

中醫近世1)外科2)「反常」手術之謎 — 中醫為什麼沒有「手術」傳統?

臺灣中央研究院歷史語言研究所¹

李建民¹*

Silk Sutures: Trachea Surgery in Sixteenth-Century China

Li Jianmin¹*

¹Institute of History and Philosophy, Academia Sinica, Taiwan

Is the history of surgery an independent field of research into Chinese medicine? The historical sources are fragmentary, scattered, and riddled with fantastical descriptions. To unlock the references made in sixteenth-century texts to the use of silk thread to stitch up damaged tracheas, which are taken to be factual, the author of this article proposes a research method he calls “investigating precedents.” Every independent reference to this kind of surgery must be dealt with separately. We cannot assume, a priori, that a reference to what must have been a very sophisticated procedure is either a far-fetched interpretation or a fabrication, nor should we evaluate it according to modern surgical criteria. Apart from extraordinary cases, we have no records of other types of surgery in the history of Chinese medicine, therefore we must find a method that allows us to investigate these records on their own terms.

很難想像，人的一生中不會受到任何創傷³⁾。

* 교신저자 : 李建民. 臺灣 (11581) 臺北市 南港區 研究院路
二段130號 中央研究院 歷史語言研究所
E-mail : harmonychen63@gmail.com Tel : (02)2652-3190
접수일(2013년 9월13일), 수정일(2013년 10월29일),
게재확정일(2013년 11월15일).

- 1) 岸本美緒著, 黃東蘭譯, 〈中國史研究中的「近世」概念〉, 收入黃東蘭主編, 《新史學(第四卷): 再生產的近代知識》(北京: 中華書局, 2010), 頁81-98。本書接受「各種形式「近世化」」的提議。
- 2) 「外科」一詞, 最早出現在南宋私人醫籍。例如, 伍起予《外科新書》等。見丹波元胤, 《醫籍考》(北京: 學苑出版社, 2007), 頁542。「外科」也同時出現在這個時期的筆記小說, 如南宋洪邁(1123-1202)的《夷堅志》, 如「秀州外科張生」之妻。參洪邁, 《夷堅志》(台北: 明文書

局, 1982), 頁828。根據張贊臣的收集, 北宋時已有題名為「外科」的醫籍。參見張贊臣, 《中醫外科醫籍存佚考》(北京: 人民衛生出版社, 1987), 頁22-27。若以官方醫學「分科」, 外科在戰國制度彙編《周禮》稱為「瘍醫」。唐代或作「瘡腫」。元代十三科, 析為「瘡腫兼骨折科」與「金簇兼書禁科」。明十三科, 「瘡瘍科」、「正骨科」、「金簇科」各自獨立成科。清同治年間始有「外科」之稱。以上見劉玉書, 〈試談我國歷代醫事考核〉, 《中華醫史雜誌》12卷4期(1982), 頁216-220。而與外科對舉的「內科」, 最早的私人醫籍是刊於1529年薛己(1487-1559)的《內科摘要》。薛氏立「內科」之名, 旨在「脾胃內傷」所引起, 故名為「內」, 「以示其與外感、瘡瘍有別」。見董紅昌, 〈內科釋名〉, 見氏著, 《薛立齋內科摘要評析》(北京: 中國中醫藥出版社, 2012), 頁46-47。內、外科的界線, 明清都與經脈、臟腑等論述有關。1742年刊行的吳

第一講 前言——反常手術

「手術」是人類醫學歷史上的劇情變奏 (peripeteia)。無論古今，人們慣用安全、有效的治療方法。眾所周知，手術借助器械、入侵人體。手術多在緊急、危險的情況，拔箭與止血。手術清除人體外來之物，膿血與腫瘤。西格里斯 (Henry Ernest Sigerist, 1891-1957) 說手術：「外科總要等到旁的一切比較安全的方法已經失其效用，或者要除去致命的危險，纔用得著。」⁴⁾ 安全原則甚而超過效用。中醫歷史不難找到許多安全而未必有療效的治療方法。手術不得已用之。手術史的資料因此稀少又怪異。醫學史的手術只存在「反常手術」。

反常手術不僅是因為手術史料少且怪異。手術往往處理反常情況所製造的外傷。蔣士詮 (1725-1784) 所創作的戲劇《空谷香》，女主角姚夢蘭隨母親改嫁孫虎生活。夢蘭許顧孝威為妾，其繼父為了錢財又將她賣給吳賴。就在花轎來迎娶之時，夢蘭突持刀自刎，後被卜醫生救治⁵⁾。《紅樓夢》的自殺故事沒有如此幸運。小廝潘又安為戀人殉情，尤三姐抵抗婚姻的安排，皆執兵器自刎⁶⁾。兩者情況似比前述案例嚴重，結局是死。

謙等編輯的《醫宗金鑑》〈凡例〉：「人身臟腑根于內，經絡行于外，氣血流貫于其中，醫固無內外之可分也。第以證之形于外，故稱之曰外科。」見清吳謙等編，《醫宗金鑑》(北京：人民衛生出版社，2006)，頁24-25。朱士宗以為：「周秦時代將傷科等皆列入外科，專重手術」；又說：「諸凡生於人身之外表，手之所觸，目視能及者，如腫、潰、皮膚、五官病等等，皆稱外科，部分內臟腫瘍及風痛等，則屬於內外二科之共同科目。」(見〈緒言〉) 朱士宗，《中醫外科學》(台北：正中書局，1990)。有人將「皮膚科」完全等同中醫外科，並不正確。見朱仁康，《臨床經驗集——皮膚外科》(北京：人民衛生出版社，2005)。《靈樞》的最後一篇，討論外科疾病「癰」、「疽」，特別注重不同病證的「形狀」及推測死亡的時間。論者以為《靈樞》相關資料可能取自《周禮》之瘍醫。參見：Y. C. Kong, Huangdi Neijing: A Synopsis with Commentaries (H. K.: The Chinese University of Hong Kong, 2010), pp. 429-433.

- 3) Charlotte Roberts, Keith Manchester 著，張樺譯，《疾病考古學》(濟南：山東畫報出版社，2010)，頁93。
- 4) Henry Sigerist 著，顧謙吉譯，《人與醫學》(台北：台灣商務印書館，1971)，頁250-251。
- 5) 李濤，〈中國戲劇中的醫生〉，《醫史雜誌》1卷3、4期合刊(1948)，頁14。
- 6) 王昆倫，《紅樓夢人物論》(北京：北京出版社，2009)，頁81；頁85-86。

虛構的外傷反映活生生的人情。據說，實錄記載氣管、食管因自刎皆斷後可以縫回救活過來？割斷的脖子可以重新縫合？想像一下。

這本書是中醫「手術史」⁷⁾ 研究方法的一個示範。以十六世紀明代醫學「縫合術」為實例⁸⁾。中國醫學之「手術」自來無史⁹⁾。一般人所熟知，以手術著稱的名

- 7) 中醫「手術」，口傳手授，顯意獨往；近代仍有傳人。中醫裴吉生 (1873-1947) 曾調查1930年代的紹興的醫療市場，〈紹興之醫俗〉一文分九大類醫者，其中，中醫「外科，古之所謂瘍醫是也，內科兼理者雖有不多，專門外科無處無之。……以紹興之實地調查，則西醫之久治不愈者，一經施治，著手成春。」(頁27) 又說：「世俗有外科西醫擅長，內科中醫擅長之說，我則大不為然。蓋西醫之學問精深，經驗豐富者，內科何嘗不長，反之中醫亦然。」(頁44) 見裴吉生，《裴吉生醫書合集》(天津：天津科學技術出版社，2011)。這是肯定中醫外科有自身之特色。與裴吉生同時的中醫楊則民 (1895-1948)，在1935年〈國人對中醫應有之認識〉一文，說對中醫的態度有「全信派」與「不信派」，兩者皆不對。之所以如此，原因有認為中醫「手術不精」，「只有處方而無其他」。見楊則民，《濟庵醫話》(北京：人民衛生出版社，1986)，頁4-5。
- 8) 中醫「縫合術」主要有三種：「腸斷裂縫合術」、「氣管縫合術」、「落耳縫合術」等。見《中國醫學百科全書中醫學》(上海：上海科學技術出版社，1997)，上冊，頁92。又陳邦賢，《二十六史醫學史料匯編》(北京：中醫研究院中國醫史文獻研究所，1982)，頁219；頁389等。
- 9) 中醫外科手術史，見王咪咪編纂，《秦伯未醫學論文集》(北京：學苑出版社，2011)，頁159-162；李經緯，〈試論中國古代的外科手術〉，收入杜石然主編，《第三屆國際中國科學史討論會論文集》(北京：科學出版社，1990)，頁165-168；程之范，「Surgery in Ancient China」，收入氏著，《程之范醫史文選》(北京：北京大學醫學出版社，2004)，頁446-452。關於中醫「外科」，1920年代張山雷《古今醫案平議瘡瘍門》，其中論「古」瘍醫部份，以為瘍醫、內科不同，「蓋瘍醫自有一層特殊功用，誠非專于內科者所能體會」(頁1012)。中醫外科分期金元時代為「上下床之界限」(頁1129)；「金元醫案，因多模糊，而于瘍科，更覺浮泛」(頁1022)。張山雷說，中醫不懂手術，「中醫治瘍舊法，只知內服煎劑，外用摻藥，于手術上絕無研究」(頁1058)。他又說：「唯今之內科，只知有一紙藥方，便謂能事已足，于普通應用之丸散輔佐諸法，一概視為分外之事，幾與內科大方脈專家毫不相涉，又奚論乎手術治療？」(頁1092) 張山雷也指出，外科疾病(症)往往一病多名，「俗學治瘍，最喜多立無理名稱，益形其醜。」「瘍醫家多造病名，本無模範可言。」(頁1110) 外科醫據疾病的某一階段、特徵，「多立病名，總是小家伎倆」(頁1127)。醫、病家使用不同的病名，在互動過程決定其診斷。以上，見張山雷，《古今醫案平議》(天津：天津科學技術出版社，2010)，頁1012-1134。關於疾病的歷史性，見 Andrew Cunningham, "Identifying Disease in the

醫華佗¹⁰在南宋葉夢得(1077-1148)的《玉澗雜書》即從三方面質疑：

華佗固神醫也，然范曄、陳壽記其治疾，皆言若發結於內，針藥所不能及者，乃先令以酒服麻沸散。既醉無所覺，因割割破腹背，抽割積聚。若在腸胃，則斷裂湔洗，除去疾穢。既而縫合，傅以神膏。四五日創愈，一月之間皆平復。此決無之理。

人之所以為人者以形，而形之所以生者以氣也。佗之藥能使人醉無所覺，可以受其割割與能完養，使毀者復合，則吾所不能知，然腹背腸胃既已破裂斷壞，則氣何由舍？

安有如是而復生者乎？審佗能此，則凡受支解之刑者皆可使生，王者之刑亦無所復施矣。

太史公《扁鵲傳》記號庶子之論，以為治病不以湯液、醴酒、鑿石、搗引，而割皮解肌、扶屈結筋、湔洗腸胃、漱滌五臟者，言古俞跗有是術耳，非謂扁鵲能之也，而遂以附會於華佗¹¹。

Past: Cutting the Gordian Knot,” *Asclepio* Vol. LIV-1 (2002), pp.13-34. 中醫的「病」，往往是由四診認識的疾病現象，及病者生理、病理動態變化的「綜合體」。見黃健平，《祖國醫學方法論》(長沙：湖南人民出版社，1979)，頁46。

- 10) 華佗的手術，梁陶弘景(456-536)《本草經集注》序文：「剝腸剖臆，刮骨續筋之法，乃別術所得，非神農家事。」所謂「別術」，是相對本草家(神農家)的技術，並不是否認有「剝腸」、「刮骨」之技術。關於「刮骨」術，見趙翼，《陔餘叢考》(台北：世界書局，2009)，頁452。華佗時代，外科手術是較為流行的。朱大渭收集這個時代十二例外科手術。見朱大渭，〈魏晉南北朝的中醫外科醫術〉，氏著，《六朝史論》(北京：中華書局，1997)，頁64-78。華佗故事，後人有信之。明葉權(1522-1578)《賢博編》：「雞瘟相次死。或教以剖開食囊，探去宿物，洗淨，縫囊納皮內，復縫皮，塗以油，十餘雞皆如法治之，悉活。莊家所宜知，且華佗之術不誣也。」見葉權，《賢博編》(北京：中華書局，2008)，頁35。這種治法，不可思議，但間接反映「手術」的可能。
- 11) 葉夢得，《玉澗雜書》，收入朱易安、傅璇琮等編，《全宋筆記》第二編九(鄭州：大象出版社，2006)，頁368。《史記》醫者「俞跗」，為「上古之時」的手術高手。戰國楚人《鶡冠子世賢》的寓言，論及幾位良醫，「俞跗」其一，謂其「已成必治，鬼神避之」，技藝極高。見黃懷信，

葉夢得反駁華佗手術的最主要的根據是，中醫以「氣」為學說立論¹²。這種「氣的身體觀」不利於手術的發展——「腹背腸胃既已破裂斷壞，則氣何由舍？」氣之不存，形不復生。再者，統治者的「支解之刑」(肉刑)目的是，為造成受刑人的肉體永久的傷害，而象徵無上權威的刑罰不鼓勵與之相仿的醫學技術。然華佗手術竟有縫合創之本事？這也意味著，手術如支解之刑對人體的傷害是長久的。一如刑罰性權力(disciplinary power)對肉體的損害，手術的合法性被質疑著。因此，葉夢得認為，華佗故事「附會」古代傳說中的醫生「俞跗」的高明手術。《史記》俞跗的手術描述，充滿神秘手術(occult surgery)的色彩；而《三國志》華佗手術的細節則有更多「合理」的設想(麻沸散等)。現代史學家陳寅恪(1890-1969)承襲葉氏之說，只是將俞跗的手術先例改成「印度神醫」¹³；中醫手術故事乃嚮壁虛構(allusions)。

《鶡冠子彙校集注》(北京：中華書局，2004)，頁332。

俞跗，又作「俞拊」。《淮南子·人間》：「雖有扁鵲、俞跗之巧」。《漢書藝文志·方技略》有《秦始黃帝扁鵲俞跗方》二十三卷，也是扁鵲在前、俞跗在後。俞跗大約是戰國時之醫。其實，中醫「內科」、脈診、藥效也有一些誇大的故事，不只是「手術」。扁鵲有神技，不下於俞跗之手術。葉夢得論古人詩文，他們的句子往往只差一、二字，幾乎一模一樣。他說：「讀古人詩多，意所喜處，誦憶之久，往往不覺誤用為己語。」此非故意蹈襲，「直是取舊句縱橫役使」。見邊銘昕，《石林詩話校注》(北京：人民文學出版社，2011)，頁106。

- 12) 葉夢得的形/氣觀，似乎表達手術如果破損形體，也會波及氣脈的循行、流動。氣論，見杜正勝，《從眉壽到長生——醫療文化與中國古代生命觀》(台北：三民書局，2005)，頁265-277。「氣」在中醫學說，是解釋病理、生理的假說。余國藩先生借由希臘古典的觀點，「人工製作」(technê)是所有創造性知識的基礎。他多次在文中提及「中醫」——「我們可能會問『氣』是否存在，是一種自然的力量(physis)抑或虛構的產物(technê)？」余國藩，〈人文學科何以不是科學？——從比較的角度自亞里士多德的觀點談起〉，《漢學研究通訊》27：2(2008)，頁11。「氣」是虛構的。
- 13) 范家偉回顧陳寅恪、李建民討論華佗手術。他說：「華佗故事假若真的如陳寅恪所言，乃印度神話的比附，中國醫學外科的歷史及其淵源，失去其歷史淵源與脈絡。」見范家偉，《中古時期的醫者與病者》(上海：復旦大學出版社，2010)，頁8。陳寅恪先生複製中國醫學史內科的正統敘事(monophonic)來判定外科手術。又，于廣哲，《唐代疾病、醫療史初探》(北京：中國社會科學出版社，2011)，頁251-275。

除了神醫俞跗傳說手術的細節，《黃帝內經》有「腹腔穿刺術」¹⁴⁾，以及相近時代的手術經驗¹⁵⁾，同時提供創作華佗手術故事的想像資本。

值得注意的是，葉夢得並不從手術的麻醉、消毒等相關技術不成熟¹⁶⁾否定華佗「割皮解肌」之術。整體而言，中醫「外科」（瘍醫）的主流治療方式，相對於內科偏重內服湯藥，的確更重視「外治」法。十八世紀的名醫徐靈胎《醫學源流論·瘍科論》：「瘍科之法，全在外治，其手法必有傳授。」¹⁷⁾所謂「全在外治」，方法如外貼膏藥與侵入性手術；「一般是系除口服以外，經其他給藥途徑或施以非藥物措施（包括施行手術），以達到治病與防病目的多種療法的泛稱。」¹⁸⁾而且「手法」（術），如徐氏所強調的必須經由師徒傳授（apprenticeship）實作，不像內科可透過讀書自修。

中醫外科史，南宋以降，也就是葉夢得懷疑、批評華佗反常手術的年代，借用梁其姿教授的話，手術實踐「正逐漸邊緣化」¹⁹⁾。中醫外科的「診斷」看病，本來也有獨立於內科思路的方法²⁰⁾，南宋以後日益向著內科療法傾斜，獲其沾溉。這也是所謂「近世」中醫的特徵。中醫外科「內科化」，不只是理論的假借，同時也是整個診療方式的滲透內化（indoctrinated）。朱顏（1913-1972）觀察到傳統中醫史「內科療法成為整體臨床醫學的主要內容。即在外科範圍，也是佔著極重要地位。」²¹⁾內科是中醫之宗祧。而傳統中醫外科的「內科療法」不斷深化與普及的過程，我們仍然不難找到類似華佗奇異手術的案例。何時希（1915-1997）、范行準（1906-1998）兩位醫學史學者，搜集歷來非醫學史料如筆記、野乘等的外科記載²²⁾。范行準說，中醫史上「惟偶有一二手術，亦不足引起當時人注意，故半多淹沒無聞。」²³⁾

葉夢得引用正史《三國志》的華佗手術有「縫合」一項。任何手術無論大小、複雜情況，都有以下幾種「基本手法」：切開、剝離、止血、結扎、縫合、引流等。縫合不良的後果常導致愈合不良、甚至手術失敗²⁴⁾。十六世紀左右中醫出現一種氣管、食管雙管斷

14) 鄭少祥、孫福生，〈腹腔穿刺術小考〉，《中華醫史雜誌》17卷3期（1987），頁148。中醫早期的「砭石、鉞針就是古代所用的手術刀。特別是某些重要部位的膿腫，更要很快切開排膿」。見王自強主編，《內難經三十論》（北京：中國中醫藥出版社，2013），頁239。砭針療法，是「外科療法的前身」。見黃龍祥，《黃龍祥看針灸》（北京：人民衛生出版社，2008），頁10。

15) 參見Klus Dona and Reinhard Habeck著，プシナ岩島史枝譯，《オーバーツ大全—失われた文明の遺産》（東京：學習研究社，2005），頁142-153。

16) 參看W. J. Bishop, Knife, Fire and Boiling Oil: The Early History of Surgery (London: Robert Hale, 2010), pp.155-186。十九世紀美國外科發展，雖然克服麻醉的問題，但一度接受手術的死亡率比以前更高。參見Martin Pernick, A Calculus of Suffering: Pain, Professionalism, and Anesthesia in Nineteenth Century America (New York: Columbia University Press, 1985)。中藥有內服全身、局部麻醉藥，也有具有「抗菌」的方藥（銀翹散、犀黃丸等），但到底多有效，難以評估。見朱顏，《中醫學術研究》（北京：人民衛生出版社，1955），頁28-31；頁53-55。

17) 徐靈胎，《醫學源流論》（北京：中國中醫藥出版社，2008），頁87。

18) 《中國醫學百科全書·中醫學》，頁89。「宋金元時代的醫學突出地表現在醫學理論以及方劑學的大發展，所以在外治法方面相對地處於停滯階段。」（頁90）有的學者將「外治法」，理解為Non-herbal Therapies，見Frank Liu, Liu Yan Mau, Chinese Medical Terminology (Hong Kong: The Commercial Press, 1980), pp. 138-139。

19) 梁其姿，《面對疾病：傳統中國社會的醫療觀念與組織》（北京：中國人民大學出版社，2012），頁180；又頁3-28。南宋做為「外科」史的分水嶺，其歷史背景見鄧廣銘（1907-1998）〈南宋的政治、經濟和軍事上的諸問題〉，收入氏著，《陳龍川傳》（北京：三聯書店，2007），頁24-29。

20) 中醫「內科」（方脈）的診斷、治療以脈診、湯藥為主；外科（瘍醫）的診斷，如何時希說：「外科家察癰疽，有一摸二看之說」，也就是醫者直接摸、察看病灶，而且不把脈。何氏又說：「往時外科家不善診脈，不長處方」；其治療更長於「外治」法。見何時希，《讀金匱割記》（上海：學林出版社，1988），頁281。和邦額（生于1736年）的一篇短篇小說，即以中醫外科為背景，其診斷、治療方法看和邦額，《夜譚隨錄》（上海：上海古籍出版社，1988），頁241-251。

21) 朱顏，《中醫學術研究》，頁85。朱顏另一種重要代表著作《中國古代醫學成就》。相關論文見朱世增主編，《朱顏論醫藥》（上海：上海中醫藥大學出版社，2009）。

22) 見何時希，《歷代無名醫案驗案》（上海：學林出版社，1983），頁182-244。范行準，《范行準醫學論文集》（北京：學苑出版社，2011），頁166-176；頁229-234。

23) 范行準，《范行準醫學論文集》，頁167。

24) 韓萬峰，《中醫外科臨床技能》（北京：人民衛生出版社，

裂的縫合術，較早載於陳實功（1555-1636）的《外科正宗》²⁵。

陳實功，號若虛，江蘇崇川（南通）人。幼小多病，後研讀《素問》、《難經》等醫學經典，行醫四十餘年，患者以南通、揚州兩地尤多。陳氏故居在今南通市城南馬家巷。1621年，他為地方修建「長橋」（又稱為「紀功橋」）等，桐瘵在抱²⁶。

這本書，是關於自殺（自刎）及其急救手術的故事。經由一則具體的「反常手術」，及其後續所反映中國醫學史遭遇的「困頓」（apoptosis）——明清時代中醫外科「內科化」的漫漫歷程。

第二講

本事——雙喉斷裂縫合手術

陳實功生活在萬曆皇帝（1573-1619）的年代。萬曆這位挪用公款建築皇宮的君主，及其龐大的宦官機構，成為朝廷鉅大財源的斂奪者。晚明持續的通貨膨脹，江南穀價居高不下，人民生活困苦。連年災荒，不

僅造成西北地區的貧困；大量飢民、窮民湧進城市，同時也爆發此起彼落的農民起義²⁷。此時，一位外科醫生留下獨特的手術記錄。

《外科正宗·救自刎斷喉法》論及借兵刃自殺、雙喉俱斷（neck trauma）的一種縫合手術，獨出手眼，恢恢乎游刃有餘：

自刎者，乃迅速之變，須救在早，遲則額冷氣絕，必難救矣。

初刎時，氣未絕，身未冷，急用絲線縫合刀口，搽上桃花散，多搽為要；急以綿紙四五層，蓋刀口藥上，以女人舊布裹腳將頭抬起，周圍纏繞五六轉扎之，患者仰臥，以高枕枕在腦後，使項郁而不直，刀口不開，冬夏避風，衣被復暖，待患者從口鼻通出，以薑五片，人參二錢，川米一合煎湯，或稀粥每日隨便食之，接補元氣。

三日後，急手解去前藥，用桃花散搽刀口上，仍急纏扎；扎二日，急用濃葱湯軟絹蘸洗傷處，挹乾用抵腳挑玉紅膏放手心上捺化，捺于傷口處，再用舊棉花薄片蓋之，外用長黑膏貼裹，周圍交扎不脫，近喉刀口兩傍，再用黑膏長四寸、闊二寸，豎貼膏上，兩頭貼好肉，庶不脫落；外用用絹條圍裹三轉，針線縫頭，冬月三日，夏月二日，每用葱湯洗搽換藥，自然再不疼痛，其肉漸從兩頭長合。內服八珍湯調理月餘。如大便燥結，用豬膽套法，不可利藥利之。

雙額俱斷者百日，單斷者四十日，必收功完口。此法曾治強盜郭忠，皂隸沙萬，家人顧興，俱雙額齊斷將危者，用之全活。單額傷斷者十餘人，治之俱保無虞矣²⁸。

為取信於人，陳實功在上文特意列舉患者的姓名郭

2011），頁87-117。
25) 《外科正宗》成書於1617年、萬曆四十五年。馬培之（1820-1905）論《外科正宗》：「今之業瘡醫者，每執《正宗》一書」。見吳中泰，《孟河馬培之醫案論精要》（北京：人民衛生出版社，2010），頁150。陳實功的治療以外治及手術較突出。見顧伯華，〈略論陳實功外治十法及其在臨床的應用〉，收入《顧伯華學術經驗集》（上海：上海中醫藥大學出版社，2002），頁59-66。另參見，李經緯，〈外科學家陳實功〉，收入氏著，《中國醫學之輝煌——李經緯文集》（北京：中國中醫藥出版社，1998），頁315-318。不過，現代學者對傳統中醫的有效性是懷疑的。Susan Naquin, Evelyn Rawski說：「在19世紀以前大多數時期的社會中，醫療水平有限以至不能有效地防治主要的致命疾病。」見氏著，《十八世紀中國社會》（南京：江蘇人民出版社，2008），頁106。
26) 見何時希，《中國歷代醫家傳錄》（北京：人民衛生出版社，1991），中冊，頁479-480。何先生此著〈附錄一：歷代醫家師承傳受表〉，用途甚廣。另，朱良春，〈陳實功先生生平及其《外科正宗》〉，收入氏著，《醫學微言》（北京：人民衛生出版社，1996），頁154-159。1984年5月10日，南通市有「陳實功學術思想研討會」，朱良春發表相關論文。見朱良春編，《朱良春》（北京：中國中醫藥出版社，2011），頁222。

27) 魏斐德，〈中國與17世紀世界的危機〉，收入氏著，《講述中國歷史》（北京：東方出版社，2008），上卷，頁36-66。

28) 陳實功，《外科正宗》（北京：中醫古籍出版社，1999），頁277。

忠等三人，不見於《外科正宗》其他病案的體例。其他病案只有標示病人性別。斷喉將危的患者，以當時止痛、止血的方法相對貧乏，一般醫者不願救助。而陳氏曾成功縫合斷喉外傷患者，竟有十餘人之多。

上述頸傷的病患，應該沒有太多機會「擇醫」的。大陸學者謝娟指出，明代醫病風俗，病人「過於頻繁地更換醫生」²⁹⁾，這種說法並不適用於緊急、危險的急救情況。而且，施用手術，病人也會有手術焦慮(surgical anxiety)的問題³⁰⁾。相較於內科病人服藥的意願，醫家及親屬對手術的顧慮更多。陳實功即舉例說：「富貴及膏梁，素養色欲，每淤房術，縱恣日久，禁此割法。」³¹⁾割法即手術。陳實功對「脫疽」的治療，也說：「不可一己醫治，必與高明眾議，聽患者願情割取。」³²⁾也就是動手術之前，施術者要與其他醫者商議，並獲取病人及家屬同意，所謂的「願情割取」。手術的後果，往往在手術過程出現危險，並不像內科事後較易卸責。陳實功說，外科癰、瘤等病：「切不可輕用針刀，掘破出血不止，多致立危」³³⁾。這也是接受手術的病人可以想見的。但縫合手術如頸部嚴重受傷，無從選擇。

手術是危險的技術，不可輕用。明清外科「內科化」最深的一本著作《瘍科心得集》，全書以湯劑的內科療法為主。高秉鈞(1755-1827)在這本書提及開刀的原則：「凡用刀之時，深則深開，淺則淺開，慎勿忽略。如開魚口、便毒、背疽、臍癰、腹癰、癰癰，宜淺開之；若臂癰、膀疽、肉厚等處，宜深開之，使流出膿，以泄內毒，不可不知也。」³⁴⁾仍有為數眾多的外

科疾病，適當時機必須手術。病有深淺，用刀存乎一心。

陳實功縫合術的處治特色有：(1)、快速縫合刀口，屬於「急診醫學」。手術是一種「行動的作品」(dramaturgy)，其步驟難以程式化；(2)、護理、進補藥(煎湯、稀粥)如人參湯³⁵⁾；(3)、換藥：每隔二日、三日清洗傷口，並同時服補藥調理。我們並不清楚，陳實功這個手術是否有助手協助。

上述的縫合法，沒有提到針具與縫合過程。陳實功只匆匆一筆，「急用絲線縫合刀口」。縫合一般分為單純縫合、內翻縫合、外翻縫合等縫合法³⁶⁾。至於縫合所用針具，在傷科醫籍有「銀針」、「大針」等。例如，清末江考卿《江氏傷科學》：「凡氣喉受傷，令人扶頭托湊喉管，不使出氣，用銀針連好」³⁷⁾。另外，佚名氏的《傷科證治》也說氣喉斷裂時，「急著一人扶持頸項，托湊喉管捻緊，不令氣出，用大針穿線，隔寸許縫好」³⁸⁾。

陳實功的「縫合術」提及八個術語，先做解釋再進一步討論：

一、桃花散：標準「金瘡」外用藥，功能止血。與陳實功同時的醫家繆希雍(1553-1627)說：「桃花散：治跌損，刀傷，狗咬，爛腳。」³⁹⁾本方組成為白

〈淺析明清三大外科學派之特色〉，《天津中醫藥》20卷6期(2003)，頁38-39；王耿，〈高秉鈞對中醫外科的貢獻〉，《陝西中醫》26卷2期(2005)，頁190-191。

35) 日本江戶漢方醫學家丹波元堅(1795-1857)引用陳實功之說，認為陳氏外科用藥為「峻補」之類：「陳若虛《外科正宗》云：凡大瘡，每日膿出一碗，用參必至三錢，以此為則。況本病出膿，日有三碗，用參二錢，謂之大損小補，豈不歸死？又，外科乃破漏之病，最能走泄真氣，如損補兩不相敵，無以抵當，往往至于不救者多矣。蓋亦不啻外科，凡欲施峻補，當須識此意矣。」見丹波元堅，《藥治通義》(北京：學苑出版社，2008)，頁138。

36) 李競主編，《中國瘍科大全》(天津：天津科學技術出版社，1999)，頁63-65。

37) 陸拯主編，《近代中醫珍本集傷科分冊》(杭州：浙江科學技術出版社，2003)，頁4。

38) 陸拯主編，《近代中醫珍本集傷科分冊》，頁356-357。

39) 繆仲淳，《增訂先醒齋醫學廣筆記》(北京：學苑出版社，2011)，頁213。晚清醫家唐容川(1846-1897)的《血證論》有關創傷出血，用藥、思路與陳實功雷同。唐容川，

29) 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1241。

30) 參見Claire Brock, "Risk, Responsibility and Surgery in the 1890s and Early 1900s," *Medical History* Vol. 57 (3), 2013, pp. 317-337.

31) 陳實功，《外科正宗》，頁85。

32) 陳實功，《外科正宗》，頁84。

33) 陳實功，《外科正宗》，頁120。

34) 高秉鈞，《瘍科心得集》(北京：人民衛生出版社，2006)，頁5。高氏的內科療法，吸引溫病學說的說法。參見王永渝，〈溫病學對《瘍科心得集》的學術影響〉，《成都中醫學院學報》13卷3期(1990)，頁18-20。另，李古松，

石灰、大黃；在《丹溪心法》、《證治準繩》有同名之方，但組成藥物不同，但都用於外科疾病⁴⁰⁾。

二、女人舊布裹腳：以女性用品做為護理之具，應有祓除不祥的用意。這不是孤例。明申拱辰的《外科啟玄》（刊於1604年）論及「凡箭頭有毒，……其患處必得婦人月水洗之，方解。」⁴¹⁾

三、葱湯：「葱」為葱白。《傷寒論》的「白通加豬膽汁湯」、「白通湯」、「通脈四逆湯」等，皆用葱白⁴²⁾。除內服外，葱湯亦外用。明末賈所學《藥品化義·風藥》：「葱頭同黃柏煎湯洗瘡毒，能去腫毒。」⁴³⁾

四、膏劑：膏藥有外用、內服二種。陳實功所用膏劑為前者。這類外用軟膏，以藥物及油類等煎熬或搗勻，直接塗在傷口處；或塗在布上覆蓋于瘡面，再以絹布固定⁴⁴⁾。陳實功說：「用抵腳挑玉紅膏」；「抵

腳」疑是一種工具，小匕杓之類。

五、川米：四川所產的稻米⁴⁵⁾。又稱糯稻。李中立《本草原始（1612）》提及糯米「湖南李從事墮馬折傷，糯稻柴灰，以新熟酒連糟入鹽和淋取汁，淋痛處立瘥。其效如神。」⁴⁶⁾

這裡主要是外用，而陳實功做為傷後的營養品。

川米用來煎成湯汁或稀粥，滋養患者成長肌肉。這種飲食療法建立在《黃帝內經》「脾主肌肉」的說法⁴⁷⁾。脾胃吸收營養，死肉潰、新肉生⁴⁸⁾。陳實功以為——「瘡乃肌肉破綻之病」⁴⁹⁾。「瘡」者是中醫外科疾病的統稱。他認為外科療法補脾胃乃第一義：

蓋脾胃盛者，則多食而易饑，其人多肥，氣血亦壯；脾胃弱者，則少食而難化，其人多瘦，氣血變衰。所以命賴以活，病賴以安，況外科尤關緊要⁵⁰⁾。

整體而言，「外科的」身體觀可以稱為「肌肉的」身體觀罷。「肌肉——脾胃——氣血」三重關係（Triadic relation）的身體觀，係手術療法同時也是

《血證論》（北京：學苑出版社，2012），頁63。

40) 裘沛然主編，《中醫歷代名方集成》（上海：上海辭書出版社，1994），頁1094。

41) 申拱辰，《外科啟玄》，收入胡曉峰主編，《中醫外科傷科名著集成》（北京：華夏出版社，1997），頁327。女性陰部及相關事物的法術效力，見李建民，〈「陰門陣」新論〉，《東華人文學報》21期（2012），頁45-76。

42) 李心機，《傷寒論通釋》（北京：人民衛生出版社，2003），第314條、315條、317條。

43) 賈所學撰、李延昆補訂，《藥品化義》（北京：學苑出版社，2011），頁128。這本書最核心的概念是「藥母」。按頸喉外傷用葱湯洗，有類似消毒作用。中醫沒有「致病菌」的觀念，但可能有「感染症」的一些觀察，如傷口化膿，或患者發燒的外觀（general appearance）評估。見張進祿，《臨床使用抗生素手冊》（台北：合記圖書出版社，2005），頁38-48。黃俞、王旭東指出，1642年吳有性的《瘟疫論》，提出超越傳統「六淫致病」的說法。而且，「外科感染與傳染病屬於同一範疇」。見黃俞、王旭東，《醫史與文明》（北京：中國中醫藥出版社，1983），頁144。

44) 關於膏藥的歷史，初步見朱南孫，〈膏方的淵源及其發展簡史〉，收入氏著，《朱南孫膏方經驗選》（上海：上海科學技術出版社，2010），頁195-200。中醫外科，從《五十二病方》、《鬼遺方》，一直到《千金翼方》，其用藥法以外治膏劑佔大部份。見小林清市，〈劉涓子《鬼遺方》について〉，收入《解說研究》（大阪：オリエント出版社，1996），頁65-72。另，「玉紅膏」係生肌收口之藥，見趙尚華、鍾長慶，《中醫外科治法》（北京：學苑出版社，2010），頁114-115。

45) 明清江南是「缺糧區」。四川等地輸入大量米糧，及米糧販運的經營，見范金民，《國計民生——明清社會經濟研究》（福州：福建人民出版社，2008），頁561-562；頁585。

46) 李中立，《本草原始》（北京：學苑出版社，2011），頁402。

47) 「脾主肌肉」的思想，見《素問太陰陽明論》、《素問痿論》等。

48) 中國古典醫學的「肌肉」觀，詳見李鼎，《針灸學釋難》（上海：上海中醫藥大學出版社，2006），頁17-19；趙京生主編，《針灸關鍵概念術語考論》（北京：人民衛生出版社，2012），頁126-127。中醫經典有「肌肉」一詞。不過，古典的「筋肉」，應該更適用於現代所說的「肌肉」。余雲岫在1940年代即指出：「本書中所有『肌肉』字樣，照我近來考證，都應改做『筋肉』」。見余雲岫，《古代疾病名候疏義》（北京：學苑出版社，2012），〈凡例〉（張葦航、王育林點校本）。有外行學者做中西醫史比較，預設中國醫學沒有「肌肉」學說。又，中醫補養脾胃的思想，應起于南宋太醫局教授張銳「安養胃氣」之說。見何紹奇，《讀書析疑與臨證得失》（北京：人民衛生出版社，1999），頁123。

49) 陳實功，《外科正宗》，頁11。

50) 陳實功，《外科正宗》，頁11。

內科療法的核心。外科與飲食療法的關係，連建立湖南雅禮醫院的西醫胡美(Edward H. Hume, 1876-1957)都認為是手術恢復的關鍵：「我很快發現，病人的營養是康復的決定性因素，尤其是外科手術。」⁵¹⁾

六、八珍湯：患者調理復原期間內服湯劑，為傷科藥方。明代薛己(1487-1559)傷科著作《正體類要》八珍湯：「治傷損等症，失血過多，或因克伐，血氣耗損，惡寒發熱，煩躁渴等症。」⁵²⁾中醫用藥，自宋以下，大約十二世紀官府設立的藥局「太平惠民局」的成藥方，流傳較廣⁵³⁾。官設成藥稱為「局方」，隨證選方，包括外科疾病在內，其治療方法皆為內服方劑。羅美《古今名醫方論》(1675年)說：「宋元豐(公元1078-1085年)以後，《局方》猥頤。蔓延今時，何有根柢，漫無指歸。惟薛立齋(按：即薛己)先生所用諸方，簡嚴純正，可為後法，是編多所採錄。」⁵⁴⁾陳實功的外科用藥偏於溫補一路，即是與薛己是一脈的。

八珍湯出自內科補劑，景仰山(1855-?)《醫學從正論》：「外科所用湯藥，皆竊取後世溫補邪說，不過八珍、十全等方，為托補之劑」⁵⁵⁾。早期中醫外科內服藥物則以清涼解熱為主。

七、豬膽套法：「套法」又稱導法、導便法。方法是將潤滑性的錠劑灌進患者肛門，以通下大便。陳實功用的是「豬膽汁」導便法。他注意患者縫合後復原過程會有便秘，這應是經驗之談。

這種肛門納藥之法，以《傷寒論》最早，其後手術繁簡不一。葉勁秋提及外科膽導法，無殊於西醫灌腸法：「其實施之方法以竹筒長三、四寸，以一半納穀道中，有以葦筒納入下部三寸，有用筒吹入肛門內，有用竹筒傾納下部，有以小竹筒擠入肛門，其實施法之最明確者，為清顧世澄《瘍醫大全》之膽導法：『用豬膽一枚，膽口中放鵝毛管一根紮緊，以一頭鵝毛管插入肛門，逞勢一捻，其膽汁衝入肛門，大便即行矣。』此與西醫之用橡皮球者二而一也。」⁵⁶⁾橡皮球類似豬膽的功能。

八、「類」：生理器官。陳實功稱斷喉有「單類」及「雙類」兩種狀況。類又稱為「喉」。宋代解剖圖畫三喉，後更正為二喉，也就是食管與氣管。沈括(1031-1095)《夢溪筆談藥議》：「人有水喉、食喉、氣喉者，亦謬說也。世傳《歐希範真五臟圖》亦畫三喉，蓋當時驗之不審耳。水與食同嚥，豈能就口中遂分入二喉？人但有咽有喉二者而已，咽則納飲食，喉則通氣。」⁵⁷⁾而托名華佗的《內照圖》則引用唐代吳欽縣尉楊玄操之說，喉與咽二管並行，分別接連肺與胃：「楊玄操云：『喉嚨與咽並行，其實兩異，而人多惑之。』蓋喉中為息道，咽中下水穀，其喉嚨下接肺兩葉之間，與今所繪者同。若吳簡序、宋景所畫(歐)希範喉中三竅者，非果喉中具三竅，則水、穀與氣各從一竅而俱下肺中，肺下無竅，何由轉道水穀入于下焦？」⁵⁸⁾可見中醫臟腑圖，喉中只有二管，而非有三管。所以人只有食喉、氣喉；明施沛《藏府指掌圖書》(1639年)所引述喉、咽各家之說相同⁵⁹⁾。

51) Edward H. Hume著，杜麗紅譯，《道一風同》(Doctors East, Doctors West) [北京：中華書局，2011]，頁52。

52) 薛己，《正體類要》(北京：人民衛生出版社，2006)，頁90。八珍湯以人參、熟地為主。張魯峰《鶴塘醫話》：「參、芪、白朮，陽分藥也，而古人多以治血，陽生則陰藉以長也。地黃、歸、芍，陰分藥也，而古人多以之治氣，陰滋則陽得所養也。」見張魯峰，《鶴塘醫話》(上海：上海浦江教育出版社，2011)，頁100。

53) 宋太平惠民和劑局編，《太平惠民和劑局方》(北京：人民衛生出版社，1985)。外科用藥見卷八〈治瘡腫傷折〉。另《局方》的外科藥方，見王世民、韓仲成編，《局方別裁》(天津：天津科技翻譯出版公司，1992)，頁335-350。

54) 羅美，《古今名醫方論》(北京：中國中醫藥出版社，1994)，頁2。另參見頁40，薛己治外科病的思維：「先補胃氣」。這種思想較早起於南宋醫家張銳。

55) 景仰山，《醫學從正論》，收入《景仰山醫學三書》(瀋陽：遼寧科學技術出版社，2012)，頁55。八珍湯以熟地滋腎陰等藥物為主。「熟地」明、暗藥性的討論，見江海濤，《藥性瑣談——本草習性精研筆記》(北京：人民軍醫出版社，2012)，頁13-16。

56) 葉勁秋，《中醫灌腸法考》，《光華醫藥雜誌》1卷3期(1934)，頁16。

57) 胡道靜，《夢溪筆談校證》(上海：上海古籍出版社，1987)，頁827。

58) 見彭靜山，《華佗先生內照圖淺解》(遼寧：遼寧科學技術出版社，1985)，頁27。關於《內照圖》的年代，參見高文鑄主編，《華佗遺書》(北京：華夏出版社，1995)，〈敘錄〉，頁7-10。

然而，南宋以後司法檢驗專書如宋慈（1186-1249）《洗冤集錄》等，以為自刎「傷著氣喉即死」⁶⁰。也就是自刎傷深及「氣管」立即死亡。而且在評估各種自殺的狀況，其中，食管、氣管均斷時，死亡最速。《洗冤集錄·自刎》：

凡自割喉下，只是一出刀痕。若當下身死時，痕深一寸七分，食系、氣系并斷。如傷一日以下身死，深一寸五分，食系斷，氣系微破。如傷三、五日以後死者，深一寸三分，食系斷，鬚頭髻角子散漫⁶¹。

按自刎者割喉深淺程度不一，略分三種傷害狀況；也可知食系在前，氣系在後。若割及氣系（喉）表示自刎用力之深。《洗冤集錄·殺傷》論他人行兇，「食系、氣系并斷」⁶²，是為傷及人體要害無救。但陳實功卻認為其縫合術「用之全活」，真神乎其技。元代王與（1260-1346）《無冤錄》關於自殺檢驗條文，與《洗冤集錄》一模一樣。《無冤錄》的〈格例〉「類」、「喉」兩者通，如「食、氣類」、「揣捏得食、氣類全或塌」⁶³。王與撰《食氣類之辨》指出，氣類在前，食類在後：「夫所謂食、氣系者，《結案式》中則名曰食、氣類。予嘗讀醫書，夫人身有咽有喉，喉在前通氣，咽在後咽物，二竅各不相麗。」⁶⁴ 無論如

何，頸項食類、氣類皆斷，從司法刑偵角度而言「當下」即死，而陳實功卻認為可以急救？

與陳實功同時代，托名「異遠道人」的傷科《跌損妙方》（1523年）一書，記載人體喉管「單管」斷裂之時處治原則：

食管雖斷，在飽食之後，延二日不死者，可治⁶⁵。

食道斷裂，患者受傷前飽食，二天不死亡者，說明只要沒有頸動脈出血，或者胸腔其他臟器嚴重受損，大約可以治療。韋以宗解釋食道受損的各種情況：

食道外傷斷裂，則不能進食，在當時的醫療條件下，患者可因飢餓衰竭而死亡。所以，這裡強調了「在飽食之後……可治」。然而在今天的醫療技術條件下則可通過鼻飼、輸液等措施，解決因食道損傷不能進食的困難。所以，現代醫學對食道損傷的預後，取決于有否大動脈撕裂出血以及有否嚴重的氣、血胸，而與進食與否關係不大⁶⁶。

也許，可將《跌損妙方》「延二日」的說法，理解為食道急救的黃金期。《跌損妙方·頭面門》又說：「食管斷，用桑白皮和絲密縫。」⁶⁷ 陳實功的縫合手術法確有所本的。而且，由單管縫合更進一步成為雙喉斷裂縫合。

59) 施沛，《藏府指掌圖書》（日本內閣文庫藏本），頁6-7。

60) 姜麗蓉譯注，《洗冤集錄》（瀋陽：遼寧教育出版社，1996），頁133。關於自刎的真實案例，可參見《宋提刑洗冤錄集錄》卷四「註釋」所附的〈附考〉。詳見楊一凡主編，《歷代珍稀司法文獻·第九冊》（北京：社會科學文獻出版社，2012），頁175-178。《洗冤錄》的若干記載，近乎外科手術。清儒錢大昕說：「《輟耕錄》記勘釘之事，以為創聞，然此錄已先有之矣。」見錢大昕，《十駕齋養新錄》（上海：上海書店，2012），頁277。

61) 姜麗蓉譯注，《洗冤集錄》，頁134。現代的評注者，以為「氣管切破，空氣可以從破口進出，並不影響呼吸，只要傷後出血不堵塞呼吸道，一般不會致死。」又說：「有的在頸前正中切割，把喉頭氣管、食道切斷，卻未傷及兩側大血管，傷口很深卻未致死。」見高隨捷、祝林森，《洗冤集錄譯注》（上海：上海古籍出版社，2008），頁106-107。

62) 姜麗蓉譯注，《洗冤集錄》，頁136。

63) 王與，《無冤錄》，收入《沈家本全集》（北京：中國政法大學出版社，2010）第八卷，頁651；頁664。賈靜濤，《中國古代法醫學史》（北京：群眾出版社，1984），頁186-188。

64) 王與，《無冤錄》，頁649。中醫食管、氣管前後位置有二說，應以王與之說近是。西醫「食道」（esophagus），俗稱gullet，通至胃部，分頸部、胸部及腹部三部份；腹部食道位於橫隔膜以下。頸部一段之食管可控制食物單向流動。「氣管」（trachea），俗稱windpipe，連接口鼻至雙肺的呼吸管道。氣管在前，食管在後。見鄧樹楨，《最新天星英漢百科醫學辭典》（台北：天星出版社，2007），頁422；頁1024。

65) 韋以宗，《跌損妙方、救傷秘旨、救傷秘旨續校釋》（上海：上海科學技術出版社，1988），頁6。又，參見韋以宗，〈中國骨傷手術療法史〉，《中華醫史雜誌》11卷3期（1981），頁168。

66) 《跌損妙方校釋》，頁9。

67) 《跌損妙方校釋》，頁40。

陳實功的雙喉急救手術相當罕見。清代胡青崑所編輯的傷科手抄本《跌打損傷回生集》即指出：「氣喉管斷即死不治」⁶⁸。單喉斷裂即不可救治。有的醫書更明言，喉管在「未斷」的情形才予以救治。佚名氏的《傷科秘書》說：「如咽喉割斷，左為氣喉，右為食喉，如三分中有一分未斷」的狀況⁶⁹，可以急救。

陳實功的急救縫合術過程，沒有提及「麻藥」。陳氏說患者受傷後養護時必「避風」，以及葱湯洗傷口後「自然再不疼痛」，可見患者確有疼痛的問題⁷⁰。不過，縫合「須救在早」；患者奄奄一息之際，縫合刀口時未必有用麻藥⁷¹。陳實功的手術，所用之藥多為內服補藥，如前述人參湯、八珍湯等。陳氏創造以溫補藥物調養的外科手術「混種物」(hybrid)⁷²。

陳實功的自殺急救手術及護理在中醫急救法頗不尋常。中醫將自縊(上吊)、壓死、溺水、壓死、產乳死等⁷³，稱為「五絕」，也就是五種最危險的狀況。上吊應是自殺最常見的方式。而自刎等外傷主要係自傷、他傷的方式(harmful or suicidal “acting out” behaviors)所造成的。因此，雙喉皆斷的縫合手術，

在中醫手術史佔有核心之地位。

陳實功《外科正宗》在明清外科技術流派中，特別強調「手術」⁷⁴。而氣管「縫合」細節、技巧是不可見的(trivially invisible)，言有闕書，固難描述。「手術史」為中醫史所罕知者；1940年劉復(1897-1960)撰〈古醫割治紀事敘目〉一文，「割治」即以割為治療，也就是手術治療。他說：「考古割術不傳，即傳亦非典籍所能昭示者。……降及明季清初，絕學復傳。洛陽祝巢夫，杭州姚應鳳，松江奚鳳鳴，鄭州陳鳳典，群賢崛起，載諸地志，不可謂無其事也。」在主流儒醫系譜之外出現的外科高手，間或記載於壓抑的地方誌的奇人軼聞裡。「地方化」外科的用意，是要認定這個邊緣技術別有其不同的政經權力。例如，上述原籍河南的陳鳳典主要活動於雲南；人呼「老神仙」，道醫者流。劉氏又將中醫近世手術與外治針術並舉，「割術之不彰，正猶針術之散失」⁷⁵。中醫手術史料零者不整，依托杜撰，懸斷遙擬，難取信人。

中醫史上不乏脈診、針術的神異記載；讀者多不懷疑有其術、甚至深信這些技術確有神奇之處。而中醫手術的記載，讀者每先疑其事，或否認為無，為鑿孔裁須之談；因此，劉復特別強調「不可謂無其事也」。他發現明末清初⁷⁶，也就是陳實功的時代稍晚，這一類手

68) 朱付平、余艷蘭主編，《跌打損傷回生集釋義》(太原：山西科學技術出版社，2013)，頁23。

69) 見陸拯主編，《近代中醫珍本集傷科分冊》，頁222。

70) 關於「疼痛」的病理解釋，中醫有三假說。頸傷大約屬於「分裂則痛」。嚴健民以為，此說「相當於肌原性疼痛」。詳見嚴健民，《經脈學說起源演繹三千五百年探討》(北京：中醫古籍出版社，2010)，頁232。中醫三種疼痛說都與「風寒」連繫起來。

71) 明末姚可成《食物本草》(1643年)收錄「麻藥草」，有押不蘆一味「昔華佗能剝腸滌胃，豈不有此等藥耶？」(卷19)見姚可成，《食物本草》(北京：人民衛生出版社，1994)，頁1205。「押不蘆」是宋代由阿拉伯傳入中國之西亞藥物，即曼陀羅花。參Berthold Laufer著，杜正勝譯，《中國與伊朗——古代伊朗與中國之文化交流——》(台北：台灣中華書局，1975)，頁308-309。進一步可參：Penelope C. Johnstone, “Yabruh”, in Encyclopaedia of Islam (<http://reference-works.brillonline.com/entries/encyclopaedia-of-islam-2/yabruh-SIM_7933>)。

72) Bruno Latour著，余曉嵐等譯，《我們從未現代過》(台北：群學，2012)，頁41-43。

73) 關於「五絕」的記載頗多，參見龔廷賢在《萬病回春》(1587年)的討論。龔廷賢，《萬病回春》(北京：人民衛生出版社，2011)，頁469-470。

74) 《外科正宗》涉及手術案例甚多，見頁67；頁84-85；頁173；頁185；頁220；頁253；頁277等。明清外科醫學流派，初步見《中國醫學百科全書·中醫學》，〈明清外科三大學派〉一條，頁112-113。

75) 劉民叔，《劉民叔醫書合集》(天津：天津科學技術出版社，2011)，頁422。劉民叔將中國醫學分為六支，「割治家，俞跗學派是也」其一。他又說：「中醫約分湯液、針灸、導引、房中、祝由、割治六大學派。及于今日，惟湯液一派，用藥治病，為世之顯學。」(頁398)劉氏的著作，最近引起了一些關注。

76) 明末清初，最富想像力的手術是由李漁(1611-1680)在白話小說《肉蒲團》(1657年)所創造的。《肉蒲團》第七回描述生殖器移植手術：「先用快刀割斷，然後剖開雌狗之陰，取出雄狗之腎(建民按，即外腎，生殖器也)，切為四條。連忙把本人的陽物用麻藥麻了，使他不知疼痛，然後將上下兩旁割開四條深縫」(頁255)。這個手術是必須要應用縫合術的。李漁是很懂醫學的，這個人獸生殖器縫合篇幅很長。他說手術後，可以行房、不能生育：「那先天的元氣，割的時節卻未免洩漏了些，定然不足。生兒育女之事，就保不定了。」(頁257)故事的主角是元代的一位儒生

術記載突然又多了起來。陳邦賢(1889-1976)《中國醫學史》即以較長的篇幅,描述清代湖南辰溪的一位骨傷科醫生張朝魁,「能以刀剖皮肉」,又說張曾為人「剖腹」開刀、患者全愈⁷⁷。相對內科方脈,中醫手術高手更具有宣傳與「表演自覺」;他們所留下的手術充滿了神話、戲劇性的場面。在歷史上既定的內科舞台上,誇張的演出有時候引人側目、稍稍挽回自己在邊緣的處境。

在陳實功展演他的雙喉斷裂縫合手術的同時,有一位擅長手術的遊方道人,其「反常手術」套用本書第一講的《三國志》華佗故事的用詞如「麻沸散」。接受手術的病人稱錢遵道。何喬遠(1558-1631)《名山藏方技記》:

道人無名氏,亦不知自何來。戴華陽中,

「未央生」。他手術後,還給他的友人「賽崑崙」細看(第八回)。Patrick Hanan教授在討論李漁的作品,注意到這種手術;做手術的不是主流儒醫,而是「術士」。一般房中術,增強性能力是經由藥物,但李漁卻用「手術」;因此,他創造了比《金瓶梅》西門慶與《繡榻野史》東門生更厲害的男主角。見Patrick Hanan著,楊光輝譯,《創造李漁》(上海:上海教育出版社,2010),頁124。未央生最後自我閹割,皈依佛門。見李漁,《肉蒲團》,收入陳慶浩、王秋桂主編,《思無邪匯寶》[15](台北:台灣大英百科公司,1994),頁469-502。《肉蒲團》第一回即引用《本草綱目》(頁136)。李漁雅好醫道;他在另一本小說《十二樓》的〈萃雅樓〉有敘述細緻的閹割過程,包括上麻醉、「止血的末藥」及傷口「收口」等醫療步驟。見李漁,《十二樓》(北京:華夏出版社,2012),頁149-152。關於中國古代性風俗,姚靈犀《思無邪小記》抄錄筆記、說部等,相關史料千餘種。體例類似梁廷楠《東坡事類》,可參。姚氏多一一抄書,各條史料之間沒有必然關係。少數史料加上作者按語。《思無邪小記》的史料,有些是摘抄,不是原文。如《梵天廬叢錄》(頁169)、《臨清寇略》(頁181)等「秘本」,嗜痂者可參看。此書有1941年天津書局本。我的影印本是《中國古豔稀品叢刊第五輯》(無出版地點、時間),1980年代即可購買到。台北廣文書局《中國近代小說史料彙編》有基本的小說,如《六合內外瑣言》,可參。

77) 陳邦賢,《中國醫學史》(上海:商務印書館,1957),頁305。就實際技術而言,趙學敏(1719-1805)收集「走方醫」的驗方,提及他們「用刀曰放紅」、「鉗取在速而不亂」,足見走方醫會刀、鉗等手術,與儒醫不同(見《申雅內編緒論》)。《申雅》(內、外編,1759撰)該書記錄大量的「外治法」,啟發了清代外治專書《急救廣生集》、《理瀉辨文》二書。又,魯照又作《申雅補》(1825年)。以上四書,相關研究缺乏,值得注意。

披鶴氅,自言能割割湔洗,若華粵(按即三國時代的華佗)然。人不之信。過岷縣長樂鄉(在今紹興),有錢遵道者,病噎不治,自念割割死,不割亦死,等死,請道人試之。道人用麻沸散抹其胸,割之長七、八寸許,出痰涎數碗。遵道暈死,無所知。頃之甦,以膏傅割處。四、五日差,噎亦愈,復能飲食。道人不受謝去⁷⁸。

上述實錄,不在手術的可信程度。故事的重點:在形容手術技藝的高明獨特。手術的真正困難關鍵之處(technical 'difficulty'),並不在技術本身⁷⁹。事實上,無名道人的手術完全符合古代人方術、巫術對人體「割割湔洗」的共同想像。也就是說,在古代手術史,手術的記載偏向神奇、誇張是必然的。手術者具備一定技巧的內在悟性(inherent intelligibility),則是「手術」者的真實內涵。李謙(1488-1566)在其《醫史》,頌手術技術的奧妙神秘:「揮刀而肯綮無碍,其造詣自當有神,雖欲師之而不可得。」⁸⁰

「揮刀造詣」之技屬於一種手感經驗⁸¹,相對中醫核心經典或大量的書寫文本(written texts),手術則是演出文本(performance text),只存在手術過程(plot)而難以言說、傳授。這是各別手術傳承必有「師」授卻「不可得」的張力所在。

演出文本是中醫手術史唯一類型的史料。徐珂(1869-1928)《清稗類鈔》留下一則葉天士

78) 何喬遠,《名山藏》(福州:福建人民出版社,2010),頁2891。

79) 借自英國人類學家Alfred Gell(1945-1997)的說法。見Alfred Gell, "The Technology of Enchantment and the Enchantment of Technology," in Jeremy Coote and Anthony Shelton (ed), Anthropology and Aesthetics (Oxford: Oxford University Press, 1992), pp.46-49.

80) 俞鼎芬、倪法沖、劉德榮校注,《李謙醫史》(福建:廈門大學出版社,1992),頁198。

81) 林兩傳醫生曾使用「手下感覺」一詞,來形容傷科手法的經驗。他以為,人體若有「不可動」的骨頭、肌肉、筋膜;手法「把不可動的弄成可動」。見林兩傳,〈傷科手法解析〉,《黃庭中醫會刊》4期(2010),頁41-53。

(1667-1746) 的手術。這位溫病學說大師，竟然表演胸腔手術：

或患肺癰，委頓欲死，(葉)天士曰：「此非外治不奏功。」乃反接而縛之，令人取冷水一盆，當頭淋之，復以刀刺其心坎，膿血隨出，約斗餘，藥敷瘡口而愈。後詢其故，天士曰：「肺居心上，此人患癰，肺下垂包心，心不可見鐵，故以冷水驚之，使心上提，乘隙入刀刺肺也。」⁸²⁾

這應是為塑造「名醫」形象所虛構的軼事。其中「肺下垂包心」不見於任何醫學經典。取冷水淋患者使心上提之舉，彷彿如兒戲，不具備任何手術的規範性。但這則故事，手術出膿血後用藥敷創口，與上述無名道人的胸腔手術相同，或可視為葉天士手術的先例。對演出文本的理解不同於書寫文本。我們不採取本書第一講葉夢得、陳寅恪的懷疑態度，而是「暫時懸置懷疑」(the suspension of disbelief)。將懷疑之態度暫時懸置⁸³⁾，是為了理解中醫手術的真實感達至最深。

對中醫手術的認識論，宜採用「先例」(precedent) 研究法⁸⁴⁾。歷史上先例，對所有中醫史的分支的討論都是重要的。手術史因為其不連續、間接的特性，「先例」更是具有關鍵地位；繫鈴解鈴，此為發凡起例之法。

第三講 「先例」分析法

手術縫合稍系統的講述見於九世紀中葉，托名「蘭道人」所傳的《仙授理傷續斷秘方》。這本中醫最早的

傷科手冊方書，論及骨破、筋斷等外傷的處治原則：「凡骨破打斷，或筋斷有破處，用風流散填塗，卻用針線縫合其皮，又四圍用黑龍散傳貼。」⁸⁵⁾ 書中多處提及用「煎水」(煮沸過的水)清洗傷口、同時也利用「絹片」包紮護理⁸⁶⁾。《理傷續斷方》又描敘骨傷的次第，由「腦骨」往下，並沒有涉及頸喉等傷。唐、宋相關醫方書，找不到雙喉斷裂縫合術的記載。

元代危亦林《世醫得效方》(刊於1345年)收錄傷科史料較全，但只有腹部腸創傷縫合術⁸⁷⁾。較早以桑皮縫合自刎傷口的記載，見宋人郭象(南宋初舉進士)的《睽車志》；這是一本短篇志怪⁸⁸⁾：主角傅霖「淳熙庚子任臨安監，嘗建于北關創立新倉，攘取民居八十餘家」，而受到報應，其女遂病。「又欲大營備屨水車之具，官無餘錢。其家素富，乃從妻丐五百緡，妻拒不與。霖窘迫，以刀自裁，救之不死。醫者以桑皮縫合其創，傅藥雖愈，而頷頸攣不復伸，俯首不能仰視，神識沮喪」⁸⁹⁾。自殺部位應在頸部。很遺憾，我們在宋代醫書找不到斷喉縫合類似的記載。

傅霖的自刎故事，純屬虛構；然斷喉「以桑皮縫合其創」符合外科手術的想像，有其所本。安金藏、張瓊的案例可證。安金藏是唐武后時的太常樂工，常侍東宮太子左右；東宮太子被告謀反，武則天下詔來俊臣查處，安金藏以死明太子不謀反。《新唐書·忠義·安金藏傳》：金藏「引佩刀自剖腹中，腸出被地，眩而仆。后聞大驚，輿致禁中，命高醫內腸，禡桑紮紮之，閱夕

82) 徐珂，《清稗類鈔》(北京：中華書局，1996)，第九冊，頁4137。

83) 這個概念出自柯立芝(Samuel Taylor Coleridge, 1772-1834)。帕慕克(1952-)有所闡釋。見Orhan Pamuk著，顏湘如譯，《率性而多感的小說家》(台北：麥田出版社，2012)，頁182。

84) Arnaldo Momigliano, *The Classical Foundations of Modern Historiography* (Berkeley: University of California Press, 1990), p.136.

85) 蘭道人，《仙授理傷續斷秘方》(北京：人民衛生出版社，2006)，頁19。另參見：曹一林，〈《仙授理傷續斷秘方》研究〉，《中國骨傷》21卷8期(2008)，頁639-640。又，韋以宗主編，《少林寺武術傷科秘方集釋》(上海：上海科學技術出版社，2008)，頁8。

86) 蘭道人，《仙授理傷續斷秘方》，頁17，頁21，頁38-39。

87) 許敬生主編，《危亦林醫學全書》(北京：中國中醫藥出版社，2006)，頁468。

88) 魯迅，《中國小說史略》(香港：新藝出版社，1976)，頁106。

89) 郭象，《睽車志》(台灣商務印書館影印文淵閣四庫全書本)第1047冊，頁229-230。宋代另一本志怪小說，徐鉉(916-991)的《稽神錄》有一則手術，「處士蒯亮言，其所知額角患瘤，醫為割之，得一黑石碁子。」見徐鉉，《稽神錄》(北京：中華書局，1996)，頁125。可參看。

而蘇。」⁹⁰這裡的「桑社」即是桑白皮⁹¹。紕，即縫合、補綴。另外，《資治通鑑·後周紀四》公元956年條下，後周世宗出兵攻擊南唐，張瓊為趙匡胤的麾下心腹：「太祖皇帝乘皮船入壽春壕中，城上發連弩射之，矢大如屋椽；牙將館陶張瓊遽以身蔽之，矢中瓊髀，死而復蘇。鏃著骨不可出，瓊飲酒一大卮，令人破骨出之，流血數升，神色自若。」⁹²此類似關雲長的故事。張瓊中箭深入及骨。取箭的過程，縫合皮肉，使創口癒合。所謂「破骨」應指「死骨剔除術」(the operation of bone sequestrum excision)⁹³。

成書于1331年，李仲南的《永類鈴方》涉及斷喉的縫合手術。在〈唇口喉齒腮傷〉一節：

凡割喉者，用腳騎患人頭項，以絲線先縫內喉管，卻縫外喉管，用封血藥。或喉被人打葉了，以手掐圓之。吊項見急濟方中。若喉結傷重，軟喉斷不治。結下食喉管斷，以湯與之，得入腸可治，若并出不可治⁹⁴。

「封血藥」即為止血。所謂「吊項」，是上吊、自縊，與自刎割喉的處理方式不同；前者是自殺行為的常態(routinization)。《永類鈴方》將兩者分別對待。上述文字，與緊接著下文王肯堂的說法，一模一樣。相關的手術內容，我們稍後一併討論。《永類鈴方》另記載腹腔縫合術，「卻用桑白皮為線，打曲針向皮內縫合，後用斷血、合口藥同濟，用絹袋縛定，再貼絹上再縛。」⁹⁵從縫合所用的「曲針」，可以推測手術按不同狀況而使用不同的針具。

李仲南《永類鈴方》記錄醫者實踐手術時「用腳騎患人頭項」的獨特姿勢，顯示縫合手術的真實性。

李仲南《永類鈴方》所載，喉「兩管」(內喉管、外喉管)縫合術，是否受同時代《回回藥方》的影響，不得而知。撰寫于十四世紀(1368年)，由元代醫療行政組織「廣惠司」所編纂的《回回藥方·說傷損從身外著透人身內及因跌磕有傷並治法》有縫合的細節：「縫的法：插針時，先將連筋肉傷處，用針頭從所縫之人這邊向外穿過，卻倒其針從外將外皮並浮肉向裡插入來，要針頭對所縫之人後」⁹⁶。此外，《永類鈴方》上述有「或喉被人打葉了(「葉」應作「歪」)，以手掐圓之」的記載；《回回藥方·說脊梁骨脫出者》

90) 歐陽修、宋祁，《新唐書》(北京：中華書局，1975)卷191，頁5506。唐長孺對武則天殺李家皇室、長孫無忌集團的人，持正面評價。見唐長孺，《魏晉南北朝隋唐史》(北京：中共中央高級黨校歷史教研室，1964)，頁243。安金藏事亦見《大唐新語》卷5記載。後唐玄宗追封安氏為代國公，制書詳《全唐文》卷23。此事應為實錄。見馮漢鏞，《唐宋文獻散見醫方證治集》(北京：人民衛生出版社，1994)，頁73。論者或以安金藏為粟特人，剖腹係「祆教法術」。見雷聞，〈割耳瘳面與刺心剖腹——從敦煌158窟北壁涅槃變王子學哀圖說起〉，《中國典籍與文化》2003年4期，頁95-104。

91) 桑皮線，在東漢《神農本草經》作「桑根白皮」。北宋蘇頌的《本草圖經》(1058-1062編成)說桑根「白皮作線，以縫金創腸出者，更以雞熱血塗之。唐安金藏剖腹用此法，便愈。」見尚志鈞，《神農本草經校注》(北京：學苑出版社，2008)，頁126-127；唐慎微，《證類本草》(北京：華夏出版社，1993)，頁373。《證類本草》提及採收桑根白皮的禁忌「出土者殺人」。意思是，桑樹根不用露出在地面的部份的白皮。有一則關於程顥(1032-1085)的故事：「明道主簿上元，謝師直為江東轉運判官。師宰來省其兄，嘗從明道假公僕掘桑白皮。明道問之曰：『漕司役卒甚多，何為不使？』曰：『《本草》說桑白皮出土見日者殺人。以伯淳所使人不欺，故假之爾。』」伯淳是程顥的字。桑白皮採收見其「毒」；採取之人也應該具有某種稟賦(「不欺」)足以抗毒。程頤、程頤，《二程集》(北京：中華書局，2004)，頁660。

92) 司馬光，《資治通鑑》(北京：古籍出版社，1956)卷293，頁9545。關於後周世宗三征南唐，及趙匡胤不同於世宗的「統一」決策，見鄧廣銘，《宋史十講》(北京：中華書局，2009)，頁3-13。

93) 韋以宗主編，《中國骨傷科學辭典》(北京：中國中醫藥出版社，2001)，頁208。又，唐人劉鍊的小說，記錄一則「鑿骨」手術，與戰傷有關，可參。見劉鍊，《隋唐嘉話》(北京：中華書局，1997)，頁24。

94) 李仲南，《永類鈴方》(北京：人民衛生出版社，2006)，頁825。本書記載腹腔內摘除手術，值得注意(頁827)。足見中醫認識臟腑。另參見王育學，〈《永類鈴方》在骨傷科學上的貢獻〉，《中華醫史雜誌》12卷3期(1982)，頁153-154。

95) 李仲南，《永類鈴方》，頁826。

96) 《回回藥方折傷門》，收入湯歌民編，《秘傳傷科方書八種》(北京：中國中醫藥出版社，2013)，頁17。關於蒙醫學的一般概況，見伊光瑞主編，《內蒙古醫學史略》(北京：中醫古籍出版社，1993)，頁25-37；張俊峰，〈《回回藥方》「折傷門」對骨傷科學的貢獻〉，收入牛陽主編，《回回藥方研究》(銀川：陽光出版社，2010)，頁139-143。

有類似的手法：「若脖項骨節脫了，其治法：令病人俯臥，一人扯其頭向前，一人于骨節上緩令而軟，然後入木處。」⁹⁷⁾不過，《回回藥方》一書深秘宮廷，作用不大⁹⁸⁾。

人的頸項不同部位，佈有不同的脈管。割損外傷時，血管暴露，易於觀察。元·沙圖穆蘇《瑞竹堂經驗方》（成書于1323年）論外傷：「被傷血流太多，恐傷斷脈絡、血筒急，急措去血，用藥乾貼之，立止。」⁹⁹⁾血筒應是可目見的大「血管」，不是不可見的經脈。而李仲南提及「割喉」，只提到斷裂之兩喉，不涉及頸部的血管。

與陳實功同時的醫家王肯堂（1549-1613）《證治準繩·瘍醫》抄錄李仲南書中的斷喉縫合術，但稍改動以為食管斷即不可治：

凡割喉者，用騎腳患人頭頸，以絲線先縫內喉管，卻縫外頸皮，用封口藥塗傅，外以散血膏敷貼，換藥。或喉被人打歪，以手搖正，卻以前膏敷貼。若結喉傷重，軟喉斷不可治。以湯與之，得入腸者可治，若并出者不可治¹⁰⁰⁾。

上述二條引文，很難得提到醫者正在施行手術的姿態。縫合人體部位具體指出，包括「內喉管」及「外頸皮」（李仲南作「外喉管」）。這種縫合術能縫斷裂的內喉，可說極盡精巧。其中，上文又論及「結喉」、「軟喉」的情況，按《洗冤集錄·論沿身骨脈及要害去處》：「頸之前者頰喉，頰喉之上者結喉」¹⁰¹⁾。結喉，或是喉節，在頸正前突起處。而所謂「軟喉」即食管¹⁰²⁾。王肯堂也認為，食管斷是「不可治」的。例如

餵食病人湯水，水由刀口溢出不能入腸胃即表示食管斷裂。王肯堂承襲李仲南的做法，而較陳實功的手術保守。

與王肯堂、陳實功同時而稍晚，陳士鐸的《洞天奧旨·金刃瘡》（1694年）以內治、湯劑治療為主，完全不提手術。陳氏認為自殺的原因是「激忿」衝動造成的。陳士鐸說：「惟涕泣而刎頸，郁怒而斷指，其症皆重也。」又說：「必須勸其解怒以平肝，消愁以養脾，寬懷以安心，然後用補氣、補血之藥，而佐之止痛生肌之味，始可奏效。」¹⁰³⁾ 陳士鐸的解怒消愁之法，似只能對尚未自刎的人進行道德勸說。

1724年，由年希堯（1671-1738）與梁文科（1660-1723）收集、編輯的《集驗良方》，旨在個人養生、自療之「急用」，其中〈救自刎斷喉方〉一段，全部改寫自上一節陳實功之書，可視為陳書的「縮寫本」：

自刎者，乃迅速之極，須救在早，遲則額冷氣絕，必難救矣。初刎時氣未絕，身未冷，急用熟雞皮貼患處，安穩枕臥；或用絲線縫合刀口，搽上桃花散，多搗為要。急以棉紙四五層蓋刀口上，以女人舊布裹腳周圍，五六轉扎之，頸項郁而不直，刀口不開；三日後即手解去前藥。再用桃花散撒刀口，仍急纏扎過；數日再用玉紅膏敷患處，外用生肌長肉大膏藥貼之，外用絹帛圍裹，針線縫緊，後期肉長收功¹⁰⁴⁾。

斷喉縫合術，本是像陳實功這一類「專科」醫生的個人手藝。在上述《集驗良方》「手冊」式的小方書，

97) 《回回藥方折傷門》，頁56。

98) 范行準，《中國醫學史略》（北京：中醫古籍出版社，1986），頁151。

99) 沙圖穆蘇，《瑞竹堂經驗方》（北京：中國醫藥科技出版社，2012），頁75。

100) 王肯堂，《六科準繩》（台北：新文豐出版公司影印明刻本，1979），頁429。

101) 姜麗蓉譯注，《洗冤集錄》，頁119。

102) 劉再朋主編，《傷科古論選讀》（北京：人民衛生出版

社，1987），頁58。

103) 陳士鐸，《洞天奧旨》，收入胡曉真主編，《中醫外科傷科名著集成》，頁719。陳士鐸由情志、內因入手，有其時代背景。參見張會卿，〈八情考〉，收入清·沈時譽編，《醫衡》（鄭州：中原農民出版社，2012），頁142-144。沈氏之書刊于1661年。

104) 年希堯、梁文科，《集驗良方》（瀋陽：遼寧科學技術出版社，2012），頁12。本方書有清·曹寅家藏版（1710年），可見係家用之醫書。

則改成「急用熱雞皮」貼在傷口上（不知會不會引起感染？）的治療方法。年希堯、梁文科都是朝廷命官，前者之弟係年羹堯；因此熱雞皮貼自刎患處法，不宜視為一種「民間療法」。《集驗良方》對縫合術則以「或用」表達其疑慮、可代替的態度，同時不提單額、雙額斷裂不同情況。而且貼熱雞皮法，方是穩妥之法¹⁰⁵。此創治斷喉之另一種先例。以下另一本小方書可證。

江蘇無錫的儒生華岫雲（1696-1773）所編的《種福堂公選良方》，為一般人「以備救急」之用；這本方書在他死後由兩位徽商資助下印行。該書〈治自刎斷喉方〉全文與上書《集驗良方》一模一樣：「自刎者，乃迅速之症，須救在早，遲則額冷氣絕，必難救矣。初刎時，氣未絕，身未冷，急用熱雞皮貼患處，安穩枕臥，或用絲線縫合刀口」¹⁰⁶。華岫雲的斷喉急救法，沒有注明出處來源。在陳實功原版與年希堯「修訂版本」之間，華氏選擇後者。這是處治斷喉的一個變化。不同的「修訂」版，成為以下斷喉治療法的主流。

如何理解年希堯、華岫雲等對陳實功《外科正宗》原文的「改寫」（patchwriting）？借用劍橋大學 Frank Kermode（1919-2010）的說法，年希堯等的改寫是一種對經典「佔用」（appropriative）形式。Kermode將「經典」的研究與「變遷」（change）聯繫起來。舊有典籍修正意味著，改寫者本身及其文化的變化（Changes in the canon obviously reflect changes in ourselves and our culture. It is a register of how our historical

self-understanding are formed and modified.）¹⁰⁷ 因此，年氏的「改寫」，另以貼雞皮甚至稍後以內補藥物來代替，反映中醫外科「內科化」的傾向。這種種治療方法的改變，為了食管急救法有更普遍的適用性。

治療頸喉外傷的貼熱雞皮法，普遍應用於其他的外傷。1778年刻本的李文炳《經驗廣集》記載，「若腸肚外努，膏爬不住，擠妥急扯熱雞皮爬貼，切勿啼哭，常食稠粥調理而愈。」¹⁰⁸ 這裡是腹腔腸及脂膏外露，治法與喉斷完全相同。明清醫書「驗方」之類的小冊子極多。小方書多不診斷，按病證提供各種治療方法，多方選擇。例如，孫偉（1635-?）的《良朋匯集經驗神方》：「治刀傷及刎頸未斷喉者：白腊為末，敷傷處即止血，數日如初。」¹⁰⁹ 白腊是礦物可止血。刊於1665年的王夢蘭《秘方集驗》提供許多藥方給讀者參考：兵器所傷，「急用自己小便淋傷處，口必渴，切不可飲水，但食肥膩之物，解渴而已。」¹¹⁰ 驗方小冊子有「成方化」的傾向。讀者可以方試病。這一類型的經驗方書，民間傳播極廣。梁廉夫的《不知醫必要》建議讀者，有病翻書擇方：「得某病，即翻某病所論，反復細閱，閱畢，又將各方逐一一看之。先擇平劑煎服，若未愈，熱症則服微涼，寒症則服微熱，由漸而進」¹¹¹。這仍遵守「安全」優於有效的治療原則。方書有許多安全但無療效的各種方法。明清除了換醫之風，同時存在「不知醫」，患者自己看方書並擇方療疾的風氣。

陳實功《外科正宗》一書，至十八世紀徐靈胎（1693-1771）即出現「評」本（1767年）。徐氏另

105) 這種方法，可能利用雞皮的熱及血。唐陳藏器（713-741）認為「雞」主治外傷：「主馬咬瘡及剝驢馬傷手。熱雞血及熱浸之。」見尚志鈞輯，《本草拾遺輯釋》（合肥：安徽科學技術出版社，2003），頁410。

106) 華岫雲，《種福堂公選良方》（北京：中國醫藥科技出版社，2012），頁130。華氏的貢獻，是收集葉桂的著作而加以改編、刊刻，如《溫熱論》、《臨證指南醫案》等。按華岫雲有關「治自刎斷喉方」直接抄自年希堯書，或另有所本，並不清楚。陸以湑（1801-1865）的《冷廬雜識》收錄大量醫藥知識。如治療瘋狗、毒蛇咬人的「五聖丹」，並不是得自醫者；而是有一個私下授受的管道：「韓氏」→親戚→汪陸齋→鄭拙言。陸以湑說此方「秘不傳人」；他大概得自鄭拙言，並公佈世人。見陸以湑，《冷廬雜識》（北京：中華書局，1984），頁288。古代醫方傳抄的模式，是值得留意的。

107) Frank Kermode, *Pleasure and Change: The Aesthetics of Canon* (Oxford, New York: Oxford University Press, 2004), p.36.

108) 李文炳，《經驗廣集》（北京：中醫古籍出版社，2009），頁295。

109) 孫偉，《良朋匯集經驗神方》（北京：中醫古籍出版社，1993），頁223。

110) 王夢蘭，《秘方集驗》（北京：中醫古籍出版社，1997），頁52。

111) 梁廉夫，《不知醫必要》（北京：中醫古籍出版社，2012），頁2。

評點葉天士的醫案。陳實功、葉天士分別為內、外科大家。中醫內科、外科對「經典」的看法不同；前者引述言必稱《內經》、《傷寒論》，後者不必然。《外科正宗》的經典地位，在外科甚至超過《內經》；由徐靈胎評陳實功書肯定的態度可見。然徐氏對陳書的針法、手術等外治法相當謹慎¹¹²⁾；並對陳氏的雙額斷裂縫合術則未贊一辭¹¹³⁾。徐靈胎在評本〈敘〉論肯定《外科正宗》的重要；但指責：「後人讀此書，信以為然，事事效法，殺人無算，全無悔悟」¹¹⁴⁾。殺人者，當包括手術。這是對醫者慎不可孟浪從事之勸戒。而刊於1760年、乾隆時醫者顧世澄《瘍醫大全·救自刎門主論》亦全部抄錄陳書全文，但以為：「斷食類者可治，斷氣類者難治。」¹¹⁵⁾程國彭《醫學心悟·自刎》(1733年)也只是處理喉管「未斷」的情況：「凡自刎喉管未斷者，不可見水，急用麻線縫之，外以血竭細末搽之，隨用天下第一金瘡藥厚塗之。」¹¹⁶⁾到了十九世紀許克昌、畢法同輯《外科證治全書》(1831年)說法一樣，勿傷「不傷氣喉易治，如二嚙皆斷危險之證也。」¹¹⁷⁾書中也不像陳實功書載有任何成功病案的記錄¹¹⁸⁾。事實上，後於陳氏的食管縫合的相關記載，多

宣示原則，沒有具體案例。

傾向內治有申拱辰《外科啟玄·金刀自刎》(1604年)以藥物療法為主、不見任何手術的建議：「夫刀刃之傷，重則斷頭刎頸，輕則割肉成瘡，此皆激忿所致，非血氣使然也。內服補中益氣加止痛乳、沒之類，外以三七湯洗之，其血自止，更上刀瘡藥則愈。」¹¹⁹⁾這裡的乳香、沒藥、三七都是外科常用之藥¹²⁰⁾。另成書於乾隆年間(1739-1742)的官書《醫宗金鑑·金瘡》，這本書的體例先有歌訣、次注釋：「金瘡須宜驗傷痕，輕傷皮肉重傷筋，外撒如聖桃花散，血多八珍湯獨參。」這首歌訣裡的桃花散、八珍湯皆見於陳實功書。注解部份，只提到腹破腸出的縫合術、沒有斷喉縫合術的記載¹²¹⁾。可見氣管縫合術較之腸斷裂縫合術似更為危險。

以《醫宗金鑑》「內治」的原則為治療外傷主流。這一時期，晚年右脇也曾生一瘡瘍的名醫陳修園(1753-1823)的外科治法，甚至主張以《傷寒論》的治法為主：

內外原不分科，分之者，以針、砭、刀、割、熏洗等法，另有傳習諳練之人，士君子置而弗道，然而大證斷非外科之專門者所能治也。薛氏醫按(建民按，即薛己，見本書第二講)，論之最詳；然以六味丸、八味丸、補中益氣湯、十全大補湯、歸脾湯、六君子湯、異功散、消遙散等劑，出入加減，若潰後虛證頗宜，其實籠統套法，于大證難以成功。《金匱》謂浮數脈，當發熱而反惡

112) 戴祖銘，《徐評外科正宗校注》(北京：學苑出版社，1997)，頁209-210。參見，徐慎年，〈許樞《校正外科正宗》事考〉，收入氏著，《學醫隨筆》(北京：人民軍醫出版社，2011)，頁122-127。袁枚曾作〈徐靈胎先生傳〉，敘徐氏醫治其左臂傷。見清鄭彭若編，《虞初續志》(鄭州：中州古籍出版社，1989)，頁180-181。

113) 戴祖銘，《徐評外科正宗校注》，頁485。

114) 戴祖銘，《徐評外科正宗校注》，頁1。

115) 顧世澄，《瘍醫大全》(北京：中國中醫藥出版社，1994)，頁763。

116) 程國彭，《醫學心悟》(北京：中國中醫藥出版社，1999)，頁226。程氏另有《外科十法》一書，「乃治癰疽、發背之大綱」。

117) 許克昌、畢法，《外科證治全書》(北京：人民衛生出版社，1966)，頁131。

118) 如何理解陳實功手術的成功案例？(沒有失敗的手術?) 黃宗義(1610-1695)有一文〈張景岳傳〉值得注意，他認為「醫案」這種文類有「自傳」的性質；而其源來自「名醫」傳記的寫作：「自太史公傳倉公，件繫其事；後之儒者，每倣是體，以作名醫之傳，戴九靈、宋景濂其著也。而名醫亦復自列其事，存為醫案，以待後人，遇有病之相同者，則倣而治之，亦盛心也。世風不古，以醫負販，其術無異於里閭俗師也。而不肯以里閭俗師自居，雖復殺人如草，亦點綴醫案以欺人。」因此，醫案作用是雙重的，可做為教學示範，也可用來「自我宣傳」(或所謂「欺人」)。見黃

宗義，《南雷文定》(台北：台灣商務印書館，1970)，頁154。張景岳之著作如《新方八陣》，其中外科在「因陣」(卷四)，多用熟地。陳修園(1753-1823)有《景岳新方砭》可參。

119) 申拱辰，《外科啟玄》，頁326。

120) 陳桂陽、錢加華，《骨傷本草》(北京：人民軍醫出版社，2011)，頁288-292；頁301-305。三七，或作山漆、人參三七等，是明代以後中醫傷科要藥。見章靜、方曉陽，〈中藥三七在明代得以傳播的歷史條件〉，《中華醫史雜誌》34卷1期(2004)，頁16-20。

121) 吳謙，《外科心法要訣》(北京：中國中醫藥科技出版社，2012)，頁388-389。

寒者，以衛氣有所遏而不出，衛（氣）有所遏，責在榮（氣）之過實。止此數語寥寥，已寓癰腫之絕大治法。再參六經之見證，六經之部位，用六經之方，無有不效。外科之專門，不足恃也¹²²⁾。

陳修園的外科議論，不只是個人的意見。費許(Stanley Fish)的「解釋群體」¹²³⁾，也就是如陳氏等的「儒醫」群體以自己的語言及信奉的價值觀對醫療市場的特定解讀。陳修園兩次批評所謂的「外科之專門」，甚至對補益派的外科薛己亦有微詞。如薛己好用「六味丸、八味丸」等補方，只能治外科小證。徐靈胎(1693-1771)批評明代末年趙獻可一脈的《醫貫砭》，即趙氏好用六味、八味等補方。徐氏說：「吾謂《醫貫》者，亡明之妖書也。」¹²⁴⁾他又說：「讀者亦不必終帙。只記二方，而千聖之妙訣已傳，濟世之良法已盡，所以天下之庸醫，一見此書，無不狂喜」¹²⁵⁾。這種以二補益之方通治百病，也波及外科的治療。陳修園主張，以古典《傷寒論》的辨證、用藥來糾正簡易「溫補」之風。任旭認為：「以整體觀念為指導的醫學理論也沒能對手術實踐以具體指導，使它的許多經驗不能上升為理論，因而手術療法不能廣泛的開展與提高」¹²⁶⁾。手術療法也被以下各種內科的代替療法取代，後者成為醫療市場主流。

刊于1805年，程鵬程的《急救廣生集》自刎急救法，具體記錄二則日常生活可見到的事「角口」案例：

一人因角口，用刀自刎，傷長二寸餘，食喉半斷，傷口冒血痛甚，在地滾跌，不能敷藥。因縛其手足，令臥涼地，用枕墊其首，

使傷口漸合，即敷「鐵扇散」搗之，少頃血凝，半日後湯飲如常，三日而愈。

又云：

一人因角口忿激，用剃刀自刎，食喉半斷，喘氣傷口俱有血泡。蓋喉間之氣已傷于傷口也。用散藥敷之，搗少頃，血即凝，兩日全愈¹²⁷⁾。

以上案例都是自刎單喉受傷、而且是「半斷」未全斷的情況。兩例俱使用外治、也就是藥散外敷傷口。所用之藥「鐵扇散」，清末沈雨蒼著《金瘡鐵扇散秘方》，列舉各式病案¹²⁸⁾。

晚清溫病名醫王士雄(1808-1868)在其舅俞世貴處找到前輩史典《願體醫話》(1851年)；這本書話的特色是以急救法為主。其〈救刎死〉只說「食管斷可治」：

自刎之人，食管斷可治，氣管斷難治。蓋人之食管居前，氣管居後，刎之太深，則二管俱斷，故必死。若止食管斷，氣管微破者猶可救全。要知覺早，乘其氣未絕，額未冷，急將其頭扶住，用熟針穿絲線，縫于刀口皮內之膜上，往回間花縫¹²⁹⁾。

史典判斷喉斷的幾種狀況，及其可治與否，與前述《洗冤集錄》相同；其中「二管俱斷」必死，醫者不願處理。上引文提及縫合食管「皮內之膜上」處，這裡的「膜」，謝觀(1880-1950)《中華醫學大辭典》：

122) 陳修園，《金匱要略淺注方論合編》(北京：學苑出版社，2012)，頁260。

123) Stanley Fish, *Is There a Text in This Class? The Authority of Interpretive Communities* (Cambridge: Harvard University Press, 1980), pp.147-174.

124) 徐靈胎，《醫貫砭》(北京：中國中醫藥出版社，2012)，頁121。

125) 徐靈胎，《醫貫砭》，頁140。

126) 任旭，〈中醫學術思想對手術療法的影響〉，《中華醫史雜誌》16卷2期(1986)，頁103。

127) 程鵬程，《急救廣生集》(北京：人民軍醫出版社，2009)，頁82。

128) 沈雨蒼，《金瘡鐵扇散秘方》，收入丁繼華主編，《傷科集成》下冊(北京：人民衛生出版社，2009)，頁2214-2216。是書有道光29年(1849年)序文。

129) 史典，《願體醫話》，收入王士雄撰輯，《三家醫話》(上海：上海浦江教育出版社，2011)，頁80。范行準認為史典是大約十七世紀的醫家，曾「用生鮮的雄雞皮為病家植皮」。見范行準，《中國醫學史略》(北京：中醫古籍出版社，1986)，頁194。

「膜，在脂外肉內，形如薄皮」，保護某些器官。又如，「眼膜」、「耳膜」等，也有保護人體內部器官之意¹³⁰⁾。這個食管縫合術似深入頸部「皮裡肉內」¹³¹⁾。

前述各家之說，有主張單喉輕傷的情況可治，有主張全以湯藥治療，而陳實功雙喉俱斷仍可縫合救治可說是「獨門絕活」、度人金針。十九世紀錢文彥《傷科補要·咽喉傷》是極少數支持陳實功之說者，旨在「心手相應」的技術：

治者，須心手相應，不差毫髮，乃無誤也。而先看其刀彎者，其痕深。其刀直者，其痕淺。若左手持刀而刃者深，右手持刀而刃者淺。一刀勒者深，兩刀勒者淺。如喉腕破而有出入之氣，封藥進必嗆咳，先用雞子內軟衣蓋於破腕之上，再將藥封之，則不嗆矣。如單腕破者，月餘而痊；雙腕破者，兩月而愈。照法治之可也¹³²⁾。

錢氏所述的縫合、痊愈時程，長短與陳實功手術相若。自刎又有一刀、兩刀之分；自殺者若可連續用刀，使力稍輕。不過「傳承」這個概念似在氣管縫合手術史是很難使用的。從陳實功到錢文彥，踰數百年，中間沒有任何相關手術個案出現；兩者的連繫有關，卻值得商榷 (arguable)。陳實功的氣管縫合術是獨特、不可模倣的¹³³⁾，是對明清脈學、藥學日益通俗化、普及化

及服用補劑品味一致化的一種抗議？

與《傷科補要》大約同時，胡增彬的《經驗選秘》(1881年刊)，是一種「手冊式」的救急方書。《經驗選秘·割頸斷喉》只有提及早救的原則，外治是貼雞皮，並以內服藥方為主：「急宜早救，遲則額冷氣絕。乘初割時輕輕扶住仰睡，將頭墊起，合攏刀口，將血拭去。急用大雄雞一隻，快手輕去其毛，剝雞皮乘熱貼傷口。內服玉真散自愈，愈後雞皮自落。」¹³⁴⁾ 這種傷口貼熱雞皮法，見於前述年希堯《集驗良方》、華岫雲《種福堂公選良方》。雞皮療法恐已替代縫合手術。除了雞皮療法。另有雞蛋清療法。陸農編輯的《治傷秘旨要纂》有「喉傷未斷方」：「用絲綿一塊，看傷口長闊，以雞子清刷皮，將綿糊上，外用八寶丹散。」¹³⁵⁾ 雞子清即蛋清。前述錢文彥的書也曾提及。不同的「替代療法」，成為中國手術史的一個主要趨向¹³⁶⁾。

我們綜合上述條文，及其他相關記載，不難得知中醫自刎急救沒有規範化。大部分醫書主張，食管斷可救，或食管未斷情況才予以救治；氣管斷不救，更不要說二管俱斷的情況。《經驗選秘》等方書缺乏救治成功的記載；陳實功成功救活十餘則自刎者，真的非常罕見。因此，我們對陳氏的雙類縫合術應視作「特殊事件」而個別描述。

華，〈張國華從中華文化變手術解法〉，《遠見》2010年8月號，頁388-389。如何理解手術「技術」？如何理解醫者使用器械的「上手狀態」？以及，手術「在職」(on the jobs)的失傳？參見趙樂靜，《技術解釋學》(北京：科學出版社，2009)，頁61-121。

134) 胡增彬，《經驗選秘》(北京：中醫古籍出版社，2004)，頁154。玉真散出自《外科正宗》。破傷風常用之方。見趙存義，《古方方義與方名考釋》(北京：中國中醫藥出版社，2012)，頁87-88。

135) 陸拯主編，《近代中醫珍本集傷科分冊》，頁623。

136) 舉例來說，箭傷是軍事醫學常見之外傷。中醫也有拔箭之手術，但另有不少外敷藥方(甚至內服法)代替手術，箭鏃自出。范行華以為：「不施手術而能使箭頭自出，則不能令人無疑。」見范行華，〈中國古代軍事醫學史的初步研究(四)〉，《人民軍醫》1957年7月號，頁60。范行華先生係現代研究「軍事醫學」第一人。1957年，他以七篇論文在《人民軍醫》連載中國古軍醫史(3月號~10月號連載；6月號缺)。

130) 謝觀，《中華醫學大辭典》(瀋陽：遼寧科學技術出版社，1994)，頁1534。

131) 此為王洪緒(維德)《外科症治全生集》(1740年)評《外科正宗》的話。王氏說：「閩坊刻外科，妄稱正宗，……世之宗其法者，盡屬創徒。」(〈凡例〉)見王洪緒，《外科症治全生集》(北京：中國中醫藥出版社，1999)，頁16。又見任旭，〈王維德的學術思想與認識論〉，收入宋春生、劉覽驍、胡曉峰主編，《古代中醫藥名家學術思想與認識論》(北京：科學出版社，2011)，頁341-353。

132) 錢文彥，《傷科補要》，收入胡曉峰主編，《中醫外科傷科名著集成》，頁878。

133) 「手術」的個人屬性 (attribution)，例如台灣的張國華醫生；他的脊椎手術，不是直接移植西醫；他自己發明最少十二種開刀手法。張國華說：「沒有讀過國外的醫學博士，能夠持續不斷創新手術方法，他歸因於中華文化」。見黃漢

成書于1883年，江蘇京口醫者趙謙的《醫門補要》可做進一步補證。這本醫書是中醫手術史重要的著作。在該書〈頸斷治法〉提及處理食管：

人之頸項，中有二管。或刀剝與刀傷，若斷前管，為食管，可治。先止其血，搽生肌藥，貼以膏藥，外用布條纏好，常令仰面，靜臥勿語。頭後墊高，要使傷口合住，不可離開。過三日上藥一次。每日用米粉做細圓子吞食，不可飲湯水及齒相呿，月餘全功。若斷後管，為氣管，立時隕命¹³⁷⁾。

這裡的喉管，分「前管」、「後管」；傷及氣管則不治。氣管縫合術的個案，屬於不多見的「異例」。

食管（單管）斷裂處治的認定，縫合手術等「外治」諸法漸由不同的「內服」藥方代替。其中又以七厘散內服法最為有名。李汝珍（1763-1830）的博學小說《鏡花緣》第29回載錄外科藥方「七厘散」，可「治食喉割斷，無不神效」¹³⁸⁾。大約同時代的趙學敏

（1719-1805）《本草綱目拾遺》將七厘散與「麻藥」鬧羊花子等藥方並列，「治金刃傷，止痛如神」¹³⁹⁾。成書于1872年，江蘇吳江醫者費友棠《急救應驗良方·七厘散》：

七厘散：上朱砂一錢二分、水飛淨、真麝香一分二厘、梅花冰片一分二厘、淨乳香一錢五分、紅花一錢五分、明沒藥一錢五分、瓜兒血竭一兩、粉口兒茶二錢四分。以上各藥，揀選道地，于五月五日共為極細末，瓷瓶收儲，黃蜡封口。每服七厘。不可多服。孕婦忌服。上藥專治跌打損傷，骨斷筋折，血流不止者。先以藥七厘燒酒沖服，複用藥以燒酒調敷傷處。如金刃傷重或食喉割斷，不須雞皮包紮，急用此藥乾糝，定痛止血，立時見效，並治一切無名腫毒，亦用前法調服¹⁴⁰⁾。

七厘散治「食喉割斷」，而且代替雞皮法：故云「不須雞皮包紮」。七厘散法又成為另一種外傷的主流治療。

止痛的功效，七厘散可治外傷流血不止，內、外兼用。據民國名醫陸士諤（1879-1944）編《葉天士手集秘方》，考證七厘散出自軍事醫學，後廣用於民間私門，為重傷良方：

七厘散，專治跌打損傷，骨斷筋折，血流不止；或金刃傷重，食喉割斷，不須雞皮包紮，急用此藥乾糝，定痛止血。先以藥七厘

137) 趙謙，《醫門補要》（台北：五洲出版社，1984），頁53。本書涉及手術者多矣。如手術面臨的疼痛與不同對象：「凡用刀鍼時，令患者口內先含桂元肉八枚，以接補元氣，方不暈脫。若老人、幼孩及病久虛體者，皆難忍痛，不可草率動手，猝有昏脫之變。」（頁2）書中手術相當特殊，如：「大人、小孩龜頭有皮裹包，只留細孔，小便難灑，以骨鍼插孔內，逐漸撐大。若皮口稍大，用剪刀，將馬口旁皮用鉗子鉗起，量意剪開，速止其血。或用細鍼穿藥線，在馬口旁皮上穿過，約闊數分，後將藥線打一活抽結，逐漸收緊。另日皮自豁，則馬口可大矣。」（頁41）馬口即男性龜頭。另有女性開肛手術，使用鐮刀、藥線、薄棉等相關器具：「一女孩生下無肛門，先用藥線穿掛肛上羈皮，四日吊豁。隨以鐮刀挑破肛之正門，外用細木尖，長寸許，裹以薄棉，插入刀口。三日使皮肉不得復連，乃成完全人矣。」（頁88）而且手術好用火針：「一童跌豁上口唇，先以細火鍼穿通兩邊豁唇，次以絲線鍼自火鍼孔穿出，收緊豁口。搽生肌散，貼以膏藥，三日一換，惟飲稀粥，禁止言笑，一月復原。」（頁106）。趙謙應是當時外科能手，另著《傷科大成》等。參見余羸鰲，〈趙謙《醫門補要》在外科上的成就〉，收入氏著，《未病齋醫述》（北京：中醫古籍出版社，2012），頁116-117的討論。中醫手術史，會出現偶而的創見、失敗的實驗與嘗試、不合常規的治療。透過中醫手術獨特的連結（articulate）醫學、身體的途徑，可以對中醫史有別樹一格的洞見。

138) 李汝珍，《鏡花緣》（長沙：岳麓書社，2006），頁119-120。《鏡花緣》涉及中藥極多。見趙建斌，〈中醫藥

方劑考〉，收入氏著，《鏡花緣叢考》（太原：山西人民出版社，2010），頁343-378。關於「七厘散」的源流，詳見韋以宗，《中國骨科技術史》（上海：上海科學技術文獻出版社，1983），頁275-278。

139) 趙學敏，《本草綱目拾遺》（北京：中國中醫藥出版社，1998），頁81。趙學敏為天主教徒，其生平及著作見范行華，《明季西洋傳入之醫學》（上海：上海人民出版社，2012），頁22-23。

140) 費友棠，《急救應驗良方》，收入李順保、王自立、蒲朝暉主編，《古代中醫急救醫書全集》（北京：學苑出版社，2011），頁698-699。

服之……此方傳自軍營，凡打仗受傷，屢有起死回生之功。兩粵、雲、貴得此調治，鬥歐諸重傷，無不應手痊¹⁴¹⁾。

上書是否出自清初名醫葉天士（1667-1746）之「手集」親炙，存疑。目前是書僅得陸氏1919年親校本一種，並無其他傳本。而且葉氏弟子亦從未提及上書。按七厘散係「軍營」用藥，之後用來取代前述年希堯等方書的熱雞皮貼法。一直至今，七厘散成為傷科科學成藥，而以內服治療「內傷」為主。

古代以兵刃自殺者，如本書第二講所述，在自殺案例應屬於少數。大部份例子是用「自縊的方法」，一來為「保存屍體的完整」，同時也與古人靈魂/身體信仰有關¹⁴²⁾。中醫的急救法，也以急救上吊者最主。自刎案例不多，自刎後單額斷甚至雙額皆斷而致獲救的實錄恐怕更少。

現代波蘭的醫學史家Ludwik Fleck（1896-1961）指出，「醫學」這個學科迥異於其他的科學分支（如物理）；前者沒有辦法系統、理論化。他說，醫學現象要「理性化理解」是不可能的¹⁴³⁾。Fleck特別指出醫學中的「非典型」（atypical）變例，這些異例無法充分整合到其整體之中；因此「非典型」者只能個別處理、討論¹⁴⁴⁾。我們不能從明清外科

醫學偏向「內治」的背景來解釋「手術」之個別，甚至認定個別的手術出自「抄襲」或附會。像罕見疾病的病例，每一個獨特生命不同的檔案；中醫手術的個例也是裂隙式（interstitial）的出現。

中醫手術之「成立」，與現代醫學消毒、止痛技術有無、成熟與否，關係不大。因此，朱顏說：傳統中醫「外科手術方面，仍是極其幼稚，而且缺乏消毒知識，因此沒有什麼長處可說。」¹⁴⁵⁾ 這種說法，並無法解釋本書所討論十六世紀的中醫食管、氣管縫合術的成功史。

「非典型」的手術也是一種手術。幼稚的中醫手術在歷史上還沒有開展到荼蘼。中醫「例外」、「意外」的手術個案，終究無法產生「科學」外科¹⁴⁶⁾，而停留於一門技藝，而且注定失傳的命運。

以下，是雙額斷裂縫合術的「先例」及其失傳圖示。要言之，技術之所以「失傳」，是以一連串「內科化」醫學論述，及其他方法的「取代機制」而展開：

為什麼斷喉的處理，由縫合手術轉換為內服藥方？我認為是南宋以降持續外科「內科化」的趨勢——也就是兼以脈診、湯藥來取代外科的主流治療，並反對「手術之乖理」（crock of surgery）。中醫「內科化」的自我轉型成全面的內科療法。「內科化」（或方脈化）是所謂「近世中醫」的發展脈絡，是一種「自生的

141) 陸士諤，《葉天士手集秘方》（北京：中國中醫藥出版社，2012），頁203-204。本書是否即清初葉天士「手集」，可商。如託名葉天士的《醫效秘傳》。《手集秘方》可能出之陸氏假託。參見清吳金壽校，《醫效秘傳》（上海：上海科學技術出版社，1963）。

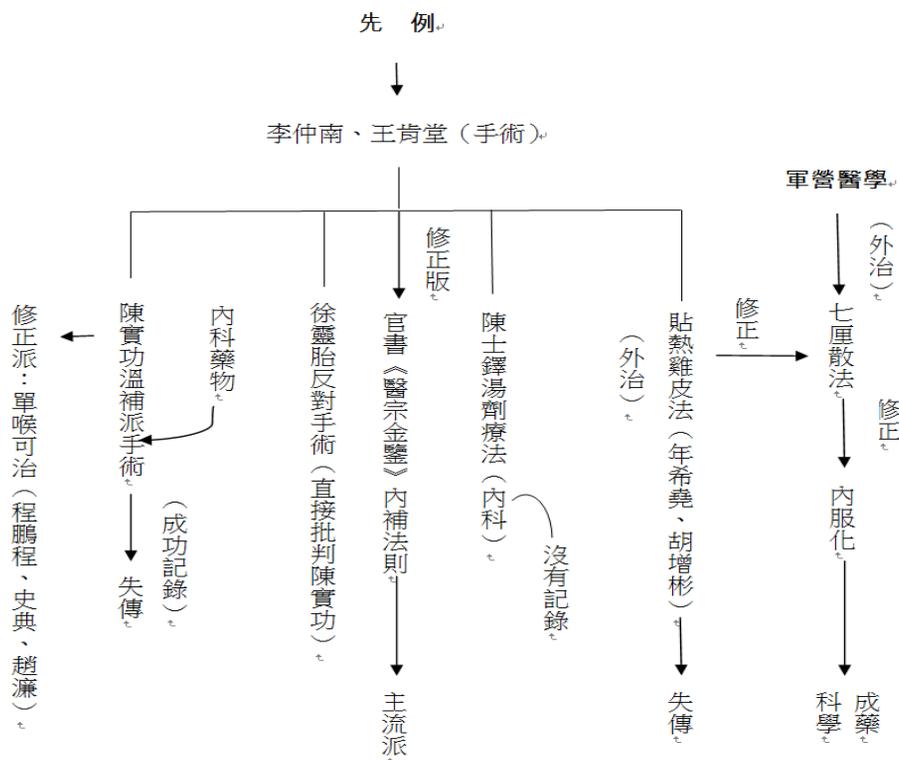
142) 李宗侗，《中國古代社會史》（台北：華岡出版公司，1977），頁267-269。

143) Ludwik Fleck, "Some Specific Features of the Medical Way of Thinking," in R. S. Cohen and T. Schnelle (ed.), *Cognition and Fact—Materials on Ludwik Fleck* (Holland: D. Reidel Publishing, 1986), pp.39-46. Fleck的原文說："How does one find a law for irregular phenomena?—this is the fundamental problem. In what way should they be grasped and what relations should be adopted between them in order to obtain a rational understanding?" (p.39) 關於Fleck的認識論，Jonathan Harwood, "Ludwik Fleck and the Sociology of Knowledge," *Social Studies of Science* Vol.16 (1986), pp. 173-187.

144) 我們不時在筆記、隨筆讀到一些據說是作者閱歷、卻難以解釋的醫學記錄。例如，汪東（1890-1963）即記載一則他在民國二十八、九年間，中醫外科的見聞。汪氏說：「我國習傳偏方及藥物之有奇效者夥矣。惜能用者不知，可以知者，又鄙夷不屑，此醫道之所以日蹙也。」見汪東，《寄庵隨筆》（上海：上海書店，1987），頁25。

145) 朱顏，《中醫學術研究》，頁88。

146) 西方十九世紀中葉前，如Gerald Imber指出，「常規性手術都非常少」（頁22）。美國現代外科之父霍斯德（William Stewart Halsted, 1852-1922）的年代，連「最乾淨的外科切除也會因感染而致死」（頁37）。有些局部手術，如腹腔溝疝氣手術「在一八八九年外科手術失敗率接近百分之百」（頁140）。而霍斯德建立的「外科原則」，使常規性手術成為可能（頁324）。詳見Gerald Imber著，林哲男譯，《手術刀下的奇才：現代外科之父霍斯德的傳奇生涯》（台北：天下遠見，2013）。



近代」147)；沒有手術傳統的中國醫學，走的是另外一條獨特的自我完善道路。

第四講

結論——中醫外科的「內科化」

中醫之「手術」史與綿延不斷的「內科」發展同時發生 (concurus)，一隱一顯。中醫手術宋元以後化整為零，明清以下醫者或各持「一技」，衰而又衰148)。我們對中國醫學的理解，如已逝歷史學家魏斐

德 (Frederic E. Wakeman Jr., 1937-2006) 所說的「全新的整體」149) 的發掘，即經由外科及零碎的手術事件。

明清中醫外科「內科療法」不斷深化，各種「專科」醫療的歷史隱而不彰。經由這種內科思路，中醫外科尤其注重與臟腑相關的「內癰」症，及內、外病症「相似」之處的匯通。陸以湑 (1801-1865) 的《冷廬醫話·外科》即論及肺、胃、大小腸之內癰，及比較「外科之症有與內科相似者」150)。

147) 借自溝口雄三的理念，參見溝口雄三著，孫軍悅譯，《作為方法的中國》(北京：三聯書店，2011)，頁112。

148) 與陳實功大約同時，明代嘉靖癸丑的進士李蓑在他的隨筆《黃谷謀談》(卷1) 對當時的醫學有一段深刻的觀察：外治法衰(針灸)、湯藥法興。他認為，用藥其實不難，在所有治療方法中乃「醫家之下著」：「余住在留都，嘗語諸醫曰：『湯藥者，醫家之下著。』諸醫咸瞪目莫喻，正以此

也。噫嘻！是徒俗醫所不達耶？」見李蓑，《黃谷謀談》，收入《四庫全書存目叢書·子部103》(台南縣：莊嚴文化公司影印，1995)，頁220。

149) 魏斐德著，梁禾譯，《講述中國歷史》，《史林》2001年3期，頁10。

150) 朱偉常，《冷廬醫話考注》(上海：上海中醫學院出版社，1993)，頁227-229。

生于江蘇蘇州的醫者張璐(1617-1699)以自己生活親歷的時代,將醫學發展分為三期:第一期,「余生萬曆丁巳,于時風俗雖漓,古道未泯,業是道者,各擅專科,未嘗混廁而治也。」明季中葉以前醫療市場,是「其技各專一門」的狀況¹⁵¹⁾。接著,是大量儒者進到這個市場。第二期,明、清易代交替,張璐指出「壬寅(1662年)以來,儒林上達,每多降志于醫,醫林好尚之士,日漸聲氣交通,便得名躁一時,于是醫風大振,比戶皆醫」。此時的儒者為醫,不是科場失意、轉業以醫為啖飯之計;不少是大學者如傅山(1607-1684)、呂留良(1629-1683)、高鼓峰(1623-1670)等¹⁵²⁾。第三期,張璐認為醫學風氣

「聖門之教無違,炎黃之德不顯」¹⁵³⁾。儒林醫學全盛,「專科」技術益形式微。與上述第一期醫療市場「各擅專科」的局面不同?矧手術專科已無生氣,非惟罕見,抑且難取信于人。至1903年,上海醫家毛祥麟的《對山醫話》提到的,手術「專科」一息尚存:「古之醫士能破脇取癥,割股療毒,筋斷能續,骨斷能接。今雖罕見,然能通其技者,宇內猶有其人」¹⁵⁴⁾,洵非虛構。

上述三期,中醫「外科」分化為三:陳實功溫補調養的「手術」是新興型(emergent);毛祥麟所知見的手術及外治諸法是殘存型(residual);而純以湯藥治療則是主導型(dominant)的外科,三者同時並存¹⁵⁵⁾。宜彙觀全豹,不可泥於一般。陳實功的雙額斷喉縫合術也成為殘存型,無人能做。

最後,本書以英國傳教士醫者、皇家外科學會會員合信(Benjamin Hobson, 1816-1873)的《西醫略論》(The First Lines of the Practice of Surgery, in the West)救自刎縫合術為參照:

凡人自刎傷氣管,不必死。若傷食管及大脈管,一二昏暈必死,無救法。有時傷小脈管,血塞住氣管,應將結血取出,綁紮脈管,令頭略低臥,用線縫結割皮三四處,外貼濕布……食管斷,食入,自斷處流出,不能入胃¹⁵⁶⁾。

151) 見顧起元(1565-1628),《客座贅語》(北京:中華書局,1987),頁227。另參見李孝悌,〈顧起元的南京記憶〉,收入唐力行主編,《江南社會歷史評論》2期(2010),頁137-154。按醫學「專科」大多世業相傳。晚清平步青在《霞外攬屑》指出,越地「世醫歇絕」的情況(〈越醫〉)。見平步青,《霞外攬屑》(台北:世界書局,1963),頁228-229。梁章鉅(1775-1849)也說:「歷考古近名醫,並未聞有三世相承者」,其說與平氏世醫歇絕之說相類。見梁章鉅,《浪跡叢談·續談三談》(北京:中華書局,1981),頁141。

152) 明、清交替之際,活動于撫州、嘉興一帶的醫家高鼓峰的重要被人所忽略。鼓峰,字且中。其著作《醫宗己任編》為代表。高氏與黃宗義兄弟、呂留良等儒學大家往來,本習儒業,後以醫聞。高氏《四明醫案》一開始:「庚子六月,同晦木過語溪訪呂用晦,適用晦病熱証。」(頁95)黃晦木即黃宗義弟;呂用晦即呂留良。呂氏從高鼓峰習醫學。呂氏《行略》:「自棄諸生後,或提囊行藥,以自隱晦,且以效古人自食其力之義。」明末清初,儒者行醫多是不願仕清之遺民一種「姿態」。黃宗義後批評高且中及呂留良行醫,以為「方伎齷齪」(《南雷文案》卷七)、非儒本業。黃氏〈高且中墓誌銘〉一文認為,高氏醫學源自明·趙獻可《醫貫》而改頭換面,不加引注:「且中又從趙養葵得其指要」;「蓋且中既有授受,又工揣測人情,于容動色理之間,巧發奇中,亦未必純以其術也。」黃氏批評高鼓峰語多微辭,且「不欲置且中于醫人之列」。所謂「儒醫」,並非如現代學者所想像的順理成章:儒者內部亦有所分歧。黃宗義、呂留良即因儒者是否要「因醫行而廢學」等看法不同而交誼完全破裂。見容肇祖,《呂留良及其思想》(香港:存萃學社影印,1974),頁37-57。高鼓峰、呂留良的醫學以「內因」,及溫補內服湯劑為主。參見楊小明,〈黃宗義與醫學〉,《中華醫史雜誌》32卷4期(2002),頁223-226。高氏《四明心法》與趙獻可《醫貫》之間思想關係,有待進一步研究。見高鼓峰等,《醫宗己任編》(北京:學苑出版社,2011);清代醫家楊乘六、董廢翁、王汝謙對這一系醫學多所補苴發揮。中國醫學外科自南宋以降,有「內傾」(內科化)的發展,有三變:南宋、金元及明清交替之際三個段落。南宋以王頌《易簡方》治療癰疽方法為代表。至金

元時期,以李杲等對癰疽、瘡瘍的論治為代表。見劉時覺,《永嘉醫派研究》(北京:中醫古籍出版社,2000);李聰甫、劉炳凡,《金元四大醫家學術思想之研究》(北京:人民衛生出版社,1983)。

153) 張璐,《張氏醫通》(太原:山西科學技術出版社,2010),頁3。

154) 毛祥麟,《對山醫話》(上海:上海浦江教育出版社,2011),頁48。1909年,梁希曾《癰科全書》也指出:「今人于外科一門,多行霸道,不顧人命」;是批評手術為事。見劉時覺,《中國醫籍續考》(北京:人民衛生出版社,2011),頁819。

155) 劉康,《對話的喧聲:巴林金的文化轉型理論》(北京:北京大學出版社,2011),頁153。

156) 合信,《西醫略論》(咸豐七年新鐫,江蘇上海仁濟醫館藏板本),卷中〈急救證治救自刎〉,頁89。參見趙璞珊,〈合信《西醫五種》及在華影響〉,《近代史研究》1991年

上書反映的手術大約是十九世紀上半葉西醫之大概。西醫也只處理單喉斷裂的情況，與明清醫書所載相彷彿。因此，陳實功的雙喉斷裂縫合術不能不說類似一種「反常」的手術，但並沒有進入持續累積的階段¹⁵⁷。

十九世紀下半葉後西醫外科發展，而中醫的「剝腸胃之術」、「針法」俱不振。清末陳熾（1855-1900）的《庸書外篇西醫》以為中醫外治法失傳、西醫盛行：「惟古人治病，湯劑特其一端，其針灸、外治諸方失傳已久。書傳所載諸治驗，或誇張失實，然湯、散之不及，必有他法以佐之，無疑義也。……泰西則加意講求，日進之勢也。」¹⁵⁸ 中醫外科禮亡僅存籛羊了。清末民初的章納川〈中醫盛衰理由說〉以為中醫有三支，張仲景一支盛、而各種「成方」流行，以致中醫由盛轉衰：「惟仲景之道，所行未幾，人莫能知其醫之美，為曹氏所害，則剝腸胃之術，無人敢學，遂失其傳矣。惟仲景之方略，叔和氏彰明其旨，而人始勝于針法，無病不瘳，……直至今日，為泰西醫學之所深恥也。」¹⁵⁹ 而與章氏同時代，葉德輝（1864-1927）亦比較中、西醫，並主張中醫應復興「針灸」，但革除西醫手術：「支解之術，以暴易暴者，掃除而滌蕩之。君子猶遠庖廚，豈人命不如禽獸？」¹⁶⁰ 只有禽獸、罪犯（如前葉夢得所言）等，才施以支解、手術之術。

上述中醫、西醫的比較，多多少少是以十九世紀西醫手術來參照中醫的文化現況。但有沒有可能，以近世中醫的「內科化」過程反過來論證西醫外科史的特殊

性？或者，以中醫「內科化」的具體內容反思西醫對「生命」、「健康」認識扭曲的一面？

一位活動於江浙、不反對外科手術的醫生馬文植（1820-1903），提到中醫外科不如內科醫（方脈家）：

余見士宦之家，每重內科，而輕外科，謂瘍科不按脈理，即外患，亦延方脈家服藥。此風江、浙為最，是固因外科不諳脈理所致，究未知內、外之並行不悖也。往往方脈家，視外患為小恙，其用藥，則又徒執《正宗》成法¹⁶¹。

可以得見，佔經濟及社會地位的江南「士宦之家」，其擇醫品味主導醫學發展之優勢。前述，第三講陳修園也說外科「士君子置而弗道」。「知識人社會」¹⁶² 不信任不懂脈理的醫生。內科受重視乃因本夙具，社會文化眾緣湊泊。而且，本書以《外科正宗》為代表的治療方法，從明代至清代引領數百年之風騷。

這本書的「先例研究法」不只溯源某一種技術的相關文獻，同時也尋找某種技術其後被引用、改寫的歷史。此為手術史研究之大綱，可因之而三反。陳實功的雙類斷裂縫合術應個別討論，其所述的個別案例也不宜視作通例。而我們對待忽然出現的某些外科技術¹⁶³

2期，頁67-83及頁100。合信認為西醫先進，主在「精解剖」；而且以為「中土醫學今不如古」。參見趙洪鈞，《近代中西醫論爭史》（北京：學苑出版社，2012），頁57。

157) 吳以義，〈庫恩直解〉，《自然科學史研究》30卷4期（2011），頁383-392。

158) 陳熾，《庸書外篇》（清光緒二十二年刻本），卷下〈西醫〉，頁29。

159) 章納川，《湯頭錢數抉微》（太原：山西科學技術出版社，2011），頁42-43。

160) 葉德輝，《葉德輝文集》（上海：華東師範大學出版社，2010），頁263。葉氏在清末提倡《公羊》之學，為今文家宣傳之言。見左舜生，〈遊戲召禍的葉德輝〉，收入氏著，《中國近代史話初集》（台北：文星書店，1966），頁133-136。

161) 馬文植，《馬氏醫論》（太原：山西科學技術出版社影印，2013），頁49。馬氏為江蘇南部孟河一帶之醫者。

Volker Scheid指出：「孟河醫派的另一特色是以外科見長，這一特色一直延續至19世紀，究其原因可能與當時感染性疾病（如瘡瘍、喉症）盛行有關。」見Volker Scheid、繆衛群，〈孟河醫家新探〉，《中華醫史雜誌》34卷2期（2004），頁68。

162) 見許紀霖，〈精英的社會史如何可能〉，收入山西大學中國社會史研究中心編，《中國社會史研究的理論與方法》（北京：北京大學出版社，2011），頁17。

163) 例如，余聽鴻的醫案（1918年）就記載一則詳細的截肢手術。見余聽鴻，《診餘集》（北京：學苑出版社，2008），頁232。中醫還有不少小型手術，不被注意。例如，清末北京名醫楊著園說：「為之針兒食手指，謂之扎積；其最悍者，用刀割兒食手指，剔出肉縷，至為酷毒，謂之割積。」見楊著園，《著園醫藥合刊》（太原：山西科學技術出版社，1992），頁49。清末李守中記載「時疫核」（鼠疫）、「標

不是直接放到當時的內科主流脈絡¹⁶⁴，也不是以現代中醫能不能做、或西方近現代醫學手術的標準予以判斷。中醫手術與「內科」（方脈）兩者的文化資源（cultural fund）截然不同。後者，其技術、理論與政治體制、主流哲學有更緊密的結合¹⁶⁵，互相潛發。

蛇症」（痧症之一），其治療方法有小手術，見李守中，《時疫核標蛇症治法》（廣州：廣東科技出版社，2009），頁11。

- 164) 明清中醫外科的「內科療法」，主要有二書：高秉鈞，《瘍科心得集》（北京：中國中醫藥出版社，2004）；余聽鴻，《外證醫案彙編》（上海：上海科學技術出版社，1961）。余書選輯陳學山、薛生白、繆宜亭、葉天士、徐靈胎等之外科醫案，共七百餘例。又，余震（1709-?）收集外科醫案，也「與內科有關涉者」，見余震，《古今醫案按》（北京：人民衛生出版社，2007）。明清針灸等外治法衰、湯藥療法大盛。明醫者汪機（1463-1539）在《針灸問對》：「或曰：《內經》治病，湯液、醪醴為甚少，所載服餌之法才一二，而灸者四五，其它則明針法，無慮十八九；厥後方藥之說肆行，而針灸之法僅而獲存者，何也？」汪氏認為「針」只能治不足之病（所謂的虛病）。古代之人充實病中于外，針灸可用；今人得病于內，故用湯液為多。而且「七情」、情志之病，「針不可以治之也」。汪氏認為，當時的針家不重視脈診，「切脈觀色，醫之大要。今之針士，置而弗論，此制法所以不古若，而愈疾亦十無一二也。」汪機另有一書《外科理例》（1537年）收有670條病案，針灸治療有179例，餘全用湯藥施治。見李磊校注，《針灸問對》（太原：山西科學技術出版社，2012），頁1；頁43-45；頁105等及《汪機研究》一文（頁315-357）。王士雄（1808-1868）也批評外科「內治」之歪風：「在昔內證尚須外治，今則瘍科專以湯液治外疾，藉言補托，遷移時日，輕淺者糜帛勞師，深久者潰敗決裂，或死無斂具，或殘體破家。」又批評：「味者猶嘗刀針為蠻法！」可見中醫外科治療手術之必要、專用湯藥不宜。見王士雄，《歸視錄》（天津：天津科學技術出版社，2004），頁38；頁61。當時醫風問題，吳熾昌（1780-?）說：「當世醫無定評，忽賢忽不肖。」見吳熾昌，《客窗問話》（北京：文化藝術出版社，1988），頁69。又，干祖望（1912年生）將傳統中醫外科流派分為「儒醫」與「專業醫」。前者的代表以王肯堂、萬密齋為主。在手術、方脈二派之外，還有所謂「丹方」一派，丹方即「單方」，其中以《外科十三方》為代表。見干祖望，《干祖望中醫外科》（北京：人民衛生出版社，2006），頁365-374。明黃承昊（1616年進士）《折肱漫錄》論外科腫毒「凡患毒者，多服十三方，仙方活命飲以消毒，但老弱之人不能堪此。」十三方大約明代已有。見黃承昊，《折肱漫錄》（上海：上海浦江教育出版社，2011），頁96。今人張覺人（1890-1981）著有《外科十三方考》（北京：學苑出版社，2009）。張氏說，十三方出自下層鈴醫之秘，且與丹道密切。
- 165) 相對於「內科」，中醫手術史屬於「文化主觀歷史」。參見：黃應貴，《「文明」之路》（台北：中央研究院民族學研究所，2012）第三卷，頁257。

像主流哲學自視為正統；手術則被視為脫離內科史的正統。

「手術」最能表現中醫「近世化」的難題。治療的原則，「安全」往往是優於有效的。李慕文說：「彼時行醫者，操刀施圭，手腕敏捷，誠如庖丁解牛，洞中肯切，毫無可訾議也。而無如病者得安全也甚難。」¹⁶⁶安全之手術則建立在西方器械文明的條件。何幼廉說：「西醫精外科者：曰，器械精良；曰：刀鋸銳利；曰：剖割無痛；曰：穿鑿無虞；曰：血肉狼籍而遊刃自如。」¹⁶⁷因此，中醫有識之士有引進西醫手術之法，保留《內經》諸學理？俞鑑泉嘆：

一枝破筆，幾卷殘書，指頭三個，藥物數行，吾醫形色上簡單，可謂極矣。以視彼之器械數千種，如小巫之於大巫能無慊然。而吾醫積習相沿，岐黃之學說，至今猶存在，如粟菽之不可去者，足知《內經》一書，與神農之言，含有至理，其中見仁見智，醫者工拙不同也。然華佗之後，剖割無傳，醫之手術，本無完全之可言。吾人苟能採其外治種種之手術，更不妨兼用其器測之法，以詳審病源，仍以固有之學理以斷病，固有之藥物以治病，庶為培木長源之法也乎¹⁶⁸。

這是一種「中西醫結合」的康莊大道，兼容現代手術的獨立性與中醫固有的「內科療法」思路。

前述現代研究中醫手術史研究的開創者劉復說，中醫手術「不傳，即傳亦非典籍所能昭示者」；手術史料典籍所載稀少，傷於簡略，個人臨床經驗亦不足用以作為解釋的資源¹⁶⁹——畢竟，我們很難找到一個會做氣

166) 李慕文，〈近世外科醫術之進步〉，《中西醫學報》第3年第8期（1913），頁1。

167) 何幼廉，〈余愚與阮其煜、楊志一兩先生論中西醫學書〉，《紹興醫藥月報》37期（1927），頁149。

168) 俞鑑泉，〈續學廬隨筆〉，《三三醫報》2卷22期（1925），〈專著〉欄，頁1。

169) 就算在數理的世界，邏輯規則無法證明的命題，也不能說這些命題是假的。人把握「真實」、歷史的真也有其限度。Janna Levin的小說，A Madman Dreams of Turing

管、食管俱斷縫合手術的中醫生¹⁷⁰)。我們總會遇到史料不能言說之處；多元、複數(pluralize)中國醫學史的理解，可以就由這些地方直接切入——中國醫學史的「近世」命運。

【Profile】

李建民

台灣國立台灣大學歷史學博士，中央研究院歷史

語言研究所研究員，清華大學歷史研究所兼任教授。

作品有《死生之域——周秦漢脈學之源流》等及論文七十餘篇。

Machines (New York: Knobb, 2006) 的主角是兩位數學家，及說明「不完全性」的原理。

170) 中醫「外科」、「骨傷科」在上世紀50年代後，有一些新的發展；特別是著重在若干優勢的外科疾病。如慢性骨髓炎、乳暈瘻管、燒傷等。肛門痔瘻也採用手術。李乃卿、曹建春，《中醫外科骨傷科常見病診療常識》(北京：中國中醫藥出版社，2005)。

