

臺灣中西醫學結合

——
杜聰明教授

先驅

蘇奕彰 胡展榕 著



衛生福利部
國家中醫藥研究所 編印

序—黃榮村教授

杜聰明先生無疑是日治時代以及光復後的臺灣醫界第一人，更特殊的是他身為主流醫學的代表性人物，卻一生主張中西醫結合與一元化，而且在處處受挫下至死無悔，這段歷史傳奇值得好好鋪陳。蘇奕彰教授與胡展榕醫師這本書是一本討論中西醫結合的專業與歷史著作，相當程度還原了從清末民初，到日治臺灣，以迄現代的中西醫結合歷程。

本書有系統地將杜聰明教授，有關中西醫藥結合的關鍵性日文文章譯成中文，如對杜先生的「中西醫一元化」全面性基本概念發展至關重要的，〈關於漢醫學研究方法的考察〉（特別是漢藥研究），在臺灣民報上發表 31 回之系列性文章。本書也詳述杜先生在日治時代與臺灣光復後，都積極提出中西醫藥整合之研究步驟，並倡議設立漢醫醫院與漢醫治療科，但都難以落實之過程。杜先生在日治時期已是臺灣醫界第一人，1946 年則以臺大醫學院院長暨臺大醫院院長身份，提出在臺大醫院成立漢藥治療科的申

請，也不被核定，在 1950 年代創設高醫與附設醫院時，擬成立中醫治療科的理念亦未能成功。這些失敗的背後顯然都有系統性的因素在，難以對抗。但杜先生不悔其志，在擔任教育部醫學教育委員會委員期間，有力的支持中國醫藥學院與國立中國醫藥研究所之設立及運作。

本書也提出幾個值得稱道的重要論述與引證：1. 杜聰明先生在日治時代與西醫脈絡下，發展出與當時中國中醫藥界不同之看法與作法，杜先生在受到日本漢方醫學傳統的強烈影響下，對中醫藥之了解與主張因之有所不同。2. 杜聰明先生的中西醫藥一元化理念之源頭與內容，具有其本身訓練與時代背景下之特色，包括對參雜偽作之黃帝內經與對陰陽五行、五運六氣之類理論的排斥、獨尊傷寒論與金匱要略、不理溫病學、主張中藥西藥化（在日本漢醫傳統影響下自學得到之「方證對應」主張），以及主張將中醫過去的生理、病理理論予以廢除，改以西醫理論代替。3. 杜先生在開始探究中醫藥療法之初，漏掉針灸學，較晚接觸針灸後，主張針灸學的價值如同《傷寒論》一般，係屬於經驗的、實際操作的醫學，重點在其臨床實效，而非其機轉與理論。他認為

經絡理論可能是古人混淆了神經、血管功能，所形成的粗糙理論。

本書總結歸納指出：「自西元 1929 年杜先生提出整合中西醫學的研究規劃開始，直至西元 1966 年杜先生離開高醫漸漸淡出學術圈的近 40 年期間，因種種因素、條件與資源的限制，杜先生領先當代、全球之冠的中西醫學整合研究規劃，始終得不到充分落實的機會」。時至今日，國科會（科技部）資源與生技製藥國家型計畫之大量資源投入中，亦包含有中草藥項目；國內多所大型醫學中心亦紛紛設置中醫部門。但這些表面上的包含，是否能銜接杜聰明先生念茲在茲的中西醫學整合作法，則尚有甚多需釐清與努力改進之處，距離成功或得以被主流醫界真正接納的地步，尚甚遙遠。如何從提升總體醫療福祉之觀點與架構上，闡述中西醫整合之正當性，並有效回歸主流將中西醫整合一元化真正促成實現，這兩件大事難事，顯然是等待果陀等級的重大志業，考驗著中醫藥學界與有志於中西醫結合的卓絕之士。

本書目的不只在表彰傳主的個人歷史地位，更擬藉此評論臺灣中醫藥之總體發展，以及提出未來發展之芻議。過去有關杜聰明教授中西醫整合之探討，泰半出自史學家與西醫之手，本書則

罕見的，係由熟悉西醫的中醫醫學家來做出有系統的分析與評論，這件事本身就具有相當的歷史意義在，也符應本書想要表達之紀念與展望之意。本人因此特綴數語，表示敬佩之意。

黃榮村

謹誌

黃榮村教授，臺灣大學心理學研究所博士，曾任臺灣大學心理學系教授兼系主任、國家科學委員會人文及社會科學發展處處長、行政院政務委員、921 災後重建推動委員會執行長、教育部長、中國醫藥大學校長；現任中國醫藥大學生物醫學研究所講座教授、財團法人高等教育評鑑中心基金會董事長。

序—顧記華所長

以前在臺大醫學院藥理學研究所就讀期間就常常接受到師長的諄諄教誨，要以杜聰明博士的「樂學至上，研究第一」的態度專心致力於基礎醫學研究，所以在研究所期間便可以深深的感受到杜博士對於臺灣醫學的貢獻，以及後人對他的景仰與崇敬。今日能有如此大的榮幸來拜讀蘇奕彰教授及胡展榕醫師所著的《臺灣中西醫學結合先驅—杜聰明教授》，內心極度欣喜澎湃，因學生時代雖然知道杜博士在結合中西醫學的偉大貢獻，但卻未深入了解在當時的時空背景下的艱困時代，杜博士是如何有這樣的教育背景及環境，以及如此大的使命感及作為，以至於讓後代如此推崇與景仰。讀完本書後，終於能一窺堂奧之深，也能真正了解其門生及後人如此懷念大師、尊崇大師的原因。

本書有六章共二十節以及數個概要圖、示意圖及架構圖，從杜博士在中西醫學結合的理念形成背景、內涵、特色、實踐，乃至於杜博士在「中西醫一元化」對後人的影響與啟發，鉅細靡遺，

可說是對杜博士在「中西醫一元化」研究最深入的著作。書中一開始便點出了百年來在中西醫學的交會下，對於中、西醫片面的瞭解而產生了不少的疑問與負面認知，而這些變局實有許多值得改善的空間以利患者的醫療與健康。

書中述及在歐美各國隨著投入資源的增加，中醫藥整合醫學的臨床與研究日漸興盛，也舉例了針灸臨床試驗的成果及國際社會的認同。而在書中所論述的「中藥研究獲諾貝爾醫學獎的震撼」中，除了對於這段艱辛的中藥現代化研究、開發歷程與成就，造就了華人第一位女科學家屠呦呦獲得諾貝爾獎而同感欣慰與榮耀，也點出了臺灣在中醫藥現代化研究及中西醫整合醫學的發展，未能有如此成就的遺憾，進而引出了在中西醫學結合的問題所在，以及後人如何藉由瞭解杜博士在中醫藥的研究與中西醫一元化的推動上的理念、形成背景、特色內涵、思維與實踐，進而能在臺灣這片土地上讓中醫藥獲得最大的推崇與成就，在國際舞台發光發熱。

書中也提到了杜博士在鴉片戒癮的工作與研究，以及讓非常多的煙癮者能順利戒除的重大成就，也使得杜博士被推選為諾貝

爾獎的候選人之一，文章拜讀至此已讓人對杜博士這一代巨擘由衷崇敬。此外，在「杜聰明中西醫學結合理念的實踐」章節中，也詳細論述了杜博士以「中藥為主體」，附帶中醫藥理論的中西醫整合研究，並將過程分為五個步驟，引入了實驗治療學研究法並加以應用，這些內容與現今西醫的新藥開發模式幾乎一致，也讓人不得不佩服杜博士如此前瞻與頂尖的看法及非常厚實的科學底蘊。

在中西醫一元化教育與研究人材之培育上，也詳述了杜博士在國立中國醫藥研究所的籌設、在臺大醫學院及附設醫院院長期間的努力、創立高雄醫學院、以及對中國醫藥學院的支持等等的諸多挑戰與困境中實踐他的理念，但也述及了不得不的妥協與轉進。書中後段也論述及分析了杜博士在中西醫學結合理念的後續影響，其中談到了杜博士歐美留學回國後所確立的三大研究主題：中藥、鴉片、蛇毒，而其中對於中草藥成份藥理學研究的萌芽與深耕，對於就讀臺大藥理學研究所的我更是有極深的影響，也讓我更加景仰與感恩杜博士。

在本書末了以杜博士的精神及現今國際上對中醫藥的重視提

出後人應有的省思，希望在中醫藥逐漸獲得國際重視，以及中西醫整合醫學逐漸成為未來醫學教育及醫療重點下，能深思及發揮杜博士給我們的啟示，克服困境以達成中西醫真正的一元化，為人類健康謀求最大福利。讀完本書，除了對杜博士有更深的認識與更大的崇敬外，也有著深深的感恩，相信本書的讀者也會有相同感受。也再次表達我最大的感謝能有此榮幸來拜讀蘇奕彰教授及胡展榕醫師所著的大作。

顧記華 謹誌

顧記華所長，臺灣大學藥理學研究所博士，曾任臺灣大學藥學專業學院院長暨藥學系主任；現任臺灣大學藥學系教授、衛生福利部國家中醫藥研究所所長。

典型在夙昔－杜聰明教授

黃怡超 司長

杜聰明教授（生卒年 1893-1986 年），是臺灣近現代史的重要人物，其主要生涯有五十年為日本統治時期，後四十一年為國民黨政府主政。他有華漢民族意識，曾加入中華革命黨（國民黨前身），並曾與臺灣總督府醫學校同班同學翁俊明赴北京，企圖刺殺有復辟專權野心的袁世凱大總統。杜先生是臺灣史上獲博士學位第一人，也是第一位醫學博士及臺北帝國大學第一位臺灣人教授。第一位臺灣籍的臺灣大學醫學院院長兼臺大醫院院長。高雄醫學院（今高雄醫學大學）創辦人。

杜先生之藥理學學術成績傑出，1939 年曾膺選為「日本藥理學會會長」。杜教授的教學研究課題難能可貴的能針對臺灣本土重要醫藥問題－鴉片戒癮、蛇毒毒理、中草藥研究三項。杜教授在臺灣百多年來醫學菁英中，對中、西醫藥學兩種知識體系皆有精深學養，底蘊厚實堪稱空前絕後。一位西醫、西藥學界耆宿，

能在臺大、高醫講授中醫經典《傷寒論》，在當今西醫界領導人大多對中醫藥認識隔閡，甚至懷疑、排斥對照下，更顯杜教授「空谷足音」之典範。

杜教授在 1956 年即在教育部醫學教育委員會上即公開表示贊成「國立中國醫藥研究所」之設置，而六十幾年來臺灣中醫藥之命運演變與轉折，讓投身其中的後輩，有「雲山蒼蒼，江水泱泱，先生之風，山高水長」之喟歎。

本書《臺灣中西醫學結合先驅—杜聰明教授》，由中國醫藥大學中醫學院蘇奕彰教授及其指導博士生胡展榕合著，內容以杜教授之中西醫學結合之生涯歷程為主軸，兼涉大時代社會學術背景，爬梳中醫、中藥在學術研究、整合醫療、中西醫藥教育等之言行及遭遇，時至今日，仍是重要議題。本書是繼鄭志敏博士之專書《杜聰明與臺灣醫療史之研究》（2005 年），及雷祥麟博士之期刊論文《杜聰明的漢藥研究之迷兼論創造價值的整合醫學研究》（2010 年）後又一相關杜教授之醫學史著作，值得向關心東西文化與中西醫學激盪調適滙聚課題的讀眾推薦。

最後，筆者擬援引杜教授所著《中醫藥學評論》一書，1971

年序文中一段「照筆者之持論，所謂西醫及中醫當然要一元化，決不可二元的存在，次代之現代醫師，應該要吸收中醫學為現代醫學全體之一科門，來治療應之。但現在之過程西醫對中醫學無理解，不知其真價如何，中醫亦不瞭解現代醫學之進步，使永久停滯在二元的狀態，感覺非常遺憾，所以筆者時常鼓勵受過系統的醫學教育同仁，應研究中醫藥學，故希望篤志家與中醫同仁來共同研究，使我國固有文化之中醫藥學，快能現代化及能科學化，來促進我國醫學之進步及來增進人類之健康。」與讀者共勉，緬懷先賢，我輩當更惕厲，共勉之。

黃怡超 謹誌

黃怡超教授，陽明醫學院醫學士、英國格拉斯科大學臨床藥理所博士，曾任陽明大學傳統醫藥研究所教授兼所長、國家中醫藥研究所研究員兼所長；現任衛生福利部中醫藥司司長。

自序

人類文明的發展是不斷發現問題、解決問題的累積過程，不同的時空積累出對生命問題的不同認知與解決經驗，因而產生獨特的區域性文化，尤其是面對生命與生存的問題。這些累積的資訊，既存在於哲學、宗教與民俗文化中，更存在於科學與科技發展的歷程中，醫療史的龐大資料庫就有著豐富的內容與材料。

二十世紀末，中西醫學的互動已經從一個世紀前的對立，發展到互補與整合的新階段，許多醫藥研究機構開始投入傳統醫藥的寶庫中進行挖掘與整合，然而忽略過去傳統醫學或中西醫學匯通的經驗，常使得醫藥產業的研究與發展重複在過往的困境中打轉。舉例來說，日治時期與 1950 年後的臺灣學界均進行過中藥藥用植物栽培的調查研究，以配合本土性疾病的醫療保健需求，這些資訊應該能提供當前政府、產業與醫藥學者參考，而不需要重複摸索。然而臺灣中醫藥發展的歷史與文獻始終未能進行完整的蒐集與研究，更遑論建構出可供學術研究與產業發展參考的醫療史文獻資料庫。基於這個需求，2008 年起擔任中國醫藥大學中醫研究所所長時，便將「醫史文獻組」研究生的議題定位朝「臺灣中醫藥發展史」群體研究規劃，很幸運有許多優秀的碩、博士研

究生陸續加入這個研究群，胡展榕醫師便是其中之一。研究群開展的研究範疇涵蓋各時期政府、學界與民間進行的中醫藥工作，包括臺灣民間數百年的醫療行為與材料。

經過資料蒐集與歷史脈絡分析，我們很快就確認二十世紀臺灣中醫藥發展史上最關鍵的兩個人：一位是中國醫藥學院（現在的中國醫藥大學）的創辦人覃勤先生，另一位就是杜聰明先生。覃勤的大貢獻是創立了第一個中醫高等教育的醫學院，並以大陸時期中西醫匯通的經驗，成立中西醫學雙修課程的醫學系與藥學系。杜聰明的大貢獻是建立以現代科學方法來研究中醫藥的學術內涵，連帶促成國立中醫藥研究所（即現今之國家中醫藥研究所）在臺灣恢復設置，並協助中國醫藥學院的設立與發展。杜聰明對臺灣醫學教育的貢獻，以及在鴉片（嗎啡）、蛇毒的研究向為大家所熟悉，也有少數文獻述及他在中草藥研究的成果，但學界對於杜聰明耗費相當大心力、時間釐清中西醫匯通過程的問題，並進一步提出具體解決方案的規劃，卻一直為學界所遺漏。

回顧西方醫學傳入東亞後，中、日、韓、香港、臺灣均面對了中西醫學交會的衝擊，除了中、西醫雙方堅守陣地的對立外，一些學者在思考兩個醫學的本質與內涵後，開啟「中西醫學匯通」的發展。此後，各地區因政治、法律、社會文化、醫療資源不同，而發展出不同制度與理念特色，如：一者，以西醫基礎醫

學為本，反對夾雜著哲學、玄學色彩的中醫理論，卻又認同中藥臨床價值而出現的「廢醫存藥」思想；二者，希望透過現代醫學科學教育體制與學術研究方法，將傳統中醫的核心理念與應用進行現代轉譯的「中醫現代化」思想；三者，認為中西醫各有優缺點，希望中、西醫學能夠各取所長進行融合與應用的「中西醫結合」思想。「廢醫存藥」的模式可以明治維新後的日本為代表，形成單一醫師證照的制度；而「中醫現代化」與「中西醫結合」的概念則普遍存在中、西醫雙軌並存的華人社會，其中幅員廣大的中國大陸，醫療普及的需求非常不易達成，制度上採取中、西醫執業界線模糊的寬鬆策略，因此併用中、西醫藥進行診療成為醫師操作的常態；承接日本、美國醫療制度的臺灣，以及承接英國制度的香港，長期處於西醫醫療政策與資源優勢下，屬於中、西醫師證照與執業界線嚴明的制度，「中西醫結合」多屬於民眾感受性的操作，一個世紀下來，民眾自主的「中西醫結合」形成了華人醫療文化的特色。這種統合不同醫學長處的需求，在 20 世紀末的歐美也逐漸形成，由「補充與替代醫療；Complementary and Alternative Medicine」到「互補與整合醫療；Complementary and Integrative Medicine」，為解決現代醫學之醫療瓶頸所開啟的「整合醫學」風潮，再次由西方吹向東方。

從醫學專業的立場，為達到「有效」與「安全」的醫療目標，

「中西醫結合」還是應該由「醫師」以嚴謹的學術專業來進行。可惜的是，回顧 20 世紀這段發展與演變的過程，「中西醫結合」學術文獻多數源於中國或歐美等地的論述，臺灣對相關議題內涵探究的文獻非常缺乏。事實上，在日治時期的臺灣鼠疫、霍亂的防制就有中西醫合作的記載！更由於臺灣特殊的地理、歷史、社會文化背景，在近代「中西醫匯通」的過程中，形成非常獨特的條件，進而促成杜聰明先生「中西醫一元化」思想的出現。儘管因當代醫學發展仍未成熟，以及政治環境的限制，導致杜先生「中西醫一元化」的思想與具體規劃未能如願實踐，但其提出的前瞻內涵對現今全球中西醫學「結合」或「整合」的發展仍極具指導價值！因此，我們將這段歷史與議題發掘與整理出來，寫成這本介紹性書籍，希望提供未來中西醫結合或整合醫學的學術研究、醫政與醫療發展規劃之參考。

在進入正文前，有幾個名詞要再加說明，以使讀者更加明瞭：

「中西醫匯通」，指中、西醫學的交會、交流、整合，說明交會或交會後的發展狀況，是最寬廣的用詞。「匯通」一詞，英文為「confluence」。

「中醫現代化」，認為中醫內涵屬於古典科學，其知識技能具有其獨特定義，可以思考、推理、驗證（操作、測量），可以獨立運作、教育傳承，但為了使現代學者容易理解、學習，需要

運用現代科學方法、內涵加以轉譯，進而得以與新醫學知識和技術融合，讓中醫學自身或整體醫學體系更加完整。「現代化」一詞，英文為「modernization」。

「中西醫學結合」，指中、西醫交會後的發展整合狀況，也是寬廣的用詞。「結合」包括「混合」與「化合」，前述民眾或醫療人員依照自身感受或經驗，將中、西醫學診療方法、工具、材料一起「結合」使用，屬於「混合」；經過精確醫學理論與臨床驗證後的專業操作屬於「化合」，一般稱為「整合」，杜聰明「中西醫一元化」思想就是屬於「中西醫學整合」。「整合」一詞，英文為「integration」。

最後必須致歉的是本書的工作仍有許多缺漏，如受限於進行研究的時代太晚，無法進行當代人物的口述歷史，也未能詳細研究杜聰明大量蒐集、研究之中醫藥文本與醫學整合之相關文獻，這些遺憾希望未來能再盡力補上，也請讀者見諒與指正。

蘇英彰 } 謹誌

目 錄

序言	2
第一章 前言	1
第一節 百年來中西醫學交會的變局.....	1
第二節 中西醫學結合的發展與潛力.....	6
第三節 中藥研究獲諾貝爾醫學獎的震撼與中西醫學結合的問題.....	11
第二章 杜聰明中西醫學結合理念形成之背景	19
第一節 近代中西醫學與漢醫的發展及轉變.....	20
第二節 當代環境與成長背景的影響.....	33
第三節 醫學學習環境與條件的影響.....	56
第四節 小結.....	91
第三章 杜聰明中西醫學結合理念之內涵與特色	97
第一節 西方醫學的內涵.....	98
第二節 醫學史角度出發的中西醫藥觀.....	103
第三節 中醫臨床醫學的關注.....	126
第四節 中醫藥理論的不足.....	164

第五節	小結.....	181
第四章	杜聰明中西醫學結合理念的實踐	185
第一節	中醫藥研究計畫的內容與提出.....	185
第二節	推動研究計畫的挑戰、困境與妥協.....	222
第三節	中西醫一元化教育與研究人材之培育.....	230
第四節	小結.....	249
第五章	杜聰明中西醫學結合理念的後續影響	251
第一節	天然藥物與中草藥研究.....	251
第二節	啟發.....	259
第六章	總結	265
第一節	杜聰明先生的中西醫學結合理念－中西 醫一元化.....	265
第二節	杜聰明先生時代與現今中醫藥的狀況差異....	271
附錄一：	杜聰明先生中醫藥相關事件年譜	277
附錄二：	杜聰明先生相關中醫藥議題翻譯全文	285



第一章 前言

第一節 百年來中西醫學交會的變局

近代的東方世界受西方文化影響深遠。不論在軍事、經濟、制度、文化、學術等重要領域均有極大的變化，以近代的中國為例，晚清大臣李鴻章（1823-1901 年）認為當時的中國實處「數千年來未有之變局」，而作為文化與學術一環的醫療，也面臨著相同的巨變。

隨著東西方的各項交會，西方醫學也進入了以中醫藥為主流醫療的中國、臺灣及日本。但各地「新舊」醫學交會的結果，除了西醫逐漸取代中醫成為主流醫學的共通點外，也因各地區的條件、資源、國際關係、對中醫的友善度及時代背景等因素，發展出不同的結果與特色。以近代的日本而言，其實施「西化政策」的程度與時間在東亞國家中算是領頭與深入的，透過政府的主導，全面西化的政策讓日本的文化、經濟、軍事、醫療出現重大變革，過程中雖也有不少堅持傳統與西化立場間的紛爭，但終因政府堅



持政策的落實，造成社會、醫學與醫療層次的顯著變動。具有政策與法規保護與扶持的西醫西藥，成為了不可動搖的主流，傳統的漢醫藥則因政策限制與學術環境的變動，漸漸轉變為附屬於西醫的輔助治療方法，最終僅能由接受過新式現代醫學教育的醫師、藥師進行操作與研究。相較日本漢醫藥的變化，近代中國和臺灣的中醫藥處境則又有些不同。

近代中國在面臨西方文化的衝擊後，在歷史上也出現過不同程度的變革，例如鴉片戰後的中央政府，在國家發展政策上以西方的船堅炮利、富國強兵等目標為宗旨，推展「中學為體，西學為用」的自強運動。同時期外來的西醫，則是以教會與傳教士為主力，隨各地的開港通商，將貿易、宗教與西方醫療漸漸帶入一向以中醫藥為主要醫療的地區，如廣州、上海、北京等大城市均有教堂與傳教處所的建立，以及各教會醫院之創設，廣州博濟醫院即為著名代表。而除了臨床醫療的傳播外，教會醫學也積極建立籌辦醫學校進行教育工作，如美國洛克斐勒基金會支持的北京協和醫學堂，以及廣州博濟醫院附設的博濟醫學堂等均為代表，而中華革命先驅 孫中山先生（1866-1925 年）正是廣州博濟醫學堂的畢業生！此外，教會醫學也積極編譯西方醫學著作以供學習與交流，如合信氏（Benjamin Hobson, 1816-1873 年）的《合信醫書五種》¹，其中可見不少兼具中、西醫藥的內容，醫學教育的建

1 《合信醫書五種》包括：《全體新論》、《西醫略論》、《內科新說》、《博物新編》、



立讓教會醫學得以積極地擴大西方醫學在中國的影響力。

由於教會醫學的在臨床醫療、醫學教育及編譯醫書上的努力，為清末民初的中國培育了不少西醫人才。甲午戰後，清政府仿效西化有成的日本進行「戊戌變法」，設立了京師大學堂，其中也含有教授西醫的醫學館。此時期的西醫，雖已漸入中國，但因尚未得到有力的支持，所以儘管已有一部分的中醫嘗試將西方解剖、生理知識或用藥融入傳統中醫理論架構中，但實質上西醫對中醫的影響仍然有限。

庚子後，至日本留學並學習日式西醫的學生快速增加，他們學習的對象便是日本維新後成為主流的西方醫學，而傳統的漢醫在日本體制中已不再有合法立足點。隨著民國政府的成立，學成回歸的留學生成為主導國家醫藥衛生政策的要角，衛生部門仿效日本醫藥衛生體制，也就是以西醫為主流的醫療政策與教育制度的法規實施後，使中西醫交流溝通的情勢，從原本和緩的融合演變成激烈的衝突。更由於新一代知識份子積極提倡「新說」、「西說」，將「科學」作為信仰的包裝，嚴厲批評傳統文化的「舊說」，也讓包含在「傳統文化」內的中醫藥，受到更多層面的攻擊。然而，儘管在重重的質疑與挑戰下，中醫藥仍因長久以來的療效，幸得廣大民間力量的支持而續存。許多民間自發性的組織建構了各地區私立的中醫教育體系，加上中醫團體積極爭取政治的保護，



中國的中醫藥有了與日本漢醫藥不同的發展結果。也就是在西方醫學成為主流醫學的情況下，中醫藥在民間支持與政治力量的反動中，艱難地爭取到了獨立存在的機會，也就是法律地位的基本保障。儘管民國時期政府資源在分配上有厚薄之異，中醫藥始終處於自生自滅的情況，但也因法律保障的獨立性，成為日後中醫現代化得以發展的最重要基礎。

臺灣的中西醫交會情況，因歷史上政權變動之故，其情勢較日本與中國更具轉折。明鄭至清領時期，臺灣民眾的醫療基本上是依賴來自大陸的中醫藥與本土草藥的經驗醫療。甲午戰後，臺灣於日本接手治理後，不久即推展延續自日本國內扶持西醫、壓抑「中醫」或「漢醫」的政策與法規，成立傳授西方醫學的醫學校，吸引了當時臺灣頂尖人才的投入，加上日治時期的社會氛圍，塑造了至今西醫主流醫學的權威形象。中醫藥的傳承也因不具合法地位而轉為地下化，儘管民間的醫療需求是中醫藥在這段期間沒有完全消失的主要因素，但來自政策法規與學術發展的差別待遇，奠定了此後臺灣中、西醫學發展的懸殊條件。

二戰結束後不久，國民政府遷臺，對中醫藥的政策基本上延續著在大陸時期的態度，也就是即使中醫重新獲得了日治時期被剝奪的法律地位，但在西醫掌握的醫政體系下，中醫能夠取得的發展資源仍是少得可憐，若說日治時期中醫的法律地位與獲得的



資源是「無名且無實」的話，戰後臺灣的中醫也僅是「有名而無實」！當時臺灣因始終沒有延續中醫藥學術傳承的教育體制，而有人才斷炊之虞，幸得覃勤先生（1906-1981 年）與中醫藥團體的積極奔走，國家級隸屬於教育部的「國立中醫藥研究所」（現今隸屬衛福部「國家中醫藥研究所」前身）與「私立中國醫藥學院」終於在風雨飄搖的局勢下成立，使得臺灣中醫藥的學術有了得以維續的基地。但由於政府對中醫的「無為」與「無給」的對待下，在發展上仍是面臨著眾多限制與逆境，也讓畢生投入中醫藥發展而貢獻所有的覃勤先生感嘆：「中醫無政治力量之維護，生存十分困難；中醫無學術長足之進展，生存更為困難」²。在歷經日治時期醫學西化並打壓中醫發展，與戰後政府政策方向、學術資源及社會氛圍等背景條件下，西方醫學的權威已然在臺灣社會中成形，而來自民間醫療需求的支持力量是中醫藥得以繼續生存的唯一要素。

現今臺灣的中醫，儘管仍處在政府資源分配嚴重失衡的狀態，但憑藉過去建立的法律地位基礎，得以持續緩步進行現代化的發展。二十一世紀，國際上興起的替代與另類療法風潮，間接促使國內中醫與西醫間的敵視關係大幅改善，雙方實質溝通與合作機

2 李經緯：〈覃勤關於爭取發展全鬥爭史實之拮要〉，《中華醫史雜誌》29.1（1999），頁 24。



會越來越多，絕大多數醫學中心出現中醫部門的設置，讓現代化的中醫透過門診與住院會診的形式為不同需求的患者服務。

在這些因中醫現代化與實效的突破外，其實也仍存在著不少已然成形的認知與疑問，例如部份醫者與民眾可能有「西藥有副作用，中藥沒有副作用」、「中醫擅長慢性病，西醫擅長急性病」、「中醫擅長內科病、西醫擅長外科病」等片面的瞭解，或是「西醫是科學的，中醫是經驗的醫學」，甚或「中醫不科學，療效只是信仰」、「吃中藥都會洗腎或傷肝」等負面認知。

也由於這些對中西醫不完整的認知，使得臨床上常有患者需要中醫藥輔助西醫治療時，因為認知、選擇有誤而導致病情的延誤；或是患者迫於主流醫學權威下，只能偷偷使用中醫藥治療，使得中西醫師難以評估患者實際的病況轉變。這些在臨床上反覆發生的情況，在中西醫交會已逾百年的現今，從醫學教育與研究的角度而言，實有許多值得為患者的健康多加進步與改善的空間。

第二節 中西醫學結合的發展與潛力

華人社會的醫療文化中，中西醫學合併使用並不是少見的行為。患者經常是中西醫藥結合的前鋒，身體不適時同時接受中西醫師的診治，更進而在醫師自己未能有效整合兩方醫學時，便能自行決定中、西醫治療藥物的取舍！雖然這樣的情況明顯存在著



「不夠專業」的風險，但民眾志願擔任試驗者，也昭示著中、西醫學在治療上各有其價值與不足，亟需溝通合作求進步。

臨床上，西方醫學多採取對人體進行「介入控制」的對抗治療模式，有病原體使用藥物將病原體清除，血壓偏高、血糖偏高或是出現發炎，使用藥物介入對抗其機轉或控制指數，雖然往往能取得不錯的成效，但也出現了不少衍生與難解的問題。例如反覆慢性疼痛的患者持續服用止痛消炎藥物的成癮性、耐藥性與肝腎毒性副作用問題；或是當病原體感染誘發機體出現強烈的免疫反應，除了使用抗病原藥物（如抗生素、抗病毒藥劑）或壓制免疫反應的類固醇外，有沒有更好的免疫調節方法；又或者當細菌或腫瘤細胞，在長期使用對抗藥物治療後，因篩選突變而出現抗藥株時，有沒有其他可以參考或在前期即可合併投入減少此結果發生比例的療法？更常見的，當患者因年齡、疾病或治療副作用太強，導致身體過於虛弱，而無法接受進一步後續治療時，有沒有可以協助患者的治療方法？

這些在百年前較少被留意的問題，在現今反而成為了現代醫學或是患者常常必須面對的困境，是故以「患者需求」為中心的醫療考量，並能整合各醫學專長與內涵的醫療，漸漸地成為歐美醫學先進國家高度重視的主題。而中醫藥在上述這些問題被選擇與投入後的成效，似乎也頗能解決或改善不少上述的問題。以



二十世紀七〇年代後在歐美蔚為風潮的「針灸」為例，其在疼痛領域或不少慢性疾病治療取得的療效獲得歐美各國的重視。1979 年世界衛生組織（World Health Organization，簡稱 WHO）列舉出 43 種適合針灸治療的疾病；1996 年 WHO 的針灸諮詢會議決議應以臨床試驗結果為基礎，重新進行適合針灸療法疾病之報告，因此在回顧有關針灸臨床試驗研究後，WHO 於 2002 年出版了《*Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials*》一書³。透過回顧針灸臨床試驗的成果，WHO 共列舉出 107 種可被針灸治療的疾患，且已證實有效的疾患更達 28 種⁴！

1991 年美國國會通過立法提供 200 萬美金供 1992 年美國國家衛生研究院（National Institutes of Health，簡稱 NIH）設立調查與評估「非常規醫療」的辦事處，1992 年 NIH 的「替代療法辦公室」成立⁵。1997 年 NIH 召開針灸療法聽證會，確認針灸對某些疾病的有效性後，以實證醫學對針刺療法進行研究，具統計 1997-

3 World Health Organization, *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials* (Geneva : World Health Organization, 2002) , p. 1-2。

4 World Health Organization, *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials* , p. 23-26。

5 National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH): <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih> (民 106 年 3 月 15 檢索)。



2007 年間有超過 500 項的隨機對照針灸臨床試驗文章發表⁶，且 NIH 的「替代療法辦公室」也於 1998 年改制為國家補充暨整合醫學中心（National Center for Complementary and Integrative Health，簡稱 NCCIH），且每年提撥的經費逐年提高，自 2005-2015 年間，每年經費至少均有一億兩千萬美元以上⁷，隨著投入資源的增加，包含中醫藥的整合醫學在歐美各國的臨床與研究中日漸興盛。

德國柏林的 Charité-Medical University of Berlin（Charité 醫學大學）設有以中西醫整合為重點的整合醫學中心，進行臨床的實際治療與研究⁸；在慕尼黑附近的 Kotzting 醫院，是一間有著 80 餘床並有保險給付的中醫醫院，2010 年與中國北京中醫藥大學合作成為其臨床醫院⁹。

在美國，很多頂尖醫學中心也紛紛設置含有中醫藥治療的整合醫學中心¹⁰，如著名的梅約診所（Mayo Clinic）¹¹、德州大學安

6 勞力行：〈針灸臨床研究的現狀及探討〉，《針刺研究》33.1（2008），頁 53。

7 詳參 NCCIH Funding: Appropriations History: <https://nccih.nih.gov/about/budget/appropriations.htm>（民 106 年 3 月 15 檢索）。

8 CHAMP: Charite Ambulanz fur Pravention und Integrative Medizin: <http://www.champ-info.de/>（民 101 年 7 月 16 日檢索）。

9 TCM-KLINIK BAD KOTZTING: <http://www.tcm.info/tcmde/index.php>（民 101 年 6 月 26 日檢索）。

10 University of Maryland Medical Center: University of Maryland Center for Integrative Medicine One of 29 Centers in New National Study on Integrative Therapy Use: <http://www.umm.edu/news/releases/integrative-medicine-in-america.htm>（民 101 年 7 月 2 日檢索）。

11 Mayo Clinic, Departments and Centers Integrative Medicine and Health: <http://www.>



德森癌症中心（MD Anderson Cancer Center）¹²、耶魯醫學院（Yale School of Medicine）¹³、約翰·霍普金斯醫院（Johns Hopkins Hospital）¹⁴、史丹佛醫學中心（Stanford Medical Center）¹⁵ 以及隸屬哈佛醫學院的 Osher Clinical Center ¹⁶ 等醫院，均設置含中醫藥的整合醫學中心，從事臨床工作與教學研究。

透過上述的例子可知，歐美醫學先進國家為彌補主流醫學採對抗療法所面臨的困境，積極地投入整合醫學的研究與發展，以開放的態度接納可能具有效果的療法，再以嚴謹的科學研究作為驗證工具，以解決患者問題為核心主導下，傳統的療法和主流療法不再是對立的關係，而是合作共同解決臨床上的困境，隨著歐

mayoclinic.org/departments-centers/integrative-medicine-health（民 106 年 3 月 15 檢索）。

12 MD Anderson Cancer Center, The University of Texas: Integrative Medicine Center: <https://www.mdanderson.org/patients-family/diagnosis-treatment/care-centers-clinics/integrative-medicine-center.html>（民 106 年 3 月 15 檢索）。

13 Yale School of Medicine: Integrative Medicine at Yale: <http://medicine.yale.edu/integrativemedicine/>（民 106 年 3 月 15 檢索）。

14 Johns Hopkins Medicine: Integrative Medicine & Digestive Center: http://www.hopkinsmedicine.org/integrative_medicine_digestive_center（民 106 年 3 月 15 檢索）。

15 Stanford Health Care, Center for Integrative Medicine: <https://stanfordhealthcare.org/medical-clinics/integrative-medicine-center.html>（民 106 年 3 月 15 檢索）。

16 Brigham and Women's Hospital, Osher Center for Integrative Medicine: http://www.brighamandwomens.org/Departments_and_Services/medicine/services/oshercenter/Default.aspx（民 106 年 3 月 15 檢索）。



美不斷地增加臨床與研究中投入的資源，不僅頂尖醫學機構相繼成立整合醫學中心，整合醫學的研究與發展應將是未來醫學發展的重點領域之一。

也因為對抗醫療所面臨到的困境並非只是在歐美，同樣以西醫為醫療主體的臺灣也面對著同樣的臨床問題。但慶幸的是，以整合醫學的角度而言，臺灣等同於國際的現代醫學水準，加上具有優良傳統的中醫藥醫療系統及民間廣泛的接受度，相對於歐美日有更優勢的發展條件。

第三節 中藥研究獲諾貝爾醫學獎的震撼與中西醫學結合的問題

2015 年 10 月發現青蒿素的中國科學家屠呦呦獲得了諾貝爾生理醫學獎的殊榮！該成份的發現與使用經過了漫長的團隊努力過程，起源於二戰期間，交戰的中國與日本都致力於熱帶醫學的研究，包括痢疾與瘧疾在內的疾病是主要的重點，因為處於熱帶地區的軍事部隊若受瘧疾侵害，將嚴重影響其戰力與軍事行動。植物生藥，尤其是有豐富臨床使用經驗的中草藥是研究的寶藏，這些研究在戰後也持續進行。1964 年中國應越共之請，協助解決越南南方瘧疾流行的防治問題，1967 年中國擬定了一份為期三年，簡稱「523 任務」的「瘧疾防治藥物研究工作協作規劃」，



其五個專題中便包含「中醫中藥、針灸防治瘧疾的研究」¹⁷，研究初期鎖定的目標中藥，便是延續早期抗瘧中藥研究的「常山」¹⁸、「鴉膽子」及「青蒿」等中草藥¹⁹。1969年，已進行多時的「523任務」之中藥研究工作也分配到當時衛生部中醫研究院（2005年改名為中國中醫科學院）的中藥研究所²⁰，具有中西醫藥背景且長期在中藥所擔任中藥現代化研究人員的屠呦呦，便從此展開了有關中藥治療瘧疾的研究²¹。經過反覆且廣泛的中醫藥文獻搜尋與實驗篩選後，從鎖定的中藥「青蒿」中提取出有效成份「青蒿素」，並在臨床試驗中證實療效後，再將有效成份行後續的藥理學合成與研發²²，這段艱辛的中藥現代化研究與新藥開發歷程的結果，不僅幫助了許多為瘧疾所苦的患者，也造就了華人第一位獲諾貝爾獎的女科學家。

17 饒毅、黎潤紅、張大慶：《辛酸與榮耀 中國科學的諾獎之路》（北京市：北京大學出版社，2016），頁 20-24。「瘧疾防治藥物研究工作協作規劃」的五個專題分別為：「瘧疾防治新藥的化學合成和篩選」、「中醫中藥、針灸防治瘧疾的研究」、「驅避劑的研究」、「瘧疾防治藥物的制定和包裝研究」、「瘧疾防治藥物現場效果研究」。

18 饒毅、黎潤紅、張大慶：《辛酸與榮耀 中國科學的諾獎之路》，頁 139-141。

19 饒毅、黎潤紅、張大慶：《辛酸與榮耀 中國科學的諾獎之路》，頁 30-32。

20 饒毅、黎潤紅、張大慶：《辛酸與榮耀 中國科學的諾獎之路》，頁 39。

21 屠呦呦傳編寫組：《屠呦呦 諾貝爾獎首位華裔女科學家的一生》（臺北市：遠見天下文化，2016），頁 78-79。

22 相關歷程描述參考屠呦呦獲獎演講稿「青蒿素—中醫藥給世界的一份禮物」的部份內容。屠呦呦傳編寫組：《屠呦呦 諾貝爾獎首位華裔女科學家的一生》，頁 178-184。



在中國大陸以中藥現代化研究成果，獲得諾貝爾獎肯定光芒的背後，我們不禁要問一些問題：與大陸一樣具有中醫藥傳承背景，且醫學研究與發展更為進步的臺灣，是否在中醫藥現代化的研究或是中西醫整合醫學的發展，能夠取得與其相近，甚至更優秀的表現？類似大陸屠呦呦的例子，在臺灣中西醫學發展的歷程中，有沒有可供未來發展中醫藥現代化或中西醫學整合的參考借鑒？藉由本土的經驗、想法或理論，一方面符合臺灣當地的醫療條件與風俗民情，另一方面又能做為國際上發展中西醫整合醫學的參考？

事實上，回顧臺灣近代中西醫發展歷史，很容易便可發現一位跨時代的巨人—杜聰明先生（1893-1986 年），他不僅是臺灣第一位醫學博士，也對臺灣的現代西醫學教育與研究發展有巨大貢獻，而且杜先生對於中醫學有相當程度的理解，且積極從事中醫藥的研究與中西醫一元化的推動。

杜聰明先生，號思牧，清光緒十九年七月十四日（1893 年 8 月 25 日）生於臺北縣淡水的農家²³，因家庭因素受到來自大稻埕的先天道領導人兼中醫—黃玉階先生（1850-1918 年）的影響至深，不僅奠定其日後的讀書升學之路，也為其打下了濃厚的中醫藥興趣與療效的見證。公學校畢業後（1909 年），至臺灣總督府

23 杜聰明：《回憶錄》，頁 14。



醫學校就讀並深受細菌學發展影響的杜先生，也因興趣而自修日本漢方醫學，為日後研究中醫藥或漢醫藥內涵打下基礎。醫學校畢業後（1914年），因對基礎醫學的熱誠遠大於臨床工作，故在臺灣總督府研究所衛生部從事寄生蟲研究半年後，便尋求至日本留學的機會，本欲投入最有興趣的細菌學領域，可惜因當時日本細菌學門爭鬥激烈，而轉進京都帝國大學藥理學教室，拜當代日本藥理學大家森島庫太教授（1868-1943年）為師，行藥理學研究方法之學習。也因森島庫太教授的學術脈絡重視漢藥與生藥的成份藥理研究，承襲此方面特色與能力的杜先生不僅在日本，也在回臺後獨立執行與指導相關研究。留日期間杜先生也曾到大阪研究細菌學，並在大阪與日後在中國成為廢止中醫的主將一余巖先生（1879-1954年）成為知交。

大正十年（1921年），回到臺灣總督府醫學專門學校擔任助教授的杜先生，一面進行生藥、草藥的成份藥理研究，也在一年後（1922年）因論文送審通過，成為臺灣第一位醫學博士。昭和元年至三年（1926-1928年）間，臺灣總督府以公費送杜先生至歐美留學，觀察當時國際上頂尖醫學團隊的研究情況，以及考察各國醫學教育制度，而杜先生更透過這次留學，將當時於歐洲漸興的研究方法—「實驗治療學」帶回臺灣，成為其日後規劃中醫藥及鴉片戒癮研究的重要平台，更成就了杜先生在臺北更生院對臺



灣鴉片癮患者進行戒斷治療與研究的良好結果。

昭和三年（1928 年）七月，留學歸國的杜先生受臺灣民報記者訪問，透露設置研究性質的漢醫醫院計畫，但報導刊出後卻受匿名者「啟源氏」的強烈批評，故昭和三年（1928 年）九月至四年（1929 年）三月間，杜先生每週在臺灣民報上連載〈關於漢醫學研究方法的考察〉的長文，其中蘊含著杜先生研究中醫藥之精華思維與規劃²⁴。可惜漢醫醫院的計畫始終沒有實行的機會，但杜先生仍在臺北帝國大學藥理學教室主持許多中草藥與生藥研究，探討作為熱帶傳染疾病治療藥物的成份藥理，其中也包含了針對「瘧疾」與「阿米巴痢疾」治療中藥的研究。此外杜先生也持續以帝大教授的身份向當局提出落實中醫與中藥研究的建議²⁵，並開始針對南洋熱帶地區所產的中草藥、生藥，進行文獻與作用的考察和發表²⁶。昭和十八年（1943 年）杜先生接受總督府的委派前往日本、朝鮮、中國各地進行中醫藥教育、各地藥產及使用情形的考察。

從第一次歐美留學歸國至二戰結束前的杜先生，全心全意投

24 這些文章均是以日文發表，增加了研究的困難度，幸有雷祥麟先生與楊倍昌先生針對部份內容進行翻譯，但仍有大部分的內容始終留於日文之原貌，故本著作進一步擴大前人的工作結果，將全數內文進行中文翻譯，詳參本書附錄二。

25 杜聰明：《杜聰明言論集》（臺北市：杜聰明博士還曆紀念獎學金管理委員會，1955），頁 264-267，以及頁 351-352。相關中文翻譯可見本書附錄二。

26 杜聰明：《杜聰明言論集》，頁 354-355。



入研究工作，並開始在藥理學的課程中，增入中醫藥的基礎教學，此段時間實是其醫學研究與教學的黃金期。民國三十四年（1945年）二戰結束，杜先生開始投身醫學教育、行政及政治活動，原先的學術研究多由弟子們逐漸接手。民國三十五年（1946年），杜先生在擔任臺灣大學醫學院院長暨附設醫院院長期間，提出於臺大醫院內設立「漢醫治療科」的規劃²⁷，但終因校方的反對而於民國三十六年（1947年）被迫撤消²⁸。民國四十二年（1953年）被迫離開臺大的杜先生，於隔年（1954年）創立高雄醫學院，除延續其在臺大醫學院進行的中醫藥教學外，也在民國四十六年（1957年）高醫附設醫院創立時，欲創辦漢醫治療科於其中，但終因財務、人事等環境因素而無法落實²⁹。民國四十五年（1956年）杜先生也在第一次教育部醫學教育委員會的會議中，贊成設立「國立中國醫藥研究所」，並擔任其籌備委員³⁰。民國五十一年（1962年）杜先生任教育部醫學教育委員會委員，逢中國醫藥學院的董事長覃勤（1906-1981年）因故解職而學校動盪之際，大力推薦自己的大弟子邱賢添先生（1901-1990年）擔任以中西醫結

27 杜聰明：《杜聰明言論集》，頁 401-402。

28 楊思標總編：《楓城四十年》（臺北市：國立臺灣大學醫學院臺大景福基金會，1985），頁 50。

29 鄭志敏：《杜聰明與臺灣醫療史之研究》，頁 209。

30 杜聰明：《杜聰明言論集 第二輯》（高雄市：私立高雄醫學院，1964），頁 122-123。



合教育為目標的中國醫藥學院院長，協助穩定了臺灣剛剛發展的中西醫結合教育³¹。民國五十五年（1966年）杜先生再次被迫離開高醫，此後雖漸淡出學術圈，但仍在不同場合呼籲中西醫一元化的需求與理念。

杜先生不僅在學術上重視中醫藥的研究與中西醫學的結合，自己平日也每天服用中藥「高麗參」與「桂圓」保養，一吃就是持續將近五十年³²，另外杜先生也保存有多年至各地購置的中醫書籍，大部分保存於現今的「杜聰明博士紀念館」（即故居），少部份在「高雄醫學大學圖書館」³³。民國七十五年（1986年）高齡九十四歲的杜先生於臺大醫院逝世，其對臺灣醫學的貢獻不僅卓著並持續著深遠的影響力。

杜聰明先生可謂臺灣中西醫學結合的先驅與領航員，在距今至少九十年前便產生了應用現代化的科學研究，對中醫藥進行瞭解、驗證及篩選的構想，雖然其以臨床治療試驗為主的研究規劃遭受阻礙未能完全落實，但豐碩的中藥、草藥實驗研究成果至今仍令人欽佩。但我們亟欲瞭解的是，杜先生在當代具有領先性、

31 杜聰明：《杜聰明言論集 第二輯》，頁 485。

32 杜祖智編：《杜聰明先生榮哀錄》（臺北市：財團法人杜聰明博士獎學基金會，1986），頁 12。

33 杜聰明：《杜聰明言論集 第三輯》（臺北市：財團法人杜聰明博士獎學基金會，1972），頁 278。



前瞻性及創造性的中西醫學結合理念，成形於什麼樣的背景？孕育著什麼樣的特色、內涵及應用推展？為何始終沒能取得如屠呦呦的研究一般令國際重視的成果？其原因何在？而其理念與推展對臺灣日後的中醫藥研究或中西醫學結合的發展有哪些影響與啟示？

為解答上述問題，我們一步步地由各層面探討杜先生的中西醫學結合理念，包含其形成的背景與內涵特色與應用推展，並試圖從其歷程與經驗中歸納出未來臺灣與世界發展中西醫結合醫學值得參考的啟發。



第二章

杜聰明中西醫學結 合理念形成之背景

每個理念的形成，如同一款佳茗或美酒一般，需要特殊時空背景與環境條件的醞釀！當研究者回顧某個特別理念的形成與發展時，不應將原因單一地歸於某人或團隊的天資聰穎、高瞻遠矚或勤奮努力而已，而是希望能將具這樣理念的人物回歸其產生的時空中，探究其初衷、源流、環境、科技條件及歷史背景，才能較全面地理解並體會此理念形成的意義，作為歷史探討與日後發展的借鑑³⁴。因此，在基礎的問題形成之後，我們希望能將杜聰

34 此想法源於劉士永先生於〈杜聰明對臺灣藥物戒癮治療的貢獻〉（《20世紀臺灣歷史與人物 第六屆中華民國史專題論文集》，臺北：國史館，2002），頁423-424提出的看法：

一味地將其貢獻單純地歸因於個人的聰明才智，卻也忽略了杜聰明在歷史脈絡中應有的定位。杜聰明的成就不僅有個人智慧與努力的成份，也有大環境促成的背景動力。

如同許多的醫學成就一般，杜聰明在鴉片戒癮治療的貢獻上，也有其時代的條件因素和理論基礎。從歷史研究的觀點來說，本文希望把杜聰明的貢獻回歸於歷史脈絡裡。畢竟杜聰明醫藥戒癮的貢獻除在醫學與社會的意義外，也提醒歷史研究者如何在「天時、地利、人和」三者間尋求一個解釋的平衡點，把一個傑出的歷史人物，置放在他應有的時空條件中。於此，歷史研究才有鑑往知來的意義，而臺灣醫學史的書寫，也才不會僅僅是醫學名人傳的堆砌而已。



明先生及其提出中西醫學結合之「中西醫一元化」理念，回歸到當年的時空背景中，透過瞭解當時中西醫學發展內涵、環境條件及其學習成長的歷程，以發掘其「中西醫一元化」理念醞釀與發生的過程。

第一節 近代中西醫學與漢醫的發展及轉變

長久以來作為東亞醫療主力的中醫，遠從先秦時期便已有相當成熟的理論學說，加上漢代與魏晉時期臨床醫學的發展，中醫藥自此奠定從理論到治療的穩固基礎。隋唐時期因政府與民間的努力，逐步歸納與整理歷代以來的臨床驗證資料與經驗；宋金元時期除政府啟動的歷代典籍與驗方統整，使得醫藥資料豐富累積外，時間、地域造成社會經濟生活差異等條件，導致醫學流派逐漸成形；明清以後，則因疫病流行與印刷術的興盛，使醫學資料更方便取得，不僅讓檢討過去醫學內涵的新說漸興，也帶動了考證醫學的發展。

近代中國醫學遭逢中西醫交會所產生的轉變，已於前章略做介紹，由於近代中醫與西醫的交會與轉變不只在中國發生，與日本關係緊密的臺灣更是深受影響，本節將針對近代西方醫學的發展與變革，以及發生在日本和臺灣的近代醫學轉變為主體，來瞭解杜聰明先生理念形成的時空背景。



一、西方醫學發展簡介與近代的大變革

幾個世紀以來，西方科學與文明在世界快速地傳播與興盛，使西醫成為領導世界各國醫療發展的主力，也成為近一個世紀以來多數國家的主流醫學，即使是臺灣或多數原以東亞文化及醫療為主的國家，也離不開這個歷史的趨勢！現代的西方醫學，也具有從傳統逐漸演變而現代化的過程，許多醫學史與醫療史著作可略見一斑。

西方醫學的遠祖可追溯至古希臘羅馬時期。古希臘時期的醫學與宗教有著非常密切的關係，現今用來代表西方醫學的圖騰——「蛇杖」，便是古希臘時期醫神的一種象徵。隨著文明與歷史的進展，原與宗教關係密切的古典西方醫學，受到來自蘇格拉底（約西元前 469-399 年）以降自然哲學理論的影響，認為人體的健康和醫學的原理，當與自然宇宙運作的法則相呼應。西元前四至五世紀（約為中國歷史之戰國時代），古典西方醫學之父——「希波克拉底」（約西元前 460-370 年）奠定了以人為整體，並訴求自然運作原則的「體液學說」。此學說成為日後古典西方醫學理論的主體，並透過古羅馬時期醫家蓋倫（Galen 或 Claudius Galenus，130-210 年，約為中國歷史之東漢末期）與阿拉伯醫家阿維森納（Avicenna，980-1037 年，另稱「伊本西那」，約為中



國歷史之北宋年代）的發揚與整理融合，對古典西方醫學產生深遠的影響。也因這些特色，此階段的西方醫學在觀察人體、健康與疾病的出發點和古代中國醫學頗有相近之處。

十六世紀後的西方醫學進展路線。因文藝復興與科學的發展，出現了许多變革。解剖學在十六世紀歐洲文藝復興的過程中漸漸興盛，「解剖學之父」維薩理（Andreas Vesalius，1514-1564 年，約為中國歷史之明代嘉靖年間）與發現血液循環的哈維（William Harvey，1578-1657 年，約為中國歷史明代萬曆至明末間）可為代表。十七世紀，科學的進展與新儀器的發明帶動西方醫學的進步，如顯微鏡與溫度計的發明，自此成為西方醫學觀察上的有力工具；而無機化學的興盛，增加了臨床可用的藥物。十八世紀的醫學，則是許多醫家在過去解剖學的知識上，透過實驗進行生理學的探討，特別是一些有關神經系統的瞭解。

十九世紀是近代西方醫學飛躍與主流化的年代。西方醫學一方面透過物理、化學等基礎科學的發展而快速提升，如應用物理原理的身體檢查、顯微鏡、聽診器、扣診等臨床檢查方法，及 X 光的發現和應用等均是，且這些應用仍持續至今日；又如，應用顯微鏡探究人體細部構造在正常、疾病狀態的結果，使組織解剖學、病理學長足進展；而應用同樣的工具探查疾病致病原的結果，也使微生物學快速發展，著名的巴斯德（Louis Pasteur，1822-



1895 年）與科霍（Robert Koch，1843-1910 年）均是代表，也奠定此時西方醫學鎖定病原體治療之特色，也讓外科手術因抗菌、無菌的發展，在療效上有長足的進展。除物理外，此時的化學因有機化學與分析化學的發展，使得實驗醫學、生物化學、生理學、藥物學（如化學療法及麻醉藥的發明）隨之進步。而對病原體研究的結果，配合統計學的發展，也讓探討疾病流行特色、分布及預防的公共衛生學，在此時打下基礎。

另一方面，此時期的西方各國因科學、工業及經濟的強盛而發展海外殖民地，影響力漸深及東方世界，作為西方文化與科學傳播一份子的西方醫學，也隨著西方列強的殖民腳步，一步步進入東方各國的政治、衛生、環境、學術與生活應用中。二十世紀以後的西方醫學繼承十九世紀的基礎，並進行更「微觀化」的發展，除了對於各種病原體與更細微的「病毒」認識更清楚外，也從細胞的層次以下，「微觀」地往各種生化分子結構、生化反應、基因體的世界發展，新的微觀生理、病理、藥理的發現與臨床應用，強化了西方醫學對疾病控制的能力，而抗生素、血清、疫苗的興盛，更讓西方醫學大幅改善了此前治療病原體疾病效率有限的局面。近來的西方醫學，除原本微觀方向的進展外，也積極致力於各種相關疾病與治療的大數據、資料庫的建立，一步步將醫學的範圍與層面完整化。



而杜聰明先生學習與醫學研究的基礎，大約延續著十九世紀末與二十世紀前中期的醫學特色，此時的醫學正處於微生物學與實驗醫學發達的黃金階段，當代各式各樣的病原體迅速地被發現，基於病原與疾病的認識，已有阻斷疾病傳染等公共衛生的方法被大量採用，但相對應的治療才剛要起步。

二、日本漢方醫學的發展與近代的轉折

早期的日本漢方醫學源於遣隋使、遣唐使從中國、朝鮮帶回的中國醫學，一直到十五世紀末期（室町中期，約中國歷史的明代），都屬日本醫學發展的前期，並未具有獨特性的創造出現³⁵。1498年，自明朝留學回日本的田代三喜（1465-1537年），帶回明代流行的「金元李朱醫學」，即金元四大家中「李東垣」（1180-1251年）與「朱丹溪」（1281-1358年）之學派。其弟子曲直瀨道三（1508-1595年）去除其中認為屬空泛理論的內容，讓此後的日本漢方醫學成為容易操作、適合日本人的「簡約」醫學³⁶！自此，日本漢方醫家跳脫了過去的模式而能有所創造，此源於曲直瀨道三的流派便為當代的漢醫主流—「道三流」或稱「後世派」。

35 詳參〔日〕大塚敬節著，邱年永譯：《漢方醫學》，頁72-76。

36 詳參〔日〕大塚敬節著，杜聰明譯：〈日本漢方醫學之變遷〉，收錄於杜聰明：《中西醫學史略》，頁443。



德川時代中期，日本漢醫除「道三流」外，尚有不少推崇金元時期「劉完素」（約 1100-1180 年間）與「張子和」（約 1151-1231 年間）的學派，奉行《黃帝內經》、《難經》中有關陰陽五行、五運六氣、臟腑經絡等學說，以及探討易經與醫理的醫家，或稱「後世別派」。但虛玄理論未必有裨於臨床醫療操作，故而出現了反對金元醫學的「古方派」，其對中醫藥理論之陰陽五行、運氣論、臟象、經絡、引經報使等學說均視為迷信而大力排斥，認為應回歸古典的實際臨床操作，並獨尊《傷寒論》³⁷。

古方派的學說對往後的日本漢方醫學影響非常深遠！其鼻祖「名古屋玄醫」（1628-1696 年）因研究清末名醫「喻嘉言」（1585-1664 年）的著作，而極力提倡《傷寒論》³⁸；「吉益東洞」（1702-1773 年）排斥臆說及想像，認為成書於漢代的「今本《黃帝內經》、《神農本草經》、《難經》等等，都是唯以陰陽五行相生相剋論病，純屬脫離實際的臆見，而不是針對疾病之所在的明白之治」³⁹，從而將古方派的醫學操作與中醫藥基礎理論切割開來，捨棄傳統中醫作為基礎的生理、病理及中藥性味歸經學說，

37 參〔日〕大塚敬節，杜聰明譯：〈日本漢方醫學之變遷〉，收錄於杜聰明：《中西醫學史略》，頁 443-444、〔日〕大塚敬節著，邱年永譯：《漢方醫學》，頁 76-81。

38 〔日〕大塚敬節，杜聰明譯：〈日本漢方醫學之變遷〉，收錄於杜聰明：《中西醫學史略》，頁 444。

39 廖育群：《遠眺皇漢醫學—認識日本傳統醫學》，頁 90。



推崇純粹觀察、經驗與實踐，一切依照實事與經驗，捨去傳統中醫脈診，而重視腹診，並以「傷寒雜病論」為依歸，發展出「方證對應」的臨床操作方法！

古方派致力於歸納、整理《傷寒論》記載的方藥與其相對應的症狀，也因考證經典的盛行，「考證學派」也從古方派中變化而出。由於古方派醫家認為「證」是臨床症狀的總和，「方證對應」就是從臨床觀察患者的症狀後，將症狀的總和依照從《傷寒論》與方書中所整理出來的對應方藥來施治。也因為「方證對應」的臨床治療模式，不涉及傳統中醫的生理、病理及中藥性味歸經理論，醫者只需將臨床上所觀察到的「症候群」，依照書中與經驗所「搜集歸納」的湯證、藥物配對即可，操作十分簡易，但卻與傳統中醫的治療模式有非常大的不同，特別是其對中醫藥基礎與臨床理論的架空，讓古方派系統的漢醫只剩「經驗」與「對應」的操作。儘管如此，但因「方證對應」操作便利而影響極大，此後的日本漢方醫學基本上均不出其規範，所以日本漢方醫家大塚敬節（1900-1980 年）便認為：

東洞把複雜的中國醫學簡約化，且將脈診捨去，專以重視腹診，使日本獨自的腹診法發達起來，並使中國醫學日本化，實際上東洞所負任最多。以致東洞流的古醫方派人們很快地風靡於天下，東洞的醫學是將其簡約，使適合日本



人之性格一致，為他成功的原因之一。東洞以降的日本漢方醫學，莫不以東洞流所規範，無論其診斷法，或是治療法，與其具藥效有關的處方，莫不受到東洞的影響。⁴⁰

十七、十八世紀的日本醫學，除了從傳統中醫簡化演變而作為主流的漢醫外，也出現了來自西方醫學的影響與演變。此時因日本開放荷蘭為唯一的貿易國，使當代的西方醫學，諸如解剖學、外科手術、顯微鏡、西藥、醫學著作等（十七、十八世紀的西方醫學特色可見前述），以荷蘭傳入的西方醫學為主體（稱為「蘭醫」）逐漸進入日本，而部分的漢醫也吸取蘭醫知識而為「漢蘭折衷派」⁴¹。是故，日本漢醫雖源於傳統中國醫學，但歷經中醫藥理論簡化、架空及蘭醫的影響，漢醫已演變成具日本獨特色彩的醫學，而與傳統的古典中醫有相當的不同。

十九世紀中期以後，日本醫學隨其政治、文化發展而積極西化。明治維新開啟積極效法西方列強的改革，也以政策確立日本的醫學以效法德國醫學為主流⁴²，利用政治的力量擺脫其傳統的漢方醫學。因此除了積極設立西醫學校外，明治十六年（1883年）

40 〔日〕大塚敬節著，邱年永譯：《漢方醫學》，頁 88-89。

41 廖育群：《遠眺皇漢醫學—認識日本傳統醫學》（臺北市：東大圖書，2007），頁 160。

42 綜合參考：1. 范燕秋：《疾病、醫學與殖民現代性—日治臺灣醫學史》，頁 66-67。2. 杜聰明：《中西醫學史略》，頁 456-457。



更發佈國內的「醫師免許規則」，其規定：

試驗科目：規定如左，前期試驗科目：第一、物理學。第二、化學。第三、解剖學。第四、生理學。後期試驗科目：第一、外科學。第二、內科學。第三、藥物學。第四、眼科學。第五、產科學。第六、臨床試驗⁴³。

透過醫師考試科目的西化，對傳統漢醫的傳承造成重大影響，漢方醫家大塚敬節便坦言：

漢方醫之門下生，如何認真念「黃帝內經」、「神農本草經」、「傷寒論」，與該試驗全無關聯，到底不能及格，因此苟有意做醫師，非學修西洋醫學不可，學得西洋醫學得到醫師以後，漢方醫術開業則一任本人之自由。對漢方醫來說，該頒佈當然是致命傷的法令，如是養成後繼者之道全被杜絕的漢方醫，當然面臨自滅的命運⁴⁴。

然而，對日本的漢醫藥而言，雖然直接的漢醫傳承可能因政策因素而逐漸滅絕，但漢藥卻因為學習新式醫藥的研究學者與臨床醫家的態度和認知，走向與漢醫傳承不同的路徑。由於幕府末年到明治初期，帶領日本醫學走向西化、德化的醫藥學家，大部分來自封建時期的世家子弟，多數為幕府侍醫或町醫世家的後

43 大塚敬節：〈日本漢方醫學之變遷〉（《中西醫學史略》，杜聰明譯），頁 448。

44 大塚敬節：〈日本漢方醫學之變遷〉（《中西醫學史略》，杜聰明譯），頁 448。



人⁴⁵！而這些人的家族長年熟習漢醫與蘭醫，特別是漢醫藥已在演變中，將中醫傳統理論簡化並轉為追求證候與方藥的醫學。是故在這些留外回歸的醫藥菁英眼中，漢醫藥的理論當然無法和西醫生理、病理的學問相提並論，但漢藥卻是由許多實用的本草藥物構成，在體系上可將「漢藥」認知為「生藥學」的範疇，而「生藥」與「西藥」的差異僅在有無經過製法改變藥材的原貌而已，因此「生藥」可作為「西藥」的來源，「漢藥」可作為「生藥」研究的大宗。

因此在藥物資源缺乏的當代，日本醫藥界相當重視「生藥」的研究與應用，如著名的大井玄洞（1855-1930年）、高橋順太郎（1856-1920年）、下山順一郎（1853-1912年）、朝比奈泰彥（1881-1975年），以及高橋的門生一森島庫太（杜聰明先生的老師）、林春雄（1874-1952年）等人均有非常重大的貢獻，「生藥」的研究不僅延續了「漢藥」的生命，更透過「日本藥局方」的編定，轉變為西醫可用藥物的一部分⁴⁶。而這個轉變也在日後影響了到日本留學的杜聰明先生。

總之，日本近代西化與現代化的轉變，使國力與影響力大增，

45 劉士永：《武士刀與柳葉刀—日本西洋醫學的形成與擴散》（臺北：臺灣大學出版中心，2012），頁 63-67。

46 相關論述參考劉士永：《武士刀與柳葉刀—日本西洋醫學的形成與擴散》（臺北：臺灣大學出版中心，2012），頁 63-74。



成為往後清末與民國政府效法和模仿的對象，而積極引進日式制度的結果，也讓近代中國的中醫面臨巨大的考驗，而當時為日本統治的臺灣，其醫療環境更是直接承襲日式醫學而有重大的轉變。

三、日治時期的臺灣醫政與醫療轉變

日據之前，臺灣的主流醫學是由漢人從中國大陸帶來的中醫藥，清代開港通商後雖有少數教會醫院的成立，但仍以中醫藥為大宗。日治後，明治二十九年（1896年）臺灣總督府發佈「臺灣醫業規則」，第一次管理臺灣醫業發展，但此條款僅針對日本籍的醫師，對臺灣本土醫者尚未有所處置⁴⁷。明治三十四年（1901年）「臺灣醫生免許規則」發布⁴⁸，要求在臺的醫療從業醫生（大部份是傳統的漢醫），都要在期限內向地方官申請許可，經認可後方給予許可證，逾期便不再發放認可，最後通過考核或考試的漢醫共有 1,903 位⁴⁹。由於日治政府利用此條例管理舊醫，並且僅此一次認可，「之後決定不再給予許可，因而能夠逐漸地以修習西洋醫學的醫師來取代漢醫生」⁵⁰的政策，配合傳授西醫的醫

47 范燕秋：〈日治前期臺灣公共衛生之形成（1895-1920）〉，頁 227。

48 日治時期的漢醫屬於「醫生」的範圍，而真正受過西方醫學訓練、通過考試者才為「醫師」。「臺灣醫生免許規則」之內容詳參張秀蓉編註：《日治臺灣醫療公衛五十年》，頁 330-331。

49 范燕秋：〈日治前期臺灣公共衛生之形成（1895-1920）〉，頁 238-239。

50 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（三十）〉，《臺灣民報》頁 12，1929 年



學校成立，逐漸培養新一代的醫師接班人，而漢醫「每年有二、三十名醫生死亡而陸續遞減」⁵¹，讓臺灣也於此時與日本國內共同走向漢醫漸減的未來，所以「昭和三年（1928年）六月末，全島的醫生數量僅存四百四十名，其中年紀最輕的也已經超過四十八歲」⁵²！但有趣的是，日治政府的自然淘汰法讓臺灣擁有許可證的漢醫生大為減少，但民間對中藥的使用卻反而增加：

但和這個趨勢相反地，藥種商的數目卻逆勢地增加。在明治三十二年底，藥種商有 1,097 家，在明治三十四年擬漢醫制度時有 1,604 家，大正九年 3,199 家，昭和三年十二月 2,819 家⁵³。

提供中藥的中藥商數量攀升，不僅反映了臺灣民眾的需求，或許也反映當代西醫臨床療效仍有不足，而對中醫藥未能割捨的情況，因此昭和三年（1928年），由民間自主成立「東洋醫道會」臺灣支部，爭取臺灣漢醫藥權利，支部長由臺北市乾元藥行的陳茂通擔任，不僅發行雜誌、講義，並廣招會員，籌畫請願運動，向日

3月24日。

51 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（三十）〉，《臺灣民報》頁12，1929年3月24日。

52 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（三十）〉，《臺灣民報》頁12，1929年3月24日。

53 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（三十）〉，《臺灣民報》頁12，1929年3月24日。



本當局多次提出恢復漢醫的請求⁵⁴。

值得注意的是，臺灣的傳統醫療在日治政府仿效日本國內的主導政策下，企圖將醫療主體由過去的中醫轉換為西醫，雖使得民間有執照的漢醫銳減，但中藥的需求反而逆勢發展，此種情況，除了成為日後杜聰明先生決心進行中醫藥研究的因由之一⁵⁵，也隱含了當代日式西醫藥學者對中藥的態度，也就是「漢藥」可作為「生藥」，「生藥」經過研究與製造後可成為「西藥」的一部分！或許這也就是臺灣的「中藥」並沒有如「漢醫」一樣，被政府用法規限定必須漸減的原因，雖因此給了臺日「漢醫」一些喘息與生存的空間，但也帶來了中醫、中藥被迫分離的窘境。

在西醫的發展方面，日治時期由於政府效法德式醫學系統，醫學研究領域重視細菌學與實驗室醫學，醫學教育領域則以講座制與實驗醫學為主，醫政領域則重視國家衛生推展。1930年代，日本因帝國主義擴張而有戰事需求，對於華南、南洋等戰場流行的熱帶疾病更為重視，特別是瘧疾等，也因此熱帶醫學成為日本學界重要的研究課題，並在風土相近的臺灣設置「熱帶醫學研究所」，除研究疾病外，也研究治療方法與生藥。

54 關於臺灣東洋醫道會的活動詳參莊永明：《臺灣醫療史》，頁179及林昭庚、陳光偉、周珮琪：《日治時期（西元1895-1945）的臺灣中醫》，頁309-318。

55 詳參杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（三十）〉，《臺灣民報》頁12，1929年3月24日。



這些醫學轉變的過程和結果，不斷默默且深深地影響十九世紀末期至二十世紀中期的東亞醫學，而在臺灣活躍於日治時期和戰後，從事醫學研究與中西醫學結合的杜聰明先生，也自其接觸醫學之始，便浸淫在此醫學歷史變遷的洪流中，以上述背景為基礎，創造日後「中西醫一元化」的理念與規劃。

第二節 當代環境與成長背景的影響

一、當代衛生、傳染病及中西醫療水平的情況

位於熱帶及亞熱帶而四面環海的臺灣，氣候潮濕悶熱，有史以來即被視為「瘴癘之地」，盛行許多熱帶傳染病，是故明末、清代至日治的歷史有許多臺灣風土流行疾病的描述與統計，如荷西時期（1624-1662 年）的普羅民遮城便有疫病爆發導致居民死傷慘重、甚至暫時遷移躲避的記載⁵⁶；明鄭（1662-1683 年）至清領末期（1683-1895 年），臺灣主要的傳染病則有瘧疾、痢疾、登革熱、霍亂、鼠疫等⁵⁷。

甲午戰後（1895 年）臺灣為日本統治，日治初期對許多初來

56 詳參哈鴻潛、高田：〈荷蘭據臺時期之醫學〉，頁 149。

57 劉翠溶、劉士永：〈臺灣歷史上的疾病與死亡〉，《臺灣史研究》4.2（1997），頁 91-100。



臺灣的統治階層而言，武裝抗日並非最棘手的問題，反而臺灣盛行的各式傳染病更為可怕⁵⁸，如瘧疾、鼠疫、霍亂與痢疾等，不僅造成征臺日軍的重大損失，連統軍南征的北白川宮能久親王都因感染霍亂而死⁵⁹！據前臺北帝國大學醫學部部長小田俊郎（1893-1989年）先生的記載，日治時期臺灣的流行疾病有：鼠疫、瘧疾、赤痢（即阿米巴痢疾，多併發肝膿瘍）、霍亂、傷寒、副傷寒、結核病、天花、流行性腦脊髓膜炎、登革熱、恙蟲病、寄生蟲（肺吸蟲、橫川吸蟲、蛔蟲、鞭蟲、蟯蟲等）、梅毒、癩病（癲瘋病）、蛇毒、鴉片以及甲狀腺腫⁶⁰，上述除最後三種疾病外，其他均為細菌、病毒或寄生蟲為主的傳染病，甚至日後連杜聰明先生自己，也是登革熱的受害者之一⁶¹。

面對這些傳染病，當代中醫與西醫在認識的切入點與治療處置有先天上的不同。對中醫而言，因多數傳染病初起時常會有發熱表現，故在中醫體系中多將這類疾病歸於「外感熱病」的範疇，歷代醫家除了常應用源自漢代「傷寒雜病論」的「傷寒學」作為疾病診治的參考與依據外，明清後漸興的「溫病學」更是在此時

58 張秀蓉編註：《日治臺灣醫療公衛五十年》，頁 154。

59 〔日〕小田俊郎著，洪有錫譯：《臺灣醫學五十年》，頁 1-5。

60 詳參〔日〕小田俊郎著，洪有錫譯：《臺灣醫學五十年》，頁 29-40。

61 杜祖智：《杜聰明先生榮哀錄》（臺北市：財團法人杜聰明博士獎學基金會，1986、2011），頁 11。



期成為各種疫病治療的參考體系，而不同的學派也因不同的看法常有論爭。對當代西醫而言，此時的病原體學說由於工具的進步而方興未艾，傳染病的病原體研究成為當代西方醫學的顯學，臺灣因獨特的氣候與風土構成的傳染病環境，為當時積極效法德國的日本醫學，在病原體研究提供很好的發揮空間，也因此吸引不少優秀日本學者主動來臺研究⁶²，如日後積極培養杜聰明先生的總督府醫學校校長崛內次雄先生（1873-1955 年）便是其一，不只在鼠疫研究中取得成果，更培訓杜先生在研究生涯初期往細菌與寄生蟲學方面鑽研，甚至也因為他自己的經歷與選擇，為杜先生打開了「在地化」醫學研究的主題思維！

但可惜的是，儘管此時期的中醫與西醫面對這些疫病有各自的應對方式，但因時代條件的限制，臨床成效常有所不足。以當代臺灣的西醫而言，雖日治政府利用法規確立西醫的正統與主導地位，但日治前期從事西醫的人數卻相當有限，儘管有醫學校的設立不斷地培養新血，但民間的普及性與便利性不足，仍讓多數患者無法得到西醫的幫助；同時現今西醫面對細菌或寄生蟲感染最常使用的抗菌藥或抗生素，也是直至二十世紀中期左右才逐漸於臺灣興盛起來，也就是說整個日治期間的西醫，尚未能普遍應用良好的武器來做傳染病治療，其間雖有血清的應用，但療效往

62 〔日〕小田俊郎著，洪有錫譯：《臺灣醫學五十年》，頁 67。



往有限，例如 1896 年臺灣鼠疫大流行，因療效有限使患者死亡率非常地高，總督府迫於嚴峻的形勢邀請臺灣的漢醫，如黃玉階先生等人投入疫病的治療與預防工作，在臺北使用中醫藥治療「斑痧症（Dengue fever；登革熱，早年臺灣民間稱為斑痧或天狗熱）」及「百斯篤（Pest；鼠疫、黑死病）」，儘管並非是正式的統計，但據民間記載，經中醫藥治療而痊癒者高達數千人⁶³！相對此情形，日治政府與醫界在面對這些疾病時，多是在醫政上推行衛生政策進行預防工作，並透過細菌學或原蟲學等實驗醫學的結果與衛生政策相結合，從事國家醫療及公共衛生情況的改善，並對日後臺灣整體衛生條件影響深遠。

而當代臺灣的中醫在日治初期仍是民間仰賴的醫療系統，儘管在中國歷代以來面對這些傳染病已有相當豐富的經驗與完整的診療理論，但因當時民間缺乏有系統的教育傳承系統，導致從業人員普遍素質低落成為整體療效不一致與不穩定的最大癥結。以明治三十年（1897 年）日治政府調查臺灣醫生人數的結果（參表 2.1）可知，此時臺灣的中醫尚未被法規所限定，且調查時間離臺灣割讓不久，可視為日治初期臺灣的醫療從業狀況，其中可見漢醫（中醫）相較於洋醫（西醫）為絕大多數，但其中較有水準的

63 不著撰人：〈黃玉階先生略傳〉，《漢文臺灣日日新報》二版，1911 年 2 月 18 日。
「百斯篤」為日人稱鼠疫之名。丸山芳登於《日治時期臺灣醫療公衛業績》中，認為斑痧為登革熱，詳參張秀蓉編註：《日治臺灣醫療公衛五十年》，頁 230。



僅約百人左右，多數停留於沿襲秘方或知識不足的狀態，如接骨師、青草先生等，這與明清年間大陸各地的「鈴醫」，即走方郎中的系統較為接近。由於能代表完整傳承傳統中醫藥內涵的中醫藥人員不多，也讓整體的臨床療效表現出現相當大的差距，並成為反對中醫藥之西方醫學支持者，攻擊中醫藥的口實，普遍認為中醫藥從業人員不僅缺乏系統性的醫學教育，甚至缺乏一般的知識水準，類似的批評在這段中西醫學交替的歷史中反覆出現，甚至日後杜聰明先生與啟源的論戰中也可見一斑⁶⁴。

表 2.1 西元 1897 年臺灣土人醫生人員數⁶⁵

縣廳別	洋醫	漢醫			
		良醫	儒醫	世醫	時醫
臺 北 縣	5	194			
臺 中 縣	5	6	3	229	
新 竹 縣	1	5	11	77	69
臺 南 縣	9	14	40	20	83
鳳 山 縣	4	4	7	136	
嘉 義 縣	0	38			
宜 蘭 廳	0	62			
澎 湖 島 廳	0	17			
臺 東 廳	0	1			
總 計	24	1,046			

64 詳參杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（三）〉，《臺灣民報》頁 12，1928 年 9 月 16 日。

65 資料來源：張秀蓉編註：《日治臺灣醫療公衛五十年》，頁 388。另外在莊永明：《臺



臺灣因氣候、風土成為多種熱帶傳染病盛行的地區，使得不論是在民間作為主流的中醫藥，或日治政府大力扶持的日式西醫，都面臨此困難的挑戰。中醫對於罹病患者的療效雖有時頗有佳作，甚至讓醫政面向反對中醫的日治政府邀請中醫對患者施治，可惜的是當代中醫仍因整體平均素質不佳，限制了整體療效的表現。而由日治政府大力扶持的西醫，因科學研究的進展與德式醫學的影響，在病原體研究與公共衛生的投入取得不錯的成就，但對於罹病患者的治療卻相對有限制。不禁使人設想，若當時中醫、西醫能在面對重大疫病能有機會共同發揮所長，讓醫療重新回歸到解決患者問題與促進健康的原點，是否能成為中西醫學得以結合、發揮的起點，而不只是在臺北鼠疫的防治中曇花一現？

杜聰明先生身處當代臺灣，親身經歷這些疫病的發展傳播，也參與並且見證中、西醫的防治效果，應屬於具有較客觀觀察角度的醫學研究者，日後的確也見到其規劃並進行針對這些傳染病的中醫藥現代研究。令人好奇的是，杜先生對中醫藥的療效觀察與興趣又是從何而來？對於當代普遍認為不科學或是低水準的中

灣醫療史》，頁 173-174 有另一統計版本，茲引如下：

博通醫書、講究方脈，有「良醫」之稱者：29 人

儒者而懸壺稱「儒醫」者：91 人

操有秘方稱「祖傳世醫」者：97 人

稍有文字素養，從醫家傳習若干方劑稱「時醫」者：829 人

從外國教會習得若干西醫術者：24 人



醫藥，其深厚的信心與興趣是從何建立的呢？

二、家庭背景與黃玉階對杜聰明的影響

1. 黃玉階先生的中醫資歷

黃玉階先生⁶⁶（1850-1918年），字莫華，道號運輝，清道光三十年（1850年）生於彰化縣大肚（今日臺中梧棲）⁶⁷，同治丁卯年（1867年）十八歲時進入先天道，二十歲時師從李清機先生學習中醫及佛學，六年後學成出道為人診病送藥⁶⁸，也投身先天道的傳教與醬菜業的經營⁶⁹，後來成為臺灣齋教先天道的領航人。清光緒十年（1884年）中法戰爭時，法軍進襲基隆、淡水，戰場

66 綜合參考：王一剛：〈黃玉階的生平〉，《臺北文物》5卷2、3期合編（1957），頁74-76、李南衡：〈近代臺灣中醫第一人—黃玉階先生〉，《醫望雜誌》3.2（1980），頁77-81、吳文星：〈倡風氣之先的中醫—黃玉階〉，張炎憲、李筱峰、莊永明等編，《臺灣近代名人誌 第一冊》（臺北：自立晚報社出版，1987），頁46-55、鄭喜夫：〈黃莫華先生年譜二稿〉，《臺灣文獻》41.1（1990），頁67-120、宋光宇：〈叛逆與勳爵—先天道在清朝與日據時代臺灣不同的際遇〉，《歷史月刊》74期（1994），頁56-64、李世偉：〈身是維摩不著花—黃玉階之宗教活動〉，《臺北文獻直字》第117期（1996），頁157-176。

67 關於黃玉階的出身背景，有不同的說法，另有一說為黃玉階出生於澎湖，自幼習得一身好武藝，年輕時因失手打死人而逃至安平，洗心革面，隨蕭鳳開習醫有成後，北上至淡水。詳參鄭喜夫：〈黃莫華先生年譜二稿〉，頁68-70。

68 不著撰人：〈黃玉階君小傳〉，《漢文臺灣日日新報》四版，1908年3月4日。

69 有關黃玉階的史料，詳參黃運輝（玉階）訂：〈講習第一日課程〉，王見川、李世偉等主編：《民間私藏臺灣宗教資料彙編 第二十三冊 民間信仰・民間文化》（臺北縣：博揚文化，2009），頁10-11以及同編中不著撰人：〈黃玉階的履歷〉，頁125-143。



及臺北更相繼爆發嚴重疫病流行，玉階先生因招募鄉勇從戎抗法，日後得清廷賞五品軍功，更在臺北治療猖獗的霍亂疫情，全治者達七、八百人⁷⁰，其醫學的造詣可見一斑。

清光緒二十一年（1895年，明治二十八年）臺灣割讓日本後，各地義軍興起與日本征臺軍的戰爭使全臺硝煙四起，而臺北也再度出現霍亂大規模流行，玉階先生也再入災區合藥施濟，並撰著《霍亂吊腳痧醫書》千餘本分送，經診治而「全活者千餘人」⁷¹，卓越的療效相對同時應用西醫的征臺日軍：罹患霍亂死亡 3,916 人、71.73% 的死亡率來看⁷²，玉階先生應用中醫藥治療霍亂的療效雖沒有確切的統計數字，但仍可能相當顯著。明治二十九年（1896年）五月，從臺南安平爆發出流遍全臺的鼠疫，據小田俊郎先生的記述，此次疫病主要為臺灣與中國的船隻貿易所帶來，嚴重的疫情使日治政府雖對防疫投入極多，但該鼠疫卻仍延續了二十二年之久，直至大正六年（1917年）才算真正撲滅，期間患者共有 30,101 人，死亡 24,104 人，死亡率超過八成⁷³！

明治二十九年（1896年），臺北鼠疫爆發，居住於大稻埕

70 不著撰人：〈黃玉階的履歷〉，頁 126。同見不著撰人：〈黃玉階君小傳〉，《漢文臺灣日日新報》四版，1908 年 3 月 4 日。

71 不著撰人：〈黃玉階的履歷〉，頁 126-127。

72 張秀蓉編註：《日治臺灣醫療公衛五十年》，頁 46、154。

73 詳參〔日〕小田俊郎著，洪有錫譯：《臺灣醫學五十年》，頁 17-28。



也是鼠疫流行核心地區的玉階先生，在疾病流行的開端便以中醫藥積極投入治療，也應任為「臺北縣臺灣人黑死病治療所醫務囑託」，治療斑痧症及「百斯篤」，痊癒者高達數千人⁷⁴。明治三十年（1897年），因玉階先生在臺北鼠疫的療效顯著，應鹿港紳民邀請至當地施診十多天⁷⁵，且於同年撰寫鼠疫治療心得：《疙瘩瘟治法新編》，並自費送印數千本併合藥發送。玉階先生先後擔任臺北縣避病所、仁濟醫院、茶商公會、保安醫院、安濟醫院醫師及傳染病預防委員⁷⁶。明治四十一年（1908年）豐原鼠疫爆發，玉階先生也應邀至當地：

臺中葫蘆墩自發生百斯篤以來，甚為猖獗，眾俱警駭無措。該地特識慈善紳商區長醫生等集議，請支廳長許可，聘本島素諳斯病著名之醫生到墩療治。支廳長甚喜，眾紳商及醫生等乃聯名函請臺北黃玉階君，並其徒葉鍊金兩氏到墩救治，全活甚多，歡聲載道，所謂善人到處皆春也。聞總督府亦派防疫醫山田氏在墩勤務。日前囑託黃玉階君在聖王廟內將衛生捕鼠預防傳染療治等法，一一演說詳明，眾

74 不著撰人：〈黃玉階先生略傳〉，《漢文臺灣日日新報》二版，1911年2月18日。另外，當時之斑痧症亦為鼠疫的表現，但丸山芳登於《日治時期臺灣醫療公衛業績》中，另認為斑痧為登革熱，詳參張秀蓉編註：《日治臺灣醫療公衛五十年》，頁230。而「百斯篤」為日人稱鼠疫之名。

75 鄭喜夫：〈黃莫華先生年譜二稿〉，頁76。

76 不著撰人：〈黃玉階的履歷〉，頁127-132。



醫生及各保正甲長等敬聽遵守。邇來患者漸稀，不日當可撲滅也。現兩氏在墩，尚未回北云⁷⁷。

玉階先生帶著習醫弟子投入鼠疫治療且療效甚佳，「黃玉階、葉鍊金兩內科醫，更為處方，其所活者甚多也」⁷⁸，終於使得豐原鼠疫得以於兩個月間逐漸平息⁷⁹，深受民間的信賴。且其於中醫藥的人材培育也不遺餘力，門下出現有許多當代著名的漢醫，除上述的葉鍊金外，還有陳自新、陳直卿、陳迪卿、尤子樵、王成渠（部分做「余成渠」）、周儀塏等人，均出自玉階先生門下⁸⁰。

此外，因玉階先生常閱讀《萬國公報》接收世界新知，其對西方醫學也有相當的熱誠，在其於大稻埕成立的「漢醫研究會」，除研討中醫藥外，更延請日本公醫一同研究西方醫學⁸¹，也讓其弟弟—黃瑤琨（約 1874-1925 年）進入醫學講習所（即後來臺北醫學校的前身）學習西醫⁸²，養子黃則許也曾進入醫學校學習⁸³。

77 不著撰人：〈陽春有腳〉，《漢文臺灣日日新報》二版，1908 年 5 月 19 日。

78 不著撰人：〈蟬琴蛙鼓〉，《漢文臺灣日日新報》五版，1908 年 6 月 23 日。

79 詳參林昭庚、陳光偉、周珮琪：《日治時期（西元 1895-1945）的臺灣中醫》，頁 35-43。

80 綜合參考：鄭喜夫：〈黃莫華先生年譜二稿〉，頁 77 及林昭庚、陳光偉、周珮琪：《日治時期（西元 1895-1945）的臺灣中醫》，頁 184。

81 范燕秋：〈日治前期臺灣公共衛生之形成（1895-1920）〉，頁 239-240。

82 不著撰人：〈臺灣公醫之嚆矢〉，《漢文臺灣日日新報》五版，1906 年 3 月 1 日。

83 不著撰人：〈有愧螟蛉〉，《漢文臺灣日日新報》五版，1908 年 2 月 28 日。



由於黃瑤琨於明治三十五年（1902年）成為臺北醫學校第一屆「唯三」畢業生⁸⁴，玉階先生在其畢業典禮發表演說致詞⁸⁵，可知玉階先生可為臺灣當代積極接受醫學新知的代表人物。

醫學以外，玉階先生致力於宗教傳道與社會風氣的改正事業，最著名的便是明治三十三年（1900年）成立「臺北天然足會」倡導改正纏足陋習；明治四十四年（1911年）成立「斷髮不改裝會」提倡剪除辮髮；而且長年擔任臺北監獄講師，對社會教化不遺餘力！也因諸般貢獻，玉階先生可稱為日治時期的臺灣漢醫第一人，使向來輕視中醫的日治政府，對他十分尊敬，除給予臺灣第一號的漢醫執照外，也讓他擔任臺北最繁榮的大稻埕區長兼大龍峒區長，並先後授勳六等、五等褒章，甚至玉階先生於1918年過世後，每年忌日官方報紙《臺灣日日新報》都會刊文紀念⁸⁶，表示其尊重。

2. 黃玉階先生對杜聰明先生的影響探析

杜聰明先生與黃玉階先生的關係，源於杜先生父母親對齋教先天道的信奉，因父母均奉玉階先生為「佛教上的指導者」⁸⁷，

84 杜聰明：《回憶錄》，頁40-41。

85 林昭庚、陳光偉、周珮琪：《日治時期（西元1895-1945）的臺灣中醫》，頁74。

86 詳參宋光宇：〈叛逆與勳爵—先天道在清朝與日據時代臺灣不同的際遇〉，頁56。

87 杜聰明：《回憶錄》，頁15。



且杜先生的母親更與玉階先生為「結義兄妹」⁸⁸，使得玉階先生的經歷在杜先生的成長歷程中發揮深遠的影響！

杜先生的父親—杜日鳳先生（1843-1902 年）信奉先天道並跟從玉階先生學習佛學，每年均多次訪問玉階先生，常帶自己種得的農產前往供奉。因玉階先生相當提倡教育，使農家出身的杜日鳳對於後代的教育十分重視，不僅讓長子與二子積極接受教育外，更將杜先生命名為「聰明」⁸⁹，便是要讓他好好讀書的意思，也因玉階先生對於傳統漢學與世界新知並重的觀念，可能也讓杜先生先接受漢文的學習後，繼續接受日式教育。所以，玉階先生對杜先生的影響，在其出生前已發揮作用，奠定其日後往學術方面進展的基礎！若缺少了玉階先生的影響，身為農家么子的杜先生或許有可能將繼續其農家祖業的傳承，而不是學術的研究。

除家庭先天的養成教育模式的影響，杜先生幼年時期因常年跟隨父母親前往大稻埕玉階先生的齋堂拜訪、禮佛，並往往往兩三天才回，如此長期頻繁的接觸，使得玉階先生與杜氏家族「非常親密」⁹⁰，也讓玉階先生對這位「義妹」之子灌輸了不少的關照與激勵，對此杜先生的弟子葉炳輝有相當明確的說法：

88 杜聰明：《回憶錄》，頁 6。

89 詳參杜聰明：《回憶錄》，頁 4、15。

90 葉炳輝著，許成章譯：《南天的十字星—杜聰明博士傳》，頁 7。



杜博士一家，因為與黃玉階一家同為茹素的佛教信徒關係，故非常親密。尤其是博士之母親，認黃玉階為義兄。其對待黃先生，比同胞兄更為尊敬。因此常帶博士過訪黃家，甚至滯留在那裡兩三天才回山去。在這個機會裡，博士得與此偉大人物接觸，在耳濡目染中，受了此人的莫大感化。那幼小的心苗，就不斷開始茁長著「將來一定要做一個像黃玉階先生一樣的偉人，來為社會盡力⁹¹。」

我小時候，最快樂的記憶，就是被母親帶著，由淡水坐著小輪船，到大稻埕去訪黃玉階先生，且在其家住兩三天的事。當時只要聽到「坐船」兩個字，我那小小心房就會跳個不停了。當一面看兩岸風景，一面溯江而向淡水河上流；直到踏上大稻埕，看到熱鬧的街市，這真是有趣極了。但是給我最強烈刺激的，就是黃玉階先生，黃先生每向我幼小的心靈，灌注了宏大的志望⁹²。

除了在幼年的激勵外，公學校畢業後欲繼續「升學」的杜先生，在選擇從醫的方向，或許也有來自玉階先生對年輕後輩影響的因素。當代因日治政府政策因素，限制臺灣人接受進一步教育的機會，杜先生當時公學校畢業後的升學選擇只有醫學校、國語

91 葉炳輝著，許成章譯：《南天的十字星—杜聰明博士傳》，頁7。

92 葉炳輝著，許成章譯：《南天的十字星—杜聰明博士傳》，頁7-8。



學校與農業試驗場等三個選擇，一般認為成績優秀的杜先生自然會選擇當時排名第一的醫學校報考！但除了這個排名的因素外，或許玉階先生對西醫友善的態度，以及積極讓年輕後輩進入醫學校學習西醫的選擇，也是影響的因素之一。如玉階先生年輕的弟弟黃瑤琨以及養子黃則許均是，且玉階先生對臺灣當時的西醫與教育相當地認同：

自洋醫之學興，世界多受其益。我國殷勤考究，精益求精，其效驗誠不可思議也。臺灣素尚漢醫，其庸劣貽誤者，間亦常有。改隸後醫院繁興，臺民就醫者，已日增加，雖風氣漸開，亦實效卓著使然也。政府軫念民生，特設醫學校，俾人肄習，距今已閱十餘年。其養成醫生，雖將滿貳百人，而為數尚少。故在各地開業，附近患者幸得治療。而僻壤遐陬，殊難普及。所以向學者之數，恒逾定額以上，徒抱向隅之歎，足見貴校興隆蒸蒸日上也⁹³。

黃瑤琨很可能就是作為玉階先生「義妹之子」的杜先生，繼續升學的模範。或許這也是為何日後杜先生自傳中，總是多次提到黃瑤琨事蹟的因由。

而玉階先生的中醫藥資歷，特別是應用中醫藥治療疫病的經歷，很有可能便是杜先生對中醫藥興趣的啟蒙！雖然現今很難從

93 不著撰人：〈醫學校畢業式〉，《漢文臺灣日日新報》二版，1911年4月16日。



杜先生流傳下來的著作中，找到這份興趣來源的明確說明，僅能從時間推知是從小便具有的興趣，而且也很少看到杜先生日後在論述中醫藥與醫學時提及玉階先生，但若仔細探究杜先生幼年與青年時期與玉階先生的來往，以及一些後續的規劃，仍有不少資料可供推敲！

首先，玉階先生因是擅長中醫藥的先天道領航人，其所在的堂口不僅是住家、傳教之所，也是施醫濟藥的地點。1893 至 1914 年間，從出生到赴日留學前的杜先生，經常出入並住宿玉階先生家，應很有機會看到或耳聞玉階先生使用中醫藥對患者進行診治的狀況與效果，甚或也常有機會與玉階先生門人接觸，而這段期間也正是臺灣日治初期鼠疫最為流行的階段⁹⁴，也是玉階先生活躍於鼠疫治療的期間。以此時空條件而言，經常拜訪中醫鼠疫治療聖手—玉階先生的杜先生，很有機會「耳濡目染」玉階先生及其門人以中醫藥處理流行疫病的療效，乃至參與中醫防疫的經歷，甚至在開始唸醫學校後對醫學有基礎瞭解的情況下參與相關的討論，從而開啟杜先生對中醫藥濃厚的興趣。或許也正是這樣的機緣，讓杜先生在日後討論中醫藥對疫病的療效時記述：

我覺得恐怕在霍亂及黑死病的治療方面，漢醫的處方是任何人都可以治療的，可是一個堂堂的西醫大國手卻只能夠

94 詳參張秀蓉編註：《日治臺灣醫療公衛五十年》，頁 150。



束手旁觀，患者幾乎都是死掉的⁹⁵。

文字中雖完全不見「黃玉階」三字，也不見杜先生說明其出現此觀察結論的因由，但其描述的「霍亂」及「黑死病」，正是其熟識的玉階先生應用中醫藥治療當代疫病的經驗。是故，對玉階先生應用中醫藥取得臨床效果的觀察，很有可能正是杜先生年幼時期對中醫藥興趣的來源。

另一個杜先生與玉階先生在中醫藥層面關係匪淺的證據是昭和三年（1928年），杜先生接受《臺灣民報》記者訪問時透露的「漢醫醫院計畫」，其中杜先生列舉所欲合作的漢醫名單：

必須藉助漢醫的力量，現在同意此計畫的有葉鍊金，余成渠，周先生，洪先生，尤子樵等人⁹⁶。

從上述名單來看「葉鍊金」、「余成渠」、「尤子樵」均為玉階先生門下弟子，而且玉階先生還有一位成名的門人「周儀塏」，所以若杜先生所提的「周先生」是「周儀塏」的話，這批願意與杜先生合作的漢醫幾乎全是玉階先生的門生故舊，若杜先生無過去與玉階先生及其門人根深蒂固的交情與往來，如何能與玉階先生的眾門生合作研究中醫藥？此事件也明昭杜先生與玉階先生密

95 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（五）〉，《臺灣民報》頁12，1928年9月30日。

96 不著撰人：〈關於杜博士漢醫醫院設立計畫 林嵩壽和其他有志之士願意捐獻一切的費用〉，《臺灣民報》，頁12，1928年7月1日。



切的往來，且對玉階先生一系的中醫藥內涵有所瞭解。

若杜先生的中醫藥興趣啟蒙在玉階先生，但其中醫藥內涵是否也來自玉階先生一系呢？此問題若從兩人中醫藥著作的內涵來看，答案應是否定的，原因在於兩人在中醫藥的認識有著相當不同的取向。以玉階先生的《疙瘩瘟治法新編》（書影舉隅詳見圖2.1）中〈臺灣黑死病時症論〉篇的內容為例⁹⁷：

蓋治病不究寒熱感受之異，論疫不察臟腑變化之原，必不能起死回生。臺島十餘年來，天時乾旱，地氣暫熱，冬時罕有真傷寒之病，而熱病四季皆有之，此則地氣之變也。今年夏秋少雨，熱氣潛伏地中，秋來金風飄盪，而鬱結癘氣隨涼風中人，一入經絡，阻塞氣管，氣閉則血凝，是以癘痧之症作矣。醫宜以解毒、活血、清熱之劑治之，而更以刮痧之法救之，雖危亦安。今年秋□，臺北有發黑死病，即方書所載之疙瘩瘟也。稽前明崇禎十四五年，經年亢旱，十六年通國奇荒，疫癘大作，而起疙瘩瘟，呼病即亡，人

97 關於黃玉階先生的中醫藥著作如《霍亂吊腳痧醫書》及《疙瘩瘟治法新編》目前是否仍有傳本的問題，一直是臺灣中醫歷史研究者關切的重點。在經過了多般訪查尋覓後，感謝鄭喜夫先生的牽線與林萬傳先生熱心提供所保存的《疙瘩瘟治法新編》影本一份，非常感謝二位前輩學者的熱心慷慨，使此珍貴文本得以再度面世，並讓後人有機會對玉階先生處理重大疫病的內涵與經驗進行深入瞭解。然而可惜的是，關於《霍亂吊腳痧醫書》一書，目前尚未能夠尋獲其蹤跡，是故，關於玉階先生處理霍亂的中醫藥理念，只能從其他片面的資訊得知，也期望未來能有機會，讓此珍貴的文獻面世，使玉階先生的智慧，在百餘年後的今日得以繼續傳播。



死數百萬，此則前代之事也。現今三年前，香港亦發此症，延及廈門、泉州各處，今年臺北則發於秋末。先死鼠而後死人，其故何也？蓋熱毒伏於地中，乘地氣發洩而上達，鬱結癘氣充塞上下，鼠伏於地，先感其氣而自斃。然人在氣交之中，呼吸不停，感觸最易。熱毒疫癘之氣，吸入肺胃，延及臟腑，以至三焦，穿經入絡，疙瘩隨病人臟腑偏盛之氣而發，將通身氣血閉塞不通而黑死矣。於血氣未敗之時，急進清瘟解毒之法，夫大寒以解熱，大清以消毒，行血以逐瘀，通氣以活絡，將通身疫癘熱毒之氣，從二便驅出，按穴敲刮，刺去惡血，以洩其毒，外敷清涼消毒之藥以消其核，而亦有生者。小生不才，不敢問世，然讀書臨症二十餘年，每存活人之念，今蒙政府大憲，體天地好生之德，憫念蒼生，著令設法救治，受命之下不勝惶恐，管見若此，僅述數語，冀採芻蕘云爾。

時 明治二十九年十二月 日

臺灣臺北縣臺灣人黑死病治療所囑託醫務漢醫黃玉階述⁹⁸

可知玉階先生認為，當代鼠疫在中醫的病因範疇中屬熱毒性的疫病，為「急重症」的範疇，而此病因的產生與天時、地理情況很有關係，而此病邪傳入人體的方式，也如多數中醫溫病一樣從口鼻而入，也因病邪的屬性使傳變十分快速，罹病後容易很快

98 黃玉階：《疙瘩瘟治法新編》（出版項不明），頁1-4。



地傳變而兼有「血分證」，使人體的陰血損耗並溢動，而有「黑死」的情形，故玉階先生多以清熱解毒、涼血活血，甚至刮痧等治法為原則，且大量運用寒涼藥「石膏」以退熱而聞名⁹⁹。

若運用現代醫學探討鼠疫一病導致「敗血症」或「敗血性鼠疫」的角度來探討玉階先生的病機推論，可發現其結果相當地符合！鼠疫桿菌感染可引起的嚴重敗血症，強烈的系統性發炎反應可能導致瀰漫性血管內凝血、出血、敗血性休克及多重器官衰竭，死亡的患者因皮膚可見多發性皮下出血所形成的黑斑（Plague），故有「黑死病」的稱呼¹⁰⁰。而玉階先生用以分析鼠疫病因、病機及治法的概念，多源自明清時期成形的「溫病學」內涵。

99 不著撰人：〈照身鏡／活人新方〉，《漢文臺灣日日新報》版四，1909年8月8日。其中記載：

領臺後一二年，臺北鼠疫大起，死者相望。漢醫獨黃玉階氏首唱涼劑可治，所用石膏有一服至數兩者，同道中人爭著論非之，至有目之為石膏先生者，玉階終不恤乎人言，日與其徒鼓吹之，一時所活果甚眾。而駁之者猶謂是五運六氣，適值是年，特偶中耳，未可執為定例也。玉階雖著疙瘩新篇以曉之，而疑信者終半焉。蓋民情狃于習慣，畏涼劑如虎，驟見新症，不知是寒是熱，優柔者則聚訟紛紜，執拗者則堅執己見，亦理勢之所或然者也。直至前年臺中復起是症，玉階往仍以涼劑治之，亦多癒者。于是反對派乃服其獨見，不復以自作聰明譏矣。按當清帝乾隆癸丑春夏間，燕京亦多患疫，以張景岳、吳又可之法治之者，往多死焉。後一桐城醫以重劑石膏治之，乃多應手而起，其將死復癒者亦不少。聞其所用石膏，更有一服用至八兩，一人服至四斤者，恐明之繆仲淳亦難過是矣。豈非古所罕聞乎，其事具見閱微草堂筆記，特不知所謂疫者，果即鼠疫也否，然已用之而大效矣。是玉階法有所本，非自杜撰也明矣。

100 現代醫學對鼠疫的認識，參考實證醫學資料庫 UpToDate。Daniel J Sexton, Jason Stout: "Epidemiology, microbiology and pathogenesis of plague (*Yersinia pestis* infection)," Official reprint from www.uptodate.com (民 105 年 12 月 5 日檢索)。

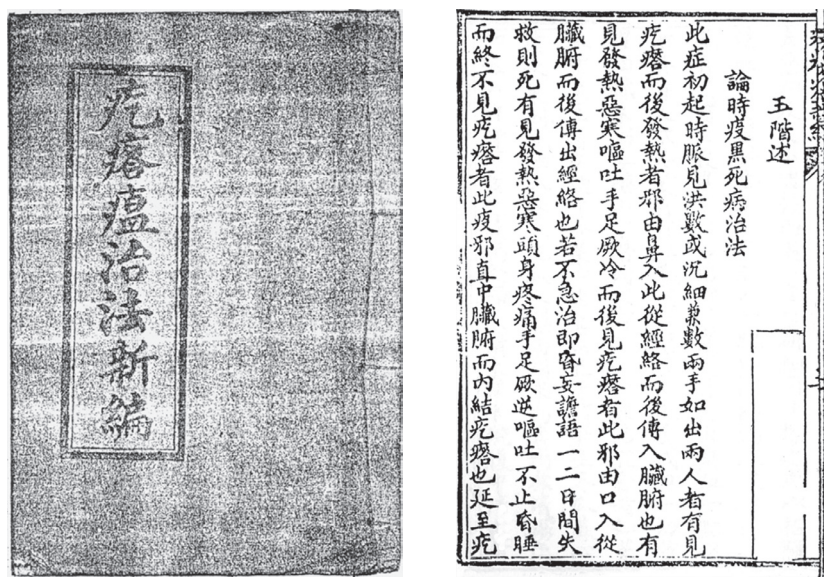


圖 2.1 黃玉階先生《疙瘩瘟治法新編》書影舉隅¹⁰¹

但杜先生的中醫藥內涵則是非常重視傷寒論，較少接受中醫其他學說或學派的想法，連明清時期的溫病學派也是（詳細的杜先生中醫藥內涵可見第三章）。因杜先生的中醫藥取向與玉階先生有著非常大的差別，或可說明杜先生與玉階先生並無直接的中醫藥內涵傳承，但卻有療效見證、興趣啟蒙及門生故舊的交情。

除了中醫藥興趣的啟蒙外，玉階先生對杜先生也有在風俗習慣改變與革命熱情的影響。因玉階先生積極投入矯正社會風俗，相繼成立「天然足會」及「斷髮不改裝會」¹⁰²，當時在醫學校仍

101 圖片來源：黃玉階：《疙瘩瘟治法新編》影本，左圖：封面頁，右圖：頁 6。

102 不著撰人：〈竹塹郵筒／重整天足會〉，《漢文臺灣日日新報》四版，1906 年 4



留著辮髮的杜先生，積極響應並斷除蓄留已久的辮髮，由此可見玉階先生在杜先生心目中的地位：

在此特別介紹者，筆者入醫學校當時個人還有辮子，每朝自己要梳頭之。大稻埕區長黃玉階先生主倡風俗改良，組織天然足會，凡婦女纏足者勸勵解纏之。黃先生之令妹率先解纏示範之。其次組織斷髮會，凡男子有辮子者斷髮，為現代式頭髮之，筆者在本科第二學年始斷髮之，最初不習慣，有異樣感覺矣¹⁰³。

而杜先生除斷髮外，甚至登報表態予以玉階先生支持¹⁰⁴。

在中法戰爭時徵召鄉勇、從戎抗法，具有革命精神的玉階先生，也是養成杜先生革命情懷的重要引導。在杜先生就讀醫學校期間（1909-1914年），因正值中華民國成立，民族革命情緒沸騰的年代，血氣方剛的杜先生除了與醫學校同學，蔣渭水、翁俊明等人懷抱高昂的熱情，在學校組織「復原社」外¹⁰⁵，甚至也加入以玉階先生為領導人的秘密革命組織：

月26日、不著撰人：〈倡斷髮會〉，《漢文臺灣日日新報》三版，1911年1月8日。

103 杜聰明：《回憶錄》，頁36-37。

104 不著撰人：〈斷髮會員又多六名〉，《漢文臺灣日日新報》三版，1911年1月28日。其刊登曰：「又同目下午二句餘鐘。據杜家齊君來電云。其弟杜聰明。願入斷髮不改裝會。請為登報。」，並可推算自同年1月8日玉階先生倡斷髮會以來，杜先生僅隔20日便進行斷髮，可推測杜先生對於玉階先生的支持程度。

105 有關杜先生在醫學校時期與蔣渭水、翁俊明先生等投入革命運動的記述，詳參杜聰明：《回憶錄》，頁42-44。



受辛亥年，由武昌送來的砲聲，……，同志也就自然而然結團起來了，由同志秘密互相介紹，勢力漸漸擴大了，但沒有嚴密的組織，也沒有開過成立大會，到會者不過五六人，隨後再用口傳，那個時候也沒有公選首領，不過各人心目中有一位，就是黃玉階先生。他年齡高，文章道德都不是我們可以望其項背。有一天兄弟秘密要到日本，跟幾位同志到黃玉階先生家裡改裝，由黃先生介紹杜院長，在未介紹之前，黃先生幾請說過幾次，要介紹一位同學的好同志，他老先生在未見面之前，老不肯說的，所以一見面，大家「啊」了一聲，握緊一隻手哈哈大笑，表示心內歡迎，由此知院長對於臺灣革命非常熱心，每會必到，但不多言，言之必中，但在那樣惡劣環境之下，怎樣進行是個當前的重大問題。議論紛紛，結論是宣揚民族思想，提高文化，不使被日本同化，待祖國富強收回時充作內應，因此對於祖國的情形，都十二分留意，祖國早一天強盛，臺灣就早一天重見天日。那裡曉得天下事多與心違，袁世凱當總統之後，違反民意，破壞法約，稱帝的野心漸漸暴露，而一般軍閥又自願稱臣，反有慫恿之舉，杜院長視此情形，廢寢忘食者幾天，但那個時候，又值暑假，同志多回家，只剩蔣同志渭水、翁同志俊明、邱同志鳳翔等幾位開會，為



此兇不除，國無寧日，議決暗殺袁世凱，由杜同志及翁同志俊明兩位負責進行¹⁰⁶。

從上述的記述可知，連杜先生日後策劃利用細菌戰刺殺袁世凱的行動，可能都與玉階先生的指導脫離不了關係¹⁰⁷，或許杜先生在醫學校的復原社與玉階先生的集團可能是相當有連通與合作，才會讓杜先生回憶當時計畫用霍亂菌暗殺袁世凱時記述「當時大稻埕區長黃玉階先生，亦贊成我們二人之此旅行」¹⁰⁸。而其中「宣揚民族思想，提高文化，不使被日本同化，待祖國富強收回時充作內應」的結論，幾乎便是杜先生日後面對日治政府與臺灣回歸時的態度，積極投入研究、提高臺灣醫學水平與文化，並且在日本推展皇民化運動宣揚改名時絲毫不為所動，並在臺灣回歸後，積極參與接收事務並投身政治活動！可見玉階先生革命集團的決議，深深地影響杜先生日後的行為標準！

當時杜先生不僅是如自傳所言的熱衷中國的革命活動，對臺灣的光復運動也相當積極投入，玉階先生便是此秘密集團的龍頭。或許也讓人聯想，身處日治時期或光復後政治混亂期間遭受政府

106 蘇南耕：〈敬祝杜院長在職二十五年紀念〉，收錄於李鎮源編：《杜聰明教授在職廿五週年祝賀紀念集》（臺北市：牧樟會，1947），頁 85-86。

107 詳參同為「復元會」會員的曾慶福：〈杜博士之革命運動〉，收錄於李鎮源編：《杜聰明教授在職廿五週年祝賀紀念集》，頁 87-89。

108 杜聰明：《回憶錄》，頁 43。



政治打壓的杜先生，很少主動提及玉階先生，以免讓當年曾參與以玉階先生為中心，並且強調「臺灣主權」集黨結社之「臺灣革命」運動的過往浮上檯面。換句話說，杜先生後來鮮少在其著作中提到玉階先生，可能有出自不同時期政治壓迫與自保免受肅清的壓力，或許這也是為何我們難以從杜先生的著作中，找出這段重要的中醫藥啟蒙說明的原因。但無論如何，透過這些具體的描述均可清楚瞭解，玉階先生在杜先生人生中的重要地位與舉足輕重的影響。

第三節 醫學學習環境與條件的影響

一、公學校與醫學校時期的養成

公學校時期接受日式教育的杜先生，處於雕塑基本人格與養成學習興趣的重要階段。公學校的校長小竹德吉（1876-1913 年）對杜先生的人格涵養有重要的影響¹⁰⁹，而日籍學者岡本要八郎（1876-1960 年）則為杜先生埋下研究熱誠的種子：

當時筆者時常拜訪甲三號獨身官舍，看岡本先生之房間及停仔腳都山積各種礦物標本，先生在其間一心不亂閱

109 有關杜先生對小竹德吉的追憶，詳參杜聰明：《回憶錄》，頁 20-26。



讀礦物學書、雜誌，及對實物之研究工作，……，其熱心的學者態度至今亦印象在眼前彷彿之，這是對筆者後來對學問之研究受深刻之感化矣¹¹⁰。

看到岡本先生以科學的方法研究礦物學，以及那種近乎拼命的研究態度，爸爸小小的心靈受到極大的感動，暗暗下定決心要效法岡本先生，將來成為一名認真熱心的學術研究者¹¹¹。

在醫學校求學期間自是培養醫學內涵的重要階段，從目前臺大現存的總督府醫學校大正三年（1914 年），最接近杜先生畢業年度的課表可來推測當時西醫教育之課程概況（整理如表 2.2）。

表 2.2 大正三年（1914 年）總督府醫學校課程表¹¹²

科目	教師	科目	教師
預 科			
理科	春原助教授	地理、歷史	瀧野助教授
倫理、國語、數學	新家助教授	體操	加藤助教授

110 杜聰明：《回憶錄》，頁 27。

111 杜淑純口述，曾秋美、尤美琪訪問整理：《杜聰明與我：杜淑純女士訪談錄》，頁 14。

112 資料來源：李明濱總編：《臺大醫學院百年院史（上）一日治時期（一八九七—一九四五）》（臺北市：國立臺灣大學醫學院，1997），頁 64-66。



本科第一學年			
倫理、國語	瀧野助教授	數學	新家助教授
物理學、化學	春原助教授	物理學	小池助教授
物理學	小池教授	化學	勝山助教授
解剖生理大要	高木教授	解剖學	橫川助教授
體操	加藤助教授		
本科第二學年			
倫理	瀧野助教授	物理學、生理學	小池助教授
化學、醫化學	勝山助教授	解剖學、組織學、 病理學	橫川助教授
病理學	久保教授	藥物學	高橋講師
診斷學	吉田教授	外科學總論	森教授
細菌學	崛內教授	體操	加藤助教授
本科第三學年			
倫理	高木教授	病理解剖學	久保教授
藥物學	高橋講師	調劑學及調劑實驗	春原助教授
診斷學、內科學各 論及臨床實習	吉田教授	內科學各論及臨床 實習	稻垣教授
內科學各論	崛內教授	內科學各論及臨床 實習	橫井講師



外科學總論、器械 繃帶學、外科各論 及臨床實習	森教授	外科學各論及臨床 實習	阿部教授
外科學各論及臨床 實習	東條助教授	皮膚病學、花柳病 學及臨床實習	木村講師
眼科學及臨床實習	藤田教授	婦人病學及臨床實 習	川添助教授
體操	加藤助教授		
本科第四學年			
倫理	高木教授	內科學各論及臨床 實習	稻垣教授
內科各論及臨床實 習	吉田教授	內科學各論及臨床 實習	橫井講師
內科學、衛生學	崛內教授	小兒病學及臨床實 習	戶川教授
外科學各論及臨床 實習	森教授	外科學各論及臨床 實習	阿部教授
外科學各論及臨床 實習	東條助教授	皮膚病學、花柳病 學及臨床實習	木村講師
耳鼻咽喉科學及臨 床實習	細谷教授	齒科學及臨床實習	安澤講師
眼科學及臨床實習	藤田教授	產科學及臨床實習	川添教授
體操	加藤助教授		



由表列課程與杜先生於在自傳所描述的情形相對照，可知由於外語課程的缺少，杜先生在預科時也自修德文，故而在第二學年能閱讀診斷學的原文書，並為日後的歐美留學打下語言基礎¹¹³；杜先生最感念的高木友枝校長（1858-1944 年）倫理課是在第三、第四學年；而杜先生一生持之以恆的棍棒體操，在醫學校每一年的課程都有安排；民國二年（1913 年）的袁世凱暗殺計畫，便是在三年級升四年級的暑假，當時的杜先生已上過細菌學的課程¹¹⁴。此課程表除缺少精神醫學外，基本上對醫學的重要科目均有涵蓋，是頗有系統性的完整醫學教育。

除醫學校的課程外，杜先生在課外也透過閱讀培養基礎醫學研究的興趣：

筆者在學中受讀 Robert Koch, Rudolf Virchow, Louis Pasteur, Paul Ehrlich 等偉大醫學者之傳記，或看岡本要八郎先生對研究礦物的態度，亦受影響，對開業完全無興趣，全精神注在將來決心要從事基礎醫學之研究¹¹⁵。

可見杜先生因細菌學為醫界顯學，其仰慕的 Koch、Pasteur、Ehrlich（1854-1915 年）都是細菌學及微生物研究專家，而

113 杜聰明：《回憶錄》，頁 40。

114 詳參杜聰明：《回憶錄》，頁 37-44。

115 杜聰明：《回憶錄》，頁 44。



Virchow（1821-1902 年）是細胞生理、病理學者，但都是基礎醫學研究學者。因此，在醫科二年級修習過崛內次雄教授的細菌學後，杜先生特地向崛內教授請求進入總督府中央研究所衛生部細菌學研究室，學習細菌學研究的內涵與技術¹¹⁶，並接受崛內次雄教授的指導，也有機會從崛內教授學習其對臺灣熱帶流行傳染病，特別是鼠疫、瘧疾等在地傳染病的豐富經驗¹¹⁷，可能也開啟杜先生對臺灣在地熱帶傳染病及熱帶醫學的重視：

筆者對臨床醫學無意向，惟志望將來為細菌學者，所以自學生時代，本科第二學年學細菌學，自該年的夏季休假期間，就往臺灣總督府研究所衛生部受丸山芳登、洪蘭兩先生指導學習做培養器，練習細菌培養，卒業時特別懇求崛內校長允許入研究所研究細菌學¹¹⁸。

二、自學中醫的歷程與當代中醫教育的條件限制

1. 自學中醫的起源

在醫學校的杜先生，除西醫教育與細菌學興趣的培養外，課

116 杜聰明：《回憶錄》，頁 57。

117 關於崛內次雄先生研究臺灣熱帶傳染病，特別是鼠疫方面的記述，詳參以崛內次雄為主軸書寫的〔日〕小田俊郎著，洪有錫譯：《臺灣醫學五十年》，頁 1-28、88-115。

118 杜聰明：《回憶錄》，頁 44。



餘時間也和自己的同窗好友、臺南漢醫翁紹煥之子，也是後來一起到大陸計畫刺殺袁世凱的好伙伴—翁俊明先生（1892-1943年），一起研讀日本「皇漢醫學」¹¹⁹。藉由自學培養與深化自己在中醫藥方面的興趣與能力。也因此，在醫學校時期的杜先生對於中西醫學的學習，成為中西醫一元化理念的基礎，也有機會讓自己過去觀察黃玉階先生中醫藥療效的經驗與本身細菌學研究的興趣相結合，埋下日後中西醫一元化研究的種子。

身為杜先生同班同學的翁俊明先生，具有原生家庭的中醫藥背景，且成長環境與背景與杜先生相當接近，如兩人均身處熱帶傳染病流行的臺灣、均對中醫藥有濃厚的興趣與淵源、都接受來自於日本的西醫知識與實驗研究概念、又均對臺灣當時的革命事業熱衷，這許多相同背景條件的作用下，翁俊明先生的中西醫結合概念或許會與杜先生有相當的相似。然而，翁俊明先生並未有自己撰著的中醫藥著作流傳，只能從後人對翁先生的研究，進行相關的論述與比較¹²⁰。

相對於杜先生在畢業後投身基礎醫學研究領域，翁先生在畢業後先行至馬偕醫院擔任外科醫師，並一方面繼續從事革命事業。但因西來庵事件（1915年）的爆發，讓熱心臺灣革命的翁先生有

119 黃敦涵：《翁俊明烈士編年傳記》（臺北市：正中書局，1980），頁1、23。

120 以下翁俊明先生的相關描述，詳參黃敦涵：《翁俊明烈士編年傳記》，頁23-92。



相當的壓力，在杜先生的建議下，翁先生前往中國廈門暫避¹²¹。但因本身家傳與自修漢醫的底子，翁先生到廈門後除繼續革命事業外，臨診時也能中西醫兼參，並利用過去修習藥物化學的基礎，致力於中藥成份分析研究，甚至創辦中醫藥專科學校，如民國十四年（1925年）於上海的中華醫學專科學校以及民國十九年（1930年）於廈門的廈門中華醫學校，均以科學研究方法研究中藥成份為目標而努力。此外，翁俊明先生也相當重視熱帶醫學，在中國期間便誓願在臺灣光復後，回臺灣設立的熱帶醫學研究所進行研究與發展的工作。

從上述可發現，翁先生雖然不像杜先生於畢業後前往日本接受醫學研究的訓練，但在相似的背景之下，使得翁杜兩人對中醫藥研究的設定方向與研究方法是相當接近，都致力於以化學實驗分析中藥藥物成份，並重視臺灣熱帶醫學的發展。因此，杜先生的中西醫結合概念絕非無端迸出的想法，而是與當時的背景條件有極度重要的關連。只是不同點在於，翁先生在中醫藥臨床實務的操作經驗或許較豐富，而杜先生則對學術研究更為專精。

2. 當代臺灣中醫藥教育情況與自學條件

雖然杜先生自幼對中醫藥有濃厚興趣，但除了傳統的師徒相

121 有關杜先生曾參與臺灣革命的事情，基本上在其著作中是看不到的，其源由的討論詳參本書頁 34-35。



傳外，當時的臺灣並未有系統性中醫藥學習的正式管道。儘管日後中國大陸，出現許多中醫藥專門學校，也有不少臺灣學子至大陸學習，但在杜先生升學的年代（1909-1914 年），無論是在臺灣或是中國，都沒有中醫藥的學校！即使是中國最早較有規模的浙江、上海中醫藥專門學校，也是民國六年（1917 年）才成立招生的¹²²，此時的杜先生早已在日本京都帝大留學。

在政府「抑中扶西」的政策影響下，當代中醫藥教育出現了兩個問題：

第一，是教育形式的問題。由於臺灣傳統的中醫藥傳承幾乎只限於民間的私自授受，如同杜聰明先生與其弟子邱賢添先生所言，當代的「正式中醫」（撇除青草醫、接骨醫等鈴醫類型者而言）養成路徑大約有三種：

第一種是有志於中醫者，以學徒的方式向有經驗的老中醫進行醫學經典以及臨床經驗的學習。在醫學經典的學習方面，以研讀《黃帝內經》、《傷寒論》、各種本草書籍、《醫宗金鑑》以及《陳修園醫書七十二種》等為主，並在經過適當的臨床學習後得以成為中醫；另一種形式則為先進入藥房中作學徒，熟悉各種藥物的炮製過程以及處方的調配後，在研讀一些醫書後獨立從業；第三種則為應考落第或事業不遂者，自行研讀醫書之後，再向有

122 詳參甄志亞：《中國醫學史》（臺北：知音出版社，2000），頁 502-508。



經驗的中醫學學習臨床診療方法後開業¹²³。一般而言，民間私下傳授的教育，較難提供學習者廣泛度與精深度適中的教學，也無法提供修習者結業的憑證依據。

第二個問題，便是傳統的中醫教育缺乏西醫知識的傳授與科學研究方法的訓練。由於難以提供求學者中西醫學有效且充足的學習，可能導致求學者未來在政策下的生存問題。而西醫知識的缺乏，也是杜先生相當重視的部分：

臺灣有漢方醫但沒有漢醫學校；另一方面，在中國似乎有許多漢醫院與漢醫學專門學校。雖然目前我還沒機會親身實地觀察，但我想有一天一定要去參觀一下。可是根據聽到的消息，那些漢醫學校中全部的科目幾乎都和西洋醫學沒有關係，漢醫純粹教授漢醫學，並對患者進行漢醫式的診察。如果這是事實的話，這些事業或許有傳布傳統漢方醫法的效果，但一定不能對漢醫學進行科學的研究，也無法對它們基於科學的批判而加以整理¹²⁴。

杜先生看重的中西醫學教育，不只是中醫藥教育的形式而已，也相當重視中醫藥與西醫在教育上的結合。但當時的臺灣與大陸

123 詳參杜聰明：《中西醫學史略》，頁 491 以及邱賢添：〈臺灣醫學教育的演變片端 奉獻恩師杜聰明先生九秩高壽作禮〉，《杜聰明言論集 第五輯》，頁 123。

124 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（三一）〉，《臺灣民報》頁 12，1929 年 3 月 31 日。



一直缺乏這樣的條件，儘管中國大陸有些中醫藥專門學校成立後，也有一些西醫課程的設計，但實際的運作卻受制於當代的條件而無法進行¹²⁵。

臺灣當代的政府政策深深地影響中醫藥教育發展，如日本內地的政策一般，〈臺灣醫生免許規則〉頒發後，所有新進的醫療從業人員都必須通過政府以西方醫學為主的考核，因此就算是日後從中國大陸習得中醫藥的學子，即便擁有再精深的中醫藥內涵，無法參加、通過考核便不具有醫師資格，而成為密醫，將遭受政府單位的查核與取締。且缺少政府政策與經費的支持，當時的臺灣要成立中醫藥學校或是在醫學教育中有規模地引進中西醫結合的教學都是非常困難的。綜觀整個日治時期的中醫藥正式教育，也僅僅只有日治末期杜先生自己在臺北帝大開設基本程度的中醫藥課程而已¹²⁶。

缺乏有效中西醫學教育的結果，除了無法弭平中西醫學之間的扞格，而容易使兩者間存有相當的不瞭解與誤解外，另一個重

125 此部分論述詳參袁沛然等編：《名醫搖籃—上海中醫學院（上海中醫專門學校）校史》（上海：上海中醫藥大學出版，1998），頁 61-63。

126 杜先生自臺北帝大時期就將部分中醫藥課程加入其授課的內容中，但礙於課程的安排，其時數均相當的有限，甚至民國三十七年（1948 年）的臺大醫學院課表中，僅有一學分的中醫史而已。詳參杜聰明：《杜聰明言論集 第二輯》，頁 122 及臺大醫學院百年院史（中冊）編輯小組：《臺大醫學院百年院史（中）—光復後（一九四五—一九九七年）》（臺北市：國立臺灣大學醫學院，1998），頁 47。



大的影響便是無法培育發展該領域的人材，使得在未來推行中西醫結合領域之發展時，很容易受到相當大的阻礙。或許，杜聰明先生便是一方面看到了當時中、西醫之間因彼此互不瞭解而時有爭端的結果，以及在未來推行中西醫一元化理念時相關人材的需求，才讓杜先生於日後不僅僅在學校中進行授課，更積極投入臺灣中西醫學結合教育的規劃中。

是故，臺灣當代中醫藥教育的缺乏，是杜先生學習中醫藥時必須依靠自學的原因。自學雖有無限空間、時間等好處，且學習的自主性、自由度高，但也容易因學習材料選擇的限制，較難有系統地完整認識學習目標的內涵。故以自學起家的杜先生，也很可能讓自己的理解的中醫內涵陷入學習範本的框架，一旦範本出了問題，便容易對中醫藥的內涵理解有所限制。

翁先生與杜先生以源自日本的「皇漢醫學」為自學「漢醫藥」的範本，的確在日治時期中具有取得方便的特色。而此類容易學習、相當注重臨床實證，並且可作為多數從事西醫醫者使用漢醫藥的方法，應特別容易吸引杜先生此類型講究「西方醫學」或是「科學實證」之學者。也因為「方證對應」的特色，不論是否為中醫或西醫，只要藉由對於臨床症狀的觀察，就能透過整理出的對應關係，就能馬上開出「有效」的處方，不需要瞭解與探討傳統中醫藥「煩雜」的生理、病理或藥理的內涵。



當時多數日本漢醫藥學者具有相當程度的西醫內涵，許多漢醫學家本身便是西醫出身，如著作《醫界之鐵椎》的和田啟十郎以及撰著《皇漢醫學》的湯本求真¹²⁷，均具有西醫師的資格，但因對漢醫藥有興趣，而自學相關內容，其著作不僅具有漢醫藥的內容，也帶有西醫基礎，此種特色對於同樣就讀於西醫學校的杜先生而言，必然是便於入手的材料。但必須注意的是，漢醫藥經過多年的演變，已與傳統的中醫藥有相當的不同，特別是對傳統的中醫藥理論的架空，不重視傳承自《內經》、《難經》的中醫學理，從而容易讓學習者認為中醫就是依據經驗的、實際與症狀互相對應的醫學。但如此特點的「漢方醫學」已與傳承《黃帝內經》構成的「中醫學」系統有很大的差別，但名稱上卻又容易令人混淆。

以漢醫藥為主要學習範本，對出身日治環境並具西醫背景的學習者而言是便利且容易上手的，但漢醫藥在中醫傳統理論上先天的不足和排斥，很可能讓學習者出現認知的偏差。因此，因中醫教育條件不足而被迫以漢醫藥為自學範本的杜先生，是否對中醫藥理論理解具有限制？此限制是否對杜先生未來的中西醫一元化研究與預設結局造成直接的影響？

缺乏中醫藥教育的結果，除可能對學習者造成影響外，也造

127 杜聰明：《中西醫學史略》，頁 435。



成中醫藥整體素質提昇的困難，難以培育未來執行中西醫一元化理念所需的人材。而這些條件上的限制，都可能成為日後杜先生推展中西醫一元化理念時，出現的最根本難題。是故，完整、有效的中西醫學教育，很有可能便是中西醫一元化所必須具備的最基本條件。

三、日本留學期間之學習與養成

大正三年（1914 年）從臺灣總督府醫學校以第一名畢業的杜聰明先生，決心投身基礎醫學領域的研究。畢業後的杜先生，向過去指導細菌學研究的恩師—崛內次雄教授詢問是否有得以從事細菌學研究的機會。或許是崛內的愛才之心，讓他在沒有缺額的情況下，仍然安排這位應屆第一名畢業的優秀學生，進入臺灣總督府研究所接受自己的指導，進行細菌學與寄生蟲有關的研究。

但在總督府研究所進行半年的研究後，杜先生感到自我能力的不足，未來將無法獨立進行研究而難有發展，故再次請託崛內教授，希望能夠前往日本留學從事細菌學研究。可惜當時日本細菌學界的北里學派與東京帝大雙方嚴重鬥爭，崛內教授認為此時就算勉強將杜先生送去那裡，也只是浪費了人材。所以在崛內教授的勸導下，杜先生於大正四年（1915 年）前往日本京都帝國大學，先接受了內科學教室賀屋隆吉教授在臨床醫學的指導¹²⁸。難

128 有關杜先生此時期的事蹟，詳參杜聰明：《回憶錄》，頁 44-45。



得的是，杜先生此次的留學是直接到日本專門培養醫學菁英等級的帝國大學進行學習和研究，是相當不容易的。

在京都帝國大學附屬醫院接受內科臨床學訓練的杜先生，除每日聽講內科與臨床學外，更參與臨床的迴診實習、實驗檢驗工作。而實際病例的詳細討論，讓杜先生在一年的內科臨床訓練中收穫極多，然而，對基礎醫學極有熱誠的杜先生，也尋覓從事基礎醫學研究的機會。適逢京都大學藥理學教室，有來自臺灣總督府醫學校且正從事臺灣生藥「倒吊金鐘」成份粹取研究的學長廖煥章。是故，杜先生經由廖煥章的介紹前往藥理學教室，聽講森島庫太教授的藥理學課程¹²⁹。或許一方面是杜先生想回基礎醫學領域從事研究的想法，開始對藥理學產生興趣，並對森島庫太教授的風範傾慕，而且進入藥理學教室也能進行本身有興趣的中藥研究。所以於日本留學的第二年，杜先生轉入藥理學的研究領域，開啟了往後的研究生涯與中藥、生藥研究的大門。

由於日本自明治維新後，儘管以西醫為醫學主體，但因 1910 年代生藥學研究的興起與第一次世界大戰的爆發，使得利用漢藥、生藥補充西藥的使用，以及尋找西藥替代品的研究興起，生藥、漢藥的成份化學分析蔚為風潮，並且將研究過後的漢藥、生藥西藥化¹³⁰。

129 詳參杜聰明：《回憶錄》，頁 46-47。

130 本段有關當代日本漢藥、生藥藥理研究情形的論述詳參劉士永：〈醫學、商業與



日本此領域的研究學者中，以朝比奈泰彥以及高橋順太郎一系，包括杜聰明先生的業師森島庫太與林春雄教授等，均是以化學分析方法研究漢藥、生藥的成份為主要特長。而森島庫太教授更是其中以實驗藥理學方法，分析藥物有效成份的代表人物。是故，森島教授主張將單味漢藥、生藥進行成份的化學分析，使其作用有了實驗的依據後，列為使用西藥的選擇對象。而另一位杜先生最為佩服的生藥學者，朝比奈泰彥，對於漢藥的想法亦是如此，而其對杜先生的影響可從日後杜先生敘述自己的中藥研究計畫時，多次引用朝比奈泰彥的言論可知。

或許因為師承與學術地緣關係，後來杜先生對漢藥的認識，基本上與其師森島庫太或朝比奈泰彥等人相同，均認為漢藥與西洋生藥並無本質上的不同，只是漢藥正好為漢醫所使用而已¹³¹。因此儘管朝比奈泰彥與杜先生等承認漢醫學理論與漢藥關係的存在，但若從其研究結果來看，漢醫學理論很可能只是做為提供研究者一開始篩選臨床有效漢藥進行有效成份分析研究的工具而已，其接下來的研究成果與應用則使漢藥在研究後搖身一變，成為了西醫西藥的內涵。因此儘管日後漢藥、生藥學的研究增加了

社會想像：日治臺灣的漢藥科學化與科學中藥》，《科技醫療與社會》第11期（2010），頁156-189。

131 關於杜先生描述漢藥與漢醫的關係，詳參杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（二七）〉，《臺灣民報》頁12，1929年3月3日及杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（二八）〉，《臺灣民報》頁12，1929年3月10日。



漢藥成為西藥使用的途徑，但對中醫而言卻沒有太多助益，而且單一藥物成份的提出，也很有可能大大限制了漢藥原本的作用範圍。

因此，後來的朝比奈泰彥也認為，光只是單味藥的成份分析是不夠的，因為在研究上很難以化學研究的方法粹取出符合臨床實際效果的成份，且漢醫的使用多為複合劑型，因而鼓吹應對於複合劑型的成份進行研究¹³²。基本上，這樣的方法在當時的學術與科研條件下是非常困難的。而杜先生本來認為在重視中藥研究之餘，也必須重視中醫理論的研究，但因為種種條件限制，使得杜先生只能持續中藥、生藥成份藥理的研究，這樣的結果也更加深了中醫、中藥間的分離¹³³。

在森島庫太教授門下的杜先生，學到了許多藥理學的研究方法與相關知識的補強，如其研發出後來影響杜先生研究至深的「微量定量分析方法」，以及有關有機化學、無機化學、分析化學、物理化學等藥理學基礎知識的補強，都是日後杜先生進行漢藥、生藥有效成份分析研究的重要基礎¹³⁴。而杜先生於留日期間也已從事過漢藥、生藥的成份藥理學分析研究，如「曾探討藜蘆生物

132 有關朝比奈泰彥的論點，詳參杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（二八）〉，《臺灣民報》頁12，1929年3月10日。

133 詳參劉士永：〈醫學、商業與社會想像：日治臺灣的漢藥科學化與科學中藥〉，《科技醫療與社會》第11期（2010），頁156-189。

134 有關杜聰明在森島庫太門下所接受的訓練，詳參杜聰明：《回憶錄》，頁47-49。



鹼 veratrine 對骨骼肌之藥理作用，麻黃成份 ephedrine、顛茄成份 atropine 及罌粟成份 papaverine 對平滑肌之藥理作用等」¹³⁵，並且也有相關的論文發表：

麻黃，自古以來就是漢醫所重視的藥品，主要目的是做為發汗來使用的。一八八四年長井博士發現植物鹽基 Ephedrine，而其藥理作用的相關研究則由三浦天洋、久保田及杜（註：杜聰明）等人研究並明朗化起來（發表在京都醫學雜誌第十八卷第四號）。……。但是麻黃素的好處是其持續的時間較腎上腺素長，所以最近將麻黃素做為腎上腺素的替代藥，在歐美國家做為治療氣喘的應用上。

苦參是漢醫非常重視的驅蟲藥、血痢藥、飲食中毒的解毒藥以及解熱藥，所以於現在臺灣民間做為治療毒蛇咬傷、腹痛的目的，並做為秘密藥而使用。明治十八年，長井博士發現苦參中的植物鹽基馬兜鈴，而其藥理學的作用研究則由高橋、石坂及杜（註：杜聰明）等人研究並明朗化起來（發表在臺灣醫學會雜誌第二百三十七號），可是在實際上並沒有使用到¹³⁶。

135 鄧哲明、柯逢年：〈中草藥研究〉，李鎮源編：《臺大醫學院藥理學科史》，頁48。

136 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（八）〉，《臺灣民報》頁12，1928年10月21日。



可知，杜先生在日本期間已然能執行中藥成份萃取與藥理研究，而這樣的能力正是日後杜先生研究漢藥的基礎。

此時的杜先生儘管已踏入藥理學研究的大門，但對細菌學的熱情仍未曾止息。因此，杜先生透過長野純藏教授的關係，到大阪血清醫院進行細菌學的研究，也在此以霍亂菌為主題發表了相關的研究結果，足見其對細菌學的強烈興趣。而杜先生對於細菌學的喜好與後來改變跑道的心路歷程，其女兒杜淑純女士有相當清楚的瞭解：

在京都留學時，爸爸雖然在藥物學教室悠遊自得，但是他仍未忘情於細菌學，所以他就在長野純藏教授的引薦之下，利用暑假期間，前往私立大阪血清醫院從事細菌學的研究，也到桃山傳染病院去實習。

當初爸爸是為了細菌學而要到日本做研究，但因為北里、青山兩派的紛擾而進到藥物學教室，卻因此讓藥物的研究成為爸爸的專門，不過多年後，大概是 1953 年左右，爸爸和我說起這件往事時充滿感慨，他說如果當初到東京研究細菌學，應該也會有一些大發現吧？當時我聽爸爸這樣講，覺得爸爸雖然在藥理學上，以漢藥、蛇毒、阿片三大主題的研究聞名於世，也相當自信與滿足，但對於未能在細菌學上專精研究，成為像巴斯德那樣的偉大細菌學家



似乎仍有一些遺憾¹³⁷。

但前往大阪的過程對杜先生而言，不只是滿足了研究細菌學的梦想，其在大阪的過程中也認識了後來成為中國反對中醫首腦的余巖先生，並且兩人互相結為知交¹³⁸。

探究杜聰明先生與余巖先生來往的時間可發現，兩人的認識應至少是在杜先生進入京都帝大藥理學教室之後，也就是大正五年（1916年）之後，而大正六年（1917年）的杜先生也仍往來大阪¹³⁹。而正巧的是，此時期正剛好為余巖完成其著作《靈素商兌》與刊行的時間¹⁴⁰。若以兩人「結為親友」，甚至杜先生往後到上海仍會拜訪余巖先生的程度來看¹⁴¹，雙方應有頗深的交情。因此儘管在杜先生在自傳中不曾提及與余巖間的關係是否有中醫藥概念的交流，但以當時余巖先生正完成著述，而杜先生也對中醫藥相當有興趣的時空條件下，出現雙方中醫藥概念交流，或是余巖將著作與杜先生分享的情形應相當有可能發生，也因此或能解釋杜先生在日後的中醫藥著作中，每談及中醫藥的基礎理論便常引

137 杜淑純口述，曾秋美、尤美琪訪問整理：《杜聰明與我：杜淑純女士訪談錄》，頁33。

138 詳參杜聰明：《回憶錄》，頁51-53。

139 杜聰明：《回憶錄》，頁52。

140 余巖的《靈素商兌》完成於民國五年（1916年），並於民國六年（1917年）刊行。詳參林政憲、蘇奕彰：〈余雲岫之中醫學術研究述評〉，《臺灣中醫醫學雜誌》10.1（2011），頁37。

141 詳參杜聰明：《回憶錄》，頁52、78。



用余巖先生的概念¹⁴²。

因此，杜聰明先生的中醫藥理論，可能有相當程度受余巖影響，認為中醫藥基礎理論與病理學說有相當迷信與落後的特質，也讓杜先生日後的著作對中醫生理、病理理論的論述有許多的忽略。

從近來學者們對杜先生與余巖的比較可知，儘管杜先生本身的經歷、對中醫藥的立場與主張看來均與余巖先生相似，如雙方均曾至日本留學、均提倡醫學史的研究、都反對陰陽五行學說、重視中藥的價值、並對中藥研究方法的流程等，均十分地接近，而且兩人均是當時大陸與臺灣少數能夠精通西醫而又對於中醫有相當研究的學者，而共同為當代較有資格，從內涵的層面進行中西醫結合探討的學者。而不同的是，雙方對「中醫」的價值定位的差異 - 杜先生在認同中藥研究價值的同時，也認為中醫學的理論是必須進行研究的¹⁴³，而這樣的想法卻與余巖先生相左。但所謂「必須進行研究」不一定等同於對此議題的「認同與信任」。換句話說，儘管杜先生認為中醫學的基礎理論有研究上的必要，但不一定就是認同或相信中醫基礎理論，甚至杜先生也是抱持著

142 詳見杜聰明：《中西醫學史略》，頁 296。

143 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（二九）〉，《臺灣民報》頁 12，1929 年 3 月 17 日。



懷疑與不信任的態度。

另外，儘管兩人對西方醫學相當熟習，但杜先生在日本所受的西方醫學訓練與余巖有著相當大的不同，杜先生所接受的是日本當代京都帝國大學的醫學頂尖研究訓練，以培養引領日本醫學前進的菁英為主目標¹⁴⁴，而余巖只是在日本的醫科大學接受一般西醫學習，其是以增加臨床從業人員為目的而已，所以杜先生對當代醫學的內涵、整體方向、瓶頸等瞭解，應較余巖有高度上的差距。另外，杜先生日後全心投入醫學學術研究，余巖則從事臨床開業，兩較之下杜先生在學術研究的層面上較余巖更有條件與能力進行中西醫學研究。

另外杜先生對中醫藥研究的結局與余巖的中醫藥全面消失或產生雜種醫有所不同，杜先生認為中西醫結合的結局，是中醫剩下漢藥與漢方處方為西醫所用¹⁴⁵，但此存在著對中醫理論較不重視的假設，因其日後規劃的研究計畫無法落實，而無法驗證或有修正的機會！

在日留學期間，對杜聰明先生影響最大的是森島庫太教授於藥理學教室中指導的日本當代藥理學研究之實驗藥理學操作方

144 關於帝國大學醫學部與一般醫學專門學校或醫科大學的定位不同，可參劉士永：《武士刀與柳葉刀—日本西洋醫學的形成與擴散》，頁 61-62。

145 關於杜聰明所設定的中醫藥研究結局詳參杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（三一）〉，《臺灣民報》頁 12，1929 年 3 月 31 日。



法，透過訓練使杜先生能有獨立進行中藥、生藥成份藥理研究的能力，使其得以將中藥、生藥的成份研究納為中西醫一元化研究中的一環；另外，杜先生與余巖間的來往，也很可能影響杜先生對中醫藥基礎理論的理解，重大影響了未來杜先生對中西醫一元化的預設結果。

四、第一次歐美留學見聞的影響

大正九年（1920年），杜聰明先生經過了在日本六年的醫學研究訓練後，京都帝國大學藥理學教室得知，杜先生的研究成績有機會獲得醫學博士學位！同時在臺灣也得知愛徒好消息的嵯內次雄欣喜地前往日本探訪森島庫太，商談將杜先生回聘於當時已改制的臺灣總督府醫學專門學校藥理學教室中，擔任研究與教學工作。此後嵯內次雄便先將杜先生安排為總督府醫學專門學校外派在京都帝大研究的藥理學講師，等待歸國的機會。大正十年（1921年）杜先生回臺擔任臺灣總督府醫學專門學校助教授與總督府中央研究所技師，進行藥理學的研究與教學，並同時向京都帝大提出醫學博士學位的申請。大正十一年（1922年）杜先生升為總督府醫學專門學校的藥理學教授而開始獨當一面，更正式獲得京都帝大的醫學博士學位，成為臺灣第一位醫學博士¹⁴⁶。

146 相關論述詳參杜聰明：《回憶錄》，頁 53-56。



接掌藥理學教室初始的杜聰明先生，從事醫學研究之硬體條件相當匱乏，但仍進行了本身有興趣的中藥研究，特別是臺灣民間藥之植物學與藥理學研究，也對臺灣原住民使用草藥的情形進行瞭解¹⁴⁷。其中中藥、生藥的成份藥理研究，杜先生進行了苦參的有效成份、馬兜鈴、八角蓮、木瓜葉的有效成份 Carpain、薯芋塊根毒性等研究¹⁴⁸，並對素來感興趣的熱帶醫學微生物疾病—阿米巴痢疾進行治療方法的研究¹⁴⁹，而不斷有學術論文發表。

大正十四年（1925 年）杜聰明先生取得公費補助前往歐美進行考察留學，主要目的為「考察歐美之醫學設施及有名的藥理學教授之研究情形，教授之理想學習實驗方法回臺後，來發展自己的研究」¹⁵⁰，而到美國、加拿大、德國、英國、法國等西方醫學進步國家觀摩考察。此次留學是培養、引導杜先生未來研究取向的重要行程，也因此是杜先生日後推展中西醫一元化研究的重要觀察時期。綜觀杜先生對此次留學所記述的文獻，基本上分為兩端，一種為杜先生在《回憶錄》及〈歐美醫學視察談〉中描述留

147 詳參杜聰明：〈臺灣的民間藥〉，《杜聰明言論集》頁 35，發表於《臺灣日日新報》，1923 年 6 月 11 日及杜聰明：〈蕃人的常用藥草〉，《杜聰明言論集》，頁 40，發表於《臺灣日日新報》，1924 年 11 月 12 日。

148 詳參杜聰明：《回憶錄》，頁 57 及杜聰明：《杜聰明言論集》，頁 20、21、24、26、38、51。

149 詳參杜聰明：《杜聰明言論集》，頁 30-34。

150 杜聰明：《回憶錄》，頁 63。



學的一般見聞，主要為歐美各國的醫學發展概況與研究團隊的理解；另一種為杜先生在〈關於漢醫學研究方法的考察〉中描述的內容，包含源於〈歐美醫學視察談〉的一般論述，及許多有關歐美當代實驗治療學發展的詳細內容¹⁵¹。

杜先生此次考察留學的國家多為醫學進步的歐美強國¹⁵²。首先前往美國觀摩美國當代公共衛生與預防醫學取得的成就外，也對美國藥理學發展進行考察，特別是到 Johns Hopkins 大學與當時美國藥理學龍頭 Abel 教授（John Jacob Abel，1857-1938）進行學習並考察藥理學研究。杜先生發現，當代美國的藥理學研究與日本醫學界相同，多源自於德國的藥理研究系統，所以當代美國的藥理學研究也偏重於實驗藥理學，且 Abel 教授從事研究時嚴謹認真的態度，及其從事過漢藥成份粹取的經驗，如自蟾蜍中抽

151 考察杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察〉中有關實驗治療學或者是歐美醫學發展情形論述的發表時間，均在杜先生進行〈歐美醫學視察談〉的系列演講之後，並且內文有相當的重疊性，故可推論〈關於漢醫學研究方法的考察〉中有關歐美醫學發展情形的內容，乃是杜先生從其〈歐美醫學視察談〉演講稿中化生出來的。詳參雷祥麟：〈杜聰明的漢醫藥研究之謎兼論創造價值的整合醫學研究〉。

152 接下來有關杜聰明先生歐美留學事件的描述，綜合參考杜聰明：《回憶錄》，頁 63-75、杜聰明：〈歐美醫學視察談（中譯）〉，《中西醫學史略》，頁 206-266 及杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（十六一二五）〉，《臺灣民報》頁 12，1928 年 12 月 16 日、1928 年 12 月 23 日、1929 年 1 月 1 日、1929 年 1 月 8 日、1929 年 1 月 13 日、1929 年 1 月 20 日、1929 年 1 月 27 日、1929 年 2 月 3 日、1929 年 2 月 10 日、1929 年 2 月 17 日等史料內容撰寫而成。為避免文中註腳煩多，故除特別引用會進行加註外，對於一般論述的出處不再列出註腳。



出 Bu fagin 的有效成份進行研究的過程均讓杜先生印象深刻。而 Abel 教授也是美國藥理及實驗治療學會的第一屆會長，該學會不只發行同名的期刊，並於 1967 年將該期刊改名為「臨床藥理及治療學」¹⁵³，顯示了當代實驗治療學與現代臨床藥理學間的傳承關係。

在美國另一個探查重點，則是當代世界著名的洛克斐勒研究中心（Rockefeller Institute for Medical Research，1901-1965）。杜先生不僅在此得以與心儀已久的日籍病理學家野口英世（1876-1928 年）會晤並交換意見，更見識洛克斐勒中心設置的研究型醫院，其只招收研究所需的特定患者而非一般外來病人的制度，成為日後杜先生設計研究型漢醫醫院的參考。

此外，美國夏威夷 Kalihi 醫院也有讓杜先生充滿興趣與啟發的研究，例如該院院長將民間藥大楓子油進行化學結構的改造合成新劑型後，用來處理當地癩病取得佳效的事蹟。對於自己長年感到興趣的中藥、生藥研究，在美國見識到如此成功的例子，也很可能讓杜先生增添了對於自己未來進行中藥成份研究，或是有關劑型改造的信心。

結束了在美國與加拿大拜訪諾貝爾獎得主 Banting 教授（Sir

153 楊倍昌：《科學之美 生物科學史閱讀手記》（高雄市：巨流圖書公司，2012），頁 268。



Frederick Grant Banting，1891-1941 年）的行程後，杜聰明先生前往英國繼續醫學考察。當時英國的藥理學研究主要也是引進德國只專注在實驗室中的實驗藥理學為主，但因英國的研究者多半身兼臨床醫師在外開業，所以較少有時間進行研究，致使研究的成果不如德國豐碩。但英國愛丁堡大學則有相當進步的治療學研究室，因此對英國治療學發展的探查，成為杜先生實驗治療學研究的重要基礎。

英國因當代實驗醫學的興盛，而輸入實驗醫學最發達的德國醫學系統，在醫學研究上全力投入實驗醫學的發展，透過實驗室的病理學、藥理學研究與動物實驗，大力創建基礎醫學。經過了三十多年的發展，英國偏重實驗醫學的基礎醫學領域逐漸建立完成，但過度偏重病理學與動物實驗等基礎醫學研究的結果，便是對實際臨床治療學的輕忽與無視，導致英國醫學界在臨床面對疾病時，缺乏真正有效的治療能力，英國內科學「專著在各種病理的研究，而內科學包括了病理各論與治療，但在治療上除了細菌方面的幾個例子外，都只是單純地在經驗的領域中，陷入徬徨的狀態」¹⁵⁴ 便是明顯的例子。

英國也注意到過度偏重實驗醫學卻忽視實際治療的影響，不

154 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（十六）〉，《臺灣民報》頁 12，1928 年 12 月 16 日。



只讓臨床治療能力不足，更直接影響醫學教育，即從此類醫學教育中能獲得的治療能力相當不夠。此情形讓英國衛生當局提出「醫學教育的目的是醫師的養成，但並不是把所有的學生當成是醫學的學者」¹⁵⁵的反思，而認為「若醫學教育最終缺乏讓患者接受診斷、給予適當處方的能力，這種醫學教育不得不承認是有缺陷的」¹⁵⁶。為了矯正醫學教育方向，英國在杜聰明先生留學的當時，開始進行以臨床治療研究為主的實驗治療學發展。

觀察到英國醫學發展過程中面臨的瓶頸與相應的轉變，對同樣繼承源自德國之日本醫學系統的杜聰明先生，在心中應也產生了相當震撼。也因此，杜先生打下了對實驗治療學深入認識的動力。具有對當代中西醫學的特色與發展歷程清楚瞭解的杜先生，日後也應用實驗治療學為平台，發展出其獨特的中西醫一元化研究。

此外，在愛丁堡大學化學教室的 Barger 教授，曾在印度研究民間藥木瓜葉成份—Carpain 的化學結構，使杜先生頓生「他鄉遇故知」之感，將自己之前在臺灣粹取出來的 Carpain 結晶與該教授切磋，發現自己在生藥研究上，與歐美並無太多區別。

155 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（二二）〉，《臺灣民報》頁 12，1929 年 1 月 27 日。

156 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（十九）〉，《臺灣民報》頁 12，1929 年 1 月 8 日。



英國的熱帶病學校也是杜聰明先生感興趣的重點，包括由曾至臺灣與香港的熱帶醫學之父—Patrick Manson（1844-1922 年）建立的倫敦熱帶病學校，及位於英國重要港口利物浦的熱帶病學校，均是研究國內及殖民地衛生需要的學校。其中倫敦熱帶病學校的附設醫院有 58 個不接受外來患者，專門收容感染熱帶疾病船員的病床，其中以瘧疾、赤痢與腳氣病的患者為最多，此類型以研究為主的醫院設計，引起了同樣來自熱帶殖民地，並親身經歷熱帶傳染病流行的杜先生，對熱帶醫學研究與尋求此類疾病治療方法的重視。

接著，杜聰明先生的歐美留學考察到了其最熟悉，也是影響最大的德國。德國位於漢堡的熱帶病研究所，專門研究航海疾病與熱帶醫學。此研究所也不接受外來病患，只收容患熱帶疾病的航海員，並以血清為實驗治療的主要手段。杜先生也發現，儘管德國是高緯度國家，不便進行熱帶醫學研究，但由於德國對研究的努力以及恰當的研究方式，使德國的熱帶醫學成為世界熱帶醫學的權威。在杜先生參觀了此研究所附設的 70 床研究醫院後，發現此醫院多數為瘧疾患者，少部分為十二指腸蟲病、腳氣、阿米巴痢疾，而這些疾病都是臺灣當時主要的流行病，也讓杜先生產生「恰如參觀臺灣病院之感」¹⁵⁷，因此也可能更加深杜先生進行

157 杜聰明：〈歐美醫學視察談（中譯）〉，《中西醫學史略》，頁 243。



臺灣本土醫學與熱帶醫學研究的信念。此類研究型醫院如美國的洛克斐勒研究中心、英國的倫敦熱帶病醫院，在日後也都成為了杜先生規劃漢醫醫院的基準。

杜先生將英國與德國的醫學特色進行比較後，認為英國的大學教育以養成人材為主；反之，德國的大學則以培養畢業後研究的學生為所長。而德國大學教育的精神也影響了未來杜先生的人材培養與創辦高雄醫學院的宗旨。另外，德國以團隊為主的研究精神，相較於英國、法國多以個人努力的狀況而言，德國有組織、有秩序的團隊研究，也是杜先生未來建立中醫藥「多位一體」研究團隊時參考的對象。

但此行中對杜聰明先生影響最大的，莫過於對德國實驗治療學發展的考察。由於德國醫學向來認為藥物除單純的臨床治療與經驗外，更要有科學實驗研究的必要。因此，藥理學者大部分只是在實驗室中進行動物實驗，使其對臨床實際使用與治療情形基本上漠不關心。而德國實驗藥理學的發展，也逐漸因豐碩的結果影響到其他的國家，如美國、英國與日本等，而同樣的系統也承接在杜先生身上。

以實驗研究為主要發展方向的德國醫學，也與英國醫學面臨相同的結果，便是過度重視實驗室病理學與藥理學的動物實驗，使得德國醫學在治療上同樣面臨治療缺乏的問題。而承接德國醫



學的日本也面臨相同的狀況，如日籍學者板倉武（1888-1958 年）所言：「治療上的能力非常不夠，幾乎是輕視治療醫學，只偏重在病理學及動物實驗方面，讓人感到非常痛切」¹⁵⁸。

德國也發現過去屢屢嘗試將實驗室中已明確藥理機轉的藥物投入臨床試用後，幾乎沒有一件是成功的！儘管德國認為基礎醫學的發展可以和臨床應用沒有關係，然而過度重視基礎醫學研究，導致臨床治療無力的事實，也讓德國醫學界反省過去專以科學興趣研究的醫學，失去了醫療就是以治療為最根本目的之使命。因此，德國面對基礎醫學與臨床應用脫節的問題，進行了醫學發展的調整。

透過健康動物行動物實驗確認有效與藥理作用的藥物，在人體或病體上的作用未必相同，所以將過去實驗明確藥效的藥物，轉至臨床面對實際問題而進行實驗治療研究，成為德國醫學新的發展領域，也就是以「微量化學檢驗方法」為治療研究媒介的「臨床藥物學」發展，使實驗藥理學與臨床的實際問題，得以藉由自然科學的研究方法相結合，透過臨床醫家與藥理學家的通力合作達到目的。如此，不僅可以讓明確藥理機轉的藥物給予臨床醫家應用在實際治療上，也可藉此機會，將實際的臨床問題提供給基

158 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（十九）〉，《臺灣民報》頁 12，1929 年 1 月 8 日。



礎醫學學者進行研究，使得兩方連結更緊密，讓「整體的醫學達到圓滿發達的狀態」¹⁵⁹。透過科學理念在臨床上的落實，使得治療不再只是屬於「信仰跟習慣」¹⁶⁰，而是能透過事實的歸納，有憑據地反覆驗證，確立治療的法則，使科學化的治療得以進一步提升。

過去一向承襲德國實驗醫學的杜先生，面對學術母國在醫學發展上遭遇的重大瓶頸及改變，很可能讓杜先生過去的「實驗醫學」或是「基礎醫學」的價值認知得到非常大的衝擊，也讓杜先生瞭解過度重視實驗室的動物實驗研究，或是只沈醉在科學興趣中的基礎醫學研究，很容易背離「醫學就是要對病人進行治療」的根本使命。因此，在杜先生認識到必須將基礎醫學與臨床實際問題結合，才能有機會達到圓滿的醫學發展狀態而重視實驗治療學時，很有可能同時在杜先生的心中，已然有將過去觀察玉階先生使用中醫藥在治療上取得驚人成效的經驗，加上本身對中醫藥特色的瞭解，與當時缺乏治療的西方醫學，共同透過實驗治療學的研究，建立屬於中西醫結合之完整治療法則，而且在觀察德國醫學發展方向轉變後的杜先生，本身已然具備相關學術發展的技

159 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（二一）〉，《臺灣民報》頁12，1929年1月20日。

160 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（二二）〉，《臺灣民報》頁12，1929年1月27日。



術與條件，如在日本留學時已然熟悉的「微量化學檢測法」等技術。使得杜先生在日後進行中西醫一元化研究中，將實驗治療學做為計畫的重點，藉由實驗治療學的研究，對中醫藥治法學進行有憑據的驗證與歸納，以建立完整的、科學的中醫藥治療法則，供現代醫學應用。因此，杜先生便在歐美留學結束後，直接提出：

臺灣位於熱帶及亞熱帶之間氣候與風土與歐洲諸國大異，因之疾病之種類不相同者亦殊多，故需順應本島之風土及習慣，研究特異之治療方法，堪以貢獻於實際之疾病治療者，信不在少。而他方面本島多數民眾，多數上信仰舊中醫非科學的治療法，如能研究其治療的方面而加以適當之整理，尤屬必要。其他臺灣地方之鴉片及嗎啡之慢性中毒者殊多，如能於治療學教室，以藥理學上之理論為基礎，將此等中毒者，於短時日使無痛苦戒除其癮，如此研究，亦為人道上緊要之問題，因此吾人頗切望臺灣醫學校，首先將治療學教室獨立，或由藥理學專門家與內科學家協力，設立治療學研究機關亦可¹⁶¹。

從杜聰明先生所提出的想法中可知，其日後的主要研究主題在歐美留學後已然相當成形了。特別杜先生以身為藥理學家的角色出發，鑑於過去以德國為主的實驗研究有脫離臨床實際治療的

161 杜聰明：〈歐美醫學視察談（中譯）〉，《中西醫學史略》，頁 259。



問題，因此，在對此問題進行了積極反省後，可看到杜先生便直接以實驗治療學為主的臨床研究取代過去以實驗室為主的研究，並且計畫以實驗治療學為研究平台，除了將臺灣的本土熱帶性疾病、鴉片癮問題進行研究外，更將其本身有濃厚興趣的中醫藥也納入研究的題材。因此可知，杜先生便是企圖透過實驗治療學的研究，進行中醫藥治療法的整理，去除其中不科學的內容，建立有科學性的中醫藥治法學，而此也成為了杜先生進行中西醫一元化研究的最根本目的。

結束德國的考察後，杜先生到了法國。法國醫學的情況，更直接強化了杜先生進行實驗治療學研究的決心。由於法國醫學重視實際的臨床問題，並體現在其醫學教育上。相對於德國的醫學教育，法國是每一個學年的課程，都將學生送到醫院與病患實際接觸，而杜先生認為這樣的制度可讓低年級的學生對醫療的實際情形有較清楚的瞭解，而能在高年級學習臨床課程時「事半功倍」¹⁶²；另一個特色，便是法國所有的基礎醫學研究者都是臨床醫師，其上午進行臨床治療，下午及晚上則進行基礎醫學研究；因此，非常發達的治療學，使得實際的醫學在法國相當興盛，也加深了杜先生未來從事實驗治療學的決心。

在杜先生結束了歐美的留學後，對於實驗治療學可說有了相

162 杜聰明：〈歐美醫學視察談（中譯）〉，《中西醫學史略》，頁 255。



當完整及深度的認識，並且藉由歐洲國家醫學發展的經驗，針對當代的日本及臺灣醫學提出建議，認為由於當時治療學的研究多為內科學者進行，然而內科學一般專注在病理學的研究上，而將治療學「等閒視之」¹⁶³。杜先生認為，由於光是從事病理學與疾病診斷的研究對於內科學者而言，便已然相當難以負荷，自然更無其他的時間進行有關治療學的研究。因此，杜先生建議當局必須學習法國醫學，引進治療學的學門，並設置有關的課程與研究，一方面使患者能有得到實際治療的機會，也能夠建立屬於治療的科學法則，並且也能夠於醫學教育中，充實學生們於在治療學上的學習。

綜合以上可知，歐美考察留學對杜先生的影響非常地巨大，不只是實際與各國優秀學者團隊接觸、觀摩各國醫學教育與醫學相關設施，並且對熱帶醫學研究有所體認外，影響日後杜先生進行醫學研究最多的，乃是對於當時西方醫學發展特長與瓶頸的瞭解，並且接觸當時逐漸興起的實驗治療學研究，使杜先生在醫學的整體架構、發展方向的眼界於廣度和深度上，有了「飛躍般」的進展，並且藉此跳脫過去只承接來自日本以實驗室研究為主的框架，轉而推動以臨床的實際療效研究，以實驗治療學研究為平台，建立歸納科學的治療法，並以此進行日後的中西醫一元化研

163 杜聰明：〈歐美醫學視察談（中譯）〉，《中西醫學史略》，頁 259。



究。

此外，透過各國對熱帶醫學的重視，也讓杜聰明先生在日後進行相關研究時，很容易也將熱帶流行的傳染病做為疾病治療的研究對象，最明顯的例子，便是杜先生日後最感到得意的以木瓜葉成份 Carpain 治療阿米巴痢疾的研究，也就是以中醫藥或民間藥的成份治療在臺灣或熱帶地區所流行的疾病，以此充分地將中醫藥與臺灣地理環境的特長進行結合。尤其是對於熱帶醫學的重視，也讓杜先生日後創辦高雄醫學院時，特意將地點選定在熱帶特色明顯的南臺灣。

第四節 小結

藉由對養成背景的探討，不難發現杜聰明先生的理念養成自有其天時、地利與所需的人文條件。其出生適逢中西醫交會，甚至兩者劇烈作用的時間，若沒有中醫與西醫兩者的匯流，杜先生緣何能夠有機會接觸當時中醫與西醫交會中所出現的問題？若不是日本統治時大量引進西方醫學做為主流醫學，杜先生如何有機會接受西方醫學教育，並且在西醫領域接受進一步的訓練，成為當代西醫學術與科學研究的頂尖人物？若沒有臺灣地處熱帶及亞熱帶的環境，杜先生如何親眼見證當時熱帶傳染病的肆虐，以及西方醫學在治療上束手無策的情形？若沒有黃玉階先生對於杜先



生家庭的影響，我們很難想像在那個年代出身於農家的杜先生，如何能對臺灣的近代及現代醫學起到重要的貢獻？若不是黃玉階先生的影響，如何能讓杜先生走上接受教育及醫學之路？若沒有與黃玉階先生的接觸與啟蒙，杜先生從何目睹中醫藥驚人的療效而產生興趣？若沒有當代醫學對病原體學的重視以及臺灣當代的衛生環境，如何能讓杜先生對基礎醫學產生濃厚的興趣，並且從此踏上留學與研究的領域？若不是當代日本藥理研究風靡於漢藥、生藥的研究，如何能培養杜先生日後獨立操作中藥成份研究的能力？若不是到歐美留學，如何能讓杜先生在醫學整體發展與瓶頸有如此深切的認識以及跳脫僅在實驗室進行研究的束縛，轉而重視臨床治療的試驗研究？也因為當代臺灣缺乏中醫藥系統教育，並且與日本的直接關係，如何讓杜聰明藉由自學接受當代日本漢方醫學的薰陶？在此，本書也簡單綜合了杜先生中西醫一元化理念形成的背景條件示意圖，如圖 2.2。

在這些背景的綜合作用下，面對中醫與西醫間的問題，產生中西醫學匯通或結合的想法，很有可能是極為自然的。而這樣的概念與理念的產生也絕對並非只是杜先生一人所有，只要是在共同相似背景作用下的人，都很容易有這樣的理念，如翁俊明及余巖先生即是。但重要的是，儘管理念會因背景條件的作用而有機會成形，但真正影響理念之深度、廣度及執行的條件，卻又是實



力的差別。

換句話說，理念的成形需要其成形的條件，而理念的執行，卻又需要另外一番執行的條件，中西醫結合觀在相似成長背景的杜聰明、翁俊明、余巖先生三者皆有之，然而真正讓三者產生明顯差距的，卻在於中西醫結合所需的能力上，不僅必須對中醫藥與西方醫學發展及其內涵有長遠及精深的瞭解，並且更要有相當的科學研究基礎與能力做為銜接中西醫的橋樑以及執行的條件，如此才能夠讓這樣的理念有真正得以進一步的深化與推展的機會，而這些正是杜先生之所以與其他人不同之處。

醫學的目的在於解決病人的問題，處理問題的方式常是對患者的治療手段與衛生保健之預防方法。以當時臺灣的醫療水平而言，儘管當代西方醫學非常致力於病原體的分析研究¹⁶⁴，但在1940年代抗生素得以逐漸興盛以前，西方醫學對於這類型的細菌性傳染病基本上並沒有太多有效的處理治療方式（只是細菌性的而已，還不包括病毒性疾病的治療），導致儘管當代的西方醫學對於病原體的認識再多，在真正臨床上面對患者時，常處於無能為力的狀態，大多轉而依靠公共衛生政策的實施進行衛生環境的

164 有關當代臺灣的醫學主流重視流行性傳染病的病原體探詢，事例可見丸山芳登著《日治時期臺灣醫療公衛業績》中的〈疾病篇〉，每將其中的疾病進行病原體的探究與流行病學的研究，詳參張秀蓉編註：《日治臺灣醫療公衛五十年》，頁149-281。



改造與疾病的預防，甚至是利用細菌學研究對於細菌特性的瞭解，制訂相關的預防方式，或許這樣的策略對於大規模流行的傳染病有相當的效果，但對於已然普遍存在的疾病或是對於為數眾多的已罹病病患而言，其治療大多束手無策。

如此的原因，加上西醫本身人手不足之故，使得統治初期的日治政府，不得不引進中醫投入鼠疫的相關防疫與治療，而黃玉階先生正是其中代表中醫的要角，甚至在日後也接受日本政府的授章表揚，備受日人尊敬¹⁶⁵，且在以臺灣西醫醫療事件記載為主的《臺灣醫事衛生年表》中也記載了黃玉階先生於1918年去世的消息，稱其為「黃氏為篤學之儒醫，聲名遠播」¹⁶⁶，成為其中唯一一位記錄入列的臺灣漢醫。

而於日治前期成長的杜先生，對於臺灣當時的衛生環境、疾病流行與醫療的能力應有相當的觀察經驗，甚至可能因此使其在日後從事醫學研究時，在研究興趣、取向與主題選擇等起到很大的作用，使得當代這些背景條件成為杜先生挑選其研究主題的基準。換句話說，杜先生最有名的三大研究主題，中藥、鴉片與蛇毒都是充滿臺灣地方性色彩的研究選材，這樣的選材相信都是其來有自的¹⁶⁷。

165 詳參宋光宇：〈叛逆與勳爵—先天道在清朝與日據時代臺灣不同的際遇〉，《歷史月刊》74期（1994），頁56。

166 張秀蓉編註：《日治臺灣醫療公衛五十年》，頁70。

167 詳參范燕秋：〈帝國政治與醫學 日本戰時總動員下的臺北帝國大學醫學部〉，頁



是故臺灣當代疾病醫療的特色，對杜聰明先生中西醫一元化思想可能形成的影響有：

第一，當代醫學發展的顯學，也就是細菌學研究在歐美與日本的蓬勃發展，以及臺灣熱帶傳染病的盛行，可能是杜先生在醫學校時熱衷細菌學的原因¹⁶⁸。

第二，由於當時西方醫學在有關傳染病的治療上處於較為無力的狀況，導致日治初期時，殖民政府迫於形勢不得不延用中醫來進行鼠疫的防治，而大稻埕名中醫黃玉階先生正為其中之佼佼者。而長期與黃玉階先生相善，甚至經常登堂入室的杜聰明先生應有相當機會觀察或耳聞黃玉階先生運用中醫藥處理臺灣熱帶傳染病，如霍亂與鼠疫的重大成效，因此這些的觀察與療效的見證，很有可能便是杜先生中醫藥興趣的起源。

上述的組合很可能就是杜先生日後建立中西醫一元化研究的基礎。即當代西方醫學處理熱帶性疾病或細菌性傳染病缺乏有效治療，杜先生便藉由過去觀察中醫藥處理鼠疫、霍亂以及骨折、癰瘍的成效¹⁶⁹，經過科學研究後作為這些疾病治療方法的補充。或許也是杜先生對於傳染病的興趣，使其在研究中醫藥時選用的

111。

168 詳參杜聰明：《回憶錄》，頁 42-43。

169 詳參杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察（五）〉，《臺灣民報》頁 12，1928 年 9 月 30 日。



範本都是中醫藥專門處理「外感熱病」的「傷寒論」，由此可見杜先生對於中醫藥的興趣來源與當代臺灣疾病、醫療環境間，有密切相關的關係。



圖 2.2 杜聰明先生中西醫一元化理念成形之背景條件示意圖¹⁷⁰

170 杜先生照片來源：杜淑純編著：《臺灣現代醫學之父—杜聰明博士留真集》，頁102。