



「氣」與「細菌」 的近代中國醫療史

外感熱病的知識轉型與日常生活

*The Modern Chinese Medical History of Qi (pathogenic qi) and Bacteria –
The knowledge transformation of exogenous febrile disease and daily life*

◎皮國立 著

呂芳上序：也談「重層醫史」下的國史

一、

本書的作者皮國立，是我在師大任教時所指導的研究生，很高興他的專書能在臺灣中醫研究的重量級單位——國立中國醫藥研究所出版，這對他個人和對中醫藥發展有興趣的讀者，都是一項好消息。

我和國立相處前後將近10年時間。他很用功，自不待言，在讀博士班的時候，他經歷了不少挑戰，但都能通過考驗並且持續成長，這是我感到非常欣慰之處。身為他的指導教授，我對醫療史是外行的，國立能有今日的成績，實因有幸得到張哲嘉、李建民等教授啟迪和嚴格指導的結果，相信兩位教授對國立學問的成長、期盼，甚至一生的事業，都會有極大的幫助和影響。值此新著出版之際，我希望能以一個門外漢用較寬闊的近代史研究眼光，來為本書作序，希望讀者能更全面的來看待醫學史的價值，及其對歷史研究的啟發。

二、

中國近現代史資料龐大，要將各種類型的史料統整起來，殊為不易，很容易發生顧此失彼的情形。本書所選取的章節，或許在連貫性上有所不足，但以問題意識為導向，圍繞著近代中醫發展背景的關鍵問題，來作為各章節的架構，不失為好辦法。本書討論的兩條主線，一則「氣」乃中國醫學哲學的重要思想，而另一方面「細菌學」則為19世紀末以來對西醫發展最有影響力的學科之一。國立敏銳的察覺到中西醫在近代「知識轉型」上的特點，幾年前已將中西醫身體觀的匯通，用一位歷史上著名醫者唐宗海的志業來加以說明，而且也出版了專書。現在，他呈現在讀者面前的這一本書是要處理一個更為廣泛的問題，即探討中醫內科學中最大的知識體系——外感熱病學的知識轉型。近代以來，一向處於天朝上國的政治文化體系，在各方面開始受到西方文化之衝擊，百年來匯通有之、抵抗有之，然均在各個層面，鮮活地形塑了現代中國的模樣。俯瞰整個中國近代史的

研究，在眾多學者的努力耕耘上，已經開拓不少新興領域，但關於傳統中醫學門內知識的轉型，可以說至今仍缺乏一本能貫穿傳統醫學，又能兼顧西方影響的專著，可見國立這本書極具開創性的一面。該書提出「重層醫史」的概念，來貫穿這個學門在各方面的變化，包括從傳統文獻、醫者觀點、中西疾病觀的遞嬗，和日常生活等面向著手，深刻地刻劃了過去鮮為人知卻又產生重大影響的近代中醫史圖景，十分難能可貴。

三、

一部好的中國醫學史應該如何書寫？這方面我的能力不足以回答這個問題。不過，如果將醫史寫成過於專門的「專史」（本書稱為「內史」），總是脫離歷史的時代背景來敘事，讓讀者都看不懂，則必然是失敗之作；反之，只有談社會文化層面，卻搔不到醫學技術理論發展的深層脈絡，則仍難入學者方家的法眼，影響力必然有限。國立曾自學中醫，他原來的夢想是當一位醫者，但因緣際會走上了辛苦的史學研究，但那段自學之路，相信已訓練了他醫學知識的一些基本功，所以他的書中既有中醫文獻與技術發展之脈絡，也可以看到部份新社會史影響的痕跡。

近代醫史的有趣之處，就在於當時中國許多傳統的學問在第一波與西方科學技術交鋒的晚清，已受巨大之衝擊，復於五四運動後受到自家人的質疑與攻訐，許多傳統的知識學門受到衝擊而轉型，甚至消失了。中醫，大約是這一時代國史研究中的一個特例，本書在結論的寫作，或許點出了這個趨勢，但更重要的是，歷史研究著重推陳出新，本書向讀者所展現的，正是中國傳統學問的生命力，多因傳統中醫在民初試圖努力且盡量維持住學科界線的完整，保持了知識體系的「核心」（中醫經典文獻）不被侵犯，反思用研究古典醫學的套路來抗衡西醫。同時，中醫界也不是關起門來默不作聲，而是持續與細菌學對話，找出自我的優勢、甚至援引鄰國日本漢醫的學問來因應西力東漸的挑戰，其中勝敗得失，或可由史家挖掘而彰顯其義。更有價值的是，這段歷史作為現代中醫存續的借鑑，或許比它本身的歷史更為重要。當我們呼喊中國失去傳統文化價值的危機時，其實

中醫所保存的技術傳統，恐怕較其他許多學門都來得更完整。醫學史對現代中醫發展有沒有用的問題，或許讀者可以再三思索。

四、

國立曾修過我的「中國現代史專題研究」，我一直鼓勵學生要用更寬廣的眼光來看中國近代以來的歷史發展。過去學者所書寫的中國近代史是比較大架構的，多談重大問題而忽略底層「自下而上的歷史」；反之，現今學者則多重研究小歷史，成為西方史學理論的追風者，但零碎化的危機也逐漸浮上檯面。國立思索的「重層醫史」，不盲從西方史學理論，而是從實際、重要的問題著手，做出貢獻，稱其為本土二代醫史學人，應是當之無愧。而此書讀起來或有還有許多意猶未盡之語，畢竟近代史資料浩瀚，似乎很多主題都可以持續關注與研究，不能以此為滿足。因此衷心期待未來國立在這個領域要有更大的野心，繼續深入耕耘，為學界提供更多有價值的作品。

茲值此書即將出版之際，僅陳數語，語短意長，謹鄭重向讀者推薦這本具創意，值得一讀，讀後又可再三思考的專著。

國史館館長 呂芳上

「氣」與「細菌」的中國醫療史序

有關中、西醫對生命、身體、疾病的觀點做參照對比與交流激盪的歷史研究，是近來醫療史學者漸重視領域，迭有佳作，其中卓越的代表即日裔哈佛大學東亞語文與文化系教授栗山茂久（Shigehisa Kuriyama）於1999年出版《身體的語言——從中西文化看身體之謎》（The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine）。在《身體的語言》一書中，栗山教授對中、西醫學或文化對身體觀的差異舉出「經脈」（中醫）與「肌肉」（西醫）為例子。

20世紀前30年可說是一百多年來中西醫衝突最激烈、爭論最熾盛時期。歐美國列強以船堅砲利、科技昌盛在亞洲稱霸，而唯一的例外是日本，經明治維新後，國力漸盛，是「東方」現代化的模範生，其現代化歷程對許多中國知識份子、政治軍事領導人，特別是曾留學日本者，實乃中國「救亡圖存」的表率。日本自明治維新以來，崇奉西方（特別是德國）醫學，消弭漢醫，亦為許多意見領袖所推崇。「廢舊（中）醫」從政策（劉瑞恆、余雲岫）到論述（魯迅），勢如排山倒海。而中醫界的反制，包括謝利恆、陳存仁、張贊臣等人領導的遊行、請願，企求拯救「國醫」免於覆亡，終於使中華民國政府撤回「廢舊（中）醫」議案。此即「國醫節」（3月17日）的來由。

在此背景架構下，皮國立博士的著作——《「氣」與「細菌」的近代中國醫療史——外感熱病的知識轉型與日常生活》嘗試爬梳中醫外感熱病「傷寒」、「溫病」與「瘟疫」三類學說在西醫「微生物、細菌致病說」的衝擊挑戰下的波濤與迴響，其中又有一專章針對惲鐵樵在「傷寒論」與「細菌學」兩極學說中嘗試中西醫滙通、兼容的努力與困境，可謂廿世紀上半葉中醫面臨西醫的挑戰與回應之縮影。而「氣」與「細菌」之各自表述或觀點爭執，在21世紀今天的華人社會裡仍生猛鮮活地持續著，皮博士在「諸論」開頭所提到的2011年3月7日梁其姿院士在中央研究院「王世杰院長講座」上的演講——「疾病為什麼有歷史」，闡述疾病與社會、文化、政治和醫學的多方繁複的糾葛牽連。演講後，二位出席的病毒

學專家——賴明詔及廖運範皆提問：「中醫講病毒嗎？」這些詰問，顯示中、西醫的溝距間隔仍然深廣。

皮國立博士自臺灣師範大學歷史研究所進修碩士與博士課程，其碩士論文「當中醫臟腑生理遇上西醫解剖形質——唐宗海（1851-1897）的中西醫折衷身體觀析論」（2004年），及其後兩本專書《醫通中西——唐宗海與近代中醫危機》（臺北，三民書局，2006年）、《近代中醫的身體觀與思想轉型：唐宗海與中西醫匯通時代》（北京，三聯書店，2008年），以及博士論文（2012年）出版即本書，在梳理晚清及民國中醫界面對西方醫學東漸進而成為中華地區的醫學主流的輾轉衍變、衝突對峙、交融滙通等不同面向的歷史，提供學術研究成果，本人樂為之序，聊表數語，以誌賀意。

國立中國醫藥研究所 所長

黃怡超 謹識

中華民國101年9月20日

張恒鴻序

醫療史可以讓從業人員了解本身職業從何而來、為何存在，也早已成為醫學相關科系的必修課程，然而，早期的醫史多著重在專業學術發展和流變的耙梳，容易讓人誤以為醫史只是史料的整理與背誦。近年來，醫史研究觀照與醫療相關的社會文化場域，重視專業與當時社會間的互動，幫助醫事人員看到自身的專業在社會中扮演的角色，也讓社會大眾更瞭解白色巨塔中的故事是其來有自。

本書先從細菌角度，切入中醫發展的核心問題——內在體系的轉變，並以近代中國醫療發展史中，「溫病」脫出「傷寒」的例子加以論述，夾敘夾議，深入淺出。作者主張醫療史應融合「內史」與「外史」，並以「重層醫史」的架構，開展「中醫熱病學」近代史的探討，層次分明，旁徵博引，言之有據，幾可認為是中醫學專業的論述。

書中首先回顧中西醫知識中「熱病」相關論述，次而考察「熱病」逐漸成形及「再正典化」的過程，以及討論「傷寒」之「新譯釋」，中醫學界選擇性的接受西醫「細菌」之經過。民國之初，惲鐵樵對細菌的認識與回應，本書也進行了探討。在中西醫交流互動的過程中，傳統中醫學術最具代表性的「氣」，終必與「細菌」相遇。作者也論述了中醫在疾病防治及日常生活調養上，都開始吸收西醫而逐漸轉型，他認為中醫植根於經典，與新時代知識互動的過程中，在各種場域開展的各種保護與妥協的歷程，顯示了中醫在「科學」與「藝術」兩種角度下的生命力，以及其尋找「出路」的努力，發人深省。

除了對中醫本身學術發展與轉變有深刻的論證外，作者更從眾多醫療相關書籍及社會上不同層次的報章雜誌，以社會史的角度，還原當時各個階層如何參與這場知識體系的轉變。引用的史料包括傳統中醫、留學歸國醫師、外國傳教士等的專著、翻譯書籍與通俗醫學刊物，也用到醫學期刊、散文小說、報章雜誌及廣告，探討醫學專業知識與民眾日常生活間的交流與影響，不只讓當時的社會情景躍然紙上，更提示讀者：專業醫療知識並非束諸於象牙塔中，而是透過重層的社會文化結構互動所得。

也許，醫學史知識從某些角度看來，並沒有那麼大眾化，但相信在作者「重層醫史」的架構裡，不管是醫療從業人員、相關科系學生、歷史研究者、甚至是一般大眾，都可以在本書中找到自己的閱讀位置，看到自身生命歷程的某一片段，看見自己在歷史中走來。

長庚中醫 張恒鴻 敬序於2012年中秋

張哲嘉 推薦序

多年來我看著國立在中國醫療史的努力，也差不多十年了。最初國立在臺灣師範大學歷史系求學，立志真切，一心要鑽研中醫史，然而當時歷史系沒有專攻醫療史的師資，系上師長無可奈何之餘，只好由呂芳上教授出面，讓他找上我這個近史所的新進研究人員幫忙指導。我考慮到自己學望尚淺、而且最好要有一位本系老師監護，以保障國立在系上的權益，乃請求呂芳上教授能共同指導，承蒙呂老師惠允，一起與國立切磋了數年。國立求學心堅，在嚴格的督促下仍然努力不輟，個性純厚而能容載不同意見，筆耕尤其無比辛勤。他的碩士論文篇幅與內容的豐富均躋於博士論文的等級，在畢業後不久，就得到東大圖書公司的力助出版。更難能可貴的是，享譽大陸近代史學界的桑兵教授也對他的作品青眼有加，將其評價為臺灣史學界傑出的碩士論文之一，並且玉成使該書於進一步改寫後，以《近代中醫的身體觀與思想轉型：唐宗海與中西醫匯通時代》(2008)的書名出版。可見國立的研究品質，也得到當代中國一線學者的肯定，身為指導教授之一的我，亦深感與有榮焉。

後來國立以榜首的優異成績考上臺灣師範大學的博士班，仍然繼續留心於近代中醫史。他留心到傷寒與溫病雖僅屬疾疫之一的外感熱病，卻是明清以降醫界的兩大顯學，然而迄今尚無專論性的史學學術著作。所以決定埋首鑽研此一課題。與過去中醫背景的學者有別的是，他沒有讓自己陷在清代傷寒、溫病之間的門戶難題。在拉長歷史縱深後，他把視點放在二十世紀而往回看，這是一個「氣」與「細菌」兩種概念並存的時代，反而得到了新穎的切入點。他討論了中華民國成立後、迄於中華人民共和國建立之間的中醫學進展，卻能承上啟下，一方面著重於面對西醫強勢論述下的中醫因應之道，同時也呈現了經歷過明清數百年積累後醫界思想的情形，選題方面堪稱優異。特別值得一提的是，論文一部份的〈民國時期中西醫詮釋疾病的界線與脈絡——以「傷寒」(Typhoid fever)為例的討論〉一文，於激烈的競爭下，得到國內科技、技術、與社會(STS)學會

第一次「王玉豐紀念論文獎」的佳作，顯示國立的學術成績除了史學界之外，更得到跨學科師長的好評。

最近國立將其博士論文修改後，新撰成《「氣」與「細菌」的近代中國醫療史——外感熱病的知識轉型與日常生活》一書，索序於予。予亦樂意推薦其書於讀者諸君。

中央研究院近代史研究所副研究員 張哲嘉

二〇一二年九月四日

不中不西、似古亦今

我認識國立多年，也一直都知道他在民初中西醫匯通的領域裡用功頗深，但屢屢為他執著於特定研究課題，卻疏於動筆博士論文感到有些憂心。所幸在2011年，我終於接獲參與他博士論文口試的邀請信。這份邀請來得正是時候，一則國立既然已發表多篇頗具份量的單篇論文，也到了該對自己與學界同好有個交代的時候；二來從我個人的看法來說，國立若再不有去統整既往的個別研究成果，難免將面臨失去系統化思考與論述的危險。對於深具潛力且多產的年輕博士生來說，這雖然是常見的危機，但也可以是成熟為獨立研究者的轉機。國立的博士論文通過不久後，不令我意外地即受賞識得以修改出版。這不僅代表國立過去數年經營相關議題的成就受人肯定，也是與國立中國醫藥研究所間良禽佳木之合。我雖專長不在於民初之中醫發展，然歷來受惠於閱讀國立之研究，又忝席為其博士論文口委，遂不忖疏漏執筆為本書推薦，實深慶學界得後起之秀，亦感本書觀點之擲地有聲。

就一般的通說而言，西洋醫學之所以能在二十世紀以後席捲全球，以科學實證為名成為現代醫學之主流，概數文藝復興晚期以來解剖學的發展，以及十九世紀中葉後之細菌學理論最為關鍵。面對西洋醫學挾細菌病源論來勢洶洶，民國初年的中醫除力抗西學外，亦有匯通一派企圖調和西說之「細菌」與中醫的「氣」論。國立向來有志於中西醫匯通的議題，本書則更從思考「中醫如何看待（西醫）微生物學？」切入，將此一問題置放在民國初年社會與文化的歷史脈絡中探索。並提出他對於中醫「外感熱病學」曲折發展的因果分析，以及從醫史學關懷出發之「重層醫史」的史識理解。嚴格來說，國立在書中提出的切入角度、研究主軸甚且是評斷，不論是從中醫學史（內史），抑或中國醫學文化史（外史）的角度來看，都有不少部分可算是獨樹一格的大膽嘗試。正因為這樣無畏的研究態度，書裡許多的觀點與論述，即便有著豐富的個人風格，也許不盡然能完全被中醫學界或歷史學界所接納，但仍能啟發讀者與研究同好多元的思考路徑。若就何謂「有意義」的學術論著而言，著作本身除了論據能破能立外，引領或刺激更深層的思考也該算是一功；據此，國立的這本書顯然兼而有備。

是書破陳說而別立新義之餘，間或有發人深省處。單就中醫理論的內史部分來說，作者於書中反覆致意，要解決中醫如何回應西方的微生物學，就必須深入了解民初中醫理論「外感熱病學」之發動與未竟全功的原委。然而，既往中醫「外感熱病學」相關的研究多半止於清末，難以借之理解民初中醫回應西醫細菌病源論之內涵。國立依序建立起民國初年「外感熱病學」的內在思路，並從社會氣氛與文化脈絡入手，藉由對特定疾病之定義與釋疑，勾勒「外感熱病學」從清末到民初之理路存續，推衍至當時中醫對西醫理論之格義比附。國立於此的論述與舉證甚是精彩，箇中精妙確實值得再三玩味。另若從社會文化此等外史的角度規之，國立則從個人的經驗與紀錄中，爬梳中醫熱病學如何透過自身體驗、俗民醫籍知識流通，與醫家或庶民間診用藥的網絡，體現中醫上層知識系統的改變，如何在常民的求醫經驗與社會風尚中，相互滲透、形塑甚至是與西醫進行衝突和頡抗。由於此等討論事涉多方知識，又須橫貫中醫專業及社會文化史等專門素養，如果定要我用一句話來描述本書，借用書中人物惲鐵樵的一句話：「不中不西，亦中亦西的新中醫」，國立的這本書正可謂「不中不西、似古亦今的民初新中醫史」。簡言之，這本書問的是歷史，答案也求諸於過去，然其評述卻在當下依然饒富深意。

中國醫學史是近年來漸受學界重視的新興領域之一，然而過去的寫作除名家之作外，大抵上中醫史家純然就內史脈絡出發，或是醫史學者就外史觀點，意欲關照社會與文化之變項，惟部分論著仍不免泛論爾爾。內、外史兩者間即便不是絕無交集，也僅能稱為偶有交錯。國立這本《「氣」與「細菌」的近代中國醫療史——外感熱病的知識轉型與日常生活》應該是近年來，能夠有效綜合內外史觀點與方法的代表作。姑且不論內、外史此等方法論與史觀分野是否為諸家所接受，國立在本書中的努力與用功之深仍是有目共睹的事實。我有幸搶先拜讀此書，也為這本書的印行感到無比的興奮。能為國立的新書作序，既是勉人，也是自勵。

中央研究院 劉士永

序於南港 2012年9月20日

審視中西醫交流史、開展醫史學新氣象

回顧中醫學的發展歷史，感染性疾病之實證需求，特別是嚴重傳染性疾病對個體與族群存亡的威脅，刺激了中醫學在不同時期之突破性發展，如漢代的傷寒熱病、金元時期的鼠疫與熱病，乃至明清時期的溫病威脅，均迫使中醫學發展出豐富而有效的臨床診療內容。二十世紀初，西方醫學加速在中國的發展，然而除了掌握醫學與教育之政治資源優勢外，西方醫學雖講求科學方法與實證原則，但抗生素、輸液療法、疫苗等工具發展仍尚未成熟，無法在臨床實質療效上勝過與取代中醫，華人社會各階層大多數民眾的醫療仍有賴中醫醫療體系來維繫。

在感受西方醫學在外科學與基礎醫學實驗論述的衝擊下，中醫出現了西醫化、守傳統與中西醫匯通的多元性發展意見，並對中、西醫本質與應用進行豐富的論述。可惜在西醫掌控政治資源的現實條件下，中醫界始終無法突破在醫療發展與醫學教育的政治障礙，直到1956-1958年兩岸才開始設立中醫的高等院校。而在中醫教育停頓的百年間，現代醫學教育改革卻積極地進行著，以Abraham Flexner報告為起點，美加醫學教育改革帶動了全球醫學快速發展，科學素養的教育建構，讓全球西醫團隊大幅提昇素質，真正進入現代醫學的高效能時代，並在納入與應用現代科學與技術成果後，全面性地發展與創新了各醫學領域內涵，尤其是疾病診斷之精確性與急重症照護體系的顯著優勢，終於在二十世紀的中後葉，取代了中醫成為華人地區民眾醫療需求的主要供給者。

皮國立博士畢業於國立臺灣師範大學歷史所碩、博士班，接受中研院近代史研究所張哲嘉教授與國史館館長呂芳上教授的指導，他專注在醫療史與中醫史研究，對於近代社會環境與學術風氣對於中醫影響的材料收集頗為用心，是極具潛力的新一代醫療史研究學者。皮博士在碩士期間研究清末中西醫匯通學派代表人物唐宗海的中西醫折衷身體觀，這是中醫臟腑生理與西醫解剖形質的衝突議題，其後博士論文《「氣」與「細菌」的中國醫療史——民國中醫外感熱病學析論》，延續探討當時的中西醫學匯通過程，以「外感熱病學」為研究題材，觀察西方醫學理論對中醫在「熱病」的理解、詮釋及知識形構等方面的衝擊，並聚焦

於「氣」與「細菌」的核心議題，而這個議題正是民國時期醫學爭論的焦點。

微生物學的傳入，為傳統中醫學理論帶來極大的衝擊；而現代醫學急症照護網絡建立後，廣泛應用抗生素與消炎藥物所取得的實證成效，更嚴重打擊中醫的臨床信心，中醫面臨被替代與消失的壓力也在上世紀後葉日益加速，這種困境直到現代醫學在癌症、免疫與退化性疾病領域發展受到阻礙後才出現轉機，而全球性新興病毒感染，如SARS、流感與禽流感的威脅，也使中醫在傳染病學之角色上稍獲國際重視。誠如皮博士所言，中醫認識細菌的方式是探討細菌學與中醫學的關聯性，經過以自有的「氣論」與外來的細菌學理交叉對話，最終建立起匯通中西醫學的獨特模式，並存續在基層民眾的醫療中驗證。

中西醫學匯通之路仍在建構中，而上世紀的這段匯通經驗呈現出近代本土知識體系在面對西方文化衝擊內涵所發展出自我更新的模式，不論在專業的醫學史或大眾的醫療史中均蘊藏著豐富的經驗與創意，堪為當代匯通醫學發展之借鏡。皮博士耙梳史料的基本功與史觀令人肯定，值《「氣」與「細菌」的近代中國醫療史——外感熱病的知識轉型與日常生活》出版前夕，特為之序。

台灣中醫病理學醫學會理事長

中國醫藥大學中醫學系教授

蘇奕彰 謹識

自序：一位史學工作者生活與研究的自剖

我寫完書稿的最後一行後，獨自慢步於園林間，遠望田野和湖光山色。此時夜間沁人的晚風，帶著的空氣是溫和的、天空是寧靜的，銀白色的月光反射在湖水上，四界萬籟俱寂。我無法掩飾重獲自由和如釋重負的喜悅心情，也許我的名聲可以遠播。但我的驕傲很快地就自愧不如，一陣清醒的憂鬱湧上佔據我的胸膛，和我最聽話的伴侶即將道別，不管未來我史著（史家）名聲如何，史學家的生命終究是短暫和不穩定的。（……*whatsoever might be the future date of my History, the life of the historian must be short and precarious.*）¹

—— Edward Gibbon wrote in 1787

一、緣起不減：一路走來，難以如一

一本書的誕生，絕非只有作者的努力而已，我將史家個人的生命看作是渺小的，特別是在整個大的研究環境與歷史中來看，更是如此。作為一本博論修改後而成的專書，它其實更多的是基於和別人的分享和對談、周遭生活經驗的感觸，更重要的是還有長者的啟發在其中。所以我說「難以如一」，作者不應該只在書序中強調自己的發現，而應該交代他人的啟發與幫助，也不枉留下一路走來的寫作歷程記錄吧。借用顧頡剛（1893-1980）的話來說明，那正是我寫這篇長序的目的：「我讀別人做的書籍時，最喜歡看他們帶有傳記性的序跋，因為看了可以瞭解這一部書和這一種主張的由來，從此可以判定它們在歷史上佔有的地位。現在我自己有了主張了，有了出版的書籍了，我當然也願意這樣做，好使讀者瞭解我，不致驚詫我的主張的斷面。」²

解剖自己的心靈，不需要高超的技術，只需要真誠實在即可。我不敢自稱史家，但稱史學工作者總是比較符合的。過去7年，我發表的幾乎都是醫療史的文章，很單純，而且多與中醫的歷史發展有關。原因無他，因為我喜歡中醫，關心它的發展，希望這門學問與技術能夠持續地傳承與發展，而不是「走入歷史」，成為陳跡。這讓我對自己的醫史研究充滿使命感，絕非為拿一紙文憑或作升等工具之用。我甚至相信，中醫的歷史對中醫的發展絕對起著警示與促進的功用，這也是我自己結合「內史」與「外史」理念的一環，由於這些想法還不夠成熟，所以在此處也不擬多談。在有限的篇幅中，我還是盡一位作者的責任，將寫作的心路歷程和感謝之語略向讀者交待。

¹ Edward Gibbon, *The Autobiography of Edward Gibbon* (London: Dent, 1911), p.90.

² 顧頡剛，《走在歷史的路上——顧頡剛自述》（南京：江蘇教育出版社，2005年），頁5。

我的碩士論文是有關唐宗海，一位中西醫匯通醫者的生平和其對中西身體觀的解讀，當時我的指導教授是呂芳上、張哲嘉兩位先生。碩士畢業後，我隨即考上師大歷史所的博士班，我花了1年的時間實習取得中等教育的教師證，在2005年9月，開始我的博士班生涯。博士論文的指導教授，當然還是找同樣的組合，校內仍是呂芳上老師，但張哲嘉老師因為有自己的人生規劃，當時他正處於非常忙碌的時刻，研究院的環境好但相對壓力也大，他希望能多點時間做研究，所以在和他討論後，找上我碩論的口試委員李建民老師，來當我的博論指導教授，他很快的答應，並且幫我處理在三民出書的事宜，那是我人生第一本出版的專書。

呂老師的研究領域雖非醫療史，但他灌輸給我不少近代歷史架構的整體概念，充實了我的基本知識。作為校內指導教授，他總是給我許多寶貴的建議，不管是在學業上或在生活中，只要我有問題去吵他，他都會不厭其煩地跟我對談。在我畢業前後的日子，他對我未來的規畫與工作給予不少有價值的建議。當然，張哲嘉老師也依舊亦師亦友的常對我耳提面命，他雖然不是我博論的指導教授，但他對我的關心，常讓我有一種難以言喻的感動。他總是對我「說真話」，不隨便溢美學生，他說話沒有一般歷史學者拐彎抹角的習氣，他會把最真實、最好的選擇分析給你聽，即使你不採納他的建議，他也不會暴跳如雷或背後記恨。我平日喜讀史家傳記或回憶錄，有謂1920年時，顧頡剛推薦錢穆到燕京大學任教，儘管當下錢和顧的學術見解不同，但顧不但推薦他，還向他邀稿刊登在《燕京學報》上，顧這種胸襟，才是大師風範³，張老師就類似這種純真大度之人。更特別讓我感謝的是，他有珍貴的一手資料，會主動、大方的與我分享，讓我獲益良多，這更是一般歷史學者難以做到的慷慨。我還想到1936年前後，顧頡剛曾在燕京、北大教授春秋史，他的教學助理童書業承他的意見幫他整理、編寫講義，後來童寫信給顧，希望能繼續在上面研究修改，顧以自己人在外地，遂一口允諾由童自己署名出版。看似極單純的事情，卻可以看出顧栽培後進的心，不與其爭勝，胸襟之寬廣，真是少有。⁴

至於李建民老師，在本書整體概念形成之前期，給了我不少寶貴的建議。本書中的許多架構和想法，其實是承李老師著作的思想而延續下來。有一天晚上已10點多，我正陪孩子上床睡覺，李老師突然打電話給我，我原以為有什麼急事，結果他問我要不要到他的研究室坐坐，可以天南地北的聊一聊研究。那段日子，我充分感受到李老師對我的關心與期待，常讓今天的我非常懷念，但願這本小書沒有讓他失望。當本書完成一半以上時，在師大做了一次論文發表，政大歷史系溫文儒雅的金仕起老師給了我許多良好

³ 嚴耕望，《錢賓四先生與我》，收入氏著，《治史三書》（瀋陽：遼寧教育出版社，1998年），頁225。

⁴ 王學典主撰，《顧頡剛和他的弟子們》（北京：中華書局，2011年），頁157。

的建議，讓我能更好地修改論點。在口試前，論文之一的外審委員長庚大學的張恒鴻老師，在我整個論文撰寫過程中，數次給予鼓勵，並邀我去教授長庚中醫碩博士班的生命醫療史課程，開拓了我的視野。當我博論寫好送給他參閱時，他回信說：*In my opinion, you are more than Ph.D.* 而且他還鼓勵我出書，甚至願意幫我出錢翻譯成英文版出書，這樣的恩情，讓我這個晚輩既感動又覺得不好意思。

論文口試時，尚有三位口試老師對我的論文寫作與未來之研究產生了極大的影響。史語所的李尚仁老師，他對外文資料與檔案的掌握，一直是我相當佩服且望塵莫及的，他給了我很多磨練的機會，讓我接待外國學者、幫忙研討會的事務，有任何研究的訊息和經驗，他也都不吝和我分享。臺史所的劉士永老師，是我請教各種研究事務的最好對象，我雖非研究臺灣史，但有一段時間，我跑臺史所的時間還蠻多的，其實也就是串串門子。士永老師不但提供我學術上的建議，也給我這個晚輩非常多的幫助和實質上的鼓勵。中國醫藥大學的蘇奕彰老師，除了灌輸我中醫學的知識和視野外，他對於我結合內、外史的研究想法非常支持。當我提出想辦類似的研討會、讀書會時，蘇老師努力幫忙籌畫、聯絡，推動運作，也等於幫助我實現了在學術上的、發揚中醫藥的小小願望。

近史所的雷祥麟老師，和我做的領域相近、斷代也一致，他是我請教的最佳長者之一。雷老師口才一流、思緒縝密，我非常感謝他願意多次推薦我，不管在申請獎項上還是研究職位上，他都給我很大的幫助。我剛讀博士班時，可謂年少輕狂不懂事，被退稿後往往很不服氣。有一次，雷老師以他親身被退稿後又獲獎的經歷，來鼓勵我這個後進，促使我成長，瞭解到自己的不足，這是我非常感謝他的地方。後來我漸漸知道，其實被退稿並不代表文章不好，通過了也不見得絕對好，有許多影響的因素在內，我自己許多朋友也被困其中。專業論文之通過與否，本為審查者主觀意見加之，作者是被噤聲的，若可能將史學作品視為一件「藝術品」，我們應注意「個性」與「特色」，而不是用分數去評鑑它。1930年底，錢穆的代表作之一《先秦諸子繫年》，經顧頡剛介紹，想透過「清華叢書」出版，最終未獲審查通過，等同退稿，後才轉由商務印書館出版，並無損其著作的學術價值。⁵雖有很多問題，但審稿制度畢竟是現代學術不得不設之客觀機制，被退稿就當緣份不夠，修改後另覓他處刊登，不用太灰心而阻礙了追求學問的熱忱。

史語所的祝平一老師同樣常常關心我，有時見面幾句鼓勵的話、隨口的問候或拉上我吃個飯，都給我這個後輩無限的溫暖。林富士老師也對我甚好，我去研究室送他論文時，他還對我耳提面命一番，交待年輕學者應該如何進行研究，要注意哪些事情等等，讓我受益匪淺。東華歷史的蔣竹山老師常常鼓勵並關心我，每每主動提供一些研究訊息，他最近主編的「大眾史學叢書」，給我很大的啟發，他對史學發展的關心，是我

⁵ 錢穆，《八十憶雙親·師友雜憶》（北京：三聯書店，2006年），頁152-153。

非常敬佩的，我自己的部落格「醫療史新時代」，得之於他的「新文化史工作坊」網站啓發甚多，初衷都是希望能提供後進更多的訊息。其他從事生命醫療史研究的師友們，李貞德、張嘉鳳、王文基、陳秀芬、張淑卿、許宏彬等師友，也都帶給我很大的影響，研究工作本來就有枯燥乏味的一部分，得幾位同領域的前輩聊聊，看看大家的研究成果，不爲什麼，只求心靈上的共鳴與枯燥生活的慰藉，這就夠了，「獨學而無友，則孤陋而寡聞」，真是千古名言。我很幸運，認識這麼多老老少少的師友，可以請教學習，復又由於我主攻是中國近現代史，所以我也常參加政大研究群的讀書會，認識了不少做政治、軍事、外交史的師友，當然，我是個完全的外行人，只能於邊邊角角上提些貢獻而已。所以，應該可以說我是雜揉各家之學，沒有門派界域，兼之難以如一，真是一點不假。

二、難忘師友之助

花了將近7年寫出這樣一本差強人意的書，不能說滿足。有人對我說，博士論文即使難脫青澀，但卻往往是一個學者一生最好的著作，我聽著直冒冷汗！但這樣的話卻又不無道理，未來將被升等的時限追著跑、附加上繁重的教學、生計、家庭問題，一般學者怎麼可能有這麼純粹的完整時間可以寫論文、讀書呢？但願自己不要因此停滯不前，其他的奢求根本不敢多想。一位歐洲學者對我說，在他們那裡，五年寫不出博士論文，就代表這個研究生「不行」了，他搖著頭不可思議的說著，直瞪著那時就讀博士班6年級的我。其實，我從東吳大學一路讀到師大碩士、博士班畢業，總共歷經了15個寒暑，唸的都是歷史，是個很純粹的歷史人。我感謝東吳大學的教導，更感謝師大培育我這麼多年，那些幫助過我、曾給予關心鼓勵的師長朋友們，我將感謝放在心頭，沒感謝到的人其實尚有不少，若一一交代列名，恐難脫矯情之惡名，也深怕版面不足，總之罪在作者，祈望知者見諒。以下筆者還是略述這幾年的心路歷程，夾帶著回憶與感激，比較切合實際。

起初，作爲一個研究生，大家最擔心的無疑還是出路問題。我喜歡王晴佳寫的史學評論或介紹的文章，他說美國人不會把歷史學看得很重，它本是一很冷門的學問，所以歷史學者都很平易近人，多數沒有架子，也不會認爲自己寫的史學著作有甚麼了不起，頂多做的好就是謀得「一份工作」，這有助於學問革新，和民眾關切的事情相結合，信哉。⁶一份能糊口的工作，對歷史學者而言太重要了。我碩士畢業後旋即結婚，在讀博士班的時候兩個孩子已呱呱墜地，說我沒有經濟壓力、不用在乎世俗眼光，爲學問而學問，那絕對是騙人兼瞎扯的話。我常常擔心未來找不到工作，又總是聽到某某人有甚麼

⁶ 王晴佳，《新史學講演錄》（北京：人民大學出版社，2010年），頁4-7。

很硬的後臺云云，聽多了只會打擊自己的信心。吳文星老師有一次鼓勵我：「學術還是有一把尺在，好好努力，別人一定會知道。」感謝老師點破我的憂愁，但我當時還是半信半疑。我努力發表論文，不用多說，讀博士班之初，幾位師大的老師找我寫教育部「歷史文化學習網」，拓展了我的能力，陳登武主任常常給我這個小學弟鼓勵，並提醒我很多教學講述的技巧，王政文學長、莊蕙綺學妹則先後介紹出版社給我，推我寫通俗的歷史讀物，也讓我認識了蘇美嬌、湯名暉等編輯，在學術上，他們都將給我持續的支持。人不能沒有朋友，史家更不能沒有朋友，有相互於學問上切磋、日常生活上互相關心的對象，才不致因日夜埋首典籍中而失去真人性。尚有一大幫子師大的諸位學長姐、學弟妹，那是不用說的，我無法一一交代，但和你們一起讀書、修課的日子是愉快的。猶記我和老曹、老胡，被稱「師大三公」，公者，體重重如泰山者也，還有阿賢、佩欣、凡逸、承豪、天賜、政大的王文隆、許峰源、台大的涂豐恩、蘇聖雄等好朋友，也常常交換研究心得與學界情報，互相勉勵，使我不致孤單，過著美好的研究生生活。

這些好的機緣，推動我不斷往前走不致放棄熱情。更難能可貴的是後來陸續到大學兼課，訓練了我的教學能力，也舒緩的我切身的經濟壓力。我感謝第一個「收容」我的大學——明志科技大學，當時我投了20多封履歷，才換得這個兼課的機會，我感謝蔡宜靜學姊助我進入該校。後來沈明得兄到校專任，他在排課、開課上給了我很大的方便與彈性，並處處替我著想，我們更成為很好的朋友，我第一次開醫療史和科技史的專門課程，可說都來自他的擘畫與推動，我們還一起編寫教科書，也在今年出版了，沒有他的推動，我想在兼課生涯中我不會過得那麼充實。後來我也到臺灣師範大學國際與僑教學院的人文社會學科兼任，在那邊，大多靠諸學長姊的扶持，感謝你們給我成長的機會。2008年復至母校東吳大學兼課，感謝李聖光、林慈淑老師的安排，也謝謝溫秀芬秘書總是給我很多建議與幫忙。慢步在外雙溪母校的校區，溪水潺潺，靜靜地享受著熟悉的山風吹拂、遠處的山景和晨起的朝陽，映入眼簾、灑在身上，那種感覺，每每紓解了我寫論文時的煩悶與莫名的沉重憂傷。中研院史語所容我擔任訪問學員一年，讓我可以利用圖書館資源，時任所長的王汎森老師，對我的鼓勵與之後進行編書的支持，讓我非常感謝。

我多麼幸運的得到如此多師友的幫助，諒我之讀者，望勿嫌我嘮叨多語。大陸的桑兵老師，助我在陸出版第一本專著，並且常寫信關心我博論的進度。余新忠老師，是我在2006年認識的前輩，他時不時的關心我的發展，在我還沒畢業時，他曾表達可以至南開大學任教的可能。如果讀者沒有經歷過臺灣奇蹟之「流浪博士滿街走」的衝擊，您恐怕很難體會我的激動之感。就在畢業的前一年，上海交大歷史系的曹樹基、李玉尚兩位教授也傳達了我可以至交大歷史系任教之可能，爲了這件事，我還至交大發表論文，

並詳談了一些細節。我衷心的感謝他們，即使他們可以用超乎想像的優良條件延攬我，但罪全在己，畢竟自己的家庭，老婆孩子、逐漸邁入老年的父母都在臺灣，幾經商量與思索，還是未能成行，這是對他們感到非常抱歉的。但是，我也仍和李玉尚等教授成為很好的朋友，這些緣份倒不會因為工不工作的制式問題而被阻絕。幾次跑大陸的結果，也讓我認識了許多朋友，陝師大的于賡哲教授、胡寶亮編輯、中醫科學院的胡穎翀、張海鵬、人民大學歷史系的陳昊、北中醫的紀徵瀚和深圳大學的肖榮等諸友，他們年紀和我相近，也都在研究醫學歷史的領域中和我一起分享心得。當我在2011年拜訪中醫科學院之前，透過鄭金生老師的介紹，認識了穎翀兄，鄭老師私下給我很多鼓勵，並贊同我和年輕人去做出一些好事業的想法。穎翀兄復領著我到處去露臉、發表，見了廖育群、韓健平、朱建平、張大慶、梁永宣等學者，後來我到上海又「電話遙控」，領我認識了高晞，我非常感謝他的殷勤與熱情，有時我自己發懶想休息，他還是堅持領我去見，實在非常難得。另外，復旦大學的張仲民兄也幫我非常多忙，並且在學術上提供我許多意見。他認為我的論文應該更多的使用小說、筆記等資料，是非常重要的提醒。在復旦開研討會時，我在他研究室閒晃閒聊，發現不少有意思的資料，他還熱心幫我求索蒐購，這次也部分反映在本書的增修上，凡此，皆應感謝他給予的啟發。

在臺灣，我同樣感受到無限溫暖。由於我研究的是醫療疾病史，所以還得到不少醫界朋友的幫助，時不時的更幫我調整一下體質、照顧我的健康。就在快要畢業的前半年，我的好朋友林政憲和韓豐隆兩位醫師，除了切磋醫史研究外，他們還想辦法透過各種方式與人脈幫我尋找、打聽任何適於我的研究與教學工作，很感謝他們，有時甚至比我還要積極，真是無以回報，林伯欣學長也在詢問工作的上面幫我打探動向。我的老同學耿彰兄，一直把好的工作訊息報給我，推動我前進，和我分享他的經驗。在這整個過程中，蘇奕彰教授、陳建霖主任皆給我很大的鼓勵和幫助，還和我商談，瞭解可以幫忙的地方。其實，那些協商的過程，自己所能做的只有等待，是沒有太多能力去做什麼的，沒有經歷過的人很難體會。我也在研究醫史上結識了不少中醫朋友，又如李岳峰、黃伯瑜醫師等，他們提供我想法，讓我思考醫史的價值，更是我徵詢專業意見的好對象。在我論文即將完成之前，正因為有這些美好的境遇與機緣，使得自己對未來的迷惘減少很多，這是我感到非常幸運的一點，所以此刻落筆書序時，更興起了無限感激之情。最後還要感謝梁其姿老師的鼓勵與建議，她認為推薦序要由看過我書的學者來寫比較適合，也感謝為本書寫序的諸位老師，忍受我不斷催稿，本書有您們的導讀推薦，無疑是生色許多。

三、重層醫史與醫史之用

提升人文素養，我們都知道是歷史的重要功用之一，但培養一種素養畢竟不是一朝一夕可成的，而且不存在有效指標——心靈的提升是不能透過「數字」表達的。所以當下見很多學校打出「重視人文發展」，我總感覺有點虛。對於專史而言，我們可能會更多地詢問它與技術發展之間的關係，那麼，醫學史實用的目的何在？或它可以有實用性嗎？我以為當然是有的，而且非常重要。首先，它可以解釋「現狀」的變化歷程，讓現代中醫找回自我的認同感。例如現代一個中醫，可能會追求（西醫）衛生的看診方式，他擁有乾淨清潔的看診空間，有時看診還帶上口罩，預防被傳染，這像古典中醫嗎？認識過往，並不意謂我們要走回頭路。另一方面，現代中醫仍閱讀各種古代典籍，以之為考試的範圍。平日做的多是「殺菌」的工作，但開藥時卻不提中藥「殺菌」之功，只習慣說：「西藥比較毒、傷身體」。問題是，中醫如何可能「殺菌」，其機轉如何？英人麥高溫在1909年出版的書內認為：不論哪個階層、什麼職業的中國人，「在他們粗魯和缺少教養的外表背後，有著強壯的身體和極強的忍耐力。正是這些才使得他們完全不在乎天氣的好壞，也不在乎什麼病菌、毒蟲和其他毀滅人類生命的瘟疫的侵擾。」⁷從中國角度思考中國史，近代以前，中國人根本無知且無懼細菌，當然也沒有開發對抗細菌的藥物，但是近代以來的中醫如何看待細菌論呢？

歷來我在大學上到疾病與醫療的課題時，學生通常來自各院系。我問他們：感冒（外感病最輕微的，古代也常稱「時病」）會去看中醫嗎？他們大多數都回答：「不會」，他們疑惑我問的問題，「感冒不是要去看西醫嗎？」更遑論流感或SARS爆發時，他們會選擇中醫來對付疫情了。如果中醫發展下去，只能做些補補身體、調調月經、整整骨傷，那就真的太浪費這麼好的醫學知識體系了。幫我寫序的兩位重量級中醫，都不約而同地在重症醫學的領域中持續耕耘，這絕對是未來中醫發展的正確方向，而醫史則可以告訴讀者，中醫曾有一段很不同的醫療時代。本書論述集中在兩個學術視角：近代中醫對外與西醫的細菌學或傳染病對話，對內則是寒溫學派的發展趨勢消長與檢討。受部分西化影響的醫療傳統，如何影響著疾病定義和人們的日常生活？且看中醫如何轉化「殺菌」的話語。近代中醫在發展的過程中，受了不少西醫觀念的影響，或多或少的把許多傳統概念，如氣血、精氣等觀念，拉至現代性的範圍之內，這也是一種醫理「重層」的意義。我在文中以「無中生有」來比喻中醫的細菌論述，乃因中醫沒有科學儀器，當然不可能研究細菌；不過，如果我們換一種方式思考，沒有儀器亦復如是，古代中醫怎麼樣「創造」新的醫學知識，他們依據什麼來補充或創新原來的智識呢？其實我的書中也沒有很多解答，只是希望讀者能看到西醫細菌論與傳統中醫知識的各方面對話與激盪，

7 英·麥高溫，朱濤，倪靜譯，《中國人生活的明與暗》（北京：時事出版社，1998年），頁352。

能夠燃燒讀者內心創造力的小宇宙，讓中醫擁有更多源自於傳統體系的新思考吧。因為，即便在文中不斷強調中醫堅持氣論的主張，但反觀現代中醫，一方面仍要讀《傷寒論》、《溫病條辨》，卻不太對病人解釋「傷寒」和「溫病」的意義，乃至古典醫理和現代人生活與認知產生極大的裂縫，這是非常可惜的，其實正代表著中醫在疾病話語權上的喪失，至今仍在持續發酵中。中醫能再保有多久所謂經典的知識，令人擔憂，書中許多民國醫者的堅持，其來有自且發人深省。

要扭轉細菌致病論，或完全忽視它的存在，已是不可能的了。要有能力開發屬於自己系統的知識，運用現代科學，開發新的藥物，而非萃取某種物質，製成西藥。一旦本草無用、經典無用，這個學科就會消失，這是近代中醫史給我們最大的啟示，也是近代中醫努力開發傳染病學科的原因。有許多近代中醫的知識，我們仍不甚瞭解，部分傳統中醫的思維與技術，如防疫避疫、飲食調養等，其實已不為現代中醫所熟知。但這些逝去的知識，曾經以不同的模式存在於以前的醫學歷史中，探索這些「被隱藏的歷史」，並不等於說中醫應該忽略細菌學，或言我們要返古歸真，只看古典醫書即可。歷史研究之重要目的即挖掘過往事蹟，人所不知而確有其時代意義者，則應該寫出留下紀錄，此即歷史研究的可貴之處。現實意義要和歷史意義要分開來看。就歷史意義而言，逝去的歷史不見得就是沒有價值的，那些現代中醫已經不擅使用的防疫法或解釋病理的模式，或許仍對未來中醫發展有所啟發。錢穆說：「凡屬流行人間者，亦各有其所以然。尤如中醫中藥，豈得以己所不知，輕以『不科學』三字斥之。」⁸故進一步的現實意義，是希望醫者能透過醫史挖掘出古典中醫探索知識的方法，將自己的學術體系擴大往多元化的方向前進，這和科學研究不是背道而馳的，而恰可相輔相成，輔之以科學之實驗，將傳統的內容用現代性的視角加以解釋，來證明過去有價值的治療學，開拓中醫研究之法。即如近代服膺科學的學人梁啟超也不諱言：「文化之所以進展，恒由後人承襲前人知識之遺產，既長增高。凡襲有遺產之國民，必先將其遺產整理一番，再圖向上，此乃一定之步驟。」學術是可以透過「博古的考證」，來引發「自然科學的考證」⁹，這樣的方法用來延伸解釋中醫史之價值，再適合不過了。就好像民國時期的史學已成為「中西文化交流」的重要媒介，故容易造成一鼓風潮：「文化名人一但對學術研究有興趣，往往從史學方面入手進行研究。」¹⁰這本個人粗淺的著作，若能喚醒一些中醫的信心與歷史感受，帶給臨床發展這麼一點微薄的啟發，或喚醒一些患者對中醫治療外感病症乃至傳染病的信心，就已然達到目的，有真實的貢獻。這是我想為中醫做點事的初衷，也是自己生產

⁸ 錢穆，《八十憶雙親·師友雜憶》，頁194。有關錢穆的史學見解與文化認同，論者已多，王汎森有精彩且扼要的分析，參考氏著，《近代中國的史家與史學》（香港：三聯書店，2008年），頁211-270。

⁹ 梁啟超，〈三十二、清代自然科學為何不發達〉，《清代學術概論》（上海：上海古籍出版社，2004年），頁104。

¹⁰ 顧頡剛，《當代中國史學》（上海：上海古籍出版社，2004年），王晴佳導讀，頁14。

歷史知識時所尋求的價值認同吧。

研究醫史常常陷入兩難，專業的醫生覺得史家不懂中醫，一般人則說史家寫的醫史看不懂，這都將讓醫療史研究本身失去意義。我認為，求專精還是第一步要件，完全不懂中醫理論要寫中醫史，很難深入且容易誤讀。廖育群先生所謂「沒有醫學的醫學史」，大概即謂此。但史家一旦發現太過專門，則必須修正自己的論述，回歸一些歷史的本質。沒有人是天生的寫手，都是在挫折與反思中成長的，「重層醫史」是兼顧內外史的論述體系，它既要能解釋醫理發展與醫書刊刻的內在理論變化，也要能扣緊日常生活與文化變遷的特性，使讀者可以抓住技術與社會之間的關係。如此來省思中醫的發展史，才不會過於偏頗或成為泛泛之論。

四、一些結語

非常感謝國立中國醫藥研究所，願意幫我出版這本著作，且答應盡量保持原貌不任意刪減，其實這對我的文字也是一種肯定。黃怡超所長，是位極有人文素養的學者，他雖是一位西醫，但在言談中，我發現他對傳統中醫的發展流露出無比關切之心，他甚至和我談了不少醫學文化的歷史，我很感激他願意提攜我這個晚輩。復感謝陳行慧小姐勤於聯絡、接洽編輯事務，楊筑潔助理則幫我分擔了校稿的工作，在此一併致謝。現下一般出版社都很怕出大書、出賣不出去的書、出學術的書，雖然學術不該問「用不用」、書賣得「多不多」，皆不是重點，顧頡剛說：「如果我們要求真知，我們便不能不離開了人生的約束而前進。所以在應用上雖是該作有用與無用的區別，但在學問上則只當問真不真，不當問用不用。學問固然可以應用，但應用只是學問的自然的結果，而不是著手做學問時的目的。從此以後，我敢於大膽作無用的研究，不為一班人的勢利觀念所籠罩了。」¹¹顧的見解是對的，這段話常給我不少力量，我欣賞他的執著專一。

「重層醫史」的概念，是我在本書最大的撰寫架構。其內涵依據本論而生，內容不需在此多談，讀者可以慢慢品讀玩味。尤有可論者，該架構是在以專精的問題為導向來設計各章節，但整體則要兼顧「通達」的面向，使讀者盡量可讀，可以瞭解基本的歷史脈絡。想起杜正勝先生有一次在師大演講，有位學生舉手發問：「為什麼現在民眾都不愛看歷史學家寫的歷史？」杜先生的回應非常有意思，大意是說：我們的學院訓練就是要訓練一個歷史學者寫出無法感動人心的文章。我困惑了？當我看到吉朋的自誇：「每張桌子、每間廁所都可以看到我的書」的景況，才深知民眾喜歡閱讀歷史的時代已難再現。¹²歷史屬於人文科學，受後現代主義衝擊後，寫出的東西既已不能經世濟民、連撫

¹¹ 顧頡剛，《走在歷史的路上——顧頡剛自述》，頁27。

¹² 引自蔡石山，《西洋史學史》（臺北：茂昌圖書，1998年），頁115。

慰人心、孕育人文素養的功能都消失殆盡了，難道不值得我們反思嗎？奢談任何陳義過高的史學方法、願景、理想，都是白說。對於那些沒有助理、研究費少得可憐的博士生、對未來沒有希望，找工作處處碰壁、經濟壓力又大的青年學者，你怎麼能期待他全心全意地投入做學問的時間，來寫出好的作品呢？我還算比較幸運的，有不少人幫助我，另外還有一票朋友在外掙扎，歷史學界的整體思維不改變，這個學科很難有希望。如同余英時解讀史學家顧頡剛的志業那樣：「學術不能限於少數人的專門絕業，只有普及到廣大社會以後才算盡了它的功能。」¹³我想近代醫者努力想要將玄之又玄之醫理解釋清楚、普世化，恐怕也有這個涵義在其中，要為人所知才會有影響力，因為當時人們的思想已開始被西醫的「科學」給逐步占據了，「科學」不僅止是專精的概念，也是一種「普世」價值觀。

美國著名小說家史蒂芬·金（Stephen King）曾說：「買書的人並不是被一本小說的文學價值所吸引；他們要的是，一個能陪伴他們搭乘飛機的好故事，那種一開始就能吸引他們，然後很快地讓他們投入其中不斷翻頁的故事。」我想，這本書乃脫胎於學位論文，即便我在撰寫之初即以較柔和的文筆書寫，但終究難脫學院的生硬氣息，是筆者頗感不足之處，要感動人心怕是很困難了。幸好，本書「重層」的意義本來就有通達的意思在裡面，在論述的過程中也不斷地與近代社會文化作結合，乃至論及最貼近日常生活的飲食、調養之史事，「當讀者聽到某些他們自己生活和信念的回響時，他們會更願意多花心思在這故事裡。」¹⁴至少在現代社會，相信傳統醫學的人、奉行古代養生觀的人還存在吧？而且即使是殺菌消毒的觀念，也同樣貼近現代日常生活，或許，這就可以彌補醫史過於專精之弊病，也希望讀者會喜歡這本書。

沒有一本學術著作是完美的，這本書更是如此。即使將來我的著作被批評或是引發別人的討論：「這個作者都沒講到！」別人尚可繼續努力，我覺得這也是一種價值，對後進者是一種勉勵，研究之本身才有傳承的意義和可能。哪有人可以自豪的說：「我都談完了！」或是別人都不能碰這個題目，這可就是自信變自大了。顧頡剛曾說：「謹慎的前輩常常警戒我們：發表文字不可太早，為的是青年作品總多草率和幼稚，年長後重看要懊悔。這話固然有一部分理由，但我敢切勸青年不要受他們的麻醉。在學術上，本沒有『十成之見』，個人也必沒有及身的成功。學術的見解與成就，就全體言是一條長途，古人走到那裏停下了，後人就從他停止的地方走下去；這樣一代一代往前走，自然永有新境界。」¹⁵本書於撰寫時，部分之處不厭其煩的將一些史料原文引出，希望能盡力讓讀者有參考之依據。但這個工作還是做得不盡理想，民初呂思勉有謂：「史料日日

13 余英時，《未盡的才情：從顧頡剛日記看顧頡剛的內心世界》（臺北：聯經出版，2007年），頁4。

14 以上兩段引文，出自史蒂芬·金原著，《史蒂芬·金談寫作》（臺北：商周出版，2006年），頁183。

15 王學典主撰，《顧頡剛和他的弟子們》，頁79。

堆積，業以不勝其煩，不可遍覽了。」不斷擴充論述，是想要讓歷史成為「不可觀覽之物」嗎？他舉章學誠的做法，「儲蓄史材，務求其詳備，而做史則要提要鉤元，使學者可讀。」¹⁶史料保存後，讀者對於作者之書，認其有所不足，乃可以根據史材而重作，這或許是我寫文章喜歡的風格，然而今人已不愛讀長文，遑論史料？本書也只是學個皮毛，畢竟不是出版史料集吧。

此次修改，也將若干重複或語意重疊之處，進行了「瘦身」，但面對近代史資料浩瀚，出版物琳琅滿目，加上各種資料庫與檢索系統之開發、電子書之開放等等，其實已經深深改變了歷史研究的方法。我修過不少老先生的課，在他們的黃金研究生涯中，沒有資料庫這種東西，他們一樣可以做出很棒的研究。現在資料庫一多，研究方便了，但也產生了「速食」效應，大家只重視片段的材料，卻很少細心、耐心的去閱讀整本書或史料原文，這當然包括我在內。引文愈引愈多，就深怕被人質疑：「某某研究你沒注意到！」而其實我們所引用的文章乃至自己寫成的文章，充其量不過是資料庫中的一條數據而已，影響不了芸芸眾生。這是一種毛病還是進步，不好評論，將來復如何，實未敢預料。猶記7、8年前剛進博士班之時，報刊的檢索系統還未開發的很好，現在不會使用報刊檢索系統，猶如斷去一臂，相去不到10年，差距竟已如此之大。即使我最初排版時，用word最小行高排列本書所徵引之文獻，業已超過30頁，許多民國的醫學期刊，竟還不及使用，這也是我的小小遺憾，只有待來日增補。甫過世的歷史學家杜維運（1928-2012）在他的回憶錄中談到：「歷史資料是永遠不全的，只能盡力為之。」他以自己的《趙翼傳》來說明，書成10年之後，仍陸續蒐羅許多資料，但屢思改寫，恐怕已不可得，只能聽其自然了。¹⁷

最後，我要把這本書獻給我的父母、老婆和孩子。父母養育我、供我讀書，從不求回報。媽媽時不時的贊助書款支持我買書，十幾年來如一日，平日復充當我的圖書管理員，替我整理書、找書。老婆慧瑩，平日忙於高中教學，還要替我教養孩子，支持我讀書。即使在流浪博士充斥的年代，她還是支持我繼續唸下去，避免讓我兼差太多而誤了學業。並言：「即使最終什麼正職工作都沒有，你還是可以做自己喜歡的研究，彈性的時間不是更多嗎？」這分寬容與鼓勵，更讓我對家庭事務沒有任何後顧之憂。兩個孩子宇宏、妤姍是我的大、小寶，看著他們漸漸長大，我心中無限欣喜；當然，帶孩子也給我許多挑戰，而大部分的工作皆由老婆完成，只希望兩個孩子將來不要怨爸爸常常要陪電腦聊天，爸爸沒有在玩「憤怒鳥」，而是寫書寫文章。另外，要特別感謝在近史所圖書館工作的小姑姑，她常常替我提供資料，關心我的生活，甚至有時幫我查閱幾條資

16 呂思勉，《歷史研究方法》（臺北：五南書局，2002年），頁43-44。

17 杜維運，《翰墨生涯》（臺北：三民書局，2010年），頁83-84。

料，讓我免了不少奔波之苦。本書稿在修改之時，我已於中原大學通識教育中心謀得教職，我想起中日戰後，清華大學的校長梅貽琦曾建議病弱的史學大師陳寅恪專心研究即可，暫時不要開課，陳聽罷後立刻回答：「我是教書匠，不教書怎麼叫教書匠呢？我要開課，至於個人研究，那是次要的事。」¹⁸高等教育的精髓在於傳道、授業與解惑，而非只埋頭於自己的研究，史學大師給我們最好的示範。頓時，過往教過學生的笑容，依稀又映入我的眼簾與心坎。感謝中原校方提供這麼好的教學和研究環境，中心同事之間是如此之和諧，此皆仰賴上帝調和之功。這所大學出乎意料的重視全人教育，「知識可以專精，生命卻必須寬廣」，扭轉了我過去對通識教育的刻板印象。希望閱讀本書的讀者，也可以體會到中國醫學的專業知識價值，並理解過去人們曾經擁有之生命醫療史的寬廣，是為序。

2012/9/28

序於中原大學全人教育村 皮國立

¹⁸ 岳南，《陳寅恪與傅斯年》（西安：陝西師範大學出版社，2008年），頁316。

總 目 錄

推薦序：（依姓名筆劃順序）	i
呂芳上序、黃怡超序、張恒鴻序、張哲嘉序、劉士永序、蘇奕彰序	
自序：一位史學工作者生活與研究的自剖	xiv
總目錄	xxvi
第一章 緒論：臺灣的中國醫療史之過往與傳承——從熱病史談新進路	
第一節 書寫「無中生有」的中醫疾病史	1
第二節 回顧的核心——臺灣的中國醫史之原始脈絡	4
第三節 史家的第一代新醫史之路	7
第四節 內、外史的距離	11
第五節 從熱病的近代轉型談起	18
第六節 新醫史的嘗試——「重層醫史」(The diversity of medical history research) 視角的史學研究法	26
第二章 論爭前的和諧——近代中西醫知識中的「熱病」論述初探	
第一節 前言	39
第二節 中西醫初遇時的熱病容貌	40
第三節 中醫——熱感之外	44
第四節 身體的內與外——感受與致病	48
第五節 中西醫治療與預防之文化初遇	51
第六節 小結——似曾相識到貌合神離之前	58
第三章 民國中醫的外感熱病文獻——以傷寒、溫病書籍為中心的考察	
第一節 前言	60
第二節 古典醫學之緒餘	61
第三節 西方醫學的影響與「中醫傳染病學」漸趨成型	70
第四節 日本醫書的影響	79
第五節 古典醫學在民國復興的三條線索：寒溫融和、西醫與日本的影響	89

第六節	小結——「再正典化」(renewed canonization) 的熱病書籍及其衍生之課題	97
第四章	中西醫詮釋疾病的界線與脈絡： 以近代中國「傷寒」(Typhoid fever) 史為例的討論	
第一節	前言	103
第二節	傷寒「西名漢譯」之源流	106
第三節	「傷寒」的中國醫學脈絡	113
第四節	另一種聲音——溫病學的脈絡	118
第五節	病名重釋或在中西論爭中消亡	121
第六節	中醫的新傷寒論述	124
第七節	小結——翻譯、詮釋與再生的中國醫史	132
第五章	菌在氣中——民國中醫對西方細菌論的吸收、排拒與匯通	
第一節	前言	138
第二節	西方細菌學的軌跡	139
第三節	中醫細菌新說之發軔	145
第四節	中國醫學的回應——章太炎「據古釋菌」的例子	156
第五節	中西醫對細菌學論爭的焦點之一——對氣論的堅持	163
第六節	中西醫對細菌學論爭的焦點之二——觀察、實驗方法與治療學	170
第七節	治療細菌性傳染病的思維	177
第八節	小結——具選擇性的細菌論述	191
第六章	新中醫的實踐與困境——惲鐵樵(1878-1935) 談《傷寒論》與細菌學	
第一節	棄文從醫的經過	194
第二節	惲鐵樵之歷史地位與本章問題意識	196
第三節	從古醫籍中尋求靈感——讀書與臨症的再定義	199
第四節	攘外必先安內——「葉派」流毒與學術反思	202
第五節	惲鐵樵對細菌學的認識與回應	206
第六節	對中西醫病名定義之討論	212
第七節	小結——民初中醫的困境	218

第七章	氣與個人——中醫熱病學的身體、疾病與日常空間論述	
第一節	前言	221
第二節	微生物的現代性與「個人」衛生之社會背景	222
第三節	細菌學之外：中醫視角下的外感熱病與「氣」的位置	234
第四節	側寫反細菌視角：中西醫匯通下的疾病觀	241
第五節	中醫的防病論述及日常生活的轉型	248
第六節	熱病的醫療空間、居處與日常生活	254
第七節	小結	270
第八章	調養、飲食與禁忌：古典理論在病患世界的轉型	
第一節	前言	273
第二節	古典食物禁忌學說和熱病之關係	274
第三節	近代身體觀轉型之一例——氣與抵抗力	280
第四節	餓不死的傷寒	287
第五節	西方的營養、中國的禁忌	293
第六節	熱病後之「虛」與「復」	298
第七節	個人的衛生現代性誕生——氣、血、精身體觀的延續與轉化	302
第八節	小結	310
第九章	總結論	
第一節	檢討：貢獻與侷限	312
第二節	西風又東風——傳統醫學視角的文化史	318
第三節	「重層醫史」視角下的醫療史與國史	325
附表：	〈民國時期中醫熱病學文獻編年類纂表〉	329
附圖		360
徵引書目		374
中英文摘要		402



第一章 緒論：臺灣的中國醫療史之過往與傳承—— 從熱病史談新進路

第一節 書寫「無中生有」的中醫疾病史

2011年3月7日，梁其姿院士在中研院「王世杰院長講座」上針對〈疾病為甚麼有歷史〉這個主題進行演講，梁院士以她的近作來說明麻瘋病如何與社會文化、政治和醫學的發展產生關聯性。¹最近，她還編輯了一本集合了國內外學者的論文集，代表中外學界對東亞近代醫療衛生史的一次初步總結。²在演講最後的提問時，賴明詔院士詢問到：「中醫如何看待微生物學？」類似的問題，在當天討論得頗為熱烈，很多人圍繞著「中醫是何時、或有無接受西醫的細菌學及相關醫學概念」這個命題提出看法。她謙虛地回答，這個問題她沒有深入研究，但進入20世紀後，中醫逐步吸取西醫的知識與理論，包括細菌學，但仍為選擇性地接受西醫對某些病症的部分說法，並非全盤接受。³

梁其姿的見解，方向是對的。但近代中醫在與西醫細菌學的對抗、融合上，還有著千絲萬縷的關係與有趣的故事。在中國醫學史的研究上，從來沒有人注意到細菌問題的重要性，因為中醫本來就不談細菌，何來歷史研究之有？這是一般人對歷史的「倒置」，它源於現代中醫並不特別研究細菌問題，而現代國家在制訂公衛政策與發展疫苗、抗細菌病毒藥物時，也從不過問中醫的意見。中醫不談細菌，已成一種刻板印象了。⁴不過，細菌學及其背後蘊含的一整套疾病定義、公共衛生政策、舉措和施行標準，對醫療衛生邁向現代性的意義，不言而喻⁵，那麼，中醫又怎麼會、如何能不重視它呢？又，如果應該必須給予高度的重視、積極發展對細菌學的認識，但在以「氣」論為主的傳統醫學知識體系中，如何無中生有的去論述「細菌」呢？本書即欲梳理這段歷史、一種可能。最後也將探討：又是甚麼因素，導致了中醫在現代性的發展中把細菌這個因子

1 Angela Ki Che Leung, *Leprosy in China: A History*. (New York: Columbia University Press, 2009).

2 Angela Ki Che Leung and Charlotte Furth (Eds), *Health and Hygiene in Modern Chinese East Asia: Policies and Publics in the Long Twentieth Century*. (Durham: Duke University Press, 2011).

3 梁其姿以自己曾身體不適就醫的親身經驗為例，詢問的西醫說她的症狀屬於中風，需要服12天藥錠以治療控制；但另一位她熟識的中醫，則認為是風寒侵入經絡，這與中醫的外感六氣的理論有關，中醫對於她服西藥的行為頗感不滿，但見到西藥有一些療效，就不再加以制止，而中醫則繼續使用針灸幫她治療，並強調，她的病還是風寒。這段求醫經歷可參考筆者所轉貼的訊息 <http://tw.myblog.yahoo.com/medicine-history/article?mid=527&prev=528&next=525> (2011/03/30)。

4 現代中醫的課程中，仍會有一些基礎細菌學、生物學的知識，例如「感染症學」等，但那又與實際進入實驗室「研究細菌」有一段差距，即使現代中醫在臨床辨證、給藥時，也不會特別將細菌種類或特性考慮進去。課程可參考 <http://web1.cmu.edu.tw/courseinfo/query.asp> (2011.04.01)

5 Sean Hsiang-Lin Lei, "Microscope and Sovereignty: Constituting Notifiable Infectious Disease and Containing the Manchurian Plague". In Angela Ki Che Leung and Charlotte Furth (Eds), *Health and Hygiene in Modern Chinese East Asia: Policies and Publics in the Long Twentieth Century*, pp. 73-108.



給忽略掉了呢？⁶

一般人不會特別想到「細菌」這個看不見的敵人，許多人所藉以描述的，只在於疾病的具體表象及其所帶來的影響。在1957年諾貝爾文學獎的得主——存在主義作家卡繆（Albert Camus, 1913-1960）的筆下，瘟疫是「一個狡詐的、頑強不退的敵人；它是一個老謀深算的組織者。」⁷透過書中主人翁李爾醫生的敘述，顯現出醫學是克服人類疾病的重要事業。⁸著名文豪薄伽丘（Giovanni Boccaccio, 1313-1375）更傳神的形容傳染病來臨時之慘況：「沒有人送他們（病死之人）的葬，沒有人為他們流一滴眼淚，因為現在人們的生命是和禽獸的生命一樣沒有什麼價值了。」⁹可以說疾病的歷史，很大的一部分就是人群保衛生命並捍衛健康的奮鬥史。透過薄伽丘筆尖，還傳達了一切阻止疾病的辦法——如果連醫學也無法阻止，那將是人類最可怕的劫數，他說：

雖然我們曾用盡人們的知識和遇見所能提出的方法，例如把全城穢物弄清，把那些可疑的人們驅逐出境，來防止它，也是無效，而一切醫生會議所提出的計畫，以及常常舉行的神像巡行及祈禱，也是徒然。……對於這種病症的醫治，醫學的知識和藥物的力量都無能為力。不知是因為這種症候是無可救藥的死症；抑或是因為那些醫生們不認識這個病，總之是不能找著正當的治法。¹⁰

和卡繆一樣，反射出醫學發展水準與人類健康的相對重要性；當醫生或醫學沒有辦法適當處理疾病，一般人更將手足無措。而史學家總是賦予事實更多面向的詮釋，所以著名史家修昔底德（Thucydides, 約公元前460-前396年）在其政治軍事史名著《伯羅奔尼撒戰爭史》（History Of The Peloponnesian War）中也對戰爭之疫做出忠實描繪。作為一位令後世稱讚的史家，他必須忠實的記載這次瘟疫（可能是斑疹傷寒）的影響，包括病患的症狀、病容、康復或死亡在內的史實，都鉅細靡遺的展現在書中。他說：

在記載上從來沒有那個地方的瘟疫像雅典的瘟疫一樣厲害，或者傷害這麼多人。起初，醫生們完全不能醫治這種病症，因為他們不知道正確的醫療方法。事實上，醫生們死亡最多，因為他們經常和病者接觸。任何技術或科學都毫無辦法。¹¹

6 從「現代化」到「現代性」的反思，代表一種改變，扭轉了過往將現代化、西化看成是一個光明的進化過程，也指出了原現代化理論的內在限制和壓抑的性質。不將現代化看作是一元單線歷史目的論的產物，而是將其放在多元的歷史空間內加以理解。筆者以為近代中醫史的例子足堪典範，中國醫學之發展並沒有如（西醫）預期般地完全倒向西方，這也是本文大框架的預設之一。理論可參見許紀霖、陳達凱主編，《中國現代化史·第一卷·1800-1949》（上海：學林出版社出版，2006年），序言頁1-6。

7 卡繆（Albert Camus）原著，孟祥森譯，《瘟疫》（La Peste）（臺北：桂冠圖書股份有限公司，1996年），頁170。

8 林耀德，〈反叛、自由與熱情〉，收入《瘟疫》，頁14。

9 薄伽丘（Giovanni Boccaccio）著，綠影譯，《十日談》（Decameron）（臺北：長歌出版社，民64年），頁22。

10 薄伽丘（Giovanni Boccaccio）著，綠影譯，《十日談》，頁16-17

11 修昔底德（Thucydides）著，謝德風譯，《伯羅奔尼撒戰爭史——雅典斯巴達戰爭史》（臺北：臺灣商務印書館，2000年），頁142-145。



修的著作也同樣展現醫療技術發展的關鍵地位，在於直接判斷疾病並處理它所帶來的正面威脅。只是，這些論述都只是在歷史研究中不甚起眼的一隅。在品讀古代典籍時，史學家會自然的受到他們對疾病的淺薄認知，例如針對某些現今為人們所知曉並已被克服的疫病，在評估以往對歷史發展所造成的種種衝擊上，往往容易被生活在現代的史家視為誇大之論。於是，傳染病的歷史在過去一直是古生物學者的研究範疇，常常只是被「興致勃勃的抄寫，記下一堆基本上沒有什麼意義的數據。」¹²歷史學家也甚少將細菌學放入論述中，因為那更加專門；但是，細菌與我們日常生活疾病史關係密切，它的歷史，夾藏著醫學史上人們對疾病的各式認知和解讀之歷程，其重要性不言可喻。¹³根據考古人類學家對人口統計學的研究，傳染病在歷史上奪走的性命，其數量遠超過戰爭加上自然災害的總和，而細菌和病毒更是超越真菌和寄生蟲¹⁴，成為導致古代人類死亡的主因。¹⁵

另一套認知疾病的體系，存在於傳統中醫認識自然與身體的各種關係，靠的是對「氣」的解釋。在中醫學史的領域內，理解「外感熱病」（以下簡稱「熱病」）被視為是治療一切疾病方法之開頭，而它也通常是傳染病的代名詞。¹⁶根據醫史與實際治療的情形，現代學者歸納，大概有幾種病症可以列入所謂外感病的範疇，但本文鎖定的目標，

12 Willim H. McNeill 著，楊玉齡譯，《瘟疫與人——傳染病對人類歷史的衝擊》（臺北：天下文化出版，1998年），頁1-2。

13 通論著作可參考：William Bulloch, *The history of bacteriology*. (New York: Dover Publications, 1979, c1938). 關於細菌學對歷史產生的影響，例如 David S. Barnes 用法國在19世紀末細菌論述對公共衛生事業大幅進展的影響，以及人們社會生活的改變為例子，來論述細菌論的歷史作用。參考 David S. Barnes, *The great stink of Paris and the Nineteenth-Century struggle against filth and germs*. (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006). 至於20世紀初在美國的例子，可以對照發現隨著細菌論的強化，更大程度上影響了美國人的日常生活和醫學檢驗等，可參考 Nancy Tomes, *The gospel of germs: men, women, and the microbe in American life*. (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1998). 其他相關西方研究，散見各章論述，此處不贅敘。

14 必須說明的是，其實約有75%傳染病的病源是「病毒」而非「細菌」。（參考李順保、王自立主編，《病毒性疾病中醫診療全書》（北京：學苑出版社，2007年），「前言」，頁1-3。）但是民初的顯微鏡還不能有效的觀察病毒，所以許多疾病雖然是由病毒所導致，但當時仍被說成是由「細菌」導致，如流感就是一個最好的例子；加上翻譯的問題，當時一般稱熱病之病源體，還是多以細菌來指稱，較為普及，請參閱第五與七章的論述。至於「微生物」一詞，在當時也常被使用，但本文因未包括對寄生蟲病史的論述，所以不以該名詞作為命題，以免造成讀者誤解。

15 西方人類學者提供一個很有意思的觀點，即古代社會沒有抗生素，人們缺乏對身體脫水情況下正確補充水份等知識的了解，死亡率也會更高。有一種說法指出，考古遺址中發現大量未成人骨骼所代表的年輕個體，可能就是死於某種急性爆發性傳染病，因為機體還沒有足夠的時間產生可觀察到的骨骼病理改變。出自（英）夏洛特·羅伯茨、基斯·曼徹斯特等，《疾病考古學》（濟南：山東畫報出版社，2010年），頁179。

16 關於外感熱病，中國醫學有如下之定義：「熱病，是指由外感六淫導致的急性發熱性疾疾病，即中醫的傷寒與溫病（包括瘟疫）。」引自時逸人原著，時振聲改編，《外感熱病證治要義》（北京：中國醫藥科技出版社，1996年），頁1。在中醫的領域內，「外感熱病」包含了許多由古代傳衍與新創的幾個流派與學說，例如有「通俗傷寒派」、「溫病派」、「瘟疫派」、「經典傷寒派」等分類，他們彼此爭鳴，卻也在學理上互相影響、融合（引自單書健、陳子華編著，《古今名醫臨證金鑑·外感熱病卷（上）》（北京：中國中醫藥出版社，1999年），提要，頁1-19）。在SARS流行的期間，外感熱病的歷史又被重視起來了，許多人欲從熱病歷史中求取治療的實際經驗，中國醫學針對各種傳染性疾病的觀察，微生物本不在其論內，而是以最一致的臨床特點——「發熱」，來命名這類疾病，所以又叫「熱病」（例如曹東義主編，《中醫群英戰SARS——SARS與中醫外感熱病診治規範研究》（北京：中醫古籍出版社，2006年），頁4-13）。為什麼加「外感」呢？因為發熱疾病太多了，許多內臟損壞或發炎（如關節炎）的疾病，甚至罹患寄生蟲疾病，也會發熱，這樣廣泛的論述下去，是沒有邊界的。所以加「外感」二字，亦即感受風、寒、暑、濕、燥、火（稱為六淫或六氣），以及「毒」或「疫氣」，它們皆由外界而來，故冠上「外感」之名，用以區別其他發熱性疾疾病。



是那些由外感六淫（包括癘氣）侵入人體而出現的病邪傳變，以及臟腑氣血受損所導致的疾病，相當於西醫的傳染性疾病與感染性疾病，而中醫探討這些疾病的歷史，主要集合在傷寒與溫病類的醫書中。¹⁷時逸人（1896-1966）曾說：「傷寒、溫病與傳染病（即廣義的熱病），不但為中西醫爭執之焦點，亦為中醫經方派、時方派門戶之爭端……傷寒、溫病之治療，實為中醫全部精粹之所在。」¹⁸由此可看出熱病體系的重要性。如果把近代細菌學傳入中國這一影響拉進中醫史一起看，透過探討熱病體系的傳衍與改變，不但可以理解中醫外感熱病史的近代發展脈絡，也可以挖掘中西醫在交會時，在疾病解讀上的歷史轉型，意義甚為重大。何況，每個時代都有其特別之疾病與醫療文化，梳理不同時期的疾病史，不但具有醫學上的實用或借鑑目的，對於歷史學者來說，也是一條新的、探索歷史議題與構築社會文化風貌的好題材。正如陳勝崑（1951-1989）所言¹⁹：「以疾病史的眼光來看中國歷史的演化，其結果必將與以往用政治史、家族史的角度來分析或解釋歷史所得的圖片，完全異樣。」²⁰但是，歷史的主體是人，而非病菌或疾病之本身，在整個醫史方法與研究成果的綜合檢討上該如何展開，仍有不少值得檢討的空間。特別是在醫療史研究已經漸漸邁向成熟的臺灣，已經有不少學者的成果問世，本文在緒論希望能先透過梳理過往之研究與整個臺灣學界發展之動向，再輔以其他地區學者的一些著名研究，結合筆者之關懷，提出一些新的研究醫史、特別是疾病方面論題之方向與思考，作為本書的破題，希望能提供給讀者一些新的思考。

第二節 回顧的核心——臺灣的中國醫史之原始脈絡

針於臺灣內的醫療史、疾病史的研究回顧，筆者曾於碩論首章和後來發表的論文、專書、書評內談到不少，這裡就不再重複敘述。²¹現在，筆者漸漸開始思考起自身所處

17 其他幾種可歸入「外感病」範疇的，太過廣泛，根據今人研究，尚包括：一、雖無明顯的感受六淫的原始病因，而其證候發展卻符合傷寒六經或溫病衛、氣、營、血之傳變規律者，如急性胰腺炎，其傳變過程可出少陽、陽明、厥陰等六經證候；二、雖無明顯的外邪傳變規律，但中醫傳統認為由外感六淫所致的病證，如蕁麻疹；三、寄生蟲病。中醫傳統理論將腸寄生蟲病歸入「不內外因」，但腸寄生蟲幼蟲感染會出現典型的外感症候，而寄生蟲病中的瘧疾則歸屬於外感範疇，蛔厥在《傷寒論》中被列入厥陰病，其傳變亦可見少陽、陽明證候，其原始病因則為蛔蟲竄入膽管（不是感染）。以上參考柯雪帆、趙章忠、王育群主編，《中醫外感病辨治》（北京：人民衛生出版社，2001年），前言部分。但必須強調的是，這是現代醫家搜尋古代病名而下的定義，實際上近代中國像是寄生蟲病也會被放在細菌論述內一起看，則又與外感病的論述有所交集，但還是必須在此交代，本文仍以傳統傷寒與溫病的範疇來看，寄生蟲病尚牽涉內科雜病、小兒病範疇，故暫且不論。

18 時逸人，《中醫傷寒與溫病》（臺北：力行書局，民84年），自序，頁3。

19 可參考洪萬生，〈懷念科學史少年英雄陳勝崑〉，收入《科學月刊》354期（1999.6），頁506。

20 陳勝崑，《中國傳統醫學史》（臺北：時報文化，民68年），頁13。

21 皮國立，《當中醫臟腑生理遇上西醫解剖形質——唐宗海（1851-1897）的中西醫折衷身體觀析論》（臺北：國立臺灣師範大學歷史所碩士論文，2004年）。以及〈探索過往，發現新法——兩岸近代中國疾病史的研究回顧〉，《臺灣師大歷史學報》35（2006.6），頁251-278。比較新的研究，可參考陳秀芬，〈醫療史研究在台灣（1990-2010）——兼論其與「新史學」的關係〉，《漢學研究通訊》29.3（2010），頁19-28。以及蔣竹山，《當代史學研究的趨勢、方法與實踐：從新文化史到全球史》（臺北：五南，2012年），特別是第四章。有關中醫疾病史的回顧，則可參考林伯欣，〈中醫疾病史研究回顧〉，《古今論衡》14期（2006.05），頁98-112。其他有關近代衛生史視角的相關研究，近年來也出現相當多，例如 Ruth Rogaski, *Hygienic modernity: meanings of health and disease in treaty-port China* (Berkeley:



之學術大環境與這門學科的定位。作為一個學習醫史的小學徒，筆者須以一種身在其中、很誠懇、誠實的態度來面對自己過去、現在和未來可能陪伴研究歲月一輩子的研究領域——醫療史。特別要點出，個人所身處的臺灣，對整體中國醫療史的研究有什麼價值與意義，並借用對研究熱病史的一些心得，夾敘夾議，對醫療史未來的走向與發展提出一點管豹之見。

臺灣醫療史研究的脈絡，大體上可分為「內史」與「外史」兩個系統。這樣分類雖不是非常嚴謹的辦法，但也足以凸顯臺灣早期和較近期醫史發展之截然不同的特色：由醫者視角出發和由史家視角出發所寫的醫史，將呈現之不同風貌。這樣的分法，將引導我們思考新醫史的道路。

專門治醫史的史家，不管是在臺灣還是 1949 年以前的大陸，其實嚴格來說都不存在。陳邦賢（1889-1976）、謝利恆（1880-1950）、伍連德（1879-1960）、甚至是李廷安（1898-1948）²²、丁福保（1874-1952）等人都非專業的醫史家，而是醫生。丁福保在 1914 年譯述的《西洋醫學史》內即言：「醫學之醫史的知識」，就是要釐清醫學作為一門科學，它在歷代的突破與發明。這樣的陳述滿是進步史觀，雖然他的研究具有「內史」的味道，但已注意到外國之醫家地位（對社會與國家）和歷史地理病理學等等²³，未嘗不能視為與今日喊得震天價響的社會史、環境史接軌²⁴，但那些都是外國醫學史的發展脈絡，丁只是介紹，而沒有提出從環境或社會文化視角來研究醫史的口號，故也未成為「內史」論述的主軸。又如秦伯未（1901-1970）撰寫之《國醫小史》，大抵以檢討歷代醫學發展的成就與阻礙為撰寫目的，並為當時中醫面臨的危機提供解決之道。他說：「今日醫學可謂退化時期。」²⁵該語可能與他所處的時代有關，「人們像自己的時代，更勝於像自己的父親」²⁶，當時醫史具有很強的時代性格，而撰著多是圍繞著醫生與醫學發展為主，這是沒有問題的。

London: University of California Press, 2004). 此書已由江蘇人民出版社（南京）翻譯成中文，關於其書評可參考張淑卿，收入《中央研究院近代史研究所集刊》57 期（2007），頁 193-199。張泰山的《民國時期的傳染病與社會：以傳染病防治與公共衛生建設為中心》（北京：社會科學文獻出版社，2008 年）；劉榮倫、顧玉潛的《中國衛生行政史略》（廣州：廣東科技出版社，2007 年）；張大慶的《中國近代疾病社會史》（濟南：山東教育出版社，2006 年）；鄧鐵濤的《中國防疫史》（南寧：廣西科學技術出版社，2006 年）；王書城的《中國衛生事業發展》（北京：中醫古籍，2006 年）；朱德明的《民國時期浙江醫藥史》（北京：中國社會科學出版社，2009 年）等等，無法一一介紹。但衛生史視角出發的研究，不可諱言的，受西方醫學衛生史影響甚大，能夠反映多少中國社會之特色與實際醫療狀況，還可商榷。並且，談公共衛生往往忽略中醫的角色，即使個別研究有談到一些，也無法解釋中醫理論和衛生之間的深層關係，要加以突破，非創新研究法不可，詳下。

22 李廷安曾寫過：《中外醫學史概論》（北京，商務印書館，1947 年）。

23 參考丁福保，《西洋醫學史》，收入《民國叢書·第三編·科學技術史類 79》（上海：上海書店，1991 年），頁 1-3。

24 環境史內的疾病史研究，在近年來也是學界較新的研究焦點，與疾病史較有關係的成果，可參考 Mark Elvin, Liu Ts'ui-jung(ed.), *Sediments of time: environment and society in Chinese history*. (Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1998). 西方環境史的研究更多，不在此一一介紹。

25 民國·秦伯未，《國醫小史》（上海：上海中醫書局，1931 年），頁 22B。

26 布洛克引阿拉伯諺語。Marc Bloch, *Feudal Society*, trans. L. A. Manyon (Chicago: The University of Chicago Press, 1961), p.148.

在臺灣，早期研究醫史的學者，也是以醫生或所謂科學家為主的「內史」學人。而他們撰寫醫史或翻譯醫史著作的抱負，就像臺灣早期由醫生翻譯的《西方醫學史》序言中所說的：「能對醫學知識的發展史有更深刻的了解，並對自己所從事的事業有一尊重之心。」²⁷足見當時醫史設定的讀者群仍屬醫生為最多，故撰寫醫史的責任落在醫生或有志於醫學教育者，希望能對醫生的智識與見解有所貢獻，這點殊無疑義。杜聰明（1893-1986）和陳勝崑（1951-1989）的研究，可為代表。杜的成就非凡，一般人並不會特別想到他曾寫過醫史²⁸，而主要還是從醫學、科學家、開臺第一位醫學博士的角度來看待他的事業。²⁹陳勝崑則相當不同，他在醫史研究的成就，應超越了他在本業（精神醫學）上的貢獻。他是個很特別的例子，根據在國立臺灣師範大學歷史系服務很久的林小姐談起他，她依稀記得陳每次到系圖總是靜靜地蒐集資料、不太愛講話；而出身醫學系的他，卻熱愛歷史與人文，這似乎讓他飽受來自家人的壓力，最後竟致英年早逝。³⁰當筆者踏進近代醫史這一領域時，那本薄薄的《近代醫學在中國》是我喜歡反覆閱讀的通俗著作。³¹陳的奮鬥與不幸，凸顯了醫生治醫史的最大問題：不務正業！醫史並不能穩定地成為醫生學術研究之一門傳統，在臺灣確實曾有這種現象。

70年代至80年代中期，先後有劉伯驥、鄭曼青與史仲序等人的著作問世³²，大抵是將各科醫療技術發展、分期、藥物、歷代醫藥大事、醫家傳記或疾病等做一敘述，主要希望藉研究中醫學史來強化中醫、甚至是中華文化發展之信心，或是作為醫學生的上課教材而撰寫。這些作者已不完全是醫生，例如史寫過《中國文化史》與《中國現代史》³³、劉則寫過《春秋會盟政治》、《唐代政教史》等等。³⁴故臺灣在很早之前，就已逐漸打破醫史非醫生不能寫的禁忌了。曾任教於中國醫藥大學的陳太義說：「竊嘗以為於此半世紀來，國內中國醫史之專論，作者以西醫學人為多，歷史學人次之，中醫學人又次之，科學家、儒家最少。」³⁵這樣看來，史家所寫的醫史，似乎數量並不算少。至於在大

27 Felix Marti—Ibanez 原著，葉頌壽、葉頌熙合譯，《西方醫學史》（臺北：當代醫學雜誌社，1978年），譯序，頁1。本書將近有一半篇幅，自96-186頁，是幾位醫師，包括陳勝崑、葉頌熙、賴其萬、陳定信、葉頌壽等人的短篇著作或譯作，可以看出當時醫界對醫史知識的渴望與興趣。

28 杜聰明，《中西醫學史略》（臺北：中華大典編印會，民54年）。

29 例如楊玉齡，《一代醫人杜聰明》（臺北：天下文化，2002年）；或是鄭志敏，《杜聰明與臺灣醫療史之研究》（臺北：國立中國醫藥研究所，民94年）。最近的研究還有雷祥麟，〈杜聰明的漢醫藥研究之謎：兼論創造價值的整合醫學研究〉，《科技、醫療與社會》，《科技、醫療與社會》11期（2010），頁199-284。

30 相關回憶，可參考廖運範等著，《陳勝崑醫師紀念集》（臺北：橘井文化事業，民81年），頁15-71。

31 其他則還有《中國傳統醫學史》（臺北：時報文化出版事業有限公司，1979年）及《中國疾病史》（臺北：自然科學文化事業公司，1981年）等等著作問世。

32 劉伯驥著《中國醫學史》上、下冊（臺北：華岡出版部，1974年）。鄭曼青、林品石編著《中華醫藥學史》（臺北：臺灣商務印書館，1982年）及史仲序著《中國醫學史》（臺北：正中書局，1984年）。

33 史仲序，《中國文化史》（臺北縣板橋市：史正心發行，1991年）以及《中國現代史》（臺北縣板橋市：史正心，1995年）。

34 劉伯驥著，《春秋會盟政治》（臺北：中華叢書編審委員會，民66年）以及《唐代政教史》（臺北：臺灣中華書局，民63年）。劉的著作更多元，無法一一介紹，可自行查閱。

35 陳欽銘，《中國醫經醫史研究論集》（臺北：啓業書局，民77年），陳太義序，頁7。



學任教的，有教授醫療史相關課程的，大概可舉任育才的例子，他在中興大學歷史系任教，寫過不少醫史的文章³⁶，而他本人也同樣是研究唐史的專業史家³⁷。不過，當時醫史研究的問題在於：史家撰寫的醫史著作仍屬業餘或零星，甚至可以說無法成為一代史家研究之主體，更無所謂成就一家之言的可能。臺灣需要的，反而是一種風氣、一種史家做醫史的傳統、方法之建立。

當然，這段期間醫生所寫的醫史也不絕如縷，但著作較有系統的作者，還是屬於具有一些歷史學訓練背景的。陳欽銘任教於中國醫藥學院，早期也寫過醫經醫史的專著，他就具有史學訓練的背景。³⁸他寫作的目的在於：「使古代諸醫者之治驗各證，能為當代人所明瞭」、「為史學做部分之補苴，為醫者發潛德之幽光」³⁹，一方面透過解析歷史來為傳統醫理、病理進行史料探求之「科學化」解釋之基礎、並且彰顯中國文化與中醫之價值，兼具教育與強化中醫信心之作用。

在 80 年代末至 90 年代後，醫學通史的市場，已轉變成大陸醫史學者的著作在臺灣出版為主的風尚⁴⁰，已非臺灣本土的醫療史思維，而臺灣史家的醫療史，則正開始預備發光發熱。此刻已非醫生、非醫生的分野，而是新、舊方法的問題了。

第三節 史家的第一代新醫史之路

在臺灣，新的、由史家所主導，不是專為醫學院或醫生教學而寫的醫療史研究風潮，是最近二十年的事情。就像劉士永曾和筆者論及，臺灣這批新醫療史學者活動力很強、文章產量也很可觀，這是他們能迅速闖出名號，受到國際漢學界矚目的最大原因。面對這些豐碩的研究成果，筆者無法、也不打算娓娓道來每一位學者研究的主題。除了梳理簡單的脈絡外，以下還是圍繞著疾病史為主，以及對醫史未來發展的展望與本論文主題相關之內容來談。

杜正勝指出，臺灣的生命醫療史研究系譜，最重要的里程碑莫過於 1992 年史語所「疾病、醫療與文化」小組成立，至 1997 年 6 月第一次舉辦「醫療與中國社會」學術研討會之間。不過，在此之前，不能忽略梁其姿的貢獻。早在「疾病、醫療與文化」小組成立之前，她就已經發表過不少有關醫療史的文章，而且更趨近後來社會、文化視角的醫史。甚至有很大的一部份，梁在大量利用明清方志的基礎上，來構築一個底層社會的

36 例如任育才，〈唐人的預防醫學思想——以孫思邈為例〉，《興大歷史學報》1 期(1991.2)，頁 25-32 以及〈漢唐兩文帝病癰所引起的政潮〉，《興大歷史學報》7 期(1997.6)，頁 15-26 等等。

37 例如任育才，《唐型官學體系之研究》（臺北：五南，2007 年）。

38 陳欽銘畢業於國立師範大學史地系、中國文化大學史學研究所碩士，後經由特考考上中醫師，曾執教於中國醫藥大學。參見陳欽銘，《中國醫經醫史研究論集》（臺北：啟業書局，民 77 年），張齊賢序，頁 4。

39 陳欽銘，《廿四史醫者病案今釋》（臺北：啟業書局，民 75 年），序頁 1。

40 例如甄志亞、傅維康主編，《中國醫學史》（臺北：知音出版社，1994 年）。



可能圖像，而醫療救濟事業往往根植其中。⁴¹她接下來幾篇論文，涵蓋了醫者⁴²、婦女與社會⁴³、底層醫療狀況與醫療技術如何落實的問題。⁴⁴談到疾病史，大概也是梁的研究中最有特色的一環，例如她早期對天花以及後來對麻瘋病與種痘技術在社會文化之間傳衍的關懷。她在研究中不斷強調社會與文化對疾病史研究的重要性，比如她認為種痘術不是從「正統醫學」的思想中衍生出來的，應該從民間來考察，而促成這項技術的普及，則與商人、仕紳與地方官有密切關係。⁴⁵不過，種痘術是個很特別的例子，許多疾病的生成與演變的脈絡，應該要從醫籍中來探求，梁也注意到了這一點，至少在麻瘋病的研究中，她已進行了「疾病概念」的歷代考證，不過在她的研究概念中：「『疾病概念』的形成，顯然不單是醫學知識的問題，更牽涉著複雜的社會文化因素。」乃其中心要旨，形成了她疾病史研究的特色⁴⁶；包括後來她對麻瘋病的近代隔離之研究，也注意到國際因素的推動（熱帶醫學與殖民主義）以及中國社會本身的力量（麻瘋病與民族主義的關係）。⁴⁷近來，她呼籲研究近代中國醫學史必須注意中國的本土性格，思索西方的概念或科學如何在中國落地生根，而不是單一從西方觀點來看中西醫的問題。⁴⁸她也曾指出中國醫學的發展是內在體系的轉變，而不是靠著政府或醫者以科學實驗來發明之；基本上，政府訓練的醫者，如太醫，並無法完全引領醫學理論的發展。⁴⁹據此，我們理解醫學體系的「轉型」，也許應該從醫學理論的本身變化來進行探索？筆者想起了她過去在論文中談的：「十九世紀以來，現代西方醫學對中國有很大的影響，我們不易分辨疾病概念裡的傳統醫學因素與西洋醫學因素。」⁵⁰也許，梁已開始注意到中國近代醫療的多元性，並獨具慧眼的點出：同時理解中西醫的概念，將會是更艱鉅的醫史任務。⁵¹

41 可參考她早期的代表作梁其姿，《施善與教化：明清的慈善組織》（臺北：聯經出版事業公司，1997年），如頁67、95-96的例子。

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

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

44 梁其姿，〈宋元明的地方醫療資源初探〉，《中國社會歷史評論·第三卷》（北京：中華書局，2001年），頁219-237；以及〈明代社會中的醫藥〉，《法國漢學·第六輯》（北京：中華書店，2002年），頁346-347，和〈疾病與方土之關係：元至清間醫界的看法〉，收入李建民主編，《生命與醫療》（北京：中國大百科全書出版社，2005年），頁357-389等等文章。

45 梁其姿，〈明清預防天花措施的演變〉，收入楊聯陞、全漢昇、劉廣京主編，《國史釋論：陶希聖先生九秩榮慶祝壽論文集》（臺北：食貨出版社，1987年），上冊，頁239-253。

46 梁其姿，〈麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.2（1999），頁399-438。

47 梁其姿，〈麻風隔離與近代中國〉，《歷史研究》5期（2003），頁3-14。專書則見本章一開頭之註釋。

48 梁其姿，〈醫療史與中國「現代性」問題〉，收入《中國社會歷史評論》第8卷（2007），頁1-18。

49 Angela Ki Che Leung, "The History of Diseases in Pre-modern China," in *The Cambridge History and Geography of Human Diseases*, ed. Kenneth F. Kiple (Cambridge University Press, 1993), p. 360.

50 梁其姿，〈麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.2（1999），頁401。

51 在筆者修改書稿的同時，梁其姿院士將其論文集結成冊，彰顯她近年來對醫史研究的整體成果，有興趣的讀者可以直接參閱：梁其姿，《面對疾病：傳統中國社會的醫療觀念與組織》（北京：中國人民大學出版社，2012年）。



然而，一個新領域內只要不斷有不同觀點、不同角度的學者紛紛投入，分析歷史的方法變多了，原來的難題與阻力也會逐漸減少。目前，臺灣研究醫療史的重鎮，當以史語所為主。杜正勝是早期的推動者之一，他指出：中國醫療史的研究向來著重於醫理、症候、方藥、醫案、醫說和醫家等方面，他早先提出幾個在新社會史意義之下的醫療史課題：例如對身體的認識與文化意義、醫家的歸類（與巫、道、儒的關係）、男女老幼的家族史、醫療文化交流與醫療所反應的大眾心態等等；這種醫療史必須是「有機而全面的」，可以成為思想史、臺灣史或民俗風情等等研究的著色劑。這些都和過去醫家所著的醫史有不少差距。⁵²起先，杜想要探索歷史中「人」在哪裡的問題，顯然是依循著他提出的「新社會史」中「人」與「生命體認」層次上的探索。⁵³從這點來看，梁其實最先看到了社會層面的醫療，而杜則補上了人的生命與身體等課題與意涵。而且，杜認為醫療歷史是非常貼近實際人生的學問，他說：「人類歷史上因生老病死而締造的文化、宗教之外，醫療毋寧更佔絕大的份量。我們研究社會的著眼在於人民的歷史，故把醫療史當作社會史來研究以彌補以往史學的缺憾，使歷史研究能真正落實到具體的人生問題。」⁵⁴秉持此一前提，杜認為過去傅斯年（1896-1950）提出新材料、擴充新工具之外，現在應可以擴充新領域，而史語所包括生命醫療史研究室在內的幾個「專題研究室」，正是這類嘗試的起步。他並期許最終「學術傳統自然就形成了」。⁵⁵

不過，杜先生只是率先提出醫療史研究的一些新見解，後來即忙於行政職務，先後擔任故宮院長和教育部長，而且他開始注意臺灣史的研究視角，故中國醫療史的研究後來已非其研究生涯中持續、長久的規劃領域。應該說「學術傳統」的建立光靠一個人的理想還是不足，必須依賴源源不絕的後起之秀，這個學問的基礎才會穩固。現在來看，當初醫療史在杜之「新社會史」中還只是十二項主題中的「生命體認」而已，只佔一項⁵⁶，並不算杜提出之新社會史中最凸出的一支，明顯地是後來經過不少學者的耕耘，這條醫史之路才逐漸平坦。現在看起來，新社會史當初所列的項目有些細微繁瑣，真正卓然成家的領域，只有在幾個項目，醫療史是一個代表，就如杜後來回憶所言：「這是過去十年臺灣史學最具代表的貢獻。」⁵⁷

關於這批後起之秀，杜曾簡單介紹⁵⁸，綜合一些資料與成員的回憶來看，他們最可貴之處在於團體之研究，以及彼此研究的興趣不同，卻都能從某方面的醫療史問題來著

52 整體分析可參看杜正勝，〈作為社會史的醫療史〉，《從眉壽到長生——醫療文化與中國古代生命觀》（臺北：三民書局，2005年），頁1-36。

53 杜正勝，〈什麼是新社會史〉，收入氏著，《新史學之路》（臺北：三民書局，2004年），頁36-37。

54 杜正勝，〈作為社會史的醫療史〉，《從眉壽到長生——醫療文化與中國古代生命觀》，頁35。

55 杜正勝，〈新史學基地的剖析——史語所七十年〉，《新史學之路》，頁292-293。

56 杜正勝，〈什麼是新社會史〉，收入氏著，《新史學之路》，頁25-28。

57 杜正勝，〈新史學之路——兼論臺灣五十年來的史學發展〉，《新史學之路》，頁16。

58 杜正勝，〈從醫療透視歷史〉，《從眉壽到長生——醫療文化與中國古代生命觀》，頁64-78。



手，成就其合作之一面。李建民指出，當初「疾病、醫療與文化」研討小組最令他動容的，不在於一篇篇具體研究，而是同儕之間的「學術團隊」。因為就像顧頡剛（1893-1980）的經歷那樣⁵⁹，沒有一個持久合作的學術團隊，學術刊物也是時辦時停，只好隻身研究，研究論點「人息政亡」，根本不可能累積成一個可大可久的學術傳統。⁶⁰

要形成傳統，畢竟不是易事，特別是在氛圍相對比較保守的學界內，更是如此，還可能擔負門派之見或打壓後進的帽子，但個人關起門來做研究，究非長遠之計。醫療史當初在整個史語所的傳統內，完全是個異類。從早期所辦之「『潔淨』的歷史」研討會為例來說，當時林富士撰寫了一篇文章，提到有歷史學界的前輩質疑：史語所怎麼會辦這種充滿「人類學」色彩的研討會？即使是人類學者，也對這種論題的歷史研究感到不以為然，林當日還在苦思醫療史的「界域」問題。當時舉辦的幾場論文發表，還不完全由歷史學者所獨占，林富士認為，應該要打破各學科的界域，勇敢做一個學術界的「雜種」。⁶¹可見一個新領域、新論題要在學界站穩步伐，是一件相當不易之事，學術「傳統」背後的建立過程，異常艱辛，本章不過論其萬一，僅能幫這段歷程做些史學史意義的追論。

醫療史當初被認為很有人類學的味道，其實和史語所的編制有關。史語所當初成立之時，本來就是一個多學科的組成團體；現在更有四個學術組，包含三個學門，以醫療史的研究成果來看，人類學門的學者最多，歷史學組的其次⁶²，所以與醫療史與人類學學門的關係較密切，其來有自。⁶³回頭來談，學科之間的科技整合本來就非常重要，當初可以進行團隊合作，也是基於不同學科間存有「共同」的課題，例如人群、社會與文化等，而且在需要對方的協助前提上，這個學術團隊才可能存活下去。如果中心課題喪失，則各學科勢必分道揚鑣，這個團隊便面臨解體的命運。⁶⁴

在這樣的傳統漸漸建立之後，背後還有一些問題可供思索。首先，從大背景來

59 顧頡剛非常重視團隊合作與創辦期刊的影響力，也藉之以提攜後進。當期刊慢出或拖延時，它甚至會對編者（多為其學生）發出抱怨，因為顧非常重視期刊與讀者在閱讀之間建立起對刊物的信任。參考王學典主撰，《顧頡剛和他的弟子們》（北京：中華書局，2011年），頁134-142。關於顧的傳記，筆者認為情理兼具的還是顧潮，《歷劫終教志不灰：我的父親顧頡剛》（上海：華東師範大學出版社，1997年）。

60 李建民，〈一個新領域的探索——記史語所「生命醫療史研究室」的緣起〉，《古今論衡》1期（1998.10），頁61。現在臺灣歷史學者，忙升等、重評鑑、集點數，卻忽略了團體研究、合作共生的重要性，也許民初學者的建議可正此缺失？

61 林富士，〈「潔淨」的歷史〉，《古今論衡》2期（1999.06），頁78-82。當「新社會史」成立之時，杜正勝正好擔任人類學組的組長，從史語所的傳統來看，該組對民族學、體質人類學與民俗學等學科的關係，向來十分緊密。杜提倡醫療與生活面向的歷史，和當時他所處的學術小環境有很大的關係。參考王晴佳，《臺灣史學五十年（1950-2000），傳承、方法、趨向》（臺北：麥田出版，城邦文化發行，2002年），頁194。

62 關於人類學組的分出與挑戰，可參考杜正勝，〈舊傳統與新典範-史語所七十五週年〉，收入氏著，《新史學之路》，頁303-304、309-310。

63 醫療史與人類學組的關係，還可參考林富士，〈從除魅到牽亡：中央研究院歷史語言研究所人類學組的學術歷程〉，收入許倬雲等，《中央研究院歷史語言研究所七十五周年紀念文集》（臺北：中央研究院歷史語言研究所，2004年），頁89-118。

64 杜正勝，〈新史學基地的剖析——史語所七十年〉，收入氏著，《新史學之路》，頁289-292。



看，當初生命醫療史研究室成立之初的成員，例如王明珂、宋光宇、劉增貴、王道還等人⁶⁵，都已有其他的學術關懷，醫療史並不是他們研究生涯的主力。而有些學者，則還有其他的研究興趣，例如林富士的宗教史、李貞德的婦女史、祝平一的中西交流或科技史、李尚仁的科技史或STS等等。平心而論，每位學者都有屬於對自己學術生涯與學術專長歸屬的想法，並非壞事；但當醫療史作為一門剛站穩新傳統的學問時，過度分散研究焦點將導致研究團隊或主題的不一致；目前來看，醫療史在史語所總是有新的主題計畫在支撐著整個研究的向心力，開發新課題，並讓史語所外長於醫療史的學者一同參與，才讓這個傳統得以延續下去。⁶⁶其他值得討論的問題還有很多，例如醫療史研究與國內大學歷史系的合作比較少，在大學歷史系內之開課仍屬零星，培養的本土研究人才與其他熱門學科比較起來仍嫌不足；甚至是不是也可以更進一步地思索在醫學院開課的各種可能？要維繫這份傳統，顯然還需上層學者的戮力開墾，醫療史的研究才能更加蓬勃興盛。

第四節 內、外史的距離

前面稍微對整個臺灣醫療史學術的背景提出了一些鳥瞰式的檢討，就是希望這門學科能夠更加成熟。當然，在新課題與研究方法的開發上，也相當重要，首先，我們已知道內、外史的分別實在不應該成為醫療史發展的一種限制。最初去區別內、外史研究差異的，多為大陸學者，因為在1949年之後，撰寫醫史的大多是醫生，史家較少碰觸醫史，甚至不被認為有能力可以去處理如此專業的課題。⁶⁷但慢慢地，大陸學者開始看到一些醫生所寫「內史」的缺點。廖育群指出，大陸的醫史研究成果汗牛充棟，新學者要怎麼找到空白的「立錐」之地呢？他從日本學者山田慶兒的研究進路中獲得啟發，即：徹底擺脫類似內史「成就」與「科學性」的套路，而致力於對歷史現象、思想脈絡等加以理性的分析。⁶⁸近年來廖已退休，他更靈活地從日常生活經驗中去體驗、思索一個存在於社會中的醫學技術，我想，他的經驗或許是大陸內史研究轉型的一個初步指標吧。⁶⁹

65 生命醫療史研究室整理，《「生命醫療史研究室」工作成果報告》（臺北，史語所生命醫療史研究室藏，2001年），頁1。

66 例如史語所先後推出的「影像與醫療的歷史」計畫，請參考<http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/ih/index1.htm>以及「醫療的物質文化」先期計畫，參考<http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/mcim/news.htm>。

67 大陸的歷史學者，也漸漸開始關心醫療史，但是他們確實比較不談「內史」，而把所謂的醫療史定位為「醫療與社會」的歷史，而與臺灣的研究大方向有所接軌。可參考余新忠，《清代江南的瘟疫與社會：一項醫療社會史的研究》（北京：中國人民大學出版社，2003年）。以及氏著，〈中國疾病、醫療史探索的過去、現實與可能〉，《歷史研究》4期（2003），頁158-168。近五年來更漸漸注意到有關醫療、衛生史的國外研究概況，例如：李化成，〈西方醫學社會史發展述論〉，《四川大學學報（哲學社會科學版）》總144期（2006年3期），頁111-116。以及趙秀榮，〈英美醫療史研究綜述〉，《史學月刊》6期（2007），頁117-125。

68 廖育群，〈我所認識的山田慶兒先生〉，《古今論衡》2期（1999.06），頁112-113。

69 可參考廖育群最新的研究：《繁露下的岐黃春秋——宮廷醫學與生生之政》（上海：上海交大出版社，2012年）。



那麼，史家沒有能力鑽研醫（內）史？陳垣（1880-1971）、陳寅恪（1890-1969）都寫過有關醫史的文章，他們並非對傳統醫學一竅不通，因其都曾接觸、甚至學習過醫理。⁷⁰陳垣在1907年時進入美國教會興辦的博濟醫學院學習西醫，次年又轉入光華高等醫校（後改稱光華醫學院）就讀，他不但是該校董事，也是第一屆畢業生。他發表許多醫史文章，後來才漸漸轉向史學研究。⁷¹那個時代的人對醫學知識的掌握本來就與今日不同，甚至人人都懂得一點醫的。故嚴格來說，內、外史之間，原本不應該存在那麼明顯、不可逾越的界線。

但是，史家治醫史，不容置疑地會碰上許多問題，本文所探討之主題——中醫熱病學史的例子，也是如此。李建民現將研究的眼光轉向中醫外科，他已注意到相對於外科之內科文獻數量之龐大，特別是以熱病類文獻為最。⁷²當我們開始著手進行研究時，不管探討什麼樣的醫史文獻，史家都將碰上許多醫學名詞，光是談論「定義」，包括釐清這些名詞背後的語言變化、與其所代表之身體意義甚至是理論之解釋，就會遇著許多難以解決的問題；大陸的醫史研究者鄭金生就曾說：「中醫也撓頭的疾病詮釋問題。」⁷³例如在討論傳染病時，史學文獻中常有「瘟疫」、「疫」、「疾疫」、「疫病」、「疫厲」等名詞⁷⁴；而傳統中醫則又會使用較專業的「傷寒」、「溫病」、「熱病」、「時氣（病）」等名詞術語來說明某種在同一時期共有且症狀相似的疾病。這些名詞很難以今日的單一疾病來加以解釋命名，但近代學者多把這些疾病統稱為「傳染病」或「外感熱病」。如果我們不能深入醫學典籍與理論的世界中去思考疾病定義與語言的涵義，那麼，我們根本無法對某一種疾病展開任何解讀。從醫籍中來看，最早是以「熱病」或「傷寒」來代表具有近代意義的傳染病，所以《內經》統歸而言：「今夫熱病者，皆傷寒之類也。」⁷⁵其實這種歸類是非常籠統的，因為沒有實際的方藥與論述，看字面只能知道是描寫人體在疾病時「（發）熱」的感受與症狀。直到張仲景（150-219）撰著《傷寒論》時，結合實際疾病的辨證與經方之治療，才奠定了臨床醫學的基礎。他以《內經》治療「熱病」的學

70 陳寅恪的醫史文章與對中醫的看法，收錄於氏著，《寒柳堂集》（北京：生活·讀書·新知三聯書店，2001年），頁157-160、176-181、188-190。

71 陳垣最大的貢獻一般被認為是在史學研究方面，包括宗教史、元史、文獻學、中西交通史等方面皆有相當大的貢獻。他於醫學院畢業後，大約是在他28至33歲之間，先後在《醫學衛生報》、《光華醫事衛生雜誌》與《中西醫學報》上發表不少有關中國醫學史的文章與見解，是其對醫史學的貢獻。參見劉乃和、周少川等著，《陳垣年譜配圖長編》（瀋陽：遼海出版社，2000年），頁39-61。

72 李建民，《華佗隱藏的手術——外科的中國醫學史》（臺北：東大，2011年），頁204-205。

73 與鄭金生教授通信時所討論到的問題。

74 現代所知的傳染病種類繁多，但在春秋戰國以前，都以「疫」病來統稱。如《說文》云：「民皆病曰疫」，可見「疫」病帶有很強的傳染性。其次，古人也認為疫病是由鬼怪所帶來的，故而也有「疫，役也，言有鬼行役也。」詳見張綱，《中醫百病名源考》（北京：人民衛生出版社，1997年），頁48。近代學者多把文獻中的「疫」統稱為「傳染病」，林富士認為它應該更接近近現代醫學概念中的「流行病」（epidemic，林富士，《疾病終結者——中國早期的道教醫學》（臺北：三民書局，民90年），頁17）。這樣解釋有待商榷，因流行病有普遍性但是卻可以不具傳染性（詳見王建華，《流行病學》（北京：人民衛生出版社，2001年），頁1-2）而上述意義的疾病概念，卻都是有傳染性的，似乎言流行病包括了傳染性疾病在內較恰當。

75 郭藹春主編，《熱論篇第三十一》，《黃帝內經素問問譯》（北京：人民衛生出版社，1996年），頁192。



說為根基，以自然界「寒氣」為主而定的「傷寒」一詞，來論述當時大疫的原因、病理與治療的方劑，成為中醫學的典範。⁷⁶

熱病學術的歷代變遷，是有脈絡可尋、足供進行分期與分析的巨大知識體系。除了傷寒的脈絡外，就像《內經》所載：「凡病傷寒而成溫者，先夏至日者為病溫。」⁷⁷以及另一本文獻《難經》所統歸的：「傷寒有五：有中風，有傷寒，有濕溫，有熱病，有溫病，其所苦各不同。」⁷⁸「溫病」的概念在當時並沒有完全成形。隨後，隋代巢元方的《諸病源候論》問世，提出了「乖戾之氣」而互相感染「疫癘」，而有「病氣轉相染易，乃至滅門」的說法⁷⁹，但該書對傷寒和瘟疫的定義是模糊其詞的。⁸⁰宋代龐安時（1042-1099）與金代劉完素（約1120-1200）等人更提出「異氣」感觸而發病的理論，對於急性流行傳染病病因與治法的創議，皆不同於「外感病統歸《傷寒》六經治法」的局面⁸¹，對於溫病理論的創新有所幫助。⁸²

在明清以前，溫病的理論仍囿於古代傷寒體系中，沒有發展出獨立的系統知識；直到明末吳有性（1592-1672）的《溫疫論》問世後（1642），溫病學才算走出了一條新路。⁸³以現代科學來推論，吳氏所遇到的傳染病可能與張仲景所遇不同，病毒也具有產生演化與變異的生物機制，所以《傷寒論》內的體系或有可能不足以應付新的病毒與疾病。⁸⁴一直到清代，是溫病學最發達的時代，葉桂（1667-1746）、薛雪（1681-1770）、吳瑭（1736-1820）和王士雄（1808-1868）四人號稱「溫病學派四大家」⁸⁵，他們都是此時期的醫家，象徵著溫病學時代的到來。

南方開發以後，明清時期的溫病學家，多產生於江蘇、浙江等江南地區⁸⁶，主要與

76 林富士，《疾病終結者——中國早期的道教醫學》，頁53。

77 郭藹春主編，〈熱論篇第三十一〉，《黃帝內經素問語譯》，頁196。

78 戰國·秦越人著，張登本撰，〈第五十八難·論傷寒病〉，《難經通解》（西安：三秦出版社，2001年），頁335。

79 隋·巢元方原著，丁光迪主編，〈卷十·三十四·溫病令人不相染易候〉，《諸病源候論校注》（北京：人民衛生出版社，2000年），頁333-334。

80 張嘉鳳，〈「疾疫」與「相染」——以《諸病源候論》為中心試論魏晉至隋唐之間醫籍的疾病觀〉，《臺大歷史學報》27期（2001.06），頁50。

81 魏子孝，聶莉芳，《中醫中藥史》（臺北：文津出版社，民83年），頁274、292。

82 其實，筆者認為傷寒學說到宋代為什麼開始有了「異聲」？原因無他，傷寒學說在宋代以前本來就不是獨占鰲頭的熱病理論，到了宋代，仲景的著作雖一夕之間成了經典，但有其他不同的學說，也在晉唐透過傳抄的方式保存下來，而被史家甚至是後來的醫者特別加以重視。（筆者有一篇會議論文即碰觸相關的問題：〈傳抄整理還是意欲創新——魏晉隋唐間「傷寒」的醫籍脈絡與疾病觀〉，發表於「中古方書：醫學史、書籍史和社會史的解讀研討會」，北京：北京大學中國古代史研究中心，2011年10月18-19日。）其實，別於傷寒的「另類」熱病談法，其實一直在中國醫學內存在，保有其生命力，並成為後來溫病學說成長的養分。可參考廖育群，《岐黃醫道》（海口：海南出版社，2008年），頁149-150的看法。

83 孟澍江主編，《溫病學》（北京：人民衛生出版社，1997年），頁4-5。

84 皮國立，〈登革熱與古代溫病學的探討〉，《歷史月刊》177期（2002.10），頁38-39。

85 盛增秀主編，《溫病學派四大家研究》（北京：中國中醫藥出版社，2000年），頁1。

86 開發後的江南，被史家稱為「不健康的南方」。McNeill言：「在比較溫暖、潮濕的南方，盛行的傳染病也較豐富多樣。好幾種疾病作落在黃河與長江之間，而且氣候型態也顯示出，這樣的疾病梯度在很早已前就存在。」說明了中國南方溫病學興起的歷史背景。詳見Willim H. McNeill著，楊玉齡譯，《瘟疫與人——傳染病對人類歷史的衝擊》，頁104-106。



該地區當時經濟、文化、科學的發達，以及河流密集、交通便利、人口流動大，傳染病流行頻繁等因素有密切關係。正是由於此時期醫者對溫病的醫療實踐和理論上的持續發展，使溫病在理、法、方、藥上自成體系，形成了比較完整的溫病學說，從而使其成為和原傷寒學說不同的另一種論述；必須注意的是，它們並不是兩個完全對立衝突的體系，溫病學既補充傷寒學說的不足，又與傷寒學說互為羽翼，使中國醫學對外感熱病的理論、診斷與預防等，朝向更加完善的方向繼續發展。⁸⁷當然，江南的這批溫病學家，努力想走出一條不同於古典傷寒治療系統的路來，所以在很多地方，我們比較看到的是這些醫家強調寒溫病之異，例如清代醫生周魁就說：「傷寒溫病，名實懸殊」之說，代表著一個醫學體系內兩種學說的分化。⁸⁸又如吳瑭所說：「以《傷寒論》為治外感之妙法，遂將一切外感，悉收入傷寒例中，而悉以治傷寒之法治之，後人亦不能打破此關，因仍苟簡，千餘年來，貽患無窮。」⁸⁹吳的言論，是希望改變當時醫者對《傷寒論》的尊崇，而不思創新的習氣。

但是，以往醫史學中存在不少論述，認為清代醫學是明代醫學的延長，其內容沒有明顯之變化與進步，仍以《內經》、《傷寒論》為宗的崇古派居多。所以皆知明清醫學是「以空理空論作鬥爭而已」，僅僅是「徒列舉諸說之異同，甚至詮索字義之訓詁耳，靡有嶄新有益之發明，此為任何時代，所承認之事實也。概以崇古卑今之思想，牢不可破，有古方不能治今病之論斷，但其所說尚不能脫離古典之範圍。」⁹⁰這種論述例子很多，多將明清兩代視為是中國科技發展的停滯期或衰微期。它們的特色是同樣割裂了傷寒與溫病可能存在的知識譜系依存與分離的雙重面向，忽略了傷寒與溫病在此時期的昇華面向。⁹¹熊秉真坦言，這種論述多是「拘於傳統史學界對所謂近代西方科技文明之崇拜」而致之，她以幼科立論，認為明清時幼科醫學知識仍在進步。⁹²熱病學又何嘗不是如此？自明代以來，醫者雖然開始將舊有的知識體系重新整理，欲獨立溫病學理論；但

87 楊醫業主編，《中國醫學史》（石家莊：河北科學技術出版社，1996年），頁140。

88 清·周魁，〈溫證正名論〉，《溫證指歸》，收入《歷代中醫珍本集20》（上海：上海三聯書店，1990年）卷1，頁2。

89 清·吳瑭原著，楊東喜編著，〈上焦篇·第一章·風溫、溫熱、瘟疫、溫毒、冬溫〉，《溫病條辨解析》（新竹：國興出版社，民88年），頁32-33。

90 杜聰明，《中西醫學史略》，頁363。

91 Marta Hanson在書中還梳理了溫病學派產生的因素，除了風土之外，葉天士本人的傳說與醫書的流傳等也是此派形成的重要因素，她還指出重要的一點：即無論溫病學派如何解釋，他們始終被「傷於寒」的傳統所深深影響著，這一點在許多自稱溫病學的著作中都可以看到。但筆者以為，多數研究都只強寒溫學說之「分」，而較少談其「合」，以及學說傳承的關係。可參考Marta Hanson, "Inventing a Tradition in Chinese Medicine: From Universal Canon to Local Medical Knowledge in South China, The Seventeenth to the Nineteenth Century." (Ph.D dissertation, University of Pennsylvania, 1997), pp. 268-301. Marta最近將她發表的論文和過去博論改寫成書，主要探討在地理空間因素影響下，中國醫者在學派、疾病和瘟疫各方面的認知，但她主要偏重溫病理論，較少詳細分析傷寒派的發展與和西醫理論的關係。請參考Marta Hanson, *Speaking of Epidemics in Chinese Medicine: Disease and the Geographic Imagination in Late Imperial China* (Abingdon, Oxon: Routledge, 2011), especially Part III about "Early modern medical transformations".

92 熊秉真，《幼幼——傳統中國的襁褓之道》（臺北：聯經事業出版，民84年），頁21。



另一方面，他們仍利用各種考據、文字訓詁的方式來重建古代經典之原貌⁹³，筆者並不認為傷寒與溫病就此成為二個獨立、不相關的體系，此兩說實存在著另一層傳承關係。

如果要以明確的概念，或是以今日傳染病的分類來思索、分別傷寒與溫病，在民初以前絕對難以達成一個共通的結論，實際上是言人人殊、各有所遵；甚至傷寒學或溫病學中的哪一個理論體系才能真正囊括一切的外感熱病、誰能夠成為理論體系的正統，在明清時一直是醫家們爭論不休的問題。⁹⁴著名中西醫匯通醫者朱沛文（約生於十九世紀中葉）言：「張仲景先師，本《素問》、《難經》之義，得伊尹湯液之傳，著《傷寒論》以詳外感之方。」⁹⁵又言：「人身萬病，不出外感、內傷兩途。而外感之證尤多，醫者自應詳究。」⁹⁶可見傷寒在中醫的範疇中常被解釋為「外感」，泛指廣義之傳染病；而溫病、瘟疫則被視為「感受穢毒，是為外感重證。」⁹⁷「外感」之範圍很廣，歷來醫家從未對之做出過統一的定義。這不令人意外，中國如此廣大，但中央政府對全國醫政管理的力量卻出奇的孱弱，以致各種理論分呈、上層經典學說和下層醫者的各種方技，常常進行一種匯通與轉換，此乃中國醫學史發展的特色之一。回到熱病學的歷史，醫者只是將所有觀察到病人發熱、發燒，並出現類似感冒症狀的一些發熱性疾病歸納在其中，導致整個體系的不斷擴大，包山包海。⁹⁸

我們只能依現代的概念來初步了解：「傷寒」與「溫病」都是一種統括的概念，兩者皆為外感熱病，有部分屬於傳染病的範疇，並非單指一個疾病而言。⁹⁹探索單一種疾病和討論一個體系的病症，兩種取徑的切入角度應該要有所不同，或許把它看做一個學門的整體來探討比較適宜，這不可避免的將摻入史家個人的理解。在探討中醫疾病史時應注意到，中國古代醫學的診斷是以「辨證」為基礎，不同的人、不同的病，用藥會有所不同；相對而言，也極有可能兩種疾病所顯現的症狀相同，意即「病象」相同，而被歸納為類似疾病¹⁰⁰，此即一體系之形成，是一連串具有「共通」原則的疾病範圍歸類。

93 歐陽兵，〈明代傷寒論研究對後世的影響〉，《中華醫史雜誌》25.2（1995），頁92-94。

94 劉伯驥，《中國醫學史》下冊（臺北：華岡出版部，民63年），頁604-606。以及史仲序，《中國醫學史》（臺北：正中書局，1997年），頁121-122。張仲景的《傷寒論》，因為其條文的精要難懂，往往將病因、症狀與出方簡要融合為一個條文，其文義高古又往往意在言外，而以為是王叔和出自一己之意重編，歷代醫家往往不得其解，因此造成各家的論戰。關於《傷寒論》的歷代爭論通述，可參考李順保，《傷寒論版本大全》（北京：學苑出版社，2000年），頁1-9。

95 清·朱沛文，〈讀書門徑〉，《中西臟腑圖像合集》（光緒丁酉年宏文閣石印，上海中醫藥大學圖書館藏），卷首，頁34A-B。

96 清·朱沛文，〈讀書門徑〉，《中西臟腑圖像合集》，卷首，頁36A。

97 清·朱沛文，〈讀書門徑〉，《中西臟腑圖像合集》，卷首，頁36B。

98 W.F. Bynum and V. Nutton(ed.), *Theories of fever from antiquity to the Enlightenment, Medical History, Supplement No. 1.* (London: Wellcome Institute for the History of Medicine, 1981). 本書收錄了許多談論熱病的篇章，它顯示了在細菌學出現之前，西方對熱病的定義也是廣泛地、變動地，具有一病多包的傾向。是書來自劉士永老師評論時的提醒，特此致謝。

99 皮國立，〈登革熱與古代溫病學的探討〉，頁37。

100 馬建中，《中醫診斷學》（臺北：正中書局，1999年），頁1-2。



由定義上來看，從上古到清代，中國論述傳染病學似乎集中在「傷寒」和「溫病」的體系。不論是史家所論的「疫」，或醫家論的傷寒、溫病，其實都包括了現代各式傳染病，如瘧疾（Malaria）、斑疹傷寒（Typhus）、天花（Smallpox）等，甚至有可能是各種寄生蟲病。¹⁰¹

在近代以前，熱病這個學門的龐大駁雜，已引起不少學者的討論。他們主要著眼於「傷寒舊學」與「溫病新學」的紛爭，以及兩者理論、發展、用藥的歧異之處。許多在中醫學史的相關著作內都會加以梳理，可見此問題相當重要。像是范行準《中國醫學史略》內談論溫病學發展的篇章，即為箇中翹楚¹⁰²；而廖育群的《岐黃醫道》則在學理梳證上最為清楚。熱病學雖然只佔他們專書內的一小部分，但他們的見解卻都堪稱簡潔明瞭。除此之外，整體研究的專書則有趙洪鈞的《中西比較熱病學史》以及曹東義的《中醫外感熱病學史》，後者較前者更為詳細¹⁰³，但前者有約略談到西醫的部分，但僅止於合信醫書所論的內容，而那時傷寒桿菌還未發現，所以合信也沒有談到進一步的問題，例如中西醫定義之「傷寒」有何同異之處¹⁰⁴；而共同之缺失，則是這兩本著作都很少碰觸近代以來中西醫熱病學的交會問題。換句話說，「熱病的近代史」還未開展，此即本文將特意加以論述之重心。當然，還有一些問題值得商榷：例如廖育群認為溫病被稱為「伏邪」的原因，證實它未必僅由「外感」一個單一因子所導致，陰虛內熱（身體不藏「精」）才是根本的病因¹⁰⁵；另外，清代《溫證指歸》闡明：「傷寒溫熱兩證，同受天地之氣為病，咸云厲殺。」¹⁰⁶也就是說，雖然寒溫兩派皆重「外感」，但其實溫病學說在發展的過程中更重視了內在「失精」的因子，更重視調養補虛（津液）的技巧，這可能和明代以降江南的補養文化興盛有很大的關係，而有別於傷寒學重視病邪在人體內傳經次序的那份被保留下來的古典經脈學說思維。¹⁰⁷當然，正因為熱病學門相當龐雜，所以作者只要抓住某些理論來論述，好像都可以言之成理，也許，歷史學者應從「問題」出發，再看史料解決了什麼問題才對。

Marta Hanson的博士論文，就梳理了溫病學派興起的脈絡，條理分明，不過她的論

101 林富士，《疾病終結者——中國早期的道教醫學》，頁18-22。

102 范行準，《中國醫學史略》（北京：中醫古籍出版社，1986年）。筆者原以本書只不過是一般性通論的中國醫史著作，談論溫病學史應該與其他醫學通史大同小異，後來是史語所李建民老師提醒，才知范的論述算是上乘之作，寫溫病史如無法超越此著之見解，則很難談更進一步的開創性。

103 趙洪鈞，《中西醫比較熱病學史》（石家莊：河北中醫學院醫學史教研室，1987年）。以及曹東義，《中醫外感熱病學史》（北京：中醫古籍出版社，2004年）。

104 趙洪鈞，《中西醫比較熱病學史》，頁138-142。

105 廖育群，《岐黃醫道》，頁139。在本文的最後一章，會談到「精」與熱病的相關問題，及其對日常衛生的影響。

106 清·周魁，〈發明溫熱傷寒不同斷斷不可混治〉，《溫證指歸》，卷1，頁16。

107 廖認為仲景《傷寒論》已脫離經脈理論，筆者並不認為是實情，從歷代醫家的討論來看，也非如此。可參考廖育群，《岐黃醫道》，頁144-145。以及皮國立，〈羽翼仲景：唐宗海(1851-1897)對《傷寒論》六經之解讀〉（臺北：醒吾技術學院「文化論述與歷史思維」學術研討會，2007.01.11）。



點很多都是引自醫家的序言，沒有深入至溫病的理論內去談；而談到傷寒學的論述，多放在溫病學的對立面，並舉中國地理的南北、體質、氣候等差異來論述，比較忽視傷寒學在中國南方可能有的脈絡與「為何不可更動經典」的原因。她看到的多是溫病新學的興起面，而較少追問傷寒舊學與之「並立」與「傳承」的局面。¹⁰⁸祝平一針對明清，特別是清代傷寒和溫病派醫家在醫療市場上的爭雄，有深刻的描述，他指出：「（醫書理論之）衍異不僅發生在文本生產的層次，醫學理論亦復如是。明、清溫病理論的發展，以及關於《傷寒論》地位的爭議便是其例。」祝認為，寒溫派醫學知識的衍異不但沒有稀釋，反而是加強了醫學傳統的權威，使醫者不斷利用現有的文本資源和觀念架構，製造微小的差異。醫家意見相歧，又彷彿萬變不離其宗。¹⁰⁹祝指出的脈絡，實為有清一代熱病學發展之基礎性格；只是，兩派醫者對疾病之解釋，在現代醫學檢視下，還是混亂且定義不明的。¹¹⁰

這些簡單的回顧，其實仍很粗疏，筆者希望傳達的是，如果我們只是一直在大範圍的理論改變上，把持著已知的知識來看待中國醫療史的發展，而不深入典籍去做些「內史」學者可能會做的細部學理疏證，那我們很難會產生對中國醫史的新看法或新見解。而筆者接下來要處理的問題，正是希望梳理傳統中醫學在這個學門——熱病學的近代（史）轉型，對疾病理論之內在理路進行一次可能的、新的解讀。

生命醫療史在剛站穩腳步時，杜正勝回憶說：史學界當時有些雜音，指向一個沒有醫學史研究傳統的機構（指史語所），沒有受過醫學訓練的成員，怎麼研究醫療史呢¹¹¹？筆者以為，歷史學家每日孜孜於研究和現實脫節的問題，但卻對日常生活中最貼近、最切身的醫療知識不聞不問，反倒說那是「內史」——沒有醫學知識的史家不能

¹⁰⁸ 同前，Marta Hanson, "Inventing a Tradition in Chinese Medicine: From Universal Canon to Local Medical Knowledge in South China, The Seventeenth to the Nineteenth Century." 關於地域與醫學理論的發展關係，是她研究熱病史論述的重點之一，參考氏著 "Northern Purgatives, Southern Restoratives: Ming Medical Regionalism," in *Asian Medicine*, Volume 2, Number 2 (2006): 115-170 以及前引專書。

¹⁰⁹ 祝平一，〈藥醫不死病，佛度有緣人：明、清的醫療市場、醫學知識與醫病關係〉《中央研究院近代史研究所集刊》68期(2010.6)，特別是頁19-23。

¹¹⁰ 筆者曾撰有：〈清代外感熱病史——從學派分合的歷史面向談疾病詮釋之問題〉與「募原」新考——明清古典醫學與瘟疫理論的身體想像〉兩文，原欲置於博論中，但以內容較偏「內史」，且前後修了幾次，皆不甚滿意，遂作罷。2011年初轉寄於鄭金生先生閱覽，鄭老師人在德國，但仍細細的替我讀過全文，並給予相當多的建議與修改方向。他以清代熱病史似為另一層次的問題，而且題目甚大，不是一、二篇文章可以處理的，或為一本專書之題目，鼓勵我繼續修改，並語多勉勵，筆者甚為感激，今後當將此二篇修改增補後付梓，暫定名《中國疾病史論集》，再求教於各醫史先進，僅附記於此。後一篇文章，牽涉醫學理論演變與身體圖像的問題，發表於《臺灣中醫藥雜誌》10.4(2011.12)，頁13-26。

¹¹¹ 杜正勝，〈作為社會史的醫療史〉，《從眉壽到長生——醫療文化與中國古代生命觀》，頁37。關於醫療史研究的問題，劉士永老師於2009年擔任本章書稿評論人時，曾指出一些問題，給予筆者相當大的啟發。僅附記於此，供讀者參考：史家做醫療史研究的要件與基本功為何？劉士永老師認為，醫療史如果可能成為一門既為歷史學門的知識，又能被以科學為先的醫生所認同，那麼，也許必須思考在研究醫史前，是不是應該訂立某些值得信賴的基礎門檻。我的理解不知有無錯誤：好比研究歷史，也要讀史學方法、史學導論一樣，這是建立專業的第一步。又如研究心理史學(Psychohistory)，若對心理學概論一竅不通，恐怕寫出來的文章也只是滿紙胡說；研究醫史，也應該有些基礎課程來供修習，以奠定做研究的專業基礎，來取得讀者（醫生、科學家）的認同。這也許可以提供未來一個思考變革的方向。



碰，這也是很奇怪的。換個角度提問：寫文化史的研究者懂軍事史或科學史嗎？除非有所涉獵，否則不解該領域的內涵是很正常的，這是歷史研究至今過度細分而不求通達之弊。西方醫學筆者不敢說，但在中國醫學的理論中，它的成長從一開始就與中國古典的哲學思想對人、萬物的看法脫離不了關係。我們都知道做人處事、待人接物的重要，但對自己的或他人的身體、醫療與健康，卻不甚重視。事實上，理解諸子百家，明瞭做人處事的道理，與讀懂中醫典籍，瞭解身體的生、老、病、死之生命運作，同為中國歷史之一部份。所以讀懂醫籍、盡量理解醫學理論，應是醫史學者責無旁貸的基本功。又如李建民指出，在《內經》時代的病因論中，「火熱」病邪相當被重視，從天道運行溫暖之日多於寒涼之日，一年之中，火熱之氣為多；而在六氣中，也以火熱病邪最多。¹¹²如果不讀醫籍，大概很難知道這件事？李還指出，在體制內的中醫教育與研究，所謂的「醫經醫史」學科，相對於醫學專業科目而言，是較不受重視的，醫學的歷史不過是「剪刀糰糊」之學，只是醫生怡情養性之業¹¹³；如果總是如此，那麼醫生所寫的「內史」與史家所寫的「外史」將永遠沒有交集。其實，史學家大可主動瞭解醫學理論，而若真的少了內史的部分，醫療史將很難成為一門嚴謹的學問。內、外史的距離不遠，遠的是醫生與史家有沒有心去瞭解彼此的學問和文字溝通的辦法。筆者對臺灣醫療史的發展有期待，希望有一天歷史學家寫的醫史也能夠讓長於「內史」的醫生感到有趣，到那天，醫療史的發展將更加海闊天空。

第五節 從熱病的近代轉型談起

筆者不單希望能從新的視角剖析近代熱病史，也希望透過探究「如何理解熱病」的切入點，能夠為學界提供一些不成熟的、除了醫史知識外的一些不同的研究想法。當然，未來的新醫史只吸收「內史」的研究法還是不夠的，在理解上層之醫學理論後，應還要注意這些經典或醫籍知識，是如何透過醫家之詮釋而實施的，來審視技術知識與社會、日常生活的實際互動。這個具有挑戰性的時代——中國醫療史中疾病定義轉型最劇烈的時代，莫過於西醫傳入後的近代中國了。¹¹⁴

麥克尼爾認為，醫生處理的是世俗之事，不論在何處，醫生都很珍惜那些能治療

¹¹² 李建民，〈鬼神、儀式與醫療——中國中古病因觀及其變遷〉，發表於法國高等實驗學院 (Ecole Pratique des Hautes Etudes) 主辦，「Rituals, Pantheons and Techniques: A History of Chinese Religion Before the Tang」國際研討會（巴黎：法國高等實驗學院，2006年12月14-16日），頁205。

¹¹³ 李建民，〈追尋中國醫學的激情〉，收入《思想4——臺灣的七十年代》（臺北：聯經出版，2007年），頁248。

¹¹⁴ 關於醫療史的斷代問題，熊秉真認為，醫學史與醫療政策以及技術發展相關，「過份拘泥於斷代」可能導致架設框架以自限的結果。還是必須針對某項特定科技的過去與變化加以考查，依其特質，做出有意義的分期（熊秉真，《幼幼——傳統中國的襁褓之道》（臺北：聯經事業出版，民84年），頁22）。此處「近代」是廣義的斷限，由於中國醫學熱病學門的源流相當長遠，在論述時不可能只針對某一特定時代來進行論述，因為學術是延續不斷的，故研究學術的歷史仍必須溯及某些過往熱病學發展的脈絡。



特殊疾病的方法。差別在於亞洲地區的醫生，在其對醫理之理解與醫術一旦達到「經典」內所規範的要求以後，就無法再創新了。這樣說或許過為武斷，麥氏大概想對比的是：西醫會因為研發出新的治療方式而獲取更多利益與崇高的社會地位，這給了醫者動力去積極研發新的治療技術，並以新的醫療衛生體系來代替舊有的組織。相反的，近代以前的中醫，從未在現代醫院環境中行醫，僅堅守古代權威的方式來獲得治療疾病的經驗。¹¹⁵類似的想法，李建民曾提到幾個關於古典醫學「正典化」的過程。「正典」指的是一門學科都有一些信念與觀念，若要成為可靠的知識，就必須加以證明，但「基礎」則無待驗證而是為其他信念提供依據。¹¹⁶李進一步認為「正典化」是一種「排除」原則，所謂平行的學說也有輕重之分，絕非一視同仁。¹¹⁷筆者希望進一步追問：近代以後，中醫是堅守「正典」，還是如何透過（被動或主動的過程）西醫的知識，來確定、或排除某些知識，達成了「再正典化」的可能？¹¹⁸它又是一個什麼概念或思想系統？

近代之後，西醫及其傳入的傳染病學愈加深化，中西差異之鴻溝也更形加深。民國之後，西醫已逐漸完成醫學翻譯名詞在中國的統一工作¹¹⁹；另一方面，中國的醫科大學也陸續開設了細菌學課程，有的還成立了細菌學研究部，所用教材多為英、美的外文資料。為了適應當時的國情及教學需要，逐漸出現了一些自編或翻譯的微生物學書籍，這些翻譯的醫書，更將西醫的理論與知識拓展至全中國。¹²⁰醫學論述的核心在變，疾病定義的方式勢必跟著改變，在此背景下，對全國疾病精確定義的呼聲也日益高漲。反對中醫傳統理論甚力的余巖說到：「古無傳染病之說，皆以為瘴氣，皆以為天行，又皆以為鬼神之祟，故當一種時疫盛行之候，必有符咒祈禳迎神打醮之事」¹²¹、「至於今日，除我國之外，世界文明社會，幾無人不知細菌，幾無人不知傳染病之原，為細菌之祟。故一切公眾衛生之道，易行而日精，環顧我國，依然如舊，疾病之生，先鬼神而後醫藥，不知預防，不識趨避，故時疫一起，動戕千百。」¹²²余的話反映了中國醫學根本沒有所謂的傳染病學，不知細菌病源和預防措施，觀念錯誤落後。那麼，新的細菌學與中醫的關係為何？它是否給予中醫不少必須改革的壓力？

雷祥麟專長於研究民國時期中醫學在各方面的轉變，他認為民初中西醫之爭中，傳

115 詳見 Willim H. McNeill 著，楊玉齡譯，《瘟疫與人——傳染病對人類歷史的衝擊》，頁 276-278。

116 李建民，〈追尋中國醫學的激情〉，《思想 4——臺灣的七十年代》，頁 254。

117 李建民，〈追尋中國醫學的激情〉，《思想 4——臺灣的七十年代》，頁 254-255。

118 詳見本書第三章論述。

119 參考張大慶，〈高似蘭：醫學名詞翻譯標準化的推動者〉，《中國科技史料》22.4 (2001)，頁 324-330。以及氏著，〈早期醫學名詞的統一工作：博醫會的努力和影響〉，《中華醫史雜誌》24.1 (1994)，頁 15-19。

120 參考鄧鐵濤、程之范主編，《中國醫學通史：近代卷》（北京：人民衛生出版社，1999 年），頁 501-507。關於翻譯西方醫學與衛生書籍的歷史，有較新的研究可參考：張仲民著，《出版與文化政治：晚清的「衛生」書籍研究》（上海：上海書店出版社，2009 年）。

121 余云岫，《傳染病》（上海：商務印書館出版，民 18 年），「序文」頁 1。

122 余云岫，《傳染病》，「序文」頁 1。



統中醫負責的對象是病人而非疾病本身的定義。¹²³當細菌學知識傳入中國後，疾病的根源紛紛被揪出，於是醫生負責的對象由病人轉到了疾病本身¹²⁴，中醫們也必須逐漸認可追尋單一致病原因的新趨勢。¹²⁵不過，這種趨勢到底對中醫解釋疾病產生了什麼影響，或是怎麼讓中醫去重新詮釋細菌、傳染病學所帶來的影響，則還有許多討論空間。還讓筆者思索的是，李尚仁曾透過萬巴德（Patrick Manson, 1844-1922）扭轉西方「瘴氣說」的論述，而確立微生物——瘧原蟲對瘧疾的致病因子影響的例子，來說明一個科學研究或理論之成型，其實背後牽涉到高度複雜之操作顯微鏡之技術、研究材料之取得以及研究成果之發表、確立，這都不是從中醫古代醫書出發可以解決的問題¹²⁶，這讓我對當時中醫的態度充滿好奇。目前我們僅知，像是曹東義近年來所寫的熱病學專書，對這段期間的總結只舉出張錫純善用中西藥（阿司匹靈石膏湯）合併來共同治療熱病，並肯定某些西醫對中醫的支持，說這是「中西醫結合」，這樣的結論與分析還太過簡略¹²⁷，因為民國中醫所會碰觸到的問題，顯然更加複雜。

若以今日西醫的疾病分類的觀點來檢視（現今的疾病概念也大多是西方的），傳統醫學之分類方式既粗糙又不精確。舉例來說，西醫所謂的「傷寒」（Typhoid Fever），是由傷寒桿菌所引起的全身性急性傳染病。其臨床症狀有持續發熱、緩脈、脾腫大、玫瑰樣皮疹、腹脹、特殊中毒症狀、白血球減少，少數病例可併發腸出血或穿孔。傷寒桿菌隨大小便排出體外，通過污染的手、餐具、食物、飲料、蒼蠅或蟑螂而傳播，日常生活接觸是傳播病源的主要方式。¹²⁸這裏面包括病人身體症狀、病因、傳染源以及傳染途徑都鉅細靡遺，此即近代西醫傳入後所帶來的疾病知識分類與解說，與中醫「傷寒」或「溫病」；「六經」或「衛氣營血」、「三焦」等身體觀解釋都大不相同。若現代醫師在看病時，提出了「傷寒」和「溫病」的名詞，可能多數人也不甚明瞭而感到莫名其妙，因為在我們的既有知識中，疾病的名稱已被西醫的名詞標準化了。此一過程，在民國時已開始。¹²⁹那麼，就中醫的立場來看，他們如何可能地把過往「傷寒」和「溫病」的學術

123 詳見雷祥麟，〈負責任的醫生與有信仰的病人——中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，《新史學》14.1（2003），頁62-69。

124 即西方醫學宇宙論（medical cosmology）中由「個體」到「物」之研究轉變。詳參N.D. Jewson, "The Disappearance of the Sick-man from Medical Cosmology, 1770-1870," *Sociology* 10(1976):225-244. 以及李尚仁，〈從病人的故事到個案病歷——西洋醫學在十八世紀中到十九世紀末的轉折〉，《古今論衡》5期（2000），頁139-146的討論。

125 Bridie Andrews, "Tuberculosis and the Assimilation of Germ Theory in China," in *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 52(1997):114-155.

126 參考李尚仁，萬巴德、羅斯與十九世紀末英國熱帶醫學研究的物質文化〉，《新史學》17.4（2006），頁145-194。以及〈看見寄生蟲——萬巴德絲蟲研究中的科學實作〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》78.2（2007），頁225-259。

127 曹東義，《中醫外感熱病學史》，頁230-232。

128 黃高彬，謝獻臣，陳瑩霖編著，《大陸地區傳染病概況》（臺北：行政院大陸委員會，民85年），頁27。

129 初步介紹，參見鄧鐵濤主編，《中醫近代史》（廣州：廣東高等教育出版社，1999年），頁93-100。以及趙洪鈞，〈近代中西醫論爭史〉（石家莊：中西醫結合研究會河北分會，1983年），頁236-242。



爭論或分歧化解開來，並在身體認知理論上，適度的融合西說，成爲一個新的、足以讓人信服的知識譜系呢？

王三虎認爲，西方醫學傳入後，正統中醫理論受到衝擊，以致研究《傷寒論》者就連明清醫家所創言的溫病學說也一併否認。而研究傷寒者，也有分「適度融合西說」的醫家和「完全摒棄西說」者，所以此時中國的傳染病學可說是呈多方發展之勢。¹³⁰筆者不認爲溫病學說被否認了，部分中醫甚至將它和傷寒體系結合，或是延續像明清以來寒溫派「互相存在、各自發展」的態勢。但這些都還是推測，有一個謎是必須解開的：近代以來，熱病學門到底經歷了什麼變化？范行準認爲，在「近代」（1840）開始之時，溫病學已經衰弱，而往單一的傳染病論述來發展，他說：「通觀溫熱病學，自嘉道以降，雖著述如林，而大多抄襲陳言，或敘述一二新病以裝點門面，故不久其學漸衰，而代之以起者，則多從溫病中分出的新病，故總論一類的溫病學撰述，不復有昔年之盛。或名爲溫熱病總論，而實際其中已偏重於一種的傳染病。」¹³¹范認爲至近代不管是「傷寒學」還是「溫病學」，都是衰弱的，只有「總論」的意義而已。范講的是實情嗎？如果熱病學門的兩個代表都只是「總論」而已，那要怎麼在近代、甚至民國之後保住這個學門的實用性而不被淘汰呢？范的推論還存有解釋空間。

目前已知，「傷寒」一詞與其學說內涵，在經過近代西方醫學的洗禮下，進入「綜合研究時期」（1894後）¹³²，與西醫理論加以對照研究後，「外感傷寒」之意義已有極大的轉化。余巖說：「各種傳染病中，其最多發，且四季都有者，首推傷寒。而傷寒與霍亂痢疾等，同爲侵犯腸中之傳染病。」¹³³透過當時西醫學精確的定義與傳染病學的檢視後，「傷寒」一詞的現代涵義已然成形，只能被定義是腸胃道的傳染病之一，並非包含了所有的外感熱病。近代中醫熱病學門的各種定義方向，顯然受到很大的衝擊。目前，已經有一些近代中醫個別傳染病歷史的初步研究成果，可以作爲參考¹³⁴，但這些研究都無法解釋中醫傳統熱病學和傳染病學的生成之間，有什麼關係；本論文不再重覆論述中醫對個別傳染病的認識，而是直探中西醫對「傳染病」定義的理論核心——「邪氣」與「細菌」之爭議，來檢視這些論爭對整個傳統中醫熱病學發展的影響，以及這些討論背後又代表了何種變與不變之歷史脈絡。

關於名詞之解釋，就當時中國社會而言，舉例來說，將「流行性感冒」視爲「惡傷

130 王三虎，〈西方醫學傳入中國後《傷寒論》研究的進展〉，《中華醫史雜誌》20.3（1990），頁162-163。

131 范行準，《中國醫學史略》，頁240。

132 萬曉剛，〈試論傷寒學研究之歷史分期〉，《中華醫史雜誌》25.2（1995），頁91。

133 余云岫，〈傷寒及類傷寒〉，《傳染病》，頁4。

134 初步成果，請參考曹洪欣主編，《溫病大成》（福州：福建科技出版社，2008年）第6部，頁1001-1123。以及朱建平主編，《近代中醫界重大創新之研究》（北京：中醫古籍出版社，2009年），第三章。



風」是可以理解的，這種「學名」與「俗稱」並存的二元狀態，至今仍存在。¹³⁵但中醫的外感病也可以是俗稱的「傷風」或「感冒」、「著涼」、「感冒」等等，太過龐雜又難以分辨。像余巖就說：「傷寒與普通之風邪，其初發熱時，全然不能分別。」¹³⁶沒錯，中醫稱外感病又叫熱病，但是範圍太廣，令人有「全然不能分別」之感。¹³⁷像是民國7年秋天爆發之流行性感冒，時稱「頗極猖獗，多有死者，此時蔓延世界，英、美、德、法、日本，皆大流行，不只我國也。」¹³⁸當傳染病變成世界人類共同敵人時，在交流頻繁的國際社會間，必定出現統一的病名、預防法、診斷規則等模式，以防堵其蔓延。19世紀末以後的中國，當然不可能自外於世界，一般傳染病多被要求需有明確之定義範圍；而連帶的，身體被解讀為保持健康的主體，在中西醫兩個疾病解釋體系孰為正宗的角逐戰中，對於某些染病歷程的看法（如傳染）與調養的技術等日常應對，也將產生對話。

一般來說，傳染病除少數例外（如外科麻風、癩瘡等），絕大多數可以歸在溫病的範疇內。¹³⁹就中醫的分證理論來說，要像現代這樣分析傳染病的病源與成因是不可能的，中醫採用的是另一套理論架構。回顧清代至近代以來的傳染病發生原因與防治，停留在經驗醫學的成分仍多。溫病和傷寒學說都一樣，最早都是針對流行傳染病而來的，但兩者的臨床應用卻又不完全限制在治療疫病和外感疾病，實皆針對醫學體系中對疾病認識的深化而有所發展、擴大。¹⁴⁰既然如此，我們即可思考一些問題：清代以來，由於中外交流日趨頻繁，許多新舊傳染病如梅毒、鼠疫、天花、白喉、猩紅熱、霍亂等都嚴重地流行。¹⁴¹1840年以後，雖然傳染病學沒有成為獨立的專科，但卻受到醫者的普遍重視¹⁴²，這些沒有獨立的傳染病治療，往往被歸類在傷寒與溫病體系內，成就一個更為多元的傳染病學體系。西醫傳入後，中醫在治療疫病上仍堅守自己的學說，維持本身治療地位的穩定¹⁴³，這種傾向更加深中西兩個醫學體系在疾病認知上的歧見。職是之故，近代以來中醫學內在的思考路數是否已經脫離了「定於一」（傷寒、溫病或融合兩說）的

135 余云岫，〈流行性感冒〉，《傳染病》，頁35。

136 余云岫，〈傷寒及類傷寒〉，《傳染病》，頁11。

137 當然，以當時的診斷技術而言，西醫也無法在疾病一開始就立刻分別疾病，可參考流感的例子，例如：皮國立，〈民初疫病與社會應對——1918大流感在京、津與滬、紹之區域對比研究〉，《西安2010年醫學史教育及醫療社會史國際學術研討會論文集》，西安：陝西師範大學，2010/10/22-25。

138 余云岫，〈附錄細菌圖說，流行性感冒菌〉，《傳染病》，頁51。關於流感在民國初年興起的震撼，另可參考吉娜·科拉塔（Gina Kolata）著，黃約翰譯，〈流行性感冒：1918流感全球大流行及致命病毒的發現〉（臺北：商周出版，城邦文化發行，2002年），頁15-40。以及甄橙，〈記八十年前流感大流行〉，《中華醫史雜誌》28.4（1998），頁34。

139 即使像「梅毒」一病，也有可能被歸類在溫病理論中。詳見孫啟明，〈《溫病條辨》陽明溫毒楊梅瘡病考實〉，《中華醫史雜誌》29.3（1999），頁186。

140 魏子孝，聶莉芳，《中醫中藥史》，頁317、320。

141 陳邦賢，〈幾種急性傳染病的史料特輯〉，《中華醫史雜誌》4期（1953），頁277。還有余新忠也論述了近代幾種新舊傳染病的流行概況，參考氏著，〈清代江南的瘟疫與社會：一項醫療社會史的研究〉，特別是頁82-119。

142 鄧鐵濤、程之范主編，《中國醫學通史：近代卷》，頁8。

143 魏子孝，聶莉芳，《中醫中藥史》，頁323。



中醫文化傳統，而呈現不同的西方傳染病「分科」趨勢呢？

確切的說，1880年愛貝爾脫（Karl Eberth）在傷寒病人的屍體內發現傷寒菌；至1900年又有副傷寒病（paratyphus）的進一步確認。¹⁴⁴現在疾病被視為一種「有生命的東西」，成為「離開生物就不能存在的東西」。¹⁴⁵但民國之前的中醫仍重視抽象哲學思考，疾病的身體觀並未和外界的微生物有所交集，反而是和氣候（如六氣）、環境（如南北）與看不到的各種「氣」有關。我們說，疾病的分類是研究流行病學的先決條件，一般在致病因子尚未發現之前，只好根據病人症狀標準來判斷；一旦致病因子被發現後，則必以此作為優先分類基礎，尤以微生物病原導致之疾病，更是如此。¹⁴⁶在中醫理論中，並無後者之發現，所以疾病的分類就會依照前者而執行，但此歸納之方法即延伸出一個問題。

PYREXIAE	LOCALES
NEUROSES	CACHEXIAE

表一 1785年的西醫

發熱	頭痛
脈（象）浮	惡（怕）風

表二 中醫

在（表一）中我們看到的是Cullen在1785年將病人所呈現的症候，將疾病分為發熱、臟燥、羸弱和局部四症。如果只按「症候」分類，許多疾病的歸屬將會呈現完全一致的狀態，例如「PYREXIAE發熱類」可能就包括了許多會發內科疾病，現已不採用這種比較粗略的分類。¹⁴⁷同樣的狀況在（表二）中也有類似呈現，該表的四個症皆為傷寒和溫病所有，囊括了多數外感發熱病的分類，若照此「症候」區分之標準來看，中醫分類疾病的方式，和19世紀以前的西醫是頗相似的。¹⁴⁸

林富士在研究疾病史時說到：「我們對於『疾病』的認知和分類都是主觀的，任何一種分類系統都沒有所謂的真假或對錯。檢驗醫學優劣高下的標準應該放在治療的方法和效驗。」¹⁴⁹林的話是正確的，只是我們注意到，在民初即使中醫們治療疾病的技術不遜於西醫，但「中醫開藥時都不說病名」¹⁵⁰，對疾病各有各的見解，那麼，對疾病定義不

144（日）石川光昭著，沐良譯，《醫學史話》（臺北：臺灣商務印書館，1968年），頁171-172。

145 西格理斯（Sigerist, Henry S.）著，顧謙吉譯，胡適校，《人與醫學》（臺北：臺灣商務印書館，1967年），頁101。

146 陳建仁，《流行病學》（臺北：文笙書局，民72年），頁24。關於卡倫（William Cullen, 1710-1790）的熱病醫學分類，可進一步參考：W.F. Bynum, "Cullen and the Study of Fevers in Britain, 1760-1820," in W.F. Bynum and V. Nutton(ed.), *Theories of fever from antiquity to the Enlightenment, Medical History*, Supplement No. 1., pp. 135-147.

147 此二表格製作之構想是參考陳建仁，《流行病學》，頁23圖2-2。

148 更何況吳瑭還言：「溫病者，有風溫、有濕熱、有瘟疫、有溫毒、有暑溫、有濕溫、有秋燥、有冬溫、有溫瘧。」有如此多的病名分類，欲釐清與傷寒之關係確實不容易。清·吳瑭原著，楊東喜編著，〈上焦篇·第一章·風溫、溫熱、瘟疫、溫毒、冬溫〉，《溫病條辨解析》，頁32。

149 林富士，《疾病終結者——中國早期的道教醫學》，頁21。

150 Arthur Kleinman, *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. (Berkeley: University of California Press, c1980), p.275. 必須說明的是：中醫開藥不說的可能是「現代病名」、「西醫病名」，但中醫的病名，當時應該還是會說的，這點意見來自蘇奕彰教授的指正，謹此致謝。



確定的壓力，就會直接轉嫁給病人，讓病人不知所措。在20世紀以前的中國，醫療的主體是病人，病人自由地選擇醫生而求治，醫生是被動的提供醫療服務。¹⁵¹那麼，如果醫生不能有一套取信於病人又符合病人主觀經驗的看法，這個醫生的招牌很可能就會被搞砸；民初以後，舊疾病換上了新衣裳，中醫若不能試著探索新衣裳的本質，長此以往，其學術之發展一定會受限，這是中醫們必須改變疾病解釋的深層因素。

疾病定義的轉型，最後還是要回到中西醫疾病知識體系的相容問題上來討論。民初謝利恆說：「蓋中西醫學立說不同，生理名詞既有出入，病理之推求更有細菌、六淫之義，故據疾病以言名，則名不同；以言因，則因不同；以言理，則理亦不同。倘非中西醫各有深刻之研究，烏能實現匯通之道哉！」¹⁵²對中西醫有一定理解的人都知道，若是從統一中西醫病名來出發，將會是匯通上的一大難處。臺灣著名中醫家馬光亞（1914-2005）曾說：中醫一病有數十種治法，要融合統一病名實在困難¹⁵³；並言：「如果要中西醫統一病名，《傷寒論》六經之病名，西醫何以來配合統一耶？」¹⁵⁴是的，統一病名是個理想、目標，但近代中醫達成什麼成果？則是個大問題。1931年興起的「統一病名之爭」，其實是政府政策、西醫、病人三方面的力量對中醫傳統學術的拉扯。我們著眼並欲求其解答的是：醫家如何改變自己的說法，或是如何說服其（中醫）固有的思考模式是值得信賴的；如果無法可行，他們又改變了什麼、捍衛何種價值？這是耐人尋味的醫史課題。並且，我們不止要看來自西醫的壓力，也要看西醫的病名或以細菌學定義論述之模式，中醫的回應方式。筆者認為，釐清這些問題必須從某幾個醫家的觀點出發作個案分析，不然在理論中繞來繞去，隔靴搔癢，必定無法分析出一個較好的結論。舉惲鐵樵（1878-1935）為例¹⁵⁵，他本身就是一位中西醫融合派的醫家，他不將所謂傳染病放在溫病學中來討論，反而是堅持用張仲景的「六經傷寒」來辨證。他說：「西籍所謂肺炎，肺炎雖陰證，不必便死。惟從太陽逐節傳變，最後見肺病則無不死者。」¹⁵⁶他將西醫的「肺炎」與傷寒「太陽」疾病觀融合在一起，成為一新的辨證方式，從中我們就可以探究中西疾病觀的交流與轉變。¹⁵⁷

¹⁵¹ Nathan Sivin, "Ailment and Cure in Traditional China", unpublished manuscript. 引自雷祥麟，〈負責任的醫生與有信仰的病人——中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，頁63。

¹⁵² 王咪咪、李林主編，〈唐容川醫學學術思想研究〉，《唐容川醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999年），頁640。

¹⁵³ 病與症的分別：「凡一病必有數症。有病同症異者，有症同病異者，有症與病相因者，有症與病不相因者。蓋合之則曰病，分之則曰症。」病、症雖有所不同，但判別在醫家之主觀，而非統一之病名判斷標準。出於清·徐靈胎原著，劉洋主編，〈知病必先知症論〉，《醫學源流論》，收入《徐靈胎醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999年），頁147。

¹⁵⁴ 馬光亞著，梁明達整理，〈中西病名統一實在困難〉，《中國百年百名中醫臨床家叢書——馬光亞》（北京：中國中醫藥出版社，2001年），頁287-288。

¹⁵⁵ 初步參考吳雲波，〈惲鐵樵生平與學術思想〉，《中華醫史雜誌》21.2（1991），頁89-93。

¹⁵⁶ 惲鐵樵，《內經講義》第6期。收入上海中醫學院中醫文獻研究所主編，朱邦賢，王若水總審閱，《歷代中醫珍本集成》第2冊（上海：上海三聯書店，1990年），頁15。

¹⁵⁷ 詳參本書第六章論述。



除了醫生的角色外，我們也必須輔助其他對醫學發展有所影響的人物，例如知識份子的言論，來輔助我們理解中醫在文化歷史意義上的地位。在20年代初期，正當「中國醫學史」研究逐漸興起之時，學術界開始對傳統文化價值普遍採取批派與質疑態度。在「賽先生」的刺激下¹⁵⁸，一切尊循科學精神與生活的論調開始在思想界興起。¹⁵⁹當日的學者，對中國固有的「實用之學」多採撻伐的態度，認為其缺乏科學的基礎¹⁶⁰，傳統醫學當然也難逃被批評的命運；而筆者認為，當時來自留學歸國的知識份子與政治結合之力量，是不容小覷的，特別是我們在論述中國醫學疾病或理論轉變時，不能忽略來自於他們給予的壓力。¹⁶¹他們的見解，有時也可作為醫生與病人之外，檢視中國醫學轉型成敗得失的一個重要管道。像是胡適（1891-1962）、周作人（1885-1967）、魯迅（1881-1936）、郭沫若（1892-1978）以及傅斯年等人，都是當時學術、思想界中，反對中醫學的代表人物。在西醫傳入後，又面對民初科學化的浪潮，中醫在學術上的爭論勢必要先擱置爭議而有所調和折衷。在當時看到西洋「新醫學」面貌後的胡適說：「回頭想想我們家裡的陰陽五行的『國醫學』在這個科學的醫學史上能夠佔一個什麼地位。」¹⁶²這個歷史的變革，為我們帶來了怎麼樣的新中醫或科學化中醫呢？這就是一個很有價值的提問，李建民曾言：「毫無疑問，中醫藥科學化需要醫學史的研究作為基礎。」¹⁶³科學化中醫或中醫科學化，其歷程應該是醫生、史家和重視文化發展者可以共同關心的議題。當然，研究者也不應該過度強調當時人們對「科學」的一面倒的崇拜，就像羅志田指出的：知識分子厭舊尊新的「異化」深淺，實因人而異，甚至很多人嚮往「科學化」的程度，也沒有我們今天想像的那麼深。¹⁶⁴所以，我們如果只談西醫視角的歷史，很容易忽略它對面的風景。中醫的近代史，可以幫助我們釐清這種誤區。要回應當日中醫究竟如何轉型之問題，不深入各層面來探討是不足以回答的，特別在如此巨變之時代，從爭議不休且佔據內科知識龍頭的熱病學史出發，將可更清楚的檢視新中醫的轉型。

以上的問題，看似相當複雜，處理起來有所難度，很難面面俱到。或許，我們並不是抓到一個問題（如熱病），就要寫出它全部的歷史、鉅細靡遺，那不切實際，也流於浮面；而應該找出一適當的切入點，中西醫對話的交集之處——氣與細菌學之爭論，進

158 Hsiang-lin Lei, "When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949" (Ph D. University of Chicago, 1999), pp. 162-208. 時代背景與思想趨勢可參考段治文著，《中國現代科學文化的興起 1919-1936》（上海：上海人民出版社，2001年），頁159-178。

159 李澤厚，《中國現代思想史論》（臺北：三民書局，民85年），頁49-64。

160 詳見趙洪鈞《近代中西醫論爭史》，頁88-91、204-213。

161 初步可參考祖述憲的論述：《思想的果實：醫療文化反思錄》（青島：青島出版社，2009年）。

162 出自西格里斯（Sigerist, Henry S.）著，顧謙吉譯，胡適校，《人與醫學》，序言，頁4。關於胡適擇醫的態度，掙扎於中醫之間的心境，還可參考祖述憲，〈胡適對中醫究竟持什麼態度〉，《中國科技史料》22.1（2001），頁11-25。

163 李建民，〈追尋中國醫學的激情〉，《思想4——臺灣的七十年代》，頁254。

164 羅志田，《再造文明的嘗試——胡適傳（1891-1929）》（北京：中華書局，2006年），頁63。



而深入醫籍、理解脈絡、善用內史的方法，找出特定問題來書寫，如此醫療史才可免於空疏與表面吧。

第六節 新醫史的嘗試——「重層醫史」(The diversity of medical history research) 視角的史學研究法

由上面的論述可知，要釐清近代熱病史的脈絡，「社會」的意義一定存在，但絕不是只有這樣的視角而已。筆者理想的新醫史，並不排拒社會史或文化史的方法，但絕不等於它們，那樣的歸類太過於簡略。李建民也不認為社會史與醫療史可以劃上等號，1997年當生命醫療史研究室成立之初¹⁶⁵，栗山茂久前來參觀，曾問及「生命醫療史」是何意義？李也只回應是社會史與醫療史的交集，李之行文給筆者的感覺是醫療史與社會史的有各自獨立空間的，只是在許多地方確有交集而已；不然，若已依附社會史，也就不必說醫療史是「無中生有」的學問了。¹⁶⁶倒是筆者左思右想，「細菌的中國醫學史」還真是無中生有，要探討中醫過去從未重視的東西，還真要有那麼一點創新思考。將無化有，擴展醫史的研究題材，筆者腦中閃過傅斯年曾經說過的話，試著把它找出來：

凡一種學問，當其未成立為科學以前，範圍一定很廣，和旁的學問分不清，初成科學時，一定想兼併旁的學問，因為學問總是有相互的關係，無論何學皆不能單獨成立，所以四面八方都收納起來，後來旁的學問也漸漸成為科學，各有領土，分野愈分愈細。結果，要想做好一種學問，與其採帝國主義，不如用門羅主義，把旁的部分委給別的學問，縮小領土，在小範圍內，盡力量，愈窄愈深。¹⁶⁷

其實，不論是社會史還是文化史乃至醫療史，都和西方學術界的影響息息相關，這點幾乎已為公認。¹⁶⁸只是從民初開始，學人就一直在追西方研究的步伐，即便「西潮」已成為中國的一部分了，還覺不夠¹⁶⁹，轉眼百年，不知何日方休；即便如民初學人那樣傾慕西化，留學外國、創立史語所的傅斯年也是要「為中國而豪外國」，甚至覺得中國學乃至東亞學被歐洲人搶去，是奇恥大辱。¹⁷⁰故臺灣應有自己本土純正、代表之學

¹⁶⁵ 有關生命醫療史研究室的成立與發展，還可參考：杜正勝，〈作為社會史的醫療史——並介紹「疾病、醫療與文化」研討小組的成果〉，《新史學》6.1 (1995)，頁113-143。以及〈醫療、社會與文化——另類醫療史的思考〉，《新史學》8.4 (1997)，頁143-165與〈「疾病、醫療與文化」的緣起與立意〉，收入氏著，《古典與現實之間》（臺北：三民書局，1996年），頁265-270。林富士，〈「生命醫療史研究室」簡介〉，《古今論衡》2期(1999.06)，頁85-88。以及生命醫療史研究室整理，〈「生命醫療史研究室」工作成果報告〉，未刊稿。

¹⁶⁶ 語出李建民，〈一個新領域的探索——記史語所「生命醫療史研究室」的緣起〉，《古今論衡》1期(1998.10)，頁59。

¹⁶⁷ 梁啟超，《中國歷史研究法》（臺北：里仁書局，1994年），頁356。

¹⁶⁸ 王晴佳，《臺灣史學五十年(1950-2000)，傳承、方法、趨向》，頁200。

¹⁶⁹ 可參考羅志田，《再造文明的嘗試：胡適傳(1891-1929)》（北京：中華書局，2006年），頁7-28的大背景分析，關於胡忽而有個「中國的我」、忽而有「二十世紀的我」，羅也有很好的分析。關於這樣中西心態之矛盾，周明之也有論述，參見氏著，《胡適與中國現代知識分子的選擇》（桂林：廣西師範大學出版社，2005年）。

¹⁷⁰ 當初傅斯年創辦史語所，不單是要追西方研究法，還要能與之爭勝。出自岳南，《陳寅恪與傅斯年》（西安：陝西



術——根植於傳統文化，為何不能靠自己想方設法來開拓？醫療史雖具有很強的西方性格，但中國醫學根植於文化土壤，論述本可獨立，一切從史料出發，不必過度攀附於社會史、文化史。關心或研究若只是一時興起，追求潮流而不重根本，則永遠不會成為具有系統的體系架構，更不能成為一嚴謹的學問，或有價值的研究傳統。

研究領域與規範必在實證研究中逐步建立，非一蹴可及。1997 年之後至 2000 年舉辦的幾次醫療史研討會，杜正勝曾提出了他的擔憂：醫療史有沒有邊界呢？他指出：「我擔心如果『能量』、『信息』等虛玄概念也算醫療史，宗教性的『污穢』也算醫療史，瘦身美容的廣告也算醫療史，那麼天下事物還有什麼不是醫療史的呢？這是違背常識的。所以主張以社會或文化為主軸的醫療史的人，不能不在範圍上有所節制，這樣另類醫療史才不失為一門嚴肅的學術。」¹⁷¹杜此言有一定的道理但仍有可供商榷的空間，因為「節制」不是限制，不但 1998 年舉辦過有關「潔淨」歷史的研討會，1999 年還舉辦過「健與美的歷史」研討會，近年來透過醫藥廣告來進行歷史之研究，則更是興盛¹⁷²，如果說它們都不算是醫療史的界域，那麼醫療史將如何開拓¹⁷³。傅斯年說：「凡一種學問能擴張它研究的材料便進步，不能的便退步。……動手動腳到處尋找新材料，隨時擴大

師範大學出版社，2008 年），頁 81。最近出版的新著，可以更清楚的看到西方的一些理論對傅的影響，參考王汎森，《傅斯年：中國近代歷史與政治中的個體生命》（北京：三聯書店，2012 年），特別是第二章。另外，可參考杜正勝，〈無中生有的志業：傅斯年的史學革命與史語所的創立〉，《古今論衡》1 期（1998.10），特別是頁 14-16。甚至顧頡剛至外國人主辦的燕京大學教書，傅斯年斥其「忘恩負義」，抨擊顧的學術為外國人服務（當然，顧有自己的考量，他想找一個可以專心研究學術的地方，而外國人的學校不會找他這個中國人做太多行政事務）。可見傅是希望建立本國主體性的。至於臺灣後來的史學發展，恐怕連前述的兩面性都少有，幾乎完全跟著西方史學潮流走。政府高喊國際化，不過僅是英、美化而已。真正具有臺灣特色的，只有臺灣史。中國史偏重英美化，西洋史則更等而下之。筆者的意思不是要完全排拒西方社會史的方法，因為它還是提供了醫療史很多研究的論題和空間，但方法不能等同限制，還有很多可以檢討的空間。陳弱水指出：臺灣 1960 至 1970 年之美國社會科學風氣影響後，什麼潮流都進來了，很多元但卻沒有主體，研究課題隨風移轉，成果不容易累積。引自陳弱水，〈臺大歷史系與現代中國史學傳統（1950-1970）〉，《臺大歷史學報》45 期（2010.06），頁 148。陳寅恪連中國史解釋權被日本搶走都耿耿於懷，故言「群向東鄰受國史，神州士子羞欲死。」這些中國史研究在民初的複雜心態，還可參考葛兆光，《宅茲中國：重建有關「中國」的歷史論述》（臺北：聯經出版社，2011 年），頁 279-283。

171 杜正勝，〈從醫療透視歷史〉，《從眉壽到長生——醫療文化與中國古代生命觀》，頁 76-77。

172 以廣告來分析醫療歷史，例如藥品與報紙、雜誌等大眾傳播媒體的研究，歷史學者本身已有相當不錯的研究成果，較具代表性的有（依年代）：黃克武的開山作品：〈從申報醫藥廣告看民初上海的醫療文化與社會生活〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，期 17（下）（1988），頁 141-194。以及張哲嘉針對女性與醫者在雜誌專欄內的討論，來探討中西醫學概念的融合，也牽涉不少媒體傳播、疾病解釋和性別史的綜合討論，參考氏著，〈《婦女雜誌》中的「醫事衛生 顧問」〉，《近代中國婦女史研究》12 期（2004.12），頁 145-166。他也繼續關切藥品廣告的跨國研究。尚有藥品與商業、身體觀之研究，如張寧，〈阿司匹靈在中國——民國時期中國新藥業與德國拜耳藥廠間的商標爭訟〉，《中央研究院近代史研究所集刊》59 期（2008.3），頁 111-119。以及張寧，〈腦為一身之主：從「艾羅補腦汁」看近代中國身體觀的變化〉，《中央研究院近代史研究所集刊》74 期（2011.12），頁 1-40。大陸方面，僅舉較近的兩例：楊祥銀，〈衛生（健康）與近代中國現代性：以近代上海醫療衛生廣告為中心的分析（1927-1937 年）〉，《史學集刊》5 期（2008），頁 52-64。有關身體之近代意義，還可參考王儒年，〈慾望的想像：1920-1930 年代《申報》廣告的文化史研究〉（上海：上海人民出版社，2007 年），第四章「美的理想」。大陸文化史年輕一輩學人張仲民也持續做了許多藥品廣告與商業傳播、社會文化轉型的研究，可參考氏著，〈出版與文化政治：晚清的「衛生」書籍研究〉（上海：上海書店出版社，2009 年）；最近的研究則觸及到身體與商業建構的關係，參考張仲民，〈晚清中國身體的商業建構——以艾羅補腦汁為中心〉，收入《新史學》（第 5 卷）：清史研究的新境（北京：中華書局，2011 年），頁 233-263。西文則可以高家龍的著作為代表，參考 Sherman Cochran, *Chinese medicine men: consumer culture in China and Southeast Asia* (Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 2006)。

173 關於這幾場具有開創性意義的研討會，可參考林富士，〈「潔淨」的歷史〉，《古今論衡》2（1999.06），頁 78-82。以及李貞德，〈從醫療史到身體文化的研究從「健與美的歷史」研討會談起〉，《新史學》10.4（1999），頁 117-128。



舊範圍，所以這學問才有四方的發展，向上的增高。」¹⁷⁴我想，廣泛吸取各領域的長處與研究法，努力開發論題，不管是社會史還是內史的疆界，都不應是醫療史的限制。

李建民覺得，在歷史學界，由於醫療史長久以來被視為民俗、下層社會或生活史、社會史的一支，和政治史與制度史的「上層」無關；但他指出，古代醫療心態及思考方式的紀錄，其實離不開菁英所留下的文獻，醫者也是「士」的一環，僅憑他們的紀錄實在很難說只能是下層人民生活的反映¹⁷⁵，醫史也應有上層理論建構的一環。其實早先杜正勝也承認，談新社會史仍不能脫離所謂上層「政治」的影響¹⁷⁶，只是後來的人太關注醫療史的社會面，而忽略了其他層次的考量。就像雷祥麟的博士論文，凸顯了中醫在近代的變化，補充說明中醫團體致力於獲得國家所賦予的權力，特別在廢醫案之後，中醫也懂得積極組織團體、學會適度發聲，並爭取他們的地位，最終逃過了被廢除的命運¹⁷⁷，雷的研究當然是和政治或上層有關、不完全是社會底層的影響。在上層和下層之間，欲拼湊出一完整的醫療史圖像，李建民曾提出「被忽略的中層」的想法，來追尋一種不同階層人的共同實踐基礎¹⁷⁸，提供一個很好的思考方向；從資料中挖掘新問題，本來就是史家責無旁貸的責任，「一種學問中的題目能夠新陳代謝，則所得結果是可以層層堆積上去，即使年代久遠，堆積眾多，究竟不覺得累贅，還可以到處出來新路。」¹⁷⁹筆者以為，醫療史如何開創新局，不妨可以從「重層醫史」(multi-gradations of medical history research)的角度來多面向談一個特定問題，從醫療看中國歷史，在上下層之間，其中必有交會共同之處，但絕對也有上下相異之處。我們已經強調了「內史」之理論建構的上層，還要看這些知識如何與下層生活產生連結。甚至像是某類知識，如熱病知識（包括預防、調養的技術）在下層如何被理解與實踐的問題。而這個下層，在醫療史的範疇內，最明顯的例子可能就是病人了。我並不認為這僅是所謂的「醫病關係」，因為「重層醫史」所包含的還有理解上層（醫者）與理論知識這兩層意義，並不是只在醫生、病人之間而已。¹⁸⁰

這個新醫史的內涵，更應該重視醫療知識對人群（不僅是狹義的病人）的影響，或是醫生與病人對經典醫療知識的解讀。舉清末民初的資料顯示，當時的病人是積極參

174 傅斯年，〈歷史語言研究所工作之旨趣〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》1.1 (1928.10)，頁5-6。

175 李建民，〈追尋中國醫學的激情〉，《思想4——臺灣的七十年代》，頁248-250。

176 杜正勝，〈什麼是新社會史〉，《新史學之路》，頁29。

177 Sean Hsiang-lin Lei, "When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949," pp.67-120. 雷以上海為例，說明中西醫在這方面的爭論，especially pp.103-118.

178 李建民，〈追尋中國醫學的激情〉，《思想4——臺灣的七十年代》，頁250。

179 傅斯年，〈歷史語言研究所工作之旨趣〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》1.1 (1928.10)，頁4-5。

180 語言認知牽涉到文化與知識的互動，一方面知識好像是「客觀」的，其實又受到「文化」的主觀影響。所以知識雖然固定化、通用化與共同化（像疾病認定那樣統一而精確），然而諸多「主觀」的文化認知仍會左右「客觀」的知識，而使我們討論的東西（疾病）有賦予解釋之歷史空間。詳見張東蓀著，《知識與文化》（臺北：廬山出版社，1974年），頁141-145。



與對診斷過程之討論的，甚至用傳統醫學典籍內的知識來質問醫者。清末來華的傳教醫師胡美（Edward H. Hume, 1876-1967），發現他的中國病人會用醫書的知識來質疑他，甚至女流之輩，也能用古典醫書的知識，來和他這位外國醫生溝通調養的事宜，包括畫中醫式的臟腑圖來說明自己的病情。¹⁸¹至於陳存仁（1908-1990）在《我的醫務生涯》中談到的病人，有部份對中醫理論與自己的病情相當熟稔，他們的觀念有時會給醫者不少壓力，甚至以經典知識來詰問醫生。陳曾診過一位病人，他質疑陳的用藥單位僅開至「錢」、「分」，過於輕微，說到：「照《傷寒論》上的用藥，都是講二兩三兩的。」幸好陳也不是省油的燈，回答道：「我的國學老師章太炎先生曾經考證過，醫聖張仲景是漢朝人，漢時的一兩即今時的槽秤二錢。」這才讓這位病人完全服貼，原來他是老闆，要陳給他的員工看病，大概有先試探一下的意味。¹⁸²這則故事充分顯示中醫、經典與病人三者的對話，今天我們不甚理解的古典醫學知識，在民初可能是病患所熟悉的、甚至拿來質疑醫生的工具；所以經典理論的內在理路不可不知，在社會集體意識（如科學、身體、健康等觀念）內所形成的病人觀點，更不能不重視，這也是醫史家之所以要好好談內史的原因。而談內史的方法，就歷史學來說，筆者認為就是從醫學典籍文獻出發，先梳理一代醫籍的刊行、流佈狀況，但這種工作不是一開始就要談的鉅細靡遺，而是要選定有意義的、特定之主題（例如本文就鎖定氣和細菌的內容）來篩選、論述。例如李建民就分析了《隋書·經籍志》內的醫學典籍，來說明「方書」的內容居多，但醫經與方書的位階是不同的，後來李解釋：「歷來不同醫家重新編輯、命名、注解與閱讀並不是權威來源，只有書卷本身才是。而前者之功用，涉及了學科成員身分的確立、學科邊界的再劃定與學術傳統的重建等多個層面。」所以分析醫學書籍的刊行與註解，實為了解一代中醫發展史的良好途徑。¹⁸³特別是針對中醫外感熱病這樣龐大的知識體系，欲找到適合的切入點，必須分析相關典籍，醫史研究的主題才會明確，邊界才能更加確立。

至於為什麼會選擇氣和細菌學的爭議呢？一言以蔽之，近代以來中西醫論爭的重點，大致可以劃分為兩個時期。民國以前，中西醫論爭的範疇是以解剖生理學為主的論爭，張仲民即對晚清的生理學教科書進行研究，其實在晚清，生理學是衛生知識的主體，當時翻譯的西醫書籍是以生理學為主，而不是微生物學。民國之後，則轉為細菌學所帶來的治療學和疾病解釋上面的爭議，以及以細菌學為理論根基，所衍伸出的中西醫公共衛生與國家權力之間的角力戰。¹⁸⁴

¹⁸¹ 出自愛德華·胡美原著，杜麗紅譯，《道一風同：一位美國醫生在華30年》（北京：中華書局，2011年），頁39-40、86。

¹⁸² 陳存仁，《我的醫務生涯》（桂林：廣西師範大學出版社，2007年），頁9-10。

¹⁸³ 李建民，〈古典醫學的知識形式〉，收入祝平一主編，《中國史新論·科技與中國社會分冊》（臺北：中央研究院·聯經出版公司，2010年），頁125-179。

¹⁸⁴ 關於中西醫在解剖生理學上之爭論，到民國之後確實減少了，和清末以來激烈的討論有段差距。可以參考袁媛，



筆者約在10年前開始撰寫有關唐宗海（1851-1897）醫論中的身體觀，即著眼於第一期有關中醫氣化和身體解剖生理、形質間的爭論。對中國人而言，宗教、哲學、身體觀、醫學、博物學、武術、相術、風水等學說內，沒有任何一種知識領域能避開不談「氣」的哲學，知識體系內無處不充斥「氣」的作用¹⁸⁵；而近代學人如康有為、梁啟超、譚嗣同等也不斷用氣來說明萬事萬物的「根基」，西方語彙中也有相應的「氣」概念¹⁸⁶，這構成了中醫在近代之初仍以氣論作為和西方醫學對話之基礎。以中國人的宇宙觀而言，形氣相感才能化生萬物；而以身體臟腑而言，其功能就是「氣化」的生命表現。¹⁸⁷這個氣化觀念還本著陰陽學說，將人體視為一個有機體，陰陽可以劃分臟腑與經脈的內外、生理功能（生剋），位置（表裏上下）等等，都是中醫臟象學說的基本理論。¹⁸⁸唐氏在《醫經精義》正文的一起始，就開宗明義的引出《黃帝內經素問·生氣通天論篇》中的一句話：「夫自古通天者，生之本，本於陰陽」¹⁸⁹、「天地只此陰陽化生五運六氣，人生秉此陰陽，乃生五臟六腑。」氣乃中醫論人體生理與臟腑知識的根本，也是孕育生命的大原則。唐甚至以西洋科學的解釋為例，說明「陰陽」概念。他說：「西洋化學言人吸空中養氣，即天陽也。至於飲食五味，不知是地之陰質。」¹⁹⁰雖然唐並不認為西醫由解剖方法所建立的知識有所錯誤，但他以為：西人若不本著陰陽、氣化之觀念來解釋人體內部與生理運作，也就無法理解所謂的「人身之氣化」。所以唐的中心辯論，就是西醫終究「不能將各層分出陰陽，則只知其形，不知其氣，所以剖割臟腑只能驗死屍之形，安能見生人之氣化哉。」¹⁹¹最近雷祥麟有新的發現，他認為唐宗海吸收了類似西方蒸氣機運作的理論，來比喻身體運作之機制，代表像唐這樣的醫生並不完全排斥西方的科學知識¹⁹²，唐的想像力是非常豐富的。事實上，中醫的氣論非常廣泛，完全主宰了中醫理論之核心，¹⁹³它既是靜態的表述依據，也是動態、流動的物質，故席文教

《近代生理學在中國(1851-1926)》(上海：上海人民出版社，2010年)。但該書仍是偏重民國以前的論述。至於張仲氏，則說明了晚清衛生學以生理和生殖類的翻譯醫書為最多。參見氏著，《出版與文化政治：晚清的「衛生」書籍研究》(上海：上海書店出版社，2009年)，特別是第二章。

185 關於這些討論，可參考此論文集，齊集了許多學者對「氣」的認識：楊儒賓，《中國古代思想中的氣論與身體觀》(臺北：巨流出版社，民82年)。

186 (日)小野澤精一等編，《氣的思想：中國自然觀與人的觀念的發展》(上海：上海人民出版社，1999年)，頁512-537。

187 有關氣在中國(醫)文化的論述，研究成果很多。可以參考曲峰，《中醫臨床理論思維探討》(北京：中國醫藥科技出版社，1992年)，頁21-30。Elisabeth Hsu, *The transmission of Chinese medicine*. (Cambridge: New York: Cambridge University Press, 1999), pp.58-87的討論。

188 周學勝，《中醫基礎理論圖表解》(北京：人民衛生出版社，2001年)，頁21。

189 郭謙春主編，《黃帝內經素問問語譯》(北京：人民衛生出版社，1996年)，頁14。

190 清·唐宗海，《醫經精義》(臺北：力行書局，1998年)，第1頁。

191 清·唐宗海，《醫經精義》，頁2-3。

192 Sean Hsiang-lin Lei, "Qi-Transformation and the Steam Engine Visualizing the Body in Chinese Medicine in the Nineteenth Century". (臺北：史語所「醫療與視覺文化」國際學術研討會，2010/11/24-2010/11/26)。(本文得作者同意引用，特此致謝)。

193 關於氣的理論和醫學，可參考王明輝等著，《中醫氣學說理論與臨床應用》(北京：中國醫藥科技出版社，2000年)，書中有從《內經》理論以下的各方面歷史源流乃至臨床應用介紹。



授(Nathan Sivin)甚至把「氣」解釋成 *circulatory system of the body*。¹⁹⁴ 另一方面,「氣」又與氣候、地理等自然觀結合,成爲一種論述、推測疾病或災荒的知識,是以「外感不外六淫,民病當分四氣」,外感熱病依據的也是這一套氣的變化知識。¹⁹⁵ 中醫氣論具有一種廣泛包容、解釋自然界現象的特性,因之在每個體系中幾乎都可以見到它的影響。更加深奧難解的「五運六氣」,曾是明清醫者甚爲重視的一種氣論,它和《傷寒論》之六經氣化非常有關係,這套理論筆者不甚理解其操作¹⁹⁶,但民國以後的氣論,較少牽涉較爲玄虛之部分,關於五運六氣,中醫似存而少論,大概仍從外感「六氣」與季節之氣來和細菌學進行對話,才是時代之潮流。¹⁹⁷ 這令人感到好奇:在中醫近代熱病史中,氣的論述如何與細菌學產生一種匯通的論述、亦或是怎麼展開對話?

進入第二期,西醫細菌學逐漸興盛的民國初年,此時中醫的「氣」論受到相當多的挑戰,蓋西方近代以船堅炮利、科學之物質文化取勝,「氣化」這種論述並無法讓中國富強、解決傳染病或衛生政策之相關問題。一位叫陳黃谿的人在《醫界春秋》上發表言論就很有代表性。他抨擊「懂得氣化」的人反而譏笑他人「迷信物質,沈迷機器」。陳認爲,人體的臟腑運作本來就是一個天然的機器,並舉張鳳博士呼籲的:「國醫呀?趕快自立更生,發明診病器械吧。」來引申說明其實中國古代名醫的砭石、刀圭、灸鍼、湯劑,哪一種不是機器呢?銅人針灸圖、尤爲中國「實驗醫術」的最高科學,這才是能和西醫對抗的,而不是死命抱著什麼「氣化正學」。¹⁹⁸ 這個時代的醫學,大概可以視作形而上的氣論以及物質文化的科學、細菌學之對壘。

科學需要研究,細菌學也是一樣,不能空談玄理。像是胡適,就曾把巴斯德研究細菌學成功的例子,作爲「科學救國」的表率,他在1932年時說到:

法國被普魯士打敗之後,割了兩省地,賠了50萬萬法郎的賠款。這時候有一位刻苦的科學家巴斯德,終日埋頭在他的化學試驗室裏做他的化學試驗和微菌學研究。他是一個最愛國的人,然而他深信只有科學可以救國。他用一生的精力證明了三個科學問題:(1)每一種發酵作用都是由於一種微菌的發展(2)每一種傳染病都是一種微菌在生物體內的發展(3)傳染病的微菌,在特殊的培養之下可以減輕毒力,使

194 (日)小野澤精一等編,《氣的思想:中國自然觀與人的觀念的發展》,頁535-536。

195 可參考馮玉明、程根群,《中醫氣象與地理病理學》(上海:上海科學普及出版社,1997年)。引文出自該書頁182。

196 這個部份講的比較清楚的,還是現代《傷寒論》大師劉渡舟(1917-2001)。參考其著作:《傷寒論十四講》(天津:天津科學技術出版社,1882年),頁47-53。以及《傷寒論臨證指要》(北京:學苑出版社,1999年),頁17-25。

197 惲鐵樵有謂:「《內經》更有五運六氣、司天在泉之說,以六十甲子分應風寒暑濕燥火,當春秋戰國時,自成一種學說。明熊宗立注《內經》,至以病人之生年月日合之司天、在泉以治病,而其法殊不效。可知運氣與醫學是兩途也。然六氣確有至理。」大概可以顯示這種傾向。引自氏著,《傷寒論研究》與《臨證演講錄》(北京:學苑出版社,2007年),頁164。

198 陳黃谿,〈氣化與物質〉,《醫界春秋》115期(1936),頁6-7。

他們從病菌變成防病的藥苗。這三個問題在表面上似乎都和救國大事業沒有多大關係。……英國的科學家赫胥黎在皇家學會裏稱頌巴斯德的功績道：「法國給了德國 50 萬萬法郎的賠款，巴斯德先生一個人研究科學的成就足夠還清這一筆賠款了。」巴斯德對於科學有絕大的信心，所以他在國家蒙奇辱大難的時候，終不肯拋棄他的顯微鏡與試驗室。他絕不想他在顯微鏡底下能償還 50 萬萬法郎的賠款，然而在他看不見想不到的時候，他已收穫了科學救國的奇跡。¹⁹⁹

巴斯德的奇蹟不在還清賠款，而是在實驗室裡和操作顯微鏡所獲得的重大發現，為法國贏得無數的國際名聲，這才叫科學救國。又如史家傅斯年，他在史學界赫赫有名，在醫界，他的名氣也不小，皆由其反中醫之立場而來。他曾說：

記得蔣夢麟先生告我一段他在中學時的故事。清末，他在南洋公學當學生時，有位中醫的校醫用改良新法，即用寒暑表試驗溫度。但是此公不知殺菌，本來中醫字典中沒有「病菌」這個反國粹的名詞，故由這個人口中取出，便直送在那個人口中。適逢白喉盛行時，他這學堂死的完全在一般市民死亡之上，於是一陣大絮亂，校醫開除，學校放假！這固然是極端的例，然一個人剽竊自己所不瞭解的東西，正如請不知電流為何事的人來家安置牆上電網一般，其危險是不可形容的。²⁰⁰

此話意味著，他認為讓傳統中醫來學習新的科學醫學，根本就是營造空中樓閣，中醫學是沒有「病菌」這個名詞的。要接受西方醫學，要改良屬於國家的新醫學，就必須「全盤西化」。²⁰¹有些中醫，雖承認細菌學與西醫物質科學之重要性，但還是認為中醫比較適合中國人的體質，例如陸士諤言：

中西醫學說，大判天淵。中醫主張六氣，西醫倡言微菌；一持經驗為武器，一仗科學為壁壘，旗幟鮮明，各不首屈。形式上比較，西醫為優；治療上比較，中醫為優。器械上比較，西醫為勝；藥效上比較，中醫為勝。為迎合世界潮流，應用西醫；為配合國人體質，應用中醫。²⁰²

此論還算持平，但之後的章節我們將書寫更激烈的辯論。有些中醫則認為要繼續大加的暢言「氣論」，用科學加以研究，沈麟甚至說「發明人身氣化之病理，庶使古聖心

199 胡適，〈贈與今年的大學畢業生〉，《四十自述》（海口：海南出版社，1997年），頁261-262。

200 傅斯年，〈再論所謂國醫〉，《傅斯年全集》（臺北：聯經出版社，1980年）第6冊，頁323。

201 傅斯年謂：凡是改良，必須可將良者改得上。蒿子可以接菊花，粗桃可以接美桃，因為在植物種別上他本是同科同目的。我們並不能砍一個人頭來接在木頭的頭上啊！西醫之進步，到了現在，是系統的知識，不是零碎不相干的東西。他的病理論斷與治療是一貫的。若接受，只得全接受。若隨便剽竊幾件事，事情更糟。出自氏著，〈再論所謂國醫〉，《傅斯年全集》第6冊，頁323。

202 陸士諤，〈中西醫評議〉（1930）。引自田若虹，〈陸士諤醫著、醫文考（續完）〉，《中醫文獻雜誌》第1期（2003），頁24。



傳，大放光明於世界。」²⁰³這裡就體現了中醫「氣化」論述的一貫性，甚至有人在民初仍持唐宗海的氣論來說明氣化醫學的可貴之處。²⁰⁴

從反面來看，反中醫氣論者則謂「氣」很難用具體的物質概念來解釋，即使可供研究之「空氣」，也有中醫之說法與之衝突。陳黃谿就說：「《內經》所云氣化，兩言可以包括。就是『天以五行御五位，而生寒暑燥濕風。人以五藏化五氣，而生喜怒悲憂恐。』這些東西，在今天科學驗證下，仍是『物質』。」陳舉近代科學家將自然界物質加以分類、辨析成各種元素，而把「物質」的科學深化了；陳反唇相譏說：「尤可笑者，昌言『六氣，氣化』這一兩位中醫。問他何謂『六氣』？他說：『空氣是沖和不動之氣，寒暑與熱氣，為對待之氣，暑氣燥氣火氣皆為熱氣，濕氣為陰陽兩氣氤氲之氣，濕氣與風氣，為無一定之氣。』大家數數看，到底幾氣？」他諷刺說：空氣可以不動？小孩子讀過《小學自然教科書》，就知道空氣會流動，這批「氣化」維護者還堅持己見，這就叫「家醜不可外揚」。而讓陳感到莫名其妙的是，反對者竟也來罵：「廢陰陽，搗六氣，推翻氣化，迷信物質，用夷變夏，非聖無法，倒行逆施。」陳認為中國醫學不應和孔、孟聖人扯在一塊，而應就事論事，好好發展物質科學。²⁰⁵

部份中醫已謂，中西醫界之爭論已由生理學轉向細菌學，身體的氣化爭議逐步轉移至外界之「六氣」、「癘氣」上面。在生理學方面，很多中醫已完全採用西方的語言，以氣為標準來訂立病名的根基，正開始動搖，陸晉笙就不悅的說：

提起害人這一件事，中醫的學說，對於人體，除肌肉、腠裏、骨骼、毛髮之外，最重要的是臟腑十二官，手足十二經，營衛氣血之分，井營俞合之穴，現在一切都不講，只談那原子細胞、神經淋巴腺、赤血球、白血球一派西醫話。外人見了總以為中醫的學說靠不住，所以棄此就彼，自己打倒自己，這是人體學說上的動搖。對於疾病，中醫分做內傷、外感，風寒暑濕燥火，病之由外來者，名叫六淫；喜怒哀樂悲驚恐，病之由內起者，名叫七情，再要判分寒熱表裏虛實，現在一切都不講，只談那某部炎、某膜炎、某某菌、某某菌一派西醫話，外人見了。總以為中醫的學說靠不住，所以棄此就彼，自己打倒自己，就是疾病學說上的動搖。這是屬於害人一方的。²⁰⁶

陸的反駁，不是無的放矢，民初許多中醫在編寫書籍時，確實對西醫的生理與病

203 沈麟撰，《溫熱經解》，收入曹炳章，《中國醫學大成》（上海：上海科學技術出版社，1990年）第18冊，沈漢卿原序，頁2。

204 請參考本書第3章。

205 陳黃谿，〈氣化與物質〉，《醫界春秋》115期（1936），頁7。

206 陸晉笙，〈論盲從西醫之害〉，《景室醫稿雜存》，收入沈洪瑞、梁秀清主編，《中國歷代醫話大觀》（太原：山西科學技術出版社，1996年），頁2063-2064。



理學如數家珍；但是，如同祝味菊就認為，西醫的細菌學雖「鐵案如山」，中醫無法媲美，但所謂細菌原蟲，對真正疾病原因之探究，卻無甚大用，他說：

在西醫，只認有形的細菌原蟲及其它等，為疾病之原因，而否認無形的六氣七情。夫所謂細菌原蟲，則鏡檢之下，歷歷可徵，固不能不認於醫學之發明史上，確有相當價值，而其否認六氣七情為病原之一種者，斯亦未免過於偏執，而有不徹底之遺憾焉。何以言之？蓋細菌原蟲等，固足為病原體，但苟無六氣七情為之誘因，則抵禦充實，抗毒力強，雖有細菌原蟲，亦難遂其發育。然則國醫之重視誘因，洵可謂上工治未病也。本篇對於病原，乃專在六氣七情方面著筆，而細菌原蟲等，學者可於細菌學及其它有關係之書中求之，此則存而不論焉。²⁰⁷

這種不認「細菌學」的態度，觸怒了一些信奉以細菌學為根基之衛生現代性的學者。傅斯年就說：「中國是個世界上病菌最多的國家，各種疾疫並世無雙，故死亡率在一切開化與未開化的人類之上。對付此情形之最有效方法，無過於防範於未病之先。」這要靠「研究公共衛生的人的聰明」，所謂國醫是完全無法擔負這種責任的。²⁰⁸雖然中醫不斷聲稱能夠治病，但胡適卻認定：存在於傳統「爛紙堆」裏的無數「老鬼」，卻「能吃人，能迷人，害人的厲害勝過柏斯德（Pasteur）發見的種種病菌。只爲了我自己自信，雖然不能殺菌，卻頗能『捉妖』、『打鬼』。」²⁰⁹如果中醫是不能殺菌的「老鬼」，這就不免讓人好奇，中醫對於西醫的細菌學到底抱持什麼態度，又將如何進行解釋與回應？

另外，細菌學帶給中醫的衝擊，還不止於此。因作為中醫對疾病定義與解釋根基的氣論，在民國時期已受到挑戰，用氣來解釋疾病，在傳統中醫內有許多脈絡，論述本不一致。在今日，當人體有不舒服之處，一般人會立刻聯想到他以往的病史或醫療經驗，在心中加以解釋，甚至對醫生的醫術做出評判。但在民初中西醫學初會時，西醫方面，病人必須服從醫者的「權威」，也就是病名只有一個，是西醫定義的；但反觀中醫，醫學體系內對「氣」的不同解釋，卻導致對同一種疾病的定義出現數種說法，而造成病家許多困擾。俾鐵樵即對病家被傷寒和溫病的定義搞的一頭霧水的情況做出生動描述，他說：

熱病發熱，是摸得出的。既熱之後，有多數病患不肯自退，必須吃藥，否則就會漸漸重起來，至於不可收拾，這是大家都知道的，所以一見發熱，通常就忙著尋醫生

207 祝味菊，《病理發揮》，收入邢斌、黃力主編，《祝味菊醫學五書評按》（北京：中國中醫藥出版社，2008年），頁259。

208 傅斯年，〈所謂國醫〉，《傅斯年全集》第6冊，頁305-306。

209 胡適，〈整理國故與「打鬼」——給浩徐先生信〉，《四十自述》（海口：海南出版社，1997年），頁136。



了。但是經醫生診斷之後，或者是傷寒，或者是溫病，或者是濕溫，病名不一，服藥好了便罷，如其不好，不免再看醫生，若再不好，不免要換個醫生，在這當兒，可是作怪，甲醫說傷寒，乙醫卻說溫病，病家莫名其妙，再尋個大名鼎鼎的醫生評判一下，誰知那醫生說的是濕溫！那末三個醫生三樣說法，真是個人各法，單是病名不同，倒也罷了，三個醫生既然說出三個病名，當然開三樣方子，但是病只有一個，至少有兩張方子不對，不對的藥吃下去，那病當然有增無減。病家到此時，自然發慌了，那末（麼）請西醫來看看罷，西醫的診斷，名目甚多，有肋膜炎、腹膜炎、腦膜炎、腸炎等名詞，就中只有一種，就是那腸炎又叫傷寒，這個名詞倒與中醫嘴裡常說的病名相同。²¹⁰

這種中西病名的混淆，造成病家不少困擾。最後就像惲氏所說，只好來個「中西醫並進，雙管齊下」，其結果是「雜藥亂投，病人是不救了，病家弄得人翻馬仰，總算心力交盡了，歸結只有四個大字，叫做『死生有命』。」這種情形在當時是「習見不鮮之事，並不足為奇。」²¹¹惲氏生動的描述，使吾人對當時病人在面對自己身體被疾病侵害時，既不明確又困擾的心理狀況有所瞭解。這些問題，在民初細菌學傳入之後，又將產生什麼樣的變化，中醫有改變嗎？

本文最後將表達的關懷：乃近代一個學門可能興盛、衰弱或轉型的例子。回顧今日仍存在的弔詭狀態，一方面我們都不再為疾病的定義感到困惑了，在我們所熟知的健康知識中，感冒、流感、傳染病等名詞與概念已經取代了「傷寒」、「溫病」、「瘟疫」等傳統的疾病分類或名稱。但是，以學術生命而言，中醫理論中的傷寒和溫病學卻沒有逝去²¹²；除了研究與教學外，中醫很少會對病人提起他患的是傷寒還是溫病，可見中醫知識的呈現是不斷變動的。因而，從熱病史來談新醫史的實踐，至少需要著重在以下幾個環節，包括：一、熱病的近世爭論，有沒有一個更好的理解方式？熱病知識在民國時期發生何種變革，其發展史的基本脈絡為何？二、西醫的細菌學知識內容為何，它哪些地方影響了中醫，中醫又欲如何回應之？三、中醫在民初時是如何用西醫的疾病名稱來為自身「傷寒」、「溫病」體系之定義作一種轉化、融合的解釋呢（即「再正典化」）；又將透過什麼方式來縮短傳統與現代、中醫與西醫這樣的雙重差異，去重新定義他們所堅持的傳統？四、病人的角色對此一轉變過程有無產生任何實質上的影響？舊的醫學理論和身體認知如何逝去，或是被取代了，還是它們仍可能存在於傳統和現代的夾縫中？

此即筆者對熱病學新進路的整體問題意識架構，也是一次重層醫史探究的嘗試。李

210 惲鐵樵，〈病名〉，《熱病學》，收入《群經見智錄》（臺北：華鼎出版社，民77年），頁1-2。

211 以上見惲鐵樵，〈病名〉，《熱病學》，收入《群經見智錄》，頁2。

212 詳見廖育群，《醫者意也——認識中國傳統醫學》（臺北：東大圖書出版，2003年），頁199-207的討論。



建民曾就自身對經脈、身體與古典醫學的研究成果提出了：他欲追溯中國古典醫學知識原型的形成及其制度的變遷。這個體系其實很龐雜，但是他歸納出禁方書、依托和正典幾個核心概念群²¹³，讓其研究進路成為可能。也許，用他的「核心概念」來對照，本文的「重層」也是在找尋探索方法論上的另一種可能。因為是重層醫史，打散了時序，而以主題來分析熱病的各個層面，所以，這樣的設計將可以讓讀者從任何一章展開閱讀，看似複雜，其實環環相扣，不影響整體架構。²¹⁴

「重層醫史」是一種方法、一種視角，而不是一種硬套的模式。它不應有框架，而是可以靈活地被設定來研究特定中醫史的問題，例如本文的熱病。細部的規範不拘，欲於「通」中求索重要意義來加以論述，需視實際史料與歷史影響而定。²¹⁵但整個骨架結構之設計、章結之安排，應有以下幾個部分呈現：第一、必須立基於文獻（醫書、報紙、期刊）之解讀。二、在文獻之下，必須有大範圍背景之闡述，這個背景可以是綜論性質，必須與政治或社會相關，因歷史研究不能脫離時代背景之故。三、建築在文獻之上，應梳理「內史」之論述。例如談氣與細菌，就要到文獻中尋找相關線索，像是殺菌、防疫等技術層面。四、必須有「人」的角色，除談醫學典籍外，也應注重醫者的時代性格與研究貢獻。五、文化史視角之分析：以醫史研究而論，大概最常被借用的研究法就是日常生活史、身體史的相關視角，筆者的中心想法，就是希望看看上層的醫學知識，如何落實在一般民眾的日常生活中。²¹⁶這些面向，不能只是提及而已，本文之構想，是將它們放在至少以一個章節的份量來論述，而總體圍繞著中醫外感熱病學的歷史來加以梳理。過去西方的中國史研究總是較偏重鄉村社會史的研究，卻對中國個人的、生活的乃至文化面向的研究較為不足²¹⁷，希望能藉由本文，彌補一些從中國醫史出發的近代文化史研究。王汎森曾指出：中國史近年來研究的眼光有兩種下降的特色，其一就是由了解上層為主下降到庶民的研究、對基層社會之注意。²¹⁸李建民引申而論：中國歷來醫書所呈現的生命、身體的觀念，與不同時代上層的思想、文化之間是互相滲透、重疊的。李較不同意杜正勝將「民俗」擴大解釋，僅是將政治制度史用另外一種姿

213 李建民，〈中國醫學史研究的新視野〉，《生命史學——從醫療看中國歷史》（上海：復旦大學出版社，2008年），頁14。

214 「層次」的分析，愈多愈好、愈辯愈明，但礙於論題與篇幅，無法一直擴張，必須選擇較有意義的主題來進行論述，「重層」之意義才能有所節制，不失嚴謹。

215 何炳松所言：「唯是吾輩研究歷史，志在求通，則欲其名實相副，絕非片面義例所能勝任而愉快。」此為求通之難。又言：「唯是通史性質，經緯縱橫；編纂之功，初無規矩。所謂心知其意傳請其人者是矣。」要選取特別的主題來研究，必須審慎思考。出自何炳松，《通史新義》，收入劉寅生等主編，《何炳松文集》（北京：商務印書館，1996年），頁85-86。

216 簡單解釋，重層醫史即包括：內史（文獻刊行，文獻分析，學術大勢分析）、外史（日常生活、社會與政治文化）的綜合視角研究法。

217 參考李孝悌，〈社會史與文化史：西方視野與中國觀點〉，《中國學術》28輯（2011），頁344-357。

218 王汎森，〈歷史研究的新視野——重讀《歷史語言研究所工作之旨趣》〉，收入許倬雲等，《中央研究院歷史語言研究所七十五周年紀念文集》（臺北：中研院史語所，2004年），頁174。



態改寫，成為下層社會生活史研究的常態。李說：「從醫療看中國歷史，一方面是竭力從為數龐大的醫療（含養生）文獻中挖掘『基層社會』的心態與生活，另一方面這些研究也必須建立在更縝密、更深入對上層文化的洞見。這是一種「極端的中間」（radical middle）的研究取向——不僅是中國正典醫學發展史的特色，同時也是中國歷史真正本色所繫。」²¹⁹此即談上層醫學知識往下層落實的面向。當然，西方研究給予的啟發也不少²²⁰，只是筆者沒有很專門的研究，僅於正文中提及。至於筆者提出之研究法對其他領域有無啟發，不好驟下定語。所有的整體學問，都須用實際研究來檢驗，在沒有任何成果的支持下，不宜太早下斷論。筆者不希望本書的論述是硬套一些死板的社會科學理論，或是追求任何時髦的西方論述，它應該完全根於研究中國學問之醫學歷史和文獻而衍生的思考。

最後，新的重層醫史之實踐，必須重視來自醫者與史家的聲音，如果這個「重層」建構沒有來自這兩方的聲音與努力，那麼醫療史將永遠是醫者或史家單方面的孤芳自賞。當初「新社會史」的醫療史是希望貼近下層、一般人的日常生活，杜正勝還對歷史的大眾性提出關懷，他認為現在的歷史教育、歷史學在現代知識系統裡大概跌到谷底了，那麼，歷史這門學科如何能在人們社會生活和個人心靈中活躍起來？杜說：「回頭檢查現在的歷史，我們缺乏可愛、可信、可親的歷史讀物。」實際上是：「學院論文太孤高，恥於吸食人間煙火；學校教科書太呆滯，奄奄無生氣。學院的學者傾力探索歷史，生死以繼，可惜人數有限，而且與世隔絕，幾乎變成一群可有可無、粉飾文明的清客。學校的學生死讀教科書，茫茫地記誦，惘惘地遺忘，來無影，去無蹤，歷史知識頂多是考試的敲門磚。」²²¹故新醫史必須把趣味、意思寫出來，也許，醫史知識某些地方

219 李建民，〈古典醫學的知識形式〉，收入祝平一主編，《中國史新論·科技與中國社會分冊》（臺北：中央研究院·聯經出版公司，2010年），頁176-177。

220 現在電腦、網路資訊發達，羅列一整串各種理論書目，實無甚意義。基於自己的經驗，應該是幾年前修習呂芳上老師的課時，寫了一篇書評，對日常生活史（Alltagsgeschichte）有些微之瞭解後的想法，〈評盧漢超著《霓虹燈外：20世紀初日常生活中的上海》〉，《近代中國》第162期（2005.09），頁190-199。至於身體史、新文化史的進路，十年前在臺灣之研究還算新潮，但現在研究也已汗牛充棟，參考著作頗多，基本還是可以參考（英）伯克著，蔡玉輝譯，《什麼是文化史》（北京：北京大學出版社，2009年）。也可參考蔣竹山的介紹：〈當代史學研究的趨勢、方法與實踐：從新文化史到全球史〉，第一章。至於探討中國醫學的身體史，經典還是栗山茂久、陳信宏譯的《身體的語言——從中西文化看身體之謎》（臺北：究竟，2001年）還是比較有代表性的。文章部分，談方法的比較具有代表性的是：李貞德，〈從醫療史到身體文化的研究——從「健與美的歷史」研討會談起〉，《新史學》10.4（1999）：117-128。以及（美）Charlotte Furth著，蔣竹山譯，〈再現與感知：身體史研究的兩種方向〉，《新史學》10卷4期（1999），頁129-144。研究回顧應可參考劉宗靈，〈身體之史：歷史的再認識：近年來國內外身體史研究綜述〉，見復旦大學歷史學系編，《新文化史與中國近代史研究》（上海：上海古籍出版社，2009年），頁287-322。關於近代身體與疾病、國家權力介入衛生，改變身體觀的研究，也很多，比較具代表性的是：David Arnold, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India* (Berkeley: University of California Press, 1993), and Rogaski, *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China* (Berkeley: University of California Press, 2004)。李尚仁主編，《帝國與現代醫學》（臺北：聯經出版公司，2008年）則為臺灣部分的重要成果。至於有關臺灣醫療衛生史、後殖民醫療與身體之研究，更是汗牛充棟，不及一一備錄。不過，本文不全追「殖民性」或「現代性」研究之時髦，以醫史文獻為基礎出發，來展開重層性之分析。

221 杜正勝，〈歷史的再生〉，收入氏著，《新史學之路》，頁86-87。



並不是這麼「大眾」的，但是在重層醫史的架構下，廣義的病人（讀者）一定可以找到自己的閱讀位置。

新醫史能照顧上層理論，又能兼顧讀者以及許多病人的日常生活經歷。就如1998年林富士還在思索醫療史的範疇時就指出：以特定「問題」為導向，不同學科和學術領域的專家，能一同釐清問題，創造對話空間（不排斥各種學問）；在「問題」的找尋上，林偏好從現實生活中去探索、思考，凸顯一種現世關懷。²²²可見，當初醫療史在第一代學人的構想中，並不是不食人間煙火的學問。李建民當初期許這門學科說：「時機成熟，大家共同撰寫一部中國醫學通史甚至比較醫學史大概不是個夢吧。」²²³今非昔比，當初的期望已然落實了？2005年底舉辦的「從醫療看中國史」研討會，以及後來相關的論文集與專書之出版，可以說是醫療史的一個新的里程碑²²⁴，2010年還有「醫療與視覺文化」國際學術研討會的舉行，論文集也陸續出版中，生氣依舊盎然。²²⁵這樣簡略的回顧，不但具有嚴肅的學術意義，至少對筆者、或這一個研究群內的前輩與同好而言，個人更希望它也帶有一份親切的味道。如果真有所謂的個人學術生涯，雖願吾非過客，但畢竟個人對一個研究主題而言，即便能夠有微薄之貢獻，仍只能算是滄海之一粟，渺小到無足深論。儘管日子還長，研究之路充滿變數，但從一開始，醫療史對我這個小學徒而言即已是永恆。希望這樣稚嫩的想法永不褪色，能夠督促自己不斷「發掘新資料、引進新理論、提出新問題、得出新結果」²²⁶，這才是筆者從研究回顧談到新進路、新方法，作為整本書緒論的最大用意。

222 林富士，〈「潔淨」的歷史〉，《古今論衡》2期（1999.06），頁83。林富士早期寫了不少小型的文章，即凸顯芸芸眾生、日常生活歷史的關懷，集結於氏著，《小歷史——歷史的邊陲》（臺北：三民書局，民89年）。

223 李建民，〈一個新領域的探索——記史語所「生命醫療史研究室」的緣起〉，《古今論衡》1期（1998.10），頁61-62。

224 李建民主編，《從醫療看中國史》（臺北：聯經，2008年）以及李尚仁主編，《帝國與現代醫學》、李貞德主編，《性別、身體與醫療》等書（出版項皆同）。

225 隨後，2011年林富士又主編出版兩本醫療史論文集合編：《宗教與醫療》（臺北：聯經出版社，2011年），以及《疾病的歷史》（出版項同）。大概可以視為這十年來臺灣的醫療史研究成果在疾病和宗教兩個問題的研究上所取得之成果。

226 引自楊天石著，《找尋真實的蔣介石：蔣介石日記解讀》（香港：三聯書店，2008年），呂芳上序，此為「近代史學研究的基本精神」。



第二章 論爭前的和諧——近代中西醫知識中的「熱病」論述初探

第一節 前言

本章作為一個大背景敘述之角色，有承先啓後之用。現今談到傳染病在現代社會的角色問題，可以輕易發現，不管是SARS或流感、禽流感，現代醫療皆已能針對其病原體的種類和疾病預防之方法，包括個人衛生之注意、疫苗的施打、特效藥的研發等有一個初步的應對方式，並朝這些既定方向去努力，以求和疾病不斷進行對抗、廝殺。然而，疾病在不同時期所呈現的面貌，往往和醫者的認知和醫學理論的發展息息相關，甚至與病人的身體認知和社會客觀環境緊密結合，而展現不同之風貌。於是，在描繪疾病的臉譜時，歷史研究法就顯得極有意義。

近年來，疾病史的研究，已經不再是史學界的遺珠之憾了¹，現在更重要的工作，可能是傳承方法與發掘新課題的努力。延續個人對中西醫在近代接觸與融合歷史的興趣²，希望藉由本章，探索近代西醫傳入中國的文本內，在熱病的認知上有什麼特別之處？並如何可能幫助我們重新審視中西醫初會時疾病知識的內涵。過去學者談論疾病的歷史，多偏重於挖掘中國醫學內部理論與西醫近代以來病理學相似的證據，然而，這種研究方法卻可能犯了以今論古的錯誤，或是誤入了「回溯診斷」的陷阱中而不自知。³解決這種困境的良方，就是回到當時的社會文化與醫書文本的內容來省思⁴，一種疾病觀是如何在特定文化、時空或環境中汲取養分而萌芽生長。當然，也不用一竿子打翻「今日科學

¹ 關於史學界對疾病史的研究狀況，梁其姿、林富士和余新忠等前輩學者都已經有很詳盡與清楚的介紹，此處不再贅敘，可逕自參考梁其姿，〈癲瘋隔離與近代中國〉，《歷史研究》第5期(2003)，頁3-14；林富士，〈中國疾病史研究芻議〉，《四川大學學報（哲學社會科學版）》第1期(2004)，頁87-93；另外，可參考余新忠，〈清代江南的瘟疫與社會：一項醫療社會史的研究〉（北京：中國人民大學出版社，2003年），頁20-41；以及氏著，〈20世紀以來明清疾病史研究述評〉，《中國史研究動態》第10期(2002)，頁15-23、〈中國疾病、醫療史探索的過去、現實與可能〉，《歷史研究》第4期(2003)，頁158-168。另外，賴文、李永宸，〈嶺南瘟疫史〉（廣州：廣東人民出版社，2004年），頁1-26的研究回顧，也可以對大陸近年在疾病史的研究成果作一初步瞭解。比較新的一篇是透過回顧與討論來探索衛生史研究的新方法：余新忠，〈衛生何為——中國近世的衛生史研究〉，《史學理論研究》3期(2011)，頁132-141。至於部分前章提及的研究回顧，之後盡量予以省略。

² 參考拙著，〈當中醫臟腑生理遇上西醫解剖形質——唐宗海(1851-1897)的中西醫折衷身體觀析論〉（臺北：國立臺灣師範大學歷史所碩士論文，2004年）。已出版專書：《近代中醫的身體觀與思想轉型——唐宗海與中西醫匯通時代》（北京：三聯書店，2008年），可進行較為簡要的認識。

³ 林富士提醒治疾病史者：要注意「回溯診斷」(retrospective diagnosis)與真實歷史間的距離，不能過份的以現代眼光來看待過往的疾病史。出自氏著，〈中國疾病史研究芻議〉，頁93。至於突破之方法，醫史學家Charles Rosenberg有很好的見解，他認為每一種疾病都是一個「命名」的過程，其中有許多牽涉到醫者和病患的解釋歷程，及其和社會文化間互動的歷程（梁其姿謂之疾病之所以有「歷史」，原因也正正在此，見本文緒論）。Rosenberg給研究者的啟示是，不要急於用現代疾病定義去硬套古代疾病，而是要直接針對傳統病名，加以梳理其背後的文化史，見Charles Rosenberg, *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine* (Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1992), pp. 305-318。當然，完全沒有「今日之眼光」，也是不可能且不切實際的，詳下。

⁴ 這種呼籲，可參考張嘉鳳，〈「疾疫」與「相染」——以《諸病源候論》為中心試論魏晉至隋唐之間醫籍的疾病觀〉，《臺大歷史學報》第27期(2001)，頁37-82。



分類之眼光」，因為歷史研究者本來就是活在當代的學術空氣裡，不可能完全丟棄「今日眼光」，用今日之話語與定義，反而有時較容易讓讀者理解。

所以，筆者以「外感熱病」來界定研究範疇。⁵簡單來說，它是指感受外邪而引起的、具感染性⁶、以發熱為主證的一類疾病。⁷因為本章分析的主體之一是於近代傳入中國的西醫，在文獻翻譯的過程中，中國人可能或多或少會將中醫的術語擺放其內，故可以藉由與此時中醫相關理論的對比，來對中西醫交會下疾病知識的可能轉變作一番梳理。例如：中醫的傷寒和溫病體系，就代表一定程度的外感發熱病歸類，它們是一個統括的概念，並非單指一個疾病而言⁸，歷史上出現許多不同症狀的「瘟疫」，都隸屬於這二個體系之下。⁹藉著這樣的切入角度，來比較看看：中西兩種體系的熱病論述，在晚清各自如何操作分類疾病的法則，並且書寫治療和預防疾病的方法。它將可以使讀者在閱讀之後的章節時，看到晚清和民國時期一些疾病觀和衛生文化上的連續性與差異性。

第二節 中西醫初遇時的熱病容貌

簡單來說，西醫在中國所展現的醫學技術，是依賴西方醫學發展的成果¹⁰，所以應該先檢視西醫在19世紀對熱病學可能的論述為何。當時，英國的醫生認為腐敗的物質藉由「發酵」(zymosis)後將導致熱病的發生，而當時中國的環境髒亂不堪，因而成為不少西醫指責的標靶。¹¹不過，當時西醫在治療熱病的臨床技術上，也不甚樂觀。雖然西方醫學至19世紀末，各種血清、疫苗等已陸續被製造應用¹²，但對於一些傳染病發病後的藥物治療方面，卻一直沒有太大的進展。艾利希(Paul Ehrlich)研究出以砷化合物為主的化學療法，一度被稱為「魔彈」，但它却只對梅毒比較有效，而且即使經過改良，也只能對付極少的病菌。

一直要到1935年磺胺劑以及40年代抗生素(青黴素，Penicillin，譯為「盤尼西林」)

5 近代西醫的熱病，泛指類似會產生「發燒」症狀的病。此提示來自史語所李尚仁老師，特此致謝。例如能夠在短時間內使人類器官出血、液化破壞的神秘病毒伊波拉(Ebola)也是熱病之類，可參考麥克·奧德史東(Micheal B.A.Oldstone)著，羅文慈譯，《打不完的病毒戰爭》(臺北：新新聞文化事業，2000年)，頁189及其他有關傳染性熱病的初步論述。

6 參考羅仁，趙曉山，〈發熱如何分類？〉、〈什麼叫外感發熱？〉，《急性發熱中西名醫門診》(北京：人民軍醫出版社，2004年)，頁7、120。

7 曹東義，《中醫外感熱病學史》(北京：中醫古籍出版社，2004年)，頁1。

8 初步可參考熊魁梧，《中醫熱病論》(臺北：啟業書局，1988年)，「前言」頁1-2。

9 傷寒與溫病的體系、源流與發展不盡相同，參見緒論。

10 根據王揚宗的研究顯示，當時由清代江南製造局所編譯的西書大多屬於英美流行的科學教材，甚至是百科全書或專門的科學著作為主。詳見王揚宗，〈《格致彙編》與西方近代科技知識在清末的傳播〉，《中國科技史料》17.1(1996)，頁36-47。

11 李尚仁對19世紀西方醫學在中國的情形有很深入的研究，並對當時中國的衛生狀況加以介紹。可參考氏著，〈健康的道德經濟——德貞論中國人的生活習慣和衛生〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》76.3(2005)，頁467-509。

12 有關西方免疫學的歷史，參考陳定信，《免疫學發展史》，收入Felix Martin-Ibanez原著，葉頌壽、葉頌熙譯，《西方醫學史》(臺北：當代醫學雜誌社，1978年)，頁138-158。



出現並確立療效之後，西醫才能確實有效的治療許多傳染性疾病。¹³所以 William Osier 說：「今日年輕的醫生們，能够使用20幾種藥對付任何1種疾病；而往昔的醫生却只能用同1種藥去治療20幾種疾病。」¹⁴故在抗生素等藥物發明前的漫長歲月內，西醫治療急性熱病的成效是相對低下的。多數醫生只能把受感染的四肢或內臟切除，且多數的病人其實根本不需要這種手術就一命歸西了，除非自身的免疫系統可以幸運地戰勝疾病。¹⁵

近代以來，西醫在辨識病原體的技術上，絕對比實際治療更令人感到樂觀。早期西醫之父希波克拉底（Hippokrates, 約460-377B.C.）在研究傳染病時只將致病因素歸因於空氣傳染說，但到底是空氣中的什麼物質導致疾病，當時仍是未解之謎。¹⁶在西方1880年代後的「細菌搜捕」（germ-hunt）行動，使引起破傷風、霍亂、肺炎和白喉等等的細菌，「像平鍋炸玉米般，紛紛現身」¹⁷，而後西醫的免疫學研究也開始日新月異。不過，當巴斯德（1822-1895）在1879年提出「鏈球菌」（streptococci）的觀察時，仍有人鄙視微生物會導致疾病的說法¹⁸；而科霍（Robert Koch, 1843-1910）於1876年已經論證炭疽桿菌將導致炭疽熱（anthrax）了，但一直到1881年為止，醫學界的傑出人才們還不承認微生物是導致疾病的主因，甚至以「不值一顧」來形容這種理論。¹⁹那麼，微生物正式現身之前的熱病樣貌，到底應該如何具體描繪呢？

關於身體的患病經歷，是每個人都曾有的切身感受。不管是中醫的傷寒、溫病，還是大多數的傳染病，身體都會經過一段發熱的過程，令病人難過至極，所以可以看到中醫文獻中早已用「熱病」來統括這些傳染病。²⁰民初中醫譚鐵樵（1878-1935）嘗言：「人不能不患病，尤其是不能不患熱病，此語殆無可反駁」、「熱病是最多，又最是急性多變化，調護稍微外行，危險就在眉睫之間，如此情形，豈不是人生最要提前研究的一件事麼。」可見熱病一直是中國人常見的疾病之一。而近代西醫對熱病也同樣重視，例如鴉片戰爭時，對英國士兵造成最大傷害的是疾病，而非戰事之本身，而尤以「熱病」（fevers）與痢疾的危害最為嚴重。²¹

13 羅依·波特（Roy Porter），《劍橋醫學史》（長春：吉林人民出版社，2000年），頁424-425、433-439。以及《西方醫學史》，頁92-93。

14 引自《西方醫學史》，頁93。

15 梅爾·費德曼（Meyer Friedman），傑若德·弗萊德蘭（Gerald W. Friedland）著，趙三賢譯，《怪才、偶然與醫學大發現》（臺北：商周出版，城邦文化發行，2004年），頁253。

16 杜聰明，《中西醫學史略》（臺北：中華大典編印會，1965年），頁16。

17 貝特曼（Bettman, Otto L.）著，李師鄭編譯，《世界醫學史話》（臺北：民生報社，1980年），頁553。

18 梅爾·費德曼（Meyer Friedman），傑若德·弗萊德蘭（Gerald W. Friedland）著，趙三賢譯，《怪才、偶然與醫學大發現》，頁78。

19 梅爾·費德曼（Meyer Friedman），傑若德·弗萊德蘭（Gerald W. Friedland）著，趙三賢譯，《怪才、偶然與醫學大發現》，頁80-92。

20 譚鐵樵，《敘言》，《熱病學》，頁1。收入《群經見智錄》，（臺北：華鼎出版社，1988年）。

21 John Wilson, *Medical Notes on China* (London: John Churchill, 1846). 引自李尚仁，〈十九世紀西方醫學在中國〉，臺北：從醫療看中國史學術研討會會議論文（2005.12.13-15），頁5。關於近代英國在中國所發動軍事行動背後的軍事醫療衛生體系，李尚仁也進行了極為有趣且重要的研究，可以看到許多當時英人的衛生觀念語舉措，以及他們所



英國醫生合信（Benjamin Hobson, 1816-1873）是近代西醫知識傳入中國後最被中醫重視的醫家²²，他在醫書中已為西醫的熱病理論定調。首先，「熱病」一詞帶有一種集合數種疾病為一統括代名詞的意涵，在翻譯上可能受到中醫「證」的影響，而將數種疾病的同一症狀歸納出來，而形成一個新的名詞²³，故西醫當時也習用「熱證」而不用「熱病」來細分它們的症狀。以此而論，合信在《西醫略論》（1857）中首先定義說：「熱證，番語曰啡叱，即中國發燒之意，分有毒、無毒兩種，治法相同。」²⁴隨後在《內科新說》（1858）中又補充談到：「有毒者為溫疫，無毒者統稱熱證。」有毒可能是指具傳染性的意思，而「熱證」應該泛指一切會發熱的、具傳染性和非傳染性的疾病，故合信解釋說：「發熱因他病而致者，既分列各篇矣，更有自病發熱一證。」²⁵像是肺、腎疾病導致的熱，就是「他（器官）病」，自病發熱，應是專指以傳染為主的疾病。事實上，對於為什麼會發生熱病，當時西醫也無法抓出一個確定的原因，合信言：「致病之原，或因於內外炎證、或因傷寒、或因傷暑、或因飲食無節、或因用力過度、或因驚恐、或因日曬。」²⁶凡此種種，不一而足，故當時西醫也坦承：「致病之由不甚可解。」而合信自己說的「或因傳染」一句，代表「傳染」可能只是「人為何會得熱病？」這個問題的一個答案選項而已。²⁷

西醫對熱病病狀的描述，其實與當時中醫所論的大同小異²⁸；特別的是，西醫當時以熱證為單一症狀，裏面包含了數種疾病的通稱。例如現在習稱斑疹傷寒、痢疾為熱病的一種，但是，當時西醫卻將它們個別的症狀歸咎於是熱病本身「累及大小腸」而成痢；或以「大熱兩三日」來歸納「疹出」或是「麻痘初起」等病。²⁹正如合信所言：「大抵（熱證）累某部位，則見某部位病證。」³⁰今日分析看來，可能是因為當時對單一疾病的病原體認識不清，故只好以「發熱」這個共同的症狀來統歸、定義數種熱病及其病況

害怕的疾病，參見氏著〈英法聯軍之役中的英國軍事醫療〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》82.3（2011），頁533-575。

22 幾乎所有檯面上被稱為「中西醫融合」的醫家都看過他的書。可參考《近代中醫的身體觀與思想轉型——唐宗海與中西醫匯通時代》，特別是第2章。

23 中醫「證」的概念與歷史演變之研究，還可以參考金孝信，〈用發展的眼光看待中醫「證」概念的演變〉，《中醫雜誌》43.10（2002），頁730-731。申維，〈論中醫「證」的現代醫學屬性和概念〉，《中醫雜誌》42.5（2001），頁307-309以及成肇智，〈走出「證」概念的誤區〉，《中醫雜誌》42.6（2001），頁369-372。

24 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》（江蘇上海仁濟醫館藏校，咸豐7年刊），頁45A。

25 合信，〈熱証論〉，《內科新說》（江蘇上海仁濟醫館藏校，咸豐8年刊），頁17B。

26 對於疾病症狀的細部描述以及漸愈之身體徵兆，可參考合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁45A-B。以及合信，〈熱証論〉，《內科新說》，頁18B-19A。另外，會引起熱病的原因，「酒色」也是一個可能的因素。合信，〈熱証論〉，《內科新說》，頁18B。

27 合信，〈熱証論〉，《內科新說》，頁18B。

28 《西醫略論》記載熱病病狀：「身倦不安、胸悶欲吐、精神恍惚、外熱內冷、頭痛腰痛而紅眼赤、四肢困倦、筋骨酸痛、口渴喉乾、氣促便秘、溺短而赤、舌苔黃白。」見合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁45A。其他分類則分「有力」或「虛者」，頗似中醫的「實」與「虛」。出自〈熱証論〉，《內科新說》，頁18A。

29 合信，〈熱証論〉，《內科新說》，頁17B-18B。

30 合信，〈熱証論〉，《內科新說》，頁18B。



發展。

另外就是「發炎」的概念。合信認為：炎字「與華語『燒』字之意略同。」³¹換句話說，外感熱病所見到的發燒狀態，其實就類似「炎證」。但合信認為中醫病名混雜不清，「炎」又不完全等同於熱，他說：「中土醫書，有名實不符者。……有以證狀為病名者，如熱有炎證之熱，有熱證之熱，中土蓋稱為『熱』，則混淆無別，不得不為改正。」³²在西醫論來，「熱」是一種身體感受，是疾病的表徵。合信在〈炎證論〉中記載：「熱痛紅腫謂之炎，……四證不必全備，大概紅熱必有腫痛，或有或無，但見一證或旋止者，不以炎論。」³³所以「炎」的病徵也有「熱」的成份在內，與熱證唯一的差別在於：「不曰『炎』而曰『熱』者，蓋炎起於一處而此遍於全體也。」³⁴也就是說，熱的感受也很可能是一種發炎狀態，只是發炎的熱感面積較小就是了，不像熱病指的是整個身體的感受。此兩者若不仔細比對，非常容易混淆。而且用西醫之炎症來對比中醫的熱症，也延續到了民國時期，成為一種中西病理意義上的匯通，如裘慶元（1879-1948）就說：「若病名，中醫曰某某症發熱，西醫曰某某臟發炎。」³⁵

事實上，炎證統歸許多細部的疾病在內，包括器官與內科疾病，像是腦炎、心炎等等，另外就是外傷發炎。³⁶如此來論，「炎」本身就是一種疾病名稱的歸納，還是依「以證（紅、熱）統病（腦炎、心炎）」的脈絡來分類疾病知識。像是德貞（John Dudgeon, 1837-1901）認為，「東方人」（Eastern people）對熱病、發炎性疾病、傷寒（typhoid）或急性呼吸器官等疫病似乎有很强的抵抗力；然而歐洲人却因為喜歡吃肉而具有「發炎體質」（inflammatory constitutions）。³⁷也許德貞曾對西醫的病理解釋感到自豪，但就近代西醫翻譯的文獻看來，混淆的狀況仍然很多，但這種情況卻無礙中西醫間的對話，唐宗海就將「發炎」理解成「火」，人體內的火若不依臟腑的性質而安其位的話，流竄到何處，那處便現炎證。³⁸會作如是想，乃導因於中醫的「火」與西醫的「炎」都會產生發熱感，所以才有這樣的交集。又，閱讀西醫文獻後，我們可以發現西醫所謂的「熱證」有很大的一部分可以用以解釋傳染病，也就是以外感熱病的範疇來理解。像是：「一種有毒者能傳染於人，春謂之溫，夏謂之疫，大概天時不和，有一家傳染者、有一方傳染

31 合信，〈炎證論〉，《內科新說》，頁12A。

32 合信，〈西醫略論〉，例言，頁1A。

33 合信，〈炎証論〉，《西醫略論》，頁12A-B。

34 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁45A。

35 裘慶元主編，〈與友人談醫一則〉，《醫話集腋》，收入陸拯主編，《近代中醫珍本集——醫話分冊》（杭州：浙江科學技術出版社，1994年），頁327。

36 合信，〈炎証論〉，《西醫略論》，卷上，頁8B-9A。

37 引自李尚仁，〈健康的道德經濟——德貞論中國人的生活習慣和衛生〉，頁476-477與480。

38 清·唐宗海，《痢症三字訣》，收錄於王咪咪、李林主編，《唐容川醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，1999年），頁633-634。



者。」³⁹從字義上來思考，此言中醫的「溫」和「疫」，與西醫所談之有毒的熱病，明顯可以視為是中西醫理論的接軌。

第三節 中醫——熱感之外

中醫論疫已經有很長的歷史。就相關文字記載來看，有關「瘟疫」的記載最早出現在殷商時代，甲骨文中已有「疒疫」的記載，學者考證後認為可能是殷人透過貞卜來判斷瘟疫的嚴重程度。《山海經》則載：「有獸焉……見則天下大疫。」《玉函山房輯佚書》卷五四《樂緯葉圖徽》內則載有五種「鳳鳥」（鳳凰之屬），其中一種「鳩喙圓目」，只要一出現，瘟疫立刻隨之而來。⁴⁰

若論及影響傳染病發生的原因，有社會政治、地理環境、災荒、交通等等因素。據學者研究，在中國的流行病歷史中，隋唐以前，政治與軍事因素所引發的傳染病較多；隋唐之後，則以地理環境與交通發達、中外交流頻繁，而導致疾病的傳染較多。⁴¹宋元以下，中國的政經發展中心逐漸往南邊推移，因為氣候、地理環境的不同⁴²，人們第一線碰到的就是以寄生蟲為主的傳染疾病⁴³，而許多疾病也開始有了南北地域方土的差異，這些因素都間接促進了中醫學理論之深化與變革。⁴⁴當然，古人無法知道細菌之存在，所以只能用各種「氣」的侵襲，來對人體的病因做出描述。除了「熱」之外，中醫認為風、寒、暑、濕、燥、火（六淫）都可能導致傳染病，例如：「江南卑濕，丈夫早夭。」⁴⁵此即環境（自然因素、生物環境與人文社會環境）與疾病因果的結合⁴⁶，與中醫學的發展息息相關，「濕氣」即為導致人體疾病的重要因子之一。

從古代的醫學寶典《內經》、《難經》的描述中可以知道，中國人很早就對包括傳染病在內的「熱病」拓展認知之路⁴⁷，例如：「凡病傷寒而成溫者，先夏至日者為病溫，後夏至日者為病暑。」（《素問·熱論》）以及「傷寒有五：有中風，有傷寒，有濕溫，有

39 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁45B。

40 張綱，《中醫百病名源考》（北京：人民衛生出版社，1997年），頁49。

41 張志斌，〈古代疫病流行的諸種因素初探〉，《中華醫史雜誌》20.1（1990），頁34。

42 例如風土病（Endemic Disease）概念之產生，是針對疾病不普遍分佈於各方，僅侷限在一地域的通稱。應劭的《風俗通義序》說：「風者，天氣有寒暖，地形有險易，水泉有美惡，草木有剛柔也。」《說文》言：「土地之吐生物者也。」中國人很早就認識對緯度、氣候、環境的不同，而有各種流行疾病的發生。詳見陳勝崑，〈宋室南遷與風土病〉，《中國傳統醫學史》（臺北：時報文化，1979年），頁137。

43 宮下三郎，〈宋元の醫療〉，收入藪內清，《宋元時代の科學技術史》（京都市：京都大學人文科學研究所，1967年），頁130。

44 梁其姿，《面對疾病：傳統中國社會的醫療觀念與組織》（北京：中國人民大學出版社，2012年），頁217-251。

45 漢·司馬遷，《史記·貨殖列傳第六十九》（臺北：建宏出版社，1978年），頁3268。

46 杜曉陽，〈中醫藥學與醫學地理學〉，《中華醫史雜誌》15.3（1985），頁135。

47 中醫之「傷寒」與「溫病」，都屬於熱病之範疇（傳染病的發熱狀態）。見趙洪鈞，《中西醫比較熱病學史》（石家莊：河北中醫學院醫學史教研室，1987年），頁1-6。



熱病，有溫病，其所苦各不同」（《難經·五十八難》）的說法。⁴⁸值得注意的是，這個時候「溫病」的概念，並不完全等同於明清後的發展，因為此時的「溫病」概念仍囿於古代傷寒體系中，並無發展出獨立的理法、方藥。緣自張仲景經歷了漢末的一場大疫，自言：「余宗族素多，向餘二百，建安紀年以來，猶未十稔，其死亡者，三分有二，傷寒十居其七。」⁴⁹故自張仲景《傷寒論》問世後，「傷於寒」就成為中醫治療外感熱病的主要論述體系，在很長的一段時間中，仲景的方子還是治療「瘟疫」的主體。

當然，回顧「疫」的原始字義應該與「役」有關，原因在於上古之人，服國家之役，乃饑寒辛苦之最者，故疫之為病，最有可能在百姓服役時所出現⁵⁰。其次，古人也認為疫病是由鬼怪所帶來的，故而也有「疫，役也，言有鬼行役也」之說。⁵¹但這些都是上古醫學尚處蒙昧之時對疾病的看法，在以「氣」為主的醫學主體論述出現後，對疫病的看法才有重大改變。⁵²關於其它的致病因子，現存之《傷寒論》中對溫病的著墨相對較少⁵³，僅有幾個觀念是被傳承下來，例如「太陽病，發熱而渴，不惡寒者為溫病」、「若發汗已，身灼熱者，名曰風溫」等。⁵⁴一直到明末吳有性的《溫疫論》問世後（1642），另一個治療熱病的體系——溫病，才算走出了一條新路。不過，並不是所有醫者都認為《傷寒論》沒有好好談及溫病，例如清代陸懋修（字九芝，1818-1886）即指「傷寒」乃古代一切熱病之總稱，包括治療溫病的方法，也囊括於傷寒法之內。⁵⁵他在〈葛根桂枝辨〉、〈溫熱病說〉等篇中闡述，溫熱病從診斷、辨證與施治各方面，都可以從《傷寒論》中的「陽明病」系統內找到線索。⁵⁶

吳有性有著和張仲景類似的經歷，只是吳有性看到當時醫家僅用張仲景的方藥去治療，却造成患者的死亡。吳言治療傳染病，「論之者紛紛，不止數十家，皆以傷寒為

48 孟澍江主編，《溫病學》（北京：人民衛生出版社，1997年），頁4-5。

49 陳亦仁主編，《傷寒論譯釋》（上海：上海科學技術出版社，1992年），頁3。

50 張綱，《中醫百病名源考》，頁49-50。

51 張綱，《中醫百病名源考》，頁48。另可參考Paul R. Katz, *Demon hordes and burning boats: the cult of Marshal Wen in late Imperial Chekiang*. (Albany: State University of New York Press, c1995). 有關瘟神、疫鬼的研究成果。

52 舉例來說，魏晉以前的「傳染」概念就涉及了許多氣、鬼怪、儀式等與受病而死之屍體間轉移的種種想法，而有別於用病菌來思考。詳參Chien-min Li（李建民），Contagion and its Consequences: The Problem of Death Pollution in Ancient China, in Yasuo Otsuka、Shizu Sakai、Shigehisa Kuriyama eds., *Medicine and the History of the Body* (Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica, 1999), pp.201-222.（此篇文章由作者提供，特此致謝）。

53 關於這個研究，有人以張仲景時代的氣候環境不同來解釋，也有人以風土南北區域的不同來解釋《傷寒論》的疏漏。前者可參考賴文、李永宸，《嶺南瘟疫史》，頁1-26。有關環境變遷與疾病發生的部分。而後一因素可參考Marta Hanson, *Speaking of Epidemics in Chinese Medicine: Disease and the Geographic Imagination in Late Imperial China* (Abingdon, Oxon: Routledge, 2011).

54 孟澍江主編，《溫病學》，頁5。

55 陸言：「《傷寒論》之不明於世也久矣。昔人謂讀《傷寒論》，當求其所以立法之意；余謂讀《傷寒論》，當先求所以命名之意。不審其論之何以名傷寒，則何怪人之不善用傷寒方哉？凡病之為風、為寒、為溫、為熱、為溼溫者，古皆謂之『傷寒』，……一遇溫熱病，無不力闢傷寒方，更無人知溫熱之病，本隸於《傷寒論》中；而溫熱之方，並不在《傷寒論》外者。」出自清·陸九芝、傅青主、戴天章，〈傷寒有五論〉，《世補齋醫書全集》（臺北：五洲出版社，1996年），頁36。

56 參考清·陸九芝、傅青主、戴天章，〈葛根桂枝辨〉、〈溫熱病說〉，《世補齋醫書全集》，頁71-72、80-81。



辭，其於溫疫症而甚略之。是以業醫者，所記所誦，連篇累牘俱系傷寒，及其臨症，悉見溫疫，求其真傷寒百無一二。」⁵⁷這是吳氏提出的真實體會，他也碰上了類似仲景在東漢末年所遇到的大疫，其書言：

崇禎辛巳，疫氣流行，山東、浙省、南北兩直患者尤多，至五六月益甚，或至闔門傳染。始發之際，時師誤以傷寒法治之，未嘗見其不殆也。或病家誤聽七日當自愈，不爾十四日必瘳，因而失治，有不及期而死者；或有妄用峻劑，攻補失序而死者；或遇醫家見解不到，心疑膽怯，以急病用緩藥，雖不即受其害，然遷延而致死者，比比皆是。⁵⁸

雖然所遇見之大疫經驗相同，但東漢末到明末畢竟經過了一段不算短的年代，原《傷寒論》中治療傳染病的系統，應該加以補充，所以吳氏才另著《溫疫論》來作為治療熱病學的新思考。像《溫疫論·雜氣論》中就記載到：

為病種種，難以枚舉，大約病偏於一方，延門闔戶，衆人相同者，皆時行之氣，即雜氣為病也，為病種種，是知氣之不一也。蓋當時適有某氣，專入某臟腑某經絡，專發為某病，故衆人之病相同，是知氣之不一，非關臟腑經絡，或為之證也，夫病不可以年歲四時為拘。蓋非五運六氣所能定者，是知氣之所至無時也，或發於城市、或發於村落，他處截然無有，是知氣之所著無方也。疫氣者，亦雜氣中之一，但有甚於他氣，故為病頗重，因名之屬氣。⁵⁹

吳認為各種氣，統稱雜氣，皆可能導致疫病，然而癘氣（疫氣）是其中最嚴重的病因。此說正式為瘟疫的身份定調，吳等於是顛覆了過往「傷於寒」的認知體系。然而，清代才是溫病學說最發達的時代，吳的說法，只是開啓一條和《傷寒論》不同的思考道路而已，他並沒有成為唯一的典範。他所謂不同於疫氣之外的「雜氣」，在清代溫病學家的論述內已部分被放棄，而多數溫病學者是採用六氣概念衍伸出的「邪氣」來論述溫病。自此，溫病體系變得更多元而複雜。

明清之際的兵荒馬亂，加上清代以來對外通商與中國南方人口增長迅速，使得溫病迅速成為中國南方本土性疾病代名詞，這是溫病學說得以成熟之客觀元素。⁶⁰吳瑭把溫病分為風溫、溫熱、溫疫、溫毒、暑溫、濕溫、秋燥冬溫、溫瘡等項目。⁶¹其中，溫、熱、暑、燥等明顯是廣義的不正之氣，「溫毒」與「溫疫」則是癘氣、穢濁之毒氣

57 明·吳有性原著，鄭重光補註，《溫疫論補證》（臺北：新文豐，1985年），「原序」頁1。

58 以上引文見明·吳有性原著，清·鄭重光補註，《溫疫論補注》（北京：人民衛生出版社，1995年），「原序」頁3-4。

59 明·吳有性原著，清·鄭重光補註，《溫疫論補證》，下卷，頁42。

60 廖育群，《岐黃醫道》（瀋陽：遼寧教育出版社，1991年），頁178。

61 清·吳瑭原著，楊東喜編著，《上焦篇》，《溫病條辨解析》（新竹：國興出版社，1999年），頁32。



所致⁶²，現在這些「氣」都統歸在溫病之下。這些雜氣主導了身體患病時的感受，例如「濕」會造成骨關節疼痛、滯重感，如葉桂所言：「惡寒發熱，身重關節疼痛，濕在肌肉。」⁶³這是指溫病的「熱」感之外兼有「濕」氣而言。又因為「暑」與「濕」都是邪氣之一，皆為疾病發生的因子，所以頭痛身痛，發熱，既是暑溫之症，也是濕溫之症。如果前者份量較重，則發高燒的情形會比較嚴重；若後者較重，則身痛就會加劇，端看發生於病人身上的徵候來做為治療準則。這種雜氣相兼而行的狀況，王士雄就曾說：「暑也濕也，皆五氣之一也。暑屬火，濕屬土，各居五行之一，火土合德，故暑濕每易相兼，義理之常也。」⁶⁴所以綜合來說，雜氣不但是致病原因，它的屬性也主導了身體感受的來源，而中醫溫病內所包括的發熱疾病，是症狀、病人感受的集合，不能用絕對的單一病名來看待，是以中醫時有症狀相同之論，而少有病名相同之統一且固定的定義。

值得一提的是，如醫史家謝利恒（1880-1950）言：「夫《傷寒論》為漢代古書，溫熱為當今專病。謂《傷寒論》中無治溫病之法固不可，若欲責漢代之人包治後世溫熱等萬有不齊之病，亦未免太迂。」⁶⁵古書雖古，今病却千變萬化，誠一針見血之論。有趣的是，「傷於寒」的理論仍存在於治療熱病的體系中，並沒有被冠上「不合時宜」而遭到遺忘。如吳瑭認為寒氣仍是一切外感熱病之主因⁶⁶，以其伏於身體之內，到春時發病始稱溫病，故「傷於寒」仍是感染熱病的重要誘因。在吳瑭批評《溫疫論》時又說：「（又可）不明伏氣為病之理，以為何者為即病之傷寒，何者為不即病，待春而發之溫病，遂直斷溫熱之原，非風寒所中，不責己之不明，反責經言之謬」、「吳氏當崇禎凶荒兵火之際，滿眼溫疫，遂直辟經文，『冬傷于寒，春必病溫』之文。蓋皆各執己見，不能融會貫通也。」⁶⁷所以如此看來，可能多數溫病學家仍尊崇仲景學說，以致於其實寒溫派的藩籬，並沒有我們想像中的大。⁶⁸

62 清·吳瑭原著，楊東喜編著，〈上焦篇〉，《溫病條辨解析》，頁33。

63 清·王士雄編，陳輝注釋，《溫熱經緯》（北京：學苑出版社，1997年），頁88。

64 清·王士雄，《重慶堂隨筆》，卷上，頁4。收錄於《潛齋醫學叢書十種》（臺北：自然療法雜誌社，1987年）。

65 謝利恒、尤在涇，《中國醫學源流論·校正醫學讀書記》合刊本（臺北：新文豐，1997年），頁28B。

66 外感熱病長期以來存在著由《內經》、《傷寒論》所確立之「傷於寒」的傳統，這個觀點對於認識中醫外感熱病的歷史相當重要。李建民就認為中國醫學是以文本為核心的正典醫學，直至今日，中醫在追求科學化與現代化的同時，卻仍然不斷強調閱讀「經典」。參考李建民，《中國醫學史研究的新視野》，收入《生命史學：從醫療看中國歷史》（臺北：三民書局，2005年），頁3-20。任舉一個例子來看，像是史學界對癲瘋病的研究，醫者對於疾病的認定，除了受風土的影響外，經典的理論也是不可忽視的。參考梁其姿，〈癲瘋病概念演變的歷史〉，收入《中央研究院歷史語言研究所集刊》70本第2分（1999），頁399-433。所以在分析疾病時，研究者儘管鎖定不同的時代，但審視醫學理論時一定要能和醫學經典做結合或分析，才有可能貼近歷史真相。

67 清·吳瑭原著，楊東喜編著，《原病篇》，《溫病條辨解析》，頁3-4。

68 雖言統括，然吳瑭仍對自己的創見感到自信十足，他把《傷寒論》的不足之過丟給了王叔和，他說：「以傷寒論為治外感之妙法，遂將一切外感，悉收入傷寒例中，而悉以治傷寒之法治之，後人亦不能打破此關，因仍苟簡，千餘年來，貽患無窮，皆叔和之作俑。」並於創立溫病學說時，仍言「傷寒宗仲景法」，故此統括不完全是指治法，而是指一種疾病學術上的傳承、隸屬關係。出自氏著，《溫病條辨解析》，頁32-33。即使就吳又可的認知來說，造成方藥無法治療溫疫的結果是因時代久遠、醫典流散和王叔和謬造《傷寒論》之過，吳也作如是想。見《瘟疫論補注》，「原序」，頁3。



從另一個角度來分析，主張經方派的醫家就更不用談了，他們多認為寒溫派的差異，不過是醫者不明《傷寒論》的藉口。像是唐宗海就認為《傷寒論》是「萬病之櫟括」⁶⁹，他說：

仲景開章，先以風寒溫三者，為提綱。而以下分經用藥，只言某經某證，當用某藥，而並不辨其為風為寒為溫。蓋仲景已將三者為提綱，而三者變見諸證，但歸某經見某證，即用某藥，雖三者來歷不同，而歸經則一。誰謂仲景六篇，無溫熱證哉⁷⁰！

唐駁斥了「後世溫熱各書，皆謂仲景，只論傷寒，不論溫熱」的諸多質疑。亦即唐認為「六經辨證」即仲景論病之大綱，就他的理解，仲景有兼顧到風、寒、溫之氣，然而更重要的是：《傷寒論》以經脈疾病為系統⁷¹，來分類外感熱病的症狀與治療體系，並不只是以「寒氣」來作為唯一的基礎，遂其能獨立於「雜氣」與「疫氣」之外，自成一格，此為「傷於寒」之系統還能得以延續在治療熱病時的臨床學術價值之要件。就如清人華玉堂輯復《增補臨證指南醫案》內文時說：「傷寒證，仲景立法於前，諸賢注釋於後，先生（指葉桂）雖天資穎敏，若擬其治法，恐亦不能出仲景範圍，……諸家析疑辨義處，雖稍有異同，然皆或登仲景之堂，或造仲景之室者，業醫者，當日置案頭，潛心參究，庶乎臨症可無誤矣。」⁷²傷寒體系龐大精微，可以作為醫學診療的基礎，這是一大部分醫家的看法。

第四節 身體的內與外——感受與致病

寒溫派的論述內涵中，每一體系都有論述到病人發熱的感受。《傷寒論》記載：「太陽病，發熱，汗出，惡風，脈緩者，名為中風」⁷³、「或已發熱，或未發熱，必惡寒，體痛，嘔逆，脈陰陽俱緊者，名曰傷寒。」⁷⁴其中「發熱」即一種顯而易見的身體感知。吳塘則言：「熱病已得汗出，而脈尚躁，喘且復熱，勿刺膚，喘甚者死。」⁷⁵點出了熱病的死症和禁針的時機。《溫疫論》則論述到：「溫疫初起，先憎寒而後發熱，嗣後但熱而不憎寒也。」⁷⁶故綜合而論，中醫熱病中的「熱」，不完全是指氣而言，而是描述一種發病後的身體感受，在這一點上和近代西醫相當類似。例如合信言熱病分為三種，第一為

69 有關唐宗海的主觀立場，可參考拙著，《近代中醫的身體觀與思想轉型——唐宗海與中西醫匯通時代》，特別是第2章和結論。

70 其餘辯論，可參照清·唐宗海，《中西匯通醫書五種·傷寒論淺註補正》（臺北：力行書局，1993年）卷1，頁38-40。

71 曹東義，《中醫外感熱病學史》，頁10-15。

72 清·葉天士，《增補臨證指南醫案》（山西：山西科學技術出版社，1999年）卷5，頁210。

73 張仲景，〈辨太陽病脈證並治上篇〉，《傷寒論》（醫宗金鑑版）（臺北：力行書局，1985年），頁2。

74 張仲景，〈辨太陽病脈證並治中篇〉，《傷寒論》（醫宗金鑑版），頁51-52。

75 清·吳塘原著，楊東喜編著，〈原病篇〉，《溫病條辨解析》，頁14。

76 明·吳有性原著，清·鄭重光補注，〈瘟疫初起〉，《溫疫論補證》，頁12。



「但熱不寒晝夜如一」，其二為「發熱而兼惡寒，時輕時重，更多夜晚重，早晨輕」，最後一種即類似「瘧證」，呈現「寒熱往來」的態勢⁷⁷，同樣是在描寫熱的身體感受與疾病分類。

特別的是，中醫認為過度的熱是不好的，西醫則認為：「熱」作為一種疾病，對人體健康雖然有害，但是「熱」作為一種身體正常的氣，卻是人身不可缺少的客觀健康要素。如《體用十章》（1884）載：「然人身之熱氣，每自平和，朝與夕無異，肢與體不相殊。」⁷⁸而且熱氣在人體內具有分布均勻、不會停歇之特質。⁷⁹人受風寒會發冷，是因為寒氣刺激血管，導致血管收縮，血無法運送足夠熱氣到人體的外皮所致。⁸⁰換句話說，熱氣的增減取決於血流（熱）量的多少，這是人體正常的運作狀況⁸¹，所以熱的感受也有正面的生理價值。熱不只是一種氣，它也是判斷病理與生理狀況的標準，以及自我身體感的度量；在細菌論還未傳入並興盛之時，它佔據了病理論述的主要位置。

熱病的傳染力也是最被重視的面向之一。中醫早有傳染之說，例如《說文》即載：「疫，民皆病也」、「病流行也」，可見「疫」之傳染性。⁸²所謂「天行（即傳染病）之病，變態萬端」⁸³，古人也已經瞭解到傳染病的演化是一日千里的，這點特別適用於解釋現在有許多RNA病毒具有高度突變率和千變萬化的特性。過去一萬年人類經過了300個世代來加強自身的免疫系統，但這些成果，細菌和病毒卻只花1、2個星期的時間就能完成，這其間的效率差別真有如天地之隔。⁸⁴中醫分類疾病的方法很多，儘管有研究顯示中醫討論的「瘟疫」不見得完全是以「傳染」來作為分類的唯一標準⁸⁵，但是卻沒有人認為中醫所談的「熱病」不是談傳染病，而是專講其他的疾病。所以，用「傳染」概念切入來談熱病的面貌，是一條可行適當的道路。相對地，在細菌致病說被證實之前，西醫除了以前述以「發酵」來理解熱病，例如：「或腐草朽木諸物霉爛化氣，有毒傳染於人，皆能令毒氣入血致病。」⁸⁶此外，當時西醫還認為經由實驗，呼吸吸入過多二氧化碳，動物就會漸漸死亡，來歸納到疾病（包括傳染病）的一大原因就是導因於吸入「氣」的毒素。⁸⁷空氣內本有許多毒素，而髒亂的環境，更加重空氣中的毒，故合信言：

77 合信，〈熱證論〉，《內科新說》，頁17B。

78 英·哈烈撰，清·孔慶高譯，〈論人身熱氣〉，《體用十章》（光緒10年羊城博濟醫局原刻本）卷2，頁48A。

79 英·哈烈撰，清·孔慶高譯，〈論人身熱氣〉，《體用十章》，頁48B。

80 英·哈烈撰，清·孔慶高譯，〈論熱氣之表裏有寒暑之異〉，《體用十章》，頁50A。

81 英·哈烈撰，清·孔慶高譯，〈論身熱原於血熱〉，《體用十章》，頁49A。

82 余巖，《古代疾病名候疏義》（臺北：自由出版社，1972年），頁148-149。

83 謝利恆語，見氏著，《中國醫學源流論·校正醫學讀書記》，頁26A。

84 以上詳見內斯·威廉斯著，廖月娟譯，《生病，生病，why——解開疾病之謎的新科學「演化醫學」》（臺北：天下遠見出版，2001年），頁14、72、82、86、88。

85 張嘉鳳，〈「疾疫」與「相染」——以《諸病源候論》為中心試論魏晉至隋唐之間醫籍的疾病觀〉，頁46-61。

86 合信，〈總論病原及治法〉，《內科新說》，頁2A。

87 合信，〈醫理雜述〉，《內科新說》，頁11A。



「其症有毒，能傳染於人。每因天熱、道路污穢、溝渠淤塞，而患此病。」⁸⁸其實，中國人至少在南宋時已認識到溝渠污穢能致病⁸⁹，這和近代西醫的環境論述是相同的，中西醫具有共同對話之基礎。當然，就像中醫一樣，西醫的文獻也以「毒」來理解熱病，中西醫同樣認為環境與人體的客觀條件將導致熱病的發生。

在四時之氣候變化與環境因子上，合信言：「病有因天時者，如春夏多溫熱，秋多瘡痢，冬多肺病是也。」⁹⁰就是以季節特性來歸納疾病發生規律；而「感受寒暑，或觸冒東風」、「冷風所襲，或居穢濕之地」等見解⁹¹，其語境就和中醫相當類似，寒、暑、風、濕的氣，都可能導致熱病。在個人體質與環境互動上，合信言：「凡人生於北方偏寒之地，即多寒證。生於南方偏熱之地，即多熱證。40度至60度各國，寒熱適中，人多壯健，精神氣力勝於他國也。」⁹²客觀的環境將主導疾病的發生，各地的風土環境不一，人體也有適應能力的差異，像是合信說：

北方冷地宜食肉，即多禽獸；南方熱國多生穀類果蔬，上帝生物之仁，無一不備也。風氣水土習慣則不生病，若遠適異國，多有病死者；亦有久客在外習慣彼國水土，回至本國轉覺不適者。故醫士治病，當先審明地土之所宜。⁹³

所以當醫者診斷患者時，需審明一地之風土，這是當時診斷熱病時的重要注意事項。而德貞說到：「咸豐11年，瘟黃流行，雒公治過370人，先不甚多，繼則甚盛，始得身痛作燒，遲治罔效。症因春秋冷暖不均，乍寒乍熱，血旺內流積聚於肝，肝乏無力統容致獲此症。」⁹⁴則除了季節之外，人體本身之狀況也會影響熱病的發生；甚至是人情世故、心理感受等都可能引發熱病。⁹⁵這些都可以看出西醫在此時談熱病的多元面貌，不能單以一病有一病之原的因果關係來書寫。

與民國之後的發展大相逕庭之處，可能在於疾病的隸屬譜系上。初步而論，中醫除了少數傳染病如梅毒、天花⁹⁶、外科麻風、癰瘡以及寄生蟲疾病外⁹⁷，都可以被歸入傷

88 對其細部身體病徵之描述，見合信，〈發熱黃證論〉，《內科新說》，頁19B-20A。

89 參考梁庚堯，〈南宋城市的公共衛生問題〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.1 (1999.3)，頁119-163。

90 合信，〈醫理雜述〉，《內科新說》，頁8B。以及合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁45B。

91 合信，〈總論病原及治法〉，《內科新說》，卷上，頁1B-2A。

92 合信，〈醫理雜述〉，《內科新說》，頁11B-12A。

93 合信，〈醫理雜述〉，《內科新說》，頁11B。

94 德貞，〈瘟黃之症〉，《施醫信錄》（同治8年版，臺灣中研院史語所生命醫療研究室影印本），頁2A。

95 合信，〈醫理雜述〉，《內科新說》，卷上，頁8A。

96 即使是「痘證」，吳瑭也在談溫病的專書中論述，而痘證也有可能是「外感」或是「溫氣」作祟，治法多元，端看辨證結果以論治，若說脫離了溫病體系談痘證治法，也不符合實情。見清·吳瑭原著，楊東喜編著，〈解兒難〉，《溫病條辨解析》，頁553-558。

97 林富士，〈疾病終結者——中國早期的道教醫學〉（臺北：三民書局，2001年），頁18-22。

即使像「梅毒」一病，也有可能被歸類在溫病理論中。詳見孫啟明，〈《溫病條辨》陽明溫毒楊梅瘡病考實〉，《中華醫史雜誌》29卷3期(1999)，頁186。



寒與溫病的體系內⁹⁸；不過，西醫的熱病歸類卻很不同，以當時外國醫生診治中國人而論，瘧疾和霍亂算是最嚴重的傳染病，像霍亂之感染乃「因街道污穢、溝水泥土不淨，何處不淨者多，即何處染患者重。」⁹⁹而瘧疾之傳染則因「雨落街衢，溝水臭味熏蒸，遂致此症。」¹⁰⁰這些描述都和西醫描述「熱證」的成因一致；另外像是瘧疫寒熱：「大概毒氣所傳染，或因風水而傳、或因人而傳、或因屋宇衣物而傳，蓋毒氣由肺入血，血漸有毒，此諸病所由來也。」¹⁰¹和中醫熱病論述非常類似，也許當時中國讀者讀起來還倍感親切，但這些疾病就被歸在熱病論述之外。像是《內科新說》就把「炎證」、「血證」、「水證」、「熱證」、「發黃證」、「瘧證」、「痢證」、「霍亂證」等加以分類論述¹⁰²，可見霍亂與瘧疾並不在熱病的條目下。另外，在粗略考察這些西方人矚目的疾病後，卻沒有能在他們醫書內見到鼠疫的論述，完全沒有任何要目、條列出現，在熱病的論述上也沒有著墨，而鼠疫當時早已在近代中國現身¹⁰³，師道南在《天愚集·鼠死行》（1736）有生動地描述：「東死鼠，西死鼠，人見死鼠如見虎，鼠死不幾日，人死如圻堵。」¹⁰⁴我想近代西醫文獻不重視在中國的鼠疫一事是相當奇怪的，雖然Benedict認為直至19世紀末之前鼠疫多在雲南流行，但鼠疫既然曾經在中國的文獻中出現¹⁰⁵，也曾經造成西方文明一時的黑暗，那麼，熟讀中國醫書的合信等人理應深入論述才對。也許，鼠疫在近代中醫或西醫體系內的面貌，或是中西醫在進行對話時如何定義此病的名稱與內涵等問題，將是未來研究論題上值得探索的部分。

第五節 中西醫治療與預防之文化初遇

關於熱病的治療方法，其實近代西醫和中醫的理解非常相似。例如合信說：「初起宜發表，汗不出宜用逼汗法。」¹⁰⁶對比西醫，不論是從中醫傷寒還是溫病系統來看，「發

98 這是相當籠統的歸納，雖然基本定義如此，但細部分歧仍是存在的，將另文於日後探討。

99 德貞，〈霍亂〉，《施醫信錄》，頁3B。

100 德貞，〈瘧疾〉，《施醫信錄》，頁9B。

101 合信，〈醫理雜述〉，《內科新說》，頁10B-11A。

102 可直接參考各論。見合信，〈醫理雜述〉，《內科新說》，目錄部分。

103 陳勝崑，《中國疾病史》（臺北：自然科學文化事業公司出版部，1981年），頁10-26。

104 陳邦賢，《鼠疫的文獻》，引自《自勉齋隨筆》（上海：上海書店出版社，1997年），頁124。

105 參見Carol Benedict, *Bubonic Plague in Nineteen-Century China*. (Stanford: Stanford University Press, 1996), pp. 18-48. 近年來大陸有關鼠疫問題的相關研究，屬於成果比較豐碩的論題，例如韓剛，〈海南島北部地區鼠疫流行史料〉，《中華醫史雜誌》19卷2期（1989），頁100-101；賴文、李永宸，〈1894年廣州鼠疫考〉，《中華醫史雜誌》29卷4期（1999），頁207-210；曹樹基，〈鼠疫流行與華北社會的變遷〉，《歷史研究》第1期（1997），頁17-32；曹樹基、李玉尚，〈鼠疫流行對近代中國社會的影響〉，收入復旦大學歷史地理研究中心主編，《自然災害與中國社會歷史結構》（上海：復旦大學出版社，2001年），頁133-167；李玉尚、曹樹基，〈18-19世紀雲南的鼠疫流行與社會變遷〉，復旦大學歷史地理研究中心主編，《自然災害與中國社會歷史結構》（上海：復旦大學出版社，2001年），頁168-209；李玉尚、曹樹基，〈咸同年間的鼠疫流行和雲南人口死亡〉，《清史研究》第2期（2001），頁19-32。以及曹樹基，〈光緒年間雲南鼠疫流行模式——以市鎮與村莊為基礎的研究〉，《歷史人類學學刊》1卷1期（2004），頁132-152。曹樹基、李玉尚的《鼠疫：戰爭與和平——中國環境與社會變遷（1230-1960）》（濟南：山東畫報出版社，2006年）。

106 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁45B。



汗」都是一個重要的、最初始的祛病手段。像是吳又可論到：「若先裏而後表者，始則發熱，漸加裏症，下之裏症除，二三日內復發熱，反加頭痛身疼脈浮者，宜白虎湯汗之。」¹⁰⁷此處「復發熱」，又稱「邪氣復聚」¹⁰⁸，必須以發汗法來將邪氣逼出體外，這是治療瘟疫的一大方法。¹⁰⁹葉桂則認為，溫病的診斷原則：「衛之後方言氣，營之後方言血，在衛汗之可也，到氣才可清氣。」¹¹⁰基本上從「衛」到「氣」是指傳染病傳變的深淺嚴重程度，不同的時期有不同的用藥方式，而汗法等於是治療熱病的第一道防線。

在實際治療方法上，中西則略有差異。中醫是以多元的方劑為主，而西醫的具體做法則為「熱水浸腳」或以被褥數層裹身；另外，就是以「吐法」將病邪引出；還可以使用「瀉藥下行」或以「利水藥」治療小便短澀等個別症狀。¹¹¹透過出汗或瀉下，都有可能讓熱病痊愈，如合信說：「或身出微汗、或大便自瀉，雖不藥亦愈。」¹¹²在藥物方面，好比是利用「吐藥」——巴豆油、水銀散、大黃，甚至是鴉片等進行治療；另外，則是與一般「熱症」同樣利用「溫水澡身」、或用「酸醋水」洗身也可以。如果是「頭熱」，則可用「冰塊按頭頂」或以「冷水澆頭」皆可¹¹³；或是以「吞冰塊」或「飲凍水」來輔助治療，並服用「補胃」與「補精神」藥物，平時多飲些「葡萄酸果」或「醋水」、葡萄、檸檬或柳橙汁之類的東西，此類飲品都是些酸物，合信說：「以酸能理血」¹¹⁴，用以幫助抵抗疾病。¹¹⁵這些都顯示當時西醫並沒有單一的對症藥物，只存在一個治療和調養熱病的大方向而已，而且敘述實以輔助治療和調養的方法居多。

關於西醫熱病患病的歷程，就文字敘述而言，其實中西醫理頗能融通。細部梳理合信在〈發熱黃證論〉中描述的症狀，可以發現像是「發熱」、「惡寒」、「脈數」、「大渴飲水」、「嘔吐」、「發癰」¹¹⁶，以及危急症狀如：「言語妄亂」、「循衣摸床」¹¹⁷等等，都和中醫的術語一致，在名詞翻譯上可以互通。另外值得一提的是：中醫溫病最嚴重的

107 明·吳有性原著，鄭重光補注，《溫疫論補注》，上卷，頁8。

108 明·吳有性原著，鄭重光補注，《溫疫論補注》，上卷，頁9。

109 細部補充：吳認為《傷寒論》體系所確立的治療方法是「發汗」，中醫謂之「解表」；但是，瘟疫的邪不在「表」，而是潛藏於「募原」這個空間中，用發汗法只會損害人的真氣，對治療瘟疫是無效的。所以從吳發明的「達原飲」方義就可瞭解：「（藥物）直達其巢穴，使邪氣潰敗，遠離募原，是以為達原也。」（明·吳有性原著，清·鄭重光補注，〈溫疫初起〉，《溫疫論補注》，上卷，頁12。）另外，對瘟疫而言，募原在身體內是一個重要的定位點，一旦疫邪從募原離開（或稱「潰散」）後，古典《傷寒論》中的「汗法」或「下法」才能派上用場。（引文同上書，〈原病〉，《溫疫論補注》，上卷，頁9-10。）

110 清·王士雄編，陳輝注釋，《溫熱經緯》，頁50。

111 以上論述詳見合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁45B-46A。

112 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁45A。

113 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁19A。

114 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁46A。

115 以上資料引自合信，〈發熱黃證論〉，《內科新說》，頁20A-B。

116 合信，〈發熱黃證論〉，《內科新說》，頁20A。

117 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁45A。



部分是「熱入心包」¹¹⁸，而西醫則是「累及腦部」¹¹⁹，而心與腦的身體認知，雖有差異，然其背後所指，可能都是針對管理生命的主要臟腑而言¹²⁰，可視為是中西醫對熱病末期症狀的類似描述。當然，其中仍有異趣可尋。像是西醫認為熱病虛人則宜食「雞粥、牛肉湯之類。」¹²¹但隨後又言：「更宜戒口，食一切養人之物，庶無反復之」¹²²、「北極之國，獨宜食肉，因肉能生血助熱也。若南方阿非利加、印度人，日日食肥膩油物必死。」¹²³故熱病應該不能吃的太過豐盛，以免病情加劇。如果和中醫對比，則中醫認為熱病是絕對忌諱「進補」的。《溫疫論》中就記載了江蘇吳江地區有一病人叫沈音來，脾氣不太好，又患有吐血之症，結果染上溫疫，發熱、身痛、吐血等症狀接連而來，相當嚴重。時醫採用人參峻補之，却沒發現他得的是瘟疫兼吐血，結果補出大問題，病人最後一命嗚呼。¹²⁴相關飲食問題之討論，本書第八章還有進一步論述。而關於西醫以冰塊來減緩熱病所導致發熱感的療法，唐宗海則言萬萬不可，他批評說：

熱之見證雖不一，而總之歸於心經。蓋心為火臟，凡是火熱，皆心所司。心化血以養火則火不亢而熱除，若火太亢，則心血受傷，故心惡熱。凡治熱證，無不用苦藥，所以治心之火也。西醫見熱病即以冰置胸前，此熱輕者可以立刻撤去，若熱重者，外被冰阻，則熱反內攻，為熱毒伏心而死。現下香港疫證，為西醫十治十死，皆此之故也，所以港人逃避。然則西醫，亦當知變計矣。¹²⁵

唐對於西醫用「冰」來對抗「熱」的想法提出批判，這種方法與「抑制」病人的病痛有關，唐卻認為熱與「心」的關係密切，此為依循臟腑五行之特性來解釋，況且「熱毒」可能會轉向內攻心，故不能只用抑制「熱」的觀點來看待治療熱病。¹²⁶透過他的轉述知道，當時在中醫眼中，西醫治疫的技術很有問題。

在預防思想方面，中國古代自有其一套保健衛生之法，很早就已經產生避疫、防疫思想。¹²⁷例如明清之際科學家方以智（1611-1671）在《物理小識》中談到：「時氣一行，合門相染，草繩度病人之戶，屈而結之於壁，則一家不染。丹徒何氏曰：『入

118 葉天士在《溫熱篇》中云：「溫邪上受，首先犯肺，逆傳心包。」吳瑭亦云：「肺病逆傳，則為心包。」溫病失治，溫熱之邪直接由肺經內陷於手厥陰心包，臨床上就出現高熱、神昏、譫語等心包證。參見清·吳鞠通，李順保編注，《溫病條辨集注與新論》（北京：學苑出版社，2005年），卷2，「證釋」，頁338。

119 合信，〈熱證論〉，《內科新說》，頁18A。

120 參考拙著，《近代中醫的身體觀與思想轉型——唐宗海與中西醫匯通時代》，特別是第8章。

121 合信，〈熱證論〉，《內科新說》，頁19A。

122 合信，〈熱證論〉，《內科新說》，頁19B。

123 合信，〈醫理雜述〉，《內科新說》，頁11B。

124 明·吳有性原著，鄭重光補注，《溫疫論補注》，上卷，頁33。

125 清·唐宗海，〈五臟所惡〉，《醫經精義》（臺北：力行書局，1998年），下卷，頁114。

126 中醫還著眼於把「熱」瀉出身體，這不是一種抑制，而且把熱毒排出身體，是近代中醫對抗細菌學的重要論點之一。請參看第5章。

127 陳勝崑，〈中國古代衛生保健〉，《中國傳統醫學史》，頁69-73。



瘟疫家，以麻油塗鼻中，既出以紙燃取嚏，則不染；或配玉樞丹。』」甚至是以火攻來祛除疫病之邪氣。¹²⁸而中國的中央政府也曾訂下救疫方針，如漢代時：「民疾疫者，舍空邸第，為置醫藥。賜死者一家六尸以上葬錢五千，四尸以上三千，二尸以上二千。」¹²⁹其它有關防疫和救疫的例子更是不勝枚舉¹³⁰；古代即有「破棺千金煮湯」、「老君神明散」、「虎頭殺鬼方」¹³¹等預防治療藥，清代又有相當多類似「避瘟丹」、「神聖避瘟丹」的預防藥，謂「此藥燒之，能令瘟疫不染，空房內燒之，可避穢惡。」¹³²所以中醫絕對有防治疾病的文化與方法。

如果說中西都有防疫思想，是沒有問題的。我們今天是要解決更深的中西文化匯通的實際課題。基於「此病（熱病）傳染於人，大概因病者尿溺污及衣服、坐臥處邪氣沾人」¹³³這樣的主觀認知，結合19世紀初期以來西方公衛學的蓬勃發展，讓環境清潔、居處合宜、個人衛生等等的要求在此時伴隨著西醫知識一起輸入進來。¹³⁴例如預防被傳染的方法就是：

凡虛弱人或饑餓時，勿入其房；醫者亦宜乘飽，而又診脈時，勿立病者下風，勿近病人呼吸，以防傳染。病者左右服侍之人，宜老不宜少，恐少年人易沾疫氣故也。勿著病者脫下之衣物，嘗病者食餘之物，房舍宜開通，戶牖、衣服、便溺等器要隨時洗滌潔淨。¹³⁵

這種衛生、防病的知識，是對醫者與病患的雙向叮嚀，潔淨的環境要求與個人優良的衛生習慣培養，是保持不被疾病侵擾的絕佳保障。合信看到中國人居處環境的惡劣，提出：「中土帷帳，習用細密而小者，最易聚集毒氣。」¹³⁶並不斷呼籲中國讀者：「如腐草敗葉之類，日蒸雨漚，即變毒氣入肺壞血，夜晚感受者尤多，故污穢不潔之地，人易生病。」¹³⁷如果不幸得了熱病，則隔離一事就變得很重要，合信介紹英國的醫館內都有特殊的空房間分別安置熱病病患，其原因就在「不令聚集一處，以免傳染。」¹³⁸當然，當時合信的理論，也有許多是令人感到懷疑的，例如：「疫症死後房內宜燒甘松、硫

128 明·方以智，〈辟瘟〉，《物理小識》（臺北：臺灣商務印書館，1978年），卷5，頁123。

129 漢·班固撰，唐·顏師古注，楊家駱主編，《新校本漢書集注并附編二種》（臺北：鼎文書局，1983年），頁353。

130 范行準在書中已經梳理得很詳細了，可直接參考范行準，《中國預防醫學思想史》（北京：人民衛生出版社，1955年）。

131 晉·葛洪撰，梁·陶弘景增補，金·楊用道再補，尚志鈞輯校，《補輯肘後方》（合肥：安徽科學技術出版社，1996年），頁54、78、79。

132 清·葉天士，《增補臨証指南醫案》，頁605。

133 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁46A。

134 Ackerknecht 著，戴榮鈴譯，《醫學史概論》（新店：中國醫藥研究所，1983年），頁108-112。

135 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁46A。

136 合信，〈熱証論〉，《內科新說》，頁19B。

137 合信，〈醫理雜述〉，《內科新說》，頁10B。

138 合信，〈熱証論〉，《內科新說》，頁18B。



礮、蒼朮、爆竹等物，以避疫氣，數月後方可居住。」¹³⁹這樣的舉措讓吾人懷疑是部分吸收中醫、甚至是中國民俗療法的偏方；另外像是地板要用「醋」灑過¹⁴⁰，可以消毒預防熱病，則不知其所謂為何。

時序往後推宜，約末到了1890年代之後，歐洲新式的防疫與養生思想，也漸次傳入中國。何以謂「新」呢？西醫在近代初傳入中國時，並無細菌、微生物之說法，多以「穢毒蒸騰」、「風氣不通」等來說明傳染病的病因。¹⁴¹而現在於《格致彙編》（1876-1892）中一篇名為〈人與微生物爭戰論〉（1892）的文章中記載：「人之病症大半為極細極微之生物所成，此種不易見之微物，人如何能與之相爭戰耶？」¹⁴²這種微生物的新觀念，就和傳統中國人認識到疾病發生是因為虛、邪氣、雜氣、疫氣乃至疫鬼等種種文化思想，開始產生認知上的歧異。¹⁴³

以霍亂而論，當時西醫對其病原已能完全探查清楚。《格致彙編》載：「詳考此病根源而定其實據，查明之後稱其微生物曰尾點微生物，因其形似西書所用有尾之點，其實類乎螺絲鑽形。霍亂吐瀉者便宜流質，形似極稀米漿，內多此微生物。」¹⁴⁴知道病源之後，則須積極思考防病之道，故其論持續推廣：「所居之屋與牆面、地板、床榻、被褥等件俱應用滅其微生物之法」¹⁴⁵的衛生舉措，在日常生活中被教導要多加注意，這一點則仍和西醫前期的呼籲有所接軌。其它如肺癆、蠶瘟、癩狗瘋、爛喉痧症、天花等也都在論述之列。再者，由美國醫生撰寫的《延壽通論》（1910）則指出：空氣中的飛揚粉末灰塵都含有「毒體生物」，凡是痘疹、結核肺癆¹⁴⁶、霍亂等症「皆緣微生物之為害也」，而且這些疾病「能沾染他人，亦皆根於此毒。其沾染之輕重，咸以此種微生物之多寡為斷也。」¹⁴⁷至此，微生物致病說已經確立，並漸漸於中國站穩醫學知識傳播的主體。

中國當時沒有明確的防疫思想，政府對環境衛生也不重視¹⁴⁸，「養生之事，俱賴化學各理。惟常人只知衛生事略，而化學諸理多不經心。」¹⁴⁹中國對西方的環境衛生知識，顯然認識更加不足了。此時，透過西人的介紹，也使國人瞭解到環境衛生與化學、醫學

139 合信，〈熱証論〉，《西醫略論》，頁46B。

140 合信，〈熱證論〉，《內科新說》，頁19A-B。

141 合信，〈致病有由論〉，《西醫略論》，頁7A-B。

142 傅蘭雅主編，〈人與微生物爭戰論〉，《格致彙編》（光緒2年，1992上海圖書館影印本）（光緒18年春）第6冊，頁76。

143 林富士，〈疾病終結者——中國早期的道教醫學〉，頁18-22。也可參考余雲岫，〈傳染病〉（上海：商務印書館出版，1929年）「序」，頁1的批評。後續論述，請參考本論第7章。

144 傅蘭雅主編，〈人與微生物爭戰論〉，《格致彙編》第6冊，頁68。

145 傅蘭雅主編，〈人與微生物爭戰論〉，《格致彙編》第6冊，頁71。

146 像是：「凡肺炎、肺癆症之微生物，多住於肺體不動之區，以興其害。」見克約翰著，蔚利高譯，〈空氣之險將何以避之〉，《延壽通論》（上海：上海美華書局印行，1910年），頁101。

147 以上見克約翰著，蔚利高譯，〈塵埃之微物〉，《延壽通論》，頁102-103。

148 可參考賴文、李永宸著，〈嶺南瘟疫史〉，頁560-562。

149 〈第三十一章論養生之理〉，《格致彙編》（光緒7年9月）第3冊，頁535。

的共通性——衛生不只是醫學的事。以此為基礎，西人也將類似中國的養生之學拉進防疫理論內，所謂：「人所吸之氣，以淨者為要」，強調養生的重要。而又以此為基礎，論及環境對人體健康的影響：「英國大鎮名立發埔。陰溝不通，臭惡之氣甚多，每年因此死者萬餘人。」¹⁵⁰所以，有系統的處理與重視環境衛生及健康之概念，在此時也因為病原體的發現而深化了理論的層次。另外，包括西醫的免病之法、除病之原、治標之法與自然復原等觀念，也都有介紹；其中，中醫「舉止合於四時」的養生觀念，也偶而被點出來討論。¹⁵¹可見中西醫理固然有不同之處，但也同樣有對追求健康的不謀而合處。

此時西人對食物衛生的重視，乃是依據細菌與微生物的存在，來論述人與衛生體系的關係，也可以將之視作是清末民初西醫防疫思想的早期雛形。舉例來說，《格致彙編》記載：「西醫言豬肉內多有小微蟲，人食其肉體，內亦生此蟲」、「其蟲初入身內時，如數多則人易顯示忽吐瀉或出白痢等症。至蟲鑽入全身，則症似乎風濕或虛發熱等。」職是之故，西方人的實際做法是：「於各大城鎮內派員視察，如見出售之豬肉有此症者，則充公廢業以免其害人也。」¹⁵²這對當時防範疾病的觀念，應該具有相當大的啓示功用，我們也許可以在清末民初以來幾次重大的防疫工作進展上，漸次去找尋這種觀念化為實際行動的脈絡。

當然，自《延壽通論》中仍可看到強調「空氣之險」的介紹，因為空氣中有非常多的「毒質」，包括塵埃、濁氣、微生物等物質；其次就是空氣中的「寒氣」，將會導致人的感冒。¹⁵³但西醫們囑咐讀者會感冒的原因不是「風」，而是空氣中的「寒」，而單是寒氣本身也不會導致疾病，因為總結《延壽通論》所載：「感冒之病，乃緣體之忽熱發汗驟遇寒氣所侵。」¹⁵⁴寒氣本身還要加上客觀的不利因素，才會導致疾病。若能將不利因素移除，例如注意保持環境、居處清潔等方法¹⁵⁵，則可避免染上疾病，這些都和合信以來強調預防疾病的說法相同。然而多出的延伸觀念却是：「疾病緣起，皆緣體質之弱也。」¹⁵⁶這很像今天說的身體抵抗力（resistiveness）概念，例如談到微生物入侵體內，血液則可以「清強」微生物，然而當吃不對、睡不好時，其「潔淨之力」就會衰弱，導致微生物之「毒體蕃衍」，終至不可收拾，疾病就此產生，此時微生物已被納入衛生的論述之中。¹⁵⁷

150 徐雪村來稿，〈慎疾要言〉，《格致彙編》（光緒2年3月）第1冊，頁70-71。

151 尹端模筆譯，嘉約翰校正，〈醫理略述〉，《格致彙編》（光緒17年春）第5冊，頁81。

152 〈互相問答〉，《格致彙編》，（光緒7年11月）第3冊，頁548-549。

153 克約翰著，蔚利高譯，〈空氣之險將何以避之〉，《延壽通論》，頁98-100。

154 克約翰著，蔚利高譯，〈空氣之險將何以避之〉，《延壽通論》，頁101。

155 克約翰著，蔚利高譯，〈塵埃之微物〉，《延壽通論》，特別是頁105-107。

156 克約翰著，蔚利高譯，〈塵埃之微物〉，《延壽通論》，頁104。

157 克約翰著，蔚利高譯，〈生氣及呼吸〉，《延壽通論》，頁92。



此時病人被呼籲的不只是衛生、整潔的要求而已，還多了自我身體健康層面的照顧，比較類似「養生」的概念。故被囑咐肺病「習練適宜呼吸之術，亦衛生之至要也。」¹⁵⁸皮膚的清潔也是「衛生」的課題之一，西醫建議洗冷水澡增加血液循環，但最好還是要溫度適中的叮嚀，以及「溫浴宜在晚間，於就寢之際行之最適」的建議¹⁵⁹，顯然不完全是基本衛生的要求；這個「衛生」與我們今日所理解的不盡相同，此名詞似乎翻譯成「健康」、「養生」也同樣合適。另外，像是「神經之衛生」，則屬於「強健之法」，是要避免煙酒等毒物毒害神經¹⁶⁰，故各種「衛生」之行動，尚有追求身體健康的一層含意在內。另外像是衣服的厚薄、材質與身體健康的關係，以及運動抗病的概念，也已在民國成立之前介紹給國人認識，使得西醫在要求「衛生」的知識上面，擁有更多元的論述¹⁶¹，不全然是公共衛生的固定思考。

那麼，中醫為什麼沒有積極參與現代國家的公衛體系¹⁶²？要回答這個問題，不是三言兩語就可以處理的。然而，從上面這樣的分析，我們或多或少可以看出：即使歷史上有許多防疫的作法，但基本上中醫仍是單打獨鬥，未成體系。¹⁶³從兩個方面來看，其一是防疫的種種的措施，從未落實在基層，像是隔離一事，中國古代已有先例，然而西醫在當時也觀察的出來：「事實上我們發現中國人不懂得要將傳染病人與正常人隔離開來。」¹⁶⁴說明了近代中國的基礎衛生知識根本尚未建立。其次，在中醫學術頂端的經典論述，也從未對整體防疫的工作與方向定調，除了補充聖人之言與治療方劑之不足外，新學說最多也只能對疫病做出推測而已¹⁶⁵；種種防疫的丹藥丸劑，從未好好歸納與搜集，僅是偏方之流而已，難以普及與流傳，僅是「個別的行爲」和「片段的經驗」¹⁶⁶；又如《後漢書·禮儀志》有記載「改水」、「改火」以防「溫病」之說，並保留至宋代¹⁶⁷，然此皆為生活禮俗，缺乏實證根據，無法和近代西醫的科學實驗對話。而唯一可以和個人衛生、健康相比擬的，只在養生學的範疇內，像是清代《老老恒言》中，也有對住所

158 克約翰著，蔚利高譯，〈生氣及呼吸〉，《延壽通論》，頁92。

159 克約翰著，蔚利高譯，〈皮膚之衛生〉，《延壽通論》，頁110-112。

160 克約翰著，蔚利高譯，〈神經之衛生〉，《延壽通論》，頁129-130。

161 克約翰著，蔚利高譯，〈衣服之得失〉以及〈運動之良效〉，《延壽通論》，頁115-118、121-123。

162 「公共衛生」一詞並不適用於說明傳統中醫理論中的養生概念，中醫真正能夠在現代意義之公共衛生體系中扮演重要的角色，則是1949年之後的發展，這段歷史可參考Kim Taylor, *Chinese medicine in early communist China, 1945—63: a medicine of revolution* (New York: RoutledgeCurzon, 2005)。

163 范行準早已從古代資料中探索出國人：「僅有消極的個人衛生思想，而沒有積極的公共衛生思想。」見氏著，《中國預防醫學思想史》，頁10。

164 I. T. 赫德蘭著，吳自選、李欣譯，《一個美國人眼中的晚清宮廷》（天津：百花文藝出版社，2002年），頁158。

165 例如：「辰戌之歲，初之氣，民屬溫病。卯酉之歲，二之氣，屬大至，民善暴死。終之氣，其病溫。寅申之歲，初之氣，溫病乃起。丑未之歲，二之氣，溫屬大行，遠近咸若。子午之歲，五之氣，其病溫。巳亥之歲，終之氣，其病溫屬。」這只不過是一種對疫病發生規律的推測而已，吳瑭言：「敘氣運，原溫病之始也。」對於真正的防疫工作無法發揮積極作用。見清·吳瑭原著，楊東喜編著，〈原病篇〉，《溫病條辨解析》，頁1。

166 范行準，《中國預防醫學思想史》，「自序」，頁1。

167 俞慎初，《中國醫學簡史》（福州：福建科學技術出版社，1983年），頁140。



要通風與否、寬敞、要寒熱適中等等的養生叮嚀¹⁶⁸，然而還是以大方向的延年祛病為宗旨，而不是出自傳染病防治的初衷，故離現代意義的衛生體系仍有不少距離。¹⁶⁹

第六節 小結——似曾相識到貌合神離之前

以看待疾病的角度來說，中醫的「辨證（症）（證）論治」是著眼人體疾病症狀之消除，而非病名之精確認定¹⁷⁰；但西醫卻著重於對病名的統一與精確定義，「一病有一病之原」¹⁷¹，是不能隨意解釋的。然而，從上面對熱病闡述的背後意義可知，近代中西醫在疾病論述上有著意想不到的不謀而合。即使西方在1880年有了顯微鏡而證實「病原體」的存在，也無法完全化解在疫病解釋上面，所謂「瘴氣學派」與「接觸傳染學派」之爭執。¹⁷²合信等人還習用氣、季節、風土、穢毒、天行、熱感等術語來解釋熱病，其實與中醫論病有異曲同工之妙，彷彿似曾相識般地融通在一起。

所以，即使清末《儒門醫學》（1876）載：「西國病名甚多，不能悉與中土相符。」¹⁷³但以熱病而論，中西醫對其種種症狀的描述還是很類似的。比如在疾病知識的歸納上，西醫在《內科闡微》中也是以「症狀」來命名，而不是用病名來統括外在症狀；此外像是論述疾病的綱目：「論咳症」、「論噴嚏」、「論痛」、「論譫語」，都是指症狀而言¹⁷⁴，又好比「傷風」就被歸在「噴嚏」條下等等。¹⁷⁵這些例子都顯示西醫在中國的疾病分類知識上也有「以症統病」的旨趣，故有時即使中西病名不同，尚不會造成很大的隔閡，至少中醫們在閱讀這些翻譯著作時，能夠搜尋到共通語言與熟悉的知識系統。再加上西醫在抗生素發明前，治療熱病的水準並不比中醫高明許多，就像民國初期，陳存仁（1899-1976）回憶了他由學習西醫轉而學習中醫的切身經歷。他說：「在南洋醫科學大學，苦讀一年，對醫學基礎漸有認識。不幸在暑假中我患上了傷寒症，就請大學中一位老師治療，但是西醫治傷寒並無對症藥物，只是要我靜臥四星期，吃葡萄糖和維他命C而已，不料病勢越來越嚴重，後來家人力勸就診於孟河丁甘仁先生，只連服了五天中藥，熱度竟然退清了。四伯父就對我說：你學西醫而西醫不能治愈你的病，現在

168 清·曹庭棟，〈臥房〉至〈禡〉，《老老恆言》（長沙：岳麓書社，2005年），頁76-97。

169 隨著時代的推宜，「衛生」一詞的概念也不斷轉化。其中，自然參雜了許多中西醫觀念融通的細節，而和當初西醫的衛生學展現了另一幕不同的景象。有關民國時期「衛生」概念和身體健康的議題，可參考雷祥麟，〈衛生為何不是保衛生命？民國時期另類的衛生、自我、與疾病〉，《臺灣社會研究季刊》54期（2004.06），特別是頁17-59。

170 Volker Scheid, *Chinese medicine in contemporary China: plurality and synthesis*. (Durham: Duke University Press, 2002), pp. 200-237.

171 余雲岫，《傳染病》，「序」，頁1。

172 Willim H. McNeill 著，楊玉齡譯，《瘟疫與人——傳染病對人類歷史的衝擊》（臺北：天下文化出版，1998年），頁311-308與334。

173 海得蘭撰，傅蘭雅口譯，清·趙元益筆述，《儒門醫學》（清光緒間上海江南製造總局刊本），凡例，頁1A。

174 嘉約翰撰，《內科闡微》（同治12年羊城博濟醫局原刻本），目錄，頁1A-3A。

175 嘉約翰撰，《內科闡微》，頁6A。



中醫把你的病醫好了，你不如改學中醫。」¹⁷⁶

從此就可以看出，單就治療的功效而言，中醫對熱病治療仍有一定的歷史經驗和效用作為後盾，所以晚清中醫不會特別在疾病的治療方面和西醫爭論，這是一個心態上的重要問題。隨著時序推宜，西醫在認識疾病上有若干變化，而潔淨、衛生與自身健康的論述，隨著病原體被發現後更受重視。在某個程度上來說，中醫像是融合、貼近、順應自然環境，而西醫則是透過一套學說與機制去控制、改善環境，至此，除了藥物之外，西醫的健康與潔淨觀念被塑造成對抗傳染病的妙方。中醫講究的「上工治未病」¹⁷⁷的最高思想，透過西醫與國家的力量，以公共衛生的模式，實踐了這樣一個傳統之理念。從這個時間點起始，正是中西醫勢力消長的關鍵時刻。

近代西醫傳入之時，其實在治療方式、臟腑生理和致病因素認知上，並沒有對傳統中醫學造成過大的衝擊。¹⁷⁸就本章所論，甚至連西醫的公衛思想也沒有摧枯拉朽般地擊倒中醫的論述。但是另一方面，隨著時序的推宜，就像醫史家說的：「細菌說征服了人類衛生。」¹⁷⁹中國從近代後，重新面對國家塑造的問題時，也適度採用了西方的衛生管理制度。在此影響下，西醫由細菌病理學支撐起來的傳染病論述，及其背後所帶出的身體觀、疾病定義、防病觀念等一系列的知識，漸漸地讓國人接受，並成為人們管理健康知識的標準與常識，中醫的挑戰，才正要來臨。陳邦賢（1889-1976）且稱誤信偏方者為「缺乏常識」之人，找專科醫師才是正途、有常識之人¹⁸⁰；反觀中醫的防疫法，多屬偏方之流，卻少專科之學，很難與西醫論辯，連帶讓許多中醫藥方被打成「偏方」之流，真是近代中醫難以承受之重，可謂非戰之罪也，中醫有沒有想要建立起一套屬於自己的傳染病專科論述呢？下一章本書將會探討這些問題。

隨之而來的，是中醫將面對新理論的挑戰，即使許多中醫秉持「匯通」的理念，但中西醫之間畢竟只是貌合神離而已，一旦具有過渡意義的蜜月期一過，中西醫觀念的差距遂逐漸擴大，漸漸水火難容，而出現相互論爭的歷史格局，這大概已是民初後的歷史大勢了。

176 陳存仁，《銀元時代生活史》（上海：上海人民出版社，2000年），頁16。

177 清·吳謙主編，《訂正金匱要略註》，收入《醫宗金鑑》（臺北：臺灣第一書店重印，1978年），頁236-237。

178 可參考拙著，《近代中醫的身體觀與思想轉型——唐宗海與中西醫匯通時代》。

179 Edward S. Golub, *The limits of medicine: how science shapes our hope for the cure*. (New York: Times Books, c1994), pp. 85-108.

180 陳邦賢，〈缺乏常識的危險〉，《自勉齋隨筆》，頁64。