

# 日治時代「近代化的醫療政治」——以性別化的醫學新教育、規訓化的醫療新身體 兩個過程為例

高醫性別所 清大歷史所，傅大為  
極粗略的第一稿，16/March/ '03 與新竹清華

摘要：

一般認為日治時期開創了台灣的近代醫療體系，除了一點殖民特色外，這個醫療體系常被認為是一真實的文明化與近代化過程。但本文企圖勾勒出這個文明化過程中的「醫療政治」，醫療的體制與操作，構成了近代權力宰制與形構的重要政治過程。本文透過兩個重點來說明這個過程，一個是在近代殖民醫療教育中的性別化過程。比起日本內地、韓國殖民地、甚至滿州國，更不用說其他文明國度，台灣的殖民醫療建構，男性權力的性格比較濃厚，而女性則若非缺席、就是被高度壓抑（可以討論到女子的醫學、助產、護理等教育過程）。所以這個文明化與性別化是同時進行的，並對後世台灣的醫療建構有深遠的影響。

台灣近代醫療政治的另一個過程，則是對醫療身體的規訓化。透過阿片吸食矯治、還有癲瘋病防制這兩個例子，本文展示台灣的主流醫療體制對近代身體進行大轉換：其中有禁閉、規訓、與文明化的自我技術。一般認為日治總督府的阿片治療，是科學而進步的。但是從權力規訓的角度來看，日治醫療的矯正操作，可說是一種「低科學而高規訓」的醫療身體示範。透過醫療矯正的操作來建構身體規訓的正當性，並以污名化阿片君子來正當化規訓下的新文明身體。在癲瘋病的防制上面，我們也可以看到類似的身體規訓過程。

這是在書寫「性別、醫療與近代台灣」一書（暫訂書名）中較短的一章。

## I. 在殖民帝國多重管道下的 性別化的醫學新教育

在我研究台灣近代的性別與醫療史過程中，常常感覺到總督府所進行的醫學教育

中，一直不收女生；相對而言，台灣所訓練的男醫師，在地方鄉里又是那麼的有份量，代表著的是台灣近代化的主要象徵，但女性基本上卻是缺席的。這個缺席，比起其他社會的近代化過程，好像有著更嚴重的性別化後果。這是不是台灣近代化過程中的一種特別的「醫療政治」呢？

比起那些其他社會呢？我當然不與當時的歐洲諸國比，那裡第一波婦女運動已經開展頗久了，許多地方婦女已經可以參政。雖然我也不與美國比，但是美國女醫師的歷史，已有頗為不錯的研究 (Morantz-Sanchez)，所以我會以美國類似時段中的情形，當作一種座標，來標定台灣近代新醫學發展中的性別化刻度。台灣與美國當然很不同，就近代新醫學而言，我們特別可以注意，當十九世紀後期美國女性企圖進大學、建立女子學校、女子醫專的歷程中，美國早有許多男醫師存在。但是就台灣而言，當台灣第一位留日的女醫師蔡阿信畢業於 1920 年時，只比第一位台灣男醫師晚了二十年而已。少數留學生不算，在她前面的，也只有五百位台籍男醫師。（我們暫不討論台灣清末的傳道醫學，那是第二章的題目，當然，傳道醫學也沒有正式的新醫學教育）

對於台灣進入殖民近代化的歷程，我想比較的，是以日本內地為中心的日本帝國其他領域，包括日本、關東/滿州國、朝鮮等地。甚至，其他同時代的殖民地，如印度，或是積弱後進之國的中國，也可以成為比較的對象。當然如果要詳盡，這種比較需要很大的功夫，我這裡也許只能點到為止，為的是對這個看來頗為嚴重的問題，作些反應。

就台灣殖民近代化的一般教育而言，從小學、中學、到專科與大學、留學等等，其中的殖民化、性別化特質，過去已經有許多可資參考的研究 (Tsurumi, 吳文星、游鑑明等)，是本文的大背景，但不是本文的主題。我們要討論的，是台灣殖民近代化的核心之一：新醫學與公衛、警察，透過他們的知識、組織、技術與策略的運用，如何把台灣帶進一個特別的近代化軌道中。而在這個軌道中，除了殖民者自己的行動外，總督府也要規劃與進行醫學教育，一方面複製殖民醫學的下一代，同時也教育被殖民者的菁英成為醫師，要他們來加入推動這個特別的近代化軌道。

台灣總督府所構想的「近代文明人」，大概是個男人。在它所推行的一般教育中，因為中小學女子教育被次等化、同時也因為傳統父權仍然把女孩綁在家中工作，造成極低入學率 (Tsurumi)，所以自然在進行高等的醫學教育時，縱使要女性來學習，也會認為女性的能力不足。所以台灣的殖民醫學教育，五十年一貫，不收女生，也很少聽到台人的批評、或是在台日本殖民者自己的抱怨。但是，實際的情形，當然頗為複雜。台灣總督府的醫學教育政策，只是日本帝國中的一面而已。比起日本內地的寬廣天地、可以吸收來自殖民地的菁英，台灣總督府又限制又狹

隘、且嚴重性別化的醫學教育，在日本帝國內，反而影響力有限、似乎是種比較「孤立的狹隘」。吳文星點出，台灣殖民五十年，總督府只培養出約一萬名受過專上高等教育的菁英，但同時，日本內地卻培養出約五、六倍以上的專上高等教育的台灣人。雖然台灣不培養齒科醫師、沒有藥專與藥學系、更不培養女醫師，但是在同一個時代，特別在二零年代以後，日本內地卻培養了許多台灣齒科醫師、藥師<sup>1</sup>、女醫師，特別是留日齒科與藥師歸國者，很快就成為主流。甚至，留日學生一般而言，在日治後期成為吳文星所謂的台灣社會領導階層的新主流。女醫師的情況則不太一樣，詳後。

雖然台灣是日本第一個殖民地、隱隱成為日本殖民的國際櫥窗，但是日本在台灣普通教育上的性別化、在醫學教育上的女性缺席，在日本帝國其他殖民地的比較上，可謂特別嚴重。因為朝鮮反殖民運動的刺激，朝鮮殖民時代的高等教育反而在發展上快過台灣（吳密察、梨花女子專門學校的傳統等等<sup>2</sup>），而在女子學醫的時程上，1928年，Rosetta S. Hall 開創了第一個 Seoul Medical Training Institute。在註冊的十五位女生中，六位於1931畢業，並同時通過了日本所控制的醫師執照考試<sup>3</sup>。同時，關東/滿州國高等醫學教育與女子學醫的情況，可能也要比台灣好，舉凡滿州醫科大學及其專門部、京城齒科醫專、藥專等，都有男女共學的情形<sup>4</sup>。至於日本在中國華北的醫療建制與教育<sup>5</sup>，也許是資料不足，比較沒有看到女醫教育的痕跡。

至於日本內地，帝國的「中心」，女子醫學教育從二十世紀初就逐漸有兩三所女子醫專（東京、帝國、大阪）一所齒專（尚不提藥專等學校），訓練出大量的女醫進入日本醫界、乃至日本帝國的各個殖民地。當然我們不能簡單假設，這是日本帝國國家有意所造成的「內地 vs. 殖民」在「性別與醫療」上的差異<sup>6</sup>。簡單說，日本政府，對於女醫師、女子醫學教育等，沒有興趣，特別是日本男性醫界，甚至抗拒這種可能。一方面日本歷史有「女醫」的小傳統，另外特別是日本近代少

---

<sup>1</sup> 根據「台灣藥學史」，日本留學的台灣藥師四百多人，在日治後其或戰後，幾乎全部回國，這在日人留日史中很特別，原因待考，也許與日本藥師的執照制度有關？這個數字，與台灣省五十年提要中的數字（p.1250），大約吻合。

<sup>2</sup> 吳密察，「從日本殖民地教育學制看台北帝國大學的設立」，台灣近代史研究（1991再版）。梨花女子大學的歷史與殖民時代傳統，稍候補上進一步的資料。同時，游鑑明女子教育頁70尚提到1941年朝鮮設有公私立女學校71所、與女師範二所、女子專門學校三所。與台灣比較「實有天壤之別」。

<sup>3</sup> 感謝在哈佛作醫學史研究的 Dr. Lee Jong-Chan 提供這條訊息。

<sup>4</sup> 參與男女共學的女生數量，當然要比女子醫專的形式要少很多，不過滿州國似乎沒有女子醫專。在滿州醫科大學專門部，有謝秋澗之女謝久子，以第二名畢業。參考許雪姬「日治時期台灣人的海外經驗——在『滿州』的台灣醫生」，2002，紀念張光直學術研討會。許雪姬等訪問，日治時期在「滿州」的台灣人，2002，近史所口述歷史叢書79。

<sup>5</sup> 參考黃福慶，近代日本在華文化及社會事業之研究，1982，第二章，近史所專刊45。

<sup>6</sup> 這個問題，是我前年去日本神戶參加東亞 STS 會議，討論到台灣「殖民醫學與性別」的問題時，日本學界的朋友，對我原初所提的簡單假設的最主要質疑，在此特別要感謝他/她們的寶貴意見。

數積極的女醫，排除萬難，援引在政府、醫界少數男性的支持，在日本明治後期、大正初年，努力開創出女子醫專的新導向<sup>7</sup>。總之，值得玩味的是，日本內地有女醫專的出現，主要還得歸功於當時女醫、婦女運動的結果，而不是大正「開明帝國」的設計。這個情況，也與十九世紀後期，美國東海岸由女醫與社會進步份子，合力開辦五所十分優秀的女子醫專<sup>8</sup>，有異曲同工的效果。美國五所女醫專努力發展的結果，在二十世紀初，使得女醫的總數，達到當時美國醫師總數的百分之五。

回到台灣的情況，當然殖民台灣沒有這種女醫或相關婦女運動的發展<sup>9</sup>，不過，我們也許仍然可以說，做為帝國的中心，比起台灣的殖民文化，日本大正前後比較開明、富裕與活躍的社會，構成了一個內地 vs. 殖民的「文化社會」差異，使得日治台灣建立女子高等醫學教育的可能性，要遠低於日本內地。類似的情形，一個「性別與醫療」顯示在內地與殖民的差異，是日治時期台灣助產與護理教育的情形。就以台灣護理界的元老鍾信心為例，就當年一個優渥的台灣家庭而言，鼓勵女兒到內地讀書，所選擇的科目，常常受到日治時期「崇尚醫師」心理的影響（所謂的「第一醫生、第二賣冰」），去內地讀醫、或起碼讀牙醫。但是在一個很特殊的親情因緣中（受五姐的鼓勵），鍾信心執著於讀護理，而且學得很深入而周全，遂使得她的留學日本，確立了她在日後日益重要的台灣護理界中的開創地位。留學會如此重要，部分原因，在於台灣當時的看護婦養成所教育，就如同台灣的助產婦養成所，是看護婦與助產士在台灣所能學習到的最高階段，但是這個階段，就日本內地的護理教育而言，只是護理的初等教育而已。不同於當時男生有機會進入台北帝大、甚至拿博士，女生如果不到內地求學，在台灣就只能進入初等的「養成所」。所以對比而言，鍾信心在日本聖路加的三年半教育，在台灣護理界中就可說是首屈一指了<sup>10</sup>。

話說回來，我們要進一步考慮，台灣留日約畢業了兩百名女醫師這個事實，對於台灣日治時代台灣「性別與醫療」整體歷史視野的意義。

首先，我們需要估計，一個看似簡單的問題：日治時期在台女醫師的總數，還有她們當時佔台灣全體醫師的比例究竟為何。當然，光看總數與比例，並不能讓我們深入瞭解當時女醫與婦女患者的情境（可參考筆者討論「台灣近代 [男性] 婦

---

<sup>7</sup> Please consult: Yuehtsen Juliette Chung, "Struggle for National Survival: Chinese Eugenics in a Transnational Context, 1896-1945", Ph.D. thesis, University of Chicago, (1999), chapter five.

<sup>8</sup> 其中，Esther Park, 第一位朝鮮近代女醫，1900年在 Baltimore Women's School of Medicine 裡面學習醫學。

<sup>9</sup> 台灣日治時代婦運/民主文化運動的情況，似乎女子醫學教育只是許多女性問題中的一小項而已，更何況在殖民地還有「民族」的大問題需要去操心。在婚姻、經濟、參政等大議題下，關於女子高等教育的議題，討論並不熱烈，參考楊翠，*日據時期台灣婦女解放運動*，(1993)，p.174, 204ff.

<sup>10</sup> 節自筆者的手稿「從忽視與不平走來的護理史——以性別與教育的角度看『護理的信心』」已貼在 STS website <http://sts.nthu.edu.tw> 的「書評」版。

產醫學的興起及其性別政治」的一章)，但是這個總數與比例的估計，仍然是個近代性別與醫學史的基本數字，無法避免。

根據游鑑明，日本的三所女子醫專（二醫一齒，不含藥專<sup>11</sup>），日治時期訓練了兩百位（207 in 1944; 168 in 1942）台灣的女醫。因為從我的估計（X）<sup>12</sup>，台人留學醫學回台的比例大概只有 18%，那麼我想頂多留學女醫回台的比例不超過 50%，約近一百人<sup>13</sup>。所以，如果把留日回台的男醫學畢業生（820 醫加齒，減一百女醫的結果），與台北帝大前後訓練的男醫學生（1740 in 1942）再加上在台日本醫師（醫加齒 1500，假設 95% 為男醫師：1425）加起來，共約 3985 人。那麼，三所日本女醫專所訓練的回台女醫，大約是在台醫師總數的 2.4% 而已，如果，再加上估計的 5% 在台日本女醫，約 70 人，則在台女醫的比例大致可達 4%。這些數字，與美國女醫在世紀之交時（當時算是蠻多的）的比例（5%）比較，相當值得玩味。

回到之前所提到台灣總督府狹隘與性別化的殖民高等教育，其實多少是一種「孤

---

<sup>11</sup> 女生留日讀藥專的可能很多，根據游鑑明《日治女子教育》，頁 199，以彰女 1924-1938 十五年間留日 68 人而言，讀醫專三人、藥專 25 人、齒專 4 人。

<sup>12</sup> 從吳文星《日據時期台灣社會領導階層之研究》（1992）第三章，進一步推估 留日大專畢業學生採低標，到 1939 年五萬人，因為留日入學時學醫（應含醫、齒、藥、助、護）佔 2/5，如果畢業減半，則佔 1/5 總畢業生，則有一萬個醫師，從台灣反推回去，大約最多只有 18% 回台，因為只有一千八留日醫護人員回台。我是以下面的方式反過來統計。因為，從台灣本地資料來推算，根據《台灣省通志稿衛生篇》，1945 年資料 p.7433, 7442, etc.,.

台人醫師 2170 人，日本醫師 1249 人。原來台灣訓練有 1740 人，留日約只有 430 人！

台人齒醫 493 人，日、其他齒醫 245 人。台人假設全部留日。

台人藥師 645 人，日、其他藥師 352 人。台人假設全部留日 \* 有問題（參考「台灣藥學史」（2001）pp.72-3，其中討論到留學日本藥專前後約四百多人，幾乎全部回台，後來大部分人租借執照給漢藥房，所以留日者沒有到六百多人，有一百多人的誤差，大約是漢藥房藥師。終殖民一時代，台灣沒有藥專或藥學系）。

台人助產士 2098 人，其他約 870 人。（助產與護士，假設十分之一為留日，則約有 260 人留學回台）

台人護士 508 人，其他約 300 人。

所以全部留日學醫（五類）台人回台者，最多共約 1800 人。

<sup>13</sup> 從 1954 年後出版的《台灣醫師名鑑》吳銅編著，林松根做序。其中放置那時（可能是民國 43 年前後）全省醫師的大頭照、學經歷、任職地點或執業場所地址。一頁頁的依據學經歷，可以尋覓到 96 位女性醫師，扣掉不是從日本畢業的女性醫師 13 位，所以估計約有 83 位是從日本東京帝國與大阪女子醫學校畢業，並在台執業的。雖然時間前後相差近十年，戰後國民黨時代畢業的新女醫也尚未算過來，所以只算日本畢業的女醫，這裡的數字，與目前估計的一百位，沒有太大的差別。但是此名鑑中有「大阪女子醫學校」之名，游鑑明所建立的留日畢業生名錄中沒有，反之，游名錄中有東洋女齒專，不知名鑑中有否包括齒科。十分感謝蔡宛容所提供的寶貴訊息。

立的狹隘」的看法。在日本留學的台灣齒醫與藥劑師，回台後便逐漸成為台灣的主流，同時，雖然在日本留學的女醫不可能回台後成為台灣醫界的主流，但是，假使日治末期台灣醫師中有 4% 是女醫，則不會比當時美國女醫的比例來得少<sup>14</sup>，這是很有趣的。當然，在台日本女醫與台人婦女的互動，可以假定是低於台灣女醫與婦女的互動，所以，在百分之四的上限與二點四的下限二者之間，不易取捨。但是不論如何，我們也許不再能夠單單從日治時期台灣醫學教育不收女生，來立刻推斷台灣「男性醫學」的色彩，要比其他國家嚴重的多<sup>15</sup>。

不過，台灣殖民醫學中的性別化色彩、女性醫療教育缺席的問題，也的確比許多其他殖民地要嚴重。前面我約略提到日本帝國其他殖民地的情況，現在我再提另一個殖民地中的情形：印度<sup>16</sup>，也同樣顯示台灣的缺失。

在一個非常不同的歷史與殖民脈絡中，我們參考比較一下印度 19 世紀後期的婦女殖民醫學<sup>17</sup>。隨著 19 世紀英國殖民在印度的醫學信心提高，英國人開始批評許多印度婦女的衛生問題、還有印度傳統產婆 *dais* 的野蠻接生習慣。很自然地，19 世紀的六七零年代，一些西式的助產士學校逐漸成立，但是，一直到二十世紀的一零年代，訓練出的新助產士人數一直不多，許多印度中、高階級的婦女，仍然要找 *dais*，而且不願去醫院。印度廣大的 *dais* 一直很有勢力與受到尊敬。所以後來殖民政府就乾脆進行短期訓練，企圖改變 *dais* 本身。並於 1903 年設立 Victoria 獎學基金，鼓勵傳統產婆來學習，十年之內，訓練了 1395 位 *dais*，但與當時一億的印度婦女相比，作用很小。同時，在批評野蠻的 *dais* 時，一些英國婦女在印度認為應該進一步地增加印度女醫師的數量，如此才能夠接近與增進印度婦女與新生兒的健康。或者靠吸引更多的西方女醫師來印度，或者直接訓練印度女性成為醫生，設立女子醫院、開辦女子醫學校等等，這些，都在 1880 年左右，透過英國平民與美國商人們的努力（英國殖民政府則十分勉強），終於成功。還有，在 1885 年，更設立了一個以總督夫人 Lady Dufferin 為名的基金，來提供給印度婦女學習醫學、護理、助產、醫院助手等等所需之經費與獎助等。到了 1928 年，直接間受基金補助的已經很多。當時全印度有 400 位受完整訓練的女醫師，其中 150 位屬於教會團體。

最後，關於日治台灣「醫療政治」的性別化問題，筆者進一步提出幾個心得與問題，特別以 Regina Morantz-Sanchez, *Sympathy & Science: women physicians in*

---

<sup>14</sup> 根據 Morantz-Sanchez 的說法，二十世紀上半期，美國女醫的比例逐漸下降，反而不比世紀初的 5%，這是受到“Social Transformation of American Medicine”的影響，五所女子醫專關閉了四所，醫學院的男女共學雖然開始，但是情況比女子醫專時代差。詳後。

<sup>15</sup> 成令方的博士論文（1997）中強調此點，筆者過去受惠很多，但是現在覺得此觀點有修正的必要。同時，對於日治末期台灣女醫人數的估計，筆者在此的推估，也與令方最近發表論文（女學學誌，no.14, 2002）中的估計不同。

<sup>16</sup> 以下的討論，來自筆者在第一屆「性別與醫療」工作坊中的報告「四片斷簡」。

<sup>17</sup> 以下資料來自 David Arnold, 1993, *Colonizing the Body*, pp.254-268.

*American Medicine* (1985, Oxford) 一書為參考點，作為暫時的小結。

一，是否當美國男女共學終於可行時（世紀之交 limited co-education），使得女子進醫學校、女醫師的數量都大增呢？結果是剛好相反。一直到五六零年代，男女共學沒有真正幫助女子進入醫學院。女子入學率與女醫職業率都降低，原因好幾個，特別是所謂的“American Social Transformation of Medicine”。科學醫學、醫院臨床醫學的興起，所帶出的新醫療意識型態（不重視全人而只看器官、不重視家庭人際而只隔離在醫院空間、女醫傳統的女性照顧特質轉到護理與社工人員等），在二十世紀上葉也阻礙女子學醫，那麼這種情形是否也在台灣、日本曾經出現？如果也出現，又是在甚麼時候。過去日本與台灣女子學醫，有甚麼特別的性別特色，使人覺得女子適合行醫？中國方面則有聽說。

二，所以，反過來談台灣的情形。雖然我批判殖民醫療教育沒有「男女共學制度」，但並不表示即使有男女共學制度，「性別與醫療」的議題必然會有甚麼很大的進展<sup>18</sup>。但是注意，台灣情形與美國不同的是：假設台灣在日治時代，無論是有女子醫專或男女共學，所產生的性別平衡效果，應該會比美國大很多。因為，美國女子醫專成立之時，已經有許多男子醫專，男醫早是主流。但是如果台北醫學校、甚至延到帝大醫學院成立時就是男女共學，或是很早就有女子醫專，台灣性別與醫療問題的改變，會比美國來的更快。畢竟，如果上面假設成立，那麼當初可說是近代新型的男女醫師，同時早早來到社會，不必要遲到五零年代以後的台灣，所以「先後到」的問題要小很多。

三，當然還有個時代與醫療科技的問題。假如在台灣成立女子醫專，時間很重要，如果在科學醫學進駐醫學院的時代之後（例如 1936 前後，台北帝大醫學部成立），則要有像樣的女子醫專，經費問題一般而言很嚴重，除非政府全力支持。但如果是男女共學，就沒有如此嚴重。在美國科學醫學的時代，男子醫專也紛紛合併進入大學系統，後者的募款、基礎科學教育的能力，都遠超過過去的醫專，也部分是在這個嚴酷條件下，促使了美國五所女子醫專，在二十世紀上葉，關門了四所。

---

<sup>18</sup> 「性別與醫療」的一種普通調查法是：尋找過去各地大學的資料，標定何時某個學校開始收女生、醫學院開始收女生、教學研究開始收女教授等。但這樣的資料還是比較粗糙。畢竟，沒收女生、或開始收女生，理由都很紛雜，還有如何收（含各種隱形的歧視與明顯的條例限制）的問題，其實往往是個大問題。M-S 書中的討論，正顯示這一點。成令方的博士論文，Cheng Ling-fang, 1997, “En/Gendering Doctors: Gender Relations in the Medical Profession in Taiwan 1945-1995”, Ph.D thesis, Univ. of Essex (G.B.) 也討論了戰後台灣醫學教育中的許多隱形、男性文化的問題。

## 近代化的醫療政治 II. 規訓化的新身體 & 帝國的新展示及其無力

作為一個後進的殖民帝國，當日本統治台灣時，他所擁有的技術與知識的資源，要比一個世紀前英國帝國統治印度，豐富而有效率的多。後藤新平要以醫學作為收服台灣人心的手段，的確看到了後進殖民主義的優勢所在。所以，過去要以無比的宗教熱誠才能克服的台灣瘴厲之鄉（見第二章清末台灣的傳道醫學），現在的新帝國將以行政理性、專業醫學、警察衛生等一連串的治理過程，企圖將台灣轉變成日本殖民主義的國際櫥窗（參考如小田俊郎，台灣醫學五十年）。

從十九世紀末進入台灣以來，一些傳染病，例如黑死病、天花、malaria 等，透過當時日本已經掌握發展的醫療知識技術、警察行政機器，的確頗有成效，起碼對日本殖民較多的城市而言，例如對困難的瘧疾，也起了遏阻的效用<sup>19</sup>。但是當比較急性的傳染病獲得控制，台灣因為社會習俗、衛生與營養、環境變化等所引起比較慢性的疾病與「惡習」、特別是與傳染有關的慢性疾病，如肺結核、癩病、乃至阿片中毒（癮），就成為總督府所需要面對的新問題。

當然，對於慢性惡習與疾病，近代殖民國家的統治，其實有另外一套的醫療與社會控制的手段來進行，例如透過系統性的空間隔離與身體規訓，也許重點不在治療，但是透過療養院、矯正院、隔離醫院等這類空間隔離的院所設置，反而能夠顯示帝國的社會控制能力、還有他開明理性的管理權力。十九世紀歐洲針對精神病的「療養院技術」的發明，就是個廣為引用的例子<sup>20</sup>。這種空間隔離、細密身體規訓、系統的分析、記錄與治療的醫療工程，在二十世紀上葉「抗生素」的藥用技術廣為發展之前，遂成為一些重要慢性病的控管手段。

本章的這一節，就是準備利用結核、癩病、阿片毒癮這三個例子，簡單而比較抽象的來討論日治台灣醫療政治的另一個面相：規訓化的新身體，還有在這些規訓過程中，日本殖民權威所顯示的展示企圖，以及同時不得不浮現的「帝國的無力」或勉強。我所用的研究素材，則將基於筆者過去指導或正在指導的三位碩博士生的論文材料：許宏彬碩士的「台灣的阿片想像」論文(2002)，陳威彬碩士的「近代台灣的癩病與療養」論文(2001)，還有張淑卿博士生的「台灣結核病史研究」導論(2001)。在匆促的收集材料過程中，也特別要感謝筆者現在高醫的研究助理許宏彬的幫忙。

<sup>19</sup> 參考劉士永，1999，「一九三〇年代以前日治時期台灣醫學的特質」，台灣史研究，四卷一期。范燕秋，1996，「醫學與殖民擴張——以日治時期台灣瘧疾研究為例」，新史學，七卷三期。

<sup>20</sup> Elaine Showalter, *The Female Malady: women, madness, and English culture, 1830-1980*. (1985)



一般而言，我們容易有印象說，日治時代台灣醫療資源是不錯的。以下，筆者透過日本殖民帝國脈絡，來進行一個對比：台灣三零年代的阿片矯治，做為台灣醫療的一個國際櫥窗，對比於另外兩個日治台灣較少宣傳的慢性疾病，結核與癩病。在這個對比之下，我希望顯示日治時代台灣的一種醫療政治：一種介於帝國、殖民身體、與醫療控制之間的政治。它既是一個殖民帝國的展示、但也同時是一個殖民者對殖民身體的隱藏、一種帝國的無力與隱藏。

1914年，日本通過了「關於設置肺結核療養所」的法律<sup>21</sup>。這個法律，在於醫療結核病無力的年代，企圖一方面以隔離的方式來防制結核傳染、另一方面也顯示日本政府的人道與理性，以建造公立療養所的方式來照顧結核病患者最底層、那些百分之一二無力照顧自己的重症病患。從彼時到1920年代初，日本在六個大都市裡面建了一千兩百床，再加上「原有可供結核病患療養」的八千五百床，日本大約有一萬床。1915年，總督府在台灣建立「松山療養院」，只有29個床位。同時，日本在台的赤十字醫院，也建立的結核病舍，估計則有20個床位<sup>22</sup>。在1920年代初期，台灣每十萬人死於結核病的人數約190人，略高於日本當時的死亡率（約180人），而結核療養所的床位差，可以如此之大。

我們再看1933年，日本公私立的結核療養所床位，Johnston估計是7754床<sup>23</sup>，曾田長宗的估計是13895床，但因為二人估計日本的結核死亡數也不同（本來就是個極為敏感與政治的數字），最後估出的每一百位結核病死者所分配到的病床數，二人沒有差太多。Johnston估計是7.5床/100病死者，而曾田的是11床。台灣的松山療養所，當時床位已增加<sup>24</sup>，加上赤十字的，共72床。則每一百病死者，平均只有0.9床而已。在同一時期，Johnston比較，美國、瑞士、丹麥挪威等國，都是100床，至於英、法、德，則都是70床左右。

在卡介苗使用於日本（1944）與台灣（1949）之前<sup>25</sup>、在鏈黴素抗生素大量治療結核患者前，前面說過，結核療養院的意義，作為治療的少、做為隔離與控管（療養所成為「結核墓園」）<sup>26</sup>的多、作為現代文明國家的象徵、擠身於文明國之列，

---

<sup>21</sup> 以下，筆者討論關於戰前日本結核病防制的主要資料，是來自 William Johnston's 1995, *The Modern Epidemic: a history of tuberculosis in Japan*. (Harvard)

<sup>22</sup> 松山療養所的床位變化，見省通志稿。赤十字病院的結核病舍床位，見曾田長宗，「台灣結核預防對策」，台灣的結核問題（2），昭和12年。感謝張淑卿提供筆者曾田長宗的資料。赤十字的結核病舍，雖有床位，也許不能算嚴格的療養所床位，因為其中一年住院的病患人數頗多。就20年代的台灣而言，除了這兩地之外，是否有其他地方的床位，也可以算是「原有可供結核病患療養」的床位？不易估計。

<sup>23</sup> Johnston, Ibid, p.266.

<sup>24</sup> 1938年，松山療養所床位大增到150床，但因為要與其他數字的比較，年代不同所以不用，基本上，這與筆者要表達的論點，關係不大。

<sup>25</sup> 1921年就發展出來的卡介苗 B.C.G.預防結核病傳染，為何在日本接種如此之慢，更不用說台灣了，還需要進一步的研究。

<sup>26</sup> 在三零年代，無論是日本或台灣，對於結核重症患者而言，都是強迫性住院，而且大多是死

則更是日本國家有動機建療養所的重要原因。不論如何，日本的床位比起碼已經達到諸殖民/文明強國的七分之一，也許勉強可以交代了。至於殖民地台灣，則也許更低一個百分點，是個恰當的主從位階之所宜？當然，如果也能夠找到朝鮮、滿州國、中國、香港、印度等各地的床位比，其意義可能更深遠。

而就結核療養院「作為治療的意義少」這一點來說，我們從內地與台灣二地的結核病死亡率比較來看，應該很清楚。日本全國的結核死亡率，雖然一定是低估與粗估，但每十萬人，在三零年代，大概仍然在 180 人左右，與 20 零代差別有限，在戰爭期間，1939-41，更是高達 215 左右。但同時，在病床比上比日本內地差一整個百分點的台灣，死亡率在三零年代卻從 150 人降到 1938 的一百人，之後更降到八、九十人而已。這個對比頗令人驚訝。也許，從日本殖民政府的角度看來，既然台灣當時的死亡率幾乎只有日本的一半，不論原因為何<sup>27</sup>，起碼令殖民者會滿意於現狀，對於療養所的隔離控管作用，他無力去設置，而對於療養院的近代文明意義，則大概只需要殖民母國去操心吧。

因為時間不及的關係，我先跳過癩病與樂生療養院的內容細節討論。

1930 年代的日治台灣，無論就結核病、癩病、阿片矯治幾個方面，似乎都有一個類似的新趨向：都是從過去以門診為主的療法，轉而推向強制禁閉式的隔離與身體規訓。同時，台灣醫學專門學校逐漸發展、更生院的成立與順利發展，到 1936 年台北帝大也成立醫學部，從基礎科學、醫學研究、新式器材與建築等，都令人矚目、也似乎預示了殖民台灣科學醫學的來臨。這些繁複的新發展，中間有沒有甚麼關連？

結核療養所，在過去並沒有強制，到 30 年代鑑於痲病問題嚴重、軍隊與工人身體狀況的重要性等，所以原則上趨向強制。癩病治療，過去傳道醫療、各地醫院等，也是以門診為主，但是從 1927 年總督府提議興建新式的樂生院，1930 年完成，是為台灣史上第一座採取完全隔離手段的病院，而癩病患者必須終身與社會隔離。但是，就如結核療養所，台灣癩病療養所也顯示出殖民者的兩難。一方面固然要強調隔離癩病者，以顯示現代文明國的開明理性<sup>28</sup>，同時也是日本殖民「社

---

亡後才離院。許多人稱療養所是「結核墓地」。當然，因為台灣病床數特別少，所以這種強迫性也許無法真正執行。

<sup>27</sup> 台灣結核死亡率的數字，也許有問題我不清楚，但是因為是殖民的警察衛生管理，其有效性與準確性，應該比日本內地要好。根據 Johnston，在日本的死亡登記，無論是地方民眾或是地方醫師，常常抗拒，不願登記結核死因。甚至要地方建立公共的結核療養所，都會遇到很大的阻礙，連帶的也與地價的下跌有密切關係，可見污名化的嚴重。而殖民母國的公民，起碼比殖民地的人民，有更多表達抗議的權力。下面討論到癩病與癩療養所的情形，也是一樣。

<sup>28</sup> 透過「癩預防法」1931 年在台灣的公布與授權，地方警察機關與診所，可以把可疑者先行送往樂生院。針對可疑的殖民身體，殖民者往往握有相當的權力。總督府建造樂生院，沒有碰到任何抵抗，不像在日本，要設置癩病療養院，往往受到當地居民劇烈的抗爭，例如 1927 大阪外島

會事業」的推行，但是另一方面，也不得不露出殖民者的無力與勉強。雖然全台警察統計，癩病患者不下一千人，但樂生院最初的收容上限只達一百人。根據一個事後的解釋，樂生院準備十年逐漸擴張到一千人，但是到 1940 年，也只是容納七百人<sup>29</sup>。至於阿片矯正，過去的醫院、公醫、傳道醫療、還有著名的林清月醫師，都是採取門診的治療，到了杜聰明主導的台灣總督府更生院，則是採取「完全隔離、嚴厲監視」的作法。

更生院的住院病患，與結核療養院、樂生院的病患經驗，卻頗有不同。後者通常是終身隔離，而前者阿片癮通常要矯治成功，則需要花一兩個月的時間，接受嚴厲監視的過程。雖然時間較短，但是其中需要忍受禁斷症狀及其治療，還需要接受實驗、檢查、乃至統計歸納分析，「從肉眼可見的日常活動、一直到每天的排泄、一切都處於監視之下」<sup>30</sup>。更有甚者，阿片癮者，作為一個病人與實驗樣本、一個有毒癮而不能自我控制的墮落可憐人，這種想像，是二、三零年代透過總督府的政策、民間士人的激辯、最後是杜聰明等醫師團隊的認定與建構而成的。但是，台灣以前阿片吸食者的想像，卻相當不同。它可以是為了治病而吸食，它也可以在自我節制、衛生注意下，能定、能竟、能安、能慮、能得的阿片君子；這正是林清月醫師所說的「賭博喻於利，由比諸小人，阿片出於情，而不失為君子」<sup>31</sup>。它也是連雅堂所說的「台灣人之吸食阿片，為勤勞也，非懶惰也；為進取也，非退守也！」<sup>32</sup>。最後，它也可以是清末日初台灣民眾抗日的三大理由（禁纏足、禁吸食阿片、斷髮辮）之一。所以，立基於殖民與新醫學權威的更生院，對於許多阿片吸食者，它所做到的、所進行的巨大轉換，正是許宏彬論文的標題：「從舊慣的阿片君子，到更生院的矯正樣本」。

況且，在更生院中進行巨大轉換的身體數量，還不是小數量。1930-1934，更生院矯正 6564 具身體，另外全島醫院的矯正科，矯正 8870 具身體。1934-1942，更生院矯正 1815 具。1942-1946，更生院再擴大編制，矯正 3119 具身體。最後，更生院模式所製造出的新身體/主體的總數，有 20368 具。

比起結核療養院、樂生院這些慢性療養而言，更生院所達成的改變，也許速度最

---

療養院的暴動、1928 宮古的南靜園、1938 沖繩的愛泉園等選地時的抗爭。戴仁壽醫師自己要建立「樂山園」時，倒是受到淡水八里民眾的抗爭，但被總督府的力量壓制下去。相關資料，均參見陳威彬 2001 碩士論文第三章，pp.32-6。

<sup>29</sup> 1940 年，樂生院的年度費用為 17.5 萬元，結核療養院為 11.6 萬元，精神病院則為 6.38 萬元。而同年總督府衛生科的總預算為 410 萬元（含醫院費一百萬、華南南洋設施費兩百萬、傳染病預防補助費 37 萬、港務部費用 21 萬等更大項）。見省通志稿一，頁 54。至於更生院的經費與經常費，尚須確定。

<sup>30</sup> 關於更生院的各種討論，筆者基本上均參考許宏彬的碩士論文。目前引句來自頁 122。

<sup>31</sup> 來自林清月 1923 的 *地球上阿片的命運*，轉引自宏彬的論文頁 111。

<sup>32</sup> 來自連雅堂 1930 年在 *台灣日日新報* 漢文版所載的「阿片新特許意見書」，轉引自宏彬論文頁 99。

快、數量最多、而影響社會也較深，畢竟，如同監獄規訓後的模範犯人，從回社會，重新作個「有用」的人，他/她們的影響，可以深入到這些「新身體/新主體」的固有家與社會脈絡去。如果結核療養院與樂生院，代表的是帝國殖民的隱晦、無力與勉強，那麼更生院的規訓與轉換，卻代表者帝國殖民的能力與效率，它正是一種帝國力的展現。透過更生院的成績、更生院所建構的「吸食阿片的漢民族」的舊圖像與新身體，總督府很敏銳地把它呈現成帝國的國際櫥窗、並同時掩蓋了帝國內部其他地域(如滿州國、華北華中、甚至部分東南亞)繼續進行「阿片漸禁政策」所獲得的巨大利益<sup>33</sup>。

最後，筆者要討論一下總督府更生院的帝國時代脈絡，還有可能的殖民帝國下的意義。台灣日治初年所進行的阿片漸禁與專賣制度，本身並不特別，日本在漢族所在的滿州國、華北、甚至東南亞華僑地區，都進行類似的制度(日本、朝鮮二地，則基本上都不吸食)。但是，杜聰明更生院所進行的「完全隔離、嚴厲監視」新作法，在日本帝國其他地方倒很少見到。同時，國際聯盟阿片委員於1930年視察台灣後的報告就提到，台灣是唯一以法令來規定「阿片吸食強制治療」的地區<sup>34</sup>。滿州國在1937年後曾有禁斷的十年計畫，但是大致無法抵擋「漸禁與專賣」的利益誘因，所以沒有真正進行<sup>35</sup>。我想這並不是更生院的作法，很難學習，而是在帝國其他殖民地，當財政問題吃緊，阿片專賣與漸禁，就很容易成為補救的手段，而殖民台灣的情況，雖然阿片專賣收入在1898曾達到歲入的46%，但是到二零年代以後，阿片收入的比例都降到10%以下，當1930更生院開始矯正時，則更降到3%，所以台灣阿片制度成為帝國內外「國際櫥窗」的價值<sup>36</sup>，可能已經超過本地財政的收入。

同時可以注意，一方面帝國內部各殖民地採阿片漸禁與專賣制度，另一方面其配套措施則是各殖民地的阿片消費來源，不在本地種植，而採取從外部內銷的政策(容易控制黑市與打擊走私價格)，如此配合專賣制度，才能使各地殖民政府取得最大的利益。30年代以後，台灣阿片的傳統進口國伊朗，因為市場不穩、中日戰爭等因素，日本轉而培養朝鮮成為台灣阿片進口的大宗，特別在1939之後。而關東州、滿州國則阿片消耗量很大，除了由朝鮮進口外，也在自己內部種植，至

<sup>33</sup> 參考，*阿片問題*(續 現代史資料12)，岡田芳政等編，1986，東京 Misuzu 書房，特別是第13章，「共榮圈的阿片事情」一文。朴檀，*中日戰爭與鴉片 以內蒙古地區為中心*，游娟鑽譯，1998，原韓國出版，國史館印行翻譯。感謝許宏彬提供這兩本書的資料。

<sup>34</sup> 此資料來自劉明修的「台灣統治與阿片問題」一書，轉引自宏彬論文，頁115。根據朴檀，前引書，頁56，朝鮮在1914年開始「絕對禁止、強制治療」的政策，但似乎仍未全然根絕，然而朝鮮吸食者本來就很少，所以關係不大。

<sup>35</sup> 這是朴檀的看法，見前引書，pp.63ff.

<sup>36</sup> 見前引 *阿片問題* 一書，二部二篇，日滿實業協會，「滿州國阿片制度與阿片的概念」一文，其中提到「臺灣的阿片制度是世界公認最完備的」，頁224。另外，一部四篇，賀來佐賀太郎，「日本帝國的阿片政策」一文，原來系英文的宣傳冊子，後來再翻回日文，賀來花了三分之二的篇幅介紹臺灣的阿片制度，顯然作為模範，並特意提到「臺灣衛生環境的改善」成果，來正當化當初日本利用台灣阿片收入來挹注衛生政策的成效。p45-46。

於中日戰爭後華北華中的大量阿片的需求，則後來由日本帝國在蒙古新疆地方輔導種植生阿片來提供<sup>37</sup>。總之，如果我們把台灣總督府衛生院的成果，放在日本帝國在三零年代中日戰爭前後的歷史脈絡來看，放在日本帝國各地彼此蓬勃的阿片流動、各殖民地阿片專賣收入與當地財政的關係中去看，則其意義，當然會與單單把衛生院放在台灣醫學進步史的脈絡中，相當不同。

---

<sup>37</sup> 見朴權，前引書，第三章，「日本之對外侵略政策與鴉片」。