肩凝考

栗山茂久教授（左）於京都庭園

栗山茂久
哈佛大學東亞語言與文明系

古今論衡　第 15 期　2006.10

序言

對日本人來說，大概沒有比「肩凝」（かたこり）更普遍的身體不適了。本文將探討此病的歷史源流，先追溯至江戶時代被當時稱爲痃癖（けんぺき）的一病，並且指出三個江戶時代造成此病的要素： 1.視「滯流」爲首要病因的醫學理論； 2.視辛勤勞動的生活爲美德的「勤勉革命」； 3.以腹診與按摩作爲診斷與治療的手段。本文跟著將討論十九世紀和二十世紀西方醫學中類似「凝」（こり）的概念；最後以探討身體與時間的關係結束全文。

一、肩凝（かたこり）是甚麼？

我一直沒有把「肩凝」（かたこり）當做一回事。在日本，肩凝是最普遍、最常見、最不足爲奇的病痛。

在我有志於成爲針灸醫生的三年中，我常常利用親戚朋友們的肩凝來磨練我的針灸技術。我會對他們說：「我在學習針灸」，他們就會主動地要求：「你能治治我的肩凝嗎？」他們顯然是病急亂投醫，竟然要我這個初學者去給他們扎針艾灸。但是，那時候，我並不覺得他們的請求有甚麼不妥當的。

然而，數年後，我開始感覺到不對勁了。

一種身體上的痛楚，爲甚麼在一種文化裡是那麼平常，那麼理所當然，而在另一種文化裡卻是完全陌生的呢？

傳統日本醫學的基本用語都來自中國，但是肩凝卻沒有現成的中文翻譯。現代日語醫學詞典一般都分別用 “stiff shoulder” 和 “Schulterspannung” 作爲肩凝的英語和德語的翻譯。但是這都是翻譯的詞語。不像日語的肩凝，英德的兩個名詞並不表示一種讓人一看就理解的疾病。而且這兩個名詞還給肩凝的症狀帶來了誤解： stiff shoulder 一詞表現的活動限制，充其量只是肩凝最邊緣的問題； Schulterspannung 一詞表示的肌肉緊張雖然比較接近肩凝的意思，但也不能表達肩凝的精髓。

當我向朋友同事提起肩凝的時候，不少人會一邊對我訴說他們屢治不愈的症狀，一邊捶打、按摩自己的手臂、頸項和肩膀。他們的動作像是一種自然的反射，只要一聽到肩凝這個名詞，他們的痛楚就馬上復蘇了。在日本，這種捶背按摩的動作每天都到處可見。

因此，更令我感到詫異的是聽到有人說：「我沒有肩凝。」他們這樣宣布的時候或面帶一絲驕傲，或局促不安，或略爲不解。他們似乎覺得自己擁有一些特殊的德行或者運氣。這像是在說肩上負有肩凝的負擔才是正常的。

大塚恭男寫道，「我曾在德國住過三年多，但無論我怎麼解釋肩凝，我都沒辦法讓人理解。」❶在海外住過的日本人有時會帶回來這樣的故事。但是他們的日本聽衆往往會感到疑惑，甚至於不相信有這樣的事。當我以自己在美國的經驗和文字的辨證——各地的語言都缺乏肩凝的同義詞——作爲理由，提出肩凝是一個明確的地方疾病時，有的朋友仍然不接受。他們抗議說任何地方的人都一定會得肩凝的。肩凝的不存在肯定只是表面的。

「肩凝不存在」這種想法似乎是一種奇想。

也許其它地方的人只是不知道他們有肩凝。這是一種很普遍的理論——在得病與感知之間有一段距離。一位朋友指出一個人大可患有血管梗塞或癌症而長時間毫無症狀，感覺正常。但當我進一步追問如果一個人感覺不到肩凝的痛楚，還能否說他患有肩凝時，我的朋友就回答不上來了。明顯的痛楚雖不是肩凝的全部，但似乎是最主要的症狀。

還有這樣一種可能：其它的文化也許知道肩凝，只不過他們有另一種說法。也許他們對疾病有另一種組織方法。他們或許不把肩凝視爲一種單一的病症，而是把它歸納在一個綜合症之內；也或許他們把肩凝分割成很多個別的疾病。這都有可能。

關於肩凝的事實是甚麼？肩凝有多地方性？有多全球性？在我們考慮做調查時，馬上會因爲事實的標準不同而無法繼續進行。我們怎麼樣判斷疾病的存在和不存在？甚麼樣的症狀揭示這是一些患有肩凝的人，那是一些沒有肩凝的人？

肩凝到底是甚麼？

大塚恭男一邊揣度德國朋友對肩凝的不解，一邊忽發奇想，把人分爲有聳肩習慣的和肩膀會感覺僵硬的。前者是向前看、主動、把憂慮從肩上甩掉的人；後者則是常常嗟嘆、內向、用雙肩承受負擔的人。❷他這雙關的區別正附和一個普遍的聯想。

❶ 大塚恭男，《漢方と藥の話》（京都：思文閣，1994），頁 97。
❷ 同上註。

有的讀物會帶給人肩凝，有的讀物則不會。這也就是指需要高度集中力的艱深專業刊物和輕鬆消遣性質的閱讀。同時，也有會帶給人肩凝的情況，例如，那些我們必須或挺直站立或正襟危坐、恭恭敬敬、慎言慎行的煩冗集會。上面兩例雖然是比喻的說法，但是所表達的後果卻是眞實的。社交的壓力和長時間與枯燥的文字對峙都會實實在在地帶來頸項和肩膀的酸痛。

南山堂的醫學詞典把肩凝解釋爲「主觀地說，是一種伴以頸項與肩膀隱隱作痛的極爲不適的感覺」，並且把疲勞、姿勢不良和精神負擔列爲主要因素。我們會想說：肩凝是一種由精神緊張而形之於外的肌肉緊張。

但是「緊張」是不正確的。爲了理解「凝」的特殊感覺，我們可以借用好朋友之間發生爭執後的情形作爲一種啓示。雙方互相咒以惡言惡語，感情受到傷害，關係也斷絕了。事過之後，兩人又開始攀談了，但是他們的談話再也無法跟以前一樣了。雖然他們都裝成已經又像以前那樣的無拘無束，但是雙方都知道那只不過是一種僞裝。他們在爭執時感到的強烈敵意和矛盾雖然早已消失，但是當時的怨恨卻已成爲「凝」（しこり）了。しこり是こり的同源詞，兩詞時常交替使用。這しこり把一切自由的交流都堵住了。兩人之間有了令人尷尬的沈默，交流不再順暢了。肩凝的痛楚就像這被扼殺的語言交流和不能發洩的、凝固的感情所帶來的呆滯沈重的痛苦。

爲甚麼這麼多日本人會患有這種因凝塊的堵塞而造成的病痛呢？常被人列舉的原因有很多：精神壓力、年老力衰、更年期、長時間坐在榻榻米上（或反過來說，椅子上）、遺傳、飲食習慣、血行不良。但是沒有輿論一致指出其中任何一項是肩凝的核心，是決定性的成因。

事實上，很多人都接受了他們的肩凝最終是無法解釋的。肩凝已經成爲他們的一部分了。他們只是按時求助於傳統的治療，積極地嘗試新藥方，但是沒有幾個人指望根治的。一般的患者都相信所有的治療都是一時的緩衝，不久之後，他們還會再需要接受治療或自我治療的。這種痛楚是長期存在的，這種病在日本人的心目中也是根深蒂固。

二、痃癖

肩凝這一詞在明治時代（1868-1911）以前並不爲人所知。因此立川昭二推測肩凝這種疾病是近代才流行起來的。❸ 但事實上，肩凝的歷史比這複雜。雖然肩凝這一名詞似乎是十九世紀二十世紀交替時才漸爲普遍，但作爲動詞，肩が凝りた，肩膀凝固了，卻已在江戶時代（1600-1868）的醫學文獻中出現了。江戶時代的人也已經普遍地訴說他們的肩膀「堵住了」（肩が詰まる）或者「不通了」（肩がつかえる）。

除此以外，當時還有另一種更廣泛流傳的疾病：痃癖。❹ 蘆川桂洲的病理詞典《病名彙解》（1688）解釋說：

> 痃癖。俗曰うちかた，乃項肩之強急。或曰之爲打肩（うち＝打，かた＝肩），以拳打肩而感舒暢。或曰之爲內肩（うち＝內），患部爲兩肩之內也。❺

頸項與背脊上部，特別是雙肩內側的強急，捶打按摩後會感到舒服——現代的日本人看到這症狀不難會想到肩凝。 1630 年的《日葡部書》把 Qenbeqi（けんぺき痃癖）和 Feqi（へき癖）都解釋爲「肩膀的疾病」，並在 “Fequio vtcu”（へきをうつ）下加上「用手捶打肩部之痛楚與不適」。❻ 在描繪江戶時代生活的文學和繪畫中，我們確實看到人們用現在肩凝患者還熟悉的方法治療他們的肩膀：塗抹藥膏、艾灸、請別人按摩、或者用手頭的東西自己捶打患部。

我們現在所謂的肩凝似乎早在江戶時代就以另一個名義——けんぺき（痃癖），或讀けんへき、けんべき、けんびき——存在了。但當我們讀貝原益軒（1630-1714）時，他卻說：「把痃癖指爲肩膀的痛楚是一種誤解」。❼ 蘆川桂洲也提醒世人：「認爲痛楚只限於肩部的世俗信念是錯誤的。」❽

けんぺき是痃癖，是一種中國疾病的日語讀法。但在中國，痃癖是個只有醫生才知道的專用名詞。它是指一種比較沒有特性，不引人關注，只是芸芸衆病中的一種而已。但けんぺき則不同。

❸ 立川昭二，《明治醫事往來》（東京：新潮社， 1986），頁 46-49 。
❹ 宗田一，〈痃癖とコレラ〉，《和漢藥》375.8（1984）：375-376 。
❺ 蘆川桂洲，《病名彙解》（1688），收於大塚敬節、矢數道明編，《近世漢方醫學書集成》第 64 卷（東京：名著出版， 1982），頁 394-395 。
❻ *Vocabulario de Japon* (Manila, 1630), 150v, 350v.
❼ 貝原益軒撰，益軒會編，《益軒全集》第三卷（東京：益軒全集刊行部，明治 44 年〔1911〕），頁 876 。
❽ 蘆川桂洲，《病名彙解》，頁 394-395 。

江戶時代的日本人無論在家裡、澡堂、還是在風月場所，他們的日常談話中都會訴說這種痛楚。疾病的名字和它帶來的痛楚都是衆所周知的常識。但是常識畢竟和專家的定義不同。 1639 年，醫學詞典《病論俗解集》解釋痃癖爲腹部因消化不良或宿食而引起的病症，是在肚臍的或左或右、或上或下部位的積病。這正點出痃癖的原義：在中國，痃癖是一種腹部的疾病，跟背部完全無關。因此，《病論俗解集》還補充：把痃癖說成是一種項肩的強急是錯誤的。❾

由此可知，痃癖一詞通俗的用法和正確的用法是有一段距離的。熟悉醫學名詞中文來源的醫生們認爲是一種腹部的疾病，卻被一般的老百姓轉移到肩膀上去了。對此，蘆川桂洲感到無所適從。在前面引述過的《病名彙解》裡，他先用「項肩的強急」——這也是半世紀後《病論俗解集》所公然推翻的——來描述痃癖。但是後來，他又猶豫了，甚至有改變初衷的意思。他進一步表示只把痃癖當做一種項肩的疾病是錯誤的。其實，「癖的症狀在身體各部位都可能出現，但是主要出現在沿著肋骨一帶的腹部」。❿ 也許是爲了避免被指責爲無知，他最後以重複中國大夫的論調結束全文。

痃癖，一種只有博學的大夫才討論的疾病，一種鮮爲人知的腹脇疾病在日本卻搖身一變成了連目不識丁的庶民都掛在嘴邊的肩膀痛楚。《病論俗解集》和《病名彙解》中所說的誤解表示當時醫生們對病義的分歧警覺猶新，並且也表示在十七世紀，這種「錯誤」是新近造成的。可能是江戶初期才把痃癖奠定爲肩膀疾病。我們也當然注意到兩書之間重點的轉移。 1639 年的詞典所推翻的錯誤是把痃癖跟肩膀連在一起。1688 年蘆川桂洲指出的錯誤卻是把痃癖視爲只出現在肩膀部位的疾病。 1639 年的詞典，先介紹疾病的傳統定義，而只在最後才提到世俗誤把它視爲一種肩膀疾病。1688 年的著作卻視痃癖爲肩膀疾病，先詳細地介紹它的症狀和治療方法，最後幾乎像是後記中的補筆，才指出這種疾病也會出現在腹部。

兩本著作都對通俗的誤解作出批評。但他們的解釋並不能令人滿意。用項肩疾病的病名來命名腹脇疾病不是一個無意之中、或沒有動機、或一時大意犯的混淆。如果けんぺき跟中國疾病痃癖沒有任何關係，那根本就沒有理由把它稱爲痃癖了。兩者之間，起碼在原來，在江戶時代，必定有蘊涵的邏輯把它們相連，否則是不會有相同的名稱的。

❾ 《病論俗解集》，收於《病論病名集》（藤沢市：前田書店， 1979）。
❿ 蘆川桂洲，《病名彙解》，頁 395 。

痃癖的痃是病衣部首和代表拉緊的玄的玄字。這表示一種病態的緊張。這個字極爲少見，只有在「痃癖」一詞中出現。有的日本作家以「肩」字，日語也唸けん（肩也唸かた，像在かたこり一詞中——日本漢字往往有兩個以上的讀音）代替「痃」。這便反映出爲甚麼けんぺき的通俗理解是肩膀的癖了。因此，我們要關注的疾病應該是癖。

在中國，「癖」，像在痃癖一詞中，表示一種腹部和兩脇之下的異狀。但是江戶時代的醫生往往把「癖」字與積、癥、結，當然還有凝交替使用。這些都不是絕對的同義詞。每個詞都有自己強調的特點：「積」強調積聚，「結」強調結實，「凝」強調凝固。這些詞之能交替使用是由於對疾病的同一直覺把它們結合在一起。它們代表一個病理主宰思想下不同的表面。

後藤艮山（1659-1733）肯定：「不論年老年輕，不論是虛是實，今時人中腹部內臟必有結滯之積氣。」他在給學生的講義和與其他醫生的書信來往中都這樣一再強調。與中國陰陽五行平衡交錯的複雜體制相比，後藤艮山提倡的是一個更簡單的病論，他認爲「元氣留滯乃百病之源」。⓫

從十七世紀末起，日本醫學思想日益對中國大部分的病因分析感到質疑，並且很快地完全予以否定。日本醫生一方面批評中國艱繁的陰陽五行論，過於矯揉、抽象並與實際經驗距離太遠；另一方面則明確地表示，他們自己與中國截然不同的疾病與身體的觀點。後藤艮山是第一個推動這項新觀點的人，也是最具影響力的一個人，留滯病理就是他的思想中心。

「不論是虛是實……」這雖是輕描淡寫地提出，然而卻是一個極爲不平凡的見解。數百年以來，中國的醫生都闡揚一套很複雜的理論，但是理論的核心思想卻一直都圍繞著虛與實的典範。虛是指洩失的元氣、衰退的精力；實是虛的後果，風與寒這些病因趁著身體虛損之際加以入侵，使身體充滿了病氣。因此養生之本，是怎樣預防身體的虛損——怎麼保留、怎麼保養、怎麼避免過度消耗。⓬虛與實的理論絕對是中國醫學的根本。

⓫ 後藤艮山，《師說筆記》，收於大塚敬節、矢數道明編，《近世漢方醫學書集成》第 13 卷（1985），頁 155 。

⓬ 中國與歐洲的虛實論的比較，參閱 Shigehisa Kuriyama, “Interpreting the history of bloodletting,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 50 (1995): 11-46.

後藤艮山把「留滯」推上一個與虛損同等或更可怕的位置。生命完全靠著元氣在體內流暢、不停、有節奏地遊動。與其說疾病的起因是在虛損、在精氣的外洩，不如說是元氣的循環遭到阻滯，遊動力衰退。元氣的留滯會造成堵塞、凝固、積聚、硬化和聚結。這都是癖、凝、癥、積、結等名詞所指的症狀，而且這些症狀跟年齡、身體的虛實沒有關係。後藤艮山強調當時的人都有病。他們都患有凝結積聚的病。

後藤艮山的衆多學生們證明了後代的醫學史，永遠把「一氣留滯說」與他的名字相連。但事實上，這理論是當時病論的一種時尚。我們很難說當時的思想有多少是受到後藤艮山的影響，或者是由他反映出來的。比方說，晚於後藤艮山三十年的貝原益軒，也推動了一種名爲「二害論」的理論，他指出對健康的兩大損害：一是元氣的虛損，另一則是元氣的鬱滯。⓭

讓我說得更清楚一點，因元氣的遊動受到阻滯而產生疾病的理論，本身並沒有甚麼新意，早在《黃帝內經》裡就有由管道受阻而產生疼痛與痙攣的記載，痧、癥、結、凝和癖等概念都根源於古代中國。較爲近代的朱震亨（1281-1358），是一位頗具影響力的元朝大夫，也曾以一章的篇幅來討論屬於「鬱」的疾病，並聲稱「人身諸病多生於鬱」。

對中國大夫來說，氣的阻滯，從來都不能和虛損並論，其中一個理由是前者是因後者產生而來的。內在的虛損招引風、寒等外在的病原，而阻滯和鬱滯更是外侵者帶來的典型後果。因此朱震亨對鬱滯的討論出現在《丹溪心法》的第十四章，也是唯一討論鬱滯的一章。《丹溪心法》頭五章，都是集中在討論風、寒對身體造成的損害，我們不能把朱震亨對「鬱滯」的討論孤立，就他的醫學理論整體來看，留滯仍處於次要的層次，留滯是一個重要的病因，但只是衆多病因中的一個，而且還不屬於主要的。

貝原益軒的「二害論」，則把氣的鬱滯視爲與虛損是同等的，並且是獨立的病因。鬱滯可以產生於風和寒的入侵，但也可因過食、安逸、睡眠過量等生活所引起。香川修庵（1683-1755）更進一步說就是因爲風和寒引起的疾病，一般也跟鬱滯有關；因此，只治風和寒是不夠的。這在任何病都一樣。

> 在每一種病中，首要的關注是癥的阻滯。癥的危害無所不在。⓮

⓭ 貝原益軒著，石川謙校訂，《養生訓・和俗訓》（東京：岩波書店，1981），頁 30。
⓮ 香川修庵，《香川修庵》，收於大塚敬節、矢數道明編，《近世漢方醫學書集成》第 65 卷（1982），頁 129。

香川修庵事實上扭轉了虛損傳統的優越地位與鬱滯的次要地位，我們可以在他主要的文獻：《一本堂行余醫言》的結構中看到這一點。相較於朱震亨的「鬱門」一章，出現在《丹溪心法》的第二十卷，比討論風寒篇章往後很多，但香川修庵討論癥的一章卻僅在全書討論醫理的總篇之後，在討論其它一切疾病之前，這在悠久的中國醫學史中是從未出現過的現象。這就是日本醫學對鬱滯一節的獨特之處，也顯示對鬱滯的孜孜不捨和執著。

江戶時代的作家對他們與傳統的分歧很是自覺。比方說，大久保道古在他的《古今導引集》（1709）裡就把留滯視爲早期導引理論的一個盲點。留滯的病理解釋了很多疾病，也解釋了爲甚麼一些看似過著健康生活的人也會病倒。

> 問：有豪家富人慎起居守攝養節飲食不作勞。情淫無害。常事諸治。然而體加旭病彌劇、元來稟受之弱耶、養生之乖耶。將天命之致耶。請聞其說。斯迺非稟弱、非乖養、亦非定數也。膏肉痞滯與腸胃偏倚之所致也。雖有秘方良劑、弗除膏節結腸變、則不能使身體壯健。

每個人都知道飲食、房事要適可而止的古訓和修養恬靜的重要。但是一個人雖然遵守這些規則還是會生病，這是爲甚麼？這是因爲沒有一條養生規則提到元氣的留滯和膏肉結滯，這是極爲嚴重的問題，而且涉及面極廣。

> 問：此等言論在中國向未有所聞。此乃因時也地也？

大久保道古這樣回答：「今世之中，十之八九均患有痞疝之病。」

> 我觀察今世，無病之人極少，患病者日益增加。何以致此？皆因阻滯，元氣不行也。⓯

對大久保道古與後藤艮山來說，鬱結之說不僅是病因理論，而且是明確可見的事實，這不是對疾病的概括，而是描述江戶時代日本的特殊病理。

我在上文中說過在中國，痃癖一詞當時只有大夫才知道，今天的一般日本人也從來沒聽說過けんぺき一詞。但是在十七、十八世紀的日本，滯、凝、結、積等詞卻是想像與體現疾病的核心。癖、癥、疝、結和凝等詞風行一時，皆因任何疾病都與元氣的留滯及其後果相連，所有的疾病都被理解爲元氣的留滯及其產生的後果。因此我們必須把肩凝的先祖肩癖，肩膀的癖，放在這樣一個世界來理解。

⓯ 大久保道古，《古今導引集》（京都大學，富士川文庫，1709）。

三、流動的想像與勤勉革命

對留滯的執著到底從何而來？1994 年出版的一本文集勾畫出江戶時代的一個特色——迅速的經濟發展。貝原益軒、後藤艮山、大久保道古、香川修庵都生在一個都市迅速擴展、市場經濟活力充沛、業務蒸蒸日上、全國通商網絡日益健全的時代。這也是日本史上，經濟思想史無前例地成爲理解社會的主要思考方式的時代。此本文集因而被命名爲：《經濟社會の成立： 17-18 世紀》。⓰

文集中一些篇章的標題，例如「商品的生產：流通的活力」、「德川經濟的循環構造」等都說明，這一時代目睹了在人事、商品和資產上，前所未有的流動。這使我們聯想到：醫學上對流動的執念是否跟這經濟社會的形成有關？

大量的證據指出循環不只是現代學者對江戶時代經濟的理解，也是江戶時代人民的經濟意識。貝原益軒對財富循環的重視就跟他對體內元氣循環的重視一樣深切，他解釋說商人是靠財富的運轉爲生的，在這循環中，每次受到一個阻滯都會帶來虧損。⓱居住在長崎港的天文學家西川如見（1648-1724），對此更是作出詳盡的說明，在他那流傳甚廣的商人手冊《町人囊》裡，西川如見推舉流動爲經濟生命的首要原則：

> 人可積儲百萬金銀，但若只堆積於寶庫之中，金銀則成爲死寶：無用之金銀對人對己均爲廢物而已。

金銀的價值在於它的使用與循環，如果堆積在寶庫裡——在此西川如見同樣用了醫生們說的：「積爲百病之源」的「積」字——金銀就失去它的作用而成爲死寶了。因此，爲了增加財富，人們必須動用他們的金銀，讓金銀去勞動。動用金銀很可能會導致虧損，這是一種自然的規律：當財富達到一定的程度，它就會減少。但是，當我們的財富減少時，別人的財富就會有所增加，財富是會循環的。陰陽是不斷地在各處流動而絕不會留滯在一處過久，如果陰陽留滯在一處過久，那必會導致元氣的不平衡，終致難免帶來禍災。

> 同樣金銀亦在人間循環，絕不在一處留滯過久……此乃自然之理。⓲

⓰ 速水融、宮本又郎編，《經濟社會の成立： 17-18 世紀》（東京：岩波書店， 1994）。
⓱ 貝原益軒，《益軒全集》，頁 457 。
⓲ 西川如見，《町人囊》，收於中村幸彥編，《近世町人思想》，日本思想大系 59（東京：岩波書店，1975），頁 101 。

國家的經濟就跟身體一樣，積聚和留滯都是違反自然的。金銀的生命，如同人體的生命一樣，是建立在流動上的。金銀必須流動，必須勞動。

流動與勞動，這是最關鍵的概念。西川如見的財富循環分析，雖然與醫學強調的流動一致，但兩者之間的關係只反映一種共通的想像，一個共用的比喻而已。流動與勞動卻讓我們看到經濟生命與病理的留滯之間更直接的關連。

貝原益軒的《養生訓》（1713）是日本史上最具影響力的養生指南，其中大部分都附和中國養生的古訓：忌暴飲暴食，房事要適量。但是有一點，他卻認爲中國的古訓很容易使人誤解。

貝原益軒指出，有人以閒暇度日的老人爲養生的榜樣，而年輕人則以遠離一切社會瑣事的隱士生活爲養生的基準。因此，他們認爲盡忠職守地侍奉主公與父母，勤於操練武術的武士，和日夜勞累鮮有時間休息的農民、工匠、商賈，都不能善待其身。貝原益軒卻嚴厲地指責，這些都是不懂眞正養生之道的人的愚蠢顧慮。養生之道，不在安閒無事，而在身體的活動；安閒不但不能滋養元氣，反而會導致元氣留滯堵塞。安逸的生活才是致病的生活。⓳

貝原益軒因此推翻了中國退隱的理想。中國退隱的理想，是一個文人雅士的理想，他們認爲社會生活，完全受制於對權力、財色瘋狂不倦的追求，他們把患病與夭壽都歸咎於這毫無理性的追求。中國的哲學家和詩人，不斷地讚揚能從利祿場中急流勇退，靜坐山林溪畔，冥想天地眞諦的高潔行操。雖然有一種頗具影響力的養生之道，提倡吐納和利關之術來促進循環，但是激烈的體力消竭，很容易會成爲耗損體力、貶低身份的勞動，往往引起人們的戒心。

對於貝原益軒來說，勞動卻是延年益壽的康莊大道。

> 人若不斷地勞動，其血氣便會隨而循環，食物亦不會停滯：此乃養生之關鍵。⓴

貝原益軒當然也認識到過於勞累的危險，但他認爲安逸是個更大的威脅，《養生訓》中的健康方針，不只是傳統上對色慾和貪慾的警告，也同樣嚴峻地指出眠慾的危害。如果一個人休息或睡太長的時間，他的元氣就會留滯而終致堵塞；反過來說，縮短睡眠時間會避免生病，少眠多勞才是元氣暢旺的保證。㉑

⓳ 貝原益軒，石川謙校訂，《養生訓・和俗訓》，頁 37 。
⓴ 同上書，頁 44 。
㉑ 同上書，頁 30, 38 。

勤勉是個新興的美德。江戶時代以前，沒有類似貝原益軒提議的那種刻苦精神，勞動的榮耀反映新的推動力和新的壓力。新的推動力是因爲在中世紀的日本，農民是爲地主而耕種的，無論他們怎麼努力，他們的報酬都只是生存。但是，江戶時代就不同了，對江戶時代的農民來說，增加生產就表示增加財富。㉒對都市裡的商人和工匠來說，就更是如此了。因此，當時推廣《養生訓》的宣傳，都從元氣和經濟收益的關連上出發。

> 讀此書後便會學到養生之道。人則壯健無病。士農工商由於壯健無病故均可毫無阻滯投身於各家業。由於各人均能發展其家業，故亦能富貴繁昌。㉓

勤勉也是一個必須條件。經濟史學家速水融曾很有說服力地闡釋十七世紀的日本，由於人口劇增，大量地減少了個人土地、財產和牲口的限額。因此，造成對勞動力的依賴不斷提昇的局面，江戶時代的經濟現實就是要從不足中生產更多。十七世紀末大批農業手冊的出現也並非偶然，日本的農民往往在沒有牲口的幫助下，希望從日益減少的土地中，生產同量或更多的農作物（土地的減少使農民養不起牲口）。速水融解釋，日本跟早期的現代英國不同；江戶時代經濟發展的推動力，不是大量的資金投資，而是大量的勞動力。英國經歷的是工業革命（Industrial Revolution），速水把江戶時代日本經歷的經濟發展和轉變稱爲「勤勉革命」（Industrious Revolution）。㉔

中國古代名醫華陀在公元三世紀就曾強調：身體必須勞動。但在中國，對勞動的讚美卻是罕見的，而且華陀所說的勞動，具體上是指一些模仿鳥類姿態的導引運動，跟貝原益軒所謂的勞動不同。這些運動並不包含在社會中工作，勤勉地投身於自己的工作崗位的意思。在江戶時代的日本，社會的含意是關鍵。㉕

當然不是所有的人都勤勉，其實促進勤勉的恰恰就是對安逸的普遍性和危害的知覺。流行的留滯與凝結疾病，疝、癖、癥就是驗證。後藤艮山確定這些疾病只在太平盛世流行，戰亂中是從未有所聞的。㉖香川修庵說得更詳細：

> 方今泰平百有餘歲。四海又安。萬民豐饒。人人遊惰。過於飽暖。形耽逸樂。心多勞苦。抖擻精神於百年之蓄積。困擾思慮於一生之活計。加之貪婪

㉒ 速水融、宮本又郎編，《經濟社會の成立： 17-18 世紀》，頁 4-84 。
㉓ 井上忠，《貝原益軒》（東京：吉川弘文館， 1963），頁 284 。
㉔ 速水融、宮本又郎編，《經濟社會の成立： 17-18 世紀》，頁 20-31 。
㉕ 横田冬彥，〈はたらくことの近世史〉，《神戶大學史學年報》4（1989）：63-79 。
㉖ 後藤艮山，《師說筆記》，頁 10 。

於酒食。沈溺於房闈。元氣何得不疲乎奔命哉。氣已疲。則運輸自不得不遲緩。而滯結乃生焉。是故今時之人。不問貴賤貧富莫不結癥與疝者。職此之由也。吾門諄諄專唱癥疝者直驗今日之人而然也……但貧賤而役役乎拮据步走者。患之至少。間有之亦輕。富貴而汲汲乎飽暖怠逸者。莫不患之。其間無者百中之一二耳。㉗

在這全面性的批判之後，香川修庵又作出了修訂：日夜爲生計奔馳的貧困之人卻很少得這種病。如果他們患有此病，病情也是極爲輕微。但那些飽食終日，無所事事，只知追求享樂的達官貴人，則無一能倖免。若有人能倖免，也只是百中之一二而已。㉘

四、手的啓示

如上所述，留滯的病理充滿了社會意義。凝、癖、疝、癥、留滯都同時說明了身體與時代的疾病，但是醫學與社會之間的響應，並不是江戶時代特別執著於凝結的唯一因素，觸診的傳統也是一個主要因素。

朱震亨憑藉兩點來診斷留滯：患者的申訴和切脈，大夫從這兩點推斷出留滯。但對香川修庵來說，凝結卻是醫者直接掌握的。由於「癥」這個字是由病衣旁與意味「顯示」的「徵」字組成的，香川修庵因此解釋：「癥是腹內一個硬塊，是對手的顯示。」他強調只要醫生觸摸當時人的腹部，便會發現幾乎無人無癥結。㉙癥不是抽象的病理理論，它是切診的事實，可以在觸摸下感覺得到這累積的安逸向手指的顯示。

望、聞、問、切是中國醫學的四種診斷手段。在實行上，中國大夫特別倚重切診，他們對自己敏銳的指法和從不需要問病人任何問題，完全以切脈判斷病情感到無比的驕傲。但是他們所觸摸的一般只限於手腕。據說，上層社會的病人往往坐在帷幕之後，只伸出手腕讓大夫診斷。

德國十八世紀的醫生約翰斯托治（Johann Storch）的診斷習慣，也顯示出接觸病人的身體時同樣受到限制。芭芭拉杜頓（Barbara Duden）在描述斯托治行醫的情形時

㉗ 香川修庵，《香川修庵》，頁 128-129 。
㉘ 同上書，頁 129-130 。
㉙ 同上書，頁 123, 129 。

說，病人必須向斯托治提供自己的分泌物與排泄物詳細的報告。他只有在非常罕見的特殊情形下才觸摸或視察病人的裸體。「在艾森納（Eisenach），病痛是必須經過言傳才能得到治療的。」有些富有的人在患病時，可能不親自上門求醫，他們只派僕人去報告病情。甚至，有時他們只以書信的方式求醫。㉚

德國的習慣與江戶時代日本的情形可謂截然相反；對很多日本醫生來說，沒有比緩慢地、細心地觸摸病人的腹部效果更佳的診察方式。㉛ 日本醫生對觸摸腹部，即「腹診」的重視，是日、中二醫學傳統中最大的分歧。

當然，《內經》、《難經》、《傷寒論》等漢代醫書中都曾提到過腹診。早期日本腹診的著作亦都一律引用中國的記載。但是，腹診在中國只屬於邊緣的診察手段，是不常用的。一般的診斷記載裡根本沒有提到「腹診」。關於腹診的資料，更是要在稀少散亂的記載中，才搜集得到；相反的，十八世紀日本的醫生們，卻有數十篇論文專題討論腹診，這些論文都詳細地闡釋、描繪腹部那些能向經驗豐富的醫師傾訴病情的微塊、跳動、凹穴與痛楚。㉜

如果沒有病人的通力合作，如果病人不願意裸露自己的身體讓醫生觸摸，這種診法是不可能實行的。從一個比較文化的角度來看，病人的妥協可以說是腹診最突出的特點。因此，腹診最大的特色，不是腹部能如何展示病情，也不是如何解釋腹診的特徵，而是觸摸和被觸摸竟是這麼隨便的事，對身體的理解竟如此依賴觸摸。我要重複的是，痃、癖、凝、癥都不是從理論上推斷出來的病，這都是觸摸下的事實，觸摸使塊物與凹穴成爲熟悉、平實、不容否認的事實。

如果手是發現塊物的媒介，手也是解除痛苦的工具。傳統的按摩方法與按摩師都被稱爲按摩痃癖，這似乎說明他們的存在就是爲了解除痃癖。寺島良安的《和漢三才圖》（1712）是日本第一部百科全書，書中「按摩」一條下的插圖，是一幅現代人一看就認出是治療肩凝的情景，圖解很明白的說明：「按摩是揉捺經絡，驅除痃癖的養生之道」。㉝

㉚ Barbara Duden, *The Women Beneath the Skin: A Doctor's Patients in Eighteenth Century Germany*, trans. Thomas Dunlap (Cambridge: Harvard University Press, Massachusetts, 1991), pp. 83-87.

㉛ 香川修庵，《香川修庵》，頁 36 。

㉜ 大塚敬節，《腹診考・腹診書の分類》，收於《大塚敬節著作集》第 65 卷（東京：春陽堂， 1981），頁 266-328 。

㉝ 寺島良安編，《和漢三才圖會》（東京：東京美術， 1989），頁 103 。

按摩是一門古老的藝術，《黃帝內經》曾推舉按摩爲治療麻痹之法。日本平安時代，按摩更是在醫療制度之內。但是直到十七世紀後期，按摩都只是或偶然、或附帶地被提到。

到了十七世紀後期，有關按摩的著作突然不斷湧現；首先是草刈三越在他的《醫教正義》（1678）中，用了一章的篇幅來討論按摩的技巧。接著是一連串介紹按摩的著作，其中包括林正且的《導引體要》（1684）、竹中通庵的《古今養生錄》（1692）、大久保道古的《古今導引集》（1709）、宮脇仲策的《導引口訣鈔》（1713）、大田晉齋的《按摩圖解》（1827）以及鈴木朗的《養生要論》（1834）等，江戶時代是按摩的復興時期。

香月牛山在 1716 年這樣描寫這個新時尚：

> 近來不少國人以按摩爲業。有財有勢之人，每日均有三、五名按摩師來爲其揉捺三、四次皆毫不足爲奇。㉞

很多按摩師都是雙目失明的。這是這新興的按摩職業另一準則。中世紀的日本，盲人只是從事娛樂、占卜或宗教事宜。但在江戶時代，按摩與針灸卻成爲他們主要的生計。十八世紀日本都市的街道上，常常聽到的一種聲音就是流動按摩師的笛子聲，他們一邊沿街穿梭，一邊以笛子宣告行蹤，招攬生意。到了明治初期，按摩成了八成在業盲人的固定職業。㉟

江戶時代的按摩著作用我們熟悉的道理來分析按摩：驅除留滯的危害。大久保道古強調：「鬱結乃百病之源」，而且「留滯與堵塞乃一切不幸之始。如果不解除留滯與堵塞，疾病將會致命。」宮脇仲策亦問：「何爲百病之源？」他的回答是「病以鬱滯而生」。對大田晉齋來說，按摩的功能就是在於「刺激留滯鬱結的元氣」。㊱

腹診與按摩爲解釋痃癖這難題提供了很深遠的啓發。

「癖」一字也唸作かたかい。最初かたかい，和へき一樣，都表示中文裡「癖」的症狀，也就是一種兩脇下腹部的病狀。但是和田東郭（1742-1803）說這一詞對當時的日本人，卻有另外一種意思：かたかい已經成爲一種肩膀（かた）病害（かい、がい）了。㊲かたかい，換言之，就是けんぺき。

㉞ 吉原瑛，〈江戶時代中期の導引圖〉，《體育の科學》21（1971）：41-42 。
㉟ 加藤康明，《日本盲人社會史の研究》（東京：未來社， 1974），頁 394-398 。
㊱ 大田晉齋，《按腹圖解》（齊藤吉倉， 1887），頁 6 。
㊲ 和田東郭，《和田東郭》，收於大塚敬節、矢數道明編，《近世漢方醫學書集成》第 16 卷（1985），頁 78-79 。

和田東郭知道這不是「癖」的中文意思，也知道日本的用法把痛楚的部位轉移了。但這不是無緣無故的錯誤，這兩種病是緊緊相連的：如果兩脇心下的積氣加劇，必然會引起肩膀和上背的凝結和疼痛。和田東郭繼續解釋，當嬰兒有疝氣時：

> 他們兩肩之間的部位會如石塊般堅硬。如果猛力揉捺驅除硬塊，連最劇烈的疝氣疼痛亦會停止。我多年來以此方法治療，靈驗非常。㊳

大田晉齋在討論腹診時也有同樣的觀察：治理腹部的脈絡跳動、痙攣和凝結時，最有效的方法是耐心地以按摩來消除病人脊背上出現的相應的凝塊。㊴

香川修庵因此曾經提到六種診斷方法：在中國傳統的四診和日本的腹診之外，他加上了「背診」，他認爲對慢性病的治療，背診是必須的。

> 原因何在？輕微之腹癥乃屬表面，極易觸摸。然嚴重之腹癥則沈重深入。深重之腹癥會沈入腹部中核，而以凝塊之姿態顯現於脊背之中。時而造成背部肌肉縮穴，時而造成腫脹，時而使脊骨或向左傾斜，或向右傾斜，或高高突起。時而痛，時而酸。此皆癥之壓力造成之位置移動也。㊵

自從十九世紀以來，西方的脊椎師 chiropractors 也提出慢性病與脊骨變形的關係。但請注意其中的區別。脊柱療法的論點爲脊骨變形，是病因，而這裡所說的卻是結果；前者，身體的軸心在神經，但對香川修庵來說，腹部才是關鍵。

我們一旦把痃癖這一詞，放在腹診這既是診斷又是療法的範圍裡，痃癖這一詞也就沒有甚麼不可理解的了。腹部凝結與肩部凝結，今天被我們視爲兩種截然不同的疾病，但在江戶時代，卻只是同一疾病的前後兩面而已。

我的論點是：在痃癖的歷史中，一直有觸摸的技術。腹診和按摩都是明顯地針對時症產生的技術，這兩種技術因爲都對診斷和治療凝結有效而廣泛流行，但是成因也往往成爲後果。當精細的腹診和背診成爲診病的標準以後，治療者便會更勇於肯定凝結的普遍性，因爲在他們的手下就是觸摸得到的鐵證。

與此同時，對於患者來說，時常在診斷時或按摩時受到的觸摸，養成他們對體內鬱結的高度自覺性。我認爲鬱結，作爲理論（醫學、經濟、道德）和作爲可以掌握在手中的硬塊的互相作用，已經把「凝」昇華爲醫學眞理與實體的事實了。

㊳ 同上書，頁 78-79 。
㊴ 大田晉齋，《按腹圖解》，頁 7 。
㊵ 香川修庵，《香川修庵》，頁 40-41 。

我要補充的是按摩的風行，與上面討論的經濟發展有密切的關係。支持按摩此一新興行業，是因都市生活產生前所未有的清閒與富裕。按摩師在風月場所和溫泉尤爲活躍。而且，我們也看到當時的人如何將鬱結這種流行病，歸咎於新興的安逸和德川統治下的太平盛世。因此，也可以說經濟社會的產生，不但造就了觸診的可能性，更造成了它的必須性。

無論如何，觸摸的重要性，自然而然地指向另一個引人深思的問題；按摩固然不是日本專有的，按摩或多或少在任何一個文化中都存在。㊶

十九世紀對慢性肌肉的風濕病——相對於骨節風濕，或關節炎——的診斷是沒有解剖學基礎的疼痛。這種疼痛的原型是腰痛，但是卻常常影響到頸項、肩、四肢、兩脇。風濕 rheumatism 一詞來自希臘文，是「我流動」（rheō）的意思，這詞反映了疼痛是由於局部的辣性液的積聚和湧進所造成的。此病，換言之，也跟凝一樣，關係到流通不暢與積聚。

兩者的共通點尚不止這些，早在 1816 年，第一篇對慢性關節炎的討論——《痛風與風濕的本性論》中，斯古達摩爾（C. Scudamore）就注意到肌肉疼痛時出現的厚實、硬化與凝塊，他認爲這是白色纖維體的局部發炎所造成的。㊷佛羅瑞普（Froriep）在 1847 年的報告中指出，在一百五十宗慢性風濕病案中，只有兩宗是沒有慣見的硬塊。㊸到了 1900 年，伊得勒（Idler）更觀察到：

> 熟悉了觸摸肌肉和注意到肌肉的病變之後就不難相信肌肉風濕病中必然存在的滲潤、硬塊和腫脹。㊹

西方的醫生們是觸摸到日本人所謂的「凝」嗎？可以肯定的是：在西方醫學文獻裡，沒有比這更接近「凝」的了。格拉斯哥（Glasgow）的醫生——斯托可曼（Ralph Stockman）在 1904 年的一篇著作中，確立了結節和硬塊是肌肉風濕的診斷與理論的中心。文章描述了這些結節和硬塊如何從細微的、短暫的發炎，慢慢地變爲硬實的、

㊶ 現代按摩，不同於傳統按摩，是明治時代從歐洲傳入日本的。但這是另一個課題。我們現在只能考慮：日本以外的按摩傳統有沒有帶來像肩凝那樣的意識和體驗？關於按摩史，參閱 Douglas Graham, “Massage” 見 Albert Buck 編 *Handbook of medical sciences* (New York: William Wood, 1894), pp. 643-668; A. W. Randall, “Massage through the ages,” *Physiotherapy* 41.10 (1955): 308-314.

㊷ Charles Scudamore, *A Treatise on the Nature of Gout and Rheumatism* (London: Longmans, 1816).

㊸ Ralph Stockman, “The Causes and Treatments of Chronic Rheumatism,” *Edinburgh Medical Journal* 15 (1904): 107-116; 223-235.

㊹ I. Idler, “Muscular Rheumatism,” *Medical Record* 57 (1900).

永久的；如何從一粒小豆的大小擴大至一顆杏仁，有時更大於半個核桃。[45] 我們在下文即將看到香川修庵對鬱結的凝塊的描述，跟這竟是何等的相似。

這些結節跟凝一樣，有治療與診斷的意義。對佛羅瑞普、伊得勒和斯托可曼來說，觀察到這些結節和推薦以按摩爲治療手段是相輔相成的。[46] 1871 年，達里（E. Dally）曾報導在愛丁堡一個很成功的治療中心的情形，其治療原則是——所有的慢性病都是由堵塞造成的，這使人想起後藤艮山。這個中心雇用了十名「按摩專家」，治療中心的所長宣稱，只要把這些堵塞揉捺掉，病痛也會馬上消失。[47] 雖然有的醫生對這個典範的概括性，抱持質疑的態度，但一般都承認結節在慢性風濕中的重要性。晚至 1941 年，赫利戴（Halliday）報導了當時所接受的意見：

> 深入而使病人感到痛楚的按摩會逐漸把結節揉捺掉或溶化掉，會使一切症狀消失。[48]

到了二十世紀，慢性或肌肉風濕的說法逐漸被纖維炎這更準確的診斷所取代。纖維炎（fibrositis）這一名詞是愛丁堡的醫生高爾斯（William Gowers）於 1904 年新造的。他一直在尋找一個更能直接捕捉「肌肉纖維組織炎」的顯著症狀的病名，來取代意思模糊的風濕病液體說。[49] 在高爾斯之後，勒佛（Arthur Luff）於 1913 年更強調肌肉風濕都是纖維炎。[50] 而赫利戴是這樣解釋纖維炎的：

> 一般來說是在病人主觀地感覺到疼痛和堅硬的部位，醫生會客觀地發現有結節、厚實、和硬塊等症狀。這些症狀是由纖維組織和筋膜發炎所造成的。[51]

這是纖維炎的典型框架，其中共有三根支柱：主觀感覺痛楚、結節的客觀存在和發炎的理論。

但第三根支柱，從一開始就不穩固。二十世紀初，伊得勒認爲把注意力引到在肌肉風濕病人身上觸摸到的滲潤發炎是按摩師的功勞，雖然他承認他們的做法沒有足夠的解剖學驗證，但他卻暗示這種驗證是指日可待的。[52] 這看似一個合理的期望，否

[45] Stockman, “The Causes and Treatments of Chronic Rheumatism,” p. 109.
[46] Idler, “Muscular Rheumatism,” p. 534.
[47] E. Dally, “Manipulations thérapeutiques,” *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (A. Dechambre ed., Deuxième série, 1871), vol. 4, p. 571.
[48] J.L. Halliday, “The Concept of Psychosomatic Rheumatism,” *Annals of Internal Medicine* 15 (1941): 666.
[49] William R. Gowers, “Lumbago: Its Lessons and Analogues,” *British Medical Journal* 1 (1904): 117-118.
[50] Arthur Luff, “The Various Forms of Fibrositis and Their Treatment,” *British Medical Journal* 1 (1913): 756.
[51] Halliday, “The Concept of Psychosomatic Rheumatism,” p. 666.
[52] Idler, “Muscular Rheumatism.” p. 534.

則，這疼痛怎麼解釋呢？但是，往後的十年中，並沒有提供任何證明。相反的，儘管痛楚與觸摸得到的結節依然存在，不斷進步的診察技術卻明顯地指出沒有任何發炎的部位。今天，結果仍然一樣：在電子顯微鏡的偵察下，生體組織並沒有任何發炎的跡象或微觀解剖學上的變化。最精密的化學生物分析也找不到半點新陳代謝的異狀。[53] 二十世紀以期待解剖學上的驗證開始，卻以沒有任何解剖學上或生理學上的驗證而結束。

但是那些結節和硬塊又怎麼樣解釋呢？赫利戴認爲：

> 對纖維炎表示信服的人都宣稱他們能夠在一大部分病人身上觸摸到結節。這些病人，不管是醫生還是普羅大眾都認爲是患有，用日常的話語來說，風濕（非關節性）的。對於這些信服者，非關節性的風濕問題已經解決了。

雖然發炎的理論一直都只是一個有可能性的假設，但是纖維硬實卻是實體的事實。我們在診斷時可以觸摸到，我們也可以把它揉捺掉來治癒疼痛。對很多醫生來說，結節就是病之要害。赫利戴繼續說：「可惜的是，很多醫生，雖然經過精細的檢查，也只能在很少數的病人身上發現結節。」他認爲人們強調的「這是因爲對檢查沒有足夠的耐心和技術」完全是極端派的一己之見。他自己就觸摸不到這些結節，但他不諱言「有時，在信服者積極地展示下，我也以爲我摸得到。」[54]

赫利戴的態度代表了未來的發展方向。當十九世紀的按摩時尚繼續衰退時，越來越多的醫生表示他們的質疑——第一、是否眞能觸摸到風濕性結節？第二、結節是否眞正存在？隨著質疑的增長，結節便成了「信服的觸摸」下的產品。越來越多的醫生根本就不再動手觸摸了。

因此，纖維炎，由於失去了客觀觸摸的驗證，終而成爲一種沒有根據的主觀痛楚。赫利戴提出「我們怎樣分辨『眞正的纖維炎』和『心理上的風濕痛』呢？」對特洛特（E. F. Traut）來說，連這一問都沒有意義。更基本的問題是：「討論纖維炎時，我們是討論根本不存在的東西嗎？」[55]

[53] M.B. Yunus, “Psychological Aspects of Fibromyalgia Syndrome,” *Baillière’s Clinical Rheumatology* 8 (1994): 812-813. K. G. Henriksson 對最近的研究有不同的理解，他在書評（“Aetiology and pathogenesis of chronic muscular pain,” *Baillière’s Clinical Rheumatology* 8 [1994]: 703-719.）裡說患有長期肌肉疼痛的人會有輕微而顯明的身體與精神特徵，這與痛楚和壓痛點的關係則不清楚，他也排斥發炎滲潤的看法。

[54] Halliday, “The Concept of Psychosomatic Rheumatism,” pp. 666, 672.

[55] Eugene F. Traut, “Fibrositis,” *Journal of the American Geriatrics Society* 16 (1968): 531. 身心失調和精神障礙是目前疾病史研究裡很受重視的課題，討論清晰的近作有：Ian Hacking, *Rewriting the soul. Multiple personality and the science of memory* (Princeton: Princeton University Press, 1995), Chapter 2, “Is it real?” 和 Mark S. Micale, *Approaching hysteria* (Princeton: Princeton University Press, 1995), Chapter 2, “Theorizing disease historiography.”

我們知道：現在那是不存在的。現在纖維痛（fibromyalgia）取代了纖維炎。這病名的變化反映了發炎理論已經被淘汰了，並且已經轉移成爲一種純粹的疼痛的疾病。美國風濕學院在 1990 年規劃的纖維痛指導方針裡，訂下了兩個基準：疼痛和壓痛點。[56] 後者代表略施輕微壓力便觸發痛楚的部位，前者代表不施壓力也感到痛楚的部位。最近發表的一篇文章是這樣闡釋纖維痛的：

> 纖維痛是一種可以確認的症狀。典型的症狀是慢性的，擴散的疼痛，不帶有發炎或肌骨異狀。此外，還有一連串其他如疲勞、睡眠不良、情緒不安等症狀。身體檢查和臨床試驗均無異狀，只有在所謂壓痛點的柔軟組織上略爲觸摸即感到疼痛。[57]

在十九世紀可以用手觸摸到並且治療的疾病，到了二十世紀結束時，卻變成一種沒有客觀病理依歸的精神障礙，一種跟憂鬱、失眠、長期疲勞等相連的障礙。[58] 有不少人提議研究病人精神上的弱點，可能跟研究他們身體上的壓痛點同樣重要。[59] 其他的人則質疑，給這種無依歸的痛楚一個病名是否爲明智之舉，他們怕給這病命名以後，會讓患者認爲得此病是名正言順的，會製造一群「懼病份子」（worried sick）。[60]

肩凝的患者大概不會在這種描述中看到跟自己同樣的痛楚。纖維痛似乎跟肩凝完全不同——起碼是更嚴重、更偏于精神方面的。儘管人們承認社會的壓力和負擔對肩凝的影響，但是不管肩凝的病因是甚麼，一般的日本人都絕不懷疑「凝」是一種「眞實的」身體上的疾病。

這種確信是建立在歷久不衰的觸摸的傳統上——在日本人以觸摸來理解身體的習慣上。尤其以中、老年人爲主，年輕人也有，都經常叫按摩師到家裡來給他們按摩。日本的理髮師一個不可或缺的服務，便是按摩客人的肩項。當然，還有最普遍的是家人間的互相按摩。最後一點，更使得一位於 1900 年在日本的美國醫生大爲驚嘆：

[56] F. Wolfe, H.A. Smythe, M.B. Yunus et al. “The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia,” *Arthritis and Rheumatism* 33 (1990): 160-172.

[57] D.L. Goldenberg, “Fibromyalgia: Why Such Controversy?” *Annals of the Rheumatic Diseases* 54 (1995): 3.

[58] James I. Hudson and Harrison G. Pope, “The Concept of Affective Spectrum Disorder: Relationship to Fibromyalgia and Other Syndromes of Chronic Fatigue and Chronic Muscle Pain,” *Baillière’s Clinical Rheumatology* 8(1994): 839-856. 關於疲勞與纖維炎的歷史，參閱 Edward Shorter, *From paralysis to fatigue: A history of psychosomatic illness in the modern era* (New York: Free Press, 1992), pp. 307-314.

[59] B. Van Houdenhove, G. Vasquez, E. Neerinckx, “Tender Points or Tender Patients? The Value of the Psychiatric In-depth Interview for Assessing and Understanding Psychopathological Aspects of Fibromyalgia,” *Clinical Rheumatology* 13(1994): 473.

[60] Norton M. Hadler, “A Critical Appraisal of the Fibrositis Concept,” *American Journal of Medicine* (1986), 81: Supplement 3A: 26-30.

> 眾所周知，按摩在日本有極悠久的歷史。在最近一次的日本旅行中，我認爲最有意思的，最不尋常的是：一個五、六歲的小孩，滿臉嚴肅，專心致志地爲蹲在他前面的老爺爺或老奶奶按摩。這孩子很熟練地按摩老人的斜方肌和肩膀上其他的肌肉。[61]

這種習慣一直維持到今天。我兒子的學校，在他上小學三年級的時候做了一次家長意見調查：「最近，在你的孩子爲你做的事情中，那一件事最令你高興？」壓倒性的父母都回答：給我按摩肩膀。

五、結論

癖這個字還有另一種讀法和意義，癖也唸作くせ，是習慣的意思。後藤艮山在把慢性偏頭痛歸咎於鬱結的積聚時解釋：「身體習慣了（くせづく）」；同樣道理，腰痛和長期腹瀉也是由於慣性使然。[62]因此，鬱結的病理也反映了一種時間意識。過去並沒有退隱消解，只是沈澱了、安頓下來了、蓄積了、深化了，成爲人體裡可觸摸到的硬塊。一個人只有不斷地、毫無怠懈地、不知疲勞地向前邁步才不會有鬱結的積聚。

香川修庵強調，在腹部感覺到的凝結不是一朝一夕形成的，是日積月累的積聚形成的。開始的時候，患者並不覺得甚麼，但是時間久了，這積聚就變成了一粒米的大小，然後擴大至一顆豆、一個蛋、一個球的面積。[63]西川如見對弒君弒父的犯人作了同樣的比喻。他說這種罪行不是一朝一夕的事，這是由些小的惡念積累而成的，久而久之終於成了大惡。[64]

積少成多的威脅，起碼可以解釋後藤艮山對艾灸的極端態度。傳統的中國醫書，一般只叫人每次在同一部位以三、五個艾堆來灸治，但是後藤艮山卻提倡每次用上千上萬的艾堆，他聲稱如果不用這麼多就去不掉積聚的、強頑、硬實、日積月累的鬱結。[65]

[61] H.C. Woods, “Notes of Massage in Japan,” *Philadelphia Medical Journal* 6 (1990): 877.
[62] 後藤艮山，《病因考》（養浩園，1841），頁 17b, 19b 。
[63] 香川修庵，《香川修庵》，頁 123-125 。
[64] 西川如見，《町人囊》，頁 91 。
[65] 後藤艮山，《師說筆記》，頁 83 。

我們體現過去到甚麼程度？我們體現的過去，又是多久以前的過去？日本醫學史往往把十九世紀後期，描寫爲新舊時代的分水線。這時期在醫學訓練機構、保健與對醫生的信念上的巨大轉變，是不容否認的；但是對疾病感受的歷史，日常對得病及治療的直覺的歷史，則尚有很多劃分不清的。

當然，以前的人得的「痃癖」現在變成了「肩凝」，而「癖」和「癥」等名詞也相繼消失了。但是就今天的日本人仍然說，並且也患有凝結來說，這顯示出，在一個更深的層面，日本人對疾病的體觀還保留著一些江戶時代結晶的特質。這也許是我們對肩凝的探討得到的最深教誨——身體中存留歷久不衰的傳統意識。過去的痕跡，雖然經過數百年，仍然呈現在今天的觸摸下。

（吳靜媛翻譯）