

《再造“病人”》摘要

杨念群：《再造“病人”——中西医冲突下的空间政治（1832-1985）》，北京：中国人民大学出版社，2006。

摘要来自：余新忠：《另类的医疗史书写——评杨念群著〈再造“病人”〉》，《近代史研究》2007年第6期，第92-104页。

对于读者来说，该著的“怪”可能首先就表现在其题目上，病人就是病人，何来再造？而且病人还要加上引号。显然，作者以此作为书名，自有其独特的考虑，根据作者的自述，这样做是意欲表达，“近代中国的‘病人’不仅与古代意义上的病人已有了很大的不同，而且更为关键的是，近代‘病人’不仅承担了罹患疾病的原始生物含义，而且也承担了近代中国民族主义形成的思想和制度内涵。”（导言，第7页）也就是说，“生病”并非纯粹的自然生理现象，病人其实也是一个历史文化概念，现代“病人”的产生是近代以来一系列社会政治行为再造的结果。不过，读罢全书，我们会发现，这似乎并非全书的主旨，书中虽然也有些地方涉及于此，但作者主要做的却是，从医疗和身体入手，借助“空间”“、地方”与疾病隐喻等概念，来梳理近代以来的一百多年中，主要源自西方的现代医疗卫生机制（或者说“空间”）是如何植入中国社会的，以及在这一过程中中国的政治和社会运作机制。

中国医疗卫生机制的近代转型与现代机制的建立，是一个关涉面极广的大题目，大凡医学教育、医政管理、医疗和求诊行为、医患关系、社会医疗保障体系、中西医学交流与冲突、医疗与健康观念、清洁卫生观念与行为、检疫与防疫和国家卫生监管等等，均可归入，而且，其中任何一项似乎都值得深入地探究。在一本书中，要处理如此多的议题，显然是不可能的，实际上，这也不是作者想做的。他希望的似乎是根据自己的兴趣和需要，选择一些与医疗卫生相关的个案来做细致的探索，并通过共通的学术理念的实践，以现代医疗卫生空间植入中国社会的情形与这一过程中政治和社会运作机制这一共同的主题来将这些个案贯穿起来，形成一种由点及面、松散与连贯结合的书写格局。

全书除导言和结语外，共分九章。《导言：医疗史的另一叙事》主要介绍作者的研究思路与全书的布局。首先以故事的方式引出身体的问题，借用桑塔格《疾病的隐喻》的思路，指出，一般认识中，近代以来中国人贫弱的身体其实象征着中国国家的衰败，“得病的身体作为一种文化的隐喻载体，内涵和边界日益扩大，甚至暗喻着中国国土疆界被频繁侵害。”（导言，第3页）经由身体，将疾病同国家和政治联系起来。通过这一联系，作者似乎希望表明，他的研究将从文化和后现代的视角出发，以疾病与医疗为切入点来探讨中国近代的空间政治，而将其与传统疾病医疗史研究过于强调科学主义理念和线性的现代化叙事模式区别开来。

第一章：救不了灵魂的医生

第一章《救不了灵魂的医生》叙述了1832年西医传教士进入中国以后，宗教色彩日渐淡化，从为了拯救灵魂的纯粹传教到更加注重世俗的作为科学的医学的转变过程。从19世纪到20世纪，基督教内部“预言精神”和“秩序精神”的此消彼长在这一转变过程中起到了重要的作用，前者的核心是在摧毁异端偶像和制度的同时寻求一种超越性的终极体验和希望，而后者则倡导更有耐心地在世俗范围内进行工作，并能相对容忍世俗中不完美事务的存在。进入20世纪后，随着美国“社会福音派”影响的增强，西医传教士开始比较现实地面对“灵魂难以拯救”的状况，将注意力更多地集中到了医学本身，与此同时，中国本土文化传统也强烈抵御灵魂的被拯救，加上西方现代科学话语霸权地位的全面奠定，终使“西医传教士的双重角色发生了更加严重的错位，宗教承担的神圣意义在世俗氛围的浸淫下似已变得无足轻重。”（第39页）

第二章：对陌生空间的恐惧与接纳

第二章《对陌生空间的恐惧与接纳》主要处理的是西方医疗空间在进入中国社会的过程中，如何因应中国社会的“地方感”而逐步加以调适。对西方封闭医疗空间的恐惧和医院治疗“委托制”的不理解，伴随着当时风起云涌的反教运动，在晚清社会形成了众多诸如“采生折割”之类的想象与谣言。面对本土文化的抵制，西方医疗空间不得不做出一些调整，比如有限度地公开医疗空间，委托治疗中营造虚拟家庭氛围等，以赢得中国人的信任。从而，进入中国社会的西医也不再是原本意义上的西医，而打上了许多中国社会的烙印。作者希望借此摆脱以往西医传播史研究中预设非西方世界只具备被动接受西方影响能力，而不具备反作用可能的西方中心主义倾向，表明“西医的传播并非一个‘纯净’的过程，而是与当地社会文化反复互动后达到某种平衡的结果”。（导言，第8页）

第三章：“公医制度”下的日常生活

第三章《“公医制度”下的日常生活》主要讨论了在医学“国家化”的构架下，西方医疗空间逐步渗透至中国民众日常生活之中的情形。民国以降，在“强国”必先“强种”这一理念强烈驱动下，中国开始了由国家来全面操控医疗卫生事务的医疗“国家化”的改革进程，在此背景下，西方医学人士通过引入“社会服务”理念（在治疗的同时，为病人提供相关的社会服务），和依托地方自治网络，主张走出医院、走进胡同的“兰安生”模式，力图将西方的医疗空间渗透至城市的各个角落和民众日常生活之中。在这里，作者再次强调了中西之间的互动，认为西方医疗走出医院这样相对封闭的空间而逐渐融入当地社区乃是纯粹的精英西医模式（“协和模式”）与中国社会状况开始发生互动契合的表现。

第四章：现代城市中的“生”与“死”

第四章《现代城市中的“生”与“死”》考察了上个世纪二三十年代北京城内传统掌管人们生与死的产婆和阴阳生的生存空间日渐被压缩直至最终被现代医疗卫生专业人士所替代的历史。产婆和阴阳生在传统社区中，有着举足轻重的作用，他们的行为不仅是一种技艺，而且也是一种彰显秩序与伦理的仪式，他们主要处理的“生、死者的亲属与传统社区人群的协调关系问题”，这与现代意义上的生命控制有着明显的区别，现代的生命控制“则企图通过生命的数字化和严格的量化分析，把传统社区中的道德实践问题转变成与国家现代化目标相联系的行政管理与机构控制问题”。（第139页）随着“兰安生模式”的推行，医疗社区的逐步建立，他们也逐渐被视为文明与科学的对立面而受到控制并最终被取缔。在这一过程中，原本伦理化的自然社区也开始被行政化的卫生社区所代替。其改变的不只是生死控制本身，还有城市空间的管理控制机制。在此，作者并未高举科学的大旗对非科学的产婆与阴阳生给予贬斥，而是努力对作为弱势群体的他们的声音做了一定的考古和“复原”。

第五章：乡村医疗革命：社区实验

第五章《乡村医疗革命：社区实验》则将视线从城市转向了农村，介绍了1930年代协和医学院的毕业生陈志潜在定县的三级医疗保健实验和乡村中的“巫”“医”之争。陈志潜是兰安生的学生，他秉承预防医学的理念在定县开展的三级医疗保健实验（县、乡、村），一定程度上可以说是兰安生医疗社区计划在乡村的延伸。在实验中，陈志潜特别注意尽可能地降低成本，以便让村民能够承受得起，同时还注重三级医疗保健人员的“在地化”训练，以避免出现外来专家送医模式中的“雨过地皮湿”效应，这一点与兰安生模式有所不同，但两者同样都排斥中医，而这妨碍了保健员“在地化”程度的深化。因为在当时的乡村，不必说西医，就是中医，有时也未必有更为草根的“巫医”更受欢迎。在这种情况下，陈志潜提出了“社区医学”的概念，“强调医学应基于所有人的需要和条件，而非基于那些单独的个人；基于治疗和预防方法相结合，而非单独依赖治疗技术。”（第196页）以求与巫医在社区中扮演的多功能角色相抗衡。它不像兰安生的卫生试验区那样试图取代原有的自然社区，而是希望借助原有的网络，力图与地方资源包括民众的“地方感觉”相协调，以求逐渐将西医导入乡村本土化的运作轨道。

第六章：追缴“巫医”

第六章《追缴“巫医”》关注的是京郊及京城的巫医。首先介绍了京郊农村的“四大门”（胡门、黄门、白门和柳门）信仰和作为巫医的“香头”在“四大门”授意下为人顶香看病的情形。乡民对神灵的信仰几乎完全以是否灵验作为取舍的标准，“四大门”作为“分散性宗教”虽然不曾像“制度性宗教”那样取得官方的认可，但其往往利用制度性宗教作为自己的门面而喧宾夺主，在塑造地方意识和感觉方面具有重要的作用。顶香看病的盛行具有重要的文化因素，和在一个社区中乡民把精神疾病自觉归属于非医疗的神的治疗范畴有关，“香头”在社区道德伦理秩序中具有一定的支配力量，但“‘香头’网络并非一种严密主动支配乡间生活的权力系统，而是通过自己是否灵验的能力支配着乡民处理日常事务时的选择意向，随机性、即时性的色彩较强”。（第226页）巫医作为制度外的存在，一直不为官方与正统医学所认可，不过在传统社区中，“巫医”和中医并非完全相互排斥，而有一种相互倚重和包容的关系。直到20世纪以后，随着西医“科学”地位的确立和国家卫生行政的展开，巫医才作为官方着力取缔的对象，生存空间受到行政力量的强力挤压，在北京等城市中逐渐失势。

第七章：中医自救面面观

第七章《中医自救面面观》探讨了民国至1950年代，面对强势的西医，以个体为单位从事医疗活动的中医为了自救，经过痛苦的抉择，而最终心甘情愿地将自己纳入现代防疫卫生体系的过程。中西医论争是中国医学史研究中的热点问题，不过作者认为以往的研究“仅仅强调从医学体系的知识差异上进行比较，而没有考虑到中医在近代受到攻击的最核心的原因是医疗行政能力的阙如，特别是在预防功能上与西医的最终差别”。（导言，第9页）中医只具备个人救护的资格，而无力进行集体的保健和防疫。面对西医的日渐强势和“政治正确性”的确立，中医不得不奋起自救，一方面循着西医的知识体系来论证中医的独特学理和现实价值，另一方面，则尽力改变自身传统个体、分散的诊疗形态，努力向组织化、行政化的诊疗体系靠拢，积极加入到国家的医疗和防疫组织之中去，特别是在1949年以后，由于国家对中医的提倡，中医暂时摆脱了在制度上被废除的危险，从而大大加快了这一进程。

第八章：防疫、社会动员与国家

第八章《防疫、社会动员与国家》讨论的是1952年抗美援朝战争期间中国政府对发生在朝鲜和中国部分地区的“细菌战事件”的应对。1952年2月以后，在中国媒体上出现了美国战机在朝鲜和中国东北、青岛等地区投掷细菌，开展“细菌战”的报道，尽管对于这些报道在细节和真实性方面还有待进一步厘清和证实，但作者显然没有着力于此，而是巧妙地将注意力转移到

中国政府的应对方面。他指出，一开始，中国政府和军方基本上采取一种单纯的战时防疫策略，但很快就发现这样的策略所面临的困境：或者导致社会的恐慌，或者不被重视。故而，国家很快改变了策略，开始将此视为一种激发爱国主义、开展社会动员的契机。通过构建一种“颠倒的想象”（即本来人们认为，中国人身体的贫弱与不卫生乃是因为西方现代医疗卫生机制的缺失造成，而现在则将这种想象颠倒过来，认为我们现在的疾病乃是因为美帝国主义投掷的罪恶的细菌造成的），使爱国主义和卫生运动联系起来。这样国家不仅有效地激发了民众的爱国主义热情，也通过社会动员，即开展爱国卫生运动，推进了现代卫生机制在中国社会的进一步确立。“因此，‘群众’自发行动实际上是空间政治规训与调控下的一种结果。”（第354页）

第九章：在政治表象的背后

第九章《在政治表象的背后》探讨的是1960年代以后的赤脚医生制度。作者认为赤脚医生制度的源头可以追溯到陈志潜在定县的“在地化”试验，只不过，后者只波及定县的数个村庄，而前者却成为乡村医疗变革的一场全国性的“制度化”实践。另外，赤脚医生实践对中医的包容也与陈志潜的试验明显不同，更有利于充分利用农村的现有资源与降低医疗成本。作者认为，赤脚医生的实践虽然兴盛于“文革”期间，但绝不仅仅是“文化大革命”政治运动的产物或表现形式，而有着许多非政治性的因素，其一开始就被置入了人情和利益的网络之中。赤脚医生在当时良好的医疗表现，显然与他们在乡村社会网络中相对丰厚的报酬与较高的社会地位密切相关，“是相对较为优厚的报酬、较为严密的监控机制和乡土亲情共同编织出了一幅赤医成长图景”。（第404页）这一非常政治化的运动，其实包涵着对传统的融合。到1980年代，随着联产承包责任制的推行、合作医疗体制的解体，赤脚医生也失去其存在的基础而淡出了历史的舞台。

结论：医疗史、“地方性”与空间政治想象

结论《医疗史、“地方性”与空间政治想象》是对全书的总结和对研究思路、理念的提炼。作者从“医务传教士与现代‘帝国’殖民品格的形成”、“‘地方’是如何被感知的”、“疾病隐喻、社会动员与‘国家意识’”和“跨区域运动与‘地方性’的重构”四个方面对全书的内容做了总结。指出，“近代以来医疗领域发生的所有变化，与其说是中西医冲突和融合的历史结果，毋宁被看做‘现代中国’完成基本构造和建设任务的一个重要步骤。”（第409页）“本书从现代‘帝国’的殖民品格‘、地方性’的确认和重构，以及‘现代传统’的实践作用三个方面力图诠释‘医疗’行为与‘政治’变化的关系。”（第432页）从而表明作者的医疗史研究主要是希望从医疗的角度来探讨中国近代以来的政治与社会运作。他认为，以往的研究

究尚未能综合地考虑以上三个方面的互动，而该著则力图贯通这三个要素，提出一种新的解释。