

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

## ► 病毒感染爆發的社會性效用：SARS

The Social Utility of the Explosion of Virus Infection: SARS

doi:10.6752/JCS.201206\_(14).0015

文化研究, (14), 2012

Router: A Journal of Cultural Studies, (14), 2012

作者/Author : 美馬達哉(Tatsuya Mima)

頁數/Page : 384-404

出版日期/Publication Date : 2012/06

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.6752/JCS.201206\\_\(14\).0015](http://dx.doi.org/10.6752/JCS.201206_(14).0015)



*DOI Enhanced*

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，  
是這篇文章在網路上的唯一識別碼，  
用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE

# 論壇

《文化研究》第十四期（2012年春季）：384-404

## 病毒感染爆發的社會性效用：SARS

### The Social Utility of the Explosion of Virus Infection: SARS

美馬達哉

MIMA Tatsuya

廖欽彬 翻譯

Chin-Bin Liao

#### 一、前言

因中國的SARS危機而被解放出來的政治性  
病毒，或許比健康危機的壽命更長。

— *Newsweek*, 2003/05/12, p. 19

如果在2002年到2003年之間登場的新型肺炎SARS是徘徊在諸國民之間慾惡恐怖的妖怪的話，那麼所謂「傳染病」首先可說是政治學的對象，而不是醫學和生物學的對象。因為那應該被放在車諾比核電廠事故、地球暖化、愛滋病、金融危機、恐怖分子組織等接二連三地出沒，用恐怖來壓制人們的腦髓，並支配它的壯大場面的歷史中；而不是在醫學史與環境史中的一頁。因此，SARS所代表的「傳染病」，被認為是國際社會應該處理的一種狀況，正因為如此，這可以說是關於病原體的生物醫學(Biomedical)言論與「傳染病」的生命政治學(Biopolitical)分析的絕佳機會。

為達到此目的，在本文當中，並不打算採取生物醫學的觀點，也就是站在因冠狀病毒所產生的身體疾病這種理解上，來討論關於「在21世紀初所發生的重症且感染性很強的新疾病」<sup>1</sup>SARS的社會影響

1 56th World Health Assembly, A56/48 "Revision of the International Health Regulations: Severe acute respiratory syndrome(SARS)", 2003/05/17, 第11項目。

(或者是「作為一種隱喻的疾病」)。<sup>2</sup>反觀生命政治學的分析，恰好和生物醫學前進的方向是相反的。生命政治學的分析會如此問道：藉由乘坐飛機快速移動，出沒在世界各地，讓全球經濟混亂的這種壯觀的「政治性病毒」，究竟透過何種突變，在生物醫學的言論當中產生冠狀病毒這東西？

## 二、SARS患者並不存在

首先不得不斷言的是，「疾病」這東西根本不存在。因此「發展關於疾病的信念」以及「能夠處置疾病」都是一種幻想。存在的並不是疾病，而是諸種實踐。

—— François Delaporte,  
*Disease and Civilization*<sup>3</sup>

何謂SARS？要回應這種看似單純的問題，其實並不是那麼容易。因為在SARS引起混亂的2002年到2003年這段期間，並沒有嚴格意義上的「SARS患者」存在過。關於此種說法，根據以下揭示的世界衛生組織(WHO)對當時SARS的定義，就可以一目了然。<sup>4</sup>

•SARS症狀、病例的定義（2003年3月15日發表，5月1日修訂）

（省略序文、目的）

從事臨床的工作者，不可因為等待檢查結果或檢查結果呈現陰性這些理由，來降低症狀或病例定義的範疇。

•懷疑的病例(suspect case)

2 スーザン・ソンタグ(Susan Sontag), 『エイズとその隠喩』(AIDS and Its Metaphors, 富山太佳夫譯, 東京: みすず書房, 1990, 原著1988), 以及スーザン・ソンタグ, 『隠喩としての病い』(Illness as Metaphor, 富山太佳夫譯, 東京: みすず書房, 1982, 原著1978)。

3 François Delaporte, *Disease and Civilization: The Cholera in Paris, 1832*, translation by Arthur Goldhammer(Cambridge: The MIT press, 1986), p. 6.

4 “Case Definition for Surveillance of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)”, 揭載於WHO的網頁上。

1. 在2002年11月1日以後，達到以下三個條件者。
  - \* 38度以上的高燒。
  - \* 咳嗽與呼吸困難。
  - \* 症狀發生前10天之內，暴露在以下幾個情況的人：
    - 與SARS懷疑病例和可能病例有親密的接觸。
    - 到最近有區域內病毒傳播情況發生的地區旅行。
    - 到最近有區域內病毒傳播情況發生的地區居住。
2. 在2002年11月1日以後，因原因不明的呼吸器官疾病死亡，並被進行解剖、檢查者，以及症狀發生前10天之內，暴露在以下幾個情況的人：
  - 與SARS懷疑病例和可能病例有親密的接觸。
  - 到最近有區域內病毒傳播情況發生的地區旅行。
  - 到最近有區域內病毒傳播情況發生的地區居住。

#### 可能病例(probable case)

1. 在懷疑病例中，透過胸部X光照片判定肺炎或呼吸困難症候群意見者。
2. 在懷疑病例中，一個以上的SARS冠狀病毒檢查結果呈陽性反應者。
3. 在懷疑病例中，透過解剖、檢驗顯示出呼吸困難症候群病理意見者。

#### •排除基準

能用其他診斷說明症狀的情形，則得以排除。

讓人覺得有趣的是，在這個SARS症狀、病例的定義裡，雖然有懷疑病例和可能病例，卻看不到診斷確定病例這個概念。也就是說，就如一開始筆者所指出的那樣，和SARS恐慌同一時間點，在這個定義上確定被診斷為SARS的患者並不存在。

其理由是，原本由WHO提出的SARS這個疾病概念，是以臨床的診斷與流行病學的診斷為目的而被製造出來的。也就是說，SARS原本就和引起疾病的原因完全沒有關係，它被視為（或被建構為）特定臨床症狀的組合，也就是症候群（嚴重急性呼吸道症候群）。然而被認為SARS典型症狀的，譬如38度以上的發燒、咳嗽、呼吸困難

等，即使舉出這些症狀來看，都和「嚴重」的感冒症狀幾乎沒有什麼不同。因此，只用臨床症狀來區別SARS與其他（嚴重的）病毒性肺炎，實際上是不可能的。因此，在顯示這種臨床症狀的人當中，從流行病學來看，被推測認定為和SARS患者（懷疑病例或可能病例）有接觸的人，就被當作是SARS病患來對待。

然而，所謂流行病學的關係（流行病學的因果關係），是指相關性的有無，而不是直接的因果關係。也就是說，從純粹生物醫學理論來看的話，來自中國（或在SARS區域內病毒傳播情況發生的地區）的旅行者，即使引起原因不明（和SARS在臨牀上是一致的）的肺炎症狀，那也只能是狀況證據的累積，並無法成為確定診斷SARS的決定因素。然而，WHO症狀、病例定義的目的，與其說是為了科學的研究，倒不如說是為了控制「傳染病」在社會的擴張，因此把有可能性或被懷疑的人當作「有傳染病」的人來處理，正符合其實踐的目的。

另一方面，在標準的生物醫學知識裡，臨床的症狀和徵兆，只不過是疾病的表層現象而已，像細菌或病毒那樣的病原體、基因組的突然變異、在病理學上能確認的異常等，才會被視為疾病的本質。因此，診斷確定這個項目欄，在WHO當時症狀、病例的定義當中，作為生物醫學的知識應該被填滿的空格，卻始終只是一個空白欄。若是如此的話，在SARS的病因於生物醫學上還沒有被查明的時間點（3月15日）上，最初出現的症狀或病例定義，即使僅是懷疑或可能性，都不應該會有「診斷確定病例」，這是理所當然的。

然而，現在被視為SARS病因的SARS冠狀病毒已經被發現，以病毒檢查為基礎的診斷名稱，也就是「SARS冠狀病毒傳染病」這個概念，在形成過程中，卻和SARS有些許的不同。關於此種SARS和「SARS冠狀病毒傳染病」的不同，美國SARS監視制度(surveillance)的症狀或病例定義（暫定版，2003年4月29日）裡，有很多淺顯易懂的圖解（圖1）。<sup>5</sup>SARS和「SARS冠狀病毒傳染病」並沒有完全重疊，

---

<sup>5</sup> “Updated Interim Surveillance Case Definition for Severe Acute Respiratory Syndrome(SARS): United States”, 2003/04/29, CDC(Centers for Disease

既有從在臨牀上被診斷為SARS的患者中檢驗出SARS冠狀病毒的情況，相反地，亦有在檢查當中被診斷為「SARS冠狀病毒傳染病」，在臨牀上卻不是SARS的情況。後者是指被認為是隱性感染的狀態，一般被認為是沒有發燒，或本人沒有自覺，程度上很輕的感冒症狀，沒有什麼大不了的。

能夠明確區分（臨床的）SARS和「SARS冠狀病毒傳染病」的最大原因是，因為病毒檢查法（有病毒抗體價測定、用PCR檢測出病毒RNA的片斷、病毒培養等方法）有極限，以及從臨床的SARS患者（可能病例），透過病毒檢查能夠確認SARS冠狀病毒感染的機率非常低。<sup>6</sup>不只是這樣而已，檢查出來的機率，會因為SARS症狀發生後何時進行檢查，或者採取的檢體保存狀態、檢查熟練度等，而受到很大的影響。在美國的調查中，檢查32名SARS患者（可能病例）後，被診斷為「SARS冠狀病毒傳染病」的只不過7名而已。<sup>7</sup>

另外，在現階段SARS冠狀病毒的特徵，一般認為在臨床發作10天之後，病毒檢查（PCR、抗體價測定）的結果才有辦法達到可以信賴的精確度（抗體價的情況的話，事實上則需要21天）。<sup>8</sup>物醫學的診斷確定確實是很科學，但若需要花費那麼多時間的話，很難想像這

Control and Prevention), <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm52d429a1.htm>; *MMWR(Morbidity and Mortality Weekly Report)* 52(May 2, 2003): 391-393.

6 檢查結果呈陽性的情況，可以診斷是SARS冠狀病毒傳染病，但關於陰性的結果，可以從兩個方向來做解釋。首先，一個是本質主義式的解釋，事實上感染上SARS冠狀病毒，但在檢查上呈現陰性，所以是「偽陰性」。另外一個可能性是，SARS冠狀病毒以外的病原體同時發生，並引起臨床的SARS，而這種解釋在2003年的階段，並無法被否認，這是我們應該要記住的地方。在醫學史中，這種因「誤認」而被發現的病原體，之後被顛覆的例子相當的多。肉眼看不到，用顯微鏡才能看到的病毒，譬如流行性感冒的病原體（流行性感冒、病毒）就是當初用顯微鏡被「發現」的流感嗜血桿菌(*Haemophilus influenzae*)這種細菌（此後，這種細菌和流行性感冒之間的關連就被否定了）。

7 “Update: Severe Acute Respiratory Syndrome: United States--United States, May 28, 2003”, CDC, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5221a4.htm>; *MMWR* 52(May 30, 2003): 500-501.

8 同上註。

對實際診療、預防等的「傳染病」之控制（生命政治學之實踐）會有什麼貢獻。

### 三、疾病論的語言學轉向

進一步來說的話，SARS因SARS冠狀病毒產生了「病毒性肺炎」這種生物醫學上的標準言論，事實上只要是站在歷史學的觀點，那只是逆轉原因和結果的相反看法而已。早在有報告指出發現病原體的SARS冠狀病毒，<sup>9</sup>在SARS幾乎被確認為是病毒性肺炎的4月10日以前，SARS就已經存在。不僅如此，被賦予SARS，也就是嚴重急性呼吸道症候群(severe acute respiratory syndrome)的名稱之前（即3月15日以前），急性呼吸道症候群（之後變成非典型肺炎）的集體爆發事件，早已被視為社會問題。

也就是說，若從現在的時間點來回顧的同時，並按順序整理歷史經過的話，一開始發生的事態是，因某種理由，某種症狀組合的型態被認為是新的疾病（或有可能性的狀態）。接著，在這件事作為社會問題被誇張化的時點，被賦予新的名稱。如此一來，此社會問題接著就會被視為原因不明的新疾病，不久就會出現追究引起疾病的生物醫學原因之行動。若運氣好，病原體被「發現＝發明」的話，最後則作為在生物醫學上前後一貫的「疾病」而被建構起來。疾病原因的病原體，是疾病的社會性歷史的最終頁，也就是說其變成黃昏以後，才會被公開。

歷史家德呂莫(Jean Delumeau)將西洋社會的歷史對照在對「猶太人」、魔女、異端、溫疫、疾病等「恐怖」的種種社會對應的全景。

---

<sup>9</sup> T.G. Ksiazek et al., “A Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome”, *NEJM(The New England Journal of Medicine)* 348: 1953-66, 2003; C. Drosten et al., “Identification of A Novel Coronavirus in Patients with Severe Acute Respiratory Syndrome”, *NEJM* 348: 1967-1976, 2003.

德呂莫一邊以中世紀的pest（鼠疫）爲例，一邊如此指出：<sup>10</sup>

找出疾病的原因是，重新製造出能給安全保障的框架，  
也就是重新建構能夠邏輯地找到治療法的前後一貫性。  
(《恐怖感的歷史》)

以生命政治學分析爲目標的拙論，亦將病毒視爲安撫「傳染病」這種恐怖感而被建構的生物醫學言論所創造之物來處理。因此只要「病毒是一種語言」的話，其起源就不會是DNA或RNA，而是作爲種種被流傳、經驗的社會性「傳染病」。然而，「疾病」概念若在生物醫學中一旦確立，成爲司空見慣之物的話，其是如何被建構出來的？這種生命政治學式的史前史就會被遺忘。而將此種遺忘所蘊藏的政治性完全表現出來的是日本國內SARS患者人數的問題。<sup>11</sup>日本的SARS患者人數，在國際的標準中被認定的有16名，而在厚生勞動省的公開發表中卻是零。<sup>12</sup>這對醫療工作者（以及有解讀醫療情報能力的人）而言，已是個常識。

在日本使用的厚生勞動省的症狀、病例定義，和此處介紹WHO的資料大致上都相同。然而，最大的不同是，在其運用的點上由「SARS對策専門委員會」來處理的SARS認定。2003年6月，日本國內的疑似病例累計有52名，可能性病例累計有16名，但「『SARS對策専門委員會』全面否定了SARS」，因此「確定例是零」。當然，如一開始所指出的那樣，「SARS診斷確定」這種概念根本就不存在，只要是如此，在現階段，SARS患者不僅在日本，就連在世界的任何一個國家，都不會確切存在。在這層意義上，日本國內的SARS患者確定例爲零的表現方式，也不算是什麼錯誤。然而，WHO發表的SARS患者之產生，是在臨床的、流行病學診斷的意義上所做的SARS

---

10 ジャン・ドリュモー(Jean Delumeau)，《恐怖心の歴史》（永見文雄、西澤文昭譯，東京：新評論，1997），頁251。

11 在早期就指出這點的論考有，谷田憲俊，〈新興感染症SARS（重症急性呼吸器症候群）と欠陥が露呈した「感染症新法」〉（《正しい薬と治療の情報》5月號，2003）。

12 我（日本）國「嚴重急性呼吸道症候群(SARS)」懷疑病例等的報告狀況（資料來自厚生省網頁）。

可能病例之計算，世界累計了約8000名患者，其中並不包括日本的16例。日本獨特的概念，也就是「確定病例」的定義，雖然沒有很明確，然若翻開新聞報導等來看的話，可以推測出來的是，那是藉由病毒學確定的病例（既是SARS同時，又是SARS冠狀病毒傳染病）的意思來使用的。

現在，SARS無論在世界或日本國內都沒有引起感染的爆發，若從此歷史事實明確化的現在這時點來看的話，SARS患者數為零這種公開發表的確是「真實」的。然而，此種「真實」也只不過是溯及歷史時，所呈現出來的一個真實效果而已。說實在的，這只不過是在「甩骰子」而已。是不是真實，也只能透過之後的歷史經過來確認。就如下一節所指出的那樣，中國政府在2003年2月公開發表「急性呼吸道症候群」已經逐漸得到控制，然而此舉卻得到反效果，招來國際社會批判，說它在隱瞞SARS的情報。

#### 四、從非典型肺炎到SARS：傳染病患者是誰？

我們一定要需要擔心著什麼東西。而且那並不是所有種類的什麼東西，只要是非常小，眼睛能看得到的，至少在我們能力所及範圍內能夠想像的，也就是「我們能夠做的」任何東西。

——齊格蒙·鮑曼(Zygmunt Bauman)，  
《政治的發現》)<sup>13</sup>

對檢討「傳染病」的生命政治學的我們而言，SARS的病因是病毒這種生物醫學的言論，並無法令人滿足，因此有必要再重新回顧一下。SARS作為SARS是如何被發現的，透過這種對其生命政治學史前史的探究，我們才能得到理解被誇張化的SARS的關鍵。

---

13 ジグムント・バウマン(Zygmunt Bauman)，《政治の発見》(In Search of Politics)（中道壽一譯，東京：日本經濟評論社，2002，原著1999）。

關於SARS的正式發現，它的正統故事是，「微生物獵人」之一的英雄醫師歐巴尼(Carlo Urbani)的悲劇。<sup>14</sup>26日有位男性患者住院，帶有奇怪的肺炎症狀，WHO河內分部的流行病學者歐巴尼在2003年2月28日越南・法國醫院，接受該病患的看診要求。醫院工作人員甚至懷疑那是不是在香港流行的禽流感（此患者是第一個引起越南SARS集體感染的患者，之後負責治療的醫療人員及歐巴尼共6名感染SARS，過了幾星期後有5名喪命）。發現事態嚴重性的歐巴尼向WHO報告，於3月9日和越南政府與WHO舉行了緊急會談，結果越南・法國醫院全體都遭到被隔離的命運。11日，因為國際會議的關係，飛往泰國曼谷的歐巴尼到達機場後發覺身體不適，他本人主動提出要求，立刻就被搬運到隔離醫院。12日，WHO向世界警告非典型肺炎的危險性，15日SARS的症狀、病例定義被公開。18日經過和疾病的搏鬥後，歐巴尼於3月29日客死在曼谷。

他看診過的患者正是SARS第1號患者，並被登記在公開紀錄當中，然而可惜的是現實的歷史並不是單線式歷史。<sup>15</sup>在SARS的壯大歷史中，在SARS這個名稱尚未出現之前，早就能在WHO的疾病集體發生（病毒感染爆發）情報中找到一絲的線索。

以下揭示的是，揭載在WHO網頁有關SARS報告的年代記。<sup>16</sup>

・中國的急性呼吸道症候群（2003年2月11日）

在廣東省集體發生急性呼吸道症候群，總共有300名的患者，中國的衛生部向WHO報告有5名患者死亡。（以下省略）

・中國的急性呼吸道症候群（2003年2月14日）

根據中國衛生部的報告，在廣東省的集體感染，在臨牀上和非典型肺炎是一致的。關於同衛生部的患者感染例，可追溯到

14 B. Reilly et al., “SARS and Carlo Urbani”, NEJM 348: 1951, 2003. NHK報導局「カルロ・ウルバニ」取材班，《世界を救った医師—SARSと闘い死んだカルロ・ウルバニの27日》（東京：日本放送出版協会，2004）。

15 2002年11月16日，廣東省46歲男性因為奇怪的呼吸道症狀而住院，之後檢查了其被保存下來的血液，結果SARS冠狀病毒抗體被檢驗出來。在能夠確認的範圍裡，這位患者在病歷上可算是SARS第一號患者。

16 “WHO Disease Outbreaks, Acute Respiratory Syndrome”，資料來自WHO的網頁。

2002年11月16日。多數患者經驗到的是，發燒、頭痛、關節痛、全身感到疲勞和倦怠感這些非特異性的症狀。

在2003年2月11日的時點，根據報告，總共有305名患者，其中有5名死亡。根據當局指出，集體感染正逐漸在減少。（以下省略）

- 中國的急性呼吸道症候群（2003年2月14日）

根據中國衛生部來的報告，在廣東省發生的非典型肺炎集體感染（患者數合計305名，其中有5名死亡），其病原體或許是披衣菌肺炎（*chlamydia pneumoniae*，譯者註）。

- 香港特別區和越南的急性呼吸道症候群（2003年3月12日）

#### WHO向世界警告非典型肺炎的發生

自2月中旬起，WHO一直努力在確認越南、香港特別區、中國廣東省嚴重肺炎的集體發生。（以下省略）

- 嚴重急性呼吸道症候群（SARS）的多國同時集體發生（2003年3月15日）

#### WHO向旅行者發表緊急勸告

#### 在世界擴大的SARS

在過去的一整個禮拜，WHO接到新的報告，是有關於150人以上出現原因不明的非典型肺炎，也就是SARS的懷疑病例。

在現時點，有來自加拿大、中國、香港特別區、印尼、菲律賓、新加坡、泰國、越南的報告。（以下省略）

- 嚴重急性呼吸道症候群（SARS）的多國同時集體發生（2003年3月16日）

（……）

SARS最初是在2003年2月26日越南的河內被確認。

（以下省略）

SARS在變成SARS以前，在中國廣東省就已經被視為急性呼吸道症候群或者是非典型肺炎，而被問題化了。因此，雖然非常的唯名論，但嚴格來表現的話，SARS並沒有「在世界擴大」，這是首先必須確認的事。被認為和此急性呼吸道症候群相同疾病的狀態，不僅發生在廣東省，還有香港、加拿大、越南等地，當「在世界擴大」這種狀況發生時，SARS才被賦予名稱。也就是說，SARS從其起源來看，它已變成是全球化的奇觀了。

與此同時，另一個應該注意的是，SARS不僅是全球性的傳染病而已，還在特定的「感染流行區域」(Hot Zone)蔓延，因此亦是屬於地方的「傳染病」，也就是說它帶有雙重特性。感染流行區域的存在，就好像男子拉自己的鞋帶企圖從無底的泥沼爬上來的笑話一樣，作為一種循環論法，事先被填寫在SARS的定義當中。只要SARS沒有被定義的話，感染的流行在哪裡發生，並無法用理論來決定，雖說如此，在定義SARS的條件裡，感染流行區域的存在卻事先被填寫進去。如最初所指出的那樣，WHO症狀、病例的定義既是臨床，同時又是流行病學的診斷，在那之中包含著這樣的項目，即和SARS感染流行區域之間關連（旅行者與居住者）的項目。這種理論非常奇妙，雖是循環卻非常實用，透過此理論，感染流行區域則會先於SARS而存在。SARS感染流行區域究竟在哪裡？像這種定義的問題，很容易被政治問題化的理由之一，應該也是在這點上。

另外，國際組織WHO無論如何強調SARS全球性「傳染病」的性質，實際上社會對應SARS的組織化，必須要由每個國家來承擔。因為在現階段，只要還沒有對付SARS的確實治療法和預防疫苗的話，SARS對策將會集中在以下兩個問題上，一是在國內該如何控制區域性的感染流行區的問題，一是控制SARS患者的（特別是跨越國境）移動問題。面對這些問題，醫學在尚未變成近代生物醫學這種啓蒙的文明姿態以前，其所持有的兩個自古以來的武器，也就是隔離和檢疫，成為控制「傳染病」的可靠方法。

隔離與檢疫這種社會防衛的恐怖「強制性盔甲」，在控制「傳染病」上，雖然是不可或缺的「醫療」，但為了要讓社會接受，若只用原因不明的症候群這種概念、或眼睛看不到的病毒存在來說明是不夠的。科學概念是以象徵界的水準在言語上被構築而成的知識，然而僅動員科學概念是不足的，亦需以社會想像界的水準來啟動，呼籲、說服人們，讓人們「同意」的強力印象作為「傳染病」奇觀的核心出現。<sup>17</sup>

---

17 如齊澤克(Slavoj Žižek)在主要著作《イデオロギーの崇高な対象》(The Sublime Object of Ideology)中所指出的那樣，若想要有人被帶領到想像的

為了要理解變成此核心的印象之出現，我們有必要稍微改變何謂「傳染病」這種問題。也就是說，「傳染病患者」究竟是誰？在個人治療這種意義的醫學裡，針對此問題的答案非常簡單。所謂「傳染病患者」是指「被迫感染」傳染病的患者，並成為治療與照顧的對象。然而只要「傳染病患者」被想像成像這樣的犧牲者，就很難將變成赤裸醫學暴力裝置的隔離和檢疫，作為控制的手段來加以啓動。相對於此，在以社會防衛為目的的隔離與檢疫的醫學裡，則有完全不同的「傳染病患者」印象被製造出來。出現在那裡的，並不是被動的犧牲者，而是主動的感染源，也就是「讓人感染」的患者這種存在。當「傳染病」變成一種奇觀時，關於某種特定種類「作為感染源的傳染病患者」的印象是如何被動員的？若想要知道的話，可以將20世紀初美國的傷寒瑪莉例子拿出來看就很清楚了。<sup>18</sup>

## 五、沾上「傳染病患者」之汙名的肖像

「傷寒瑪莉」也就是Mary Mallon，1869年出生於愛爾蘭，1883年移民到美國，住在主人家中幫傭兼當廚師，以求生計。瑪莉感染腸傷寒（症狀是輕度的，本人好像也沒有自覺的樣子）時期不明，卻變成了腸傷寒的健康帶菌者。發疹和拉肚子是腸傷寒的主要症狀，感染者20人中有1人即使恢復後，在膽囊仍會留下傷寒菌，會變成將傷寒菌排到糞便中的健康帶菌者。

無論是當廚師也好，或者是當褓姆也好，評價都很好的瑪莉，一

---

印象當中時，那裡必須要有享樂(jouissance)的渲染。若用拉岡(Jacques Lacan)的話來說，SARS症候群並不只是作為記號的症狀(symptome)集合而已，亦包含在享樂次元中的症狀(sinthome)。傷寒瑪莉(Typhoid Mary)被描述為在感染擴散中找快樂的壞心魔女，有一部分的報導指出，到日本旅行回國後SARS發作的台灣人醫師，因「買春」擴大感染的可能性很高，此事件就和享樂的次元有關。

18 Judith Waltzer Leavitt, *Typhoid Mary: Captive to the Public's Health* (Boston: Beacon press, 1996); Priscilla Wald, "Cultures and Carriers: 'Typhoid Mary' and the Science of Social Control," in *Social Text* 15(3&4): 52-53, 1997.

一直在紐約大豪宅從事幫傭工作。從1900年到1907年間，她工作過八個地方，其中有七個家庭發生了腸傷寒，患者數合計22人（其中1人死亡）。透過對流行病學的感染途徑之追蹤，才被確認「感染源」是瑪莉，瑪莉因此於1907年被紐約市保險局拘留，並被強制隔離在北兄弟島的傳染醫院中。在當時的雜誌裡，可以看到「傷寒瑪莉」一邊從口中吐出骷髏，一邊烹調的煽動性插畫（圖2）。然而，在3年後的1910年，瑪莉立下誓言，不再從事烹調的工作，只從事洗衣服的工作，她在這誓約下被保護觀察，並恢復自由之身。過不久，瑪莉消聲匿跡，以布朗的假名再次從事幫傭和廚師的工作（因為只靠洗衣服，對女性來說，是無法經濟獨立過生活的）。1915年，瑪莉再次被保健局拘留，在過去5年間，至少有25人（其中兩人死亡）因她而感染腸傷寒。瑪莉最後在北兄弟島的傳染醫院中遭到終身隔離，於1938年死亡（據說從事醫院細菌檢查室助理的工作）。

此傷寒瑪莉的事件，即使到了今日，仍然作為美國都市的傳說在流傳著，最近的例子是愛滋瑪莉（男性版則是愛滋哈利）。據說她和路過的男性共度一夜後，用口紅在鏡子上寫下「歡迎來到愛滋的世界」，就消失行蹤。<sup>19</sup>不接受醫師說明其是健康帶菌者，還一直工作的瑪莉，並不是只有「感染源」的印象而已，還不斷被蓋上散播病原體的壞心魔女之印記。

最近從醫學雜誌取得顯示SARS感染路徑的兩張圖（圖3、4），特別是表示像葡萄串擴散那樣的無數感染者之插圖，看起來就好像從口中吐出骷髏的「傷寒瑪莉」一樣。傳染給很多人（根據定義是10人以上）的患者，也就是毒王或超級傳染王(super spreader)，<sup>20</sup>表示出SARS「傳染病患者」在（公共衛生上）是多麼危險的印象。

19 此並非是都市傳說，實際對愛滋零號患者印象的分析有，ダグラス・クリンプ(Douglas Crimp)，《エイズの時代にいかに乱交を続けるか》（竹村和子譯，《文芸スペシャル・3 エイズなんてこわくない》，田崎英明編，東京：河出書房新社，1993，原著1988）。

20 “Severe Acute Respiratory Syndrome--Singapore, 2003”, MMWR 52(May 9, 2003): 405-411.

在中國稱virus為病毒，因此有「毒王」等的表現方式。特別有名的是，住在中山醫科大學第2附屬醫院的46歲海產業者男性。<sup>21</sup>他在1月30日，因肺炎呼吸困難，而被送到醫院，只接受了18小時的人工呼吸器處理，接著就被轉到能接受高度治療的醫院（第三附屬醫院）去。然而，由於呼吸困難之苦，他開始暴動，醫護人員在幫他接人工呼吸器時，他的血液和痰四處飛濺，結果，總數28名的醫療工作人員，感染了同樣的肺炎。然後，其中有1人造成全球規模流行病SARS的擴張，此人是64歲的腎臟學教授，也就是患者A（圖3）。

患者A是住在中國廣東省的64歲醫師，為了出席結婚典禮，2月21日就住在香港的飯店M（隔日因為肺炎而住院，3月4日死亡）。<sup>22</sup>這是典型的超級傳染王例子，和他一起行動的家屬兩人、住院處的醫護人員4人及下榻飯店M的10人，全都被感染。同一時期，飯店M的住宿者，也就是患者B這號人物，是越南河內SARS公開患者（可能性病例）的第一號。同樣在飯店M住宿的患者F，是一位78歲的女性，她則是加拿大多倫多最初的SARS患者（可能性病例）。<sup>23</sup>

另外，患者C、D、E這3人中，其中1人在新加坡傳染給醫護人員（9位）、家屬和探病客人共12位，這也是超級傳染王的典型例子（圖4的患者1）。顯示新加坡集體感染途徑的圖4記載若正確的話，這5位超級傳染王就是引起集體感染的導火線。散播在全球各地的感染流行地區，透過越境旅行的超級傳染王這條線，彼此相互糾結。

就這樣，「傳染病患者」中的極少部分，而且到底是誰只能事後知道，但確實存在的「作為感染源的傳染病患者」。他們被理解為

21 T. Abraham, *Twenty-first Century Plague: The Story of SARS*(Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2005); 渡辺也寸志，〈SARS超感染第一『毒王』追跡ルポ〉（《新潮》45，2003年6月號），頁58-65。

22 “Update: Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome—Worldwide”, *MMWR* 52: 241-248, 2003. K.W.Tsang et al., “A cluster of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong”, *NEJM*, 2003.

23 S.M. Poustanen et al., “Identification of Severe Acute Respiratory Syndrome in Canada”, *NEJM*, 2003.

超級傳染王，而這種印象通常會作為「傳染病」奇景的核心出現。反過來說，我們也可以這樣想，隔離與檢疫這種強權式「傳染病」控制手法，或許是以應該成為其對象且「對社會有危險的患者」，譬如「傷寒瑪莉」或超級傳染王的存在為前提。在這層意義上，新型肺炎SARS這種奇景並不是「新型」，只不過是「必須保衛社會」這種名目的各種變化型態，也就是說，這只不過是歷史不斷重演的老舊「傳染病」奇景之一而已。

## 六、新的身體科技

然而「傳染病」奇觀在20世紀末開始加速全球化的潮流下，和「生命權力」結合在一起，<sup>24</sup>因此讓人預感到，出現幾個隔離和檢疫之新階段的事態。

檢疫（隔離檢疫quarantine：原本是40天的意思）是指，中世紀的西洋都市大多以防止鼠疫入侵為目的，禁止來自有可能會發生鼠疫地域的貿易船在入港後40天以內進行交易（也就是若被鼠疫傳染的話，在潛伏期的患者發作的期間）。而且針對鼠疫發生的地區，亦會採用相同的檢疫（或者是地區全體的隔離）手法。也就是說，每條街道都會被監視，每個住民都變成巡視的對象，和其他地區的交流，在40天以內也都會被禁止。SARS集體感染被確認後的香港高層公寓等的情況亦非常類似，那種「傳染病」控制手法彷彿超越了數世紀的時間，以原本的形式又重新被搬上檯面。傅柯(Michel Foucault)認為，近代社會的支配即是用規訓將人們個人化的「生命權力」，並指出此時在17世紀的鼠疫這種「例外狀態」中出現的權力開始常態化而被一般化的東西正是在19世紀所完成的規訓社會：

被鼠疫侵襲的都市，無論在哪裡，階層秩序、監視、視

---

24 從身體科技的觀點來分析全球化與「生命權力」關係性的有，拙稿〈身体のテクノロジーとリスク管理〉（《総力戦体制からグローバリゼーションへ》，山之内靖、酒井直樹編，東京：平凡社，2003）。

線、書記行爲都會無孔不入，在明白地將個人所有的身體作為對象的廣泛權力運用中，吾人將動彈不得的狀態——這才是用完美作法統治居住區的理想世界。（Foucault，《監獄的誕生》）<sup>25</sup>

像過去那種規訓社會中的身體技術，必須在將人集體地收容、關閉在特定設施（如醫院、學校、監獄等）的前提下，才有可能在該施設空間中，進行個人化。傅柯將此封閉空間的排除與規訓所帶來的個人化之結合，表現為「把『癩病者』視為『鼠疫患者』來處理」<sup>26</sup>。然而，在人、商品、資本等移動快速且龐大的全球化時代裡，若用地區全體的隔離與整艘貿易船的檢疫這種手法，來將人們（傳染病患者）的移動集體地加以制限、排除的話，將會帶來經濟成本上的莫大損失（過去中世紀商業都市的情況亦是如此，大多盡量避免檢疫）。<sup>27</sup>

因此，今日檢疫和隔離的特徵，並不是以被排除團體為對象，而是將目標設定在個人身上。而使這種作法可能的是，新的生命權力所帶來的監視身體科技之強化和進步。隔離SARS患者（可能病例）的收容設施，也就是醫院當然現在還存續存在。然而，今日的隔離比以前更加重要，但那並不是因為對發病患者的隔離。因為在今日，必須隔離的患者出現這件事，在以預防為目標的「傳染病」控制立場來看就已是失敗的。所以，其控制手法是叫可能有發病風險的正常人（並非醫院這種收容設施）待在家裡，並加以監視。其極端的例子是新加坡的「傳染病法」，該法規定必須要強制性隔離(quarantine)和SARS患者接觸的所有人，令其待在家10天。另外，為了確認此種隔離的實效性，政府強制設置攝影機在和SARS患者接觸者的居住房子裡，必

25 ミシェル・フーコー(Michel Foucault)，《監獄の誕生　監視と処罰》(Discipline & Punish: The Birth of the Prison)（田村俊譯，東京：新潮社，1977，原著1975），頁201。

26 同上註。

27 カルロ・M・チボッラ(Carlo Maria Cipolla)，《ペストと都市国家　ルネサンスの公衆衛生と医師》(Public Health and the Medical Profession in the Renaissance)（日野秀逸譯，東京：平凡社，1988，原著1976）。

要時還必須加以確認其是否在家。<sup>28</sup>同樣的，在台灣亦是利用網路攝影機來監視個人。<sup>29</sup>

監視個人的科技已經到達如此個人化的地步，因此反過來說，個人身體的消失這個事態，正在不斷發生。無庸贅言，醫護人員在醫院對住院者的監視，通常會以診療的名義來進行和本人的身體接觸。相對於此，攝影機對流動化個人（當然在家隔離雖然完全不自由，但總比住院要來的自由）的監視隔有一定的距離，因此直接的身體性就會消失不見了。如里昂(David Lyon)所指出，「消失的身體是近代的基本問題，通信情報科技的擴大、浸透，正是助長它的最大原因」。<sup>30</sup>作為SARS對策的一種，各國的國際機場導入可看到人類體溫的熱像儀(thermography)監視系統，此系統正代表著科技帶來身體消失的象徵性例子。這表示無須直接的診察過程，從遠距離就可以測量屬於個人身體之私人情報的體溫。在此為身體科技登場的情況下，規訓已經不再需要透過個人而加以內部化（是指將恢復健康的義務這種規範內部化，在機場檢疫所自己申告自己的身體狀況）。相反地，個人內部的身體情報（發燒的有無）將被外部化，同時也會變成監視科技的直接對象。

而且身體的消失這種事態，已經擴大到「傳染病」集體發生的全球監視網絡領域。今日發現新的「傳染病」的發生並警告世人的，並不是像直接和患者身體接觸的醫師那樣的「微生物獵人」。自動化的搜索引擎，會依關鍵字檢索網路上的疾病情報，經過過濾篩選或取捨選擇之後，來找出集體發生的案例（這似乎與以美國為主營運的全球通信接受系統－梯隊系統〔Echelon〕<sup>31</sup>把恐怖行動、生物化學兵器等語言作為關鍵字，來進行情報分析的系統很像，不是嗎？）。加拿大衛生部(Health Canada)所開發，從1997年就被WHO使用的此套

28 同註20。

29 “Severe Acute Respiratory Syndrome—Taiwan”, *MMWR* 52(May 23, 2003): 61-66.

30 ディヴィッド・ライアン(c), 《監視社會》(*Surveillance Society*) (河村一郎譯, 東京: 青土社, 2002, 原著2001)。

31 產經新聞特別取材班, 《エシュロン アメリカの世界支配と情報戦略》(東京: 角川書店, 2001)。

電腦系統，是以GPHIN(Global Public Health Intelligence Network)為人所知，其後變成2000年開始啓動的GORAN(Global Outbreak Alert and Response Network)的一部分。據說會發揮如下的功能，也就是用關鍵字以即時(real time)自動的方式，來檢索網路上950的新聞群組(newsgroup)和電子揭示板，在經過仔細調查、過濾之後，會轉到WHO職員那裡作確認。據說此GPHIN在2002年11月的階段，已經對於中國的肺炎集體感染發出過警告。<sup>32</sup>

## 七、結論

人類的母親自然才是終極的生物恐怖分子。

—— *Nature*, 2003/04/10<sup>33</sup>

隨著SARS的消退，這個疾病自身所引起的「傳染病」奇觀也消失的一乾二淨，不留痕跡。在這層意義上，「政治性病毒」的壽命似乎也不是那麼地長。連和SARS比較起來造成更多感染者和死亡者的愛滋病，到了現在亦幾乎失去其在20世紀末時曾擁有的媒體注意度。

若脫離一一分辨疾病的生物醫學偏見的話，我們可以看到「新興傳染病」這種奇景一個接著一個，作為不同新奇的疾病重複出現。一個一個的疾病究竟是什麼？這或許會消失在人們的健忘症當中，但在其核心裡作為「感染源」的患者印象，卻會一直持續存在。然後，和個人疾病治療不同的另一個醫療，也就是社會防衛的諸種實踐，會伴隨著「傳染病」奇景而出現。在過去，社會防衛會用單純的排除或規律=調教將人給個人化，但如本文所試圖探討的那樣，其重心已逐漸轉到在SARS中出現的非身體化之監視。

該如何對抗此種正在不斷出現的新身體科技？吾人思考此問題

32 WHO, "Severe Acute Respiratory Syndrome(SARS): Status of the Outbreak and Lessons for the Immediate Future", Geneva, 20 May, 2003. 取自WHO網頁。

33 "There Are Two Sides of Biodefence", *Nature* 422: 545, 2003.

時，能從SARS經驗中能夠得到何種教訓？對於此點，WHO揭示的議題在相反的意義上具有參考的價值。因為在WHO的報告裡，我們可以看到，「已經準備好處理、緩和新傳染病的出現、流行性感冒的流行、生物兵器意圖性使用之可能性等在公共衛生、經濟、社會中所引起的結果」<sup>34</sup>這段文字。在此種對策中可看到組織化的企圖，而其中的特徵是，SARS這個自然災害和生物兵器恐怖行動這種政治行為都被當成健康危機的一種。以強權式隔離和檢疫或限制隱私權來限定感染路徑的方法，就對健康危機這種「例外狀態」的醫療來看，其在技術層面上或許可說是極為有效的手法。然而，若只偏重從技術效率性的觀點來看的話，政治的問題有可能會像災害或事故那樣被對待。如此，所產生的問題是，政治的自然化，也就是去政治化。本來，有為防範當是「例外狀態」之覺悟，才有現在的常態，但在「健康即是善」這種單純原理下，（醫學）技術的解決得到重視，健康危機這種奇景被單純化、被強調的時候，引起那些健康危機的過程和原因的多元性及複雜政治性，便會全部被忽視。

在生命政治學分析裡，我們需要建構能夠對抗「『例外狀態』才是常態」這種想法的歷史概念。

---

34 56th World Health Assembly, A56/48 "Revision of the International Health Regulations: Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)", May 17, 2003, 第26項目。

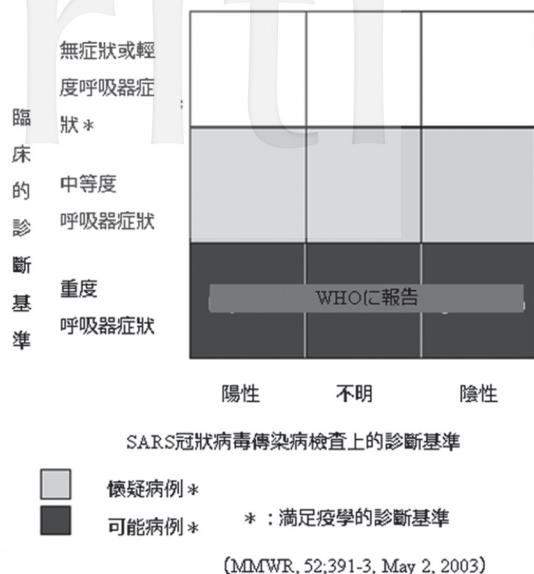
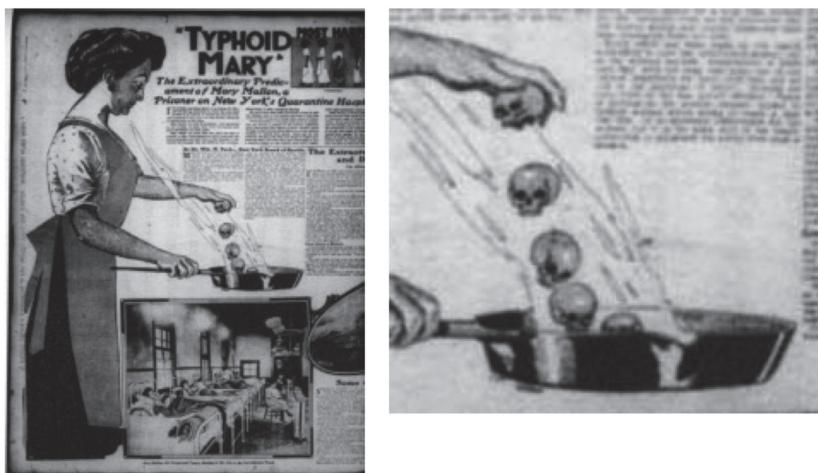
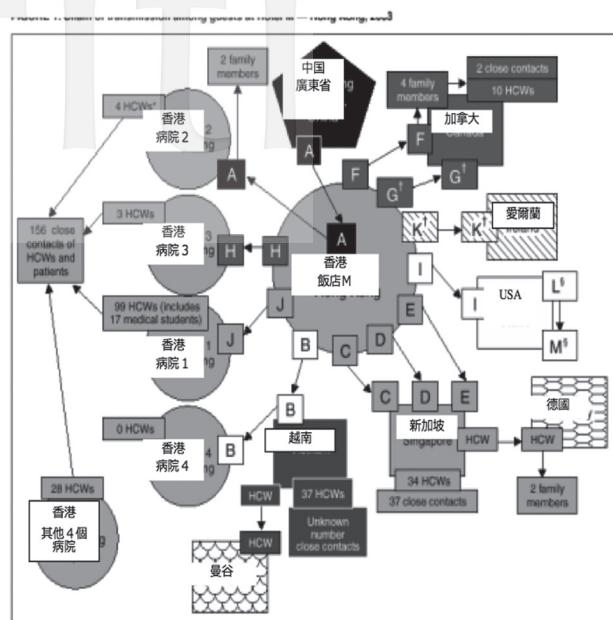


圖1：美國SARS監視制度(surveillance)的症狀或病例定義



(New York American, June 20, 1909,  
 Leavitt, "Typhoid Mary", Beacon Press, 1996)

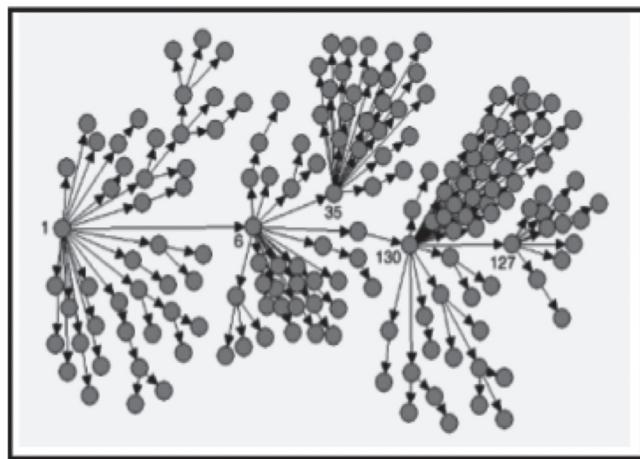
圖2：傷寒瑪莉（1909年的雜誌）



HCW : 医療人員

(MMWR, 52;241-8, March 28, 2003)

圖3：SARS擴大初期



(MMWR, 52;405-11, May 9, 2003)

圖4：新加坡的SARS（從2月25日到4月30日）