

國立臺灣大學文學院歷史學系

碩士論文

Department of History

College of Liberal Arts

National Taiwan University

Master Thesis

從徽州醫案看明清的醫病關係（1500-1800）

Physician-patient Relationship in Huizhou Medical Cases

(1500-1800)



涂豐恩

Feng-En Tu

指導教授：梁其姿 博士

Advisor: Angela Ki Che Leung, Ph.D.

中華民國 97 年 7 月

July, 2008



謝誌

這篇謝詞在論文寫到一半時，已經開始構想。但等到整個論文完成之際，才發現謝詞原來是最難完成的部份。我左思右想，似乎找不到一個適切的言語，感謝一路上所獲得的善意、鼓勵，與難以回報的協助。

撰寫論文有時像在迷霧森林中行走，既不知道終點何在，又屢屢要迷失方向。這篇論文之所以能順利完成，最要感謝的當然是我的指導教授，梁其姿老師。兩年前我有些魯莽地跑去請她擔任指導老師，在老師的研究室中，她稍稍考慮了一下，竟然就答應了。很久以後我才明白自己何等幸運。兩年來，老師不僅給了我各種大大小小、難以一言而盡的協助，同時成為我在學術研究上的最佳典範。謝謝老師的博學、敏銳、寬容和永遠抱持的笑容與活力。

謝謝兩位口試委員，祝平一老師與雷祥麟老師，他們在百忙之中還抽空看完了我的論文。口試時候，他們所給予的鼓勵，還有極具啓發，甚至令人興奮的意見，讓我獲得朝下一個目標前進的動力。邱仲麟老師在研究回顧的口試時，則對本文的結構和方向提出了富有建設性的寶貴意見，在此要一併致謝。•

張嘉鳳老師可以算是我對醫學史的啓蒙者。碩士班二年級旁聽了一年的課尤其收穫良多，本文許多構想，即來自每次上課跟老師和同學的往復討論中。蔣竹山老師指出本文初稿許多荒謬的錯誤，他一邊籌辦會議，卻仍如此仔細的閱讀我的文章，讓我感動不已。

赴大陸收集資料的期間，感謝安徽大學卞利教授與復旦大學王振忠教授的協助。張玉才教授與萬四妹教授，以醫學研究者的身份提供了我不同的視角。我也要謝謝徽學研究中心幾位幹練而友善的工作人員。

研究所期間，我要感謝三位老師提供我工作機會。謝謝瀟灑帥氣、聰明幽默的陳熙遠老師，還有思想文化史室的朋友們，我度過了非常愉快了兩年工作歲月，我也始終記得老師講起研究計畫時，那種眼睛彷彿閃著光芒的模樣；謝謝充滿熱情活力的秦曼儀老師，每次和她講過話，都有如充電般，有種「又可以上路了」的感覺；謝謝周婉窈老師，老師的細心和耐心，正好是我最缺乏也最需要學習的部份。此外，本文寫作另獲得：蔣經國國際交流基金會、安徽大學徽學研究中心、台灣大學歷史所研究生海外研究計畫與中研院人社中心衛生史研究計畫的獎助，謹此致謝。

謝謝黃進興老師，他時常溫暖地垂詢，給予我許多重要的指點，並不吝於與我分享他的想法；謝謝王汎森老師，他對於一篇學期報告的嘉許，給我很大的鼓舞。同時我也要謝謝這幾年來教導過我的許多老師。

本文一部分的內容，曾發表於第八屆科學史會議，感謝徐光台老師慨然答應讓我參與，並感謝董少新博士在會場提出的疑問與建議。

謝謝皮國立學長，他在論文寫作的初期給了許多重要的意見和鼓勵，近來他升格成為兩個小孩的爸爸，祝他一家四口快樂。謝謝游逸飛、万晴、晏怡、傅揚，他們看了本文初稿，並給予許多中肯的建議與有意思的提問。謝謝韻如、亞灣、雅妮和勤之，讀書會的幾次討論，賦予我非常多寫作的靈感。謝謝小慧姊姊提供了一些排版的技巧。

寫作有時是相當私密的體驗，幸虧還有一大群朋友，他們支撐起論文以外那廣大的生活世界。我想趁此機會表達對他們的感謝，畢竟，人生難得有寫謝詞的機會。

我的高中朋友們，Anthony、BigM、kowei、RL，我們的友情就要邁向第十個年頭，想起來真不容易。謝謝 Dawson、Wewe 和小牙。還有貝蒂，謝謝妳的明信片，總是在最需要的時候，寄到我的信箱中。謝謝在工管系的朋友，QBB、小捲、阿北、阿銀與董娘，沒有你們我的青春歲月顯然會黯淡許多。謝謝璽慈、郁欣和雅婷，我總是懷念著大學期間你們帶來的無比快樂，而今大家各奔東西，希望有一天仍能在這座城市聚首言歡。謝謝傳聯的朋友，俊介、一姊、佩綺、思樺、小宛、芝瑾、傑尼、魁谷、小眼、昱凱，我還依稀記得天燈上的夢想，希望都能一一實現。謝謝會社的朋友，特別是姑姑和佳盈兩位姊姊，還有小鵝跟大哥，謝謝你們有如家人般的友情。謝謝我的研究所同學們，能和這麼優秀的一群人同班，我感覺非常榮幸。我也要特別謝謝旨彥與曉昀，她們有些意外地成了我研究所生涯最好的朋友。

謝謝佳萱，她參與了這本論文的孕育過程，又教會我許多比論文更重要更有意義的事情。謝謝你陪我走過許多陽光燦爛的日子，那些美好的風景與回憶，我會一直收藏著。謝謝華玉跟小易，這一路上給他們添了不少麻煩。

謝謝我的家人，他們教我以人生智慧。至今對於我選擇的這條道路，他們或仍有許多疑惑與不解，但對我的關愛卻從未減少。但願這一點小小的成績，能報答他們於萬一。

摘要

本文研究除了前言與結論外，分成兩大部份，分別循醫者與病家兩個軸線開展。第一部分聚焦於醫療市場中的醫家。首先討論幾位醫者的執業生涯，並觀察他們如何營造自己儒醫的形象。我要指出，儒醫的理想體現於不同醫者身上會有不同的效果，有時儒業與醫業的內在緊張也會因此凸顯。次節討論儒醫與非儒醫的競爭，集中在一個饒富意義的面向，即大方脈與專科間的分化。本節指出此時的醫療市場混亂而缺乏規範，而醫家自命的正統，並未獲得官方與制度性力量的支持，終究只能停留在語言與象徵的層面。在實際的行醫經驗中，他們仍不得不面對形形色色醫者的競爭。而我以兩個專科醫者的例子，討論專科醫者的行醫特色與自我定位。本章最後引入經濟的觀點，探討行醫背後的實際考量，及醫者與病家間的交換關係。此處指出，行醫可以為醫者帶來豐厚的報酬，營生也可能是他們選擇行醫的考量。但我更要指出，經濟關係可以更廣泛地被理解為象徵資本的交換，包括名聲與信任，而後者尤其是醫者追求的目標。

第二部份把焦點轉向故事的另一面：病人，從病人的角度觀察醫療過程的演進，及其中牽涉的權力與倫理。本章指出明清社會的病人不是無知、被動而等待被解救的角色。他們可能活躍地主導了醫療過程。本章首節要勾勒醫療市場中形形色色的治療方式，旨在強調病人選擇的可能性。除了巫醫、女醫和走方醫外，我們尤其要注意病家自行治療的重要。次節探索病家求醫的策略，依次討論病人的擇醫、請醫與換醫。當醫療市場缺乏管制與規範時，病家要如何找到適合的醫者？我強調病家在擇醫與請醫時，人際網路的重要性。他們時常相互薦醫，或是透過第三者延請醫者。醫案中的病人更常「換醫」，結果要不是醫者來去匆匆，就是同一時間醫療場所內存在數名醫者。不過醫療現場的眾聲喧嘩還不只於此，除了眾多醫者外，病人的家屬在醫療過程中往往也各有主張。最後，我要把眼光引向醫病之間的多方角力，還有，眾聲喧嘩之後，暴露出來的責任問題。

結論部份，除了扼要地總結本文研究外，並透過兩種方式來複雜原有的論證：一方面加入區域與時間兩個軸線的比較，另一方面圍繞著「人際網路」跟「信任」兩個關鍵字，指出明清醫病互動的特色、關鍵和底蘊，並以此作為本文的結語。

關鍵字：徽州、醫案、醫病關係、醫療市場

Abstract

The aim of the thesis is to reconstruct the physician-patient relationship in late imperial China. There are two parts of the study: the first part studies the social life of physicians from late imperial Huizhou, and the second part investigates the voice and power of the patients in Ming-Qing China.

The second chapter discusses the medical career and the self-fashioning of the Huizhou physicians. Through analyzing the process of their career-building, the chapter shows how physicians embodied the ideal of literate-physician (*ru yi*), and concerns the competition between internists (*nei ke*) and specialists (*zhuan ke*). The study also considers the symbolic exchange between the patients and the physicians.

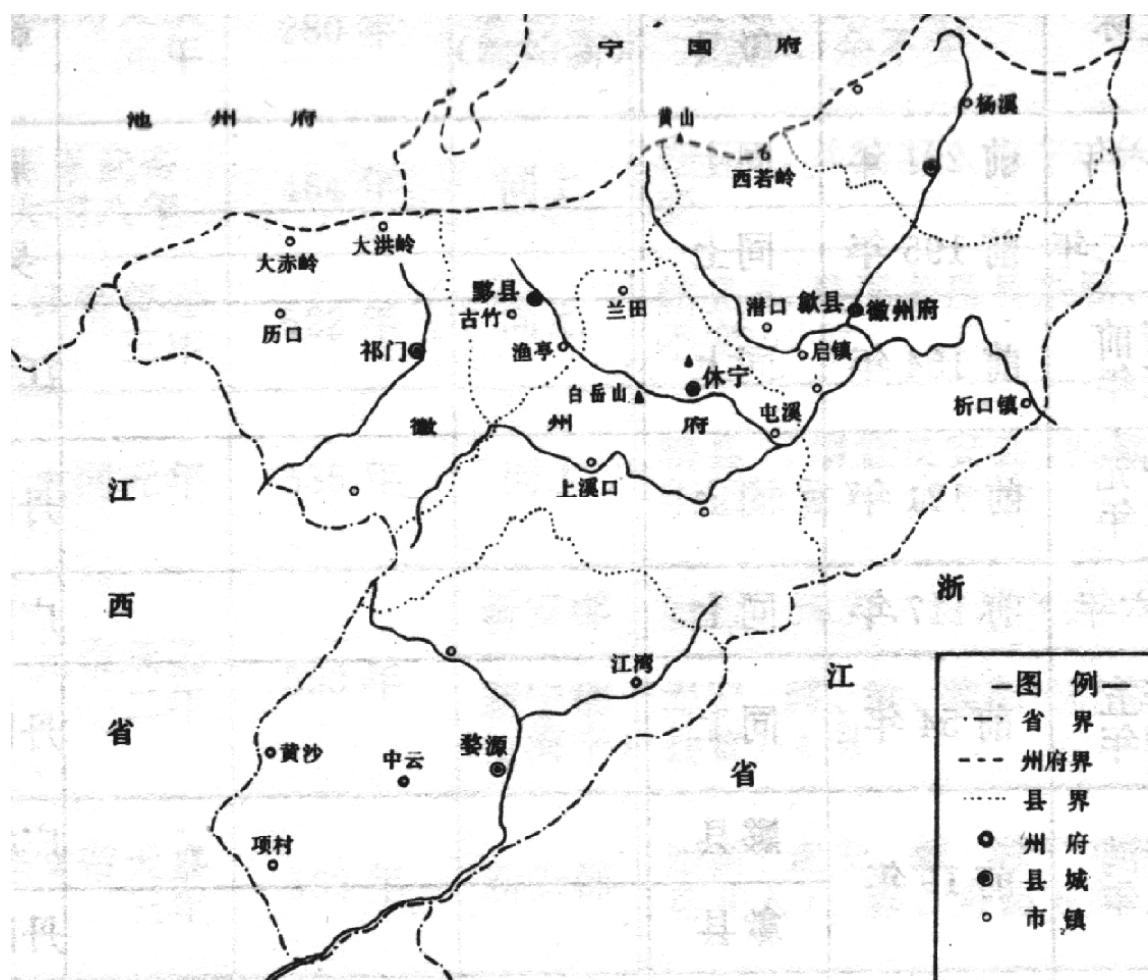
Then the focus turns to the patients. In late imperial China, the role of patients is not passive and innocent. In contrast, they are very active in the process of remedy. They can choose varieties of healers, and sometimes they also do self-healing. In the bedside, the sickness often consult several different physicians. The healing process is a tug of war in which different forces including the physicians, patients and the relatives of the patients dispute. And the last part of the thesis explores the moral question of medicine.

In conclusion, I point out the similarities between the late imperial China and the earlymodern Europe. But I also point out the unique characters of physician-patient relationship in China, and in Huizhou.

Keywords: Huizhou; medical cases; physician-patient relationship; medical marketplace

目次

口試委員會審定書.....	I
謝辭.....	III
摘要.....	V
ABSTRACT	VI
目次.....	VII
明清徽州地圖.....	IX
第一章 緒論.....	- 1 -
第一節 醫病關係的歷史經驗.....	- 1 -
第二節 閱讀醫案.....	- 5 -
第三節 徽州的社會與醫學.....	- 8 -
第二章 醫療市場中的醫者.....	- 15 -
第一節 醫業與儒業之間.....	- 15 -
第二節 醫者的競爭：內科與專科.....	- 26 -
第三節 行醫的報酬.....	- 37 -
第三章 病人的聲音與權力.....	- 47 -
第一節 病人的選擇.....	- 49 -
第二節 就醫的策略.....	- 61 -
第三節 醫病的角力.....	- 70 -
第四章 結論.....	- 85 -
參考書目.....	- 97 -



圖一 明清徽州地圖

(圖版來源：高壽仙，《徽州文化》[瀋陽：遼寧教育出版社，1993])



圖二 明代徽州府周圍地圖

(圖版來源：譚其驥主編，《中國歷史地圖集》〔上海：地圖出版社，1982-〕)

第一章 緒論

生活於明代萬曆(1573—1620)年間的徽州文人方用彬，有回接到好友許沆的來信，信中寫道：

自三月至今，三男一女俱出痘，於內無一人輕少。自嘆薄命，並無一日寧息。第三小兒痘勢更重，於是月十六日以不幸矣。今弟因勞苦所致，又患瘧症。家父之病至今未愈。數月以來，救死不暇……¹

一家三代，俱在病中，看了不免讓人有些驚心。然而在方用彬與親友的信函往復中，類似描述卻屢見不鮮。曾向方用彬借款應急的許一經也同樣抱怨過：「弟既病瘠，家兄復病熱，兩三日間幾至委頓，可笑也。」²

生老病死是每個時代的人們都會面臨的情境，許沆與許一經碰到的問題或許不算特殊。但不同時代的人們，對於疾病的反應卻是各有差異。明清社會的中國人，面對接踵而來的病痛和疾疫亦自有其因應之道：他們或者利用一些基本的醫學知識自行治療，或者求神問卜、乞求神蹟，或者至藥店購買現成的丸散。當然，在條件許可的情況下，他們也尋求醫者的協助。在此同時，明清社會中也充滿形形色色的醫療者，他們出身各異，醫療手法南轅北轍。本論文要探究的主題，便是這許許多多的醫生與病人相遇、交會，進而編織出的種種故事。

第一節 醫病關係的歷史經驗

很長一段時間，我們對歷史上的醫病關係所知不多。即便早在一九四〇年代，美國

¹ 陳智超，《明代徽州方氏親友手札七百通考釋》（合肥：安徽大學出版社，2001），頁894。

² 陳智超，《明代徽州方氏親友手札七百通考釋》，頁915。

史家便呼籲，醫學史應該關注醫生與病人兩個群體的互動。³但著名的醫學史家 Charles Rosenberg 到了一九六〇年代晚期，應邀發表關於十九世紀醫病關係的演講時，仍不禁喟嘆所能參考的研究實在過於貧乏。⁴至於社會學家雖然曾對當代醫療關係提出許多富有洞見的批判，諸如醫療機構的過度官僚化，或是醫病雙方在知識權力上嚴重傾斜，但歷史研究卻未必是他們的主要關懷。⁵

直到一九八〇年代後半葉，英國醫療社會史(social history of medicine)開始出現新的研究取徑，在史家 Roy Porter 等人的倡導下，歐洲醫病關係的歷史研究日益風行，蔚為大觀。⁶這些作品在觀點上迭有新義，史料運用也突破原本的窠臼。就醫病關係的研究而言，這一波醫療社會史的研究在兩個新穎的議題上貢獻最多：一是近代社會中邊緣醫生的活動；二是醫療過程中，病人的角色與心態。

當醫學院訓練出身的正統醫生屢屢以解救眾生的英雄姿態出現於醫學史中，江湖郎中 (quack)、藥劑師 (apothecary)、產婆等醫療者往往只能居於次要地位，甚至以負面角色登場。但歷史學家卻要告訴我們，傳統的醫療活動中，這些非正統醫家可能扮演更重要的角色，這些被視為「邊緣」的醫者，未嘗不會是傳統醫療的真正重心。Roy Porter 就指出，十八世紀的英國醫生在行醫時，為了吸引病家的目光，獲取更高的收入，竟不惜向江湖郎中學習自我宣傳的花招。⁷美國婦女史家的 Laurel T. Ulrich 更發現，在殖民地早期的美國，醫生在醫療過程中頂多是個配角，地位甚至還不如產婆。⁸而在歐陸各地的醫療史上，也都可以發現十分活躍的邊緣醫者。⁹

³ Judith Walzer Leavitt, “Medicine in Context: A Review Essay of the History of Medicine,” *The American Historical Review* 95.5 (1990): 1471.

⁴ Charles Rosenberg, *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 1992), p. 125.

⁵ 見張笠雲，《醫療與社會：醫療社會學的探索》(臺北：巨流圖書公司，1998)。

⁶ 他們還成立了專門的期刊：*Social History of Medicine*。關於醫療社會史的研究歷程與展望，參見 Dorothy Porter, “The Mission of Social History of Medicine: An Historical View Social History of Medicine,” *Social History of Medicine* 8.3(1995): 345-359; Brian Dolan, “Twenty Years of Social History of Medicine,” *Social History of Medicine* 20.3(2007): 435-440; Ilana Löwy, “The Social History of Medicine: Beyond the Local,” *Social History of Medicine* 20.3(2007): 465-481; Susan Reverby and David Rosner, “Beyond the Great Doctors’ Revisited: A Generation of the ‘New’ Social History of Medicine,” in *Locating Medical History: the Stories and Their Meanings*, ed. Frank Huisman and John Harley Warner (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2004), pp. 167-193.

⁷ Dorothy Porter and Roy Porter, *Patient’s Progress: Doctors and Doctoring in Eighteenth-century England* (Cambridge: Polity Press, 1989), pp. 118-123，關於英國的江湖郎中，則見 Roy Porter, *Health for Sale: Quackery in England, 1660-1850* (Manchester: Manchester University Press, 1989)。

⁸ Laurel Thatcher Ulrich, *A Midwife’s Tale: The Life of Martha Ballard, based on her diary, 1785-1812* (New York: Knopf, 1990), p. 28.

⁹ 這一方面的文獻相當多，除了 Roy Porter 的著作外，德國的情形見 Robert Jütte, “A Seventeenth-century

醫療史之所以關注邊緣醫生的角色，主要原因是研究視角的轉變。傳統醫療史多從醫生角度著手，著重的是偉大醫生的生平及醫療技術的突破，並歌詠正統醫學教育和國家制度如何一步步擊敗非正統的醫療者。Roy Porter 却提倡一種「由下而上的醫療史」(medical history from below)，也就是從病人的角度考察醫療史。¹⁰當我們從這個角度觀看醫療的歷史，就會發現在病人眼中，所謂邊緣醫家跟正統醫家的角色界線其實十分模糊。¹¹

從病人的角度書寫歷史，不僅可以修正傳統醫學史的理解，亦能開拓研究的領域和視野。由下而上的醫療史認為病人才是疾病的主體，因此歷史學家就應該探索病家尋求醫療時展現的態度和舉措。也是在這樣信念的影響下，醫病關係研究才逐漸成為歐美醫療史的重要主題。當我們轉換觀察視角，醫療史中的病人就不再只是仰首等待醫者解救的角色。相反地，他們擁有一套看待生老病死的理念和隱喻，在醫療的過程中更具有相當的主動性。Roy Porter 指出近代早期歐洲的病家往往運用各種民俗手法自行醫療，或從親友中尋求協助，而無庸等待醫生插手。¹²Adrian Wilson 研究十七世紀的生產過程，更發現產婦與周圍的家庭成員，不僅不沉默被動，甚至對整個生產過程還頗有意見，十足具有參與感。¹³

相較於歐美醫療史研究的碩果纍纍，傳統中國的醫病關係研究，目前只有少數開拓性的研究。古克禮 (Christopher Cullen) 和蔣竹山曾分別以小說《金瓶梅》¹⁴與《祁忠敏

German Barber-Surgeon and His Patients,” *Medical History* 33(1989): 184-198; Mary Lindemann, *Health and Healing in Eighteenth-century Germany*, pp. 144-235. (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996); Alison Lingo 則討論法國的邊緣醫者如何逐步成為正統醫學的「他者」，見 Alison Klairmont Lingo, “Empirics and Charlatans in Early Modern France: The Genesis of The Classification of The ‘Other’ in Medical Practice,” *Journal of Social History* 19(1986): 583-603，亦見 Matthew Ramsey, “Medical Power and Popular Medicine: Illegal Healers in Nineteenth-Century France,” *Journal of Social History* 10(1977): 560-587 近來則有專書討論義大利的情形，見 David Gentilcore, *Medical Charlatanism in Early Modern Italy* (Oxford: Oxford University Press, 2006).

¹⁰ Roy Porter, “The Patient’s View: Doing Medical History from Below,” *Theory and Society* 14.2(1985): 175-198，關於此文後續的討論，見 Flurin Condrau, “The Patient’s View Meets the Clinical Gaze,” *Social History of Medicine* 20.3(2007): 525-540，本文對於 Roy Porter 的論旨提出許多反省。

¹¹ Frank Huisman, “Shaping the Medical Market: On the Construction of Quackery and Folk Medicine in Dutch Historiography,” *Medical History* 43(1999): 373.

¹² Roy Porter, “The Patient’s View,” pp. 187-189.

¹³ Adrian Wilson, “Participant versus Patient: Seventeenth-Century Childbirth from the Mother’s Point of View,” in *Patients and Practitioners: Lay Perceptions of Medicine in Pre-industrial Society*, ed. Roy Porter (Cambridge: Cambridge University Press, 1985), pp. 129-144.

¹⁴ Christopher Cullen, “Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence From the *Jipingmei*,” *History of Science* 31(1993): 99-150。

公日記》¹⁵為例，討論明清時期的醫病關係。他們都指出在診療的過程中，病者有相當大的發言權和主控權。大陸學者謝娟與余新忠利用更多文集與醫籍的史料，細緻地鋪陳開展了前兩人的觀點。¹⁶此外，張哲嘉的博士論文以清宮醫案為本，考察光緒時代宮廷中的醫病關係，在這樣特殊的情境之下，醫者自然更需要遷就病家的意見。¹⁷

此外，費俠莉（Charlotte Furth）與 Joanna Grant 各自討論了兩部明代醫案。費俠莉從三個層次分析徽州醫生程從周於揚州的行醫紀錄：醫學理論中抽象的語言，如陰陽、血氣、虛實等詞彙，在實際診療過程中的位置何在；醫者如何將病人敘述的病痛（illness），轉化為可以命名並加以治療的疾病（disease）；在診療的過程中，醫者又如何面對複雜的人際關係。¹⁸

Joanna Grant 的專書則研究明代徽州醫家汪機（1463－1539），她從傳記式的研究、文本分析與性別觀點等三個面向探討汪機和他的《石山醫案》。該書對性別分析的部份尤其精彩。Joanna Grant 指出，就病因而言，男女有著顯著的差異：男性病因多集中在性、酒或飲食上，相對的女性則多是生產與情緒的緣故。她亦發現，汪機筆下的男性往往比女性更「虛」。何以如此？Joanna Grant 以為，汪機所身處的明代徽州，正值大商人崛起並帶動社會的奢靡風氣，傳統簡樸的道德不復存在。面對這樣的環境，汪機紀錄了病人因為耽溺酒色財氣帶來的病痛，背後有著對時代的不滿與警世的意味。¹⁹

綜而言之，目前攸關明清中國的醫病關係已經劃出一個大致的輪廓：醫病之間接近一種協商式的關係，病人對診療過程具有一定的主導權，醫者也要遷就病家的意見。不

¹⁵ 蔣竹山，〈晚明祁彪佳家族的日常生活史：以醫病關係為例的探討〉，收入《都市文化研究》第二輯（上海：三聯書店，2006），頁 181-212。

¹⁶ 謝娟，〈明代醫人與社會——以江南世醫為中心的醫療社會史研究〉，收入范金民主編，《江南社會經濟研究·明清卷》（北京：中國農業出版社，2006），頁 1196-1258；余新忠，《中國家庭史·明清時期》（廣州：廣東人民出版社，2007），頁 247-271。近來另有兩篇由祝平一與邱仲麟撰寫的醫病關係研究論文，均發表於 2005 年中研院史語所主辦的「從醫療看中國史」國際研討會，題目分別為「明、清之際江南地區的醫病關係」與「明代的醫療社會史——以執業樣態、醫病關係為中心的考察」，二文均尚未正式發表。

¹⁷ Che-chia Chang, "The Therapeutic Tug of War-The Imperial Physician-patient Relationship in the Era of Empress Dowager Cixi(1874-1908)" (Ph.D. diss., University of Pennsylvania, 1998)。他另有專文討論光緒皇帝與名醫力鈞的互動，張哲嘉，〈為龍體把脈——名醫力鈞與光緒帝〉，黃東蘭主編，《身體·心性·權力：新社會史》第二集（杭州：浙江人民出版社，2005），頁 211-235。

¹⁸ Charlotte Furth, *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History, 960-1665* (Berkeley: University of California Press, 1999), pp. 224-265.

¹⁹ Joanna Grant, *A Chinese Physician: Wang Ji and the Stone Mountain Medical Case Histories* (New York: RoutledgeCurzon, 2003).

過，許多具體的問題尚有待發之覆，如古克禮和蔣竹山只是針對單一資料的分析；張哲嘉研究清宮中的醫病關係，算是特別情境下的案例；而費俠莉和 Joanna Grant 對醫案的研究，只把焦點集中於單一醫者及其著作之上，時間跨度也比較狹窄。Joanna Grant 在研究《石山醫案》時，也承認該書不過記載了 109 個案例，究竟有多少的代表性，還有可以商榷的空間。²⁰在此我希望能詳人所略，略人所詳，在前人的基礎之上，做進一步討論。

第二節 閱讀醫案

為了從新角度書寫醫療史，歷史學家必須擴展運用史料的範圍，改變閱讀材料的方式。許多診療過程的細節，尤其是病人的言行舉止，早已潛藏在各種史料之中。他們或許聲音微弱，卻從未沉默，只待別具隻眼的研究者加以開發。病例、病家的日記、書信、紀實小說等材料，都是研究素材的最佳來源。²¹而許多傳統的醫籍，在不同的眼光之下，同樣可以照映出全新的視野。

對明清醫病關係的研究而言，「醫案」是一項特殊而珍貴的材料。在一般的文集中，我們很難得看到醫病互動的敘述。而歐美醫療史中常見的書信等私人史料，在中國不是付之闕如，就是內容多與醫療渺不相關，有意義的材料相當稀少。對於能提筆寫作的文人而言，這不是他們特別關心的議題。小說中雖然有不少這方面的資訊，但不免有人要懷疑文學敘事的真實性。²²醫案的內容不僅能填補這中間的空缺，還有大量而集中的優

²⁰ Joanna Grant, *A Chinese Physician*, pp. 105-109.

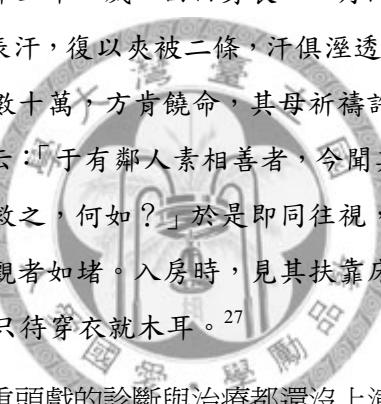
²¹ Roy Porter, "The Patient's View," p.182; Ortrun Riha, "Surgical Case Records as an Historical Source: Limits and Perspectives," *Social History of Medicine* 8(1995): 271-283; Rita Charon, "To Build a Case: Medical Histories as Traditions in Conflict," *Literature and Medicine*, 11:1(1992): 115-142; Guenter B. Risse and John Harley Warner, "Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History," *Social History of Medicine* 5(1992): 183-205; Steven Noll, "Patient Records as Historical Stories: The Case of Caswell Training School," *Bulletin of the History of Medicine* 68(1994): 411-428; 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(2000): 139-146。

²² 但文學與歷史的對話印證，其實值得多所注意。除了古克禮討論《金瓶梅》外，《紅樓夢》是另一個受到矚目的古典小說，如陳存仁、宋淇，《紅樓夢人物醫事考》(桂林：廣西師範大學出版社，2006)。但他們重點不在醫病關係；近來則有人從現代醫學的角度分析《紅樓夢》中的醫療片段，見許瓊芳，〈紅樓夢人物之性格情感與醫病關係：跨中西醫學(精神醫學、內科、婦產科、皮膚科)之研究〉(臺北：臺灣學生書局，2007)；文學史家伊維德(Wilt Idema)則曾經初步整理明清文學作品中的醫療材料，見 Wilt Idema, "Diseases and Doctors, Drugs and Cures: A Very Preliminary List of Passages of Medical Interest in a Number of Traditional Chinese Novels and Related Plays," *Chinese Science* 2 (1977):

點。

醫案並不始於明代，在此之前早有類似的文體出現，比如《史記》中著名的扁鵲倉公列傳，就記載了不少醫者的傳奇故事。²³唐代醫王孫思邈也有個人行醫的紀錄。²⁴但明代仍然是醫案史上的轉折點，隨著明末出版業的興盛，醫案的寫作、出版、流通都遠遠超越前代。²⁵「醫案」一詞，也因《石山醫案》的出現，而成為這種文類的定名。清代以後，寫作醫案更是醫者養成生涯中不可或缺的一環。²⁶

尤其關鍵的是，此時醫案寫作模式出現明顯的轉變。基本的醫案以紀錄病人症狀和醫家診斷為中心，但明清許多醫案所書寫的內容卻遠遠超過於此。他們以第一人稱的角度，詳載醫病間的互動與具體的醫療情境，比如明代的《程茂先醫案》中有這麼一段：



鄧四者，傾銷為業，年三十二歲，面白身長。八月間不知先得何病。云是傷寒醫已半月，又一醫為其表汗，復以夾被二條，汗俱溼透，漸至神不守舍，譫語狂妄，說有人來拘捉，要錢數十萬，方肯饒命，其母祈禱許還無不如命。余適在方似芝宅中治病，似芝向余云：「于有鄰人素相善者，今聞其病將篤，而今日遞延五醫，皆望之反走，幸一往救之，何如？」於是即同往視，及門聞嚎哭之聲，又聞沙彌誦經聲。比鄰長幼，觀者如堵。入房時，見其扶靠床邊，左妻右母，秉燭而化冥資，焚香而誦路引，只待穿衣就木耳。²⁷

這還只是本條醫案的部份，重頭戲的診斷與治療都還沒上演，但已經十分戲劇性地帶出病人、醫者和其他配角，更活靈活現地描寫了醫生與病人相遇的場景。此外，這條記載也展現出醫案敘事的基本結構，那就是敘事者往往在其他醫生技窮之際才翩然登場。而

^{37-63.}

²³ 關於這兩篇傳記，最近綜合性的研究見金仕起，〈扁鵲倉公列傳命題析義〉，《國立政治大學歷史學報》29（2008）：1-49。

²⁴ Nathan Sivin, "A Seventh-Century Chinese Medical Case History," *Bulletin of the History of Medicine* 41(1967): 267-273.

²⁵ 見 Christopher Cullen, "Yi'an (case statements): The Origins of a Genre of Chinese Medical Literature," in *Innovation in Chinese Medicine*, ed. Elisabeth Hsu (Cambridge: Cambridge University Press, 2001); 熊秉真，〈案據確鑿：醫案之傳奇與傳承〉，收入熊秉真編，《讓證據說話》（臺北：麥田出版，2001），頁 201-254；Ping-chen Hsiung, "Facts in the Tale: Case Records and Pediatric Medicine in Late Imperial China," in *Thinking with Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History*, ed. Charlotte Furth, Judith T. Zeitlin, and Ping-chen Hsiung (Honolulu: University of Hawaii Press, 2007), pp. 154-161.

²⁶ Charlotte Furth, "Producing Medical Knowledge Through Cases: History, Evidence, and Action," in *Thinking with Cases*, pp.145-148; Ping-chen Hsiung, "Facts in the Tale," pp. 164-165.

²⁷ (明)程從周，《程茂先醫案》(收入《新安醫籍叢刊·醫案醫話卷》[合肥：安徽科學技術出版社，1993]，第2冊)，頁 10。

接下來的情節，他們通常會馬上展現出過人醫技，拯救病人於危境之中。²⁸

《四庫全書提要》曾指明這一類的醫案「旁文多於正論，亦為冗漫，蓋大意主於標榜醫名，而不主於發揮醫理也。」清代醫者程曠，在批點其先祖程敬通簡潔的醫案時，更激烈地批評道：「今之醫者，必欲批明某症若何，某脈若何，或稱脈案，或稱醫案。往往病來藥西，張冠李戴，連篇累牘，若厭奚堪。」²⁹究其實，醫案所記載的不僅是醫者的行醫經驗，還是他們個人生命歷程的展現。同時，醫案的書寫也折射出明清醫者在社會上不確定的位置：醫者嚮往士人生活，於是透過寫作自我標榜，自我宣傳。

在一般的社會史研究中，醫案是個幾乎被忽略的材料；而傳統的醫學史研究，則多半只注意醫案中記載的診斷與藥方，他們的閱讀角度和心態可以張山雷（1873－1934）之一言以蔽之，他說：「唯醫案則恆隨見症為遷移，活潑無方，具有應變無窮之妙，儼如病人之側，譬咳親聞。所以多讀醫案，絕勝於隨侍名師。」³⁰換言之，他們在意的是醫案能對實際診療提供哪些啟發，因而忽略了這些瑣碎敘事背後隱含的意義。而我正是希望利用醫案中看似次要的文字，講述一段關於醫病關係的社會史。

或有人要質疑，出於醫生之手的文獻，真能讓我們聽見病人的聲音嗎？對此，Roy Porter 認為我們只需稍微參照近年來庶民文化史的幾部傑作，即可思過半矣。諸如年鑑史家 Le Roy Ladurie 書寫法國農村蒙大猶的日常生活史，義大利學者 Carlo Ginzburg 研究十六世紀鄉間農民的宇宙觀，皆是透過識字文人不經意留下的紀錄，間接而迂迴地重建了底層民眾的生活文化與心態結構。³¹

此外，我個人的研究，還受到當代文化史家 Natalie Zemon Davis 的啟發。在《檔案中的虛構》(Fiction in the Archives: Pardon Tales and Their Tellers in Sixteenth-century France)一書中，她利用十六世紀法國的司法檔案探索一段妙趣橫生的庶民法律文化史。但該書的分析重點不只是司法檔案中的歷史場景，還有如標題所暗示的，檔案中的

²⁸ 蔡九迪(Judith Zeitlin)就從文學的角度討論醫案中醫者形象的塑造，見 Judith T. Zeitlin, "The Literary Fashioning of Medical Authority: A Study of Sun Yikui's Case Histories," in *Thinking with Cases*, pp. 169-202.

²⁹ (清)程敬通，《程敬通醫案》(歙縣：歙縣革命委員會衛生局，1977），頁23。

³⁰ 轉引自何紹奇，《讀書析疑與臨證得失》，(臺北：相映文化，2007），頁288。

³¹ Roy Porter, "The Patient's View," pp. 182-184; 埃曼紐·勒華拉杜里(Emmanuel Le Roy Ladurie)，許明龍譯，《蒙大猶：一二九四～一三二四年奧克西坦尼的一個山村》(臺北：麥田出版，2001)；Carlo Ginzburg, *The Cheese and The Worms: The Cosmos of a Sixteenth-century Miller*, trans. John and Anne Tedeschi (New York: Penguin Books, 1982).

「虛構」(fiction)。以虛構對譯 fiction 一詞，很可能會產生誤解。我們應該看看 Davis 自己的解釋：「關於『故事』(fiction)，我並不是指它們捏造的部份，而是引用來自字根『fingere』(虛構) 在其他或較廣義的含義，指他們的構成、具體化以及改變的元素：也就是敘述的技巧。」³²

面對醫案，我們也應該留意其中虛實混雜的特性。我的閱讀因此也要從兩個層次，分頭並進。其一是將醫案視為明清醫病關係的紀實，搭配文集、地方志、與地方文書（特別是徽州的地方文獻）等不同種類的史料相互參照和考辨，重建明清醫病的互動；另一種閱讀方式，則將醫案視為醫者編織出的意義之網，觀察其中的文字，如何反映他們對外在世界的感知，與內在心理的反應。綜而言之，傳統中國醫案固不乏醫者主觀的偏見，甚至可能有所虛構，³³但透過這兩種閱讀策略，醫案中飽含的豐富歷史資訊，仍能提供我們傳統醫療歷史的生動圖像。

第三節 徽州的社會與醫學



醫案的寫作，在徽州一地又特別突出。徽州位於江南一隅，一九五〇年代，由於地方文書的大量出現，這塊小小區域開始吸引研究者的目光。徽州文書的種類繁多，數量龐大。透過包括地契、闢書、宗譜、書信等至少二十餘萬件的文書，³⁴歷史學者得以深入許多社會史的細節，廓清原本面貌模糊的問題，細緻地展現明清地方社會的風貌。³⁵在這股「徽學」風潮帶動下，就連徽州醫學也隨之受到矚目。論者或有以「新安醫學」指涉這個地區的醫學流派，並企圖為新安醫學找出清楚的理論系譜；或考證求索明清兩代

³² 娜塔莉·澤蒙·戴維斯(Natalie Zemon Davis)，楊逸鴻譯，《檔案中的虛構：十六世紀法國司法檔案中的赦罪故事及故事的敘述者》，(臺北：麥田出版，2001)，頁36。

³³ 這種現象也非中國獨有。在歐美醫學史研究中，許多出自醫生之手的文獻，其可信度同樣受到質疑，見 Oliver Faure, “The Social History of Health in France: A Survey of Recent Developments,” *Social History of Medicine*, 3(1990): 448。

³⁴ 周紹泉，〈徽州文書與徽學〉，收入《'98 國際徽學學術討論會論文集》，周紹泉、趙華富編（合肥：安徽大學出版社，2000），頁5-7。

³⁵ 關於徽州社會研究的回顧，見中島樂章著，顧盼、張純寧、何昇樹譯，〈徽州文書的研究及其展望〉，《法制史研究》6 (2004) : 259-314；白井佐知子，〈徽州文書と徽州研究〉，收入森正夫編，《明清時代史の基本問題》(東京：汲古書院，1997)，頁501-530；朱開宇，〈科舉社會、地域秩序與宗族發展——宋明間的徽州，1100-1644〉(臺北：國立台灣大學出版委員會，2004)，頁13-23。

所出現的名醫、醫方。³⁶

明清兩代徽州醫家至少出版了七十餘部大小型的醫案，早期的幾部醫案都出自這個區域。³⁷這個數字尚不包括許多附於專論醫籍之後的驗案。³⁸徽州一地出現了這樣突出的表現，是種相當特殊的現象。除了數量龐大外，此地的醫案更多是上述「旁文多於正論」式的醫案。本文特別倚重的幾部徽州醫案，包括明代汪機的《石山醫案》、孫一奎(ca. 1522 – 1619)的《孫文垣醫案》、程茂先(1581 – ?)的《程茂先醫案》以及清代吳楚的《醫驗錄》、鄭重光(1638 – 1711?)的《素圃醫案》、程文圃的《杏軒醫案》等。其中明代的幾部作品，曾先後獲得不同學者的研究。³⁹我對醫案的閱讀角度，自然也受到這些研究的啟發。但我希望能進一步整合現有的研究成果，並重新放置於不同的問題意識和論述脈絡之下。至於清代的醫案則幾乎尚未受到學者青睞，其中所透露的訊息仍有待發掘。這幾份醫案著述的時間從明代中葉到清代前期為止，因此本研究的時間斷限也集中在十六至十八世紀三百年間。

醫案在徽州的大量出現，反映該地的社會、經濟與文化背景。醫案寫作雖然是明以後中國醫者普遍的習慣，但徽州地區的社會經濟背景，在客觀上提供出版著作的條件，主觀上也刺激醫者為自己的行醫生涯留下紀錄。本文希望能結合醫療史與地域社會史的研究，⁴⁰因此我需要先簡介徽州的社會文化背景，以作為下文討論的基礎。

明清兩代的徽州府轄有歙縣、休寧、婺源、祁門、黟縣、績溪等六縣。此地山多田少，謀生不易。正因如此，徽州孕育了一批富有冒險精神的商人。在明代中期，全國各地已經可以見到徽商的蹤跡。萬曆以後，徽商與來自山西的晉商，並列中國最重要的兩

³⁶ 這方面的文章甚多，試舉幾例，如項長生，〈新安醫家對中醫學的貢獻及其在中國醫學史上的地位〉，《中華醫史雜誌》15.2(1985): 65-69；張玉才、李淨，〈新安醫家繼承發展金元四大家學說概要〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》8.8(2002): 78-79；汪滬雙、牛淑平，〈試述新安醫學的「學派」與「流派」〉，《中醫文獻雜誌》2000.4:3-42。張玉才，〈新安醫學縱橫談〉，《安徽中醫學院學報》，6.2(1988): 19；翟志強、宋柏林，〈從「新安醫學」的兩種提法看地方醫史研究中一個值得注意的問題〉，《中華醫史雜誌》19.4(1989): 251-252。上述研究的出發點，多在尋找新安醫學的光榮貢獻與成就。另見邱淑如，〈新安醫學的社會價值觀和科學基礎：帝國時期的中國徽州醫學典籍個案研究〉，收入傅漢思、莫克莉、高宣主編，《中國科技典籍研究：第三屆中國科技典籍國際會議論文集》（鄭州：大象出版社，2006）。

³⁷ Charlotte Furt h, "Producing Medical Knowledge Through Cases," p. 133.

³⁸ 據王樂陶編，《新安醫籍考》（合肥：安徽科學技術出版社，1999）。

³⁹ 包括費俠莉、Joanna Grant、蔡九迪等人，見前文。

⁴⁰ 一個示範性的研究見 Steven King and Alan Weaver, "Lives in Many Hands: The Medical Landscape in Lancashire, 1700-1820," *Medical History* 44.2(April, 2000): 173–200.

大商幫，資本雄厚，勢力遍及全國。⁴¹從這個時期出版的徽版商用書籍中，我們清楚地看到徽商走遍大江南北的足跡與路程。⁴²殆至十八世紀，徽商的富裕與奢侈程度更要令人咋舌。⁴³

徽商之所以興起，一方面有賴政府制度的配合。明中葉以後，中央政府已經無法全然掌控鹽業，只得將專賣權利轉手給民間商人，徽商因而趁勢而起，從鹽業買賣中獲取豐厚的利潤。從歙縣移居兩淮地區的徽商尤是其中翹楚，揚州甚至要被稱為徽人的殖民之地。⁴⁴另一方面，徽州特殊的宗族文化，也是商業發展的重要原因。透過宗族的力量，徽人得以聚集大量資本，在市場上與他人競逐。而商人在外的人際網路，即時常建立在本地的宗族組織之上。⁴⁵

在明中晚期的徽州，由於社會經濟的劇烈變化，傳統的宗法制度日益強固。⁴⁶關於徽州宗族文化，清代學者趙吉士（1628–1706）的描述最為清楚扼要，他說「新安各姓，聚族而居，絕無一雜姓攏入者，其風最為近古。出入齒讓，姓各有宗祠統之。歲時伏臘，一姓村中千丁皆集，祭用文公家禮，彬彬合度。父老嘗謂，新安有數種風俗，勝於他邑：千年之塚，不動一掛一杯；千年之族，未嘗散處；千載之譜系，絲毫不紊。」⁴⁷趙吉士的文句容或有過度理想化之處，但也和現代學者的研究相去不遠。⁴⁸

⁴¹ 藤井宏著，傅衣凌、黃煥宗譯，〈新安商人研究〉，收入江淮論壇編輯部編，《徽商研究論文集》（合肥：安徽人民出版社，1985），頁131-272。韓大成，〈明代徽商在交通與商業史上的重要貢獻〉，《史學月刊》1998.4：35-43。

⁴² 如（明）程宇春，《士商類要》，收入楊正泰，《明代驛站考增訂本》（上海：上海古籍出版社，2006）頁305-356。

⁴³ Ping-ti Ho, "The Salt Merchants of Yang-chou: A Study of Commercial Capitalism in Eighteenth-Century China," *Harvard Journal of Asiatic Studies* 17.1-2(1954): 130-168.

⁴⁴ Antonia Finnane, *Speaking of Yangzhou: A Chinese City, 1550-1850* (Cambridge, Mass: Harvard University Asia Center), pp. 213-264。來自休寧的商人則集中於兩浙地區，除了經營鹽業外，亦兼營典當。其他四縣商人雖不如歙、休兩地活躍，但亦在茶業、木業等行業中各擁一片天。傅衣凌，〈明代徽州商人〉，收入《徽商研究論文集》，頁7-46；藤井宏，〈新安商人研究〉；唐力行，〈明清以來徽州區域社會經濟研究〉（合肥：安徽大學出版社，1999），頁159-189。

⁴⁵ 白井佐知子，〈徽商及其網絡〉，《安徽史學》1991.4:18-24。

⁴⁶ 宋漢理 (Harriet T. Zurndorfer)，〈新安大族志與中國士紳階級的發展〉，收入江淮論壇編輯部編，《徽商研究論文集》（合肥：安徽人民出版社，1985），頁279；朱開宇，《科舉社會、地域秩序與宗族發展》，頁383，385-386。

⁴⁷ （清）趙吉士，《寄園寄所寄》（臺北：新興書局，1975），頁261。

⁴⁸ 如卞利，〈明清徽州社會研究〉（黃山：安徽大學出版社，2004），頁46-72。趙華富，〈徽州宗族研究〉（合肥：安徽大學出版社，2004），頁600-614。關於徽州宗族較新的綜論，見唐力行，〈徽州宗族社會〉（合肥：安徽人民出版社，2005）。中國傳統的家族組織，向來是社會史研究中聚訟不休的問題。但學者們大致同意，傳統的世家大族，到了宋代出現迥異的轉變。宋代以降的宗族，以祖譜、義田、祠堂和族長為核心，聯繫起原本分散的小家庭，彼此互通聲息，相互扶持。明清宗族則延續宋代型態，而更為興盛。杜正勝，〈傳統家族試論〉，收入黃寬重、劉增貴主編，《家族與社會》（北

對於中國傳統宗族形成的原因，學者曾各自提出不同的看法，大體而言，國家和土人的推動是關鍵的要素。許多徽州旅外商人，回到家鄉後也出錢建設宗祠，成為維繫宗族的力量。⁴⁹而無論政府、士人或商人，在推動宗族作為社會組織時，背後都寓含著強烈的儒教理想。明代徽州休寧的程氏，便是按照朱熹(1130–1200)編寫的《家禮》來組織宗族。婺源的汪氏，更是綜合宋儒程頤(1033–1107)、呂大鈞(ca. 1020–1080)、范仲淹(989-1052)、朱熹等人的思想來編寫族規。⁵⁰徽州宗族以宋儒，特別是朱熹為尚，並非偶然。朱熹雖長年講學在外，但他出身婺源的背景，讓徽州人深以為榮。

儒學與商業這兩股看似悖反的力量，弔詭地共存於徽州文化中。⁵¹要理解這樣的現象，我們或許可以從「邊陲與中心」的觀點出發。相較於鄰近富庶的江南，徽州雖是商賈故鄉，但整體的社會經濟狀況仍不免有幾分失色，從市鎮的規模和數量上即可看出兩地的差距。⁵²至於就文化而言，徽州更是遠遠不及江南某些引領風騷的城市，如蘇州。明代文人王世貞（1526–1590）觀察到當時江南古董市場的怪象：「畫當重宋，而三十年來忽重元人，乃至倪元鎮以逮明沈周，價驟增十倍。窯器當重哥、汝，而十五年來忽重富德，以至永樂、成化，價亦驟增十倍。」而他指出，這些現象「大抵吳中濫觴，而徽人導之，俱可怪也。」⁵³經濟實力雄厚的徽州商人狂熱地追隨蘇州風尚，結果讓各類文物價格出現不正常的飆漲。徽人急於附庸風雅的行為，在在要引起雅俗的辯證。⁵⁴這凸顯出徽州的文化位置：他們終究是主流風尚的追隨者，卻也是最重要的支持者。

循此，我要指出徽州的儒學之風，也有其虛飾的成份。這麼說並不意味徽州儒學風

京：中國大百科全書出版社，2005），頁 1-87。

⁴⁹ 常建華也提出，明代嘉隆萬期間，宗族的「組織化」與「鄉約化」，反映出地方官員在其中扮演的角色。見常建華，《明代宗族研究》（上海：上海人民出版社，2005），頁 258-306；另見宋漢理，〈徽州地區的發展與當地的宗族—徽州休寧范氏宗族的個案研究〉，劉森編《徽州社會經濟史研究譯文集》，（合肥：黃山書社，1987），頁 33。另外，科大衛等人特別注重國家在華南地區宗族形成中的角色，不過他們的研究以華南地區為主，而非徽州。見科大衛、劉志偉，〈宗族與地方社會的國家認同—明清華南地區宗族發展的意識形態基礎〉，《歷史研究》2000.3：3-14。

⁵⁰ 常建華，《明代宗族研究》，頁 261-262。

⁵¹ 士商之間的微妙關係，早已是明清社會經濟史中的重要課題。我無法在這裡盡數相關研究，經典的研究見余英時，《中國近世宗教倫理與商人精神》（臺北：聯經出版公司，1987）。

⁵² 見唐力行等，《蘇州與徽州—16-20 世紀兩地互動與社會變遷的比較研究》（北京：商務印書館，2007），頁 224-237。

⁵³ （明）王世貞，《觚不觚錄》（收入《筆記小說大觀》〔臺北：新興書局，1974〕5 編，第 4 冊），頁 9a。

⁵⁴ 王鴻泰，〈雅俗的辯證——明代賞玩文化的流行與士商關係的交錯〉，《新史學》17.4(2006)：73-143。

氣純屬虛構，明清徽州確實有其活躍的講學風氣與學術活動。⁵⁵我要說的是：強調自身與正統的關係的族群，其實往往不在正統的中心；回過頭來說，正因為不在中心，他們才格外需要透過外在的言語或行為彰顯自己的正統性。這種心理的外顯行為，有時要讓後人看來荒唐，比如徽人對貞節形象異常的追求。⁵⁶同理，當徽人一再強調自己是「程朱闕里」，或在文獻中營造「賈而好儒」的形象，也可能是投射了他們對於主流身份的熱望。

上述背景如何反映在徽州的醫學與醫療文化中？這是本文要回答的問題之一。但在此我可以先提出兩點。第一，明清時代的江南，猶如文藝復興時期的佛羅倫斯（Florence），不斷吸納外來移民，不少以醫為業的人口也要到此地開創事業。⁵⁷因此，就與徽州整體的文化位置一樣，徽州醫學雖然比起多數地方已屬先進，但相較於江南地區的部分地區（特別是蘇州），仍要屈居下風。這種接近中心，卻又在中心邊緣的位置，影響了徽州醫者的自我認同，也反映在他們的醫案寫作中。第二，徽州的社會文化背景，固然會影響當地的醫學與醫療文化，但二者的關係不是機械式的對應。醫者有時或隱或顯地體現了徽州的社會文化，不過，每一段醫病關係的開展，仍要取決於個別的醫者、病人與疾病。

以下的兩章，我將以此為基點，透過對徽州醫案文本的解讀，嘗試重建複雜而立體的醫病關係，並探索其中涉及的經濟、權力和倫理等議題。全文研究將分成兩大部份，分別循醫者與病家兩個軸線開展。第一部分聚焦於醫療市場中的醫家。首先討論幾位新安醫者的執業生涯，並觀察他們如何營造自己儒醫的形象。我要指出，儒醫的理想體現於不同醫者身上會有不同的效果，有時儒業與醫業的內在緊張也會因此凸顯。次節討論儒醫與非儒醫的競爭，集中在一個饒富意義的面向，即大方脈與專科間的分化。本節指出此時的醫療市場混亂而缺乏規範，而醫家自命的正統，並未獲得官方與制度性力量的支持，終究只能停留在語言與象徵的層面。在實際的行醫經驗中，他們仍不得不面對形

⁵⁵ 周曉光，《徽州傳統學術文化地理研究》（合肥：安徽人民出版社，2006）；劉祥光，〈中國近世地方教育的發展：徽州文人、塾師與初級教育，1100-1800〉，《中央研究院近代史研究所集刊》28（1997）：1-45；劉祥光，〈書院與社會：徽州書院之研究（1200-1644）〉，《中國書院》5（2003）：395-417；陳時龍，〈十六、十七世紀徽州府的講會活動〉，《國立政治大學歷史學報》20（2003）：133-183。

⁵⁶ 王曉崇，〈徽州貞節牌坊與節烈女性〉，《社會科學評論》2007.3：34-39；田汝康指出，明清貞節烈女之風，是男性文人對於自身地位焦慮的反映，見 Tien Ju-Kang, *Male Anxiety and Female Chastity: A Comparative Study of Chinese Ethical Values in Ming-Ch'ing Times* (Leiden: E. J. Brill, 1988).

⁵⁷ Katharine Park, *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence* (Princeton: Princeton University Press, 1985), pp. 142-150.

形色色醫者的競爭。而我以兩個專科醫者的例子，討論專科醫者的行醫特色與自我定位。本章最後引入經濟的觀點，探討行醫背後的實際考量，及醫者與病家間的交換關係。此處指出，行醫可以為醫者帶來豐厚的報酬，營生也可能是他們選擇行醫的考量。但我更要指出，經濟關係可以更廣泛地被理解為象徵資本的交換，包括名聲與信任，而後者尤其是醫者追求的目標。

第二部份把焦點轉向故事的另一面：病人，從病人的角度觀察醫療過程的演進，及其中牽涉的權力與倫理。本章指出明清社會的病人不是無知、被動而等待被解救的角色。他們可能活躍地主導了醫療過程。本章首節要勾勒醫療市場中形形色色的治療方式，旨在強調病人選擇的可能性。除了巫醫、女醫和走方醫外，我們尤其要注意病家自行治療的重要。次節探索病家求醫的策略，依次討論病人的擇醫、請醫與換醫。當醫療市場缺乏管制與規範時，病家要如何找到適合的醫者？我強調病家在擇醫與請醫時，人際網路的重要性。他們時常相互薦醫，或是透過第三者延請醫者。醫案中的病人更常「換醫」，結果要不是醫者來去匆匆，就是同一時間醫療場所內存在數名醫者。不過醫療現場的眾聲喧嘩還不只於此，除了眾多醫者外，病人的家屬在醫療過程中往往也各有主張。最後，我要把眼光引向醫病之間的多方角力，還有，眾聲喧嘩之後，暴露出來的責任問題。

第二章 醫療市場中的醫者

傳統醫學史給了我們三種醫生的形象。一是妙手回春的神醫：戰國時代的扁鵲能看穿人體；¹三國時代的華佗能為人湔洗五臟。²另一種是宅心仁術的良醫，他們以救生為業，不計利害。通常有醫德者也兼有醫術，反之則是一群德術兼不備的庸醫。在醫德與醫術之外，傳統醫史對醫者生命中的其他面向，往往只有十分簡略的敘述。本章要試著填補這個研究上的空白。我的重點，因此不在於評判醫者的職業道德，也不在論斷醫者技術之高下，而是要從醫療市場的角度，觀察明清徽州醫者的職業生涯與日常活動。

「醫療市場」一詞是當代醫學史研究者鑄造出來的詞彙，³並不存在明清的文獻之中。但我之所以選用該詞，是為了指涉三個層面的意義：一是醫者行醫背後潛藏的社會性；二是不同醫者彼此的競爭；三是醫病之間存在的經濟與交換關係。這三個層面，也是以下依次要討論的問題。我們要從幾位新安醫者的執業生涯開始，看看他們何以選擇行醫，進而經營自身醫業；其次討論他們和其他醫者的競爭，我將以專科為例，說明競爭下的緊張心理，以及醫者與市場的互動。最後討論從報酬的角度，討論醫者與病人之間的關係。

第一節 醫業與儒業之間

徽州醫生在江南

¹ (漢)司馬遷,《史記》(北京:中華書局,1982),卷一百五,〈扁鵲倉公列傳第四十五〉,頁2785-2794。

² 李建民,〈失竊的技術——《三國志》華佗故事新考〉,《古今論衡》15(2006):3-16。關於傳統中國醫史上的神醫,見山田慶兒,〈扁鵲傳說〉,《中國古代醫學的形成》(臺北:東大圖書,2003),頁335-412。

³ Roy Porter, “The Patient's View”; Harold Cook, *The Decline of the Old Medical Regime in Stuart London* (Cornell University Press, 1986), pp. 28-69.

我們的故事要從孫一奎開始。孫一奎是晚明徽州重要的醫家，他的代表作《赤水玄珠》在明清之際至少出現了六種版本，也曾遠傳日本。⁴為他的著作撰寫序言者包括許多地方顯貴，如嘉靖萬曆年間的徽州司馬汪道昆(1525—1593)。⁵但我們對孫一奎的身世所知不多，只知道他的父親是個失意的讀書人。童年時的孫一奎曾在地方的學校讀書，據後人的描述，此時的他「以機穎俊爽著，比受《易》，了了昭為大義，塾師殊異之」⁶，足見十分具有讀書的天份。不論這種記敘是否有溢美之嫌，此後孫一奎確實持續鑽研《易經》。而且，也許是追隨醫學前輩朱震亨(1281—1358)的儒醫典範，孫一奎將醫學結合於《易經》的義理，並宣稱：「不知《易》者，不足以言太醫。」⁷即便有這般天份，孫一奎與仕途卻是漸行漸遠。

十五歲左右，孫一奎被父親派往浙江一帶，與堂兄學習經商。這段經歷成為他人生中的轉折點。在浙江，他遇見一名通醫之異人。此人宣稱自己握有靈藥禁方，只待遇見有緣人，就要將秘密傳授出去，而他正看上孫一奎的天份。他於是告訴後者，若能好好研讀他手上的醫籍，不僅可以自保，還可以救人，「所就匪直一手一足烈矣，何必劬劬奔走，齷齪籌計為哉！」⁸孫一奎顯然被這番話打動，決心轉往醫業。回到家後，孫一奎詢問父親的意見，父親鼓勵他說：「醫何不可為也？良醫濟施與良相同博比眾，又何論良賈！」⁹

孫一奎從醫的路上，父親不是第一次扮演推手的角色。據孫一奎自稱，他幼年時之所以會對醫學萌發興趣，正是來自父親體弱的刺激。原來，孫一奎的父親因為長期在科考失利，鬱鬱不得志，導致身體虛弱。孫一奎看在眼裡，早有親自為父親療病的想法，只恨未得一身醫技。既然宋代理學宗師程頤早就說過：「病臥於床，委之庸醫，比之不慈不孝，事親者亦不可不知醫。」¹⁰那麼，從醫不僅可以救生，還可以是孝道的另類實

⁴ 關於孫一奎的著作與學術思想，見張玉才，〈孫一奎生平、著作及學術思想初探〉，《安徽中醫學院學報》，5.2（1986）：16。

⁵ 孫一奎，《赤水玄珠》（收入韓學杰、張印生主編，《孫一奎醫學全書》〔北京：中國中醫藥出版社，1999〕），〈敘醫旨緒餘〉，頁6。

⁶ 孫一奎，《醫旨緒餘》（收入《孫一奎醫學全書》），頁642，此處標點稍有修改。另見《赤水玄珠》，〈自序〉，頁13。

⁷ 《醫旨緒餘》，頁648。費俠莉指出，朱震亨的醫學修辭很明顯地是比附宋明理學的用詞，見Charlotte Furth, “The Physician as Philosopher of the Way: Zhu Zhenheng (1282-1358),” *Harvard Journal of Asiatic Studies* 66.2(2006): 423-459.

⁸ 《赤水玄珠》，〈自序〉，頁13。

⁹ 《醫旨緒餘》，〈醫旨緒餘序〉，頁643。

¹⁰ (宋)朱熹編，《近思錄》(臺北：商務印書館，1991)，頁194。

踐。對孫一奎而言，商賈事業既然地位鄙下而且奔波辛勞，醫業顯然是更好的職業選擇。

從上列孫一奎的自述中，一個棄商從醫，又心懷儒業的形象躍然紙上。但從另一份文本，我們卻看到一個不盡相同，甚至有所衝突的敘述。這份出自孫一奎同鄉程巨源之手的書序，收錄在孫一奎的著作《醫旨緒餘》之前。其中記敘其從醫因緣的文字，大致與上述故事雷同。惟程巨源寫道，孫一奎獲得禁方，回家成功治癒了父親的病後，竟欣喜地說：「吾何苦事儒耶！要以顯親寧親，儒、醫等耳。」¹¹在眾多關於孫一奎的文字中，這無疑是極特殊的一段。程巨源的本意自不是在貶低孫一奎的行醫動機，但卻在無意中洩漏了有趣的訊息。看來，當孫一奎決心以醫為業時，心中的感覺更像是放下了重擔，因為他終於從激烈的科考競爭中退出。¹²而所謂「顯親寧親，儒醫等耳」，更顯示無論習儒或從醫，如何光耀祖宗、供養父母，還是他最初的動機與考量。

我們因此可以思考，在表面的「儒醫」形象之下，孫一奎的內在生命其實包含了不同的質素。他在儒、醫、商三者間的徘徊只是其中一端，孫一奎與道教的關係也頗為曖昧，如他自號「生生子」就具有道家色彩，而《赤水玄珠》一書的書名來自《莊子》中關於黃帝的傳說，¹³該書所收錄的第一篇序言也是由一位生平不詳的「羅浮道人」所撰。¹⁴明末是儒釋道三教合一潮流的高峰，¹⁵孫一奎會游移於不同的知識傳統間也因此不難理解。只是在相關的文獻與醫史論述中，這些非儒醫的面向逐漸從孫一奎生命歷史中淡化甚至削減，最後形成了一個相對純粹而單面的儒醫形象。¹⁶

¹¹ 《醫旨緒餘》，〈醫旨緒餘序三〉，頁 643。

¹² 何炳棣的研究用數字提供了科舉激烈競爭的圖像，Ping-ti Ho, *The Ladder of Success in Imperial China: Aspects of Social Mobility, 1368-1911* (New York: Columbia University Press, 1976)，艾爾曼 (Benjamin Elman) 進一步描繪競爭下考生的焦慮心理，見 Benjamin A. Elman, *A Cultural History of Civil Examinations in Late Imperial China* (Berkeley: University of California Press, 2000), pp. 295-370；另參見余英時，〈士商互動與儒學轉向——明清社會史與思想史之一面相〉，收入郝延平、魏秀梅主編，《近世中國之傳統與蛻變——劉廣京院士七十五歲祝壽論文集》(臺北：中央研究院近代史研究所，1998)，上冊，頁 3-52。

¹³ 原文如下：「黃帝遊乎赤水之北，登乎崑崙之丘而南望，還歸，遺其玄珠。使知索之而不得，使離朱索之而不得，使喫詬索之而不得也。乃使象罔，象罔得之。黃帝曰：異哉！象罔乃可以得之乎？」見（清）郭慶藩，王孝魚點校，《莊子集釋》(北京：中華書局，1995)，卷五，頁 414。

¹⁴ 《赤水玄珠》，頁 3。此人很可能就是傳授孫一奎醫術之人。該篇序言開頭寫道：「蓋謂三五之道，非人不傳，而非人之至者，尤不得其傳。……我心思若人亦久已矣。」與孫一奎的自序的描述有互相呼應之處。不過文章中雖然顯示羅浮道人是以師長的身份寫序，卻未必是孫一奎學醫的啟蒙之師。

¹⁵ Timothy Brook, “Rethinking Syncretism: The Unity of the Three Teachings and Their Joint Worship in Late-Imperial China,” *Journal of Chinese Religions* 21(Fall 1993): 13-44.

¹⁶ 關於醫史書寫與近世儒醫形象的形成，見祝平一，〈宋、明之際的醫史與「儒醫」〉，《中央研究院歷

孫一奎生平行醫的紀錄，被二子與門人編爲《孫文垣醫案》一書。書分五卷，載有驗案三百九十八則。據編者所言，刊行的數量不過佔原稿的十之二三。¹⁷可見本書從撰寫到編纂成書，還經歷編者有意識的選擇。因此，這些文本除了記載孫一奎的生平大略外，也在反映作者與編者塑造孫一奎形象的企圖。¹⁸

決心從醫以後，孫一奎離開家鄉，遠赴廬、浮、沅、湘等地，然後落腳於三吳地區。¹⁹大約自萬曆二年(1574)至二十一年(1593)間，孫一奎活躍於此地，其後又到宜興行醫。當然，孫一奎也曾經在故里徽州行醫。²⁰在這幾個不同的地區，孫一奎所面對的病人群體有顯著差別。在徽州，上門求診的病患大多沒有官銜。孫一奎與他們以兄弟相稱，顯示彼此的身份地位比較接近，也可能是素有交情，其中有不少還是宗族之內的親戚。但在宜興、三吳等地，孫一奎所接待的病患就顯貴的多，孫一奎甚至曾治療南京兵部尙書袁洪溪。²¹醫案中更時常出現帶有文學、孝廉等頭銜的患者。這類頭銜對應的實際身分，不過是一般的生員或舉人，只能算中低階層的小文人。但孫一奎不厭其煩地紀錄他們的虛銜，既是藉此自我宣傳，也反映他個人對於儒生或士人身份的欲望投射。

初到三吳之時，孫一奎不過是個藉藉無聞的小子。他之所以到西吳地區行醫，肇始於宗族內的長輩邀請他爲友朋療病。孫一奎在多方考慮後，接受了邀約。²²同年仲秋，西吳地區「瘡子盛行」，據孫一奎自稱，他在三月內治癒了男婦嬰孩共七十二人，這些人大多來自地方望族沈氏。在這三個月中，他也因而結識了其族內顯貴大中丞沈桐。²³

孫一奎與地方士人的友誼，大多建立在這種醫者與病患的關係之上，而他在江南地區的名聲與人際網路，亦是如此逐步累積。在孫一奎救活了沈姓一族七十餘人後，沈桐便爲他撰寫了一篇文情並茂的頌揚之文，內中盛讚孫一奎之醫術與醫德，又稱「孫君所詣，千金不足爲其重」。²⁴另一位患有痛風的孫行人，在經孫一奎妙手診治後，也報之以

¹⁷ 史語言研究所集刊》77.3 (2006) : 401-449。

¹⁸ (明)《孫文垣醫案》(收入《孫一奎醫學全書》)，〈凡例〉，頁 724。

¹⁹ Judith T. Zeitlin, "The Literary Fashioning of Medical Authority."

²⁰ 李濟仁編，《新安名醫考》(合肥：安徽科學技術出版社，1990)，頁 123。

²¹ 不過從現存的資料中，我們無法確知孫一奎待在徽州的時間。

²² 《孫文垣醫案》，卷二，頁 774。

²³ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 735。

²⁴ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 735-736。

文。²⁵種種饋贈文字最後都收在孫文垣醫案之前，斑斑可考，孫一奎的晚輩寫道：「家君生平為縉紳巨閥學士通人相延致，而折節相報者甚眾。乃以歲久，而僅十一於千百爾。因檢附之梓，以徵一時之良遇。」²⁶對棄儒從醫的孫一奎而言，士人的背書是他醫療事業的最佳宣傳，也給他躋身文人圈子的感受。

值得注意的是，當孫一奎與地方土人熱切來往，他與家鄉或異地的其他醫生，關係反而顯得淡薄。會出現在他醫案中的醫者，多半是負面形象。而孫一奎也不避諱指名道姓地批評其他醫者，如他寫道：「參軍程方塘翁……臥床褥三年。吳中溪視為虛而用虎潛丸；吳渤海視為寒而用大副子、月桂、鹿茸。徐東皋認為濕；周嶠認為血虛；張甲認為風；李乙認為歷節，百治不瘳。」²⁷這數名醫者雖對病情各有判斷，卻沒有一人能準確地抓出病因，醫術大概不甚理想，彷彿是孫一奎高明醫術的襯托和對照。

另一方面，為《孫文垣醫案》寫序的作者中，沒有人是以醫者身份發言。而孫一奎在與地方土人的交往過程中，也不刻意突顯他個人所受的醫學傳承。其實，孫一奎是明代徽州大醫家汪機的再傳弟子，²⁸但在土人贈語中，從未有人以此恭維孫一奎，只有他自己曾在醫案中略為提及。²⁹此外，孫一奎固然追求「儒醫」的形象，但這種認同所投射的往往是上古或前代名醫，而非同時代的醫者。³⁰換言之，儒醫只能算是醫者的共同目標，卻未能成為共享的身份。相較於現代醫者們組織各種專業團體，並為彼此的專業互相背書，³¹孫一奎的世界中就缺少一份醫者的群體感。³²

除了文章交換之外，土人間彼此的交往也拓展了孫一奎的客源。當他在沈氏一家建

²⁵ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 736。

²⁶ 《孫文垣醫案》，〈凡例〉，頁 724。

²⁷ 《孫文垣醫案》，卷三，頁 782。

²⁸ 李濟仁編，《新安名醫考》，頁 122-123。

²⁹ 《孫文垣醫案》，卷三，頁 146。

³⁰ 比如在《赤水玄珠》的一篇序中，就提到：「一難言哉！自周秦迄今，以是樹門戶者，奚啻十百千萬，和緩、越人、叔和、仲景、倉公、伯仁、丹溪數公之外，聊聊無聞。」見頁 5。而孫一奎對同世代的醫者反而抱持的負面的態度。張哲嘉就發現孫一奎在醫案中所提到的「欽醫」一詞，不但沒有群體的認同感，反而都是指涉劣醫。見張哲嘉，〈明清江南的醫學集團〉，頁 267，註 54。

³¹ 雷祥麟指出，民國中西醫論爭時期刺激了中醫師的群體意識。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〉，收入李建民編，《生命與醫療》（北京：中國大百科全書出版社，2005），頁 483。

³² 我的想法因此跟趙元玲（Chao Yuan-ling）和 Joanna Grant 有些差異。趙元玲認為明清蘇州的醫生出現專業化的傾向，這表現在他們作為儒醫的認同感。而 Joanna Grant 則認為汪機的例子也可以符合這樣的描述。見 Yuan-ling Chao, “Medicine and Society in Late Imperial China: A Study of Physicians in Suzhou” (Ph.D. diss., UCLA, 1995), pp. 251-260; Joanna Grant, *A Chinese Physician*, pp. 38-39.

立起初步的醫名後，沈桐兒子的同學張後渠也找上門來。緊接著在沈桐家中擔任家庭教師的吳九宜，又把孫一奎介紹給另一位友人。³³而孫一奎在友人程道吾的家中行醫時，程的親友程方塘和吳西源更先後前來求診。³⁴換言之，他在異地的人際關係，成為他與病人建立關係的重要基礎。

當孫一奎進入一個大家庭，他往往也扮演全科醫師的角色，家中男女老少的病痛一手包辦。如他為周鳳亭治癒了溼熱壅滯的病後，又接連看了其子周采石及其六歲孫女的疫疾。³⁵孫一奎的病人潘見所就在一封信中寫道：「不肖垂殘餘息，乃至有此時者，足下再生之也。且小兒又蒙乳劑，小女舍親俱賴國手，此生此德，其何以報之！」³⁶孫一奎的全科醫生形象有其古典根源。戰國時期的名醫扁鵲，據說是「過邯鄲，聞貴婦人，即為帶下醫；聞周人愛老人，即為耳目痹醫；來咸陽，聞秦人愛小兒，即為小兒醫；隨俗為變。」³⁷早在孫一奎初到三吳之際，就有患者恭維他能「隨俗而變」。³⁸也因此，孫一奎雖然身為男性，又並非專門婦科醫者，但他筆下仍紀錄了許多為女性病患看診的過程，包括年紀較長的老夫人，年輕一些的女性，當然還有女童。而他的所負責的病情，除了一般的頭痛、眩暈、便血等問題，也有性別色彩比較強烈的帶下、白濁等問題，甚至他還曾治癒兩名女性羞於啓齒的隱疾。在所有留存下的案例中，至少就有一百七十九例是女性患者，幾乎佔了一半人數。男女之別對孫一奎的診療似乎沒有構成特別的障礙。³⁹

除了男眷女眷外，家中的長工奴僕也是孫一奎診治的對象，以三吳董潯陽為例，不僅他本人和媳婦曾給孫一奎看過病，就連他最喜愛的廚師患了痢疾，也是求助於孫一奎。換言之，孫一奎的客群雖以土人為主，但卻也不限於此。除了上述的奴僕之外，他也曾經看過妓女、商人等等。⁴⁰這些患者雖非屬土人階層，但或許還有一定的經濟能力，一名染匠為了替妻子求醫，就特地雇了艘船來拜訪孫一奎，如此手筆恐怕不是一般的貧

³³ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 736, 748。

³⁴ 《孫文垣醫案》，卷三，頁 782-784。

³⁵ 《孫文垣醫案》，卷二，頁 770-771。

³⁶ 《孫文垣醫案》，〈諸縉紳名家贈文〉，頁 723。

³⁷ 《史記》，卷一百五，〈扁鵲倉公列傳第四十五〉，頁 2794。

³⁸ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 735。

³⁹ 在汪機《石山醫案》109 個病案中，共有 41 個病人是女性，佔百分之三十八。Joanna Grant 認為仍是顯著較少，表示女性患者還是偏好女性醫者。但我認為其實已經不少。Joanna Grant, *A Chinese Physician*, pp. 105-111.

⁴⁰ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 746-747；卷二，頁 774, 777。

民所能負擔的。一個特別的例子是徽州的葉子黑，他在遇上孫一奎的時候已經是「家事囊乏」，無力為他染病的妻子求醫，甚至連喪葬事務之費，都得由鄰里捐款協助。最後還是孫一奎出面，勸鄰里朋友將原本用來助殯之費挪以購買人參等貴藥，才救了該婦一命。⁴¹

孫一奎很能代表明清徽州的某一種類型的醫家。這群醫者在學成之後就出外行醫，在異地逐步拓展起自己的名望。他們與地方的士人搭架起友誼網路，進而建立成功的醫療事業。⁴²生活時代比孫一奎稍晚的程茂先是另一個有趣的例子，他來自徽州最富裕的歙縣，並在江、浙、徐、揚等地行醫二十餘年。程茂先平生只留下一部篇幅不長、流傳不廣的醫案，這部醫案刊行於明崇禎五年(1632)，或許因為緊接而來的戰亂，導致《程茂先醫案》幾乎要消失於歷史洪流之中。⁴³

明清兩代，揚州聚集了不少來自徽州的醫者，反倒是出身揚州本地的醫者人數較少。十八世紀著名的《揚州畫舫錄》就明白載記著「揚州醫學罕見」，作者李斗數來算去，揚州本地的好醫生也不過就七、八人。⁴⁴這或也提供了離鄉背井的新安醫家，一個大顯身手的舞台。

徽州醫家之所以選擇來到揚州，自然與徽州商幫有一定關係。在晚明到盛清這段時間，揚州成為歙縣商人的聚集地，對於初到異地的醫家而言，這些同鄉的人際關係很可能在他們尚未站穩腳步前，提供必要的協助。就如同那些出外的商人一般，在異地透過同鄉情誼或虛擬的血緣關係，而支撐起人際網路。因此，新安醫家在江南地區的分布，也就與商人的勢力範圍交疊著。許多來自歙縣的醫家，和同鄉程茂先一樣落腳於維揚⁴⁵；至於像孫一奎這樣出身休寧的醫者，則以蘇州地區為行醫的據點——明清時期，在此地經營的新安商人主要來自休寧和婺源。⁴⁶

⁴¹ 《孫文垣醫案》，卷二，頁 771。

⁴² 借用社會理論的術語，這可以是醫者社會資本（social capital）的累積。參見林南(Lin Nan)，張磊譯，《社會資本：關於社會的結構與行動的理論》（上海：上海人民出版社，2005）。本文結論對此另有討論。

⁴³ 《程茂先醫案》，〈自序〉，頁 4；Charlotte Furth, *A Flourishing Yin*, pp. 226-227.

⁴⁴ (清)李斗，《揚州畫舫錄》（北京：中華書局，1960），卷二，頁 56。

⁴⁵ 張玉才列舉明清曾到揚州行醫的徽州醫家，包括明代的史謀、羅周彥、程茂先、程應旄，清代的程林、鄭重光、吳楚、汪廷元、王勛、葉支鏞，其中除了史謀來自黟縣外，其餘醫家全都來自歙縣，見張玉才，〈明清時期徽人在揚州的醫事活動及影響〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》6.9(2000): 62-64。

⁴⁶ 來自休寧的汪道昆說其故里：「歙之西，故以賈起富，其傾縣者稱三吳。」(明)汪道昆，《太函集》

對後代醫史家而言，程茂先的知名度和重要性可能都比不上孫一奎。但在他的時代，程茂先確實也在揚州擁有一番事業。和孫一奎相仿的是，程茂先也結交了許多地方上的士人，並為他個人的醫案換來數篇序跋文字。不過，他與文人情誼不僅止於單純醫生與病人的關係，而有更深入的交往。程茂先的友人汪逸與汪洋二人曾在揚州城西北聚集文會，和當代大多數文會一樣，參與的人物以交換彼此詩詞為樂。汪逸和汪洋也來自徽州，可能出於同鄉情誼，他們也邀請程茂先加入文會。後者才思敏捷，很快就獲得會中文友的讚賞。眾人飲觴唱和之際，程茂先也會拿出自己的醫案，展示於朋友面前，既是尋求意見，又是自我宣傳。⁴⁷這個例子展現明清醫者對於文人生活的追求，但也顯示，醫者參與文人的友誼網路，除了純然享樂外，也能對自身的醫療事業有所助益。

程茂先雖然在揚州待了二十餘年，也成功融入揚州地方的文人社群，但他始終保持一種「異鄉人」的姿態。如他說江北之人「原畏參芪，如畏蛇蠍」，但徽州地區的醫家卻正好喜用人參與黃芪等熱藥。這一點讓程茂先在揚州受到了不少攻評，原來他的競爭對手們，「每見用參，因而媒孽其短，從中詆毀，迎合主人。」⁴⁸揚州這種以寒涼為主的用藥風氣可能延續到清代以後，一百年以後來到揚州的鄭重光，就同樣被病家質疑方中的人參、附子等藥太過辛熱，不宜服用。⁴⁹值得注意的是，在徽州本地，醫者也時常碰上病人不願服參的狀況。根據時人記載，明中葉以後，徽州才建立以人參黃芪等藥為治療主軸的醫學傳統。⁵⁰明清江南的用藥風氣，是否真有區域性的差異（如揚州和徽州相對於蘇州），還有待進一步的研究。⁵¹但從程茂先的發言看來，他顯然從不同的用藥習慣上，認知到自己外來者的身份。

醫與儒的矛盾

(合肥：黃山書社，2004），卷五十四，〈明故處士谿陽吳長公墓誌銘〉，頁1142。休寧以布商為主，婺源商人則經營茶葉和木業，見范金民，〈明清時期活躍於蘇州的外地商人〉，《中國社會經濟史研究》，1989.4：39-46。

⁴⁷ 《程茂先醫案》，〈汪序〉，頁2。

⁴⁸ 《程茂先醫案》，卷一，頁22。

⁴⁹ (清)鄭重光，《素圃醫案》(收入《新安醫籍叢刊·醫案醫話卷》，第2冊)，卷一，頁18、20-21。

⁵⁰ 《太函集》，卷三十一，〈世醫吳洋吳橋傳〉，頁660。

⁵¹ 蔣竹山指出，清中葉以後，服參的風氣尤其流行在江南一帶。蔣竹山，〈「非參不治、服必萬全」：清代人參與江南溫補文化〉，《中國社會歷史評論》8 (2007)：114-127。他並未明白區別江南內部的差異，但文中所引用的醫家大多來自蘇州。

生活於清順治康熙年間的吳楚，行醫生涯與上面兩位醫者有些許不同。他畢生主要的活動區域在徽州本地，只曾短暫至江浙等地遊覽行醫。吳楚的先祖是萬曆隆慶年間歙縣著名的醫家吳正倫，叔祖則是著有《內經注》、《醫方考》等書的吳昆(1551—1620)。但傳至吳楚的世代，家族中已無專門習醫之人。大部分的子孫，包括吳楚在內，均轉以讀書為業。康熙十年(1671)，吳楚的祖母染上重病，家中竟找不到通醫之人，只能求助他醫。但外頭找來的醫生面對病患卻是手足無措。據吳楚自述，眾人束手無策之際，他翻出先祖遺留下來的醫書，徹夜苦讀。一晝夜之後，稍有心得，遂大膽開方，結果竟然奏效，治癒了祖母之病。⁵²吳楚的習醫因緣或要讓我們想起孫一奎。對他們而言，家中長輩之疾成為行醫的契機與動機，也為他們踏入醫業提供正當的理由。

吳楚身後留下兩部卷帙浩繁的醫案，分別名之為《醫驗錄初集》和《醫驗錄二集》。書中醫案以時間為序，依次編排。我們對吳楚確實的生卒年並不確知，但他的第一則醫案始於康熙十年(1671)，最後一則醫案終於康熙四十二年(1703)，可知他的執醫生涯至少延續三十二年。⁵³其中幾乎年年都有紀錄，唯有從第一則病案到第二則病案間，間隔了四年時間，這中間的闕漏是由於吳楚沒有治療的紀錄，或是缺乏值得出版的驗案，就不得而知。

大體而言，醫案中的吳楚是個地方型的醫者。他的病患多來自歙縣的鄉里，如雄村、岩鎮、潛口等地。偶爾也有患者從鄰近的休寧、績溪等外縣趕來求診，表示吳楚的名聲不以歙縣為限，但也不出徽州地區。他所面對的病患大多是徽州地區的小人物，這些人不像在孫一奎醫案中有著眾多虛銜，《醫驗錄》也沒有滿佈著文人贈語的妝點，反倒是反映了他與地方的關係。在兩部醫案中，除了汪舟、汪溥二人之外，其餘為其寫序之人——包括許維楫、王紳、胡作梅、汪土鋐——均署名吳楚的家眷弟或家眷姻弟，顯見他們與吳楚的關係是建立於宗族和姻親之上。⁵⁴當然，這些序言作者也不忘稱讚吳楚是「儒

⁵² (清)吳楚，《醫驗錄初集》(收入《新安醫籍叢刊·醫案醫話卷》[合肥：安徽科學技術出版社，1993]，第2冊)，卷上，頁17-18。

⁵³ 《醫驗錄初集》，卷上，頁17；吳楚，《醫驗錄二集》(收入《新安醫籍叢刊·醫案醫話卷》，第2冊)，卷二，頁124。

⁵⁴ 《醫驗錄初集》，頁1-5；《醫驗錄二集》，頁1-5。

者」，而且能「讀書之大義，不落小儒章句」，又說他「儒爲明儒，斯爲明醫」。⁵⁵

不過吳楚自稱，這兩部醫案的功能猶如明末流行的「功過格」，是用以檢驗自身的日記。⁵⁶「功過格」所具有的道教色彩，⁵⁷隱約透漏出吳楚與後者的關係。此外，吳楚在醫案前錄有「蘭叢十戒」，其中用詞又顯示佛教的影響，如他援引佛教的眾生平等觀，告誡醫者對病家應該不論貧富貴賤，一視同仁。而催促他將這十戒加以印行的朋友，更說「使人同守此菩薩戒，即同證無上菩提，豈非滅度無量無邊之大願力，奈何秘之枕中，而猶存人我相耶？」⁵⁸就這一點而言，吳楚又要讓人想到孫一奎：他們同處三教合一的浪潮中，因此毫無窒礙地遊走儒道佛三者間。只是他們與後兩者的關係往往隱晦，掩蓋在重重文字迷霧中，一閃即逝，遠不如儒醫的形象鮮明而突出。

康熙二十年(1681)，吳楚在投身醫業十年後，應眾人之請，正式懸壺於門。⁵⁹這個動作的象徵意義頗值得推敲。因為早在懸壺之前，吳楚就已經為許多人看過診。康熙十五年(1676)，吳楚借宿於歙縣潛溪地方友人家中時，就有僕人慕名而來求診，顯示此前他已經在地方上小有名氣。⁶⁰那麼懸壺之舉，是否代表吳楚決定全心投入醫業，成為一個專職的醫者？答案似乎也非如此。因為綜觀兩部醫案，吳楚對於科考的興趣竟是未嘗或已。

康熙十八年(1679)，吳楚和同鄉前輩程茂先一樣來到揚州，卻不是為了經營自己的醫療事業。正好相反，他打算在此「習靜課徒，屏絕醫事」。只是，患病的朋友仍不斷找上吳楚，讓他不能專心於儒業。⁶¹康熙二十年七月，吳楚遠赴省城應試，但剛到下榻之處，老友汪廣澄便趕來求診，擔心自己會因病誤了考試。結果，汪廣澄的病得以痊癒，吳楚本人卻要「落魄歸里」。⁶²

有趣的是，即便在正式懸壺以後，吳楚也未能忘心於科考。而他雖然數次想要閉關

⁵⁵ 《醫驗錄初集》，〈汪序〉，頁 2-3。

⁵⁶ 《醫驗錄初集》，〈凡例〉，頁 8。

⁵⁷ Cynthia J. Brokaw, *The Ledgers of Merit and Demerit: Social Change and Moral Order in Late Imperial China* (Princeton: Princeton University Press, 1991).

⁵⁸ 《醫驗錄初集》，〈蘭叢十戒〉，頁 10-11。關於蘭叢十戒的討論，詳下。

⁵⁹ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 47。

⁶⁰ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 21。

⁶¹ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 26。

⁶² 《醫驗錄初集》，卷上，頁 41。

讀書，希望一舉成名，卻始終未能如願。爲人看診可能耗費相當的時間與精力，讓吳楚不得不從儒業中分心。康熙二十一年(1682)冬天，吳楚族內一位四十歲的婦女，因爲連續生育十餘胎，身體虛弱。她的家人原已延請數位醫者加以調治，孰料病情卻日益加重，幾近殆矣。隔年正月，吳楚受人之託前往看診，經過一個多月的診治，病人終於康復。但痊癒不久，病人又因爲染上風寒而再次找上吳楚。這次診療又花費十餘天，但就在大病將癒之際，病人竟另請醫者接手。即便吳楚費盡唇舌爲自己的療法辯護，依舊未能獲得信任，只得暫時離開。十餘日後，病家回頭找上吳楚，懇求他出手救治，原來是病人的病情再次轉劇。這次吳楚終於得以專任，獨力爲病人調養。七月初旬，吳楚因爲當年度科考時間已到，終於離開。⁶³單看此一病人，便以斷斷續續耗去吳楚半年的時間，而在同一時間——康熙二十二年(1683)正月至六月間——吳楚至少還看過九個人的病，無怪乎他根本無暇準備考試。⁶⁴有次他就不禁抱怨自己「千里來應試，費盡錢穀，受盡辛苦」，結果卻是「終日碌碌爲人治病，曾不得刻暇自己溫習」，簡直是「捨己田而耘他人之田」。

65

康熙二十二年，吳楚認爲自己「久疏筆硯」，遂「邀諸友會客於且然居」。即便好友汪賓咸前來求診，他也是百般迴避，但最後依然在考場失利。⁶⁶隔年，吳楚又一次落第而歸，這次連他父親都不禁要責備他荒廢正業。失意的吳楚也只得安慰自己，「得以多造數命，足愜私衷，至於功名自有定分，多費時日，荒蕪正業，不足致憾也。」⁶⁷

近世中國的「儒醫」傳統，已經吸引不少學者的目光。⁶⁸但醫與儒的微妙關係，仍有值得深思和細繹的空間，尤其值得觀察的是，儒醫理想如何體現於不同醫者身上。對孫一奎和程茂先來說，儒與醫的結合，不只是抽象的追求，還具有實際的效果。他們可以藉著與士人的交往，進而拓展自己的醫療事業。吳楚卻讓我們看到儒業與醫業的內在緊張性：當醫者投入過多精力於醫療事業之上，必然會排擠原有讀書的時間。但士人形

⁶³ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 97-105。

⁶⁴ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 79-91。

⁶⁵ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 113。

⁶⁶ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 79。

⁶⁷ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 97。

⁶⁸ 如陳元朋，《兩宋的「尚醫士人」與「儒醫」：兼論其在金元的流變》，(臺北：國立臺灣大學出版委員會，1997)；Robert P. Hymes, “Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan,” *Chinese Science* 8 (1987): 9-76；祝平一，〈宋、明之際的醫史與「儒醫」〉；Charlotte Furth, “The Physician as Philosopher of the Way.”

象既然是醫者追求的最高理想，那麼即使是吳楚這般有一技之長且成名已久的醫家，仍不免要爲了中舉而反反覆覆煎熬。

如果說孫一奎用他自己的方式，成功地將醫業轉化爲儒業的另類實踐，並建立起一套一致的自我形象與生活型態，那麼吳楚顯然就還陷在儒與醫的尷尬關係中。比起孫一奎，吳楚在心態上更像一個業餘的醫者，他對於失敗的儒業始終抱著一絲歉疚感。而醫業固然佔去了他大多數的生命歲月，卻也始終未能被認定爲「正業」，頂多被用來正當化他在儒業上的挫折。我們或要問，吳楚何不放棄乾脆醫業，專心投身科考？這個問題指向醫業在吳楚生命中的位置，要回答這個問題，必須進一步考察醫者生命史中的其他面向。

第二節 醫者的競爭：內科與專科

前一節中，我們目睹了醫者建立其醫療事業的歷程。乍看之下，這是一段成功的光榮故事。不管是由於醫技過人或是其他因素，他們的執業生涯似乎頗爲順遂。但這些名聲顯赫的醫者，在行醫的過程中，也可能遭受到不少的挑戰與競爭。孫一奎所在的蘇州已是名醫薈萃，⁶⁹而明清的中央政府對地方上的醫者既沒有採取積極的認證措施，也沒有統一的訓練歷程，各式各樣的醫療者更得以任意而行。⁷⁰這是一個開放而多元的市場，也是一個缺乏管制的市場。當時的人已經察覺到醫學中良莠不齊、眾說紛紜的景況，爲徐春圃(1520—1596)《古今醫統大全》寫序的余孟麟就說醫界中「人各師其見，家各顛其方。辭說叢衍則譯導難，簡牘浩汗則裒稽難。」⁷¹對《傷寒論》素有研究的新安醫家方有執(1523—1593)更批評：

⁶⁹ 明代文人顧清(1460—1528)就說：「吳中自宋來多名醫，至國朝尤盛。」見顧清，《東江家藏集》(收入《景印文淵閣四庫全書》[臺北：臺灣商務印書館，1983]第1261冊)，卷4，〈贈醫士陳世文序〉，頁299。另見 Yuan-ling Chao, "Medicine and Society in Late Imperial China," pp. 150-184.

⁷⁰ 就算明初曾經延續前朝，經營一些地方上的公共醫療機構，但明中葉以後也大多荒廢。梁其姿，〈明代社會中的醫藥〉，《法國漢學》，第六輯（北京：中華書店，2002），頁345-361；Angela K. Leung, "Organized medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangtze Region," *Late Imperial China* 8.1(1987): 134-166.

⁷¹ (明)徐春圃，《古今醫統大全》(據明嘉靖三十六年刊本，收入《新安醫籍叢刊》[合肥：安徽科學技術出版社，1995])，上冊，〈序例〉，頁5。

其務於阿世媚俗，而以賣為事者，則藉口於調胃補虛以悅人，其好為索隱行怪而以詭炫售者，則又放言謂通仙如神以自誕，矜方玩法，析治分科，以相嫌隙。⁷²

對於方有執這一類的醫者而言，研讀經典，恪遵儒家之道才是醫業正途。

面對混亂的醫療市場，也有醫家企圖為己業立下行爲規範，吳楚就是其中之一。我們前面曾經提到吳楚的「蘭叢十戒」，而在《醫驗錄二集》中，他又撰有「醫醫十病」。透過這些文字，吳楚意在提出他對醫界的不滿和批判。他的描述或許帶有偏見，但我們也不妨將其視為一名醫者對當代醫界的觀察和紀錄，進而看見醫者在高度競爭之下產生的互動。比如吳楚提到，有些醫者心存嫉妒，時常批評同業，甚至帶著恐嚇的口吻，要求病家不得服用其他醫者的藥方。⁷³在一些名醫傳記中，我們確實也看到他們因為太受病家歡迎，而招來不少毀謗之詞。⁷⁴可見醫者間的競爭不僅激烈，還可能流於惡質。

既然曲高和寡，道高謗多，有些醫者就選擇隨波逐流。吳楚說這些人全無主見，只會附和流行的治法，「群尚輕浮，我亦如之；群尚清降，我亦如之；群尚平守，我亦如之。」但既然能夠迎合社會上大多數人的口味，「何患名之不至而利之不歸？」⁷⁵吳楚還寫道，許多「名醫」愛用平和之藥，因為平和之藥雖救不活人，但也醫不死人，名醫不用擔心砸了自己招牌。而身為師傅的「名醫」，也會將這樣的伎倆授予初初入行的弟子。⁷⁶姑不論醫德或醫術的高低優劣，從這些描述我們可知，不同醫者為了在競爭中存活下來，也各自發展出了生存之道。也因此，部份菁英醫家所自命的正統，其實只停留在語言或文字層面。實際行醫經驗中，他們仍不得不面對形形色色醫者的競爭，包括醫術不精的庸醫或俗醫，也包括巫醫、產婆這一類沒有醫者之名，卻行醫者之實的醫療者。

⁷⁷

在眾多的競爭關係中，有個格外微妙的面向是內科與專科的競爭。上一節中，我們所見的幾位醫者，均是以「內科」（或「大方脈」）自居。但在他們的時代，社會上也存

⁷² (明)方有執，《傷寒論條辨》（收入《中國醫學大成續集》[上海：上海科學技術出版社，2000]，第25冊），頁477。

⁷³ 《醫驗錄初集》，〈蘭叢十戒〉，頁12。

⁷⁴ 明代鮑應鰲的《瑞芝山房集》，就記載一位世醫出身的方隱君「醫既精，又多奇驗，用此名益高，附者益眾，有嫉妒者飾誹謠以相訾。」(明)鮑應鰲，《瑞芝山房集》（據明崇禎刊本，收入《四庫禁燬書叢刊》[北京：北京出版社，2000]，集部，第141冊），卷十二，〈方隱君傳〉，頁256。

⁷⁵ 《醫驗錄初集》，〈蘭叢十戒〉，頁15-16。

⁷⁶ 《醫驗錄二集》，〈醫醫十病〉，頁16-18。

⁷⁷ Joanna Grant, *A Chinese Physician*, pp. 97-100。另見本文第三章的討論。

在著許多「析治分科」的專科醫者。⁷⁸生活於萬曆年間的汪道昆，就曾描述當時的徽州是「眾醫棋布，各用所長」，他更明白地紀錄著：「小兒醫丁氏、婦人醫黃氏以接方，里人汪濟川以著論，路萬以辯給，吳玄以縱橫，汪椿用纖，巴深用罔。」⁷⁹汪道昆所提及的醫家，許多已經無稽可考，⁸⁰但他的文字仍反映當時徽州醫療市場中的熱鬧景況。

在內科醫者撰寫的醫案中，我們也時常見到專科的身影。孫一奎曾經治療過一位產後腿痛的婦人。一開始，病家請來專門的婦科醫者診視，並投以八珍湯，但過服藥十日，病情卻愈轉劇烈。孫一奎碰巧遇見婦人的公公，他聽了病情之後判斷是產後敗血所致。但病家對孫一奎的推測似乎不以為然，又找來另一位婦科醫者。這次專科醫者投以十全大補湯，結果疼痛加劇，大發寒熱，腰間還長出了一顆毒瘤。於是又請來另一名外科醫者善後，不料後者看了之後，卻大嘆「不可為也。」至於婦科則宣稱自己只負責胎前產後之疾，外在的毒瘤不在管轄範圍內，打算辭去。這下病家才想起孫一奎而連忙將他迎來。孫一奎不禁感嘆為時已晚，但仍然開了人參、附子等重藥，希望能暫保病人之元氣。這時外科醫者再次從中作梗，不過他的發言已經失去病家信賴，病人按著孫一奎的方子，吃了四帖之後逐漸好轉。事後孫一奎對病家詳加解釋醫理，病家不得不大嘆「專科之不足恃也」。⁸¹

「專科不足恃」是這些內科醫生寫作醫案的基調。萬曆癸巳(1593)年間，孫一奎為一位病人治療頭目紅痛的疾病時，就批評其他專門眼科「局局然守其死法，安知五臟盈虛、陰陽消長，隨時出入哉」，並再次重申「專科者不可恃」的道理。⁸²也有人指出，專科許多陳陳相因的療法，根本上是有問題的。比如當時人們相信產後不得服人參，即便

⁷⁸ 元明時期的官方醫學分為十三科，明代大致繼承元代，分為大方脈、小方脈、婦人、瘡瘍、針灸、眼、口齒、咽喉、傷寒、接骨、金鏹、按摩、祝由等科。清代稍有損益，但大同而小異。見(清)張廷玉等，《明史，職官三》(北京：中華書局，1974)，頁1812；(清)趙爾巽等，《清史稿，職官二》(北京：中華書局，1977)，頁3326。關於傳統中國醫學分科的簡介，參見廖育群，〈中醫各科要義概說〉，鄭培凱主編，《中國科技史的新視野：術數、天文與醫學》(香港：香港城市大學出版社，2003)，頁137-152。

⁷⁹ 《太函集》，卷三十一，〈世醫吳洋吳橋傳〉，頁661。這種現象並非徽州獨有，明代的顧起元(1565—1628)在《客座贅語》中，就對南京的醫界描述如下：「南都正嘉間，醫多名家，乃各技各專一門，無相奪者。如楊守吉之為傷寒科；李氏、姚氏之為產科；周氏之為婦人醫；曾氏之為雜證醫；白驥李氏、刁氏、范氏之為瘡醫；孟氏之為小兒醫；樊氏之為接骨醫；鍾氏之為口齒醫；袁氏之為眼醫，自明其家。」可見當時的南京也是擁有一個相當熱鬧而分期的醫療市場。見(明)顧起元，《客座贅語》(北京：中華書局，1987)，頁227。

⁸⁰ 休寧的小兒醫丁海仙是個例外，汪道昆為他另寫了小傳。見《太函集》，卷三十八，〈丁海仙傳〉，頁816。

⁸¹ 《孫文垣醫案》，卷四，頁826。

⁸² 《孫文垣醫案》，卷二，頁766。

產婦虛症百出，女科專門仍堅持用益母、澤蘭、防風、柴胡等藥，吳楚就認為這只會使產婦更加虛弱。⁸³到了十八世紀，寓居揚州的徽州醫者鄭重光，也要在醫案中記下瘍科與外科醫者的識病不清。⁸⁴

儘管這些身為內科的醫案作者反覆強調專科不可恃，病家卻似乎更信賴專科醫生的治療。有回孫一奎族內的女性長輩戴氏，因為患痢而急於求醫。孫一奎雖然與病家素有交情，但因戴氏女兒輩信賴女科「醫博黃氏」而沒有出面。直到戴氏的孫子爾嘉看到祖母病情日益惡化，哀求孫一奎出手時，他才坦承自己非不願幫忙，只怕一開口有詆毀黃氏醫者之嫌，反而招致戴氏女兒們的流言蜚語。他因此感謝爾嘉給他出手救人的機會。只是方才診脈完畢，他便驚覺大事不妙。因為戴氏的病情已急，家中那些不諳醫藥的婦女們卻可能理念不同而阻擾醫療的推行。孫一奎於是要求爾嘉儘快找回他的祖父，也就是戴氏的丈夫，回來主持家務。但戴氏的先生刻正在浙江一帶，如何能即時趕回徽州？爾嘉的朋友建議，不如將黃氏醫者留下，以安定家中婦女之心，再把孫一奎的藥方偽裝成黃醫之劑，讓老太太服下。爾嘉與孫一奎欣然同意，結果果然奏效。只是不明究理的黃氏婦科還認為老太太的康復是自己的功勞，洋洋得意地說：「寒家業醫五代，似此大病也不多見。」直到爾嘉的祖父回來，黃氏才被狼狽地趕走。⁸⁵這故事雖然有個完美結局，內中情節卻讓我們看到孫一奎作為內科醫生的弱勢處境：他竟然得採取「偷渡」的手法，才能遂行自己的醫療。

在孫一奎等人筆下，專科醫生往往醫術不精、墨守成方，缺乏醫者應有的眼界與識見。但醫案中的故事似乎告訴我們：當自命正統的醫者不斷強調內科與專科差異，這種急於區辨他我的動作，正顯示出他們感受來自專科競爭的緊張心理。而我們還要進一步追問：內科與專科之所以彼此傾軋，是否因為他們在醫療觀念、治病手法與身份認同上涇渭分明？或者可能相反，是因為內科與專科之間有太多曖昧重疊的地帶，讓他們更容易身處同樣的醫療空間，反而格外突顯出雙方的競爭關係？

在醫案中，內科醫者的攻擊並非徒託空言，所謂「專科」也並非抽象名詞，因為有時他們具有可供我們辨識的標幟。比如上文中的黃氏婦科，就可能是徽州著名的醫學世

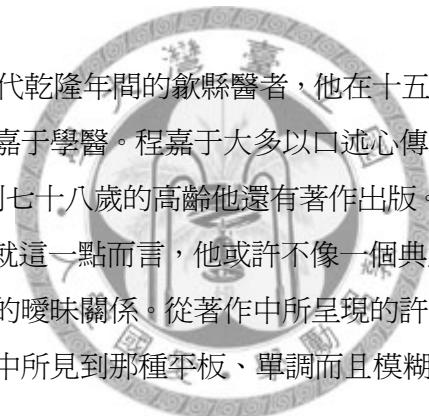
⁸³ 《醫驗錄二集》，卷一，頁 31。

⁸⁴ 《素圃醫案》，卷一，頁 20。

⁸⁵ 《孫文垣醫案》，卷三，頁 788。

家，自宋代以降代代行醫，以女科聞名，並在宋孝宗時被賜「醫博」之名。⁸⁶而在吳楚的醫案，也曾經出現一位「張一帖」，故事中，他因為失察而將受寒成疾的病患誤診為陰症。但實際上張一帖是徽州另一個醫學世家，特別擅長傷寒與腸胃科，據說用方「藥狠力專」。⁸⁷宋代以降，某些專科在醫學中的地位日趨邊緣。⁸⁸但從這些孫一奎等人留下的蛛絲馬跡往前追索，我們卻看到另一群與醫案敘事有所差異的專科形象。在此我要討論兩種地位不盡相同專科醫者：幼科與喉科，從他們為數不多的著作中，見證專科醫者的行醫特色與自我定位。

幼科醫家許豫和



許豫和(1737—?)是清代乾隆年間的歙縣醫者，他在十五歲時因為生病而放棄儒業，轉而從同鄉的幼科世醫程嘉于學醫。程嘉于大多以口述心傳的方式教授醫技，門生許豫和卻是勤於著述，⁸⁹一直到七十八歲的高齡他還有著作出版。⁹⁰許豫和的著作之多，是其他專科醫生難以比擬的。就這一點而言，他或許不像一個典型的專科醫生，但他的例子很能凸顯內科與專科之間的曖昧關係。從著作中所呈現的許豫和，是個複雜而多面的幼科醫者，恰與我們在醫案中所見到那種平板、單調而且模糊的專科形象形成對比。

許豫和終身行醫範圍多不出新安一帶。他在《怡堂散記》中留下了一些簡略的醫案，其中多數的患者是徽州親戚和友朋的兒孫。他很注意各種病疫與風土的關係，因而宣稱：「東南醫家，當知習東南之方，法不同西北。」⁹¹這樣的說法在明清時期固然只是平常的見解，⁹²但許豫和更具體的認識到徽州與其他地區的差異，他自稱：「余生老山

⁸⁶ 見黃孝周、黃熙，《杏林第一枝：新安醫學綻奇葩》(合肥：黃山書社，2000)，頁 78-82。本書作者即為黃氏婦科的後代傳人。

⁸⁷ 李濟仁編，《新安名醫考》，頁 16。

⁸⁸ Angela K. 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.

⁸⁹ 關於許豫和的生平，見何時希，《中國歷代醫家傳錄》(北京：人民衛生出版社，1991)，頁 553。

⁹⁰ (清)許豫和，《怡堂續編》(收入《新安醫籍叢刊·綜合類》[合肥：安徽科學技術出版社，1990])，頁 2。

⁹¹ 《怡堂續編》，頁 3。

⁹² 梁其姿，〈疾病與方土之間——元至清間醫界的看法〉，收入黃克武主編，《第三屆國際漢學會議論文集——性別與醫療》(中央研究院近代史研究所，2002)，頁 165-212。

林，見聞不廣，所治驗者，皆吾歙風土所生之病。」⁹³可惜他並未在醫籍中言明，究竟何謂「吾歙風土所生之病」。⁹⁴

許豫和與許多內科醫家一樣，反對拘泥成方的醫者，並鼓吹閱讀醫經的重要。⁹⁵他認為「若不能讀書，徒恃家傳，賣藥而已。」⁹⁶而且讀書是「《六經》而下，張、劉、朱、李都要匯通。」⁹⁷可見要讀的書還相當不少。而許豫和也確實對醫學理論有些心得，在評論金元以降的醫學發展時，他指出箇中醫學理論的分歧狀態，並宣稱：「薛立齋所治皆王公大人，膏梁味厚之輩……張子和所治多山野藜藿之輩……設以立齋方治藜藿，適足以增病，以子和法治膏梁，三法未畢而氣已絕矣。」⁹⁸

不過，也許是做為幼科醫生的背景和經驗，許豫和也非常重視實作，所以他說「人家子弟欲令學醫，務必從師臨證，道乃可行。」⁹⁹在另一篇名為〈讀經〉的文章中，他也說醫者除了通讀全經外，「粗之大意，即當隨時臨證對症詳經。……若徒恃經文，雖朝誦夕講，不知隨時印證，茫茫滄海，反有望洋之嘆！」尤其特別的是，許豫和並不排斥許多明清內科醫生不願施行的針灸與按摩，¹⁰⁰甚至還曾經至蘇州向前輩尤松年學習。¹⁰¹他也將針灸與讀經二事連結起來，進而表示：「讀經而講習針灸，則以《靈》、《素》為主，而《甲乙》佐之。」¹⁰²換言之，就算是學習針灸這樣專技性的醫療手法，也要熟悉相關的醫學典籍。

幼科醫者許豫和與一般內科醫生，在醫者養成的觀點上其實大同而小異。至於就實際的治療而言，雙方也是異中有同。比如在診病時，許豫和與內科醫生一樣重視把脈，因為幼科傳統上素有「小方脈」之名，這當然讓幼科與內科（大方脈）之間的分野不那

⁹³ (清)許豫和，《怡堂散記》(收入《新安醫籍叢刊·綜合類》[合肥：安徽科學技術出版社，1990])，卷上，頁30。

⁹⁴ 關於許豫和的幼科理論，初步的討論見洪必良，〈許豫和兒科學術思想窺略〉，《安徽中醫學院學報》6.4 (1987)：23-25。中央研究院近史所熊秉真教授目前也在研究許豫和的兒科思想和實踐，不久內應會有成果出現。

⁹⁵ 《怡堂散記》，卷上，頁29。

⁹⁶ 《散記續編》，頁12。

⁹⁷ (清)許豫和，《治驗》(收入《新安醫籍叢刊·綜合類》[合肥：安徽科學技術出版社，1990])，頁24。

⁹⁸ 《怡堂散記》，卷上，頁30。

⁹⁹ 《怡堂散記》，卷上，頁13。

¹⁰⁰ 《怡堂散記》，卷上，頁29。熊秉真指出，明清的幼科其實也傾向多用草藥，少用針灸。見熊秉真，〈幼科的區域特性〉，《幼幼：傳統中國的襁褓之道》(臺北：聯經出版公司公司，1995)，頁35-36。

¹⁰¹ 《怡堂散記》，卷下，65。

¹⁰² 《散記續編》，頁3。

麼明顯。但身爲幼科的許豫和，明顯掌握了一些幼科特有的治病之法，如一般習見以寸口爲取脈之處，但他所受的訓練，是以虎口以取小兒之脈。¹⁰³此外，他也在著作中抄錄了一些針對小兒的丸藥，如爲了適應小兒純陽之體，而將張仲景的八味地黃丸去掉桂枝、附子後所製成的六味丸、¹⁰⁴防止小兒夜晚哭鬧的火花膏、配合人乳服用而能治驚風的青蒿丸等等。¹⁰⁵這些診療方法不少是沿習宋代的幼科傳統，特別是名醫錢乙(1032—1113)的發明。然而在許豫和所留下的驗案中，他倒是不常使用這些幼科的丸藥，而是與內科醫生一樣，以方藥的見機配伍爲主。¹⁰⁶

許豫和的生平告訴我們，他與內科之間的差異，並不像後者所指陳的那麼巨大。無論在醫者養成或是治療手法上，雙方都有類似之處。尤其對閱讀醫經這一點，許豫和與內科醫生可謂所見略同。不過他更喜愛強調自己是理論與經驗並重，故而宣稱：「業醫者畢竟以書本爲體，見識爲用。急症當前，理不及談，藥不及議，全憑見識以爲拯救。醫者意也，此其時也。」¹⁰⁷此外，從許豫和的醫著中，我們也看不到他急於凸顯自己專科醫生獨特身份的意圖，相反地，他也同意「醫之爲藝，實與儒理相通。」¹⁰⁸也就是說，身爲幼科醫生的他，同樣冀望附麗於儒生形象之下。只是他在《怡堂散記》的最後留下這麼一句：「醫是儒家事，儒家未肯兼。」¹⁰⁹這恐怕才點出了儒與醫之間真正的關係。

110

幼科徘徊於專科與內科間的定位，可以與婦科相互參照。當幼科和婦科得以獨立於內科之外時，往往呼應著一個獨立的小兒身體觀或女性身體觀。如此，幼科與婦科方得發展出醫學理論或治療方法的獨特性，並發展成一門「專科」。費俠莉就指出，傳統中國醫學的女性身體觀在宋代發展成熟，而婦科也獨立成爲一門專科。但自明代之後，內科又吸納了婦科，不僅兩性身體觀的差異變得模糊，也導致後者失去獨立性。¹¹¹就如我們在一節所提及的，像孫一奎這樣的男性內科醫者，就不避諱插手婦科事務。雖然當

¹⁰³ 《怡堂散記》，卷上，頁 24。

¹⁰⁴ 《怡堂散記》，卷下，頁 42。

¹⁰⁵ 《怡堂散記》，卷下，頁 48-49。

¹⁰⁶ 《怡堂散記》，卷上，頁 20-21。

¹⁰⁷ 《散記續編》，頁 13-14。

¹⁰⁸ 《散記續編》，頁 14。

¹⁰⁹ 《怡堂散記》，卷下，頁 64。

¹¹⁰ 為吳楚《醫驗錄二集》作序的胡作梅同樣也說：「醫道之隆而世道之幸也。近代視為方伎之術而忽之，士大夫多不習此。」《醫驗錄二集》，〈胡序〉，頁 3。

¹¹¹ Charlotte Furth, *A Flourishing Yin*.

前學界對中國醫學中女性身體觀的誕生始點仍有歧見，¹¹²但從爭論中我們仍得以了解醫學知識版圖的變動，以及婦科與內科間的分化與合流。同樣地，對幼科醫者而言，知識分野的狀況，其實和身份的認同與區別互為表裡。¹¹³換言之，當婦科或幼科可能被吸納或排除在內科內外時，婦科與幼科醫者的身份認同也就隨之游移。

鄭氏喉科

鄭承瀚(1747—1813)和許豫和一樣生活於十八世紀的徽州歙縣，他來自當地一個著名的世醫家庭：鄭氏喉科。鄭承瀚和他的父親鄭梅潤(1727—1787)、祖父鄭于豐(1692—1767)都是以喉科聞名的醫家，他們將自己開業之地取名為「南園」，並自稱為「南園喉科」；而鄭承瀚的叔祖鄭于藩(1694—1765)則領導了另一支「西園喉科」。

像鄭氏這樣的世醫在徽州比比皆是，如歙縣黃氏婦科，或是吳山鋪程氏傷科、蜀口曹氏外科等等。¹¹⁴世醫不一定是專科，來自歙縣的王氏醫學就以內科聞名。¹¹⁵但是專科與世醫的結合，卻有引人側目之處。邱仲麟指出，明代江蘇地區產生了大量的世醫，¹¹⁶這些世醫經常也世襲地方醫官職位，因而讓家族得以獲得身份地位。但明中葉以後，由於捐納制度的出現，世醫家族不能再壟斷醫官一職，發展遂受到侷限。¹¹⁷然而對專科世醫而言，是否成為地方醫官也許不是那麼重要，他們只需要掌握一些特殊的秘方，就可以在醫療市場中佔有一席之地。也因此，許多專科世醫即便缺乏醫官職位的支持，仍可以一直綿延至當代，鄭氏世醫家族就是其中之一。至今鄭氏後代依然在歙縣開業，雖然他們所受的醫學教育已經超越家族訓練，診所內也添購了許多新式醫療器材，但鄭氏世

¹¹² 如李貞德和李建民就對費俠莉的說法提出質疑或修正。見李貞德〈漢唐之間求子醫方試探——兼論婦科濫觴與性別論述〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》68.2 (1997) : 283-367；李建民，〈督脈與中國早期養生實踐——奇經八脈的新研究之二〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》76.2 (2005) : 249-313。

¹¹³ 關於傳統中國幼科早期發展的歷史，見張嘉鳳，〈操行英雄立功差難——晉唐之間小兒醫學的成立與對小兒醫的態度〉，《新史學》16.2 (2005) : 1-46。

¹¹⁴ 關於徽州世醫的初步討論，見童光東，〈論新安醫家家族鍊是新安醫學發展的重要形式〉，《安徽中醫學院學報》10:9 (1990) : 23-26。

¹¹⁵ 黃孝周、黃熙，《杏林第一枝》，頁 69-78。

¹¹⁶ 邱仲麟，〈綿綿瓜瓞——關於明代江蘇世醫的初步考察〉，《中國史學》13 (2003) : 45-67。

¹¹⁷ 邱仲麟，〈明代世醫與府州縣醫學〉，《漢學研究》22.2 (2004) : 327-359。

醫的傳人仍將行醫重心專注於家族傳統：喉科。透過對鄭氏喉科的考察，我們要問的是：當幼科游移於內科與專科的交界時，像喉科這樣的專科醫家，在醫療市場的版圖上又是處於什麼位置？

鄭承瀚的父親鄭梅潤曾經撰寫了一部《重樓玉鑰》，這是中國醫學史上較早的喉科專著。該書分為上下二卷，上卷主要討論喉科的三十六種症狀，並附上各種治療方法，下卷則是以鍼（針）法治療喉科疾病的指南，包括一些便於上手的歌訣。在一般全科著作中，喉科往往只分到五官科中的一小部份，篇幅不會很多，¹¹⁸但在《重樓玉鑰》中我們卻看到這門知識發展出了相當精細的知識，如其中記載的三十六種病名——斗底風、魚鱗風、雙松子、帝中風等等——便是一般內科未能言及的。

鄭氏喉科所使用的療法也自成一家。《重樓玉鑰》中所記載的療法，往往結合鍼法、外敷和內服以及吹藥入喉等幾種。比如對於胸前紅腫而難以吞嚥的「斗底風」一病，書中就記載要「先用角藥加摩風膏少許……次開風路鍼，三吹冰硼散，四用紫地湯。」¹¹⁹而對於滿口成瘡的「咽瘡風」，則要「先用角藥，次開風路鍼，服紫地散，以冰硼散吹之。」¹²⁰鄭氏喉科雖然也有內服之藥，但是整個治療的中心還是以外治為主。這顯然與內科醫家習用的湯藥丸散，有著迥然差異。《重樓玉鑰》還教導人用刀切開患處，而且屢屢出現如「善用鍼刀割不妨」、「善使針刀泡立平」，甚至是「若還不識鍼刀法，患者如何得便瘳。」¹²¹這一類口訣。而為了避免刀法失誤，書中也記有止血之用的「萬益丹」之方，¹²²足見他們對於如何應對用刀疏失，已有相當經驗。

鄭氏喉科之所以採取這些侵入性的療法，為的是求「速效」。據稱喉科是「生死決於數日，安危判於頃刻」，¹²³因此醫家必須當機立斷，進行治療。該書的序中就提到鄭梅潤常會以鍼刀刺入患者的頸部，結果是「出血如墨」，病者卻能「豁然大癒」。¹²⁴可見這樣的外科刀法，確實可能立建奇功。對於自稱「生平心慈，不能用針」的內科醫生孫

¹¹⁸ 在孫一奎的《赤水玄珠》中，他只簡單討論了喉痹和梅核氣兩種病症。見《赤水玄珠》，卷三，頁90-91。

¹¹⁹ (清) 鄭梅潤，《重樓玉鑰》(收入《中國醫學大成續集》，第33冊)，卷上，頁3。

¹²⁰ 《重樓玉鑰》，卷上，頁4。

¹²¹ 見〈重舌風〉、〈合架風〉、〈奪食風〉諸條。《重樓玉鑰》，卷上，頁7-9。

¹²² 《重樓玉鑰》，卷上，頁14。

¹²³ 《重樓玉鑰》，卷上，頁1。

¹²⁴ 《重樓玉鑰》，卷上，頁1。

一奎而言，¹²⁵這種治療手法恐怕要難以接受。但鄭氏喉科能在歙縣長期經營，證明他們的手法在醫療市場中仍然受到認可與歡迎。

乍看之下，喉科的療法透露著濃厚外科色彩，與內科形成強烈對比。然而，在鄭梅潤與鄭承瀚父子兩代間，對於針刀治療的立場卻出現微妙變化。鄭承瀚曾經整理補充《重樓玉鑰》的內容，並與好友方成培共同編寫另一部《重樓玉鑰續編》。後者表面上是沿習《重樓玉鑰》的傳統，也保留一些世傳的治法，如吹藥。¹²⁶但鄭承瀚對鍼刀之法已經有所遲疑，他說：「針刀更不可妄用，其所用者……乃救急之法，並非諸喉症必需。……近來治喉諸輩，動輒用針，不顧病人痛楚。」¹²⁷而他更像個內科醫家般，猛烈地批評外科刀法：

與其用刀非宜，不若勿用為妙，且愈後無刀痕之傷，而病時亦少痛苦，豈不快哉。
耐有以恃刀為能事者，毋論證之虛實……即以刀用力切之，血流盈地，今日未平，
次日又切。……然用刀之治，未嘗不愈數人，但是少耳。每有為刀傷而病人畏懼
不復來，另往他醫求診者，並非用刀之妙而愈也，何其不知悔悟如是耶。¹²⁸

鄭承瀚還記載一位程老先生的喉病案例。此人因為舌底腫脹，進食困難，一連找來幾個醫生都治療無效，就這麼拖了一年。有天碰到一名善於用刀的醫者，硬是將腫硬處切開，結果卻是「血流盈地，延半月竟歿。」¹²⁹鄭承瀚將此例收入醫書之中，自然呼應了他對於鍼刀的批評。對照同書中，鄭承瀚用六味地黃湯等內服藥，成功醫治另一名病患的病案，他對於外科刀法的貶抑更是昭然若揭。¹³⁰

在鄭承瀚註解父親的《重樓玉鑰》時，他與前輩的差異尤其凸顯。以名為「雙燕口風」的喉病為例，鄭梅潤主張要「靠腫處，將刀輕輕刺破」。但鄭承瀚卻寫著：「此症初起，只需吹赤塵散，勝用角藥鍼刀多多矣。」¹³¹綜觀《重樓玉鑰》和《重樓玉鑰續編》兩部醫書，前者謹慎地提示讀者使用鍼刀的時機與方法，反映的是作者對此法的看重；但後者對於使用鍼刀顯然就遠為消極、負面，鄭承瀚的態度是能避就避，能使用湯藥就

¹²⁵ 《孫文垣醫案》，卷三，頁 796。

¹²⁶ 《重樓玉鑰續編》中就保留了一些「吹藥方」，見（清）鄭扶樞、方成培，《重樓玉鑰續編》（收入《中國醫學大成續集》，第 33 冊），頁 96-97。

¹²⁷ 《重樓玉鑰續編》，頁 54-55。案，針刀即鍼刀。

¹²⁸ 《重樓玉鑰續編》，頁 56-57。

¹²⁹ 《重樓玉鑰續編》，頁 68。

¹³⁰ 《重樓玉鑰續編》，頁 67。

¹³¹ 《重樓玉鑰》，卷上，頁 7。

不用鍼刀。

如果從醫療市場與醫者競爭的觀點思考，鄭承瀚的轉向可能還有其他層面的意義。原本，鄭氏喉科採取的是與內科醫家有所區別的行醫方式，鍼刀、吹藥與外敷等療法，不僅是鄭梅潤的專長，還可以是他的「賣點」。這些療法原本是鄭氏喉科的不傳之秘，但到了鄭承瀚行醫之時，鍼刀等手法卻已經普遍於喉科醫者間。按照鄭承瀚的敘述，這是由於在他父親的時代，喉科之秘「被僕人思竊其半，貪利而售之於外」，結果外人開始傳抄，進而「家有其本，邇來業是科者，皆執此書為圭臬焉。」¹³²因此，鄭承瀚批評鍼刀療法的話語，所表明的就不只是觀念上的差異，也是身份認同的移動。現在他要區隔的是那些徒知用刀的二流喉科，另一方面，則同時向內科儒醫的形象靠攏。

明清許多儒醫排斥針灸療法，更別提刀法之類的外科技術。身為國子監生的鄭承瀚，顯然分享了同樣的心態。¹³³鄭梅潤可能同樣通曉經典、通達內科，只是從鄭承瀚身上，這種對經典與內科的認同感更明顯地傳達出來。後者在《重樓玉鑰續編》中，更進一步模仿內科醫家，將咽喉之症放在人體在內在經絡中加以解釋，如開篇第一章「統理十二經脈皆上循咽喉」，鄭承瀚就從《素問》、《靈樞》等著作中，抄錄喉病與經脈的關係。¹³⁴而在該書其後的部份，他也詳列了喉、舌、齒、口、唇與項頸部等各處的經絡。

¹³⁵

當我們回過頭來閱讀《重樓玉鑰》，就會發現，在鄭梅潤論述「喉風三十六症」的病狀與療法時，上述關於經脈的語彙，根本沒有出現在文本中；而該書下卷討論鍼法時，雖然約略提及十二經脈，但重點仍在穴道而非經絡。換言之，這種經脈的概念好似不存在於鄭梅潤的論述脈絡中。只有個奇特的例外，出現在開頭數篇總論喉科的文字：首篇〈咽喉說〉，作者把咽喉跟陰陽、臟腑、表裡、五行等詞彙連結在一起，作者又引用黃

¹³² 《重樓玉鑰續編》，頁2。清代同治年間的徽州醫者許廷佐，曾寫到：「道光庚子，見吾鄉先輩西園鄭先生專業是科（案：喉科），回生起死，咸目為仙。廷留心訪詢，蓋有秘傳善本，於是輾轉覓得，凡三晝夜抄成，後遇此症，按方施治，無不應效如神。」見許廷佐，《喉科秘鑰》（清同治七年刻本，上海：上海圖書館藏），〈序〉，頁1。可見鄭氏喉科的秘方確實已經流出，不過許廷佐還是要輾轉獲得，似乎流傳的情形不是那麼普遍。另外，上海復旦大學教授王振忠收藏了另一名為《鄭氏祖傳喉科秘訣》的抄本，內容與《重樓玉鑰》幾乎是一樣的，不過該書署名為「休寧鄭仰周著錄，傳男鄭心如家藏」，本書與歙縣鄭氏喉科關係如何，還有待追究。

¹³³ 關於鄭承瀚曾任國子監生的紀錄，見鄭日新，〈方成培與鄭氏喉科〉，《中華醫史雜誌》24.3（1994）：176。鄭日新是鄭氏南園喉科第十四代傳人，此處他所用的資料來自私藏的家譜。

¹³⁴ 《重樓玉鑰續編》，頁1-3。

¹³⁵ 《重樓玉鑰續編》，頁68-71。

帝內經作為自身論述的佐證。¹³⁶由於《重樓玉鑰》經過鄭承瀚的編輯，這些文字是否出自鄭梅潤之手，不禁有些令人懷疑。在〈諸風秘論〉中，作者又寫道：「有人云，喉風無非熱症，便亂投涼劑，或誤用刀鍼，夭枉人命者眾矣。」¹³⁷這種批評庸醫與鍼刀療法的語調，更讓人想到鄭承瀚鮮明的立場，也更讓人覺得這幾段文字可能是經由鄭承瀚添加增補。

到了嘉慶二年(1797)，鄭承瀚已經不認為自己屬於「專科」。那年江南正流行白喉病，習醫四十餘載的鄭承瀚見到遍地傷亡，不住要批評：「何以專科者治此症，非表及下，非行氣及瀉氣，後肆有苦寒者，往往打嗆音啞，甚則喘促莫救，誠可憫也。」¹³⁸出身喉科世家的鄭承瀚認為「金從水養」，他因此從五行與六氣的觀點出發，成功救治了不少患者。此時鄭承瀚很自然地批評那些與自己不同的「專科」，已儼然是個內科醫家。不過，他也並未因此拋開祖傳的「喉科」招牌。

從許豫和到鄭承瀚，我們看到一群擺盪在專科與內科之間醫者，也看到所謂內科與專科的劃分其實模糊。醫案中所透露的專科形象，可能只反映了部份現實。在一個開放的醫療市場中，所謂「專科」就像「儒醫」一樣，指涉了一個複雜的群體。像鄭承瀚這樣的醫者，雖然擁有專科的治療技藝，在身份認同上卻是向著內科儒醫的形象靠攏。而他的身分認同，是在與市場的互動中逐步演生而成。循此，專科內部也出現分化。因此，就算是同為專科，也必須在醫療市場中互相競逐，爭取病人的支持。

第三節 行醫的報酬

在醫案中，吳楚批評了各種庸醫、俗醫，包括我們上節所討論的專科醫者。但在「蘭叢十戒」裡，我們看到，他尤其耿耿於懷的是重利輕義的醫者。十戒之中，就有三條針對此現象而來。他首先要醫者戒的是「貪吝」：

¹³⁶ 《重樓玉鑰》，卷上，頁1。

¹³⁷ 《重樓玉鑰》，卷上，頁1。

¹³⁸ 鄭承瀚，《喉白闡微》，〈自序〉。轉引自《新安醫籍考》，頁498。

自炎帝嘗百草，軒岐闡發精微，歷代聖賢窮極理要，著書立說，皆苦心救世，而非有自利之見也。故凡業醫者，當仰體往聖之心，先存濟人之念，不可專藉此為肥家之計。¹³⁹

吳楚對此還繼續發揮。他指出，為利而行醫者，平時必定不會在醫術上精益求精，看診時也不會以病人為重，甚至可能坐視窮苦病人於不顧。此外，吳楚還提出「戒勢利」、「戒趨時希利」，又說一味追求利益的醫者「恐利益而孽亦盈，利散而孽不與俱散也。」¹⁴⁰在吳楚眼中，為利而行醫，彷彿背負了某種罪孽。

也許是出於同樣心態，傳統的醫史總迴避將醫療事業與金錢掛上關係，而在醫案中，往往對這類議題也絕口不提。在這種書寫傳統下，得以進入醫史的醫者，通常也是重義輕利，行醫不計報酬。比如明代鄭若庸(1494–1575)在他為徽州醫者黃萬山所寫的小傳中，就稱讚他「其施治無間賤貴貧富，皆殫知力、竭心慮。」¹⁴¹對於貴賤的病人能一視同仁，還只是基本的醫德。尤有甚者，不少醫者還會自掏腰包，為貧困的病人施藥，《光緒婺源縣志》中就記載著：「呂獻沂……每捐金制丸散，以應貧乏之求，數十年不倦。前人活人無算，族之窮而病者且資給之。」¹⁴²類似關於醫者的敘述，在各種地方志中俯拾即是。¹⁴³

汪機是另一個例子。汪機的傳記作者形容他「平居粗衣糲食類儉者，至義之所當為，視棄百金如一羽耳。」有回汪機的族人想立宗祠，但工程浩大，「非白金六十斤餘不可」，眾人煩惱之際，汪機卻慨然承擔預算的十分之二，又說：「尊祖敬宗，又何惜焉！」¹⁴⁴我們當然可以像該文作者一般，推崇汪機為宗族所展現的大手筆，但另一方面，身為醫者的汪機顯然是族中較具經濟實力的成員。同樣地，我們也可以反思：當醫者得以像地方士紳般，捐獻金錢救助貧民的同時，不也意味著他們擁有一定的財富？

這樣的質問，意不在暗示醫者的汲汲於利，或是從醫必然致富，否則也只是將原本過度道德化的論斷，推向另一個極端。本節目的在平實考察「報酬」在醫者的生命中佔

¹³⁹ 《醫驗錄初集》，〈蘭叢十戒〉，頁 10。

¹⁴⁰ 《醫驗錄初集》，〈蘭叢十戒〉，頁 16。

¹⁴¹ (明) 鄭若庸，《蛻蛻集》(收入《四庫全書存目叢書》[臺南：莊嚴文化事業，1997]，集部，第 143 冊)，卷五，〈黃萬山小傳〉，頁 24。

¹⁴² 《光緒婺源縣志》，卷四十一，頁 3302。

¹⁴³ 方利山收集了一些類似的例子，見方利山〈新安儒醫濟世救民舉隅〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》10.3 (2004)：69-77。

¹⁴⁴ (明) 汪機，《石山醫案》(收入《新安醫籍叢刊·醫案醫話卷》，第 2 冊)，〈石山居士傳〉，頁 71。

據的角色。藉此進一步了解醫者與病人之間關係締結的內涵，同時重新思考，究竟哪些因素是醫者行醫的動機與動力。

操藥餌以行賣

汪濟川(1549—1604)是歙縣巖鎮人，他同樣是位棄儒從醫的醫者。但他之所以棄儒，除了興趣和理念外，還有十分實際的因素。汪濟川的父親擁有不少家產，但中年以後突然染上怪病，每次聽到人的聲音就會仆倒在地，狀若欲死，為此竟逐漸散盡家財。而汪濟川本和弟弟一起在攻讀舉業，卻因為家道中落開始行醫。起初他一邊仍持續攻讀仕業，後來由於讀書的花費日多，而汪濟川在醫業上也有不錯的表現，他遂聽從眾人的意見，專心行醫。¹⁴⁵汪濟川的行醫因緣可與第一節中討論過的儒醫相比較。他並非是由於家中親友染病而開始投醫，而是出於謀生需求，進而棄儒從醫。這或許透露出另一層醫儒之間的微妙關係：從儒固然可以帶來崇高的形象，但卻可能需要花費不少的時間和經費，相形之下，行醫不但門檻較低，而且能迅速地帶來經濟報酬。此外，這種一人行醫，負責支付開銷，另一人專攻儒業，追求社會地位的行為，也可以視為汪濟川家庭的策略性考量，與明清富有的徽商有幾分類似，即保障了經濟地位，又能追求社會地位。

這種將行醫視為謀生手段的例子還有嘉靖年間婺源的王中行。王中行來自世醫家庭，還曾經遠赴北京行醫。起初他接觸醫學，並未打算以此為業。後來他的兄長王中立不幸早逝，留下妻子和幼兒，王中行這才感慨地說：「安有偉丈夫而不能榮其尊人，庇其同氣，毋乃為洴澼絖。」¹⁴⁶換言之，對王中行而言，執業行醫同樣有實際的治生理由，就是要「榮其尊人」，並庇佑家族內的親友。但尤其值得玩味的是句中使用的典故「洴澼絖」。所謂「洴澼絖」，語出《莊子·逍遙遊》，據說是宋人有種特別的藥，可以防止手部皮膚龜裂，因而可以在水中漂洗棉絮（即洴澼絖），世世代代以此為生。有人知道了，想要向他們購買這個秘方。宋人於是聚集起來討論，最後決定：「我世世為洴澼

¹⁴⁵ (明)吳子玉，《大鄣山人集》(收入《四庫全書存目叢書》，集部，第141冊)，卷四十一，〈汪大醫行狀〉，頁715。

¹⁴⁶ (明)余懋孳，《萬言》(收入《四庫全書存目叢書補編》[濟南：齊魯出版社，2001]，第99冊)，卷二，〈王太醫傳〉，頁533-534。

統，不過數金；今一朝而鬻技百金，請與之。」¹⁴⁷不管「洴澼絖」之語，是王中行抑或是傳記書寫者的選擇，它都透露出一種將醫技視為商品的心理。而且，這種商品還具有很高的價值。

同樣來自世醫家庭的鄭梅潤，一定也能理解祖傳醫技所具有的價值。他自稱，之所以遲遲不願把家傳喉科秘方公佈出來，就是怕有些人將這些技術拿去賺錢。¹⁴⁸而明代婺源地方的小文人汪裕吾，也很清楚醫業價值所在。汪裕吾原本在地方上開課授徒，雖然小有名氣，卻不能以此滿足。他心想，若僅僅在此地教授小學，名聲大概也不出鄉里之間，沒辦法有什麼大成就，倒不如「以一藝聞諸侯且得豐吾養也」。他因此放棄了原本的執業，和王中行一樣跑到北京行醫。一開始只從身邊的朋友開始，漸漸名氣也在地方的士紳圈內傳開，終於連一些公卿貴人也開始指定汪裕吾看病，並奉上白銀作為回報。這下汪裕吾終於一償宿願，得以好好奉養孤母。¹⁴⁹

明代徽州文人方承訓筆下的張朝宗，更是因為醫技過人，被尊稱為國醫而收入豐厚。方承訓寫道：



東門六邑，醫之所聚，東門醫，天下醫莫能出其右。……國醫之藝，又東門醫莫能出其右。……六邑薦紳大夫及郡邑父母監司皆茹國醫劑，何以故？最取捷而後無虞也。……邑遐邇鄉落，國醫輒跡靡不至，至靡不誦效不倦。於是五邑聞國醫捷效聲名，靡不就國醫，所服調劑，靡不生者。歲所入囊數百金，劑當什六，艾灸當什四。¹⁵⁰

這則的故事有幾點特別值得注意。首先，張國醫之所以在地方上成名，固然是因為他的醫技高明，而且最重要的是能有捷效，而且沒有副作用，這或能反應當時病人擇醫的考量因素。其次，張國醫很主動地經營他的醫業，他四處移動，就是「遐邇鄉落」也沒有不到的，因此客源廣闊。而除了使用藥劑之外，施行艾灸更佔了他收入中的十分之四，可見他的療法和儒醫的內科傳統不太一樣。這說明艾灸等醫療手法，雖然在明清以後為

¹⁴⁷ (清)郭慶藩，王孝魚點校，《莊子集釋》(北京：中華書局，1995)，卷一，頁6。

¹⁴⁸ 《重樓玉鑰》，〈原序〉，頁1。

¹⁴⁹ 《荑言》，卷二，〈汪裕吾傳〉，頁531。

¹⁵⁰ (明)方承訓，《方鄧邱復初集》(據北京圖書館藏明萬曆刻本影印，收入《四庫全書存目叢書》，集部，第187冊)，卷二十九，〈張國醫狀〉，頁170-171。

主流醫者所貶抑，卻依然為多數人們所歡迎。而以這些手法行醫的醫者，收入也不見得遜於儒醫。¹⁵¹

還有一些醫者的收入不全來自行醫，而是參與藥店的經營。明代著名徽州醫者徐春圃(1520－1596)的家族，就在故鄉祁門開設「徐保元堂」。有些藥店則設立在徽州之外，如萬曆年間的汪一龍，在蕪湖經營「正田藥店」，清代醫者程敬通(1579－1677)則與家人在浙江開設藥店。¹⁵²藥店的開設很能反映出醫學與商業的互動，雖然我們擁有的直接描述不多，但不難想像藥店經營中所牽涉到的商業手腕。崇禎年間醫者洪基，就很會行銷自家開設的「胞與堂」。他將店中所制售的藥品目錄，加以整理出版為《胞與堂丸散譜》。據書中記載，洪基曾在店門口貼上榜文，希望尋求各地奇方。這一方面是刻意強調「胞與堂」的藥品質，另一方面也可見洪基為經營藥店所作的努力。¹⁵³除此之外，有些商人更會直接介入藥店營運，如徽州鹽商黃履暹在揚州開設「清芝堂藥肆」，還延請著名醫者葉天士（1666-1745）坐鎮。¹⁵⁴而藥店的成功經營，也可以幫助開拓醫者名聲，徽州的陸氏世醫，就因為家族「保和堂丸散」在各地大受歡迎，而使「陸氏之岐黃益以有名於天下」¹⁵⁵。

然而，醫者固然可能從醫療市場中賺取利益，卻也可能在競逐中失敗退場。就有醫者為求糊口而遠赴北京，最後卻落得依靠他人接濟。¹⁵⁶這種失敗的例子，或多或少增添了醫者的不安全感，因此一些討好病家，或是確保收益的方法也就應運而生。有的醫者即便醫術不精，仍能透過外在表現哄騙醫家。吳楚生動地描繪到，這些醫者每到富貴人家，一定要詳加謹慎思考，就算學識不足，還是要「閉目點首，手勢推敲，曲作慎重之感，使富貴人感其慎重之意，而主顧不失，取利必多。」¹⁵⁷有時則收買旁人，為自己吹

¹⁵¹ 這可以修正前輩史家張仲禮的論點。他在研究中國紳士的收入時，曾經指出：「儒醫的收入要高於普通醫生……從整體來說，儒醫的收入也明顯地高於很多只從事教學的紳士。」見張仲禮（Chang Chung-li），費成康、王寅通譯，《中國紳士的收入：中國紳士續篇》（上海：上海社會科學院出版社，2001），頁116。

¹⁵² 童光東、劉惠玲，〈明清時期新安藥店及其醫藥學作用〉，《中華醫史雜誌》25.1（1995）：31。

¹⁵³ （明）洪基，《胞與堂丸散譜》（收入《續修四庫全書》，第1002冊），〈定丸散譜緣起〉，頁231。

¹⁵⁴ 許承堯，《飲事閑譚》（合肥：黃山書社，2001），頁830；童光東、劉惠玲，〈明清時期新安藥店及其醫藥學作用〉，頁31。

¹⁵⁵ 張海鵬、王廷元主編，《明清徽商資料選編》（合肥：黃山書社，1985），頁210。

¹⁵⁶ （清）徐景軾，《草心閣自訂年譜》（收入薛貞芳主編，《清代徽人年譜合刊》〔合肥：黃山書社，2006〕，第二冊），頁787。

¹⁵⁷ 《醫驗錄初集》，〈蘭叢十戒〉，頁11-12。

捧。¹⁵⁸也有醫者爲了排除競爭對手，而提出「包醫」之說，即由一位醫生專責治療，「力言包好，否則甘罰」，然後再跟病家談好價錢，並先交付一半。¹⁵⁹如此一來，不管醫療結果如何，至少已經獲得一定報酬。

此外，醫者也會求神問卜，祈求醫業順利。明代徽州地方的《祈神奏格》中，就有這麼一篇〈醫士請神〉：

今據（鄉貫）奉神信士（某）等，涓今（某）年月日，謹備清酌牲筵，特伸拜請：
伏羲神農黃帝、岐伯先師、歷代先聖群先上真、天醫使者、治病公曹。在伸拜請：
諸居土地興旺福德尊仙、招財進寶童子、和合利市仙官、值日受事功曹，一切仙
聖，齊赴香筵，收沾供養。¹⁶⁰

這篇奇特的禱詞，最引人注意之處，不是他列舉了伏羲、神農、黃帝等傳說中的醫學人物，而是將招財進寶童子、和合利市仙官也一併納入祭祀的行列。這樣話語反覆出現在各種禱詞中，¹⁶¹雖然只是祭祀用的套語，但也顯示醫者看待財富的態度，可能跟其他行業的人們並無二致。

許多醫者意在糊口，他們既不能像某些名醫般歲入斗金，也只能用一些旁門左道來維持自己的醫業。對「貪吝」批評最烈的吳楚，其實也知道這些庸俗醫者的不得不然。他說，這些醫者其實是「門前冷落，衣食迫膚，百計圖利，利卒不至。」就是這般窮途末路，才讓他們「思一騙之之法」。¹⁶²

這種種例子說明，行醫所帶來的經濟利益，可以是明清醫者選擇醫業時的考量，而醫業也確實爲某些醫者帶來豐厚報酬，但也有不少醫者在醫療市場中只能載伏載沉。邱仲麟從更多明代的文集中爬梳的結果，也發現明末以後，診金與醫者的收入日趨兩極化。¹⁶³這些現象補充了一些醫案所無法呈現的面向，也修正傳統對於醫者過度道德化的形象。只是，病人付予醫者的報酬還不只於此。以下篇幅要重回醫案的敘事，我們將會

¹⁵⁸ 《醫驗錄二集》，〈醫醫十病〉，頁 21。

¹⁵⁹ 《醫驗錄二集》，〈醫醫十病〉，頁 21；實際的例子，見同書，卷二，頁 111,118-120。

¹⁶⁰ 原書未見，此處轉引自王振忠，《徽州社會文化史探微：新發現的 16-20 世紀民間檔案文書研究》（上海：上海社會科學院出版社，2002），頁 208。

¹⁶¹ 見同書中的〈酒家請神〉。見王振忠，《徽州社會文化史探微》，頁 209-210。

¹⁶² 《醫驗錄二集》，〈醫醫十病〉，頁 20。

¹⁶³ 見〈診資與藥錢——明代的醫療費用與藥材價格〉，發表於南開大學中國社會史研究中心主辦，「社會文化視野下的中國疾病醫療史研究」國際學術研討會，天津：南開大學，2006 年 8 月 12-13 日。

看到，在其中病人與醫者的經濟關係，比前述更加複雜。除了所謂「經濟資本」的交換外，醫者與病人還有另一種較為抽象、隱晦的「象徵資本」的交換。

象徵資本的交換

康熙二十五年(1686)，吳楚經友人的介紹，為一位吐血症病患治療。在此之前，病家已經請另一個醫者，持續治療近半年時間，且付上酬金三百金，可見該病家十分富裕。因此，當病家找上吳楚時，還慷慨地承諾，只要能治好此病，「任憑要幾百金謝儀，即立一票送來存據。」對於這種未治病先收費的「惡習」，吳楚自是十分不滿。他因此跟病家商量，若「能止吐進食，只惠我五十金，為今秋鄉試盤費；一切藥料，我盡力措辦應用，不煩彼費絲毫藥資。若血症竟能收功，再聽彼盛意可也。何必用票作市井之氣？」

¹⁶⁴

吳楚雖不願意像其他醫者漫天要價，但也不完全排斥來自病家的金錢報償。不過他開價背後，還有一個實際且「正當」的理由：科舉之費。的確，對一般家庭而言，科舉考試是家計的一大負擔。不僅培養學子讀書需要經費，考生遠赴試場也需要準備盤纏。行醫成為吳楚負擔考試支出的方法，一如在汪濟川的故事中，醫事收入是支持胞弟讀書的經濟來源。因此，原本在吳楚身上呈現緊張關係的儒業與醫業，在此又呈現出另一種弔詭的情勢：醫業支持了儒業。一旦放棄了醫業，可能連儒業的追求都要落空。而吳楚宣稱「追求儒業」是他計算酬金的標準與理由，讓他同樣收取酬金，卻區別自己與其他庸俗醫者的差異。其實五十金已經是個不小的數目，吳楚卻能巧妙地以此藉此展現個人的品味，並與其他庸俗的醫者做出區辨。

更具有品味區辨意味的報償，也許是下面這個例子。當時吳楚治癒了老友許左黃之妻的熱症，後者寫信來謝，信中寫道：

承惠妙劑，其對症如針芥之投，服後人事頓清……弟於心實感再造之德，而於力愧無涓滴之報。所恃知我有年，誠不啻涵如海而養如椿也，永好之銘，豈區區投

¹⁶⁴ 《醫驗錄二集》，卷二，頁 110-111。

報之跡所能罄哉？不揣厚顏，仍懇惠臨，診視加減，諒蒙始終生全，不我假棄也。外花卉一幅，系宋元人筆，並佩玦一枚，可坐鎮几。皆先祖所藏物，僅奉案頭，希莞存是荷。¹⁶⁵

除了古董玩物外，刊刻醫書以爲報酬，亦時常見於醫者與病家之間。¹⁶⁶《醫驗錄初集》的刊行，就是在吳楚治癒族中長輩後所獲得的謝禮。刊印《醫驗錄初集》的友人說：「夫梓先生之書，又何足以報先生？蓋先生志在活人也，使人得讀先生之書，則病者不輕受誤，醫者不輕誤人。每歲多活若干命，是先生之志也。從先生之志，所以報先生。」又說：「唯藉是書，俾人多登壽域，庶幾養體先生活人之心，即有協於上天好生之心。」¹⁶⁷爲孫一奎刊刻醫書的病人亦說：「佳刻已成，恨未一徹，其妙醫案，不肖自當爲足下廣傳，以壽天下蒼生，俾與期黃盧扁共傳不朽，借是以報足下百一。」¹⁶⁸醫書有如善書一般，除了物質生產層面外，還有彰顯道德的意涵。¹⁶⁹用這種方式回報醫者的救命之恩，顯然非常適當。

另一方面，對醫家而言，驗案得以刊行，除了將成功經驗與其他醫者共享，也能傳播自己的醫名。因此，有些醫者寧可減少財富收入，轉而投資自己的名聲。清代徽州醫者程文匱，就對一位想要報答他的病人說：「翁有盛情，拙集輯成，藉代付梓，勝酬多矣。」¹⁷⁰有趣的是，程文匱的醫案最終要到二十年後才正式出版，但他這麼早就爲自己找好出版資金來源，可見此事對他的重要性。

醫者看重醫書出版，還可以從另一個反面的例子中看出。康熙四十年(1701)，吳楚接手治療績溪學友汪君絅之弟汪恒士的痼疾，而病家答應吳楚以刊刻《醫驗錄二集》爲報酬。結果在細心診治十餘日後，汪君絅和汪恒士等人回到家服藥靜養，刊刻醫書一

¹⁶⁵ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 66。

¹⁶⁶ 謝娟，〈明代醫人與社會〉，頁 1227-1228。

¹⁶⁷ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 126。

¹⁶⁸ 《孫文垣醫案》，〈諸縉紳名家贈文〉，頁 723。

¹⁶⁹ Marta Hanson 研究明代徽州的醫書出版家，也說明了這一點。見 Marta Hanson, “Merchants of Medicine: Huizhou Mercantile Consciousness, Morality, and Medical Patronage in Seventeenth-Century China,” in *East Asian Science: Tradition and Beyond* ed. Hashimoto Keizo, Catherine Jami and Lowell Skar (Osaka : Kansai University Press, 1995), pp. 207-214。清代醫家莊一夔在他的《痘症慢驚合編》中，還曾經寫過這麼一段有趣的話：「翻刻廣傳，已屬善舉，倘於鄉試小試年，龍門貢院前分送，尤覺易於普遍。」見（清）莊一夔，《痘症慢驚合編》（收入《故宮珍本叢刊》〔海口：海南出版社，2000〕第 379 冊），頁 448。

¹⁷⁰ （清）程文匱，《杏軒醫案》（收入伊廣謙，李占永主編，《明清十八家名醫醫案》〔北京：中國中醫藥出版社，1996〕），頁 647。

事卻無下文。對此，吳楚竟氣憤地批評：「天下何有良心之少耶！」¹⁷¹這種看重醫案出版的態度，可能是徽州此地出現大量醫案的心態背景。

綜觀以上，我們更能理解吳楚在醫業與儒業間的徘徊：行醫所帶來的報酬，不僅可以支援他參與科考的支出，同時還包括無形的聲譽，我們可以將其視為象徵資本的交換。象徵資本是醫者所追求的名聲，以及附在其下的個人品味、道德修養等抽象目標，醫者當然可以自己宣稱已經掌握了以上幾點，但藉由外人——如病家或是醫者的士人交遊圈——的背書，這種名聲才更具有說服力。

但醫名象徵了病家對醫者的信任，它與金錢報酬間的差異，因此不僅在於抽象或具型。程文圃和同鄉友人鮑覺生的交往，引領我們進一步思考醫名對醫者的意義。程文圃曾經在乾隆五十三年(1788)和嘉慶十年(1805)兩度治療鮑覺生的重疾。¹⁷²對鮑覺生而言，程文圃不僅是他的救命恩人，也是他最信賴的醫者。嘉慶十三年(1808) 鮑覺生先被任命負責總校《皇清文穎》，七月又奉命前往山西主持鄉試，十一月則進入宮中，擔任日講起居住官。對他而言，這一年真是仕途順遂。然而同一年，他心愛的妻子卻因為染上時疫又誤於庸醫之手而過世。¹⁷³十年之後，鮑覺生再次因為醫療疏失而痛失愛子。五十五歲的鮑覺生，自此對劣醫感到深惡痛絕，要求家人「毋得延醫」。¹⁷⁴但程文圃顯然不在此限。

道光五年(1825)秋天，人在京師的鮑覺生舊疾復發。他原希望能早日請假返鄉，以便直接讓程文圃診療。不料拖到當年冬天，病情惡化，他的體力已經無法負荷長程移動，只得遣人來請程文圃北上。程文圃知道此事以後，在醫案中動人地寫道：「予雖老邁，義不容辭。」可惜時值冬日，風雪阻路，程文圃只能推斷病情，暫擬一方請專人送回。鮑覺生得知程文圃無法北上，頹喪地向家人說道：「吾生平患此疾，及今而三矣。丁未及乙丑皆瀕於死，皆賴程杏軒（文圃）治之而愈。今無杏軒，吾病殆不可為矣。」果然，服下擬方後，鮑覺生的病情仍未轉好。他於是寫了最後一封信給程文圃，告訴他：「妙劑服之，不似昔年之應手，蓋衰備日久之故。卻歸不得，進退維谷……南望故鄉，唯有

¹⁷¹ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 125-126。

¹⁷² 《杏軒醫案》，頁 627，670。

¹⁷³ (清)鮑桂星，《覺生自訂年譜》(收入《清代徽人年譜合刊》，第二冊)，頁 576-77。

¹⁷⁴ 《覺生自訂年譜》，頁 580。

悵結。」¹⁷⁵

程文圃與鮑覺生的故事，展現了醫者與病人間的長期情誼。這提醒我們，醫病關係除了金錢報酬外，還有情感聯繫和道德義務的成分。¹⁷⁶此所以鮑覺生雖人在京師，卻依然期待程文圃一診，而在千里之外的程文圃，也要義不容辭地北上為友人看診（不論是否成行）。我們因此可以回過來推想，當吳楚的患者上門之時，原想要專心科考的他自然是無法輕易拒絕，一如他在醫案中這麼寫著：「無如親友中病涉疑難者，不能近阻其不賜教，而余亦誼所不容辭、情所不能恝者，亦不得不為治之。」¹⁷⁷這段話在表面的客套之外，也許還有更深長的意味。若是吳楚恣意地拒絕病人求診，那麼在情感和道德兩個層面，都可能挑戰了病家對他的信任，同時，也挑戰了他作為醫者的身份。

此一推論引出另一個問題，即病家與醫者的信任關係如何維持，又何以崩解？我們看到，有時關鍵未必是治療的成敗——鮑覺生就沒有因為藥方無效而對程文圃失去信心——反而可能建立在醫者的姿態和操守之上。也就是說，有時病家更在意醫者是否展現出良醫的品德和舉止。這是何以有些學藝不精的醫者，要在病家面前故做慎重，他們或許更懂得病家的心理。但對於不願欺瞞病家的醫者而言，醫病間的信任關係卻可能面對其他難題，如：醫者是否有拒絕病人的權利？面對難治之病或不治之症，他們能否「見死不救」？或者，什麼情況下他們可以放棄自己行醫的責任，又能獲得病家認同？換言之，病家與醫者的信任關係，其實牽涉著行醫的倫理與責任。要處理以上種種提問，我們得先把眼光轉向故事的另一面：病人。

¹⁷⁵ 《杏軒醫案》，頁 659。

¹⁷⁶ 參見近年來人類學研究，如閻雲翔著，李放春、劉瑜譯，《禮物的流動：一個中國村莊中的互惠原則與社會網絡》（上海市：上海人民出版社，2000），特別是頁 119-142；楊聯陞很早就指出人情在中國傳統社會的重要性，見楊聯陞，〈報—中國社會關係的一個基礎〉，《中國文化中報、保、包之意義》（香港：香港中文大學出版社，1987），頁 49-74；另見金耀基，〈人際關係中「人情」之分析（初探）〉，《中國文化中報、保、包之意義》，頁 75-104。

¹⁷⁷ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 94。

第三章 病人的聲音與權力

明代徽州醫家汪機在行醫生涯中，曾經遇到一個案例，其中病人並沒有與他面對面地接觸，而是寫了信來求診。信的主人是福建舉人謝邦實。在信中，他向汪機抱怨近來遭遇的種種病症，看來是想尋求汪機協助。而今我們已經看不到謝邦實原始的信件，只能從留存在汪機醫案中的回信推知一二。根據《石山醫案》的紀錄，謝邦實在信中所提到的症狀至少有七個部份：

- 一、大便多燥而色赤褐，意燥赤，亦熱所為。
- 二、夜臥少寧，舌生黑苔，唇口焦躁，靜養服藥二三日，苔始退，不知降火去苔之藥，更有何方法？唇舌焦幹，更何調理？
- 三、目力亦短，五步之內，於人多不能識，直視天日，惟濛濛紛紛白花矣；白精血縷不斷，睡醒反漬淚。
- 四、腎覺衰甚，不敢勞動，唯有患則腰足酸痛，或右腎酸疼，或久立，或勞皆然，意區區氣病居多，故所患右體偏多，見須白眼赤，多自右為甚。
- 五、勞倦時，小便旁射，散逆如絲，不得順直。意皆氣之不足，藥之不專，勞而失養，然歟？
- 六、近來腰腹為痛，坐久屈伸不便。右側腰腿鄉接觸曰環跳穴，旁多酸痛。
- 七、孤骨下，間有火熱，或升於右腳股一圍三指許，有時為熱如燈照。¹

汪機也許沒有照抄謝邦實的文字，但應該大致保留了原意。就此而言，謝邦實在信中所言，主要是他的身體感覺，不過也摻進了個人的詮釋。如他覺得自己大便多燥，面色發紅，是因為「熱」的緣故。而他又認為小便旁射，是由於「氣之不足，藥之不專，勞而失養」。而顯然，他也已經針對病症服了一些「降火去苔」之藥。

汪機接到信後，根據謝邦實的描述，一一論斷病情和治療方法。有時他以氣血、五臟或金元四家的理論加以分析，把謝邦實描述的症狀，轉化成醫家熟悉的語言。如針對謝邦實的視力問題，汪機就寫道：「東垣能遠視不能近視，氣有餘血不足也；能近視不

¹ 《石山醫案》，卷上，頁 10-11。

能遠視，血有餘氣不足也。今貴目既不能視遠，又不能視近，此氣血俱不足也。」²他因此勸謝邦實最好能多服「加減補陰丸」，讓腎水制火，以治療眼睛之疾。而對於謝邦實的某些猜測，汪機也沒有全然反駁，只是批評他光說不練，「徒托諸空言，不見諸行事，是以病根不除，時作而時止矣。」³

謝邦實不是唯一寫信給汪機的病人，在《石山醫案》中還有其他書信求醫的案例。⁴汪機對這種方式的缺失了然於胸，在一封回信中他寫著：「醫以望、聞、問、切四者為務，蒙示貴恙，只得問之一事而已，餘三事俱莫得而詳矣。」但他終究沒有因此而拒絕病家，只是小心翼翼地提醒病家，書面診斷「或效或否，固難預必」，因此他也建議對方再找其他「高明」商議。⁵

病人之所以能與醫者用通信方式求診，有其社會經濟條件的配合。明代中葉以後，隨著交通狀況的進步，人們已經逐漸可以傳遞長途郵件，尤其是民間的信函來往日趨增加。⁶因此人在福建的謝邦實，得以和遠在徽州祁門的汪機接觸。這種通訊式的診療，讓醫者與病人的接觸超越地理的限制。病人不用長途跋涉，也可以找到異地的名醫。

通信診療的方式之所以存在，除了物質條件的支持外，最重要的還是醫病雙方的心態。我們並不知道謝邦實最後是否採納了汪機的診斷意見，又是否得以痊癒。但我們應該這麼看待謝邦實的求醫之舉：與其說他把汪機的診斷當成權威式的意見，不如說他是在尋求多方協助。按照汪機給其他人的回信，我們可以推想，不管是謝邦實或是其他寫信給汪機的病人，都存在一種共識，即汪機的意見只作參考之用。若是汪機的開方有效，自然可以採納，若是無效，則可以再找其他醫者診斷。換言之，病人不獨參考某一個醫者的意見，醫者也預知他的意見可能受到其他醫者評斷。

病家多方求醫，是面對疾病時常見的舉措，但他們不一定都能找到正統的醫者。一來延請醫者需要付出一定的經費，未必人人負擔的起；二來許多醫者居住於城市之中，鄉居農民要延請這類醫者相對困難。因此，所謂多方請醫，對象可以是廣義的醫療者，

² 《石山醫案》，卷上，頁 10。

³ 《石山醫案》，卷上，頁 11。

⁴ 《石山醫案》，卷上，頁 7-9；卷中，頁 37；卷下，頁 53-54。

⁵ 《石山醫案》，卷下，頁 53-54。

⁶ 卜正民（Timothy Brook），〈交通通信與商業〉，崔瑞德、牟復禮編，《劍橋中國明代史》（北京：中國社會科學出版社，2006），下卷，頁 557-605；

包括巫醫或走方醫，而病家有時也選擇不假他人之手，自行治療。本章第一節就以形形色色的治療為題，勾勒種種不同的醫療者。

各形各色的醫療者，提醒我們醫病互動中存在著多方因素。從第二節開始，我則要回到醫案的內容，考察醫案作者如何描述醫病互動。首先討論醫與病的相遇，包括病家如何擇醫、請醫，還有頻繁地換醫。我們不難看到，並非每個醫者都能接受自己意見被置之次要，病人與醫者時而有衝突和對立。本章的第三節就要論述病家與醫者的角力，並探索這般情境下潛藏的責任與倫理問題。

第一節 病人的選擇

十六世紀初期，一個新的皮膚病開始流行於廣東。得病之人據說是「形損骨銷，口鼻俱廢」。這個駭人的傳染病很快就蔓延到中國境內各地，甚至傳至日本。面對這種前所未見的疫病，人們姑且將稱之為「廣瘡」，或因為它的外型而稱之為「楊梅瘡」。⁷

生活於十六世紀前期的汪機也曾經看過幾位患有楊梅瘡的病人。雖然根據他的記載，這些病人最後皆得以痊癒，但汪機對於如何應付楊梅瘡，尚未有肯定的答案。他在醫案中記下兩則奇特的偏方，不無摸索的意味：

一人患此瘡，腳膝攣痛，有人取蝦蟆，治如食法，令食之而攣痛遂愈，此亦偶中矣。

又一人患此瘡，腳痛而腫，或令采馬鞭草煎湯熏洗，湯氣才到，便覺爽快，候溫洗之，痛腫隨減。此草在處有之，欄外空地尤多，其葉類菊，春開細碎紫花，秋復再花，抽穗如馬鞭，故名馬鞭草。⁸

除了這兩種方法外，據稱從楊梅瘡出現中國以來，人們就習於使用名為「輕粉」的水銀治療。明代《本草綱目》中就記載治療楊梅毒瘡方子：「水銀黑鉛各依錢結砂，黃丹一

⁷ (明)李時珍，《本草綱目》(北京：華夏出版社，2002)，卷九，〈水銀〉，頁373。另見(明)陳司成，《徽瘡秘錄》(收入《中華醫書集成》[北京：中醫古籍出版社，1999]，第13冊)，頁1-2。

⁸ 《石山醫案》，卷中，頁41-42。

錢，乳香、沒藥各五分，爲末。以紙卷作小撲，染油點燈，日照瘡三次，七日見效。」⁹汪機的病人顯然也瞭解這種治療方式。但水銀是毒性甚強的藥物，以毒攻毒的結果帶來更多副作用。有名病人找上汪機時，就因爲服用過量水銀而導致「腳拘攣，手指節腫，額前神庭下腫如雞卵大」。對於這一類病人，汪機也只能要求他們止服輕粉，再另開藥方診治。¹⁰

病人在找到汪機以前，其實還曾尋求其他醫者的意見。如前述那位手指節腫的患者，就先向一名方士求助。而方士竟教導他「取初生孩兒，置磚地上，周以炭火燔使死孩成灰，紙裹放地上，出火毒爲末，空心或酒或湯調服二三錢，謂能補也。」¹¹另一位服了輕粉的病人，則找上三名醫者，「一醫爲治瘡毒而用硝黃；一醫爲治痞塊而用攻克；一醫爲治眼丁而用寒涼」¹²就汪機看來，這些療法若不是荒誕就是無效。但這兩個例子卻點出一個值得注意的現象，即在醫病關係開展時，病人有許多選擇的可能性。他既可亦自行服藥（如輕粉），也可以尋求方士的協助，或是立場各異的醫者。

自行治療



隨著明清兩代印刷事業的發達，醫學的入門書大量出現在市面上。能識字的民眾，多少可以從中獲得一些粗淺的醫學知識。¹³這種通俗醫學知識的傳播，還不只透過所謂的醫學入門書。明清流行的「日用類書」或「萬寶全書」中，也或多或少有專門介紹醫藥的段落。¹⁴就連給行商參考用的商業用書，也會有一些關於醫療的文字。¹⁵出版於明代

⁹ 《本草綱目》，頁 373。

¹⁰ 《石山醫案》，卷中，頁 40。

¹¹ 《石山醫案》，卷中，頁 40。

¹² 《石山醫案》，卷中，頁 42。

¹³ 梁其姿，〈明清中國的醫學入門與普及化〉，《法國漢學·第八輯（教育史專號）》（北京：中華書店，2003），頁 155-179。

¹⁴ 張哲嘉，〈日用類書：「醫學門」與傳統社會庶民醫學教育〉，收入梅家玲編，《文化啟蒙與知識生產：跨領域的視野》（臺北：麥田出版，2006）頁 175-193；吳蕙芳，《萬寶全書：明清時期的民間生活實錄》（臺北：國立政治大學歷史學系，2001）。關於日用類書的史料性質，王正華有十分精彩的討論，雖然她是以書畫門為例，見王正華，〈生活、知識與文化商品：晚明福建版「日用類書」與其書畫門〉，《近史所研究集刊》41（2003）：1-85。

¹⁵ 關於明清的商業用書，參見陳學文，《明清時期商業書及商人書之研究》（臺北：洪葉文化，1997）；

天啓六年(1626)，由徽人編纂的《士商類要》中，就有諸如「起居格言」、「起居雜忌」、「起居之宜」這一類攸關醫療的討論。其中一部分是關於養生的技術，¹⁶有一些顯然是針對行商的保健知識。「起居之宜」中就記載著：「行路多，夜向壁角拳足睡，則明日足不勞。」¹⁷還有一些則抄錄自從經典文本，如以下這段文字，明顯就是摘錄自《內經·素問》：

東方之域，海濱傍水，民食魚而嗜鹽，魚熱中，鹽勝血，故多病癰瘍，治宜砭石。
西方金玉砂石之域，水土剛強，民華實而脂肥，邪不能傷其形體，病多生於內，內為喜怒悲食，男女過，治宜毒藥。南方水土，弱霜露，所聚民嗜酸而食肘（，不考遲食過也。）病多攣痺，治宜微針。北方天地閉藏之域，民野處，乳食藏寒，多滿病，治宜灸焫。中央地平以濕，民食雜而不勞，故多病痿，厥寒熱治，宜引導按蹠。¹⁸

這些文字收入一本商用類書時，其意義格外值得注意。它用一種簡便的方式，延續和散播了醫學經典的理論。同時，這些關於各地不同風俗、飲食的討論，又彷彿是特別針對那些遠遊到中國各地的徽商。他們是最有機會也最有資本得以長途旅行的一群人，也是最常離鄉背井而需要適應異地生活的一群人。

因此，明末徽州還出現一本針對商人的方書：《商便奇方》。該書出版於萬曆庚寅年(1590)，作者是徽州地方的醫官程守信。他認為方書的傳統，在中國醫學史上淵遠流長，

¹⁶ 其中不少商業用書和日用類書是來自徽州，見白井佐知子，〈徽州文書と徽州研究〉，頁524-526。

¹⁷ 如(明)程宇春，《士商類要》(收入楊正泰，《明代驛站考增訂本》[上海：上海古籍出版社，2006])，頁419。

¹⁸ 如「四時起居」中教人：「夜半生氣時，或五更睡覺、無事閑坐、空腹時，寬衣解帶，氣為呵，出腹中濁氣三五口，定心閉目，叩齒集神，然後以大拇指背拭目九遍，明目去風，亦補腎氣。兼按鼻左右七遍，令表裡俱熱，所謂『灌溉中嶽以潤肺』……」《士商類要》，頁417。

¹⁹ 《士商類要》，頁415。《內經·素問》的原文如下：「故東方之域，天地之所始生也。魚鹽之地，海濱傍水，其民食魚而嗜鹹，皆安其處，美其食，魚者使人熱中，鹽者勝血，故其民皆黑色疎理，其病皆為癰瘍，其治宜砭石，故砭石者，亦從東方來。西方者，金玉之域，沙石之處，天地之所收引也。其民陵居而多風，水土剛強，其民不衣而褐薦，其民華食而脂肥，故邪不能傷其形體，其病生於內，其治宜毒藥，故毒藥者，亦從西方來。北方者，天地所閉藏之域也。其地高陵居，風寒冰冽，其民樂野處而乳食，藏寒生滿病，其治宜灸焫，故灸焫者，亦從北方來。南方者，天地所長養，陽之所盛處也。其地下，水土弱，霧露之所聚也。其民嗜酸而食肘魚，故其民皆緻理而赤色，其病攣痺，其治宜微針，故九針者，亦從南方來。中央者，其地平以濕，天地所以生萬物也眾，其民食雜而不勞，故其病多痿厥寒熱，其治宜導引按蹠，故導引按蹠者，亦從中央出也。」見(清)張隱庵(志聰)，《黃帝內經素問集注》(北京：學苑出版社，2002)，〈異法方宜論篇第十二〉，頁116-120。

可以追溯到秦漢以上。只是當今之世，雖然「方書充棟」，但大部分卷帙浩繁，「經營江湖者，欲檢閱理身，不便奚囊。」¹⁹他因此要化繁為簡，撰寫一本針對商人用的小型方書。

該書現存三卷，其中二、三卷與第一卷，不僅有方重出，而且寫作風格和版型均有差異，推斷是經過後人增補。²⁰換言之，原始的版本可能只有一卷，當然更加簡便而易於攜帶。這一卷收羅了上百種方子，有些是多種藥物配合而成的大方，如四時卻風湯、清痰解語湯；²¹但也有應急所用的方子，比如所謂「步路急救方」，其實是要中暑之人飲下自己的尿液。²²又如「千里消渴丹」，是應付「路上行人受暑熱作，喝茶水不便」的狀況。²³這種針對外出客商的應急藥方，在書中屢屢皆是。

雖然程守信在序言中說本書要「祖之《內經》，以究其本；參之運氣，已達其變；審之藥性，以會其趣」，²⁴但全書並無深奧的學理，反而具體而實際地指導讀者用藥，而且口吻親切，常有類似「為商者可隨身應急」²⁵或「此藥出路可帶隨身應變」²⁶的話語。在「勞咳蜜油膏」一條底下，該書就清楚地說明製藥流程：

先將豬油用銅銚滾水煮化，去皮膜筋，刺下白果肉，又煮一、二沸，在下藥末、糖蜜，加薑三盞，化勻取起，將瓦瓶盛之，不時噙化，空心臨臥時服之甚妙。²⁷

《商便奇方》因此比許多包括日用類書在內的書籍，更具實用性。我們不難想見，長時間在外跋山涉水的商人，確實可能隨身攜帶這樣一本小書，而且在閱讀這些文字後自行服藥，或施行治療。

此外，《商便奇方》也不排斥祝由之法。所謂祝由之法，和上述巫醫治療十分類同，大體是透過咒語召喚神靈之力，以消滅疫病。《商便奇方》中就保存了一些符咒，特別

¹⁹ (明)程守信，《商便奇方》(收入《海外回歸中醫善本古籍叢書》[北京：人民衛生出版社，2003]，第8冊)，〈商便奇方序〉，頁325。

²⁰ 《商便奇方》，〈校後記〉，頁427-428。

²¹ 《商便奇方》，卷一，頁333-334

²² 《商便奇方》，卷一，頁338。

²³ 《商便奇方》，卷一，頁339。

²⁴ 《商便奇方》，卷一，頁325。

²⁵ 《商便奇方》，卷一，頁339。

²⁶ 《商便奇方》，卷一，頁346。

²⁷ 《商便奇方》，卷一，頁351。

用來對付瘧鬼或瘧神。²⁸這些手法同樣是為了應商人之急，避免他們在「客途中受邪，一時不能取藥」²⁹，而能快速驅逐疾疫。這另一方面反映出，帶有巫術色彩的治療方式，可能十分流行於商人圈子中。而號稱「家世習醫」，³⁰又曾任地方醫學的程守信，也頗能接納這一類方術。這說明祝由科雖然在主流醫學中逐漸沒落，在社會上仍有影響力。直到十九世紀，徽州的另一本小型方書《經驗選秘》中，祝由治法的描述依舊佔據相當篇幅，該書編者胡增彬就是此法的信仰者。在一段「天醫大帝寶誥」的最後，他虔誠地寫道：「是誥遣途最為感應，如能立願叩禱，無不立愈。彬熏沐敬刊於上。」³¹

與某些醫書相比，《商便奇方》的篇幅較小，內容也相對簡單。他所針對的讀者，不需要太多古典文化素養。購買本書的讀者，也需要付出較少的金額。他們雖非完全不識字的底層人民，但也可能是屬於中下階層，或社會地位不一定很高的人。除了購買經過編纂的書籍外，人們也十分習於抄書。從至今許多流傳下來的抄本中，可以清楚看到醫學知識如何在社會間流傳。³²有些抄本完整地抄寫了經典書籍，有些則集合了不同的簡驗方子，還有些抄本內容龐雜，不只有醫學知識，也包含宗教科儀等文字。³³

還有一些自行治療具有十足的徽州特色，如乾隆年間由徽人方允淳（1690?—?）編纂的《廣嗣編》中，就把「徽墨」視為具有療效的物品。他教人在生產過程中，若是「胞衣來遲，切勿慌張，以草紙燒煙熏鼻，令氣內納即下，或用滾水一鐘，磨徽州陳香墨，一二茶匙，沖服即下」。³⁴對付幼科疾病，徽墨同樣有特殊功效，如防臍風法一條下記載「以銀簪清挑破，將泡內白米取出，誤令落，令喉中，仍以徽墨擦之。」³⁵還如「又有馬牙在牙跟處，亦宜挑破取出，以徽墨擦之……如有口疳，亦用徽墨擦之。」³⁶徽墨何以有著如此神效，令人好奇，可惜方允淳沒有多加解釋。但他撰寫此書，動機在提供窮

²⁸ 《商便奇方》，卷一，頁 346-347，362-363。

²⁹ 《商便奇方》，卷一，頁 346。

³⁰ 《商便奇方》，〈商便奇方序〉，頁 325。

³¹ (清) 胡增彬輯，《經驗秘選》(收入《珍本醫籍叢刊》[北京：中醫古籍出版社，1993])，頁 159。

³² 關於中醫抄本的討論，見段逸山，〈中醫藥文獻研究的一項重要而緊迫的課題——兼論中醫藥抄本的學術價值〉，《古今論衡》17 (2007): 41-52；文樹德(Paul U. Unshuld)，〈中國十九、二十世紀的抄本：被醫學史著作忽略的材料〉，收入傅漢思、莫克莉、高宣主編，《中國科技典籍研究：第三屆中國科技典籍國際會議論文集》(鄭州：大象出版社，2006)，頁 275-285。

³³ 如安徽大學徽學研究中心就收藏一本來自徽州的《二道同鈔》，是同治年間的抄本，內容除了有內經、汪昂的《本草備要》外，還有如「用八卦」、「排六甲」等內容。

³⁴ (清) 方允淳，《廣嗣編》(清乾隆十五年刻本，上海：上海圖書館藏)，卷下之一，頁 10。

³⁵ 《廣嗣編》，卷下之二，頁 4。

³⁶ 《廣嗣編》，卷下之二，頁 4。

鄉僻壤之民自救之道，³⁷也許徽墨在他的讀者眼中，既是方便取得，又是熟悉的家鄉特產。³⁸

至於文化水準比較高，或經濟狀況較好的民眾，還可以從書肆購買到其他的醫書，從簡便的方書、入門書或醫案，到古奧的醫學經典。³⁹我們只需要稍微回想一下前一章所討論的醫者，就不難瞭解自行研讀醫籍進而通醫的可能性。有了這些背景，不少病人在延請醫者之前，就有自行治療的經驗。醫案中有不少類似例子，如汪機的兄長有次患病，汪機適逢外出，他便自行用藥，雖未完全痊癒，但症狀也已改善不少。⁴⁰

走方醫與成方



病人的另一種與自行治療相彷的選擇，是直接購買成方。他們至少有兩種管道可以取得現成的丸散，一是透過遊走在各地的「走方醫」，二是到地方上開設的藥局。不過，這兩個管道並不為主流醫學所重視。宋代政府對純粹收錄醫方這一類書籍的重視，到明清時期已不復見。自金元以降，醫家開始講求抽象的醫學理論，直接而實用的方藥反而淪為次要。這類販賣成方的管道，在史料中同樣飽受主流醫者的批評。其中身份可疑的走方醫，更是屢屢被貼上負面的標籤。

傳統的走方醫遍佈於中國各地，他們或搖鈴或舉旗，讓病家得知他們的到來。徽州地方戲曲中，就有段關於走方醫的故事。戲中馬姓醫者背著藥箱，搖著手中「虎寸」，準備要賣膏藥和眼藥。他一登場就是一連串的廣告台詞，不僅交代自己的身世，也說明

³⁷ 《廣嗣編》，〈自序〉，頁 1-2。

³⁸ 關於徽墨的簡介，參見周德鈕、傅進，《墨硯競風流：四寶堂內擷英華》（合肥：黃山書社，2000）；王儼闇、蘇強，《明清徽墨研究》（上海：上海古籍出版社，2006）。

³⁹ 近來對明清書籍文化史的研究已經不少，學者在強調這是個出版空前興盛的時代，不過對醫學書籍的出版和流通，相對而言所知不多。包筠雅在她的新書中略有討論，見 Cynthia J. Brokaw, *Commerce in Culture: The Sibao Book Trade in the Qing and Republican Periods* (Cambridge: Harvard University Asia Center, 2007), pp. 428-449；其他相關的研究見 Kai-wing Chow, *Publishing, Culture, and Power in Early Modern China* (Stanford: Stanford University Press, 2004); Joseph P. McDermott, *A Social History of the Chinese Book: Books and Literati Culture in Late Imperial China* (Hong Kong: Hong Kong University Press, 2006) Lucille Chia, *Printing for Profit: the Commercial Publishers of Jianyang, Fujian, 11th-17th Centuries* (Cambridge: Harvard University Asia Center, 2002)；大木康，《明末江南の出版文化》（東京：研文出版，2004）。

⁴⁰ 《石山醫案》，卷上，頁 22。

手上藥品的療效：

家父曾為縣令，家兄忝入鸞門，小子不才，剛剛學了個醫生。這幾天陰天下雨不曾來，今日天氣晴朗，不免到孤悽埂上走走。……他那所在出有兩味藥草，一味天仙草，一位地黃草。天仙草治五勞七傷，地黃草醫咳嗽談火。是我帶南朝，配了九十八味官藥，熬成一單膏，名為百草膏。百草膏來百草膏，男人貼了精神爽，女人貼了月經調，孩子貼了麻痘少，老人貼了痰火消。但逢伊家貼此膏，諸般百病一齊消。⁴¹

他又說自己的藥是「快馬不過五裏，點香不過半寸，當面見效，立時見功。」⁴²可見他所販賣的百草膏，不但是可治百病的萬靈丹，而且不需要經過長時間的診斷、治療或調養。

馬姓走方醫扮演的是個丑角，他的表現因此不免誇張甚至荒腔走板。如病家問他如何治療駝子，他說：「用松板兩塊，麻繩兩根，把駝子放在中間，兩頭用縞棍一縞起來，一下必直。」又說：「那郎中只醫得病，那醫得命。」⁴³類似的描述，還可以見於明清其他的戲曲，甚至是笑話書中。⁴⁴

走方醫這種荒唐可笑的形象，反映了主流價值對他們的觀感。特別在自命正統的醫者眼中，走方醫給的藥方十分可疑。⁴⁵而接受速成藥方的病人，通常也不會有好下場。如《石山醫案》中記載一名雷姓商人，突然染上急症，卻不知何病。家中一位打製銀飾的匠人卻說：「我有秘方，一服即愈。」商人遂用五文錢換了藥劑，不料服了之後，大汗不止，三天後便辭世。汪機不禁在故事最後感嘆道：「嗚呼！富商吝財，貧士輕命，

⁴¹ 朱建明校訂，《皖南高腔目連卷》（臺北：施合鄭民俗文化基金會，1998），卷三，〈馬郎醫眼〉，頁297。

⁴² 《皖南高腔目連卷》，卷三，〈馬郎醫眼〉，頁297。

⁴³ 《皖南高腔目連卷》，卷三，〈馬郎醫眼〉，頁298。

⁴⁴ 如（清）馮夢龍，《笑府》（收入《明清笑話十種》〔西安：三秦出版社，1998〕）有一則故事：「一人寫招牌，出賣上好跳蚤藥，問如何用藥，曰：捉住跳蚤，以藥抹其嘴，即死矣。問者曰：既捉住，何不掐殺了省事？曰：如此說來，你的方子更好。」見頁662。明清文學與戲曲中之走方醫形象，見 Wilt Idema, "Diseases and Doctors, Drugs and Cures," p.46

⁴⁵ 清代醫家喻嘉言就說：「今之見一病，輒有醫藥橫於胸中，與夫執成方奉為靈秘者，大率皆誤人也。」見（清）喻嘉言，《寓意草》（收入《喻嘉言醫學三書》〔北京，中醫古籍出版社，2004〕），卷二，頁734。

二者胥失之耳！書此以爲索方妄藥之戒。」⁴⁶

清代醫家趙學敏（1719－1805）對走方醫的描述，和主流醫界其實若合符節，不過雙方觀點顯然南轅北轍。趙學敏曾撫出走方醫生存守則的三字訣：「一曰賤，藥物不取貴也；二曰驗，以下嚥即能去病也；三曰便，山林僻邑倉卒即有。」⁴⁷可見走方醫訴求的是便宜、速效和方便，但他認為走方醫雖然「各挾一長以遨遊逐食」，長期累積下來的治療技術仍有可觀之處。⁴⁸

「走方醫」本來就是個身份模糊的群體，既沒有嚴格的定義和邊界，內部也充斥著分歧。尤其值得玩味的是，就連醫案的作者偶爾也充當走方醫的角色。康熙二十三年（1684）末，吳楚自外地返家，在一村的橋頭遇見一人「頓足垂淚，情境可憐」。吳楚上前盤問，那人遂娓娓道出原委。原來此人姓趙，來自休寧。他的十三歲獨子因故而昏睡不醒，手足冰冷。他們連續請了幾個醫者，有說是「中風」，有說是「痰」，但因病人牙關緊閉，故皆服藥不得。今天他特來延請地方上的名醫，對方又不在家，「因想莫非是數該死，故遇不著名醫，所以悲慟。」吳楚聽了，安慰他說：「且勿傷感，或者正是令郎數不該死，亦未可知。」那人反問吳楚：「貴縣除某先生，再算何人高明，敢求指教。」吳楚說：「這卻不知，不敢妄薦。我轎中倒有一藥，可以就得此病。此病名爲中惡，因取蘇合丸一丸與之。」⁴⁹吳楚此舉其實與走方醫類似，可見許多醫者出外時，身上往往攜帶現成的丸散，以應不時之需。

除了來去匆匆的走方醫外，病家也可以到地方藥店購買成方。這種管道分成兩種形式，一是官方開設的惠民藥局，一是由私人經營的藥店。不過惠民藥局到了明中葉以後，日常功能已經不彰，只在地方上有災疫之時才會發揮作用。反而是私人經營的藥店日益發達。這類藥店時常也請來醫者「坐堂」，以應付有需要的客人，對無力專程請醫的病家而言，無疑十分便利。

明代嘉靖年間的徽州醫家洪基，也在他的《胞與堂丸散譜》中，寫到自己如何販售丸散給病家：

⁴⁶ 《程茂先醫案》，卷二，頁31。

⁴⁷ (清) 趙學敏，《串雅》(北京：人民衛生出版社，2007)，頁18。

⁴⁸ 《串雅》，頁19

⁴⁹ 《醫驗錄初集》，卷下，頁123。

丸散以畫一名者，蓋眾藥無欺而價不二也，本堂以經驗奇方，而加之上品藥料，炮製精工，修合虔謹，實於天不愧，於人不怍矣。以故藥盟畫一之誓，價定畫一之規，至若人參丸，牛黃丸，群藥預各為末，封固收貯，其中貴藥，俟需用者面入即著眾手齊成，旋付攜回，此予慮一得之愚，為至真至便之法。所面入者，為人參、牛黃、珍珠、琥珀之屬而已，餘藥斷不吝其貴而欺而二，以虛畫一之名也。

50

從這段文字中，可以想見一個藥店日常運作的情形。洪基的胞與堂販售的丸散可謂五花八門，除了天王補心丹、人參固本丸等養生藥方之外，也有針對婦女生產的「保胎丸」、「遂生散」或「崩漏丸」等等，不同的病人都可以在此針對所需購藥。而其中大部份的藥丸都已經事先製好，只待病人上門購買。但也有一些貴藥，是等病家進店之後才開始製作。

洪基還一再強調自己賣藥不二價，而且誠實經營。這大概是由於同一時期，藥品市場上出現了很多虛偽不實的商人，他們或者哄抬價格，或者以假藥欺人。著有《本草蒙筌》一書的陳嘉謨(1486–1570)就提到當時流行諺語：「賣藥者兩隻眼，用藥者一隻眼，服藥者全無眼。」⁵¹他也提到很多藥商企圖魚目混珠，比如用薺芭當成人參、把苜蓿當成黃芪。⁵²可見在此時販賣丸散已是有利可圖的事業，才會吸引商人以假貨取利。

巫醫與女醫

傳統醫學史寫作中，「巫」與「醫」早在上古中國已然分流。⁵³但從病人的角度而言，求巫和求醫卻可能未曾分流。巫覡信仰既然提供了醫療的功能，則庶民對於巫醫仍是趨之若驚。看在知識精英眼中，這種行為不免讓他們感嘆民智未開。宋代以降，「信巫不

⁵⁰ 《新安醫籍考》，頁 274。

⁵¹ (明)陳嘉謨，《本草蒙筌》(據明萬曆元年刻本，收入《續修四庫全書》[上海：上海古籍出版社，1997]，第 991 冊)，〈總論〉，頁 552。

⁵² 《本草蒙筌》，〈總論〉，頁 552-553。

⁵³ 如陳邦賢，《中國醫學史》(上海：商務印書館，1937)，頁 6-12；陳勝崑，《中國傳統醫學史》(臺北：時報文化，1979)，頁 26。

信醫」就成為地方官員批評民間風氣的陳腔和地方誌寫作的套語。⁵⁴

自命為正統的醫家，對巫醫也相當不信任。吳楚曾碰過一名女性病人，因為服藥屢屢不驗，終於「大設壇場，請神三晝夜」。祀典結束之際，他的丈夫正好返家，立刻斥責病人不應「信巫不信醫」，又說她不願信任吳楚，根本是「是自取死也。」⁵⁵吳楚記載這個故事，不僅借他人之口批判巫醫，同時亦透過「理性」的男性角色，來襯托「迷信」的女性病人。

不過，我們倒不妨將這些批評視為反證。這些來自精英份子的文字，說明當官方醫療資源在地方上時有所窮，神靈的力量卻是深入各地。因為正統醫家也能在文本上不斷批判巫醫，卻未能將巫者完全排除於「醫者」群體之外。⁵⁶巫者與醫者還經常共同參與醫療過程，有時巫者的權威甚至要超過醫家。如明清種痘術施行前，往往需要先舉行具有宗教性的儀式。⁵⁷康熙時代徽州的小文人詹元相(1670—1726)就在日記中寫道，在迎來種痘先生後，村裡眾人還要開壇作醮，並分攤花費。⁵⁸而吳楚也曾遇過病人，服藥前要先行祝禱，取得神靈同意。⁵⁹

巫覡醫療雖然在中國社會無所不在，但也可能發展出不同的地方變異。傳說中華佗的故鄉在距離徽州不遠的亳州，可能是由於這一層地緣關係，華佗廟成為徽州民眾求醫的據點。可惜官方記載中對民間巫覡的記載往往簡略，非經官方認可的淫祀小廟更難得進入地方誌編纂者的視野之中，我們只能透過一些間接的材料推測徽州華佗廟的運作景況。《道光徽州府志》記載華佗廟的廟後有井，凡是患疾的人都至此取水以療癒。⁶⁰而續

⁵⁴ 王章偉，《在國家與社會之間：宋代巫覡信仰研究》，（香港：中華書局，2005）。關於宋代以前的巫醫傳統，林富士有一系列的研究，如林富士，〈東漢晚期的疾疫與宗教〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》66.3 (1995)：695-745；林富士，〈中國六朝時期的巫覡與醫療〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.1 (1999)：1-48。相形之下，我們對明清的巫醫，所知反而不多。這個時代值得注意的新發展，可能是地方秘密宗教的醫者，見邱麗娟，〈清乾隆至道光年間民間秘密宗教醫者的研究〉，《臺灣師大歷史學報》37(2007): 85-118；邱麗娟，〈清代民間秘密宗教的醫療活動：以病患求醫、入教為中心〉，《臺灣師大歷史學報》38(2007): 153-188。

⁵⁵ 《醫驗錄初集》，頁 73。

⁵⁶ 傳統國家力量雖然對巫者有所提防和控制，但大多出於他們對社會秩序的破壞，而非著眼於醫療問題。

⁵⁷ 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），上冊，頁 239-253。

⁵⁸ 詹元相，《畏齋日記》（收入中國社會科學院歷史研究所清史研究室編，《清史資料》[北京：中華書局，1983]，第 4 輯），頁 228。

⁵⁹ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 113。

⁶⁰ (清) 馬步蟾，《徽州府志》（據清道光七年刊本，臺北：成文出版社，1975），卷三，頁 39。

溪地方也有華佗崇拜的風俗。嘉慶時期的地方誌提到華佗寺在縣北朝山坦上，但至此時已經全毀。⁶¹雖然廟毀人去，當地卻仍流傳著故事，傳說中華佗廟內不僅供奉神像，還有七名和尚負責治病，並且上山採藥、提供藥材，甚至親自送至病人家中。⁶²有些小廟可能沒有醫者負責診療，而是將藥方摻入籤詩之中，任由信徒求之。⁶³除了華佗廟之外，徽州特有的程靈洗信仰，也時常帶有醫療的性質。⁶⁴

除此之外，若染上了不同的疾病，徽州人也尋求不同神祇的協助，猶如尋求各類專科醫者。碰到生產相關的病痛，人們就祭祀李王。若是幼兒染上天花，則要祭祀痘神與天花娘娘。⁶⁵在徽州另有專門的痘神廟，反映此地相當留意這堪稱近世幼兒「頭號殺手」的痘疹之疾。⁶⁶而其背後的原因，可能涉及宗族對於香火延續的重視。這種在意的態度還會轉化為針對女性的生育壓力，康熙年間一位徽州婦科醫生就批評「往往急於求子者，聽信師巫，謂可轉女為男，吞符水，供奉邪神，祈禳魘魅，以致孕婦心神不定，驚惑動搖。」⁶⁷

清末徽州官員劉汝驥曾與部屬們合作調查轄下各地風俗。結果他們發現，在休寧地區，人們「就亂壇以請湯藥，問靈姑以斷疾病。」⁶⁸而祁門的「愚夫愚婦，最畏神明，每遇疾病，誠心禱祀，一似神道驟從天降者。」⁶⁹劉汝驥等人賡續傳統精英對民間信仰的態度，對地方風氣採取的負面論調，歙縣的鮑振炳就直斥「可笑」⁷⁰，而休寧的地方

⁶¹ (清)清愷等，《績溪縣志》(據清嘉慶十五年重修刊本，臺北：成文出版社，1985)，卷十，頁110。

⁶² 陳長文、張學文、戴光耀，〈績溪鎮儺舞《破寒酸》〉，收入朱萬曙、卞利主編，《戲曲·民俗·徽文化論集》(合肥：安徽大學出版社，2004)，頁381。

⁶³ 《杏軒醫案》，頁658。日本學者曾蒐集一批中國的藥籤，部份還來自台灣，見酒井忠夫、今井宇三郎、吉元昭治編，《中國の靈籤・藥籤集成》(東京：風響社，1992)。有學者認為藥籤是來自道教醫學的傳統，如吉元昭治，《台灣寺廟藥籤研究：道教醫方與民間療術》(臺北：武陵出版，1990)；也有人指出藥籤跟傳統中醫理論其實有相合之處，如魯兆麟，《保生大帝藥籤解》(臺北：財團法人臺北保安宮，1998)。

⁶⁴ 常建華，《明代宗族研究》，頁46；卞利，《明清徽州社會研究》，頁214。

⁶⁵ 《陶覽公牘》，頁622。關於徽州種痘的習俗與信仰，王振忠有詳細的討論。見王振忠，《徽州社會文化史探微——新發現的 16-20 世紀民間檔案文書研究》(上海：上海社會科學出版社，2002)，頁265-291。

⁶⁶ 王振忠，《徽州社會文化史探微》，頁266。熊秉真，《安恙：近世中國兒童的疾病與健康》(臺北：聯經出版公司，1999)，頁223-300。邱仲麟還指出徽商可能是人痘法傳播的重要功臣，見邱仲麟，〈明清的人痘法——地域流佈、知識傳播與疫苗生產〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》77.3 (2006)：461。

⁶⁷ (清)鄭茂，《生生錄》(康熙五十七年刊本，合肥：安徽省圖書館藏)，卷中，頁3。

⁶⁸ (清)劉汝驥，《陶覽公牘》(合肥：黃山書社，1997)，頁590。

⁶⁹ 《陶覽公牘》，頁605。

⁷⁰ 《陶覽公牘》，頁583。

官更不滿地指出「醫道不明，而神道得以蒙利也。」⁷¹這些紀錄卻在在指出，病者求巫的情形在社會中不絕如縷。

面對信仰巫醫的病家，有時醫者也順勢而為，借力使力。如汪機治療過一名女子，她因度思念去世的母親，而「精神短少，倦怠嗜臥，胸膈煩悶，日常懨懨」。汪機治療的方法，卻不是用藥。他知道該女子「酷信女巫」，因此他「令其夫假託賄囑之，托母言女與我前世有冤，汝故托生於我，一以害我，是以汝之生命克我，我死皆汝之故。今在陰司，欲報汝仇，汝病懨懨，實我所為，生則為母子，死則為寇仇。」該名女子聽到女巫這番言論，不禁大怒：「我因母病，母反害我，我何思之？」思念之病遂因此痊癒。

⁷²

汪機的讀者看到這個案例或要嘖嘖稱奇。這某個程度也符合了汪機紀錄此案的動機。⁷³不過在詭怪的面向外，我們還應該注意到，醫者筆下信仰巫醫的往往是女性。直到清末的《清稗類鈔》中，談到巫醫信仰，還說：「所立名稱，大抵婦女為多，故婦人易被蠱惑。」⁷⁴而上述案例中，巫醫同樣也是女性。這些不慎起眼的細節，背後隱隱然透露著醫者對於女性醫療的貶抑。

和巫醫一樣，女醫是備受主流醫者抨擊的群體。雖然早在漢代，女醫的活動在史冊上便有跡可考，然而宋代以降，包括產婆在內的女醫卻逐漸受到主流社會的排擠。⁷⁵不過，這些對於女醫的貶抑，與她們「真實社會角色及重要性間有相當大的鴻溝」。⁷⁶男性醫者就始終無法取代產婆在生產過程中的地位，他們只能一方面告誡生產之家「切不可聽信穩婆」，另一面仍叮囑讀者慎選經驗老到的產婆。⁷⁷這樣矛盾的呼籲一方面告訴我們產婆的在生產過程不可或缺的重要性，一方面其實也指出產婆源源不絕的世代交替：經驗老到的產婆對應著初出茅廬的新手。

⁷¹ 《陶覽公牘》，頁 590。

⁷² 《石山醫案》，卷下，頁 62。

⁷³ 論者指出，醫案寫作一部分也繼承中國文學的「誌異」或「誌怪」傳統。見 Judith T. Zeitlin, "The Literary Fashioning of Medical Authority," p. 172.

⁷⁴ 徐珂，《清稗類鈔》（北京：中華書局，1984），第十冊，頁 4560。

⁷⁵ 梁其姿，〈前近代中國的女性醫療從業者〉，收入李貞德、梁其姿主編，《婦女與社會》（北京：中國大百科全書出版社，2005），頁 355-374。關於傳統中國的女性醫療者，另見衣若蘭，《三姑六婆：明代婦女與社會的探索》（臺北：稻鄉出版社，2002），頁 46-64；李貞德，〈漢唐之間的女性醫療照顧者〉，《臺大歷史學報》23 (1999) : 123-156。

⁷⁶ 梁其姿，〈前近代中國的女性醫療從業者〉，頁 362。

⁷⁷ 《生生錄》，頁 14-15。生生錄的說法在宋代以降產科醫書中，其實相當常見。

女醫更可能表現傑出，引人注目。尤其在醫學世家招牌下，女醫格外有機會出人頭地。西園鄭氏喉科媳婦許氏，就因家中缺乏男嗣，被選為第六代傳人。而明代徽州醫家程邦賢的妻子和媳婦，都是名聲顯赫的小兒醫，地方上甚至有「男醫生不如女醫生」之說。⁷⁸

巫醫和女醫或要讓我們想到前一章所討論的專科醫者。他們都受到主流醫學的貶抑，在醫案中被嘲弄。但相形之下，巫醫和女醫在醫學中的位置更加邊緣。像是鄭承瀚那樣的專科醫者，還可以藉著自我標榜而躋身儒醫的行列中，巫醫和女醫卻始終難以得到認可。而這些邊緣醫者在社會上所受到的歡迎程度，與他們在文獻中所佔的篇幅，似乎也不成正比。因此我們也難以估量他們的數量，但無論如何，他們在醫療市場中所有的份量不可小覷，他們之所以存在，反映了病人對他們的喜爱和歡迎，女醫尤其可能受到女性病人的青睞。

形形色色的「非主流」醫療方式，未必為「主流」的儒醫所樂見。醫療市場的開放，意味著他們要面對許多競爭者；醫療知識的開放，則意味著他們可能面對病人的挑戰。掌握著書寫權力的主流醫者，因此屢屢放言批評本節提及的醫療方式。這些文字創造出某種印象，彷彿醫療市場是一群德術兼備的儒醫，對抗另一群德術俱缺的庸醫。不過，穿過文字的迷障，現代讀者卻可能從中看到不同的世界。我們可以質疑醫者群體的界線是否如此井然，在明清時期的醫療市場中，究竟何為主流、何為非主流；我們更可以藉著轉換視角，進而翻轉和重構醫者灌輸給我們的圖像。

第二節 就醫的策略

與明清許多徽州人一樣，汪機的女婿王琇也客居在揚州。他曾經三度患上脅痛，三度都賴自家名醫丈人而得治。初發之時，鎮江一名錢姓醫者曾投以龍薈丸，不過只能稍稍減緩其痛。汪機得知後，「冒雪自蕪湖徒行至彼」，用橘皮枳朮丸加黃連，這才讓王琇脫離苦海。五年後，王琇舊疾復發，汪機又是「沖寒陸路至彼」，並且親自照料，數夜

⁷⁸ 《新安名醫考》，頁 119。

不寐。第三次病發時，王琇正在徽州為汪機祝壽。這一次汪機總算無需長途跋涉。但他回首這三次治療經驗，感覺「其勞甚矣」，又帶著抱怨的口吻說道：「情須丈婿，恩同父子，不知彼以父親我乎，以人視我乎？」⁷⁹汪機並未明言他與女婿之間究竟有何情事，讓他發出如此喟嘆。但我們看到的是，身為醫者的汪機，為了病人而屢屢遠赴異地。這是常態，抑或是為了自家親戚而格外的付出呢？

對明清的醫者而言，長程移動並不成為太大的問題。只要經費足夠，明清的交通網路已經足以讓因各種理由外出的遊人順利到達目的地。遠離家鄉經營事業的行商自不待言，就是女性也可以離開閨閣，開始她們混合著朝聖與娛樂的行旅。⁸⁰醫者當然也是如此，我們從醫案中就看到屢屢醫者來往各地，遊走在城市與鄉村之間：汪機雖未移居外地，足跡也出現在徽州各處；⁸¹乾隆年間的徽州醫者方肇權，因為接獲病家親戚的邀請，而「越二十裏，至病者家」；⁸²在他行醫各地的經驗中，亦遇過醫者，「每日晨往鄉間療病，午後熏熏然而歸」。⁸³

更值得注意的是醫者移動之頻繁。有次吳楚治療病人的傷寒病，他在開完藥方後本要離去，但病人心中不安，期盼他能暫留一晚，靜待病情的發展。吳楚自稱「餘實不得暇，又念人命關係，不能恝然，不得已勉留一宿。」⁸⁴連留宿一晚都如此勉強，顯示出醫者的來去匆匆。

相較於現代醫者好整以暇地坐在診療室中，等待病人上門；明清醫者如此的不安於室，反映出醫療空間的轉換。在現代醫院與診所誕生前，明清的醫療空間顯得十分多元：有些名醫坐鎮家中便有病家慕名而來；有些名醫一早起來，門外便早已站滿求診的病人；⁸⁵不過，醫療的進行也可能是在病人的家中，或是第三地。⁸⁶如果現代醫療機構帶來

⁷⁹ 《石山醫案》，卷上，頁 22。

⁸⁰ 關於明清交通的綜論，見韓大成，《明代城市研究》（北京：中國人民大學出版社，1991），頁 237-271；另見劉錚雲，〈城鄉的過客——檔案中所見的清代商販〉，收入李孝悌編，《中國的城市生活》（臺北：聯經出版公司，2005），頁 417-450，特別是「行走天涯」一節，頁 426-441。Dorothy Ko, *Teachers of the Inner Chambers: Women and Culture in Seventeenth-century China* (Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1994), pp. 219-227。

⁸¹ 《石山醫案》，卷中，頁 48。

⁸² (清) 方肇權，《方氏脈症正宗》（收入《新安醫籍叢刊·綜合類》[合肥：安徽科學技術出版社，1995]，第一冊），卷四，頁 180。

⁸³ 《方氏脈症正宗》，卷三，頁 160。

⁸⁴ 《醫驗錄二集》，卷一，頁 38。

⁸⁵ 《太函集》，卷三十一，〈世醫吳洋吳橋傳〉，頁 663-664。

的是醫生權威的上升，以及醫學對病人的身體規訓。那麼我們要問的是，在這些制式的醫療空間出現以前，病人與醫者的權力關係會呈現何種樣貌？

擇醫與請醫

明清地方既充斥著各形各色的醫者，病家如何選擇最適合的醫療方式？明代徽州的一份「賣藥招醫帖」，透露了一些線索，該帖寫道：

△處△△先生，醫宗扁鵲，卜揲靈龜。上藥、中藥、下藥，雖嘗備於囊中；五色、五氣、五聲，不易攄其懷抱。予以險症訪知先生，先生乃代按其陰陽，卜其兇吉，不特膏肓應藥，而且決斷如神。近以訓蒙，潛居里內。倘有染病求醫，用方點藥，或減或加，既從其便；價輕價重，亦得其宜。凡我近村，不必往諸△△處之遙，只需問以△△書屋矣。謹白。⁸⁷

本帖由病人的口吻寫成，以親身見證的方式，推薦某位醫者。它收錄在一本名為《應酬便覽》的書籍中，是一種簡單的套式，提供需要摹寫之人參考之用，因此缺乏明確的指稱。但它既然可以代換為不同醫者所用，卻也因此具有相當代表性，反映出一般常民的心態。

值得注意的是文中對醫家的推崇，固然提及醫術高明，但這位「醫宗扁鵲」對用藥的態度卻很有彈性。他雖然決斷如神，但也能聽從病家之便而加減用藥。還有，病家請醫時的經濟考量也清楚地展現在文中。因此本帖不忘提及該醫者價錢公道，更打出方便聯絡的優點來招攬顧客。由於缺乏進一步的材料，我們並不清楚這種賣藥招醫帖如何被使用。但卻不難發現，走方醫所謂「賤、驗、便」三字訣，特別是「便」和「賤」兩個要素，確實能投病家之所好。

「賣藥招醫帖」是明白的廣告形式，「醫案」則可能是醫者未曾言明的宣傳。吳楚

⁸⁶ 如吳楚就碰過病人是留宿在地方的「長生庵」中。見《醫驗錄二集》，卷二，頁121。

⁸⁷ 《徽州社會文化史探微》，頁228。

的病人就是看了《醫驗錄初集》後，而輾轉找上門來。⁸⁸可見吳楚在內的幾位醫者，會如此在意自身作品的出版事宜，不是沒有道理的。

除此之外，病家之間還時常互薦傑出的醫者。⁸⁹如在一本《增補書簡活套》中，就收錄了這一類的書信往來的格套。其中薦醫者寫道：

聞宅中某某抱恙，延醫調治未見痊，可今某處有一醫生，世業岐黃，滿園哉杏，
按脈立方，屢試屢效，忝叨至愛，願為緣引，可請與否，伏惟裁奪。⁹⁰

病家則回信：

捨下某某臥病已久，服藥寡效，正躊躇間，忽稱翰及，特薦某某，必能挽回，登
之再造也。隨著家僮持帖恭請，倘幸得全，則戴兄台之德於無既矣，先函申覆，
容俟全可，晤謝不宣。⁹¹

從薦醫互動中，隱約浮現出病家間的人際網路。病人人際網路的連結，呼應著醫家在地方建立事業的模式。透過人際網路，病家得以尋找值得信賴的醫者，醫家則逐漸拓展在地方上的名氣。如孫一奎的醫案中，就寫到有位名為馬迪庵的士人，正為了心腹脹痛之疾而尋醫，據說就是「時有張太學懷赤者，迪老甥也，見予起張思軒夫人疾，喻亟請予。」⁹²可見尋醫的因緣是透過層層親友關係而建立的。

口耳相傳的訊息，也是病家在挑選醫者時的重要參考。孫一奎記載了一個有趣的案例，病人是一位上了年紀的老太太。當時她的病情嚴重，已經吩咐家人準備辦理後事。她對丈夫說：「病若此，汝曷不延名醫一決生死乎？」丈夫回答她：「所延皆名士。」她卻不放棄，意有所指地問道：「昔常聞程方塘參軍，患瘋三年而起者誰？」丈夫回答是孫一奎；她進一步問：「吳西源孺人病燥，揭痰喘三年，與程道吾內眷勞瘵暈厥，誰為起之？」答案同樣是孫一奎。她於是說：「何不請孫君決我生死？」家人果然聽從她的意見，找來了孫一奎。老太太對孫一奎的事蹟瞭若指掌，但她顯然只聞其名而未見其人。

⁸⁸ 《醫驗錄二集》，卷二，頁 105。

⁸⁹ 蔣竹山，〈晚明祁彪佳家族的日常生活史〉，頁 187-188。

⁹⁰ 汪文芳，《增補書東活套》（據掃葉山房石印本覆刻，收入《中國語學資料叢刊·尺牘篇》〔東京：不二出版，1986〕，第 3 卷），頁 7-8。

⁹¹ 《增補書東活套》，頁 8。

⁹² 《孫文垣醫案》，卷一，頁 742。

當孫一奎上門來時，病人還有些半信半疑，「私至三家訪予狀，皆曰魁然長髯者也」，這才相信眼前男子確實是傳說中的名醫。⁹³

病家之間的人際網絡，也讓他們可以順利延請到原本不熟識的醫者。對於缺乏經濟能力的病人，透過人際網路延請名醫是常見的辦法。有回孫一奎寄居在朋友家中，其門下一位竹匠爲了妻子之病，就透過孫一奎的僕人孫安求診，而孫安也因爲心有憐憫，轉而懇求孫一奎治之。⁹⁴

吳楚筆下一名僕人的求醫經過，與上述案例相仿，但過程更加曲折。當時吳楚同樣寄居在朋友家中，碰上一人央求吳楚診治。吳楚看過脈象，判斷已無生機，只能向病家辭謝告退。病人的父親聞言後，哀慟不已。隔天他懇請家中主人爲他寫一封信向吳楚求情。吳楚接到信後，有些無奈地回覆：「昨看盛使之恙，非忍心不救，以寒症日久，本難挽回；而又歷數醫，服半月藥，未曾錯撞著一味對症藥，所謂藥傷更難醫也。且系貧賤之子，諒無力服參，益難措手，是以不便粘手耳。」雖然吳楚認爲救治甚難，他卻給病家提供一絲希望：「今承臺翰諄諄，既不敢方命，而其父情詞哀切，又復堪憐。囑其今日且勿服藥，俟附中雜投之藥稍空。今夜若有命不死，明日至宅看會，再爲診視，倘可救，則極力救之可也。」隔日一早，病人的父親便到吳楚家門前，「長跪待開門，叩首不計其數」。吳楚當然也就欣然出診。⁹⁵這兩個案例，一個是透過孫一奎的僕人，一個是經由吳楚的友人，雖有所差異，但都是病人透人際網路請醫的例證。

有些病家要請醫時，態度十分強硬。程文圃的醫案有個的例子。那是在嘉慶辛未年（1811）春天，當時程文圃因時常感到暈眩。而待在家中修養。正巧友人張汝功來訪，卻不是前來慰問，而是告知有位洪梅翁因爲病況不佳，希望程文圃前去一診。此時人在病中的程文圃卻想辭之以疾，只是「汝兄強之」，結果程文圃也只能由他人攬扶而出診。⁹⁶程文圃用「強」字來描述病家的延醫之舉，生動地透露著病家的霸道和醫者的無奈。

不過在多數醫案中，病家延請醫者時，仍是十分禮遇。他們或「迎」或「邀」，有時爲了讓異地的醫者能即時診治，甚至抬轎來請。有次孫一奎人在苕城，病人還讓他「乘

⁹³ 《孫文垣醫案》，卷三，頁 797。

⁹⁴ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 746。

⁹⁵ 《醫驗錄二集》，卷一，頁 40-42。

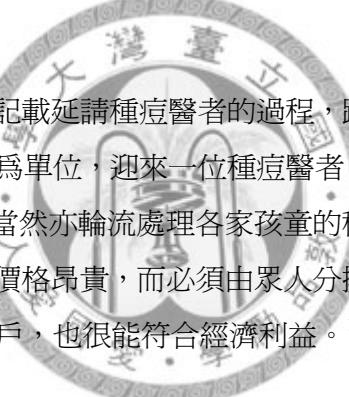
⁹⁶ 《杏軒醫案》，頁 647。

快舡兼程而進。」⁹⁷有時情況不那麼緊急，病家也會與醫者預約時間。像是吳楚的族叔就對他說：「明早出蘇州，內人久嗽，恐成癆怯，來日煩為診視。」⁹⁸次日吳楚也如約視之。

若是較具禮數的請醫，病家還會執帖而來。在另一本書信套式的類書《翰墨全書》中，就有這類請醫帖的樣貌，如：「某以不謹致疾，非先生國手不可治，專人固請，幸即惠然，以慰倒懸之望，毋曰姑徐徐云爾。」⁹⁹此外，徽州地方文書也有針對種痘醫者的請醫帖，如：

立關書經手人△△，恭請△△△先生駕臨敝舍，布種天花。惟祈窠窠聚頂，粒粒成珠，孩童幼女，遇此吉祥，各社孩童，托賴賜福，始終如一，萬象回春。每男勞金若干、女多少敘明，挨間共膳，仰望輪流看視。金將男女名目並勞金開載。

100



在清初文人詹元相的日記中，記載延請種痘醫者的過程，跟這份文書內容相互呼應：詹元相等人延請醫者同樣以全村為單位，迎來一位種痘醫者。醫者來了以後，也一如請醫帖中所言，輪流到各家用膳，當然亦輪流處理各家孩童的種痘事宜。延請種痘醫者之所以需要集體而行，大概是因為價格昂貴，而必須由眾人分攤。至於行走於各地的種痘先生而言，能一次招攬全村的客戶，也很能符合經濟利益。¹⁰¹

這份請醫帖中另一個值得注意的問題是，醫者與病人之間彷彿建立起某種契約關係。在明末以降的商業氛圍下，契約關係很可能滲透到各個領域，當然也包括醫療。在徽州尤其可能如此，徽州地方大量的契約文書，包括地契、分家書及其它買賣交易的文書，早已是社會經濟史學者珍視的材料。¹⁰²醫病之間契約的訂立，或要讓人想起吳楚痛

⁹⁷ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 739。

⁹⁸ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 24。

⁹⁹ (明)王宇編，《新鐫時用通式翰墨全書》(據明天啟六年刊本覆刻，收入《中國語學資料叢刊·尺牘篇》，第 1 卷)，頁 16。

¹⁰⁰ 王振忠，《徽州社會文化史探微》，頁 264。

¹⁰¹ 《畏齋日記》，頁 227-229。邱仲麟認為明清時期種痘的價格並不便宜，下層民眾有時難以負擔。見邱仲麟，〈明清的人痘法〉，頁 491。

¹⁰² 見中國社會科學院歷史研究所收藏整理，《徽州千年契約文書》(石家莊：花山文藝出版社，1991)。醫療契約的重要性，不在於其中的經濟交換——病家需要給予報償應是自古皆然——但醫療契約將雙方互動關係表面化，從原本的心照不宣變成有字可據。參考皮埃爾·布爾迪厄 (Pierre Bourdieu)，譚立德譯，《實踐理性：關於行為理論》(北京：三聯書店，2007)，頁 158-161。但醫

斥的「包醫」之舉。「包醫」同樣是在講明價格後，病家將醫療託付給特定之醫者。

不過，包醫與種痘本質上有些差異。種痘本身是個比較形式化的醫療行為，縱然過程容或發生種種意外，但大體上已有一定的流程，種痘醫者的責任也比較清楚。但一般的醫療卻非如此，醫者需要更多個人判斷與臨機應變，尤其在傳統「醫者意也」的思想下，醫療過程成為醫者各顯神通的時刻。但另一方面，對病家而言，這也意味著醫療過程的風險重重。醫者與病家對於醫療進程並沒有一致的共識，醫者或顯得信心滿滿，病家卻感覺前途茫茫。在這種背景下，「包醫」對病家而言，無疑是極具風險的選擇。是故，醫者談到「包醫」，大率將其歸咎為敗德醫者對病家的巧言哄騙，這種說法自然忽略了病家本身選擇的主動性或理性考量。¹⁰³不過，「包醫」之所以引人側目，大概也是因為這種託付式的關係，與一般不穩定的醫病關係形成強烈對比。

換醫



的確，任何人讀了明清的醫案後，印象最為深刻的恐怕不是包醫，而是其中頻繁的「換醫」。病家時常找來二、三名醫師共診，富有人家更可以找來十餘名醫者，孫一奎就曾用「醫者星羅」來形容眼前的醫療情境。¹⁰⁴此外，他也碰過病人「遞醫遞患，遞針而遞插藥，計其患者凡八遍，計其醫之更者，如張、如魯、如馮，凡八人，有陳外科者，則總其中而受謝最多。」¹⁰⁵像這樣一個醫者換過一個醫者，同樣不稀罕，甚至有人「病數年，百醫不效。」¹⁰⁶對經濟資本雄厚的家庭而言，醫療資源顯然不虞匱乏。不過，有時貧窮人家也不免多方求醫，吳楚筆下一名僕人就接連看過兩位醫者，又更換一位「名醫」，最後才找上吳楚。¹⁰⁷

對醫案的作者來講，病人經歷的醫者數目越多，越能顯示該病之難治，當然也就能

¹⁰³ 療契約在明清中國究竟有多普遍，是個仍需要進一步追索的問題。

¹⁰⁴ 可惜我尚未看到史料，足以解釋病家包醫的心理。

¹⁰⁵ 《孫文垣醫案》，卷二，頁 759。

¹⁰⁶ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 736。

¹⁰⁷ 《孫文垣醫案》，卷五，頁 836。

¹⁰⁷ 《醫驗錄二集》，卷一，頁 41。

突顯自己過人之處。這可以解釋為何他們總在醫案中，大費周章地描述換醫過程。雖然如此，醫者對換醫之舉還是多所抱怨，而在他們筆下，病人往往也因此受害。吳楚就紀錄了一個病案，病人原給吳楚診治，並服下吳楚所開的藥方，內中含有人參等藥。後來恰逢鄰居找來專門女科，病人的母親非常高興地迎來該女科，但女科看了吳楚開的藥方後，卻說：「此病或還可救，吃了人參再救不得了。」其母聽到之後，痛哭流涕，追悔不已，只好又回頭求助吳楚。病人的父親知道此事，不客氣地斥責：「爾不信吳相公之言，雜投致死，看亦何用？」倒是在一旁的吳楚雖然「竊怪其信用不專」，還是好心為病人一診。¹⁰⁸

有時醫者並不排斥這種多方會診的情境。程文垣就曾經和瘍科好友潘日章共同商議病方。吳楚面對特別難治之病，也曾經專程寫信給同樣從醫的朋友，邀他前來協助。¹⁰⁹《翰墨全書》中亦有邀人問病的套式，邀請人寫道：「疾病相扶持，親睦休風也。今某抱恙，久欲親問而未暇，特約偕行，不是肯懷孟敬子之心否？」收信人回應：「某人受恙，馳切懸懸，久欲問之而未遂，蒙邀同往執事，笑談寬辟而拔去病根，或有賴焉，豈敢後也。」¹¹⁰程茂先更呼籲病家若遇上重病，「必多請高明之士，自有奇見」，又要醫者「遇疑難掣肘之症，當自虛心，幸勿包攬，如斯方不誤濟人利物之心，而亦不致誤傷生命矣！」¹¹¹

不過醫者的相互合作，大概多數發生在醫者熟識的情境下。程茂先的呼籲，也只是針對「包醫」而來，他對病家換醫之舉，恐怕還是沒有好感。因為在換醫或是會診的過程中，醫者有許多機會評斷對方治法。有時病家在請醫之時，會拿著其他醫者的診斷，提供給被邀請的醫者參考。¹¹²多方會醫的局面，因此造成醫者的對立與競爭。尤其當醫者的診斷與治法時而南轅北轍，醫療場面遂變成眾醫者的唇槍舌戰。有次吳楚就抱怨：「每投藥之際，輒如此辯論一番，幾欲嘔出心肝，和藥與服，其如一傳眾咻，愈見效，愈生疑。」¹¹³

醫者為了捍衛自己在醫療過程的地位，有時爭得面紅耳赤，各種不客氣的話語也紛

¹⁰⁸ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 57。

¹⁰⁹ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 76。

¹¹⁰ 《翰墨全書》，頁 5。

¹¹¹ 《程茂先醫案》，卷二，頁 34。

¹¹² 《孫文垣醫案》，卷三，頁 793。

¹¹³ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 103。

紛出籠。有位「名醫」看到吳楚的方子，竟「持方擲地，厲聲曰：此浮游之火，如何服得人參，黃芪？如何服得白朮、當歸？服下還要發狂了。」¹¹⁴孫一奎在江南行醫時也曾碰到類似的場面。當時他正評論一位王姓醫者的謬誤，該名醫者的學生聽了以後，不無警告意味地對孫一奎說，幸好他的老師不在場，否則「渠發劑而有議者，輒面唾之。」身經百戰的孫一奎也只有笑而回答：「渠是而議者非，則當唾人；渠非而議是者，是自唾且不暇，何暇唾人。」¹¹⁵

寓居江南的鄭重光，所遇到情形稍微不同。那時他嘗試治療一位染了時疫的女病人，連續一週，每天報到，但「診視者五人，藥劑亂投，余不能肩任」。到了第九天，被晾在一旁的鄭重光終於等不下去了，他向病人家屬宣告：「病危矣！不知連日所服何藥，已傳少陰，將至亡陽，若不急救，明日即不可治。」但即使他如此大力疾呼，病家對他仍未投以完全的信任。倒是在場其他八位醫者，見到鄭重光開出來的藥方，竟同聲「皆曰不可取」。直到當天夜裡，病人病情轉重，病家才勉強服下半劑。¹¹⁶故事中鄭重光沒有被人「持方擲地」或是吐口水，他是為了捍衛自己地位而高聲疾呼的醫者。按說鄭重光在揚州已是小有名氣的醫者，但他的意見仍如此不受重視，既反映醫療市場競爭之激烈，也反映出醫者在醫療過程中缺乏了主導權。

所有換醫歷程中最有意義的例子，當屬吳楚在康熙二十年間的病案。那年冬天，吳楚的母親因為家務辛苦，身體不適，又因為隱忍不言，病情轉劇，最後竟成疽症，渾身面目發黃。身為醫者的吳楚，自是要親手為母親救治。不料連續幾日，幾番服藥，母親的病情卻是時好時壞，不見起色。對此，一旁的妻子不禁對吳楚發出質疑：

內人徧徨曰：病癒數日，又復增重，必然不輕，當接高先生商酌，不可單靠自家主意。

予曰：無益。接名醫至，彼只認病之外貌，不能認病之真神。見如此洪大之脈，必謂一塊時熱。見如此發黃，必謂有濕。直以芩、連、梔子、茵陳、燈芯之類投之，非徒無益，又害之矣。

內人又云：也接來一看，免人議論，如此重病，竟不接人醫治。

¹¹⁴ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 27。

¹¹⁵ 《孫文垣醫案》，卷一，頁 740。

¹¹⁶ 《素圃醫案》，卷一，14-15。

予曰：吾求實效耳，豈務虛名乎？父母之前，並欲務名，則狗彘不如矣。劉伶所謂婦人之言不可聽也。¹¹⁷

因此，吳楚還是選擇獨力救治，沒有延請其他醫者。後來，吳楚的母親果然在他的救治下完全康復。新年拜慶時，吳楚回首過去這段日子，心裡十分快慰，尤其是「其中幾番輕而復重，若非自己主意堅穩，亦必至不起。」¹¹⁸顯然對吳楚而言，母親之所以可以痊癒，全有賴於自己在妻子的壓力下也未曾動搖。但若拋開吳楚後見之明，重新省思整個醫療過程，也許吳楚的「不換醫」反而映照出「換醫」的合理性，或者，我們至少更能體會吳楚之妻的立場。當醫者的診治屢屢不見功效時，究竟如何能要求病人對醫者投諸全然的信任？恐怕也只有像吳楚這般，醫者與病家的立場完全一致，才可能忍受如此不確定的醫療進程吧。

換醫雖然常見，也不是唯一的醫病互動模式。病人服下藥劑後，若能明顯感受到改善，自然無須換醫。因此，看似走方醫的特長的「速效」，又曖昧地成為某些醫者標榜的價值。吳楚就反對「治重病，先需用藥探之」，在他心中，若能一眼看穿「病之真情」，自然能「一發中的」。¹¹⁹另一方面，病家與醫者間也會建立長期的關係，我們在前一章，已經看過程文囿和鮑覺生的故事；而汪機也曾經為他的病人「調養十餘載」，¹²⁰雖然始終未能徹底消除病根，但雙方的關係仍是持久不輟。

從上述討論中我們得知，當醫療場景轉換到病人家中時，病人有更多的主導權。他們時常多方請醫，無法立即見效時，便又不停換醫，醫者有時反而像是揮之即去的匆匆過客。這是一個眾聲喧嘩的醫療空間，數名醫者彼此對話、競逐的場面，已是常態。下一節我們要看到，醫病的互動還不只於此，病人的親戚與家屬乃至於友鄰，同樣活躍於醫療過程中。他們或指指點點，或強力介入，為醫病的互動增添更多複雜的變因。

第三節 醫病的角力

¹¹⁷ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 46-47。

¹¹⁸ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 47。

¹¹⁹ 《醫驗錄二集》，卷一，頁 30。

¹²⁰ 《石山醫案》，卷中，頁 39。

在醫案中，醫者與病人的對話時而被保留下來，它可能作為一種戲劇性的手法，以便帶出醫者對疾病的詮釋，並突顯後者的高明與識見。如一名五十來歲的病人周鳳亭，就對孫一奎的治法半信半疑。他看見孫的藥方中有「枳實」和「黃連」等藥，委婉地說：「先生之方善，但枳實、黃連恐體虛者不足以當之。」但孫一奎卻對他說：「唯此二味，適可以去公之病根，舍是則不效。」周鳳亭也只能姑且信之。據孫一奎的記載，周鳳亭服下四劑後，無視病情好轉，貿然停藥，結果第七天又轉成瘧疾，這才開始追悔，回過頭尋求孫一奎的協助。¹²¹

但病家抵抗甚至是提出詰難的態度，亦是醫者需要克服的障礙，程茂先在碰到類似情境時，就認為這有賴醫者臨機應變，畢竟「民可使由之，不可使知之。」只要能讓病家服從，則稍有欺瞞，也無不妨。¹²²不過，病人的發聲，顯示他們無畏於表達自身意見。也顯示明清的醫療並非醫者單方面的責任，病人不僅活躍地參與其中，更具有相當的決定權。

對話與角力



病人懷疑醫者的藥方，或甚至自行停藥，有時出於自身的醫療知識。如前所述，明清的醫療知識並沒有制度性的壟斷，在各種歧出的醫學理論之下，病人往往也對自身病情有所見解。經濟狀況與知識水準的較高的家庭，有更多資源得以學習醫療知識，他們也習於和醫家商議病情，甚或是激烈地提出質疑。程茂先的病人項執竟就是「有志軒岐之業」的通醫之人。當程茂先判斷他得了痢症而需要通利消滯之時，他卻說：「腰痛日久，初又夢遺，虛之極矣！再不宜用行藥。」程茂先只好委婉地回答：「兄言是也。但煎劑之外仍有法，治香連丸可以從緩奏功。」¹²³

¹²¹ 《孫文垣醫案》，卷二，頁 770。

¹²² 《程茂先醫案》，卷二，頁 29。

¹²³ 《程茂先醫案》，卷二，頁 28。

程文圃曾經感嘆：「幸彼農家，不諳藥性，與藥即服。」¹²⁴可見他認為村夫村婦因為沒有這類知識，反而讓醫者得以順利治療。程文圃的說法並非完全錯誤，有些不諳藥性的病家，見到富有盛名的醫家，確實也只能「唯唯聽命」。¹²⁵但下層民眾的無知和順從，也可能是出自醫者想像或投射。吳楚就說：「每見少年病虛者，問名醫可用參否？輒答云：如此年紀，便要服參，何時服得了？而村翁多奉為名言。」¹²⁶這段話看似證明無知病人的盲從，但從另一個角度看，這說明底層人民仍可藉著口耳流傳接觸醫學知識。

在徽州醫案中，「是否用參」是醫者與病家最常出現齟齬之所在。有病人因為害怕用參，而拒絕讓他出痘的兒子服用程茂先的藥方。¹²⁷吳楚也曾經力勸病人服用人參，可是對方不僅不信，還「質之名醫，亦嚴戒其勿用。」¹²⁸在這些故事的最後，都是病人因為病情加重，而終於不得不信服醫者的診斷。這是醫案的另一個功能，即透過實際案例來傳達醫者的醫療理念。但我們也看到，很多醫療過程宛如一場多重奏，不同的聲音先後出現其中。發言人可能是病人本身，或是周遭親友，或者是上一節論及各式各樣的醫者。

《程茂先醫案》中的第一個病案，就帶我們從醫病一對一的單純關係，進入醫者、病人與家屬三方互動的情境。故事主角是一位六十三歲的老夫人，也是程茂先友人方叔年的母親。她因為染上霍亂，上吐下瀉，無法進食，甚至貼身服侍的奴婢都被她「毒氣」所染。老夫人原以為已無希望，交代家人辦理後事。程茂先得知後，先用攻下之法，讓老夫人排出積穢之物，又用參、芪、黃連、檳榔等十餘味藥為其調養。老夫人病情雖然稍見好轉，但仍感覺「胸膈不寬」，懷疑是藥中的人參所害。因此，程茂先雖然逐次加重人參服用量，卻刻意不讓老夫人得知。此迎合之舉，當然讓被蒙在鼓裡的老夫人更加肯定自己的想法，有回她特別叮囑方叔年：「此數日來膈中方快，在勿服參。」與程茂先交好的方叔年，既然詳知內情，當然也只是唯唯應命，另一方面仍和醫者協議沿用舊方。經過三個月的調養，原本瀕死的老夫人總算得以痊癒。能讓病人從極危中復生，程茂先認為「叔年公居其半」。程茂先有此感觸，自是因為病人對他的質疑。雖然故事中不見匆促換醫，但若真的按照病人意見行事，恐怕程茂先的治法也難以遂行，他才因此

¹²⁴ 《杏軒醫案》，頁 636。

¹²⁵ 《程茂先醫案》，卷一，頁 13。

¹²⁶ 《醫驗錄初集》，卷下，頁 116。

¹²⁷ 《程茂先醫案》，卷二，頁 24。

¹²⁸ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 25。

特別感謝方叔年的配合。¹²⁹

這個故事顯示了醫者、病人與家屬三方的微妙關係。病人雖有自己的意見，醫者卻與家屬聯合陣線，配合行動。身為女性的病家雖然有發言權，卻缺乏主導權。這在婦女醫案尤其常見，因為與醫者交涉的往往是她們的丈夫或兒子。《杏軒醫案》中，一名五十多歲的婦女患病，卻是由其長子出面請醫。¹³⁰這顯然與小兒因缺乏表達能力，而需要由父母代言的情形不同，其中的性別與權力關係也就值得留意。孫一奎醫案中有另一則案例，病婦年僅二十一歲，就由他的丈夫出面延請孫一奎。孫一奎把完脈後，病人的丈夫上前詢問病情，兩人遂討論起來：

予曰：心神脾志皆不大不足，肺經有痰。

夫曰：不然，乃有身也。

予曰：左咗短弱如此，安得有孕？

夫曰：已七十日矣。

予俯思乃久，問渠曰：曾經孕育否？

夫曰：已經二次，今乃三也。

予曰：二產皆足月否？男耶女也？

夫曰：實不敢諱，始產僅九個月，手足面目完全，而水火不分，臍肉一片，產下亦無啼聲，抱起已身冷矣。細檢之，乃知其無水火也。次亦九個月，產下又無啼聲，看時口中無舌，二胎之異，不知何故？聞先生能細心察人之病，特祈審之。

這段對話清楚展現明清醫病互動的兩個現象。一是病家有充分的權力與醫者對話，甚至是推翻對方的診斷。其二是在女性病案中，發言者卻往往是男性。一如在上述案例中，商討病情的是病人的丈夫與男性醫者孫一奎，真正患病的女性反倒沉默無語。當我們說明清的病人具有相當的發言權時，這樣的沉默就格外值得留意。它顯然不是一個普遍的現象，而是特定性別關係下的產物。

有時女性的沉默是有難言之隱。孫一奎碰過一個案例，就是由於妻子患了隱疾，而由丈夫代而向醫者求診。據孫一奎的描述，該名丈夫「三造門而三不言，忸怩而去」，

¹²⁹ 《程茂先醫案》，卷一，頁7。

¹³⁰ 《素圃醫案》，卷四，頁71。

其後再至，「未言而面先赭」。還是在孫一奎的諄諄善誘下，他才坦白自己妻子的下體長出異物，因此特來求診。¹³¹鄭重光也遇過另一名患有隱疾的女病人，同樣不肯露面，只讓他隔著簾幕診脈，而且「默不言病，似欲考醫者。」鄭重光還是向她的丈夫詢問後，才肯定她是被出入青樓的丈夫傳染了梅毒。¹³²

不過，醫案中還有另一類女性，既非沉默，但也未必直接與醫者互動。她們是病人家中的女眷。醫者時常將她們塑造為無知、迷信或容易驚慌失恐的角色，並視為醫療過程中的雜音。如程茂先筆下一位年約三十的婦女，起初月經不至，服下某醫者的藥劑後，反而血流不止。百日內找來揚州八位名醫，均束手無策。終於讓程茂先上場，細審之下，判定並非血崩，而是死胎。病人的姑媳見了程茂先的診斷，「私相謂曰：『嘗聞間或漏胎者有之，每月漏胎者亦有之，未聞百餘日而紅，脈不斷者，尙云是胎，無怪乎諸醫之難查也。』」顯然對程茂先的診斷噴噴稱奇。但數日之後，病人因服下程茂先的藥方，產下死胎，昏厥於淨桶之上，這些家中的婦女竟是圍繞著病人而束手無策地哭泣。最後還是病人公公出面，叱喝她們：「爾輩悲號，何益於事，速延程公或可復生。」¹³³

吳楚也遇過類似的情境，當時他受邀為一名產後婦女治病。此前她已經為這名婦女看過幾次病，但病人停止服藥後，病又復發。病家就近找來醫家診療，該名醫者看了吳楚的方子後，驚嘆：「產後如何用得此種藥，此命休矣。我不便用藥，仍請原經手治之。」病家這才緊急把吳楚請回來。吳楚診脈之後，判斷病情並不嚴重，卻發現「其家諸女流皆環立床後及兩側擔心竊聽，亦餘診後，亦必謂凶險不治矣。」即便吳楚已經宣告病人無恙，「其家尤不信，再四盤問」。¹³⁴

無論在程茂先或吳楚的故事中，女性角色彷彿是為了襯托醫者或家中其他男眷的冷靜和鎮定。就是在一般醫書中，女性對醫療的效果也往往是負面的。如清代一本產科醫書就教導人們：「忌閒人，凡臨產，宜擇老成穩婆，及謹慎婦女二人在旁扶持，屏去一切閒人。蓋孕婦臨盆，原羞見人，或有親戚在旁，又不便感逐，未免焦躁，且人多則言語混淆，嘈嘈雜雜，令產婦心亂，或在門外窗下探望窺伺，唧唧囁嚅，猶令產婦心疑，

¹³¹ 《孫文垣醫案》，卷二，頁 773-774。

¹³² 《素圃醫案》，卷四，頁 85。

¹³³ 《程茂先醫案》，卷一，頁 10-11。

¹³⁴ 《醫驗錄初集》，卷上，頁 54-55。

產家皆當忌也。」¹³⁵該書的眉批更說：「嘈雜可厭，為害非輕，切宜屏忌。」¹³⁶彷彿女性總是吵吵鬧鬧，徒增醫療時的麻煩。但這些例子也描繪出一個充斥著女性的醫療空間，這些女性或環立窗邊，或在門外窺伺，彷彿無所不在。換言之，雖然對外與醫者交涉的人可能是男性，但真正擔任醫療照顧者的卻是女性。¹³⁷這種空間的成立，當然也與病人本身的性別有關。當病人為女性，尤其涉及生產等問題時，家中的婦女更有機會或是更理所當然地接近病人。

相對於婦女的醫案，我們在男性病案中，似乎比較少看到女性的介入，過程也因此相對簡單。這或許並非因為女性在醫療過程中的缺席，而是她們缺乏發聲的空間、管道或機會。在這些病案中，更常提供意見的是病人的友朋或兄弟，而這些意見會成為醫療決策的臨門一腳。如方叔年姪子生病時，他的兄長方鴻宇持著程茂先的方子而猶豫不決，方叔年便告訴他：「茂翁自有真見，聽其裁酌可也。」¹³⁸方鴻宇果然也就接受了他的意見。換言之，在男性的病案中，雖然也有病人與醫者的衝突或協商，但是病家本身的分歧卻是相對少見的。

女性家眷雖然時常被視為「雜音」，但她們既有機會接近病人，也就能左右醫療的決定。如我們在上一章看過孫一奎與黃氏婦科競爭的例子，文中孫一奎固然過得了一些家庭成員的支持，但其他女眷卻傾向邀請專門女科。在那個故事的最後，孫一奎要求該名女性病人的孫子儘速請回其祖父來主持大局，似乎男性仍握有最後的決定權。但孫一奎不得不重視家中女眷意見的舉動，透露女性對於醫療的選擇也有相當影響力。¹³⁹尤其在徽州，男性經常出外經商，女性可能因此有更多機會為自己做決定。

從這些例子，我們看到一個更複雜的醫病關係：醫者雖然可以繞過病人，與家屬打交道，但家屬內部也可能出現分歧的意見。醫者、病人與家屬彼此合縱連橫，架構並推動著醫療的開展。醫療空間是一個多方勢力在其中競逐的場所，沒有人在其中有絕對的決定權。而我們也注意到，這種不同意見的角力，時常巧妙地被醫者轉化為性別差異與

¹³⁵ 《生生錄》，頁 14-15。

¹³⁶ 《生生錄》，頁 15。

¹³⁷ 李貞德研究漢唐之間的家庭照護，她指出健康照護符合女性的倫理角色，但對男性而言卻是「孝悌異行」，見李貞德，《女人的中國醫療史——漢唐之間的健康照顧與性別》（臺北：三民書局，2008），頁 305-348。

¹³⁸ 《程茂先醫案》，卷三，頁 39。

¹³⁹ 《孫文垣醫案》，卷三，頁 788。

衝突。無論如何，在明清的醫療情境中，醫者很難全盤掌握醫療的進程，也缺乏了絕對的決定權。

倫理與責任

我們或許記得程文圃被病家「強」而看診的故事。事實上，類似的遭遇還不只一次。另一回的經過是這樣的：當時程文圃的舊識許禮門，因侄媳生病而找上程文圃。晤談之際，程文圃提到最近看了兩名女子，最後病皆不治。許禮門聽了以後，有些擔心地問道：「舍侄媳病候與此彷彿，奈何？」程文圃進一步追問病情，發現恐怕難以回天，遂向許禮門說：「適談前張、鮑兩女証，維時病人猶能行動，尚不可療，況如是乎。」說完便要離去。此時許家一名僕人突然出現，希望程文圃能為他的妻子一診。程文圃一問病症，竟是與前述三人同屬「暑入心包」之症，程文圃因此說「可不必往」。奇特的是，許禮門卻跳出來，堅持程文圃要前去一看。眾人就這麼來到了僕婦之家。程文圃縱有些無奈，幾次推託，仍勉強地開了一帖清解暑熱的藥方。隔日，僕人來向程文圃回報，許禮門的侄媳已然病故，不過他的妻子已稍見好轉。爾後程文圃繼續為她調養，僕婦最後終得以痊癒。¹⁴⁰

這故事雖然經過程文圃的剪裁，劇情轉折略顯突兀，但仍能反映醫者面臨難治之病或不治之症時的反應。當他碰到「暑入心包」之候時，屢次推辭不肯治療。對他來講，既是死症，多看無益。其實程文圃不是唯一辭卻病人的醫者，汪機的病人也曾經碰到久治不效，最後醫皆離去的狀況。不過程文圃的案例，代表了另一種型態：他還未嘗試救治就已經拒絕病人。但程文圃並未因此被視為醫德不佳，事實上，醫案的作者們多少都有類似的舉動。我們不妨以此為起點，進入另一個尚未妥善處理的主題，即醫者的倫理和責任。

所謂「倫理」，可以指醫者與病家雙方如何定義「良醫」。對於這個問題，直截的回答是考察歷來文獻對「良醫」的定義。這種定義時而出現在醫書中，尤其在明清兩代大

¹⁴⁰ 《杏軒醫案》，頁 649。

量出現。醫者反覆呼籲高尚的醫德標準，說來不外乎三個方向：一是心存仁愛，二是精進醫技，三是輕利重義。如明代醫家龔廷賢的《萬病回春》中，就有「醫家十要」，要醫者「存仁心、通儒道、精脈理，識病原、知氣運，明經絡，識藥性，會炮製，莫嫉妒，勿重利。」¹⁴¹這與吳楚的「蘭叢十戒」有不少呼應之處，也與明清許多醫家的發言相仿。這些準則有時是抽象的道德訴求，有時則是實際的行業規範。

細觀醫者提出的倫理準則，我們不難體會他們心中的良醫想像。歷來醫學史對此問題的討論其實不少，除了一些描述和頌揚中國傳統醫德的研究外，¹⁴²文樹德（Paul Unschuld）對傳統中國醫學倫理的研究，也指出這些倫理討論，反映儒醫與其他醫者間的資源爭奪：前者不停想要壟斷醫學的主導權，進而在文字操作中塑造出屬於儒醫的正統。¹⁴³前文討論中我亦曾經觸及這個問題，主要的焦點集中在醫者如何區別優劣，並在醫療市場中定位他我。

此處我關心的是倫理的另一個面向，即醫者的「責任」。這是一個傳統醫者很少直接討論，卻又不得不面對的問題。對此問題醫者缺乏共識，眾說紛紜，但我們彷彿可以在不同的意見中，隱約感覺到醫者共享的某些心態。從程文匱的案例，我們要問的是：醫者是否可以拒絕病人，或何以拒絕病人？病人的生死該由何人負起責任？是醫家或病家？或者，究竟何謂「負責任」？

難治之症固然是醫者展現自己過人醫技的絕佳機會，卻也要背負失敗的高度風險。醫者因此也要「擇病而醫」，而在面對病人求診時「辭而不往」。¹⁴⁴現代讀者看到這類記載，或許不免要生出疑竇。直觀上我們認為醫者存在目的是救人，至少是盡可能活人生命，如何還能挑選病人，甚至「見死不救」呢？更令人訝異的是，有些辭謝離去的醫者，

¹⁴¹ 〈醫家十要〉的全文如下：「一存仁心，乃是良箴，博施濟眾，惠澤斯深。二通儒道，儒醫世寶，道理貴明，群書當考。三精脈理，宜分表裡，指下既明，沈疴可起。四識病原，生死敢言，醫家至此，始至專門。五知氣運，以明歲序，補瀉溫涼，按時處治。六明經絡，認病不錯，臟腑洞然，今之扁鵲。七識藥性，立方應病，不辨溫涼，恐傷性命。八會炮製，火候詳細，太過不及，安危所系。九莫嫉妒，因人好惡，天理昭然，速當悔悟。十勿重利，當存仁義，貧富雖殊，藥施無二。」見（明）龔廷賢，《萬病回春》（收入《龔廷賢醫學全書》〔北京：中國中醫藥出版社，1999〕），〈雲林暇筆〉，頁 461。

¹⁴² 如姚敏傑等著，《中國古代醫學倫理道德思想史》（西安：三秦出版社，2002）。

¹⁴³ Paul U. Unschuld, *Medical Ethics in Imperial China: A Study in Historical Anthropology* (Berkeley: University of California Press, 1979); also see Angela K. Leung, "Medical Ethics in China," in *Encyclopaedia of the History of Science, Technology, and Medicine in Non-Western Cultures*, ed. Helaine Selin (Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers, 1997), pp. 667-669.

¹⁴⁴ 雷祥麟，〈負責任的醫生與有信仰的病人〉，頁 466-469。

但未受病家追究，反而獲得厚謝。¹⁴⁵何以如此？病家抱持的宿命論或是解釋之一。程茂先有次親自為他有孕之妻調養，不料下錯一帖藥，幾乎導致妻子小產，幾番折騰才挽回情勢。程茂先認為自己按照醫理行事，卻經歷這般曲折，不禁感嘆：「豈真天意有在焉？」¹⁴⁶許多病家在醫者束手之際，也只能祈求神蹟。換言之，既然是天意註定，那麼人之死活就不是醫者所能控制的。

不過宿命論只能解釋一部份人的心態，很多人對此仍不以為然。清代小說《姑妄言》就嘲弄醫者道：「病若好了，誇他的手段高明，索謝不休。醫死了呢，說人的命數修短，潛身無語。真個是：招牌下冤魂滾滾，藥箱內怒氣騰騰。」¹⁴⁷可見醫者未必能用宿命論來自圓其說。因此我們還可以思考另一個面向：在傳統中國，活人生命固然是值得尊敬的善舉，但「決人死生」也是醫者追求的理想。在此我要用兩位上古名醫的傳記，來說明這一點。

《史記》一書中，史家司馬遷透過各種角度，描繪了扁鵲的過人醫術。其中齊桓侯的故事，司馬遷利用富有層次的手法，一步步描繪出扁鵲和病人之間的互動：

扁鵲過齊，齊桓侯客之。入朝見，曰：「君有疾在腠理，不治將深。」桓侯曰：「寡人無疾。」扁鵲出，桓侯謂左右曰：「醫之好利也，欲以不疾者為功。」

後五日，扁鵲復見，曰：「君有疾在血脉，不治恐深。」桓侯曰：「寡人無疾。」扁鵲出，桓侯不悅。

後五日，扁鵲復見，曰：「君有疾在腸胃間，不治將深。」桓侯不應，扁鵲出，桓侯不悅。

後五日，扁鵲復見，望見桓侯而退走。桓侯使人問其故。扁鵲曰：「疾之居腠理也，湯熨之所及也；在血脉，鍼石之所及也；其在腸胃，酒醪之所及也；其在骨髓，雖司命無柰之何。今在骨髓，臣是以無請也。」

後五日，桓侯體病，使人召扁鵲，扁鵲已逃去。桓侯遂死。¹⁴⁸

¹⁴⁵ 《程茂先醫案》，卷一，頁 16-17。

¹⁴⁶ 《程茂先醫案》，卷三，頁 40-41。

¹⁴⁷ (清)曹去晶，《姑妄言》(北京：金城出版社，2000)，頁 58。

¹⁴⁸ 《史記》，卷一百五，〈扁鵲倉公列傳第四十五〉，頁 2785-2794。醫學史家栗山茂久對這段文字則有如下詮釋：「無知與輕忽會助長疾病的惡化，輕微的小病也可能演變成嚴重的疾病。這種說法將疾病與『沉重』的觀念結合在一起，似乎疾病的惡化就是身體變的愈來愈嚴重的過程。相較之下，扁鵲對於齊桓侯的診斷則表現出一種空間的層次感——將身體結構視為深淺的構造，而疾病則是

熟悉醫案的讀者，不難察覺一種習見的敘事結構：一方是洞察先機卻又無能為力的醫者，另一方是執迷不悟卻握有決定權的病家。我們在本文中已經看過無數類似的案例：並非醫者無力治療病人之疾，而是病人無知地拖延，才讓病情難以回天。因此，病人死亡並非醫者的責任，反而弔詭地襯托出醫者的高明。

看看淳于意的故事，這一點更加清楚。司馬遷寫道，當時漢文帝將淳于意詔至面前，要他交待自己擅長的治病之法、學術淵源、訓練經歷，以及「嘗有所驗，何縣裏人也？何病？醫藥已，其病之狀皆何如？」¹⁴⁹身為臣子的淳于意，遂一一托出。不過，所謂的「嘗有所驗」，卻未必是淳于意起死回生的紀錄。事實上，在淳于意一口氣說出的二十五的案例中，就有十個病人最後不治而死。但這同樣不妨礙淳于意成為一位良醫，因為病人之無法治療，早已在淳于意的掌握之中。病人死亡，反倒是証成了淳于意的未卜先知。

透過這兩則古典的案例，我們可以重新思考醫者的倫理問題。病人死亡並不直接指向醫者的無能，而有更複雜的意義。其一，如果醫者早已診斷出病人的「死候」，那麼病人死亡反而成為醫者高明的例證。這樣的想法出現在《史記》中，也出現在明清醫者的病案中。孫一奎在宜興時就曾經斷言病人不治，病人還認為「前診者皆無為難色，公何云然？」結果七日後病人果然病逝。據說「邑中先生士民相傳，謂余能決死生云。」¹⁵⁰此所以醫案的作者們雖然傾向強調自己成功的故事，但仍會在醫案中記下病人病故的案例。

其次，死亡的責任未必在醫者手上，清代醫家徐大椿(1693—1771)就認為：「人之死，誤於醫家者，十之三；誤於病家者，十之三；誤於旁人涉獨醫者，亦十之三。」¹⁵¹只要看過了醫療現場的眾聲喧嘩，我們很容易就理解徐大椿的說法。醫者對病人死亡的結果究竟要付多少責任，其實有很大的模糊空間。

¹⁴⁹ 毒素的逐漸侵入。疾病首先感染皮膚與毛孔，接著則持續向內部入侵——進入血脈、肌腱、肉、內臟，最後則進入骨髓。疾病還在毛孔附近時，可用膏藥或針刺加以醫治；疾病較深入時，則必須服藥；等到疾病侵入骨髓時，就無藥可醫了。」見栗山茂久，陳信宏譯，《身體的語言——從中西文化看身體之謎》(臺北：究竟出版社，2001)。

¹⁵⁰ 《史記》，卷一百五，〈扁鵲倉公列傳第四十五〉，頁 2795。

¹⁵¹ 《孫文垣醫案》，卷五，頁 828。

¹⁵¹ (明)徐靈胎，《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])，卷下，頁 157。

當醫療的最後決定權掌握在病家手中時，醫者不再需要獨自承擔醫療結果。畢竟醫者未必全程參與醫療，也可能沒有全然的決策權。他可能只是中途加入的參與者，或僅僅提供參考意見。許多醫者也都意識到這一點。程茂先面對病人的死亡時，就曾對病家說：「此前人之衍，非不妄之過。」而據他所言，在場眾人亦「皆首肯餘言，深恨相接之晚」。¹⁵²反倒は病家得為醫療過程負責，吳楚就曾經理直氣壯地指責病家：「余盡力為爾家救命，而爾家猶復怠緩自誤，此何說也？」¹⁵³為此龔廷賢還另外撰寫〈病家十要〉，告誡病人：「擇明醫，肯服藥，宜早治，絕空房，戒惱怒，息妄想，節飲食，慎起居，莫信邪，勿惜費。」¹⁵⁴其中除了日常生活與個人修養的建議外，也觸及病家在醫療過程中的決策。

醫者縱然有許多說詞可為自己開脫，但病家未必全然接受，有時仍不免還是將矛頭指向醫者。徐大椿在一篇〈名醫不可為論〉中，把醫者心態的矛盾和困境講的最為透徹。他說病家對處理輕小之症時並不尋求名醫，唯有在病勢危篤、近醫束手之際，才期盼名醫一到能起死回生。但徐大椿認為這是病人對名醫投以過高的期待，畢竟病情拖延至此，名醫也要束手無策。他告誡同業：「若此病斷然必死，則明示以不治之故，定之死期，飄然而去，猶可免責。」不然所有的責任都歸於名醫一人，畢竟「人情總以成敗為是非，既含我之藥而死，其咎不容諉矣。」¹⁵⁵相較於龔廷賢的道德推理，徐大椿的說法無疑更貼近現實，更像是長期行醫經驗的反映。

徐大椿絕非唯一意識到此問題的醫者，在《保赤存真》中，徽州醫者余含菴還建議醫者「治病宜看病家用藥」。他沒有高蹈地要求醫者對病家一視同仁，反而看到醫者在不同情境下應有的應變，如：

貧乏之家，遇有病者，彼既絕少知交，名醫又無力延致，得一醫至，不啻菩薩降臨，藥王再世，立方用藥，急覓煎服，並無疑心。此則宜切實施治，不可作世故

¹⁵² 《程茂先醫案》，卷一，頁 14。

¹⁵³ 《醫驗錄二集》，卷一，頁 84。

¹⁵⁴ 〈病家十戒〉的全文是：「一擇名醫，於病有裨，不可不慎，生死相隨。二肯服藥，諸病可卻，有等愚人，自家耽擱。三宜早治，始則容易，履霜不謹，堅冰即至。四絕空房，自然無疾，倘若犯之，神醫無術。五戒惱怒，必須省悟，怒則火起，難以救獲。六息妄想，須當靜養，念慮一除，精神自爽。七節飲食，調理有則，過則傷神，太飽難克。八慎起居，交際當祛，稍若勞役，元氣愈虛。九莫信邪，信之則差，異端誑誘，惑亂人家。十勿惜費，惜之何謂，請問君家，命財孰貴。」《萬病回春》，〈雲林暇筆〉，頁 461。

¹⁵⁵ 《醫學源流論》，卷下，頁 156-157。

周旋也。¹⁵⁶

看來貧窮之家還較好處理，問題出在富貴之家，他接著說：

若富貴之家則不然，平時往來者，俱是有名之士，及其病也，必先延若輩治之，藥之不愈病，然後出門求醫朋友來問病，又擇其有名者薦引，醫愈多而病癒重，本家與旁人均束手無策，爾時有一真醫士，應亦堅心信服矣，而世情不爾也。到此地步，只以為渠亦講醫，請試試看。……以致危之病，當至重之時，猶存一試試看之心，是非確知為真醫也，亦為諸名家都看遍，無路可投，無門可告耳。心既不誠，信必不篤；信既不篤，藥必多疑。此時倘不覺及，而以對症之方投之，不特可以殺人，而先可以招謗。¹⁵⁷

余含棻的發言，恰可作為上文討論的一個註腳，他用簡要而生動的文筆，總結了醫療現場的競爭及其隱含的問題。余含棻與徐大椿把醫者的倫理實踐，具體放在醫病交往過程之中，敏銳地察覺到醫者可能要負擔的責任問題。

要談責任問題，還有一個重要環節不可忽略：法律。在明清兩代的法律中，其實對庸醫殺人也都有懲戒的條款，如《大明律》就明定：「凡庸醫為人用藥、鍼刺，誤不如本方，因而致死者，責令別醫辨驗藥餌、穴道。如無故害之情，以過失殺人論，不許行醫。若故違本方，詐療疾病而取財者，計贓准盜論；因而致死及因事故用藥殺人者，斬。」

¹⁵⁸ 《大清律》基本上也延續明律的口吻，對庸醫殺人制定嚴厲的懲罰條款，並在過失殺人之下，增加「依律收贖，給付其家」等規定，似乎將醫療產生的糾紛轉化為經濟性的計算。¹⁵⁹

但我們需要追問的是，這樣嚴厲的法條在明清兩代實踐的情形如何？有多少庸醫因為過失殺人，而被判定不許行醫？又有多少庸醫惡意殺人而被斬？答案恐怕是很少的。

¹⁵⁶ (清)余含棻，《保赤存真》(清光緒二年刻本，上海：上海圖書館藏)，頁11。

¹⁵⁷ 《保赤存真》，頁11-12。

¹⁵⁸ (明)劉惟謙等，《大明律》(瀋陽：遼瀋書社，1990)，頁156。

¹⁵⁹ 《大清律》的〈庸醫殺傷人〉一條全文如下：「凡庸醫為人用藥鍼刺，誤不如本方，因而致死者，責令別醫，辨驗藥餌穴道，如無故害之情，以過失殺人論。(依律收贖，給付其家)不許行醫。若故違本方，(乃以)詐(心)療(人)疾病，而(增輕作重稱危以)取財者，計贓，准盜論。因而致死，及因事(私有所謀害)故，用(反證之)藥殺人者，斬(監候)。」見(清)沈之奇，《大清律輯註》(北京：法律出版社，2000)，卷十九，頁701。

當各類文本（特別是文學作品）中不斷出現庸醫殺人的描述，留存的法律紀錄卻是不成比例。清代《比照案例》蒐羅來自各省共六則庸醫殺人的判例，其中五則是針對巫醫，一則是誤賣藥材之例，都未必能算是庸醫殺人。¹⁶⁰《姑妄言》中也有言：「《大明律》中，雖有庸醫殺人的罪款一條，從來可曾見用過一次？」¹⁶¹官方之所以少為介入醫療的爭議中，一方面固然是對地方醫療事業控制的退縮，另一方面也是因為過失難以追究。對一般地方的行政官員而言，醫療所造成生命的傷害，顯然不是他們關心的問題。

因此，我們只能零星看到一些醫療法律案件，如在明代徽州地方官所編寫的《歙紀》中，有一段讞語寫道：

審得鄭荊源醫吳質之孩不效，質欲改醫，荊源不察其為不治之症，願立約包謝。術不工則有之，以為用意則非也。無何，而藥肆中忽負死人，亦當自恥矣。乃父子遊頗自詡，何也？查原受過質藥資數十金，以其半償草木之費，其會票十五金，應源吐還，以銷質喪明，並鼓盆之怨。仍儆源父子。¹⁶²

這則醫療糾紛案件得以成立的原因，正是因為醫者提出要「立約包謝」。換言之，在此案例中責任的指向非常明確，這證實了醫療糾紛的罕見與責任歸屬的困難有密切的聯繫。更值得注意的是判官的心態。他既不是以庸醫傷人的角度判決此案，也沒有打算中止醫者的行醫事業，反倒是要醫家把所得之財歸還病家，以平息爭議。¹⁶³

官方態度如此，病家也只能自尋出路。碰到類似案件時，他們未必尋求法律的協助，而寧可選擇另外兩種途徑：一是徇私報仇，二是訴諸報應。汪道昆就寫到一位名為吳汝

¹⁶⁰ (清)佚名，《比照案例》(收入楊一凡、徐立志主編，《歷代判例判牘》[北京：中國社會科學出版社，2005]，第8冊)，頁537-538。

¹⁶¹ 《姑妄言》，頁58。

¹⁶² (明)傅岩，《歙紀》(合肥：黃山書社，2006)；轉引自韓秀桃，《明清徽州的民間糾紛及其解決》(合肥：安徽大學出版社，2004)，頁180。

¹⁶³ 邱仲麟在討論明清人痘法時，也曾引用另一則內閣大庫檔中的醫療糾紛案件。他將案情摘要如下：「乾隆二十年(1755)二月十一日，湖南岳州府臨湘縣人趙開道之母，因見村中各家小孩多出痘花，乃請常在村裡種痘的同府巴陵縣人鐘文宗為孫子才保種痘，先送三錢銀子當開手禮，約定好了在謝一兩銀子。十六日，開道出傭回到家，又被酒款待文宗。十七日才保見了痘花，但十八日晚上卻死了。開道哭了一陣，想到沒錢買棺，於是向文宗討那三錢銀子。文宗不給，開道搶了棉被欲去典押。文宗見此，罵他『傷天害理，所以絕子絕孫』。開道聽了大怒，拿起撐門的木棍打了起來，不慎打中文宗的心坎，致其倒地不起。這時，開道的妻子也拿鐮刀趕來，在文宗的頭上、腳上砍了三刀。當天晚上，痘醫鐘文宗就這樣死了。」見邱仲麟，〈明清的人痘法〉，頁492。注意這個糾紛中並未去追究醫者是否失誤，或何以失誤。種痘費用的問題似乎才是糾紛的主因。

拙的文人，因父親被庸醫所害，持匕首就要手刃庸醫，還說「所不心父仇者，非夫也」，兇狠地讓庸醫趕忙逃竄藏匿。¹⁶⁴

若是不能親手洩憤，病家也只能期待天理昭彰，殺人的庸醫終將受到天譴。這想法顯然不只存在病家心中，許多醫者對庸醫的口誅筆伐，也從報應角度出發，吳楚就說：「人有病，醫亦有病。欲醫人，先醫醫。人並不藉醫，安能去病？醫病不自醫，安能醫人？夫人病不醫，傷在性命；醫病不醫，傷在陰陽。性命傷，僅一身之害也；陰陽傷，乃子孫之害也。」¹⁶⁵另一位徽州醫者徐春圃則告誡醫者「庸橫早亡，人皆目擊」，他並舉了一個實際的例子，說是「邇有士人被誤藥而立斃，家人訟之法司拘而審律，不過劄罪，隨釋而馳歸，未踰年被賊肢解而死，豈非天道之報耶？」¹⁶⁶

綜上所述，醫者的責任在明清時代是一個曖昧的問題。不過，這不意味著明清的醫者全都不負責任，吳楚就曾經對不信任他的病家說：「但依我用藥，若死，我當償命。」¹⁶⁷但他以償命之語作為負責的象徵，反而凸顯這個時代缺乏明確論述與外在制度的規範。明清的醫療文化既未把負責任視為醫者的義務，官方的法律也缺乏懲戒醫者過失的機制，醫者願意肩起醫療責任，只能回歸個人的選擇。他可能是出於宗教性的原因，或是對於自身道德的要求。負責任一事，並未成為醫者職業倫理的一環。



¹⁶⁴ 《太函集》，卷三十六，〈吳汝拙傳〉，頁 788。

¹⁶⁵ 《醫驗錄二集》，〈自序〉，頁 9。

¹⁶⁶ 《古今醫統大全》，上冊，卷三，頁 233。

¹⁶⁷ 《醫驗錄二集》，卷二，頁 99。

第四章 結論

在前兩章中，我嘗試像個穿梭時空的人類學家，回到幾百年前的醫療情境中，紀錄醫生與病人的活動與互動。¹當然，歷史研究者終究不能回到過去，親身訪問歷史中的行動者，因此，我只能透過解讀醫案，來了解其中的合作、衝突、對話，還有緊張的心理與多方的角力。關於明清的醫者與病人，必然還有許多有趣的故事是我尚未觸及的。在有限的篇幅中，我亦未能窮盡醫案敘事中的種種細節與曲折。但無論如何，我們還是必須暫時在此打住。接下來的篇幅，我除了扼要地總結上文的研究外，還要透過兩種方式來複雜化我的論證：一方面是加入區域與時間兩個軸線的比較，另一方面圍繞著「人際網路」跟「信任」兩個關鍵字，指出明清醫病互動的特色、關鍵和底蘊，並以此作為本文的結語。

醫療市場：中國與西歐的比較



本文從討論三個徽州醫者的行醫歷程開始，進而帶出徽州醫者在醫療市場中的活動，包括他們在地方上的人際網絡、與士人的關係、病人的身份，也討論他們所受到的競爭，還有獲得的報酬。熟悉歐洲醫療史研究的讀者，或不難指認出我的研究受到啟發之處。的確，面對醫案，現有研究成果不免影響我的提問方式與閱讀角度，尤其是概念的挪用。誠如我在第二章開頭處坦承的，本文研究倚重的「醫療市場」一詞，並未存在明清文獻中。這可能讓整篇論文讀起來不那麼「中國」，而讀者或不免要質疑，如此研究是否有移植西方成果之嫌？

¹ 本文研究橫跨了約三百年的時間，但文中並未對時間前後的演變，多所著墨。這不意味著中國社會或醫學在這三百年間是靜止不動的。學者就注意到，十八世紀的醫學界又熱烈地討論有關《傷寒論》的各種問題，而這股潮流跟考證學的興盛有著密切關係。Benjamin A. Elman, *On Their Own Terms*, pp. 227-236。但我們從醫案中，卻未能明顯地感受到不同時代的差異。當然，不同時代間的變化，需要更細緻地追究，這是本文力有未逮之處。但這或許提醒我們留意醫學理論與實踐之間的關係，甚至是落差。

但我認為，有時陌生的概念恰能提供歷史研究新的視野，跳脫文本作者的侷限與既有研究的窠臼，而「醫療市場」不失為一個合宜的分析概念。透過「市場」的角度，我所要凸顯的是：無論對醫者或病人來說，他們的行動都非騰空於社會之上，而是在巨大的人際網路和社會互動中運行。同時，也是從醫療市場的角度，我們才能觀照那些原本幾乎被醫學史遺忘的邊緣醫者，並重新給予評價與定位。

其次，明清中國與近代早期歐洲的社會自有其不同的脈絡與結構，因此，當我們投以相同問題時，必然會得到不同的答案。雖然在十六到十八世紀的中國與西歐，官方對醫療資源都未建立起強力的控制體系，對醫者的管制亦不嚴格。但相形之下，西歐社會其實也仍有幾種不同的管制機制。²教會與大學都有認證醫者的制度，職業公會尤其發揮了重要的功能。以英國為例，社會上就存在三種與醫藥相關的公會組織：醫師公會、外科—理髮師公會與藥師公會，各自對旗下的成員有所限制。

十九世紀以後，隨著國家力量在西歐各國的崛起，中央政府進一步加強對國家醫療和公共衛生的控管。法國大革命是一個重要的關鍵，當時法國督政府便有如下的言論：「一項積極的法律，應該強制任何想成為醫療人士的人，經歷長期的學習和審查委員會的嚴格考試；科學和習慣應該受到尊重，而無知和無恥應該受到壓制；公共刑罰應該能夠威懾貪婪，制止無異於謀殺的犯罪。」³英國雖然並未出現如法國般強力的中央集權政府，但醫生公會也獲得政府的支持與配合，進而建立起自身的權威。當時的日耳曼地區，也出現政府對醫療的管制或監控。⁴十八世紀以前，西歐對醫者的各種管控機制，自難與十九世紀以後政府的力量相提並論，但相形之下，中國的管制機制更是付之闕如。

明清兩代的中國醫者始終沒有出現如醫生公會般具有規模或影響力的結社。正如

² Deborah E. Harkness, *The Jewel House: Elizabethan London and the Scientific Revolution* (New Haven: Yale University Press, 2007), ch. 2; Lucinda McCray Beier, *Sufferers and Healers: The Experience of Illness in Seventeenth-century England* (London: Routledge & Kegan Paul, 1987), pp. 8-50.

³ 傅科（Michel Foucault）在《臨床醫學的誕生》（*The Birth of the Clinic*）中描述了這段歷程，上文即引自該書，見 Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, trans. A.M. Sheridan Smith (New York: Vintage Books, 1975), ch.5.

⁴ Harold Cook, *The Decline of the Old Medical Regime in Stuart London*, pp.70-93; Reinhold A. Dorwart, "Medical Education in Prussia under the Early Hohenzollern, 1685-1725," *Bulletin of the History of Medicine*, 32(1958): 335-348; 關於近代國家與醫療機制建立的簡要綜述，見 Daniel M. Fox, "Medical Institute and The State," in *Companion Encyclopedia of The History of Medicine*, ed. W.F. Bynum and Roy Porter (London: Routledge, 1993), pp. 1204-1230.

我在研究孫一奎時所指出的，他的世界與其他醫者缺乏職業上的聯繫，當然也談不上組織的可能。零星的組織如徐春圃在北京成立的「一體堂宅仁醫會」，⁵僅只曇花一現，並未帶來制度性的變化。⁶中國的政府與部份官員，雖然也曾注意醫療市場缺乏規範的問題，⁷但要遲至十九世紀末葉，才開始模仿西方先例，推行包括考試在內的管理制度。直至二十世紀初期，這樣的管制仍一再引起抗爭，甚至激發中西醫相互的對抗。這是另一個有趣的議題，但不是本文的重點。⁸

與此相關，另一個值得注意的現象，或許是醫者與政治的距離。十七世紀荷蘭著名的解剖學者 Nicolaes Tulp(1593－1674)由醫而政，擠身荷蘭權力核心。Tulp 進入政界後，與許多醫界友人共同研議，積極擘畫荷蘭境內醫學教育與管理機制。⁹相形之下，中國醫者能參與政治者是少之又少——別忘了他們大多是落第文人——對於制度的建立也興趣缺缺。我在文中強調醫者與士人的交往，這種友誼網路並未推動醫療管控的機制。許多醫者雖然對庸醫氾濫的現象深惡痛絕，因應的方式也只是訴諸倫理規範或是因果報應。當然，中國的醫者不是沒有公共角色的一面，不過他們大多是參與地方善舉，或是像汪機一般捐助宗祠，與政治的距離相對遙遠。

「儒醫」的再思考

儒與醫的交往，是本文關心的另一個課題。如上所述，醫者與士人間的交遊，旨不在政治權力層面的交換，甚至不在於金錢報酬。士人給醫者的回饋，是協助他們建立起抽象的名聲和儒醫形象。借用理論家的語彙，我們可以將其視為文化資本(cultural

⁵ (明)徐春圃，《一體堂宅仁醫會錄》(收入《古今醫統大全》，下冊)，頁1179-1209。

⁶ 張劍，《中國近代科學與科學體制化》(成都：四川人民出版社，2008)，特別是第六章〈科學社團的發展及其功能演化〉，頁283-351。

⁷ 如明代的呂坤，他在〈振舉醫學〉一文中就規劃了一些管理措施，不過並沒有落實。(明)呂坤，《呂公實政錄》(收入《四庫全書存目叢書》，集部，第164冊)，〈振舉醫學〉，頁400-403

⁸ 這是個還值得進一步研究的現象。相關討論見路彩霞，〈清末京津庸醫問題初探〉，《中國社會歷史評論》8(2007)：128-148；戶部健，〈北洋新政時期天津中醫界的改革活動與地域社會〉，《中國社會歷史評論》8(2007)：149-162；Benjamin A. Elman, *On Their Own Terms: Science in China, 1550-1900* (Cambridge, Mass: Harvard University Press, 2005), pp. 405-408.

⁹ Harold J. Cook, *Matters of Exchange: Commerce, Medicine, and Science in the Dutch Golden Age* (New Haven: Yale University Press, 2007), pp. 154-163.

capital) 與社會資本 (social capital) 的交換。若把醫療市場視為布爾迪厄 (Pierre Bourdieu) 筆下各種權力競逐的場域 (field)，這樣的詮釋亦無不妥。布爾迪厄討論文化資本、社會資本與經濟資本之間的轉換，也提醒我們，在詮釋人類行為時，應注意各種隱而不顯的動機。¹⁰但在此我不打算循著理論的步伐，而要繞道另一個歷史現象，即明清文人與藝術家的互動，以此開展討論。

藝術家的贊助網絡研究，在歐洲的藝術史研究已行之有年，但直到最近才引起中國藝術史研究者的矚目。白謙慎研究書法家傅山（1607—1684）的交往與應酬，他指出，傅山在明末就因為家庭背景與個人表現，而成為山西文化界的祭酒。「入清後，傅山作為山西明遺民的領袖所具有的人格力量，也無疑增加了他的文化象徵資本。因此，國變後，傅山仍然可以依靠他所擁有的文化聲望，以書畫為生。」¹¹Craig Clunas 在近期研究中，則以十六世紀畫家文震亨（1585—1645）為主題，他指出，文震亨筆下的「友」，不只是那些親密而私人的友誼，也指涉他與贊助人、地方士人的關係。而在此友誼觀的背後，反應的是藝術家與士人之間的交換義務。投桃報李的交換關係，成為藝術家與士人交往最重要的關鍵，猶如他們的義務。¹²

上述研究的關鍵，在於指出友誼的「由私而公」。誠如學者所指出，相較於現代友誼觀強調親密、私人等特質，前近代的友誼更近於一種公開的行為。這一點可謂中西皆然。¹³如斯論斷不僅可以應用於藝術社會史研究中，孫一奎醫案前的士人詩文，不也是另一種公開的私人交誼形式。徽州醫者來到江南，脫離熟悉的社會環境，失去原有的親屬人際關係，新的友誼網路因此更形重要。¹⁴

將醫者與畫家或書法家相提並論，可能要令現代讀者感到迷惑甚至難以接受。其

¹⁰ Pierre Bourdieu, “The Forms of Capital,” in. ed. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, ed. John G. Richardson (New York : Greenwood Press, 1986), pp. 241-258；另參見戴維·斯沃茨 (David Swartz)，陶東風譯，《文化與權力：布爾迪厄的社會學》(上海：上海譯文出版社，2006)。

¹¹ 白謙慎，《傅山的交往和應酬：藝術社會史的一項個案研究》(上海：上海書畫出版社，2003)，頁 138。

¹² Craig Clunas, *Elegant Debt: The Social Art of Wen Zhengming, 1470-1559* (Honolulu: University of Hawaii Press, 2004).

¹³ Martin Huang, “Male Friendship in Ming China: An Introduction,” *Nan Nü* 9.1 (2007): 2-33.

¹⁴ Cf. Joseph McDermott, “Friendship and Its Friends in the Late Ming,” in *Family Process and Political Process in Modern Chinese History* (近世家族與政治比較歷史論文集), ed. Institute of Modern History (Taipei: Institute of Modern History, Academia Sinica, 1992), pp. 67-96.

實，在許多傳統中國的認知範疇中，醫者與畫家經常並列於「方伎」之下，而不像當代被分置於科學和藝術兩個極端。這反應當代學科的分類已經與明清有著即大的差異，或促使我們思考，醫、藝二者在歷史中的關係，如何日益疏遠。透過這看似突兀的對照，我意在指出：我們應該擺脫現代對醫者身份的認知，回到歷史脈絡去想像醫者的社會位置，乃至於「身份感覺」。¹⁵現代醫者被認為是自成專業而封閉的群體，就好像十九世紀以來的藝術史，將藝術家視為自主而獨立的創造者。¹⁶但我們不應該忽視醫者與社會其他群體或力量的互動。

醫者意欲攀附於儒，自是反映他們對於個人地位的某種缺憾，乃至焦慮。吳楚的《醫驗錄》，應是這種心態最有趣的現身說法。他每每在筆下突兀地為自身科考挫敗辯解，處處流露出不以醫業為足的態度。然而綜觀吳楚一生，他主業未成，反倒被視為副業的行醫一途，成為他引以為慰的事功。這不僅提醒我們士人身份對一般讀書人的高度吸引力，同時也開啟儒醫關係更多層面的思考。

儒醫的身份，在市場上可以是一種區辨的策略。這樣的身份認同，又時常與內科連結起來。儒醫強調閱讀經典，精研內科，是金元以後中國醫學的趨勢。至於各式專科，及其所善用的手法如針灸、按摩等巧技，均隨之邊緣化。影響所及，在當代的中國醫學史研究中往往也是重內科輕外科，將後者視為西方醫學的特徵，而各類專科更有如被遺忘的傳統。我們幾乎要難以想像，在前近代的中國，人們對於這種種不同的專科醫學，會發展出相當精密的知識。我們幾乎也難以想像，中國人對於割刷身體等醫療方式，也許並不陌生恐懼。

而我從醫案中所讀到的，不是內科醫者的技術何等優越，而是他們急於與專科劃清界線的心理。區分他我為何如此重要？我的回答是，專科與內科的差異未必如表面上涇渭分明；而自認優越的內科醫者，卻未必能得到病家的青睞。我用兩個專科醫者的例子，說明內科與專科之間的競爭關係。他們一個是與內科曖昧難分的幼科醫者許豫和，另一個是看似與內科距離遙遠，卻逐漸朝內科形象靠攏的喉科醫者鄭承瀚。後者尤其顯示，市場在形塑醫者身份認同時的重要性。儒醫因此不只是個抽象的追求，

¹⁵ 岸本美緒，〈明清時代の身份感覺〉，收入森正夫等編《明清時代史の基本問題》，頁403-427。岸本美緒提倡我們應該從稱呼、服飾等方面研究風俗與階層感覺，她自己則特別注意有關「賤」的概念。

¹⁶ Craig Clunas, *Elegant Debt*, p. 180.

也可能醫者在市場中的自我定位。

醫療空間與醫病互動

不論國家介入醫療市場所帶來的利與弊，缺乏管制的醫療市場，在在影響了醫病間的互動。本文的第二主題以病家的角度描繪醫療的開展。我先是利用零星的材料，勾勒出明清醫療市場內，形形色色的醫療方式。就與同時代的西歐一樣，病家除了一般的醫者外，也尋求巫醫、走方醫這一類「非正統」的治療者。換言之，面臨疾病時病家並不只有單一的選擇，甚至他們不一定要「求醫」，自行治療可以是相當普遍的行為。簡言之，伴隨著醫者身份與醫療知識的開放，病人對於醫療有更多的選擇權。近代早期歐洲的病人同樣習於自行治療，或請託周身的親友鄰居協助，求醫反而是次要的。

其次，多方求醫同樣在近代早期的西歐同樣常見。英國醫生 Thomas Percival(1740–1804)在《醫學倫理》(*Medical Ethics*)一書中，還特別教導其他醫生如何面對這種場面。Thomas Percival 要求醫生應該維持某種倫理位階，避免反駁資深醫者的意見，以保持後者的威望。¹⁷這顯然是另一個醫者群體意識的例證，在中國的材料中因此不見類似論述，反倒在醫案中看到不少醫者唇槍舌戰，互不相讓的場面。¹⁸

此外，近代早期歐洲的病人也會以通信的方式向醫生求診。醫病雙方對這種醫療方式都習以為常。這些醫病間的通信，不少還保留下來，當代研究者遂可以從中發現更多醫病互動的細節。如醫者通常會期待從中獲得雙倍的酬金，Roy Porter 認為這是英國十八世紀消費社會背景下，資本主義心態的明証。¹⁹近年來研究者同樣在尋找明

¹⁷ Roy Porter, *Patient's Progress*, pp. 79-81.

¹⁸ 民國初年曾在上海執業的中醫陳存仁回憶：「一般老醫生有時看我所開的藥方，總是搖搖頭，好像我們方子不對，甚至連正眼也不望一望。其實這是舊時上海病人的習慣，病重時常常請兩三個醫生各處一方，來對證一下，但是醫生與醫生之間，往往甲醫說乙醫不對，乙醫說丙醫不對，相互譏評，已成習慣。」見陳存仁，《我的醫務生活》(桂林：廣西師範出版社，2007)，頁 12。

¹⁹ Roy Porter, *Patient's Progress*, pp. 76-78.

末以降中國消費社會成立的線索，²⁰不過從本文的研究來看，英國近代史上因經濟發展而使人際交往隨之商品化的過程，在同時代的中國還沒有那麼明顯與直接。因此，我在研究醫者的報酬時，把醫病間的經濟與交換關係，放在更廣泛的定義之下：病家求醫後也可能報以金錢以外的酬謝，包括協助出版醫書。而在具體物質的交換之外，醫者與病人還存在著抽象的象徵交換。醫者與病人的關係不只是理性的計算，也具有情感甚至是義務的成份。對醫者來講，他們追求不只是財富，還有聲譽，以及隨之而來，病人投以的信任感。

另有學者從書信中看到醫病之中介者的重要性，這些第三人為原本並不熟識的醫病雙方，搭起橋樑；有時為經常為病人代筆寫信，他的轉述因此成為醫病溝通的重要素材。²¹相形之下，在明清中國雖然醫病間也有書信求診的紀錄，但能夠見到的直接材料非常之少，研究者對於醫病通信背後的心態也就難以深究。不過，從間接的史料中，醫病之間顯然也時常存在第三人。比如從薦醫帖的格套中，我指出病人之間的人際網路影響了他們擇醫與請醫：病人之間互相交換醫者的訊息，也有病人透過第三人請醫。

醫療空間是另一個值得注意的問題。在明清中國並沒有一個制式、猶如現代診所或醫院般的醫療空間，醫療進行的場合很不固定。有些藥店會找來坐堂醫為病人看診，有時病人到醫者的家門前求診，但更多時候醫療發生在病人的家中。有時醫者到友朋家中拜訪時，也會遇到有人前來求醫。這些現象在十六到十八世紀的歐洲也是十分類似。此時西歐的醫院組織仍比較接近慈善機構，尚未成為固定的醫療場所。西歐的醫生，也就與中國的醫者一樣，需要到處巡迴看診。²²

而在此醫療空間中，無論在中國或西歐，醫者要面對的都不是單一的病人。前面已經說到，多方求醫的行為是中西皆然，因此無論是中國或西歐的醫者，在醫療進行的過程中都可能面對不同診斷意見的挑戰。除了病人會多方請醫外，病人的家屬也會

²⁰ 最具代表性的作品當屬巫仁恕，《品味奢華：晚明的消費社會與士大夫》（臺北：聯經出版公司，2007），特別是結論的部份，頁 303-320。

²¹ Micheline Louis-Courvoisier and Séverine Pilloud , “Consulting by Letter in the Eighteenth Century: Mediating the Patient's View?” in *Cultural Approaches to the History of Medicine: Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, ed. Willem de Blecourt and Cornelie Usborne (New York : Palgrave Macmillan, 2004), pp. 71-88.

²² Roy Porter, *Patient's Progress*, pp. 73.

參與其中。無論判斷正確與否，他們總不吝說出自己的意見。研究西方婦產科史的學者，便指出在生產過程中，婦女的家人、鄰居或是其他人都不只是旁觀者，還可能在旁下起指導棋，份量幾乎要超過產婦本人。²³這樣的醫療過程，因此成為醫病間的多方角力，並開啟了醫者與病家間巧妙的合縱連橫。

眾聲喧嘩之後，浮現的問題是醫者的責任。至於醫者對於醫療的責任，在中國並未成為醫者特別關注的問題，國家的律法也很少懲戒失誤的醫者。相形之下，在十七、十八世紀的英國，法律權威已經進入醫病互動之中，一些醫療糾紛的法律案件也因此產生。²⁴但學者亦指出，此時整個醫學倫理的標準，主要規範力量不在國家，而是教會。²⁵至於在中國，並無國家力量，也無教會組織，病家若非自認倒楣，就只能動用私刑，或是期待天理報應。傳統醫者並非全然不負責任，不過責任的確並未成為醫者的職業規範，最多成為醫者個人的道德修養或選擇。

睽諸當代討論醫病互動的研究，最富洞見的成果，應該是剖析醫病之間的權力關係。²⁶自傅柯以降，人們對於知識與權力的關係有著更多體會：看似進步的科學與醫學，也可能是規訓身體的籠牢。沿著傅柯的思路，不少學者以開始批評醫生在醫療過程中的過度權威，並嘗試為病人找回應有的主動權。²⁷循此，我們或要以為前近代的醫病互動中，病人對自己的身體與疾病更具有主導權，而醫病間協商似的關係，亦彷彿更接近於當代醫療社會學研究者的理想。但對明清的醫者或病人而言，這個時代也並非失落的樂園，他們同樣有各自的問題需要面對。缺乏信任就是明清醫病關係的一

²³ Yaarah Bar-On, "Neighbours and Gossip in Early Modern Gynaecology," in *Cultural Approaches to the History of Medicine*, pp. 36-55；吳嘉苓研究日治時代台灣的生產，同樣指出人際網路在其中的重要性，見 Chia-Ling Wu, "Have Someone Cut the Umbilical Cord: Women's Birthing Networks, Knowledge and Skills in Colonial Taiwan," in *Health and Hygiene in Modern Chinese East Asia*, eds. Angela K. Leung and Charlotte Furth (Durham: Duke University Press, forthcoming).

²⁴ Helen Dingwall, "'General Practice' in Seventeenth-Century Edinburgh: Evidence from the Burgh Court," *Social History of Medicine* 6(1993): 125-42; Catherine Crawford, "Patients' Rights and the Law of Contract in Eighteenth-Century England," *Social History of Medicine* 13.3(2000): 381-410.

²⁵ Andrew Wear, "Medical Ethics in Early Modern England," in *Doctors and Ethics: The Earlier Historical Setting of Professional Ethics*, ed. Andrew Wear, Johanna Geyer-Kordesch and Roger French (Amsterdam; Atlanta, GA: Rodopi, 1993), pp. 130.

²⁶ 當代多數關於醫病關係或醫病互動的研究，還是以實證性的為主，未必具有強烈的批判意識。這類的研究回顧文章見 L. M. L. Ong, J. C. J. M de Haes, A. M. Hoos, F. B. Lamme, "Doctor-patient Communication: A Review of the Literature," *Social Science and Medicine* 40.7 (April, 1995): 903-918; Stuart T. Hauser, "Physician-patient Relationship," in *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care*, ed. Elliot G. Mishler et al. (Cambridge: Cambridge University Press, 1981), pp. 104-140.

²⁷ 成令方，〈醫『用』關係的知識與權力〉，《台灣社會學》3 (2002) : 11-71。

大癥結。

缺乏責任的規範，可能是醫病互動處處存在不信任感的原因。但也是在這樣的背景下，人際網路的重要性於焉凸顯。如薦醫之舉，就是將信任感投注於醫病以外的第三者。當然，醫者與病人之間並不一定完全缺乏信任。我以程文圃與鮑覺生的故事，指出醫者與病人之間堅固的情誼。長時間的交往，賦予他們對於彼此的信任。但長時間的信任卻是得來不易，當代社會學家魯曼（Niklas Luhmann）這麼說：「信任像資本一樣累積，而資本為更廣泛的行動打開更多機會，但它必須被持續地使用與保護，它並且使使用者專心致志於呈現自我的值得信任，而要從其中逃脫是非常困難的。」²⁸回首吳楚的故事，這段話不正點出他所面臨的情境與困境。

徽州的醫療文化



本文研究是透過對徽州醫案的解讀，進入明清時期醫者與病人的互動。以上我把研究結論與歐美醫療史的成果相提並論，相較於西方醫療史多年以來累積的豐碩成果，這樣的比較會否有些不成比例呢？的確，正如我在第一章所指出的，我們對中國的醫療文化、醫病關係等問題，了解的仍然太少。因此，我也無意在此宣稱上述比較已成定論，它們或不過是一些初步的思考，有待進一步的檢驗。我所觸及的某些現象，如內科與專科的關係，醫者與士人的交遊等，也都需要被「問題化」、被更加廣泛而深入的考察。而除了中國與西歐的比較外，我們更應該密切關注的是東亞內部不同區域的差異、互動與影響。

從徽州醫案中，我們看到部份現象具有一定的普遍性，比如一個缺乏規範的醫療市場，以及具有更多主導權的病人，凡此種種。這也是本文研究成果得以與西歐醫療史相互參照的基點。但除了普遍性外，我們還要問，既是從徽州醫案看明清的醫病關係，那麼徽州的因素何在？又有何特色？我在正文中已經提到了一些徽州的特點，但在此有一點仍必須說明。徽州地區保存了眾多民間文書和歷史文獻，這使研究者得以

²⁸ Niklas Luhmann, *Trust and Power: Two Works* (New York: J. Wiley, 1979), p.64.

更清楚、更直接地了解徽州的社會與文化。從文獻中呈現的現象，更時常被快速地指稱為徽州當地的「特色」。但是，若從後設的角度加以檢討，我們應該思考，這些現象之所以為徽州的「特色」，是因為他們確實不存在其他區域，抑或只是文獻上的闕漏？這問題對歷史學者而言或許難以回答，但我要說的是，在尚未對其他區域的醫療文化有更多了解前，本文所稱之徽州「特色」，都只能是暫時性的宣稱。

回到本文第一章的提問，徽州的商業和儒學，與醫學間又有何關係？從徽州社會文化的脈絡出發，上述關於儒醫討論或許就能進一步延伸。如我在上文中所勾勒的，明清徽州的商業風氣鼎盛，引人注目，而醫者身份因此不只是儒、醫之間的抉擇。就此而言，孫一奎的行醫歷程，最具意義。他之所以選擇行醫，不只是儒業挫敗後不得已的出路，還經歷了「棄商從醫」這一層轉折。循此，我們應該留意醫者在「商」、「醫」兩條謀生管道的抉擇。相較於仕途正道，商與醫不過是次要選項。在孫一奎的故事中，棄商從醫看似理所當然。但我們可以質疑，商與醫的位階，真如孫一奎暗示的那般高下分明？

孫一奎在醫案中羅列土人贈語，旨在強調他與土人間的友好關係，藉此穩固個人儒醫的形象。但就是在這一點上，孫一奎與他不欲為伍的商人身份，竟弔詭地有了相似之處。在外經商的徽州巨賈，往往以誇張造作的方式，附庸風雅；但孫一奎近乎炫耀的手法，也具有反諷的效果。正因為無法成為儒生，他們才需要格外強調自身與儒者的親近；但他們有意的舉措，卻正又突顯儒業對他們而言，實是可望而不可及。

換言之，徽州醫者雖然在營造了儒醫的形象，但在其心態深處，徽州商業風氣帶來的影響，卻是驅之不去。醫業表面上看似儒業的另類實踐，實際上卻可能是從商的替代選擇。且看徽州醫者到江南建立醫業的舉動，不也跟徽商到江南等地開拓商業市場行為有幾分類似？由此我們應會對明清醫學的文化地理學有更清楚的體認：江南醫者很少到徽州，或更加邊緣的地區行醫；但卻有許多徽州醫者，像個行商般離鄉背井，到江南等地開展個人的名聲與事業。江南醫者離開故鄉的原因，可能是被徵召至京城擔任太醫，這是一種來自官方的加冕；但徽州醫者的名聲，則是來自個人在醫療市場中所建立的口碑。

我必須強調，這樣的結論是來自對徽州醫案的解讀，而非對徽州整體的醫學文化

的考察。雖然如此，上述討論對於進一步理解徽州的醫學文化，仍能有所助益。

從歷史到當代

誠如西方醫學史的研究者所指出，當代的醫學面臨了一大弔詭：現代醫學在治療上固然取得巨大成就，卻又飽受質疑和攻擊。²⁹這些批評一方面是對醫學和科學知識本身的商榷，人們開始注意到所謂「不斷進步」的背後可能隱藏的風險或後遺症。另一種批評是針對醫病關係的變化：醫者專業與權威不斷高漲的另一面，是病人在面對疾病時的無力與無能；醫生與病人的距離越來越遠，而不願與病人溝通病情，僅要求後者託付式的順從。由歷史反省當代，或從當代回觀歷史，我們可以反思：現代醫病關係的模式並非必然，而毋寧是在時間長河中偶然形成的結果。

如果讀者對本文中某些醫病互動感到驚訝，那是因為其中許多現象，顯然異於當代人的醫療經驗。我們習於到診所與醫院就醫，而非邀請醫生至家中看診；我們不會懷疑科學化的醫學比巫醫更為正確；我們傾向信賴醫者的專業訓練，包括他們對疾病的診斷，也包括他們對日常生活的判斷（如飲食）。是什麼讓我們與前近代的病人有所不同？細思之下，我們身處的時代，巫醫依舊在大小廟宇中替人治病；³⁰各種成份可疑的成藥同樣在市面上販售；而病人想要獲得醫學知識，書肆中亦不乏相關書籍。但我們終究是與明清的病人活在不同世界。

醫病關係的轉變與知識體系的變革，或不過是一體兩面。論者就把當代醫病的矛盾、混亂與緊張，指向近代醫學的本質。社會學家 N. D. Jewson 認為，現代醫生眼中所看到的，不再是整體的「病人」，而是裂解為特定器官的「疾病」，「病人」從科學化的醫學宇宙觀消失了。他並進一步指出，病人「在診病關係中被分派到的是一個消極的且無批判力的角色，其主要任務就是去忍受並等候。」³¹病人何以甘於接受消極而

²⁹ Roy Porter, “Introduction,” in *The Cambridge Illustrated History of Medicine* ed. Roy Porter (Cambridge: Cambridge University Press, 1996), p. 6.

³⁰ 參見人類學家的研究，如張珣，《疾病與文化：臺灣民間醫療人類學研究論集》（臺北：稻鄉出版社，1989）。

³¹ 朱申（N. D. Jewson），曾凡慈譯，〈論醫學宇宙觀中病人的消失，1770-1870〉，吳嘉苓、傅大為、

無批判力的角色？大概出自我們對現代醫學的信任，而後者更是以權威性的姿態，把各種另類醫療排除在外。將明清與當代醫學並置比較，前近代的醫學傾向信任單一的「名醫」或「明醫」，抑或世醫傳承下的醫者；³²現代醫學的信任則是投諸於整體的醫學制度，經過正統醫學教育洗禮的醫生，成為此一制度的具體化身。所以我們被教導去相信，甚至服從醫生的指令。³³想像一個明清的病人來到當代，當他看到我們對醫生與醫學投注高度信任時，是否也要感到驚訝呢？

不過，當代的病人其實也不像 N. D. Jewson 所描述的那般順從，社會學家就從田野調查中，看到了病人「偷渡」、「發聲」與「出走」等行動。也有學者察覺在醫病表面的和平之下，其實潛藏著「隨時翻臉的尊敬」。³⁴二〇〇八年一份針對中國大陸醫病關係的調查還指出，有六成受訪醫生曾經歷或親眼目睹同事遭病患毒打。³⁵不論調查報導的真實性如何，醫病之間的衝突顯然未曾歇息。這些現象促使我們思考醫學史中傳統與現代、斷裂與接續。就歷史研究而言，更值得考慮的問題是：近代西方醫學打造順從病人的過程中，現代制度與傳統文化之間如何彼此接榫、抵抗或轉化。能夠了解這個歷史片段，想必也會對當代的醫病關係有更深的體會。那是另一段曲折的故事了。³⁶



³² 雷祥麟主編，《科技渴望社會》（臺北：群學出版，2006），頁 174。

³³ Yuan-ling Chao, “The Ideal Physician in Late Imperial China: The Question of Sanshi (三世),” *East Asian Science, Technology, and Medicine* 17(2000): 66-93.

³⁴ 參考張笠雲，〈從不穩定的口碑到主要的求醫場所：台灣西醫讀制度信任建構〉，《人文及社會科學研究彙刊》，8.1 (1998)：161-183。

³⁵ 吳嘉苓、黃于玲，〈順從、偷渡、發聲與出走：『病患』的行動分析〉，《台灣社會學》3 (2002): 73-117；張笠雲，〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉，《台灣社會學刊》21 (1998): 60-86；張笠雲，〈工具理性和實質理性之間：剖析醫院醫療照顧的儀式性與迷思〉，《中央研究院民族學研究所集刊》74 (1992): 86-87。當代歷史研究注意病人的角色和觀點，與這樣的反省不無關係。

³⁶ 林克倫，〈大陸 6 成醫生 曾被病患毒打〉，《中國時報》2008.2.26，A14 版〈兩岸新聞〉。

³⁷ 近來已有不少學者開始關注這個問題。除雷祥麟外，另見楊念群，《再造「病人」：中西醫衝突下的空間政治 (1832~1985)》（北京：中國人民大學出版，2006）。至於台灣的殖民經驗，讓這段醫學史有更具有豐富的意義，相關研究見傅大為，《亞細亞的新身體：性別、醫療、與近代台灣》（臺北：群學出版，2005）；陳君愷，《日治時期台灣醫生社會地位之研究》（臺北：國立師範大學歷史研究所，1992）。

參考書目

一、傳統文獻：

- (漢) 司馬遷，《史記》，北京：中華書局，1982。
- (宋) 朱熹編，《近思錄》，臺北：商務印書館，1991。
- (明) 方有執，《傷寒論條辨》，收入《中國醫學大成續集》，上海：上海科學技術出版社，2000，第 25 冊。
- (明) 方承訓，《方鄴邱復初集》，收入《四庫全書存目叢書》(臺南：莊嚴文化，1995)，集部，第 187 冊。
- (明) 王世貞，《觚不觚錄》，收入《筆記小說大觀》，臺北：新興書局，1974，5 編，第 4 冊。
- (明) 王宇編，《新鐫時用通式翰墨全書》，收入《中國語學資料叢刊·尺牘篇》，東京：不二出版，1986，第 1 卷。
- (明) 余懋孳，《黃言》，收入《四庫全書存目叢書補編》，濟南：齊魯出版社，2001，第 99 冊。
- (明) 吳子玉，《大鄣山人集》，收入《四庫全書存目叢書》，第 141 冊。
- (明) 呂坤，《呂公實政錄》，收入《四庫全書存目叢書》，第 164 冊。
- (明) 李時珍，《本草綱目》，北京：華夏出版社，2002。
- (明) 汪道昆，《太函集》，合肥：黃山書社，2004。
- (明) 洪基，《胞與堂丸散譜》，收入《續修四庫全書》(上海：上海古籍出版社，1997)，第 1002 冊。
- (明) 孫一奎，《赤水玄珠》，收入《孫一奎醫學全書》。
- (明) 孫一奎，《孫文垣醫案》，收入韓學杰、張印生主編，《孫一奎醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999。
- (明) 孫一奎，《醫旨緒餘》，收入《孫一奎醫學全書》。
- (明) 徐春圃，《一體堂宅仁醫會錄》，收入《古今醫統大全》，下冊。
- (明) 徐春圃，《古今醫統大全》，收入《新安醫籍叢刊》，合肥：安徽科學技術出版社，1995。
- (明) 徐靈胎，《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。
- (明) 陳司成,《徽瘡秘錄》,收入《中華醫書集成》,北京:中醫古籍出版社,1999,第13冊。
- (明) 陳嘉謨,《本草蒙筌》,收入《續修四庫全書》,第991冊。
- (明) 傅岩,《欵紀》,合肥:黃山書社,2006。
- (明) 程宇春,《士商類要》,收入楊正泰,《明代驛站考增訂本》,上海:上海古籍出版社,2006。
- (明) 程守信,《商便奇方》,收入《海外回歸中醫善本古籍叢書》,北京:人民衛生出版社,2003,第8冊。
- (明) 程從周,《程茂先醫案》,收入《新安醫籍叢刊·醫案醫話卷》,合肥:安徽科學技術出版社,1993,第2冊。
- (明) 劉惟謙等,《大明律》,瀋陽:遼瀋書社,1990。
- (明) 鄭若庸,《蛻蛻集》,收入《四庫全書存目叢書》,第143冊。
- (明) 鮑應鰲,《瑞芝山房集》,收入《四庫禁燬書叢刊》,北京:北京出版社,2000,集部,第141冊。
- (明) 顧起元,《客座贅語》,北京:中華書局,1987。
- (明) 顧清,《東江家藏集》,收入《景印文淵閣四庫全書》,臺北:臺灣商務印書館,1983,第1261冊。
- (明) 許廷賢,《萬病回春》,收入《許廷賢醫學全書》,北京:中國中醫藥出版社,1999。
- (清) 方允淳,《廣嗣編》,上海:上海圖書館藏。
- (清) 方肇權,《方氏脈症正宗》,收入《新安醫籍叢刊·綜合類》,合肥:安徽科學技術出版社,1995。
- (清) 余含棻,《保赤存真》,上海:上海圖書館藏。
- (清) 佚名,《比照案例》,收入楊一凡、徐立志主編,《歷代判例判牘》,北京:中國社會科學出版社,2005,第8冊。
- (清) 吳楚,《醫驗錄初集》,收入《新安醫籍叢刊·醫案醫話卷》,第2冊。
- (清) 吳鶴等纂修,光緒《婺源縣志》,臺北:成文出版社,1985。
- (清) 李斗,《揚州畫舫錄》,北京:中華書局,1960。
- (清) 沈之奇,《大清律輯註》,北京:法律出版社,2000。

- (清) 胡增彬輯，《經驗秘選》，收入《珍本醫籍叢刊》，北京：中醫古籍出版社，1993。
- (清) 徐景軾，《草心閣自訂年譜》，收入薛貞芳主編，《清代徽人年譜合刊》，合肥：黃山書社，2006，第2冊。
- (清) 馬步蟾，道光《徽州府志》，臺北：成文出版社，1975。
- (清) 張廷玉等，《明史》，北京：中華書局，1974。
- (清) 張隱庵（志聰），《黃帝內經素問集注》，北京：學苑出版社，2002。
- (清) 曹去晶，《姑妄言》，北京：金城出版社，2000。
- (清) 清愷等，嘉慶《績溪縣志》，臺北：成文出版社，1985。
- (清) 莊一夔，《痘症慢驚合編》，收入《故宮珍本叢刊》，海口：海南出版社，2000，第379冊。
- (清) 許豫和，《怡堂散記》，收入《新安醫籍叢刊·綜合類》，合肥：安徽科學技術出版社，1990。
- (清) 許豫和，《怡堂續編》，收入《新安醫籍叢刊·綜合類》，合肥：安徽科學技術出版社，1990。
- (清) 許豫和，《治驗》，收入《新安醫籍叢刊·綜合類》，合肥：安徽科學技術出版社，1990。
- (清) 郭慶藩，王孝魚點校，《莊子集釋》，北京：中華書局，1995。
- (清) 喻嘉言，《寓意草》，收入《喻嘉言醫學三書》，北京，中醫古籍出版社，2004。
- (清) 程文匱，《杏軒醫案》，收入伊廣謙，李占永主編，《明清十八家名醫醫案》，北京：中國中醫藥出版社，1996。
- (清) 程敬通，《程敬通醫案》，歙縣：歙縣革命委員會衛生局，1977。
- (清) 詹元相，《畏齋日記》，收入中國社會科學院歷史研究所清史研究室編，《清史資料》第四輯，北京：中華書局，1983。
- (清) 趙吉士，《寄園寄所寄》，臺北：新興書局，1975。
- (清) 趙爾巽等，《清史稿》，北京：中華書局，1977。
- (清) 趙學敏，《串雅》，北京：人民衛生出版社，2007。
- (清) 劉汝驥，《陶璧公牘》，合肥：黃山書社，1997。
- (清) 鄭扶樞、方成培，《重樓玉鑰續編》，收入《中國醫學大成續集》，第33冊。
- (清) 鄭茂，《生生錄》，合肥：安徽省圖書館藏。

- (清) 鄭重光,《素圃醫案》,收入《新安醫籍叢刊·醫案醫話卷》,第2冊。
- (清) 鄭梅潤,《重樓玉鑰》,收入《中國醫學大成續集》,第33冊。
- (清) 鮑桂星,《覺生自訂年譜》,收入《清代徽人年譜合刊》,第2冊。
- 中國社會科學院歷史研究所收藏整理,《徽州千年契約文書》,石家莊:花山文藝出版社,1991。
- 汪文芳,《增補書柬活套》,收入《中國語學資料叢刊·尺牘篇》,第3卷。
- 徐珂,《清稗類鈔》,北京:中華書局,1984。
- 張海鵬、王廷元主編,《明清徽商資料選編》,合肥:黃山書社,1985。
- 許承堯,《歙事閑譚》,合肥:黃山書社,2001。
- 朱建明校訂,《皖南高腔目連卷》,臺北:施合鄭民俗文化基金會,1998。

二、現代文獻

- 
- 卜正民 (Timothy Brook),〈交通通信與商業〉,崔瑞德、牟復禮編,《劍橋中國明代史》北京:中國社會科學出版社,2006。
- 大木康,《明末江南の出版文化》,東京:研文出版,2004。
- 山田慶兒,《中國古代醫學的形成》,臺北:東大圖書,2003。
- 中島樂章,顧盼、張純寧、何昇樹譯,〈徽州文書的研究及其展望〉,《法制史研究》6 (2004): 259-314。
- 卞利,《明清徽州社會研究》,黃山:安徽大學出版社,2004。
- 戶部健,〈北洋新政時期天津中醫界的改革活動與地域社會〉,《中國社會歷史評論》8 (2007): 149-162。
- 文樹德 (Paul U. Unshuld),〈中國十九、二十世紀的抄本:被醫學史著作忽略的材料〉,收入傅漢思、莫克莉、高宣主編,《中國科技典籍研究:第三屆中國科技典籍國際會議論文集》,鄭州:大象出版社,2006。
- 方利山,〈新安儒醫濟世救民舉隅〉,《中國中醫基礎醫學雜誌》10.3 (2004): 69-77。
- 王正華,〈生活、知識與文化商品:晚明福建版「日用類書」與其書畫門〉,《近史所研究集刊》41 (2003): 1-85。
- 王振忠,《徽州社會文化史探微:新發現的 16-20 世紀民間檔案文書研究》,上海:上

- 海社會科學院出版社，2002。
- 王章偉，《在國家與社會之間：宋代巫覡信仰研究》，香港：中華書局，2005。
- 王樂陶編，《新安醫籍考》，合肥：安徽科學技術出版社，1999。
- 王鴻泰，〈雅俗的辯證——明代賞玩文化的流行與士商關係的交錯〉，《新史學》，17.4 (2006)：73-143。
- 王儼閣、蘇強，《明清徽墨研究》，上海：上海古籍出版社，2006。
- 白謙慎，《傅山的交往和應酬：藝術社會史的一項個案研究》，上海：上海書畫出版社，2003。
- 皮埃爾·布爾迪厄 (Pierre Bourdieu)，譚立德譯，《實踐理性：關於行為理論》，北京：三聯書店，2007。
- 吉元昭治，《台灣寺廟藥籤研究：道教醫方與民間療術》，臺北：武陵出版，1990。
- 成令方，〈醫『用』關係的知識與權力〉，《台灣社會學》3 (2002)：11-71。
- 朱申 (N. D. Jewson)，曾凡慈譯，〈論醫學宇宙觀中病人的消失，1770-1870〉，收入吳嘉苓、傅大為、雷祥麟主編，《科技渴望社會》，臺北：群學出版，2006。
- 朱開宇，《科舉社會、地域秩序與宗族發展——宋明間的徽州，1100-1644》，臺北：國立台灣大學出版委員會，2004。
- 臼井佐知子，〈徽州文書と徽州研究〉，收入森正夫編，《明清時代史の基本問題》，東京：汲古書院，1997。
- 臼井佐知子，〈徽商及其網絡〉，《安徽史學》1991.4:18-24。
- 衣若蘭，《三姑六婆：明代婦女與社會的探索》，臺北：稻鄉出版社，2002。
- 何時希，《中國歷代醫家傳錄》，北京：人民衛生出版社，1991。
- 何紹奇，《讀書析疑與臨證得失》，臺北：相映文化，2007。
- 余英時，《中國近世宗教倫理與商人精神》，臺北：聯經出版公司公司，1987。
- ，〈士商互動與儒學轉向——明清社會史與思想史之一面相〉，收入郝延平、魏秀梅主編，《近世中國之傳統與蛻變——劉廣京院士七十五歲祝壽論文集》，臺北：中央研究院近代史研究所，1998。
- 吳嘉苓、黃于玲，〈順從、偷渡、發聲與出走：『病患』的行動分析〉，《台灣社會學》3 (2002)：73-117。
- 吳蕙芳，《萬寶全書：明清時期的民間生活實錄》，臺北：國立政治大學歷史學系，2001。

- 宋漢理 (Harriet T. Zurndorfer),〈新安大族志與中國土紳階級的發展〉, 收入江淮論壇編輯部編,《徽商研究論文集》, 合肥:安徽人民出版社, 1985。
- ,〈徽州地區的發展與當地的宗族—徽州休寧范氏宗族的個案研究〉, 收入劉森編《徽州社會經濟史研究譯文集》, 合肥: 黃山書社, 1987。
- 巫仁恕,《品味奢華: 晚明的消費社會與士大夫》, 臺北: 聯經出版公司, 2007。
- 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》第 5 期 (2000): 139-146。
- 李建民,〈失竊的技術—《三國志》華佗故事新考〉,《古今論衡》15(2006): 3-16。
- ,〈督脈與中國早期養生實踐—奇經八脈的新研究之二〉,《中央研究院歷史語言研究所集刊》76.2 (2005): 249-313。
- 李貞德,〈漢唐之間的女性醫療照顧者〉,《臺大歷史學報》23 (1999): 123-156。
- ,〈漢唐之間求子醫方試探—兼論婦科濫觴與性別論述〉,《中央研究院歷史語言研究所集刊》68.2 (1997): 283-367。
- 李貞德,《女人的中國醫療史—漢唐之間的健康照顧與性別》,臺北:三民書局, 2008。
- 李濟仁編,《新安名醫考》, 合肥: 安徽科學技術出版社, 1990。
- 杜正勝,〈傳統家族試論〉, 收入黃寬重、劉增貴主編,《家族與社會》, 北京: 中國大百科全書出版社, 2005。
- 汪滬雙、牛淑平,〈試述新安醫學的「學派」與「流派」〉,《中醫文獻雜誌》2000.4 : 3-42。
- 周紹泉,〈徽州文書與徽學〉, 收入《'98 國際徽學學術討論會論文集》, 周紹泉、趙華富編, 合肥: 安徽大學出版社, 2000 ,
- 周德鈿、傅進,《墨硯競風流: 四寶堂內擷英華》, 合肥: 黃山書社, 2000。
- 周曉光,《徽州傳統學術文化地理研究》, 合肥: 安徽人民出版社, 2006。
- 岸本美緒,〈明清時代の身份感覺〉, 收入森正夫編,《明清時代史の基本問題》, 東京: 汲古書院, 1997。
- 林克倫,〈大陸 6 成醫生 曾被病患毒打〉,《中國時報》2008.2.26, A14 版〈兩岸新聞〉。
- 林南 (Lin Nan), 張磊譯,《社會資本: 關於社會的結構與行動的理論》, 上海: 上海人民出版社, 2005。
- 栗山茂久,陳信宏譯,《身體的語言——從中西文化看身體之謎》, 臺北: 究竟出版社,

- 2001。
- 林富士，〈中國六朝時期的巫覡與醫療〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.1 (1999)：1-48。
- ，〈東漢晚期的疾疫與宗教〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》66.3 (1995)：695-745
- 邱仲麟，〈明代世醫與府州縣醫學〉，《漢學研究》22.2 (2004)：327-359。
- ，〈明清的人痘法——地域流佈、知識傳播與疫苗生產〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》77.3 (2006)：461。
- ，〈綿綿瓜瓞——關於明代江蘇世醫的初步考察〉，《中國史學》13 (2003)：45-67。
- ，〈診資與藥錢——明代的醫療費用與藥材價格〉，發表於南開大學中國社會史研究中心主辦，「社會文化視野下的中國疾病醫療史研究」國際學術研討會，天津：南開大學，2006年8月12-13日。
- 邱麗娟，〈清代民間秘密宗教的醫療活動：以病患求醫、入教為中心〉，《臺灣師大歷史學報》38(2007): 153-188。
- ，〈清乾隆至道光年間民間秘密宗教醫者的研究〉，《臺灣師大歷史學報》37(2007)：85-118。
- 金仕起，〈扁鵲倉公列傳命題析義〉，《國立政治大學歷史學報》29 (2008)：1-49。
- 金耀基，〈人際關係中「人情」之分析（初探）〉，收入《中國文化中報、保、包之意義》，香港：香港中文大學出版社，1987。
- 姚敏傑等著，〈中國古代醫學倫理道德思想史〉，西安：三秦出版社，2002。
- 段逸山，〈中醫藥文獻研究的一項重要而緊迫的課題——兼論中醫藥抄本的學術價值〉，《古今論衡》17 (2007)：41-52。
- 科大衛、劉志偉，〈宗族與地方社會的國家認同——明清華南地區宗族發展的意識形態基礎〉，《歷史研究》2000.3，頁3-14
- 范金民，〈明清時期活躍於蘇州的外地商人〉，《中國社會經濟史研究》，1989.4：39-46。
- 唐力行，〈明清以來徽州區域社會經濟研究〉，合肥：安徽大學出版社，1999。
- 唐力行等，〈蘇州與徽州——16-20世紀兩地互動與社會變遷的比較研究〉，北京：商務印書館，2007。
- 埃曼紐·勒華拉杜里(Emmanuel Le Roy Ladurie)，許明龍譯，《蒙大猶：一二九四～一

- 三二四年奧克西坦尼的一個山村》，臺北：麥田出版，2001。
- 娜塔莉·澤蒙·戴維斯(Natalie Zemon Davis)，楊逸鴻譯，《檔案中的虛構：十六世紀法國司法檔案中的赦罪故事及故事的敘述者》，臺北：麥田出版，2001。
- 祝平一，〈宋、明之際的醫史與「儒醫」〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》77.3 (2006)：401-449。
- 酒井忠夫、今井宇三郎、吉元昭治編，《中國の靈籤・藥籤集成》，東京：風響社，1992。
- 高壽仙，《徽州文化》，瀋陽：遼寧教育出版社，1993。
- 常建華，《明代宗族研究》，上海：上海人民出版社，2005。
- 張玉才，〈明清時期徽人在揚州的醫事活動及影響〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》6.9 (2000)：62-64。
- ，〈孫一奎生平、著作及學術思想初探〉，《安徽中醫學院學報》5.2 (1986)：16。
- ，〈新安醫學縱橫談〉，《安徽中醫學院學報》6.2(1988)：19。
- 張玉才、李淨，〈新安醫家繼承發展金元四大家學說概要〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》8.8(2002)：78-79。
- 張仲禮 (Chang Chung-li)，費成康、王寅通譯，《中國紳士的收入：中國紳士續篇》，上海：上海社會科學院出版社，2001。
- 張苞性，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，臺北：巨流圖書公司，1998。
- ，〈從不穩定的口碑到主要的求醫場所：台灣西醫讀制度信任建構〉，《人文及社會科學研究彙刊》8.1 (1998)：161-183。
- ，〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉，《台灣社會學刊》21 (1998)：60-86。
- ，〈工具理性和實質理性之間：剖析醫院醫療照顧的儀式性與迷思〉，《中央研究院民族學研究所集刊》74 (1992)：86-87。
- 張哲嘉，〈日用類書：「醫學門」與傳統社會庶民醫學教育〉，收入梅家玲編，《文化啓蒙與知識生產：跨領域的視野》，臺北：麥田出版，2006。
- ，〈明清江南的醫學集團〉，收入熊月之、熊秉真編，《明清以來江南社會與文化論集》，上海社會科學出版社，2004。
- ，〈為龍體把脈——名醫力鈞與光緒帝〉，收入黃東蘭主編，《身體·心性·權力：新社會史》，第二集，杭州：浙江人民出版社，2005。
- 張珣，《疾病與文化：臺灣民間醫療人類學研究論集》，臺北：稻鄉出版社，1989。

張嘉鳳，〈操行英雄立功差難——晉唐之間小兒醫學的成立與對小兒醫的態度〉，《新史學》16.2 (2005)：1-46。

張劍，〈中國近代科學與科學体制化〉，成都：四川人民出版社，2008。

梁其姿，〈明代社會中的醫藥〉，《法國漢學》，第六輯，北京：中華書店，2002。

——，〈明清中國的醫學入門與普及化〉，《法國漢學·第八輯(教育史專號)》，北京：中華書店，2003。

——，〈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。

——，〈前近代中國的女性醫療從業者〉，收入李貞德、梁其姿主編，《婦女與社會》，北京：中國大百科全書出版社，2005。

——，〈疾病與方土之間—元至清間醫界的看法〉，收入黃克武主編，《第三屆國際漢學會議論文集—性別與醫療》，中央研究院近代史研究所，2002。

許玫芳，〈紅樓夢人物之性格情感與醫病關係：跨中西醫學(精神醫學、內科、婦產科、皮膚科)之研究〉，臺北：臺灣學生書局，2007。

陳元朋，〈兩宋的「尚醫士人」與「儒醫」：兼論其在金元的流變〉，臺北：國立臺灣大學出版委員會，1997。

陳存仁，〈我的醫務生活〉，桂林：廣西師範出版社，2007。

陳存仁、宋淇，〈紅樓夢人物醫事考〉桂林：廣西師範大學出版社，2006。

陳君愷，〈日治時期台灣醫生社會地位之研究〉，臺北：國立師範大學歷史研究所，1992。

陳邦賢，〈中國醫學史〉，上海：商務印書館，1937。

陳長文、張學文、戴光耀，〈績溪鎮儻舞《破寒酸》〉，收入朱万曙、卞利主編，《戲曲·民俗·徽文化論集》，合肥：安徽大學出版社，2004。

陳時龍，〈十六、十七世紀徽州府的講會活動〉，《國立政治大學歷史學報》20 (2003)：133-183。

陳勝崑，〈中國傳統醫學史〉，臺北：時報文化，1979。

陳智超，〈明代徽州方氏親友手札七百通考釋〉，合肥：安徽大學出版社，2001。

陳學文，〈明清時期商業書及商人書之研究〉臺北：洪葉文化，1997。

傅大為，〈亞細亞的新身體：性別、醫療、與近代台灣〉，臺北：群學出版，2005。

傅衣凌，〈明代徽州商人〉，收入《徽商研究論文集》。

- 童光東，〈論新安醫家家族鍊是新安醫學發展的重要形式〉，《安徽中醫學院學報》10.9 (1990)：23-26。
- 童光東、劉惠玲，〈明清時期新安藥店及其醫藥學作用〉，《中華醫史雜誌》25.1 (1995)：30-34。
- 項長生，〈新安醫家對中醫學的貢獻及其在中國醫學史上的地位〉，《中華醫史雜誌》15.2(1985)：65-69
- 黃孝周、黃熙，《杏林第一枝：新安醫學綻奇葩》，合肥：黃山書社，2000。
- 楊念群，《再造「病人」：中西醫沖突下的空間政治（1832~1985）》，北京：中國人民大學出版，2006。
- 楊聯陞，〈報—中國社會關係的一個基礎〉，《中國文化中報、保、包之意義》，香港：香港中文大學出版社，1987。
- 路彩霞，〈清末京津庸醫問題初探〉，《中國社會歷史評論》8 (2007)：128-148。
- 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 (2003)：45-96。
- 廖育群，〈中醫各科要義概說〉，鄭培凱主編，《中國科技史的新視野：術數、天文與醫學》，香港：香港城市大學出版社，2003。
- 熊秉真，〈案據確鑿：醫案之傳奇與傳承〉，收入熊秉真編，《讓證據說話》，臺北：麥田出版，2001。
- ，《幼幼：傳統中國的襁褓之道》，臺北：聯經出版公司公司，1995。
- ，《安恙：近世中國兒童的疾病與健康》，臺北：聯經出版公司公司，1999。
- 翟志強、宋柏林，〈從「新安醫學」的兩種提法看地方醫史研究中一個值得注意的問題〉，《中華醫史雜誌》19.4(1989)：251-252。
- 趙華富，《徽州宗族研究》，合肥：安徽大學出版社，2004。
- 劉祥光，〈中國近世地方教育的發展：徽州文人、塾師與初級教育，1100-1800〉，《中央研究院近代史研究所集刊》28 (1997)：1-45。
- ，〈書院與社會：徽州書院之研究（1200-1644）〉，《中國書院》5(2003)：395-417。
- 劉錚雲，〈城鄉的過客——檔案中所見的清代商販〉，收入李孝悌編，《中國的城市生活》，臺北：聯經出版公司公司，2005。
- 蔣竹山，〈「非參不治、服必萬全」：清代人參與江南溫補文化〉《中國社會歷史評論》

- 8(2007)：114-127。
- ，〈晚明祁彪佳家族的日常生活史：以醫病關係為例的探討〉，收入《都市文化研究》第二輯(上海：三聯書店，2006)。
- 鄭日新，〈方成培與鄭氏喉科〉，《中華醫史雜誌》24.3 (1994)：175-177。
- 魯兆麟，《保生大帝藥籤解》，臺北：財團法人臺北保安宮，1998。
- 閻雲翔 (Yan Yun-xiang)，李放春、劉瑜譯，《禮物的流動：一個中國村莊中的互惠原則與社會網絡》，上海：上海人民出版社，2000。
- 戴維·斯沃茨 (David Swartz)，陶東風譯，《文化與權力：布爾迪厄的社會學》，上海：上海譯文出版社，2006。
- 韓大成，〈明代徽商在交通與商業史上的重要貢獻〉，《史學月刊》1998.4：35-43。
- ，《明代城市研究》，北京：中國人民大學出版社，1991。
- 韓秀桃，《明清徽州的民間糾紛及其解決》，合肥：安徽大學出版社，2004。
- 藤井宏，傅衣凌、黃煥宗譯，〈新安商人研究〉，收入江淮論壇編輯部編，《徽商研究論文集》，合肥：安徽人民出版社，1985。
- 譚其驥主編，《中國歷史地圖集》，上海：地圖出版社，1982-。
- Bar-On, Yaarah. "Neighbours and Gossip in Early Modern Gynaecology," in *Cultural Approaches to the History of Medicine: Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, ed. Willem de Blecourt and Cornelie Usborne. New York: Palgrave Macmillan, 2004.
- Beier, Lucinda McCray. *Sufferers and Healers: The Experience of Illness in Seventeenth-century England*. London: Routledge & Kegan Paul, 1987.
- Bourdieu, Pierre. "The Forms of Capital," in *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, ed. John G. Richardson. New York: Greenwood Press, 1986.
- Brokaw, Cynthia J. *The Ledgers of Merit and Demerit: Social Change and Moral Order in Late Imperial China*. Princeton: Princeton University Press, 1991.
- . *Commerce in Culture: The Sibao Book Trade in the Qing and Republican Periods*. Cambridge: Harvard University Asia Center, 2007.
- Brook, Timothy. "Rethinking Syncretism: The Unity of the Three Teachings and Their Joint Worship in Late-Imperial China," *Journal of Chinese Religions* 21(Fall 1993): 13-44.

- Chang, Che-chia. "The Therapeutic Tug of War-The Imperial Physician-patient Relationship in the Era of Empress Dowager Cixi(1874-1908)." Ph.D. diss., University of Pennsylvania, 1998.
- Chao, Yuan-ling. "Medicine and Society in Late Imperial China: A Study of Physicians in Suzhou." Ph.D. diss., UCLA, 1995.
- . "The Ideal Physician in Late Imperial China: The Question of Sanshi (三世)," *East Asian Science, Technology, and Medicine* 17(2000): 66-93.
- Charon, Rita. "To Build a Case: Medical Histories as Traditions in Conflict," *Literature and Medicine*, 11:1 (1992): 115-142.
- Chia, Lucille. *Printing for Profit: the Commercial Publishers of Jianyang, Fujian, 11th-17th Centuries*. Cambridge: Harvard University Asia Center, 2002.
- Chow, Kai-wing. *Publishing, Culture, and Power in Early Modern China*. Stanford: Stanford University Press, 2004.
- Clunas, Craig. *Elegant Debt: The Social Art of Wen Zhengming, 1470-1559*. Honolulu: University of Hawaii Press, 2004.
- Condrau, Flurin. "The Patient's View Meets the Clinical Gaze," *Social History of Medicine* 20.3(2007): 525-540.
- Cook, Harold J. *Matters of Exchange: Commerce, Medicine, and Science in the Dutch Golden Age*. New Haven: Yale University Press, 2007.
- . *The Decline of the Old Medical Regime in Stuart London*. Cornell University Press, 1986.
- Crawford, Catherine. "Patients' Rights and the Law of Contract in Eighteenth-Century England," *Social History of Medicine* 13.3(2000): 381-410.
- Cullen, Christopher. "Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence From the *Jipingmei*," *History of Science* 31 (1993): 99-150
- . "Yi'an (case statements): The Origins of a Genre of Chinese Medical Literature," In *Innovation in Chinese Medicine*, ed. Elisabeth Hsu. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- Dingwall, Helen "General Practice" in Seventeenth-Century Edinburgh: Evidence from the

- Burgh Court," *Social History of Medicine* 6(1993): 125-42;
- Dolan, Brian. "Twenty Years of Social History of Medicine," *Social History of Medicine* 20.3(2007): 435-440;
- Dorwart, Reinhold A. "Medical Education in Prussia under the Early Hohenzollern, 1685-1725," *Bulletin of the History of Medicine*, 32(1958): 335-348.
- Elman, Benjamin A. *A Cultural History of Civil Examinations in Late Imperial China*. Berkeley: University of California Press, 2000.
- . *On Their Own Terms: Science in China, 1550-1900*. Cambridge: Harvard University Press, 2005.
- Faure, Oliver. "The Social History of Health in France: A Survey of Recent Developments," *Social History of Medicine* 3(1990): 448。
- Finnane, Antonia. *Speaking of Yangzhou: A Chinese City, 1550-1850*. Cambridge: Harvard University Asia Center, 2004.
- Fox, Danel M. "Medical Institute and The State," in *Companion Encyclopedia of The History of Medicine*, ed. W.F. Bynum and Roy Porter. London: Routledge, 1993.
- Foucault, Michel. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, trans. A.M. Sheridan Smith. New York: Vintage Books, 1975.
- Furth, Charlotte. "Producing Medical Knowledge Through Cases: History, Evidence, and Action," in *Thinking with Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History*, ed. Charlotte Furth, Judith T. Zeitlin, and Ping-chen Hsiung. Honolulu: University of Hawaii Press, 2007.
- . "The Physician as Philosopher of the Way: Zhu Zhenheng (1282-1358)," *Harvard Journal of Asiatic Studies* 66.2(2006): 423-459.
- . *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History, 960-1665*. Berkeley: University of California Press, 1999.
- Gentilcore, David. *Medical Charlatanism in Early Modern Italy*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Ginzburg, Carlo. *The Cheese and The Worms: The Cosmos of a Sixteenth-century Miller*. trans. John and Anne Tedeschi. New York: Penguin Books, 1982.

- Grant, Joanna. *A Chinese Physician: Wang Ji and the Stone Mountain Medical Case Histories*. New York: RoutledgeCurzon, 2003.
- Hanson, Marta. "Merchants of Medicine: Huizhou Mercantile Consciousness, Morality, and Medical Patronage in Seventeenth-Century China," in *East Asian Science: Tradition and Beyond* ed. Hashimoto Keizo, Catherine Jami and Lowell Skar. Osaka : Kansai University Press, 1995.
- Harkness, Deborah E. *The Jewel House: Elizabethan London and the Scientific Revolution*. New Haven: Yale University Press, 2007.
- Hauser, Stuart T. "Physician-patient Relationship," in *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care*, ed. Elliot G. Mishler et al. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- Helfand, William H. *Quack, Quack, Quack: The Sellers of Nostrums in Prints, Posters, Ephemera & Books*. New York: Grolier Club, 2002.
- Ho, Ping-ti. "The Salt Merchants of Yang-chou: A Study of Commercial Capitalism in Eighteenth-Century China," *Harvard Journal of Asiatic Studies* 17.1-2(1954): 130-168.
———. *The Ladder of Success in Imperial China: Aspects of Social Mobility, 1368-1911*. New York: Columbia University Press, 1976.
- Hsiung, Ping-chen. "Facts in the Tale: Case Records and Pediatric Medicine in Late Imperial China," in *Thinking with Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History*, ed. Charlotte Furth, Judith T. Zeitlin, and Ping-chen Hsiung. Honolulu: University of Hawaii Press, 2007.
- Huang, Martin. "Male Friendship in Ming China: An Introduction," *Nan Nü* 9.1(2007): 2-33.
- Huisman, Frank. "Shaping the Medical Market: On the Construction of Quackery and Folk Medicine in Dutch Historiography," *Medical History* 43(1999): 373.
- Hymes, Robert P. "Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan," *Chinese Science* 8 (1987): 9-76.
- Idema, Wilt. "Diseases and Doctors, Drugs and Cures: A Very Preliminary List of Passages

- of Medical Interest in a Number of Traditional Chinese Novels and Related Plays,” *Chinese Science* 2(1977): 37-63.
- King, Steven and Alan Weaver, “Lives in Many Hands: The Medical Landscape in Lancashire, 1700-1820,” *Medical History*. 44.2(April, 2000): 173–200.
- Ko, Dorothy. *Teachers of the Inner Chambers: Women and Culture in Seventeenth-century China*. Stanford: Stanford University Press, 1994.
- Leavitt, Judith Walzer. “Medicine in Context: A Review Essay of the History of Medicine,” *The American Historical Review* 95.5 (1990): 1471-1484.
- Leung, Angela K. “Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangtze Region,” *Late Imperial China* 8.1(1987): 134-166.
- . “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: Harvard University Asia Center, 2003.
- . “Medical Ethics in China,” in *Encyclopaedia of the History of Science, Technology, and Medicine in Non-Western Cultures*, ed. Helaine Selin. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers, 1997.
- Lindemann, Mary. *Health and Healing in Eighteenth-century Germany*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996.
- Lingo, Alison Klairmont. “Empirics and Charlatans in Early Modern France: The Genesis of The Classification of The ‘Other’ in Medical Practice,” *Journal of Social Histoy* 19(1986): 583-603
- Louis-Courvoisier, Micheline and Séverine Pilloud. “Consulting by Letter in the Eighteenth Century: Mediating the Patient's View?” in *Cultural Approaches to the History of Medicine: Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, ed. Willem de Blecourt and Cornelie Usborne. New York : Palgrave Macmillan, 2004.
- Löwy, Ilana. “The Social History of Medicine: Beyond the Local,” *Social History of Medicine* 20.3(2007): 465-481
- Luhmann, Niklas. *Trust and Power: Two Works*. New York: J. Wiley, 1979..
- McDermott, Joseph P. *A Social History of the Chinese Book: Books and Literati Culture in*

- Late Imperial China*. Hong Kong: Hong Kong University Press, 2006.
- . “Friendship and Its Friends in the Late Ming,” in *Family Process and Political Process in Modern Chinese History* (近世家族與政治比較歷史論文集). Taipei: Institute of Modern History, Academia Sinica, 1992.
- Noll, Steven. “Patient Records as Historical Stories: The Case of Caswell Training School,” *Bulletin of the History of Medicine* 68(1994):411-428.
- Ong, L. M. L., et al. “Doctor-patient Communication: A Review of the Literature,” *Social Science and Medicine* 40.7 (April, 1995): 903-918.
- Park, Katharine. *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*. Princeton: Princeton University Press, 1985.
- Porter, Dorothy and Porter, Roy. *Patient's Progress: Doctors and Doctoring in Eighteenth-century England*. Cambridge: Polity Press, 1989.
- Porter, Dorothy. “The Mission of Social History of Medicine: An Historical View Social History of Medicine,” *Social History of Medicine* 8.3 (1995): 345-359
- Porter, Roy. *Health for Sale: Quackery in England, 1660-1850*. Manchester: Manchester University Press, 1989.
- . “The Patient's View: Doing Medical History from Below,” *Theory and Society* 14.2 (1985): 175-198
- ed. *The Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- Ramsey, Matthew. “Medical Power and Popular Medicine: Illegal Healers in Nineteenth-Century France,” *Journal of Social History* 10(1977): 560-587
- Reverby, Susan and David Rosner, ““Beyond the Great Doctors’ Revisited: A Generation of the ‘New’ Social History of Medicine,” in *Locating Medical History: the Stories and Their Meanings*, ed. Frank Huisman and John Harley Warner. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2004.
- Risse, Guenter B. and Warner, John Harley. “Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History,” *Social History of Medicine* 5 (1992): 183-205
- Rosenberg, Charles. *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*.

- Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- Sivin, Nathan. "A Seventh-Century Chinese Medical Case History," *Bulletin of the History of Medicine* 41(1967): 267-273.
- Tien, Ju-Kang. *Male Anxiety and Female Chastity: A Comparative Study of Chinese Ethical Values in Ming-Ch'ing Times*. Leiden: E. J. Brill, 1988.
- Ulrich, Laurel Thatcher. *A Midwife's Tale: The Life of Martha Ballard, based on her diary, 1785-1812*. New York: Knopf, 1990.
- Unschuld, Paul U. *Medical Ethics in Imperial China: A Study in Historical Anthropology*. Berkeley: University of California Press, 1979.
- Wear, Andrew. "Medical Ethics in Early Modern England," in *Doctors and Ethics: The Earlier Historical Setting of Professional Ethics*, ed. Andrew Wear, Johanna Geyer-Kordesch and Roger French. Amsterdam; Atlanta, GA: Rodopi, 1993.
- Wilson, Adrian. "Participant versus Patient: Seventeenth-Century Childbirth from the Mother's Point of View," in *Patients and Practitioners: Lay Perceptions of Medicine in Pre-industrial Society*, ed. Roy Porter. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- Wu Chia-Ling. "Have Someone Cut the Umbilical Cord: Women's Birthing Networks, Knowledge and Skills in Colonial Taiwan," in *Health and Hygiene in Modern Chinese East Asia*, eds. Angela K. Leung and Charlotte Furth (Durham: Duke University Press, forthcoming).
- Zeitlin, Judith T. "The Literary Fashioning of Medical Authority: A Study of Sun Yikui's Case Histories," in *Thinking with Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History*, ed. Charlotte Furth, Judith T. Zeitlin, and Ping-chen Hsiung. Honolulu: University of Hawaii Press, 2007.