全球卫生史视域下的亚洲跨国卫生合作

——以远东热带医学会为例

周玫琳

内容提要 全球卫生的历史至少可追溯到19世纪中叶。截至第二次世界大战爆发前,帝国主义、殖民主义与现代西方医学的崛起对全球卫生的早期发展产生了深远影响。作为最早聚焦亚洲的区域性跨国卫生组织,远东热带医学会是以英国和日本为代表的帝国及其殖民地政府协商成立并运作的,依托帝国医学的知识积累、实践经验与组织体系,推动了由国际联盟卫生组织主导的国际卫生合作。该组织在倡导国际卫生规范、建立区域性疾病监测防控体系、联结亚洲与世界公共卫生事业等方面取得了一些成绩,但也存在一些问题,如因其帝国主义特质及殖民性所导致的医学关切不平等,以及执行力不足等。在激烈的帝国间角力中,作为非帝国、非殖民地的民族国家,中国参与该组织主导的区域卫生治理并发挥了积极作用。

关键词 非传统安全 全球卫生 国际组织 卫生合作 亚洲 远东热带医学会

2020年伊始,中国与世界都迅速被笼罩在新型冠状病毒(COVID-19)疫情

* 周玫琳:伦敦大学亚非学院历史系博士研究生。

** 感谢《国际政治研究》匿名审读专家的意见和建议,文责自负。

的阴影下，传染病防控与公共卫生治理的重要性与紧迫性成为全球焦点。而实际上，在全球化时代，疾病、卫生与健康风险问题早已突破国家边界的局限，与人类的日常生活与命运息息相关，成为全球治理的主要关注对象。近年来，全球卫生也成为炙手可热的国际议题和新兴的跨学科领域。① 在国际关系学领域，全球卫生也日益受到重视。② 国内学界也从开始中国视角探讨当代全球卫生外交与卫生治理问题。③ 但从整体上看，学界的关注点往往放在当代世界不同国家与地区之间的医疗卫生援助与新型传染病的预防上，对全球卫生早期发展的历史性考察存在一定不足。

从时序意义上看，本文所探讨的“全球卫生”是一种广义的概念，涵盖从约 19 世纪中叶开始的世界范围内的跨国与国际卫生合作，有别于主要关注当代的先行研究。一些学者认为，全球卫生治理是因循“国家—国际—全球”的路线实现历史进步的。④ 这种观点虽然准确把握了 20 世纪 90 年代以来卫生治理全球化的晚近趋势，尤其是从“国际”到“全球”的变化，⑤但在“全球卫生”指涉的时间范围和从“国家”到“国际”这一转变上有待商榷。在这种发展观下，全球卫生的发展路径是一种全球治理层面上的线性进步，⑥并且是从欧美地区这个“中心”向“边缘”地区扩散的过程。总体而言，这些研究传达出一种含义：民族国家政府重要性的相对弱化、超国家与次国家层次合作的凸显是一系列相当晚近（一般为 20 世纪 90 年代起）的新现象；“全球卫生”一词往往只对应世界公共卫生事业发展的“全球”阶段，即冷战结束后的全球化卫生合作形式。但近年来，全球卫生和医学史领域的学者相继指出，“全球卫生”这一概念未必

① Paul Farmer, et al., eds., *Reimagining Global Health: An Introduction*, Berkeley: University of California Press, 2013; Laurie Garrett, “The Challenge of Global Health,” *Foreign Affairs*, Vol.86, No.1, 2007, pp.14-38;〔美〕托马斯·E. 诺沃特尼等：《21 世纪全球卫生外交》，郭岩主译，北京大学医学出版社 2017 年版。

② Mark W. Zacher and Tania J. Keefe, *The Politics of Global Health Governance: United by Contagion*, London: Springer, 2008; Sara E. Davies, *Global Politics of Health*, Cambridge: Polity Press, 2010.

③ 徐彤武：《全球卫生：国家实力、现实挑战与中国发展战略》，《国际政治研究》2016 年第 3 期，第 9—40 页；张清敏：《外交转型与全球卫生外交》，《国际政治研究》2015 年第 2 期，第 11—32 页；涂晓艳：《传染病与安全研究的现状与思考》，《国际政治研究》2013 年第 4 期，第 131—142 页。

④ 高明等：《全球卫生治理的变化和挑战及对中国的启示》，《国际展望》2017 年第 5 期，第 126—146 页；苏静静、张大庆：《全球化进程中的卫生外交》，《自然辩证法研究》2011 年第 10 期，第 60—65 页。

⑤ 以世卫组织为首的国际卫生组织的确日益面临从“国际卫生”转向“全球卫生”的压力。参见 Kelley Lee, *The World Health Organization (WHO)*, NY: Routledge, 2009, pp.99-128。

⑥ 全球治理是“治理”理念在全球层面的拓展与运用；换言之，全球治理包括创立正式和非正式的机制与规则，以此管理政府和非政府行为体间的相互依赖关系。参见 Zacher and Keefe, *The Politics of Global Health Governance: United by Contagion*, p.16。

特指某一时间范围或发展阶段，只是比强调民族国家单位和国家间关系的“国际卫生”更关注非国家行为体（包括非政府组织、私人慈善组织、社区组织等）和其他类型的关系。[①] 而本文用作分析工具的“全球卫生”正是从这种比较宽泛的理解继承而来。基于这一概念，并结合全球治理研究和医学史领域的跨学科成果，本文试图回应先行研究留下的有待深入探讨的问题：追及过往，全球卫生的早期发展是否总能在“国家”“国际”或“从国家到国际转变”的框架内得到解释？在欧美之外的区域，全球卫生的发展是否只是一种以西方为中心的国际机制扩散的结果？把目光投向20世纪上半叶的亚洲，会为人们对全球卫生史的理解带来什么新的启发？

笔者对远东热带医学会（Far Eastern Association of Tropical Medicine，FEATM）这一具体历史案例的研究即发轫于这种意识：为全面理解全球卫生的历史，不可忽视全球卫生的早期知识与实践同现代西方医学全球化的紧密联系，并且注意其起源与帝国主义、殖民主义的扩张如影随形。[②] 换言之，卫生治理从“国家”到“国际”的跨越是否是一种准确的描述，是值得深入的历史学检视的，因为帝国扩张与殖民活动在其中打入了“楔子”，令局面扑朔迷离。在20世纪上半叶的亚洲，在列强环伺下逐步收回主权的中国、后起的非西方帝国日本及其亚洲殖民地、受西方帝国殖民统治的印度、缅甸、菲律宾、印度尼西亚等国家和地区形成星罗棋布的局面，更是让西方医学和帝国扩张的历史呈现出别具一格的风貌。[③] 彼时彼地，卫生治理从“国家”到“国际”的跨越远非清晰明了、一蹴而就，而是在殖民、去殖民的起伏浪潮中曲折实现的。医学与帝国在亚洲的交织与碰撞，不仅让当地的疾病健康问题为全球卫生提供了知识积累与实践经验，也使得全球卫生在当地的早期实践带有鲜明的帝国主义与殖民主义色彩。

---

① Paul Farmer, et al., eds., *Reimagining Global Health: An Introduction*, Berkeley: University of California Press, 2013, p. 10; Randall M. Packard, *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2016, p. 7.

② 关于现代医学与帝国扩张及其殖民统治之间相辅相成的关系，参见 Pratik Charkrabarti, *Medicine and Empire, 1600-1960*, London: Palgrave Macmillan, 2014; Poonum Bala, ed., *Medicine and Colonialism: Historical Perspectives in India and South Africa*, London: Pickering & Chatto, 2014; Jeremy Greene, et al., Colonial Medicine and Its Legacies, in Paul Farmer, et al., eds., *Reimagining Global Health: An Introduction*, Berkeley: University of California Press, 2013, pp. 33-73。

③ Sunil S. Amrith, *Decolonizing International Health: India and Southeast Asia, 1930-1965*, New York: Palgrave Macmillan, 2006；李尚仁：《帝国、殖民与西方医学》，载刘士永、王文基主编：《东亚医疗史：殖民、性别与现代性》，台北：联经出版社2017年版，第101—124页；李尚仁：《帝国与现代医学》，北京：中华书局2012年版，第1—16页。

在此，需要阐述全球卫生早期发展的基本概况。19—20世纪之交，承接殖民医学、帝国医学的知识积累和机制发展，全球卫生发展中的重要环节——国际卫生（international health）应运而生，其标志之一是国际卫生组织这种行为体。[①] 追溯国际卫生组织的发端，可以粗略依据是否由政府主导分为政府间组织和非政府主导的组织两种形式。一般认为，政府间国际卫生组织肇始于1851年由12个欧洲国家在巴黎召开的国际卫生会议。该会议在1903年达成了第一个全球卫生协定——《国际公共卫生条例》，[②]因此，政府间国际卫生合作也可以说真正起步于20世纪初。在此基础上，1907年，更具严格组织形态的国际公共卫生局在巴黎成立。[③] 在美洲，1902年由美国与拉丁美洲国家成立的泛美卫生署与之类似。更晚近、更具影响力的代表无疑是国际联盟卫生组织（下文简称国联卫生组织）和世界卫生组织（下文简称世卫组织）。早期非政府主导的国际卫生组织有两个主要类型：一是大型人道主义慈善组织，如1863年成立的红十字国际委员会与1913年起提供海外医疗援助与医事人员培训的美国洛克菲勒基金会；二是以基督教会为代表的民间组织，如1874年成立于英国的万国麻风救济会。[④] 国际卫生开端的主要知识储备与核心人员网络未必都来自或依附于政府间国际卫生组织，而是常常在更松散的跨国合作中产生的，因此，国际卫生并不仅仅是国家卫生互相联结的结果。从19世纪中叶到第二次世界大战爆发的百余年间，西方帝国从凯歌高奏走向分崩离析。以第一次世界大战为界，民族自决原则被提出，国际主义后来居上，但卫生治理真正走向“国际”的过程却由于帝国在全球范围内广泛而深刻的影响而呈现出异质性。因此，全球卫生研究亟待在历史路径上加强对帝国医学与国际卫生交织发展时期的关注，也需要将更多的目光投向原本居于“中心”的欧美以外的“边缘”地区，尤其是与西方帝国的殖民扩张有千丝万缕联系的亚洲。

因此，本文以活跃于1908—1939年的远东热带医学会为案例，探析全球

① 史学界围绕国际卫生组织发轫期（集中于两次世界大战间）的研究成果较为丰硕，其中比较经典的作品参见 Paul Weindling eds., *International Health Orgnisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995。

② Richard N. Cooper, “International Cooperation in Public Health as a Prologue to Macroeconomic Cooperation,” in Richard N. Cooper, et al., eds., *Can Nations Agree? Issues in International Economic Cooperation*, Washington, D. C.: Brookings Institution, 1989, pp. 183-190.

③ David Fidler, *International Law and Infectious Diseases*, Oxford: Clarendon Press, 1999, Chap. 2.

④ 刘绍华：《从国际卫生到全球卫生：医疗援助的文化政治》，载刘士永、王文基主编：《东亚医疗史：殖民、性别与现代性》，台北：联经出版社2017年版，第165—190页。

卫生治理在亚洲地区的早期实践、历史变迁及其深远意义。通过围绕该组织的历史叙述，本文旨在论证如下核心观点：在全球卫生的历史上，远东热带医学会依托帝国医学的知识、实践与组织，推动了国际卫生的区域发展，是亚洲第一个以当地政府和医疗卫生专家为主体、推行区域合作的跨国卫生组织。[①] 同时，本文力图挑战以“国家—国际—全球”路径理解全球卫生发展的思维定式，初步解释如下三个问题：第一，在第二次世界大战带来的新一轮去殖民化浪潮到来之前，亚洲各国与地区是如何合作实现区域卫生治理的？中国在其中扮演了怎样的角色？第二，亚洲区域的卫生治理是如何与更广域的全球卫生治理相接的？第三，远东热带医学会有什么贡献与局限，对当代全球卫生的知识积累与治理实践有什么启示？

为回应上述问题，本文采用多国多语种史料对照的历史研究方法，这些史料主要来自中、英、日三国的档案馆、图书馆、期刊索引数据库。具体包括：远东热带医学会的官方出版物，如在世界各地发行的数届大会会报、报告、指南、论文集等，这些资料比较分散，笔者发掘的部分主要藏于英国惠康医学图书馆（Wellcome Collection）和日本国立国会图书馆；日本医学专家与政府之间的通信、各国（尤其是中日）外交人员围绕参会递送的照会等档案资料，采集自日本外务省外交史料馆，其电子影印版可通过亚洲历史资料中心获取；同时代医学学术与专业期刊对该组织活动的报道与评论，来自各国报刊数据库和图书馆藏书。

本文结构安排如下：首先，对与远东热带医学会有关的历史学成果进行综述；接着，阐述该组织的发展概况与特点；然后，具体探究中国参与该组织并举办第九届大会的详情；最后，评估该组织在区域卫生治理中的成就与局限。

一、关于战前全球卫生和热带医学的历史学研究

前文已介绍全球卫生作为一个跨学科领域的相关研究概况，并指出对其历史进行深入探究的必要性。但即便在史学界，对全球卫生演变历史的考察

① 采用“跨国”（transnational）而非“国际”（international）的说法，是因为远东热带医学会作为一个医疗卫生科学组织，其活动混杂了民族国家、帝国和殖民地的政府间沟通，不只是主权平等的“国家之际”组织，在超国家与次国家层次（如科学网络）上也形成了广泛而深刻的联系。这也顺应了外交史研究中的“跨国史”转向。参见 Akira Iriye，“The Transnational Turn，” *Diplomatic History*，Vol.31，No.3，2007，pp.373-376；徐国琦：《作为方法的“跨国史”及“共有的历史”》，《史学月刊》2017年第7期，第20—23页。

不仅大多局限于其在第二次世界大战结束后的发展，还普遍具有“西方中心主义”的特征。迄今为止，有关全球卫生或国际卫生组织的历史研究一般仍以1948 年成立的世卫组织为主要出发点或坐标，这是由第二次世界大战以来该组织担任的核心角色决定的。[①] 近年来，更多研究开始聚焦世卫组织成立前公共卫生全球化的百年历程，尤其是 1923 年成立的国联卫生组织的先驱性活动，并探究其工作如何被后来的世卫组织所继承。[②]

总体而言，除了个别与世卫组织有直接承接关系的国际卫生组织，人们对20 世纪中叶以前的其他国际卫生合作知之甚少，而欧美以外区域的国际卫生合作亟待深入研究。这一学术缺憾对中国而言尤有意义：有关中国参与全球卫生治理的历史叙述往往以中国加入世卫组织为起点，[③]而中国在世卫组织成立之前、框架之外的国际卫生合作被严重低估了。其实在中国加入世卫组织之前，公共卫生技术与援助就在社会主义国家阵营内的外交中发挥过重要作用。再向前追溯，在第二次世界大战爆发之前，相继在北洋政府和南京国民政府治下的中国也参与了区域性跨国卫生治理，而其活跃的重要平台之一就是远东热带医学会。

虽然组织名称中的“远东”仍带有“西方中心主义”的文化意涵，但远东热带医学会在关注区域和参与人员的组成上的确具有空前的亚洲特色。在具体探究该组织自身的历史之前，有必要通过文献回顾对其组织名称中的核心名词“热带医学”（tropical medicine）加以解释，并介绍与该组织直接相关的研究成果。

热带医学这一学科领域形成于 19 世纪末，是在西方帝国在亚洲殖民扩张

① Theodore M. Brown, et al., “The World Health Organization and the Transition from ‘International’ to ‘Global’ Health,” *American Journal of Public Health*, Vol.96, No.1, 2006, pp. 62-72.

② Paul Weindling, et al., eds., *International Health Orgnisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995; Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health, the League of Nations Health Organisation, 1921-1946*, Pieterlen and Bern: Peter Lang, 2009; David Fidler, “The Globalization of Public Health: The First 100 Years of International Health Diplomacy,” *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.79, No.9, 2001, pp. 842-849; Alison Bashford, “Global Biopolitics and the History of World Health,” *History of the Human Sciences*, Vol.19, No.1, 2006, pp. 67-88；安田佳代『国際政治のなかの国際保健事業：国際連盟保健機関から世界保健機関、ユニセフへ』ミネルヴア書房、2014 年。

③ 苏静静、张大庆：《中国与世界卫生组织的创建及早期合作（1945—1948）》，《国际政治研究》2016 年第 3 期，第 108—126 页。

的过程中诞生的。[①] 即便如此,“热带医学”一词的定义其实非常模糊,在从业者中都缺乏共识。[②] 简言之,热带医学旨在防治“热带病”,一般只强调该领域专门关注热带和亚热带地区特有、常见或不易控制的疾病与健康问题。[③] 在20世纪上半叶,热带医学一般包括或涉及细菌学、寄生虫学、蠕虫学等医学分支学科,主要关切的疾病有疟疾、霍乱、结核等。更重要的是,热带医学名称中的“热带”一词不只是地理或实体意义上的空间,而是一种从西方视角描述具有文化和环境异质性区域的概念。以科学史与医疗社会史为代表的史学研究成果表明,热带医学不仅是一个医学学科范畴,更在帝国主义殖民扩张时代发挥了重要作用。[④] 英国曼彻斯特大学科学技术与医学史中心荣誉教授迈克尔·沃博伊斯(Michael Worboys)开创性的研究表明,热带医学是一种具有战略重要性的殖民科学,这种科学在帝国全球扩张的过程中承担了“发展催化剂”的角色,在热带殖民地区域发掘经济机会、强化环境安全、解决生产中的技术问题、提高投资效率,总体上服务于英国等西方帝国对热带地区及其人民的“祛魅”。[⑤] 基于沃博伊斯的研究,有关热带医学历史的研究成果日渐丰硕,且大多都关注帝国这一构建出该学科的大环境,以及该学科如何回应帝国扩张分别给殖民地和宗主国带来的问题与挑战。尽管这些研究在不同程度上秉持全球史的方法与视野,从成果来看,仍有明显的地域局限性,以围绕印度等英属殖民地和菲律宾等美属殖民地的成果居多。[⑥] 近年来,也有越来越多学者关注日本殖民地热带医学的发展与演变,尤其是经历过系统的日本殖民医学的台湾

---

① “热带医学之父”万巴德(Patrick Manson)推进该学科的努力多建立在他在中国(大清皇家)海关总税务司的工作,中国也因此被称作“热带医学的摇篮”。参见 Douglas Haynes, *Imperial Medicine: Patrick Manson and the Conquest of Tropical Disease*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2001; Philip Manson-Bahr, *Patrick Manson: The Father of Tropical Medicine*, London: Thomas Nelson and Sons Ltd, 1962, p. 10。

② Helen J. Power, *Tropical Medicine in the Twentieth Century: A History of the Liverpool School of Tropical Medicine 1898-1990*, London: Kegan Paul International, 1999, pp. 12-13.

③ 《世界卫生组织健康主题:热带病》,https://www.who.int/topics/tropical_diseases/zh/,2020-10-02。

④ Michael Worboys, “The Emergence of Tropical Medicine: A Study in the Establishment of a Scientific Specialty,” in Gerald Lemaine, et al., eds., *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines*, Chicago: University of Sussex, 1976, pp. 75-98; Michael Worboys, “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: The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*, Amsterdam and Atalanta: Rodopi, 1996, pp. 191-207.

⑤ Michael Worboys, “British Colonial Policy (1918-1930),” in Patrick Petitjean, ed., *Colonial Sciences: Researchers and Institutions*, Paris: Orstom Editions, 1996, pp. 99-111.

⑥ David Arnold, ed., *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester: Manchester University Press, 1988; Warwick Anderson, *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines*, Durham, North Carolina: Duke University Press, 2006.

地区。[①] 中山大学历史学系副教授沈宇斌在其博士论文中开创性地探讨了热带医学(尤其是寄生虫学)网络在现代中国的发展。[②]

具体到与远东热带医学会直接相关的学术研究,由于相关史料分散且涉及多语种,当前进展基本停留在史实梳理上,成果较少。首先,部分研究选择从不同国家/地区角度展开,例如日本是最早,也最多受到学界关注的远东热带医学会成员国。日本青山学院大学文学部教授饭岛涉在研究东亚卫生"制度化"的过程中,简要论述了 1925 年东京第六届远东热带医学会大会的角色,指出日本通过本届大会展示了在殖民地台湾和委任统治的南洋群岛等地积累的热带医学经验成果。[③] 台湾地区长庚纪念医院主治医师容世明探究了日本殖民时期的台湾参与远东热带医学会的过程,并探讨了来自台湾的抗疟知识对亚洲区域的传染病防治的贡献。[④] 此外,还有学者着重揭示远东热带医学会所承载的区域卫生治理职能。英国华威大学亚洲与全球史系荣誉教授大卫·阿诺德(David Arnold)认为,远东热带医学会是欧美帝国用来统治东方殖民地人民的"热带治理"手段。[⑤] 澳大利亚国立大学文化、历史与语言学院副教授赤见友子(Tomoko Akami)的研究强调包括日本医疗卫生专家在内的亚洲本地专家的重要角色。而她更重要的结论是,以远东热带医学会为代表的太平洋地区科学网络的实质不仅是"国际"的,更是"帝国间"(inter-imperial)和"殖民地间"(inter-colonial)的,这种性质不仅存在于卫生治理中,更是理解 20 世纪上半叶亚洲国际关系和区域治理的关键;此外,她强调远东热带医学会和国联卫生组织之间的密切联系,认为前者的区域卫生治理与殖民地间网络是促成后者践行国际主义的重要因素。[⑥]

---

① Michael Shiyung Liu, *Prescribing Colonization: The Role of Medical Practices and Policies in Japan-Ruled Taiwan, 1895-1945*, Ann Arbor: Association for Asian Studies, Inc., 2009, pp. 150-154; 范燕秋:《疫病、医学与殖民现代性:日治台湾医学史》,台北:稻乡出版社 2010 年版,第 11—62 页。

② Yubin Shen, "Malaria and Global Networks of Tropical Medicine in Modern China, 1919-1950," PhD Dissertation, Georgetown University, 2017.

③ 飯島渉『ペストと近代中国:衛生の「制度化」と社会変容』研文出版、2000 年、280—281 頁;飯島渉『マラリアと帝国:植民地医学と東アジア国際秩序』東京大学出版会、2005 年、145 頁。

④ 容世明:《热带医学的知识流通与国际网络:台湾疟疾研究、远东热带医学会及其他国际交流平台》,《台湾史研究》2017 年第 2 期,第 209—262 页。

⑤ David Arnold, "Tropical Governance: Managing Health in Monsoon Asia, 1908-1938," ARI Working Paper, No.116, Singapore: Asia Research Institute, 2009.

⑥ Tomoko Akami, "Beyond the Empires' Science: Inter-Imperial Pacific Science Networks in the 1920s," in Madeleine Herren, ed., *Networking the International System: Global Histories of International Organizations*, London: Springer, 2014, pp. 107-132; Tomoko Akami, "A Quest to Be Global: The League of Nations Health Organization and Inter-Colonial Regional Governing Agendas of the Far Eastern Association of Tropical Medicine, 1910-1925," *The International History Review*, Vol.38, No.1, 2016, pp. 1-23.

综上可见，已有研究对中国在远东热带医学会中的角色探讨不多，不仅在其会籍、参与情况、大会申办、科研贡献等细节上缺少详尽研究，更缺乏将中国在该组织的活动与其在区域卫生治理中扮演角色相连的尝试。这与中国作为该组织内罕见的非帝国民族国家成员、举办过一届大会的身份不甚相称。此外，相关研究很少从国际组织与全球治理的视角考察远东热带医学会的组织与活动。因此，本文尝试以更重视中国的视角重新考察远东热带医学会作为跨国卫生组织的历史。

二、远东热带医学会的宗旨、结构与议程

远东热带医学会成立的20世纪初，正值由西方引领的公共卫生在全球范围内经历大发展和大转型的重要关头：一方面，公共卫生基础设施日渐普及，收效显著；另一方面，以法国微生物学家、化学家路易·巴斯德(Louis Pasteur)和德国微生物学家罗伯特·科赫(Robert Koch)为代表的微生物学家推动了医学上的重大突破，对病原体认识的提高使研制疫苗和治疗药物等生物制品成为可能。[①] 现代医学的昂扬势头同帝国主义殖民扩张的并行绝非巧合。热带医学这一兴盛的知识领域和亚洲这一殖民地簇集的区域，在这一组织上得以交汇，成为检视医疗卫生与帝国扩张交织互惠的重要场域；它的成立、发展和演变，也为呈现全球卫生在国际卫生机制尚未成熟时的独特样貌提供了难得的案例。

远东热带医学会从成立之初就与欧美帝国在亚洲的殖民统治紧密相关。美国治下的菲律宾发挥了推手的作用：该组织的首倡者之一、首任会长保罗·福利尔(Paul C. Freer)时任菲律宾科学局局长。作为美国经1898年美西战争从西班牙手中攫取的殖民地之一，菲律宾成为美国展示公共卫生和医疗进步成果的重要试验场，其卫生行政当局的努力也的确提高了菲律宾在热带医学领域中的地位。[②] 1908年2月，适逢第五届菲律宾群岛医学会年会在菲律宾马尼拉召开之际，福利尔在各国派员间周旋协调，使得远东热带医学会在1908

① Sheldon Watts, *Diseases and Medicine in World History*, New York: Routledge, 2003, p. xii.

② Warwick Anderson, *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines*, Duram: Duke University Press, 2006, p. 73.

年 2 月 28 日正式成立。[①] 该组织的创始成员来自菲律宾、新加坡、中国香港、暹罗、中国大陆、马来联邦、日本、锡兰和法属印度支那。[②] 远东热带医学会的宗旨是:“促进远东热带医学的科学与技术之发达;联络远东医学家成一密切组织;宣传科学知识;增进科学家国际间之友谊;提高医事教育之标准;启发公众对于预防疾病之注意;发刊科学研究之成果。”[③]一种明确的亚洲认同使远东热带医学会区别于先前任何国际卫生组织,其部分使命就是缩小与欧美区域医学研究和健康改善方面的差距。[④]

作为一个以医药卫生和疾病防治研究交流为导向的学术型国际组织,远东热带医学会的活动形态比较单一,以筹办论坛形式的大会为施展学术与政策影响力的主要方式。各成员国派员在会上提交和发表论文,以此进行学术讨论和互动,会后出版收集论文的学报。大会期间,举办方还会组织代表参观该国有代表性的医院、实验室和检疫系统,交流临床医学、基础研究和公共卫生管理等方方面面的实践经验。远东热带医学会大会的召开周期一般为 2—4 年不等,其间曾因为第一次世界大战的爆发而中断 8 年之久。在其存续的 30 年内,该组织共举办了十届大会,其举办地或是东南亚交通便利的海港城市,或是某国首府所在城市(参见下表)。

表　历届远东热带医学会大会召开情况

届次	年份	地点
一	1910	美属菲律宾马尼拉
二	1912	英属香港
三	1913	法属印度支那西贡
四	1921	荷属东印度巴达维亚
五	1923	英属新加坡

① *The Sixth Congress of The Far Eastern Association of Tropical Medicine to be held in Tokyo, October 18 to November 7, 1925* (Tokyo: The Government Institute For Infectious Diseases, 1925), 藏于『極東熱帯医学会議雑件第二巻極東熱帯医学会議ニ関スル件分割 5』,日本外务省外交史料馆,档号 2-9-9-0-30_002,亚洲历史资料中心编号 B07080503000。

② “Far Eastern Association of Tropical Medicine,” *The British Medical Journal*, Vol.1, No.2470, 1908, p. 1061.

③ “Far Eastern Association of Tropical Medicine,” p. 1061;《规章:远东热带医学会组织章程》,《中华医学杂志》1935 年第 3 期,第 309 页。

④ 『極東熱帯醫學會第六回總會第一報(大正十四年十月十八日—十一月七日 於東京)』,第 1 页,藏于『極東熱帯医学会議ニ関スル件分割 1』,『極東熱帯医学会議雑件 第二巻』,日本外务省外交史料馆,档号 2-9-9-0-30_002,亚洲历史资料中心编号 B07080502600。

（续表）

届次	年份	地点
六	1925	日本东京
七	1927	英属印度加尔各答
八	1930	暹罗曼谷
九	1934	中国南京
十	1938	法属印度支那河内

资料来源：笔者自制。

远东热带医学会的“成员国”曾多达 30 多个，其构成呈现出帝国、殖民地与民族国家共存的局面，反映出彼时错综复杂的国际关系。在远东热带医学会存在的大部分时间，除了中国和暹罗（今泰国）享有相对独立的主权（仍有很强的“半殖民性”），其成员国大部分是帝国主义国家（如英国、法国、美国、荷兰、日本等）的亚洲殖民地（如印度、台湾地区、朝鲜等）。在这些帝国主义国家中，只有自身位于亚洲的日本从该组织创始至终都是“成员国”。有趣的是，有时被列为“成员国”的未必是一般意义上的国家，也可能是次国家行政区域，如英属印度诸省一度并列获得多个“成员国”席位。这种复杂的局面，恰好反映出新帝国主义（neo-imperialism）由盛及衰的转型时代中不稳定的国际关系。[①]

远东热带医学会的会员身份和“成员国”地位及其职业直接相关，具体分为四类：“（1）普通会员，包括所有入会各国国内登记的医师、牙医、兽医和医学卫生科学家；（2）准会员或列席会员，包括大会召开时当地的医界人员，无选举权及参加会务会议之权，在会员录上不列其名；（3）名誉会员，包括远东以外各国术业有贡献的医学家或科学家，由委员会推荐产生；（4）名誉顾问会员，在大会举行期间由东道国执行委员会推荐产生，一般为各国有名的官方人物，不必为医学家或科学家。”[②]1910 年，该组织会员仅有 78 名；随后其会员数量稳步增加，至 1921 年会员数量超过 400 人，1923 年超过 500 人。[③] 参会阶段，出席大会的会员代表分为两类：一类是“政府代表”，一般是“成员国”官方派遣的卫生行政专员、防疫医官；另一类是“大会代表”，主要包括医学院与研究所等学术

① Michael Nicholson, “Imperialism, Post-Imperialism, and Neo-imperialism,” in Michael Nicholson, *International Relations: A Concise Introduction*, London: Palgrave, 1998, pp. 68-89.

② 《规章：远东热带医学会组织章程》，第 309 页。

③ The Sixth Congress of The Far Eastern Association of Tropical Medicine to be Held in Tokyo, October 18 to November 7, 1925, Tokyo: The Government Institute For Infectious Diseases, 1925, p. 3.

机构的专家学者。[①] 例如，日本方面的代表包括内务省防疫医官、传染病研究所研究员、庆应大学医学部教授、陆军省和海军省军医等。[②] 无论是哪类代表，在参会阶段，会员们都与其政府联系更紧密，即以政治身份为主，以医学专业身份为辅。面向会员的会议邀请也均通过外交渠道发放。[③] 该组织的一般开支来自会员缴纳的每三年 3 英镑的会费；举办大会的经费则由主办国财政支出为主，以会费和捐款为辅。[④]

在上述会员构成的基础上，远东热带医学会的最高权力机构是理事会（council），该组织遵循由理事会决定的章程条款运行。[⑤] 理事会的人事结构包括会长（President）、总秘书财务长（General Secretary-Treasurer）和各“成员国”政府与非政府代表（representative）等。[⑥] 从 1921 年起，远东热带医学会开始在各成员国当地设一位副会长及秘书财务长，会长则由大会主办国政府的卫生行政首长或学术界领袖担任。[⑦] 由此可见，“成员国”身份、理事会代表的数量结构和支配该组织的权力牢牢挂钩，这为不同帝国围绕此机构的权力竞争策略埋下了伏笔。各国卫生行政当局的参与使远东热带医学会具有一定的政府间性质，也使得海港与船舶检疫之类超越医学学术边界的卫生主权问题在议程中更为瞩目。

议程设置方面，远东热带医学会大会主要讨论医学科学和卫生行政类议题。首先，大会组织热带医学科学讨论，通常根据不同的学科与疾病分为不同的主题版块，分组发表论文并研讨。除了狭义的热带医学议题（例如细菌学、寄生虫学）和常见的热带疾病（例如结核、疟疾），随着多届大会的举办，其关注议题日渐向更广阔的公共卫生和医学全领域拓展。例如，兽医学和齿科学学者分别从 1921 年第四届和 1925 年第六届大会开始入会；[⑧]1938 年，在河内举

① 《远东热带医学会记要》，《中西医药》，1935 年第 1 卷第 2 期，第 28—31 页。

② 『極東熱帯医学会本邦側出席委員調』，收录于『極東熱帯医学会議雑件第二巻極東熱帯医学会議ニ関スル件分割 1』，日本外务省外交史料馆，档号 2-9-9-0-30_002，亚洲历史资料中心编号 B07080502600。

③ 《中华民国外交部长罗文干照会在南京日本总领事馆函》，1934 年，收录于『極東熱帯医学会議雑件第一巻分割 1』，日本外务省外交史料馆，档号 2-9-9-0-30_001，亚洲历史资料中心编号 B07080502000。

④ “Articles and Bye-Law of the Associations Including amendments adopted by Council of the 8th Congress (1st February 1933),” 收录于『極東熱帯医学会議関係一件分割 2』，日本外务省外交史料馆，档号 B-10-11-0-17，亚洲历史资料中心编号：B04122512200。

⑤ Ibid.

⑥ 『極東熱帯醫學會第六回總會第一報（大正十四年十月十八日—十一月七日 於東京）』，第 6 页。

⑦ Committee for Scientific Work of the Congress, ed., *Far Eastern Association of Troical Medicine: Transactions of the Fourth Congress Held at Weltevreden*, Batavia, Vol.II, 1921, pp. 435-440.

⑧ 『極東熱帯醫學會第六回總會第一報（大正十四年十月十八日—十一月七日 於東京）』，第 3 页。

办的第十届大会与国联卫生组织卫生促进活动重点的接轨，增加了营养与卫生举措等议题。参加过第六届大会的中国医学家陈邦贤曾回顾道："（远东热带医学会的）讨论范围不仅限于热带医学，虽谓之万国国际医学卫生会议，亦未为不可。"[①]其次，大会组织卫生行政性协商，一般采用专门委员会形式展开沟通。在实际的大会过程中，两类议题并没有严格的划分，尤其是一些涉及理论的实际应用的重点议题，经常需要医学讨论和行政协商协同解决。例如，1910 年第一大会就成立了有关脚气病、麻风病、鼠疫、结核、检疫、鸦片等主题的委员会，在深化对这些问题的科学认知的基础上，协调各帝国与殖民地间围绕这些问题的争端。远东热带医学会通过了一系列由这些委员会制定的决议和政策建议，由各国会员代表向各自政府汇报反馈。[②]

1938 年，远东热带医学会在河内召开了第十届也是最后一届大会。随着第二次世界大战在 1939 年全面爆发，该组织终止活动。跨越 30 年的发展演变，第一个在亚洲范围内推进区域卫生治理的跨国组织就此落幕。

三、亚洲区域卫生治理中的帝国间角力与中国角色

在加入远东热带医学会之前，中国已参与到早期国际卫生合作中。19 世纪 80 年代，清政府执政下的中国参加了分别在华盛顿和罗马举办的第五届和第六届国际卫生会议，随后中断参与。1912 年后，中华民国重新加入该会议，并在 1926 年签署了《国际卫生公约》。赤见友子提出，19—20 世纪之交，中国和日本一样对"国际卫生"缺乏信心，认为其主要关切只是欧洲区域的具体问题，所以两国都多年未继续参与国际卫生会议。[③] 因此，中日两国都对集中关注亚洲卫生问题的远东热带医学会倾注了特殊的期待。但日本从该组织创始就派遣医官正式加入，比中国早十余年。[④]

出席远东热带医学会最早三届大会的会员代表中有来自中国的医疗卫生专家，但他们并非中国籍或由中国政府派遣，而是在中国开展研究活动的欧美

---

① 《远东热带医学会结束》，《医药学》1925 年第 11 期，第 120 页。

② "The Far Eastern Association of Tropical Medicine," *The Lancet*, Vol.175, No.4522, 1910, p.1230.

③ Tomoko Akami, "A Quest to Be Global: The League of Nations Health Organization and Inter-Colonial Regional Governing Agendas of the Far Eastern Association of Tropical Medicine, 1910-1925," *The International History Review*, Vol.38, No.1, 2016, p.4.

④ 『極東熱帯医学会本邦側出席委員調』。

公共卫生专家。以 1910 年第一届大会为例，来自中国青岛的专家其实代表德国政府；还有来自中国汉口、福州的专家，其政府派遣关系不详。[①] 这一方面反映了当时的清政府在国际卫生治理上的乏力，也体现出现代西医在华发展早期缺乏本土医学人才的局面。直到第一次世界大战结束，1921 年，在荷属东印度再度召开的第四届远东热带医学会大会上，中国才正式成为远东热带医学会成员国，成功控制 1910—1911 年东北肺鼠疫疫情并为中国公共卫生事业奠基的伍连德博士成为代表中国的副会长之一。[②]

1925 年，在日本举办的第六届远东热带医学会大会，是中国医学界以空前的积极性参与的海外大会。[③] 此届大会的规模之大、会员之多、论文之丰富、日程之长不仅是空前的，[④]在该组织的全部十届大会中都算是翘楚，足见日本对该组织活动的高度重视。在中国派遣的 17 名代表中，除副会长伍连德外，超过半数是中国本土医疗卫生领域的先驱，包括黄子方、林可胜、俞凤宾、金宝善、汪企张、余云岫、侯宗濂、吴祥凤、金宝善、林家瑞、陈邦贤等；而其余的外籍专家多供职于北京协和医学院。[⑤] 在该届大会发表的 258 篇论文中，中国代表贡献了 30 余篇。在科研交流之余，日本对医学史的重视及最新的医学进步给中国代表们留下深刻印象，[⑥]伍连德在演讲中盛赞这届大会在促进医学从业者跨国交流、推动医学进步上取得的卓越成就。[⑦]

1930 年，第八届远东热带医学会大会通过决议，下届大会定于 1933 年在中华民国的首都南京召开。但是，由于 1933 年中国深陷在内忧外患中，医务人员无暇准备学术会议，大会推迟到 1934 年 10 月召开。[⑧] 在此四五年间，国民政府与国际联盟展开了多项技术合作。1929—1934 年，国联卫生组织领导

① "The Far Eastern Association of Tropical Medicine," *The British Medical Journal*, Vol.1, No.2573, 1910, p. 999; "The Far Eastern Association of Tropical Medicine," *The Lancet*, Vol.175, No.4522, 1910, p.1230.

② Committee for Scientific Work of the Congress, ed., *Far Eastern Association of Troical Medicine: Transactions of the Fourth Congress Held at Weltevreden*, Batavia, 1921, Vol.II, pp. 435-440.

③ 《远东热带医学会消息》，《中华医学杂志》1925 年第 6 期，第 490—504 页。

④ "Tropical Medicine in the Far East," *The Lancet*, Vol.225, No.5832, 1927, p. 244.

⑤ "Report of the Sixth Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine," Tokyo, Japan, pp. 8-9.

⑥ 《远东热带医学会结束》，第 120—123 页。

⑦ "Report of the Sixth Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine," Tokyo, Japan, pp. 49-50.

⑧ 《中华民国外交部长罗文干照会日本钦命驻华全权公使有吉明函》，藏于『極東熱帯医学会議関係一件分割 2』，日本外务省外交史料馆，档号 B-10-11-0-17，亚洲历史资料中心编号 B04122512200。

拉西曼(Ludwik Rajchman)多次访华,促进中国与国联在医疗卫生领域的合作。[①] 在此期间,1930 年 7 月 1 日,全国海港检疫管理处成立,中国正式收回海港检疫权。[②] 同时,南京国民政府卫生署一直与国内以协和医学院为首的英美派西医与公共卫生学家、美国洛克菲勒基金会中国医学基金会(China Medical Board)及国联卫生组织的政策立场相协调。[③] 因此,本届远东热带医学会大会的举办不仅有了适宜的国内环境,国联卫生组织的远东疫况情报局也一直协助国际层面的组织协调。[④] 该届大会由 1933 年底开始筹备,1934 年春呈请外交部将会议程序通知各国政府。大会召开前两个月内,各国政府的派遣代表会员名单与提交论文纷纷到齐,展览布置与参观接洽等工作也陆续完成办理。[⑤]

1934 年 10 月 2—8 日,第九届远东热带医学会大会在南京正式召开。国民政府行政院长汪精卫、财政部长孔祥熙、内政部长黄绍竑出任该届大会的正副赞助人(patron)并做开幕致辞,体现了远东热带医学会从政府高层收获的支持。具体会务由国民政府内政部卫生署及其相关机构负责筹备:卫生署署长刘瑞恒任会长,国立上海医学院院长颜福庆任副会长,中央卫生实验处处长金宝善任执行委员会秘书长兼财务长。褚民谊、伍连德、牛惠生为名誉会员,他们分别来自政府(行政院)、公共卫生管理机关(全国海港防疫处)和医学职业团体(中华医学会)。[⑥] 该届大会会员(有时也称代表)总计 329 人,其中,中国会员 253 人,外国会员 76 人;外国会员中,以日本会员为最多(23 人),荷属东印度次之(13 人)。[⑦]

依据是否在当地设置副会长或地方秘书长这一标准,第九届大会的"成员国"(1930—1934 期)多达 33 个,其中包括多个次国家行政区域。但即便是当时主管会务筹办的中国卫生行政领导金宝善也认为,远东热带医学会事实上

---

① 张大庆:《国际联盟与中国的公共卫生事业》,《医学与哲学》1994 年第 11 期,第 51—52 页。

② 宋志爱、金乃逸:《我国海港检疫事物沿革》,《中华医学杂志》1939 年第 12 期,第 1068—1074 页。

③ 郁万富:《南京国民政府卫生建制时期的拉西曼及其影响(1928—1934)》,《人文杂志》2018 年第 9 期,第 102—110 页。

④ Tomoko Akami, "Imperial Polities, Intercolonialism, and the Shaping of Global Governing Norms: Public Health Expert Networks in Asia and the League of Nations Health Organization, 1908-1937," *Journal of Global History*, Vol.12, No.1, 2017, p. 18.

⑤ 金宝善:《远东热带医学会议印象记》,《广播周报》1934 年第 6 期,第 10—12 页。

⑥ Wu Lien-teh and C. Y. Wu, eds., *Transactions of the Ninth Congress Held in Nanking*, China, October 2-8, 1934, Vol.1, Nanking: The National Health Administration, 1935, pp. 1-2.

⑦ "Guide to the Ninth Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine," October 2-8, 1934, Nanjing: The Executive and Science & Publication Committee of the Ninth Congress, 1934, pp. 15-28.

的“会员单位”只有 14 个，即：“一，中国；二，澳大利亚；三，印度及其属地；四，马来联邦；五，菲律宾；六，香港；七，安南；八，日本；九，檀香山；十，海峡殖民地；十一，荷领东印度群岛；十二，暹罗；十三，美国，十四，澳门。”[①]考虑到实际上更复杂的殖民统治关系，可见这组被当时官员认可的“会员单位”分类不尽准确。为方便读者理解，本文根据“成员国”事实上的殖民、管辖或归属关系，将这 33 个“成员国”重新分为如下几类：

（一）**英国殖民地**（17 个）。其中，英属印度分占 10 个，分别为印度政府、阿萨姆、孟加拉、孟买、缅甸、中央省、马德拉斯、旁遮普、比哈尔和奥里萨、联合省）；其他英国殖民地有 7 个，分别为澳大利亚、英属北婆罗洲、锡兰、香港、马来联邦、海峡殖民地、砂拉越。

（二）**日本及其殖民地**（4 个）。其中，日本本土占 1 个，其殖民地台湾、朝鲜、关东州占 3 个。

（三）**美国及其殖民地**（3 个）。其中，美国本土（唯一本土不在亚洲的“成员国”）占 1 个，其殖民地菲律宾群岛和夏威夷占 2 个。

（四）**其他西方帝国殖民地**（4 个）。其中，（荷属）东印度的苏门答腊和爪哇分占 2 个，其余 2 个是（法属）印度支那、（葡属）澳门。

（五）**中国和其他相对独立的亚洲民族国家**（5 个）。其中，中国分占 4 个，分别为华北、华中、华南、东三省；其余 1 个是暹罗。[②]

这种将事实国家或“会员单位”分割成多个“成员国”的做法为何出现？有何意义？其实，这是一种试图在组织内部增强投票权和决策权的政治策略，发轫于第一次世界大战结束、凡尔赛—华盛顿体系逐步确立和英日同盟走向终结的国际政治现实，是英日两帝国在亚洲卫生治理上加强争夺、激烈较量的直观表现；而中国在二者的角力中扮演了特殊的角色。上文提到，远东热带医学会的“成员国”身份、理事会代表的数量结构和支配该组织的权力牢牢挂钩；而能决定哪些“领土单位”（territorial unit）可以算作“国家”，又是理事会才能决定的。[③] “成员国”中唯一的亚洲帝国日本敏锐地抓住了这一制度特点，分两步拓展其组织内影响力：1921 年第四届大会，作为日本殖民地的台湾通过理事会

① 金宝善：《评论：远东热带医学会的意义》，《医药评论》1934 年第 10 期，第 1—2 页。

② C. Frazier, *Transactions of the Ninth Congress Held in Nanking*, China, October 2-8, 1934, Vol.1, pp. 4-8.

③ “Articles and Bye-Law of the Associations Including amendments adopted by Council of the 8th Congress (1st February 1933),” 藏于『極東熱帯医学会議関係一件分割 2』，日本外务省外交史料馆，档号 B-10-11-0-17，亚洲历史资料中心编号 B04122512200。

决议获得“成员国”身份；[①]1923 年，在第五届大会上，日本又提议将其殖民地朝鲜和关东州加入具有投票权的“独立单位”并获得通过。[②] 毋庸置疑，日本借助这种操作增加了本国代表在理事会中的席位，继而增强了投票权、决策权。到了 1925 年东京第六届大会，在 37 名理事（包括会长、总秘书财务长和各“成员国”代表）中，日本、台湾地区、朝鲜、关东州的理事多达 12 名，而英国殖民地的理事只有 8 名。为了扳回局势，英国联合中国对日本的策略发起反制：英国将其最大的殖民地印度分为 7 个“成员国”，中国则将自身分为华北、华中、华南、东三省 4 个；这一策略经第六届理事会决议通过。[③] 英国借此将理事增加到 14 个，超过日本两席；中国也借此增强了在远东热带医学会的影响力。

到 1934 年，第九届大会的“成员国”列表表明从 1925 年开始的这场帝国间角力仍在延续。英国将英属印度进一步划分为 10 个“成员国”，中国则坚持 1925 年形成的“四分法”。值得注意的是，这时，中国的东三省“成员国”及其副会长伍连德只能以位于上海的全国海港检疫管理处监督的身份占据这一席位。[④] 这是因为经过 1931 年“九·一八”事变及其后日本对中国东三省主权的不断蚕食，同样由伍连德一手创办的东三省防疫事务总处已于 1933 年被“伪满洲国”民生部接管。[⑤] 逐步失去对东三省实际控制的中国，在本届大会中坚持维系着东三省“成员国”，一方面是遵循上届大会的决议，另一方面，是对日本侵略行为的无声抵抗。但讽刺的是，也在这届大会上，理事会新决议的 1934—1937 期“成员国”列表中，中国的“成员国”由 4 个减为 3 个，其中不再包括东三省。[⑥] 这一历史片段，不仅反映出中国失去了对东三省的卫生治理权，更是映射出当时中国丧失对东三省地区实际控制的现实。

在论文发表方面，该届大会共收到论文 203 篇，当众宣读，分组讨论。[⑦] 虽然在中国召开，会员也大多是中国医学从业者，该大会的论文悉数以英法德三语写成。[⑧] 这不仅反映了当时现代医学的全球发展中学术语言应用的实际情

---

① Committee for Scientific Work of the Congress, ed., *Far Eastern Association of Troical Medicine: Transactions of the Fourth Congress Held at Weltevreden*, Batavia, 1921, Vol.II, pp. 435-440.

② 『極東熱帯醫學會第六回總會第一報（大正十四年十月十八日—十一月七日 於東京）』，第 14 页。

③ “Report of the Sixth Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine,” Tokyo, Japan, October 11-31, 1925, pp. 37-40.

④ Wu Lien-teh and C. Y. Wu, eds., *Transactions of the Ninth Congress Held in Nanking*, p. 6.

⑤ 《东北防疫处改组后之情形》，《中华医学杂志》1933 年第 5 期，第 830 页。

⑥ Wu Lien-teh and C. Y. Wu, eds., *Transactions of the Ninth Congress Held in Nanking*, pp. 10-11.

⑦ 金宝善：《远东热带医学会议印象记》，《广播周报》1934 年第 6 期，第 10—12 页。

⑧ 《远东热带医学会记要》，《中西医药》1935 年第 2 期，第 28—31 页。

况，也折射出显著不平衡的权力关系。依循往届惯例，第九届大会在结束后将会上发表的 173 篇论文结集出版，以北京协和医学院教员为代表的中国医学专家为两卷学报的编纂工作提供了学术建议与协助。这些专家包括生物化学家吴宪、生理学家林可胜等公认的中国现代生物医学的奠基人。[①] 这些论文均作于会议召开前数月内，不仅在当时的医学界具有较强的时新性，还对世界范围内的热带医学学者有重要参考意义。[②] 考虑到远东热带医学会往届学报在世界医学界的学术影响力，[③]可见中国医学与公共卫生专家开始积极作为，初步为区域卫生治理和健康改善贡献来自中国的知识与经验。具体而言，第九届大会论文集依照不同医学分支学科和疾病种类，并根据类别的英文学名首字母排序，这些论文的数量分布如以下两图所示。[④] 由此可见，直到 20 世纪 30 年代中期，以疟疾、麻风病为代表的传染病依然是亚洲区域卫生治理面临的主要威胁；相应地，细菌学和当时广义的寄生虫学（包括狭义的寄生虫学、蠕虫学和医学昆虫学）和公共卫生等与传染病紧密相关的分支学科也格外受到重视。本届大会通过的决议印证了这一治理重点。

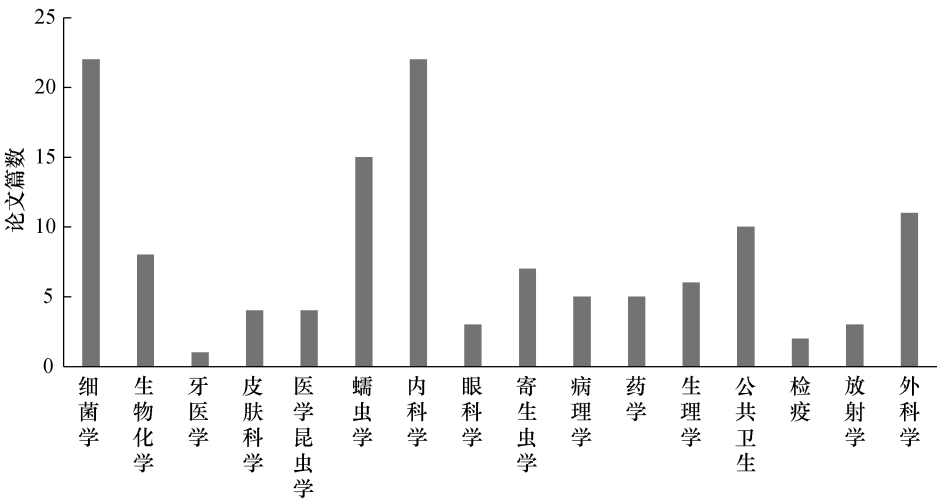

图 1　第九届远东热带医学会大会学术论文篇数——以医学分支学科分类

资料来源：笔者自制。

① Wu Lien-teh and C. Y. Wu, eds., *Transactions of the Ninth Congress Held in Nanking*, p. vi.

② "Tropical Medicine in China," *The Lancet*, Vol.225, No.5832, 1935, p. 1337.

③ 往届大会学报通常会得到世界顶尖医学期刊《柳叶刀》（*The Lancet*）的介绍和评议。

④ 论文数量与类别均基于第九届 FEATM 大会学报目录统计。参见 Wu Lien-teh and C. Y. Wu eds., *Transactions of the Ninth Congress Held in Nanking*。

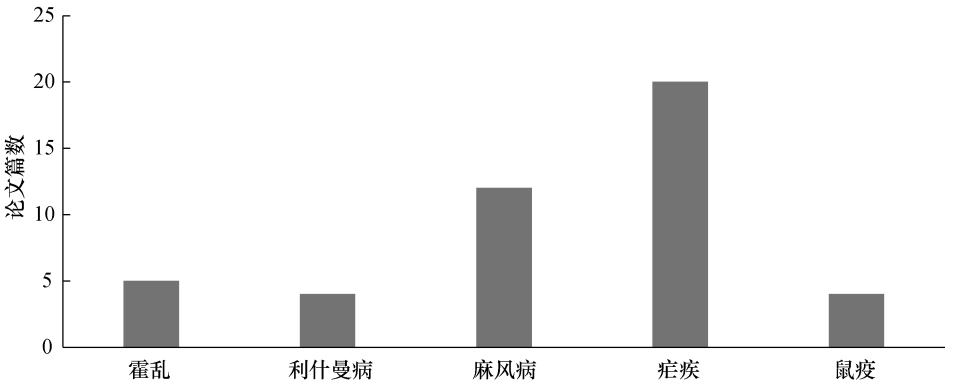

图 2　第九届远东热带医学会大会论文篇数——以病种分类

资料来源：笔者自制。

通过一系列圆桌会议和委员会讨论，第九届大会通过了关于鼠疫、霍乱、疟疾、营养和卫生措施的五项决议，它们都涉及对“成员国”政府行动的规范与诉求。第一，针对鼠疫，决议敦促各成员国政府采取实际措施实现船舶防鼠（rat-proofing），并注意相似方法可以应用到铁路系统，以绝鼠患；除了老鼠及鼠蚤，决议还提醒注意其他啮齿类动物及其蚤虫；第二，针对霍乱，决议建议远东各国围绕霍乱病原携带者展开调查，加强抗霍乱疫苗的实地检验，推进有关霍乱弧菌和相关弧菌及变体的研究，在霍乱流行区加强实地与数据工作；第三，针对疟疾，决议敦促展开关于疟蚊繁殖地的生化变化的国际合作调查，通过研究这些变化的效应以扼制疟疾传播；决议还建议任命一个由当地化学家和疟疾学家组成的委员会，以协调在不同国家展开的调查；该委员会应为生化调查的执行撰写通则并上报给远东疫况情报局；该委员会还应被赋予更多权力以协调该领域有经验的工作者，从而将调查拓展到所有远东国家；第四和第五条决议围绕营养和卫生措施，分别决定将“食品问题”和“关于水供给、下水道与垃圾处理的卫生措施”两个模块加入下一届大会议程。[①] 通过细读上述决议条款，不难发现，远东热带医学会对“成员国”政府的诉求显然是规范性而非强制性的，甚至在建议的口吻上都相当柔和。例如，关于霍乱病原携带者的调查应何时展开，远东热带医学会决议仅用“当时机合适”一句模糊带过。

1934 年第九届远东热带医学会大会是中华民国成立以来举办的第一个国

① Wu Lien-teh and C. Y. Wu, eds., *Transactions of the Ninth Congress Held in Nanking*, pp. 54-56.

际科学会议。在此之前，只有清朝末年举办的 1911 年奉天（今沈阳）国际鼠疫会议（International Plague Conference）有类似的国际属性与规模。[①] 如果说国际鼠疫会议奠定了中国现代公共卫生行政的基础，那么第九届远东热带医学会大会则是另一个里程碑，不仅象征着中国卫生治理从国家跨向区域的第一步，而且为战后中国参与全球卫生治理提供了宝贵的知识、经验和人才资源。

四、远东热带医学会的贡献与局限

在全球卫生治理中，参与者用来防控疾病、促进健康的战略一般包括：增强疾病相关知识信息的监测与传播、为卫生项目提供经济与物质援助、建立规则与规范等。[②] 作为一个本身依赖会员缴费运作、活动形式限于开会的跨国卫生组织，远东热带医学会显然在物质性卫生援助上缺乏财力和空间，但在规则规范倡导和疾病监测防控方面，远东热带医学会都取得了积极成果。

第一，远东热带医学会成立专门委员会探讨当时最紧迫的疾病问题，通过形成决议树立国际卫生规范，向亚洲各政府倡议和扼制特定行为。

针对不同年份不同疾病与健康问题的紧迫程度，远东热带医学会委员会的议题和相应决议依届次更换，总体上日益多样化。前文已介绍 1934 年第九届大会的决议情况，本文在此略论规模最小的 1910 年第一届大会的委员会所讨论的卫生议题与相应决议，与第九届大会决议相对比，展示该组织在创立伊始为树立区域卫生规范付出的努力。围绕传染病防治，第一届大会设立了多个以不同病种分类的委员会，并在当时最新医学进展的基础上形成了具体的政策决议。例如，针对鼠疫，远东热带医学会认为最切实的政策就是在各国境内出现病例时及时通知其他国家，以电报通告第一例，以周报形式跟进后续情况；针对麻风病，远东热带医学会强调通报病例的重要性，也强调隔离是阻断传染的必需手段，必须禁止患者的跨境移动；针对结核病，远东热带医学会认为要主动利用自身的影响力在各国成立抗结核社团，这些社团既要遵循世界

① 胡成：《医疗、卫生与世界之中国（1820—1937）》，北京：科学出版社 2013 年版，第 173—196 页。

② Mark W. Zacher and Tania J. Keefe, *The Politics of Global Health Governance: United by Contagion*, London: Springer, 2008, p. 16.

标准，又要适当修正以适应本地条件。[①] 从这些政策建议可见，远东热带医学会认为高效的跨国信息共享和国际合作是区域传染病防控治理的关键，并呼吁各国政府增强这一认识。在毒品控制方面，远东热带医学会设立了鸦片委员会，专门商讨如何应对鸦片滥用和成瘾问题，从医学角度呼应并配合由 1909 年万国禁烟会(International Opium Commission)开启的国际禁毒合作。[②]

此外，围绕脚气病(beriberi，今称维生素 B1 缺乏症)防控，远东热带医学会通过多届大会采取逐步升级的行动，这是该组织在非传染性疾病治理和全面健康促进上树立国际规范、呼吁区域内政府共同关注的显著个例。早在远东热带医学会成立的 20 世纪伊始，医学界已初步达成共识：脚气病并非由传染所致，而是源自营养缺乏，且多发于以精制米为主食的地区。[③] 但相关科学研究仍在进展中，根本性的病因(尤其是 1912 年才被发现的维生素 B1)还是医学家们在实验室中拼命寻找的对象。在此背景下，远东热带医学会是否应该推动政府间合作以应对严重危害亚洲人民健康的脚气病？在疾病防控和与精制米相关的社会经济效益保全之间，远东热带医学会应如何平衡？早在 1910 年第一届大会，远东热带医学会的临时脚气病调查会围绕该病成因形成了简短的决议，该决议认为脚气病病“与持续以白米(精制米)为主食有关”，远东热带医学会因此建议各国政府“注意这一事实”。[④] 这个决议削弱了第一届大会主办方美属菲律宾殖民地政府最早倡导的向精制米加强课税的强干预性政策，[⑤] 因为其原本强硬的态度遭到了在以日本专家为首的其他殖民地政府代表的反对，毕竟对精米饮食实行政府干预的政治、经济与社会影响过于深远。[⑥] 在后续多届大会上，针对是否应以强有力的政府间合作应对脚气病这一问题，远东热带医学会成为以菲律宾为代表的激进干预派和以日本为代表的温和处理派

① “The Far Eastern Association of Tropical Medicine,” *The Lancet*, Vol. 175, No. 4522, 1910, p. 1230.

② Ibid.

③ Kenneth J. Carpenter, *Beriberi, White Rice, and Vitamin B: A Disease, A Cause, and A Cure*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2000, pp. 15-23.

④ “The Far Eastern Association of Tropical Medicine,” *The Lancet*, Vol. 175, No. 4522, 1910, p. 1230.

⑤ 关于美国在其殖民地菲律宾的公共卫生干预，参见 David Arnold, “Tropical Governance: Managing Health in Monsoon Asia, 1908-1938,” ARI Working Paper, No. 116, Singapore: Asia Research Institute, 2009, p. 13。

⑥ Kenneth J. Carpenter, *Beriberi, White Rice, and Vitamin B: A Disease, A Cause, and A Cure*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2000, pp. 1-14; Alexander Bay, *Beriberi in Modern Japan: The Making of a National Disease*, Rochester, NY: University of Rochester Press, 2012.

进行激辩与妥协的平台。[①] 1912 年，第二届大会决议在第一份决议的基础上明确提出“建议国际合作”，[②]在推动脚气病的政府间合作治理上迈进了一步。1923 年第五届大会期间，最新研究表明未过度精制、五氧化二磷含量高于 0.4%—1%的大米能有效降低脚气病的发病，但其决议依然没有推荐强硬的政府间措施。[③] 远东热带医学会显然不满足于此，因此紧锣密鼓地展开下一届脚气病委员会的筹备。[④] 1925 年第六届大会上，脚气病委员会又成功召开两次会议，并形成更丰富的指导性决议：大会敦促以精米为主食的地区采取措施，扼制精米使用，保障糙米贮存的安全性，鼓励使用辅食；脚气病是一种可预防的疾病，各国都应采取有力措施对抗该病；各国都应将脚气病列为依法须上报的疾病，国联卫生组织远东疫况情报局将计划公开相关数据；政府应鼓励关于检验大米作为主食导致脚气病的实地研究。[⑤] 显然，截至此届大会，远东热带医学会围绕脚气病的决议有了实质性的进展，不仅有明确要求政府有所为的具体建议，还和新成立的远东疫况情报局形成了互助关系。后来，虽然远东热带医学会大会仍讨论脚气病问题，但逐渐把重心放在其他更亟待解决的疾病上。从始至终，脚气病问题的解决都没有采取菲律宾政府所提倡的全区域统一干预模式，而是通过树立规范和提供建议，让各国根据自身情况因地制宜。

脚气病并非传染病，但对非传染性疾病的防控、全面促进人类健康也是全球卫生治理的重要组成部分。更何况在 20 世纪初，围绕脚气成因的理论既有营养说也有传染说，尽管前者的解释力日渐超过后者，但当时的医学发展远未让此问题尘埃落定。远东热带医学会面临的问题放在今天依旧振聋发聩：在医学科学前沿的争议或模糊地带，在卫生决策会深刻影响某国家或地区的产

① Tomoko Akami, “A Quest to Be Global: The League of Nations Health Organization and Inter-Colonial Regional Governing Agendas of the Far Eastern Association of Tropical Medicine, 1910-1925,” *The International History Review*, Vol.38, No.1, pp. 8-9.

② “Far Eastern Association of Tropical Medicine,” *The British Medical Journal*, Vol.1, No.2670, 1912, p. 500.

③ “Resolutions, concerning Beri-Beri, of the 4th Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine,” 藏于『極東熱帯医学会議雑件第一巻分割 4』，日本外务省外交史料馆，档号 2-9-9-0-30_001，亚洲历史资料中心编号 B07080502300。

④ General Secretary-Treasurer of the FEATM, “Circular to the Vice-President of the Far Eastern Association of Tropical Medicine,” 21st March 1924，藏于『極東熱帯医学会議雑件第二巻極東熱帯医学会議ニ関スル件分割 1』，日本外务省外交史料馆，档号：2-9-9-0-30_002，亚洲历史资料中心编号 B07080502600。

⑤ “Report of the Sixth Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine,” Tokyo, Japan, pp. 51-52.

业兴衰、文化传统、人民生活时，全球卫生治理的参与者应如何推动卫生政策的制定？远东热带医学会在树立规范的层面上递交了一份比较合格的答卷。也正因为远东热带医学会、国联卫生组织和各政府卫生官员与专家多年的协同努力，脚气病的防治事业取得了良好成效。

第二，远东热带医学会切实增强了区域传染病的监测和防控能力，推动了统一检疫制度和流行病信息系统在亚洲的建立与普及。

早在1910年3月21日，远东热带医学会第一届大会单独设立的检疫委员会就形成决议，并获得了各“成员国”（菲律宾群岛、日本、法属印度支那、荷属东印度等9个，尚不含中国）政府对如下事项的同意和支持：(1) 围绕在互相提交报告或实施检疫时使用的“流行病”（epidemic）一词形成共同标准，建议将“第一封病例电讯后任一在周报中显示平均日增三例的鼠疫、霍乱、天花或黄热病”定义为“流行病”；(2) 当且仅当传染病呈现上述流行病属性时通知各国，并在连续三周数据低于上述流行病定义时自动撤回该通知；(3) 每周交换鼠疫、霍乱、天花和黄热病信息；(4) 确保所有离开某受感染国的船舶携带健康证明；(5) 当疑似或确认感染的传播离开，电讯通知相关国家。[①] 两年后，1912年第二届大会的检疫相关决议更为丰富：“流行病”的定义得到进一步精确和扩充（新增斑疹伤寒、非洲锥虫病等病种）；基于应对1910—1911年中国东北鼠疫的经验，为了减少不同口岸重复消毒船舶带来的商贸易损失，决议建议各国在应对来自或途径鼠疫感染区的船舶时使用一套统一的检疫规则。这些决议不仅是亚洲区域公共卫生专家的协调结果，也在内容上和在巴黎签署的《国际卫生条约》的条款互相补充呼应，列席代表也的确通过外交渠道将这些建议反映给各自政府。例如，日本驻香港总领事在第二届大会后向外务大臣递送了决议原文。[②] 到1913年，在西贡举办的第三届大会上，检疫和流行病信息分享的问题再度成为重中之重的议题，而且参会代表们表达出显著的区域意识。他们认为1912年在巴黎修订的《国际卫生条约》“不适用于远东国家”，应该由

① “The Far Eastern Association of Tropical Medicine,” *The Lancet*, Vol.175, No.4522, 1910, p.1230.

② 『極東熱帯医学決議原文送付之件/在香港总领事代理船津辰一郎致外務大臣子爵内田康哉函』（1912年2月8日），藏于『極東熱帯医学会議雑件第一巻分割1』，日本外务省外交史料馆，档号：2-9-9-0-30_001，亚洲历史资料中心编号B07080502000。

远东热带医学会的各“成员国”政府组织专门委员会，进一步对该条约提出修订。[①] 远东热带医学会建立统一检疫制度和流行病信息系统的早期努力为后来与国联卫生组织的合流奠定了基础。

第三，远东热带医学会推动了亚洲区域卫生治理与起步于欧美的国际卫生合作的接轨，为日后的全球卫生打下坚实基础。

进入 20 世纪 20 年代后，远东热带医学会成员积极与国联卫生组织的国际卫生活动相协调，为建立包含亚洲在内的国际疾病防控网络做出具体贡献。例如，1922 年 8 月，日本方面的远东热带医学会创始会员宫岛干之助就在国联临时健康委员会（国联卫生组织的执行主体）上强调重视“远东”传染病危机的重要性，敦促委员会调查该地区主要港口的传染病，并发展一套能够集散疾病信息、提供流行病情报（epidemiological intelligence）的标准化系统。在这一提议的推动下，1922—1923 年，国联派团调查了亚洲 34 个港口并提交了一份篇幅长达 179 页的详尽报告。[②] 在此报告的基础上，1925 年，国联卫生组织在新加坡成立了区域性流行病情报中心——远东疫况情报局。这不仅是国联卫生组织第一个设置在欧洲外的办事处，更是通过无线电报技术推动疾控信息的共享，将亚洲区域卫生与全球范围内的国际卫生直接相连。[③] 随后，远东热带医学会会员也频频参与到国联卫生组织主导的亚洲区域卫生治理建设中，向国际卫生贡献了丰富的本土知识、实践经验与人才网络。例如，国联卫生组织协助了中国第九届远东热带医学会大会的举办，并派遣了与一众“成员国”代表并列的名誉顾问。[④]

综上所述，在当时的医疗卫生和科学技术发展条件下，远东热带医学会在亚洲树立国际健康规范、加强疾病监测防控、使亚洲与世界接轨三方面都取得了不俗成绩。

即便如此，远东热带医学会有鲜明的时代局限性。首先，远东热带医学会

---

① “The Far Eastern Association of Tropical Medicine,” *The British Medical Journal*, Vol. 1, No.2768, 1914, p. 163；『东京ニテ和蘭國公使ア・デ・グレッフ 外務大臣伯爵内田康哉閣下』，藏于『極東熱帯医学会議雑件極東船舶検疫会議分割 1』，日本外务省外交史料馆，档号 2-9-9-0-30_1，亚洲历史资料中心编号 B07080503400。

② Tomoko Akami, “A Quest to Be Global: The League of Nations Health Organization and Inter-Colonial Regional Governing Agendas of the Far Eastern Association of Tropical Medicine, 1910-25,” *The International History Review*, Vol.38, No.1, 2017, pp. 1-2, 11.

③ Heidi J. S. Tworek, “Communicable Disease: Information, Health, and Globalization in the Interwar Period,” *The American Historical Review*, Vol.124, No.3, 2019, pp. 813-842.

④ Wu Lien-teh and C. Y. Wu, eds., *Transactions of the Ninth Congress Held in Nanking*, p. 13.

的帝国主义及殖民主义背景注定了其医学关切的不平等性：亚洲的诉求几乎只能通过殖民官员的活动才能得到重视，本地医疗卫生专家和人民的声音长期受到压制。以台湾地区为例，从 1921 年起代表台湾出席的代表全部为日籍，直到 1938 年第十届大会才让唯一一位台湾本土医学家杜聪明参与。[①] 远东热带医学会大会的前三届都举办于第一次世界大战爆发前，但即便从战后召开的第四届大会开始考察，还是会发现当时方兴未艾的民族自决原则对该组织的影响其实微乎其微。正如其“成员国”构成中英国殖民地的压倒性优势所示，远东热带医学会的会员数量与结构注定了其关注议题依然总是从帝国的殖民与商业利益出发。更重要的是，从 20 世纪 20 年代起，亚洲帝国日本的进一步崛起和扩张让该组织在尚未摆脱西方帝国的支配时就背负了东方帝国的野心。从将其殖民地分列为“成员国”以增强组织内权力的策略，到医政军各界对第六届大会的倾力投入，日本的各种行动都体现出对远东热带医学会的高度重视。还有研究表明，日本学者常利用大会报告的机会建立其在热带医学领域的学术声望，展示殖民台湾等地的成功。[②] 这些活动都体现出，日本力图通过远东热带医学会发挥其公共卫生治理能力，继而在区域内扩展影响力，树立霸权。迟至 1937 年，与国联卫生组织日渐合流的远东热带医学会所强调的重视“本地声音”依然不过是更尊重殖民地政府医官的能动性。[③] 在新一轮去殖民化浪潮到来之前，远东热带医学会虽不至于是彻头彻尾的帝国主义工具，但长期以来，其治理能力无疑在新旧帝国的角力中受到掣肘。

此外，远东热带医学会的合法性和权威性有限，这严重影响了它在区域卫生治理中的执行力。远东热带医学会虽然有政府代表出席且日益受政府支持，但毕竟始终是一个以医学专家为主的科学学术组织，未获得任何国家权力与权威的让渡，不能有效制定具有约束力的决策。换言之，它终究是一个跨国卫生组织，而非成熟的政府间国际组织，它为亚洲区域卫生治理贡献了宝贵的知识与经验，但更高效有力的全球卫生治理需要同样高效有力的组织形式。最终，随着第二次世界大战打响，远东热带医学会再没有能力召开大会，与其联系紧密的国联卫生组织也在战火中被迫走向瘫痪。第二次世界大战后，以世卫组织为代表的政府间国际卫生组织重启了它和国联卫生组织共同奠基的

① 容世明：《热带医学的知识流通与国际网络：台湾疟疾研究、远东热带医学会及其他国际交流平台》，《台湾史研究》2017 年第 2 期，第 225 页。

② 范燕秋：《医学与殖民扩张：以日治时期台湾疟疾研究为例》，《新史学》1996 年第 3 期，第 152 页。

③ Tomoko Akami, “Imperial Polities,” p. 19.

国际卫生事业，也日渐开启全球卫生治理的新阶段。但时至今日，远东热带医学会面临的问题其实也依然困扰着世卫组织。在可预见的未来，科学与政治交织并行的全球卫生依然需要解决合法性、权威性与执行力之间的矛盾与困境，在国际关系行为体以自由之名抵制治理规范的“开源无政府状态”（open-source anarchy）中打造全球卫生治理的新结构。①

结　　语

第二次世界大战后，1948 年成立的世卫组织设有六个区域办事处中，西太平洋区域管辖的 37 个国家的位置与远东热带医学会“成员国”的范围高度重合，且其办事处设置于该组织的起源地——菲律宾马尼拉。② 这与远东热带医学会最早致力于亚洲区域卫生治理并推动国联卫生组织国际卫生事业的历史功绩是密不可分的。代表中国参与并举办远东热带医学会大会的医疗卫生专家，不仅几乎全部成为中国现代医学与公共卫生的奠基人，还极大地推动了战后国际卫生合作。例如，金宝善代表中国成为世卫组织的发起人之一，又曾赴美担任联合国善后救济总署儿童急救基金会医务总顾问。③ 总之，远东热带医学会的遗产其实延续至今，但即便在公共卫生领域或医疗社会史学界也对其少有提及。

围绕远东热带医学会的历史分析以及对中国角色的着重研究，有利于丰富我们围绕全球卫生治理过于简单的线性发展观，打破“国家—国际—全球”的思维定式。由于该组织活跃的时间与空间跨度较大，数量与语种繁多的史料也远未全部发掘，本文在有限篇幅内只能简要回应序言中提出的三个问题，作为初步结论。

第一，在第二次世界大战前的亚洲，帝国（以英、日为主）及其殖民地政府支配了绝大部分尚在起步的国际卫生治理空间，使得卫生治理并未从“国家”跃升到“国际”，而是经历了多政体政府间合作的特殊时期，而远东热带医学会正是在这一时期诞生的亚洲跨国卫生组织。当时的中国身陷内忧外患，具有

① David Fidler, “Architecture amidst Anarchy: Global Health’s Quest for Governance,” *Articles by Maurer Faculty*, Paper 329, 2007.

② “About WHO in the Western Pacific,” World Health Organization (Western Pacific) 官方网站，网址：https://www.who.int/westernpacific/about，2020-06-05。

③ 李天霖、陈育德：《为公共卫生事业奋斗的一生：悼念金宝善教授》，《北京医学院学报》1985 年第 2 期，第 142—143 页。

一定的“半殖民性”，但还是从 1921 年起就由本国政府派遣代表参与大会，在 1934 年举办大会，可谓以相对独立的民族国家身份积极参与了亚洲区域卫生治理。

第二，通过医学知识的积累、健康规范的树立与检疫制度的建设，远东热带医学会主导的亚洲区域卫生治理逐步与更广域的全球卫生治理相连。具体而言，其接榫点是 1923 年成立的国联卫生组织。20 世纪 20 年代中叶以来，该组织和国联卫生组织不断协调，亚洲本土的医学专家与公共卫生官员逐步加入全球范围的国际卫生合作。

第三，远东热带医学会的贡献与局限对今天的全球卫生治理而言依旧具有借鉴性。一方面，全球卫生的参与者应像远东热带医学会一样，重视塑造国际健康规范，敦促各国政府采取或制止影响卫生状况的相应行动，并加强从区域到全球的传染病监测与防控系统；另一方面，后殖民时代的全球卫生应充分尊重各民族国家的主权与能动性，尊重各国人民自身的健康诉求，在遵守现代国际法的基础上，通过医学进步、政府与非政府间合作、机制改革等多渠道措施，增强全球卫生治理的合法性、权威性和执行力。

总而言之，存在于 1908—1939 年的亚洲跨国卫生组织远东热带医学会，在全球卫生史上有着重要地位，依托帝国医学的知识积累、实践经验与组织体系，推动了由国际联盟卫生组织主导的国际卫生合作。中国在远东热带医学会中扮演的角色特殊而关键，是人们理解全球卫生发展史原貌的重要一环。笔者望以本文抛砖引玉，以期更多学者投入对远东热带医学会及相关中国角色的研究。