

中西醫論爭背景下的中醫理論現代化歷程—— 以陸淵雷的學術討論為焦點

林政憲^{1,*}

¹ 衛生福利部臺北醫院中醫科，新北市，臺灣

民國時期的中西醫論爭，是中醫學術理論傳承現代化過程的重要推手。匯通派醫家陸淵雷與當時各類思想理論的代表人物均有交流問難，是本研究比較分析的焦點。論爭起源於余巖批評《內經》中臟腑經絡理論無法被人體解剖學知識所印證，而惲鐵樵以「《內經》之五臟乃四時之五臟、氣化之五臟」的回應，未必受其它主張改良中醫的同志所信服。章太炎的理论學說以傳統中醫臟腑經絡出入傳化為主，填充以部分西學知識；陸淵雷更希望用西方醫學知識取代傷寒理論，深究後不難發現仍須無法脫離虛實寒熱等辨證概念作為臨床實務輔助。章、陸二人強調與臨床應用高度相關的傷寒體系知識，引入日本醫家之方證藥證學說也逐漸形塑出廢醫存藥的風潮。惲鐵樵認為《傷寒論》六經結構與《內經》外邪傳變由表入裡的病機高度相關，強調《內經》營衛經絡等學說屬生理層面的運作模式，無法透過死亡解剖知識進行理解，若想企及惲氏「非以《內經》為止境」創新性的學術境界，仍有賴後學從中西病理生理學的匯通處入手。

關鍵字：中西醫論爭、中醫解剖學、《傷寒論》、陸淵雷、惲鐵樵

一、前言——中醫理論學說發展的困境

理論 (theory)，又稱學說或學說理論，指人類對自然、社會現象，按照已有的實證知識、經驗、事實、法則、認知以及經過驗證的假說，經由一般化與演繹推理等等的方法，進行合乎邏輯的推論性總結。從現代科

學教育的學習架構來看，理論的發展常常是藉由實務觀察而來（歸納法），或是需要藉由實務來驗證（演繹法）。因此，理論與實務是息息相關。

在傳統中國的早期科學文獻中，大多注重功用發揮，並不講究確立大體，理論始終隱藏於現代研究者所認知的體、用的價值取捨之間，中醫文獻也不自外此趨勢。民國初

* 通訊作者：林政憲，衛生福利部臺北醫院中醫科，地址：242033 新北市新莊區思源路 127 號，電話：02-22765566 分機 1130，Email：chenshien.lin@gmail.com

114 年 2 月 19 日受理，114 年 9 月 10 日接受刊載

年透過辭書編整而鳥瞰歷代中醫文獻的呂思勉，提到宋以前醫方類實用文獻比理論著作流傳更為廣泛的現象：「然醫家之書，經宋人換輯傳世者，醫經類甚少，同一經方也，本草類亦甚少，而方書獨多。蓋醫理深邃，非盡人所能知，方藥則事足便民，好換輯之者較眾，而流傳亦易，但格物之學不明，徒知換輯成方以治病，而不復能研究藥性，所謂知有術而未足語於學也」¹，即與前述重於用而輕於體的趨勢大致略同。然而隨著代代家承技藝的斷鏈、儒家學術思想的影響以及印刷術對文化傳播的推益，宋代理學所使用的太極、易說與五行等理論，也因此被導入於醫學論理之中，引經據典進而成一家之言成為了宋元以後醫學名家的招牌，因此《四庫全書總目提要》有了所謂「儒之門戶分於宋，醫之門戶分於金元」的評論。呂思勉也曾評此引發的弊端云「宋學之始，雖或偏重空想，然其所執之理，固猶從推求事物而得，雖有差謬，不至大甚也。及其後來，乃不復推求事物，而惟執宋儒所說之理以為理，即就此理推衍之，以得其所謂理者，更執此推衍所得之理，以為推衍之資，而其差謬有不可勝窮者矣。宋學末流之橫決，弊實由此。我國古代專門授受之醫學，魏晉而後，統緒久亡。自宋以後之醫學，實由醫家以意推闡得之。其人多本治儒學，即非儒家，亦不能無囿於風氣，遂移儒者治經談道之說，以施

之於醫，而其紛紜不可究詰矣」²，臟象經絡理論被套入了五行生剋乘侮的系統關係之中，五運六氣也在環境病因學說中被放大強調。這些深植於文化層面的術語自然方便民眾的利用親近，但是在古代民間缺乏系統性中醫教育體系的環境背景下，也讓許多臨床中醫的思考判斷停留在「醫者意也」的神祕面紗之下，無法形成可受公評的系統性結構知識。

中醫理論學說發展的局限與困境，近年來逐漸成為中醫學術界所關心的重要課題。〈中醫學基礎理論學術爭鳴 20 年綜述〉中，圍繞著中醫基礎理論屬唯心或唯物、科學與偽科學以及解構與反解構等哲學式的思考分類進行總和性整理，³可見中醫理論與哲學論述的密切關連性。隨著學術界對於現代醫學研究實驗方法的強調，中醫哲學式的理論學術論述逐漸顯露出無法與時俱進的弱點；資深的中醫曹俊芳曾道破其關鍵：「哲學式中醫理論如一口雙刃劍，其強大的解釋能力和取類比象的推演能力迅速地豐富了中醫理論，使中醫理論能夠脫離實際自成一體，後來的醫者可以完全不懂生理解剖，也能游刃有餘地看病；另一方面，過度推演使中醫學最終演變成神祕莫測的玄學，反而阻礙了人們掌握它。中醫是哲學，講述普遍原理，因此具有高瞻遠矚的指導能力，但缺乏現代科學的精確，需要用現代科學重新解釋，形成

¹ 謝觀，余永燕點校，王致譜審訂，《中國醫學源流論》（福州：福建科學技術出版社，2003），頁33。《呂思勉文集》的《中國文化思想史九種》中有《醫籍知津》一書，前言云1919年呂先生經由謝觀介紹進上海商務印書館協助編纂中國醫學大詞典，曾撰有〈中國醫籍源流論〉一篇，系統敘述中國古代醫學典籍及其源流派別。《醫籍知津》即為〈中國醫籍源流論〉之底稿。

² 謝觀，余永燕點校，王致譜審訂，《中國醫學源流論》（福州：福建科學技術出版社，2003）頁47。

³ 張世茂，〈中醫學基礎理論學術爭鳴 20 年綜述〉，《中國醫藥科學》2013.19(3):42-46。

全新的理論體系」⁴，運用現代醫學的科學實驗工具進行中醫理論的解析，逐漸成為二十世紀後半的新潮流。

為了將中醫理論從哲學整體觀的結構中拉出來看清楚，部分學者透過現代醫學檢驗的微觀知識去分析對照中醫診斷證型，希望以現代醫學的實驗知識架構詮釋中醫的辨證論治理論，⁵學界更延伸出對中醫名詞術語標準化的諸多研究議題。⁶但是這種基於「還原論」的努力，根據潘桂娟等學者的回顧與評價，仍「難以促進中醫理論的自主創新和主體發展，也難以引領與支撐中醫學術和中醫事業的健康發展」⁷，覺得基本問題仍是「中醫學理論體系總體框架和內在結構的建設與完善，明顯滯後於古今中醫學術思想的發展與積澱。中醫學科至今仍未真正建立充分體現本學科內在規律的內涵豐富層次清晰概念明確結構合理便於理解交流運用的概念範疇體系和思想邏輯體系」⁸。即使如此，仍有不少學者大聲疾呼，認為中醫學與現代科學範式具有不可通約性，擔心在概念化與體系化的過程丟失了中醫的經典味道，希望維持中醫理論自己的主體性。

中醫理論發展困境的根源，與近代西學東漸後中醫學術所受到的衝擊挑戰高度相

關，最引人注目的例子就是余巖《靈素商兌》與惲鐵樵《群經見智錄》的爭論，⁹這個爭論開啟了近代中醫改良學術的風潮。許多非中醫本業但深具影響力的知識分子紛紛表達對於中醫理論的意見與立場，也形塑了中醫理論現代化歷程劍拔弩張的論爭氣氛。如梁啟超的「陰陽五行說，為二千年來迷信之大本營，直至今日，在社會上猶有莫大勢力，今當辭而闢之」¹⁰；魯迅的「中醫是有意或無意的騙子」¹¹；胡適在與余巖餐敘後認同余氏「此中（中醫）有礦可開，但開礦者必須是新科學家，絕非舊醫所能為」¹²的觀念；傅斯年的「我是寧死不請教中醫的，因為我覺得若不如此便對不住我所受的教育」¹³。整體來說，社會輿論多站在批判或認為中醫需要改良的角度。當時在濃厚的唯科學主義浪潮中，中醫藥學界代表逐漸意識到隨著民眾知識架構的現代化，如果沒有從教育面向扎根傳承，中醫會逐漸淹沒在歷史洪流中，於是積極推動教育體系的創設以及基礎理論的專科化，教材的統籌與編纂更成為民國時期中醫院校重要的知識傳承載體。而從學術論爭的實質內容來反思，即是本文論述的主要焦點。

中醫理論體系中，《傷寒論》的重要性是古今臨床中醫師所尊崇的。醫家們一輩子

4 曹俊芳等，〈全面理解中醫的哲學思想體系是中醫繼承與發展的重要基礎〉，《亞大傳統醫藥》2005.4:41。需要注意的是，即使強調結合現代科學的重要性，曹女士仍認為中醫的哲學體系不能完全廢棄。

5 沈自尹，〈再從證的研究探討中西醫學的互補性〉，《中國中西醫結合雜誌》1999.19(3):180-182。

6 劉興仁、李曉君，〈中醫基礎理論結構體系與名詞術語亟待規範〉，《中醫教育》2005.24:32-35。

7 潘桂娟等，〈關於中醫理論現代發展的戰略思考〉，《世界科學技術—中醫藥現代化》2007.6:4。

8 潘桂娟等，〈關於中醫理論現代發展的戰略思考〉，《世界科學技術—中醫藥現代化》2007.6:4。

9 和中浚、王縉，〈百年來中醫理論發展的特點和啟示〉，《中醫藥文化》2019.14:14。

10 梁啟超，陰陽五行說之來歷，《飲冰室合集文集第十三冊》，（上海中華書局印行，1936）頁47。

11 周作人，《吶喊、自序》，（新視野 new vision，2023）頁7。

12 胡適著，季羨林主編，胡適全集第31卷日記1929年12月15日，《合肥：安徽教育出版社，2003》頁537。

13 傅斯年，〈何謂國醫〉，《獨立評論》1934,115:20。

積累的寶貴經驗如何透過《傷寒論》相關文獻中的六經觀念，形成結構化的體系進而被傳承與發揚，是分析理解中醫理論的一個關鍵切入點。目前中醫學院《傷寒論》的參考用書認為《傷寒論》六經辨證的綱領來自於素問熱論，¹⁴但兩者仍有不同。¹¹王琦、陳庚曾針對近現代醫家們關於《傷寒論》三陰三陽問題研究進行回顧綜整，將這些六經實質看法分項介紹，讓讀者鳥瞰集覽有餘，但對於這些學說形成的動機、背景與彼此間的論爭關係，著墨不多。對於《內經》與《傷寒論》的淵源關係，也僅並舉對立觀點仍未有確論；並認為傷寒六經辨證體系與溫病三焦、衛氣營血辨證體系的統一，是近三十年來理論體系發展的重要里程碑。¹⁵深入分析民國時期《傷寒論》六經傳變理論的爭論與轉折，是理解這些問題的重要參考。

二、學術理論論爭的起點 - 中醫解剖學

陸淵雷，籍貫是江蘇川沙，自小接受傳統的私塾教育。13歲進松江府中學堂專攻數學與天文，19歲入江蘇師範學校從姚孟醮先生習目錄學，對於傳統醫學經典略有涉獵。1928年起，任教於上海中醫專門學校與上海中國醫學院，負責教授《內經》、《傷寒論》的課程，並開始於期刊上發表中醫藥相關文章。任教多年之後，他自述從教育界轉換跑道學醫，分別與惲鐵樵與章太炎兩位近代中醫理論大家交流，並研究包括徐靈胎、柯韻伯、尤在涇等《傷寒論》名家；同時他

也參考了大量日本醫家的著作，如「佩服丹波元簡父子，其後又得吉益東洞書，益信古方，得淺田宗伯書，不費時方」。這段時間內，他也兼習西醫，並透過慈善救濟之醫療系統—「覽德軒善堂」的坐診，進行他自己的臨床療效評估。1928年起，任教於上海中醫專門學校與上海中國醫學院，負責教授《內經》、《傷寒論》的課程，完成《傷寒論今釋》及《金匱要略今釋》的初稿，並開始於期刊上發表中醫藥相關文章，也包含了前述〈改造中醫之商榷〉一文。因為捲入校內教學紛爭，陸氏與章次公、徐衡之等創辦上海國醫學院，請章太炎先生擔任校長；而陸氏任教務主任，開始落實他自己對於中醫教育與學術的理想。時值上海中醫藥團體進行集會，針對中央衛生會議中余巖之提案廢止中醫進行抗爭，陸氏也曾任請願代表。1931年，中央國醫館成立，陸淵雷受邀任常務理事兼學術整理委員會委員。隔年上海國醫學院經費拮据而停辦，他也曾經舉辦函授學校繼續從事中醫教育的事業。1933年他出版《陸氏論醫集》，是年並協助施今墨籌畫國醫館統一病名活動，未獲採用而告終。往後多投入中醫藥學術及教育活動，創辦《中醫新生命》期刊，並協助多種中醫藥相關期刊的撰稿工作。1948年曾任全國醫藥團體中醫立法委員後補候選人，並在1950年起擔任上海地區諸多中醫藥學術活動的主任委員，於1955年6月因肺氣腫病逝於上海。陸氏是民國時期重要的匯通派醫家，並與許多重量級的中醫理論改革學者均有往來問難，從歷史求真的角度出發，本文將透過與他相關的學術討論來

¹⁴ 李培生主編，《傷寒論》（《高等中醫研究參考叢書》第11輯，臺北：知音出版社，2007）頁4。

¹⁵ 王琦、陳庚，〈近三十年來有關《傷寒論》三陰三陽問題研究概況〉，《山東中醫學院學報》1983.7:54-59。

呈現這段中醫理論發展的變革歷程。

在余巖¹⁶的《靈素商兌》中，他利用當時解剖學對於肝臟與肺臟之中較為精細的形態學認識，認為中醫臟象理論所謂的「藏」與其「藏精氣而不泄」的功能根本就不存在。他經過經脈與解剖學之「動脈」，以及經脈與解剖學之血管分布位置的對照後，更希望據此徹底推翻中醫理論的重要基石—經脈學說體系，¹⁷開啟了民國時期中西醫的學術論爭，甚至也為廢醫存藥的風潮埋下重要的伏筆。余巖的學術批評，很快地隨著他的醫務行政主張「廢止舊醫以掃除醫事衛生之障礙」，引發中醫界的政治動員反彈，並鼓動了當代知識分子的輿論參與。惲鐵樵¹⁸先生當時為了回應《靈素商兌》的觀點，在《群經見智錄》之〈靈素商兌之可商〉中強調中醫理論不僅限於解剖學的知識層次，還有因為各種環境與人體之間的致病關係，是中醫基礎理論所重視但不為當時西學所強調的範疇；最為人所熟知的口號則是「《內經》之五藏，非解剖的五藏，乃氣化之五藏」。¹⁹

在前述《靈素商兌》與《群經見智錄》的學術論爭背景下，陸淵雷的《陸氏論醫集》

即載有 1925 年陸氏去信於惲氏，針對惲氏《群經見智錄》的主張提出問難的文章：

「若謂《靈》、《素》之藏府皆指功能不指實質，則尤有難言者。華元化與仲景同時，其治病也，剝斷腸胃，滌洗五臟，尤長於創傷瘍毒，蓋與今之西醫相似。使元化從其術著書，必有斥名血肉之藏府者，不幸元化之書不傳。然《素問》《靈樞》不應無片言隻字涉及元化一派之術者，而謂《內經》五藏絕不指名血肉之藏耶？」²⁰

陸氏主要的論點，是發現《內經》或與其同時代的文獻中，曾經提到內臟手術或腸胃道的大體解剖學觀測記錄，所以他認為當時文獻中的「五藏」，顯然就是實質可見的解剖臟器。而這個觀點相對而言其實比較貼近余巖的《靈素商兌》，而比較不支持惲氏的「《內經》之五藏為氣化之五藏」。而惲氏面對陸淵雷的問難，並沒有具體的與其進行爭辯，反倒是自承未必足堪為師，將函授的費用奉還，亟欲納陸氏於麾下一起為革新中醫而努力的熱情，躍然紙上。從這樣的角度觀察，惲鐵樵與陸淵雷的「師生情誼」，

¹⁶ 余氏名巖，號百之，字雲岫，於 1879 年生於浙江鎮海。曾入鄉塾，中過秀才。就讀潯溪公學期間，開始接觸西方的文化與價值觀，並於 1905 年赴日留學。1908 年入大阪醫科大學預科，開始系統化的學習西方醫學，於 1916 年完成醫科學業，《靈素商兌》亦成書於此時。回到中國以後，他開始轉移熱情與影響力在「醫學革命」的工作上，終身不懈；1917 年刊行《靈素商兌》及後續與多位中醫學者們進行論戰。

¹⁷ 林政憲，〈余雲岫之中醫學術研究述評〉，《台灣中醫醫學雜誌》2011.10(1):38。

¹⁸ 惲樹鈺，字鐵樵，江蘇武進人。年幼父母雙亡，家孤貧，刻苦自立奮志讀書。考上秀才後，進入南洋公學就讀，成為「近代中醫界裡既精通舊學，又系統接受新學教育的第一人」。畢業後曾短期任教，因翻譯西洋小說而聞名文壇，旋即入商務印書館擔任編譯，主編《小說月報》，頗受注目。不久因兒子患熱病，諸醫罔治無效而過世，遂矢志研醫；經過五年左右的沉潛，於 43 歲始辭商務印書館工作專心掛牌行醫。他勤於著述，醫事活動多以中醫教育為主，很快以《群經見智錄》、《傷寒論研究》、《傷寒論輯義按》等重要著作吸引到許多學生來從受業；並於 48 歲時創辦鐵樵中醫函授學校，以改革舊醫學為宗旨。

¹⁹ 惲鐵樵，《群經見智錄》（收入《藥盒醫學叢書》第 2 輯，臺北，華鼎出版社，1988）頁 71。

²⁰ 陸淵雷，《陸淵雷醫書合集》（天津：天津科學技術出版社，2010）頁 1244。

似乎不像傳統中國文化中老師與學生之間孺慕教化的深厚關係。陸氏妻沈本琰參與《陸氏論醫集》的編著，在此信後附有按語謂：「且世多知夫子出於憚門，此書及憚先生復書，可以見其遇合之故，故錄存之」，頗值得細細考察玩味。整體來說，陸氏對於憚鐵樵的醫學學術成就，還是多有肯定的，特別是站在改進革新中醫的角度以面對西方醫學的挑戰。陸氏認為只有憚氏的匯通學說足以代表中醫學術界與西醫一較長短，因此曾說：「不佞學醫於憚鐵樵先生，因泛覽古今醫說，痲嗜之性，以為惟先生之說，足以折服西醫，而先生孤芳自賞，雅不欲與人合作。至於諸公大作，亦嘗於雜誌報章，拜讀一二，篤信好古，洵足媲美前人，然持此說以示西醫，轉恐授人口實」。²¹

比較真正能代表陸淵雷對於中西醫論爭較為全面客觀看法的，當屬他以唐代韓愈辟佛為例，作為中西醫論爭的比喻：

「西醫攻擊中醫，以陰陽、五行六氣、十二經脈為放矢之的，是猶韓昌黎之辟佛，昌黎本不知佛，所辟者特祈福募化之和尚耳。中醫囂然自辨，亦以陰陽、五行六氣、十二經脈為固國之險，甚且自承為哲學醫，恬不知怪，是由和尚以祈福募化為佛耳。夫辟佛者以祈福募化為佛，閑佛者亦以佛為祈福募化而已，楚則失矣，齊亦未為得也。且以祈福募化而啟人辟佛，則

和尚者，佛之罪人耳。故旁門左道之中醫，不讀仲景書，不用仲景法，即無西醫攻擊，僕亦不敢引為同道。」²²

陸氏認為余巖所倡議的中西醫論爭從學術上的角度來看，是「意氣之論，非所急也」。²³他把余巖對於當代中醫的批評，比擬為韓愈對於只會祈福募化的和尚們的批評，但陸氏心中真正中醫的核心內涵，即是仲景書與仲景法，則非余巖駁斥的對象。他對於中醫的療效，自然是讚揚的，但是學術上的堅持讓他不能苟同於時下學術不興的中醫藥界。他也認為西醫「西醫也有西醫的長處，何嘗可以一概抹煞。」²⁴並舉丁福保、牛惠霖、習性德、阮其煜等真有學識的西醫為例，說明他們並不輕視中醫。至於對於余巖的態度與往來，他曾說：

「西醫欲摧滅中醫者，余雲岫、汪企張最健，其餘不過吠影吠聲而已。企張淺陋不足道，雲岫固不失為學者，彼亦知《傷寒》、《金匱》、《千金》、《外臺》為有用，而上不取《靈》、《素》、《難經》，下不取金元四大家，嘗陳其意於章太炎先生，則學識既是矣。《學藝雜誌》嘗載雲岫之文，於《傷寒》、《金匱》方中，尋繹附子之功用，此即吉益東洞考證藥性之法。雲岫留學日本，又喜涉獵中醫籍，必已見東洞之書，且知日人趨向漢醫之故矣，然猶摧殘中醫，甘為戎首，

²¹ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京：學苑出版社，2011）頁73。

²² 陸淵雷，《陸淵雷醫書合集》（天津：天津科學技術出版社，2010）頁1269-1270。

²³ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京：學苑出版社，2011）頁1270。

²⁴ 陸淵雷，《陸淵雷醫書合集》（天津：天津科學技術出版社，2010）頁1420。

且於東洞之法，秘不肯言，則其學雖可取，其心乃不可問也。」²⁵

即使他認為余巖倡言廢止中醫之舉動屬「其心不可問」，但是學術上對於余氏則頗尊重。透過兩人共同敬重的長輩一章太炎，陸氏仍與余氏保持一定程度的學友關係，甚至在日後中央國醫館成立時，陸氏受命草擬「中央國醫館國醫藥整理大綱草案」，而其意見不見容於傳統中醫界時，反而是余巖曾經認真與之討論商榷，並將陸氏所擬之草案刊出，以為公評。但這個舉動，隨著後續中央國醫館統一病名活動的開展，為陸淵雷在中醫界的人際聲望帶來負面效應。

三、不言五行，亦何損於中醫之實

當時的中醫藥學界面對余巖從中醫基本理論上的挑戰，以及社會對於改良中醫的輿論浪潮，除了少數仍堅守傳統中醫的經典與論述之外，大多都嘗試著站在科學化的立場，嘗試要為傳統中醫文獻中的陰陽、五行與藏象經絡學說尋找符合科學邏輯的證據。中醫學人多透過例證說明，表明陰陽學說泛指醫學中兩個相對地位的名詞，這對名詞常有互相為用的關係，且常常隨著前後文句的需要，轉換這對名詞的指稱對象。²⁶如民國時期中醫教育家時逸人的《時氏病理學》教科書中病理學提綱的篇章，就包含〈陰陽〉〈五行與生剋〉的專章論述：

「靈素之論陰陽，是相對的，陰陽有時間，亦有空間，大抵陰陽二字可做代表之符號，但其代表者，有時指具體之物質；有時指抽象之屬性；有時指疾病之亢進與衰退；有時指患者之興奮與麻痺，雖所指不同，而皆以陰陽二字代表之。至於病理上，一言陽症，則可想像其為血壓增高、體溫升騰、脈搏疾速等候；所謂陰症，其發現症狀，必與陽症相反。」²⁷

「《內經》作者認為人體生理變化無窮，如只以陰陽二字，來探究人體之秘，實覺不夠，故有引用「五行生剋」之論，而為說明人體變化進展的法則……從病理上與治療上來說明，生剋學說舉其所知如下：

- 一、木剋土—大意以「木」代表「神經」，「土」代表「消化器」的功能。精神鬱結，妨礙消化，脈弦，是神經緊張的現象，古稱「弦為肝脈」，特用「木剋土」以說明之。
- 二、水剋火—大意以「火」代表「體溫」和「心臟」及「循環」的功能。體溫降低，心臟衰弱，有水分停滯之象（心臟性水腫）。
- 三、火剋金—大意以「金」代表「呼吸器」的功能。肺內有伏熱，發生咳嗽、吐血、發熱、口渴、心煩等症。

²⁵ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京：學苑出版社，2011）頁1270。

²⁶ 秦又安原著，〈陰陽的使用法和定律〉，王慎軒主編，《中醫新論彙編第二編哲理》（收入《民國叢書第三編》，上海書局，1991），第80卷，頁12-13。

²⁷ 時逸人編著，《時氏病理學》，時振聲參訂，（收入《時氏醫學叢刊》，千頃堂書局，1955），頁20。

四、金剋木—大意「金」指「呼吸器」之功能，「木」指「不隨意神經」疾病之變動。不隨意神經如發生病的變化，必致妨礙呼吸，古稱「木火刑金，侮肺」。治療方法以恢復呼吸機能，鎮靜神經變動，古稱「清金伐木」者以此。

五、土剋水—大意「土」指「消化器」的功能。治療停水，必先從消化器入手，古稱「崇土逐水」者以此。²⁸

時逸人認為五行生剋其實來自於陰陽辨證觀念的延伸，是為了從簡易的陰陽觀念中延伸出來指涉傳統中醫藏象系統更多複雜的互動協調關係。如此以陰陽五行論理指稱的關係與對象在不同的文獻，或同文獻不同段落篇章中，常常有許多置換的觀念，相當容易產生誤解。更何況，難道只有陰陽五行的觀念可以用來說明這些人體內部的複雜調節機制嗎？民國時期的中醫理論大師，並曾兼任中醫學校院長的章太炎先生曾經有這樣的評論：

「然謂中醫為哲學醫，又以五行為可信，前者則近於辭遁，後者直令人笑耳。……今即不言五行，亦何損於中醫之實耶！醫者之妙，喻如行師，運用操舍，以一心察微而得之，此非所謂哲學也。謂其變化無方之至耳。……以僕所身驗者，漢唐兩宋之數，固視金之為有效。若乃不襲臟腑血脈之譌，不拘五行生剋之論者，蓋獨仲景一人

耳。」²⁹

章太炎的立場是支持改良中醫的，但認為五行學說是「晚世庸醫，藉為口訣，則實驗可以盡廢，此必當改革者也」。根據研究，章太炎的醫學論述其脈絡始於以「臟腑經絡出入傳化」為軸心的傳統中國醫學結構，抵制金元以來僵化的五行學說。面對當代西方醫學的挑戰與刺激，章氏吸收了許多解剖學上的知識，並以柯琴六經分部的結構統整這些解剖知識，形成其匯通思想的特色。³⁰許多中醫院校的師友學生於是開始捨棄為藏象經絡理論奠基的內難等經典，投入了《傷寒論》文獻體系中探求中醫的學術根柢，陸淵雷就是其中的重要代表。陸氏的學術體系的許多觀念，主要的傳承淵源實來自於章太炎。他們密切聯繫接觸的時段，大約是1929年陸氏於上海國醫學院任教務主任時，章氏是當時的院長。他曾為《章太炎先生論醫集》作序時提到：

「習醫有年，始得親炙先生，每晉謁，先生輒引與論醫，竟日不倦，時聆精義妙理，則退而震驚，以為中醫之發明家，前無古人。……蓋學問家之醫學，固未可與臨病之工較一日長短也。囊予課醫校諸生，常以科學說中醫，舊說虛妄者，雖《靈》、《素》、《難經》，不惜辭辟，諸生翕然信從，而忌者毀之。謂陸某書生，能空言，不能治病，彼意固欲得口實以毀予，予則以為譽之過當。何則，能空言不能治病者，學問發明開創之所為。視臨

²⁸ 時逸人編著，《時氏病理學》，時振聲參訂，（收入《時氏醫學叢刊》，千頃堂書局，1955），頁24-26。

²⁹ 上海人民出版社編，《章太炎全集》（上海：上海人民出版社，1994），第3冊，頁323。

³⁰ 林政憲、蘇奕彰，〈匯通式的轉折—論章太炎醫學思想的轉變〉，《台灣中醫醫學雜誌》，2011.10(3):37。

病之工不啻雲泥，而予何足以堪之，必也淵博深邃，冥悟精思，如章先生者，然後庶幾耳。……夫遠西所稱學問家者，窮畢生之力，僅乃立一義，創一術，其人已足千古。章先生經師碩學，醫特其緒餘耳。其論醫之文，雖先生自視若有可汰，然其發前古之奧意，開後學之坦途，數十篇中，豈特一意一術而已。」³¹

章太炎並非臨床醫家，陸氏卻認為章氏在醫學理論結構的發明創新，對於中醫學術的貢獻高出臨床醫師許多，是中醫理論體系的「發明家」。陸氏後續發表的言論與看法，都可以從中看到太炎先生的影子，也有不少陸氏的文章均可以讀到直接引述章氏的言論，如：

「記得章太炎先生說過，醫藥的太初第一步是單方，單方都是病人自己發明的，單方漸漸多起來，匯齊記錄，變成一部本草。」³²

「章太炎先生謂『少陰病者，心臟病也』，此言最是。小子不避不雅馴，為傷寒少陰病作更嚴確之定義，曰「少陰病者，熱病過程中，心臟之機能的

衰退也。」³³

又如對於五行及運氣醫學的態度，陸氏舉明代熊宗立以運氣學說為主體著書論病，為五行運氣學說運用於中醫學的負面例證，³⁴與章氏主張相同，甚至所用典故也一致。陸氏所述「凡仲景書言胃者，皆指腸，其指胃者，則曰『心下』，此亦讀《傷寒論》所不可不知者」，³⁵其論文之精神實出於章氏〈論陽明病分胃腸非分經府〉一文。³⁶又如針對中央國醫館公告之《國醫藥學術整理大綱》，陸氏發表其成就不過「撰成一部民國醫宗金鑑而已」³⁷的看法，也與章太炎之〈對於統一病名建議書〉³⁸一文如出一轍。陸氏也自承曾將自己的草擬《國醫藥學術整理大綱》版本就正於章太炎和余巖，得到兩人大體上的肯定。³⁹陸氏於《傷寒論今釋》序中自述「余少壯之年，棄儒學醫，受《傷寒論》於武進惲鐵樵先生，又請益於餘杭章太炎先生，家君亦宿尚方術，過庭之訓，不僅詩禮」，⁴⁰可謂其學術源流之大綱。現今關於中西醫匯通學術著作之評價，提到陸氏之中西醫學匯通學術之成就，大多認為其繼承自惲鐵樵之匯通學說，⁴¹其實若仔細探究，未必如此。同一時代呂思勉對於五運六氣學說的評論，也頗值

31 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 432。

32 陸淵雷，《陸淵雷醫書合集》（天津：天津科學技術出版社，2010）頁 1404。

33 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 237。

34 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 99-100。

35 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 233。

36 上海人民出版社編，《章太炎全集》（上海：上海人民出版社，1994），第 3 冊，頁 208。

37 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 468。

38 上海人民出版社編，《章太炎全集》（上海：上海人民出版社，1994），第 3 冊，頁 391。

39 陸淵雷，《陸淵雷醫書合集》（天津：天津科學技術出版社，2010）頁 1345。

40 陸淵雷，《陸淵雷醫書合集》（天津：天津科學技術出版社，2010）頁 1315。

41 包括鄧鐵濤主編，《中醫近代史》（廣東：廣東高等教育出版社，1999）頁 79 以及華麗娟，〈陸淵雷與中醫科學化〉《中醫文獻雜誌》，2009: 47。均有此觀點。

得省思：「而《素問》一書，魏晉後醫家亦皆誦習勿替，然卒不言五運六氣之說者。明堂之圖、針灸之法、本草之經、脈學之訣，猶儒家之有禮樂兵刑；五運六氣之論，猶儒家之有陰陽五行也。然當解剖之學既已廢絕，形下之學又日湮晦之時，而欲求一說使足以包括一切，則舍五運六氣之論固莫屬矣。」⁴²

四、傷寒學說的東洋藥證風潮

日本近代醫學從室町時代末期時代開始吸納了大量中國醫學的知識系統，成就了以東垣、丹溪學說為宗旨的「後世派」與特重《傷寒論》方證的「古方派」。隨著蘭學的興盛與西方解剖知識體系的引入，傳統中醫的內景論理知識受到挑戰，出現了不問源流只究實效而「折衷」於中、西兩套醫學體系的醫家，強調不重理論只求實效的方證學說逐漸成為漢方醫學的主流。江戶後期，又興起醫學考據學派，繼承了中國清代以來考證學風，將此方法應用於醫學文獻，欲求客觀性的注釋、整理古典。於是，因革命而流亡日本的章太炎，以及負笈東瀛的余巖，都不約而同地吸取東洋醫學的精髓，聚焦於《傷寒雜病論》為主的方證學說，透過實效講求的精神而有意的忽視傳統中醫基礎理論的論理架構。

章太炎的匯通思想是透過柯琴的「六經分部」理論形成主要的醫學結構，由西醫解

剖學為主，合併少量生理學與病理學的知識填充，並極力避免運用傳統中醫之藏象經絡理論進行說理，而逕取東洋醫學所發展之方劑藥物對應觀念作為臨床實效的基礎。⁴³以《傷寒論》的六經學說與《內經·熱論》之傳承關係為例。陸淵雷主張的論點是：「〈熱論〉之六經範圍狹，《傷寒論》六經範圍廣，異一也。〈熱論〉一日傳一經，六日遍六經，周而復始，《傷寒論》則六七日傳一經，傳至若干經後，不癒則死，絕不周傳，異二也。〈熱論〉太陽傳陽明，陽明傳少陽，絕無例外；《傷寒論》則太陽傳少陽，少陽傳陽明，有太陽直傳陽明者，絕無陽明反傳少陽者，異三也。」⁴⁴而章氏對於這個觀點的論述與說明，主要也是運用傷寒六經傳變的病程與次序為材料，來辯駁《內經·熱論》與《傷寒論》之六經並非同一體系的傳承系統。⁴⁵

跟隨著章太炎先生建構的醫學理路，陸氏花了許多工夫閱讀並整理日本許多重要醫家之著作，並藉此以為自己撰寫《傷寒論今釋》、《金匱要略今釋》之重要參考資料。其中，古方派的大家吉益東洞對於《傷寒論》的見解與應用，頗受陸氏之欣賞。他曾說：

「樸質魯，於仲景書用力殊苦，囊讀徐氏《傷寒類方》，以為得仲景治療之條貫，嘗擬取《金匱方治》，增益而重編之，以觀其匯通，奔走衣食，卒卒未暇。近見東醫吉益東洞之書，如《類聚方》、《方極》、《藥徵》

⁴² 謝觀，余永燕點校，王致譜審訂，《中國醫學源流論》（福州：福建科學技術出版社，2003），頁37。

⁴³ 林政憲，〈匯通式的轉折－論章太炎醫學思想的轉變〉，《台灣中醫醫學雜誌》2011.10(3):29-38。

⁴⁴ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁212。

⁴⁵ 林政憲，〈匯通式的轉折－論章太炎醫學思想的轉變〉，《台灣中醫醫學雜誌》2011.10(3):29-38。

等，與鄙見不謀而合。以其言施之病人，良效。且東洞之所守尤約，不但五行六氣俱被擯赤，即仲景書中一切病名議論，亦所不取，乃益信向日之主張為不謬，知中醫之精華，在此不在彼也。往者東醫皆宗丹溪，東洞出，提倡復古，一以仲景為師，而丹溪之學微；明治維新，德醫之勢大張，漢醫幾乎絕跡；今則漸知德醫不足恃，相率研求漢醫學，祖仲景而宗東洞，號為皇漢醫，旗鼓大振。然始向無東洞，則漢醫早已滅亡於明治維新之際，安能復振於今日。」⁴⁶

他認為吉益東洞論醫不但屏除五行六氣，甚至連《《傷寒論》》本身之病名及病機論述都不參考運用，專心致力於藥物方劑與病症之關聯對應的建立，是他心目中中醫學術的核心與精華。陸氏更舉日本歷經明治時代漢醫的衰弱，也是依賴東洞的學說而使皇漢醫學得有復興之趨勢為例，希望中國的臨床醫師們，也能重視研究吉益東洞的著作以為改進中醫之用。前文亦論及因為余氏模仿東洞考證藥性的方法對附子進行考證，陸淵雷因而認為余氏對於中醫學術認真的程度尚足堪切磋商與討論；可見章太炎、余巖與陸淵雷在運用東洋漢方醫學來作為改進中醫藥學之骨幹，而捨棄傳統中醫運用的臟腑經絡之論理方式，其實有著類似的見解。陸氏也秉持這樣的信念，進行中醫藥的研究與教學。他甚至認為「中醫除治療方法外，其理論知識竟絕少一或可說是沒有可取的。用了中醫

的治療法，不用西醫的理論知識，就成了個醫匠，不能算醫學家，更談不上學校與研究院了。」⁴⁷而在這些所謂不可取的知識層面中，他所保留的，就只剩下以《《傷寒論》》為主體的方證知識。

陸氏在 1947 年從事中醫術語詮釋時，曾經再次強調這樣的觀點：

「第一要說明者，古醫書言內臟部位、形態則是，其功用多非是。何以知之？古人亦有解剖屍體之事，故能知內臟之部位形態，至於內臟之功用，絕非粗淺觀察所能了解；古人從主觀的猜想以言其功用，乃多不合。」⁴⁸

陸氏承認古代中醫有解剖學觀念，但是只是略知臟器之部位、形態。至於這些臟器如何發揮功能，古代中醫論理的方式不外乎抽象、哲學性的語言工具，如「五行」、「精氣」、「六氣」，陸氏認為這些都只是「主觀的猜想」，難以符合西方醫學的生理、病理的分析與相關論述，故他認為不妨廢棄不用。陸氏於 1936 年詮釋評論中醫之濕邪與藥治的觀念時，曾經評論：

「然金元之後，雖用風藥，論病猶執以為濕，不以為風，而謂『風能燥濕』。蓋附會《陰陽應象大論》『風勝濕』之語。其理由蓋謂風木濕土，木能克土也。夫神經諸藥於臨床經驗上皆能減少唾液及諸黏膜之分泌，而生燥渴之感，制方者常並用滋潤藥以匡救之，是風藥之燥，特其副作用耳。執副作用發為正效，復從而推論其病

⁴⁶ 陸淵雷，《陸淵雷醫書合集》（天津：天津科學技術出版社，2010）頁 1269。

⁴⁷ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 411。

⁴⁸ 陸淵雷，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 185。

原，顛倒錯誤，莫此為甚。不然於自然現象中風固能燥濕，假令曝以日光，灸以焰，加熱以蒸發之，其燥濕之力，倍於風，治濕者奈何不取熱藥而取風藥，豈捨其最效而取其次效耶。可知『風藥燥濕』，特虛語耳。」⁴⁹

利用自然界取象比類的例證，形成中醫界以風藥治療濕病時琅琅上口、深植人心的理論，陸氏認為這種說理根本就是端倒錯誤的虛語！其實這樣的觀點，恽鐵樵也曾經觀察到。恽氏在《十二經穴病候撮要》曾經舉例論證：

「古人皆謂如滴水之器，上口通則下口亦通，其實不然，貯水於管，杜其上口，下口雖開，水不下滴，此乃上壓力之作用，不能以喻人體器官，動物雖附地球以生，然是獨立的，觀食物下行，由於腸胃收束蠕動，逼之向下，不關地心引力，即可知外界天然力不能及於軀體之內，又癆病垂死時，血凝於着禡之肌膚間，即是體工全毀，血受地心引力而沉澱之證據。如此，則知滴水器之喻為不切事實。」⁵⁰

因為「外界天然力不能及於人體軀幹之內」，所以傳統中醫以自然界現象的作用機轉為例，借以詮釋人體的生理、病理現象時，恽氏認為其並不足以形成合理的醫學理論以為應用；這種觀念是恽、陸兩位學者向傳統中醫理論學說提出的重大挑戰。而他們的解決之道，便是學習西醫經過實驗所建立的生

理、病理，甚至藥理學的知識，以補傳統中醫論述之精確度的不足。

家學中醫，曾受西式軍醫訓練且赴日考察，並擔任上海新中國醫學研究院院長的祝味菊，也是陸淵雷的醫界同事。他憑藉著對西醫的專業理解，與弟子陳蘇生以問答的形式撰寫《傷寒質難》一書，更進一步嚐試以西學解構《傷寒論》的六經體系：

「傷寒六經乃正氣因抗邪而起之六種證候範型也。所謂六經，乃人體抗邪之不同表現，固非相對之名詞也。」

「吾之所謂六經者，乃代表五種抵抗程序耳。太陽為開始抵抗，少陽為抵抗不濟，陽明為抵抗太過，太陰、少陰同為抵抗不足，厥陰為最後的抵抗。一切外感足以激起正氣之抵抗者，皆不出此五種階段。此吾研究之創獲，敢謂前所未有也。」⁵¹

祝式學說強調人體有自然療癒的能力，而這種自療機能以身體內陽氣為樞紐，臨床醫師則是運用中藥誘導身體的體工救濟機能尋求癒病。這種傷寒六經五階段的劃分方法，更大程度的打破傳統中醫對於三陰三陽相對應的辨證概念。即便如此，祝味菊在傷寒質難的序言中仍特別強調「中醫的理論，亦復未可盡廢」，也自承「此編所舉之理論與系統，乃祝氏一家之言，不足以代表整個的中醫，只能說我個人奮鬥的歷史，追尋真理的自我解脫，而未敢自信即此解脫便是真理」。⁵²

49 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁118。

50 恽鐵樵《藥盒醫學叢書》（臺北：華鼎出版社，1988）頁85-86。

51 祝味菊著，邢斌主編，《祝味菊醫學五書評按》（北京：中國中醫藥出版社，2008）頁99。

52 祝味菊著，邢斌主編，《祝味菊醫學五書評按》（北京：中國中醫藥出版社，2008）頁21。

陸淵雷與恽鐵樵、祝味菊最大的學術差異，就在於承認了應以西方醫學知識改進中醫理論論述的能力之後，面對傳統中醫理論論述的態度之選擇。恽鐵樵認為人體奧秘萬千，中醫學說也許在臟腑、經脈層次的部分知識還值得借鏡。祝味菊在民國時期可以說是最深入了解西醫學說的中醫了，即便不違本心的提出創新學說，也沒有全面否定傳統中醫理論。而陸氏則是革命家氣勢，欲屏棄或掃除一切傳統中醫論述的能力或價值，直接以西方醫學之生理、病理、藥理知識所取代。所以他曾說：

「且醫藥之精微，西人萃千百人之心力，糜萬金之實驗，尚不能躊躇滿志。古之良醫，精思冥悟，亦皆費甚深功力。今乃作不甚可解之言論，揮塵而談，自以為『超以象外，得其環中』，天下豈有如此便宜之學術哉！」⁵³

「超以象外，得其環中」⁵⁴原是恽鐵樵於〈創辦函授學校宣言〉一文中，對於中醫在對於軀幹內景茫然無知的情況下，還可以發展診斷、療法並取得效驗的讚嘆之語。陸氏則從肯定古代解剖知識開始，帶著近代社會文化中濃厚進化論的觀點，認為恽氏的學術努力的方面仍不足以成為未來的潮流。

理論體系仍須落實到臨床診療，方顯其歷久彌新的價值。陸氏在《金匱要略今釋》的序言中，曾自信得說：「方術則中土，理法則遠西，心之所安，非敢好異也。」⁵⁵但是當陸氏把這種學理應用到臨床診療時，理論

與實際運用的隔閡與破綻就逐漸出現了。陸氏觀察到這個情況，也不得不針對這個弱點稍作調整，如：

「吉益東洞說的用人參標準，在下躬親試驗過，都是十分有效的，不過有一層意思，須得補充一下。辨病症的寒熱虛實，辨藥性的溫涼補瀉，是中醫學的第一步大綱。東洞卻把寒熱虛實、溫涼補瀉，一籀腦兒推翻了不信，因此也不承認人參是補藥。東洞的學說以及為學方法，在下是處處十分佩服的，只有這一層卻不敢附和他。現在要補充的就是這一層。人參究竟是補藥，用人參的病究竟是虛實證，僅有全身症狀是實證，局部的胃必須有虛證，才可以用人參。」⁵⁶

要理解陸氏為何需要援引「寒熱虛實、溫涼補瀉」的觀念，加入原先吉益東洞的藥證系統，其實不難。古方派的藥證或方證理論體系其實架構在特定的藥物、方劑與病症的對應基礎上。以上述為例證，用人參治心下硬結的症狀是來自藥證的觀念，但是於治心下硬結的症狀也可以選取其他有對應關係的藥物，如栝婁實、半夏、枳實等等，如果不能透過這些「寒熱虛實、溫涼補瀉」的觀念來輔助選取藥物或方劑，臨證選治必定會手足失措。因此，陸淵雷為了讓東洞先生的藥證概念發揮的更貼近臨床需求，認為即使出現所謂人參之見證，還是有必要配合中醫病症診斷之寒、熱、虛、實的觀念，才能正

⁵³ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁454。

⁵⁴ 恽鐵樵《藥盒醫學叢書》（臺北：華鼎出版社，1988）頁18。

⁵⁵ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁450。

⁵⁶ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁290。

確使用人參這味藥。陸氏於 1931 年的自強醫學月刊中，更進一步地闡述他的心得與想法：

「予之治醫也，先熟精大論要略用諸方之證候，復體認寒熱虛實氣血之大綱，其於藥也，但知某藥治某症候，與其宜忌，而不知其入肝入肺也。疾病在前，視其具某證候則投某方，亦不知其臟腑有若何變化也。經方不足，然後求之時方，時方又不足，則度其症候，自製方藥與之。如是治病，往往病已愈而不自知其病名也，非不欲知也，自問診察、檢查諸法不逮西醫，不敢以疑似臆測之病名，自欺而欺病家也。」⁵⁷

如果結合陸氏同時期所發表的〈辨太陽病脈證並治〉一文之「辨別陰陽，為診斷治療之大綱。亦為國醫之特長，五行可廢，陰陽不可廢也。凡病之熱者為陽，寒者為陰；實者為陽，虛者為陰。易以西醫之名詞，則病之屬於進行性者為陽，屬於退行性者為陰；機能亢進者為陽，機能衰退者為陰；醫書所稱陰陽，其意義不過如此」⁵⁸的論述，陸氏於前引文中強調的「寒熱虛實氣血之大綱」，其實源自於中醫診斷學中經常提及的臨床簡要辨證觀念—「八綱」。學界一般認為「八綱」的概念始於清代程鍾齡《醫學心悟》一書，是利用陰陽為總綱，將表裡、虛實、寒熱兩兩一組的辨證觀念整合在一起，形成臨床醫師的簡要診斷指標。這樣的辨證觀念，其實是為了整合傳統中醫學中許多不同辨證體系，比如「六經辨證」、「藏象辨證」、「經

絡辨證」、「三焦辨證」，甚至後期溫病學的「衛氣營血辨證」等系統，讓臨床醫師能夠在與患者短時間的診療過程中建立診斷疾病的大綱，有利於相對應方劑藥物的選取。但是上述的歷代醫家所構築的辨證系統，無一不立基於傳統中醫之「臟腑」、「經絡」、「氣血」等觀念術語之上，更何況是簡要的「八綱辨證」體系？陸氏亟欲迴避的傳統中醫理論，透過八綱辨證的輔助，其實還是隱藏在其所謂「不知其入肝入肺」的藥證觀念之中，大方向上指導著陸氏的臨床診療平臺。

在陸氏較晚期的臨床心得中，對於鼓吹去除傳統中醫理論，而只探究症狀與藥物之關係的日本古方派醫學，有不同於前述「不謀而合」的批評與檢討：

「夫病有特性，往往超乎寒熱之外，藥有特效，亦往往不關寒熱，今欲舉一切病而悉納於寒熱兩大類中，竊恐醫藥問題不如是之簡單也。吾儕雖不必效法吉益氏，屏寒熱於醫理之外，然謂寒熱非病情藥性之第一義諦，當去事實不遠耳。」⁵⁹

陸氏論及病、藥之所謂「超乎寒熱之外」、「不關寒熱」，並非推翻前述以八綱辨證作為東洞學說的補充，而是隨著臨證經驗的累積，他發現似乎單純的「寒」、「熱」等辨證觀念，甚至仍不足以作為診斷病情、選擇藥物的最重要關鍵。陸氏更嘗試用所謂的「科學方式」或西醫學知識去詮釋所謂「寒」、「熱」等辨證觀念，希望藉此全面取代傳統中醫說理之工具時，似乎發現更深

⁵⁷ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 477。

⁵⁸ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 239。

⁵⁹ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁 206。

一層的問題：

「如炎症為最常見之病變，其條件為病所之充血、紅腫、灼熱及機能障礙。充血、紅腫灼熱，固有似乎病情屬熱，望文生義者，以炎字從二火，尤以為炎症必屬熱，絕無寒性者，不知事實乃大不然也。試仍據中醫之治法以明之，下利之病，殆無不由於腸之炎症，中醫之治法，宜用芩、連、硝、黃等寒藥者，其病固屬熱，亦有宜用姜、附、故紙等熱藥者，則其病反屬寒。咳嗽之病，無不由於支氣管之炎症，中醫之治法，有宜用麻杏石甘湯一類寒藥者，病固屬熱，亦有宜用小青龍湯一類熱藥者，病反屬寒。舉此二種炎症，其他可推而知，固炎症在中醫之病情，有熱亦有寒，不可執一。設不知此義，臨病時有經西醫診定為某種炎症者，妄認炎字為熱，恣用寒藥，則貽害有不可勝言者矣。」⁶⁰

陸氏以「下痢」與「咳嗽」兩個常見的臨床病徵為例，說明若僅引用西醫對於發炎反應之觀察，就將所有的發炎反應都歸於中醫之「熱」證，在臨床診療上，極可能出現誤治而耽誤病情的狀況。其實，從西醫病理學的角度來看，所有的疾病發生只要涉及組織的自我修復，多離不開發炎反應的歷程。若順應此觀點，所有的病徵都必須使用清熱瀉火的中藥，就只印證了金元醫家劉河間的「六氣皆從火化」的理路，無法說明臨床診療也可能用薑、附等辛熱藥處置「下痢」與「咳嗽」的情況。

更進一步，陸氏嘗試再從炎症反應的病程去區分所謂「寒」、「熱」的辨證觀念：

「或謂炎症急性者屬熱，慢性者屬寒，此亦不盡然。霍亂下利如傾，其腸炎可謂急性矣，而治之必須四逆湯。肺結核之支氣管炎，可謂慢性矣，而用藥宜溫熱者絕少。總之，中西之名詞病理，其出發點集中點各各不同，欲求恰相主當，可以取彼釋此者，蓋絕無僅有，故用西法診斷以選擇中藥，在今日尚為不可能之事。」⁶¹

陸淵雷是個實在的學問家，並沒有為了迎合假設而尋找正面的證據來支持。這個假設很快就被陸氏找到反面的例證推翻之。只是令人訝異的是，最後他竟然作出「用西法診斷以選擇中藥，在今日尚為不可能之事」的結論。這不遑是搥了自己提出之「為術則中土，講學從歐西」理論一個大大的耳光！臨床診療說理部分全以西方醫學知識取代，在辨證選擇方藥上卻無法根據西法診斷而用藥，無怪乎陸氏必須提出近似「八綱」的簡要辨證來輔助自己的臨床診療。

著名的中醫臨床家楊志一先生曾評論陸氏的學術觀點，頗能切中要害。他說：「中醫學術幾陷於中斷的境地，摒棄理法，執方治病，特別是使包括臟腑經絡的六經學說沒有發揮應有的作用，認為傷寒六經僅是六個症候群，並與十二經對立起來，認為十二經經絡穴道僅屬針灸範圍，形成內科與針灸科分家，原有的中醫理論體系面目全非。……過去，陸淵雷氏誤解六經為六個症候群，甚至說成為『少陰為熱病之變表；太陰是雜病，

⁶⁰ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁206。

⁶¹ 陸淵雷著，王咪咪編纂，《陸淵雷醫學論文集》（北京，學苑出版社，2011）頁206。

非傷寒；厥陰則是雜湊』等。這種說法，顯然是脫離了六經體系，只從現象看問題，沒有透過現象找本質。」⁶²

五、臟腑經絡，是科學還是玄學？

同時代師從丁甘仁，創辦蘇州國醫學社，與惲鐵樵、章太炎多有交流等的婦科專家王慎軒，也透過對日本漢醫湯本求真的評論，勾畫他心目中的《傷寒論》六經的架構：

「（上略）師曰：病有發熱惡寒者，發於陽也。無熱惡寒者，發於陰也。所謂陽證者，新陳代謝機能之病的亢進也。又言陰證者，此機能衰減之病的沉衰也。故陽證者，概為實症而易治。陰證者，多屬虛證而難療。而太陽者，此機能亢進發於體表，少陽者發於胸腹之間，陽明者發於腹內也。三陰云者，此皆機能衰減限於腹內之名稱也。太陰為其最較微者，厥陰為其最重篤者，而少陰則介乎二者之間也。

慎軒按，《傷寒論》之三陰三陽，與《內經》不同。《內經》係以人身內外而分三陰三陽。即以表為陽，裡為陰也，《傷寒論》係以病機盛衰而分三陰三陽。即以病之機能亢進者為陽，機能衰退者為陰也。如初得病時，即患少陰病者，此因病人之神經機能衰弱，抵抗能力不強，易被病毒征服。

故初起即現脈微細但欲寐之神經衰弱症也。前人誤以此種少陰病為裏病，妄名之曰為直中少陰，高明如惲鐵樵者，亦曰病毒直至少陰則深矣，實緣未明仲景假定三陰三陽之真義也。唯湯氏此論，實獲我心，洵可為仲景之大功臣也。」⁶³

王慎軒認為應該以病機亢進與衰退的程度，作為六經中三陰三陽的判別指標，而不是《內經》中闡述之人身軀殼外屬三陽，腹內屬三陰。他的六經體系變成扁平氏的分類，依賴症狀之屬陰屬陽，三陽經可照體表、胸腹之間與腹內區分為太陽、少陽與陽明。三陰則依據衰弱程度輕重依次分為太陰、少陰與厥陰。若患者初起即有脈微細但欲寐的衰弱情況，即可判斷為少陰病，並批評惲鐵樵的六經體系的認知實未明仲景學說之真意。

惲鐵樵對於日本醫家的傷寒著作，也多有研究。他認為最值得借鏡的，當屬宇多喜直寬於傷寒疏義的論述：

「本論所謂三陰三陽，所以標病位也。陽剛陰柔，陽動陰靜，陽熱陰寒，陽實陰虛，是即常理。凡病屬陽屬熱屬實者，謂之三陽，屬陰屬靜屬虛者，謂之三陰。細而析之，則邪在表而熱實者，太陽也。邪在半表裡而熱實者，少陽也。邪入胃而熱實者，陽明也。又邪在表而處寒者，少陰也，邪在半表裡而處寒者，厥陰也，邪入胃而虛寒者，太陰也。惟表熱甚，則裡亦熱。故裡雖乃熱，而病未入於胃，尚屬之

⁶² 楊志一，《六經初探 / 診餘漫話》（收入中國百年百名中醫臨床家叢書，中國中醫藥出版社，2001），頁 116。

⁶³ 湯本求真，〈傷寒三陰三陽之新理〉，王慎軒主編，《中醫新論彙編第三編》（收入《民國叢書第三編》，上海書局，1991），第 80 卷，頁 23-24。

太陽。表寒甚則裡亦寒，故裡雖乃寒，而病未入胃，尚屬之少陰。少陽與厥陰共，病羈留於半表裡間之名也。陽明與太陰共，邪犯胃之稱也，故不論表裡寒熱，病總入胃中者，謂之陽明與太陰。蓋六病之次，陽則太陽，少陽，陽明，陰則少陰，厥陰，太陰。但陽則動而相傳，陰則靜而不傳。然其傳變，則太陽與少陰為表裡，少陽與厥陰為表裡，陽明與太陰為表裡。是以太陽虛則是少陰，少陰實則是太陽，少陽虛則是厥陰，厥陰實則是少陽，陽明虛則是太陰，太陰實則是陽明，是乃病傳變化之定裡，三陰三陽之大略也」。⁶⁴

這個論述強調陽經與陰經兩兩相對的表裡病位關係，以及症狀之屬熱屬實為陽經，屬寒屬虛為陰經的病性觀念，更重要的是標示了六經之間可能的病傳變化軌跡。惲氏更補充《傷寒論》之六經之間的彼此傳變關係，其實仍根源於《內經》：

「本論以六經為病之地位，以傳經為病之次序，始於太陽，終於陽明。太陽在外，陽明在內，由外之內，為一定途徑，有直傳陰經者，有由陰經還入胃腑者，斷無已至少陽陽明少陰厥陰之後，重複轉至太陽者。此即《內經》所謂善治者治皮毛，其次治膚腠，其次治筋骨，其次治臟腑，乃已由外之內，為一切熱病之定例」。⁶⁵

惲氏強調外邪入侵人體，《內經》中許多篇章都有病位病程由皮毛、膚腠、筋骨最後到臟腑這種由體腔外向體腔內發展的規律，而且入體腔的陰經後，甚至仍有可能再傳入胃腑，這也是前述王慎軒引湯本求真學說詮釋傷寒六經理論，所未能理解與詮釋的。治則方面，則有以下論述：

「是故病毒在三陽之時，在太陽當防其潰決，所以有種種方法，在陽明正氣與病毒俱盛，當及正氣未衰之頃，攻病毒而去之，故所用為三承氣。及至於三陰，則正氣已衰，病已深入，多半當以溫藥化之，故所用多萸附薑桂。」⁶⁶

如傷寒邪氣由表入侵，先與體表陽氣對抗；正邪周旋則有少陽寒熱往來的徵候，若對抗劇烈而大熱大汗，則有陽明經熱或腑實的傳變方向。但若正氣虛衰，不能在三陽經與外邪對抗，則需佐以扶正以待變或去邪。這樣的傳變原則也與《內經》中〈陰陽應象大論〉、〈血氣形志篇〉、〈玉版論要篇〉所言疾病發展的病程相符。惲氏在 1923 年的《傷寒論》研究自序中，曾經評論吉益東洞等日本醫家研究傷寒學說：

「其所言大都明白了當，賢於我國陳喻諸家，惟有仲景撰用素問之語，多不能貫通，似以仲景學說與素問無甚關係，故多疑仲景自序一篇為後人偽託者，此實不可為訓」。⁶⁷

這個評論，可以做為惲鐵樵對比於章太

⁶⁴ 惲鐵樵，《傷寒論研究》（臺北：華鼎出版社，1988）頁 8-9。

⁶⁵ 惲鐵樵，《傷寒論研究》（臺北：華鼎出版社，1988）頁 27。

⁶⁶ 惲鐵樵，《傷寒論研究》（臺北：華鼎出版社，1988）頁 30。

⁶⁷ 惲鐵樵，《傷寒論研究自序》（臺北：華鼎出版社，1988）頁 2。

炎、陸淵雷學說體系的重大論點歧異。《群經見智錄》中有專章介紹《內經》治法與傷寒互相印證的內涵，直接了當的認為「仲景《傷寒論》撰用素問、全無跡象可求，苟非仲景自言，直不知《傷寒論》從素問而出……蓋其所採於素問者，純係素問之裡面，而非素問之表面。」隨後透過《內經》〈至真要大論〉與〈標本病傳論〉之治法原則與《傷寒論》方藥組成之治法內容參照。惲氏的學生章巨膺，在這論述的基礎上運用文獻學的對照撰有〈探討《傷寒論》運用和發展《內經》的理論〉⁶⁸一文，進一步從病機傳變總則、陰陽表裡寒熱虛實的診斷、表裡先後標本緩急之治則及六經病候的辨證施治等層面深入說明《內經》與《傷寒論》的深層聯繫，值得重視。

即使認知到陰陽學說與臟象理論對於傷寒六經傳變學說的認識有巨大影響，希望中醫藥學界避免走向不要理論只要方藥的學術取徑，面對余巖《靈素商兌》的挑戰，惲鐵樵為何還要去強調「氣化的五臟」或「四時的五臟」？氣化或四時節氣與五臟的關係是甚麼，中醫藥學界是否有深刻理解？

在論述《內經》與《傷寒論》的關係時，惲鐵樵曾在《傷寒論研究》中如此評說「傷寒六經」的本質：

「六經者，就人體所著之病狀為之界說者也，是故病然後有六經可言，不病直無其物，執不病之軀體，而指某處是太陽，某處是陽明，則不可得而

指名，然則何解於靈樞之經絡？曰：經絡云者，亦病而後有也。《內經》言陰陽，是有其物也。岐伯曰：陰陽者數之可千，推之可萬，而循環回轉，道在於一，以無為恬澹，純任自然，為養生的極則。是不病之先，並無陰陽之明證也；陰陽且無有，更何有於經絡，靈樞經脈，以病狀言之，可以得其彷彿。」⁶⁹

惲氏認為六經是由病理症狀所推演出來的，而且經絡臟腑的陰陽偏盛可千可萬，變化多端；但在病理發生之前的生理狀態，其實未必有相關症狀可以做為診察的證據。這種沒有徵象可以診察的生理階段，在《群經見智錄》中有段說明可以借鏡參照，他認為〈玉版論要論〉中有段文字是《內經》的總提綱：

「揆度奇恆，道在於一，神轉不回，回則不轉，乃失其機。」⁷⁰

奇與恆相對，奇為疾病狀態指稱，而恆是正常生理狀態。要從正常生理狀態量測疾病狀態，有賴揆度。在未病之生理狀態，以「一」來指稱，疾病產生後，「一」就可以區分為陰陽，陰陽再可變化為五行，進入傳統中醫文獻中所描述之臟象經絡系統，或者運用傷寒六經的體系中去分析病機。「轉」為生理狀態的變動，「回」則是疾病狀態的變動趨勢，生理狀態運作的順利則可謂之「神」，一旦人體的趨勢從正常狀態往疾病狀態發展，即是失去生氣之機。參考他在《傷

⁶⁸ 章巨膺撰，朱世增主編，《近代名老中醫經驗集：章巨膺論傷寒》（上海：上海中醫藥大學出版社，2008）頁92-103。

⁶⁹ 惲鐵樵，《傷寒論研究》（臺北：華鼎出版社，1988）頁11。

⁷⁰ 惲鐵樵，《群經見智錄》（臺北：華鼎出版社，1988）頁14-15。

寒論》研究的「陰陽者數之可千，推之可萬，而循環回轉，道在於一，是不病之先，並無陰陽」⁷¹，更有助於深入了解。從現代醫學的基礎理論架構來理解，《內經》中的臟象經絡學說是生理狀態的描述，是未病之先，惲氏所謂的「一」。傷寒六經傳變學說則是貼近者生理狀態往病理狀態的病程變動，是惲氏所謂的「回」，相當於現今所謂的病理生理學「pathphysiology」的內涵，是研究疾病發生、發展規律及其機制的科學，著重從功能與代謝的角度探討患病機體的生命活動規律；相對而言，現代醫學的病理學則主要研究人體在疾病的各個階段，細胞、組織、器官形態上的變化，並透過肉眼與顯微鏡觀察組織變化，構成了臨床診斷的黃金標準。

相較於民國時期西醫所強調的微菌致病學說，認為病原菌是人體致病的主要原因，惲鐵樵已經留意到人體自身免疫能力，也對疾病的發展佔有重要貢獻，他稱為「體工救濟」之學。⁷²而這種救濟反映，也與前述傷寒六經傳變的趨勢息息相關，同時也是造成面對同樣的微菌，不同個體會各種不同的病症反應與病程發展的原因。古代中醫觀察到這些不同的病狀與病程，於是就將其歸納於不同的病機路線，運用的語言，自然就是中醫傳統理論的經絡系統：

「太陽經與陽明之關係是一條路，與膀胱之關係為兩條路，與腎臟之關係為三條路，又不只此……溫病當從手

經治不從足經治是太陽經與手少陰之關係為又一條路，每一條路都有其界說有其病名有其病候，並且有其治法，持吾說以讀古書可以了了……」⁷³

又此可以引出惲鐵樵《病理概論》與《病裡各論》等相關著作內容，進一步理解惲鐵樵所謂「氣化的五臟」與「四時的五臟」：

「中國之言病理以藏府，藏府不足盡病之變乃言經氣，經氣不自病乃進而言六淫，既言六淫，則有天人相互關係乃進而言氣化交變、四時陰陽勝復。」⁷⁴

惲鐵樵認為中醫將傷寒發熱疾病的病狀與病程的觀察，透過臟腑、經絡來組建疾病在身體內部發展的病機軸線，並透過傳統中醫所謂的六淫病因學說來呈現外界環境之季節氣候變動對人體的影響，其中自然也蘊含了微菌所代表病因特色。這種天人相應的觀念深植於傳統中國文化中，文人出身又鑽研傳統中醫經典的惲鐵樵，將中醫學的理論特點向此聚焦，似乎也無可厚非，但是在當時唯科學主義氣氛籠罩下的學術輿論界，也很容易成為攻擊的好目標。余巖再讀過讀完《群經見智錄》後，曾更進一步的向惲氏提問：「夫醫者日與血肉之人相接，其所治之病，大都又皆有血肉之變化，不于血肉實在之處苦下功夫，而憑空結撰，據五行甲子之說，以虛構四時氣化之五臟，更復矣所假定之事項，分派配合，輾轉以求血肉之病情。此其

71 惲鐵樵，《傷寒論研究》（臺北：華鼎出版社，1988）頁 11。

72 林政憲，林睿珊，〈從病名到病理—論惲鐵樵的中西醫學匯通之路〉《中醫藥雜誌》2014.s(2): 233-258。

73 惲鐵樵，《病理各論》（臺北：華鼎出版社，1988）頁 22。

74 惲鐵樵，《病理各論》（臺北：華鼎出版社，1988）頁 18。

為術，與言靈異者，有以異乎？」⁷⁵

惲氏曾在《傷寒論研究》自序中回復余巖：「但能澈始澈終明瞭其理，自足成一家之言」，自承是答非所問，但且補充道「余之所欲言，皆古人所未言，苦無書可以佐證，故竟不答覆也」。事實上，他也自承撰寫《群經見智錄》的主要目的是「使今之中醫先對自己的學說了了，然後吸收他國新文明，固非反對西醫而為此書，亦非欲使中醫以《內經》為止境而著此書」，⁷⁶顯露出肯定余巖對中醫學術批評的貢獻但不欲與余巖繼續學術爭論的態度。他想像中的中醫學術境界，如在《病理概論》中所闡述：

「藥之主副，從病之主副，而病之主副有其一定之途徑連帶之關係。此其途徑與其關係，合乎《內經》之形能，通乎西國之生理學。於是即方可以知證，明證即可處方，初一步取法古人循規蹈矩、有物有則，繼一步得心應手不拘拘於繩尺，而自不背所謂規矩權衡。而且古書不能明者，可於生理推求之；顯微鏡所不能見，用各種動物所不能試驗，生理學解剖學所未言者，亦得於陳舊驗方中用藥君臣之配合，而明白向來所不知之病理，於是無不可讀之醫書，日新月異而有所發見，治醫至此，亦樂事也。」⁷⁷過《內經》中對人體未病前所建立的理論基礎，結合傷寒六經傳變對初步從生理向病理邁進的病狀病程紀錄，可以跟西醫的生理學參照，甚至可以透過臨床《傷寒論》效驗方藥的使用，去推想仍待發掘的現代生理學理論結構與實

驗，真正達到中西醫互補為用的層次。

可惜的是，惲鐵樵對於中西醫匯通學術推動的想望，是時代所追不上的。按照袁媛對於早期生理學知識在中國傳播情況的研究，大致上分為甲午戰爭之前的開創階段、過渡階段與成熟階段。開創階段的生理學著作多由傳教士們行醫之餘所編譯，代表是《全體新論》，特點是解剖學內容佔比較多，神經系統篇幅小，也都沒有內分泌系統的內容。蘇格蘭傳教士高似蘭的《體功學》則是二十世紀初的作品，神經系統與內分泌系統的篇幅都大大增加，惲鐵樵的文本用「體工救濟」的辭語敘述，生理學知識來源應該於此。中國地區相對成熟的生理學著作於林可勝成立中國生理學會後才編譯，已經是惲氏生命的晚期才出現了。

六、討論

從文獻學來看，呂思勉認為中國醫學的學術歷程其實多與儒學頗有相似可以比擬的發展趨勢。他認為宋代以後「於是言醫者，必高語黃、農，侈談《靈》、《素》，舍是幾不足與於知醫之列矣。率是道而行之，其第一步必以己意註釋古書，而蔑棄前此專家相傳之說；其第二步必且以己意竄改古書，或刪其衍，或補其亡，或移易其篇第矣。此風也，其在儒家開於宋，而橫決於金元，醫家亦然」。⁷⁸不同時代、地域的臨床經驗，都透過文獻的詮釋刪改而融入醫學體系之中，

⁷⁵ 余巖原著，祖述憲編注：〈與惲鐵樵論《群經見智錄》第一書〉，《余雲岫中醫研究與批判》，頁136。

⁷⁶ 惲鐵樵，《群經見智錄》（臺北：華鼎出版社，1988）頁72。

⁷⁷ 惲鐵樵，《病理概論》（臺北：華鼎出版社，1988）頁2。

⁷⁸ 謝觀，余永燕點校，王致譜審訂，（福州：福建科學技術出版社，2003）頁46。

也造成了中醫「紛紜不可究詰」的多樣面貌。明代儒醫更透過正統醫學知識的建構，形塑其專門職業的地位提昇，以便與下層的粗工與庸醫，甚至是家傳的世醫進行市場區隔，⁷⁹也逐漸形成了「只有能從《內經》等經典入手的醫家，才值得被尊敬」的價值觀，「言必引經典」在明清重要的醫學文獻中亦屢見不鮮。直到清末民國這個政治經濟文化受西方知識衝擊而劇烈變動的時代，余巖以解剖學知識挑戰傳統臟腑經脈理論，章太炎批評以五行學說為主體而論證推演的病機理論，這兩個《內經》文本中紀錄的知識系統均受到嚴厲的批評與挑戰，相信中醫仍具一定療效的學者只能將理論基礎轉移至與臨床實務貼近的《傷寒論》，並引入同樣不重理論講究藥證的東洋醫學古方與考證體系，也引領了後續廢醫存藥的學術浪潮。但從學術內涵仔細推敲，即使深具革命氣息而主張廢醫存藥的匯通派醫家陸淵雷的臨床學說，仍舊難以從淵遠流長的傷寒學術傳承中完整把《內經》中的經絡藏象相關學說剝離出來，僅依賴當時接觸的西學知識畢竟無法完善的建構中醫臨床實務的體系。切割了《內經》與《傷寒論》的連結，看似讓中醫方書治療經驗經驗擺脫不可考察的理論枷鎖，但同時也會讓引述《內經》理論體系建構出來的蘊含治療經驗的歷代文獻被貼上了標籤而不被重視。

有志於發揚中醫的學者於是進一步挖掘《傷寒論》中除了藥證學術體系之外的理論系統，並引入中醫教育體系之中。民國時期著名中醫教育家張山雷先生著有「病理學讀

本」，成書於1936年。全書兩卷共六十三論，摘錄喻嘉言、徐靈胎與陸九芝三位醫家的醫論作為全書骨幹，並在醫論後附以張山雷自己的評論作為書後。書中喻嘉言的醫論悉選自「寓意草」，徐靈胎的醫論則來自於「醫學源流論」，陸九芝諸論則選自於「世補齋醫書」。內容大體涵蓋了傳統中醫經典中《傷寒論》、溫病與《金匱》雜病，以及婦人、小兒雜症的內容，還有部分藥物使用的心得用法。專精於中風病的張山雷在評論喻嘉言寓意草〈辨袁仲卿小男死證再生奇驗並誨門人〉一文中，強調此病案之病機是入水感寒濕後發熱，不應依俗謂驚風以重鎮金石藥延誤病情，並先用理中湯後用芒硝下法取得療效。⁸⁰《寓意草》的原文，其實有段喻昌先生對門生的教誨值得重視：

「門人又問曰。傷寒原有一表一里之法。今謂熱邪當從表出。不當令其深入。則里藥全在所擯矣。豈於古法有未合歟。答曰。此問亦不可少。古法甚明。但後人鹵莽不悟耳。蓋人身一個殼子。包著臟腑在內。從殼子上論。即骨亦表。而從近殼子處論。即膀胱尾閭之間。亦出表之路也。在外以皮毛為表之表。在內以大小孔道為里之表。總驅熱邪從外出也。惟有五臟之間。精神魂魄。意之所居。乃真謂之裡。而不可令外邪深入耳。如盜至人家。近大門則驅從大門出。近後門則驅從後門出。正不使其深入而得窺寢室耳。若盜未至後門。必欲驅至。及

⁷⁹ 謝柏暉，〈從《王叔和脈訣》的爭議看明清醫學知識的建構〉，《科技醫療與社會》。2012.15: 65。

⁸⁰ 張山雷撰，《病理學讀本》，浙江省中醫管理局張山雷醫集編委會編校，《張山雷醫集》（浙江：人民衛生出版社，1995），頁669。

已至後門。必欲驅從大門出。皆非自全之道也。試觀心肺脾肝腎之內。並無血脈皮毛肌肉筋骨也。而所主者。乃在外之血脈皮毛肌肉筋骨。則安得以在外者。即名為表耶。所以傷寒之邪入內。有傳腑傳臟之不同。而傳腑復有淺深之不同。胃之腑外主肌肉而近大門。故可施解肌之法。內通大小腸而近後門。故間有可下之法。至膽之腑。則深藏肝葉。乃寢室之內。去前後門俱遠。故汗下兩有不宜。但從和解而已。若傳至三陰。則已舍大門而逼近寢室。設無他證牽制。惟有大開後門。極力攻之。使從大便出耳。今之治傷寒者。誤以包臟腑之殼子分表裡。故動輒乖錯。誠知五臟深藏於殼內。而分主在外之血脈皮毛肌肉筋骨也。胸中瞭然矣。」⁸¹

喻嘉言這段病機論述的焦點，是從《內經》表裡陰陽病位的區別出發，軀殼外的血脈皮毛肌肉筋骨皆可謂之表，有如居房中的大門；臟腑皆為裡，有如居房中的寢室。根據《內經》對於藏象學說的分類，臟腑又可分陰陽，其中膽腑身藏肝臟之中，只能和解；而胃腑貫穿體腔而出於肛門尾閭，體腔內其餘五臟之間的邪氣，亦能透過攻下之法使邪從大便出矣，這就是前述譚鐵樵所謂「由陰經還入胃腑者」。此醫論被選入為學生編寫的《病理學讀本》中，可見張山雷對喻嘉言此醫論以及其內部涵蓋之中醫理論的重視。這也是喻嘉言繼承《內經》論述來闡述傷寒六經傳變與治則的重要文獻案例，切斷這個連結，將損失大量傳統中醫藥文獻值得挖掘

深究的內容，對於中醫理論的繼承無疑是重大損失。

民國時期接受中醫學校訓練後來臺灣中國醫藥學院任教《傷寒論》的楊向輝教授，對陸淵雷的傷寒學說多有推崇。他摘錄統合了古代中醫、近代匯通醫家們與數位東洋醫學專家們對《傷寒論》的闡述，著有《傷寒論纂述》、《金匱要略纂述與溫病條辨摭述合刊》。其中對於傷寒六經的傳變體系，有以下的概略性勾勒：

愚意則以為三陽相傳，三陰不傳。三陽相傳，則以陸說（陸淵雷）為是。如論中：「太陽病，十日以去，脈浮細而嗜臥者，外已解也。設胸滿脅痛者，與小柴胡湯。脈但浮者，與麻黃湯」。此為太陽傳少陽。又：「服柴胡湯已，渴者，屬陽明，以法治之」。此為少陽傳陽明。然亦有太陽直接傳入陽明者，如：「服桂枝湯，大汗出後，大煩渴不解，脈洪大者，白虎加人參湯主之」。即其例也。但傳至陽明，即不復傳。蓋病而致腸實，下之得宜，固可即愈。失下則津液受傷，多變為少陰腎陰枯涸之證，溫病多有之，故仲師以急下存陰為訓（少陰篇中急下三條，即為少陰溫病而設）。若謂陽明傳太陰，安有腸實（大便秘結）一轉而為腸虛（自利）者耶？至謂太陰傳少陰，太陰乃消化系統虛寒病（屬局部性虛寒）；少陰乃心臟衰弱病（屬全面性虛寒），由局部虛寒一轉而為全面虛寒，猶可說也。若謂少陰傳厥陰，厥陰乃寒熱錯雜證，安

⁸¹ 喻嘉言，《寓意草》（臺北：新文豐出版公司，1991），頁26-28。

有心臟衰弱之重證，一轉而為寒熱錯雜之輕證耶？故愚以為三陽相傳，至陽明而止。仲師固明言：「陽明居中，萬物所歸，無所復傳」。是則歷來注家六經相傳之說，殊失仲師之本意可知矣。然則三陰之病，就何說耶？蓋三陰病，乃變也；非傳也。如論中：「太陽病，發汗，遂漏不止，其人惡風，小便難，四肢微急，難以屈伸者，桂枝加附子湯主之」。又：「太陽病，發汗，汗出不解，其人仍發熱，心下悸，頭眩，身暈動，振振欲擗地者，真武湯主之」。此兩條皆太陽誤治，一變而為少陰病者也。又如：「太陽病，外證未除，而數下之，遂協熱而利，利下不止，心下痞鞭，表裡不解者，桂枝人參湯主之」。此太陽誤治，一變而為太陰病者也。太陽如是，少陽亦復如是。惟陽明失治，則多變為少陰腎陰枯涸之證。蓋病之太陰少陰，時日既久，有因陽證誤治而變者；有因臟腑功能自起衰減者。至於厥陰一篇，除發明熱厥兩條，一云：「傷寒一二日至四五日而厥者，必發熱。前熱者後必厥，厥深者熱亦深，厥微者熱亦微；厥應下之，而反發汗者，必口傷爛赤」。又云：「傷寒脈滑而厥者，裡有熱也，白虎湯主之」。以明熱厥與寒厥之不同。寒厥多屬之心臟衰弱證；熱厥多屬之血熱內菴證。寒厥宜四逆湯等；熱厥論中只有下之與白虎湯法（溫病中熱厥最多，論之亦詳，

有清營透熱等方，足補論中之未逮）。惟烏梅方方證，始屬厥陰本證，其餘則論雜病。⁸²

對於三陽經的傳變，他同意陸淵雷的觀點，認為太陽可傳陽明、少陽，少陽亦可傳陽明，但陽明不會復傳少陽，且會由經證入腑證。陽明一旦入腸實（腑實）之證，則宜用下法，此論與悍鐵樵傷寒六經傳變學說暗合。若失下津傷，多變成少陰腎陰枯涸之證，此類見證其實符合歷代溫病學家對於熱病中後期的觀察描述。三陽病也不會傳入三陰病，陰病是由虛弱身體對於熱病的應機變化（包含因誤治造成的體虛）所產生的，故曰三陰並非傳乃變。三陰證中，又以少陰為衰弱之最重者，厥陰則為少陽病之類變。這個六經傳變的論述，吸取了陸淵雷、余無言等匯通醫家與東洋醫家們的方證學說精華，透過對時逸人學說的吸收整合，也嘗試整併傳統中醫傷寒溫病體系之寒熱之爭，可說是近代中醫熱病體系理論學說之集大成者。

此外值得重視的觀念，還有時振聲提出「對《傷寒論》六經辨證及其傳變的看法」一文中，認同祝味菊、陸淵雷等醫家們對於傷寒六經辨證觀念是人體罹患急性熱病後正邪消長的病程反映，但強調六經順序與臨症傳變上有著讀者需要重視的認知差異。六經順序強調熱病病程發展中的共同趨勢，淵源於傳統中醫學對於此病程分類所運用之哲學觀念架構；但臨床上的傳變仍有體質、兼夾證或誤治等個體上的複雜變異，並非死板板的照書生病，也是吸收近代論爭理論精髓又熟悉臨床實務的老練論述。⁸³ 近來崔亞東、劉

82 楊向輝，《傷寒論纂述》（自行影印出版（大江印刷廠），1978），頁 5-6。

83 時振聲，〈對《傷寒論》六經辨證及其傳變的看法〉《山東中醫學院學報》，1980 頁 1-5。

曉燕等學者，不但認同《內經》與《傷寒論》的理論淵源關係，更進一步希望挖掘《內經》之五臟辨證學說與《傷寒論》中三陰病病機之關聯性，⁸⁴ 更為《傷寒論》中外感熱病之方藥於雜病體系的治療應用建立理論基礎。

回到現代臨床醫學的角度來觀察，病理學主要任務是研究疾病發生的原因、發病機制，以及疾病過程中患病機體的形態結構、功能代謝改變與疾病轉歸，從而為疾病的診斷、治療、預防提供必要的理論基礎和實踐依據。從醫學史的發展里程來觀察，十八世紀末之前歐洲的臨床醫師們仍然依賴床邊對於患者觀察紀錄，如「觀察皮膚和舌頭的變化情況，肚腸情況，脈搏率及其與體溫的關係，寒熱情況以及病人自述的感覺」，這些觀察項目其實與傳統中醫的診斷操作頗多相似。十九世紀的西方醫學透過顯微鏡相關的臨床觀察如細菌病原分析、組織病理觀察，以及實驗室中利用動物進行控制性的生理研究，將西方醫學疾病診斷與分類知識的模式確定下來，形成目前我們所見現代臨床醫學的根基。但是面對未知病原的疾病、自體免疫類疾患，以及未形成足夠組織切片的證據作為診斷的許多功能性疾病，仍然有許多仍待克服的臨床問題。中醫這套以患者之主客觀病症做為臨床病程疾病分類的理論體系與治療，一百年前就被譚鐵樵期許「亦非欲使中醫以《內經》為止境」的學術境地，仍有待後來者的繼承與發揚。

參考文獻

近人論著

王琦、陳庚 Wang Qi, Chen Geng.

1983〈近三十年來有關《傷寒論》三陰三陽問題研究概況〉，《山東中醫學院學報》1983.7: 54-59。【Jin sanshi nian lai youguan Shanghan lun san yin san yang wenti yanjiu gaikuang. *Journal of Shandong University of Traditional Chinese Medicine*, 1983; 7: 54-59.】

謝觀，余永燕點校，王致譜審訂 Xie Guan, Yu Yongyan (dianjiao) and Wang Zhipu (shending).

2003《中國醫學源流論》，福州：福建科學技術出版社。【Zhongguo yixue yuanliu lun. Fuzhou: Fujian Kexue Jishu Chubanshe.】

沈自尹 Shen Ziyin.

1999〈再從證的研究探討中、西醫的互補性〉，《中國中西醫結合雜誌》1999.19(3):180-182。【Zai cong zheng de yanjiu tantao Zhong Xiyi de hubuxing. *Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine*, 1999; 19(3): 180-182.】

李培生主編 Li Peisheng (zhubian)

2007《傷寒論》，收入《高等中醫研究參考叢書》第11輯，臺北：知音出版社，頁4。【Shanghan lun. In Gaodeng Zhongyi Yanjiu Cankao Congshu, Vol. 11. Taipei: Zhiyin Chubanshe, p. 4.】

余巖著，祖述憲編注 Yu Yan (zhu), and Zu Shuxian (bianzhu)

2006〈與譚鐵樵論《群經見智錄》第一書〉，《余雲岫中醫研究與批判》，安徽：安徽大學出版社，頁136。【Yu Yun Tieqiao lun Qunjing

⁸⁴ 崔亞東、劉曉燕等，〈《黃帝內經》五臟辨證與《傷寒論》六經辨證中三陰病關係研究〉，《陝西中醫》。2024.45(1):80-83。

- jian zhi lu di yi shu. In Yu Yunxiu Zhongyi Yanjiu yu Pipan. Anhui: Anhui Daxue Chubanshe, p. 136.]
- 和中浚、王縉 He Zhongjun, Wang Jin.
2019 〈百年來中醫理論發展的特點和啟示〉，
《中醫藥文化》2019.14(1):14。【Characteristics
and Enlightenment of the Development of Basic
Chinese Medicine Theory in the Past Century.
Chinese Medical Culture, 2019; 14(1): 14.]
- 林政憲 Lin ChenShien
2011 〈余雲岫之中醫學術研究述評〉，《台
灣中醫醫學雜誌》2011.10(1):38。【Yu Yunxiu
zhi Zhongyi xueshu yanjiu shuping. *Taiwan
Journal of Chinese Medicine*, 2011; 10(1): 38.]
- 林政憲、蘇奕彰 Lin ChenShien, Su YiChang
2011 〈匯通式的轉折 - 論章太炎醫學思想的
轉變〉，《台灣中醫醫學雜誌》，2011.10(3):
29-38。【The Original Ideas and Changes of
Medical Thoughts in Dr.Zhang Taiyan's Academic
Carrier. *Taiwan Journal of Chinese Medicine*,
2011; 10(3): 29-38.]
- 林政憲、林睿珊 Lin ChenShien, Lin Sunny JuiShan
2014 〈從病名到病理 - 論譚鐵樵的中西醫
學匯通之路〉《中醫藥雜誌》，2014.S(2):
233-258。【From Disease Nomenclature to the
Disease Pathology-A Discussion on Yun Tie-
qiao's Approach to Merge Traditional Chinese
Medicine and Western Medicine. *Journal of
Chinese Medicine*, 2014; S(2): 233-258.]
- 時逸人編著 Shi Yiren (bianzhu)
1955 《時氏病理學》，時振聲參訂，收入
《時氏醫學叢刊》，千傾堂書局。【Shi shi
binglixue. Shi Zhensheng (shending). In *Shi shi
yixue congan*. Qianqingtang Shuju.]
- 時振聲 Shi Zhensheng
1980 〈對《傷寒論》六經辨證及其傳變的看
法〉《山東中醫學院學報》頁 1-5。【Dui
*Shanghan lun liu jing bianzheng ji qi zhuanbian
de kanfa*. *Shandong Zhongyi Xueyuan Xuebao*,
p.1-5.]
- 祖述憲 Zu Shuxian
2012 《哲人評中醫》，臺北：三民書局。
【*Zheren ping Zhongyi*. Taipei: Sanmin Shuju.]
- 祝味菊、邢斌主編 Zhu Weiju, and Xing Bin (zhubian)
2008 《祝味菊醫學五書評按》，北京：中國
中醫藥出版社。【*Zhu Weiju yixue wu shu ping
an*. Beijing: Zhongguo Zhongyiyao Chubanshe]
- 秦又安著，王慎軒主編 Qin Youan (zhu), and Wang
Shenxuan (zhubian)
1991 〈陰陽的使用法和定律〉，《中醫新論
彙編第二編哲理》，收入《民國叢書第三編》，
上海書局，第 80 卷，頁 12-13。【Yinyang de
shiyong fa he dinglü. In *Zhongyi xinlun huibian
dier bian zheli*, in *Minguo congshu disan bian*,
Vol. 80. Shanghai Shuju, p.12-13.]
- 章太炎原著，上海人民出版社編 Zhang Taiyan
(yuanzhu), and Shanghai Renmin Chubanshe
(bian)
1994 《章太炎全集》，上海：上海人民出版
社，第 3 冊，頁 323。【Zhang Taiyan quanji.
Shanghai: Shanghai Renmin Chubanshe, Vol. 3, p.
323.]
- 章巨膺撰，朱世增主編 Zhang Juying (zhuan), and
Zhu Shizeng (zhubian)
2008 《近代名老中醫經驗集：章巨膺論傷
寒》，上海：上海中醫藥大學出版社。【*Jindai
ming lao Zhongyi jingyan ji: Zhang Juying lun
Shanghan*. Shanghai: Shanghai Zhongyiyao
Daxue Chubanshe.]
- 張世茂 Zhang Shimao.

- 2013〈中醫學基礎理論學術爭鳴 20 年綜述〉，
《中國醫藥科學》2013.3(19): 42-46。【Review
on TCM basic theory of the academic schools of
thought contend in 20 years. *China Medicine and
Pharmacy*, 2013; 3(19): 42-46.】
- 張山雷著，浙江省中醫管理局張山雷醫集編委會
編校 Zhang Shanlei (zhu), and Zhejiang Sheng
Zhongyi Guanli Ju Zhang Shanlei Yiji Bianwei
Hui (bianxiao).
1995《病理學讀本》，收入《張山雷醫集》，
浙江：人民衛生出版社。【*Binglixue duben. In
Zhang Shanlei yiji. Zhejiang: Renmin Weisheng
Chubanshe.*】
- 陸淵雷 Lu Yuanlei
2010《陸淵雷醫書合集》，天津：天津科學技術
出版社。【*Lu Yuanlei yishu heji. Tianjin: Tianjin
Kexue Jishu Chubanshe.*】
- 陸淵雷著，王咪咪編纂 Lu Yuanlei (zhu), and Wang
Mimi (biancuan)
2011《陸淵雷醫學論文集》，北京：學苑出版社。
【*Lu Yuanlei yixue lunwen ji. Beijing: Xueyuan
Chubanshe.*】
- 曹俊芳等 Cao Junfang et al.
2005〈全面理解中醫的哲學思想體系是中醫
繼承與發展的重要基礎〉，《亞大傳統醫藥》
2005.4:41。【*Quan mian lijie Zhongyi de zhexue
sixiang tixi shi Zhongyi jicheng yu fazhan de
zhongyao jichu. Ya Da Chuantong Yiyao*, 2005; 4:
41.】
- 崔亞東、劉曉燕等 Cui Yadong, Liu Xiaoyan et al.
2024〈《黃帝《內經》》五臟辨證與《《傷寒
論》》六經辨證中三陰病關係研究〉，《陝西
中醫》。2024.45(1): 80-83。【The relationship
between syndrome differentiation of five zang-
organs in Huangdi Neijing and three yin diseases
in syndrome differentiation of six meridians in
Shanghanlun. *Shaanxi Journal of Traditional
Chinese Medicine*, 2024; 45(1): 80-83.】
- 惲鐵樵 Yun Tieqiao
1988《藥盒醫學叢書》，臺北：華鼎出版
社。【*Yinan yixue congshu. Taipei: Huading
Chubanshe.*】
1988《《傷寒論》研究》，臺北：華鼎出版
社。【*Shanghan lun yanjiu. Taipei: Huading
Chubanshe.*】
1988《群經見智錄》，臺北：華鼎出版
社。【*Qunjing jian zhi lu. Taipei: Huading
Chubanshe.*】
1988《病理各論》，臺北：華鼎出版社。【*Bingli
gelun. Taipei: Huading Chubanshe.*】
1988《病理概論》，臺北：華鼎出版社。【*Bingli
Gailun. Taipei: Huading Chubanshe.*】
- 潘桂娟等 Pan Guijuan et al.
2007〈關於中醫理論現代發展的戰略思考〉，
《世界科學技術—中醫藥現代化》2007.6:
4。【*Guanyu Zhongyi lilun xiandai fazhan de
zhanlue sikao. Shijie Kexue Jishu – Zhongyiyao
Xiandaihua*, 2007; 6: 4】
- 畢麗娟 Bi Lijuan.
2010〈陸淵雷與中醫科學化〉《中醫文獻
雜誌》，2009: 47。【*Lu Yuanlei yu Zhongyi
kexuehua. Journal of Traditional Chinese Medical
Literature*, 2009: 47.】
- 湯本求真 Tang Motojun
1991〈傷寒三陰三陽之新理〉，王慎軒主編，
《中醫新論彙編第三編》，收入《民國叢書
第三編》，上海書局，第 80 卷，頁 23-24。
【*Shanghan san yin san yang zhi xin li. Wang
Shenxuan (zhubian). In Zhongyi xinlun huibian
disan bian, in Minguo congshu disan bian, Vol.*

80. Shanghai Shuju, p.23-24.】
- 喻嘉言 Yu Jiayan
1991《寓意草》，臺北：新文豐出版公司，頁26-28。【*Yuyi cao*. Taipei: Xin Wenfeng Chuban Gongsu, p.26-28】
- 劉興仁、李曉君 Liu Xingren, Li Xiaojun.
2005〈中醫基礎理論體系結構及名詞術語亟待規範〉，《中醫教育》2005.24:32-35。【The structures of basic theoretical system of Chinese medicine and terms call for criterion. *Education of Chinese Medicine*, 2005; 24: 32-35.】
- 楊向輝 Yang Xianghui
1978《《傷寒論》纂述》，自行影印出版：大江印刷廠，頁5-6。【*Shanghan lun cuanshu*. Zixing yingyin chuban: Dajiang Yinshua Chang, p.5-6】
- 楊志一 Yang Zhiyi
2001《六經初探 / 診餘漫話》，收入中國百年百名中醫臨床家叢書，中國中醫藥出版社，頁116。【*Liu jing chutans / Zhenyu manhua*. In *Zhongguo bainian baineng Zhongyi linchuangjia congshu*. Zhongguo Zhongyiyao Chubanshe, p.116.】
- 鄧鐵濤主編 Deng Tietao (zhubian)
1999《中醫近代史》，廣東：廣東高等教育出版社，頁79。【*Zhongyi jindaishi*. Guangdong: Guangdong Gaodeng Jiaoyu Chubanshe, p.79.】
- 謝柏暉 Xie Bohui
2012〈從《王叔和脈訣》的爭議看明清醫學知識的建構〉，《科技醫療與社會》。2012.15: 65。【*Wang Shuhe Maijue (The Pulse-diagnostic Song of Wang Shuhe) Controversy and the Construction of Scholarly Medical Knowledge in Late Imperial China*. *Taiwanese Journal for Studies of Science, Technology and Medicine*, 2012; 15: 65.】

The Process of Modernizing Traditional Chinese Medicine Theory Against the Backdrop of the Debate between TCM and Western Medicine with Focus on Lu Yuanlei's Academic Discussion

Chen-shien Lin^{1,*}

¹*Department of Chinese Medicine, Taipei Hospital, Ministry of Health and Welfare, New Taipei City, Taiwan*

The debate between Chinese and Western medicine during the Republic of China period was an important driving force behind the modernization of the inheritance of Chinese medical theory. Lu Yuanlei, a doctor of the Covered Medicine School, had exchanges and discussions with representatives of various ideological theories at the time, and is the focus of this study's comparative analysis. The debate originated from Yu Yan's criticism that the theory of viscera and meridians in the *Neijing* could not be confirmed by knowledge of human anatomy. Yun Tiejiao's response that "The five viscera in the *Nei Jing* are the five viscera of the four seasons and the five viscera of qi transformation." may not be convincing to other comrades who advocated the reform of traditional Chinese medicine. Zhang Taiyan's theoretical doctrine is mainly based on the traditional Chinese medicine's viscera and meridians, supplemented with some Western knowledge; Lu Yuanlei hopes to replace the theory of *Shanghan Lun* with Western medical knowledge. After further study, it is not difficult to find that it is still necessary to use the concepts of TCM such as deficiency and excess, cold and heat to assist clinical practice. Zhang and Lu emphasized the knowledge of the *Shanghan Lun* that was highly relevant to clinical application, and the introduction of the Japanese physician's theory of prescription, syndrome and medicine syndrome also gradually shaped the trend of abolishing medical theory while retaining pharmacology. Yun Tiejiao believed that the six-meridians structure of *Shanghan Lun* was highly related to the pathogenesis of the transmission of external evil from the exterior to the interior through the *Neijing*. He emphasized that theories such as Ying (Nutrient Qi) and Wei (Defensive Qi) circulation

*Correspondence author: Chen-shien Lin, Department Chinese Medicine, Taipei Hospital, Ministry of Health and Welfare, No. 127, Siyuan Rd., Xinzhuang Dist., New Taipei City 242033, Taiwan, Tel: +886-2-22765566 ext. 1130 · Email : chenshien.lin@gmail.com

in the meridians belong to physiological operating models and cannot be understood through knowledge of post-mortem anatomy or cadaveric anatomy. If one wants to reach Yun's innovative academic realm of "not stopping at the Neijing ", it still depends on future generations to start from the intersection of Chinese and Western pathophysiology.

Keywords: Debate between Chinese and Western medicine, Chinese anatomical knowledge, Shanghan Lun, Lu Yuanlei, Yun Tieqiao