

부산경남사학회 기획 학술발표회

동서양 역사 속의 전염병과 대응

- 일시 : 2022년 7월 1일(금) 13:30~17:00
- 장소 : 부산대학교 인문관 시습관
- 주최 : 부산경남사학회
- 주관 : 부산경남사학회, 부산대 사학과



일 정

▶대회등록 및 개회사 (13:30~14:00)

- 개회사 : 이종봉(부산경남사학회장)

<제1부 발표>(14:00~15:20)

사회 : 강정원(부산경남사학회)

1. 위생비로 본 조선총독부 방역정책 (14:00~14:40)

📖 발표 : 백선례(국사편찬위원회) / 토론 : 전성현(동아대)

2. 죽음을 길들이기

: 흑사병 이후 죽음에 대한 중세 서구 담론과 이미지 (14:40~15:20)

📖 발표 : 홍용진(고려대) / 토론 : 배혜정(부산대)

휴 식 (15:20~15:40)

<제2부 발표>(15:40~17:00)

사회 : 이승희(부산대)

3. 청말 민국 초 전염병과 의약시장 (15:40~16:20)

-곽란(霍亂)과 콜레라를 중심으로-

📖 발표 : 최지희(경희대) / 토론 : 전경선(신라대)

4. 1950~60년대 인플루엔자 대유행기 홍콩의 인플루엔자 대응

-식민당국의 방역 성과와 한계를 중심으로-(16:20~17:00)

📖 발표 : 김민서(연세대) / 토론 : 김문기(부경대)

▶윤리교육(17:00~17:10)

▶폐회사



목 차

1. 위생비로 본 조선총독부 방역정책	백 선 례 · 01
1-1. 「위생비로 본 조선총독부 방역정책」 토론문	전 성 현 · 24
2. 죽음을 길들이기 : 흑사병 이후 죽음에 대한 중세 서구 담론과 이미지	홍 용 진 · 26
2-1. 「죽음을 길들이기」 토론문	배 혜 정 · 40
3. 청말 민국 초 전염병과 의약시장-곽란(霍亂)과 콜레라를 중심으로-	최 지 희 · 42
3-1. 「청말 민국 초 전염병과 의약시장」 토론문	전 경 선 · 54
4. 1950~60년대 인플루엔자 대유행기 홍콩의 인플루엔자 대응 -식민당국의 방역 성과와 한계를 중심으로-	김 민 서 · 56
4-1. 「1950~60년대 인플루엔자 대유행기 홍콩의 인플루엔자 대응」 토론문	김 문 기 · 81

위생비로 본 조선총독부 방역 정책

백 선 레 (국사편찬위원회)

목 차

- I. 머리말
- II. 조선총독부 세출예산 중 위생비
- III. 지방 세출예산 중 위생비와 전염병예방비
- IV. 전염병예방비의 세부 내역 - 『대정9년콜레라방역지』를 중심으로
- V. 맺음말

I. 머리말

2020년의 시작과 함께 전 세계를 휩쓴 코로나19(COVID-19) 팬데믹을 예상할 수 있었던 사람은 거의 없었을 것이다. 한풀 꺾이긴 했지만 아직 완전히 끝나지 않은 코로나 유행과 그리고 그 뒤를 이어 새롭게 등장한 원숭이 두창의 발생은 인류가 여전히 많은 감염병과 이를 일으키는 병원체와 함께 살아가고 있다는 것을 일깨워주고 있다. 코로나 팬데믹은 사회 전반에 많은 영향을 끼쳤으며 그러한 영향이 향후 어떻게 지속되고 또 평가될 것인지와는 별개로 역사학계에서도 감염병에 주목하지 않을 수 없었다. 이미 한국의 의료사 내에서 감염병과 관련된 많은 연구들이 축적되고 있었지만,¹⁾ 코로나 팬데믹 이후 감염병에 관한 연구들이 양적·질적으로 팽창하였다.

특히 현재 급성감염병에 대한 방역의 근간을 찾을 수 있는 근대 시기 의료사에 대한 연구들이 진행되었는데,²⁾ 이를 통해 개항 이후 식민지 시기에 걸쳐 감염병 방역 대책이 어떻게 도입되었고, 자리 잡았는지에 관한 다양한 사실들이 밝혀져 오고 있다. 특히 최근에는 방역대책에만 그치는 것이 아니라 마스크, 백신과 같은 의료적 인공물에 대한 연구도 진행되고 있다.³⁾

이렇게 한국 근대 시기 감염병에 대한 연구 저변이 넓어지는 가운데, 한편으로 여전히 제대로 다뤄지지 않은 분야 중 하나가 예산 분야일 것이다. 방역은 물론 위생정책에 대한 예산 부분은 지금까지 다뤄지지 않았는데 다양한 이유가 존재하겠으나 예산이라는 복잡한 영역을 다루는 것이 쉽지 않다는 점과 감염병 발생 상황이 돌발적인 것만큼 이에 대한 예산 혹은 지출 또한 정확하게 추적하기 어렵다는 점에 이유가 있을 것이다.

1) 최근 근대 의료사의 연구동향에 대해서는 박윤재, 「한국 근현대의료사의 연구동향과 전망 (2010-2019): 사회사적 관점의 부상과 민족주의적 이분법의 약화」, 『의사학』 29-2, 2020.; 각각의 감염병에 대한 연구성과는 백선레, 『조선총독부의 급성전염병 예방 대책 변화』, 한양대학교 박사논문, 2021, 1~5쪽 참고.

2) 현재 진행형이기도 하며, 필자 역시 모두 쫓아가고 있지는 못하다. 이 부분에 대해서는 좀 더 조사하여 추후 보충하도록 하겠다.

3) 추후 보충

이 글에서는 이렇게 아직 제대로 다루어지지 않은 예산을 통해 총독부의 방역정책을 접근해 보고자 한다. 방역정책에 쓰인 돈을 살펴보기 위한 것이므로 조선총독부가 걷어간 위생비, 즉 세입에 대한 불만도 적지 않았지만, 세출예산으로 한정해 살펴볼 것이다. 시기도 대체로 1937년 이전을 중심으로 살펴보겠다. 그 이유는 1937년 중일전쟁 이후 소위 전시총동원체제로 접어들면서 총독부의 조선 통치 성격이 달라지는 측면도 있지만, 좀 더 현실적으로는 1940년대까지 일괄적으로 살펴볼 수 있는 통계 자료가 부족한 부분도 있다.

이 글에서 살펴볼 예산은 크게 조선총독부 세출과 지방 세출로 나누어 살펴보고자 한다. 조선총독부 세출의 경우 『조선총독부통계연보』에서 위생비를 살펴볼 수 있지만, 그 세부 항목은 살펴볼 수 없었다. 그러나 지방 세출의 경우 『조선지방재정요람』에는 위생비의 세부 항목별 세출까지 정리되어 있어 전염병⁴⁾예방비에 좀 더 초점을 맞추어 살펴볼 수 있었다. 이에 지방 세출은 도, 부, 읍면의 세출을 각각 나누어 살펴볼 것이다. 마지막으로 이러한 도, 부, 읍면의 전염병예방비 지출만으로는 알 수 없는 부분들에 대해서는 단편적인 사례이긴 하지만 좀 더 세부적인 기록이 남아있는 『대정9년콜레라병방역지』를 활용하고자 하였다. 이를 통해 전염병예방비에서 총독부 재정과 지방 재정이 차지하는 비율, 전염병예방비 자체는 또 어디에 각각 쓰였는지에 대해서 간단히 짚어보고자 한다.

이렇게 총독부 세출과 지방비 세출 내에서 위생비, 지방 세출의 위생비 내에서도 전염병예방비, 마지막으로 전염병예방비의 세부 항목으로 점차 범위를 좁혀가면서 지출을 통해 총독부 방역정책의 성격을 살펴보고자 하였다.

II. 조선총독부 세출예산 중 위생비

조선총독부 세출 항목 중 가장 큰 비중을 차지하는 것은 관업비로 전 세출의 절반을 차지하였고 그 다음으로 법정비(法政費), 국채비가 높은 비중을 차지하였다. 그 외에 권업비, 토목비, 문교비, 은급부담금, 위생비, 이왕가비, 섭외시설비, 복리시설비 등의 순서였다.⁵⁾ 이렇게 관업비가 방대한 것, 경찰비를 포함한 행정비용의 비용이 교육비 등을 능가하는 것, 복리시설비가 적은 것 등은 당시에 그 령고 조선총독부 재정에 관한 기존 연구에서 공통적으로 지적되는 사항이라 할 수 있다.⁶⁾

이 가운데 제일 큰 세출목이라 할만한 것은 전 세출의 50퍼센트 이상을 점한 관업인바 1억2천백만 원의 거액이다. 어느 나라에서도 관업이 없는바 아니나 조선의 관업(철도, 전매, 인삼 등등)은 자본주의가 유치한 조선에 조세제도를 충분히 시행키 곤란한데 따라 간접세의 일종으로 독점적 관기업을 일으켜 부족한 세입턱을 채우려는 것인 까닭에 세출의 반 이상을 끊어 거기에 투자하지 않으면 안 되게 되었다. 이 까닭에 인민은 총독부 기업자본에 한몫씩을 내는 동시에 또는 산출된 상품을 그 명령적 고가에 의하여 구매 이용치 않으면 안 되는 이중의 부담을 가지게 되었다.(중략)그리고 바로 그 다음가는 세출은 전 세출의 12퍼센트되는 사법경찰비 2930여만원이다. 이 과목 세출비율을 보면 선진국에도 그 예가 없는 바이며 차라리 그 군사비에 인접하는 것이라 할까. 명치44년에는 670만원에 불과하던

4) 2010년 12월 29일 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」이 개정되면서 기존의 전염병이란 용어는 비 전염성 감염 질환을 모두 포함하는 의미인 감염병으로 변경되었다. 그러나 당시의 자료에는 전염병이란 용어가 사용되고 있으므로 이하에서는 전염병이란 용어를 사용하고자 한다.

5) 財政을 再料理하라, 동아일보 1936. 5. 12.

6) 추후 보충

것이 소화4년에 이르러는 3200만원이 되었으니 5배 이상의 증대라 할 것이다. 이 같은 현상은 곧 민지불안의 5배 이상 증대를 의미하는 것일지니 사회적 민족적으로 중대한 주의를 환기케 하는 것이 아니면 아니다.⁷⁾

당시의 사설에서 조선총독부 세출의 특징으로써 비판한 내용을 보면 총독부의 재정은 상당한 비중의 세입을 충당하기 위해 역으로 절반 이상의 세출을 관업에 투자할 수밖에 없는 구조로 이루어져 있다는 것을 알 수 있다. 이러한 구조에서 소비자는 납세와 소비로 이중부담을 지고 있다는 것이다. 덧붙여 이렇게 연초 전매나 철도사업과 같은 관업의 수입과 지출이 모두 일반 재정의 세입, 세출에 포함되었기 때문에 식민지 재정을 실질적인 재정 규모보다 훨씬 커 보이게 하는 효과가 있다는 점도 기존 연구에서 지적되었다.⁸⁾

그렇다면 실제로 조선총독부 세출 중 위생비는 대체로 얼마나 책정되었고 그 비중은 어느 정도인지를 정리해보면 <표 1-1>과 같다.

	위생비	세출예산 합계	위생비 비율	위생비 지수	세출예산 지수
1913	230,402	58,040,177	0.40%	100	100
1914	241,866	59,412,966	0.41%	105	102
1915	258,936	62,443,680	0.41%	112	108
1916	264,707	59,848,998	0.44%	115	103
1917	263,197	62,642,899	0.42%	114	108
1918	273,149	65,141,653	0.42%	119	112
1919	279,129	77,560,690	0.36%	121	134
1920	554,055	114,316,860	0.48%	240	197
1921	505,892	162,474,208	0.31%	220	280
1922	490,413	158,993,323	0.31%	213	274
1923	639,709	146,007,225	0.44%	278	252
1924	632,924	140,823,701	0.45%	275	243
1925	1,498,081	176,047,980	0.85%	650	303
1926	1,588,248	194,487,914	0.82%	689	335
1927	1,911,003	210,910,111	0.91%	829	363
1928	1,816,724	222,746,979	0.82%	789	384
1929	1,865,515	246,852,843	0.76%	810	425
1930	1,801,405	239,729,783	0.75%	782	413
1931	1,725,354	238,923,617	0.72%	749	412
1932	1,504,183	219,132,671	0.69%	653	378
1933	1,756,078	232,026,949	0.76%	762	400
1935 ⁹⁾	1,558,866	329,003,042	0.47%	677	567
1936	1,559,291	422,837,690	0.37%	677	729
1937	1,645,523	518,915,028	0.32%	714	894

<표 1-1> 조선총독부특별회계 세출예산 및 위생비(1913~1937)

출전: 『조선총독부통계연보』 각년판

위생비는 1913년도의 위생비를 기준으로 하면 1937년까지 약 7배 정도 증가하였고, 1920

7) 總督府歳出의 特徵, 조선일보 1931. 9. 8.

8) 문명기, 일제하 대만·조선총독부의 세출구조 비교분석, 한국학논총 44, 2015, 415쪽.

9) 현재 통계포털에 정리된 『통계연보』 상에는 1934년도 자료가 빠져있다. 향후 다시 확인해볼 필요가 있다. 같은 자료를 기반으로 정리한 표 1-2도 마찬가지이다.

년에는 8배까지 증가하였다. 이러한 증가추세는 세출의 증가 추세와 비교하면 1920년대 중반 부터 1930년대 초반까지는 전체 세출의 증가세보다 빠르게 증가하지만 1930년대 중반 이후로는 증가 추세가 다소 주춤하다는 것을 알 수 있다. 그러나 전체 세출에 대한 위생비의 비율은 미미하여, 0.30~0.90% 정도로 위생비의 비율이 가장 높았을 때에도 1%를 넘기지 못하였다. 1936년 경성제대 재정학 담당 조교수로 부임했던 오다 타다오(小田忠夫)가 당대에도 지적하였던 바와 동일한 결과이다. 오다는 총독부 세출에서 복리시설비는 0.3%, 의료와 위생비는 0.7%에 불과하여 민중의 복리 증진에 관한 사회정책에 ‘무관심’한 총독부를 비판하였다.¹⁰⁾

이러한 전체 위생비를 경상부와 임시부로 나누어 그 비중을 살펴보면 표 <1-2>와 같다.

	경상부					임시부				위생비 합계
	경무비	지방청	총독부	위생비합계 (경상부)	보조비		위생비합계 (임시부)			
	위생 및 방역비	위생 및 방역비	위생비		위생보조	전염병 예방비 보조				
1913	221,302			221,302	96.1%	9,100		9,100	3.9%	230,402
1914	232,766			232,766	96.2%	9,100		9,100	3.8%	241,866
1915	249,836			249,836	96.5%	9,100		9,100	3.5%	258,936
1916	255,607			255,607	96.6%	9,100		9,100	3.4%	264,707
1917	254,097			254,097	96.5%	9,100		9,100	3.5%	263,197
1918	261,049			261,049	95.6%	12,100		12,100	4.4%	273,149
1919	276,129			276,129	98.9%		3,000	3,000	1.1%	279,129
1920			30,000	30,000	5.4%		524,055	524,055	94.6%	554,055
1921		472,458	30,434	502,892	99.4%	3,000		3,000	0.6%	505,892
1922		434,394	38,019	472,413	96.3%	18,000		18,000	3.7%	490,413
1923		542,206	43,003	585,209	91.5%	54,500		54,500	8.5%	639,709
1924		550,471	42,953	593,424	93.8%	39,500		39,500	6.2%	632,924
1925		669,650	52,276	721,926	48.2%	776,155		776,155	51.8%	1,498,081
1926		680,394	106,901	787,295	49.6%	800,953		800,953	50.4%	1,588,248
1927		738,150	122,992	861,142	45.1%	1,049,861		1,049,861	54.9%	1,911,003
1928		770,467	131,244	901,711	49.6%	915,013		915,013	50.4%	1,816,724
1929		888,253	78,323	966,576	51.8%	898,939		898,939	48.2%	1,865,515
1930		888,096	82,877	970,973	53.9%	830,432		830,432	46.1%	1,801,405
1931		827,861	78,807	906,668	52.5%	818,686		818,686	47.5%	1,725,354
1932		699,419	63,253	762,672	50.7%	741,511		741,511	49.3%	1,504,183
1933		708,011	115,309	823,320	46.9%	932,758		932,758	53.1%	1,756,078
1935		615,263	138,685	753,948	48.4%	804,918		804,918	51.6%	1,558,866
1936		640,108	146,265	786,373	50.4%	772,918		772,918	49.6%	1,559,291
1937		705,260	167,345	872,605	53.0%	772,918		772,918	47.0%	1,645,523

<표 1-2> 조선총독부 세출 중 위생비(경상부와 임시부), 1913~1937.

출전: 『조선총독부통계연보』 각년판

경상부에서는 위생비의 지출 주체가 시기에 따라 달라지는 데 1910년대에는 경무국이 위생비 지출의 주체였다면 1920년부터는 지방청과 총독부가 위생비를 각각 나누어 담당하게 된다. 이는 1919년 8월 19일 조선총독부 관제 개정 및 지방관 관제 개정으로 독립 관청이던 경무총감부를 폐지하고 총독부에 경무국을 설치하였으며, 각 도 경찰부를 폐지하고 각 도지사가 경찰권을 행사하도록 한 것에 따른 것이었다.¹¹⁾ 임시부에서는 1919년과 1920년에만 전염병예방비

10) 이명학, 일제시기 재정통계의 활용과 해석의 지형, 민족문화연구 75, 2017, 397~400쪽.

11) 조선총독부 편, 박찬승 외 옮김, 『조선총독부 30년사』, 민속원, 2018, 305~307쪽.

보조가 책정된 것이 특징인데 이는 1919년과 1920년 두 해 연속으로 발생한 콜레라 유행과 관련이 있을 것이다.¹²⁾ 다만 매년 이전 해 7~9월 사이에 총독부 산하 각국에서 근거 자료를 작성하여 총독부 재무국에 예산을 요구하는 예산 진행 과정¹³⁾을 고려하면 1919년 전염병예방비 지출로 예산된 3,000원의 명목은 콜레라로 인한 것인지 확실하지 않다. 그러나 1920년의 전염병예방비 예산은 1919년 7~9월, 즉 콜레라 유행이 한창일 때 산출되었을 가능성이 높으므로 콜레라 유행의 영향을 직접적으로 받은 것이라 할 수 있다. 또한 1920년 위생비 전체의 95% 가량이 전염병예방비로만 책정되었다면, 나머지 위생 사업에 대한 지출은 거의 이루어지지 않았을 것이라는 점도 생각해 볼 수 있다.

전반적으로 전체 위생비에서 경상부 부분과 임시부 부분이 1920년이라는 특수한 상황을 제외하고는 1920년대 전반까지는 경상부의 위생비 비중이 높았다면 1920년대 중반, 1925년부터는 임시부의 위생비 비중이 50% 정도로 높아진다는 점도 확인할 수 있다. 1920년대 중반부터 조선총독부 위생비는 유동적이고 불규칙하게 지출되는 임시부의 '위생보조' 항목이 절반 가량 차지하게 된 셈이다.

Ⅲ. 지방 세출예산 중 위생비와 전염병예방비

조선총독부 세출에서 위생비가 차지한 비중을 살펴본 것처럼 지방비 세출에서 위생비가 차지하는 비중을 살펴보면 <표2-1>과 같다.

	토목비	위생비	권업비	수산비	교육비	예비비	기타	합계
1912	813,838	92,786	626,630		677,210	66,077	62,976	2,348,940
	34.65%	3.95%	26.68%		28.83%	2.81%	2.68%	
1913	738,914	98,902	765,356		725,677	49,360	66,742	2,455,339
	30.09%	4.03%	31.17%		29.56%	2.01%	2.72%	
1914	761,278	93,760	811,514		777,371	71,031	140,462	2,667,764
	28.54%	3.51%	30.42%		29.14%	2.66%	5.27%	
1915	990,660	124,620	774,161		959,581	75,118	84,929	3,022,182
	32.78%	4.12%	25.62%		31.75%	2.49%	2.81%	
1916 ¹⁴⁾	943,240	145,534	902,134	923,569	1,225,403	181,190	88,620	4,582,877
	20.58%	3.18%	19.68%	20.15%	26.74%	3.95%	1.93%	
1917	1,536,992	196,515	1,050,719	894,874	1,493,465	125,848	317,317	5,894,402
	26.08%	3.33%	17.83%	15.18%	25.34%	2.14%	5.38%	
1918	1,846,244	77,964	1,581,729	962,580	2,113,713	143,184	511,640	7,547,808

12) 1919년과 1920년 콜레라 유행에 대해서는 상당수의 연구가 진행되었다. Park Yun-jae, "Anti-Cholera Measured by the Japanese Colonial Government and the Reaction of Koreans in the Early 1920s", *The Review of Korean Studies* 8-4, 2005; Park Yun-jae, "Sanitizing Korea: Anti-Cholera Activities of Police in Early Colonial Korea", *Seoul Journal of Korean Studies* 23-2, 2010.; 백선례, 「1919·20년 식민지 조선의 콜레라 방역활동: 방역당국과 조선인의 대응을 중심으로」, 『사학연구』 101, 2011.; 金穎穗, 「植民地朝鮮におけるコレラ大流行と防疫対策の變化: 1919年と1920年の流行を中心に」 『アジア地域文化研究』 第8号, 2012.; 신규환, 「海港檢疫과 東아시아: 1919-20년 臺灣과 朝鮮의 콜레라 防疫」, 『중국사학회』 124, 2020.

13) 문명기, 일제하 대만·조선총독부의 세출구조 비교분석, 414쪽.

14) 1916년과 1917년의 은사금 수입 지출액(1916년:374,614원, 1917년: 360,642원)은 제외함.

	24.46%	1.03%	20.96%	12.75%	28.00%	1.90%	6.78%	
1919	4,096,779	153,571	2,834,465	1,491,294	4,368,257	425,553	101,241	14,012,768
	29.24%	1.10%	20.23%	10.64%	31.17%	3.04%	0.72%	
1920	4,099,627	172,888	3,688,245	1,227,021	5,480,312	379,155	192,426	16,166,612
	25.36%	1.07%	22.81%	7.59%	33.90%	2.35%	1.19%	
1921	4,911,100	211,922	4,310,867	1,340,684	6,698,395	369,606	219,995	19,293,656
	25.45%	1.10%	22.34%	6.95%	34.72%	1.92%	1.14%	
1922	5,199,480	296,273	4,758,504	1,481,697	5,581,195	334,591	242,756	19,135,590
	27.17%	1.55%	24.87%	7.74%	29.17%	1.75%	1.27%	
1923	4,848,121	332,105	5,131,104	1,017,489	5,229,664	362,964	727,023	18,989,185
	25.53%	1.75%	27.02%	5.36%	27.54%	1.91%	3.83%	
1924	4,331,679	1,993,273	5,059,652	1,058,678	6,995,412	454,470	1,422,732	22,567,529
	19.19%	8.83%	22.42%	4.69%	31.00%	2.01%	6.30%	
1925	4,765,103	2,391,470	5,787,317	1,144,927	7,226,494	443,781	1,220,298	24,194,900
	19.69%	9.88%	23.92%	4.73%	29.87%	1.83%	5.04%	
1926	5,247,990	2,731,177	6,542,141	1,248,907	11,988,315	474,074	2,117,974	31,837,996
	16.48%	8.58%	20.55%	3.92%	37.65%	1.49%	6.65%	
1927	5,333,698	2,579,248	6,706,419	1,277,869	12,063,551	470,775	1,348,941	31,353,034
	17.01%	8.23%	21.39%	4.08%	38.48%	1.50%	4.30%	
1928	6,480,077	2,739,958	7,106,563	1,378,079	12,378,158	456,158	1,332,083	33,475,764
	19.36%	8.18%	21.23%	4.12%	36.98%	1.36%	3.98%	
1929	5,690,822	2,746,748	7,037,429	1,350,539	12,243,878	488,278	1,360,505	32,560,453
	17.48%	8.44%	21.61%	4.15%	37.60%	1.50%	4.18%	
1930	23,552,637	3,134,236	9,956,384	1,325,662	12,094,082	521,082	1,846,121	54,111,155
	43.53%	5.79%	18.40%	2.45%	22.35%	0.96%	3.41%	
1931	23,494,445	3,331,914	9,315,113	1,165,030	11,613,643	513,037	3,001,276	54,177,621
	43.37%	6.15%	17.19%	2.15%	21.44%	0.95%	5.54%	
1932	25,001,126	3,525,778	13,263,608	1,229,374	12,616,266	521,640	4,409,363	63,022,684
	39.67%	5.59%	21.05%	1.95%	20.02%	0.83%	7.00%	
1933	19,328,282	3,433,005	18,029,760	1,062,920	13,110,832	538,673	13,957,276	70,610,664
	27.37%	4.86%	25.53%	1.51%	18.57%	0.76%	19.77%	

<표 2-1> 지방비 세출 항목별 금액과 비중(1912~1933)

출전: 『조선총독부통계연보』 각 년도판

지방비 세출항목은 토목비, 위생비, 구휼 및 자선비, 사회구제비, 권업비, 수산비, 교육비, 지방비취급비, 은사금조여금, 도회의비, 예비비, 기타 등의 항목이 있다. 이중 전체 세출에서 차지하는 비율이 대체로 1~5% 정도인 항목을 제외하고 비중이 큰 항목을 위주로 정리한 것이다.¹⁵⁾ <표 2-1>에서 보이는 것 같이 토목비, 권업비, 교육비가 각각 20~30% 내외로 이 세 항목이 지방비 세출의 80~90%를 차지하고 있었다. 이 세 항목을 제외한 나머지 항목들이 10~20%의 세출을 나뉘어가는 것이다.

위생비의 경우 1~10%로 해마다 차이가 있지만 대체로 전체 세출의 5% 내외의 비율을 보이고 있다. 시기적으로 보면 1910년대 후반부터 1920년대 초반까지는 위생비의 비율이 1, 2%로 낮았으나 1920년대 중반부터 1930년대 초반까지는 6~10%로 비율이 높아졌다가 다시 그 비율이 점차 낮아지는 양상을 보인다. 예비비의 경우 전체 세출에서 차지하는 비율이 1~3%로 높지 않지만 전염병예방과 관련해서 함께 살펴볼 필요가 있다. 즉, 1923년 평남도평의회에서 전염병예방비가 적게 책정된 것에 대한 질문이 있자 이에 대해 “융통할 길”이 있다고 답변하였는데,¹⁶⁾ 좀 더 구체적으로 1924년 전북도의회에서는 “어떠한 전염병이든지 돌발

15) 구체적으로 구휼 및 자선비는 최저 0.13%~최고 2.22%, 사회구제비는 최저 0.53%~최고 2.17%, 지방비취급비는 최저 1.53%~최고 3.75%, 은사금조여금은 최저 0.02%~최고 1.56%, 도회의비는 최고 최저 0.11%~최고 0.60% 정도이다.

할 시는 예비비에서 사용할 수 있”다고 답변했던 것이다.¹⁷⁾ 돌발적인 전염병 발생시 이에 대한 용통을 예비비로 충당한다는 것인데, 예비비까지 위생비보조로 충당한다고 하여도 위생비의 비중 자체는 크게 높아지지 않는다고 할 수 있다.

마지막으로 기타 항목은 1~5% 내외이지만 1933년에는 기타 항목 비율이 20% 가까이 높아진다. 예비비와 함께 기타항목은 정확히 지출이 어디에 쓰이는지 짐작하기 어려운 항목으로 기존 연구에서 지적되었던¹⁸⁾ 총독부 세출의 사용처를 모호하게 만드는데 일조하는 부분이라 볼 수 있다.

이제 도별로 전체 세출에서 위생비가 차지하는 비율을 살펴보겠다.

16) 平南道評議會 第四日(14일), 동아일보 1923. 12. 16. (“문 의학강습소비 중 강사수당을 증액할 필요가 없는가. 또 강습소를 졸업하면 의사가 되는가. 전염병예방비가 근히 10원임은 何故. 답 전염병 예방비가 10원이나 용통할 길이 있소.)

17) 全北道議終了 第八日(十六日), 동아일보 1924. 1. 20.

18) 추후 보충

	경기	충북	충남	전북	전남	경북	경남	황해	평남	평북	강원	함남	함북	합계
1912	14,755	3,626	6,600	7,306	7,500	13,573	14,366	8,000	4,560	4,210	3,150	3,770	1,370	92,786
	4.48%	3.38%	3.82%	4.26%	4.22%	5.04%	6.90%	4.57%	1.71%	2.68%	3.00%	3.00%	1.64%	3.95%
1913	10,551	3,800	6,600	6,433	7,756	11,856	14,889	7,500	6,090	4,840	3,206	3,310	12,071	98,902
	3.34%	3.17%	3.59%	3.26%	4.10%	4.31%	6.91%	4.35%	2.53%	2.48%	2.52%	2.84%	11.26%	4.03%
1914	7,632	4,537	6,660	7,550	9,636	12,729	14,856	7,170	6,800	4,992	4,006	3,370	3,822	93,760
	2.34%	3.43%	3.21%	3.67%	4.16%	4.76%	6.13%	3.92%	2.77%	2.37%	2.57%	2.23%	3.48%	3.51%
1915	10,970	4,608	5,060	7,144	8,254	12,789	8,760	41,017	7,342	9,662	2,666	3,610	2,738	124,620
	2.81%	1.18%	2.28%	3.21%	3.58%	4.47%	3.09%	17.29%	2.21%	4.28%	1.78%	2.28%	1.90%	4.12%
1916	8,495	4,433	4,760	6,587	69,074	11,313	10,490	6,600	7,404	7,740	2,592	4,110	1,936	145,534
	1.12%	2.24%	1.43%	2.11%	16.26%	2.52%	2.56%	2.22%	1.93%	2.37%	1.04%	1.60%	1.01%	3.18%
1917	6,610	4,322	4,970	4,578	67,480	9,822	11,860	5,512	6,104	8,937	2,574	61,437	2,309	196,515
	0.75%	1.78%	1.21%	1.14%	12.65%	1.62%	2.37%	1.55%	1.10%	2.12%	0.76%	18.68%	0.73%	3.33%
1918	7,280	4,429	4,580	5,184	4,390	9,808	9,391	6,679	6,386	10,574	3,212	3,560	2,491	77,964
	0.67%	1.36%	0.80%	1.01%	0.63%	1.22%	1.34%	1.17%	1.04%	2.19%	0.83%	0.76%	0.77%	1.03%
1919	20,524	8,305	8,235	9,550	9,069	19,764	24,024	9,115	12,206	15,982	5,249	7,940	3,608	153,571
	0.97%	1.43%	0.89%	1.04%	0.69%	1.39%	1.95%	0.75%	1.27%	1.59%	0.60%	0.97%	0.56%	1.10%
1920	22,470	9,480	9,360	15,651	12,103	42,901	14,020	7,094	14,264	11,315	6,470	4,910	2,850	172,888
	1.04%	1.30%	0.93%	1.51%	0.79%	2.63%	0.91%	0.50%	1.23%	0.99%	0.64%	0.55%	0.31%	1.07%
1921	25,096	7,612	11,010	15,800	19,110	47,606	18,145	10,444	21,277	13,231	8,677	10,114	3,800	211,922
	0.97%	1.07%	0.78%	1.36%	1.16%	2.36%	0.95%	0.71%	1.49%	1.02%	0.79%	0.67%	0.37%	1.10%
1922	34,310	9,720	15,650	15,166	34,110	78,438	18,374	13,892	25,168	21,816	12,835	10,984	5,810	296,273
	1.33%	1.24%	1.29%	1.09%	2.01%	3.90%	0.92%	0.82%	1.88%	1.82%	1.18%	1.01%	0.55%	1.55%
1923	44,838	9,157	26,515	16,909	32,648	81,952	23,139	22,140	21,783	19,801	14,749	11,525	6,949	332,105
	1.76%	1.27%	2.18%	1.20%	1.91%	4.14%	1.17%	1.64%	1.56%	1.52%	1.29%	1.04%	0.62%	1.75%
1924	142,097	59,184	74,063	190,402	209,599	270,042	125,162	71,455	226,870	144,402	105,080	156,075	218,842	1,993,273
	4.38%	6.59%	5.39%	10.92%	10.38%	11.48%	5.41%	5.15%	12.70%	10.33%	8.52%	10.76%	16.03%	8.83%
1925	153,946	58,513	76,789	334,344	222,551	280,664	161,922	181,921	279,541	154,275	109,668	163,018	214,318	2,391,470
	4.75%	6.92%	5.24%	17.33%	9.47%	11.22%	6.68%	10.80%	15.03%	10.47%	7.60%	10.98%	14.36%	9.88%
1926	159,100	66,393	80,141	263,802	228,968	631,544	147,797	89,686	285,228	217,692	124,712	176,783	259,331	2,731,177
	3.41%	5.54%	3.79%	11.25%	7.25%	16.39%	4.15%	4.41%	12.86%	11.68%	7.60%	11.39%	15.81%	8.58%

1927	154,505	69,868	84,520	219,458	230,259	359,418	159,336	91,803	413,965	225,906	128,144	180,034	262,032	2,579,248
	3.89%	5.82%	3.91%	9.20%	7.34%	10.04%	4.85%	4.20%	16.91%	11.55%	8.02%	10.23%	15.53%	8.23%
1928	147,092	71,833	179,333	250,506	241,358	357,815	159,132	145,859	320,697	218,590	164,772	198,677	284,294	2,739,958
	3.62%	5.73%	7.56%	9.95%	7.47%	9.42%	4.56%	5.63%	12.88%	10.18%	9.32%	10.32%	15.57%	8.18%
1929	141,039	73,106	194,962	255,601	238,562	357,415	147,200	151,143	338,022	216,655	172,060	195,386	265,597	2,746,748
	3.51%	6.00%	8.15%	10.14%	7.48%	10.39%	4.29%	6.55%	13.30%	10.36%	9.78%	10.57%	14.69%	8.44%
1930	223,406	79,897	179,805	377,400	247,258	422,183	162,607	204,479	368,747	223,803	184,195	189,440	271,016	3,134,236
	3.35%	5.38%	3.43%	9.82%	5.74%	7.07%	2.86%	5.23%	9.85%	7.29%	6.33%	4.24%	9.70%	5.79%
1931	285,584	97,329	167,623	336,355	324,810	488,079	173,872	222,337	391,866	232,199	173,786	159,244	278,830	3,331,914
	4.00%	6.62%	3.21%	8.85%	7.52%	8.25%	3.22%	5.43%	10.51%	7.69%	6.01%	3.58%	10.26%	6.15%
1932	313,279	123,831	172,421	300,676	332,804	383,193	162,639	247,372	563,527	220,846	172,517	231,322	301,351	3,525,778
	3.81%	6.84%	3.13%	7.16%	6.60%	5.25%	2.23%	5.47%	12.69%	6.66%	4.98%	4.75%	9.99%	5.59%
1933	336,816	101,722	172,384	294,467	341,703	366,004	160,354	245,461	398,577	234,385	172,259	240,342	368,531	3,433,005
	3.90%	4.89%	3.12%	5.83%	5.82%	4.09%	2.12%	5.47%	8.15%	5.00%	3.98%	4.05%	14.19%	4.86%

<표 2-2> 도 세출 중 위생비 금액과 비율(1912~1933)

출전: 『조선총독부통계연보』 각 연도판

각 도별로 세출액 중 위생비가 차지하는 비율이 천차만별인 가운데 전체적으로도 위생비 비율이 연도에 따라 1~8%를 오르락내리락하고 있다. 전체적으로는 1910년대 후반부터 1920년대 초반까지 위생비의 비율이 가장 낮게 나타났다가 1920년대 중반부터 높아졌다가 1930년부터는 다시 점차 낮아지고 있다. 위생비 비율이 가장 널뛰기를 하는 곳은 함북 지역으로 가장 낮은 1920년에는 0.31%를 기록했다가 1926년에는 15.81% 최고치를 기록하였다. 함북 지역의 경우 연도별로 그 지역의 쟁점 사항에 대해 좀 더 살펴볼 필요가 있을 것이다. 함북 외에도 전반적으로 이북 지역에서 연도에 따라 위생비가 차지하는 비율의 격차가 크게 나타나고 있다. 이남 지역에 비해 도 세출액이 시기마다의 사안에 따라 불안정하게 책정된 것이 아닌지 향후 좀 더 고찰이 필요한 부분이다.

1. 도지방비 세출

이제 도, 부, 읍면 각각의 위생비 항목 중 전염병예방비를 위주로 살펴보겠다. 이에 앞서 위생비로 묶인 강 항목들을 살펴볼 필요가 있다. 기존의 연구에서 지적되었듯이 조선총독부에서 발행한 통계자료의 항목이 수시로 바뀌었다. 「조선총독부관제」와 「조선총독부사무분장규정」을 개정하면서 통계담당부서를 수시로 바꾸고 통계취급 방식도 자주 개정하였기 때문이다.¹⁹⁾ 이러한 행정기구의 변화와 함께 사회경제 전반의 변화도 관련 있지만, 무엇보다 총독부가 공개하고자 한 자료위주로 발간되었기 때문이기도 하였다.²⁰⁾ 『조선지방재정요람』에서 위생비에 포함되는 항목도 시기마다 조금씩 바뀌었다. 특히 도지방비 세출종목이 가장 세분화되었고, 또한 항목 변동이 가장 심한데, 세분화된 각 항목을 통해 위생비가 어디에 사용되는지 짐작할 수 있다.

위생비항목(1924~1930)	위생비항목(1931~1933)
종두비	종두비
<u>전염병예방비보조</u>	<u>전염병예방비</u> (전염병예방비보조, 도수검사비)
위생전람회비 및 위생사상보조비	위생전람회 및 위생사상보급비
의료기관비 (병원비, 지방의비, 도 공의 설치비, 구료비, 병비보조)	의료기관비 (의원비, 도공의비, 구료비, 격리병사비보조)
요속(療屬)보급비 (의학강습소, 조산부 기타양성비, 산파보조)	요속보급비 (의학강습소, 조산부 기타양성비, 산파보조)
보건위생조사비	보건위생조사비
수질검사비	수질검사비
산파간호부이발업자시험비	산파간호부이발자시험비
위생내지시찰보조	
위생회보조	
제예(除穢)사업보조	제예사업보조
화장장보조	
물핀환자치료비보조	마약류중독자치료비
지방병비 (조사치료諸費, 페디스토마치료비, 나환자치료송원비)	지방병비 (조사치료제비, 말라리아예방비보조, 페디스토마치료비보조, 나환자치료송원비)
상수(正水)비보조	상수(正水)비보조
	위생시험비
	매약검사비
	순회진료비
	위생제비·위생제비보조
	국고납금

<표 2-3> 도지방비 세출종목별표 중 위생비 항목(1924~1933)

<표 2-3>에서 확인할 수 있듯이 위생비에 속한 세부항목이 상당히 자세한데, 1930년 이전보

19) 송규진, 조선총독부의 사회경제조사 내용분석: 『조선총독부통계연보』를 중심으로, 역사와 담론 80, 2016, 5쪽.

20) 송규진, 조선총독부의 통계행정기구 변화와 통계자료 생산, 사림 54, 2015, 21쪽.

다 1930년대 초반의 항목이 보다 자세한 것을 알 수 있다. 또한 위생이란 항목으로 묶여있는 다양한 사업들을 확인할 수 있는데, (도립)병원 관련, 전염병, 지방병 관련, 마약중독자, 조산부와 산파양성, 쓰레기처리, 화장장, 매약검사, 위생시험, 위생사상 보급, 수질검사와 우물비보조 등 위생과 관련된 다방면의 활동들이 위생비에 포함되어 있는 것이다. 이중에서 이후 살펴볼 부 세출과 읍면 세출 위생 항목으로 등장하지 않는 부분들을 짚고 넘어갈 필요가 있다. 그러한 항목들은 부나 읍면 단위가 아닌 도 단위가 담당하는 것들로 볼 수 있는데 대표적으로 의학강습소, 산파보조, 조산부 양성, 산파·간호부·이발업자 시험비, 마약류 중독자 치료비, 지방병비에 관한 항목들로 대체로 이러한 업무들은 도 단위로 시행되었다는 것을 알 수 있다. 이렇게 다방면에 걸친 다양한 항목들은 1930년대 중반에 접어들어 다수 정리되는데 1934년 도지방비 세출 중 위생비 항목은 다음과 같다.

경상부	임시부
위생비	위생비
직원비	전염병예방비, 도립의원비, 위생제비
보급, 잡비, 국고납금	위생비보조
도립의원비	전염병예방비보조, 음료수개량비보조, 마약중독자예방협회보조, 위생제비보조
수용비, 환자비, 수선비, 기타	
의학강습소	
조산부 및 간호부양성비	
도립의원출장소비	
수용비, 환자비, 수선비	
마약중독자치료소비	
수용비, 환자비, 수선비	
위생제비(諸費)	
도축검사비, 종두비, 시험급조사비, 구료비, 위생보급비, 도공의비, 순회진료비, 매약검사비, 전염병예방비, 기타	

<표 2-4> 도지방비 세출종목별표 중 위생비 항목(1934~1937)

달라진 위생비 항목을 살펴보면 경상부와 임시부로 각각 분류된 것과 함께 세부 항목이 많이 간소화된 것이 눈에 띈다. 전염병예방의 측면에서 보면 경상부에서는 종두비와 전염병예방비가 별도의 항목이 아닌 위생제비, 즉 각종 위생비의 하위 항목으로 들어갔다. 또한 임시부에서는 위생비내 전염병예방비와 위생비보조의 전염병예방비보조 항목이 있지만 실제 세출 예산을 보면 경상부에 비해 굉장히 적은 비용만 책정되었다. 이러한 도 세출 항목은 1938년부터는 더욱 간소화하여 다음과 같이 정리되었다.

경상부		임시부	
위생비		위생비	
	직원비, 도립의원비, 위생강습소비, 조산부급간호부양성비, 도립의원출장소비, 마약중독자치료소비, 위생제비		전염병예방비, 도립의원비, 위생제비
		보조비	
			위생비보조

<표 2-5> 도지방비 세출종목별표 중 위생비 항목(1938~1941)

경상부에서 전염병예방비 항목은 아예 사라졌으며 임시부의 전염병예방비로만 책정되었는데 금액적으로도 이전 시기에 비해 소액만 책정되었다.

이제 실제로 위생비와 전염병예방비의 금액을 정리하여 위생비 중 전염병예방비가 차지하는 비율에 대해서 살펴보고자 하는데, 위생비의 세부항목 중 전염병예방비 항목으로 묶을 수 있는 것이 어디까지인지는 조금씩 의견이 다를 수 있다. 예컨대, 수질검사와 우물 개선 등은 전염병예방 항목으로 볼 수 없는지, 혹은 위생사상보급과 쓰레기 처리 등도 넓게 보아 전염병예방 항목으로 볼 수 없는지 등등. 이런 방식으로 처리하다보면 위생비 세부 항목 전체가 전염병예방과 관련이 전혀 없다고 보기 어려우므로 ‘전염병예방’이라는 명확한 항목으로 잡힌 비용에 대해서만 살펴볼 것이다. 따라서 ‘전염병예방비’와 ‘전염병예방비 보조’라는 두 항목을 묶어 전염병예방비로 처리하고자 하는데, 다만 여기에 두창에 관한 예방접종인 종두비도 포함하였다.

	위생비전체	종두비	전염병 예방비	전염병 예방비보조	전염병예방비합계 (위생비에 대한 비율)	
1926	2,391,471	47,794	1,485	82,866	132,145	5.53%
1927	2,732,468	50,867	1,407	80,997	133,271	4.88%
1928	2,579,249	47,673	1,397	80,723	129,793	5.03%
1929	1,739,958	46,767	1,947	83,399	132,113	7.59%
1930	2,746,758	42,402	5,601	71,156	119,159	4.34%
1931	3,134,236	42,208	9,415	87,505	139,128	4.44%
1932	3,295,914	49,897	2,912	91,511	144,320	4.38%
1933	3,660,143	49,702	8,401	126,572	184,675	5.05%
1934	3,191,959		131,495		131,495	4.12%
1935	3,174,330	48,246	9,017	122,996	180,259	5.68%

<표 2-6> 도 세출종목 중 위생비와 전염병관련 비용(1926~1935)

출전: 『조선지방재정요람』 각 년도판

앞서 살펴보았듯이 도 세출비 중 위생비의 비중은 대체로 5% 내외였는데, 10개년 정도에 불과하긴 하지만 위생비 내에서 전염병예방비의 비중도 대체로 5% 내외를 차지하고 있는 것을 확인할 수 있다. 위생비 내 전염병예방비의 비중이 도별 차이는 없는지 알아보기 위해서 각 도별로 책정된 전염병예방비와 그 비율을 정리해보면 <표 2-7>과 같다.

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
경기	23,420	23,420	23,420	23,240	23,500	23,300	23,160	54,560	54,824	55,160
	15.21%	14.72%	15.16%	15.80%	16.66%	10.43%	8.11%	13.20%	19.95%	19.55%
충북	2,452	3,052	3,042	3,410	3,410	6,920	6,529	5,943	3,000	5,862
	4.19%	4.60%	4.35%	4.75%	4.66%	8.66%	6.71%	4.80%	3.15%	6.26%
충남	6,838	6,838	6,838	7,700	8,700	8,400	11,100	11,100	8,000	11,100
	8.90%	8.53%	8.09%	4.29%	4.46%	4.67%	6.62%	6.43%	5.11%	7.04%
전북	8,800	8,048	8,749	8,749	8,749	8,749	9,279	9,274	5,300	10,074
	2.63%	3.05%	3.99%	3.49%	3.42%	2.32%	2.76%	3.08%	1.87%	4.18%
전남	2,052	8,008	8,608	8,608	11,984	17,298	17,118	17,118	8,000	15,253
	0.92%	3.50%	3.74%	3.57%	5.02%	7.00%	5.27%	5.14%	2.58%	6.65%
경북	10,886	11,866	11,839	11,907	11,938	11,938	11,479	13,502	6,750	15,231
	3.88%	1.88%	3.29%	3.33%	3.34%	2.83%	2.35%	3.52%	2.02%	4.36%
경남	27,166	25,106	27,964	27,964	8,734	19,520	20,430	19,520	12,000	18,520
	16.78%	16.99%	17.55%	17.57%	5.93%	12.00%	11.75%	10.69%	8.14%	12.21%
황해	7,450	7,450	7,450	7,650	7,950	8,850	8,677	8,677	5,900	9,177
	4.10%	8.31%	8.12%	5.24%	5.26%	4.33%	3.90%	3.51%	2.49%	4.17%
평남	19,915	13,415	10,415	11,260	11,922	11,360	11,360	18,117	10,169	13,027
	7.12%	4.70%	2.52%	3.51%	3.53%	3.08%	2.90%	3.20%	2.65%	3.17%
평북	8,046	7,946	4,346	4,773	4,930	5,051	4,943	5,434	5,952	6,586
	5.22%	3.65%	1.92%	2.18%	2.28%	2.26%	2.13%	2.44%	2.77%	2.54%
강원	8,200	9,202	8,202	7,202	7,202	7,202	7,002	7,332	3,200	7,502
	7.48%	7.38%	6.40%	4.37%	4.19%	3.91%	5.08%	4.24%	2.01%	4.43%
함남	4,120	4,120	4,120	4,110	4,600	4,700	5,933	6,233	4,900	6,236
	2.53%	2.33%	2.29%	2.07%	2.35%	2.48%	3.73%	2.69%	2.10%	2.34%
함북	2,800	4,800	4,800	5,540	5,540	5,840	7,310	7,865	3,500	6,531
	1.31%	1.84%	1.83%	1.95%	2.09%	2.15%	2.62%	2.53%	0.96%	1.91%
합계	132,145	133,271	129,793	132,113	119,159	139,128	144,320	184,675	131,495	180,259
	5.53%	4.88%	5.03%	7.59%	4.34%	4.44%	4.38%	5.05%	4.12%	5.68%

<표 2-7> 각 도별 전염병예방비와 전염병예방비의 비율(1926~1935)

출전: 『조선지방재정요람』 각 년도판

<표 2-7>를 통해 알 수 있듯이 도 별 위생비에서 차지하는 전염병예방비 비율은 지역별로 적지 않은 차이를 보이고 있다. 먼저 위생비에서 전염병예방비의 비율이 높은 지역은 경기, 경남으로 두 지역 모두 10~20% 내외의 비율을 보이고 있다. 나머지 지역은 3~5%사이로 크게 다르지 않지만 함남과 함북은 모두 2% 내외로 전염병예방비 비율이 가장 낮게 나타나고 있다. 위생비 중 전염병예방비의 비율이 도별로 적지 않은 차이가 나는 것에는 도별 전염병 발생 상황 및 전체 인구에서 일본인 인구 비율 등 추후 더 살펴볼 필요가 있는 부분이다.

2. 부 세출

이제 부의 위생비 및 전염병예방 관련 항목을 정리해보려고 한다. 앞서 살펴본 도별 세출과 다음으로 살펴볼 읍면 세출은 위생비라는 상위 항목 아래에 전염병예방비가 하위 항목으로 들어가 있어 전염병예방비가 차지하는 비율을 살펴보는 것이 비교적 수월한 편이었다. 반면 부별 세출은 위생비 항목이 따로 책정되어 있지 않고 위생비 하위 항목으로 들어가 있던 여러 항목들이 나열되어 있다. 따라서 도와 읍면의 위생비 하위 항목을 참고하여 부 세출 항목 중 위생관련 항목으로 볼 수 있는 항목들을 전체적으로 정리하고 이들 항목 중 전염병예방 항목의 비율을 계산하는 순으로 정리해야 했다. 먼저 부의 세출 항목 중 위생관련 항목으로 볼 수 있는 항목들을 연도별로 정리하면 다음과 같다.

	전염병 예방비	병원비	전염병 원비	檢徵비	오물소제 비	도로살 수비	도장비	묘지· 화장장 비	위생제 비	위생관련 합
1924	58,833	135,396	92,005	11,594	669,311	40,060	59,354	32,886	68,796	1,168,235
1926 ²¹⁾	58,527	153,301	86,130	11,139	580,473	40,773	58,665	30,552	5,330	1,024,890
1927	62,172	162,311	87,732	11,709	602,219	42,020	56,342	29,811	5,721	1,060,037
1928	78,240	184,480	89,074	11,592	626,949	43,904	56,829	28,706	7,813	1,127,587
1929	78,996	189,267	88,805	11,549	638,368	42,418	59,680	36,969	6,283	1,152,335
1930	77,290	185,938	95,287	10,510	609,455	39,100	53,980	35,311	9,169	1,116,040
1931	78,492	219,405	108,054	10,336	609,600	40,217	61,839	37,723	9,159	1,174,825
1932	82,502	219,669	114,987	9,560	597,956	42,366	61,103	36,659	9,249	1,174,051
1933	80,356	189,462	147,163	9,466	608,004	53,546	65,048	41,799	11,121	1,194,844
1934	83,777	280,334	162,759	9,853	614,511	59,237	65,642	38,620	13,304	1,328,037
1935	87,729	314,537	166,978	10,124	652,916	63,089	66,256	50,803	14,696	1,427,128
1936	118,106	361,541	144,222	10,311	756,039	77,566	79,887	59,770	3,245	1,610,687
1937	133,796	608,131		10,553	914,566		85,770	72,530	26,231	1,851,577
1938	127,227	485,218	160,780	9,957	1,049,659		88,168	77,331	35,267	2,033,607

<표 2-8> 부 세출종목 중 위생관련 금액(1924~1938)

출전: 『조선지방재정요람』 각 년도판

위의 표에서 보는 바와 같이 부의 세출종목 중 전염병예방비, 병원비, 전염병원비, 검미비(매독검사비), 오물소제비, 도로살수비, 도장비, 묘지·화장장비, 위생제비 등을 위생관련 항목으로 보아 정리하였다.²²⁾ 또한 부 세출종목은 1924년도부터 경상부와 임시부로 나뉘어 있는데, 임시부의 경우 위생관련 비용이 책정된 경우가 많지 않고 이에 따라 금액이 크지 않아 부 세출에서는 경상부의 세출만 정리하였다.

21) 현재 국립중앙도서관 홈페이지에서 서비스되고 있는 『조선지방재정요람』에는 1925년판이 없기 때문에 1925년도 수치는 빠져있다. 이후로도 『조선지방재정요람』을 참고한 경우에는 1925년이 빠져있다. 다만 앞서의 도 세출종목에서는 1926년부터 시작하여 1924년 수치를 제외하였는데 1924년도 수치가 다른 해의 수치에 비해 현저히 작아 정확도가 떨어진다고 판단하여 제외하였다.

22) 『조선지방재정요람』의 범례에 따르면 세출비목 중 위생비는 전염병예방비, 도수장비, 병원비, 상수도비, 하수도비, 오물소제비, 공원비, 화장장비, 묘지비, 도로살수비, 행려병사비, 기타 위생관계 제비를 표준으로 분류하였다. 실제 항목에서 하수도비, 행려병사비의 등장빈도가 낮고 수도비는 향후 따로 살펴볼 예정이며, 정리한 항목에서는 공원비가 빠져 있는 셈이다.

	전염병 예방비	전염병 원비	검미비	오물소제 비	위생관련 합	전염병예방 비	전염병원비	오물소제비
1924	58,833	92,005	11,594	669,311	1,168,235	5.04%	7.88%	57.29%
1926	58,527	86,130	11,139	580,473	1,024,890	5.71%	8.40%	56.64%
1927	62,172	87,732	11,709	602,219	1,060,037	5.87%	8.28%	56.81%
1928	78,240	89,074	11,592	626,949	1,127,587	6.94%	7.90%	55.60%
1929	78,996	88,805	11,549	638,368	1,152,335	6.86%	7.71%	55.40%
1930	77,290	95,287	10,510	609,455	1,116,040	6.93%	8.54%	54.61%
1931	78,492	108,054	10,336	609,600	1,174,825	6.68%	9.20%	51.89%
1932	82,502	114,987	9,560	597,956	1,174,051	7.03%	9.79%	50.93%
1933	80,356	147,163	9,466	608,004	1,194,844	6.73%	12.32%	50.89%
1934	83,777	162,759	9,853	614,511	1,328,037	6.31%	12.26%	46.27%
1935	87,729	166,978	10,124	652,916	1,427,128	6.15%	11.70%	45.75%
1936	118,106	144,222	10,311	756,039	1,610,687	7.33%	8.95%	46.94%
1937	133,796		10,553	914,566	1,851,577	7.23%		49.39%
1938	127,227	160,780	9,957	1,049,659	2,033,607	6.26%	7.91%	51.62%

<표 2-9> 부 세출종목 중 전염병 관련 금액과 비율(1924~1938)

출전: 『조선지방재정요람』 각 년도판

부 세출 항목에서는 전체 위생관련 금액 합계에서 전염병예방비와 전염병원비와 오물소제비의 비율을 각각 살펴보았다. 부의 위생관련 비용 중에서 전염병예방비가 차지하는 비율은 5~7%로 도 세출과 크게 다르지 않은 결과를 보인다. 그러나 전염병원비가 차지하는 비율이 8~12%로 전염병예방비의 비율 보다 높게 나타나고 있어 부 세출 항목에서는 전염병예방비보다 전염병원비의 비중이 높다는 것을 알 수 있다. 각 도별로 전염병원이 설립될 수 있는 지역이 주로 부 지역이다 보니 부 세출에 전염병원비가 산정되어 있는 것으로 보인다. 마지막으로 오물소제비는 따로 살펴볼 예정인 수도비를 제외하면 위생관련 비용 중에서 가장 높은 금액과 높은 비율을 차지하고 있다. 이러한 세출 금액과 비율로 본다면 부 단위에서는 위생관련 정책으로 오물소제가 가장 큰 비중을 차지하였고, 전염병예방과 관련해서는 전염병원에 관해 적지 않은 지출을 하고 있었다.

부의 위생관련 항목 중 오물소제가 높은 비중을 차지하고 있지만 당시 신문에서나 부협의회에서 지속적으로 불만을 제기하고 있는 것 또한 오물소제 문제였다.²³⁾ 부 당국의 오물소제에 대해 조선인들이 불만을 제기하는 것은 민족차별의 문제였다. 오물 소제가 일본인 거주 지역 우선으로 이루어지고 있어 조선인 거주 지역은 오물이 쌓여 매우 더러운 상태라는 것이었다. 이러한 차별적 철칙이 고쳐지지 않는 이상은 “억만원의 경비를 증가한다 하더라도 억만의 마차와 인부를 부린다 하더라도 북촌 조선인에게는 하등의 실익이 없을 것”이라고 단언했던 것이다.²⁴⁾ 부의 위생관련 항목에서 절반 이상의 비중을 차지하고 있는 것이 오물소제비용임에도 불구하고 실제 비용을 집행하는 과정에서 나타나는 부분들은 또한 별개의 문제라고 볼 수 있다.

23) 仁川府는 거름치는데도差別, 조선일보 1921. 7. 31.; 市街衛生 금년도부터는 좀 더 잘하겠다고, 동아일보 1922. 3. 10.; 仁川府協議會 汚物掃徐問題가 激烈, 조선일보 1923. 8. 23.; 邵城奇筆, 인천지국 일기자, 조선일보 1923. 12. 10.; 南北差別의 實例, 조선인 시민이 바친 세금 쓰는 길이나 알아보리라, 동아일보 1924. 3. 23.; 속빌어먹는悲哀, 동아일보 1924. 4. 1.; 仁川府는 거름치는데도差別, 조선일보 1924. 7. 31. 이외에도 휴지통, 자명종, 불만과 같은 자투리 코너에서도 오물소제 처분에 대한 불만제기는 단골소재였다.

24) 南北差別의 實例, 조선인 시민이 바친 세금 쓰는 길이나 알아보리라, 동아일보 1924. 3. 23.

3. 읍면 세출

마지막으로 읍면 세출에서 위생비 항목과 전염병예방비 비율을 살펴보겠다. 읍면 세출의 위생비 항목은 도 세출과 마찬가지로 위생비라는 상위 항목을 두고 하위 항목으로 세부항목이 나열되어 있다. 읍면 세출 항목 역시 시기마다 조금씩 바뀌는데 이를 정리하면 다음과 같다.

1924~1930년 위생비 항목	청결소독비, 도장비, 묘지비, 화장장비, 공동변소비, 격리병사비, 전염병 예방비, 상수비, 하수비, 행려병사비, 공중욕장비, 위생강습비, 오물소제비, 공동정호비, 기타	
1931~1932년 위생비 항목	청결소독비, 도장비, 묘지비, 화장장비, 공동변소비, 전염병예방비, 공동정호비, 건강진단비, 욕장비, 종두비, 오물소제비, 기타	
1933~1941년 항목	위생비	전염병비, 매독검사비, 오물소제비, 묘지비, 화장장비, 도장비, 기타
	수도비	급여, 수용비, 유지비, 공사비, 수선비, 기타

<표 2-10> 면세출종목 중 위생비 항목 변화(1924~1941)

읍면 세출 항목은 시간이 지날수록 간소화되는데, 주목할 것은 1933년이 되면 위생비 항목에서 수도비가 빠져나와 따로 분류되고 있다는 점이다. 위생비와 수도비를 분리하여 볼 필요성을 다시 한 번 확인할 수 있다. 또한 부 세출에서 전염병원비가 따로 책정되었듯이 읍면 단위에서는 격리병사비가 따로 책정된 것이 눈에 띈다. 도와 부 위생 관련 세출 항목에서는 보이지 않았던 청결소독비 항목이 있는 것도 확인할 수 있는데 청결소독은 전적으로 읍면 단위에서 이루어졌다고 볼 수 있다.

먼저 읍면세출 전체에서 위생비가 차지하는 비율을 연도별로 살펴보면 <표 2-11>과 같다. 1920년대 중반 7%에서 점차 줄어들어 1930년대 후반에는 3%로 줄어들고 있다. 이렇게 위생비 비중의 뚜렷한 감소 추세를 보이는 한편으로, 읍면 세출의 도별 차이는 총독부 위생비나 도 위생비에 비해 상대적으로 뚜렷한 차이를 보이지 않는다.

다음으로 위생비 중에 전염병예방비가 차지하는 비중을 살펴보기 위해 연도별로 정리를 해 보면 <표 2-12>와 같다. ‘전염병예방비’로 지정된 항목 외에도 읍면 위생비 항목에서 눈에 띄는 청결급소독비와 격리병사비, 오물소제비도 함께 정리하였다.

	위생비 전체	청결급 소독비	격리병 사비	전염병 예방비	오물소제 비	청결급 소독비	격리병 사비	전염병 예방비	오물소 제비
1924	1,497,139	274,643	115,751	177,390	23,233	18.34%	7.73%	11.85%	1.55%
1926	1,174,684	181,528	42,642	166,402		15.45%	3.63%	14.17%	
1927	1,431,939	182,505	65,146	156,455		12.75%	4.55%	10.93%	
1928	1,241,828	154,821	51,871	166,534		12.47%	4.18%	13.41%	
1929	1,535,363	166,109	71,680	158,076	31,365	10.82%	4.67%	10.30%	2.04%
1930	990,663	175,786	61,405	157,943	32,599	17.74%	6.20%	15.94%	3.29%
1931	735,793	163,712	72,722	153,307	31,067	22.25%	9.88%	20.84%	4.22%
1932	854,702	141,464	66,749	149,734	54,102	16.55%	7.81%	17.52%	6.33%
1933	841,398			203,013	160,538			24.13%	19.08%
1934	875,183			193,761	174,386			22.14%	19.93%
1935	866,860			188,228	197,385			21.71%	22.77%
1936	890,171			214,145	181,311			24.06%	20.37%
1937	981,889			208,103	192,967			21.19%	19.65%
1938	1,004,193			208,654	240,523			20.78%	23.95%

<표 2-12> 읍면 세출 위생비 중 전염병예방 관련 비용과 비율(1924~1938)

출전: 『조선지방재정요람』 각 년도판

읍면 세출 위생비 중 전염병예방비의 비율은 10~20% 내외로 도나 부의 전염병예방비 비율보다 높게 나타나고 있다. 또한 1930년대 초반까지의 청결 및 소독비가 1930년대 중반 이후로는 오물소제비로 비중이 옮겨가는 것처럼 보이는데, 항목의 명칭은 다르지만 실제로 하는 일은 크게 다르지 않을 것으로 짐작된다. 읍면지역의 전염병원이라 할 수 있는 격리병사는 4~10%의 비율로 전염병예방비보다는 낮은 비율을 보이는데, 이는 부 지역과는 달리 읍면 지역에서 격리병사의 규모는 그다지 크지 않기 때문인 것으로 보인다. 이러한 격리병사비도 1932년 이후 사라지면서 읍면의 위생비 중에서는 전염병예방비와 오물소제비 두 항목이 지출의 절반 정도를 차지하는 주요 항목으로 자리잡았다. 전염병예방비의 비중으로 보면 읍면 단위가 전염병예방책을 시행하는 주요 책임자로 보인다.

읍면 세출 위생비 중 전염병예방비의 비율을 도별로 살펴보면 <표 2-13>과 같다. 먼저 위생비 중 전염병예방비 비율이 가장 높게 나타나는 지역은 경남으로 22~32% 내외를 기록하고 있다. 전염병예방비 비율이 가장 낮은 지역은 함북이며, 1924년에는 2% 내외를 보이지만 1936년에는 30%를 기록하여 가장 큰 편차를 보이고 있다. 한편, 경기도와 경남은 1924년부터 1938년까지 큰 차이 없이 비율이 일정하게 유지되었다면, 나머지 지역의 경우 시기에 따라 다소 편차가 크게 나타나는 경우가 있다. 예컨대 충남과 전북 모두 1924년 전염병예방비 비율이 11%였다가 1936년에는 30% 초반까지 높아지는 모습을 보이며, 앞서 언급했던 함북도 1936년에 가장 비율이 높아진다. 1936년경 몇몇 지역에서 발생했던 쟁점들에 대해 추후 확인이 필요한 부분이다.

	경기	충북	충남	전북	전남	경북	경남	황해	평남	평북	강원	함남	함북	계
1924	109,547	52,677	128,444	86,611	100,355	283,498	194,811	89,279	53,053	63,866	84,495	92,529	157,974	1,497,139
	5.82%	5.88%	7.00%	5.83%	4.64%	9.99%	8.14%	5.62%	5.85%	6.79%	7.94%	10.46%	26.49%	7.69%
1926	98,321	44,554	68,295	62,173	114,599	208,346	185,157	80,543	59,691	63,846	47,967	84,563	56,629	1,174,684
	4.81%	5.19%	4.08%	3.88%	5.29%	7.88%	7.47%	4.94%	6.30%	6.60%	4.73%	9.63%	11.46%	6.05%
1927	102,068	49,660	317,736	127,168	149,998	141,727	151,561	73,706	52,748	67,467	50,381	96,442	51,277	1,431,939
	5.06%	5.58%	16.01%	7.42%	6.36%	5.40%	5.61%	4.65%	5.39%	6.70%	4.73%	10.55%	10.31%	7.04%
1928	100,670	54,572	89,890	103,794	146,659	102,383	152,648	134,503	56,086	78,378	69,499	100,670	52,076	1,241,828
	4.60%	5.92%	4.23%	5.79%	5.78%	3.94%	4.82%	7.92%	5.67%	6.99%	6.39%	10.39%	9.30%	5.71%
1929	98,079	47,176	86,045	145,981	222,544	103,027	205,954	96,079	62,699	67,928	58,866	285,253	55,732	1,535,363
	4.76%	4.98%	4.24%	7.40%	8.72%	3.93%	7.25%	5.79%	6.28%	5.92%	5.29%	23.72%	9.46%	7.06%
1930	86,355	33,481	74,753	71,349	131,489	93,264	134,660	73,028	52,363	66,455	56,790	59,924	56,752	990,663
	3.99%	3.34%	3.89%	3.83%	5.30%	3.64%	5.10%	4.24%	5.33%	5.88%	4.88%	4.41%	9.76%	4.59%
1931	71,076	31,987	57,024	61,965	35,432	70,061	90,185	67,523	47,040	59,769	53,167	52,311	38,253	735,793
	3.53%	3.05%	2.35%	3.15%	1.29%	2.64%	2.79%	3.77%	4.87%	5.44%	4.24%	5.39%	6.09%	3.23%
1932	71,476	27,437	83,192	62,880	87,556	75,515	89,926	83,869	49,678	62,665	55,113	60,352	45,043	854,702
	3.55%	2.62%	3.43%	3.19%	3.18%	2.84%	2.78%	4.68%	5.14%	5.71%	4.39%	6.22%	7.17%	3.75%
1933	72,708	29,712	73,320	61,841	89,140	69,759	82,410	76,707	49,379	76,491	56,511	50,519	52,901	841,398
	3.06%	2.81%	3.43%	3.17%	3.26%	2.47%	2.62%	3.77%	4.96%	6.61%	4.29%	3.56%	6.86%	3.52%
1934	71,440	37,123	87,146	58,618	100,427	74,582	80,764	80,174	52,562	80,801	46,165	48,693	56,688	875,183
	3.17%	3.49%	4.01%	2.94%	3.82%	2.65%	2.45%	3.90%	4.88%	5.27%	3.38%	3.72%	5.61%	3.56%
1935	76,775	34,081	71,923	57,584	81,755	68,128	82,919	88,201	51,089	86,159	44,551	48,053	75,642	866,860
	3.11%	3.14%	3.19%	2.85%	2.93%	2.21%	2.57%	4.34%	4.71%	6.55%	3.07%	3.68%	4.54%	3.36%
1936	65,250	28,044	69,429	39,163	67,133	77,034	81,756	103,220	61,876	84,733	56,811	64,166	91,556	890,171
	2.58%	2.23%	3.00%	1.93%	2.36%	2.26%	2.36%	4.33%	4.81%	5.11%	3.53%	4.18%	4.93%	3.16%
1937	85,531	37,593	79,673	49,913	71,141	89,276	89,204	107,049	60,953	84,656	81,679	80,607	64,614	981,889
	3.25%	2.58%	3.26%	2.24%	2.33%	2.47%	2.30%	4.11%	4.45%	4.71%	3.90%	4.44%	4.22%	3.22%
1938	65,568	40,209	80,778	54,692	79,532	93,379	95,033	122,818	55,334	94,840	65,662	78,556	77,792	1,004,193
	2.39%	2.66%	3.26%	2.37%	2.59%	2.49%	2.65%	4.34%	3.85%	4.91%	3.04%	4.00%	4.70%	3.20%

<표 2-11> 읍면 세출 중 위생비 금액과 비율(1924~1938)

출전: 『조선지방재정요람』 각 년도판

	경기	충북	충남	전북	전남	경북	경남	황해	평남	평북	강원	함남	함북	합계
1924	15,860	9,190	15,219	9,860	16,946	19,392	44,138	12,672	5,635	7,215	5,618	11,836	3,809	177,390
	14.48%	17.45%	11.85%	11.38%	16.89%	6.84%	22.66%	14.19%	10.62%	11.30%	6.65%	12.79%	2.41%	18.34%
1926	11,021	7,437	11,219	9,686	14,817	15,980	50,925	11,415	4,834	7,281	6,431	12,307	3,049	166,402
	11.21%	16.69%	16.43%	15.58%	12.93%	7.67%	27.50%	14.17%	8.10%	11.40%	13.41%	14.55%	5.38%	14.17%
1927	8,869	6,256	11,551	13,093	15,798	16,871	36,036	11,562	5,029	9,264	6,485	12,533	3,108	156,455
	8.69%	12.60%	3.64%	10.30%	10.53%	11.90%	23.78%	15.69%	9.53%	13.73%	12.87%	13.00%	6.06%	10.93%
1928	10,052	6,017	11,599	12,605	15,444	15,106	40,958	13,127	5,060	13,039	7,241	12,427	3,859	166,534
	9.99%	11.03%	12.90%	12.14%	10.53%	14.75%	26.83%	9.76%	9.02%	16.64%	10.42%	12.34%	7.41%	13.41%
1929	9,262	7,018	12,415	12,114	15,865	14,815	29,526	13,749	4,988	13,440	7,569	13,029	4,286	158,076
	9.44%	14.88%	14.43%	8.30%	7.13%	14.38%	14.34%	14.31%	7.96%	19.79%	12.86%	4.57%	7.69%	10.29%
1930	9,286	7,029	11,868	11,469	16,793	14,551	28,983	12,652	5,490	14,277	7,852	13,464	4,229	157,943
	10.75%	20.99%	15.88%	16.07%	12.77%	15.60%	21.52%	17.32%	10.48%	21.48%	13.83%	22.47%	7.45%	15.94%
1931	9,124	6,625	11,825	11,101	14,449	14,640	27,137	13,646	5,348	13,358	8,604	12,286	5,164	155,307
	12.84%	20.71%	20.74%	17.91%	40.78%	20.90%	30.09%	20.21%	11.37%	22.35%	16.18%	23.49%	13.50%	20.83%
1932	9,062	5,827	12,081	10,760	14,379	13,286	24,927	13,321	5,447	13,439	8,622	12,543	6,040	149,734
	12.68%	21.24%	14.52%	17.11%	16.42%	17.59%	27.72%	15.88%	10.96%	21.45%	15.64%	20.78%	13.41%	17.51%
1933	13,078	10,057	16,385	14,207	17,971	16,354	29,051	18,604	11,407	20,932	12,308	13,969	8,690	203,013
	17.99%	33.85%	22.35%	22.97%	20.16%	23.44%	35.25%	24.25%	23.10%	27.37%	21.78%	27.65%	16.43%	24.12%
1934	12,023	13,963	15,012	13,510	16,988	14,599	25,597	18,152	10,020	18,748	11,859	14,229	9,061	193,761
	16.83%	37.61%	17.23%	23.05%	16.92%	19.57%	31.69%	22.64%	19.06%	23.20%	25.69%	29.22%	15.98%	22.13%
1935	11,803	11,802	14,034	13,048	16,471	13,714	24,427	17,588	9,230	18,793	11,133	13,379	12,806	188,228
	16.83%	37.61%	17.23%	23.05%	16.92%	19.57%	31.69%	22.64%	19.06%	23.20%	25.69%	29.22%	15.98%	21.71%
1936	13,457	8,935	22,474	12,503	15,908	15,718	22,630	19,382	9,486	18,946	11,234	15,169	28,303	214,145
	20.62%	31.86%	32.37%	31.93%	23.70%	20.40%	27.68%	18.78%	15.33%	22.36%	19.77%	23.64%	30.91%	24.05%
1937	12,188	9,078	25,667	13,196	21,716	15,373	21,925	20,659	10,413	18,731	11,862	15,995	11,300	208,103
	14.25%	24.15%	32.22%	26.44%	30.53%	17.22%	24.58%	19.30%	17.08%	22.13%	14.52%	19.84%	17.49%	21.19%
1938	12,124	11,106	20,642	12,395	16,785	21,976	22,535	20,966	9,886	19,357	13,036	16,270	11,576	208,654
	18.49%	27.62%	25.55%	22.66%	21.10%	23.53%	23.71%	17.07%	17.87%	20.41%	19.85%	20.71%	14.88%	20.77%

<표 2-13> 읍면 세출 위생비 중 전염병예방비 금액과 비율(1924~1938)

출전: 『조선지방재정요람』 각 년도판

IV. 전염병예방비의 세부 내역 - 『대정9년콜레라방역지』를 중심으로

앞서 총독부와 지방 세출에서 위생비가 차지하는 비중을 살펴보고, 지방 세출 내에서는 도, 부, 읍면 단위별로 위생비 내에서도 전염병예방비가 차지하는 비중을 살펴보았다. 그러나 여전히 실제 전염병이 발생했을 때, 총독부와 지방의 예산들이 어느 정도 비중으로 투입되는지, 또한 여전히 전염병예방이라는 모호한 항목 속에서 실제로 이루어지는 활동 등은 다소 불분명하다. 이러한 부분을 살펴보기 위해 1919년과 1920년 유행했던 콜레라 방역에 관한 기록인 콜대정8년콜레라방역지맷과 콜대정9년콜레라방역지맷에 실린 경비 부분을 참고하였다. 다만, 1919년의 방역비 기록은 조금 소략하여 1920년 콜레라 유행 당시의 수치를 참고하였다.

1. 정부와 지방의 재정 비중

	국비	지방비	부면비	기부 또는 협의비	계
경기	78,105.44	1,021.62	153,505.74	11,004.94	243,637.74
	32.1%	0.4%	63.0%	4.5%	
충북	9,799.44		14,897.46	1,890.83	26,587.73
	36.9%		56.0%	7.1%	
충남	43,168.57		37,531.17	132.70	80,832.44
	53.4%		46.4%	0.2%	
전북	20,953.83		12,914.50	170.86	34,039.19
	61.6%		37.9%	0.5%	
전남	86,805.24		82,523.45	2,450.50	171,779.19
	50.5%	0.0%	48.0%	1.4%	
경북	90,008.23	29,128.88	24,215.30	9,783.07	153,135.48
	58.8%	19.0%	15.8%	6.4%	
경남	186,295.29	1,936.42	207,432.90	6,010.00	410,674.61
	45.4%	0.5%	50.5%	1.5%	
황해	13,962.49		448.31		14,410.80
	96.9%		3.1%		
평남	39,066.25		22,003.27		61,069.52
	64.0%		36.0%		
평북	14,893.51		56.00		14,949.51
	99.6%		0.4%		
강원	31,160.73	18,919.36			50,080.09
	62.2%	37.8%			
함남	80,397.00	2,369.00	18,777.00	1,395.00	103,038.00
	78.0%	2.3%	18.2%	1.4%	
함북	17,571.08		2,075.00		19,646.08
	89.4%		10.6%		
합계	712,187.10	53,375.28	576,380.10	32,837.90	1,375,012.21
	51.8%	3.9%	41.9%	2.4%	

<표 3-1> 1920년 콜레라방역 총독부와 지방 재정의 금액 및 비율

출전: 콜대정9년콜레라방역지맷167~168쪽

전체적으로는 전체 방역비에서 총독부가 절반, 부면이 절반 정도를 부담했다는 것을 알 수 있다. 지방비의 비중이 경북과 강원을 제외하면 매우 미미한데 1919년 8월 지방관제가 개정되

어 기존 경무총감부가 담당하던 방역 사무는 도의 관할로 넘어갔으나 예산 부분에서는 아직 완전히 이관되지 않은 상태인 것으로 보인다. 앞서 조선총독부의 세출 중 1920년의 위생비는 거의 임시부의 전염병예방비보조로 책정된 524,055원이 대부분이었는데, <표 3-1>에서 국비 항목의 합계는 이를 훨씬 넘어서는 수치이다. 전염병예방비보조에 예비비나 기타가 더해진 수치일까. 현재로서는 단언키 어렵지만 1920년 콜레라 유행 당시 도 지방비가 거의 책정되지 않은 것은 이러한 사정과 관련이 있을 것이다. 강원도는 유일하게 지방비가 37.8%의 비율을 보이는 것과 경북에서 지방비와 부면비의 비중이 비슷한 점 등 지역별 재정 차이에 대해서는 좀 더 고려해 볼 부분이 있을 것이다. 또한 이남 지역과 달리 이북 지역은 대체로 총독부가 지원하는 비중이 높는데, 특히 황해도와 평안북도의 경우 거의 100%를 총독부 재정에 의지하고 있다는 것을 알 수 있다.

2. 전염병예방비의 사용처

마지막으로 앞서 위생비의 세부 항목을 통해 위생비의 구체적 사업 내용을 파악할 수 있었던 것처럼 1920년 콜레라방역지를 통해 전염병예방도 세부 항목을 통해 그 지출 내역을 살펴보면 <표 3-2>와 같다. 전체적으로 잡급(雜給), 여비(旅費), 청비(廳費) 세 항목이 높은 비율을 나타내고 있다. 이 세 가지 항목만 합쳐도 전체 전염병예방비의 60% 이상을 차지하는데, 이렇게 수당과 급여와 같은 사무비의 비율이 높은 것에 대해서는 당시에 이미 지적되고 있었다.

순전한 봉급 여비 수당 소위 '給'자에 관한 비용만을 따져보면(중략)

토목비 중 117,086원으로 원비용 1백만 5천여원에 대하여 1할 1분이 지나며(중략)

위생비 중 394,644원 물을 뿌리는데 1만 2천여원 전염병예방에 1만4천여원 우두를 놓는데 4천여원, 파리잡이를 하는 데도 2천여원(순전한 봉급) 전염병원에 1만8천여원, 미균검사에 4천여원, 쓰레기 대소변을 치우는데 31만 9천여원 위생시험에 천여원, 도수장에 1만2천여원, 공동묘지 화장장에 4천여원으로 비용 57만6천여원에 대하여 6할 8분이며(중략) ²⁵⁾

위의 기사에 따르면 급료에 관한 비용이 토목비의 경우는 1할 1분 즉 11% 가량이지만 위생비의 경우는 6할 8분 즉 68% 가량을 차지한다는 것이다. 실제 1920년 전염병예방비 지출 내역을 보면 이와 일치한다는 것을 알 수 있다.

나머지 항목 중에서는 소독약품비가 비중이 높은 편이며 나머지 격리병사 건설비, 환자비, 구조비, 세균검사비, 선박비 등은 대체로 비등비등하다. 전염병예방비 내역에서 급여가 차지하는 비중이 상당하여 실제 전염병예방에 필요한 활동에 들어가는 비용은 그렇게 많지 않았을 가능성을 보여준다.

25) 給料消費로 七十八萬餘圓, 동아일보 1924. 3. 22.

	잡급	여비	청비	격리병사 등 건설비	소독약품비	환자비	구조비	세균검사비	선박제비	잡비
경기	61169.78	21813.22	64326.77	10631.82	38423.97	11653.75	10060.68	1519.32	7503.30	16535.13
	25.1%	9.0%	26.4%	4.4%	15.8%	4.8%	4.1%	0.6%	3.1%	6.8%
충북	3444.09	4009.91	9522.33	180.00	8431.71	79.38	15.00	628.40		276.91
	13.0%	15.1%	35.8%	0.7%	31.7%	0.3%	0.1%	2.4%		1.0%
충남	10040.35	26779.25	8480.12	4035.10	6475.22	1150.70	12814.55	420.00	280.00	10357.15
	12.4%	33.1%	10.5%	5.0%	8.0%	1.4%	15.9%	0.5%	0.3%	12.8%
전북	12659.97	8313.83	5292.16		5679.34	488.05	755.12	131.32	213.14	506.26
	37.2%	24.4%	15.5%		16.7%	1.4%	2.2%	0.4%	0.6%	1.5%
전남	29890.81	46642.62	30049.55	4990.66	37391.83	2614.06	3944.32	2495.22	6077.52	7682.60
	17.4%	27.2%	17.5%	2.9%	21.8%	1.5%	2.3%	1.5%	3.5%	4.5%
경북	45540.53	39718.69	25751.08	10894.70	21000.99	3981.74	2662.34	860.00	447.49	2277.92
	29.7%	25.9%	16.8%	7.1%	13.7%	2.6%	1.7%	0.6%	0.3%	1.5%
경남	95809.86	63015.30	72446.35	42875.09	58043.43	11094.55	17048.10	8323.86	12422.81	20595.26
	23.3%	15.3%	17.6%	10.4%	14.1%	2.7%	4.2%	2.0%	3.0%	5.0%
황해	5938.96	2224.74	3493.23		1382.19		10.01		299.35	1062.32
	41.2%	15.4%	24.2%		9.6%		0.1%		2.1%	7.4%
평남	16165.70	9480.00	9377.62	11096.07	11705.12	790.45	442.98	452.00	512.92	1046.66
	26.5%	15.5%	15.4%	18.2%	19.2%	1.3%	0.7%	0.7%	0.8%	1.7%
평북	596.28	3006.49	9773.06	570.00	494.48		20.00	128.00	355.10	6.10
	4.0%	20.1%	65.4%	3.8%	3.3%	0.0%	0.1%	0.9%	2.4%	0.0%
강원	3213.73	11975.62	16920.59	5000.00	11338.20	128.00	20.00	1250.00	42.53	191.42
	6.4%	23.9%	33.8%	10.0%	22.6%	0.3%	0.0%	2.5%	0.1%	0.4%
함남	21371.00	17540.00	36287.00	3216.00	12645.00	630.00	432.00	1763.00	8499.00	655.00
	20.7%	17.0%	35.2%	3.1%	12.3%	0.6%	0.4%	1.7%	8.2%	0.6%
함북	6150.68	2778.07	7280.29		2285.35		73.40		422.40	655.89
	31.3%	14.1%	37.1%		11.6%		0.4%		2.2%	3.3%
합계	311987.74	257298.77	299000.15	93489.44	215296.83	32610.68	48433.50	17971.12	37075.46	61848.52
	22.7%	18.7%	21.7%	6.8%	15.7%	2.4%	3.5%	1.3%	2.7%	4.5%

<표 3-2> 1920년 콜레라 유행시 방역비

출전: 1920년9월9일콜레라방역지맷167~168쪽

V. 맺음말

이상의 내용을 정리하면서 맺음말을 대신하겠다. 다만, 본문에서 이미 지적하였듯이 예산 수치만으로는 설명되지 않는 부분들이 많이 존재하며, 특히 각 지역별 사정과 상황들에 관한 부분들이 상당수 추후 설명이 필요한 부분이다.

첫째, 총독부 세출에서 위생비가 차지하는 비율은 매우 낮아 1%를 넘지 못하였다. 지방 세출의 경우 도, 부, 읍면에서 위생비가 차지하는 비율을 각각 살펴보았는데 모두 5~10% 내외로 비슷하게 나타났다.

둘째 지방 세출은 콜손지방재정요람²⁾을 참고하여 위생비의 세부 항목으로 책정된 전염병 예방비를 따로 살펴볼 수 있었다. 도와 부, 읍면에서 각각 위생비라는 상위항목 밑에 자리 잡은 하위항목의 내용들이 조금씩 달라졌는데, 이를 통해 각 단위별로 담당하고 있는 위생업무가 달라지고 있다는 것을 알 수 있었다.

셋째, 도 세출 위생비 중 전염병예방비는 전국적으로는 5% 내외를 유지하지만, 지역별 차이가 다소 크게 나타났다. 도 세출 위생비 중 전염병예방비가 차지하는 비율 역시 지역별로 다르게 나타나는데 이에 대해서는 도별 전염병 발생 상황 등 여러 가지 상황을 더 고려할 필요가 있다.

넷째, 부의 경우 위생관련 비용 중 전염병예방비의 비율이 5% 내외로 도와 큰 차이가 없으며, 전염병원비가 전염병예방비보다는 조금 높은 비율을 차지하고, 무엇보다 오물소제비에 지출하는 비용이 절반 이상을 차지하고 있다. 부 당국의 오물소제에 대한 불만, 특히 민족 차별적 오물소제에 대한 불만 제기는 당시 기사에서 적지 않게 찾아볼 수 있는데, 오물소제비가 위생관련 비용에서 차지하는 비중은 높지만 실제 시행되는 방식은 또 다른 문제라고 할 수 있다.

다섯째, 읍면 세출 위생비 중에서 전염병예방비의 비율은 도, 부와 비교할 때 비교적 높아 10~25% 정도로 나타난다. 이러한 비율은 격리병사비나 오물소제비보다도 높은 편으로 전염병 예방에 대한 실질적인 시행과 책임 주체는 읍면 단위가 아닐까 생각된다. 다만 읍면 세출에서도 도별 격차가 적지 않아 도 단위와 같이 지역별 차이가 나타나는 이유에 대해서는 추가적인 연구가 필요하다.

여섯째, 총독부, 도, 읍면 단위의 전염병예방비가 실제 전염병 발생시 어느 정도 비중으로 투입되는지를 1920년 콜레라 유행 당시의 상황으로 살펴보면, 이 역시 지역별 격차가 적지 않다. 다만, 1920년이라는 시점을 고려하면 당시에도 자체 예산 조달이 가능했던 지역들은 총독부비 지원과 지방비 지원이 비슷하지만 그렇지 않은 지역은 거의 온전히 총독부의 재정으로 충당되었다.

마지막으로 1920년 콜레라 유행 당시의 예산을 통해 전염병예방비는 또 각각 어디에 사용되었는지를 살펴보았는데, 가장 큰 비중을 차지하는 것은 급여 부분으로 이는 전염병예방비로 책정된 비용 내에서도 급여 비중이 상당했음을 짐작하게 해 준다.

「위생비로 본 조선총독부 방역 정책」 토론문

전 성 현 (동아대학교)

국가(권력)의 통치(술)와 관련해 ‘위생’에 관한 논의는 ‘인구’ 관리라는 측면에서 서구로부터 시작해 꾸준히 증가하고 있고, 최근의 코로나 팬데믹 상황으로 말미암아 더욱 관심이 집중되고 있는 영역이라고 할 수 있다. 이 글도 이와 같은 흐름 속에서 일제강점기 조선총독부의 ‘위생’을 둘러싼 통치의 한 단면을 그간 연구되지 못한 예산을 통해 살펴보고 있다. ‘위생’은 인구를 통치의 기반으로 하는 근대 권력의 핵심이며 서구의 경우 ‘규율권력’이든 ‘생명(관리)권력’이든 관심을 기울인/기울여야 하는 영역이라고 할 수 있다. 이른바 근대성(식민성)은 이와 같은 영역에서 식민지시기에 작동했으나 그 성격은 구체적인 연구를 통해 살펴볼 필요가 있다. 또한 이를 통해 식민지 권력의 성격도 구체적으로 확인할 수 있다. 그렇다면 이 글이 제시한 조선총독부로부터 도, 부, 읍면의 위생비 규모는 식민지 통치와 권력에 대해 어떤 의미를 지니고 있었던 것인가? 토론자는 이 점에 집중해 이 글의 의미를 구체화하고 싶다.

이 글에 따르면, 조선총독부의 방역 정책에 활용한 위생비 세출은 전체 예산의 1% 이내에 그쳤으나, 지방비 세출은 5% 내외였다. 그리고 지방비 중 위생비 세출 가운데 전염병예방과 관련된 세출액은 도 5% 내외(전염병예방비보조), 부 5~7% 내외(전염병원비), 읍면 10~20% 내외(전염병예방비, 오물소제비)로 점점 증가함으로써 전염병예방의 주체는 읍면이었음을 밝히고 있다.

1. 그렇다면 이와 같은 분석을 어떻게 해석할 수 있을까? 예산의 측면에서와 함께 위생 정책, 특히 전염병예방의 측면에서 어떻게 해석할 수 있는지 궁금하다.

2. 위와 연동해 조선총독부 예산과 관련해 위생비 세출이 1% 내외로 소수이긴 하지만 1910년대보다 1930년대 약 7배 정도 증가하며 1920년대 중반 이후부터 거의 경상부 중심에서 경상부와 임시부가 반반인 것을 어떻게 해석할 수 있을까? 임시부는 대체로 국채 발행과 연동되는 것이기 때문에 지역에서의 요구가 반영된 것이고, 그 이자와 상황도 고스란히 해당 지역에서 담당해야 한다고 하면 일제강점기 위생 정책의 반 이상은 지역에서 담당할 것이라고 할 수 있지 않을까? 이 부분에 대한 검토도 필요할 것 같다.

3. 도 세출 위생비 중 전염병예방비가 차지하는 비율에서 지역별 차이가 다소 크게 나타나고 있다. 특히 경기와 경남의 비율이 높게 나타나고 있는데, 지역별 민족별 인구 구성의 차이라고 할 수 있다.¹⁾ 하지만 도별 전염병 발생 상황 등 여러 가지 상황을 고려해볼 필요가 있다고 하는데, 구체적인 사례가 있으면 제시해주면 좋겠다.

4. 읍면 세출 위생비 중 전염병예방비의 비율이 도, 부보다 높는데, 도 단위에서 지역별 차이가 나타나는 이유와 관련해 추가적인 설명이 있으면 제시해주면 좋겠다. 읍면 단위의 경우 특

1) 경기와 경남은 경성과 부산 때문에 일본인 거주가 다른 지역보다 월등히 높다. 또한 북부 조선의 경우 군부대 등이 존재하는 지역의 경우도 일본인 거주 인구가 높은 경우가 있으므로 이에 대한 확인도 필요하다(전성현, 식민자와 식민지민 사이, ‘제조일본인’ 연구의 동향과 쟁점, 역사와 세계 48, 2015, 44쪽).

수한 민족별 인구 구성(군대 주둔)을 제외하면, 구체적인 전염병 발병이나 또 다른 이유 때문이라고 생각된다. 이에 대한 구체적인 사례가 있으면 제시해주면 좋겠다. 특히 주목하고 있는 경기도와 경남의 일률적 유지, 충남과 전북의 급등과 1936년 몇몇 지역에서 발생한 쟁점 등에 대해 추가적인 설명이 있으면 좋겠다.

5. 위생비를 통한 방역 정책, 그 중에서도 전염병예방에 집중하긴 해도 위생비 전체를 두고 분석할 필요가 있다. 더군다나 전염병예방의 특징을 도, 부, 읍면으로 구분해 차이를 드러내기 위해서인지 모르지만 전염병예방비의 항목에 포함시킨 것이 도, 부, 읍면의 차이가 있다. 다소 자의적인 측면이 없지 않고, 그 차이가 각 지역의 특징이라고 해도 가능하다면 전염병예방과 관련된 모든 항목으로 포함시켜 분석할 필요가 있지 않을까 한다.

6. 1920년대 콜레라 유행 당시의 지역별 격차와 관련해 구체적인 상황에 대한 설명이 필요할 것 같다. 특히 이와 관련해 발병과 피해에 대한 통계 등이 어떠한지 궁금하다.

7. 1920년 콜레라 유행 당시 자체 예산 조달이 가능했던 지역은 왜 가능했는지 그리고 이때 전염병예방비의 급여 비중이 상당한데, 구체적인 내역과 그 이유에 대해 추가 설명이 있으면 좋겠다. 더불어 1920년 콜레라 유행 당시와 동일하게 1910년대부터 1930년대까지 전염병예방비 중 실제 급여의 비중이 높았다고 볼 수 있는지 궁금하다.

죽음을 길들이기: 흑사병 이후 죽음에 대한 중세 서구 담론과 이미지

홍 용 진 (고려대학교)

목 차

- I. 머리말 : 흑사병과 죽음
- II. 모두의 죽음, 나의 죽음
- III. 잔혹극에서 서사극으로
- IV. 불멸에 대한 욕망
- V. 맺음말 : 죽음을 길들이기

I. 머리말 : 흑사병과 죽음

유럽 사회를 송두리째 뒤흔든 몇 가지 사건 중에서 빠지지 않는 것이 바로 14세기 중엽의 흑사병일 것이다. 잘 알려져 있다시피 1346년부터 1353년까지 유럽 전역을 죽음의 도가니로 물고 간 흑사병은 유럽 사회에 엄청난 인구손실을 불러일으켰다. 시기와 지역마다, 그리고 이를 추산하는 학자마다 사망자 수 또는 당시 총인구에 대한 사망자 비율은 크고 작은 차이를 보이고 있지만, 흑사병이 가장 극심했던 1347년부터 1351년까지의 기간 동안 적게는 유럽 전체 인구의 1/3이, 많게는 1/2 정도가 사망에 이른 것으로 추산하고 있다.¹⁾

이 당시 흑사병의 정체는 과연 무엇인지에 대해서 현재에도 많은 논쟁이 이루어지고 있는 만큼,²⁾ 14세기 당대에는 더욱이 이 병의 정체에 대해 정확히 알지 못했다. 물론 1347년에 파

1) 흑사병에 의한 유럽 내 사망률은 사실 지역마다 모두 다르며 큰 편차를 보여주는 한다. 하지만 대체적인 평균으로 적게는 1/3이, 많게는 1/2가 사망한 것으로 이야기 된다(필립 지글러, 『흑사병』 한은경 옮김 (파주: 한길사, 2003), 279-286쪽). 최근 연구는 사망률을 1/3보다는 1/2에 가깝게 추정한다. Ole J. Benedictow, *The Black Death 1346-1353: The Complete History* (Woodbridge: Boydell Press, 2004), pp. 380-384; Aberth, John, *The Black Death: The Great Mortality of 1348-1350* (New York: Palgrave Macmillan, 2005), pp. 2-3.

2) 전통적으로 14세기 중반 서유럽의 흑사병은 1894년 알렉상드르 예르생(Alexandre Yersin)이 발견한 페스트균에 의한 전염병과 동일한 것으로 설명되고 있다. 하지만 1970년대부터 이에 대한 여러 반론이 제기되어 왔다. 특히 중요한 점은 14세기 흑사병이 ‘균’이 아닌 에볼라와 같은 ‘바이러스’에 의한 또 다른 전염병이 아닌가 하는 점이다. 이에 대한 논쟁사에 대해서는 다음의 저작과 논문을 참조할 수 있다. 수잔 스콧, 크리스토퍼 던컨, 『흑사병의 귀환』 황정연 옮김 (서울: 황소자리, 2005); 이상동, 「흑사병(Black Death) 병인(病因)론 - 흑사병은 페스트인가 -」 『서양사론』 149(2021.6).

하지만 최근 중앙아시아 키르기스스탄에서 1338-39년에 ‘역병’의 희생자라고 묘비가 새겨진 무덤 내 유골에서 예르생이 발견한 페스트균이 검출되었다. 만약 이 ‘역병’이 10여 년 후 유럽에 당도한 흑사병이라면 이는 중세 흑사병에 대한 전통적인 설명에 무게를 실어주게 된다. 이에 대해서는 다음을 참조할 것. Maria A. Spyrou, Lyazzat Musralina, G. A. Gneccchi Ruscone et al., “The source of the Black Death in fourteenth-century central Eurasia,” *Nature* (2022.6.15.). (<https://www.nature.com/articles/s41586-022-04800-3>) [검색일: 2022년 6월 18일]; 더사이언스플러스(the S

리대학 의학부가 국왕 필리프 6세의 요청으로 집필한 보고서는 나름대로 이 병의 원인에 대해 설명을 하고 있지만, 과연 이를 예방하거나 치료하기 위해서 어떤 처방을 내려야 하는지에 대해서는 뾰족한 방법을 찾지 못하고 있었다. 병에 적합한 예방법도 치료제도 알아낼 수 없는 상황이었고 다만 당시 의사들은 습기와 열기를 원인으로 지목하며 이를 피하라고 권고할 뿐이었다.³⁾ 더구나 현재처럼 매스미디어가 고도로 발전한 사회에서도 전염병에 대한 비과학적 루머가 창궐하는 만큼, 당대에 이와 같은 나름대로의 ‘의학적’ 지식도 일반적인 민중 사회에 설득력 있게 다가서지는 못했던 것으로 보인다. 일반 민중, 또는 초월적인 것에서 사태의 원인을 돌리려고 하는 자의 입장에서 흑사병은 윤리적 선악이나 신분 고하에 상관없이 무차별적으로 생명을 빼앗아 가는 ‘신벌’로 해석되었다. 그것은 개개인의 죄보다도 기독교 세계 전체에 대해 신이 내리는 천벌이었다.

죽음은 그 이유가 인간적인 맥락에서 이해되고 정당화될 때, 망자에 대한 애도와 함께 사회화된 문화적 현상으로 생자들 사이에 받아들여진다. 하지만 그 이유가 명확하지 않을 때, 특히 대규모의 사망 사건이 발생했을 때, 그것은 살아남은 자들에게 불가해한 공포와 충격, 그리고 불안감을 불러일으키며 심각한 트라우마를 남긴다. 이러한 상황에서 사람들은 공포와 불안감을 어떻게든 사회 내부적으로 이해할만한 것으로 받아들이기 위해 그 원인을 ‘만들어낸다’. 이러한 차원에서 14세기 중반 흑사병과 관련하여 두 가지 사건이 급작스럽고도 발작적으로 일어나게 된다. 그 하나는 ‘채찍 고행’ 행렬로 이는 병의 원인을 기독교 세계의 타락에서 찾고 속죄와 고행으로 신의 분노를 누그러뜨려야 한다는 생각에서 등장했다.⁴⁾ 다른 하나는 ‘유대인 박해 및 학살’로 이는 병의 원인을 유대인의 독극물 음모론에서 찾았다.⁵⁾ 물론 흑사병이 찾아들기 시작한 1351년 이후 이와 같은 사회 현상들 또한 그 폭발력을 상실해 가기 시작했다. 하지만 이 시기 이후로 ‘아무 이유 없이 급작스럽게 찾아오는 죽음’이라는 생각은 중세 말 이후로 유럽인의 심성에 깊은 그림자를 드리우기 시작했다.

본 발표문은 흑사병이 몰고 온 대규모 사망사태 이후, 다양하게 등장한 다양한 담론과 이미지를 살펴보고 죽음 관련 주제에 대한 반복적인 이미지와 담론 재생산 과정이 어떻게 죽음을

CIENCE plus), “중세 흑사병의 원인균은 현재의 키르기스스탄 북부에서 왔다.”, 2022.6.17. (<http://thescienceplus.com/news/newsview.php?ncode=1065581263120476>)[검색일: 2022년 6월 17일]. 다른 한편, 이 발견은 흑사병이 기원한 최초 지역에 대한 논쟁에서는 전통적인 중국(몽골) 기원론 대신, 반론으로 나온 중앙아시아 기원론을 지지하는 강력한 증거가 된다. 더구나 최근 연구는 중국(몽골) 기원론(특히 몽골군이 흑해 연안 도시인 카파(Kaffa)시를 포위공격하면서 흑사병에 감염된 시체를 투척함으로써 여기에 머무르던 제노바 상인을 통해 유럽에 흑사병이 전파되었다는 제노바 상인 무시스의 기록에 따른 논의)을 사료비판을 통해 그 진실성에 대해 비판하고 있다. Hannah Barker, “Laying the corpses to rest: grain, embargoes, and Yersinia pestis in the Black Sea, 1346-48,” *Speculum* 96-1(2021); 남중국, 「흑사병의 서유럽 전파에 관한 오해와 왜곡: 무시스의 기록을 중심으로」 『의사학』 30-3(2021).

3) 1348년 이후 흑사병의 원인과 치료·예방 방법에 대한 여러 의학 보고서가 당대 의학의 중심지였던 이탈리아와 프랑스에서 출간되기 시작했다. 이중에서 가장 큰 권위를 지닌 것은 1348년 프랑스 왕 필리프 6세(Philippe VI)의 요청으로 파리대학 의학부에서 집필한 『전염병 개요(Compendium de Epidemia)』였다. 이 보고서는 Emile H. Rébouis, *Étude historique et critique sur la peste* (Paris: Alphonse Picard, 1888) 중 마지막 부록(pp. 70-145)에 라틴어 원문과 프랑스어 번역본이 첨부되어 있다(*Consultation de la faculté de médecine de Paris*). 국내 연구로는 홍용진, 「중세 말 파리대학의 흑사병 예방법: 치료와 훈육 사이」 『질병 관리의 사회문화사: 일상생활에서 국가정책까지』, 최해별 외 (서울:이화여자대학교출판문화원, 2021) 참조.

4) 이상동, 「채찍질 고행 - 1260년과 흑사병 창궐시기(1348-9년) 활동에 대한 비교사적 접근」 『사림』 75(2021.1).

5) 이상동, 「흑사병 창궐과 유대인 학살(pogrom): 1348-51년 유대인 음모론과 사회적 대응」 『서양중세사연구』 47(2021.3).

인간사와 관련된 서사(내러티브) 체계 안에 포섭하는지 검토해보고자 한다. 이는 한편으로는 공포와 충격으로 다가온 죽음을 사회적 코드 아래 길들이는 과정으로 나타나기도 하고, 다른 한편으로는 정치적 차원에서는 왕위계승 담론과 같은 왕조 이데올로기를 통해 죽음을 뛰어넘는 국가 영속성 확보 시도로 이어지기도 했다. 물론 이와 같은 담론이나 이데올로기의 원형은 이미 흑사병 이전에도 존재해 왔다. 따라서 본 글에서 살펴보고자 하는 것은 그러한 전통의 변형과 확장 양상이라고 할 수 있다.

II. 모두의 죽음, 나의 죽음

흑사병 이후 본격적으로 양산된 죽음과 관련한 문화 현상은 몇 가지 어구나 담론들로 표현되고는 한다. 멀리 고대 로마 시대부터 전승된 “죽음을 기억하라(Memento mori).”나 “오늘에 충실하라(Carpe diem).”라는 문구, 또는 성경에서 기원하는 “헛되고 또 헛되다. 세상만사 헛되다(Vanitas vanitatum et omnia vanitas).”⁶⁾라는 문구나 ‘묵시록적 종말(Apocalypse)’의 주제, 13세기부터 등장하기 시작한 ‘세 명의 죽은 자와 세 명의 산 자 이야기(Dit des trois morts et des trois vifs)’, 14세기에 등장하는 ‘죽음의 승리(triomphe de la mort)’, ‘그리고 15세기부터 본격적으로 확산되기 시작한 ‘죽음의 춤(Danse macabre)’이나 ‘선종의 방법(Ars moriendi)’ 등이 바로 이러한 죽음을 주제로 한 담론 및 이미지를 이룬다. 문제는 현재 남아 있는 자료를 바탕으로 어떠한 주제나 담론이 어느 때부터 시작되었는가를 결정하는 것이 쉽지 않은 일이라는 점이다. 사실 죽음과 생명이란 동서고금을 막론하고 모든 인간이 궁극적으로 알 수 없는 영역이며, 모든 것에 대한 지식을 축적하고자 하는 인간의 욕망이 좌절되는 근본적인 유한성의 지점이다. 따라서 죽음에 대한 여러 담론이 흑사병 이전에 등장했다는 사실이 특별한 일은 아닐 것이다.⁷⁾

흑사병을 전후로한 시기에 등장한 죽음 관련 주제 중 ‘세 명의 죽은 자와 세 명의 산 자’는 고대부터 내려오는 ‘죽음 자각/기억(메멘토 모리)’의 전통에서 있지만 미셸 보벨(Michel Vovelle)의 지적대로 급작스러운 죽음의 등장을 부각시키는 데 그 주요한 의미가 있다<그림-1>.

6) 「전도서」, 『공동번역 성서』 (서울: 대한성서공회, 1986), 구약성서 1076(1:2), 1088(12:8)쪽.

7) 박흥식, 「주검은 왜 춤추게 되었을까 - 죽음의 무도의 기원을 찾아서」 『중세의 죽음』 서울대학교중세르네상스연구소 편 (서울: 산치럼, 2015).

<그림-1> 세 명의 죽은 자와 세 명의 산 자



<로버트 드 라일(Robert de Lisle)의 시편집>
BL, Arundel 83 II, f. 127r (1310년경)



<본 드 킵상부르의 시편집>
Metropolitan, Inv. 69.86. f. 321v-322r
(1348-49년경)

13세기 말에 처음 등장한 보두앵 드 콩데(Baudoin de Condé, ?-1295)의 담시(譚詩, Dit)에 따르면, 세 명의 젊은 귀족 청년이 사냥을 하러 간 숲에서 갑작스레 세 구의 시체를 만나게 되는데 이 시체들은 젊은이들에게 “현재 우리의 모습이 여러분들이 될 모습이란 걸 알아두십시오, 현재 여러분들처럼 얼마 전엔 우리도 잘생기고 훌륭했습니다.”⁸⁾ 세 구의 시체는 모두 부패상태가 달라서 하나는 이제 막 사망해서 시신이 온전한 상태이고, 다른 하나는 부패가 진행되고 있는 상태, 마지막은 아예 해골만 남은 상태로 제시된다. 어쩌면 세상에 무서운 것 없이 스스로를 오만하게 뽐내던 세 청년은 급작스러운 죽음을 통해 삶의 덧없음과 죽음 앞의 겸허함을 깨닫게 된다.

하지만 호젓한 숲길에서 몇몇이 갑자기 죽음을 만난다는 주제는 죽음에 대한 공포를 압도적으로 표현한다고 볼 수는 없다. 이는 바로 흑사병 이후 등장한 ‘죽음의 승리’라는 주제의 이미지에서 본격적으로 등장한다. 1355년경 제작된 것으로 추정되는 피사 캄포산토(Camposanto) 공동묘지의 프레스코화에서 죽음은 갑자기 등장할 뿐만 아니라 대규모로 또 무차별적으로 다가온다<그림-2>. 죽음은 문득 어느 순간 호젓하게 누군가에게 오는 것이 아니라 거대한 쓰나미와도 같이 요란하게 모든 사람을 무차별적으로 휩쓸어 간다. 그것은 최후의 심판과 같이 표현되며 악마와 천사가 하늘에서 내려와 사람들을 채가거나 망자의 영혼을 두고 서로 실랑이하는 광경을 연출한다. 대규모와 무차별성이라는 성격을 압축적으로 보여주는 소재가 바로 사신(死神)이 들고 있는 큰낫(scythe)이다. 때가 되면 무작위로 묶여 단번에 잘려나가는 곡물 다발처럼 인간들도 신만이 아는 때에 신의 커다란 낫질을 당하게 된다.

8) “vouiés quel sommes,/ Tel serés vous et tel, comme ore/ Estes, fumes ja fu li ore/ Et aussi bel et de tel pris.” *Poèmes de la mort de Turolde à Villon*, Jean-Marcel Paquette ed. (Paris: Union Générale, 1979), p. 148.

<그림-2> 죽음의 승리



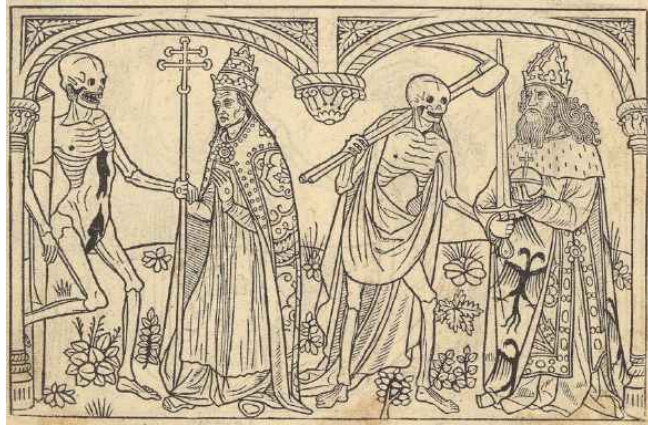
프란체스코 트라이니, <죽음의 승리>, Camposanto monumentale (1355년)

사회를 가로지르는 다양한 위계와 구분을 무시하고 무차별적으로 다가오는 죽음이라는 주제는 이제 15세기에 이르러 ‘죽음의 춤’이라는 주제로 변형된다. 현재 알려진 것으로 가장 오래된, 그래서 첫 번째라고 알려진 이미지는 1442년 파리 생지노상(Saints-Innocents) 공동묘지 회랑 벽면에 있었다고 하는 작품이다<그림 3-B>.⁹⁾ 하지만 이미지로 구현되기 이전에 ‘죽음의 춤’은 14세기 말 시가의 형태로 먼저 등장했다. 먼저 1376년에 장 르페브르 드 레송(Jean Le Fèvre de Resson)이 지은 시인 「죽음의 휴식(Respit de la mort)」에서는 모든 인간을 무덤으로 이끄는 죽음의 춤이 거론되고 있으며¹⁰⁾, 14세기 말에 편집된 것으로 보이는 카탈루냐 문세라트(Montserrat) 수도원의 『붉은 수서본(Llibre Vermell)』은 모두의 죽음을 노래한다<그림 3-A>.

9) 현재 이 회랑은 없어졌지만 1486년 파리 인쇄업자인 기(또는 기요Guyot) 마르샹(Guy Marchant)이 이 회랑의 벽화를 바탕으로 목판화본인 『죽음의 춤』을 출판했다. BNF, département Réserve des livrs rares, RES-YE-88. *Ballade* “O vos omnes, qui transitis per viam, attendite ...”. - [Précédé de] *Ballade* “Las et pourquoi prends tu si grand plaisir ...”. Guy Marchant ed. (1485-86). 이에 대한 국내 연구로는 김준현, 「기요 마르샹의 『죽음의 무도』 연구 - 텍스트와 이미지의 관계를 중심으로」 『외국문학연구』 50(2013) 참조.

10) “Mon creiteur est souverain maistre./ souverain roy, souverain prestre./ Se je li dois de mort treuage./ bien say que c’est commun usage:/ toutes gens, toutes nacions./ par toutes obligacions./ y sont lies de leur naissance./ Je fis de Macabré la dance/ qui toutes gens maine a sa tresche...” 다음을 참조. *Poèmes de la mort de Turolde à Villon*, p. 160.

<그림-3> 죽음의 무도



A. 문세라트 수도원
『붉은 수서본』(14세기 말)

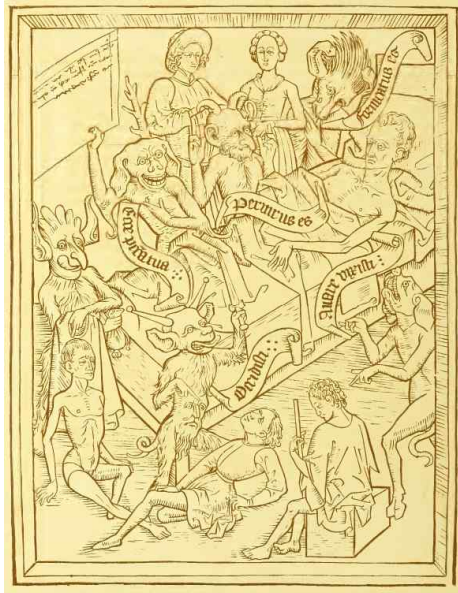
B. 기 마르상, 『죽음의 춤』(1486)
BNF, dep. RES-YE-88, 5쪽(1485-86년)

수도원과 관련한 여러 잡다한 글을 모아놓은 이 수서본은 수도원에서 부를 수 있는 시가 10편을 모아놓고 있는데, 익명의 편집자가 쓴 서문에 따르면 이 시가는 문세라트 교회에서 순례자들이 어디까지나 경건한 태도로 노래하고 춤추기 위해 기록되었다. 특히 이중 마지막 시가인 「우리는 죽음으로 서둘러 가네」(f. 26v)는 죄를 그만 짓고 죽음으로 향해 가자는 금욕적이면서도 허무주의적인 내용을 담고 있다. 이 중에서도 다음과 같은 구절이 눈에 띈다. “속세의 모든 왕과 세상의 귀족들은 변해야 하고 성직자와 모든 권력자들은 어린아이처럼 되어야 하네. 허명을 버려야 하네.”¹¹⁾ 이는 신분고하를 막론하고 모든 이가 똑같은 행렬로 이어지는 죽음의 무도회에 동참한다는 뜻이다. 15세기에 이르러서 유럽 각 지역에서는 이 ‘죽음의 춤’이 다양한 이미지로 등장하게 되는데, 그것이 명확하게 보여주고 있는 것은 바로 죽음 앞에서는 누구나가 똑같다는 ‘죽음의 평등성’ 또는 ‘모두의 죽음’이라는 주제다. 대부분의 정형화된 이미지 구성에서 왕이나 귀족, 교황이나 고위 성직자, 귀부인 등은 신분고하를 막론한 모두 인간인 한에서 누구나 똑같이 해골로 상징되는 죽음을 따라 죽음의 윤무에 이끌려 간다.¹²⁾

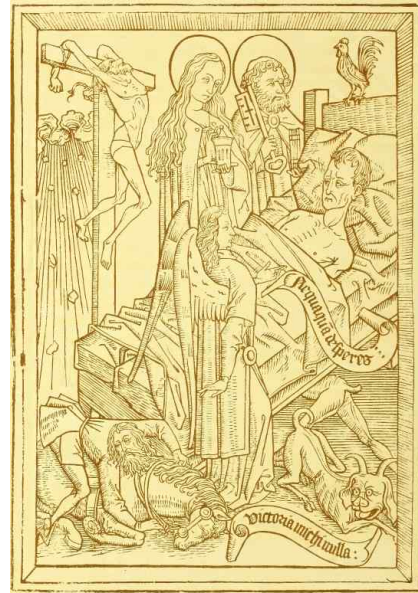
11) Biblioteca virtual Miguel de Cervantes, *Libre vermell de Montserrat*, ff. 26v-27r. 라틴어 원문은 다음과 같다. “Cuncti reges seculi et in mundo magnates adventant et clerici omnesque potestates fiant velut parvuli, dimitant vanitates.”

12) 이는 당대 지배자나 권력자도 일반 민중들과 마찬가지로의 인간이라는 점을 상기시키며, 기존의 사회적 위계질서에 대한 도전으로 이어진다. 1381년 잉글랜드 농민봉기 당시 이루어진 존 볼의 연설이나 1525년 독일 농민전쟁 당시 나타난 토마스 뮌처의 사상에서 처럼 죽음 앞에서의 평등성은 신에 의한 인간 창조의 평등성과 맞물렸다. 새뮤얼 콘에 따르면 이러한 현상, 즉 동등한 인간으로서의 ‘자유에 대한 욕망’은 흑사병 이후 7~10년 사이에 본격적으로 나타난다. Samuel K. Cohn, *Lust for Liberty. Politics of Social Revolt in Medieval Europe, 1200-1425 - Italy, France, and Flanders* (Cambridge MA & London: Harvard University Press, 2008), pp. 236-242. 참고로 에스파냐와 관련해서는 장재원, 「스페인 중세 시 『죽음의 무도』에 드러난 사회 비판 연구」 『스페인 어문학』 102(2022), 251-267쪽.

<그림-4> 선종의 방법



3번 판화: 절망을 향한 악마의 유혹



4번 판화: 절망에 맞선 천사의 계시

마지막으로 ‘선종의 방법’은 1415년 익명의 도미니코 수도사가 콘스탄츠 공의회에 요구에 따라 집필한 동명의 책 이름에서 유래한다<그림-4>.¹³⁾ 직역하면 “(잘) 죽는 기술”을 의미하는 이 저서는 임종을 앞둔 자에게 죽기 전 다가오는 5가지 유혹(신앙심 상실, 절망, 인내심 상실, 오만, 탐욕)을 극복하고 기독교 신앙심을 회복할 때라야 선종(善終)을 이룰 수 있고 구원받을 수 있다는 내용을 담고 있다. 물론 개인의 구원과 관련한 저승의 논리는 이미 13세기 연옥이라는 공간의 발명을 통해 서구 기독교 세계에 확고하게 자리잡고 있었다. 이때 ‘선종의 방법’은 구원을 걱정하는 개개인에게 교회라는 공적 공간을 떠나, 책이라는 형태로 사적인 공간에서 교회의 공식적인 선종의 방법을 알려주는 역할을 했다. 15~16세기 내내 인쇄술의 발명과 더불어 크게 성공을 거둔 이 책은 다양한 이미지가 삽입되었다. 주목할 점은 이때의 이미지가 강조하는 내용은 임종을 앞둔 자의 침상은 한쪽에서는 성자와 천사와 다른 한쪽에서는 악덕으로 유혹하는 악마 간에 치열한 투쟁이 벌어지는 장으로 묘사된다는 점이다. 그리고 이 전투의 최종 결정은 전적으로 임종을 앞둔 자의 신앙심에 달려 있게 된다. 죽음은 어디까지나 ‘나의 죽음’일 뿐이며 절대 남이 대신해 줄 수 있는 것이 된다.

14세기 후반 이후 서유럽에 등장한 죽음은 주제별로 본다면 한편으로는 ‘모두의 죽음’이면 서 동시에 어디까지나 ‘나의 죽음’일 뿐이라는 점을 드러낸다. 죽음은 모두에게, 그러나 각자에게, 즉 ‘전체적이지만 개별적으로(omnes et silgulatim)’ 찾아온다. 하지만 그것은 중세 말 위기의 상황에서 한편으로는 1381년 잉글랜드 농민봉기와 같이 위계적인 사회질서에 대한 저항과 같은 사회비판으로, 다른 한편으로는 데보티오 모데르나(Devotio moderna)와 같은, 보다 개인화된 새로운 신앙운동과 연루되었다.

13) *The Ars moriendi (editio princeps circa. 1450)*, W. Harry Rylands ed. (London: Wymans & sons, 1881).

III. 잔혹극에서 서사극으로

이상과 같은 죽음 관련 담론 및 이미지의 역사에서 주목해야 할 점은 14세기 후반 이후 죽음에 대한 표현이 양적으로도 급격하게 증가했을 뿐만 아니라 그 표현방식에 있어서 급격한 변화가 보인다는 사실이다. 모든 죽음 관련 주제의 모티브는 그 기원을 찾아 올라가면 “이미 어느 시기부터 있었다.”고 이야기될 수 있다. 확실히 이러한 연구는 흑사병을 중세 말의 모든 문화 현상의 새로운 이정표라고 과장해서 평가하지 않도록 주의하게 만든다. 하지만 그렇다고 해서 흑사병이 이러한 죽음 관련 이미지나 문화 현상에 별다른 영향을 끼치지 않은 것은 아니었다. 필리프 아리에스는 로마 시대부터 흑사병 이전까지 언젠가는 삶이 끝나고 죽음을 맞이하게 될 것을 상기하는 이미지나 격언들은 무수히 많았다고 지적하면서도, 흑사병 이후에 등장하는 특징은 죽음을 잔혹하고 끔찍한 것으로 생생하게 나타내는, 이른바 “마카브르의 떠들썩한 표현주의”가 등장한다고 언급한다. 이중에서도 가장 특징적인 소재는 바로 사체상(transi)이었다. 그것은 이제 막 사망해서 온전한 육체를 지닌 시신도 아니며 아예 모든 부패 과정이 끝나서 해골만 남은 상태도 아니었다. 그것은 그 중간 단계, 즉 육체는 문드러져 가고 있으며 그 안에는 온갖 혐오 동물과 곤충이 우글거리고 있는 부패하는 과정에 있는 단계를 표현했다.¹⁴⁾

사실 이미지 문화에 있어서 이와 같은 적나라한 표현은 흑사병 이전, 장 비르트(Jean Wirth)가 일종의 중세식 ‘자연주의(naturalisme)’라고 칭하는 이미지 문화의 등장을 살펴봐야 한다.¹⁵⁾ 그에 따르면 비가시적으로 표현된 초자연성과 가시적으로 표현된 자연성이라는 구분은 13세기를 지나면서 초자연적인 것마저도 모두 자연적인 것으로, 즉 가시적인 것으로 표현되는 경향성을 보인다고 지적한다. 먼저 1215년 제4차 라테라노 공의회부터 일반화되기 시작한 성체성사는 신성을 지닌 예수의 육화(자연화)라는 신학적 주제를 정당화하고 확산시켰다. 또한 ‘아기 예수를 안은 성모 마리아’라는 조각상 주제는 신성과 인성, 즉 초자연성과 자연성의 상호교차라는 신학적 주제를 모두 가시적인 자연적·육체적인 표현으로 전환시켰다. 자연에 대한 긍정은 태도는 다양한 자연물(피조물)을 적극적으로 시각화하면서 중세 서구 이미지 문화를 풍요롭게 만들어 갔다. 프랑스 국왕의 납골당인 생드니 수도원 횡와상은 이러한 자연주의적 태도의 발전이 14세기에 이르러 보다 현실적으로 변화했다는 사실을 극적으로 보여준다. 13세기까지의 횡와상이 실제 국왕의 모습을 알 수 없는 이상적인 모습으로 조각되었다면 14세기 초에 이르면 실제 국왕이 사망했을 당시의 모습으로, 그리고 그 개인적인 용모의 특징을 명확히 드러내는 방식으로 조각이 이루어지기 시작했다.¹⁶⁾ 물론 이미지의 ‘개인화’가 모두에게 적용되는 현상은 아니지만, 13세기 말~14세기 초에 이르러 실제로 목도한 것을 최대한 사실과 가깝게 표현하려는 움직임이 어떤 제약도 받지 않고 발전해 나갔다. 사방에 널려 부패해가는 사체에 대한 표현은 바로 이러한 배경 아래 가능했다.

하지만 끔찍하고 역겨운 이미지 상의 표현은 15세기를 넘어가면서 좀 더 누그러지고 정돈된 모습을 보여준다. 이는 14세기 후반에 등장한 ‘죽음의 승리’ 이미지와 15세기부터 본격적으로 등장한 ‘죽음의 춤’ 이미지를 비교해 볼 경우 두드러진다. 한편으로 후자는 전자를 계승

14) 필립 아리에스, 『죽음 앞의 인간』 고선일 옮김 (서울: 새물결, 2004), 212-222쪽.

15) Jean Wirth, *L'image médiévale. Naissance et développements (VI^e-XV^e siècle)* (Paris: Méridiens-Klincksieck, 1989), pp. 195-230.

16) 이러한 사례는 세기의 라이벌이었던 프랑스 왕 필리프 4세와 교황 보니파키우스 8세의 경우 잘 나타난다. 두 권력자가 남긴 횡와상과 입상은 각각의 개인적 외모의 특징을 잘 드러내고 있다.

한다고 볼 수 있다. 하지만 다른 한편으로 죽음이 몰고 오는 무지막지한 가차 없는 폭력성과 흉측한 표현은 누그러진다. 분명 썩어가는 사체(transi)임을 표현하고는 있지만 해골은 상당히 단정하게 가다듬어져 있고, 가벼운 스텝으로 춤을 추며 사람들을 이끄는 이들의 모습은 파괴적이고 전복적(subversive)이기보다는 기괴하고 변태적(perversive)이다. 이끌려 가는 자들의 표정에는 가공할 공포로 겁에 질린 표정보다는 단지 난처하고 불편한 표정, 또는 무뚝뚝한 무표정이 주를 이룬다. 또한 15세기 ‘죽음의 춤’은 죽음이 모든 계층과 위계에 똑같이 찾아온다고 표현하는 동시에 한 사회체를 구성하는 다양한 계층과 위계를 시각적으로 명료하게 구분하여 표현한다. 14세기의 죽음은 개인뿐만 아니라 사회질서 전체를 위협했다면, 15세기의 죽음은 누구에게나 찾아오기는 하지만 정치 질서나 및 사회 체계 전체를 뒤집어 놓지는 않는다.

14세기 후반에서 15세기로 넘어가면서 중세 서구 사회에는 죽음의 트라우마가 깊이 각인되어 있었다. 하지만 흑사병이라는 폐죽음의 트라우마는 다양한 담론과 이미지로 차이와 반복을 이루며 표현될수록 일상의 한 요소로 자리 잡는다. 트라우마와 대면하면서 다른 이와 고통을 나누고 일상생활을 지속하라는 트라우마 극복 방법은 흑사병 이후 살아남은 자들 사이에서 생산되고 공유되던 중세 말 죽음 이미지의 변화 과정을 너무도 잘 설명한다. 이렇게 해서 죽음은 삶의 이면을 가차 없이 날 것으로 드러내는 잔혹극의 주제에서 죽음을 인간사의 당연한 과정으로 누구든 대비해야 하는 삶의 절차라고 설명하는 서사극의 주제로 변화해 나갔다.

IV. 불멸에 대한 욕망

흑사병이 몰고 온 죽음에 대한 공포는 비단 중세 사회의 일상을 규제하고 기준을 제시한 종교적 세계관에서만 나타나는 문제는 아니었다. 이미 ‘모두의 죽음’이 의미하는 바는 한 왕국의 중앙 권력을 담지하고 있는 국왕 또한 인간으로서 언제나 갑자기 죽을 수 있다는 점이였다. 이는 사망한 국왕의 장례식에서 새로운 국왕의 즉위식 사이에 국왕이 담지하는 정치체의 최고 권력이 단절되거나 공백이 생겨서는 안된다는 정치 담론으로 나아가는 계기를 이루었다. 안정적인 왕위계승은 왕정 또는 일인지배체제(monarchia)를 유지하고 있는 정치체에서라면 동서를 막론하고 강력한 왕권을 확보하기 위한 가장 중요한 기반이었다.¹⁷⁾ 이와 관련해서 흑사병의 충격이 아직 가시지 않은 14세기 후반에 왕위계승과 관련하여 주목할 만한 행보를 보인 나라는 바로 프랑스 왕국이었다. 중세 유럽 인구의 40%를 차지했기에 가장 많은 흑사병 피해를 받은 프랑스에서 국왕 샤를 5세(1364-1380)는 1374년 8월에 남성남계에 의한 왕위계승 및 국왕의 성인 연령을 14세로 규정하는 내용을 골자로 하는 왕위계승에 대한 칙령을 작성했다. 곧이어 두 달 뒤에는 미성년 국왕에게 필요한 섭정의 역할 및 차남 이하 왕자들이 지니는 대군령(apanage)에 대한 규정을 담은 또 다른 칙령을 작성했다.¹⁸⁾ 그리고 이 두 칙령은 1375년 5월 고등법원(Parlement)에서 프랑스 왕권의 주권과 관련된 헌정으로 장엄하게 선포되었다. 사실 이 칙령과 관련해서 중요한 것은 내용 자체라기보다는 왕위계승에 대한 원칙을 국왕이 반포하는 헌장으로 확립했다는 점이 중요한데, 왜냐하면 그것은 바로 이 시기에 확립되고 있었던 국왕 주권(souveraineté)과 관련된 사안이었기 때문이다.

이 법안에는 앞서 말한 바와 같이 왕권의 공백이 있어서는 안된다는 생각이 기저에 깔려 있

17) 김범, 『사화와 반정의 시대 - 성종·연산군·중종대의 왕권과 정치』 (고양: 위즈덤하우스, 2015), 24쪽.
18) *Recueil général des anciennes lois françaises depuis l'an 420 jusqu'à la révolution de 1789*, t. 5, Jourdan, Decrusy, Isambert ed. (Paris: Belin le prieur, 1824), pp. 415-423.

다. 특히 개인으로서의 왕이 이 공적 권력의 전적인 담지자라는 프랑스 왕조의 논리는 왕권을 구현하는 구체적인 왕 개인 또한 연속적으로 늘 존재해야 한다는 강박으로 나아갔다. 즉 개인으로서의 왕은 죽을 수 있어도 왕위계승은 중단없이 또 공백없이 이루어져야 한다는 점, 영속성(perpetualitas)을 전제로 한 이념적·추상적 왕권은 현실에서도 늘 영속적으로 구현·체화되어야 한다는 점을 의미했다. 사실 (어쩌면 한국사에서는 당연하게 보이는) 이와 같은 프랑스 왕위계승 논리는 14세기 초까지만 하더라도 명확히 확립된 것이 아니었다. 1328년 카페 왕조 방계인 발루아 가문의 필리프 6세가 왕위를 계승할 때까지 1375년 법령의 내용에 이의를 제기할 수 입장은 다양하게 존재했다. 적어도 세 가지 주장이 당대에 유효하고 정당한 논리로 제기될 수 있었는데, 그 첫 번째는 교황에 의한 왕위 계승 인정, 두 번째는 여성의 계승, 세 번째는 여계에 의한 외국인 계승 논리였다.

첫 번째는 1270년 필리프 3세(1270-85)가 튀니스에서 스스로를 왕으로 선포하면서 실질적인 효력을 상실해 갔다. 11세기 그레고리우스 개혁 이후로 교황은 세속 군주들보다 우월한 영적 권위를 내세웠고 이는 혈통(자연)이 아닌 교황의 인정(은총)을 통해서만 본격적인 왕위 계승이 가능하다는 주장으로 이어졌다. 하지만 13세기 초 필리프 2세 당시에 ‘가장 기독교적인 왕(rex christianissimus)’라는 칭호를 획득한 카페 왕조는 필리프 3세에 이르러 과감하게 이를 무시했다. 기독교 군주의 모범이었던 루이 9세(1226-70)가 제8차 십자군 당시 튀니스에서 사망했을 때, 함께 참전한 세자 필리프는 위기의 상황에서 권력 공백을 지워버리는 정치적 결단을 내렸다. 이는 선례가 되었고 자연스럽게 관행이 되었다. 특히 그의 아들인 필리프 4세(1285-1314)는 교황 보니파키우스 8세와의 1차 분쟁의 타협안으로 조부 루이 9세의 시성식까지 획득했고 이는 카페 왕조 혈통의 신성성을 보증했다. 나아가 아나니 폭거 이후 교황 선출에 프랑스 왕권이 개입하는 아비뇽 교황권의 시대가 열리면서, 프랑스 왕위 계승에서 교황의 개입이 이루어지기로 불가능했다. 이어서 두 번째 여성의 왕위계승권은 필리프 4세의 둘째 아들인 필리프 5세(1316-1322)가 네 살짜리 조카 잔(Jeanne)에게서 왕위를 찬탈하면서 배제되었다. 그리고 세 번째 여계의 왕위계승권은 1328년 남성이고 직계지만 여계인 잉글랜드 왕 에드워드 3세가 프랑스인의 본성, 즉 프랑스의 *natio*를 지니지 못했다는 이유에서 프랑스 대귀족들로부터 왕으로 선택받지 못하게 되면서 배제되었다. 이렇게 13세기 말에서 14세기 초에 벌어진 우연한 사건들의 결과, 프랑스에서는 이른바 ‘신성한 혈통’을 지닌 남성남계만이 교황의 개입 없이 왕위를 계승할 수 있는 권리를 지닌다는 전통이 형성되었다.

문제는 이것이 어디까지나 전통일 뿐이라는 사실이었다. 흑사병의 광풍이 프랑스를 휩쓸었을 때 세손이었던 샤를 5세(1364-80)는 모친인 세자비 본 드 뤽상부르의 죽음을 경험했던 만큼, ‘죽음의 승리’나 ‘죽음의 춤’에서 전하는 메시지, 즉 신분고하를 막론하고 죽음은 찾아온다는 점을 누구보다 잘 알고 있었다. 또한 그는 세자 시절인 1356년 외숙부인 신성로마제국 황제 카를 4세가 ‘금인 칙서’로 제위 선출과정을 법제화하는 과정도 제국의회에 직접 참석하여 목도한 바도 있었다. 샤를 5세는 바로 이러한 개인적인 경험을 바탕으로, 또 1370년대부터 들려오기 시작한 적국 잉글랜드의 상황에 대한 소식에 대한 대응으로 왕위계승을 안정화하기 위한 법을 제정하였다. 당시에 잉글랜드에서는 국왕 에드워드 3세가 노쇠해 가고 있었고 세자인 웨일즈 공 에드워드 또한 이질을 앓은 이후 건강을 크게 상한 상태에 있었다. 이러한 상황에서 권좌를 둘러싼 세손 리처드와 그의 숙부들 사이의 투쟁은 명약관화한 것이었다. 그리고 샤를 5세는 이를 프랑스에서도 언제든지 일어날 상황으로 보았다.¹⁹⁾

“죽은 자는 산 자를 붙잡는다(Le mort saisit le vif).” 이는 1376년과 1378년 사이에 에브

19) Françoise Autrand, *Charles V* (Paris: Fayard, 1994), pp. 632-633.

라르 트레모공(Évrart de Trémaugon)이 저술하여 샤를 5세에게 헌정한 『낙원의 꿈(Songe du vergier)』에 나타나는 구절로 앞서 언급한 샤를 5세 시기 왕위계승의 이데올로기를 압축적으로 보여준다.²⁰⁾ 이 구절은 황제나 교황이 선출로 즉위하는 것과 달리 프랑스 왕위는 아버지에서 아들로 이어지는 혈연적 계승에 의해 즉위하게 된다는 점을 설명한 후 부가된 문장으로, 왕조의 연속성으로 왕 개인의 죽음을 뛰어넘어 왕권의 공백을 제거하고 영속성을 확보하는 것이 중요하다는 것을 역설한다.²¹⁾ 또한 1374년 칙령에 따르면, “본성상 아버지와 아들은 같은 인격으로 여겨진다. … (부왕)의 승하 후 아들은 홀로 남지만 동시에 일종의 불멸성에 동참한다.”라는 부자동일성 원칙에 따라 왕조의 연속성은 왕권의 영속성을 충실하게 구현한다.²²⁾ 이렇게 해서 선대 왕은 죽지만 그가 지닌 왕권은 끊어지지 않고 바로 살아 있는 후대 왕에게 이어진다. 왕위계승과 관련한 원칙을 처음으로 표명한 이 담론은 1375년에 반포된 칙령을 정당화하는 동시에 흑사병 이후 증폭된 죽음 관련 담론과 이미지를 정치적으로 전유한다. ‘죽음의 승리’나 ‘세 명의 죽은 자와 세 명의 산 자’처럼 국왕도 죽음을 피해갈 수 없다는 메시지와 죽은 자와 산 자가 만난다는 메시지를 담고 있지만, 이 정치담론이 주장하는 것은 왕 개인의 죽음을 넘어선 왕권의 불멸성이다.

이와 같은 주장은 샤를 5세의 뒤를 이은 샤를 6세(1380-1422) 시기에 더욱 강화되었다. 사실 샤를 6세의 왕위계승에는 문제가 없었지만 24세가 되는 1392년 8월 정신이상 증세가 발병하면서 왕권은 크게 실추되기 시작했다. 국왕 신상이 매우 불안정한 상황에서 1374년 칙령이 선포한 왕위계승 원칙은 1403년과 1407년 두 차례에 걸쳐 다시 반포되었다. 또한 1405년 당대 프랑스를 대표하는 지식인이자 파리대학 총장이었던 장 제르송(Jean Gerson, 1363-1429)은 「국왕 만세(Vivta Rex)」라는 연설을 통해 부자동일성에 입각한 왕조의 연속성과 왕권의 영속성을 강조했다.²³⁾ 이후 15세기 말 이후 이 담론은 국왕 장례식에서 외치는 다음과 같은 경구로 정식화되었다. “국왕 승하, 국왕 만세(Le roi est mort, Vive le roi)!” “왕은 죽지 않는다(Le roi ne meurt jamais)!”²⁴⁾ 죽지 않는 추상적 왕권, 이는 ‘왕의 두 신체’에 대한 칸토로비치의 연구가 잘 보여주듯이 왕 개인과 구별되는 가상(fiction)의 인격체로서의 국가(State)의 등장을 의미한다. 특히 법인으로서의 국가는 시작과 끝을 지니는 자연적인 피조물들의 시간(tempus)이 아닌 시작은 있지만 끝이 없는 영속성(perpetualitas)이라는 차원이 다른 시간대에 위치한다. 그것은 또한 개체가 아닌 개체의 종적 본질의 시간이며 하나의 개체가 하나의 종인 천사의 시간이기도 하다. 수많은 인간 개개인은 탄생과 죽음을 겪어도 ‘인간’이라는 종은 창조 이후 영속하듯이, 개별 국왕은 태어나고 죽어도 이를 추상화한 왕권, 즉 법인으로 표현되는 국가는 천사의 지위를 누리며 끝없이 영속한다.²⁵⁾

20) Évrart de Trémaugon, *Le songe du vergier*, t. 1, Marion Shcnerb-Lièvre ed. (Paris: CNRS, 1982), p. 215.

21) Jacques Krynen, *L'empire du roi. Idées et croyances politiques en France XIII^e-XV^e siècle* (Paris: Gallimard, 1993), pp. 135-142.

22) “... cum natura eadem persona reputentur cum ipsis ... nam ipsis solis remanentibus post mortem, ... quodammodo immortalitatem participant.” *Recueil général*, p. 418. 이러한 부자동일성의 원칙은 다음과 같은 성경 구절로 다시 정당화 되었다. “이런 자식의 아버지는 죽어도 죽지 않는 것과 같으니 자기 뒤에 자신을 닮은 사람을 남겨 놓기 때문이다.”(『집회서』, 『공동번역 성서』, 제2경전 159쪽(30:4)).

23) Krynen, *L'empire du roi.*, pp. 148-153.

24) Ralph E. Giesey, *Le roi ne meurt jamais: les funérailles royales au temps de la Renaissance* (Paris: Flammarion, 1992); *Cérémonial et puissance souveraine: France, XV^e-XVII^e siècles* (Paris: EHESS, 1995).

25) Ernst H. Kantorowicz, *King's Two Bodies. A Study in Mediaeval Political Theology*

V. 맺음말 : 죽음을 길들이기

흑사병은 14세기 서유럽 사회에서 인구, 사회, 경제, 일상생활 등 많은 부분에서 가공할 영향을 끼쳤을 뿐만 아니라 중세 유럽인들의 심성과 정신에도 깊은 상처를 남겼다. 사실 죽음과 관련하여 로마 시대와 다른 중세 서유럽의 가장 큰 특징은 일상에 파고든 친숙함이었다. 흑사병 발발 이전 서유럽에서는 내세에서의 구원을 신앙생활의 가장 큰 동기로 부여하고 있었기에, 죽음은 멀리 거리를 두어야 할 것이 아니라 마을 한가운데 있는 교회에서 공동묘지를 조성하여 관리해야 하는 것으로 여겨졌다. 죽음은 급작스럽게 또는 대규모로 찾아오는 것도 아니었다. 죽음 이후에 가게 될 저승의 공간(천국, 연옥, 지옥)은 친숙하게 받아들여졌고 누군가의 죽음에 대해서는 종교적인 차원에서 납득할만한 설명이 이루어졌다. 하지만 흑사병은 중세 서유럽인에게 죽음을 너무나도 낯설게 만들었다. 친숙한 죽음이 아닌 공포와 충격, 불안을 일으키는 죽음이었다. 아무런 이유도 없이 갑작스레 너무나 많은 사람이 떼죽음을 당하고 온전한 장례식도 치르기 힘들어 여기저기에서 사체들이 적나라하고도 충격적인 장면을 보여주면서 부패해 갔다. 죽음은 친숙한 것에서 공포와 충격, 불안의 대상이 되었다.

본 글은 흑사병으로 인한 죽음이 초래한 정신적 충격에 대해 중세인이 어떠한 태도로 대응했는가를 살펴보고자 했다. 14세기 후반 이후 죽음에 대한 담론과 이미지의 주요한 범주는 ‘모두의 죽음’과 ‘나의 죽음’으로 구분될 수 있는데, 중요한 점은 15세기 전후 시기에 이르러 죽음의 이미지가 양산되어 가면서 오히려 사회에 새롭게 길들여지기 시작했다는 사실이다. 마치 예전의 공동묘지처럼 죽음의 이미지와 상징이 증가해 가는 이미지 작품 속에서 친숙한 표현 대상으로 자리잡았다. 이때 죽음은 그냥 무미건조한 삶의 종착점으로 끝나지 않고, 14세기가 부여한 온갖 공포와 충격, 불안의 상징을 유지하면서도 잘 정돈된 방식으로 또는 무해한 방식으로 표현되었다. 1538년 한스 홀바인이 출간한 『죽음의 춤』 판화집은 갑자기 찾아오는 죽음이라는 현실을 해학적으로 일상에 녹여내고 있다. 1562년 피터 브뤼겔이 그린 <죽음의 승리>는 급작스러운 대규모 떼죽음을 표현하지만, 멀리 떨어져 있는 화가의 시선은 화폭에 펼쳐진 장관을 그림을 바라보는 자의 현실과 무관한 것으로, 또는 비현실적인 상상의 장면으로 만든다. 르네상스 시기에 이르러 해부학이 발전하면서 화가들은 엄격하고 냉혹한 시선으로 시신을 정확하게 표현하기 시작했다. 즉 죽음은 그 자체로 하나의 관찰 대상이 되었고 이는 살아 있는 것도 죽은 것처럼 대하는 서구 근대성의 ‘대상화(objectification)’ 논리에 가장 적합한 것이었다. 다른 한편으로 서구 사회는 정치적 영역에서 죽음을 초월하는 새로운 이데올로기를 발전시켰는데 바로 의제적이고 영속하는 법인체의 고안이 그것이다. 그것은 창조되었지만 썩지도 죽지도 않는 지위를 부여받는다. 그리고 이 부패하지 않는 불멸의 성격은 향후 국가와 자본(주식회사)의 가장 큰 특징을 이루게 된다.

중세 말 서유럽 사회는 흑사병에 대해 의학적으로 대응하는 데에는 적절한 방법을 찾아내지 못했다. 하지만 흑사병이 가한 죽음의 충격에 대해서는 다른 지역에서는 생각지도 못할 두 가지 대응 방식을 발견, 또는 발명해냈다. 그중 하나는 죽음에게서 힘을 박탈하고 무력하게 만드는 방식, 즉 죽음을 죽여버리는 방식으로 이는 모든 살아 있는 것에 죽음의 순간을 부과하는 대상화의 논리로 이어졌다. 다른 하나는 죽음과 부패를 철저히 부정하는 가상을 창안해서 현실적인 힘과 영속적인 생명을 부여하는 방식으로, 천사(?) 또는 유령처럼 존재하지 않는 것이 실제 존재하는 것에 영향을 미치는 법인화의 논리로 이어졌다.

(Princeton: Princeton University Press, 1957).

참고문헌

1. 사료

■ 1차 사료

Biblioteca virtual Miguel de Cervantes, *Libre vermell de Montserrat*, ff. 26v-27r.
(<https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/l libre-vermell-de-montserrat-0/html/ff6fe3e2-82b1-11df-acc7-002185ce6064.html>) [검색일: 2022년 6월 15일].
Bibliothèque nationale de France, département Réserve des livres rares, RES-YE-88.
Ballade "O vos omnes, qui transitis per viam, attendite ... ". - [Précédé de]
Ballade "Las et pourquoi prends tu si grand plaisir ... ", Guy Marchant ed.
(1485-86). [기 마르상 편찬, 죽음의 춤 판화집]

■ 편찬사료

Compendium de Epidemia, in Emile H. Rébouis, *Étude historique et critique sur la peste* (Paris: Alphonse Picard, 1888), pp. 70-145(*Consultation de la faculté de médecine de Paris*).
Évrart de Trémaugon, *Le songe du vergier*, 2 t., Marion Shcnerb-Lièvre(ed.) (Paris: CNRS, 1982).
Recueil général des anciennes lois françaises depuis l'an 420 jusqu'à la révolution de 1789, t. 5, Jourdan, Decrusy, Isambert ed. (Paris: Belin le prieur, 1824).
Poèmes de la mort de Turolld à Villon, Jean-Marcel Paquette ed. (Paris: Union Générale, 1979).
The Ars moriendi (editio princeps circa. 1450), W. Harry Rylands ed. (London: Wymans & sons, 1881).

2. 연구문헌

김준현, 「기요 마르상의 『죽음의 무도』 연구 - 텍스트와 이미지의 관계를 중심으로」 『외국문학연구』 50(2013).
남종국, 「흑사병의 서유럽 전파에 관한 오해와 왜곡: 무시스의 기록을 중심으로」 『의사학』 30-3(2021).
박흥식, 「주검은 왜 춤추게 되었을까 - 죽음의 무도의 기원을 찾아서」 『중세의 죽음』 서울대학교중세르네상스연구소 편 (서울: 산치럼, 2015).
수잔 스콧, 크리스토퍼 던컨, 『흑사병의 귀환』 황정연 옮김 (서울: 황소자리, 2005).
울리 분덜리히, 『메멘토 모리의 세계 - '죽음의 춤'을 통해 본 인간의 삶과 죽음』 김종수 옮김 (서울: 길, 2008).
이상동, 「채찍질 고행 - 1260년과 흑사병 창궐시기(1348-9년) 활동에 대한 비교사적 접근」 『사림』 75(2021.1).
이상동, 「흑사병 창궐과 유대인 학살(pogrom): 1348-51년 유대인 음모론과 사회적 대응」 『서양중세사연구』 47(2021.3).
이상동, 「흑사병(Black Death) 병인(病因)론 - 흑사병은 페스트인가 -」 『서양사론』 149(2021.6).

- 장재원, 「스페인 중세 시 『죽음의 무도』에 드러난 사회 비판 연구」 『스페인어문학』 102(2022).
- 장클로드 슈미트, 『유령의 역사 - 중세 사회의 산 자와 죽은 자』 주나미 옮김 (인천: 오롯, 2015).
- 필립 아리에스, 『죽음 앞의 인간』 고선일 옮김 (서울: 새물결, 2004).
- 필립 지글러, 『흑사병』 한은경 옮김 (파주: 한길사, 2003).
- 홍용진, 「중세 말 파리대학의 흑사병 예방법: 치료와 훈육 사이」 『질병 관리의 사회문화사: 일상생활에서 국가정책까지』, 최해별 외 (서울:이화여자대학교출판문화원, 2021).
- Aberth, John, *The Black Death: The Great Mortality of 1348-1350* (New York: Palgrave Macmillan, 2005).
- Autrand, Françoise, *Charles V* (Paris: Fayard, 1994).
- Barker, Hannah, "Laying the corpses to rest: grain, embargoes, and Yersinia pestis in the Black Sea, 1346-48," *Speculum* 96-1(2021).
- Benedictow, Ole J., *The Black Death 1346-1353: The Complete History* (Woodbridge: Boydell Press, 2004).
- Cohn, Samuel K., *Lust for Liberty. Politics of Social Revolt in Medieval Europe, 1200-1425 - Italy, France, and Flanders* (Cambridge MA & London: Havard University Press, 2008),
- Giesey, Ralph E., *Le roi ne meurt jamais: les funérailles royales au temps de la Renaissance* (Paris: Flammarion, 1992).
- Giesey, Ralph E., *Cérémonial et puissance souveraine : France, XV^e-XVII^e siècles* (Paris: EHESS, 1995).
- Herlihy, David, *The Black Death and the Transformation of the West* (Cambridge MA: Havard University Press, 1997).
- Kantorowicz, Ernst H., *King's Two Bodies. A Study in Mediaeval Political Theology* (Princeton: Princeton University Press, 1957).
- Krynen, Jacques, *L'empire du roi. Idées et croyances politiques en France XIII^e-XV^e siècle* (Paris: Gallimard, 1993).
- Spyrou, Maria A., Musralina, Lyazzat, Gnechchi Ruscone, G.A. et al., "The source of the Black Death in fourteenth-century central Eurasia," *Nature* (2022.6.15.). (<https://www.nature.com/articles/s41586-022-04800-3>) [검색일: 2022년 6월 18일].
- Vovelle, Michel, *La mort et l'occident de 1300 à nos jours* (Paris: Gallimard, 1983[2000]).
- Wirth, Jean, *L'image médiévale. Naissance et développements (VI^e-XV^e siècle)*, (Paris: Méridiens-Klincksieck, 1989).

「죽음을 길들이기」 토론문

배 혜 정 (부산대학교)

본 발표문은 흑사병이 뒤흔든 중세 말 유럽의 상황을 ‘죽음’을 키워드로 색다르게 펼쳐 보입니다. 즉 흑사병이 발발한 후에 죽음 관련 이미지와 담론이 폭발적으로 재생산되는 과정을 면밀히 살펴봄으로써, 그 낯설고 이례적인 죽음이 인간사에 자연스럽게 안착하는 방식을 탐색하고 있습니다. 익숙한 죽음 이미지와 담론 속에서 새롭고도 미묘한 변화를 포착하는 이 글은 서양사 연구에서 상당히 중요한 의미가 있다고 생각합니다. 우선, 사실성과 구체성을 더하여 중세 말 죽음의 역사를 풍성하게 해줍니다. ‘우리의 죽음’과 ‘즐거운 종말’이 주류였던 중세 전반의 죽음 담론이, 흑사병이 휩쓸 후 ‘모두의 죽음’과 ‘나의 죽음’이 공존하며 낯설고 공포스러운 죽음 담론으로 대체되는데, 그 전환이 여러 이미지를 통해 구체적이고 생생하게 그려지고 있습니다. 게다가 흑사병 발발 직후의 끔찍한 죽음이 차차 산자들의 일상과 체계 속에서 길들여지는 변화까지 짚어내, 죽음이 현실화되는 동시에 대상화되는 중세 말 사회의 변화상도 놓치지 않습니다. 이에 더하여 본 글은 ‘모두의 죽음’ 담론에서 ‘국왕 주권’ 개념을 끌어내고 이것이 불멸의 인격체인 ‘국가’의 탄생으로 이어지는 과정 또한 읽어냄으로써, 근대적 정치 이데올로기의 기원을 밝히고 있습니다.

요컨대, 본 발표문은 흑사병 이후의 죽음 이미지와 담론이 되풀이되면서도 새롭게 진화하는 지점들을 드러내, 흑사병이 인간의 삶과 체계에 미친 새로운 영향을 파악할 뿐 아니라 중세 말 이행기의 구체적인 면모를 이해할 기회를 줍니다. 여기서는 몇 가지 질문을 던지며 토론을 갈음하고자 합니다.

첫째, 2장에서 14세기 후반 이후 ‘모두의 죽음’과 ‘나의 죽음’이 공존한다고 하셨는데, 어떻게 보면 정도의 차이는 있겠지만 어느 시대에나 이런 공존의 성격이 없지 않습니다. 이러한 죽음의 동시성에서 이 시기만의 분명한 특징이 있는지, 또 중세 전반과 비교했을 때 주요한 차이점은 무엇인지 궁금합니다. 그리고 아리에스에 따르면 중세 후기에 ‘나의 죽음’이 확연히 등장하는데, 이런 과정에서 특히 흑사병이 미친 영향은 무엇인지요?

둘째, 3장에서 자연주의적으로 사체를 표현한 ‘마카브르’와 죽음의 공포를 반영한 ‘죽음의 승리’가 더 정제되고 질서 잡힌 ‘죽음의 춤’으로 바뀌는 과정을 세밀히 분석하여, 흑사병 직후의 죽음 이미지가 잔혹극에서 서사극으로 길들여지는 변화상을 잘 보여주고 있습니다. 발표자의 해석에 충분히 동의하면서, 지독한 전염병과 집단적 죽음을 겪은 중세 후기 사람들이 트라우마를 극복하는 또 다른 방식도 이해할 수 있었습니다. 다만, 사례가 더 풍부했으면 하는 바람과 함께, 이런 죽음 이미지 이외에도 중세 말 여러 관행이나 문화 등에서도 이런 변화를 읽을 수 있는지 궁금합니다.

셋째, 4장에서 왕권의 불멸성이 헌장으로 확립되면서 영속성을 지닌 법인체로서의 국가가 등장한다고 설명하셨는데, 이런 정치 담론의 출현이 (흑사병의 전파와 시기적으로는 일치하지만) 흑사병 발발 및 유행하는 죽음 담론과 어떻게 직접적으로 연관되는지 좀 더 설명해주셨으면 합니다.

끝으로, 글의 구성에서 핵심 장인 3장과 4장이 좀 다른 주제를 다루는 듯한 인상을 줍니다. 물론 흑사병으로 인한 이례적인 죽음이 인간 현실의 삶과 제도 속에 포섭되는 지점을 분석한다는 점에서 연결성이 분명히 존재합니다. 그래도 이미지를 위주로 불안하고 공포스러운 죽음이 더 완화되고 정돈된 죽음으로 전환되는 변화상을 읽는 3장과, 정치 담론을 중심으로 불멸에 대한 욕망으로 영속성을 지닌 이념적·추상적 왕권이 출현하는 과정을 살피는 4장은 다소 결이 다른 것도 같습니다. 글 구성과 관련해서 답변 부탁드립니다.

청말 민국 초 전염병과 의약시장 -곽란(霍亂)과 콜레라를 중심으로-

최 지 희 (경희대학교)

목 차

- I. 머리말
- II. 청 말 민국 초기 중의학계의 곽란과 콜레라에 대한 이해
- III. 곽란, 콜레라의 치료와 근대 의약 시장
 - 1. 곽란과 콜레라의 치료와 매약(賣藥)
 - 2. 곽란과 콜레라 치료제의 광고
- IV. 맺음말

I. 머리말

중국 명청시대에는 도시가 발달하고 인구이동이 잦아지면서 역사상 전염병이 가장 빈번하게 일어나고 피해가 컸던 시대이다.¹⁾ 그 영향으로 명청대 사회의 전염병에 대한 관심이 높아졌으며 특히 청대의 중의학자들은 빈번하게 발생하는 전염성의 질병을 연구하여 온병학(瘟病學) 이론으로 발전시켰다.²⁾

청 가경, 도광 연간에 중국에 콜레라가 유입되어 급속히 퍼졌는데 설사와 구토가 반복되는 증상 때문에 당시 중의학자와 민간에서는 이 질병을 기존의 수인성의 위장감염병인 곽란(霍亂)의 한 종류로 인식하였다. 그러나 청말 민국시대의 중의학자들은 점차 이 새로운 질병을 파악하고 연구하면서 기존의 곽란과 매우 성질이 다르다는 것을 깨닫게 되었다.³⁾ 청대 의서와 약국의 약품 목록에는 곽란을 치료하는 매우 다양한 종류의 약방藥方(처방전)과 매약이 있었는데, 콜레라에 대한 처방과 매약이 이후에 추가되기 시작하였다.

전염병에 대한 본격적인 방역, 위생체제가 시도된 것은 1920-30년대이고 전염병에 대한 대응도 약물을 이용한 치료의학에서 백신, 방역과 같은 예방의학으로 전환되는 변화를 맞았다. 그러나 이러한 체제가 등장하고 서양의학의 영향을 받기 시작했던 민국시기 이후의 의약시장에도 곽란 혹은 콜레라를 치료하는 약이 활발하게 광고되었고, 중약국(中藥局) 뿐만 아니라 서양 약국에서도 판매하는 것을 확인할 수 있다. 곽란이라는 전통 의학개념에 콜레라라는 새로운 질병이 포함되면서 의약시장에는 어떤 변화가 나타났을까? 콜레라 치료제는 어떤 것들이

1) 張志斌, 「古代疫病流行的諸種初探」, 『中華醫史雜誌』, 1990(1). (余新忠, 『清代江南的瘟疫與社會—一項醫療社會史的研究』, 61쪽, 재인용).

2) 박현국 외, 『중국과학기술사』, 일지사, 1997년, 705쪽; 余新忠, 『清代江南的瘟疫與社會—一項醫療社會史的研究』 288-305쪽.; 範行准, 『中國醫學事略』 239-240쪽.

3) 余新忠, 「嘉道之際江南大疫的前前後後—基於近世社會變遷的考察」, 『清史研究』, 2002년 第2期.

있었으며 왜 1920-30년대 백신이라는 효과적인 예방수단이 등장한 이후에도 여전히 '콜레라 치료제'가 의약시장에 존재했을까?

중국과 한국학계의 청말 이후 콜레라에 대한 연구는 주로 청말 자선조직의 활동이나 지역사회의 전염병에 대한 대응⁴⁾, 혹은 1920-30년대 시정부, 식민지 정부의 방역체계의 형성등에 초점이 맞추어져 있다.⁵⁾ 근대 의약시장과 의약광고에 대한 연구도 상당히 이루어졌으나 전염병 및 콜레라 치료약에 관련된 연구는 부족한 편이다.⁶⁾ 콜레라와 같은 치명률이 높고 새로운 전염병을 마주한 중국사회는 이러한 질병에 대한 처방과 약에 관심을 기울였고, 의약시장은 대중의 관심에 부응하여 매약을 시장에 활발히 광고, 판매하였다. 이 글에서는 '곽란', '콜레라'라는 전염병을 중심으로 청말 민국시기 의학지식의 변화와 이것이 의약시장에 미친 영향을 살펴보고 나아가 중국의 근대사회의 변화를 생각해보려고 한다.

II. 청 말 민국 초기 중의학계의 곽란과 콜레라에 대한 이해

중의학·한의학에서는 곽란(霍亂)이라는 질병을 '더위를 먹거나 상한 음식으로 심하게 토사(吐瀉) 하는 증상', '갑작스럽게 토하고 설사하는 증상'으로 설명한다. 민간에서는 흔히 '토사 곽란(吐瀉霍亂)'이라고도 하며 대개 토하면서 머리가 멍하고 힘이 뒤틀리는 증상을 말한다. 동의보감에서도 곽란의 증상을 다음처럼 설명한다.

"곽란은 명치가 갑자기 아프고 토하며 설사하고 오한이 나며, 열이 심하게 나고 머리가 아프며 어지러운 증상이다. 심하면 힘이 뒤틀리며 이것이 뱃속에서 일어나면 곧 죽는다."⁷⁾

명청시대 중의학에서는 곽란(霍亂)이 여름과 가을의 덥고 습한 계절에 발생하는 질병이라고 이해했다. 일반적으로 곽란의 대표적인 증상은 구토와 설사였다. 명대의 의학자 장경악(張景岳)은 곽란을 上吐下瀉(상토하사: 구토와 설사)로 설명하였다. 또한 청대 강희제 시기에 활동했던 의학자 주양준(周揚俊)은 설사 구토 증상이 없어도 가슴이 답답하고 극심한 복통이 일어나는 증상 역시 곽란이라고 설명하였다. "토하거나 설사가 없는 것도 곽란에 속한다. 心腹에 번갈아 통증이 있으면 곧 환자가 사망하니 이를 교장사(攪腸痧)라고도 한다." 이렇듯 곽란은 복통, 구토, 설사, 발열 등의 증상으로 설명되었고 발병원리와 증상에 따라 습곽란(濕霍亂)과 건곽란(乾霍亂)으로 나뉘기도 하였다.⁸⁾

4) 路彩霞, 「年中度歲與晚清避疫——以光緒二十八年爲主的考察」, 『史林』 第5期, 2008年; 楊鵬程, 劉瑛, 「清朝至民國時期益陽地區的瘟疫及其防治」, 『湖南城市學院學報』, 第34卷 第3期, 2013年; 嶽靖芝, 「中西醫對1902年天津霍亂的施救之策及影響」, 『曆史教學』, 2022年 第8期; 김현선, 「19세기 兩湖지역 콜레라의 유입과 토착화」, 『명청사연구』 제55집, 2021년.

5) 廖兵, 張根福, 「民國時期地方政府應對重大傳染病組織動員能力探析——以《大公報》(桂林版)報道的廣西霍亂爲中心」, 『浙江師範大學學報(社會科學版)』 2021年 第2期, 第46卷; 姬凌輝, 「流感與霍亂:民初上海傳染病防治初探(1918-1919)」, 『商丘師範學院學報』, 第30卷 第7期, 2014年; 楊鵬程, 肖玄鬱, 「民國時期(1912-1928年)湖南省瘟疫的預防救治措施」, 『曆史教學』, 2013年 第22期; 신규환, 「일본점령기 콜레라 유행과 북경의 위생행정(1937-1945)」, 『중국근현대사연구』 제51집, 2011년; 「해양검역과 동아시야: 1919-20년 대만과 조선의 콜레라 방역」, 『중국사연구』 124권, 2020년. 조정은, 「일본점령기 상하이의 콜레라 방역과 도시공간」, 『도시연구:역사 사회 문화』 26호, 2021년.

6) 劉夢婷, 近代上海醫藥報刊與西藥知識傳播(1927-1937), 上海師範大學碩士學位論文, 2020年 5月; 吳慧慧, 從《蘇州明報》醫藥廣告看近代蘇州社會問題(1925-1937年), 蘇州科技大學碩士學位論文, 2018年 6月; 皮國立, 中西醫學話語與近代商業——以《申報》上的“痧藥水”爲例, 學術月刊 第45卷 1月號, 2013年.

7) 김남일, 신동원, 여인석 등, 『한권으로 읽는 동의보감』, 2012년, 들녘.

8) 余新忠, 『清代江南的瘟疫與社會——一項醫療社會史的研究』, 88-89쪽.

현대 의학에서는 이상의 증상이 나타나는 '곽란'을 일종의 급성위장염으로 해석하며, 또한 명청대 기록에서 곽란이 매년 여름과 가을철에 강남지역에서 반복적으로 발생했고 때에 따라서 전염성이 있었기 때문에 계절성 세균성 질환으로 파악하기도 한다. 명청대 강남지역의 경우 온난다습한 기후와 사방으로 연결되어 있는 수로(水路), 시진(市鎮)의 발달, 인구의 잦은 왕래 때문에 이러한 곽란이 발생하고 전염되기 쉬운 환경이었다.⁹⁾ 특히 기근과 자연재해가 발생하여 다수의 사람이 영양실조에 걸리거나 위생조건이 좋지 않고 의약을 구하기 힘든 상황에서는 '곽란'이 전염병으로 발전하여 사망자가 발생하기도 했다.

한편, 청대의 중의학자들은 곽란 증상을 '사(痧)'라고 표현하는 경우도 많았다. 사(痧)는 청대에 비교적 활발하게 사용되던 질병의 개념으로 매우 다양하고 광범위한 증상을 포함하고 있었고 전염성 질병이나 피부질환, 통증, 발열 등의 증상을 가리키기도 했다. 극심한 복통을 동반하는 곽란을 '교장사(攪腸痧)'라고 했던 것처럼 곽란은 사(痧)로 표현되며 교장사 외에도 증상에 따라 적각사(吊腳痧), 각마사(腳麻痧), 별라사(癰螺痧)등으로 부르기도 했다. 그래서 곽란은 흔히 사(痧)와 혼용하여 표현되고 곽란을 치료하는 약도 사약(痧藥)이라고 하였다.¹⁰⁾

그런데 청 가경(嘉慶), 도광(道光)연간 연해지역에 발생했던 '곽란'은 기존의 곽란에 비할 수 없을 정도로 치명적이었고 빠른 속도로 중국 전역에 전파되어 수많은 사람을 희생시켰다. 당시 많은 의학자와 민간인들은 기존의 곽란 치료법대로 치료하고 사약을 사용했으나, 이러한 맹렬한 곽란에는 전혀 소용이 없다는 것을 다음처럼 깨닫게 되었다.

"도광(道光) 원년(元年)에 역(疫)이 크게 발행하였는데 곽란과 비슷하지만 다르다. 이 병은 처음에는 갑자기 구토와 설사가 나타나고, 손발에 경련이 일어나고 복맥(伏脈)이 나타나니 전근곽란(轉筋霍亂)이라고 한다. (병에 걸린 환자가)하루이틀만에 죽거나 한 두시진 만에 죽었다. ……(그러나) 어떤 처방과 약도 모두 효과가 없었다."¹¹⁾

"침과 의약이 전혀 효과가 없었다."¹²⁾

학자들은 1800년대 초반에 중국에 등장하여 큰 피해를 입힌 곽란이 바로 콜레라였으며 이후에도 주기적으로 유행하여 대규모의 인명을 살상했다는 것을 확인했다. Kerrie MacPherson과 같은 일부 학자들은 19세기에 중국에서 폭발했던 콜레라가 중국에 고대부터 있어왔던 질병이 변형되었을 가능성을 언급하기도 했지만, 현재 많은 연구자들은 19세기에 중국에 발생했던 새로운 곽란은 '비브리오 콜레라'이며 이전에는 없었던 질병으로 가경(嘉慶) 25년경 인도에서 들어온 것으로 추정하고 있다.¹³⁾ 콜레라 최초 발생 시기와 발생 횟수에 대해 학자들마다 의견에 약간의 차이가 있지만 대개 세계적으로는 19세기 이후 1920년대까지 6, 7 차례의 대유행이 일어난 것으로 보고 있다. 중국의 경우 가경(嘉慶)25년과 이듬해 도광(道光) 원년에 한 차례 전국적인 유행이 일어났고, 이후 도광17년(1837년)부터 선통3년(1911년)의 75년간 무려

9) 余新忠, 『清代江南的瘟疫與社會——一項醫療社會史的研究』, 98-99쪽.

10) 余新忠, 『清代江南的瘟疫與社會——一項醫療社會史的研究』, 99-100쪽.

11) 道光, 『寒圩小志』, 「祥異」, 鄉鎮志專輯, 第一本, 429쪽(余新忠, 「嘉道之際江南大疫的前前後後-基於近世社會變遷的考察」, 7쪽 재인용)

12) 宣統, 『信義志稿』卷19, 「志事·災異」, 鄉鎮志專輯, 第八本, 489쪽(余新忠, 「嘉道之際江南大疫的前前後後-基於近世社會變遷的考察」, 7쪽 재인용).

13) (英)程愷禮(Kerrie L. MacPherson), 『霍亂在中國(1920-1930): 傳染病國際化的一面』, 劉翠溶, 尹懋可主編, 『積漸所至: 中國環境史論文集』, 中央研究院經濟研究所, 1995年; 李玉尚, 「霍亂在中國的流行(1817-1821)」, 『曆史地理』第17輯, 上海人民出版社, 2001.; 余新忠, 『清代江南的瘟疫與社會——一項醫療社會史的研究』, 「嘉道之際江南大疫的前前後後-基於近世社會變遷的考察」

23년동안 콜레라가 발생했는데 전국적으로 비교적 파급이 컸던 것이 10차례 정도였다.¹⁴⁾ 민국시대 이후에도 콜레라가 여러 차례 유행하였는데 상하이의 경우 1912년, 1919년, 1926년, 1929년, 1932년, 1938년, 1946년 등 대유행이 주기적으로 일어났으며, 1942년에는 1,527명의 환자 중 384명이 사망하여 사망률이 25.1%에 달할 정도였다.¹⁵⁾ 시 정부와 일본 점령당국이 콜레라를 예방하기 위해 도시의 주민들에게 백신을 강제하고 방역정책과 위생행정을 도입했음에도 불구하고 여전히 콜레라는 주민들의 삶과 체제를 위협하는 전염병이었다.

그런데 처음 콜레라를 접했을 때 '전혀 효과가 없었다'라고 당혹감을 드러냈던 청 말의 중의 학자들은 점차 콜레라를 관찰, 연구하고 치료법을 고안하기 시작하였다. 처음 콜레라 환자를 목격했던 의학자들은 이 질병이 구토와 설사를 일으키기 때문에 괄란의 한 종류라고 여겼고 특히 극심한 탈수로 인해 근육이 뒤틀리는 증상이 있어 전근괄란(轉筋霍亂)이나 적각사(吊腳痧)라고 여겼을 뿐이었다.¹⁶⁾ 그런데 점차 콜레라가 기존의 괄란과는 달리 고열을 동반하지도 않고 구토 설사가 있으나 복통이 없는 질병이라는 것을 이해하게 되었다. 본래 괄란은 중의학자들이 큰 관심을 가지고 전문적으로 연구하는 주제가 아니었으나 청말 민국시대를 거치며 괄란과 콜레라가 연구되고 연구서와 처방들이 나타나기 시작했다.

청대 강남의 온병(溫病)학자 왕사웅(王士雄)은 콜레라를 전문적으로 연구했던 선구자의 하나였다. 그는 도광(道光)19년(1839년) 괄란/콜레라에 대한 전문서인 『霍亂論』을 출판하였다. 이 책은 이후 수정을 거쳐 동치(同治)원년(1862년)에 『隨息居霍亂論』라는 이름으로 쑤저우에서 재출판되기도 하였다. 왕사웅은 콜레라를 따로 괄란과 구분하여 이해하지는 않았으나 기존의 괄란을 열괄란(熱霍亂)과 한괄란(寒霍亂)으로 나누어 새로운 질병을 설명하려고 하였는데 한괄란(寒霍亂)의 특징이 콜레라에 가까운 것으로 이야기된다.¹⁷⁾

이후 중의학자들은 축적된 연구를 바탕으로 점점 더 콜레라를 정확히 인식하게 되었다. 도광 20년-함풍8년 사이에 출판된 것으로 보이는 전설범(田雪帆)의 의서 『時行霍亂指迷辯證』에서는 속칭 적각사(吊腳痧)라고 불리는 질병이 괄란전근(霍亂轉筋)이라는 것이며, 증상을 다음처럼 묘사했고 치료법도 제시했다.

처음에는 복통이 일어나거나 일어나지 않고, 맑은 물같이 나오는 설사가 심하게는 수십차례 일어나며 적게는 십 여 차례 나타난다. 손가락이 굽고 구토가 나고 목이 심하게 마른다. ……위급한 자는 아침에 발병하여 저녁에 죽기도 하고 저녁에 발병하여 아침에 죽기도 한다. 병세가 완만한 자도 2,3일 혹은 5,6일 내에 죽는다. …… 마땅히 당귀사역탕에 오수유(吳茱萸)생강탕을 더하여 사용해야 한다. 증상이 가벼운 자는 2, 3첩, 무거운 자는 수 첩을 먹게 하면 곧 회생할 것이다. ¹⁸⁾

중의학자 서자모(徐子默)는 원래 중의학에서 말하는 괄란과 콜레라를 더욱 분명히 구분하고 비교하여 설명하기도 하였다. 원래 중의학에서 괄란의 치료 중 하나는 일부러 재채기하거나 토하게 하고 설사하게 하거나 팔사 등의 요법을 통해 막혔던 기(氣)와 열을 밖으로 배출하게 하는 것이었다. 그런데 적각사(吊腳痧)는 이와 달랐다. 그는 "토하거나 설사할수록 증세가 심해지는 것은 적각사(吊腳痧)이고 괄란과 다른 병이다." 라고 분명히 구분하였다.¹⁹⁾

14) 余新忠, 「嘉道之際江南大疫的前前後後-基於近世社會變遷的考察」, 8쪽.

15) 範日新, 「上海市霍亂流行史及其週期性」, 『上海衛生』 上海市衛生局1, 1947년, 4쪽; Shanghai Municipal Council, *Report for the Year 1942 and Budget for the Year 1943*, 1943, 61쪽. (조정은, 「일본점령기 상하이의 콜레라 방역과 도시공간」, 14쪽 재인용).

16) 余新忠, 「嘉道之際江南大疫的前前後後-基於近世社會變遷的考察」, 2-3쪽.

17) 余新忠, 「嘉道之際江南大疫的前前後後-基於近世社會變遷的考察」, 12쪽.

18) 陸以湉原著, 朱偉常考注, 『冷廬醫話考注』 卷3, 「轉筋霍亂」 151쪽.

더 나아가 중의학자들은 콜레라에 대한 다년간의 경험과 관찰, 연구를 통해 점차 서양의학의 콜레라에 대한 견해와 근접하는 경향도 보여준다. 당시 천진지역 『대공보(大公報)』의 「내함(來函)」은 이 병을 콜레라로 언급하기도 하였다.

상한 음식을 먹고 걸리는 객란증은 매년 발생하며 다른 사람에게 전염되지 않으며 증상이 심하지 않고 치료가 비교적 쉽다. 객란과 비슷하나 객란이 아닌 이 병(콜레라)은 꼭 상한 음식이 원인이 되지는 않으며 수 년에 한번 발생하고 한번 발생하면 각지에 퍼져 다른 사람에게 쉽게 전염되고 사람이 사망하는 속도가 매우 빠르니 서양인들은 이것을 호열랄(虎烈拉)이라고 한다…상한 음식을 먹고 걸리는 객란과는 아주 다르다. …이 병은 고서에서도 찾을 수 없고 근래 의서의 사증(痧症)에 포함되었다. ²⁰⁾

또한 아편전쟁 이후 서양의학이 소개되고 수용되기 시작하면서 사회 일부에서는 전통의학과 중의(中醫)에 대한 불신과 비판적 여론이 높아지며 중의폐지론(中醫廢止論)이 주장되기도 했는데, 중의학계는 이런 극단적인 주장을 경계하면서도 반성하는 여론이 조성되었다. 특히 현미경이 발명되고 세균의 존재가 확인되면서 중의학계는 서양의학의 세균론을 받아들이지 않을 수 없었다. 이들은 점차 전통 중의학에 서양의학의 장점을 받아들이고 수정, 절충하는 중서의 회통(中西醫會通)과 중의개혁론의 경향을 보였는데 콜레라에 대한 이해에서도 이러한 절충과 회통(會通)의 모습이 드러난다.

서의(西醫)는 이 병(콜레라)의 전염이 독충(毒蟲)에 의해 일어난다고 한다. 이는 또한 근거가 있으니, 현미경으로 콜레라 환자의 독혈과 토하고 배설한 오물을 보면 모두 독충이니 병의 전염은 바로 이것 때문이다 ……이 蟲은 기화(氣化)에 의해 생긴 것이다. 이것이 번식하는 속도가 빠른 것은 독기(毒氣)가 기화를 돕기 때문이다…… 독기를 해소하면 전염을 걱정하지 않아도 될 것이다.²¹⁾

이러한 관점은 콜레라가 세균에 의해 일어난다는 서양의학의 견해를 인정하고 받아들이면서도 중의학의 전통적인 충(蟲) 개념에 대입하여 이해하려는 것이었다. 전통의학에서 충(蟲)은 질병을 일으키는 요인의 하나였으며 내부에서 저절로 생겨나거나 외부에서 들어오기도 하는 것이었다. 물론 중의학의 충(蟲) 이론이 근대 서양의학의 미생물과 세균 이론과 부합하지는 않으며 중의들의 이러한 해석은 한계가 있었다. 그러나 이상과 같은 독특한 해석은 당시 중의들이 중의학이론을 바탕으로 세균설과 같은 새로운 서양의학 이론을 이해하고 수용하였던 것을 보여준다.

19세기 이후 중국에 콜레라가 들어오면서 대다수의 중국인은 이전에 경험해보지 못했던 살상력을 지닌 전염병을 경험하였다. 토하고 설사하는 증상의 유사성 때문에 중의학자들은 콜레라를 객란(霍亂)의 하나로 이해하였으나, 점차 이 질병이 기존의 객란과는 다르다는 것을 알게 되었다. 청 말 민국시기를 거치며 왕사웅(王士雄), 전설범(田雪帆), 서자모(徐子默)등 콜레라를 주목하고 연구하기 시작한 중의학자들은 콜레라에 대한 나름의 이론을 정리해 갔으며 전문 서적을 출판하였고 기존의 객란과 다른 치료법을 제시하였다. 또한 서양 의학을 일부 수용하면서 중서의학이 결합된 치료가 시도되기도 하였다. 그렇다면 이러한 중의의 객란과 콜레라에 대한 이해가 어떻게 질병치료에 적용되었고 의약시장에 반영되었는지 살펴보겠다.

19) 徐子默, 『吊腳痧方論』, 「論吊腳痧與霍亂相似不同」, (『陳修園醫學七十二種』第四冊, 1961쪽).

20) 「來函」『大公報』(天津), 1902年 8月 28日, 第5版.

21) 「來函」『大公報』(天津), 1902年 8月 28日, 第5版.

Ⅲ. 객란, 콜레라의 치료와 근대 의약 시장

1. 객란과 콜레라의 치료와 매약(賣藥)

중의학에서는 객란이 기혈(氣血)이 막히거나 통하지 않기 때문에 일어난다고 보고 이것을 풀고 해소하여 체내 음양의 균형을 회복해야 한다고 믿었다. 때문에 청말 의학자 서자모(徐子默)는 객란에 대해 다음처럼 치료해야 한다고 주장하였다.

객란의 병은 구토·설사하면 가벼운 것이고 둘 다 하지 않으면 무거운 병이다. 재채기하게 하거나 토하게 하고 공하(攻下:설사)하게 한다. 혹은 외치로는 팔사와 같은 방법, 내치로는 사약(痧藥)을 먹게 한다. 이 병은 열폐(熱閉) 때문에 일어나기 때문에 재채기는 폐기를 내보내는 것이고, 구토는 위의 기를, 공하(뱀으로 내보내는 것)는 비장의 기운을 여는 것이고, 팔사는 피부경락의 기운을 여는 것, 사약은 장부의 기를 여는 것이니 모두 통통하게 하여 기가 움직이고 열도 배출되는 것이다.²²⁾

즉 객란을 치료하는 것은 주로 안에 맺히거나 쌓인 것을 밖으로 배출하는 방식인데 이때 먹는 약은 흔히 사약(痧藥)이라고 하는 것을 볼 수 있다. 앞서 청 말 콜레라를 관찰했던 중의학자들은 콜레라를 한객란(寒霍亂)으로 인식하기도 했는데 그 이유에서 사약(痧藥)에는 대개 한(寒)의 성질과 반대되는 신열(辛熱)의 성질을 가진 약이 포함되었다고 한다.

이러한 사약은 의학자들의 분석과 처방을 바탕으로 약포에서 제조 판매되었다. 특히 청대에는 민간 사회의 의료시장이 발달하고 베이징이나 항저우 쑤저우와 같은 대도시에서 상인이 운영하는 대형약포가 등장하기 시작했으며 이러한 약포에서 미리 제조하여 판매하는 매약(賣藥)이 대중에게 인기가 높았다.²³⁾ 당시 약포에서 어떤 약을 제조, 판매하였는지 파악하기 위해 당시 약목(藥目)이라는 문헌을 참고할 수 있다. 약목이란 약포가 판매하는 매약을 모아 정리하여 출판한 것으로 특히 청대 중후기부터 집중적으로 출판된 것으로 보인다. 고객들이 해당하는 질병에 맞는 매약을 쉽게 찾고 휴대해서 가지고 다니기 편하게 약목에는 약의 목록이 일목요연하게 정리되었고, 약에 대한 간단한 소개나 복용법, 사용법, 금기사항 등의 정보가 담겨 있었다.²⁴⁾

급성 전염병에 해당하는 사증(痧症)에 대한 대중의 관심이 높아지면서 이와 관련된 매약의 종류가 다양해졌다. 약목에서 이러한 관심을 확인할 수 있는데 전체 약 중 전염병과 관련된 약의 숫자가 상당한 비중을 차지했다. 약목마다 구성이 조금씩 다르지만 객란과 같은 전염병의 약은 대개 비위세사(脾胃泄瀉)와 음식기체(飲食氣滯), 상한제풍(傷寒諸風), 제화서습(諸火暑濕)등의 항목에 포함되었다. ²⁵⁾ 청대 항저우의 약포 엽종덕당(葉種德堂)은 동치 5년(1866년)에 출판한 약목에서 벽온단(辟瘟丹)과 팔보홍영단(八寶紅靈丹) 등을 추가했는데 모두 사역(痧疫), 학질(瘧疾), 객란(霍亂) 등 유행하는 전염병과 관련된 매약이었다. 벽온단(辟瘟丹)에 대해서는 "좋은 약재를 아끼지 않고 제조하였으며 의사보다 더 간단히 역병을 치료할 수 있어 그 효과가 유용함이 이미 널리 유명해졌다"고 설명했고 뒤이어 각종 치료효과에 '시행사역(時行痧疫), 객란전근(霍亂轉筋), 토사(吐瀉), 교장사(絞腸痧)'등에 효과가 있다고 하였다. ²⁶⁾ 이보다 더 뒤

22) 徐子默, 『吊腳痧方論』, 「論吊腳痧與霍亂相似不同」, (『陳修園醫學七十二種』 第四冊, 1961쪽).

23) 余新忠, 『清代江南的瘟疫與社會——一項醫療社會史的研究』, 312-313쪽; 梁其姿, 『面對疾病——傳統中國社會的醫療觀念與組織』, 北京:中國人民大學出版社, 2012年, 149-150쪽, 187-188쪽.

24) 최지희, 「청대 의약업의 성장과 약목(藥目)의 출판」 『의료사회사연구』5집, 2021년 73-98쪽; 「청대 의약시장의 상업화와 '매약」, 『역사학연구』제38집, 2021년, 246쪽.

25) 최지희, 「청대 의약시장의 상업화와 '매약」, 247쪽.

에 상하이 뇌동군당약점(雷桐君堂藥店)이 1891년에 출판한 약목에는 이런 약들이 사증문(痧症門)에 분류되어 있고 역시 '시역(時疫), 객란(霍亂), 토사(吐瀉), 교장사(絞腸痧)' 등을 치료한다고 하였다.²⁷⁾

사약(痧藥)들은 청대 사회에 여름과 가을철 계절성 전염병이 유행할 때 매우 보편적으로 사용되던 약이었다. 자선기구 선당(善堂)이나 관청, 약국에서는 사약(痧藥)을 전염병이 발생한 지역에 나누어주기도 했고, 사람들은 각 가정에서 사약(痧藥)을 상비약처럼 구비하기도 했다.²⁸⁾ 청말 중국사회를 휩쓸었던 객란이 사실 콜레라 혹은 호열랄虎烈拉이라는 질병이라고 점차 알려지고 있을 때에도 중국사회는 사약(痧藥)을 치료제로 통칭하는 경향이 있었다. 콜레라 같은 전염병은 중국인들에게 많은 인명피해를 입혔지만, 중의학자들은 지속적으로 콜레라를 연구하였고 치료법을 고안했으며, 당시 약포들은 사람들의 요구에 맞춰 유행하는 전염병과 관련된 약을 추가하였다. 사람들은 콜레라처럼 처음 겪는 살상력이 큰 전염병에 대해서는 공포를 느꼈지만 새로운 전염병을 연구하고, 대비하여 처방전을 무료로 배포하고, 매 해마다 사약을 제조하여 나누어주면서 대응하고 있었다.

그렇다면 당시 청말 중국의 서양의사들은 어떤 식으로 콜레라를 치료하였을까? 현재 콜레라는 주로 콜레라 백신을 통해 예방하고 있으며, 생리식염수를 주사하여 극심한 탈수 때문에 일어나는 전해질 불균형을 회복하고 항생제를 투여하여 세균을 억제하는 방식으로 치료한다. 20세기 의학의 가장 중요한 발명품이라고 하는 항생제는 인체에 침입한 세균에 작용하여 감염치료효과를 나타내고 콜레라와 같은 세균성 설사치료에 매우 효과적이었다. 그러나 항생제가 발명된 것은 1920년대의 일이고 상용화된 것은 2차 세계대전 무렵이었다. 때문에 그 이전에는 생리식염수를 주사하거나 알콜이나 산성(酸)을 띤 물질로 소독, 살균하는 방식으로 치료하였다.

당시 중국사회에 소개된 치료방식은 생리식염수 주사와 산(酸) 성분으로 소독 살균하는 것, 그리고 도수가 높은 술을 마시게 하는 것이었다. 신문, 잡지의 기사에 소개된 콜레라 균의 소독살균제로는 황강수(磺強水Sulphuric Acid)나 초강수(硝強水) 등이 있었다.

"황강수는 미생물에게는 독이지만 사람의 신체에는 독이 없을 뿐만 아니라 양신보위(養身補胃)의 효과가 있다. ……매일 磺強香水를 세 차례 먹고 황산을 희석한 물로 물건을 소독하면 환자와 같이 있어도 전염되지 않는다. (환자가) 사용한 그릇, 대야, 빈병, 젓가락 등을 황산 천분의 일로 희석한 물에 씻어서 건조한 곳에 말리면 감염을 걱정하지 않아도 된다."

"과일과 채소 생고기등은 반드시 익혀서 먹어야 하니 미생물은 끓는 물에 죽기 때문이다. 식품을 산 뒤 아직 끓이기 전에 반드시 열은 황강수로 먼저 씻는다."²⁹⁾

서양의학의 효과가 입증되고 중의가 서양의학을 수용하고 절충하면서 이러한 서양의학 지식과 치료법은 신문매체를 통해 중국 사회에 전달되었다. 특히 소독과 살균의 개념은 전염병을 막는 매우 효과적인 방법으로 소개되었다. 그런데 이러한 서양의학 지식과 치료법이 효과적이고 뛰어나다고는 하지만 서양의 약은 종종 중국인의 신체에 맞지 않고 너무 강

26) 葉種德堂丹丸全錄 牛亞華主編, 韋廉士藥房藏中醫典籍精選 第2輯, 北京: 北京科學技術出版社, 2017년, 433쪽.

27) 雷桐君堂丸散全錄 牛亞華主編, 韋廉士藥房藏中醫典籍精選 第2輯, 北京: 北京科學技術出版社, 2017년, 293-302쪽.

28) 余新忠, 『清代江南的瘟疫與社會—一項醫療社會史的研究』, 249-258쪽; 「救災近事」, 『申報』1878年5月7日, 第2版.

29) 「霍亂症預防法」, 『大公報』(天津), 1902年 7月 12日 第1版.(嶽靖芝, 「中西醫對1902年天津霍亂的施救之策及影響」, 『曆史教學』, 2022年 第8期 재인용, 28쪽).

한 성질을 가졌다는 인식도 있었다.

"중국의 약은 약초가 대부분이고 서의(西醫)의 약은 금석(金石)위주이다. 중국의 약은 양이 많고 많은 양을 쓴 다음에야 효과를 알 수 있다. 서양의 약은 매우 정교하여 적은 양만을 사용하고 금석의 성질이 강하기 때문에 효과를 금방 볼 수 있다."³⁰⁾

그래서 의학이론이나 매약 등은 종종 중국의 전통의학이나 사람들의 습관의 영향을 받으며 중국인들에게 주관적으로 수용되었다. 예를 들어 중국에 전래된 서양의 약(주로 화학약품)은 중국의 약과 결합하여 중서양 혼합의 약으로 탄생하는 경우가 많았다. 청말 상하이에 설립된 약국 낙선당(樂善堂)은 1889년 낙선당묘약전서(樂善堂妙藥全書)라는 약목을 출판했는데 그 중 약국에서 제조하는 금계납약주(金雞納藥酒)에 대해 다음처럼 설명하였다.

"금계납(金雞納)은 본래 나무로 인도에서 나오며, 그 나라 사람들은 이것을 제련하여 흰 가루로 만든다. 일체 습열을 제거하고, 독을 해독하며, 오래된 학질을 없애는데 보익(補益)에 가장 효력이 있다. 서양인들은 섭생을 위해 다년간 이것을 복용한다. 이 약은 다른 나라에는 없기 때문에 희귀하고 비싸다. 본 약당은 이 약의 약효가 너무 강하여 중국인의 체질에 맞지 않는 것을 우려하여 중국의 도지약재와 배합하여 특별히 술로 만들었다."³¹⁾

즉 약목에서는 키니네를 서양인에게 보양품으로 쓰이고 각종 독과 학질을 치료하는데 효과가 있는 서약의 약료라고 소개했다. 그런데 약성이 너무 강하여 중국인의 체질과 맞지 않아 중국의 약재와 배합하여 약주(藥酒)로 제조하였다고 하였다. 즉 낙선당(樂善堂)의 금계납약주(金雞納藥酒)는 중서약(中西藥)의 혼합물인 셈이다.

콜레라의 치료에서도 비슷한 면을 볼 수 있다. 『대공보(大公報)』의 「來函」에서는 콜레라에 뛰어난 치료법이 소개되었는데 브랜디와 중의의 '순양정기환(純陽正氣丸)'을 함께 사용하는 것이었다.

근래에 새로운 치료법을 찾았는데 그것은 환자에게 브랜디(白蘭地酒)와 순양정기환(純陽正氣丸)을 복용하면 낫지 않는 자가 없었다.³²⁾

브랜디와 같이 독한 술은 체내의 균을 소독 살균한다는 의미가 있었다. 순양정기환(純陽正氣丸)은 본래 광란을 치료하고 사기(邪氣)와 온역(溫疫), 한열교장사(寒熱絞腸痧)를 몰아내고 구토를 멎게 하는 등의 효과를 가진 중의(中醫)의 약이었다. 서양의 약주와 중의의 약을 함께 사용하는 모습은 중약과 서약의 혼합이면서 중서의회통의 모습과도 비슷하다. 청말 민국시기를 거치며 중국사회와 중의학계는 콜레라와 같은 강력한 전염병을 경험하면서 서양의학의 수용하게 되었다. 특히 콜레라에 대한 이해와 치료의 부분에서 서양의학의 영향을 부정할 수 없을 것이다. 그러나 낙선당(樂善堂)의 금계납약주(金雞納藥酒)와 같은 중서약의 혼합물이나 중의학계의 중서의회통처럼 서구의 지식과 체제를 받아들이는 과정에서도 중국이 쌓아왔던 자체적인 경험과 지식이 여전히 영향을 미치고 있었고, 서양학과 의약도 주관적으로 수용하게

30) 「來函」『大公報』(天津)1902年 9月9日 第3版.

31) 龍北海國奇方生生堂西洋藥局書・樂善堂妙藥全書・樂善堂藥單; 龍斐室藏中醫典籍精選第2輯, 北京: 北京科學技術出版社, 2017年.

32) 「來函」『大公報』, 1902年 7月 16日 第三版.

되었던 것을 확인할 수 있다.

2. 광란과 콜레라 치료제의 광고

마지막으로 근대 신문에 나타난 광란과 콜레라 치료제 광고를 통해 새로운 의학지식이 의약 시장과 중국사회에 어떻게 수용되는지 살펴보겠다. 19세기 중반 이후 중국에는 각종 근대 신문잡지가 등장했는데, 무수히 많은 광고가 신문의 지면을 차지하고 있었다. 그 중 의약, 약품과 관련된 광고의 비중이 다른 품목보다 월등히 높았다. 당시 약품의 광고는 중국사회가 관심 있는 질병과 건강 문제를 잘 보여주는데, 광란, 콜레라와 같은 전염병을 치료하는 매약도 많은 주목을 받았다.

먼저 중국의 전통적인 약들이 선전되고 있었다. 중약포의 약목에서 확인했던 각종 피역(避疫), 치역(治疫) 사약(痧藥)의 약들이 신문에 나타났다. 급사, 광란, 토사, 두통, 어지러움 등을 치료하는 벽력단(霹靂丹), 피온단(避瘟丹), 순양정기환 등 전염병을 치료하는 약들이 꾸준히 등장했다. 서양의 과학과 의학의 우수성이 중국사회에 인정받게 되면서 '중의폐지론'이 나타나던 시기에도 의약시장에 전통약의 광고가 활발했던 것은 우선 중국사람들이 중약에 대해 신뢰를 가지고 있었기 때문이다. 약포들은 예로부터 내려오는 약방을 준수하고 정직하게 약을 조제한다는 것을 광고에 게재하였다. 광고에서 선전하는 약들은 서양의학과 과학을 이용하여 약의 품질을 설명하거나 서양의 새로운 약물에 중국의 보약재를 섞어 광고하는 경우도 있었지만 여전히 중국인이 익숙한 언어와 개념으로 약의 효과를 설명하였다.³³⁾

또는 서양 약국이 서양의 약품을 광고하거나 혹은 중국상인이 대리상이 되어 광고하는 경우도 있었다. 민국 초기에 서양의 약품광고는 뛰어난 효과를 강조하면서도 서양의 의학이론이나 생소한 용어를 사용하기 보다는 중국인들에게 친숙한 언어로 약품을 광고하려 노력했다는 것을 볼 수 있다. 미국 명의 兜安氏(Doan's)가 만들었다는 '광란토사(霍亂吐瀉)의 성약(聖藥)' 광고는 광란이 사실 호열랄(콜레라)이라고 이야기하면서도 중의학의 광란개념을 사용하여 약의 효과를 설명하였다.³⁴⁾

그리고 콜레라, 중서(中暑), 구토, 설사 등의 전염성 질환과 위장장애를 치료하는 다양한 사약수(痧藥水)가 의약시장에 등장했다. 사약은 본래 중국의 전염병을 치료하는 약을 말하며 사(痧)라는 개념 자체는 중국인에게 매우 익숙한 것이었다. 그런데 '약수'의 형태는 중국에 없던 약의 제형이었다. 사약수는 민국시기에 용도가 더욱 광범위해지고 중·서약국을 막론하고 대표적인 '방역상품'이 되었다.³⁵⁾

사약수 광고에서는 사약수가 각종 시역(時疫)과 사증(痧症)을 치료할 수 있다고 하였지만 증상이 구체적이지 않고 포괄적이면서 모호하고 심지어 만병통치약과도 같은 느낌을 준다. 예를 들어 博愛救急水와 江逢治痧藥水등의 사약수는 모든 시역급증時疫急症을 치료하는 능력이 있으며 목숨이 위험한 사람도 살릴 수 있는 명약으로 광고되었다.

博愛救急水：여름철 덥고 습한 날씨의 일체 시역급증時疫急症，□症 등이 돌연 발생하여 종종 구제하기 지극히 어렵다. 내가(제가) 특별히 만든 이 약수로 위급한 생명을 구할 수 있으니, 이 약수는

33) 최지희, 「청대 의약시장의 상업화와 매약」, 『역사학연구』, 83집, 2021년, 255-256쪽.

34) 「美國名醫兜安氏霍亂吐瀉聖藥」, 『申報』, 1915년 7월13일, 第15版.

35) 皮國立, 「中西醫學話語與近代商業—以《申報》上的“痧藥水”為例」, 『學術月刊』 第45卷 1月號, 2013年. 149-150쪽. 왜 기존에 없던 '약수'라는 형태가 유행했는지에 대해 피귀리 교수는 서양약의 영향을 받았을 가능성도 제기한다.

여름철 일체의 시역급증時疫急症을 치료할 수 있고, 백발백중 병을 몰아내어 약효가 매우 신속하다. 집이나 여행길에 갖추지 않을 수 없다. 약의 가격도 매우 저렴하니 여러 고객들은 애용해주시고, 사진을 보고 확인하시오.³⁶⁾

江達治痧藥水：여름·가을철 사증이 가장 극에 달하고 사람들의 생명을 위협할 때, 江達治痧藥水는 생명의 부적으로서 밖에 나갈 때 반드시 몸에 소지하며 가정에서도 상비하며 학교, 공장, 상점, 기관, 가정에서 마땅히 대량으로 구매하여야 하며 사람을 살린 공덕은 무한할 것이다. 만약 사증 痧症으로 이미 죽음이 경각에 달해도 江達治痧藥水를 환자의 입에 넣으면 살릴 수 있으니 기사회생의 약이라고 할 수 있다!³⁷⁾

그러면 사약수는 어떤 성분으로 이루어져 있기에 이 같은 광범위한 사용이 가능했을까? 사약수의 광고에는 어떤 성분으로 약을 만들었는지 구체적으로 밝히지는 않는다. 또한 사약수의 효능은 판매하는 약국마다 다양했으니 성분도 다양했을 것이다.³⁸⁾ 그런데 사약수가 광고하는 것이 모두 거짓이 아니라면 기본적으로 살균의 효과를 지녔을 것으로도 보인다. 예를 들어 亞林防疫臭藥水의 광고에는 약의 성분에 살균물질이 함유되어 있음을 밝혔다. 구체적으로 어떤 증상에 효과가 있는지 밝히지는 않았으나 콜레라와 같은 세균성질환을 치료할 수 있는 효과가 있었을 것이다.

亞林臭藥水廠은 20여년 전 독일조계의 모모씨가 창건했고 내부는 모두 독일식기계로 되어 있고 출품되는 것은 모두 상등 수입품과 다르지 않았다. 이후 曹亞伯이 인수하고 계속 제조한 후 비로소 국산 臭水가 유명해졌다. 작년 曹亞伯은 화학전문가를 초빙하여 법에 따라 제작하여 신용을 쌓았다. 이미 법정기관의 화학검사를 거쳐 살균물질이 있으며 특히 포리커산 波力克酸 함유가 높다는 것을 밝혔다. 이 소독 살균능력은 시중의 어떤 다른 臭水 보다 뛰어나다. -亞林防疫臭藥水廠 徐家彙에 위치, 발행 오주대약방.³⁹⁾

이렇게 광범위하게 쓰였던 방역약품인 사약수는 사실 콜레라 같은 전염병에 치료효과가 없다는 비판을 받기도 했다. 오히려 아편, 모르핀과 같은 마약물질이 있어 잠시 고통과 구토를 멈출뿐 오히려 병을 키우고 환자를 위험에 빠뜨린다는 것이었다.

“시중의 사약수 痧藥水의 조제는 대개 의학이론과 맞지 않고 오히려 사람에게 해를 끼친다. …위장의 불결함 때문에 여러 사역이 발생한다. 알맞은 치료법은 마땅히 위장의 청결이 첫 번째이다. 또한 복통, 구토가 나타날 때 대개 사(痧)라고 생각하여 이것이 어떻게 일어나게 된 것인지 묻지 않고 곧바로 사약수를 복용하는 것을 유일한 치료법으로 삼는다. 이는 크게 잘못된 것이다. 사약수가 함유하고 있는 주요 약물은 대개 아편 鴉片과 모르핀嗎啡이다. … 고통환자가 구토할 때 사약수를 먹으면 잠시 동안 구토와 복통이 멈추는데 이것 때문에 환자는 병이 낫고 있다고 여기지만 사실은 그렇지 않다. 痧를 치료하기 위해서는 반드시 체내의 積滯(고이고고 탁한 것)을 없애서 병의 근원을 없애야 한다. 단지 구토 설사가 멈추는 것으로 병이 낫는다고 생각한다면 '병균'이 체내에 번식할 수 있는 기회를 주는 것이고 병을 낫게 할 수 없다.”⁴⁰⁾

실제로 당시 많은 약들이 통제되지 않은 상태에서 아편, 모르핀 등이 포함된 경우가 많았

36) 『蘇州明報』, 民國15年 7月1日, 第1版.

37) 『蘇州明報』, 民國18年 7月17日, 第3版.

38) 皮國立, 「中西醫學話語與近代商業—以《申報》上的“痧藥水”爲例」, 157 쪽.

39) 『蘇州明報』, 民國15年4月5日, 第1版.

40) 『蘇州明報』, 民國18年7月1日, 第3版.

다. 대표적으로 청말 민국시기 금연약과 아편치료제는 상당수가 모르핀 같은 더 강한 중독물질로 만들어진 경우가 많아 사회문제가 되었다.⁴¹⁾ 이러한 경향은 사약수에도 반영되는 것을 볼 수 있다. 약의 성분이 모호하고 대중이 증상을 정확히 살피지도 않으면서 남용한다는 이와 같은 비판에도 불구하고, 사약수는 여전히 인기를 누렸다. 심지어 Bayer 사는 사약수에 '면역'의 개념을 포함시켜서 虎標萬金油를 먹으면 콜레라와 같은 시역(時疫)을 치료할 수 있을 뿐만 아니라 전염병에서 '면역'이 될 수 있다고 선전하기도 하였다.⁴²⁾

사약수가 성분이 모호하고 일부 약이 모르핀과 같은 성분으로 되어있다는 비판을 받았음에도 여전히 인기가 있었던 것은 이 약이 다양한 용도로 사용될 수 있었고 대중들에게 익숙했기 때문이라고 생각한다. 본래 전통 중국사회에서 사약은 다양한 전염병을 막기 위한 용도로 구비, 상비하던 약이었다. '약수'라는 형태로 변화긴 했으나 전염병을 막기 위해 다양한 약을 소비하던 중국사회의 습관은 변하지 않았다. 또한 약은 치료제인 동시에 일종의 상품이였기 때문에 사람들은 약의 효과를 위해 약을 구매하기도 하지만 약에 대한 신뢰나 기대감 때문에 소비하기도 했다. 사약수의 광고는 중국인이 비교적 이해하기 쉽고 익숙한 내용으로 구성되었고, 여기에 더하여 외국의 유명한 명이가 만들었거나, 화학, 과학적 방법에 근거하여 제조하고, 독일 기계를 수입해서 만들었다는 설명을 곁들였다. 이러한 사약수는 중의학과 서양 의학의 장점만을 뽑아 만들어진 잘 포장된 상품이었었던 것이다.

1920-30년대 중국에서 콜레라 백신이 상하이 같은 도시 주민을 중심으로 접종되기 시작했을 때에도 의약시장에는 객란, 콜레라를 치료하고 심지어 예방해준다는 각종 사약수들이 성행했던 것을 볼 수 있다. 콜레라에 대한 확실한 예방의 효과는 당연히 백신에 의해서 만들어지지만 당시 백신접종은 일부 도시주민을 위주로 시행되었고 광범위한 농촌과 같은 곳은 여전히 사약과 같은 의약 상품이 중요했을 것으로 보인다.

IV. 맺음말

19세기 이후 중국은 콜레라, 페스트 같이 이전에 경험해보지 못했던 큰 피해를 입히는 전염병을 마주하게 되었다. 이 글에서 주목했던 콜레라는 토하고 설사하는 증상의 유사성 때문에 중의학자나 중국인들에게 객란으로 인식이 되기도 하였다. 그러나 증상과 치료방법의 차이 때문에 점차 이 질병이 기존의 객란과는 다르다는 것을 알게 되었다. 왕사웅, 전설범, 서자모를 비롯한 수많은 중의학자들은 콜레라를 비롯한 페스트 등 새로운 전염병을 연구하며 기존의 상한론에서 벗어난 온병학이라는 독특한 학문체계를 만들었고 급성 전염병과 관련한 전문저작이 세상에 나오게 되었다. 학자들은 오랜시간 동안 콜레라를 연구하며 점차 세밀하고 정확하게 이 새로운 전염병을 파악해 갔다. 물론 과학의 발달에 힘입어 현미경을 발명하고 세균, 미생물 등을 발견한 서양의 의학에 미치지지는 못했으나 중국의 의학자 및 중국사회는 의학전통과 지식을 지속적으로 발전시키고 때로는 중의개조나 중서의회통과 같은 시도를 하며 유지해나갔다. 이러한 모습은 중국사회가 콜레라 같은 질병에 대응하면서 자체적인 지식과 경험을 활용하고 서양의학의 주관적으로 수용하는 측면이 있었던 것과 관련이 있다고 생각한다.

청말 민국시기 의약시장에서도 이러한 모습을 볼 수 있었다. 당시 중국의 의약시장은 중국의 의약과 서양의 의약품이 각축하던 공간이었다. 서양 약은 단지 서양의학 및 의학의 우수성

41) 上海市醫藥公司等編著, 上海近代西藥行業史, 上海:上海社會科學院出版社, 1988年, p.33.

42) 『申報』 1936年 7月7日, 第3版.

에 근거하여 중국인에게 받아들여졌다고보다, 다양한 광고와 현지화의 과정을 거쳤다. 서양의 약국과 약품들이 처음 중국사회에 소개된 이후 서양 약품 상인들은 중국인사회에 가장 필요한 약품의 종류와 익숙한 광고의 형식을 통하여 접근하였다. 광란이나 콜레라의 경우에도 마찬가지로 중국의 전통적인 사약의 형식에 대중이 좋아할만한 요소가 추가되어 시장에 나타났다. 물론 콜레라를 치료하기 위해서는 생리식염수의 주사나 소독, 살균이라는 새로운 서양의학 지식이 추가되었고 중국인들은 다양한 의약 광고를 통해 새로운 의학지식을 접하게 되었다.

「청말 민국 초 전염병과 의약시장」토론문

전 경 선 (신라대학교)

최지희 선생님의 발표문 「청말 민국 초 전염병과 의약시장-곽란과 콜레라를 중심으로」는 청말-민국초 시기를 중심으로, 당시 유행하던 전염병 콜레라의 치료제로서 약포에서 판매되던 약품(발표문에서의 “매약”)의 생산과 소비에 보이는 의료적 특성을 파악하고자 하는 글이다. 본 연구는 발표자가 이전부터 주목해왔던 이 시기 의약업, 의약시장 관련 연구와 연속성을 가진다는 점에서, 그리고 이 시기 중국 의료사, 질병사 연구의 진척에 있어 유의미한 작업이라고 할 수 있다.

다만, 토론자가 보기에 이 발표문이 아직은 완성된 논고가 아니라 전체 구상을 보여주는 단계의 글로 보인다는 점, 또한 본 토론자가 전근대 중국 의료사에 관한 공부가 일천한 점 때문에 심도 있는 토론의 진행은 어려울 것이란 점을 미리 밝힌다. 따라서 논문을 읽으면서 느꼈던 의문점과 함께 발표문의 완성도를 높이는 데 도움이 될 것이라고 생각한 부분에 대한 제언을 드리는 것으로 토론을 대신하고자 한다.

첫째, 제2장에서는 청말 민국 초기 중의학계의 곽란과 콜레라에 대한 이해를 서술하고 있다. 기존의 위장감염병인 ‘霍亂’과 급성전염성인 ‘콜레라’는 다른 질병이다. 하지만 청 가경·도광 연간 콜레라가 확산되었을 때 중국에서는 두 질병의 일부 증상의 유사성(설사와 구토)으로 인해 새로운 질병으로 인식하지 못했다. 따라서 이 새로운 질병에 대해서도 ‘곽란’ 혹은 ‘霍亂轉筋’으로 불렸다. 이후 이 시기 ‘곽란’은 이전과 확연히 다른 양상을 띠면서 중의학자들에게 새로운 질병으로 인식되기 시작하고 ‘적각사(吊腳痧)’ 등의 병명이 등장하였다. 나아가 서양 의학의 ‘콜레라’ 개념으로 근접해 가면서 ‘호열랄(虎烈拉)’으로 불렸다.

이러한 중국 사회 혹은 중의학자들의 ‘콜레라’라는 질병에 대한 인식 과정을 절을 나누고, 또 새로운 질병명의 등장을 중심으로 해서 좀더 체계적으로 서술해서 제시할 필요가 있지 않을까 한다.

이와 관련하여 제2장 뒷부분의 내용은 『大公報』(天津)라는 신문 자료에 근거하고 있다. 청말과 민국 연간에 간행된 의학서가 적지 않은 걸로 알고 있는데 사료의 성격을 이렇게 달리한 이유가 있는가?

아울러 아편전쟁 이후 서양의학이 소개되면서 전통의학에 대한 비판과 문제점이 당연히 제기되는 상황이었겠으나, 중국 의학의 기반이자 더욱이 대다수 중국인들에게 친숙한 ‘중의’에 대한 “중의폐지론” 등은 좀더 신중히 언급할 필요가 있다고 생각한다.

둘째, 제3장 제목은 “곽란, 콜레라의 치료와 근대 의약 시장”이다. 본 논문의 전체 제목에는 “의약시장”라고만 한 것을 장 제목에서 “근대”라는 규정이 들어가야 할 이유가 있는가? 만약 그렇다면 필자가 말하는 의약시장에서의 “근대” 혹은 “근대성”을 좀더 명확히 할 필요가 있지 않을까?

아울러 제3장 내용 서술에서도 상당 부분 신문 기사에 의거하고 있다. 청말 민국 연간에 간행된 의서, 약서, 본초서 등으로 내용 보완할 필요가 있을 것으로 생각한다.

셋째, 약포 판매용 치료제(“사약수”)의 약효가 의심스럽다면 이 약품의 판매가 콜레라라는 전염병의 방역과 치료에 효과가 있었을까, 있었다면 어느 정도의 효과였을까가 궁금하다.

넷째, 발표문에서 “사약수”의 효과는 여러 이유(생산과학의 한계, 인식, 광고, 소비 관습 등)로 인해 실질적 의학적 치료보다는 대중요법적 효과가 훨씬 강했다는 점을 잘 보여주고 있다. 그렇다면 이런 특성을 가진 청말-민국 초기 의약시장의 양상이 가지는 의미는 무엇인지에 대하여 청말 민국 초기의 질병사적, 의료사적 측면에서 적극적으로 규정할 필요가 있지 않을까 한다.

다섯째, 적각사(吊腳痧), 호열랄(虎烈拉), 서자모(徐子默) 독음

1950~60년대 인플루엔자 대유행기 홍콩의 인플루엔자 대응 - 식민당국의 방역 성과와 한계를 중심으로 -

김 민 서 (연세대학교)

목 차

- I. 서론
- II. 전후 홍콩의 보건 상황과 인플루엔자 방역의 시동
 - 1. 홍콩 제1의 건강문제, 전염병
 - 2. WHO 인플루엔자 감시체계와 홍콩의 참여
- III. 1968년 홍콩의 인플루엔자 경험
 - 1. 1968년 인플루엔자의 전개와 식민당국의 대응
 - 2. 홍콩 사회의 위기의식과 방역 요구의 고조
- IV. 홍콩 인플루엔자와 명명의 정치
 - 1. 신종 바이러스의 분류와 명명 문제
 - 2. 명칭에 대한 반발과 홍콩 의식의 강화
- V. 결론

I. 서론

오늘날 인류는 개발에 따른 지구 생태환경의 변화로 유례없는 감염병 위기에 직면해있다. 더욱이 전지구화에 따른 사회간의 긴밀한 교류와 이동으로 세균과 바이러스의 교환은 더욱 빨라지고 있다. 지난 세기 인류는 신종 감염병 맞서 방대한 관련 지식을 축적하였고, 공동 대응해왔다. 그것들을 전 인류의 건강이라는 목표를 위해 활용하기 위해 전후 조직된 국제기구가 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)이다. WHO는 인류사회의 전염병 확산방지를 위한 규칙들을 하나의 통합된 국제위생규칙(International Sanitary Regulation)으로 정립하였고, 또 한편으로는 새로운 감염병에 대한 정보는 물론 이에 대처하기 위한 전세계 각급 기관들의 노력을 계통적으로 조직해내는 중요한 역할을 수행해왔다. 그 가운데 하나의 사례가 WHO 세계인플루엔자프로그램으로, 각국의 과학 및 공중 보건계의 유기적인 연결망속에서 바이러스의 변이를 신속하게 파악하고 백신생산을 포함해 예방에 관한 조언을 해오고 있다.¹⁾

홍콩은 1957년의 아시아인플루엔자 팬데믹을 거치며 WHO 인플루엔자 감시네트워크 참여

1) 1918~9년 팬데믹을 일으킨 치명적인 인플루엔자 바이러스에 대비해 전 세계의 과학 및 공중보건계가 함께 협력해 미리 바이러스를 확보한다면, 지구 반대편의 인구를 백신으로 보호할 수 있다는 비전 혹은 ‘환상’ 아래 ‘감시’와 ‘예방’을 두 축으로 하는 1948년 세계인플루엔자프로그램(World Influenza Programme)이 출범하게 되었다.

의 계기를 마련했고, 정부 병리학연구소에 새롭게 설립된 바이러스유니트는 국립인플루엔자 센터(National Influenza Centre)로서 기능하며 1968년 홍콩 인플루엔자바이러스를 최초로 분리해내는 성과를 거두었다.²⁾ 본고에서는 신종 인플루엔자 방역에 관한 홍콩의 이중적 면모에 대해 보다 자세히 분석하고자 한다. 이는 당대 홍콩의 보건의료의 일면을 확인하고, 나아가 (피식민지) 화인 사회가 전개한 인플루엔자 방역에 관한 적극적 논의를 확인할 수 있는 통로가 될 것이다. 아울러 당대 인플루엔자 과학지식의 한계 또는 과도기적 성격으로 발생한 이슈들을 살펴보고자 한다.

2장에서는 먼저 전후 홍콩의 보건 상황은 어떠하였는가, 가장 중요한 보건시책이 감염병의 억제에 있었음을 확인하고, 특히 결핵 예방에 WHO와의 협력-기술 원조와 지원-이 중요하게 기여했음을 확인한다. 또한 당국의 관심 바깥에 있었던 인플루엔자가 어떻게 보건당국의 가시권 안으로 들어오게 되었고 WHO 인플루엔자 감시-대응체제에 가담해 나갔는가 1957년 인플루엔자 팬데믹을 중심으로 살펴본다. 3장에서는 1968년 인플루엔자의 전개와 보건당국의 대응을 알아본다. 바이러스의 분리와 형별 분석이라는 국제적 성과와는 사뭇 대조적인/이중적인 당국의 '무위'의 또는 제한적인 방역시책은 화인사회에 커다란 불안과 불만을 야기했는데, 이에 대한 검토를 통해 홍콩의 인플루엔자 방역정책의 성과와 한계를 짚어볼 것이다. 마지막으로 4장에서는 1968년 바이러스의 특성 규명 결과 그것을 새로운 아형(subtype)으로 볼 것인가 아닌가, 변종 바이러스의 새로운 이름 '홍콩'에 대한 의론을 홍콩의 시각으로부터 살펴보고자 한다. 전염병이 발원한 중국-대륙과 구분하여 홍콩 주민들 사이에 홍콩이라는 의식을 어떻게 강화시켜 나갔는가 확인하게 될 것이다.

II. 전후 홍콩의 보건 상황과 WHO 인플루엔자 방역의 시동

1. 홍콩의 제1의 건강문제, 전염병 억제

제 2차 세계대전이 끝난 1946년이면, 홍콩에는 이미 전전 수준인 약 160만명의 인구가 회복되었고, 이후 대륙으로부터 난민과 이주민의 이주가 꾸준히 이어졌다. 중국-홍콩간 인구이동/유입을 제한하는 일련의 조치들에도 불구하고 국공내전과 공산 중국의 수립이라는 대륙의 불안정한 정치경제적 격변의 결과였다. 그리하여 홍콩의 인구는 불과 10여년이 지난 1956년에는 약 260만명으로 늘었고, 전체인구의 약 1/3가량이 새로 유입된 난민 또는 이민자로 추정되었다.³⁾ 아래 표에서 확인할 수 있다시피 홍콩으로의 난민과 이민자의 신규 유입은

2) 김민서, 「냉전 질서 하의 홍콩과 동아시아 독감 감시체계의 발전, 1957-1968」 『의료사회사연구』 6(2020), 96-147. 주요 홍콩 의학사 연구는 1950-60년대 인플루엔자 팬데믹에 관해 누락하고 있으며 이러한 경향은 최근까지도 되풀이되어오고 있다. Chan-Yeung은 최근 저작에서 “홍콩을 포함한 글로벌 인플루엔자 감시 네트워크가 1952년 수립되었다”라고 쓰고 있으나(Moira M.W. Chan-Yeung, *A Medical History of Hong Kong 1942-2015* (The Chinese University of Hong Kong: 2019), p.153) 홍콩이 소위 후일 글로벌인플루엔자감시체제(Global Influenza Surveillance and Response System)라고 이름 붙여진 체제에 참여한 것은 1957년 간접참여의 시기를 거쳐 1963년부터 홍콩의 바이러스실험실이 NIC로 지정되면서부터이다. Peckham은 냉전의 지정학적 관점에서 홍콩 인플루엔자 팬데믹의 지위를 재평가하고 있으나(Robert Peckham, “Viral Surveillance and the 1968 Hong Kong Flu Pandemic,” *Journal of Global History* 15:3 (2020)) 글로벌감염병 감시체계의 형성의 기원은 더 이른 시기 아시아 인플루엔자팬데믹으로 거슬러 올라갈 수 있으며, 특히 홍콩은 그 과정에서 중요한 감시포스트로 거듭났다는 것이 필자의 주장이다.

3) Chi-Kwan Mark, “The ‘Problem of People’: British Colonials, Cold War Powers, and the

1950~60년대까지도 꾸준히 지속되었다.

년도	중간연도추정 인구	출생자수	사망자수	역내자연증가 인구수(출생- 사망)	신규유입인구 (총인구증가 수-자연증가 인구)
1951	2,015,300	68,500	20,580	47,920	-
1952	2,125,900	71,976	19,459	52,517	58,083
1953	2,242,200	75,544	18,300	57,244	59,056
1954	2,364,900	83,317	19,283	64,034	58,666
1955	2,490,400	90,511	19,080	71,431	54,069
1956	2,614,600	96,746	19,295	77,451	46,749
1957	2,736,300	97,834	19,365	78,469	43,231
1958	2,854,100	106,624	20,554	86,070	31,730
1959	2,967,400	104,579	20,250	84,329	28,971
1960	3,075,300	110,667	19,146	91,521	16,379
1961	3,168,100	110,884	19,325	91,559	1,241
1962	3,305,200	112,503	20,933	91,570	45,530
1963	3,420,900	114,550	20,340	94,210	21,490
1964	3,504,600	107,625	18,657	88,968	-5,268
1965	3,597,900	101,110	18,150	82,960	10,340
1966	3,629,900	91,832	19,261	72,571	-40,571
1967	3,722,800	88,215	20,234	67,981	24,919
1968	3,802,700	82,685	19,444	63,241	16,659
1969	3,963,900	82,482	19,256	63,226	97,974
1970	3,959,000	79,132	19,996	59,136	-64,036
1971	4,045,300	59,136	20,269	38,867	47,433

<표> 홍콩의 인구 변화, 1951-1971

출처: Hong Kong Statistics 1947-1967, Census & Statistics Department, Hong Kong, 1969; Hong Kong Population Projections 1971-1991, Census and Statistics Department, Hong Kong, Published by the Government Printer, Hong Kong, 1973

주: 1961~1971년 중간연도 추정인구수는 1971년 인구총조사 결과에 근거해 1961년, 1966년 두차례에 걸쳐 진행되었던 인구총조사 수치가 조정되었다. 1961~1971년 출생자수는 1961~1968년 출생한 미등록 아동 숫자를 반영하고, 1969~1971년 보고되지 않았던 소수 자가분만 출생 값을 더한 재조정값이다. (Ibid., p.4). 1961~1971년 사망자수 역시 조정된 값이다(Ibid., p.13)

난민 및 이민 인구의 급증은 홍콩의 도시 풍경을 바꿨다. 합법적으로 세를 낼 형편이 되지 않은 수십만의 이주민들은 홍콩 도처의 불법점유지(squatter settlements)에서 사람들이 나무 판자를 덧대어 만든 좁은 오두막을 사거나 세를 내 살면서 슬럼을 형성하였다. 식민당국의 통제가 미치지 못하는 이곳은 일조와 통풍, 상하수도 설비를 기대 할수없어 화재나 감염병이 발생하기 최적의 장소였다.⁴⁾

Chinese Refugees in Hong Kong, 1949-62," *Modern Asian Studies* 41:6 (Cambridge University Press, 2007), pp.1146~1148.

- 4) 1950년부터 홍콩식민당국은 난민의 불법점유지에서 발생한 빈번한 화재에 대응해왔다. 1953년 크리스마스 이브에 셰킵메이에서의 5만여명의 이재민을 발생시킨 대형화재는 식민당국이 재정착 및 공공 주택사업에 착수하게 되는 상징적 사건으로 그려져왔으나 정부를 움직인 수많은 크고 작은 화재들 가운데 하나였을뿐이다. 1950-1963년 화재를 비롯한 불법점유지의 문제와 이것이 추동한 재정착 및 공

전염병과 관련해 홍콩의 식민당국은 이미 1920년대 국제검역을 위한 협정에 조인하여 전염병 확산 억제에 참여해왔다.⁵⁾ 아울러 국제검역법과 별개로 법정감염병을 지정해 역내 질병의 발병과 그로 인한 사망자수를 기록하고, 예방접종과 격리 등의 시책을 실시했다. 이러한 유산은 전후로도 이어져 일부 감염병에 대한 성공적인 통제로 이어졌다. 일례로 1961년과 1964년 검역질병이자 법정감염병의 하나인 콜레라에 대한 검역, 격리 및 치료, 즉각적인 예방접종 3박자의 선제적 대응은 오늘날 공중보건대책의 효시로 평가할 수 있다.⁶⁾

또한 1950년부터 예방접종사업이 시작되었다. 절대적인 병상과 의료인력 부족 등 산적한 과제 속에서 예방접종 사업이 우선적으로 실시된 까닭은 식민지 자유무역항으로서 감염병의 유입에 따른 확산을 억제하는 것이 식민지의 가장 긴급한 현안이었기 때문이다.⁷⁾ 예방접종은 해당 감염병의 발생과 유행으로 인한 사망자수의 증가를 억지하는데 크게 도움이 되었다.

시작 연도	내용	질병명
1950	Anti-Smallpox Vaccinations	두창
	Anti-Cholera Inoculations	콜레라
	Anti-Diphtheria Inoculations	디프테리아
	Anti-Typhoid Inoculations	장티푸스
	Anti-Plague Inoculations	페스트
	Anti-Typhus Inoculations	발진티푸스
	Anti-Rabies	광견병
1952	Anti-Tuberculosis (B.C.G.) Vaccinations	결핵
1963	Poliomyelitis Vaccinations	회색질척수염(폴리오)
1966	Oral Polio Vaccine Type 1 for New-born	회색질척수염(폴리오)

<표> 홍콩의 예방접종사업 시작연도와 대상질병, 1950~1967

출처: Hong Kong Statistics 1947-1967, Census & Statistics Department, Hong Kong, 1969, p.194에서 인용

주: *중단된 사업: 파상풍 예방접종(1950-56).

공주택 사업에 관해서는 Alan Smart, *The Shek Kip Mei Myth: Squatters, Fires and Colonial Rule in Hong Kong, 1950-1963* (Hong Kong University Press, Hong Kong, 2006) 참조.

- 5) 홍콩 식민당국은 1926년 파리 국제위생협정(International Sanitary Convention, 1926; 1938년, 1944년 개정)과 1933년 헤이그 항공기 운항을 위한 국제위생협정(International Sanitary Convention for Aerial Navigation) 기준, 그리고 분산되거나 미비했던 기존의 법안을 수정 및 통합하여 1936년 검역과 감염병 예방에 관한 조례(Quarantine and Prevention of Disease Ordinance, 1936)를 제정하면서 검역 및 방역 조치를 강화하였다.
- 6) 콜레라 방역정책은 항구검역, 감염자와 (무증상)보균자에 대한 격리와 치료, 즉각적인 예방접종 등을 포함했다. 1961년과 1964년의 경험에 대해서는 Museum of Medical Sciences Society, *Plague, SARS and the Story of Medicine in Hong Kong* (Hong Kong University Press, 2006), pp.40~49 참고. 의무위생서총감은 1961년 콜레라 경험과 권고사항을 정리하여 백서로 간행하였다. D.J.M. Mackenzie, *Report on the Outbreak of Cholera in Hong Kong: Covering the Period 11th August to 12th October, 1961* (Hong Kong: Government Printer, 1961).
- 7) 홍콩은 과거로부터 줄곧 중국으로부터 감염병 유입되어 감염병의 수출항이라는 오명을 얻고 있었던 만큼, 식민지 경제를 지탱하는 무역을 위해서 예방의학에 절대적 우선 순위가 부여되었다. 1963년 병원개혁 천명과 함께 방향(예방의학에서 치료의학으로의)의 전환이 이뤄졌다. 이에 관해서는 김민서, 「전후 식민지 홍콩의 보건의로 -1946~1964년 새로운 과제와 보건당국의 대응을 중심으로」 『중국근현대사연구』 94(2022) (6월 간행예정) 참고.

이 가운데 WHO의 지원 아래 추진된 결핵 예방접종은 당시 빈곤한 노동계급에 만연한 결핵 문제, 나아가 화인사회의 전염병의 문제에 대한 당국의 태도를 비추어 볼 수 있기에 특별히 주목을 요한다. 홍콩은 사실 WHO의 공식적인 회원국은 아니지만, 영국의 회원자격에 근거하여 지역 활동에 참여하며, 1950년 처음 임시로 지역본부를 설립했을 때부터 줄곧 WHO서태평양 지역위원회의 발전에 특별한 관심을 가졌다.⁸⁾ 그리하여 펠로우십이나 세미나와 및 연구그룹에 있어 할당을 받았고, B.C.G와 항디프테리아 캠페인, 보건교육과 모자보건사업을 대처하는 데 실질적인 지원을 받는 등 WHO의 다양한 프로그램의 혜택을 누리는 ‘행운’을 얻었다.⁹⁾ WHO가 제시하는 여러 가지 표준 지침들은, 홍콩 보건당국이 출생사망신고 체계를 정비하고, 감염병 통제나 학교보건이나 모자보건 사업을 추동하고, 대형 종합병원을 건립하는 등 보건체계를 재구축 하는데 있어 실질적인 도움이 되었다.

결핵 예방접종의 단초를 마련한 것은 서태평양 사무처 임시본부가 홍콩에 수립(1950.9.1.)되었을 때로 거슬러 올라간다. 당시 홍콩에는 의학 및 공중보건 전문가로 이뤄진 시찰단이 파견되었는데, 시찰단은 약 3주간에 걸쳐 폐결핵의 전파상황과 건조백신의 연구개발 및 제조 현황을 살펴본 후 위생 및 보건사업에 대해 조언해주었다.¹⁰⁾ 이에 따라 홍콩 보건당국은 1951년 Moodie 박사를 유럽에 파견하여 비씨지(Bacillus Calmette-Guérin, BCG) 백신 (주사)접종을 배워 향후 결핵 예방주사 운동에 대비하도록 했다. 식민지 보건당국은 비씨지 접종 도입을 통해 폐결핵의 확산을 감소시킬 수 있기를 희망하였을뿐 아니라, 또한 세계급의 예방의학과 어깨를 나란히 할 수 있을 것을 기대했다. 그리고 1952년 4월 연합국아동기금회(United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF)와 WHO로부터의 비씨지 주사 지원사업이 시작되어 계획한 3년간 매년 약 15만명이 접종을 받을 것으로 기대되었다. 접종은 모든 진료소, 외래진료부와 留産所에서 무료로 이뤄졌으며, 신생아 접종을 위해 조산사에 대해 훈련과정 개설하고, 木屋區(squatters)에 모자보건 또는 아동보건센터설립에 필요한 설비와 물자를 UNICEF로부터 지원받았다. WHO는 정확한 결핵 피부반응검사(purified protein derivative (PPD) skin test) 및 주사법을 시행할 수 있도록 비씨지 주사원들을 훈련시켰다. 원조사업 중단 이후에도 비씨지 예방접종은 자생적으로 면역력을 획득하지 못한 신생아를 포함한 영유아와 학령아동을 대상으로 적극적으로 지속 전개되어, 폐결핵과 그로 인한

8) 홍콩 DMHS Deputy Director Granham-Cumming은 당시 영국의 식민지인 Fiji, Hong Kong, Jesselton(North Borneo), Sarawak, Singapore의 수석대표(Chief representative)였던데서 알수 있듯, 홍콩은 다른 식민지를 대표해 국제보건 무대에서 활동하였다. HKRS146-1-3, *World Health Organization - Arrangements for the Holding of the Eight Session of the Regional Committee, 1957 to be Held in H.K.*, Memo W.H.O: 8th Session of the Regional Committee, From CS to DMHS, 1957.8.1. 홍콩에서 제8회 WHO 서태평양 지역회의가 개최되기까지 단 한 번도 빠지지 않고 지역회의에 대표단을 파견하였으며(그 가운데 한차례는 영국 대표단을 안내한 바 있다), 1957년 홍콩에서 지역회의를 개최하였다. 또한 일찍이 홍콩당국은 마닐라에 영구적으로 지역사무소 본부를 설립하기로 협의가 마무리 되면서 건축비 \$50,000 달러를 기부하기도 하였다.

1차 자료와 관련해 본 논문에서는 香港歷史檔案館(Hong Kong Public Records Office)에서 제공하는 자료는 이하 Hong Kong Records Series의 약칭인 HKRS로 표기하며, 각 폴더 제목은 최초 1회만 기재하도록 한다.

9) 총독의 제8회 WHO 서태평양 지역회의 개최사. HKRS146-1-3, (34) Eight Session of W.H.O. Western Pacific Regional Committee. Formal Opening By His Excellency The Governor.. Tribute To Specialised Agency's Campaign Against Disease, Daily Information Bulletin, Government of Hong Kong, 1957.9.5., p.3. 이러한 혜택을 입은 것이 단지 ‘운이 좋아서’만은 아닐 터이다.

10) 이하 결핵 예방사업의 전개에 관해서는 羅婉嫻, 『香港西醫發展史(1842-1990)』(香港中華書局, 2019), pp.288~294를 참고하였다.

질병으로 인한 영아 사망률을 줄이는데 획기적인 효과를 보았다.¹¹⁾

그러나 홍콩의 결핵사업은 성공적이라고 보기 어렵다. 홍콩의 건강을 위협했던 여러 가지 전염병 가운데 폐결핵은 복잡한 사회문제 가운데 하나였다. 즉 인구의 급증, 주거의 과밀, 노동 밀집형 공업 발전이 연쇄적으로 결핵균의 전파를 야기하고 있었기 때문에 사회에 만연한 폐결핵을 발본색원하는 것은 매우 어려운 일이었다. 본래 결핵 환자의 경우 격리목적의 입원 치료가 권장되나 재정 문제로 공공의료기구의 확충이 제한된 가운데 홍콩에서는 비와상 약물 치료 즉, 통원치료가 주가 되었다. 이러한 치료사업의 주축이 된 곳은, 의원급의 결핵 전문 진료소(肺癆診所)들로, 여기서는 약물치료 이외에 입원병상이 확보된 공공병원과 결핵전문병원에 입원할 수 있는 환자의 선별이 이뤄졌다.¹²⁾ 이는 결핵균의 확산을 차단하지 못했다. 결핵 발생과 사망자의 절대수치를 본다면 1950-60년대 홍콩의 결핵 방역은 절망스러웠다고밖에 할 수 없다.

	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
확진자수	9,607	13,886	14,821	11,900	12,508	14,148	12,155	13,665	13,485
사망자수	3,263	4,190	3,573	2,939	2,876	2,810	2,629	2,675	2,302
사망자평 균나이	24	25	25	26	29	31	32	36	36

	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
확진자수	14,302	12,425	12,584	14,263	13,031	12,557	9,927	11,427	15,253
사망자수	2,178	2,085	1,907	1,881	1,762	1,441	1,278	1,515	1,493
사망자평 균나이	37	43	43	46	47	48	49	53	55

노동계층의 경우 주거불안 등을 이유로 추적 검사가 적절히 이뤄지지 못하고, 임의로 치료를 중단하는 경우가 빈번히 발생했다.¹³⁾ 그 반면 신생아나 영유아, 학령기 아동 등 소아를 대상으로 비씨지 예방접종은 상대적으로 보급하기 쉬웠고, 따라서 홍콩에서 가장 주요한 폐결핵 예방 시책이 되었다는 사실이 간과되어서는 안 될 것이다.¹⁴⁾

11) 홍콩에서 사용된 BCG는 마닐라에서 제조되어 항공기를 통해 운반되었다. 보다 상세한 접종 대상과 실행 방식, 및 Hong Kong Tuberculosis, Chest and Heart Diseases Association(香港防癆會) 추진사업과 어려움, 신생아접종 성과 등에 관해서는 Ibid., pp.291~294 참조.

12) 결핵환자를 수용하기 위한 전문병원 건립에는 민간 재정이 함께 투입되었다. 香港防癆會는 1949년 海軍醫院을 접수해 Ruttonjee Sanitorium을 개소한 것이외, 전문적인 입원치료를 위해 Grantham Hospital(1957년 개소, 자비로도 입원 가능)을 추가적으로 건립하였다.(나머지는 공립병원 또는 정부 보조금을 받는 병원의 일부 병상 이용)

통원치료를 위해서는 전일제 결핵전문진료소인 Harcourt Health Centre(1947년 개소), 九龍肺癆診所(1951), 灣仔診所(1954), 石硤尾胸肺科診所(1957), 西營盤綜合診所(1959) 외에 몇몇 반일제 진료소가 담당하였다. 보다 자세한 서비스 내용과 규모는 羅婉嫻, 앞의 책, p.278-287 참고.

13) 1950년대와 1960년대에는 환자의 약 1/4만이 치료를 완료하였고, 감독 없는 치료의 위험성에 대한 인식이 높아졌다. (결핵 치료의 경우, 불규칙적으로 약을 복용하거나, 신뢰할 수 없는 방법을 이용할 경우, 치료에 실패하는 것은 물론, 약제에 내성을 가진 결핵으로 발전할 가능성이 매우 높다.) 직접 관찰 치료(DOT)의 전신인 supervised treatment가 1960년대에 임상적으로 도입되었고, 1970년대 부터 점차 서비스의 일부로 제공되었다. "Tuberculosis Control in Hong Kong," <https://www.info.gov.hk/tb-chest/doc/TBcon.pdf>, p.2.

14) 羅婉嫻, 앞의 책, p.294. 무료예방접종사업 강제성은 없었고, 방문접종팀이 정기적으로 공립과 사립

2. WHO 인플루엔자 방역체계의 참여

그렇다면 인플루엔자에 대한 홍콩당국의 태도는 무엇이었고, 방역 정책은 어떻게 변화발전하였는가? 결핵과 마찬가지로 인플루엔자는 사람간 호흡기를 통해 손쉽게 전파되는 감염병이다. 급격한 인구 증가와 그에 따른 주거 및 노동 공간에서의 인구과밀은 신종 인플루엔자가 홍콩에서 폭증하는 주요한 원인이 되었다.

1948년 WHO 창립의 시점에서 인플루엔자와 폴리오를 제외한 주요 감염병은 더 이상 선진국의 골칫거리가 아니었다. 홍콩은 전후의 신생독립국과 함께 그 대척점에 있었다. 하지만 식민지는 새롭게 유입된 싸고 풍부한 노동력과 홍콩 이민자들이 가져온 자본과 기술을 바탕으로 경제구조를 전환하며 빠르게 성장하였다. 경제성장만큼 감염병 통제에 있어서도 빠르게 선진국의 대열에 합류하였다. 특히 홍콩은 1957년 아시아 인플루엔자 팬데믹을 계기로 국제무대에서 주목을 받았고, 인플루엔자 통제를 위한 국제적 감시체계에 합류하였다.

1948년 WHO 인플루엔자 감시 네트워크 또는 체계는 처음 런던의 영국 국립의학연구소(The National Institute for Medical Research, NIMR) 내 세계인플루엔자센터(World Influenza Centre, WIC)라고 하는 단일 중심과 지역인플루엔자센터(Regional Influenza Centre)라고 하는 다중 주변 간의 네트워크 형식으로 발전했다. 얼마 지나지 않아 투톱 체계로 변화하게 되는데, WHO 인플루엔자 전문가위원회가 구성되는 1952년이면, 미국은 자체적인 인플루엔자프로그램에 기반해, WHO 인플루엔자감시체계에 참여하게 되며 감시망이 확장하게 되는 계기가 되었다. 1956년에는 미국 감염병관리센터(Communicable Diseases Center, 현 (Centers for Disease Control and Prevention) 바이러스와 리케차 섹션의 호흡기질병유니트가 범미국제인플루엔자센터(WHO International Influenza Center for the Americas)로 지정되면서, 미국과 영국은 각각의 관할 지역, 즉, 미주지역 전역과 그 이외의 지역에 대한 인플루엔자 바이러스의 수집과 배포에 권한을 갖는 표준실험실(Reference Center)로 기능하게 되었다. 이러한 국제네트워크는 여러 국가건설 과제들을 마주하고 있던 신생국가들을 배제했음은 물론,¹⁵⁾ 아시아의 냉전으로 인해 인플루엔자 감시망은 균일하게 발전하지 못하였다.

WHO 서태평양지역 국가들 가운데 호주와 일본이 정식으로 WHO 세계인플루엔자프로그램에 참여하였고, 말라야연방, 뉴질랜드는 옵서버로 참여했을 뿐, 대만(중국)도 배제되어있었고, 무엇보다 광대한 아시아대륙에 세워진 중화인민공화국은 WHO의 협력 대상에서 배제되어 있었다. WIC에서 영연방 및 국제사회에 RIC 설립을 위한 협력을 요청하였음에도 불구하고 홍콩

병원을 방문해, 의사와 조산사에 대한 훈련과 상담을 병행하였다.

- 15) 1953년 세계적인 인플루엔자 감시 네트워크에 총 42개 국가 54개 지역실험실이 참여하고 있었다. 하지만 실험실은 27개가 유럽에, 11개가 북미에 분포하고 있어 총 38개가 서유럽과 북미에 편중되어 있었다. 중남미에는 6개 중동지역에는 2개, 아프리카 지역에는 3개, 동남아시아 지역에는 2개(인도의 Pasteur Institute of Southern India와 Haffkine Institute), 서태평양에 3개(호주의 Walter and Eliza Hall Institute for Medical Research와 이에 협력하는 The Commonwealth Serum Laboratories, 일본 National Institute of Health of Japan)였다. 물론 미국은 비공식적인 협력 실험실들을 운영하면서, 세계에 분포한 더 넓은 감시체제 네트워크를 이루고 있었지만, 네트워크는 분명 아직 전세계적으로 균질적으로 분포되어 있다고 하기 어려웠다. 따라서 WHO 지역사무소의 도움으로 커버되는 영역을 확장하기 위한 노력이 계속되었고, 임시 방편으로 인플루엔자 옵서버를 두기도 하였다. 동남아 지역은 Ceylon과 서태평양 지역은 말라야 연방, 뉴질랜드(3개 정부 및 의료기관), 필리핀을 포함하였다. A. M.-M. Payne, "The Influenza Programme of WHO," *Bulletin of the World Health Organization* 8 (1953), p.771의 부록 2.

에서는 검토되었던 것으로 보이지 않는다.¹⁶⁾ 당시 영국과 홍콩에서 인플루엔자는 법정감염병이 아니었다.

하지만 1957년 아시아인플루엔자 경험은, 홍콩 보건당국이 미국과 영국이 주도하는 국제무대에 합류하는 결정적 계기가 되었다. 아시아인플루엔자는 문자 그대로 ‘불시에’ 홍콩을, 그리고 세계를 습격하였다. 1957년 4월 셋째주 갑작스럽게 확진자 증가하면서, 홍콩보건당국의 공식적인 발표에 따르면 합리적 추정치로 전체인구의 약 10%, 대략 27만 명이 감염되었고, 3월-5월 합계 40명이 사망했다. 사망자의 절반은 60세 이상의 노인층에 집중되었다. 하지만 사망원인의 판별은 자의적으로, 정확성을 결여하였다.¹⁷⁾ 특히 검체 채취를 통해 인플루엔자 바이러스를 분석할 수 있는 바이러스 실험실과 기술을 가지고 있지 않았다. 홍콩당국은 이후 모든 공립진료소의 의사들에게 2주 간격으로 인플루엔자 의심사례를 자발적으로 신고하도록 하였고, 1958년 3월경 인플루엔자가 재유행할 때, 검체를 채취하여 미국의 WHO IICA에 발송하여 검사하도록 하였다.¹⁸⁾ 이는 바꾸어 말하자면, 세계적인 인플루엔자 감시와 통제 조직에 있어, 홍콩 보건당국이 자발적 필요에 의해 참여했다기 보다, 중국대륙과 마주한 냉전 최전선의 자유세계 일원이라는 홍콩의 지정학적 위치 덕분에, 세계(중국)의 인플루엔자 감시라는 목적에 끌려들어갔던 것이라고도 할 수 있다.

홍콩의 경우 인플루엔자에 수동적으로 대응하였고, 최소한의 조치만이 이뤄졌다. 비록 -언론이 광저우로부터 감염에 대한 ‘경보’를 선제적으로 경고한 이후, 전염이 한참 확산된 후였고, 정확한 정보를 결여하고 있었으나-, 인구 밀집 지역 방문 자제를 포함하는 전염병 유행을 공식화하는 조치는 취해졌고, 공립진료소와 공립병원 외래진료부의 (야간, 휴일) 연장 진료를 통해 추가적인 병원 서비스를 제공하였다. 이 두 지점에 있어 일차적으로 표준적인 공중보건의 절차에 부합하는 대응을 내렸다고 평가할 수 있다. 추가적인 병원서비스 대응은 홍콩정부가 의료서비스 부족 문제에 대응해온 일반적이며 유일한 방법이었다.

하지만 1957년 홍콩이 경험한 아시아 인플루엔자는, 홍콩이 기술적으로 선진국들과 어깨를 나란히 할 수 있는 기회가 되었다. 특히 바이러스실험실을 수립함으로써 기회를 현실화해나갔다. 전후 WHO에서는 인플루엔자와 더불어 심각한 형태의 마비성 폴리오가 국제적 차원의 의제로 논의되고 있었다.¹⁹⁾ 폴리오는 홍콩 보건당국이 예의주시하고 있던 전염병인데, 같은 해(1957년) 폴리오와 인플루엔자의 동시적인 발발은 영국 식민지 관료들의 위기의식을 증폭시켰다. 홍콩 보건당국은 소아마비를 일으키는 폴리오는 새로운 위협으로 인지하기 시작하였던 터라, 이 폴리오 예방접종 사업을 일반 주민에게 확대해 원활히 수행할 목적으로 싱가포르 말라야대학의 전폭적 기술협력과 지원을 받아 1960년 정부 병리학연구소 바이러스 유니트(virus

16) CO 927-181 Virus Research: Proposal to Establish Regional Influenza Centres in Collaboration with WHO (NIMR - International Collaboration for Establishing Influenza Centres), National Archives(Kew, Richmond, U.K.).

17) 아시아인플루엔자 유행이 집중된 3주간(1957년 4월 14일~5월 4일)만하더라도 결핵과 기타 원인으로 사망한 사람의 숫자가 이례적으로 증가하였다. 보다 자세한 내용은 김민서(2020), 앞의 논문, pp.125~126 참고.

18) 미국이 최초로 분리한 바이러스(A/Asian/Japan/305/57)와 유사함을 확인하였다. 인플루엔자는 4월 유행수준으로 재확산되지 않았다. Communicable Disease Center(U.S.), Influenza Surveillance Unit, *CDC Influenza Report* 42 (CDC, January 9, 1959), p.11.

19) 제3차 세계보건총회(1950)에서 Expert Committee on Poliomyelitis 수립이 권고되었고, 1953년 9월 첫 전문가위원회 개최와 함께 폴리오 바이러스주 형별분석 센터 수립을 위해 예산이 지원되었다. WHO Expert Committee on Poliomyelitis & World Health Organization, *Expert Committee on Poliomyelitis : first report [of a meeting held in Rome from 14 to 19 September 1953]* (World Health Organization, 1954).

unit)가 수립되었다.²⁰⁾ 이 실험실은 1963년부터 NIC로서 기능하게 되면서 명실공히 동아시아 인플루엔자 감시체제의 중요한 일원이 되었다.²¹⁾ 그리고 1968년 홍콩인플루엔자바이러스를 최초로 분리해내는 성과를 거두었다. 이하 3장에서는 1968년의 경험과 방역정책을 어떻게 평가할 수 있을지 살펴볼 것이다.

Ⅲ. 1968년 홍콩의 인플루엔자 경험

1968년의 인플루엔자 팬데믹의 유행은 중국대륙에서 발병하는 감염병의 감시초소로서의 기능을 확인할 수 있는 시험대였고, 한편으로는 홍콩인들에게는 정부의 임시적인 대응정책과 태도뿐만 아니라 홍콩의 의료상황의 문제 전반에 대한 비판과 자각의 촉매제가 되었다.

1. 1968년 인플루엔자의 전개와 식민당국의 대응

중국 대륙에서 기원한 것으로 추정되는 변종 인플루엔자 바이러스가 홍콩을 통해 또 한번 팬데믹을 일으켰다.²²⁾ 홍콩은 중국으로부터 매일같이 바지선과 열차를 통해 식자재를 비롯한 대외수출품이 수송되었고, 친지 방문과 사업 등의 목적으로 인구왕래가 이루어졌다.²³⁾ 또한 홍콩은 “자유항이자 봄비는 여행중심지로, 항공과 바다를 통해 세계의 다른 지역과 바이러스 교환이 효과적인 장소”로 이후 전세계적인 인플루엔자 팬데믹의 진원지가 되었다.²⁴⁾ 미국은 이미 1968년 6월말 이미 이 질병이 여행객을 통해 중국대륙으로부터 홍콩으로 옮겨졌다고 보았으나²⁵⁾ 발생 시기와 장소는 정확하지 않다. 홍콩식민당국은 국경 출입이 이뤄지는 新界 羅湖(Lowu)에서 여행객 인터뷰를 통해 중국(대륙) 정보를 제한적으로 수집하고 있었다. 이에 따르면, 이미 1968년 7월 둘째주 광둥을 휩쓸고, 주말을 지나 주변으로 확산이 진행되었다. 광둥 성혁명위원회가 성시의 쓰레기 수거 등 위생상태 개선을 위해 노력하였을뿐 아니라 7월 15일(월) 성시 의사들의 1/4을 지방(농촌)으로 가 유행성 인플루엔자 대응을 보조하도록 지시하였다. 하지만 이로 인해 중의와 서의를 막론하고 약품부족에 더해 의료인력이 심각하게 부족해지며, 홍콩 여행객들은 예정보다 일찍 홍콩으로 돌아왔다. 7월 넷째주 무렵 성시의 약 60%의

20) 김민서(2020), 앞의 논문, pp.132~133.

21) 홍콩이 독립국가가 아님에도 홍콩을 단위로 ‘국립’기관이 수립된 것은 일차적으로는 전후 정치외교 환경에서 ‘국가’ 단위를 넘거나 벗어나는 상상력이 부족했던 까닭이다. 독립국이 아닌 탓에 정식 회원은 아니었지만 WHO 서태평양 지역사업에 열성적으로 참여하는 홍콩을 지칭할 여타 명칭이 없었다. 그것이 가리키는 국가는 굳이 따지자면 영국일 테지만, 홍콩이 보건 부문에 있어서도 영국으로부터 독립적인 또는 탈식민지적인 보건의료체계를 운용하고 있었던 특징 또한 간취할 수 있다.

22) Cockburn WC, Delon PJ, Ferreira W., “Origin and progress of the 1968-69 Hong Kong influenza epidemic,” *Bulletin of the World Health Organization* 41:3(1969), p.345.

23) 식품과 물의 전략적 수출공급에 대해서는 Siu-Keung Cheung, “Reunification through Water and Food: The Other Battle for Lives and Bodies in China’s Hong Kong Policy,” *The China Quarterly* 220 (2014), pp.1020-1021. 중국의 각항 수출상품의 독점판매를 관장하였던 華潤公司에 관한 자세한 내용은 華潤(集團)有限公司, 『華潤四十年紀念特刊(1948-1988)』(香港: 華潤(集團)有限公司, 1988) 참조.

24) W.K. Chang, “National Influenza Experience in Hong Kong, 1968,” *Bulletin of the World Health Organization* 41(1969), p.349.

25) Warren F. Carey, and Myles Maxfield, “Spring 1972: 17-30-5: Intelligence Implications of Disease,” From Record Group 263: Articles from “Studies in Intelligence”(CIA기밀해제문서), The U.S. National Archives and Records Administration(College Park, MD, US), p.74.

인구가 인플루엔자에 감염되며 유행 수준으로 확대되었다고 전해졌다.²⁶⁾

이처럼 홍콩 여행객들로부터 인접한 광둥지역의 유행병 현황이 전달되었으나, 이들 여행객들에 대한 바이러스 분리는 이루어지지 않았다.²⁷⁾ 지역언론이, 7월 10일 여행객의 전언에 따라 홍수와 기아, 사망의 여파로 인플루엔자가 심각한 수준으로 광둥을 휩쓸고 있음을 알렸으나,²⁸⁾ 홍콩당국이 말한 “엄중한 감시”는 그저 확산세의 추이를 지켜보는 것뿐이었다. 홍콩의 무위생서 스스로 밝혔듯 1968년 7월 8일 경이면 자발적 신고 건수가 증가함에 따라 당국이 인플루엔자의 증가를 알아차리고 있었다.²⁹⁾ 이에 대해 즉각적인 바이러스 확인은 이뤄지지 않았고, 5일여 지체된 7월 13일 이례적 상황을 인지하고서야 형별분석 실험을 진행하였고, 그 결과 7월 17일에는 분리된 바이러스가 변이 가능성이 있는 새로운 바이러스라는 것이 확인되자 신속하게 영국과 미국 두 곳의 센터에 차례로 발송하였다.³⁰⁾

홍콩당국이 바이러스 실험실을 갖추었음에도 즉각적인 확인과 경보가 이뤄지지 않은 이유는 무엇일까? NIC 유치와는 별개로, 홍콩에서 인플루엔자는 법정감염병이 아니며 다만 자발적 신고대상으로, 인플루엔자에 대해 통제를 필요로 하는 전염병으로 인식하지 않았다고 생각할 수 있다. 인플루엔자 통제는 ‘긴급’한 현안이 아니었다. 물론 이것이 ‘신종’이면 이야기가 달라진다. 하지만 환자의 검체채취를 통해 자체적으로 바이러스를 분리했음에도 불구하고 그것이 신종인지 아닌지 판단하는데 ‘불확실성’이 상존하고 있었다. 다시 말해, 이번 인플루엔자가 ‘아시아형’으로 인한 것인지 아니면 또 다른 ‘신종’으로 인한 것인지, 이것이 신종이라면 얼마나 다른 특성과 유행 가능성을 갖는 것인지 판단하기 어려웠다는 것으로, 이는 보건당국의 7월 19일 최초 발언에서 확인된다.³¹⁾ 즉, 홍콩 보건당국은 이를 아시아형으로 보았고, 바이러스를 확인한 런던 WIC의 H.G. 페레이라(H.G. Pereira) 박사 역시 이것이 ‘거의 확실하게’ ‘아시아형’이라고 생각하였다.³²⁾ 그간 전 세계적으로 아시아형 또는 A2형 인플루엔자 바이러스가 소규모 변이(항원연속변이, antigenic drift)를 반복하며 세계에서 일정 주기로 유행을 일으켰다.³³⁾ 따라서 1968년의 변이 역시 아시아인플루엔자의 변이에 따른 n차 유행이라고 판단했던 것으로 보인다.³⁴⁾

26) Summary of Information Received from Travellers at Lowu (12th July, 1968)p.88;96;106;124. FO Dept. FAR EASTERN, Title: China Information (and Intelligence) - Miscellaneous Sources. (FCO 21/136), The National Archives(Kew, Richmond, UK).

27) Chang, 앞의 논문, p.349.

28) “Kwangtung hit by epidemics,” *SCMP*, July 11, 1968. 지역언론은, 7월 10일 중국으로부터 도착한 사람들로부터 전언에 따라 홍수와 기아, 사망의 여파로 인플루엔자가 심각한 수준으로 광둥을 휩쓸고 있음을 알렸다. 수천명의 사람들이 약국바깥에 줄을 섰고, 병의원은 홍위병에 점거되어 공중에게 개방되지 않고 있다고 한다. 이에 대해 홍콩의 의무위생서 대변인은 중국으로부터의 질병 사례는 보고되지 않았지만, “엄중한 감시”를 하고 있다고 말했다.

29) 의무위생서 대변인의 최초 발표에 따르면(1968년 7월 25일) 인플루엔자 발발은 1968년 7월 8일경 시작되었다. “Clinics to open on holidays as ‘flu cases rise,” *SCMP*, July 26, 1968.

30) 보다 자세한 과정은, 김민서(2020), 위의 논문, p.134.

31) “Heat wave blamed for large number of influenza cases,” *SCMP*, July 20, 1968.

32) “Asian flu may spread to Britain”(By Nature-Times News Service) *SCMP*, August 2, 1968.

33) 바이러스 돌연변이의 일종으로 유전적 재조합에 의한 항원의 불연속변이(antigenic shift)와 달리, 매년 꾸준한 변이로 인한 항원의 변이를 항원연속변이(antigenic drift)라고 한다.

34) 1957년 인플루엔자 팬데믹은 약 8개월간 지속되었고, 2차 유행은 1년 반이 지난 1959년 겨울까지 전세계적으로 유행하였다. 이후 양상은 달라졌는데, 유럽, 북미 그리고 아시아에서는 1960-61년 겨울 3차 유행이 시작된 반면, 소련에서는 이듬해 겨울까지도 발생하지 않았다. 1963-64년 겨울 유럽, 북미, 아시아에 4차 유행이 닥쳤고, 소련과 동유럽은 1965년 초에야 영향을 입었다. 1965년 소련에서의 4차유행 당시 분리된 바이러스주는 원형 바이러스주(A2/Singapore 1/57)로부터의 변이가 상당히 진행되었고, 1963-64년 서유럽의 3차 유행 당시 영국에서 분리된 A2/England 12/64와는

이미 한 주간 많은 수의 환자가 병원, 공립진료소, 약국을 찾으면서 항인플루엔자 약품과 의료의 매출 증가가 보고되었다. 이에 대해 홍콩 의무위생서 대변인은 7월 19일, 인플루엔자는 법정감염병이 아니며 따라서 신고는 자발적으로 이루어지고 있음을 설명하며, “최근 인플루엔자의 일정한 증가가 관찰되지만 ‘발발(outbreak)’ 수준이라고 할 수 없”다고 밝혔다. 인플루엔자에 걸리지 않기 위해 어떠한 예방조치가 취해질 수 있을지에 관한 질문에 대변인은, “효과적인 공중보건 예방조치는 없다(no public health precautionary measures were effective)”고 답하였다.³⁵⁾

인플루엔자가 사람들 사이에서 더 크게 유행하는 원인은 ‘바이러스의 변이’ 때문이라는 과학지식은 대중들 사이에서 정립되지 않았던 것으로 보인다. 홍콩의 지역 언론은 이번 전형적인 인플루엔자 증상들이 나타나는 주요 원인을 날씨에서 찾았다. 즉 지난 한주간 ‘熱波(heat wave, 熱浪)’가 지속되는 가운데 냉방장치가 작동되는 극장이나 사무실에서 나왔을 때와 같은 갑작스러운 온도 변화로 인해 인플루엔자가 발생했다고 보았다.³⁶⁾ 다른 언론은 이번 인플루엔자를 다수가 발열과 기침을 동반하는 일종의 유행성 ‘혹서병’으로 보았다.³⁷⁾

보건당국과 달리 홍콩 언론은 11년 전의 인플루엔자 대유행 조짐이 계속해서 포착되자 경고 메시지를 발신한다.³⁸⁾ 홍콩사회의 동요를 눈치챈 의무위생서는 재차 직접 성명을 통해 인플루엔자 의심사례의 보고가 상당히 증가한 것을 공표하였다. 하지만 당국의 입장은 여전히 ‘아시아 인플루엔자’는 ‘경미한 타입’의 인플루엔자이므로 전염성은 매우 높으나 ‘괜찮다’는 것이었다. 대변인의 말을 옮기면 다음과 같다.³⁹⁾

“병의원은 도움을 원하는 사람들로 꽉 차 있으나, 할 수 있는 것은 거의 없다. 현재 홍콩에 만연한 *아시아 독감(Asian flu)*에 대한 예방백신은 없다. ... 가장 최선의 방법은 집으로 가 컨디션이 회복될 때까지 침대에 있는 것”으로, 그동안 “아스피린, 차, 레몬음료, 취향에 따라 위스키 또는 브랜디를 섭취할 수 있다.” “아직까지 사망자는 보고된 바는 없다. 아시아 독감은 경미한 타입의 인플루엔자이기 때문에 그럴 가능성 또한 없다.” (필자 강조)⁴⁰⁾

미세하게 다르거나 유사했다. V. M. Ždanov, M. K. Nesterenko, I. V. Antonova, A. S. Gorbunova, V. A. Isačenko, and I. A. Krasovskaja, “The 1965 A2 influenza epidemic in the USSR and the natural history of Asian influenza,” *Bulletin of the World Health Organization* 34:6(1966), pp. 880-882.

35) “Heat wave blamed for large number of influenza cases,” *SCMP*, July 20, 1968.

36) Ibid. 무더위와 냉방기기가 설치된 곳에서의 온도변화에 신체가 적응하지 못해 생기는 ‘냉방병’과 마찬가지로 급격한 실내와 실외의 온도 차이가 인플루엔자를 일으키는 하나의 원인으로 지목되었다.

37) 「流行性感冒中西藥銷量突增 西藥本銷生意平穩大陸中藥來貨銳減」, 『工商晚報』, 1968.7.21. 혹서병은 폭염으로 인해 발생하는 열질환으로, 그 가운데 소위 일사병은 햇빛이 짙은 여름 강한 햇빛에 오랫동안 노출되었을 때 체온이 오르며 땀이 과도하게 나나 수분 보충이 되지 않아 발생하는 것으로, 여러 신체이상 증상이 나타나게 된다. 이와 비슷하지만 더 심각한 열사병은 오랜시간 뜨거운 햇빛에 노출되는 경우는 물론, 냉방시설이 갖추어지지 않은 무덥고 밀폐된 실내공간과 같이 고온에 노출되었을 때 발생한다. 계속되는 무더위가 독감을 유행시켰다는 것이다.

38) 「流行性感冒襲港蔓延迅速市民小心, 九龍醫院門前出現的病龍」, 『工商晚報』, 1968.7.22. 하지만 7월 1일부터 18일 동안 인플루엔자의 자발적 신고 건수는 220건으로 예년의 같은 기간과 비교해 증가한 것이라고 밝혔다

39) 「流行性感冒情形極嚴重」, 『工商晚報』, 1968.7.23.

40) “Thousands down with Asian flu. Your friends may have it but you don't have to catch it too,” *SCMP*, July 24, 1968. ; 「流行性感冒症日多但無正確統計數字 政府醫生認為未及一九五七年」, 『工商日報』, 1968.7.24.

즉 인플루엔자의 원인 바이러스를 ‘아시아형’으로 기정사실화하고, 이것의 경미함을 강조함으로써, 화인 사회를 안심시키려고 하였다. ‘독감이 일시적으로 사람의 목숨을 앗아가지는 않고, 아직 그러한 일은 일어나지 않았다’는 점이 강조되면서 “이 병으로 인해 유발된 고열은, 생명을 앗아갈 가능성이 있다”⁴¹⁾는 점은 간과되었다.

인플루엔자는 법적으로 신고 의무가 없었기에, 홍콩의 피해 상황은 공식적으로 집계되지 않았다. 비공식 통계에 따르면 이환자 숫자는 최소 30-40만에서⁴²⁾ 최대 60만명이었다.⁴³⁾ 홍콩 九龍巴士公司, 中華巴士公司, (油蔴地小輪公司·天星)小輪公司, 電車, 九廣鐵路局 등 대중교통 이외에도, 郵政局(郵務), 香港電話公司, 電力公司, 中華煤氣公司, 海事處(港海領港員協會), 監獄署, 消防事務署 등 공공기관의 피해상황이 각 기관을 통해 속속들이 공표되었다. 정부 각 기관 또는 부서 공무원 가운데 인플루엔자를 앓는 사람이 약 40%를 점하였고, 각 대형 공장 과 오피스빌딩 직원들 가운데 환자가 50%를 점하고 있다고 보도되었다. 의무위생서도 예외는 아니었다.⁴⁴⁾

그런데 홍콩 보건당국이 인플루엔자로 인해 직접 사망에 이를 가능성은 없다고 단언한 불과 이틀 후인 7월 25일 중 사망자가 발생 소식이 발표되었다. 현지 언론은 좌우할 것 없이 곧바로 1면 톱 기사로 사망 소식을 전하며 화인 사회에 경고를 발신하게 되었다.⁴⁵⁾ 보건당국의 발표에 따르면, 이달 초부터 시작된 ‘인플루엔자로 인한 합병증’으로 사망한 사람은 두 명의 아동을 포함해 다섯 명으로, 연령이 가장 많은 사람이 72세였고, 가장 어린 사람은 나이가 불과 반개월 가량의 영아였다.⁴⁶⁾ 하지만 여전히 보건당국은 ‘우발요인(causal agent)’은 ‘A2형’ 인플루엔자 바이러스로 확인되었고, 1957년 유행을 야기했던 것과 유사한 ‘아시아주(Asian strain)’임을 밝히며 이 유행을 ‘경미한 발발(outbreak)’로 묘사하였다.⁴⁷⁾ 보건당국은 개인의 위생·방역 조치와 관련해 1957년 때와 마찬가지로 인구가 밀집한 지역의 방문을 자제하고, 기침과 재채기를 손수건에 하도록 안내했을 뿐이다.

41) 「流行性感冒嚴重威脅市民 公共交通機構員工 大量病倒影響服務 病者估計六十萬但未聞有因此喪生」, 『工商日報』, 1968.7.25.

42) 「流行性感冒影響水陸交通車船 數百工人已病倒 醫院診所病龍 處處咸盼提早開診及延時」, 『大公報』, 1968.7.25.

43) 「流行性感冒嚴重威脅市民 公共交通機構員工 大量病倒影響服務 病者估計六十萬但未聞有因此喪生」, 『工商日報』, 1968.7.25.

44) 「本港醫務當局 亦受暑病打擊 機構均受不同程度影响 情況五七年來最」, 『工商晚報』, 1968.7.25.

45) 「危險 已經死了二十一人 流行性感冒 死人」, 『工商晚報』, 1968.7.25.: “Clinics to open on holidays as ‘flu cases rise,” SCMP, July 26, 1968. 1968년 7월 26일 South China Morning Post에서는 대기공간을 가득 매우 환병원 사진과 함께 관련기사가 1면을 크게 장식했다. (10면에도 기사가 실렸다.)

46) 「流感傳染仍在擴大患者激增已死五人 病者達數十萬人 醫務處說僅接報告二千餘宗 工人醫療所病人倍增 醫務人員自動加班加點」, 『大公報』, 1968.7.26.

47) “Clinics to open on holidays as ‘flu cases rise,” SCMP, July 26, 1968. 경미한 독감의 증상은 발열, 두통, 목이 잠기는 것, 근육 쭉심으로 보건당국은 이러한 증상이 이틀동안 지속된다고 말하였다. 「危險 已經死了二十一人 流行性感冒 死人」, 『工商晚報』, 1968.7.25.

病中有感

日月(聖維德書院)

流行感冒又來了 독감은 또 왔는데
醫生少又少 의사는 적고 또 적네
小明昨夜又傷風 샤오밍은 어젯밤 또 풍사에 상해
醫院門口企了幾點鍾 병원 문앞에서 몇 시간이고 기다렸네
醫生雖少依然在 의사는 비록 적으나 그대로 있으려만
只是價錢改 그저 가격이 달라졌을 뿐
問君能有幾多財 묻노니 그대 돈이 얼마나 되는지 아는가
恰似一江春水向東流 마치 봄날 동쪽으로 흐르는 강물과 같으리

『中國學生週報』 學生叢書 第5期 1968年 8月

이 시는 『中國學生週報』에 실린 남당의 마지막 황제 이옥(李煜)의 「우미인(虞美人)」이라는 한시를 개작한 것으로, 홍콩에서 1968년 독감 유행 시의 상황을 자조적으로 담고 있다.⁴⁸⁾ 일반 대중이 의사에게 진료를 받기 위해서는 몇 시간씩 긴 대기 줄을 감당해야 했고, 민간 병의원에서는 진료비용을 마음대로 책정하였던 의사에게 비싼 값을 주어야 하는 상황. 인플루엔자는 1957년 홍콩과 세계를 휩쓴 데 이어 불과 10여년 만인 1968년 다시 한번 홍콩을 덮쳤고, 이환자가 폭증하며 환자들은 여지없이 긴 대기줄을 경험해야 했다.⁴⁹⁾

2. 홍콩 사회의 위기의식과 방역 요구의 고조

사망자 발생을 기점으로 홍콩에서는 인플루엔자의 발생과 대응, 더 정확히는 식민당국의 ‘책임’을 둘러싸고, 좌우 진영의 날 선 공방이 시작되었다. 좌파언론인 『대공보』는 7월 24일 “病者에 대해 어떻게 신속히 치료를 진행하는가, 아울러 공공위생방면에서 일련의 적당한 조치를 취하여 이러한 인플루엔자를 억지”하는 것이 홍콩당국의 미룰 수 없는 책임이라고 이야기하며, “만약 홍콩 보건당국이 이를 알아듣고도 일을 하지 않는다면, 오히려 시련의 때가 올 것”이라고 경고하였다.⁵⁰⁾ 아울러 병의원이 부족한 신계지역에 이동 의료차량의 배치와 구룡과 홍콩지역 공립진료소 내 추가인원 배치 및 연장진료를 촉구하였다.⁵¹⁾

1968년 7월 23일(화), 인플루엔자 유행은 절정에 이르고 있었다. 공립과 개인·민간 병의원,

48) 日月(聖維德書院), 「病中有感」, 『中國學生週報』 第5期, 1968.8. 『中國學生週報』는 香港友聯出版社에서 고등학생, 대학생 및 청소년을 독자로 하는 대표적인 종합성 간행물이었다. 1952.7.25.부터 1974.7.20.까지 간행되었다.

49) 1968년에 이어 싱가포르에서 의사를 총원하는 대대적 캠페인에도 불구하고 쉽사리 해소될 기미가 보이지 않던 1969년, 일상화된 심각한 의사부족 문제를 조사하기 위한 특별위원회가 구성되었고, 제안서가 6월중 출간되며 해결의 실마리를 찾아가게 된다.

50) 「(編者的話) 流行性感冒應及時遏止」, 『大公報』, 1968.7.24.

51) 「流行性感冒患者三十萬 蔓延趨勢仍未能控制 流行性感冒大蔓延 醫院診所出現病龍病者促延時 居民應主意衣食勿冷乍熱及暴食凍品」, 『大公報』, 1968.7.24.

중의와 서의를 가릴 것 없이, 홍콩과 구룡, 신계의 모든 지역의 병의원에는 환자로 꽉 들어차고 긴 대기행렬이 이어졌다. 아픈 사람들로서는 이보다 큰 곤혹이 없었다. 공립병원인 완차이의 貝夫人健康院에서는 문밖으로 새벽 5시부터 백여명의 사람들이 줄을 섰고, 한 개원의는 아침 8시부터 12시까지 250명을 진료하였는데 1분당 1명(이상)을 진료하는 꼴이었다. 홍콩시민의 절대 다수가 인플루엔자를 앓고 있었다.⁵²⁾ 대규모 유행상황에 맞닥뜨려 적절한 예방조치가 강구되어야 하는 것은 맞는 판단이었고 마땅한 요구였다. 7월 25일, 보건당국은 인플루엔자 사례 증가함에 따라 공식적으로 공립진료소의 주말진료 시간을 연장하는 카드를 내밀었다.⁵³⁾

‘이번 독감은 경미하다’는 식민당국의 연설을 그대로 옮겼던 우파언론 역시 사망자가 발표되는 당일(25일 오전) 곧바로 논조를 바꾸었다. 1968년 7월 25일(목)과 26일(금) 양일간의 1면 톱기사는 모든 화인의 주목을 끌어 ‘만연 추세에 있는’ 인플루엔자에 대해 경각심을 높이게 된다.⁵⁴⁾ 특히 우파언론인 『공상일보』와 『공상만보』는 인플루엔자 바이러스의 來源에 주목하였다. 1968년 7월 이전부터 대륙 방문객의 보고에 의거해, 광둥 특히 광저우시의 심각한 인플루엔자 유행상황을 전달하였다. 이것은 중국 대륙의 문화대혁명의 여파로 ‘홍위병의 무장투쟁과 폭압적 살인 행위로 도처에 시신과 쓰레기가 쌓여있으며, 거기에 더해 각 강의 수해와 식량 결핍이 조성한 전염병’의 결과였다. 또한 신문사의 자체적인 광저우 방문객의 인터뷰를 통해, 광저우와 인근 일대에서 전염병이 악화되는데도 도리어 의료와 약품은 부족한 생생한 상황이 전달되었다. 홍콩당국 역시 인플루엔자 바이러스가 인근 광둥지역으로부터 유입되었을 가능성을 부정하지 않았다고 하여 인플루엔자가 중국 대륙으로부터 유입되었음을 우회적으로 표현하였다.⁵⁵⁾ 하지만 대변인은 공식적으로 “A2 바이러스가 어디에서 왔는가에 대해서는 규명된 바가 없다”고 하였다.

홍콩은 양털스웨터, 완구, 전자(原子粒)라디오, 고무신발, 철물(小五金)제품 등, 수공을 요하는 세계 제조업의 중심지로 자리매김하고 있던 것은 잘 알려져 있다. 하지만 홍콩 경공업 발전의 토대가 된 인구가 조밀한 작업환경은 인플루엔자 바이러스가 증식하기에 최적의 장소였다. 인플루엔자 유행으로 공장 가운데 타격을 입지 않은 곳이 거의 없었고, 약 20%의 생산이 지연되었으며, 실제로는 일반인이 상상하는 것보다 훨씬 컸다는 보도가 뒤따랐다.⁵⁶⁾ 1968년 인플루엔자의 발발로 홍콩의 경공업 생산과 수출에서의 차질이 불가피하였다.⁵⁷⁾ 공장이 밀집

52) Ibid.

53) 1968년 7월 27일(토) 저녁 10시까지 진료 연장조치가 내려진 병원과 진료소는 구룡에서는 九龍醫院問診部, 油蔴地賽馬會診療所(Royal Hongkong Jockey Club Polyclinic, Yaumatei), 李寶椿健康院(Li Po Chun Health Centre), 深水埗醫局(Shamshuipo Dispensary)과, 홍콩섬에서는 西營盤賽馬會診療所(Royal Hongkong Jockey Club Clinic, Saiyungpun), 貝夫人健康院(Violet Peel Polyclinic, Wanchai), 그리고 筲箕灣賽馬會診療所(Royal Hongkong Jockey Club Clinic, Shaukiwan)이다. 7월 28일(일) 오전 9시~오후 1시까지의 구룡의 油蔴地賽馬會診療所와 深水埗醫局, 홍콩섬의 灣仔貝夫人健康院과 筲箕灣賽馬會診療所 각각 두곳에서 추가진료를 하였다. “Cooler weather unlikely to halt ‘flu epidemic,” SCMP, July 27, 1968: 「流行性感冒病者昨續增 港英診所週末局部開放 受到指摘之後港英醫務處只說無計可施 工聯各診所想盡辦法更好地為病者服務」, 『大公報』, 1968.7.27. 당국은 그 다음주인 8월 4-5일 주말에도 환자수가 여전히 많아 공립병원과 진료소를 개방하였다.

54) 「危險 已經死了二十一人 流行性感冒 死人」, 『工商晚報』, 1968.7.25. (本報訊) 홍콩 보건당국은 방금 위험신호를 발신하였다. 본향은 현재 인플루엔자로 이미 여러명이 사망을 하였으며, 현재 더욱 만연이 계속되는 추세에 있다. 시민들을 각별히 주의하길 바란다! 「流行性感冒猖獗非常本港各醫療機構候診者其門若市(사진)」, 『工商晚報』, 1968.7.25.

55) 「本港流行性感冒可能由廣東傳來 廣州正流行肝病及胆病」, 『工商晚報』, 1968.7.25.

56) 「流行性感冒逐漸消除 各業一度受影響 已陸續轉呈蓬勃」, 『工商晚報』, 1968.7.29.

해있는 荃灣(Tsuen Wan)지역에서는 ‘날씨의 흑열로’ 노동자 다수가 이 병에 걸려 생산에 영향을 주었는데, 특히 좁은 크기에 열악한 노동 환경의 몇몇 공장은 아예 생산을 멈추기에 이르렀다.⁵⁸⁾

인플루엔자 유행의 정식 공표와 사망자 발생이후 한 시정국 의원이자 의사인 黃夢花는 1968년 7월 26일(금), 당국이 주말 간(7월 27-28일) 연장진료를 선포하였음에도 인플루엔자를 억지하고 있지 못함을 규탄하였다.⁵⁹⁾ 그가 요구한 것은 보다 강력한 거리두기(distancing) 조치였다. 곧, 보건당국의 인플루엔자 대책이 적절하지 않다고 지적하고, 마땅히 학교 수업을 금지하고 아울러 모든 공공장소의 문을 닫아 병균의 전파를 억지하여야 하며, 정부 新聞處는 또한 응당 시민에게 전염을 방지할 수 있는 방법을 공포해야한다고 하였다.

하지만 이에 대해 의무위생서 부총감 제럴드 초아(Gerald H. Choa, 蔡永衆)는 즉각 성명을 통해 반박하였다. “黃씨의 제안은 홍콩인들의 생활에 심각한 영향을 끼치기에 충분하며, 특히 그로 인한 불편은 인플루엔자의 전염보다 능가할 것”으로 여겨진다고 하였다. 그는 현재 표면적으로는 인플루엔자에 걸린 사람이 매우 많아 심각해 보이지만, 사망률은 결코 기타 감염병처럼 높지 않으며, 인플루엔자가 최고조에 이른 시기는 지난 월요일(7/22)과 수요일(7/24) 이틀로 이미 유행세가 완만해진 것으로 보이며, 지난 양일간 병원 및 진료소 앞의 긴 줄이 실제 현저히 줄어든 것으로 보이나 의무위생서는 현재 계획대로 의사와 간호사를 파견하여 문진 업무를 전개할 것이며, 그들의 휴가 또한 일률적으로 잠시 취소한다고 말하였다.⁶⁰⁾ 이처럼 홍콩 식민당국은 공기중 호흡기성 감염병의 전파를 막을 수 없으며, 막아서도 안된다고 보았다. 오히려 개인의 자유와 경제적 이익을 추구할 권리는 열악한 주거와 노동 환경에 놓인 홍콩 주민들의 건강권보다 우선시되었다.

7월 26일(금) 그날 의무위생서 부총감 초아는 공영 라디오방송국 ‘라디오홍콩(Radio Hong Kong)’에 출연하여,⁶¹⁾ 이번 인플루엔자 유행의 발병 추이에 관해 다시한번 설명하였다. “인플

57) 「流行性感冒影响工廠生產率降低 天氣酷熱亦影响趕製聖誕貨品」, 『工商晚報』, 1968.7.26.

58) 「流行性感冒續肆虐 荃灣患病人數大增工人請病假日多 工廠開工受影響 工人醫療所照顧病人週日仍應診」, 『大公報』, 1968.7.29. 이에 따르면 방직계통업종 가운데 毛衫業에서 독감에 걸린 사람이 가장 많았다. 천완 楊屋道の 한 스웨터공장 내의 20여명 가운데 2/3 남짓의 공인이 병으로 휴가를 신청하였고, 그 나머지 직원들 역시 다수가 좋지 않아, 이 공장 생산은 거의 중단 상태에 빠졌다고 전한다.

59) 黃夢花(1920-2007)는 대륙에서 대학교육까지 마친 후 미국에서 의학박사 학위를 취득하고(1945년), 광저우에서 공직을 역임한 뒤 1948년 홍콩으로 도항하여 1954년까지 의무(위생)서 의관(Medical Office)을 지냈다. 영국에서 흉과와 내과 유학 후 홍콩에서 개업의로 활동하였으며, 1967년에는 시정국 의원에 당선되어 1986년까지 활동하며 정치제도개혁에 목소리를 높였고 中文運動, 清潔香港運動에 앞장섰으며, 자신의 전문분야인 홍콩 의료문제에 대해 발언을 아끼지 않았다. 그는 독감 만연에 警務署의 대응이 필요하다고 주장하였다(「警務署應付流行性感冒蔓延 政府醫院及各診所 今晚開始加設夜診 醫務副監反駁黃夢花議員之批評」, 『工商日報』, 1968.7.27.). 또한 西醫 진료 비용이 지나치게 비쌌을 지적하고, 공공의 이익을 증시하여 비용을 낮출 것을 청원한 것(「黃夢花議員指摘 西醫收費太昂 籲請減低收費重視公眾利益」, 『工商日報』, 1968.8.3.) 외에도 홍콩에서 오랜 기간 문제가 되었던 의료인력 결핍문제 해결을 위해 홍콩중문대 의학원 설립을 위해 다년간 애썼고, 비영연방 지역에서 의사자격을 취득한 의사들을 위한 자격시험 기구 설립을 요구하였다. 貝加爾, 「廿年市局政治史: 黃夢花議員」, 『致知Spark』, 2014.7.27., <https://sparkpost.wordpress.com/2014/07/27/denny-huang/>. (최종 접속일:2021.10.14.)

60) 「警務署應付流行性感冒蔓延 政府醫院及各診所 今晚開始加設夜診 醫務副監反駁黃夢花議員之批評」, 『工商日報』, 1968.7.27.

61) 라디오홍콩은 영국방송공사(BBC)를 모델로한 공영방송국이었다. 1920년대 후반부터 운영되었고, 1947년 민영방송국이 등장하기 전까지 독점적 지위를 누렸다. D. Clayton, “The consumption of radio broadcast technologies in Hong Kong, 1930-1960,” *Economic History Review* LVII (2004).

루엔자 또는 아시아 독감(Asian 'flu)은 신고 의무가 없"기에 의무부처가 제공하는 수치들이 어떠한 정확함을 가질 수 없음을 설명하며, 기본적인 의무위생서의 입장을 강조하였다.⁶²⁾ 곧 인플루엔자는 콜레라와 다르다는 것이었다. 콜레라의 경우 주민에게 경고를 하여 모두가 예방 주사를 접종하도록 하고 아울러 食物 위생에 대해 필요한 조치를 취할 수 있으나, 인플루엔자는 접종 가능한 예방주사가 없으며, 이를 소멸시키기 위해 우리는 어찌해볼 도리가 없다고 하였다.⁶³⁾ 하지만 독감 예방을 위한 적당한 경고가 없었던 사실에 대해 확인사회로부터는 책임 회피를 企圖한 것으로 비추어졌다. 인플루엔자가 "7월 8일부터 시작되었으나, 의무위생서는 그제(25일)에서야 정식으로 인플루엔자 발생을 공인"하여 곧, 족히 17일을 끌고 나서야 주민들에게 경고하는 등 당국이 신속하게 독감 유행의 발생을 알리는 경고를 내리지 않아, 주민이 예방에 소홀히 해 독감이 여러 사람에게 확산되었다고 비판의 목소리가 높아졌다.⁶⁴⁾ 그 밖에도 좌파 지역언론은 "탁상공론 하는 관료정계의 과실," "어찌할 도리가 없다(無計可施)는 소리는 의무위생서가 곧 속임수로 빠져나가려는(蒙混過關) 것," "식민당국은 광대한 주민의 건강을 아이들의 장난으로 여긴"다며 맹렬히 비판하였고, "의무위생서 의사, 간호가, 공작 인원 모두 상당수의 인원이 전염되었음을 인정하였으니, 스스로의 건강조차도 보존하기 어려운"상태라고 조소하였다.⁶⁵⁾

이 신문은 빈곤한 대중을 위해 "완전히 철저하게 인민을 위해 복무"하라는 마오주석의 가르침을 나침반으로 삼아 "살신성인의 정신으로 진료와 업무에 임한 공인진료소(港九工會聯合會 속하의 제1공인의료소(홍콩섬)와, 제2공인의료소(구룡))와 일찍이 만원(진료 마감) 팻말을 내건 공립진료소의 대조적인 의료서비스를 대조하기도 하였다.⁶⁶⁾ 홍콩과 구룡의 각 공립 병원과 진료소는 반드시 시간을 연장하고, 진료를 볼 수 있는 의사를 증파할 것, "홍콩·구룡·신계 각 지역에 임시진료점 혹은 유동의료차를 증설해서, 광대한 빈곤대중의 편의를 도모하고 그들의 심각한 부담을 줄이고, 나아가 주민에게 도움이 되도록, 당국은 반드시 徙置區(resettlement area)에 임시의료점을 많이 설치해야한다"고 적극적으로 압박하였다.⁶⁷⁾ 인플루엔자는 법정감염병이 아니기에, 그 수치 역시 한계가 있을 수밖에 없었던 점에 대해서 부총감이 입장을 설명한 바 있는데, 이에 대해서도 당국이 발병의 책임을 개인에게 전가하는 무책임으로 힐난하였다.⁶⁸⁾ 이상과 같은 비판은 홍콩주민이 '기대'하는 보건의료의 수준이 높아진 탓도 있지만, 확인 사회에서 누적된, 소위 '67 폭동'으로 표출된바 있는, 당국에 대한 '불만'이 표출된 것으로 이해할 수 있을 것이다.

62) "Cooler weather unlikely to halt 'flu epidemic," *SCMP*, July 27, 1968.

63) 이러한 논조는 "Entrepot for a Sneeze," *SCMP*, July 26, 1968에서 찾을 수 있다. 페스트, 콜레라, 결핵 등 다른 감염병과 비교하여 상대적으로 '경미'하고 대체로 '사소'하여 진찰이나 "병원 입원이 필요 없"으며, "독감을 일으키는 바이러스는 여럿으로 하나의 예방백신으로 방어가 되지 않"는다. 또한 "유효한 백신이라 하더라도 3~4개월밖에 면역력이 유지되지 않기에 일 년 동안 규칙적인 간격을 두고 접종하지 않는 한 효과적으로 방어가 될 수 없기에 시간이나 수고나 비용 면에서 가치가 없다"고 볼 수 있다. 오히려 '우리' 즉 홍콩에게는 "훨씬 더 긴급한 건강 문제들"이 있다는 것이 사회 한편의 의견이었다.

64) 「流行性感冒病者昨續增 港英診所週末局部開放 受到指摘之後港英醫務處只說無計可施 工聯各診所想盡辦法更好地為病者服務」, 『大公報』, 1968.7.27.

65) Ibid.

66) 「[特寫] 一切爲了感冒病人 - 記工人醫療所的醫護人員」, 『大公報』, 1968.7.27.; 「[哈哈] 診所拒診效影院掛牌 病人啼笑皆非 鼓吹彼'性'而輕忽此'性' 總監用心何歪」, 『大公報』, 1968.7.27.

67) 「[特寫] 一切爲了感冒病人 - 記工人醫療所的醫護人員」, 『大公報』, 1968.7.27.

68) 「[哈哈] 診所拒診效影院掛牌 病人啼笑皆非 鼓吹彼'性'而輕忽此'性' 總監用心何歪」, 『大公報』, 1968.7.27.

이상과 같이 최초의 홍콩 인플루엔자 바이러스 분리라는 국제적 성과와 별개로 검역이나, 선제적인 예방경보의 발령, 백신 생산과 접종 등 역내의 방역대책이라고 할만한 것은 없었다. 1947년 WHO인플루엔자프로그램 성립 이래로, WHO는 증세가 심각하지 않은 인플루엔자의 경우 검역이나, 개인의 이동제한은 불필요하다고 보았다.⁶⁹⁾ 다만 유효한 공중보건 대책으로서 인구의 집합을 피하도록 하고, 추가적인 병원서비스를 제공하는 것이라 보았다. 홍콩 보건당국의 대응은 연장진료를 통해 사회의 최소한의 요구를 만족시켰다.

그렇다면 백신에 대한 수요는 없었을까. 홍콩에서 백신은 고려되지 않았다.

앞에서 살펴본 것처럼 동아시아의 각 지역에서 세계로 연동되는 인플루엔자 ‘감시망’과, 세계로부터 각지로 이어지는 ‘경고망’은 유기적으로 작동하였던 것은 분명하나, 개별 국가의 방역과 대응은 그들 개별 국가의 몫이었다. 일본에서는 이미 1963년부터 첫째, 유치원과 초·중·고등학교의 모든 아동을 대상으로 무료 예방접종이 실행되었다. 그리고 둘째, 공장, 사무실과 인구가 밀집한 환경에 처한 노동자의 경우, 보건당국에 의해 대규모 예방접종이 권고되나 개인부담을 원칙으로 예방접종이 이루어지고 있었다. 일본에서는 인플루엔자 유행의 예상여부에 관계없이 일본 국립보건원의 통제하에 연간 약 2천4백만명이 접종 가능한 백신 물량이 상업적으로 생산되었다. 1968년 유행에 대해, 일본에서는 A2/Aichi/2/68주가 7군데의 백신제조사에 배포되어, 앞서 언급된 우선순위를 대상으로 공급하고 나머지는 일반인들에게 제공될 수 있도록 총2천4백만분이 계획되었다. 공급 시기와 백신 구성에 있어서는 A2/Aichi/2/68 바이러스주 200cca와 B형 바이러스주 100cca를 조합한 백신의 최소 1천2백만명 분을 10월 말까지 생산한다는 계획이었고, 동시에 단일 홍콩바이러스 백신(300cca 비활성화바이러스 포함)을 임상시험을 목적으로 개발하였다. 계획은 조금 늦어졌지만 대규모 예방접종은 1968년까지 말까지 완료되었다.⁷⁰⁾

한편 미국은 홍콩, 일본과 기관급 과학네트워크를 통해 긴밀히 연결되어 있었다. 미국 CDC는 홍콩에서 보낸 바이러스주를 수령해, 미국 국립보건원 생물약품규격과를 통해 머크(Merck)社를 비롯한 6개의 제약회사에 배포하였다.⁷¹⁾ 하지만 미국에서의 실제 연구와 백신 생산은 일본으로부터 수령한 A2/Aichi/2/68 (Hong Kong) 바이러스주를 통해 이루어졌다. 왜냐하면, 백신생산을 위해 인플루엔자 바이러스주는 반드시 부화중 유정란에서 잘 자랄 수 있도록 수 세대(generations)를 통과(passages)시키는 계대배양과정을 거쳐 개조되어야 하는데, 아이치바이러스주가 생산기간의 단축을 위해 실제 대규모 백신 생산 개시에 앞서 선행되어야 하는 이 작업에 홍콩바이러스주(A2/Hong Kong/1/68)보다 더 적합한 또는 더욱 우수한

69) World Health Organization, Expert Committee on Influenza, 앞의 보고서. ‘전반적 조치: ‘격리는 비효과적이며; 인구 밀집지역을 피하는 것이 유행병의 최대 발생을 감소시키는데 중요할 수 있다’는 점은 1958년의 전문가 회의에서도 재확인되었다(World Health Organization, WHO Expert Committee on Virus Disease, *Expert Committee on Respiratory Virus Diseases [meeting held in Stockholm from 11 to 15 August 1958] : first report* (Geneva: World Health Organization, 1959), ‘2.7공중보건조치’ 참조). 하지만 당시 “마스크의 착용, 선별된 건물에 적절한 환기와 공기의 살균(에어로졸과 자외선 방사)과 같은 다른 조치들은 그다지 유효할 것 같지 않다”고 여겼다는 점은 오늘날 방역 기준에 부합하지 않는다(World Health Organization, Expert Committee on Influenza, 앞의 보고서. ‘10.1 전반적 조치’).

70) Hideo Fukumi, “Summary Report on Hong Kong Influenza in Japan,” *Bulletin of the World Health Organization* 41 (1969), p.555. 일본에서는 10월에서야 홍콩 인플루엔자가 유행하기 시작하여 1969년 1월 최고조에 이르렀기에 상당한 효과가 있었을 것으로 예상할 수 있다.

71) 회고에 따르면, 아시아 인플루엔자 바이러스를 최초로 분리한 미국의 힐만은 민간 제약회사 Merck로 옮긴 후였고, WHO 서태평양지역사무소 사무총장 Fukumi에게 백신 샘플을 요청하여 받았다(Paul A. Offit, 앞의 책.).

잠재력을 갖고 있었기 때문이다.⁷²⁾ 부화 중인 유정란에서 3번 통과시킨 아이치주와 달리 홍콩 바이러스주의 경우 초기 원숭이 신장조직에서 배양하였다는 차이가 있었다. 미국에서는 1968년 8월 9일 아이치 주의 배포 이후, 첫 백신은 11월 15일 방출되었다. 인플루엔자 바이러스 백신 생산의 속도는 1957년과 비교하여 한 달 이상 단축된 것이었다.⁷³⁾ 미 약사회는 상당한 양은 1월 1일 이후에나 이용 가능할 것이고, 초기 생산량의 대부분은 65세 이상 성인이나 만성질환자보다 ‘우선적’으로 ‘군대’에 1차적으로 배정될 것이라고 밝혔다.⁷⁴⁾ 이것은 동아시아의 인플루엔자 감시 네트워크의 기원과 발전이 미국의 ‘국가안보’라는 목적과 연관되어 있었다는 점을 확인시킨다. 미군은 인플루엔자로 인한 무력화를 높아, 경제적 비용 손실 크다고 판단하였기 때문에 이미 1940년대부터 백신을 상용화하였다. 미국은 또한 우선 접종 대상인 군대를 제외하고, 기업 등의 백신 사전구매 독려하였다.

영국에서는 아시아인플루엔자를 겪으며 고위험군 대상으로 제한적 접종을 시행하며, 각급 정부, 의사의 재량에 맡겼다.⁷⁵⁾ 영국은 1968년 당시에 예방백신을 통제 목적으로 사용하지 않을 것을 확인하였고, 다만 의료진의 접종을 위해 백신을 안정적으로 공급하고자 하였다. 하지만 제약회사의 생산은 기술적 문제로 차질을 빚었다.

홍콩의 경우 인플루엔자 백신은 전혀 고려 대상이 아니었다. 일본과 미국과 달리 홍콩에는 기침 예절을 지키며, 밀집지역 방문을 자제해 달라는 당부 이외에 공식적으로 방역이라고 부를 만한 정책이 없었다. 마스크의 착용이나 손을 자주 씻는 등 개인위생을 청결히 하라는 당부 또한 없었다.⁷⁶⁾ 하지만 독감은 사람에게서 사람으로 손쉽게 전파되었고, 독감 환자의 폭발적인 증가는 공공의료 인력 부족이라는 홍콩의 오랜 문제를 재확인시켜주었다.

유행병의 발병에 대한 홍콩 식민당국의 대응과 그에 대한 친베이징 언론의 질책은 그들 ‘좌파’만의 생각이라고 보기 어렵다. 좌파 언론이 정부의 무책임을 지적한 것과 극명하게 대비되게 정부의 대응을 칭찬한 우파 언론도 있었지만, 중도 또는 우파 성향의 지역 언론 역시 홍콩 정부에 신속하고 적절한 대응책을 바라는 것은 마찬가지였다.⁷⁷⁾ 이처럼 식민지정부는 화인사회로부터 ‘책임’을 다하고 있지 못하다는 비판을 면하지 못하였으나, 아이러니하게도 NIC를

72) Roderick Murray, “Production and Testing in the USA of Influenza Virus Vaccine Made from the Hong Kong Variant in 1968-69,” *Bulletin of the World Health Organization* 41 (1969), p.495.

73) Ibid., 그의 통계에 따르면 1969년 1월 31일까지 총 20,934,645 도즈가 생산되었으며, 1월 이후 생산은 둔화되었다고 한다. 하지만 유행병의 피크가 지난 이후 상당한 양의 백신이 사용되지 않았다. 그 가운데 일부는 남반구에서 사용할 수 있게 되었다.

74) “Vaccine Ready Soon for Hong Kong Flu; Outbreak Verified,” *The New York Times*, November 19, 1968.

75) 아시아독감 당시 영국 정부가 고려한 유일한 방역대책은 백신 접종이었을 뿐, 이외에는 모든 방역에 관한 적절한 결정을 내리는 권한을 지역의 의관들에게 일임하였다. 이러한 소극적 대응의 원인은 ‘언론’에 비판의 틈을 주지 않기 위해서였다. 눈에 띄는 확실한 경고가 오히려 언론에 날개를 달아줄 것을 우려했던 것이다. Mark Honigsbaum, “Revisiting the 1957 and 1968 influenza pandemics,” *The Lancet* 395:10240 (June 13, 2020), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31201-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31201-0), p.1826.

76) 당시 인플루엔자 바이러스에 대해, WHO 전문가 위원회는 “마스크의 착용, 선별된 건물에 적절한 환기와 공기의 살균(에어로졸과 자외선 방사)과 같은, 다른 조치들의 유효성은 불확실”하다고 보았다. World Health Organization, Expert Committee on Influenza, 앞의 보고서, p.15.

77) “Press comment,” *South China Sunday Post(SCSP)*, 1968.8.4. 『대공보』는 직접적으로 불만을 표출했고, 『문희보(Wen Wei Pao)』는 회피할 수 없는 책임에도 불구하고 무대응으로 일관했다고 말한 반면, 『신생만보(New Life Evening Post)』는 연장진료에 대해 찬사를 보냈다. 『화교일보(Wah Kiu Yat Pao)』는 모든 의료인력을 집중하여 질병과 싸울 것을 요구하는 한편, 『星島日報(Sing Tao Jih Pao)』는 빠른 대응책을 희망했다. 『명보(Ming Pao)』는 질병의 원인에 대한 연구가 이행되어야 한다고 말했다.

유치함으로써 인플루엔자 바이러스의 연구와 유행병 대응을 목적으로 한 세계/인의 이익을 위해 복무할 수 있었다. 홍콩 현지에서 맹비난을 받았던 역내의 미온적 또는 무위의 방역조치와 별개로 인플루엔자에 관한 ‘방역의 불모지’에서 ‘국제적 감시초소’로 변모한 홍콩은 국제사회에서 중요한 역할을 감당했던 것이다.

8월 12일 의무위생서는 인플루엔자 유행 종식을 선언하며, 홍콩 인플루엔자로 총 24명 사망이 사망하였다고 발표하였다.⁷⁸⁾ “유행 기간 중 식별할 수 있는 초과사망은 없었다”는 것이 공식입장이었으나⁷⁹⁾ 이 수치는 대내외적으로 신뢰를 받았다고 보기는 힘들다. 오히려 홍콩의 의사들은 1968년 12월 14일까지 홍콩 인플루엔자로 인한 사망자가 32명, 홍콩 인플루엔자가 원인이 된 즉, 인플루엔자로 인한 합병증 등으로 인한 사망자가 최소 100명에 이른다고 지적하였다. 식민당국은 홍콩 인플루엔자의 유행을 인정하기를 거부하였다.⁸⁰⁾ 1968년 의무위생서 연례보고서를 살펴보면, 7-8월 ‘홍콩인플루엔자’ 유행과는 별개로, 홍역(measles)은 1967년 12월에 개시된 홍역 예방접종 캠페인으로 동절기 예상되었던 유행을 예방하는데 효과적이었다고 자찬하였다.⁸¹⁾ 하지만 그해 여전히 결핵의 사망자수는 1,483명으로 전체 감염병으로 인한 사망의 약 93.7%를 차지했다.⁸²⁾ 이는 호흡기로 인한 질병의 전파를 막거나 치료하는데 있어 당대 홍콩 보건의료정책의 한계를 보여준다.

IV. 홍콩 인플루엔자와 명명의 정지

1. 신종 바이러스의 분류와 명명 문제

1968년 7월 13일 공립 진료소의 인플루엔자 유사증상 환자의 수가 급증하자 바이러스 분리에 돌입하여 7월 17일이면 이것이 ‘A2’ 아형이기는 하지만 항혈청에 대한 혈구응집 억제 적정농도에 있어 전년도(1967) A2 바이러스주들보다 현저히 낮은 다른 특이성을 발견하였다. 하지만 당시 이것이 단순히 A2형 곧 아시아형(Asian) 바이러스의 변이로 볼 것인지, 다른 변종 바이러스의 출현인 것인지는 판단을 유보해야했다. 그럼에도 불구하고 갑작스러운 인플루엔자 의심환자 숫자의 급증 추세나, 계절상 여름은 인플루엔자 유행계절이 아닌 까닭에 연례적인 차이가 두드러진 것을 고려한다면 민간진료소나 공립진료소의 50-70%의 환자가 이 인플루엔자 바이러스에 감염된 것이 거의 확실시 되는 상황이었다. 이러한 상황에서 홍콩당국은 새로운 변이 바이러스의 출현 가능성과 대유행 가능성에 대해 경고를 발신할 수 있었음에도 불구하고, 그러하지 않았다.

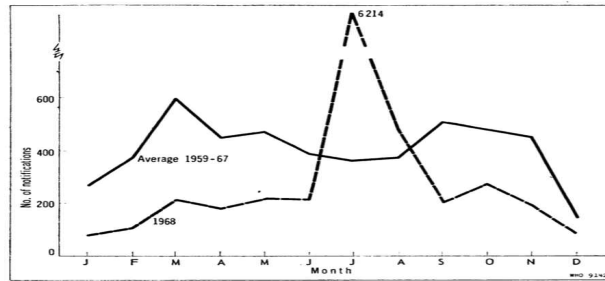
78) “'Flu epidemic over,” *SCMP*, August 13, 1968. (1968-9년을 회계연도로 하는 의무위생서) 연례 보고서를 참고하면 1968년 인플루엔자로 인한 사망자는 홍콩 인플루엔자 유행 이전의 아시아형으로 인한 사망자수 16명을 포함해, 최종 45명으로 기록하였다. *Hong Kong Annual Department Report by the Director of Medical and Health Services for the Financial Year 1968-69*, (Hong Kong: Government Printer, 1969), p.73

79) Chang, 앞의 논문.

80) “The 'Hong Kong Flu' Began in Red China,” *The New York Times*, December 15, 1968. AP통신 보도는 홍콩 독감이 3.8백만 인구의 1/5에 해당하는 모든 사람들을 감염시켰다고 보았다.

81) *Hong Kong Annual Department Report by the Director of Medical and Health Services P.H. Teng for the Financial Year 1968-69* (Hong Kong: Government Printer, 1969), pp.1-2.

82) *Ibid.*, p.73.



〈그림〉1959-67년/1968년 홍콩의 계절별 유사인플루엔자 발생 분포 비교

출처: W.K. Chang, "National Influenza Experience in Hong Kong, 1968"

Bulletin of the World Health Organization 41, 1969.

처음 인플루엔자 바이러스가 A2형임을 임시적으로 확인한 홍콩 보건당국은 물론 런던 Mill Hill의 NIMR WIC의 H.G. 페레이라(H.G. Pereira) 박사 역시 이것이 '거의 확실하게(almost certainly)' '아시아형(Asian type)'이라고 생각하였는데, 그는 "원인 바이러스는 '거의 확실하게(almost certainly)' 1957년 세계를 휩쓸고, 그후로도 지난 12월 런던과 리버풀의 발발을 포함하여 몇차례 발생시켰던 동일 아형-A2-이다. 인근 광둥과 광둥 교외에서 홍콩으로 확산된 것으로 보인다. 그곳에서는 부적절한 의료서비스와 백신 부족으로 사망자수가 증가하고 있"으며, "영국 대부분의 사람들이 이 바이러스에 대해 면역력을 갖추고 있기 때문에 아마도 불안해할 필요는 없을 것"이라 코멘트하였다.⁸³⁾

인플루엔자 바이러스의 변이와 위험성에 대한 전세계로의 발신은 최초로 일본으로부터 나왔다. 1968년에는 일본의 WHO NIC 센터장 후쿠미 히데오(福見秀雄, 1914-1998)는 앞서 "A2"로 알려진 바이러스의 확보를 위해 1968년 7월 31일 홍콩을 방문하였다. A2 바이러스가 맞다면 "중국 후난성에서 매우 일반적이며" "미국의 프랜시스(Francis) 박사가 수년전에 개발한 백신으로 치료가 가능"했다.⁸⁴⁾ 그 사이 홍콩의 제반 상황은 많이 달라져 있었다. 1957년과 달리 이미 홍콩의 의무위생서는 바이러스 유니트를 NIC로 지정하였고, 1968년 홍콩에서 유사인플루엔자의 증가가 관찰됨에 따라 즉각 검체를 채취하고 바이러스의 아형을 임시 확인한 뒤, 곧바로 런던 WIC에 발송하였다. 덕분에 국제적 감시초소로 성장한 홍콩에서 일정을 마치고 8월 3일 일본으로 돌아온 후쿠미 박사의 손에는 창(Chang)이 분리한 몇 개의 바이러스주가 들려 있었다. 한편으로는, 일본으로부터 독자적인 바이러스 분리가 있었다. 홍콩을 떠나 1968년 7월 25일 나고야항에 도착한 이스라엘 화물선 'Tevirya'호의 선원 다수에게서 인플루엔자가 발생하였다. 이들에게서 채취한 검체로부터 8월 1일 분리된 2개의 바이러스주가 일본 인플루엔자센터 실험실로 보내졌다. 또한 이 선박으로부터 분리하여 3차례 유행란을 통과시켜 배양한(3rd egg-passage) 바이러스주는 A2/Aichi/2/68라고 이름 붙였다.

후쿠미 박사가 이끄는 일본 NIC는 8월 12일 이들 바이러스주들이 항원적으로 새로운 변종에 속하는 것으로 보이며, '항원불연속변이(antigenic shift)'가 매우 상당해서 이전에 분리된 A2형이 들어간 사용가능한 백신으로는 새로운 변종으로 인한 유행에 효과를 갖지 못할 가능성이 매우 높다고 공표하였다. 그리고 8월 16일 일본국립위생연구소는 정식으로 홍콩에서 만연한 인플루엔자는 '새로운 아형'의 바이러스로 인해 일어난 것으로 선포하고, WHO에 이 바

83) "Asian flu may spread to Britain"(By Nature-Times News Service), *SCMP*, August 2, 1968.

84) "Seven more die but flu subsides," *SCMP*, August 1, 1968.; 「日擔心流感傳往調查人員昨到港」, 『大公報』 1968.8.1.; 「日本醫學專家抵港 觀察流行性感冒情況 並設法防止入侵日本」, 『工商日報』 1968.8.1.

이러스를 'A3'로 정할 것으로 신청하였다.⁸⁵⁾ WHO 인플루엔자네트워크의 유기적 작동 속에, 같은 날 8월 16일 새로운 인플루엔자바이러스의 확산 가능성에 대한 WHO의 경보가 내려졌다.⁸⁶⁾ 이 예상은 빗나가지 않았다. 1968년의 변종 바이러스는 홍콩에서 대규모로 유행한 후 인도와 호주 북부에 급속하게 전파되었다. 이후 확산 속도는 줄어들었으나 자유세계와 공산세계를 불문하고 많은 나라에서 유행이 발생했다. 미국의 경우는 예외적으로 초과 사망자의 숫자가 1957-8년의 그것과 유사하게 높았지만, 대체로 병독성은 온화하였으며, 사망률은 높게 나타나지 않았다고 평가되었다. 남반구에서는 1969년 5-6월중 유행이 시작되었는데 확산 속도는 폭발적이기보다는 더뎠고, 임상적으로 온화하였다.⁸⁷⁾ 이렇게 홍콩에서 최초 분리되어 '홍콩 인플루엔자'라는 이름을 얻은 이 인플루엔자 범유행은 20세기 공중 보건역사상 세 번째 팬데믹으로 기록되었다.

한편 일본의 적극적인 주장으로 범미국제센터는 새로운 바이러스 아형에 대해 'A2'와 구별해 'A3'로 명명해야한다는 커다란 압박에 직면했다.⁸⁸⁾ 하지만 런던의 WIC는 최근 홍콩에서 유행한 인플루엔자 바이러스주들은 'A2'에 속한다는 것과, 다만 이들 군주들에서는 이전의 'A2'주들로부터는 상당한 항원불연속변이(antigenic shift)가 있다는 사실에 근거하여 8월 20일 이것이 'A3'가 아니라 'A2'의 변이형임을 주장하였다. WIC는 이를 최종적으로 항원변이가 상당한 아시아 인플루엔자(A2) 바이러스의 변종으로 정의하였고,⁸⁹⁾ 1968년의 신종 인플루엔자는 1973년까지 'A2 Hong Kong'이라는 '모호한' 명칭으로 불렸다.⁹⁰⁾

2. 명칭에 대한 반발과 홍콩 의식의 강화

중국과 홍콩으로부터 세계로 확산된 신종 인플루엔자 바이러스에 '홍콩 인플루엔자'라는 공식적인 명칭이 주어지자, 시정국 의원 黃夢花는 짓궂게 식민지의 이름을 붙이는 외국의 언론과 외국의 보건당국을 맹렬히 비난하였다. "그것은 홍콩에 오명을 남긴다. 왜 그들은 적합한 명칭 곧, '중국 독감(China flu)'으로 부르지 않는 것인가?" 라고 날을 세웠다.⁹¹⁾

지역의 언론들이 이 질병을 처음부터 '홍콩 인플루엔자'라고 부른 것은 아니었다. 처음 6명이상이 감염으로 사망하자 이를 "치명적 독감(killer flu)" 또는 그냥 독감(流行性感冒)이라고 불렀다. 그러던 것이 香港流行性感冒(香港流感), 香港型 流行性感冒(香港型流感), Hong Kong flu virus, Hong Kong type virus 등 새로운 이름을 얻게 되며 홍콩 현지 매체에서도 사용되게 된다. 홍콩에서 휴가를 보낸 미군을 통해 바이러스가 미국 본토로 유입되면서, 미 전역에 더 빠르고 넓게 전파되었고⁹²⁾ 홍콩은 치명적인/살인적인 바이러스의 수출항으로서 재정의

85) Hideo Fukumi, 앞의 논문, p.353.

86) George Dehner, *Influenza : A Century of Science and Public Health Response* (University of Pittsburgh Press, 2012), p.90.

87) Cockburn, et al., 앞의 논문, p.345.

88) Walter R. Dowdle, Marion T. Coleman, Elmer C. Hall & Violeta Knez, "Properties of the Hong Kong Influenza Virus, 2. Antigenic Relationship of the Hong Kong Virus Haemagglutinin to that of Other Human Influenza A Viruses," *Bulletin of the World Health Organization* 41 (1969), p.419.

89) "Flu Virus was of A-2 variety," *SCMP*, August 21, 1968.

90) C. Hannoun and S. Craddock, "Hong Kong Flu (1968) Revisited 40 Years Later" in *Influenza and Public Health: Learning from Past Pandemics*, eds. Jennifer Gunn, Tamara Giles-Vernick, and Susan Craddock (Earthscan, 2010), p. 180.

91) "The 'Hong Kong Flu' Began in Red China," *The New York Times*, December 15, 1968.

92) 「美軍在香港度假帶回病毒將在歐美如野火迅速蔓延」, 『大公報』, 1968.12.15. 미국에서 홍콩 독감의

되었다.⁹³⁾

앞서 살펴보았듯 홍콩 보건당국은 이 질병에 대해 바이러스를 분리 확인한 초기에는 ‘아시아형(Asian type)’ 또는 ‘A2형(A2 type)’이라는 이름으로 일관하였다. 하지만 일본, 미국, 영국 등 국제 과학계에서 A2 아시아형의 변종 바이러스에 대해 ‘A2 홍콩형’라 명명한 이후에도 ‘홍콩형’이라는 이름을 거부하고 ‘A2의 변종(a variant of A2)’ ‘아시아형’이라는 용어를 고수하였다. 1968년 홍콩 식민당국의 연례보고서에서는 그해 “콜레라와 기타 법정감염병이 2년 연속 발병하지 않았으며, 대체로 건강을 누렸다”고 평가하고 있다. 하지만, “지적하다시피 7월과 8월 광범위한 인플루엔자 유행으로 전 계층의 인구에서 상당한 이환율이 나타났다. 유행기간 중 추정치 약 10% 인구가 인플루엔자를 앓았지만 치사율은 낮았고, 대부분 매우 어린 아이들과 노인계층에서 사망자가 발생해 유행기간 중 27명이 사망하였다.” ... “병인학적 에이전트는 항원구조에 상당한 변화가 일어난 A2형 바이러스로 증명되었다. 그것이 이후 홍콩을 넘어 동남아시아와 태평양 지역의 다른 나라들로 확산되었다”고 적고 있다.⁹⁴⁾

홍콩의 서의를 대표하는 단체인 홍콩의학단체연합회(The Federation of Medical Societies of Hong Kong) 초대 회장 로드리게스(Rodrigues) 박사는 아예 기존의 A2형 바이러스에 대한 이름-아시아-을 그대로 사용했다. 1969년 콜레라를 비롯한 감염병의 성공적인 예방과 대응에 대한 평가를 내리면서 최근의 주요한 전염병으로 홍역(Measles)을 지목한 것과 더불어 영유아와 노인층에서 다수의 사망자를 낸 인플루엔자에 대해 ‘아시아 독감(Asian Flu)’이라는 이름을 사용하였다.⁹⁵⁾

홍콩에서 ‘홍콩 인플루엔자’를 홍콩 인플루엔자라 부르지 않고, ‘아시아 인플루엔자’라고 부른 이유는 두 가지를 생각해볼 수 있다. 첫째, 인플루엔자의 명명에 관한 절대적인 과학지식이 확립되어 있지 않은 결과이다. A2 홍콩형 인플루엔자 바이러스는 초기 홍콩이 자체적으로 파악하기로는 아시아 독감 계통(the Asian flu family(A2))에 속하는 것이었으며, WHO WIC로부터도 확인하였다.⁹⁶⁾

하지만 1969년 홍콩형 바이러스주의 헤마글루티닌의 혈구 응집역제 검사 결과, 뉴라미니디아제와 달리, 이전의 A2형 바이러스주들과 항원 편차가 매우 컸다.⁹⁷⁾ 이에 WHO는 1968년의 팬데믹을 일으킨 신종 인플루엔자 바이러스에 대해 이 인플루엔자는 ‘아시아 A2형’으로부

감염은 베트남 전쟁을 통해 매개되었다고 할 수 있다. 1968년 9월 2일 미국 애틀란타(CDC)에서 첫 홍콩 인플루엔자 바이러스 분리가 이뤄졌다. 갓 베트남으로부터 귀국한 해병대 소령으로부터였다. 그는 베트남에서 돌아오기 전날 밤 막 홍콩으로부터 돌아온 동료와 병커를 공유했다고 알려졌다. Robert G. Sharrar, “National Influenza Experience in the USA,” *Bulletin of the World Health Organization* 41 (1969), p.361.

93) 「本港最具威力輸出 香港型流行性感冒 在美殺六百七十人」, 『工商晚報』, 1968.12.15. [뉴욕 14일 AFP 통신 보도]에 따르면 인플루엔자가 홍콩을 통해 ‘수출’되면서 12월 14일까지의 일주일 간 홍콩 인플루엔자로 인한 미국의 사망자 수는 672명으로 동절기 평균 2백 명의 세 배 이상이었고; 「流行性感冒蔓延美國 已有三千五百人喪生」, 『工商日報』, 1969.1.6.에 따르면 미국에서 인플루엔자가 만연하면서 1969년 1월 5일까지, 약 3천 5백 명이 사망하였다.

94) *Hong Kong Annual Report 1968* (Hong Kong: Government Printer, 1969), p.104:112.

95) The Federation of Medical Societies of Hong Kong, *The Medical Directory of Hong Kong* (Hong Kong: The Federation of Medical Societies of Hong Kong, 1970). p.6. 이 책은 C. Elaine Field 등을 발기인으로 하고, 영국 의사협회 홍콩분회(British Medical Association, Hong Kong Branch, 약칭 BMA(HK))과 홍콩 중화의학회(Hong Kong Chinese Medical Association, 약칭 HKCMA)를 창립회원으로 하는 The Federation of Medical Societies of Hong Kong(香港醫學組織聯合)에서 발간한 최초의 의료안내책자로 이후 개정증보판이 출시되어 오늘에 이른다. 협회는 홍콩이 당면한 의료문제 해결을 천명하였고, 홍콩총독을 후원자로 두었다.

96) “Flu virus was of A-2 Variety,” *SCMP*, August 21, 1968.

97) Dowdle et al., 앞의 논문, pp.422-23.

터의 변이를 반영하여, 새로운 ‘홍콩 A2형’이라 공식화하였다.⁹⁸⁾ 이는 당시 새로운 바이러스의 표면 단백질의 특성을 명확하게 이해하지 못한 결과이며, 과학지식의 발전에 따라 A형 인플루엔자 바이러스의 두가지 표면 단백질에 근거해 이름짓는 현재의 HxNy의 명명체계가 도입되며, A/Singapore/1/57(H2N2), A/Japan/305/57(H2N2) 등의 아시아 인플루엔자 바이러스주는 H2N2형으로, A/Hong Kong/1/68(H3N2), A/Aichi/2/68(H3N2)등 홍콩 인플루엔자 바이러스주는 H3N2형으로 재 명명되었다.⁹⁹⁾

의무위생서 연례보고서는 홍콩의 바이러스 유닛은 계속해서 WHO NIC로 기능하고 있으며 이후 표본 또는 인후세척결과물에 대한 바이러스 검사는 일년 단위로 계속되고 있음을 밝혔다. 홍콩 보건당국에 있어서 ‘홍콩 인플루엔자’라는 이름은 홍콩은 세계 인플루엔자 감시 체계의 한축을 당당히 담당하고 있는 표식과도 같았다.¹⁰⁰⁾ 하지만 이와 반대로 홍콩 의료계에서 고집스럽게 ‘아시아 인플루엔자’라 한 것은 국제보건계의 명명법과는 불일치하는 것이었다.

홍콩 인플루엔자를 아시아 인플루엔자라고 고집스럽게 칭한 두 번째 이유는, ‘홍콩 인플루엔자’라는 오명을 거부하는 홍콩 현지의 반발이라는 맥락 속에서 이해할 수 있다. ‘중국독감(China Flu)’이라는 이름이 올바르다는 황몽화의원 이외에도, 『명보』는 ‘홍콩 독감(Hong Kong Flu)’이라는 이름이 ‘악의적인 날조’이며 이 때문에 1969년 여행업이 타격을 입을 것으로 예측했다.¹⁰¹⁾ 또한 영국과 자유세계에서는 이를 ‘마오독감(Mao Flu)’이라고 부르고 있었다. 당시 홍콩에는 이 새로운 변종 바이러스를 ‘홍콩 독감’이라고 부르는 것에 불만을 가진 많은 사람들은 오히려 ‘마오독감’이라는 이름이 더 타당하다고 느꼈다.¹⁰²⁾

이렇듯 ‘홍콩 인플루엔자’라는 명칭에 대한 현지의 부정적 여론과 반발은, 중국(대륙)이 아닌 홍콩이 신종 인플루엔자의 진원지로 특정되기를 거부하는 자기 정체성의 일면을 알 수 있게 해준다. 1971년 입법국에서는 당시 인플루엔자 발발 상황에 대해 한차례 질문과 답변이 오고가게 되는데, 여전히 홍콩 현지에서는 ‘홍콩 인플루엔자’가 아닌 ‘아시아 인플루엔자’라는 이름이 대중적으로 공공연히 사용되고 있는 것을 확인할 수 있다. 웡(Wilfred Wong Sien-Bing) 의원이 “아시아 독감(Asian flu)이 만연한 지금, 의무위생서 총감으로서 ‘공공장소를 피하라’는 것 외에 감염을 막기 위해 공중에게 조언을 해달라”는 요청의 답변과정에서 의무위생서 총감은,

98) 의무위생서 총감의 홍콩 연례 부처별 보고서에서는 A2형의 항원불연속변이가 WHO 국제인플루엔자 센터(즉 미국 애틀랜타의 IICA)에 의해 확인되었고, A2/Hong Kong/1968 바이러스주는 홍콩 독감으로 명명되었다고 적고 있다. *Hong Kong Annual Departmental Report by the Director of Medical and Health Services P.H. Teng for the Financial Year 1968-69* (Hong Kong: Government Printer, 1969).

99) 1979년 WHO는 1971년 체계에 바탕해 보다 간결한 새로운 명명체계를 결정하였다(“A revision of the system of nomenclature for influenza viruses: a WHO Memorandum”, Bulletin of the World Health Organization, 58:4 (1980)).

100) “Hong Kong doctor alerted world: New strain of influenza first noticed here,” *SCSP*, December 8, 1968.

101) “Independent newspapers expect an excellent year: from the Chinese press,” *SCMP*, January 4, 1969. 『明報』는 한해를 전망하며 1969년 상당한 수출증가와 건설업의 진전으로 경제 발전을 이어갈 것으로 전망하였다. 다만 여행업은 반대로 일부 알려지지 않은 짓곳은 사람들에게 의한 홍콩 독감이라는 ‘악의적인 날조(malicious invention)’로 영향을 받을 것으로 예상했다.

102) “It'll never be the same...:Oh, by the way,” *SCMP*, January 18, 1969. (영국신문) *The Financial Times*는 독감이 알려진 이후 줄곧 그것을 “마오독감(Mao 'flu)’로 부를 것을 주장해왔으니, 우리 가운데 그것을 ‘홍콩 독감’이라고 부르는 것이 어처구니가 없다고 생각하는 사람들은 자신감을 얻을 수 있다고 했다.

“지역의 인플루엔자 유행은, 종종 유행병의 n차 유행(epidemic waves) 형태로, 나라에서 나라로 세계를 일주하는 팬데믹 인플루엔자와 관계가 있다. 1968년 홍콩에서 발생한 인플루엔자 유행은 그러한 팬데믹과 관련되어 있었다. 비록 원인 바이러스주가 최초로 이곳의 우리 실험실에서 분리되고 확인되었기에 Hong Kong A2 주라 이름 붙었지만, 그것은 홍콩에서 시작된 것이 아니다.”

라고 하였다.¹⁰³⁾ 즉 1968년 홍콩을 거치며 팬데믹으로 확산되었던 홍콩 인플루엔자의 재유행을 확인하며, 다시 한번 ‘홍콩 인플루엔자’의 기원을 홍콩이 아닌 -‘중국(대륙)’-지역으로 확인함으로써 홍콩의 존재를 중국과 구분해내고 있었다.

V. 결론

이상으로 1950~60년대 홍콩이 경험한 인플루엔자 팬데믹을 식민당국의 방역 정책으로 살펴 보았다. 두 차례나 중국(대륙)으로부터 유입된 신종 인플루엔자 바이러스는 호흡기를 통해 손쉽게 전파되었고, 이들 바이러스는 ‘메이드인 홍콩’(Hong Kong Certificate of Origin)”이 아님에도 불구하고 홍콩은 “본의 아니게, ‘재채기의 수출항’라는 오랜 역할을 수행”해야만 했다.¹⁰⁴⁾ 식민당국은 최소한의 비용으로 최대한의 효과를 얻고자 예방접종을 중심으로 전염병 창궐에 대응하였다. 하지만 이것은 주거와 노동환경 및 저임금 문제 개선 등의 근본적인 사회경제 문제의 해결 없이는 결코 해결할 수 없는 것이었다.¹⁰⁵⁾ 본 논문에서 살펴보았다 시피 결핵에 대해 홍콩은 WHO를 포함하는 국제기구로부터 예방접종에 관한 기술적 조언과 물질적 지원을 얻을 수 있었다. 폴리오 역시 폴리오에 관한 국제적인 연구와 조직에서 중추적 역할을 한 말라야대학에 즉시 기술진을 파견하여 폴리오사업에 관한 조언을 얻고 바이러스유니트 설립에 관한 기술을 전수받을 수 있었다. 여기에는 분명 기술제국 영국의 식민지라는 이점이 작용했다고 보인다. 또한 홍콩의 바이러스유니트는 영국과 미국 등 선진국과 국제사회가 기대하는 NIC의 역할을 수행하였고, 인플루엔자의 감시와 대응이라고 하는 인류 공통의 목표아래 기술 선진국과 어깨를 나란히 할 수 있는 계기가 되었다. 하지만 결실은 화인사회의 이익을 위해 사용되지 못하였다.

인플루엔자가 비록 법정감염병이 아니었다고 하나, 1968년 신종 인플루엔자가 등장하였을 때 정부의 바이러스유니트는 충분히 바이러스 검사를 실시할 수 있었고, 변이가능성을 확산세와 종합하여 사전에 화인사회에 경고할 수 있었다. 인플루엔자 예방백신의 제조나 수입은 실시된 적이 없었으며, 또한 바이러스의 확산속도와 생산에 소요되는 시간을 고려한다면 예방백

103) Choa는 현재 현지 몇몇 지역신문의 사설의 주제임을 밝히며, 인플루엔자와 인플루엔자 의심 질병의 신고건수가 지난 수 주간 점차적인 증가세에 있으며, 이달 들어 관찰을 위해 지정된 진료소(observation clinic)에서의 신고건수는 741건으로 같은 기관의 작년(1970) 4월 938건 및 1968년 6,214건이라는 월별 최대 신고건수와 비교하여 볼 때, 긴급상황이 아님을 해명하였다. Official Report of Proceedings of the Hong Kong Legislative Council Legislative Council, 23rd June 1971, <http://www.legco.gov.hk/yr70-71/h710623.pdf>.

104) “Entrepot for a Sneeze,” *SCMP*, July 26, 1968.

105) 1950년대~1960년대 전반까지만 하더라도 식민당국은 ‘가난한’ 화인이라는 화인사회에 대한 인식으로 말미암아 공공 병원에서 명목상의 비용 이외에 비용을 청구하지 않는 보편의료를 표방하게 되었다. 당국은 홍콩 화인사회의 50%가 외래진료 비용을, 전체 사회의 80%가 입원치료 비용을 부담할 수 없을만큼 가난하다고 보았다.

신을 통한 대응은 불가능하다는 것은 합리적 태도이다. (미국의 경우 예외적이었으나) 치명률 또한 비교적 낮은 온화한 바이러스로 판명이 되었기에 이러한 대응은 설득력이 있다. 하지만 대규모 예방접종이 보편적으로 권고되지 않는 사실과는 별개로 바이러스 변이-팬데믹으로 확산된-에 대응할 준비가 전혀 되어있지 않았다는 편이 맞을 것이다. 인플루엔자는 사소한 질병이며, '어쩔 수 없다'는 태도로 일관하였고, 홍콩 주민들은 각자 인플루엔자 바이러스에 대응해 맞서싸워야 했다. 연장진료라는 최소한의 대응을 통해 식민지의 이중적 면모를 확인할 수 있다.

마지막으로 살펴본 바대로, 당시의 바이러스 분류체계 아래 국제보건계는 이 새로운 변이 바이러스를 종래의 A2/아시아형과 구분해 A2/홍콩형이라는 새로운 명칭을 부여했다. 당시 관행에 따라 바이러스 분리가 최초로 이뤄진 곳의 이름을 따 명명하였기에, 홍콩인플루엔자라는 명칭은 인플루엔자 감시체계의 일원임을 보여주는 표식이었다. 하지만 이러한 공식 명칭에 대해 홍콩 화인사회에서는 의료계로부터 일반대중에 이르기까지 거부감이 지배적이었고, 홍콩이 바이러스의 기원이 아니라는 점은 누차 강조되었다. 이에 따라 '아시아인플루엔자'라는 이름 역시 홍콩인플루엔자를 가리켜 사용되었음을 확인하였다. 중국(대륙)에서의 전염병의 발병과 홍콩으로의 유입으로, 전염병은 중국(대륙)과 홍콩을 차별화할 근거를 제공해주며, 홍콩의 의식을 강화하는데 일조하였을 것으로 상상해볼 수 있다.

「1950~1960년대 인플루엔자 대유행기 홍콩의 인플루엔자 대응」 토론문

김 문 기 (부경대학교)

이 글은 1957년과 1968년 두 차례의 인플루엔자 대유행에서 홍콩의 인플루엔자 대응과 그 의미에 대해서 살펴보고 있다. 오늘날 우리가 겪고 있는 코로나 사태로 신종 바이러스의 출현과 위협에 대한 위기감이 고조되면서, 역사적으로 발생했던 팬데믹에 대한 관심도 높아지고 있다. 10년 전에 발족했던 의료역사연구회를 중심으로, 역사연구에서 의료사연구가 주류로 자리잡아가고 있는 점이 그 일례일 것이다. 이 글은 1948년 WHO가 출범하고 그 첫 번째 시험 무대였던 1957년의 인플루엔자(제1차 팬데믹)와 10여 년 후에 발생했던 1968년의 인플루엔자(제2차 팬데믹)가 모두 홍콩에서 감지되어 세계로 퍼졌다는 사실에 주목하고 있다. 김민서 선생은 2년 전에 「냉전 질서 하의 홍콩과 동아시아 독감 감시체제의 발전, 1957~1968」(글로벌회사연구넷6, 2020)을 발표한 바 있고, 올해 2월에는 「1950~60년대 인플루엔자 팬데믹의 유행과 기층 의료문화의 형성: 홍콩 보건의료체계의 성과와 한계를 중심으로」(연세대 박사학위 논문, 2020)로 박사학위를 받았다. 이런 연구를 바탕으로 이번 글은 홍콩 인플루엔자를 경험하면서 화인들이 ‘홍콩’이라는 의식을 형성하는 과정을 살펴보고 있다.

본 토론자는 명청시대 연구자로서 본 주제와는 시기적으로도 너무 멀어 적절한 토론이 힘든 것이 사실이다. 논지 자체에 대해서는 별다른 이견이 없기에 글을 보면서 떠오른 몇 가지 궁금함을 질문으로 준비했다. 많은 가르침을 주시기 바란다.

① 냉전과 독감, ‘홍콩’의 지정학적 중요성에 대한 보충 설명

아마 발표를 들은 사람들은 20세기 후반 두 차례의 팬데믹이 왜 ‘홍콩’에서 감지되어 세계로 확산했는지에 대해 궁금할 것 같다. 발표자도 「냉전 질서 하의 홍콩과 동아시아 독감 감시체제의 발전, 1957~1968」에서 냉전이라는 구조에서 홍콩이 갖는 독특한 위상에 대해서 상세하게 설명한 바가 있다. 당시 ‘홍콩’의 지정학적 중요성에 대해 보충 설명을 해 주면 이 글을 이해하는 데에 도움이 클 듯하다.

② 진원지를 둘러싼 논쟁: 냉전과 황화론(黃禍論), & 기사감

이 글에서는 1968년 인플루엔자의 명칭을 둘러싼 논쟁 과정에서 홍콩인의 정체성이 형성되었음을 지적했다. ‘홍콩 독감’이라고 부르는 것에 대해 홍콩인들은 거부감을 보였고, 이것을 대신해 ‘중국 독감’이라고 부를 것을 주장했다. 나아가 영국과 자유세계에서는 ‘마오 독감’이라고 불렀으며, 홍콩인들도 이것에 많이 동조했다고 했다. 이 장면은 지금 우리가 겪고 있는 코로나 사태 초기 때 ‘우한 코로나’라는 명칭을 둘러싼 논쟁을 떠올리게 한다. 냉전이 아니더라도, 비유럽 문명을 바라보는 서구 언론의 편향성은 20세기에서 오늘날까지 이어지고 있다. 특히 동아시아 문명을 대표하는 중국에 대한 서구의 ‘황화론’은, 14세기 페스트의 발원을 둘러싼 논쟁에서처럼, 팬데믹에서 더욱 힘을 발한다. 1957년(2월 중국 발생)과 1968년(6월 말 중국 발생) 홍콩 인플루엔자의 발원지가 중국이라는 관점에도 이런 ‘황화론’이 어느 정도 있지 않을까? ‘(거의) 모든 팬데믹 = 중국 기원’설은 대단히 서구적이고 정치적인 해석일 수 있지 않을까? 이번 코로나 사태처럼 이들 팬데믹의 발원지가 대부분 중국이라면, 중국의 어떤 환경적인 조건이 계속 새로운 바이러스를 출현하게 만든 것일까? 1968년의 인플루엔자에 대한

‘중국 독감’ 혹은 ‘마오 독감’이라는 홍콩과 서방의 관점에 대해 중국의 항변 혹은 반응은 어떠했는지 궁금하다.

③ 홍콩의 정체성 형성: ‘67폭동’과 ‘68팬데믹’

발표문에서는 1968년의 인플루엔자 팬데믹이 중국과 홍콩을 차별화하는 근거를 제공하고 홍콩의식을 형성하는 데 일조했다고 결론 짓는다. 학계에서 홍콩의식의 형성에 결정적인 계기는 일반적으로 이 글에서 짧게 등장하는 ‘67폭동’으로 보고 있다. 대륙에서 발생한 문화대혁명의 광풍, 영국 지배의 식민당국에 대한 불만 등 첨예한 냉전 구도 속에서 홍콩이라는 존재에 대해 각성이 일어난 것이었다. 그렇다면 홍콩 정체성의 형성을 ‘68팬데믹’만이 아닌 ‘67폭동’의 연장선에서 함께 해석하는 것은 어떨까 제안해본다. (이 글에서는 누적된 당국에 대한 불만 정도로 해석하고 있다.)

④ 무역·군사 네트워크: 한국, 대만에서의 영향

1957년과 1968년 인플루엔자의 확산에서 특징적인 부분은 독감 바이러스가 ‘무역’과 ‘군사’ 네트워크를 따라 동아시아 및 자유세계로 확산했다고 했다. 동아시아에서 미국의 군대 분포와 관련하여 핵심적인 지역은 대만과 한반도이다. 그런데 두 편의 글에서 대만과 특히 한국이 1957년과 1968년 인플루엔자에 어떤 영향을 받았는가에 대한 설명은 없었다. 최근 1919년의 삼일운동의 한 배경에 스페인 독감에 대한 식민정부의 무능력에 대한 불만이 있었음을 지적하는 논문이 있었던 것처럼, 한국 또한 이들 두 인플루엔자로부터 안전하지 못했으리라고 짐작된다. 1957년과 1968년의 인플루엔자가 대만과 한국에 끼친 영향은 없었을까?