

日治時期前臺灣醫療發展之探討

張加昇、蘇奕彰*

中國醫藥大學中醫學系博士班，台中，台灣

本文探討從 17 世紀荷蘭、西班牙占領時期以及明清統治時期的關於臺灣早期醫療發展事項的記載，以及中醫在臺灣早期發展之成果。在臺灣的歷史發展之中，17 世紀初左右開始有大量的移民移入臺灣，荷蘭、西班牙人於 17 世紀中葉左右來到臺灣進行殖民的統治，藉由傳教從事其撫化政策，以醫療作為傳教的先導，並為當地人治療疾病。但這種以商業掠奪為目的的醫療事業，隨著荷蘭人及西班牙人撤出臺灣而消失。

在明清時期，閩、粵等沿海之人民出於謀生、商貿、文化教育等的需求，大批地移居臺灣，隨著移民的進入臺灣，中國大陸的醫療體系也同時也跟隨著傳播而來。在明末清代中葉左右，有不少的中醫、中藥人員前來臺灣，中醫藥在臺灣民眾醫療保健中逐漸發揮著重要的作用。因此臺灣早期醫療的發展即是以原始醫療及從中國大陸傳習至臺灣的中醫體系為主。而此時期來臺灣之中醫師，其技術水平並不高明，其學術未必能使社會注目，故文獻中見有記述者甚少，所以此時期的資料較為零散，前人對於此時期的臺灣中醫發展研究成果也並不多。

至清代晚期，如同中國的醫療發展一樣，臺灣現代醫學的開端來自於西方基督教的傳教士。在 19 世紀中葉，台灣開放通商口岸之後，西方傳教士再次來臺從事醫療傳教，並將西方現代醫學帶入臺灣。不過此時期西方醫學尚未超越傳統中醫的影響力，一般民眾主要仍以傳統醫療為主。一直到日本統治台灣的時期，將西方醫學教育實行於台灣，才逐漸提高西方醫學在台灣的影響力。

關鍵字：明清時期、台灣醫療史、中醫

前 言

明朝中葉漢人便開始渡海來臺墾殖，至明末清初隨著漢人移民的增多中醫和民俗醫療也漸次傳入臺灣，其傳入日期雖無史可考，但可推測漢文化對臺灣的移植必然包含中國傳統醫療體系。在明清時期，閩、粵等沿海之人民基於其謀生、商貿、文化教育等的需求，大批地移居臺灣，隨

著移民的進入臺灣，中國大陸的醫療體系也同時跟隨著傳播而來。

中醫和民俗醫的中國傳統醫療體系，在移民過程之中已逐漸成為漢人社會裡的醫療主體，至清朝時期隨著移民人口的增加，傳統中醫論述陸續地輸入臺灣，形構成屬於當時臺灣社會的醫療主體。

在明末至清代中葉左右，有不少的中醫、中藥人員前來臺灣，中醫藥在臺灣民眾醫療保健中

* 聯絡人：蘇奕彰，中國醫藥大學中醫學系博士班，40402 台中市北區學士路 91 號，電話：04-22053366 分機 3105，電子郵件信箱：sychang@mail.cmu.edu.tw

逐漸發揮著重要的作用。因此臺灣早期醫療的發展即是以原始醫療及從中國大陸傳習至臺灣的中醫體系為主。而此時期來臺灣之中醫師，其技術水平並不高明，其學術未必能使社會注目，故文獻中見有記述者甚少，所以此時期的資料較為零散，前人對於此時期的臺灣中醫發展研究成果也並不多。

至清代晚期，如同中國的醫療發展一樣，臺灣現代醫學的開端來自於西方基督教的傳教士。在 19 世紀中葉，臺灣開放通商口岸之後，西方傳教士再次來臺從事醫療傳教，並將西方現代醫學帶入臺灣。不過此時期西方醫學尚未超越傳統中醫的影響力，一般民眾主要仍以傳統醫療為主。一直到日本統治臺灣的時期，將西方醫學教育實行於臺灣，才逐漸提高西方醫學在臺灣的影響力。

臺灣開放為通商口岸之後，瘴癘、霍亂與瘧疾同時並存於臺灣早期文人詩文、官方方志等文本與西方文字記載當中，而其所指涉的都是臺灣的常見疾病，在同一時期、不同的醫學體系裡各自描述病症以及治療的方法。在傳教士醫學和海關醫員的進駐之後，並未改變大部分臺灣民眾的就醫習慣。因此本文將從明清時期的臺灣中醫藥發展做一探討之議題。

研究背景

《重修臺灣省通志》中提到：

「本省的醫藥衛生事業遠無可考，即在荷蘭、西班牙佔據時期，至明鄭成功統治時代，亦無文獻記載，迄至有清一代，雖有若干記錄，惟為數不多。」¹

這「遠無可考」應是指缺乏官方文書之記載，而存有在臺之醫療跡象多半散見於遊記軼聞之中。雖然多數認為中國傳統醫學是隨漢人遷臺之後傳來，傳入之時期也無史可考。

臺灣的歷史發展，自明朝時期荷蘭、西班牙來臺灣發展之後，臺灣的史料記載才逐漸多了起。至清朝，從中國大陸移民來臺的人數大量增加，隨之醫藥的需求與發展也跟著成長，臺灣的醫藥發展才有明顯的進步。但在日本統治臺灣帶入近代醫學之前，臺灣的醫學記載為數甚少，僅能從一些文獻記載中追尋臺灣歷史上早期的醫療發展情形。

臺灣第一位醫學博士杜聰明在其〈臺灣醫學教育之發展〉²一文中，將臺灣的醫學的發展分成：原始醫學時代（1544 年以前）；瘴氣醫學時代（1544-1865 年）；教會醫學時代（1865-1894 年）；日治醫學時代（1895-1945 年）；中華民國醫學時代（1945 年以後）五個時期作一個分期的研究論述。是早期對於臺灣醫學發展研究的研究先驅者，後來許多研究者在探討臺灣醫學發展時也參考其研究，對臺灣的醫藥發展做分期、並以其研究資料作進一步的研究。

在前人的研究臺灣醫學發展的成果方面，在碩博士論文方面，主要以臺灣中醫藥分期的發展作為研究的探討，其中有陳志忠的碩士論文〈清代臺灣中醫的發展〉³，以及周珮琦的博士論文〈日治時期臺灣中醫研究〉⁴的兩篇論文研究探討。而在相關的議題研究文章則有哈鴻潛、高田發表於《中華醫史雜誌》的四篇文章：〈臺灣原住民之醫藥考察〉、〈荷蘭據臺時期之醫學〉、〈明清時期的臺灣醫學〉、〈臺灣早期之教會醫學〉⁵。以及李春興發表的兩篇研究文章：〈臺灣中醫醫學史略（一）—臺灣民俗醫藥與巫醫時期〉、〈臺灣中醫醫學史略（二）—臺灣中醫藥發展與內陸交流〉⁶。相較於研究臺灣日治時期以後的醫療、衛生的發展研究成果，以及受限於史料的數量也不像近代醫學教育建立之後大量的史料可以運用，在臺灣早期醫學發展研究的成果是較少的。

各時期醫療發展的探討

(一)荷西時期的臺灣醫療發展

在本文對於明清時期的臺灣醫療發展之探討，將從臺灣自荷蘭人統治時期的文獻記載描述，至 1895 年日本統治臺灣之前為止，在此兩百多年的期間主要是為清朝統治時期，而影響較深者當是以清朝時期的演變為主，但本文仍會將從荷蘭時期開始論述。

1624 年荷蘭人佔領臺灣南部，修築熱蘭遮城，在城內設有總督官邸、士兵營房、教堂、監獄、庫房和醫院，這個醫院從事在臺灣的荷蘭人之醫療保健工作。

1625 年荷蘭人在赤崁建立市街，名普羅民遮，並將漢人遷往該地，建立倉庫和醫院。之後荷蘭軍醫、東印度公司的醫師與傳教醫師相繼進入臺灣。荷蘭的軍隊、牧師和醫療人員在臺灣以醫療作為傳教的先導，藉由傳教從事其撫化政策，使原住民承認荷蘭政府及納稅。但依照記錄顯示，因當時水土不善，因風土病、瘧疾盛行，荷蘭來臺之人員，或多有因疾病死亡者，因此大多數荷蘭人並不喜歡久居於臺灣。

如《熱蘭遮城日記》中便記載：

「南部各村被視為非常不健康，所以不只荷人，即如土著，離開此地到南部去住一小段時間，不死也病。所以宗教議會認為不宜派牧師到南部使其面臨死亡的威脅。……牧師們較喜歡住在北部，顯然這種工作只有靠勇氣的決心才能做到。（1644 年）」⁷

今年夏天，所有熟悉土語的教師們都犯了夏季病（yearly summer disease），學校再度荒廢了，情況極為悲慘。……而教師們也遭到與南部同樣的疾病，許多人死了。布林本人也長期患重病，在他的要求下被送回大員（安平）。……巴必思在蕭壟（臺南佳里）有時也生病，他損失了幾位教師。（1646 年 12

月）」⁸

除了在臺灣南部的荷蘭人之外，1626 年西班牙人在臺灣北部建立據點，同樣地西班牙傳教士在傳教的時候，一樣以醫學作為接近原居民的工作，替當地人治療瘧疾與天花。也曾經倡議在淡水興建醫院，以醫療結合傳教。

但是當時的教會醫學並未能紮根、本土化，因此在荷蘭人、西班牙人撤離臺灣之後，教會與西方醫療也如曇花一現的消失，而這種以商業掠奪為目的的醫療事業，也跟隨著荷蘭人及西班牙人離開臺灣之後消失。

雖然荷西時期已有西醫發展的跡象，但一方面因為臺灣疫疾嚴厲而使來臺醫師都不願久留，另一方面當時醫療制度與人員以商務、軍人為重，間或傳教士醫師，但仍未完全脫離官方色彩。因此當時西醫雖有可能提供民間醫療服務，但可能非其主要任務，即使是傳教士也多是運用醫療來輔助傳教，但並未有對臺灣居民診療之紀錄。

學者研究指出，荷蘭醫學之所以未在臺灣生根的原因，主要有：一、荷蘭人在臺灣的活動以商業為目的，醫療只是附帶的工作。二、當時的臺灣沒有留住外來醫學的客觀條件。三、撫化的對象以原住民為主，而忽略漢民族。與日本的蘭醫相較，日本在實施鎖國政策之後，對於與歐洲文化的傳入中斷，亦禁止西洋書籍的傳入，但醫藥、外科及航海的書籍則不在此限，使蘭醫成為日本醫學發展重要的因素之一⁹。

此外，對於臺灣荷蘭時期的醫療發展，在學者翁佳音的研究中也指出，荷蘭時代的醫院，如果放在蘭印地區來比較，可知是與漢人社會中收容貧病而無依無靠者之機構相近的性質，且與喪葬、墳墓有關¹⁰。同時，荷蘭時代之外科醫師、醫院，與現代的醫師、醫院不完全相同。因此，17 世紀臺灣的荷西時代之教會醫學，嚴格來說還不能列入近現代西方醫學史的範疇。臺灣在清朝統治期間很長一段時間與西醫發展保持距離，直

到 19 世紀中葉之後藉由西方傳教士的傳入，臺灣才與現代的西方醫學接上軌道。

(二)明清時期的文本描述

臺灣自古以來，一向被稱為瘴癘之區，地方志以及文人的傳記著錄，亦多言疫病盛行，人臨其境，輒多罹病死。清朝官員多視為安危叵測之蠻荒異域，視奉調臺灣如貶謫流放，使得所多官吏聞風喪膽，導致臺灣的懸缺多達八、九成，卻遲遲無人遞補。

在蔣師微《臺游日記》當中：

「閱府志職官附考云：雍正十一年，覆准臺員道員准鎮協例三年報滿，知府、同知、通判、知縣視參將等官二年報滿；蓋其時版圖初隸，風氣未開，風濤之險，瘴癘之惡，之官者皆視為畏塗，故著令如是。」¹¹即是陳述官員對臺灣視為畏途的陳述。

在《平臺紀事本末》：「淡水南至大甲，北至三貂、大雞籠，道里遼廓。偽鄭時多瘴癘，居民寥落。」¹²更是記述從鄭氏入臺以來，瘴癘問題始終是臺灣人煙稀少的主要原因，對於來臺灣的官兵來說，水土惡劣是生命一大威脅。

瘴癘與氣候有關，整體而言，臺灣雨量充沛，林木蔥鬱，霧山雲海。在洪荒未闢之時，呈現荒煙瘴雨景象。清初文人對於臺灣自然環境的評價，如唐宋文人對於中國南方之描述，不外乎都是炎瘴和潮濕、高溫、蠻荒等惡劣的描述。因為缺乏現代醫學的知識，而無從解釋疾病散佈的原因，所以對於風土病的流行多半抱著神祕而恐懼的印象。

丁紹儀《東瀛識略》：

「港口可泊巨艦，未必敢貿貿然往。抑知地氣隨人而轉，康熙間仁和郁滄浪明經永和稗海紀遊所誌淡水風景，不異羅施鬼國，噶瑪蘭初闢，亦苦雨多晴少；今則寒暖皆如內地，

所謂瘴癘毒淫無有也。」¹³

當時文人在著作當中，描述臺灣特有之氣候與疾病之關係，如阮旻錫《海上見聞錄》卷二記載：「辛丑，順治十八年（明永曆十五年）十二月，……初至，水土不服，疫病大作，病者十之七八，死者甚多。」¹⁴；夏琳《閩海紀要》云：「壬戌，二十一年（明永曆三十六年）雞籠山（今基隆市及其附近地區）大疫。時值疫氣盛行，汛守兵死者過半。」¹⁵；高拱乾《臺灣府志》卷七風土志云：「自府治鳳山，氣候與臺邑等。鳳山以南至下淡水等處，蚤夜東風勝發，及晡鬱熱，入夜寒涼，冷熱失宜。又水土多瘴，人民亦染疾病。自府治直抵諸羅之半線，氣候亦與臺邑等。半線以北，山愈深，土愈燥，煙瘴愈厲，人民鮮至，雞籠地方孤懸海口，地高風烈；冬春之際，時有霜雪，此南北之氣候不同也。」¹⁶

另外，更是有文獻中描寫出臺灣天氣之異變和疾病、傳染病之關係，在高拱乾《臺灣府志》卷九〈外志災祥〉：「辛酉年，疫。……鄭之主臣、眷屬，凋喪殆盡。」¹⁷；藍鼎元《平臺紀略》：「大清康熙六十年七月癸丑，時臺中癘疫盛行，從征將士冒炎威，宿風露，惡氣薰蒸，水土不服，疾病亡故者多。參將林政、王萬化、游擊許華，先後俱殆於軍。」¹⁸；陳培桂《淡水廳志》，卷十四〈考四祥異考〉：「嘉慶二十有五年，夏大旱，秋疫。……同治五年夏，四月，大疫。五月，大旱，飢。」¹⁹

除了對於疾病的描述之外，對於病症、經過、愈後以及治療方法的描述，在文本的記載中也有約略的描述。在林豪《澎湖廳志》卷十一〈舊事祥異〉：「咸豐六年丙辰，大疫，死者數千人，大城北、宅腳嶼尤甚。……七年丁巳，猶疫。……同治十二年癸酉春，不雨。是冬，民得異疾。其始自覺腰肢微酸，旋即遍身癱軟不能行動，筋骨疼痛異常。有途次得疾，未及抵家而扶掖已歸者。服熱劑則死，惟服冷可愈，故死者尚少。愈后一、

二月尚覺手足無力，久使暫瘥。俗謂平安病。廳屬男婦皆然，亦異症也。」²⁰

除此之外，臺於臺灣各地疾病、瘴疫的盛行，以及描述，在不同文獻之中，也有加以描述之處。連雅堂《臺灣通史》卷三〈經營記〉：「嘉慶二十五年夏，淡水大旱；秋，疫。同治五年，四月，淡水大疫；光緒十年夏，大疫，兵民多死。每旱後，必疫，多在夏、秋。」²¹；余文儀《續修臺灣府志》卷十三〈風俗（一）氣候篇〉：「南、北淡水均屬瘴鄉。南淡水之瘴，作寒熱，號跳發狂。治之得法，病後加謹即愈矣。北淡水之瘴，瘳黝而黃，脾泄為痞、為鼓脹。蓋陰氣過監，山嵐海霧鬱蒸，中之也深。又或睡起醉眠，感風而發，故治多不起，要節飲食、薄滋味、慎起居，使不至為所侵而已。」²²

謝金鑾《續修臺灣縣志》卷一〈地志氣候篇〉：

「臺灣本瘴毒地，雨暘寒燠，皆非氣之正，建置而後，居民廣集，人類孳生，瘴氣屏銷，霧露風雨無所挾而為癘，固知陰陽和，寒暑時，古今來有力持之者，則豈非人事哉。……邑治附郭，和暖時多，與彰化之極北而多寒、霜雪頻降者異矣，人居稠密，煙火萬家，零露既稀，瘴氣不入，與鳳山之極南，甫晡而露降、日出而霧消者異矣。」²³

綜上所述，除了臺南以及其週邊以外，臺灣北部地區與南端屏東一帶因開發較晚，人煙稀少，瘴疫盛行如舊，東部地區因交通阻隔，開發更為晚。

臺灣流行之疫病究屬何種傳染病無可考，惟由地方志以及文人收載症狀和流行狀態，以及臺灣之地形氣候特徵推測之，當以瘴疾為主。全臺灣原始被稱瘴煙荒蠻之地，瘴疾猖獗，實因臺灣島橫跨熱帶及亞熱帶之間，氣候溫濕，媒介瘴疾之瘴蚊及寄生其體內瘴疾原蟲易於繁殖所致。

新竹鄭永錫《詠瘴詩》一篇：「當其寒生時，如墜冰山壑；遍體皆嚴威，戰兢及手腳；衣以狐

貉裘，猶等絺綌薄。倏焉執熱來，炎炎氣蒸爍；如火方燎原，眼星忽錯落；請公自入甕，汗浹始退卻。嗟哉此冰炭，變幻難捉摸。」²⁴其描述發病之情形以及症狀，可知當時瘴疾為民間常有之疾患。郁永河《稗海遊記》：「王君水底餘生，復染危病，水漿不入，晝夜七、八十行，激至流溢枕席之間。」²⁵其所染者，是否為傳染性之痢疾，無從得知，但應為強烈之痢疾所染。

有學者研究指出，舊志中的「瘴」、「癘」、「疫」都是傳染病或風土病的泛稱，以今日醫學觀點來看，即可能涉及瘴疾、瘟疫、霍亂與赤痢。在 18-19 世紀西方醫學的疾病理論，除了將疾病歸因於個人因素、接觸傳染之外，也認為疾病是由外界環境釋放毒素的瘴氣說，在西方人未發現瘴疾的病源之前，也與中國人一樣認為瘴疾是由一種瘴氣所造成的，從地面上產生毒氣而發病。

1860 年隨著清朝對外條約的簽訂，臺灣開放為通商口岸之後，西醫亦依附這般情勢進入臺灣，海關醫學即是在這樣的為列強之貿易利益與在臺之人員服務而產生，海關醫療勤務的設立，主要是防止外來疫病經由船隻而進入通商港埠，以保護其商業活動。

一些外國駐在臺灣的海關醫員們對於當時流行疾病的研究和探討留下些許紀錄，在其記載於《海關醫報》的報告當中，他們大多將疾病的成因歸咎於惡劣的氣候與地理環境。但是針對此種說法，有學者主張清代臺灣瘴癘盛行的原因，並非全然由濕熱的氣候環境所引起，不重視公共環境衛生、過於迷信與輕視醫生也有關係²⁶。

於此同時，西方傳教士來到臺灣藉由醫療進行傳教的工作，因此傳教士對於當時的臺灣醫療、衛生的觀察也有留下一些文獻紀載，如馬偕的回憶錄即記載臺灣人民對於瘴疫的看法：「他們以為這種疾病的起源，是病人誤踏了和尚或巫師所放在街上或路上的紙錢；或是自然界的熱氣和寒氣的衝突；或者是兩個妖魔作祟：一個是屬自

然界的陰性因素，扇著病人，使其發冷，另一是屬於陽性因素，吹著火爐，以致病人發燒。」²⁷

同時也記載了對於臺灣的氣候與疾病間關係的看法：「臺灣，這個地方的陽光尤其強烈，溼氣很重，所以動植物的生殖或生長都是很快。全島幾乎沒有不毛之地。巖石上都有青苔蔓草，野樹上也是藤蘿纏繞。但是因為生長既速，朽腐也快，所以臺灣有一種最凶惡的傳染病，那就是瘧疾；這個疾病往往成為諸多其他病害及死亡的原因，使人民之間造成了莫大的災害，是籠罩美麗島最久的烏雲。

在災害的時季，土人往往突然為了這種病所侵犯，甚至在幾個小時之後就死亡了。亞洲的霍亂和瘧疾的病原，隨風所及，像疫病似地橫行於島上。臺灣的氣候，使這些致命的禍害，往往數月之久沒有顯露，然而往往突然流行，以致醫生束手無策。這種可怕的疾病，其真正的起因，無疑是有機物的分解而發生瘴氣毒性。」²⁸

一直到日本統治臺灣初期，日人對臺灣醫療、衛生也仍是一個難以克服的課題，當時日人即描述臺灣的疫疾之情形：「瘴癘之毒，不啻臺地，我亦有之，稱曰瘧。頭痛惡寒，身神共衰。然比之臺瘴，未至其十分之一。」²⁹、「臺地多疫病，瘴癘、鼠疫為最慘毒者。鼠病俗乎曰草疫，又曰瘟疫，以當其春氣漸動之時發生也。」³⁰ 可以看出之在日本統治初期也深受臺灣疾病的困擾，因而為維持政權的穩定性，藉由醫學教育的建立以及環境衛生的維護，才將臺灣的醫療衛生逐步帶入現代的範疇當中，臺灣早期文獻記載的疾病以及衛生情況才逐漸獲得改善。

(三)醫藥衛生之情況

漢人移住臺灣始於明嘉靖年間，荷蘭據臺時因需要人力墾殖，曾招募漢人移民來臺從事農耕。之後，鄭氏政權時，為維持兵源及墾殖人力，曾曉諭所屬文武官員，攜帶眷屬來臺，但因有水土

不服者，嘗病即死，因而遲滯不敢來臺。雖然此時臺灣醫藥不備，但至清朝時期沿海居民避難來臺者亦為不少。之後，民間、政府設立相關機構，對民眾進行救濟與診治之工作，醫藥衛生情況逐漸改善。

清代時期臺灣雖然有少數的儒醫，但缺乏一般的良醫。或許因為明末清初赴臺的中醫，大都是出於生計所逼，雖然能夠在臺立足，文獻確少有記錄。17世紀以後，官府在醫療衛生保健上全面退場，而將此責任交付地方士紳，也未管制醫師的品質與人數，開業醫生並不需要考照。由於缺乏管制，無法辨認誰才是有真才實學的醫者，是明清以來患者的困擾。

清代時期臺灣缺乏訓練良好的醫療人員，在劣幣驅逐良幣的情況下，形成了許多庸醫殺人或是假藥害命的現象。清代臺灣不但缺乏明確的論述與外在制度的規範，醫療文化甚至整個大環境都未將負責任視為是醫者的義務，官方的律法也缺乏懲戒醫療過失的機制。

如吳子光《臺灣紀事》即記述：

「臺俗浮夸，借濟人利物之名以售其飲羊登壘之計，至交通市肆，真贋混淆，為庸醫所誤殺者歲不下數十百人，而醫道因之不振。」³¹

在清代民間、官方為撫恤貧病無依的民眾，設立社會衛生機構，大致上亦有幾種：一、養濟院：康熙23年（1684年），收容鰥寡殘廢貧病無依者，初設於府城大北門外。二、普濟堂：乾隆12年（1747年），由仕紳好義者捐建，貧給飲食、病有醫藥、歿為殮座。三、棲流所、留養局：乾隆29年（1764年），收養貧病老廢不能自活之流民乞丐。四、育嬰堂：咸豐4年（1855年）因溺女惡習，收養棄兒及挽救溺女之弊習³²。

普濟院、普濟堂或收養棄兒、挽救溺女惡習的育嬰堂等救恤設施，為疾病者施醫，溺者授受，死者為葬。其經費來自官方的費用和地方紳商的義捐，雖然是社會救濟事業，但因救貧必兼及養

老、醫療。這些民間醫療救濟所形塑的醫療體系，因其具有「官—民」共濟之意涵，研究者亦認為是臺灣公設醫院的雛形。清代臺灣醫療僅附設於當時的社會慈善機構，民間行醫的角色，同樣不明顯。雖然濟貧救窮亦涉及到養老與醫療的區塊，但醫療始終不是慈善單位的首要目標，因此收效有限，民間的醫療體系因缺乏經費而難以振興。

同時期由劉銘傳設立之官方醫療機構：「臺北官醫局：在臺北城內考棚光緒十二年，巡撫劉銘傳設，以候補知縣為總理。招聘西人為醫生，以醫人民之病，不收其費，並設官藥局於內。臺北病院：亦在考棚。光緒十二年，巡撫劉銘傳設，以醫兵勇之病。」其像似醫療傳道般的免費醫療照護，是以西醫為基礎而建制的醫療單位。

清朝很少在制度上對疫病救療提供法律的依據和實際的指導，在缺乏政府的規定和指導之下，地方官府雖然會因道義與責任而展開救療活動，但成效不彰，端視官員的素養、應變能力與當地醫療資源而異。因為缺乏國家公權力的支配、管理與強制性的規定，這些地方性質的救濟活動還是收效有限。

精熟醫學典籍的名醫專業即使素養再好，也無法百分百保證其醫療服務優於其他醫者。臺灣民眾對於新闢之地所產生的水土不服與衛生問題，更需要醫療的照護，這些理由大大地拓展了其他醫者在臺灣的生存空間。使得臺灣的醫療市場充斥了不同類型的醫療人員和治療手法，使得醫療人員的身分界限模糊不清，專業技術也沒有固定的標準和治療手法。到了 19 世紀中葉臺灣開港之後，除了傳統的中國醫學、民俗療法，又有西方醫療的進駐，這些不同的醫療體系同時並存於臺灣各地，供民眾各取所需，迄今仍舊沒有改變，尤其是傳統醫療幾百年來主宰了臺灣民間。

(四)「信巫不信醫」之風

臺灣在漢族移民之前，已有僧，而男巫、女

巫多為原住民所信奉，臺灣原住民對於疾病之認識，一般以認定鬼、神作祟致使發病之因素為主，從事巫術者頗受族眾之尊重與信賴，在社會上有著崇高的地位。除疫、醫療，甚至咒詛以使人病、傷亡者，均賴巫師、女巫為之。周煌《琉球國志略》卷四〈風俗〉即寫到：「國中無道士、尼姑，惟有僧，亦有男巫、女巫。」³³

18 世紀左右陸續由中國大陸之移民帶來之巫醫或神醫習俗等衍生的各種醫療活動。中國大陸巫醫、神醫習俗傳入臺灣者，主要是福建以及沿海地區民眾移居臺灣者所帶入，有以醫藥神傳入者、以醫藥知識傳入演變者，亦有與醫藥、巫醫相兼而傳者。

丁紹儀在《東瀛識略》卷三〈習尚〉亦寫到：

「臺民皆徙自閩之漳州、泉州、粵之潮州、嘉應州。其起居、服食、祀祭、婚喪，悉本土風，與內地無甚殊異。……南人尚鬼，臺灣尤甚。病不信醫，而信巫。有非僧非道專事祈禳者曰客師，攜一撮米往占曰米卦；書符行法而禱於神，鼓角喧天，竟夜而罷。病即不愈，信之彌篤。」³⁴

〈臺遊筆記〉，《臺灣輿地彙鈔》：

「風俗尚樸。惟男子大半食鴉片。……人有疾病，不用醫而用巫；巫為禱告某神、某鬼，謂病可立。病愈之後，另請齋公謝神。齋公者，猶內地之道士也；所穿袍服不倫不類，與戲中之小丑相似。」³⁵

周鍾瑄《諸羅縣志》卷八風俗：

「尚巫，疾病輒令禳之，又有非僧、非道，名客仔師；攜一撮米，往占病者，謂之米卦，稱說鬼神，鄉人為其所愚，倩貼符行法而禱於神；鼓角喧天，竟夜而罷，病未愈，費已三、五金矣，不特邪說惑人，亦糜財之一竇也。」³⁶

上述之文獻記載了臺灣民眾生病時有「信巫不信醫」、「巫醫並用」的情形，而這種社會習

尚應與漢移民原鄉的習俗同源。「尚巫」、「好鬼」是臺灣的習俗，清代文人也知道巫者在宗教以及醫療事務上深受民眾信仰與倚賴，在現實生活中甚至還可能尋求過巫者的幫忙。但是在形諸筆墨之時，對於巫者及其相關的信仰和儀式，卻是一致的抱持否定的態度。有人藐視、譏諷，或嚴加批判、痛恨不已，甚至採取禁斷的措施。

從民間信仰來觀察，自漢人渡臺開墾以來，臺灣的瘟神廟即不斷增加，即使日治乃至戰後，臺灣環境衛生大幅改善，瘟疫漸絕，但此類廟宇反而有增無減，高居全臺廟宇之冠，不難想像臺人對瘟疫恐慌畏懼之心。

不同於現代生物醫學模式下的醫病關係，現今的醫生視病人為同質性的生物體，因此治療注重生理檢查和用藥，不在意病家的感受。明清時期的醫病關係，醫療過程不完全是醫生和病人在臨床上的遭遇，病人和家屬、神明也都參與其中。因此，醫療過程中的不確定性是無可避免的，病家與醫家各自尋求控制這種不確定性的方法。這樣的行為增加醫療過程中的不確定性，在醫病關係之中即是訴諸於確定的命運和果報。

臺灣自明清以來就是瘴癘之區，盛行各式瘟疫，進入 20 世紀之後才逐漸擺脫疫病的威脅。臺灣人民長期以來受到傳染病與流行病的侵襲，從中國大陸來的居民，往往會將厲鬼或瘟神視為各種疾病和瘟疫的主要原因。清代巫風盛行，民眾都相當仰賴這種非正統的醫療方式。因此從各時期的方志或是文人對於臺灣習俗的描寫，可知清代臺灣的一般民眾在生病時，確實有這種「信巫不信醫」或「巫醫並用」的情形。

臺灣的醫療資源缺乏，一般民眾亦不重視醫療轉而尋求宗教的慰藉，清代各時期的方志在談論到風俗、習俗時幾乎都會提到閩臺之人，信巫鬼、信鬼尚巫，生病時逕行求助於巫覡而不假醫療。並非所有的臺灣民眾都棄醫藥於不顧，但在求醫藥之時，往往也會同時求助於巫者。因此在

日本統治臺灣之前，臺灣民眾生病確實有「信巫不信醫」或「巫醫並用」的情形。

這種對於臺灣迷信鬼神的批判，不僅見於清代宦遊文人的文本之中，在 19 世紀任職於臺灣的西洋海關醫員們，以及外國的傳教士也都表達了類似的批評。如買威令（Wykeham Myers）於 1884 年的報告中提及臺灣人對於痢疾的態度非常迷信，他們治療的方式就是尋求江湖術士或是祈禱拜神。一旦神明的力量無效，他們就會完全放棄，因此，在他看來本地人對於病人的治療完全冷漠，並沒有積極地尋找有效的治療以求康復。

對於臺灣人來說，妄用人的力量治癒病人，就是違背神的旨意，反而可能造成其他人的不幸。臺灣人的堅持使得買威令及其助手的醫療效果大打折扣，他們也覺得臺灣人將自己或親人死亡視為一種經濟負擔的解除。買威令認為若能及時接受西醫的治療，可能會出現不一樣的結果³⁷。

清代臺灣的醫療衛生體系，除了主流的中國醫學之外，別有一支另類醫療的系統存在，而其療效甚至相當地受到一般大眾接受與認同，中國本土的中醫體系雖然至清代相當完備，其用藥與醫療技術也已經非常成熟，但是，醫者素質良莠不齊、醫藥市場真偽難辨，加上臺灣位於海外，醫療資源匱乏，情況更為嚴重。

根據日本於 1897 年的統計，當時臺灣的中醫一共有 1070 人左右，而臺灣的人口數約有 254 萬多人，醫生與病人完全不成比列，民眾能享有的醫療照護根本是微乎其微，這個數字說明臺灣人之所以會依賴宗教醫療，並且「信鬼好巫」成性，或是迷信偏方、秘方。與當時醫療市場缺乏管制，醫生的素質不齊，病家既輕信人言，又難全然信服醫家，形成這樣的特殊醫療結構有相當大的關聯。因此病人自行備藥、避免藥害、省心行善或是解罪求福，也是合理的行為。

在傳統醫療史的寫作中，巫、醫很早就分道揚鑣，但從病人的觀點來看，醫者與巫者有時並

沒有太大的差異，巫覡信仰既然提供醫療的功能，一般社會大眾對巫醫仍然是深信不疑。因此飽受主流醫者批評和貶抑，被掌握書寫權力的統治階層和主流醫者打擊、圍剿。無論是宦遊文人或是本地文人，都對臺灣巫風盛行情形，大加抨擊。醫病互動其實就是醫病之間的權力關係，缺乏信任是清代臺灣醫病關係的關鍵，缺乏責任感的規範，可能也是醫病相互存在不信任的原因。

臺灣因為開發較晚，在醫療資源有限與醫療人員素質良莠不一的情況下，知識階級以自身的文化資本在醫學典籍與方書裡尋求自我療癒。而底層的民眾就只能求告於原鄉攜來的宗教信仰，或是入境隨俗訴諸於土方、秘方。

小 結

因臺灣開發較晚，以及氣候之因素，外來的移民一開始必先遭受臺灣原始「瘴氣」之影響而染上疾病，在方志、文人撰述等的文本之記述。但因為臺灣醫藥衛生發展在 19 世紀中葉，臺灣開放為通商口岸之後，開始與世界文化接軌，也朝向近代化邁進，醫療問題也成為現代性議題。不過，傳教醫療和海關醫員的進駐，並未改變大部分臺灣人就醫習慣。

隨著日本時期引進近代的西洋醫學，以及醫學教育的建立，臺灣的醫療衛生逐漸改善，對於在臺灣早期文獻記載的疾病以及衛生情況便不復見，然而原先位於優勢的中醫地位，也因政策的影響逐漸走下風，讓政策所扶植的西方醫學逐漸取代。

日治前的臺灣醫療發展，中醫、西醫或其他民俗醫療體系相繼地在這塊土地上烙下痕跡，從而形塑出往後臺灣多元的醫療發展格局。巫醫長期以來一直是原住民部落的醫療主體，而中國傳統醫療在民間社會移民以及明鄭、清朝時期，是官方與民間的醫療主體，西醫附著於傳教士活動

而初步踏入臺灣醫療體系。

日治前臺灣的醫療發展過程，已由原先的傳統醫療模式逐漸轉化為西方現代醫療體系為優位，日治前三十年被標定為醫療傳道時期，代表現代醫療體系在臺灣的萌芽階段，相較日治以後明顯以西醫為醫療發展主體的景象，日治前的臺灣多元醫療現象更具有臺灣醫療史的特殊性。

參考書目

一、專書：

杜聰明，《中西醫學史略》，臺北：撰者，1959 年。
陳永興，《臺灣醫療發展史》，臺北：月旦出版，1997 年。

莊永明，《臺灣醫療史：以臺大醫院為主軸》，臺北：遠流出版社，1998 年。

李經緯、林昭庚主編，《中國醫學通史》古代篇，北京：人民衛生出版，2000 年。

甘為霖著，李雄揮譯，《荷據下的福爾摩莎》，臺北：前衛，2003 年。

葉永文，《臺灣醫療發展史：醫政關係》，臺北：洪葉文化，2006 年。

葉永文，《醫療與文化》，臺北：洪葉文化，2009 年。

二、期刊文章：

哈鴻潛、高田，〈臺灣原住民之醫藥考察〉，《中華醫史雜誌》，第 24 卷第 1 期，北京：中華醫學會，1994 年 1 月，頁 5-8。

哈鴻潛、高田，〈荷蘭據臺時期之醫學〉，《中華醫史雜誌》，第 24 卷第 3 期，北京：中華醫學會，1994 年 7 月，頁 148-150。

高田、哈鴻潛，〈臺灣早期之教會醫學〉，《中華醫史雜誌》，第 25 卷第 2 期，北京：中華醫學會，1995 年 4 月，頁 65-73。

高田、哈鴻潛，〈明清時期的臺灣醫學〉，《中華醫史雜誌》，第 27 卷第 2 期，北京：中華醫

- 學會，1997年4月，頁96-101。
- 李春興，〈臺灣中醫醫學史略（一）—臺灣民俗醫藥與巫醫時期〉，《中華醫史雜誌》，第27卷第1期，北京：中華醫學會，1997年1月，頁41-45。
- 李經緯、李春興，〈臺灣中醫醫學史略（二）—臺灣中醫藥發展與內陸交流〉，《中華醫史雜誌》，第27卷第4期，北京：中華醫學會，1997年10月，頁222-227。
- 翁佳音，〈荷蘭檔案有關臺灣「日誌」的運用與問題〉，《日記與臺灣史研究：林獻堂先生逝世50週年紀念論文集》，臺北：中央研究院臺灣史研究所，2008年，頁1-35。
- 翁佳音，〈醫院、理髮師與外科醫生：十七世紀臺灣醫療史片段〉，臺灣醫學與護理人文研討會，臺灣醫學史學會主辦，2009年。
- 戴文鋒，〈《海關醫報》與清末臺灣開港地區的疾病〉，《思與言》第33卷第2期，臺北：思與言雜誌社，1995年6月，頁157-213。
- ### 三、碩博士論文：
- 陳志忠，〈清代臺灣中醫的發展〉，東海大學歷史所碩士論文，1998年。
- 周佩琪，〈日治時期臺灣中醫研究〉，中國醫藥大學中醫學系博士論文，2010年。
- 郭侑欣，〈清代臺灣文獻中所反映的疾病經驗〉，國立彰化師範大學國文研究所博士論文，2011年。
- ### 四、數位資料庫
- 中央研究院漢籍電子文獻—臺灣文獻叢刊資料庫
<http://hanji.sinica.edu.tw/index.html?tdb=%BBO%C6W%A4%E5%C4m%C2O%A5Z>
- ## 參考文獻
1. 白榮熙，《重修台灣省通志》卷七政治志衛生篇，（南投：台灣省文獻委員會，1995）。
 2. 杜聰明，〈臺灣醫學教育之發展〉，《中西醫學史略》（臺北：撰者，1959），頁486-505。
 3. 陳志忠，〈清代臺灣中醫的發展〉（臺中：東海大學歷史所碩士論文，1998）。
 4. 周佩琪，〈日治時期臺灣中醫研究〉（臺中：中國醫藥大學中醫學系博士論文，2010）。
 5. 哈鴻潛、高田，〈臺灣原住民之醫藥考察〉，《中華醫史雜誌》24:1（北京：中華醫學會，1994.1）；哈鴻潛、高田，〈荷蘭據臺時期之醫學〉，《中華醫史雜誌》24:3（北京：中華醫學會，1994.7）；高田、哈鴻潛，〈臺灣早期之教會醫學〉，《中華醫史雜誌》25:2（北京：中華醫學會，1995.4）；高田、哈鴻潛，〈明清時期的臺灣醫學〉，《中華醫史雜誌》，27:2（北京：中華醫學會1997.4）。
 6. 李春興，〈臺灣中醫醫學史略（一）—臺灣民俗醫藥與巫醫時期〉，《中華醫史雜誌》27:1（北京：中華醫學會，1997.1）；李經緯、李春興，〈臺灣中醫醫學史略（二）—臺灣中醫藥發展與內陸交流〉，《中華醫史雜誌》27:4（北京：中華醫學會，1997.10）。
 7. 甘為霖著，李雄揮譯，《荷據下的福爾摩莎》（臺北：前衛，2003），頁287。
 8. 甘為霖著，李雄揮譯，《荷據下的福爾摩莎》，頁317。
 9. 哈鴻潛、高田，〈荷蘭據臺時期之醫學〉，《中華醫史雜誌》24:3，頁149。
 10. 翁佳音，〈荷蘭檔案有關臺灣「日誌」的運用與問題〉，《日記與臺灣史研究：林獻堂先生逝世50週年紀念論文集》（臺北：中央研究院臺灣史研究所，2008），頁23。
 11. 蔣師徹《臺游日記》，卷二，頁38。
 12. 臺灣銀行經濟研究室編，《平臺紀事本末》，頁12。
 13. 丁紹儀，《東瀛識略》卷五，頁56。
 14. 阮旻錫，《海上見聞錄》卷二，頁39。

15. 夏琳，《閩海紀要》卷之下，頁 73。
16. 高拱乾，《臺灣府志》卷七，頁 190。
17. 高拱乾，《臺灣府志》卷九，頁 217。
18. 藍鼎元，《平臺紀略》，頁 21。
19. 陳培桂，《淡水廳志》卷十四，頁 349-350。
20. 林豪，《澎湖廳志》卷十一，頁 373。
21. 連雅堂，《臺灣通史》卷三，頁 76。
22. 余文儀，《續修臺灣府志》卷十三，頁 504。
23. 謝金鑾，《續修臺灣縣志》卷一，頁 47。
24. 鄭永錫，〈詠瘧詩〉，《北郭園詩抄》卷一，頁 9。
25. 郁永河，《稗海遊記》卷中，頁 26。
26. 戴文鋒，〈《海關醫報》與清末臺灣開港地區的疾病〉，《思與言》33:2（臺北：思與言雜誌社，1995.6），頁 200-207。
27. 馬偕著，林晚生譯，《福爾摩沙記事：馬偕臺灣回憶錄》（臺北：前衛，2007），頁 300。
28. 馬偕著，林晚生譯，《福爾摩沙記事：馬偕臺灣回憶錄》，頁 34。
29. 佐倉孫三，《臺風雜記》，頁 55。
30. 佐倉孫三，《臺風雜記》，頁 55。
31. 吳子光《臺灣紀事》附錄四，頁 101。
32. 陳志忠，〈清代臺灣中醫的發展〉，頁 63-71。
33. 周煌，《琉球國志略》卷四，頁 120。
34. 丁紹儀，《東瀛識略》卷三，頁 32-35。
35. 臺灣銀行經濟研究室編，〈臺遊筆記〉，《臺灣輿地彙鈔》頁 101。
36. 周鍾瑄，《諸羅縣志》卷八，頁 147-148。
37. 郭侑欣，〈清代臺灣文獻中所反映的疾病經驗〉，（彰化：國立彰化師範大學國文研究所博士論文，2011），頁 158。

Discussion on the Development of Medicine in Taiwan before Japanese Colonial Period

Chia-Sheng Chang, Yi-Chang Su *

Graduate Institute of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

This study will discuss the development of early medical events from the Netherlands and the Spanish from 17th century to Ming and Qing Dynasties, as well as the early development of traditional Chinese medicine in Taiwan.

In the early 17th century, a lot of people being to move to Taiwan. The Netherlands and the Spanish colonial rule Taiwan in the mid-17th century. They send the medical missionary to Taiwan as a pacification policy, to treat disease. However, this kind of commercial plunder medical care, disappeared with the withdrawal of the Dutch and Spaniards in Taiwan.

In the Ming and Qing dynasties, People in Fujian, Guangdong and other coastal area moved to Taiwan in large numbers out to make a living, commerce, culture and education needs. As the immigrants went to Taiwan, the mainland China's medical system passed to Taiwan. From the late Ming Dynasty to the mid-Qing, a lot of Chinese medicine practitioners and pharmacists came to Taiwan, Chinese medicine play an important role in the health care system of the people in Taiwan. The development of Taiwan's early health care system is based on original medicine and the Chinese medicine system.

In the late Qing Dynasty, like the development of China's medical system, the beginning of modern medicine in Taiwan is also from Western Christian missionaries. After open trading ports in the mid-19th century, western missionaries again come to Taiwan for medical missionary, and bring the modern Western medicine to Taiwan. But at that time, Western medicine has not surpassed the influence of the traditional Chinese medicine, the general public still use traditional medical. Until Japanese rule Taiwan, the Western medical education being to implement in Taiwan, which increase the influence of Western medicine in Taiwan.

Key words: Ming-Qing Dynasties, medicine in Taiwan, Chinese medicine

*Correspondence to: Yi-Chang Su, Graduate Institute of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, No. 91 Hsueh-Shih Rd., Taichung, Taiwan 40402, R.O.C., Tel: +886-4-22053366 ext. 3105, E-mail: sychang@mail.cmu.edu.tw