

《第三屆國際漢學會議論文集》歷史組
性 別 與 醫 療

疾病與方士之關係： 元至清間醫界的看法

梁 其 姿

中央研究院近代史研究所

臺灣臺北·2002

《性別與醫療》
第三屆國際漢學會議論文集歷史組
臺北：中研院近史所，2002，頁 165-212

疾病與方土之關係： 元至清間醫界的看法

梁其姿

疾病與地域、環境的關係，是中外古今醫家都注意的問題。醫界對這種關係的看法一方面當然受醫學知識本身發展的影響，而另一方面，也往往被非醫學因素，如政治與社會的發展所左右。元以來，不但在醫學傳統上有重要的發展，在政治與社會方面，也進入了新的一頁。醫界對疾病與方土間關係的看法，起了微妙的變化。這些看法不但部分修改了原有疾病分類與治療的原則，而且對明清之際疫疾的病因理論也產生了一定的影響。直到近代西方醫藥進入中國後，這些傳統的看法仍然起作用，但亦不完全排斥西方的觀念。而事實上近代西方預防疾病的觀念，部分演變自十七、八世紀以來的環境主義 (environmentalism)¹，其中不少與明清方土觀念有可比較之處，這些可比較的地方很可能為中國社會在醫藥衛生方面的所謂「近代化」鋪了路。

¹ 參看 James Riley, *The Eighteenth-century Campaign to Avoid Disease* (London: Macmillan, 1987).

有關西方近代環境主義的研究已有不少相關著作，² 而在中國研究方面，地域與醫療之間的關係也是近年來一個漸受到重視的問題，但重點稍有不同。近年所見如 Marta Hanson 有關「溫病」傳統在十九世紀江南地區的形成，³ 或 Wu Yi-Li (吳一立) 對浙江婦科在明清時期的發展史等，⁴ 均是近年來美國年輕一輩學者研究的主題，並有相當不錯的成果。她們分別處理了清代南方的醫學理論與專科的發展，前者著重清代後期南方、尤其是江南地域溫病學理論的發展及地域主義對此的重要影響。在此之前，台灣與大陸醫史學者亦發表了不少有關區域或省份的醫史。此外，還有大陸學者傳統上感興趣的醫學流派發展史，⁵ 這方面與本文的宗旨比較沒有關係。而有關個別疾病與地理環境關係的歷史研究亦有一定的成果，⁶ 蕭璠在數年前就發表了一篇有關漢宋間南方地方病的長文。⁷ 此文利用大量史料探討早期南方疾

病的多個重要的相關問題，如醫家與一般文士對地理因素看法，特別是南方的自然與人文環境以及當時南方的幾種常見疾病的關係等。他往往以今人對疾病的認識來檢驗前人的做法而提出有意思的看法，同時他提醒我們南北環境與身體稟賦有別的概念出現甚早，雖然還沒有很系統化。蕭璠與 Hanson 兩文的重點放在南方的疾病與醫學思想的歷史，與本文的旨趣比較有直接的關係，尤其在描述南北天候稟賦差別的概念上有許多大致雷同之處。這是由於這些概念出現很早也一直維持到近代。然而本文所涵蓋的時間主要自元至清間，目的在探討醫家對環境、方土與疾病間關係的具體看法，並集中從疾病分類、病因概念與療法等變化來分析這個問題。我並不打算以今天的醫學知識或其他標準來推測當時南方有那些傳染疾病，亦不打算追溯清代江南溫病派思想更早的淵源，而是看此時期主流醫者對致病的外在環境因素的看法。他們的看法應在一定程度上影響了以後社會及個人對疾病防治的方式，這是最終的興趣，但當然這並非這一小文所能解決的問題。

我沿用傳統「方土」一語，因為這個詞比「區域」或「地域」均有更豐富的內涵，不但包括了地域之意，同時亦隱含了「地域」一詞所不能表達的「環境」一意。當明清醫家用「方土」一詞時，應不單指特定地域，同時亦指特定或大或小的地區的自然與人文環境特性。

(一) 《內經》的術數方土觀與元以後的轉變

疾病之起因與療法因地而異的想法，早在《內經》中已形成，但正如李建民所說，這是一個模式化的術數概念，並非真正從現實經驗中歸納出來的觀察，「五方不應與當時中國具體範圍一一對號入座」⁸：

2 除了註一所及外，其它兩個較著名例子為 Andrew Wear 編之 *Medicine in Society* (Cambridge University Press, 1992); Alain Corbin, *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social 18e-19e siècles* (Paris: Flammarion 1986 (1982)).

3 Marta Hanson, "Inventing a Tradition in Chinese Medicine: From Universal Canon to Local Medical Knowledge in South China, the Seventeenth to the Nineteenth Century," Ph.D. dissertation (University of Pennsylvania, Department of the History and Sociology of Science 1997).

4 Wu Yi-Li "Transmitted Secrets: The Doctors of the Lower Yangzi Region and Popular Gynecology in Late Imperial China", Ph.D. dissertation (Yale University, Faculty of the Graduate School, 1998).

5 例如竹劍平、胡濱的〈試論錢塘學派〉《浙江中醫學院學報》9.4(1985); 褚謹翔, 〈浙江烏鎮派學術源流初探〉《中華醫史雜誌》13.3(1983); 陳春圃, 〈浙江中醫主要學術流派〉《中華醫史雜誌》29.4(1999); 黃煌、丁光迪, 〈江蘇孟河醫派的形成和發展〉《中華醫史雜誌》14.2(1984); 劉時覺, 〈明清時期徽州商業的繁榮和新安醫學的崛起〉《中華醫史雜誌》17.1(1987); 項長生, 〈丹溪學術思想對新安醫家的影響〉《浙江中醫雜誌》17.9(1982)。以上僅無數研究中的幾個例子。

6 范家偉, 〈東晉至宋代腳氣病之探討〉, 《新史學》6.1(1995):155-177。

7 蕭璠, 〈漢宋間文獻所見古代中國南方的地理環境與地方病及其影響〉, 《中央研究院歷史語言研究所集刊》63.1(1993):67-171。

8 李建民, 《死生之域：周秦脈學之源流》(台北：中央研究院史語所專刊101, 2000), 頁72。

「一病而治各不同，皆愈，何也？岐伯對曰：地勢使然也。故東方之域，天地之所始生也，魚鹽之地，海濱傍水……魚者使人熱中，鹽者勝血，故其民食魚而嗜咸，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……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……其民樂野處而乳食，藏寒生滿病，其治宜灸燭，故灸燭者，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……其民嗜酸而食胍（腐），故其民皆致理而赤色，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，其治宜導引按蹻，故導引按蹻者，亦從中央出也。」⁹ 這一段後世通稱為「異法方宜論」的文字說出了古代醫學思想中有關方域與疾病、療法之間的關係。這個關係符合了當時的宇宙秩序觀，其中有一定的抽象性與形式性。這個術數的宇宙秩序觀的特點之一，就是各方域雖各具地勢與氣候上的特徵，其民習俗各異，但是並無優劣之分，沒有任何在地勢、氣候、習俗、療法上優勝於別處的方域，也沒有形勢特別惡劣的區域。¹⁰

古代的抽象方土觀一直被後世醫者所引用，但是已漸從純粹術數的概念變為從具體環境的觀察所歸納出的概念。如金代的張從正（約1156-1228），說：「方，謂五方也。其用藥也，各據其方。如東方瀕海鹵斥，而為癰瘍；西方陸居華食，而多頰腫贅癭；南方瘴霧卑濕，而

9 《黃帝內經素問》（台北：叢書集成新編 第44冊，新文豐出版公司影印1892年浙江書局刻本，1985），4:328「異法方宜論」。

10 Hanson認為中央的導引是一種預防疾病的方式，而其他四方則以治療方式為主，因此認為中央是較其他四方較優，見Hanson 1997, p. 60。但其實導引同樣是治療法，見李建民，《死生之域》，頁179、183。事實上，不見得當時有清楚的「預防」與「治療」的二分式概念。

多痺疝；北方乳食而多藏寒滿病；中州食雜，而多九疸、食癆、中滿、留飲、吐酸、腹脹之病。蓋中州之地，土之象也，故脾胃之病最多。其食味、居處、情性、壽夭，兼四方而有之。」從他的話可看出他對不同方土的自然與人文環境、疾病種類已有更具體的描述，而且對療法的看法已完全不同。《內經》認為五方療法在方式上基本各具特色，而張從正則只指出藥療一種，只是五方藥物不同：「其用藥也，亦雜諸方而療之。如東方之藻帶，南方之丁木，西方之薑附，北方之參苓，中州之麻黃、遠志，莫不輻輳而參尚。」¹¹ 這個已大部分脫離上古術數思想的方土觀，在金以後有進一步的改變。主要是將五個方域簡化為二至三個。到了元明之際，南／北，或西北／東南這個二分法的方土觀雖在醫者間仍有一定的爭議，但是已漸成為主流的看法，而且這個分法亦已脫離古代術數的模式而成為醫者對實際地理環境觀察的結論。¹² 當然，如蕭璠所指出，對南方或東南方地理與人文環境的負面評估自古代已有，而且主要在非醫學的文獻中可看到。¹³ 在這方面，元明以來的醫者無疑沿著古人的一般看法。他們的創新主要在將北／西北與南／東南等方土環境相對比之下所發展出來的與前代不盡相同的疾病分類、病因概念與療法。

元曾世榮（1252-1332？，湖南衡陽人）認為「北人水氣多，南人瘧疫盛，地氣天時使之然也」。¹⁴ 危亦林（1277-1347，江西南豐人）

11 張從正《儒門事親》，在《子和醫集》（北京：人民衛生出版社，1994），1「七方十劑繩訂」：21。

12 蕭璠，1993，頁73中引用《淮南子》、及《原道》等著作對西北／東南二分法的說法，這些例子仍透露出主要屬術數的思想因素。

13 蕭璠，1993，頁75-87引用《史記》、《左傳》、《漢書》、《論衡》等古代文獻以及隋唐以後的各種非醫學文獻說明漢時一般人對南方惡劣的風土環境已有一定的看法。這些看法與術數無關，而且越到後代越為具體。但是早期這些對南方風土的看法似乎對醫學知識的影響有限。

14 曾世榮，《活幼口議》（北京：北京中醫古籍出版社據日本文政庚辰皮紙抄本影印，1985），3「議張氏方」：48。

在《世醫得效方》中也指出「如南北風土之殊，人物厚薄之異，北方土厚水深，水性沈下，人體多實而少虛……南方屬火，火性輕炎，人體多虛而少實」。¹⁵ 南北人因天候地勢而稟賦不一，療法自然應有所不同，這就是元以後南北醫之分的一個依據。元明間名士戴良（1317-1383，浙江金華人）的文集中則充分地說明了這個看法。他出生於北方，愛讀醫書，特別佩服河間劉完素，後來南徙江南，仍認為當地的醫不如北醫。江南醫生朱碧山，遇戴良而知其對南醫的看法時，這樣告訴他：「子誠北士也，知北方之醫而已矣，醫固無南北之異，而習其學者宜有以消息之，北方風氣渾厚，稟賦雄壯，兼之飲食嗜好朴厚而儉素……一有疾焉輒以苦寒疏利之劑投之，固快意而通神矣。若夫東南之民，體質柔脆，膚理疏淺而飲食之縱，嗜好之過，舉與北方之人異，顧欲以前法施之，不幾於操刃而殺人乎，是故北方之治疾宜以攻伐外邪為先，南方之治疾宜以保養內氣為本，斯意也。」這種說法即是此後南北方域相異說法的典型。後來戴良也接受了這個看法：「余雖北產而居南日久，故亦不宜從事於攻伐，蓋慎之也。」¹⁶ 從他與朱碧山的互動過程中可看出當時人對南北醫分別的看法。戴良也為另一著名的南醫項昕寫傳，其中透露了當時所謂南北醫對峙的情形：「近世宗三家者¹⁷ 往往自相詆毀，而有南醫北醫之不同，決不肯以寒涼施之於南方，辛熱施之於北方……」。¹⁸ 此時所形成的南北醫之分，與北金南宋在政治上長期的分隔與對峙，以及金元時期劉完素、張從正與李杲三位北方醫家的創新傳統有關。雖然到了元統一天下前後，李杲

與朱震亨等醫家開始採取較折衷的理論與醫療法，但是所謂北醫有別與南醫、或北醫優於南醫的刻板看法已漸形成。¹⁹

這種看法雖然主要乃宋元以來醫學傳統發展的結果，但是當時人認為南北醫的差異主要來自不同的地勢、氣候與稟賦。到了明中葉，吳中薛己（1487-1559）在注釋王綸的《明醫雜著》時仍舉「異法方宜論」概念來說明地域環境之差異，但是他的真正想法其實已離《內經》的術數觀甚遠，屬當時主流的東南相對於西北的方土觀：「異法方宜論云，東南之域，下卑濕熱……；西北之域，高陵風寒……。」²⁰ 明清間吳中名醫張璐（1617-1700）之次子張倬，在他著名的《傷寒兼證析義》（1667）中雖然較他同時期的醫家更忠實地重複《內經》的東南西北中五方觀，但是他清楚地認為不同地域的元氣厚薄有所不同：「東方發育之地，土膏氣澤……吳越皆居東方，而江南元氣最薄，病則虛熱居多……江北則接壤東魯，其間元氣虛實兼半……江左地氣稍厚，略覺奈病勝藥……大抵東方所稟孱弱……。南方長養之地，陽盛氣泄……則使人本氣不堅……西方……金沙之域，地高土厚多風……其俗剛毅而不阿……關西正當北斗，地氣與人材俱偉……北方閉藏之境，陰盛氣沈……非若東南之元氣瘠薄……燕則左河右岱，地方最厚……中央正中之位，水土平濕，萬類各得其和……中央雖居平位，四維八埏之氣，皆得干之……其地（楚）氣渾厚，民多溫飽……洛則水土平濕……」²¹ 換言之，他認為西方與北方的元氣與人的稟賦是最好的，而東方與南

15 危亦林，《世醫得效方》文淵閣四庫全書子部 52（台北：台灣商務印書館，第 746 冊，1983），1:20 下-21 上。

16 戴良，《九靈山房集》四部備要初編，冊 243，上海涵芬樓景印明正統間戴統刊本（上海：上海書店，1989），13:12 上一下。

17 指劉完素、張從正、李杲。

18 戴良，《九靈山房集》，19:15 下。

19 有關此問題的討論，請參考拙作“Medical Learning from the Song to the Ming”。本文在 1997 年 6 月於“The Sung-Yuan-Ming Transition”會議中（UCLA）提出，論文集將於 2002 年由哈佛大學出版社出版。

20 王綸，《明醫雜著》，薛己注（北京：人民衛生出版社據明嘉靖（1549）刻本為底本點校，1995），頁 76-77。

21 張倬，《傷寒兼證析義》在《中國醫學大成》冊 3（長沙：岳麓書社，1990），頁 327-329。

方是元氣最差、最弱的。這個觀點符合明清大部分醫者的看法。1704年的醫學入門書《醫學階梯》中有關「方土不同」的討論也同樣地以東南相比於西北，反映了十七、八世紀時期普遍的看法：「善療疾病者，必先別方土，方土分別遠邇高卑，而疾之盛衰人之強弱因之矣。蓋方有方隅，地有地道，一方有一方氣候，南北有南北風土，是方分遠近，地別高下，則知東南之卑濕，西北之高燥，所謂天不足西北，地不滿東南，固以東南方有東南之弱，西北方有西北方之強也。」²² 換言之，到了十八世紀初，許多醫學剛入門的人都被授予這個以西北相對於東南的方土觀。

再者，元以後醫者亦多指出不但地域在地勢與氣候上有優劣之分，地方人的習性也各有不同，因此體質上也有強弱之分，西北人之強相對著東南人之弱。²³ 蕭璠一文已指出這個概念早在漢宋間已有模糊的輪廓，元明之際的醫者與儒者則提出了更系統的看法，並指出南北的生活習俗、氣候、稟賦對體質的相對強弱有關。如危亦林認為：「關中土地，俗好儉嗇，廚膳餽饈不過菹醬而已，其人少病而壽。江南嶺表，其處饒足，海陸鮭鱈，無所不備，土俗多疾，而人早夭。」²⁴ 換言之，醫者認為南方富饒的生活令人多疾而短壽，北方樸素簡單的習俗則令人健康。到了明中葉，這個看法已相當固定，十六世紀姑蘇人俞弁也重複了上述朱碧山對南北地域差別的看法：「蓋北方風氣渾厚，稟賦雄壯……若夫東南之人，體質柔肥，腠理不密，而飲食色慾之過侈，與

西北之人迥異。」²⁵ 清初的陳治（?-1697，江蘇婁縣人）與一般明清醫家的看法較有出入，他在其著作《證治大還》中則認為北方人飲食肥膩濃郁，所以較強壯，仍採用《內經》中對西方人的描寫：「地有南炎北朔之迥別，北方地土敦厚，飲食膏粱，肥膩濃郁，肌膚腠密，精血強壯，染病不易。」但對南方人在體質上、精神上的薄弱，看法則沒有太大的不同：「南方卑濕，人民柔弱，飲食甘鮮，精神淡薄，肌膚疏脆，感染易入。」²⁶ 換言之，儘管明清醫者對南北人體質強弱有別的解釋稍有不同，但是對這個分別本身沒有懷疑。薛己之言可以作為代表，他認為東南之人「腠理疏通，汗液妄泄，陽氣內虛」，而西北之人「腠理緻密，汗液內固，陽氣充實……」。²⁷

簡而言之，元以來的醫者認為西北人腠理密，稟賦雄厚，因此較不易因外來的因素而染病；而東南方人腠理疏，稟賦脆弱，容易受外淫之侵入，壽命也較短。醫家認為強弱之分主要有自然與人文兩方面的環境因素：地勢、氣候以至於元氣不同是自然的因素，加上人為的侈儉不一的習性、飲食習慣不同，決定了南北兩類強弱不同的體質。而其中對東南方人性格上、習性上的批評特別明顯。這些看法，似乎是元以來醫家所深信不疑的，儘管他們大部分是南方人。

(二) 方土、疾病與療法

1. 方土觀與疾病類別：

既然天然條件不同，體質稟賦各異，南北兩方的人常得的疾病的

22 張叡，《醫學階梯》（1704），卷2：「方土不同論」，事實上這段話亦包含了術數觀，如「天不足西北，地不滿東南」，但作者不一定意識到此層意義。

23 Marta Hanson 曾就清末醫家對人體稟賦北強南弱這個概念撰寫一文，"Robust Northerners and Delicate Southerners: The 19th-century Invention of a Southern Medical Tradition," *Positions* 6:3(1998), pp. 515-550. Hanson 認為這是清代江南醫家從張機《傷寒論》傳統脫離出來建立溫病傳統的結果，並且與清末地方主義有關。從蕭璠的研究看來，事實上這個概念出現甚早，只是仍尚未發展得很系統。

24 危亦林，《世醫得效方》，20:5 上。

25 俞弁，《續醫說》（初版 1522），在《中國醫學大成三編》第 12 冊（長沙：岳麓書社按上海明文書局宣統三年鉛印本影印，1994），4:1 下。

26 陳治，《醫學近編》，3:1 上「兩粵瘴癘論」，在《證治大還》，北京圖書館分館藏康熙貞白堂劇本，四庫全書存目叢書，子部 49（台北：莊嚴文化事業，1995）。

27 王綸，《明醫雜著》，薛己注，頁 76-77。

原因、種類等等也自然地被認為有基本上的分別。而不同方土的疾病不再是在《內經》中的粗略分類，也不同於金代張從正的方土疾病觀。而是將南北兩個地域的得病型態作「二分法」，這個分類方式大致上也是在金元以後慢慢地、系統地發展出來的。諸如康熙時人陳治所持的說法：「獨是地有南北，人有強弱，江左以南，四時猝然感冒恒多，真正傷寒殊少」，²⁸ 在明清時代相當普遍。這種「南北二分」的看法在此時期往往成爲解釋多種疾病的基礎，本節要說明的就是這一點。

在諸多古老的病類中一些漸被認為有明顯南北之別：真中風／類中風、腳氣等是具代表性的例子。另外還有部分古老的疾病漸被認定爲只有南方才有的「風土病」，如癘疾。一些「新病」也被認為是來自南方卑濕的水土，如痧症、廣瘡等。換言之，西北之相對於東南的這個方土觀是元以後疾病分類變化的一個重要因素。此節所舉不過是眾多例子中幾個較具特色者而已。

真中風／類中風：

將中風分爲真中風與類中風的這個分類法，一般認為亦是從元代開始，而在明清成爲醫界共識。²⁹ 劉完素（1120-1200）與李杲（1180-1251）等金代醫家部分修正了傳統中風爲純粹外中風邪的看法，而元代朱震亨（1282-1358）則更進一步地指出中風一症還有南北地域之別。朱震亨說：「案《內經》以下，皆謂外中風邪，然地有南北之殊，不可一途而論。……由今言之，西北二方，亦有真爲風所中者，但極少爾。東南之人，多是濕土生痰，痰生熱，熱生風也。」³⁰ 稍後曾從學於朱震

亨的元明間人王履（1332-1391，崑山人）就更明白提出類中風這個概念：「……因于風者，真中風也，因于火、因于氣，因于濕者，類中風而非中風也，三子〔指劉、李、朱三人〕所論者，自是因火、因氣、因濕而爲暴病暴死之證，與風何相干哉。」同時進一步闡釋朱震亨的看法：「彥修曰：西北氣寒，爲風所中，誠有之矣，東南氣溫而地多濕，有風病者，非風也。」³¹ 這個概念主要是丹溪門下所傳達的。除王履外，丹溪的另一弟子劉叔淵的兒子劉純，也藉著編輯徐彥純（?-1384，浙江山陰人，亦爲丹溪弟子）之遺作而成《玉機微義》（1396）一書時，強調丹溪與王履認為東南方人之中風其實多爲類中風的說法：「殊不知因於風者，真中風也，因火、因氣、因於濕者，類中風而非中風也……斯辨諸子所論名實相紊而不明真類中風之異，可謂精切，又何疑丹溪東南無中風之語哉？」³²

這個看法到了明清時多被江南的醫者奉爲真理，其中如明末繆希雍（1566-1627，常熟人）、李中梓（1588-1655，上海人）、張璐等所言最明顯。繆希雍進一步發揮真中風與類中風的基本分別，特別強調丹溪曾提到的地域差別，並且還擴大其方土上的解釋：「若夫大江已（以）南之東西兩浙、七閩、百粵、兩川、滇南、鬼方、荆、揚、梁三州之域，天地之風氣既殊，人之所稟亦異，其地絕無剛猛之風，而多濕熱之氣，質多柔脆，往往多熱多痰，真陽既虧，內熱彌甚……熱極生風，亦致猝然僵僕，類中風證……設若誤用治真中風藥……則輕變爲重，重則必死。」³³ 稍後李中梓指出：「類中風者，有類乎中風，實非

²⁸ 陳治輯，《證治大還》，後集《陳氏傷寒近》（1697序），1:1下。

²⁹ 有關類中風概念的發展史，最近大陸學者郭蓉娟有專文討論：〈類中風概念演變史〉，《中華醫史雜誌》29.4(1999):200-202。

³⁰ 朱震亨，《丹溪先生心法》卷1，在《丹溪醫集》（北京：人民衛生出版社，1993），頁200。

³¹ 王履，《醫經溯洄集》，在叢書集成新編第45冊（台北：新文豐出版公司，1985），頁33「中風辨」。

³² 劉純編輯，《玉機微義》，1703年重刊本，1703年沈廷勳序，1396年劉純原序。劉引丹溪與王履說以發揮徐彥純之中風說。徐原強調劉元素之「風本於熱論」，而劉則續添「內因似中風論」，並大篇幅引用上述王履之類中風說。見1:4上；9上-10下。

³³ 繆希雍，《神農本草經疏》在《吳中醫集》，天啓乙丑繆希雍序於吳江（蘇州：江蘇科學技術出版社，1993），1:16。

中風也，或以風爲他證，或以他證爲風，投治混淆，傷生必矣，茲以相類之證八種。」遂舉出火中、虛中、濕中、寒中、暑中、氣中、食中、惡中八種類中風證，其中「濕中」是直接引用丹溪的地域說：「丹溪曰：東南之人，多由濕土生痰，痰生熱，熱生風，清燥湯主之。……外中濕者，或山嵐瘴氣，或天雨濕蒸，或遠行涉水，或久臥濕地，則濕從外中矣。」³⁴ 這兩位醫者一以北方特別剛猛之風作爲真中風的主因，一以南方獨特的濕熱天候作爲類中風的外因，兩種解釋都同樣地出自將西北與東南對立起來的方土觀。

到了清初集大成的張璐對這個西北相對於東南的「中風論」認定就更明確了，他在引用了繆仲淳、張景岳等明代醫家對此分類的看法後，下評語說：「如西北爲真中風，東南爲類中風，又爲諸病開一辨別方宜大綱……當知西北爲真中風一語，原是因東南水土孱弱，雖有卒倒昏迷，皆是元氣疏豁，爲虛風所襲，不可峻用祛風猛劑而設。其西北爲真中風一語，原是對待東南類中風而言……所以西北中風，較之東南倍劇也。」³⁵ 同時張璐除了認爲天候是南北有別的重要因素外，還指出南北人的烹煮材料不同亦是關鍵：「西北之人，恆食煤火……真火過極……是以西北之人，患中風者多，虛羸者少……東南之人，惟食薪火，薪稟火土之慄悍，得水即滅……是以東南之人，患中風者少，虛羸者多……。」³⁶ 越後期的醫家，越是傾向將西北與東南方的環境、風土之不同相對起來，以便把患疾的原因與類型一分爲二地對立起來。

雖然不見得所有明清醫家都同樣接受這種以區域來分辨真／類中風的看法，³⁷ 亦有清代醫家將中風分爲「內風」、「外風」兩種，而不以

地域分別之。³⁸ 但是中風之疾南北有所不同的這個看法無疑已成爲明以後嚴肅的醫家討論中風證時不能逃避的重點。

南／北腳氣

元以後另一類被認爲有南北之分的疾病就是腳氣。古醫書所云之腳氣，並非百分之一百完全符合今天西醫所謂的腳氣病類，但其中若干分類的腳氣病徵與西醫所指的腳氣相同。腳氣是一個很早就被醫家討論的疾病，范家偉對此曾作過研究。³⁹ 他認爲至少從隋代巢元方(550?-630?)開始即被認爲是遙遠的嶺南地區所獨有的病：「江東嶺南，土地卑下，風濕之氣，易傷于人。初得此病，多從下上，所以腳先屈弱……以其病從腳起，故名腳氣」。⁴⁰ 到了宋代，醫者認爲腳氣已不再是南方才有的疾病，范家偉指出十一世紀北宋人董汲的《腳氣治法總要》的序言中即說：「自本朝開壤最遠，一統天下，屬以承平日久，故食物無南北之異，道途無久遠之期，或因宦游、或自客泛，故佈地感此者，近日爲多。」因此認爲政治、制度上的統一，生活文化上從南而北的進一步融合，與相繼而來的經濟發展使得腳氣病不再侷限於偏南地域，而是遍布天下。⁴¹ 此病是否當時真的在北宋時已遍天下，沒有地域上的差別，可能仍需要進一步的求證。但有趣的是，在腳氣病被視爲日漸普及之後，很快即產生了有南北兩種腳氣之分的看法。

腳氣有南北之分這個看法趨於成熟的時代，如真／類中風分類法一樣，仍然是南北對峙後期的金元之際。最具代表性的說法來自金代

34 李中梓，《醫宗必讀》(北京：人民衛生出版社，1995)，6:322; 324。

35 張璐，《張氏醫通》(上海：上海科學技術出版社，1990 (1963))，1:15-16。

36 張璐，《張氏醫通》，2:79-80。

37 郭蓉娟在其文中即指出一些持不同意見的醫家，如虞搏、王綸等，頁201。

38 如清代廣東醫家何夢瑤(1693-1764)在其書《醫編》(北京：人民衛生出版社，1994)，1:90-91中即作這個結論。

39 有關早期腳氣病的討論，請參看范家偉〈從腳氣病論魏晉南北朝時期印度醫學之傳入〉，《中華醫史雜誌》25.4(1995):229-232；〈東晉至宋代腳氣病之探討〉，《新史學》6.1(1995):155-175。

40 參見范家偉，〈東晉至宋代腳氣病之探討〉，頁157。

41 同上，頁167。

的李杲。他在討論腳氣病時說：「夫腳氣之疾，實水濕之所爲也。蓋濕之害人皮肉筋脈，而屬於下。然亦有二焉，一則自外而感，一則自內而致，其治法，自應不同。南方之疾，自外得之。北方之疾，自內而致者也。」⁴² 意思是北方人腠理密，外來致病因素不易侵入體內，得腳氣是由於常吃乳飲酒，脾胃不支的內因，與南方人因腠理疏，所居處地卑水寒，受外來之濕寒而致疾有基本上的不同。這個看法在上述明初劉純所編輯徐彥純原著之《玉機微義》中得到進一步的發揮。此書在談到腳氣一疾時，分別以「辨南方腳氣所得之由」與「辨北方腳氣所得之由」兩節來說明兩種腳氣疾形成的不同原因，同時作這樣的解釋：「南方之疾，自外而感者也，北方之疾，自內而致者也。其自外而入者，止於下脛腫而痛，自內而致者，乃或至於手節也……其自外者也，所治之法前人方論備矣。自內而致者，治法則未有也。」基本上確認南方腳氣是由於外在水濕之氣，並且影響下肢爲主，而北方腳氣則由於脾之濕氣下乘加以房事不節等內因，而主要影響上肢。⁴³ 而北方之「內而致」的、影響手節的腳氣病猶如新病，尙未有固定的治法。換言之，這是南北方土有別這個觀念強化之後所產生的疾病「新類別」。

這種對腳氣疾之南北分類法，漸被一些醫家發揮爲或濕或乾、或有腫與不腫的腳氣病分類。⁴⁴ 但南北之分一直到明清之際仍然爲醫家所接受的原則，集大成者如張璐即重複前人所言：「按東垣云，腳氣實由水濕，然有二焉。南方卑濕，清濕襲虛，則病起於下，此是外感。

北方常食羶乳，又飲酒太過，脾胃有傷，不能運化，水濕下流，此因內而至外者也。……南方多見兩足粗大，與疾偕老者。」⁴⁵ 這套解釋強調體壯的西北方人得病主要來自內因，而體虛的東南方人易因外感而染病。

癘、沙症、楊梅瘡

此外，舊病如癘疾，後又稱爲大麻風的疾病亦在元代以後漸被認爲是主要發生在南方的風土病。十六世紀的薛己即認爲癘疾：「濕熱相火，血隨火化而致，故淮揚閩廣間多患之。」⁴⁶ 有關對癘疾流行的地區概念的轉變，在兩年前的拙作中已提及，不再詳述，可以再一提的是，盛清時代，醫界主流的看法認爲癘疾是主要發生在兩粵的疾病。陳士鐸在其《石室秘錄》（約1689年初刊）中說：「癘瘡者，乃兩粵之氣郁蒸而變之者也。其氣皆熱而非寒……蓋大麻風純是熱毒之氣，裹於皮膚之間。」代表正統醫學的《醫宗金鑑》明言麻風病「一因風土所生，中國少有此症，惟煙瘴地面多有之。」⁴⁷ 正式將這個事實上自古以來發生在南北各地的疾病歸類爲南方的風土病，理論的依據主要正是南方濕熱的氣候與卑下的地勢。這個在疾病地理知識上的誤差，正反映了此時醫界相當牢固的方土觀。

除了舊病被重新界定爲地方風土病，或因方土觀的影響而病有南／北之分類外，南宋以後一些醫家認爲是新的疾病，亦多被視爲是特別風土環境之下的新事物，而東南方或南方的風土被認爲最容易產生新疾病，雖然自古以來南方水土惡劣已成定見，但系統地以南方水

⁴² 李杲，《醫學發明》，在《東垣醫集》（北京：人民衛生出版社，1993），頁305。同書在該處有注，引《經驗秘方》、《證治準繩·雜病》所轉載《發明》對這一段的發揮：「腳氣之稱，自晉蘇敬始，而關中、河朔無有也。惟南方地下水寒，其清濕之氣中於人，而必自足始。經曰：清濕襲虛，則病起於下。或曰：今茲北方，其地則風土高寒，其人腠理致密，而復多此疾，是豈有地濕之氣，感而爲之耶？曰：是不知南方之病，自外得之，北方之病，自內得之也。」

⁴³ 劉純編輯，《玉機微義》，卷23「腳氣門」：頁1上-3下。

⁴⁴ 請參看范家偉，〈東晉至宋代腳氣之探討〉，頁164。

⁴⁵ 張璐，《張氏醫通》，卷6，頁279。

⁴⁶ 薛己，《癘瘍機要》，在《薛氏醫案選》（北京：人民衛生出版社，1986（1983）），上卷，頁7。

⁴⁷ 梁其姿，〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.2（1999）：429。

土解釋個別新病的做法，是宋以來醫家的特色。沙症就是其中此類新病之一。最早提及此病的是葉大廉與張杲，張杲在 1189 年初刊的《醫說》中引用與他同時的葉大廉《葉氏錄驗方》(1186 初刊)：「沙病，江南舊無，今東西皆有之，原其症，醫家不載，大凡才覺寒慄似傷寒，而狀似瘧，但覺頭痛，渾身壯熱，手足厥冷」⁴⁸，元代的危亦林基本上重抄此段，而稱之為「沙症」。不過他對此症的觀察，加上了「頭痛嘔惡」、「手足指末微厥，或腹痛悶亂，須與能殺人。」幾個症狀。另一類經他考證為「乾霍亂」俗稱為「攪腸沙」之症，「亦由山嵐瘴氣，或因饑飽失時，陰陽暴亂而致。」⁴⁹ 乾霍亂一病名，早在《諸病源候論》中出現，危亦林顯然認為當時流行江南的「沙症」是有別於舊症「乾霍亂」的新症。張杲與危亦林有關沙症的描寫，在明清時代即一再被醫家重抄。李時珍 (1518-1593) 亦大致上重複了有關江南沙症的病徵：「江南有沙症，狀如傷寒，頭痛壯熱嘔惡。手足指末微厥，或腹痛悶亂，須與殺人。」⁵⁰ 事實上重複了危亦林的說法。甚至對葉桂影響甚深的明末張鶴騰 (?-1635, 河南潁州人) 仍沿此說，以「俗名發痧之症」為新病。⁵¹ 要到康熙時代的郭右陶 (浙江嘉興人) 始將他認為該歸類為「痧脹」症的各種病再細分討論，他自述「旅食江淮，浪遊吳越，所在時行痧脹，被禍不少。」，而此症主要症狀仍不脫作悶吐瀉頭痛腹痛等。他所作的《痧脹玉衡》(1678 自序) 該是最早以痧症為專書的醫書。⁵² 換言之，這種須與能殺人、有寒慄頭痛腹痛嘔吐等病徵的急性病，有別於古代的乾濕霍亂，被醫家認為是江南地域自南宋以來的新風土病，

48 張杲，《醫說》四庫全書本，在《中國醫學大成三編》第 12 冊(長沙：岳麓書社，1994)，3:31 下-32 上。

49 危亦林，《世醫得效方》，「沙症」2:39 上-下。

50 李時珍，《本草綱目》(台北：文光圖書有限公司重印 1885 年重刊本，1982)，39:21。

51 張鶴騰增訂，《增訂葉評傷暑全書》在《中國醫學大成三編》第 3 冊(長沙：岳麓書社，1994)，頁 437。

52 郭右陶，《痧脹玉衡》在《中國醫學大成三編》第 3 冊，自序，頁 1098。

到清代始由江南的醫者撰專書討論。

另一個更新的病就是楊梅瘡，或廣瘡。從文獻看來此疾應是十六世紀初以後才在中國開始出現。現代中國醫史學者多認為這個今天稱為梅毒的性病是由明後期到中國旅行或經商的歐洲人從美洲傳入的。⁵³ 不過，明代的醫家對這個「新病」的出現有另一套基於方土觀的解釋：正德時吳中醫者俞弁指出：「弘治末年，民間患惡瘡，自廣東人始。吳人不識，呼為廣瘡。又以其形似，謂之楊梅瘡。」⁵⁴ 俞弁對此病並沒有具體的解釋，數十年後撰寫《本草綱目》(1579-1593) 的李時珍對此疾的發生已有解釋：「楊梅瘡，古方不載，亦無病者，近時起于嶺表，傳及四方，蓋嶺表風土卑炎，嵐瘴熏蒸，飲啖辛熱，男女淫猥，濕熱之邪，積畜既深，發為毒瘡，遂致互相傳染，自南而北，遍及海宇，然皆淫邪之人病之。」⁵⁵ 換言之，他將嶺南地區卑濕炎熱之特性，加上他相信的土人淫邪的習性來解釋這個新病的出現。到了明末，醫家對此病的觀察足夠成專書，1632 年陳司成著《霉瘡秘錄》，開宗明義就對此疾在嶺南地區的出現作了更詳細的解釋，認為嶺表之地除了濕熱卑下外，土地裡還積存了大量污穢之物：「更逢客火交煎、重虛之人，即冒此疾。故始謂之陽霉瘡。」⁵⁶ 李時珍與陳司成的解釋均充分地反映了明代醫界對南方風土環境與疾病關係的看法。

基本上上述疾病的新分類，主要是基於對西北相對於東南方土的了解。因南北方土不同的概念而新分類出來的疾病、或重新被界定為

53 范行準即持此看法，參考其《中國醫學史略》(北京：中醫古籍出版社，1986)，頁 249。但西方醫史學者對梅毒在歐洲出現的時代有不同的看法。其中有學者認為一種嚴重性較低的梅毒早在十六世紀以前就在歐洲流行，所以嚴格而言，此疾並非源自美洲大陸的「新症」。參考 A.W. Crosby "The Early History of Syphilis: A Reappraisal," *American Anthropologist* 71.2 (1969), pp. 218-227。

54 俞弁，《續醫說》，10:7 下「草解」。

55 李時珍，《本草綱目》，18:36「草部」附錄「土茯苓」。

56 陳司成，《霉瘡秘錄》(北京：學苑出版社按光緒乙酉年鐫刻本，1994)，頁 10。

風土病的舊病、或被認定為新的風土病，在元以後的例子非常多。以上所述，只是幾個較具特色的例子，本文所不及述的相信更多。⁵⁷ 然而，醫者如何將方土與病因具體地連接起來是另一有趣的問題。究竟所謂南方環境中那些具體因素是致病因素？或者說，如何在醫理上定義南方方土的特色？筆者認為元以來的醫者特別強調幾個致病的因素：濕與土氣的關係、雜氣、污穢之氣等是他們對致疾環境因素的了解。

(二) 致病的環境因素：濕、雜氣、污穢等觀念

自古被認為對身體最有害的南方環境因素是「濕氣」。蕭璠已指出，古人一直認為西北方的水深土厚，對健康較為有利，「居者無疾」。而江南的土薄水淺則被認為不利健康：「江南卑濕，丈夫早夭」。至於嶺南這個濕熱卑下之域，則更被認為是各種惡疾最易發生之環境。宋代人就認為旅居嶺南之人「腑臟日與惡劣水土接，毒氣浸淫，終當有疾。」⁵⁸ 元以後醫家進一步探討作為致疾因素的「卑濕」，使其內容更豐富。其中最被強調而以前醫者鮮有提及的就是「濕」與土氣之間的微妙與緊密的關係。

57 如目疾。元代孫允賢認為：「北方之人，患眼最多，皆是日冒風沙，夜臥熱坑，二氣交蒸使然，治之多用涼藥，北方稟受與南方不同故也。」見孫允賢，《南北經驗醫方大成》十卷（元），在四庫全書存目叢書，子部 41（台北：莊嚴文化事業有限公司 中國中醫研究院圖書館藏日本寬永三年刻本，1995），頁 394。

又如瘧疾，清代韓善徵認為：「東垣丹溪謂吳楚閩廣之人，患瘧至多，陽氣素盛之，其地卑濕……王肯堂云，南人不以北瘧為意，北人而在南方發者，尤畏之，以此見治者，當知方土之宜也。」見韓善徵《瘧疾論》光緒 23 自序在《中國醫學大成三編》第 3 冊，頁 811。

58 蕭璠，1993，頁 118 引周去非。蕭文對古代至宋人的南北方土觀有詳細的描述，見頁 75-6；80。

1. 濕與土氣

南宋後期，南方醫家對作為外在病因的「中濕」的討論，已多與土氣或地氣關連起來。楊士瀛在《仁齋直指方》（1264 自序）中這樣描寫濕：「天氣下降，地氣上騰，二氣薰蒸，此即濕也。」雨後因太陽蒸發而成濕氣，此乃典型南方的氣候。同時代的醫家如嚴用和、陳自明等則以「山澤蒸氣」來描寫中濕的條件。⁵⁹ 顯然，南宋的醫家以南方的生態與氣候來思考「中濕」這個病因。到了金元，主要醫家對濕的解釋更簡單而直接地與土氣相關連，並且給予更重要的病因上的意義。劉完素說：「濕本土氣。」⁶⁰ 朱震亨則以：「濕者，土濁之氣」來解釋《內經》裡「因於濕，首如裹」等幾句，並且從此點進一步發揮：「六氣之中，濕熱為病，十居八九。」⁶¹ 金元醫家將濕與土氣關連起來，為後來明清醫家對濕熱與風土病的討論定下了基調。清初的張璐因而說：「昔人有云濕熱一證，古所未詳，至丹溪始大發其奧，故後世得以宗之。」⁶² 而明清以來南方醫家的確在「濕熱」證上有新的發揮。特別是將濕與土氣、地氣相連起來，作為一種主要的外在致病因素，是強調了本地環境的影響，並且與北方型的內在的、與環境無關的「中濕」區別出來。

金元以後，醫家大致上認為南方人中濕多是外因，因濕氣來自外在卑濕的土地，加上南人腠理虛疏，濕氣更易入侵。而北方因濕氣不重，北人腠理密，濕氣不入，中濕之證多來自內因，即飲食習慣所引

59 《醫方類聚》第 1 冊，「諸濕門」（北京：人民衛生出版社，1981），頁 711-713。

60 同上註，引《宣明論》，頁 714。

61 《格致餘論》在《丹溪醫集》，「生氣通天論病因章句辯」，頁 35-36。

62 張璐，《張氏醫通》，「諸傷門：濕」，頁 42。張璐隨後又說：「殊不知其悉從東垣瘧證諸方悟出，然其所論，皆治標之法，絕無治本之方。」，丹溪是否確從李杲處悟出此理，事實上並不太明顯。

致的消化不良。對諸如腳氣、疝、癩等疾病，醫家均作類似的解釋。戴元禮所記錄朱震亨所言即很明白：「濕有自外入者，有自內出者，必審其方土致病源。東南地下，多陰雨地濕，凡受必從外入，多自下起。」⁶³ 南方卑濕是南方人主要得病的來由，從土地產生的濕更是最危險，這成爲明清醫界的共識，並在此基礎上後來對疫病的新看法有了新的發展。

明末清初的慈溪人柯琴即強調「濕病多得之地氣，燥病多得之內因……地之濕氣，感則害人皮肉筋骨……《內經》曰陽受風氣，陰受濕氣……當知痺與瘧皆由濕變，夫同一濕也。」⁶⁴ 濕與地氣間的密切關係一再被重覆。同時醫家認爲傷濕在東南方土隨時發生，不限於季節，比柯琴稍早的吳有性認爲：「西北高厚之地，風高氣燥，濕證希有，南方卑濕之地，更遇久雨淋漓，時有感濕者，天氣或時久雨，或時亢旱，蓋非時令所拘，故傷濕之證，隨時有之，不待交秋而後能也。」吳有性以此來反駁明初陶華（餘杭人）之認爲濕乃秋季之證，並點出陶氏之誤乃來自他忽略了地域環境的重要性。⁶⁵ 換言之，醫家已普遍認爲居東南方之人經常因傷濕而患病。⁶⁶ 清中葉的唐大烈更進一步地認爲：「土疫即濕疫，今所謂濕溫之類是也。」⁶⁷ 江南醫家自元以來即將濕氣緊緊與土氣關連起來，並且認爲除了在高燥的西北與北方之外，濕是六淫中最威脅人體的外因，而且其威力無時不在，嚴重時形成「土

疫」，或「濕疫」。事實上，這個看法在明清之際漸成體系。到了清末，甚至受了西方醫學影響的中醫家仍以「鼠穴於土中，受地氣獨早也」來解釋蹂躪中國西南至東北的鼠疫，⁶⁸ 可看出南方有害之土氣這個概念之深入人心。換言之，自元以來，醫家心目中致病之濕氣不單是天地之間之濕氣，而更是出發自一方土地之濕氣，尤其在南方環境中，這個致病外因是被爲是爲害最大的。

2. 雜氣

另一種與土氣相關連的致病因素是雜氣。而雜氣這個概念，眾所周知是在明末吳有性著名的《溫疫論》（1642 初刊）中被提出來的，以解釋當時流行的疫災。「雜氣」概念與「濕」一樣，與方土的關係至爲密切。吳有性說：「所謂雜氣者，雖曰天地之氣，實由方土之氣也。蓋其氣從地而起，有是氣則有是病。」如濕氣一樣，吳認爲「雜氣」是具體地從土地而起的，而非廣泛的「天地之氣」，因此無可避免地與一方環境有關。同時，雜氣是疫疾的主要原因：「眾人有觸之者，各隨其氣而爲諸病焉。」他又指出「疫氣」是「雜氣中之一，但有甚於他氣，故爲病頗重，因名之厲氣。」雖然吳有性在該書自序中開宗明義地指出雜氣非六氣：「夫溫疫之爲病，非風、非寒、非暑、非濕。乃天地間別有一種異氣所感。」而且「更多於六氣，六氣有限，現在可測，雜氣無窮，茫然不可測」，⁶⁹ 但是由於這種不可測的「異氣」是從地而起的方土之氣，與地方的環境關係密不可分。在「卑濕」之東南方必然與「濕」與「熱」有極其密切與微妙的關係。吳的看法事實上仍沿自朱震亨的傳統。

63 《金匱勾玄》在《丹溪醫集》，1:115。

64 柯琴《傷寒論翼》（1674 初刊），在《中國醫學大成三編》第3冊，頁267。

65 吳有性，《溫疫論補證》，鄭重光（歙）補註，襄陵喬國楨較梓（台北：新文豐影印光緒乙未年揚州文富堂藏版，1985），頁69「諸家溫疫正誤」。陶華在《傷寒證脈藥載江網》中曾指出：「疫病者乃春分至秋分前，天有暴寒，皆爲時行之寒疫也。又有四時之正氣者……然正氣亦能爲病……秋傷于濕……」，在《叢書集成新編》冊45（台北：新文豐出版社），頁709。

66 葉桂，《續刻臨證指南溫熱論》，1829年刊本，「溫熱論」1:2下。

67 在《吳醫彙講》1814年重刊本，卷九「申明三年中氣候相乘化疫之說」，頁17下。

68 余伯陶，《鼠疫扶微》（1910）在《中國醫學大成三編》第3冊，頁951。

69 吳有性，《溫疫論補證》，下卷「論氣所傷不同」，頁43；「雜氣論」，頁42；上卷「原病」，頁9；「原序」，頁1。

除了金元的醫學正統外，另一影響吳有性作「雜氣論」的是《嶺南衛生方》。此書編成於元代，收輯了宋元時期相關的醫著。書中引《李待制瘴癘論》：「嶺南既炎方，而又瀕海，地卑而土薄，炎方土薄，故陽燠之氣常泄，瀕海地卑，故陰濕之氣常盛，而二者相薄……人居其間，類多中濕……人之一氣與天地通……使人本氣不堅，陽不下降，常浮而上……」。同一書引《指要方續論》謂：「人在氣中，如魚在水，氣候乖戾，病何逃焉？」⁷⁰ 吳有性在談論雜氣時即首先以嶺南的瘴氣為例：「至於山嵐瘴氣，嶺南毒霧，咸得地之濁氣，猶可以察，惟天地之雜氣，種種不一……」，這種雜氣「在歲運有多少，在方隅有輕重，在四時有盛衰，此氣之來，無老少強弱，觸之者即病，邪自口鼻而入，則其所客，內不在藏府，外不在經絡，舍於伏膺之內。」⁷¹「然此氣無象可見，況無聲無臭，何能得睹得聞，人惡得而知是氣也，其來無時，其著無方，眾人觸之者，各隨其氣而為諸病焉……此時行疫氣，即雜氣所鍾」⁷² 這段話，就如《指要方》數句的註腳。吳有性還進一步指出：「戾氣者非寒非暑，非暖非涼，亦非四時交錯之氣，乃天地別有一種戾氣，多見於兵荒之歲，間歲亦有之，但不甚耳……。」⁷³

吳有性雜氣說一出，後世醫家據此更有發揮。嘉慶間新安醫程杏軒提出：「疫病是天地不正之異氣，四時皆有，能傳染於人，以氣感召，從口鼻而入，不比風寒乃天地之正氣，從皮毛而入，不傳染於人者也。」⁷⁴ 清楚地將能傳染人與不能傳染人的「氣」分「異氣」與「正氣」兩種。清代吳中人陳元益則認為「痧疹今昔不同治法亦異」，理由是「邇年來種痘盛行，胎毒未得盡泄，借此痧症以泄其毒者有之，抑或近來時厲之氣甚於昔日以致症之險重者有之。」即認為「癘氣」隨著時間而

⁷⁰ 《嶺南衛生方》，上卷「李待制瘴癘論」，頁1下；頁13下「指要方續論」。

⁷¹ 《溫疫論補證》，下卷「雜氣論」，頁42；上卷「原病」，頁9。

⁷² 《溫疫論補證》，下卷「傷寒例正誤」，頁64。

⁷³ 程杏軒，《醫述》，頁337引《會心錄》。

變得更有殺傷力，⁷⁴ 而他似乎暗示原因之一是宣泄不盡的胎毒產生了污染的作用。⁷⁵ 事實上無論吳有性，或以後受他影響而對雜氣有所評論的醫者，對「雜氣」這概念，始終沒有很清楚準確的定義。醫者似乎知道「雜氣」所不能指涉的（非六氣之一），但雜氣到底具體是甚麼，卻沒有清楚的說法，因為既有的醫論不能提供任何相關的依據。然而這「雜氣」，清楚地是從土濁之氣、方土之氣這個概念發展而來，換言之，就是一方環境所產生的致病因素。對贊同雜氣說的南方醫者而言，雜氣與東南、嶺南地域濕熱之土氣息息相關，即不言而喻。然而與雜氣關係更為直接的，應該是穢濁之氣。

3.「穢濁之氣」

穢濁之氣可以致疾這個看法，早就出現。重要的是，宋以來，這個概念與「水」或「濕」的概念，日益密切。

北宋的蘇軾曾說：「杭水陸之會，因疾病死比他處多。」⁷⁶ 他雖未言明為何水陸交之處會有比他處更嚴重的疾病，但是由於人本來就陸居，「水」的因素便顯得具決定性。南宋陳言在《三因方》裡的說法，或可進一步解釋蘇軾的觀察：「況疫之所興，或溝渠不泄，畜其穢惡，薰蒸而成者。」⁷⁷ 陳言所稱之「溝渠不泄，畜其穢惡」而令疾病生的環境，以乎就是蘇軾所指的。杭州及其它城市的河渠系統在宋代即有因廢物阻塞而不流通的情形，史料已有不少記載。南宋後期的歐陽守道就說：

⁷⁴ 《吳醫匯講》，8:14上。

⁷⁵ 清代種人痘漸流行，特別在江南地區。因此陳元益所指的「胎毒」問題應針對江南而言。請參自拙作〈明清預防天花措施之演變〉，陶希聖先生九秩榮慶壽論文集編輯委員會，《國史釋論》（台北：食貨出版社，1987），頁239-254。

⁷⁶ 《資治通鑑長編》（台北：世界書局，1961），435:20下。

⁷⁷ 陳言，《陳無擇三因方》（台北：台聯國風出版社按1927年吳鞠堂評註本景印，1991），6:4下。

「蓋今溝渠不通，致病之一源也。」⁷⁸ 換言之，水道或溝渠不通，令水停滯是構成醫家、甚至是一般有識之士心目中能致疾的「穢惡」的一個重要因素。

除了溝渠不泄引起穢惡外，陳言指出引發污穢的另一過程是「蒸鬱」。明以前的醫家本來就認為溫熱天候遇上雨後，往往會引發帶來疾病的「蒸鬱」之氣。南宋《瑣碎錄》中這樣說：「春夏之交，霖雨乍歇，地氣蒸鬱。令人驟病……謂之風濕病，不知服藥，漸成溫疫。」⁷⁹ 明初劉純也同樣認為夏暖時「百物生發，濕熱熏蒸。禽蟲吐毒之際，人因暑熱汗出，神氣虛耗，感得時間乖戾之氣為病。」⁸⁰ 李時珍認為春夏間的雨「皆濕熱之氣，鬱遏熏蒸，釀為霏雨，人受其氣則生病，物受其氣則生霉。」⁸¹ 明清之際的張璐直接將濕土與鬱發相連：「其常疫之氣，皆是濕土之邪鬱發。」⁸² 這種經過「熏蒸」的、不良於身體的水氣，在嶺南地域為最典型。醫家對這個地區一直有這樣的一個固定的看法：「南方天氣溫暑，地氣鬱蒸，陰多閉固，陽多發泄，草木水泉，皆稟惡氣，人生其間元氣不固。」同時醫者認為鬱蒸之氣在春夏之交最甚：「誠如東垣所云，嶺南春夏之交，山林鬱蒸，風濕毒氣為甚。……經云地之濕氣，感則害人皮肉筋脈是也。」⁸³ 牽涉到水氣、熱氣與土氣的「鬱蒸」過程被認為會產生「惡氣」、「毒氣」，並導致疫疾。這個過程顯然發生在自然環境裡，對疫氣產生的這種理解反映了時人對自然的一種

莫名的畏懼與無助感。

這個「鬱蒸」過程，到了明以後又直接與「污穢」連結起來，造就成一種更可怕的疫氣。這個結合，仍以嶺南地區最為典型。陳司成以這個概念來解釋楊梅瘡在十六世紀嶺南的流行：「嶺南之地重濕而暖，霜雪不加，蛇蟲不蟄，諸凡污穢蓄積於此，遇一陽來侵，濕毒與瘴氣相蒸，物感之則霉爛易毀，人感之則瘡瘍易侵。」⁸⁴ 將楊梅瘡霉爛之狀歸因於產生於方土的污穢之氣。稍後，這種混合著污穢的鬱蒸之氣已被認為不單在嶺南地區才發生，江南地區的醫家越來越多以這種穢氣來解釋各種疫病，並且將人為的污穢也包括在內。與吳有性同一時代，並來自同一區域的張璐提出：「謹按時疫之邪，皆從濕土鬱蒸而發，土為受盛之區，平時污穢之物，無所不受，適當歲氣併臨，則從分野疏豁之隅，蒸騰鬱發，不異瘴霧之毒，或發於山川原陸，或發於河井溝渠，人觸之者，皆從口鼻流入募原。」⁸⁵ 清代的吳瑭(1758-1836，淮陰人)在十九世紀初則更強調瘴氣中的、包括人為的穢濁成分：「溫疫者，厲氣流行，多兼穢濁，家家如是，若役使然也，溫毒者，諸溫夾毒，穢濁大甚也。」⁸⁶

除了溝渠死水之外，醫家心目中與濕熱之氣相鬱蒸的「污穢」之物到底指甚麼？事實上南宋的陳言早就指出重要的兩點：「或地多死氣，鬱發而成者。或官吏枉抑，怨讟而成者。」⁸⁷ 陳言認為地裡的「死氣」、地方政績不彰與污穢之氣一樣，能鬱發成疫病。這幾個對疫病發

78 見梁庚堯，〈南宋城市的公共衛生問題〉《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.1 (1999)，頁124-136 主要談溝渠不通之問題。

79 《瑣碎錄》在《醫方類聚》第3冊，卷55「傷寒門」，頁277。

80 《玉機微義》卷7，「瘡」；引自。《醫方類聚》第6冊「諸瘡門」。

81 李時珍，《本草綱目》(台北：文光圖書有限公司 1982 影印 1885 年張紹棠自序本，1982)，水部，卷5:2，水類13種，雨水。

82 張璐，《張氏醫通》，2:26。

83 「指迷方瘡論」在《嶺南衛生方》，2:8上；曾超然《腳氣芻言》，1887年羊城聚珍堂刊本，11上-下。

84 陳司成，《霉瘡秘錄》，頁10。

85 張璐，《張氏醫通》，2:32。

86 吳瑭著，王士雄選評，葉霖評註，《增補評註溫病條辨》，在《中國醫學大成三篇》，第3冊，1:520。

87 陳言，《陳無擇三因方》，6:4下。此句之後為「世謂獄瘧、傷瘧、墓瘧、廟瘧、社瘧、山瘧、海瘧、灶瘧、歲瘧、天瘧、地瘧等，不可不究」。

生的解釋成了經典的說法，被後世醫家一直以不同方式重複著。⁸⁸「官吏枉抑」這個因素牽涉到報應方面的信念，暫此不提。就地方物質環境而言，除污穢死水、經過熏蒸的土濁之氣外，沒有處理妥善的屍體均是引發地方疫病的主要原因。有關與地土相鬱蒸的「死氣」，往往指處理不妥的屍體。古人很早就認為屍體能傳染疾病，但其中究竟是宗教上的原因，抑物理上的觀察，並不明確。⁸⁹但明顯地，至少自宋以來，醫者認為地土裡的「死氣」是構成「污穢」的重要客觀成分之一，並會引起病疫。事實上吳有性也間接地指出了這一點：「戾氣者……非四時交錯之氣，乃天地別有一種戾氣，多見於兵荒之歲。」⁹⁰張璐也說過同樣的話：「時行疫癘，非常有之病……多發於饑饉兵荒之後，發則一方之內，沿門闔境，老幼皆然，此大疫也。至於大疫，則一時詳一時之證，一方用一方之法，難可預為擬議也。」意思應指兵荒與饑荒之時，路上無人料理的死屍堆積，構成一方之戾氣。所指污穢之物，理應包括人在內的生物屍體，即所謂「死氣」。而污穢之物一經熏蒸，便成為戾氣、疫氣。

有意思的是，這個「鬱蒸」而引致染病的概念，在某個程度上與古代起居的衛生觀有所矛盾。古代醫者多建議人居處要密不通風，以免中風寒。而對抗鬱蒸之氣的，卻應是通爽之環境。這個矛盾，在文學資料中偶會看到。應撰於明代的《夷堅志補卷》中有一段故事敘述

⁸⁸ 如元代的危亦林在《世醫得效方》的「集治說」裡重複此段。同為元的《永類鈴方》中也提到：「疫之作，皆始於穢惡，或地多死氣，溝渠熏蒸。」引自《醫方類聚》第2分冊，卷40。明清的所謂溫病學醫者也多少重複了這個看法。

⁸⁹ 參考李建民 Jianmin Li, "Contagion and its Consequences: The Problem of Death Pollution in Ancient China," *Medicine and the History of the Body. Proceedings of the 20th, 21st, and 22nd International Symposium on the Comparative History of Medicine* (Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Publishers, 1999), pp. 201-222.

⁹⁰ 《溫疫論》，下卷「傷寒例正誤」，頁64。

一反巫的故事。一家人染大疫「閉門待盡，不許人來」，故事的主角不聽，推戶徑前，見緊閉的戶內布滿巫者所置的神象與香火，即說：「凡疫癘起，本以蒸鬱熏染而得之，安可復加閉塞，不通內外！」⁹¹這句話很可能來自明代作者的手筆，反映了明代有識之士對「鬱蒸」成疫的看法，以及心目中正確的防治方式。

到了清初，醫家對「鬱蒸」的討論有更豐富的內容。周揚俊（明清間蘇州人）即說：「大疫之沿門闔境，傳染相同者，允在兵荒之後，尸濁穢氣，充斥道路，人在氣交，感之而病，氣無所異，人病亦同，所以月餞於孟春掩骼埋胔，不敢或後者。」又說「或因天之風雨不時，地之濕濁蒸動，又因骸骼掩埋不厚，遂使大陵積尸之氣，隨天地之升降者，飄泊遠近，人在氣中，無可逃避，感之而病而死，於是更增一種病氣尸氣，流行其間，復相漸染，至久彌甚矣。故從來疫癘行於兵荒之後居多，不但人廁中氣先弱也，良由所積之穢氣特甚耳……天下穢惡之氣，至疫則為毒極矣，人犯之者，三焦混淆，內外無間，不分表裏。」⁹²他的看法，來自他的老師林起龍。林起龍為喻昌「溫疫論」作的序說每有大兵大荒之後，由於死者沒有得到深葬，到了翌年春天，地氣轉動時：「天地生物之氣，變為殺物之氣，無形無影，無聲無臭，從口從鼻而入，直犯臟腑。」他所言的殺物之氣與吳有性的「雜氣」有異曲同工之妙。他接著提醒讀者：「先王掩骼埋胔正以是月（孟春之月）天氣下降，地氣上升，誠恐骸骼污穢之氣，隨天地之氣升降，溷合為一，有害人物。」⁹³喻昌在他的瘟疫論中也提到尸氣的危險：「種種惡穢，上溷蒼天清淨之氣，下敗水土物產之氣，人受之者，親上親下，病從其類，有必然之勢。……蒸氣中原雜諸穢，益以病氣屍氣，無分

⁹¹ 《夷堅志》補卷第二「陳俞治巫」（台北：明文書局，1994年版），第4冊，頁1559。

⁹² 周禹載，《溫熱暑疫全書》（1679），在《中國醫學大成三編》第3冊，「自序」，頁440；「疫病論」，頁469。

⁹³ 林起龍，〈喻嘉言瘟疫論序〉在《增訂葉評傷暑全書》，頁433。

老少，觸之即同一病狀矣。』⁹⁴

這種對所謂「雜氣」、「疫氣」裡污穢成分的看法無疑在明末清初之際有強化的趨勢，到了清中後期，「污穢」的內容就更豐富了，其來由除了一方一土之污水、埋葬太淺的屍體之外，還有範圍更明確的、更符合近代人衛生觀念的因素。這方面觀念的變化，可從醫家對個別的疾病病因解釋中看到。如《醫宗金鑑》（1742 初刊）對麻風的成因有如下解釋：「或在外不謹，或糞坑、房室、床鋪、衣被不潔」⁹⁵ 到了嘉慶時代的《瘋門全書》就勸人「不共用器、不同飲食、各房各床，儘力求治」以迴避傳染。⁹⁶ 十九世紀初的王士雄（1808-1867，浙江海寧）對污穢的看法更具體及有系統。他在研究「霍亂」的專書《霍亂論》（1838 初刊，1862 重訂）中特別提到人煙稠密之處所隱藏的污穢因素：「人煙稠密之區，疫癘時行，以地氣既熱，穢氣亦盛也」，而這種「暑濕熱疫穢惡諸邪，皆由口鼻吸入」。因此他所提出的防疫建議一方面是針對人煙稠密之區，一方面則強調起居清潔之重要：「平日即宜留意，或疏濬河道，毋令使積污……居市廛湫隘之區，亦可以人工斡旋幾分，稍留餘地，以為活路，毋使略無退步，甘於霉時受濕，暑令受熱，平日受穢。」「住房不論大小，必要開爽通氣，掃除潔淨。」遇有病人時，則「房中人勿太多，門窗勿閉，得氣有所泄也，蓋覆勿厚……吐瀉穢濁，隨時掃除淨盡，毋使熏觸病人與旁人。」⁹⁷ 這些建議與傳統醫家認為居處應密不通風以免再中風寒的看法大相逕庭。這個觀念到底來自當時已產生一定影響力的西方衛生觀念，抑從傳統「鬱蒸」的看法悟出，如上述《夷堅志補卷》的作者一樣，並不太清楚。兩方面

⁹⁴ 喻嘉言《瘟疫論》，在《增訂葉評傷暑全書》，頁 434-435。

⁹⁵ 《醫宗金鑑》（北京：人民衛生出版社，1990（1963）），73:376。

⁹⁶ 蕭曉亭，《瘋門全書》粵東敬業堂重刻本（1845），卷上：11 下。

⁹⁷ 王士雄，《隨息居霍亂論》，在《中國醫學大成三編》第 3 冊，按 1862 重訂本鉛印，卷上，頁 1028；頁 1030。

都有可能。

到了清末，西方醫藥衛生觀念的影響日漸普遍，但卻沒有完全取代傳統的看法。光緒時期有關鼠疫的醫著中充滿了中西合璧的污穢與衛生概念。嘉定人余伯陶在所著《鼠疫抉微》（1910）中提到避疫之法：「避之之法，當無事時，庭堂屋灑掃光明，廚房溝渠整理潔淨，房間窗戶，通風透氣，風黑濕處，切勿居住，聞近鄰有鼠死，即要時時照察……家中人不可坐臥貼地，奴婢小兒但要穿鞋，農人亦宜穿草鞋，以隔地氣……疫勢稍急，即宜遽避，得大樹下陰涼當風處為妙……或泛舟上尤妙，否則居近水當風處亦佳……（住處）必須清涼疏爽，不可眾人擁雜一處，反易致病。」⁹⁸ 此段話結合了傳統對地氣及鬱蒸過程的顧忌，以及西方對起居環境衛生的特別重視。

民國初年的中醫對所謂「溫濕時疫」的成因與預防建議更充分地反映出傳統觀念與西醫觀念的結合。首先對在紹興春夏之交所常發生的疫病，他們作此傳統的解釋：「此種時疫確係濕溫，並非癘疫，亦非大疫，紹地濱海居濕，實為年年之風土病。」對此疫之傳染及預防，他們則說：「素之傳播也，中外公認為不潔之井水河水，以及糞溺穢濁之所致，考吾國書，言之鑿鑿，實亦不可少者，其言傳染病之發生也，則由於水土鬱蒸，或發井溝渠或發於山川原陸……或由於腐爛之草木，或由水之潛熱，或由於埃曹糞溺之穢濁，或由於死狗死貓之臭毒，故在東南熱氣卑濕，一到首夏，迄於初秋之時，光熱吸引，遂使一切不正之雜氣升降，流上下之間。……其傳染也，始則風為之媒介，或水為之媒介，病人之口氣、汗氣、糞溺之氣，及其衣服器具，在在皆可以傳播者也。」⁹⁹ 換言之，認為溫濕、地氣，這種從地而升的濕熱相鬱

⁹⁸ 余伯陶，《鼠疫抉微》，頁 951。

⁹⁹ 紹興醫學會同人，《濕溫時疫治療法》（1913），在《中國醫學大成三編》第 3 冊，頁 788-789。

蒸之污濁穢氣，是疫氣、雜氣的成分，這個自古已有模糊的輪廓，元以後日漸清晰的傳統觀念已牢不可破。而被認為與「污穢」有關、能引發疾病的因素，除了傳統的溝渠污水、地裡尸氣外，漸加上如「糞溺」以及家居的床几器具、甚至衣服等這些傳統醫家不特別強調的東西，並以「風、水、人之口氣」等為疾病之「媒介」，則較明顯是受到當時西方醫藥衛生觀念的影響。而上述這幾段話反映出清末醫家以傳統的「雜氣」說來容納部分西方衛生觀念，而不見得牽強。

(三) 方土與療法

上文所引張從正的方土觀已清楚地反映了宋金以來醫藥的一個重要發展，那就是五方療法之不同處，不再是《內經》中所述的為方式上的不同，如用砭石、毒藥、九針、導引按蹻等，而是用藥方面的差異。換言之，宋金以後，正統醫家以藥療為最主要的療法，已無爭議。¹⁰⁰ 地域間的分別在於如何用藥、土產藥的特性、藥的成分與分量。醫者拿捏的依據，主要是患者的體質與病因。在這方面，宋元醫家亦開始有相當的討論。如南宋的李璆即認為具西北體質之人患病要用發散之劑，而具南方體質之人則要避免：「大抵西北地寒，土厚水深，又人食酥酪之類者，氣常收斂故也，嶺南陰氣不收，又復卑濕，又人食檳榔之類……病豈宜更服發散等藥，此理明甚。」¹⁰¹ 元代以後醫界對南北患者用藥的原則可以說進一步達到了某種共識。如危亦林所說：「如南北風土之殊，人物厚薄之異，北方土厚水深，水性沈下，人體多實而少虛，且所餐無非肉麵，寒則衣重裘，坐煖炕，若有所治，則宜

多以清涼之劑。如南方用大黃巴豆之屬……南方屬火，火性輕炎，人體多虛而少實，況食不過蔬食而已，必須投以溫和之藥以調之，其有習尚北方之風，置酒終日……亦須以平昔所稟施以涼劑。」¹⁰² 即北方人生病宜用清涼之劑，而南方人宜用溫和之劑，如遇患者有例外的習性與稟賦，則用藥之溫涼、分量等應靈活變通。這個看法，無疑已成為後來明清醫家的共識。

十六世紀的俞弁如當時主流醫家一樣，認為南人體弱而北人體強，對主流的療法原則作如下的說明：「昔聞老醫云：治北方之疾，宜以攻伐外邪為先。治南方之疾，宜以保養內氣為本。蓋北方風氣渾厚。稟賦雄壯，兼之飲食倍常。居室儉素，殊少戕賊元氣之患。一有疾病，輒以苦寒疏利之。其病如脫，而快意通神矣。若夫東南之人，體質柔脆，腠理不密而飲食色慾之過侈，與西北之人迥異，概以苦寒之劑攻之，不幾有操刃而殺人乎？」不過俞弁也特別指出此乃一般之原則，下藥時仍要視患者個別情形而定：「余因其言而推廣之曰，北人稟氣固厚，安能人人皆實，南人稟氣雖薄，安能人人皆虛，學者當以權變處治，因其虛實而藥之，斯無一偏之弊矣。」¹⁰³ 薛己更進一步認為東南方與西北方的人由於體質不同，平日的食物就應涼熱不同，東南方人由於陽氣內虛「故宜食椒、薑辛熱之物，以助其陽也；西北之域，高陵風寒，其人腠理緻密，汗液內固，陽氣充實，不宜食椒、薑辛熱之物，反益其陽也。」¹⁰⁴ 清代醫家基本上亦持同樣原則。康熙時人陳士鐸認為治法應分「東南治法」與「西北治法」兩種。所謂東南治法「以補中益氣湯加減，俱得其妙」。而西北人「一用熱劑，便覺口鼻雙目火出。故治法與東南人迥別。」¹⁰⁵ 十八世紀初的《醫學階梯》中也這樣說：

¹⁰² 危亦林，《世醫得效方》，1:20下-21上。

¹⁰³ 俞弁，《續醫說》，4:1下「權變處治」。

¹⁰⁴ 王綸，《明醫雜著》，薛己注，頁76-77。

¹⁰⁵ 陳士鐸，《石室秘錄》（北京：中國中醫藥出版社，1996），頁157。

¹⁰⁰ 有關這方面的發展，請參考註19拙作Leung 2002。

¹⁰¹ 《嶺南衛生方》日本1841年重刻萬曆四年復刻本（按正德八年廣東行省刻本）（北京：中醫古籍出版社，1983年影印本），卷上，「李待制瘴瘧論」，頁5上。

「烏知東南氣熱，可服熱藥，西北氣寒，可服寒藥。」¹⁰⁶ 作為初學醫者的基本用藥原則。但明末的張鶴騰則認為南方之暑病如用熱劑，猶如以火助火，應因地氣而調整治法：「……故四方風氣，各有偏勝，秦晉地氣寒，遂寒病多而暑病少。吳越滇黔及粵地氣暖，故寒病常而暑病獨劇。至八九月猶如伏時，彼中盲醫不知，率以治寒熱劑投之，以火助火……至不可救……地氣不同，治法亦異……」¹⁰⁷ 提出了更細膩的、按地氣與天候不同而施的治法。可以說，基本上元以後的醫家對身體的稟賦與起居環境間之密切關係已有相當牢固的看法，對不同藥劑適用於不同環境出現的疾病、不同生態產生不同藥力的藥品也有一定的原則。只是越到後期，在此大原則之下的變通用藥法有更細膩、更多元的發明。

與此同時，醫家對於特別的藥物的性質以及其適用於何種風土的疾病，也漸漸發展出一套趨於固定的原則。大致上，醫家多認為治北方型體質之人以汗、吐、下等方式為主，而用藥多基於這個原則，元代朱震亨提出「倒倉法」這個「出於西域之異人」的療法，是一例子。所謂「倒倉」就是將腸胃中所積之物完全傾去：「傾去積舊而滌濯，使之潔淨也。」其法是令患者飲以黃牡牛肉所熬之淨汁數十鐘，然後令其吐或瀉：「……病在上者，欲其吐多；病在下者，欲其利多；病在中者，欲其吐下俱多。」¹⁰⁸ 朱震亨雖然指出此方來自西域，但並沒有認為較適合西北型體質，而到了明中期，醫家即認為這種療法只適合北方體壯之人，而東南體弱的人不能採用。俞弁即說：「至如倒倉一法，丹溪自云得之西域異人，近世余目擊士夫數人信行此法，死者相繼。……噫，西域之人，殊方異域，風氣不同，稟賦亦異，此法豈可行於東南

106 《醫學階梯》，1/體：方11下。

107 張鶴騰，《增訂葉評傷暑全書》，頁406。

108 朱震亨，《格致餘論》在《丹溪醫集》，頁37-38。

柔弱之人乎？」¹⁰⁹ 較早的戴元禮也認為北方型體質之人宜用發汗的藥，包括蒼朮、麻黃等：「春病曰溫，夏病曰熱，不出此諸證，但因時而異其名耳……北人初得病，以蒼朮、麻黃并用相半，為發汗第一義。才覺壯熱，便用防風通聖散。南北殊俗，其稟受素實故也。」¹¹⁰

有關藥療的原則，可說是元以來醫家爭論不休的重點之一。例如一些醫家認為除蒼朮、麻黃外，如薑、附子、桂等適合用於北人，而芩連等宜用於南人。¹¹¹ 但是也有醫者認為東南之人應常服胡椒、薑、桂等以「劫濕」，北人本身陽氣充實，不宜食椒、薑辛熱之物，「反益其陽」。¹¹² 爭論的重點多放在南北人不同的體質、以及西北與東南地域不同的地氣之上。而五運六氣的觀念又特別宜於醫者用來說明藥性與環境、五臟的關係。如明中葉俞弁指出一「純陽仙方」，並認為「此方純陽真人所授，何西北之人，服者多效，東南之人，服者幾危？其理殆不可曉。余曰，西北水深土厚，稟氣盛，是以烏附薑桂之劑，可以勝之。脾惡濕得燥則愈。南方稟氣弱，木動火明，陽氣易升，投之為害甚矣，故曰，天有四時，寒暑迭用，地有五方，高下隨宜，此之謂歟。」¹¹³ 抽象的運氣理論加上具體而多樣的方土環境，為醫者提供了對療法無窮解釋的可能性。

另一個醫家常引用的藥療案例，就是北宋蘇軾（1036-1101）曾大力鼓吹的「聖散子」方，此藥劑以茯苓、薑、附子、麻黃、蒼朮、白朮等十幾種草藥煎成，他自稱謫居黃州（今湖北）時碰上連歲大疫，以此劑存活無數，據他所述，此劑「平旦於大釜中煮之，不問老少良賤，各服一大盞，即時氣不入其門，平居無疾。能空腹一服則飲食倍

109 俞弁，《續醫說》，1:3下。

110 戴元禮，《秘傳証治要訣》（北京：中國中醫藥出版社，1998），2:37。

111 持此看法的有俞弁，《續醫說》，7:1上；張璐，《張氏醫通》，頁80。

112 見王綸，《明醫雜著》，1:3。為王綸此書作註的薛己亦同意王之看法。

113 俞弁，《續醫說》，7:1上。

常。百疾不生。」¹¹⁴ 蘇軾顯然對藥療與方土關係並不敏感，但是到了金元之後蘇軾在這方面的「疏忽」即成為醫界眾矢之的。南宋的陳言即認為此劑「似治寒疫」「抑或方土有所偏宜，未可妄用也」。更舉出北宋末宣和年間，此劑因蘇軾而盛行於京師（開封），導至「殺人無數」。¹¹⁵ 事實上北宋滅亡之後，無論北金或南宋的醫家都批評北宋時代流行的醫方，被批評的重點之一就是這些藥方偏重燥熱之劑，忽略藥性應配合方土、稟賦等才得到正面發揮。後明代薛己也舉出與宣和相似的例子：嘉靖年間（十六世紀）南京大疫，「煎聖散子普濟，老幼並服，來者接踵，死者塞途」，他的結論為：「此方因嶺南風土而作，且浙之與廣，相去萬里，殊域異方……豈有概一治而無誤者哉！」¹¹⁶ 換言之，用藥原則不只是南北之分，而必須按更細緻的個別地理生態環境及風土習俗而有所不同。蘇軾忽視藥劑與方土之間的重要關係，成為元以後藥療法的重要的反面教材。¹¹⁷

此外，元明以後醫家對藥物的討論更注意產地對藥性與特別風土病療效的影響。如嶺南的檳榔、大風子等即成為醫家心目中典型具強烈產地特性、並對風土病有療效的藥物。如《醫學階梯》作者張叡認為檳榔「大有解瘴下氣之能」，並且批評一些醫者認為檳榔為剋削之物：「檳榔有鮮而力大者，有枯而力小者，地土不同，生熟各別，烏得盡謂檳榔之不良也哉。此推之南北不可不分，方土不可不別。善療病者詎

114 「蘇氏聖散子方」自序，在丹波元胤，《中國醫籍考》（1826年初刊）（北京：人民衛生出版社，1983（1956）），頁579。

115 陳言，《陳無擇三因方》，6:7上一下「聖散子」。

116 王綸，《明醫雜著》，薛己注，頁80。

117 對蘇軾用「聖散子」的批評，不絕於醫書，18世紀的醫學入門書《醫學階梯》即以同一例來說明施藥必須考慮方土：「烏知東南氣熱，可服熱藥，西北氣寒，可服寒藥。故聖散子東南疫癘用之，其功更效。西北疫癘，用之死者接踵。」《醫學階梯》，1/體：方土1下。

可忽諸。」¹¹⁸ 至於大風子，元以來被認為是治癘疾的有特效藥物。¹¹⁹ 由於大風子主要是生長在南方，被認為是極熱之藥。李時珍認為此長於南海諸島的藥「辛、熱、有毒」。而對癘疾有專門研究的明中葉醫家沈之問，則認為：「大風子……生於東海日出燥炎之地，故性大熱，能直入肌骨殺蟲祛濕，夷人稱為丟子，當果食之以治百病，蓋海島之俗食生物者腹多蟻蟲之毒，服此以蕩滌之，如閩廣人食檳榔以御風瘴也。」¹²⁰ 相反地，產於中州的地黃，則被明清醫家認為「得土氣最厚……熟則性平，能補五臟之真陽，尤有益於多血之臟，得非脾胃藥耶？」¹²¹ 方土與本草的關係本來就是一重要而複雜的課題，元以後本草學的突出發展，是否多少與醫家在「五運六氣」理論之外對方土與藥性問題有更深一層的反省與發明有關？相信是值得探究的歷史問題。

明清醫者不但認為用藥應注重方土之別，也很自然地認為不同醫家的療法適合不同方土的病人。一個流行的看法，就是漢代張機《傷寒論》的用藥原則已不合時宜，亦非放諸五方皆準。明中葉繆希雍的看法有一定的代表性：「……漢末去古未遠，風景猶厚，形多壯偉，氣尚敦龐，其藥大都為北方感寒即病而設，況南北地殊，厚薄不侔，故其意可師也，其法不可改也。循至今時，千有餘年，風氣澆矣，人物脆矣，滬在荆、揚、交、廣、梁、益之地，與北土全別，故其藥則有時而可改，非違仲景也，實師其意，變而通之，以從時也……。」¹²² 張機的藥療原則自明代以來的確漸被部分醫家認為有時間上與空間上的限制，已不太符合中原以外的方土環境。而金元時代醫家之療法則取

118 《醫學階梯》，1/體：方土2下。對檳榔作為解瘴之物的批評，宋元間的《嶺南衛生方》中已提及。

119 有關大風子治癘之簡史，參看拙作〈中國麻風病概念演變的歷史〉，頁417-419。

120 《本草綱目》，35：49。沈之問，《解園元藪》（1550初刊），《三三醫書》，裘慶元輯（北京：中國中醫藥出版社，1998重刊本）第3冊，頁459。

121 程杏軒，《醫述》（1829初刊）（安徽科學技術出版社，1983），16:1103。

122 繆希雍，《神農本草經疏》，2:45。

而代之，成爲標準療法的主要參考。繆希雍一流所要強調的就是診斷與療法必須注意患者所處的風土，以及靈活地配合不同藥性的藥物。這方面需要的知識與經驗必然是多方面的，因此不同醫者的診斷與治療原則適合不同體質、不同風土的疾病的看法漸成爲主流看法。如沈之問就癘風一症認爲：「癘風多種所由不一。且如北人剛勇而地高燥，南人風氣柔弱而地卑濕，閩廣多有嵐瘴蟲毒之氣，江淮常受海水寒冰之傷，海島風濤，山溪妖魅貽害無窮。丹溪專攻外感，理氣清陽，利於南方；東垣端理內傷，導痰去濕，利於北方。」¹²³

這種看法顯然在明代很流行，以至也帶來反對的聲音。如王綸（1484 進士）在他的《明醫雜著》中就說：「今人有言，東垣之法宜用於北，丹溪之法可行於南，如何？曰：東垣北醫也，羅謙甫傳其法，以聞於江浙；丹溪，南醫也，劉宗厚世其學，以鳴於陝西。果如人言，則《本草》、《內經》，皆神農、黃帝、岐伯之說，亦止宜施於北方耶？夫五方所生異病，及治之異宜，《內經》異法方宜論、五常政大論，已詳言之矣。又如北方多寒，南方多熱，江湖多濕，嶺南多瘴，謂其得此氣多，故亦多生此病，非謂北病無熱、南病無寒也。至於治寒以熱、治熱以寒，則五方皆同，豈有南北之異耶？」¹²⁴ 俞弁甚至認爲局方¹²⁵並不應被全部否定：「今遂以局方例不可用，或者有宜北不宜南之說。殊不知內經治寒以熱，治熱以寒，微者逆之，甚者從之。權變得宜，消息以爲治，安可限以南北之分，而無寒熱之異哉。原禮蓋得丹溪之心法者，其有取於局方，非苟然也。」¹²⁶

123 沈之問跟著指出幾位早期的醫者的療法對個別的證狀有效：「孫真人、王好古、許旌陽、抱朴子等，或以殺蟲排毒，或專補血壯元，或惟調氣清神，各有大意，而制方無不驗然。」《解圍元藪》2，459「藥病總說」。

124 王綸，《明醫雜著》，3:100。

125 局方應指北宋之《和劑局方》，但亦泛指北宋流行之官方出版之藥方，其中所利用之藥材多被認爲屬燥熱之類。

126 俞弁，《續醫說》，1:4 上-下「和劑局方」。

但是俞弁爲局方所作的辯護、以及王綸的看法在明清以來似乎不據主導地位。醫法應按不同方土靈活配合不同藥性藥物的看法顯得日益重要。到了清代，這個看法更爲流行。清初的張倬認爲：「大抵東方所稟孱弱，宜宗東垣（李杲）、復菴（戴思恭）。而丹溪（朱震亨）則宜於江之左右，新甫（薛己）則偏宜江南。若河間（指劉完素）、戴人（指張從正）之法，非西北資稟剛厚人，斷斷不可用也。」¹²⁷ 乾嘉間的周魁在其《溫證指歸》中亦同樣指出南方醫家之治法不適合治療北方之疫病：「不知吳方本爲火化之病而立，非可概治他病也。如紀曉嵐先生筆記云，乾隆癸丑春夏間，京師多疫，以張景岳法治之，十死八九，以吳又可法治之，亦不甚驗。」¹²⁸ 至於南北疾病與療法有基本分別的此一看法，成爲清後期「南病」或「溫病學說」傳統的基礎，並非本文主要的旨趣，同時 Hanson 等對此已有研究，¹²⁹ 不必多贅。

結 論

元以後醫家的方土觀強化了西北與東南的對比，他們認爲西北水土高爽，外在致病因素較少，人的稟賦又較強，不易產生疾病。而東南方人的稟賦較弱，容易被卑濕水土所產生的各種致病因素影響。明清主流醫家主要是南方人，南方醫家認爲南方的水土不利於健康，與

127 張倬，《傷寒兼證析義》，「方宜」，頁 327。

128 周魁（杓元），《溫證指歸》在《中國醫學大成三編》第 3 冊，頁 474。

129 在 Hanson 之前大陸學者對此已有一些研究，如鄧鐵濤，〈溫病學說的發生與成長〉，《中醫雜誌》5.5 (1955)；任應秋，〈論溫熱學派〉，《廣東醫學》9.2 (1963)；王于民，〈溫熱學說的起源及發展〉，《資料匯編》1 (1978)；賴顯榮，〈吳鞠通是怎樣繼承葉天士經驗的〉，《浙江中醫藥》6.3 (1978)；張志遠，〈溫病學派四家傳〉，《山東中醫學院學報》1 (1981)；沈慶法，〈溫病學說對「傷寒論」的發展〉，《中醫函授通訊》3 (1984)；王景洪，〈試論溫病學派的貢獻及局限〉，《陝西中醫學院學報》3 (1986)。上述資料來自《醫學史論文資料索引》上下二輯。中國中醫研究院編，1989，頁 102、141。

同期西方環境主義醫家的立場大異其趣。西歐環境主義者多認為本身所屬之風土是對健康最有利的環境，這與歐洲近代民族國家 (nation-state) 的發展有密切關係。¹³⁰ 而中國這個古老的帝國，直至明清仍以西北及北方為文明的起源，雖然當時無論在經濟上、文化上，東南、甚至嶺南地區已是較發達的地區，但是歷史上的政治與文化中心仍然被視為有最強元氣的地域。尤有進者，金/南宋時代醫學理論的新發展主要在北方，元以後的醫家多以金元傳統為正宗，亦在一定程度上加強了南方水土與南人體質較劣的刻板式的「偏見」。

然而，正由於這種對東南方土的「偏見」，東南地區的環境與疾病成為元代統一天下後醫界探討病因的一個焦點。造成明清主流病因探討的新發展，主要建立在對南方環境觀察之上。北方水土深厚、人強壯，不易因外在因素（環境）而生病的這個看法使醫者減低對北方致病環境的興趣。相反地，南方水土是主要致病的外在因素這個強烈信念，使得醫家的注意力集中在南方的環境上。這也是為甚麼朱震亨提出與「土氣」有緊密關係的「濕熱」是主要致病因素。後來有關疫病成因探討的發展，主要亦是從這個元以來的傳統演變而來。當然，這些發展，也正配合了元以後主流醫家主要是南方人的這個趨勢。

西方在近代醫學革命，特別是有關細菌理論提出之前，許多有關環境與疾病的看法，與中國明清時期的看法很相似。例如西方第一期的環境主義者（約 1660-1733）認為疫病的發生來自土氣、地裡尸氣的蒸發 (emanations from the earth)。這種看法成為十八世紀流行西方的「臭氣」或「污穢之氣」(miasma) 理論的依據，環境主義醫者先認為污染的空氣是觸發疾病的因素，後來認為空氣本身就是疾病

的直接的、主要的來源。¹³¹ 這與明清期間，醫者從探討「濕」、「熱」、「土氣鬱蒸」等致疾的因素，到提出「從地而起」的「方土之氣」的「雜氣」、「癘氣」等概念，有異曲同工之妙。¹³² 兩者均以發生疫疾的方土地勢、氣候、人為的污染等因素，作為主要的參考，但兩者都無法清楚而具體地為「雜氣」、「污穢之氣」或 miasma 下定義。

然而東西方雖然對環境作為致疾因素在同一時期有很類似的看法，但是在應用研究結果方面，卻有基本的差異。西方社會顯示出典型啓蒙式的積極與信心，開始致力於「治理」或「改良」外在環境。西方的政權很快就以公共政策落實環境醫家的某些結論，為近代公共衛生的起步作了準備。他們利用仍未完全科學化的工具，如以尚未完全精確的統計方法來收集與分析各類包括氣候變化、死亡率等資料。同時努力改善公共空間的衛生環境，如改良下水道、疏通死水、改善空氣流通、定期清理公共用地等。雖然這些改良環境的嘗試從今天角度看來，由於技術上限制，成果仍非常有限，但是史學者相信對十八世紀死亡率的降低有一定的貢獻。¹³³ 然而中國的醫者雖然自元以來對環境與疾病的關係也極為注意，但是並沒有激發起改善環境的動機。中國醫家對方土與疾病的探討所得到的結論，仍然主要應用在療法上面，而非在預防上面。中國醫者的討論亦沒有影響中央或地方的政權，

¹³¹ Riley, 1987, pp. 10; 13; 15.

¹³² 筆者認為「雜氣」概念比「癘氣」更接近西方近代 miasma 的概念。Miasma 並沒有指涉特定氣候或區域的敗壞空氣，可能發生在任何被認為不衛生的環境。而中國「癘氣」主要指涉嶺南這個特定地理環境的致病毒氣。「雜氣」從地而起，是一方之土氣，觸者無不生病，唯一與 miasma 不同之處是它無色無味，而 miasma 往往被認為有臭味。

¹³³ Riley, 1987, pp. 29-30; 138; 151.

¹³⁰ Andrew Wear, "Making Sense of Health and the Environment in Early Modern England," in A. Wear ed., *Medicine in Society. Historical Essays* (New York: Cambridge University Press, 1992), p. 126.

並沒有催生系統性的、「預防」性的公共政策。¹³⁴ 在對付疫病的成果方面，東西方在十九世紀中之前的差別可能並不太大，但在試圖改善染疾問題方面，兩者所採用的方式自十七世紀開始就有較大的差異。這再次說明了醫療史與政治制度、社會史之間的不可分的關係。

中國與西歐的這個差別背後當然隱藏著許多複雜微妙的文化上的差異。不過一個比較明顯的背景上的差別，很可能是城鄉之別在性質與量方面在兩個文明裡基本不同。¹³⁵ 近代西歐醫學環境主義者的焦點之一是城市的不良環境，主要的致疾因素被認為多在都市人口稠密之區，而改良環境的對象亦主要是都市環境。明清醫家對方土的關注卻依然主要是地理環境的差異，而非城鄉差異。我們極少讀到十九世紀中葉以前醫家描寫都市環境與疾病的關係。明中葉的非醫家如葉權（1522-1578）甚至認為嶺南瘴氣問題比宋代已大為改善，因為移民漸多，「人氣盛而山毒消，理也。」¹³⁶ 就是說，越是人氣稀薄的土地與環境，越是對健康不利。這個看法與十七、八西方環境醫者的看法剛好背道而馳，也當然不會帶來改善都市環境的理論依據。

換言之，西方與中國醫者均將注意力放在他們認為對健康最不利的環境之上，探討疫病的成因。前者針對都市環境，而後者則針對東

南、嶺南方土。當然，後來西醫隨著帝國主義的發展亦將注意力轉至「熱帶」地區的疾病，發展為「熱帶醫學」。¹³⁷ 有趣的是，儘管這兩類不同的「方土」在客觀條件上各有不同，雙方醫者的觀察卻有多處類似。可見在西方醫學革命之前，中國與西方人對身體與環境之間關係的分析，是建立在差別不大的知識基礎之上。要解釋兩者為何以不同方式來落實類似的觀察結論，必須從醫學知識以外的因素去探討，特別是社會與制度上的不同。

參考文獻

原始資料

王士雄

1994 《隨息居霍亂論》在《中國醫學大成三編》第三冊，長沙：岳麓書社。

王綸

1995 《明醫雜著》，薛己注，北京：人民衛生出版社據明嘉靖（1549）刻本為底本點校。

王履

1985 《醫經溯洄集》在叢書集成新編第45冊，台北：新文豐出版公司。

丹波元胤

1983(1956) 《中國醫籍考》(1826年初刊)，北京：人民衛生出版社。

《永類鈐方》

1981 在《醫方類聚》第2冊，北京：人民衛生出版社。

《夷堅志》補卷

1994 台北：明文書局。

134 一個可能的例外是清後期的地方助葬會、施棺組織的大量出現，參看拙作《施善與教化——明清的慈善組織》（台北：聯經，1997），頁228-230；256。我從方志中統計出明清時代地方施棺局共至少589個，1850年前共355個，此後至清末共234個，最早記載在1564年的江蘇。

135 城鄉之別的不同除了在客觀上，西方的都市化比中國更密集與明顯外，也很可能關係著十八世紀以來西歐人，尤其是英國人對自然的一種新嚮往，及對都市生活、污染等的批判。參看 Keith Thomas, *Man and the Natural World: A History of Modern Sensibility* (New York: Pantheon Books, 1983), pp. 243-246; 253.

136 《賢博編》，在《明史資料叢刊》第1輯，（中國社科院歷史研究所，1981），頁196。劉士永在〈清潔到衛生：殖民政府對台灣社會清潔觀念的改造〉（中央研究院歷史語言研究所主辦「潔淨」的歷史）研討會論文，1998年6月11-12日）中也提到漢族移民開拓台灣的信念之一也是人氣的增加能減少瘴氣的威脅。

137 事實上，西方在資本主義與殖民主義聯手征服世界的十九世紀後期時才發展出一套「熱帶醫學」的理論，是西方醫學中唯一以特定地理範圍定義的專科。見 David Arnold, *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900* (Amsterdam-Atlanta: Rodopi, 1996), p. 3.

朱震亨

- 1993 《金匱勾玄》在《丹溪醫集》，北京：人民衛生出版社。
 1993 《丹溪先生心法》在《丹溪醫集》，北京：人民衛生出版社。
 1993 《格致餘論》在《丹溪醫集》，北京：人民衛生出版社。

危亦林

- 1983 《世醫得效方》文淵閣四庫全書子部 52，台北：台灣商務印書館。

沈之問

- 1983 《解圍元藪》在裘慶元輯《三三醫書》，北京：中國中醫藥出版社。

余伯陶

- 1994 《鼠疫抉微》(1910) 在《中國醫學大成三編》第 3 冊，長沙：岳麓書社。

吳有性

- 1985 《溫疫論補證》，鄭重光(歛)補註，襄陵喬國楨較梓，台北：新文豐影印光緒乙未年揚州文富堂藏版。

吳塘

- 1994 《增補評註溫病條辨》，王士雄選評，葉霖評註，在《中國醫學大成三編》第 3 冊，長沙：岳麓書社。

吳謙等編

- 1990(1963) 《醫宗金鑑》，北京：人民衛生出版社。

李中梓

- 1995 《醫宗必讀》，北京：人民衛生出版社。

李杲

- 1993 《醫學發明》在《東垣醫集》，北京：人民衛生出版社。

李時珍

- 1982 《本草綱目》，台北：文光圖書有限公司重印 1885 年重刊本。

李濤

- 1964 《資治通鑑長篇》，台北：世界書局。

何夢瑤

- 1994 《醫編》，北京：人民衛生出版社。

周禹載

- 1994 《溫熱鼠疫全書》(1679)，在《中國醫學大成三編》第 3 冊，長沙：岳麓書社。

周魁(杓元)

- 1994 《溫證指歸》在《中國醫學大成三編》第 3 冊，長沙：岳麓書社。

金禮蒙(朝鮮)輯

- 1981 《醫方類聚》，北京：人民衛生出版社。

柯琴

- 1994 《傷寒論翼》，(1674 初刊)，在《中國醫學大成三編》第 3 冊，長沙：岳麓書社。

俞弁

- 1994 《續醫說》，在《中國醫學大成三編》第 12 冊，長沙：岳麓書社按上海明文書局宣統三年鉛印本影印。

郭右陶

- 1994 《痧脹玉衡》在《中國醫學大成三編》第 3 冊，長沙：岳麓書社。

孫允賢

- 1995 《南北經驗醫方大成》在四庫全書存目叢書子部 41，台北：莊嚴文化事業有限公司 中國中醫研究院圖書館藏日本寬永三年刻本。

唐大烈輯

- 1814 《吳醫匯講》，長洲唐慶耆重印本。

張杲

- 1994 《醫說》在《中國醫學大成三編》第 12 冊，長沙：岳麓書社。

張倬

- 1990 《傷寒兼證析義》在曹炳章輯《中國醫學大成》3 冊，長沙：岳麓書社。

張從正

- 1994 《儒門事親》，在《子和醫集》，北京：人民衛生出版社。

張叡

- 1704 《醫學階梯》。

張璐

- 1990 《張氏醫通》，上海科學技術出版社。

張鶴騰增訂

- 1994 《增訂葉評傷暑全書》在《中國醫學大成三編》第 3 冊，長沙：岳麓書社。

陳司成

- 1994 《霉瘡秘錄》，北京：學苑出版社按光緒乙酉年鐫刻本。

陳士鐸

- 1996 《石室秘錄》，北京：中醫古籍出版社。

陳治

- 1995 《證治大還》，北京圖書館分館藏康熙貞白堂劇本，四庫全書存目叢書，

- 子部 49, 台北: 莊嚴文化事業。
- 陳言
1991 《陳無擇三因方》, 台北: 台聯國風出版社據 1927 年吳黼堂評註本景印。
- 陶華
1985 《傷寒證脈藥載江網》在叢書集成新編第 45 冊, 台北: 新文豐出版公司。
- 紹興醫學會同人
1994 《濕溫時疫治療法》(1913) 在《中國醫學大成三編》第 3 冊, 長沙: 岳麓書社。
- 程杏軒
1983 《醫述》(1829 年初刊), 合肥: 安徽科學技術出版社。
- 曾世榮
1985 《活幼口議》, 北京: 北京中醫古籍出版社據日本文政庚辰皮抄本影印。
- 曾超然
1887 《腳氣芻言》, 廣州: 羊城聚珍堂刊本。
《黃帝內經素問》
1985 台北: 叢書集成新編第 44 冊, 新文豐出版公司影印 1892 年浙江書局刻本。
- 葉桂
1829 《續刻臨證指南溫熱論》, 衛生室藏板。
- 葉權
1981 《賢博編》在《明史資料叢刊》第 1 輯, 北京: 中國社科院歷史研究所。
《瑣碎錄》
1981 《醫方類聚》第三冊, 北京: 人民衛生出版社。
- 劉純編輯
1396 《玉機微義》1703 年重刊本, 1703 年沈廷鷗序, 劉純原序。
- 蕭曉亭
1845 《瘋門全書》, 粵東敬業堂重刻本。
- 戴良
1989 《九靈山房集》四部叢刊初編, 冊 243, 上海涵芬樓景印明正統間戴統刊本, 上海: 上海書店。

- 戴原禮
1998 《秘傳証治要訣》, 北京: 中國醫藥出版社。
- 繆希雍
1993 《神農本草經疏》在《吳中醫集》, 天啓乙丑繆希雍序於吳江, 蘇州: 江蘇科學技術出版社。
- 薛己
1986 《瘍瘍機要》在《薛氏醫案選》, 北京: 人民衛生出版社。
- 韓善徵
1994 《瘡疾論》在《中國醫學大成三編》第 3 冊, 長沙: 岳麓書社。
- 釋繼洪纂修
1983 《嶺南衛生方》日本 1841 年重刻萬曆四年復刻本(按正德八年廣東行省刻本), 北京: 中醫古籍出版社, 影印本。
- 近人著作
- 中國中醫研究院編
1989 《醫學史論文資料索引》, 北京: 中國書店。
- 王于民
1978 〈溫熱學說的起源及發展〉, 《資料彙編》1。
- 王景洪
1986 〈試論溫病學派的貢獻及局限〉, 《陝西中醫學院學報》3。
- 任應秋
1963 〈論溫熱學派〉, 《廣東醫學》9.2。
- 竹劍平、胡濱
1985 〈試論錢塘學派〉, 《浙江中醫學院學報》9.4。
- 沈慶法
1984 〈溫病學說對「傷寒論」的發展〉, 《中醫函授通訊》3。
- 李建民
2000 《死生之域: 周秦脈學之源流》, 台北: 中央研究院史語所專刊 101。
- 范行準
1986 《中國醫學史略》, 北京: 中醫古籍出版社。
- 范家偉
1995 〈東晉至宋代腳氣病之探討〉, 《新史學》6.1。
1995 〈從腳氣病論魏晉南北朝時期印度醫學之傳入〉, 《中華醫史雜誌》25.4。

- 張志遠
1981 〈溫病學派四家傳〉,《山東中醫學院學報》,北京:中醫古籍出版社。
- 郭蓉娟
1999 〈類中風概念演變史〉,《中華醫史雜誌》29.4。
- 陳春圃
1999 〈浙江中醫主要學術流派〉,《中華醫史雜誌》29.4。
- 梁其姿
1987 〈明清預防天花措施之演變〉,陶希聖先生九秩榮慶祝壽論文集編輯委員會,《國史釋論》。台北:食貨出版社。
1997 《施善與教化——明清的慈善組織》,台北:聯經出版事業公司。
1999 〈中國麻風病概念演變的歷史〉,《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.2。
- 梁庚堯
1999 〈南宋城市的公共衛生問題〉,《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.1。
- 黃煌、丁光迪
1984 〈江蘇孟河醫派的形成和發展〉,《中華醫史雜誌》14.2。
- 項長生
1982 〈丹溪學術思想對新安醫家的影響〉,《浙江中醫雜誌》17.9。
- 褚謹翔
1983 〈浙江烏鎮派學術源流初探〉,《中華醫史雜誌》13.3。
- 劉士永
1998 〈清潔到衛生:殖民政府對台灣社會清潔觀念的改造〉,中央研究院歷史語言研究所主辦(「潔淨」的歷史)研討會論文。
- 劉時覺
1987 〈明清時期徽州商業的繁榮和新安醫學的崛起〉,《中華醫史雜誌》17.1。
- 鄧鐵濤
1955 〈溫病學說的發生與成長〉,《中醫雜誌》5.5。
- 蕭璠
1993 〈漢宋間文獻所見古代中國南方的地理環境與地方病及其影響〉,《中央研究院歷史語言研究所集刊》63.1。
- 賴顯榮
1978 〈吳鞠通是怎樣繼承葉天士經驗的〉,《浙江中醫藥》6.3。

外文著作

- Arnold, David
1996 *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*. Amsterdam-Atlanta: Rodopi.
- Corbin, Alain
1986(1982) *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social 18e-19e siècles*. Paris:Flammarion.
- Crosby, A.W.
1969 "The Early History of Syphilis: A Reappraisal," *American Anthropologist* 71.2.
- Hanson, Marta
1997 "Inventing a Tradition in Chinese Medicine: From Universal Canon to Local Medical Knowledge in South China, the Seventeenth to the Nineteenth Century," Ph.D. dissertation (University of Pennsylvania).
1998 "Robust Northerners and Delicate Southerners: The 19th-century Invention of a Southern Medical Tradition," *Positions* 6:3.
- Leung, Ki Che Angela
2002 "Medical Learning from the Song to the Ming" in Smith & Von Glahn eds., *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*. Cambridge: Harvard University Asia Center Publications. (Forthcoming)
- Li, Jianmin
1999 "Contagion and its Consequences: The Problem of Death Pollution in Ancient China," *Medicine and the History of the Body. Proceedings of the 20th, 21st, and 22nd International Symposium on the Comparative History of Medicine*. Tokyo: Ishiyaku Euro-America, Inc. Publishers.
- Riley, James
1987 *The Eighteenth-century Campaign to Avoid Disease*. London: Macmillan.
- Thomas, Keith
1983 *Man and the Natural World: A History of Modern Sensibility*. New York: Pantheon Books.

Wear, Andrew ed.

1992 *Medicine in Society*. New York: Cambridge University Press.

Wu, Yi-Li

1998 "Transmitted Secrets: The Doctors of the Lower Yangzi Region and Popular Gynecology in Late Imperial China," Ph.D. dissertation (Yale University).