《臺灣史研究》
第 21 卷第 1 期，頁 151-218
民國 103 年 3 月
中央研究院臺灣史研究所

樂生療養院與臺灣近代癩病醫學研究：醫學研究與政策之間

范燕秋*

摘　要

本文主要探討臺灣近代癩病醫學研究如何形成與發展，並關注醫學研究與政策之間的關係，包括自戰前、以至戰後癩病政策推演的過程，及癩病醫學研究重點與定位。首先，本文以十九世紀末國際間癩病控制的範型「挪威」為討論的切入點，說明這種政策與醫學研究合作的管控模式之發展過程。其次，討論日本帝國如何受到這種管控模式的影響，並基於帝國自身的特有考量而發展出其癩病隔離政策與相關醫學研究。然後，以日本帝國在臺灣創設癩病控制機構：樂生療養院的過程為討論重心，說明日本的癩病控制政策與研究如何影響殖民地臺灣，而臺灣又如何發展有別於殖民母國日本的癩病研究。最後，分析 1945 年之後臺灣的癩病醫學，又如何歷經延續或斷裂的問題。本文重要結論是：樂生院的癩病研究立足於日本癩病醫學移植的基礎，因此議題設定、研究方法及研究重點，均有類似日本的部分，但因應殖民政策需求，也發展出有別於日本者，尤其闡明臺灣或臺灣人癩病的特性。1945 年 10 月臺灣因政權轉移，癩病政策與醫學研究也迎向時代變動。1953 年起，因美援衛生計畫介入癩病議題，引進癩病化學治療，開啟癩病政策從隔離封閉、轉向門診開放措施。癩病研究亦重新展開，美式醫學取代戰前德、日式醫學，醫學知識及其實作也從戰前細菌學研究轉向戰後現代免疫學發展。

關鍵詞：樂生療養院、癩病醫學研究、癩病防治政策、近代臺灣、日治時期、細菌學、免疫學、體液免疫、細胞免疫

---

* 國立臺灣師範大學臺灣史研究所副教授
來稿日期：2013 年 3 月 29 日；通過刊登：2013 年 11 月 25 日。

一、前言
二、十九世紀末國際癩病政策範型「挪威」：癩病細菌學研究的起點
三、日本癩病隔離政策與醫學研究之建立：日本癩學會細菌學與體質論的爭議
四、日本癩病醫學研究的移植與臺灣的殖民醫學：以樂生院為研究據點
五、戰後臺灣癩病醫學研究的延續與斷裂：現代免疫學研究的登場
六、結論

一、前言

在臺灣「樂生院保存運動」所促發的各種研究之中，[1] 頗受關注的議題之一，為樂生院內是否有醫療實驗的問題。這問題攸關樂生院的政策角色，也涉及住院患者的人權問題，因此深受歷史研究者重視，也為人權運動者所關切。[2] 就臺灣癩病史研究而言，如何理解癩病隔離機構內部的醫療實驗問題？這究竟是機構內部隔離治療的一環，或是特定知識／權力運作的產物？實有待深究。

基本上，1930 年臺灣總督府之創設樂生院，乃是沿用日本癩病隔離政策的結果，因此就歷史探源的角度，探討樂生院內的醫療實驗及其政策關連，必須追本

[1] 樂生院保存運動興起的原委，參見潘佩君、范燕秋，〈「樂生療養院保存運動」的影像紀要〉，《臺灣社會研究季刊》59（2005 年 9 月），頁 295-341。

[2] 在歷史文獻中，這一疾病名稱頗為分歧，戰前日本殖民政府文書稱「癩病」，傳統漢文資料則稱「麻瘋」;1945 年之後，臺灣兼用「癩病」和「麻瘋病」兩種稱法。另由於 1873 年 Dr. Gerhard Armauer Hansen 發現癩病桿菌，為表彰其成就及減輕疾病污名，醫學界倡議稱漢生病（Hansen's Disease）。臺灣因近期患者人權運動的影響，2008 年政府明訂改稱「漢生病」。不過，本文為歷史研究，儘量統一使用「癩病」一詞。

溯源地分析日本近代相關法規和制度的影響。且日本近代癩病政策之制定，又不可忽略十九世紀末國際癩病醫學發展的影響，也成為歷史探源的另一重點。1945年二次大戰結束，日本殖民時代終結，臺灣的癩病政策因政權轉移而有所變動，也因國際癩病醫藥的進步推促其變革；此時，樂生院在政策的定位及院內的醫學研究，面臨斷裂或延續的重大問題。因此，以癩病隔離機構「樂生院」為核心，探討臺灣近代癩病政策及其醫學研究動態，或可解答樂生院內是否發生醫療實驗的問題。

關於臺灣癩病史研究，受到近期樂生院保存運動的影響，累積不少相關研究成果。[3] 其中，直接涉及樂生院內醫療實驗或醫學研究的議題，包括樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究、樂生院醫學知識生產與醫學倫理，以及戰後樂生院與人權問題；[4] 這些研究提出開創性的發現，但也留下不少有待探究的問題。[5] 具體而言，仍值得深究的問題有三，首先，醫學研究與政策之間的關係如何形成？依據相關研究指出：1901 年臺北病院醫師青木大勇建議設置癩病院，用以隔離患者，預防癩病傳染，兼作病理研究機構。這並非青木氏個人的創見，二十世紀初無論日本或國際間都採取這樣的措施。[6] 進而，醫學研究與政策如何形成特有關係？其中的意義又為何？值得進一步探討。其次，則為癩病醫學研究長期存在的爭議及其影響問題。即針對日治時期樂生院內部的醫學研究，研究者深度解析殖民地癩病醫學的特色；[7] 然而，其中常遭忽略的問題是癩病醫學存在細菌學

---

3 相關研究參考：陳威彬，〈近代臺灣的癩病與療養：以樂生療養院為主軸〉（新竹：國立清華大學歷史研究所碩士論文，2001）；王文基，〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，《古今論衡》9（2003 年 7 月），頁 115-124；范燕秋，〈近代臺灣的癩病療養所與疫病隔離空間〉，收於范燕秋，《疫病、醫學與殖民現代性：日治臺灣醫學史》（臺北：稻鄉出版社，2010 年第 2 版），頁 179-227；芹澤良子，〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期台湾における事例から〉，《歴史学研究》834（2007 年 11 月），頁 27-36；Wen-Ji Wang (王文基), " 'Laying out a Model Village': George Gushue-Taylor and Missionary Leprosy Work in Colonial Taiwan," *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal* 1: 1 (Dec. 2007), pp. 111-133.

4 王文基、王珮瑩，〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，《新史學》20: 1（2009 年 3 月），頁 61-123；邱文聰，〈樂生院醫學知識生產活動對本土研究倫理的意涵〉，發表於國立臺灣師範大學臺灣史研究所主辦，「東亞近代漢生病政策與醫療人權」國際學術研討會，2009 年 6 月 11-12 日；范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，《臺灣史研究》16: 4（2009 年 12 月），頁 115-160。

5 這是指王文基等論文的開創性及問題。參見王文基、王珮瑩，〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，頁 61-123。

6 王文基、王珮瑩，〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，頁 62-63。

7 該研究主要論點與本文的異同，詳見本文第四小節日治部分。王文基、王珮瑩，〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，頁 61-123。

（bacteriology）與免疫學（immunology）的爭議，[8] 故有必要深究日本癩病醫學研究的關連和國際癩病醫學的研究動向。再者，所有相關研究中特別欠缺的歷史面相，是 1945 年之後、臺灣癩病醫學研究延續或斷裂的問題，即癩病醫學在後殖民時代（歷經日本殖民之後）的研究動向。要言之，本文探討臺灣近代癩病醫學研究如何形成與發展，並關注醫學研究與政策之間的關係，包括從戰前、至戰後癩病政策的推演過程，癩病醫學的研究重點及其定位。且為彌補前述相關研究不足，本文以十九世紀末國際癩病政策範型（role-model）、北歐的挪威為討論的切入點。[9]

二、十九世紀末國際癩病政策範型「挪威」：癩病細菌學研究的起點

挪威位於北歐的斯堪地那維亞（Scandinavia）半島，其癩病問題屬歐洲癩病史的一環。中古末期，伴隨著基督教會支配力量的衰退，以及西方醫學專業的發展，歐洲癩病流行問題漸趨緩和；至十六世紀，癩病問題限縮在極少數幾個地方，如挪威、日耳曼等。[10] 十九世紀初，挪威地區發生新一波的癩病流行，並在 1860 年達到高峰。當時正值挪威新國家建立，癩病問題因此為政府當局所關注，而展開癩病研究與防治工作。1830 年代，挪威政府指定 C. W. Boeck 和 D. C. Danielssen

---

8 現代「免疫學」（immunology）的由來仍有爭論，最早可上溯古希臘醫學中的接觸傳染與反應抵抗的概念，而近代的起源是 Edward Jenner（1749-1823）發現天花接種預防的概念；至於近代的里程碑，則是十九世紀細菌學、細胞學以及病理學相關的體質研究。不過，免疫學真正成為獨立的專科，是在 1960 年代免疫系統概念形成之後。本文有關免疫學史參考兩位學者的研究：Paul Weindling, 和 Arthur M. Silverstein。Paul Weindling, “The Immunological Tradition,” in W.F. Bynum and Roy Porter, eds., *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London; New York: Routledge Press, 1993), vol. 2, pp. 192-204; Arthur M. Silverstein, *A History of Immunology* (Amsterdam; Boston: Academic Press/ Elsevier, 2009); Richard B. Gallagher, et al., eds., *Immunology: The Making of a Modern Science* (London: Academic Press, 1995).

9 「範型」（role-model）一詞，是借用 Zachary Gussow 的分析觀點。參見 Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control* (Boulder: Westview Press, 1989), pp. 81-82.

10 中古末期，伴隨著基督教會支配力量的衰退，以及西方醫學專業的發展，歐洲癩病流行逐漸減少。參見 J. N. Hays, *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History* (New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 1998), pp. 20-29; Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, pp. 67-84.

兩人進行癩病研究。1842 年，兩人共同發表研究成果報告，重點為確立癩病疾病概念和癩病病型分類，即癩病分成以皮膚症狀為主的「皮膚型」和知覺麻痺為主的「麻痺型」；就病因方面，他們認為癩病是遺傳病，但部分附帶其他因素，如惡劣的環境及生活條件；至於控制癩病的方法，則是將患者收容、隔離於機構（醫院），阻止其結婚，以免癩病因遺傳而擴散。據此，挪威政府創設癩病專屬醫院 Lungegaard Hospital，並於 1849 年完工、營運，由 Danielssen 主持院務，收容隔離患者 90 人，官方負擔所有經費，目的為癩病醫學研究和治療工作；就此，這間醫院成為醫學研究與疾病控制合作的里程碑，醫院所在的卑爾根（Bergen）也成為歐洲癩病醫學研究中心。挪威政府為掌握疾病狀況，1856 年創設國立癩病登記處（National Leprosy Registry），蒐集流行病學研究和疾病控制的基礎資料。[11]

1860 年代，漢生醫師（Gerhard H. Armauer Hansen）也進入 Lungegaard Hospital 任職，並運用 Danielssen 研究成果和癩病登記資料，持續進行癩病研究。當時 Danielssen 和西方醫學界普遍認為癩病是家族遺傳或環境瘴氣所導致；但 Hansen 相信是微生物或特定致病因子造成的傳染疾病，這種假設建立在西方醫學剛出現的微生物學、細菌學理論基礎。1870 至 1871 年，Hansen 為證實假設前往法國和奧地利進修；1873 年，儘管在患者身體組織發現癩桿菌（*Mycobacterium leprae*），初步仍保守認定癩病為傳染性疾病，尚未確定其感染源就是細菌（bacteria），這種推論也未得到太多的支持。1875 年，他擔任挪威首席癩病醫官，開始推動隔離患者的防治措施，重點限於無家可歸的流浪患者。[12]

不過，Hansen 開創的癩病細菌學及其政策運用，並非順理成章，也非毫無問題。即 Hansen 無法在實驗室培養出癩病病原菌，也無法證實桿狀微生物具傳染

---

[11] 挪威於 1814 年發表獨立宣言以及憲法建構，政府開始專注於國內人口和農民問題，包括癩病。Boeck 和 Danielssen 兩人出版癩病臨床圖譜，1847 年論文法文版獲得研究獎金；1864 年 R. Virchow（1821-1902）指出該論文的科學研究價值。參見 Lorentz M. Irgens, “Leprosy in Norway: An Interplay of Research and Public Health Work,” *International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases* 41: 2 (Apr-Jun 1973), pp. 189-198; Becheli L. M., “Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years,” *International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases* 41: 3 (Jul-Sep 1973), pp. 285-297.

[12] 1885 年挪威的癩病管控立法，延伸為以所有癩病患者為對象，即“Act on the Seclusion of Lepers, etc.”，隔離的場所為個人家中的獨立房舍，或住進醫院。參見 Lorentz M. Irgens, “Leprosy in Norway: An Interplay of Research and Public Health Work,” pp. 189-198; Knut Blom, “Armauer Hansen and Human Leprosy Transmission: Medical Ethics and Legal Rights,” *International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases* 41: 2 (Apr-Jun 1973), pp. 199-207; Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*, pp. 67-84.

性，也就是說他的發現不符合細菌學理論。[13] 因此，他轉向直接對患者進行感染試驗，但因未取得當事人同意而引發醫療訴訟，也影響其原本在醫院的地位。1879 年，Hansen 將患者組織標本送交日耳曼細菌學者 Albert Neisser 研究；1880 年，Neisser 成功染色出細菌，並宣稱發現癩病致病微生物、病原菌，以爭取成為癩病原菌發現者的地位。[14] 換言之，癩病細菌學的實驗室操作，無論癩菌培養或感染實驗，皆困難重重；[15] 遑論動物實驗的免疫學研究或免疫治療研究。也因此，西方醫學界對癩病究竟是遺傳或傳染疾病，陷於爭論而莫衷一是。至 1890 年代為止，歐美國家對是否採行癩病隔離管控，亦未有定論。

1897 年，因第一次國際癩病會議的召開，西方歐美國家始支持 Hansen 癩病傳染說。何以 Hansen 發現癩桿菌二十餘年之後，歐美國家才開始重視癩病傳染說？其中背景因素為當時歐美國家盛行帝國主義及海外拓殖，1860 年代夏威夷爆發癩病流行，引發國際社會高度關注。1884 年，在夏威夷照顧癩患者的比利時 Damien 神父感染癩病，1889 年 4 月病死。在此事件的衝擊之下，西方國家提高對癩病傳染的警覺，認為癩病威脅西方人在海外活動的安全，且癩病可能從殖民地傳入母國，而造成帝國的危機。為此，英、美等國癩病專家決定推動國際會議，商議癩病處理方案。[16]

1897 年 10 月，國際癩病會議在德國柏林舉行，出席會議的成員總計超過 180 位癩病和皮膚病學專家、科學家，以及 30 位不同國家的代表。會議中，醫學專家取得的共識與主要結論為：Hansen 所發現的癩桿菌雖無法在實驗室培養出來，

---

[13] 近代科學醫學的細菌學革命（the bacteriological revolution）是指法國化學家 Louis Pasteur 和德國細菌學家 Robert Koch 提出六項基本原則：一，微生物體應該在每一個別的疾病被發現；二，它不應該在其他疾病發現；三，它應能被分離；四，它應該能被培養；五，當它被接種（inoculated），應該會製造同樣的疾病；六，預防接種應該可以治療。參見 Bonnie Bullough and George Rosen, *Preventive Medicine in the United States, 1900-1990: Trends and Interpretations* (Canton, MA: Science History Publication/ USA, 1992), pp. 3-4.

[14] Hansen 對女性癩病患者眼部施行癩病感染試驗，引發訴訟與爭議，但仍主導公衛措施。參見 Knut Blom, “Armauer Hansen and Human Leprosy Transmission: Medical Ethics and Legal Rights,” pp. 199-207.

[15] 有關細菌學革命與實驗室醫學的關聯，相關研究參考 Andrew Cunningham, “Transforming Plague: The Laboratory and the Identity of Infectious Disease,” in Andrew Cunningham and Perry Williams, eds., *The Laboratory Revolution in Medicine* (Cambridge; New York, NY: Cambridge University Press, 1992), pp. 209-244.

[16] S.S. Pandya, “The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: The Politics of Segregation,” *Indian Journal of Leprosy* 76: 1 (Jan-Mar, 2004), pp. 51-70.

但有充分證據是癩病致病原因，且癩病控制可借重挪威的經驗，採行「義務（強制）」與「授權（許可）」混合隔離模式，其成效良好。Hansen 在會中所提供的方案，包括癩病隔離預防，患者強制登記、控制及隔離等措施；但他強調各國應依據實際狀況，制定相關法規。其實，這次會議的基調是西方醫學界的遊說，學術討論主導會中的各項審議，而非官方動員。然而，由於癩病知識尚有許多不明的部分，特別是感染途徑及其方式，不少學者仍支持遺傳論。會後，歐美國家對於癩病管控與否意見仍然分歧，如英國基於癩病病因多元論，並未在印度殖民地施行隔離管控；但德國政府隨即在 1899 年、於流行地（Memel）設置癩病院，1900 年立法施行患者隔離措施。[17]

對於政策與醫學研究的關係而言，1897 年柏林癩病會議有兩重意義，一是西方歐美國家對癩病管控取得初步共識，承認 Hansen 在癩病細菌學的重大發現，認定癩病為傳染因素；其二是挪威開創的癩病隔離控制措施，包括設置癩病專屬醫院、醫學研究與衛生政策的合作，以及癩病病例登記和統計等，成為國際間癩病管控措施之參考。在這場以西方國家成員為核心的會議中，亞洲新興國家日本派遣兩位代表參加，其立場不同於西方國家代表；該會議對日本的影響，亦極不同於西方國家。

三、日本癩病隔離政策與醫學研究之建立：日本癩學會細菌學與體質論的爭議

相較於西方歐美國家，十九世紀中葉歷經明治維新的日本，又如何看待癩病問題？誠如前述，因夏威夷癩病流行事件的影響，西方國家將癩病視為亞洲及有色人種的疾病，也是落後、不文明的象徵，這種觀點對日本影響甚大。當時日本以追趕西方國家文明進程為目標，然而作為東亞、黃色人種的國家，癩病患者又為

---

[17] 李尚仁，〈十九世紀後期英國醫學界對中國痲瘋病情的調查研究〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》74: 3(2003 年 9 月)，頁 445-506；S.S. Pandya, “The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: The Politics of Segregation,” pp. 51-70; Zachary Gussow and George S. Tracy, “Stigma and the Leprosy Phenomenon: The Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries,” *Bulletin of the History of Medicine* 44: 5 (Sep-Oct 1970), pp. 430-435.

數不少；如何控制癩病、清除「癩病國」的污名，即成為明治政府面對的國家課題。

當時明治政府所仿效的西方近代醫學，是取法德國的實驗室醫學，[18] 並派遣學者前往德國留學。因而，1897 年在德國柏林舉行的癩病會議，日本政府也就近派代表參加，其中之一正是仍在德國留學、回國後擔任東京帝國大學（以下簡稱「帝大」）醫科大學皮膚科教授土肥慶藏；另一位為官方代表，即內務省衛生局官員高木友枝。會中他們參與病理議題的討論，並提出日本癩病統計報告。至於日本官方對這次會議的決議，則是全然接受其知識觀念，也準備落實於政策措施。[19]

柏林癩病會議之後，日本國內對癩病認知呈現兩極化的現象。一方面，日本社會長期以來認為癩病是遺傳病，欲改變原有觀念而接受西方醫學的傳染論，並非易事。另一方面，日本醫學界出現過度強調、誇張癩病傳染力的說法，將其與霍亂等當時急性傳染病等同視之。[20] 重要的是後者，即無論日本醫界或政界皆深受柏林會議決議的影響；如出席會議的土肥慶藏返國後，所發表的言論為：癩病缺乏有效治療藥物，預防上唯有採取患者隔離方法。1898 年，傳染病研究所村田昇清提出癩病對策意見書，內容重點為：其一，以國家經費設置「隔離所」，收容、隔離患者；其二，為減輕公費負擔，在偏僻地方或島嶼設置患者自力生活的隔離設施。該研究所所長、細菌學家北里柴三郎也持類似看法，並協助政界推動制定癩病預防法。[21]

同時，日本帝國議會出現相關提案，亦引用國際癩病會議的決議。1899 年，眾議院議員根本正義質詢有關癩病問題，重點包括政府是否承認癩病是傳染病；全國各地許多流浪癩患者是政府的責任；以及第一次國際癩病會議決議政府是否知曉等。1902 年，醫師出身的議員齋藤壽雄提出「有關癩患者取締建議案」，其理由是：若放任全國各地流浪癩患者不加以處理，恐怕造成癩病傳染擴散，應仿效國外的實例立法，施行預防措施，將患者收容於機構。1903 年，另一醫師出身

---

18 有關日本近代取法德國實驗室醫學，參見劉士永著、加藤茂生譯，〈台湾における植民地医学の形成とその特質〉，收於見市雅俊、斎藤修、脇村孝平、飯島渉編，《疾病・開発・帝国医療：アジアにおける病気と医療の歴史学》（東京：東京大学出版会，2001），頁 238。

19 山本俊一，《増補日本らい史》（東京：東京大学出版会，1997），頁 44。

20 山本俊一，《増補日本らい史》，頁 44-47。

21 犀川一夫，《ハンセン病政策の変遷：附沖縄のハンセン病政策》（沖縄：沖縄県ハンセン病予防協会，1999），頁 68。

的議員山根正次倡議將癩病納入「慢性及急性傳染病預防法」，但衛生官員回覆是：癩病作為一般傳染病法適用的對象，有其困難而無法執行之處，但可制定其他法案。就在國會如此議論氛圍之中，1906 年初內務省衛生局提出癩預防法草案，山根氏也提出癩預防法案，但兩提案審議皆未通過。1907 年 2 月，政府部門再提出有關癩預防法，終於審議通過。[22]

其實，1906 年癩預防法案無法通過，原因為其內容引發的爭議。其中，爭論之一是國家財政困難，尤其對擔負隔離設施的地方廳，勢必造成財政壓力；另一爭議，則是癩預防法恐引發患者人權侵害問題。不過，國會仍關切流浪癩患者的收容保護設施，此為有關流浪患者的社會觀瞻問題，也涉及慈善救濟問題。[23] 1907 年，日本通過、制定的法律第 11 號「有關癩預防之件」，即是以收容、隔離流浪癩患者為重點，將全國區分為 5 大區，每區設置 1 個療養所，共設置 5 個地方府縣「公立癩療養所」。其後，各地方癩病隔離所設立仍引發的抗爭，預防法規延緩至 1909 年實施。[24] 換言之，日本最早施行的癩病管控，亦如同挪威癩病控制初期方案，著重隔離流浪患者。

無論如何，1907 年癩預防法終究代表日本癩病預防醫學的確立；癩病預防是以患者隔離管控為主要目標，癩患者便成為國家公權力搜捕的對象。1910 年代，公立癩療養所設置後，隨即出現入院患者生活管理問題，患者逃離情況亦頗為嚴重。1914 年，全生病院院長光田健輔[25] 建言強化機構內部管控，促成 1916 年癩

---

[22] 官員認為癩病無法作為一般傳染病來加以處理，是因癩病為緩慢的傳染，不適於以處理急性傳染為主的傳染病法規。山根氏兩次提出相同議案，皆被否決。山本俊一，《增補日本らい史》，頁 55-75、61；犀川一夫，《ハンセン病政策の変遷：附沖縄のハンセン病政策》，頁 68-70。

[23] 依據分析，1907 年癩預防法除反映醫界強調癩病傳染危險之外，也考量以國家公費救助流浪者，這方面主要是受西方教會宗教人士的影響。大谷藤郎，《らい予防法廃止の歴史：愛は打ち克ち城壁崩れ陥ちぬ》(東京：勁草書房，1996)，頁 51-52。

[24] 1904 年，日本完成首次全國癩病人口調查，總計患者為 3 萬 359 人；1906 年，「癩預防法」公布之前夕，統計全國癩患者為 2 萬 3,819 人。這兩次調查時間雖僅隔 2 年，但患者人數驟減 7,000 多人，主因是警察的調查方法有問題，第二次調查統計是以第一次患者死亡及失蹤不明者除名的結果。參見山本俊一，《增補日本らい史》，頁 129；澤野雅樹，《癩者の生：文明開化の条件としての》(東京：青弓社，1994)，頁 61-75。

[25] 光田健輔：日本東京帝國大學醫科大學畢業，專長病理解剖研究，曾於該醫科大學病理學研究室從事癩病研究。1898 年畢業後，任職東京市養育院，在院內設置「回春病室」，對癩病患者施行隔離治療。1909 年日本癩預防法施行後，接掌第一區東京府立療養所「全生病院」醫長一職。參見藤野豊，《「いのち」の近代史：「民族淨化」の名のもとに迫害されたハンセン病患者》(京都：かもがわ出版，2001)，頁 45-48。

預防法條文修正，正式賦予療養所所長「懲戒檢束權」。針對收容患者逃離問題，依據療養所所長的觀察分析，認為原因是五區療養所均位於內陸地區，並非採取國際知名的島嶼隔離，如夏威夷北邊 Molokai 島。為此，中条資俊、光田健輔兩位所長提出「離島隔離」方案，選定島嶼作為最佳的隔離所，並建設充實而完備的機構設施，滿足患者物質及精神生活需求，以穩定其住院的意願。1917 年 6 月，保健衛生調查會第四（癩病）部會召開，決議採取光田健輔建言的「大療養所主義」及「離島隔離」，並委由其前往預定地「沖繩西表島」實地調查。[26]

1919 年 12 月，第四部會因內部爭議與分歧甚大，放棄離島隔離案。[27] 然而，1920 年 9 月保健衛生調查會議決「根本的癩預防策要項」，決定增設並擴張療養所，且開設國立療養所等方案，開始導向全面的患者隔離方針。同年，內務省衛生局制定「癩療養所擴張十年計畫」，1921 至 1930 年為止的十年間，計畫共收容隔離患者 5 千人。1927 年，光田健輔負責籌設第一個國立療養所「長島愛生園」，1930 年 11 月設施完工、落成，光田氏成為首任院長，亦實踐其離島隔離的構想。同時，因日本國內優生政策強化的影響，且為因應癩病隔離擴張的趨勢，1931 年 2 月內閣向國會提出大幅修正癩預防法。同年 4 月，日本以法律第 58 號通過、公布「癩預防法」，確立全面、絕對隔離政策。[28] 要言之，1920 年代日本導向全面的癩病隔離政策，光田健輔醫師在其間扮演要角、發揮重大影響；而當時日本盛行的優生思想和國家集權主義的增強，亦是促成該政策形成的重要因素。[29]

1910 年代以來日本癩病政策推展的過程，癩病醫學研究如何發展？醫學研究與政策的關係又為何？即醫學研究支持隔離政策或抱持異議？基本上，日本的癩病研究並非單向發展，初期由大學附屬臨床醫療部門推動，即以 1897 年參加柏林癩病會議的東京帝大教授土肥慶藏為首，京都、大阪及九州等帝大學者加入，

---

26 光田健輔，《沖繩縣岡山縣及臺灣視察復命書》（東京：內務省衛生局，1918）。

27 離島隔離建議再度被提出，是在進入昭和時期之後。參見山本俊一，《增補日本らい史》，頁 90-98、140。

28 日本內務省制定的「癩療養所擴張計畫」，第一期以十年為施行期，隔離患者從最初的一千餘人擴充為 5 千人以上；1930 至 1936 年，先後設置 4 個國立療養所，加上原有的 5 個公立療養所，總計 9 個官方療養所，另有 3 所私立教會機構，共計 12 所。1936 年，內務省再提出根絕癩病二十年計畫。參見藤野豊，《日本ファシズムと医療：ハンセン病をめぐる実証的研究》（東京：岩波書店，1993），頁 88-89；山本俊一，《增補日本らい史》，頁 140-141。

29 日本學者相關分析和解釋，參考藤野豊，《日本ファシズムと医療：ハンセン病をめぐる実証的研究》，頁 53-54；藤野豊，《日本ファシズムと優生思想》（京都：かもがわ出版，1998），頁 145-155；大谷藤郎，《らい予防法廃止の歴史：愛は打ち克ち城壁崩れ陥ちぬ》，頁 53-91。

並以日本皮膚病學會為討論場域。1909 年，五個公立癩療養所設置之後，癩病研究開始以療養所為據點。1920 年代，伴隨日本隔離設施的擴張，收容患者人數增加，癩病醫學研究陣容為之擴充，療養所內的臨床醫療研究趨於重要；1927 年，療養所所長發起定期會議、組成「日本癩學會」，即癩病專屬醫學會的成立，這也顯示癩病政策與醫學研究的關連。[30]

在當時的日本，癩病醫學是以新專科之姿出現，因而有日本癩學會創設，以及專屬期刊《レプラ》（La Lepro）創刊。[31] 不過，1920 年代日本癩病醫學專科的形成，得利於國內、外的相關發展因素；國際因素方面，主要是二十世紀初國際癩病醫療的進展，特別是大楓仔油治療的研發。即由於當時國際間在癩病隔離上遭遇各種難題，包括設施經費限制、患者隱匿逃避及人權爭議等問題；實驗癩病醫藥、尋找治療藥物，成為另一解決之道。1910 年代，英國學者在印度研製大楓仔油製劑，將癩病治療推向有希望而樂觀的新時代。[32]

當時英國主導癩病醫藥實驗的背景，是其領有亞、非洲廣大的殖民地，包括癩病盛行地印度，英國政府考量殖民統治成本，支持並鼓勵基督教會承接癩病醫療工作；[33] 不過，印度癩患人數眾多，很難採取絕對隔離措施。[34] 1914 年，英國醫學者 Leonard Rogers 創設加爾各答醫學校（Calcutta School of Medicine and Hygiene），並從事癩病預防與治療研究，使該校成為印度癩病研究中心。1917 年，Rogers 自印度民間常用的大楓仔油提煉出 Gynocarpin 脂肪酸，製成內服藥和注射藥劑，經試驗證實可抑制癩菌並改善臨床症狀，治癩成效為 50%。自此，大楓

---

30 上川豊，〈救らい事業から観た日本らい学会 50 年の回顧〉，《日本らい学会雑誌》46: 4（1977 年 12 月），頁 168。

31 1930 年，日本大阪帝國大學微生物病研究所設置癩研究部後，因外部捐贈而設置傳染病研究所，並發行該雜誌；1937 年，成為日本癩學會專屬期刊。這份雜誌至今仍持續發行，因時代變遷而歷經三次名稱異動。《レプラ》（La Lepro）發行期間為 1930 年 4 月至 1976 年；1977 年起，改稱《日本らい学会雑誌》，發行期間為 1977 年至 1996 年；1997 年起，再度更名為《日本ハンセン病学会雑誌》。

32 Charles C. Shepard, “Experimental Chemotherapy in Leprosy, Then and Now,” *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41: 3 (Jul-Sep 1973), p. 307.

33 1898 年，印度公布癩病法，為教會設置療養院提供法源；癩療養所絕大多數由教會所設立，至 1920 年代後期，總計設置 53 個，收容患者 7,500 餘人。參見 Sanjiv Kakar, “Leprosy in British India, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine,” *Medical History* 40: 2 (Apr. 1996), pp. 215-230.

34 依據Leonard Rogers在1923年國際癩病會議的報告，1921年印度癩病者調查人數為10萬2,513人。若依據戴仁壽的說明，1928年M. T. L.（癩病救治會）在印度設置療養所共計53所。參見Stanley G. Browne, “The Leprosy Mission: A Century of Service,” *Leprosy Review* 45: 2 (Jun. 1974), pp. 166-167; G. Gushue Taylor, “The League Nations and Leprosy,”《社會事業の友》27（Feb. 1931）, pp. 1-2, 212.

仔油製劑為國際間廣泛運用，包括英美國家殖民地和教會療養所、醫院等地。1920 年，Ernest Muir 接任 Rogers 職務，進行癩菌培養與動物感染的基礎研究，和大楓仔油改良製劑及加添物製劑。[35]

1923 年，在法國斯特拉斯堡（Strasbourg）登場的第三次國際癩病會議，大楓仔油治療即成為討論焦點。會中，各國代表報告大致肯定大楓仔油療效，特別對初期患者治療，無論臨床、細菌學或病理，其成效皆獲證實；不過，患者再發病的比率亦甚高。而基於癩病醫療的進展，該會議的決議較為多元，包括癩病預防隔離是有效的，但施行上應有人道而審慎的考量；隔離場所選擇家庭、診療所或療養所，應視病程、環境與國家而定；以及癩病與環境和衛生條件有關，應重視患者營養和生活改善、人民衛生教育等。[36] 會後，大楓仔油的療效仍有不少爭論，包括存在治療後的復發問題，因此隔離措施仍是公認的癩病處理原則，但方式頗為分歧。[37]

當時日本亦派遣三位代表參加這次國際癩病會議，領銜者為東京全生園院長光田健輔。會中，光田氏提出日本運用大楓仔油治療的成績，說明癩病結節型患者治療結果，無論臨床或病理都可見成效，病情改善者約 80%，但平均約 6 年半「再發病」，並強調再發患者很難治療。此外，他也發表癩菌素測試研究，運用癩菌素（癩結節素、lepromin）進行癩菌感染反應試驗，也稱「光田氏反應（Mitusda reaction）」，可用於癩病分類、診斷及接觸者相對抵抗力的指標；其後，這項測驗的實用價值為國際醫學界所肯定。[38]

---

35 佐藤三郎，〈癩学会回顧 50 年〉，《日本らい学会雑誌》46: 4（1977 年 12 月），頁 171-178；犀川一夫，《ハンセン病政策の変遷：附沖縄のハンセン病政策》，頁 63-64。

36 山本俊一，《増補日本らい史》，頁 84-85；Becheli L. M., “Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years,” p. 287.

37 1930 年在曼谷舉行的國際聯盟癩病委員會主張：在未有其他藥物取代大楓仔油之前，基於它可抑制癩菌並改善患者臨床症狀，應對癩病初期患者大量注射該藥劑。但 1938 年「有關農村衛生的遠東會議」之癩分科會議決議，指出大楓仔油無法治癒患者，癩病的對策應以隔離傳染性患者為基本原則；同年，第四次國際癩病會議決議，基於病型分類而採取不同隔離方式。王文基的文章亦論及大楓仔油治療的限制。參見王文基、王珮瑩，〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，頁 90；Charles C. Shepard, “Experimental Chemotherapy in Leprosy, Then and Now,” p. 307.

38 這項測試發現癩腫型抵抗力低，非癩腫型及一般健康者的抵抗力強；該測試稱為 lepromin test，因最早著手這項皮膚測試者為林信芳，光田氏繼之，而後由林文雄推廣於國際醫學界，因此也稱為：光田、林、林氏皮膚反應。參見上川豐，〈救らい事業から観た日本らい学会 50 年の回顧〉，頁 168-170；佐藤三郎，〈癩学会回顧 50 年〉，頁 171。

要言之，1920 年代以來日本癩病醫學在國內、外因素的影響下形成，並帶動癩病醫學專科的出現，癩病醫學從皮膚科脫離，組成專屬醫學組織「日本癩學會」。1927 年該學會成立後，每年召開一次醫學大會，發表癩病研究成果；[39] 以殖民地臺灣相關的角度，學會成立初期的動態（1931 年為止）值得考察。

第一、二次大會（1927、1929）發表的論文，作者大多為療養所醫師，少數為帝大附屬機構醫師，部分為療養所與大學機構的合作研究。[40] 至於研究重點方向，顯示以療養所患者為主要研究對象，[41] 其研究重點有二，其一是癩病診斷與治療實驗，包括血清學和梅毒診斷法，這是以十九世紀末細菌學與免疫學發展為基礎，將血清中補體研究發展而來的血清治療（Serodiagnosis）和梅毒診斷（Wassermann test）兩種技術，運用在癩病診斷；至於癩病治療，包括血清療法、金製劑(ORGANOZAL)、光線、百里酚（Thymol）等 5 種，其中，血清療法是以德國實驗室醫學為基礎，北里柴三郎與 Behring 共同發現的疫病治療法，屬體液免疫研究。[42] 其二是大楓仔油實驗治療，由九州療養所上川豐[43] 和全生病院林芳信分別發表，探討大楓仔治療的有效機轉和治療侷限，反映兩者不同的研究取向。[44] 其中，上川豐在兩次大會共發表 6 篇主題，包括金製劑、百里酚、大楓仔

---

39 上川豐，〈救らい事業から観た日本らい学会 50 年の回顧〉，頁 168-170；佐藤三郎，〈癩学会回顧 50 年〉，頁 171-178。

40 1927 年 9 月 24 日於東京帝國大學醫學部法醫學講堂召開第一次癩病醫學會，1928 年未舉行大會，第二次於 1929 年 4 月 6 日大阪醫科大學記念會館舉行。1932 年 11 月發行第一、二次於癩學會發表之論文集，由癩預防協會補助出版；包括第一次 16 篇、第二次 35 篇，共計 51 篇。參見日本癩預防協會編，《第一回、第二回癩學會に於ける發表論文》(東京：該會，1932)。

41 依據主題分類包括：流行病學調查、診斷與治療、臨床與病理研究、一般疾病治療、大楓仔油治療實驗、療養所內患者生活管理如生育調查等。參見日本癩預防協會編，《第一回、第二回癩學會に於ける發表論文》。

42 梅毒診斷法(Wassermann test)，1906 年由德國科霍傳染病研究所 August von Wassermann、Julius Citron 及 Albert Neisser 研發成功，用於診斷梅毒（syphilis），也應用在瘧疾、結核病等其他疾病測試，是利用免疫學上、感染反應或抗原刺激抗體的原理，試驗疾病陽性反應與否。參見 Richard B. Gallagher, et al., eds., *Immunology: The Making of a Modern Science*, pp. 7-8; Paul Weindling, “The Immunological Tradition,” pp. 194-196.

43 上川豐：1917 年 5 月長崎醫學專門學校醫學部畢業，進入同醫學部皮膚科泌尿科教室，跟隨知名的癩病治療醫師青木大勇研究。1919 年 5 月，任職九州療養所（今熊本惠楓園）；1925 年發表大楓仔油治療效果；1930 年，轉任臺灣總督府癩療養所樂生院院長。參見伊崎正勝（岩手醫科大學，皮膚科），〈上川豐先生を偲んで〉，《日本らい学会雑誌》51: 3（1982 年 9 月），頁 158。

44 兩者的研究重點不同，上川豐的問題點在 L. Rogers 認為大楓仔油的有效機轉為脂肪溶解，他以研究論證否定此一說法。林芳信的研究近似光田健輔，以全生園大楓仔油治療成績說明其效用與侷限。

油治療實驗以及患者體質、血壓和鈣質代謝，[45] 顯示積極投入癩病治療研究，並重視個人體質因素的影響。[46] 1930 年 4 月，他以多篇大楓仔油治療的研究論文，獲得京都帝大醫學博士學位，確立其在癩病醫療上的重要地位。

其次，就第三、第四次大會（1930-1931）發表狀況來看，論文數量大幅增加，顯示癩病醫學研究的穩定成長。其間，因1931年日本癩病政策的重大改變，兩次大會有必要分別討論。以1930年第三次大會而言，論文總計42篇，作者屬大學機構醫師（或稱大學派學者）占總數的二分之一；[47] 研究重點方向，新增議題為癩菌培養和動物感染實驗，且仍重視患者體質研究和多種癩病治療實驗。[48] 其中，比較特別的是京都帝大皮膚科小笠原登[49] 的研究，如探討癩患者血型分布，即有關癩病體質遺傳問題，提出不同於日本醫界的研究統計，避免陷入「癩＝劣性＝底層階級」的論證邏輯；[50] 並針對患者體質研究，有別於上川豐採取身體測定法，著重內分泌學，歸結指出：癩患者多數營養不良、新陳代謝緩慢、發育不全等總計24項異常體質。[51] 即更重視細菌感染之外，患者個人體質因素。

---

45 上川豐依據治療實驗，肯定大楓仔油治療成效，否定金製劑治療成效。參見日本癩預防協會編，《第一回、第二回癩學會に於ける發表論文》，頁 108-111。

46 血壓研究為當時重要的臨床醫學研究，解明癩病類似結核的這種因抗酸桿菌發病，且病程緩慢造成神經系統及循環系統障礙，因此使血壓呈現特有的變化（低下）。參見上川豐，〈癩患者の血壓に就いて〉，《レプラ》1: 1（1930 年 4 月），頁 158-166。

47 兩次論文集包括：總說、第三次（1930 年）42 篇及第四次（1931 年）45 篇，總計 88 篇。1930 年 4 月，大阪帝國大學皮膚科研究所主編的專業期刊《レプラ》（La Lepro）創刊，也收錄在癩學會發表的論文。參見日本癩學會編，《第三回、第四回癩學會に於ける發表論文》（東京：該會，1934）。

48 主題包括：癩病統計、癩病地方流行概況、血清治療與血液研究、患者體質研究、癩病病理研究、癩菌培養及動物感染實驗、癩病診斷法、及癩病治療實驗等。參見日本癩學會編，《第三回、第四回癩學會に於ける發表論文》。

49 小笠原登：1915 年 11 月京都帝國大學醫科大學醫學科畢業，1925 年 12 月獲得同校醫學博士學位，擔任醫學部附屬醫院副手。1926 年 1 月，於皮膚科第五診察室擔任癩病診療工作；1928 年，受囑託為同校醫學部講師；1938 年 8 月，醫學部為癩病診察及研究新設「皮膚科特別研究室」，被任命為主任。1941 年 7 月升任助教授，任職至 1948 年 12 月為止。參見京都大学医学部皮膚病特別研究施設，《小笠原登先生業績抄録》（京都：京都大学医学部皮膚病特別研究施設，1971），頁 1-2。

50 二十世紀 Karl Landsteiner 發現人類血型系統，開啟血液學和遺傳學等新興學科。日本醫學界將其運用於探討血型與疾病問題，癩病患者血型則在討論癩病體質遺傳，論證「癩＝劣性＝底層階級」。日本醫界相關統計認為：癩患者血型以 B 型居多；然小笠原氏的研究指出：患者血型分布以 A 型最多，其次為 B 型與 O 型，AB 型最少。參見松田薫，《「血液型と性格」の社会史：血液型人類学の起源と展開》（東京：河出書房新社，1994），頁 205-219。

51 該研究針對機構診療的 207 位患者進行各種檢查，著眼於患者個人身體（體質）對癩菌的感受性不同。小笠原登，〈癩患者の體質〉，收於日本癩學會編，《第三回、第四回癩學會に於ける發表論文》，頁 32-33。

換言之，日本癩學會成員基於醫療立場或研究取向的不同，研究結論可能差異甚大，對癩病處理或政策方針，也有不同的主張或反應。即在第四次大會（1931）召開之前，該學會成員因這樣的歧異，終於正式展開論辯，就此，亦突顯「大學派」與「療養所學派」兩者路線的差異。其中，大學派代表為長崎醫學專門學校皮膚泌尿科首任教授青木大勇；療養所學派代表則是全生病院醫師林文雄（背後為園長光田健輔）。青木大勇率先發論，基於所主張的「療養所應從『隔離監禁本位』轉向『治療研究本位』」，[52] 他率直指出：絕對隔離措施造成許多患者隱蔽，這方法在患者眾多的國家不僅無法成功，反而帶來反效果。他引用挪威的經驗，指出該國僅收容重症或貧困者，多數患者在家隔離，施行混合隔離制；據此，他認為應改善癩病收容隔離法，審慎區別癩病的不同病型，凡沒有傳染危險的患者應予解放，開設早期診斷和早期治療所，並設置兒童之家，分離照顧未感染兒童等。同時，他批判地指出：一旦診斷為癩病，不論傳染難易均全部強制隔離，並採取監禁本位，不僅不科學、也是落後的隔離法。由於他的主張接近當時國際癩病醫學新知，也被歸類為「國際派」。針對青木大勇的議論，全生病院醫師林文雄發表「為官立癩療養所辯護」一文，辯駁指出：癩病痊癒開放論是一空論，因痊癒者多數病情復發，療養所隔離才是最佳的方針；對國際聯盟思考的「開放論」立即表示贊同，是愚蠢之事。[53] 除上述兩位外，其他相關人士亦加入論爭，並持續至1931年10月為止。

在兩派論爭仍持續之際，第四次大會於1931年3月舉行，此時以絕對隔離為基調的「癩預防法」尚未公布，但政策方針已然確立。且1930年12月，殖民地臺灣癩療養所「樂生療養院」落成營運，上川豐受聘前往任職。這些新的政策動態，使癩學會研究陣容、重點不同於前，即大會45篇論文之中，大學機構作者僅有6篇，新增來自殖民地朝鮮和臺灣研究者5篇，其餘34篇作者皆為療養所醫師。就研究重點方向而言，則部分延續先前研究類別，如體質和血液研究、診斷與病型

---

52 青木大勇，〈癩療養所を隔離・監禁本位より治療・研究本位へ〉，《醫事公論》600/601（1924 年 1 月），轉引自青木大勇，〈癩の豫防撲滅法に関する改善意見〉，《社會事業の友》27（1931 年 2 月），頁 71。

53 清水寬將青木大勇歸類為「國際派」，但他是長崎醫專皮膚泌尿科首任教授，可歸類為大學派。青木大勇，〈癩の豫防撲滅法に関する改善意見〉，《社會事業の友》27（1931 年 2 月），頁 71-93；清水寬，〈植民地台湾におけるハンセン病政策〉，收於清水寬、平田勝政編，《近現代日本ハンセン病問題資料集成・補巻 7：台湾におけるハンセン病政策》（東京：不二出版，2005），頁 4-6。

（光田氏反應與病型或病程）、臨床與病理、大楓仔油治療等；新增議題如鼠癩菌研究、患者輸精管切除術（Vasectomy）、[54] 批判癩病遺傳說，以及殖民地癩病研究議題等。[55]

其中，有關鼠癩研究，因日本東北地方所捕獲的老鼠發現癩鼠，醫學者以此進行人癩與鼠癩比較研究，也成為細菌學和免疫學研究的新素材。[56] 至於患者輸精管切除術之研究，野島泰治指出：光田健輔最早實驗並發表相關研究，認為患者生養子女必將疾病傳給下一代，為有效控制癩病而採取絕育手術，是癩病政策最合理的解決方法；[57] 且光田氏針對男性患者施行輸精管切除，正是他的「醫學創見」。野島氏與光田氏的主張相同，並發表10個案例的手術結果。[58] 其實，該手術的主張、論點不無疑點與矛盾，會中雖未引發異議，其後小笠原登曾為文批判。另一篇批判癩病遺傳說之研究，強調癩病為傳染病，反對癩病遺傳病說，也反對易罹患體質的「體質遺傳說」，並強調醫學界認知的結核體質說（Habitus phthisicus）不適用於癩病，以及遺傳說使患者遭到社會歧視。對此，青木大勇表示異議，認為體質遺傳問題頗為複雜，不宜貿然論定。[59]

另就殖民地癩病研究議題，朝鮮大邱醫院院長A. G. Fletcher 報告該教會的醫療概況，包括大量使用大楓仔油於癩病治療、地方治療所對外來（門診）治療的價值。由於Fletcher為美國籍基督教宣教士，針對大邱醫院採用的大楓仔油療法，主要與美國在菲律賓Culion隔離島的措施比較，並指出大楓仔油治療應視病症酌量注射，以及患者營養改善與運動的重要。就設置地方治療所，提出：除少

---

54 作者發表 10 人案例，該文也發表於《レプラ》。參見野島泰治（第四區大島療養所、所長小林博士），〈癩患者に行へる輸精管切除例に就いて〉，《レプラ》2: 3（1931 年 9 月），頁 141-160。

55 第四回發表論文目次，參見日本癩學會編，《第三回、第四回癩學會に於ける發表論文》。

56 這項研究議題在第四次大會之後有更多相關討論，如 1933 年第五次大會論文總計 92 篇，其中該主題有 13 篇，含括鼠癩細菌學及免疫學研究。參見日本癩學會編，《第五回癩學會に於ける發表論文》（東京：日本癩學會，1935）。

57 1915 年起，全生病院為患者施行絕育（日文：斷種）手術，且針對男性患者施行輸精管切除手術（Vasectomy），根絕其生育能力，是為療養所運用這類手術之開端。參見光田健輔（第一區府縣立全生病院），〈簡單なる輸精管切除術〉，《皮膚科泌尿器科雜誌》25: 6（1925 年 12 月），頁 95。

58 輸精管結紮一般運用在治療攝護腺肥大或為預防副睪丸炎，但光田健輔則用於療養所患者的生育控制。參見野島泰治，〈癩患者に行へる輸精管切除例に就いて〉，頁 141-160。

59 村田氏認為雖有所謂「容易罹患癩病的體質遺傳說」，但這在很多疾病都會發生，而不特定為癩病。然青木大勇表示癩病遺傳問題甚為重大，不應在短時間內輕率斷言，應暫時保留，待日後再論。參見村田正太（大阪外島癩療養所），〈癩の遺傳說に對する批判〉，收於日本癩學會編，《第三回、第四回癩學會に於ける發表論文》，頁 240-241。

數重症者隔離於機構之外，必須設置更多患者所需的門診治療所，其優點是所需經費較低，採巡迴診療，儘早發現輕症者，以及區別輕、重症者，能發揮更大的醫療效用。要言之，Fletcher的報告充分展現美國教會善用多元治療，以及隔離與門診並用的優點。不過，這些顯然不同於日本絕對隔離政策的趨勢，難怪會中日本醫師深有所感，發言認為：「給予日本絕佳的刺激」。[60]

綜合上述，日本癩學會成立後，其癩病醫學研究的發展趨勢，首先是學會成員研究路線的分歧，並因此產生內部的爭議。即研究者分為「大學派」和「療養所學派」，1930年成員之間的論爭突顯其路線的不同；就後續發展觀之，療養所學派因宗師光田健輔在政策與學術的權威地位，以及成員人數眾多的優勢，終究在論辯中取得勝利。其次，醫學研究論爭反映醫學知識本身的侷限，但卻影響癩病政策取向。至1930年代初為止，日本的癩病研究仍是多元而分歧的，反映當時細菌學／免疫學知識的內在矛盾，以及無法解決的問題，如細胞免疫與體液免疫之間的衝突和癩菌動物感染問題。[61] 在醫學知識本身尚有爭議的情況下，1931年日本公布癩預防法，確立絕對隔離政策，意味著療養所學派的醫學知識主張獲得政策支持的地位；相對的，大學派的研究可能被貶抑，或失去發言空間。再者，1930年底，上川豐受聘前往臺灣，主持癩病隔離機構「樂生院」，這位癩病醫療專家從九州療養所轉任殖民地療養所，反映日本癩病醫學研究移植臺灣的動向。

1931年日本實施絕對隔離政策之後，癩學會內部的論爭趨於沉寂，[62] 大學派的聲勢亦逐漸消退。不過，其中仍有一異議分子堅持理念，持續發言奮戰至1941年為止，即京都帝大醫學部講師小笠原登。其實，小笠原登以個人議論並未撼動療養所學派的勢力，也無法改變日本的癩病隔離政策；然而，1930年代後期，他的醫學主張及其實踐成為日本醫學界呼應國際癩病醫學的特例，突顯其存在的重要性。1930年代，臺灣與日本癩病醫學研究密切互動之際，樂生院醫師亦試圖與

---

60 發言者為東北帝國大學醫學部講座教授太田正雄。A. G. Fletcher（朝鮮大邱癩病院），〈癩外來治療に對する地方治療所の價值〉，收於日本癩學會編，《第三回、第四回癩學會に於ける發表論文》，頁238-240。

61 有關細胞免疫與體液免疫之間衝突的醫學史研究，參考 Arthur M. Silverstein, *A History of Immunology*, pp. 26-42.

62 1931 年 4 月日本政府以法律第 58 號公布「癩預防法」，確立絕對隔離政策，並於同年 8 月開始施行。1933 年日本脫離國際聯盟，走上孤立路線，這場論爭逐漸轉趨沉寂。參見山本俊一，《增補日本らい史》，頁 140-141。

小笠原氏的相關研究對話，顯示他的影響仍值得注意。

關於京都帝大醫學部附屬醫院「皮膚科特別研究室」醫師小笠原登，[63] 其主張與療養學派對立的緣由，療養所學派醫師田中文雄有以下的說明：

> ……至終戰為止，對於罹患癩病的人而言，京都帝大皮膚科特別研究室的小笠原登博士是相當有名的；但是，對於我們及在長島愛生園故光田健輔園長之下療養的人而言，只認為是癩病的「異端邪說之徒」而已。……以無法治療的傳染病為由而必須加以終生隔離的「光田學派」，信奉者幾乎是療養所醫師，且接受光田醫師直接指導……稱為「療養所學派」。與此對立的則是「大學派」，其中又以小笠原博士是一特異的存在。謠傳之中，他「主張癩病並非傳染病，是體質病」，我們就認為「小笠原博士倡導遺傳說」。[64]（底線為筆者所加，以下同，不一一註明）

要言之，雙方不僅在癩病醫學有不同主張，癩病隔離政策也形成對立的立場。即療養所學派主張癩病是傳染病、不可治療，因此必須終生隔離；相對的，小笠原氏主張癩病是慢性傳染的體質遺傳病，可以治療，應採取門診和住院治療，如該皮膚科附設住院設施。就此觀之，這兩派也可說是隔離派與非隔離派的區別。[65] 然而，小笠原氏所指的「體質病」又為何？依據他在「內在體質的研究」一文說明指出：

> 內在體質與外在病因相互呼應而使疾病成立，在慢性傳染疾病尤其顯著。……癩患者大多數也有體質的欠缺，罹患結核也是同樣的道理。當前的研究傾向外在病因，忽視內在體質，治療也僅偏向外在病因處理，因此研究及治療都行不通。將研究朝向內在體質，而闡明內在素質與外在病因

---

[63] 二次大戰前日本大學醫學部的附設醫院，提供癩病專設門診治療者僅京都帝大、大阪帝大及東北帝大三所大學；該設施名稱分別為「皮膚科」、「微生物病」、「抗酸菌」研究所，皆未出現「癩病」一詞。其中，又僅京都帝大附設「住院設備」。1900 年，京都帝大附屬醫院開設皮膚科；1923 年接受特定捐贈而設置「特別研究室」，即皮膚科第五診療室。參見田中文雄，〈京都大学ライ治療所創設者：小笠原登博士の近況〉，《多磨》48: 12（1967 年 12 月），頁 16；大場昇，《やがて私の時代が来る：小笠原登伝》（東京：皓星社，2007），頁 11-19。

[64] 小笠原氏自 1938 至 1945 年一直主掌京都帝國大學醫學部附屬醫院「皮膚科特別研究室」；本文為長島愛生園醫師田中文雄在二次大戰後的回顧文章。參見田中文雄，〈京都大学ライ治療所創設者：小笠原登博士の近況〉，頁 16。

[65] 戴仁壽提出癩病醫學者有這兩種不同主張。G. Gushue Taylor, “The League Nations and Leprosy,” pp. 4-5.

之間的關係，始得以確立治療的關鍵。[66]

同時，小笠原氏為深究何謂內在體質，進行各項相關研究包括牙齒或齲齒、血壓、痾僂病特性、迷走神經緊張特性、發育不全等體質問題，並分析指出：患者因新陳代謝緩慢，血壓較健康者低；患者好發的齲齒或痾僂病特徵均指向與營養（如鈣質）不足或失調有關。因此，他進一步討論「癩病與維他命」，提出以營養改善患者體質的可能。藉由分析這些病因，癩病成為可治療的疾病，其方法包括：制定日常食物療法，特別是適食療法（或減食療法），改善患者營養狀態；另一項是與京都帝大化學研究所的同事合作研發癩病藥物「金オルガノゾル」。[67] 不過，金製劑治療實驗隨後證實成效有限。換言之，小笠原氏對於癩病病因論，除感染因素的細菌學之外，更重視個人體質免疫力因素，他以「鐘與撞木」比喻患者體質與病原體，[68] 正是人體免疫的重要概念，呼應當時西方醫學者批判細菌論，重視營養與環境改善的主張。[69]

小笠原氏不僅在臨床醫療與療養所學派大相逕庭，亦主動批判絕對隔離政策，雙方的論戰和衝突便難以避免。1931年癩預防法公告之際，他發表〈關於癩病的三種迷信〉，批判絕對隔離政策，文中指出：一般大眾、甚至醫療關係者對癩病有三種迷信，即認為癩病是不治之疾、遺傳病以及強烈的傳染疾病；除分析這些誤解的由來，亦關切因此深陷痛苦的患者及其家屬，並直言應改正以迷信為前提的政策。[70] 1934年，日本國內發動全面的癩病根絕運動，他為文向官方申訴，

---

66 小笠原登，〈內的素質の研究〉，《實驗醫報》16: 185（1930 年），頁 668，轉引自京都大学医学部皮膚病特別研究施設，《小笠原登先生業績抄録》，頁 5。

67 京都大学医学部皮膚病特別研究施設，《小笠原登先生業績抄録》，頁 5-19；大場昇，《やがて私の時代が来る：小笠原登伝》，頁 50-52、72-74。

68 這是小笠原登最有名的比喻：人體是鐘，病原體是撞木，若鐘與撞木吻合，鐘響即感染。無論使用何種撞木，鐘都會響，是急性傳染病；反之，使用某種撞木，僅有特定者會響，是因人體差異性的緣故。參見田中文雄，〈京都大学ライ治療所創設者：小笠原登博士の近況〉，頁 15-17。

69 這方面代表性學者包括法國細菌學家 Emile Duclaux（1840-1904）、Charles Richet（1850-1935）及德國公共衛生改革者。參見 Paul Weindling, “The Immunological Tradition,” p. 195.

70 小笠原登針對這三種迷信，分析指出：第一項誤解的原因，是這個疾病即使治癒，身體也會留下後遺症所致；然癩病較結核病容易治療。第二項誤解，是因家族成員處於易罹患癩病的相同環境（如體質、職業、營養狀態）；實際上，根據患者家族調查統計，顯示癩病並非遺傳疾病。參見小笠原登（京大講師醫學博士），〈癩に關する三つの迷信〉，《診斷と治療》18: 11（1931 年 11 月），頁 1474，轉引自京都大学医学部皮膚病特別研究施設，《小笠原登先生業績抄録》，頁 7；大場昇，《やがて私の時代が来る：小笠原登伝》，頁 110-111。

要求廢止包括醫師向警察申報患者姓名和住所之義務，以及禁止患者搭乘公共交通運輸工具之規定。[71] 1938年，針對癩患者絕育手術問題，他亦為文批判患者結紮手術無效且不必要，周全的治療、改善營養、適當的勞動及正確的理解，才是解決問題的捷徑。[72] 對於如此的異議，療養所學派當然無法坐視，雙方經常在癩學會大會討論中論辯。

最後，雙方論辯在1941年告一段落。1941年2月，小笠原氏於報紙專欄發表專論，隨即引發療養所醫師反駁，雙方持續相互辯駁。[73] 至同年11月，第十五屆癩學會大會，即療養所學派者主掌的大會，小笠原登以「患者的心臟」為題的報告，指出「癩病的傳染力弱，勿寧是體質病，或有痾僂性體質」（如前文分析），隨即成為大會討論的焦點，並將他的說法視為異端邪說，有迷惑社會之意，大會主席因此要求他更正說詞。儘管小笠原登辯駁癩病並非如霍亂或傷寒一般的傳染病，然大會主席以主位強勢作成結論，宣布小笠原氏承認「癩病為傳染病」。[74] 他也就此喪失其會員資格。

1930年代，日本推展癩病絕對隔離政策的過程中，細菌學感染論已然成為醫學知識／權力的主流；小笠原氏的體質論則違背政策主軸，因此終究被排擠、壓制而失去發言空間，並退居社群邊緣。不過，對照當時國際癩病醫學發展，日本癩病醫學的主流顯然並非沒有問題。即1938年第四屆國際癩病會議的決議重點，包括：基於癩病診斷及分類的進步，機構或居家隔離僅限於傳染性的「癩腫型」（lepromatous），和非傳染性的「類結核型」（tuberculiod）可採取門診或巡迴

---

71 在京大附屬醫院皮膚科診療中，小笠原氏並未通報患者資料。參見小笠原登，〈癩病滅絕の運動に就いて〉，《治療學雜誌》4: 5（1934 年 5 月），頁 625。

72 小笠原登分析指出：即使父母都是癩病患者，子女多數並未感染，比起非癩病患者的子女，感染癩病的情況無論如何都不會較嚴重。參見小笠原登，〈癩患者の斷種問題〉，《芝蘭》20（1938 年 12 月），轉引自京都大学医学部皮膚病特別研究施設，《小笠原登先生業績抄録》，頁 10。

73 1941 年 2 月，《中外日報》刊載小笠原登的〈癩は不治でない伝染説は全信できぬ〉，隨即引發長島愛生園醫官早田皓發表〈癩の遺伝説と治癒の限界に就いて〉一文加以反駁。參見大場昇，《やがて私の時代が来る：小笠原登伝》，頁 130-142。

74 此事原委以大谷藤郎的討論最為重要，大谷藤郎畢業於京都大學醫學部，1943 年仍為該校醫學生時曾拜訪小笠原登，為他的學說所傾倒，自此藉由醫院門診工作，致力於癩病患者的醫療服務。甚至在二十世紀末，投入廢除「癩預防法」、為患者爭取人權的運動，也是因深受小笠原登的影響。大谷氏專書的這段說明，引用京都帝國大學醫學部學生會《芝蘭會雜誌》對小笠原登的訪談，刊載於《芝蘭會雜誌》22（1942 年 1 月）。參考大谷藤郎，《らい予防法廃止の歴史：愛は打ち克ち城壁崩れ陥ちぬ》，頁 107-117、116-117。

治療。[75] 相對的，日本癩病政策卻施行全面、無差別的絕對隔離措施。當時日本國內並未派代表參加這次會議，而委由殖民地臺灣所派遣的教會醫師戴仁壽（Gushue Taylor）參加；[76] 就形式上，日本可謂拒絕國際癩病醫學發展趨勢。

1930年，上川豐前來臺灣，接掌隔離機構樂生院。當時，臺灣總督府面對西方傳道醫療，即戴仁壽建立療養所的競爭，類似朝鮮殖民當局面對美國傳道醫療的壓力；在此一情勢中，臺灣總督延聘上川豐來臺主事，乃是務實的考量。他具備癩病治療專長，在醫療主張與立場又深受青木大勇的影響；1930年轉任臺灣後，他如何開展殖民地癩病醫學研究，以及如何執行相關政策，是重要的問題點。

四、日本癩病醫學研究的移植與臺灣的殖民醫學：以樂生院為研究據點

如前文所示，臺灣近代癩病醫學緣起於日本在臺建立的殖民醫學，以及伴隨1920 年代後期臺灣總督府實施癩病政策而展開。所謂殖民醫學（colonial medicine），是指由殖民者引進、為鞏固殖民統治及維護殖民者健康，所建置並推展的近代醫學（modern medicine），也是殖民者主導和獨占的醫學體制。[77] 1920 年代末，即日本治臺之後三十餘年，臺灣總督府才開始實施癩病防治，即晚於朝鮮總督府在1916 年創設相關設施「小鹿島慈惠醫院」；[78] 此一癩病管控的遲緩，也與殖民醫學發展的順次有關。

日治前期臺灣總督府（以下簡稱「總督府」）防疫工作，以急性傳染病如鼠疫、霍亂為重點，這些疾病流行造成的社會與政治衝擊甚大，官方無暇處理威脅

---

75 Becheli L. M., “Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years,” pp. 288-289.

76 參考本文第四部分以下的討論。

77 有關殖民醫學的定義，參考 David Arnold 的文章；有關日本殖民醫學特性，參考劉士永的分析。參見范燕秋，〈導論：醫學與殖民現代性〉，收於范燕秋，《疫病、醫學與殖民現代性：日治臺灣醫學史》，頁 1-3；劉士永著、加藤茂生譯，〈台湾における植民地医学の形成とその特質〉，頁 237；David Arnold, “Medicine and Colonialism,” in W.F. Bynum and Roy Porter, eds., *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, pp. 1393-1416.

78 日本在朝鮮的癩病隔離政策史，參考滝尾英二，《朝鮮ハンセン病史：日本植民地下の小鹿島》（東京：未来社，2001），頁 49。

較小的慢性傳染病，如癩病等問題。至 1920 年代，主要急性傳染病已被控制，在臺日人及其定居者增多，慢性傳染病問題開始受到重視。且自 1920 年起，日本治臺殖民政策進入內地延長主義階段，日本所重視的保健衛生、包括癩病等慢性疾病防治，以延用日本法規方式，逐漸在臺灣展開。不過，另一重要因素是西方傳道醫療的壓力，即基督教宣教士甚早關注癩病診療；1920 年代初戴仁壽在馬偕醫院開辦癩病專門診療，並籌辦癩病療養所，對殖民當局施政構成直接的壓力，終於促成癩病隔離措施之展開。[79]

1930年之前，總督府尚未實施癩病政策，隔離機構內的癩病醫學研究亦尚未展開。不過，殖民地臺灣的醫療社群先後關注癩病問題，包括在臺日本醫師，以及教會醫療人士、特別是戴仁壽醫師，分別反映不同的醫療立場。就前者而言，最早的議論為1901年青木大勇發表〈論癩院設置之必要〉一文，他以臨時傳染病及地方病調查委員的身分，[80] 向總督府建議設置癩病隔離醫院。該文首先探討臺灣癩病流行的來源，指出明清時期漢人移民自原鄉帶來癩病；其次，引用總督府醫院門診資料，推算癩患人數占門診患者0.95％強，比較日本醫院門診相關統計的0.11％，高出八倍多。據此，推估臺灣癩患總數為2萬8,800人，且以傳染力強的結節癩占多數，足以威脅在臺日人健康，因而必須設置隔離醫院加以管控。[81] 換言之，他以殖民者的立場和觀點，關切癩病傳染可能威脅在臺日人的健康問題。

其次，1902年以來，日人在臺創辦的醫學雜誌《臺灣醫學會雜誌》，[82] 刊載不少有關癩病的研究主題。不過，就文章性質、內容觀之，包括抄錄日本癩病醫學研究、報導日本癩病防治動態、抄錄國際癩病醫療概況、以及臺灣癩病研究等四類，而以抄錄日本國、內外醫學新知占最多數，僅第四類有直接關連。第四類

---

79 范燕秋，〈熱帶風土馴化、日本帝國醫學與殖民地人種論〉，收於范燕秋，《疫病、醫學與殖民現代性：日治臺灣醫學史》，頁 38-39、196-97；芹澤良子，〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期台湾における事例から〉，頁 27-36。

80 青木氏自第五高校（熊本）醫學部畢業後，來臺任職於臺北病院皮膚科，兼任總督府醫學校教授；1914 年返日任教，為長崎醫學專門學校皮膚科首任教授。他提出該文的時間早於光田健輔 1902 年的論文〈ライ病隔離必要論〉。不過，僅止於提出問題。參考清水寛，〈植民地台湾におけるハンセン病政策〉，頁 2-3；光田健輔，《愛生園日記》（東京：每日新聞社，1960），頁 42。

81 青木大勇，〈癩院設置の必要を論ず〉，《臺灣醫事雜誌》3: 6/7（1901 年 2-8 月），頁 1-10、74-75。

82 1901 年日本衛生局技師高木友枝來臺任職後，創設「臺灣醫學會」並創辦《臺灣醫學會雜誌》。依據目前「臺灣醫學會雜誌資料庫系統」搜尋，顯示 1903 年起開始出現癩病相關主題，至 1930 年為止，共計有 41 筆資料。

主題共計7篇，皆為臺北病院皮膚科醫師所發表，包括宮原敦、於保乙彥、青木大勇三人，他們的研究除傳達殖民者的觀點外，亦鋪陳1920年代後期臺灣癩病政策實施的醫學基礎。

其中，首要者為宮原敦的癩病研究。宮原氏為臺北病院皮膚花柳科醫師兼臺北醫學專門學校教授，[83] 1919年發表長篇專論〈臺灣的癩人〉（70頁），警示癩病傳染在臺日人，以及從殖民地傳回日本的可能威脅，引發在臺日人官、民對癩病問題的重視，就突顯殖民地癩病問題而言，具有里程碑的意義。[84] 文中，宮原氏認為在臺日人面臨的癩病感染威脅問題包括：臺灣本島人並不怕接觸癩患者，增加感染的機率；臺灣尚缺乏患者收容機構，以及無癩病防治法令等。他的結論是：總督府當局若放任此問題不管，在臺日人感染癩病而返回日本者將會更多，官方有必要設立「癩院」，強制隔離患者、控制癩病蔓延。[85] 此外，宮原氏發表的其他三篇主題，包括癩菌培養、癩病外傷傳染以及癩病治療研究，分別討論日本國內、外癩菌動物感染實驗成功的實例，分析因外傷而感染癩病的案例；[86] 以及說明患者大量注射大楓仔油，而後治療成功的案例。[87]

其次，臺北病院皮膚花柳科主任於保乙彥，發表〈就晚近的癩病療法〉，介紹1920年代國際間研發大楓仔油皮下注射，有效治療癩病的成功經驗，並強調是上天賜給患者的福音，日本應試用新藥劑。[88] 至於青木大勇的〈癩病早期診斷及其最近的治療法〉，介紹確實而快速的癩病診斷方法，如採取鼻咽腔分泌物、應用碘劑，以及論證大量注射大楓仔油、併用碘化劑治療，能有效治療輕症者的臨

---

83 宮原敦畢業於大阪高等醫學校，曾任職大阪癩療養所。1916 年任職臺北病院，其後轉任臺灣總督府醫學專門學校，也開始研究癩病。關於臺灣癩患研究，1918 年首先發表於《日本皮膚科學會雜誌》。參見中村不羈兒，〈臺灣に癩療養所の設置せらるるまで〉，《社會事業の友》27（1931 年 2 月），頁 149-150。

84 中村不羈兒，〈臺灣に癩療養所の設置せらるるまで〉，頁 149-158。

85 宮原敦，〈臺灣ノ癩人〉，《臺灣醫學會雜誌》201（1919 年 7 月 28 日），頁 734-804。

86 宮原敦，〈癩菌培養せられたりや〉，《臺灣醫學會雜誌》208（1920 年 2 月 28 日），頁 286；宮原敦，〈癩菌培養せられたりや（承前）〉，《臺灣醫學會雜誌》209（1920 年 3 月 28 日），頁 386-411；宮原敦，〈癩ノ外傷傳染ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》309（1930 年月 12 月 28 日），頁 1608。

87 該案例為早期診斷發現，並經過三年持續大量注射大楓仔油才得以治癒。參見宮原敦，〈癩ノ治療例〉，《臺灣醫學會雜誌》219（1921 年 11 月 30 日），頁 592-595。

88 文中引用案例為夏威夷療養所 1918 至 1920 年 7 月共計治癒 78 人。參見於保乙彥，〈輓近ノ癩療法ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》219（1921 年 11 月 30 日），頁 595-598。

床經驗。[89] 要言之，三位醫師研究的交集為大楓仔油的治療成效，正是1920年代國際癩病醫療樂觀的寫照，也是當時日本癩病醫療進展的縮影。不過，宮原敦為推促癩病隔離政策，著重癩病細菌學和傳染論。

相較於日本殖民醫學，在臺灣的西方傳道醫療，特別是戴仁壽的癩病救治，帶來國際先進的癩病醫療，有相似、也有獨特之處。戴仁壽的醫療活動屬於當時英國教會組織「癩病救治會」（Mission to Lepers）運作的一環；1923年，他帶著大楓仔油製劑來臺，開辦醫院癩病門診，即引進英國教會新進的醫療方法。且他持有高遠目標——臺灣癩病撲滅計畫，主張設置療養所，提供住院患者大楓仔油醫療之外，加強營養、新鮮空氣、日光、規律運動、身體衛生等增強個人免疫力，使治療發揮更大效用。為此，他不僅向英國教會募款，也請求殖民當局支持，並邀請美國癩病防治會幹部Danrer來臺協助調查，積極尋覓建地、籌建理想的療養所。[90] 戴仁壽的這些積極作為，雖構成殖民當局施政的壓力，但也成為殖民施政的參考，包括：他多次受總督府委託、赴外地視察，1926年前往泰國和菲律賓等癩療養院，以及1929年前往英、美兩國各療養所考察；此外，他最早選定為籌建療養所的地點「新莊頂坡角」，隨即為官方選用為療養所「樂生院」建地，他則另尋建地。[91] 1930年總督府開始實施癩病政策，教會醫療被納入癩病診療系統，[92] 顯示殖民當局決定善用教會醫療設施。

---

[89] 為 1926 年底，青木大勇以長崎醫學專門學校皮膚科教授的身分受邀來臺，在臺灣醫學會大會發表的演講內容。參見青木大勇，〈癩ノ早期診斷竝ニ其ノ最近ノ治療法〉，《臺灣醫學會雜誌》261（1926 年 12 月 28 日），頁 1168；青木大勇，〈癩ノ早期診斷竝ニ其ノ最近療法〉，《臺灣醫學會雜誌》262（1927 年 1 月 28 日），頁 55-81。

[90] 戴仁壽 1926 年底以總督府調查科囑託身分，前往泰國及菲律賓等癩療養院調查，1929 年初在總督府官房調查課的編制下，前往英、美兩國各療養所進行調查相關研究。參見〈ジー、グミウ、テーラー南洋ニ於ケル衛生施設關スル調査事務ノ囑託ス、一時手當〉，《臺灣總督府公文類纂》（南投：國史館臺灣文獻館藏），4057 冊 83 號，秘書門進退類，1926 年 12 月 1 日；〈臺灣には珍しい　癩病人の救主　治療費の不足で　援助を希望するテ博士〉，《臺灣日日新報》，1926 年 3 月 11 日，第 5 版；〈世界から　癩病を根絶し度い　米國からダンナー氏が　是がためわざく來臺〉，《臺灣日日新報》，1926 年 1 月 30 日，第 5 版。

[91] 王文基，〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，頁 115-124；Wen-Ji Wang, “ ‘Laying out a Model Village’: George Gushue-Taylor and Missionary Leprosy Work in Colonial Taiwan,” pp. 111-133.

[92] 社會事業雜誌介紹臺灣癩病診療設施包括樂生院、馬偕醫院、新樓醫院、彰化基督教醫院等 4 所機構。參見石井保（總督府前警務局長），〈臺灣に於ける癩に就て〉，《社會事業の友》27（1931 年 2 月），頁 6-10。

至於 1930 年癩病政策實施後，戴仁壽與殖民當局的關係如何？1931 年 6 月，他決定將療養所設於臺北州淡水，儘管當地居民反對聲浪不小，然總督府行政上的支持和協調，仍使建院順利展開。1934 年 3 月底「樂山園」完工，開園營運，主要收治輕症患者，收容量為 80 人，入園方式採取自願而非強制隔離，園區生活著重自足與自治，且患者治癒可出院返家等。姑且不論樂山園營運所反映的，是西方現代理念與宗教精神；就機構性質而言，也明顯不同於官方療養所，[93] 然而殖民當局仍支持其運作。1934 年 4 月臺灣適用日本癩預防法，同年 10 月臺灣癩預防法施行規則加入不同於日本的條文，認可私立療養所設置與管理，為樂山園保留發展的空間。[94] 其中緣故為何？

首先，樂生院院長上川豐主張私立療養所有存在的必要，殖民當局也贊同其主張。[95] 其它深層因素，則是因臺灣癩病隔離收容空間有限，公、私立兩所機構若分工合作，有利於官方政策；且殖民當局決定善用教會醫療，借重戴仁壽的專長；[96] 此外，殖民當局的經費資源較為充足，且樂山園的運作亦無法與其相抗衡。[97] 1930年代後期，日本醫學界不再參加國際癩病會議，戴仁壽以日本及臺灣雙重代表的身分參加第四屆國際癩會議。[98] 就這些事例觀之，戴仁壽在臺灣的癩病醫療工作有一貫的重要性，而殖民當局與國際癩病醫學取得的聯繫，亦不同於日本本國。

以上分析顯示，1920年代後期臺灣的醫界言論、包括日本殖民醫學和西方傳道醫療，皆倡議癩病醫療管控之必要。而來自教會醫療的競爭，也促使殖民當局

---

93 依據相關研究，戴仁壽希望將樂山園打造成西方現代及基督教文明的示範村而努力。參見戴仁壽〈樂山園に就て〉，《社會事業の友》57（1933 年 8 月），頁 45-49；王文基，〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，頁 120-123。

94 日本癩預防法規定患者收容僅限於官方療養所，即排除私立療養所原本「代用療養所」功能；但臺灣的施行規則與日本不同。參見芹澤良子，〈日治時期臺灣癩病防治政策的發展〉，收於國史館臺灣文獻館整理組編，《第四屆臺灣總督府檔案學術研討會論文集》（南投：國史館臺灣文獻館，2006），頁 223-243。

95 上川豐，〈改正癩預防法に就いて（三）〉，《臺灣警察時報》196（1932 年 3 月），頁 13。

96 當時官方刊物《社會事業の友》可見戴仁壽發表的多篇文章，引介癩病治療方法和國際先進的癩病治療觀念與實務。參見 G. Gushue Taylor, “The League Nations and Leprosy,” pp. 4-5.

97 依據王文基的分析，因總督府療養所經費資源優於教會機構，樂山園曾發生住院患者群體轉入樂生院的事件。參見王文基，〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，頁 120-123；Wen-Ji Wang, “ ‘Laying out a Model Village’: George Gushue-Taylor and Missionary Leprosy Work in Colonial Taiwan,” pp. 111-133.

98 1938 年 5 月 23 日外務省報告國際癩會議之始末，和 5 月 26 日報告書中提到國際癩會議以及在埃及的熱帶衛生設施之情況。參見財團法人私立樂山園編，《財團法人私立樂山園事業概要》（臺北：該園，1941），頁 6。

聘任癩病治療專家上川豐來臺主事，以及樂生院開院營運，包含患者隔離與門診治療兩部分。[99] 1927年起，總督府以三年為期，在臺北州新莊郡興建「臺灣總督府癩療養所樂生院」，至1930年底完工。1930年8月，總督府先以「囑託」的名義，聘任上川豐來臺籌設樂生院；[100] 9月公告癩療養所官制，開始聘任相關醫護人員；10月公告樂生院以收容流浪癩患者為優先，兼收容貧困患者，預定收容量為100人，即沿用1907年日本癩病管控法規。[101]

1930年12月樂生院創設，至1945年8月日本治臺結束為止，歷經15年營運發展，是臺灣唯一的公立癩病療養所，為癩病隔離政策執行專屬機構，兼相關調查研究之責。依據總督府相關法規，樂生院醫師人力為4人，組織分工為內、外科及眼科，另有醫事人力為調劑手和看護長。表一為該院歷年醫事人員，可見個人出身背景、任職時間、專業、研究統計等。[102] 綜合來說，表一的內容重點有三，首先是專業與任期，即15位人員任職時間，僅少數一年或幾個月，多數為4、5年或至10年、15年。原因為殖民當局考量樂生院為特殊疾病防治機構，重視醫師專業資歷，並以優遇聘任，進而擢升研究業績優良者；因此，除少數個人因素之外，醫師任職穩定。[103] 其次是醫師來源及族群結構，即醫師來源有二，一為日本國內大學醫學部，尤其是機構成立初期，這與日本癩病醫學的移植有關；另一為臺灣的醫學教育系統，即臺北醫學專門學校、臺北帝大醫學部及其附屬醫學專門部等畢業生，總計日籍和臺籍醫師共9位，其中臺籍醫師有4人。臺籍醫師中任職最

---

99 兩部分比例是：收容隔離患者 100 人，門診患者 50 人，顯示後者比例（1/3）不小。參見〈癩豫防法ヲ臺灣ニ施行ノ件〉，《臺灣總督府公文類纂》，4154 冊 8 號，警務門傳染病及地方病類，1932 年 7 月 1 日。

100 〈上川豐任癩療養所醫長、俸給、勤務〉，《臺灣總督府公文類纂》，10062 冊 1 號，1930 年 10 月 1 日。

101 〈樂生院癩患者收容ニ關スル件〉，《臺灣總督府公文類纂》，7389 冊 9 號，警務門傳染病及地方病類，1930 年 1 月 1 日。

102 表一依據《臺灣總督府職員錄》和「臺灣總督府癩療養所官制」整理。1930 年 10 月 8 日臺灣總督府府令第 2366 號「樂生院處務規程」，機構組織分課為醫局、藥局、事務課，醫局包括內、外科及眼科。「臺灣總督府癩療養所官制」，除所長由醫長或醫官兼任外，包括醫長或醫官 2 人、醫官補 2 人、調劑手 2 人、書記 2 人、看護長 1 人。1936 年官制修正，新增「醫官」1 人，共計 3 人。參見〈敕令第一八三號府癩療養所官制〉，《臺灣總督府公文類纂》，4126 冊 2 號，秘書門官制官規類，1930 年 5 月 1 日；〈敕令第三七六號臺灣總督府癩療養所官制中改正ノ件〉，《臺灣總督府公文類纂》，10366 冊 4 號（原冊號 10568），人事門官制官規類，1936 年 1 月 1 日。

103 〈馬嶋四郎任臺灣總督府癩療養所醫官、敘高等官七等、樂生院勤務ヲ命ス〉，《臺灣總督府公文類纂》，10089 冊 10 號，1937 年 1 月 1 日；〈佐藤忠夫任臺灣總督府癩療養所醫官、敘高等官七等、七級俸下賜、樂生院勤務ヲ命ス〉，《臺灣總督府公文類纂》，10103 冊 69 號，1940 年 4 月 1 日。

表一　臺灣總督府癩療養所樂生院醫事人員一覽（1930-1945 年）

姓名	學歷	任期統計／篇數	經歷及研究
上川豐	1917.5 長崎醫學專門學校畢 1930.4 京都帝大醫學博士	1930.10-1945.10（15 年）／約 25 篇	1917.6 縣立長崎病院醫員 1919.5 九州療養所醫員 1923.3 被推薦為皮膚科學會評議員 1924.10 熊本醫科大學病理學教室研究 1924.10 獲長崎醫賞獎學會論文獎 1930.8.1 臺灣癩療養所開設事務囑託 1930.10.1 樂生療養院醫長兼院長
有住左武郎	1930.3 熊本醫科大學畢	1930.10-1933.10（4 年）／4 篇	1930.4 熊本醫科大學無給職副手 1930.7 九州療養所患者眼疾研究 1930.10 樂生院勤務、醫官
李維湘（臺）	臺北醫學專門學校	1931-1931／1 篇	1931.7 臺灣總督府癩療養所醫官補
日野春重		1931-1932／0 篇	1931 樂生院囑託
馬嶋四郎	1931.3 日本大學專門部醫學科畢	1931.7-1945（14 年）／20 篇	1931.7 臺灣總督府癩療養所醫官補 1932.4 樂生療養院內科科長 1933.12 樂生院外科科長 1937 臺灣總督府癩療養所醫官
中濱伴次郎		1931-1945（15 年）／0 篇	1931 樂生院調劑手
大木不二彥	1931.3 臺北醫學專門學校	1932.5-1932／0 篇	1932.5 樂生院醫官補兼結核療養所醫
市川修三	美國州立大學醫學部肄業	1932.10-1945（13 年）／1 篇	1932.10 樂生院看護長
青木森吾郎	臺北醫學專門學校畢、臺北醫院齒科	1933-1933／0 篇	1933 樂生院醫官補
賴尚和（臺）1941 年改姓名：廣瀨秋濤	1925.3 總督府醫學專門學校畢 1932.8 京都帝大醫學博士	1933.10-1946.10（13 年）／19 篇	1927.10 京都帝大醫學部專修科入學 1932.5 鴉片矯正事務囑託、臺北更生院 1933.10 樂生療養院勤務、醫官 1933.11 樂生院內科科長 1934.1 院長（不在）代理 1934.4 任醫務課長 1935.5 保育所事務囑託
板倉貞壽	臺北醫專齒科學教室、臺北帝大醫學部病理學教室	1934-1945（11 年）／15 篇	1934-1945 樂生院囑託
傅大穆（臺）	臺北醫學專門學校	1934-1934／0 篇	1934 樂生院囑託
佐藤忠夫	1935.3 熊本醫科大學畢	1935.8-1939（5 年）／5 篇	1935.4 大分縣立病院耳鼻咽喉科 1935.8 樂生院醫官補、耳鼻科科長
林永助（臺）	1937.3 臺北帝國大學附屬醫學專門學校	1938-1939（2 年）／1 篇	1937.3 臺北帝大附屬醫學專門學校畢 1937.5-11 臺北醫院皮膚科實習 1937.12- 樂生院醫官補
椎原驤夫	臺北帝國大學醫學部解剖學教室	1941-1945（5 年）／1 篇	1941 樂生院醫官補

資料來源：《臺灣總督府職員錄》（1930-1945 年）及《臺灣總督府公文類纂》癩病相關史料。有關醫師研究發表統計資料來源為《臺灣醫學會雜誌》、《レプラ》、《臨床ト診斷》、《診斷ト治療》、《社會事業の友》、《皮膚科泌尿器科雜誌》。

久者為賴尚和，1932年8月取得京都帝大內科醫學博士學位，[104] 1933年10月以醫官職位任職，1933年11月接任內科科長，1934年1月起兼任代理院長，至1945年任職長達12年。以他如此完備的經歷，在戰後的發展如何，特別值得注意。[105] 其三是專業背景與研究累積，15人總計發表論文93篇，受任職時間及其專業影響，研究業績集中在6位醫師，即包括上川豐、有住左武郎、馬嶋四郎、賴尚和（廣瀨秋濤）、[106] 板倉貞壽及佐藤忠夫等。

不過，表一無法顯示論文刊載的學術期刊，即有關研究交流與對話的空間場域。依據相關資料，這些文章主要刊登在臺灣與日本兩地的醫學期刊，即《臺灣醫學會雜誌》和《レプラ》；其中，不少文章在兩地期刊重複發表，或部分僅發表於日本，且刊登在《レプラ》的論文較詳實完整。據此可知，表一所列論文篇數應大幅刪減。此外依據論文刊載動態，一方面可知日本癩病專家來臺後，因臺灣與日本癩醫學界密切的互動關係，臺灣成為日本癩病醫學活動的一環；另一方面顯示日本帝國中心的學術位階高，日本癩學會引領該專科的學術走向，殖民地研究者致力爭取其認同與肯定。[107] 由於臺灣的癩病研究為日本癩病醫學移植，兩者在研究議題或方法必然有所關連；然而，殖民地癩病政策有其實際考量或必須面對的問題，殖民地癩病醫學研究為符應政策需求，又有其發展重點和特色，必須深入地細緻討論。

基於研究與政策的關連，討論樂生院醫師執行的癩病醫學研究，仍應留意政策變動的影響。1934年4月，臺灣的癩病管控從「部分隔離」轉向「絕對隔離」政策，以這項因素為依據，樂生院的癩病研究可區分成兩期討論，一是1934年之

---

104 賴尚和醫學博士論文題目為〈實驗的腎障碍時ニ於ケル血行器ノ機能的態度〉。參見〈賴尚和任癩療養所醫官、官等、俸給、勤務〉，《臺灣總督府公文類纂》，10076 冊 57 號，1933 年 11 月 1 日。

105 賴尚和（1899.12.5-1967.9），1925 年臺北醫學專門學校本科畢業，任大阪商船東海岸航路船醫。1926 年 5 月進入京都帝國大學醫學部專修科及附屬醫院真下內科教室。1931 年 5 月，返臺任職於臺北更生院，兼任臺北醫學專門學校杜聰明藥物學教室漢藥的實驗治療學研究，同年 8 月取得醫學博士學位。1933 年，經杜聰明推薦，轉任樂生院醫長。參見〈賴尚和任癩療養所醫官、官等、俸給、勤務〉。

106 王文基等的研究誤以為廣瀨秋濤與賴尚和是兩位醫師，討論兩人的研究成果。事實上，受到皇民化運動的影響，賴尚和於 1941 年 6 月 21 日改姓名為廣瀨秋濤。參見臺灣總督府癩療養所樂生院編，《昭和十六年年報》（臺北：該院，1942），頁 13；王文基、王珮瑩，〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，頁 85。

107 王文基的論文深入討論此問題。參見王文基、王珮瑩，〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，頁 90-92。

前的研究，即1930至1933年期間；二是1934年之後的研究，即1934至1945年二次大戰結束。

1930年底至1933年為初期研究階段，這是樂生院創院、營運初期，正是觀察日本癩病醫學是否或如何移植臺灣的關鍵。這段時期的研究集中在上川豐、有住左武郎及馬嶋四郎三位醫師，依據各自不同專長與職務進行。其中，上川氏和有住氏為最早任職樂生院的兩名醫官，均來自熊本醫科大學相關的九州療養所；[108] 且兩人最早發表有關臺灣的議題，地點也都在日本癩學會（及《レプラ》，如前文所述），而非臺灣。上川豐發表的臺灣癩病研究共計4篇，包含流行病學研究、體質研究及癩病治療實驗三種類別，皆運用先前研究日本癩病的議題與方法，只是主題探討臺灣，證實研究場域轉向臺灣（及其患者）。

其中，就流行病學研究，上川豐針對樂生院收容患者進行統計觀察，重點為患者發病年齡、病型觀察及臺灣癩病的特異點，呈顯殖民地患者的特殊性；[109] 並提出殖民觀點的解釋，即臺灣住民的文明程度（民度）低、住民多數赤腳行走所致，以及臺灣社會對癩病不如日本一般的警戒、嫌惡，患者自由出入都市生活。另一針對癩病盛行病症的研究，包括觀察臺灣患者的結節症狀、喉頭癩症狀、男性患者乳頭及乳房肥大等，說明殖民地癩病流行病型的特點，以及解決流行病學的矛盾，即：何以臺灣的結節癩較日本比率高，但症狀較輕而病程長，禿頭與喉頭癩為輕度且發生率低。[110] 換言之，這兩項是為確認殖民地癩病流行特性，並以臺灣社會的文明程度加以解釋。

---

108 這是指九州療養所與熊本醫科大學建立研究合作的關係，顯示上川豐依據規畫，帶進其人脈。〈上川豐任癩療養所醫長、俸給、勤務〉、〈有住左武郎任癩療養所醫官、俸給、勤務〉，《臺灣總督府公文類纂》，10062 冊 1 號，1930 年 10 月 1 日。

109 36 至 45 歲發病率較高；結節與混合型較多，神經斑紋型少；患者禿頭和潰瘍比例低，但下腿潰瘍及腳底潰瘍的比率高，且重症患者較多；日本癩病分布以鄉村郡部患者較多，但臺灣患者則集中於都市。對此上川豐的解釋為：癩病處女地本病流行病勢猛烈，則結節型多，流行久而經過幾世紀後，因種族免疫力形成而神經型多，臺灣應屬前者。參見上川豐，〈臺灣癩ニ稍稍特異ナリト思考セラルル點三ツ（禿頭、下腿潰瘍患者ノ都市集中）〉，《レプラ》5: 2（1934 年 3 月），頁 114。

110 上川氏發現臺灣患者禿頭、一般潰瘍、喉頭癩等症狀較日本內地患者輕微，但病型卻又是結節型比率高。通常禿頭與喉頭癩均為結節癩的症狀，兩者頗為矛盾。他以九州療養所患者探討結節浸潤程度，歸結臺灣的結節癩較日本比率高，但症狀較輕而病程長，因此禿頭與喉頭癩為輕度症狀、且發生率低。參見上川豐，〈臺灣癩患者ニ於ケル癩結節ノ症狀程度ニ就テ〉，《レプラ》7: 1（1936 年 1 月），頁 55。

上川豐也研究臺灣人體質議題，包括臺灣人患者血型調查及肋骨下角測定，仍延用先前研究日本人的議題與方法。其中， 1931年樂生院開院初期患者血型統計，顯示以O型最多，B型、A型次之，AB型最少；進而比較健康臺灣人的血型統計，發現並無太大差異。相較於日本學者以血型論斷癩病患者為特殊階級（或人種），上川氏並未著眼於此。日治末期，臺北帝大醫學部椎原龍夫同樣以樂生院臺人患者血型為議題，研究院區收容患者達最高容量（600多人）的相關情況，所得統計結論仍然相同。[111] 另一項是上川豐專長的癩病治療實驗，1933年起對樂生院患者實驗金製劑治療，延續在日本的研究議題，獲得類似的實驗結果。[112] 整體而言，上川豐在臺初期研究延續其先前的方法與議題，運用在探討殖民地的特有狀況，顯示以臺灣（患者）作為比較研究與治療實驗的新場域。

另兩位醫師的研究，一為有住左武郎，來臺前任職九州療養所，從事患者眼疾研究；就任樂生院醫官後，即任職醫局眼科醫務。他的研究仍是關於眼科疾病，但著重細菌學感染論和病理學研究。有關眼疾研究2篇，包括樂生院患者眼疾統計觀察，以及探討患者淚液是否可能傳染癩病；前者結論為癩病眼疾出現頻率很高，但癩病並未造成眼疾，[113] 後者則證實癩菌甚少從淚液流出。[114] 另兩篇與眼科無關，一以樂生院福建籍臺灣人患者的血液為研究素材，比較健康者血液，分析不同病型、性別在血液像的特異點；另一篇探討昆蟲是否傳播癩菌的問題，調查該院區常見昆蟲「蒼蠅、蠅蛆、蚊、蟑螂」四種，證實蒼蠅傳播癩菌危險性最高。[115] 有住氏於1933年底轉任總督府刑務所保健師。另一位醫師馬嶋四郎，1931年受聘

---

111 該文結論是：男女患者及不同病型患者血型無太大差異，患者與一般健康的人血型亦無太大差異。參見椎原龍夫，〈福建糸臺灣人癩患者ノ血液型調查〉，《臺灣醫學會雜誌》43: 7（1944 年 7 月 28 日），頁 434-437。

112 這項研究同時在日本與臺灣發表。參見上川豐，〈癩ニ對スル金製劑ノ治療的價值〉，《臨床ト診斷》3: 3（1933 年 3 月），頁 279；上川豐、市川修三，〈癩ニ對スル金製劑ノ治療的價值〉，《臺灣醫學會雜誌》32: 12（1933 年 12 月 28 日），頁 1824-1825。

113 結節癩出現眼病的機率高於斑紋神經癩，患者夜盲症多肇因於營養障礙，也常有貧血問題。參見有住左武郎，〈樂生院患者ニ於ケル眼科領域疾患ノ統計觀察〉，《レプラ》4: 2（1933 年 6 月），頁 289-306。

114 該研究結論是：淚液中發現的抗酸菌數遠低於鼻腔黏膜，證實癩菌甚少從淚液流出。參見有住左武郎，〈癩患者涙液中の抗酸性菌に就いて〉，《レプラ》4: 3（1933 年 9 月），頁 401-406。

115 但該研究也證實昆蟲體內殘留的癩菌數逐日減少，最長殘留 48 小時，因此很難證實昆蟲有傳染癩病的威脅。參見有住左武郎，〈昆蟲ニヨル癩菌傳播ニ關スル研究〉，《臺灣醫學會雜誌》33: 4（1934 年 4 月 28 日），頁 634-661。

為樂生院醫官補，翌年（1932）就任內科科長，1933年底改任外科科長，但仍持續內科方面的研究。至1933年為止，馬嶋氏的研究著重內科方面議題，包括癩病診斷和病型分類，以及動物實驗；主題包括光田氏反應、臺北的鼠癩及其體內抗酸菌分布，[116] 仍是日本癩學會研究方法的延伸運用。

1934年臺灣實施絕對隔離政策後，樂生院的研究進入另一階段，原因之一為癩病隔離措施擴大，樂生院患者收容人數增加，帶動機構醫療人員的增額；此時新增的研究者包括賴尚和、板倉貞壽及佐藤忠夫三位醫師（如表一）。另一原因為絕對隔離措施帶動新的研究議題重點，如：政策目標是絕對隔離，如何確實掌握癩患者成為問題，其中涉及癩病診斷的難題，以及如何有效發現患者，均與癩病調查研究有關。整體而言，這時期的主要研究者，包括上川豐與馬嶋四郎等五位醫師，累積的研究數量可觀。就研究議題重點，除可見與日本癩學會有關之外，依據殖民地癩病政策關聯，區分為以下幾方面討論之。

首先，官方為掌握患者人數及流行特性，進行癩病調查及流行病學研究。臺灣的癩病患者人數調查，最初由各地衛生警察執行，然警吏專業知識不足，常有疏漏或誤判的情況。1936年，臺灣癩預防協會推動由樂生院執行深入的地方癩病調查，上川豐與賴尚和兩人分別帶領醫官前往各州特定村落（流行地），進行癩病調查；除證實醫師發現新患者人數高於警察官吏的調查之外，也實地瞭解各州癩病流行地。[117] 關於癩病流行病學研究，賴尚和以「臺灣人家族內癩病傳染狀況」為重點，目的在探究癩病的傳染途徑，主題包括樂生院收容患者家族和澎湖地方患者家族兩項，證實家族成員因密切接觸，傳染機率高於家族外傳染者；加上因接觸患者而感染者不少，他認為癩病是傳染病而非遺傳病。他也比較臺、日人患

---

116 馬嶋四郎，〈臺北市内ノ鼠癩ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》30: 12（1931 年 12 月 28 日），頁 1521-1522；馬嶋四郎，〈鼠癩體内ニ於ケル抗酸性菌ノ分布狀態ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》31: 12（1932 年 12 月 28 日），頁 1404-1406；馬嶋四郎，〈光田氏反應ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》32: 12（1933 年 12 月 28 日），頁 1823。

117 實施癩病調查的地點包括臺北州五結庄、臺南州上山庄及臺南市安平、澎湖等地。參見上川豐、賴尚和、佐藤忠夫、馬嶋四郎，〈近海部落ノ癩調查成績〉，《臺灣醫學會雜誌》35: 12（1936 年 12 月 28 日），頁 2869-2872；上川豐、賴尚和、佐藤忠夫、馬嶋四郎、市川修三，〈高雄、臺南兩州下ニ於ケル癩調查成績〉，《臺灣醫學會雜誌》36: 12（1937 年 12 月 28 日），頁 2795-2797；上川豐、廣瀨秋濤、佐藤忠夫、馬嶋四郎、椎原龍夫，〈臺灣五州下ニ於ケル患家檢診成績〉，《レプラ》13: 1（1942 年 1 月），頁 25。

者家族傳染比率，發現日人家族較高，但並未解釋其中原因。[118] 此外，上川豐延續前期研究，試圖闡明臺灣人癩病流行的差異或特殊性，以「臺灣人癩病患者的發病年齡」為研究素材，探討樂生院收容患者的發病年齡，即比較日人及國外療養所的患者資料，論證臺人收容患者發病年齡的特異點；同時考察臺人患者的年齡分布，並比較日本相關統計，藉以推測臺灣癩病流行趨勢。據此，推測臺人患者病型與日本不同，結節型較多，且臺人「未收容患者」人數較日本本國少。[119]

其次，為辨識隔離患者及收容患者疾病問題，包括癩病診斷、細菌學與動物實驗、癩病病理及體質研究等。其中，針對癩病診斷及病型分類的研究，是由前、後兩任內科科長馬嶋四郎與賴尚和提出；馬嶋四郎的研究如血球凝集反應、皮膚結核菌素反應；至於賴尚和，重視癩病診斷的困難，不僅最早提出誤診為癩病的各種皮膚病，如先天畸形兼慢性溼疹、苔癬、鞏皮症及梅毒肉芽腫等，提醒檢診者注意；也以實際案例，說明癩病診斷有必要參酌臨床症狀，且這類案例（生物學檢查為陰性）病毒傳染機率很低，即使不收容隔離也無妨。[120]

有關病理與體質研究，馬嶋四郎因內科職務而研究癩病病理，如 Addison 氏病併發症、癩性潰瘍、癩患者血液中 opsonin 量、患者唾液中的酸鹼濃度、[121] 癩病的 histamine 皮膚反應，[122] 以及涉及動物皮膚病研究等，[123] 多數發表在日本醫

---

118 賴尚和，〈本島人癩ノ血族間ニ於ケル傳播狀態竝ニ感染關係ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》33: 12（1934 年 12 月 28 日），頁 1869-1870；賴尚和，〈樂生院ニ於ケル臺灣人癩傳染狀態〉，《レプラ》6: 1（1935 年 1 月），頁 142。

119 上川豐推測臺灣人收容患者發病年齡 10 至 25 歲較低、36 至 45 歲反而較高，屬近代型流行，且結節型比日本多。此外，發現日本與臺灣全體癩病患者年齡分布曲線的差異；以及臺灣收容患者、未收容患者、與日本收容患者年齡分布三種曲線不同。參見上川豐，〈臺灣人癩患者ノ發病年齡ニ就テ〉，《レプラ》8: 1（1937 年 1 月），頁 33-34；上川豐，〈臺灣人癩患者ノ年齡的考察〉，《レプラ》9: 1（1938 年 1 月），頁 32-34。

120 賴尚和認為當臨床癩病症狀顯著，但各種生物學檢查皆為陰性時，不能以沒發現癩菌就斷定並非患者，仍必須參考臨床症狀。參見賴尚和，〈神經癩ト誤ラレシ汎發性鞏皮症ノ一例〉，《レプラ》7: 5（1936 年 9 月），頁 660。

121 Opsonin 日文為「オブソニン」，是血液中促進白血球食菌作用的物質。參見馬嶋四郎，〈癩ニ於ケル同種血球凝集反應ニ就テ〉，《レプラ》7: 1（1936 年 1 月），頁 178；馬嶋四郎，〈癩患者唾液ノ水素イオン濃度ニ就テ〉，《レプラ》7: 1（1936 年 3 月），頁 201；馬嶋四郎，〈癩患者血液內オブソニン量ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》34: 12（1935 年 12 月 28 日），頁 2171。

122 histamine 日文為「スルヒスタミン」，是動物體內廣泛存在的化學物質，在受傷或藥物刺激時活化而產生疼痛感。參見馬嶋四郎，〈癩ニ對スルオムナジンノ應用〉，《レプラ》11: 1（1940 年 1 月），頁 100。

123 參見馬嶋四郎，〈臺北市ニ於ケル鼠癩ノ研究〉，《レプラ》5: 2（1934 年 6 月），頁 206；馬嶋四郎，〈臺灣產牛ノ皮膚新生物ニ就テノ研究〉，《レプラ》9: 1（1939 年 1 月），頁 10。

學期刊，主要承接日本癩學會所發展的德國體液免疫學研究，反映病理與免疫學進入化學或生化研究的階段。[124] 其後，新加入的兩位醫師分別從不同專科進行研究，一是以囑託（特約）醫師身分受聘的臺北醫專齒科學教室講師板倉貞壽，專長牙科醫學；進入樂生院之初，與外科科長馬嶋四郎聯名發表，研究主題均屬牙科、特別牙科病理及體質研究。另一位專科醫師佐藤忠夫，1935 年 8 月就任該院醫官補，擔任耳鼻科科長，1940 年昇任醫官；他專注耳鼻喉科病理研究，包括患者的聽力、上呼吸道病理組織學研究。

其中，板倉氏與馬嶋氏的共同研究，雖屬牙科醫學，但受到血型研究的影響，偏重臺灣人體質研究，以〈樂生院福建籍臺灣人患者齒型構造及咬合狀態〉為題，藉由比較臺人健康者不同血型的齒型及咬合狀態，分析癩病不同病型與前者的異同。[125] 板倉氏的個人研究，除一篇牙科與癩病傳染相關研究外，[126] 著重臺灣人癩病的牙科醫學、特別牙科病理學。其中一類研究，探討臺人癩病患者牙齒的特徵，如牙齒數、缺牙、長出智齒、蛀牙、齒槽膿漏症、口腔癩性變化等臨牀觀察，經比較日人癩患的相關狀況，多數相近而無顯著差異。[127] 另一類研究，為癩患者牙齒組織病理學，包括患者牙齦及其他牙根組織病理學研究、牙髓組織病理學研究等，[128] 運用癩患者屍體留下的牙齒進行研究，探討不同病型牙齒組織病理

---

124 根據醫學史家 Silverstein 的分析，現代免疫學發展之前的兩個主要時代，一為細菌學早期的發展，強調疾病的診斷、預防及治療；二為免疫化學的時代，集中於抗原與抗體的化學分析，體液免疫學即屬第二階段的發展。參見 Arthur M. Silverstein, *A History of Immunology*, pp.35-36; Arthur M. Silverstein, "The Historical Origins of Modern Immunology," in Richard B. Gallagher, et al., eds., *Immunology: The Making of a Modern Science*, pp. 6-14.

125 參見馬嶋四郎、板倉貞壽，〈血液型ヨリ觀タル臺灣人（福建系）癩患者ノ齒穹形態竝ニ咬合狀態ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》33: 7（1934 年 7 月 28 日），頁 1921-1932；馬嶋四郎、板倉貞壽，〈臺灣人（福建系）癩患者ノ齒穹形態竝ニ咬合狀態〉，《レプラ》5: 2（1934 年 6 月），頁 187-200。

126 1934年首次調查樂生院患者的牙齒修補方式，統計正規牙科醫師處理的比例，即關切因非正規牙醫欠缺消毒、預防觀念，而造成癩病傳染的問題。參見板倉貞壽，〈樂生院收容癩患者ノ施術齒牙ニ關スル二三考察〉，《臺灣齒科醫學雜誌》7: 11（1934年11月），頁1-6。

127 參見板倉貞壽，〈癩患者ノ齒科學的研究（第二報）臺灣人（福建系）癩患者ニ於ケル齒槽膿漏症ノ臨牀的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》33: 12（1934 年 12 月 28 日），頁 1870-1871；板倉貞壽，〈癩患者ニ於ケル齒科學研究（未完）（第一報）特ニ臺灣人（福建系）癩患者ノ缺齒、智齒萠生竝ニ齲蝕病ニ關スル知見〉，《臺灣醫學會雜誌》34: 1（1935 年 1 月 28 日），頁 1-16；板倉貞壽，〈癩患者ニ於ケル齒科學的研究（承前完）（第一報）特ニ臺灣人（福建系）癩患者ノ缺齒、智齒萠生竝ニ齲蝕病ニ關スル知見〉，《臺灣醫學會雜誌》34: 2（1935 年 2 月 28 日），頁 195-213。

128 參見板倉貞壽，〈癩患者ノ齒牙殊ニ其齒髓組織ニ關スル病理組織學的研究〉，《臺灣醫學會雜誌》38: 12（1939 年 12 月 28 日），頁 1770-1773；板倉貞壽，〈癩患者ノ齒牙殊ニ齒齦其ノ他支柱組織ニ關スル病理組織的研究〉，《臺灣醫學會雜誌》39: 8（1940 年 8 月 28 日），頁 1214-1239。

及其癩菌傳染路徑。總之，板倉氏專注於牙科病理學知識累積，所論與患者牙齒保健無關。

另一位耳鼻科醫師佐藤忠夫，最重要的研究是〈關於癩患者上呼吸道病理組織學的研究〉，由臺北帝大醫學部病理學教授和氣巖指導，開創耳鼻喉病理學研究，獲得臺灣癩預防協會學術獎勵，在日、臺兩地的三個醫學大會發表成果。該研究建立在多達 85 具患者屍體的解剖，從單一病例臨床病理狀況、及上呼吸道器官病理解剖，至 85 個病例臨床病理總體分析，以及區分結節型和神經型兩種不同病型患者的上呼吸道病理分析；最後總結指出：鼻腔是癩病入侵的門戶之一，也是癩菌排出的主要門戶。[129] 綜言之，板倉氏等兩人研究的意義，包括殖民地專科醫學或帝國大學設置後，提供醫學專科研究重要的新支援；且基於癩病政策與研究合作的共識，公立癩病隔離機構內的患者死亡後，屍體無條件作為醫學研究解剖之用，[130] 使癩患者成為實驗室醫學知識生產的樣本，促進特定專科病理學的發展。

再者，是處理患者隔離之後的醫療問題，上川豐以專長大楓仔油治療受聘來臺，癩病治療實驗為其研究重點，其他幾位醫師多少都參與該研究，使這項議題累積為頗有分量的研究類別。在1930年代末抗菌藥如盤尼西林（penicillin）、殺瘋劑（sulfones）發現之前，[131] 癩病被視為無法治癒的疾病；在日本，療養所學派堅持主張絕對隔離政策，便是基於這項理由。儘管癩病尚未有特效藥，但它病程緩慢、病型及病症輕重差異甚大，各種對症治療藥品即應運而生。所謂癩病對症治療，可區分為三大類：一是如傳統及近代藥物、物理、細菌性免疫學的一般療法及食物療法；二是醫療分科療法，如外科、眼科、耳鼻喉科及內科等對症療法；三是大楓仔油及其製劑療法。樂生院醫師依個人專長，先後進行各項患者治

---

129 該研究以刊登在《レプラ》的文章論證最為詳實完整，內容長達 108 頁。臨床病理分析包括患者性別、死亡年齡、病型、發病年齡及其患病年數、死因等。參見佐藤忠夫，〈上氣道の癩に關おする病理組織學的研究（第 1 篇）：鼻腔竝に副鼻腔の癩〉，《レプラ》12: 3（1941 年 6 月），頁 227-322。

130 療養所入院患者必須簽署死亡解剖同意書，無條件提供醫學研究解剖之用。這點在樂生院的患者身分帳留存完整紀錄。參考范燕秋，〈癩病療養所與患者身分的建構：日治時代臺灣的癩病社會史〉，《臺灣史研究》15: 4（2008 年 12 月），頁 103。

131 有關癩病抗菌（antibacterial）藥在二十世紀上半的發展及醫藥簡史，參考 Charles C. Shepard, “Experimental Chemotherapy in Leprosy, Then and Now,” pp. 307-319; Miles Weatherall, “Drug Therapies,” in W.F. Bynum and Roy Porter, eds., *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, pp. 915-938.

療實驗，包括：賴尚和運用傳統藥物的「漢藥治療實驗」，馬嶋四郎實驗免疫原Omunadi的對症治療，是近代藥物療法；林永助實驗癩菌培養液與Omunadi合併療法，是細菌性免疫療法；佐藤忠夫進行的「減脂肪療法」，則屬於營養療法。而上川豐所進行的治療實驗最多，除金製劑治療之外，還包括銅鹽Cuprion、[132] 甘油乳劑與大楓仔油合併使用、色素誘導體靜脈注射、磺胺新製劑Therapol的對症療法、及以維他命B治療癩神經痛；加上他專長運用、也是治療癩病的主藥劑「大楓仔油」等，[133] 總計至少有10種治療法。

然而重要的是：各種療法的治療成效如何？舉例言之，就賴尚和的「漢藥治療實驗」，這與他先前任職臺北更生院，醫長杜聰明重視漢藥研究有關，[134] 亦顯示立足臺灣社會的立場所進行的系列調查實驗。即他以〈漢丹藥對於癩病是否有效〉為研究開端，探討樂生院患者服用漢藥中毒的案例；其後，廣泛蒐集、調查民間癩病藥物使用概況，進行相關統計分析。[135] 1940年，實際展開漢藥實驗治療，其治療方針是「先助胃壯氣使根本堅固，而後治其瘡」，結果患者部分症狀改善，但也有因副作用劇烈而不敢再服用者。[136] 另一案例，是佐藤忠夫的「減脂肪食物療法」研究，研究動機為當時國內、外相關成果，即印度癩病專家Rogers和Muir主張食物營養的效用；1939年國際癩病會議治療學分科注意患者食物營養調配；以及小笠原登倡議營養的重要性等。實驗方法則是依據患者平常的菜單，減少脂肪分量，稍微增加蛋白質，碳水化合物增加較多，注意維生素含量，且亦增加蔬菜量等；實驗結果發現：結節型或神經型患者各種症狀皆逐漸改善。[137] 第

---

132 Cuprion 為 Bayer 公司於 1940 年發售。

133 1940 年上川豐受邀於日本癩學會第 13 次大會演講的主題為「癩病治療法的現況」，系統性地討論二十世紀上半葉國際間和日本癩病的治療實驗及其成果，包含樂生院。其後刊登在該會專屬期刊《レプラ》。參見上川豐，〈癩治療法ノ現況〉，《レプラ》11: 1（1940 年 1 月），頁 1-30。

134 賴尚和任職臺北更生院期間發表漢藥治療相關研究如：賴尚和，〈漢藥使君子ノ蛔蟲驅除ニ關スル實驗治療學的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》34: 10（1935 年 10 月 28 日），頁 1628-1637。

135 這項統計觀察成果先在臺灣發表，隨即發表於日本癩學會兩次大會。參見賴尚和，〈漢藥丹ハ癩ニ有效ナリヤ〉，《診斷ト治療》25（1938 年），頁 457；賴尚和，〈癩民間藥ヲ使用セラレタル癩患者ノ統計的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》37: 12（1938 年 12 月 28 日），頁 1997；賴尚和，〈臺灣ニ於ケル癩ノ民間療法ニ就テ〉，《レプラ》10: 4（1937 年 7 月），頁 337-348。

136 即先以四物湯為補血氣健胃強壯劑，其次使用再造散為變質瀉下劑，最後使用醉先散為攻劑。參見賴尚和，〈癩疾患ノ漢藥治療法〉，《レプラ》11: 1（1940 年 1 月），頁 88-89。

137 作者指出，這項研究是由院長上川豐指示進行。參見佐藤忠夫，〈癩ノ減脂肪食餌療法〉，《レプラ》11: 1（1940 年 1 月），頁 93。

三項、也最重要的案例，是上川豐的「樂生院大楓仔油治療成績」，[138] 分析該院患者542例，因輕症者較多，大楓仔油治療反應指數良好居多（10之中6-7），病況轉好者307例、占56.6％；以及樂生院9年間新收患者1,200人，治癒出院者56人，治癒率為0.05％。至於出院後的情況，狀況良好者42人、再發入院者11人及消息不明3人。該研究的結論是：癩病若於初期輕症診斷出來，並充分看護及治療，仍可治癒。換言之，這項實驗證實大楓仔油治療癩病，甚至有少數痊癒出院及癒後良好者，並非全然無法治癒。[139] 此一結果，不僅與療養所學派所認定的、痊癒者幾乎皆復發（參考前文）有所差異；也可知上川豐在癩病醫療的態度確實不同於光田派學者，這點或可解釋他在戰後持續的相關作為。[140]

在第二期眾多研究之中，出現單一項目的議題，是討論患者醫療絕育手術。這項由光田健輔首創的醫療絕育手術，1930年代後期悄然出現在樂生院區；即該院沿用日本療養所的慣例，對結婚患者施行絕育手術，再度顯示日本癩病政策的主導權力。[141] 依據1939年上川豐的研究報告指出：日本療養所普遍對男性患者施行輸精管切除術，這是基於患者生育的優生學、癩病預防、人道、乃至國家經濟的考量；樂生院也執行17個絕育手術案例，且認為手術並未造成患者任何身心的障礙，是最簡單、也最確實的絕育手術。[142] 然而，這種論點實直接引用光田健輔的主張，立足於國家民族優先本位，反映當時日本民族優生觀念之盛行，全然未思考患者因手術所承受的身心創傷。[143]

---

138 當時大楓仔油混合製劑及其使用法的改良，包括臨床以內服或注射應用、混合物為大楓仔油混和溶解度低的油類或滲透性強的藥物，如樟腦油、百里酚等。

139 參見上川豐，〈癩治療法ノ現況〉，頁 26-27。

140 1945 年 12 月上川豐返回日本後，擔任廣島縣保健所醫務囑託，後就任國立療養所東北新生園園長，推動 Promin 新藥化學治療，協助患者痊癒後回歸社會，並致力於東北各縣居家治療患者的診療與社會福祉，並從事破除疾病偏見的社會教育活動。1948 年 10 月退休後，持續兼任醫師職務，1965 年被授予名譽園長職銜。他這樣的經歷，確實不同於光田健輔在戰後仍堅持主張不可廢止隔離制度。參見伊崎正勝，〈上川豐先生を偲んで〉，頁 158。

141 依據官方說法是，患者有意願或提出申請者，才施行手術。參見臺灣總督府癩療養所樂生院編，《昭和十四年年報》(臺北：該院，1940)，頁 19。

142 上川豐，〈癩患者に施せる斷種術にいて〉，《皮膚科泌尿器科雜誌》46: 2（1939 年 8 月），頁 181。

143 藤野豊的研究特別針對患者絕育手術與優生思想的關連，進行深入剖析。參見藤野豊，《日本ファシズムと医療：ハンセン病をめぐる実証的研究》，頁 83-85、236-252。

在第二期研究即將結束的二次大戰期間，兩位醫長發表亞洲地區癩病議題，屬另類特殊的文章。其一為賴尚和發表有關廣州癩病調查，是他在1940年4月被派往廣州協助處理霍亂疫情期間，藉機調查附近癩病流行狀況，文中強調「因大東共榮圈確立，有責任致力於南支南洋之癩淨化。」[144] 其二為上川豐試探政策方向的文章，重點在指出「南支和南洋」與臺灣的癩病問題之關連，即鄰近臺灣的中國南方及南洋地區都是癩病盛行地，必須防範癩病傳入、即注意海港檢疫；以及在東亞新秩序建設中，臺灣的救癩事業可扮演的積極角色。[145] 換言之，兩人均關切大東亞共榮圈內「南支南洋」的癩病問題，不外顯示1930年代後期臺灣成為日本帝國「南進基地」，癩病控制面對戰局擴大的新挑戰，且癩病醫療也成為日本帝國運作「大東亞」政治的籌碼。

綜合以上考察，顯示樂生院醫師的癩病研究是以移植日本癩病醫學而建立，特別在研究初期階段，無論議題設定或研究方法，大都延伸運用日本癩病研究，僅採取日本／日本人與臺灣／臺灣人兩者比較研究的方式，討論殖民地臺灣癩病的特性。即使在研究的中後期，樂生院醫師與日本癩學會維持密切的互動關係，不僅研究議題與方法維持對話，研究成果亦以發表在癩學會期刊《レプラ》為優先，以進入醫學專業組織核心，維持或提昇其學術研究地位。在這樣的學術脈絡之下，樂生院的癩病研究類似日本者表現在二方面，其一是癩病醫療承接德國血清治療和體液免疫學研究取向，日本癩學會或樂生院皆可見這類主題；其二為醫學知識生產採取德國實驗室醫學操作，重視基礎醫學研究，尤其療養所隔離、集中眾多的患者群體，成為機構醫師實驗觀察的研究素材，促成癩病醫學知識的累積。特別能反映此一特點的研究，是板倉貞壽的牙科病理學研究和佐藤忠夫的耳鼻喉科病理學研究。德國實驗室醫學研究有其優缺點，如學者分析指出：最大問題是臨床醫療成為實驗室醫學的附屬品，即實驗室醫學研究運作於細胞或生物化

---

144 該文說明調查推估患者人數、病型及其特徵、地區流行分布，並建議理想的療養所地點等。參見賴尚和，〈廣州附近ニ於ケル癩ニ就イテ〉，《臺灣醫學會雜誌》40: 6（1941 年 6 月 28 日），頁 1133-1163。

145 1942年緬甸的癩病一文，是翻譯教會醫師Dr. Richard S. Buker在緬甸從事癩病救濟的經歷，介紹基督教會療養所、收治患者狀況及營運方式。上川豐，〈臺灣の癩と南支那の癩〉，《社會事業の友》127（1939年6月），頁7-29；上川豐，〈南支南洋の癩と臺灣の癩〉，《社會事業の友》152（1941年7月），頁2-12；上川豐，〈ビルマの癩に就て〉，《臺灣醫學會雜誌》41: 6（1942年6月28日），頁793-798。

學層次，使研究者無視患者個體的存在，造成「病人的消失」。[146] 德國實驗室醫學形成於十九世紀，並成為日本近代醫學發展的基礎，基於此一歷史脈絡，必然影響日本及殖民地臺灣的癩病醫學研究特性。然而，若留意日本癩學會內部長期存在的爭議，又很難以其成為實驗室醫學的附屬來概括癩病醫學研究活動。

同時，樂生院癩病醫學研究屬於殖民醫學活動，為因應殖民政策的需求，終究發展出有別於殖民母國日本的一些研究特色。其中，首要特點在闡明臺灣或臺灣人癩病的特性，即殖民地癩病政策是以殖民地和被殖民者為主要管控對象，殖民地癩病研究也以臺灣或臺人的癩病為主要研究標的。為此，樂生院醫師採取日本／日本人與臺灣／臺灣人兩者比較研究方式，闡明臺灣或臺人癩病的特性，或殖民地臺灣衛生的差異，以及臺人患者體質的特殊性；其目的在證實臺灣住民文明程度（民度）較低，也合理化癩病醫療介入的必要或正當性。這項特色誠如相關研究所論：殖民科學與母國科學的區別是認識種族差異和殖民地特性。[147]

其次，著重癩病治療實驗研究，以展示作為文明醫療的殖民成效。樂生院為殖民地癩病政策執行機構，自始面對政策執行的挑戰與實際問題，特別是戴仁壽代表的傳道醫療之競爭。面對此一挑戰，殖民當局首先聘請癩病醫療專家上川豐主掌機構運作，繼而以優遇方式聘任醫療專業者。實際上，樂生院醫師幾乎均投入癩病治療實驗，上川豐、賴尚和及佐藤忠夫的研究尤其重要。在癩病尚未有特效藥的年代，以及療養所學派宣稱「癩病無法治癒」的氛圍中，殖民地醫師以醫療實驗的結果，提出不同於日本癩病醫學主流的觀點，顯示殖民地醫師的醫療立場。而相關的特點，是殖民當局為樂山園及教會醫療保留發展空間，且藉由戴仁壽參與國際癩病會議，持續引進癩病醫學新知，這點也不同於日本國內的狀況。

---

146 王文基的研究認為：樂生院內一系列的治療實驗重點並非在「治療」，而淪為「實驗室附屬品」，目的在於生產科學知識、提升研究者的學術地位。參考王文基、王珮瑩，〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，頁 91。另，有關十九世紀實驗室醫學發展的優、缺點，參考朱申（N. D. Jewson）著、曾凡慈譯、李尚仁校訂，〈論醫學宇宙觀中病人的消失，1770-1870〉，收於吳嘉苓、傅大為、雷祥麟主編，《科技渴望社會》（臺北：群學出版有限公司，2004），頁 152-182。

147 王文基等的研究指出，樂生院癩病醫學研究最具特色者為「臺灣人及日臺差異的種族研究」，是開創性的研究觀點；該文也提出四項學術動態加以解釋，即國際癩病醫學研究趨勢、日本醫學研究傳統、臺灣殖民科學研究及樂生院醫官的專業與社會關切。參見王文基、王珮瑩，〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，頁 93-113。

五、戰後臺灣癩病醫學研究的延續與斷裂：現代免疫學研究的登場

1945 年 8 月二次大戰結束，日本殖民時代終結；同年 10 月臺灣歷經政權轉移。從政策的方向觀之，受到政權轉移和政局動盪的影響，至 1950 年代初為止，臺灣的癩病政策處於停滯不明的階段；同時，樂生院內的醫學研究也因日本醫師遣返而停頓。儘管如此，樂生院作為癩病防治機構，它的運作及其醫學研究，涉及兩項基本條件，一是 1945 年之後新政府對癩病處理的態度及相關政策法規；另一是機構本身的變動，包括院長、醫護人員及原本被收容隔離的患者，特別是醫事人員的專業背景。藉由這兩方面的考察，可釐清癩病醫學研究延續或斷裂的問題。

就政策法規而言，樂生院作為特殊疾病防治機構，乃是依據國家衛生法規；由於戰後初期癩病法規「延續」日治時期的法令規章，顯示癩病政策一度停留在承受政策遺產階段。1949 年 2 月，臺灣省政府（以下簡稱「省政府」）公布「臺灣省痲瘋病預防規則」，即是延用戰前舊法規，以強制收容、隔離癩病患者為主要措施。省政府為「繼續維持癩病防治事業的運作」，1948 年 7 月通令各縣市衛生院調查其轄區內未收容的患者，並由樂生院派收容專車，在地方警力協助下，將病患強制送往樂生院隔離收容。[148]

其次，戰後初期樂生院本身的變動反映在三個層次，即院長資歷、機構醫療人力「醫師」群體、以及收容隔離的住院者。先就樂生院院長資歷而言，1946 年 3 月政府派員接收樂生院，至 1953 年 12 月為止，歷任四位院長分別為：吳文龍、楊仁壽、劉明恕、陳文資，都是臺灣本地醫師，且接受日本現代醫學教育，包括臺灣總督府醫學校、總督府醫學專門學校及青島東亞醫科學院；在他們的主掌下，樂生院運作維持戰前舊制，即慣性地採取癩病控制、患者隔離的措施。1953 年 12 月接任的院長陳宗鎣，係戰後從中國撤退來臺，軍醫系統出身；他接任院長，主要為處理住院軍患所衍生的問題，另亦配合美援衛生，推動癩病門診開放，反映戰後癩病政策轉型的趨勢。

---

148 相關討論參考范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，頁 119-121。

就醫師群體而言，表二為樂生院不同年度（1953、1957 年）醫師群的學、經歷。其中，1953 年的醫師群均為臺灣本地人、由日本醫學教育養成，多數習於戰前日本防癩體制；唯一例外者是趙榮發醫師，因美援衛生計畫而被選派出國，為充實新醫療技術、推動政策轉型。相對的，1957 年的醫師群均為外省籍，來自中國現代醫學教育或軍醫系統。至於收容隔離的住院者，1945 年之後入院患者與戰前截然不同。戰前以臺、日籍患者為主，戰後從中國來臺民眾及軍人患者大增，人口組成產生重大改變。即 1950 年代住院者的人口結構，以男性占絕大多數，且軍患比例近乎二分之一、外省籍人士也占較高比例。[149]

換言之，至 1952 年為止、臺灣的癩病政策與法規延續戰前殖民時期，樂生院醫事人員和住院患者亦承受日本殖民時期觀念的制約。儘管法規、制度仍延續，然戰後樂生院既欠缺醫護人員，經費、藥品也極為不足，難以說是醫療機構；1946 年，賴尚和亦轉任他職，院內的醫學研究停擺，顯示樂生院運作斷裂的一面。在此制度的矛盾中，1940 年代後期國際癩病醫療的進展與突破，促使臺灣的癩病政策與醫學面臨重大轉折。

1940 年代後期至 1950 年代，國際癩病醫療進入革命性的發展階段，即由於磺胺藥劑（sulfone drugs）化學治療的進步，癩病進入可治癒的階段，隔離政策也因此面臨變革的時刻。[150] 1953 年第六屆國際癩病會議和 WHO 組成的癩病專家委員會，皆確認磺胺藥劑的治療效用，加上第一代藥劑 DDS 的使用成效良好，施藥簡單且藥價便宜，適合普遍運用。據此，國際組織倡議新的癩病防治措施，呼籲重視患者的基本人權，特別是治癒者回歸社會、參與社會活動的權益。此時，國際癩病處理的重點也轉向早期發現、早期治療，以及加強門診、居家治療；療養所的角色，限於特殊醫療或社會因素，如執行外科手術和生理復健，並作為研究和訓練中心；患者以儘早出院為佳。[151] 1950 年代臺灣的防癩政策，受到國際

---

149 范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，頁 128-130。

150 1940 年代中期發現磺胺藥劑（sulfone drugs）治療成效，成為漢生氏發現癩桿菌以來，對癩病控制影響最大之事。這樣的變革來自 1941 年美國 Carville 癩療養所開始實驗普羅敏（Promin）治療，並於 1943 年發表有效治療的成果。1946-1947 年間，Cochrane 在印度和奈及利亞試驗戴普松（Dapsone，英國藥典名稱，WHO 稱之為 DDS），治療效果良好、價格又便宜，為各國普遍採用。參見 Editorials, “Are We Satisfied with Sulphones for the Treatment of Leprosy,” *Leprosy Review* 26: 4 (Oct. 1955), pp. 135-139; Becheli L. M., “Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years,” p. 291.

151 在此，所謂社會因素（social indication），是如本文後段討論痊癒者因社會偏見無法返鄉的問題。參見 Becheli L. M., “Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years,” pp. 285-297.

表二　1953、1957 年臺灣省立樂生療養院醫師一覽

年度	順次	姓名	出生地	學歷／主要職務	經歷
1953	1	陳文資	臺中縣	臺灣總督府醫專、1952.03-1953.12 樂生院院長	58 歲、調職。曾任日赤醫院醫員、新竹醫院醫官、臺北市衛生課防疫醫、基隆英德醫院院長理、清水資生醫院院長、臺中港醫務主任、臺中縣衛生課保健股長。
	2	曾春城	臺南縣	青島醫學專業畢業、治療科主任	35 歲。曾任青島醫專助手、開發醫療聯合醫員。
	3	張　富	臺南市	廈門博愛醫學校畢業、住院醫師	43 歲。曾任自設醫院
	4	黃金鸞	彰化縣	日本興亞醫學館、主治醫師	41 歲。曾任日本多摩川病院醫師、聯合勤務總司令部臺灣總醫院三等正軍醫、自設益壽醫院。
	5	趙榮發	臺南市	臺灣大學醫學院、主治醫師	29 歲。曾任私立馬偕紀念醫院醫師、聯合技術人員援助委員會公費生。
	6	周自收	臺中縣	博濟醫院、住院醫師	54 歲。曾服務於博濟醫院、自設全生診所兼安定國民學校校醫
	7	王盈堂	臺中縣	再生醫院、住院醫師	31 歲。曾服務於再生醫院
1957	11	陳宗鑒	江西永新	巴黎大學醫學專校	57 歲，1954.01-1966.05 任職最久、長達 12 年，任上重病死亡。
	12	伍文華	湖南耒陽	國立中山大學醫學院畢、內科主治醫師	40 歲。曾任廣州方便醫院內科住院醫師、海軍總醫院內科
	13	沈鍾五	江蘇海門	震旦大學醫學院、治療科主任	42 歲。曾任上海廣慈醫院內科住院醫師、湖南沅陵醫院內科住院醫師
	14	胡舜之	湖南南縣	國防醫學院、樂生院醫師	34 歲。曾任陽明山衛生院課長
	15	彭　偉	江西武寧	國防醫學院、樂生院醫師	47 歲，曾任第六軍醫療連長、桃園衛生院院長、第二科長兼醫師、觀音衛生所主任

資料來源：吳銅編，《臺灣醫師名鑑》(臺中：臺灣醫藥新聞社，1954)，頁 14；臺灣省醫師名鑑編刊委員會編，《臺灣省醫師名鑑》(臺北：國際文化服務社，1958)，頁 59-71。

癩病醫療進展的影響，以及美援衛生計畫和軍方積極介入下，終於進入政策轉型的階段。[152]

1950 年代初，美援衛生計畫介入癩病問題之處理，首要在選送醫師出國訓練，以充實新的醫療技術。首先被選派出國的是任職教會醫院，即馬偕紀念醫院

[152] 1949 年國府遷臺及軍方積極處理癩病問題，重要背景為中華民國政府自 1920 年代起即重視中國痲瘋問題的處理，相關討論參考范燕秋，〈臺灣近代漢生病政策的變遷：結構鑲嵌與創造轉化之考察〉，收於范燕秋主編，《多元鑲嵌與創造轉化：臺灣公共衛生百年史》(臺北：遠流出版事業股份有限公司，2011)，頁 275-314。

的趙榮發。[153] 1952 年 7 月，他由馬偕紀念醫院推薦，前往香港大學和香港痲瘋協會所屬的療養院進修一年，接受皮膚科專業訓練。當時趙榮發選擇前往較近的「英國屬地」香港進修，當時香港當局的癩病對策，是由英國教會組織「癩病救治會」（MTL）主導；且開設的療養所收治中國籍患者，運用國際新進的門診治療和巡迴診療，以及協助穩定患者生活等。[154] 1953 年 7 月返臺後，他隨即進入樂生療養院服務，擔任預防科主任。為此，預防科檢驗室更新儀器設備，住院患者皮膚細菌檢查技術與方法，按照香港喜靈洲痲瘋病院檢驗標準操作，訂定新病型分類、即「開放型」與「非開放型」的原則外，設定細菌檢查「治癒」可准出院的標準。[155] 至 1955 年為止，趙榮發以該機構為起點，推動戰後癩病政策轉型的工作。[156]

戰後臺灣所謂的癩病政策轉型，涉及兩項醫療的基本變革，一是治癩新藥的引進和運用，藥物從大楓仔油、改為磺胺藥劑 DDS 的轉折。1953 年起美援提供化學新藥 DDS，然而如何使用此藥物，包括劑量、成效、如何判定治癒等都是問題，直接影響政策轉型的成敗。另一是樂生院從絕對隔離、轉向門診開放，以及該院外部必須建置癩病門診治療所。依據當時趙榮發的評估，臺灣欠缺訓練有素的癩病學者與皮膚科醫師，因而妨礙此疾病的控制；[157] 如何建立癩病門診本身，以及如何選定各地門診治療所位置，都是大問題。針對這兩項問題，樂生院醫師趙榮發和臺灣大學癩研究室賴尚和，提供相關調查研究，為政策轉型開啟新紀元。

---

153 美援技術協助訓練計畫於 1951 年開辦，1952 年制定明確辦法。參見楊翠華，〈美援技術協助：戰後臺灣工業化開端的一個側面〉，收於陳永發主編，《兩岸分途：冷戰初期的政經發展》（臺北：中央研究院近代史研究所，2006），頁 261-292。

154 梁妃儀、陳怡霈、蔡篤堅主編，《漢生病照顧者人物傳》（臺北：行政院衛生署，2008），頁 4-14；范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，頁 132-134。

155 該院專屬刊物以中、英文對照方式呈現，預防科工作報告由趙榮發執筆撰寫，乃戰後臺灣最早說明癩病化學治療與政策轉型的紀錄；1960 年該院專刊也有相關紀錄。參見臺灣省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院廿五周年特刊》（臺北：該院，1955），頁 25-33；臺灣省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》（臺北：該院，1960），頁 16-18。

156 趙榮發擔任樂生院預防科主任之際，亦同時在馬偕醫院開設特別皮膚科門診；在樂生院服務滿兩年後，返回馬偕醫院任職。

157 趙榮發指出：患者去所謂的皮膚科門診（skin clinics），不專業的醫師很容易誤判，無法辨識癩病的皮膚疾病。參見 Y. F. Chao (趙榮發，馬偕紀念醫院), “The Leprosy Problems in Taiwan,” *Leprosy Review* 39: 3 (July 1968), pp. 107-109.

首先，就迎向戰後癩病醫療的新時代，治癩藥物磺胺藥劑的引進為關鍵性事件，也是癩病醫療令人振奮的大事。相較於日本在 1946 年起自行合成磺胺藥劑 Promin，並積極實驗確認其療效，1948 年由厚生省分發給各療養所使用；[158] 臺灣則因 1949 年樂山園前院長戴仁壽從加拿大寄送賴尚和一批 Diasone，促成他與當時院長趙篤生（趙榮發父親）合作，於樂山園試驗 Diasone 治療，為新藥運用開啟新時代。當時賴尚和得知美國 Carvill 療養所試用磺胺藥劑，且治療成效良好；在臺灣沒有藥品而深感遺憾的情況下，接到戴仁壽寄來 Diasone 藥物，心情之轉折可見一斑。賴氏的研究指出：當時實驗的磺胺類藥劑有 4 種，包括 Promin 注射、Diasone（DDS）口服、Promizole 口服及 Sulphetrone 注射；他實驗口服的 Diasone，受試者共 28 人，包括男性患者 21 人、女性 7 人。至 1950 年，即經一年治療結果，除成績未明的 6 例之外，有半數以上之 15 例部分改善；且皮膚（斑紋）癩較神經癩效果為佳；以及服藥中補給營養，可避免誘發惡性貧血。對於這項研究結果，他審慎地認為治療觀察僅一年多，很難說有決定性的效果。[159] 其實，這項實驗的問題在藥物劑量不明，且對象多為輕症患者，恐有其實驗的限制。[160]

但對賴尚和而言，立基於戰前投入的癩病醫學研究基礎，這項實驗仍有重大意義。1946 年初，他離開樂生院，轉任省衛生局第二課課長，再轉技術室主任。同年 10 月，臺灣大學醫學院熱帶醫學研究所增設「癩研究室」，他隨即轉任該研究室主任，從事癩病研究及教學工作。[161] 就他當時的研究動態，1950 年之前延續戰前研究基礎，發表主題包括癩病診斷、木瓜乳之癩治療實驗、臺灣民間治癩考

---

158 プロミン獲得促進委員会委員長，《癩の新藥プロミン》（東京：プロミン獲得促進委員会，1948）。

159 該研究說明藥劑服用法的用藥量為第一期從每天 1 粒，增加至每日 3 粒；第二期從每日 2 粒，增加至每日 3 粒；其後以此循環服藥。參見賴尚和（熱研癩研究室）、趙篤生（樂山園），〈Diasone 對癩之醫療效果〉，《臺灣醫學會雜誌》49: 1（1950 年 1 月 28 日），頁 20-21。

160 該實驗藥物劑量不明，僅以顆粒為單位；且，樂山園入院者為主動住院隔離，多數是輕症患者。參見臺灣省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院廿五周年特刊》，頁 16-17；賴尚和、趙篤生，〈Diasone 對癩之醫療效果〉，頁 20。

161 1945 年 12 月樂生院接收後，賴尚和擔任代理院長。1946 年初，轉任臺灣省行政長官公署民政處衛生局第二課課長，再轉技術室主任。1946 年 10 月，臺灣大學醫學院熱帶醫學研究所增設「癩研究室」，轉任該研究室主任，從事癩病研究及教學工作。1951 年 10 月熱帶醫學研究所改組為公共衛生研究所，「癩研究室」編入該所，至 1967 年退休為止，持續癩病研究及教學工作。賴尚和著作資料由其長子賴麟徵先生提供，謹此誌謝。參見范燕秋，「賴尚和」，收於許雪姬總策畫，《臺灣歷史辭典》（臺北：行政院文化建設委員會、中央研究院近代史研究所、遠流出版事業股份有限公司，2004），頁 1275；賴麟徵，〈樂生療養院員工眷村與我〉，《臺灣風物》56: 2（2006 年 6 月），頁 9-41。

等 4 篇；其內容重點，不外乎秉持癩病診斷一貫的審慎態度，且在戰爭剛結束的窮困年代、未能接觸化學治療藥劑之前，提供漢藥醫療的參考。[162] 繼之，1950 年發表的這篇「磺胺藥劑 Diasone」研究，正是他 1950 年代接軌國際新進醫療的起點。

就戰後臺灣癩病政策轉型而言，這項研究亦深具意義。即為臺灣首次試用癩病 DDS 治療，除證實療效外，亦確知營養補給的必要。由於當時日本療養所優先採用 Promin 藥劑，採取靜脈注射且治療期程很長，患者不得不留置於隔離機構而不易出院；相較之下，臺灣採用價格較便宜、且口服的 Diasone，較有利於門診治療的推展。日本醫師犀川一夫就認為：DDS 是繼 Promin 之後，為癩病政策帶來歷史變革的藥物。[163]

1953 年，美援機構中國農村復興聯合委員會（以下簡稱「農復會」）贈送樂生院 DDS，臺灣正式引進 DDS 治療。最初樂生院患者口服 DDS 劑量，乃英國醫師根據非洲土人的體質而制定，因藥性太強而不適合臺灣人，不少患者出現嚴重的痲瘋反應及其他副作用。之後，樂生院方多次調整 DDS 劑量，才減輕患者藥物反應問題。[164] 換言之，該院患者在實際服用 DDS 的過程，調整其口服劑量。以 1953 年住院者總計 652 人，其中不少是戰前入院的重症者，情況與樂山園全然不同，賴尚和的實驗未必能提供參考。

其次，就樂生院的機構轉型，即從絕對隔離機構、轉向門診開放設施，重要的起點是 1950 年代初趙榮發執行地方癩病調查，以及預防科開創的門診治療功能。其中，流行病學調查為了解癩病患者人數及其分布，規劃相關處理辦法，如當地的門診治療設施，或增設收容醫院。1953 年 9 月，農復會及臺灣省衛生處研

---

162 木瓜乳一文文末補記：「敬謝樂生院、樂山園諸同志之贊助。」顯示賴可能同時在兩個院區進行實驗。參見賴尚和，〈臺灣民間治癩法考〉，《臺灣科學》3: 2（1949 年 7 月），頁 14；Shan-Ho Lai（賴尚和）, "On the Differential Diagnosis of Leprosy, Especially the Case of Erroneous Diagnosis of this Disease," *Journal of the Formosan Medical Association* 48: 10 (Oct. 28, 1949), pp. 215-220；賴尚和，〈木瓜乳之癩治療實驗〉，《臺灣醫學會雜誌》48: 6（1949 年 6 月 28 日），頁 83。

163 プロミン獲得促進委員会委員長，《癩の新薬プロミン》；犀川一夫，《門は開かれて：らい医の悲願——四十年の道》（東京：みすず書房，1989），頁 167-170。

164 樂生院最初使用 DDS 之劑量，乃按 Lowe 氏於 1950 年發表在西非的使用方法，後來發現病人產生嚴重的痲瘋反應及其他副作用頗多，於是依據 Lowe 氏 1951 年發表之經驗酌減其用量，病人產生嚴重痲瘋反應者逐漸減少，但仍有不少輕度痲瘋反應；1960 年 8 月 1 日起再減低劑量，以求安全有效。參見 R. G. Cochrane, et al., eds., *Leprosy in Theory and Practice* (Bristol: Jhon Wright & Sons, 1959)；臺灣省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》，頁 4-5。

商決定，趙榮發率領「痲瘋病調查工作隊」3 人，依據戰前地方癩病調查資料，首先選定流行率高的澎湖，進行為期一個半月的調查。此次調查結果發現：以 1935 年當地癩病調查為基準，患者未見減少、反而增加。[165] 其後，1955 年初美籍護士白寶珠（Miss Marjorie Bly）於澎湖設置治療站，為臺灣痲瘋救濟協會（Taiwan Leprosy Relief Association，TLRA）設置特別皮膚科門診跨出第一步。[166]

有關樂生院預防科的功能角色，相較於戰前樂生院組織分為庶務、醫務、調劑三科，1950 年代初改為治療與預防兩大科，前者負責治療內部住院患者，後者為新設的科別，預防科主任是趙榮發。預防科又分為四個單位，包括門診、檢驗室、護理室及藥局。就開辦門診一事，依據趙榮發的研究報告，該門診始於 1954 年 3 月，至 1955 年 9 月底為止，累計門診人數 417 人；其中，患者 346 例，非患者 71 例，患者除部分收容住院外，門診部以新藥治療，大多數成效良好。他呼應國際專家的觀點，認為基於防治成效、人道、經費、醫學知識、疾病特性等各種原因，開放門診治療是必要的，也是合乎時代、進步的做法。[167]

1953 年起，在美援衛生計畫支持下，省衛生處開始推動癩病政策轉型，此時防癩工作的重點有兩方面，一是建立各地癩病門診治療系統，主要由教會組織設立特別皮膚科門診，以及各地衛生所成立癩病門診，擔負患者早期診斷發現、早期治療的工作。其中，尤其重要的是 1950 年代 TLRA 陸續在北、中、南部及澎湖等地的教會醫院，設置特別皮膚科門診治療單位；1959 年，省衛生處成立「臺灣省癩病防治委員會」，負責策劃及推行癩病防治工作，[168] 也承擔整合門診治療系統的任務。二是確立樂生院的機構轉型，重點在轉型為開放性患者的暫時隔離、治療所，患者一旦治療痊癒，隨即協助其回歸社會。1962 年 3 月，省衛生處修訂

---

165 調查結果發現新增病例 37 人，其中須住院治療者 27 人；新、舊病患總數 201 人，以當地人口比例而言，罹患率甚高；若比較 1935 年的同樣調查，更顯示患者未見減少，反而仍在相對增加當中。

166 1954 年 4 月因戴仁壽醫師病逝，外國宣教士明有德（Rev. Hugh MacMillan）等發起組成「臺灣痲瘋救濟協會」，以紀念並繼承戴仁壽照顧癩病患者的志業，且因應化學治療新時代的來臨，以「特別皮膚科門診」為工作重點。參見范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，頁 138-139。

167 門診人數 417 人，其中 346 例為患者、71 例為非患者；346 例中，由樂生院收容住院者 191 人，由門診部使用農復會及樂生院的新藥治療者 67 人，另 88 人在家治療。參見臺灣省立樂生療養院編，《臺灣省立樂生療養院廿五周年特刊》，頁 35-37。

168 相關研究參考范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，頁 132-141。

公布「臺灣省癩病防治規則」，廢止先前強制隔離措施，改採門診開放治療為重點，確立政策轉型的結果。

然而，癩病政策轉型仍面對不少新的挑戰，如 DDS 治療患者產生抗藥性問題，以及治癒者回歸社會問題。相關研究即沿政策轉型問題而展開，首先有關癩病門診治療研究，其中之一是賴尚和主持試辦癩病門診治療研究。1960 年 4 月，臺北公共衛生教學示範中心開設癩門診部，賴尚和主持這項醫療門診，為公立衛生機構首創附設癩病門診，有其實驗的用意。該研究指出：癩病門診施行兩年期間（1960.4-1962.12），確診癩病患者為 94 人，每月平均新患者 2.8 人。就患者病型別，大多數為早期而輕症的斑紋癩和神經癩，結節癩僅 32.98%，不同於樂生院最多為結節癩的 88.67%；就年齡別而言，以 20 至 24 歲年輕人最多，對比樂生院 30 至 34 歲患者最多，證實門診部有助於早期診斷、早期治療工作。就家族追蹤，亦發現家屬同病的 3 家，以及母子 6 人感染癩病的案例。[169] 至於磺胺藥劑治療，效果良好、服用簡單，患者治療後大部分症狀改善或痊癒，小部分發生癩反應或變型增惡。該研究的結論是：患者不再受強制收容的恐懼，且免費得到正規治療，願意就診；門診部建置和維持費用低廉，有利於國家財政；以及因醫療特效藥發現，輕症者可在家治療，對公共衛生無甚大礙；患者多數為早期的斑紋癩和神經癩，符合早期診療的目標。[170] 換言之，這項研究成果支持 1962 年 3 月「臺灣省癩病防治規則」施行的必要及合理性。

另一項門診治療研究為日籍醫師犀川一夫來臺任職後，參與教會醫療所的研究成果。有關犀川氏的來歷，他在戰後最早參與日本 Sulphones 誘導體 Promin 治癩研究，因實驗證實癩病可治癒，開始關心痊癒者回歸社會問題。1953 年，前往印度參加英美教會舉辦的癩病國際會議，見證癩病門診治療的進展，激發其另尋癩病醫療之道，並投入處理癩病後遺症的整形外科醫療。[171] 1957 年 5 月，受邀來臺灣演講，

---

169 賴尚和，〈母子六人癩發症家族之傳染病學的考察〉，《臺灣醫學會雜誌》61: 7（1962 年 7 月 28 日），頁 639；賴尚和，〈癩病在夫婦間之感染〉，《臺灣醫學會雜誌》62: 8（1963 年 8 月 28 日），頁 655。

170 賴尚和、范光宇，〈臺北公共衛生教學示範中心癩門診部患者之統計的觀察〉，《臺灣醫學會雜誌》62: 4（1963 年 4 月 28 日），頁 115-160。

171 犀川一夫：1944 年日本東京慈惠醫科大學畢業，任職於國立癩療養所「長島愛生園」。戰後復員、返回愛生園，擔任外科部門醫師。1946 年秋天，獲東京大學藥學部石館守三教授協助，提供合成的 Promin 藥劑，投入癩病的化學治療研究。參見犀川一夫，《門は開かれて：らい医の悲願——四十年の道》，頁 64-140。

加深對門診治療的信念。1959 年 1 月，再度受邀來臺，為中南部患者進行整形手術。1960 年 4 月，辭去愛生園醫務，5 月應 TLRA 邀請，出任臺南特別皮膚科診療所所長兼協會副醫務部長。1964 年，接任協會醫務部長兼八里樂山療養院院長。1965 年，出任 WHO 西太平洋癩病專門官兼中華民國政府顧問醫師，至 1970 年為止。[172] 犀川醫師因日本在癩病可治癒的時代，仍墨守癩病隔離政策，毅然辭去服務 16 年的愛生園醫務，轉赴臺灣任職，成為 TLRA 執行門診治療的主力之一。

1960 年，犀川一夫發表臺灣門診治療研究，[173] 即是任職臺南特別皮膚科診療所，負責門診治療和巡迴整形工作，因而探討門診患者的復健問題。當時 TLRA 以門診治療設施（out-patient department，OPD）協助臺灣癩病控制計畫，臺南診療所為「南臺灣復建中心」，[174] 因此以 TLRA 的 OPD 患者為討論對象。他分析 OPD1,000 名患者畸型的類型及嚴重程度，也與樂生院患者比較，發現 OPD 患者畸型比例高達 49.7%，但程度輕微；原因是他們主動至門診就醫，可教導其防範傷害發生。且 1960 年 8 月至 1965 年 12 月為止，臺南診所復健中心為患者執行整形手術，共計 645 例；而為處理患者腳傷，鞋子成為診所的討論議題。[175] 他也統計 OPD 患者的職業，發現男性患者很少無業，且以務農及勞工最多；而男性患者無業，大多因發病及畸型而喪失，因此呼籲適合患者的職業訓練及職業治療。[176] 這項研究的意義可就兩方面考察，一是 1950 年代末期臺灣處理癩病治癒者回歸社會的脈絡，1957 年 5 月犀川氏首次接受樂生院邀請來臺，示範處理癩病

---

172 1971 年犀川氏出任沖繩愛樂園第八代園長，並兼任第一任「癩病專門官」，從事漢生病之門診治療和支援病癒者回歸社會。參見犀川一夫，《門は開かれて：らい医の悲願——四十年の道》，頁 248-251。

173 犀川氏早先專注患者末梢神經病理和化學治療研究，1950 年代投入外科分科的整形外科；轉任臺灣 TLRA 醫務後，致力於門診治療和整形外科。1957 年他來臺講學，也是針對臺灣癩病的首次觀察紀錄。1959 年 1 月受 TLRA 邀請來臺，為期 5 個月（1959 年 1-5 月），巡迴各地門診設施後，向 TLRA 理事會提出兩項建言，包括設立復建中心（Rehabilitation Center）並組成巡迴診整形外科班。參見犀川一夫，〈台湾の癩事情について〉，《長島紀要》4（1957 年 10 月），頁 35-37；犀川一夫，〈台湾及び香港の癩事情について〉，《長島紀要》8（1959 年 11 月），頁 50-55。

174 1964 年全臺管控患者 3,514 人之中，政府機構處理者 1,996 人、TLRA 門診系統治療者 1,518 人，後者為暫時住院 150 人、門診 1,368 人；在此也分析這兩部分患者的性別、疾病類型、細菌檢查成績及兒童患者人數。參見犀川一夫，〈台湾の癩外來診療所における癩の Rehabilitation の問題〉，《レプラ》35: 1（1966 年 1 月），頁 33。

175 犀川一夫，〈台湾の癩外來診療所における癩の Rehabilitation の問題〉，頁 33-36；Kazuo Saikawa, “Rehabilitation of Leprosy in Taiwan,” Third Pan-Pacific Rehabili. Conference (Nov. 6, 1965)。

176 文中也呼籲重視癩病的社會教育，並提供預防患者身體畸型的對策。參見犀川一夫，〈台湾の癩外來診療所における癩の Rehabilitation の問題〉，頁 35。

「後遺症」的整形手術，成為將復健手術引進臺灣的開創者；[177] 另一是他從事 TLRA 門診治療工作後，持續執行患者復健手術，進而提出預防患者畸型的方法。他的研究實際也有相關影響，包括 1966 年樂生院設置復健部（如下文），以及痊癒者任職 TLRA 等。[178]

除門診治療研究之外，另一項政策轉型的研究重點為樂生院（暫時隔離）住院患者，其中相關因素有三，首先是化學治療新藥之使用，有必要經過患者人體試驗階段。至 1950 年代末為止，國際醫學界無法順利進行癩菌動物實驗，即癩桿菌無法在人體外（實驗室）培植成功，癩病新藥研究主要仰賴患者人體試驗。1940 年代，美國癩療養所醫師 Guy Henry Faget（1891-1947）試驗 Promin 化學治療，就直接仰賴患者人體醫藥實驗。1953 年，樂生院引進 DDS 治療之際，同樣在患者醫療試用的過程調整劑量，改善癩反應問題。同時，1950 年代 DDS 使用產生抗藥性問題，醫學界持續進行癩病新藥研究，為尋找更好的治癩藥物，仍有患者醫藥試驗之事。

其次，因癩病免疫學研究的出現，即 1960 年代受現代免疫學發展的影響，癩病醫學轉向免疫研究，帶動另一波新的醫學研究發展，樂生院住院者成為這類研究的實驗對象。其三，是樂生院本身的機構特性使然，因戰後初期受殖民政策遺產的影響，社會對癩病形成偏見，患者痊癒不一定能回歸社會；加上部分患者身體殘缺，出院謀生困難。1950 年代後期，樂生院收治患者日益增加，患者管理成為問題。1958 年 3 月，樂生院制定「住院患者管理辦法」，規定類似戰前隔離療養所的管控方式，構成封閉性的權力結構，住院患者極易承受機構權力的宰制。[179]

基於這些影響因素的研究實例，首要為賴尚和發表的「人癩感染猴子實驗」研究，這並非以住院者為研究對象，但屬於癩病免疫學研究。他從日治到戰後持續進行、跨時代的研究議題，即自 1941 年展開以臺灣獼猴（學名：Macaca cyclopis）進行癩菌感染實驗，因戰爭一度中斷，至 1950 年代中期研究告一段落，歷經十

---

177 1957 年，樂生院院長陳宗鎣透過日本厚生省聯絡，前往愛生園考察一週，犀川氏負責每天陪同、解說化學治療狀況，陳並在外科見習矯正手術。由於當時臺灣尚未有這類的矯治醫療，因此陳宗鎣邀請他來臺演講，示範矯治手術。參見犀川一夫《門は開かれて：らい医の悲願——四十年の道》，頁 140-142。

178 犀川一夫，〈台湾の癩外來診療所における癩の Rehabilitation の問題〉，頁 35。

179 「臺灣省立樂生療養院住院患者管理辦法」，〈樂生院癩病史料一般類〉（新北：樂生療養院）。參考范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，頁 143-145。

餘年才達成研究結果。他界定所謂研究結果為：「不是一項成功使動物感染癩菌的報告，而是在實驗中發現如何達成它的目標。」因此，該研究著重描述所運用的方法及過程，即如何對實驗猴於不同時段、運用不同接種感染方法，包括注射調製癩菌液體物，重複一次注射癩菌、及多次而長期注射癩菌三種方式。據此，該研究的結論是：實驗雖能誘發獼猴癩病症狀，但必須接種有傳染力的癩結節，以及接種部位病菌能擴散、增殖，且多次而長期接種。由於這項實驗操作不易，頗受國際醫學界重視，曾於 1958 年日本東京舉行的第八次國際癩病會議再度發表。[180] 其實，將這項研究置於 1930 年代以來國際癩病細菌學研究的脈絡考察，較能彰顯其意義。

至 1930 年代為止，國際醫學界對癩菌的動物實驗無法順利進行，英國癩病專家 E. Muir 提出注意營養與癩病關連外，建議選擇最接近人類的類人猿（anthropoids）如猴子或黑猩猩以利實驗進行。賴尚和選擇臺灣獼猴，正是除人類之外、唯一原住臺灣的靈長類；然而，至 1950 年代中期，猴子癩菌感染實驗仍困難重重，顯示這類實驗未有重大突破。1960 年，國際醫學界轉變研究方法，注意癩菌偏好體溫低於 37℃的環境，而在老鼠足蹠（footpad）接種癩菌，終於成功地感染實驗動物；加上現代免疫學的發展，帶動癩病病理、病因及免疫學研究進展，包括藉由動物實驗，證實癩病的不同病型是宿主（人或實驗動物）的免疫力所決定。[181] 換言之，1960 年代現代免疫學迅速發展，癩病免疫研究才有重大的突破。

1960 年代，樂生院院方執行兩項以住院患者為對象的醫療實驗，均以癩病免疫研究為重點。這兩項計畫由院外兩個不同單位提出，即美軍第二醫學研究所（U. S. Naval Medical Research Unit No.2，NAMRU-2）和榮民總醫院（以下簡稱「榮總」），由於計畫為防疫性質的關係，均與樂生院預防科（主任為胡舜之醫師）合作研究。以 NAMRU-2 的合作案而言，該機構是美國海軍為支援海外作戰、預防地區性疾病對戰力影響而設置，1955 年在臺灣與美國雙方政府同意下成立，總部設在臺北

---

[180] 該研究成果先發表於 1955 年的國際癩病期刊，而後再於 1958 年日本東京舉行的國際癩病會議發表。參見 Shan-Ho Lai, “Experimental Studies on Transmission of Human Leprosy to Monkeys. I. Symptomatic Study,” *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 23: 1 (Jan-Mar 1955), pp. 48-52.

[181] E. Muir 建議以減少營養來降低實驗動物的疾病抵抗力。參見 R. J. Rees, “A Century of Progress in Experimental Leprosy,” *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41: 3 (Jul-Sep 1973), pp. 324-326.

市臺灣大學醫學院校區，屬美援相關機構。NAMRU-2 挾美援衛生計畫執行之便，投入亞洲地區熱帶病「癩病」研究，而以樂生院為實驗場地，似乎有理路可尋。

另依據當時趙榮發的研究經歷，他在 1956 返回馬偕醫院皮膚科任職後，受聘於 NAMRU-2 兼任顧問 2 年，協助癩病免疫研究，主要研究施打卡介苗（BCG）免疫力與癩病免疫的關連。[182] 這項實驗以施打預防同屬抗酸桿菌的結核病疫苗，用以測試預防癩病的成效，也是 1950 年代國際醫學研究的重要議題。[183] 據此顯示，NAMRU-2 在臺設立後，隨即與樂生院醫師合作、投入癩病研究，並著重癩病免疫研究。然而，NAMRU-2 熱帶病研究部與樂生院預防科的合作研究，[184] 卻因不明的失誤而爆發醫療紛爭事件。[185]

1965 年夏季，樂生院預防科主任胡舜之為部分住院者施打 NAMRU-2 提供的醫療針劑，以實驗患者「某種免疫反應」。然而，受試患者經實驗半年多後，陸續發生病況加劇、神經疼痛、外傷加劇等身體副作用。1966 年 7 月，受試者在無法承受痛苦的情況下，偕同其他住院者總計 50 人聯名向院方請願，要求「對曾經接受實驗之患者給予悉心醫治，以維護健康、減輕痛苦」。當時新院長游天祥上任不久，除採取各種安撫措施之外，並聘請受患者信賴的日籍醫師犀川一夫協助處理，才得以化解這次醫療糾紛。事件解決後，NAMRU-2 聘請游天祥和犀川一夫兩人擔任顧問，顯示雙方的研究合作關係並未停止。[186]

NAMRU-2 為何進行這樣的醫療試驗？可能與 1950 年代初，國際醫學界所面對的 DDS 治療產生之抗藥性問題有關。1954 年英國 Dr. Vincent Barry 團隊合成

---

182 依據趙榮發醫師的說明，NAMRU-2 設置癩病病床 5-10 床，從樂生或樂山尋找有意願的患者，進行約一年注射卡介苗研究，探討免疫力與發病的關連。這方面欠缺 NAMRU-2 的資料，僅憑藉趙醫師的口述說明，難以深入討論。趙榮發口述、范燕秋主訪，〈趙榮發醫師口述訪談：有關癩病醫學研究〉（未刊稿），2011 年 3 月 3 日上午 11-12 點，於臺北市馬偕紀念醫院皮膚科。

183 這樣的研究亦可見於日本醫學界，參見西村真二等，〈BCG による鼠癩免疫の研究〉，《レプラ》25: 2（1956 年 3 月），頁 9-18。

184 依據犀川氏的回憶錄，NAMRU-2 是由熱帶病研究部負責執行癩病研究計畫。參見犀川一夫，《門は開かれて：らい医の悲願——四十年の道》，頁 234。

185 這項「人體醫療實驗」研究，導致 1966 年發生住院患者醫療傷害事件，參考范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，頁 146-149。

186 犀川氏當時亦為中華民國政府的衛生顧問。NAMRU-2 請他擔任顧問後，首次參與該所調查活動是前往蘭嶼，進行地方流行病學調查。另，據樂生院紀要，游天祥院長受聘為顧問時間是民國 56 年（1967）11 月 1 日。參見犀川一夫，《門は開かれて：らい医の悲願——四十年の道》，頁 234-235；臺灣省立樂生療養院編，《防癩特刊》（臺北：臺灣省立樂生療養院，1973），頁 17。

結核病藥物「癩必寧（Clofazimine）」，1959 年轉運用於治療癩病，克服 DDS 抗藥性問題，且有高度殺菌作用。1962 年，Browne 和 Hogerzeil 在奈及利亞進行研究，證實 Clofazimine 有效治療癩腫型。1968 年，瑞士藥廠 Ciba-geigy 製造的立復黴素（Rifampicin），證實對各種病型癩病均有良效，並能在短時間內殺死癩桿菌，為治癩藥物的另一突破。[187] 即在 1960 年代，國際醫學界持續尋找最佳的治癩藥物，NAMRU-2 的醫療針劑可能為實驗免疫治療，但卻是失敗的案例。

第二項癩病免疫研究，為榮總研究員韓韶華與樂生院預防科的合作研究，計畫主持人韓韶華畢業於國防醫學院醫科，擔任外科軍醫四年後，於 1959 年回國防醫學院任教，而後獲得國家長期發展科學委員會（簡稱長科會、國科會前身）獎學金，前往美國華盛頓大學（University of Washington）研究免疫學，跟隨腫瘤免疫學者 Dr. Russell S. Weiser 研究，奠定細胞免疫學方面的研究基礎與實力。1966 年自美國返臺之際，由 Dr. R. S. Weiser 協助向美國國家衛生研究院（NIH）申請一項免疫學研究計畫；經評估後，決定以癩病（麻瘋）免疫為題，原因是癩病的致病機轉與細胞免疫（cellular immunity）有關，為研究細胞免疫的理想模式，當時美國著力癩病化學治療，很難進行這類研究；相較之下，臺灣不僅癩病病例多，患者集中在樂生院，且該機構又與軍方系統關係密切。[188]

1966 年韓韶華返國後，擔任國防醫學院副教授兼細菌血清組主任，並兼任榮總醫學研究部研究員。1967 年 7 月起，開始執行癩病免疫學研究計畫，持續至 1973 年 6 月，為期共計 6 年。[189] 這次研究較為不同的是：美國 NIH 要求符合國際醫學研究倫理規範，必須有「受試者同意」，以及醫院人體試驗審查報告。為

---

187 胡舜之編著，《公共衛生：Hansen's Disease》（臺北：臺灣省立樂生療養院，1981），頁 135-137；Charles C. Shepard, "Experimental Chemothrapy in Leprosy, Then and Now," pp. 307-319; Robert R. Jacobson, "Treatment," in Robert C. Hastings, ed., *Leprosy* (Edinburgh; New York: Churchill Livingstone, 1985), pp. 193-202.

188 感謝審查人提醒本文提及美國癩病病例統計問題，筆者查證後認為：不是美國的癩病病例（Carville 住院患者約 400 人）較少，而是能否進行這類研究的問題。NIH 補助國外研究有三項條件，包括研究題目重要、美國國內無法進行、主持研究者能力足夠。參見韓韶華口述，喻蓉蓉訪問，喻蓉蓉、藍玉人記錄整理，《臺灣免疫學拓荒者：韓韶華先生訪談錄》（臺北：國史館，2004），頁 111-112。

189 韓韶華於 1987 年轉職專任榮總醫學研究部主任，1990 年出任陽明醫學院院長。參見韓韶華口述，喻蓉蓉訪問，喻蓉蓉、藍玉人記錄整理，《臺灣免疫學拓荒者：韓韶華先生訪談錄》，頁 153。

此，榮總臨時組成「人體試驗審議委員會」，同意這項試驗之施行。[190] 至於「受試者同意」，則由樂生院提供，是否如研究者所言「沒問題」？由於樂生院住院者處於特殊的權力結構之內，這件事很難說「沒問題」。[191] 對樂生院而言，韓韶華帶來的這項計畫是美援時期最重大的研究，因先後獲得美國 NIH 和 WHO 的研究經費支持，樂生院成為癩病國際學術合作的舞臺，其意義匪淺。

這項研究又如何進行？由於該研究的目標在證明「斑紋型」或「結節型」不同病型，乃患者對癩桿菌有不同的細胞免疫反應所致；而「皮膚移植排斥反應」是細胞免疫所造成，因此研究方式是將健康人的皮膚移植到一般非患者，以及兩種病型的患者，並比較其間不同反應。而研究結果發現：一般人平均 11 天後出現排斥反應，斑紋型患者是 13 天、結節型患者則是 15 天，證實患者是細胞免疫有問題。該研究亦實驗發現：給予較強的抗原如卡介苗，結節型患者也能恢復部分細胞免疫能力；當時醫學界使用卡介苗預防癩病，也是這個原理。[192] 換言之，皮膚移植手術是該研究最主要的醫療技術操作。1966 年樂生院新設置復健部，其中包含重建外科，部門主管即為胡舜之，也是與韓韶華合作研究者；這種人事的重疊不是沒有理由。即為患者執行復健手術，與協助這項醫學實驗進行，兩者之間密切配合；同樣是皮膚移植手術，似乎很難區別「實驗」或「復健」，這可能是未引發醫療爭議的原因。

該項研究的最終目的及結果如何？為免疫學研究或治療癩病？答案似乎是前者。就相關醫學史而言，1910、1920 年代西方醫學界已發現不同物種、或同種

---

190 當代醫學研究倫理的發展約在 1960-1970 年代逐漸成形，美國遲至 1974 年才將「紐倫堡法則」（Nuremburg Code）所揭示的研究倫理轉化為國內法。國際醫學研究倫理規範包含兩大主軸：保障受試者基於自主的同意權，以及由獨立機關對研究風險進行控管。我國衛生署於 1986 年 6 月 13 日才公布作業辦法、規範人體醫療實驗，因此韓韶華的計畫是首創案例。參見韓韶華口述，喻蓉蓉訪問，喻蓉蓉、藍玉人記錄整理，《臺灣免疫學拓荒者：韓韶華先生訪談錄》，頁 149；邱文聰，〈樂生院醫學知識生產活動對本土研究倫理的意涵〉。

191 依據樂生院住院者口述訪談，他們「不敢不順從」院方，否則院方以「退院」威脅他們。此外，本計畫的重要性在 1973 年的院史紀錄有完整的說明。參見臺灣省立樂生療養院編，《防癩特刊》，頁 16；范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，頁 146-149。

192 這是包含健康人與患者共計 30 人的皮膚移植實驗。結果證實，細胞免疫反應正常，感染癩菌不會發病；若反應減弱，形成局部病變，為「斑紋型」患者；若完全沒有反應，全然沒有免疫力，則為「結節型」患者。參見韓韶華口述，喻蓉蓉訪問，喻蓉蓉、藍玉人記錄整理，《臺灣免疫學拓荒者：韓韶華先生訪談錄》，頁 150；S. H. Han, R. S. Weiser and S. T. Kau, “Prolonged Survival of Skin Allografts in Leprosy Patients,” *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 39: 1 (Jan-Mar 1971), pp. 1-6.

而體質相異者之間器官移植必然失敗，以及淋巴球（lymphocytes）在傳導細胞反應的關鍵作用。1930、1940 年代，器官移植排斥的問題持續被研究，二次大戰期間為處理燒傷而進行皮膚移植實驗，遺傳學者再度確認體質相異的個體，組織或器官移植不可能成功；這也促成對於組織相容性與免疫抑制療法的更多瞭解，並帶動現代外科手術的革新。1950 年代，澳洲病毒學家 Macfarlane Burnet 倡導生理學方法研究細胞免疫學，結合生化學與免疫化學研究，據此提出抗體形成的株落選擇理論（Clonal Selection Theory），也再度發現淋巴球在器官移植反應的角色。1960 年代，免疫系統（immune system）一詞成為流行語詞，免疫學成為獨立的專科。[193] 在現代免疫學研究盛行的年代，韓韶華以「癩病（患者）」為研究素材，探究細胞免疫的機轉；在皮膚移植排斥反應實驗中，除證明癩病病型與細胞免疫的關聯，也發現不同病型細胞病理變化的差異。他進一步研究發現：細胞免疫與淋巴球、巨噬細胞均有關，結節型患者的淋巴球不能對癩桿菌反應，但巨噬細胞被活化的潛力完好。若能設法糾正或代行淋巴球的功能，巨噬細胞應能被活化，發揮其免疫功能。然而，他指出：想用免疫的方法來治療癩病，並不容易；且他的研究重點並不在此。[194] 該研究成果在 7 個國際會議提出 15 次專題報告，並在國際癩病雜誌及世界衛生組織公報刊出 7 篇論文，研究業績可觀。[195] 這項研究主要意義仍在貢獻國際免疫學發展，提供細胞免疫研究重要的實例。

要言之，1960 年代以樂生院住院患者為對象的醫學研究，兩項均著重癩病免疫研究，但研究主題、方法或結果卻有所不同。其中，韓韶華所執行的皮膚移植

---

193 現代外科手術的革新，是器官移植必須尋找組織相容的捐贈者和移植者；1960 年 Burnet 因而獲得諾貝爾生理醫學獎。參見 Paul Weindling, “The Immunological Tradition,” pp. 201-202; Richard B. Gallagher, et al., eds., *Immunology: The Making of a Modern Science*, pp. 5-20.

194 細胞免疫與淋巴球和巨噬細胞有關，免疫的淋巴球經特異性抗原刺激，可產生各種淋巴激素，其中淋巴毒素可毒殺標的細胞，游移抑制素可活化巨噬細胞，與細胞免疫有關。參考：韓韶華口述，喻蓉蓉訪問，喻蓉蓉、藍玉人記錄整理，《臺灣免疫學拓荒者：韓韶華先生訪談錄》，頁 151-153；S. H. Han, R. S. Weiser, J. J. Tseng and S. T. Kau, “Lymphocyte Transfer Reactions in Leprosy Patients,” *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 39: 3 (Jul-Sep 1971), pp. 715-718; S. H. Han, R. S. Weiser and J. J. Tseng, “Lymphotoxin Production by Lymphocytes from Leprosy Patients,” *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 39: 3 (Jul-Sep 1971), pp. 719-725.

195 依據韓韶華口述，這項研究「藉著麻瘋研究一窺細胞免疫的奧妙，完成一系列頗有價值的論文。」參見韓韶華口述，喻蓉蓉訪問，喻蓉蓉、藍玉人記錄整理，《臺灣免疫學拓荒者：韓韶華先生訪談錄》，頁 153；臺灣省立樂生療養院編，《防癩特刊》，頁 16；胡舜之編著，《公共衛生：Hansen’s Disease》，頁 54-55。

手術研究，探究細胞免疫的機轉，證明癩病不同病型與細胞免疫有關，且發現不同病型細胞病理的差異；此別具意義者，為藉由現代免疫學的發展，闡明癩病細胞免疫的機轉，解決十九世紀末以來細菌學理論無法理解的問題。不過，這兩項研究也有共通之處，即建立在美援衛生計畫所形構的醫學知識／權力結構。無論是 NAMRU-2 代表的美援相關機構權力和位階，或榮總醫學研究部韓韶華引進美國優勢的現代免疫學，均緊密銜接美援衛生計畫，也深嵌在臺灣戰後「美式醫學」典範系統；[196] 因此，兩項計畫的發動和主導權都在外部機構研究者，樂生院預防科處於配合執行的關係位置。這樣的醫學知識／權力結構，使樂生院成為國際醫學活動的場域；然而，該院受試者終究承擔極大的風險，實際上亦付出慘痛的代價。

綜上所述，1950 年代以來，臺灣的癩病政策與醫學研究均歷經重大的轉折；在此一政策轉型的過程，醫學研究與政策維持互動，但兩者關係並非單向，而是交互作用的過程。1945 年之後，臺灣的癩病隔離措施因日本殖民政策遺產而延續；不過，1940 年代後期國際癩病醫藥研究的突破、化學治療的進步，創造癩病政策轉型的可能性。1953 年，美援衛生計畫介入癩病議題，引進癩病的化學治療，開啟癩病政策從隔離封閉、轉向門診開放措施。臺灣的癩病政策轉型歷經十餘年的推展，1971 年犀川一夫以 WHO 西太平洋癩病醫官提出的觀察報告，認為主要成果有：一、癩病醫療有效整合到流行地區的衛生單位，特別是教會診療所。二、至少有 11 所教會及其他醫療院所執行患者整形手術，且花蓮榮民醫院接受非開放（negative）患者出院後、門診就醫。然而，樂生院部分治癒者無法出院，原因包括：強烈的傳統社會偏見與癩病污名、排斥患者，軍患者來自中國、沒有家庭，以及入院者 62%身體嚴重殘障。三、癩病控制計畫執行良好。即 1962 年起積極調查病例，新發現病例逐年減少，且透過患者接觸者追蹤，發現更多早期病例。四、癩病復健有效推展。1966 年樂生院設置復健部，包含重建外科、物理治療、職業治療以及製鞋計畫；且全臺有 4 個復健中心分工執行。犀川氏也指出政策轉型不符合理想者，包括樂生院「非開放（negative）患者」尚未出院者多達 114 人，殘障度為 0，理應可以出院；且樂生院不應持續作為治療機構，而應轉型為復健中心

[196] 因 1952 年美援進入臺灣，影響戰前「德日式」醫學轉向戰後「美式」醫學典範（paradigm）。參見范燕秋，〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，頁 115。

或社會福利機構，以及癩病計畫應留意除去癩病污名，促進患者復健等。[197]

基於癩病研究與政策轉型的關連，戰後初期癩病醫學也經歷從延續轉向斷裂的發展。就醫學研究延續的角度，1950 年之前賴尚和的研究議題，和趙榮發執行的癩病流行調查，皆顯示戰前癩病醫學知識仍持續被運用、發揮；不過，賴尚和的 DDS 實驗和門診治療研究，和犀川一夫對 TLRA 癩病門診與復健研究，則開始參與政策轉型的試探，顯示癩病醫學知識的更新與斷裂。至 1960 年代樂生院院內兩項國際醫學合作研究案，則顯見美式醫學取代戰前德、日式醫學，且醫學知識及其實作從戰前細菌學研究，轉向戰後現代免疫學發展，證實戰後癩病醫學研究的創新與斷裂，也因此解決十九世紀末以來細菌學的難題，並將癩病醫療推向有效治癒的階段。

六、結論

本文的問題起點，為樂生院內是否有醫療實驗的問題，其中涉及近代癩病醫學研究與政策關連。由於臺灣近代癩病醫學研究緣起於日本治臺後的殖民醫學，且伴隨 1920 年代末殖民地癩病政策之實施而出現；同時，二十世紀初日本癩病醫學與政策的形成，是因參加 1897 年柏林國際癩病會議，深受國際癩病醫學發展的影響所致。因此，解析十九世紀末國際癩病控制的範型－挪威的相關經驗，特別是癩病醫學研究的相關位置，有助於理解近代日本及其殖民地臺灣所承接的國際影響因素。

1897 年由歐美國家舉行的柏林國際癩病會議，挪威醫師 Hansen 運用細菌學理論為基礎的癩病控制措施，初步獲得國際支持與共識，成為國際間癩病控制之參考。當時挪威的癩病管控採行義務（強制）與授權（許可）混合隔離模式，具體措施包括設置癩病專屬醫院、醫學研究與衛生政策的密切合作，以及病例登記

---

[197] 1971 年 4 月，犀川氏向 WHO 提出的「臺灣癩病防治計畫」最終報告，說明擔任 WHO 西太平洋癩病醫官期間（1965 年 11 月-1970 年 12 月）協助臺灣推動癩病防治計畫的成果。他從事臺灣癩病診療工作和 WHO 醫官各 5 年，總計 10 年的總體觀察與心得，可謂戰後臺灣癩病防治史重要的紀錄。本報告以英文撰寫，共 9 頁，附 17 個相關統計表。參見 Dr. K. Saikawa (WHO Medical Officer), ‘‘Leprosy Control Project: Final Report (China 0045-E), Regional Office for The Western Pacific’’，收於犀川一夫，《癩ニ關スル論文集（第一編）》（沖縄：沖縄県ハンセン病予防協会，1992），頁 119-142。

和統計等；可見在癩病專屬醫院內進行醫學研究，是近代醫學與衛生政策合作的一種管控傳染疾病機制。不過，就醫學研究而言，Hansen 所進行的癩病細菌學研究，終究引發人權爭議，說明細菌學運用的侷限與不足；且實際上，癩病也未有治療藥劑。至二十世紀初期，癩病知識尚有許多不明部分，特別是感染途徑和方式，因此不少學者仍支持遺傳論；歐美國家對癩病的管控措施，亦頗為歧異。

對日本而言，柏林國際會議所造成的影響不同於西方國家。日本為追趕歐美國家文明的進程，將控制癩病、清除「癩病國」污名，視為明治政府必須面對的國家課題，因此在1905年日俄戰爭勝利後，決定立法進行癩病管控。1907年，日本制定法律「有關癩預防之件」，全國設置5個地方府縣「公立癩療養所」，如同挪威政府癩病管控方案，著重收容隔離流浪患者。1910年代，開始採取癩病隔離的擴張主義，逐步擴充療養所內隔離設施；1920年代，日本的癩病醫學研究逐漸成熟，一方面即因癩病隔離措施擴張，收容隔離患者人數增加，療養所內部研究活動趨於重要；另一方面為國際因素，即英國學者研製大楓仔油製劑成功，將癩病治療帶入樂觀的新時代。日本癩病醫學研究的成熟，則反映在癩病醫學專科的出現和1927年設立日本癩學會，包括後續成立的專屬學術期刊。

對殖民地臺灣而言，以日本癩學會為核心的醫學活動，則有兩方面的影響與意義，其一，在1920年代日本癩病醫學趨於成熟的過程，上川豐以專長大楓仔油治療而活躍於癩學會，並因此獲得京都帝大醫學博士學位。1930年底，上川豐轉任臺灣、主掌樂生院，可見日本癩病醫學移植臺灣，並使隨即展開的殖民地癩病醫學重視治療實驗。其二，癩學會學術社群因癩病醫學研究理路和癩病政策主張有所不同，形成「大學派」與「療養所學派」不同陣營，並展開公開論辯、爭議。兩派的醫學論爭，不僅突顯當時細菌學／免疫學知識內部的矛盾，以及其中尚未解決的問題；同時，也透露日本絕對癩病政策的破綻和其中偏離國際醫學發展的部分。1930年代後期，大學派異議分子小笠原登持續挑戰療養所學派和隔離政策的權威，即在這樣的知識權力結構中，突顯其時代的意義。而這場日本帝國中心的兩派論爭，亦一定程度反映在當時臺灣的癩病醫學研究，使殖民地癩病醫學發展出不同於殖民母國的內涵重點。

同樣的，1920 年代後期殖民地臺灣受內、外部因素的影響，促成癩病隔離政

策之實施，即包括日本殖民醫學和西方傳道醫療的影響，以及光田健輔的建言等因素；同時，殖民地癩病醫學發展與隔離政策推演，亦有密切關係。整體而言，1930 至 1945 年殖民時代結束為止，樂生院的癩病醫學研究立足於日本癩病醫學移植的基礎運作，無論議題設定或研究方法，大都延伸運用日本癩病研究，研究重點也有類似日本的部分，即癩病醫療承接德國血清治療和體液免疫學研究；且醫學知識生產採取德國實驗室醫學實作，重視基礎醫學研究。不過，樂生院癩病研究因應殖民政策，仍發展有別於日本癩病醫學的特色，其中首要在闡明臺灣或臺人癩病的特性，或殖民地臺灣衛生的差異，以及臺人患者體質的特殊性；其次，著重癩病治療實驗研究，以展示作為文明醫療的殖民成效。

1945 年 10 月臺灣歷經政權轉移，癩病政策與醫學研究亦迎向時代變動。然至 1950 年為止，臺灣的癩病政策仍延續戰前法令規章，停留在承接殖民政策遺產的階段。1940 年代後期國際間癩病化學治療的突破，開啟臺灣癩病政策轉型的可能性；更重要者，為 1953 年美援衛生計畫介入癩病議題，引進癩病化學治療，開啟癩病政策從隔離封閉、轉向門診開放措施。在此政策轉型的過程，癩病醫學以不同於戰前殖民醫學的方式重新展開；其中，賴尚和的研究居承先啟後的關鍵，一方面延續戰前日本癩病醫學研究基礎，另一方面開啟戰後美援醫療的新取向，即包括開創戰後臺灣磺胺藥劑治療實驗和癩病門診治療研究。另一位日籍醫師犀川一夫，則以實際參與政策轉型的醫療工作，研究 TLRA 癩病門診與復健治療，亦可見戰後癩病醫學知識的更新與斷裂。1960 年代樂生院內進行的兩項國際醫學合作研究案，亦證實戰後癩病醫學研究的革新與斷裂，即美式醫學取代戰前德、日式醫學，醫學知識及其實作從戰前細菌學研究、轉向戰後現代免疫學發展。

基於戰後臺灣癩病政策轉型的發展，隔離機構樂生院本身亦歷經轉型，包括該院本身門診治療的建立，以及新設復健部門和痊癒者出院的機制。然而，樂生院痊癒者回歸社會並不全然順利，且該院機構轉型也不徹底；加上當時臺灣醫療人權意識尚未興起，以及 1950 年代美援衛生計畫所形構的權力結構，樂生院住院者仍成為醫學實驗的對象，並付出慘痛的代價。綜合而言，本文對機構內醫療實驗的歷史考察，顯示十九世紀末國際間認同、挪威發展出來的癩病控制措施，政策機構內醫學研究一直都存在，只因醫學研究方法、目的不同，其醫學介入的

方式也有所差異。至於 1960 年代樂生院內發生的醫療實驗問題，時代背景為美援衛生計畫所形構的醫學／權力結構，除了是機構內部執行患者治療之外，也是特定知識權力運作的產物。

引用書目

「臺灣省立樂生療養院住院患者管理辦法」，〈樂生院癩病史料一般類〉。新北：樂生療養院。

《臺灣總督府公文類纂》，文號：4057 冊 83 號、4126 冊 2 號、4154 冊 8 號、7389 冊 9 號、10366 冊 4 號（原 10568）、10062 冊 1 號、10076 冊 57 號、10089 冊 10 號、10103 冊 69 號。南投：國史館臺灣文獻館藏。

《臺灣日日新報》

趙榮發口述、范燕秋主訪，〈趙榮發醫師口述訪談：有關癩病醫學研究〉（未刊稿），2011 年 3 月 3 日上午 11-12 點，於臺北市馬偕紀念醫院皮膚科。

プロミン獲得促進委員会委員長

1948 《癩の新藥プロミン》。東京：プロミン獲得促進委員会。

上川豐

1930 〈癩患者の血壓に就いて〉，《レプラ》1(1): 158-166。

1932 〈改正癩預防法に就いて（三）〉，《臺灣警察時報》196: 13。

1933 〈癩ニ對スル金製劑ノ治療的價值〉，《臨床ト診斷》3(3): 279。

1934 〈臺灣癩ニ稍稍特異ナリト思考セラルル點三ツ（禿頭、下腿潰瘍患者ノ都市集中）〉，《レプラ》5(2): 114。

1936 〈臺灣癩患者ニ於ケル癩結節ノ症狀程度ニ就テ〉，《レプラ》7(1):55。

1937 〈臺灣人癩患者ノ發病年齡ニ就テ〉，《レプラ》8(1): 33-34。

1938 〈臺灣人癩患者ノ年齡的考察〉，《レプラ》9(1): 32-34。

1939 〈臺灣の癩と南支那の癩〉，《社會事業の友》127: 7-29。

1939 〈癩患者に施せる斷種術にいて〉，《皮膚科泌尿器科雜誌》46(2): 181。

1940 〈癩治療法ノ現況〉，《レプラ》11(1): 1-30。

1941 〈南支南洋の癩と臺灣の癩〉，《社會事業の友》152: 2-12。

1942 〈ビルマの癩に就て〉，《臺灣醫學會雜誌》41(6): 793-798。

1977 〈救らい事業から観た日本らい学会 50 年の回顧〉，《日本らい学会雜誌》46(4): 168-170。

上川豐、市川修三

1933 〈癩ニ對スル金製劑ノ治療的價值〉，《臺灣醫學會雜誌》32(12): 1824-1825。

上川豐、廣瀨秋濤、佐藤忠夫、馬嶋四郎、椎原龍夫

1942 〈臺灣五州下ニ於ケル患家檢診成績〉，《レプラ》13(1): 25。

上川豐、賴尚和、佐藤忠夫、馬嶋四郎

1936 〈近海部落ノ癩調查成績〉，《臺灣醫學會雜誌》35(12): 2869-2872。

上川豐、賴尚和、佐藤忠夫、馬嶋四郎、市川修三

1937 〈高雄、臺南兩州下ニ於ケル癩調查成績〉，《臺灣醫學會雜誌》36(12): 2795-2797。

大谷藤郎

1996 《らい予防法廃止の歴史：愛は打ち克ち城壁崩れ陥ちぬ》。東京：勁草書房。

大場昇

2007 《やがて私の時代が来る：小笠原登伝》。東京：皓星社。

山本俊一

1997 《増補日本らい史》。東京：東京大学出版会。

日本癩預防協會（編）

1932 《第一回、第二回癩學會に於ける發表論文》。東京：日本癩預防協會。

日本癩學會（編）

1934 《第三回、第四回癩學會に於ける發表論文》。東京：日本癩學會。

1935 《第五回癩學會に於ける發表論文》。東京：日本癩學會。

王文基

2003 〈癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教〉，《古今論衡》9: 115-124。

王文基、王珮瑩

2009 〈隔離與調查：樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究〉，《新史學》20(1): 61-123。

中村不羈兒

1931 〈臺灣に癩療養所の設置せらるるまで〉，《社會事業の友》27: 149-158。

田中文雄

1967 〈京都大学ライ治療所創設者：小笠原登博士の近況〉，《多磨》48(12): 15-17。

石井保

1931 〈臺灣に於ける癩に就て〉，《社會事業の友》27: 6-10。

光田健輔

1918 《沖繩縣岡山縣及臺灣視察復命書》。東京：內務省衛生局。

1925 〈簡單なる輸精管切除術〉，《皮膚科泌尿器科雜誌》25(6): 95。

1960 《愛生園日記》。東京：每日新聞社。

朱申（N. D. Jewson）（著）、曾凡慈（譯）、李尚仁（校訂）

2004 〈論醫學宇宙觀中病人的消失，1770-1870〉，收於吳嘉苓、傅大為、雷祥麟主編，《科技渴望社會》，頁 152-182。臺北：群學出版有限公司。

伊崎正勝

1982 〈上川豐先生を偲んで〉，《日本らい学会雜誌》51(3): 158。

有住左武郎

1933 〈樂生院患者ニ於ケル眼科領域疾患ノ統計觀察〉，《レプラ》4(2): 289-306。

1933 〈癩患者涙液中の抗酸性菌に就いて〉，《レプラ》4(3): 401-406。

1934 〈昆蟲ニヨル癩菌傳播ニ關スル研究〉，《臺灣醫學會雜誌》33(4): 634-661。

西村真二等

1956 〈BCG による鼠癩免疫の研究〉，《レプラ》25(2): 9-18。

佐藤忠夫

1940 〈癩ノ減脂肪食餌療法〉，《レプラ》11(1): 93。

1941 〈上氣道の癩に關おする病理組織學的研究（第1篇）：鼻腔竝に副鼻腔の癩〉，《レプラ》12(3): 227-322。

佐藤三郎

1977 〈癩学会回顧 50 年〉,《日本らい学会雑誌》46(4): 171-178。

吳　銅（編）

1954 《臺灣醫師名鑑》。臺中：臺灣醫藥新聞社。

李尚仁

2003 〈十九世紀後期英國醫學界對中國痲瘋病情的調查研究〉,《中央研究院歷史語言研究所集刊》74(3): 445-506。

京都大学医学部皮膚病特別研究施設

1971 《小笠原登先生業績抄録》。京都：京都大学医学部皮膚病特別研究施設。

於保乙彥

1921 〈輓近ノ癩療法ニ就テ〉,《臺灣醫學會雜誌》219: 595-598。

松田薫

1994 《「血液型と性格」の社会史：血液型人類学の起源と展開》。東京：河出書房新社。

芹澤良子

2006 〈日治時期臺灣癩病防治政策的發展〉,收於國史館臺灣文獻館整理組編,《第四屆臺灣總督府檔案學術研討會論文集》,頁 223-243。南投：國史館臺灣文獻館。

2007 〈ハンセン病医療をめぐる政策と伝道：日本統治期台湾における事例から〉,《歴史学研究》834: 27-36。

邱文聰

2009 〈樂生院醫學知識生產活動對本土研究倫理的意涵〉,發表於國立臺灣師範大學臺灣史研究所主辦,「東亞近代漢生病政策與醫療人權」國際學術研討會，6 月 11-12 日。

青木大勇

1901 〈癩院設置の必要を論ず〉,《臺灣醫事雜誌》3(6/7): 1-10、74-75。

1926 〈癩ノ早期診斷竝ニ其ノ最近ノ治療法〉,《臺灣醫學會雜誌》261: 1168。

1927 〈癩ノ早期診斷竝ニ其ノ最近療法〉,《臺灣醫學會雜誌》262: 55-81。

1931 〈癩の豫防撲滅法に関する改善意見〉,《社會事業の友》27: 71-93。

板倉貞壽

1934 〈樂生院收容癩患者ノ施術齒牙ニ關スル二三考察〉,《臺灣齒科醫學雜誌》7(11): 1-6。

1934 〈癩患者ノ齒科學的研究（第二報）臺灣人（福建系）癩患者ニ於ケル齒槽膿漏症ノ臨牀的觀察〉,《臺灣醫學會雜誌》33(12): 1870-1871。

1935 〈癩患者ニ於ケル齒科學研究（未完）（第一報）特ニ臺灣人（福建系）癩患者ノ缺齒、智齒萠生竝ニ齲蝕病ニ關スル知見〉,《臺灣醫學會雜誌》34(1): 1-16。

1935 〈癩患者ニ於ケル齒科學的研究（承前完）（第一報）特ニ臺灣人（福建系）癩患者ノ缺齒、智齒萠生竝ニ齲蝕病ニ關スル知見〉,《臺灣醫學會雜誌》34(2): 195-213。

1939 〈癩患者ノ齒牙殊ニ其齒髓組織ニ關スル病理組織學的研究〉,《臺灣醫學會雜誌》38(12): 1770-1773。

1940 〈癩患者ノ齒牙殊ニ齒齦其ノ他支柱組織ニ關スル病理組織的研究〉,《臺灣醫學會雜誌》39(8): 1214-1239。

胡舜之（編著）

1981 《公共衛生：Hansen’s Disease》。臺北：臺灣省立樂生療養院。

范燕秋

2008 〈癩病療養所與患者身分的建構：日治時代臺灣的癩病社會史〉，《臺灣史研究》15(4): 87-120。

2009 〈臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945 至 1960 年代〉，《臺灣史研究》16(4): 115-160。

2010 《疫病、醫學與殖民現代性：日治臺灣醫學史》。臺北：稻鄉出版社，第 2 版。

2011 〈臺灣近代漢生病政策的變遷：結構鑲嵌與創造轉化之考察〉，收於范燕秋主編，《多元鑲嵌與創造轉化：臺灣公共衛生百年史》，頁 275-314。臺北：遠流出版事業股份有限公司。

宮原敦

1919 〈臺灣ノ癩人〉，《臺灣醫學會雜誌》201: 734-804。

1920 〈癩菌培養せられたりや〉，《臺灣醫學會雜誌》208: 286。

1920 〈癩菌培養せられたりや（承前）〉，《臺灣醫學會雜誌》209: 386-411。

1921 〈癩ノ治療例〉，《臺灣醫學會雜誌》219: 592-595。

1930 〈癩ノ外傷傳染ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》309: 1608。

馬嶋四郎

1931 〈臺北市内ノ鼠癩ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》30(12): 1521-1522。

1932 〈鼠癩體内ニ於ケル抗酸性菌ノ分布狀態ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》31(12): 1404-1406。

1933 〈光田氏反應ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》32(12): 1823。

1934 〈臺北市ニ於ケル鼠癩ノ研究〉，《レプラ》5(2): 206。

1935 〈癩患者血液内オブソニン量ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》34(12): 2171。

1936 〈癩ニ於ケル同種血球凝集反應ニ就テ〉，《レプラ》7(1): 178。

1936 〈癩患者唾液ノ水素イオン濃度ニ就テ〉，《レプラ》7(1): 201。

1939 〈臺灣產牛ノ皮膚新生物ニ就テノ研究〉，《レプラ》9(1): 10。

1940 〈癩ニ對スルオムナジンノ應用〉，《レプラ》11(1): 100。

馬嶋四郎、板倉貞壽

1934 〈血液型ヨリ觀タル臺灣人（福建系）癩患者ノ齒穹形態竝ニ咬合狀態ニ就テ〉，《臺灣醫學會雜誌》33(7): 1921-1932。

1934 〈臺灣人（福建系）癩患者ノ齒穹形態竝ニ咬合狀態〉，《レプラ》5(2): 187-200。

財團法人私立樂山園（編）

1941 《財團法人私立樂山園事業概要》。臺北：財團法人私立樂山園。

梁妃儀、陳怡霈、蔡篤堅（主編）

2008 《漢生病照顧者人物傳》。臺北：行政院衛生署。

清水寛

2005 〈植民地台湾におけるハンセン病政策〉，收於清水寛、平田勝政編，《近現代日本ハソセン病問題資料集成・補卷 7：台湾におけるハソセン病政策》，頁 4-5。東京：不二出版。

許雪姬（總策畫）

2004 《臺灣歷史辭典》。臺北：行政院文化建設委員會、中央研究院近代史研究所、遠流出版事業股份有限公司。

野島泰治

1931 〈癩患者に行へる輸精管切除例に就いて〉,《レプラ》2(3): 141-160。

陳威彬

2001 〈近代臺灣的癩病與療養：以樂生療養院為主軸〉。新竹：國立清華大學歷史研究所碩士論文。

犀川一夫

1957 〈台湾の癩事情について〉,《長島紀要》4: 35-37。

1959 〈台湾及び香港の癩事情について〉,《長島紀要》8: 50-55。

1966 〈台湾の癩外來診療所における癩の Rehabilitation の問題〉,《レプラ》35(1): 33-36。

1989 《門は開かれて：らい医の悲願──四十年の道》。東京：みすず書房。

1999 《ハンセン病政策の変遷：附沖縄のハンセン病政策》。沖縄：沖縄県ハンセン病予防協会。

椎原龍夫

1944 〈福建糸臺灣人癩患者ノ血液型調査〉,《臺灣醫學會雜誌》43(7): 434-437。

楊翠華

2006 〈美援技術協助：戰後臺灣工業化開端的一個側面〉，收於陳永發主編，《兩岸分途：冷戰初期的政經發展》，頁261-292。臺北：中央研究院近代史研究所。

滝尾英二

2001 《朝鮮ハンセン病史：日本植民地下の小鹿島》。東京：未来社。

臺灣省立樂生療養院（編）

1955 《臺灣省立樂生療養院廿五周年特刊》。臺北：臺灣省立樂生療養院。

1960 《臺灣省立樂生療養院三十週年紀念特刊》。臺北：臺灣省立樂生療養院。

1973 《防癩特刊》。臺北：臺灣省立樂生療養院。

臺灣省醫師名鑑編刊委員會（編）

1958 《臺灣省醫師名鑑》。臺北：國際文化服務社。

臺灣總督府癩療養所樂生院（編）

1940 《昭和十四年年報》。臺北：臺灣總督府癩療養所樂生院。

1942 《昭和十六年年報》。臺北：臺灣總督府癩療養所樂生院。

劉士永（著）、加藤茂生（譯）

2001 〈台湾における植民地医学の形成とその特質〉，收於見市雅俊、斎藤修、脇村孝平、飯島渉編，《疾病・開発・帝国医療：アジアにおける病気と医療の歴史学》，頁 237-268。東京：東京大学出版会。

潘佩君、范燕秋

2005 〈「樂生療養院保存運動」的影像紀要〉，《臺灣社會研究季刊》59: 295-341。

澤野雅樹

1994 《癩者の生：文明開化の条件としての》。東京：青弓社。

賴尚和、范光宇

1963 〈臺北公共衛生教學示範中心癩門診部患者之統計的觀察〉,《臺灣醫學會雜誌》62(4): 115-160。

賴尚和、趙篤生

1950 〈Diasone 對癩之醫療效果〉,《臺灣醫學會雜誌》49(1): 20-21。

賴尚和

1934 〈本島人癩ノ血族間ニ於ケル傳播狀態竝ニ感染關係ニ就テ〉,《臺灣醫學會雜誌》33(12): 1869-1870。

1935 〈樂生院ニ於ケル臺灣人癩傳染狀態〉,《レプラ》6(1): 142。

1935 〈漢藥使君子ノ蛔蟲驅除ニ關スル實驗治療學的觀察〉,《臺灣醫學會雜誌》34(10): 1628-1637。

1936 〈神經癩ト誤ラレシ汎發性鞏皮症ノ一例〉,《レプラ》7(5): 660。

1937 〈臺灣ニ於ケル癩ノ民間療法ニ就テ〉,《レプラ》10(4): 337-348。

1938 〈漢藥丹ハ癩ニ有效ナリヤ〉,《診斷ト治療》25: 457。

1938 〈癩民間藥ヲ使用セラレタル癩患者ノ統計的觀察〉,《臺灣醫學會雜誌》37(12): 1997。

1940 〈癩疾患ノ漢藥治療法〉,《レプラ》11(1): 88-89。

1941 〈廣州附近ニ於ケル癩ニ就イテ〉,《臺灣醫學會雜誌》40(6): 1133-1163。

1949 〈臺灣民間治癩法考〉,《臺灣科學》3(2): 14-16。

1949 〈木瓜乳之癩治療實驗〉,《臺灣醫學會雜誌》48(6): 83。

1962 〈母子六人癩發症家族之傳染病學的考察〉,《臺灣醫學會雜誌》61(7): 639。

1963 〈癩病在夫婦間之感染〉,《臺灣醫學會雜誌》62(8): 655。

賴麟徵

2006 〈樂生療養院員工眷村與我〉,《臺灣風物》56(2): 9-41。

戴仁壽

1933 〈樂山園に就て〉,《社會事業の友》57: 45-49。

韓韶華（口述），喻蓉蓉（訪問），喻蓉蓉、藍玉人（記錄整理）

2004 《臺灣免疫學拓荒者：韓韶華先生訪談錄》。臺北：國史館。

藤野豊

1993 《日本ファシズムと医療：ハンセン病をめぐる実証的研究》。東京：岩波書店。

1998 《日本ファシズムと優生思想》。京都：かもがわ出版。

2001 《「いのち」の近代史：「民族浄化」の名のもとに迫害されたハンセン病患者》。京都：かもがわ出版。

Arnold, David

1993 "Medicine and Colonialism." In W.F. Bynum and Roy Porter, eds., *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, pp. 1393-1416. London; New York: Routledege Press.

Blom, Knut

1973 "Armauer Hansen and Human Leprosy Transmission: Medical Ethics and Legal Rights." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41(2): 199-207.

Browne, Staneley G.

1974 "The Leprosy Mission: A Century of Service." *Leprosy Review* 45(2): 166-169.

Bullough, Bonnie and George Rosen

1992 *Preventive Medicine in the United States 1900-1990: Trends and Interpretations*. Canton, MA: Science History Publication/USA.

Chao, Y. F. 趙榮發

1968 "The Leprosy Problems in Taiwan." *Leprosy Review* 39(3): 107-109.

Cochrane, R. G. [et al.] (eds.)

1959 *Leprosy in Theory and Practice*. Bristol: Jhon Wright & Sons.

Cunningham, Andrew

1992 "Transforming Plague: The Laboratory and the Identity of Infectious Disease." In Andrew Cunningham and Perry Williams, eds., *The Laboratory Revolution in Medicine*, pp. 209-244. Cambridge; New York, NY: Cambridge University Press.

Editorials

1955 "Are We Satisfied with Sulphones for the Treatment of Leprosy." *Leprosy Review* 26(4): 135-139.

Gallagher, Richard B. [et al.] (eds.)

1995 *Immunology: The Making of a Modern Science*. London: Academic Press.

Gussow, Zachary

1989 *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*. Boulder: Westview Press.

Gussow, Zachary and George S. Tracy

1970 "Stigma and the Leprosy Phenomenon: The Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries." *Bulletin of the History of Medicine* 44(5): 425-449.

Han, S. H., R. S. Weiser and J. J. Tseng

1971 "Lymphotoxin Production by Lymphocytes from Leprosy Patients." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 39(3): 719-725.

Han, S. H., R. S. Weiser, J. J. Tseng and S. T. Kau

1971 "Lymphocyte Transfer Reactions in Leprosy Patients." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 39(3): 715-718.

Han, S. H., R. S. Weiser and S. T. Kau

1971 "Prolonged Survival of Skin Allografts in Leprosy Patients." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 39(1): 1-6.

Hays, J. N.

1998 *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Irgens, Lorentz M.

1973 "Leprosy in Norway: An Interplay of Research and Public Health Work." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41(2): 189-198.

Jacobson, Robert R.

1985 "Treatment." In Robert C. Hastings, ed., *Leprosy*, pp. 193-202. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone.

Kakar, Sanjiv

1996 "Leprosy in British India, 1860-1940: Colonial Politics and Missionary Medicine." *Medical Histor*y 40(2): 215-230.

Lai, Shan-Ho 賴尚和

1949 "On the Differential Diagnosis of Leprosy, Especially the Case of Erroneous Diagnosis of this Disease." *Journal of the Formosan Medical Association* 48(10): 215-220.

1955 "Experimental Studies on Transmission of Human Leprosy to Monkeys. I. Symptomatic Study." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 23(1): 48-52.

M., Becheli L.

1973 "Advance in Leprosy Control in the Last 100 Years." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41(3): 285-297.

Pandya, S.S.

2004 "The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: The Politics of Segregation." *Indian Journal of Leprosy* 76(1): 51-70.

Rees, R. J.

1973 "A Century of Progress in Experimental Leprosy." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41(3): 320-328.

Saikawa, Kazuo 犀川一夫

1965 "Rehabilitation of Leprosy in Taiwan." Third Pan-Pacific Rehabili. Conference, Nov. 6.

1992 "Leprosy Control Project: Final Report (China 0045-E), Regional Office For The Western Pacific." World Health Organization (Apr. 26, 1971)，收於犀川一夫，《癩ニ關スル論文集（第一編）》，頁 119-142。沖縄：沖縄県ハンセン病予防協会。

Shepard, Charles C.

1973 "Experimental Chemotherapy in Leprosy, Then and Now." *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases* 41(3): 307-319。

Silverstein, Arthur M.

1995 "The Historical Origins of Modern Immunology." In Richard B. Gallagher, et al., eds., *Immunology: The Making of a Modern Science*, pp. 5-20. London: Academic Press.

2009 *A History of Immunology*. Amsterdam; Boston: Academic Press/Elsevier.

Taylor, G. Gushue 戴仁壽

1931 "The League Nations and Leprosy."《社會事業の友》27: 1-6.

Wang, Wen-Ji 王文基

2007 " 'Laying out a Model Village': George Gushue-Taylor and Missionary Leprosy Work in Colonial Taiwan." *East Asian Science, Technology, and Society: An International Journal* 1(1): 111-133.

Weatherall, Miles

1993 "Drug Therapies." In W.F. Bynum and Roy Porter, eds., *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, pp. 915-938. London; New York: Routledege Press.

Weindling, Paul

1993 "The Immunological Tradition." In W.F. Bynum and Roy Porter, eds., *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, pp. 192-204. London; New York: Routledege Press.

Taiwan Historical Research
Vol. 21, No. 1, pp. 151-218, March 2014
Institute of Taiwan History
Academia Sinica

Lo-Shen Leprosarium and Leprosy Medical Research in Modern Taiwan: Relationship between Medical Research and Leprosy Control Policy

Yen-chiou Fan

ABSTRACT

This paper traces the development of leprosy research in modern Taiwan, with emphasis on the relationship between leprosy-related medical research and the corresponding control policy. The topics explored include the evolution of leprosy control from the Japanese colonial era to post-WWII as well as the focus and stance of Taiwan's leprosy medical research.

In colonial Taiwan, the Lo-Shen Leprosarium served not only as a policy enforcement agency, but also a stronghold of leprosy research. Such collaboration between policy and medical research was originated from the model of Norwegian leprosy control in the nineteenth century, following the discovery of the leprosy bacillus by Dr. A. Hansen and the subsequent medical research. Therefore, this paper begins with the discussion on the then globally adopted "Norwegian model" on leprosy control. It then traces the establishment of the Lo-Shen Leprosarium in 1930, during which the leprosy control policy implemented in Imperial Japan was transplanted into colonial Taiwan. Henceforth, this paper also examines how leprosy medical research in Japan influenced that in Taiwan and how Taiwan eventually developed its own leprosy medical research distinctive from that of Japan. Transformations in Taiwan's leprosy medical research in the post-war era were also analyzed.

Important findings of the above analyses are as follows. Leprosy research conducted at Lo-Shen Leprosarium had its root in leprosy medical research of Japan. Therefore, the research direction, methods and focuses bore great resemblance to those of Japan. Nevertheless, differences still existed, due to the unique necessity of colonial policy, and in turn illustrated the distinct characteristics of leprosy in Taiwan and among

Taiwanese. The change of sovereignty in the aftermath of WWII ushered leprosy-related policy and medical research into an era of rapid transformation. With the introduction of the USAID health programs in 1953, the approach to leprosy care switched from close isolation management to open outpatient treatment. Leprosy medical research was also re-launched, with the former German-Japanese style taken over by the US approach, and the pre-war bacteriological research replaced by the development of modern immunology.

Keywords: Lo-Shen Leprosarium, Leprosy Medical Research, Leprosy Control Policy, Modern Taiwan, Japanese Colonial Taiwan, Bacteriology, Immunology, Humoral Immunity, Cellular Immunity