

中国疾病史研究刍议

2004-12-30 林富士 阅读818次

一、引言

假如“历史”是指某种事物在特定时空里生、成、住、灭的历程，那么，“疾病”应该也有其历史。以“病原”之一的“微生物”来说，它们现身地球和被人类所认识(或和人类遭逢)的年代便早晚不一，而且，每一种微生物的生命历程也不尽相同，因此，每一种疾病都有历史可言。

然而，在历史学的领域里，疾病史研究却不曾占据应有的地位。大多数的学者似乎认为，“疾病”是医者处理和研究的对象(这里所说的“医者”包括传统的巫医、民俗医疗者、宗教医疗者、现代的专业医生以及生物医学家)，即使和人类的社会、文化有关，也是属于人类学和社会学的范畴，不劳历史学者费心。这种态度有其合理性，因为，纯粹就生存的考量来说，人类面对疾病时，最迫切的工作是处理其当下所造成的威胁和伤害，而不是去回顾历史，更无需将心思花费在那些已“死亡”或尚未复活的疾病身上。此外，研究疾病的历史往往涉及专业的生物学和医学知识，一般的史学研究者因少涉足生命科学的领域，自然不敢尝试这一方面的研究。而且，和疾病史有关的“史料”不仅稀少，在解读上也困难重重。因此，长期以来，疾病史研究自然处于历史研究的边陲地带。即使是在医学史的著作中，疾病的历史也只是可有可无的附庸。

可是，从既有的一些研究成果来看，我们又清楚的知道，疾病是人类共同的、普遍的、恒久的生物性经验之一。疾病不仅是人类生活和生命中无法割舍的一部分，其存灭与盛衰更和人类社会的发展、文明的变迁有着紧密而复杂的互动关系。瑞典的病理家韩森(Folke Henschen)便曾宣称：“人类的历史即其疾病的历史。”(The History of mankind is the history of its diseases)这句话或许有些夸张，但是，我们至少可以肯定地说，若不研究疾病的历史，对于人类的历史恐怕无法有完整而真确的认识。

以中国的情形来说，从东汉晚年一直到六朝晚期(大约是公元第二至第六世纪)，中国社会便曾遭受过一波又一波的“大疫”侵袭。且不说东汉桓帝、灵帝和献帝时期连年的“疾疫”之灾，仅以史书所载的魏晋南北朝时期的“大疫”来说，其流行的频率便相当惊人。

以三国时期(公元220—265年)来说，46年间，“大疫”流行的次数便有六次，依序为：公元222年、223年、234年、235年、242年、253年。其中前四次发生在魏国辖下的中国北方，后两次则是在中国南方的吴国境内。

到了西晋时期(公元265—316年)，52年间，仍有七次“大疫”流行，依序为：公元272—274年、274年、275年、292年、296年、310年、312年。这七次大疫，第一次是发生在吴国境内，而且是连续三年，但到了第三年，从北方的记录来看，当时已蔓延成全国性的疫灾。此后几次，则局限于中国北方。

至于“东晋·十六国”时期(公元317—420年)，在104年之间，至少有九次“大疫”见于记载，依序为：公元322年、350年、353年、369年、379年、380年、397年、405年、411年。其中，只有第七次发生在北方，其他八次，都是在东晋统治下的中国南方。

到了南北朝时期(公元420—589年),情形又有了变化。在长达170年的岁月中,史书所载的“大疫”只发生了五次,依序为:公元423年、460年、468年、510年、565年。这段期间,不仅“大疫”的次数减少了,而且,都发生在北方,只有公元468年那一次是南北同时爆发。当然,这并不表示一些小规模的疾疫流行已完全停止。不过,只从规模大小和次数来说,的确显示出疫情有南北消长的现象。

总之,从东汉中晚期起一直饱受疾疫之害的中国社会,似乎要到南北朝时期的后半叶才逐渐获得纾解,爆发流行的次数锐减,频率也陡降。而这些“大疫”,虽然有一些只局限于较小的区域,但也有些是全国性的。以现代医学的观念来看,这些“疾疫”似乎兼指传染性和非传染性的“流行病”(epidemic),包括流行性感冒、天花、血吸虫病、脚气病、麻疯病、药物(如寒食散)中毒等都有可能,而无论是何种疾病,当时人都感受到其恐怖或受到实质的伤害。文献所载的“死者大半”、“死者十二三”、“多绝户者”,恐怕不是虚词而已。

由此可见,“流行病”应该是当时非常重大的社会危机,而无论是宗教活动还是医学发展,都和当时的“大疫”(流行病)有紧密的关系。可是,对于如此显著的历史现象,除了少数的零星研究之外,尚未有学者全面性的考察当时疾病流行之情形,或是全面性的探讨疾疫和当时政治、社会、经济、宗教、文化、生态之间的互动关系。因此,本文打算根据若干既有的研究成果,提出一些可能的研究途径、研究课题、研究材料和研究方法,以引起学界对于中国疾病史研究的兴趣,共同垦拓这个领域。

二、研究的途径、课题与材料

根据既有的研究成果来看,疾病史的研究途径,由于偏重点和切人的角度不同,大致可以分成下述四种。

第一种可以称之为“医学史”或“医疗文化史”的途径,侧重于探讨人类对于疾病的认知和医疗方法,以及这种疾病知识和观念的形成及传衍。一般的医学史家大多采取这种途径”。

第二种可以称之为“历史—地理病理学”(historico—geographical pathology)的途径,着重于探讨各种疾病的起源和发展,及其在不同时代、空间、社会、人群(因职业、信仰、性别、年龄、生活条件等因素而构成的人群)中分布的情形”。

第三种可以称之为“病因学”(etiology)的途径,偏重于探讨造成“流行病”的病因。根据现代流行病学的说法,决定疾病发生与否的各项因素大致可以归为三类:一为“病原”,即导致疾病的直接因素。包括营养成分(过多或缺乏)、化学物质(毒物与过敏剂)、物理性病原(游离辐射、机械性摩擦)、传染性病原(复细胞动物、原虫、细菌、霉菌、立克次体、病毒);二为“宿主因素”,即影响对于“病原”反应的内在因素。包括遗传、年龄、性别、种族、生理状况(疲劳、妊娠、青春期、心理压力、营养状况)、免疫经验、并发症或早先存在的疾病、行为(个人卫生、饮食习惯、人际接触、职业、娱乐、保健措施);三为“环境因素”,即影响“病原”存在和产生作用的外在因素。包括“物质环境”(地理、气候)、“生物环境”(人口密度、动物、植物)、“社会环境”(职业、城市、经济、战争、水灾及其他动乱)。其中,“病原”的部分,由于偏重“传染性病原”的探讨,基本上属于生命科学的范畴,一般的史学研究者比较难以胜任。但是,有关“宿主”和“环境”的研究,则和“历史—地理病理学”的研究颇为接近,只不过“病因学”的研究比较强调因果关系的剖析,而较少致力于现象的描述。

第四种可以称之为“社会史和文化史”的途径,着重于探讨疾病在人类社会和文化的演变过程中所扮演的角色,这也是一般史家最擅长、最常用的一种研究途径。上述这四种研究途径,并无高下优劣之分,各有其特殊的观察角度和探索重心,有时也可以同时并进,交互使用e。

从上述的四种研究途径来看,疾病史主要的研究课题其实已相当清楚,归结来说,不外乎下列五大项。

1. 疾病观念和医疗方法。其重心在于探讨特定时空里的人群对于疾病的认知、态度和响应，主要的课题包括：（一）对于疾病的认识和分类；（二）对于疾病原因的解释；（三）对于疾病所采取的态度和响应方式；（四）医疗和防治疾病的方法和工具；（五）疾病观念和医疗技术的形成和传衍。

2. 疾病与自然环境。其重点在于探讨影响疾病发生和散布的环境因素，尤其侧重于自然生态，包括：（一）气候。例如，H. H. Lamb及Jean— Noel Biraben等人曾提出所谓“小冰河期”（the little ice age）的概念，并谓：在1550—1700A D. 这段“小冰河期”间，因气候寒冷及变化不定而促成当时欧洲社会各种疾病（黑死病、天花、小儿惊风或痉挛……等）之流行。不过，这个理论也曾引起争议。例如美国学者Andrew B. Appleby便认为，气候变异虽可促使某些“微生物”（或病原体）在特定的温度和湿度之下，产生突变或大量增殖，以致大规模侵袭人类社群而爆发疾疫流行，但是，变干变冷有时也可抑制或终止某些病原体或病媒（如跳蚤、蚊虫等）的活动，故而，小冰河期的气候型态不见得必然会直接导致疾疫流行。然而，“小冰河期”间，疾疫流行却又不争的事实，因此，他也不全然否认气候变异确为促使疾疫流行的原因之一，不过，他认为其影响是间接的，亦即气候变异所带来的灾害是农作物的歉收，及随之而来的“饥荒”。而因“饥荒”所引发的种种政治、经济、社会问题（如生活条件变劣，都市贫民窟之出现、移徙等），则往往成为扩散或加重疾病流行的要因。无论如何，上述学者都不否认气候变异（尤其是“小冰河期”型态的气候）与疾疫流行的紧密关联；（二）地理；（三）动物；（四）植物；（五）人类的聚落型态（人口密度）。影响人类聚落型态或人口密度的原因很多，其中最明显的是人口迁徙。而大规模的人口迁徙正是爆发流行病的要因之一。

3. 疾病与人群。其重点在于探讨影响疾病发生和散布的“人群”因素，以及疾病对于特定人群所造成的冲击，至于划分“人群”的依据则包括：（一）时代；（二）地域；（三）性别；（四）年龄；（五）职业；（六）信仰（宗教）；（七）社会阶层；（八）体质。

4. 疾病与社会（文化）。其重点在于探讨疾病与人类社会、文化各个层面之间的互动关系，其中最主要的有：（一）人口；（二）政治；（三）经济。以生产方式来说，“农业革命”为人类文明史上最重要的突破之一，但是，在人类所栽种并赖以维生的食物当中，却有一些会成为某些菌类寄生的最佳场所，经由日常饮食，这些菌类往往会进入人体并造成疾病，甚或造成瘟疫流行。欧洲史上（尤其是俄国）因食用裸麦而引起“麦角毒菌”（ergot fungus）中毒和死亡的现象，便是最佳例证；（四）战争；（五）宗教；（六）文学；（七）艺术；（八）思想；（九）生活（食、衣、住、行、育、乐）。

5. 疾病的流行。探讨重点在于各种疾病在人类社会中所流行的时间和空间（包括地理空间和“社会空间”），以传染性的疾病来说，至少有：（一）麻疯病；（二）天花；（三）鼠疫；（四）疟疾；（五）霍乱；（六）梅毒；（七）感冒；（八）肺结核；（九）麻疹；（十）伤寒。非传染性的疾病则有：（一）脚气病；（二）心脏病；（三）糖尿病；（四）精神病；（五）甲状腺肿（瘰）；（六）龋齿等。

疾病史研究最大的困难在于材料的稀少和不易解读。不过，可供使用的材料至少可以分成下列四种。

1. 文字材料。最重要的材料还是来自文字记载，尤其是医学文献。不过，医学文献较适合用以研究疾病观念和医疗方法，以及疾病的流行这方面的课题，至于其他课题，反而得从其他文献（如史籍、宗教文献、文学作品等）找寻材料。

2. 器物材料。第二类型的材料是器物材料，主要是传世的或是考古工作所发现的各种医疗器具、药物和食物，这有助于我们理解古人的疾病观念和医疗知识，以及他们的饮食习惯。

3. 图像材料。第三类型的材料是图像材料，或是雕塑，或是绘像，内容包括医疗活动、人体的生理结构、病者和医者的状貌、医馆和药铺的场景等。

4. 尸骨材料。第四类型的材料则是死者的尸骨、残骸，无论是保持较为完整的古尸（如湖南长沙马王堆汉墓出土的女尸），还是埃及的木乃伊，或是残损的头骨、牙齿、骨骸，都可以或多或少地透露死

者生前遭受疾病侵害的情形。

这四种类型，除了文字材料之外，数量都极为稀少，而文字材料在解读和运用上也受到很大的限制，因此，在建构疾病的历史图像时，往往有许多不得不有的留白，或是模糊不清的地方，在一些细节上，其清晰的程度远不如一些传统的史学领域，如政治史、经济史、制度史、学术史等。也因此，在使用这一些材料时，必须参阅运用“古病理学”的研究方法和成果。

三、研究方法与写作方式

俗语说：“史无定法”，研究疾病史自然不必、也不可能只采用某一种特定的方法，往往得取决于研究的途径、课题、材料，和研究者的习惯和偏好。不过，在目前史学界流行的一些研究方法和呈现方式之外，我想，我们不妨同时做一些新的尝试。

第一，在精密的析论之外，似乎可以强化对于现象的细腻描绘和情境的生动叙述。

第二，在剖析或描绘局部的现象之外，似乎可以同时呈现该现象在整体之间的位置，亦即如“病因论”所指出的，要兼顾“病原”、“宿主”和“环境”之间的互动。

第三，在做长时段、大地域的“宏观”研究时，似乎也可以兼用“微观”的角度，凸显某些短时期、小地区的历史现象。

第四，处理“个案”研究之余，似乎可以尝试进行“比较”研究，包括：异时、异地、异人群(社会)、异疾病之间的同质和异质比较。

第五，每个学科都有其“本位立场”或“主体性”，历史学也不能例外。不过，疾病史研究所涉及的知识工具，远非任何单一学科的专家所能独自掌握、操作，因此，跨学科的合作和共同研究几乎是必然的趋势，至少，一个想要研究疾病史的历史学家，必须不断扩大自己的知识领域。

第六，要审慎利用“回溯诊断”(retrospective diagnosis)。有人说：“历史是过去和现代的对话”，这句话意味着，我们无法避免以现代的眼光观看过去，研究疾病史的学者也常常以现代医学的概念，透过文献替古人“诊病”，这虽然有助于了解某些疾病的起源和散布，但是，各个时代(各个文明)的对于疾病的认知、描述和分类都不尽相同，因此，“误诊”的情形很难避免，必须非常小心。

总之，在历史学的领域里，疾病史研究虽然不是一片空白，但其研究史还很短暂，成果不仅微薄，而且还集中在少数的课题上，这种情形在中国史(包括台湾史)的领域里更是明显。研究全体人类疾病史的外国学者(如William H. McNeill)，往往对于欠缺可以参考的中国疾病史的材料和研究成果而感到遗憾。然而，相较于许多其盟的人类社会来说，中国的历史记录和考古发现其实可以说是相当丰富。因此，研究中国史的学者，应该尽早全面展开疾病史的研究，以补足人类全体疾病史的空白，并且加深我们对于中国社会、文化和环境的认识。当然，要达成这项任务，历史学家必须和其他学科的研究者(尤其是医学研究者)携手合作。

来源：《四川大学学报》2004/1

网站编辑：宋道全