

書 評

張 學 謙*

Marta E. Hanson

Speaking of Epidemics in Chinese Medicine: Disease and the Geographic Imagination in Late Imperial China

London and New York: Routledge, 2011, xx+265 pages. ISBN 978-0-415-60253-2

本書是美國 John Hopkins 大學 Marta Hanson 教授 2011 年出版的新作。本書名為「疫說 (speaking of epidemics)」，並且號稱圍繞三大主題展開：溫病史、風土觀 (geographic imagination)、前近代的疫病學 (epidemiology)。但實際上我們能看到本書最核心、連貫的主題是為現代生物醫學不認識的「溫病」寫一部傳記。這種貌似「文不對題」的行文策略，源自作者在方法論上的創新嘗試。第一章中，作者批評了二十世紀的醫史學者 naturalist-realist 的研究方法，即將「溫病」視作 natural reality，以生物醫學的觀念投射到前現代身體經驗的「回溯診斷」式方法去瞭解歷史，繼而以溫病的歷史書寫中國傳染病學史、中國熱病史等等。但作者又不能只是寫「溫病史」，因為這樣就會變成只是梳理文本中的「溫病」譜系，忽略了文本背後的社會

2013 年 5 月 14 日收稿，2013 年 6 月 8 日修訂完成，2013 年 6 月 10 日通過刊登。

* 作者係中央研究院近代史研究所博士後研究。

Zhang Xueqian is a postdoctoral research fellow in the Institute of Modern History at the Academia Sinica.

意涵（頁 20-21），也難以令英文學界明瞭一個來自陌生的古代中國醫學的疾病類別。所以她用「逆轉譜系（reverse genealogy）」的方式來看待「溫病史」的發展：並無一個從祖先至子孫式的概念繁衍史，而是一個帶有地域考量的、在原先意義上不斷擴展（加入時間、空間想像）的「溫病」歷史。此「溫病史」包括了風土觀所建構的中國疾病史，也包括了中國醫學的疫病史（頁 22）。此嘗試突破了疾病史研究的常見窠臼，避免簡單套用現代觀念，也避免了將「溫病」單一實體化，是一個值得借鑑的好方法。

本書第二章從古典中國醫學中的「溫病」開始分析。《內經》「五方」、「八風」、「天不足西北，地不滿東南」的術數風土觀反映了中國人對空間的想像。《內經》、《傷寒論》中的「溫病」，主要是依據曆法中的季節變化配置對應的疾病，比如「冬傷於寒，春必病溫」，強調因為「傷寒」而發熱，這是一種基於曆法季節性的疫病觀（configurationist doctrines based on calendrical seasonality）。古典的風土觀和疫病學反映了一個「時空制度」（spatio-temporal regimes），作者從這個制度中看到農業社會與非農業社會的衝突：隨季節變化的疾病被納入國家的曆法，其他不隨季節變化的疾病則被認為是因為風土的原因（頁 13-14）。另外一個衝突就是《內經》術數的風土觀，與生活在各地的人們所感受到的經驗並不一致，這種不一致到了晚期帝國的時候愈演愈烈，產生了醫學懷疑主義的論調。

本書第二部分的第三至五章討論明代的醫學界限（medical boundary）。「溫病史」的一個重大轉折發生在明末：張仲景《傷寒論》主導的醫學主流下，「溫病」只是「傷寒」下的一個子分類，直到 1642 年吳有性的《溫疫論》，「溫病」才成為一個獨立的疾病分類，將之與「疫」（epidemics）相聯為「溫疫」，並等同於「瘟疫」（頁 16-18）。為甚麼明末吳有性會有如此創新？作者以「醫學界限」為關鍵詞討論這個轉折為甚麼會發生。

第三章展示了明代的「南／北」醫學風土觀。這一章曾發表於李建民主編《從醫療看中國史》（臺北：聯經出版公司，2008）。十三世紀以降，隨著「丹溪醫學」成為明代主流，形成了以黃河、長江為界的「東南／西北」、「南／北」醫學分類，而《內經》「五方」的風土觀則退居邊緣。這種變化發生在醫學重心南移的歷史背景中，至少醫書撰寫和出版的重心移至長江以南。作者認為元明的「南／北」醫學分類，不只是對軀體的診斷，也透露了

對社會的診斷：各種醫療做法的衝突，是否能建立超越地域的普遍原則，江南生活的富足和放縱對健康的敗壞。將醫者對病人身體診斷放入社會史的脈絡中解讀非常有洞見，但作者似有過度解釋之嫌。作者引用了元代婺州文人戴良對南北醫學的論述，並說戴是一個漢化的蒙古人，他更注重地域區別而不是種族區別（頁 53-55）。事實上，戴良在中文學界是一個很重要的文學家，沒有人認為他是蒙古人。¹至於戴良文集中〈贈醫師朱碧山序〉一文，確實以「北人」的身分自居（他也沒有說自己是蒙古人），可能戴良只是代某個北方官員作文送給醫者朱碧山；這在晚期帝國的文人圈中非常普遍。所以，我們只能從戴良一文中看到有個「北人」南下為官之後，信服南方醫生的療法，而不一定是戴良。

第四章討論明代醫學對帝國邊陲「嶺南」的疾病想像，此想像開啓了新的疫病學。從六朝開始有北方貶謫官員畏懼嶺南地區「瘴氣」；明代繼續把邊陲「嶺南」想像為異類，將地理環境作為致病因，並發展出人人相互傳染（contagion）的觀念。麻風、梅毒被認為源自嶺南，在家庭中傳染，或者和在地女性有性關係而傳染，與個人體質也有關。這些嶺南風土病關於環境致病、傳染致病的論述，無疑衝擊了「傷寒」傳統下的溫病觀，以及基於曆法季節性的疫病觀。第五章闡述嶺南風土的氣氛啟發了晚明的醫學懷疑主義，代表性的著作是吳有性的《瘟疫論》，既挑戰傷寒學說，又挑戰曆法季節性的疫病學。明末疫病大流行，吳有性認為「疫」的發生，並不是天人感應式的「四時之氣」令某種疾病在某地流行，而是因為一種特定的病原：「厲氣」、「雜氣」（microorganism）。「雜氣」雖是吳的創新，但與「四時之氣」、「瘴氣」不同，只是在於其「無聲無臭」，並不是十九世紀西人的「微生物」（microorganism）。「雜氣」之致病，也沒有分別人人接觸的傳染（contagious），還是致病原的傳染（infectious）。但是吳的意義仍然重大，在「疫病」解釋框架中，他將地方環境因素置於普遍的宇宙論之上，開啓了清代醫家以地方經驗討論疫病學的先河。

第三部分「早期近代的醫學轉變」，討論十七世紀至二十世紀初風土觀、疫病學的變化和「溫病」研究變成一個流派的過程。十七世紀，意圖攻

1 關於戴良的生平，可參考魏青，《元末明初浙東三作家研究》（濟南：齊魯書社，2010）。

至長城以南的滿洲皇族，十分恐懼漢族人群中流傳的天花病，所以八旗軍隊攻下北京城後，四個多月後清廷才從奉天遷至北京，因為他們覺得漢人聚居的北京城是一個疾病流行的地方。所以，Hanson 認為清廷在北京「滿漢分治」的政策，也可視作是一項公共衛生舉措（頁 109）。清廷對於家中有人患痘的「痘家」，隔離至京城四十里以外。直到 1709 年，清廷才開始接受來自民間漢人的預防措施——種痘。

當清廷沉迷於長城為界的南北醫學風土觀時，江南的醫者正試圖建立以地方經驗和醫案為中心的疫病學。吳有性《瘟疫論》面世最初的五十年並沒有太大反響，直至 1690-1710 年之間，南京的石楷（1691）、杭州張以增（1694）、揚州劉敞（1709）、歙縣鄭重光（1710）四個來自江南的醫者各自為《瘟疫論》編注。1692 年來自上元的戴天章（活躍於 1675-1695）出版了《廣瘟疫論》，重組了《瘟疫論》的結構，加入瘟疫的診斷標準，使之更適合臨床實踐。1724-1725 年，廣東巡撫年希堯（卒於 1738）在廣州出版了第一個官刻本的《瘟疫論》。眾人編輯、出版的方法、目的各有不同，以自己的方式詮釋《瘟疫論》，但卻都不約而同堅持江南地方主義的視角。

此外，作者發現清代的醫案編纂也體現了醫學轉變。蘇州醫者葉桂（1667-1746），其弟子在他去世之後編集醫案大全《臨證指南醫案》，宣稱他對傷寒傳統有所創新（如葉桂「衛氣營血」的四分診法），他更重視江南地方氣候、體質的特色。1770 年魏之琇的《續名醫類案》，收入了吳有性、葉桂等人的醫學創新。相較於 1549 年江瓘的《名醫類案》，「溫病」、「瘟疫」只是傷寒等病的子目，「溫病」在《續名醫類案》中成為獨立的病類，篇幅大量增加。

十八世紀後期，醫學界對吳有性、「溫病」的關注持續增加，北方醫者加入討論範圍，如山東劉奎的《松峰說疫》（1786）等。但江南醫界也出現來自支持《傷寒論》的復古派反對的聲音。唐大烈《吳醫彙講》（1792），收集了 41 個蘇州作者的 94 篇醫學論文。這些人中既有提倡「溫病」的葉桂，又有批評吳有性、為《傷寒論》辯論的管鼎（活躍於 1792）。批評聲反映了在蘇州醫界，支持《傷寒論》的正統派和重視實踐的溫病、瘟疫派之間的緊張，意味著考據學中的「古」、「今」之爭在醫學界也同樣存在。

十八世紀清朝官方對吳有性的態度，逐漸從不認可到接受。從 1728-

1782 年之間官方的三大出版工程：《欽定古今圖書集成》、《御纂醫宗金鑑》、《四庫全書總目》中，我們看到，《古今圖書集成》、《醫宗金鑑》幾乎沒有提到吳有性，而《四庫》卻對吳有性的「瘟疫」創新讚譽有加，這反映了官方態度的變化。《四庫》的態度暗示了清廷對醫學界的爭論相當寬容，相對儒學界的紛爭，醫之「門戶」並沒有政治反抗的危險意識。

十八世紀的醫者和清朝官方漸漸接受了吳有性的「溫病」、疫病學創新之後，在第七章「傳統的浮現」中，作者進一步論證，十九世紀的「溫病」成爲一個與「傷寒」並列的「傳統」。所謂「傳統」，作者定義爲一種社會意識形態：想像前人一直是這樣思考和行動，並極力模仿之。作者借鑑了 Volker Scheid 的說法，Scheid 對近代中醫孟河醫派的研究，認爲「傳統」處於動力的進程中（dynamic progress），「傳統」並不是一成不變而是一直處於衝突、變化之中，給歷史中的個體留下如何使用、想像、改變「傳統」的空間。作者指出十九世紀的醫者，爲了辯護「溫病」相對「傷寒」的合法性，以自己的方式重整「溫病」的敘事和故事，創造出一個屬於「溫病」的「傳統」。比如，吳瑭（1758-1836）、章楠（活躍於 1824）、王士雄（1808-1868）、宋兆淇（活躍於 1878），這四個醫者之間並無師徒關係，也無家族關係，但他們都以注釋文本的方式來解釋「溫病」，建立從吳有性、葉桂到當代的系譜。

作者從風土觀的角度將上述四人分爲兩組：吳瑭和王士雄是普遍主義者，章楠和宋兆淇是地方主義者。吳和王都認爲「溫病」早已有之，只是《傷寒論》對它的關注不夠，「溫病」也是一個天下人都可能患的疾病。章和宋卻認爲「溫病」是江南的地方病，「溫病」以及療法是蘇州醫者的創新。章楠《醫門棒喝》將蘇州籍醫者葉桂、薛雪輯在一起，宋兆淇《南病別鑑》將葉桂、薛雪、薛承基的文本輯在一起，並強調自己和薛雪、薛承基的家族關係，反映了十九世紀後期，圍繞家族、地方的「江南」認同。

在「溫病傳統」構建過程中，出身世醫的王士雄被認爲非常重要。吳有性經歷的「疫」並不能完全對應爲生物醫學所定義的病，但王士雄經歷了 1837、1863 年世界第二、三次 cholera 大流行，清潔飲水的言論和同時代西歐醫生也有相似之處。王士雄相信 cholera 是一個古老的疾病，因爲近代城市環境變化而大流行，所以他以《內經》和《傷寒論》中的病名「霍亂」

來命名這場疫病，暗示「霍亂」是「溫病」的極端變種。王士雄認為葉桂所堅持的南弱北強的身體觀過於片面，南方人中有強壯者，北方人中也有虛弱者，需要針對個體的情況，不可一概而論。他從生活在大都會的角度來解釋「溫病」的普適性，隨著城市人口密度越來越大，熱氣越來越重，「溫病」相對古代也越來越普遍。他繼承了家族的醫學論述，認為「霍亂」之所以產生，是因為熱的地氣、穢氣、尸氣、疫氣的交雜以及個人的內邪。王士雄的「霍亂」防治論述甚至有點像現代公共衛生的措施，包括注意飲水清潔（他認為井水比河水乾淨）、空氣流通、衣服清潔和河道的通暢。但王士雄和同時代英國疫病專家 John Snow（1813-1858）仍是不同的，Snow 認為 cholera 的傳播只與飲用水有關，王並沒有將「水」作為 cholera 泛濫的唯一原因，而細菌醫學的核心學說之一就是每一個病都有對應的致病原。王士雄的疫病學是「多重病因」的模式，結合了吳有性的雜氣說和古典醫學中的季節說（頁 133-143）。

當十九世紀的中國醫者用「南／北」來界定疾病與地理分布的同時，美國南方醫生也以相同的口吻討論身體。而且，醫學中的風土觀影響如此深刻，以至於十九世紀的醫者葛元煦（活躍於 1876）用風土來想像中國人和西方人的區別。十九世紀英國派駐寧波的海關醫官 Dr. Robert Meadows 的報告中指出，中國醫學中的「南／北」氣候、體質、疾病分類論述是來華西方醫者必須瞭解的知識。但是，中西醫學的聚合很快隨著細菌醫學的興起而分開，西醫也以霸權的方式改變了中國醫學。在 1910 年醫學傳教士所編 *Diseases of China, including Formosa and Korea* 中，中國大地上沒有人患「傷寒」、「溫病」，而是鼠疫、霍亂等。但是，「溫病」並沒有消失，「溫病」仍是中醫學（Traditonal Chinese Medicine, TCM）四大分類之一。2003 年中國經歷 SARS 一疫的過程中，中醫學介入 SARS 的治療，將 SARS 詮釋為南方的「溫病」。

Hanson 一書提供了史料豐富、細節詳盡的「溫病」傳記，從古典醫學一直到二十一世紀的中醫學。這個「溫病」史展示了醫學風土觀從「五方」到「東南／西北」、「南／北」再到「城／鄉」最後又回到「南／北」的論述。同時疫病學也經歷了從曆法的季節性學說到綜合了環境論、體質論、傳染論的「瘟疫」說的變化。作者「逆轉譜系」的策略非常成功地避免了將

「溫病」單一實體化，告訴我們在《內經》、《傷寒論》中的「溫病」和十七世紀吳有性的「溫疫／瘟疫」其實是不同的疾病類別。但此策略也令本書的主題不夠集中，比如第二部分的三、四兩章，寫「南／北」和「嶺南」的疾病風土想像，原本是為第五章吳有性「瘟疫論」的產生作鋪墊，但篇幅卻是主題章的兩倍，有喧賓奪主之嫌；第三部分將痘疫和「溫病」並列，意在對比清廷以長城為界和江南醫者以長江為界的風土觀差異，但此比較並沒有回答任何問題，比如，是否這兩種風土觀之間有競爭、對抗的關係？作者只是羅列了兩種不同的疾病風土觀，缺少深入分析。

此書的另一不足是它過於集中在醫學理論的討論，並沒有病人的聲音，缺乏對社會史的關注。讀者如不是對「傷寒」、「溫病」等中國醫學的概念有所瞭解，就很難進入此書的世界。作者在描繪醫學理論變化的同時，若可配以病人、社會的反應，歷史圖像則更為生動。比如梁其姿「癘／癩」史研究中，將中古宗教對「癘／癩」的處理和醫學並列，以探索整個社會對「癘／癩」的心態。²如果 Hanson 在討論疫史和溫病史中，加入宗教的回應作為對比，相信此書的讀者群會進一步擴大。比如在明末的吳有性寫「瘟疫」之前，民間早就以崇拜「瘟神」的方式應對疫病，比吳稍早的晚明人謝肇淛（1567-1624）曾批評閩人一遇到瘟疫就去拜神。³王士雄也面臨著醫學理性和宗教信仰的緊張，《霍亂論》中討論預防、應對霍亂的措施，在飲水清潔問題之後，就說自己不佞佛，「最恨持齋之說」，勸人不要聽信僧尼關於避疫之說。⁴當代中國社會面對 SARS 等大疫，老百姓哄搶「板藍根」的現象所反映的社會心態就更有意思了，我們不應只局限於當代中醫對 SARS 的定義，而對來自病人和社會的聲音充耳不聞。

2 Angela K.C. Leung, *Leprosy in China: A History* (New York: Columbia University Press, 2009), pp. 60-83.

3 明·謝肇淛，《五雜俎》（《續修四庫全書》，上海：上海古籍出版社，1997，據明萬曆四十四年（1616）潘膺祉如韋館刻本影印），卷6，頁464。關於瘟神研究，請參考 Paul Katz, *Demon Hordes and Burning Boats: The Cult of Marshal Wen in Late Imperial Chekiang* (Albany: State University of New York Press, 1995).

4 王孟英著，盛增秀主編，《王孟英醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999），頁158。

