

當代中國防疫史的創新之作

——評劉紹華《麻風醫生與巨變中國：後帝國實驗下的疾病隱喻與防疫歷史》

●方小平



劉紹華：《麻風醫生與巨變中國：後帝國實驗下的疾病隱喻與防疫歷史》（新北：衛城出版，2018）。

近年來，學術界對1949年後中國疾病和防疫史的研究着重關注一些全國性的重大公共衛生運動。從運動頻率、組織方式、歷史影響以及所針對的疾病的危害程度來看，這些衛生運動基本可以劃分為三種類型：「儀式型運動」特指在

1952年朝鮮戰爭期間發起的愛國衛生運動，它以除「四害」（老鼠、麻雀、蒼蠅、蚊子）和改善環境衛生為目標^①；「常規型運動」以消滅危害廣泛的傳染病和地方性寄生蟲病（天花、性病、肺結核、血吸蟲病等）為目標。這些衛生防疫運動有各自的總體規劃、階段性要求和終極目標，並依賴於醫療和行政體系日常性的緊密結合^②；「應急型運動」是指對重大流行病爆發做出的即時反應，包括1961至1965年東南沿海的霍亂大流行^③、1966至1967年文化大革命初期的流行性腦膜炎爆發，以及2002至2003年的嚴重急性呼吸系統綜合症（SARS，又稱「非典」、「沙士」）。這些突發公共衛生事件的應對主要體現國家的強力干預和社會的總體動員能力。

相比這些公共衛生運動所致力消除的大眾疾病，麻風因受危害人數和地域限制，則是作為一種小眾疾病而存在，它更多時候與文學描述和族群想像聯繫在一起。然而，作為惡疾的麻風極具疾病政治的研究意義。福柯（Michel Foucault）曾對西歐十七世紀麻風疫情消失後，

與目前對1949年後中國防疫運動的歷史學研究不太相同的是，本書主要以人類學理論將麻風防治置於長時段脈絡中建構框架，研究範圍涵蓋差異極大的地理區域，口述訪談佔資料的相當比重。

作者研究1949年後中國社會政治變遷中的麻風醫生與麻風防疫歷史，深入探討麻風在每個歷史階段的相關話題，並從個人生命、麻風防疫和國家政治的歷史層面探討當代中國麻風防疫的動機、實踐和結果。

麻風病院的空間和隔離機制在監控精神病人的運用方面，及其對生物政治權力和集權國家產生的深遠影響，有過開拓性的論述^④。梁其姿則細緻地分析了麻風在中國不同歷史時期的文化、宗教、社會與政治內涵演化，梳理了從帝國的慈善救助、近代的西方福音醫療、民國的政府治理到中華人民共和國的制度實踐的歷史脈絡^⑤。

台灣人類學家劉紹華在完成其享譽學界的對四川涼山彝族地區的毒品與愛滋病研究之後^⑥，將目光轉向當代中國疾病和防疫史研究的一個空白點——麻風病，十年磨一劍，寫成近六百頁的又一部創新之作《麻風醫生與巨變中國：後帝國實驗下的疾病隱喻與防疫歷史》（以下簡稱《麻風醫生》，引用只註頁碼）。與目前對1949年後防疫運動的歷史學研究不太相同的是，本書主要以人類學理論將麻風防治置於長時段脈絡中建構框架，研究範圍涵蓋差異極大的地理區域，口述訪談佔資料的相當比重，讓讀者耳目一新。

本書可以總體概括為一個研究問題、兩條框架軸線和三層歷史面向——一個問題是指，作者研究1949年後中國社會政治變遷中的麻風醫生（對各級麻風防疫人員的總稱）與麻風防疫歷史；兩條軸線分別指時間和議題，本書的分析框架基本按照文革前、文革時期以及1980年代後的時段劃分展開，深入探討麻風在每個歷史階段的相關話題，例如宗教、社會、政治和全球化；三層面向是指，作者從個人生命、麻風防疫和國家政治的歷史層面探討當代中國麻風防疫的動機、實踐和結果。

一 本書簡介

《麻風醫生》正文部分總共分為七章。作為背景章節，第一章首先梳理世界麻風簡史，分析作為基督教傳教運動一部分的麻風救濟在十九世紀如何進入中國，討論中共建國後社會主義衛生運動中的政治隱喻及其內涵，為隨後分析中國獨特的麻風防疫的動機、機制和實踐提供了縱向的歷史參照和橫向的國際比較。

第二至四章在時間上涵蓋了1950年代初期至1966年文革爆發，內容上整合了麻風防疫的四個關鍵要素——模式的選擇、體制的確立、實踐中的醫生與病人。第二章考察在社會主義改造運動的政治風潮中，醫學防疫體制如何拋棄教會模式，批判民國模式，轉向蘇聯模式，說明在這個過渡時期麻風醫學教育和防疫中的醫院接管、人員培訓、疫情調查和機構建置。第三章分析人民公社集體化運動如何推動了大規模麻風隔離防疫的建制化，描繪麻風聚落內部的組織、實踐和生活，隔離空間中醫師與患者的互動，以及在試點基礎上形成縱橫交錯的防疫網。第四章考察在大規模防疫運動中麻風聚落快速成長的背景下，政府如何加速補充各地的防疫人力，並從個人生命史角度探討1949年後形成的新一代麻風醫生的專業生涯起點、政治階層、性別認同與防疫工作。

第五章主要分析在文革不同時期急劇的政治變化對麻風醫生和防疫運動的影響。本章以中央皮膚病性病研究所（後更名為「北京皮膚病性病研究所」）為例，探討高階醫生的去職業化和去專業化，以及

麻風防治人員的培訓和新麻風村的建設，分析麻風防疫向內陸邊區和基層的持續擴張。

第六和第七章從全球化的角度探討1980年代改革開放後的麻風防疫。第六章考察全球麻風治理模式對中國的影響，包括聯合化療的引入和強制隔離的取消，以及新療法實踐下防疫版圖的擴展、劃分和競爭。第七章側重全球化對中國麻風防治帶來的機會和挑戰，包括非政府力量的參與、市場化的衝擊、境外教會力量的滲入，以及政府對新興力量的應對。

本書在問題意識、研究脈絡、理論框架、分析方法以及資料選用等方面，極大地推進了學術界對當代中國疾病和防疫史研究中的一些基本問題的認識和理解，筆者認為在疾病、醫生、病人、國際化和市場化方面的論述特別值得推介。

二 疾病：隱喻、後帝國與科學主義

疾病、政治和科學是中國近代醫療、疾病和防疫史中的三個主題，它們不僅顯示了各自的歷史延續性，也展現了三者之間在社會政治變遷的背景相互的動態關係。疾病在不同時期被賦予高度的政治內涵，包括十九世紀末以來在「東亞病夫」語境下的民族覺醒和救亡、1920年代開啟的現代國家進程，以及1949年後關於政治體制和意識形態的合法性^⑦。在這個過程中，疾病與政治之間的關係主要體現在行政體系如何整合和動員各類資源，建立衛生防疫體系。政治

與科學之間的相互衝突則肇始於1920年代末期國家對醫學合法性的強力干涉和不斷地重新定義。同時，激進政治也促進了科學和醫學知識的推廣和普及，例如文革時期的赤腳醫生運動。

以往的研究主要着眼於特定時期內疾病、政治與科學之間任何兩種主題的相互關係，本書作者則以麻風為例，在漫長而宏大的歷史脈絡下將上述三重主題交織在一起，呈現了一部更為多維、複雜和細膩的疾病和防疫史。在書中，「隱喻」和「後帝國」是兩個核心概念。作者指出，麻風不僅是惡疾的隱喻，更是一種政治的隱喻，它代表着封建帝國和殖民帝國的壓迫。因此，消滅麻風病是在反封建的現代性改造和反帝的去殖民化語境中展開的，特別是消除代表着西方殖民政治權力與醫療現代性的麻風救治。作者進而將1950年代至1970年代末的毛澤東時代定義為後帝國時代，當時國家把麻風病、性病、肺結核病和血吸蟲病等造成「國恥」的疾病視為需要消滅的敵人。在這種防疫軍事化的隱喻中，麻風防治成為一種後帝國實驗，結合了「生物性治理與政治性治理」（頁93）。從這個意義上來說，麻風防疫與其他疾病防治都體現了疾病與政治之間的本質關係。

然而，這僅僅是本書論述的開始，作者指出，「在承先啟後的隱喻與基礎建設，防疫運動的污名與消音，科學主義的謬誤等方面，麻風堪稱最為特殊的一種疫病」（頁75）。從這裏出發，作者對於麻風、政治和科學之間的關係和糾葛進行了抽絲剝繭式的闡述，分析了基於

「隱喻」和「後帝國」是本書兩個核心概念。麻風不僅是惡疾的隱喻，更是一種政治的隱喻，代表着封建帝國和殖民帝國的壓迫。因此，消滅麻風病是在反封建的現代性改造和反帝的去殖民化語境中展開的。

中國建制化的防疫體系背離國際主流醫學界的防疫模式，實際上是延續了十九世紀以來以麻風隱喻和以「科學」為名的隔離政策的全球化，揭示了疾病、政治與科學在後帝國時代的特殊關係。

多重宏大政治背景以及由此定義的「科學主義」下的後帝國防疫實驗。首先，儘管後帝國時代試圖去除傳統帝國和殖民帝國的遺產，但未能擺脫兩者的影響。如作者指出，1949年後的麻風防疫建立在教會和民國的生物學遺產之上，這包括基督教福音醫學確立的醫學制度、機構、教育、教材以及培養的知識份子型醫生（頁100-58）。

其次，1949年中共建國後「一邊倒」的地緣政治戰略，全盤接受蘇聯模式，同樣體現在醫療、衛生和疾病防疫方面。在麻風防治上，國家拋棄傳統的慈善和宗教救濟模式，接受「隔離為主，治療為輔」的蘇聯防疫模式，在全國廣建麻風聚落，集中治療病人，形成游離於主流行政和醫療體制之外的防疫體系。這種麻風防疫模式與1957年後的農業集體化運動同期開展。但是，中國廣建麻風聚落與國際趨勢逆向而行。正如作者指出，因為戰後世界衛生組織（WHO）的建立，使得對於健康權利的普世界定成為國際衛生的共識，加上科學知識、醫藥產業與人權意識的進展，1958年國際麻風病學界逐漸廢止強迫隔離政策，開始採用新的DDS（氨苯砒）療法（頁85）。

中國建制化的防疫體系背離國際主流醫學界的防疫模式，實際上是延續了十九世紀以來以麻風隱喻和以「科學」為名的隔離政策的全球化，揭示了疾病、政治與科學在後帝國時代的特殊關係。在這種所謂「科學主義」的防疫模式下，中國以「科學主義」為名，大規模地尋找麻風患者，進行普查、分類、隔離、收容、管理和診治，這種聚

落成為獨特的社區，並具有嚴格的空間結構設置，目的是使「麻風病人都能得到隔離治療和工作的場所……麻風村是治療與生產相結合的，要求病人進村後，搞好生產，逐步做到自給」（頁124）。如作者指出，麻風隔離防治是「一場醫療化與集體化並行的社會控制」（頁465）。然而，作為一個依附於人民公社集體化體制進行運作的獨立小型社會，麻風村也遭遇到這種體制的反抗，例如廣東仁化縣和東莞縣某些生產隊對麻風村選址的激烈抵制，甚至發生暴力反抗（頁164），可見麻風防疫實踐的複雜與艱難。

在這種敘述脈絡中，麻風防治展現了毛時代的集體防疫實驗，延伸了學術界對不同歷史時期疾病與隱喻關係的研究。從縱向上，本書全景式地展示了從晚清的中國風土病隱喻、西方教會引入的基督教麻風隱喻、民國時期衛生現代性和疾病國族化的隱喻，到1949年政治道德隱喻的歷史變遷，以及與這種隱喻相對應的防疫機制。

從橫向上，本書極大地豐富了對防疫與科學主義的關係在不同社會政治體制下的研究，為中國疾病和防疫史研究打開了國際的比較視野。長期以來，中國疾病和防疫史研究側重於從政治體制和社會組織特質的角度研究傳統干預式的防疫模式，未能充分注意到同時期國際醫學界所倡導的模式。與之相似的另一個典型例子是1949年後中國霍亂防治採取以檢疫、隔離和疫苗接種為主導的大規模運動，而這些方法早在1960年代初就被WHO放棄，由此可見毛時代中國防疫模式

的特色。然而，如作者指出，後帝國時期的麻風防疫「陷於由民族主義、科學主義、唯物主義等意識形態交叉構成的政治教條，……卻在種種的政治動盪與矛盾之中，表現出令人印象深刻的成果」（頁20）。

三 醫生：污名、身份和情緒勞動

本書研究了上世紀50年代至二十一世紀初不同社會政治時期、階層和地域的麻風醫生的個人生命、政治遭遇和職業發展的歷史，展示了一部多稜鏡下的全景式和立體化的麻風醫生史，極大地豐富了對1949年後中國防疫和醫生群體歷史的研究^⑧。例如，作者細膩地梳理了跨越1949年新舊政權轉變過程中的醫療界政治和專業傾向、在蘇聯醫學介入的大背景下英美派知識份子的接受和抵制^⑨，以及自1950年代初以來四代麻風醫生之間的知識傳承與譜系，包括民國時代培養的醫學院畢業生、1958年以斯胡曼培訓班（以麻風專家斯胡曼[S. Schujman]為名）學員為代表的新一代醫生、1960年代初以江澄和黃文標為代表的新手醫師，以及文革時期培養的麻風工作者，大大加深了學術界對相關問題的認識。其中，作者對麻風醫生的污名化、身份和情緒勞動的論述更是開創性的。

長期以來，作為一種概括性和臉譜式的敘事，對苦難的描述都是歷次政治運動中精英醫生歷史和文學敘述的主題。但是，本書從污名化的角度更深入地展現麻風醫生複雜的面向和經歷。作者指出，隨着

基層衛生運動的擴展，防疫知識與技術在普及化過程中，出現無關乎科學的負面效應，讓恐懼與偏見制度化為基層衛生實踐的一部分，產生過度的傳染恐懼和污名化，從而使得醫生因其家庭出身和成份帶來的政治污名與疾病污名聯繫在一起。在1957年反右運動之後，背負政治污點的醫生成為麻風醫生的主要來源。以後，家庭政治成份不佳的醫學畢業生更可能成為麻風防疫的指派對象，從而體現了麻風防疫的雙重污名——階級污名與疾病污名（頁32）。

然而，本書的討論並不止步於此，作者援引社會學者霍克希德（Arlie R. Hochschild）的理論，進一步展現了麻風醫生的「情緒勞動」（emotional labour）。按照這個理論，在勞心與勞力之外，還有一種情緒勞動，要求工作者必須彰顯和壓抑特定情緒，「工作者必須偽裝真正的感覺，僱主可以把情緒當作管理工作者的客體與工具」（頁239）。從成為麻風醫生的政治原因、治療病人的工作，以及他們當時所面對的社會處境來看，麻風醫生的「情緒勞動」程度都很高，需要高度壓抑個人在勞動中的情緒。作者敏銳地指出，「從事麻風防治最為艱難之處，不在於身體疲憊，而是精神性的挫敗與多方歧視。主要的內心糾葛，並非面對疾苦患者而有的震撼，而是成為麻風醫生的過程中，污名化的專業與政治化的污名同時發生的特殊經歷，使得當年的他們成為受傷的醫者」（頁239）。例如，江澄醫生1962年被分配到江蘇沛陽縣麻風防治所，「三天沒有吃下飯」（頁229）。同時，作為所有麻風

反右運動之後，背負政治污點的醫生成為麻風醫生的主要來源，家庭政治成份不佳的醫學畢業生更可能成為麻風防疫的指派對象，從而體現了麻風防疫的雙重污名——階級污名與疾病污名。

醫生的共同生命經驗，防治工作的艱苦經歷則形成「一種同病相憐的社群凝聚力」（頁218）。

在展示麻風醫生的污名與勞動的同時，作者以中央皮膚病性病研究所下遷泰州為例，揭示了文革期間下放精英醫生的另一種面向。與經典敘事不同的是，這種遠離政治風暴的政治放逐和隨着污名而來的孤立，卻意外地促進了麻風醫生專業知識的學習和傳承。因為遠離主流社會，麻風醫生在基層麻風聚落獲得難得的喘息空間，能夠專心於業務，包括學習、培訓和開展醫生之間的交流。特別是在文革時期的鎖國政策之下，這些醫生仍然可以按時訂閱國際麻風學術期刊，解決臨牀診治與衛生人員培訓問題，參考和翻譯外國重要文獻，在麻風教育和防疫圈內交流和發行教材，跟上了國際潮流。作為文革政治避風港的麻風村甚至惠及醫生的家庭，讓他們得以休養生息和教育子女。

與精英醫生在文革中的下放遭遇對應的是，這個高度污名化的職業成為農民階級和知識青年這些具有高度政治正確性群體的上升通道。「上來」離開農村，獲得城市戶口，吃到商品糧，在當時嚴格的城鄉二元對立體制下極具吸引力（頁300）。這種上升途徑也是約束1970年代少數民族地區麻風培訓班學員的重要手段，例如涼山彝族地區舉辦的美姑皮防班用城市戶口作威脅，阻止學員退學（頁336）。作者更刻畫了文革期間皮膚病培訓班學員內心的理想、無奈和痛苦。通過污名化的麻風病，本書展現了一幅醫生在政治社會階層上下流動和知識傳承的複雜景象。

同時值得一提的是，本書對於在解放婦女和性別平等的宏大政治背景下出現的麻風防疫勞動去性別化的探討。作者以四川皮膚病性病研究所的女性麻風醫生為例，敘述了她們在去性別化勞動中的政治階級背景和情緒，揭示了去性別化勞動無法克服的痛苦和不堪（頁240-76）。從這個意義上來說，本書也從疾病和防疫史的角度豐富了當代中國性別和婦女史的研究。

四 病人：「強制的人道主義」下的體驗與敘述

誠如醫學史家西格里斯特（Henry E. Sigerist）所言，醫學史本質上是醫生和患者之間多維度關係的展示^⑩。長期以來，以文獻為基礎的醫學史研究基本圍繞醫生群體展開，而患者作為一個群體因其構成的複雜性和缺乏話語權等原因，一般較少進入研究者的視野。作為一部研究麻風醫生的專著，作者在開篇指出，「本書不以常見的麻風病醫學發展或患者的角度切入」（頁33），因為麻風患者通常淪為貧病窮苦的底層社會的最下層，他們在社會空間中的移動與能動性都受到極大限制，這為研究病患群體提出了挑戰。然而，作者以人類學家的視野和方法，突破時間和空間，以豐富的資料生動地描繪了麻風病人群體的遭遇。

作為本書的核心概念，作者指出後帝國時代的巨型麻風防治是一種「強制的人道主義」（coercive humanitarianism）（頁31）。在1949年前，無論在帝制的慈善救濟、西方

作者揭示了文革期間下放精英醫生的另一種面向。與經典敘事不同的是，這種遠離政治風暴的政治放逐和隨着污名而來的孤立，卻意外地促進了麻風醫生專業知識的學習和傳承，在基層麻風聚落獲得難得的喘息空間。

帝國的慈善救濟，還是民國時期的初步衛生治理中，麻風防治仍只關乎個人的命運，國家、醫院或組織對麻風救治的介入和管理並不十分嚴格。1949年後，個人與集體的命運高度結合且愈益政治化，並成為國家衛生治理的產物。然而，獨特的科學主義下的隔離政策延續了麻風病的污名。在隔離的空間內，麻風病人是位於底層的農民或勞動者，屬於政治正確的階級，而麻風醫生多屬於成份不好的政治階級，被指派從事麻風工作。麻風防疫從而緊密地結合了「污名的階級與階級的污名」，即醫生的政治污名與病人的衛生污名的結合。用醫生自嘲的話來說，「麻風醫生是一群被人家瞧不起的人，去照顧一群被人家瞧不起的人」（頁348）。

作者細緻地描述了在這種封閉空間下病人與醫生之間的關係，特別是隨着麻風聚落的發展，以及醫生的培養由沿海農村向內陸山區擴展，以「科學」之名進行的防疫表現出對麻風的恐懼。這首先體現在麻風病院的空間規劃和醫生的裝備。一般的麻風病院大致分成職工區、中間區和病區，內部有着多元空間，例如病區分為男病區、女病區和重病區；中間區是預防疾病感染的中介地帶。醫生每天上班要走兩三里路才能由職工區走到中間區，去病區之前先在中間區更衣。醫生「穿隔離衣、戴橡膠手套，還穿膠靴」，「以玻璃窗和病人隔離，拿個釣竿，隔着玻璃將處方藥物『釣過去』給病人」（頁254-55）。

作者也敏銳地注意到，國家對人群的階級分類及相應提供的福利造成麻風聚落的經濟狀況有別，甚

至影響聚落中的勞力分工，例如，高階病人包括幹部、軍隊、公務員，甚至歸國華僑，待遇要比一般病人好。一般的農村麻風村採取各盡所能、按勞分配的模式，通常大型的麻風聚落以勞動農場的形式成立。然而，城鎮麻風病院大多領有政府津貼，病人不必勞動（頁196）。

相比這些理論和體制的闡釋，本書對麻風病患的個人生命史和麻風聚落日常生活史的描述則十分震撼。作者揭示了族群和親人因對麻風恐懼而對病人實施的殘酷殺戮。例如，「彝族消滅麻風病的方式就是消滅病人，方法就是家支聚會，殺牛、宰羊讓病人吃，單獨吃，然後要他自殺，可能是服毒、跳水或吊死……要是不敢自己下手的，就請別人連房子一起燒死或推入水裏」（頁173）；也講述了病患與親人的關係，既有病人因為出現麻風症狀而被哥嫂威脅趕出家門，「在幼小的心靈上刻下了活着不如死了乾淨」的絕望和淒涼，也有家人送麻風病人進入麻風村時傷心欲絕，一位涼山越西麻風村女性患者回憶說：「我十九歲就來了，爸爸、媽媽、舅舅送我來的，牽了一匹馬來。哎呀，媽媽哭啊，沒得辦法啊，生病了得來吃藥。爸爸一年轉三次來看我。」（頁191）書中也描繪了麻風病人對生活的熱烈追求和對生命的嚮往。例如，不少病人都提起剛進麻風村時的心理震撼：「有些人，他成天就、就傻傻地看着天，就難受啊。……人還是想活着，就是。」（頁184）

此外，作者對麻風聚落中的病患性別和性關係的敏銳發掘和精彩描述尤其值得關注。由於傳統的性

後帝國時代的巨型麻風防治是一種「強制的人道主義」。在1949年前，麻風防治仍只關乎個人的命運，1949年後，個人與集體的命運高度結合且愈益政治化，並成為國家衛生治理的產物。然而，獨特的科學主義下的隔離政策延續了麻風病的污名。

1950年代至1980年代初的麻風防疫是一種疏離於國際主流社會的後帝國實驗。這種模式是政治主導的，市場的影響微乎其微。隨著毛時代的結束，新國際主義和市場化兩種新興力量開始出現。

別勞動分工原因，麻風是一種高度性別化的疾病，即男性病人遠多於女性。1950年的婚姻法和麻風病院都對麻風病人的兩性生活有所約束。例如，四川瀘定縣麻風病院規定，病人不許結婚，已結婚者不許同居。但是兩性情感和需求無法完全禁絕，隨着時間推移，男女病人出雙入對，半路夫妻同住一室。由於麻風村性別失調，女病人被男病人欺負，男性通常佔山為王；女病人甚至成為附近貧窮鄉村單身男子的追求對象（頁273-74）。作者也發現，因為女性患者人數較少，加上個人經歷坎坷，她們比起男性更不願意回憶罹病經歷和生活遭遇。因此，本書從性別的角度豐富了對當代疾病和防疫史的研究。

五 新國際主義、市場化與醫學專業

自1990年代末醫療體制改革以來，學術界對醫療過度市場化和商業化產生的衝擊已有充分的研究，一般認為這嚴重影響了醫療服務的公平性和基層衛生防疫^①。與此相比，學術界對於國際化對醫療體制影響的探討較少，分析的維度相對單一。最近比較引人矚目的研究是，梅森（Katherine A. Mason）對2003年「非典」之後中國科研人員與國際學術界的分工和合作的精彩分析^②。而《麻風醫生》一書將麻風防疫置於1980年代初以來新國際主義和市場化脈絡中，進行了深入的探討。本書將1950年代至1980年代初的麻風防疫視為一種疏離於國

際主流社會的後帝國實驗。這種模式是政治主導的，市場的影響微乎其微。隨着1970年代末毛時代的結束，基於傳統社會政治體制防疫模式的終結，導致新國際主義和市場化兩種新興力量的出現。

作者分析了在以WHO為代表的全球化和新國際主義的脈絡下，國際發展和合作模式進入中國後對麻風疾病政治的全方位影響。相對於文革時期的下放而言，這是中國防疫模式的再度去中央化，因為有一個以WHO為代表的新的「國際中央」出現（頁351）。中國也因此脫離了後帝國實驗下閉關自守的形式科學主義，從而進入世界版圖。

這種影響首先體現在1983年中國開始參與WHO推薦的聯合化療試點計劃，並於1987年在全國推行聯合化療，取代單一的DDS療法，試圖實現從強制隔離到社會治療（化學隔離）的轉變，並重新接納國際防疫標準，從而形成了新國際主義下的本土實踐，包括疾病消滅標準的爭論、國內試驗競爭、區域劃分，以及臨牀醫療與公共衛生的權衡。

其中，自1950年代以來主導中國麻風防疫的南京皮膚病研究所和推行聯合化療、身處北京的李桓英醫生之間，也展開了「一國兩制」式的試驗競爭。簡單地說，前者是以隔離為主，採用單一療法，而後者採取多種藥物組合服用的治療（頁356）。這對新的學術話語權和學術政治的形成產生了微妙而深遠的影響，特別體現在2016年第十九屆國際麻風大會上，中國麻風防治協會頒發首屆「終身成就獎」提名、

入選和排名過程的複雜程度，以及受訪人對這個過程的不同反應（頁456-58）。

結合新國際主義，本書進一步分析市場化對麻風醫學專業和防疫體系所產生的衝擊和影響，並揭示了由此形成的全新格局。作者指出，社會治療和「以皮養麻」（以皮膚病治療和研究的體制和收入支撐麻風防疫）代表着新國際主義和市場化的結果，造成麻風聚落的去機構化，而社會歧視後遺症的延續仍然是實踐的盲點。這導致了多重力量的進入和博弈。在這個過程中，高階醫生致力於麻風康復工作和協助組建防治民間組織，政府防疫功能的弱化導致境外教會力量的進入，基層麻風幹部忌憚教會的力量和資金，政府則通過重塑道德模範，試圖消除「以聯合國等國際組織強調的人權理念」和「基督教會的福音慈善」（頁446）。

作者也從歷史的角度梳理了麻風病與皮膚學科在新的市場化體系中的關係變化。麻風原本是一個冷僻卻關鍵的皮膚科分支，1978年之前，麻風病象徵着封建帝國和殖民帝國壓迫的政治隱喻，它雖然屬於皮膚科，卻在防疫體制上自成一格。但是由於麻風防治是一種政治任務，因此得以擔負着掩護皮膚科醫學專業活動的角色。例如，文革時期麻風醫生翻譯和編寫麻風教材，相互交流醫學知識，在一定程度上促進了皮膚科醫學的發展（頁306-12）。1976年文革結束前後，江蘇省召開的兩次麻風科研交流會成為皮膚科領域恢復交流的重要先聲。1978年召開的徐州會議成為

改革開放後首次全國性的皮膚科醫學會議，它仍然強調麻風防治以確保政治正確（頁447-53）。麻風防治在引領皮膚科恢復活動後，其重要性也隨着疫情減少和防疫政策變化而逐漸下降，被合併到皮膚科中去。因此，本書對麻風防疫在後現代的「新帝國」時代的分析，為學術界研究國際化和市場化對中國醫療衛生的影響，既拓寬了視野，也豐富了思考的維度。

六 結語

以上所述是《麻風醫生》一書對當代中國疾病和防疫史研究貢獻的幾個例子。囿於篇幅所限，其他方面在此不深入展開。需要說明的是，因為本書所討論內容的時間跨度和地域差異極大，所以在某些脈絡和概念上還可以進一步梳理，例如麻風防疫的四代醫生、涼山彝族文化對麻風的理解和防治與漢人地區的不同之處，以及其對防疫建制與實踐的影響。

總體來說，本書的貢獻在於作者提出明確的問題意識，並將麻風疾病政治放置在漫長而宏大的歷史背景中，嫺熟地運用和構建理論框架，縝密地將多重脈絡交織在一起，以民族志方法觀察與收集各式各樣材料，跨越時間、空間、階級和知識的流通與限制，生動細膩地展示了一幅麻風防疫中各種主題和力量之間多維度關係的歷史人類學畫卷。本書也啟發了學術界對麻風防疫相關問題的進一步研究，例如對麻風村深入的個案歷史研究。更

本書在問題意識、研究脈絡、理論框架、分析方法以及資料選用上對當代中國疾病和防疫史其他問題研究的啟示，特別有助於理解當前全球新型冠狀病毒肺炎防治中的防疫建制與政治體制關係、制度與技術的角色，以及國際間的協作。

重要的是，本書在問題意識、研究脈絡、理論框架、分析方法以及資料選用上對當代中國疾病和防疫史其他問題研究的啟示，特別有助於理解當前全球新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)防治中的防疫建制與政治體制關係、制度與技術的角色，以及國際間的協作。

註釋

① 相關的代表性研究，參見 Ruth Rogaski, *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China* (Berkeley, CA: University of California Press, 2004)。

② 關於血吸蟲病防治運動的研究，參見 Miriam Gross, *Farewell to the God of Plague: Chairman Mao's Campaign to Deworm China* (Berkeley, CA: University of California Press, 2016)。

③ 參見筆者即將出版的對1960年代初霍亂大流行的研究，Xiaoping Fang, *China and the Cholera Pandemic: Restructuring Society under Mao* (Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press, 2021)。

④ Michel Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, trans. Richard Howard (New York: Vintage Books, 1988)。

⑤ Angela Ki Che Leung, *Leprosy in China: A History* (New York: Columbia University Press, 2009)。

⑥ 劉紹華：《我的涼山兄弟：毒品、愛滋與流動青年》（新北：群學出版有限公司，2013）。

⑦ 近年學術界對這些問題已有較多深入的探討。關於民族主義語境下疾病的研究，參見 Robert Peckham, *Epidemics in Modern Asia* (Cambridge: Cambridge University Press, 2016)；關於疾病、公共衛生與國家建設之間關

係的討論，參見 Liping Bu, *Public Health and the Modernization of China, 1865-2015* (London: Routledge, 2017)；關於疾病與政治意識形態合法性的討論，參見 Nicole E. Barnes, *Intimate Communities: Wartime Health Care and the Birth of Modern China, 1937-1945* (Berkeley, CA: University of California Press, 2018)。

⑧ 對中醫精英和赤腳醫生群體的研究，參見 Volker Scheid, *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis* (Durham, NC: Duke University Press, 2002)；Xiaoping Fang, *Barefoot Doctors and Western Medicine in China* (Rochester, NY: University of Rochester Press, 2012)。

⑨ 關於1930至1940年代日、德和英美背景醫學專業人士之間的學術政治和團體，以及與政府關係的最新探討，參見 Bridie Andrews, *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960* (Vancouver: University of British Columbia Press, 2014)。

⑩ Henry E. Sigerist, "The Social History of Medicine", in *Henry E. Sigerist on the History of Medicine*, ed. Felix Marti-Ibanez (New York: MD Publications, 1960), 25-33。

⑪ 對此，學術界有眾多的討論，並在本世紀初期達到高潮，比較有代表性的研究，參見 David Blumenthal and William Hsiao, "Privatization and Its Discontents—The Evolving Chinese Health Care System", *The New England Journal of Medicine* 353, no. 11 (2005): 1165-69。

⑫ Katherine A. Mason, *Infectious Change: Reinventing Chinese Public Health after an Epidemic* (Stanford, CA: Stanford University Press, 2016)。

方小平 新加坡南洋理工大學人文學院助理教授