

2003，春之煞

SARS 流行的科學和社會文化回顧

賴明詔等◎著

中央研究院科學教育推動委員會主編

麼好處，尤其對一般民眾而言。但是，我們努力從事於防疫工作、努力於幫助別人，卻是世界衛生體系外的一個無名氏，我們失去名字、也沒有身分。我們捐助過很多錢給世界衛生組織去幫助其他國家的防疫工作，但捐助名單中從未出現過我們的名字。

如果我們自暴自棄，放任重要傳染病疫情不管，那受害的將是全世界。如果我們沒有配合世界衛生組織的政策去根除天花、去消滅小兒麻痺，那全世界怎能根除天花？那世界衛生組織怎能宣布小兒麻痺在西太平洋地區已經絕跡？一個被抹去身分的人當然要力爭該有的名字，這並非我們能否得到什麼好處的問題。

這次SARS疫情或許可以讓世界衛生組織思考一下，難道要讓台灣被某種傳染病擊沈時才要正視台灣的存在？某年某月某日，如果在台灣出現流感病毒嚴重大突變時，世界衛生組織是否仍能視而不見？SARS事件告訴我們，世界上沒有一個國家可以逃脫於新興傳染病的威脅之外，世界衛生體系也不應忽視世界上任何一個地區人民的權益。回歸真理的路途或許仍然很長，但台灣仍會堅定地繼續向前行，因為他已經是一個民主、成熟、理性的個體，百年後的歷史將會記下今日世界衛生組織的蠻橫與無理。

中西傳統的公共衛生與疫疾的防預

梁其姿

中央研究院中山社科所研究員兼所長

前言：傳統模糊的傳染觀

疫病的歷史與人類的歷史同樣長久，但是人類對疫疾的理解卻隨著時空的不同而有重大的差異。因此歷史中社會對疫疾的預防與治療方式亦各有特色。如果拿今天被認為放諸四海皆準的醫學與公衛理論與歷史經驗做對比的話，我們看到極為有趣的變與不變。

在各種流行病中，最令人產生恐懼感的是具傳染力的疫病。此次流行的SARS雖然死亡率不特別高，一直到今天，全世界因此而死亡的人數不及一千，但已足以令各國聞疾色變，

受影響的國家無不以最嚴厲的預防措施來應付。這其中主要的原因之一是這個病的傳染途徑仍無法完全被掌握。然而，「傳染」這個今天我們習以為常的概念，在16世紀以前並不是一個清楚或普遍被接受的概念。無論在東西方社會皆如是。古希臘文的*epaphe, synanachronis*，拉丁文的*contagio*，梵文的*upasarga*，阿拉伯文的*adwā*或漢語的「傳染」、「相染」、「漸染」等名詞雖然有悠久的歷史，而且與今天用以指涉接觸傳染的名詞有語源關係，但是這些名詞在古代社會所表達的概念是與今天所指的「傳染」是不同的。

如果仔細分析古典醫書中的這些名詞，我們發現其實它們並不明確地指涉人與人之間的傳染，而多隱合作為病因的各類污染，包括環境、氣候、道德等方面的污染。如活在受污染的同一環境中的人皆得病，就是一種「傳染」，或者由於受某種腐敗道德的感染而得病，也屬「傳染」。對今天已受「細菌論」或「病毒論」洗禮的現代人來說，這些古老概念不是「含混不清」就是「迷信」，但在前近代的人的宇宙觀與知識範圍裡，實在難以找到疫疾透過接觸而傳染的充分解釋。尤有進者，傳統的社會倫理或宗教教義往往排斥這個傳染的解釋，一來如相信接觸傳染，人自然會在疫災時棄親不顧，違反基本道義，另一方面，對某些宗教，如伊斯蘭教來說，神的力量無限，疾病的傳播亦應在其掌控之中，因此不可能脫離神的意旨另有傳染的途徑。

不過，雖然在經典的理論中找不到接觸傳染的根據，但人害怕與病人接觸、為了保命而拋棄染疾親人的例子在古書中俯

拾即是。這種出於懼怕染疾與死亡的直接反應毋需醫學理論的鼓勵，古代社會對諸如瘋癲、鼠疫等疾病的畏懼亦主要來自這種直接的反應。但是由於古人無法準確解釋疾病傳染的途徑，無從制定系統的預防政策。因此一直到近代之前，東西方社會面對疫疾，仍以治療為主，並沒有完善、系統化的預防措施。

中國傳統的防疫措施

不過，預防之道當然不單指國家規模的公共衛生制度。在近代以前，預防疾病最主要的方式是個人衛生，而一些類似公共衛生的措施，也多限於社區或地方內，並沒有國家級的制度。事實上，中文的「衛生」一詞，雖然最早出現在莊子的《南華經》，而且在傳統醫書中經常出現，但是一直到清末，此詞的意義，仍局限於個人「保衛生命」的策略，包括養生之道、治療之方等。「衛生」被冠上「公共」之形容詞，並含有「國家政策」的意思，是晚近的發展。中國有極優良的個人衛生傳統，這是大家耳熟能詳的。諸如不飲生水、不食生食、起居有節等習慣，這些習慣至少自宋代以來就相當普遍，大大減低了個人染病的機會。

而地方士紳或官員也在平時或有疫情時實施施粥、施藥、施棺等措施。這些措施雖然看來是為了體恤貧民，但是施善者在有意無意之間考慮了防疫的問題。例如在乾隆14年(1749)江蘇荆溪發生饑荒，當地有能力的人即在公所施粥濟餓者，其中一位醫生並說：「恐其染疫也，煮姜湯於衢，使飲之。」當時

的有識之士已深知疫疾往往繼饑荒而來，讓饑民吃飽，有較好的抗病能力，確能減低他們染疾的機率，是很合理的防疫措施。當疫災真的發生時，地方富民或積極的官員通常也施藥施醫，以防止疫情進一步惡化。宋代開始的政府機構惠民藥局，原意就是以低於市場價格的藥物提供人民。這個機構到了明中葉以後雖已多荒廢，但每逢疫災，有心的官紳仍會利用藥局施藥。如明萬曆44年(1616)餘杭發生疫災，知縣在城內分四處開局施藥，並請醫生進駐施醫製藥。一些更積極的官員，如明末句容令陳于王每年夏秋相交時組織32個當地醫生分頭到附近16鄉巡視，施醫藥以防疫。有時施藥的是地方士紳，如明末紹興人祁彪佳便經常在家鄉施藥濟民以防疫。1636年發生疫災，他與當地10位醫生簽下合同，在他開設的藥局施醫施藥，據說當年從6月至8月的疫災期間，有一萬多人曾前往求醫受藥。這類例子在明清社會中並不罕見。

我們可以想像在明清期間各種疫疾大概不是當時的醫藥能充分治療的，因此，每次疫災都有高的死亡率，埋葬死者成為極重要的工作。我們看看明末1642年桐鄉大疫的慘狀，就可了解埋葬的重要性，當時死者數量增加的速度驚人：「故始則以棺殮、繼則以草殮、又繼則棄之床褥，屍蟲出戶外……掘泥窖為葬埋，計或五十一壑，或六十、七十一壑，不三月而五、六十窖俱滿」。可見暴露的屍體很快成為嚴重的衛生問題，及時埋葬病死者是絕對迫切的任務。1821年發生在江南的霍亂大流行也產生同樣的危機。當時蘇州附近的信義鄉有如下的經驗：「鍼刺醫藥，百無一效，且傳染無已。甚有數日間，全家俱斃

者。里中鬻棺之鋪，晨夕操作，不敷購用。木價驟數倍，匠役工食亦如之，貧民至不能具棺。」幸得當地一個叫錢鑄的善人，出錢為貧民購棺、擇地掩埋，才因此「賴免纏染」。

的確，每逢大疫，施棺助葬成為極重要的防疫措施。當時醫者與有經驗的地方官僚都知道如屍體處理不妥會導致疫災或使疫情惡化。清初名醫周揚俊對兵荒往往引起疫情有如下解釋：「大疫之沿門闔境，傳染相同者，允在兵荒之後，屍濁穢氣，充斥道路，人在氣交，感之而病，氣無所異，人病亦同。」他又提出如「因骨骼掩埋不厚，遂使大陵積屍之氣，隨天地之升降者，飄泊遠近，人在氣中，無可逃避，感之而病而死。」正因如此，施棺施葬是防止「疫氣」散播的重要措施。其實按傳統的習俗，地方應於晚春天氣轉熱之前將所有暴露在外的屍骨埋葬妥當，這一方面有宗教上的意義，另方面有防疫的意義。助葬在明清時期多已不靠政府的力量，地方上有能力的人往往組織葬會或以個人身分來協助埋葬。按不完全的統計，明清時期施棺助葬的地方組織至少有589個，最早的設於1564年的江蘇。同時許多同時期的綜合性善會亦會施棺施葬。

傳統醫生亦很早即認為髒水或死水會帶來疫病。宋代名醫陳言就提出「疫之所興，或溝渠不泄，畜其穢惡，薰蒸而成者」。這個想法亦促使宋以來都會立法規管理垃圾、糞便、污水等棄置問題。政府也會注意定期疏濬渠道的工作。但是這些措施若不是經常遇到阻力，就是無法貫徹執行，禁令也未必普遍被遵守。簡單來說，中國社會在這方面的衛生工作，一直到清末都沒有很成功的例子。

此外，中國亦有一悠久的「病坊」傳統，許多學者認為這些病坊等同於醫院。其實雖然從5世紀以來佛教傳統的病坊，到宋的都市型病坊，至明清的養濟院、普濟堂等都偶有置醫生治療其中的貧病者的例子，但是這些機構主要的功能仍是恤民，即收容貧病之人，而不是治療。在宋代一些地方的「安濟坊」可能在病房的設計上，考慮到「隔離」的問題以防傳染，但是這種設計並沒有受到重視，後來的機構亦沒有往這方面發展。換言之，傳統的病坊難以與今天的醫院相比，中國傳統醫學的發展，亦與病坊制度沒有任何關係。

但是中國傳統裡並不是完全沒有隔離的概念與措施。兩種疾病使得明清社會產生較大的恐懼感，從而發展出特殊的隔離政策。在南方，閩、粵人對麻瘋病的懼怕產生了明末以來的「癩子營」類的收容機構。在北方，17世紀入主中原的滿族人欠缺對天花的免疫能力，為了避免受感染，強行隔離患痘者及其家族。對於麻瘋的傳染性，明以來的醫家有較多的描述，同時人與人間的接觸傳染漸被強調，這是中國傳染觀念變化的重要發展。與此同時，我們看到南方地區，特別是福建、廣東、江西等地區自16世紀以來漸漸出現強制收容麻瘋病患的機構。機構名稱不一，或稱「癩子營」，或稱「存恤院」、「癩民所」、「養濟院」不等。而且城內居民越來越要求這些機構遠離城區，地方官也往往在僻遠處安置麻瘋患者，同時不准他們入城。到了18世紀，南方省分的這類麻瘋院已相當普遍。從乾隆時期刑案的例子中也可看出清代人認為麻瘋傳染性強，往往強迫患疾的親人或鄰居另闢居所，或入住麻瘋院，遠離原來的家庭或社

區，有時因此引起糾紛，甚至殺機。麻瘋患者成為社會排斥的「公害」是明末以來南方社會的獨特現像。

至於滿人對天花的恐懼，起於17世入主中原前後。之前由於滿人與漢人接觸並不頻繁，少有染天花者，滿人也因而普遍缺乏免疫力。17世紀以後他們為了自我保護，實行一系列的措施，如設立避痘所，禁止未出痘的「生身」入關，只准已出過痘的「熟身」進入中原。滿族取得政權之初，更在北京設立查痘章京這個官僚制度，分中、東、西、南、北五城，令巡城御史負責嚴查是否有出痘者，並將患者及其家屬驅逐於城外20至40里外。理論上清政府在城外設村收容這些被隔離者，但是仍免不了患者棄親以自保等做法。稍後清政府曾一度放鬆隔離令，只在病家周圍「引繩度鄰右八十步」，並禁人進入繩圈內。但在1655年以後仍逐漸如前。同時法令亦規定出西洋貿易返國者，官員得上船檢查，有痘症者必須待平復後才能入城。這系列措施在滿族最強盛時實行，後來也漸鬆懈下來。同時到了清末，滿人對天花的恐懼亦減低了，這早期的強勢隔離政策亦漸被世人遺忘。

傳統中國社會的種種防疫與衛生措施，主要的動力多出自地方社會本身，特點是靈活而機動。許多措施是在疫情發生以後的被動應變，但也有其成效。然而，需要長期性、跨越部門策畫、強力貫徹的政策，則很少見於公共衛生領域中。如都市的污水問題、病坊、藥局的專業化等就是明顯例子。中央政府、地方政府甚少積極與長期性地在這方面合作。一方面，公共衛生概念、政府要為人民的健康負責這個想法，並不屬於中國傳

統的治國理念。另一方面，傳統的知識，亦無法產生公共衛生政策的具體內容。因此直至清末，我們不曾看見全國性的防疫或衛生體系。這類型的公共衛生概念與做法，純粹是從西方引進的。

西方18世紀以來的公共衛生制度與防疫發展

大概可以說，直至18世紀初，東西方的防疫概念與措施並沒有太大的差異。甚至可以說，由於中國優良與豐富的個人衛生傳統，及地方社會靈活的組織動力，使得在防疾效果方面，中國社會可能占了優勢。但到了18世紀，西方的公共衛生的概念與策略漸趨成熟，這方面的經驗先從都市或城邦的管理開始，到後來由國家中央主導跨部門的全國性策略，一方面汲取了新興科學的知識，一方面依靠茁壯中的主權國族(nation-state)的政治與經濟強勢，這些都是西歐社會的獨特歷史經驗。

此時歐洲正處於樂觀的啟蒙時代。社會改革者認為「自然」有其秩序，人有能力控制與操縱自然。只要知道疾病原因，就可以改變或控制環境以防止疾病。同時他們也認為所有公民應享有健康的權利，人民健康問題也是國家應積極介入的範圍。歐洲人開始要求的是一種開明專制的公衛制度，由上層強力策畫與推動，同時改革的重點在發展快速、環境欠佳的都市，目的是減少疾病、改善人的健康。

公衛制度從收集精確統計資料做起，法國、英國等西歐國家從18世紀開始系統地、定期地收集有關氣候、疾病、出生、

死亡等統計資料。一套精細的統計數學方法漸趨成熟並普遍運用在行政事務上。中央與地方亦逐步建立一個有機的行政體制，由地方(如法國的地方衛生議會)提供系統的、科學的資訊並執行政策，由中央(如法國的皇家醫學協會)主導政策方針與提供行政資源，並各自整合不同學門的專家，以討論問題及執行政策。可以說到了19世紀初期，歐洲較富強的國家中央都能大致上掌握全國人口與疾病變化情形。在這方面，我們看到西方主權國族強化之後行政管理科學的革命性發展。

在這第一波的公衛運動中，主導的衛生思想仍是傳統的環境與氣候理論。目標是針對髒臭的致病「瘴氣」(miasma)。為了改善都市空氣的流通、水質等問題，18世紀的公衛專家開始拆城牆、移建墳場、搬遷城內的牲口屠宰場、改善下水道與污水溝系統、拓寬道路等。因此參與這波運動的專家包括藥劑化學師、工程師、獸醫、統計師、醫生、技術官僚等。許多史學家認為18世紀歐洲人死亡率的下降，與這波公衛改革最有直接關係。

到了19世紀初，都市貧窮與疾病的關係更受到公衛專家的重視。這與當時新的疫疾有關。19世紀的歐洲已脫離傳統疫疾，如麻瘋、鼠疫的威脅，而面對的是與工業革命、長程貿易息息相關的新疾：霍亂與肺結核，而這些高死亡率的疾病特別影響都市貧民。在細菌論提出之前，這些新疾似乎更進一步證實了「瘴氣論」，骯髒、貧窮、疾病似乎是個鐵三角。衛生專家在推動公共衛生策略時自然地把技術問題、社會問題、醫學問題同時考慮。其中污水與貧窮、疾病的關係顯得最為突出，因此，

下水道工程與污水處理問題，成為改革的重點。在這方面，英國的發展無疑領先各國。法國巴黎也有長足的進步，1788-1907年之間，平均市民可用的下水道增加了84倍。下水道的改善確使19世紀後期，霍亂在歐洲的疫情大大減輕。英國著名的公衛先驅查德維克(Chadwick)、法國的巴杭杜沙特雷(Parent-Duchatelet)在19世紀中所領導的改革成為西方國家中最具代表性的例子。在19世紀末巴斯德(Pasteur)、柯赫(Koch)等科學家提出細菌論，強化傳染理論，並把公衛思維移至實驗室內之前，英、法的公衛策略是最完整的。直到今天，19世紀中的英、法公衛改革成就仍深具啟發性。

歐洲18世紀以來的公共衛生改革運動中還值得一提的是醫院改革一項。上文提到中國有古老的「病坊」傳統。其實西方也有以恤貧病為主的宗教機構。不同的是，基督教西方的傳統病坊一直依賴豐厚的資源得以發展，而中國的佛教病坊則隨著唐以後佛教被政治打壓而沒落，之後的俗世病坊所得到的資源既無延續性，亦不豐厚。基督教醫院早在7世紀的拜占庭時期開始往專業治療機構方向發展。當時這些稱為xenon的慈善醫院已不只收容貧病，已開始與醫學專業做初步的結合。醫院中已有駐院的醫師與助護，而且這些醫護人員在城內各屬相關的專業行會，他們的專業資格、職業行為因此受到審視，而醫院如教堂一樣，也成為城市的主要特色。到了9世紀，醫院的醫生制度已發展出一個較完整的等級制，能當主治大夫的只有城內最具名望的醫師。換言之，基督教傳統中的醫院較早與醫藥專業結合，並漸擺脫宗教色彩。這個結合發展到文藝復興時期，即16

世紀以後已類似今天我們所了解的醫院。

鼠疫在歐洲的猖獗也推動了醫院的改革。在15世紀末以前，歐洲主要城邦多以嚴厲的隔離政策處理鼠疫。此時，鼠疫是被認為會透過接觸而傳染的例外疾病(另一例外是麻風)，由於死亡率極高，城邦政府往往以強大的武力、警力，結合著政治與法律界精英來強勢執行隔離。但是這種將全區、全城、甚至整個省分與外界隔離的政策往往有極負面的後果：如階級分化、家庭分化、經濟危機、行政貪污(醫生或官僚受賄而隱瞞疫情)等，而且經驗也證明這種社會成本極高的隔離方式不一定有效(當時人不知道鼠蝨是媒介，病人雖被隔離了，但病鼠無法被隔離，疾病照樣傳播)。因此15世紀以後，歐洲主要城邦在對抗鼠疫時調整了隔離的政策，那就是加強發展防疫醫院制度。其中最大型之一是米蘭在16世紀初建的鼠疫醫院，這醫院共有280個病房，並具三個功能：作為隔離場所、治療場所、康復場所。在1630年鼠疫中，米蘭鼠疫醫院曾收容1萬6000個病人。可以說，從16世紀開始，鼠疫在歐洲富裕的地區中不但推動了醫院制度的發展，也促進了醫學倫理的建立。在新型醫院服務的醫生多在城邦的醫學院受訓，他們效忠城邦，或國家、或地區，而不再如從前般只為權貴服務，謀取個人利益。歐洲醫生的社會地位，也是從此時開始提升。這些類似城邦公務員的醫生如遇疫災時自己率先逃離，會被嚴重處罰，包括喪失市民與行醫的資格。到了17世紀中後期鼠疫已漸淡出歐洲舞台之際，這類的鼠疫醫院在歐洲大都市卻處處可見。

18世紀後期的醫院改革就建立在這個基礎之上。此時主要

的改變是徹底消除醫院過去的宗教性質，而改為完全的專業治療機構，同時緊密地與醫學教學結成一體，法國大革命是推動這個重大改革的臨門一腳。這方面的改革在19世紀正式上軌道，將歐洲醫學專業的發展帶入新時代。此後，醫生從書本學習到臨床實習、正式行醫等都有一套完整制度與程序，教學醫院成為訓練的主要場所，這一切並直接由國家監控，而醫生亦通常被視為應為國家服務的公務員。

19世紀西歐國家發展出來的公衛制度，首次受到嚴厲的挑戰是在1918年世界大戰結束前夕，當時一場所謂「西班牙流感」之疫橫掃全世界。衛生策略在此時的重點已因細菌論革命而轉進實驗室。歐洲主流的專家以發展疫苗為最高目標，反而輕忽了一般的防衛策略。英國的高死亡率(至少22萬5000人死亡。染病率從30%至70%)的原因之一就是公衛系統過分依賴在實驗室的科研，對採取傳統防疫措施的態度過於消極。其實這次流感病毒的疫苗要十多年之後才被研發出來，根本對當時的防預無任何助益。反而澳洲因為嚴格執行傳統的海港檢疫而受害較淺。可以說，在實驗室研究細菌與病毒成為預防醫學的主流之後，廿世紀初的西方公衛體系仍在適應新方法與疫情。這個讓全世界喪失2000萬至5000萬人口的疫災促使公衛體制進一步現代化，這個發展在美國尤其明顯。

清末以來中國的防疫與衛生工作

相對於歐洲自18世紀以來的公共衛生運動，中國近代公衛

與防疫的發展無疑是被動的、舉步維艱的。首先，公共衛生制度的主要推動力量，並非來自對改善衛生環境的要求，而是在帝國主義列強虎視眈眈之際，對維護國家主權的堅持。自1860年代以後，外國人為了防止世界性流行的霍亂，紛紛在上海、廈門、汕頭等海港成立檢疫站、訂立檢疫條例，並由外國人執行。1894年香港爆發鼠疫之後，外國人主導的防疫措施更是嚴格執行。清政府深感主權被剝奪之苦，在庚子亂後推動「新政」時，公共衛生制度的建設遂成為重點之一，為的是保衛國家尊嚴與收回主權。1902年天津發生霍亂，外國人極為恐慌，並向清政府明確表示，如果要收回天津主權，清廷必須將公共衛生現代化。這就是當時北洋大臣袁世凱在天津成立第一個中國主導的衛生機構「北洋衛生局」的背景。這個機構以德、日的衛生警察制度作為藍本，監督城市內的公共衛生設施，並負責奉天省各海港與鐵路的檢疫工作、管理醫師與藥師、藥品、醫院等，儼然一現代衛生行政官僚體制。從1902年至1911年辛亥革命為止這10年間，清政府的確企圖成立全國性的衛生體系，以北洋衛生局作為起點，希望全國各地模仿成立類似的制度。但是無論在行政基礎方面、專業知識方面、資源配合方面，當時的中國實在沒有條件在短短10年內建立龐大繁複的體系。

清政府在失去政權前夕在公衛方面最後的一擊是對東北鼠疫的對抗。1910年冬東北的鼠疫情勢日漸嚴峻，鼠疫隨著工人返鄉過年的途徑流竄。外務部派留英的馬來亞華僑伍連德醫生至哈爾濱指揮防疫事宜。伍於1910年12月底到達，次年元月策畫整套防疫計畫，用軍、警力量將地方分區管治、檢疫，利用

學校及其他空置房屋作為隔離病人之用。同時禁止所有大型公眾活動。每區設有隔離站，替人量體溫把脈。同時所有交通工具均受檢、城內的巡警亦需負責逐家檢疫的工作，這一切都以西式防疫方式進行。當時伍連德感到最棘手的問題之一是屍體埋葬問題，這個問題在古今的疫災中均最令人傷神。當死亡率達到高峰時，雖然屍體已不棺而葬，但竟一度超過六星期沒有任何埋葬的行動，堆積的屍體長達一哩多，這當然不是由於缺乏棺木，而是嚴冬冰硬的土地難以挖掘，根本無法下葬。伍連德為了盡速解決問題，要求朝廷發飭令，允許集體火葬。他已顧不得此舉違反漢人的下葬傳統，而清廷也完全配合他的要求，讓屍體堆積的問題確能及時得到解決。就這樣，伍連德成功地運用國家的公權力來強力執行不受歡迎的緊急政策，達到防疫的目的。

不過，雖然此役得伍連德的專業修養、魄力及清廷的充分配合，但是由於醫生、警力與經費的短缺，仍有不少無辜喪命者，包括被誤診而死在隔離站的人，死亡人數也至少達6萬。

東北的鼠疫過後，伍連德的聲望達到高峰，他不但在1911年4月在瀋陽舉行的萬國鼠疫研究會（International Plague Conference）被各國代表選為會長，同時他也成為隨後成立的「北滿鼠疫防疫處」的處長，專門負責鼠疫與霍亂的防治工作。半年後，辛亥革命結束了清政權，但伍連德的工作卻並不因此而中止。民國以後，他仍出任防疫處，直至1931年日人占領東北為止。他並在東北建立了幾間鼠疫隔離醫院。不過，民國期間他的防疫經驗處處顯示西式防疫法在中國社會生根的困難。

1917-18年山西發生鼠疫（當時亦有專家認為此疫其實是肺炎而非單純鼠疫，即當時流行全世界的感冒大疫），伍連德奮不顧身投入現場指揮抗疫的工作。大概他認為工作應類似六年前的經驗，但是他很快發現當地並無統一的指揮中心、前往關注的官員來自各不同單位，各有看法與計畫。中央的衛生官員多無足夠的專業訓練，又不接受伍的意見，而地方上的人甚至為了反對防疫，企圖放火殺害防疫人員。伍這次挫敗的防疫經驗顯示民國以後，比前清更弱勢的中央無力推動有效的防疫政策。

疫後，北京雖在1919年成立中央防疫處，但是其實難有作為。要等到南京政府成立後的1930年代才有較積極的全國性政策。1932年民國政府完全收回各海港的檢疫權，結束檢疫由不同部門各自為政的混亂局面。這個設在上海的「全國海港檢疫處」同樣由伍連德主持，當時他剛因日本之占領東北而卸下「北滿鼠疫防疫處」處長一職。當然，不久，這個新成立的全國性制度也因日進一步侵華而中止。

從清末到南京政府時期，伍連德無疑是中國近代防疫的主要角色，他亦以「鼠疫戰士」（plague fighter）自居，立志將現代化的衛生防疫方法帶入中國。這位西化醫生的專業知識與對防疫的投入，實毋庸置疑。從他的自述中，可看出他較單純地以抗疫為目標，並沒有太多政治上的考慮。但其他人是如何看待他的防疫工作呢？當時也曾受西方醫學教育的史學家陳垣是以這樣的態度肯定伍在東北的貢獻：「東三省之役，我當軸者受日俄之迫挾，以為是輕視各國人民之生命，我不實力，彼將越俎而謀之。我當軸者始怒然懼，急草檢疫制度，遣醫赴奉，收

復主權。京漢鐵路至兼用女醫檢疫。大功告成，監國賜見，中國臣民且隨外人一而俱免拜跪……然是役苟非伍君之資望，則亦不足以攝服眾賓，其不假手他人，主權旁落者幾希。」換言之，就算對有識之士如陳垣而言，此次鼠疫的教訓，並非防疫工作應如何進行，而是主權不能被侵犯的問題。而伍的功勞首在保衛了中國的主權，真正的防疫功績尚在其次。之前，陳垣在討論中國應否參加1910年的「萬國衛生會」時，也曾作以下考慮：「吾國獨不在萬國中耶？人不與我入會，抑我不入人會耶？……蓋一入會，則人將干涉我之不衛生矣。雖然，寧可受干涉，不可不入也。未識吾政府知有此會乎？」可見當時關心國事的知識人，對衛生問題的看法，充滿矛盾、焦慮與不安。在政治問題、愛國情緒與衛生專業之間，無所適從、不知取捨。

至於一般百姓，對新興衛生政策的懷疑更不在話下，並且純粹從個人日常經驗出發。陳垣以諷刺的口吻舉出清末人幾種抵制衛生政策的普遍態度：「某屋某人好潔甚，亦不免於疫，某屋某人不潔甚，亦不見其死，衛生之說僞也，此又一等。從前無人言衛生學，未見人種絕，今日人人言衛生學，未見癟疫絕，此又一等。年稍大者曰：衛甚麼生，我幾十歲，何物不食，何水不飲，亦未曾死去。凡此皆抵制衛生之說者也。」顯然，中國近代社會對衛生政策的原則與需求，沒有太大的了解與共識。

中國近代公衛制度發展的經驗，相對於西方社會從18世紀以來以整合各專業為基礎、從上而下貫徹全國的發展過程，實在有太多不同之處。或許中國近代獨特的歷史處境、社會對健康問題的不同期待，使得華人社會在落實公共衛生或防疫制度

時，總無法完全專注於專業層面。

結論：為何中國社會仍重醫療、輕衛生

今天大家對SARS的防治有一普遍的批評，就是重治療，輕衛生、預防。其實如果從歷史的角度去思考這問題的話，比較容易得到啓示。治療是面對疾病最直接了當的解決方式，中國醫學傳統也有一強壯的傳統，從不需要其他方面的支援，對一些疾病的療法，傳統中醫也有極輝煌的歷史。然而健全的預防、衛生制度的必要條件就複雜得多，需要跨專業、部門的精密合作，以及自律性極高的人民，缺一不可。它需要高度發展的行政科學、行為科學及自然科學的配合，近代西方公衛制度是一個特殊時空下的產品：主權國族體制的建立、各種現代科學專業的形成、現代工業化的茁壯所帶來的財富、啟蒙思想下的開明專制理想。這些條件的巧妙配合讓一項極其艱巨的工程得以實現。與其說中國社會做不到是一種羞恥，不如說歐洲在19世紀成功地發展出來的堅固基礎是一項奇蹟。

要移植一朵基因複雜的花朵到完全不同的土壤來的時候，如草率行事，這花不是迅速枯萎，就是長成了變種的花，不符合原來的期待。除非種植者花更多的心思去研究、改變土壤的成分，甚至改變花的基因，讓它更茁壯美麗地長在新的土壤中。這些都需要極大的智慧與堅持，甚至需要一些好運氣。

1911年汕頭紳商為了應付他們高度顧慮的西式防鼠疫措施，自行設立鼠疫防疫會，此會的重點是免費提供血清注射。

就是以單純治療的方式對付鼠疫。其章程之一這樣說：「文明國對於防疫，皆為法律所規定，醫士得按法療治之職權。我國人民知識未廣，甚難強行，惟有聽人自便。」商會的反應是典型的，靈活、機動而帶有理性，這個反應無疑在傳統中找到養分(傳統的施藥不外如是)。對於抽象而強制性的防疫制度他們則充滿疑慮與不信任。今天的我們與百年前的華人相比，有多少改變？

中國中古時期的瘟疫與社會

林富士

中央研究院歷史語言研究所研究員

引言

「嚴重急性呼吸道症候群」(Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)被認為是21世紀人類的第一個傳染病。這種傳染病據說是在2002年冬天首度現身於中國的廣東。到2003年5月底為止，其所傳布的國家(地區)共有31個，遍布亞洲、歐洲、美洲、非洲和大洋洲，不過，根據世界衛生組織(World Health Organization; WHO)所獲得的通報，受到感染的人數其實還不到一萬人，死亡人數更不到一千人，而且絕大多數集中在中國、香港、台灣、新加坡這些華人國家以及加拿大。然而，這種「煞死病」(SARS)所帶來的衝擊卻相當驚人，經濟和社會層面姑且不論，單是政治方面，中國已有衛生部長和北京市長因而丟官，

2003，春之煞：SARS流行的科學和社會文化回顧

2003年8月初版

定價：新臺幣250元

有著作權・翻印必究
Printed in Taiwan.

著 者 賴明詔等
主 編 中央研究院
科 學 教 育 推
動 委 員 會
發 行 人 劉國瑞

出版者 聯經出版事業股份有限公司
台北市忠孝東路四段555號
台北發行所地址：台北縣汐止市大同路一段367號
電話：(02)26418661
台北忠孝門市地址：台北市忠孝東路四段561號1-2樓
電話：(02)27683708
台北新生門市地址：台北市新生南路三段94號
電話：(02)23620308
台中門市地址：台中市健行路321號
台中分公司電話：(04)22312023
高雄辦事處地址：高雄市成功一路363號B1
電話：(07)2412802
郵政劃撥帳戶第0100559-3號
郵 撥 電 話：26418662
印 刷 者 世 和 印 製 企 業 有 限 公 司

責任編輯 簡美玉
封面設計 胡筱薇

行政院新聞局出版事業登記證局版臺業字第0130號

本書如有缺頁，破損，倒裝請寄回發行所更換。
聯經網址 <http://www.udngroup.com.tw/linkingp>
信箱 e-mail:linkingp@ms9.hinet.net

ISBN 957-08-2616-9 (平裝)

2003，春之煞：SARS 流行的科學和
社會文化回顧 / 賴明詔等著．中央研究院
科學教育推動委員會主編．--初版．
--臺北市：聯經，2003 年（民 92）
232 頁；14.8×21 公分。

ISBN 957-08-2616-9(平裝)

1.嚴重急性呼吸道症候群 2.公共衛生

415.4

92013186

聯經出版公司信用卡訂購單

| | |
|------------------|---|
| 信用卡別： | <input type="checkbox"/> VISA CARD <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 |
| 訂購人姓名： | _____ |
| 訂購日期： | _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 信用卡號： | _____ |
| 信用卡簽名： | _____ (與信用卡上簽名同) |
| 信用卡有效期限： | _____ 年 _____ 月止 |
| 聯絡電話： | 日(O)_____ 夜(H)_____ |
| 聯絡地址： | □□□_____ |
| 訂購金額： | 新台幣 _____ 元整 (訂購金額 500 元以下，請加付掛號郵資 50 元) |
| 發票： | <input type="checkbox"/> 二聯式 <input type="checkbox"/> 三聯式 |
| 發票抬頭： | _____ |
| 統一編號： | _____ |
| 發票地址： | _____ |
| 如收件人或收件地址不同時，請填： | |
| 收件人姓名： | <input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 小姐 |
| 聯絡電話： | 日(O)_____ 夜(H)_____ |
| 收貨地址： | _____ |

• 茲訂購下列書種，帳款由本人信用卡帳戶支付。

訂購辦法填妥後

直接傳真 FAX : (02)8692-1268 或(02)2648-7859

洽詢專線：(02)26418662 或(02)26422629 轉 241