保存了以痨病为典型的古代家族集体罪孽的“伏连”观念，另一方面更开拓了无血缘关系的人与人间接接触的传染观念，无疑扩大了“传染”的破坏力与范围。这些新看法，加强了麻风病的危险性与恐怖性。这也解释了为何明清医者以前所未有的语气警惕社会必须严防麻风，如明末名医张介宾所说：“诚最恶、最危、最丑证也。”<sup>③</sup> 或肖晓亭所言：“疾病之最惨、最酷、最易传染而不忍目睹者。”<sup>④</sup> 而明清世俗对麻风/癩的反应也大多反映了这些医学上的新看法。从方志的记载里，我们也确实看到隔离麻风/癩病患者的官方机构，从明中期开始纷纷成立，遍及福建（至少 16 县治设有收容所）、广东（至少 18 县治）、江西（至少 5 县治）、浙江（至少一县治）、湖南

① 肖晓亭：《疯门全书》卷上，9 页上。

② 这个说法见于清末描写麻风女的戏剧，莫等闲斋主人著：《病玉缘传奇》，第 8 回，37 页，北京，中华书局，1932。有关宋以后胎毒说（尤其与天花有关之胎毒说）的发展，参看 Chang Chia-feng（张嘉凤），“Dispersing the Foetal Toxin of the Body——Conceptions of Small-pox Etiology in Pre-modern China,” in L. Conrad and D. Wujastyk eds., *Contagion: Perspectives from Pre-modern Societies*, p. 590, Aldershot: Ashgate Publishing Ltd., 2000, pp. 23-28.

③ 张介宾：《景岳全书》卷 34，590 页。

④ 肖晓亭：《疯门全书》，序，5 页上。

(至少各一县治)等地。<sup>①</sup> 凡此种种,说明了明清以后癩病的社会意义与前代极为不同。

### 3. 麻风/癩病患者的社会形象

从文本看中国社会对癩病反应的历史,我们大致上也观察到同样的发展过程。就是说从上古到隋唐时代的医学、宗教、文集、司法等文献中所呈现的大风/癩病,虽然已被视为严重丑陋的疾病,而且患病多因犯了道德上的罪才染病,早期的司法甚至对患病有严厉的处分<sup>②</sup>,但是大风/癩疾基本上仍被视为中原文化中的一个现象。文本中所呈现的患者,多是有名有姓的帝王、大臣、将军或《神仙传》中得道的仙人等,至少也如孙思邈《千金方》中所提到的“其中颇有士大夫,乃至有异种名人”<sup>③</sup>。在患病后被医生要求做的事就是抛弃俗事、远离妻妾,过归隐式的生活。在佛教传统里,患者可能是佛或圣僧的化身。在道教传统里,患者甚至可能因而得道成仙。当然,也有更多罪孽深重的野心家。换言之,隋唐及以前文本中典型的癩病患者是中原文化中具有社会甚至政治地位的男性,虽然在道德上这些人可能犯了严重的错。这些男性患者,得病后或死或生,皆成为后世主流文化中或值得借镜的典范,或足引以为戒的例子。

宋代以后癩病患者的形象起了微妙的变化。在文本里,一方面我们仍看到如苏轼般的著名文人与患大风疾的好友刘攽谈笑风生,作诗互谑,似乎社会对病患并不恐惧,亦不排斥。<sup>④</sup> 但另一方面,从南宋时代开始,

<sup>①</sup> 有关明清癩病收容机构的部分描写,可参见梁其姿:《麻风隔离与近代中国》,载《历史研究》,2003(5),10~13页;蒋竹山:《明清华南地区有关麻疯病的民间疗法》,载《大陆杂志》第90卷,1995(4),43~44页。

<sup>②</sup> 有关社会对癩病病患反应的历史,从诅咒到救赎,是笔者目前撰写专书中的第二、三章,因篇幅关系,不能在此处详细述说。

<sup>③</sup> 孙思邈:《备急千金要方》卷23,427页下,北京,人民卫生出版社,1995重印江户医学影北宋本。

<sup>④</sup> 苏轼的好友刘攽(字贡父,1023—1088)晚患风疾,苏轼仍与之对饮互谑,苏轼为诗曰:“大风起兮眉飞扬,安得壮士兮守鼻梁”,引得座中大噱。刘攽因风病鼻梁塌的面容,在当时是被取笑的对象,也成了有名的文人笑话,流传至后世。参见《澠水燕谈录》,引自何时希编《历代无名医家验案》(207~208页,上海,学林出版社,1983);何蘧(1077—1145):《春渚纪闻》(《宋人小说》之四)卷6,7页下~8页上,上海,上海书店出版社,1990。



我们也开始读到文人对福建“过癩”的习俗的描写：“闽中有所谓过癩者，盖女子多有此疾，凡觉面色如桃花，即此证之发见也。或男子不知而误合，即男染其疾而女瘥。”<sup>①</sup> 南方社会的下层癩病患者形象开始出现，更值得注意的是女性癩病患者渐成为主要的角色。在“过癩”的习俗中，她们成为传播恶疾的祸首。到了明清时代，宋代癩病士人的形象已消失，癩病进一步被刻板地认定为岭南地域的风土病，有关“过癩”习俗的描述从宋代的福建渐集中在广东、广西等更“南方”的地区，明清文集中所描述的女“过癩”者均面如桃花，以美貌引诱不知情的“中原”男人作为过癩的对象。这些描述无疑添加了女性癩病患者作为传染源的危险性。<sup>②</sup> 同时宋代以后文集中往往将蛊术描述为福建、两广等地区的特殊法术，特别是僮傜等少数民族女性的专长，也加重了所谓岭南传统“蛮夷”风土的神秘性与恐怖性。<sup>③</sup> 虽然蛊术被描写为僮傜妇女之术，但是“过癩”者没有特定族群，而泛指具姿色的女性。这与岷江上游村寨社会中年轻貌美的女性常被人认为是“有毒的、污染的”<sup>④</sup> 如出一辙。

① 周密：《癸辛杂识》后集，过癩，81页，北京，中华书局，1988。

② 明清以后有关岭南地区过癩习俗的描写较前代多。描述最早也最详细的应为王临亨（1548—1601）在《粤剑编》及屈大均在《广东新语》中的描写，清代学者（如康熙时的范端昂，雍康时人张渠、李调元（1734—1803）、梁绍壬，道光时人陈徽言、光绪时人慵纳居士、许起等）多从屈大均之记载，加上夸张之辞，以增加“过癩”习俗的神秘性。如张渠谓广东妇女患者“倍加红润光采”（《粤东闻见录》，见《岭南丛书》，64页，广州，广东高等教育出版社，1990）陈徽言亦谓：“疯女则颜色转形华润，外无所见。”（《南越游记》，178页，广州，广东高等教育出版社，1990）；蒋竹山：《明清华南地区有关麻疯病的民间疗法》，载《大陆杂志》第90卷，1995（4）。

③ 南宋周去非的《岭外代答》（1178）就将蛊毒形容为广西的法术，并由“妇人僮披发夜祭”，《知不足斋丛书》（台北：兴中书局，1964年据民国十年上海古书流通处影印本影印）卷10，22页上。同为宋人之杨黼则认为“福建诸州，大抵皆有蛊毒”，《闽海蛊毒记》，见《笔记小说大观》，第38编，第3册。明代邝露（1604—1650）在其《赤雅》（卷上，10页下～11页下）一书中描写“僮妇畜蛊”，见《百部丛书集成》。顺治人闵叙则沿之，见其《粤述》（见《古今游记丛钞》，上海，中华书局，1924）卷36，61页。而当时广西僮傜两族皆被中原士人认为是性交随便的半文明人。清代青城子则描述了广东客家的“放蛊”术，参见其《志异续编》卷4，20页上，见《笔记小说大观》，第1编，第10册。亦参见Norma Diamond, “The Miao and Poison: Interactions on China’s Southwest Frontier,” in *Ethnology*, 27.1 (1988), pp. 1-26.

④ 王明珂：《羌在汉藏之间——一个华夏边缘的历史人类学研究》，108页，台北，联经出版事业股份有限公司，2003。此节讨论村寨社会的“毒药猫”说法，与“过癩”女性的说法，有相当神似之处。

换言之，南宋以来，癩病渐被认为是南方风土病。而南方风土的概念包含着两个主要而且相关的特色：一个是南方特殊的气候与地理环境所孕育的身体有别于中土，另一个是，这个特殊的、极阳的环境宜女不宜男。南方的“蛮夷”风土并非宋以后的新概念。而是由来已久的传统看法。明清时期这个南方风土概念明显较隋唐时代深化而具体，反映出变化中的天下观。崇祯时代医书《寿域神方》有关南方风土与癩病身体的描写，最能反映唐代人与明代人不同的天下观。该书作者引唐代李肇著的《国史补》：“李辇之弟入广，因有大风疮疾，土人谓惟蛇酒可疗，食之数日，忽化为水，惟毛发存焉。盖中国人禀受，与蛮夷气候不同。”<sup>①</sup>查《国史补》原文，本无“入广”一节<sup>②</sup>，而蛇酒的疗法，亦早在隋唐时代主流医书有载，并非两广特殊疗方。明末的医书作者不但认为癩病是广东地域的风土病，而且这里的气候是“蛮夷气候”，而李辇之弟这位来自中土的人，身体的禀受与此处“土人”不同，所以才会因用错药而身体化为水。“广”一地，在此处不一定准确指广东，而泛指概念上的未完全受汉文明染化的南方，不但习俗不同，气候与人的体质均与中土不同。

至于南方天气之极阳，被认为不宜男子而宜妇人，早在《汉书·五行志》中已有描述：“越地多妇人，男女同川，淫女为主，乱气所生。故圣人名之曰蜮。蜮犹惑也。”同时越地为瘴气、疠疫之乡，孕育着各种毒害等这个概念，也早在汉代的文献中被提出。<sup>③</sup>然而，古代的文献所描述的南方蛮地，仍然是遥远的、抽象的。到了政治中心进一步南移的南宋时代，南方的恶劣风土与野蛮风俗才渐见具体<sup>④</sup>，与此同时，闽地“过癩”这个以“淫女”为主角的习俗首次出现在文集中。癩病会“传染”

① 《医方类聚》，第1册，卷24，649页。

② 参见李肇：《国史补》卷上，8页下，见《笔记小说大观》，第21编，第2册。原文为“李丹（舟）之弟患风疾。或说乌蛇酒可疗，乃求黑蛇，生置瓮中。酝以曲麴。戛戛蛇声。数日不绝。及熟，香气酷烈。引满而饮之，斯须悉化为水，惟毛发存焉。”

③ 参见萧璠：《汉宋间文献所见古代中国南方的地理环境与地方病及其影响》，载《“中央研究院”历史语言研究所集刊》，第63本第1分，1993，34、85~87页。

④ 如南宋周去非的《岭外代答》、宋元间的《岭南卫生方》，均充分透露出中原人对当时岭南文化、风土的亲身体会。

的看法也首次出现在医书里。到了明清时代，闽至岭南地区虽然在经济上、政治上已经有相当的发展，与中土密不可分，但是在文化上，特别是岭南地区的地位依然暧昧。沿自上古的越文化概念根深蒂固。这个被认为未完全熏染儒家文明的边缘文化不但仍充满异国情调，而且为中土所带来的文化上的焦虑，似乎比古代更甚。这点充分反映在对癩病患者的看法上：外状丑陋的恶疾，经由淫猥的女体传播，“在外不谨”的中原男性，不但会染病致死，甚至会祸延子孙。癩病从中古时代的经典“风症”演变为南方边缘社会的特殊疾病，代表性的病患也从男体转为女体。除癩疾外，“广疮”亦同样是明清时代南方性质极相似的“风土病”，其危险性在于能传染天下。

透过性交传染癩病或广疮的女体，象征了从中原角度看到的岭南文化的一些特色：在极阳之地里阴性的力量<sup>①</sup>、背离儒家伦理的淫猥身体，这些都是岭表恶劣气候水土所产生的特殊现象。明清时期岭南柔美而淫猥的“过癩”女性与隋唐时代刚烈凶恶或满腹经纶的中土男性癩病患者，两种身体形象成了强烈的对比。虽然两者的染病均与道德败坏有关，但是中古时代病患是在文明之中犯了宗教上、政治上或伦理上的错误，而明清时代南方癩病患者的道德弱点则是在文明之外放纵了他们的身体与肉欲。这个弱点当然来自缺乏文明的熏陶。尤有进者，宋至明清岭南地域的女癩病患者比中古的病患更为危险与令人焦虑，因为她们靠着柔美的外表将病故意传染给无辜的人，尤其是来自中土的士人。南方边缘文化的污染性、危险性在宋代以前文献中并不明显，在文化与经济中心持续往南移的后南宋时代，特别在明清时期，南方边陲文化为主流文化所带来的焦虑才更清楚地显示出来。

然而，明清政府与民间面对麻风/癩这个所谓“风土”病，所采取的措施是理性的。上文提到明中期以后纷纷成立的麻风院，这些机构不但有正式定额的官方资助，其管理由病患中最有力之称为“首领”或“疯

<sup>①</sup> 周去非的《岭外代答》将这个概念发挥得最清楚：“南方盛热，不宜男子，特宜妇人。盖阳与阳俱则相害。阳与阴相求而相养也。余观深广之女何其多且盛也。男子身形卑小，颜色黯惨。妇人则黑理充肥，少疾多力。”（卷10，15页上，见《知不足斋丛书》，第7册，4502页）

目”之人执行，而首领得向地方政府负责。麻风院收容的病人，从资料看来，少则数十，多至数百。<sup>①</sup> 雍正以后，这些“麻风院”的建立更为频繁，其组织设计更细致，往往设在离城较偏远的山区或岛屿之上，以防止“传染”，也禁止病人混入城区。在四川，乾隆时代的地方官李如兰亦曾上奏希望中央下令设立一个大规模的收容癩病者的“大院”，以解决癩病所产生的各种社会与家庭问题，充分显示当时对癩病的处理方式，地方官已有一套看法，甚至中央亦已知情。<sup>②</sup> 政策能否执行，视乎地方的财源与官员的意愿。明清的麻风院的建置与组织，一直维持到清末，当时在华的西方传教士，对这些机构的规模与组织，均留下深刻印象，并为文记载之。<sup>③</sup>

## 五、结论

大风/癩/麻风病在中国医学传统中的发展历史，及社会对这个病类反应的历史，反映了一个不断在改变的天下观。最关键的改变在南宋，明清时代基本上是宋代发展的延续。这段期间，大风/癩疾从医学经典《内经》的“风”病，降格为“外科”病，在医学知识传统而言，这个变化代表大风/癩病从中心的地位转到边缘的地位，意味着这类疾病如其他有明显皮肤等外体病症的疾病一样以后不再受大部分主流儒医的重视，成为边缘医者有所发挥的重点。与此同时，我们看到文本中所透露的病患的身份、世俗对麻风/癩病的认知，也随着这个关键的转变有基本的变化：典型的患者从有社会地位的男性，渐变为下层社会的人，其中女性患者会传染的身体更成为焦点。而且，明中期以后，麻风/癩病被认定为

① 明清麻风院的管理与财务，笔者在书稿第十二章中有较详细的描述。许多资料见于方志与文集，这些资料可参见梁其姿：《麻风隔离与近代中国》，载《历史研究》第90卷，1995（4），11~14页。

② 参见中国第一历史档案馆藏：《军机处录副奏折》，335-27 缩微号 022-1525，四川按察使李如兰奏。笔者感谢北京张莉女士协助取得此资料。

③ 如 Doolittle, J., *Social Life of the Chinese*, Taipei: Cheng-wen Publishing Company reprint of the 1865 edition by New York, Harper and Brothers, vol. 2, pp. 254-257。此书生动地记载了福建福州麻风院的情形。

气候炎热、“地接僮徭”的岭南地域的风土病。换言之，无论在知识版图中文化版图中或性别版图中，麻风/癩疾从南宋以来就渐从中心的位置移到边陲的位置。同时，由于这个变化，病患从宋以前中原文化的“我者”，转变为明清以来处于文化边陲的“他者”，癩病从原来辨别道德与败德的工具，成为鉴别文明与野蛮的工具。而癩病“传染”的概念、“过癩”习俗则透露了文明与蛮越之间模糊浮动的界线：宋以来，中土文明与越文化之间的频繁互动，让汉蛮之别日益暧昧，成为儒汉文明的焦虑来源之一。学者对此问题已从其他角度作过探讨。<sup>①</sup>

殖民主义进入清末中国之前，麻风/癩疾患者在明清的天下观里“他者”的角色已稳定成形：此病象征着中国文明边缘尚未完全开化的风土与身体，与边缘地域的恶劣气候与水土有关，也与土人的独特体质与未经教化的习俗有关。<sup>②</sup>而且，这个危险的身体会把恶疾传染给中土文明的“我者”。这个天下观巧妙地呼应着后来影响全球的西方19世纪的种族主义与热带医学观。岭南文化为明清天下的边陲，犹如中国在19世纪殖民主义背后的世界观中占边陲位置一样。西方殖民者进入中国之后对中国麻风病的偏见其实也只是加强了中国原有的歧见，并没有将新的看法强加诸中国。西方列强将上古与中古时代在欧洲处处可见的麻风病解释为西方文明发展过程中“黑暗”时期的表征，就如中国认为岭南地域的麻风病是一种落后文化的表征。西方对当时麻风正在北欧流行的情况视而不见，犹如明清至近代的中国精英忘记了古代大风/癩疾病例发生的地方

<sup>①</sup> 有关岭南地区的所谓汉与“非汉”种族之间的模糊关系，历史人类学者已有精辟的论述。请参见科戴维、D. Sutton、萧凤霞、刘志伟等最近对明中期至清后期“徭”、“苗”及“蛋”民的文化身份界定过程的研究：David Faure, “The Yao Wars in the mid-Ming and Their Impact on Yao Ethnicity,” Donald Sutton, “Ethnicity and the Miao Frontier in the 18th Century,” Siu and Liu, “Lineage, Market, Pirate, and Dan: Ethnicity in the Pearl River Delta,” in Crossley, Siu and Sutton eds., *Empire at the Margins: Culture, Ethnicity, and Frontier in Early Modern China*, Berkeley: University of California Press, 2006. 中土政权与南方边疆社会文化间的复杂与微妙互动的确在明清期间越为明显。身体观的变化是其中指标之一。

<sup>②</sup> 陈序经就明清时期士大夫对岭南风土文明性质的看法作了一些整理。从明代以来岭南本地士大夫对该地域文化的维护言论中可看出北方人其实仍多少抱存南方为“蛮夷”之地的看法。如王夫之认为当时之“两粤滇黔”只是“渐向文明”。岭南文化在近代中国的位置遂成为南方文人极力捍卫的重点，参见陈序经：《中国南北文化观》，24~30页，台北，牧童出版社，1976。

主要在中土，而当时中国中部及北方部分地区，甚至现代化极成功的日本亦流行此疾。19世纪英国人提出麻风给帝国带来危险（imperial danger）的警告，犹如宋以来中土男人对“入广”时可能被南方女体“过癩”的恐惧。因此，清末民初精英从明清癩病所显示的天下观转向西方的种族主义世界观，或从“烟瘴之域”的观念转向“热带医学”观，似乎是个“自然”的转换。

另一方面，从癩病史的角度去思索中国的现代性问题或许有启发性，虽然在碰到这个问题时，学者往往无法摆脱西方经验所设定的框框。如果我们不把西方经验作为一种历史的必然或应然的话，应该能把问题看得更清楚。有关癩病在宋代以后的发展，无论从医学传统的角度看，或从社会反应的角度看，中国的确已进入一新的理性时代。首先，在医学知识上，癩病的病因解释颠覆了古典时期的看法，而更着重于具体环境与个人行为与体质等因素（虽然这个发展的“副产品”就是让病患成为中原文化的“他者”），并提出了病的传染性。当然从今天生物医学标准而言，其中许多看法充满谬误（就如18、19世纪欧洲医学对麻风病的了解也充满谬误一样）<sup>①</sup>，但是这些新看法在当时却代表着医学知识不断的变化，而且往往配合着社会与思潮的改变。政府针对这个病的各种措施，也符合医学对这个病的解释。因此我们看到对癩病患者的道德谴责渐脱离佛教与道教的论述，而与个人习惯与体质、风土习俗更密切关联。在癩病患者的管理方面，我们看到宗教的角色逐渐淡化（不再是隋唐时代佛教的“痲人坊”），而政府继而扮演最重要的角色。明清收容癩病患者的机构绝非为了进行宗教净化的仪式，而确是为了保障社会的健康，预防无病的人受传染。同时明清的机构由政府资助，而且自有一套与地方权力结构相配合的运作机制。换言之，明清政府发展了一套理性的管理癩病方式，配合着当时医学知识、社会的要求甚至统治者的天下观。

西方具影响力的学者如福柯等，往往以西方几个主要疾病的消长来

---

<sup>①</sup> 许多今天我们轻易称为“迷信”的说法，连清末在华的西方传教医生，或受西方医学训练的中国精英亦没有否定，他们或接受中国癩病有其特殊性的这个概念，或采将信将疑的态度。事实上，以当时西方医学知识的发展，实不足以推翻这些所谓“迷信”或谬误的看法。

探讨西方的现代性。麻风病、鼠疫、精神病是其中最常被提到的、有指标性的疾病。福柯认为西方社会有两个控制个人的模式，一个是麻风病隔离院，这个模式象征了前现代的社会的宗教净化仪式，中古时代的麻风院并不是医疗的机构，而是将病人驱出社会（exclusion）的方式，目的在净化社会。另一个模式是鼠疫的检疫措施。鼠疫的隔离检疫采严密监督制度，加上治疗，是将病人纳入社会（inclusion）的方式。鼠疫隔离检疫是为了保障社会的健康与生命。而第二个模式在18世纪以来成为现代西方国家普遍采用的控制模式，并以现代的技术增加监管的效率。<sup>①</sup> 福柯的看法让监管医学成为西方学界研究欧洲文明现代性的主要切入点之一。回头看明清的癩病收容所，这些机构，既没有宗教性或仪式性，也没有将患者完全逐出社会，更没有予以严密的监管与治疗。而是给予起码的物质条件，让他们在社会边缘存活，让社会对麻风的恐惧与保存患者卑微的生命之间取得了一点平衡。它们与西方近代的监管制度有很大的差别，也不同于所有明清以前的与医疗疾病相关的组织。最明显的特点是它们是针对特殊“传染病”的、非宗教的收容机构，配合着地方财政与社会组织，响应了社会的要求，也基本配合着当时的医学知识与条件，让社会与令人惧怕的传染病有共存的方式与空间，是一种企图“面面俱圆”的、具包容性的世俗政策。

然而明清的理性管理方式只能维持到清末。清败亡后，随着传统政体与社会结构的松懈，癩病收容所渐被西方传教士设立的基督宗教机构取代。严格而言，以当时西方医学对癩病的了解与治疗方式，被收容的病患疗愈的机会并不大。但是由于19世纪的西欧已不受麻风病的威胁，此“恶疾”的被消灭“理所当然”地被认为是一个文明的过程，中国必须追随西方的脚步，才能走进现代化。“消灭”麻风成为现代中国的新目标，这是一个现代国家必备的“战斗性格”。当时许多有识之士相信麻风病在欧洲的“消失”是严格隔离病人的结果，因此，必须仿效欧洲古代的麻风隔离政策。明清时期的收容所是以与癩病“共存”为原则的机构，

<sup>①</sup> 参见 Michel Foucault, *Les Anormaux: Cours au Collège de France (1974—1975)*, Paris: Hautes Etudes, Gallimard, Le Seuil, 1999, pp. 40—45.

当然为现代精英所批评。他们认为传统中国的麻风收容院结合着无知、无能与腐败，完全不符合现代中国社会的需求。整个 20 世纪，中国对“现代化”的向往主要建立在对传统全盘否定之上。麻风病的处理，只是其中一个例子。

在 21 世纪初的今天，当我们回头看中国癩病的历史时，或许可以更从容地不再受西方现代性的应然性的影响。西方现代化的历史过程并非所有文明必经之路。就癩病在中国自古至今的历史看来，无论从医学史的角度还是社会史的角度，我们看到清楚的与西方不同的理性化发展过程，明清医家与社会对麻风/癩疾建立了一套与前代不同的说法与处理方式。自成系统，有其内在逻辑，也满足了社会的要求，也同时反映了吊诡地类似西方近代世界观的天下观。明清处理癩病的传统虽然在西方殖民地主义冲击下中断了，但是并没有马上被想象中更科学或更有效的西方制度所取代。无论是西方传教士的收容院或民国地方政府的收容院，在防治效果上其实并没有真正超出明清的机构。<sup>①</sup> 麻风病防治的真正有效方法与策略在 20 世纪后半期才开始。此时“全球化”的历史亦进入全新的阶段。世人看麻风病或汉生病，也已采取了与 20 世纪初截然不同的眼光。但是，如同以前的历史一样，这些变化不但是医学知识发展的结果，也更牵连着社会权力的关系，与不断改变中的世界观。这也是疾病史最有趣的地方。

---

<sup>①</sup> 转变的关键，是 20 世纪 40 年代新的抗生素出现后，麻风病才有了有效的疗法，也改变了防治的方式。