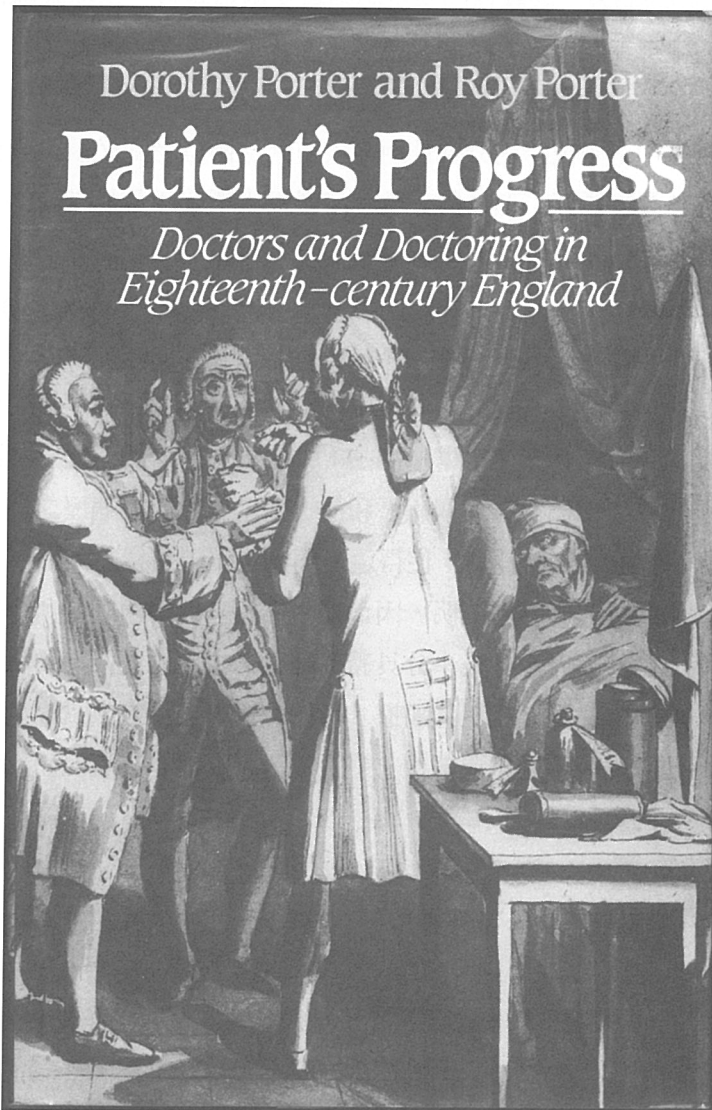


# 從病人的故事到個案病歷

西洋醫學在十八世紀中到十九世紀末的轉折



本書出版於1989年，是討論「前現代」醫病關係的起點之一

李尚仁

(中央研究院歷史語言研究所)

## 前言

當我在倫敦衛康醫學史研究所（The Wellcome Institute for the History of Medicine；最近改組改名為The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at University College London）攻讀醫學史博士學位時，同時也擔任我的指導教授克里斯多佛·勞倫斯（Christopher Lawrence）的大學部課程「現代醫學的興起」（The Rise of Modern Medicine）的助教。該課程的學生必須繳交兩篇報告，學期末則接受考試，考申論題，由十題中選三題作答，時間三小時，因此也有點像考作文了。報告與考試必須由任課老師與另一位系上老師評分，再交給一位外校老師評分。若三者分數接近則取其平均值，若其中有兩位給的分數差距甚大，則這兩位老師必須會商再決定最後分數。我當時負責該課程評第二個系內分數。這過程中讓我印象最深刻的，是勞倫斯教授出的那兩篇報告題目。第一篇他給學生一個十八世紀的個案病歷，要不是義大利名醫莫嘎尼（Giambattista Morgagni, 1682-1771）的臨床診察（clinical consultations）病歷，就是英國醫師布朗瑞格（William Brownrigg, 1712-1800）的個案。<sup>①</sup>他要學生就這個病歷的記載，討論十八世紀歐洲正統醫學的特徵。第二篇報告，他給學生二十世紀初哈佛大學內科教授理察·卡攀（Richard C. Cabot）所著的《鑑別診斷》一書裡面的一個個案病歷，<sup>②</sup>要他們比較這個病歷和前一個十八世紀的病歷之間有什麼差別，在這段期間的醫學史發生了哪些事，使得這兩個病歷出現這樣的差別。

我覺得這個出題的方式非常聰明，因為學生必須有能力用課堂所學的東西來解讀分析這兩個個案，由於病歷本身是十分具體的材料，學生也不能天馬行空漫無邊際的東拉西扯。另一方面，從兩個短短的病歷（每個大概二至三頁）就有豐富的材料，讓學生在答案中涵蓋課程內容的重要部份。這也顯示了病歷本身有豐富的歷史線索，是值得史家深入探索的史料。

## 病歷中病人的聲音

在十八世紀的病歷與二十世紀初的病歷差別當然很大，在學理上十八世紀的醫師仍在談論體液說（humoral theory），雖然這已經不完全是蓋倫（Galen）的體液說，而是吸收牛頓粒子學說之後，以液體（體液）與固體（纖維）的互動來解釋人體功能的體

<sup>①</sup> *The Clinical Consultations of Giambattista Morgagni: the Editions of Enrico Benassi* (1935), translated and revised by Saul Jarcho (Boston, 1984); *The Medical Casebook of William Brownrigg, M.D. F.R.S. (1712-1800) of the Town of Whitehaven in Cumberland*, edited & translated by Jean E. Ward and Joan Vell (London, 1993).

<sup>②</sup> Richard C. Cabot, *Differential Diagnosis* (Philadelphia, 1911).

液說。疾病的原因則歸咎於飲食、生活習慣與性行爲、情緒的失衡。換言之，疾病的發生和個人的生活史密切相關。此外十八世紀醫師除了把脈之外很少檢查病人身體，但是他們會觀察病人的血液與尿液。相反的，二十世紀的病歷中，關於病人生活史的敘述雖然還是存在，但份量與重要性已經大大減少。理學檢查（physical examination）、各種細菌學和生物化學的實驗檢驗，儀器的使用、外科手術的無菌技術，乃至病人死後的病理解剖，都是十八世紀所未有的。由這些差異，足以引述出這一百多年來醫學的重要變遷。

不過其中有一個重大的差別是筆者在此特別想要討論的，那就是病歷的書寫方式與病人的聲音在裡面的位置。在布朗瑞格的病歷中我們可以看到這樣的文字：「1737年7月，妮科森小姐，一位愛爾蘭女人，感染流行性熱病。她是個年約二十歲的單身女性，漂亮、活潑、好脾氣；罹患乳房硬化；非常愛吃多汁的食物並過著無所事事的生活」。<sup>③</sup>今天的醫師讀了這段病歷，可能會覺得它奇怪地混雜了對病人病況的描述，以及一些主觀的印象與不相干的枝節。這是因為布朗瑞格是個草率不嚴謹的庸醫嗎？非也。布朗瑞格於1736年在歐洲最頂尖的醫學學術中心萊登大學（Leiden）獲得醫學學位，曾受教於當時歐洲最著名的醫學教授波哈維（Hermann Boerhaave，1668-1738），可說有著第一流的學經歷。

同樣地，莫嘎尼在他的病歷中也常照單全錄病人的敘述，例如在他一個病歷的開頭是：「我在二十七歲時健康良好、體質中庸有節（temperate constitution）。或許是由於四旬齋時飲食過於豐盛，加上投入研習法律，我突然驚覺心頭緊束，而強烈地恐懼自己會中風而死。這憂慮使得病症更加惡化了。我之所以會如此恐懼，是因為我當時居住的羅馬有許多人發生這樣的不幸（按，中風而死）」。<sup>④</sup>事實上，這個敘述出自病人所寫的信。莫嘎尼有許多病人是他在診治過程中從頭到尾都沒有見過面的。他是根據病人、病人的醫師、甚至病人的親友的來信來進行診斷與治療的。這在今天聽起來很不可思議。難道莫嘎尼是狂妄的騙徒嗎？非也。他是當時正統醫學的代表人物，當代最卓著的名醫之一。莫嘎尼也不是個只知固守傳統學說、藐視創新與經驗研究的保守派。他是最早有系統的對死去病人進行解剖檢查的醫師之一，因而不少後人視他為「病理解剖學之父」——雖然從嚴謹的歷史觀點來看，這樣的封號其實過度簡化而大有問題的。編譯莫嘎尼診察個案病歷的英文版的醫學史學者賈秋（Saul Jarcho）說：「當我們看到偉大的解剖學家、科學領域精確而勤奮的天才觀察家與實驗家，竟然僅憑著醫學外行人寄來簡短、含糊且包藏錯誤的函件，就一頭栽進診斷和治療處方，我們實在難掩驚訝之情」。<sup>⑤</sup>事實上藉通信來進行診病與治療，是當時歐洲正統

③ Brownrigg, 前引書，頁8-9。

④ Morgagni, 前引書，頁59。

⑤ 前引書，頁xxvii。

醫學尋常的醫療活動，波哈維更是以來信之多而聞名。這顯示當時醫學所立足的社會關係與認識論基礎，大不同於現代醫學。

歷史學家早已注意到，十八世紀的所謂「床邊醫學」(bedside medicine) 或「新古典醫學」(neo-classical medicine)，醫生的診斷與治療主要是以病人的生活史為依據的。病人的過去的飲食、行為與習慣，其所表現的體質，決定了疾病的起因、進程與預後 (prognosis)。醫生的治療則要針對這些因素而定。此外近來不少醫學史學者注意到，在當時的病歷中，醫師與病人使用的是類似的語言。病人對自身病史的敘述，醫師往往照單全收，醫師在下診斷、治療與預後時，往往也使用和病人類似的語言。莫嘎尼與布朗瑞格的病歷也有這樣的特色。歷史社會學家朱申 (N. Jewson) 在一篇對近年來的醫學史影響深遠的經典論文中，對此有重要分析。朱申指出十八世紀的醫療行業缺乏有效的職業規範，醫師在市場中彼此競爭激烈。為了爭取病人-顧客，不只要在學理上講出一套吸引人的創新說法，也要顧及病人的想法與感受。病人自認為自己是個獨特的個體，其疾病經驗與生命歷程息息相關，那麼醫師就要以此為依據，使用一套病人能理解與接受的語言與表達方式，來向病人解釋病情和進行診斷與治療。此所以當時醫學學說五花八門，但是在多數醫師的診療活動中，病人的說法、其個人的生活史與主觀感受都佔非常重要的位置。此外，正統醫師的病人大多是貴族士紳階級，其社會地位與財富權勢比醫師還高，在此情況下醫生當然不大會去質疑病人說法的真實性，或是不把他們的關切當一回事。<sup>⑥</sup>

病人自述在醫療活動中佔重要位置的情況，不只見諸服務貴族士紳階級的正統醫學，醫學史學者菲索 (Mary Fissell) 指出，這樣的情形也見諸庶民醫療。菲索發現最常見的敘事結構，是自傳式的疾病敘事模式：病人年輕時因為無知與不小心而意外感染疾病，接著長年久病不癒，最後隨著年紀增長而智慧增加，終於找到辦法治癒了疾病。這類的疾病敘述，和基督教宗教故事中常見的「純真、墮落與救贖」的敘事模式十分接近。菲索認為這是中下階層病人以其熟悉的文化資源，來理解自身的疾病。而醫師也汲取這種資源，來與病人溝通以進行診斷與治療。<sup>⑦</sup>

西方所謂「前現代醫學」(early modern medicine) 的這種特徵，使一些醫學史學者在近年來致力於重建「病人的歷史」、「由下而上的歷史」，以修正過去醫學史只把焦點放在醫師身上的偏頗。<sup>⑧</sup>

⑥ N. Jewson, "Medical Knowledge and Patronage System in Eighteenth-Century England," *Sociology*, VIII (1974), pp. 369-85.

⑦ Mary E. Fissell, "The Disappearance of the Patient's Narrative and the Invention of Hospital Medicine," in Roger French and Andrew Wear (eds.), *British Medicine in an Age of Reform* (London, 1991), pp. 92-109. 參見頁95-6。亦可參考同一作者的 *The Physic of Charity: Health and Welfare in the West Country, 1690-1810* (Cambridge, 1991).

⑧ 現在這方面的著作已有不少，代表作可參見 Barbara Duden, *The Women Beneath the Skin: a Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany* (Cambridge, Massachusetts, 1991); Roy Porter (ed.), *Patients and Practitioners: Lay Perceptions of Medicine in Pre-Industrial Society* (Cambridge, 1985); Roy Porter & Dorothy Porter, *In Sickness and in Health: The British Experience, 1650-1850* (London, 1988).

相較於十八世紀的病歷，在十九世紀之後，病人的自述在病歷當中越來越不重要、越來越不易見到。卡擘的病歷充斥著專業術語，裡面雖載有病人過去的病史及個人背景資料，然而這些都是醫師過濾過的、以非常簡潔、中性而不帶情感的方式來敘述。我們在這樣的病歷中幾乎完全聽不到病人自己的聲音。這也是今天的現代醫學的病歷的特徵。為什麼這段期間會出現這樣的變化，是過去三十餘年來醫學史學界探討的一個重要議題。

## 十八世紀末到十九世紀的轉折：原因為何？

在另一篇重要的論文中，朱申對這個轉變也有所解釋。他的解釋可分成兩個層面。一是醫學知識與醫療行為的改變，這裡最重要的就是在十八世紀末十九世紀初，醫院醫學(Hospital Medicine)在巴黎的興起。法國大革命後巴黎醫院的改革，產生了一個新的醫療形式。理學檢查(physical examination)與病理解剖在醫療研究中佔中心的位置，病人的說詞與生活史不再是解釋疾病原因的重要依據，病因的最終依據是理學檢查可發現、病理解剖能證實的身體組織病變。朱申認為過去「全人」的醫學，在這時候則化約為器官與組織的醫學。等到實驗室於十九世紀在德國興起，成為西方醫學的知識重心，疾病的解釋更是化約至細胞與生化反應的層次。朱申稱此為「病人的消失」。<sup>9</sup>

另一個層面的變化則是醫學職業團體內部的規範與權力關係的變化。巴黎巨大的醫院收容著貧窮的病人，不像士紳貴族病人，他們無法拒絕醫師要求要做的檢查與治療，而成為醫師觀察、研究與實驗的對象。此外，在十八世紀末到十九世紀初這段期間，醫學職業團體開始對內部成員建立較有效的規範控制，醫師各出奇招以招徠病人的情形受到約束。而醫界也建立較大的自主性，使得病人對醫師的影響力大為減少。十九世紀實驗室醫學在德國的國立大學興起，這些專業研究員是國家聘雇的人員，因此不論是病人或是地方社區，對他們的影響力都很小，使得醫學的自主性更加提高。<sup>10</sup>

菲索同樣認為關鍵在於醫院的興起，不過她並不認為是巴黎醫學的病理解剖學導向，造成了病人聲音的消失。她認為這樣的變遷發生的時間還要更早，早在十八世紀下半英國的慈善醫院(voluntary hospital)，就可以看到這樣的現象。這類醫院設立的

<sup>9</sup> N. Jewson, "The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1870," *Sociology*, X (1976), pp. 225-44.

<sup>10</sup> Jewson, 前引文。朱申這個分類斷代方式是就西方醫學發展的大趨勢所提出的，當然各個國家與區域的醫學發展過程有不少差異。例如美國十九世紀時的正統醫學，仍舊與歐洲十八世紀的新古典醫學極為相似。英國對於病理解剖與實驗生理學、細菌學說等實驗醫學的接受，大致上都晚於法德兩國。關於這議題的詳細討論超出了本文許可的範圍，需另以專文討論；但關於這段期間英國、德國、法國與美國的醫學發展的簡要描述和比較，可參見W. F. Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth-Century* (Cambridge, 1994)。

目標，是要讓生病的工人能復原重新勞動。這些窮苦的人要能進入醫院，必須有雇主或地方士紳名流的推薦信。他們在醫院中地位低，對醫師的要求無法置喙。病人失去自主的結果之一，就是他們自己訴說的生活史不再被採信記錄。菲索指出這段時間病歷書寫有個特色，就是越來越多的醫師以複雜深奧的疾病分類學（nosology）術語來記錄病人的病情。疾病分類學的興起，是病人聲音從病歷中消失的開始。<sup>11</sup>

## 這個轉變有多徹底？——史學界修正的看法

對於上述對於病人聲音於病歷中消失的歷史解釋，勞倫斯有一些修正的意見。<sup>12</sup>朱申對於巴黎醫院醫學的強調，自是受到傅科（Michel Foucault）與艾克納希特（Erwin H. Ackerknecht）等學者的醫學史研究影響，有關床邊醫學、醫院醫學與實驗室醫學的區分，更是直接來自艾克納希特。<sup>13</sup>然而在傅科對巴黎臨床醫學的分析中，並沒有提到醫院醫學造成病人的消失。相反地，正如勞倫斯所指出，傅科認為臨床醫學之前的醫院是個疾病分類學的劇場，各個種類的疾病自有其本質，醫師可根據其症狀加以分類，有如自然學者（naturalist）根據動植物與礦物的外觀來加以分類一般。個人只是疾病發生的「場所」，個人的體質與生活習慣或許會修改疾病的一些表現細節，但疾病作為一種物種（species）的本質不變。是臨床醫學的興起，才使得病人成為一個「個體」。<sup>14</sup>換言之，新的個案病歷是一種新的技術，能有效的根據個人的殊性，加以分類、記錄、觀察、管理、控制與治療。這套技術雖是針對個人，但也能有效管理群體。類似的技術可見諸於在相同時期出現的部隊訓練、監獄管理、學校教育與考試制度。<sup>15</sup>我在前言提到衛康醫學史研究所那套評學生分數的嚴謹辦法，也是這段歷史的遺產之一。

對於疾病分類學與醫院醫學的興起，造成病人敘述的消失的看法，勞倫斯也有不同的觀點。他並不否認醫院醫學的興起的重要性，但另一方面他也認為疾病分類學並沒有造成那麼大的影響。一般醫師在他們日常的醫療活動中，對疾病分類並不是那麼在意用心。像十八世紀中在愛丁堡皇家病院（the Edinburgh Royal Infirmary）任職的約翰·路瑟福（John Rutherford）這樣的醫師，他們重視的仍是傳統式地以病人的生活史來解釋、診斷與治療疾病。另一方面，十八世紀疾病分類學的大師威廉·庫倫

<sup>11</sup> Fissell, 前引文, 93, 頁102-103。Roy Porter, *Doctor of Society: Thomas Beddoes and the Sick Trade in Late-Enlightenment England* (London, 1992).

<sup>12</sup> Christopher Lawrence, "The Meaning of Histories," *Bulletin of the History of Medicine*, 66 (1992), pp. 638-645.

<sup>13</sup> Michel Foucault, *The Birth of the Clinic* (London, 1973); Erwin H. Ackerknecht, *Medicine at the Paris Hospital* (Baltimore, 1967).

<sup>14</sup> Foucault, 前引書, 頁54-62; Lawrence, 前引文, 頁2-3。

<sup>15</sup> 參見Michel Foucault, *Discipline and Punish: the Birth of the Prison* (London, 1979).

(William Cullen)，卻也經常用通信來診斷治療病人。疾病分類學的興起，與病人的敘述在病歷中的重要性降低，並沒有那麼直接的關連。勞倫斯認為傅科、菲索與波特是有點誇大了疾病分類學在這個轉變的過程中的重要性。<sup>16</sup>

勞倫斯認為病人的階級、性別以及社會地位，對於其說法是否被醫師採信，以及他們的聲音能否出現在病歷中，有著關鍵性的影響。女人、小孩、窮人與瘋人關於自己生活史與疾病史的說法，即使在十八世紀之前通常也不會被採信。路瑟福明白指出窮人的說詞不足為信，湯瑪斯·威利1650年治療一個小孩的病歷裡根本沒有病史。<sup>17</sup>十六世紀末十七世紀初倫敦著名的星相醫學（astrological medicine）醫師西蒙·佛曼（Simon Forman），在診治女性病人時，就不怎麼信任她們的說詞。相反的，他以能透過星相來揭穿病人隱瞞的內情為傲（病人沒有吐實的部份，通常是她們的性行為）。<sup>18</sup>相對之下，莫嘎尼的病歷開頭則常會強調病人的身分顯赫，這也顯示了他為什麼信任對方的說詞。這種因病人身分而來的信任，以及對病人的敘述的重視，在十九世紀末仍是很常見。<sup>19</sup>

最後，我們還可以問：十八世紀那種形式的病人敘述，在十九世紀之後真的消失了嗎？並不盡然。醫學史學者披克史東（John Pickstone）最近在他發展的有關科學、科技與醫學史的「歷史知識類型學」當中，把十八世紀強調博聞強記與個人生活史細節重要性的新古典醫學，稱之為「博學-傳記型」（Savant-Biographical type）的知識類型。他認為這樣的一種醫學今天仍舊存在，其典型代表就是精神分析。<sup>20</sup>劍橋大學的精神分析史學者佛瑞斯特（John Forrester）也認為精神分析是一種以個案（病歷）（thinking in case）來思考的學科。<sup>21</sup>確實，在精神分析與許多某些心理學理論中，病

<sup>16</sup> John Rutherford, "Clinical Lectures," 1752, pp. 2, 4, MS. 4217, The Wellcome Library, London, 參見Lawrence, 前引文, 頁639-41。

<sup>17</sup> *Willis's Oxford Casebook* (1650-52), ed. Kenneth Dewhurst (Oxford, 1981), p. 100. 參見Lawrence, 前引文, 頁641。

<sup>18</sup> Lauren Kassel, "How to Read Simon Forman's Casebook: Medicine, Astrology, and Gender in Elizabethan London," *Social History of Medicine*, 12 (1999), pp. 3-18.

<sup>19</sup> Morgagni前引書；Lawrence前引文, pp. 643-4.

<sup>20</sup> John Pickstone, "Ways of Knowing: Towards a Historical Sociology of Science, Technology and Medicine," *British Journal for the History of Science*, 26 (1993), pp. 433-58. 參見pp. 439-442; idem, "The Biographical and the Analytical: Towards a Historical Model of Science and Practice of Medicine," in Ilana Lowy et al (eds.), *Medicine and Change: Historical and Sociological Studies of Medical Innovations* (Paris, 1993), pp. 23-47. 披克史東是英國曼徹斯特大學衛康醫學史中心的主任，他關於歷史知識類型學的專著即將出版。披克史東這方面的新說近年引起西方醫學史與科學史學界相當大的重視，對其詳細內容本文不及細談，日後筆者有機會將進一步討論。

<sup>21</sup> John Forrester, "If p, then what" Thinking in cases," *History of the Human Sciences*, 19 (1996), pp. 1-25. 佛瑞斯特這篇文章是他的一個大型研究計畫「個案的歷史與哲學」的一部份，在此他引用傅科與史學家金士博格（Carlo Ginzburg）對「個案」的歷史分析，指出一些可能的研究方向。然而對於以這樣的研究角度做出來的精神醫學史會有怎樣的新的洞見與不同的風貌，佛瑞斯特著墨不多。他這個計畫的研究結果值得期待。金士博格對個案史的看法，參見Carlo Ginzburg, "Morelli, Frued and Sherlock Holmes: Clues and Scientific Method," *History Workshop*, IX(1980), pp. 5-36.

人過往生活的細節，被視為和其精神疾病的發生與表現息息相關，而治療也是要以此為依據。當然，國外精神分析昂貴的收費，也是它接近十八世紀服務士紳貴族的正統醫學的一個特徵。

近年來醫學史與科學史學界，受到孔恩(Thomas Kuhn)有關科學革命典範轉移的學說，<sup>22</sup>以及傅科有關認識論斷裂的學說之影響，不少學者對於知識形式的不連續性有相當的著墨。然而孔恩將科學革命比擬為心理學上的「完型轉移」(gestalt switch)，以及傅科對知識體系交替的強烈戲劇性描述，卻也產生了某種的誤導，令人以為舊的知識體系與作為 (practice)，在斷裂或科學革命之後，就完全被科學社群摒棄，不再於知識生產的活動中扮演任何角色。例如讀者讀了傅科的《臨床醫學的誕生》之後，可能會覺得在巴黎醫院醫學興起之後，疾病分類學就從醫學界消失了。然而在十九世紀的醫學文獻中，我們仍可看到許多醫師仍在從事疾病分類的工作，尤其是殖民醫學、軍醫學、傳染病與公共衛生的討論當中更是如此。同樣的，朱申關於「病人的消失」的說法，易讓人認為醫療科技興起，以及醫學由技藝變成專業的過程，帶來的是醫學的化約論 (reductionist) 傾向，以及醫病關係的「機械化」。然而近年來醫學史研究顯示科技與醫療的整合過程是複雜而多樣的，絕非線性單一過程，而醫師的技藝、病人的言說與經驗，也沒有這麼簡單地就被抹消。<sup>23</sup>

由本文討論的病歷書寫的歷史變化來看，我們除了可以看到重大的變化與斷裂之外，也可以看到某些長時程的連續性。在解釋醫學理論與醫療行為的變遷時，歷史學家必須更細膩地探討這些不連續性與連續性，以提出更完整豐富的分析與解釋。

<sup>22</sup> T. S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolution* (Chicago, 1974, 2nd.rev. ed.).

<sup>23</sup> 參見Christopher Lawrence, 'Science, Technology and the Clinical Art in Britain, 1850-1914', *Journal of Contemporary History*, XX (1985), pp.503-20; Joel Howell, *Technology in Hospital* (Baltimore, 1995).