中央研究院歷史語言研究所集刊
第七十四本，第三分
出版日期：民國九十二年九月

十九世紀後期英國醫學界對中國痲瘋病情的調查研究

李尚仁*

本文探討十九世紀後期英國醫學界對中國痲瘋病情的調查研究，並分析當時關於痲瘋病因和傳播方式的醫學爭論。自十六世紀以來，痲瘋在歐洲大多數地區已消失無蹤。然而，十九世紀隨著歐洲的帝國主義擴張以及勞動移民的增加，使得歐洲人接觸痲瘋病患的機會大增。十九世紀初，歐洲醫界大致認爲痲瘋是遺傳病，並不會對歐洲造成太大威脅。然而，一八六〇年代在夏威夷出現多起痲瘋病例，使得西方再度出現對痲瘋的恐懼。由於夏威夷過去並沒有痲瘋病例，此一事件令不少人懷疑痲瘋可能會傳染，而且是由中國苦力帶入當地的。擁有龐大殖民地的英國政府相當注意夏威夷痲瘋事件，而這也促使了英國醫界加強海外的痲瘋研究。十九世紀歐洲醫界認爲中國是痲瘋主要盛行區域之一，許多來華的醫療傳教士以及在中國海關擔任醫官的英籍醫師，對痲瘋研究相當有興趣。一八六〇年代和一八七〇年代，大多數來華英國醫師認爲痲瘋是遺傳病。儘管中國人普遍相信痲瘋會經由性行爲傳染，英國醫師卻對此存疑。到了一八九〇年代，痲瘋傳染說逐漸成爲英國醫界的主流意見；也有越來越多的醫師認爲中國移民將痲瘋散播到世界各地。英國醫師康德黎在香港行醫、教學多年，他獲得英國國家痲瘋基金會論文獎的研究著作，就是此一論點的重要代表。此外，康德黎也主張痲瘋會透過性行爲傳染。本文指出，新興的細菌學說雖然促使英國醫界接受痲瘋傳染說，這段期間它在中國的痲瘋研究卻沒有扮演任何實質的角色。事實上這些研究主要仍依賴舊式的疾病問卷調查，而這正是十九世紀英國殖民科學與醫學常用的研究方法。本文進一步指出，英國痲瘋醫學研究之轉折和西方種族主義的高張以及熱帶醫學的專科化，有著密切的關係。

關鍵詞：痲瘋 十九世紀中國 英國醫學 接觸傳染說 種族主義

* 中央研究院歷史語言研究所

一、前言

在歷史上痲瘋 (leprosy) 長久以來一直和各種宗教迫害、文化成見糾結難解，若要探討疾病與社會、文化的關係，痲瘋的歷史無疑蘊含豐富的材料。痲瘋病患在西方受到強烈歧視的原因，可回溯至舊約聖經《利未記》十三、十四章，記載「痲瘋」是種令上帝不悅的不潔之病。後世一些學者認爲《利未記》翻譯發生錯誤，原文的 zara'ath（或 tsara'ath）係泛指不潔的皮膚病，卻被誤譯爲 *leprae*（痲瘋），爲西方痲瘋病患的污名種下宗教根源。[1] 痲瘋的症狀容易與梅毒、苺疹病 (yaws) 乃至數種皮膚病混淆，正確診斷並不容易，史料記載的「痲瘋」是否就是現代醫學定義下的痲瘋，其實大有疑問。[2] 中世紀痲瘋的真實身分在醫學界與史學界爭議不斷。早在十九世紀末法國醫師暨歷史學者布黑 (F. Buret) 就發表異議，認爲中世紀的痲瘋其實是梅毒。[3] 部分學者還認爲，由於當時常由神職人員鑑定痲瘋病患，誤診的可能性非常高。考古學者於丹麥涅斯特華德 (Naestved) 的 St. Jorgens 痲瘋病患墳場，挖掘出西元一二五〇年至一五五〇年間下葬的屍體，遺骨經古病理學 (paleopathology) 檢驗，斷定死者生前患有痲瘋。然而，持反對意見的學者認爲，考古發掘只能證明此一疾病當時已存在歐洲，卻無法保證史料記載的「痲瘋」病例罹患的都是現代醫學定義下的痲瘋。[4]

---

[1] Michael Dols, "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Science* 34(1979): 314-333; J. N. Hays, *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History* (New Brunswick: Rutgers Univ. Press, 1998), pp. 21-23; Sheldon Watts, *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism* (New Haven: Yale Univ. Press, 1997), pp. 40-64. 中世紀對痲瘋病患的迫害，也可參見 Carlo Ginzburg, *Ecstasies: Deciphering the Witches' Sabbath*, tr. Raymond Rosenthal (London: Penguin, 1991), pp. 33-62.

[2] 近年痲瘋史的研究回顧，請參閱 Ann G. Carmichael, "Leprosy," in Kenneth F. Kiple *et al.* (eds.), *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1993), pp. 834-839; Hays, *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History*, pp. 20-29.

[3] Mark S. R. Jenner and Bertrand O. Taithe, "The Historiographical Body," in Roger Cooter and John V. Pickstone (eds.), *Medicine in the 20th Century* (Amsterdam: Howard Academic Publisher, 2000), pp. 187-200, on p. 188.

[4] Ynez V. O'Neill, "Disease of the Middle Age," in *The Cambridge World History of Human Disease*, pp. 270-279, on pp. 273-275. 對於此一辯論的討論，參閱 Hays, *The Burdens of*

痲瘋的回溯診斷 (retrospective diagnosis) 仍舊問題重重。

十九世紀西方醫學的痲瘋研究有許多重要的發展，支持不同學說的醫師，對於痲瘋病因有數種不同的看法與解釋，痲瘋的疾病分類學 (nosology) 研究也發生爭論，痲瘋如何傳播的問題更是爭議的焦點。挪威醫師韓生 (Gerhard Henrik Armauer Hansen) 於一八七三年發現痲瘋菌，爲現代醫學的痲瘋知識奠立重要基礎。爲紀念他的成就，醫界甚至將痲瘋改稱爲 Hansen's disease。[5] 然而，Hansen's disease 的致病細菌 *Mycobacterium leprae* 感染力甚弱，許多人對此細菌天生免疫，即使與痲瘋病患密切接觸也不會染病。因此，韓生的發現公諸於世之後，西方醫界對痲瘋是否會傳染仍爭議甚久。十九世紀西方醫學對痲瘋的傳播途徑與疾病身分 (disease identity) 的研究與爭議，是個有待探討的醫學史議題。目前有關十九世紀痲瘋病史的研究，主要集中在痲瘋遭到污名化 (stigmatization) 的過程，以及教會收容與治療痲瘋病患的慈善醫療措施。[6] 澳洲、印度與美國等個別國家控制痲瘋傳播的醫療衛生政策，尤其是痲瘋療養病院的設立以及病院管理措施，也有不少的歷史研究。[7] 殖民醫療體制對痲瘋病患的管制或隔離措施，

Disease: Epidemics and Human Response in Western History, pp. 20-29.

[5] 由於所謂「痲瘋」、「癩病」及英文的 "leprosy" 等名詞，在歷史上經常是一種污名，因此醫學界近來大多以 "Hansen's disease" 一詞來稱呼此一疾病。本文在歷史敘事上爲避免時代錯亂 (anachronism) 之混淆，以依循當時之用語爲原則，因此中文仍使用痲瘋與痲瘋病患，英文也仍沿用 "leprosy" 一詞。

[6] 關於痲瘋病污名化的歷史研究，參見 Zachary Gussow and George S. Tracy, "Stigma and the Leprosy Phenomenon: the Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries," *Bulletin of the History of Medicine* 44(1970): 425-449; Liora Navon, "Beggars, Metaphors, and Stigma: A Missing Link in the Social History of Leprosy," *Social History of Medicine* 11(1998): 89-105。關於痲瘋病與傳教醫學的關係，參見 Rita Smith Kipp, "The Evangelical Use of Leprosy," *Social Science and Medicine* 39(1994): 165-178. Zachary Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control* (Boulder: Westview Press, 1989) 一書宣稱十九世紀海外傳教士的負面報導，是造成痲瘋與種族歧視結合，以及強制隔離措施受到支持的重要因素，但有歷史學者對這點持相反意見，參見 Sanjiv Kakar, "Leprosy in India, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine," *Medical History* 40(1996): 215-230.

[7] 關於英殖印度的痲瘋政策，請參見 Kakar 前引文以及 Jane Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement* (Basingstoke: Palgrave, 2002), pp. 36-60, 134-191; 關於美國請參閱 Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*; 關於澳洲則請參閱 W. S. Davidson, *Havens of Refuge: a History of Leprosy in Western Australia* (West Perth: Univ. of Western Australia Press, 1978); Suzanne Saunders, *A*

如何建構出被殖民者的身分 (identity)，以及被殖民者如何反抗這些措施等課題，近年也出現幾篇精采的殖民醫學史研究。[8] 然而整體而言，關於十九世紀西方醫學的痲瘋研究，目前的史學探討仍相當不足，即使受現代醫學推崇爲痲瘋病因發現者的韓生，他的痲瘋研究經歷，以及他的學說被醫界接受的曲折過程，相關的歷史研究亦十分薄弱。[9]

十九世紀中國被視爲痲瘋主要盛行區域之一，然而西方醫學界在中國進行的痲瘋研究，目前仍是醫學史甚少觸及的領域。本文以英國醫學界對中國痲瘋病情的調查研究爲主題，探討十九世紀中到十九世紀末，來華英國醫師何以對同樣的疾病現象做出相當不同的觀察與解釋，並分析他們關於痲瘋病因和傳播方式的討論。本文以英國倫敦的皇家醫師院 (The Royal College of Physicians) 與英國來華醫師康德黎 (Jame Cantlie, 1851-1926) 分別於一八六〇年代與一八九〇年代進行的痲瘋研究爲例，指出這兩篇報告對於痲瘋是否會傳染的問題，雖然看法南轅北轍，但使用的研究方法其實大同小異，兩者皆倚重英國殖民醫學、殖民科學乃至殖民行政管理所常使用的調查 (surveys) 研究方法。這兩篇報告呈現的醫學觀點轉變，則和歐美的帝國主義擴張活動、種族主義高張、排華風潮興起以及熱帶醫學的專業化，有著密切關係。[10] 本文並且討論來華英國醫師對於當地資訊

Suitable Island Site: Leprosy in the Northern Territory and the Channel Island Leprosarium, 1880-1955 (Darwin: Historical Society of the Northern Territory, 1989).

[8] Warwick Anderson, "Leprosy and Citizenship," *Positions* 6(1998): 707-730; Sanjiv Kakar, "Medical Developments and Patient Unrest in the Leprosy Asylum, 1860-1940," in Biswamoy Pati and Mark Harrison (eds.), *Health, Medicine and Empire: Perspectives on Colonial India* (London: Sangam Books, 2001), pp. 188-216; Megan Vaughan, "Without the Camp: Institutions and Identities in the Colonial History of Leprosy," in *idem, Curing their Ills: Colonial Power and African Illness* (Cambridge: Polity Press, 1991), pp. 77-99.

[9] 關於韓生的學術生涯，較爲詳盡的歷史研究可參見 T. M. Vogelsang, "Gerhard Henrik Armauer Hansen, 1841-1912: The Discoverer of the Leprosy Bacillus, His Life and His Work," *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 46(1978): 257-332. Shubhada S. Pandya "Anti-Contagionism in Leprosy, 1844-1897," *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 66(1998): 374-384, 簡短回顧了十九世紀西方醫學關於痲瘋傳染方式的各種學說，Jane Buckingham 則對英殖印度的痲瘋研究做了較詳盡的討論，請參見 Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, pp. 7-35, 107-133.

[10] 十九世紀痲瘋史涉及許多不同面向，本文限於篇幅只討論英國醫師對痲瘋病因與傳播方式的研究。十九世紀來華的西方醫生有不少人從事痲瘋病患醫護工作，英國傳教醫

(native information) 與在地知識 (local knowledge) 的使用，分析他們如何透過對中國資料的不同詮釋，來支持其截然不同的痲瘋病因論與傳播學說。

二、十九世紀西方醫學界對痲瘋傳播方式的探討

有關痲瘋的現代醫學知識濫觴於十九世紀，然而確立痲瘋是細菌疾病的過程卻充滿曲折。歐洲在十四世紀發生了史稱「黑死病」(the Black Death) 的嚴重瘟疫 (plague) 之後，曾於中世紀造成大恐慌的痲瘋就逐漸消退，到了十六世紀幾乎完全銷聲匿跡，除了北歐之外罕見其蹤。[11] 十九世紀前半，挪威是少數仍有本土痲瘋病例的歐洲國家，其痲瘋研究亦領先群倫。挪威醫師丹尼爾森 (Daniel Cornelius Danielssen) 和博克 (William Boeck)，對柏根 (Bergen) 地區痲瘋病患

師 J. L. Maxwell 宣稱：「一八六七年在汕頭傳教醫院開設的痲瘋病患收容所，是〔西醫在中國〕最早的痲瘋患者照顧工作。」此後「這工作大多就落在傳教士手中」。請參見 J. L. Maxwell, *Leprosy: A Practical Text-book for Use in China* (Shanghai, 1937), p. 3. 關於來華傳教士的痲瘋病患收容工作與中國痲瘋隔離制度的關係，目前梁其姿教授已在進行研究，筆者由她的研究獲益良多，在此特別感謝梁教授讓我閱讀她尚未出版的手稿。

[11] 痲瘋爲何會在此時於歐洲消失，仍是疾病生物史研究中的一大爭議。有些研究疾病生物史的學者推測，由於十四世紀開始侵犯歐洲的黑死病造成人口大量死亡，打斷了痲瘋病菌在人與人之間的傳染途徑。另外，也有學者認爲結核病在這段期間成爲人群常見的疾病，而結核病的致病細菌 (*Mycobacterium tuberculosis*) 與痲瘋的致病細菌菌種接近，接觸過結核病的人對痲瘋菌的免疫力會提高，而導致痲瘋的消失。關於這個歷史假設的討論，參閱 Kenneth F. Kiple *et al.* (eds.), *The Cambridge World History of Human Disease*, p. 3; Kenneth F. Kiple, "The History of Disease," in Roy Porter (ed.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1996), pp. 16-51, on pp. 28, 37. McNeill 則認爲，黑死病導致的人口減少，還不至於導致痲瘋完全消失，「因爲痲瘋在斯堪地維亞半島依舊存在，歐洲其他地方也有少許病例」。他也否認肺結核興起導致痲瘋減少，因爲只有在人口密集的城鎮崛起之後，才會導致肺結核感染增加。但黑死病發生之後的歐洲，並沒有市鎮興起的現象。McNeill 認爲當時所謂「痲瘋」其實是莓疹病，「痲瘋」消失是因爲螺旋體傳染途徑改變了，由接觸傳染改變爲透過性行爲傳染，結果原本的「痲瘋」（莓疹病）就變成了後來的梅毒。參見 William H. McNeill, *Plagues and Peoples* (New York: Doubleday, 1977), pp. 154-156, 引文出自頁155。還有學者認爲十六世紀歐洲痲瘋病例大量減少，是因爲當時醫師開始辨識出梅毒是個不同於痲瘋的疾病，之前原本會被診斷爲痲瘋的病患，之後則會被診斷爲梅毒，使得十六世紀之後歐洲的痲瘋病例大減。Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, p. 8.

進行有系統的研究。他們分析了兩百一十三名病人，發現其中百分之八十八有血緣關係。因此，他們認爲痲瘋是遺傳病，而且有隔代遺傳 (atavism) 現象，有時疾病遺傳隔了一代、兩代甚至三代才出現。例如某人得病，子女安然無恙，但孫子或曾孫卻又罹患痲瘋。丹尼爾森和博克在一八四七年出版研究成果，隔年該書法譯本出版。由於其一手研究內容詳盡、資料豐富且觀察仔細，使得該書論點對當時歐洲醫學界產生很大影響。細胞病理學 (celluar pathology) 創建者之一的偉大病理學家維考 (Rudolf Virchow)，宣稱此書是關於「痲瘋的現代生物學知識的濫觴」。[12] 丹尼爾森和博克的學說，由於否認痲瘋傳染的可能，也減少了歐洲人對於痲瘋可能透過傳染散佈而再度出現於歐洲的恐懼。

十九世紀後期，痲瘋卻再度引起歐洲大眾的憂慮。這並不是因爲痲瘋又在歐洲流行，而是歐洲的帝國主義擴張活動，使得海外歐洲人接觸痲瘋病患的機會大增。痲瘋成爲殖民政府必須面對的醫療問題，而且殖民經濟活動往往導致勞動人口流動，爲數眾多的奴隸、苦力與契約勞工 (indentured labour) 離鄉背井，移居千里之外。這些廉價勞力主要來自亞洲與非洲，而痲瘋在其中一些區域原本就是風土病 (endemic disease)。移民現象導致部分歐洲人擔心痲瘋是否會隨著這些流動人口四處散佈，甚至傳到歐洲。加上當時種族主義高張，歐洲人普遍認爲有色人種衛生習慣不良、身體污穢不潔，使得他們更加懷疑移民會散播痲瘋。[13] 原本沒有痲瘋病例的夏威夷，在一八六〇年代出現多起痲瘋病例，在西方引起嚴重關注。這個事件也對痲瘋遺傳說構成很大挑戰，因爲遺傳說很難解釋爲何原本沒有痲瘋的區域，會突然出現許多新病例。這個事件不只再度導致西方醫界爭論痲瘋是否會傳染，也使得一般民眾害怕痲瘋可能傳入歐洲。[14]

在討論痲瘋傳播方式時，十九世紀西方醫師提到「傳染」，所用的字是"contagious"，這個概念指的是「接觸傳染」，亦即透過人與人或人與物的直接接觸來傳染。當時並非所有學者都認爲接觸傳染原 (contagion) 是微生物，認爲傳

---

[12] Daniel Cornelius Danielssen and William Boeck, *Traité de la spedalskhed ou des elephantiasis des Grecs* (Paris: J. B. Ballière, 1848); Pandya, "Anti-Contagionism in Leprosy, 1844-1897," p. 377.

[13] Watts, *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism*, pp. 40-44, 64-83. Kakar, "Leprosy in India, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine."

[14] 關於夏威夷痲瘋病的歷史研究，參閱 Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, pp. 85-110.

染病病因是細菌等微生物反而是醫界少數派的主張。要到法國微生物學家巴斯德 (Louis Pasteur) 與德國細菌學家科霍 (Robert Koch) 崛起之後，細菌學說 (germ theories) 才日益受到重視。十九世紀許多西方醫師認爲「感染原」是一種化學毒素或酵素，一旦接觸或吸入會導致血液敗壞，產生出更多的毒素而引起疾病。感染原也是一種「刺激因」(exciting cause)，會削弱病人的體質 (constitution)，使得體質原本不佳的人生病。接觸傳染的疾病 (contagious disease) 既有別於遺傳疾病 (hereditary disease)，也不同於瘴氣疾病 (miasmatic disease) 與瘧疾 (malarial disease)。此外，當時對於 "contagion" 與 "infection" 也有清楚區別。後者類似今天的空氣傳染的概念，例如天花與麻疹等傳染力強、不需要緊密接觸就會染上的疾病，就被歸類爲 "infectious disease"。「瘴氣疾病」通常指腐敗的動、植物與穢物散發出惡臭毒素所導致的疾病。「瘧疾」主要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有害氣體，導致間歇發作的熱病 (intermittent fever)。在十九世紀的醫學理論中，這些名詞的意義與現代醫學的定義不盡相同，必須先釐清這些基本概念，才能了解當時西方醫界有關疾病傳播方式的爭論。[15]

在海外擁有大批殖民地的英國，對於痲瘋是否會透過接觸而傳染自是極爲關切。這不只牽涉到殖民地居民的健康，也攸關痲瘋是否可能傳入英國本土。加勒比海溫渥島 (Winward Island) 的總督，建議英國政府對殖民地的痲瘋病情進行有系統的調查，英國政府因而在一八六二年委託皇家醫師院進行相關研究。

皇家醫師院向海外歐洲醫師與外交官發放問卷，詢問當地痲瘋病情與相關資訊。調查完成後，皇家醫師院認爲沒有足夠證據顯示痲瘋會傳染。《痲瘋報告》指出：「全世界不同地方的觀察者見解一致，都相當反對痲瘋會傳染的看法」。《痲瘋報告》特別提出「就這點而言，痲瘋療養院工作人員經驗得來的證據，特別具有決定性」。[16] 許多痲瘋療養院工作人員長年與痲瘋病患接觸，卻沒染病。皇家醫師院的調查委員會認爲，這點足以證明痲瘋不會傳染。此外，該委員會發現「相關意見幾乎毫無異議地認爲，痲瘋通常會遺傳」。然而，《痲瘋報告》還

---

[15] 關於十九世紀英國醫學疾病理論的研究甚多，可參考 Christopher Hamlin, "Providence and Putrefaction: Victorian Sanitarians and the Natural Theology of Health and Disease," *Victorian Studies* 28(1985): 381-411; Margrate Pelling, *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865* (Oxford: Oxford Univ. Press, 1978).

[16] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy* (London: Eyre and Spottiswoode, 1867), p. lxix.

是審慎指出，有些病患身上「無法追查出遺傳的傾向」，因爲這些病例的家族病史無法找出痲瘋的先例。因此，「到底有多大比例的病例是遺傳而來，即使不是完全無法斷定，通常也極難斷定。」《痲瘋報告》結論還特別強調痲瘋會隔代遺傳。[17] 就預防措施而言，皇家醫師院主張廢除任何會影響痲瘋病患權益的法律，反對隔離與拘禁病人，也不支持限制病人旅行遷徙。[18] 換言之，皇家醫師院勞師動眾大舉進行痲瘋調查，最後得到的結論，卻無異於以丹尼爾森和博克爲代表的傳統主流學說。該份《痲瘋報告》的〈結論〉還在注釋中大量摘譯與轉述丹尼爾森和博克的主要論點，並且大表贊同，視之爲權威意見。[19]

皇家醫師院的調查所觸及的另一個重要議題，是痲瘋病是否是個獨立的疾病實體？或者它只是其他疾病所引起的症狀或併發症？當時有些醫師認爲某些疾病和痲瘋密切相關，甚至認爲它們其實是同一種疾病的不同症狀表現。象皮病與梅毒這兩種疾病就常和痲瘋混爲一談。皇家醫師院的《痲瘋報告》指出：「許多觀察者，尤其是在印度的觀察者，認爲痲瘋是梅毒的毒素所激發的，兩者是相關的疾病」。《痲瘋報告》還指出，由於「阿拉伯象皮病 (Elephantiasis Arabum)（又稱『巴貝多腿』 [Barbadoes Leg] 或『交趾腿』 [Cochin Leg]），和痲瘋常是同一個地方的風土病，有時兩種疾病還出現在同一個病人身上，因此有些人認爲它們是相關的疾病」。然而，皇家醫師院調查之後認爲痲瘋是獨立的疾病，與其他的疾病無關。《痲瘋報告》還特別引述丹尼爾森和博克的說法：「我們對痲瘋的描述顯示，它是個特殊的疾病，一旦完全發病，就不會和其他疾病混淆。」[20] 這一點是皇家醫師院的《痲瘋報告》最沒有爭議的部分，十九世紀中期之後，痲瘋是個獨立的疾病實體，已經成爲西方醫界主流共識了。

皇家醫師院認爲痲瘋是遺傳病而非傳染病，代表了當時英國醫界的主流意見，而得到不少支持。[21] 就連在印度對象皮病 (elephantiasis) 做出原創研究的路

---

[17] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* pp. lxvii-lxviii.

[18] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* p. vi.

[19] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* pp. lxiv-lxxiii.

[20] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* pp. lxviii-lxix, on p. lxix.

[21] 皇家醫師院《痲瘋報告》出版前後期間，英國出現不少支持遺傳說的論文，例如 Andrew Davidson, "An Account of Tubercular Leprosy in the Island of Madagascar," *Edinburgh Medical Journal* 10(1864): 33-41, on pp. 37-38; Alexander Fiddes, "Observations on Tubercular and Anaethetic Leprosy as They Occur in Jamaica," *Edinburgh Medical Journal* 2(1857): 1061-1084, on p. 1064; J. Labonté, "Tubercular Leprosy [pt. 1]," *Edinburgh Medical Journal* 23(1877-

易斯 (Timothy Richard Lewis, 1841-1886) 與其同僚D. D. 康寧漢 (D. D. Cunningham 1843-1914)，也支持痲瘋遺傳說而反對傳染說。[22] 然而這份《痲瘋報告》並沒有平息眾議，痲瘋的病因與傳染方式在英國醫界仍是爭議不休的議題。著名的皮膚科醫師福克斯 (Tilbury Fox) 在談到皇家醫師院的《痲瘋報告》時指出：

> ……許多寄回英國的報告，都是領事或其他非醫界人士寫的。這些報告必然包含主流觀點與人們的偏見，有些〔偏見〕還相當地驚人。由於沒有透過嚴格的醫學分析與批評來篩選事實，如此的來源必然含有相當程度的錯誤。這些錯誤又會滲透委員會的工作，使其失效。其實，他們所處理的〔材料〕在相當程度上等於是道聽塗說。[23]

一八七三年在柏根痲瘋病院工作的挪威醫師韓生，宣稱找到了引起痲瘋的細菌，使得痲瘋傳染說聲勢大振。[24] 然而，韓生的發現也未能使爭議底定，因爲英國醫界在一八七〇年代尚未普遍接受細菌學說，許多醫師認爲細菌學說太過簡化，忽略了環境其實在疾病發生過程中扮演了重要角色。[25] 之所以如此，並非全然因爲

1878): 224-228, on p. 228.

22 Timothy R. Lewis and D. D. Cunningham, *Leprosy in India: a Report* (Calcutta: Off. Super. Gov. Print, 1877), pp. 57-58, 71-72.

23 Tilbury Fox, "Leprosy, Ancient and Modern; with Notes Taken during Recent Travel in the East," *Edinburgh Medical Journal* 11(1866): 795-804, on p. 804.

24 韓生在柏根的上司正是以研究痲瘋病著名、提出痲瘋遺傳說且反對傳染說的丹尼爾森 (Daniel Cornelius Danielssen)。韓生後來娶丹尼爾森的女兒爲妻。韓生的學說與研究歷程牽涉廣泛，對其做詳細討論超出了本文的範圍，關於韓生的痲瘋病研究歷程，參見 T. M. Vogelsang, "Hansen, Gerhard Henrik Armauer," in Charles C. Gillispie (ed.), *Dictionary of Scientific Biography*, Vol. VI (New York: Charles Scribner's Sons, 1972), pp. 101-103. 韓生對痲瘋菌最早的描述見 Ole B. Bull and G. A. Hansen, *The Leprous Disease of the Eye* (Christiania: Albert Cammermeyer, 1873). 韓生進一步的痲瘋細菌學研究以及他對此理論的辯護，參閱 G. Armauer Hansen, "On the Etiology of Leprosy," *British & Foreign Medico-Chirurgical Review* 55(1875): 459-489; G. Armauer Hansen and Carl Looft, *Leprosy in Its Clinical and Pathological Aspects*, tr. Norman Walker (Bristol: John Wright, 1895).

25 James E. Strick, *Sparks of Life: Darwinism and the Victorian Debates over Spontaneous Generation* (Cambridge, MA.: Harvard Univ. Press, 2000), pp. 15, 129-156. 關於細菌學說在英國被接受的過程參見 Christopher Lawrence and Richard Dixey, "Practising on Principle: Joseph Lister and the Germ Theories of Disease," in Christopher Lawrence (ed.), *Medical Theory, Surgical Practice: Studies in the History of Surgery* (London: Routledge, 1992), pp. 153-215; Michael Worboys, *Spreading Germs: Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2000).

英國醫界過於保守而無法接受新學說。當時英國醫界對細菌學說激烈辯論中，「沒有任何研究者能明確區分不同的微生物，以確認某個特定疾病是由某種特定生物所引發的」。[26] 在這種情況下，光是宣佈在顯微鏡下看到微生物出現在痲瘋病患的組織，並不足以讓醫學社群放棄接受已久的學說而改奉新說。

三、皇家醫師院與海關醫官在中國的痲瘋調查

夏威夷發現痲瘋病例時，西方醫界就有人認爲，這是一八五〇年代到當地甘蔗農場工作的中國苦力所引進的。檀香山的希樂布蘭德醫師 (Dr. Hillabrand) 聲稱：「在一八五九年以前，〔夏威夷〕諸島無人知道這種疾病……但之後當地人就認得此病，並稱之爲『中國病』。」[27] 十九世紀西方認爲中國是痲瘋的主要來源之一，尤其視中國南方爲痲瘋盛行區域。[28] 因此英國皇家醫師院進行痲瘋調查時，中國是個受到重視的區域。

來華英國醫師在回應皇家醫師院的問卷時，有些看法相當一致。他們指出，痲瘋主要盛行於中國南部，尤其是福建與廣東。[29] 病患大都是下階層的窮人，生活在低窪潮濕、臭氣沖天的地方。這些患者的食物不營養、不新鮮、甚至已經腐敗。他們「沒有足夠衣物來抵禦氣候的變化」，其污穢不乾淨的生活習慣又進一步造成疾病的惡化。此外，「生活習慣不檢、縱慾過度、性行爲缺乏節制」都有害病情。[30] 上海的英國醫師詹姆斯・韓德森 (James Henderson) 的意見就很典型。他認爲：「上海周圍三十里的鄉下都是平坦的沖積土，氣候潮濕令人體質鬆弛。鄉間交錯著水溝與運河，很多稻田積水甚多」。當地人也沒有將房子地板建

---

[26] Terrie M. Romano, "The Cattle Plague of 1865 and the Reception of 'the Germ Theory' in Mid-Victorian Britain," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 52(1997): 51-80, on p. 75.

[27] Robson Roose, *Leprosy and its Prevention: as Illustrated by Norwegian Experience* (London: H. K. Lewis, 1890), p. 19.

[28] Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, p. 83. 當時認爲痲瘋在中國主要分佈在長江以南，Robert Lieving 在他書中就認爲：「中國南方有大量人口感染此一疾病，然而揚子江以北就很少見。」Robert Lieving, *Elephantiasis Græcorum or True Leprosy* (London: Longmans, Green & Co., 1873), p. 37.

[29] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* p. xiv.

[30] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* p. lxvii.

高，來防止土地產生的瘴氣進入屋內。此外，「個人與居家環境都極度骯髒，各個階級大多數人都染有皮膚病」，但痲瘋病患「似乎只限於下階層的人」。詹姆斯・韓德森將痲瘋的病因歸咎於食物：「劣質、不足且烹調不良的食物是痲瘋的主因。這裡的主食是米和蔬菜，下階層的人則吃很多池塘與水溝中的小螃蟹。他們的葷食似乎都料理不良，而且他們很少用鹽」。[31] 詹姆斯・韓德森對痲瘋病因的看法，基本上不脫十八世紀以來新古典醫學 (neo-classical medicine) 與熱帶衛生學 (tropical hygiene) 的解釋架構，以環境因素與生活習慣來說明疾病的產生。

英國醫師認爲膚色較暗的中國人，要比歐洲人更容易得到痲瘋。《痲瘋報告》〈結論〉宣稱：「在熱帶氣候，此一疾病出現在深色皮膚的人種遠多於出現在白人身上。」例如，印度各種族都易於染上痲瘋，歐洲人卻很少得病，但歐亞混血就較常得病。[32] 然而膚色深淺也非罹病難易的絕對指標，新加坡的回覆就宣稱：比起馬來人 (Malays) 和大雅人 (Dyaks)，中國人更常得痲瘋。[33] 這些英國醫師對痲瘋傳播方式的看法較不一致，除了遺傳之外，也有醫師報導中國人相信痲瘋是在低窪潮濕的地帶自然發生的 (spontaneously produced)。廣州的傳教醫師合信 (Benjamin Hobson) 宣稱，雖然他無法證明痲瘋是傳染病，但當地中國人相信它會傳染而對它充滿恐懼，「病患會被家人趕出，沒有人願意和他們住在一起或同桌吃飯」。合信形容「中國人就像猶太人一樣，視痲瘋爲不潔的疾病、是一種報應……他們對痲瘋病患感到恐懼與噁心」。[34] 詹姆斯・韓德森卻說他在上海從未見到有人認爲痲瘋病患會把疾病傳染給他人。[35] 英國醫師發現中國大多數地區不會隔離痲瘋病患，也不限制其行動，雖然有些地區設有收容所或痲瘋村，但卻沒有嚴格執行隔離。[36] 這些有關中國人對待痲瘋病患態度的報導不乏矛盾之處，除了報告者本身可能有觀察不周與帶有成見的問題之外，也有可能是因爲中國幅員廣闊，各地對待痲瘋病患的態度有所差異。[37]

---

[31] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. xxxiv, 78.

[32] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* pp. xxviii, lxvi.

[33] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* p. xxxi.

[34] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* pp. xl, 76.

[35] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* p. xliv.

[36] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* p. xlvi.

[37] 在清代內閣大庫的檔案記載中，痲瘋病患有的遭鄉人驅逐排斥，有人爲家人收留，可見當時各地並沒有一致的處置方式。請參閱劉錚雲，〈中央研究院歷史語言研究所藏內閣大庫檔案中的疾病與醫療史料〉，《古今論衡》4(2000)：128-131。

在皇家醫師院的《痲瘋報告》刊行之後，來華英國醫師與官員對痲瘋病的研究興趣不減。掌管中國海關的總稅務司赫德 (Robert Hart) 還特別下令海關醫官，對痲瘋必須特別注意並詳加報告。[38] 因此海關醫官對痲瘋也做了不少觀察與研究。雖然大多數醫官的看法與皇家醫師院的結論無太大出入，然而也有部分醫官對《痲瘋報告》中的某些特定論點持不同意見。當時海關唯一的中國籍醫官是畢業於愛丁堡大學的黃寬，他雖然也觀察到歐洲人罹患痲瘋的比例遠低於中國人，然而他並沒有用膚色與種族因素來加以解釋，而認爲這可能是因爲歐洲人食用較多的肉類，使得他們的身體較爲強健，不易感染痲瘋。[39]

海關醫官對於痲瘋的傳播機制則做了詳細的討論。有些醫官發現當地中國人認爲痲瘋極易傳染，而拒絕與痲瘋病患相處。[40] 日後有「熱帶醫學之父」美譽的萬巴德 (Patrick Manson)，早年在廈門擔任海關醫官時與其同僚穆勒 (August Müller) 發現痲瘋在廈門非常普遍，到他們醫院就診的病人有百分之七罹患此病。然而他們宣稱：「由於這個疾病是如此地普遍，以致於當地人並不覺得痲瘋病患噁心，反而和他們自在交往，視他們如常人」。[41]

雖然韓生對於痲瘋的細菌學研究引發不少討論，大多數來華英國醫師對其學說仍然存疑。遲至一八八八年，山東煙台的醫官 W. A. 韓德森 (W. A. Henderson) 還表示，「近來痲瘋是否會透過接觸傳染的問題再度引起興趣，所有有機會研究此一主題的人，都有責任記錄他們的經驗。」他也看過不少痲瘋病人，但是他卻「找不到任何足以證明痲瘋會傳染的正面證據，也無法就此一疾病的傳播方式這個重大問題做任何闡明」。他無法「找到任何一個病例的傳染源頭」，當他詢問病人時，所得到的答案大都是「沒有任何家人得到這種疾病，通常村子裡也沒有其他人得到這個疾病」。W. A. 韓德森因此認爲痲瘋會傳染的可能性微乎其微，他的結論是：「如果它有傳染能力，那必然很輕微，而且是以特

---

[38] 在每一期《海關醫報》(*Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs*, 以下簡稱 *Med. Rep.*) 的開頭都可看到赫德這道命令。

[39] F. Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," *Med. Rep*. No. 21(1881), pp. 41-47, on p. 43.

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

[41] August Müller and Patrick Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep*. No. 2(1872), pp. 10-23, on pp. 14, 23.

殊方式傳染的，還一定要在特別的情況下才能感染成功」。[42] 北京醫官德貞 (John Dudgeon) 則認爲痲瘋病因不只一種，而是「有三個來源：氣候、傳染 (infection) 和營養缺乏」。[43]

漢口海關醫官瑞德 (A. G. Reid) 對痲瘋特別注意觀察，他的報告討論了卡特 (Henry Vandyke Carter)、維考以及雷考克 (Thomas Laycock) 等著名醫師關於痲瘋的重要見解，顯示他對相關文獻的熟悉。對韓生的痲瘋傳染說，瑞德也有所保留：「如果痲瘋是病人體內發展的一種特定傳染毒素，那麼不論它是種化學毒素或是種生物，我們都很難理解爲什麼痲瘋並沒有在這個區域廣泛散播。這裡既沒有隔離痲瘋病患，也沒有強迫他們另外居住在特定的村落，他們甚至可以和親戚住在一起、與健康的人口混在一塊兒」。而且，根據「健康的當地人與痲瘋病患的證詞，痲瘋不會在不同家庭之間傳播，而只侷限在一個家庭之中……」。有些痲瘋病患娶了健康的妻子，但瑞德從未發現這些女人染上痲瘋，病患的小孩也有不少人安然無恙。如果痲瘋會傳染的話，這些長期接觸病患的婦女與小孩應該早就得病了。此外，瑞德數度見到「健康的兄弟把痲瘋病患帶來診所，一問之下，發現兩人同住一間屋子已有二十年，甚至更久。」瑞德沒有完全排除痲瘋傳染的可能，他認爲如果不是在「特定狀況」(certain circumstances) 下發生了傳染，很難解釋痲瘋如何能散播到三明治島 (Sandwich Islands)。然而，痲瘋在中國「已經是數世紀之久的風土病了，因此這個疾病顯然沒有透過傳染 (infection) 來大量傳播的趨勢。」[44]

萬巴德與穆勒對痲瘋是否會傳染的問題同樣持審慎態度。他們看過的五十名痲瘋病患當中，「有十三個人將其疾病歸咎於遺傳，四人歸咎於感染，另外有五人曾經感染梅毒」。不過萬巴德與穆勒並不認爲梅毒會引起痲瘋，[45] 這點他們和

---

[42] W. A. Henderson, "Dr. W. A. Henderson's Report on the Health of Chefoo for the year ended 31st December 1887," *Med. Rep.* No. 35(1888), pp. 15-16.

[43] John Dudgeon, "Dr. John Dudgeon's Report on the Health of Peking for the half year ended 30th September 1874," *Med. Rep.* No. 9(1875), pp. 21-33, on p. 30.

[44] A. G. Reid, "Dr. A. G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1875," *Med. Rep.* No. 10(1876), pp. 46-52, see especially pp. 48-52, quotation on p. 52. 瑞德在這篇報告還反駁了Robert Lieving 關於痲瘋很少出現在長江以北的說法，而指出湖北有不少痲瘋病例，*ibid.*, p. 52.

[45] Müller and Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," p. 23.

皇家醫師院的看法一致。萬巴德與穆勒認爲痲瘋是一種遺傳病，雖然有人主張它是傳染病，但他們認爲「在沒有直接的實驗或仔細收集廣泛的統計資料」之前，痲瘋到底會不會傳染實在「很難加以證明或否證」。他們主張任何關於「特定毒素」造成傳染的說法都必須考量「三個要素」，亦即「遭到感染的人、使得身體易遭感染的條件、引起感染的毒素」。萬巴德與穆勒認爲就這三方面而言，當時的研究都還不夠完備，因此他們審慎地宣稱：「我們不主張痲瘋是種傳染病，而且我們認爲相反的論點〔按：指痲瘋傳染說〕是根據不完整的數據草率達到的結論」。[46]

七年後萬巴德進一步指出，有許多疾病的分類仍不確定，各家說法不一、分類方式時有變動，「這是因爲我們對它們所呈現的現象了解還不夠，或是要證明它們的主要原因仍有困難，於是不論透過觀察或推理，都無法探知它們的祕密，從而對它們做出科學的分類。痲瘋就是這樣的疾病。」此時萬巴德的象皮病研究已有重大突破，他發現這個過去被認爲是熱帶氣候所引起的疾病，其實是絲蟲感染所致；而且蚊子是絲蟲的中間宿主，在該疾病的傳播過程中扮演重要角色。萬巴德進而認爲痲瘋的疾病現象和絲蟲病有類比之處，並懷疑痲瘋是否也是種寄生蟲疾病。萬巴德計劃對痲瘋病做進一步研究，希望「達成對痲瘋的科學分類 (scientific classification)，把它擺進疾病分類表 (nosological table) 中的正確位置」。[47] 雖然萬巴德後來的痲瘋研究沒有任何實質進展，但他仍然不願意貿然接受韓生的痲瘋細菌說。萬巴德認爲在細菌學流行的時代，許多人都在找痲瘋菌，也都自以爲找到了，然而他們所找到的到底是不是所謂的痲瘋菌，其實仍有疑點。[48]

來華英國醫師對痲瘋的這些看法，以及他們對細菌學說的排拒，似乎顯示他們故步自封、缺乏科學概念，無法接受細菌學這個重要的新興科學。在某種程度上，這樣的印象也許不無道理，因爲英國醫學界，尤其殖民地與海外的英國醫師，對當時細菌學的化約論 (reductionism) 取向持保守態度。傳統上，他們常以氣候因素來解釋疾病現象，而偏好整體論的環境醫學 (environmental medicine) 研究取向。前述來華英國醫師對於氣候、飲食、生活習慣與痲瘋的關係之看法，

---

[46] Müller and Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," p. 23.

[47] Patrick Manson, "Further Observations on Filaria Sanguinis Hominis," *Med. Rep.* No. 14(1878), pp. 14-16, on p. 14.

[48] Patrick Manson, "Notes on Some Skin Diseases," *Med. Rep.* No. 21(1881), pp. 27-36. See p. 27.

即是如此。相對之下，他們不太接受疾病是由特定微生物所導致的說法。這使得印度的英國醫師排斥法國醫師拉佛杭 (Alphonse Laveran) 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對於霍亂是由細菌所引起的看法。[49]

然而這些英國醫師對細菌學說持保留態度並非毫無根據，而有其歷史因素與醫學理由。當時細菌學在醫界掀起一股熱潮，十九世紀末許多研究者一窩蜂地想找出一些病因不明的「熱帶疾病」的致病細菌。當時就有許多醫師宣稱他們發現了「黃熱病細菌」或「瘧疾細菌」，卻旋即爲後來的研究所駁斥。[50] 因此追隨細菌學說，不見得就代表「正確」或「科學」的研究方向。萬巴德其實相當重視微生物感染引起痲瘋的說法，在一八七七年二月他還設計了一套實驗，從痲瘋病人身上抽取膿汁，注射到雞蛋中，再以母雞孵蛋來培養痲瘋菌。然而，這個頗具巧思的實驗並沒有培養出痲瘋菌。[51] 所以萬巴德對細菌引起痲瘋的說法之所以有所保留，是有經驗研究爲依據的，絕非觀念保守或對細菌學無知所致。

來華的英國醫師對於痲瘋的發生機制也提出他們的解釋。漢口醫官瑞德認爲痲瘋是種「變質」(degeneration)，或是「種族的體質變質」(physical degeneracy of the race) 所促成的疾病。[52] 瑞德在此引用當時流行的「變質理論」(theory of degeneration) 來解釋痲瘋的發生。此一學說有不同流派，各派說法細節有異。不過他們大致都認爲變質的原因包括酗酒、沉溺惡習、缺乏道德節制、與惡劣體質者混血，或是族群安逸生活太久，使得汰弱存強的進化機制失去作用，導致體質變質惡化，進而衍生出各種生理病態與心理變態。此一學說宣稱這種變質會遺傳

[49] Mark Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1994), pp. 51-59, 110, 113-115; J. D. Issac, "D. D. Cunningham and the Aetiology of Cholera in British India, 1869-1897," *Medical History* 42(1998): 279-305.

[50] François Delaporte, *The History of Yellow Fever: An Essay on the Birth of Tropical Medicine*, tr. Arthur Goldhammer (Cambridge, MA.: MIT Press, 1991); Margaret Warner, "Hunting the Yellow Fever Germ: the Principle of Etiological Proof in the Late Nineteenth-Century America," *Bulletin of the History of Medicine* 59(1985): 361-382; Michael Worboys, "From Miasma to Germs: Malaria 1850-1879," *Parassitologia* 36(1994): 61-68.

[51] Philip H. Manson-Bahr, *Patrick Manson: the Father of Tropical Medicine* (London: Thomas Nelson and Sons, 1962), pp. 44-45.

[52] A. G. Reid, "Dr. A. G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," *Med. Rep.* No. 2(1872), pp. 44-60, on p. 57.

給下一代，使不少人士憂心種族體質變質會導致亡國亡種，而在歐洲引起相當恐慌。變質理論的興起與十九世紀歐洲種族主義、工業都市貧民健康惡化、演化論 (theories of evolution) 的崛起、大都市的犯罪問題，以及當時社會與政治秩序的動盪不安都有關係。[53]

由於痲瘋在歐洲近乎絕跡，但在海外殖民地卻仍常見，瑞德這種說法似乎認爲痲瘋盛行區域的種族，如中國人、印度人等，有體質變質的現象。他認爲痲瘋這種「變質」會遺傳給下一代的看法，也頗類似於當時部分法國醫師擔心遺傳性梅毒 (hereditary syphilis) 會透過遺傳造成種族體質變質，導致人口數量與品質降低而使法國國家衰敗的見解。[54] 不過兩者最大的差異在於，這些歐洲醫師認爲梅毒這種疾病是造成種族體質變質的原因之一，而瑞德則認爲中國人的痲瘋是種族體質變質的結果。不過瑞德倒沒有認定這種種族體質變質的原因是酗酒或現代都會生活等因素所引起的，他認爲由於痲瘋「這種變質出現在各種的氣候、土壤、飲食與不同種族身上，因此不能歸因於其中任何一種特定因素發生缺陷」。罹患痲瘋是由於「過分的冷、熱與潮濕的氣候，排水不良或產生瘴氣的土壤，瘧疾造成的貧血，以及不健康的習慣」等數種因素交雜的「不利組合」(unfavourable conjunction) 所促成的。[55]

由上述英國醫師關於痲瘋病因與傳播方式的討論，可以看出他們的疾病概念不只與現代細菌學的傳染病概念大異其趣，和現代醫學的遺傳病概念也有相當分歧。英國醫學史學者安德魯・康寧漢 (Andrew Cunningham) 指出，在歐洲近代早期 (early modern period)，「疾病不只沒有特定的致病因子 (a specific causal agent)，甚至可能會有『混合』(mixed) 的疾病，疾病在病程中也有可能轉變成另一種疾病」。[56] 十九世紀英國醫學雖已不再認爲痲瘋可以和其他疾病「混合」，然而許多英國醫師仍沒有「特定致病因子」的概念。因此某些來華英國醫師認爲

---

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

[54] Claude Quétel, *History of Syphilis*, tr. J. Braddock and B. Pike (Cambridge: Polity Press, 1990), pp. 6, 103-105, 166-167, 206.

[55] Reid, "Dr. A. G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," p. 57.

[56] 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: Cambridge Univ. Press, 1992), pp. 209-244, on p. 223.

痲瘋既會遺傳也會傳染，病因更包含了環境、氣候、飲食與生活習慣等多重因素。

更重要的是，前引 W. A. 韓德森的論點，點出了在細菌學與實驗室醫學 (laboratory medicine) 成爲醫界主流之前，十九世紀流行病學研究的特色與限制。正如醫學史學者威廉・科曼 (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病的傳播方式，但前提是研究對象必須是該地區新發生的疾病，而且必須找得到最早的罹病者，如此則可藉由病案追蹤 (case tracing) 的手法，透過追查前後罹病者的關係，來辨識出疾病的傳播方式。倘若疾病在此區域已傳播一段時日，或是找不到最早的病人，那就難以斷定疾病的傳播方式。疾病的病因則超出當時流行病學研究能力範圍，若加以探討，往往會使得研究者陷入混淆不清的困境。[57] 痲瘋在中國存在時間久遠，十九世紀的英國醫師要在中國透過流行病學調查的方式來找出其傳播方式，可說是難上加難了。

四、性行爲、生殖與痲瘋的傳播

來華英國醫師的痲瘋研究焦點之一，是性和痲瘋傳播之間的關係。一方面，這是由於痲瘋遺傳說在西方醫學界的影響力與爭議性，因此必須調查痲瘋病患的性行爲、生育狀況以及病患下一代的罹病情形，來釐清此一議題。另一方面，當時西方醫界對於痲瘋是否像梅毒等性病一般是透過性行爲傳染的，也有所討論與爭議。中世紀以來就有痲瘋病患性慾特強的說法，到了十九世紀此一看法仍然引起醫界不少爭論。[58] 十九世紀下半，在美國醫學界有關中國人將痲瘋傳染給白人

---

[57] William Coleman, *Yellow Fever in the North: the Method of Early Epidemology* (Madison: Univ. of Wisconsin Press, 1987).

[58] 歐洲中世紀關於痲瘋透過性行爲傳染以及病患性慾增強現象的討論，請參見 Stephen R. Ell, "Blood and Sexuality in Medieval Leprosy," *Janus* 71(1984): 153-164, see especially pp. 158-161. 十九世紀英國醫師對此一題目的討論可參見 Fiddes, "Observations on Tubercular and Anaethetic Leprosy as They Occur in Jamaica," p. 1066. J. Webster 在觀察了西班牙格拉那達 (Granada) 的痲瘋病院之後，認爲病患確實出現「無法滿足的性慾」(*libido inexplebilis*) 的現象。參見 Anon, "Report of Society, Royal Medical and Chirurgical Society. Tuesday, January 10, 1860," *Medical Times and Gazette* 1(Jan. 21 1860): 75-76, on p. 75. Robert Sim 則反對此一說法，而指出痲瘋初期患者之所以表現得很好色，是因爲他們在病院中過著無所事事的生活。Robert Sim, "The Leprosy of Hebrews," *Medical Times and Gazette* 1(April 14 1860): 362-364, on p. 363.

的討論中，「由於遺傳與性都被視爲疾病傳播的來源，對痲瘋的恐懼就混雜了關於異族通婚與通姦的幻想」。[59] 在這樣的醫學背景之下，毋怪乎來華英國醫師會對中國痲瘋病患的婚姻、性行爲與生育狀況進行調查，試圖釐清痲瘋是否會透過性行爲傳染給對方，或是透過生育遺傳給下一代。

在皇家醫師院的《痲瘋報告》中，合信提到中國人相信男女痲瘋病患結婚，疾病遺傳不過三代，第四代的子孫就健康無事了。[60] 萬巴德與穆勒觀察到廈門「允許痲瘋病患彼此婚配，但是禁止痲瘋病患與沒有痲瘋的人結婚。中國人堅信此一疾病的遺傳性質，但主張如果痲瘋病患只和痲瘋病患結婚，到了第三、四代就會絕後，或許正是因爲如此而允許他們結婚。如果痲瘋病患與沒有痲瘋的人結婚，他們就會保持生殖能力以及傳播此病的能力」。[61] 黃寬的說法稍有不同。他在廣東同樣觀察到痲瘋病患與沒有痲瘋的人不通婚。痲瘋病患結婚，幾乎所有的子女都會染上痲瘋，但下一代的疾病會比較輕微。結果「在第三代子孫身上就難看出這疾病，他們幾乎與常人完全無異，或許唯一的差別是他們的臉色較爲蒼白。」到了第四代，人們就認爲「和他們結婚很安全，雖然很少有人這樣做」。黃寬到過兩個痲瘋村，裡面不少人看不出與健康的人有任何差別。黃寬認爲如果痲瘋病患只與痲瘋病患結婚，「這疾病會自然地走向滅絕。」[62]

瑞德針對痲瘋的遺傳現象做了一番研究，令他深感慶幸的是大多數痲瘋病患是男性，而且大都已喪失性能力。瑞德宣稱：「只有初期與症狀輕微的病患，才能藉著遺傳子孫來傳播痲瘋。那些在青春期之前就有明顯症狀的病患，生殖器官都未能發育成熟……此外，即使是在青春期之後才發病的病人，他們的性功能不只削弱，而且大多很快就遭到摧毀。這是人類的大幸」。換言之，大多數男性痲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，就已經喪失了生殖能力。此外，瑞德說中國習俗支持妻子拋棄罹患痲瘋的丈夫。這些因素都限制了痲瘋的傳播。[63] 對瑞德而言，男性痲瘋病患喪失性能力是人類的福祉，因爲這使得

---

[59] Nayan Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's China Town* (Berkeley: Univ. of California Press, 2001), pp. 99-102, on p. 100.

[60] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* p. xl.

[61] Müller and Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," p. 14.

[62] Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," p. 44.

[63] Reid, "Dr. A. G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September

他們無法繁衍子孫，也就無從將疾病傳給後代，而大有助於減少痲瘋的傳播。

在調查痲瘋病患的生育狀況與痲瘋遺傳現象時，來華的英國醫師也注意到痲瘋的罹患率和性別有所關聯。女性較少罹患痲瘋。詹姆斯・韓德森在回答皇家醫師院的問卷時說，他在上海診療過七十五名痲瘋病人，其中只有四名是女性。皇家醫師院的《痲瘋報告》也說「一般相信」痲瘋好犯男性，但它警告說這樣的觀察可能有所誤導，因爲女性一般較少拋頭露面，即使染病也比較不願意承認。《痲瘋報告》指出西印度群島的一些痲瘋療養院，男女病患人數比例是一樣的。它也引用挪威柏根的聖喬治醫院的由一八四一年到一八四六年的病患數據，顯示男女比例相當。[64] 漢口醫官瑞德則警告說，雖然較少見到女性感染痲瘋，但這並不表示她們在痲瘋的傳播過程沒有起任何作用。他認爲「雖然相對而言女性常免於外在症狀，但她們仍能將『軟弱而易遭感染的體質』遺傳給下一代男性」。[65] 擔任上海海關醫官同時也是《海關醫報》主編的詹明森 (Alexander Jamieson)，觀察到一旦女性感染了痲瘋，其生殖系統必然受影響，而出現月經不正常的現象。[66] 英國醫師並沒有因爲較少見到婦女感染痲瘋，而有所輕忽。他們探討痲瘋是否會透過性行爲傳染時，就特別注意女性可能扮演的傳播角色。

在研究性行爲與痲瘋傳播的關係時，英國醫師發現中國人大都相信痲瘋會透過性行爲傳播。在答覆皇家醫師院的調查時，香港的英國醫師宣稱：「中國人認定它若不是藉由遺傳傳播，就是藉由性行爲傳播」。「中國〔人〕對這種災殃的恐懼，必定對其淫蕩濫交的行爲產生很大衝擊，進而對人們的道德行爲有很大的影響。」這種說法意指痲瘋引發的恐懼，對中國人的淫亂行徑起了節制作用，從而改善了他們的道德行爲。皇家醫師院的《痲瘋報告》也提到所謂的「過癩」(selling the leprosy)，亦即女人試圖藉由性交來拋掉身上的痲瘋毒素。皇家醫師院認爲此說不足採信，而在〈結論〉中指出「即使痲瘋會由性交傳染，也是極少發生」。[67] 也有英國醫師認爲中國人的痲瘋民俗觀念，反而造成他們的淫蕩行爲。

1871," p. 56.

64 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. lxvi.

65 Reid, "Dr. A. G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," p. 56.

66 Alexander Jamieson, "Dr. Alexander Jamieson's Report on the Health of Shanghai for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep.* No. 2(1872), pp. 33-43, on p. 43.

67 The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. 73, 77, lxix.

萬巴德與穆勒報導，廈門的中醫師推薦女性病患「三到四年的賣淫療程」，認爲這對病情很有助益。因此當地中醫師相信年輕女人若染上痲瘋，要比老女人來得容易治癒。萬巴德與穆勒並未對「過癩」傳播痲瘋是否屬實置評，但是他們認爲這種療法「荒謬」。[68]

英國醫學文獻關於「過癩」說法最詳盡的記載，出自廣州的海關醫官黃寬。由於黃寬是廣東人，具有當地文化背景，他對「過癩」一說知之甚詳並不令人驚訝。有些醫師認爲痲瘋不會透過性行爲傳染，黃寬對此頗不以爲然，認爲對這種說法要「極爲小心」。[69] 他指出在廣東：「當地人相信，痲瘋病患的妻子即使沒有任何染病的跡象，也能把痲瘋傳染給和她發生性行爲的男人」。然而黃寬卻直斥「過癩」能治痲瘋的說法爲無稽之談，他並不認爲女人可以藉由與男人性交來治癒自己的痲瘋，所謂「感染輕微痲瘋的女人可以透過性行爲把毒素拋給男人……是絕對錯誤的想法」。然而，黃寬相信確實有婦女爲了「過癩」而淫蕩濫交。他宣稱這種民俗信念導致「那些自認染上痲瘋的女人最普遍也最惡毒的行爲，她們試圖藉著祕密且免費的賣淫，來去除身上的毒素」。由於沒有人會去碰染有痲瘋的女人，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，然而不細心是看不出這種症狀的。在天色昏暗的黃昏或清晨，她們獨自喬裝外出勾引男人。我們可以斷定這種女人若不是痲瘋病患的妻子，就是自以爲已經染上痲瘋」。[70]

黃寬認爲性行爲雖不能治癒女性的痲瘋，卻能傳染痲瘋。他承認他的「證據仍有缺陷，因爲很少找到如此散播痲瘋的女人」。換言之，雖然許多人言之鑿鑿，實際上卻找不到從事過癩的女人。然而，黃寬見到許多「目擊證人」宣稱他們的親戚朋友因過癩而感染痲瘋。他總共蒐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，這個病例是黃寬的中醫朋友告訴他的：

---

[68] 這是萬巴德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」（有可能指服用紫河車），參見 Müller and Manson, "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871", p. 14.

[69] F. Wong, "Dr. F. Wong's Report on the Health of Canton for the half year ended 30th September 1871," *Med. Rep.* No. 2(1872), p. 71.

[70] Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," p. 46.

……病人受雇於一家米店，有一天他送米到一棟大宅，對方沒有像慣常那樣叫他把米放在進門處，反而叫他送進一間內室。在那裡一名非常漂亮的女子對他百般勾引。他離去時突然撞見一個痲瘋病患，而大吃一驚。那人對他說：「你做了什麼？」「你以爲好運會憑空而降嗎？」「你會變得跟我一樣！」一個半月之後他就得了痲瘋 。病人是在向我朋友求醫時講出這段經歷。病人不會無緣無故說出這種事，因爲平常人隱瞞這種事都來不及了。我最近聽說這人的痲瘋已經很嚴重了。[71]

黃寬完全相信「這些證人所言屬實」，他的結論是「性行爲是此疾病的傳播方式之一，否則很難解釋爲何許多環境良好而且沒有任何家人感染痲瘋的人，會染上這個疾病」。然而並非和痲瘋病患發生性行爲都會染病，婚姻內的性行爲就不會。黃寬宣稱「常觀察到的是夫妻有一方染上痲瘋，且雙方同住多年，卻沒有傳染給另一方」。雖然這也有少數的例外。[72] 瑞德也宣稱在漢口沒有看到夫妻皆染上痲瘋的例子。[73]

關於性行爲是否會傳染痲瘋的問題以及「過癩」傳說，這些醫師的研究興趣有其醫學時代背景。一直到二十世紀初，在非洲殖民地還有許多英國醫師認爲，痲瘋和梅毒是相關的疾病，會透過性行爲傳染，而當地痲瘋的盛行和土著的淫蕩雜交、道德敗壞有關。[74] 類似的說法，也可見諸十九世紀有些美國醫師關於中國移民傳播痲瘋的說法。[75] 有些主張限制移民的美國醫師，就把梅毒、痲瘋與中國移民連結起來。例如，加州就有美國醫師認爲，在華人痲瘋病患身上一定可以驗出梅毒。甚至還有醫師認爲，痲瘋其實是中國人代代相傳的梅毒。[76] 十九世紀下半一些印度的英國醫師，也認爲痲瘋和道德敗壞、淫蕩習性有關。[77] 在英語界醫療文獻充斥這類說法的情況下，無怪乎來華英國醫師會注意當地的過癩傳說。例

---

[71] Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," p. 47.

[72] Wong, "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," pp. 41, 46-47.

[73] Reid, "Dr. A. G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," p. 56.

[74] Vaughan, "Without the Camp: Institutions and Identities in the Colonial History of Leprosy," p. 82.

[75] Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, pp. 124-125.

[76] Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's China Town*, pp. 97-104.

[77] Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, p. 29.

如對廈門地區過癩說法有所記錄、對英殖印度醫學文獻也相當熟悉的萬巴德就認爲，當地的皮膚病種類繁多，原因之一在於「梅毒與痲瘋對體質的影響(diathetic influence)」，而且他認爲「梅毒在廈門極爲常見……惡名昭彰的敗德行爲差不多存在於所有的階級，幾乎把它帶進了每個家庭。痲瘋也同樣地牢牢抓住這裡的人……」。[78]

來華英國醫師關於性行爲傳染痲瘋的紀錄與討論有一個重要特色，那就是他們的資訊全都來自當地中國人的口頭轉述，而非來自臨床病例或親身觀察。這些西醫，甚至包括黃寬在內，也沒有找到任何從事「過癩」的女子。雖然中國醫學文獻也記載了過癩之說，例如清嘉慶年間蕭曉亭所著的醫書《瘋門全書》就宣稱：「或言婦人賣瘋之說，理亦可信。又言土地所產，室女亦必賣瘋，則終身不患此病，而所賣之人則生瘋。」[79] 不過「過癩」說法還是最常出自筆記小說，而具有濃厚的民間傳奇色彩。[80] 此說其實介於民俗傳說、虛構故事與傳統中醫理論之間的模糊地帶。到底這些西醫與他們的中國報告人 (informants)，談的是不是同一種疾病，實難以確認。中國人黃寬所記錄的六個病例，其內容與敘事結構幾乎和筆記小說的類似故事完全相同，顯示黃寬對「過癩」的看法，深受傳統信念的影響。

正如梁其姿所指出，在中國醫學史上所謂「大風」、「痲風」、「癘」、「癩」等疾病，雖然常被後人視爲今日的「痲瘋」(leprosy)，然而不同時代的醫書中，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，遑論斷言它們就是今天的痲瘋。明清時代「癩」往往與「楊梅瘡」混爲一談，所指涉的可能是梅毒。今日難以斷定這些記載中的疾病，到底對應現代醫學定義下的那種疾病。[81] 不同的醫學體系與疾病理論，往往對疾病現象有截然不同的分類、認識和因應方式。這使得十九世紀來華英國醫師

---

78 Patrick Manson, "Notes on Some Skin Diseases," p. 27.

79 蕭曉亭，《瘋門全書》（粵東敬業堂重刻本，1845），卷上，頁9。

80 蔣竹山，〈明清華南地區有關痲瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》90.4(1995)：182-192；胡萬川，〈蛇酒與痲瘋女的故事〉，收錄於清華大學中文系編，《小說戲曲研究》第三集（台北：聯經出版事業公司，1990），頁35-58。

81 梁其姿，〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.2(1999)：399-437。痲瘋與梅毒的症狀類似，兩者鑑別診斷不易。十九世紀西方醫師常混淆兩者而誤診，有些醫師甚至認爲痲瘋是第四期梅毒。參閱 Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, p. 95.

對痲瘋的病因、傳播方式，以及是否採信中國醫學的描述與當地中國人的說法，持相當分歧的立場。[82]

當時一些英國醫師注意到中、西醫學疾病分類系統大不相同，而建議對當地蒐集的資訊要小心處理。皇家醫師院的《痲瘋報告》指出，「這個國家〔中國〕很鬆散地使用痲瘋一詞」。《痲瘋報告》諷刺地說：「中國人聲稱可以辨別三十六種痲瘋，卻把痲瘋與苔癬、牛皮癬、疥瘡等皮膚病混爲一談」。[83] W. A. 韓德森則表示中國病人的說法不足採信：「要由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。最後我被迫下的結論是：我只相信那些我能透過檢查來證實的說法」。W. A. 韓德森鄙夷地說：「要決定這個困難的問題，文明國家

---

[82] 關於歷史學家該如何面對傳統中醫與現代西醫在疾病分類上的分歧，Paul Unschuld 主張 Hansen's disease 是「眞實的疾病分類單位」(real nosological unit)，而過去傳統中國醫學理論則是處理此一眞實疾病單位的不同典範 (paradigm)。Paul Unschuld, "Traditional Chinese Medical Theory and Real Nosological Units: the Case of Hansen's Disease," *Medical Anthropology Quarterly* 17.1(1985): 5-8. 在我看來 Unschuld 這套預設不只沒有必要而且有問題：他承認中醫討論的「症狀」指涉的可能是今天許多種不同的疾病，但又矛盾地堅持中醫有關「風」、「癩」的記載，是在描述 Hansen's disease。Unschuld 的論點忽略了細菌學等所謂的現代科學學科的知識生產需要一系列的「實作」(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。從醫學史的角度來看，疾病分類單位和這些條件是分不開的。歷史學家不應該把疾病分類單位與這些因素分割開來，將「疾病分類單位」視爲非歷史的實體。此外，現代醫學的疾病分類單位也不時隨著新的研究而修正改變。把這些單位視爲永恒不變的實體，並不吻合現代科學的實況。更重要的是，現代醫學診斷主要的根據是臨床身體檢查與實驗室儀器檢驗，而不會根據病人的書面資料來隔空診病。關於疾病分類史的討論，參見 Steven J. Peitzman, "From Bright's Disease to End-Stage Renal Disease" in Charles E. Rosenberg and Janet Golden (eds.), *Framing Disease: Studies in Cultural History* (New Brunswick: Rutgers Univ. Press, 1992), pp. 50-82; Christopher Lawrence, "'Definite and Material': Coronary Thrombosis and Cardiologists in the 1920s," in Rosenberg and Golden (eds.), *Framing Disease: Studies in Cultural History*, pp. 3-19.

[83] The Roayl College of Physicians, *Report on Leprosy,* pp. xiv, 75. 中醫確實有三十六種風病的說法，梁其姿指出此說最早的記載似乎是明代沈之問的《解圍元薮》(1550)，該書將宋、元時常混爲一談的大風和癩病加以區別，分成十四種癩病和三十六種風病。梁其姿還指出，沈之問這個說法淵源，還可追溯至更早的巢元方 (550-630) 所著之《諸病源候論》，該書區分出三十二種風病與十二種癩病。請參見梁其姿，〈中國麻風病概念演變的歷史〉，頁407-410, 420-423。《瘋門全書》也認爲痲瘋有三十六種，並加以列舉說明，參見蕭曉亭，前引書，卷上，頁12-18。

(civilized countries) 痲瘋病院的病人說法會比較有價值」。[84] 換言之，W. A. 韓德森認爲中國不是個文明的國家，當地人關於痲瘋的說法不足採信。同樣地，前文已經談到不少英國醫師對「過癩」說法存疑或不予採信，而黃寬認爲「過癩」確有其事的看法，則與他的英籍同僚迥異。這點固然可以用黃寬的中國人文化背景來解釋，然而下一節的討論會指出，不論背景、受醫學教育的年代，或醫學見解等方面都與黃寬大不相同的康德黎，也認爲「過癩」確有其事，但是兩者對此一「事實」的意義與重要性，卻又有極爲不同的詮釋。對照黃寬、康德黎以及拒絕採信「過癩說」的英國醫師的論點，更能看出醫學理論與社會立場，如何影響他們對當地資訊的評價與解釋。

五、種族主義、細菌學說與康德黎的痲瘋研究

到了一八九〇年代，英國醫界對於痲瘋是否會傳染的看法發生改變，不少醫師開始接受痲瘋傳染說，不再認爲它是遺傳病。這種轉變的主因之一是細菌學逐漸爲醫學界所接受。英國著名外科醫師李斯德 (Joseph Lister) 大力宣揚巴斯德的微生物學說，並且發展出一套滅菌措施，以減少手術感染引起的併發症，引起醫界很大的迴響。透過多年不懈的努力，李斯德及其追隨者終於使英國醫界接納其細菌感染說。另一方面，生物學家赫胥黎 (T. H. Huxley) 與物理學家亭道 (John Tyndall) 等達爾文演化論的支持者，也大力宣揚細菌學說。這些達爾文主義者推崇巴斯德的學說爲當代實驗科學的代表，而支持細菌學就成爲他們推展科學專業化 (professionalization of science) 的重要策略之一。[85] 儘管此時還沒有任何細菌學家做出符合柯霍氏準則的研究，證明韓生發現的細菌就是痲瘋的致病細菌；[86]

---

[84] Henderson, "Dr. W. A. Henderson's Report on the Health of Chefoo for the year ended 31st December 1887, " p. 16.

[85] Worboys, *Spreading Germs: Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900*; Lawrence and Dixey, "Practising on Principle: Joseph Lister and the Germ Theories of Disease."

[86] 韓生嘗試將痲瘋細菌接種到兔子等實驗動物身上，但都失敗。他曾將一名感染 tubercular form 痲瘋病患的組織，接種到另一名感染 nodular form 的女病人眼睛上，看能否成功造成感染。結果實驗沒有成功。由於他在未得到病人同意的情況下做此實驗，導致他在柏根痲瘋病院的職位於一八八〇年五月遭到解除。然而由於他的學術地位與醫界的支持，他仍擔任主管挪威全國痲瘋政策的職務。參見 Vogelsang, "Hansen, Gerhard Henrik Armauer," p. 102.

然而在細菌學崛起的大勢所趨下，韓生關於痲瘋是由細菌傳染引起的說法，在英國獲得越來越多的支持。例如辛恩 (George Thin) 這位在皮膚科具有權威地位的醫師，此時也堅決主張痲瘋會傳染。他還認爲痲瘋的傳染性質和天花或是麻疹不同，反而和梅毒與結核病一樣。因爲痲瘋與後兩者一樣，都是在與病人密切接觸下才會感染，其傳染力不像前兩者那麼強。此外，辛恩也反駁痲瘋是遺傳疾病的說法。[87]

在細菌學於西方醫學界逐漸取得權威時，發生了一件引起西方新聞界與醫界極度重視的戲劇性事件，結果不僅導致西方社會對痲瘋的恐懼大爲提高，也使得許多人轉而相信痲瘋是一種傳染疾病。在夏威夷出現痲瘋之後，比利時神父達米安 (Father Damien de Veusteur) 志願前往夏威夷專供痲瘋病患隔離居住的小島，從事照料病患的慈善工作，結果自己後來也得了痲瘋。達米安神父對此甘之如飴，他公開宣佈自己成爲痲瘋病患的一員，並且和他們共同生活。一八八九年達米安神父死於痲瘋。這位神父原本是要犧牲自我來照顧痲瘋病患，其行動卻引起強大的反效果。媒體大幅報導他的罹病與死亡，成爲痲瘋會傳染而且對歐洲人構成同樣威脅的最佳例證與有力宣傳。這個事件強化了許多西方人對痲瘋病患的排斥，也引起醫界與一般民眾對於痲瘋在歐洲重新流行的疑慮。擁有龐大海外殖民地的英國，不只報紙對此事件大加渲染報導，而且還由威爾斯王子領銜成立「國家痲瘋基金會」(National Leprosy Fund)，來支持痲瘋的調查研究。[88]

達米安神父之死引起的喧騰，一方面使得英國醫界重新評估痲瘋傳染說，一方面也使得一般民眾關心痲瘋傳播的危險。此時已有醫師寫作通俗醫學書籍，大力宣揚痲瘋的傳染威脅，例如魯斯醫師 (Robson Roose) 所寫的痲瘋手冊就斷然宣稱：「痲瘋是由特定細菌所引起的」、「痲瘋是一種傳染病」。[89] 甚至也有非醫界人士撰寫文章與書籍宣揚這樣的觀念，亨利・賴特 (Henry P. Wright) 這位英國牧師的著作就是最顯著的代表。賴特寫了不少通俗文章宣傳痲瘋傳染的危

---

[87] George Thin, *Leprosy* (London: Percival, 1891), pp. 136-166, on p. 136. 他對遺傳說的反駁見前引書，pp. 167-172.

[88] Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, pp. 103-113.

[89] Roose, *Leprosy and its Prevention: as Illustrated by Norwegian Experience*, pp. 48-68, on pp. 48, 54. Roose 這本書只是整理他人研究成果而缺乏原創性，相關批評，參見 Anon, "Review of *Leprosy and its Prevention, as Illustrated by Norwegian Experience*, by Robson Roose," *Edinburgh Medical Journal* 36(1890-1891): 259.

險，並且認爲亞洲的移民可能會將痲瘋傳入英國，而稱之爲「帝國的危險」(an imperial danger)。[90]

賴特大力鼓吹嚴格檢查亞洲的移民，並且主張限制他們進入英國。他在書中宣稱：「中國的痲瘋病患多到不可勝數。我們可以說，就痲瘋病患佔人口的比率而言，中國與緬甸是全世界最高的。」[91] 關於中國移民散佈痲瘋的危險，賴特引用澳洲報紙 *The Townsville Herald* 在一八八八年十二月二十九日的報導爲例：

> 我們小心防範〔外來的〕狗會把狂犬病帶進國內，我們卻沒有防範中國墾民 (Chinese colonists) 會引進和散播痲瘋。後者對澳洲人命的威脅要比前者大得多了，而且痲瘋是比狂犬病更爲可怕的疾病。一般都知道中國佬 (Chinaman) 遠比其他人更常罹患痲瘋，而且疾病通常會先出現在他們的手上。我們也知道痲瘋是透過接觸傳染的。然而我們卻心平氣和地容忍下階級的中國佬叫賣蔬菜水果，而且很少人在吃「約翰」（按：指中國人）親手交給他們的蘋果或橘子之前，會花功夫先洗這些水果。我們坦白希望北昆士蘭的蔬果生產與行銷，由中國人轉移到歐洲人手上。白種墾民可以種植蔬果並由此獲利。事實上，中國人是透過他們低廉的行銷能力來壟斷這行農業的。如果沒有中國攤販的話，居民就會到蔬果雜貨店或市區市場採購。[92]

由這些報導與信件可以看出，澳洲白人對痲瘋的恐懼結合了對中國移民增加的疑慮。中國人在蔬果販賣行業的競爭力，更引起了部分澳洲白人的妒恨。中國人會傳染痲瘋的說法，就成了這些種族主義者鼓吹歧視與隔離中國人並剝奪其生計的理由。而這類報導卻成了賴特主張中國移民可能傳染痲瘋而應嚴加管制的依據。美國的情形則和澳洲相當類似。古索 (Zachary Gussow) 的研究指出，當夏威夷發生痲瘋時，有不少美國人認爲是中國苦力將痲瘋引進該地的。此後對痲瘋的恐懼更與美國的種族主義、排華風潮結合在一起，痲瘋則被認爲是「黃禍」的一部分。[93] 近年來已有不少殖民醫學史的研究指出，這種將疾病與其他種族連結在一

---

[90] 參見 Henry P. Wright, *Leprosy: an Imperial Danger* (London: J. & A. Churchill, 1889); *idem*, *Leprosy and Segregation* (London: Parker, 1885).

[91] Wright, *Leprosy: an Imperial Danger*, p. 8.

[92] Wright, *Leprosy: an Imperial Danger*, pp. 95-96.

[93] Gussow, *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*; Gussow and Tracy, "Stigma and the Leprosy Phenomenon: the Social History of a Disease in the

起，以貶低其他種族，從而正當化歐洲帝國主義的壓迫與歧視，是殖民主義常見的現象。[94] 在十九世紀英國，科學、醫學與通俗論述之間藩籬並不嚴整，彼此援引、相互滲透的現象相當普遍。[95] 這點在海外的痲瘋調查研究特別明顯，因爲不論康德黎或英國皇家醫師院的研究，都依賴不少海外非醫界人士來提供他們當地的痲瘋資訊。在這樣的狀況下，探討英國醫學界在一八八〇年代之後對於痲瘋傳染說的看法轉向，不只要將此一轉折放在西方醫學疾病理論內部學說的演變脈絡來分析，也必須將十九世紀後半歐美各國對有色人種移民的排斥，以及科學與醫學在種族歧視中所扮演的角色等社會、文化因素納入考量。[96]

「國家痲瘋基金會」以設獎徵文的方式來鼓勵痲瘋醫學研究，而康德黎的得獎論文，就是西方對痲瘋傳染問題看法轉向的代表作之一。康德黎是萬巴德在亞伯丁大學 (Aberdeen University) 醫學校的學弟，當萬巴德由廈門轉往香港發展，並且在香港創辦醫學校之後，便聘請康德黎任教。從一八八七年到一八九六年，康德黎在香港工作了近九年的時間。在華人世界，康德黎以身爲孫文的老師以及「倫敦蒙難」時的營救者而知名。[97]

Nineteenth and Twentieth Centuries."

[94] 關於這一主題的研究參見 Mark Harrison, *Climates and Constitutions: Health, Race, Environment and British Imperialism in India, 1600-1850* (New Delhi: Oxford University Press, 1999); Waltraud Ernst and Bernard Harris (eds.), *Race, Science and Medicine, 1700-1960* (London: Routledge, 1999).

[95] 關於十九世紀後期英國醫學理論與社會、文化因素的互相滲透與援引，目前已有不少歷史研究。關於宗教和經濟思想與當時英國傳染病理論的密切關係，請參見 Christopher Hamlin 的重要研究，Hamlin, "Providence and Putrefaction: Victorian Sanitarians and the Natural Theology of Health and Disease"; *idem*, "Politics and Germ Theories of Disease in Victorian Britain: the Metropolitan Water Commission of 1867-9 and 1892-3," in Roy MacLeod (ed.), *Government and Expertise: Specialists, Administrators and Professionals, 1860-1919* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1989), pp. 110-127. 即使在細菌學興起之後，宗教、政治與文化因素仍在細菌學說的內部辯論中扮演重要角色，參見Strick, *Sparks of Life: Darwinism and the Victorian Debates over Spontaneous Generation.*

[96] 關於疾病、醫療與移民歧視的歷史研究，參見 Lara Marks and Michael Worboys (eds.), *Migrants, Minorities and Health: Historical and Contemporary Studies* (London: Routledge, 1997). Alan M. Kraut, *Silent Travelers: Germs, Genes, and the "Immigrant Menace"* (New York: Basic Books, 1994). 關於十九、二十世紀美國醫學論述如何將中國移民「病態化」，參見 Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's China Town* 一書豐富而細膩的討論。

[97] 康德黎在一八七三年於亞伯丁大學取得醫學士學位。萬巴德則是在一八六五年取得醫學

康德黎對痲瘋的研究興趣還早於「國家痲瘋基金會」的成立，他在一八九〇年出版了一篇香港痲瘋病情的研究報告。[98] 康德黎反對痲瘋遺傳說，他指出有個病人七十歲時才得病，如果痲瘋是遺傳而來的話，那潛伏期豈不高達七十年？康德黎認爲這是不可能的。[99] 康德黎並不確定痲瘋會不會透過人與人的接觸來傳染。他認爲即使會如此傳染，也只有在「長期密切接觸」(prolonged intimate contact) 的情況下才會發生。此外康德黎還認爲痲瘋也可以透過接種 (inoculation) 的方式傳染，因爲已經有醫師用罪犯做實驗，證明了這一點。[100] 康德黎最感興趣的是所謂「住屋感染」(house infection) 理論，他認爲痲瘋感染常發生在同住在一個屋子裡的人，這些人都長期暴露在相同的環境影響之下。他甚至認爲舊約聖經《利未記》對這樣的傳染方式早就有所記載了。然而，他並沒有找到支持此一理論的確切證據，因此他呼籲醫學界對此多加調查研究。[101] 康德黎的房屋感染論顯示他雖然認爲痲瘋病患會傳染痲瘋，但傳染途徑並不是直接經由接觸傳染，而是長期透過特定環境的中介而傳染。康德黎這套說法和細菌學說其實有一段距離，這顯示十八世紀以來對殖民醫學影響深遠的環境醫學理論，仍相當程度地形塑了康德黎對痲瘋病因和傳播途徑的思考。[102] 康德黎屢次引用舊約聖經《利未記》來佐證此一說法，更凸顯了在他學說論證推演過程中，醫學與非醫學論述的界線並非都是截然分明的。

康德黎宣稱痲瘋在潛伏期 (incubation period) 就具有傳染性。他認爲由於絕大多數的人都害怕與痲瘋病患接觸，照理說這個疾病應該很少有傳播的機會。因此，大多數病患一定是接觸了還看不出症狀的潛伏期病人，才染上痲瘋的。康德黎從而斷定痲瘋的潛伏期很長，無異是個長期隱伏難測的威脅。[103] 康德黎將香

士學位，一八六六年取得醫學博士 (M. D.) 學位。關於康德黎在亞伯丁大學的學生生活以及萬巴德聘任他到香港服務的過程，參見 Neil Cantlie and George Seaver, *Sir James Cantlie: a Romance in Medicine* (London: John Murray, 1939), pp. 6-11, 67-80.

98 James Cantlie, *Leprosy in Hongkong* (Hong Kong: Kelly & Walsh, 1890).

99 Cantlie, *Leprosy in Hongkong* , pp. 12, 33-38.

100 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 39-47, 54-55. 引文見 p. 39.

101 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 13-18, 55.

102 關於十八、十九世紀英國殖民環境醫學理論，可參見 Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914*, pp. 36-59; David Arnold, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India* (Berkeley: Univ. of California Press, 1993), pp. 28-43.

103 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, p. 12.

港描繪成遭到痲瘋威脅所包圍的孤島，他宣稱：「當全世界都受到這個疾病的驚擾，尤其此時英國政府正要著手處理印度的痲瘋問題，我們有責任要呼籲母國政府，保護我們免於正在面臨的危險」。這個危險的來源在於「香港這個自由港歡迎各個階級的中國人，而最可能擁抱這個機會的就是痲瘋病患」，這些在家鄉受到排斥而一無所有的痲瘋病患「希望能在香港找到工作，或是接受歐洲醫師的治療。不然，至少也可以在街頭乞討謀得食物」。[104]

康德黎指出，香港警察一旦懷疑來自中國大陸的移民染有痲瘋，便會加以逮捕，送交殖民外科醫官 (the Colonial Surgeon) 檢查，若確認是染上痲瘋就遣返大陸。甚至當地華人士紳贊助成立專門照料中國病患的東華醫院 (Tung Wa Hospital)，若發現來自大陸的痲瘋病患，也會將其遣送到廣州附近的痲瘋村。[105] 但他認爲要阻止這些來自大陸的中國人將痲瘋傳入香港，還是有著層層困難，主要是警察缺乏足夠的醫學知識與技能來辨識痲瘋病患。而這也不能責怪警察，因爲早期痲瘋診斷不易，只有老練的醫師才辦得到。[106]

康德黎在這篇論文還提出另一個重要問題：到底是來自大陸的移民把痲瘋傳入香港，還是香港原本就有這個疾病？[107] 康德黎認爲：「既然毫無疑問地是中國人把痲瘋帶到香港，所有的中國痲瘋病患都該被遣送到大陸」。至於香港本地是否原本就有痲瘋病患，康德黎認爲由於過去缺乏紀錄，這問題難以從資料來判斷。根據歐洲醫師看診之雅麗氏紀念醫院 (Alice Memorial Hospital) 的統計，從一八八七年二月到一八八九年八月，共計有一百二十五名痲瘋病患來求診。不過康德黎認爲實際數字要高很多，因爲很多中國人不願意向外國醫師求診。康德黎無法確定痲瘋的潛伏期有多長，他認爲從三年到十五年都有可能。因此，難以斷定這一百二十五人當中，有多少人是在香港感染痲瘋的。然而，即使根據最嚴格的標準來看，其中至少有十二人是在香港得到痲瘋的。康德黎依此斷定痲瘋是香港原本就有的疾病。[108]

康德黎建議香港以加強檢疫來因應痲瘋的威脅，一發現罹患痲瘋的外國人就加以驅逐出境。然而如果現在已經算是英國子民 (British subjects) 的香港本地居

---

104 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, p. 1.

105 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 1, 3-5.

106 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 4, 30.

107 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, p. 10.

108 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 2-3, 9-12, 31-32.

民染上痲瘋，驅逐他們到大陸在法律上是站不住腳的。[109] 因此康德黎主張若本地中國人感染痲瘋，殖民政府可以給他們一筆生活費，但條件是必須要遷居到中國大陸。至於那些具有英國子民 (British subjects) 資格，且因爲種種理由（包括觸犯中國法律）而無法回到大陸的痲瘋病患，康德黎認爲英國政府應該趕快設立一個痲瘋療養院，來隔離收容他們。他建議香港政府「最簡便的辦法是設法取得中國政府的許可，在環繞著香港的諸多小島當中擇一」，設置痲瘋療養院。[110] 雖然康德黎認爲從歷史來看，隔離痲瘋病患的防治效果並不大，畢竟隔離病人的痲瘋村在中國已經存在數百年之久了，然而這對減緩痲瘋的散播還是有些幫助，而且基於人道理由也該這樣做。康德黎認爲最重要的預防措施是要馬上摧毀痲瘋病患居住的房子，才能有效減少未來發生傳染的可能。[111]

「國家痲瘋基金會」在一八九四年初舉行論文比賽，徵求各地區的痲瘋研究報告，得獎者可以獲得五十基尼亞 (guinea) 獎金。於是康德黎把研究範圍擴展到東南亞與大洋洲，對此一廣闊區域的痲瘋病情進行調查。他的研究成果不僅得了獎，一八九七年還以書籍的形式出版。同年底，他也在倫敦流行病學學會 (The Epidemiological Society of London) 以較簡短的形式發表該研究的成果。[112] 康德黎認爲若要撲滅痲瘋，就必須先找出它的「棲地」(habitat of the disease)，才能採取進一步的行動，而他的研究就是要釐清這個課題。[113] 康德黎試圖透過痲瘋的流行病學與疾病地理學研究，來證明中國是痲瘋的重要源頭，並支持痲瘋會傳染的看法，而且他要進一步證明痲瘋是由中國移民傳播到東南亞與大洋洲。

此時康德黎進一步修正他對痲瘋傳染方式的看法。他不再提所謂的「住屋傳染」理論，而認爲「就病因與細菌學而言，痲瘋與結核病構成密切類比，在某些

---

109 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 10-11, 56-60, on p. 56.

110 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 53-69, on p. 60.

111 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 17-18, 53-55.

112 James Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894* (London: Macmillan, 1897); *idem*, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the Malay Peninsula, the East Indian Archipelago, and the Islands of the Pacific. (Read December 17th, 1897)," *Transactions of the Epidemiological Society of London,* New Series, Vol. XVII (1897-1898): 15-40.

113 Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* p. 8.

方面甚至可說相同 (amounting in some points to identity)」。痲瘋雖是傳染病，但是「除了性交之外，只有在長期的密切接觸下才會傳染」。[114] 對於痲瘋會不會遺傳的問題，康德黎則謹慎地表示：「目前尚未證明痲瘋會經由遺傳來傳播，但也沒有夠強的證據來證明它不會如此傳播」。康德黎曾到廣州附近的一個痲瘋村研究這問題，但無法得到明確的結果，因爲村中有些痲瘋病患的小孩很健康、完全沒有染病，有的卻已經出現痲瘋的初期症狀。康德黎指出這個問題的研究困難在於：「痲瘋父母生的小孩和他們在同一個屋簷下長大，吃痲瘋母親的奶，因此也得考慮透過傳染得病的可能，也就很難區別〔小孩的病〕到底是傳染而來還是遺傳而來」。[115] 當年困擾瑞德與 W. A. 韓德森的研究難題，康德黎同樣無法解決。

康德黎認爲「遠東的痲瘋中心是中國東南的福建與廣東……四分之三的中國苦力來自這兩省。隨著這兩省的苦力來到馬來半島與荷屬、西屬、葡屬東印度以及大洋洲定居，痲瘋也散播到這些地方」。康德黎認爲只有在中國苦力到來之後，當地人才染上痲瘋，而且當地人也把痲瘋歸咎於中國人。此外，「在北婆羅州，隨著中國人的離開，痲瘋也消失了」。[116] 在太平洋群島如斐濟、夏威夷等地方，情況也是一樣。康德黎宣稱：「痲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的出現：「唯一的共同因素就是中國佬，而且他有痲瘋」(the only common factor is the Chinaman, and he is leperous)。[117] 在這個研究調查中，與康德黎合作的地質學家史克奇利 (Sydeny B. J. Skertchly) 還提出另一個論點，以支持中國人將痲瘋傳播到東印度群島與大洋洲的說法。他指出在這些區域只有黑種人 (Negroid races) 居住的地方幾乎完全免於痲瘋，印尼人對痲瘋也有顯著的免疫力，而這兩者是「這個區域最古老的兩個種族，這顯示痲瘋似乎不是東印度群島或太平洋原有的疾病，而是最近才引進的」。同樣地，「馬來人感染痲瘋的情況比中國人少很多」，而且只有在中國人居住的地方才有馬來人

---

[114] Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* pp. 10, 17.

[115] Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* pp. 11, 14-15, on pp. 11, 15.

[116] Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* p. 11.

[117] Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* p. 124.

感染痲瘋。這顯示痲瘋是中國人散佈的。[118] 這個論點和目前疾病生物學史的研究觀點恰好相反，後者認爲：長久暴露於某個疾病下的人群，對該疾病會有較強的免疫力；初次暴露於新疾病的人口，則容易發生大量而嚴重的感染。[119]

康德黎認爲中國移民是帶動痲瘋傳播的主要動力。造成這個大移民風潮的原因，是中國北方黃河流域日漸乾燥、越來越不適於耕種。康德黎認爲地質變動是造成中國北方沙漠化的原因之一，不過他並沒有說明到底是怎樣的地質變化導致如此。他強調的是人爲的因素，認爲元凶是「中國人任意地摧毀樹木」。他說：「事實上中國沒有森林；中國佬砍掉了每棵樹，彷彿樹是種詛咒，而他對田園生活 (pastoral life) 的憎恨，也使得大地的草皮都被剝得一乾二淨……這就加速造成北中國變得不適合人居住」。結果大批中國人遷往沿海地區，又從沿海移民各處。

造成痲瘋傳播的，並不只是中國移民這個種族因素而已，也和階級因素密切相關。康德黎形容這些移民是：「完全缺乏尊嚴與潔淨，他們帶到新家的不只是商人的節儉，還有野蠻人的骯髒」。結果「這種持續移民所帶來的罪惡 (evils) 之一，就是痲瘋的傳播」。[120] 史克奇利更進一步認爲：「過去六百年來都有中國人造訪婆羅洲，不少人還在北部與西部永久定居……然而那裡卻從沒見過痲瘋。在馬來群島其他地區也有同樣的現象」。史克奇利認爲其中差別在於移民者成分不同：「自願移民和強迫移民有很大的差別。早期到婆羅洲的中國人是來做生意的，絕對不是苦力階級，因此也就不太可能是痲瘋病患。」然而苦力就不同

---

[118] Sydeny B. J. Skertchly, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the East Indian Archipelago, and Oceania," in Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* pp. 157-167, on p. 166.

[119] 這類的疾病生物史研究，參見 McNeill, *Plagues and Peoples*; Alfred W. Crosby, Jr., *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consquence of 1492* (Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1972); *idem*, *Ecological Imperialism: the Biological Expansion of Europe, 900-1900* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1986). 亦可參閱戴蒙 (Jared Diamond) 著，王道還、廖月娟譯，《槍砲、病菌與鋼鐵：人類社會的命運》（台北：時報出版公司，1998），特別是頁208-231。

[120] Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* p. 31. See also *idem*, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the Malay Peninsula, the East Indian Archipelago, and the Islands of the Pacific. (Read December 17th, 1897)," pp. 19-20.

了，史克奇利認爲：「運送苦力是個不名譽的生意，它更像販奴或拉伕」，他曾多次搭乘運送苦力的船隻：「我知道他們是怎麼給找來，又是如何被對待的。由中國窮困的汪洋中挑出來的這些襤褸窮人，構成了苦力階級 (coolie class)，引進他們到婆羅洲之後，痲瘋就出現了」。[121] 換言之，傳播痲瘋的不是富裕的中國商人，而是出身貧困的中國苦力。痲瘋污名結合了階級與種族這兩個範疇，印證了近來研究種族主義的歷史學家，關於階級區隔與種族主義兩者在歷史上彼此糾結而密不可分的看法。[122] 有趣的是，康德黎強調這篇報告「沒有階級偏見」。他說：「我在中國居住多年，而且是住在痲瘋最嚴重的地區。我知道中國佬 (Chinaman) 有許多好的品質，而且在許多方面也尊敬他」，然而，康德黎認爲當問題牽涉到「玷污這個世界」(tainting the world) 時，就必須以最明確的方式指出大英帝國「在遠東與遠西 (the Far West) 的大門正面臨的危險」。[123]

針對中國移民散播痲瘋的威脅，康德黎建議英國政府與其他的歐洲國家加強檢查中國移民。他說：「英國政府如果對搭乘英國船隻的中國移民嚴加檢查，將會大大造福人類。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」。他還主張在遠東與大洋洲擁有殖民地的歐洲國家，對於農莊的苦力以及其他中國人聚集的地方，每個月進行一次強制檢查，如此或可有效遏止或減緩痲瘋的傳播。查到罹患痲瘋的中國人時，唯一的辦法是予以遣返，因爲「在沒有痲瘋的國家，即使把這些人送入收容所，也會使那個地方成爲新的痲瘋傳染中心」。[124]

中國苦力散播痲瘋的說法不是康德黎首先提出的。夏威夷發生痲瘋時，就已

---

121 Skertchly, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the East Indian Archipelago, and Oceania," p. 166.

122 這方面的研究請參見 Ann Laura Stoler, "Rethinking Colonial Categories: European Communities and the Boundaries of Rule," *Comparative Studies in Society and History* 31(1989): 134-161; *idem,* "Sexual Affronts and Racial Frontiers: European Identities and the Cultural Politics of Exclusion in Colonial Southeast Asia," *Comparative Studies in Society and History* 34(1992): 514-551; *idem, Race and the Education of Desire: Foucault's History of Sexuality and the Colonial Order of Things* (Durham: Duke University Press, 1995).

123 Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* p. 125.

124 Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* p. 12.

有人如此主張。皇家醫師院進行痲瘋病調查時，許多澳洲醫師也認定是中國移民把痲瘋帶到澳洲，而使得皇家醫師院的《痲瘋報告》斷定：「中國人把這個可憎的疾病帶到了我們在澳洲的殖民地之一（如果不是更多殖民地的話）」，而且「除了中國移民之外，在我們的澳洲殖民地的人口當中，沒有其他部分可以找到這個疾病任何一絲蹤跡」。[125] 澳洲醫師也認爲染上痲瘋的中國人都屬下階級，絕大多數是金礦區的礦工，而且生活習慣很骯髒。[126]

加強檢查與嚴格限制中國移民的主張，不是只有康德黎提出。澳洲雪梨一位居民在回覆皇家醫師院的調查時，提到「幾年前有大批中國移民不斷遷入這個殖民地，使得當地歐洲人警覺到他們在人數上可能會被超越」。於是他們透過國會立法對中國移民抽人頭稅，而成功地大量降低中國移民的數目。歐洲裔居民這樣做的理由之一是：「立法者與政府應迫切而嚴肅地考慮如何用最好的辦法，來保護我們與我們的下一代免於痲瘋這類可憎傳染病的入侵」。除了人頭稅之外，其他的辦法還包括：「來到此地的中國移民都需接受港口醫官 (port surgeon) 的搜索檢查，此外還指示其他港口禁止載運任何皮膚有腫泡或是看來像有痲瘋的人」。這位赫格先生 (Mr. Hogg) 認爲雪梨就是因爲這些措施而免於「這個人人怖慄的疾病」。他還在報上文章建議：「一發現中國痲瘋病患，就應馬上將他們遣送回自己的國家，即使由公家出錢也在所不惜。」[127]

六、疾病調查、資訊蒐集與資料詮釋

如果用現代醫學的眼光來對照皇家醫師院《痲瘋報告》的痲瘋遺傳說與康德黎報告的痲瘋傳染說，得到的結論可能是近三十年來細菌學的突飛猛進，使得康德黎能夠對痲瘋的傳染方式有正確的看法，因此他的研究優於早前落伍、不科學的皇家醫師院《痲瘋報告》。然而這種表面印象反而掩蓋了這兩份報告極度相似之處，進而忽略了造成兩者不同結論的真正原因。康德黎的研究成果現在之所以看來較爲「正確」，是因爲細菌學的觀念與想法已經成爲我們習以爲常的疾病

---

[125] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, pp. xiv-xv. 唯一出現中國痲瘋病患的殖民地是維多利亞 (Victoria)。南澳、西澳、昆士蘭、塔斯馬尼亞與新南威爾斯等殖民地則沒有痲瘋病例，*ibid.*, pp. xv, 82.

[126] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. 80.

[127] The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy*, p. 82.

觀。正如安德魯・康寧漢所指出，「實驗室是用來將病因歸諸於微生物的工具，但實驗室絕不只是個工具而已，它也是實作 (practice)。它界定、限制與主導了思想與行動的方式」。實驗醫學的認知與思考方式已深刻地主宰了我們對疾病的認識，正如安德魯・康寧漢所說：「我們必須已經生活在實驗室思想的世界，才能視微生物爲疾病的『真正原因』」。然而對歷史研究而言，這種狀況有它的危險存在。「實驗室的疾病概念 (laboratory concept of disease) 的主導性，大大影響了我們對許多前實驗室的疾病 (pre-laboratory disease) 的理解；實驗室的出現重寫了過去的醫學，使其符合實驗室的疾病模型，這也導致對過去醫學的誤解」。[128] 安德魯・康寧漢警告我們，透過現代醫學的眼光來看待過去的醫學，可能會造成扭曲。這個方法論上的警戒，是研究痲瘋的社會文化史時所不可或忘的。

康德黎在熱帶醫學這門新學科扮演了重要角色，這就更容易令人以爲他的痲瘋報告代表了現代醫學的痲瘋研究成果，甚至以爲他是在進行細菌學研究之後才支持痲瘋傳染論，並得出中國苦力散播痲瘋至各地的結論。皇家醫師院的《痲瘋報告》似乎代表了實驗醫學到來之前的舊醫學；康德黎的痲瘋傳染說則代表了細菌學這門新科學。然而，實際情況卻非如此。在康德黎的幾篇痲瘋報告中，他從未提到自己從事任何關於痲瘋的細菌學研究。康德黎進行研究的方式，是擬定十個問題，然後向這些地區的「醫師、傳教士以及英國、法國、西班牙、荷蘭和葡萄牙的領事人員，還有中國海關的官員尋求回覆」。問卷則用英文與法文兩種語言寫成。[129]「寄出去的三百八十三份問卷中，回收了七十五份。許多答覆簡短，有幾篇很長，還有幾份完整的報告。所有的回覆都有價值，都值得記錄；其中『沒有發現任何病例』的簡短回覆佔了最多的份數。」[130] 雖然問卷回收比例不到五分之一，而且大部分的答覆只有一句話，但康德黎還是很滿意地表示：「回覆

---

128 Cunningham, "Transforming Plague: the Laboratory and the Identity of Infectious Disease", pp. 209, 224, 238.

129 Cantlie, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the Malay Peninsula, the East Indian Archipelago, and the Islands of the Pacific. (Read December 17th, 1897)," p. 15; *idem*, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 5-6.

130 Cantlie, "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the Malay Peninsula, the East Indian Archipelago, and the Islands of the Pacific. (Read December 17th, 1897) ."

的份數遠超過我最樂觀的期待，並且也涵蓋了國家痲瘋基金會要求調查的區域，而這確實是個龐大的地區」。[131]

康德黎的研究方法其實和皇家醫師院的調查一模一樣，都是藉著問卷調查與文獻回顧來蒐集資訊，加以整理分析，再做進一步的推論。康德黎問的問題包括「當地人是否認爲痲瘋會傳染？」「當地人是否認爲痲瘋會遺傳？」以及有關當地環境、飲食、有無隔離痲瘋病患措施以及治療方式的問題。這些問題與皇家醫師院所問的問題也是大同小異。[132] 甚至兩篇報告的寫作格式都非常相似：報告前半部分簡短介紹探討的問題、對收到的答覆做綜合評論，然後據此推導出結論。報告的後半部則摘錄或全文轉載各地的回覆。

對照皇家醫師院的《痲瘋報告》與康德黎的得獎論文著作，可以看出在同樣的研究架構下，對類似甚至完全相同的資料，兩者卻可以做出差異極大的詮釋並得到完全不同的結論。皇家醫師院與康德黎的研究都透過通訊與報告的網絡來蒐集資料。這類疾病調查 (survey) 的研究方法和許多十八、十九世紀的殖民科學如自然史 (natural history)、地理調查、人口調查，乃至殖民政權對殖民地的政治、軍事情報蒐集，都有著大同小異的操作模式。[133] 正如拉度 (Bruno Latour) 與米勒 (David P. Miller) 等學者所指出，歐洲帝國海外科學研究調查特色，就是透過博物館、植物園、天文台、實驗室等機構，對海外蒐集到的大批資訊進行整理、分類與歸納，進而尋找出普遍的規律與法則。拉度將這些蒐集、分析與研究大批資訊的機構稱爲「計算中心」(Center of Calculation)。[134] 皇家醫師院和康德

---

131 Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* p. 6.

132 Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* pp. 12-25; The Royal College of Physicians, *Report on Leprosy,* pp. iv-v.

133 關於英國在殖民印度時，如何透過這套方式來蒐集資訊，可參見 C. A. Bayly, *Empire and Information: Intelligence Gathering and Social Communication in India, 1780-1870* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1996). 在自然史的領域，達爾文 (Charles Darwin) 透過與育種業者通信的方式來蒐集物種演化的資料，是這種研究方法最著名的例子之一，參見 James A. Secord, "Darwin and the Breeders: a Social History" in David Kohn (ed.), *The Darwinian Heritage* (Princeton: Princeton Univ. Press, 1985), pp. 519-542.

134 Bruno Latour, *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society* (Cambridge, MA.: Harvard Univ. Press, 1987), pp. 215-257; David Philip Miller, "Joseph Banks, Empire and 'Centers of Calculation' in late Hanoverian London" in David P. Miller and Peter H.

黎所進行的疾病調查，也可說是一種建立「計算中心」的做法。他們透過大量寄發問卷的方式，聯繫散佈在廣大調查區域的西方醫師乃至一般西方人士，構成其資訊蒐集的網絡。然後歸納分析所蒐集到的大量回答與報告，以釐清痲瘋的病因和傳染方式。

拉度等人的研究也指出，除了要有足夠規模的資訊蒐集網路之外，資訊蒐集過程的標準化，也是建立強大的「計算中心」不可或缺的條件。然而，無論皇家醫師院或康德黎的研究，在這方面都問題重重。原因之一是，他們的疾病調查所蒐集到的都是問卷回答和醫學報告等文本，而非病理切片或細菌標本等實物。因此觀察程序標準化的工作，不是由最後統整分析資料的研究者來進行，反而完全依賴資料提供者。皇家醫師院與康德黎等研究者詢問的對象是來華的英國傳教醫師與海關醫官，而這些醫師研究當地的痲瘋病情，仍必須依賴他們的病人提供個人病史、家族病史或是當地其他痲瘋病患等相關資訊。由於中國人對於痲瘋的認知與觀念和西方醫學有極大的出入，中國病人所提供的資訊，西方醫師往往可以有很大的解釋彈性，部分西方醫師也常批評這類資訊不夠精確、不足採信。此外，康德黎與皇家醫師院詢問的對象，包含了世代、訓練背景與醫學觀點差異甚大的醫師，甚至還包括非醫療人員。[135] 這些人對痲瘋病因問題常早就預設立場，因此他們的回答與報告往往反映特定醫學理論或文化成見。前引福克斯對皇家醫師院《痲瘋報告》的批評，同樣適用於康德黎的研究。[136] 再者，十九世紀西方醫學在中國仍不普及，主要還是侷限於通商港埠。中國不是英國殖民地，英國醫師無法進行大規模或強制的流行病學研究，因此就更加依賴中國人提供的資訊。由於缺乏具備相同知識背景與訓練的第一線觀察人員，皇家醫師院與康德黎蒐集到的資訊，並不是透過標準化的觀察方法與程序得來的，結果他們得到的資訊就有模糊不一致的現象，而有很大的詮釋空間。此外，康德黎與皇家醫師院調查涵蓋的範圍都很遼闊，且皆大量使用非醫界人士的報告，然而對於各區域風土

Reill (eds.), *Visions of Empire: Voyages, Botany and Representations of Nature* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1996), pp. 21-37.

[135] 就像皇家醫師院的調查一樣，康德黎問卷的對象也包括傳教士與歐洲國家領事館人員等非醫界人士，參見 Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 147, 150, 151.

[136] Fox, "Leprosy, Ancient and Modern; with Notes Taken during Recent Travel in the East."

習俗之差異可能導致的觀察變數，兩者卻都沒有多加考量與討論。

在討論性行爲能否傳染痲瘋以及「過癩」時，這種詮釋彈性最爲明顯。皇家醫師院的《痲瘋報告》對性行爲傳染痲瘋的說法存疑，而康德黎對香港痲瘋病情的調查報告，對此也有所保留。他指出，雖然澳洲傳出華裔丈夫將痲瘋傳染給歐洲裔妻子的說法，然而光憑這樣的傳聞，仍舊難以斷定這些婦女是由於和丈夫的性行爲而感染痲瘋，畢竟這些婦女還是有可能受到其他途徑的感染。康德黎說：「我們沒有任何證據顯示一次的性交就會傳染痲瘋……我們只看到有許多例子是住在一起之後就發生了疾病」。康德黎指出這也可能是因爲長期密切接觸而感染，就像同一個家庭的兄弟姊妹先後染上痲瘋一樣。此外，也有報告提出夫婦一方感染了痲瘋，但另一方卻安然無恙的例子。[137] 康德黎並不認爲性關係這個因素就可以忽略，反而警告說對英國人而言這是個重要的潛在威脅：「一般認爲，外國男人與中國女人同居是最容易傳染痲瘋的方式之一，而這種行爲在全世界沒有任何地方比這裡更爲普遍」。[138]

康德黎七年後爲國家痲瘋基金會所寫的報告，改變了他對於性行爲是否會傳染痲瘋的看法，而毫無保留地認爲痲瘋會經由性行爲傳染。康德黎的依據是許多男病人的說辭，他們自認是因爲性行爲而感染痲瘋。雖然他曾懷疑這些病人得的是梅毒，因爲他們說症狀出現在性交後兩到四個月之間，正好和二期梅毒症狀出現的時間相同。然而這些病人並沒有梅毒的症狀，因此康德黎斷定痲瘋會由性行爲傳染，而且傳染的危險性很高，「如果破皮的話，一次性交就足以傳染」。康德黎認爲「過癩」的行爲非常普遍，他說：「廣東和其他地區普遍相信，罹患痲瘋的女人可以透過與健康的男人性交來去除疾病」。而且「眾所週知，痲瘋女會在晚上出沒，試圖勾引男人，與男人發生關係」。[139] 與他的前輩一樣，康德黎從未找到從事「過癩」的中國女子或是其他的直接證據，他們都是從當地人口中聽到這類說法。在不同觀點詮釋下，皇家醫師院斥過癩說法爲當地人的無稽之談，康德黎卻引以爲痲瘋傳染說的佐證。

在分析美國醫界有關異族間的性關係會傳染痲瘋的論述時，醫學史家納楊・夏 (Nayan Shah) 指出：「梅毒與痲瘋以及關於它們跨種族傳染的故事，成爲污

---

137 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, pp. 43-44. 引文見 p. 44.

138 Cantlie, *Leprosy in Hongkong*, p. 57.

139 Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*, pp. 16-18.

染中產階級核心家庭以及逾越種族與國籍界線的實質威脅和隱喻」。[140] 這點也可見諸康德黎的報告，他在其中提到兩個得痲瘋的英國病患，都是因爲和痲瘋患者有親密關係而染上疾病。其中一名與痲瘋女發生過一次性關係，結果不只染病，而且還把痲瘋傳染給照顧他的女兒。另一名英國病患則是和擔任他私人僕役的中國「男孩」（"boy"，引號爲康德黎所加）關係親密，甚至「天氣冷時，兩人會同睡在一張毯子下，即使在這個『男孩』得了痲瘋之後也還是如此」。結果這個英國人就得了痲瘋。[141]

這種資料詮釋的彈性空間，在赫勤生 (Jonathan Hutchinson) 有關吃魚導致痲瘋的理論，可以見到另一個清楚的例證。赫勤生相信痲瘋的起因是食用不新鮮的魚：「我們今天所認識的真痲瘋 (true leprosy) 根本的病因是食用了剛開始腐壞的魚」。[142] 赫勤生或許不是第一個提出吃魚和痲瘋有關的人，但他耗費大量心力推演此一理論並且蒐集大量資料來加以支持，無疑是此一說法最重要的代表人物。赫勤生想法的主要來源是挪威的痲瘋病患大多是海邊的漁村居民，他們經常醃製漁獲，以便保存留待日後食用。因此赫勤生推論痲瘋的發生與食用不新鮮的魚有關。此外，赫勤生發現世界各地的痲瘋報告常提到海邊的痲瘋病患較多，而在中國與印度等常見到痲瘋的國家，鹹魚是人民常吃的食物。[143] 在細菌學當道的年代，赫勤生的學說成爲醫界極少數派的孤獨聲音。[144]

詳細探討赫勤生的痲瘋研究與學說已超出本文範圍，這裡只簡短討論他如何透過重新詮釋康德黎的調查成果來顛覆康德黎的結論。赫勤生宣稱關於痲瘋在中國的狀況，「我們由康德黎先生的得獎論文得到了更精確的資訊」，並且坦承關

---

[140] Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's China Town*, pp. 97-104, on p. 99.

[141] Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* pp. 17-18.

[142] Jonathan Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations* (London: Archibald Constable, 1906), on p. v.

[143] Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*; *idem*, "The Etiology of Leprosy," *Transactions of the Epidemiological Society of London,* New Series, Vol. XXII (1902-1903): 139-150.

[144] 在韓生發現痲瘋菌之後，赫勤生便認爲此細菌來自腐敗的魚肉。然而，遲遲沒有人能在魚體內發現痲瘋菌，使得赫勤生大失所望。Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, p. vii.

於這方面他所引用的「事實」(facts) 主要是來自康德黎的報告。赫勤生並沒有透過質疑康德黎的研究方法或觀察能力，來否定後者的研究結論。相反地，他稱康德黎爲「我的朋友」，並盛讚其觀察能力高強。[145] 然而在康德黎的研究中，他卻抓到一個沒有得到完善解釋的疑點，從而對康德黎提供的「事實」做出完全不同的解釋。康德黎宣稱中國北方少有痲瘋，北京乃至整個直隸都完全沒有痲瘋病患；而且除了山東之外，整個中國北方海岸也見不到痲瘋的痕跡。[146] 赫勤生問：爲何痲瘋在中國的分佈出現如此特殊的情況？他進而質疑說，如果痲瘋會透過接觸傳染的話，那麼中國北方與南方的人種相同而且可自由往來，中國北方人應該早就從南方人身上感染痲瘋了。然而，爲什麼這種情況沒有發生？赫勤生認爲，這個事實就顯示痲瘋不是接觸傳染 (contagious) 的疾病。[147]

赫勤生認爲痲瘋在中國如此分佈的決定因素，是飲食的差別。南方人愛吃鹹魚，廣東人尤其如此。然而他們醃魚的方法不當，沒有用足夠的鹽來防止魚腐敗，導致了痲瘋的傳播。赫勤生認爲這是因爲中國南方鹽產量少，鹽不只靠進口，還要繳鹽稅。鹽價高，醃魚的鹽就用少了。赫勤生說：「中國南方人被訓練要儘量少用鹽」。相反地，中國北方不只產鹽還出口鹽，在鹽供應充分的情況下，北方人不會吃到「不好的魚」(bad fish)。他還認爲中國政府徵收高額的鹽稅，是造成痲瘋盛行於中國的重要原因。他宣稱「適當醃製的魚是完全安全的」，而且「如果純鹽可以廉價地普及全世界，我毫不懷疑我們很快就會見到痲瘋的消失」。[148] 此外，赫勤生認爲中國南方海岸線蜿蜒曲折，有許多沿海島嶼，適合從事漁業；北部海岸則像條直線，不適合漁業。因此，南方人吃魚的機

---

145 Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 48, 211.

146 Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 210-213. 康德黎的說法見 Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894,* pp. 33-35. 當時來華英國醫師普遍認爲中國北方沒有痲瘋，參見 Benjamin Hobson, "On the Leprosy of the Chinese: Letter from Dr. Hobson," *Medical Times and Gazette* 1 (June 2 1860): 558-559, on p. 558.

147 Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 210-213, 230; *idem*, "The Etiology of Leprosy," p. 143.

148 Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 187, 213, 217, 358. 上述是赫勤生的推論，至於中國南北食鹽生產與消費是否如赫勤生所說有這麼大的差距，則又是另一回事。

會遠多過北方人，也就使南方人更容易得痲瘋。[149] 赫勤生還推論夏威夷之所以發生痲瘋，並不是因爲當地人與中國苦力接觸而感染的，而是因爲中國移民把飲食習慣帶到了夏威夷。當地人原本嗜食生魚，中國人來了之後，不只引進「危險的醃魚方法」，還教會當地人愛吃鹹魚，結果當地人就開始染上痲瘋。至於加州、澳洲或麻六甲等地方，由於當地人不吃中國人的鹹魚，因此痲瘋病患就僅侷限於中國人。[150] 赫勤生的研究充分地顯示出，康德黎研究所使用的資料，可以用完全不一樣的角度加以詮釋，而對痲瘋傳播方式的課題得出完全不同的結論。

英國醫師在印度進行的痲瘋研究也遭遇到類似的狀況。在孟加拉醫療勤務 (Bengal Medical Service) 任職的麥克納馬拉醫師 (N. C. Macnamara)，於一八六六年將印度東部回覆皇家醫師院問卷的一百零七封信，拿來獨立分析，結果得出「痲瘋是接觸傳染的疾病」這個與皇家醫師院完全相左的結論。[151] 如同中國傳統醫學，印度傳統醫學對痲瘋的概念與疾病分類方式，也與西方醫學大異其趣。印度醫學區分出十八種痲瘋，包括七種「大痲瘋」和十一種「小痲瘋」。因此英國研究者也很難精確運用印度人所提供的資訊，因爲後者對何謂「痲瘋」有相當不同的認知。[152] 當然，英國在印度的殖民統治，提供當地英國醫學對痲瘋研究的許多方便。例如，來華英國醫師缺乏政府資源與支持，無法統計中國到底有多少痲瘋病患；英國殖民當局於印度各地十年一次的人口普查 (census)，則提供了許多有關痲瘋病患人口的數據。然而，印度的痲瘋研究也遭遇到資料報告的觀察標準不一致的問題。即使到了十九世紀末，西方醫界對痲瘋的症狀有相當的理解之後，「早期痲瘋的診斷，對於訓練有素的醫師而言都還很困難，對毫無訓練的人口調查員而言等於是不可能。」因此，印度的痲瘋調查委員會 (Indian Leprosy Commission) 在一八九〇到九一年的調查發現，由各地區中心挑選給他們檢查的痲瘋病患當中，「高達百分之九點五的病人罹患的根本不是痲瘋，而是外在症狀類似的皮膚病」。因此，印度人口普查所得的痲瘋資訊其實相當不可靠。[153]

英國醫學在印度與在中國的痲瘋研究另一個重要的差異，是英國當局在印度

---

[149] Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, p. 358.

[150] Hutchinson, *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*, pp. 231-232.

[151] Pandya, "Anti-Contagionism in Leprosy, 1844-1897," p. 379.

[152] Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement,* pp. 7-8, 21.

[153] Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, pp. 3, 18-30, 32, 33, 44, on p. 20.

的監獄與收容流浪窮人的醫院，提供印度當地的英國醫師不少解剖屍體的機會。即使在印度傳統文化排斥屍體解剖的情況下，英國醫師卡特 (Henry Vandyke Carter, 1831-1897) 仍能對痲瘋的病理學研究做出相當大的貢獻。[154] 相對之下，十九世紀來華英國醫師大多在教會慈善醫院工作，缺乏監獄或公家醫院等具有強制性質之殖民機構的支持，在中國人極度排斥屍體解剖的情況之下，無法透過屍體解剖來研究痲瘋的病理變化。[155]

其實，英國在印度殖民的早期調查活動中，類似的狀況和問題屢見不鮮。例如，英國東印度公司於十八世紀與十九世紀初，在印度進行地理測量與繪製地圖，以及從事地質研究、人口與農業資源統計等調查工作時，殖民官員與研究者由於缺乏足夠的資源與訓練有素的人員，經常必須依賴當地人與非專業研究人員提供資訊或進行調查。在蒐集資料的過程中，工作人員標準與步驟無法嚴謹統一，彼此誤解、溝通不良、互信不足以及資訊傳遞漏失等，都是常見的狀況。最後得到的資料也往往曖昧模糊、不完整和不精確。[156] 這樣的不確定現象，使得持不同理論立場與觀點的研究者，可以透過質疑資料提供者的可信程度，來攻擊對方的論點，或是重新詮釋資料，把這些資料建構成爲支持自己論點的根據。[157]

---

[154] Henry Vandyke Carter, "On the Symptoms and Morbid Anatomy of Leprosy, with Remarks," *Transactions of the Medical and Physical Society of Bombay*, New Series, No. VIII (1865): 1-105; Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, pp. 120-122.

[155] 十九世紀來華醫師在嘗試進行屍體解剖研究時，若被當地民眾得知消息，常會遭到憤怒的民眾攻擊。這方面的案例可參見 Philip H. Manson-Bahr and A. Alcock, *The Life and Work of Sir Patrick Manson* (London: Cassell and Company, 1927), pp. 18-19.

[156] Bayly, *Empire and Information: Intelligence Gathering and Social Communication in India, 1780-1870*; Matthew H. Edney, *Mapping an Empire: the Geographical Construction of British India, 1765-1843* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1990); David Ludden, "Orientalist Empiricism: Transformations of Colonial Knowledge," in Carol A. Breckenridge and Peter van der Veer (eds.), *Orientalism and the Postcolonial Predicament* (Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press, 1993), pp. 250-278, especially pp. 250-263; Nicholas B. Dirks, "Colonial Histories and Native Informants: Biography of an Archive," in Breckenridge and Veer (eds.), *Orientalism and the Postcolonial Predicament,* pp. 279-313.

[157] 十九世紀英國醫學界對「象皮病」(elephantiasis) 這個「熱帶疾病」的疾病分類學 (nosology) 與致病原因，也發生過相當大的爭論，整個爭論的過程與模式，與本文討論的痲瘋病爭論有不少相似之處，尤其是論戰各方都常批評對手採用的資訊不可靠。參見 Shang-Jen Li, *British Medicine in Late Nineteenth-Century China and the Early Career of Patrick Manson* (Unpublished Ph.D. Dissertation, University of London, 1999), pp. 124-135.

英國在印度等殖民地的統治機構較具規模之後，便著手建立所謂的「東方學」(orientalism)，培養熟悉當地語言、文化、風俗與歷史的英國人員，由這批具有專門訓練的人員直接進行研究，盡可能不要假手業餘者或當地人。[158] 除了統一觀察與研究標準之外，這套做法也是著眼於建立殖民研究的「專家見證」體系，[159] 以建構一套穩定、可信的殖民知識。

十九世紀下半，一方面新興細菌學說取代舊醫學理論的過程尚未完成，西方醫界對痲瘋性質的看法還有分歧意見；另一方面，在海外進行的痲瘋調查，也缺乏由具有同樣訓練背景，並依循相同研究程序的人員所組成的觀察網絡。因此，蒐集到的觀察報告與問卷回應往往眾說紛紜、混雜矛盾，而具有很大的解釋空間。

七、結論

一八七〇年代來華英國醫師主要是透過個人衛生 (personal hygiene)、飲食起居與生活習慣來解釋痲瘋在中國盛行的現象。他們認爲痲瘋是中國、印度等熱帶地區的地方病 (disease of locality)，他們對疾病的觀察解釋則往往夾雜文化優越感與種族歧視，認爲痲瘋主要出現在「不文明」的國家，而生活貧窮、營養不良、衛生習慣不佳，乃至道德敗壞、風俗淫蕩，更助長了痲瘋在中國的盛行。這些觀點與十八世紀以來以環境醫學、醫療地誌學 (medical topography) 與熱帶衛生學爲骨幹的英國殖民醫學並無二致。這套醫學的疾病研究，與歐洲殖民者試圖掌握殖民地自然環境，以及理解被殖民者風俗文化的努力，有著密切關係，也和殖民者區隔被殖民者以維持種族優越感的種種作爲糾結不清。[160]

---

158 雖然實際上對當地人的依賴還是不可避免。參見 David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2000); Bayly, *Empire and Information: Intelligence Gathering and Social Communication in India, 1780-1870*; Edney, *Mapping an Empire: the Geographical Construction of British India, 1765-1843*; Ludden, "Orientalist Empiricism: Transformations of Colonial Knowledge."

159 有關專家見證的制度如何建立，以及這套制度對實驗科學的重要性，參見 Steve Shapin and Simon Schaffer, *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle and the Experimental Life* (Princeton: Princeton Univ. Press, 1985); Steve Shapin, *A Social History of Truth: Civility and Science in Seventeenth-Century England* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1994).

160 Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914*, pp. 36-59; Arnold, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century*

從皇家醫師院支持痲瘋遺傳說到康德黎主張痲瘋傳染說，其間三十年左右的時光，細菌學逐步取代了過去的環境醫學典範，而西方醫界對痲瘋傳播途徑的看法也發生相當的變化。就英國醫學在中國的痲瘋研究而言，細菌學的崛起雖然在醫界意見的轉變中扮演相當重要的角色，然而康德黎並沒有借助細菌學的研究方法與實驗工具來證實痲瘋會傳染，也沒有以細菌學說來支持他關於中國人將痲瘋傳播到東南亞與大洋洲的推論。細菌學提供康德黎的主要助力，並不在於新的實驗研究與科學證據，而是這個新興學科的權威，提昇了痲瘋傳染說的科學地位。此外，這段期間歐美醫界與民眾對痲瘋傳染的疑慮大增，並且與逐漸高張的種族主義以及日益嚴重的排華偏見結合在一起，這些「非科學」因素與偏見，反倒成爲有助於痲瘋傳染說爲人接受的重要因素。[161]

除了上述醫學、政治與文化因素之外，對於痲瘋傳播方式的看法之所以從遺傳說轉變爲傳染說，也和英國醫學界內部的學科分化與專業化過程有關，尤其和熱帶醫學這門新學科的興起有密切關連。直到一八七〇年代，英國醫界主流向來對疾病接觸傳染說抱持懷疑、保留的態度，這樣的醫學立場和英國的政治經濟利益是一致的。自從霍亂在一八三〇年代由亞洲傳至歐洲以來，每次發生重大疫病而引發有關檢疫措施的討論時，仰賴航海貿易的英國向來很少贊同嚴格強制的檢疫主張，而接觸傳染說正是實施嚴格檢疫措施的主要醫學依據。在細菌學於一八八〇年代崛起之前，英國醫界主流向來支持環境致病的理論，並據此制訂實施相

India, pp. 28-43.

161 近年來的科學史研究屢屢指出，後見之明認爲是「錯誤」的政治與社會因素，有時會對現代科學知識的出現產生重要的正面影響。例如 Francis Galton 提倡的優生學思想，今天被認爲是歧視下層階級、遺傳病患者、精神病患者與弱智者等弱勢團體的僞科學，德國納粹政權甚至還引優生學爲進行種族屠殺，以及殺害精神病患與同性戀者的科學根據。然而，Galton 的優生學說對英國統計學的發展卻有重大的影響，這點尤可見於重要統計學家 Karl Pearson 的學說。關於這段歷史，參見 Donald Mackenzie, *Statistics in Britain, 1865-1930: the Social Construction of Scientific Knowledge* (Edinburgh: Edinburgh Univ. Press, 1981). Mackenzie 最近回顧他這本成名作時說：「如此得到的知識並不必然就帶有缺陷：這些知識其中有許多已經成爲現代統計學理論的一部分……這不是因爲優生學有任何值得稱頌之處——它沒有——而是因爲科學史不是道德劇」。Donald Mackenzie, "What's in the Bottle?" *London Review of Books* 24.9(May 9 2002): 21-22, on p. 22. 這樣的歷史例子當然不能用來正當化種族歧視或各種政治、文化的偏見，它們說明的是知識與權力的關係，要比一般的認知來得複雜得多。

關的公共衛生政策與措施。[162] 皇家醫師院向來代表英國醫界傳統精英，其學術立場通常較爲保守。它的《痲瘋報告》會反對傳染說而主張遺傳說，並不令人意外。再就殖民地而言，印度的英國殖民醫學主流深受傳統環境醫學理論影響，對於細菌學等新學說甚爲抗拒，甚至當細菌學說在英國本土醫界成爲主流之後，在印度的英國醫界對細菌學仍持懷疑、抗拒的態度。[163] 與其他歐洲強權的殖民政策相較，英國殖民當局較少也較不願意施行大規模強制的衛生措施。這一方面是因爲英國殖民政府對這類措施的成本效益有所懷疑，一方面則是不願引起與當地人的衝突。[164] 因此當卡特在印度提出痲瘋是細菌引起的傳染病，必須以隔離方式來治療的主張，就遭到其長官 J. M. 康寧翰 (J. M. Cunningham) 的打壓。身爲印度公共衛生委員 (sanitary commissioner) 的 J. M. 康寧翰之所以反對細菌學說，除了醫學理論觀點差異，以及印度殖民政府醫界內部的派系鬥爭之外，主要原因也在於若接受此一學說，印度殖民政府就有必要廣設隔離病人的痲瘋療養院，這將構成一筆龐大、難以負荷的經費支出。[165] 到了一八九〇年代，細菌學說在英國醫界逐漸取得主流地位時，痲瘋傳染說的反對者主要是老一輩的醫界主流人士，如著名外科醫師帕傑爵士 (Sir James Paget, 1814-1899)，以及舊派殖民醫學的代表人物，如具有長期在印度行醫經驗、著有多部論文與專書、以環境氣候因素來解釋印度疾病現象的費勒爵士 (Sir Joseph Fayrer, 1824-1907)。[166] 曾擔

---

[162] Erwin H. Ackerknecht, "Anti-Contagionism between 1821 and 1867," *Bulletin of the History of Medicine* 22(1948): 562-593. 英國關於接觸傳染論與隔離檢疫問題的政策立場與歐洲其他國家的差異，請參見 Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe, 1830-1930* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1999), esp. pp. 562-563.

[163] Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914,* pp. 51-59, 110, 113-115; *idem*, "A Question of Locality: the Identity of Cholera in British India, 1860-1890," in David Arnold (ed.) *Warm Climates and Western Medicine, 1500-1900* (Amsterdam: Rodopi, 1996), pp. 133-159; Issac, "D. D. Cunningham and the Aetiology of Cholera in British India, 1869-1897."

[164] Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914*; Arnold, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, pp. 28-43. 關於英國與其他歐洲強權的殖民醫療政策差異的比較研究，請參見 Michael Worboys, "The Comparative History of Sleeping Sickness in East and Central Africa, 1900-1914," *History of Science* 32(1994): 89-102.

[165] Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement,* pp. 145-152.

[166] Buckingham, *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*, p. 176. 費勒對於細菌學說以及瘧疾是由寄生蟲引起的說法，也持懷疑與批評的態度，關於費勒的醫學立

任英國皇家外科醫師院 (The Royal College of Surgeons) 主席的赫勤生，也是維多利亞醫學舊傳統的代表人物。[167]

另一方面，主張痲瘋是細菌傳染疾病的醫界人士，除了細菌學的支持者之外，也包括新興的熱帶醫學 (tropical medicine) 的推動者。一八九〇年代是熱帶醫學在英國成爲一個專科的關鍵時期，而這段時間出版的主要熱帶醫學著作不只將痲瘋列入其專科的範圍，也主張痲瘋是種細菌傳染疾病。例如一八九〇年代初，戴維生 (Andrew Davidson) 編輯的重要熱帶醫學專書，就將痲瘋列入並以專章討論。該章作者麥克納馬拉宣稱：「由此一疾病的歷史、細菌學與病理學的研究，以及痲瘋盛行的社區的經驗，我的結論是它是由特定的微生物所引起的」。此外，他也否定痲瘋會遺傳的說法。[168] 麥克納馬拉除了提到「痲瘋存在於整個中華帝國」之外，也支持痲瘋是由中國人傳到夏威夷的說法。[169] 有「熱帶醫學之父」之稱的萬巴德，雖然在一八八〇年代初還對痲瘋是細菌疾病的說法存疑，但他於一八九八年出版的熱帶醫學權威著作《熱帶疾病》中，則宣稱痲瘋「是由特定的細菌所引起的」。[170] 雖然萬巴德宣稱熱帶疾病 (tropical diseases) 主要是熱帶昆蟲病媒傳染的寄生蟲疾病，[171] 但他卻也把痲瘋列入熱帶醫學的範圍之內。儘管萬巴德承認氣候不是痲瘋的病因，但他卻強調氣候和痲瘋的地理分佈息息相關。萬巴德宣稱：「就地理分佈而言，不論過去的狀況如何，在今天除了少數不重要的特例，痲瘋是熱帶與亞熱帶國家特有的疾病。」而且他認爲中國是世界上痲瘋病患最多的國家，病患數量之多甚至超過印度。[172] 萬巴德還強調「必

場，參見 Harrison, *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914,* pp. 54-56, 111-112.

[167] Pandya, "Anti-Contagionism in Leprosy, 1844-1897," pp. 380-381. 關於赫勤生的生平可參見 Herbert Hutchinson, *Jonathan Hutchinson: Life and Letters* (London: WM. Heinemann, 1946).

[168] N. C. Macnamara, "Leprosy" in Andrew Davidson, *Hygiene & Diseases of Warm Climates* (London: Young J. Pentland, 1893), pp. 426-452, on pp. 444-445.

[169] Macnamara, "Leprosy," pp. 429-430, 433.

[170] Patrick Manson, *Tropical Diseases: a Manual of the Diseases of Warm Climates* (London: Cassell and Co., 1898), pp. 383-422, on p. 383. 我們無法由現存史料斷定萬巴德接受痲瘋細菌病因說的確切時間。

[171] Manson, *Tropical Diseases: a Manual of the Diseases of Warm Climates,* pp. xii-xvi; John Farley, "Parasites and the Germ Theory of Disease," in Rosenberg and Golden (eds.), *Framing Disease: Studies in Cultural History*, pp. 34-49.

[172] Manson, *Tropical Diseases: a Manual of the Diseases of Warm Climates*, pp. 385-386, 412,

須視痲瘋病患爲危險的來源……壓制此一疾病唯一確定有效的方法，是隔離現有的痲瘋病患。」[173]

萬巴德與康德黎都是在英國創建熱帶醫學這門新學科的關鍵人物，他們這些研究事業在帝國邊陲起步的醫師，憑藉其海外獲得的經驗、知識與研究成果，試圖回到母國醫學學術中心開創一門新的醫學專科，並以此來進一步發展其醫學事業。萬巴德藉由教學、寫作以及宣揚其他殖民地醫師的研究成果，來說服英國醫界接受熱帶醫學具有成爲一門專科的獨特性與重要性。萬巴德也透過他擔任英國政府殖民部醫學顧問 (Medical Advisor to the Colonial Office) 的職務之便，大力遊說英國政府支持他在倫敦設立專門的熱帶醫學校，並且讓這個學校成爲訓練前往「熱帶」殖民地工作之醫療人員的專門教育場所。[174] 康德黎於一八九六年返回英國之後，便加入萬巴德的熱帶醫學教學工作。自該學科重要刊物《熱帶醫學期刊》(*Journal of Tropical Medicine*) 於一八九八年創刊以來，康德黎就長期擔任主編工作。[175] 萬巴德與康德黎等人宣稱，熱帶疾病對大英帝國造成嚴重的人力與經濟利益損失，並強調熱帶醫學對於維護帝國利益有無可取代的重要性，藉以爭取英國政府支持。將痲瘋納入「熱帶疾病」的範疇中，並且強調此一疾病的傳染威脅，則具有抬高熱帶醫學這門新興學科的重要性之效果，而有助於萬巴德、康德黎等人的專業目標與利益。

近年來，科學史與科學社會學研究指出，在科學爭論發生時，雙方常會對同一現象做出完全不同的觀察，或是對相同資料作出完全相反的解釋。而這樣的爭

---

on p. 385.

173 Manson, *Tropical Diseases: a Manual of the Diseases of Warm Climates,* p. 417.

174 關於萬巴德等人如何遊說英國政府加以支持並克服醫界內部阻力，使得熱帶醫學在英國成爲一個專科的過程，參見 Michael Worboys, "The Emergence of Tropical Medicine: A Study in the Establishment of a Scientific Specialty," in G. Lemaine *et al.* (eds.), *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines* (The Hague: Mouton, 1976), pp. 75-98; *idem*, "Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: From 'Diseases in the Tropics' to 'Tropical Diseases,'" in David Arnold (ed.) *Warm Climates and Western Medicine, 1500-1900*, pp. 181-207; Farley, "Parasites and the Germ Theory of Disease"; Douglas M. Haynes, *Imperial Medicine, Patrick Manson and the Conquest of Tropical Disease* (Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press, 2001), pp. 85-180.

175 關於康德黎的生平，請參閱 Cantlie and Seaver, *Sir James Cantlie: a Romance in Medicine*; Jean Cantlie Stewart, *The Quality of Mercy: the Lives of Sir James and Lady Cantlie* (London: George Allen and Unwin, 1983).

論也可以讓我們看出爭論雙方的訓練、理論立場、所屬機構與社群的利益，乃至階級、性別與政治立場等因素，如何成爲科學研究取向與科學知識內容的構成條件。[176] 本文指出十九世紀英國醫師對中國「痲瘋」的認知，不只和西方醫界的理論爭論、學說嬗遞以及新學科的興起有密切關係，也牽涉到帝國擴張、種族主義與社會風潮。醫界主流立場的急劇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，反而有利於我們入手探討各種與疾病相關的豐富現象。

（本文於民國九十二年二月二十日通過刊登）

後記

我的博士論文指導教授 Christopher Lawrence 建議我研究此一主題，雖然我後來並沒有將它納入博士論文。本文後期的研究與修改工作，得到中央研究院主題研究計畫「明清至近代漢人社會的衛生觀念、組織與實踐」子計畫「海關醫療勤務與十九世紀中國通商港埠公共衛生」的經費支持。檔案研究得到英國倫敦 The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at University College London, The Wellcome Library for the History and Understanding of Medicine 以及倫敦大學 Senate House Library 等機構協助。本文初稿曾於中央研究院歷史語言研究所講論會上宣讀（2002年1月21日），獲得主持人范毅軍先生、評論人劉士永先生以及與會學者的指正；撰寫與修改期間，承蒙李貞德女士、梁其姿女士以及集刊匿名評審惠賜許多寶貴意見。謹此向上述學者與機構致謝。

---

[176] 這方面的研究數量相當豐富，Barry Barnes and Steve Shapin (eds.), *Natural Order: Historical Studies of Scientific Culture* (London: Sage, 1979) 是具有代表性的個案研究選集，相關研究的文獻回顧介紹可參見 Steve Shapin, "History of Science and its Sociological Reconstructions," *History of Science* 20(1982): 157-211; Jan Golinski, *Making Natural Knowledge: Constructivism and the History of Science* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1998).

引用書目

一、中文之部

甲、傳統文獻

蕭曉亭，《瘋門全書》，粵東敬業堂重刻本，1845。

乙、近人論著

胡萬川

1990 〈蛇酒與痲瘋女的故事〉，清華大學中文系編，《小說戲曲研究》第三集，台北：聯經出版事業公司。

梁其姿

1999 〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.2：399-437。

蔣竹山

1995 〈明清華南地區有關痲瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》90.4：182-192。

劉錚雲

2000 〈中央研究院歷史語言研究所藏內閣大庫檔案中的疾病與醫療史料〉，《古今論衡》4：128-131。

戴蒙 (Jared Diamond)

1998 《槍砲、病菌與鋼鐵：人類社會的命運》，王道還、廖月娟譯，台北：時報出版公司。

二、外文之部

Ackerknecht, Erwin H.

1948 "Anti-Contagionism between 1821 and 1867," *Bulletin of the History of Medicine* 22: 562-593.

Anderson, Warwick

1998 "Leprosy and Citizenship," *Positions* 6: 707-730.

Anon,

1860 "Report of Society, Royal Medical and Chirurgical Society. Tuesday, January 10, 1860, " *Medical Times and Gazette* 1 (Jan. 21 1860): 75-76.

1890-1891 "Review of *Leprosy and its Prevention, as Illustrated by Norwegian Experience*, by Robson Roose," *Edinburgh Medical Journal* 36: 259.

Arnold, David

1993 *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Berkeley: Univ. of California Press.

2000 *Science, Technology and Medicine in Colonial India*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Baldwin, Peter

1999 *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Barnes, Barry and Steve Shapin (eds.)

1979 *Natural Order: Historical Studies of Scientific Culture*. London: Sage.

Bayly, C. A.

1996 *Empire and Information: Intelligence Gathering and Social Communication in India, 1780-1870*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Breckenridge, Carol A. and Peter van der Veer (eds.)

1993 *Orientalism and the Postcolonial Predicament*. Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press.

Buckingham, Jane

2002 *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*. Basingstoke: Palgrave.

Bull, Ole B. and G. A. Hansen

1873 *The Leprous Disease of the Eye*. Christiania: Albert Cammermeyer.

Cantlie, James

1890 *Leprosy in Hongkong*. Hong Kong: Kelly & Walsh.

1897 *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*. London: Macmillan.

1897-1898 "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the Malay Peninsula, the East Indian Archipelago, and the Islands of the Pacific. (Read December 17th, 1897)," *Transactions of the Epidemiological Society of London,* New Series, Vol. XVII: 15-40.

Cantlie, Neil and George Seaver

1939 *Sir James Cantlie: a Romance in Medicine*. London: John Murray.

Carmichael, Ann G.

1993 "Leprosy," in Kenneth F. Kiple *et al.* (eds.), *The Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, pp. 834-839.

Carter, Henry Vandyke

1865 "On the Symptoms and Morbid Anatomy of Leprosy, with Remarks," *Transactions of the Medical and Physical Society of Bombay*, New Series (Bombay), No. VIII: 1-105.

Coleman, William

1987 *Yellow Fever in the North: the Method of Early Epidemology*. Madison: Univ. of Wisconsin Press.

Cooter, Roger

1982 "Anti-Contagionism and History's Record," in P. Wright and A. Treacher (eds.), *Problems of Medical Knowledge*. Edinburgh: Edinburgh Univ. Press, pp. 87-108.

Cooter, Roger and John V. Pickstone (eds.)

2000 *Medicine in the 20th Century*. Amsterdam: Howard Academic Publisher.

Crosby, Alfred W., Jr.

1972 *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consquence of 1492*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.

1986 *Ecological Imperialism: the Biological Expansion of Europe, 900-1900*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Cunningham, Andrew

1992 "Transforming Plague: the Laboratory and the Identity of Infectious Disease" in Andrew Cunningham and Perry Williams (eds.), *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, pp. 209-244.

Danielssen, Daniel Cornelius and William Boeck

1848 *Traité de la spedalskhed ou des elephantiasis des Grecs*. Paris: J. B. Ballière.

Davidson, Andrew

1864 "An Account of Tubercular Leprosy in the Island of Madagascar," *Edinburgh Medical Journal* 10: 33-41.

Davidson, W. S.

1978 *Havens of Refuge: a History of Leprosy in Western Australia.* West Perth: Univ. of Western Australia Press.

Delaporte, François

1991 *The History of Yellow Fever: An Essay on the Birth of Tropical Medicine,* tr. Arthur Goldhammer. Cambridge, MA.: MIT Press.

Dirks, Nicholas B.

1993 "Colonial Histories and Native Informants: Biography of an Archive," in Breckenridge and Veer (eds.), *Orientalism and the Postcolonial Predicament.* Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press, pp. 279-313.

Dols, Michael

1979 "Leprosy in Medieval Arabic Medicine," *Journal of the History of Medicine and Allied Science* 34: 314-333.

Dudgeon, John

1875 "Dr. John Dudgeon's Report on the Health of Peking for the half year ended 30th September 1874," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 9, pp. 21-33.

Edney, Matthew H.

1990 *Mapping an Empire: the Geographical Construction of British India, 1765-1843.* Chicago: Univ. of Chicago Press.

Ell, Stephen R.

1984 "Blood and Sexuality in Medieval Leprosy," *Janus* 71: 153-164.

Ernst, Waltraud and Bernard Harris (eds.)

1999 *Race, Science and Medicine, 1700-1960.* London: Routledge.

Farley, John

1992 "Parasites and the Germ Theory of Disease," in Charles E. Rosenberg and Janet Golden (eds.), *Framing Disease: Studies in Cultural History.* New Brunswick: Rutgers Univ. Press, pp. 34-49.

Fiddes, Alexander

1857 "Observations on Tubercular and Anaethetic Leprosy as They Occur in Jamaica," *Edinburgh Medical Journal* 2: 1061-1084.

Fox, Tilbury

1866 "Leprosy, Ancient and Modern; with Notes Taken during Recent Travel in the East," *Edinburgh Medical Journal* 11: 795-804.

Ginzburg, Carlo

1991 *Ecstasies: Deciphering the Witches' Sabbath,* tr. Raymond Rosenthal. London: Penguin.

Golinski, Jan

1998 *Making Natural Knowledge: Constructivism and the History of Science.* Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Gussow, Zachary

1989 *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control.* Boulder: Westview Press.

Gussow, Zachary and George S. Tracy

1970 "Stigma and the Leprosy Phenomenon: the Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries," *Bulletin of the History of Medicine* 44: 425-449.

Hamlin, Christopher

1985 "Providence and Putrefaction: Victorian Sanitarians and the Natural Theology of Health and Disease," *Victorian Studies* 28: 381-411.

1989 "Politics and Germ Theories of Disease in Victorian Britain: the Metropolitan Water Commission of 1867-9 and 1892-3," in Roy MacLeod (ed.), *Government and Expertise: Specialists, Administrators and Professionals, 1860-1919.* Cambridge: Cambridge Univ. Press, pp. 110-127.

Hansen, G. Armauer

1875 "On the Etiology of Leprosy," *British & Foreign Medico-Chirurgical Review* 55: 459-489.

Hansen, G. Armauer and Carl Looft

1895 *Leprosy in Its Clinical and Pathological Aspects*, tr. Norman Walker. Bristol: John Wright.

Harrison, Mark

1994 *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1895-1914.* Cambridge: Cambridge Univ. Press.

1996 "A Question of Locality: the Identity of Cholera in British India, 1860-1890," in David Arnold (ed.) *Warm Climates and Western Medicine, 1500-1900.* Amsterdam: Rodopi, pp. 133-159.

1999 *Climates and Constitutions: Health, Race, Environment and British Imperialism in India, 1600-1850.* New Delhi: Oxford Univ. Press.

Hays, J. N.

1998 *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History*. New Brunswick: Rutgers Univ. Press.

Haynes, Douglas M.

2001 *Imperial Medicine, Patrick Manson and the Conquest of Tropical Disease*. Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press.

Henderson, W. A.

1888 "Dr. W. A. Henderson's Report on the Health of Chefoo for the year ended 31st December 1887," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 35, pp. 15-16.

Hobson, Benjamin

1860 "On the Leprosy of the Chinese: Letter from Dr. Hobson," *Medical Times and Gazette* 1 (June 2 1860): 558-559.

Hutchinson, Herbert

1946 *Jonathan Hutchinson: Life and Letters*. London: WM. Heinemann.

Hutchinson, Jonathan

1902-1903 "The Etiology of Leprosy," *Transactions of the Epidemiological Society of London,* New Series, Vol. XXII: 139-150.

1906 *On Leprosy and Fish-Eating: a Statement of Facts and Explanations*. London: Archibald Constable.

Issac, J. D.

1998 "D. D. Cunningham and the Aetiology of Cholera in British India, 1869-1897," *Medical History* 42: 279-305.

Jamieson, Alexander

1872 "Dr. Alexander Jamieson's Report on the Health of Shanghai for the half year ended 30th September 1871," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 2, pp. 33-43.

Jenner, Mark S. R. and Bertrand O. Taithe

2000 "The Historiographical Body," in Roger Cooter and John V. Pickstone (eds.), *Medicine in the 20th Century*. Amsterdam: Howard Academic Publisher, pp. 187-200.

Kakar, Sanjiv

1996 "Leprosy in India, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine," *Medical History* 40: 215-230.

2001 "Medical Developments and Patient Unrest in the Leprosy Asylum, 1860-1940," in Biswamoy Pati and Mark Harrison (eds.), *Health, Medicine and Empire: Perspectives on Colonial India*. London: Sangam Books, pp. 188-216.

Kiple, Kenneth F.

1996 "The History of Disease," in Roy Porter (ed.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, pp. 16-51.

Kiple, Kenneth F. *et al.* (eds.)

1993 *The Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Kipp, Rita Smith

1994 "The Evangelical Use of Leprosy," *Social Science and Medicine* 39: 165-178.

Kraut, Alan M.

1994 *Silent Travelers: Germs, Genes, and the "Immigrant Menace."* New York: Basic Books.

Labonté, J.

1877-1878 "Tubercular Leprosy [pt. 1]," *Edinburgh Medical Journal* 23: 224-228.

Latour, Bruno

1987 *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Cambridge, MA.: Harvard Univ. Press.

Lawrence, Christopher

1992 "'Definite and Material': Coronary Thrombosis and Cardiologists in the 1920s," in Charles E. Rosenberg and Janet Golden (eds.), *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers Univ. Press, pp. 3-19.

Lawrence, Christopher and Richard Dixey

1992 "Practising on Principle: Joseph Lister and the Germ Theories of Disease," in Christopher Lawrence (ed.), *Medical Theory, Surgical Practice: Studies in the History of Surgery*. London: Routledge, pp. 153-215.

Lewis, Timothy R. and D. D. Cunningham

1877 *Leprosy in India: a Report*. Calcutta: Off. Super. Gov. Print.

Li, Shang-Jen

1999 *British Medicine in Late Nineteenth-Century China and the Early Career of Patrick Manson*. Unpublished Ph.D. Dissertation, University of London.

Lieving, Robert

1873 *Elephantiasis Græcorum or True Leprosy*. London: Longmans, Green & Co.

Ludden, David

1993 "Orientalist Empiricism: Transformations of Colonial Knowledge," in Carol A. Breckenridge and Peter van der Veer (eds.), *Orientalism and the Postcolonial Predicament.* Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press, pp. 250-278.

Mackenzie, Donald

1981 *Statistics in Britain, 1865-1930: the Social Construction of Scientific Knowledge*. Edinburgh: Edinburgh Univ. Press.

2002 "What's in the Bottle?" *London Review of Books* 24.9 (May 9 2002): 21-22.

Macnamara, N. C.

1893 "Leprosy" in Andrew Davidson, *Hygiene & Diseases of Warm Climates*. London: Young J. Pentland, pp. 426-452.

Manson, Patrick

1878 "Further Observations on Filaria Sanguinis Hominis," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 14, pp. 14-16.

1881 "Notes on Some Skin Diseases," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 21, pp. 27-36.

1898 *Tropical Diseases: a Manual of the Diseases of Warm Climates*. London: Cassell and Co.

Manson-Bahr, Philip H.

1962 *Patrick Manson: the Father of Tropical Medicine*. London: Thomas Nelson and Sons.

Manson-Bahr, Philip H. and A. Alcock

1927 *The Life and Work of Sir Patrick Manson*. London: Cassell and Company.

Marks, Lara and Michael Worboys (eds.)

1997 *Migrants, Minorities and Health: Historical and Contemporary Studies*. London: Routledge.

Maxwell, J. L.

1937 *Leprosy: A Pracitcal Text-book for Use in China*. Shanghai.

McCarteny, James H.

1894 "Dr. James H. McCarteny's Report on the Health of Chungking for the half year ended 31st March 1894," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 47, p. 4.

McNeill, William H.

1977 *Plagues and Peoples.* New York: Doubleday.

Miller, David Philip

1996 "Joseph Banks, Empire and 'Centers of Calculation' in late Hanoverian London" in David P. Miller and Peter H. Reill (eds.), *Visions of Empire: Voyages, Botany and Representations of Nature.* Cambridge: Cambridge Univ. Press, pp. 21-37.

Müller, August and Patrick Manson

1872 "Drs. Müller and Manson's Report on the Health of Amoy for the half year ended 30th September 1871," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 2, pp. 10-23.

Navon, Liora

1998 "Beggars, Metaphors, and Stigma: A Missing Link in the Social History of Leprosy," *Social History of Medicine* 11: 89-105.

O'Neill, Ynez V.

1993 "Disease of the Middle Age," in Kenneth F. Kiple *et al.* (eds.), *The Cambridge World History of Human Disease.* Cambridge: Cambridge Univ. Press, pp. 270-279.

Pandya, Shubhada S.

1998 "Anti-Contagionism in Leprosy, 1844-1897," *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 66: 374-384.

Peitzman, Steven J.

1992 "From Bright's Disease to End-Stage Renal Disease," in Charles E. Rosenberg and Janet Golden (eds.), *Framing Disease: Studies in Cultural History.* New Brunswick: Rutgers Univ. Press, pp. 50-82.

Pelling, Margrate

1978 *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865.* Oxford: Oxford Univ. Press.

Pick, Daniel

1989 *Faces of Degeneration: a European Disorder, c.1848-c.1918.* Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Porter, Roy (ed.)

1996 *The Cambridge Illustrated History of Medicine.* Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Quétel, Claude

1990 *History of Syphilis,* tr. J. Braddock and B. Pike. Cambridge: Polity Press.

Ranger, Terrence and Paul Slack (eds.)

1992 *Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perceptions of Pestilence.* Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Reid, A. G.

1872 "Dr. A. G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1871," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 2, pp. 44-60.

1876 "Dr. A. G. Reid's Report on the Health of Hankow for the year ended 30th September 1875," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 10, pp. 46-52.

Romano, Terrie M.

1997 "The Cattle Plague of 1865 and the Reception of 'the Germ Theory' in Mid-Victorian Britain," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 52: 51-80.

Roose, Robson

1890 *Leprosy and its Prevention: as Illustrated by Norwegian Experience.* London: H. K. Lewis.

Rosenberg, Charles E. and Janet Golden (eds.)

1992 *Framing Disease: Studies in Cultural History.* New Brunswick: Rutgers Univ. Press.

Saunders, Suzanne

1989 *A Suitable Island Site: Leprosy in the Northern Territory and the Channel Island Leprosarium, 1880-1955.* Darwin: Historical Society of the Northern Territory.

Secord, James A.

1985 "Darwin and the Breeders: a Social History" in David Kohn (ed.), *The Darwinian Heritage.* Princeton: Princeton Univ. Press, pp. 519-542.

Shah, Nayan

2001 *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's China Town.* Berkeley: Univ. of California Press.

Shapin, Steve

1982 "History of Science and its Sociological Reconstructions," *History of Science* 20: 157-211.

1994 *A Social History of Truth: Civility and Science in Seventeenth-Century England.* Chicago: Univ. of Chicago Press.

Shapin, Steve and Simon Schaffer

1985 *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle and the Experimental Life.* Princeton: Princeton Univ. Press.

Sim, Robert

1860 "The Leprosy of Hebrews," *Medical Times and Gazette* 1(April 14 1860): 362-364.

Skertchly, Sydeny B. J.

1897 "On the Physical and Ethnological Conditions under Which Leprosy Occurs in China, the East Indian Archipelago, and Oceania," in Cantlie, *Report on the Conditions under Which Leprosy Occurs in China, Indo-China, Malay, the Archipelago, and Oceania, Compiled Chiefly during 1894*. London: Macmillan, pp. 157-167.

Stewart, Jean Cantlie

1983 *The Quality of Mercy: the Lives of Sir James and Lady Cantlie*. London: George Allen and Unwin.

Stoler, Ann Laura

1989 "Rethinking Colonial Categories: European Communities and the Boundaries of Rule." *Comparative Studies in Society and History* 31: 134-161.

1992 "Sexual Affronts and Racial Frontiers: European Identities and the Cultural Politics of Exclusion in Colonial Southeast Asia." *Comparative Studies in Society and History* 34: 514-551.

1995 *Race and the Education of Desire: Foucault's History of Sexuality and the Colonial Order of Things*. Durham: Duke University Press.

Strick, James E.

2000 *Sparks of Life: Darwinism and the Victorian Debates over Spontaneous Generation*. Cambridge, MA.: Harvard Univ. Press.

The Royal College of Physicians

1867 *Report on Leprosy*. London: Eyre and Spottiswoode.

Thin, George

1891 *Leprosy*. London: Percival.

Unschuld, Paul

1985 "Traditional Chinese Medical Theory and Real Nosological Units: the Case of Hansen's Disease," *Medical Anthropology Quarterly* 17.1: 5-8.

Vaughan, Megan

1991 "Without the Camp: Institutions and Identities in the Colonial History of Leprosy," in *idem, Curing their Ills: Colonial Power and African Illness*. Cambridge: Polity Press, pp. 77-99.

Vogelsang, T. M.

1972 "Hansen, Gerhard Henrik Armauer," in Charles C. Gillispie (ed.), *Dictionary of Scientific Biography*, Vol. VI. New York: Charles Scribner's Sons, pp. 101-103.

1978 "Gerhard Henrik Armauer Hansen, 1841-1912: The Discoverer of the Leprosy Bacillus, His Life and His Work," *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 46: 257-332.

Warner, Margaret

1985 "Hunting the Yellow Fever Germ: the Principle of Etiological Proof in the Late Nineteenth-Century America," *Bulletin of the History of Medicine* 59: 361-382.

Watts, Sheldon

1997 *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism.* New Haven: Yale Univ. Press.

Wong, F.

1872 "Dr. F. Wong's Report on the Health of Canton for the half year ended 30th September 1871," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 2, p. 71.

1881 "Dr. F. Wong's Memorandum on Leprosy (Canton)," *Medical Report of the Chinese Imperial Maritime Customs* No. 21, pp. 41-47.

Worboys, Michael

1976 "The Emergence of Tropical Medicine: A Study in the Establishment of a Scientific Specialty," in G. Lemaine *et al.* (eds.), *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines*. The Hague: Mouton, pp. 75-98.

1994a "From Miasma to Germs: Malaria 1850-1879," *Parassitologia* 36: 61-68.

1994b "The Comparative History of Sleeping Sickness in East and Central Africa, 1900-1914," *History of Science* 32: 89-102.

1996 "Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: From 'Diseases in the Tropics' to 'Tropical Diseases,'" in David Arnold (ed.) *Warm Climates and Western Medicine, 1500-1900.* Amsterdam: Rodopi, pp. 181-207.

2000 *Spreading Germs: Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900.* Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Wright, Henry P.

1885 *Leprosy and Segregation*. London: Parker.

1889 *Leprosy: an Imperial Danger*. London: J. & A. Churchill.

李尚仁

British Medical Research on Leprosy in Late Nineteenth-Century China

Shang-Jen Li

Institute of History and Philology, Academia Sinica

This paper investigates nineteenth-century British medical research on leprosy in China. Since the sixteenth century leprosy had disappeared from most part of Europe. In the early nineteenth century most European medical men held that leprosy was a hereditary disease that no longer posed serious threats to Europe. However, in the 1860s the appearance of leprosy in Hawaii aroused the fear of leprosy in the West again. Leprosy had not appeared in Hawaii before, and the incident raised the possibility that it was contagious. The immigrant Chinese coolies were blamed for bringing the disease to Hawaii. The event prompted British medical men to conduct several investigations of leprosy in the colonies and the periphery of the Empire. In the nineteenth century, European medical men considered China as a major source of leprosy. Western medical missionaries to China and the Medical Service of the Chinese Imperial Maritime Customs staffed mainly by British medical men were interested in studying leprosy. In the 1860s and 1870s most British medical men in China still held that leprosy was hereditary, and they were sceptical about the Chinese belief that leprosy could be transmitted sexually. However, in the 1890s the idea that leprosy was contagious and the Chinese immigrants were largely responsible for its spread, as represented by James Cantlie's prize essay, became the mainstream in British medicine. Moreover, the view that it could infect people by means of sexual intercourse accrued credibility. This paper analyzes the relation between British medical men's change of view with racism, the rise of germ theory of disease, and the establishment of tropical medicine as a specialty. It argues that although the ascendance of bacteriology in the late nineteenth century helped sway medical opinions with regard to the issue of the contagiousness of leprosy, bacteriology did not play a substantial role in research on leprosy in China. Most of the research in China still relied on the 'old-fashioned' survey, a method central to nineteenth-century British colonial science and medicine.

Keywords: leprosy, nineteenth-century China, British medicine, contagionism, racism