

中國麻風病治理的科學主義與政治儀式¹

劉紹華

中央研究院民族學研究所

本文試圖透過科學主義與政治動員的角度，來理解中國為何能在短暫的二十五年間，經歷門戶閉鎖政策、且經濟發展落後，卻在龐大的領土中成功地控制住年代久遠的麻風病？馬克思唯物論式的科學主義發展目標是現代中國的建國大綱。在此種意識型態下的科學客觀性，有效壓抑個人的主體性與主觀感受。在此種科學主義的實踐過程中，個體既被無機體化，又透過政治儀式被召喚其能動性，以強化對官方意識型態的信仰與實作。麻風防治則是這場建國大業中的一個公衛指標。整個國家就在這種科學主義的政治動員下，進行了一場大規模的追逐細菌與病人的衛生運動。其中充滿了對科學的信念與迷思、儀式性的道德規勸、污名恐慌。這些複雜且時而自相矛盾的現象，構築了當代中國麻風防治的形貌與內裏。中國麻風防治的例子讓我們看到，生物醫療科技的有效性常被誇大，而人與其他抽象象徵因素卻常被低估。在防疫過程中，非關科學的理念與情緒，可能才是疾病治理成功或失敗的重要關鍵。

關鍵字：科學主義，國家文化特質，麻瘋病，疾病治理，中國

1 感謝兩位匿名審查人以及李尚仁、蔡麗玲、陳秀真提供的建議。也要感謝江澄醫師、李文忠醫師、葉幹運醫師的批評指正，江醫師與葉醫師提供的參考資料尤其寶貴，特此致意。

一、前言

本文主要的研究問題是，中國何以能在二十五年內，即從1950年代末至1980年代初，經歷門戶閉鎖政策且經濟發展落後，卻在龐大的疆域中成功地控制住年代久遠的麻風病？過去各界討論中國這個公共衛生的顯著成就，主要歸功於有效的藥物治療與社會動員。換言之，生物科技的物質基礎與社會組織的治理技術，是此一公衛成就的關鍵因素。但我們可以追問的是，如果技術如此容易轉移或能隨機採借以創造奇蹟，那麼為何其他龐大的國家或貧窮地區，例如印度，卻未能出現同樣的防治成效？顯然中國案例的成功關鍵並非如此簡單，值得深究。

本文以人類學民族誌的方法，揭示隱而不宣的複雜社會邏輯，以突顯影響特定社群中人的行為、思想及語言等道德規範的文化特質（ethos）。即視科學主義為當代中國國家文化特質，檢視在此特定社會氛圍下，中國麻風病防治如何在科學意識型態與政治動員的操作下，成為一場公共衛生的全面實作。馬克思唯物論式的科學主義在1949年後的中國成為建國大綱的理念與口號，強化了生物醫學的正當性與神聖性。全體社會也以此立國精神，進行政治動員「尋找事實」，身體力行毛澤東的「實踐論」。馬克思唯物論式科學主義的發展目標是追求社會主義現代性，在此種信念下強調的科學客觀性，使得個人被無機體化，壓抑了主體性與主觀感受。然而同時，個人的能動性卻又被國家的文化特質所召喚，以強化個人對官方意識型態的信仰與實踐。麻風防治則是這場建國大業中的一個公衛指標。整個國家就在這種科學主義政治下，進行了一場追逐細菌與病人的大規模衛生運動。其中充滿了對科學的信念與迷思、儀式性的道德規勸、污名恐慌。這些複雜且有時自相矛盾的現象，構築了當代中國麻風病治理的形貌與內裏。1978年開始推動改革開放後，雖然中國整體經濟已大幅改善，擺脫以往一窮二白的困境，但這些錯綜複雜的交互影響，也造成麻風病的防治成效在八〇年代以後出現新困境。改革開放後資本主義式的科學主義朝向不同方向發展。當馬克思唯物論的政治教條退居技術專業與市場經濟之後，仰賴社會動員與科學信仰的衛生防疫也就喪失了此種意識型態的精神助力。

檢視此傳染病防治的社會過程，可以突顯生物醫療科技的有效性常被誇大，而人與其他抽象象徵因素卻常被低估。從中國麻風病治理的例子，我們不僅看到藥物科技的具體進展與效益，更可以看到中國的科學主義政治，如何讓麻風桿菌、防疫技術、病患與醫師在防治過程中形塑出一種獨特的互動模式，進而促成某個時代的衛生成就與特質。筆者透過多年（2005-2012）的民族誌田野調查方法，包括觀察中國不同地區的麻風聚落，深入訪談患者與防疫人員，以及蒐集歷史政策文件等，在本文中試圖剖析此一複雜社會過程的輪廓，並聚焦於「人」在這場科學主義政治與衛生運動中的角色與心境。從本文中也可了解為何這個長存的疾病污名，竟在科學主義的效應下歷久不衰。

二、科學主義與政治運動

一般對「科學主義」的定義大致為：將原本從自然世界中獲得的科學理論與方法，擴大至人群社會，並視之為推動社會變遷或改革的根本方法、價值及理念。換言之，科學價值被視為高於他種價值，甚至也把科學視為具有內在統一性、成功預測與控制社會發展的效力。從這個定義來看，從科學到科學主義的過程，便是一場價值選擇的競奪，依據特定價值而對社會進行分類、假定、推動發展變遷的政治意識型態實作歷程。

科學主義在中國政治治理中的重要性，已備受當代中國科學與科技研究者的關注（如 Hua 1995; Miller 1996; Ouyang 2003）。中國對現代性的追求可說係與科學主義的深根發展同步，其與政治意識型態的糾葛更是交纏難解。清末民初有志之士或是引進科學的觀念或實作，以求解決中國社會的危機，或以「科學真理」的價值觀，批判傳統文化中的糟粕或專斷的政治文化；或是企圖抗拒政治對科學的介入及操弄而影響其研究結果，以圖讓科學回歸科學。近時科學與科技的社會研究已明白指出，科學與政治或其他環境因素間千絲萬縷的糾纏，使得我們對科學知識的理解、實作或應用，實難企達「科學回歸科學」的終極理想。但我們卻可以理解政治環境如何影響科學的社會位置與應用。

中國從五四運動開始，基於科學主義的理念所展開的新文化運動，加入西方式的民主概念，雙軌並行以改變傳統專制政治理念與社會價值。1949年後中華人民共和國成立，亦揭櫫科學主義以期改變落後的中國。其所抱持的意識型態雖然融合了西方強調經驗科學的實證觀，但是由於受到馬克思唯物史觀的影響，強調以科學解釋歷史發展規律，並視下層的物質條件決定社會上層的一切。這種唯物史觀對科學的價值立場，突顯出其政治性高於知識性的文化特質。簡言之，實用性、生產力、階級等成為此種科學主義下科技發展的要旨與目的。一如毛澤東著名的〈實踐論〉（1937）一文中所揭示的革命性：「通過實踐而產生真理」。對於毛澤東而言，這種意識型態下的科技發展是中國生存的唯一途徑（Ouyang 2003）。在這種文化特質支配下，中國在集體化時期，即1950年代末至1980年代初，便是採行這種「自力更生」的唯物史觀發展模式。在此時期中國政府對內號召人民共體時艱，堅持自立自強的建國精神，對外與原本親善的蘇聯交惡。中國同時也與西方國家不合，採取自我封鎖政策，西方也對其孤立，成為冷戰期間一個龐大而封閉的政體。這段期間中國的科技發展，便是以動員地方資源與勞力，全面整合政治、軍隊、經濟以達成全國統一規劃的目標（Sardar and Rosser-Owen 1977: 563）。

但從1978年起的後毛澤東時期，鄧小平提出改革開放政策，劃出了政治意識型態的戲劇性分水嶺，中國的發展模式朝向以資本主義式的市場經濟成長。自此，強調實證與專家政治的科學主義勝出，馬克思唯物論式的科學主義逐漸退場，市場經濟發展成為改革開放時期科學主義治理的目標（Hua 1995）。然而，不論何時，科學主義都是當代中國治理中唯一長存不變的意識型態。從社會主義現代化轉為資本主義現代化的政治典範變遷，並未改變中國對科學主義的執著，但其科學主義的內涵與實作確實出現相當差異。

當代中國的科學主義不僅包括政治意識型態的內涵，還相當仰賴政治運動以為推展手段。集體化時期的著名例子包括：大躍進期間「科學種田」以增產報國、文革時的「工業學大慶、農業學大寨」、科學衛生運動的「除四害」等。這些如今已淪為荒謬年代的治理樣板戲，當時卻是以「科學」之名，透過群眾動員的政治儀式，讓群眾參與政治展演，觀摩仿效科學模範的成果，以見證與展現對黨國社會主義現代性政策與目標的服膺與效忠，達到全民參與信仰、投入、推廣與膜拜科學主義的建國大業。這些政治儀式運動

把國家的現代化目標內化到每個人的心裏，讓馬克思唯物論式的科學主義成為集體信仰的國家文化特質。

就此而論，中華人民共和國建國初期群體動員的麻風防治，便是一場充滿對科學的信仰、一知半解，以及道德勸說的身體治理運動，以挽救令中國積弱污名的處境。麻風在中國是個古老的疫病，此病的污名曾令中國在現代性面前容光黯淡。十九世紀下半葉至二十世紀上半葉，殖民帝國（尤其是大英帝國）、美國及澳洲等國視中國人為傳播麻風的主要帶原者，在其領地的移民政策上屢針對中國人（尤其是苦力）採行種族主義的論述與排斥政策（Bashford 2004）。而在中國境內，對麻風疫情及其患者悲慘處境的反省或無奈，也成為社會菁英評價中國積弱不振的其一社會背景，更是西方教會介入中國的一個慈善機制（Leung 2009）。在中國的現代性轉型中，麻風無異扮演了生物決定論的重要角色。當社會主義政府在1949年開展現代性的追求時，更進一步以科學主義的衛生與醫學技術實作，大規模的搜尋麻風患者，致力於根除這個長存疫疾。以科學之名所形成的身體界線，造就了疾病治理上的「身體麥卡錫主義（Body McCarthyism）」（Lupton 2003）。不僅病患陷此身體政治，防疫人員也不例外。而造就這一切的科學標準，便是顯微鏡下的麻風桿菌（*Mycobacterium leprae*）。

如同研究中國麻風史的歷史學者梁其姿所言：「麻風比任何疾病都更能定義現代與當代中國的身體政治。」（Leung 2009: 212）在中國集體化時期，由龐大且具有無比強制力的國家機器所推動的集體行動，形塑了病患與醫師的生命與主體經驗，從而影響疾病治理的結果。一群擁抱科學信仰與犧牲投入的防疫人員，既是成就此一公衛運動的推動者，也可說是運動的犧牲者。回顧過去，曾經參與這場大規模衛生運動的人，一旦有機會脫離集體思維框架時，有些毅然離去，努力擺脫當年身陷期間的苦痛；有些則在強調科技專業的市場經濟時代，擁抱重新界定的醫療專業，繼續努力工作，但多有時不我予的感嘆。這些醫師的心聲隱晦地透露出當年防治的方法、成果與影響。

三、麻風防治中的人、意識型態及其他

麻風這個古老的疾病，在不同地區與時代，其治療方式必定與當時在地的生物科技發展息息相關。² 與麻風病相關的現代科技中最重要的便是發現細菌及其相應療癒方式，而療癒則包含藥物與其他措施（例如隔離）。僅以近、現代中國而論，麻風療癒的概念與實作即歷經數度劇烈變遷，大致上可以粗略分成現代化初期（19世紀至20世紀上半葉）、社會主義集體化時期（1950年代末至1980年代初），以及全球化時期（1980年代至今）。本節中僅略述現代化初期的情況，而主要討論集體化時期的實作。下一節中則簡述全球化時期的變化，以為比較。由於中國自集體化轉向全球化時期，藥物治療與防疫措施可說經歷同步變遷，因此本文的主要回顧架構以防疫措施為主，而對藥物的討論則放入此架構中一併略述。

（一）醫療現代性之爭

十二、三世紀左右，源於南亞與東南亞熱帶地區的大風子樹種籽（俗稱大風子）提煉而成的大風子油，傳入中國。直至二十世紀中葉以前，七百多年來是中國治療麻風的主要藥物。十九世紀末、二十世紀初大風子油經由在印度與東南亞的殖民帝國醫師轉介至西方，成為歐洲藥典的一部分（Worboys 2001）。西方傳教士於十九世紀中葉至民國時期成為中國麻風防治的主要力量，亦使用大風子油來治療患者（Leung 2009: 156）。在西方於1940年代採用化學成分的磺（sulfone）類藥物來治療麻風之前，大風子油「一直被認為在治療麻風上很有價值」（Roger and Muir 1925: 254）。

1940年代，國際麻風大會與世界衛生組織的麻風專家委員會，考量了多種實驗成果及藥物副作用等因素後，確認了磺類藥物的療效，自此這類生化藥物隨著以歐美為主的醫療國際化網路而廣泛擴展，成為世界各地主要的麻風治療藥物（Bechelli 1973）。此時中國也逐漸接受這種新興治療藥物。而這一段藥物使用與防疫理念轉化的歷程，也正是中國經歷現代化論爭的一個動

2 關於中國歷史上，對於麻風類似疫病的病因解釋及其對應治療方式的變遷，以及各朝政府與民間社會對患者的處置措施，詳盡的研究請參考 Leung（2009）。

邊時代，其間的論述與實作，也反映出中國如何自我定義與擁抱現代性。筆者根據梁其姿（Leung 2009）關於民國到社會主義時期防疫論述與實作理念的詳盡研究，在此大致精簡如後：大風子油的傳統療法在民國時期無法獲得許多菁英份子的認同，因為他們亟欲將中國現代化、掃除傳統。當時的社會菁英也誤以為傳統中國政府或民間社會從未在麻風防疫或患者救濟方面有過任何努力，這與西方傳教士進入中國後的批評論述一致。事實上，民國政府曾試圖強力涉入麻風防疫與患者處置，主張強制隔離，且曾以軍隊介入接管西方教會設立的麻風機構。但在動盪政治的現實下其能力、資源有限，而不得不同時採納西方教會式著重宗教教化與較為鬆弛的隔離作法。當中華人民共和國成立，在反西方帝國主義的旗幟下，大風子油也被認為係由西方傳教士帶入中國，而於1954年停止使用（Leung 2009: 155-203）。原本在中國與印度常被使用的大風子油，不僅由於其療效遠低於新興生化藥物，亦在現代中國的科學主義與國族主義交錯的風潮下，被替換成生化製藥氨基磺（DDS, sulfonamides and diaminodiphenylsulfone）。³ 中國著名的麻風病專家葉幹運醫師如此一語道盡1950年代後中國與早期傳教士處理麻風的方法差異，便是「取消教會傳教與改變藥物」。

1949年後西方傳教士陸續被迫離開中國。原本在中國由西方教會創辦或主持的諸多麻風機構由中國政府接管，中國相關政府部門也制定各種辦法處理外援機構的接收管理事宜。例如，中央人民政府政務院於1950年12月29日通過〈關於處理接受美國津貼的文化教育救濟機關及宗教團體的方針的決定〉，在當時副總理郭沫若的報告中，開宗明義便指明：「百餘年來，美帝國主義對我國除了進行政治、經濟和武裝侵略外，在很長時期中，尤其注重文化侵略的活動。這種侵略活動方式，主要是通過以巨額款項津貼宗教、教育、文化、醫療、出版、救濟等各項事業，加以控制，……。」其中也註明受美國津貼的麻風病院有二十餘所（中央人民政府政務院 1992）。中共建政後開始盤點清算帝國主義的遺緒之際，也一併將西方基督宗教的人道主義趕出國門，展開自己定義的社會主義人道主義模式（Liu 2013）。由此，隨著教會而引入的西方醫療麻風防疫與救助模式在中國暫時中止，整個國家進入社會主義醫療時代。

3 臺灣醫學界一般將 sulfonamide 譯為「磺胺」，複數則稱做「磺胺類藥物」。感謝李尚仁的提醒。

當以歐美為主的國際醫療，尤其在世界衛生組織於1948年正式成立後，逐漸擬定各式傳染病的治療方案之際，中國則採行以蘇聯為主的衛生模式，且逐漸進入鎖國狀態，醫療衛生政策與政治同步轉型。簡單來說，蘇維埃社會醫學（Soviet socialized medicine）的主要特徵是：根據馬克思主義的政治觀念，加上德國社會衛生保健學者的理念，使蘇聯成為全球史上第一個由政府提供財政挹注的全民保健服務國家（Field 2003）。這種衛生模式以社會醫學與預防醫學為主，認為疾病的源起是資本主義的病態社會因素，解決之道便是社會改革與群眾教育。因此蘇聯的衛生模式強調國家公部門的介入，而排斥以市場為主的私領域。個體是達成社會改革的一份子，集體目標高於個體（劉紹華 2013）。我們可以說，中國社會主義集體化時期的防治實作，不僅有著傳統醫學的影子，也受到西方生物醫學理論與實作的影響，而馬克思唯物論式科學主義與蘇聯式預防醫學模式扮演重要角色。

（二）強制隔離政策

人類歷史中，不同形式的隔離都曾被用以防範麻風傳染的危險。麻風可說是中國從古至今唯一始終遭受隔離命運的疾病。然而，中國在集體化時期的隔離作法在時代性與規模上卻有特殊之處。此一時期麻風防治最顯著的治理科技便是大規模的隔離措施。隔離措施的強制政策主要始於1950年代末期，至1980年代初告一段落。在本節中我聚焦討論集體化時期中患者與防疫人員的社會處境與互動，其中在在顯示出馬克思唯物論式的科學主義實作。

麻風病的生物醫學名稱是「漢生病」（Hansen's disease），對於麻風病患而言這應該是個令人哭笑不得的名詞。挪威醫師漢生（G. H. Armauer Hansen, 1841-1912）於1873年發現麻風桿菌之前，世界各地對麻風或類似症狀的病因分類主要包括遺傳論及傳染論兩者。遺傳論的觀點認為麻風病是一種遺傳病，可能傳遞到下一代。而前科學時期的傳染論，則認為麻風患者係因生活習慣不佳、性行為不檢、瘴氣、體質不良等因素而罹病。簡言之，環境、種族或道德等因素是此論常見的麻風病因假設。⁴ 十九世紀中葉後，西

4 關於十九世紀西方醫學界對麻風傳播方式與其道德論述的探討，詳細的中文研究可參考李尚仁（2003）；梁其姿（Leung 2009）關於中國麻風病史的研究，則詳盡鋪陳了中國歷史上對於此疫相關的道德與社會論述。

方醫學界受到細菌理論（germ theory）的影響，開始尋找各種疾病的致病證據。麻風研究者亦不例外。十九世紀的挪威是少數麻風病人數仍相當多的歐洲地區，1856年建立史上第一個全國麻風統計，被視為世上第一個國家疾病統計資料庫。依據這個資料庫，1858年 O. G. Høegh（1814-1863）首度提出流行病學的歸納證據，認為麻風是一種傳染病。十多年後，漢生宣稱發現了麻風桿菌，並於1875年發表題為〈論麻風病源〉（On the Etiology of Leprosy）一文（Irgens 2006）。儘管漢生的理論在當時的歐洲醫學界曾引起相當時間的爭議，但最終顯微鏡下的桿菌證據仍讓傳染理論拍板定案。

漢生的科學發現不僅改變了挪威麻風病人的命運，甚至影響往後全球麻風防治做法與論述焦點。如同 Douglas and Wildavsky（1982）指出：針對風險的新知識經常會創造出新的社會責任。麻風病因從遺傳論變成傳染論，便不再只是個人或小族群的命運，而成為一個威脅社會整體的公共衛生議題。此疫疾既然攸關全體社會的命運，國家便必須展現照顧病患與維護健康人群的責任。因此，漢生身為挪威伯爾根（Bergen）的首席麻風醫療官員，基於其理論發現，積極鼓吹強制隔離政策，以杜絕傳染，並推動促成1885年的隔離法案。當地麻風患者原本可自由選擇是否住在聖喬治醫院（St. Jørgens Hospital），⁵且能自力更生編製手工藝品到市場販售維生。然而，隔離法案出籠後，病患便開始被禁錮在特定的醫療院所內，與世隔離（Vollset 2006）。

1897年第一屆國際麻風大會在柏林召開，廣泛向各國推廣挪威的隔離措施。十二年後的第二屆大會就選在伯爾根召開⁶，重申隔離政策的重要性。隔離政策就在漢生的科學發現二十多年後，風行草偃，成為全球普及的麻風防治方式，也影響了當時正勉力追求現代性的中國。十九世紀，在華傳教士也常使用隔離方式以達成基督教在道德與心靈規訓上淨化麻風患者的目的（Leung 2009）。

5 建於1400年代，初始即為收容麻風病患而成立。十六世紀中，由國家從教會手中接管，改成一般醫院。1820年再度成為麻風患者的醫院，1840年代收容超過170位患者。最後兩名女患者卒於1946年，分別於1891及1895年入院。之後醫院荒廢多年，1970年改為麻風博物館。2001年伯爾根的麻風檔案，成為聯合國文教組織（UNESCO）的世界共同記憶計畫（Memory of the World Programme）（The Leprosy Museum 2003）。

6 晚清中國代表鄭豪（1878-1942）醫師，也出席了此次會議。鄭豪為廣東香山（今中山市）人，於1904年畢業於舊金山的醫學院，成為第一個考取加州西醫執照的華人。回國後被清政府委任為醫科舉人。是中國第一位官派出席國際麻風相關會議的代表，並參與大會代表之合影。

然而，隔離政策隨著藥物治療的科技進步也面臨調整。1940年代後由於生化新藥出現，加上二次世界大戰前後國際上基於「正義」、「人道」、「理性」及經濟重建等新興價值考量，開始檢討隔離政策的必要性。1958年在東京召開的第七屆國際麻風大會正式提出反隔離宣言，並建議將麻風更名為「漢生病」，以期擺脫「麻瘋」(leprosy)的長存污名。1959年世界衛生組織的醫學大會更進一步建議廢除所有麻風聚落，讓病人回歸主流社會。然而，觀看世界各地的麻風聚落，即使已不再納入新病患，但眾多治癒的患者或因無處可去，或因各種後遺症而須仰賴醫療照護，只能繼續留院，使得既有的麻風聚落至今仍是社會異樣眼光的聚焦點。而中國集體化時期的科學主義精神與實作，更是使得「落伍」的世界潮流延續得更久的例子。⁷甚至，堅守主體性的中國也不採用國際通用慣例的「漢生病」，但基於科學精神將此疫疾去病化，以「麻風」取代傳統的「麻瘋」，如此也較為接近傳統中國醫學對於此類疫疾的解釋，即「風」為病因，「麻」為病徵。

當以歐美為主的國際社會於1950年代後期展開反省隔離措施之際，中國卻逆向而行，逐步開始大規模建立麻風村落與病院。馬克思唯物論式的科學主義強調理論與實務結合。麻風防疫人員遵循這樣的理念，大量動員人力尋找病人，將患者送入隔離區集中治療、追蹤、觀察與研究，形成一個堪稱大型實驗室的多點防疫空間，得以落實集體化中國「尋找事實」的理想科技發展模式。

1950年，中國衛生部提出第一份官方文件〈關於管理麻風應行注意事項的通報〉。之後，麻風的議題也在1951年第一屆全國衛生防疫會議與1952年第二次全國衛生行政會議中獲得討論。1953年，政府要求召開麻風病座談會，在會議中提出防治辦法。1956年，中央政府提出〈關於1956-1967全國農業發展綱要〉，麻風成為全國積極防治的目標（賀彪 1957a）。截至1956年底的全國統計，全中國約有38至39萬名麻風患者。從今日的標準觀之，在當時的1950-60年代，全中國十九個省分、自治區、直轄市的年患病率都在世界衛生組織控制標準的萬分之一以上（江澄 2006: 14）。新政策採行「邊調查、

7 臺灣在戰後初期也延續日治時期針對麻風患者的強制隔離做法，即所謂「政策遺產」的階段，直至1962年美援介入後才有些許調整，但基於社會歧視，既有病患仍難以出院。（范燕秋 2009）

邊隔離、邊治療」的實證做法，在全國廣建麻風病院與村落，將之前即存在的病院、其他空閒的房屋建築、廟宇、舊地主莊園、軍營等，改建為麻風病院，或新建簡單房舍，主要收容具傳染性的病人，在其中實行自給自足的生計模式（中華人民共和國衛生部醫療預防司編 1957）。廣東省衛生廳於1956年提供一份文件〈怎樣建立麻風村〉給前來廣東與會的各地代表作為建村參考。這是第一份攸關麻風村的全面性文件，涵蓋了病患入村、生活起居、治療、結婚與娛樂等各式規範。（廣東省衛生廳 1957）

1957年，全國麻風防治專業會議在山東省濟南市舉辦，五天的會議中專家們起草了〈麻風病治療方案〉試行草案（賀彪 1957a）。與會者包括山東醫學院的尤家駿醫師（1898-1969），他被認為是中華人民共和國成立後最重要的第一代麻風專家。還有西安醫學院及北京皮膚病與性病研究所的專家，也有來自甘肅、山西與青海等地的醫療專家。其中許多人原本的專業領域與麻風防治無關，而是在1950年代被政府徵調才投入麻風病的防治工作。例如，現已年近九旬的葉幹運醫師是中國著名的麻風病專家，1948年時北京大學醫學院畢業，主修皮膚科，原本的專長為性病，也是親身經歷中國在性病的治療上由蘇聯方法轉至美國療法政治角力的醫師。當中國的疾病防疫由性病擴及至麻風病之後，也被徵召投入麻風防疫，於1954年協助成立「北京皮膚病與性病研究所」，這後來成為第一個麻風防治的中央機構。葉醫師回憶在1957年的濟南會議上，全國普遍建立麻風村的想法被提出來：「國外很早就這樣做了，大家都怕麻風。」此後，即1957至1980年代初，麻風患者被強制遷入麻風病院或村落。雖然官方政策指明只強制隔離傳染性病人以便收容治療，並非所有病人都需要被隔離。然而，在當年人力與技術有限的情況下，加上遍存的社會歧視，以及地方上可能出現便宜行事的作法，僅隔離傳染性病人的政策能否落實，值得懷疑。此外，偶爾也有病患自願入院或入村，不同層級的麻風防疫人員負責治療這些登記有案的患者，並致力於找出新病例。

在中國建國初期的科學發展中，尤其在1958、59年中蘇關係開始出現問題之前，蘇聯具有一定程度的影響力，在麻風防治方面也不例外。1957年的會議中，擔任中國衛生部首席顧問的蘇聯專家伊·格·科切爾金便強調蘇聯麻風防治的作法。例如，一旦發現麻風案例便立即通報地方衛生機構，確診的患者即就近送到附近的療養院所隔離。這名蘇聯專家還建議一些方法，包

括建立新麻風病院、將現有的住屋改為麻風院、建立麻風村來收容病患，或是讓病患單獨居住，即所謂的「就地隔離」（伊·格·科切爾金 1957）。顯然，當時蘇聯的作法與以歐美為主的國際社會所倡議的做法不同。

（三）空間的故事

1957年的濟南會議後便大規模地推動全國麻風聚落的制度化，由防疫機構與民政機構共同管理。城鎮地區的患者多送入新、舊病院，在廣大農村或偏遠山區的病人則主要送入獨立麻風村落。山頂、小島等邊陲地區常是麻風村落的所在地。結合了科學主義與社會主義的醫療目的與手段，讓麻風病人成為追求現代性國家中的罹病公民。國家承擔應付疾病的政治道德義務，但其手段則強調功能性與集體性，無視個體的主觀感受。身心二元分離的治療模式係以消滅病菌為直接目的，以期救治個體生存與集體健康。

集體動員的做法常是由集體公社的幹部動員患者入院或入村，追逐、離別、恐懼是這場全國性隔離運動中經常上演的悲情劇碼。以四川省某麻風村的一名居民為例，他於1967年因為眉毛掉落被發現感染麻風。當時老家的公社社長給了他一頭羊和五十元，要求他遷入麻風村，他回憶道：

我沒有眉毛了，手沒出汗，就知道〔生病〕了。我們喝過的水別人都不敢喝，老人家說：「你一定得走。」我兄弟送我來的，兄弟和我都哭得好傷心。……哭了三、四個月，專門哭（指全心全意地哭），來這裏認不到一個人，哭安逸了（指哭慘了）。

筆者於2007年在四川省另一個麻風村裏訪問一名72歲的老人，他於1961年入村，其回憶也是大同小異：

來的時候社長牽了五頭羊、蕎子五十斤、十五元。來的時候村裏有三百六十多個人了，現在出院完了。生病了，自己想來，媳婦、兒子哭安逸了。……我們這些人傷心囉！哭都哭完了，現在不傷心了，死了就什麼都不知道了。

當時由於集體公社採行糧食配給政策，多數時候原鄉的集體公社會提供離去的病患一些基本糧食，以供其進入麻風村展開自給自足的生活。麻風村成為封閉的防疫空間，衛生人員本著科學主義的「實事求是」精神，依循客觀標準檢查病患。掉眉、關節變形、皮膚損傷與麻木等表面徵狀，在麻風流行區自古可能便是當地人判別是否罹患此疾的俗民參考，也是防疫人員肉眼初步判定的標準之一。要在幅員廣大的中國人海中尋找患者，防疫人員就從諸如此類的蛛絲馬跡開始。在缺乏交通工具的年代，「以腿防疫」，跋山涉水，透過不同方式尋找病人，以期及早發現治療，防止疾病惡化而導致身體畸殘。例如，在人民劇場宣傳、放映影片，提供大眾衛生教育；有時防疫人員甚至進入公共澡堂觀察洗浴人群的皮膚與其他身體症狀，或是經由皮膚科和其他診科、以及地方普查等途徑發現可疑病人。有時則是病人自行發現可能罹患麻風而私下要求診斷，即所謂「自報」；也可能是他人向防疫人員密報可疑病人，通報者甚至可能領取獎勵金，即所謂「他報」；更多時候是防疫人員透過下鄉普查。若發現疑似患者，標準化的步驟是臨床診斷確定後，便採集血液與皮膚樣本，以後續確認是否帶有麻風桿菌。採集樣本的過程在戶外或醫療院所進行時，防疫人員依循固定步驟，必須採集特定部位的有效檢體，以利切片觀察。在艱困的防疫條件下，採集檢體的過程可能顯得粗糙與粗暴，病人得忍受疼痛，有時也可能出現抗拒行為。但為求科學精準與治療目的，防疫人員也不能手軟。

防疫人員在檢驗室中若發現檢體帶有桿菌，便得進一步決定罹患類型。集體化時期的麻風分類依照國際方式，從四級分類，即「瘤型」、「結核樣型」、「界線類」與「未定類」，到五級分類：結核樣型（TT）、界線類偏結核樣型（BT）、中間界線類（BB）、界線類偏瘤型（BL）、瘤型（LL）、以及包含各型早期變化的未定類（Indeterminate, I）。這些分類頗為複雜，適用於科學臨床研究，但對基層的防疫人員而言，有時頗難掌握（劉季和 2006）。確診後主要便以氨苯砒治療，治癒標準則視臨床診斷而定。

麻風藥物治療的時程頗長。為讓病人遵從醫囑以免治療失敗、甚至產生抗藥性，防疫人員，尤其是基層的麻風醫師，必須「送藥到手、看服下口、吞了再走」。曾在浙江某麻風村服務多年的江澄醫師回憶，為了不讓正在農田中工作的病人擔心影響勞動，他便在田頭提著熱水瓶等待，找機會端水給病人，要病人歇息服藥，換他暫時幫病人挑糞、鋤地，以爭取病人的服藥時

間。有時醫師真得費盡心思說服病人。偶爾，病患由於不清楚服藥的重要性、藥物的副作用、工作忙碌等原因，未能按時定量服藥。但一般而言，病患為了擺脫自身疾病，普遍願意服藥。甚至，當服藥期限過後，防疫人員追蹤病人檢體一段時間後若未發現桿菌蹤影，就可判定病人「治癒」，給予治癒證明以利其回歸社會。偶爾，判癒病人在停藥後，仍無法相信可怕的桿菌真的已消失，又或者身體的其他症狀讓病人疑心，反而要求繼續吃藥，甚至私下到處打聽買藥。在這個診斷、治療、判癒、憂心復發的過程中，醫師與病患堅守每個步驟細節，若錯過任何一個步驟彼此都不安心：醫師擔心誤診而毀了病人一生，患者則擔心無法擺脫此疾。醫師以科學標準判定所有程序，而病人依賴、甚至超越科學標準以圖控制體內的懷疑炸彈。所謂科學標準就在不同的主觀懷疑、判定與協商中，可能出現因人、因地而異的現象。事實上，這些標準也一再微調修訂，有些標準後來也被視為不必要。服藥、追蹤的時程也常有爭議。但不論如何，醫病雙方依賴科學標準而行的態度一致。

生物醫學的效益與科學主義的治理，加上社會歧視，驅使病患在隔離的社會空間中度過生命的重要時期。中國自1950年頒發的婚姻法中，明文禁止麻風患者結婚。⁸ 在機構化的麻風病院中，對患者嚴格監控，男女病患明確分開居住。但隨著時間流逝，某些病院也容許出雙入對、但無法申請結婚證明的患者配偶同住一室。偏遠農村地區麻風村落的情形則大不同。除了醫師外，一般人多不願意踏入村內。醫師也不見得常駐村中，通常是住在村子外圍或村外鄰近的房舍裏，由病人擔任村長等幹部管理村人。麻風醫師挑選、培訓識字且手腳較好的伶俐青年成為赤腳醫生，協助發藥或疾病通報等衛生助理的工作。麻風村基本上依照上級政令而實行自治自理。醫療照護雖不如一般的麻風病院，但生活的自由度比較大。文革時期，有些麻風村甚至成為政治「壞份子」逃離鬥爭的藏身所，其遺世獨立狀況可見一斑。即使當中國於1970年代末期展開嚴峻的生育控制後，計畫生育人員也多不願進入這種麻風村。病人在村裏成家立業、生兒育女者比比皆是。對於麻風的恐懼污名加

8 幾十年來，諸多中國麻風專家不斷思考隔離防治的意義與問題，也一再向政府與社會呼籲不要歧視病人。1980年修訂的婚姻法中，則改為僅強調麻風病未治癒患者禁止結婚。而2001年4月28日重新公布的婚姻法，也終於採納了「不再把麻風列為禁止結婚的疾病」的意見（江澄 2006: 15-17）。

上隔離政策，在患者與主流社會之間重重劃出一道難以逾越的身體界線。

而能穿越這道界線的唯有麻風醫師，但擁有這種跨越鴻溝的彈性並非福氣。強制隔離的政策使得全國監控的麻風防治成為可能。麻風聚落是社會驅趕與隔離病菌的科學分界。病菌、患者與醫師在此密切互動，自我認同與社會眼光劃出一個以麻風為焦點的複雜社會空間。一旦進入這個空間，不論是被迫或認命，即使醫病身分位階不同，醫病密切互動時，雙方所有的恐懼或無奈承受、挫折或希望、憐憫或同情等情緒都在這個空間中流動交錯，形成獵尋與消滅麻風桿菌的生物性社交網（biosociality）（Rabinow 1999）。醫師與病患同享基於麻風桿菌而來的污名與生活主軸，因而建構出集體連結與身分認同。進入田野現場的麻風醫師身心都很沉重。由於見識過太多病患慘況而心生感觸，或者因為下鄉工作充滿困難與寂聊，且經常與地方幹部及患者打交道，不少男性麻風醫師都強調這一行的煙癮特別大，醫師與病患一同抽菸的情形也屢見不鮮。江澄醫師對醫病互動的形容便是一絕：

麻風醫師很像農村的病人，像這個坐的姿勢啦，我們在〔麻風村〕那裏，就這個形象（指兩隻腳蹲在板凳上），哈哈，這個習慣，是坐那個長板凳。……在那邊吃飯也這樣〔坐〕，所以給人家一看，這個土包子，是不是啊？……很多習慣都是在下面（指麻風村）養成的。

病人無法離開麻風聚落，或即使治癒後離去也難逃污名烙印；而得以離開的醫師，在主流社會中也難以超越這道隱形界線。多數麻風醫師不敢讓鄰居知道自己的行業，以免自己及家人同受污名。病人學習忍受病痛、等待治療、感謝國家與醫護人員關注他們這群為人遺棄的受歧視者；醫師學習犧牲奉獻、報效國家、服務病人、投入科學研究。醫病皆以各自卑微但自重的方式摸索、體會、接受現實，共同投入國家在科學主義的旗幟下所推動的衛生防疫，並成為命運共同體。

(四) 政治動員下的麻風專業人員

中國於1950年代初期逐步將西方傳教士驅逐出境，偌大的境內留存的麻風病專家便相當有限。除了極少數原本即熟稔麻風病的醫師外，多數的專家都僅曾業餘看診過麻風病例。在此情形下所展開的大規模防疫，便只能邊做邊學、且看且走，以高度抽象理想化（idealistic）的意念與毅力，克服物資、人力與技術上的困境。在追求社會主義現代性的集體化時期，中國控制麻風的方式實可謂「土法煉鋼」，參雜了蘇聯社會預防醫學的作法、馬克思唯物論式科學主義的理念，佐以西方科技導向為主的國際醫療文獻，偶爾加上與第三國際或少數民主國家的經驗交流。

「麻風醫生」便是在這樣的政治與科技環境下，由國家形塑而成的一個專業標籤，與其他的醫師類型頗為不同。嚴格說來，麻風病在中國的疾病分類與防疫系統裏屬於皮膚病，但在西方醫學之臨床上，涉及的領域遠超過皮膚科，它包括神經科、眼科、外科、骨科等。中共建政後，與蘇聯一樣，首要處理的公共衛生問題便是性病。早年被分派處理性病的醫師，像是葉幹運醫師，後來也成為主要的麻風防治專家。在2005年左右防疫部門陸續被統整納入疾病控制中心以前，麻風病的防治工作多由專門的皮膚病與性病防治機構或一般衛生防疫機構裏的麻風任務組負責。麻風防疫人員對內多以麻風醫生自我定位，但對外則多以「皮膚醫生」自稱。污名常是隱而不宣的原因。

早年的醫學訓練裏，麻風大約只是教科書中皮膚病的一小部分，授課時數極少。1950年代中國在缺醫少藥之際展開大規模的麻風治理時，中央政府只得強行分派任務，挑選不同領域的醫師負責麻風防治工作。多數被分派至麻風領域的醫師原本的專長可能為一般皮膚病或其他疾病，而被挑選的理由常是由於家庭政治成分不佳等因素。有時也會留用民國時期即在麻風機構工作的人員。原來從事私人醫療的醫師也可能被徵召，一同被迫從事麻風防治這個最為人看不起的醫療領域。正如某位已退休的麻風醫師如此一語道盡過往人生：「麻風醫生都是一群被人家瞧不起的人，去照顧一群被人家瞧不起的人。」馬克思唯物論的階級觀搭配科學主義的防疫目標，造就了諸多麻風醫生的專業命運。筆者訪問過的醫師，幾乎全都有類似的生命經歷。他們在回憶自己走上這條職業道路時，都提及許多辛酸與哀怨故事。

1950、60年代即開始從事麻風防治工作的醫師，在這個領域中被後進者稱為「老麻風」，即當年是吃盡苦頭的一代。「老麻風們」展開防治工作的做法眾多，也互相交流、培訓。如葉幹運醫師的形容：「我們採取自報、互報、全民普查和宣傳的作法。用手打〔病歷〕卡片，完全手工操作，打算盤統計，古老辦法也有效。〔北京〕皮研所也辦短期培訓班。」

四川省的胡鷺芳醫師是全國少見的著名女性麻風病專家，現年77歲，她如此形容麻風工作：

工作時經常沒得吃，飽一頓、餓一頓。常要買鞋，單位每年要補貼一些，〔鞋〕都不夠穿。80年以前，〔防治〕靠走路，最多騎自行車，80年以後才有汽車。……麻風都在偏遠山區，病人都被擠到最偏遠的地方，或是自己去的，所以醫生的工作困難辛苦。

這種依附在疾病恐懼與政治污名而推展的衛生運動，在初期技術與經驗有限的情況下，主要是靠少數的國內麻風專家奔走各地去培訓更多專業人員，偶爾也可能借助外來專家之力。例如，在1956年訪問中國的阿根廷醫學代表團中，有一名麻風專家斯胡曼醫師（Dr. S. Schujman）立刻受到高度關注。兩年後，這位阿根廷醫師受中華醫學會之邀重返中國，在廣州與上海舉辦兩場麻風防治培訓工作坊，由其親自指導並負責主要教學工作，來自全國十九個省市的各科醫師前來協助或接受培訓。根據這兩場「麻風專業醫師進修班」的通訊錄，廣州班共有52位醫師參與，上海班則有81位醫師參與。這些醫師回到各省後，又繼續培訓更多防疫人員。葉醫師回憶，除了這位巧遇的外國專家以外，在1960年代只有蘇聯、北韓與越南的麻風防治人員曾經訪問過中國。在集體化的年代，如葉醫師所言，中國在麻風防治上幾乎自給自足：

經驗的累積就幾點：公社時期，就那兩次國際交流，和阿根廷專家跟其他社會主義國家的交流，〔還有〕訂國際麻風雜誌。當時中國不開放，我們〔北京皮膚與性病研究所〕是中央單位，是規定可以進口英美的醫學雜誌。四本專業雜誌，一個是國際麻風雜誌（*International Journal of Leprosy*）、一個是英國的麻風評論

(*Leprosy Review*)、還有日本叫 *Japan Lepro*、⁹ 還有一個印度的 *Indian Journal of Leprosy*。教會有人留下來參與麻風工作。〔福建〕張南〔醫師〕解放前去過印度學習麻風，51年回國到福建麻風病院當院長，他也有經驗。〔我們的麻風防治〕就從這些經驗開始。

於是，我們會看到麻風防治工作可能出現「瞎子摸象」的情形，而這些謬誤並不妨礙防疫人員對科學主義的信仰與實作。被分派任務的醫師們努力編寫教材與召開短期培訓班，以訓練更多醫護人員投入防治工作；他們也積極召開會議以交流各地防治情況，致力於突破自行摸索的限制。當以歐美為主的國際醫療已停止隔離作法，也不再隔離醫師與病人時，中國的麻風醫師們卻才開始挑起一場艱鉅任務，面對狀況不明的疫情，如臨大敵，穿起隔離衣、雨靴，戴起隔離帽、口罩、手套，在有限的知識與技術下投入衛生建國大業。其中充斥著實證的科學技術、教條式的科學主義、真假莫辨的知識、追求烏托邦理想的熱忱、殘酷的社會現實，以及莫名恐懼。葉醫師回憶道：「有的麻風醫院病人跟醫生隔著玻璃，〔醫生〕深怕被傳染，處方開完後，拿著釣竿隔著玻璃釣過去。」四川省一名已退休的基層女醫師也如此描述過去的麻風迷思：

那時還不太了解這疾病，我們去做追蹤，都得穿隔離衣、像騎車戴的那種帽子。一整天工作下來，只有回到家後才能解手。我們的老師連路邊的草都不讓我們摸，就怕我們把細菌傳給草了。……我和我的女兒感情不好，她們都說我的心裏只有麻風病人沒有她們，小時候她們都用眼瞪著我，因為我不敢抱她們啊！那時還不了解麻風病。

麻風的污名不僅與患者如影隨形，也明顯影響防疫人員的士氣。很多醫師絕口不向外人提及自己的職業，對外皆以皮膚科醫師自稱。但在彼此心知肚明的防疫體系內，仍受盡其他領域醫師的排斥與嫌惡。一名醫師曾在麻風村服務六年，他當年不得已從事麻風工作，為自己的遭遇憤憤不平：

9 1930年創刊，當時稱為 *La lepro*，1977年後更名為 *Japanese Journal of Leprosy*。

第一次入村看到畸殘的病人，他們心裏不平衡、又兇，我怕啊！七、八年後〔我〕才認命，八年抗戰才認命！八年熬的苦不是一、兩句話能說的。在村裏沒有汽車，糧食用馬馱，沒有吃。很多同事沒有家，你在那個地方，誰願意嫁你啊！

從事麻風防治工作的苦楚與特殊經歷，是所有麻風醫師的共同生命經驗，不僅內化成彼此特別親近的同志情誼，也形塑成自我認同與社會形象。1957年的濟南會議中，當時的衛生部副部長賀彪便提到麻風防治人員被社會污名為「麻風頭」或「麻風嫌疑犯」，他為此大加讚揚他們的犧牲奉獻（賀彪 1957b）。這些醫師在中國麻風防治的最前線，讓強制隔離形成的聚落成爲最佳的醫學實驗地。集中起來的病患，不僅有效的提高臨床診斷與用藥監控的可能，甚至得以成爲藥物試驗與臨床診斷的就近田野現場。林林總總的麻風聚落，形成一個綿密多層級的中國麻風防治網。中央政府擬定政策方針，先選定特定地區，將其防治與研究的經驗向全國推廣。有時中央也派專家下去各省、州區、縣市等地指導，觀摩田野現場與經驗交流，地方的現場經驗也提供中央或其他各地專家參考。同樣重要的是，各式各樣的會議與田野現場，讓各級麻風防疫人員們得以彼此分享不爲外人道的困難心情。

在各式麻風會議中，表揚麻風醫師是相當重要的政治與道德儀式。這群醫師在身上下遭受的苦難，以及在醫學專業領域中受到的排擠，可能透過高度精神化的儀式肯定而獲得心靈平撫。在集體化時期，為了國家形象，如同胡鷺芳醫師所言：「麻風是上不了報紙的。」病人在主流社會眼前消失，醫師也不例外。麻風就像一個被掩蓋起來的龐大社會威脅，大家都想遠離、遺忘。於是，麻風醫師投入這場掃除衛生威脅行動中的理念與甘苦，只得在這些大大小小的各式麻風會議中彼此交流、訴說、肯定、鼓勵。國家號召與回饋防疫人員的獎勵與打氣儀式也只能在此展演。各式麻風聚落、大大小小的麻風會議，是中國整體大規模麻風防治運動中的科學主義與政治儀式空間。上級領導肯定、打氣後，醫師們只能鼓起餘力繼續埋頭苦幹，身體不斷穿梭於分界的儀式空間，心理卻與病患一般，難以飛出桎梏以外。在這個儀式空間裏，科學主義防治對策的擬定與穩定軍心的政治動員齊步走，麻風防治人員之間超乎尋常的凝聚力與同儕情誼就此形成。科學主義、政治動員及儀式、人際網路形成了麻風防治的鐵三角。

一個強調唯物論的社會主義政府，卻以唯心主義的手段來動員、支撐麻風醫師的自我認同與服務精神。整體而言，麻風醫師的形象頗為兩極。在主流社會中不是和病患同樣受到忽視或歧視，就是被上級政府大加讚揚，甚至屢屢被推舉為道德模範。這兩種看似矛盾的理念與實作成為中國集體化時期的政府治理慣習。不論是在政府的宣傳中，還是防疫人員眼中的自己，麻風醫師的形象都是充滿了毅力、犧牲與淚水。常見的自我描繪包括「銅頭、鐵嘴、飛毛腿」、「鐵嘴說得起、鐵胃餓得起、鐵腳桿走得起」或「鸚鵡嘴、橡皮肚子」等，顯示出他們翻山越嶺、渡河溯溪，在中國廣袤的農村鄉野山林中尋找與治療病人的艱苦旅程。

四、全球化醫療時代

中國於1978年結束鎖國政策，開始轉向開放市場的經濟發展政策。此時正巧遇上世界衛生組織推動聯合療法（multi-drug therapy or MDT），以解決長期使用單一藥物可能產生的抗藥性問題。聯合療法是採用兩種或以上、作用機制不同的化學藥物，以有效消滅病菌。雖然中國在集體化後期也曾實驗混合藥物，以自製的聯合療法版本來治療麻風。例如，嘗試用氨苯砒配上抗結核病藥物或其他，有時也使用中藥。但中央政府於1981年派遣葉幹運醫師到日內瓦參與世界衛生組織聯合療法的配套制定討論後，自1982年起便改用全球一致的治療標準。其中最為關鍵的藥物是「利福平」（RFP or rifampicin），具有強效殺菌作用（李文忠 2006）。其餘搭配的藥物主要為「氨苯砒」（DDS or dapsone）、「氯苯吩砒」（B663 or clofazimine）等得以交互作用的藥物。世界衛生組織於1981年將麻風病的分類簡化為「多菌型」與「少菌型」，較為簡易的操作分類有利於聯合療法的大規模推展與治療判斷。一般的療程是多菌型病人必須投藥兩年，少菌型則為半年。自此，全球都走向新藥物時代，這也為中國的麻風防治模式帶來變革，取消隔離政策。

1982年，世界衛生組織根據全國萬分之一以下的患病率即達到消滅的標準，宣布中國以國家為單位消滅麻風。國際上稱譽中國在短短二十幾年間達成的防疫成效，幾乎可稱得上是公共衛生的奇蹟。但同時也承認中國在省、州、縣等次國家層級的地方行政區上，麻風仍是個棘手問題。中國引進聯合

療法後，根據世界衛生組織的消滅標準，於1992年達成以省為單位的消滅目標，其後又於1996年達成（98.4%）縣市級的消滅標準（Chen, et al. 2001）。但中國基於幅員廣大、且疾病的流行率分布不均等問題，而自行制定較高的消滅標準，即必須達致十萬分之一以下的患病率才算達到標準。換言之，兩套標準與數據同時存在，一個對內，一個對外。以國內標準來看，一些西南少數民族地區，尤其四川省涼山州、雲南省文山州等地的麻風疫情仍相當普遍，當地仍存在不少過去形成的麻風聚落與現症病人。

中國也期待引進聯合療法後可以有效根除麻風疫情。改革開放後被視為中國最主要的麻風防治推動者的馬海德（George Hatem, 1910-1988），基於對聯合療法的信心，甚至曾於1981年廣州召開的全國第二次麻風工作會議中，提出「在二十世紀末基本消滅麻風病」的宏願。然而，這目標未能達成。關於中國或世界其他地區的麻風防治成效，究竟是來自於過去單一療法的氨苯砒？還是聯合療法？似乎一直是個未決之爭論。其中除了化學藥物的效應爭論外，也牽涉國族主義與國際主義的競爭立場，以及龐大中國的地域差異及資源競爭。有些麻風醫師認為，中國的麻風防治成就主要依賴1980年代之前的氨苯砒，認為聯合療法的成效有限。某些國際人士也提出類似論點，認為依據長期的資料顯示，氨苯砒的單一療法已足以讓病例穩定下降；而聯合療法的有效之處在於針對早期發現的麻風患者，但麻風病漫長的潛伏期卻讓早期診斷頗為困難（Warndorff 2000）。對聯合療法的實際效益有所保留的醫師，主要認為中國在集體時期的麻風政策，即隔離與集體動員讓治療得以普及化、且提高從醫囑的服藥模式，才是防治成效的關鍵。而這的確促成沿海等省份在1980年代以前便得以有效控制麻風。

但是，也有不少中國醫師，尤其是偏遠地區的防疫人員，認為聯合療法非常重要。他們因而花費相當時間精力在證實聯合療法的效益與實驗治療週期，讓中國成為全球化時期國際藥物治療標準實驗的一個大型試驗點。中國幅員廣闊，在1980年代以前，主要以沿海地區的麻風防治為主，如山東、江蘇、廣東和浙江等省分。而內陸的西南省份，像是四川、雲南和貴州等地，由於缺乏經濟資源、醫療人力與技術，加上早年麻風防治人力有限，直至1970年代末才逐步加強防疫人力，以至於在1982年世界衛生組織宣布中國在國家層面上已消滅麻風時，這些省份至今仍是主要的傳染區。這也造就了中國西南地區在1980年代後，成為國際治療規範的重要試驗點。

改革時期的中國，從集體化時期「自力更生」、「土法煉鋼」的麻風防治心態與作法，戲劇性地轉型成為國際上聯合療法的重要計畫點。然而，這些工作的目標逐漸朝向更為科學導向的實驗、追蹤，強調臨床的精確度，預防醫學的防治目標變成其次。1990年代中國的市場經濟改革腳步加速後，不少麻風醫師紛紛轉行，搖身一變成為利潤頗佳的皮膚科醫師。中央政府對防疫體系也逐步要求自籌部分經費，因而出現防疫部門靠皮膚病治療的收入來支持麻風防治的情況。結果就如一名醫師的感嘆：「本來麻風醫生都在農村、麻風病院工作。改革開放後說要『以皮養麻』，我們上了當，醫療在農村的工作沒跟上。」這樣的喟嘆在麻風醫師之中非常普遍，引起不少憂慮。其中陝西省安康療養院院長所寫的文章〈麻風院向何處去？〉（胡運森1994），便代表了不少麻風醫師的心情。市場化後防疫人力凋零，長存污名也使得後繼防疫人力招募不易。「老麻風」多感嘆當前防疫人員的科學與政治精神皆不佳，在防疫上輕忽隨便，無法落實實事求是的防疫作法，也欠缺防疫所需的專注與毅力。而此種種精神的消失，主要與市場化密切相關，造成在科技更為進步、經濟更為發達的時代，如此邊陲、污名的疾病卻更受忽視。這正是如今不少地區中既存麻風聚落的難解問題。

五、結論

從古至今麻風一直是中國的風土病。歷史上，人們用各式手法來處理麻風患者，包含醫療、慈善救濟、禁閉、驅逐、隔離、甚至殺害。自從中國接納醫療衛生現代性的觀念後，政治與社會菁英都將這個疾病與孱弱的民族國家連結起來，都希望將之消滅。但沒有任何政權像社會主義中國一樣，在集體化時期將麻風防治當成國家首要的衛生工作，賦予如此重要的政治道德高度，且以如此強力的政治動員與儀式手段實行。

因此，究竟甚麼造就了中國在集體化時期頗為可觀的麻風防治成就？是科學知識與現代醫學科技的進步？還是科學主義與極權社會主義的混合體？在那個科學知識與醫學技術仍常處於瞎子摸象、一知半解的實驗年代，科學主義的信仰能安定病患對於不確定性的恐慌，指引防疫人員在幅員廣闊的人海中逐步系統操作防疫步驟。然而，科學主義對追尋病菌與病人的執著，以

及以科學實驗與追蹤觀察為重的隔離防疫作法，也使得非關科學的非理性思考在當代中國麻風防治中仍留存不少蛛絲馬跡。各式基於疾病與馬克思唯物觀所蘊涵階級差序的污名，以及「犧牲小我、完成大我」的社會主義烏托邦理念為基礎的衛生運動與政治儀式，都曾經共同構成中國麻風防治的國家文化特質。

當代中國的科學主義，加上社會主義的集體意識型態與威權治理，讓整個國家就像進行了一場大規模的驅蟲去蠱儀式一般，動員集體社會投入追蹤、檢驗、實驗與身體勞務的衛生運動。在這場全民運動中，病菌是追蹤的焦點，而病患與醫師則在其中被動員、彼此教化，甚至在被迫或無意間將遙遠的衛生現代性內化成為個人身分認同的一部分。而1980年代以前達成的防疫成就，就是這場參雜了科學與信仰的全民運動結果。當1980年代後中國經濟發展迅速、國際合作頻繁、藥物供給也不成問題時，由於脫離了大規模的國家政治動員階段，進入一個以資本主義現代性為導向的個人主義經濟理性時代，靠集體精神動員的防疫體系此時開始洩氣。這是中國在市場改革後衛生保健體系所面臨的共同問題。如同一名基層衛生人員的隱喻：「國家好像醒過來了，散了，要再恢復不容易了。」（劉紹華 2013）

中國麻風防治的例子顯示，我們對於疾病及生物醫療效益的評估，必須超過治療藥物或醫學技術本身的範疇。表面上看似客觀的物質或科技面向，實際上的社會意義可能變化萬千，充分顯示出在不同時空與文化背景下這些物質、科技與人（包括醫、病雙方）互動的軌跡。例如，印度也有廣大的領土，從前現代起亦深受麻風之苦，其嚴重性可能更勝於中國。但印度從未曾有效地控制此傳染病，或支持過隔離病患的措施。有學者認為對於印度這樣一個貧窮國家，要同時隔離超過十萬名麻風患者，國家財務幾乎難以負荷（Pandya 2003）。但中國當年經濟一樣落後，卻能超越經濟與技術的限制。中國的例子有其特殊意義。

醫學科技不斷進步，麻風這個疾病依舊長存於溫暖潮濕的南方諸地。2012年是漢生逝世一百周年，其故鄉挪威伯爾根舉辦了一系列的麻風相關演講，¹⁰ 仍是以生物醫學的研究轉變為主，也論及方興未艾的基因研究。但影響世界麻風分布與防治的多重因素，在生物醫學導向的科學性籠罩下持續

10 參考 <http://www.uib.no/matnat/en/seminar/2012/09/armauer-hansen-100-aars-markering>

隱晦不明。在中國也一樣，當前諸多麻風研究者也投入基因研究，這是全球化時代的防治新希望，期望有朝一日基因科技的魔棒能解決所有上世紀留存的問題。區域環境、生活習慣、族群偏見、經濟落後、甚至污名歧視等非科學、反科學的現象，在科學主義持續高漲的年代繼續存在。表面上，政治動員與信仰迷思暫時讓位給深具經濟潛力的新興生物科技，但實際上兩者對科學主義的信仰一致。而這個一致性可能才是理解疾病治理成與敗的重要關鍵。

參考書目

中央人民政府政務院 Government Administration Council of the Central People's Government

1992 關於處理接受美國津貼的文化教育救濟機關及宗教團體的方針的決定及其附錄 guanyu chuli jieshou meiguo jintie de wenhua jiaoyu jiuji jiguan ji zongjiao tuanti de fangzhen de jue ding jiqi fulu [The directives for culture and educational charity institutes and religious groups as recipients of the U.S. financial support, and its appendix]，收入[In] 建國以來重要文獻選編（第一冊）jianguo yilai zhongyao wenxian xuanbian(diyice) [Anthology of important documents since the nation-building, Volume One]，中共中央文獻研究室編 zhonggong zhongyang wenxian yanjiushi bian [CCCPC Party Literature Research Office, ed.]，頁510-515 [Pp. 510-515]。北京：中央文獻出版社 beijing: zhongyang wenxian chubanshe [Beijing: Central Literature Press]。

中華人民共和國衛生部醫療預防司編 Ministry of Health, People's Republic of China, ed.

1957 全國麻風病防治規劃 quanguo mafengbing fangzhi guihua [National plans of leprosy control]，收入[In] 麻風病資料彙編 mafengbing ziliao huibian [Compilations of documents on leprosy]，中華人民共和國衛生部醫療預防司編 zhonghuarenmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi bian [The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China, ed.]，頁1-11 [Pp. 1-11]。北京：中華人民共和國衛生部醫療預防司 beijing: zhonghuarenmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi [Beijing: The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China]。

毛澤東 Mao, Zedong

2009[1937-7] 實踐論（認識與實踐的關係——知和行的關係）shijianlun (renshi yu shijian de guanxi—zhi han xing de guanxi) [On practice—on the relation between knowledge and practice, between knowing and doing], 收入[In]毛澤東選集第一卷 maozedong xuanji diyijuan [Selected works of Mao Zedong, Volume, One]。中共中央毛澤東選集出版委員會編 zhonggong zhongyang maozedong xuanji chuban weiyuanhui bian [The Chinese Communist Party's Publishing Committee of the Selected Works of Mao Zedong, ed.], 頁282-298 [Pp. 282-298]。北京：人民出版社 beijing: renmin chubanshe [Beijing: People's Publishing House]。

伊·格·科切爾金 Yi Ge Keqierjin

1957 關於預防和治療麻風的幾個問題 guanyu yufang han zhiliao mafeng de jige wenti [Several questions about preventing and curing leprosy], 收入[In]麻風病資料彙編 mafengbing ziliao huibian [Compilations of documents on leprosy], 中華人民共和國衛生部醫療預防司編 zhonghuarenmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi bian [The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China, ed.], 頁17-26[Pp. 17-26]。北京：中華人民共和國衛生部醫療預防司 beijing: zhonghuarenmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi [Beijing: The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China]。

江澄 Jiang, Cheng

2006 麻風病學簡史 mafengbingxue jianshi [A brief history of leprosy], 刊於[In]現代麻風病學 xiandai mafengbing xue [Contemporary leprology], 李文忠編 liwenzhong bian [Li, Wenzhong, ed.], 頁1-18[Pp. 1-18]。上海：上海科學技術出版社 shanghai: shanghai kexue jishu chubanshe [Shanghai: Shanghai Scientific and Technical Publishers]。

李文忠 Li, Wenzhong

2006 化學治療 huaxuezhiliao [Chemotherapy], 刊於[In]現代麻風病學 xiandai mafengbing xue [Contemporary leprology], 李文忠編 liwenzhong bian [Li, Wenzhong, ed.], 頁213-245 [Pp. 213-245]。上海：上海科學技術出版社 shanghai: shanghai kexue jishu chubanshe [Shanghai: Shanghai Scientific and Technical Publishers]。

李尚仁 Li, Shang-Jen

2003 十九世紀後期英國醫學界對中國麻瘋病情的調查研究 shijiu shiji houqi yingguo yixuejie dui zhongguo mafeng bingqing de diaocha yanjiu [British medical research on leprosy in late nineteenth-century China], 中央研究院歷史語言研究所集刊 zhongyongyangyanjiuyuan

lishiyuyanyanjiusuo jikan [The Bulletin of the Institute of History and Philology Academia Sinica] 74(3): 445-506。

胡運森 Hu, Yunsen

1994 麻風院向何處去? mafengyuan xiang hechu qu? [Where can leprosaria go?], 中國麻風雜誌 zhongguo mafeng zazhi [The China Journal of Leprosy]10(3): 173-174。

范燕秋 Fan, Yen-chiou

2009 臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題, 1945至1960年代 taiwan de meiyuan yiliao, fanglai zhengce biandong yu huanzhe renquan wenti, 1945 zhi 1960 niandai[US aid medicine, Hansen's disease control policy, and patients' rights in Taiwan (1945-1960s)], 臺灣史研究 taiwanshi yanjiu [Taiwan Historical Research]16(4): 115-160。

賀彪 He, Biao

1957a 關於幾年來全國麻風病防治工作的基本情況及召開麻風防治專業會議的目的和要求的報告 guanyu jinianlai quanguo mafengbing fangzhi gongzuo de jiben qingkuang ji zhaokai mafeng fangzhi zhuan ye huiyi de mudi han yaoqiu de baogao [National reports of the leprosy control efforts over the years, and the purposes and demands of organizing the leprosy control conference], 刊於[In]麻風病資料彙編 mafengbing ziliao huibian [Compilations of documents on leprosy], 中華人民共和國衛生部醫療預防司編 zhonghuarenmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi bian [The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China, ed.], 頁12-16 [Pp. 12-16]。北京: 中華人民共和國衛生部醫療預防司 beijing: zhonghua renmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi [Beijing: The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China]。

1957b 衛生部賀彪副部長在全國麻風病防治專業會議上的總結發言 weishengbu hebiao fubuzhang zai quanguo mafengbing fangzhi zhuan ye huiyi shang de zongjie fayan [The concluding remarks of the Vice Minister of Health, He Biao, at the National Leprosy Conference], 刊於[In]麻風病資料彙編 mafengbing ziliao huibian [Compilations of documents on leprosy], 中華人民共和國衛生部醫療預防司編 zhonghuarenmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi bian [The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China, ed.], 頁31-38[Pp. 31-38]。北京: 中華人民共和國衛生部醫療預防司 beijing: zhonghuarenmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi [Beijing: The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China]。

廣東省衛生廳 Department of Health of Guangdong Province

1957 怎樣建立麻風村 zenyang jianli mafengcun [How to build a leprosy village]，刊於[In]麻風病資料彙編 mafengbing ziliao huibian [Compilations of documents on leprosy]，中華人民共和國衛生部醫療預防司編 zhonghuarenmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi bian [The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China, ed.]，頁86-92[Pp. 86-92]。北京：中華人民共和國衛生部醫療預防司 beijing: zhonghuarenmingongheguo weishengbu yiliaoyufangsi [Beijing: The Department of Prevention of the Ministry of Health of the People's Republic of China]。

劉季和 Liu, Jihe

2006 分類 fenlei [Classification]，刊於[In]現代麻風病學 xiandai mafengbingxue [Contemporary leprology]，李文忠編 liwenzhong bian [Li, Wenzhong, ed.]，頁186-193[Pp. 186-193]。上海：上海科學技術出版社 shanghai: shanghai kexu ejishu chubanshe [Shanghai: Shanghai Scientific and Technical Publishers]。

劉紹華 Liu, Shao-hua

2013 當代中國農村衛生保健典範的變遷：以合作醫療為例 dangdai zhongguo nongcun weisheng baojian dianfan de bianqian: yi hezuo yiliao weili [The paradigm shifts of rural health care in contemporary China]，刊於[In]健康與社會：華人衛生新史 jiankang yu shehui: huaren weisheng xinshi [Health and society: new approaches to Chinese history of health]，祝平一編 zhupingyi bian [Chu, Ping-yi, ed.]，頁299-328 [Pp. 299-328]。台北：聯經 taipei: lianjing [Taipei: Linking Publishing]。

Bashford, Alison

2004 Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health. Houndsmills, England: Palgrave Macmillan.

Bechelli, L.M.

1973 Advances in Leprosy Control in the Last 100 Years. International Journal of Leprosy 41(3): 285-297.

Chen, Xiang-Sheng, et al. 陳祥生等

2001 Leprosy in China: Epidemiological Trends between 1949 and 1998. Bulletin of the World Health Organization 79(4): 306-312.

Douglas, Mary, and Aaron B. Wildavsky

1982 Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers. Berkeley: University of California Press.

- Field, Mark G.
2003 Soviet Medicine. *In Companion to Medicine in the Twentieth Century*. R. Cooter and J. Pickstone, eds. Pp. 51-66. London: Routledge.
- Hua, Shiping 華世平
1995 *Scientism and Humanism: Two Cultures in Post-Mao China, 1978-1989*. Albany: State University of New York Press.
- Irgens, Lorentz M.
2006 The Discovery of *Mycobacterium leprae*. *In Leprosy*. Y. Nedrebø, ed. Pp. 33-39. Førde, Norway: Selja Forlag.
- The Leprosy Museum, St. Jørgens Hospital
2003 *The Leprosy Museum, St. Jørgens Hospital*. Bergen, Norway: The Leprosy Museum, St. Jørgens Hospital.
- Leung, Angela Ki Che 梁其姿
2009 *Leprosy in China: A History*. New York: Columbia University Press.
- Liu, Shao-hua 劉紹華
2013 *Global Health in Question: Reflections from My AIDS and Leprosy Research in China*. Paper presented at the Making and Breaking the Humanitarian conference. Center for the Humanities and Medicine, The University of Hong Kong. April 26, 2013.
- Lupton, Deborah
2003 *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: SAGE Publications.
- Miller, H. Lyman
1996 *Science and Dissent in Post-Mao China: The Politics of Knowledge*. Seattle: University of Washington Press.
- Ouyang, Guangwei
2003 Scientism, Technocracy, and Morality in China. *Journal of Chinese Philosophy* 30(2): 177-193.
- Pandya, Shubhada S.
2003 The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: The Politics of Segregation. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 10 (Supplement 1): 161-77.
- Rabinow, Paul
1999 *French DNA: Trouble in Purgatory*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, Leonard, and Ernest Muir
1925 *Leprosy*. New York: W. Wood.

Sardar, Ziauddin, and Dawud G. Rosser-Owen

- 1977 Science Policy and Developing Countries. *In* Science, Technology, and Society: A Cross-Disciplinary Perspective. I. Spiegel-Rösing and D.d.S. Price, eds. Pp. 535-575. London and Beverly Hills, Calif.: SAGE Publications.

Vollset, Magnus

- 2006 A Year at St. Jørgen-1885 Reflected in Documents. *In* Leprosy. Y. Nedrebø, ed. Pp. 65-70. Førde, Norway: Selja Forlag.

Warndorff, David K.

- 2000 Editorial: Leprosy Elimination: Track Record and Prospects. *Tropical Medicine and International Health* 5(6): 385-387.

Worboys, Michael

- 2001 The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900-1940. *Osiris* 15: 207-218.

劉紹華

中央研究院民族學研究所

115台北市南港區研究院路二段128號

shaohua@sinica.edu.tw

Chinese Scientism and Political Rituals in Leprosy Control

Shao-hua Liu

Institute of Ethnology, Academia Sinica

This article examines why and how China achieved an internationally acclaimed success in leprosy control within 25 years when this gigantic country was undergoing the close-door policy and was economically underdeveloped during its collectivization era (1950s-early 1980s). By viewing Marxist scientism as the national ethos in contemporary China's nation-building, this article reveals how the so-called scientific objectivity suppressed the involved individuals' subjectivities and emotions throughout the disease control campaign. However, in the meantime, those objectified individuals were mobilized to express their agency in internalizing and strengthening their beliefs and practices under the state-sanctioned ideological rubric. Leprosy was on the newly established socialist China's priority list of epidemics to be eliminated. The state engaged in this grand hygienic campaign in which state agents were mobilized to hunt for germs and their victims, all in the name of scientism and patriotism. This grand campaign was full of beliefs and myths surrounding science, ritualized moral persuasion and stigma, all of which were complicated and sometimes paradoxical in nature and constituted the fabric of China's leprosy control during the collectivization era. The case of China's leprosy control illustrates the fact that in evaluating disease control, we often emphasize the scientific achievement over the symbolic forces of human actors and their perceived values. This article sheds light on the non-scientific ideals and emotions in disease control that might have been the more critical factors in determining the success or failure of disease governance than we previously thought.

Keywords: Scientism, national ethos, leprosy, health governance, China
