

書 評

《先生媽、產婆、與婦產科醫師》，洪有錫、陳麗新著，台北：前衛，2002年，213頁，NT\$200。

產婆研究在台灣，除了對台灣史的興趣之外，大致可從兩個角度來解釋近十多年來學界對她的興趣。一是從八〇、九〇年代以來，台灣當代助產士的專業，碰到了很大的困難，甚至有整個消失的危機，所以引起了歷史與社會學對「專業及其歷史演變」研究上的興趣。二是從性別與醫療的角度。助產士這個在日治時代地位頗高的女性專業，為何在七〇年代以後，逐漸被以男性為主的婦產科專業所取代？而在婦女大眾及婦女運動對婦產科醫師操作有「高度關切」的當代背景下，這個性別與專業的大轉換，從傳統先生媽、到日治新式產婆、最後到婦產科醫師，是如何發生的？而助產士是否可能回潮，並提供比目前婦產科更好更親切的生產服務、甚至居家生產？這些問題興趣，就構成了台灣近年來「產婆研究」的另一層背景。更有甚者，上述性別與專業的大轉換，在近代西方也曾以不同的方式與程度發生過，所以也是近年來西方女性主義及性別研究中的一個重大題材。各種專著不斷出版，自然提供了台灣「產婆研究」一個很好的比較素材。

在這些背景之下，專注於日治台灣的《先生媽、產婆、與婦產科醫師》（以下簡稱《先／產／婦》）一書，對於產婆研究，有著直接的貢獻與優點。首先，此書對於一般比較難接觸的戰前日文相關資料，進行了頗為周詳的蒐羅與討論。從總督府檔案、到日治台灣的報章、乃至台灣與日本的相關學術期刊，都有所討論；再加上洪有錫之前對於日治台灣的兩種醫學期刊之量性研究（如台灣醫學會雜誌），都讓本書更為增色。

從這些文獻的爬梳，洪陳二作者發現，在日治時代令人嚮往、受

日式教育的「新式產婆」職業，平均而言，「實際的工作負荷量並不高」、「產婆的利用率低」、「實際上是相當清閒的」（頁 134-5, 頁 153）。故而雖然當時醫師常有「產婆人數不足」的指摘，但是它並不是日治時期先生媽（所謂傳統產婆）有百分之六十以上高接生率（包括自家轉臍，頁 122）的真正原因。進而，二作者在「結語」中推論，是日治台灣民眾主動選擇了「一級棒」的先生媽接生，而原因，則在於「傳統鄉里間禮儀與人際網絡」（頁 155-156，還有附錄三）在日治時代對民眾仍然十分重要。所以，儘管醫師與報章不斷批評先生媽的技術與衛生（第二章），台灣民眾仍然選擇了活在那些禮儀與網絡中的先生媽，而不選擇脫離傳統網絡的現代新式產婆。

《先／產／婦》的這個發現與說法，有歷史人類學的視野，是個頗有趣的看法。當然，說日治時產婆「相當清閒」，是個平均值，二作者也發現在西台灣的各州，關於產婆的量化資料，彼此有相當大的差異（第六章），所以是否「傳統禮儀與人際網絡」的假設，可以一併解釋西部五州，值得商榷（順便一提，1933年時，每一萬個台灣人的產婆數是 3.12 人，而當時每一萬個日本人產婆數是 8.42 人，的確可說是有點「不足」）。其次，在日本學者所收集的「日治時期台灣非原住民生育禮俗詞彙」資料中（附錄三，頁 167-80），其實與先生媽直接相關者並不多，我們看到的社會網絡，有註生娘娘廟、青盲與尪姨、胎神、娘家、紅頭師公、祖母、及各種姻親親戚等等，似乎先生媽的網絡角色相當有限。所以，不用先生媽而用產婆，似乎對民間禮俗網絡的影響不大。其三，根據我們目前所看到的阿媽口述歷史，包括我近年來上課要求數百位同學對自己阿媽的訪談結果，顯示日治時期農村女性的困苦與貧乏，自家轉臍的比例可有二、三成，而具有充分禮俗與人際網絡的先生媽脈絡，可能只局限在少數中上家庭圈子而已。

話說回來，今天台灣的產婆研究，最有趣且最待發展的議題之一，我想就是關於先生媽或傳統產婆的歷史研究了。以下，我想換個角度，從台灣醫療與衛生的歷史，重新來提幾點先生媽的歷史問題。

首先，根據熊秉真(1992)，漢醫的傳統，從宋代錢乙以來，就常注意到嬰兒斷臍與破傷風的問題，而台灣清末民初以來，漢醫也不少，所以似乎不能假設，台灣清末日治以來的先生媽，一無所知。第二，從范燕秋的博士論文(2001)看來，日治時期台灣的嬰兒死亡率，其實頗為複雜。例如：從 1906 到 1912 年，日本內地的嬰兒死亡率，一直高於台灣人。而 1905 年，台灣嬰兒死亡率，與歐美各國比較，「尚屬中等」。還有，造成嬰兒與新生兒的死亡原因，往往不是來自與接生相關的問題。不論如何，從這些日本學者的有趣研究看來，我們對於日治時期的醫師與新式報章，不斷批評先生媽的知識與衛生，自然要謹慎處理。第三，台灣民間在日治時期，對於先生媽接生的印象又是如何、如何評價其技術？我們該看看民間的說法，而非只看新式報章與醫師對先生媽的污名化。在這方面，其實頗有些民間文獻可資研究與討論的。

再者，即使我們不提十九世紀中期，近代醫師在許多歐洲大醫院中製造出「產褥熱」感染大流行的尷尬醫療史，1895 年後日本醫師與助產士在台灣接生的衛生情況又如何？我看到的資料說，1906 年，在台日人的嬰兒死亡率，要高於日本內地及台灣人。根據醫學史家 Lois Magner (1992)的看法，在 sulfonamide 廣為使用前，1930 年代的美國教學醫院，產褥熱仍然盛行，常常至少有 20 % 的母親感染。《先 / 產 / 婦》也問了個相關的有趣問題，談到日治時期婦產科對「感染症」的研究討論時，對於醫療院所內的產褥熱，「毫無任何報告，這與醫師的低接生比率 似乎有關」（頁 88）。所以，即使是近代醫師接生，當時的感染問題一樣很大。因此，針對日治先生媽的批評，我們更當小心「污名化」的可能。

順著先生媽歷史迷霧的討論脈絡，我想談一個相關的分類問題，那就是本書把「不是產婆與醫師接生的接生人」都歸於先生媽，這大概有問題。書中對此的解釋（頁 122），是說當時婦女日常生活與她們接觸多，接生常識受其影響亟為可能，所以把「自理生產」者視為廣義的先生媽接生。但是這個分類法有兩個缺點。一，日治時期，許

多母親與家庭，極其赤貧，甚至連先生媽的民間文化都付闕如；所以雖然自理、或由家庭其他成員、先生來接生者都常有，但她們不見得在接生常識上就受到先生媽的影響。二，反過來說，這種分類無法正視「先生媽」本身可能的技術與草藥傳統、甚至包括了墮胎的可能性。例如，從英國一本十八世紀末的先生媽日記 *A Midwife's Tale* (Laurel Thatcher Ulrich, 1990)，我們可以認識到她優良的技術與草藥知識，但這些並不是普通常民所可以容易得到的。也許如吳嘉苓的建議，把大分類改為常民、先生媽（傳統產婆）、產婆、醫師四種，是個較好的辦法。

簡略談過先生媽的歷史問題後，再來談談本文開頭提到的「性別與專業大轉換」的問題。這個具有高度性別政治的問題，九〇年代起，從性別研究到社會學，都有一些研究發表，如林綺雲(1993)、吳嘉苓(2000)、傅大為(1999 / 2001)等。台灣男婦產科醫師開始大量地取代女助產士，一般認定在七〇年代，也許這是部分原因，可解釋《先／產／婦》一書，因為時代限定在日治台灣，所以沒有企圖來解釋這個大轉換。但是筆者以為，這個取代的過程，從日治時期已經開始，到五〇年代取得加速的動力，而到七〇年代則正式超越。在《先／產／婦》書中，強調台灣的三〇年代，醫師接生比率一直維持在2%左右（頁122）；但這並不表示婦產科醫師的「取代」過程沒有開始。即使我們接受有點模糊的「醫師接生比率」算法（頁164，接生活產數與難產數的關係為何？），但在接生數量之外，我們不能忽略總督府在制度與機構上，對於婦產醫學提供了優渥的成長條件——特別相對於助產士。以致於到三〇年代，婦產科的台灣人醫師已逐漸成為台灣婦產科的主流（頁20-24），是婦產科醫學知識技術、聲望、教學（助產士）的中心，奠定了戰後快速發展的基礎。

最後，在《先／產／婦》的結語中，兩位作者企圖把台灣的「生產」過程，看成一個逐漸「世俗化、隱密化、與個人化」的過程（頁153-154），至於日治時期的新式產婆，沒有取代傳統先生媽，作者則將之解釋成因為民間「傳統禮儀與人際網絡」仍然強有力的緣故，前

面已經討論過。這整個歷史解釋，雖然不是天真的醫學進步論，但是本質上似乎沒有超越「進步、世俗化、但又遭到傳統阻力」的敘事主軸。相對而言，日治台灣殖民醫學的「性別化(gendered)」的醫學取向（如醫學教育全然不收女生、產婆教育的低位階與低投資性、助產實踐的高限制性等），透過總督府的權力，在台灣強勢發展，讓新式產婆這個近代女性專業，在日治時期沒有全力發揮，而有點像曇花一現，在戰後就快速地被興起的婦產科所取代。這些殖民醫學的性別偏見取向，就不是前面「傳統禮儀」的層次所可以解釋的了，可惜在《先／產／婦》一書中卻沒有著墨。

傅大為

清華大學歷史研究所、高雄醫學大學性別研究所教授

參考文獻

- 熊秉真(1992) 中國近世的新生兒照顧，中國近世社會文化史論文集，頁 387-428，中央研究院近代史研究所。
- 林綺雲(1993) 台灣助產士專業的變遷——社會學的解析與省思，國立台北護專學報 10: 269-84。
- 范燕秋(2001) 日本帝國發展下殖民地台灣的人種衛生(1895-1945)，政治大學歷史系博士論文；特別是第六章「人種通婚限制與殖民地婦幼保健問題」。
- 吳嘉苓(2000) 醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析，台灣社會學研究 4:191-268。
- 傅大為(1999) 台灣近代（男性）婦產科的興起及其性／別政治，發表於「間別千年：臨界空間與社會」研討會，東海大學社會系主辦。本文的第二稿(2001)，台灣近代婦產科的興起及其性／別政治，發表於「性別、醫療與社會」學術研討會，高雄醫學大學兩性研究中心主辦。
- Magner, Lois N. (1992) *A History of Medicine*. Marcel Dekker, Inc., esp. ch.10.
- Ulrich, Laurel Thatcher (1990) *A Midwife's Tale: The Life of Martha Ballard, Based on Her Diary, 1785-1812*. Vintage.

"Doctors within Borders: Profession, Ethnicity, and Modernity in Colonial Taiwan", by Ming-cheng M. Lo, University of California Press, August 2002, 236 pages, cloth US\$49.95, paper US\$19.95

Doctors within Borders : Profession, Ethnicity, and Modernity in Colonial Taiwan (暫譯《疆界內的醫生》)是一本探討日據時代台灣醫生自我認同的書。它的問題意識非常清楚：台灣的醫生似乎有著一種別的職業所沒有的社會民族使命；不只是醫人，還要醫社會、醫國家。作者在全書的開頭很有巧思地引用 1995 年陳其邁在高雄競選立法委員時所提出的競選海報來點出她的問題。在那張海報上，陳其邁把自己描寫成是承襲了自日據時代蔣渭水、賴和、吳新榮等醫生所「交棒」下來的社會民主使命。當然，作者感興趣的不是陳其邁是否繼承了蔣渭水的精神，也不是這種一代傳一代的「交棒」過程，而是醫生這群人他（她）們身上那股社會或國家使命的源起，也就是說，作者想問的是：為什麼日據時代的醫生他們的集體自我認同裡會有這種使命感，以及，這種使命感是如何與當時的大環境摩擦、接觸、與協商。

這是一個吸引人的問題。作者為了解決這個問題提出了一套層層相扣、結構完整的理論架構。首先，作者提到這本書所採用的觀點是一種關係思維法(*relational thinking*) (p.11)。所謂關係思維法，簡單地說，就是把行動者放進一個由各種結構關係所構成的網路中來思考。作者筆下的這種結構力量包含很多，例如，傳統、文化、族群、職業、種族、國家等等。作者認為，對於日據時代醫生自我認同的描述便是把當時醫生所處的結構位置指認出來，然後探討這些結構力量關係在醫生身上的運作，以及醫生這群行動者與這些結構力量的掙扎與協商之過程。看到這裡不免讓讀者懷疑這是一本相當結構主義的書，不過，作者馬上就補充到，這種關係思維法「同時也關心在特定限制之下人們書寫自己的方式」(p.14)。這樣一來，作者便把她關懷的焦點

帶進了人類行動者認同形成(identity formation)中的集體敘事(collective narratives)過程。作者強調，「集體敘事是一個社會團體集體認同的具體展現」(p.14)。為什麼作者要特別強調這一點？因為這些集體敘事乃是作者觀察集體認同的地方，或者，說的更具體一點，當時醫生們所表現出來的集體敘事方式及內容，在作者看來，就是醫生集體認同的表現與結果。

在知道該從哪裡觀察醫生的集體認同之後，下一個問題便是如何觀察與解釋的問題了。對於這個「如何」的問題，作者提出了一個關係建構圖(p.18)。這個關係建構圖包含了四個區間：國家的規定、公民社會、醫生社群（又再細分成組織自主性、專業文化、市場位置）、與族群（又再細分成族群網絡、文化傳統、族群平等）。對作者來說，這四個區間有著明顯的區隔，它們各自都有一條疆界區分彼此（我猜測，這也許就是這本書書名的來源），不過這些疆界並不是恆久不動的，在不同年代，不同的政治社會力量的影響之下，某個特定區間勢力的壯大會對其他區間的疆界產生影響。對於這四個區間內的力量及特點，作者在本書中提出了許多有趣的觀察，例如，關於日本殖民國家，作者在本書中一直強調兩點：第一、它是一個科學的殖民主義；第二、它是一個號稱自己是「反殖民的殖民者」。而台灣醫生的自我認同在日本殖民政權的這兩個特點下，必定會有一番與其他殖民地人民不同的掙扎及協商。在這個理論架構之下，作者指出，醫生的自我認同在殖民時期經歷了三個時段：反殖民時期(anticolonial)、被打散時期(demobilized)、被同化時期(assimilated)。

第一個時段是從 1920 年到 1931 年。在這十一年間，作者觀察到有三個明顯的政治社會現象。第一、醫生的組織自主性相對而言比較高；第二、台灣公民社會的形成；第三、醫生在各式各樣的反殖民社會運動中居領導地位。作者以四個字來作為這個階段醫生自我認同的總結：「民族醫生」(national physicians)。當然，一般人很快就會把民族醫生這四個字跟蔣渭水聯想在一起。關於這一點，作者並沒有做出與一般人印象相左的推論。事實上，蔣渭水著名的台灣病症臨床診斷

對作者的論證來講有著無比的重要性：蔣渭水的診斷證明了那個時代醫生們的社會民族使命的確存在；醫生們不只是一定要醫台灣人身體上的病，還要醫精神上，而且不只精神上，還要醫整個社會的病。也就是說，按照作者的說法，當時的醫生社群與台灣族群的關係是親密、聯繫而不衝突的。有所衝突的，只是在醫療費用，也就是在市場領域而已。

第二個時段起自 1931 年，終於 1936 年。這個階段代表著殖民政權國家機器的擴張，當然也代表著台灣公民社會的緊縮。根據作者的觀察，緊縮後的公民社會僅剩下兩個公共領域在運作：文學及政治的領域。這兩個領域都無法像 1920 年代那樣有著充沛的生命力。那麼醫生的自我認同在這種結構性的環節之下會產生什麼樣的變化呢？根據作者的看法，醫生在這個階段（由於國家壓迫的結果）並未發展出一套一致的自我認同論述。她找到了吳新榮的一句話來作為這個階段台灣醫生集體認同的表徵：「醫學是我的妻子，文學是我的情婦。」作者要求我們注意吳新榮與蔣渭水間所展現出來的高度落差：一個時代已經過去了。在吳新榮所處的時代裡，台灣的醫生與整個日本帝國主義醫療系統越走越近(p.94)，而且，有了錢之後的醫生開始投資自己的生意(p.104)，他（她）們在社會上儼然成為「本土的布爾喬雅」(p.105)。

第三個階段是從 1937 到 1945 年。眾所皆知，這個階段是皇民化時期，根據作者的觀察，這個時期是醫學的完全政治化時期，醫學社群的組織自主性完全的喪失，最後「醫學終於被殖民國家給回收了」(p.114)。在這種情形下，台灣的醫生發展出怎麼樣的集體自我認同呢？答案是：不談族群，只談現代性。台灣的醫生不再是民族醫生，而單純是現代性在台灣的代表人物。同時，受到國家強力動員及徵召的結果，台灣的醫生醫治的對象也不再只局限於台灣本島，而是擴張到南洋等日本的熱帶殖民地，甚至用作者的話來講，「帝國取代了（台灣）族群」(p.115)。

以上便是《疆界內的醫生》這本書的大要。對於這本書，我心中

有許多問題，不過，限於篇幅我只提出幾個觀念與方法論上的意見供讀者參考，至於一些細部的「技術」問題，¹我就在此省略不談。

首先，關於作者的理論架構的問題。基本上，我同意作者所提出的關係思維法，也贊成畫一幅關係建構圖來描述認同的問題，只不過我對這幅圖中所包含的元素有點質疑。看完這本書我很想問作者的一個問題是：萬一妳所說的公民社會根本不存在怎麼辦？對我來說，在台灣這樣一個殖民地談公民社會絕對是一件可疑的事。公民社會有一些要件，比如說，公共權威之外的私人活動空間、能影響決策的公共領域、民主的機制、以及有著充分權利義務的政治行動主體等等。這些要件到底存不存在於殖民地台灣？用最保守的說法，這是一個見仁見智的問題。不過，作者卻把一個見仁見智的東西當成是一個先驗、自然的東西來對待。整本書中作者對這個公民社會的生成所提出的唯一解釋是在第 44 頁：「到了 1920 年，當軍事統治變成文人政府。」像這種用台灣總督的身分來解釋整個社會政治的變遷，甚至拿它來當公民社會的生成原因，會不會略嫌草率？從作者草率的處理上，我看到了一個作者的盲點：她在理論架構上承諾要給我們一個「關係」的行動結構分析，不過，事實上，國家機器的干涉與否卻是她決定醫生認同會不會轉變的唯一因素。從 1920 年代公民社會的形成，到 1930 年初期國家對公民社會的摧毀，再到 1937 年以後國家對醫療體系的完全控制(p.182)，這套單向的理論思路既取代也背叛了作者在一開始所做的方法論上的保證。到底殖民國家機器是不是有權力決定一切呢？如果有，那為什麼不乾脆承認它的能耐，為什麼要繞一大圈後才不甘願地點出國家的力量？

1 我個人覺得作者在許多場合做出論點卻沒有充分的證據支持。像是在第 5 頁作者提到，日本殖民政權是一個強調殖民者與被殖民者有文化與種族相似性的政權。作者對此並沒有舉證據證明。事實上，人們可以輕易地舉出許多例子來駁斥作者的說法，比如說，後藤新平關於比目魚眼睛的比喻便是一個例子。再者，如第 104 頁，作者提到醫生投資自己的生意導致自身階級地位明顯的變化，不過，令人期待卻遺憾的是，作者並沒有舉出具體的例證。另一個「技術」的問題是第六章的存在。對我來講，把日本在中國境內興辦的「同仁會」醫療活動擺在一本探討台灣醫生自我認同的書中，是略嫌突兀的。

或許，換一種方式來問可能會比較清楚：會不會根本就沒有什麼「鬆」與「緊」的差別？會不會一切的一切從頭到尾都在國家的控制之中？難道有社會運動便可以證明公民社會的存在？我們只需想想一個問題：公民社會裡頭住著什麼人？難道會是那些一天到晚受到無所不在、無所不管的殖民警察監視的台灣人？難道會是那些必須與鄰人聯保連坐的台灣保甲民？很顯然地，作者不願去碰觸這些規訓的殖民權力。而不去談這些微觀權力機制的結果便是她對台灣公民社會存在的誤判。在我看來，作者在很大的程度上杜撰了台灣公民社會的存在，然後以此杜撰的場域來證明台灣醫學「組織的自主性」曾經存在過。²事實上，如果殖民政府積極培養台灣人習醫的用意在於把台灣變成一個健康適合人居的殖民地，那麼從 1920 年代開始到 1945 年殖民終結，醫生們對這個國家交代的「任務」從來都沒有放棄、拒絕過。如果這個論點成立的話，我們繼續再問：如果台灣的醫生被日本殖民國家機器動員去南洋從醫叫做「完全政治化」，那麼為什麼 1937 年以前醫治台灣人的「任務」就不是政治化？為什麼服務帝國的醫學叫做喪失組織自主性，而服務殖民國家機器便是一種自主性的展現？在我看來，如果接受現代醫學是殖民主義的政治產物，那麼不管是 1920 年代或是 1937 年以後，台灣醫生的專業一直是處在一種高度政治化的狀態中。就培養健康的台灣人這個角度來看，所謂組織的自主性根本不存在。簡言之，任務都一樣，只是舞台變了。舞台的轉換不是一種自主性的獲得或流失，它代表的只是殖民權力的戰略變了。

最後，關於 in-between 與混雜的問題。基本上我同意作者的說法，日據時代台灣醫生的認同的確是與許多不同結構與力量掙扎、協商而來的混雜結果。只是，我感到好奇的是，殖民地上有哪一個人的自我認同不是混雜的？混雜不僅僅只發生在醫生身上，它幾乎是殖民地上男男女女、老老少少的一個普遍現象。也就是說，用這種概念來

2 作者對組織自主性建立及消失的論證其實是建立在以下兩個薄弱的觀察上：第一、殖民政府鼓勵台灣人開業，這些私人開業的醫生比較不受國家的控制；第二、1937 年以後，台灣的醫生在帝國主義熱帶醫學的徵召下完全被政治化，因而喪失自主性。

說明醫生的自我認同其實無法把醫生的獨特性清楚地標明出來。比如說，我會問，辜顯榮個人現代性及自我認同混雜的程度可能不會比任何一位醫生來得低，難道我們也可以把作者提出來的理論架構套用在他身上？我這種說法當然有點極端，不過，我的用意是在提醒作者以及那些喜歡用一些後殖民主義字彙的讀者們留意，有些流行的字眼表面上看似很有力，不過，事實上它們對論證一點幫助也沒有。

綜合上述，這篇書評的結論是：在方法論的宣示上，我想大部分的讀者都會跟我有一樣的感覺，《疆界內的醫生》是一本具有原創性、挑戰性的書籍。不過，在實際的論證上，《疆界內的醫生》還是繼續保持傳統「國家 vs 公民社會」的疆界，沒有跨出，也沒有顛覆。儘管作者告訴我們，醫生的認同必須在專業、族群與現代性的交接處尋找，不過，從 1920 年代的「民族醫生」到 1937 年以後的「醫學現代主義者」，我看到的只是國家力量強弱、緊鬆間的區別。在此，我由衷地希望不同的讀者會讀出不同的訊息。

姚人多

清華大學社會學研究所助理教授