

種族、性別與疾病：十九世紀英國 醫學論痲瘋病與中國

李尚仁*

醫學史學者羅森伯格(Charles Rosenberg)引用古希臘醫家希波克拉底所謂醫學有「疾病、病人與醫生這三個要素」的說法，強調他在教醫學史入門課程時，一定以疾病為起點¹。誠然，透過疾病史我們可以由疾病學說、醫生的治療方式與預防措施、醫病的互動關係、病人對疾病的了解與反應乃至社會對疾病的態度，從而獲得許多歷史洞見。然而由於過去的醫學的知識體系、認知方式與疾病分類和現代醫學往往截然不同，疾病史的研究經常面臨許多方法論上的難題。這使得疾病史成為一個豐富但又具有挑戰性的領域。

不論是在西方或是在中國，痲瘋病在歷史上一直與各種宗教與文化上的偏見牽扯不清，而對於它的病因與傳染方式也有許多不同的學說與爭議²。痲瘋病史是

* 衛康醫學史研究所博士後研究員(The Wellcome Institute for the History of Medicine)。

¹ Charles E. Rosenberg, 'Introduction: Framing Disease: Illness, Society, and History', in Charles E. Rosenberg and Janet Golden (eds.), *Framing Disease: Studies in Cultural History* (New Brunswick, 1992), pp.xiii-xxvi. See p.xiii.

² 近年來由於所謂「痲瘋」及英文的 'leprosy' 等名詞被視為是一種汙名，因此醫

醫學史一個重要而有待更多探索的領域。本文以十九世紀英國醫學對中國的癩瘋病的研究與討論為題，來探討當時的醫學理論、西方帝國的擴張、傳教活動以及種族主義之間的關係。本文是個仍在進行中的研究(work in progress)的初步成果，希望與會諸位先進能不吝予以批評指教。

1

中世紀時代在歐洲造成大恐慌的癩瘋病，到了十六世紀在歐洲幾乎已完全銷聲匿跡了，除了挪威之外就罕見其蹤影。然而到了十九世紀後期，癩瘋在歐洲又再度成為一個引起大眾恐懼的一個疾病。這並不是因為癩瘋歐洲又再度流行，而是因為一八六零年代在原本沒有癩瘋病的夏威夷，出現了癩瘋病的流行，而再度引起西方人對於癩瘋病是否具有傳染性的討論以及對癩瘋病可能重新傳入歐洲感到恐慌。當時就有人認為夏威夷的癩瘋病，是由一八五零年代到當地甘蔗農場工作的中國苦力所引進傳染的³。

十九世紀的前半頁，在歐洲唯一仍有癩瘋病例的挪威，其癩瘋病研究亦領先群倫。挪威醫師D. C. Danielssen 和William Boeck對當地病患做了有系統的研究，得出癩瘋病是種遺傳疾病的結論。此一學說對當時歐洲醫界影響很大⁴。然而夏威夷爆發癩瘋的流行，對此一學說造成相當大的挑戰，因為遺傳一說很難解釋為何在原本沒有這種疾病的區域會突然大量出現此種病例。

在此必須說明的是，在討論癩瘋的傳播方式時，當這些十九世紀的西方醫師提到「傳染」，他們用的字是‘contagious’，嚴格說來這是指「接觸傳染」，亦即是要透過人與人的接觸來傳染的。此外當時醫學學說並不一定認為接觸傳染的傳

學界現在大多以‘Hansen’s Disease’一詞來稱呼此一疾病。本文採取較為嚴格的歷史敘事，為避免時代錯亂(anachronism)之混淆，因此中文仍使用癩瘋一詞，英文也仍沿用‘leprosy’一字。

³ 關於夏威夷癩瘋病的歷史研究，請參見 Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control* (Boulder, 1989), pp.85-110.

⁴ Danielssen 與 Boeck 的著作被譯成法文 *Traite de la spedalskhed ou des elephantiasis des Grecs*, (Paris, 1848).

染原(contagion)是活生生的微生物，相反的，相信傳染病的病因是細菌等微生物的人，是醫界的少數派。要到法國的巴斯德(Louis Pasteur)與德國科霍(Robert Koch)崛起之後，細菌學說(或所謂微生物學說)才愈益受到重視，然而一直到十九世紀末，醫界仍有許多人拒斥細菌學說。十九世紀許多西方醫師認為「感染原」是一種化學毒素或酵素，一但吸入或接觸會引發血液的敗壞，產生出更多毒素與導致疾病；或者感染原是一種「刺激因」(exciting cause)，會削弱病人的體質(constitution)並使得體質原本就不佳的人生病。接觸傳染既有別於遺傳(hereditary)致病說和體質(constitutional)致病說，也不同於瘴氣致病說(miasmatic, infectionist, anti-contagionist theory of disease)與瘧疾致病說(malarial theory of disease)。「瘴氣說」通常指的是腐敗的動植物、穢物與惡臭之物所散發出的毒素導致疾病，「瘧疾」則指熱帶地區潮濕的腐植土或沖積土在強烈太陽曝曬下散發出來的有害氣體所導致的疾病。只有在澄清這些十九世紀醫學理論的基本概念之後，我們才有可能了解當時這些西方醫師對疾病傳播方式的討論是在爭辯什麼⁵。

在海外擁有大批殖民地的英國，對於癩瘋是否會傳染的問題自然是極為關切，因為這部指牽涉到殖民地的居民健康問題，也與癩瘋是否會由殖民地傳入英國本土的問題息息相關。英國在加勒比海西印度群島殖民地Winward Island的總督建議英國政府對殖民地的癩瘋病進行有系統的調查，英國殖民部因而在1862年委託「皇家醫師學會」(The Royal College of Physicians)進行相關的研究。皇家醫師學會以文獻回顧以及廣向海外與殖民地的西方醫師發放問卷的方式，對此一議題進行調查。然而最後得出的結論，卻與當時傳統主流的病因說無異。皇家

⁵ 關於十九世紀疾病理論的研究甚多，可參考 Erwin H Ackerknecht, 'Anti-Contagionism between the Wars', *Bull. Hist. Med.* 22(1948), pp.562-93; Roger Cooter, 'Anti-Contagionism and History's Record', in P. Wright and A. Treacher (eds.), *Problems of Medical Knowledge* (Edinburgh, 1982), pp.87-108; François Delaporte, *Disease and Civilization: the Cholera in Paris, 1832* (Cambridge, Mass., 1986), trans. Arthur Goldhammer; Christopher Hamlin, 'Providence and Putrefaction: Victorian Sanitarians and the Natural Theology of Health and Disease', *Victorian Studies*, 28(1985), pp.381-411; M. Pelling, *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865* (Oxford, 1978).

醫師學會認為麻瘋是一種遺傳疾病，並沒有證據顯示它會傳染⁶。就預防措施與政策而言，皇家醫師學會主張廢除任何影響麻瘋病人權益的法律。換言之，它反對任何隔離、拘禁病人，或是禁止與限制病人旅行遷徙的規定⁷。

皇家醫師學會的調查所觸及的另一個重要議題是麻瘋病是否是個獨立的疾病實體？或者它是其他疾病的症狀或併發症？當時有些醫師認為有些疾病與麻瘋病密切相關，甚至認為它們其實是同一種疾病的不同表現。象皮病與梅毒這兩種疾病就常常和麻瘋混為一談。學會的報告說「許多觀察者，尤其是在印度的觀察者，認為麻瘋是由梅毒的毒素所激發的，兩者是相關的疾病」。此外由於「阿拉伯象皮病（Elephantiasis Arabum）（或稱之為『巴貝多腿』[Barbadoes Leg]或『交趾腿』[Cochin Leg]），常與麻瘋在同樣的國家同為風土病，有時兩種疾病還出現在同一個病人身上，因此有些人認為它們是相關的疾病」。然而皇家醫師學會認定麻瘋是一種獨立的疾病，與其他的疾病無關⁸。

皇家醫學會的研究並沒有平息眾議，有關麻瘋的病因與傳染方式仍是個爭議不休的議題。一八七三年挪威醫師韓生（Armauer Hansen）宣稱找到了麻瘋桿菌，更使得支持麻瘋是種傳染性疾病的人士，在論戰中得到一支生力軍⁹。

2

早期來華的西方醫生大都也從事傳教工作，而麻瘋病在基督教聖經中又具有宗教意義（新約記載耶穌治癒麻瘋病患），重要的在華英國傳教醫師J. L. Maxwell就宣稱：「一八六七年在汕頭傳教醫院開設的麻瘋病患收容所，是（西醫）最早的

⁶ *Report on Leprosy, by the Roayl College of Physicians, Prepared for Her Majesty's Secretary of State or the Colonies with an Appendix* (London, 1867). 關於英國醫學對其殖民地印度的麻瘋病的研究，請參見 Sanjiv Kakar, 'Leprosy in Insia, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine', *Medical History*, 40 (1996), pp.215-230.

⁷ *Op.cit.*, p.vi.

⁸ *Report on Leprosy*, pp.lxviii-lxix.

⁹ 關於 Hansen 的麻瘋病學說可參見 G. Armauer Hansen and Carl Looft, *Leprosy in Its Clinical and Pathological Aspects* (Bristol, 1895), tr. Norman Walker.

麻瘋患者照顧工作」。此後「這項工作就大多落在傳教士的手中」¹⁰。在這種情況下，當皇家醫師學會發出問卷後，有不少在中國的西方醫師和傳教士加以回應也就不足為奇了。即使在皇家醫師學會的報告刊行之後，在中國的英國醫師與官員對麻瘋的病因與傳染方式仍舊有著濃厚的興趣。職掌中國海關的總長哈特(Robert Hart)還特別下令要求海關醫官必須對麻瘋特別注意觀查研究並詳加報告¹¹。

在華英國醫師在回應皇家醫師學會的問卷時，有些看法是相當一致的。他們認為麻瘋病患者一般都是骯髒的窮人，生活在低窪潮濕、瘴氣橫行的區域；這些患者吃的是不營養、不新鮮、甚至腐敗的食物；其汙穢不乾淨的生活習慣進一步地造成疾病的惡化。麻瘋主要盛行於中國南部，尤其是福建與廣東。英國醫師也認為膚色較暗的中國人要比歐洲人更容易得到麻瘋病。在澳洲的醫師在回答問卷時，指證說澳洲的麻瘋病完全是由華人移民所傳入的，從而他們也支持中國人比較會得麻瘋病的說法。關於麻瘋的傳播方式，在華英國醫師的看法則較不一致，除了遺傳致病說之外，也有醫師報導中國人相信麻瘋病是在低窪潮濕地帶自然發生的(spontaneously produced)。在廣州的傳教士醫師Benjamin Hobson 卻指出雖然他不能証明麻瘋是傳染性疾病，但當地中國人相信它具有傳染性而且對它充滿恐懼。Hobson說：「中國人就像猶太人一樣把麻瘋視為是一種不潔的疾病、是一種報應——他們對麻瘋病患感到恐懼與噁心」。然而在上海的James Henderson在回答問卷時，卻說他從未碰到過任何一個麻瘋病人看來是具有傳染性的。英國醫師發現中國多數地區並不會把麻瘋病患與其他的人隔離開來，也不限制他們的行動，雖然有些地區設有收容所或麻瘋村，但並沒有嚴格執行隔離¹²。

在皇家醫師學會的報告之後，中國海關的醫官對於麻瘋病也做了不少的觀察與研究。大多數的醫官大智同意這份報告的說法，例如萬生(Patrick Manson)與其早期在廈門的同僚穆勒(A. Müller)對麻瘋是否是個疾病實體，就與皇家醫師學會持

¹⁰ J. L. Maxwell, *Leprosy: A Practical Text-book for Use in China* (Shanghai, 1937), p.3.

¹¹ 在每一期《海關醫報》(*Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs*, 以下簡稱 *Med. Rep.*)的開頭都可看到哈特的這道命令

¹² *Report on Leprosy, by Royal College of Physicians*, pp.lxxvii-lxxv, xxviii-xxxiv, 75-6.

同樣觀點，而駁斥麻瘋是由梅毒引起的說法。萬生在對絲蟲病做了廣泛研究後，認為麻瘋病的疾病現象和絲蟲病有類比之處，而計劃對麻瘋病做進一步研究，希望能「達成對麻瘋的科學分類（scientific classification），把它擺進疾病分類表（nosological table）中的正確位置」¹³。然而也有部份醫官對報告中某些特定結論有不同的意見。當時海關唯一的中國籍醫官是畢業於愛丁堡大學的黃寬，雖然他也觀察到歐洲人罹患麻瘋的比例遠低於中國人，然而他並沒有用膚色差異來解釋這種現象，而認為這可能是因為歐洲人食用較多的肉類，而使得他們的身體較為強健，不易感染麻瘋病¹⁴。

對於麻瘋病的傳播機制海關醫官則做了較為詳細的討論。有些醫官發現當地中國人認為麻瘋極具傳染性，而拒絕與麻瘋病患在一起¹⁵。然而萬生與穆勒則發現廈門人「不覺得麻瘋病患噁心，而自在地和他們交往，視他們如同一般人」。也很少有廈門人認為麻瘋病是會傳染的¹⁶。大多數海關醫官發現中國人並沒有特別排斥麻瘋病患，也沒有刻意避免與他們接觸。

雖然韓生對於麻瘋桿菌的研究引發了不少的注意與討論，使得麻瘋病是不是一種傳染病的問題再度被搬上檯面，然而大多數在華英國醫師對於韓生的學說抱持著存疑的態度。W. H. Henderson 醫師就表示他看過不少麻瘋病人，但是他無法斷定這個疾病是否具有傳染性，因為他無法「找到任何一個病例的傳染源頭」。每次他詢問病人時，得到的答案大都是「沒有任何家人得到這種疾病，而通常村子里也沒有其他人得到這個疾病」。因此Henderson認為麻瘋具有傳染性的可能微乎其微，他的結論是：「如果它（麻瘋）具有感染性，那必然是很輕微的，是以特殊方式來進行感染的，而且一定要在特別的情況下才能成功感染」¹⁷。

¹³ 'Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September, 1871', *Med. Rep.* No.2, pp.10-23. Patrick Manson, 'Further Observations on *Filaria sanguinis hominis*', *Med. Rep.* No. 14 (1878), pp.14-6; quoted from p.14.

¹⁴ F. Wong, 'Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)', *Med. Rep.* No. 21 (1881), p.43.

¹⁵ 'Dr. James H. McCarteny's Report on the Health of Chungking for the half year ended 31st March 1894', *Med. Rep.* No.47, p.4; F. Wong, op. cit., p.45.

¹⁶ Manson and Müller, op. Cit., pp.14, 23.

¹⁷ 'Dr. W. A. Henderson's Report on the Health of of Chefoo for the year ended 31st December 1887', *Med. Rep.* No.35, p.16.

漢口的海關醫官瑞德 (A. G. Reid) 則完全排除癲瘋是一種傳染病的可能性。他認為：「如果癲瘋是病人體內發展的一種特定的傳染毒素，那麼不論它是一種化學毒素或是一種生物，那我們就很難理解為什麼癲瘋並沒有在這個區域廣泛散播，這裡既沒隔離癲瘋病患，也沒有強迫他們另外居住在特定的村落，甚且他們還可以與親戚住在一起，和健康的人口混在一塊」。瑞德相信癲瘋是一種遺傳性疾病，而即使是那些並非由遺傳得病的病人，他們也不是被傳染的。瑞德認為癲瘋是一種「變質」(degeneration)，或是「種族的體質變質」(physical degeneracy of the race) 所助長的疾病¹⁸。瑞德在此引用當時流行的「變質理論」(theory of degeneration)來解釋癲瘋的發生。此一學說有不同流派，其說法在細節上有異。不過大致上他們認為個體或種族因為酗酒、沈溺生活惡習、淪喪道德節制、與惡劣體質者混血或是族群過安逸生活過久而使汰弱存強的進化機制失去作用，最後導致體質的「變質」，進而衍生出各種生理病態與變態行為。此學說認為這種變質還會遺傳給下一代，因而在歐洲引起相當的恐慌。變質理論是十九世紀歐洲相當有影響力的生物學與醫學理論，它的興起與種族主義、歐洲工業都市貧民健康的惡化、進化學說的崛起、新興大都市的犯罪問題以及當時歐洲社會與政治秩序的動盪不安都有關係¹⁹。由於癲瘋當時已經在歐洲近乎絕跡，但在歐洲的海外殖民地卻仍常見，瑞德提出這種說法，顯示他認為這些殖民地和帝國邊陲的種族有變質的現象。

萬生與穆勒則對癲瘋是否具有傳染性的問題持取較為謹慎的態度，他們主張癲瘋是一種遺傳疾病，然而他們也承認有些人認為它是傳染性疾病，但他們認為「在沒有直接的實驗或仔細收集廣泛的統計資料」之前，癲瘋會不會傳染「很難加以證明或否證」。他們要求任何關於「特定毒素」造成傳染的說法都必須考量「三個要素」，亦即「被感染的人、使身體適於被感染的條件、造成感染的毒素」。萬生與穆勒認為就這方面而言，目前的研究都還不夠完備。他們審慎的說：「我

¹⁸ 'Dr. A.G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1875', *Med. Rep.*, pp.56-7.

¹⁹ 關於十九世紀歐洲的變質學說請參見 Daniel Pick, *Faces of Degeneration: a European Disorder, c. 1848-c.1918* (Cambridge, 1989).

們沒說麻瘋是種傳染病，但我們認為持相反的論點是根據不完整的數據而草率達到的結論」²⁰。萬生即使是在知道了韓生的麻瘋菌學說之後，對它仍有所保留，萬生認為在細菌學流行的時代，許多人都在找麻瘋菌，也都自以為找到了，然而到底他們看到的是不是所謂的麻瘋菌，其實仍有疑點。萬生認為這個問題還有待進一步的證明²¹。

根據黃寬、瑞德、萬生與穆勒等醫師的觀察，中國人認為麻瘋是遺傳性疾病，麻瘋病患與正常人之間的婚姻是受到禁止的，但麻瘋病患之間的婚姻則被容許。他們指出這是因為中國人相信麻瘋病患互相婚配之後生出的後代，遺傳的麻瘋毒性會逐代減少，到了第三代則會完全消失。然而倘若麻瘋病患與正常人結婚，生下的小孩所遺傳到的麻瘋的毒性並不會減弱，而是一樣的強²²。瑞德則對麻瘋藉由遺傳進行傳播的能力做了一番研究，他特別針對麻瘋病患的性別與性功能加以探討，令瑞德慶幸的是大多數麻瘋病患是男性，而他們大多已經喪失了性能力。瑞德說：「只有初期與症狀輕微的病患才能藉著遺傳子孫來傳播麻瘋，那些在青春之前就有明顯症狀的病患，其生殖器官都未能發育成熟。此外，即使是在青春後才發展出疾病的病人，他們的性功能不只遭到削弱，而且大多很快就被摧毀。這是人類的大幸」。換言之，大多數男性麻瘋病患在還沒能生出下一代而將毒素藉遺傳傳播下去之前，就已經喪失生殖能力了。此外，瑞德說中國習俗贊成妻子在發現丈夫罹患麻瘋之後可以將他遺棄。這些因素都限制了麻瘋的傳播²³。對瑞德而言，男性麻瘋病患的喪失性能力是人類的福祉。

英國醫師也注意到了較少發現女性罹患麻瘋的現象。James Henderson在回答皇家醫師學會的問卷時說，他在上海診療過七十五名麻瘋病人，其中只有四名是女性。皇家醫師學會的報告也說「一般相信」麻瘋較好犯男性，但它也警告說這

²⁰ 'Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871', *Med. Rep.* No. 2, p.23.

²¹ Patrick Manson, 'Notes on Some Infectious Disease', *Med. Rep.* No.21 (1881), pp.27-36. See p.27.

²² Manson and Müller, op.cit, p.14; Wong, op. Cit., p.44 ; Reid, op. cit., p.52。

²³ Reid, op. cit., p.56; 'Dr. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September, 1875', *Med. Rep.* No. 10, p.49。

可能是誤導的觀察，因為女性大多較少拋頭露面，即使染病也比較不願意承認²⁴。瑞德則警告說雖然較少見到女性感染麻瘋，但這並不表示她們在麻瘋的傳播中沒有扮演一定角色，他認為「雖然相對而言女性常免於外在症狀，但她們仍能將『軟弱而容易遭到感染的體質』傳給下一代男性」，而使他們易於感染麻瘋²⁵。擔任上海海關醫官同時也是《海關醫報》主編的Alexander Jamieson則觀察說，一旦女性感染了麻瘋，其生殖系統必然受影響，而有月經不正常的現象²⁶。

一般人，甚至於部份歷史學家，在讀到上述關於麻瘋的種種說法之後，可能會認為這是因為當時在華的英國醫師缺乏科學概念或科學方法，才會對疾病提出一些含混不清荒謬可笑的解釋。而他們之排斥細菌學說對麻瘋的解釋，似乎也證明了他們固步自封、無法接受「新科學」。然而這種輝格式(Whiggish)的進步史觀不只過度簡化，而且還誤導扭曲史實。就當時的脈絡而言，這些在華英國醫師的看法是有其歷史因素與醫學理由的。事實上，追隨當時剛興起的細菌學說，並不見得就代表「正確」或「科學」的研究方向。舉例來說，在一八七零年代不少醫師認為礦工常患的肺病是由於吸入粉塵而引起的，此病遂被命名為「矽肺病」(silicosis)。但是在一八八零年之後由於細菌學說的興起，醫界認為「矽肺病」只不過是一種形式的肺結核，過去認為矽肺病是由無機物引起的理論，自此則消失達三十年之久²⁷。就這個例子而言，所謂「科學的」細菌學說並沒有帶來我們今天所認定的「正確病因」，相反的還被現在的醫學理論視為誤導研究方向。細菌學的興起，導致十九世紀末有許多醫學研究者一窩風的想找出一些病因不明的「熱帶疾病」的致病細菌，當時許多醫師宣布他們發現了「黃熱病細菌」或「瘧疾細菌」，但都被後來的研究者斥為謬誤²⁸。而且韓生對麻瘋桿菌的研究一直無法作出

²⁴ Report on Leprosy, p.lxvi.

²⁵ 'Dr Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September, 1871', *Med. Rep.* No. 2, p.56.

²⁶ 'Dr. Alexander Jamieson's Report on the Health of Shanghai for the half year ended 30th September, 1871', *Med. Rep.* No.2, pp.33-43. See p.43.

²⁷ Martin Lengwiler, 'Do Doctors Prefer Sports Cars? Risk and Medicine in Twentieth-Century Germany and Switzerland', paper presented at Work in Progress Seminar, The Wellcome Institute for the History of Medicine, 14th of March, 2000. See p.12.

²⁸ Delaporte, *Disease and Civilization*; Margaret Warner, 'Hunting the Yellow Fever Germ: the

符合科霍準則的結果。萬生對於韓生的癩瘋細菌致病說的謹慎保留，或是其同僚對遺傳致病說的堅持，在當時的歷史情境下並非全無道理的。舉這些例子病不是要否定細菌學說的「科學性」或其重要性，而是要說明就當時醫學的各種疾病理論與各式各樣對疾病病因的看法而言，所謂「科學或不科學」這樣粗暴的二分法，並無法提供適切的歷史解釋。

另一方面，在殖民地與海外的英國醫師，向來有著以氣候因素來解釋疾病的傳統，他們偏好整體論的環境醫學研究取向，對疾病是由特定的微生物所導致的說法，向來較為排斥。這使得在印度的英國醫師抗拒法國醫師Alphonse Laveran所提出的瘧原蟲導致瘧疾的說法，也使得他們比英國本土的醫師更晚接受科霍提出的細菌導致霍亂的學說²⁹。更重要的是，前引W. H. Henderson的論點，其實點出了在細菌學說與實驗室醫學普遍受到接受之前，十九世紀對疾病傳播方式的流行病學研究所具有的特色與限制。正如歷史學家William Coleman所指出，十九世紀中期的流行病學已經有能力確認傳染疾病的傳播方式，前提是必須是在該地區新發生的疾病，而且必須要找到最早罹病的病人，如此則可藉由病案追蹤(case tracing)，藉由前後罹病病人的關係來找出疾病的傳播方式。倘若疾病在此區域已流行一段時日，或是找不到最早的病人，那就難以找出疾病傳播方式了。至於疾病的病因則超出當時流行病學的能力範圍，若要加以探討則往往使研究者陷入混淆不清的困境³⁰。在癩瘋是地方性疾病的中國，要找出其傳播方式可說是難上加難了。

Principle of Etiological Proof in the Late Nineteenth-Century America', *Bull. Hist. Med.* 59 (1985), pp.361-82; Michael Worboys, 'From Miasma to Germs: Malaria 1850-1879', *Parassitologia*, 36 (1994), pp.61-8.

²⁹ Mark Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914* (Cambridge, 1994), pp.51-9, 110, 113-5; J. D. Issac, 'D. D. Cunningham and the Aetiology of Cholera in British India, 1869-1897', *Medical History*, 42 (1998), pp.279-305.

³⁰ William Coleman, *Yellow Fever in the North: the Method of Early Epidemiology* (Wisconsin, 1987).

3

除了遺傳的說法之外，英國醫師也提到中國人相信麻瘋可以透過性行為傳染。在皇家醫師學會的調查，香港的英國醫師的答覆說「中國人認定它（麻瘋）不是藉由遺傳傳播，就是藉由性行為傳播」。「中國(人)對這種災殃的恐懼必定對其淫蕩濫交行為產生很大的衝擊，而對人們的道德行為有很大影響」。這種說法意味著麻瘋造成的恐懼，對中國人的淫亂行為有節制的效果，從而改善了中國人的行為道德。學會的《報告》也提到「過癩」(selling the leprosy)的說法，這指的是女人試圖藉由性交，來拋掉身上的麻瘋毒素。然而學會對此說法不予採信，而在結論說「即使麻瘋會由性交傳染，這種情況也是少之又少」³¹。

然而也有英國醫師相信中國人對麻瘋的民俗觀念，反而造成他們淫蕩的行為。萬生與穆勒的報告說廈門的中醫師相信年輕女人若染上麻瘋要比老女人來得容易治癒，當地中醫師推薦「三到四年的賣淫療程」，認為這是很有助益的³²。關於中國人對麻瘋的民俗信仰與「過癩」說法，在英國醫學文獻中最詳盡的記載出自於廣州的中國籍海關醫官黃寬。他說「當地人相信，麻瘋病患的妻子即使沒有任何染病的跡象，也能把麻瘋傳染給和她發生性行為的男人」。然而黃寬卻直斥「過癩」的說法為無稽之談，他並不相信女人可以藉由與男人的性行為來治癒自己的麻瘋，所謂「感染輕微麻瘋的女人可以透過性行為把毒素拋給男人」，「這是絕對錯誤的想法」。這種民俗信念導致「那些自認染上麻瘋的女人最普遍也最惡毒的行為，她們試圖藉著秘密且免費的賣淫，來去除身上的毒素」。由於沒有人會去碰有麻瘋的女人，因此只有那些外表還未呈現出症狀的女人才能做這種事。黃寬描訴說「據說這些女人的面容比較蒼白，沒有一般人健康紅潤的臉色，然而不小心的人是看不出這種症狀的。她們在天色仍然昏暗的黃昏或清晨獨自喬

³¹ *Report on Leprosy*, pp.73, 77, lxix.

³² 這是萬生與穆勒提到的當地醫師「噁心而荒謬」的治療方法之一，其他的療法包括「讓病人躺在剛被宰殺、內臟已取出的公牛腹中一兩個小時」，或是食用「適當方式烹煮料理過的人類胎盤」，*'Drs Muller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September, 1871'*, *Med. Rep.* No. 2, p.14.

裝外出，勾引男人。我們可以斷定這種女人若不是癩瘋病患的妻子，就是自以為自己已經染上的癩瘋」³³。

然而黃寬相信性行為雖不能治癒女性的癩瘋，卻能傳染癩瘋。他承認他的「證據仍有缺陷，因為很少找到用這種方式散播癩瘋的女人」。換言之，許多人言之鑿鑿，實際上卻找不到藉賣淫「過癩」的女人。然而黃寬宣稱許多「目擊證人」告訴他說他們的親戚朋友因為這樣而感染癩瘋，他總共收集記錄了六個這樣的病例，這些都是可靠的熟人告訴他的。以下就是其中一個例子：

病人受雇於一家米店，有天他送米到一間大宅第，對方沒有像一般那樣叫他把米放在進門處，反而叫他送進一間內室。在那裡他遇見了一名非常漂亮的女子，該女對他百般勾引。在他離去時，他突然看到一個癩瘋病患，而大吃了一驚。那人對他說：「你做了什麼？」「你以為這種好運會憑空而降嗎？」「你會變得跟我一樣！」一個半月之後他就得了癩瘋。這個人是在向我朋友求醫時講出這段經歷的。病人不會無緣無故說出這種事，因為平常人想隱瞞這種事都來不及了。我最近聽說這人的癩瘋已經很嚴重了³⁴。

黃寬說他「對這些證人所言的真實性有完全的信心」，因此他的結論是「性行為是此疾病傳播的一種方式，否則很難解釋為何會有許多環境良好而且沒有任何家人有癩瘋的人會染上這種疾病」。然而並非所有與癩瘋病患的性行為都會染病，婚姻之內的性行為就不會。黃寬宣稱「常見的觀察是夫妻一方有人染上癩瘋，而且雙方住在一起多年，卻沒有傳染給另一方」。雖然也有少數的例外³⁵。黃寬提到的這種說法似乎有著反對婚外性行為的道德意味。

關於「過癩」的說法，最重要的一點是這些醫師的記錄全都來自當地中國人的口述，而非親自的觀察，因為他們無法找到任何從事「過癩」的女子。事實上

³³ F. Wong 前引文，四十六頁。

³⁴ 前引文，四十七頁。

³⁵ 前引文 41,46-7 頁。瑞德則說他在漢口看不到任何夫妻都染上癩瘋的例子，'Dr. Reid's Report on the Health of Hankow for the half year ended 30th September, 1871', p.56.

我們無法確認到底英國醫師（包括受西醫訓練的中國籍醫師黃寬在內）與他們的中國報告人(informants)，彼此談的是不是同一種疾病。類似黃寬所說的這類情事，在中國文獻中也多有記載。蔣竹山的研究指出「過癩」的說法與明清時的筆記小說關係密切³⁶。因此「過癩」一說其實位在民俗傳說、虛構故事與醫學記載之間的模糊地帶。黃寬所記錄的六個病例，其敘事結構（narrative structure）和筆記小說的同類故事幾乎完全雷同。此外，如梁其姿所指出，在中國醫學史上所謂「大風」、「麻風」、「癩」、「癰」等疾病，雖然常被後人視為今日的「麻瘋」（leprosy），但其實在不同時代的醫書中，這些疾病名稱往往有不同的概念內涵，我們甚至無法確定這些病名在歷代醫書中是否都指稱同一種疾病，更遑論斷言它們就是今天的麻瘋。而明清時代「過癩」傳說中的「癩」，往往與「楊梅瘡」混為一談，其所指涉的可能是梅毒。我們今日很難斷定這些記載所指涉的疾病，到底對應現代醫學定義下的那種疾病³⁷。因此筆者在此採取類似梁其姿的「麻風病概念演變的歷史」一文之立場，在本文側重於探討當時英國醫師對麻瘋的概念、研究與作為，以及他們如何看待當地中國人所提供的資訊，而避免去揣測他們所見的疾病或是其中國病人所告訴他們的疾病是否就是今天的麻瘋。

當時部份英國醫師也注意到這個問題，而建議小心處理這類當地資訊。皇家醫師學會的《報告》指出「在這個國家(中國)，麻瘋一詞是被很鬆散的使用的」。《報告》諷刺的說：「中國人聲稱可以辨別三十六種麻瘋，卻把麻瘋與苔癬、牛皮癬與疥瘡等皮膚病混為一談」³⁸。W. A. Henderson則表示中國病人的說法不足採信：「要從到我們醫院就診的這個階級的人取得資訊，當然有特殊的困難。我最後被迫下的結論是我只相信那些我能透過檢查來證實的說法」。Henderson鄙夷的說「文明國家(civilized countries)的麻瘋病院的病人的說法，對於決定這個困難的

³⁶ 蔣竹山，明清華南地區有關麻瘋病的民間療法，《大陸雜誌》九十卷四期，頁182-192。

³⁷ 梁其姿，麻風病概念演變的歷史，「醫療與中國社會」學術研討會，中央研究院歷史語言研究所，民國86年6月26-28日。其實麻瘋與梅毒的症狀相當類似，兩者的鑑別診斷並不容易，在十九世紀西方醫師仍常有混淆兩者而誤診的情況發生，參見Gussow前引書。

³⁸ 前引書，頁xiv, 75。

問題(按,指麻瘋傳染的方式)會比較有價值」³⁹。大部份英國醫師對於「過癩」與性行為傳染麻瘋的說法,是抱著存疑或完全不予採信的態度。

4

然而到了十九世紀末,英國醫師對於麻瘋是否會傳染的問題有了截然不同的看法,他們現在認為麻瘋不是遺傳性疾病,而是傳染性疾病。這種轉變的原因之一,當然是因為細菌學說逐漸被醫學界接受,韓生關於麻瘋是由細菌傳染所引起的說法,獲得越來越多的支持。此外還有一個重要的戲劇性事件,使得西方社會對麻瘋的恐懼大為提高,也使得許多人開始相信麻瘋是一種傳染疾病。在夏威夷爆發麻瘋病之後,一位比利時神父達米安(Father Damien de Veusteur),前往夏威夷專供麻瘋病患隔離居住的小島Molokai從事照料麻瘋病患的慈善工作,沒想到他自己後來也得了麻瘋病。達米安神父對此甘之如飴,他宣布自己已經成為這些麻瘋病患的一員,而和他們共同生活在一起。最後他在1889年死於麻瘋。達米安原本是要犧牲自我來照顧麻瘋病患,但卻達到完全相反的效果,他的罹病與死亡受到新聞媒體大幅的報導,成為麻瘋病具有傳染病而且會傳給歐洲人的例證與最有力的宣傳,強化了許多西方人對麻瘋病患的排斥,也使得醫學界與一般民眾對於麻瘋重新在歐洲流行的可能有很大的疑慮與恐慌。擁有龐大海外帝國的英國,不只報紙對此事件大量渲染報導,而且還由威爾斯王子領銜成立「國家麻瘋基金」(National Leprosy Fund),對麻瘋進行調查研究⁴⁰。

康德黎(Jame Cantlie)獲得英國「國家麻瘋基金」論文獎的麻瘋研究著作,就是西方這種對麻瘋病傳染問題看法轉向的代表⁴¹。康德黎是萬生在亞伯丁大學(Aberdeen University)的學弟,當萬生由廈門轉往香港發展,並且在香港創辦醫學

³⁹ 'Dr. W. A. Henderson's Report on the Health of Chefoo for the year ended 31st December, 1887', *Med. Rep.* No. 35, p.16.

⁴⁰ Gussow, 前引書, 103-113 頁。

⁴¹ James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs In China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894* (London, 1897).

校之後，便將康德黎找來學校任教。在華人世界，康德黎主要以身為孫文的老師以及後者「倫敦蒙難」時的營救者而著名。然而他也是英國熱帶醫學史中的一位重要人物。在這篇流行病學與疾病地理學的研究論文中，康德黎試圖證實麻瘋病具有傳染性，而且在東南亞與太平洋地區，麻瘋病是由中國人傳播到各地的。

康德黎相信麻瘋是具有傳染性的。他認為「遠東麻瘋病的中心是中國東南的福建與廣東 四分之三的中國苦力是來自這兩省的。隨著這兩省的苦力到馬來半島與荷屬、西屬、葡屬東印度以及大洋洲定居，麻瘋也就散播到這些地方」。康德黎認為只有在中國苦力來了之後，才有當地人感染麻瘋，而且當地人也把麻瘋歸咎於中國人。此外，「像是在北婆羅門州，隨著中國人的離開，麻瘋也消失了」。康德黎的結論是：「麻瘋不是太平洋任何地區原有的疾病」，但是有一個共同因素決定了它在這個區域的出現，「唯一的共同因素就是中國人，他就是麻瘋」（the only common factor is the Chinaman, and he is leperous）。康德黎建議英國政府與其他的歐洲強權加強對中國移民的檢查。他說「英國政府如果對搭乘英國船隻的中國移民嚴加檢查，會大大造福人類。我們也可以請求其他國家的船公司，尤其是德國的船公司，進行同樣的檢查」。他也主張在遠東與大洋洲擁有殖民地的歐洲國家，對於農莊的苦力與其他中國人聚集的地方，要每個月強制檢查一次，如此或許可以有效的遏止或減緩麻瘋的傳播。至於查到患有麻瘋的中國人，唯一的辦法是予以遣返，因為「在沒有麻瘋病的國家，即使把這些人送入收容所，也會使那個地方成為新的麻瘋傳染中心」⁴²。

康德黎的看法其實與當時歐美高張的種族主義關係密切。古索（Zachary Gussow）的研究指出，當夏威夷發生麻瘋時，有不少美國人認為是中國苦力將麻瘋引進該地的。之後對麻瘋的恐懼更與美國的種族主義、排華風潮結合在一起。麻瘋被認為是「黃禍」的一部份。古索還認為美國的排華風潮，以及把麻瘋與華人聯結一起予以汙名化，與美國在華傳教士對中國文化、社會與生活習俗、衛生狀況的負面報導有關。而傳教士對麻瘋的興趣，以及將當時的麻瘋等同於聖經記載的所謂「麻瘋」（是不是現代的麻瘋其實相當可疑），也進一步促進了麻瘋的

⁴² 前引文，11-12，123 頁。

汙名化（聖經中的「麻瘋」是不潔的疾病）⁴³。不過就英國的情況來看，這種將疾病與其他種族連結在一塊加以汙名化，從而正當化對對方的壓迫與歧視，其實是殖民主義常見的行為。康德黎檢查、限制中國移民的主張，在英國也不是孤立的例子。典型的代表是Henry P. Wright這位英國牧師，他寫了不少報章雜誌文章與通俗書籍，宣傳麻瘋的傳染性以及其危險性，他認為亞洲的移民可能會將麻瘋傳入英國，而稱之為「帝國的危險」（an imperial danger）。Wright就像康德黎一般大力鼓吹嚴格檢查亞洲的移民，限制他們進入英國⁴⁴。

康德黎對於麻瘋能否透過性行為來傳染的看法，與皇家醫學會報告的結論也完全相反。康德黎認為麻瘋會經由性行為傳染，因為許多男性病人告訴他說他們是因為性行為而感染此疾病。雖然他曾懷疑這些病人是得了梅毒，因為他們說症狀出現在性交後兩到四個月之間，這和二期梅毒症狀出現的時間相同。然而他的病人並沒有梅毒的症狀，因此康德黎斷定麻瘋會由性行為傳染，而且傳染的危險性很高，「如果有擦破皮的話，一次性交就足以傳染」⁴⁵。康德黎也相信「過癩」的行為在廣州非常普遍。有意思的是，在不同的脈絡下，過去性交傳染說被皇家醫師學會與許多英國醫師視為是當地人無稽之談，現在卻為康德黎接受。雖然他的證據與持相反立場的前輩一樣，都只是當地中國人的說法，但這些證詞的可信性卻完全改變。

結論

從十九世紀英國醫師對中國麻瘋病研究的歷史，我們不只看到不同的醫學體系與疾病理論，對類似疾病現象往往有截然不同的分類、認識和因應方式。甚至

⁴³ Gussow, 前引書；Zachary Gussow and George S. Tracy, 'Stigma and the Leprosy Phenomenon: the Social History of a Disease In the Nineteenth and Twentieth Centuries', *Bull. Hist. Med.* XLIV (1970), pp.425-49.

⁴⁴ 參見 Henry P. Wright, *Leprosy: an Imperial Danger* (London, 1889).

⁴⁵ 前引文，十六至十八頁。

英國醫師本身對麻瘋的病因、傳播方式，以及是否採信中國醫學與當地中國人的說法，都有相當分歧甚至針鋒相對的立場。至於該採取怎樣的史學方法與立場來處理疾病史這種常見的現象，學者意見並不一致。

Paul Unschuld 認為 Hansen's Disease 是「真實的疾病分類學單位」(real nosological unit)，而過去傳統中國醫學理論則是處理此一真實的疾病單位的不同的典範(Unschuld 認為中醫發展出兩種不同的典範)，雖然 Unschuld 承認中醫所討論的「症狀」可能指涉的是今天的許多種不同的疾病，但他又含混不清且自我矛盾的堅持說中醫有關「風」、「癩」的記載，是對 Hansen's Disease 的反應⁴⁶。

我對 Unschuld 這樣的立場有兩點主要的批評。首先，這種觀點忽略了細菌學等所謂的現代科學學科，仍然是特定的社會文化條件下的產物。簡略的說，這些學科的知識生產仍需要一系列的「作為」(practices)，像是儀器標準化、人員教育訓練、理論修正 等等，才有可能存在與延續。從醫學史的角度來看，疾病分類單位和這些因素是分不開的。歷史學家不應該把疾病與這些因素分割開來，將「疾病分類單位」視為非歷史的實體。誠如羅森伯格所言「『社會醫學史』(social history of medicine) 這名稱與『社會建構疾病』(social construction of disease) 一樣都是套套邏輯」(tautological)。不論是在實驗室、圖書館或臨床，醫學的歷史的每一個面相都是『社會的』(social)」⁴⁷。此外，即使是現代醫學，其疾病分類單位也不時隨著研究的發展而修正改變⁴⁸。把這些單位視為永恒不變的實體，亦與現代科學的實況不合。更重要的是，我們承不承認 Hansen's Disease 是「真實的疾病分類單位」，與我們對中國歷史中的「風」、「癩」或西方歷史中的 leprosy 的歷史研究是不相干的⁴⁹。承認這點並沒有給我們更多的歷史分析洞見，不承認這

⁴⁶ Paul Unschuld, 'Traditional Chinese Medical Theory and Real Nosological Units: the Case of Hansen's Disease', *Medical Anthropology Quarterly*, Vol.17, No.1, pp.5-8.

⁴⁷ Rosenberg, 前引文，頁 xiv。

⁴⁸ 參見 Steven J. Peitzman, 'From Bright's Disease to End-Stage Renal Disease'; Christopher Lawrence, '“Definite and Material”: Coronary Thrombosis and Cardiologists in the 1920s', in Rosenberg and Golden (eds.), *Framing Disease* (前引書), pp.3-19, 50-82.

⁴⁹ 筆者並不反對考古學或 paleopathology 運用現代醫學來研究古代的疾病。這些獨立的學科和一般的醫學史有不太一樣的研究目標、興趣與方法，它們這樣做是完全具有正當性

點也無礙於我們對過去的醫學的歷史理解。相反地，我們如果用現代醫學理論來理解古人對疾病的看法，我們很容易就做出時代錯亂的（anachronistic）、非歷史的（a-historical）解釋，犯下輝格式進步史觀的錯誤，甚至被誤導至目的論的（teleological）歷史解釋。

英國醫學史學者Andrew Cunningham對此一史學問題有深入的討論，他指出在實驗室醫學的時代來臨前，「疾病不只沒有特定的致病因子（a specific causal agent），甚至還可能有『混合』（mixed）的疾病，疾病在病程中也有可能轉變成另一種疾病」。固然「實驗室是用來將病因歸諸於微生物的工具，但實驗室絕不只是一個工具而已；它也是一套作為（practice），它界定、限制與主導了思想與行動的方式」。我們如果認為由於已經找到引起Hansen's Disease的細菌，因此它就是所謂真實的疾病分類學單位，這是因為實驗醫學的認知與思考方式已深刻的主宰了我們對疾病和醫學的看法。「我們必須已經活在實驗室思想的世界，才能視微生物為疾病的『真正原因』」。然而對歷史研究而言，這種狀況有它的危險存在。因為「實驗室的疾病概念（laboratory concept of disease）的主導性，對於我們對許多前實驗室的疾病（pre-laboratory disease）的理解有很大的影響；實驗室的到臨使得過去的醫學被重寫，以使其符合實驗室的疾病模型，這也使得過去的醫學遭到誤解」⁵⁰。

法國歷史學者德拉波特（François Delaporte）提出一個與Unschuld完全相反的激進說法：「『疾病』並不存在 存在的乃是『作為』（practice）而已」⁵¹。德拉波特這個說法是要強調我們如何認識與處理疾病，乃至疾病能否成為一個被認識的對象，都有賴於我們各種的「作為」（包括medical practice, scientific practice在內）。然而此說也有有偏頗之嫌。疾病當然存在，而且其存在和人們對它的認知、使這種認知得以可能的社會文化條件、以及建構這種認知的醫學理論與作為

的。筆者這篇論文不屬於這些學科的研究，我也不認為 Unschuld 那篇文章可歸類於這些學科。

⁵⁰ Andrew Cunningham, 'Transforming Plague: the Laboratory and the Identity of Infectious Disease' in Andrew Cunningham and Perry Williams(eds.), *The Laboratory Revolution in Medicine* (Cambridge, 1992), pp.209-44. Quoted from pp.209, 223-24, 238.

⁵¹ François Delaporte, *Disease and Civilization*, p.6.

是密不可分的，疾病與作為兩者同樣存在且不可分。德拉波特與Unschuld兩極的看法，其實都受害於某種將自然與社會截然二分的理論預設，這種思維在西方現代文化中根深蒂固。然而近年來所謂的‘science study’（包括科學、科技與醫學史，科學哲學，對科學的社會學與人類學研究等等），已經大力要打破這種僵局，而做出許重要的理論上與方法上的貢獻⁵²。我們在研究疾病史時，無須時代錯亂地套用現代醫學理論來解釋古人的觀念，如此反而會有更充裕的空間，來對過去的醫學、對疾病的歷史，以嚴謹的歷史角度加以研究與解釋。

在醫學史上我們可以看到某些「疾病分類單位」被主流醫學視為是真實的、有些則被視為是虛假錯誤的；而某些疾病原本被視為是真實的，但後來卻被拒絕否定，乃至為人所遺忘；而有些曾被主流醫學拒絕的疾病理論，後來卻又重新為人所接受⁵³。醫學史應該分析相關因素（包括社會文化因素），來了解為何會有這些現象，從而提出歷史解釋；而非錯把研究對象當成研究工具，或是時代錯亂的把今人的醫學觀念強加在古人身上。本文指出十九世紀英國醫師對中國的「癲瘋病」的認知，不只與醫學理論的爭論與嬗遞關係密切，也與帝國擴張、種族主義乃至於社會新聞風潮都有關連。醫界看法的劇烈變遷與醫學學說的複雜分歧，不但無礙於我們研究這段疾病史，反而提供我們一個有利的入手處，來探索分析與疾病相關的各種豐富現象。

⁵² 這方面的相關著作甚多，最近 Bruno Latour 的新作 *Pandora's Hope* (Cambridge, Mass., 1999) 對此有重要的系統性陳述；對近二十餘年來科學史採取這種「建構主義」(constructivism)史學方法的著作，參見化學史學者 Jan Golinski 的史學回顧專著 *Making Natural Knowledge* (Cambridge, 1998)。

⁵³ 這方面相關的醫學史作品甚豐，代表性著作可參見 Rosenberg and Golden (eds.), *Framing Disease* (前引書)所收的論文。