

在這個醫療技術與醫療道德不平等的市場上，民眾擇醫有著階層區隔。官宦與縉紳擁有比較優厚的求醫條件，可以延請多位醫者共同討論，但平民就無法有此能力。根據資料記載，明代中葉以前，醫者同業在「會診」時多能以治病為先，各討論時猶能就病論治；但在這之後，彼此以利為先，常為爭取生意而刻意駁斥他人之言。故富貴人家請來諸醫論治，對於醫療有時亦無好處，因為有些醫者極善辯論之道，下藥卻多有所失誤；且諸醫各執一辭，病家無所適從，最後病人經過試驗，病情往往不見好轉。是故，若干士人對於這種文化並不認同，而小說中也有所諷刺。

此外，明代民眾常不斷更換醫生。病家不斷換醫，雖或因於奇病難治，有些則涉及醫療心態。明代儒醫對病家心態就多有怨懟，如為了省錢，往往生病不看醫生，即至病重之時，隨便找個醫生，卻總想一治就好，見病情未也起色，即不斷更換醫生。又有病患自以為知醫，不信任醫者的診治，不願遵守醫囑服藥，大學士丘濬之子丘敦，就是一個明顯的個案。有鑑於此，儒醫在醫論中常提出告誡，如及早治療、謹慎擇醫、按時服藥、不信鬼神及不要怕花錢等。

其實，找來許多醫生互相討論，與不敢輕信單一醫生而不斷更換，都顯示出病患對醫者的專業無法完全信任。因此，病家求醫常採取「複向求助」的方式，即訪醫尋方，也求神問卜，甚至拿醫者姓名擲筊選擇；病家無法判定藥方何者為是，也有至廟裡抽籤問卜者。在社會階層上，讀書人多能信醫，故有病常先求醫。然而，士人雖積極倡言生病當求醫，但百姓先巫而後醫的現象還是相當普遍，即使醫學比較發達的長江中下游亦不能免俗，故在醫療市場上，巫者與醫者呈現競爭的狀態。關鍵應該在於上下階層經濟能力與知識體系不同，遂使得人們求醫時有前者先前醫生、後者先找巫者的差別。

2005.11.14初稿，2006.9.28改訂

第九章

從癩病史看中國史的特色

梁其姿(中央研究院歷史語言研究所研究員)

一、前言

今天俗稱為「麻風」(或癩瘋)病的漢生病(Hansen's disease)¹，在明清以前稱為「癩」或「癩」。更精確的說法應為，明清以前，俗稱「癩」或醫書中所說的「大風／癩／惡疾」等病，其實是一個複雜的病類，其中不但包括了今人認知中的癩瘋或漢生病，也同時包括有類似皮膚癥狀的其他疾病。換言之，在「麻風」病名尚未出現之前，並沒有一個單指涉今天所認定的漢生病的病名。麻風一詞至晚在明初開始普及，主要是因為此時皮膚麻木為醫界確定為癩病主要病徵²。此詞一直沿用至近代，時與「癩」一詞互通，但其普及程度到了清代已超過「癩」，到了19世紀後期成為英文leprosy的中文譯名。近年被強制隔離的病人求償事件在東亞各地爆發以後，麻風此病名被認為將病患污名化，就如英文leprosy或lepers等名詞被認為帶有強烈貶意，leprosy在普及化文獻中才漸被

1 這個病名來自19世紀挪威人漢生Armawer Hansen。漢生於1873-1874年間在顯微鏡下首次看到Mycobacterium leprae桿菌，並指出這個病菌是麻風病的病因，麻風桿菌成為第一個被發現的人類病菌。

2 一些零星的資料指出麻風一詞在宋代已出現。如南宋末福建人陳藻有詩句「少小麻風今半愈，長成頑疾喜全除」(見《樂軒集》卷1，筆者感謝以前拙作一位不具名審查人所提供的這條有趣的史料)。顯示「麻風」一詞在南宋已出現，但顯然仍不流行。同時這些資料極少，而且所指是否即後代的麻風病，並不明顯。明初以後「麻風」一詞普及與其所指涉之疾病較可確定。有關「麻風」一詞的出現問題，參看拙作〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.2(1999)：423-426。

Hansen's disease名詞取代。「麻風病」一詞也因此時被「漢生病」所取代。

單從病名的改變即可看出這個疾病在中國、甚至世界歷史中經歷了曲折的變化。但是這些變化主要並不來自「癩病」或「麻風」或「漢生」病本身的生物上的演化³，而是來自醫學知識與社會對疾病態度的轉變。換言之，癩病史主要反映的是醫學知識與社會的歷史。從這個角度看，發生在不同文化社會的同一疾病，往往經歷不同的歷史。而癩病這個發生在不同古老文明的疾病，也確實具有多樣的文化與政治社會意義，足以反映各文明的特色。中國自古有「癥／癩／麻風」病的紀錄，至晚至秦代已有明確的法律以處理得癩病的人⁴。此後，有關「癥／癩／麻風」病的記載，一直出現在醫書或其他歷史文獻中，到了明清時代，地方志與中央檔案甚至記載了隔離病人的官方機構。足見這個病類是中國社會一向注意的。到了近代，這個疾病甚至得到了前所未有的重視，無論是西方傳教士，或中國新興的社會政治精英，甚至是地方與中央政府，均認為中國的麻瘋病情況極為嚴重，將消滅麻瘋病列為要務。1949年以後，中國的政權首次將麻瘋防治列為國家的重點政策，自1951年開始成立了全國性的從中央到地方的防治網絡。

換言之，癩病之所以能夠反映中國歷史的特色，主要是因為它是自古至今一直受到密切觀察的疾病，無論從傳統醫學論述方面看，或其他社會史料中探究，「大風／癥／癩／麻風／漢生病」清楚地一脈相承，為各歷史時期醫界與社會所

³ 根據最近由法國巴斯德學院(*Institut Pasteur*)研究團隊對漢生病的桿菌 *Mycobacterium leprae* 的研究，麻風桿菌雖然有不同的品系(strains)，但是其基因組(genome)異常穩定。見 Marc Monot et al., "On the origin of leprosy," *Science*, 308 (2005): 40-42.

⁴ 目前最早的文字紀錄，應該是在1975出土的睡虎地秦墓竹簡中的《封診式》，此文本約編纂於西元前4世紀至217年間。《封診式》有關「癥」病一段原文如下：「某里典甲詣里人士五丙，告曰：『疑癩，來詣。訊丙，辭曰：「以三歲時病瘻，瘻突，不可智其可病，母它坐。」』令醫丁診之，丁言曰：『丙毋瘻，艮本絕，鼻腔壞，刺其鼻不寢。肘卻□□到□兩足下奇，潰一所。其手毋蹠，令……，其音氣敗。癥……。』」(《睡虎地秦墓竹簡》(北京：中華書局，1982)，頁156)。

Donald Harper, Robin Yates, Derk Bodde, 林富士曾先後撰文討論此文獻在癩病史中的意義。Donald Harper, in *Early China*, 1977, 引自Derk Bodde, "Forensic medicine in Pre-imperial China," *Journal of the American Oriental Society*, 102.1 (1982), p. 9-14; K. McLeod and Robin Yates, "Forms of Ch'in Law: an annotated translation of the *Feng-chen shi*," *Harvard Journal of Asiatic Studies*, 41.1 (1981); 林富士, 〈試釋睡虎地秦簡中的「癥」與「定殺」〉，《史原》，15(1986)。

注意的疾病。尤有進者，這個病類不但自古受法律規範，同時也是各種宗教關懷的問題，到了近代甚至成為中國的身體政治(body politic)的最顯著瘡疤，社會對它的恐懼與厭惡有增無已。在中國歷史上，鮮有一種疾病的「能見度」與爭議性超越癩病，也很少疾病能如癩病般在歷史上體現了如此複雜的文化與社會意義。

二、麻風病在當今生物醫學上的意義

在一般人的印象中，麻風(leprosy)是屬於歷史的疾病，或者說對現代文明而言，這個疾病已經沒有太大的意義。但這個印象其實離事實甚遠。當然，自從生物醫學在19世紀成為全球的醫學主流之後，許多病菌與病毒的被發現，以及疫苗技術的發展，曾給人類社會一個極樂觀的願景：人類有能力將傳染病全面消滅。天花被宣布消滅的實例的確加深了20世紀人類在這方面的信心。而麻風的被消滅，也當然被認為指日可待。但是新的嚴重傳染病在20世紀後期以來的陸續的出現，如AIDS、SARS等，或舊病如肺結核的捲土重來、瘧疾對醫藥的頑強抵抗，讓後現代人類社會不得不承認人類命定要與各種新舊病菌共同生存⁵。而麻風病或漢生病從遠古至今隨著人類存在著，而且在可見的未來，這個疾病仍不會輕易消失。中國在宣布麻風病已被「消滅」後(1982)，不少專家即警告麻風病會隨時反撲⁶。麻風的生物醫學上的特性的確讓它不容易在人類社會中真正消失。

麻風病與天花、小兒麻痺或其他可以疫苗預防的傳染病最大的差異，在於漢生氏桿菌(*Hansen's bacillus*, *Mycobacterium leprae*)至今仍無法在人體外以人工培養，因此完全不能發展疫苗以預防疾病的發生。同時，雖然今天醫界有共識，認為傳染主要是經過與病人長期密切的接觸後，桿菌經由皮膚的傷口，或上呼吸道進入健康人的身體，引致發病。但是其實桿菌傳播的方式或途徑為何，仍是一個

⁵ 著名的疾病史家William McNeill很早就提出這個觀點。12年前他重新強調這個看法，“Patterns of Disease Emergence in History,” in *Emerging Viruses*, S.S. Morse ed. (New York: Oxford University Press, 1993), pp. 29-45.

⁶ 《中國麻風雜誌》10.3 (1994): 174; 〈莆田市麻風流行病學分析〉《中國麻風皮膚病雜誌》19.6 (2003): 562。

謎，上述的方式，只是一個合理的猜測。究竟多少桿菌才能令受傳染的人發病？那種情況之下傳入體內的桿菌會引致發病？這些問題，至今仍沒有圓滿的答案⁷。因此，儘管漢生氏桿菌是最早被發現的病菌，但是當今人類仍無法準確地對其作出有效的預防措施。正因如是，對付麻風的方法，在醫學上而言只有治療，沒有預防。桿菌與人類共存亡是必然的發展。

按世界衛生組織WHO的報告，由於1990年代世衛開始全面推動療效卓越的聯合化療(MDT, multi-drug therapy)⁸，使得全世界的麻風病流行率大幅度下降(從1986至2003，下降了近90%，即約一千三百萬病患獲得治愈)，世衛消滅麻風的目標(所謂消滅就是將流行率降至萬分之一以下)看來馬上可實現，雖然晚至2003，全世界仍有超過五十三萬的病患⁹。尤有進者，流行率超過萬分之一的國家遍及美、亞、非各大洲。其中印度(流行率3.3)、巴西(4.1)、馬達加斯加(4.0)、莫三比克(3.6)、尼泊爾(3.0)、坦桑尼亞(2.1)情況最為嚴重¹⁰。顯然，聯合療法雖然療效極佳，但是並不能獨力消滅麻風。貧窮與政治不穩往往使得MDT療效大打折扣。麻風病正如許多其他疾病一樣，與貧困、不穩定的社會政治環境有極密切與複雜的關係。

或者問，既然MDT已是有效的療法，麻風病至少已受到一定程度的控制，同時在桿菌被發現以後，此病以往的神秘性已大減，為何今天科學家仍繼續對麻風病進行研究？原因主要有二：第一，桿菌對MDT的抗藥性問題依然為醫界所憂慮，萬一麻風桿菌與肺結核桿菌一樣，發展出對目前慣用抗生素的抗藥性，醫界

將對麻風病束手無策，就如20世紀上半葉以前一樣，只能治標，不能治本。換言之，由於技術上無法製造麻風疫苗，這個疾病依然威脅人類¹¹。目前醫界主要的工作在找出漢生氏桿菌的基因序列(sequence)，從基因變化中準確找出抗藥原因，從而發展更有效對抗桿菌的藥物¹²。原因之一，是漢生氏桿菌序列的研究似乎可讓科學家探究麻風病的起源與最早人類遷徙的歷史。由於這是一個古老而遍及全球的疾病，同時桿菌的基因(genome)異常穩定，讓科學家可以從複製(clone)自同一種桿菌的不同類別(strains)的分析中，推論此病最早出現在非洲東部(即人類祖先出現的地區)，而最早出現在印度或亞洲的可能性較低。同時從基因比較可以確定美洲的病菌來自歐洲與北非，而南亞與東亞的桿菌大概是東非原始桿菌的變化種。而移民史越複雜的地區(如西亞印度群島)，其主要的桿菌性質也越複雜¹³。

換言之，麻風病的研究除了為了發展更具療效的藥物外，也成為目前研究人類「始源」及全球性遷徙的這個主流趨勢的一個有效工具。這個大趨勢或許在目前科學研究的典範(paradigm)發展中是一個當然現象，但是從人文社會學的發展角度而看，我們或許可以說這個現象是20世紀末以來全球化論述的一環。就麻風病歷史研究的脈絡而言，其被納入全球化的論述之中，其實早在19世紀下半葉即開始發生。當時這個論述的主要推手是殖民主義。

三、麻風病在19世紀全球化論述中的意義及中國的角色

麻風病在19世紀後期至20世紀前半葉成為全球矚目的疾病。19世紀西方殖民者隨著西洋堅船利砲進入亞、非、美洲各地後，處處看到在歐洲本土已不多見的古老疾病，恍惚回到「黑暗」的歐洲中古時代，他們的立時反應是認定麻風病是

⁷ R. McGrew, "Leprosy" in *Encyclopedia of Medical History* (New York: McGraw-Hill, 1985), pp. 161-165; Ann Carmichael, "Leprosy" in K. Kiple ed., *The Cambridge World History of Human Disease* (New York: Cambridge University Press, 1993), pp. 834-839; "Microbiology of leprosy," at www.who.int/lep/disease/microbiology/frcconten.htm; WHO Study Report Series, especially pp. 19-29; WHO Regional Office for the Western Pacific, *Overview and Epidemiological Review of Leprosy in the WHO Western Pacific Region 1991-2001* (Manila, 2003), p. 69.

⁸ 結用多種化學抗生素(如rifampicin, dapsone, clofazimine, ofloxacin, minocycline)，針對不同型的麻風病的治療方式，療程從3個月到1年不等。這個療法至目前為止仍沒有遇到抗藥性的問題。參看 www.who.int/lep/disease/disease.htm

⁹ WHO, WHO Leprosy Elimination Project. Status Report 2003 (Geneva, 2004), p. 7.

¹⁰ 同上, p. 8.

¹¹ 1940年代dapsone的發明使得麻風病首次得到有效治療，但後來許多患者發展出對該藥的抗藥性，使得dapsone的療效大減。要到1980年代後期MDT的使用後，情況才被扭轉過來。

¹² 這方面的研究主要由英、法合作的團隊進行，並有美國基金的資助。見“Lèpre: découverte franco-britannique,” *Label France*, 44 (2001): 48.

¹³ Marc Monot et cie, 2005.

落後文明與劣等種族的特徵，或者是社會從野蠻漸進到文明的過程中的典型疾病¹⁴。因此殖民母國處理殖民地的麻風病自然被認為是白人文明馴化落後文化最好的示範¹⁵。雖然中國並非全然是殖民地，但是也成為西方殖民者觀察麻風病的主要「落後」地區¹⁶。就算在白人統治的澳洲，麻風病的管理方式與其說是單純的公共衛生政策，不如說是構成澳洲種族政策的一環。澳洲政府目的在隔離他們認為主要帶原者的原住民與黃種移民，以保持白種人的純淨¹⁷。而在歐洲的殖民母國，面對在全世界大部分「落後」地區幾乎處處見到麻風病患的情形，也心生恐懼，英國人就曾因擔憂麻風病會經由當時已通達全球的貿易網絡重返英國本土，而提出「帝國的險境」(Imperial danger)的警告¹⁸。換言之，19世紀後期開始，殖民主義賦予麻風病兩種新的意義：作為種族優劣的評定標準與威脅全球的流行病。

在19世紀的殖民主義之前，麻風病在基督教西方的意義仍主要屬宗教性。聖經舊約《利未記》第13章將拉丁譯文所指「麻風病」(lepra)的皮膚病定義為不潔¹⁹，患者必須獨處。在1179年羅馬教會第三次拉特蘭會議(Lateran Council)中

14 Michael Worboys, "The colonial world as mission and mandate: leprosy and Empire, 1900-1940," *Osiris*, 15 (2001): pp. 207-218.

15 有關這點的研究代表作包括：Megan Vaughan, *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness* (Stanford University Press, 1991); Warwick Anderson, "Leprosy and citizenship," *Positions* 6.3 (1998): 707-729; Sanjiv Kakar, "Leprosy in British India, 1860-1940: colonial politics and missionary medicine," *Medical History* 40 (1996): 215-230; Jane Buckingham 2002, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement* (New York: Palgrave, 2002).

16 李尚仁，〈十九世紀後期英國醫學界對中國麻瘋病情的調查研究〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》74.3 (2003): 445-506。

17 Alison Bashford, *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health* (New York: Palgrave Macmillan 2004),第四章主要討論麻風病的管理。Warwick Anderson, *The Cultivation of Whiteness: Science, Health and Racial Destiny in Australia* (New York: Basic Books, 2003), pp. 222-223, 244.

18 這個警告由英國教士H.P. Wright在其1889年出版的書*Leprosy and the Imperial Danger* (London: J & A Churchill, 1889)提出。此書所顯示的種族主義其實不強，作者根據當時醫界對麻風病的看法，提出警告，認為如不小心，原已在歐洲幾乎絕跡的麻風病會從熱帶殖民地再傳入英國。

19 此詞在聖經舊約原文希伯萊文是ṣāra'at，當今學者已確定這個詞所指的疾病並非麻風。而

作出決議，要麻風病患從此與社會隔絕。因此在歐洲中古時代，麻風病患必須放棄所有俗世關係與財產，住在教會建立的隔離院裡(lazaretto, leprosaria)。換言之，歐洲中古早期隔離院的主要功能是配合天主教會對聖經的解釋，把在宗教意義上不潔的病人與社會隔絕，給予病患唯一棲身之所與宗教上的救贖，而並非為了防止疾病的傳染。按學者的研究，歐洲人要到13世紀受到阿拉伯醫學影響後才有麻風會傳染的概念²⁰。不過正由於麻風病自始具有強烈的負面宗教意義，西方社會對這個疾病的特殊偏見一直維持到近現代，而另一方面，也解釋了為何19世紀傳教士對殖民地的麻風病患的救濟與救贖特別重視。

簡而言之，19世紀麻風病相關論述的主導者是西方基督宗教強國。而中國在這套論述中成為典型的落後有色種族，需要西方科學、精神與宗教上的救贖。同時，中國也被認定為危及全世界的麻風輸出國，中國勞工移民也成為各國加強防範的公認危險傳染源。

雖然麻風病在明清社會已相當普遍，但要到清末民初才成為中國政治與社會精英日益關注的問題，第一位留英習醫的廣東人黃寬(1829-1878)，也是海關醫官中唯一的華人，就在1873年發出警告：「麻風病比十年前有所增加。病患不論階級、貧富、城鄉，包括工匠、商人、農民等。」²¹粵籍史學家陳垣(1880-

(續)

新約所用的*Lepra*一詞，源自希臘文，但希臘文此字的原意不完全指麻風病，其義與中文的「癰」同。由於翻譯上的誤差，使得麻風病患在歐洲中古時代受歧視的這個說法，早已由Michael Dols在1979年提出，見其“Leprosy in Medieval Arabic Medicine,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 34.3 (1979): 327。近年的研究更進一步確定這些古病名在翻譯上的誤誤：見M. Stol, “Leprosy: New light from Greek and Babylonian Sources,” *Jahrbücher für Geschichte des Orientalen und der Arabien* 30, (1987-88): 22-31; D. Wright, R. Jones, 1992 “Leprosy,” *Anchor Bible Dictionary*. D. N. Freedman ed. (New York: Doubleday 1992), pp. 277-282.

20 法國學者Touati認為麻風病會傳染的概念在13世紀以後才出現於歐洲社會，這個想法來自阿拉伯醫學。之前的歐洲麻風院主要是為了在宗教意義上收容與世隔絕的病患。見“Historiciser la notion de contagion : l'exemple de la lèpre dans les sociétés médiévales,” in Bazin-Tacchella, Quéruel et Samama éds., *Miasmes et contagion. Les épidémies dans l'Antiquité et au Moyen Age* (Hommes et textes en Champagne, Dominique Guénolé, 2001), p. 175.

21 Gordon, C. A. , compiled and annotated, *An Epitome of the Reports of the Medical Officers to the Chinese Imperial Maritime Customs Service, from 1871 to 1882: With Chapters on the History of Medicine in China; Materia Medica; Epidemics; Famine; Ethnology; and Chronology*

1971)則對中國「瘋人仍可任意遊行街市，傳染之甚，莫此為甚」的景象，也特別感到憂心²²。而當時的文人、醫界精英也開始注意中國麻風病的歷史，並且撰文說明，以求吸引社會對麻風問題的關注。

清末社會精英對麻風病所發表的言論，其實部分是由於白種殖民者的偏見所啟發。19世紀下半葉以來，中國與許多亞洲、非洲國家被殖民者指為麻風流行地區。而由於中國往外移民比他國更甚，更是被指控為麻風流行全球的罪魁禍首。早在漢生發現麻風桿菌以前的1860年代，美國西岸社會已提出中國勞工移民會帶來麻風傳染的各種警告。三藩市天花醫院在1871年收容了一個後來被診斷患麻風的中國勞工移民，這個勞工就被指證歷歷，成為傳說中第一個將麻風病帶入北美的「禍首」²³。在夏威夷稱麻風病的土話是ma'i pake意思就是中國病。當地的醫生認為此病原不存在於夏威夷群島，而是中國苦力移民從1849年開始傳入。1870年代，夏威夷的麻風病流行率估計達3.5%之高，就是被認為是大量中國苦力移入的結果²⁴。澳洲白人則認為當地的麻風病是在1882年由一個中國移民帶入的²⁵。

其實在19世紀中國勞工移民潮遍至全球之前，麻風病早已存在各地。北美洲的麻風病最早由歐洲移民帶入，而夏威夷早在中國移民進入之前，傳教士便已發現有麻風病，而澳洲的情況也很可能與北美類似²⁶。如用最新的基因研究結果解

(續)

in *Relations to Medicine and Public Health* (London: Baillière, Tindall, and Cox, 1884), p. 153.

22 陳垣，〈送鄭學士之白耳根萬國麻瘋會序〉，原載《醫學衛生報》10(1909)，《陳垣早年文集》(台北：中研院文哲專刊，1992)，頁300。

23 W. Farwell, *The Chinese at Home and Abroad* (San Francisco: A. L. Bancroft, 1885), p. 105. 美國學者Nayan Shah也描述了1860年代到1870年代西岸有關中國移民帶來麻風病的輿論。見Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown* (Berkeley: University of California Press, 2001), p. 99.

24 Farwell, 1885, p. 109.

25 Bashford, 2004, pp. 88-89.

26 有關早期歐洲移民將麻風病帶進北美的歷史，提出「帝國的陰境」的Wright其實了解甚深，但他這方面的說明反而被忽視了。O.E. Denny在1927年也寫了一篇平衡的美國麻風病史，見“The Leprosy Problem in the United States,” *National Medical Journal*, 30.5 (1927): 391-398. 20世紀早期在夏威夷工作的麻風專家Mouritz也指出夏威夷群島早在華人移民之前就有麻風病，見其 *The Path of the Destroyer: A History of Leprosy in the Hawaiian Islands and Thirty Years Research into the Means by Which it has been Spread* (Honolulu, 1916), pp. 29-30.

釋各地麻風病的來源的話，可看出人類在不同時期的複雜遷徙歷史將麻風病帶到每一角落，而19世紀末的華人移民在時間上較晚，反而不太可能是這個疾病被傳至各地的「元凶」²⁷。但是在殖民主義結合著種族主義時代的高峰，華人移民被認為是全球麻風病傳播的主要媒介，卻成為牢不可破的信念。1897年康德黎(James Cantlie 1851-1926)就說過華人移民「完全缺乏自重(decent)與清潔的概念」，所以他認為亞太地區麻風病傳播的主要因素就是這些移民²⁸。而長期在華人地區服務的英國醫學傳教士馬雅各(James L. Maxwell, 1873-1951)曾估計中國境內有約三百萬的麻風病人²⁹，而且晚至1930年他仍提出「麻風病不只是中國的問題，也成為全世界的問題」。所指當然是中國移民帶來全世界被傳染³⁰。一本1935年在上海出版的大學社會學英文教科書，名為《中國的社會病理學》(*Social Pathology in China. A Source Book for the Study of Problems of Livelihood, Health, and the Family*)，在有關「健康」的部分首先討論麻風病。可見直至戰前，在西方人眼中，麻風病是中國最嚴重的社會問題之一³¹。

其實有關麻風病傳染性的問題，在19世紀西方醫學界爭議不斷。許多歐洲專家認為麻風病是遺傳病，而傳染性不高。在漢生發現桿菌以前，麻風是遺傳病的說法顯占上風，甚至在桿菌被發現之後，麻風病是否就被證明經由接觸傳染，仍有諸多爭議³²。這個看法與當時的種族主義、優生學與傳統的環境理論相關。西

27 Marc Monot, 2005.

28 康德黎是香港醫學院首屆院長，也是孫中山的老師，後來以營救被清廷禁錮的孫中山成名。他也是熱帶醫學之父的萬生(Patrick Manson)的學弟，也是麻風病專家。對華人地區的麻風病他出版了幾個不同的報告，文中所述見於Conditions under which leprosy occurs in China, Indo-China, Malay, and Archipelago, and Oceania, compiled chiefly during 1894. Prize Essays on Leprosy (London: The New Sydenham Society, 1895), pp. 269, 361. 亦參看李尚仁對康德黎研究詳細的描述，2003，頁468-478。

29 當時對全國病患的估計，從保守的50萬，到常見的100萬，甚至到最悲觀的300萬。中共在1950年代做的較有系統的調查結果為38萬。但這個數字公認偏低。較合理的估計約稍高於50萬。

30 馬雅各對中國麻風情況的悲觀估計被譯成中文，刊登在1930年4.2的《癩病季刊》中，論文題目為：〈中國麻瘋與移民問題〉，頁2-4。

31 此書作者為Herbert Lamson，上海大學社會系教授，其他在第2章被討論的疾病為肺結核、性病、精神疾病。

32 李尚仁，2003，頁449-454。

方醫界認為麻風是有色人種由於體質及環境的關係特別容易染上及傳及後代的疾病。但是，就算這些西方專家不能肯定麻風的傳染性，他們仍然認為華人移民是危險的傳染群。如上述的馬雅各，他晚至1911年仍懷疑麻風的傳染性：「要找出麻風會直接傳染的例子實在非常困難。」³³但是雖然如此，他仍然認為中國移民會導致麻風傳遍全球。

有關麻風到底是遺傳病或經接觸傳染的爭議，並沒有因漢生在1873年發現桿菌而平息，但是隨著細菌論漸成為歐洲醫學主流理論，麻風傳染論亦漸占上風。轉折點應該是在夏威夷麻風村染上麻風的達米安神父（一譯達彌盎，Father Damien）於1889年死亡，引起全球的震撼。尤有進者，八年後的1897年在柏林舉行第一屆國際麻風大會，會中得出的結論是麻風乃不治之症，隔離是防止傳染的必須措施。其實這次會議由強調麻風傳染的醫生主導，並沒邀請懷疑傳染論的駐印度與中國的醫生代表參加，因此大會會得出令全球憂慮的結論³⁴。自此以後，麻風是傳染性強的疾病的這個概念成為不再被質疑的「常識」。而各國對中國移民的限制也就更嚴格，甚至連極少華人移民的南美洲哥倫比亞也在1913年考慮通過限制華人移民的法案³⁵。

上述的描述主要說明在19-20世紀初之間，全球對麻風傳染的恐懼有增無已，而華人移民成為眾矢之的，中國亦被視為麻風病的大溫床。這些偏見雖然並不完全符合當時有關麻風病的醫學研究結論，但無疑地讓中國當時的政治與社會精英面對世界的譴責充滿羞愧感。麻風病的病癥明顯而醜陋，強烈地象徵著中國近代病重的政治身體，與證明中國人為劣質的民族³⁶。而且它被認為可傳染，危

33 W. H. Jefferys & J. L. Maxwell, 1911, *The Diseases of China, including Formosa and Korea* (Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co. 1911), p. 95.

34 Pandya, S. 2003, "The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897," *História, Ciências, Saude – Manguinhos*, 10, supplement 1 (2003): 161-177.

35 Gussow, Z. and Tracy, G. (1970), "Stigma and the leprosy phenomenon: the social history of a disease in the 19th and 20th centuries," *Bull. Hist. Med.* 44.5 (1970) : 425-449; Obregón, Diana, "La construction sociale de la lépre en Colombie, 1884-1959," in A.-M. Moulin ed., *Les sciences hors d'Occident au XXe siècle*, vol. 4 (Paris : ORSTOM Editions, 1996), pp. 161-162, 166.

36 楊瑞松在〈想像民族恥辱：近代中國思想文化史上的「東亞病夫」〉一文中指出「東亞

及全球的健康。這些指摘讓當權者認為必須設法祛除這個傳染病的威脅，才能證明中國可走入文明、進入現代化的發展，免除劣質落後民族的污名。上述黃寬、陳垣等有識之士的種種大聲疾呼與警告，莫不出於這種迫切的心情。

更值得注意的是，這種民族被污名化所帶來羞愧感，不但影響中國，甚至也影響了亞洲諸國中現代化最成功的日本。1870年代日本明治政權，積極地將日本社會與政治帶上現代化之路，更要把日本與落後的亞洲國家如中國與印度區別起來，而在多方面，明治政體成功的現代化，深為西方所稱許。然而，日本的麻風病人卻成為日本政治身體的一大缺陷。這個缺陷迫使日本政府在20世紀初不遺餘力地要消滅麻風病。1902年國會提出麻風預防的方案，目標明白地在於消除這個「不文明國家的表癥」³⁷。與中國當時的輿論一樣，日本的媒體強調國內有至少一百萬的麻風病人，也自稱為「世界上麻風病人最多的國家」³⁸（但按較科學的統計，在1935年，日本癩病總人數推估為二萬二千多人³⁹）。其對麻風病所帶來國家民族形象的負面影響，表示極端的焦慮。同時，日本社會對過去寺院照顧癩病患者的制度，極為懷念，認為維新之後，此類舊制的消失，讓病人頓失依靠，因此對新政體採取積極措施的要求更強烈⁴⁰。日本的麻風防治法遂於1907年通過，將遊蕩的病患強迫隔離，1915年發起鼓勵病患絕育、強迫墮胎的運動。到了1931年甚至通過了病患終身被隔離的法例。而日本維新時代的麻風隔離院的管理方式，與其說類似醫院，不如說更似監獄。日本政府執行麻風隔離的效率當然是國民政府無法想像的。在1941年，日本被隔離的病患已達78%，最後竟達九成⁴¹，
(續)

「病夫」一詞的意義在20世紀初發生變化，從象徵衰弱的國體，漸演變為指稱個人殘酷的身體，並使中國人視此為「原罪」。見《國立政治大學歷史學報》23(2005) : 1-44。

37 Susan Burns, "From 'leper villages' to leprosaria : Public health, nationalism and the culture of exclusion in Japan," In C. Strange & A. Bashford eds., *Isolation, Places and Practices of Exclusion* (London, N.Y.: Routledge, 2003), p. 108.

38 Burns, 2003, pp. 108-109.

39 〈決定されたる壯丁癩曲線と全國推定癩患者數〉，《東京新醫事通第3151號昭和十四年，《光田健輔と日本のらい予防事業——らい予防法五十周年記念》（東京：藤楓協會編1958），頁373-382。

40 Burns, 2003, pp. 109-110.

41 Burns, 2003, pp. 111, 113-114, 117.有關強迫絕育的措施，台北《聯合報》2005/1/28，頁A14 譯自法新社1/27電，譯文指出1924-1956年間許多女性病患的確被迫墮胎，胎兒作實

其目標達成率可能史無前例。日本明治政府積極有效率的隔離政策當然為中國社會精英所羨慕。

陳垣早在1909年已觀察到日本政府在這方面的「積極進取」：「在日本則近十年來癩病之預防法案會中殆無時不提出，而癩病療養所、收容所、救護所之設置，則不惜糜費鉅額以成之……其他之構造法、管理法、消毒法，又無不實力研究。」⁴²而終民國時期，關心癩病的民國精英，在指摘中國政府的無能之時，多以日本為比較的對象。的確，日本明治政體擺脫「不文明民族」污名的努力，遠比國民政府成功。1928年剛成立不久的「中華麻瘋救濟會」的總幹事鄒志堅在回顧過去二十五年來的麻瘋救濟運動時感慨地說：「說來慚愧，偌大的中華民國，除了一二處麻瘋院為國人所自辦外，其餘的麻瘋救濟機關，差不多完全操於西國傳道師的手裡……直接得到救濟者，只有二千人，占全數五百分之一，其餘九十九萬八千之瘋人，求救無門……到處傳播毒菌，吾國社會問題中，實無較此更為重要。」⁴³他認為「我國麻瘋蔓延之廣，甲於全球，此乃不可掩之事實」。而組織麻瘋救濟會是「際此中國擾攘之秋……有一運動焉，為中國社會生光，為國家爭榮譽，為百萬寄生火坑之男女同胞請命」⁴⁴。換言之，與當時的日本一樣，民國時期救濟麻風運動基本上是從民族主義激發出來的社會運動。強化種族、國家是最終的目標。而這種迫切感無疑是當時西方「殖民主義/種族主義」的意識形態所激發出來的，無論中國、日本都不能倖免。日本在1930年代使用其強大國力以極端的方法處理麻風問題，使得病患在公眾場所近乎絕跡。而中國則要到1950年代以後亦以其史前無例的強大公權力將病患隔離治療。基本上中、日兩個國在近代努力消除「次等民族」污名的決心不相伯仲。

(續)

驗之用。Ichiro Kikuchi, "Hansen's Disease Patients: responses to stigma and segregation in Kumamoto Japan," *International Journal of Dermatology*, 33.2 (1994): 142-143. 此文作者指出1909年九州的收容院收容超過1500名病患，院外有圍牆與深溝與外界隔離，並有警察在外駐守。病患必須穿上有條狀的制服及只能使用院內印制的紙幣。

42 陳垣，1909，頁299-300。

43 鄒志堅，〈二十五年來之救濟麻瘋運動〉，《廣濟醫刊》5.3 (1928) : 3。

44 鄒志堅，〈中國的麻瘋問題與本會今後之計畫〉，《麻瘋季刊》2 (1927) : 1-2。

四、中國傳統醫學論述中的「癩／癩」及患者的社會形象

19世紀後期以來西方的種族主義給中國、乃至於亞洲癩病患者加上烙印，讓近代的癩病患者所受的歧視比其他病患要嚴重得多。不過，中國社會對癩病患者的歧視，其實並不始自清末民初，也不完然來自白人種族主義者的有色眼光。癩病在中國醫學史與社會史中，一直占有一席之地。在中國醫學的傳統裡，癩病的「地位」也一直在轉變。同時，癩病患者所象徵的社會意義自古至清代也經歷了極大的變化。大致而言，到了明清時期，無論醫學上對癩病的解釋，或社會對患者的觀感，都相當負面。換言之，在近代以前，中國傳統本身對癩病或麻風病的偏見已經逐漸形成。西方對亞洲麻風病的歧視，充其量只是加強了原來中國社會對這個疾病的偏見而已。

如上文所述，從上古的大風／惡風／癩，到中古時代的癩，及明清以來的麻／大麻風等，醫籍對這些病的描述討論的確一脈相承。然而這些病名所指涉的，不見得就是今天所認為的麻風，就如西方古代被認為指涉leprosy的希伯萊文、古希臘文或等名稱，近年的研究都認為所指並非麻風，或所指包括麻風以外的其他皮膚病(見註19)。以往的醫史學者如王吉民、李約瑟等都比較籠統地認為古代大風、惡風、惡疾、癩病等就是今天的麻風病或漢生病。這個看法忽略了這些病名多半是病類，並不指單一疾病。同時從古代文獻中所描述的簡單病徵，很難判斷這些病名所指涉的疾病確為麻風病。Nathan Sivin早在1973年提出對這種說法的質疑⁴⁵。而近年有關麻風病的研究成果，均顯示學者對古病名的解釋必須更謹慎。

古代至宋代的醫學論述

不過，從上述雲夢秦簡《封診式》裡對一個「癩」人的詳細診斷紀錄看來

45 S. Nakayama & N. Sivin, *Chinese Science: Explorations of an Ancient Tradition* (Cambridge: MIT Press, 1973), p. 306.

(見註4)，我們仍可以說至晚至秦代，已有相當類似今天所指稱漢生病的病症，而且社會對病患的處理亦已發展出一套方式，說明「癥」病在當時已有一定程度的普遍性。同時，在此時的醫學理論中，「癥」病是被歸類為因「風」而起的疾病。《內經—素問》「風論」一節中有癥的描述如下：「癥者，有榮氣熱膿，其氣不清，故使其鼻柱壞而色敗，皮膚瘡潰。風寒客於脈而不去，名曰癥風，或名曰寒熱。」⁴⁶「風」在《內經》中是五氣之首，其他四氣為「寒、溼、燥、火」⁴⁷，都是致病的外在環境因素。而在《內經—素問》所討論的基本五氣之中，「風」是「百病之始」或「百病之長」⁴⁸。後代綜合性的醫書在作疾病分類時，亦多以「風」病，放在首位。如隋代巢元方的《諸病源候總論》(610年)、北宋末編輯的《聖濟總錄》(1111-1117年)，乃至於明代流傳甚廣的由名醫李梃著的《醫學入門》(1575)均把「風」病放在各病類之首⁴⁹。而在南宋以前，主要醫書均沿《素問》的歸類方式，把「癥」作為「風」類疾病來討論。

除了「癥」之外，《內經》另有「大風」一詞，亦被後人解釋為麻風病。有關的描寫在《素問》〈長刺節論篇〉中：「病大風，骨節重，鬚眉墮，名曰大風。」⁵⁰「大風」與「癥」在《內經》的系統裡，是否為同一病，其實並不明確。「癥」的癥狀在皮膚、外表，而「大風」則在骨及毛髮的脫落，同時「大風」一詞在《內經》多處出現，所指涉亦不一⁵¹。在療法方面，雖然兩者皆以針

46 張隱菴(清)集註，《黃帝內經素問集註》，《中國醫學大成》(上海：上海科學技術出版社，1990)，冊1，卷5，頁57。

47 後人將「暑」加入五氣之中，成為六氣，就是後來五運六氣中的六氣。范行準認為這個改變發生在10世紀，時人將六氣說寫入《素問·節藏象論》中。見范行準，《中國醫學史略》(北京：中醫古籍出版社，1986)，頁127-128。

48 這兩句話在《素問》中出現多次，包括在〈生氣通天論〉、〈玉機真藏論〉、〈骨空論〉等數節中。

49 有關傳統中國醫學疾病分類方式的歷史其實仍待更精細的研究。宋代以後醫者討論病分類更細，陳言將之分為外因、內因、不內外因三大類是其中重要發展。而在外因之中，「風」乃是最重要的類別，陳言在「外因」之中仍以「中風」為最先討論的病類。李梃的《醫學入門》以六氣所致之病為「外感」，仍以「風」為首，同時在「本草」一章中，亦以「治風門」為首。

50 《黃帝內經素問集註》，卷6，頁15。

51 在〈生氣通天論〉中，「大風」指能致嚴重疾病的風，與「荷毒」同用。在〈骨空論〉中，「大風」泛指侵入人身致病的因素。換言之，「大風」在《內經》所指並非單一疾

治，但方式不同，《靈樞》治「癥」的方式是：「素刺其腫上，已刺，以銳針針其處，按出其惡氣，腫盡乃止，常食方食，無食他食。」⁵²而針對「大風」的療法，《素問》中的描述則是「刺肌肉故，汗出百日。刺骨髓汗出百日，凡二百日，鬚眉生而止鍼」⁵³。換言之，「癥」病癥主要在皮膚腫處，而「大風」病癥在骨，應該是比較嚴重的病。然而，二者皆由「風」所致⁵⁴。

從《內經》時代一直到北宋，癥／癲、大風／惡風仍一直被歸類為「風」症，但並非同一病。前者的重點在皮膚的癥狀，後者的重點在鬚眉落。在《諸病源候總論》中，惡風與癲病兩類「風」症其實已有許多相同的癥狀，但巢元方以風寒入身為「大風」主要病因，而惡風與犯觸禁忌為患「癲」的主因，分別討論兩種疾病。要到北宋的《太平聖惠方》(992)、《聖濟總錄》，作者才把「大風眉鬚墮落」直接解讀為「蓋癲病也」。從此時開始，「大風癲病」成為等同《內經》中所謂「癥」的疾病。換言之，這個病，不但影響肌膚，也影響骨，令鬚眉墮落⁵⁵。大風／癥病從關係曖昧的兩種病，成為同一種疾病。不過，直至北宋，「大風／癥／癲」依然被歸類為「風」疾。這個歸類意味著「大風／癲」有以下特色：這是由外在環境因素(特別是風、寒、溼)所引起的疾病，個人體質與其周圍環境則決定外邪是否會引起發病，以及病的嚴重性。這個病並沒有明顯的地區性，如果以風、寒、溼為主要引起發病的因素來看，當風、溼冷的環境最易引起此疾。這個病是變化無窮的「風」所引致的多種疾病中的一種。

這個有關「大風／癲」的古典看法，到了南宋有了基本的改變。陳言在其《三因極一病證方論》(1174)中清楚地質疑傳統對癲病的看法：「經所載癲風者，即方論中所謂大風惡癲是也，雖名曰風，未必皆因風，大率是嗜慾，勞動氣

(續)

病。

52 郭鶴春編，《黃帝內經靈樞》(天津：天津科學出版社，1992)，頁185。

53 《黃帝內經素問集註》，卷6，頁15。

54 醫書的討論不一定完全符合實際的診斷。從上文所述《封診式》有關醫生對「癥」者的診斷看出，醫生認為這個有「大風」(鼻梁斷、無眉、無汗毛)與「癥」(皮膚潰爛)病徵的病人患的就是「癥」。

55 有關「大風／惡風」、「癥／癲」兩類風疾發展為一類風疾的過程，見拙作〈中國麻風病概念演變的歷史〉，頁401-420。

血，熱發汗洩，不避邪風冷溼，使淫氣與衛氣相干，致肌肉憤瞶，氣有所凝……千金所謂自作不仁，極猥之業，雖有悔言，而無悔心，良得其情，然亦有傳染者，又非自致，此則不謹之故，氣血相傳，豈宿業緣會之所為也，原其所因，皆不內固，涉外所因而成也。」⁵⁶這段話一方面綜合了南宋以前醫書對大風癱病的描述，同時提出了重要的新概念。文中所述「嗜慾、勞動氣血」、患者的道德缺陷(極猥之業)為大風癱病因，是綜合了隋唐時代醫書的說法⁵⁷。但從前人的說法中，陳言得出大膽的新結論：斷言大風癱「雖名曰風，未必皆因風」。同時陳言對「惡風癱」的這段描寫，並不在論風病的章節，而在卷十八，與瘡瘤、瘰癧等皮膚病同一卷。同時，他又提出另一個全新的看法：大風癱病「有傳染者」，是由於「不謹」，經過「氣血相傳」，與報應無關。陳言對癱病的分析對後世醫者有極重要的影響。

陳言說法影響有三：首先，病患本身的身體紀律成為更重要的病因之一。雖然因「報應」致病這個來自佛、道思想的觀念早在隨唐時代就有，但是陳言將之與「嗜慾、勞動氣血」相提並論，加重了患者放縱身體的責任。再者，陳言將大風癱疾與皮膚疾病放在同一卷，正式把癱疾視為「外科」，而不是「風症」，這個做法有一重要的後果：主流的「儒」醫漸放棄研究、醫治大風癱病。這是由於在宋以後，主流醫者以「儒醫自命」，以「辨證」為診斷之法、方藥為治療之本，使得傳統醫學中一些需要「動手」的專科如外科、針灸、眼科等漸被邊緣化，為名不見經傳的「俗醫」所專⁵⁸。癱病被歸類為「外科」後，主流儒醫對這個疾病漸喪失興趣，較細緻地討論癱病的大概除了明御醫(1487-1559)的外科名著《瘡瘍機要》外，已沒有別的例子。明清以後儒醫著作多已不提癱病，或僅重

⁵⁶ 陳言，《三因極——病證方論》(文淵閣四庫全書，冊743，台北：臺灣商務印書館，1983)，卷15，頁21下，「大風敘論」。

⁵⁷ 文中提及的《千金》當指孫思邈的《千金備急要方》，而有關嗜慾、過勞的說法，巢元方亦已提及：「論其所犯，多因用力過度，飲食相違，行房太過……。」《諸病源候總論》(北京：人民衛生出版社，2000)，卷2，頁79。

⁵⁸ 有關這個變化，參看拙著“Medical learning from the Song to the Ming,” in P. Smith and R. von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History* (Cambridge, Ma: Harvard University Asia Center 2003), pp. 374-398.

複前人或他人所述作起碼的交代。這種對癱病的態度，與對古典的「風症」仍採取一貫嚴肅的態度有強烈的對比。因此，宋以後治療癱病的醫者，與「外科」專家一樣，大多是不見經傳的「俗醫」，許多對癱病的新看法，也多出自這些「俗醫」。

最後，陳言提出「傳染」一說，把癱病的性質作了全新的詮釋。陳言首先提出癱病的傳染性，但語焉不詳。不過，由於「不謹」的說法，頓然增加了此病的「危險性」。「傳染」一辭在文獻中的出現應在10世紀左右，到了南宋時期，由於程迥、朱熹等理學家撰文批評世俗因害怕傳染而拋棄生病的親人的做法，「傳染」一詞遂更普遍地用於各種文獻，漸取代更古老的用來描寫疫病傳播的辭彙如「相染」、「染著」等。但「傳染」在最初出現之時主要並不用在人在疫氣中染病的過程，而多用在如各種瘡疾、腳氣、癱病等今天所稱「慢性病」的接觸染病⁵⁹。在宋代以前，這類慢性病的傳播主要被認為限於同一家族，是個人或家族集體罪愆的「報應」，多以「伏連」一詞表達之⁶⁰。而「傳染」作為病因在宋代的新義，最早在道教的儀式典籍中顯現。南宋路時中《无上玄元三天玉堂大法》(12世紀)描述多種儀式與符咒以治傳染，包括「治屋傳法」、「治衣傳法」、「治食傳法」、「治傳尸法」等，意指疾病可以經由各種物質傳染，受感染的人也不一定是家人。以宗教儀式絕斷惡疾傳染的概念與做法從南宋至明清一直有所發展，意味著道教思想中已發展出一套與實際日常生活經驗吻合的疾病傳染概念⁶¹，即無血緣關係的人也可以因直接或間接的接觸病患而染病，這個概念已脫離早期「伏連」的家族集體罪愆的「報應」概念。法國已故道教學者Michel Strictmann認為宋代道教思想在這方面的突破特別值得注意⁶²。陳言謂癱病之「傳

⁵⁹ 有關「傳染」一詞發展的歷史，及其在疾病傳播史中的意義，參看拙作 “Evolution of the idea of chuanran contagion in Imperial China,” manuscript 2004-2005.

⁶⁰ 參看Yang Lien-sheng, “The Concept of ‘Pao’ as a Basis for Social Relations in China,” in J. K. Fairbank ed., *Chinese Thought and Institutions* (Chicago: University of Chicago Press, 1957), esp. pp. 298-299; 李建民〈先秦兩漢病因觀及其變遷——以新出土文物為中心〉，2006年9月手稿，頁20。

⁶¹ Edward Davis的專書 *Society and the Supernatural in Song China*(University of Hawaii Press, 2001)，特別是第2及3章述及宋代道教治療儀式在社會中的發展。

⁶² 路時中，《无上玄元三天玉堂大法》，在《中華道藏》(北京：華夏出版社2004，第30

染」非由於「宿業緣會」，或「自致」，而特別以「不謹」一詞描述之，充分顯示了道教思想中「傳染」新義對南宋末主流醫學的影響。但陳言始終無法給予這個新病因圓滿的理論解釋。如果同時對照當時已流行在福建的「過癲」習俗（即有癲病的女子會引誘不知情的男子性交，因為習俗相信女子會因而治愈，而男子則會被傳染得病）⁶³，陳言所指由於「不謹」所致的「傳染」，也可能包括了性交傳染⁶⁴。

元明清的醫學論述

換言之，南宋以後，癲病漸被歸類為「外科」疾病，在醫學討論中的地位頓然下降，元明清以來大風癲在醫學傳統裡的邊緣位置就被確定，以至進一步強化。同時病患因本身行為「不謹」而得病的新義，彰顯患者意志或身體缺乏紀律的道德弱點。患者不再只因為家族罪愆、或宿業而得病，而是行為「不謹」得病。疾病本身也被賦予新的危險性，就是傳染性，任何人都可能經由與病人直接或間接的接觸而得病。這個無論在外表上、意義上均予人卑陋、險惡印象之症，漸為儒醫忽視，是可以理解的。明清間對癲病有較多發揮的主要是邊緣醫者，特別是受道教醫學影響的醫者。其中具代表性的是16世紀中期著有關麻風病專書《解圍元藪》的作者沈之間，沈之間無疑是明代邊緣性的醫生，除了他是《解圍元藪》作者這個身分外，後世對他幾乎一無所知。而且從書中對習俗的描寫，及在自序中他自認廣求「寰宇仙流，江湖奇士」⁶⁵等可看出沈深受道教影響，同時對通俗信仰抱持包容的態度，將部分納入其醫說之中。另一個值得注意的醫生就

(續)

冊)卷24。有關此典籍之題解，可參看K. Schipper and F. Verellen eds., *The Taoist Canon, A Historical Companion to the Daozang* (Chicago: University of Chicago Press, 2004), v. 2, pp. 1070-1073; Michel Strickmann, *Chinese Magical Medicine* (Stanford University Press, 2002), pp. 35-38. Strickmann並提醒讀者柳存仁早在1971年即引用路時中之作以說明宋代人對癲癆一病傳染的看法。

63 參見蔣竹山，〈明清華南地區有關癲癆病的民間療法〉，《大陸雜誌》90.4 (1995): 41-42。

64 明代以後醫書談及癲病的傳染問題，多引陳言「不謹」一語，並且清楚指涉性交傳染。見下文。

65 《解圍元藪》，〈原序〉，嘉靖庚戌(1550)，頁1上。

是清嘉慶時代的江西失意文人蕭曉亭，他是科場的失敗者，從父學醫，以治麻風聞名，死後其友人出版其專著《瘋門全書》。沈之間與蕭曉亭均非主流儒醫，但卻是明清癲病論述的代表性醫者。

元以後的醫家均不再以古典論理中的「風」作為癲的病因。醫者多以兩個方向再解釋癲病的古典病因「風」：一是患者本身身體「積毒」之內因，一是將外在環境因素更具體化。明初太醫劉純(1358-1418)沿陳言之說，認為癲風未必皆因風，「大率多嗜慾，飲食積毒之所致。因其病證穢惡可畏，又不可不謂之風也」⁶⁶。而明中期的徐春甫(16世紀)在「癲風所因」中對此進一步解釋：「內熱積毒者，受之，所謂燥以逢火則先焚，亦不可不謂之風也。」⁶⁷兩者將患者體內積毒作為「風」的解釋。另一方面，朱震亨(1282-1381)以「天地間殺物之氣」代替「風」作為「大風病」的病因；明末吳有性(17世紀)進一步解釋這個概念，他直指「大麻風」以前被誤認為由「風」所致，其實是由「雜氣」所致。而所謂「雜氣」就是「方土之氣」⁶⁸。換言之，作為癲病之外因，天地殺物之氣，或更具體地指涉特定時空的致病的「方土之氣」，已取代《內經》所說的「風、寒、暑」。值得注意的是，這兩種重新解釋風的說法，皆強化了癲病為風土病的新看法，特別是南方的風土病。

上述明中期御醫薛己在專門論癲病的外科專書《癰瘍機要》(1528-1529)中首先清楚地提出癲病「溼熱相火，血隨火化而致，故淮陽嶺南閩閩多患之」⁶⁹。明代的醫家在陳言修正癲病病因(不因「風」)的基礎上，更進一步以癰／癲病由身體內積熱，或外在溼熱的環境為主要病因，燠熱的嶺南地區遂自然成為醫家心目中癲病最容易發生的地方。此後明末至明清間的醫生多認為癰病是嶺表地區的風

66 劉純，《玉機微義》(1396)在《劉純醫學全書》(北京：中國中醫藥出版社，1999)，卷40，頁389。

67 徐春甫，《古今醫統大全》(台北：新文豐出版公司影印明萬曆刻本，1978)，卷9，頁13下。

68 朱震亨，《金匱要略》，在《丹溪醫集》(北京：人民衛生出版社，1995)，卷1，頁112。吳又可(有性)著，鄭重光補註，《溫疫論補證》(台北：新文豐出版公司，1984)，下卷，頁43。

69 薛己，《癰瘍機要》，在《薛氏醫案選》上冊(北京：人民衛生出版社，1986)，卷上，頁7(總275)。

土病，原因是這個病純由熱毒之氣所致。到了乾隆時期御編之醫學百科《醫宗金鑑》(1742)就綜合了醫家的說法，認為「大麻風」：「一因風土所生，中國少有此證，惟煙瘴地面多有之。」⁷⁰換言之，大麻風被認為是中國南方邊緣地域的特殊疾病，這是元明以前所沒有的看法。同時如果以現代中國麻風病分布情形來看，中國北方如山東也同樣是麻風病例極多的地方。認為癘／癩／麻風是嶺南地區的風土病，是明清至近代的看法，而且不甚正確。這個獨特的看法關連著宋以來對癲病的另一新看法：它是一個具傳染性的疾病。

而接觸傳染這個在醫書中並沒有任何理論性討論的觀念，從南宋的陳言直至明初，對醫家來說，仍然是個不容易解釋的致病過程。明初劉純雖然接受陳言對於大風病並不因風而起的看法，但他卻質疑大風癲可傳染的看法：「若夫傳染之說，世或有之，雖因其一家，血脈飲食、居處氣味之相傳者，本無內熱積毒，亦不能染也。」⁷¹劉純的說法透露了明初主流醫家對「傳染」的一些認定：傳染主要仍發生在有親屬關係的人之間，這是由於血脈的關係，而且起居飲食在同一處，加上性情相似。這是用儒家理性的醫學語言來詮釋傳統「伏連」的家族集體罪愆染病觀。但就算如此，劉純仍認為除非病患積毒已深，否則仍不容易染病。同時，這個說法也確定了「傳染」這個過程，應該是一個時間上較長的過程，無病之人與有病之親人在持續相處的情況下，才可能被「傳染」。但劉純對癲病的傳染方式的描述顯然仍很不清楚。主流醫學中有關傳染觀念的模糊說法，讓明中期以後醫家對麻風傳染觀念有較大詮釋的空間，這方面的發展，主要來自受道教醫學影響較深的邊緣醫者，這類醫者對習俗比較敏感，往往從觀察習俗中發揮新的病因討論。他們的看法繞圍著三個重點：透過物件的傳染、「蟲」與性交傳染，後兩種傳染方式，被認為主要發生在南方風土。

有關癲病可經由病患用過的物件傳染別人的觀念，似乎是在宋代道教儀式典籍基礎之上的發展。上述《玉堂大法》所描述的「治屋」、「治衣」、「治食」

⁷⁰ 吳謙等著，《醫宗金鑑》(北京：人民衛生出版社，1990接1742年武英殿本排印)，下冊，卷73，頁376。有關明清時期各醫家有關麻風／癲病乃南方風土病的說法，參看拙作，1999，頁429-430。

⁷¹ 劉純，《玉機微義》卷40，頁389，〈論癲風所因〉。

等法，無非指出病患住過的房室、穿過的衣服、睡過的床舖、吃過的食物，都是可傳染的物體。到了明初，道教醫籍《仙傳外科秘方》(15世紀中期)進一步發揮這個觀念，並且專門用來解釋大風病的傳染：「或在外不謹，糞坑、房室、床舖、衣被、橋上樹下歇息去處，命值委死凶星，遭此惡疾纏污其間。」⁷²而主流儒醫對這類傳染的文字描述要到16世紀中期。世醫龔廷賢幾乎一字不易地抄錄了此段：「或在外不謹，糞坑、房室、床舖衣被傳染。」到了乾隆時代的綜合醫著《醫宗金鑑》以大同小異的方式說明傳染：「一因傳染，或遇生麻風之人，或父母夫妻家人遞相傳染。或在外不謹，或糞坑、房室、床舖衣被不潔。」⁷³主流醫籍均以簡單抄錄的方式對傳染作交代，並無進一步解釋。在這方面，邊緣醫者沈之間的描述遠比主流儒醫的說法來得廣泛詳細說：「或對語言，而病人口內之毒氣衝於無病人之口鼻，直入五內，則發為病。又如惡疾人登廁之後，而虛弱人或空腹人隨相繼而圍，則病人泄下穢毒之氣未散，衝上無病人之口鼻，直入於臟腑……如汗氣相傳，痢疫相染者，亦一類也。」⁷⁴他此一說法，較吳有性有關雜氣經由口鼻傳染之說法早一個世紀。嘉慶時代的蕭曉亭則更認為：「病人吃煙，亦宜避之，不病人吃煙，見病人亦避之。病人之尿，不可淋煙草，淋則吃者必生瘋病。……。」⁷⁵這些對傳染途徑的描寫，詳細而具體。雖然依然缺乏主流的理論分析，但仍不免增加了社會對癲病的恐懼。

有關「蟲」作傳染的媒介，論者顯然借用了瘡瘵的病因⁷⁶。瘡病與大風／癲疾在隋唐時代醫書的描述中有一共同點，就是兩類疾病均與體內的「蟲」有

⁷² 《仙傳外科秘方》，在《道藏要籍選刊》(上海：上海古籍出版社，1989，第9冊)。此籍在明初之15世紀中期編輯而成，此段引自卷11〈炎然子大風論〉(頁589)，炎然子乃宋代道師張繼先(1092-1127)。此段是否真為其作，並不能確定。由於《仙傳外科秘方》是明初典籍，宜以明初文獻視之。有關此典籍之解題，可參看K. Schipper and F. Verellen eds. 2004, v.2 pp. 777-779.

⁷³ 龔廷賢，《濟世全書》，在《龔廷賢醫學全書》(北京：中國中醫藥出版社，1999)，卷8，頁1066。吳謙等編，《醫宗金鑑》(北京：人民衛生出版社接1742年武英殿本排印，1990)，卷73，頁371-372。

⁷⁴ 《解圍元數》卷1，頁8上-下。

⁷⁵ 《瘋門全書》卷上，頁11下。

⁷⁶ 董元方一書中對此已有描述。上文所提的宋代道教典籍《玉堂大法》中對瘡瘵的「傳尸」有更細緻的描述。

關。而「蟲」在古代「傳尸」或「疰」的疾病傳播過程中扮演媒介的角色，癆病的傳播尤其如是⁷⁷。而癆病在中古醫書中雖然被形容為外來的風與體內的蟲互動的結果，但是並沒有牽涉「傳尸」或「疰」的傳播。到了明代，醫書才開始描述麻風/癆病經由蟲傳染的過程。沈之間將麻風與癆病相提並論：「凡風勞病人皆有蟲於臟腑，代相稟受，傳染源流，故曰傳屍。」⁷⁸沈甚至進一步將「傳屍」的傳染概念與嶺南地區的「蠱術」連接起來：「閩廣之間造成蛇蠱，符水魘灑之毒，最能害人，有患惡疾之人乍死，毒蟲皆從七孔出，一遇生人，則飛蠱潛伏為害……。」⁷⁹換言之，此惡疾不但會由蟲傳給與病患血脈相連的親人，而且在嶺南這個充斥著蠱術⁸⁰的地域，毒蟲甚至會傳染「生人」。

除了由「蟲」或「蠱」傳染外，明代以後的麻風病也清楚地被認定透過性交傳染。如上文所述，陳言所指的「傳染」，可能指「性交傳染」，但從其文中仍很難確定。但是明代以後，這個傳染方式就清楚地在醫書中被描述。沈之間這個邊緣醫者大概是最早清楚地說明這個傳染方式的醫生。他這樣描寫性交傳染：「婦人受毒在臟腑，於交感之中，移疰男子以受害。想其毒初在交感淫慾中來，原在交感淫慾中去，可不畏哉。」⁸¹到了清嘉慶時代，蕭曉亭在其專著《癆門全書》中更明白的說：「精血交媾，夫妻豈有不傳，男傳女者少，女傳男者多。何

⁷⁷ 有關傳尸與疰在古代醫學傳統中的描述，參見Jianmin Li (李建民), "Contagion and its consequences: the problem of death pollution in Ancient China," in *Medicine and the History of the Body*. Proceedings of the 20th, 21th and 22nd International Symposium on the Comparative History of Medicine, East and West (Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica Publishers 1999), pp. 201-222.

⁷⁸ 《解圍元藪》，在《續修四庫全書》，〈子部·醫家類〉1016(上海：上海古籍出版社1997據南京圖書館藏無錫孫德堂清嘉慶二十一年刻本影印)，卷1，頁6下。

⁷⁹ 《解圍元藪》卷1，頁八下。

⁸⁰ 有關「蠱」在明清時期被認為是嶺南地區所特有的問題，亦是一特殊歷史發展。蠱本為中原自上古已有的巫術，巢元方仍將之納入其醫書中作嚴肅的討論但自宋以後，蠱漸被斥為異端，在中原地區被嚴禁，但在南方邊緣地域仍然流行，到了明清時代，士人多以為蠱乃嶺表地區少數民族的法術。參看 Feng, H. T. and Shyrock, J. K. "The Black Magic in China Known as Ku," *Journal of the American Oriental Society*, 55.1 (1935): 1-30; 林富士, 1986, p.15.

⁸¹ 《解圍元藪》卷1，頁7上一下。

則？女人因月水下而能洩其毒，故癆病者少。或言婦人賣癆之說，理亦可信。」⁸²蕭所言進一步認定性交傳染的主要受害者是男性，因為女性月水能排毒，所以發病者少，但能將毒傳給性伴侶。這兩位醫生明顯地接受「賣癆」或「過癆」的說法，並且從醫學的角度去解釋這個特殊的南方習俗。

明中葉以後麻風被認為透過性交傳染的一個主要原因，是其癥狀與在明中期普遍起來的「廣瘡」⁸³或「楊梅瘡」極相似。兩種疾病因此容易被混淆。沈之間就把麻風與「廣瘡」誤以為同一疾病，他說「江北燕冀呼廣瘡為孢瘡，南人擬其名而曰楊梅瘡，又曰廣東瘡」⁸⁴。而廣瘡是被主流醫者清楚地指出透過性交傳染的疾病。正德時期的俞允，及與沈之間的李時珍(1518-1593)等著名醫家特別強調楊梅瘡或廣瘡的這個特性，李時珍這樣形容廣瘡的傳染：「近時起于嶺表，傳及四方，蓋嶺表風土卑炎……男女淫猥……遂致互相傳染，自南而北，遍及海宇，然皆淫邪之人病之。」⁸⁵如果對癆病有所研究的沈之間也會將癆與廣瘡混為一談，一般人更容易以廣瘡的特色附諸癆病之上。麻風／癆始自嶺表，經由性交傳染偏及天下的說法在明中期以後不逕而走，也就不足為奇了。

雖然如此，主流醫者龔廷賢與《醫宗金鑑》的編者都能清楚地分辨「大麻風」與「楊梅瘡」為不盡相同的外科疾病。亦可能是由於這個認識，主流儒醫對麻風性交傳染之說一直持曖昧的態度，他們一方面仍採信親人因血脈相通、同居共處而容易傳染得病的說法(在此脈絡中，夫妻間的傳染，與父母、家人間的傳染的性質是相同的，沒有區別出夫妻間傳染的特殊性)。而另一方面對一般性交傳染則持謹慎，但不否認的態度。

明清邊緣醫者對癆病傳染性的發明除了傳染、特別在「性交」外，還另外指出有性交傳染衍生出來的從父母傳至子女的「遺傳」傳染方式，後世影響深遠。沈之間說：「若父母素患惡疾，必精血有毒，交感於胚胎，傳至兒女……既生惡

⁸² 《癆門全書》(粵東敬業堂重刻本, 1845)卷上，頁9上。

⁸³ 此疾被稱為「廣瘡」就是因為自16世紀開始醫者認為這個病自廣東人始。

⁸⁴ 《解圍元藪》卷1，頁3上。

⁸⁵ 俞允最早說廣瘡「自廣東人始」。見其《續醫說》，在《中國醫學大成三編》第3冊(長沙：岳麓書社，1994)卷10，頁7下「草薢」；李時珍，《本草綱目》(台北：文光圖書有限公司重印1885年刊本，1982)，卷18，頁36〈草部〉附錄「土茯苓」。

疾之後，所生兒女，定難免之。」⁸⁶後來的蕭曉亭亦呼應這個看法：「父精母血，交媾成形…病在內者無不傳(其子女)。」⁸⁷這個說法，至晚到清末時代，甚至讓世俗認為這種「交感於胚胎」的傳染方式，就等同於「胎毒」，流行於南方「蠻僻」之地。在清末以廣西為背景的《病玉緣傳奇》一戲劇中，有如下的描寫「此處地接獵猺，女子生來含有麻瘋胎毒，童年尚不發作，一過二八韶華，此疾即潛生暗長」。認為嶺南偏僻山區女子天生有麻風「胎毒」，「過癩」的習俗就是為了排除這種「胎毒」⁸⁸。換言之，癩病傳染這個概念從女傳男的性交傳播，延伸到傳於胚胎的想法。雖然廣義上，這個想法上大致符合親人之間血脈相連，因而較易發生疾病傳染的傳統看法，但是在癩病病因歷史發展而言，仍然是一個全新的看法。

總而言之，明清以來，無論主流的儒醫或邊緣的「俗醫」，對麻風／癩的看法與前代相比，有極大的變化：從此以後，麻風病被認為是溼熱的嶺表地域的風土病，它有傳染性，與蟲或蟲術有關，或經性交傳播，而且會延及子孫，在外旅行如不小心，也會經由接觸病者所用過的器物、體液與分泌物染上此症。這些傳染的概念，一方面保存了以癆病為典型的古代家族集體罪孽的「伏運」觀念，另一方面更開拓了無血緣關係的人與人間接觸的傳染觀念，無疑擴大了「傳染」的破壞力與範圍。這些新看法，加強了麻風病的危險性與恐怖性。這也解釋了為何明清醫者以前所未有的語氣警惕社會必須嚴防麻風，如明末名醫張介賓所說：「誠最惡、最危、最醜證也。」或蕭曉亭所言：「疾病之最慘、最酷、最易傳染而不忍目睹者。」⁸⁹而明清世俗對麻風／癩的反應也大多反映了這些醫學上的新看法。從方志的記載裡，我們也確實看到隔離麻風／癩病患者的官方機構，從明

⁸⁶ 《解圍元裁》卷1，頁6下-7上。

⁸⁷ 《藏門全書》卷上，頁9上。

⁸⁸ 這個說法見於清末描寫麻風女的戲劇，莫等閒齋主人著《病玉緣傳奇》，中華書局1932，第8回，頁37。有關宋以後胎毒說(尤其與天花有關之胎毒說)的發展，參看張嘉鳳Chang Chia-feng, "Dispersing the foetal toxin of the body: conceptions of smallpox aetiology in Pre-modern China," in A. Conrad and D. Wujastyk eds., *Contagion Perspectives from Pre-modern Societies* (Aldershot: Ashgate, 2000), pp. 23-28.

⁸⁹ 張介賓，《景岳全書》(上海：上海科學技術出版社，1991)，卷34，頁590；蕭曉亭，《藏門全書》序，頁5上。

中期開始紛紛成立，遍及福建(至少十六縣治設有收容所)、廣東(至少十八縣治)、江西(至少五縣治)、浙江、湖南(至少各一)等地⁹⁰。凡此種種，說明了明清以後癩病的社會意義與前代極為不同。

麻風／癩病患者的社會形象

從文本看中國社會對癩病反應的歷史，我們大致上也觀察到同樣的發展過程。就是說從上古到隋唐時代的醫學、宗教、文集、司法等文獻中所呈現的大風／癩病，雖然已被視為嚴重醜陋的疾病，而且患病多因犯了道德上的罪才染病，早期的司法甚至對患病有嚴厲的處分⁹¹，但是大風／癩病基本上是仍被視為中原文化的其中一個現象。文本中所呈現的患者，多是有名有姓的帝王、大臣、將軍或《神仙傳》中得道的仙人等，至少也如孫思邈《千金方》中所提到的「其中頗有士大夫，乃至有異種名人」。在患病後被醫生要求做的事就是拋棄俗事、遠離妻妾，過歸隱式的生活⁹²。在佛教傳統裡，患者可能是佛或聖僧的化身。在道教傳統裡，患者甚至可能因而得道成仙。當然，也有更多罪業深重的野心家。換言之，隋唐及以前文本中典型的癩病患者是中原文化中具社會、甚至政治地位的男性，雖然在道德上這些人可能犯了嚴重的錯。這些男性患者，得病後或死或生，皆成為後世主流文化中或值得借鏡的典範、或足引以為戒的例子。

宋代以後癩病患者的形像起了微妙的變化。在文本裡，一方面我們仍看到如蘇軾般的著名文人與患大風疾的好友劉攽談笑風生，作詩互謔，似乎社會對病患並不恐懼，亦不排斥⁹³。但另一方面，從南宋時代開始，我們也開始讀到文人對

⁹⁰ 有關明清癩病收容機構的部分描寫，可參看拙作〈麻風隔離與近代中國〉，《歷史研究》5(2003): 10-13；蔣竹山，1995，頁43-44。

⁹¹ 有關社會對癩病反應的歷史，從咒詛到救贖，是筆者目前撰寫專書中的第2、3章，因篇幅關係，不能在此處詳細述說。

⁹² 孫思邈，《備急千金要方》(北京：人民衛生出版社1995重印江戶醫學影北宋本)，卷23，頁427下。

⁹³ 蘇軾的好友劉攽(貢父1023-1088)晚患風疾，蘇軾仍與之對飲互謔，蘇軾為詩曰：「大風起兮眉飛揚，安得壯士守鼻梁。」引得座中大噱。劉攽因風病鼻梁塌的面容，在當時是被取笑的對象，也成了有名的文人笑話，流傳至後世。見《澠水燕談錄》引自何時希編《歷史無名醫家驗案》(上海：學林出版社，1983)，頁207-208；何蓮(1077-1145)《春

福建「過癩」的習俗的描寫：「閩中有所謂過癩者，蓋女子多有此疾，凡覺面色如桃花，即此證之發見也。或男子不知而誤合，即男染其疾而女癩。」⁹⁴南方社會的下層癩病患者形像開始出現，更值得注意的是女性癩病患者漸成為主要的角色。在「過癩」的習俗中，她們成為傳播惡疾的禍首。到了明清時代，宋代癩病土人的形像已消失，癩病進一步被刻板地認定為嶺南地域的風土病，有關「過癩」習俗的描述從宋代的福建漸集中在廣東、廣西等更「南方」的地區，明清文集中所描述的女「過癩」者均面如桃花，以美貌引誘不知情的「中原」男人作為過癩的對象。這些描述無疑添加了女性癩病患者作為傳染源的危險性⁹⁵。同時宋代以後文集中往往將蠱術描述為福建、兩廣等地區的特殊法術，特別是獮猺等少數民族女性的專長，也加重了所謂嶺南傳統「蠻夷」風土的神秘性與恐怖性⁹⁶。雖然蠱術被描寫為獮猺婦女之術，但是「過癩」者沒有特定族群，而泛指具姿色的女性。這與岷江上游村寨社會中年輕貌美的女性常被人認為是「有毒的、污染的」如出一轍⁹⁷。

(續)

⁹⁴ 《諸紀闕》，宋人小說之四（上海：上海書店，1990），卷6，頁7下-8上。

⁹⁵ 周密（1232-1298），《癸辛雜識》（北京：中華書局，1988）後集，頁81「過癩」。

⁹⁶ 明清以後有關嶺南地區過癩習俗的描寫較前代多。描述最早也最詳細的應為王臨亨（1548-1601）在《學劍編》、屈大均（1630-1696）在《廣東新語》中的描寫，清代學者（如康熙時的范端昂、康熙時人張渠、李調元[1734-1803]、梁紹壬[1792-約1837]、道光時人陳徵言、光緒時人儒納居士、許起等等）多從屈大均之記載，加上誇張之辭，以增加「過癩」習俗的神秘性。如張渠謂廣東婦女患者「倍加紅潤光采」（《粵東閭見錄》，在《嶺南叢書》（廣東高等教育出版社，1990），頁64，張徵言亦謂「瘋女則顏色轉形革潤，外無所見」（見《南越游記》，廣東高等教育出版社，1990），頁178；蔣竹山，1995）。

⁹⁷ 南宋周去非的《嶺外代答》（1178）就將蠱毒形容為廣西的法術，並由「婦人像披髮夜祭」，知不足齋叢書（台北：興中書局，1964據民國10年上海古書流通處影印本影印），卷10，頁22上。同為宋人之楊點則認為「福建諸州，大抵皆有蠱毒」，見《閩海蠱毒記》在《筆記小說大觀》（台北：新興書局，1985），篇38，第3冊；明代鄭露（1604-1650）在其《赤雅》一書中描寫「獮猺畜蠱」在百部叢書集成（台北：藝文印書館，1966），卷上，頁10下-11下；順治人閻敏則沿之，見其《專述》在《古今遊記叢鈔》（上海：上海中華書局，1924），卷36，頁61。而廣西獮猺兩族皆被中原士人認為性交隨便的半文明人。清代黃城子則描述了廣東客家的「放蠱」術，見其《志異續編》，《筆記小說大觀》（台北：新興書局，1962），1篇第6冊，卷4，頁20上。亦參見Norma Diamond, "The Miao and poison: interactions on China's Southwest Frontier," in *Ethnology*, 27.1 (1988): 1-26.

⁹⁸ 王明珂，《羌在漢藏之間——一個華夏邊緣的歷史人類學研究》（台北：聯經出版公司，

換言之，南宋以來，癩病漸被認為是南方風土病。而南方風土的概念包含著兩個主要而且相關的特色：一個是南方特殊的氣候與地理環境所孕育的身體有別於中土，另一個是，這個特殊的、極陽的環境宜女不宜男。南方的「蠻夷」風土並非宋以後的新概念。而是由來已久的傳統看法。明清時期這個南方風土概念明顯較隋唐時代深化而具體，反映出變化中的天下觀。崇禎時代醫書《壽域神方》有關南方風土與癩病身體的描寫，最能反映唐代人與明代人不同的天下觀。該書作者引唐代李肇著的《國史補》：「李軻之弟入廣，因有大風瘡疾，土人謂惟蛇酒可療，食之數日，忽化為水，惟毛髮存焉。蓋中國人稟受，與蠻夷氣候不同。」⁹⁸查《國史補》原文，本無「入廣」一節⁹⁹，而蛇酒的療法，亦早在隋唐時代主流醫書有載，並非兩廣特殊療方。明末的醫書作者不但認為癩病是廣東地域的風土病，而且這裡的氣候是「蠻夷氣候」，而李軻之弟這位來自中土的人，身體的稟受與此處「土人」不同，所以才會因用錯藥而身體化為水。「廣」一地，在此處不一定準確指廣東，而泛指概念上的未完全受漢文明染化的南方，不但習俗不同，氣候與人的體質均與中土不同。

至於南方天氣之極陽，被認為不宜男子而宜婦人，早在《漢書—五行志》中已有描述：「越地多婦人，男女同川，淫女為主，亂氣所生。故聖人名之曰蜮。蜮猶惑也。」同時越地為瘴氣、瘟疫之鄉，孕育著各種毒害等這個概念，也早在漢代的文獻中被提出¹⁰⁰。然而，古代的文獻所描述的南方蠻地，仍然是遙遠的、抽象的。到了政治中心進一步南移的南宋時代，南方的惡劣風土與野蠻風俗才漸見具體¹⁰¹，與此同時，閩地「過癩」這個以「淫女」為主角的習俗首次出現在文

(續)

⁹⁹ 2003），頁108。此節討論村寨社會的「毒藥貓」說法，與「過癩」女性的說法，有相當神似之處。

¹⁰⁰ 《醫方類聚》（北京：人民衛生出版社，1981-1982），卷24，頁649。

¹⁰¹ 李肇，《國史補》，筆記小說大觀21編2冊（台北：新興書局，1977），卷上，頁8下。原文為「李丹（舟）之弟患風疾。或說烏蛇酒可療，乃求黑蛇，生置甕中。醞以鮑藥。蔓蔓蛇聲。數日不絕。及熟，香氣酷烈。引滿而飲之，斯須悉化為水，惟毛髮存焉」。

¹⁰² 蕭璠，《漢宋間文獻所見古代中國南方的地理環境與地方病及其影響》，《中央研究院歷史語言研究所集刊》63.1(1993)：84, 85-87。

¹⁰³ 如南宋周去非的《嶺外代答》、宋元間的《嶺南衛生方》均充分透露出中原人對當時嶺南文化、風土的親身體會。

集中。癲病會「傳染」的看法也首次出現在醫書裡。到了明清時代，閩至嶺南地區雖然在經濟上、政治上已經有相當的發展，與中土密不可分，但是在文化上，特別是嶺南地區的地位依然曖昧。沿自上古的越文化概念根深蒂固。這個被認為未完全薰染儒家文明的邊緣文化不但仍充滿異國情調，而且為中土所帶來文化上的焦慮，似乎比古代更甚。這點充分反映在對癲病患者的看法上：外狀醜陋的惡疾，經由淫猥的女體傳播，「在外不謹」的中原男性，不但會染病致死，甚至會禍延子孫。癲病從中古時代的經典「風症」演變為南方邊緣社會的特殊疾病，代表性的病患也從男體轉為女體。除癲疾外，「廣瘡」亦同樣是明清時代南方性質極相似的「風土病」，其危險性在於能傳染天下。

透過性交傳染癲病或廣瘡的女體，象徵了從中原角度看到的嶺南文化的一些特色：在極陽之地裡陰性的力量¹⁰²、背離儒家倫理的淫猥身體，這些都是嶺表惡劣氣候水土所產生的特殊現象。明清時期嶺南柔美而淫猥的「過癲」女性與隋唐時代剛烈凶惡或滿腹經綸的中土男性癲病患者，兩種身體形象成了強烈的對比。雖然兩者的染病均與道德敗壞有關，但是中古時代病患是在文明之中犯了宗教之上、政治上或倫理上的錯誤，而明清時代南方癲病患者的道德弱點則是在文明之外放縱了他們的身體與肉慾。這個弱點當然來自缺乏文明的薰陶。尤有進者，宋至明清嶺南地域的女癲病患者比中古的病患更為危險與令人焦慮，因為他們靠著柔美的外表將病故意傳染給無辜的人，尤其是來自中土的(男性)土人。南方邊緣文化的污染性、危險性在宋代以前文獻中並不明顯，在文化與經濟中心持續往南移的後南宋時代，特別在明清時期，南方邊陲文化為主流文化所帶來的焦慮才更清楚地顯示出來。

然而，明清政府與民間面對麻風／癲這個所謂「風土」病，所採取的措施是理性的。上文提到明中期以後紛紛成立的麻風院，這些機構不但有正式定額的官理性的。上文提到明中期以後紛紛成立的麻風院，這些機構不但有正式定額的官方資助，其管理由病患中最有力之稱為「首領」店「瘋目」之人執行，而首領得

向地方政府負責。麻風院收容的病人，從資料看來，少則數十，多至數百¹⁰³。雍正以後，這些「麻風院」的建立更為頻繁，其組織設計更細緻，往往設在離城較偏遠的山區或島嶼之上，以防止「傳染」，也禁止病人混入城區。在四川，乾隆時代的地方官李如蘭亦曾上奏希望中央下令設立一個大規模的收容癲病者的「大院」，以解決癲病所產生的各種社會與家庭問題，充分顯示當時對癲病的處理方式，地方官已有一套看法，甚至中央亦已知情。政策能否執行，視乎地方的財源與官員的意願¹⁰⁴。明清的麻風院的建置與組織，一直維持到清末，當時在華的西方傳教士，對這些機構的規模與組織，均留下深刻印象，並為文記載之¹⁰⁵。

五、結論

大風／癲／麻風病在中國醫學傳統的發展歷史，及社會對這個病類反應的歷史反映了一個不斷在改變的天下觀。最關鍵的改變在南宋，明清時代基本上是宋代發展的延續。這這段期間，大風／癲疾從醫學經典《內經》的「風」病，降格為「外科」病，在醫學知識傳統而言，這個變化代表大風／癲病從中心的地位轉到邊緣的地位，意味著這類疾病如其他有明顯皮膚等外體病癥的疾病一樣以後不再受大部分主流儒醫的重視，成為邊緣醫者有所發揮的重點。與此同時，我們看到文本中所透露的病患的身分、世俗對麻風／癲病的認知，也隨著這個關鍵的轉變有基本的變化：典型的患者從有社會地位的男性，漸變為下層社會的人，其中女性患者會傳染的身體更成為焦點。而且，明中期以後，麻風／癲病被認定為氣候燠熱、「地接瘴癘」的嶺南地域的風土病。換言之，無論在知識版圖中、文化版圖中或性別版圖中，麻風／癲疾從南宋以來就漸從中心的位置移到邊陲的位置。

103 明清麻風院的管理與財務，筆者在書稿第2章中所較詳細的描述。許多資料見於方志與文集，這些資料可參看拙作2003：11-14。

104 中國第一歷史檔案館藏《軍機處錄副奏摺》335-27縮微號022-1525四川按察使李如蘭奏。筆者感謝北京張莉女士協助取得此資料。

105 如Doolittle, J., *Social Life of the Chinese* (Taipei: Cheng-wen Publishing Company reprint of the 1865 edition by New York, Harper and Brothers), Vol. 2, pp. 254-257. 此書生動地記載了福建福州麻風院的情形。

102 周去非的《嶺外代答》將這個概念發揮得最清楚：「南方盛熱，不宜男子，特宜婦人。蓋陽與陽俱則相害，陽與陰相求而相養也。余觀深廣之女何其多且盛也。男子身形卑小，顏色黯慘；婦人則黑理充肥，少疾多力。」卷10，頁15上。知不足齋叢書第7冊(台北：興中書局，1964據民國10年上海古書流通處影印本影印)，頁4502。

置。同時，由於這個變化，病患從宋以前中原文化的「我者」，轉變為明清以來處於文化邊陲的「他者」，癲病從原來辨別道德與敗德的工具，成為鑑別文明與野蠻的工具。而癲病「傳染」的概念、「過癲」習俗則透露了文明與蠻越之間模糊浮動的界線：宋以來，中土文明與越文化之間的頻繁互動，讓漢蠻之別日益曖昧，成為儒漢文明的焦慮來源之一。學者對此問題已從其他角度作過探討¹⁰⁶。

殖民主義進入清末中國之前，麻風／癲疾患者在明清的天下觀裡「他者」的角色已穩定成形：此病象徵著中國文明邊緣尚未完全開化的風土與身體，與邊緣地域的惡劣氣候與水土有關，也與土人的獨特體質與未經教化的習俗有關¹⁰⁷。而且，這個危險的身體會把惡疾傳染給中土文明的「我者」。這個天下觀巧妙地呼應著後來影響全球的西方19世紀的種族主義與熱帶醫學觀。嶺南文化為明清天下的邊陲，猶如中國在19世紀殖民主義背後的世界觀占邊陲位置一樣。西方殖民者進入中國之後對中國麻風病的偏見其實也只是加強了中國原有的歧見，並沒有將新的看法強加諸中國。西方列強將上古與中古時代在歐洲處處可見的麻風病解釋為西方文明發展過程中「黑暗」時期的表徵，就如中國認為嶺南地域的麻風病是一種落後文化的表徵。西方對當時麻風正在北歐流行的情況視而不見，猶如明清至近代的中國精英忘記了古代大風／癲疾病例發生的地方主要在中土，而當時中國中部及北方部分地區、甚至現代化極成功的日本亦流行此疾。19世紀英國人

106 有關嶺南地區的所謂漢與「非漢」種族之間的模糊關係，歷史人類學者已有精闢的論述。請參看科大衛、D. Sutton, 蕭鳳霞、劉志偉等最近對明中期至清後期「猺」、「苗」及「疍」民的文化身分界定過程的研究，David Faure, “The Yao wars in the mid-Ming and their impact on Yao ethnicity,” Donald Sutton, “Ethnicity and the Miao frontier in the 18th century,” Siu and Liu, “Lineage, market, pirate, and Dan: ethnicity in the Pearl River Delta,” in Crossley, Siu and Sutton eds., *Empire at the Margins: Culture, Ethnicity, and Frontier in Early Modern China* (Berkeley: University of California Press, 2006)。中土政權與南方邊疆社會文化間的複雜與微妙互動的確在明清期間越為明顯。身體觀的變化是其中指標之一。

107 陳序經就明清時期士大夫對嶺南風土文明性質的看法作了一些整理。從明代以來嶺南本地士大夫對該地域文化的維護言論中可看出北方人其實仍多少抱存南方為「蠻夷」之地的看法。如王夫之認為當時之「兩粵漢黔」只是「漸向文明」。嶺南文化在近代中國的位置遂成為南方文人極力捍衛的重點，見陳序經，《中國南北文化說》（台北：牧童出版社，1976），頁24-30。

提出麻風給帝國帶來危險(imperial danger)的警告，猶如宋以來中土男人對「入廣」時可能被南方女體「過癲」的恐懼。因此，清末民初精英從明清癲病所顯示的天下觀轉向西方的種族主義世界觀，或從「煙瘴之域」的觀念轉向「熱帶醫學」觀，似乎是個「自然」的轉換。

另一方面，從癲病史的角度去思索中國的現代性問題或許有啟發性，雖然在碰到這個問題時，學者往往無法擺脫西方經驗所設定的框框。如果我們不把西方經驗作為一種歷史的必然或應然的話，應該能把問題看得更清楚。有關癲病在宋代以後的發展，無論從醫學傳統的角度看，或從社會反應的角度看，中國的確已進入一新的理性時代。首先，在醫學知識上，癲病的病因解釋顛覆了古典時期的看法，而更著重於具體環境與個人行為與體質等因素（雖然這個發展的「副產品」就是讓病患成為中原文化的「他者」），並提出了病的傳染性。當然從今天生醫學標準而言，其中許多看法充滿謬誤（就如18-19世紀歐洲醫學對麻風病的了解也充滿謬誤一樣）¹⁰⁸，但是這些新看法在當時確代表著醫學知識不斷的變化，而且往往配合著社會與思潮的改變。政府針對這個病的各種措施，也符合醫學對這個病的解釋。因此我們看到對癲病患者的道德譴責漸脫離佛教與道教的論述，而與個人習慣與體質、風土習俗更密切關連。在癲病患者的管理方面，我們看到宗教的角色逐漸淡化（不再是隋唐時代佛教的「癟人坊」），而政府繼而扮演最重要的角色。明清收容癲病患者的機構絕非為了進行宗教淨化的儀式，而確是為了保障社會的健康，預防無病的人受傳染。同時明清的機構由政府資助，而且自有一套與地方權力結構相配合的運作機制。換言之，明清政府發展了一套理性的管理癲病方式，配合著當時醫學知識、社會的要求，甚至統治者的天下觀。

西方具影響力的學者如傅柯等，往往以西方幾個主要疾病的消長來探討西方的現代性。麻風病、鼠疫、精神病是其中最常被提到的、有指標性的疾病。傅柯認為西方社會有兩個控制個人的模式，一個是麻風病隔離院，這個模式象徵了前

108 許多今天我們輕易稱為「迷信」的說法，連清末在華的西方傳教醫生，或受西方醫學訓練的中國精英亦沒有否定，他們或接受中國癲病有其特殊性的這個概念，或採將信將疑的態度。事實上，以當時西方醫學知識的發展，實不足以推翻這些所謂「迷信」或謬誤的看法。

現代的社會的宗教淨化儀式，中古時代的麻風院並不是醫療的機構，而是將病人驅出社會(exclusion)的方式，目的在淨化社會。另一個模式是鼠疫的檢疫措施。鼠疫的隔離檢疫採嚴密監督制度，加上治療，是將病人納入社會(inclusion)的方式。鼠疫隔離檢疫是為了保障社會的健康與生命。而第二個模式在18世紀以來成為現代西方國家普遍採用的控制模式，並以現代的技術增加監管的效率¹⁰⁹。傅柯的看法讓監管醫學成為西方學界研究歐洲文明現代化的主要切入點之一。回頭看明清的癲病收容所，這些機構，既沒有宗教性或儀式性，也沒有將患者完全逐出社會，更沒有予以嚴密的監管與治療。而是給予起碼的物質條件，讓他們在社會邊緣存活，讓社會對麻風的恐懼與保存患者卑微的生命之間取得了一點平衡。它們與西方近代的監管制度有很大的差別，也不同於所有明清以前的與醫療疾病相關的組織。最明顯的特點是它們是針對特殊「傳染病」的、非宗教的收容機構，配合著地方財政與社會組織，回應了社會的要求，也基本配合著當時的醫學知識與條件，讓社會與令人懼怕的傳染病有共存的方式與空間，是一種企圖「面面俱圓」的、具包容性的世俗政策。

然而明清的理性管理方式只能維持到清末。清敗亡後，隨著傳統政體與社會結構的鬆懈，癲病收容所漸被西方傳教士設立的基督宗教機構取代。嚴格而言，以當時西方醫學對癲病的了解與治療方式，被收容的病患療愈的機會並不大。但是由於19世紀的西歐已不受麻風病的威脅，此「惡疾」的被消滅「理所當然」地被認為是一個文明的過程，中國必須追隨西方的腳步，才能走進現代化。「消滅」麻風成為現代中國的新目標，這是一個現代國家必具的「戰鬥性格」。當時許多有識之士相信麻風病在歐洲的「消失」是嚴格隔離病人的結果，因此，必須仿效歐洲古代的麻風隔離政策。明清時期的收容所以與癲病「共存」為原則的機構，當然為現代精英所批評。他們認為傳統中國的麻風收容院結合著無知、無能與腐敗，完全不符合現代中國社會的需求。整個20世紀，中國對「現代化」的嚮往主要建立在對傳統全盤否定之上。麻風病的處理，只是其中一個例子。

¹⁰⁹ Michel Foucault, *Les anormaux Cours au Collège de France (1974-1975)* (Paris: Hautes Etudes, Gallimard, Le Seuil 1999), pp. 40-45.

在21世紀初的今天，當我們回頭看中國癲病的歷史時，或許可以更從容地不再受西方現代化的應然性的影響。西方現代化的歷史過程並非所有文明必經之路。就癲病在中國自古至今的歷史看來，無論從醫學史的角度或社會史的角度，我們看到清楚的與西方不同的理性化發展過程，明清醫家與社會對麻風／癲疾建立了一套與前代不同的說法與處理方式。自成系統，有其內在邏輯，也滿足了社會的要求，也同時反映了弔詭地類似西方近代世界觀的天下觀。明清處理癲病的傳統雖然在西方殖民地主義衝擊下中斷了，但是並沒有馬上被想像中更科學或更有效的西方制度所取代。無論是西方傳教士的收容院或民國地方政府的收容院，在防治效果上其實並沒有真正超出明清的機構¹¹⁰。麻風病防治的真正有效方法與策略在20世紀後半期才開始。此時「全球化」的歷史亦進入全新的階段。世人看麻風病或漢生病，也已採取了與20世紀初截然不同的眼光。但是，如同以前的歷史一樣，這些變化不但是醫學知識發展的結果，也更牽連著社會權力的關係，與不斷改變中的世界觀。這也是疾病史最有趣的地方。

¹¹⁰ 轉變的關鍵，是1940年代新的抗生素出現後，麻風病才有有效的療法，也改變了防治的方式。