林可勝
與民國現代醫學的發展

1924 ~ 1949

施彥 / 作者

新加坡國立大學中文系

謹以此書

獻給

中國生命科學之父
國防軍陣醫學的奠基者
中國現代醫學之推手

林可勝先生

主編／何邦立 謹誌

2018年4月4日

中華科技史學會
何宜慈科技發展教育基金會 推薦

梁序穆暨許織雲教授基金會 印行

黃　序

余長期在新加坡教學和研究中國近代史，特別注意具有南洋身份背景的近代中國傑出人物，例如，鼠疫鬥士伍連德、復旦大學校長李登輝、廈門大學校長林文慶都是我關心的知識分子。近年來學界對這些人物，也有不同程度的關注和論述。相對而言，被尊稱為「中國生理學之父」的林可勝，則較少人關切。

林可勝為林文慶的長子，1897 年生於新加坡，八歲時母親去世後，被送去蘇格蘭學習，畢業於愛丁堡大學醫學院，後取得博士學位。1924 年應聘到中國，開始他在中國精彩和貢獻巨大的二十五年光輝歲月。他歷任北京協和醫學院生理學系系主任及協和醫學院管理委員會（代行院長職）委員。他也是中國生理學會的發起人，創辦《中國生理學雜誌》並擔任主編。1937 年七七事變，日本開始全面侵略中國。林可勝在愛國情操的驅使下，毅然離開協和醫學院，投入抗戰行列並領導戰區的醫護工作，擔任新成立的中華民國紅十字會救護委員會總幹事兼總隊長，1938 年又奉命成立戰時衛生人員訓練班。1945 年起擔任軍政部軍醫署署長，1947 年他在上海成立國防醫學院並兼任院長。1949 年大陸變色前夕，奉命將國防醫學院遷往台北。隨後他前往美國，重新回到醫學研究的軌道上。1969 年不幸病逝，享年 72 歲。以上只是林可勝的簡歷，施彥的這部《林可勝與民國現代醫學的發展（1924-1949）》對林可勝的生平有更詳細的介紹，並重點論析林可勝對民國醫事的影響。

施彥在新加坡國立大學修讀博士課程時，我鼓勵她研究林可勝，不只是因為這位對近代中國的醫學作出開創性大事業的英籍華人長期被忽略，也因為我在美國紐約洛克菲勒檔案中心（Rockefeller Archive Center）研究伍連德檔案的時候，發現不少林可勝的檔案資料。後來又在台北的中央研究院近代史檔案館看到豐富的林可勝個人檔案。我的專業反應是，這些珍貴的檔案足以成為一部博士論文的基本材料。施彥來新加坡前已經在北京師範大學經過相當扎實的中國史學研究

訓練，但她還是認真的解讀大量的英文檔案資料，還到美國、中國大陸和台北多個檔案館補充史料，順利於 2014 年完成一部優秀的博士論文。她的論文後來還獲得提名競逐「新加坡國立大學王賡武教授最佳博士論文（人文和社會科學組）獎」，並成功進入最後決選的兩部博士論文之一，實屬難得。

去年底驚喜地獲得何邦立先生贈送其主編的巨著《林可勝：民國醫學史上第一人》，那是為了紀念林可勝誕辰 120 周年而出版的紀念文集。這讓我想起施彥尚未出版的博士論文，也應該打鐵趁熱，早日付梓出版。感謝何先生熱心協助和推薦，施彥的著作才能順利面世，更重要的是，讓更多林可勝的事績得以呈現，使後人不會遺忘林可勝在中國的豐功偉業，同時，也讓有關林可勝的思想和行動的論析，有機會在學術界引起更多的討論，為中國醫學發展史激發出更多的學術火花。

黃賢強

2018 年 2 月 6 日 於星洲七賢書齋

自　序

2008 年夏天我在新加坡國立大學中文系（Chinese Studies Dept.,NUS）開始了博士生生涯。新加坡國立大學中文系為海外華人，特別是東南亞華人研究的重要機構之一，我的導師黃賢強教授（WONG Sin Kiong）亦長期致力於此。在他的引領下，我接觸到很多傑出的海外華人，這其中就包括林可勝先生。

對林可勝先生進行研究，其實一開始我是有所猶豫的。一是因為個人原因，對 1937~1945 年之間的中國歷史研究十分抗拒，我不能想象假若自己生活在當年，家人、朋友可能居無定所、顛沛流離甚至家破人亡的境地。二是因為人物研究已經不再是目前歷史研究很流行的做法，對個體人物的研究容易「只見樹木不見森林」，且研究者往往將「同情之理解」發展到個人崇拜的程度。三是林可勝是生理學家，我對生理學、醫學知識和發展歷史的認識幾乎空白。然而我的導師一直堅定地給我鼓勵，甚至親自前往台北中央研究院近代史研究所檔案館為我帶回了厚厚一疊林可勝先生個人檔案目錄。於是我跨過百年時光開始「認識」林可勝先生。

也是基於以上考慮在對林可勝先生進行研究的時候，我盡力不帶感情地客觀陳述事實，也嘗試用「同情之理解」以及從「身份認同」的角度分析人物的活動。更重要的是，在論述中，林可勝是被當成中國近代醫學歷史發展的一位見證人，他一生的經歷和起伏反映的不僅是其個人也是中國醫學發展乃至中國近代發展的小小縮影。比如林可勝成為協和最早的華人系主任之一和華人在中國近代西醫界崛起之間的關系，比如中華醫學會、中華民國醫藥學會嘗試合併卻最終失敗和中西醫、西醫內部矛盾之間的關聯，比如設計全國性醫學教育體制以及抗戰救護工作中反映出的近代中國醫學在提高醫療質量還是救助更多病人之間的掙扎，比如中國紅十字會救護總隊部紛爭背后的國際醫療援華組織之間的矛盾以及戰時對醫療物資等的爭奪。

文中資料搜集追尋林先生的足跡，涉及了愛丁堡大學、新加坡、中國大陸、台灣、美國的檔案館和圖書館等，一路走來也認識了很多給予我無私但是重要幫助的師友。感謝我在新加坡國立大學的三位導師黃賢強、楊斌（YANG Bin）、王昌偉（ONG Chang Woei），感謝新加坡國立大學中文系、歷史系、圖書館的老師們，特別是黃堅立老師（HUANG Jian Li）；感謝台北中央研究院近代史研究所以及檔案館的老師們，尤其是張力老師、劉士永老師、張朋園先生、黃克武老師、巫仁恕老師、雷祥麟老師；感謝胡成老師、張大慶老師、孫燕京老師、Caroline Reeves 老師、高晞老師、David Luesink 以及王勇等師友。感謝新加坡國立大學、洛克菲勒檔案館 Rockefeller Archive Center 和 Luce Foundation 的 “Western Medicine in China” 項目為我提供研究經 費，感謝 Thomas Rosenbaum 先生和 Lee R. Hiltzik 先生，為我從龐大的洛克菲勒檔案中找出所需史料提供的巨大幫助。

2017 年 10 月 15 日是林可勝先生誕辰 120 周年紀念，何邦立先生為紀念林先生籌劃出版紀念專輯《林可勝：民國醫學史上第一人》一書時從我師妹楊妍小姐處了解到我的研究，承蒙不棄向我邀稿，并和我導師積極鼓勵我將研究文章出版，從中幫助聯絡梁序穆暨許織雲教授基金會，最終促成此書，在此深深感謝！

因為時時提醒自己是在研究歷史而不僅僅在為人物立傳，所以大部分時候我都沒有表達過對林可勝先生的敬意。然而作為一名隨時可以離開中國且不太會說中國話的英國籍著名生理學家，在烽火硝煙彌漫的抗戰時期不僅沒有「安全撤離」中國，也沒有留在協和「安心學術」，甚至沒有撤退轉移到后方，而是勇敢地挺進到戰地，在惡劣的環境中救死扶傷、繼續推進醫護教育，歷經起伏也未改其志，從這些方面來說，林先生當得起「偉大」二字。願此書在介紹中國近現代醫學發展歷史縮影的同時能告訴更多的讀者，曾經有過這樣一位令人尊敬的先生，也以此書向抗戰中保家衛國的仁人志士致敬！

施　彥

2018 年 1 月 18 日 於北京

編　序

林可勝不願再捲入國共內鬥，1949 年他將上海江灣三分之一的國防醫學院師生設備搬遷到台灣後，就飄然赴美，重回他的最愛的學術研究領域，期在生理學上有所突破，為我華人再爭榮光，因而他幾為海峽兩岸所遺忘逾甲子。

邦立從事抗戰史研究，尤有興趣在海外華人愛國的卓越表現，其中貢獻最大的當推陳嘉庚先生與林可勝院士。前者早就家喻戶曉，被譽為華僑旗幟、民族光輝，而後者中國生理學之父的功績，幾乎少人認識。因而個人連續在中華科技史學會中專題學術報導，《從德日派到英美派——光復後台灣醫界的轉型》、《林可勝的大弟子——生理學名家柳安昌教授的道德學問與事功》。因而巧遇新加坡來的楊妍女士，承蒙告知新加坡大學施彥女士的博士論文，就是研究林可勝的。因而聯繫上施女士並為林可勝百二十年紀念專輯邀稿，共襄盛舉。

看過施彥的博士論文《林可勝與民國現代醫學的發展》，感觸極為深刻。林可勝被譽為中國生命科學之父、國防軍陣醫學的奠基者，但他也是一位偉大的醫學教育家，卻為人所忽略。林可勝在 1928--1930 年間就擔任中華醫學會會長，他的貢獻直接影響到 1950 年後兩岸現代醫學的發展與走向。施彥的論文更探及西醫在中國的起源、德日制與英美制、中西醫界間關係等等，將林可勝對中國現代醫學的發展建立起完整的理論基礎，我在《林可勝：民國醫學史上第一人》，專書上譽之為中國現代醫學之推手。為此曾建議施彥將該論文以專書出版，然當今出版界出書以行銷為首要考慮而未果 ，不無遺憾！

林可勝紀念專輯在其百二十歲華誕（2017.10）前問世 ，並分送海內外各重要大學圖書館典藏，因而與國立新加坡大學黃賢強教授結識，去歲他參加台北舉辦的跨域史學國際研討會，在國防醫學院校慶（11.24）的當晚我們碰頭，一見如故。黃賢強他是施彥的博士論文指導教授，由於他獨到的眼光，特別指定該論文題目，才有此傑出成就，名師出高徒，道賀之餘，我建議該論文應以專書形式問世，以彰顯林可勝在醫學教育上的偉大貢獻，並願意協助玉成此事。

特別感謝梁序穆暨許織雲教授基金會的支持發行，梁許教授伉儷末代的協和人，參與抗戰時林可勝主持的貴陽圖雲關戰時衛生人員訓練所的教學工作，來台後仍孜孜不倦，從事基礎醫學教育研究工作，教授組織學、胚胎學四十年如一日，在台的國防醫學院師生皆為其子弟。如今由梁許基金會出版《林可勝與民國現代醫學的發展》一書，更具意義。

西醫在中國的發展始於 18 世紀初的外國傳教士與教會醫院，半世紀後才有醫校成立，1886 年上海成立博醫會、成員均是外籍醫生的團體；1915 年初，國內外英美醫校畢業的中國醫生，成立了中華醫學會；同年，國內外德日醫校畢業生組成中華民國醫藥協會，而成三足鼎立。1928 年北伐成功全國統一後，博醫會逐漸淡出中國社會。而西醫界的德日派 (人數眾多水準不齊) 與英美派 (人少藝精)，形成分廷抗禮之勢。1926 年林可勝創設中國生理學會並任會長，培養人才無數。1928 年林可勝當選為中華醫學會會長，開始整合西醫工作。國府成立衛生部後，1933 年由劉瑞恆主導林可勝規劃，從醫學教育著手改革，惜因抗日戰爭而中綴。林可勝在八年抗戰期間，借其個人國際學術聲望與組織能力，籌組紅十字會救護總隊、成立戰時衛生人員訓練所，除救死扶傷外，更進行其六年分期醫學教育理念的實踐。抗戰勝利前軍醫署長林可勝籌畫成立國防醫學院，於 1947 年在上海江灣合併衛訓所與德日制的軍醫學校，軍醫教育終於一統。他也為教育部規範了醫校教育課程，並為戰後中國的公共衛生與公醫制度紮根。縱觀林可勝從 1924 -1949 年，四分之一世紀的在華奉獻，成就了中國近代醫學的現代化與發展。

本書全文經筆者重新審訂，以求精準；各章節中穿插林可勝先生不同年代的照片以做分隔，使更活潑生動；這些珍貴照片取材自「林可勝——民國醫學史上第一人」一書。同時也感謝國防醫學院林石化校長的全力支持付梓，使健全校史。是為之記！

梁序穆暨許織雲教授基金會
執行秘書 **何邦立謹識**
2018 年春於台北

目錄

黃　序 ……黃賢強　4

自　序 ……施　彥　6

編　序 ……何邦立　8

第一章　緒　論 …… 13

第一節　民國現代醫學的發展 …… 15

第二節　民國現代醫學的研究 …… 21

第三節　林可勝研究的回顧 …… 30

第四節　研究問題與文章結構 …… 33

第二章　中國醫學精英的養成 …… 35

第一節　林可勝的家世 …… 36

第二節　歐美求學 …… 44

第三章　建設中國現代生理學 …… 59

第一節　初到協和醫學院的風波 …… 60

第二節　執掌協和醫學院生理學系 …… 73

第四章　戰前民國醫事 …… 85

第一節　林可勝與西醫的派別 …… 86

第二節　林可勝與民國政府現代醫學體系的設計 …… 107

第五章　組織戰地救護與人員培養 …… 127

第一節　戰地救護經驗 …… 128

第二節　林可勝（1937-1942） …… 133

第三節　林可勝時期的戰時衛生人員訓練所（1938-1942） … 155

第四節　組織訓練中國遠征軍救護 …… 169

第六章　林可勝去職與西醫組織的矛盾 …… 177

第一節　林可勝和中國紅十字會總會的矛盾 …… 179

第二節　國內醫學機構之間的鬥爭 …… 200

第三節　國際援華組織之間的鬥爭 …… 210

第七章　改革軍醫系統 …… 225

第一節　擴充軍醫署 …… 226

第二節　組建國防醫學院 …… 232

第八章　總結 …… 241

第九章　附錄 …… 249

林可勝年譜 …… 250

林可勝的學術出版 …… 255

第十章　參考文獻 …… 273

參考書目 …… 274

報紙期刊 …… 275

報章雜誌 / 學術文章 …… 276

專書 …… 282

論文 …… 290

網路資料和碑文 …… 292

書　評　林可勝——民國醫學史上第一人 ……張之傑　308

林可勝——民國醫學史上第一人 ……李又寧　310

圖片

圖 1：1885-1910 年女皇獎學金得主專業選擇對比 …… 41
圖 2：林可勝主要家庭關系圖 …… 43
圖 3：林可勝的手繪插圖—蝌蚪的甲狀腺和貓的胃腺管 …… 45
圖 4：協和醫院中外教員（1921-1933）…… 72
圖 5：衛生署全國登記醫師統計（1929-1932）…… 103
圖 6：林可勝設計的公醫制度組識圖 …… 125
圖 7：協和醫療救護隊 …… 131
圖 8：抗戰時期軍隊醫療和林可勝時期救護隊部工作簡圖 …… 141
圖 9：紅十字救護總隊收治傷病統計（1938-1940）…… 143
圖 10：中原大戰和抗日戰爭病員對比 …… 143
圖 11：中紅國十字會救護總隊部收到捐款的來源分析 …… 151
圖 12：軍政部戰時軍用衛生人員訓練所系統表（1943 年）…… 165
圖 13：紅十字救護隊在轉運傷員 …… 166
圖 14：移動滅虱設備 …… 166
圖 15：滅虱室 …… 167
圖 16：貴陽戰時衛生人員訓練所 …… 167
圖 17：矯形中心 …… 168
圖 18：疫苗工廠 …… 168
圖 19：林可勝的緬甸撤退路線 …… 176
圖 20：美國援華聯合會年度資金來源統計（單位：美元）…… 217
圖 21：軍醫署本署組織結購變化圖 …… 229
圖 22：國防衛生業務中之教育系統暨衛生人員事業進展圖 …… 234
圖 23：國防醫學院 1947 年組織結構圖 …… 235

表格

表 1：林可勝時期救護隊數量和配備統計（1937-1940）…… 140
表 2：救護總隊部和軍醫院收治情況對比（1937-1943）…… 141
表 3：救護隊防疫營養工作統計（單位：人）…… 146
表 4：中國紅十字會救護總隊部收到的捐贈價值（1938-1940）…… 151
表 5：中國紅十字救護總隊部經費來源和分發（1938-1940）…… 154
表 6：衛訓所訓練人員統計（截止 1944 年 10 月 31 日）…… 158
表 7：1942 年衛訓所軍醫人員訓練計劃 …… 162
表 8：民國軍醫組織隸屬沿革（1928-1940）…… 180

一、緒　論

1925

第一章 緒 論

林可勝（Robert Khong-Seng Lim，1897-1969），是中國近現代醫學歷史上的一個重要人物。他祖籍福建海澄，於 1897 年 10 月 15 日出生於新加坡。父親林文慶，系新加坡著名醫生和社會活動家。青少年時期林可勝即前往蘇格蘭，中學畢業後進入愛丁堡大學，專攻醫科。第一次世界大戰爆發後，林可勝在法國英屬印度軍隊中從事醫療服務。1924 年林可勝來到中國，1949 年離開，前後在中國生活工作了長達 25 年。林可勝在華的經歷分為兩個階段。第一個階段，從 1924 年到 1937 年，林可勝任教協和醫學院，在協和醫學院建立起現代生理學的研究和教學方法；創建「中國生理學會」，發行《中國生理學雜誌》，為中國現代生理學奠定基礎。在生理學領域之外，1928 年至 1930 年，林可勝被選為中國西醫著名團體——中華醫學會會長；積極參與南京國民政府建設現代醫學衛生和教育體系的工作。1937 年抗日戰爭爆發後，林可勝開始了他的第二階段的經歷。從 1937 年到 1949 年，林可勝歷任中國紅十字會救護總隊總隊長、戰時衛生人員訓練所主任、中國遠征軍軍醫監衛生總視察，幫助中國軍隊，開展了有效的戰地救護和軍醫訓練。抗日戰爭結束前夕，林可勝被任命為軍醫署署長，從此著手革新政府軍隊軍醫組織，組建國防醫學院，促進了軍醫乃至中國醫學的現代化。1949 年林可勝拒絕了蔣介石的任命和挽留，遠赴美國，1969 年 7 月 8 日在牙買加病逝。

林可勝在中國工作的 25 年裡（1924-1949），覆蓋了民國現代醫學發展的主要時期，更是中國醫學變遷的重要階段。林可勝領導的研究和培養出的人才對中國現代醫學發展起到了重要的推動作用。同時其參與、工作，甚至領導的機構和組織——協和醫學院、中華醫學會、衛生署、軍醫署都是影響民國醫學發展的重要單位。對於林可勝在華經歷的研究將有助於瞭解民國現代醫學發展以至於中國醫學和社會變遷的具體歷程。

第一節　民國現代醫學的發展

以生物醫學（Biomedicine）為主要內容的現代醫學起源於西方，但並不能簡單稱為「西方醫學」。長久以來西方醫學是以體液為基本理念，籠罩在哲學和邏輯氛圍下的學科。16 世紀維薩里（Andreas Vesalius）在解剖技術方面的突破，將人類對於機體組成的真實結構認識向前推進了一大步，使得醫學逐步脫離思辨，轉為觀察事實的學科。維薩里之後，17 世紀的哈威（William Harvey）運用觀察和實驗的方法提出血液循環觀點，為機體組成的功能認識提供了「革命性的發現」。結構認識的手段（解剖學）和功能認識的學科（生理學）成為現代醫學萌芽的理論基礎。同一時期受到科學革命影響，數學、物理、化學知識有了重大突破，並被運用到醫學領域，進一步給解剖學和生理學帶來變革，「使得健康和疾病的定義發生了質變」，成為物理的運動和化學的過程。[1] 然而如何對活著的機體功能進行進一步確認，進而解釋疾病產生的機制依舊是未解的難題。

直到 19 世紀，西方醫學才真正進入科學的時代，成長為「現代醫學」。首先帶動醫學科學化的是法國的臨床醫學（Clinical Medicine）。法國大革命允許醫生們在醫院展開研究和教學，在法國的醫院中聽診器、溫度計、血壓計等設備應用於臨床觀察和統計，為更為準確地觀察症狀、瞭解其內在關聯提供了條件。利用這些科學手段診斷，結合病理解剖，將健康的器官和病變的器官進行對比，新的疾病定義、分類建立，人體也首次轉化為客觀研究物件。法國的臨床醫學很快向歐美輻射，醫院成為 19 世紀上半葉現代醫學研究和教學的標誌性中心場所。[2]

進入 19 世紀下半葉，科學的力量愈發強大，實驗室取代醫院，成為考查病因、尋找治癒方法的主要場所。在實驗室裡，生物被進行嚴格的定量分析，在顯

1　羅伊伯特著，張大慶譯《劍橋醫學史》（長春：吉林人民出版社，2000），頁 250-257；威廉・F・拜納姆著，曹汝芬譯《19 世紀醫學科學史》（上海：復旦大學出版社，2000），頁 16。

2　羅伊伯特著，張大慶譯《劍橋醫學史》，頁 281-287；John M. Barry, Great Influenza: The Story of the Deadliest Pandemic in History (New York: Penguin Books, 2005),pp.24-26. Thomas Neville Bonner, Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945 (New York: Oxford University Press, 1995),pp.106-108.

微鏡的幫助下，對機體結構的認識具體到了細胞，生物醫學成形。疾病被完全轉變成一整套複雜的生理學過程，病人徹底「物化」，沒有了階層、性格之類的差別。而引領這股實驗室技術的現代醫學先鋒力量的德國，取代法國，吸引了歐洲和北美的大量學生湧入。直至 20 世紀 20 年代，德國依然是全世界醫學生嚮往的「聖地」，實驗室醫學的方法被各地的學生帶回自己的國家，傳播到世界各地。[3]

西方現代醫學隨著歐洲殖民勢力的擴張，在 19 世紀以後來到了中國，被冠以「西醫」之名，和以陰陽五行、經脈、針灸、草藥為主的中國原有醫學（中醫）相區別，逐漸在醫學知識體系和社會醫療制度兩個方面，對中國社會造成了重大的改變，促成了中國自己的現代醫學發展之路。[4]

西醫傳教士是首先的一股力量。西醫傳教士最初來到中國，基本是為了傳教士本身健康需要。1805 年牛痘被東印度公司的醫生皮爾遜（Alexander Pearson）介紹到中國，獲得中國人的歡迎。1834 年伯駕（Peter Parker）作為第一個醫科畢業的新教傳教士在廣州開設「眼科醫局」，開始醫學傳教，希望通過這種方法吸引來中國人，進而提高他們的「道德」和「智慧」。伯駕獲得不少成就，一躍升任駐華專使，創辦的廣州教會醫院（後更名為廣濟醫院）被認為是早期中國最成功的西醫醫院。醫院代表的現代醫學醫療制度，隨後在中國各地建立，逐步改變了中國的傳統社會。

1850 年代以合信（Benjamin Hobson）為代表的傳教士，有系統有計劃地翻譯西方臨床醫學書籍介紹給中國。1860 年代以後，醫學傳教進一步發展，一些西醫學校先後建立，對更新現代中國醫學知識體系起到重要作用。隨著現代醫學知識的傳播，部分開埠地區出現了公共衛生服務。1886 年外國傳教士醫師在上海成立博醫會，辛亥革命之前加入該組織的都是外籍醫生。

3 羅伊伯特著，張大慶譯《劍橋醫學史》，頁 287-293；Andrew Cunningham and Bridie Andrews, eds., Western Medicine as Contested Knowledge (New York: Manchester University Press, 1997), pp.5.

4 梁其姿〈醫療史與中國「現代性」問題〉，見餘新忠主編《清以來的疾病，醫療和衛生：以社會文化史為視角的探索》（北京：生活・讀書・新知，三聯書店，2009），頁 3。

此時醫學傳教士帶來的西方醫學，只是現代醫學的早期階段。西醫和中醫相比，只有在眼科和簡單外科中才略有優勢，因此在 20 世紀之前中醫界對西方醫學或沒有交流，或表現出寬容和接納的開明態度，採取匯通的立場，以中醫為本體，取長補短。個別中國人師從醫學傳教士或者在教會醫院裡學習，例如關韜；還有一些人由教會輸送出國留學，學習西醫，例如黃寬、金韻梅，他們成為最早的中國西醫。這批醫生很多是信徒，與西醫傳教士一起致力於將西醫介紹給中國人接受，沒有表現出對中醫的強烈排斥和鄙薄。當時的中國醫界，西醫界僅指外國醫學傳教士團體，教會培養的中國西醫也加入中醫的醫學會。政府方面，洋務派、維新人士等把西醫作為「西學」的一種，納入了當時眾多改革社會方法的討論中，主張學習西醫的技術。為了「師夷長技以自強」，一些官辦學堂開始教授西醫，例如京師同文館科學館設立西醫科、1881 年北洋醫學堂建立，但是學員畢業後基本從軍或者從政。普通民眾，因為教會醫院可以免費看診而不完全排斥西醫；也有一些人將西醫歸入「奇技淫巧」，由采生折割的謠言引發的教案不在少數。[5]

進入 20 世紀，由留學國外的中國西醫師、教會培養的中國西醫人員和國內醫校培養的西醫人員組成的中國西醫界，初現規模，繼而在和中醫的競爭中愈發群體界限分明。特別是在民國時期，中國西醫接過了醫學傳教士的接力棒，負擔起在中國建立現代醫學的重任。

1894 年甲午戰敗的反思讓 20 世紀更多中國人開始向日本學習，要求更激進

5　19 世紀西醫進入中國的歷史參考同仁會編《中華民國醫事綜覽》（東京：同仁會，1935），頁 1-4；陳邦賢《中國醫學史》（上海：商務印書館，1957），頁 304-314；趙洪鈞《近代中西醫論爭史》（合肥：安徽科學技術出版社，1989），頁 54-85；馬伯英、高晞，洪中立《中外醫學文化交流史：中外醫學跨文化傳通》（上海：文匯出版社，1993），頁 317-442；楊念群《再造「病人」：中西醫衝突下的空間政治（1832-1985）》（北京：中國人民大學出版社，2006）； Ralph C. Croizier, Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change (Cambridge: Harvard University Press, 1968); S. M. Hillier and J. A. Jewell, Health Care and Traditional Medicine in China, 1800-1982 (London; Boston: Routledge & Kegan Paul, 1983), pp.3-27; Paul U. Unschuld, Medicine in China: A History of Ideas (London; Boston: Routledge & Kegan Paul, 1983), pp.229-249. 等等。

徹底、超越技術層面的制度改革。西方的「民主」和「科學」被認定是通往富強的必由之路，中國的傳統文化、制度，包括中醫被視為落後的緣由。西醫不再被視為中醫的「補充」，而有取而代之的呼聲。[6] 1905 年廢除科舉前後，醫學留學生，特別是留日醫學生增多，他們回國後成為中國西醫界的第一批骨幹力量。[7]1910-1911 年東北及華北地區爆發的鼠疫更推動了中國近代公共衛生改革的濫觴，政府開始模仿西方公共衛生管理設立防疫局、檢疫所等，也讓中國社會見識了現代西方醫學知識的優勢。[8]

中國現代醫學的發展在民國時期向前邁進了一大步。辛亥革命之後，中央政府選擇和西醫聯手推動現代醫學的發展。1913 年中央政府內務部下設衛生司，擬定傳染病報告、消毒制度和預防措施；其後籌建專職防疫、公共衛生的部門，開展研究、供應疫苗，集中傳染病管理和教學，頒佈《屍體解剖規則》。教育部也出臺規定，對醫科教育學制進行要求。進入 1920 年代，廣東和北京等地方省市也有現代公共衛生機構和新的醫學教育規定出現。但因政權不穩，經費短缺，現代醫療衛生體系的進展並不大。[9]

6 參考 Croizier, Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change. Frank Dikotter, Sex, Culture, and Modernity in China: Medical Science and the Construction of Sexual Identities in the Early Republican Period (Honolulu: University of Hawaii Press, 1995); Ruth Rogaski, Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China (Berkeley: University of California Press, 2004).

7 李經緯、鄢良《西學東漸與中國近代醫學思潮》（武漢：湖北科技出版社，1990），頁 48。

8 Hsiang-lin Lei, “When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949” (Ph.D. diss., University of Chicago, 1999), pp.29-39;AnElissa Lucas, Chinese Medical Modernization: Comparative Policy Continuities, 1930-1980s (New York: Praeger, 1982), pp.45-46;Ka-che Yip, Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937 (Ann Arbor, Michigan: Association for Asian Studies, 1995), pp.11-12.

9 馬伯英、高晞，洪中立《中外醫學文化交流史：中外醫學跨文化傳通》，頁 440-441；區結成《當中醫遇上西醫：歷史與反省》（香港：三聯書店（香港）有限公司，2004），頁 74-76；Hillier and Jewell, Health Care and Traditional Medicine in China, 1800-1982,pp.28-42; Yip, Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937,pp.14-19.

1928 年南京國民政府形式上統一中國之後，中國現代醫學的發展腳步加快，特別是在政府成立了獨立的衛生部之後，西醫通過現代政權，在醫學知識傳授、職業的管理和社會醫療制度中加速「除舊佈新」，將現代醫學通過構建國家醫療衛生體系和規範醫學教育向全國擴散，在更廣闊的地理範圍之內和更多方面負責起社會醫療衛生工作。例如對全國醫療從業人員資格和業務進行審定；協調管理各種醫療組織；統領全國衛生技術，檢查醫藥產品設備；辦理防疫檢驗、人民保健、衛生統計；創設衛生事業實驗和研究機關，訓練衛生專門人才；指導監督各項衛生設施以及醫藥救濟等事宜。此外衛生部門還和教育部聯合設立醫學教育委員會、助產士教育委員會和護士教育委員會，規劃和改進醫學和衛生教育。[10]

此外，越來越多的官辦和西方世俗機構參與投資和管理西醫醫院、診所和醫學校，並出現聯合辦學趨勢，教會傳教目的下的初級現代醫學讓位於西方新近的現代醫療。[11] 西醫從業成員結構比例也發生了引人注目的變化，傳教士醫生在西醫中比例大幅度下降，留學國外的中國西醫、教會和國內醫校培養的中國西醫人數穩定增長。[12]1915 年 2 月參加博醫會年會的中國醫師決定發起自己的西醫學會——中華醫學會，創始人及其成員多為留學英美歸國和在華英美醫校畢業生，主編雜誌《中華醫學雜誌》，該組織後來成為中國人組織的、歷史最久的全國性西醫學術團體。同年 4 月主要由留日和國內德日醫校畢業生組成的中華民國醫藥學會成立。中華醫學會、中華民國醫藥學會和博醫會並稱為民國三大西醫團體。[13] 中國的西醫逐漸取代了外國醫學傳教士，成為發展中國現代醫學的主力。

10　參考陳邦賢《中國醫學史》，頁 327-332； Yip, Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937.

11　Unschuld, Medicine in China: A History of Ideas, pp.241.

12　楊念群《再造「病人」：中西醫衝突下的空間政治（1832-1985）》，頁 34。

13　〈民國四年八月五日第一次成立會紀要〉，《中華民國醫藥學會會報》1917 年第 1 期，頁 6；〈中華醫學會概括報告〉，《中華醫學雜誌》第 18 卷，1932 年第 1 期，頁 175-184；徐小群《民國時期的國家與社會：自由職業團體在上海的興起，1912-1937》（北京：新星出版社，2007），頁 132；趙洪鈞《近代中西醫論爭史》，頁 97-102。

進入民國時期，西醫在普通民眾中的接受度也有所增加，報紙中出現越來越多打著「先進」和「科學」旗號的醫藥產品和醫師廣告。[14] 甚至出現有錢人在罹病時，一定要延請西醫問診以顯身份的潮流。[15]

當西醫在民國崛起之際，中國傳統的醫學知識遭到質疑，中西醫矛盾加劇。從 1913 年北洋政府教育總長汪大燮照搬日本建議廢止漢醫的模式，不許將中醫教育立案，到 1929 年西醫餘岩提出「廢止中醫案」，中西醫從思想到行動的交鋒日趨激烈。一直到中日戰爭爆發前夕，中西醫的鬥爭依然難分難解。就在這一鬥爭過程中，中醫也逐步「科學化」。[16]

1937 年到 1949 年的戰火將國民政府蹣跚起步的現代醫學發展計畫打亂，全國的醫療衛生工作重點轉向戰地救護和賑濟，但是中國現代醫學發展的進程並沒有因此而中斷，反而出現了一些新的機遇。例如中西醫的矛盾因戰事而暫時擱置；中央政府以緊急狀態為由，比戰前更容易集中行政權和人力物力，推行地方公共衛生建設和醫學校的整合。[17]1949 年之後現代醫學在中國已經站穩了腳跟，新政府的不少措施，也是沿襲或者在民國的基礎上改造而來。[18]

14 參考黃克武〈從申報醫藥廣告看民初上海的醫療文化與社會生活（1912-1926）〉，見《中央研究院近代史研究所集刊》，1982 年第 17 期，頁 141-194。

15 金寶善〈舊中國的西醫派別與衛生事業的演變〉，見政協全國委員會文史資料研究委員會編《文史資料選輯》第一輯（總 101 輯）（北京：文史資料出版社，1985），頁 127。

16 中西醫爭論的問題參考徐小群《民國時期的國家與社會：自由職業團體在上海的興起，1912-1937》，頁 231-253；趙洪鈞《近代中西醫論爭史》；中醫科學化的問題參考 Bridie J. Andrew, “The Making of Modern Chinese Medicine, 1895-1937” (Ph.D diss., Cambridge University, 1996). Lei, “When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949”.

17 參考 Nicole Elizabeth Barnes, “Protecting the National Body: Gender and Public Health in Southwest China During the War with Japan, 1937-1945” (Ph.D. diss., University of California,Irvine, 2012); Xi Gao, “Between the State and the Private Sphere: The Chinese State Medicine Movement, 1930-1949,” in Science, Public Health, and the State in Modern Asia, ed. Liping Bu, et al., (London; New York: Routledge, 2012), pp.144-160

18 參考 Lucas, Chinese Medical Modernization: Comparative Policy Continuities, 1930-1980s. 和 Kim Taylor, Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-63: A Medicine of Revolution (London; New York: RoutledgeCurzon, 2005).

可以看到，民國現代醫學發展的歷程是民國社會乃至中國社會各方面現代化的一個典型樣本，影響現代醫學發展的既包括社會宏觀因素（共性），也有其自身因素（個性）。通過對這些個性的研究，可以反映出民國時期社會現代化總體發展緩慢的部分共性原因，也可以深入認識醫學自身現代化所需要具備的條件，對於認識民國時期社會現代化和中國醫學現代化都有所幫助。

民國時期，中國現代醫學的發展過程更多為「政府主導」，醫學衛生部門通過任用林可勝這樣的西醫「精英」來制定國家現代醫學體系，改造社會，因而通過瞭解林可勝在民國時期的生平經歷可以感知到這種發展路徑及其遇到的困難。

第二節　民國現代醫學的研究

民國時期現代醫學發展的研究早在當時已經出現，很多中國醫者所著的醫學史中就涉及現代醫學在民國的變遷。例如王吉民、伍連德的 History of Chinese Medicine（1932），謝利恒的《中國醫學源流論》（1935）、陳邦賢的《中國醫學史》（1937）等。著作在討論到現代醫學的時候，不但對醫學知識的發展進行了討論，也對民國的衛生行政設置、醫事教育考試、醫藥衛生團體和出版情況等進行概述。[19] 外國傳教士中也有討論中國現代醫學的論著，例如 Harold Balme 的 China and Modern Medicine: A Study in Medical Missionary Development (1921)。[20] 這些著作由於作者身在局勢之中，眼光難免受限，史料價值大於研究價值。

Ralph C. Croizier 的 Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change（1968）是後人研究民國時期中國醫學變遷較為早期的學術成果。全書將近代中國醫學的發展和近代社會思想

19 Chimin Wong and Lienteh Wu, History of Chinese Medicine: Being a Chronicle of Medical Happenings in China from Ancient Times to the Present Period (Tientsin: Tientsin Press, 1932). 謝利恒《中國醫學源流論》（上海：澄齋醫社，1935）；陳邦賢《中國醫學史》（北京： 團結出版社，2006）（1937 年版翻印）。

20 Harold Balme, China and Modern Medicine: A Study in Medical Missionary Development (London: United Council for Missionary Education, 1921).

的變遷聯繫起來，提出文化民族主義（cultural nationalism）在提升中醫至「國粹」地位的重要作用。然而作者認定了中國現代醫學的發展中思想的決定性作用而忽視了其他方面，默認西方科學 / 醫學即為現代醫學，具有普世性。[21] 另外一部值得提及是 AnElissa Lucas 的 Chinese Medical Modernization: Comparative Policy Continuities, 1930-1980s（1980）。該著作對民國時期中央和地方上為促進現代醫學而推出的政策進行了大致梳理，但是其目的是為了說明中國在 1949 年前後衛生政策以及更深層面的地方動員管理方式存在延續性。這一預設導致作者在民國醫學討論部分有所偏廢；而且和 Ralph C. Croizier 一樣，將中國近現代醫學的發展簡化成中國對西方醫學的單方面接受。[22] 這一缺點在當時的學界有著一定的普遍性。Mary Brown Bullock 的 An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College（1980）對協和醫學院在 1949 年之前的發展進行討論中也存在類似的問題，她通過研究協和醫學院本身以及畢業生的發展，展現了民國西醫的一個重要機構的進程和為推動現代社會醫療體系做出的努力。[23]

隨著「中國中心觀」的出現；西方對現代醫學的不滿和批判引發對西方醫學「現代性」（modernity）、「科學」(science) 的反思，[24] 將民國醫學變遷的研究帶向深入。Paul U. Unschuld 的 Medicine in China: A History of Ideas (1983) 、趙洪鈞的《近代中西醫論爭史》（1989）和馬伯英等的《中外醫學文化交流史：中

21 Croizier, Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change.

22 Lucas, Chinese Medical Modernization: Comparative Policy Continuities, 1930-1980s.

23 Mary Brown Bullock, An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College (Berkeley: University of California Press, 1980).

24 對西方醫學「現代性」和「科學」提出反思的例如 Roger Hart, “Beyond Science and Civilization: A Post-Needham Critique,” East Asian Science, Technology, and Medicine 16 (1999): pp.88-114; Charles M. Leslie and Allan Young, eds., Paths to Asian Medical Knowledge (Berkeley: University of California Press, 1992), pp.2-4; Nathan Sivin, “Why the Scientific Revolution Did Not Take Place in China or Didn't It?, ” Chinese Science 5 (1982): 45-66; Unschuld, Medicine in China: A History of Ideas,pp.1.

外醫學跨文化傳通》（1993）都是立足於中國傳統醫學，涉及其在民國時期「應對」西方醫學做出的改變。趙認為西醫主張廢止中醫的十年是「中醫界從壓迫中覺醒的十年」；Unschuld、馬伯英等人也不再強調西方醫學對中國的貢獻，而是從中西方文化差異這個相對中立的角度來敘述中國現代醫學的進展。共同的問題是流於簡單的「衝擊 - 反應」模式，現象的介紹大過過程的分析，將西醫和中醫的攻守位置理所當然地固定化和簡單化。[25]

1990 年代以後「新社會史」的提出彌補了前期社會民眾在中國現代醫學發展中缺失的問題，「豐富了歷史的面相，使歷史變得更加鮮活並進一步拉近了與現實生活的距離」。[26] 民國醫學的研究從思想史、制度史（醫界和國家）的層面逐漸拓寬到疾病與隱喻、醫病關係、女性主義和身體史發展諸多方面的現代化過程。[27] 如果說「新社會史」為從中國內部發掘現代醫學進程提供了多元經驗的話，

25　Unschuld, Medicine in China: A History of Ideas; 趙洪鈞《近代中西醫論爭史》；馬伯英、高晞，洪中立《中外醫學文化交流史：中外醫學跨文化傳通》。

26　1980 年代末，醫學社會學或健康社會學（medical sociology/sociology of health and illness）、醫學人類學（medical anthropology）、福柯（Michel Foucault）和蘇珊桑塔格（Susan Sontag）對於疾病與權力、疾病與隱喻關係的研究、女性主義和身體史的發展等等對整個中國醫學史的研究產生了影響。1987 年，梁其姿推出兩篇疾病醫學史論文（《明清預防天花措施之演變》，見陶希聖九秩榮慶祝壽論文集編輯委員會《國史釋論——陶希聖九秩榮慶祝壽論文集》（臺北：食貨出版社，1987），頁 239-253；“Omardzed Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region”, Late Imperial China 8，no.1 (1987): pp.134-166.）被譽為中國史學界涉足醫療社會史研究的開山之作。1990 年代以後，杜正勝結合西方的學術風潮，對以往中國史學研究進行反省，提出「新社會史」這一概念，宣導和組織一批對醫療史有興趣的青年學者和學生，組成「疾病、醫療和文化」研討小組，逐步開始研究與疾病和醫療有關的歷史問題，力圖體現問題背後的歷史、社會現象和文化意義。（餘新忠〈中國疾病、醫療史探索的過去、現實與可能〉，見《歷史研究》，2003 年第 4 期，頁 158-168。）

27　例如 Bridie J. Andrew, “From Case Records to Case Histories: The Modernisation of a Chinese Medical Genre, 1912-49,” in Innovation in Chinese Medicine, ed. Elisabeth Hsu, (Cambridge: Cambridge University Press, 2001), pp.324-336; 梁其姿〈麻風隔離與近代中國〉，見《歷史研究》，2003 年第 5 期，頁 3-14； 雷祥麟〈負責任的醫生與有信仰的病人——中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，見《新史學》第 14 卷，2003 年第 1 期，頁 45-96；高家龍 Sherman Cochran, Chinese Medicine Men: Consumer Culture in China and Southeast Asia (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2006).

同樣在 20 世紀末傳到中國的後殖民主義思潮，則引發了學界對醫學現代化的外力——殖民醫學（colonial medicine）的再思考。於是越來越多的學者不僅「眼光向下」，而且注意到中國現代醫學發展中的複雜性，表現在對西醫進入中國社會的波折過程，不同的地方經驗，中國內部面對西醫的多樣態度、矛盾反應以及選擇性吸收、改造甚至往外輻射等等情況的討論。例如羅芙芸（Ruth Rogaski）對於天津城市公共衛生狀況及衛生制度的經典研究，為「現代化」過程中傳統觀念轉變和殖民勢力作用的複雜性的展現，提供了有力的證據。[28] 楊念群的《再造「病人」：中西醫衝突下的空間政治（1832-1985）》（2006），分時段從現代「帝國」的殖民品格、「地方性」的確認和重構、「現代傳統」的實踐作用三個方面來梳理主要源自西方的現代醫療衛生機制，在近現代是如何植入中國社會的，揭示其中蘊含的政治和社會的運作機制，呈現現代中國進行構造和建設任務的一個重要步驟。[29] 胡成在〈檢疫、種族與租界政治——1910 年上海鼠疫病例發現後的華洋衝突〉一文中，討論了 1910 年上海鼠疫發生引起的圍繞檢疫救治措施展開的不同種族不同階級之間的角逐和互動，從中體現歷史主體的多元，看到了「次屬群體」——華人精英的「日常反抗」。[30] 梁其姿的 Leprosy in China: A History （2009）通過對於麻風的病因、醫治方法以及社會觀念的整理，從中分析了民國時期中國人如何由此受到殖民主義影響而進行的國族建構。[31]

後殖民主義和「新社會史」同樣給舊有的課題——中國醫界和中國政府在現代醫學發展中的表現帶來啟示。在醫學知識方面，吳章（Bridie J. Andrew）從西醫「中國化」和中醫「現代化」雙向角度討論 1895 至 1937 年之間的中國醫學變遷，認為在「救亡圖存」的大勢中，西醫知識順勢而起，結合中國國情被塑造成「現代化」的要素，向外推銷，而西醫群體也因此在現代政權中爭得了合法且主

28 Rogaski, Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China.

29 楊念群《再造「病人」：中西醫衝突下的空間政治（1832-1985）》。

30 胡成〈檢疫、種族與租界政治：1910 年上海鼠疫病例發現後的華洋衝突〉，見《近代史研究》，2007 年第 4 期，頁 74-90。

31 Angela Ki Che Leung, Leprosy in China: A History (New York: Columbia University Press, 2009).

導的地位；中國傳統醫學則通過選擇性吸收西醫的體制、理論和技術逐步將中醫「科學化」。[32] 魯大偉（David Luesink）從 1915 年 -1927 年的醫學名詞審查事件著手，考察西方醫學如何在中國各種西醫人員的協調和改造下成為中國知識的正統，帶來醫學知識的現代化。[33] 慕景強《西醫往事：民國西醫教育的本土化之路》（2010）梳理了民國西醫高等教育的歷史。[34] 在醫界群體方面，尹倩和徐小群都著眼醫界團體，前者以上海為主要考察地區專門探尋民國時期醫師群體的專業化進程及其給近代社會帶來的影響。[35] 後者把民國的西醫群體和會計師、律師放在一起，討論現代化過程中促成的新興社會階層，通過其展現城市社會的多樣性和政治的複雜性。[36]

醫界和政府互動方面，雷祥麟改變以往單純重視西醫和政府的關係，轉而討論中醫和政府的關係，揭示出中醫的另一種「現代化」——中醫學習西醫，通過爭取民國政府來保留、改革中國醫學，並在這種方式下最終被「現代化」，重組入以西醫模式為主導的國家醫學體系中。[37] 葉嘉熾（Yip Ka-che）討論了南京國民政府衛生部門戰前建構現代醫療和教育體系過程的努力及其失敗的原因。[38] 高晞則論述了 1930-1949 年之間國家醫療體系——公醫制度構建的波折。[39]

所有的這些研究都反映出，民國時期雖然醫學的現代化，和前期相比有了較大的進展，但是整個過程始終是充滿艱辛和曲折的。同時這些研究中的大多數，在不同的場合提到了西醫群體中存在著以不同國別教育出身為區分的派別——英

32 Andrew, “The Making of Modern Chinese Medicine, 1895-1937”.

33 David Nanson Luesink, “Dissecting Modernity: Anatomy and Power in the Language of Science in China” (Ph.D. diss., The University of British Columbia, Vancouver, 2012).

34 慕景強《西醫往事：民國西醫教育的本土化之路》（北京：中國協和醫科大學出版社，2010）。

35 尹倩《民國時期的醫師群體研究（1912-1937）：以上海為中心》，博士學位論文，華中師範大學中國近代史研究所，2008 年。

36 徐小群《民國時期的國家與社會：自由職業團體在上海的興起，1912-1937》。

37 Lei, “When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949”.

38 Yip, Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937.

39 Gao, “Between the State and the Private Sphere: The Chinese State Medicine Movement, 1930-1949”.

美派和德日派。吳章、雷祥麟，包括之前的趙洪鈞都是在中西醫鬥爭中，指出中國西醫根據自己所受不同國別的醫學教育，劃分成不同勢力，其中最大的兩個勢力是德日派和英美派。但是吳章認為德日派和英美派在 1930 年走向了統一，[40] 且三人都沒有進一步討論這些派別的存在有什麼影響。慕景強在西醫教育中講到德日派和歐美派的鬥爭，因為作者專注于教育，所以認為兩派的矛盾「僅限於醫學教育領地的競爭」。[41] 魯大偉在指出了英美派和德日派醫師之外，還分析了兩個派別的源頭，英美和日本醫學，從而解釋了兩派在知識上的分歧和調和情況。論文的重點是醫學知識的變遷，而沒有提到與國家和社會的互動。尹倩不僅提到西醫中存在不同國別教育系統的派別，還指出其他形式的團體畛域，而且這種門戶林立在中醫中也存在。遺憾的是尹倩沒有進一步介紹這一現象的具體影響，而且也錯誤地認為代表德日派和歐美派的兩大勢力——中華民國醫藥學會和中華醫學會在 1932 年合併。[42] 除了上述的研究，還有很多回憶錄提到了西醫派別的政治鬥爭。[43] 這些派別畛域是否確實存在，為什麼會產生，分歧在哪裡，有什麼樣的影響，還是如慕景強等人所說，矛盾僅僅限於醫學知識、醫界團體內部或者政府職位？

徐小群雖然沒有指出民國西醫群體存在派別鬥爭，但在民國中西醫鬥爭介紹中提到了一個細節，即在西醫要求政府規範醫學職業、廢除中醫的呼聲中，1929 年衛生部公佈了《醫師暫行條例》，出人意料的是西醫中的一些團體也反對這一條例，最終造成該條例在上海並沒有實際執行。[44] 葉曉青在 2001 年的一篇文章

40 Andrew, “The Making of Modern Chinese Medicine, 1895-1937”, pp.142.

41 慕景強《西醫往事：民國西醫教育的本土化之路》，頁 41，226。

42 尹倩《民國時期的醫師群體研究（1912-1937）：以上海為中心》，頁 69。尹倩〈分化和融合：論民國醫師團體的發展特點〉，見《甘肅社會科學》，2008 年第 2 期，頁 22-27。

43 例如金寶善〈舊中國的西醫派別與衛生事業的演變〉；傅惠、鄧宗禹〈舊衛生部組織的變遷〉，見政協北京市委員會文史資料研究委員會編《文史資料選編》第 37 輯（北京：北京出版社，1989），頁 253-277；松濤〈「德日派」與同德醫學院〉，見《上海灘》，1988 年第 11 期，頁 42-43；熊秉真訪問《楊文達先生訪問記錄》（臺北：中央研究院，1991），頁 100-101，104。

44 徐小群《民國時期的國家與社會：自由職業團體在上海的興起，1912-1937》，頁 146-147。

中指出，不僅是 1929 年的《醫師暫行條例》受到了西醫的反對，1931 年的《西醫醫師考試條例》和 1932 年的《醫師變通給證辦法》均遭到了西醫的抵制，從而沒有認真執行過。葉曉青進一步認為國民政府衛生部門沒有能力團結西醫，也就更不可能廢除中醫。[45] 雷祥麟也曾提及因為不同語言體系培養的西醫無法形成共識，影響了醫生責任的界定和醫學權威的確立而引發了一件醫訟。[46] 還有高晞，她認為在公醫制度具體執行方案的確定中，民國西醫界的精英莫衷一是，導致民國政府一直沒有能夠將公醫制度很好地付諸實踐，也因此沒有有效地在全國推進醫學的現代化。[47] 由此可見，西醫內部不僅的確存在不同的聲音，而且這些不同的聲音阻礙了政府衛生部門規範醫學從業資格和社會醫療體系的確立。那麼除了這兩方面，西醫內部的分歧是否同樣存在於其他問題上，從而在更大範圍內對中國現代醫學的發展起到作用？這些分歧和前面幾位學者所說的英美派和德日派是否有聯繫？其不同意見或者門戶樊籬是否會隨著不同場合和階段發生改變？

羅芙芸提醒我們不同的殖民者給中國的公共衛生建設帶來了不同的殖民做法和經驗。[48] 脫胎於殖民主義知識霸權下的中國西醫，是否因為受到不同國家醫學教育，就此產生了德日派、英美派之類的區別？研究表明在現代醫學的發展中，政治扮演著重要的角色，政府是改變傳統，催生現代醫學的重要力量之一。[49] 葉嘉熾雖然也僅在教育系統中提及西醫存在英美派和德日派，但是他另外指出南京國民政府衛生部門在 1937 年之前試圖建設全國性的現代衛生體系中，受到了不同外國機構的影響，造成決策上的困難。以洛克菲勒基金會為代表的力量要

45 Xiaoqing Ye, “Regulating the Medical Profession in China:Health Policies of Nationalist Government,” in Historical Perspectives on East Asian Science, Technology, and Medicine, ed. Alan K.L. Chan, et al., (Singapore: Singapore University Press & World Scientific, 2002).

46 雷祥麟〈負責任的醫生與有信仰的病人——中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，頁 69。

47 Gao, “Between the State and the Private Sphere: The Chinese State Medicine Movement, 1930-1949”.

48 Rogaski, Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China,pp.9-10.

49 Hormoz Ebrahimnejad, ed., The Development of Modern Medicine in Non-Western Countries : Historical Perspectives (London; New York: Routledge, 2009),pp.2-3.

求在中國推廣美國模式，以提高醫學人員的素質為重；而以國聯為代表的力量建議中國應首先滿足廣大人民當前的醫療需要，增加醫學人員的數量。兩種外力的糾纏，加上中國內部的阻力（政治鬥爭、預算缺乏、農村貧困、中醫），使得衛生部門在 1937 年無法將其規劃的現代醫療衛生體系付諸實踐。但是葉嘉熾沒有將他筆下的這種外力和教育中的派別聯繫起來，沒有說明教育中的派別是否和外力作用有關，影響了中國西醫的立場，共同造成了民國政府在發展現代醫學設計中的困難。高晞在民國醫學精英構建公醫制度中明確提到了中國西醫模仿德國模式、英美模式、傳統模式、蘇聯模式，但是反而忽略了葉嘉熾提到的國聯和洛克菲勒這樣的外力，同樣沒有涉及中國西醫內部和外力的互動。[50]

由此可見，在民國現代醫學發展的過程中，西醫內部分歧的影響還有待研究。此外，以上研究還有一個共同的缺點，即對 1937 年之後中國醫學情況研究的欠缺。戰時中國的醫學研究並不是一塊處女地。例如，慕景強和 John R. Watt 對戰時的醫學教育有著一定研究。[51] 高晞的公醫制度研究也覆蓋了戰時階段。[52] 在對一些醫療組織的歷史研究中也存在著對戰時情況的介紹，例如中國紅十字會。[53] 政府方面，AnElissa Lucas 在 1980 年的著作中有所涉及，近期 Kim Taylor 的著作也有部分戰時情況的研究。[54] 這兩部作品的共同特點是偏向於戰時中國共產黨地區的醫療發展研究，以對比 1949 年前後的異同，所以對國民政府的部分介紹不多。Nicole Elizabeth Barnes 近期的成果大大更新了該階段的研究狀況。

50 Gao, “Between the State and the Private Sphere: The Chinese State Medicine Movement, 1930-1949”.

51 慕景強《西醫往事：民國西醫教育的本土化之路》；John R. Watt, Public Medicine in Wartime China:Biomedicine, State Medicine, and the Rise of China's National Medical Colleges, 1931-1945 (Boston, MA: Rosenberg Institute for East Asian Studies at Suffolk University, 2012).John R. Watt 的戰時醫學概念是從 1931 年日本入侵東北開始算起的。

52 Gao, “Between the State and the Private Sphere: The Chinese State Medicine Movement, 1930-1949”, pp.144-160.

53 參考張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》（北京：中華書局，2007）；池子華《紅十字與近代中國》（合肥：安徽人民出版社，2004）；戴斌武《抗戰時期中國紅十字會救護總隊研究》（天津：天津古籍出版社，2012）。

54 Taylor, Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-63: A Medicine of Revolution.

她通過對 1937-1945 年戰時陪都重慶的公共衛生研究，論證戰爭對社會生活、公共衛生和醫學研究方面帶來了新的機遇，反駁舊觀念中認為戰爭打斷了 1928-1937 年國家重建，只有破壞沒有建設的觀點。[55] 然而總體而言，戰時中國醫學的研究，源於材料方面的困難，以及國共關係帶來的政治因素，始終是中國現代醫學發展研究中的薄弱環節，而且存在偏見，值得更多的關注。對於戰時醫學發展的研究，有助於完整地瞭解中國醫學現代化的發展，更為 1949 年以後醫學的發展提供線索。

綜上，中國西醫是民國現代醫學發展的主推手，而其內部常常意見不一，並集結成各種西醫派別和組織。當他們參與到民國現代醫學建構的整體佈局中時，其內部矛盾，對醫學發展的整體走勢，必然起到微妙而具體的作用。因此討論這些內部分歧、派別鬥爭和變化對於研究民國現代醫學發展具有重要的補充價值。現有的中國現代醫學發展研究中，民國西醫群體內部關係及其和政府的互動研究還存在不足。同時戰時醫學情況的研究也不夠充分。林可勝一直在英美接受現代醫學教育；回國之後任教於美國近代在華創辦的最著名的醫學校——協和醫學院，培養了一批現代醫學人才；曾擔任中國西醫三大團體之一中華醫學會的會長；和民國衛生部門負責人劉瑞恒關係密切，直接參與政府對國家醫療體制和醫學教育的規劃。1937 年戰爭爆發，林可勝是戰地救護的核心人物之一，並最終成為軍醫署署長。可以說林可勝在民國醫學現代化的諸多重要組織中扮演重要角色，活動的時間從 1924 直到 1949 年，從戰前持續到戰時階段，囊括了民國現代醫學發展的主要時期。林可勝通過自己的學識和培養學生，不僅帶動了現代醫學知識在中國的發展，而且林的經歷更是民國現代醫學發展中各種結構關係網絡運作的呈現。以林可勝個人活動的研究為「經」，與之相關發生的事情為「緯」進行討論，有助於進一步對民國西醫、西醫群體及其和政府互動關係進行解讀，幫助更為完整地解讀中國現代醫學發展的複雜曲折歷程。

55 Barnes, “Protecting the National Body: Gender and Public Health in Southwest China During the War with Japan, 1937-1945”.

第三節　林可勝研究的回顧

關於林可勝的專門研究可以主要分成兩個部分。第一個部分屬於回憶錄性質。其中當屬美國軍醫總監 George E. Armstrong 為其撰寫的悼文最為詳細。[56] 林可勝的同事、學生、下屬以及醫學界後輩很多人也寫過回憶和紀念林可勝的文章。例如張錫鈞、馮德培、劉永楙、周美玉、楊文達、王志均等人的著作。[57] 政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話說老協和》中協和學生也有數篇回憶性文章提及或者專門懷念林可勝。[58]《貴陽文史資料選輯》第 22 輯是林可勝領導的中國紅十字會救護總隊部專題，幾乎所用的文章都和林可勝有關。[59] 臺灣國防醫學院的校友刊物《源遠季刊》有關林可勝的回憶也不少。[60] 這類文章的優點是為後人提供了檔案中無法知道的關於林可勝在日常生活中的細節，以及當時人的看法，但是他們不可能對林可勝的一生都很瞭解，也存在一些道聽塗說和記憶錯誤的地方。

第二個部分是根據史料而寫的傳記。其中最有影響的是美國生理學會會長 Horace W. Davenport、熊秉真和曹育的研究。[61] Davenport 從專業的角度，對林

56 George E. Armstrong, “Robert Kho-seng Lim, Ph.D.: Doctor, Soldier, Patriot.” The ABMAC Bulletin 30, nos.7, 8 (July, August 1969):1-4.

57 劉永楙〈抗戰八年追隨林可勝先生的回憶〉，見《傳記文學》第 16 卷，1970 年第 1 期，頁 59-61；張錫鈞〈回憶中國生理學先驅林可勝教授〉，見《生理學進展》第 17 卷，1986 年第 2 期，頁 184-186；T. P. Feng, “Looking Back, Looking Forward,” Annual Review of Neuroscience, no. 11 (1988): 1-12; 熊秉真訪問《楊文達先生訪問記錄》；張朋園訪問《周美玉先生訪問紀錄》（臺北：中央研究院近代史研究所，1993）；王志均〈林可勝〉，見《科學家傳記大辭典》編輯組編《中國現代科學家傳記》第一集（北京：科學出版社，1991），頁 596-605。

58 政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話說老協和》（北京：中國文史出版社，1987）。

59 中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》（貴陽：政協貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會，1987）。

60 參考劉士永、郭世清〈林可勝（1897-1969）：闇聲晦影的中研院院士與國防醫學院院長〉，見《臺灣史研究》第 19 卷，2012 年第 4 期，頁 146，注釋 11。

61 Horace W. Davenport, “Robert Kho-Seng Lim,” in Biographical Memoirs, vol. 51, (Washingdon D.C.: National Academy of Sciences, 1980), pp.280-307; 熊秉真〈林可勝傳〉，見《國史擬傳》（臺北：國史館，1996），頁 123-146；曹育〈中國現代生理學奠基人林可勝博士〉，見《中國科技史料》，1998 年第 1 期，頁 26-41。

可勝前期在醫學研究方面的成就論述尤其詳細，包括在協和醫學院前後發表的文章內容，建立的實驗室、學會、期刊等，尤其是發表在國際上的研究成果記錄豐富；對後期林在戰爭中的工作敘述簡單。熊秉真使用了臺灣中央研究院近代史研究所的林可勝個人檔案，對林可勝進行了客觀評述，特別是充實了林可勝在戰時救護中做出的貢獻。曹育利用美國洛克菲勒檔案館的檔案將林一生主要事蹟進行了梳理，尤其是對林可勝在 1937 年之前在協和的工作有了更加詳細的介紹。由於臺灣中央研究院近代史研究所的林可勝個人檔案主要是 1945 年之後的材料，美國洛克菲勒檔案館中林可勝的檔案主要是 1937 年前和洛克菲勒有關的檔案，造成了熊秉真和曹育的研究分別注重在不同的時段，沒有互相參照對方的材料，也存在一些錯誤。[62] 劉士永和郭世清在整理臺灣國防醫學院歷史的過程中對林可勝的史料進行了整理，發表了目前為止最為詳細的林可勝生平介紹和研究評述，進一步厘清了林可勝職業生涯中一些爭議。[63] 由於只是作者研究臺灣國防醫學院的副產品，所以文中沒有增加更多原始資料，一些史實不能連貫，例如林可勝決定長期在協和工作和 1930 年英國醫學研究理事會對協和的負面評價之間的關係；對林可勝在紅十字會救護總隊和衛訓所遇到的困難也分析較少。另外，作者的立意只是在評價林可勝個人，沒有將林可勝放入民國，當做西醫群體中的一員進行考察。

除了對林可勝的專門研究以外，隨著對中國紅十字會研究興趣的提升以及大陸和臺灣為紀念紅十字會百年而大量整理資料，林可勝 1937 年之後領導的中國紅十字會救護總隊的研究，相對其他時段最富成果，尤其是 John R. Watt 和張建俅的研究。John R. Watt 對戰時林可勝的工作闡述不多，但卻最早指出了林可勝

62 例如熊斌真文章中說林可勝十四歲之前在廈門受中小學教育，和英國教授的女兒結婚。（熊秉真〈林可勝傳〉，頁 123，124。）曹育說林可勝的岳父名為「黃乃棠」，在英國時家中經濟苦難無法支付學費，決定參加抗日救護是因為在香港遇見了劉瑞恒等等。（曹育〈中國現代生理學奠基人林可勝博士〉，頁 27，34。）

63 劉士永、郭世清〈林可勝（1897-1969）：闇聲晦影的中研院院士與國防醫學院院長〉，頁 141-205。

辭去中國紅十字會救護總隊職務的多方面原因。[64] 張建俅在對抗戰時期國民政府救護體系「戰時三合一」的建構和運作的研究中，介紹了救護總隊部的工作，深入思考了林可勝在任職紅十字會救護總隊期間發生爭議的原因和深層意義，認為林可勝的人事矛盾潛藏著國民政府和民間團體對紅十字會的控制權之爭。[65] 池子華在對抗日時期紅十字會救護總隊的工作進行整理的過程中，有關林可勝的討論部分基本和張建俅重合。不同於張建俅探尋戰時救護體系中政府與民間團體之間的矛盾，池子華更關注林可勝個人的道路發展，指出「親共」的指控最終導致林可勝選擇辭去紅十字會救護總隊的職務。[66] 而在「親共」這一點上，張建俅卻認為林可勝「對於共產黨在救護總隊的活動並不知情」。[67] 戴斌武新近出版的《抗戰時期中國紅十字會救護總隊研究》是目前為止對該組織介紹最為詳細的著作，具有一定的史料參考價值。[68] 不過，以上三本中文研究都少有參考相關的英文原始檔案，即使在林可勝辭去救護總隊部職務這樣的重大問題上依然存在分歧。

綜合來看，建立在原始檔案之上對林可勝的研究並不多。即使利用了原始檔案，同時參考中英文兩方面原始檔案的研究者更少，而重要的幾種檔案又側重在不同時間段。紐約洛克菲勒檔案館保存的林可勝史料基本上集中在 1937 年之前，只限于林在協和以及和美國中華醫學基金會相關的部分。中央研究院近代史研究所的林可勝個人檔案主要集中在 1945 年之後；而且其中 1937-1940 年之間有 7 份長達數百頁的紅十字救護總隊英文半年報告，卻很少有人重視。雖然相應的中文版在戴斌武的著作中被引用，但是只有第 1 到第 5 次的報告，而且材料的總結和分析還有待加強。1937-1945 年之間林可勝的活動研究主要依靠貴州省和貴陽市的紅十字會救護總隊的檔案。然而由於期間林可勝一直較為獨立地開展工

64 John R Watt, “Public Health in Nationalist China: Robert Lim and the Chinese Red Cross Medical Relief Corps,” American Asian Review 8, no. 2 (1990): 55-70.

65 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 193-248。

66 池子華《紅十字與近代中國》，頁 318-356。

67 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 245。

68 戴斌武《抗戰時期中國紅十字會救護總隊研究》。

作，而且 1942 年就因為和紅十字會發生矛盾而辭職，外加戰亂，所以留下的相關記錄也不多。最值得提出的是哥倫比亞大學圖書館收藏的美國醫藥助華會的檔案（1937-1979），其中保存了大量林可勝戰時的信件、工作報告等，除了 John R. Watt 引用了幾條以外幾乎沒有人參考過。史料使用方面的缺陷，造成的結果是林可勝現有的生平依舊存在沒有厘清甚至空白的地方，得出的結論從而不夠客觀。

從角度上來講，對林可勝的評價和研究都相對孤立，沒有將其作為民國西醫群體中的一員進行思考。雖然描述出了林可勝的成就，但是在這些記錄中，只有林可勝一個主角，沒有看到背後更加豐富的群體、政治背景、歷史環境改變等方面；這些方面又反映了中國現代醫學發展中乃至中國近現代社會發展中的什麼問題。

第四節　研究問題與文章結構

鑒於以上，本文通過綜合利用美國洛克菲勒檔案館、哥倫比亞大學圖書館、臺灣中央研究院近代史研究所、貴州省和貴陽市檔案館等中英文檔案和回憶錄，首先對林可勝的生平和其對中國現代醫學的貢獻進行更為全面的考證和梳理。

其次，文章將林可勝視為民國西醫中的一員，置於民國現代醫學發展的歷史情境中，討論林可勝在中國發展現代醫學中遇到了哪些困難，困難產生的原因是什麼，有著什麼樣的代表性，在什麼樣的場合發生變化，借此反映出中國西醫內部的複雜關係，以及這種複雜關係對中國現代醫學發展帶來的影響。

論文除了前言（第一章）和總結以外，按時間順序，以 1937 年林可勝職業轉換為界限，主要分為兩個大部分。第一個部分從 1897-1937 年討論林可勝在民用醫學領域做出的貢獻和經歷的紛爭，該部分共包括三章。第二章從 1897 年到 1924 年，為林可勝的成長教育階段，主要介紹林可勝醫學知識和教育思想的養成。第三章從 1924 年到 1937 年，以林可勝在協和醫學院和生理學界的活動為主，分析英美式協和品質至上政策和林可勝對中國現代醫學做出的貢獻，以交代其醫

界領導地位的由來。第四章從 1928 年到 1937 年，為林可勝參與中國醫界和政府衛生組織的活動。展現出以林可勝為代表的一部分西醫從學院走出，在面對中國社會現實之後，在國家醫學衛生和教育體系的理念方面的改變。另一方面，通過林可勝在發展中國現代醫學的努力和遇到的困難，討論中國西醫內部，以受不同國別醫學教育而區分的派別，其產生和存在的原因以及影響。

第二部分從 1937-1949 年，討論林可勝在戰時醫學領域做出的貢獻和經歷的紛爭，該部分也有三章。第五章從 1937 年到 1942 年，圍繞林可勝領導中國紅十字會救護總隊和戰時衛生人員訓練所的工作，反映其在組織戰時醫護中促成了中國現代醫學的發展；同時介紹林在戰前無法進行的現代醫學教育設計，在戰時得以推行。第六章論述林可勝在救護總隊部和戰時衛生人員訓練所，與一些個人、醫療組織發生的矛盾，揭示出西醫內部矛盾在不同時期的轉換和影響。第七章講述 1944-1949 年林可勝正式領導政府軍隊軍醫組織改革的過程，顯示了西醫內部的又一次矛盾和統合，客觀上促成現代醫學版圖的拓展。第八章為論文的總結。

二、
中國醫學精英的養成

1933

第二章　中國醫學精英的養成

1897-1924 年是林可勝的成長和教育階段。這一階段的經歷決定了林可勝的職業和知識認同。通過對其家庭環境，特別是其父林文慶的人生軌跡的介紹將瞭解到林可勝職業選擇的原因。進入愛丁堡大學醫學院之後，通過對林可勝接受的教育和研究經歷的介紹，幫助理解其日後在中國發展生理學和醫學教育中的作為。

第一節　林可勝的家世

林可勝出生、成長于英屬海峽殖民地[1]的新加坡，在華人普遍沒有很高政治地位的年代，其父親林文慶通過獲得獎學金，在宗主國英國最優秀的大學取得醫學學位，逐漸成為社會精英，參政議政，為英屬海峽殖民地的華人開拓出一條新的「出人頭地」之路。林文慶的成功不僅鼓勵了當地的華人，更為其子林可勝後來的職業選擇起到了關鍵作用。

林可勝出生於 1897 年 10 月 15 日。他的曾祖父林瑪彭於 1839 年從祖居的福建海澄縣渡海來到檳榔嶼，娶當地的娘惹[2]為妻。獨子林天堯出生以後，全家便移居到新加坡直落亞逸街（Telok Ayer Street）。林天堯自小接受英文教育，曾在當地著名的英文書院新加坡書院就讀。[3]林瑪彭和林天堯都曾受雇於僑界巨賈章

1　海峽殖民地（Straits Settlements）指 1826-1946 年間英國在馬來亞的一個殖民地政權。它主要管轄馬來半島的三個重要港口，即新加坡、檳榔嶼和麻六甲。最初由英屬東印度公司管理，首府設於檳城，1832 年遷往新加坡。1867 年英國政府正式接管海峽殖民地，並將其劃入直轄殖民地之列，總督駐守於新加坡。

2　中國移民來到馬來亞地區，與當地土著結合誕下的後代，女子稱為娘惹（Nyonya），男子稱為峇峇（Baba）。

3　顏清湟〈林文慶與東南亞早期的孔教復興運動（1899-1911）〉，見《東南亞華人之研究》（香港：香港社會科學出版社有限公司，2008），頁 349。顏清湟原文說林天堯就讀萊佛士書院，不過 1868 年新加坡書院（Singapore Institution）才更名為萊佛士書院（Raffles Institution）。該書院是新加坡歷史最悠久的學校，新加坡無數名人出自該校。

芳琳，分別擔任酒莊司理和鴉片局副理，家境堪稱中上。[4] 章芳琳不但家財萬貫，而且於 1869 年因為福建省防務慷慨解囊，成為海峽殖民地第一位獲得清朝官銜的新加坡華人。[5] 耳濡目染中，林氏父子也殷殷期望自家未來能夠「出人頭地」。林天堯共有五子七女，第三子名為林文慶，1869 年出生，即林可勝的父親。

林文慶幼年在福建會館附設的書院習讀四書五經，後來進入政府英校，和當地很多的華人孩子一樣接受正統的英文教育，為以後有更廣闊的出路做好準備。1879 年林文慶進入著名的萊佛士書院。然而母親、祖父和父親的相繼過世，讓這個原本家道殷實的孩子差點輟學。幸運的是，林文慶得到了萊佛士書院校長胡列特（R.W.Hullett）和章芳琳的幫助，他不但順利完成了學業，並於 1887 年獲的女皇獎學金，前往蘇格蘭的愛丁堡大學攻讀醫科。[6]

女皇獎學金（Queen's Scholarships）最初被稱為高等獎學金（Higher Scholarships），由海峽殖民地總督史密斯（Cecil Clementi Smith）於 1885 年設立，以鼓勵海峽殖民地的教育，為有前途的學生提供前往英國高等學府學習的機會。後來為了紀念維多利亞女王，更名為「女皇獎學金」，每年只設兩個名額。最早獲得該項獎勵的是來自萊佛士書院的兩位歐亞混血兒 C.S.Angus 和 J.Aitken，他們分別選擇攻讀工程和法律專業。1887 年華裔少年宋旺相在甄選考試中拔得頭籌，但是因為年齡不夠，排名第二位的林文慶從而成為第一個獲此殊榮的海峽殖民地華人，同年的另一位獲得者同樣來自萊佛士書院，是位槟城的歐亞混血兒洛克（P.V.S.Locke）。這兩位少年不約而同地選擇了前往愛丁堡大學攻

4 Song Ong Siang, One Hundred Years' History of the Chinese in Singapore (Singapore: University Malaya Press, 1967), pp.169. 章芳琳（Cheang Hong Lim，1825-1892），祖籍福建漳州長泰縣，19 世紀後期新加坡的巨富和慈善家，主營鴉片和酒莊。

5 顏清湟〈清朝鬻官制度與星馬華族領導層（1977-1912）〉，見《海外華人史研究》（新加坡：新加坡亞洲研究學會，1992），頁 4。

6 參考新加坡武吉布朗（Bukit Brown，又稱咖啡山）林氏墓碑，林文慶祖父和父親去世的時間分別是「光緒五年」（1879 年）和「光緒十一年」（1885 年）。其他事蹟參考李元瑾《林文慶的思想：中西文化的匯流與矛盾》（新加坡：新加坡亞洲研究學會，1990），頁 22-23。

讀醫學，不久雙雙獲得了醫科學士和外科碩士學位。[7]

根據林文慶的第二任太太殷碧霞女士回憶，林文慶選擇修讀醫學的原因是父親林天堯在刮鬍子的時候割傷，血液中毒而亡。父親的去世對這個兒女眾多的家庭打擊非常大，因此林文慶覺得自己應該做個醫生。[8] 在愛丁堡大學學習期間，林文慶刻苦努力，成績優異，1892 年畢業時獲得一等榮譽學位。[9] 劍橋大學病理學系第一任主任羅伊（Charles S. Roy）看中林文慶的才華，邀請他到劍橋病理學實驗室工作。短短一年的研究工作之後，林文慶分別在 The Journal of Physiology 和 Philosophical Transactions of the Royal Society of London. 上發表了三篇文章，充分顯示了他在醫學研究上的潛力。[10] 然而家境所迫，1893 年林文慶放棄研究，回到新加坡，開設私人診所。因為醫術高明，診所收入頗豐。[11] 之後林文慶和愛丁堡大學畢業的同學合資，在萊佛士坊開辦了一家西藥房，名為「九思堂西藥房」（Kiu Su Tong Dispensary，後更名為 Sincere Dispensary）。

隨著經濟的穩定，林文慶逐漸開始參與很多社會文化以及其他商業活動，在海峽華人社群乃至海峽殖民地聲名鵲起。他發起領導「新馬孔教復興運動」；參與政府的全市健康調查；開闢馬來亞華人樹膠業；創辦《海峽華人雜誌》（The Straits Chinese Magazine）；建立新加坡第一所華人女子學校 Singapore Chinese

7 Siang, One Hundred Years' History of the Chinese in Singapore,pp.235; Lien-Teh Wu and Yok-Hing NG, The Queen's Scholarships of Malaya,1885-1948 (Penang: Penang Premier Press, 1949), pp.2,24.

8 Eng Hee Khor, "The Public Life of Dr. Lim Boon Keng" (B.A. Hons diss., University of Malaya, 1958),pp.3.

9 Wu and NG, The Queen's Scholarships of Malaya,1885-1948,pp.23; 李元瑾《東西文化的撞擊與新華知識份子的三種回應：邱菽園、林文慶、宋旺相的比較研究》（新加坡：新加坡國立大學中文系和八方文化企業公司，2001），頁 44。

10 William Bate Hardy and Boon Keng Lim, "On the Changes in the Number and Character of the Wandering Cells of the Frog Induced by the Presence of Urari or of Bacillus Anthracis," The Journal of Physiology 15, no. 1 (1893): pp.361-400;Boon Keng Lim, "On the Coelomic Fluid of Lumbricus Terrestris in Reference to a Protective Mechanism," Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B 186 (1895): pp.383-399;Boon Keng Lim, "On the Nervous Supply of the Dog's Heart," The Journal of physiology 14, no. 6 (1893): 466-482.

11 "The Chinese Seat in Council," The Straits Times, August 20 1895, pp.2.

Girl's School；籌設英王愛德華醫學院 The King Edward Medical School，義務為在該校教授藥物學和治療學；投資銀行業和保險業等。憑藉積極的社會活動，專業的知識技能、廣泛的社交以及出眾的口才，1895 年年僅 26 歲的林文慶成為殖民地立法會（the Straits Settlements Legislation Council）華人非官方議員，並且五度當選，在這個海峽殖民地政府設立的民意呈情機構服務長達 15 年。此外他還在市政委員會（Municipal Commission）和華民諮議局（Chinese Advisory Board）等部門任職。[12]

林文慶在海峽殖民地的成名，「突破過去以財富為主的舊領導模式」，[13] 讓海峽華人重新審視起一條原以為關閉了的道路——「學而優則仕」。

長久以來，華人離開家鄉，到海外定居，並沒有完全割斷了和故土的聯繫，儒家思想在內的很多文化傳統依舊影響著海外華人的生活。反映儒家等級制度的階級、宗族和家庭結構往往已經深深地根植於他們腦海中。一旦他們身居海外，聚居而成為一個社群時，他們很自然地把所身處的新社會視為一個等級森嚴的組織，移民們無可避免地將體會到個人在階級制度裡所占地位的輕重，因而渴望進入更高的階級。然而，新加坡從 1819 年萊佛士（Sir Thomas Stamford Bingley Raffles）前來開設商站，到 1824 年正式成為英國殖民地，1832 年又成為海峽殖民地的首府以來，商業氣氛濃厚。當地華人的階級流動並不受任何法律條文的限制，也不需要通過競爭性的考試制度。衡量和評估的標準是財富，有了財富之後，才能贏得他人的尊重，謀劃各種地位的象徵，進入更高的社會階層。[14] 在 1877 年到 1912 年之間，新馬兩地共有 295 名華人華僑擁有了清朝官銜，提高自身地位。其中只有 5 名，是通過科舉或者軍功而取得官銜，其它都是通過鬻官。[15] 另

12 林文慶在新加坡的活動參考 Khor, "The Public Life of Dr. Lim Boon Keng", pp.6-30. Siang, One Hundred Years' History of the Chinese in Singapore,pp.234-238.

13 楊進發〈十九世紀新加坡華族領導層〉，見《新馬華族領導層的探索》（新加坡：新加坡青年書局，2007），頁 19。

14 顏清湟〈新馬華人社會的階級結構與社會地位流動（1800-1911）〉，見《從歷史角度看海外華人社會變革》（新加坡：新加坡青年書局，2007），頁 41。

15 顏清湟〈清朝鬻官制度與星馬華族領導層（1977-1912）〉，頁 7-8。

外一條提升社會地位的道路是致富以後參與海峽殖民政府管理。但是海峽殖民的行政機構一直以來都是英國人的天下，華人被拒之門外。[16] 一直到 1934 年金文泰總督（Sir Cecil Clementi）成立海峽殖民地行政機構，才接受亞洲英籍民充當較低級的文官。[17]

不過 19 世紀時，已有僑領被殖民當局舉薦為海峽殖民地立法議會的非官方代表，開始在新加坡政壇上嶄露頭角。其主要任務是向殖民政府陳訴海峽殖民地內各民族人士的民意，同時批評或者反對政府提出的議案。胡亞基是第一位受薦舉為立法議會非官方代表的華人，時為 1869 年。20 世紀之前，在立法議會中服務的這些僑領，大多為接受英文教育，並且足夠富有。1895 年當林文慶被提名時，殖民地總督猶豫不決，一方面認為林文慶年紀輕，另一方面正是因為其不夠富有。[18] 然而林文慶後來的表現征服了總督，並且接下來的 12 位華人立法議員，有一半都和林文慶一樣，不是律師就是醫生訓練出身，具有專業學識，而不是依賴財富。[19] 林文慶和這些華人議員成功躋身殖民地政壇，為海峽殖民地華人重新打開了「學而優則仕」的道路。1885-1910 年之間一共有 16 名華人獲得女皇獎學金，他們無一例外地選擇修讀醫學和法律。1904 年的女皇獎得主林源清，本來的志願是修讀工程，但是接受了父親的勸告，改讀醫學。[20]1937 年的女皇獎得

16 Gungwu Wang, “Traditional Leadership in a New Nation: The Chinese in Malaya and Singapore,” in Community and Nation, Essays on Southeast Asia and the Chinese, (Singapore: Published for the Asian Studies Association of Australia by Heinemann Educational Books (Asia), 1981), pp.160,162.

17 楊進發〈新馬華族領導層的探索〉，見《新馬華族領導層的探索》（新加坡：新加坡青年書局，2007），頁 340-341。

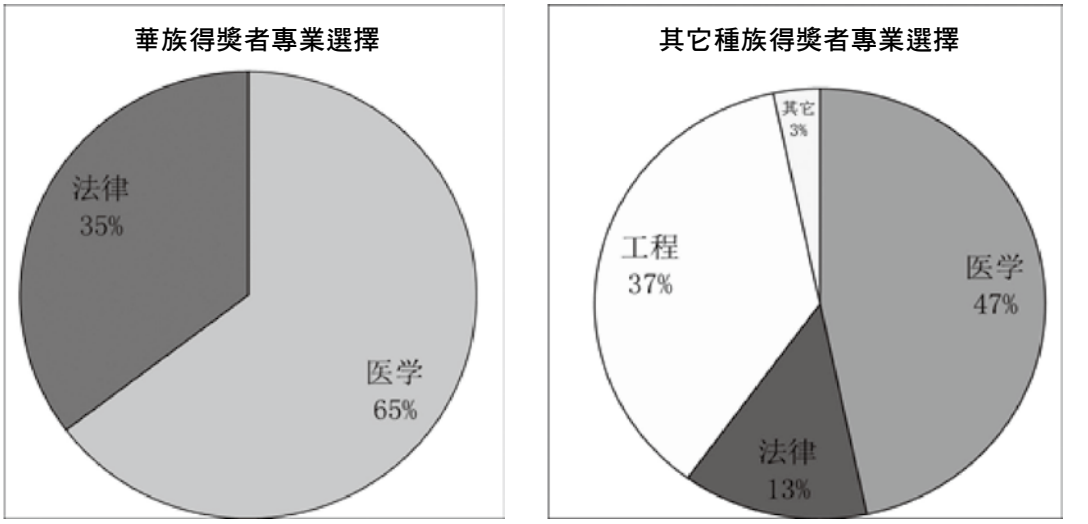
18 “The Chinese Member of Council,” The Straits Times, August 22 1895, pp.2; “The Chinese Seat in Council,” pp.2.

19 從林文慶第一次卸任立法會議員（1903 年）之後到 1942 年，擔任立法會議員的 12 位華人分別是陳若錦、李浚源、宋旺相（律師、女皇獎得主）、陳禎祿、楊元續（律師、女皇獎得主）、柯孟淇、陳祀仁（律師、女皇獎得主）、林清淵（律師）、黃瑞朝（律師）、邱善佑、林漢河（醫生）、鄭連德。（參考 Grace Beng Imm Chia, “Asian Members of the Straits Settlements Legislative Council, 1908-1941” (B.A. Hons diss., University of Malaya, 1960).

20 Wu and NG, The Queen's Scholarships of Malaya,1885-1948,pp.28.

主林蒼祐，也是因為從小將林文慶當成榜樣，後來選擇愛丁堡大學學習醫學。[21]

圖 1：1885-1910 年女皇獎學金得主專業選擇對比



資料來源：Lien-The Wu and Yok-Hing NG. The Queen's Scholarships of Malaya, 1885-1948. Penang: Penang Premier Press, 1949.pp.9-11.

除了活躍在海峽殖民地的政壇，林文慶也非常留心中國的政治改革。曾因為同情戊戌維新，邀請康有為南來；曾經代表海峽華人向來訪新加坡的醇親王載灃致辭；在新加坡中國領事館為肅親王的兒子教授英文；前往北京肅親王主管的內務部擔任醫務顧問；代表清政府先後出席歐洲召開的國際醫學會議。他還加入同盟會，在新加坡幫助庇護孫中山。1911 年林文慶隨孫中山同船回到中國，擔任孫中山的機要秘書和醫官，被任命為中華民國第一任衛生部長。[22]

21 Lim Kok Ann's Unpublished Autobiography ([cited September 26 2012]); available from http://limkokann.blogspot.sg/2008.08.01.archive.html. 林國安（Lim Kok Ann）是林文慶的孫子，其三子林可能的兒子，也是女皇獎的得主。

22 "Singapore's Grand Old Man Dies," The Straits Times, January 2 1957, pp.1,7; Khor, "The Public Life of Dr. Lim Boon Keng", pp.31-36;Lien Teh Wu, "Lim Boon Keng: Scholar, Linguist and Reformer," The Straits Times, January 7 1957, pp.6; 李元瑾《東西文化的撞擊與新華知識份子的三種回應：邱菽園、林文慶、宋旺相的比較研究》，頁 277-279。

在頻繁的社會活動中，林文慶結識了維新志士黃乃裳，更於 1896 年 12 月 29 日和黃乃裳的長女黃端瓊喜結良緣。包括副總督瑞天鹹（J. A. Swettenham）在內的很多華洋社會名流出席了兩人的結婚典禮。[23] 第二年 10 月 15 日，兩人的長子誕生，取名可勝。

黃端瓊的父親黃乃裳舉人出身，黃端瓊本人幼時跟隨父親習讀中文，後在中國教會學校學習英文，並曾在英美國遊學，可謂通曉中英文。[24] 林文慶英文教育出身，而在 19 世紀末對華文和中國傳統文化，特別是儒學產生了極大的興趣，在海峽華人中推行學習華語運動。[25] 在這樣環境下長大的林可勝，原本應該受到中西文化的雙重薰陶，然而 1905 年 12 月 21 日黃端瓊因為肺炎不幸病逝，[26] 留下四個年幼的男孩。也許是因為無力照顧，也許是因為準備再婚，[27] 身為長子的林可勝被父親託付給西藥房的一位蘇格蘭藥劑師友人，年僅 8 歲即遠離了海峽殖民地以及中國，前往蘇格蘭求學，客觀上造成了林後來中文水準很低，生活方式和思維基本西化。雖然年幼離家，但父親一直是林可勝的驕傲和人生座標，其影響始終伴隨在林可勝身邊。

23 “Marriage of Lim Boon Keng,” The Straits Times, December 30 1896, pp.2.

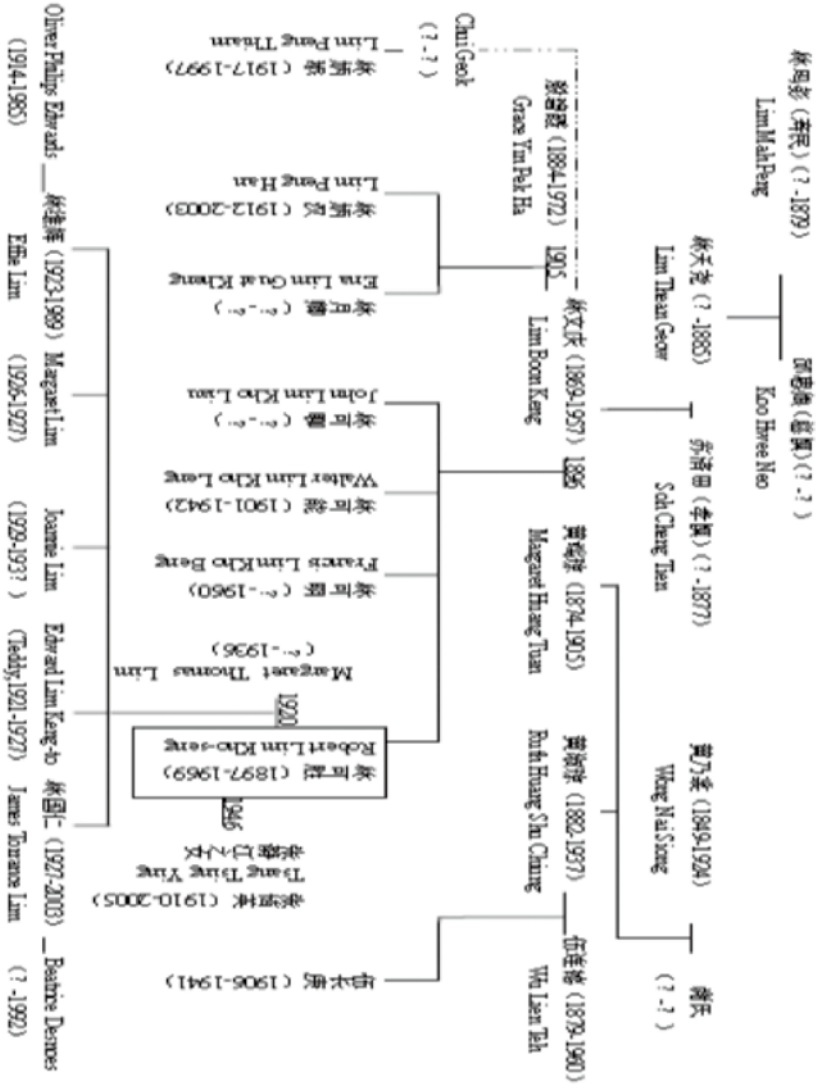
24 Ibid., pp.2.

25 Khor, “The Public Life of Dr. Lim Boon Keng”, pp.30-34; 李元瑾《東西文化的撞擊與新華知識份子的三種回應：邱菽園、林文慶、宋旺相的比較？究》，頁 251。

26 “Death of Mrs. Lim Boon Keng,” The Straits Times, December 21 1905, pp.5. Martha M. Pickrell, “Interview with Mrs. Tsing-Ying Tsang Lim, July 13, 1994”, 中央研究院近代史研究所《林可勝檔》19001501。

27 Lim Kok Ann’s Unpublished Autobiography ([cited).

圖 2：林可勝主要家庭關係圖



資料來源：主要根據新加坡武吉布朗（Bukit Brown，即咖啡山）林氏家族墓碑；Lim Boon Keng: A Life to Remember 1869-1957 (Singapore: National Library Board, 2007); PUMC Weekly Calendar 1927 No.2&8; 洛克菲勒檔案館檔案（folder 890&891, box 123, China Medical Board(CMB) Inc., Rockefeller Foundation Archives (RF), Rockefeller Archive Center（RAC））; “Personal Data”, 中央研究院近代史研究所《林可勝檔》16003030;Laura Tanna, One-on-One with James Torrance Lim Part One - Extraordinary Childhood in the Far East ([cited October 8 2012], available from http://jamaica-gleaner.com/gleaner/20021021/news/news1.html.) James Torrance Lim 即林國仁，林可勝的兒子。

第二節　歐美求學

8 歲開始林可勝在蘇格蘭接受教育，27 歲前往中國。在這將近 20 年時間裡，林完全接受的是英美教育。此時的英美醫學代表著現代醫學最先進的力量之一，林可勝在此學習到了世界前沿的生理學知識和研究方法，養成了科學和民主的價值觀，也在和西方世界的接觸中表現出了自己的種族認同。

進入愛丁堡大學醫學院

受林文慶委託，帶林可勝離開新加坡，並照顧他的蘇格蘭藥劑師，同時也是巡迴佈道士，林可勝跟隨他輾轉了蘇格蘭各地，1911 年進入沃森男校（George Watson College）就讀，該校是愛丁堡大學的預科學校。[28]1913 年林可勝「不負父望」，通過英語、拉丁、法語和數學考試進入愛丁堡大學醫學院。[29] 在專業選擇上，林可勝曾一度想成為畫家，但是在父親的勸說下，林可勝和當時海峽殖民地很多華人女皇獎得主一樣，選擇了醫學。不過繪畫的愛好，被他保留了下來。美國生理學學會的會長 Horace W. Davenport 在給林可勝立傳的時候曾經高度評價過林論文中的手繪插圖，認為專業而且精美。[30] 中國科學院院士王志均回憶林可勝「能用雙手在黑板上作圖，既快又好，深得同學敬慕。」[31] 在顯微鏡照相技術還不發達的 20 世紀上半葉，[32] 精良的繪畫技術有利於觀察對比和分析，對於醫學的研究，幫助頗大。

---

28 Martha M. Pickrell, “Interview with Mrs. Tsing-Ying Tsang Lim, July 13, 1994”, 《林可勝檔》19001501。

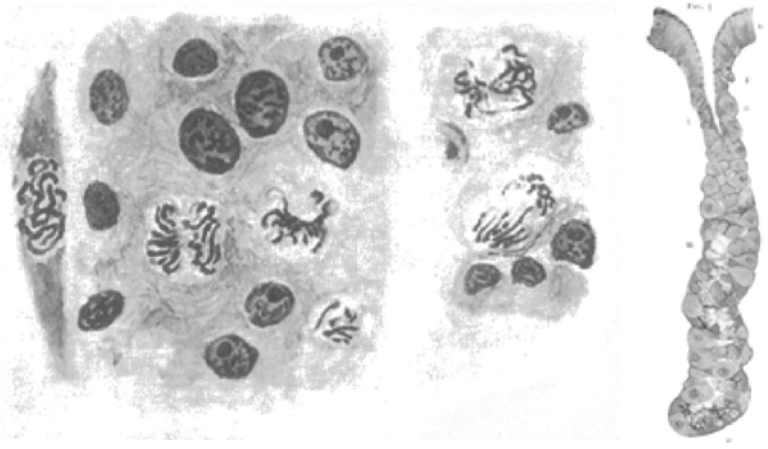
29 Graduates in Medicine 1919, Da 43, Centre for Research Collections, Edinburgh University Library.

30 Davenport, “Robert Kho-Seng Lim”, pp.283.

31 王志均〈林可勝：中國近代生理學的奠基人〉，見《生物學通報》第 29 卷，1994 年第 1 期，頁 41。

32 顯微鏡照相技術（photomicrography）被認為最早於 1802 被提出。1830 年代出現了第一張顯微照片。1844 年法國醫生 Alfred Francois Donne 出版了第一本顯微解剖圖集。19 世紀末 20 世紀初科勒（August Kohler）多次改進顯微鏡照相的照明技術，解決了照明不均勻的問題，提高了成像解析度。1930 年代以後顯微鏡照相設備才真正日趨成熟，1953 年左右三目顯微鏡面世，成為現代通行的顯微鏡照相設備。參考 Normand Overney and Gregor Overney,

圖 3：林可勝的手繪插圖——蝌蚪的甲狀腺和貓的胃腺管



資料來源：R.K.S. Lim, “The Histology of Tadpoles Fed With Thyroid”, July 28,in Experimental Physiology, 12(1920) : 308.Robert K. S. Lim, “The Gastric Mucosa”, in Quarterly Journal of Microscopical Science, 66(1922) : 212.

林可勝入讀的愛丁堡大學醫學院，於 1726 年創建，是一所原本由執業醫師教授醫學知識的學院，教師們靠學生學費和個人行醫謀生。[33] 第一任院長是門羅（Alexander Monro primus）。他的老師，著名的「床邊醫療」（Bedside Medicine）提出者布林哈夫（Hermann Boerhaave），是開創現代臨床教學系統的醫學家，在 18 世紀初年將荷蘭萊頓大學醫學系變成整個歐洲乃至全世界學習醫學的人們最嚮往的地方之一。[34] 作為布林哈夫的學生，門羅將老師的理念從

“The History of Photomicrography”, in Micscape, 173 (March 2010) (3rd Edition, March 2011), accessed October 4, 2012, http://www.microscopy-uk.org.uk/mag/artmar10/go-no-history-photomicro.html.

33 Christopher Lawrence, Rockefeller Money, the Laboratory, and Medicine in Edinburgh, 1919-1930: New Science in an Old Country (Rochester, NY: University of Rochester Press, 2005),pp.109.

34 「床邊醫療」（Bedside Medicine）指的是在病床前診療、觀察和教學，是 19 世紀法國醫院「臨床醫學」（Clinical Medicine）的前奏，布林哈夫也因此被稱為臨床醫學的奠基人。（Mary Lindemann, Medicine and Society in Early Modern Europe (Cambridge: Cambridge University Press, 2010), pp.164.）

荷蘭帶到了蘇格蘭，並通過家族三代的努力，在愛丁堡大學打造了一個解剖學王朝，他編寫的教科書《人體骨骼解剖》（The Anatomy of the Human Bones），先後出版 11 次，可見其影響之大。此外合理的學費、受到重視的醫學院、臨床講座、成功的校外教學、活躍的學生社團以及有「北方之雅典」之稱的自由文化風氣，使得以愛丁堡大學醫學院為代表的蘇格蘭醫學院校在 18 世紀中期達到全盛。它們取代了荷蘭的大學，成為那些不想去，或因經濟、宗教限制、缺乏門路而不能去牛津劍橋求學，卻胸懷大志的學生的最佳去處。愛丁堡大學醫學院培養和吸引來了全世界眾多出色的醫學工作者。日後，這些人，特別是在英語國家的醫學和相關領域中，發揮了舉足輕重的作用，例如蘇格蘭文藝復興的重要人物和當時英語國家裡最有影響力的醫學教授威廉．卡倫（William Cullen）、潛熱和二氧化碳的發現者布拉克（Joseph Black）、在美國率先興辦醫學教育的摩根（John Morgan）、創立了倫敦醫師協會的南森（John Coakley Lettsom）、美國《獨立宣言》簽署者班傑明．拉什（Benjamin Rush）、利用檸檬汁等新鮮果蔬治療和預防壞血症的英國皇家海軍衛生奠基人和改革者林德（James Lind）和布蘭（Gilbert Blane)、發表《物種起源》的達爾文、發現並將氯仿用於手術麻醉的辛普森（James Young Simpson）、外科手術消毒技術的發明者和推廣者李斯特（Joseph Lister）以及塑造了福爾摩斯的柯南道爾。中國第一位留英醫學博士黃寬和《泰晤士報》駐華記者莫理循（George Ernest Morrison）也都是出自這所著名大學的醫學院。[35]

進入愛丁堡大學醫學院的第一年，林可勝學習了醫學的基礎課程：物理、化學、動物學、植物學和解剖學等九門課程，其中化學和動物學掌握得最好，動物學的口試部分甚至拿到了 90 分。[36]

35 A. Doig and Royal College of Physicians of Edinburgh., William Cullen and the Eighteenth Century Medical World (Edinburgh: Edinburgh University Press, 1993),pp.40-55;Mark Weatherall, Gentlemen, Scientists, and Doctors: Medicine at Cambridge 1800-1940 (Rochester, N.Y.: Boydell Press; Cambridge University Library, 2000), pp.11; 威廉 ．F． 拜納姆著，曹汝芬譯《19 世紀醫學科學史》，頁 4。

36 Graduates in Medicine 1919, Da 43, Centre for Research Collections, Edinburgh University Library.

第一次世界大戰爆發之後，17 歲的林可勝自願參軍，加入英軍，分配在駐法的印度軍醫院，給外科醫生擔任助手，並且負責訓練新人。一些年輕的印度軍醫人員不願被一名「中國小子」命令，所以聯合起來反對他。[37] 於是林可勝回到了學校，跟隨享有世界聲譽的生理學家愛德華·沙佩謝弗爵士 (Sir Edward Sharpey-Schafer, 1850-1935）學習生理學、病理學和藥物學。因為戰事傷亡很大，林可勝後來又回到了戰場，但沒有去前線，而是加入了軍樂隊。[38] 不久，林可勝重新回到愛丁堡繼續學習醫學。從 1917 年開始，在生理學系擔任助教，並以本科生的身份在生理學實驗室工作，接受謝弗爵士的指導。1918 年林可勝在 Proceedings of the Royal Society of Edinburgh 上發表了兩篇有關濱蟹（shore-crab）呼吸的實驗生物學論文，從此開始了他的學術之路。

現代生理學的發展

本科畢業之後林可勝開始了他的生理學研究之路。1919 年 7 月林可勝順利拿到了醫學學士和外科學士學位（M.B&Ch.B），隨後在謝弗爵士門下修讀生理學研究生課程。因為表現優秀，林同時在生理學系擔任講師，講授細胞組織學和生理學。[39]

「生理學」（physiology）一詞起源于希臘文，意思是對自然的研究，現在用來指對生物有機體及其各組成部分正常功能活動規律的研究。如果要尋求醫治疾病，必然要求對疾病產生機制和人體正常功能的知識有所瞭解，因此生理學被當做醫學的理論基礎之一。[40] 時至今日諾貝爾獎項都稱為「生理學或者醫學」（“The Nobel Prize in Physiology or Medicine”）。

現代生理學發展的基礎被認為是由 17 世紀哈威奠定的，他通過解剖發現了

37 Davenport, “Robert Kho-Seng Lim”, pp. 282-283;Siang, One Hundred Years’ History of the Chinese in Singapore,pp.237.

38 Martha M. Pickrell, “Interview with Mrs. Tsing-Ying Tsang Lim, July 13, 1994”,《林可勝檔》19001501。

39 Robert KS Lim to Roger S Greene, October 20,1922, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

40 朱大年《生理學》（北京：人民衛生出版社，2008），頁 1。

血液循環的規律，更新了人類對機體功能的認知。解剖從此成為推斷人體生理功能的主要手段，不過單純解剖屍體並不能完全解釋生物有機體的神經、消化循環等問題。18 世紀以後，數學、物理、化學知識進入了生理學研究，顯微鏡、聽診器等設備的應用使得醫生可以進行「床邊」觀察、統計、推斷以及通過實驗的方法研究生理學。[41] 19 世紀上半葉法國的生理學研究處於領先地位，馬讓迪（Francois Magendie）和伯納德（Claude Bernard）確定了生理學研究的系統科學方法——觀察現象，然後建立局部活體解剖結構，通過手術改變該結構以研究效果。不過依然以醫院及太平間為主要場所學習臨床醫學的法國生理學，到了 19 世紀中期，由於沒有廣泛建立新型實驗室，而逐漸被由國家和大學扶持的德國實驗室醫學趕超，醫學生紛紛到德語國家的大學完成他們的學業。[42]

英國的醫學生也湧入德國，將先進的實驗室醫學帶了回來，但在維多利亞時期英國開展醫學研究的科研機構規模一直不大。英國的醫學主要是培養私人開業醫師，側重應用性醫學，大學的科研成果有限，也甚少得到政府資助。英國公眾對活體解剖敵視，通過 1876 年《動物虐待法》致使以實驗室為手段的現代生理學在英國的發展更加舉步維艱。[43] 不過依然有一些研究者頂住壓力或想方設法另闢蹊徑，特別是在倫敦大學學院（University College London）、愛丁堡大學醫學院和劍橋大學，生理學家們依舊創造出了良好的成果。例如辛普森、李斯特、發現世界上第一種激素並提出「激素」概念以及「心臟定律」（“Frank-Starling law of the heart”）的斯塔林（Ernest Henry Starling）、肌肉產熱研究者希爾（A.V.Hill），以及確定神經系統功能的謝靈頓（Charles Scott Sherrington）。在教學上，德國老師會很好地解說和展示，但是因為對實驗要求很高，學生真正動手的機會只有等到研究生階段。而英國學生在 20 世紀初，化學和實驗方面得

41 Kenneth J. Franklin, A Short History of Physiology (London: Staples, 1949), pp.60-61.

42 Abraham Flexner, Medical Education: A Comparative Study (New York: The Macmillan Company, 1925), pp.10,35-39; 威廉 ・F・ 拜納姆著，曹汝芬譯《19 世紀醫學科學史》，頁 119。

43 羅伊伯特著，張大慶譯《劍橋醫學史》，頁 295-297。

到的常規練習普遍強過奧地利和法國，甚至超過德國。在愛丁堡大學，240 人一起上實驗課程，學生準備好各自的幻燈片，缺少的僅僅是空間和助教。雖然學生們不能達到嚴格進行神經和肌肉等生理學探究的程度，但是一切都井井有條且富有成效，每個學生完全自己動手操作、描圖、貼到書裡、記錄筆記。這種實驗課會持續兩個小時，而且實驗室全天開放，允許學生自由進出。[44] 1920 年代前後，愛丁堡大學醫學院在生理學、實驗室檢驗、會診等方面的成就顯著，代表著英國現代醫學的先鋒力量。[45]

從 1899 年起帶領愛丁堡大學醫學院生理學系的謝弗爵士——林可勝的導師，是「英國現代生理學之父」沙佩（William E. Sharpey）的學生，[46] 被認為是當時世界上最好的生理學家之一。他最初在組織學上很感興趣，然後轉而在肌肉收縮和內分泌學等方面享有了盛譽，發現了腎上腺素（adrenaline），並率先提出了胰島素（insulin）的概念。他是英國生理學會的元老，1913 年封爵，榮譽無數，編寫的很多教科書被奉為經典，例如 Essentials of Histology 一書在 1885-1954 之間出版了 16 次之多。[47] 謝弗爵士執掌愛丁堡大學生理學系主任三十多年，直到 1933 年退休卸任，在愛丁堡建立了自己的「獨裁生理王國」[48]。他素來強調生理學在醫學中的重要地位，看重實驗室研究，認為臨床醫學不再能作為知識來源，也不太看得起臨床醫師。[49]

44 Bonner, Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945,pp.291;Abraham Flexner, Medical Education in Europe: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (New York City: 1912),pp.122-124.

45 參考 Lawrence, Rockefeller Money, the Laboratory, and Medicine in Edinburgh, 1919-1930: New Science in an Old Country.

46 Bonner, Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945,pp.151,261-262.

47 Leonard Hill, “Sir Edward Albert Sharpey-Schafer. 1850-1935,” Obituary Notices of Fellows of the Royal Society 1, no. 4 (1935): 401-405;A.H. Sykes, “Edward Schafer (1850-1935) and Artificial Respiration,” Journal of Medical Biography 14, no. 3 (2006): 155.

48 Richard Pearce, “Notes of R.M.P. on Medical School of the University of Edinburgh”, February 22-24, 1923, folder 5, box1, series 405, RG1.1, RF, RAC.

49 Lawrence, Rockefeller Money, the Laboratory, and Medicine in Edinburgh, 1919-1930: New Science in an Old Country,pp.109.

在這位導師的帶領下，林可勝 1919 年到 1921 年修讀博士學位之間，共發表了 6 篇學術論文。從發表的內容可以看出，林可勝從簡單的實驗生物學進入呼吸循環研究，然後也和他的導師一樣，對組織學有所涉獵，特別是對人體最大的內分泌腺體甲狀腺很有興趣。而後他將目光轉向了消化腸胃的研究，這也成為林可勝學術生涯前半段的主要興趣點。（參見附錄二）

洛克菲勒基金資助下赴歐美進修

博士畢業之後林可勝開始為他的將來做打算，恰逢洛克菲勒基金會大力拓展中國的醫學教育事業，林可勝於是申請到了洛克菲勒基金資助前往美國進修。

1920 年 7 月，林可勝和蘇格蘭一位造船工程師的女兒瑪格麗特（Margaret Thomson）結婚。1921 年博士畢業之後，留校任教，同年他們的第一個兒子出生。孩子取名 Edward，表達了林可勝對自己導師的感激之情。雖然林可勝的表現十分優秀，深得謝弗爵士器重，但是身為一個黃種人，在愛丁堡大學不可能升職成為全職教授。這種歧視還存在於其他場合。例如 1922 年 7 月 25 日《泰晤士報》記者普蘭德（J. O. P. Bland）發文質疑英國政府是否應該將庚子退款用於支持中國學生赴英留學。他認為中國政府不能很好地控制帳目；中國留學生不懂得感激；留學生中普遍是商人和官宦子弟，資助他們將引起中國普通大眾的反感。8 月 10 日林可勝即以留英中國學生中央聯盟代理主席的身份向《泰晤士報》寫信，代表「年青一代的中國人」逐條批駁普蘭德的觀點，呼籲英國向美國學習，加強對中國教育的投入。[50] 林可勝的激烈反映讓他的同事甚至認定其是民族主義分子。[51] 鑒於以上，林的導師和同僚都認為他應該到中國去。已經擁有家庭的林可勝認真地考慮了自己的將來，於 1922 年 10 月向洛克菲勒基金會提出申請，希望基金會

50 J. O. P. Bland, “Young China,” The Times, July 25 1922;Robert K. S. Lim, “Chinese Students in Great Britain,” The Times, August 10 1922.

51 Arno B. Luckhardt to Henry S. Houghton, November 18,1936, folder 891, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

能夠為他提供獎學金去歐美大學進修。[52]

從 1860 年代開始約翰·洛克菲勒（John Davison Rockefeller，1839-1937）開始向美國國內種類繁多的行業捐錢。1891 年浸信會牧師蓋茨（Frederick Taylor Gates）接管洛克菲勒的慈善事業，他認識到向醫療事業捐錢能夠提高健康和社會和諧，特別在閱讀了奧斯勒（William Osler）的 Principles and Practice of Medicine（1897）這部非常通俗易懂的現代醫學入門書之後，受到啟發，決定建立新的機構，推動醫學科學的發展。1901 年洛克菲勒醫學研究所（The Rockefeller Institute for Medical Research，洛克菲勒大學前身）成立，這是美國第一所現代醫學機構。[53] 1910 年弗萊克斯納（Abraham Flexner）發佈了著名的「弗萊克斯納報告」，將約翰霍普金斯大學——這所學習德國模式、由全職科學家任職的醫學教學和研究機構，樹立為美國醫學院校的榜樣，極大肯定了實驗室科學在醫學發展中的重要作用，表達了對醫學科學化的堅定支持。洛克菲勒方面對弗萊克斯納的觀點非常認可，同年洛克菲勒醫學研究所附屬醫院建成，吸引世界各地的研究員前來學習臨床科學。與同一時期大部分的美國醫校以及不少英國醫校不同，洛克菲勒醫學研究所和醫院的教員和研究員不再是執業醫師兼任，也不允許職員開業。機構發行期刊，名為實驗醫學期刊（The Journal of Experimental Medicine），昭示了研究機構的側重方向。機構配備的研究員都是研究生程度以上，培養科研能力，而不關注本科基礎醫學訓練。[54] 自身建立醫學研究機構之外，洛克菲勒還將實驗室現代醫學向整個美國以及海外進行推廣。

1913 年洛克菲勒基金會（Rockefeller Foundation，簡稱 RF）成立，並設立國際衛生委員會（International Health Commission）開始向海外投資。中國是其

52 RKS Lim to RS Greene, October 20 1922; Richard M. Pearce to RS Green, Feb 25, 1923 , folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

53 Raymond Blaine Fosdick, The Story of the Rockefeller Foundation (New York: Harper & Brothers, 1952),pp.1-13.

54 Lawrence, Rockefeller Money, the Laboratory, and Medicine in Edinburgh, 1919-1930: New Science in an Old Country,pp.27.

中最早的項目之一，也是美國之外該基金會投資最多的國家。[55]

早在洛克菲勒基金會成立之前蓋茨就建議洛克菲勒在中國建立大學，就像他們在美國建立芝加哥大學一樣，希望中國人有機會感受到美國最先進的教育水準。小洛克菲勒（John D. Rockefeller, Jr.）本人也對中國有著特別的興趣。1909年蓋茨促成其資助遠東教育委員會，調查遠東的教育、社會和宗教信仰狀況。委員會訪問了印度、日本、韓國和中國之後，提出可以在中國建立一所面向所有人，教授與美國國內大學同樣課程的高等教育機構，既為中國政府樹立一個範本，同時為其培養現代教育的教師。至於建立什麼樣的大學，蓋茨和洛克菲勒基金會的多位顧問都偏向了醫學院，認為醫學將避開宗教、政治和社會等問題，也會受到教會和中國政府的歡迎。[56]

幾經周折，1914 年洛克菲勒基金理事會派出了由芝加哥大學校長賈德森博士（Harry P. Judson）、哈佛醫學院皮博迪博士（Francis W. Peabody）和熟知中國事務的原漢口美國領事顧臨（Roger S. Greene）等四人組成第一次中國醫學考察團，走訪了中國 11 個省十幾所醫學院校和九十多家醫院，受到了當時的大總統袁世凱和副總統黎元洪的接待。同年 10 月考察團提交了名為《中國醫學》（Medicine in China）的調查報告。該報告指出中國的西醫人數很少，歐美留學背景的更少，且主要集中在港口或者大城市。內地的西醫主要是日本背景的，而且他們（據考察團所瞭解到的）全部都是出自日本醫學專科學校，水準不高。考察團最後建議基金會在中國開展長期醫學工作，最好先從北京和上海著手，採用英語教學，確保優良的教學標準，同時選拔資助中國學生出國學習而後回國任教等。[57]1914 年年底美國中華醫學基金會（China Medical Board，簡稱 CMB）應運而生，駐華代表為顧臨，下屬於洛克菲勒基金會，接受考察團的建議，開始為

55 Fosdick, The Story of the Rockefeller Foundation,pp.80.

56 Ibid., pp.80-82.

57 China Medical Commission of the Rockefeller Foundation, Medicine in China (New York: 1914), pp.vi,22,91-98.

中國醫學研究生提供獎學金，讓他們來美國學習醫學和護理相關內容。在中國方面，1915 年 CMB 買下了北京的協和醫學堂（the Union Medical College），改建北京協和醫學院（the Peking Union Medical College，簡稱 PUMC），將在中國推廣現代醫學的計畫付諸實踐。[58]

正是在這樣的背景下，林可勝的申請馬上吸引到了 CMB 駐華代表顧臨的注意。顧臨回信詢問林可勝，如果為他提供前往歐美進修的獎學金，願不願意之後到中國北京協和醫學院工作一年。[59] 林可勝答覆到：「我畢生的最大願望是回到中國教授和研究生理學。」然而林以及他的導師謝弗爵士對協和醫學院開出的「講師」職位和待遇都覺得不滿意。[60] 當時的協和醫學院生理學系還在草創階段，需要教員；同時生理學系的系主任克魯克香克（Ernest. W. H. Cruickshank）對自己的待遇也流露出不滿。為了給學校儘快物色人才，顧臨希望先招徠林可勝到中國，說不定到時林會改變想法，接受醫學院的低級教職。於是顧臨告訴林可勝，只要願意來中國工作就可以，不一定要在協和工作。[61]

對於這樣的答覆，林可勝感到很滿意。導師謝弗爵士也為林可勝寫出了強而有力的推薦信，信中提到「（林可勝）他會成為一名著名的科學家，是我認識的人中最熱衷原創研究的人。……他可以勝任任何大學生理學的任何職位。」[62]

1923 年林可勝正式接受了 CMB 的獎學金，8 月首先前往德國柏林，來到這個在現代醫學研究和教育領域保持領先地位半個多世紀的國家。然而此時的德國剛遭受了一戰的打擊，還在復原，國家主導下的大學經費嚴重不足，[63] 很多研

58 Mary E. Ferguson, China Medical Board and Peking Union Medical College: A Chronicle of Fruitful Collaboration 1914-1951 (New York: China Medical Board of New York, 1970),pp.21-23.

59 RS Greene to RKS Lim, October 20, 1922, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

60 RKS Lim to RS Greene, October 31, 1922, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

61 RS Greene to RKS Lim, November 27,1922；RS Greene to HS Houghton, December 13,1922, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

62 Edward Sharpey-Schafer to RS Greene, December 12, 1922, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

63 Flexner, Medical Education: A Comparative Study,pp.35-36.

究工作無法開展，甚至只能靠外國研究員支付的費用來勉強維持。林可勝原本的「朝聖」之旅，完全變了味道，從原訂的三到四個月縮短至兩個月。期間林可勝除了走訪德國南部的一些大學，拜訪圖賓根（Tubingen）的海頓漢實驗室和蘇黎世的厄斯（Herse）教授以外，一半的時間都用在了語言學習上。[64]

離開德國後，林可勝按照導師的建議，來到了芝加哥大學。芝加哥大學生理學系實驗室是美國當時唯一在消化生理學（Gastrointestinal physiology）享有盛譽的實驗室，領頭人是卡爾森博士（Anton Julius Carlson），但是大部分的工作由艾維（A. C. Ivy）帶隊，林可勝很快加入其中，主要進行關於胃腸道分泌和蠕動的控制實驗。

消化生理學 18 世紀以來廣泛接受的是布林哈夫的觀點，認為消化是發生在胃部的胃組織研磨動作。法國的若穆（Rene Antoine Ferchault de Reaumur）和義大利的斯帕蘭箚尼（Lazzaro Spallanzani）的經典實驗表明胃部消化包含化學的過程，從而出現消化液分泌的概念。早期的觀察者很自然地認為是胃壁因為受到刺激分泌出了消化液。1833 年鮑芒（William Beaumont）發表了著名的馬丁胃瘺研究。馬丁（Alexis St Martin）在嚴重的槍傷後胃部留下了瘺管，鮑芒通過這個胃瘺，更準確地觀察了人體胃裡的消化過程，得出結論：消化主要是化學的過程，而不是機械運動。受此啟發，生理學家們構想出在狗身上製造胃瘺的，進行實驗觀察。[65]

19 世紀末俄國的巴甫洛夫（Ivan P. Pavlov）在他的老師海頓漢（Rudolf P. H. Heidenhain）的基礎上，憑藉其熟練精細的手術技術，革新和設計很多實驗方法，實現了純淨消化液的大量提取，證實胃液分泌的調節受到神經機制控制，從而奠

64 RKS Lim to RS Greene, August 28,1923; RKS Lim to RS Greene, October 13,1923, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

65 R.K.S. Lim, A.C. Ivy, and J.E. Mccarthy, “Contributions to the Physiology of Gastric Secretion I: Gastric Secretion by Local (Mechanical and Chemical) Stimulation,” Experimental Physiology 15 (1925): 17-19.

定了現代消化生理學的基礎。[66] 巴甫洛夫也因此在 1904 年被授予諾貝爾生理學或醫學獎。然而 1902 年英國生理學學雜誌（Journal of Physiology）上發表了兩位英國人貝利斯（William M. Bayliss, 1860-1924）和斯塔林的研究。雖然兩人此前從未進行過消化腺分泌研究，但是他們通過研究發現了一種刺激胰液分泌的化學物質——促胰液素（secretin）。這表示，除神經系統外，機體內還存在一種通過化學物質的傳遞來調節遠處器官活動的方式。這類化學信使物質後來被他們命名為 "hormone"，即激素。這個結論動搖了巴甫洛夫實驗室多年來奉為圭臬的消化腺分泌完全由神經調節的神經論思想，產生了「激素調節」這個新概念，以及通過血液循環傳遞激素的「內分泌」方式，一個新的領域「內分泌學」從而建立。[67]

很快，英國生理學家艾德金斯（John S. Edkins）從貝裡斯和斯塔林的發現推想到了在胃裡或許也存在類似的激素，他將其假定為「胃泌素」（gastrin），但是一直沒有成功提取出來。一戰前後組胺（histamine）的發現讓人們都堅信艾德金斯的觀點錯誤，認定是組胺，而沒有胃泌素，在刺激胃酸分泌。這個錯誤的結論在接下來的 50 年裡困擾著消化生理學。林可勝嚴格重複了艾德金斯的實驗，在 1922 年 Quarterly of Experimental Physiology 上發文證明「胃泌素」存在，是當時唯一認可艾氏觀點的人。不過，不幸的是，可能因為他沒能充分反駁組胺的說法，這一研究結論一直沒有引起重視。[68]

此時胃腸生理學正處在低谷時期，巴甫洛夫已經轉向條件反射的研究，美國著名生理學家坎農（Walter B. Cannon）發現自己被 X 光灼傷之後也停止了消

66 Franklin, A Short History of Physiology,pp.122-123.

67 R.A. Gregory, "The Gastrointestinal Hormones: An Historical Review," in The Pursuit of Nature: Informal Essays on the History of Physiology, ed. A. L. Hodgkin, et al., (Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1977), pp105-110; 朱大年《生理學（人物史話和知識拓展）》（北京：人民衛生出版社，2008），頁 68-69。

68 Gregory, "The Gastrointestinal Hormones: An Historical Review", 110-112.

化機制的因素研究。坎農關於腸胃蠕動和饑餓感之間聯繫的觀察在芝加哥大學卡爾森的實驗室繼續進行。[69] 但實驗室領導實際工作的艾維，卡爾森的得意門生，一直認為艾德金斯的論斷是錯誤的，並不斷地證明否定它，並且認為胃分泌是通過體液機制或者血壓來調節的。於是當林可勝加入其中後，不可避免地受到了影響。1925 年林署名第二作者的文章得出和 1922 年論文相反的結論：沒有「胃泌素」這種媒介。[70] 不過，在林可勝作為第一作者的另一篇文章裡，實驗確實展示了在切除神經的狗胃中依然能夠通過膨脹刺激出胃蛋白酶和酸，從而證實了存在神經調節以外的消化機制。[71]

雖然林可勝在芝加哥大學這一階段的部分研究成果後來被證明走了彎路，但他的能力得到了卡爾森的大加讚揚，並在後來幾十年中始終支持林可勝的工作。[72]

按照原計劃，林可勝在芝加哥大學只停留三個月即會前往華盛頓大學厄爾蘭格博士（Joseph Erlanger）的實驗室，但是林非常投入地工作，直到 1924 年 7 月獎學金資助的期限到期才離開芝加哥。在他未到中國之前，其研究成果已經達到了 28 篇之多，引用率也節節高升。[73]

1924 年 8 月，林可勝取道加拿大，計畫前往多倫多參加一個英國生理學家會議，從溫哥華轉道北京。但是他再一次遇到了歧視，在溫莎入境時意外被拒。

69 Davenport, “Robert Kho-Seng Lim”, pp.284-285.

70 A.C. Ivy, R.K.S. Lim, and J.E. McCarthy, “Contributions to the Physiology of Gastric Secretion: Ii.The Intestinal Phase of Gastric Secretion,” Quarterly Journal of Experimental Physiology 15, no. 1 (1925): 55-68;Irvin M. Modlin et al., “The Pivotal Role of John S. Edkins in the Discovery of Gastrin,” World Journal of Surgery 21, no. 2 (1997): 230.

71 Lim, Ivy, and Mccarthy, “Contributions to the Physiology of Gastric Secretion I: Gastric Secretion by Local (Mechanical and Chemical) Stimulation.”

72 A. J. Carlson to RS Greene, February 4, 1924; A. J. Carlson to RS Greene, April 9, 1924; RS Greene to HS Houghton, February 27,1925, folder 890, box 123；A. J. Carlson to HS Houghton, November 8, 1936; Baird Hastings to Alan Gregg, February 26,1944, folder 891, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

73 參見劉士永、郭世清〈林可勝（1897-1969）：闇聲晦影的中研院院士與國防醫學院院長〉，頁 157 和附錄二。

因為根據加拿大 1923 年華人移民法案（The Chinese Immigration Act, 1923），雖然林可勝此時已經擁有了英國國籍，但是身為華裔，依舊被禁止進入。洛克菲勒基金從中努力協調，最終也無能為力。[74] 在這一段不愉快的插曲之後，林可勝最終踏上了他的中國之路。

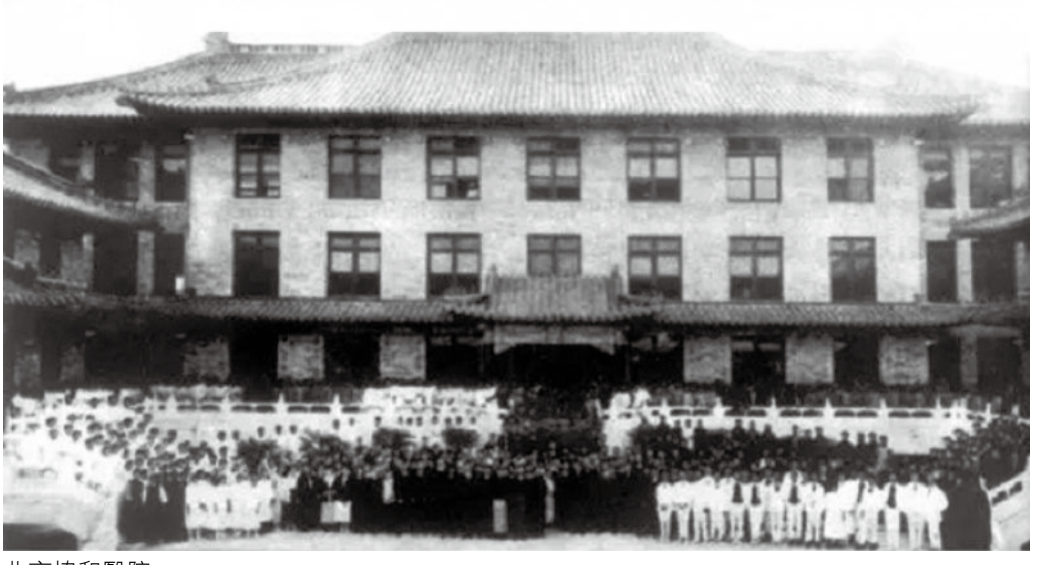
第三節　小結

林可勝出生在英海峽殖民地的華人家庭，他的父親林文慶通過讀書，獲得獎學金前往蘇格蘭的愛丁堡大學獲得醫學學位，在回到新加坡之後獲得了社會地位。以往海峽殖民地的華人只能通過經商致富，而林文慶的成功為華人，特別是家境普通的華人晉升社會領導層開闢了另外一條道路，林文慶本人成為海峽殖民地華人中的領袖人物。雖然林可勝少年失恃，被父親遠送蘇格蘭，但是父親的影響力依舊很大。在林文慶的勸說下，林可勝選擇進入和父親同樣的大學攻讀同樣的專業，從此走上了醫學的道路。

在愛丁堡大學醫學院，跟隨世界著名的醫學家，林可勝學習到的是世界最先進的醫學知識，瞭解現代醫學研究和教育前沿的動態，奉「科學」為圭臬，為其來到中國建設現代生理學，成為中國現代醫學的精英打下基礎。

雖然其父林文慶在 20 世紀末開始醉心中國文化，其母也生長於書香之家，但是林可勝一直浸淫在英美教育環境中，不但認可英美文化，而且養成了純西方的思維方式。這讓他在與外國人打交道時，全無障礙；他的學術研究也是和西方同步。另一方面，林可勝也在和外國人接觸過程中，因為種族問題而受到歧視和不公正待遇，因而自覺形成了種族認同，於是挾著為中國建設世界一流生理學的理想回到了中國，也積極參與中國反帝抗議和救護活動。

74 Margery K. Eggleston to United States Commissioner of Immigration Deposit, August 2,1924; F. A. McGregor's Memorandum, August 20,1924, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.



北京協和醫院

北京協和醫院 1936 年班畢業合影照，中林可勝，中左二吳憲，兩人均為三執行院長之一。

三、
建設中國現代生理學

1939

第三章　建設中國現代生理學

1924 年到 1928 年林可勝的主要工作重心在建設中國現代生理學。林可勝將自己在英美所學帶到了中國，依託於協和醫學院，不但在學院內部建立起高品質的生理學系，培養人才，將其影響向全國輻射；還倡建了中國生理學會，發行雜誌，讓中國生理學和世界接軌。因為在生理學方面的突出貢獻，林可勝很快成為中國醫界的領袖人物之一。

第一節　初到協和醫學院的風波

洛克菲勒基金斥資重組的協和醫學院號稱要為中國建造與美國一流大學比肩的醫學院，「高水準」和「本土化」是其兩個重要的定位。林可勝從美國來到協和醫學院工作之後，發現這所學校和自己的旨趣十分相同，而且有著良好的教學和研究環境，於是想要留任，不想卻發生了意想不到的麻煩。從林留任的風波中可以看到 1920 年代協和醫學院對於醫學人才品質的偏重。

提倡「高水準」和「本土化」的協和醫學院

北京協和醫學院的前身是協和醫學堂，1906 年英國倫敦會聯合美國公理會、美以美會、長老會、倫敦教會醫學會和英格蘭教會五個英美教會團體共同創辦了這所中國第一個聯合教會醫學校。1915 年，洛克菲勒基金會和倫敦會等經過協商，花費 20 萬美元購買下了這所醫學堂資產進行擴建。洛克菲勒基金會選中這所學校的原因是協和醫學堂位於北京的中心地帶，建築、師資較好，最重要的是頒發的學位擁有官方認可；而且北京是三朝首都，全國文化的中心，交通相對方便而且語言易懂，有利於傳播現代醫學。在教學策略上，洛克菲勒基金經過考察認為，中國現有的所謂現代醫學主要在日本二流學校的影響下，情況亟待改善，提高政府學校水準是其中非常重要的一部分。目前看來，最有效的步驟是首先建設高水準的私立外國學校，獲得中國政府認可，從而刺激中國政府在未來將自己

的學校機構提高到相同甚至更高的水準之上。選擇在北京建立協和醫學院就是實現這個目標的第一步，而「高水準」是實現這一目標的重要保障，也就成為協和醫學院的一個重要定位。[1]

1915 年 8 月洛克菲勒第二次中國醫學考察團來華，力圖在第一次考察的基礎上制定具體的內容和操作。由約翰霍普金斯學院的韋爾奇（William H. Welch）和弗萊克斯納（Simon Flexner）等當時美國國內醫學教育最權威的人士組成了這次考察團。他們再次確認建設高水準醫學校的需要。為了確保大學水準，建議使用英語教學；提高預科學生的科學基礎水準；以霍普金斯大學——美國最好的醫學院校之一——作為範本，注重教學標準化、分科專業化和臨床結合實驗室的方法。[2]

1916 年洛克菲勒基金下的中華醫學基金會將與醫學堂比鄰的豫王府宅買下，這個日後「中國的霍普金斯」規模初具。因以石油著稱的洛克菲勒和豫王府結合，協和同時被賦予了 「油王府」的中國別名，而協和有關人士後來也成立了一個叫做「豫王府同人會」（the Yu Wang Fu Association）的組織。[3]

1917 年 9 月 24 日協和醫學院舉行了奠基儀式，同年開辦自己的醫學預科學校。1919 年 10 月迎來了第一批學生，採取八年制（預科三年，本科五年），小班教學（20 人左右），開啟了中國歷史上最長也是最嚴格的大學教育，每年的入學以及就讀中的淘汰率都很驚人。例如 1917 年第一屆預科班共有 8 人，到 1924 年只有 3 人畢業。1923 年共有 300 人報考協和，最終錄取了 30 人，8 人畢業。1933 年燕京大學醫預科（協和 1925 年以後主要的預科來源）全班 52 人，只有 15 人被協和錄取。[4]

1 China Medical Commission of the Rockefeller Foundation, Medicine in China,pp.25,17,45.

2 Ferguson, China Medical Board and Peking Union Medical College: A Chronicle of Fruitful Collaboration 1914-1951,pp.25;Lawrence, Rockefeller Money, the Laboratory, and Medicine in Edinburgh, 1919-1930: New Science in an Old Country,pp.27.

3 The Yu Wang Fu Association, folder 1161,box 160,CMB, Inc.,RF,RAC.

4 劉紹光〈協和——我走科學道路的起點〉；裘祖源〈協醫舊事瑣談〉；吳階平〈用醫學生的眼光看協和〉，政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話説老協和》，頁 280、162、289。

因為想要獲得中國政府的認可，從第一次中國醫學考察團開始，洛克菲勒基金會走的就是上層路線。1914 年考察團在來華之前，不僅準備了美國國務卿致美國駐華、駐日大使的信，知會了所有的美國駐華領事，連華盛頓總統都親自電詢。來到中國後，考察團拜會了總統袁世凱、副總統黎元洪、梁啟超、馮國璋等各地政要名流。[5] 第二次考察團同樣聯絡中國政府官員和醫學界。外交部長陸徵祥會見了考察團一行，中國醫學界在北京舉行歡迎晚餐會，北洋軍醫學院校長全紹清、北洋醫學院校長金亨咸、國立北京醫學專門學校校長湯爾和、陸軍獸醫學校校長姜文熙、陸軍部軍醫處主任方石珊、北京隔離醫院院長陳祀邦以及袁世凱總統的私人醫生屈永秋等醫學界重要人物紛紛出席。[6] 1921 年協和校舍和醫院等主體建築完工，同年 9 月 15 日至 22 日舉行了盛大的開幕典禮。除了洛克菲勒基金代表小洛克菲勒和中華醫學基金會代表出席外，中國政府，包括教育部、外交部、內政部的部長們、社會名流以及歐美亞洲的一些著名大學校長、教授和醫學團體負責人都來到了現場。[7]

在開幕典禮上，小洛克菲勒再次聲明了協和的「高水準」辦學。他說，協和醫學院並不是簡單地提供醫學本科教育，培養普通醫學人才，更重要的是要訓練醫學教育家和研究者。換句話說，從一開始，協和醫學院就是一所培養中國醫學精英的學校。不過，僅僅打造「高水準」的醫學院校並不足夠，只有配合「本土化」政策，才能真正引領技術，將現代醫學、科學精神還有其他西方精神文化在中國紮下根來。所以小洛克菲勒繼續說道，「顯而易見的是，無論西方醫學能為中國提供什麼援助，對中國人民來說都是有限的，除非它被中國人接管，並成為中國國民生活的組成部分。因此，我們必須企盼有朝一日，這所學校的大多數職

5 China Medical Commission of the Rockefeller Foundation, Medicine in China,pp.v-vi. President Judson's Journal, folder 239, box 26, series 601, RG1, RF, RAC.

6 張大慶〈中國現代醫學初建時期的佈局：洛克菲勒基金會的影響〉，見《自然科學史研究》第 28 卷，2009 年第 2 期，頁 147。

7 China Medical Board 7th Annual Report (January 1, 1921-December 31, 1921) (New York: 1922),pp.33-34.

務，如果不是全部的話，都由中國人擔任；而學校的董事會，將有著名的中方人士參加；除學雜費收入外，目前這所學校所需的資助和外國捐款，正如其他國家類似級別的醫學院校的情況一樣，將由來自中國人的捐款和中國政府的補貼所取代。讓我們攜手朝著這一目標向前邁進，這將使西方所能提供的最佳醫學永遠紮根於中國的土壤。」[8] 因此除了「高水準」，「本土化」是協和醫學院另外一個重要致力的方面。

然而一開始協和醫學院的「本土化」程度非常低。1921 年協和醫學院正式開始本科教學時，共有教員 39 人，其中有 9 名中國老師（4 人是講師，5 人是助教），基本上都有歐美留學背景。[9] 1922 年哈佛畢業的劉瑞恒成為第一位被晉升為襄教授的中國人，[10] 劉瑞恒專攻外科，主要工作在協和醫院。到 1924 年林可勝來到生理學系之前，沒有華人擔任襄教授以上的高級教職。[11]

8 John D. Rockefeller, “Response for the Rockefeller Foundation,” in Addresses & Papers: Dedication Ceremonies and Medical Conference, Peking Union Medical College, September 15-22, 1921, (Peking: 1922), pp.63-65. 中文翻譯引自董炳琨、杜慧群、張新慶著《老協和》（保定：河北大學出版社，2004），頁 38-39。

9 China Medical Board 7th Annual Report (January 1, 1921-December 31, 1921) ,pp.33-34.

10 Minutes of Peking Medical Union College, April 12, 1922, folder 65, box P4, CMB, Inc., RF, RAC. 劉瑞恒（1890-1961），天津人，1913 年畢業於美國哈佛大學，獲得醫學博士學位。1918-1922 年任協和醫學院外科醫師，1922-1926 年協和醫學院外科襄教授。1925 年為孫中山主刀。1926 年升任協和醫學院教授，為協和第一位中國教授，同時成為協和醫院院長。1928 年擔任南京國民政府衛生部次長，1930 年升任衛生部部長。1930 年年底衛生部裁撤歸入內政部成為衛生署，後又歸入行政院，其間劉瑞恒一直擔任署長，直到 1938 年。除了衛生署署長，劉瑞恒還兼任禁煙委員會委員長、全國經濟委員會委員、管理中英庚款董事會董事、陸軍軍醫總監等職務。（見張朋園、沈懷玉合編《國民政府職官年表（1925-1949）》第一冊（臺北：中央研究院近代史研究所，1987），頁 214-216；〈劉公瑞恒學經歷簡表〉，劉似錦編《劉瑞恒博士與中國醫藥及衛生事業》（臺北：臺灣商務印書館，1989）。）

11 協和醫學院教職等級從高到低分別為：教授（professor）、襄教授（associate professor）、副教授（又稱助教授 assistant professor）、講師（associate）、教員（instructor）、助教（assistant）。（政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話説老協和》，頁 469。）當時國籍的概念並不很清楚，林可勝雖然擁有英國國籍，在新加坡出生，但是一直被協和歸入中國人的範疇。

就職協和

此時協和的生理學系，由克努克香克帶領。這位來自於蘇格蘭醫學世家的醫學博士，畢業於倫敦大學學院，師從發現激素的著名生理學家斯塔林，主要研究興趣在心肌纖維的迷走神經活動方面。[12] 協和醫學院初設之時，因為英國的生理學有著不錯的世界聲譽，校長麥克麟（Franklin C. McLean）的計畫是在英國招聘一位生理學方面的教授，統管生理、生化和藥理。但是對這三方面都有所瞭解而又特別專注生理學這種基礎醫學的專業人士當時非常稀少。[13] 20 世紀初，生化和藥理已經日益從生理學中分化出來，獨立成為新興的領域，分流了大量的生理學人才。於是麥克麟接受了斯塔林的推薦，任命了克努克香克為襄教授，從 1920 年起，任期 4 年，專責生理學系。

來到協和之後，克努克香克的研究方向轉向了鹼中毒和手足抽搐的研究。可能因為輕微殘疾，克努克香克被認為性格孤僻，和同事們相處不好。[14] 例如，克努克香克雖然也認可研究人體器官運作機制的生理學，需要配合生化、解剖、藥理、病理和臨床醫學共同研究，[15] 但是和協和醫學院藥理生化系主任伊博恩（Bernard E. Read）關係惡劣，克努克香克因其比自己職位高一直耿耿於懷。校長麥克麟對他的印象也不好，認為克努克香克領導的生理學系，不僅和藥理學系合作糟糕，而且過於重視自身的臨床，不願意和內科合作。繼任校長胡恒德也有同樣的觀感。[16] 對於學校重視醫學實驗的方針，克努克香克亦不配合。[17] 學生對其很有怨言，覺得

12 John Z. Bowers, Western Medicine in a Chinese Palace: Peking Union Medical College, 1917-1951 (Philadelphia: The Josiah Macy, Jr. Foundation, 1972),pp.101.

13 H. Jocelyn Smyly to Franklin C. McLean, May 9, 1919, folder 886, box 122; Franklin C. McLean to Erlanger, March 20,1920; Franklin C. McLean to Simon, May 14,1919, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

14 Bowers, Western Medicine in a Chinese Palace: Peking Union Medical College, 1917-1951,pp.101.

15 Ernest W. H. Cruickshank, “Peking Union Medical College:Department of Physiology,” in Methods and Problems of Medical Education, (New York: The Rockefeller Foundation, 1926), pp.5-6.

16 HS Houghton to RS Greene, October 31, 1922, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

17 HS Houghton to Medical School of the University of Leeds, June 28, 1926, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

他「既不善於講課，又缺乏實驗示範能力，但考試時卻出難題、偏題，評分苛刻，連年有幾名學生因生理學考分不及格而留級，使學生認為生理學是一門難以學習和過關的課程」。[18] 鑒於此，1922 年在克努克香克四年襄教授任期將滿的時候，學校並沒有將其提升為教授，而是將襄教授的合同延長 2 年，工資提升。克努克香克對此頗有不滿。[19] 克努克香克讓學校管理層頭疼的地方還有，當時很難招到生理學助教來華，克努克香克還執拗於要挑選一流全科醫學背景的人員擔當助手，並且不接受女性，導致生理學系始終處在人手不足的境地中。[20]

如果說林可勝 1922 年的申請還僅僅是讓顧臨感興趣的話，到了 1923 年，這種興趣已經升級到有點急迫的狀態了 —— 又一名生理學系的低級教員即將離職。胡恒德迫切希望林可勝能前來協和，替代這位低級教員的位置。[21]

林可勝方面，其父林文慶受陳嘉庚所托，於 1921 年開始在廈門大學擔任校長。林文慶向林可勝發出邀請，請他負責創立醫學院，擔任院長，給予教授職稱。因為得到了顧臨之前的許諾 —— 只要來中國，不一定要來協和工作，1923 年 5 月林可勝接受了廈門大學的聘請，計畫於 1924 年 9 月著手在廈門大學建立自己的醫學院。[22] 為了爭取林可勝這樣的潛在人才，顧臨於是向克努克香克建議，聘請林可勝來協和擔任訪問學者，而不是之前提議的「講師」。[23] 不久，芝加哥大學的卡爾森向顧臨高度評價了林可勝在他實驗室裡的表現，而克努克香克也計畫於 1924-1925 學年休假，於是顧臨轉而希望林可勝頂替克努克香克，擔任生理學系主任一年，職位和克努克香克一樣為襄教授。[24] 但是這個邀請被林可勝拒絕。

18 榮獨山〈懷念愛國教授林可勝〉，政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話説老協和》，頁 432。

19 RS Greene to HS Houghton, December 13, 1922, folder 890, box 123, CMB, Inc.,RF, RAC.

20 RS Greene to Edwin R. Embree, October 2, 1922, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

21 HS Houghton to MK Eggleston, November 21, 1923, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

22 RKS Lim to RS Greene, May 30, 1923, folder890, box123, CMB, Inc., RF, RAC.

23 RS Greene to RM Pearce, March 9,1923; RS Greene to E. W. H. Cruickshank, June 22,1923, folder890, box123, CMB, Inc., RF, RAC.

24 AJ Carlson to RS Greene, February 4, 1924; RS Greene to RKS Lim, February 7, 1924, CMB, Inc., RF, RAC.

林可勝說自己願意去協和短時間執教，利用協和生理系優越的條件繼續進行研究，觀摩中國本土醫學院的教學方法以便日後建設廈大生理學系。但是考慮到自己已經在 1923 年 7 月接受廈門大學教授一職，如果去協和擔任襄教授，會讓人們覺得廈門大學的水準層次低於協和。這將不利於廈門大學醫學院的發展，也影響他理想的實現——在中國建立起和西方相同科學水準的生理學系。另外他有家庭，習慣了英國的生活方式，需要一份能保證物質水準的工作。所以如果前往協和工作，他要求前提條件是有教授職稱。[25]

雙方經過協商，最終林可勝被聘為生理學系訪問教授，從 1924 年 7 月開始任期一年，但是享受與克努克香克相同的襄教授年薪——8,200 元（墨西哥鷹洋）。這個工資高於很多其他外籍襄教授，而且是全校所有華人教員中最高的。對比同一時期，北京政府醫學院的教授年薪最多不過 3,800 塊（墨西哥鷹洋），[26] 林可勝的待遇可謂相當優渥。

對於林可勝的到來，校長胡恒德非常看重。在 1923-1924 學年的報告中，他特地寫到：我高興地宣佈，協和醫學院唯一沒有華人教員的生理學系，將要在下個學年迎來訪問教授林可勝。[27] 顧臨也從卡爾森等人的數次高度讚揚以及林可勝的發表中看好這個年輕人，將其視為中華醫學基金在中國發展的「重要財富」，早早地開始為林可勝設想日後發展的多種可行性，四處聯絡，包括籌謀如果林可勝一年期滿離開協和之後的出路。[28]

就在林可勝懷揣著在中國建立世界水準的現代生理學系，甚至打造自己的醫學院的雄心，準備來到中國之時，廈門大學爆發了轟動全國的大規模學潮，學生

25 RKS Lim to RS Greene, February 11, 1923, folder890, box123, CMB, Inc., RF, RAC.

26 RS Greene to RKS Lim, February 14,1923;RS Greene to RKS Lim, March 22,1923, folder890, box123, CMB, Inc., RF, RAC.

27 Peking Union Medical College Annual Report of the Director for the Academic Year 1923-1924, folder 337, box 48, CMB, Inc., RF, RAC.

28 AJ Carlson to RS Greene, April 9,1924; RS Greene to Hume, July 30,1924; RS Greene to HS Houghton, October 16, 1924; RS Greene to HS Houghton, October 27, 1924, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

批判林文慶，牽扯出其以權謀私，為其子林可勝高薪特聘的指控。[29] 這次的學潮為林可勝的廈大之路蒙上了陰影。

1924 年秋，林可勝抵達北京，寄住自己的姨父——東北鼠疫防疫一戰成名的伍連德家中，開始在協和醫學院訪問研究。[30] 很快林可勝就展現出與克努克香克不同的團隊精神，他同解剖系的馬文昭、藥理系的陳克恢積極合作。在學術研究方面，林可勝的熱情和旺盛精力給學院同仁留下了深刻印象；在教學上，他也敏銳地指出生理學系存在的問題——老師過於注重指導，學生動手能力弱，打算鼓勵學生更加自信地進行獨立研究。顧臨對此非常感興趣，建議胡恒德就這一問題在全院充分討論。[31]

留任風波——「本土化」和「高水準」的抉擇

林可勝的到來以及擔任系主任本來是臨時性質，克努克香克也安心地利用學術休假在英國進修，物色協和生理學系可用人員。然而一方面，1924 年底，正在從學潮中恢復的廈門大學再陷發展經費不足的困境；另一方面，林可勝在協和教研和生活感覺都很滿意，所以轉而希望留在協和長期工作，不過前提要求是將來有機會晉升正教授。[32] 由於學校預算有限，這意味著協和在林可勝和克努克香克之間只能選擇一人，領導生理學系、晉升正教授。最終林可勝留了下來，國際學界中隨後傳出協和用「本土化」犧牲「高水準」的質疑聲音。但是事實並不是如此。

雖然林可勝身為華人，非常符合學校希望儘快培養中國老師和管理人員的「本土化」基本政策。但此前協和沒有一位華人系主任或教授。學校也沒有因為之前對克努克香克在教學上的不滿而直接將其剔除。時任 CMB 駐華代表顧臨和

29 Gist Gee to RS Greene, June 21, 1924, folder 627, box 30, CMB, Inc., RF, RAC.
30 RKS Lim to RS Greene, June 13, 1924, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.
31 RKS Lim to RS Greene, November 6, 1924;RS Greene to RKS Lim, December 17,1924;RS Greene to HS Houghton, December 17,1924, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.
32 RS Greene to HS Houghton, December 30, 1924, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF, RAC.

協和校長胡恒德兩人十分慎重地多次或寫信或面詢業內人士以及根據學校內的評估，判斷誰能更好地繼續帶領生理學系。最終林可勝被認定在學術上比克努克香克優秀，同時也非常有利於推動學校「本土化」政策，學校於是做出了留下林可勝的決定。[33]

1925 年 2 月底胡恒德寫信告訴克努克香克，和學校同事商量之後，他希望留用林可勝為生理學系主任，鑒於林可勝特別要求在未來能獲得正教授的職稱，所以學校也考慮在林此次合同期滿的 1927 年，給予其正教授待遇。而克努克香克方面，學校建議就此延長他的學術休假，以方便他找到新的工作。然而為了委婉起見，胡恒德向克努克香克刻意強調選擇林可勝的原因是因為學校希望儘快培養中國老師和管理人員。[34]

克努克香克對這突如其來的變故表示非常震驚。據他所知，雖然 1924 年續約之時，協和沒有如他所願地將其提升為教授，但是學校高級教員一致認可他這些年來在協和生理學系的工作，升職只是時間的問題。[35] 震驚之外，克努克香克更多的是憤怒。他認為林可勝不論從年紀上還是資歷上都在自己之下；研究成果也不如自己。林可勝的很多發表物是在林的導師謝弗爵士主持的愛丁堡地區生理學雜誌上，而自己所有的學術發表物都在評審更加嚴格的倫敦知名生理學和生化雜誌上。其次，自己花了四年時間兢兢業業地創建了協和生理學系，受到同事肯定，沒有理由因為種族問題突然被擱置在一邊。然而克努克香克也知道，該時期英國的生理學界人員飽和，自己年紀已相對偏大，回到英國並不容易找到合適的崗位。面對協和醫學院創建之初既有的「本土化」的政策，克努克香克只能退讓。他回信說理解學校政策，不過這種過渡應該是循序漸進的；願意放棄系主任

33 Houghton Memorandum, November 27, 1924; RS Greene to HS Houghton, December 30,1924; HS Houghton to RS Greene, February 19,1925;RS Greene to AJ Carlson, February 20,1925; Greene to HS Houghton, February27, folder890,box123, CMB, Inc., RF, RAC;AJ Carlson to RS Greene, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

34 HS Houghton to EWH. Cruickshank, February 28, 1925, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

35 EWH Cruickshank to HS Houghton, March 19, 1925, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

一職，在林可勝的領導下工作，相信林可勝是「有能力的」華人生理學家，「和他繼續共建生理學系必將非常愉快」。克努克香克根據胡恒德的解釋推測，學校留下林可勝，主要是想找個中國人管理行政，於是在信中索性推薦林可勝擔任院長（Dean），而他自己憑學術成就則有資格向學校要求生理學系正教授職稱。他給顧臨的信中寫到：「我的學術生涯和興趣遠高於擔任系主任一職……我願意由自己來實踐學校的政策。」[36]

另一方面，克努克香克卻公開向不少人表達了被一個「中國人」擠走的不滿。很多人向協和詢問此事。當初推薦克努克香克的英國著名生理學家斯塔林教授表示，他將不會再為協和推薦其他人。[37] CMB 的英國理事們也在會議中提到此事，一位理事甚至暗示學校如果這樣處理克努克香克的任職，未來將不再會有英國教員來北京應聘。[38] 協和婦產科主任教授馬士敦（John Preston Maxwell），生理學系訪問教授、加拿大生理學先驅麥卡勒姆（A.B.Macallum）也寫信向顧臨瞭解情況。[39]

林可勝遠在蘇格蘭的導師謝弗爵士也聽到了關於林因為身份問題而擠走克努克香克的負面傳聞，謝弗爵士寫信建議林將克努克香克挽留下來，避免給英國生理學界留下惡劣的印象而影響今後發展。[40] 林可勝隨即找到胡恒德，激動地表示：如果學校任用他是基於他是華人，而不是因為他的學術和能力的話，他將拒絕接受學校的任用。林甚至一度以留用克努克香克作為自己任職的條件之一。[41]

36 EWH Cruickshank to Hawkins, March 24, 1925; EWH Cruickshank to HS Houghton, March 24, 1925；EWH Cruickshank to RS Greene, March 24, 1925，folder 888, box 122, CMB, Inc., RF, RAC. 林可勝的發表物參見附錄二。其中 Quarterly Journal of Experimental Physiology 確是由謝弗爵士 1908 年創辦並一直主持編輯到 1933 年。（Hill, “Sir Edward Albert Sharpey-Schafer. 1850-1935,” pp.405.）

37 EWH Cruickshank to HS Houghton, March 19, 1925, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

38 RS Greene to HS Houghton, April 13, 1925, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

39 A.B. Macallum to RS Greene, April 3, 1925, folder 888, box 122; HS Houghton to J Preston Maxwell,April 14, 1925, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

40 RS Greene to HS Houghton, April 13, 1925, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

41 HS Houghton to MK Eggleston, April 23, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

對於這一人員任免事宜引發的國際關注，顧臨和胡恒德始料未及，頭痛不已。一方面他們向林可勝保證，雖然學校非常希望儘快由中國人來領導，但是他的任命首先是因其學術上能夠勝任。[42] 另一方面，他們向關注這一事件的人士直言了克努克香克在科研和教學上的不足。在給麥卡勒姆的回信中，顧臨花了很大的篇幅解釋。他說，克努克香克之前的學術經歷平平，來到協和後的六年裡面，有兩年時間只顧著自我學習，剩下的四年沒有突出的創造性成果，發表的研究文章一般。相對而言，林可勝除了是個華人以外，無論是在之前的研究單位還是協和工作的一年裡面都展現出了更為優秀的科研能力。克努克香克說願意回來在林可勝下面工作，這一點精神可嘉，但是學校並不贊同。第一，會給學校預算帶來壓力；第二，讓前系主任在手下幹活會讓林可勝覺得尷尬。林可勝的教學模式和克努克香克並不相同，協調起來會很不容易；第三，留用克努克香克也預示著中國人擔任不了生理學系二把手的位置。[43]

1925 年 4 月 30 日學院正式向董事會提議任命林可勝為生理學系襄教授和系主任，任期兩年，從 1925 年 7 月 1 日起執行。同時建議如果林的工作令人滿意，將在兩年任期滿推薦擢升為正教授。[44]

但是在和克努克香克直接溝通中，顧臨依然為了避免尷尬，用「本土化」政策苦勸克努克香克另謀高就，絕口不提其個人學術和教學上的缺陷。[45] 造成的結果是克努克香克認為學校利用所謂的「本土化」政策，出爾反爾，背信棄義。[46] 胡恒德只得隱晦地向其指出：「儘管林可勝中國人的身份，在學校選擇其擔任系主任的考量中很重要，但是學校半點沒有要犧牲學校學術水準的想法。」[47] 顧

42 HS Houghton to MK Eggleston, April 23, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

43 RS Greene to AB Macallum, April 4, 1925, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF,RAC. 顧臨說的六年，包括 1919-1920 年 Cruickshank 拿 CMB 獎學金在華盛頓大學進修。

44 HS Houghton to MK Eggleston, April 23,1925, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

45 RS Greene to EWH Cruickshank, April 10,1925, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

46 EWH Cruickshank to RS Greene, May 4, 1925, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

47 HS Houghton to EWH Cruickshank, July 16, 1925, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

臨則較為直接地說，「很多我們的工作人員、紐約的同仁和你的學術夥伴來信詢問你的事情，他們會在看到你的發表文章之後意見有所保留。」[48]

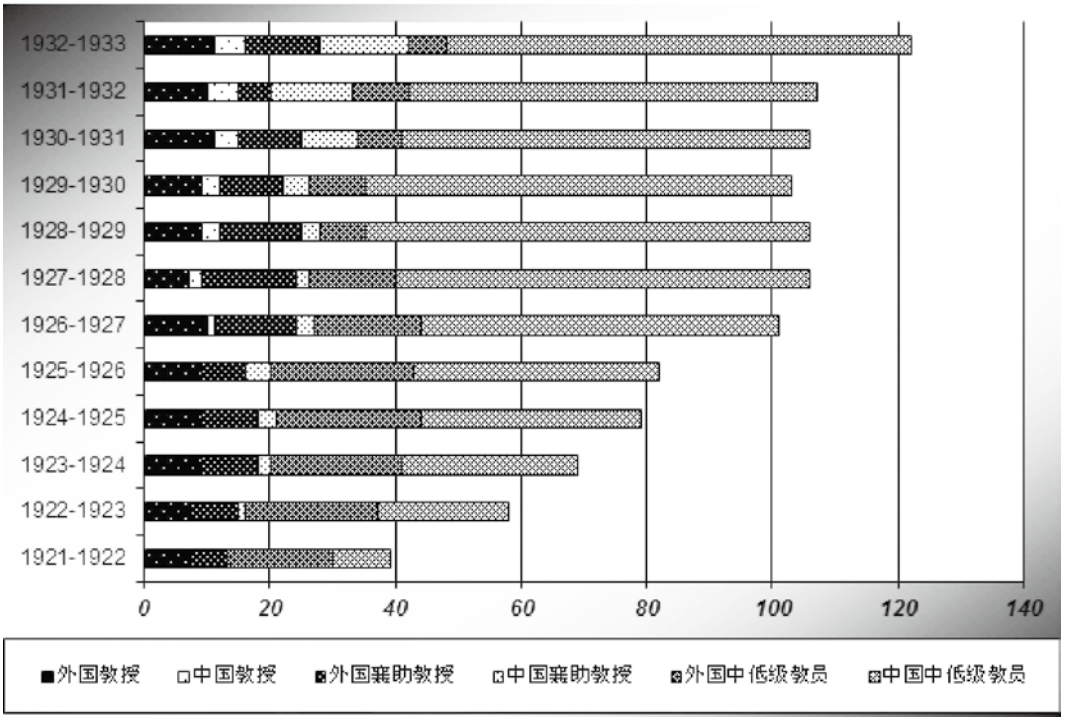
最終帶著忿忿不滿，克努克香克再也沒有回到協和。然而協和以「本土化」政策，清退克努克香克雇傭林可勝的不好印象，依舊在國際上，特別是英國生理學界留傳開來。

從整件事情的溝通過程中可以體現出，在「高水準」和「本土化」這兩條辦學策略上，協和更傾向的是「高水準」，希望在保持「高水準」的前提下，逐步推進「本土化」。無論是 CMB 駐華代表顧臨或者協和醫學院的校長胡恒德在該事件前後，絲毫沒有意圖大規模推動學校的「換血」。在初遇林可勝之時，顧胡二人僅僅是打算招用其擔任低級教職。胡恒德和顧臨一致認為，相對於在高級職位上任命中國人，將低級職位開放給年輕的中國人是更為迫切的需要。他們更不急於將管理崗位託付給中國人。所以當克努克香克提議林可勝擔任院長，顧臨不以為然，說林可勝是位真正的科學家，在這樣的年紀擔任管理工作是浪費時間。[49] 可見引進林可勝或許和「本土化」有關，但真正打動顧胡二人任用林可勝帶領生理學系的，是其學術以及領導院系科研的能力，中國人的身份只是一個錦上添花的部分。事實上在後來的近十年中，助教授以上職位聘用的中國教員仍然少之又少，只是在中低級教員中擴大了中國人的比重。（參看圖 4）另一方面也可以看到，協和的「本土化」政策進程，不僅受到學校自身和 CMB 的控制，而且也受到國際因素的干擾。

48 RS Greene to EWH Cruickshank, June 19, 1925, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

49 Peking Union Medical College Annual Report of the Director for the academic year 1923-1924, folder 337, box 48, CMB, Inc., RF,RAC. RS Greene to HS Houghton, April 13, 1925, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

圖 4：協和醫學院中外教員統計圖（1921-1933）



資料來源：China Medical Board Annual Report (7th-12th); Annual Report of the Director of the PUMC (1927, 1929-1932), folder 340, box 48; Margery K.Eggleston, "Preliminary Report to the Rockefeller Foundation and China Medical Board Inc.", July, 1933, folder 369, box 53, CMB, Inc., RF,RAC. 統計不包括訪問學者、預科以及醫院的教員。

林可勝留任沒多久，五卅運動爆發，林可勝的種族認同顯現。他參與了北京的聲援活動。有學生說他帶領協和學生，手持「打倒英帝國主義」的標語牌，高呼口號，讓所有參加遊行隊伍的同學感動和鼓舞。[50] 可以確定的是林可勝參加了兩次學生遊行，並且組織了主要由協和學生組成的救護車隊，集結在北京衛生防疫站，以救援示威活動中受傷的人員。他的活動引起了英國大使館的關注，他們派人向協和暗示，如果情況升級，可能考慮取消林可勝的英國身份。林可勝回答：

50 榮獨山〈懷念愛國教授林可勝〉，頁 431。

他覺得協和的學生做這種事情比進行更加激烈的行為例如軍事演習和演講要好。受到留任的陰影，林可勝向校方詢問是否是協和的英國教員向大使館抱怨所致。[51]

第二節　執掌協和醫學院生理學系

擔任協和醫學院生理學系主任之後，林可勝在校內和醫界大力建設中國現代生理學的工作。在這過程中，可以看到，林可勝一直對學術嚴格要求，重視和世界接軌，沒有地域限制。雖然以林可勝為代表的一些中國教員充分顯示出了自己的科研和教學能力，但是協和並沒有因此而改變對中國教員的整體態度，直到 1928 年國民政府北伐，協和才在新政府的命令之下，被迫加速「本土化」。也正是從 1928 年之後，中國的西醫才真正成為發展中國現代醫學的舵手。

校內研究和教學工作

在疑心學校英國成員對己不滿和不確定是否會重蹈克努克香克覆轍的擔憂中，林可勝把研究排程得滿滿的，風風火火地在生理學系和學校展開了一系列研究和教學活動。[52]

20 世紀初期的中國現代生理學知識主要來自醫學傳教士和日本教材的轉手。內容主要從解剖學獲得主要內容，介紹器官的形態和簡單功能，對於其具體運作機制並沒有太多介紹。林可勝所從事的「內分泌」知識幾乎空白，更不要說動手實驗觀察。中國人只是現代生理學的「旁觀者」。林可勝到來之後，這種局面有了重要的改變。[53]

51 AM Dunlap to HS Houghton, July 14,1925; AM Dunlap to HS Houghton, July 24,1925, folder 890, box 123; RS Greene to HS Houghton, April 13, 1925, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF, RAC.

52 AM Dunlap to HS Houghton, November 3, 1925, folder 890, box 123, CMB, Inc., RF,RAC.

53 王志均、陳孟勤主編《中國生理學史》（北京：北京醫科大學、中國協和醫科大學聯合出版社，1993），頁 41-43；袁媛《近代生理學在中國：1851-1926》，博士學位論文，上海交通大學人文學院，2006 年，頁 33-40。

林可勝將其前期在歐美的消化生理研究帶到協和延續而且深化。雖然林可勝在芝加哥大學生理學系和艾維團隊共同發表文章，推翻了他自己之前的論證，否認了「胃泌素」的存在，而且艾維團隊在該領域的成果當時引用率很高，但是林可勝沒有盲從。他來到北京後，很快開始嘗試確定和分離艾維文章中否定的刺激胃分泌的物質。正是在這種信念之下，他展示了機械性刺激幽門部位會產生神經內分泌機制下的激素釋放。[54] 此外，他確認進食脂肪能釋放出抑制分泌的物質，並嘗試分離，將其命名為「腸抑胃素」（enterogastrone）。[55] 業內人士認為這是中國人發明的第一個激素，這項發現也成為國際上公認的經典型工作。[56] 林可勝帶領協和生理學系的年輕教師和學生在研究消化生理時，觀察了副交感神經對胃的血管活動的影響，看到迷走神經則並不直接支配胃的血管，而刺激交感神經可使胃的血管收縮。他們於 1927 年發表的「活體灌輸胃之血管舒縮反應」[57] 被認為是在我國生理學雜誌上有關循環生理學的第一篇論文。30 年代，協和醫學院生理學系的循環生理學在全國首屈一指。他們發表的研究論文在當時國際生理學界也具有一定的影響。[58] 此外，在林可勝的支援下，中國出現了馮德培、侯宗濂等世界知名的第一代神經生理學工作者。[59] 在協和工作的 14 年間，包括會議論文，林可勝共發表了 70 篇文章，《協醫校刊》上讚揚道：「著述之富，一時壓

54 HC Chang and RKS Lim, “The Influence of Mechanical Irritation of the Pyloric Region,” The Chinese Journal of Physiology 5 (1931): pp.233.

55 T.P. Feng, H.C. Hou, and R.K.S. Lim, “On the Mechanism of the Inhibition of Gastric Secretion by Fat,” The Chinese Journal of Physiology 3 (1929): pp.371-280;T. Kosaka and R.K.S. Lim, “Demonstration of the Humoral Agent in Fat Inhibition of Gastric Secretion,” Experimental Biology and Medicine 27, no. 9 (1930): pp.890-891;T. Kosaka, R.K.S. Lim, and S.M. Ling, “A Gastro-Inhibitory Agent Obtained from the Intestinal Mucosa,” The Chinese Journal of Physiology 6 (1932): pp.107.

56 王志均〈林可勝：中國近代生理學的奠基人〉，頁 40。

57 R.K.S. Lim, H. Necheles, and T.C. Ni, “The Vasomotor Reactions of the Vivi-Perfused Stomach,” Chinese Journal of Physiology 1, no. 4 (1927).

58 姚泰、李雲霞、李鵬〈中國循環生理學的發展〉，見王志均、陳孟勤主編《中國生理學史》，頁 129。

59 張香桐〈神經科學在中國的發展〉，同上 ibid., 頁 80.

倒群彥，中外知友，莫不歎為世界少年科學家之一」。[60] 1932 年林可勝當選為德國自然科學院名譽院士。[61]

在教學指導上，林可勝採用啟發式教學，講解生動，融入生活。但是對學生，不論是本科在讀、進修生還是青年教師，要求都非常嚴格、全面，尤其注重實驗課和基本功的訓練。[62] 他重塑了生理學系的課程大綱，精心設計了生理學實驗，編成的教材《生理學大綱》熔理論和實驗講義於一爐，並身體力行地給教員們做教學示範。教材中，有意識地和中國的實際情況加以結合，儘量以手邊容易獲得的或適合中國的材料來進行實驗設計，方便操作和記憶。[63] 理論和實驗並行的理念從本科一年級就開始了，學生們動手的實驗包括胰切除術和胰島素的研究、甲狀旁腺切除術、甲狀腺切除術、兩棲類動物和哺乳動物的甲狀腺攝取、脊髓損傷的效果、視束損害等等。這不但訓練學生精確的觀察能力，而且鍛煉了他們的操作技術。對於研究生，林可勝要求其定期到動物房飼養動物和護理慢性手術的動物；在實驗前檢查每項使用儀器和藥品；對記錄、動物剃毛、麻醉等操作能熟練掌握；還規定學生們頭三個月必須在工具房裡學習各種簡單研究工具的製作技術，能夠設計實驗器材。在生理學系裡有專門的科學儀器組，推動醫學設備的改進。[64] 實驗室工具的製作，最初是克魯克香克想到的，他希望通過自製玻璃瓶減

60 The Unison, Vol.2, 1927, pp.157. 林可勝的發表文章參見附錄二。

61 RS Greene to MK Eggleston, April 23,1932, folder 101, box 15, CMB, Inc., RF,RAC.

62 在愛丁堡大學擔任講師時，林可勝就被認為是嚴厲的老師被遭到學生報復。（Bowers, Western Medicine in a Chinese Palace: Peking Union Medical College, 1917-1951,pp.101.）來到協和之後多位學生也回憶過林可勝的認真和嚴格。（吳階平〈用醫學生的眼光看協和〉；王志均〈我在林可勝教授指導下當進修生〉，政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話説老協和》，頁 291-292、439。）

63 Survey Commission Department Reports, 1936，《協和醫學院檔案》153，北京協和醫學院檔案室；Annual Report of the Director of the PUMC (1926-1927), folder 339, box 48, CMB, Inc., RF,RAC.

64 HS Houghton Interviews, June 1, 1927, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF,RAC; The Unison (1931-32) 3, pp.36; Annual Report of the Director of the PUMC (1926-1927), folder 339, box 48, CMB, Inc., RF,RAC; 張錫鈞〈回憶中國生理學先驅林可勝教授〉，頁 185；王志均〈既開風氣又為師：林可勝先生傳〉，見王志均、陳孟勤主編《中國生理學史》，頁 241。

輕系內經費壓力，[65] 後來林可勝將這一想法落實，拓展到自行設計生產各種實驗器材，從一開始的滿足自用節約成本，發展到後來銷往全國並負責代工廠產品合格檢驗，實現創收。[66]

在給學生打好基礎之後，他鼓勵進行獨立觀察和研究各種生理現象，培養出一支具有高超實驗技術的教學和科研人員。林可勝在系內採取的是精英教育，將系內的經費主要用於扶持幾名高級教員身上，根據個人情況，各自負責起不同的教學或研究方向，為低級教員們起到示範作用。建立起助教制度，挑選高年級的學生擔任助教，觀察和培養，留用任教，既節約了開支，又大大地刺激了學生的進取心。[67] 而且林可勝非常注意提攜後輩，發文章的時候很多後輩或學生都被聯名，並竭力為有前途的學生創造發展機會。他利用自己的關係，為生理學系幾乎所有的青年教師都爭取到進入世界一流機構進修的機會。例如他推薦沈寓淇到劍橋大學；馮德培到倫敦大學諾貝爾得主希爾的實驗室進修；林樹模到愛丁堡大學醫學院；柳安昌到哈佛大學跟隨坎農學習。[68] 他看重學術而不在乎學者的國籍歸屬或者英語水準，協和歷史上第一位日本常規教員小阪隆雄（Kosaka Takas）就是在林可勝的推薦下聘用的。後來因為和林可勝共同發表「腸抑胃素」的研究，在 1970 年代末被日本胃腸學界譽為「日本胃腸刺激之父」。[69] 滿洲醫科大學畢業的侯宗濂，師從日本著名生理學家、諾貝爾生理學提名者九野寧（Yas Kuno）。雖然協和醫學院當時的代理校長卡特（W.S.Carter）認為侯英文不好，

65 HS Houghton to Cruickshank, October 5, 1924, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

66 王志均〈我在林可勝教授指導下當進修生〉，頁 440。

67 HS Houghton to MK Eggleston, April 23, 1925, folder 886, box 122; Annual Report of the Acting Director of the PUMC(1925-1926); Annual Report of the Director of the PUMC(1926-1927), folder 339, box 48, CMB, Inc., RF,RAC.

68 MK Eggleston to Y.C.Mei, September 10,1929, folder 889, box 122; Minutes of the PUMC, 19290314; RS Greene to Bakeman, January 10,1933, folder 906, box 125; Mary E. Ferguson to MK Eggleston, July 17, 1934, folder 892, box 123, CMB, Inc., RF,RAC.

69 小阪隆雄，1901 年 8 月 11 日出生。1924 年畢業於滿洲醫科大學（之前稱南滿醫學堂），留校任教，1930 年取得博士學位。RS Greene to MK Eggleston, May 14,1931, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF,RAC；王志均〈林可勝：中國近代生理學的奠基人〉，頁 40。

但是林可勝非常欣賞他的研究，還是堅持給他發展的機會。[70] 侯宗濂日後成為中國神經生理學的泰斗級人物。

學界活動和中國生理學會的建立

在生理學系之外，林可勝繼續發揚其良好的合作精神，他大力促成內科和病理學聯辦循環和消化疾病聯合課程和討論會；[71] 邀請婦產科襄教授伊斯門（N.J.Eastman）參與女性生殖生理學的研究；[72] 建議學校利用午餐機會聚集教員交流心得。[73] 多地相關科學家在林可勝的牽頭下進行了中國基礎代謝調查，參與者有香港大學的安爾（H.G.Earle）、奉天的蓋伍（H.S.D.Garve）、濟南的沃德爾（Susan Waddel）、上海的金（Frances W King）、北京的吳憲 [74]、林可勝、倪哲爾（H.Necheles）、史蒂文生（Paul Steverson）、沈寓祺，他們從南到北，調查奉天、北京、濟南、上海、廣東的民族、地理、氣候、飲食和習慣、年齡和性別等內容。[75] 這是有關中國人基礎代謝的第一份較為系統的資料。[76] 正是在這一系列合作中，林可勝表現出了對營養學的關懷，為其日後參與國聯和衛生部合作的營養研究委員會以及在戰時軍隊中開展特別營養項目打下了基礎。

70 WS Carter interview with RKS Lim, December 14, 1925, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

71 Memorandum for Dr. Carter, May 26, 1925, folder886, box122, CMB, Inc., RF,RAC.

72 Annual Report of the Acting Director of the PUMC (1925-1926), folder 339, box 48, CMB, Inc., RF,RAC.

73 RS Greene to Dunlap，October 16, 1929，《協和醫學院人事檔案 2045（1）生理科》，北京協和醫學院檔案室。

74 吳憲（1893-1959），哈佛大學生物化學博士，提出「福林——吳憲氏法」（Folin-Wu Methods），改進了血糖定量分析的方法，大大推進了血液化學方面的研究。吳是中國生物化學、營養學等領域研究的先驅，中國生理學會的發起人之一，中央研究院院士。1920 年起吳憲在協和任教，1922 年成為生化系助教授，1924 年升任襄教授，負責生化專業。1925 年初生化系從藥理生化系中獨立出來，由吳憲擔任系主任，1928 年升任教授。(CMB, Docket, April 15, 1926, folder238, box25, Series 601, RG1, RF,RAC; Daisy Yen Wu, ed., Hsien Wu, 1893-1959: In Loving Memory (Boston, Massachusetts: 1959), pp.1-4.）

75 RS Greene to HS Houghton, September 7, 1926, folder886, box122, CMB, Inc., RF,RAC.

76 陳孟勤〈中國生理學簡史〉，見王志均、陳孟勤主編《中國生理學史》，頁 53。

國際交流對學術發展的影響林可勝也很重視，除了個人不惜自費參加國際生理學大會等國際重要醫學會議以外，他也積極鼓勵同事和後輩進行國際交流。[77] 林利用自身關係以及各種機會邀請國際知名生理學家來協和，比如他邀請芝加哥大學的卡爾森、哈佛大學的坎農[78]等來協和訪問，比如 1935 年的國際生理學大會即將在莫斯科召開，林可勝注意到很多著名生理學家將從北平路過，所以向學校建議邀請一些與會者，來協和交流、做講座。[79]

此外，林可勝從自己的導師謝弗爵士那裡學習到，專門性學會和期刊對於促進學術的重要性，雖然 1922 年中國已經設立了美國實驗生物與醫學學會北京分 會（Peking branch of the Society for Experimental Biology and Medicine），但是參與者多是外籍醫生。[80] 1926 年 2 月 27 日在林可勝建議，協和另外一名華人系主任吳憲附議之下，中國生理學會在北京建立，會員以中國人為主。[81] 該會每年定期召開會議，從 1927 年起發行英文季刊《中國生理學雜誌》（Chinese Journal of Physiology），刊登純學術性醫學研究文章。林可勝被選為第一、二屆會長，且長期擔任雜誌主任編輯，努力將期刊推介給很多世界著名的生理學家，使得中國生理系界的工作為世界知曉。該雜誌刊登的文章並不局限於生理學，有關生物化學、藥理學、營養學、病理學等的討論也出現其中，同時及時通報相關

77 WSC Interview with RKS Lim, August 31,1925, folder886, box122;WS Carter to RKS Lim, February 26,1926, folder 886, box 122; RS Greene Memorandum, July 18,1928, folder 891, box 123, CMB, Inc., RF,RAC.

78 林可勝和坎農很早相識，坎農把自己正在中國的女兒費慰梅（Wilma Cannon Fairbank）和女婿費正清（John King Fairbank）介紹給他認識，請他幫忙照顧。（Cannon to Lim, March 14,1923; Cannon to Lim, May 23,1923, folder 511, box 40, Walter B. Cannon Archive, Counterway Library of Medicine.

79 F. R. Dieuaide to MK Eggleston, September 13, 1934，folder886, box122, CMB, Inc., RF,RAC.）

80 K. Chimin Wong and Lien-teh Wu, History of Chinese Medicine:Being a Chronicle of Medical Happenings in China from Ancient Times to the Present Period (Shanghai: Shanghai ci shu chu ban she, 2009), pp.544.

81 “Proceedings of the Chinese Physiological Society,” Chinese Journal of Physiology 1 (1927): pp.455.

國際學術會議的資訊。起初全部為英文，附有中文摘要，從 1933 年，雜誌開始刊登侯宗濂等人的中文論文。該份雜誌代表了中國生理學研究的最高水準，在世界上也頗有名氣。洛克菲勒基金會醫學教育負責人皮爾斯（Richard M Pearce）高度評價了該雜誌的發行，稱其是中國生理學發展的重要標誌。[82] 諾貝爾獎得主的英國生理學家埃科斯（J. Eccles）當時也每月翹首以盼它的出版。[83] 約翰霍普金斯大學著名生理學家蒙卡斯爾（Vernon B. Mountcastle）教授亦讚揚《中國生理學雜誌》上的論文品質好，通過雜誌瞭解了中國生理學成果。[84] 中國生理學會的建立和雜誌的發行被認為是中國生理學步入近現代的重要里程碑。[85]

出版雜誌之外，中國生理學會和實驗生物與醫學學會北京分會常常舉辦聯合會，宣讀討論會員學術著作，中英文皆有，還有實驗展示，吸引了很多青年人的積極參與。[86]

在林可勝的帶領下，生理學系成為全協和醫學院最活躍的系之一，最能調動年輕人的積極性，一些其他系和其他學校的學生、後輩都被吸引過來，想要在他手下學習。[87] 小阪隆雄就是為了要和林可勝一起工作，而在沒有適合的空缺情況下，毅然接受了低於自己學歷和資歷的協和職位。[88] 林可勝的這些學生、後輩後來很多成為中國生理學界乃至中國醫學界的重要人物，擔負起在全國範圍內發展現代生理學和醫學的重任。林可勝主編的生理學大綱和全套的實驗儀器以及教學

82 RM Pearce to RS Greene, June 16,1927, folder891, box123, CMB, Inc.,RF,RAC.

83 饒毅〈中國生理學與醫學發展側影——《中國生理學雜誌》：一本前沿研究學報〉，見《二十一世紀》，1996 年 12 月，頁 103。

84 陳孟勤〈繼往開來、再接再厲——慶祝《生理學報》創刊 80 周年〉，見《生理學報》第 59 卷，2007 年第 3 期，頁 1。

85 吳襄〈三十年來國內生理學者之貢獻〉，見《科學》第 30 卷，1948 年第 10 期，頁 296；王志均〈既開風氣又為師：林可勝先生傳〉，頁 240。

86 AM Dunlap Interview, June 29, 1927, folder883, box40, Series1, RG4, RF,RAC. “Proceedings of the Chinese Physiological Society,” pp.455.

87 WS Carter Memorandum, September 11, 1925, folder 886, box 122, CMB, Inc., RF,RAC; CMB Docket, April 15, 1926, folder238, box25, Series 601, RG1, RF,RAC.

88 RS Greene to MK Eggleston, May 14, 1931, folder 888, box 122, CMB, Inc., RF,RAC.

理念，也被北京、上海、南京、山東、湖北、湖南、廣西、廣東等地的很多醫學院和理學院陸續採用，在全國具有影響力。[89]

1927 年 7 月起林可勝順利晉升為正教授，成為繼劉瑞恒之後的第二位華人正教授，也是協和醫學院歷史上最年輕的華人正教授主任。[90] 和林可勝差不多同時被任命為系主任的還有吳憲，但是協和醫學院一直猶豫要不要將吳憲所在的生化系和生理、藥理合併，因而給其的系主任任命總是短期。[91] 而且吳憲領導的生化系全部為中國教員，[92] 相較之下，從一個全是外國教員的系所中脫穎而出的林可勝更為讓人印象深刻。林在國際上的知名度也比吳憲高，於是很快成為協和華人教員中的領袖人物。在校內各種華人教授活動中，林可勝的排位都在前面，例如 1927 年協和華人教員為顏福慶 [93] 等人來京舉辦的歡迎儀式上，林可勝名列負責委員會次席，緊接協和醫院院長劉瑞恒之後。[94] 1920 年代末中國國內政局動盪，內戰不斷，國內貨幣兌美元持續上升，華人教員因為領取國幣，購買力持續下降，和領取美元的外籍教員待遇差距拉大，林可勝也挺身而出，代表華人教員向校方交涉，要求提高華人薪資，平等對待。[95]

被迫「本土化」中的機遇

雖然領導生理學系表現良好，在校內也有若干其他職務，例如因為領導的生

89 Survey Commission Department Reports, 1936，《協和醫學院檔案》153，北京協和醫學院。

90 RS Green to RKS Lim, March 3, 1927, folder 891, box 123, CMB, Inc., RF,RAC.

91 RS Greene to MK Eggleston, November 23, 1928, folder 101, box 15, CMB, Inc., RF,RAC.

92 Hisen Wu, “Peking Union Medical College: Department of Biochemistry,” in Methods and Problems of Medical Education, (New York: The Rockefeller Foundation, 1925).

93 顏福慶（1882-1970），上海人，1909 年獲得耶魯大學醫學博士學位。是博醫會第一位中國會員，中華醫學會首任會長，雅禮會成員，湖南湘雅醫學專門學校、上海醫學院的創辦人之一。1926 年長沙發生大規模反帝遊行，湖南湘雅醫學專門學校因為教會背景受到波及，顏福慶被迫北上至協和。（錢益民、顏志淵著《顏福慶傳》（上海：復旦大學出版社，2007），頁 1-74。）

94 PUMC Weekly Calendar, October 5, 1927, Vol. XII (No.4), pp.25.

95 R.S.Greene to RKS Lim, March 28,1930,《協和醫學院人事檔案 2045（1）生理科》，北京協和醫學院檔案室。

理學系在實驗室儀器製造方面的貢獻，林可勝被學校任命為技術員委員會主席；[96] 林也是學校預算委員會的成員。[97] 然而林可勝和其他華人一起，在協和的影響總體不大，學校及其醫院的主要教學和管理依然掌握在外國人的手中。即使是資歷地位高於林可勝、1926 年被任命為協和醫院院長的劉瑞恒，實際上的權利也並沒有看起來的那麼多。[98]

北伐爆發後，和協和醫學院關係密切的湘雅醫學院受到反教會運動的衝擊，被迫關閉。當國民革命軍繼續北上，協和的外國教員及家庭害怕湘雅的悲劇在北京上演，人人自危 , 顧臨和胡恒德不斷向包括林可勝在內的中國人士諮詢政局，甚至一度避出北京。[99]

1928 年 6 月張作霖撤離北京，南京國民政府控制了北京，更名北平，拒絕承認前政府的所有法令，協和因此失去了立校的合法性。1928 年底教育部要求全國的學校必須向其註冊，而且規定董事長和校長都要是中國人，校董中的中國人人數必須超過半數。對於初來乍到的南京民國政府和教育部，很多高校採取觀望態度，包括已經在光緒時期註冊過的北京協和醫學院。雖然「本土化」的努力頻頻出現在協和醫學院的各種報告書中，但是為了保持高品質的教學水準，真正的進程可謂十分緩慢。教育部的新註冊規定一出臺，打亂了他們自己的本土化進度表，讓管理層惶恐會就此失去對學校的支配。為了應對，校方開始提升校內中國人的地位。1929 年 1 月林可勝被加入學校的管理委員會，替代退出的顧臨，同時被加入的還有和中國政府關係良好的公共衛生系主任蘭安生（J.B.

96 Minutes of the PUMC Administrative Council, June 29, 1927, folder 26, box 4, CMB, Inc., RF, RAC.

97 WS Carter to MK Eggleston, March 24, 1926, folder 891, box 123, CMB, Inc., RF,RAC.

98 Annual Report of the Director of the PUMC (1924-1925), folder 337, box 48, CMB, Inc., RF,RAC.

99 RS Greene to Hu Shih, February 7, 1927, folder 902, box 124; HS Houghton to MK Eggleston, April 6, 1927; RS Greene, “The Situation in China: Departure of Families of Staff of PUMC”, April 12, 1927, folder 903, box 124; HS Houghton interview with F.C.Yen, May 5, 1927; HS Houghton interview with J Heng Liu, May 7, 1927; HS Houghton interview with Y. T. Tsur, May 12, 1927, folder 904, box 125, CMB, Inc., RF,RAC.

Grant）。[100]

協和醫學院和 CMB 紐約方面在幾番討論和斟酌之後，[101] 最終決定向新的教育部註冊，相應更名為「北平協和醫學院」，並且撤換董事會裡面的 6 名外國人，組成有 7 名中國人在內的 13 人董事會。從董事會裡撤出的外國人員組成顧問團。[102] 不想，到了 1929 年秋，教育部又出臺新的規定，要求董事會裡的中國人名額增至三分之二，金紹基和顏惠慶於是增補其中。[103] 重組後的協和校長是劉瑞恒，但是因為劉長期供職於政府衛生部門，實際行使權利的是副校長顧臨。不過校內中國教員從 1928 年之後比例大幅上升。[104]

協和在重新註冊事宜上的猶豫不決，除了顧慮自主權問題，以及加速「本土化」進程可能降低教育品質以外，還因為擔心學校財政壓力加重。剛剛步入正規的協和醫學院正是需要發展之際，不想 1920 年代末全球經濟危機，洛克菲勒基金全部專案縮減預算，外加中國連年戰亂，貨幣貶值，重新註冊帶來的學校重組無疑會給本來已經捉襟見肘的學校財政雪上加霜。[105] 為了避免裁汰中國教員，林

100 RS Greene to MK Eggleston, January 23, 1929, folder 797, box111, CMB, Inc., RF,RAC.

101 GS Greene to MK Eggleston, April 8,1929;Meeting of Trustees of the PUMC, April 10,1929, folder 910, box125, CMB, Inc., RF,RAC.

102 RS Greene, “To the Members of Faculty”, July 11, 1929, folder 799, box 111, CMB, Inc., RF,RAC. 這 7 名中國人分別是：施肇基、張伯苓、伍朝樞、劉瑞恒、胡適、周詒春和翁文灝。改組前施肇基是董事會裡面唯一的中國人。改組後，周詒春被推選為董事長，張伯苓為副董事長。周詒春，牧師，參與基督教青年會 YMCA 贊助的留美中國學生活動，1924-1932 年任職協和宗教和社會工作系，中英文流利，在協和內外的中外人士中有很高聲譽，宗教界領袖，顧臨也是他的仰慕者之一。選擇周詒春擔任董事長的原因是，他是政治上非常保守的無黨派人士，且受到國民黨青睞。劉瑞恒本來也是董事長的人選之人，但是因為和蔣介石關係過於親密，校方擔心其不能在蔣倒臺之後為協和提供庇護。（RS Greene to RM Pearce, July 6, 1929, folder 899, box124, CMB, Inc., RF, RAC.）

103 Ferguson, China Medical Board and Peking Union Medical College: A Chronicle of Fruitful Collaboration 1914-1951, pp.66.

104 參見頁 56 圖 4：協和醫學院中外教員統計圖（1921-1933）。協和醫學院重組之後胡恒德離開了中國，直到 1934 年作為洛克菲勒的特使回到中國。（Bullock, An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College,pp.51.）

105 Ferguson, China Medical Board and Peking Union Medical College: A Chronicle of Fruitful Collaboration 1914-1951,pp.66-89.

可勝於是建議中國教授相應減薪，或者升職時不加薪，共度難關。身為薪水最高的華人教授，林可勝帶頭自願從年薪 11,500 元降到 10,000 元。最終這項提議在全體中國教員中討論通過，全校教員根據級別，不同程度調整薪資。[106]

然而協和醫學院和 CMB 紐約方面以及洛克菲勒基金在預算問題上依舊發生分歧。諸多不快使得 CMB 紐約於 1934 年要求顧臨辭去協和副校長一職，消息傳到協和醫學院之後遭到了以中國人為多數的學校董事會和教授委員會的反對，他們認為學校高級行政管理人員的任免應該是學校內部的事務。糾纏於顧臨去留的間歇，學校董事會建議暫時由三人教授團暫代顧臨處理學校和醫院的行政事務，推選的結果為馬士墩、林可勝和吳憲三位教授。三人管理委員會成效不錯，一直留任到 1937 年夏天。與此同時洛克菲勒基金和 CMB 指派胡恒德擔任 CMB 駐華執行長，對協和醫學院進行評估。協和四名教授被提名給予其協助，他們是劉瑞恒、林可勝、內科教授羅賓森（G. Canby Robinson）和公共衛生教授里奇（Charles N. Leach）。[107]因為後兩人都是訪問教授，而劉瑞恒忙於中央衛生事務，發揮作用最多的顯然是林可勝。這份評估報告顯示了與以往「高水準」至上不同的看法，提出希望協和增加本科生的培養，從每班 25 人的現有規模擴招到 40 人左右，特別是在公共衛生專業，以便能夠為中國廣大的普通群眾提供醫療服務。[108]這一做法與林可勝在生理學系集中經費培養少數高級研究人員的精英教學顯然有了不同。

106 Administrative Council Committee Minutes - Committee of Professors, April 17, 1928, folder 56, box 8, CMB, Inc., RF,RAC.

107 Ferguson, China Medical Board and Peking Union Medical College: A Chronicle of Fruitful Collaboration 1914-1951,pp.104,125,111.

108 Bowers, Western Medicine in a Chinese Palace: Peking Union Medical College, 1917-1951, pp.152-153; Bullock, An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College,pp.105-106.

第三節　小結

從英美挾建設世界一流生理學雄心而來的林可勝，來到中國之後，依靠自己出色的科研和教學能力獲得協和醫學院青睞，得以留在協和領導生理學系。在系內建立現代化的生理學實驗室，開展具有國際水準的研究。改革教學方法，培養高素質的醫學人才。全國各地的青年慕名而來，將協和生理學系的影響向全國輻射。在業內，林可勝創設中國生理學會，發行英文期刊，促進中國生理學界的聯通，並和世界接軌。在這一系列過程中，林可勝推進了以現代生理學為主的現代醫學在中國的發展，自己也成為了中國現代生理學的領軍人物，為其在中國醫界成為領袖積累了資本。

林可勝的成就和協和醫學院的這個平臺不可分開。洛克菲勒基金將美國的醫學教育模式移植到協和醫院，目標是要培養中國的醫學領袖，讓美國的現代科學和價值觀念在中國生根發芽。要實現這一目的，首先要先顯示出美國醫學的優越性，因而在「高水準」和「本土化」兩個基本目標之間，協和是有所側重的。無論從林可勝的留任還是 1928 年協和醫學院的被迫改組都體現了協和對品質至上理念的偏重。林可勝能夠順利在中國拓展他的生理學版圖，很大程度上得益於協和這個辦學理念的支持。協和的種子在 1930 年代以後逐漸開花結果，學校培養的學生陸續在全國的醫學院校和政府機構中擔任要職，[109] 協和的許多規章制度和工作方法也被其他醫學機構效仿，協和從而成為英美醫校的領頭羊，培養出的「協和人」也成為偏重醫學品質的中堅力量之一。而品質問題也成為英美派西醫和德日派西醫日後爭執的一個重要話題。

1928 年協和改組之後，高級職位中的中國教員越來越多；而在整個中國，中國西醫接過了醫學傳教士的接力棒，成為在中國播撒現代醫學的主力；以林可勝為代表的英美教育出身的中國西醫，更是替代了北京政府時期對政府和軍隊影響頗大的德日派西醫，主導了民國政府的現代醫學體系規劃。

109 Survey Commission Department Reports, 1936，《協和醫學院檔案》153，北京協和醫學院檔案室。

四、戰前民國醫事

1940

第四章　戰前民國醫事

1928 年至 1937 年之間林可勝不再局限於生理學界，而是積極參與中國醫學界的活動和幫助政府規劃現代醫學體系。

在參與中國醫界的活動期間，林可勝擔任了全國性醫學團體 —— 中華醫學會的會長，接觸到了協和以外的中國醫學現狀。為儘快推進現代醫學在中國的發展，林可勝號召統一中國醫學界，然而卻最終失敗。對其失敗原因的分析，可以看到中國西醫界內部存在著複雜的派別畛域。

為了打破派別限制，林可勝寄望於政府，在幫助政府規劃醫學體系時，嘗試提出結合中國實際的公醫制度和醫學教育觀點。這些觀點反映出以林可勝為代表的一些以品質為重的醫界人士，在面對中國缺醫少藥的社會現實面前，對政府現代醫學衛生和教育體系的設想有了逐步變化。然而即使有了改變，西醫界內部依然不能避免對政府現代醫學體系規劃意見分歧。

第一節　林可勝與西醫的派別

協和工作的林可勝在 1928 年之後，逐漸從生理學走向了更大的舞臺，參與到中國醫界的活動中。他當選民國三大西醫團體之一的中華醫學會會長，為促進中國現代醫學而號召統一西醫界。但是這項工程卻因為兩篇文章而最終功虧一簣。通過討論導致統一失敗的原因，可以瞭解到中國西醫內部存在著以接受不同國家醫學教育為區分的派別矛盾，這些矛盾的產生和發展，不是單純的門戶樊籬，而和中國社會、醫療現實掛鉤，因而難以消弭，是橫亙於中國現代醫學發展路上的一個巨大障礙。

林可勝與統一醫界的願望

隨著生理學系的建設逐步走上軌道，林可勝除了在校內擔負起管理工作以外，在校外也參與了醫學界以及其他社會活動，例如加入北京博物學會擔任顧問

兩年。[1] 因為在生理學的突出表現，1928 年林可勝被推選為全國性醫學團體——中華醫學會的會長。

林可勝擔任中華醫學會會長的兩年，主要的精力放在推廣和提高中國現代醫學，加強西醫界的交流和團結方面，以便政府取鑒資治。在林可勝的任期內，中華醫學會通過調查全國醫學狀況，連續出版《醫界指南》，介紹全國醫學校、醫院歷史和現狀，列出醫師名錄，增進國人對西醫的瞭解。中華醫學會的機關刊物《中華醫學雜誌》出版的部分工作也從上海移到北京，加強醫學界的南北互通。[2] 1928-1930 年之間《中華醫學雜誌》內容大幅增加。[3] 國內外的發行量增加，英美德國的出版商紛紛送書來請求刊登書評，外國很多雜誌對《中華醫學雜誌》也贊許有加。[4] 在林可勝等人安排之下，1929 年中華醫學會北平分會聯合協和醫學院、北平大學醫學院為開業醫師開設內外科、婦產科繼續教育課程，用中文授課，讓很多會員受益。[5]

更重要的是，林可勝將統一全國西醫團體的工作付諸實際。他首先向另外兩個全國性規模的醫學團體——博醫會和中華民國醫藥學會謀求合併，並為此向洛克菲勒基金會申請經費，獲得了合併資助，聘用了一名專職的秘書，前往全國聯繫不同的醫學團體，瞭解各地醫師、醫院、診所和學校的情況，為聯合之路打下基礎。[6]

統一全國西醫團體並不是林可勝的原創，而是中華醫學會數任會長一直以來的期望。中華醫學會是林可勝的姨父伍連德最先宣導，1915 年出席在華醫學傳教士組織博醫會半年會的部分中國醫生，在上海最終組成了這個全國性醫學團

1 PUMC Weekly Calendar IX, no.2(September 30, 1925): 13.

2 RKS Lim, “Presidential Address,” The National Medical Journal of China XVI, no.1 (1930):115-117.

3 1928 年之前《中華醫學雜誌》的英文版最多 509 頁，而 1929 年的《中華醫學雜誌》增加到 838 頁。1928、1929 年的中文版頁數雖然不是歷史上最多的，但是也是歷史第二、三位水準。

4 V.T. Loh to Gist Gee, November 4, 1930, folder 19, box 2, Series 601, RG1, RF, RAC.

5 “Annoucement:Extension Courses for Chinese Doctors,” The National Medical Journal of China (Peping) XV, no. 4 (1929): 480.

6 R.K.S. Lim, “Presidential Address,” The National Medical Journal of China XVI, no.1 (1930):115-116.

體。[7] 中華醫學會的幾任會長都是中國西醫界的著名人物，發行的《中華醫學雜誌》是中國醫學界最權威的學術刊物，由該會衍生出很多專科學術團體，在大規模引進現代醫學上起到了重要作用。很快中華醫學會就成為了中國醫界的領導組織之一。[8] 從該會的原始會員，及其中英文名稱可以看出，該會具有強烈的國族色彩，想要聚集中國自己的西醫人員。[9] 學會的四大宗旨是：鞏固醫家交誼；尊重醫德醫權；普及醫學衛生；聯絡華洋醫界。[10]

1928 年隨著國民革命軍一路北上，全國即將統一之際，中華醫學會希望醫界也就此統一的呼聲高昂起來。南京國民政府形式上統一全國之後，政府成立獨立的衛生部，劉瑞恒成為衛生部副部長。劉不但曾是中華醫學會的會長、協和醫學院的校長，更是堅定支持醫界統一的人物之一。[11] 他的任職，更讓中華醫學會以為統一中國醫界的願望就要實現。

中華醫學會的發起人和第二任會長伍連德激動地說：「乃自北伐告成，百廢待興，舉國人士，額手稱慶。南京國民政府成立以來，對於改良全國醫業衛生，勇往直前，不遺餘力。……然苟欲整頓醫業衛生，當先彙集全國醫界團體，使其團結一致，始克有成，遂有統一醫權之決議」，以便社會諮詢，政府衡鑒。[12] 此外，顏福慶、牛惠生等會內重要人物也都在不同場合表達了同樣的願望。[13] 在這樣的氛圍下，林可勝甫上任中華醫學會會長，就著手準備組成一個統一的全國醫學團體，期待能夠在新政府的管理之下，打開中國現代醫學發展的新局面。不過林可勝對於合併是否能成功，並不樂觀。他曾經對顧臨表示：聯合中國所有的醫學團

7 〈中華醫學會宣言書〉，見《中華醫學雜誌》第 1 卷，1915 年第 1 期，頁 50。

8 趙洪鈞《近代中西醫論爭史》，頁 98。

9 中華醫學會的英文會名是 The National Medical Association of China

10 〈中華醫學會例言及附則〉，見《中華醫學雜誌》第 1 卷，1915 年第 1 期，頁 2。

11 J Heng Liu, “Presidential Address,” The National Medical Journal of China XIV, no. 1 (1928):29-30.

12 伍連德〈醫學會亟宜統一論〉，見《中華醫學雜誌》1929 年第 5 期（第 15 卷），頁 457。

13 F.C.Yen, “The Significance of Having One National Medical Association for China with Suggestion for Its Formation,” The National Medical Journal of China XIV, no. 1 (1928): pp.23-24; W.S New, “Presidential Address”, The Chinese Medical Journal 46, No.9 (1932):1028.

體前景並不明朗，一個統一的全國醫學團體很難實現，某些醫學組織不願加入，或許可以嘗試聯盟的方法。[14]

想要組成一個統一的全國性醫學團體，中華醫學會想到是首先和另外兩大西醫團體進行合作——博醫會和中華民國醫藥學會。博醫會，英文名 The China Medical Missionary Association，成立於 1886 年，是中國最早的全國性西醫學術團體。創會之初僅限教會醫師加入。組織的首要目標是在中國推進現代醫學的傳播，增進中國各地醫學傳教人員的溝通。1925 年博醫會改組，改名 The China Medical Association，允許非教會人士加入。[15] 因為中華醫學會本來就是從博醫會分化而出的，兩會有很多共同的會員，一直保持著良好的溝通。1920 年代後期中國西醫的崛起，醫學傳教士勢力衰退。特別是在北伐開始之後，因為中國民族主義情緒高漲，很多外國醫生從領導崗位主動辭職讓位給中國西醫，不少醫院、醫學校的董事會裡也變成以中國人為主，這都讓博醫會萌生了想要和中華醫學會合作的想法。[16] 歷經 4 年磋商，1932 年 4 月 15 日中華醫學會和博醫會最終合併。這兩大西醫組織的團結，標誌著中國西醫界的聯合有了很大的進展，「開中國醫學之新紀元」。[17]

接下來中華醫學會將團結的目標放在了西醫另外幾個重要團體，特別是中華民國醫藥學會身上。中華民國醫藥學會，同樣成立於 1915 年，該會的創會宗旨和中華醫學會基本相同——「聯合醫學和藥學同志組織」、「研究日新之醫藥學術力圖進步」。[18] 和中華醫學會一樣，該學會主要成員是中國西醫，而且包括

14 RS Greene Interviews Robert Lim, July 4, July 18, folder 891, box 123, CMB Inc., RF, RAC.

15 〈本會會長牛惠生大會演詞〉，見《中華醫學雜誌》第 18 卷，1932 年第 5 期，頁 876；“Constitution of The Medical Missionary Association of China”, The China Medical Missionary Journal 1, no.1 (1887):32.

16 James L. Maxwell, “Devolution in Practice”, The China Medical Missionary Journal 42, no.2 (1928):122; James L. Maxwell, “Some Problems Facing the Medical Profession in China”, The China Medical Missionary Journal 42, no.3 (1928): 194-195.

17 〈本會會長牛惠生大會演詞〉，見《中華醫學雜誌》第 18 卷，1932 年第 5 期，頁 876。

18 〈中華民國醫藥學會章程〉，見《中華民國醫藥學會會報》，1917 年第 1 期，頁 1。

藥劑師。中華民國醫藥學會和中華醫學會最大的不同在於，前者的會員大多是留學德國和日本，或者在中國的德國 / 日本教育模式的醫學院受教育的。[19] 而後者 1937 年之前所有的中華醫學會的主席都是英美留學歸國的，1932 年的會員統計顯示，中華醫學會全會 84.7% 的會員畢業于英美或中國國內英美式醫校。[20]

中華民國醫藥學會和中華醫學會都宣導醫界團結，兩會的章程中也從來沒有對會員教育背景進行限制，刻意摒除某些國別教育系統畢業的醫師，但是兩個學會會員的教育背景區分十分明顯。這種以不同國家教育出身而分立抱團的現象，是當時中國西醫界公認的事實，勢力最大的兩個團體就是英美派和德日派，而中華醫學醫學會和中華民國醫藥學會即被認為是兩個派別的代表組織。

英美派和德日派的由來

西醫界英美派和德日派的形成，和中國醫學教育的情況不能分開。中國的現代醫學源自國外。清末之前所謂的中國西醫界基本上指的都是外國醫學傳教士，中國本土西醫的人數非常之少。中國西醫最早誕生於在華醫學傳教士的學徒中，陸續也有中國孩童跟隨傳教士留學海外學醫，例如 1885 年畢業于愛丁堡大學的黃寬、中國最早的女西醫之一金韻梅（又叫金雅妹）。1872 年中國政府開始向歐美派遣留學生。雖然計畫中途夭折，但是民間以及各省公費出洋學習的風氣已開，陸續有一些學生留學歐美修讀醫科，但是人數不多。[21] 在中國國內，醫學傳教士開辦的醫院很多轉型成為醫學院，因為醫學傳教士多為英美教會人員，學員因而也是接受英語教學。[22] 1865 年北京同文館所設的科學系中有醫學方面的課

19 〈中華民國醫藥學會會員通信錄〉，見《中華民國醫藥學會會報》附錄，1917 年第 1 期；趙洪鈞《近代中西醫論爭史》，頁 99。

20 統計根據〈中華醫學會概括報告〉，見《中華醫學雜誌》第 18 卷，1932 年第 1 期，頁 181-183。1937 年之前的中華醫學會會長分別是顏福慶、伍連德、俞鳳賓、刁信德、牛惠霖、劉瑞恒、林可勝、牛惠生、林宗揚、朱恒璧。

21 Yi Chu Wang, Chinese Intellectuals and the West, 1872-1949 (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1966),pp.42.

22 汪企張〈醫學教育之概論及改革管見〉，見《新醫藥》第 3 卷，1935 年第 6 期，頁 468。

程，不過形同虛設，數年後中斷，沒有培養出人才。1881 年，李鴻章在天津開辦北洋醫學堂（最初名為天津醫藥館、醫學館），學制四年，用英語教學，但是專為海軍服務，畢業學生也不多。整體而言，20 世紀之前受英美醫學教育的中國西醫沒有形成一定氣候。

德日派的醫生雖然出現得比英美派晚，但是數量上後來居上。明治維新，特別是 1894 年甲午海戰以及 1904 年的日俄戰爭讓中國人深深震撼於鄰國日本的崛起。日本成為中國實現儘快富強的學習榜樣。光緒皇帝在上諭中說：出國遊學，西洋不如東洋，東洋路近費省，文字相近，易於通曉，且一切西書均經日本擇要翻譯。[23] 張之洞、劉坤一等清朝要員也極力主張派留學生到日本，[24] 而且中日兩國的風俗習慣也較接近。1901 年清廷更是決定給學成回國的留學生獎以進士或舉人出身，赴日學生猛增。甲午戰爭之後的 1895 年「三國干涉還遼」事件，讓日本深刻意識到西方勢力在中國對日本國家利益造成威脅，因而開始加大對華施加日本的影響，積極促成對華教育輸出，同時也能賺取學費。[25] 和 19 世紀去歐美留學的學生相比，留日的學生中更多選擇了醫科，因為此時中國社會將醫學和種族聯繫起來，相信現代醫學對國家進步具有非凡的意義。[26] 回國之後，這批留日學生形成了早期中國西醫的骨幹，在民國政府和軍隊的醫療機構中擔任要職，例如中華民國醫藥學會的會長湯爾和，北洋政府陸軍部軍醫處主任方石珊；東南醫學院校董、國民革命軍總司令部軍醫處處長蔣可宗等等。

1911 年辛亥之後中國學習日本的熱情降低，特別在「二十一條」簽訂之後，

23 朱有瓛主編《中國近代學制史資料》（第二輯上冊）（上海：華東師範大學出版社，1987），頁 17。

24 參見張之洞《勸學篇．外篇．遊學第二》（鄭州：中州古籍出版社，1998），頁 116-117。

25 Nakajima Chieko, “Medicine, Philanthropy, and Imperialism: The Dōjinkai in China, 1902-1945,” Sino-Japanese Studies 17 (2010): 56; Wang, Chinese Intellectuals and the West, 1872-1949,pp.59; 實藤惠秀《中國人留學日本史》，譚汝謙、林啟彥譯（北京：三聯出版社，1983），頁 23-27，59-61。

26 Croizier, Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change, pp.59-60.

留日醫學生的規模也逐漸縮小。美國取代日本，成為在教育文化事業上對華影響最大的外部勢力。[27] 在庚子退款、洛克菲勒基金等大量資金的支持下，中國學生前赴後繼地前往美國留學，包括醫科在內的中國國內很多學校院系也到了美方的資助，最典型的代表即協和醫學院。英美背景的中國西醫勢力上升。

德日、英美醫學教育雖然在內容上都是強調科學、利用實驗的現代醫學，但是在教育方法上有著不同的特色。德國在 19 世紀後半期以實驗室醫學著稱於世，將疾病「物化」，重視醫學中的純科學理論。醫學生必須完全掌握了理論通過考核成為研究生才有機會接觸病人。而日本明治維新時期正是德國醫學的高峰階段，所以日本政府改革醫學的時候，引進的是德國醫學，醫學校聘請的幾乎全部是德國人，很長一段時間日本醫學生留學的國家裡，德國一枝獨秀。日本的醫學院校採用的教學語言不是德語就是日語。[28] 英國的醫學教育雖然在很大程度上也受到了德國的影響，但是有著自己重視實踐的傳統，學生們跟隨老師在醫院巡診，大量接觸病例。美國和英國同為英語國家，作為新興的現代醫學勢力， 20 世紀初美國的醫學教育革命是結合了德國實驗室醫學和英國重應用的傳統而成的，希望學生養成獨立觀察思考和動手操作的能力。[29] 因而德日醫學、英美醫學兩兩更為接近。

教學方法上的不同並不是中國西醫德日派和英美派最初區分開來的原因。派別的區分首先來自於語言的不同。現代醫學在歐美傳播中並沒有因為語言而產生很大問題，但是卻在進入中國社會後形成了障礙。1930 年代初，時任中華醫學會總幹事的朱恒璧說，「辦學者出身不同，其本身求學時所用之文言，亦因人而異，某種文字之便於己者，即用某種文字教授；譬如某醫校為因英美人或留學英

27 Chieko, “Medicine, Philanthropy, and Imperialism: The Dōjinkai in China, 1902-1945,”: 60;Hongshan Li, U.S.-China Educational Exchange : State, Society, and Intercultural Relations, 1905-1950 (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2008), pp.1.

28 杉本勳編《日本科學史》（北京：商務印書館，1999），頁 333-348。

29 Bonner, Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945,pp.292-293,298-302. George E. Vincent, “The Medical Profession from An International Point of View”, 1926，《協和醫學院檔案》537，北京協和醫學院檔案室。

美之中國人所主持者，則用英文，某醫校為德人或留學德國之中國人所主持者，則用德文」。[30] 這種語言的隔閡並不僅僅是因為個人的方便。當時中文的西醫教科書缺少，只能直接使用外國教材；另外醫學術語在很長一段時間內也沒有達成統一，在教學、投稿以及醫院病例的記錄中只能使用各自的外語。[31] 即使教員和醫師們統一使用國語，學校自己編寫教材內容和水準很難保證。也不排除一些西醫在留學的過程中國語退化嚴重，以及某些學校存在以使用外語教學為榮的心態。[32]

語言之外，和教科書的問題類似，中國沒有現成的現代醫學教育體系，留學歸國者只能照搬自己留學國度的醫學教育模式。民國女西醫陶善敏評論道：「我國創辦醫學校之初，非委諸外邦認識人士，即取新自海外畢業者付以重任。彼輩於國內社會教育舊制既缺乏深刻之觀念，又鮮研究之功夫，為便利計，遂因襲所留學國之醫學校制度，舉夫英美德日法各國之制度，雜見一時。教授時所用語言文字，亦因校而異。」[33]

國內醫校語言及其相應教材、制度的隔膜讓背景不同的醫生只能按校擇業，德國、日本留學的去德日制度的學校，英語國家留學的去英美制度的學校。

此外，在醫學院校之外的社會上以及官場上，教育背景也扮演了重要的角色。自從科舉制取消以後，中國傳統的門生關係以及「同年」關係遭到了瓦解。取而代之的是新式學校的師生、同學、校友關係。就學於哪個學校以及哪個國家成為關係職場、社交甚至安生立命的重要部分。[34] 另一方面，在日本的學術圈中，

30 朱恒璧〈中國醫學教育應用語文之我見〉，見《中華醫學雜誌》第 17 卷，1931 年第 5 期，頁 491。

31 朱恒璧〈中國醫學教育應用語文之我見〉，頁 492-193；Knud Faber and Health Organisation, Report on Medical Schools in China, Series of League of Nations Publications (Geneva: 1931) pp.20.

32 陳志潛〈公醫與醫學教育〉，見《獨立評論》，1935 年第 138 號，頁 9。

33 陶善敏〈中國女子醫學教育〉，見《中華醫學雜誌》第 19 卷，1933 年第 6 期，頁 857。

34 Wen-Hsin Yeh, The Alienated Academy: Culture and Politics in Republican China, 1919-1937 (Cambridge, Mass.: Published by Council on East Asian Studies, Harvard University and distributed by Harvard University Press, 1990), pp.68-69; 120-123.

師承關係十分嚴謹和被看重，在日本留學的中國醫學生不可避免地受到了影響，並將這種傳統帶入了中國的醫學校中。

這種新式的人際聯繫同時被背後隱藏的傳統地緣關係進一步加強。在資訊相對閉塞的民國社會，地緣形成的資訊網路會很大程度上影響擇校和就業。留學於不同國家以及入讀於不同教育體系的學生因語言、學校、地緣因素很容易組成或加入相應的醫學團體，互相提攜、捭闔。

1929 年底國際聯盟受衛生部委託調查中國醫學狀況，之後評價道：去不同國家留學的學生組成不同的團體，把各國的語言用在醫院的記錄、學說的發表和學校的課程等方面，以各自的大學為根本，「在有關係的醫院、學校中，各自選用屬於他們的系統的人物。」[35] 北京大學醫學院的學生也回憶道：「國人教授大部為前曾任教于平大醫學院者，悉為日德派。其中一部首腦人物則大半為浙江籍，無形中黨派既成，乃把持校政排除異己。一旦掌院儼如居室，忽視教育者之本責，失盡學者之風度。」[36]

雖然德日派和英美派有著派別之分，並不代表雙方壁壘森嚴，老死不相往來。德國的醫學即使在 20 世紀初也是公認的世界領先，英美的醫學很多都受其影響，[37] 日本也在現代醫學領域有所建樹，[38] 所以英美醫學人士對高水準的德日醫學也是看重的。例如英美派學校代表協和醫學院，它長期和日本的醫學校以及國內一些德日醫校保持良好的交流。1923 年東京地震，東京帝國大學醫學院實驗室被毀，協和熱情地邀請醫學院的日本科學家來協和做研究。林可勝所在生理學系也和日本人辦的滿洲醫科大學保持常規的客座交換。[39] 以英美派為主的中華

35 宋澤譯〈中華民國醫事衛生之狀況〉，見《醫藥評論》1931 年第 57 期，頁 13。

36 北京大學醫學院全體同學編纂〈事變後八年來之醫學院〉，1945 年 10 月，《北大醫學院資料調查》，中央研究院近代史研究所《朱家驊檔案》301-01-09-088。

37 Bonner, Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945, pp.280-308.

38 例如在破傷風、結核菌以及鼠疫桿菌方面都有卓著貢獻的北里柴三郎（Kitasato Shibasaburō）以及提名諾貝爾生理學 / 醫學獎的九野寧（Yas Kuno）。

39 China Medical Board 10th Annual Report (January 1, 1924-December 31, 1924), pp.10-11; WS Carter Interview with RKS Lim, August 31,1925, folder 886, box 122,CMB Inc., RF, RAC.

醫學會機關刊物《中華醫學雜誌》也不時刊載有關於日本醫學界的消息，介紹日本醫學成果和教育狀況，通報德日醫師團體的消息。

德日派為主的中華民國醫藥學會方面也是同樣。學會中一些會員，包括會長湯爾和和創會人之一方石珊也同時是中華醫學會的會員，學會經常應邀派代表出席中華醫學會的年會。1928 年以後，應政局統一和對抗中醫需要，中華民國醫藥協會也希望加強和中華醫學會的合作。[40] 到了 1931 年，九一八事變爆發，因為國內反日情緒高漲，中華民國醫藥學會只得宣佈放棄他們主要的經濟來源——日本庚子退款，從而維繫艱難。[41] 由是中華民國醫藥學會和中華醫學會的合併案，可以說是符合各方心願的，同時加入合併案的還有全國醫師聯合會。[42] 然而商談了很久的合併案最終在 1934 年宣告失敗，林可勝所擔心的事情還是發生了。

派別品質爭議與合併案的破裂

導致中華醫學會和中華民國醫藥學會合並失敗的導火索是《中華醫學雜誌》1933 年發表的兩篇評論中國醫學教育的文章，兩文均批評了德日式醫學校教育品質差，畢業生素質低，有礙於中國現代醫學的發展。

1933 年 4 月《中華醫學雜誌》第 2 期上刊登的名為〈中國的醫學教育〉的文章，其中寫到：

> 清末，我國士子多留學日本。民國初年所辦之一學校，如陸軍軍醫學校及北京、江蘇、浙江、直隸等醫專學校，皆以畢業日本之人充當校

40 F.C.Yen, “The Significance of Having One National Medical Association for China with Suggestion for Its Formation,” The National Medical Journal of China XIV, no. 1 (1928): 23-24.

41 Gist Gee to WS Carter, April 4, 1932, folder 21, box 2, Series 601, RG1, RF,RAC.

42 全國醫師聯合會不同於中華醫學會和中華民國醫藥學會，它是職業工會性質，成分複雜。因衛生部頒佈《醫師暫行條例》，醫界頗有不滿。1929 年 11 月上海醫師公會倡議聯絡多地醫藥團體組建全國醫師聯合會，以砥礪醫德、研究學術、保障權益、建議醫政、促成醫師法為宗旨。（〈全國醫師聯合會對於部登記條例宣言〉，見《醫事彙刊》，1930 年第 2 期，頁 1-2。〈全國醫師聯合會章程〉，見《醫事彙刊》，1930 年第 2 期，頁 2。）

長及教員。此輩畢業生留學時，日本醫學尚未發達；而日本學校當局對中國留學生，又向取放任主義；是以多數皆學無專長。回國後，僅一普通醫學士，並無所謂專門。但是因人才缺乏，故榮任教授，主講大學。當講書時，僅以自己之講義，向學生背誦。「講」之一字，已談不到；其不稱職，可想而知。民十以後，各醫校時時發生風潮，雖然由於學風不良，但教員的屍位，也是一個主因。現在此派教員在我國公私立醫校仍占極大勢力，歸其主辦之一學校，仍有七八校之多。據 Faber 氏報告及《上海醫藥界之現狀》所載，此輩主辦之醫學效，教員及設備，皆極不良，應加改革。但若輩勢力，根深蒂固，改革實不易言！其次日本距我國極近，生活亦略相等，國人往日本留學者極多。據《中國醫界指南》調查，自日本畢業之醫師，達 424 人。其數目之大，誠可驚人。[43]

同年 10 月，任職於協和醫學院，同時是《中華醫學雜誌》中文版總編的李濤[44]發表了〈民國二十一年度醫學教育〉，該文公佈了國內 27 所醫學院校的統計資料，其中顯示德日派學校入學程度低、修學年限短，很少要求實習，但是招收以及畢業的學生數量大。更為嚴重的是師生比例，「東南醫學院，學生多至 437 人，而教員僅 23，教授上之不敷用，極為顯然」。師生比例懸殊僅次於東南

43 〈中國的醫學教育〉，見《中華醫學雜誌》第 19 卷，1933 年第 2 期，頁 205-206。

44 李濤，(1901-1957)，1925 年畢業於北京醫科專門學校 (北京大學醫學部前身)，曾短期任軍醫。1928 年進入協和醫學院病理學系進修細菌學。進修期間，李濤顯示出其良好的中文造詣，尤其是能很好地將現代醫學翻譯為中文，為當時之急需。他翻譯了協和病理學系林宗揚的《細菌學實驗室手冊》獲得同行和學生的好評。在此期間，李濤的興趣也發生了轉變，開始從細菌學轉向醫學史。1930 年 7 月，協和醫學院聘任他為中文部助理講師，承擔四年級醫學生的中國醫學史講座課程。此時，林宗揚任《中華醫學雜誌》英文總主筆。鑒於李濤出色的中文能力，從 1928 年起李濤擔任《中華醫學雜誌》中文編輯。1930 年 10 月，升任中文總編。（張大慶〈中國醫學人文學科的早期發展：協和中文部〉，見《北京大學學報：哲學社會科學版》，2011 年第 6 期 ，頁 126；李濤〈匆匆五年〉，見《中華醫學雜誌》第 19 卷，1933 年第 6 期，頁 955。）

的，還有同濟大學醫學院和南通醫學院，這些都是德日式的學校。[45]

文章刊載後不久，中華醫學會同中華民國醫藥學會、全國醫師聯合會的合併宣佈失敗，學會之間甚至「分道揚鑣」[46]。原定合併團體之一全國醫師聯合會的活躍分子余岩[47]，對於合併的失敗扼腕道，「去歲之秋，亦嘗與牛君惠生、徐君乃禮，圖所以溝合統一之者矣；謀之未蕆，事收垂成，又吾與龐君（龐京周）之所深為悼惜者也！」[48] 中華醫學會會長牛惠生也在全國醫師聯合會的機關刊物《醫事彙刊》上說：「回憶今年夏季，各派領袖討論合併問題時，相聚一堂，談笑之歡，幾至忘形，及至談及合併條件，在座者僉曰無條件之可言，是可見並無主張之不同也，並無派別之觀念也。而忽因雜誌中文字上之誤會，以致合併高潮，一落千丈，為山九仞，功虧一簣。夫文字上之誤會，事本極小，苟各人均有誠意，何致功敗垂成，是以必其中有猜疑心理。」[49] 可見《中華醫學雜誌》的兩篇文章惹怒的正是中華民國醫藥學會。

李濤，從 1928 年起一直擔任《中華醫學雜誌》中文版編輯。雖然第一篇文章沒有署名，但是身為主編，李濤也不可能沒有關聯。1933 年年底，李濤發表聲明，辭去主編一職。在其辭職聲明中，李氏無奈道：

> 不佞所撰之《民國二十一年度醫學教育》，以種種原因雖未能如理想上原擬之完善……惟因拙著此文無意中觸犯某方之忌，致一部份人大起反感，甚至牽及中華醫學會幹部，不佞自思，吾人平日痛惡學術界

45 李濤〈民國二十一年度醫學教育〉，見《中華醫學雜誌》第 19 卷，1933 年第 5 期，頁 681-694。

46 牛惠生〈溯往知來〉，見《中華醫學雜誌》第 20 卷，1934 年第 1 期，頁 27。

47 餘岩（1879-1954），字雲岫，浙江鎮海人，早年赴日本大阪學醫，回國後任公立上海醫院醫務長、上海醫師公會第一任會長、南京國民政府中央衛生委員會委員、內政部衛生專門委員會委員、教育部醫學教育委員會委員等職務，是民國時期要求廢除中醫的代表人物。（張大慶《中國近代社會疾病史：1912-1937》（濟南：山東教育出版社，2006），頁 66。）

48 餘雲岫〈送龐京周醫師北行序〉，見《中華醫學雜誌》第 20 卷，1934 年第 4 期，頁 651。

49 牛惠生〈全國醫界應相見以誠〉，見《醫事彙刊》，1934 年第 18 期，頁 15。

之學派傾軋，詎可學步邯鄲自蹈覆轍乎？以此雅不欲作無謂之爭辯，對於所有攻擊文字蓋不答辯，並向本會幹部辭去總編輯職務，以謝過於對方。嗣經過往復磋商，決定由不佞維持之本年年底，自明年一月起，另換編者。[50]

1934 年《中華醫學雜誌》中文版編輯部改組，主編正是全國醫師聯合會會員，同時也是留日出身的餘岩，德系醫校同濟畢業的龐京周和留法的宋國賓也加入其中。[51] 有意思的是 1935 年李濤最新的〈民國二十三年度醫學教育〉又出現在雜誌上，不過只在英文版登出，而且各校師生不再放在同一個表格中比對，文章中也很少評價語言。[52]

以李濤為代表的英美派對德日派品質的批評是有著幾方面的原因的，首先是德日派在培養過程中確實存在一些潛在的問題。雖然是德日派，但是中國直接留學德國的醫師並不多。[53] 19 世紀末 20 世紀初歐洲中學教育已達到一定統一，學生在進入醫學院前已經具有堅實的化學、生物學以及其他科學的基礎，所以醫學院不再提供相關基礎訓練。[54] 對於缺乏科學基礎知識的中國學生，進入德國醫學院修讀是非常辛苦的事情。1914-1918 年的世界大戰，德國的醫學校更是遭到了嚴重的毀壞。[55] 所以 1932 年衛生署 [56] 登記在冊的全國醫師只有 42 人留學德國。[57] 德日派的主要人員是留學日本和國內德日醫校培養的。

50 李濤〈匆匆五年〉，頁 959-960。

51 朱恒璧〈中文雜誌改訂印行辦法〉，見《中華醫學雜誌》第 20 卷，1934 年第 4 期，頁 601。

52 Lee T'ao, "Some Statistics on Medical Schools in China for the Year 1933-1934", Chinese Medical Journal 49, no. 9 (1935):894-902.

53 金寶善〈舊中國的西醫派別與衛生事業的演變〉，頁 127。

54 Barry, Great Influenza: The Story of the Deadliest Pandemic in History,pp.6.

55 參考第二章林可勝在德國的經歷。

56 1930 年 12 月 10 日衛生部裁撤，在內政部設立衛生署管理衛生事務；1935 年 7 月 1 日衛生署改吏行政院；1938 年再次歸於內政部。（張朋園、沈懷玉合編《國民政府職官年表（1925-1949）》，頁 214-216。）

57 根據許世瑾〈全國登記醫師統計〉，見《中華醫學雜誌》第 19 卷，1933 年第 5 期，頁 749-750。

而留日學生，清末留日學生教育中一大特色是「速成教育」，主要是中國社會因為對近代化的遲緩感到焦慮，報章也大肆鼓吹。日本學校也投其所好競相縮短學制，以謀奪生源和商機。[58] 駐日公使楊樞就說，留學日本學生中，60% 是速成，30% 就讀普通中學，專門高等學校生占 3-4%，入讀大學者不過 1%。[59] 於是 1905 年為留學生開設的入仕考核中，留日學生的成績遠低於西方回來的留學生。[60] 在 20 世紀初之前日本自身的醫學教育也不太好。「夠的上大學的教育實在很少，差不多全是專門的資格。」一直到 1920 年代初日本醫學院校才先後改組，不少專門學校升為了醫學院，水準不夠的停辦。[61] 因為仿照德國的教育，日本在中學階段也開始教授學生基礎的物理、化學、生物等科學知識，學生通過選拔考試才能進入醫學院。然而為了吸引中國留學生，日本醫學院校對中國學生卻沒有選拔考試的要求，中國學生在國內一般也沒有受過基本的科學基礎訓練，[62] 因此很多留學日本的醫師被批評水準存在問題。這些水準受質疑的留學生，任教於中國的德日醫校，進而被認為影響了國內培養的德日派學生水準，形成了一個惡性循環。加上中國的德日醫校在本科生階段存在輕視實踐的傳統，又少有能力開設研究生課程加以彌補；招生多，師生比例失調，德日派的醫學畢業生的整體能力從而被批評。[63] 甚至有德日醫校的學生也批評自己的教師「一般對於學術之態度，則除少數外，亦多落伍，更加物資日稀，材料日缺，其從事研究繼續深造者甚少，是以其所授課程亦多陳腐，其中偶或亦有力圖精進勉力研究者，則每以黨派之別，不得遂其志。此外更有一部教授則系因人才缺乏，由助教勉強提升，雖奮力自強，以求勝任，然亦多因學識淺薄，經驗亦少，故多不能滿足學生求知之

58 實藤惠秀《中國人留學日本史》，頁 58-60。
59 楊樞〈日本遊學計畫書（節錄）〉，陳學恂主編《中國近代教育史教學參考資料》（北京：人民教育出版社，1987），頁 710-711。
60 許美德《中外比較教育史》（上海：上海人民出版社，1990），頁 116。
61 〈日本的醫學教育〉，見《中華醫學雜誌》第 18 卷，1932 年第 6 期，頁 1029、1034-1035。
62 China Medical Commission of the Rockefeller Foundation, Medicine in China,pp.9-10.
63 〈中國的醫學教育〉，見《中華醫學雜誌》第 19 卷，1933 年第 2 期，頁 205-206。

欲。」[64]

相對而言，19 世紀末 20 世紀初美國開始擴大高等教育的規模，成為世界上少數能夠為大量中國學生提供合格高等教育的國家。[65] 1910 年弗萊克斯納報告出臺後，洛克菲勒的大量資金投入，革新浪潮席捲了整個美國，到 1920 年代中期，據說已經有 20 所機構可以和歐洲頂尖水準的醫學院校研究相媲美。[66] 更重要的是，不同于歐洲健全的中學科學教育，美國中學教育水準參差不齊，所以進入美國醫學院學習的學生要接受物理、化學、生物等基礎預科以及臨床前課程的嚴格再訓練。這對於中學缺乏科學基礎知識的中國學生，這種訓練十分有利。加上英美醫學院重視醫學理論和臨床實習的結合，於是畢業于英美的中國醫學生認為自己水準高於德日，國內英美醫校的教員水準也因此覺得自己略勝德日醫師。

整體上，英美派和德日派的醫學水準孰高孰低，客觀上很難得出定論，但是職場和官場等場合的競爭，促成了英美派醫師有意無意地認定德日派醫師素質低於自己。這是英美派公開批評德日派的另一個原因。

第三，除了因為競爭而強調德日派醫師素質低以外，英美派的這種態度還受到了來自外來勢力的影響。在 20 世紀初期，洛克菲勒家族表現出對中國的極大興趣，決定用醫學和衛生在中國擴大自己的影響，但是，正如小洛克菲勒在協和醫學院開幕典禮上所講，他們絕不僅僅是希望建立一個醫學院以及在中國發展現代醫學，而是希望傳播西方的科學以及精神文化，[67] 更具體一點說，他們希望傳播的是美國的精神文化和影響力，這與此時美國對華的策略是一致的，因此也受到了美國政府的大力支持。但是協和成立之際，在華的德日醫學已經形成一定氣候，在政府以及軍隊中有不小的影響力。為了凸顯美國醫學的優越性，在洛克菲

64 北京大學醫學院全體同學編纂〈事變後八年來之醫學院〉，1945 年 10 月，《北大醫學院資料調查》，中央研究院近代史研究所《朱家驊檔案》301-01-09-088。

65 Li, U.S.-China Educational Exchange : State, Society, and Intercultural Relations, 1905-1950, pp.5.

66 羅伊伯特著，張大慶譯《劍橋醫學史》，頁 316。

67 Rockefeller, “Response for the Rockefeller Foundation”, pp.63-65. 中文翻譯引自董炳琨、杜慧群、張新慶著《老協和》，頁 38-39。

勒的數次報告中都質疑了中國德日派醫師的水準。例如 1914 年洛克菲勒中國醫學考察團曾指出中國的大多數日式西醫是日本最差的學校培養的。他們瞭解到的在華日本醫生和中國留日醫學生沒有一人出自帝國大學。考察團在天津、開封、武昌、南昌和蘇州接觸的中國醫學教授和高級軍醫官，也沒有一個是從東京、京都、福岡和仙台醫科大學畢業的，皆是「專門學校」或是縣立特別學院出身。在京都的醫學院裡，沒有中國學生是從日本中學畢業的，他們的知識不夠，但是卻不用和日本人一樣參加選撥考試，畢業也不發給學位，只授予合格證。[68] 也因為如此，協和一直標榜和堅持自身的 「高水準」研究和教學，從而在中國醫學界異軍突起。和美國抱有同樣動機的還有英法主導下的國聯，1926 年國聯調查中國醫學的報告也同樣宣稱，中國西醫主要活動在大城市，大部分為日本歐洲水準很低的學校訓練出身。[69] 在洛克菲勒、美英法等國的影響下，很多英美派醫生，特別是協和人也就容易形成對德日派醫生水準的某種偏見。

中華醫學會對於西醫的品質是很看重的，他們抱怨低水準的西醫，「玷污西醫名譽」，嚴重阻礙了中國現代醫學的發展，「較之中醫草菅人命，殆尤有甚」。[70] 學會入會會員要求嚴格，需要「醫科留學生之畢業於外洋醫學校經各該國政府承認為優等者」或是「本國醫科學校畢業生之通曉一種或數種外國言文者，其所入之學校必須經本會認為優美者」，如果是「在中國曾經本會承認之醫學校畢業而非通西文者」也可以加入，但不能被選舉在會內擔任職務。[71] 中華醫學會的會員從而被認為或者自認為是醫學精英。雖然中華醫學會沒有規定成員通曉的外語一定要是英語，但是實際中大部分的會員是英美訓練出生，所以中華醫學會又是

68 China Medical Commission of the Rockefeller Foundation, Medicine in China,pp.9-10.

69 Dr. Rajchman, “Report to League of Nations,” The National Medical Journal of China XIII, no. 3 (1927):291.

70 伍連德〈醫學現在之取締及將來之挽救商榷書〉，見《中華醫學雜誌》第 1 卷，1915 年第 1 期，頁 11；E.S.Tyau, “The Demand of Modern Medicine upon the Profession, the College and the Government”, The National Medical Journal of China I, no. 1 (1915):2-3; F.C.Yen, “The Significance of Having One National Medical Association for China with Suggestion for Its Formation,” The National Medical Journal of China XIV, no. 1 (1928): 23-24.

71 〈中華醫學會例言及附則〉，見《中華醫學雜誌》第 1 卷，1915 年第 1 期，頁 3。

英美派中的精英。於是，中華醫學會中的很多會員，例如李濤，更容易對德日派西醫水準表現出鄙視。中華醫學會創立之初，伍連德就曾說中國西醫，「分為東西兩派，留學歐美者則視日本為後進之邦，謂留學東瀛多圖便利而就簡易，恐未深入窺堂奧」。[72] 1933 年著手操辦和中華民國醫藥學會合並事宜的中華醫學會會長牛惠生私下表示，希望可以請德日派中較好的人員加入中華醫學會，因為考慮到新的中華醫學會要保證自己的層次，不建議所有的留日學生都加入。他認為有些日本留學歸來的人不僅學術差而且醫品也差。[73] 但是在公開場合，他依舊表示希望和中華民國醫藥學會整體合併。[74]

派別的數量與中西醫矛盾激化的影響

中華醫學會雖然認為德日派醫師在品質上有所欠缺，在 1930 年代以前，在批評低素質的西醫時卻很少將矛頭直接對準德日派。這是因為，想要實現統一和提高中國現代醫學的目標，德日派是必須要爭取合作的物件，德日派醫師在數量上佔有絕對的優勢，是中國西醫的主力。

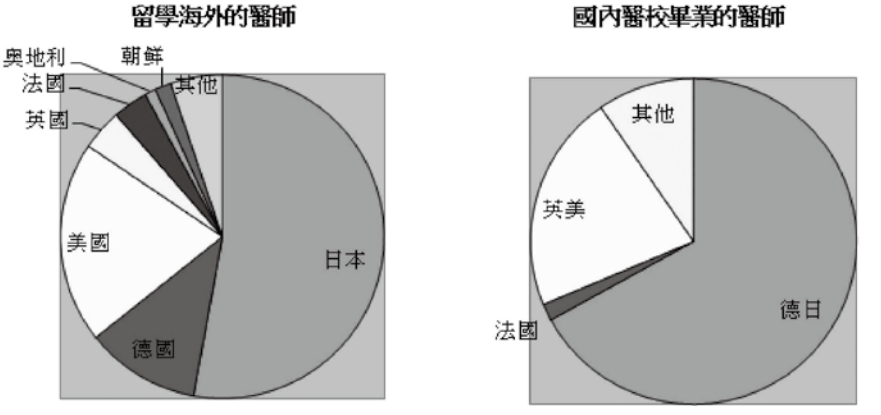
根據統計 1906 年到 1919 年之間中國留日學生年均近 4000 人。[75] 在這股留日的大潮中，德日派醫師的數量也迅速增長，特別很多留日醫學生修讀的是速成教育，或從期限較短的醫藥專科學校畢業。因此 1915 年洛克菲勒第一次醫學考察團的調查報告顯示中國的西醫主要是日本留學歸國的，「所有的政府和私人醫學校基本都在日本的影響之下，特別是所有的教員都是日本訓練」。[76] 大量的留日醫師歸來，相應的國內德日學校的數量和招生人數也擴大；實習時間少，修業時間短，畢業的學生自然更加多。

72 伍連德〈醫學現在之取締及將來之挽救商榷書〉，頁 9。
73 WS Carter interview with Way Sung New, January 3,1933, folder 22, box2, Series 601, RG1, RF, RAC.
74 牛惠生〈全國醫界應相見以誠〉，見《醫事彙刊》，1934 年第 18 期，頁 14。
75 資料計算根據許美德《中外比較教育史》，頁 111。
76 China Medical Commission of the Rockefeller Foundation, Medicine in China,pp.9.

根據衛生署全國登記醫師統計，1932 年之前在海外留學歸國的 367 名註冊醫師中，53% 留學日本；其次是留學英美的，占到 20%；第三位是德國留學的，占 11%。而 2557 名國內培養的註冊醫師中，德日式學校畢業生佔據 67%，英美式醫校畢業生只有 22%。（參見圖 5：衛生署全國登記醫師統計（1929-1932））加上沒有登記的醫師，德日背景的醫師相對于英美派的比率只多不少，他們控制著大部分的省立和私立醫學機構。[77]

1937 年又一項調查顯示，此前從中國 21 所醫學院校畢業的學生共計 5358 人，其中 692 人畢業于東南醫學院，622 人畢業於國立北平大學醫學院，570 人畢業於浙江省醫學專門學校。這三所學校都是德日式的學校，高居學校畢業生總數前三，佔據了 35% 以上的份額。[78]

圖 5：衛生署全國登記醫師統計（1929-1932）



資料來源：統計根據許世瑾〈全國登記醫師統計〉，見《中華醫學雜誌》第 19 卷，1933 年第 5 期，頁 749-751。

77 參考李濤〈民國二十一年度醫學教育〉，頁 682；HS Houghton, “Memorandum on the Organization and Program of the Peiping Union Medical College”, December 17, 1935, pp.21, folder 508, box72, CMB Inc., RAC. 另據日本在華醫學組織同仁會 1930 年的統計，共約 1600 名中國學生曾在日本各種醫、藥、齒科學校學習過。（丁蕾〈近代日本の對中醫療・文化活動－同仁會研究（四）〉，《日本醫史學雜誌》46, 4 (2000): 613.）

78 〈我國醫學院校最近概況〉，見《中華醫學雜誌》第 23 卷，1937 年第 8 期，頁 1130。

1930 年底中國現有西醫師，連外籍醫師在內不超過 10,137 人。[79] 即使算上沒有登記的中醫、藥師、助產士等，中國數百萬民眾的醫療需求還是難以滿足。在中國缺醫少藥的整體國情面前，德日派醫師即使學識不濟也能被廣大人民所需要的。因此有些人認為有些西醫儘管水準不高，但是他們畢竟是西醫，是相對於中醫而言進步的產物。[80] 中華醫學會想要統一中國西醫界，面對如此眾多的德日派醫師，不僅僅是需要，而是必須和其聯絡。

中華醫學會高層人物從大局出發對德日派的低水準隱忍不發，不代表其他英美派會員沒有意見。然而到了 1930 年代，以李濤為代表的中華醫學會會員突然公開指責德日派醫師，這與當時中西醫矛盾的激化有著很大的關係。

中國近代的中西醫矛盾起於民國北京政府頒佈新學制，學習日本明治維新，將中醫中藥排除在醫藥學科之外，北洋政府教育部長汪大燮也提及廢止中醫，引發第一次全國性中西醫論爭，其後雖然「中國現實之醫界……中醫立會實藉以抵制西醫，西醫立會固亦有意謀改中醫，因而此擊彼攻，儼如勢不相立」，[81] 但是中華醫學會的組會初衷不包括此。對於沸沸揚揚的中西醫之爭的態度也有別於其他西醫組織，鮮有「廢除中醫」的論調。[82] 中華醫學會對中醫的態度一直較為寬容，曾經擔任會長的俞鳳賓公開表示「西醫與中醫，截然不同，自是互有得失」，「中醫之有價值，在數千年間之閱歷功深，正不少精確處」，「可謂國粹的而非偶然的研求」，「若徒以其舊而全廢之，則將昔人所閱歷者，掃蕩盡淨，喪失國粹」。[83] 1919 年《中華醫學雜誌》印刷增刊，刊登陳邦賢的《中國醫學史》，

79 廖亞平〈讀〈我國應實行公醫制度〉後〉，見《戰時醫政》第 2 卷，1939 第 7 期，頁 5。

80 汪企張〈對於教育當局規定醫學駕馭修習程式的幾個疑問〉，見《醫藥評論》，1930 年第 37 期，頁 2。

81 伍連德〈醫學現在之取締及將來之挽救商榷書〉，見《中華醫學雜誌》1915 年第 1 期（第 1 卷），頁 9。

82 編輯幹事黃貽清注：「關於新舊醫問題，向為余先生等在其他刊物上多所論列，只以此類文字，本志所登特少，至本會會員鮮或寓目。」（江晦鳴著、龐京周校評〈存乎？廢乎？關於中國舊醫學存廢問題的檢討〉，見《中華醫學雜誌》1935 年第 7 期（第 21 卷），頁 767。）

83 俞鳳賓〈保存古醫學之商榷〉，見《中華醫學雜誌》，1916 年第 1 期（第 2 卷），頁 4。

回顧總結中國從「太古時期」開始的醫藥成就。其後王吉民的〈中國歷代醫學之發明〉在中英文《中華醫學雜誌》上面連載。1926 年《中華醫學雜誌》第 3 期刊也曾登文，表示中華醫學會全體「公決反對舊醫列入學校系統」，並決定和民國醫藥學會、上海醫師公會一起就此事致書各省教育會及其地方行政長官。這是《中華醫學雜誌》少有的公開反對中醫文章，然而這是為了「與國內新醫團體取得一致」，回應上海醫師公會希望聯合西醫，阻止中醫提案的來信結果。[84]

不少中華醫學會會員以一種西醫精英的心態認為「中醫之不適用於今日已成為不可掩之事實」，自然會消亡。反而如果強制「廢止中醫」，會造成大量中醫的失業，而原本就不能滿足的百姓看病情況更是會雪上加霜。[85] 中國醫學亟待解決的，不是中醫的存廢，而是儘快提高中國現代醫學的水準。當前西醫本身內部品類龐雜，水準參差，「國人受其害者，莫不視西醫為畏途」，嚴重影響了中國現代醫學的發展。[86] 因此需要團結西醫，制定一定的標準，培養合格的人才。包括林可勝在內的幾任中華醫學會會長都是贊成這一想法的。

1928 年北伐成功之後的南京國民政府成立衛生部，薛篤弼擔任部長，次長是劉瑞恒。次年 2 月該部召開了第一屆中央衛生委員會，會上一致通過了餘岩提出的廢止中醫的提案；4 月教育部宣告中醫學校一律改成傳習所，不久衛生部宣佈中醫禁止參用西法西藥。中西醫頓時形成水火不容的局面，各地中醫和西醫團體和個人分別在各自的報刊上進行激烈論戰，中醫聯合中藥行業集會抗議，組成全國醫藥團體總聯合會，赴南京請願。1929 年中醫開始稱自己為「國醫」，

84 〈上海醫師公會致中華醫學會書〉，見《中華醫學雜誌》，1926 年第 1 期（第 12 卷），頁 81-82；〈三團體致各省教育會書〉，見《中華醫學雜誌》，1926 年第 3 期（第 12 卷），頁 313-321。

85 伍連德〈醫學現在之取締及將來之挽救商榷書〉，見《中華醫學雜誌》1915 年第 1 期（第 1 卷），頁 9-10。宋國賓〈醫事建設方略〉，見《中華醫學雜誌》1934 年第 7 期（第 20 卷），頁 963。

86 伍連德〈醫學現在之取締及將來之挽救商榷書〉，見《中華醫學雜誌》1915 年第 1 期（第 1 卷），頁 9-10；顏福慶〈中華醫學會宣言書〉，見《中華醫學雜誌》1915 年第 1 期，頁 51。

1930 年國醫館建立。[87] 當時身為西醫領導團體中華醫學會會長的林可勝以及該會的喉舌——《中華醫學雜誌》對此基本保持沉默，認為這些沒有官方認可，不足為懼，依舊致力於宣傳和提高西醫的工作。

然而到了 1932 年，中醫開始爭取「國醫」名號獲得政府認可，同年底提出《國醫條例》和國醫館管理中醫的提案，中醫儼然將形成和西醫並駕齊驅的局面「混淆觀聽」[88] 時，中華醫學會意識到不能再沉默下去了，於是一改以往的保守作風。首先在 1932 年的年度大會上討論通過「舊醫不得稱國醫」議案，並發表在中英文雜誌上。其後兩任會長牛惠生、顏福慶前往拜會行政和立法兩院院長，表達對《國醫條例》的強烈反對，並在中英文《中華醫學雜誌》上刊載〈中華醫學會反對「國醫條例」〉一文。一時間雜誌上反對中醫的文章突增，措辭也變得激烈。

在「外患」加劇的情況下，中華醫學會反省中國現代醫學本身，急切希望找出阻礙其迅速發展的內在原因。在他們看來，中國西醫的人數已經不在少數，但是廣大的內地和農村無法負擔西醫的費用，醫師的生活甚至不能保證，於是紛紛聚集在沿海和大城市謀生，導致大城市西醫過剩，出現惡性競爭。特別是一些剛剛入行的醫學校畢業生和庸醫，本身水準、經驗不夠，為了競爭違背職業道德，胡亂治療，以低價招徠病人，從而從整體上降低了國民對西醫的認可，無法顯示西醫的優越性，也就不能抵擋中醫的「進攻」。[89] 以李濤為代表的一部分人英美派看來，這些缺乏經驗的醫學校畢業生主要是沒有實習期的德日醫校培養的，德

87 詳情參考趙洪鈞《近代中西醫論爭史》，頁 111-120；徐小群《民國時期的國家與社會：自由職業團體在上海的興起，1912-1937》，頁 231-253；Lei, “When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949”.

88 〈中華醫學會大會紀要〉，見《中華醫學雜誌》第 18 卷，1932 年第 6 期，頁 1146。

89 Frank Oldt, “Scientific Medicine in Kwangtung,” The Chinese Medical Journal 48, no.7 (1934): 664-665; 朱席儒、賴鬥岩〈吾國新醫人才分佈之概觀〉，見《中華醫學雜誌》第 21 卷，1935 年第 2 期，頁 147-148; C.C.Chen, “State Medicine and Medical Education”, The Chinese Medical Journal 49 (Peiping), no.9 (1935):953; C.C. Chen, “Some Problem of Medical Organization in Rural China”, The Chinese Medical Journal 51, no.6 (1937): 813.

日醫校每年數量巨大的畢業生和懸殊的師生比例都是產生低水準西醫的原因，於是在 1930 年代中西醫矛盾激化之時，李濤等人將對德日派醫師一直隱忍的不滿公開。代表德日派勢力的中華民國醫藥學會覺得顏面無光，最終憤而拒絕了合併案。

英美和德日派的鬥爭只是西醫界諸多派別鬥爭的一部分，是中國西醫之間矛盾的縮影。徐小群的研究指出，在西醫要求政府規範醫學職業、廢除中醫的呼聲中，1929 年衛生部公佈了《醫師暫行條例》，出人意料的是西醫中的一些團體也反對這一條例，最終造成該條例在上海並沒有實際執行。[90] 不僅是 1929 年的《醫師暫行條例》受到了西醫的反對，1931 年的《西醫醫師考試條例》和 1932 年的《醫師變通給證辦法》均遭到了西醫的抵制，從而沒有認真執行過。[91] 除了英美和德日之間，在英美系統內部也有矛盾，例如 1948 年湘雅醫學院因為校長人選鬧得不可開交，因為「查湘雅醫學院據熟知內幕者言，其省界觀念頗重，凡非湘雅出身或湘雅出身非湘籍皆不易相處」。[92] 西醫內部各種形式的矛盾和分歧，使得他們在發展中國現代醫學時不能發出同一的聲音，集中人力物力，為政府「衡鑒」。

第二節　林可勝與民國政府現代醫學體系的設計

西醫群體在外不能戰勝中醫，內不能統一組織的窘迫狀況之下，林可勝等很多西醫只能積極參與政府現代醫學體系的設計，冀望於政府強力幹預推行現代醫學，其中包括兩個重要方面：公醫制度和醫學教育。

構思公醫制度

所謂的公醫制度指的是以國家經營醫學事業，具體指由國家設立各級醫療衛

90 徐小群《民國時期的國家與社會：自由職業團體在上海的興起，1912-1937》，頁 146-147。
91 Ye, “Regulating the Medical Profession in China:Health Policies of Nationalist Government”.
92 朱恒璧致朱家驊的信，1948 年 1 月，《國立湘雅醫學院》，中央研究院近代史所《朱家驊檔案》301-01-09-157。

生機構，將全國醫師合理分配各地，為全民提供醫療衛生服務。

公共衛生專家同時也是協和醫學院的公共衛生教授蘭安生是公醫制度早期宣導人之一。蘭安生出生於寧波的加拿大醫學傳教士之家，16 歲之後回到加拿大和美國接受了醫學專業訓練，1917 年取得密西根大學醫學博士，同年參與了洛克菲勒基金會下的國際衛生委員會（International Health Board）在美國地方的衛生工作。1920 年蘭安生進入新建立不久的約翰霍普金斯公共衛生學院進修，在那裡他遇到了鈕修姆教授（Arthur Newsholme），這位教授曾成功地在 19 世紀末 20 世紀初的英國建立了國家保險、預防肺結核計畫，改進了防止性病政策，為英國公共衛生帶來嶄新的面貌，鈕修姆教授強調國家在推動公共衛生上的作用，對蘭安生影響很大。1921 年蘭安生來到協和任教公共衛生系，在中國宣傳公共衛生概念。他于 1925 年在北京建立中國第一個公共衛生事務所，1928 年後簡稱第一衛生事務所，一方面為居民提供醫療保健，一方面讓協和的學生和護士進行現場教學和實習，培養公共衛生管理人才。[93]

雖然第一衛生事務所有所建樹，但是起到的作用和影響實在有限。1926 年由伍連德和劉瑞恒等組成「促進中國公眾衛生委員會」向英國庚子賠款委員會提交為期 6 年的資金援助案，旨在建立全國範圍內的公共衛生系統，試圖仿效 1848 年英國公共衛生法案，在中央政府主導下實現衛生的現代化。但是當時中央政府本身政權就不穩定；地方上，公共衛生事務的發展往往依託於員警系統，員警又多是依賴於地方軍閥，國家和各省政府無法將權利延伸到地方。而且這種行為也很容易被誤解成中央政府企圖向地方延伸權利的手段。[94] 所以 1928 年之前公醫制度僅僅是少數人的理想。

當國民革命軍揮師北上，一個全國性政權就要建立的時候，蘭安生等人終於看到了公醫制度實現的可能性。在 1928 年年初的中華醫學會年會上，蘭安生按

93 John B. Grant and Saul Benison, “Reminiscences of John Black Grant: Oral History, 1961,” pp.1,17-19,32,38,99-100,169-177.

94 Yip, Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937,pp.32.

捺不住地表達了他對國家經營醫療的呼喚。他提出醫學不僅僅是治癒的醫學，還應該包括個人衛生、防病醫學和公共衛生三種。中國的死亡率非常之高，但是最致命的幾種疾病都可以通過個人衛生、防治和公共衛生來有效緩解；中國醫療和經濟水準皆低下，個人衛生、公共衛生和防病醫學能夠實現事半功倍的效果。而這三種醫學，只能由國家來推動，通過教育普及個人衛生和預防醫學的知識；通過中央衛生機構主導資源和人員分配，構架平均合理的公共衛生和治療體系，才能解決居民特別是廣大農村地區人民的健康需要。[95]

1928 年秋，蔣介石和馮玉祥達成協議，由馮系出任南京國民政府軍政部和內政部部長。任命的內政部長薛篤弼曾經是北京市市長，和蘭安生在北京第一衛生事務所有過合作。蘭安生已經意識到新的國家政權可能為公共衛生以及中國醫療帶來轉機，於是找到劉瑞恒以及第一衛生事務所第一任所長方石珊，一起向薛建議設立衛生部，但是遭到否決。不久蔣介石為了協調閻錫山，將內政部交給閻系；獨立出衛生部，留給馮系薛篤弼。蘭安生希望重燃，他覺得應有專業醫學人員擔任衛生部副手，於是和曾給馮玉祥治過病的協和泌尿專家謝元甫一起拜訪了馮玉祥的太太李德全。李德全畢業於華北協和女子大學，參與很多協和醫學院的社工活動，因而和二人非常熟悉，很快向馮玉祥推薦了劉瑞恒。[96] 然而等劉瑞恒風塵僕僕地從外國趕回來時，衛生部所有重要職位已經分配完畢，任命的主要是德日派的軍醫「老人」。部長薛篤弼向劉坦承受到很大壓力而無能為力。最後在劉的哈佛校友及好友宋子文和孔祥熙的幫助下，劉瑞恒才爭取到了衛生部次長席位。[97] 和蘭安生、劉瑞恒熟識的不少中國著名西醫，特別是中華醫學會和協和的林可勝、伍連德、牛惠生等從而集結左右，擔任顧問，為國家重建之際設立公醫

95 John B. Grant, “State Medicine:A Logical Policy for China,” The National Medical Journal of China XIV, no.2 (1928):65-80.

96 Grant and Benison, “Reminiscences of John Black Grant: Oral History, 1961,” pp.261-272.

97 J Heng Liu to RS Greene, November 14, 1928, 見劉似錦編《劉瑞恒博士與中國醫藥及衛生事業》，頁 328-330。劉瑞恒也因此樹敵良多，被公開批評散播「協和主義」。（J Heng Liu to RS Greene, April 16, 1930, 同上 ibid.，頁 328-330.）

制度出謀劃策。[98]

因為中國本土沒有經驗，只能向外取經。1929 年起國民政府同國聯建立技術合作關係，衛生部邀請國聯衛生部門負責人拉西曼（Ludwik J. Rajchman）擔任國際管理委員會的委員之一，開啟了國民政府衛生部和國聯衛生組織的正式合作關係。[99] 林可勝被任命合作組織中的營養研究委員會委員，參與其中，[100] 常常代表劉瑞恒出席國聯會議。[101] 林可勝擔任中華醫學會會長任期間，也公開提出國家主導醫療的公醫制度，他認為只有政府出面才能整合醫學資源，將其合理分派到全國各地，而不是任其紮堆在大城市；只有政府出面才能集中、調動最多的人力物力，用最少的錢辦最多的事。[102]

1930 年劉瑞恒升任衛生部部長，在他的主持下衛生部組織進行了擴大：在南京籌設了中央醫院；成立中央衛生設施實驗處負責研究、調查、指導以及培養高級人員事宜，下設防疫檢驗、化學藥物、寄生蟲學、環境衛生、社會醫事、婦嬰衛生、工業衛生、生命統計、衛生教育九個系；此外還有公共衛生人員和幹部訓練所；和各省和特別市合作，設立衛生實驗所、衛生模範區等，開展調查、試驗，試圖起到示範作用。衛生部和教育部也聯合組成醫學教育委員會，規範統一醫校課程。[103]

98 〈函中央執行委員會秘書處准函轉徐書簡呈請設立平民醫院免費施診一節業經本部倡設公醫及健康保健制度並設法限制醫藥價目以利貧民請查照轉陳文（十八年一月十七日）〉，見《衛生公報》第 1 卷，1929 年第 2 期，頁 73-74。

99 張力《國際合作在中國：國際聯盟角色的考察（1919-1946）》（臺北：中央研究院近代史研究所，1999），頁 76-77。

100 宋澤譯〈中華民國醫事衛生之狀況〉，見《醫藥評論》,1931 年第 49 期，頁 17。

101 “Chinese Health Administration Praised by League Experts,” The Chinese Medical Journal 49, no.9 (1935):1075.

102 RKS Lim, “Presidential Address,” The National Medical Journal of China XVI, no.1 (1930):118-120.

103 宋澤譯〈中華民國醫事衛生之狀況〉，見《醫藥評論》，1931 年第 57 期，頁 18。劉瑞恒〈三年來中央衛生設施概況〉，見《衛生半月刊》第 2 卷，1935 年第 1 期，頁 1-12；陳寄禪〈劉瑞恒博士與衛生事業〉，見劉似錦編《劉瑞恒博士與中國醫藥及衛生事業》，頁 53-55。

中央的行政、技術、訓練組織陸續形成之後，開始向省級推進衛生計畫。1935 年江西、湖南、甘肅、陝西、青海、寧夏都成立了省級衛生單位。[104] 同時在江蘇的江寧、浙江的蘭溪、河北的定縣、山東的鄒平、陝西的華縣等處鄉村衛生工作實驗展開。[105] 其中在河北定縣負責的是協和畢業生陳志潛。他從 1932 年開始擔任中華平民教育促進會衛生教育部主任，調查了定縣農村醫藥條件，逐漸由村到區到縣，自下而上建立了一套有效的衛生網。[106] 因為成果較為理想，吸引了洛克菲勒基金資助和政府的關注，[107] 1936 年林可勝受聘配合陳志潛的工作，負責培訓公共衛生方面的大學生。[108]

在合作的過程中林可勝對中國社會的醫學情況有了更為深入的瞭解，特別是農村的醫療狀況。1937 年林可勝和陳志潛聯名發表了〈公醫制度〉的文章，對前期的公醫工作做了整理和反思，構思出了一個新的公醫體系以及與之配合的醫育制度。（見頁 107 圖 6：林可勝設計的公醫制度組織圖）。文章以「今日中國」開頭，論述中國的社會經濟困境，指出醫學的發展必須依託整個農村的重建工作。文章說，公醫制度是面向全體人民的福利工作，無論貧富，人民都可以在公醫制度下得到防病和治病的服務。在現有中國廣大農村經濟落後、醫療人員缺乏的情況下，政府公醫制度應該改變之前以省為核心的衛生建設，而將工作中心下降到縣。文章認定「沒有鄉村衛生中心的省立衛生機構，根本沒有存在的必要」。醫生缺乏，可以對護士、牙醫、藥師、衛生監察員等醫療助理人員善加利用和培養；資金缺

104 劉瑞恒〈三年來中央衛生設施概況〉，頁 4-5。

105 金寶善〈公醫制度〉，見《行政研究》第 1 卷，1936 年第 1 期，頁 133。

106 陳志潛〈河北定縣農村教學基地的建立經過〉，見政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話說老協和》，頁 183-184。1928 年蘭安生認識了中華平民教育促進會的晏陽初，陸續介紹協和學生去中華平民教育促進會在河北定縣建立的農村建設實驗區，為公醫制度的探索積累經驗。（Grant and Benison, “Reminiscences of John Black Grant: Oral History, 1961,” pp.177A-177B,248A.）

107 Selskar M. Gunn, “China Program (July 1,1935-February 15,1937)”, folder 131,box 13,Series 601,RG 1, RF,RAC.

108 《華北農村建設協進會訓練研究委員會紀錄》，見張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 499（鄭州：大象出版社，2009），頁 383-384。

乏，可以教授鄉民簡單基礎的衛生知識，實現自助和互助；另外將傳統醫生、診所，也就是中醫也考慮進來，詳細檢查後對不適用的進行改造利用。[109]

定縣的經驗卻並沒有推廣到全國，一部分原因正如林和陳的文章自己承認的，定縣有平教會的學校給普通農民普及文化知識，所以對農民進行簡單的衛生訓練能夠取得不錯的效果，但是其他地方沒有這種優勢。[110] 其他幾處政府衛生實驗區也和定縣類似，甚至成績還不如定縣，也都始終沒能找到能夠在現有政治經濟和教育等條件下實行的理想公醫模式。有的人歸咎為民眾迷信；[111] 有的人反駁，認為「科學」的西醫應該顯示出「先進」的一面，提高公醫的品質，才能吸引普通民眾。[112] 還有人認為國家必須進行統一分配醫學人員、提供補貼才能在各地建立起公醫機構；[113] 有的人卻反對將開業醫師全部劃歸國家安排，認為開業醫師比公醫靈活，能夠為人民帶來便利，即使取締也應該讓其逐步自然消亡。[114] 有的人認為應該學習德國，有的人覺得應該仿效印度，[115] 還有的人批判現有的模式照搬外國，不適用於中國社會。[116]

所以，時人總結，公醫制度雖然是「近十餘年來醫學界的思想家所討論的一種理想的醫事設施制度」，「如果能夠毅然決然的推行公醫制度」，也許可以防止種種醫事設施的流弊，平息派別的鬥爭，「並且可以最經濟最有效力實行保障

109 RKS Lim, CC Chen, “State Medicine”, The Chinese Medical Journal 51, no.6 (1937):781-796.

110 R.K.S Lim, CCChen, “State Medicine”:789-790.

111 CK Chu, “The Training of Personnel for State Medicine,” The Chinese Medical Journal 51, no.3 (1937):373.

112 CC Chen, “State Medicine and Medical Education,”: 952-954.

113 Frank Oldt, “Scientific Medicine in Kwangtung,”: 664-665; 朱席儒、賴鬥岩〈吾國新醫人才分佈之概觀〉，頁 147-148;C. C. Chen, “A Proposed Basic Medical Curriculum,” The Chinese Medical Journal 49, no.9 (1935): 862; CC Chen, “Some Problem of Medical Organization in Rural China”: 813.

114 廖亞平〈讀〈我國應實行公醫制度〉後〉，頁 5。

115 Gao, “Between the State and the Private Sphere: The Chinese State Medicine Movement, 1930-1949”, pp.146-148.

116 尹子〈論今日我國衛生行政上之急務〉，見《醫事彙刊》，1934 年第 21 期，頁 1-2。

全民健康的政策」，但是「政府對醫事設施，沒有整個的計畫和統治的能力」，「醫學界對於現代科學，缺乏健全的觀念，和集團努力的精神」。一些人「懷著個人私利和殘缺不全的疾病觀念」，只看到個人，而不是國家和民族。政府人民衛生保健沒有長遠計畫，對紛繁的觀點和企圖「也沒有統治統裁的辦法」。[117] 簡單來說，中國西醫學界在公醫制度的具體實行方法上沒有達成共識、共同努力，對公醫制度的緩慢發展負有不可推卸的責任。

此外，人手不足也是阻礙公醫制度發展的重要原因，歸根到底是醫學教育的問題。[118] 1935 年醫育成為衛生署的首要工作目標，[119] 林可勝也是政府醫學教育方針的策劃人之一。[120]

規範現代醫學教育

林可勝在協和的醫學教育中一直堅持品質至上，希望中國能夠和世界先進的醫學水準接軌。但是在接觸到中國的社會實際之後林逐漸改變了自己想法，轉而思考在持續推進中國現代醫學水準的情況下，如何培養出滿足中國廣大人民醫療衛生需要的醫學人員。

在英美接受高等醫學教育的林可勝，長期和世界一流的生理學家打交道。帶著建設與世界同步的生理學的夢想，他在協和打造了高水準的醫學生培養，無論對學生還是研究、進修人員都嚴格要求。他堅持認為，建設世界最高水準的醫

117 金寶善〈公醫制度〉，頁 130-132.

118 HS Houghton, “Trends in Medical Education,” The Chinese Medical Journal 49, no.9 (1935):939; 顏福慶〈中國醫事事業之前途〉，見《中華醫學雜誌》第 21 卷，1935 年第 11 期，頁 1187；劉瑞恒〈吾人之責任〉，見《中華醫學雜誌》第 23 卷，1935 年第 5 期，頁 570。

119 HS Houghton, “Memorandum on the Organization and Program of the Peiping Union Medical College”, December 17, 1935, pp.14, folder 508, box72, CMB. Inc., RF, RAC.

120 〈教部醫育委員會通過醫校課程綱要並決議合併助產教育護育兩委員〉，見《中華醫學雜誌》第 21 卷，1935 年第 5 期，頁 565；〈教部醫學教育委員會改組〉，見《中華醫學雜誌》第 21 卷，1935 年第 8 期，頁 937。

學校，從長遠上說，才是中國正確的選擇。[121] 林可勝所在協和醫學院，也是秉持著品質至上的教學原則，給林可勝的科研和教學創造了良好的條件。同時在生活上，協和給林可勝的年薪達到萬元，為其提供了舒適的生活環境。[122] 林可勝的兒子回憶，家中有花園涼亭，雇有司機、保姆、管家、曾在法國大使館工作的廚師。[123] 林可勝中文不好，每天大部分時間在學校教學和研究，社交圈也都是類似的社會精英。[124] 林可勝工作的協和醫學院，學費高昂、入學考試嚴格、日常教學中使用英文，後勤完備，大多數的協和學生也是西化的中上層家庭出身，不需要擔心也不太考慮學習以外的事情。[125] 身在協和這座象牙塔中的林可勝，和中國的社會，特別是廣大農村的生活是嚴重脫節的，於是單純從自己的理想出發，堅持著學者的信念。

1928 年全國教育會議召開，為規範和推進現代醫學教育，與會者對醫學學制進行了討論，建議統一本科學制為 7 年（2 年預科 +5 年本科），專科 5 年。1929 年教育部接到這一提案後，把本科學制縮短了 1 年，改成 6 年。當遞交到

121 RS Greene Interview with RKS Lim, August 16, 1928,《協和醫學院人事檔案 2045（2）生理科》，北京協和醫學院檔案室。

122 1920-1930 年代北平普通一戶人家月生活費只需 30 元左右。（陳明遠《文化人的經濟生活》（上海：文匯出版社，2005），頁 159。）

123 Laura Tanna, One-on-One with James Torrance Lim Part One - Extraordinary Childhood in the Far East ([cited October 8 2012]); available from http://jamaica-gleaner.com/gleaner/20021021/news/news1.html.

124 Annual Report of The Acting Director of The PUMC(1925-1926), folder 339,box 48,CMB Inc.,RF,RAC；王春菁〈參加中國紅十字會工作的回憶〉；利舜英著，施正信譯〈我在貴陽圖雲關紅會救護總隊工作的經歷〉，見中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》，頁 120，123。

125 協和擁有獨立完整的動力系統，獨立的自來水裝置，半自動化的大型洗衣房和縫紉室，家政科負責全院清潔，專人打掃宿舍衛生。協和學生評價「在就北京城居住條件極其簡陋的情況下，協和醫學院後勤設備之完善，使其的確成了一個超級的獨立社會，它可以不受任何外界干擾，順利地進行醫療和科研」。（王琇瑛〈我的母校——協和護校〉，見政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話說老協和》，頁 217-219。）協和老師李宗恩曾經評價「大多數協和人脫離社會，他們來自教會，進入學校學習的是英文，很多人中文很差，以至於無法為推動中國現代醫學發展做出貢獻」。（C. U. Lee to Forkner, June14, 1944, folder 250, box 35, CMB, Inc., RF,RAC.）

立法院時，本科學制進一步被縮短為 5 年，且和專科合併。相對於 8 年的協和學制，5 年的醫學本科實在是相差很大。時任中華醫學會會長的林可勝，於是代表學會上書反對縮短醫學學制。林可勝在呈書中表示，應確保培養出高素質的醫學人才，以便「領袖後進，振導醫林」，以免數年後「師資缺乏，研究無人，勢必借材異國，造成所謂各派，此疆彼界，破碎支離」，「七年尚嫌不足，如連預科五年，將來何堪設想」。[126] 文中對醫學品質的看重表現地十分明顯。

然而此時的林可勝已不僅僅是協和的教授了，身為醫界的領袖，必須有全域的把握。所以在反對縮短本科學制的同時，林可勝不反對保留專科，循序漸進，也能供給國家需求。[127] 同年，在一篇建議中央研究院設立生理學專業的文章中，林可勝明顯表現出對中國現實的關懷。他在文中沒有強調生理學在科學上的意義，而是陳述其對民生民族的價值，他說：「先總理民生主義第三講第四講，專指關於吃飯穿衣問題，而民族主義諸講，則關於民族之盛衰興亡，言之諄諄，其精義在使人民足衣足食，康健快樂，而民族繁興，今欲談足衣足食，尤當研究其根本，衣求其適體，食求其滋養，非必錦繡輕裘，始稱足衣，山珍海異，方為足食，如用之得當，即荊麻糟糠，亦能各盡其用，且如食物中維生素之或缺或全，其影響于人民康健者至巨，故就國產食品中，擇其適宜而價廉者，以指示民眾，亦目前之急需也，凡此種種，非研究生理的科學不為功。」[128]

擔任中華醫學會會長兩載之後，林可勝在卸任致辭中說，他認為醫學教育水準的提高，短時間無法一蹴而就。中國確實需要趕上西方發達國家，可是西方國家培養一個優秀的醫學人才需要 7 到 10 年，中國國情顯然等不及，所以建議採取分步提高的方法。由國家來加強一些最好的醫學院，樹立為榜樣和標準，為次級學校提供指導和教員；各地建立次級學校，由地方提供經費。等國家富餘了，

126 〈中華醫學會呈請延長醫學學制文〉，見《中華醫學雜誌》第 15 卷，1929 年第 5 期，頁 558-559。

127 〈中華醫學會呈請延長醫學學制文〉，頁 559。

128 林可勝〈關於中央研究院之希望〉，見《中華醫學雜誌》第 15 卷，1929 年第 1 期，頁 2-3。

中小學水準提高，再提高醫學院的入學和行醫執照的整體標準。[129] 從堅持醫科 7 年以上，到關注民生，再到承認中國醫學的困境，不再以協和的標準要求中國醫學教育，從中反映出林可勝對中國現狀的一步步瞭解和妥協。

無論是 1929 年林可勝的呈文，還是 1930 年的卸任致辭，都談到了兩級醫育體制。兩級醫育制度，被認為能夠包容現存的中國醫校，特別是大量學制較短的德日式醫校，確保了中國有一定數量的優秀醫師，同時照顧到了大眾健康需求，所以林可勝以及當時不少人認可兩級制的存在，這也與國聯 1931 年調查完中國醫學情況給出的意見相同。[130]

不過林可勝眼中的兩級醫育體制，只是暫時的應對方法，重要的是儘快「分部提高」，最終實現醫學的規範和統一，打破國別派別的劃分。1930 年衛生和教育兩部聯合成立醫學教育委員會，專門規範和指導醫學教育。林可勝以委員身份，向協和醫學院尋求幫助，委託其招收進修生，提高青年教師水準。[131] 在此期間，林可勝的協和生理學系接收了來自全國大專院校的長短期進修生，對其進行嚴格訓練。同時甚至不計報酬，應需要派人前去各地教課。[132] 其他幾所國立醫學院也推出了類似課程，讓很多人受益。不過也存在不少擁有德日派背景、就職於地方醫學機構的人不願意到這些醫學院進修，他們因為擔心自己英語不好，跟不上課程進度，或者受到歧視。[133]

從中華醫學會會長之職卸任以後，林可勝更是將大部分時間用於幫助劉瑞恒

129 RKS Lim, “Presidential Address,” The National Medical Journal of China XVI, no.1 (1930):118-120.

130 Faber and Health Organisation, Report on Medical Schools in China,pp.36-37. J.B.Grant, “The Faber Report on Medical Schools in China and after”, The Chinese Medical Journal 49, no.9 (1935):935.

131 Grant and Benison, “Reminiscences of John Black Grant: Oral History, 1961,” pp.375-378.

132 王志均〈既開風氣又為師：林可勝先生傳〉，頁 241；王志均〈我在林可勝教授指導下當進修生〉，頁 439。

133 HS Houghton, “Memorandum on the Organization and Program of the Peiping Union Medical College”, December 17, 1935, pp.21, folder 508, box72, CMB Inc., RF,RAC.

規劃中國的醫學教育。1932 年前後林可勝幫助衛生署在南京（後來轉到江西）籌建一所實驗性示範醫校，希望通過加強學生的基礎醫學知識和實踐能力，儘快為公醫制度，特別是為農村培養實用醫師，找出適合中國國情的醫學教育，最終取代兩級醫育體制。這所學校後定名為中正醫學院。不幸的是這所學校因為政府資金不夠，協和醫學院也不看好而缺乏經費，於是一直蹉跎到 1937 年夏天才初具規模。很快日本入侵讓其徹底中斷。[134]

雖然學校一直沒有運營，但是林可勝從實用的角度草擬了醫學院課程設置計畫書，並通過醫學教育委員會提交教育部審核推廣。和 1929 年代表中華醫學會呈書最大的區別在於，此次提交的計畫書總學制只有 6 年（1 年預科 +4 年醫科 +1 年實習），放棄了之前「七年尚嫌不足」的想法。在計畫書中，林可勝還給出了各科基本教學內容甚至教具的設定，提出一個老師兼任幾門課程，力爭用最少的師資培養出合格有用的醫師。這份課程計畫書得到了官方的認可，教育部頒佈的〈大學醫學院及醫科暫行課目表〉與之相比相差無幾，唯一增補了戰時救護訓練一科。[135] 同時教育部頒佈的還有〈醫學專科學校暫行課目表〉以及〈大學醫學院醫科與醫學專科學校設備標準〉。[136]

雖然儘量考慮了中國的現實，縮短了學時，但是整個設計依舊受到了不少的批評。協和的顧臨擔心該設計對大學醫學院醫科預科的培養不夠，影響醫科學生的水準。[137] 更多的批評來自中華民國醫藥學會的刊物《新醫藥》和全國醫師聯合

134 JB Grant, “The Faber Report on Medical Schools in China and after”: 936; Greene to Alan Gregg, October 26, 1932, folder 886, box 122, CMB Inc., RAC; J Heng Liu, “Our Responsibilities in Public Health”, The Chinese Medical Journal 51, no.6 (1937):1040.

135 RS Greene, “Proposed Curriculum for Medical Colleges offering A Six-Year Course”, The Chinese Medical Journal 49, no.9 (1935):847-860.〈大學醫學院及醫科暫行課目表〉，見《中華醫學雜誌》第 21 卷，1935 年第 7 期，頁 802-807。

136 〈醫學專科學校暫行課目表〉，見《中華醫學雜誌》第 21 卷，1935 年第 7 期，頁 808-813。〈大學醫學院醫科與醫學專科學校設備標準〉，見《中華醫學雜誌》第 21 卷，1935 年第 7 期，頁 814-816。

137 Greene to Alan Gregg, October 26, 1932, folder 886, box 122, CMB Inc., RAC; RS Greene, “Proposed Curriculum for Medical Colleges offering A Six-Year Course”: 847.

會的《醫事彙刊》。意見最大的是關於外國語的規定，被批評為「傾向英美醫學而抹殺他國醫學之明證」[138]。河北大學解剖學館主任教授李賦京等說，課程設置規定第一二外國語總時間為 270 小時，且第一外國語的時間不得少於三分之二，「可以看出該委員會是想用這種巧妙的手段，擁護中國純用英文學醫的學校而壓迫純用其他外國文學醫的學校」，因為時中國的中學教育基本使用英文，如果在大學將第一外國語換成「其他外國文」，270 小時根本不夠。[139] 其次的批評在於，認為課程設置中重視實驗，輕視理論。李賦京等人認為「理論是醫學的靈魂」，醫學院是培養醫學家而不是製造醫師的地方，不應該輕視理論。專科學校可以通過加重實踐速成醫師。[140] 課程設置中對實踐的重視明顯被看成了英美式醫學教育主導的結果。同濟出身的李賦京諷刺道，「我勸告我國的同胞們，你們要中國的學術在世界上出風頭，你們還須要加緊的在理論上用功，光靠一點表面的欺人的實驗室不濟事的。若是你們理論學不通，你們作別的事業都可，但千萬不要學醫學，不要拿人命玩耍」。[141] 除了對外國語和輕視理論的批評外，醫校設備標準，生物學、化學、解剖學、病理學、寄生蟲學、公共衛生、泌尿學、放射學等專業從內容、學時、從屬到名稱上都有人提出異議。最後多人將矛頭直接指向了課程設計的主持者——英美派居多的醫學教育委員會。李賦京和張靜吾說，醫學教育委員會的成員不到十人，大部分是衛生署和京滬的醫界人物，「這種由少數力量不平均的委員集合成的委員會」，不能代表中國，其擬定的草案不適用於中國各

138 〈西京醫師公會對於南京醫學教育委員會所擬醫學院課程大綱評議點大要〉，見《醫事彙刊》第 7 卷，1935 年第 23 期，頁 164。

139 李賦京、張靜吾〈對於南京醫學教育委員會所擬醫學課程大綱之意見〉，見《醫事彙刊》第 7 卷，1935 年第 23 期，頁 152。

140 李賦京、張靜吾〈對於南京醫學教育委員會所擬醫學課程大綱之意見〉，頁 161；〈湯蠡舟醫師之意見〉，見《醫事彙刊》第 7 卷，1935 年第 23 期，頁 165-166；李賦京〈中國醫學教育的劃一及其障礙發生的原因〉，見《新醫藥》第 3 卷，1935 年第 2 期，頁 191。

141 李賦京〈中國醫學教育的劃一及其障礙發生的原因〉，頁 191。

醫校。[142] 同樣有日本醫學教育背景的汪企張 [143] 也說，教育不能一刀切，應該因陋就簡，循序漸進，「醫學教育委員會，有委員會議之名，而舉章制獨裁之實，所以國內醫界，嘖有煩言」。[144]

1935 年林可勝和劉瑞恒赴歐洲考察醫學教育，回國之後詳細報告了蘇聯的醫學教育制度和醫療機構組織體系，認為適合中國國情，引起關注，被醫學教育委員會翻譯成中文公佈在《醫育》雜誌上以備參考。[145] 報告中林可勝列出蘇聯醫學教育中的兩級衛生人員培養制度：高等醫學校、中等醫學校。高等醫學校，學制 6 年（1934 年之後縮短為 5 年），入學者必須接受過 7 年制中學教育；沒有上過中學的，可以參加醫校特設的日班和夜班工人醫科 / 醫預科學習，通過入學考試入學。就讀 5 年後分科，計有醫科、兒科和衛生科三科，醫科內再分內科、外科和婦科。畢業生統一參加國家考試，考試內容既有理論又有實際操作，根據考核成績分出不同等級。中等醫學校，主要培養護士、助產士、牙醫和藥劑師等醫學助理人員。醫院附設夜班供在職醫學助理人員進修。鄉村醫師特別受到國家關注，針對不同程度設置進修課程，或集中鄉村醫師到醫學院向教授學習專門學科，或由研究院組織教授到各處為鄉村醫師講演，甚至通過遠端通訊傳授專門知識，課程結束時鄉村醫師再到研究院或醫學院實習。在整個醫學教育中，國家設立的人民健康委員會統領一切，負責公眾健康機關，制定學制和資格考試，任命校長、教授和教員（教授參與評議和推薦）；從國家需要考慮，為兒科和衛生科

142 李賦京、張靜吾〈對於南京醫學教育委員會所擬醫學課程大綱之意見〉，頁 152。

143 汪企張（1885-1955），餘岩在日本留學時的同學，同為廢止中醫的先鋒。曾任職江蘇省立醫學專門學校、上海公立醫院，1925 年和餘岩共同發起上海醫師公會並任書記，著有《二十年來中國醫事芻議》。（趙洪鈞《近代中西醫論爭史》，頁 110-111；王揚宗〈民國初年一次「破天荒」的公開屍體解剖〉，見《中國科技史料》第 22 卷，2001 年第 2 期，頁 112；牛亞華〈清末留日醫學生及其對中國近代醫學事業的貢獻〉，見《中國科技史料》第 24 卷，2003 年第 3 期，頁 230。）

144 汪企張〈醫校設備各標準的商榷〉，見《新醫藥》第 3 卷，1935 年第 8 期，頁 645。

145 “Report on Medical Education in U.S.S.R”, The Chinese Medical Journal 49, no.9 (1935):1075.

以及醫師進修給予津貼；分配剛畢業的醫師到指定地點，至少服務五年。凡醫學校和醫學研究院大多是國家出資，醫學職業教育大多籌自地方經費。[146]

從這篇報告中可以看出三點。第一，蘇聯的醫學教育體制和之前中國暫行的兩級醫校制度不同，醫師培養全部在高等醫學校中，並沒有分成專科和大學，但是根據資格考試分出等級。中等醫學校，是培養專業護士、藥劑師、牙醫、助產士等醫學助理人員的地方。第二，兩個等級的教育，以及兩個等級內部可以通過進修連接。進修的方式多種多樣，儘量為醫學人員創造不離崗的學習條件。第三，人民健康委員會代表國家擁有集權，為醫學工作者提供合理的工作和學習條件，按照國情需要培養、分派醫師。這種彈性靈活的醫學教育方式和統一的管理，讓蘇聯的醫學人員在幾年之內大幅增加，為更多的民眾提供醫療健康服務，也確保了醫學人員的水準。這種模式看起來正是中國社會所需要的，既能在醫學上繼續向世界先進靠攏，又能解決中國缺醫少藥的社會困境。

1935 年全國醫學教育委員會改組，下設兩個專門委員會——助產教育委員會和護士教育委員會，後又添衛生教育委員會和各類醫師研習所。[147] 這些措施背後的考慮和林可勝在〈蘇俄的醫學教育〉一文中提到的類同——增加醫學助理人員的培養，用進修彌補水準的不足。但是醫學教育委員會沒有修正醫科中存在的兩級體制。

蘇聯模式雖然通過補充醫助的方法，能夠緩解一部分的醫師數量需求，但是統一和規範醫師高等教育，依舊是中國需要解決的一大難題，官方在兩級醫育體制問題上一直猶豫不定。要統一學制，意味著需要整合不同醫校教育體制，難度顯而易見。全國醫師聯合就曾經表態「對於（醫育）兩級制，力爭到底」。[148] 究竟要如何統一，是降低醫學院標準遷就專科，進一步增加醫師數量；還是提高專

146 林可勝〈蘇俄的醫學教育〉，孫伏園、陳志潛譯，見《醫育》，1937 年第 8 期，頁 2-10；《醫育》，1937 年第 9 期，頁 6-21。

147 顏福慶〈醫學教育委員會報告〉，見《中華醫學雜誌》第 21 卷，1935 年第 11 期，頁 1309。

148 〈兩年來處理第一次代表大會決議案之經過〉，見《醫事彙刊》，1932 年第 9 期，頁 1。

科水準，守住醫師品質；或者走折中路線，但是折中的程度又怎樣，這些都不是容易解決的問題。即使是在協和人當中，關於如何統一醫育都意見紛紜。例如陳志潛就認為，培養精英不是不重要，但是現實殘酷，國家內亂、經濟衰敗，當前的國家醫學資源根本無法顧及精英化和大眾化兩種需求，兩者必須割捨其一。少數人的高水準無法改善全民生活，國家的整體貧困和落後終將不能支撐少數人的提高，因此應該以全民的福利為首位。所以陳志潛建議，先培養一部分合格普通醫師，只用接手棘手的病例和統籌醫務；訓練大量衛生員輔助，能夠獨自或者先期處理一部分醫療事務，將提高醫師進修的工作留給協和醫學院這樣的私立研究機構來承擔。[149] 同樣來自協和的聲音，內科主任狄瑞德（Francis R. Dieuaide）公開表示不應採取蘇聯模式，協和的精英路線才是正確長遠的選擇。[150]

洛克菲勒基金會此時態度也發生了轉變，他們意識到如果其在華醫學項目一味堅持「世界一流」，很可能因為脫離中國國情，而不再受到歡迎。[151] 但是他們堅信即使是農村工作，也還是需要一定品質保證的。於是批准了一個預算為 3 年 1,000,000 元的項目，為大學學生進入農村實地學習提供資助，培養農村工作的高級管理人員和培訓人員，從而提高中國農村教育、社會、經濟整體水準。換句話說，這一個農村版協和的建設計畫。1936 年「華北農村建設協進會」應運而生。因為資金雄厚，吸引來了燕京、協和、清華、南開、金陵等五所大學，山東政府以及中華平民教育促進會共同參與。[152] 林可勝在協進會中最初擔任主席和代理主席，是協和代表，負責幫助培訓公共衛生方面的大學生。[153] 1937 年戰幕拉開之後協進會的工作逐漸陷入停頓，但是整個計畫讓象牙塔里的師生更多地瞭解了中

149 CC Chen, “A Proposed Basic Medical Curriculum,” The Chinese Medical Journal 49, no.9 (1935):861-867.

150 狄瑞德〈醫學教育與北平協和醫學院之課程〉，見《中華醫學雜誌》第 21 卷，1935 年第 12 期，頁 1309；“Medical Curriculum”, The Chinese Medical Journal 50, no.9 (1936):1289.

151 1935 年協和醫學院被教育部點名批評對中國醫學教育不能充分發揮效果，要求改用中文授課，擴大招生。（〈教部調令私立北平兩學院改進〉，見《申報》，1935 年 7 月 29 日，第 12 版。）

152 Selskar M. Gunn, “China Program (July 1, 1935-February 15,1937)”, folder 131,box 13,Series 601,RG 1, RF,RAC.

153 《華北農村建設協進會訓練研究委員會紀錄》，頁 383-384。

國鄉村。[154] 也是在這一時期，林可勝接受了很多陳志潛的主張，他和陳志潛聯名發表的〈公醫制度〉一文就是證明。文章中提及的醫學教育，分成了三種人才的養成：大學畢業的醫生（高中畢業，3 年基礎 +2 年應用 +1 年實習）；懂得急救、診斷傳染病、簡單防治、督管的衛生員和進行衛生教育的新型護理人員，藥劑師、牙醫、衛生監察員（初中畢業 2 年基礎 +1 年專科 +1 年實習）；簡單培訓的裹傷患和勤務員（3 個月到 1 年）。[155]

從這篇文章可以看到，在醫師培養方面，總體學制並沒有比 1935 年的課程計畫書中有所縮短，而且對醫師的入學標準也沒有放鬆，反映了林可勝對醫學教育品質的一定堅持。但是對教學內容進行了調整，將預科和基礎醫學雜糅在一起，加大實用技能的訓練。林可勝接受了蘇聯以及陳志潛的經驗，通過培養相對容易速成的醫助人員，以及培養當地村民簡單衛生技能，解決醫療人員和效果兩不誤的目標。人員的訓練場所也靈活機動，不僅在學校，在各地衛生機構中，醫師既服務也教學。加上對傳統從醫人員的包容和改造，這些都顯示出了在接觸到中國社會現實之後，林可勝努力地在精英教學和大眾教育之間找尋平衡點。這種將教學和服務同時進行的模式後來被林可勝運用到了戰時醫護體系中，為中國戰時軍隊救護以及人員培養做出了重要貢獻。

雖然是在找尋平衡點，但是無論是在課程設計還是學制的統一方面，林可勝始終不能將醫學品質的要求完全放棄，表現了他英美醫學精英的本質。他在品質和數量之間的遊移不定，也代表了當時不少政府其他醫育設計者的一種狀態。於是有人評價，「近數年來」，「握有醫權者，對於重質和重量尚猶豫不決」，「公立醫專之創設，遂無所聞；醫大之設立，複遙遙無期；而私立醫校又呈風雨飄搖朝不保夕之勢，於是我國之醫事教育呈停頓之狀態」。[156]

154 Charles Wishart Hayford, To the People: James Yen and Village China (New York: Columbia University Press, 1990),pp.177.

155 R.K.S Lim, C.C.Chen, “State Medicine”: 791-796. 林可勝和陳志潛設計的公醫制度和教育體系圖參考頁 107 圖 6：林可勝設計的公醫制度組織圖。

156 謝筠壽〈吾國醫學教育前途之希望〉，見《醫事彙刊》，1934 年第 19 期，頁 126。

第三節　小結

在協和站穩腳跟之後，林可勝建立了中國現代生理學的基礎，因為其在專業上的突出貢獻，1928 年當選為全國性西醫領導組織中華醫學會的會長，開始將眼光從協和擴展到中國西醫。與此同時，南京國民政府，通過北伐，使中國實現了形式上的統一，也帶來了新的政治環境。特別是曾經的中華醫學會會長、協和醫院院長劉瑞恒在新的衛生部擁有要職之後，林可勝以及中華醫學會對勾畫中國現代醫學新藍圖充滿了熱情。為有效地幫助政府衛生部門推進現代醫學，擔任中華醫學會會長期間，林可勝決心將醫學會統一中國西醫界的夙願落到實踐。然而西醫內部德日派和英美派的矛盾最終沒能成就這一理想。

中國的現代醫學和近現代的其他科學一樣，從國外傳來。英美日本等國也為了擴張各自在中國的勢力而配合向中國輸出軟影響力——教育。中國的西醫不知不覺中從不同國家帶回了負載著各個國家理念的現代醫學，在教學語言、方法上產生區別。不同的教育方法在被留學生引進之後，被盲目甚至刻意複製。醫者在工作、發展中也有意識地加強各自內部的連接，通過學校和地緣因素，門戶區別加深，造成了諸如德日派和英美派這樣的派別壁壘。這些派別在國家選定西醫作為發展模式之後，面對中國醫病比率懸殊的大環境，本可以對內相安無事，對外靜待中醫的逐漸衰亡。但數年下來無論是政府層面還是開業領域，西醫都無法壓制中醫。廣大農村和偏遠地區，西醫大多不願進入或無法生存；大城市中擁塞各類從醫人員，加上中西醫校的畢業生不斷增加，競爭愈發激烈。面對現實產生的挫敗感和焦慮，讓自認品質較為高的英美派人員公開指責德日派拖累現代醫學的發展，中華醫學會統一西醫界的合併案也就此破裂。

合併案的破裂是西醫內部矛盾的縮影。西醫無法實現內部統一，林可勝等人只有冀希依靠國家集權成就中國現代醫學，公醫制度和規範醫學教育是其中兩個重要部分。醫界精英對公醫制度具體內容一直沒有達成共識。即使是在依賴劉瑞恒而擁有更多「話語權」的英美派，對於如何建設公醫制度也意見不一。政府衛生部門始終沒有找到適合於中國的發展模式，到 1937 年前，公醫制度只是一個

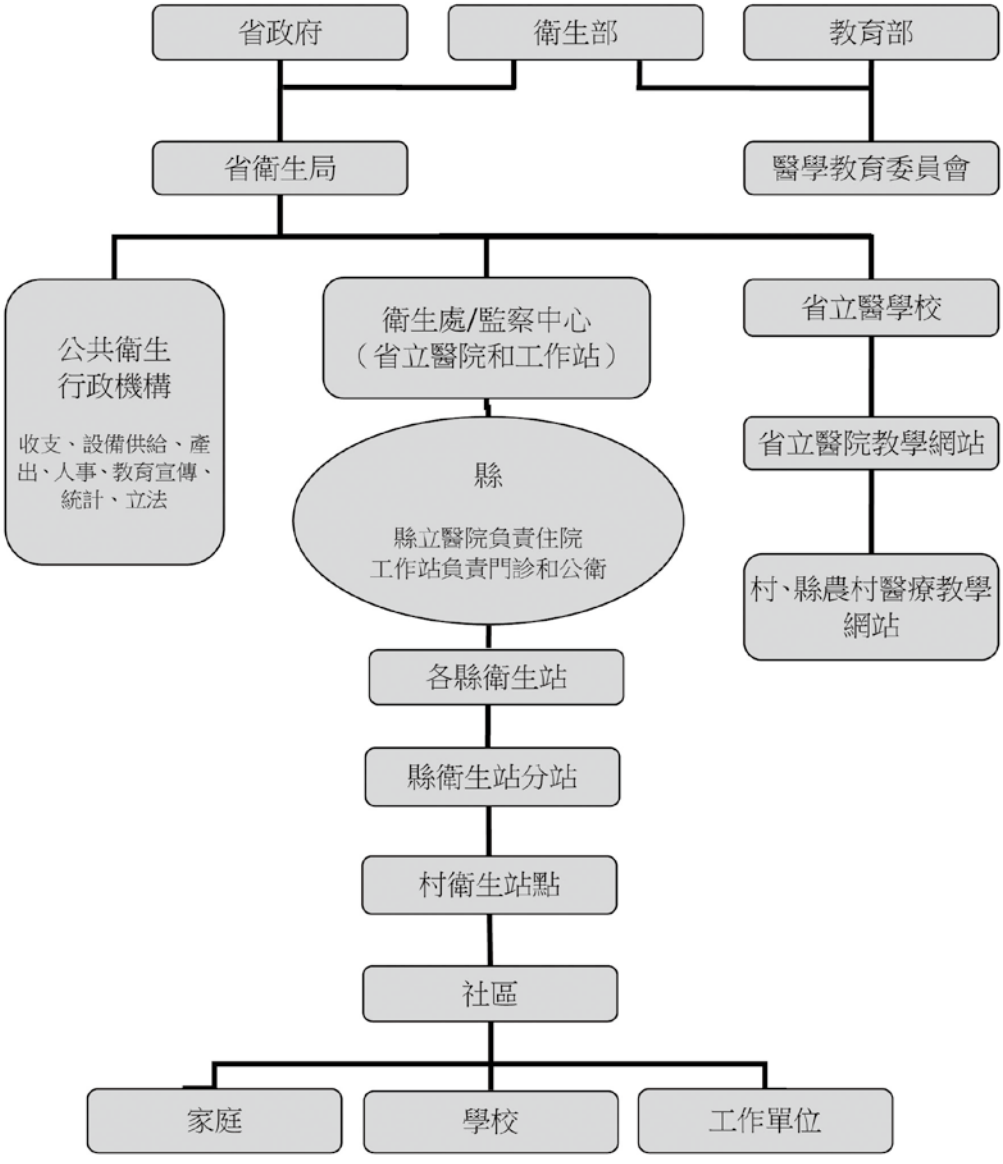
框架。

規範醫學教育是進行公醫制度和發展現代醫學的基礎部分，傾注了很多醫界人士的心血，林可勝就是其中之一。他從象牙塔走出，接觸到中國廣大農村貧瘠落後、健康衛生條件惡劣的狀況，在規劃醫學教育時，一步步把醫師培養重心從趕上世界先進的精英教育逐漸向惠及大眾的普通教育傾斜。這種傾斜是漸變的，有限的。它反映出中國醫學精英在規劃國家醫學教育中面對的兩難境地：是醫學研究水準儘快趕上世界先進之列，還是首先滿足人民群眾的日常醫療需求。在這兩難面前，各人給出的答卷不一，不同教育和經歷的人想法也不一。林可勝絞盡腦汁平衡教育和品質，提出的方案，不僅受到德日派醫師的攻擊，在英美派內部也有分歧意見。和公醫制度一樣，到 1937 年政府也沒能出臺一個正式的條例，現代醫學教育因而同樣進步不大。

就在西醫內部、西醫和政府之間不斷討論、協調、檢驗發展規劃，初待成效的時候，戰爭突然而至，剝奪了他們更多的嘗試機會。在探索公醫制度和醫學教育的紛擾過程中，林可勝提出而沒能進行的設想，在戰時卻找到了機會實踐；而包括林可勝在內的很多醫界人士在找尋適合中國現代醫學發展的過程中，流露出對蘇聯模式的欣賞和對農村建設的強調，也為後來戰時遭到「赤化」質疑埋下隱患。[157]

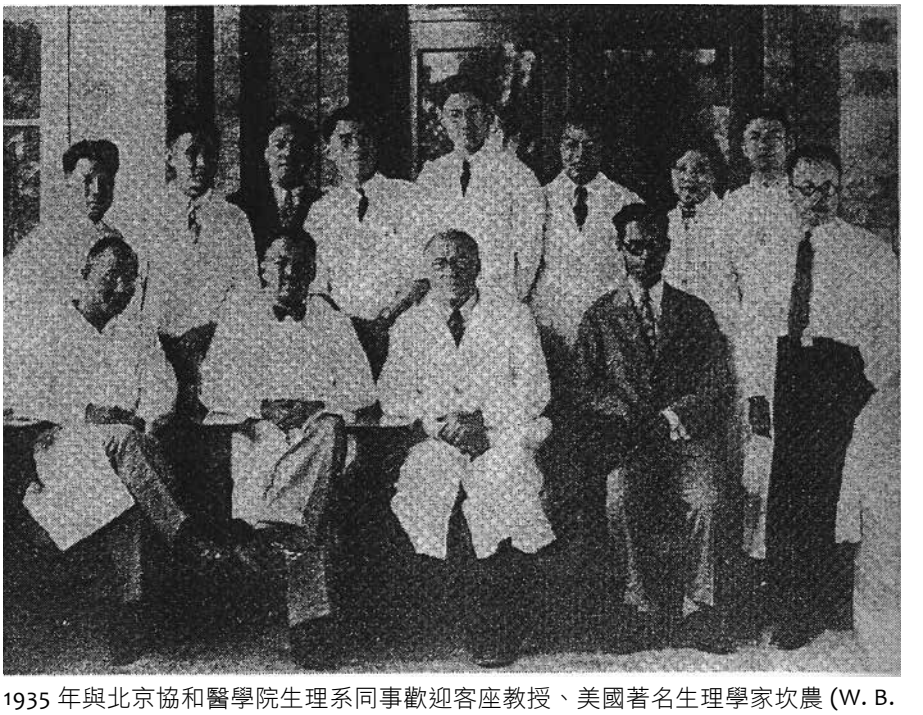
157 1920 年代末到 1930 年代蔣介石因為對共產黨的防範，對於農村平民教育不信任，1930 年中止了陶行知和梁漱溟的農村教育運動，1932 年又派軍隊前往定縣調查。Yip, Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937,pp.179-180. 常年在中國進行公共衛生活動的蘭安生也有著一個「醫學布爾什維克分子」（Medical Bolshevik）的綽號。Bullock, An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College,pp.134. 蘭安生在其回憶錄中說，公醫制度本身在美國就被看成是共產主義的產物。Grant and Benison, “Reminiscences of John Black Grant: Oral History, 1961,” pp.453.

圖 6：林可勝設計的公醫制度組織圖



資料來源：R.K.S Lim, C.C.Chen, “State Medicine”, The Chinese Medical Journal 51, no.6 (1937):785.

與北京協和醫學院生理系同事合影 1927
從左至右：林可勝、侯祥川、侯宗濂、
沈嵩淇、倪哲爾



1935 年與北京協和醫學院生理系同事歡迎客座教授、美國著名生理學家坎農 (W. B. Cannon) 教授。
從左至右，前排：沈嵩淇、林可勝、坎農、侯宗濂、張錫鈞；
後排：靳觀成、林樹模、馮大衛、馮德培、丁德泮、沈詩章、陳慎昭、金忠厚

五、
組織戰地救護與人員培養

1942

第五章　組織戰地救護與人員培養

1937 年到 1942 年，因為戰爭爆發，林可勝放下了民用醫學的規劃，而投身戰地救護。林先後組建了中國紅十字會救護總隊部和戰時衛生人員訓練所這兩個組織，通過對林可勝在這兩個組織中的工作進行研究，嘗試體現其在中國軍隊的戰地救護和現代軍醫培養方面做出的貢獻。

第一節　戰地救護經驗

林可勝之所以參與到抗戰救護，並不是偶然的原因，他很早就接觸過戰地醫療，並參與了此前中國幾次戰地救護，表現出很好的組織能力，同時他擁有的人際網路和號召力也為其成功領導救護打下基礎。

1936 年 6 月林可勝太太因肺炎去世，《中國生理學雜誌》的很多文字工作原本都是由她來做的，她的去世對林可勝不論從家庭還是事業上都打擊很大。[1] 1937 年林可勝向協和遞交了第一次學術休假的申請，他的計畫是 8 月作為中國官方代表出席國聯遠東農村衛生政府會議，然後去歐洲、英國和美國生理實驗室參訪，1938 年 8 月參加在瑞士舉行的第十四屆國際生理學會，然後返回中國。[2] 1937 年 7 月就在他帶著自己的一雙兒女在北戴河度假之時，盧溝橋事件爆發。林可勝第一反應是，立刻帶著他的孩子搭火車到天津，轉海輪出國避難。[3] 很快上海陷落，人在香港的蘭安生接到劉瑞恒電報，讓其敦促林可勝為軍政部工作，擔當衛生署和國聯等之間聯絡官，幫助建立醫療組照顧傷患。林可勝的船在九龍暫靠時，蘭安生找到了他，向其解釋了內部局勢，並轉交了劉瑞恒的一封長信。

1 AC Liu to Cannon, August 8,1936; A.C.Liu to Cannon, November 21,1936 folder 515, box 40, Walter B. Cannon Archive, Counterway Library of Medicine.

2 “Board of Trustees-Executive Committee”, July 8,1937, folder 891, box 123, CMB Inc., RF, RAC.

3 Laura Tanna, One-on-One with James Lim - Part Two - the War Years ([cited October 8 2012]); available from http://jamaica-gleaner.com/gleaner/20021022/news/news1.html.

林可勝斟酌了一番之後，決定放棄歐洲參訪見學之旅，將孩子們送回老家新加坡安置，然後返回中國為抗日出一份力。

1937 年 11 月底，林可勝到達南京，但是並沒有擔任聯絡官職務，而是被任命為中央衛生實驗處副處長，負責規劃紅十字會救援前線傷兵工作，同時幫助轉移撤退紅十字醫院的傷患、人員以及設備，從此林可勝開始了長達十二年的戰地醫療救護生涯。[4]

劉瑞恒之所以大費周折地找到林可勝幫忙，不僅僅因為他們在協和共事，私交很好，林一直為其出謀劃策，更重要的原因是林可勝對組織急救很有經驗。

第一次世界大戰爆發時，17 歲的林可勝就自願加入英軍，被分配在駐法的印度軍隊中，任務是新兵醫療演練。[5] 1919 年，林可勝加入英國皇家陸軍軍醫隊。[6]

來到中國後的第二年夏天，北京發生五卅遊行示威，林可勝組織起幾支協和學生為主的救護車隊，救援示威活動中受傷的人員。1925 年年底京津發生戰事，劉瑞恒作為協和醫院的負責人從馮玉祥處收到護理傷兵請求，於是組織了協和小隊，和其他機構合作在南苑建立軍部醫院；協助紅十字會在北京設立軍醫院和緊急隔離醫院照顧傷患以及難民，林可勝也參與其中。[7] 其出色的組織能力，從而為劉瑞恒所知。1928 年 7 月林可勝在參加完第五屆中華醫學會年會之後受邀參觀漢口的軍醫院，接觸到中國戰時應急組織和軍事醫療改革計畫。[8] 1931 年

4 Grant and Benison, “Reminiscences of John Black Grant: Oral History, 1961,” pp.486. RKS Lim to JB Grant, Oct. 19, 1937；CEL (C. E. Lobenstine) Interview Notes from the Meeting with JB Grant, November 30, 1937, folder 890, box 123, CMB Inc.,RF,RAC; “1st Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December 1937-January 1938”,《林可勝檔》23001001。

5 RKS Lim to RS Greene, October 7, 1922, folder 890, box 123, CMB Inc., RF,RAC.

6 Robert Lim,《林可勝檔》25028001。

7 WS Carter Memorandum: Interviews with Robert Lim, December 30,1925,folder 890, box123; “Annual Report of the Acting Director of the PUMC,1925-1926”,folder 339, box 48, CMB Inc., RF, RAC.

8 RS Greene Memorandum, July 18, 1928, folder 891, box 123, CMB Inc.,RF,RAC.1928 年蔣介石希望改組軍隊醫療，邀請劉瑞恒和牛惠生參與，林可勝受邀參觀軍醫院，顯然和劉、牛二人有關。（J Heng Liu to Greene, February 29,1928; RS Greene to MK Eggleston, July 11,1928, J. Heng Liu Papers, box 15, Chinese Oral History Project Collection of Major Personal Papers, Columbia University.）

九一八事變之後協和學生和林可勝等一些教員自發組織醫療救護隊，利用課外時間接受國際紅十字會的指導，進行急救、傷病員輸送和擔架操練，此外還專門製作了標準救急箱、手術器械箱。[9] 1932 年一二八事變發生，劉瑞恒電召，林可勝跟隨高年級學生 5 人、醫師 8 人、看護 18 人奔赴上海，在紅十字會的組織下救護傷兵。[10] 此後協和醫學院正式維持一隊裝備齊全的醫療隊（Medical Officers Training Corps，簡稱 MOTC）以應緊急之需，由林可勝領導，每兩周定期訓練。MOTC 最初要求全體身體合格的男生參加，後來女學生也需要參加，接受戰地醫療訓練和實戰三年，第四年考核，男生必須達標合格。[11]

1933 年日軍進犯河北榆關，林可勝再次迅速帶領 MOTC，分成 12 支移動醫療小隊，配有一定運輸和供給，參與喜峰口、古北口等處的戰地服務。[12] 在歷時 11 周的戰地救護中，共計治療和撤退 20,000 多人，並給傷殘人員提供了矯正治療。[13] 林可勝還出面呼籲齊魯大學和中華醫學會北京分部派人支援北京的醫院，甚至建議協和醫學院暫停幾天教學，使得學校師生能夠更好地提供醫療服務。[14] 這一次的救護也是林可勝第二次參與衛生署和中國紅十字會的共同行動，該行動統一聽命於中國紅十字會華北救護委員會，這個救護委員會「開啟了衛生署和紅十字會往後多年的合作關係」。[15] 此後林可勝一直是該委員會的主要成

9 Minutes of the PUMC, October 29,1931. “Report of the Acting Director for the Academic Year Ended June 30, 1934”, pp.17-18, folder 341, box 48, CMB Inc., RF,RAC; 薛慶煜〈在貴陽圖雲關的紅會救護總隊〉，見中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》，頁 38-39。

10 〈協和救護隊出發〉，見《中華醫學雜誌》第 18 卷，1932 年第 2 期，頁 361。

11 “Report of the Acting Director for the Academic Year Ended June 30, 1934”, pp.18, folder 341, box 48, CMB Inc., RAC;PUMC Annual Announcement 1935-1936, pp. 37.

12 《中國紅十字會華北救護委員會報告》，頁 24-30，Y8-1-763，上海市檔案館。

13 “Dr. Robert Lim Outlines Medical Relief Work”,No.66,June 21,1941,Daily Bulletin, China Information Committee, folder “National Red Cross Society of China, Robert K.S. Lim”, box 22, Series II: Permanent File,ABMAC,RBML, Columbia University.

14 Minutes of the Peiping Union Medical College Committee of Professors, March 10, 1933, folder 906, box 125, CMB, Inc.,RF, RAC.

15 張玉法主編《中華民國紅十字會百年會史：1904-2003》（臺北：紅十字會總會，2004），頁 220-221。

員，[16] 他的活躍表現，讓他自己都認為七七事變之後日本人不會允許他安然地留在華北。[17]

圖 7：協和醫療救護隊

資料來源：“Wounded Treated in Shanghai Hospitals”, The Chinese Medical Journal 46, no.4 (1932):437.

林可勝的不少學生也因為他的關係在 1937 年之前加入了軍隊工作，例如，1932 年盧致德在其和劉瑞恒的推薦下進入中央軍校軍醫處，[18] 柳安昌從哈佛進修回來不久加入了南京軍醫學校教授生理學。[19]

除了擁有經驗以外，劉瑞恒還看中了林可勝潛在的人際網路資源。從清末開

16 〈中國紅十字會總會救護委員會華北臨時分會議事錄〉，見《中國紅十字會月刊》，1937 年第 21 期，頁 72，Y8-1-765，上海市檔案館。

17 RKS Lim to JB Grant, October 19, 1937, folder 890, box 123, CMB, Inc.,RF,RAC.

18 盧致德，臺北國史館《軍事侍從室檔案》。

19 Minutes of the PUMC, March 11, 1936, CMB Inc., RF, RAC.

始中國政府已經開始重視華人華僑的力量，「國父」孫中山更是稱華僑為「革命之母」。林可勝生於新加坡，祖籍福建，容易獲得南洋乃至海外華人華僑支持。此外，其父林文慶是著名的社會活動家，姨夫伍連德是著名的防疫專家，外祖父也是清末民初的名人，在社會各界都有故舊親朋。另外，林可勝早年生活在歐美，操著一口流利的蘇格蘭英語，結交有很多外國朋友，比如坎農、費正清以及當時還是駐華武官的史迪威（Joseph Warren Stilwell）[20]，更不要說其經常和洛克菲勒基金會以及國聯等國際機構打交道。林可勝也是著名的留美學生組織成志會的成員，[21] 還曾擔任留英中國學生中央聯盟代理主席。[22] 這都是劉瑞恒最初想要林擔任政府和國聯之間聯絡官的原因。

良好的學術素養和諸多學術成就也為林可勝贏得了相當的號召力。南京陷落之前林可勝先於衛生署署長劉瑞恒和副署長金寶善抵達漢口，著手接管中國紅十字總會漢口分會的資金與醫護人員。1937 年 12 月 6 日林可勝在漢口成立了中國紅十字救護委員會（後更名為中國紅十字會救護總隊部，英文為 the Chinese Red Cross Medical Relief Corps，簡稱 MRC）。不久上海的中國紅十字總會正式認可了該組織，任命林可勝為總隊長。到當年 12 月 31 日，短短的 26 天，總隊部共組織 606 人，組成醫療、醫護、X 光 37 隊，分派華北、華中、華南，先後為 18,000 餘人提供包紮、手術等醫療救護。[23] 以協和醫學院為首的各方醫學英才雲集，例如榮獨山、汪凱熙、周壽愷、張先林、楊文達等等。[24] 與之相比，同在籌

20 汪猶春〈難忘的歲月：記中國紅十字會貴陽醫療隊在緬甸〉，見中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》，頁 177。

21 〈成志會會員錄〉，《林可勝檔》6001011。

22 Lim, “Chinese Students in Great Britain.”

23 “1st Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December 1937-January 1938”，《林可勝檔》23001001。

24 RKS Lim to CE Lobenstine, August 12, 1942, folder 891, box 123, CMB Inc., RF, RAC. 雖然協和醫學院每年畢業的學生人數很少，但是全國有很多醫學人員都曾經到協和醫學院進修，接受過林可勝的指導。

措醫療援助的中國紅十字總會秘書長龐京周卻在《申報》上哀歎「京周奔走京滬廬山間，曾對救護事業做過幾次的演講，發表過三四篇的文字，並且播過一兩次的音，……紅十字會曾經用巨幅廣告，徵求人才物品，不過所得捐款未足一千，投效之人絕無專材。」[25]

事實證明，林可勝確實很快擔負起了應急醫療救援的重任。救護總隊和後來成立的戰時衛生人員訓練所都成為抗戰救護中最重要的力量之一。

第二節　林可勝時期的中國紅十字會救護總隊部（1937-1942）

中國紅十字會救護總隊從 1937 年 12 月正式成立到 1942 年 9 月林可勝辭去救護總隊總隊長職務將近 5 年的時間，能夠成為抗戰救護的重要力量，主要得益於三個方面。第一，配合戰爭局勢和救護需要的不同，不斷地改變和完善組織形式；第二，根據戰場傷病員的狀況，相應地採取有效的救護方法。第三，由於組織和方法得當，總隊部收到了越來越多的援助，形成良性循環。

救護總隊部組織的發展

良好的組織結構、合理的人員分配是救護工作得以有效展開的保證。從 1937 年底救護總隊部草創，到 1942 年林可勝離開，救護總隊部立足於配合戰局發展和軍隊戰術，科學分工，不斷調整自己的隊伍，從最開始的 700 人，不到 40 支救護隊，一度發展到 200 多支救護隊，成員近 3000 人，遍佈所有主要戰區。

此前的前線救援主要依賴開設臨時軍醫院。例如 1931 年中原大戰時，傷兵的治療主要在兵站醫院，傷病轉運通過三輛衛生列車和一艘衛生船舶，另外僅有一個救護隊，三個繃帶交換所，一個收容所和招待所。[26] 在抗戰爆發初期，紅會秘書長龐京周也是重複以往的經驗，在南京籌建一所大型傷病醫院，可是不久

25　龐京周〈抗戰中救護事業底一個斷面〉，《申報》，1937 年 9 月 10 日，第 2 版。

26　《軍政部陸軍署軍醫司工作報告書（上冊）》，見張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 255（鄭州：大象出版社，2009），頁 259-260，264。

即因為撤離南京而宣告破產。[27] 而林可勝通過一戰的法國戰場以及後來的數次救援經歷，認定戰地醫療的機動性非常重要，應該有相應的急救以及運輸系統把傷兵運送回來。[28] 他判斷戰火蔓延迅速，變化莫測，建立醫院的想法並不可行，應進行流動醫療作業，由中國紅十字會的醫療人員和物資設備配合各地的後方軍醫院。[29]

救護總隊部正式成立不久，林可勝即將其管理分為四個科室（股）：醫務、材料、運輸、總務，根據當時的戰局劃分出三個工作區域：南、北、中，各區域有一個大隊長，一到兩名副大隊長，皆由水準高超享有盛譽的醫師出任，確保了號召力和工作效果。南區主要負責廣東地區，大隊長為留英香港名醫尹奕聲，副大隊長是耶魯大學畢業的朱潤深；北區包括晉豫陝，大隊長為留美的齊清心，副大隊長是協和的張先林和湘雅的桑沛恩；中區負責湖南和江西，哈佛畢業的董秉奇為大隊長，協和畢業的墨樹屏為副大隊長。每個大隊長下面擁有若干工作重點不同的救護隊，最初僅有醫療隊、醫護隊兩種，每隊 20 人。醫療隊中為 5 個醫師、5 個護士、5 個醫護助理員、5 個其他勤務人員；每個醫護隊配有 1 個女醫師（也有可能沒有）、7-8 個護士、7 個醫護助理和 5 個其他人員。兩隊工作內容都包括包紮傷口、護理傷病員、預防疾病，醫療隊還進行外科手術和內科診斷治療。這種小隊的構成比此前龐周京主張的救護隊精簡很多，但是效果卻是一樣，可以分散到更多的地方。[30] 1937 年 12 月 22 日一支 X 光隊成立，12 月 27 日第一支機動衛生隊也組建了，救護隊的功能擴大。到 1937 年年底，救護總隊部共有 37 支分隊，其中 21 支醫療隊、14 支醫護隊、1 支 X 光隊和 1 支衛生隊，分派到三

27 龐京周〈龐京周到京後再懇告滬醫護同仁〉，《申報》，1937 年 10 月 10 日，第 10 版。

28 詹姆斯．貝特蘭〈中國紅十字會〉，聲濤、柘舟譯，見中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》，頁 32。

29 “1st Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps：December 1937-January 1938”，《林可勝檔》23001001。

30 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 200。

個區域，主要在後方醫院、重傷醫院、軍醫院幫助醫務，提供技術支援。[31]

轉入 1938 年上半年，隨著上海和南京的陷落，日本的進攻稍有停歇，救護隊的數量不斷擴大，開始向所有前線派出，特別是隴海鐵路以西，配合徐州前線，最北到達延安。1938 年 4、5 月間，日軍轉攻津浦和隴海鐵路交叉處，國民政府軍向西和西南方向撤退。救護總隊部擴充至 48 隊，分佈於陝西、河南、江蘇、江西、湖北、湖南、安徽、廣東、廣西 9 省，沿隴海鐵路的東段和平漢鐵路運作。到了 6、7 月，黃河決口，日本兵力轉移到長江流域，此時救護分隊進一步擴展為 62 支，人數達到 1279 人，流動作業，穿插於陝西、武漢等前線後方。

從這一時期起，第一個改變是，不再以南北中三個區域為主要單位，而是由 11 個中隊負責相關戰區，可以照顧到更多的地點。每個中隊基本上配有醫療隊、醫護隊、衛生隊各 2 隊，防疫隊 1 支，另有一個材料庫和汽車隊支援。第二個是，新增醫防隊，主要工作為防疫。衛生隊的增加是第三個重要變化。衛生隊由 1 名醫師帶領看護士們組成，工作主要在更為接近前線的各收容所、醫療火車 / 船，配合兵站醫院。可以說衛生隊是醫療和醫護的合體，但不同於在後方醫院中的醫護隊、醫療隊，衛生隊在傷兵轉運中負責急救和簡單醫護，使得傷兵可以更早地接受到傷口處理。如果前線發生傷亡，附屬軍部或師部總部的一隊衛生隊馬上出發，並協同最接近現場的手術隊（醫療隊的分隊），儘快接手重傷患，進行初步救護、後撤。另一衛生隊在後一點的地方負責繼續撤離傷患和輪換前線衛生隊。轉移到兵站醫院之後，醫療隊和醫護隊接手消毒或者繼續轉運重傷患到後方醫院或者重傷醫院徹底治療。這樣的隊伍安排，比前一階段，更加接近前線，為更多人爭取到及時的初步救護，另一方面也確保傷患能夠得到持續治療直到康復。

人員增加之後，救護總隊部在原有四科室之外增設幹事科，加強人員的管理。雖然人數增加，但是整個組織中醫師相對缺少，特別是有經驗的外科醫師；護士的素質也有待於提高，需要加強對其灌輸病人、病房清潔的重要性。因此

31 “1st Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December 1937-January 1938”，《林可勝檔》23001001。

林可勝將人員的針對性特別訓練提上日程。但是大量訓練醫生和護士需要很長時間，而現實狀況急缺人手，於是總隊部選擇增加容易速成的低級醫療助手，例如看護士、看護兵，對其的訓練成為一時重點。

1938 年 5 月戰時衛生人員訓練所應運而生，最初專門速成低級護理助手，後來發展成為對各種戰時需要的醫療人員進行訓練的機構。戰時衛生人員訓練所的主要師資來自救護總隊，分靠於各地軍醫院的紅十字會救護人員，除了輔助醫護以外還擔負起就地訓練救護人員的工作。[32]

1938 年 8 月戰火從長江向廣東蔓延。為配合武漢地區，救護總隊部派出 4 個中隊沿相關前線的撤退路線分佈。信陽失守後救護隊全線撤退，主要向長沙、宜昌方向轉移。10 月廣州和漢口相繼陷落，更多傷患被轉移到長沙，長沙成為這一時期救護中心和總部所在地。11 月日軍逼近長沙。13 日長沙大火前夕，救護總隊部非幹部成員和 500 名正在接受衛生救護訓練的新老隊員撤離，並協助長沙所有後方醫院和收容所轉移了數千傷病員。林可勝率救護總隊部直到 12 日夜間才決定離開，總部就此移到湖南祁陽，衡陽也設一辦公處。

除了兩湖以外，浙贛、兩廣、山西和陝西也各有中隊分佈。一直在山西陝西工作的第 1 中隊，1938 年 9 月中旬接到了衛立煌和朱德的求援，另外在五臺山的八路軍也要求派醫療隊伍支援。10 月 6 日墨樹屏醫生和其他志願者組成第 13 醫療隊和 61 醫防隊從漢口向陝西進發。由於八路軍的藏身之處往往在敵後或淪陷區間隙，所以一直到 1 月初兩支隊伍才涉險到達八路軍兵站醫院。另有第 35 醫療隊本來志願去五臺山，但是被滯留在膚施，於是幫助當地邊區醫院，使得該院成為這一地區第一個擁有一些現代設備的醫院。

到 1938 年底，救護總隊部共有 77 支隊伍，分別是 24 支醫療隊、23 支醫護隊、23 支衛生隊、6 支醫防隊、1 個 X 光隊。由於敷傷工作相對容易，且迫切需要將醫護工作往前線推進，衛生隊的數量有了大幅提高。戰事不緊張時，衛生隊

32 “2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1938”，《林可勝檔》23002001。

還幫助滅虱或者後方勤務工作。[33]

1939 年抗日進入相持階段。上半年日軍主攻陝西、湖北和江西。四月底敵軍越過漢水南。下半年，日軍向陝南和豫北加強火力，企圖推進到長安以切斷中國和蘇聯的聯繫。9 月和 12 月日軍也向長沙和漢口發動了猛烈的海陸空攻勢，但是只有在廣西日軍才有所突破。根據戰局的發展，上半年將近半數的救護中隊集中於兩湖和江西，幫助向西轉運和救治傷病員。下半年主要增援的是廣西地區。

國民政府軍從徐州、廣州、武漢撤退之後，從戰略上考慮，決定炸毀鐵路公路，從而使前線到後方拉開距離到 50 公里。1938 年年底，對後方道路也進行了一定破壞，並且種上植物，完全抹去原有的道路痕跡，前線到後方距離拉長到 100-200 公里，沿途的住戶、食物、水源全部清空或者隱藏。因為中國地廣，這種一戰時德國使用的「縱深防禦」戰術，在戰爭中取得了一定效果。日軍深入需要捨棄大量輜重，而中國軍隊有地方農民的幫助，特別是在陝南、鄂北、湘鄂桂，很多農民幫助提供糧食、運送傷患。但是「縱深防禦」製造無路區，使得救護工作受到了影響，最明顯的在運送傷患方面。此前大量轉運傷病員依靠的衛生列車、船、救護車，在這種境況之下，變得無用武之地，傷病員運輸只能依靠人力擔架。救護隊人員和醫療設備也同樣因此很難深入無路區。前線的傷病員得不到及時醫護，只有徒步熬過漫長的無路區，到達車輛可行的後方區域才有可能被醫治或轉運。而且，救護車在後方區也有限，傷患很多因此被耽誤在沒有人照顧的路途中，死亡率增加。

面對這種「縱深防禦」策略，無路區成立了更多收容所和擔架隊，然而醫院和救護人員以及救護物資挺進到無路區才是根本的解決辦法。救護總隊部因此決定由每個中隊負責特定的幾條撤退線路，下轄的醫療隊進行拆分，從每隊 5 名醫師中抽調 2 名，加入到醫護隊，改組成新的醫護隊，並從後方醫院前進到軍部和

33 “3rd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: August-December 1938”，《林可勝檔》23003001。

師部司令部待命，收治緊急的傷病員；或者儘量分散到距前線 12 小時腳程以內的敷傷所和收容所，為初步處理傷口爭取時間。到了下半年，主要在長沙東面將兩湖傷病員南撤的第 4 和第 5 中隊進一步嘗試改組，醫療隊減為由 1 位醫師各帶領一定的設備和人員組成分隊，進駐到無路區的軍部或師部兵站醫院。（參考頁 121 圖 8）

隊伍的拆分增加了隊伍數量，同時意味著設備材料和運輸的需求量大增。1939 年 6 月為止，救護總隊部共有 4 個大隊部，12 個中隊，下轄 34 個醫療隊。1939 年 12 月醫療隊增加到 43 個，材料庫有 11 個，汽車的數量也從上半年的 126 輛猛增到 178 輛。[34]

1940 年上半年，綏遠以西、兩湖和兩廣為主要戰場，中日雙方依然呈膠著狀態。因為錯誤估計日軍會沿著漢水北線向湖北樊城和襄陽推進，致使長江以北到宜昌的南面守備不足，6 月宜昌被日軍佔領。隨著歐洲戰場的進程，日軍向英屬香港和法屬印度以南加壓，大陸和香港的通道最終被切斷，印度支那和中國的交通線也受到嚴重干擾。下半年，日本重點向印度支那挺進，某種程度上緩解了中國廣西的壓力，但是繼香港、越南通往中國的運輸線被掐斷之後，滇緬公路 7-10 月之間也暫時關閉，大量外援物資，尤其是醫療物資不能輸入，給救護隊救援造成了很大困擾。

救護總隊部方面，之前為配合縱深戰術而精簡醫療隊的第 4、5 中隊，收效良好，於是向其他救護中隊推廣。每隊縮編成醫生、護士、衛生員、護理員各一，擔架員 10 人，共 14 人，配備全套的可攜式裝置，附屬於軍部或師部，隨軍工作，稱為野戰醫療隊。由此紅十字救護隊的數量比之前增加將近 3 倍，醫療、醫護、衛生、防疫隊的分工不再有明顯區別，而是強調獨立作業能力和機動性以及效果。林可勝的設計是今後由各大隊負責固定戰區的救護以及培訓；大隊長下轄中隊長，每中隊負責特定的撤退線路；三分之二的小隊附屬前線軍隊獨立作業，

34 “4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”，《林可勝檔》23004001；“5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939”，《林可勝檔》23005001。

沿撤退路線集結、聽命於負責各自路線的中隊長。

自 1940 年戰事僵持後，救死扶傷、支援收容所 / 敷傷所 / 軍醫院的工作相對前期稍有緩解，救護隊的工作重點轉為維護和提高軍隊的健康。林可勝等人通過詳細地計算陣傷情況、傷亡的比率、轉運的速度和能力等，估算出需要的醫療人員數量和分佈，然後相應由救護總隊對師部醫療人員進行訓練補充。救護總隊還參與和制定軍隊醫院、衛生站點的改編；在全師，包括連、營、團中建立模範醫院和教學中心、門診、護理、衛生和防疫工作部門。之外，救護總隊增加了戰時衛生人員訓練所分所數量，計畫每個戰區擁有一個訓練分所，醫護人員輪換來受訓，以保證戰時衛生人手和水準，並為日後民用醫學積累人才。[35]

貴陽救護總隊部圖雲關總部規模更為完善，擁有展覽室、陳列室、課室、實驗室、動物室、藥品系、敷料系、護病學組、特別營養部、野戰醫院、門診處、環境衛生實習場、滅虱站、材料總庫、假肢工廠、矯形外科中心、衛生用具製備科、汽車場、引擎室、修車間、電機間、零件間等。[36]

1941 年日本加強在東南亞的進攻，中國和外界重要的通道滇緬公路受到極大威脅，鐵路交通被切斷，外援物資分流印度轉運。國內戰事依舊處於相持狀態，局面變化不大。救護總隊部繼續將全部小隊改編成可以獨立進行醫護、防疫的野戰醫療隊。到 1941 年 3 月，半數野戰醫療隊實現隨軍移動，四分之一分散在兵站區域的醫院，四分之一在各個訓練分所及其實習醫院工作。這種組織形式一直保持到林可勝 1942 年離開救護救護總隊。[37]

經過數年的調整，救護總隊最終確立了按戰區分佈的大隊部、負責主要撤退路線的中隊部，以及獨立進行醫護防疫的野戰醫療隊三級組織形式，工作步上正

35 “6th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1940”，《林可勝檔》23006001；“7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December July-December 1940”，《林可勝檔》23007001；林可勝《戰時衛生工作規程》（貴陽：軍政部戰時衛生人員訓練所，1941）。

36 丁白〈紅十字周在貴陽〉，見《會務通訊》第 3 期，1941 年 4 月，頁 8。

37 “Memorandum on the Chinese Red Cross Medical Relief Corps，March 3rd 1941”, folder “National Red Cross Society of China, General”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

軌。但是阻礙救護總隊發展的因素也逐漸顯現。1940 年開始經濟衰敗加速，貨幣貶值嚴重，救護總隊人數出現了減少的趨勢，尤其是護士和汽修人員。1941 年救護總隊中的護士和汽修人員比上年同一時期分別銳減了 100 多人和 200 人左右，為救護總隊的前途蒙上了一層陰影。[38] 為緩解經濟壓力和挽留工作人員，林可勝盡力為救護總隊爭取更好的福利，向政府建議將救護總隊收歸軍管，卻觸犯了紅十字會的禁忌，為其辭去救護總隊總隊長一職埋下伏筆。[39]

總體而言，救護總隊部不僅在人數上補充了中國軍隊的醫療，更重要的是，在以往的戰鬥中，傷病員很少能夠在轉運的過程中獲得專業的初步處理，而戰地救護中初步處理傷口至為關鍵，救護總隊部不斷將救護隊伍拆分，向前線推進，儘早接觸到傷患，將救護從接到傷患的那一刻就開始做起，預防、治療和護理相配套，責權和程式清楚，從而對降低士兵的傷亡率幫助極大。

表 1：林可勝時期救護隊數量和配備統計（1937-1940）[40]

時間	醫療隊	醫護隊	X 光隊	衛生隊	防疫隊	總隊	總人數	倉庫	車輛
1937.12	21	14	1	1	0	37	699	3	6
1938.06	28	20	1	7	6	62	1270	8	42
1938.12	24	23	1	23	6	77	1667	9	107
1939.06	34	11	1	23	7	76	1847	11	126
1939.12	43	6	1	17	8	75	1859	11	178
1940.06						208	2662	11	188
1940.12						178	2887	11	186

資料來源：第 1-7 次 “Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps”《林可勝檔》，23001001-23007001; “Distribution List and Statistical Data of Medical Unites of the National Red Cross Society of China (Kweiyang):June 1st, 1943”, folder “National Red Cross Society of China，General”, box22, Series II: Permanent File, ABMAC,RBML, Columbia University.

38 “Memorandum on the Chinese Red Cross Medical Relief Corps，March 3rd 1941”, folder “National Red Cross Society of China, General”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

39 詳細參考第六章第一節。

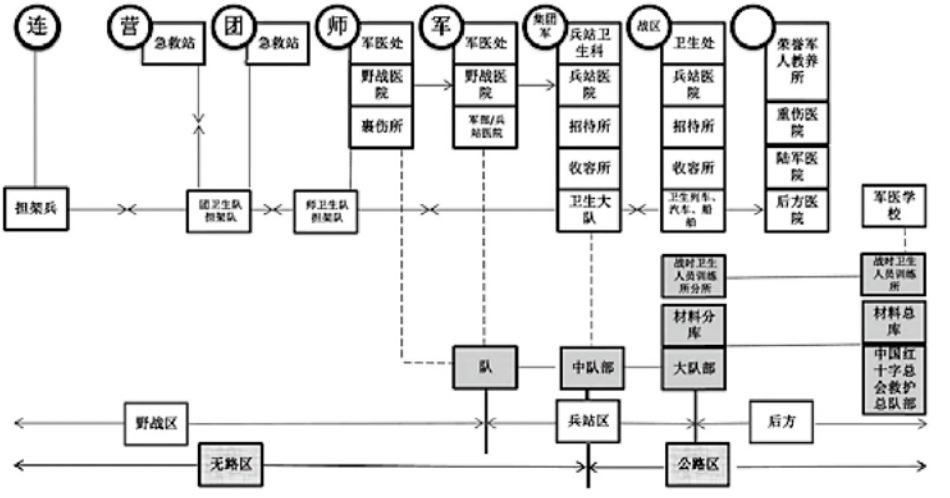
40 1940 年開始不再區分醫護隊、醫療隊、防疫隊、衛生隊，因而沒有資料統計。

表 2：救護總隊部和軍醫院收治情況對比（1937-1943）

	MRC			軍醫院	MRC	軍醫院	MRC
時間	手術人數	敷傷人數	骨折矯正	傷患	治療病兵	病員	治療平民
1937	252	48,217		264,004		30,496	
1938	12,430	950,287	13,705	275,894	67,770	134,643	49,749
1939	12,211	1,704,380	5,596	75,820	295,392	220,970	236,664
1940	16,930	1,224,302	5,957	91,262	534,954	280,724	372,628
1941	14,507	1,151,854	4,030	55,606	610,080	218,297	205,270
1942	10,505	964,882	2,639	22,550	708,638	187,318	205,735
1943	10,142	901,174	1,244	19,611	567,244	165,396	223,406
合計	76,977	6,945,096	33,171	804,747	2,784,078	1,237,844	1,293,452

資料來源：“Distribution List and Statistical Data of Medical Unites of the National Red Cross Society of China (Kweiyang):June 1st, 1943”, folder “National Red Cross Society of China, General”, box22, Series II: Permanent File, ABMAC, RBML, Columbia University; “Rate of Loss”, February 5, 1948,《林可勝檔》23014005.

圖 8：抗戰時期軍隊醫療和林可勝時期救護總隊部工作簡圖



資料來源：林可勝《戰時衛生工作規程》（貴陽：軍政部戰時衛生人員訓練所，1941 年），第 15-20 頁；Robert K. S. Lim, “Emergency Medical Service Training School Wei-sheng Chin-wu”,1941,《林可勝檔》23009001。

戰時傷病和醫護

救護總隊在及時調整組織結構、人員分配外，對收治士兵傷病進行了科學分類統計，考察病因，針對性地找出解決辦法，降低發病率和死亡率。

戰場的傷病被救護總隊部主要分成外科陣傷和內科疾病進行了數量統計和病種歸類。外科陣傷方面，根據各救護隊收治的資料，分別統計了受傷的人數、陣傷的部位，並且不同以往地增加了醫護處理類型的記錄。1938 年到 1940 年之間，共包紮傷口 3,878,969 人次，但是傷口感染比率很高，重傷者中更是有半數患慢性骨髓炎。進行的 42,846 次外科手術中，近 47% 是清創排膿，14% 是異物剔除，10% 為死骨截除，4.5% 為截肢。[41] 對治療方法的統計，是以前所沒有的，[42] 表現出救護總隊在術前之外，對陣傷醫治過程的重視和專業化的態度，也有利於醫護人員和救護器械針對性進行加強訓練和準備。

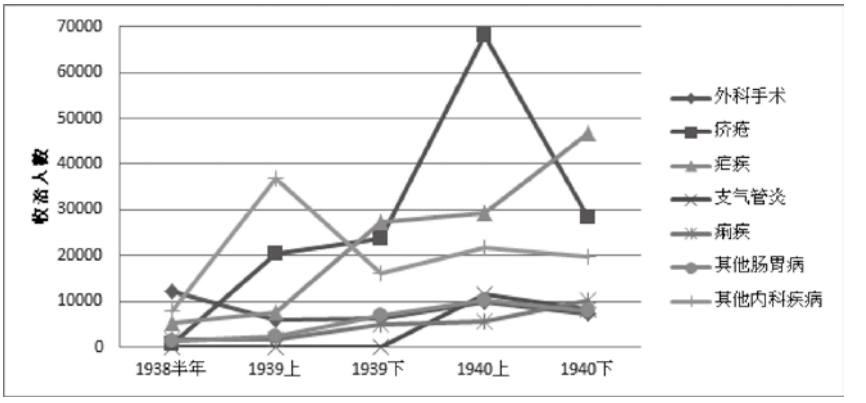
戰爭進入相持階段之後，特別是「縱深防禦」執行後，雖然戰場擴大、救護隊伍增多，收治傷患的數量沒有明顯增多，反而是病員的數量隨著戰爭的持續，增速迅猛。統計顯示，最高發的幾種內科疾病分別是疥瘡、瘧疾、痢疾等腸胃病、支氣管炎。（參考圖 9-10）其中疥瘡的發病率最高，特別是在 1940 年上半年。雖然相對於其他疾病，疥瘡只是體外寄生蟲引起的皮膚病，但是傳染性高。其次是瘧疾，瘧疾主要是通過瘧蚊進行傳染，容易發生在夏天，南北方都有出現，但是南方多惡性。雖然可以用奎寧治療，但是成本太高，而且藥品數量不能保證，因此只能通過防蚊和加快患者的治療來預防，防範非常不易。緊隨其後的是腸胃病，痢疾最為多發，患病者大多病情嚴重而且反復發作，腹瀉不止導致營養不良、身體虛脫甚至休克。水源不清潔、糞便等沒有處理好以及蒼蠅都是導致痢疾等腸胃病高發的原因。這種疾病以往混雜在消化器疾病中，沒有引起足夠重視。（參考圖 10）第四高發的疾病是支氣管炎。該病雖然在之前的國內戰爭中已經較為常

41 4-7th "Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December July-December 1940"，《林可勝檔》23004001-23007001。

42 1931 年中原大戰中沒有只有人數和陣傷部位的統計。（《軍政部陸軍署軍醫司工作報告書（上冊）》，頁 368-377。）

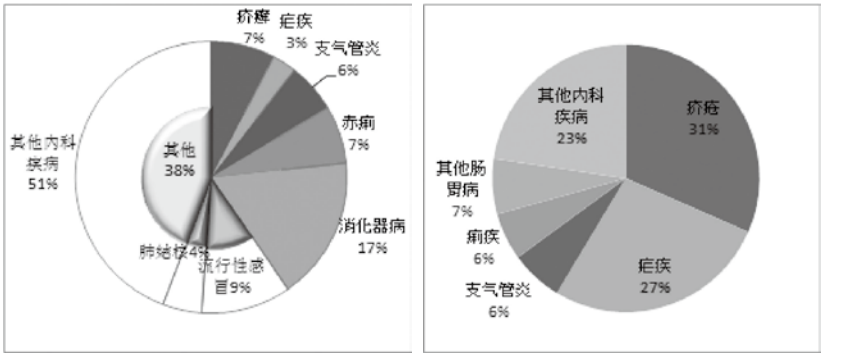
見，但是直到 1940 年才引起重視，進行了專門資料統計。主要發病原因是冬季士兵們缺少衣服和被褥以及取暖的燃料。除了這幾種高發疾病以外， 重點監控的疾病還包括斑疹傷寒、回歸熱、霍亂、傷寒、營養不良、性病以及天花等。[43]

圖 9：紅十字救護總隊收治傷病統計（1938-1940）[44]



資料來源 4-7th “Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps”，《林可勝檔》23004001-23007001.

圖 10：中原大戰和抗日戰爭病員對比[45]



1930 年 4 月 - 1930 年 11 月　　1938 - 1940 年

43 4-7th “Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December July-December 1940”，《林可勝檔》23004001-23007001。Ibid., 頁 381-398.

44 因為 1938 年僅有全年統計，故圖中資料為半年平均值。支氣管炎在 1938-1939 年間沒有專門的資料統計。

45 1930 年 4 月 -1930 年 11 月中原大戰疾病統計，前五大病種為流行性感冒、疥癬、赤痢、氣管支炎、肺結核。（《軍政部陸軍署軍醫司工作報告書（上冊）》，頁 381-398。）

救護總隊經過一段時間對傷病兵統計資料積累，結合陣地巡察，總結經驗，估算，對救護方案進行了不斷地調整。

總結的結果是，外科方面，首要困擾為初步敷傷、縫合不及時。一方面，無路區形成之後，招待站和兵站醫院遠離前線，傷患只有熬到很遠的後方才能接收到治療，由於耽誤了重要的初步處理階段，最終治療往往不理想。於是救護隊中增加衛生隊，並將所有小隊工作位置向前推。想方設法改善運輸工具，在救護車內最大限度地設置床位和座位，[46] 1939 年 6 月騾子運輸隊也成立了，補充運輸工具的多樣性，以適應不同地形。[47] 一方面，傷患不能得到正確的傷口初步處理。救護隊於是向士兵們宣傳了及時包紮傷口的重要性，同時加強培訓看護士，教導正確使用防腐殺菌的方法。[48] 另一個亟待改善的是後運之前對傷患進行分類，救護總隊編訂專業的分類指導手冊，分發到了前線工作隊中，供眾人參考。[49]

不能進行持續的治療是外科的第二個主要困擾。轉運過程中的傷口固定是其中一個方面。木夾板的效果欠佳，石膏繃帶效果雖好但昂貴且沉重。於是一種新的石膏繃帶和木夾板混合固定方法被採用，既經濟又有效地防止引發慢性骨頭感染和變形。由於截肢的人數較多，1939 年救護總隊部在衛訓所建立矯形中心，不僅進行截肢，還提供復健以及職業教育。[50]

資料來源：《軍政部陸軍署軍醫司工作報告書（上冊）》，見張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 255（鄭州：大象出版社，2009），頁 381-398；“7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December July-December 1940”，《林可勝檔》23007001。

46 “2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1938”，《林可勝檔》23002001。

47 “5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939”，《林可勝檔》23005001。

48 “4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”，《林可勝檔》23004001。

49 “5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939”，《林可勝檔》23005001。

50 “4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”，《林可勝檔》23004001。

藥物和設備缺乏是另外的問題，救護隊多方尋找替代的方法。例如傷口潰瘍治療最有效的方法是達 - 卡二氏傷口灌注法，但是灌注器並不普及，救護隊建議可以嘗試將次氯酸鹽溶液注入打孔的竹管中，如果次氯酸鹽溶液也無法獲得的話，就用鹽水代替。[51]

內科疾病方面主要針對傳染病。雖然以往的戰役中，也認識到衛生防疫的重要，但是「徒具願望之心」，對於防疫，除了種痘以外，只做了宣傳，沒有多少實際措施。[52] 1937 年底，林可勝根據以往經驗，開始著手組建專門的防疫隊伍。到 [53] 1938 年 6 月，已經有 6 支醫防隊在湖南長沙、廣西靈川、廣西柳州、廣東廣州等地工作。[54] 後來這支隊伍一度擴大到 23 支。他們調查掌握疫病的流行季節和區域，在高發地區和時間段進行重點防範，利用顯微鏡進行更準確的疾病分類和治療。即使是發病率很低但是較為致命的傳染病，也一直堅持報告，例如斑疹傷寒、回歸熱、霍亂和傷寒。對情況進行及時通報後，防疫隊在疫情發生的地方發放治療藥物，採取隔離和消毒措施，控制和撲滅疫情。在沒有發生疫情的地方，提前做好預防工作。例如為重要戰略地方儲備防疫藥物；將漂白粉分裝成小瓶分發給前線戰士；對士兵和民眾進行疫苗注射；氯化消毒水源；建設改進焚化爐、公廁等設施；正確處理糞便垃圾；甚至檢測食物攤位。[55] 同時宣傳工作依舊是預防的方法之一，救護總隊不僅向士兵也向平民宣傳防疫知識和衛生意識。

在救護總隊持續努力之下，疫情在 1938 到 1941 年間並沒有大規模爆發，有

51 “6th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1940”，《林可勝檔》23006001。

52 〈衛生常識之宣傳及防疫工作之概況〉，見《軍政部陸軍署軍醫司工作報告書（上冊）》，頁 425-426。

53 “1st Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December 1937-January 1938”，《林可勝檔》23001001。

54 “2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1939”，《林可勝檔》23002001。

55 1st、3rd、4th、5th “Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps”，《林可勝檔》23001001、23003001、23004001、23005001。

些傳染病，例如斑疹傷寒、回歸熱、霍亂等，發病率控制在很低的水準。[56] 遇到突發疫情，例如 1941 年日本用飛機投放鼠疫，綏遠、常德、浙江都發現鼠疫疫情，救護總隊反應迅速，和衛生署防疫隊以及洛克菲勒基金立刻合作搜集樣本化驗，屍檢，生產疫苗，並派送人員去印度哈夫金研究所學習最新的技術。[57]

表 3：救護隊防疫營養工作統計（單位：人）

時間	天花	霍亂	傷寒霍亂	破傷風	接種總計	滅虱	特別營養
1938 年	106,812	184,506	118,810	10,356	420,484	0	126,787
1939 年	67,965	433,494	79,483	1,070	582,012	66,772	207,164
1940 年	259,575	663,541	37,986	1,870	962,972	379,364	215,076
1941 年					640,600	233,699	98,089
1942 年					582,094	21,741	11,240
總計	434,352	1,281,541	236,279	13,296	3,188,162	679,835	658,356

資料來源："7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December July-December 1940",《林可勝檔》23007001; "Distribution List and Statistical Data of Medical Unites of the National Red Cross Society of China (Kweiyang):June 1st, 1943" ,folder "National Red Cross Society of China，General", box22, Series II: Permanent File, ABMAC, RBML, Columbia University.

影響外傷的癒合中，疥瘡的發生是很重要的原因。雖然此前的戰爭中疥癬也是較為高發，但是一直是被忽略的「小病」。救護總隊不但統計出疥瘡是第一高發傳染病，而且認識到大量的傷患傷口感染了疥瘡，耽誤傷口癒合；即使不因傷口，疥瘡引發的瘙癢也嚴重影響睡眠，造成士兵身體虛弱。而且疥瘡和斑疹傷寒、回歸熱、鼠疫這類致命性疾病的傳播有著共同的媒介——虱子、跳蚤等寄生蟲。對寄生蟲的控制，將有利於緩解很多病人的疾病。為此救護隊開始幫助一些軍隊醫院給傷病員仔細地進行滅虱淋浴。1938 年 12 月，滅虱淋浴治疥項目（簡

56 C.T.Loo, "The Chinese Army Medical Service", 1940, 《林可勝檔》23010001。

57 Robert K.S. Lim to Dr. Cotui, March 10,1942, folder "Emergency Medical Service Training School (Directorate of AMS) Robert Lim", Box 9, Series II: Permanent File, ABMAC,RBML, Columbia University.

稱 DBS）從軍醫院向外推廣，救護總隊部的醫療隊負責醫院裡面的滅虱，醫防和衛生隊主要負責一些移動 DBS 站的運作，在湖南零陵、祁陽、衡陽、長沙一帶 DBS 網站相繼建立，設備主要來源於衛生署防疫處。[58]

滅虱的工作並不是救護總隊的首創，在 1933 年華北紅十字救護委員會就組織了 5 家北平的醫院為傷兵滅虱，當時滅虱的效率很低，每次只能對三個士兵的冬衣、被褥進行處理，而且使用的是氰化物的蒸汽；士兵則是用煤油塗滿全身來去除寄生蟲。[59] 而救護總隊部的滅虱方法，主要是將硫磺軟膏稀釋兌入到水中，淋浴或者清洗消毒衣服被褥，殺滅寄生蟲。這種方法不但可以為人進行方便地滅虱，而且提高了為衣物滅虱的效率，每天可以處理 77 人的冬衣和被褥。[60] DBS 項目開展之後，1939 年整年疥瘡的治癒率比 1938 年提高了 3 倍，對外傷的治癒也很有幫助，斑疹傷寒和回歸熱發病率被控制在較低的水準。[61] 1940 年後方勤務部正式同意救護總隊部在全部醫院和軍隊中推廣 DBS 專案，軍醫處和衛生署也加入其中，將滅虱淋浴治疥工作通過訓練和示範，教給更多的地方軍隊，並且因地制宜，設立了很多靈活簡易的移動滅虱淋浴設施。例如如果硫磺軟膏中的凡士林沒有，可以用豬油，或者摻入石灰。汽油桶、竹管、煮飯鍋、酒桶都可以用來裝備滅虱淋浴，經濟且易得。[62]

滅虱之外，受到戰前與吳憲等人聯合調查、研究討論以及參與國聯合作的營養衛生委員會積累的經驗和知識，林可勝認為軍隊營養問題在救護中也應受到重視。大量傷兵因為營養不良，體質虛弱，傷口恢復緩慢；沒有傷病的士兵因為

58 “3rd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: August-December 1938”,《林可勝檔》23003001。

59 “Delousing Work in Peiping”, The Chinese Medical Journal 48, no.2 (1934) : 170,173.

60 “4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”,《林可勝檔》23004001。

61 “5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939”,《林可勝檔》23005001。

62 “6th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps，January-June 1940”,《林可勝檔》23006001。

營養不良，特別是缺少蛋白質和維生素而發生水腫、腳氣病、貧血的比比皆是。1938 年紅會救護隊在一些醫院開始提供特別營養餐，針對性地給傷病不同種類和程度的士兵們加餐。每天每人的醫院口糧份額（0.20 元 -0.25 元）不變的情況下分出 5 餐：菠菜粥（0.04 元）、330 毫升熱牛奶或豆奶加 4 塊餅乾 1 個雞蛋 30 克糖（0.05 元）、肝臟肉湯掛麵（0.07 元）、血塊肉湯掛麵（0.03 元）、菠菜肉湯稀飯加 5 克豬油（0.05 元）。腳氣病的患者飲食換成糙米或者摻了糠和麵粉做的掛麵。特別營養對腹瀉嚴重的痢疾等腸道疾病以及伴隨貧血瘧疾的週期性發作都有一定的幫助作用。

鑒於營養的重要性， 1938 年救護總隊部開始為其設立特別經費。這項活動得到了新生活運動婦女部的幫助，提供了被褥、衣服和牛奶等急需品。[63] 1939 年軍委會戰地服務團徐維廉組織的「傷兵之友社」也加入進來，幫助籌募經費，為傷病員提供每天額外 1 毛錢的營養費，國外也捐贈了奶粉、魚肝油等。[64] 截止 1939 年底，特別營養使每月近 2 萬傷病員受惠。然而相對於滅虱淋浴的成本，特別營養花費較大，加上戰時物價持續上漲，後期進展滯緩。為了壓縮成本，救護總隊部請原清華大學生理學系沈同博士組織一個聯合委員會，考察前線士兵膳食營養狀況，寫出調查報告，提出改善意見，將特別營養菜譜簡化為糙米、綠色蔬菜以及能代替肉類提供蛋白質的豆類，條件允許時加入適當的肉。救護隊還制定了標準飲食手冊，說明在不同情況下如果調整配餐，教導正確的烹煮原則，以免營養破壞。[65]

無論是外傷還是內科疾病，在進行治療之後，後期護理也影響著康復。戰爭時期，醫院環境不整潔，設施缺乏；傷病員缺少關照，個人衛生差，缺衣少被等使得很多傷病員遲遲不得好轉甚至病情加重。對此，救護總隊就地在軍醫院，或

63 “3rd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: August-December 1938”,《林可勝檔》23003001。

64 “4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”,《林可勝檔》23004001。

65 “6th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps，January-June 1940”,《林可勝檔》23006001。

和戰時衛生人員訓練所一起合作，訓練護士、衛生員，教授簡單有效的護理知識和操作，督導其工作。通過印刷分發《戰時護理手冊》，宣傳基本護理原則和流程，說明包括醫院財務、環境、病房、手術室、洗衣房、廚房等多處的注意事項。[66] 數名高級指導員也被派到前線各醫院瞭解情況，召集醫護人員討論問題，指導建議，設法解決困難。[67]

一直以來，中國軍隊中都有「窮參謀，富軍需，吊兒郎當做軍醫」的俗語，充當軍醫的很多是濫竽充數的教會或醫院見習生、司藥，他們依靠戰功以及和長官的關係，而不是醫學知識和技能佔據了軍隊醫療中的大部分崗位。他們中的不少人甚至不識醫藥，傷患的處理僅是更換繃帶，而且也不進行嚴格的消毒。內科疾病的處理都是暑藥、行軍十滴水、人丹、行軍散、避疫丸、衛生水、霍亂預防液等落後的藥物。[68] 相對來說，救護總隊中的不少成員，尤其是領隊人員來自現代醫校，受過良好的專業訓練。救護總隊在病員的救治中，更多運用了現代醫學的分類和手段。在資料統計的同時，對傷病原因進行了分析，確立救護的重點和要點，這更是以往所沒有的。對防疫、衛生和護理的重視，對於軍隊營養的專門調查和研究，使用 X 光和顯微鏡等現代醫學設備，處處都體現了救護總隊將現代醫學理念應用到了戰地救護，並通過宣傳和教育，改善軍隊醫護人員的工作。

救護總隊部收到的援助和物資分配

紅十字會救護總隊部在組織和技術上的工作，必須有物資上的保障和合理利用，才能較好地落實。救護總隊富有成效地工作也能繼續吸引更多的捐助。救護

66 “3rd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: August-December 1938”,《林可勝檔》23003001。“4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”,《林可勝檔》23004001。

67 “5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939”,《林可勝檔》23005001。

68 鄒躍如〈軍醫感言〉，見《醫藥評論》，1929 年第 12 期，頁 5；史志元〈中國軍醫之一般及其改進談〉，見《醫藥評論》，1931 年第 54 期，頁 8；篆〈軍醫人員的資格問題〉，見《醫事彙刊》，1934 年第 21 期，頁 460；《軍政部陸軍署軍醫司工作報告書（上冊）》，頁 259-260，264。

工作和援助物資相輔相成，保證了救護總隊部的持續發展和進步。良性循環下，救護總隊不僅能滿足自身的需要，還幫助起中國其他衛生機構的活動。

戰爭爆發初期，由林可勝提議，軍事委員會衛生勤務部和中國紅十字會於1937年12月初在漢口，共同建立了中央救護事業總受理處，試圖將戰時需要的所有民間醫療援助加以集中，這是前所未有的一個創舉。從衛生署和紅十字總會手中，林可勝接收了17輛破舊的卡車、200,000元衛生署經費和100,000盧比的蘇聯紅十字會捐款。[69] 不久由於衛生勤務部的撤銷，使得該總受理處一度緊張，最終所有物資被新成立的中國紅十字會救護委員會材料股接收。該股不僅負責給紅十字會的隊伍供給，而且被要求幫助其他紅十字分會、軍醫院、軍隊的醫療部門。[70] 但是一開始救護總隊部並沒有這個能力。

1938年開始救護總隊部陸續收到捐贈，主要的資助來自歐美的紅十字會和海外華人。[71] 其後幾年，捐款逐漸增多。1938年到1940年之間，救護隊的物資80%是捐贈所得。[72] 這當中，來自歐洲的捐助最多，主要集中在1938年6月之前。[73] 東南亞和美國的捐款最為穩定，主要是海外華人，特別是荷屬東印度地區，每月定期捐來。[74] 捐款最多的組織是美國醫藥助華會（American Bureau for Medical Aid to China，簡稱ABMAC），該組織的發起人也是華人。[75] 隨著物資

69 "Dr. Robert Lim Outlines Medical Relief Work", No.66,June 21,1941,Daily Bulletin, China Information Committee, folder "National Red Cross Society of China ,Robert K.S. Lim", box 22, Series II: Permanent File,ABMAC,RBML, Columbia University.

70 "2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1939",《林可勝檔》23002001。

71 "2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1939",《林可勝檔》23002001。

72 "7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1940",《林可勝檔》23007001。

73 "2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1939",《林可勝檔》23002001。

74 "5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939",《林可勝檔》23005001。

75 Minutes of the Meeting of the Committee on Army Medical Administration and Chinese Red Cross in China, November 26, 1945, folder 2093, box 309, series 601, RG2 (GC), RF, RAC.

的越來越多，救護隊材料股先後在全國設立了 10 個材料分庫，1 個材料總庫，分散存放 3-6 個月的物資，重要貴重物資，例如乙醚、氯仿等藏入地下洞穴。[76]

圖 11：中國紅十字會救護總隊部收到捐款的來源分析 [77]

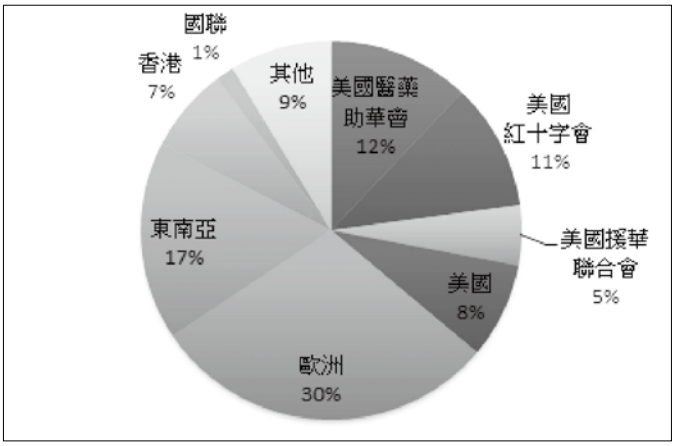


表 4：中國紅十字會救護總隊部收到的捐贈價值（1938-1940） [78]

捐款來源	1938.1-6	1938.7-12	1939.1-6	1939.7-12	1940.1-6	1940.7-12	總額
歐洲	1438414.68	51490.75	9988.45	5452.03	82558.40	7980.00	1595884.31
東南亞	517294.42	111426.10	3628.80	120655.03	98008.00	59456.27	910468.62
美國醫藥助華會	61715.79	123725.96	29183	68368.27	26227.42	342110.93	651331.37
美國紅十字會	326839.53	0	160799.20	3802.72	65672.40	26482.31	583596.16
美國	11356.24	69937.87	9259.40	265030.50	47017.60	37588.48	440190.09
香港	323252.39	51326.61	8026.00	212.00	4056.52	4655.60	391529.12
美國援華聯合會	0	0	30792.50	1050.00	4705.50	237638.86	274186.86
國聯	114.39	70344.35	12942.50	0	0	0	83401.24
其他	98978.25	120981.31	7719.10	71939.79	59146.89	110572.54	469337.88

圖 11：中國紅十字會救護總隊部收到捐款的來源分析和圖 4 資料來源：2-7th “Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps”，《林可勝檔》23004001-23007001。

76 “7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1940”,《林可勝檔》23007001。

77 美國醫藥助華會和美國援華聯合會都是美國的賑濟組織，具體的歷史參考第六章第三節。

78 表中單位為「標準價值」（Standard Values）。由於戰時貨幣匯率變動很大，中國紅十字救護總隊記錄捐款全部根據 1939 年上半年的貨幣購買力加以折算統計。美國援華聯合會 1940 年 7-12 月捐出的 237638.86「標準價值」是和美國醫藥助華會共同捐出的。

捐助的物資有的以現金的形式，有的以實物的形式。例如 1940 年下半年 ABMAC 捐贈了 300 萬奎寧藥片，84 個滅菌櫃，76 台顯微鏡，一個疫苗工廠；巴達維亞的華人捐來了 600 萬片奎寧藥片；美國紅十字會捐贈了 1 萬磅牛奶；外國的中國紅十字會分會還收到過 70 套手術設備。[79] 救護總隊主要的車輛也都是捐贈的，到 1939 年年底，所有的 188 輛車裡面 150 輛為捐獻，[80] 其中大部分為華僑華人籌措。[81] 這些車輛，無論從數量上還是機動性上，都大大改善了過往以衛生火車和船舶作為主要轉運工具的救護工作，雖然沒有後者運載能力強大，在「縱深防禦」之後優勢也受到了一定限制，但是相對於人力，特別是戰場擴大之後，在轉運傷患、輸送救護人員和物資中發揮了巨大的作用。由於運輸強度日增，司機難求，蘇門答臘、爪哇以及馬來亞等地的很多華僑華人也加入充當司機，冒著槍林彈雨為各戰區和後方輸送物資、人員。[82]

在接受捐贈的過程中，救護隊發現有的需要物品在捐贈中沒有，有的捐贈物品在實際中並不需要。於是 1938 年開始救護總隊自行採購所需物資。按照精簡和實用的角度，救護總隊仔細挑選所需物資，製作出了一張標準物資單。種類方面，標準單將物資劃分為三大類：藥品、敷料和設備，下再分小項，配有代號。在數量上，按照戰場的情況，2/3 用於防疫，1/3 用於治療，治療中半成為敷料，1/4 設備，1/4 藥物。規格上，按照人力可以背負的重量——12.5-22.5kg 為每單位，再分成小包裝，加壓消毒，內有急救藥物，以及含有嗎啡的敷料等。材料股

79 "7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1940",《林可勝檔》23007001。

80 "5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939",《林可勝檔》23005001。

81 "1st Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December 1937-January 1938",《林可勝檔》23001001；"5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939",《林可勝檔》23005001。

82 "5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939",《林可勝檔》23005001；"6th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps，January-June 1940",《林可勝檔》，23006001。

從此優先採購配置標準單上的物資，也及時根據情況調整標準單，公佈給捐贈單位參考。[83] 標準單的公佈減少了物資的浪費，簡化了救護總隊部材料股的工作，也讓下屬救護中隊和小隊明悉所能利用的資源。1939 年開始，車輛也實行標準化，以便維修和零件配備。[84]

捐贈採買之外，因為戰時運輸非常不便，紅十字會救護隊很早就意識到本地製造的重要性，鼓勵就地製造，比如紗布、蒸餾、高壓消毒蒸鍋等代替進口物資。[85] 1939 年貴陽總材料庫增設製作部門，利用華西資源，自製芒硝、昇華硫、酒精、硫酸銅、肥皂、凡士林、墨水、漿糊等，並要求各材料分庫儘量就地製造配置標準包。[86]

1940 年中國和香港、越南等地與外界聯繫先後被切斷，材料庫的儲備量從 6 個月銳減到 3 個月。[87] 對本地資源的利用成為十分迫切的需要，1940 年 ABMAC 應林可勝要求，捐贈給戰時衛生人員訓練所一個疫苗工廠，衛訓所從此逐步開始自產霍亂和傷寒疫苗等供應給救護隊。有的救護隊也為特別營養專案開始自己開墾土地種植果蔬。[88]

83 紅十字會材料股的經費原來主要用於支付工資、打包和運輸費用。由於捐贈物資不能完全滿足實際需要，1938 年下半年，材料股開始自行採購，實際工作主要由紅十字總會香港總部的伍長耀負責。“2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1939”,《林可勝檔》23002001；“7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1940”,《林可勝檔》23007001；艾格尼絲．史沫特萊著，江楓譯《中國的戰歌》（北京：作家出版社，1986 年），頁 438。

84 “5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939”,《林可勝檔》23005001。

85 “1st Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December 1937-January 1938”,《林可勝檔》23001001。

86 “4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”,《林可勝檔》23004001；“5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939”,《林可勝檔》23005001。

87 “6th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps，January-June 1940”,《林可勝檔》23006001。

88 “7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1940”,《林可勝檔》23007001。

因為資源人力有限，衛生署和紅十字救護隊約定分工合作，衛生署全權負責民事救援，救護隊幫助戰區的士兵、遊擊隊員、工兵等軍事醫療。不過實際的工作中，救護總隊部並沒有將戰區內的農民、流民以及空襲區的難民排除在其門診和防疫之外。[89] 從頁 141 的表 2：救護總隊部和軍醫院收治情況對比（1937-1943）可以看出，救護隊收治的平民人數並不在少數。收治平民之外，救護隊還為其他救護組織提供物資、運輸和倉庫存儲方面的協助。

表 5：中國紅十字救護總隊部經費來源和分發（1938-1940）[90]

時間	收到捐贈	紅十字經費	總計	分發自用	分發軍用	分發民用
1938.1-6	2777965.69	254188.52	3032154.21	544082.65	1164242.23	
1938.7-12	599232.95	190837.51	790070.46	245967.07	163968.58	306463.02
1939.1-6	272338.95	162434.73	561233.89	206241.56	77944.51	65376.49
1939.7-12	536510.34	245779.97	809979.88	374193.14	218373.65	178247.04
1940.1-6	387392.73	149815.50	560519.32	549922.15	278705.01	50825.09
1940.7-12	826484.99	138842.39	1005705.37	385665.20	95037.67	100497.99
總計	5399925.65	1141898.62	6759663.13	2306071.77	834029.42+	701409.63+

資料來源：4-7th “Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps”，《林可勝檔》23004001-23007001。

從表 5：中國紅十字救護總隊部經費來源和分發（1938-1940）可以看出 1938 年 -1940 年之間，救護隊所有的資源中半數以上支持了其他醫療救護機構，其中軍用和民用幾乎各占一半，但是 1940 年開始，分配的額度明顯小於前期。在分給其他組織的資源中，戰時衛生人員訓練所獲得的最多。民用資源中廣西省

89 “4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”,《林可勝檔》23004001。

90 表中單位為「標準價值」（Standard Values）。由於戰時貨幣匯率變動很大，中國紅十字救護總隊記錄捐款全部根據 1939 年上半年的貨幣購買力加以折算統計。分發軍用和民用的總計金額未包括 1938 年 1-6 月。

的救護投入最多。[91] 外供的物資以防疫藥物為主。[92] 因為救護總隊部擁有諸多車輛，1940 年 5 月蔣介石親自命令其幫助軍醫署運送積壓在緬甸的大量外援物資。年底交通部也從 77 輛來往於滇緬公路的救護總隊車輛中徵調了 42 輛。[93] 各軍隊和地區發來的藥物和運輸等請求更是絡繹不絕。[94]

越來越來多物資的捐來，說明了國內外對救護總隊部工作的肯定，救護總隊也發展出一套簡潔的管理物資系統，保證了隊伍的進一步發展，並有餘力幫助其他民用救護工作。戰時資源稀缺，囤積和分發這些物資，同時很容易帶來糾紛。

第三節　林可勝時期的戰時衛生人員訓練所（1938-1942）

在戰時救護的工作中，衛生人員從數量到品質上都不能滿足實際的需要，培養衛生人員成為時勢使然，戰時衛生人員訓練所應運而生，成為林可勝對戰時救護的另外一個重要貢獻。在林可勝帶領下，中國現代軍醫隊伍逐漸勾出了雛形。

衛訓所概況

戰爭爆發之後，按照分工，中國紅十字總會救護委員會的工作是戰時軍隊醫務，而防疫工作由衛生署來負責的。[95] 衛生署聯合國聯防疫組組織了 3 支防疫隊分佈於華中華南和華北。戰事發展，防疫需求擴大，軍隊和平民雜處，無法劃定軍事和民用界限，新的防疫人員急待養成。與此同時，林可勝所在的紅十字會救

91 根據 4-7th "Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps",《林可勝檔》23004001-23007001。

92 "4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939",《林可勝檔》23004001。

93 "7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1940",《林可勝檔》23007001。

94 例如 1941 年 7 月 15 日中國紅十字總會第 65 次常會討論軍事委員會委員長昆明行營電請撥助 150 萬粒奎寧丸；陪都空襲救護委員會請撥自行車 15 輛；萬國紅十字會聯盟函請協助經費。（《第六十五次常會記錄》，貴陽市檔案館《救護總隊檔案》40-3-6。）

95 〈抄呈衛生署交下「調整中國紅十字會救護事業辦法」〉（1937 年 11 月 29 日），貴陽市檔案館《救護總隊檔案》40-3-26。

護總隊部也需要大量速成醫護助理員，以暫時緩解救護總隊人手不足的境況。在共同的要求下，1938 年 5 月，內政部衛生署下成立了「衛生署戰時衛生人員訓練班」，[96] 時任中央衛生實驗處副處長以及紅十字會救護總隊部總隊長的林可勝擔任衛訓所主任，教師多由紅十字救護總隊部的人員兼任。[97] 管理中英庚款董事會首先撥了一筆經費，之後衛生署、洛克菲勒基金會以及中國農村建設委員會也為其撥款。軍醫署後來也加入其中，劃歸了一所軍醫院供其作為軍陣外科和護理實習之用。隨著戰事拉長，無論民用還是軍事醫療組織都需要大量招募人員，對新募人員的訓練變得更為迫切。衛訓所的工作引起了宋美齡的注意，宋美齡將林可勝親自招至漢口瞭解情況，當場撥款 82,000 元用於擴充醫護人員訓練。1938 年 10 月衛訓所隨救護總隊部撤到祁陽，然後是桂林，1939 年 2 月最終落戶貴陽圖雲關，和救護總隊部比鄰而居。[98]

在這期間，救護總隊部的工作得到了蔣介石的肯定，指示其影響之下的衛訓所對所有軍隊進行在崗醫務人員複訓和新人培訓。衛訓所被置於軍醫署和衛生署的聯合管理之下，有了常規預算，不久便發展成為紅會救護人員、衛生署和軍醫系統訓練人員的中心。1939 年 8 月開始，衛訓所受軍政部和內政部同時管轄，更名為「戰時衛生人員聯合訓練所」（Emergency Medical Service Training School，簡稱 EMSTS）。到 1940 年 6 月，已經有 4230 人參加了衛訓所的培訓和複訓。[99] 隨著軍隊醫務訓練工作的擴大，1940 年 8 月衛訓所改隸直屬於軍政部，全稱「軍政部戰時衛生人員訓練所」。[100]

96 “The Weishengshu Emergency Medical Service Training School (Changsha)”，1938，《林可勝檔》23010001。

97 “Anti-Epidemic Service of the Weishengshu (Jan.-Sept., 1938)”,《林可勝檔》23010001。

98 “2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: December February-July 1938”，《林可勝檔》23002001。

99 KS Lim, “The Chinese Red Cross Medical Relief Corps in Three Years of War”, 1940,《林可勝檔》23010001。

100 “Memorandum of the Emergency Medical Service Training School & Its Orthopedic Centre”, March 3, 1941,《林可勝檔》23010001。

雖然衛訓所的隸屬不斷改變，但是它始終由同一個訓練委員會來領導，這個委員會中包括了軍醫署、衛生署和紅會救護總隊部的高級成員。該委員會的工作是研究和決定訓練策略、課程，修改訓練項目，挑選學員，準備教學器材。委員會的人選經常更換，而具體的負責人較為固定：主任林可勝、副主任盧致德。盧致德雖為少將，但是是林可勝的學生，且時任後方勤務部衛生處處長，統理兵站區大小救護工作，所以實際的規劃和安排主要由林可勝完成。

1939 年貴陽衛訓所增設一矯形中心。除了幫助身體和心理復健以外，同時為傷殘軍人日後就業安置提供職業培訓。中心不僅提供服務而且訓練復健師。[101] 鑒於運輸困難，各戰區戰地醫務人員人數不足、水準不夠，同年 8 月，衛訓所第一分所在陝西褒城增設。1940 年 10 月江西弋陽開設了第二分所，之後陸續在湖北均縣、四川黔江、湖南東安開設分校。衛訓所分所和所在地區的救護大隊構成了一個醫學中心，一方面收治疑難雜症，為該地區醫護提供技術支援；一方面培訓，將標準化的、系統的現代醫療工作在軍隊中輻射開。衛訓所同時協調紅會救護隊和軍隊衛生隊的訓練和工作，力圖最大程度地利用人力和物力。[102]

衛訓所規模壯大的過程中，ABMAC 贊助了大部分的設備，英國庚款、檀香山中國戰時醫療救護委員會（China Emergency Medical Relief Committee of Honolulu）、英國庚款委員會、馬來亞籌賑中國委員會（Malaya China Relief Committee）、陳嘉庚、胡適、英美駐華大使等等都為衛訓所提供了資金、設備諸多方面的幫助。衛訓所的經費由紅十字救護委員會下面的特別培訓委員會運作，中國紅十字會會計部門監管。紅十字會救護總隊部另外抽調物資、運輸工具和人員協助工作。[103]

101 “4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”，《林可勝檔》23004001。

102 “Emergency Medical Service Training School Announcement”, January 1941 ，《林可勝檔》23008001。

103 “Emergency Medical Service Training School Announcement”, January 1941 ，《林可勝檔》23008001。

表 6：衛訓所訓練人員統計（截止 1944 年 10 月 31 日）

年份	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	總計
受訓人數	1,432	1,678	1,423	1,260	1,511	2,626	3,918	13,848

資料來源：folder “Army Medical Administration”, box 2 , Series II: Permanent File, American Bureau for Medical Aid to China Records, 1937-1979（ABMAC）,RBML, Columbia University. 2005 .

衛訓所的發展

衛訓所致力於戰地醫護人員的養成，它和救護總隊部一樣，伴隨戰局的改變而不斷調整著自我發展內容，有針對性地為戰地救護培養多種醫療人員。

衛訓所成立之初，為了儘快彌補戰地救護和防疫人員缺口，課程時間設置僅為 4-6 周，總課時約 200 多小時。參照救護總隊部的戰場經驗，專門針對 4 種人員進行培訓：醫療、防疫、護理醫官和高級看護士，每次各招收 200 人。4 種人員的訓練內容基本相同，只是專業各有側重。主要形式以親自操作和醫院實習為主；核心原則為簡單、經濟、實用、因地制宜。希望通過教導高級醫護人員，自上而下提高、規範戰地救護技能。[104]

1939 年衛訓所的訓練範圍不再是衛生署防疫隊和紅會救護隊，而是面向全軍醫務人員。課時延長為 2 個月左右，主要形式是觀看演示和動手操作。課程設置加入軍隊等級的考量，分為 5 種：外科校官班、內科防疫校官班、醫護尉官班、醫護員以及看護兵。前兩種共招收 60 人，以軍陣內外科及衛生勤務為主；醫護尉官班教授護病學、環境衛生以及部分初級外科，招收 60 人；醫護員班、看護兵班各招收 200 人，主要強調護理、擔架和衛生勤務常識操作。衛訓所除了擁有實驗室之外，一切設施仿照戰地配備，小班演示、操作。教學的老師大多兼任，在其他單位領薪，共分 8 組，分別是教學演示、內科、防疫、外科、護理、組織、軍陣醫學，負責人中除了軍陣醫學組以外全部為救護總隊部高級人員，且有 6 人

104 “The Emergency Medical Service Training School (Chun-Cheng-Pu & Nei-Cheng-Pu)”,《林可勝檔》23010001; “The Weishengshu Emergency Medical Service Training School (Changsha)”, 1938,《林可勝檔》23010001。

出身協和。[105] 可見衛訓所和救護總隊雖隸屬不同，但是實質上是一體的，進行的教育內容和方法也是偏向英美式。

1938、1939 年兩年間衛訓所共計培養三千多人，其中半數以上是低級醫護。[106] 這些接受過訓練的人員鼓勵回到各自服務的工作崗位後，把自己在衛訓所的所學教授給他人，將衛訓所傳遞的知識逐步擴散開來。很多軍隊中的醫療體系、重傷患的飲食服務、滅虱淋浴治疥等都是直接或者間接在衛訓所學員的影響下建立起來的。[107]

進入 1940 年，抗戰進入相持階段，救護節奏不再像之前一樣緊湊，救護的體系也初具規模，醫護人員技術欠缺的問題凸顯。衛訓所將課時進一步延長為 3 個月。課程面向 4 個等級人員設置：校官、尉官、醫護員以及看護兵課程；每個等級裡面又分為兩類，醫療和衛生工程。因為收到更多的捐贈設備，衛訓所增設臨床、檢驗、矯形、放射方面的內容，也為有能力者提供進階課程，整個培訓體系趨於完整。學校的教育定型為三種：基本教育、補助教育和深造教育。「基本教育為給以各種級衛生人員任職前之教育，其要旨在養成軍事化技術化之合格衛生幹部人員，以增進所需衛生人員之質與量。補助教育為給以無正式學資之現職衛生人員之教育，其要旨在授以其業務上所必需之學識與技能，俾增進其服務效率。深造教育為現職現役衛生員兵曾受基本或補助教育後之教育，其要旨在選拔優秀衛生員兵，進作有關學術或技能之專門學習或研究，俾改善陸軍衛生作業。」[108]

1941 年衛訓所開始積極籌辦專門的護士學校，嘗試改變軍護不能晉升為軍官的限制，推動軍護積極性。牙科專案也在計畫中。[109]

105 “The Emergency Medical Service Training School of the Ministers of Interior and War Announcement”, May 1939,《林可勝檔》23010001。

106 “Training Program of the Red Cross: The Emergency Medical Service Training School”, 1940,《林可勝檔》23010001。

107 K. S. Lim, “The Chinese Red Cross Medical Relief Corps in Three Years of War”, 1940,《林可勝檔》23010001。

108 《軍政部戰時軍用衛生人員訓練所教育綱領》，1943，folder “Interview Kohlberg A”,box 38，Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC,RBML, Columbia University.

109 Lim to Co Tui, December 13, 1941, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim,1939”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University; R. K. S. Lim to Co Tui, March 10, 1942, folder “Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim”, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

實際上，戰時救護的迫切性與醫護水準的提高，和戰前中國現代醫學教育中大眾醫療需求與保持醫學高水準的矛盾具有共同點。所以林可勝在組織救護隊的時候，用培養大批低級的醫護助理、看護士、看護兵，來補充醫師的工作，同時不忘提高各種醫學衛生人員的水準。在分發到救護隊的物資中，除了醫藥、設備之外，還有醫學期刊和書籍。[110] 貴陽圖雲關衛訓所總部，擁有圖書館、陳列室、實驗室，林可勝設法從國內外訂購、收集醫學期刊、書籍以及縮微膠捲。[111] 和當年協和生理學系一樣，林可勝依舊十分強調設備的設計和製造，在衛訓所組建設備組，製作簡單設備、自行生產義肢、印刷等，同時培養技師。所有的專業和矯形中心，不僅培訓人員，也開展自己的研究，更鼓勵學生參加。例如營養調查、研究磺胺藥物在治療桿菌痢疾方面的效果、乾血漿對營養性浮腫的療效、肺結核的發病原因和治療、解剖屍體等等。這些研究成果刊登在衛訓所定期出版的週報和期刊《衛生報導》上面。[112] 高級教員經常前往戰區，調查分析實際中的問題，調整教學，設計發掘各種設備和藥物方案，便於各地就地取材。研究醫療、藥物和設備的標準化，編寫戰時外科、內科、護理、防疫、衛生工程等規程作為教材也都是衛訓所的工作內容。[113]

衛訓所開設的短期培訓課程，教會非醫學專業的軍醫人員最基本的救護技能，熟悉軍隊中的常見病，大致瞭解其治療和防治的常規方法，但是這些人並不瞭解為什麼要這樣操作，之後的醫務技術進步空間不大。他們也很難進入高級班學習，依舊不能成為熟練、專業的醫生和護士，影響軍隊醫務從本質上進行改善。從這樣的考量出發，戰時衛生人員訓練所於 1941 年底奉命延長課程至 6 個月，並在兩個分所進行了實驗性教學。結果顯示，沒有基本的科學和醫學知識，學員依舊無法很好地提高技術水準。更為長期的課程醞釀開來——衛訓所開出數理化

110 “2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1938”，《林可勝檔》23002001。

111 RKS Lim to Edwin C. Lobenstine, September 9, 1942, folder 891, box 123, CMB, Inc.RF, RAC.

112 “Emergency Medical Service Training School Announcement”, January 1941 ,《林可勝檔》23008001。

113 K.S.Lim,“The Chinese Red Cross Medical Relief Corps in Three Years of War”,1940,《林可勝檔》23010001。

和基礎醫學課程，增設 3 年和 6 年兩種長期課程。在參考職務等級的同時，通過考試選拔，向低級醫務人員開放 3 年專業課程，高級醫官進行等同於教育部醫學院水準的 6 年課程教育。[114]

但是戰時醫務人員的缺少，不允許其長期脫離崗位。衛訓所於是將培養軍醫官的 6 年課程設計成「分期教育」的形式：學員在完成一個「分期」的學習後派往部隊見習一年，再輪換回來繼續下個「分期」的學習，直到完成所有階段，最後一年為醫院實習期。通過參加該課程，學員可以獲得等同國立醫科大學的完整教育，成為合格的軍醫人才。

「分期教育」以兩年為一個階段，共分三個階段，總學制與教育部規定的國立醫學院校的學制相同。第一階段主要目的是認識常態的生物體，重點科目為化學、生物、生理和解剖，希望學生在完成後可以識別分類病情，採取適當的急救、防疫和衛生手段。第二階段學習病態的生物體，重點在病理學和細菌學，同時安排大量內外科見習以及門診，學生學成後可以診斷、治療一般的疾病，能夠化驗、管理病房。第三階段同樣是大量見習和門診，加強臨床的學習，希望完成該階段的學生能夠獨當一面，領導自己部門工作的展開。三階段的安排囊括了 1935 年林可勝提交教育部課程中的全部科目，課程安排順序也類似，但理論教學被壓縮，穿插大量的見習和門診。[115] 這一思路和 1937 年林於〈公醫制度〉中提出的方案相同。

「分期課程」是為了適應戰時醫護情境而設計的，它一定程度上能夠兼顧戰地對醫護人員的需要以及保障醫護品質的雙重壓力。學員輪流參加「分期課程」後，可以將一個階段的所學應用到實踐中，幫助其消化知識，同時改善了所在單位的醫護服務；學員完成所有階段後，成為所在醫療單位的領導者和教導者，帶動周圍醫療環境的改變。由個人到群體，醫療工作最終將實現人員「換血」以及水準的本質性飛躍。

114 The Emergency Medical Service Training School of The Ministry of War: First Report,May 1938-June 1942, folder “Army-EMSTS”, box 2, Series II: Permanent File, ABMAC,RBML, Columbia University。

115 “Emergency Medical Service Training School Training Program (Stage Medical Education)”, 1942,《林可勝檔》23011001。

「分期課程」首先在醫學專業的軍醫官中開展，並計畫逐步拓展到護理、衛生工程、放射、牙科等其他專業。為了鼓勵學習以及規範、提高軍隊醫務的從業水準，衛訓所為完成相應課程的學員設計了對應的軍隊級別，作為參考。

表 7：1942 年衛訓所軍醫人員訓練計畫 [116]

班級	種類	入學要求	課程	學成後的級別	晉級空間	最終級別
醫正班	醫學	成績良好的醫員、尉官、校官、通過考試的初中畢業生	6 年分期軍醫教育課程	2 年後 -3 等軍醫佐 4 年後 -2 等軍醫佐 6 年後 -1 等軍醫佐	3 等軍醫正 -1 等軍醫正	1 等軍醫正
	醫學	醫學學士	6 個月衛生勤務課程	1 等軍醫佐、軍護佐、軍技正	3 等軍醫正、軍護正、軍技正 -1 等軍醫正、軍護正、軍技正	1 等軍醫正、軍護正、軍技正
	放射	醫學學士				
	檢驗	醫學學士				
	護理	護校畢業生				
	衛生工程	工程學士				
	牙科	牙科本科或同等學歷				
醫佐班	放射	成績良好的准尉、尉官、校官以及通過考試的中學畢業生	3 年專科課程	2 等軍護佐、軍技佐	1 等軍護佐、軍技佐 -3 等軍護正、軍技正	3 等軍護正、軍技正
	檢驗					
	護理					
	衛生工程					
	牙科					
	同上	專門學校畢業生	6 個月專科課程	同上	同上	同上
非專業現職醫官補充班	醫學	准尉 尉官	3 個月初級課程	原職	同軍醫佐 - 同 3 等軍醫正	同 3 等軍醫正
	同上	校官	3 個月中級課程	同上	同 2 等軍醫正 - 同 1 等軍醫正	同 1 等軍醫正
醫員班	護理	成績良好的軍士或考試合格的小學畢業生	6 個月的專科課程	3 等軍技員	3 等軍技員 -1 等軍技員	1 等軍技員
	檢驗					
	放射					
	衛生工程					

資料來源：“Emergency Medical Service Training School Training Program (Stage Medical Education)”, 1942,《林可勝檔》23011001。

116 表格中說明「晉級空間」是根據工作表現、完成學業以及考試成績來綜合決定的。

衛訓所的一系列課程變化，特別是「分期教育」的增設，飽含了林可勝，衛訓所的實際規劃者，對於「抗戰建國」的理解以及對戰前公醫制度建設的設法延續。他認為抗日戰爭打斷了 1930 年代的公醫體系建設，戰爭時期培養醫學人員，提高從醫人員水準，不僅能滿足當前戰時的需要，而且能在將來繼續為民用醫學服務，為戰後國家醫療體系打下基礎。[117] 這也就不難理解「分期教育」課程和林可勝之前提交的課程在設置上的類似。在「分期教育」的計畫書中，他還將戰時的戰區、集團軍、軍、師、團營連以及前線士兵和百姓一一對應為省、監察區、縣、次級縣、村和社區，認為「軍隊醫學的建設顯然為日後公醫制度的發展提供了機會」。[118]

獨立後的衛訓所

1942 年 9 月，衛訓所和救護總隊部因為林可勝和中國紅十字總會的矛盾正式分家。[119] 中國紅十字會接收了救護總隊部，負責救護工作，而林可勝繼續衛訓所的工作，專責軍用衛生人員教育。

因為和中國紅十字會救護總隊部分割，衛訓所失去了大部分的交通輔助，無法運送大量學員來學校，學員人數有所下降。但是面向「無正式學資」的現職醫官短期補充班發展迅速，從 1942 年 7 月到 1943 年 6 月，衛訓所共計培訓了 8,364 名醫務人員，其中 4,998 人出自現職醫官補充班。這得益於軍政部的看重，陸續安排大量人員來參加補充班，同時還資助學員的返程路費。

另一個開展迅速的是衛生勤務課程班。衛訓所除了通過講解的方式，教授軍醫人員軍隊醫療衛生工作的技術、組織等，還按照軍隊建制，組織衛生營（又叫

117 “Memorandum of the Emergency Medical Service Training School & Its Orthopedic Centre”, March 3, 1941,《林可勝檔》23010001。

118 “Emergency Medical Service Training School Training Program (Stage Medical Education)”, 1942,《林可勝檔》23011001。

119 將在第六章第一節中具體介紹。

衛生大隊），下分救護、醫院連等，向學員具體地展示軍隊醫療衛生工作是如何分工展開的。考慮到運輸困難，衛訓所仿照救護總隊部，增加了示範衛生大隊，移動到野戰區教學，從 1942 年 7 月至 1943 年 6 月共有 1,428 名野戰區醫護人員接受了訓練，佔據全年受訓總人數的 66%。[120]

然而林可勝花費心血最多的「6 年分期教育」現實操作起來卻是舉步維艱。一部分的原因是衛訓所無權命令軍隊派送醫務人員來受訓，而各軍隊不願意讓醫務人員離開崗位太長時間。原本醫護人員人手就不夠，加上交通不便，受訓的人員耽擱在路途上的時間就有數月，更不要提還要負擔受訓人員的差旅費。[121]

這些困難原本依靠軍醫署和軍政部都可以克服，令林可勝沒有想到的是，之前和中國紅十字會的矛盾，會影響到「6 年分期教育」，引發了國內其他醫療教育組織的共同反對，甚至蔓延到國際組織之間，影響到軍政部的支持，從而讓林可勝和衛訓所陷入困境。

120 “Emergency Medical Service Training School Second Report: July 1942-June 1943”,《林可勝檔》23012001。

121 “Emergency Medical Service Training School Second Report: July 1942-June 1943”,《林可勝檔》23012001。

圖 12：軍政部戰時軍用衛生人員訓練所系統表（1943 年）[122]

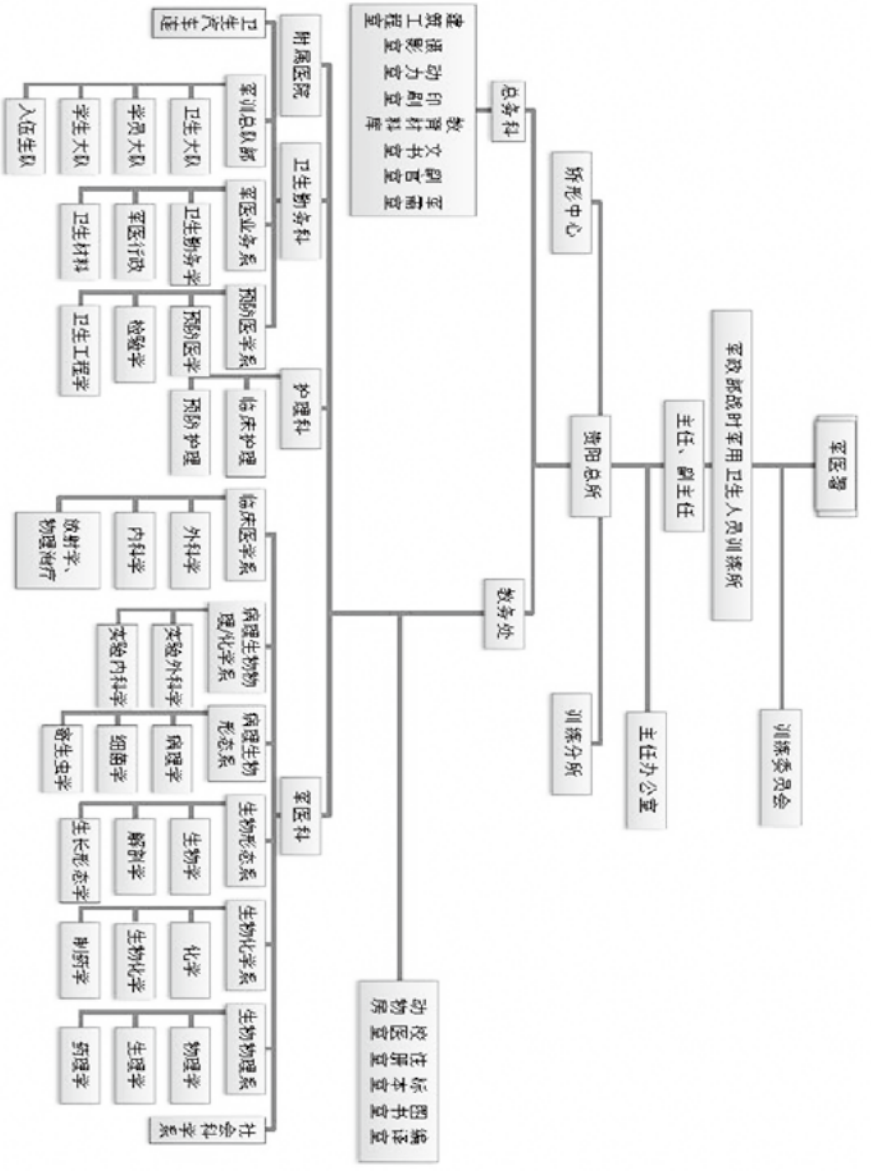

軍醫署
訓練總監部
軍醫處
軍需處
軍需部
軍需工業動員委員會
軍需用品生產計畫委員會
軍需用品分配委員會
軍需用品生產計畫委員會
軍需用品生產計畫委員會
軍需用品生產計畫

圖 13：紅十字救護隊在轉運傷患

圖 14：移動滅虱設備

120. Sanitary drill—" portable steam delousers."

121. Sanitary drill—" hot air delousers."

圖 13、圖 14 資料來源：“Pictures: Chinese Red Cross Medical Relief Corps Activities and of the Emergency Medical Service Training School and Orthopedic Centre with which the Medical Relief Corps co-operates”, January 1941,《林可勝檔案》23010001。

圖 15：滅虱室

圖 16：貴陽戰時衛生人員訓練所

圖 17：矯形中心

圖 18：疫苗工廠

圖 15-18 資料來源：folder “Army Medical Administration No. 2”; folder “Army Medical Administration No. 3”, box 77; folder “Army Orthopaedic Center”, box 78; folder “Vaccine Plant”, box 86, Series XIII: Photographs, ABMAC,RBML, Columbia University.

第四節　組織訓練中國遠征軍救護

1942 年中國抗戰唯一的「輸血管」中緬公路面臨被日軍封堵的危險，國民政府決定派出軍隊支援緬境內的盟軍作戰，林可勝受命前往緬甸幫助組織境內中國軍隊的醫護，並從此和英美合作，在 1942-1943 年間為中國遠征軍醫療救護訓練提供指導。

1940 年法屬越南對日軟弱，致使中國最靠近海的陸上交通滇越鐵路被切斷，只能轉而依賴艱險漫長卻是唯一的「輸血管」——滇緬公路。滇緬公路起點孟加拉灣海口，經緬甸曼德勒（Mandalay）、臘戌（Lashio），終點在中國雲南昆明。1940 年 12 月 8 日日本偷襲珍珠港，在亞洲也向香港、馬來亞、荷屬東印度等地發起進攻。1942 年 2 月初日本集結 6 個師於緬甸南部、暹羅北部，共計兵力 10 餘萬，分三路向緬甸境內猛攻，英國駐防緬甸的軍力薄弱，商請中國派軍隊入緬協同防禦。中國政府一方面為協助盟友作戰，維護中英交通，一方面為了牽制敵人行動，使得印度防務得以從容增強，於是組建中國遠征軍，前往緬甸，和英印軍以及菲律賓等地撤退來的美軍共同作戰。[123]

與中國軍隊出發的同時，1942 年 3 月 21 日林可勝和軍醫署長盧致德受命於何應欽從昆明飛抵緬甸臘戌，協調緬甸的醫療救護方案。在和盧致德商議之後，決定除了在軍隊集結地曼德勒和敏鐵拉（今密鐵拉 Meikhtila）組織軍隊醫療外，還在曼德勒和臘戌中間的昔蔔（Hsipaw）、薩坎沙（Sakantha）、眉苗（Maymyo）、標貝（Pyawbwe）等地搭建醫院、救護網站，部署傷患後運線路，安排醫療供的分發，同時和英印軍以及史迪威將軍的軍醫負責人會晤商談救護上面的通力合作。林可勝帶來了三支紅十字會中緬救護隊、一個南洋華僑司機為主的救護車隊，和在中國一樣，他們配合兵站醫院、收容所和野戰醫院工作，幫助轉移傷患。[124]

---

123 李鋆培編〈國軍遠征緬甸〉，頁 230。

124 Robert Lim, “Brief Summary Report of Activities in Burma and India with C.E.F”, July 14, 1942,《林可勝檔》16010002。

4 月 23 日往返於各個救護網站之間的林可勝得知日軍突破了中國第 55 師在壘固（Loikaw）的防線，從雷列姆（Loilem）向臘戌推進。[125] 之後的一星期，林可勝盡力將緬甸南部的傷患從曼德勒向臘戌設法轉運。4 月 30 日林接到史迪威和盧致德的命令前往卡薩（Katha）組織轉移傷患去密芝那（今密支那 Myitkina），但是因為遇到日軍轟炸而沒有趕上大部隊，只能帶領紅會救護隊的剩餘人員以及 177 收容所的 40 名輕傷患，共約 160 人，乘火車沿英多（Indaw）到密芝那的鐵路獨自撤退。沿途還有不少人加入他們，隊伍一度增加到兩三百人。因為找不到火車司機，林可勝甚至硬著頭皮自己摸索著駕駛。5 月 6 日當林可勝等人抵達密芝那附近的孟拱（Mogaung）時，日軍攻佔卡薩和八莫（Bhamo）逼近密芝那的消息傳來。由於鐵路兩頭受到夾擊，也擔心日軍會沿滇緬公路追擊，林可勝決定往西北轉移，進入了胡康河谷、野人山。[126]

胡康河谷，緬語意為「魔鬼居住的地方」。據說北面那加山（Naga）曾有野人出沒，因此當地人將這片方圓數百里的無人區統稱為「野人山」。這片區域四周山多林密，瘴、蛇、螞蝗等橫行，瘧疾的發病率高達 50%，雨季時甚至會達到 90%-100%，而且多系惡性的黑水熱和腦型瘧。林可勝一行人沿著欽敦河，常常在齊膝的淤泥中艱難地行進，更不要說隊伍中本來就有很多傷患。依靠自負的糧食，經過 5 天的跋山涉水，隊伍於 5 月 13 日抵達了英軍補給站新平洋（Shingbwiyang），領取了一些空投的食物作為口糧。又經過 10 天的艱苦跋涉，隊伍最終在 5 月 22 日穿越過「鬼門關」之稱的潘哨山口（Pangsau Pass），於 5 月 25 日下午到達了印度列多（Ledo）。林可勝等人比隨後的杜聿明第 5 軍直屬部隊、新 22 師等幸運很多，在雨季到來之前及時穿過了胡康河谷，到達了印度，

125 Robert Lim, “Brief Summary Report of Activities in Burma and India with C.E.F”, July 14, 1942,《林可勝檔》16010002。

126 Robert K.S. Lim, “Medical Situation in Burma and Assam Between April 26th and June 13th”, June 14, 1942; Noni Wright, “Interview with Dr. Robert Kho-Seng Lim”, July 14, 1949,《林可勝檔》16010003, 02013058；〈歡迎林總隊長紀盛〉，見《會務通訊》，1942 年第 10 期，頁 27-28。

加上隨行有醫生和藥物，死亡率只有個位數。[127]（路線圖參看頁 176 的圖 19）而杜聿明的部隊九死一生，傷亡慘重，花費了將近兩個月才從野人山中走出，邁過「鬼門關」。

到達列多之後，林可勝一行乘火車到終點站瑪格麗塔（Margherita），最終結束了此次緬甸逃亡之旅。在當地的休養所休息沒幾天，林可勝收到來自印度軍醫署長和紅十字負責人高登少將（Gordon Jolly）[128] 的邀請，於 6 月 2 日前往新德里商議安排在印盟軍的救護、醫療物資配備以及空投物資救援滯留緬北的第五軍。之後又從貴州抽調衛訓所的人員前來盟軍的印度蘭姆伽訓練營，幫助醫護衛生訓練。[129] 7 月林可勝返回重慶，受到了蔣介石的嘉獎，盛讚其協辦遠征軍衛勤，功勳卓著，搶運傷患甚為得力，與英美聯絡周到。[130]

遠征軍的醫療訓練就此完全由衛訓所負責。1942 年 11 月為配合駐印中國軍隊的醫務訓練，衛訓所將之前的 6 個月衛生勤務課程壓縮成 6 周，增派示範衛生大隊和指導員前往教學和演示。1943 年初衛訓所又接到命令，林可勝於是帶著部分衛訓所人員前往雲南訓練遠征軍。1943 年 5 月林可勝被遠征軍第一路司令長官陳誠正式聘為軍醫監衛生總視察。[131] 衛訓所在印度和雲南遠征軍的訓練，有了美國方面人員、設備以及運輸的支援，取得了很大的成功。在接下來的戰役中，雖然有人說整體上，衛訓所對遠征軍的醫療訓練「只能勉強解決表面問題」，

127 Robert K.S. Lim, “Medical Situation in Burma and Assam Between April 26th and June 13th”, June 14, 1942; Noni Wright, “Interview with Dr. Robert Kho-Seng Lim”, July 14, 1949,《林可勝檔》16010003, 02013058; 汪猶春〈難忘的歲月：紀中國紅十字會貴陽醫療隊在緬甸〉，頁 117-186。

128 Gordon Jolly 是蘇格蘭人，1886 年出生在愛丁堡，曾在沃森男校和愛丁堡大學醫學院，是林可勝的校友和學長。India. Bureau of Public Information, “Sir Gordon Jolly,” Indian Information 15 (1944): 32.

129 Robert K.S. Lim, “Medical Situation in Burma and Assam Between April 26th and June 13th”, June 14, 1942，《林可勝檔》16010003;〈歡迎林總隊長紀盛〉，頁 27-28。

130 〈林總隊長載譽歸來〉，見《會務通訊》第 10 期，1942 年 9 月，頁 26-27。

131 〈遠征軍第一路司令長官陳誠聘軍政部戰時衛生人員訓練所主任林可勝為本部軍醫監衛生總視察〉，1943 年 5 月 3 日，《林可勝檔》09007026。

[132] 但也有人認為「在全部緬甸反攻戰事中，救護工作的迅速和醫療設備的完善是頗能令人滿意的，那與當時國內戰場上任何部隊相去何止天壤」。[133] 1943 年，美國總統羅斯福向林可勝頒發了軍官勳章（Legion of Merit），以表彰其為中緬印戰區組織和訓練軍隊醫護所做出的貢獻。[134]

第五節　小結

1937 年抗日戰爭爆發之前，國民政府內部也有一些醫療救護準備。然而當盧溝橋事件發生之後，先前預備的各方醫療救護表現地卻還是差強人意。首先連年征戰，資金缺乏，軍醫的整理「成效未章」；[135] 軍醫學校雖然一直在培養人員，但是沒有養成醫護和勤務員，更沒有確立軍醫工作的規範；[136] 軍隊中也沒有保持常規的軍醫人員隊伍，其從業水準和標準更是沒有保障。[137] 軍醫崗位充斥著不懂醫藥或者醫學水準很低的人員。其次政府並沒能進行大規模醫療動員，[138] 至 1947 年，共計徵調軍醫 1708 人，[139] 僅是救護總隊人數的三分之二。

132 巴巴拉 · 塔奇曼《史迪威與美國在華經驗》（北京：商務印書館，1984），頁 377。

133 李鋆培編〈國軍遠征緬甸〉，見張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 266（鄭州：大象出版社，2009），頁 230。

134 “Confidential Notes on An Interview with Gen. Ho Ying-chin”, August 16, 1943, folder “Correspondence: Loo Chi-the, Lim, Bachman, Edwards History”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University; George E. Armstrong, “Robert Kho-seng Lim/Lin Kesheng: Doctor, Soldier, Patriot”; John R. Watt, ed., Health Care and National Development in Taiwan 1950-2000 (New York: The ABMAC Foundation, 2008):16.

135 微公〈整理軍隊衛生人員之我見〉，《醫事彙刊》，1936 年第 28 期，頁 324。

136 “The Army Medical Service: It’s Defects & Suggestion for Their Remedy”，February 1938,《林可勝檔》23010001。

137 “Emergency Medical Service Training School Second Report: July 1942-June 1943”,《林可勝檔》23012001。

138 《軍醫公報》1937 年 9 月披露的〈軍政部軍醫署軍醫預備團簡章〉寫道：「軍醫署為補充各部隊及醫務機關之衛生人員起見，特設軍醫預備團，招收衛生預備員，預加調練，以備分發任用。衛生預備員額定三百員。」（〈軍政部軍醫署軍醫預備團簡章〉，《軍醫公報》，1937 年第 15 期，頁 1。）

139 《戰後新軍醫》，國防部聯合勤務總司令部軍醫署編印，1947 年，頁 7。

政府以外，醫學界對戰事的發生和規模也沒有做出及時反應。雖然此前也有一些關於醫界戰時或抗日的救護準備和戰地醫學討論，但是多系紙上談兵，且數量也不多。[140] 此時的醫學界，依舊沉浸在中央衛生行政中平等中西醫權利的討論中。[141] 抗戰救護中的藥品、外科技術以及參與救護的中醫學校往往淪為這場論戰的論據。[142] 從而出現龐京周所說的「投效之人絕無專材」，實際的抗戰救護動員遲滯。

和政府以及醫界相比，林可勝 1937 年底成立中國紅十字總會救護委員會，組織起醫療隊和醫護隊，反應不可謂不快。1940 年底救護總隊部已集結近 3000 人，人數不可謂不多，戰時衛生人員訓練所到 1943 年也擁有了 5 所分校共 1500 名左右的人員。[143] 這些人分成小組，穿插在戰場的前線和後方，到 1940 年底截止，為 53,694 人進行了手術，包紮傷口 3,990,312 人次，收治士兵 483,437 人，平民 658,772 人， 為 2,411,604 人次注射天花、霍亂、破傷風等疫苗以及進行滅

140 1927-1937 年間《申報》上發表的相關議論文章只有 4 篇，分別是花新人：〈戰時救護統制問題（上下）〉，《申報》1936 年 12 月 15、22 日，第 15 版；薛雲梯：〈大戰前夕新醫藥界應負之責任及其醫藥之準備〉，《申報》1937 年 5 月 18、25 日，第 15 版；宋國賓：〈積極衛生與暑期軍訓〉，《申報》1937 年 6 月 29 日，第 11 版。俞松筠：〈非常時期醫藥界應有之準備〉，《申報》1937 年 7 月 28 日，第 9 版。1929-1937 年《醫藥評論》只有一篇相關，菊人：《救護工作》，1936 年第 12 期，頁 1-2。1927-1937 年《中華醫學雜誌》雖然持續有關於救護的報導片段，但是長篇只有龐京周：〈抗戰後救護事業底一個斷面〉，1937 年第 23 卷第 10 期，頁 1197-1202；〈抗戰之救護工作〉，1937 年第 23 卷第 11 期，頁 1265-1268。1935-1937 年《醫界春秋》只有沈仲理：〈國難時期的防戰知識〉，1936 年第 114 期，頁 3-5；1936 年第 115 期，頁 8-12。

141 參見趙洪鈞《近代中西醫論爭史》，頁 127。

142 關於中西醫外科技術的討論參閱王名藩〈戰爭時期國醫跑到哪裡去？〉：「憶前關東某軍事領袖，沒苦傷兵經西方施術的結果，多成殘廢之軀，乃羅致此類人材（中醫跌打接骨），果顯奇妙的功效，西醫同胞每為之失顏，當時滬上某報即嘗載其事。惜此類人材極少，否則豈讓西醫專美於時耶？」見《國醫砥柱月刊》第 1 卷，1937 年第 5 期，頁 17。關於中西藥的問題參閱薛雲梯：〈大戰前夕新醫藥界應負之責任及其醫藥之準備〉，《申報》1937 年 5 月 18、25 日，第 15 版。

143 “Emergency Medical Service Training School Second Report: July 1942-June 1943”,《林可勝檔》23012001。

虱淋浴。[144]

林可勝組建中國紅十字救護總隊部，改進了以往的戰地救護模式，靈活機動地為軍隊提供了有效的戰時醫護。救護總隊及時根據戰局和軍隊戰術調整救護組織，盡力將救護工作覆蓋到全國主要戰區，一步步向前線推進。在救護內容上，分門別類對戰場傷病員情況進行調查、統計和分析，針對性地制定出解決辦法，改善以往工作中的疏失，關注衛生、護理、營養，使用X光、顯微鏡，化驗、屍檢，將更多的現代醫學方法應用到戰地救護中。救護總隊的出色工作得到越來越多賑濟組織的關注，獲得的醫療援助逐年增加，反過來保障了救護工作進一步發展。在此期間救護總隊也發展出一套新型醫療物資管理系統，並在日後影響到其他醫療組織的管理。

為了更大程度上提高戰時救護的水準，1938 年開始，林可勝組建了戰時衛生人員訓練所。該所配合救護需要，從短期醫助培養，一步步擴展，開設了方向、程度不同的多種課程，培養各種層次和專業的軍醫人員。因為富有成效，1942 年衛訓所負責起中國遠征軍醫療服務訓練，並取得良好效果。

林可勝利用戰時的特殊情況，借助軍隊的便利條件，在救護總隊和衛訓所的訓練中逐步將現代醫學以及自己戰前的教育理念推廣，並富有遠見地為戰後民用醫學和公醫制度儲備人才。他的工作贏得了海內外社會各界人士的讚賞以及來自於世界各地的捐助，被譽為「戰爭中，中國最有效率的醫療工作」[145]。救護總隊部和戰時衛生人員訓練所總部一度向社會開放，報名參觀的人非常踴躍，從市區到圖雲關的接送車輛往返了 46 次之多，因為群眾熱情高漲，參觀時間被迫增加一日，兩天共計接待 4 千餘社會人士。[146]

144 "7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps:July-December 1940",《林可勝檔》23007001。

145 RS Greene's Report to the Div. of Culture Relations, State Dept., June 1942, folder 891, box 123, CMB, Inc.,RF, RAC； 美國記者史沫特萊對林可勝的工作也高度評價。參考艾格尼絲．史沫特萊著，江楓譯《中國的戰歌》，頁 229-230,512-513。

146 丁白〈紅十字周在貴陽〉，見《會務通訊》第 3 期，1941 年 4 月，頁 8-9。

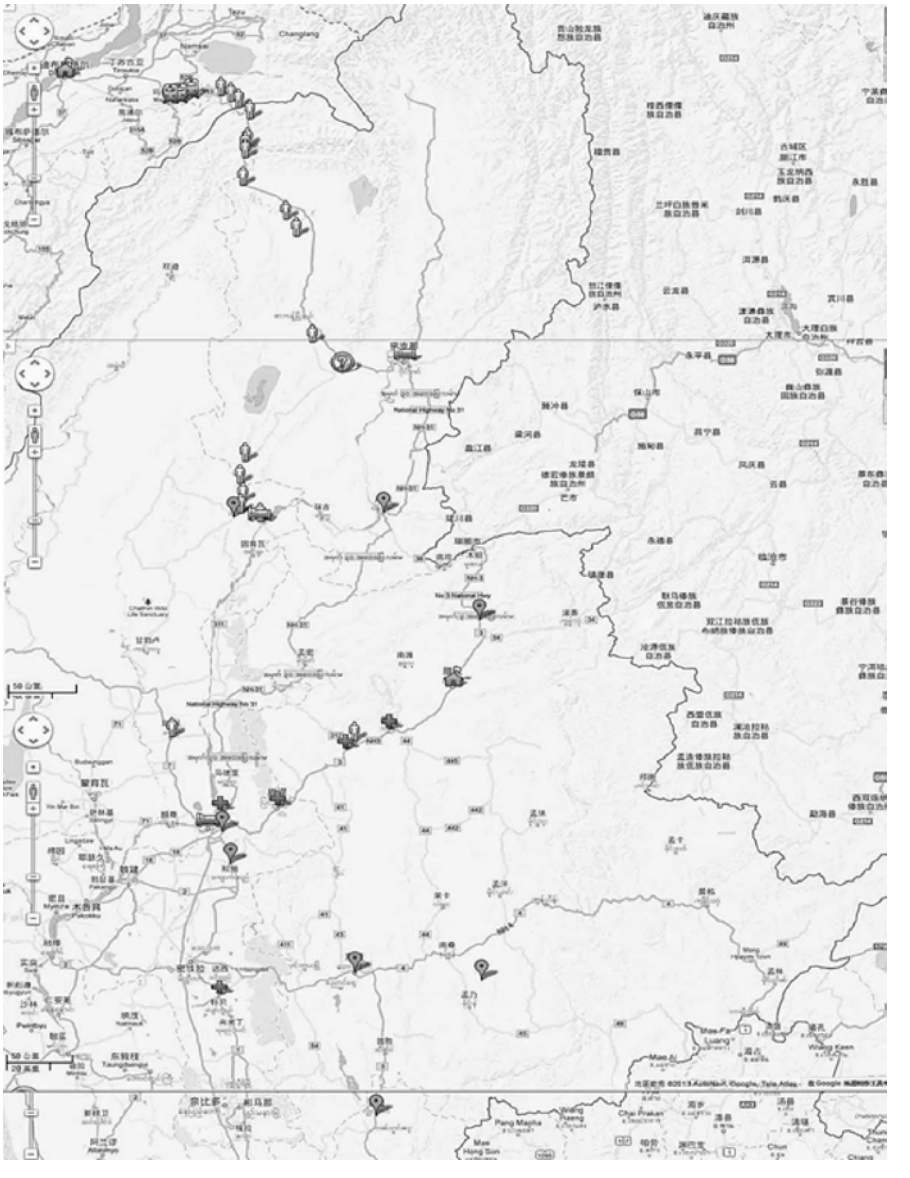
1941 年林可勝登上了《時代雜誌》。文章用了大半版讚揚林可勝，身為協和生理學教授，從實驗室中毅然走出，組織救護總隊，訓練多種醫護人員。雖然在日軍的進攻下一次又一次率隊轉移，最終在貴州的山區紮下根來。即使生活在簡陋的環境中，卻堅持培養了數千名醫務人員。在艱苦的環境中，因地制宜，且嘗試使用世界最新型的藥物對抗疾病。[147] 1942 年初，在美國國家科學院會議上，林可勝被一致通過，獲選成為外籍院士。當選的理由是他在中國生理學發展中的先驅作用，將現代內科和外科運用於中國的卓越能力，以及在戰爭期間領導中國紅十字會救護總隊部為中國抗戰作出的突出貢獻。這是美國最受推崇的科學組織授予外國科學家的最高榮譽，名列生理學領域的其他外籍院士都是巴甫諾夫、謝林頓和艾德里安（Edgar Douglas Adrian）這樣的諾貝爾得主級別的優秀學者，而林可勝是亞洲第一位獲此殊榮的人。[148] 1942 和 1943 年，蔣介石和羅斯福也都先後嘉獎了林可勝的工作。

一時之間林可勝可謂風光無限。然而譽之所至，謗亦隨之。以中國紅十字總會會長王正廷為代表的勢力，因覺無法控制救護總隊部，而向外散播林可勝利用救護總隊和衛訓所傳播共產主義的謠言，並在 1942 年林可勝陷於緬甸之時，強行接管了救護總隊物資，最終將林可勝排擠出了紅十字會。此後王氏等又指控林可勝濫用經費和管理，造成國際影響。1943 年 9 月林可勝被軍政部解除其衛訓所的職務，就此離開了兩個他一手創立的組織。

147 “First Aid in China:A Medical Service Training School and Hospital in Each War Area in the Goal of Dr. Robert K.S. Lim,” Time, February 17 1941. folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

148 W.B. Cannon to EC Lobenstine, April 29,1942, folder 891, box 123, CMB, Inc.,RF, RAC.

圖 19：林可勝的緬甸撤退路線



資料來源：Robert Lim, “Brief Summary Report of Activities in Burma and India with C.E.F”, July 14, 1942,《林可勝檔》16010004。其中十字架表示林可勝組織的救護網站，病床表示林組織的軍醫院。人物表示林可勝達到的地方。

六、林可勝去職與西醫組織的矛盾

1944

第六章　林可勝去職與西醫組織的矛盾

林可勝在 1942 年 9 月辭去紅十字會救護總隊和 1943 年 9 月被免去衛訓所職務，是其一生中最具有爭議的事件，也是其經歷評述中得到最多關注的部分，幾乎每個研究林可勝的人都會提到這件事情。在這些研究中，林的兩次去職常常被混為一談，或者說 1943 年的免職很少有人深入研究。同時關於 1942 年林辭去救護總隊部職務的討論也沒有形成統一的意見。

在林可勝去職原因的討論中，John R. Watt、張建俅、池子華、戴斌武的研究最為詳細。其中張建俅認為，林可勝辭去救護總隊最主要的原因是林可勝代表的政府勢力干涉了中立自由的中國紅十字會，導致長期以來和紅會不和才會辭職。張認為對林可勝「左傾」的指控並不重要，林對其組織內的共產黨活動也並不知情。[1] 池子華正好相反，認定林可勝離開救護總隊的「根本原因」是「左傾」而受到政府懷疑。[2] 戴斌武偏向張建俅，但是認為「導致林氏去職的導火索則是其有『親共的傾向』」。[3] John R. Watt 是四人中最早對這一問題進行研究的人，他雖然將其兩次去職的原因混在了一起，但是卻列舉出去職背後有 7 種原因，分別是紅會的民用性質和林可勝為軍隊服務的矛盾、林可勝沒有區分國共、「左傾」的救護總隊和衛訓所對軍隊系統的滲透、林可勝的工作和理念沒有獲得西醫人士支援、林可勝疏于管理、林可勝的西式做風和習慣、美國賑濟組織對林可勝的反對。[4]

通過對更多的史料的閱讀，將事件還原，可以發現，林可勝和紅會總會之間的矛盾主要是王正廷等人和林可勝個人之間關於救護總隊領導權的爭奪，多大程度受到國家對民間組織控制的影響很難判定。「左傾」確實干擾了林可勝的工作，但不是他辭去救護總隊部職務的原因。林可勝離開衛訓所，和辭去救護總隊部有

1 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 234-247。
2 池子華《紅十字與近代中國》，頁 339-347。
3 戴斌武《抗戰時期中國紅十字會救護總隊研究》，頁 226-242。
4 Watt, “Public Health in Nationalist China: Robert Lim and the Chinese Red Cross Medical Relief Corps.”

著關聯，同時又有新的矛盾出現，這一次不再是個人之間，而是醫療組織之間的矛盾。

第一節　林可勝和中國紅十字會總會的矛盾

1942 年 9 月林可勝辭去救護總隊總隊長一職，是因為和中國紅十字總會，主要是和會長王正廷就救護總隊的領導權產生了矛盾。矛盾的出現和救護總隊隸屬不明有關，但是發展惡化于林可勝的功高震主和我行我素的做事方法。

起因

在 1937 年戰爭爆發之前，國民政府的醫療組織經過不斷調整，逐漸合併，由同一個領導人兼管數個部門，實現了管理上的統一，並在戰爭日近之際，將統合醫學資源的意向向民間醫療組織蔓延。

1928 年蔣介石北伐，感到身邊的醫療系統管理組織不力，萌生了想要重組現代化軍隊醫療組織的想法。劉瑞恒憑藉著自身出色的履歷和宋家關係，成為候選人之一。[5] 同時成為候選人還有同為哈佛畢業的牛惠生，但是兩人當時都不願進入軍隊供職。[6] 1928 年底劉瑞恒成功在新成立的衛生部獲得要職，更在 1930 年成為衛生部部長，帶領一批以中華醫學會和協和為主的英美教育背景的醫師，籌畫全國民用醫療衛生的現代化。之後不久，蔣介石又將整理及改進中國軍醫的任務交給了劉瑞恒。1931 年陸海空軍總部特增設軍醫監部，委任內政部衛生署署長劉瑞恒為軍醫監。[7] 後來該部改名軍事委員會軍醫設計監理委員會。1935 年軍醫司與軍事委員會之軍醫設計監理委員會合併，擴充成軍醫署，署長依然是劉瑞恒。[8] 政府軍民兩個醫療系統都統於劉瑞恒之下，為其進一步整合政府以外的資源打下基礎。於是在中日關係日趨緊張之際，希望將衛生署、軍醫署以及全國

5　J. Heng Liu to RS Greene, February 29, 1928, J Heng Liu Papers.
6　RS Greene to Eggleston, July 11, 1928, J Heng Liu Papers.
7　〈軍醫監部組織成立〉，《申報》，1931 年 2 月 27 日，第 4 版。
8　國防部聯合勤務總司令部軍醫署編印《戰後新軍醫》，1947 年，頁 3。

民間醫療救援資源統一起來的「戰時三合一」[9] 想法顯得必要而自然。

表 8：民國軍醫組織隸屬沿革（1928-1940）[10]

時間			新增		民用
1928 年 11 月以前	國民革命軍總司令部軍醫處（陳方之 1926、蔣可宗）	軍事委員會軍政廳軍醫處（郝子華 1927）			
1928 年 11 月	國民革命軍總司令部軍醫處（蔣可宗）	軍政部陸軍署軍醫司（郝子華）			衛生部（薛篤弼）
1930 年 2 月 2 日	軍政部陸軍署軍醫司（蔣可宗）				衛生部（劉瑞恒）
1931	軍政部陸軍署軍醫司（蔣可宗）		陸海空軍總部軍醫監部（劉瑞恒）		內政部衛生署（劉瑞恒）
1931 年 11 月	軍政部陸軍署軍醫司（蔣可宗、陳輝、梅貽琳）		軍事委員會軍醫設計監理委員會（劉瑞恒）		內政部衛生署（劉瑞恒）
1935 年 8 月	軍事委員會軍醫署（劉瑞恒）				行政院衛生署（劉瑞恒）
1937 年	軍政部軍醫署（劉瑞恒、張建）				行政院衛生署（劉瑞恒）
1937 年 8 月	軍事委員會衛生勤務部（劉瑞恒）				
1938 年 1 月	軍政部軍醫署（胡蘭成）			後方勤務部衛生處處長（盧致德）	內政部衛生署（劉瑞恒、顏福慶）
1940 年 2 月開始	軍政部軍醫署（盧致德）			後方勤務部衛生處處長（盧致德）	內政部衛生署（顏福慶、金寶善）

資料來源：〈軍政部大事記（四）：民國三十三年以前之軍醫部分〉，國史館《陳誠副總統文物》008-010706-00027-001；〈軍醫監部組織成立〉，《申報》，1931 年 2 月 27 日，第 4 版；盧致德，臺北國史館《軍事侍從室檔案》；張朋園、沈懷玉合編《國民政府職官年表（1925-1949）》第一冊，頁 214-219；戚厚傑、劉順發、王楠編《國民革命軍沿革實錄》（石家莊：河北人民出版社，2001），頁 445。

9 龐曾溎〈少志於學，壯事開拓，老安本業：憶先父龐京周醫師〉，見政協蘇州市暨太倉縣、吳縣、吳江縣、昆山縣、常熟市、張家港市委員會文史資料研究委員會合編《吳中情思：蘇州文史總第十七輯》（蘇州：政協蘇州市暨太倉縣、吳縣、吳江縣、昆山縣、常熟市、張家港市委員會文史資料研究委員會，1988），頁 74。

10 「時間」不表示民用衛生部門的變更，只表示在該時期民用衛生部門的狀況。括弧中表示部門負責人，按照時間順序。國民革命軍總司令部軍醫處可以追溯到 1926 年，軍事委員會軍政廳軍醫處為 1927 年。之前情況不詳。

中國紅十字會自認是非國立非私有的醫學組織，沒有政治立場，也不受政府組織干涉，地位「超然」。[11] 但是從清末開始，政府從來沒有間斷過對其的干涉。[12] 在民國時期也不例外。根據 1920 年和 1933 年公佈的《中國紅十字會條例》，該會的工作人員應該由自身推舉而出，再到政府報備。[13] 然而會中高層很多和政府有密切關係，例如南京民國政府時期的會長顏惠慶、王正廷，副會長虞洽卿、杜月笙，常委王曉籟。先後擔任紅會副會長、會長的王正廷，本身就長期在政府中擔任外交部長、中央執行委員、駐美大使等職務，並且幫助了政府制定法規管理紅十字會。通過立法政府將紅會至於內政部的管理之下，一步步「徹底納入國民政府的管理」。1936 年國民政府進一步修訂紅會管理條例，將其主管單位下放到內部下的衛生署。不過，面對政府的步步進逼，紅會自始至終存在堅持自主管理的努力。[14]

也是在 1936 年，面對可能發生的戰爭，國民政府「頒佈了個《非常區域救護事業辦法大綱》，制定某某十幾個省市，為非常區域，令由黨政機關參加指導，當地紅十字會分會、醫藥團體、醫事教育機關、商會和其他與救護工作有關的各團體，組設救護委員會，從事編練儲備，準備辦理軍民臨時救護工作。並由衛生署和中國紅十字總會派員，並聯絡軍醫署，和其他與救護工作各機關團體，在中央設置救護事業總管理處，以便指揮調度，期收指臂相使之效。」[15] 這個大綱是「戰時三合一」的明確提出。雖然紅會已經歸屬衛生署，但是還被單獨提出來，可見政府也知道條例上的隸屬，不代表實際工作中也是完全配合的。

為了更方便地調動紅會，衛生部門負責人劉瑞恒看中了上海醫師龐京周。龐京周一直是上海醫界的活躍分子，曾經發表長篇文章〈上海市近十年來醫藥鳥

11 中華民國紅十字總會編印《中華民國紅十字會戰時工作概況》，1946 年，頁 33、34。
12 參考張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》
13 中國紅十字會條例〉，見《政府公報》第 1546 號，1920 年；中華民國紅十字會管理條例（1932 年 12 月 16 日公佈）〉，見《立法院公報》，1933 年 45 期，頁 17。
14 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 110-138。
15 龐京周〈抗戰中救護事業底一個斷面〉，《申報》1937 年 9 月 10 日，第 2 版。

瞰〉針砭民國醫事，1932 年到 1933 年之間在上海《申報》連載，引起了劉瑞恒的矚目，開始籠絡。[16] 1936 年底，劉瑞恒約見龐京周，認為中日之間難免一戰，應當有應變的長遠打算。1937 年初劉瑞恒推薦龐京周進入中國紅十字會，擔任救護總隊總幹事，後接任秘書長，不久又任命龐京周為衛生署簡任技正，主要任務是集訓人員，研究應變對策。[17] 1937 年 6 月蔣介石還召見過龐京周，親自詢問紅會狀況。[18]

戰爭正式爆發之後，「戰時三合一」開始付諸實施。1937 年 8 月衛生勤務部設立，部長劉瑞恒，下轄衛生署和軍醫署，直屬於軍事委員會。然而於 1938 年 1 月取消，衛生署奉令仍隸屬內政部。軍醫署依舊歸回軍政部，而後方勤務部另設有衛生處處長。[19]

和龐京周類似，林可勝也是先被劉瑞恒任命為衛生署職務——中央衛生實驗處副處長，然後按指示前往漢口接洽當地紅十字會的。既然紅會的主管單位是衛生署，而衛生勤務部統管衛生署，那麼受命於衛生勤務部部長劉瑞恒的命令，前往漢口接收紅十字會的物資，組建救護委員會，在林可勝看來是很正常的事情。但是抵達漢口之後，當地紅會工作人員拒絕讓林可勝領導。漢口的紅會人員馮子明向香港中國紅十字總會的理事報告說：「有林可勝者自稱系代表劉部長主持一切，與伊定格、朱章庚等迫職將本處所有款項全部交予他們接管，醫護人員亦由他們支配工作。……直將本會無形取消」。[20] 可見漢口分會並不歡迎林可勝這樣一個外人突然插進來，負責組織原本屬於紅會的事務。

此時中國紅十字總會會長王正廷在美國，擔任中國駐美大使，副會長杜月笙和部分理、監事陸續避居香港，還有一部分留在上海，組織四零八落，無暇顧及太多。

16 龐曾溎〈少志於學，壯事開拓，老安本業：憶先父龐京周醫師〉，頁 74-75。
17 Ibid., 頁 75.。
18 〈蔣委員長昨召見龐京周垂詢紅會一切情形〉，《申報》1937 年 6 月 22 日，第 3 版。
19 張禹罕主編《公共衛生學》（臺北：臺灣商務印書館，1983），頁 15-16；戚厚傑、劉順發、王楠編《國民革命軍沿革實錄》（石家莊：河北人民出版社，2001），頁 445。
20 〈報告本處近況〉，1937 年 12 月 3 日，貴州省檔案館《救護總隊部》M116-280。

於是當衛生署和香港方面聯繫漢口事宜，紅會總會只得接受政府的指派，認可了漢口救護委員會，勉強任命林可勝為「臨時」救護委員會總幹事兼總隊長。除了給出了第一筆經費（衛生署撥款的 200,000 國幣和蘇聯紅十字會捐贈的 100,000 盧比）之後，按時劃撥荷屬華僑的月捐，沒有再給救護委員會其他支持。[21]

救護委員會初期的其他經費主要是林可勝和伍長耀利用自己與外國的關係四處求得的。[22] 伍長耀是衛生署技正，同樣受命於劉瑞恒，1937 年 10 月在香港設立了紅十字總會香港代表處，負責接收和轉運捐贈醫療物資。[23] 林可勝和伍長耀都是南洋出身，且父輩很有名望，救護總隊部很快得到海外華人的支援。因為漢口紅十字分會對林可勝介入的不滿，救護委員會另設了專門的帳戶，獲得的捐助不經過紅十字會，而是直接由林可勝接收；物資則由香港伍長耀來負責接收，轉運給救護總隊部。[24] 但不可否認紅會的頭銜對救護委員會的籌款很有幫助，除了海外華人捐款以外，外國紅十字會組織的捐款數目也很大。[25]

擁有獨立的物資、經費來源以外，救護委員會的人員很多也是臨時召集而來的，有相當一批是協和的師生，往往被安排在救護委員會重要的崗位上，他們和紅十字會之前沒有太大關係。加上紅十字總會對救護委員會隸屬晦澀不明，對其工作置之不理，林可勝領導下的救護委員會名義上掛著中國紅十字會的頭銜，實

21 “Confidential Report on the Medical Relief Corps, Transport, Training, etc.”, June 28, 1941, folder “National Red Cross Society of China, Unit Report”, box 23, Series II: Permanent File, ABMAC, RBML, Columbia University.

22 RS Greene to Pearce, June 8, 1938; Anges Smedley to Bishop Roots, April 18, 1938, folder 908，box 125, CMB Inc.，RF, RAC. C. Y. Wu to Co Tui, April 8,1939, folder “National Red Cross Society of China, Hong Kong:C. Y. Wu, 1938,39,40”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University. 伍長耀是伍連德的侄子，而伍連德是林可勝的姨父，所以兩人可以算是表親。

23 C. Y. Wu to Co Tui, July 1,1939, folder “National Red Cross Society of China,Hong Kong:C. Y. Wu, 1938,39,40”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

24 Anges Smedley to Bishop Roots, April 18, 1938, folder 908, box 125， CMB Inc., RF, RAC.

25 2nd-7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps，《林可勝檔》23002001-23007001。

際上也就沒有從屬的意識，一直不受約束地自由行事。伍長耀直接認為全國的紅十字會以及救濟組織都在衛生署的統管之下，自己是衛生署的官員，前來幫助而不是受制於紅十字。[26] 換句話說，救護總隊只需要聽命衛生署。而實際上衛生署和救護總隊有分工約定，即衛生署負責民用，救護總隊幫助軍隊，因此衛生署和救護總隊也沒有發生實質性的領導關係，救護總隊運作幾乎就是完全獨立的。

林可勝在漢口建立救護委員會的同時，提議衛生勤務部機建立「中央救護事業總受理處」，試圖將戰時需要的所有民間醫療援助物資加以集中。1938 年衛生勤務部的取消，「中央救護事業總受理處」受到直接衝擊，「受理處」的物資被救護委員會材料庫接受，由此為物資的分配埋下了隱患。紅會認為材料庫的醫療物資都屬於自己；而林可勝方面認為，物資原來就是集中存放的，不僅僅屬於紅會，應該由救護委員會根據戰時救護需要進行分發。

因為採取的移動救護策略得當，人員技術優良，救護委員會很快闖出了名堂。到 1938 年 6 月，救護總隊部已經組建了 62 支醫療隊，人數接近 1300 人，收到的捐贈達到國幣 1,327,267.68 元。[27] 看到了救護委員會的能力，1938 年國民政府提出將中國紅十字會各醫療隊等撥歸後方勤務部指揮。這一要求被中國紅十字總會婉拒，回復說，雖然紅會各醫療隊不屬於後方勤務部支配，但事實上已經充分配合其工作，發揮了效能。「倘本會各隊一經撥歸後方勤務部支配，則各界且誤以為各隊失卻社會善團組織之性質，外來捐款物品以及名慈善家指捐本會某隊之經常費或將受其影響。」[28] 雖然拒絕了政府的要求，但是素來和紅會「不親」的救護委員會，是否會有一天帶著以紅會名義募得的醫療資源而投奔政府的懷抱，一直是讓紅會總會所忌憚的，尤其是在救護委員會的聲勢越發壯大了之後。

26 CY Wu to Co Tui, July 1,1939, folder “National Red Cross Society of China, Hong Kong: C. Y. Wu, 1938,39,40”,box 22, Series II, ABMAC,RBML, Columbia University.

27 “2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1938”，《林可勝檔》23002001。

28 「總會駐漢辦事處電軍事委員會」，1938 年 5 月 22 日，貴州省檔案館《救護總隊部》M116-26。

發展

救護委員會的壯大讓紅會上層非常不安，但是包括副會長杜月笙在內的大部分理事們都忙於其他事物，無暇顧及紅會。[29] 這種狀況直到正會長王正廷卸任中國駐美大使回歸紅會之後才發生了改變。1939 年王正廷卸任駐美大使回到香港，決定重拾紅會權利，整頓會內行政機構，「對外統一視聽，對內增進效益」。[30] 整頓的是結果是伍長耀的香港辦事處被撤銷，併入幹事處，而之前伍氏負責的所有聯絡、經費、供給統統由總會秘書龐京周接手。[31] 林可勝的隊伍被更名為救護總隊部，是「臨時」救護委員會下面的分支，而「臨時」救護委員會從屬於總部，無形中將林氏的地位降低，意在強調總會對救護總隊部的權威。[32] 1940 年第 55 期的《中國紅十字月刊》上面記載的總會職員表中，林可勝僅是醫務委員會和購料委員會委員。[33]

地位降低以外，總會出臺了一系列關於救護總隊長工作許可權、採購、募捐等方面的新規定，[34] 收緊對救護總隊部財政的控制，明令「所有救護總隊部的物資屬於中國紅十字」。[35] 林可勝被要求每十天上交一份救護總隊部的報告，呈報會長王正廷、副會長杜月笙以及劉鴻生，報告內容包括戰場情況、救護隊工作、

29 “Confidential Report on the Medical Relief Corps, Transport, Training, etc.”，June 28,1941,folder “National Red Cross Society of China, Unit Report”，box 23, Series II: Permanent File, ABMAC, RBML, Columbia University.

30 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 177。

31 CY Wu to Co Tui, April 8,1939, folder “National Red Cross Society of China, Hong Kong: CY Wu, 1938,39,40”,box 22, Series II, ABMAC,RBML, Columbia University.

32 RKS Lim to Co Tui, April 21, 1939, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim，1939”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

33 中國紅十字會總會編《中國紅十字會歷史資料選編，1904-1948》（南京：南京大學出版社，1993），頁 135，136。

34 RKS Lim to Co Tui, May 8, 1939, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim,1939”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

35 “Resume of Subjects Discussed with Tentative Understanding Reached Between Drs. H. P. Chu, C. C. Pang & R. K.S. Lim”,May 20, 1939,folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim,1939”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

主要負責人員工作、滅虱專案、收到和分發的藥物情況等。[36] 即便如此，總會仍然發現很難對救護總隊部的物品和資金進行瞭解和控制。

首先，此時的救護總隊部已經名聲日隆，很多不是支援中國紅十字會工作的救濟機構也紛紛將物資交給救護總隊部，由救護總隊部負責在內地分發，還有一些捐獻者並沒特定的捐贈單位，於是其捐贈可以被救護總隊自由支配，甚至被政府移作他用。[37] 救護總隊部的材料庫成為了戰時中國醫藥物資儲量最大的地方之一。[38] 它擁有的交通工具數量超過衛生署等單位，和軍醫署不相上下，以至於在1940 年滇緬公路搶運物資時蔣介石親自任命救護總隊部運輸股股長胡會林為軍醫署特別專員，負責幫助軍醫署和交通部運輸物品。[39]

其次，救護總隊部在受到總會約束之後，覺得資金和物資的籌措效率明顯比以前下降，於是利用中國紅十字總會存在專門和外國人員接洽的部門——國際委員會這樣一個鬆散分支組織形式，在香港自行成立了一個紅會香港國際委員會，由香港聖公會主教何明華會督（Bishop Hall）領銜，香港醫務總監司徒永覺的夫人希達爾（Hilda Selwyn-Clarke）負責工作。[40] 救護總隊部將其捐贈接收的工作交由香港國際委員會，何明華和希達爾的身份，讓同在香港的紅十字總會辦事處也不好插手。

36 ABMAC 存于哥倫比亞大學圖書館的檔案中林可勝給王正廷、杜月笙和劉鴻生的十天報告，最早從 1939 年 4 月 25 日開始，最晚的一份是 1940 年 4 月 24 日，共計 27 份。

37 RKS Lim to Co Tui, April 28, 1939, folder “National Red Cross Society of China: Robert KS Lim,1939”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

38 RKS Lim to Co Tui,August 24, 1939,folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim,1939”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

39 T. S. Jung to Co Tui, May 14, 1940, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim,1939”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University. 而且救護總隊部的車況比軍醫署好，也有自己的配件和汽修。（Lim, “Memo on Transportation”,December 31,1941, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim，1939”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.）

40 C. Y. Wu to Co Tui, July 1,1939, folder “National Red Cross Society of China, Hong Kong: C. Y. Wu, 1938,39,40”,box 22, Series II,ABMAC,RBML, Columbia University.

此外，自從廣州陷落之後，香港到廣州再到內地的交通線掐斷，越南海防成為外來物資轉運內地的重要中轉站。雖然紅十字會在海防設有專員臨時辦事處，但是救護總隊部另在緬甸仰光，請當地華人志願組成的緬甸華僑紅十字會幫助其物資清關轉運內地；[41] 資金則直接匯到林可勝國內救護總隊部的帳戶下的，海防華僑銀行也幫助救護總隊部處理一些資金往來，而華僑銀行和林可勝有很深的私人淵源。[42]

這些直接捐贈的物資以及匯款，在林可勝每十天一次的救護總隊部彙報中很少提及，報告中只是偶爾說明藥品的分發情況。雖然每半年救護總隊部都有一份上百頁的詳細報告，內容包括各戰區的戰事、救護隊的工作、傷情和病情統計和治療、物資接受和發放、交通運輸狀況、救護隊的組織變化等等內容。但是從 1939 上半年開始，根據林可勝的解釋，物價上漲以及各地各國物價、匯率不同，所有捐贈以及發放物資的金額以 1939 年 1-6 月的平均貨幣購買力加以折算統計，用「標準價值」（Standard Values）進行記錄，跟物資實際的購買金額沒有太大關係。[43] 根據這樣的資料報告，紅會總會根本無法瞭解物資的真實價值和捐款的數目。

經濟上無法控制，人員上更是鞭長莫及，而且林可勝始終保持原來的作風，獨自以救護總隊部總隊長的名義和外界溝通，尋求各種物資援助。[44]

41 C. Y. Wu to C. T. Wang, August 7, 1940, folder “National Red Cross Society of China, Wang, Chengting”, box 23, ABMAC, RBML, Columbia University.

42 RKS Lim to Co Tui, April 21, 1939, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim,1939”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University. 華僑銀行的本部是新加坡，而林可勝的父親林文慶是新加坡華僑銀行的組建者以及第一任主席與董事。

43 “7th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1940”,《林可勝檔》23007001。

44 例如林可勝寫信給 Dr. Van Gorder，請求幫助整形中心（Mrs. Selwyn-Clarks to Co Tui, November 29, 1939, folder “National Red Cross Society of China：Foreign Auxiliary”,box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.）再比如林可勝寫信給「豫王府同人會」寫信尋求援助。（Lim to Yu Wang Fu Association，February 19,1940，folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”,box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.）

與之相輔相成的，是林可勝在外界風頭大盛，儼然成為中國紅十字會的傑出代表，讓人們忘記了救護總隊部僅僅是紅十字總會下面的一個臨時機構。和救護總隊部密切聯繫的美國醫藥助華會會（ABMAC）為了給救護總隊籌措到更多的援助，在其刊物上經常為林可勝和救護總隊部宣傳，刊登林可勝的來信以及「十天報告」，而很少提及救護總隊部的上級——中國紅十字總會。[45] 其中一期上摘錄了紐西蘭記者詹姆斯貝特蘭的文章〈從紅卍字到紅十字〉，文中對救護總隊部大加讚揚，評價道：「在我看來，林可勝的工作對中國軍隊醫學服務有著革命性的貢獻。雖然我是外行人，但是我不認為有任何外國醫生的工作能出其左右。……儘管救護總隊部剛剛起步，但是取得了很大的成就。……現在一切情況都難說，但是如果林可勝和他的同伴們秉持最初的無限勇氣繼續工作，相信他們將為中國迎來最初的勝利。」[46]

面對很難控制的救護總隊部，以王正廷為首的紅會香港方面感到頭痛無比。同時令他們擔憂的是戰時衛生人員訓練所的發展。如果說救護總隊部還頭頂著「中國紅十字會」的標籤的話，衛訓所從一開始建立就掛著「內政部」或者「軍政部」的招牌，和紅會沒有從屬關係，然而其工作人員和物資卻是和「中國紅十字會」救護總隊部分享的。至於分享到什麼程度，總會高層無從把握和預計，只得從各方面強迫林可勝偏重救護總部隊。[47]

45 參考 ABMAC Bulletin 1,no.2,3,4&5,6,9(1939);ABMAC Bulletin 2,no.1,2(1940), folder “ABMAC Bulletin 1939-1979”,box 107, Series XVI: Printed Materials, ABMAC, RBML, Columbia University.

46 James Munro Bertram, “From Red Swastika to Red Cross”, ABMAC Bulletin 1, no.9 (1939):5.

47 Lim to Bachman, October 31, 1942, folder “Correspondence: Loo Chi-teh, Lim, Bachman, Edwards History”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

惡化

1940 年 1 月香港舉行第 23 次全體監、理事聯席會議，會上通過任命潘小萼為新的秘書長，[48] 龐京周因為溝通總會和救護總隊不利被棄用，總會遷往重慶，4 月 1 日起由秘書長駐重慶「秉承會長、常務理、監事會主持一切」。[49] 這一決定顯示了紅會就近約束救護總隊部的決心。

然而還沒有等到重慶總會開始正式辦公，林可勝直接向 ABMAC 執行副主席許肇堆申請購置疫苗工廠的事情被美方批准，ABMAC 將林的來信刊載 ABMAC 的月刊上，在美國大肆宣傳募資。這件事情讓王正廷積壓的不滿爆發了。王正廷認為林可勝直接向許肇堆申請是越權的表現，是對總會規定的無視。王一方面寫信給許，希望其注意中國紅十字會是統一管理和執行的，所有向 ABMAC 的救助申請或者採買都只能通過總會而不是下級官員。[50] 另一方面去信斥責林可勝擅自申請宣傳疫苗工廠，以及直接和 ABMAC 聯繫的行為。[51]

1940 年 5 月常務理事王曉籟「奉行議決案出發內地考察」，和總會辦事處主任郭蘭馨、秘書長潘小萼一起於 6 月 7 日抵達圖雲關，視察救護總隊部。在召集救護總隊部主要人員進行的談話會上，王曉籟先交代了會長的權威、總會秘書長對救護總隊部的領導權，然後就談到了採購材料及運輸零件油料等等問題。林可勝解釋自己沒有直接接受過任何物資，向美國方面勸募都「抄件寄港存查」，對美國方面宣傳其個人和救護總隊部的事情並不知情，也「無可如何」。王曉籟說勸募沒有問題，但是物資「不論為數巨細，其接受唯一機關，即為總會，是以總會會長填發收據。」

王曉籟其後對林可勝的公職提出異議：「希望林總幹事專任本會工作，以示

48 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 182。

49 王正廷〈二十九年度本會工作檢討〉，見《會務通訊》，1941 年第 3 期，頁 2。

50 C. T. Wang to Co Tui, April 4, 1940, folder “National Red Cross Society of China, Wang, Chengting”, box 23, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

51 RKS Lim to Co Tui, June 14, 1940, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

專一，近兼行衛生實驗處處長職務，希加解釋。」隨行的秘書長潘小萼要求林辭去衛生署的職務。林可勝表示他只是在衛生署掛職，願意辭去。[52] 但是衛生署並不接受林可勝的辭職，紅會只能不了了之。[53] 這一點上反映出紅會也確實沒有將自己真正放在衛生署位置之下，完全服從政府命令。1941 年 4 月林可勝全面停止了衛生署的職位，[54] 但是紅會並沒有因此而對他卸下心防。

這次的會談基本還算和睦，林可勝表示願意遵照總會指示行事，但是覺得自己沒有過錯。他認為自己之前出面請求的都是技術方面的，所有的資金和物資皆由紅十字總會或者它認可的官方組織經手。他個人有權利向任何組織請求幫助，甚至是紅十字會，這是正當的。[55] 王曉籟對此也無法反駁。林可勝在親自寫信給王正廷，信中說「絕無侵犯之理」，認為配置工廠自行生產疫苗，能節約大筆購買疫苗成品的費用，所以向許肇堆諮詢有無幫助的意向，沒有想到許會在月刊上登載。林可勝承諾以後所有設備、藥品等需要都交由總會會長出面申請。林提出，希望總會除了購買器械自製疫苗以外，還為救護總隊部添置一些醫藥設備，例如實驗室和醫院等。信中甚至出言建議總會和衛生署、軍醫署保持密切聯繫，「將貴陽之救護總隊部為本會之技術根據地」。[56] 林可勝非常固執地表示，「在正確和需要的時候」，盡力和每個人合作。[57] 所以當覺得總部運作太慢，或者仰光至昆明的紅會物資搶運急迫之時，林可勝又跳過王正廷，直接給中國駐英國和美國

52 王曉籟〈視察報告〉，見貴陽市檔案館編《戰地紅十字：中國紅十字會救護總隊抗戰實錄》（貴陽：貴州人民出版社，2009），頁 144。

53 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 238；戴斌武《抗戰時期中國紅十字會救護總隊研究》，頁 227-228。

54 Co Tui to RKS Lim, July 21, 1941, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

55 RKS Lim to Co Tui, August 27,1940, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”, box 22, Series II, ABMAC,RBML, Columbia University

56 〈救護總隊長林可勝發會長王正廷呈文〉，1940 年 6 月 15 日，貴州省檔案館《救護總隊部》M116-118。

57 RKS Lim to Co Tui, August 27,1940, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”,box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

大使郭泰祺、胡適分別打電報，請求幫助。[58] 發往英國的電報結果被郭泰祺公佈在了 1940 年 7 月 27 日的《泰晤士報》上，不僅如此，文中還對林可勝讚揚有嘉。[59]

這一「不服從命令的」舉動當即讓王正廷震怒，[60] 於是開始謀劃強行斬斷救護總隊部對物資的直接控制。1940 年 8 月總會不顧伍長耀強烈反對，[61] 在緬甸仰光正式設立分部，棄用當地緬甸華僑紅十字會，派遣陳朝俊前往管理所有物資，伍長耀憤而辭職。[62] 顯然是得到了總會的授意，陳朝俊對外宣佈仰光辦公室將負責轉運救護總隊部所有外來物資，也轉運和紅會合作的其他救援機構物資。[63] 仰光辦公室隨即控制了所有往來檔，完全無視身在海防組織轉運的救護總隊部運輸股股長胡會林；[64] 並企圖組織新的運輸線路，將沒有指名的捐贈物資悉數發往重慶總部。[65]

面對總會的這一舉動，林可勝因為忙於救護隊伍改組，分身乏術，沒有應對。[66] 1940 年 9 月 7 日林可勝和潘小萼被重慶蔣介石召見。[67] 林可勝向蔣詳細彙報了

58 RKS Lim to Co Tui, June 14, 1940, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”; Mrs. Selwyn-Clarks to Co Tui，July 30,1940, folder “National Red Cross Society of China：Foreign Auxiliary”,box22, Series II, ABMAC,RBML, Columbia University.

59 “The Burma Road:Apeal by Chinese Red Cross," The Times, July 27 1940.

60 “Confidential Report on the Medical Relief Corps, Transport, Training, etc.”, June 28, 1941, folder “National Red Cross Society of China, Unit Report”, box 23, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

61 C. Y. Wu to C. T. Wang, August 7,1940, folder “National Red Cross Society of China, Wang, Chengting”, box 23, ABMAC, RBML, Columbia University.

62 William Hu to Co Tui, August 31, 1940, folder “National Red Cross Society of China: Hu, William”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

63 C. T. Chen to Co Tui, December 11, 1940, folder “National Red Cross Society of China, Rangoon Office”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

64 William Hu to Co Tui, December 15, 1940, folder “National Red Cross Society of China: Hu,William”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

65 William Hu to Co Tui, April 24, 1941, folder “National Red Cross Society of China: Hu,William”,box22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

66 William Hu to Co Tui, August 31, 1940, folder “National Red Cross Society of China: Hu, William”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

67 《蔣中正總統檔案 · 事略稿本（44）》，1940 年 9 月 7 日，薛月順編（臺北：國史館，2010），頁 260。

救護總隊部以往的工作和今後的發展方向，借機建議將救護總隊部置於軍政部和後方勤務部的指揮之下。這一次的「越級報告」使得整個總會高層震動，電召林可勝到港述職解釋。[68] 林可勝後來去了香港，[69] 但是毫無結果。王正廷、副會長杜月笙、常務理事林康侯、王曉籟紛紛做出反應，在 12 月間對林展開了密集批判。[70] 1941 年初林可勝以不受到信任為由，向中國紅十字會遞交辭呈，請求辭去救護總隊長職務。

林可勝向蔣介石建議救護總隊部軍管，這個想法很早就已經萌生。1938 年初林可勝就曾經提交過一份中國軍醫工作的建議書，文中分析了中國軍隊醫療系統的無序和無力，結尾寫到「希望衛生署的資源，特別是中國紅十字會在戰時被最大地利用起來，將戰時所有的民用醫療資源整合到一個統一體系中，附屬於軍醫署」。[71] 從這個結論可以看出，林可勝和伍長耀一樣，認為衛生署對紅十字會具有正當領導權，所謂的「戰時三合一」在林可勝看來恐怕是「二合一」。建議書中所謂的中國紅十字會的資源，恐怕指的就是救護總隊的人力和物力，因為除此之外紅十字會此時少有其他救護活動。[72] 戰時一切為了戰場，醫療救護先軍後民的策略在林可勝看來也是理所當然的。林可勝想要自己的隊伍加入到軍醫署下面有著多種考慮。一來，本身救護總隊的工作主要就是配合軍隊，救治傷病的士兵，加入軍管，更利於軍醫資源整合，提高工作效率。二來，紅十字會的頭銜並沒有使救護總隊部避開日本軍隊的攻擊，[73] 可以捨棄。第三，救護總隊部的隊伍

68 〈中華民國紅十字會總會總辦事處簡報〉第 33 期，1940 年 9 月，貴陽市檔案館《救護總隊檔案》40-3-26。

69 RKS Lim to Co Tui, November 18, 1940, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

70 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 240-242；戴斌武《抗戰時期中國紅十字會救護總隊研究》，頁 231-234。

71 “The Chinese Army Medical Service”, February, 1938,《林可勝檔》23010001。

72 王曉籟〈視察報告〉，頁 140-142。

73 “2nd Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: February-July 1938”,《林可勝檔》23002001。

在數次的撤退轉移中感受到，只有跟著軍隊，人員和設備才是較為安全的。[74] 第四，戰地工作艱苦，加之物價上漲迅速，林可勝需要為救護總隊部和衛訓所謀得福利以留住和吸引工作人員，而軍職恰恰能夠實現這一訴求。[75] 第五，1940 年 8 月衛訓所已經歸屬於軍政部，和它一體的救護總隊部應該也可以成為軍政部的一部分。從這五點可以看出，林可勝主要是出於對救護總隊工作和人員的考慮，並不是完全站在政府的立場上。可惜紅十字會總會並不這樣理解，總會認為林打著紅十字會的名號招攬援助，成就名譽，卻一心想要投奔政府的懷抱，其心可誅。

林可勝的這次辭職紅會本意接受，甚至考慮好了救護總隊部新的負責人。不想，胡適特地給陳佈雷發電報，向蔣介石報告了此事，請蔣留意。[76] 蔣遂向香港杜月笙詢問詳情，稱「據報林君熱心報國，不辭艱苦，且在國際負有聲譽，如確有辭職情事，務盼轉知會內主持者，懇切慰留，不可輕予更動。」[77] 紅會只得再次電召林可勝來港。[78] 不過在紅會監理事會聯席會議上，王正廷語氣強硬地指出臨時救護委員會事權不統一，各自為政，某些下級工作人員不遵守紀律，「破壞系統」，「僭越事權」。[79] 該篇說辭雖然沒有點名道姓，但是明顯針對林可勝。後來全文更是刊載在 1941 年新創刊的中國紅十字會《會務通訊》第三期的開篇位置，一副以正視聽的架勢。[80]

為了緩和王正廷和林可勝的關係，特別是為了留住林可勝，宋美齡親

74 "5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939",《林可勝檔》23005001；Lim to James Chu, March 10,1940，貴州省檔案館《救護總隊部》M116-940。

75 王曉籟〈視察報告〉，頁 145。

76 〈胡適電陳佈雷轉蔣介石〉，1941 年 2 月 7 日，見周谷編《胡適葉公超使美外交檔手稿》（臺北：聯經出版事業公司，2001），頁 159。

77 《蔣中正總統檔案 · 事略稿本（45）》，1942 年 2 月 21 日，蔡盛琦編（臺北：國史館，2010），頁 506。

78 〈中華民國紅十字會總會第一屆理監事會第二十四次聯繫會議記錄〉，1941 年 2 月 15-16 日，貴陽市檔案館《中國紅十字會救護總隊檔案》40-3-6。

79 王正廷〈二十九年度本會工作檢討〉，1941 年 15 日，貴陽市檔案館《中國紅十字會救護總隊檔案》40-3-6。

80 王正廷〈二十九年度本會工作檢討〉，見《會務通訊》，1941 年第 3 期，頁 2。

自出面找到王正廷、潘小萼、劉瑞恒、何明華、希達爾、史沫萊特（Anges Smedley），希望一起厘清救護總隊的問題。因為眾人的出面，王正廷表示，不是不信任林可勝而是因為林不遵守紅會規定。林回應道，如果依舊信任他的話，就同意收回辭呈。[81] 同一時間林可勝登上了《時代雜誌》，佔據了整版的位置，文章描述了林可勝如何克服重重困難，從戰爭初期一直堅持組織戰場救護和訓練醫療人員的事蹟。全文除了林可勝，還提及了白求恩，以及 ABMAC 對救護總隊部的支持，其他一概略過。[82] 在外界壓力之下，三天后舉行的紅十字第 60 次常會上總會答應盡力幫助林可勝解決問題，林因此收回了辭職，但是總會重申了對救護總隊部的權威。[83]

眼看林可勝在外飽受外國好評，在內有政府軍方撐腰，很難將其解職。於是王正廷一手提拔的秘書長潘小萼想到了讓政府主動棄用林可勝的一招——指控「左傾」，並在王的默許下向政府告密。林可勝因此被軍政部部長何應欽叫到重慶晉見蔣介石。[84] 最終在宋美齡、宋子文、翁文灝、吳鼎昌、周詒春、劉瑞恒、何明華會督（香港主教）、希達爾、胡適、許肇堆、ABMAC 人員等眾人的幫忙下，林可勝有驚無險地度過了這次難關。不僅如此，政府方面依舊很器重林。中國國防物資供應公司還請林可勝幫助把關軍醫署、衛生署開列的採購單，而救護

81 "Confidential Report on the Medical Relief Corps, Transport, Training, etc.", June 28, 1941, folder "National Red Cross Society of China, Unit Report", box 23, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

82 "First Aid in China:A Medical Service Training School and Hospital in Each War Area in the Goal of Dr. Robert K.S. Lim." folder "National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim", box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

83 〈第六十次常會記錄〉，1941 年 1 月 18 日，貴陽市檔案館《中國紅十字會救護總隊檔案》40-3-6。

84 RKS Lim to Co Tui, March 27, 1941, folder "National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim", box 22, Series II; "Confidential Report on the Medical Relief Corps, Transport, Training, etc.", June 28, 1941, folder "National Red Cross Society of China, Unit Report", box 23, ABMAC, RBML, Columbia University.

總隊部材料股股長和總庫庫長陳璞也被軍醫署購料委員會徵調為秘書。[85]

「左傾」指控沒有起到作用，紅十字總會所能做的就是從內部利用行政手續進行物資控制。在接下來的工作中，林可勝不斷抱怨總會的手續多麼地繁雜，所有的物資申請、勸募推薦都需要王正廷經手。[86] 總會同時繼續對物資進行掌握。積極劃清救護總隊部和衛訓所的財產界限。例如因兩機構在同一地點，救護總隊部新建房屋三棟坐落在衛訓所範圍之內，紅會要求衛訓所發還建設費用 6 萬元；衛訓所使用救護總隊部範圍內的一棟及兩半棟房屋，要遷出歸還。此後救護總隊部「與訓練所劃清界限，不得再行混雜庶，便利彼此辦公」。[87] 1941 年底，救護總隊部材料總庫被竊，從 1937 年冬就開始負責材料股的陳璞和總庫庫長陳國信兩人先後提請辭職。[88] 紅會總會借機干涉貴陽救護總隊材料工作。救護總隊材料股人員抱怨「股庫百分之七十的工作已被控制」，「受外人檢查」，「對同仁毫無信任」。[89] 在海外，仰光的辦公室陸續接手了救護總隊部的外部運輸，總會控制了捐款，卻不及時給救護總隊匯款以及安排轉運物資。[90] 總隊部的工作維繫日益艱難，林可勝因此再度萌生了希望將總隊部置於軍政部之下的想法，並強烈

85 RKS Lim to Co Tui, June 23,1941; RKS Lim to RS Greene, November 11, 1941, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University. 胡適幫林可勝向蔣介石解釋「左傾」一事可以參見〈胡適電陳佈雷轉蔣介石〉，1941 年 2 月 24 日；〈胡適為林可勝辯冤白謗〉，見周谷編《胡適葉公超使美外交檔手稿》，頁 150，153-161。

86 RKS Lim to RS Greene, November 11, 1941; RKS Lim to Co Tui, December 13,1941, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

87 〈第六十五次常會記錄〉，1941 年 7 月 15 日，貴陽市檔案館《中國紅十字會救護總隊檔案》40-2-6。

88 〈因年事已高，請辭去材料股主任〉，1941 年 12 月 21 日；〈請辭材料股主任〉，1942 年 2 月 21 日，貴陽市檔案館《救護總隊檔案》40-2-39（二）。

89 〈擬請准予給假一天，以本股視導員宋剛輔代理〉，1942 年 3 月 11 日，貴陽市檔案館《救護總隊檔案》40-2-39（二）。

90 Co Tui to RKS Lim, July 21, 1941；RKS Lim to Co Tui, August 8,1941, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

希望建立聯合戰時醫療聯盟，可以直接為救護總隊部提供和監管物資。[91]

對外方面，總會開始質疑 ABMAC 和救護總隊部之間的帳目來往。ABMAC 為此撤換了原中國辦事處負責人鄭寶南，更換巴克曼（George W. Bachman）前往調查。[92] 恰逢美國紅十字會成員貝克（John E. Baker）和林可勝發生矛盾，貝克因為中方運力不足而要削減美方提供的捐助，遭到林可勝抗議，林直接寫信向租借法案的美方負責人告狀。[93] 中國紅十字總會趁機向美方挑撥說林可勝一貫不服從命令。[94]

1942 年 3 月林可勝受命於軍政部前往緬甸組織戰場救護，陷入胡康河谷，和外界失去聯絡，直到 7 月才返回圖雲關。期間，有人趁機散佈謠言，說林可勝攜款潛逃，不會返回中國，救護總隊部和衛訓所人心惶惶。[95] 紅會乘此拉攏救護總隊部內部人員。表現在 1942 年 4 月救護總隊部第 3 大隊大隊長湯蠡舟在紅十字會《會務通訊》上，發表了題為〈本會今後在醫務上的新動向〉的文章。文中表示，「本會以前之工作，注重於軍事，四年前一切設施，專為傷兵」，現代戰爭軍民一體，前後線不分，「所以本會今後之醫防救護工作，似有適合需要，而加以調整之必要，因於救護總隊部原有工作計畫之外，擬定進行方案。深得本會會長常務理監事及秘書長等之贊許，予以批准付諸實行。」他的計畫是在陪都重慶設立診所；在陪都郊外籌設醫院；擴充紅十字總會直屬醫療隊；資助紅十字總會人員去上海醫學院、中央護士學校學習，等醫院成立之後自行培養人才。[96] 湯

91 RKS Lim to Co Tui, March 10, 1942, folder “Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim”, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

92 Co Tui to RKS Lim, July 14, 1941, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

93 Lim to Lauchlin Currie, March 11,1941, folder “National Red Cross Society of China:Robert K.S. Lim”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

94 “Memo”, June 28, 1941, folder “National Red Cross Society of China，General”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

95 Lim to Van Slyke and Co Tui, November 10, 1942, folder “Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim”, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

96 湯蠡舟〈本會今後在醫務上的新動向〉，見《會務通訊》，1942 年第 7 期，頁 1。

蠡舟的言論和計畫明顯背離了林可勝移動救護的原則，而擴充直屬醫療隊和自行培養人才顯然是邊緣化救護總隊部和排除衛訓所的措施。這樣的措施「深得本會會長常務理監事及秘書長等」贊許。與此同時，救護總隊部的材料庫被完全易手，接手人正是湯蠡舟，[97] 材料總庫隨即改名為「中華民國紅十字會總會材料總庫」，其用心不言自明。[98]

巧婦難為無米之炊，外部的物資轉運已經被紅會總會控制，資金也被掌握，內部的材料庫再被接手，在這種情況下，林可勝在救護總隊已經不能再有所作為。加上此前身陷緬甸期間，紅十字總會沒有給林可勝提供任何支援。[99] 在精神和物質上皆失去支持之下，林可勝又一次遞交了辭呈。

此次請辭紅會假意不准，給假六個月，實際上卻要求林可勝不准離開貴陽，清點核對救護總隊部五年以來的所有報表、帳目、檔、資產。而潘小萼被任命為代理總隊長，湯蠡舟為副總隊長。[100] 1942 年 9 月 1 日起，救護總隊部和衛訓所也正式分家，救護總隊部負責救護，衛訓所專職教育。

「左傾」之辯

林可勝辭職的最終原因是其在救護總隊的職權被架空，根本無法開展工作。導致這種局面，主要是因為林可勝一次又一次地越過王正廷，我行我素地獨立開展救護總隊的工作，很少有從屬意識，並且搶足了紅會的風頭。

紅十字會總會的人為了逼迫政府放棄支持林可勝，密報林可勝「左傾頗甚且有利用交通工具陰助延安」[101]，此後林可勝也一直沒有擺脫「左傾」的嫌疑。蔣

97 〈聘湯蠡舟為材料股代主任兼材料庫長〉，1942 年 5 月 31 日，貴陽市檔案館《救護總隊檔案》40-2-39（二）。

98 〈湯處長蠡舟兼任材料庫庫長〉，見《會務通訊》，1942 年第 9 期，頁 26。

99 胡會林〈偉績紀實〉，1942 年 8 月 1 日，folder “Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim”, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

100 Lim to Van Slyke and Co Tui，November 10, 1942, folder “Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim”, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University. 〈林總隊長可勝休假半載〉，見《會務通訊》，1942 年第 10 期，頁 11。

101 《蔣中正總統檔案．事略稿本（45）》1942 年 2 月 21 日，頁 561。

介石為此曾多次召見林，甚至讓戴笠去調查。[102] 很多當事人也回憶林可勝幫助過共產黨，因此有些學者因而認定林可勝的離職其「根本原因」是「左傾」而受到政府懷疑。[103]

1930 年代林可勝確實對蘇聯醫育模式很欣賞，同時對中國農村衛生建設工作很重視。戰時，救護隊的一些工作和規劃也是受到了八路軍和新四軍的啟發。例如 1940 年之後改編的機動戰地醫務隊，是受到此前孤軍深入敵後為八路軍服務的墨樹屏救護隊的影響；[104] 衛訓所設立褒城分所的計畫也是首先應八路軍的要求展開的，成為後面多地設立分所的濫觴；[105] 在無路區運送傷患時感覺當地百姓配合的重要性，亦來自於八路軍和新四軍區域工作的經驗。不少在八路軍和新四軍區域工作過的救護總隊人員對共產黨的印象也很好，救護總隊部的年度報告上曾經登載第 61 醫防隊護士余道真的工作報告，其中對淪陷區的八路軍民生活大加讚揚，認為軍民生活簡單工作勤奮，醫師勇敢且有能力。[106] 以上種種，也就自然容易被反對者攻擊為「左傾」。但是在這一階段，林可勝並沒有因「左傾」困擾而考慮辭職或被迫辭職。

身為一個科學家，受到愛丁堡風氣的影響，林可勝是個自由主義者，雖然具有愛國主義情懷，但是對中國政治知之甚少。在救護總隊部中央訓練團黨政班上，林可勝發表講話，教育學員誠實、理性、個人服從國家，根本沒有涉及任何政治概念。[107] 一直到 1949 年之後，林可勝也沒有分清楚國民黨左派和共產黨的

102 〈戴公遺墨：情報類〉（第 2 卷），1944 年 9 月 25 日，臺北國史館《戴笠史料》144-010104-0002-078。

103 池子華《紅十字與近代中國》，頁 339-347。

104 “6th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1940”,《林可勝檔》23006001。

105 “5th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: July-December 1939”,《林可勝檔》23005001。

106 “4th Report of the Chinese Red Cross Medical Relief Corps: January-June 1939”,《林可勝檔》23004001。

107 林可勝〈科學家應取的態度〉，見《會務通訊》，1941 年第 5 期，頁 3-4。

區別。[108] 林可勝的隊伍中也多是和他一樣的知識份子，政治意識不強，甚至反感捲入政治。在 1940 年 6 月份王曉籟的巡視中，潘小萼提到請救護總隊部注意「紅會人員思想問題，尤其西北歸來的同志」。林可勝的副手榮獨山答覆說很難有有效的對應辦法，「惟在精神上時予訓誡可耳」。[109]

在林可勝的意識裡面，即便有政治派別之分，在抗戰期間也是一致對日的。醫護人員，特別是紅會這樣的組織，救護工作一視同仁。[110] 林可勝也從來沒有「陰助」中國共產黨。林在給紅十字總會的十天報告和救護總隊部的半年工作報告中，毫不避諱地陳述向八路軍和新四軍隊伍派去了哪些救護隊，撥發了多少金額的援助。[111] 林可勝任用的據說是共產黨的「西班牙大夫」，都是提前詢問過宋美齡的。[112] 即使是蔣介石向林可勝明確表態反共之後，當時很多志願者和救護人員也很難辨識出政治立場，比如著名的左傾人士史沫萊特就和宋美齡關係不錯，被找來調停林可勝和王正廷的矛盾。

上述可知林可勝從來沒有出於政治意識而刻意幫助共產黨，但是他對通過救護總隊援助共產黨的事情是知情的，而且並不隱瞞這一點。此外還有迫不得已的因素。救護總隊部有一些捐助，是指定捐給八路軍和新四軍的，[113] 作為紅十字會組織，想要吸收更多國際上的捐助，便不能夠拒絕接收。還有一些時候，宋慶齡出面，把一些沒有指定物件的捐贈物品，從香港不經過救護總隊直接撥給了新四

108 Lim “Chinese Sees Soviet Mehace-Creighton Prof Says Reds Russian-Type”, 《林可勝檔》02013001; Lim “Traces History of Reds in China”,《林可勝檔》19005013。

109 王曉籟〈視察報告〉，頁 145。

110 林竟成〈參加紅會救護總隊部工作的回憶〉，見中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》，頁 70。

111 2nd-7th 次救護總隊部的報告以及林可勝從 1939-1940 年寫給紅會香港的十天報告中都有記錄。

112 施正信〈回憶圖雲關〉，見中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》，頁 81。Mrs. Selwyn-Clarks to Co Tui, November 13,1940, folder “National Red Cross Society of China:Foreign Auxiliary”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

113 1938-1939 年林可勝經募款項記錄，1939 年 3 月 25 日， 貴州省檔案館《救護總隊部》M116-54。

軍和八路軍，這樣的情況，宋美齡有的時候也知道。[114] 林可勝更不可能干預。

總之，林可勝並沒有親共的政治意識，沒有刻意幫助共產黨，也不隱瞞和共產黨的交集，所以蔣介石等人在這一問題上，對林本人是比較信任的，多次召見林可勝見面，其中一部分是希望林對救護總隊部人員加以約束，[115] 但是林同樣不積極。

第二節　國內醫學機構之間的鬥爭

離開了一手創建的救護總隊部，專責衛訓所工作的林可勝，不久再次遇到了危機。追究這次危機發生的原因，可以看到不再是個人之間的權力爭鬥，而是牽涉到此前的醫學派系之爭，以及原本協作的幾個醫學機構之間的鬥爭。

軍醫學校和衛訓所

林可勝去到緬甸之前，就在醞釀衛訓所的一個新的專案——「6 年分期教育」。1942 年 10 月當衛訓所 6 年分期教育的預算申請提交 ABMAC 重慶委員會進行討論的時候，一個外來的反對意見影響了決議。發出這個反對聲音的就是軍政部軍醫學校。

軍醫學校在距離圖雲關衛訓所 100 公里左右的安順，它是政府唯一的軍醫學校。學校于 1902 年在天津初創，原名「北洋軍醫學堂」，學制四年，是中國最早的醫學校之一。當時政府想要仿照日本模式建立一支現代化軍隊，因此軍醫學校的老師也都是日本軍醫官擔任。在後來的十年內日本教員逐漸被德日醫學訓練出身的中國人代替，到 1912 年學校已經沒有日本教員了。1918 年學校遷至北

114 Lim to Co Tui, April 28, 1939; Lim to Co Tui, June 7,1939, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim, 1939”; Mrs. Selwyn-Clarks to Co Tui, July 15, 1941, folder “National Red Cross Society of China: Foreign Auxiliary”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

115 汪猶春〈在紅會救護總隊部的回憶〉，見中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》，頁 106、113。

京，雖然在 1929 年將醫科學制延長為五年，增加一年實習，但因為政局的多變和經濟困難，學校一直沒有什麼大的進展。[116] 教員一直是本校畢業或德日醫學校畢業的人員占大多數，自定教學課程，培養的學生水準受到詬病。[117] 北伐統一全國之後，軍醫學校隸屬於軍政部。1933 年 5 月學校遷至南京，改隸軍事委員會軍醫設計監理委員會，在監委會主任委員劉瑞恒的領導下全面重組。劉將所有教職員盡行撤職，遭到不少校友和在校師生反對，引發學潮。劉瑞恒停課兩周，懲罰 8 個學生代表在陸軍軍官學校關禁閉，才平息了學潮。此後劉瑞恒重新訂立了學校各科教育計畫，任命留美博士協和教員沈克非為教育長，主持實際校務，聘用大量協和老師和畢業生擔任基礎醫學各科負責人。取消德文和日文授課，改用英文。添置了很多實驗器材設備，大大加強實驗室教育，改變以往以黑板教授為主的德日教學模式，理論和實驗課比例達到 1:3。醫科五年級和藥科四年級學生全部到中央醫學院實習。學校的面貌就此有了很大改進。[118]

1937 年 4 月劉瑞恒因涉嫌貪汙案而辭去軍醫學校校長職位，[119] 劉瑞恒帶去的教員也陸續離開。[120] 軍醫學校改由軍事委員長蔣介石兼任，授權廣東軍醫學校校長留德歸來的張建為教育長全權管理學校，德文授課得以恢復。抗日戰爭爆發後，學校從南京前後輾轉廣州、桂林，最後在貴州安順安頓下來。除了安順以外，

116 Kim Cheung, “The Army Medical College”, July,1943,folder “Army Medical College”,box 2,Series II, ABMAC, RBML, Columbia University； 國防醫學院院史編籌委員會編《國防醫學院院史》（臺北：國防醫學院，1993），頁 1-6。

117 “Minutes of the Meeting of the China Program Committee of the ABAMC Inc.,”November 23, 1942, folder “Committee: China Program Committee Minutes”, box 6, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

118 Kim Cheung, “The Army Medical College”，July,1943, folder “Army Medical College”,box 2,Series II, ABMAC, RBML, Columbia University；國防醫學院院史編籌委員會編《國防醫學院院史》，頁 8-10。

119 JBGrant to SMG, April 10,1937, J Heng Liu Papers.

120 “Minutes of the Meeting of the China Program Committee of the ABAMC Inc.,” November 23, 1942, folder “Committee: China Program Committee Minutes”, box 6, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

學校還有兩處分校，在陝西西安和雲南昆明，以及軍醫預備團和分團（分別在廣西桂林和湖南邵陽）。[121] 軍醫學校不在軍醫署的管轄之下，是直屬軍政部的機構。

由此可見，軍醫學校向來有別於當時教育部和私立的醫學校，長期在較為獨立，或者說是封閉的環境下發展，以協和等英美醫學教育背景人員為主組成的衛訓所和其格格不入。因為軍醫學校主要培養正規軍醫，不培訓軍護和勤務兵、擔架員，所以此前和衛訓所的工作沒有衝突。隨著抗戰的持續，軍醫學校也開展了短期訓練班，先後增設高級護訓班、牙科、藥品製造研究所、血清疫苗製造研究所、營養研究所，[122] 與衛訓所的工作有所重疊。更重要的是，軍醫學校 1940 年開設的四年制專科，也是分 2 階段進行，「入校受教二年後遣回原部隊服役，兩年後再返校就讀二年」。[123] 衛訓所的 6 年分期教育和軍醫學校這個專科教育非常類似，只是時間拉長，標準提高，儼然有分庭抗禮之勢。

所以當 6 年分期教育還在內部討論時，軍醫學校就接到了消息，很快向軍政部提出強烈抗議。理由是衛訓所只是一個戰時臨時訓練機構，主要以短期課程為主，操練實用陣傷醫護和衛生工作，現在卻要辦理 6 年分期教育，等同於在軍醫教育系統中另立門戶，資源浪費的同時擾亂了體系。[124] 軍醫學校擔心，衛訓所擁有美國方面的潛在支持，現有的師資也很不錯，一旦認可了衛訓所的該計畫，軍醫學校和其不僅僅是競爭關係，更有可能被取代。

對於軍醫學校所說的兩種系統的說法，林可勝基本上不屑一顧，林可勝認為軍醫學校在大量模仿衛訓所，例如短期速成班、研究所、護校，模仿中怎麼可能

121 國防醫學院院史編籌委員會編《國防醫學院院史》，頁 11-14。

122 張麗安《張建與軍醫學校：兼述抗戰時期軍醫教育》（香港：天地圖書有限公司，2000），頁 232、240、248、264、268。

123 國防醫學院院史編籌委員會編《國防醫學院院史》，頁 19。

124 Lim to Van Slyke and Co Tui, November 10, 1942, folder “Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim”, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

出現兩種教育體系。[125] 也就是說，林可勝不認為現有的軍醫學校能夠培養出合格的軍醫人才，持這樣觀點的人還有盧致德、劉瑞恒等人。[126]

軍醫學校普遍師資和課程被認為水準不高，但是自從劉瑞恒管理學校之後，學校置備了很多現代化的實驗設備和器材，即使在多次的遷徙中，這些設備都大量完好地保存了下來。[127] 不少人因而建議衛訓所和軍醫學校進行合併，[128] 林可勝本身也有考慮合併的可能性。[129] 然而這種呼聲反而加重了軍醫學校對林可勝動機的猜忌，更加排斥「6 年分期教育」。[130]

軍醫學校很多畢業生在政府和軍隊供職，具有一定影響力。[131] 劉瑞恒此前辭去軍醫學校職務也是某種程度上受到了軍醫學校校友的排擠。[132] 因此當軍醫學校

125 Lim to Van Slyke and Co Tui, November 10, 1942, folder "Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim", box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

126 盧致德、劉瑞恒、Van Slyke 和 Isidore Snapper 都表示過同樣的想法。（"Minutes of the Meeting of the China Program Committee of the ABAMC Inc.", November 23, 1942, folder "Committee: China Program Committee Minutes", box 6; "Report by Dr. Isidore Snapper", 1942, folder "Emergency Service Medical Training Schools 1940-1942", box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

127 Lim to Van Slyke and Co Tui, November 10, 1942, folder "Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim", box 9; "Report by Dr. Isidore Snapper", folder "Emergency Service Medical Training Schools 1940-1942", box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University

128 Bachman to Kohlberg, September 15, 1942, folder "Mr. Kohlberg, Alfred (1)", box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File; Dwight Edwards, "Report on the Emergency Medical Service Training Schools and the Medical Relief Corps", February 3,1943, folder "Emergency Service Medical Training Schools, 1940-1942", box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

129 Robert K.S. Lim to ABMAC, September 7, 1942, folder 891, box 123, CMB Inc., RF,RAC.

130 Bachman to Kohlberg, September 15, 1942, folder "Mr. Kohlberg, Alfred (1)", box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

131 ABMAC1943 年的調查報告說，雖然軍隊中軍醫學校的人數不在多數，但是重要的職位大多都是軍醫學校的畢業生。（Helen Kennedy Stevens & Ruth H. Block, "A Survey of China's Medical and Health Problems and the Progress Made by the Chinese Government in Providing for the Health of the Nation", November, 1943, folder 62,box 9, CMB Inc., RAC.）

132 "Minutes of the Meeting of the China Program Committee of the ABAMC Inc.," November 23, 1942, folder "Committee: China Program Committee Minutes", box 6, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

教育長張建向軍政部部長何應欽表達了他們的強烈反對意見之後，何應欽對此前口頭批准的衛訓所「6 年分期教育」產生了動搖。[133]

衛訓所和衛生署、醫學教育委員

1942 年 10 月當衛訓所 6 年分期教育的預算申請提上 ABMAC 重慶委員會進行討論的時候，委員會中的其他中國組織成員——教育部醫學委員會代表朱恒璧、衛生署署長金寶善也表示反對。反對的理由有：一、6 年分期教育即將招收的學生水準起點太低（初中），很難在 6 年時間時間內達到專業水準；二、國內對這個新醫學項目的反對聲音很大，比如軍政部、教育部；三、林可勝申請的預算太過龐大，超出了 ABMAC 的能力。[134]

如果說軍醫學校的反對源於德日派和英美派的「宿怨」，那麼醫學教育委員會和衛生署——這兩個林可勝曾經參與過的機構，朱恒璧和金寶善——這兩位中華醫學會的主席，[135] 他們的反對，其實來源於對「6 年分期教育」可能佔有大量資源以及定型中國醫學教育的猜忌。

1938-1941 年之間對華醫療援助最主要的來源是 ABMAC，1941 年夏天之後美國紅十字會開始大規模幫助中國民用醫護救助，但是是以實物的形式援助。[136] ABMAC 的資金自然成為中國醫療機構爭取的對象。1941 年 ABMAC 加入美國援華聯合會（United China Relief，簡稱 UCR）中聯合籌款，但是依舊專責中國

133 C. T. Loo to Kohlberg, September 8, 1942, folder “Mr. Kohlberg, Alfred (1)”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University. Lim to Van Slyke, February 23, 1943, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 11-16”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

134 Phillips F. Greene to Richard Allen, February 3, 1942, folder “EMSTS: Army Medical Filed Service School, 1942-1946”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

135 朱恒璧 1935-1937 年被選為中華醫學會會長，金寶善是 1937-1942 年中華醫學會會長。

136 Claude E. Forkner, “General Outline of Aid Especially Medical Aid Available to China from American Sources”, June 29, 1943, folder “Mr. Kohlberg, Alfred (1)”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

醫藥援助專案。[137]

最初 ABMAC 只幫助林可勝領導的救護總隊部和衛訓所，後來擴展到衛生署防疫、醫學教育等專案。[138] 但是林可勝的項目一直佔據著總預算的絕大多數。自從美國紅十字會在中國積極活動之後，救護總隊部的援助主要由其擔負起來，而衛訓所被認為偏向軍事專案，依舊由 ABMAC 資助。在救護總隊部已經被剔除出 ABMAC 專案的情況下，1942 年 4 月至 1943 年 3 月 ABMAC 共計分配醫藥援助 1,324,996.03 美元，衛訓所獨佔 791,546.03 美元，占到了總金額的 60%。剩下的 33% 撥歸了衛生署，教育部下的多所國立醫學院一共只分得了 6%。[139] 面對如此懸殊的比重，其他的醫療機構自然心生不滿。

1942 年 9 月以後，因為和救護總隊部完全分家，衛訓所需要開始自己支付教員工資，而且不再能和救護總隊分享住房、交通工具等。[140] 衛訓所的海外華人捐款，因為南洋等地戰爭也紛紛斷絕。國內生活費卻不斷上漲，對遠征軍的訓練也急需擴大。[141] 雪上加霜的是，1942 年 9 月 15 日衛訓所實習醫院發生大火，12 棟樓房夷為平地。[142] 加上「6 年分期教育」，林可勝最終向 ABMAC 提交的

137 Donald D. Van Slyke, “Report of the Committee Appointed to Consider Relations Between UCR and ABMAC”, March 14, 1944, folder “United China Relief, Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

138 “Needs and Disbursement Committee Report”, October 21, 1941, folder “Committee on Needs and Disbursements: Dr. Co Tui, Ch. 1941-42”, box 7, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

139 “Summary of Expenditure and Appropriations from April 1st, 1942 to March 31st, 1943:American Bureau for Medical Aid to China, Inc.”, folder “ABMAC-UCR”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

140 William Hu to Co Tui, November 6, 1942, folder “National Red Cross Society of China: Hu, William”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

141 “Memorandum on the training activities of the EMSTS in connection with the CEF in India and Yunnan and its relation to the general program and work of the EMSTS”, July 12,1943, folder “Emergency Service Medical Training Schools, 1940-1942”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

142 “Huge Fire Swept Hospital”, November 12, 1942, folder “Emergency Service Medical Training Schools, 1940-1942”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

1943 年預算高達 1,500,000 美金，[143] 超出了 ABMAC1942 年年度分配總和，被評價為「是中國 5 所最好的國立醫學院年度預算總和的 6 倍，可以用來培訓前線好幾百的衛生員和急救員；開列的設備援助要求是西方最高水準的醫學院才會需要的程度。」[144] 如此龐大的數目和要求，一旦被批准，ABMAC 將沒有多餘力資源援助衛生署和國立醫學院。

雖然「6 年分期教育」是以培養合格的軍醫人才為出發點，但是從一開始就包含有為戰後民用醫療儲備人才的想法。為配合戰前中斷的公醫建設在戰後的延續，在 6 年分期教育的計畫書中，林可勝將戰時的戰區、集團軍、軍、師、團營連以及前線士兵和百姓一一對應為省、監察區、縣、次級縣、村和社區，計算不同單位元需要配備的醫護人員數量和種類，據此安排教學規模和專業方向。單就該項目的想法來看是一個有眼光的長遠關懷，和衛生署和醫學教育委員會的目標是一致的，但是在具體實施上，衛生署和醫學教育委員會和林可勝的想法並不統一。從課程設計來說，林可勝在 6 年分期教育中採用的課程設置，除了考慮到戰時情況，加大了動手操作的部分以外，其餘基本是仿照 1935 年他自己向教育部提交的課程議案，而這份議案在當時就存在批評。即使後來教育部基本採納了該議案，但是冠名為〈大學醫學院及醫科暫行課目表〉，也預示不少內容仍然需要討論。全國的醫學學校也沒有統一接受這個課目表。朱恒璧代表的教育部醫學教育委員會正是負責討論和設計醫學教育課程的正牌部門，林可勝的行為屬於越俎代庖。如果 ABMAC 支持了「6 年分期教育」，林可勝就此打造出一種正規醫學教育，或成為一種範本，硬性向全國推行，這是醫學教育委員會和其他醫學院的人不希望看到的。衛生署方面，此時的側重在公醫計畫部分。金寶善想要在全國建立省級、市級、縣衛生中心、醫院以及衛生實驗室，計畫在重慶、貴陽、蘭州、

143 Phillips F. Greene to Richard Allen, February 3, 1942, folder “EMSTS: Army Medical Filed Service School, 1942-1946”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

144 Dwight Edwards, “Report on the Emergency Medical Service Training Schools and the Medical Relief Corps”, February 3,1943, folder “Emergency Service Medical Training Schools, 1940-1942”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

廣西吉安和成都開設醫療人員訓練中心，以便各個衛生中心工作的展開。[145] 和衛訓所一樣，衛生署也打算開展 3 年期的牙科教育，[146] 需要經費支援。教育部和衛生署也都希望建設各自的護士學校。[147]

各自側重自己的工作，想要為此儘量籌得資助，可是戰時醫療資源十分有限，因此林可勝的衛訓所預算一經提出，即遭到了 ABMAC 重慶委員會中衛生署署長金寶善和教育部醫學教育委員會代表朱恒璧的反對。只有軍醫署長盧致德是唯一的支持者。[148]

金寶善和朱恒璧的這些想法，當然不會直接告訴林可勝，所以林可勝得到的反對理由主要是很多人對這個「新的醫學教育項目」持反對意見，專案預算誇張。

ABMAC 駐華負責人巴克曼為了調查紅十字會指責救護總隊和 ABMAC 往來帳目不清的事情，1941 年來到中國。他抵達衛訓所總部圖雲關時，林可勝在緬甸音訊渺無，謠言四起，紅會總會強行接收救護總隊材料總庫，造成救護總隊和衛訓所人心浮動，因此留給巴克曼的印象很不好。[149] 紅會持續對林可勝在管理和帳目方面的批評，也讓貝克曼質疑起林可勝對衛訓所的管理和帳目控制能力。當看到林可勝 1943 年的預算如此驚人之後，巴克曼也立刻站出來反對。[150]

林可勝對於反對意見的解釋是，「6 年分期教育」只是衛訓所未來的工作內

145 “Memorandum to American Red Cross and to American Bureau for Medical Aid to China”, June 10, 1941, folder “National Red Cross Society of China,General”, box 22, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.

146 Cheng Pao-nan to Kohlberg, September 25, 1942, folder “Mr. Kohlberg, Alfred (1)”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

147 ECL interview with George Bachman, November 3, 1943, folder 62, box 9, CMB Inc.,RF, RAC.

148 Phillips F. Greene to Richard Allen, February 3, 1942, folder “EMSTS: Army Medical Filed Service School, 1942-1946”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

149 Lim to Van Slyke and Co Tui, November 10, 1942, folder “Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim”, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

150 Phillips F. Greene to Richard Allen, February 3, 1942, folder “EMSTS: Army Medical Filed Service School, 1942-1946”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

容之一，並不是全部的工作重心。幾年的發展，衛訓所在開設短期課程的同時，目前已經具備了增加長期課程能力，而中國無論在民用還是軍事上的人力都不夠，沒有理由浪費這些能力。「6 年分期教育」執行的課程內容當年在醫學教育委員會中是討論過的，並運用在江西南昌的國立中正醫學院上，這些金寶善和朱恒璧都知道，所以不是「新的」醫學教育項目，只不過考慮到戰時需要，所以將這個專案劃分成每兩年一個階段。至於專案的預算誇張，林可勝認為，他給出的預算是衛訓所發展所需的數位，沒有指望 ABMAC 一定能全額贊助。不過 ABMAC 考量援助的分配，應該以專案的價值和需要為重，而不應一味求得公平。好的項目有了啟動基金之後自然會吸引到其他的資源，救護總隊部如今的規模就是很好的證明。[151]

還有兩點是林可勝沒有向巴克曼表露的，也是讓林堅持「6 年分期教育」的重要因素。一方面，衛訓所意識到參加短期基本訓練的學員，很少返回參加高級課程，除了交通和工作不允許以外，還因為這種學習取得的資格在戰後是否被承認還是個問題，所以學員沒有學習的主動性。如果衛訓所能夠開始同等國立醫學院校的教育，那麼將能鼓勵更多的學員來參加學習。另外一方面，也是更為重要的，經過了 5 年多的戰爭之後，戰場進入相持階段，救護工作逐漸走上了軌道，而短期的培訓並不能為救護水準帶來進一步的提高，工作陷入瓶頸。所以一直跟隨林可勝的人員，以協和畢業生為主偏重品質的教員們缺乏成就感，需要找尋前進的動力。「6 年分期教育」無疑是一個新的挑戰，將重新喚起教員的工作熱情。很多衛訓所的教員都認定，「訓練所是為了提高軍醫服務水準而設立的」，短期的培訓根本不能實現這一目標。[152]

151 Lim to Bachman, October 31, 1942, folder “Correspondence: Loo Chi-teh, Lim, Bachman, Edwards History”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

152 “Report by Dr. Isidore Snapper”,1942, folder “Emergency Service Medical Training Schools 1940-1942”, box 8; “Fourth Report of Emergency Medical Service Training School Fourth Branch School, Ministry of War: July 1-December 31, 1943”; “Third Branch Emergency Medical Service Training School Semiannual Report: July-December 1944”, folder “EMSTS”, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

看到軍醫署署長盧致德以及林可勝的堅持，金寶善展現了他老成的政治手腕。他向巴克曼暗示可以跳過衛訓所的上級單位軍醫署，從軍醫署的上級軍政部下手。他透露給巴克曼說，軍政部部長何應欽對林可勝的支持主要是以為林能夠吸引外來援助。於是 1942 年 11 月 5 日，巴克曼和 UCR 的愛德華茲（Dwight W. Edwards）以及美國紅十字的格林（Phillips F. Greene）特意在盧致德不在的情況下拜訪了何應欽，詢問何對林可勝「6 年分期教育」的想法。因為此前軍醫學校的反對，關於林可勝的「左傾」嫌疑也沒有完全排除，心有顧慮的何應欽在得到巴克曼等人承諾，不會因為林可勝而停止對中國的幫助之後，表態不支持「6 年分期教育」。[153]

何應欽的表態加劇了外界對林可勝的批評，焦點不再停留在「6 年分期教育」專案，而是蔓延到林可勝的整個工作。關於 ABMAC 不滿意衛訓所的工作，不再支持林可勝；軍事委員會和軍政部都不認可衛訓所的工作；林可勝在藥品存儲和資金管理方面失職等等講法傳得沸沸揚揚，甚至還有人報告說 ABMAC 是「赤化組織」。[154] 1943 年 1 月，林可勝被軍政部調查，面臨三項指控：濫用經費、個人行為不當以及「左傾」。[155]

林可勝被調查後不久，政府高層決定對紛亂的醫療組織進行整頓，1943 年 2 月中國紅十字會、軍醫學校、軍醫署都進行了調整。而這次調整實質上就是在實施劉瑞恒和林可勝一直希望實現的「戰時三合一」。中國紅十字會所有人員由軍事委員會任命。[156] 王正廷和潘小萼從實際工作中退出，蔣夢麟擔任會長，前軍醫

153 Phillips F. Greene to Richard Allen, February 3, 1942, folder “EMSTS: Army Medical Filed Service School, 1942-1946”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

154 Lim to Van Slyke and Co Tui，November 10, 1942, folder “Emergency Medical Service Training School: Directorate of AMS, Robert Lim”, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

155 M. C. Balfour to E. C. Lobenstine, January 30,1943, folder 891,box123, CMB Inc.,RF,RAC; Phillips F. Greene to Richard Allen, February 3, 1942, folder “EMSTS: Army Medical Filed Service School, 1942-1946”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

156 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》，頁 255-256。

署署長胡蘭生擔任救護總隊部總隊長。軍醫學校不再直屬於軍政部，而是劃歸軍醫署管轄。林可勝沒有被完全棄用，在新重組的中國紅十字會中擔任顧問，在軍醫署負責技術管理。1943 年 4 月林可勝帶領一隊衛訓所的人員前往雲南幫助遠征軍訓練醫護隊伍。衛訓所的長期計畫也被軍事委員會批准了。這樣的結果主要得益于宋子文從中斡旋。[157]

美國軍官勳章頒出之後，林可勝的局面略微好轉。[158] 然而隨著兩個援華組織 ABMAC 和 UCR 因為林而發生爭執，並擴散到國際上，林可勝再度被推上風口浪尖，其在遠征軍的工作也基本停滯。[159]

第三節　國際援華組織之間的鬥爭

林可勝的「6 年分期教育」帶來的紛爭不僅限於國內，衛訓所的主要贊助者 ABMAC 和其上線組織 UCR 也因此發生了爭執，他們的分歧雖然是由林可勝而來，但是也和各自組織利益有關。他們之間的矛盾被國內醫學機構所利用，差點將整個援華系統帶入一種混亂。

林可勝被軍政部調查的時候，社會上流傳「ABMAC 不滿意衛訓所的工作」，其實對衛訓所不滿只是 ABMAC 在華代表巴克曼。ABMAC 紐約總部其時的意見是，他們讚賞林可勝之前的工作，也理解中國軍醫需要提高品質的狀況，不希望打擊林的積極性。不過林可勝的預算實在過於龐大，而且中國內部意見不統一，所以總部決定採取折衷的做法——不支持林可勝的「6 年分期教育」專案，

157 Lim to Van Slyke, February 23, 1943, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 11-16”, box 2; H. L. Chang to Helen Kennedy Stevens, June 25,1943, folder “Emergency Service Medical Training Schools 1940-1942”, box 8, Series II;Alfred Kohlberg to Dwight W. Edwards, August 24,1943, folder “Kohlberg A. Interview”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

158 “Confidential Notes on An Interview with Gen. Ho Ying-chin”, August 16, 1943, folder “Correspondence: Loo Chi-the, Lim, Bachman, Edwards History”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

159 Claude E. Forkner Diary, January 11, 1944, folder 891, box 123, CMB Inc., RF,RAC.

而是先支持一個階段（2 年）的高級訓練，不保證後續的資助；支援的內容只限於設備，不包括建築花費。[160]

這個決定，在 UCR 駐華負責人愛德華茲看來，是給林可勝的項目留下了餘地。受到巴克曼的影響，愛德華茲也堅決質疑林可勝的工作，於是將一份措辭嚴厲的批評林可勝及其衛訓所的報告被呈交給了 UCR。（報告時間為 1943 年 2 月 13 日，後文簡稱 213 報告）。

這份 6 頁的報告首先追溯林可勝領導的救護總隊部和衛訓所，認為其存在從一開始就缺乏正當性。其次指出以往中國紅十字救護總隊部中，林可勝在經費和物資管理方面就存在問題，導致和中國紅十字會產生嚴重的糾紛。然後說到衛訓所方面，ABMAC 對其的巨大投入和取得的成效不成正比。冗員低效；和軍醫學校因為歷史矛盾而不願合作，浪費資源；經費、物資沒有進行有效監管。種種的問題，已經引發了很多批評，甚至爆出了醜聞。林可勝卻依仗 ABMAC 對其的援助，「綁架」軍政部的「支持」。在現有工作存在巨大問題的時候，林可勝不顧軍政部和衛生部的反對，單方面想要開展一個有著「可笑」預算的大規模醫學教育，且不是當下急需的項目。這樣的要求不應該得到 ABMAC 和 UCR 的支援，對衛訓所現有工作的支援也應該有所保留。[161]

這份報告的直接結果是 UCR 大幅削減了衛訓所 1943 年度的預算，針對林可勝管理和財務上的批評隨著林可勝受到調查愈演愈烈，[162] 之前稱讚過林可勝的

160 “Minutes of the Meeting of the China Program Committee of the ABAMC Inc.,” November 23, 1942, folder “Committee: China Program Committee Minutes”, box 6, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

161 Dwight Edwards, “Report on the Emergency Medical Service Training Schools and the Medical Relief Corps”, February 13,1943, folder “EMSTS: Army Medical Filed Service School, 1942-1946”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

162 “Minutes of the Meeting of the Executive Committee of the ABMAC,Inc.,April 13,1943”, folder “ABMAC-UCR”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

衛訓所外國志願者 Dr. Cohn 也恰在此時批評林可勝。[163]

削減預算的決定由愛德華茲直接寫信告知軍醫署長盧致德，這不符合一貫以來中國醫療方面只和 ABMAC 接觸的慣例。愛德華茲等人之前故意避開盧致德會見何應欽，從上層施壓，堅持削減預算的做法也讓盧致德非常憤怒，他寫信給華盛頓的中國大使魏道明，對 UCR 干涉中國內務提出正式抗議。[164]

ABMAC 覺得自己被質疑過於無條件支持林可勝，[165] 要求愛德華茲進一步證明 213 報告的真實性，但是遲遲沒有收到回復。執行主席柯柏（Alfred Kohlberg）於是決定親自去中國調查衛訓所。柯柏歷時近 2 個月，通過私下查訪衛訓所貴陽總部、兩個分所以及兵站區域和第九戰區前線衛訓所訓練的隊伍，認為愛德華茲 213 報告中很多內容和事實不符，得出的結論毫無根據。柯柏得到的結論是，衛訓所為中國培養軍醫作出了有效的貢獻，開展的各種軍醫訓練專案非常有價值。1937-1942 年 ABMAC 支援的中國紅十字會救護總隊部也為前線和後方的醫護做出的重要貢獻。訓練和救護相結合，大大改善了中國傷病兵的醫護條件和方法，有效降低了軍隊、軍醫院和後方的死亡率。這也是軍醫總監盧致德、軍政部部長何應欽、第九戰區負責人以及到訪地區醫官所公認的。衛訓所取得這樣的成績，林可勝的組織和管理功不可沒，他的水準、經驗和能力絕對能夠繼續

163 Adele Beyle Cohn to Bachman, March 23, 1943, folder “Mr. Kohlberg, Alfred (1)”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University. Adele Beyle Cohn 是 ABMAC 第一個派來的外國志願者，她曾經在 1942 年 ABMAC 的月刊上說「我覺得特別幸運從重慶來到這裡有機會和林可勝博士一起工作」，「他是我遇到的最有遠見的人之一，極其繁忙」，「我和周圍的人常常受到林可勝博士的啟發」，他所做的工作對於中國醫學具有革命性意義。（“Dr. Cohn Writes of Dr. Lim”, ABMAC Bulletin 3, no.11 (1942):pp.3.）1943 年她寫信給巴克曼，抱怨衛訓所給她的工資太少了，衛訓所的高級人員生活卻很好，有的還有傭人。

164 Donald D. Van Slyke, “Report of the Committee Appointed to Consider Relations Between UCR and ABMAC”, March 14, 1944, folder “United China Relief，Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

165 “Minutes of the Meeting of the Executive Committee of the ABMAC, Inc., April 13,1943”, folder “ABMAC-UCR”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

勝任這樣的領導工作。[166] 林可勝的去職對救護總隊部以及衛訓所打擊都很大，人員流失三分之一，總隊部和衛訓所的很多人都認為兩個組織應該再次合併。柯柏還特別觀察了批評較多的藥物存儲和分發情況，認定洩漏到商業管道的可能性非常小。[167] 也就在柯柏在中國查訪期間，林可勝獲得了美國頒發的軍官勳章，更加讓柯柏肯定林可勝的工作。

可能因為柯柏在調查中流露出對衛訓所的好感，可能因為林可勝令人疑惑地沒有被政府立刻棄用，也可能因為林可勝從美國軍隊方面獲得了認可，巴克曼和愛德華茲以及美國紅十字會的尼古拉斯（J. F. Niohols）1943 年 8 月再次背著盧致德，也沒有知會同在中國的柯柏，再度約見了何應欽，試探其態度是否有改變。[168] 在這次會見中，愛德華茲向何應欽提供了一份關於衛訓所的統計，上面顯示衛訓所的學員數量逐年下降，但是花費卻在逐漸增加。[169]

事後偶然得知此事的柯柏非常憤怒，要求 ABMAC 立刻召回巴克曼，而愛德華茲接連兩次約見何應欽討論衛訓所，以及單方面通知盧致德預算討論結果的做法被 ABMAC 認為是 UCR 擅自插手自己在華專案的行為，違反了兩個組織當初約定的共識。[170]

ABMAC 成立於 1937 年底，最初由旅美菲律賓華僑許肇堆（Frank W. Co Tui）、永泰絲美國部門經理魏菊峰（Joseph Chu-feng Wei）、美國華人醫生趙

166 Donald D. Van Slyke, “Report of the Committee Appointed to Consider Relations Between UCR and ABMAC”, March 14, 1944, folder “United China Relief，Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

167 Alfred Kohlberg to the Directors of ABMAC, November 22,1943, folder “National Red Cross Society of China, General”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

168 “Memo by Alfred Kohlberg”, August 30, 1943, folder “Kohlberg A. Interview”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

169 “Confidential Notes on An Interview with Gen. Ho Ying-chin”, August 16, 1943, folder “Correspondence: Loo Chi-the, Lim, Bachman, Edwards History”, box 38, Series IV: Alfred Kohlberg File, ABMAC, RBML, Columbia University.

170 Donald D. Van Slyke, “Report of the Committee Appointed to Consider Relations Between UCR and ABMAC”, March 14, 1944, folder “United China Relief，Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

不凡（Farn B. Chu）發起，主要由在美的中國人和曾經在中國或者對中國醫學有瞭解的美國人組成。主要的工作是向美國人以及在美華人勸捐，為中國軍隊和民眾提供醫療救助。[171]

UCR 誕生於 1938 年旅美華僑和對華同情者一起發起的為中國抗戰籌賑的「一碗飯運動」（A Bowl of Rice）。在 1941 年之前，除了「一碗飯運動」，該組織很少主動勸捐，[172] 本身也並沒有長期開展的意願。[173] 1941 年 2 月，為了方便給中國募集更多資金，ABMAC 決定和 UCR 聯合，1941 年 12 月又有其他組織加入，UCR 於是重組，決定在中國進行長期的專案，將其內容主要設定在：醫學和公共衛生、兒童福利、教育以及經濟重建。其中醫學專案占 35%，而所有醫學專案中約有 77% 是 ABMAC 負責的。[174] 在決定合作的同時，ABMAC 堅持自身專案的自主性，只是取消單獨勸捐。1942 年 3 月 25 日 ABMAC 和 UCR 就此達成共識，（後文簡稱 325 共識），即「ABMAC 有權和 / 對中國組織安排、協商、執行項目，為了防止誤會，UCR 代表在沒有經過 ABMAC 同意的情況下，不能對 ABMAC 項目相關的中國或美國組織進行干涉」。[175]

171 Donald D. Van Slyke, “Report of the Committee Appointed to Consider Relations Between UCR and ABMAC”, March 14, 1944, folder“United China Relief, Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University; Watt, ed., Health Care and National Development in Taiwan 1950-2000,pp.5-8.

172 Frank Co Tui, “An Analysis of the Factors Bearing on American Participation in Chinese Relief with A Discussion on the American Bureau for Medical Aid to China, Inc. Plan”, April 11,1939, folder “National Red Cross Society of China: Robert K.S. Lim, 1939”,box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

173 John Post to Clarence C. Meleney, February 21, 1946, folder “United China Relief: Post, John”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

174 Sweet to Lim, October 15, 1944, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 1-10”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

175 Donald D. Van Slyke, “Report of the Committee Appointed to Consider Relations Between UCR and ABMAC”, March 14, 1944, folder “United China Relief，Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University. “Second Annual Report: United China Relief, Inc.”, 1942, folder “USC Annual Reports: 1941-1947”, box 74, Series XII: United Service to China: Subject File, ABMAC, RBML, Columbia University.

愛德華茲一再調查和批評衛訓所；不經 ABMAC 同意，私自通知中國軍醫署預算討論情況；通過軍政部影響衛訓所和 ABMAC 的項目，這些舉動顯然違反了 UCR 和 ABMAC 的 325 共識。然而就在柯柏當面提醒愛德華茲後不久，愛德華茲再次跳過 ABMAC，直接要求軍醫總監盧致德以及美國中緬印軍醫總監和他會談，商討 ABMAC 幫助軍醫署的預算。盧致德拒絕與其會談，並向 ABMAC 和中國駐華盛頓大使魏道明再度報告，譴責愛德華茲干涉中國內務。[176]

ABMAC 高層就柯柏視察衛訓所的報告進行了討論，一致認為愛德華茲的 213 報告是對事實的扭曲，但是也知道關於衛訓所實際工作情況的爭辯可能已經無濟於事。[177] 能做的就是將柯柏的在華調查報告刊登在雜誌上，為衛訓所贏回一些國際聲譽；[178] 對於愛德華茲一再違反 325 共識，越過 ABMAC 干涉衛訓所的行為，向 UCR 主席提出抗議，要求改變「雙重領導」的局面。[179]

對於 UCR 來說，主要的物資和資金都是他們統一籌措的，ABMAC 負責將劃撥到醫療方面的援助安排到中國的醫學組織中。雙方基於互信的基礎上，UCR 並不干涉 ABMAC 對中國醫學組織的分配，但是需要瞭解經費的使用和物資的分發情況。隨著 1941 年 UCR 明確了工作目標，重組了組織之後，其募得的款項也迅速增多（見圖 20：美國援華聯合會年度資金來源統計（單位：美元）），UCR 開始有意加強對下屬專案的監管。1942 年夏天，一個「協調委員會」在重慶成立，它的工作是對申請 UCR 援助專案先期考察，然後才遞交美國紐約的

176 Donald D. Van Slyke, “Report of the Committee Appointed to Consider Relations Between UCR and ABMAC”, March 14, 1944, folder“United China Relief,Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

177 愛德華茲對柯柏報告的反駁有兩點是 ABMAC 很難回應的，一是柯柏在中國查訪的時間和地點有限，其次是自己 213 報告點評的是當時衛訓所的工作情況，和柯柏現在看到的難免不同。Dwight W. Edwards to Alfred Kohlberg, September 1, 1943, folder “Kohlberg A. Interview”, box 38, Series IV, ABMAC, RBML, Columbia University.

178 Alfred H. Kohlberg, “An Army Fit to Fight,” Aisa and the Americas, July 1944, pp.302-304.

179 Donald D. Van Slyke, “Report of the Committee Appointed to Consider Relations Between UCR and ABMAC”, March 14, 1944, folder “United China Relief,Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

UCR 專案委員會。[180] 愛德華茲正是聽命於「協調委員會」，開始調查中國方面如何使用資金和物資，這也是 213 報告的由來。UCR 通過「協調委員會」，變相推翻了 325 共識，使得 ABMAC 中國專案存在 ABAMC 和 UCR「雙重領導」。之後要杜絕類似衛訓所問題的發生，ABMAC 認為需要避免這種「雙重領導權」。ABMAC 解釋說首先 UCR 並不是專案的執行者，在檢查結果時不清楚執行的過程和詳情；其次，讓中國項目負責人同時向兩個機構上交報告，會造成他們不清楚誰是實際上的主管方；而且 UCR 中國協調委員會的辦事方法已經讓中國不少官員產生負面情緒，清理「雙重領導」帶來的持續麻煩讓 ABMAC 執行委員會煩不勝煩，負擔沉重。相對於只有一名醫生的 UCR「協調委員會」，擁有醫學、公共衛生、醫學教育、藥物、牙科等多方面專業醫學人士的 ABMAC 顯然更適合管理中國的醫學援助項目；過去 6 年的工作，ABMAC 的工作受到了中國和美國公眾的肯定，可以向公眾證明經費絕對安排合理。[181]

UCR 顯然不想完全放權給 ABMAC。他們回復說，一旦預算被批准，UCR 不會再干涉 ABMAC 的中國項目管理，但是資金使用方面，UCR 有權建議預算以及監督使用情況。[182]UCR 還單方面向中國官方承諾，自己會幫助衛訓所轉型。[183] 除了堅持對 ABMAC 專案進行監管，UCR 自行加大了直接分配的比例，讓合作組織感覺有逐步被排擠的趨勢，之前共同募款的理念變成了款項的競爭。ABMAC 因此威脅 UCR 想要退出。[184]

180 “Second Annual Report: United China Relief, Inc.”, 1942, folder “USC Annual Reports: 1941-1947”, box 74, Series XII: United Service to China: Subject File, ABMAC, RBML, Columbia University.

181 Donald D. Van Slyke, “Report of the Committee Appointed to Consider Relations Between UCR and ABMAC”, March 14, 1944, folder “United China Relief, Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

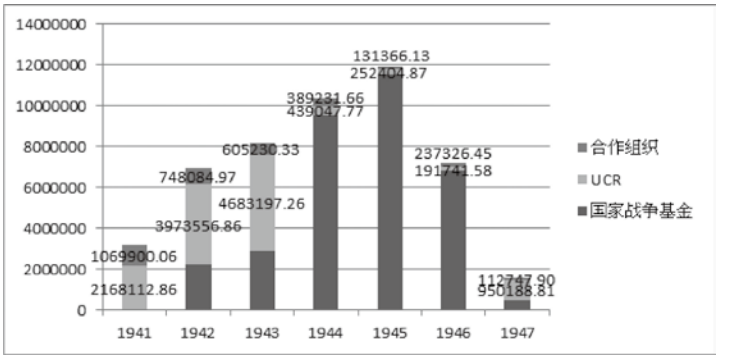
182 Frederick H. Wood to Van Slyke, December 14,1943, folder “United China Relief, Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

183 Lin Yutang to Alfred Kohlberg, January 23,1944, folder “Mr. Kohlberg, Alfred (2)”, box 38, Series IV, ABMAC, RBML, Columbia University.

184 Donald M to Alfred Kohlberg, November 15,1943, folder “Mr. Kohlberg, Alfred (3)”, box 38, Series IV; Slyke to Wood, December 7, 1943, folder “United China Relief, Inc.”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

UCR 最終只得同意不再干涉 ABMAC 專案（中國紅十字會、衛生署、軍醫署和醫學教育委員會）自主權；如果需要調查經費使用情況，會聘請協力廠商機構。但接下來的工作中，UCR 依仗著資金來源的絕對優勢，繼續加強對合作組織的控制，聲稱有權吸引和終止參與中國抗建的機構、分配經費、控制預算以及服務資訊等。[185] 1947 年國家戰爭基金因二戰停止而銳減，USR（UCR 戰後更名）受影響總經費大幅下降，USR 和合作組織的專案預算分配矛盾加劇。12 月不滿 USR 排擠，複製自身項目，甚至和自己競爭，ABMAC 再次退出合作，後經美國華人援助會（American Overseas Aid）調解，雙方轉為聯盟關係才得以繼續合作。[186]

圖 20：美國援華聯合會年度資金來源統計（單位：美元）[187]



資料來源：1st-7th Annual Report: United China Relief, Inc.,1941-1947，folder “USC Annual Reports: 1941-1947”, box 74, Series XII: United Service to China: Subject File, ABMAC, RBML, Columbia University.

185 John Post to Clarence C. Meleney, February 21, 1946, folder “United China Relief: Post, John”, box 25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

186 J. Heng Liu to Magnus I. Gregersen, March 8,1948, folder “Liu, Dr. J. Heng: Jan.-Mar.,1948”,box 16, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

187 國家戰爭基金指的是 National War Fund，是美國總統戰時救濟委員會下的產物，UCR 是其選中的合作單位之一。（Rachel M. McCleary, Global Compassion: Private Voluntary Organizations and U.S. Foreign Policy since 1939 (Oxford; New York: Oxford University Press, 2009),pp.49-50.）而在中日戰爭結束之後，1946 年 8 月 UCR 改名為 United Service to China, Inc.，簡稱 USC。（“Seventh Annual Report: United China Relief, Inc.”, 1947, folder “USC Annual Reports: 1941-1947”, box 74, Series XII: United Service to China: Subject File, ABMAC, RBML, Columbia University.）

UCR 把持物資、插手中國專案的企圖心，和 ABMAC 因此而鬧出的不和，不僅僅在雙方的合作中產生了不良的影響，也使得對林可勝的批評傳到了國際上，和當時其他負面報導一起，造成國際輿論上對國民政府的救護工作廣泛批評。對華勸募收到衝擊，UCR 不得不站出來和 ABMAC 一起維護國民政府的聲譽，不再攻擊衛訓所。[188]

在中國國內，中國醫學機構也利用其兩者的不和，為各自籌畫。1944 年，衛生署和醫學教育委員察覺了 ABMAC 和 UCR 的矛盾，在預算申請中主動跳過 ABMAC，轉而向 UCR 申請。[189]

這種越級申請的情況之後一直成為常態，參與 ABMAC 專案的中國機構，一旦不能在 ABMAC 重慶委員會中獲得支持，就分別向 ABAMC 紐約總部或者 UCR 協調委員會甚至 UCR 紐約總部申請，想方設法為各自的機構盡可能多爭奪資源。[190] 1944 年以後，包括衛訓所在內的整個軍醫署在 ABMAC 項目中的比重從之前的 60% 強直降到 30% 左右，軍醫學校也分到了一杯羹；醫學教育委員會和國立醫學院則成功地從 6% 升到 17%-20%。[191]

無論是 UCR 和 ABMAC 的競爭，還是中國國內衛生組織之間的物資競爭，直接導致中國戰時整個醫療工作不可能實現統一，在一定程度上造成工作重複，

188 McConaughy to Stevens, October 27, 1944, folder “Mr. Kohlberg, Alfred (2)”, box 38, Series IV, ABMAC, RBML, Columbia University; Lim to Effie, November 12,1944,《林可勝檔》19004102。

189 Lim to Stevens, November 24, 1944; Lim to Van Slyke, December 5, 1944, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 1-10”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

190 Lim to Van Slyke, December 10, 1944, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 1-10”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University; P. Z. King to Lim, February 24, 1945, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 11-16”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

191 Minutes of the Meeting of the Committee on the Army Medical Administration in China of the ABMAC Inc., February 19,1945, folder “Committees: Army Medical Service and Army Medical Adminstraion,1943-46”; Minutes of the Meeting of the Budget Sub-committees of the ABMAC, September 17,1945,box 6, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

影響工作效率。從此 UCR 和 ABMAC 預算往往一而再再而三地調整，合縱連橫成為 ABMAC 受惠機構的日常戲碼，書信電報來回指責他方，款項不能及時到賬也是經常之事。任何試圖統一解決問題的個人和組織都會受到其他方面的排擠和怨恨。[192]

UCR 和 ABMAC 的這場內鬥並沒有很快停止，而是向外波及，複雜升級。美國中華醫學基金會（CMB）捲入其中。從 1943 年 2 月起福克納（Claude E. Forkner）擔負起 CMB 主席一職，全職管理事務。福克納曾經在 1930 年代中期在協和任教 5 年，大後方的很多協和教員都是他的朋友、同事，福氏一上臺，不少機構和個人向他求援。[193] 福克納於 1943 年 8 月公佈了其個人編寫的《美國援華醫療救助》（Medical Aid Available to China from American Sources）一文，當中參考了巴克曼和愛德華茲的意見，暗示 ABMAC 的資金使用有問題，用於購買戰後物資儲備或者建立新機構，而不是當前的緊急或者醫療有關的救援；[194] 他同時批評了 UCR 組織協調不力。[195]

因為愛德華茲和福克納對林可勝和衛訓所的批評，衛訓所和軍醫署人員一時之間對 UCR 以及 CMB 都很反感。除了盧致德多次向中國駐美大使魏道明抗議 UCR 以外，和林可勝一起工作的周壽愷、衛訓所的代理主任嚴智鐘 [196] 都對 UCR

192 Forkner to Van Slyke, May 15,1944,folder 62 ,box 9; T.Y.Tai to RKS Lim,October 1,1945, folder “Army Medical Admistration:Directorate of Medical Service”, box 2, CMB Inc., RF,RAC; Minutes of the Meeting of the Committee on Army Medical Administration and Chinese Red Cross in China, November 26, 1945, folder 2093, box 309, series 601, RG2 (GC), RF, RAC; Lim to Van Slyke, May 13, 1945, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 11-16”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

193 Ferguson, China Medical Board and Peking Union Medical College: A Chronicle of Fruitful Collaboration 1914-1951,pp.184.

194 Loo Chih-teh to Forkner, September 31, 1943, folder 893, box 123; Edwin C. Loberstine to Kohlberg, December 10,1943,folder 62, box 9, CMB Inc., RF,RAC.

195 Claude E. Forkner to Van Slyke, May 12, 1944, folder 62, box 9, CMB Inc., RF,RAC.

196 林可勝離開衛訓所之後，盧致德接受，但是盧致德經常不在，所以副主任嚴智鐘代理主持業務。

和 CMB 的人員表現出強烈的戒備。[197] 一種民族主義的情緒在他們當中蔓延。

而對林可勝的批評也逐漸向整個中國醫療隊伍蔓延。福克納在衛生署的公開演講中指責中國政府在磺胺藥品管理上的無能，導致藥物大量流入重慶黑市。[198] 而衛生署正是政府制定管理磺胺藥品的單位之一。衛生署的金寶善、袁貽瑾和沈克非由是公開反對福克納，要求 CMB 將其撤換。[199] 接下來衛生署、醫學教育委員會和 CMB 又因為協和護校在大後方重開的問題發生分歧，CMB 主張將協和護校地點安排在成都，而衛生署和醫學教育委員會都希望護校在重慶開設。金寶善原本就有開設護校的想法，如果得到 CMB 的支持，將協和的護校開設在衛生署公共衛生科下面，對衛生署的工作將有很大的幫助。醫學教育委員會朱恒璧也存在類似的想法。無論是醫學教育委員會還是衛生署，總部都在重慶。然而 CMB 最終堅持將護校在成都重開，福克納也因此背上了「干涉中國內政」的罪名，成為不受中國醫界歡迎的人物。[200]

這件事情同時暴露了衛生署和醫學教育委員的潛在衝突。協和的醫校最終沒有如其所願，落戶重慶，於是兩個組織希望開辦自己的護校，但是誰應該主導這一訓練計畫，衛生署在教育政策上表現強勢，讓兩個組織關係惡化。[201]

197 Chow Shou-k'ai to Forkner,September 12,1943,; L.C.Yen to Forkner,September 12,1943, folder "EMSTS (Army Medical Filed Service School 1942-1946)", box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

198 James K. Shen to J H Liu, August 28,1943, J. Heng Liu Papers.

199 Alfred Kohlberg to ECL,October 28,1943, folder 62, box 9, CMB Inc., RF,RAC.

200 George Bachman to ECL, Novermber 3,1943, folder 62, box 9, CMB Inc., RF,RAC.

201 George Bachman to ECL, Novermber 3,1943, folder 62, box 9; J B Grant Diary,May17- June 6, 1944, folder 682, box 95, CMB Inc., RF,RAC.

小　結

林可勝經過 5 年多的努力，成功帶領救護總隊和衛訓所從一片混亂中走出，用現代醫學為中國的戰地救護服務、教育軍醫，降低了戰爭的傷亡率，得到了中外肯定。

就在林可勝風光無限之際，一直暗含的危機，最終在 1942-1943 年之間陸續爆發。林可勝先後離開了自己一手創建的救護總隊和衛訓所。主要原因是林和紅十字會總會、衛訓所和中國其他醫學組織，以及外國援華組織之間的矛盾。

導致林可勝和紅十字會總會決裂的主要原因是，林可勝和紅十字會總會會長王正廷等人個人權利的鬥爭。鬥爭的起源在於救護總隊隸屬不清，林可勝自以為救護總隊是衛生署的直接下屬，只是想打著紅會的招牌最大限度地爭取國內外支援，但是不受紅會管制。紅會一開始不願受到衛生署干涉而接受救護總隊，對其不聞不問，也縱容了林可勝的獨立自主，缺乏從屬意識。

缺乏從屬感的另外一個因素是林可勝在戰爭期間能夠獨立爭取到不受紅會干擾的資金和人力來源。身為協和教授奔赴在救護最前線，林可勝擁有的醫學威望和戰地救護經驗能夠吸引一批專業醫護隊伍。更重要的是，林可勝的身份幫他在海外華人中贏得了大量人力和資金。負責接洽外來物資的伍長耀，鼎力支持林可勝的 ABMAC 副主席許肇堆，負責滇緬公路聯絡的梁宇皋以及救護總隊中始終追隨林的周壽愷、王貴恒、何嫻姿、許雨階等高級醫護人員都是和林可勝一樣有華僑華人身份或者和華人華僑有關。義務幫助轉運的緬甸華僑紅十字會、大批南洋機工，處理海外資金往來的海防華僑銀行也都是因為林可勝的華人身份。海外華人和 ABMAC 的持續大量捐獻更是讓林可勝有能力單獨運作和壯大救護總隊而不受紅十字總會控制。

面對逐漸勢力壯大聲譽日隆的救護總隊，紅會會長王正廷想要對其進行約束，不習慣也有能力的林可勝於是想方設法迴避和無視，還衍生出一個不屬於紅十字會的衛訓所分享紅會資源，並一廂情願地做著紅會忌諱的事情——越級報告、嚮往政府的「懷抱」，由此導致和會長王正廷等矛盾的惡化。針對林可勝屢

教不改的我行我素辦事方法以及壟斷大量資源，王正廷等逐步採取措施控制經費、運輸和材料庫，加上東南亞淪陷，海外華人捐款減少大半，將林可勝逼成「無米」的「巧婦」，最終辭去救護總隊部總隊長一職。

矛盾的主要人物林可勝和王正廷，都是和政府有淵源的人物。在救護總隊和紅會總會的矛盾中，林可勝雖然幾次提議救護總隊歸入政府，但是出發點往往不是從政府角度出發，而是為了救護總隊本身。王正廷對林可勝主要的怨恨，也不是因為林可勝代表政府干涉紅會，而是林不聽命令，功高震主。因此林可勝辭職一事很難說是民國政府對紅會的控制而引起的。政府對紅會也沒有表現出強烈的接管之意，正如紅會自己所言，有著紅十字這個名號可以更好地吸收援助。在林可勝的領導下，用紅會的名頭招徠很多醫療捐助，雖然不是官辦但積極配合軍隊的救護，這對於政府來說，是最好的一種狀態。在林可勝辭去救護總隊職務之後，紅會活動從以前配合軍隊，轉向民用救助並借此擴展在地方勢力，讓政府很不滿意，乾脆直接插手重組紅會，安排了一個前任軍醫署長來擔任救護總隊總隊長，編制依舊沒有大的改變。

左傾問題是在林可勝和王正廷的矛盾中被可以刻意提出來的，但是林可勝從來沒有隱瞞和共產黨的交往，王正廷等紅會高層也早就在林的報告中知道這點，沒有發表過任何意見。這反映了共同抗日在當時是普遍接受的觀念，以林可勝為代表的衛訓所、救護總隊部很多人員，只是把共產黨當成抗日的一份子，沒有考慮政治的分野，也沒有意識到政治鬥爭的嚴重性，更不可能因此自動辭職。即使1943 年 1 月林可勝被軍政部調查，其中一條原因是左傾，但是蔣介石、宋美齡、宋子文、戴笠和胡適等都清楚地知道林的「左傾」沒有實質內容，「調查」時林可勝照樣在紅會、軍醫署、遠征軍中工作，直到國際上的惡評傳來。

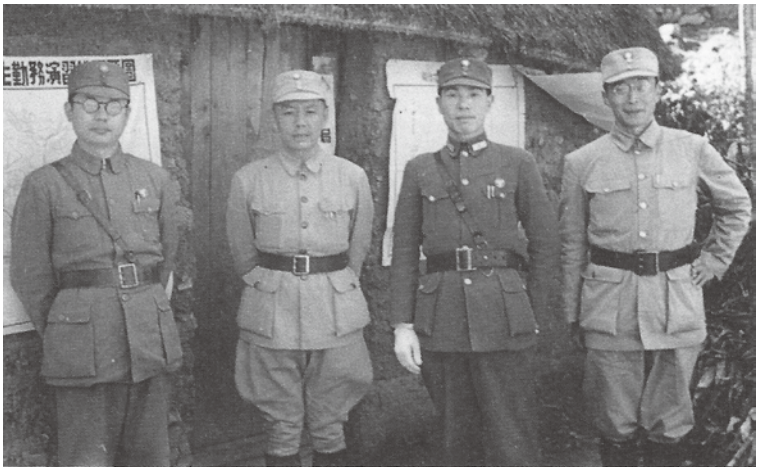
林可勝被中國紅十字會排擠出救護總隊部之後，本來一心想投入衛訓所的工作。他在質和量皆需的現實面前，苦心設計了一個可以兩全的「6 年分期教育」。林可勝想要解決的中國醫學需求難題代表著當時大多數醫學工作者的意見，但是如何解決，建成什麼樣的現代化醫學，一直沒有達成共識。傳統的英美和德日醫派的矛盾再一次顯現。更重要的是林可勝佔用巨大資源給其他醫療組織帶來心理

不平衡。雖然身處戰時，但軍醫學校、軍醫署、衛生署和教育部醫學教育委員會等各個醫學機構負責人，也都希望在中國醫學事業的版圖中建功立業，甚至獲得主導權。對有限的醫療資源的爭奪成為必然，即使是曾經的盟友。中華醫學會 1937 年之前的共有 11 人擔任過會長，其中俞鳳賓、牛惠生和牛惠霖先後於 1930 年和 1937 年去世，刁信德和林宗揚分別滯留在上海和北京不願意離開。伍連德退居老家馬來亞，劉瑞恒和顏福慶都因貪汙案引咎辭職，[202] 剩下的只有林可勝、朱恒璧和金寶善。此三人也成為抗日戰爭時期領導醫療救護的最重要人物，將英美派的方法和人員向全國範圍擴張。而此次爭奪的，恰恰是這三人。可見戰時條件下「僧多粥少」，競爭更為激烈，原本協作的醫學組織和朋友之間也會出現矛盾和鬥爭。

中國醫學組織內部的紛爭將 ABMAC 和 UCR 這兩個直接相關的國際援華機構卷了進來。如同中國的這些醫學機構有著共同的憧憬和矛盾一樣，ABMAC 和 UCR 也是有著相同目標——幫助中國醫療救護，也因為各自的企圖心而產生對自我工作的堅持和排他，通過把持資源，和中國不同醫療組織相互利用，將原有的矛盾攪得更為複雜，從而影響了戰時救護的效率，也拖累了現代醫學在這一時期的發展。

因為林可勝而引起的國際援華組織之間的矛盾，影響到了中國國際形象，為當時的國民政府再添負面形象，從而影響了國際上對中國的援助，1943 年 9 月林可勝因此才被政府棄用。

202 錢益民、顏志淵著《顏福慶傳》，頁 175。



軍醫學校衛生勤務學系李旭初主任、衛生勤務訓練所林可勝主任、軍醫學校張建教育長、軍醫署嚴智鍾委員等軍醫首長（由左至右）

1942 年 3 月 林可勝組遠征軍救護隊入緬

七、改革軍醫系統

1946

第七章　改革軍醫系統

在內外部的紛爭中退出衛訓所工作的林可勝，沉寂了一段時間後，再次因為其才能被啟用，正式任職軍醫署，開始了其在華職業生涯中最後一個工作——設計軍醫系統的現代化，主要的工作在兩個單位：軍醫署、國防醫學院。

第一節　擴充軍醫署

隨著 ABMAC 和 UCR 的鬥爭擴大，林可勝管理和財務方面的失誤流傳到國際上，成為中國負面形象之一，政府於是將其棄用。林一度萌生退意，想要到英國或者美國找個教職。[1] 林可勝的暫時賦閑，反而讓國民政府看到了他的價值。林可勝離開之後，救護總隊部人員減少三分之一，原本的近 200 支隊伍，只剩下了 104 支。[2] 失去林可勝的衛訓所，人心渙散，很多人員離開，總部的協和畢業生只有四五個留在衛訓所，而且大部分也不關心工作。[3] 而其他衛生機構也陸續被爆出問題，各自的負責人，例如盧致德、金寶善、沈克非均受到蔣介石斥責，陸續遞交辭呈，[4] 國民政府面臨醫學領導人才危機。

1 E. C. Lobenstine Interview J Heng Liu, February 24,1944, J Heng Liu Papers.

2 Alfred Kohlberg to the Directors of ABMAC, November 22,1943, folder “National Red Cross Society of China, General”, box 22, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

3 “Third Branch Emergency Medical Service Training School Semiannual Report: July-December 1944”; “Fifth Report of Emergency Medical Service Training School Fourth Branch School, Ministry of War: January 1-June 30,1944”, folder EMSTS, box 9, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University. Claude E. Forkner Diary, January 11, 1944, folder 891, box 123, CMB Inc., RF,RAC.

4 盧致德因為對雲南前線支援不力被蔣介石嚴厲訓誡。（Claude E. Forkner Diary, November 26, 1943, folder 891, box 123, CMB Inc., RF,RAC.）; 沈克非和金寶善也被蔣介石斥責貪污和無作為（Claude E. Forkner Diary, February 1,1944, folder 156,box 79, CMB Inc., RF,RAC.）另外衛生署和國立大學的人員被曝光，不是做生意就是開業，反而是貴陽的風氣最好。金寶善也被認為在公共衛生方面能力有限。（John Black Grant, “Report on Trip to China (July 16-August 6, 1942)”, folder 1662, box 240, Series 601, RG2 1942, RF, RAC.）

1944 年 3 月林可勝再度被何應欽啟用，任命為軍醫署戰時衛生勤務設計委員會主任委員。[5] 同年 4 月派往美國，聯絡美國軍醫高層，走訪多處美國海陸空訓練中心。[6] 林可勝的此次美國之行，相當成功。[7] 不少美國媒體都報導了林可勝的到訪，轉載他的講話。美國的慈善家凱特梅西（Kate Macy Ladd）特別給林可勝寄來 25,000 美金，鼓勵他繼續在中國的事業。[8]

林可勝 1944 年 9 月從美國離開，輾轉到印度考察衛訓所遠征軍訓練情況之後回到中國。[9] 蔣介石傳令嘉獎其「對戰時軍民人才甚為努力，成績良好」，10 月即被任命為軍醫署副署長。[10] 主要工作是配合反攻，為新徵召的軍隊訓練醫療隊，學習美軍組建移動手術醫院，主持新徵軍隊的體檢。[11] 同時林也是中美聯軍醫療供應中國部門的負責人。[12] 因為看到林可勝和國外的良好交流，教育部也請他幫助在中央研究院建立一個醫學研究所，還請其出任教育部醫學教育委員會主委，但是林可勝根本無法從軍醫署的工作中抽出時間，只是掛名而已，醫學研究所的籌備工作被林可勝委託給了自己的學生馮培德。[13] 1945 年 2 月 1 日林可勝被新的軍政部長陳誠任命為軍醫代理署長，[14] 4 月正式成為署長，[15] 著手將整個軍

5 〈任命林可勝為軍政部軍醫署戰時衛生人員訓練所軍醫監主任〉，《林可勝檔》09007030。
6 "Chinese General Visits New York", April 27, 1944; October 3, 1944, folder "Lim, Robert K. S. (Miscellaneous)", box 15, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.
7 M. C. Balfour to E. C. Lobenstine, November 22,1944,folder 84,box 13, CMB Inc., RF,RAC.
8 Kate Macy Ladd to Lim, June 21,1944,《林可勝檔》16011016。
9 Lim to Van Slyke, October 29, 1944, folder "Army Medical Administration: Robert Lim Reports 1-10", box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.
10 〈林可勝海陸空軍登記官籍表〉，《林可勝檔》19002013。
11 Lim to Van Slyke, October 29, 1944, folder "Army Medical Administration: Robert Lim Reports 1-10", box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.
12 Adet Lin to Van Slyke, April 2, 1945, folder "Army Medical Administration: Robert Lim Reports 11-15", box 2, Series II,ABMAC, RBML, Columbia University.
13 Lim to Van Slyke, November 26, 1944, folder "Army Medical Administration: Robert Lim Reports 1-10", box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University; Claude E. Forkner Interviews, February 15, 1945, folder 891, box 123, CMB Inc., RF, RAC.
14 〈林可勝海陸空軍登記官籍表〉，《林可勝檔》19002013。
15 〈兼任國防醫學院院長任職令簡任狀〉，《林可勝檔》09007013。

醫系統進行了調整。

抗戰開始之後，軍醫系統根據野戰區、兵站區和後方區分成了三個部分。野戰區的醫療由各個軍部自己負責和任免，隸屬於軍政部。兵站區的醫療工作，包括收容所、兵站醫院、衛生車船等歸屬於後方勤務部衛生處，處長是盧致德，同時還負責給野戰區提供醫療供給。軍醫署是後方的醫療負責機構，管理內外科的後方醫院和重傷醫院，張建和胡蘭成先後出任署長。[16]（參考圖 8：抗戰時期軍隊醫療和林可勝時期救護總隊部工作簡圖）1940 年 2 月盧致德被任命為軍醫署長，隸屬軍政部，[17] 意味著兵站區域和後方區域醫療系統趨於統一。（參考表 8：民國軍醫組織隸屬沿革（1928-1940））

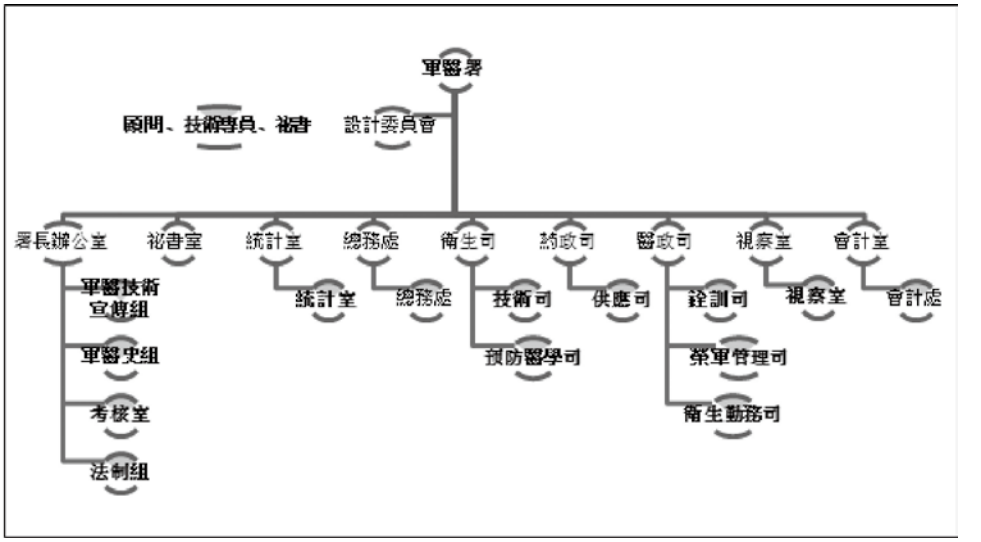
林可勝執掌軍醫署之前，軍醫署計有署長辦公室、秘書室、設計委員會、總務處、醫政司、衛生司、藥政司、視察室、會計室、統計室，共 11 個部門。林接手之後，「推翻了以前只重行政不重技術的那種偏廢的組織」，將技術加入進來。軍醫署去除設計委員會，將醫政司分為衛生勤務司、榮軍管理司、銓訓司，衛生司分為技術司、預防醫學司，藥政司改為供應司，另外增設軍醫技術宣傳組、軍醫史組、考核室、法治組等單位。各處以下均分科辦事。技術司和預防醫學司最為細分，各有八個科，「這兩個司包含地一切，皆是軍醫的技術，從防疫、保健、治療一直到復健，都須處之於這兩個司的策劃」。這種改變被認為是「一次革命」。[18] 不僅表現出在技術方面的加強，對人員的訓練補充、作戰及後勤支援也重視起來。

16 “The Chinese Army Medical Service” February,1938,《林可勝檔》23010001；〈軍政部大事記（四）：民國三十三年以前之軍醫部分〉，國史館《陳誠副總統文物》008-010706-0027-001

17 盧致德，臺北國史館《軍事侍從室檔案》。

18 Lim, ABMAC Report No.20, October 29,1945,folder “Army Medical Administration：Robert Lim Reports 17-22”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University；陳立楷〈軍醫的現在和將來〉，見《軍醫月刊》第 1 卷，1947 年第 1 期，頁 3-6。

圖 21：軍醫署本署組織結構變化圖 [19]



資料來源：Lim, ABMAC Report No.20, October 29,1945,folder “Army Medical Administration：Robert Lim Reports 17-22”,box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University；陳立楷〈軍醫的現在和將來〉，見《軍醫月刊》第 1 卷，1947 年第 1 期，頁 3-6；〈軍醫署組織系統表〉，中央研究院近代史研究所《林可勝檔》，14002002-14002003。

新的軍醫署「負擔的任務主要五種：確定軍人的體格和標準；以適當的防疫、保健、治療、復健的措施，保持軍隊的作戰力；組織訓練各種衛生單位，以供勤務及作戰部隊的需要；供應軍醫業務所需的標準器材和裝備，以期保證國防策略所需的全盤軍事供應而能完滿無缺；按健康觀點，決定軍人口糧的適當內容。」[20] 和之前的軍醫署相比，新的機構設施通過研究決定軍人的體格標準，篩選士兵；以最新的技術改進和統一衛生設備、器材；明確了衛生單位與軍事的配合方式；依照保健的觀點厘定兵食營養的標準；規範傳染病的管制和完善防疫設施。這些都體現出林可勝力圖用更為科學的方法著重軍隊的健康和保持軍隊的作戰力，打造軍醫的現代化。[21]

19 粗體部分為林可勝相應改編之後的軍醫署組織結構，不表示隸屬關係。
20 陳立楷〈軍醫的現在和將來〉，頁 3-4。
21 陳立楷〈軍醫的現在和將來〉，頁 4-6。

軍醫署本署機構調整之外，林可勝為配合反攻，重組軍隊醫療組織。為響應總司令裁員的號召，對下屬組織也進行縮編裁汰，同時要求徵調所有近幾年畢業的和即將畢業的醫學生和護校生、30-50% 的開業醫生以及 10-15% 的政府公職醫療人員，為軍隊服務，替換不合格的軍醫。重組分步進行，首先從西南地區開始嘗試，同步培養人員。教育機構也是重組內容，衛訓所和軍醫學校是當然的目標。衛訓所及其分所以及 3 個軍醫預備團計畫聯合成「陸軍衛生勤務訓練所」，組成多個示範衛生大隊，訓練軍隊各種人員的衛生勤務，地點在貴陽、軍訓基地以及一些軍醫院。發展穩定之後還將開始衛訓所的各種課程包括分期教育。林可勝計畫用五年時間完成軍醫的現代化——2 年抗戰，2 年恢復，1 年起步。[22]

軍醫學校和它的兩個分校也進行整合，分校學生加入總部，不需要的人員和設備進入軍醫院。軍醫學校主要培養常規醫學、牙科、護理以及製藥學人員，和教育部水準一致。軍醫學校和教育部的醫學畢業生需要進入陸軍衛生勤務訓練所或者中心、訓練醫院進行衛生勤務訓練。在師資允許的情況下，林還考慮在陸軍衛生勤務訓練所和軍醫學校同時開設研究生教育課程。[23]

就在林可勝每天熬夜制定和完善這個五年計劃之時，[24] 日本投降的消息傳來。全盤計畫打亂重來。[25] 變化部分主要是配合整軍復員計畫，加大兵站衛生機關的縮編，僅保留部分總醫院和後方醫院，確保每個省有一個總醫院或者後方醫院。增加的部分是調整各榮管機構的配設，裁撤休養院數十個改為臨教院，派送優秀軍醫出國進修，統一各種醫院器材、供給、記錄以及人員素質，使之逐步標準化。[26] 在教育方面，仿照美軍，將陸軍衛生勤務訓練所、軍醫學校和醫學實驗

22 Lim to Van Slyke, February 27, 1945; Lim to Van Slyke, May 13, 1945, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 11-16”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

23 Lim to Van Slyke, February 27, 1945, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 11-16”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

24 Lim to Tsing Ying, May 30,1945, 《林可勝檔》19003012

25 Lim to Effie and Jimmie, August 22,1945, 《林可勝檔》19004029

26 “Direction of Medical Service: C.S.F”, October, 1946, 《林可勝檔》06002007；陳立楷〈軍醫的現在和將來〉，頁 3-6。

室合併成為「國防醫學中心」，負責軍醫和其他醫學校的戰地醫療訓練課程，進行例如 X 光、臨床檢驗分析、衛生工程等高級技術訓練課程，培養醫療供給人員以及建立管理一個大型醫療供給材料庫。[27]

除了重組軍醫署的各級組織之外，林可勝還忙於和美國軍醫顧問開會、接收華中、華北、華東日本軍用醫療物資、軍人復原，最讓他頭疼的是在運輸工具極度缺乏的情況下，將大後方的衛訓所、軍醫學校、疫苗工廠和血庫等遷回上海。[28]

在辛苦了 8 年，事業經歷了多次起伏之後，林可勝一邊安排著軍醫署的工作，一邊也在考慮著辭職，休息一段時間。[29] 但是國共戰事再起。於是「綏靖區」衛生機構停止縮編，並於戰事發生地附近增設運輸機關。[30] 每個集團軍整編一個衛生大隊，包括總部、下屬連部、汽車連、醫院、獸醫連。每個戰略要點設一個衛生大隊，一個實習醫院、一個後方醫院和一個總醫院以及一個材料分庫。[31] 國防醫學中心組成模範衛生營，負責訓練軍隊中的衛生大隊。[32] 1946 年 3 月起陳誠擔任海軍署署長（後改為國防部海軍總司令），林可勝即被任命為海軍醫務處處長，[33] 於是又開始統一海軍衛生機構的編制和補給。[34]

27 Lim to Genral Norman T. Kink, April 8,1946,folder “Army Medical Admistration:Directorate of Medical Service”, box 2; “Report of Army Medical Field Service School for August 1945-March 1946”, folder “EMSTS: Army Medical Filed Service School 1942-1946”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

28 Lim to Tsing Ying, October 11, 1945, 《林可勝檔》19003011。“Report of Army Medical Field Service School for August 1945-March 1946”, folder “EMSTS: Army Medical Filed Service School 1942-1946”, box 8, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University. 血庫是 1943 年 ABMAC 捐給軍醫署的，1944 年全套設備和培訓過的人員運到了中國，安置在昆明，1944 年 7 月試運營。（ “Summary of A Report Made by Robert K. S. Lim on the Chinese Blood Bank”, folder “Blood Bank 1945”, box4, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.）

29 Lim to Tsing Ying, August 22,1945, 《林可勝檔》19003012

30 陳立楷〈軍醫的現在和將來〉，頁 3-6。

31 “Preparation of Plan for Training of Medical Personnel in Conformity with the Program of U.S. Aid to China”, 《林可勝檔》23018003

32 陳立楷〈軍醫的現在和將來〉，頁 3-6。

33 張朋園、沈懷玉合編《國民政府職官年表（1925-1949）》，頁 171。

34 陳立楷〈軍醫的現在和將來〉，頁 3-6。

1946 年林可勝先後被授予干城甲種一等獎章一座、忠勤勳章、四等雲麾勳章各一枚以及美國的自由勳章。[35] 同年 6 月 5 日林可勝被任命為國防部聯合勤務總司令軍醫署署長。[36] 種種嘉獎和任命都代表了對林工作的肯定。

林可勝此時因為位居軍醫署署長，擁有了對大部分軍隊醫療機構進行改革的權利，可以將他之前在衛訓所的經驗推廣到軍隊中，一定程度上有利於改善軍隊醫務，推進現代醫學在軍醫中的發展。有人就認為，是林可勝改變了中國軍醫一直以來臭名昭著的形象，使其走上研究型道路。[37]

同樣因為擁有了軍醫署署長的權力，林可勝在基本規劃好軍醫署的工作之後，可以大刀闊斧地改革一直以來都讓「外人」棘手的軍醫教育，精心籌備起上海江灣國防醫學中心。

第二節　組建國防醫學院

國防醫學院是戰時衛生人員訓練所的延續，也是林可勝長久以來未能落實的教育理念的實踐。

組建一個國防醫學中心的想法源於對美國軍醫組織的學習。林可勝認為軍醫學校是中國特有的產物，未來的發展應該和美國一樣，沒有專門的軍醫學校，而是在需要時將民用醫學人才聚集到某幾個中心，加以陣傷醫學、衛生勤務培訓。但是鑒於目前中國民用醫學人才遠遠不夠，有必要在軍隊中自己養成軍醫，戰時為軍隊，平時為民用醫療服務。這和衛訓所「6 年分期教育」的基本理念是一樣的。基於現有的軍隊教育單位，零散且水準參差不齊，有必要集中師資設備，將

35 〈頒發干城甲種一等獎章證書〉，〈勝利勳章證書〉，〈四等雲麾勳章證書〉，《林可勝檔》09007022，09007007，09007014；George E. Armstrong, “Robert Kho-seng Lim/Lin Kesheng: Doctor, Soldier, Patriot”, Watt, ed., Health Care and National Development in Taiwan 1950-2000:16.

36 〈聯勤軍醫署署長簡任狀〉，《林可勝檔》09007008。

37 阮日宣〈林可勝永垂不朽〉，見《新聞天地》，1969 年 8 月 9 日，頁 19；《中央日報》，1952 年 5 月 13 日，林可勝，臺北國史館《軍事侍從室檔案》。

其整合為一個大型的軍醫教育研究中心。[38]

各部衛生人員集中訓練的想法於 1946 年 1 月獲蔣介石批准，開始籌備討論，酌情儘量縮減人員。1946 年 10 月林和美國軍事顧問團商討後，最終定下「國防醫學中心」的雛形，後改名為「國防醫學院」。預計三年完成裝備配置，五年師資到位。1946 年 8 月第一批軍用衛生人員派出國進修，共計 114 人，90 人前往美國軍醫機關，24 人在美國醫學院。[39] 1947 年 3 月林可勝被任命為國防醫學院院長，盧致德和原軍醫學校校長張建同為副院長。[40] 1947 年 5 月 16 日軍醫學校、衛訓所和血庫、疫苗工廠完成合併，組成國防醫學院。為儘快滿足 150 萬人的常規軍醫療需求，確保質的精進和量的增加同步，國防醫學院擴大招生，並且分門別類進行培養，以緩解合格醫師培養緩慢帶來的醫療需求空缺。共有醫、牙、藥、護各科臨床治療以及預防醫學部門人才，與衛生工程、衛生檢驗、衛生裝備、衛生行政人員等八類，分為小學士兵、軍士、技術准尉、高中、大學、進修六級。各類各級人員之數量成為一定比例，平衡發展，互相配合，滿足整個軍醫業務所需要。[41]

國防醫學院對師資和重要幹部進行甄選，考核嚴謹，唯才是舉，聘用的「多屬彥俊」。[42] 其課程設置和衛訓所設計的類似，首先學習常態的人體，然後是病態的人體，最後一個階段是診斷治療預防，以期縮短教學時間。實習的地方分三種，衛生大隊操練野戰和預防醫學，總醫院練習臨床和護理，材料庫練習供給。[43] 以訓練、示範、練習和研究發展為一整套模式，使得教學應用融會貫通，培養和發展相輔相成，「樹立一前所未有之進步軍醫教育中心制度，以開其他各部衛

38 林可勝〈建立現代國防軍醫的理論與實際（上）〉，見《軍醫月刊》第 1 卷，1947 年第 1 期，頁 2。

39 林可勝〈建立現代國防軍醫的理論與實際（下）〉，見《軍醫月刊》第 1 卷，1947 年第 3 期，頁 4。

40 〈軍醫署署長簡任狀〉，《國防醫學院第二號公報》，《林可勝檔》09007016，23018002。

41 《國防醫學院第二號公報》，《林可勝檔》23018002。

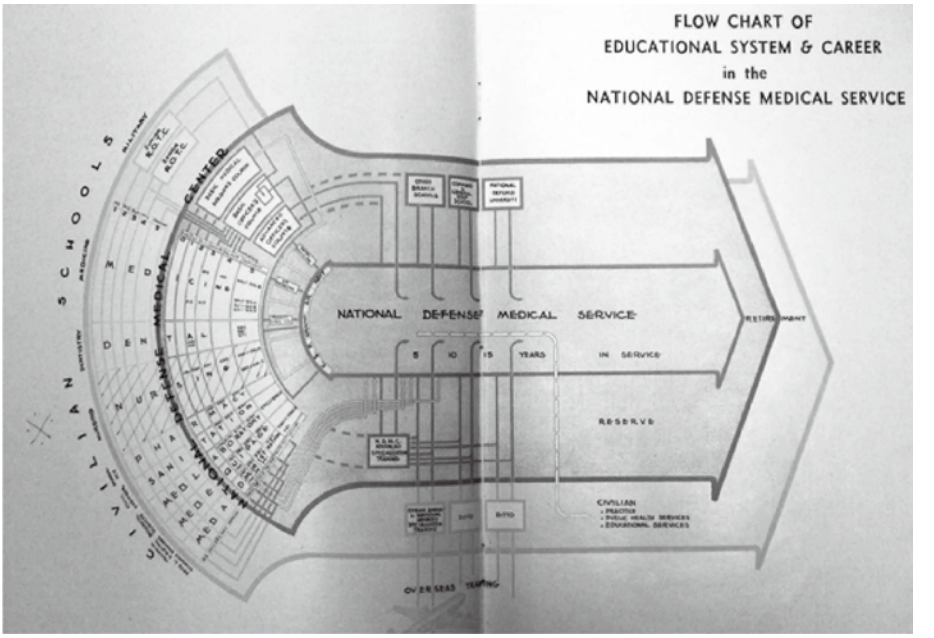
42 國防醫學院院史編籌委員會編《國防醫學院院史》，頁 32。

43 “The National Defense Medical Center”,May 6, 1947，《林可勝檔》02013025。

生人員訓練集中訓練之先河，而供民政衛生方面之借鏡。」[44]

上述從基礎開始訓練的「養成教育」以外，國防醫學院還對在職軍醫人員進行「召集教育」。將在職軍醫官招來國防醫學院進修，同時派出模範衛生大隊，在各地訓練中心操練軍醫士。國防醫學院的學生和軍醫預備團的成員將同在職軍醫官和士兵進行替換學習。[45] 國防醫學院的課程安排和組織參看圖 22：國防衛生業務中之教育系統暨衛生人員事業進展圖和圖 23：國防醫學院 1947 年組織結構圖 。

圖 22：國防衛生業務中之教育系統暨衛生人員事業進展圖



44 “Classification of Officers in Medical Service”,《林可勝檔》23018002。

45 “Preparation of Plan for Training of Medical Personnel in Conformity with the Program of U.S. Aid to China”,《林可勝檔》23018003。

圖 23：國防醫學院 1947 年組織結構圖

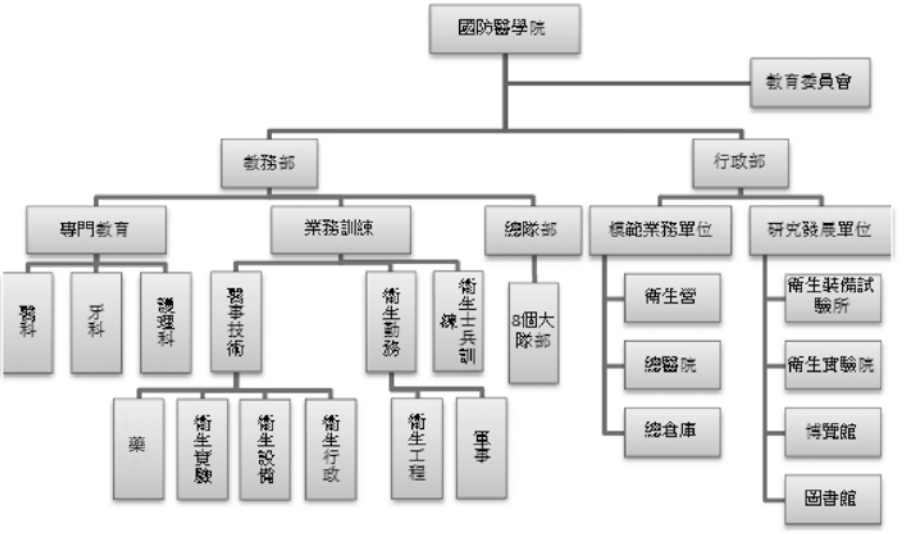


圖 22 和圖 23 資料來源：《國防醫學院第二號公報》，國防部聯合勤務總司令部軍醫署，1947 年，頁 5-7，folder “Army: General Medical”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

國防醫學院的組建從一開始就面臨了很大的阻力。衛訓所和軍醫學校一直以來就存在矛盾。1942 年衛訓所試圖進行「6 年分期教育」就被軍醫學校反對。此次以林可勝為國防醫學院院長，衛訓所的人員和機構「反客為主」，[46] 必然受到軍醫學校及其校友的反對。同時林可勝對軍醫署和現職軍醫人員的清理，也造成軍醫學校畢業生對其的抵制。[47] 他們煽動軍醫學校在校生，引起學潮，學校、國防醫學院副院長盧致德的家外以及林可勝的辦公室外一度被貼滿了海報。[48] 還有人給上海和南京的報紙發匿名文章，攻擊林可勝。[49] 雖然軍醫學校此時已經不再

46 張麗安《張建與軍醫學校：兼述抗戰時期軍醫教育》，頁 5。
47 Lim to Jimmie, April 26,1947,《林可勝檔》18004048。
48 Lim to Jimmie, June 1,1947,《林可勝檔案》18004046。
49 林可勝來函，1946 年 1 月，〈各種建設匯輯〉，國史館《陳誠副總統文物》008-010202-0062-001

直屬軍政部，而是隸屬軍醫署，林可勝作為軍醫署長，對其有絕對的領導權，而且掌握著學校的經濟命脈。但是直到國防醫學院正式成立的當天，學校學生依舊喧鬧不止，軍政部部長陳誠親自到場，警告鬧事學生將以軍法論處才將學潮鎮壓下去。[50]

除了不甘心讓林可勝和衛訓所的人員領導軍醫學校以外，林可勝想要廢棄專科和藥科，也是引來反對的原因。[51] 軍醫學校的專科是 1940 年為了補充戰時軍醫人員開始招收的，其模式和衛訓所的分期教育類似，只不過時間較短，品質難免次要。無論是戰前還是戰時，林可勝一直堅持醫科人員品質，寧願多培養輔助人員也不願縮短醫科的培育年限。此次取消專科也就可以理解了。專科開辦於 1940 年，根基並不太紮實。相對來說，真正來勢洶洶的是軍醫學校的藥科。軍醫學校藥科初建於 1908 年，是中國最早的藥學專科。1919 年升級為司藥本科，1928 年延長學制到 4 年。[52] 這個專業是除了醫科以外，軍醫學校最老牌和引以為傲的。到 1943 年為止共計培養了 500 多人。[53] 戰時下設 6 個系，擁有「醫藥學界素負盛名之主任教官 27 人，教官 31 人」，1941 年又成立藥品製造研究所，由藥科科長張鵬翀擔任。[54]

林可勝並沒有因為這是軍醫學校的傳統科目而將其重視。在林可勝看來野戰區不需要藥房和藥劑師，護士和裹傷患受過訓練都可以擔負藥劑師的工作。當前，除了大型醫院的藥房，每個軍隊中都一個藥房，擁有一到數名藥劑師，完全沒有必要，因此需要裁汰。[55] 美國的藥物價廉物美，購買來用就可以了。[56] 軍隊

50 Lim to Jimmie, June 1,1947,《林可勝檔》18004046。

51 張麗安《張建與軍醫學校：兼述抗戰時期軍醫教育》，頁 420，423。

52 張鵬翀〈陸軍軍醫學校藥科之自我介紹〉，《軍醫通訊》1939 年第 3 期，第 2 頁。

53 Kim Cheung, “The Army Medical College”, July,1943,folder “Army Medical College”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

54 張建〈卷頭語：四十年來軍醫教育的發展〉，《軍醫雜誌》第 2 卷，1942 年第 3&4 期，頁 221。

55 “The Chinese Army Medical Service”, February, 1938, 23010001. “Plan of Army Medical Service”，October 29,1945, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 17-22”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

56 張麗安《張建與軍醫學校：兼述抗戰時期軍醫教育》，頁 421。

不需要自己生產藥品，小規模生產的高成本會入不敷出。[57] 藥物生產，可以利用民間資源，鼓勵民營，因為他們有商業競爭，會全力研究新的方法和技術，易於改進產品而臻於現代化。[58] 美援也不支持製藥工廠的設立。[59] 在美國的軍醫系統內沒有專門的藥科，[60] 林可勝仿照美國系統打造的國防醫學院，自然也就沒有給予藥科相當的重視。在 1947 年的國防醫學院組織結構圖中（圖 23：國防醫學院 1947 年組織結構圖）可以看到，藥科被歸為醫事技術科之下，低於醫、護、牙三科，原有藥科的很多教員也被分散到其他方向去。[61]

「重醫輕藥」的不僅僅是林可勝一人。早在 1934 年劉瑞恒接手軍醫學校時，就曾縮短藥科修業年限到 3 年，「減少學生名額，刪除專門之學科，限制實習費用，分散原有的器材，認為藥科學生只能為軍醫司配置調劑之已足」。[62] 1945 年的 ABMAC 中國委員會上朱恒璧也提出刪掉全部醫學校藥科的預算。[63] 這三人同屬英美醫學教育出身。1947 年教育部也打算將藥學本科降等專科。全國藥科學生聯合會和軍醫學校藥科學生於是開始請願、罷課、召開記者招待會和登報。[64] 在龐大的聲勢之下，最終到 1949 年國防醫學院藥科和醫、護、牙科並立，師

57 Lim to Van Slyke, October 29, 1944, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 1-10”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

58 林可勝〈建立現代國防軍醫的理論與實際（上）〉，頁 2。

59 Allen Lau to Helen K. Stevens, folder “ABMAC Program 1947-48”, box25, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University

60 “Army Medical Service Program”, April 19,1946,《林可勝檔》06002006

61 張麗安《張建與軍醫學校：兼述抗戰時期軍醫教育》，頁 219-220。《國防醫學院第二號公報》，國防部聯合勤務總司令部軍醫署，1947 年，頁 5-7, folder “Army: General Medical”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

62 張鵬翀〈陸軍軍醫學校藥科之自我介紹〉，第 2 頁。

63 Minutes of 24th Meeting of ABMAC China Medical Committee, May 24,1945, folder “Army Medical Administration: Robert Lim Reports 17-22”, box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

64 張麗安《張建與軍醫學校：兼述抗戰時期軍醫教育》，頁 422；〈軍醫學校藥劑班學生呼籲廢除「軍事管理」〉，見《中國學生導報》，1945 年 23 期，頁不詳。

資也絕大部分恢復原班人馬。[65] 不過高層中，原軍醫學校校長張建的左右手于少卿和張鵬翀相繼離職，學校的大多數科目的負責人都是林可勝帶來的或者提拔上來的人。[66]

為了緩解和軍醫學校人員的矛盾，林可勝提出選送一些德日派的領袖人物去美國公費進修，希望能夠打破派別的界限。[67] 張建就是其中之一。在美國進修之後張建認為現有的中國醫學課程需要改革，應該大量壓縮授課時間延長實習，不僅是在臨床階段，在臨床前階段也是。[68] 然而不少德日派去到美國之後英文跟不上，學習很吃力。[69]

國防醫學院的風波剛剛壓下，軍醫署又出問題。軍醫署的各衛生單位時有發生醫患衝突或者上下級矛盾，例如克扣糧餉、貪汙、爭吵、鬥毆等等，讓林可勝不勝煩擾。[70] 軍醫署內部，由於林經常呆在上海整理國防醫學院，軍醫署副署長吳麟孫坐大，想要取林而代之。[71] 吳向軍務局局長俞濟時報告軍醫署有購藥款未向國防部報備；軍醫署供應司司長胡會林的專業和藥品無關，又兼任上海材料總庫庫長，近期還要派至美國，很不妥當。[72] 軍務局的調查結果是軍醫署確實存在購藥款項申報不及時和列報不清的情況，胡會林採購涉嫌徇私舞弊；林可勝對美

65 《1949 年國防醫學院畢業同學錄》，上海檔案館 Y6-1-99。

66 《國防醫學院專科部醫十期畢業同學錄》，1948 年，上海檔案館 Y6-1-98；《1949 年國防醫學院畢業同學錄》，上海檔案館 Y6-1-99。

67 Minutes of the First Meeting of the China Advisory Committee, ABMAC, April 19,1947, folder "Committee-Chinese Advisory(1943-1946):Special Agency", box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

68 "News of ABMAC Fellows", ABMAC Bulletin, Vol. X , no.1(1948),pp.2

69 Minutes of the First Meeting of the China Advisory Committee, ABMAC, April 19,1947, folder "Committee-Chinese Advisory(1943-1946):Special Agency", box 2, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

70 《聯合勤務總司令部軍醫署卅六年（四月 - 十一月）工作日記》，《國防部史政局》，臺北檔案管理局 0036/159/1217.6。

71 陳勒〈林可勝會垮臺嗎？〉，見《新聞天地》第 53 期，1948 年 12 月，頁 18。

72 〈蔣中正總統文物——一般資料一呈表彙集 113〉，1947 年 10 月 3 日，臺北國史館《蔣中正總統檔案》002-080200-540-020。

國捐款處理不當，對胡會林失察，「擬從輕記大過一次處分。」[73] 而林可勝得到軍政部部長陳誠非常堅定的支持，為其開脫，最終免於處議。[74] 疲于應付工作和糾紛的林可勝最終還是向蔣介石提交了辭職，希望回歸教學和研究崗位，但是辭職一直沒有得到批准。[75]

1948 年底，戰爭局勢對國民政府不利，國防醫學院奉令向臺灣搬遷。好不容易在上海安頓下的國防醫學院，又要變動，這讓包括林可勝在內的很多工作人員感到沮喪。學院分成教學和醫院兩組，教學組首先向臺灣轉移，醫院組留下照顧傷患。到 1949 年 3 月學院全部設備和人員抵達臺灣，但是因為不想離鄉背井，學生減少了一半，三分之二的教員流失，其中包括很多自抗戰初期就跟隨林可勝的人員，例如國防醫學院內科主任周壽愷、普外科主任汪凱熙、放射學主任榮獨山、細菌學習主任林飛卿、基本衛生訓練科科長薛蔭奎等。[76]

在一片混亂中，林可勝一面安頓國防醫學院的住宿和教學，以及一直追隨自己到臺灣的圖雲關同僚；一面協調傷患的救護，同時再度萌生了退意。他拒絕了孫科的邀請，不願意出任衛生部部長。他還瞭解到共產黨也有意邀約他出任衛生部門負責人。林可勝不想又就此捲入政治漩渦中。[77] 為了讓國民政府儘快放他離開，他向美國的朋友請求從中幫助，[78] 1949 年 5 月國民政府准許林可勝暫離一

73 〈蔣中正總統文物——般資料—呈表彙集 113〉，1947 年 12 月 19 日，臺北國史館《蔣中正總統檔案》002-080200-540-189。

74 〈蔣中正總統文物——般資料—呈表彙集 116〉，1948 年 3 月 8 日，臺北國史館《蔣中正總統檔案》002-080200-543-282。

75 Lim to Jimmie, April 4,1948,《林可勝檔》18004031。

76 Lim to Allen, December 12,1948,14008024;Lim to Jimmie, December 20,1948,《林可勝檔》18004005;Lim to Jimmie, March 1 ,1949,《林可勝檔》18004004;Lim to Jimmie, May 22,1949,《林可勝檔》18004002。

77 Lim to Jimmie, December 20,1948,《林可勝檔》18004005;Lim to Jimmie, March 1,1949,《林可勝檔》18004004。

78 Lim to Jimmie, March 1,1949, 《林可勝檔》18004004。

年。就這樣林離開了他嘔心瀝血的國防醫學院，學院由盧致德為代理院長，全權管理學院。[79]

小　結

脫下了衛訓所制服的林可勝，在極度依賴外來資源的抗戰時期，憑藉自身和英美，特別是軍方的良好關係而再度崛起。借助戰時的特殊情況，林可勝有機會自上而下整頓軍隊醫療系統，推動其現代化；並將獨立發展的軍醫學校整合到英美派為主的衛訓所之中。從林可勝對國防醫學院的設計可以看到，當中包含了很多林一直以來的教育理念，對藥科和專科的廢棄，是其根深蒂固的英美式精英教育的體現。雖然派別的勢力依舊欲將林可勝推翻，軍方在戰時的強權一路為林保駕護航。林可勝從而實現了劉瑞恒戰前對政府系統中德日派醫學的滲透，但是也最終因為身心疲憊而遠赴美國。

儘管官方和國外殊榮諸多，林可勝在 1948 年再一次得到國內學術界的肯定，他全票通過，當選中央研究院第一屆院士。在這次遵守學術規範、重視學術標準、堅持民主原則的評選中，共有 81 名中國頂尖各類學術人才當選，其中僅有 9 人全票通過。[80]

編者註：第一屆中研院院士，從 510 位推薦者中，初審 402 人，經過初步選舉減至 150 人，原定計劃只有 100 人當選；角逐結果，當選院士 81 人，數理組 28 人，生物組 25 人，人文組 28 人；僅薩本棟、林可勝、胡適等 9 人，全票當選。

79 Lim to Jimmie, May 22,1949, 《林可勝檔》14008005; O.K.Khaw to Agnes M. Pearce, July 3,1949,folder 826,box 114,CMB Inc., RF,RAC.

80 郭金海〈1948 年中央研究院第一屆院士的選舉〉，見《自然科學史研究》第 25 卷，2006 年第 1 期，頁 43-44。

八、總　結

1955

第八章　總結

作為個人而言，從 1924 年來到中國，至 1949 年前往美國，林可勝在中國工作的 25 年裡，為民國現代醫學的發展作出了重要的貢獻。他通過刻苦的鑽研，在胃腸生理學領域取得了世界矚目的個人成就，他嘗試分離「腸抑胃素」，被認為是中國人發現的第一個激素，成為國際上公認的經典研究。在他的帶領下，協和生理系在腸胃、血管、神經相關的消化生理學、循環生理學、神經生理學等方面進行了世界前沿課題的研究，不但填補了中國現代生理學的大量空白，而且拉近了中國生理學和世界先進國家的距離。他創建中國生理學會，發行學術雜誌，將現代生理學廣植於中國的土壤，並且和世界接軌，因而被譽為中國現代生理學的奠基人。在教學上，他依靠協和醫學院生理學系的平臺，建立起一套理論和實驗相結合的現代化醫學人才培養方式，並向全國輻射。1949 年之後大陸和臺灣生理學界甚至醫學界的主要負責人很多受到林可勝的栽培。例如臺灣國防醫學院的主要負責人盧致德、柳安昌、彭達謀、楊文達；在大陸，中國科學院生理生化研究所所長、大陸生理學界的帶頭人之一的馮德培，中國神經生理學的泰斗侯宗濂、中國科學院院士王志均等等。林可勝培養的這些人，不僅僅為中國現代醫學的研究，更多為中國現代醫學的教育做出了諸多努力。因為在生理學領域的突出貢獻，林可勝成為了中國西醫界的領袖人物。1928 年之後，林可勝積極利用他的經驗和影響力，幫助中華醫學會和民國政府衛生部門團結西醫團體，規範和提高醫學教育，想法設法在全國範圍內推廣惠及全民的現代醫學。他提議的大學醫學課程，成為協和以及教育部醫學課程制定的基礎，並且也是 1949 年之後大學醫學課程參考的主要對象。[1]

1937 年抗日戰爭之後，林可勝投入了中國戰時救護的艱苦工作中。相對於其他同等的醫學工作者，林可勝是極少數放棄了優渥的職位，也沒有貪圖後方的

1　〈高等醫學教育醫科分系時數總數〉1951 年，《聖約翰大學》，上海市檔案館 Q243-1-541。

安逸，勇敢地在前線工作的醫界精英，也因此十分具有號召力，身邊集結了一批學術水準極高的醫療人員。林可勝克服和忍受著無數地困難，憑藉其優秀的計畫能力、遠見、想像力和創造力，領導中國紅十字會救護總隊，將現代醫學的優越性展現、服務於軍民；而且授人以漁，組建戰時衛生人員訓練所，培養了大量現代軍隊醫護人員，並為戰後醫療儲備人才和機構。救護總隊和衛訓所兩個組織共同合作，既降低了傷亡率，保存了抗日軍隊戰鬥力，同時促進了現代醫學在中國的發展。1945 年，因為他對戰時救護表現出的傑出才能和重要貢獻，被任命為軍醫署署長，就此將現代醫學知識灌輸到軍隊醫學教育和整個軍醫系統中，經過他的整理，不僅培養出軍隊急需的各類合格醫務人員，充實了軍醫院設備，而且奠定了軍隊醫學講求研究水準的基調，改變了以前軍醫不齒於醫界的狀況。

但是林可勝也存在缺點。首先是其往往規劃龐大，求全責備，不切實際。從頁 145 的圖 12 衛訓所組織圖就能夠看出，一個臨時的訓練機構，竟然擁有軍需室、文書室、教育材料室、動力室、印刷室、攝影室、建築工程室、編譯室等龐大的後勤機構。他的「6 年分期教育」也是如此，幾乎囊括了所有種類的醫學人員培訓，教學內容廣泛，課程異常緊湊，讓各方面都很難相信可以順利進行。林可勝曾經積極地向 ABMAC 要求在中國設立一個疫苗工廠，後來 ABMAC 還給中國籌設了一個血庫，但是當所有的設備和人員準備就緒之後，才發現地方上根本沒法提供相應的水壓、電力和燃料等配套條件。[2] 龐大的規劃和不切實際的做法直接帶來的是預算的壓力。林可勝偏偏在財務上也不善打理，不顧 ABMAC 的能力提出龐大的預算，日常對於單據和報銷等不甚重視，[3] 還曾在預算申請中出現打字錯誤。[4] 資金以外，林可勝也不太擅長管理，凡事親力親為，例如每次他改組救護總隊分隊的時候，都會親自去戰區，耗費好幾個月，才能完成。一邊

2 “Summary of A Report Made by Robert K. S. Lim on the Chinese Blood Bank”, folder “Blood Bank 1945”, box4, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

3 張朋園訪問《周美玉先生訪問紀錄》，頁 146。

4 Lim to Van Slyke,January 25,1946,folder 891,box 123,CMB Inc.,RF,RAC.

是越來越龐大的組織，一邊是自身管理能力有限，也沒有培養起得力的次級管理梯隊，危機不可避免。[5] 當林可勝陷於緬甸，和中國音訊全無之際，林身邊的人群龍無首，人心浮動，給此時到訪的 ABMAC 中國辦事處負責人巴克曼以惡劣印象。巴氏由此不斷搜集批評意見，導致 UCR 對林在整體專案控制能力上表示懷疑，進而削減了衛訓所的預算。國際上也開始質疑林可勝的工作。另外林可勝的性格十分固執，又不諳官場規矩，在和紅會會長王正廷的矛盾當中表現明顯，最終激怒王氏將其架空，迫其從親手組織的救護總隊辭職。甚至在和劉瑞恒的相處中，林也出現過因為劉沒有滿足他的要求，而跳過劉，直接和上一級聯繫的狀況。[6] 林可勝這些不足不但阻礙了其自身的職業生涯，也直接影響了救護總隊和衛訓所的工作，進而影響到中國現代醫學的順利發展。

另外需要指出的是，林可勝在戰時救護事業的成功和存在的問題也與他的華人背景密不可分，在戰爭開始之際，劉瑞恒即是看重他潛在的人際網路，請他擔任聯絡官。在其接手紅十字救護總隊之後，很多華人華僑以及海外捐贈紛紛慕名而至，幫助其很快將救護工作擴大，並支持他一路堅持創辦和發展衛訓所，改革中國軍醫。也正是林可勝掌握著這一特殊的資源，使得其可以不受紅十字總會控制行事，且受到國民政府重視。然而同樣因為他華人的身份，不善中文，導致其不諳中國官場規則，不能很好地處理救護總隊和紅十字總會、衛訓所和軍醫學校、甚至和衛生署、教育部醫學教育委員會之間的矛盾，引發了他職業生涯中的數次起伏，並最終避居美國。

從林可勝看到的中國西醫群體而言，其內部存在多種矛盾與分歧，是民國現代醫學發展的絆腳石。以林可勝的經歷，可以看到中國西醫內部存在著以受教育國別來區分的英美派和德日派。他們的形成和不同殖民主義對中國的文化侵略有

5 管理有問題是很多人詬病的，包括鄭寶南、易見龍、巴克曼、愛德華茲等，血庫負責人易見龍曾經評價過林可勝喜歡直接插手。

6 ABMAC Medical Committee Meeting, October 22,1946,folder “Committee-Medical Committee 1941-1946”, box 7, Series II, ABMAC, RBML, Columbia University.

關，但是其進入中國之後卻因中國社會而被主動加以利用和改造。中國在從外國學習現代醫學的過程中，不同國家的現代醫學傳播者，有意或無意地通過醫學知識，向中國捆綁銷售著自己的文化和理念，擴大自身國家的影響。於是崇尚科學的現代醫學沒有國界，中國的西醫師卻有了國界。在進入中國社會之後，知識霸權影響之下成型的各派醫者，不知不覺中充當了殖民醫學的二傳手角色，或者為了工作、發展，有意識地複製不同的醫學教育體系，加強各自內部的關聯，強調自身的特點而排他，從而將門戶區別進一步拉大，最終導致林可勝所在的中華醫學會想要統一醫界的理想落空。

公醫制度的實施和醫學教育標準的制定，是 1937 年之前民國現代醫學發展的兩個重要方面，他們當中體現的紛爭進一步證明了西醫內部分歧給中國現代醫學發展帶來的阻礙作用。隨著英美派的代表劉瑞恒掌握了政府衛生部門大權之後，英美派轉而借助現代政權的力量，宣導公醫制度。公醫制度被認為是有政府出面經營醫療，可以解決醫界的派別紛爭，集中且合理地利用中國醫學資源。但是政府沒有經驗，只能四處學習和聽取他國以及醫界人士的意見，慢慢摸索和調整構架。結果因為醫界意見不一，公醫制度的具體實施方案上一直無法達成共識，到 1937 年整個公醫制度只是一個空框架。在統一國家醫學教育標準方面，由於直接牽涉到不同派別的不同教育系統，受到派別矛盾干擾更為嚴重。林可勝數次提出的方案，均受到批評。到 1937 年戰爭爆發，國家也沒有能夠出臺正式的醫學教育標準，規範全國醫學人員培養。

1937 年戰爭爆發之後，隨著局勢的改變，西醫之間的矛盾也發生了改變。雖然英美和德日派的分歧，依舊存在，衛訓所和軍醫學校的矛盾的就是證明。但是隨著醫療資源的日漸缺少，英美派內部也發生的嚴重的分歧，紅十字會、衛訓所、衛生署、教育部醫學教育委員會，尤其是後兩個機構，負責人員金寶善、朱恒璧都是林可勝昔日的友人，分別擔任過中華醫學會會長，都有著推進中國現代醫學的理想。但是在戰時特殊的形勢下，原本齊心協力抗戰建國，發展現代醫學的組織，卻利用各種手段排擠他方，儘量為自身爭取更多的資源，以便各自建功立業。中國醫療組織內部的矛盾牽連了國際援華組織之間的矛盾。不僅造成在預

算撥款方面效率降低，而且給中國醫療救護的國際口碑造成負面效果，援華醫療物資的募捐有所減少，中國的醫療救護事業從而內外交困。

德日派和英美派的矛盾以及在不同場合的轉化只是中國西醫內部分歧的一個縮影，它們共同造成了作為現代醫學發展的主推手，中國西醫無法往同一個方向使力，不僅不能給政府衡鑒，還常常牽絆政府的發展步伐，對民國醫學現代化的曲折發展負有重要的責任。另一方面，這種矛盾和分歧也是殖民地 / 半殖民地自身現代化不可避免的歷史過程，是那個時期中國社會現代化發展緩慢的共性原因之一。

戰時中國現代醫學的發展腳步並沒有停止，雖然此前國民政府主導的相關規劃和工作部分限於停頓，但是戰爭為醫學發展帶來了另外的機遇。林可勝即是利用了戰時急迫的局面，很快組建了並壯大了救護總隊和衛訓所，將戰前備受爭議的規劃在兩個組織中付諸實踐，並通過救護總隊的小隊和衛訓所的分所，將現代醫學知識和意識向全國播撒。1945 年之後更是借助政府力量，將較為先進的英美派醫學推進到之前很難觸碰的德日派軍隊勢力中，甚至將其改組整合進了英美式的醫學教育體系之中，中國的軍醫體系從此步入了一個新階段。

在中國度過了漫長了 25 年之後，因為長期過勞，林可勝厭倦了醫學管理和規劃的工作，想要回歸學術。1949 年將國防醫學院搬遷到臺灣之後，林可勝離開了臺灣，前往美國，回到了自己嚮往和闊別已久的生活——教書、研究。在老友艾維幫助下，林在伊利諾大學擔任訪問學者。[7] 因為收入微薄，林可勝又輾轉幾處。1952 年開始在印第安那州的邁爾斯實驗所（Miles Laboratories）負責醫學實驗室，直到 1967 年查出食道癌才退休。[8] 他後期的主要研究興趣是關於疼痛及止痛的機制。他在美期間，一直和 ABMAC 保持聯繫，關注和幫助臺灣國

7 Lim to Jimmie, March 1,1949,《林可勝檔》18004004; O.K.Khaw to Agnes M. Pearce, July 3, 1949, folder 826, box 114, CMB Inc., RF, RAC.

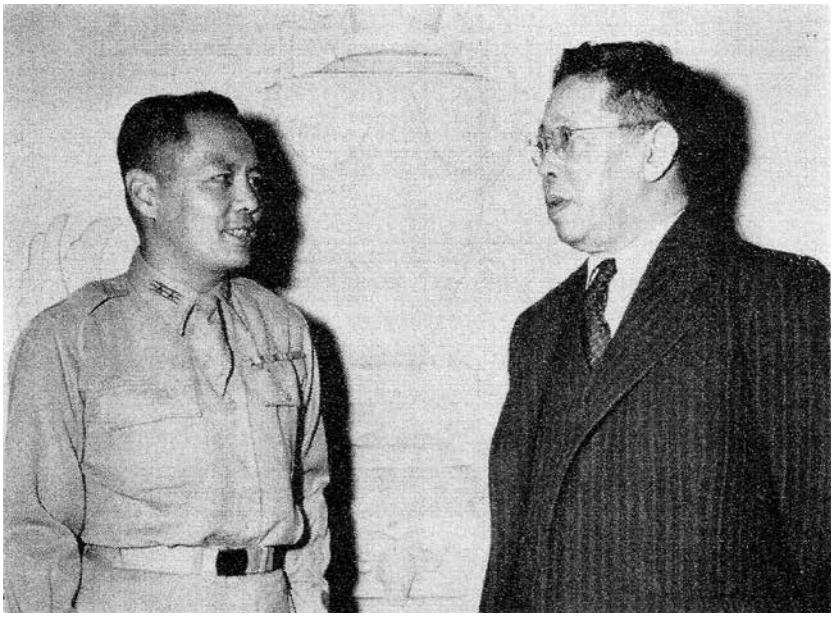
8 “Attending Physician’s Statement-Health Insurance Claims Accident or Sickness”,《林可勝檔》03009002; RKS Lim to Paul Croissam, February 18,1969,《林可勝檔》10001098

防醫學院以及醫學人員的發展，並促成了邁爾斯實驗所捐贈維生素、圖書、醫學設備給臺灣，建立起三個實驗室。1967 年林可勝退休之後還親自到臺灣國防醫學院指導研究。[9] 1969 年 7 月 8 日林可勝在牙買加逝世，去世前的一星期，他依然在為學術期刊努力完成「疼痛」研究的綜述。[10]

本文對林可勝經歷的研究希望能夠給中國現代醫學發展進程的討論，補充一些具象的資訊，從重要人物的貢獻，討論醫學的現代化；從西醫中的一員的經歷，討論既是接受者又是傳播者的中國西醫面臨的問題，由其複雜的內部矛盾和變化入手，為民國醫學現代化的曲折發展尋找解釋。

9 Lim to Oliver R. McCoy, November 1, 1967,《林可勝檔》03015017；陳幸一《珍惜生命的人：悼念林可勝博士》，《中央日報》1969 年 7 月 19 日。

10 Lim to George Krauthamer,《林可勝檔》10012005



林可勝與劉瑞恒 (左)，中國近代醫學史上的兩大巨人，1944 年。

1949 年 6 月底國防醫學院師生列隊送林院長赴美。

九、附錄

林可勝年譜

學術出版

1959

附錄一：林可勝年譜

1897 年 10 月 15 日

出生于英屬海峽殖民地新加坡，父親林文慶，母親黃端瓊。

1905 年

母親黃端瓊因肺炎去世，林可勝被送往蘇格蘭。

1905-1911 年

隨父親友人（巡迴佈道士）在蘇格蘭多地就學。

1911-1913 年

就讀愛丁堡沃森男校（George Watson's College）

1913-1919 年

愛丁堡大學醫學院學習，獲得醫學學士和外科學士。

1914-1916

參加第一次世界大戰，派駐法國英屬印度軍隊，擔任軍醫助手，並且負責新人訓練，也是軍樂隊成員。

1917-1919 年

愛丁堡大學生理學系助教。

1919 年 -1921 年

愛丁堡大學醫學院生理學系研究，1921 年獲得博士學位，導師謝弗爵士(Sir Edward Sharpey-Schafer）。

1919-1923 年

愛丁堡大學醫學院生理學系講師。

1920 年

獲得 Goodsir 獎學金。

7 月 10 日和蘇格蘭造船工程師的女兒 Margaret Thomson 結婚。

1921 年 5 月

長子 Edwards Lim Keng-to 出生。

1923 年

長女林維輝（Effie Lim）出生。

1923 年 8 月 -1923 年 10 月

在美國中華醫學基金會資助下前往德國觀摩進修。

1923 年 11 月 -1924 年 8 月

在美國中華醫學基金會資助下在美國芝加哥大學生理學系研究進修。

1924-1925 年 6 月

北京協和醫學院生理學系訪問教授，代理系主任。

1925-1927 年

參加北京博物學會，擔任顧問。

1925 年 7 月 -1927 年 6 月

北京協和醫學院生理學系襄教授，系主任。

10 月

參加東京遠東熱帶病學會，發表兩篇文章。

12 月

參與協和南苑救護

1926 年 2 月 27 日

發起中國生理學會，1927 年開始發行英文季刊《中國生理學季刊》（Chinese Journal of Physiology），擔任主編。

1926 年

次女 Margaret Lim 出生。

1927-1928 年

中國生理學會會長

1927 年 7 月 -1941 年

北京 / 北平協和醫學院生理學系教授，系主任。

1927 年

2 月次女 Margaret Lim 死于肺炎。

次子林國仁（James Torrance Lim）出生。

10 月 25 日長子 Edwards Lim Keng-to 死於腦膜炎。

1928-1930 年

中華醫學會會長

1929 年

協和醫學院管理委員會成員

1929 年 8 月

么女 Joannie Lim 出生。1930 年代夭折，具體時間和原因不詳。

1930 年

教育部醫學教育委員會委員

1932-1937 年

規劃籌建中正醫學院于江西南昌

1932 年

帶領協和學生奔赴上海救護一二八傷兵

當選為德國自然科學院名譽院士

8 月

參加羅馬第 14 屆國際生理學大會

1933 年 2 月 -5 月

加入紅十字會華北救護委員會，參與喜峰口、古北口等地戰地救護

1935-1937 年

和馬士墩、吳憲組成協和醫學院三人教授管理委員會，代行校長職權。

1935 年 8 月

參加莫斯科第 15 屆國際生理學大學，發表一篇文章，並考察蘇聯國家醫學制度和醫學教育。

1936 年

華北農村建設協進會訓練研究委員會主席

中央研究院評議員

6 月

妻子 Margaret Thomson 因肺炎去世。

1937 年 11 月

中央衛生實驗處副處長

1937 年 12 月 6 日 -1942 年 8 月

成立中國紅十字救護委員會（後更名為中國紅十字救護總隊部），擔任總幹事和總隊長。

1938 年 5 月 -1943 年 9 月

成立戰時衛生人員訓練所，擔任主任。

1940 年 1 月 -1941 年 2 月

中央衛生實驗處處長

1942 年 3 月 -7 月

赴緬甸組織遠征軍救護，率隊成功從胡康河谷、野人山逃生。

4 月

當選為美國國家科學院外籍院士

9 月

辭去中國紅十字救護總隊部總隊長職務

1943 年 5 月

中國遠征軍軍醫監衛生總視察

羅斯福總統頒發軍官勳章

9 月

被解除戰時衛生人員訓練所主任職務

1944 年 3 月

軍醫署戰時衛生勤務設計委員會主任委員

4 月 -9 月

考察學習美國軍隊醫療

10 月

軍醫署副署長，中美聯軍醫療供應中國部門的負責人

11 月

受教育部委託，牽頭籌建中央研究院醫學研究所

1945 年 2 月

代理軍醫署署長

1945 年 4 月 -1949 年 6 月

軍醫署署長

1946 年

先後被授予干城甲種一等獎章一座、忠勤勳章、四等雲麾勳章各一枚以及美國的自由勳章

1946 年 7 月 2 日

迎娶國民黨元老張靜江五女張倩英

1946 年 3 月 -1947 年 6 月

海軍軍醫處處長

1947 年 3 月 -1949

國防醫學院院長

1948 年 3 月

全票當選中央研究院第一屆院士

1948 年 12 月 22 日 -1949 年 1 月 18 日

發佈衛生部部長，因國共內戰，未就任

1949 年 3-5 月

將國防醫學院由上海江灣，分三梯次搬遷來台

1949 年 7 月 -1950

離台赴美，伊利諾大學訪問學者

1950-1951

克瑞頓大學生理藥理系教授兼主任

1952 年 -1967 年

邁爾斯實驗（Miles Laboratories）所負責醫學實驗室

1969 年 7 月 8 日

病逝於牙買加，次子林國仁家中

附錄二：林可勝的學術出版

1918

1. Lim, R.K.S. “Period of Survival of the Shore-Crab (Carcinus Maenas) in Distilled Water.” Proceedings of the Royal Society of Edinburgh 38 (1918): 14-22.
2. Lim, R.K.S. “Experiments on the Respiratory Mechanism of the Shore-Crab.” Proceedings of the Royal Society of Edinburgh 38 (1918): 48-56.

1919

3. Schafer, E.S. and R.K.S. Lim. “The Effects of Adrenaline on the Pulmonary Circulation.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 12, no. 2 (1919): 157-198.
4. LIM, R.K.S. “An Alcoholic Eosin and Methylene-Blue Staining Method.” Quarterly Journal of Microscopical Science 63 (1919): 541-544.

1920

5. Lim, R.K.S. “Neutral Formol as a Fixative for Mucous Membranes.” The Journal of Physiology 53, no. Suppl (1920): ciii.
6. Lim, R.K.S. “The Effect of Thyroid Extract on Tadpoles.” The Journal of Physiology 53, no. Suppl (1920): xxvi.
7. Lim, R.K.S. “A Parasitic Spiral Organism in the Stomach of the Cat.” Parasitology 12, no. 2 (1920): 108-112.
8. Lim, R.K.S. “The Histology of Tadpoles Fed with Thyroid.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 12, no. 4 (1920): 303-316.
9. Lim, R.K.S. “The Thyroid Gland.” Science progress (London) 58 (1920): 243-249.

1921

10. Lim, R.K.S. “A Note on the Brown Granules Found in Some Endocrine

Organs.” The Journal of Physiology 54, no. Suppl (1921): xxix-xxx.

1922

11. Lim, R.K.S., B.B. Sarkar, and J.P.H.G. Brown. “The Effect of Thyroid Feeding on the Bone Marrow of Rabbits.” Journal of Pathology & Bacteriology 25, no. 2 (1922): 228-246.
12. Lim, R.K.S. “A Clip-Forceps for Fixing Cannulie.” The Journal of Physiology 56, no. Suppl (1922): xxix-xxx.
13. Lim, R.K.S. “A Method for Recording Gastric Secretion in Acute Experiments on Normal Animals.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 13, no. 1 (1922): 71-78.
14. Lim, R.K.S. “The Question of a Gastric Hormone.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 13, no. 1 (1922): 79-103.
15. Lim, R.K.S. “The Gastric Mucosa.” Quarterly Journal of Microscopical Science 66 (1922): 187-212.

1923

16. Ammon, S.E. and R.K.S. Lim. “The” Gastrin “Content of the Human Pyloric Mucous Membrane.” The British journal of experimental pathology 4, no. 1 (1923): 27-29.
17. Lim, R.K.S., A.R. Matheson, and W. Schlapp. “A New Gastro-Duodenal Technique.” Edinburgh Medical Journal 30 (1923): 265-275.
18. Lim, R.K.S., A.R. Matheson, and W. Schlapp. “The Effect of Histamine and Gastrin on the Human Gastric Secretion and Alveolar Co2.” The Journal of Physiology 57, no. Suppl (1923): lii-liii.
19. Lim, R.K.S. and S.E. Ammon. “The Effect of Portal and Jugular Injections of Pyloric Extracts on Gastric Secretion.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 13, no. 2 (1923): 115-129.
20. Lim, R.K.S. “The Source of the Proteolytic Enzyme in Extracts of the Pyloric Mucous Membrane.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 13, no. 2

(1923): 139-144.

21. Lim, R.K.S. and N.M. Dott. “Observations on the Isolated Pyloric Segment and on Its Secretion.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 13, no. 2 (1923): 159-175.
22. Lim, R.K.S., A.R. Matheson, and W. Schlapp. “An Improved Method for Investigating the Secretory Function of the Stomach and Duodenum in the Human Subject.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 13, no. 4 (1923): 333-345.
23. Lim, R.K.S., A.R. Matheson, and W. Schlapp. “Observations on the Human Gastro-Duodenal Secretions with Special Reference to the Action of Histamine.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 13, no. 4 (1923): 361-391.
24. Lim, R.K.S. and W. Schlapp. “The Effect of Histamine, Gastrin and Secretin on the Gastro-Duodenal Secretions in Animals.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 13, no. 4 (1923): 393-404.

1924

25. Lim, R.K.S. “On the Relationship between the Gastric Acid Response and the Basal Secretion of the Stomach.” American Journal of Physiology 69, no. 2 (1924): 318-333.

1925

26. Lim, R.K.S., A.C. Ivy, and J.E. McCarthy. “Contributions to the Physiology of Gastric Secretion: I Gastric Secretion by Local (Mechanical and Chemical) Stimulation.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 15, no. 1 (1925): 13-53.
27. Ivy, A.C., R.K.S. Lim, and J.E. McCarthy. “Contributions to the Physiology of Gastric Secretion: II.The Intestinal Phase of Gastric Secretion.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 15, no. 1 (1925): 55-68.
28. Ivy, A.C., R.K.S. Lim, and J.E. McCarthy. “Contributions to the Physiology

of Gastric Secretion: III. An Attempt to Prove That a Humoral Mechanism Is Concerned in Gastric Secretion by Blood Transfusion and Cross-Circulation.” American Journal of Physiology 74, no. 3 (1925): 616-638.

29. Lim, R.K.S. “Gastric Secretion.” The China Medical Journal 39, no. 6 (1925): 505-526.
30. Lim, R.K.S., P.C. Hodges, C.T. Loo, and R.G. Birrell. “The Influence of Constipation and Exercise on the Basal or Interdigestive Secretion of the Stomach.” in 6th Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine. 1925. Tokyo.
31. Chen, T.Y. and R.K.S. Lim. “Note on the Influence of Pituitrin Adrenaline on the Retinal Pigment Cells of Toads.” in 6th Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine. 1925. Tokyo.

1926

32. Lim, R.K.S. and T.G. Ni. “Changes in the Blood Constituents Accompanying Gastric Secretion: I. Chloride.” American Journal of Physiology 75, no. 2 (1926): 475-486.
33. Lim, R.K.S. and C. Chao. “Observations on the ‘Reversed’ Uterine Horn of the Rabbit.” Experimental Biology and Medicine 23, no. 8 (1926): 668-669.
34. Lim, R.K.S. and H.C. Hou. “Note on the Secreted Concentration of Hcl in the Gastric Juice.” Experimental Biology and Medicine 23, no. 8 (1926): 670-71.
35. Lim, R.K.S. and H. Necheles. “Demonstration of a Gastric Secretory Excitant in Circulating Blood by Vivi-Dialysis.” Experimental Biology and Medicine 24, no. 3 (1926): 197-198.
36. Lim, R.K.S. and A.C. Liu. “Ermudung Der Magensekretion.” Pfluger's Archiv fur die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere 211, no. 1 (1926): 647-662.
37. Lim, R.K.S. and W.C. Ma. “Mitochondrial Changes in the Cells of the Gastric Glands in Relation to Activity.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 16, no. 2 (1926): 87-110.

1927

38. Lim, R.K.S. “A Method of Vessel-Anastomosis for Vivi-Perfusion, Cross Circulation and Transplantation.” Chinese Journal of Physiology 1, no. 1 (1927): 37-50.
39. Lim, R.K.S., C.T. Loo, and A.C. Liu. “Observations on the Secretion of the Transplanted Stomach.” Chinese Journal of Physiology 1, no. 1 (1927): 51-62.
40. Lim, R.K.S. and C. Chao. “On the Mechanism of the Transportation of Ova. I.Rabbit Uterus.” Chinese Journal of Physiology 1, no. 2 (1927): 175-198.
41. Lim, R.K.S., H. Necheles, and H.C. Hou. “The Influence of Meals on the Acutely Denervated (Vivi-Perfused) Stomach.” Chinese Journal of Physiology 1, no. 3 (1927): 263-270.
42. Ma, W.C., R.K.S. Lim, and A.C. Liu. “Changes in the Golgi Apparatus of the Gastric Gland Cells in Relation to Activity.” Chinese Journal of Physiology 1, no. 3 (1927): 305-330.
43. Shen, T.C., C.L. Hou, and R.K.S. Lim. “Observations on the Conduction of the Nerve Impulse in the Cooled Phrenic Nerve.” Chinese Journal of Physiology 1, no. 4 (1927): 367-380.
44. Lim, R.K.S., H. Necheles, and T.C. Ni. “The Vasomotor Reactions of the Vivi-Perfused Stomach.” Chinese Journal of Physiology 1, no. 4 (1927): 381-396.
45. Lim, R.K.S. “The Physiological Cost of Living in China.” Chinese Social and Political Science Review 11, no. 4 (1927): 544-556.
46. Lim, R.K.S. “The Mechanism of Stimulation of the Gastric Glands, from Gastero- Enteral Sites.” Journal of Biophysics 2, no. 1 (1927): 38-40.

1928

47. Ni, T.G. and R.K.S. Lim. “The Gas and Sugar Metabolism of the Vivi-Perfused Stomach.” Chinese Journal of Physiology 2, no. 1 (1928): 45-86.
48. Loo, C.T., H.C. Chang, and R.K.S. Lim. “The Basal Secretion of the

Stomach. I. The Influence of Residues in the Small and Large Intestine." Chinese Journal of Physiology 2, no. 3 (1928): 259-278.

49. Hou, C.L., T.G. Ni, and R.K.S. Lim. "The Chloride Metabolism of the Vivi-Perfused Stomach." Chinese Journal of Physiology 2, no. 3 (1928): 299-304.
50. Ling, S.M., A.C. Liu, and R.K.S. Lim. "The Lipid Metabolism of the Stomach and Its Relation to the Mitochondria-Golgi Complex." Chinese Journal of Physiology 2, no. 3 (1928): 305-328.
51. Kuo, Y.P. and R.K.S. Lim. "On the Mechanism of the Transportation of Ova. Ii.Rabbit and Pig Oviduct." Chinese Journal of Physiology 2, no. 4 (1928): 389-398.
52. Necheles, H. and R.K.S. Lim. "Isolation of the Gastric and Pancreatic Secretory Excitants from the Circulation by Vivi-Dialysis." Chinese Journal of Physiology 2, no. 4 (1928): 415-434.
53. Necheles, H. and R.K.S. Lim. "Recovery of a Pancreatic Secretory Excitant by Vivi-Dialysis of the Circulating Blood." The Journal of Physiology 64, no. Suppl (1928): xxvii-xxix.

1929

54. Lim, R.K.S., S.M. Ling, W.C. Ma, T.G. Ni, and T.C. Shen. "The Metabolism of the Stomach." American Journal of Physiology 90, no. 2 (1929): 431-432.
55. Hou, H.C. and R.K.S. Lim. "The Basal Secretion of the Stomach. Ii. The Influence of Nerves and the Question of Secretory 'Tone' and Reactivity." Chinese Journal of Physiology 3, no. 1 (1929): 41-56.
56. Lim, R.K.S., T.G. Ni, H. Necheles, and H.C. Chang. "The Carbohydrate Metabolism of the Normal, Phlorizinized and Diabetic Viviperfused Stomach." Chinese Journal of Physiology 3, no. 2 (1929): 123-156.
57. Feng, T.P., H.C. Hou, and R.K.S. Lim. "On the Mechanism of the Inhibition of Gastric Secretion by Fat." Chinese Journal of Physiology 3, no. 4 (1929): 371-380.
58. Lim, R.K.S. and H.C. Hou. "Influence of Mechanical Factors on 'Basal'

Gastric Secretion.” Experimental Biology and Medicine 26, no. 4 (1929): 270-271.

59. Lim, R.K.S. and H.C. Chang. “Behaviour of Denervated Spleen in Adrenalectomized Anima.” Experimental Biology and Medicine 26, no. 4 (1929): 271-272.
60. Hou, H.C. and R.K.S. Lim. “Factors Regulating Splenic Contraction During Exercise.” Lingnan Science Journal 8, no. 301-327 (1929).
61. Lim, R.K.S. “The Respiratory Mechanism in Crabs.” Peking Society of Natural History, Bulletin 4 (1929-1930): 27-42.

1930

62. Lim, R.K.S., H.C. Hou, H.C. Chang, and T.P. Feng. “The Basal Secretion of the Stomach. Iii. The Influence of Feeding Bone and Other Hard Objects.” Chinese Journal of Physiology 4, no. 1 (1930): 1-20.
63. Kosaka, T. and R.K.S. Lim. “On the Mechanism of the Inhibition of Gastric Secretion by Fat. The Role of Bile and Cystokinin.” Chinese Journal of Physiology 4, no. 2 (1930): 213-220.
64. Kosaka, T. and R.K.S. Lim. “Demonstration of the Humoral Agent in Fat Inhibition of Gastric Secretion.” Experimental Biology and Medicine 27, no. 9 (1930): 890-891.

1931

65. Lim, R.K.S. and F.Y. Hsu. “The Depressor or Vasotatic Reflexs.” Chinese Journal of Physiology 5, no. 1 (1931): 29-52.
66. Shen, T.S., T.G. Ni, C.T. Loo, and R.K.S. Lim. “The Gas Metabolism of the Mechanically Perfused Stomach.” Chinese Journal of Physiology 5, no. 2 (1931): 103-114.
67. Chang, H.C. and R.K.S. Lim. “The Basal Secretion of the Stomach. IV. The Influence of Mechanical Irritation of the Pyloric Region.” Chinese Journal of Physiology 5, no. 3 (1931): 233-250.

1932

68. Kosaka, T., R.K.S. Lim, S.M. Ling, and A.C. Liu. “On the Mechanism of the Inhibition of Gastric Secretion by Fat. A Gastric-Inhibitory Agent Obtained from the Intestinal Mucosa.” Chinese Journal of Physiology 6, no. 1 (1932): 107-128.

1933

69. Kosaka, T. and R.K.S. Lim. “On the Mechanism of the Inhibition of Gastric Motility by Fat. An Inhibitory Agent from the Intestinal Mucosa.” Chinese Journal of Physiology 7, no. 1 (1933): 5-12.
70. Lim, R.K.S. “Observations on the Mechanism of the Inhibition of Gastric Function by Fat.” Quarterly Journal of Experimental Physiology 23, no. 3 (1933): 263-268.

1934

71. Liu, A.C., I.C. Yuan, and R.K.S. Lim. “Quantitative Relationships between the Oxyntic and Other Gastric Component Secretions.” Chinese Journal of Physiology 8, no. 1 (1934): 1-36.
72. Lim, R.K.S., S.M. Ling, and A.C. Liu. “Depressor Substances in Extracts of the Intestinal Mucosa. Purification of Enterogastrone.” Chinese Journal of Physiology 8, no. 3 (1934): 219-236.

1935

73. Lim, R.K.S., H.C. Chang, T.P. Feng, S.M. Ling, A.C. Liu, T.C. Loo, and T.C. Shen, eds. Outline of Physiology. Peiping: P.U.M.C.,1935.
74. Ling, S.M. and R.K.S. Lim. “The Effects of Various Protein Derivatives on the Inhibition of Gastric Secretion.” in 8th Annual Meet Chinese Physiology Society. 1935. Peiping.
75. Ling, S.M. and R.K.S. Lim. “The Gastric Inhibitory Potency of Preparation of Intestinal Mucosa from Herbivora.” in 8th Annual Meet Chinese Physiology

Society. 1935. Peiping.

76. Suh, T.H., C.H. Wang, and R.K.S. Lim. “Effect of Intracisternal Injections of Acetylcholine.” Experimental Biology and Medicine 32, no. 9 (1935): 1410.

77. Lim, R.K.S., S.M. Ling, A.C. Liu, and I.C. Yuan. "The Secreted Concentrations of Gastric Acid and Pancreatic Base in the Dog." in 15th International Physiology Congress 1935. Leningrad & Moscow,USSR.

1936

78. Lim, R.K.S. and H.C. Chang. “A Simple Method of Mechanically Stimulating the Carotid Sinus Receptors.” Chinese Journal of Physiology 10, no. 1 (1936): 29-32.

79. Suh, T.H., C.H. Wang, and R.K.S. Lim. “The Effect of Intracisternal Application of Acetylcholine and the Localization of the Pressor Center and Tract.” Chinese Journal of Physiology 10, no. 1 (1936): 61-78.

80. Chen, M.P., R.K.S. Lim, S.C. Wang, and C.L. Yi. “On the Question of a Myelencephalic Sympathetic Centre. I. The Effect of Stimulation of the Pressor Area on Visceral Function.” Chinese Journal of Physiology 10, no. 3 (1936): 445-474.

81. Lim, R.K.S., S.M. Ling, A.C. Liu, and I.C. Yuan. “Quantitative Relationships between the Basic and Other Components of the Pancreatic Secretion.” Chinese Journal of Physiology 10, no. 3 (1936): 475-492.

1937

82. Chen, M.P., R.K.S. Lim, S.C. Wang, and C.L. Yi. “On the Question of a Myelencephalic Sympathetic Centre. II. Experimental Evidence for a Reflex Sympathetic Centre in the Medulla.” Chinese Journal of Physiology 11, no. 4 (1937): 355-366.

83. Chen, M.P., R.K.S. Lim, S.C. Wang, and C.L. Yi. “On the Question of a Myelencephalic Sympathetic Centre. III. Experimental Localization of the Centre.” Chinese Journal of Physiology 11, no. 4 (1937): 367-384.

84. Chen, M.P., R.K.S. Lim, S.C. Wang, and C.L. Yi. “On the Question of a Myelencephalic Sympathetic Centre. IV. Experimental Localization of Its Descending Pathway.” Chinese Journal of Physiology 11, no. 4 (1937): 385-408.
85. Chang, H.C., K.F. Chia, C.H. Hsu, and R.K.S. Lim. “Humorat Transmission of Nerve Impulses at Central Synapses. I. Sinus and Vagus Afferent Nerves.” Chinese Journal of Physiology 12, no. 1 (1937): 1-36.
86. Lim, R.K.S. and Y.M. Lu. “On the Question of a Myelencephalic Sympathetic Centre. V. Comparative Study of Location of Myelencephalic Pressor (Sympathetic?) Centre in Vertebrates.” Chinese Journal of Physiology 12, no. 2 (1937): 197-222.
87. Chang, H.C., K.F. Chia, C.H. Hsu, and R.K.S. Lim. “A Vagus-Postpituitary Reflex. I. Pressor Component.” Chinese Journal of Physiology 12, no. 3 (1937): 309-326.
88. Chang, H.C., K.F. Chia, C.H. Hsu, and R.K.S. Lim. “Reflex Secretion of the Posterior Pituitary Elicited through the Vagus.” The Journal of physiology 90, no. Suppl (1937): 87p-89p.

1938

89. Chang, H.C., K.F. Chia, C.H. Hsu, and R.K.S. Lim. "Humoral Transmission of Nerve Impulses at Central Synapses. II. Central Vagus Transmission after Hypophysectomy in the Dog." Chinese Journal of Physiology 13, no. 1 (1938): 13-32.
90. Chang, H.C., R.K.S. Lim, and Y.M. Lu. "Humoral Transmission of Nerve Impulses at Central Synapses. III. Central Vagus Transmission after Hypophysectomy in the Cat." Chinese Journal of Physiology 13, no. 1 (1938): 33-48.
91. Chen, M.P., R.K.S. Lim, S.C. Wang, and C.L. Yi. "On the Question of a Myelencephalic Sympathetic Centre. VI. Syndrome of Lesions of the Myelencephalo-Spinal Sympathetic Neurons." Chinese Journal of Physiology

13, no. 1 (1938): 49-60.

92. Lim, R.K.S., S.C. Wang, and C.L. Yi. "On the Question of a Myelencephalic Sympathetic Centre. VII. The Depressor Area a Sympatho-Inhibitory Centre." Chinese Journal of Physiology 13, no. 1 (1938): 61-78.

93. Chang, H.C., W.M. Hsieh, T.H. Li, and R.K.S. Lim. "Humoral Transmission of Nerve Impulses at Central Synapses. IV. Liberation of Acetylcholine into the Cerebrospinal Fluid by Afferent Vagus." Chinese Journal of Physiology 13, no. 2 (1938): 153-166.

94. Chang, H.C., R.K.S. Lim, Y.M. Lu, C.C. Wang, and K.J. Wang. "A Vagus-Post-Pituitary Reflex. III. Oxytocic Component." Chinese Journal of Physiology 13, no. 3 (1938): 269-284.

95. Chang, H.C., W.M. Hsieh, T.H. Li, and R.K.S. Lim. "Studies on Tissue Acetylcholine. VI. The Liberation of Acetylcholine from Nerve Trunks During Stimulation." Chinese Journal of Physiology 14, no. 1 (1938): 19-26.

96. Lim, R.K.S. "The Myelencephalic Sympathetic Centre and Its Relation to the Hypothalamic Sympathetic Centre." Fiziol. Zh. SSSR 24 (1938): 235-236.

1939

97. Chang, H.C., J.J. Huang, R.K.S. Lim, and K.J. Wang. "A Vagus-Postpituitary Reflex. VI. Phenomena of Exhaustion and Recuperation." Chinese Journal of Physiology 14, no. 1 (1939): 1-8.

98. Chang, H.C., W.M. Hsieh, L.Y. Lee, and R.K.S. Lim. "Studies on Tissue Acetylcholine. VI. The Liberation of Acetylcholine from Nerve Trunks During Stimulation." Chinese Journal of Physiology 14, no. 1 (1939): 19-26.

99. Chang, H.C., W.M. Hsieh, L.Y. Lee, T.H. Li, and R.K.S. Lim. "Studies on Tissue Acetylcholine. VII. Acetylcholine Content of Various Nerve Trunks and Its Synthesis in Vitro." Chinese Journal of Physiology 14, no. 1 (1939): 27-38.

100. Chang, H.C., K.F. Chia, J.J. Huang, and R.K.S. Lim. "A Vagus-Postpituitary Reflex. VIII. Anti-Diuretic Effect." Chinese Journal of Physiology 14, no. 2

(1939): 161-174.

1950

101. Lim, R.K.S. and P. Mozer. “Mechanism of Excitation of Internal Secretion of Pylorus and Adenteric Reflex.” American Journal of Physiology 163, no. 3 (1950): 730.

1951

102. Lim, R.K.S. and P. Mozer. “Dose Vagus Excitation Liberate Pyloric Gastrin?” the FASEB Journal 10 (1951): 84.

1952

103. Langlois, K.J., R.K.S. Lim, G. Rosiere, D.I. Stewart, and D.L. Stumpff. “Unconditioned Orogastric Secretory Reflex.” the FASEB Journal 11 (1952): 88-89.
104. Lim, R.K.S., E.A. Novak, and W. F. “Further Observations on the Adenteric Reflex and Gastric Inhibitors.” the FASEB Journal 11 (1952): 95.

1953

105. Lim, R.K.S. “The Gastric Secretory Reflexes.” in 19th International Physiological Congress. 1953. Montreal.
106. Pindell, M.H., O.E. Fancher, and R.K.S. Lim. “Sedative-Hypnotic Properties of 2-Ethyl Crotonylurea.” The FASEB Journal 12 (1953): 357.

1955

107. Moffitt, R.L. and R.K.S. Lim. “Role of Various Parts of the Brain Stem in the Regulation of Blood Pressure.” the FASEB Journal 14 (1955): 102.
108. Carroll, M.N. and R.K.S. Lim. “Effect of Injury in Nociceptive Tests Employed in Analgetic Assays.” The FASEB Journal 17 (1955): 324.
109. Lim, R.K.S., R.L. Moffitt, and H.G. Glass. “Observations on the Mechanism of Central Hypotension.” The Journal of pharmacology and experimental

therapeutics 113, no. 1 (1955): 33.

1956

110. Lim, R.K.S., M.H. Pindell, H.G. Glass, and K. Rink. “The Experimental Evaluation of Sedative Agents in Animals.” Annals of the New York Academy of Sciences 64 (1956): 667-678.
111. Moffitt, R.L. and R.K.S. Lim. “New Hypotensives with Central and Peripheral Actions.” the FASEB Journal 15 (1956): 461.

1957

112. Glass, H.G., K. Rink, and R.K.S. Lim. “The Pharmacology of Ectylurea, a Neurosedative.” in 106th Annual Meet.,American Medical Association. 1957. New York.

1958

113. Lim, R.K.S. and O.E. Fancher. “The Sedative and Contrasedative Activity of the Two Geometric Isomers of 2-Ethylcrotonylurea.” Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Therapie 115, no. 3-4 (1958): 418-425.
114. Carroll, M.N. and R.K.S. Lim. “The Mechanism of Phenylquinone Writhing.” the FASEB Journal 17 (1958): 357.

1959

115. Glass, H.G., K. Rink, E. Soaje-Echague, and R.K.S. Lim. “Evaluation of Cumulation and Tolerance by Determination of the C-ED50.” The FASEB Journal 18, no. 2 (1959): 687.

1960

116. Lim, R.K.S., C.N. Liu, and R.L. Moffitt, A Stereotaxic Atlas of the Dog's Brain. Springfield, Illinois: Charles C Thomas,1960.
117. Lim, R.K.S. “Visceral Receptors and Visceral Pain.” Annals of the New York Academy of Sciences 86 (1960): 73-89.

118. Carroll, M.N. and R.K.S. Lim. “Observations on the Neuropharmacology of Morphine and Morphinelike Analgesia.” Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Therapie 125 (1960, May): 383-403.
119. Braun, C., F. Guzman, and R.K.S. Lim. “Central and Peripheral Action of Analgesics.” the FASEB Journal 19, no. 1 (1960): 272.

1961

120. Lim, R.K.S., K. Rink, H.G. Glass, and E. Soaje-Echague. “A Method for the Evaluation of Cumulation and Tolerance by the Determination of Acute and Subchronic Median Effective Doses.” Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Therapie 130 (1961, Mar): 336-353.
121. Guzman, F., C. Braun, R.K.S. Lim, E.W. Horton, and G.D. Potter. “Reflex Response to Intra-Arterial Nociception to Bradykinin.” The FASEB Journal 20 (1961): 310.
122. Braun, C., F. Guzman, E.W. Horton, R.K.S. Lim, and G.D. Potter. “Visceral Recetors,Pain,Bradykinin, and Analgesic Agents.” The Journal of physiology 155, Suppl (1961): 13P-14P.
123. Guzman, F., C. Braun, and R.K.S. Lim. “The Pseudaffective Response to Intra-Coronary Injection of Bradykinin and Other Algesic Agents.” The Pharmacologist 3 (1961): 80.
124. Lim, R.K.S., and G.H. Wang. “Physiological Sciences.” In Sciences in Communist China, edited by Sydney Henry Gould, 323-362. Washington, 1961.

1962

125. Guzman, F., C. Braun, and R.K.S. Lim. “Visceral Pain and the Pseudaffective Response to Intra-Arterial Injection of Bradykinin and Other Algesic Agents.” Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Therapie 136 (1962): 353-384.
126. Lim, R.K.S., C.N. Liu, F. Guzman, and C. Braun. “The Visceral Receptors

Concerned in Visceral Pain and the Pseudoaffective Response to Intra-Arterial Injection of Bradykinin and Other Algesic Agents." Journal of Comparative Neurology 118, no. 3 (1962): 269-293.

127. Soaje-Echague, E. and R.K.S. Lim. "Anticonvulsant Activity of Some Carbinylureas" The Journal of pharmacology and experimental therapeutics 138, no. 2 (1962): 224-228.
128. Potter, G.D., F. Guzman, and R.K.S. Lim. "Visceral Pain Evoked by Intra-Arterial Injection of Substance P." Nature 193 (1962): 983-984.
129. Lim, Robert K.S., F. Guzman, and D. W. Rodgers. "Note on the Muscle Receptors Concerned with Pain." In Symp. On Muscle Receptors, edited by D. Barker, 215-219. Hong Kong: Hong Kong University Press, 1962.

1963

130. Potter, G.D., J.L. Guy, G.D. Dickerson, R.J. Engle, and R.K.S. Lim. "Analgesia and Plasma Salicylate." The Pharmacologist 5 (1963): 249.

1964

131. Lim, Robert K.S. "Animal Techniques for Evaluating Hypnotics." In Animal and Clinical Pharmacologic Techniques in Drug Evaluation, edited by J. H. Nodine and P. E. Siegler, Vol.1, 291-297. Chicago: Year Book Medical Publishers., 1964.
132. Guzman, F., C. Braun, R.K.S. Lim, G.D. Potter, and D.W. Rodgers. "Narcotic and Non-Narcotic Analgesics Which Block Visceral Pain Evoked by Intra-Arterial Injection of Bradykinin and Other Algesic Agents." Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Therapie 149 (1964): 571-588.
133. Lim, R.K.S., F. Guzman, D.W. Rodgers, K. Goto, C. Braun, G.D. Dickerson, and R.J. Engle. "Site of Action of Narcotic and Non-Narcotic Analgesics Determined by Blocking Bradykinin-Evoked Visceral Pain." Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Therapie 152 (1964): 25-58.
134. Lim, R.K.S., F. Guzman, D.W. Rodgers, G.D. Dickerson, and R.J. Engle,

Mechanism of Analgesia, in Bull. Drug Addiction and Narcotics, 26th Meet. 1964. p. 3983-3986.

135. Lim, R.K.S., F. Guzman, D.W. Rodgers, K. Goto, G.D. Dickerson, R.J. Engle, G.D. Potter, J.L. Guy, and R.W. Roger. "Mechanism of Analgesia and Pain." (Program) in 48th Annual Meet, Federation of American Societies for Experimental Biology (FASEB). 1964. Chicago.

1965

136. Dickerson, G.D., R.J. Engle, F. Guzman, D.W. Rodgers, and R.K.S. Lim. "The Intraperitoneal Bradykinin-Evoked Pain Test for Analgesia." Life Science 4 (1965): 2063-2069.

1966

137. Lim, R.K.S., D.G. Miller, F. Guzman, D.W. Rodgers, S.K. Wang, P.Y. Chao, and T.Y. Shih. "Relief of Pain: Site of Action of Narcotic and Nonnarcotic Analgesics." in 115th Annnal Meet, American Medical Association. 1966. Chicago.

138. Lim, Robert K.S. "A Revised Concept of the Mechanism of Analgesia and Pain." In Pain, edited by R. S. Knighton and P. R. Dumke, 117-154. Boston: Little Brown, 1966.

139. Lim, Robert K.S. "Salicylate Analgesia." In The Salicylates:A Critical Bibliographic Review, edited by M.J.H. Smith and P.K. Smith, 155-202. New York: Interscience Publishers, Wiley, 1966.

1967

140. Lim, R.K.S. "Pain Mechanisms." Anesthesiology 28 (1967): 106-110.

141. Lim, R.K.S., D.G. Miller, F. Guzman, D.W. Rodgers, R.W. Rodgers, S. K.Wang, P.W. Chao, and T.W. Shih. "Pain and Analgesia Evaluated by the Intraperitoneal Bradykinin-Evoked Pain Method in Man." Clinical Pharmacology & Therapeutics 8 (1967): 521-542.

142. Lim, R.K.S. "Sites of Action of Narcotic and Nonnarcotic Analgesics:

Mechanism of Pain and Analgesia.” Headache 7, no. 3 (1967): 103-121.

143. Lim, Robert K.S. “Pharmacologic Viewpoint of Pain and Analgesia.” In New Concepts in Pain and Its Clinical Management, edited by E. Leong Way, 33-47. Philadelphia: F.A. Davis, Co., 1967.

1968

144. Lim, R.K.S., D. Armstrong, and E.G. Pardo, eds. Pharmacology of Pain. Oxford, New York: Pergamon Press,1968.

145. Guzman, F. and R.K.S. Lim. “The Mechanism of Action of Nonnarcotic Analgesics.” Medical Clinics of North America 52 (1968): 3-14.

146. Lim, Robert K.S., and F. Guzman. “Manifestations of Pain in Algesia Evaluation in Animals and Man.” In Pain, edited by A. Soulairac, J. Cahn and J. Charpentier, 119-152. London: Academic Press, 1968.

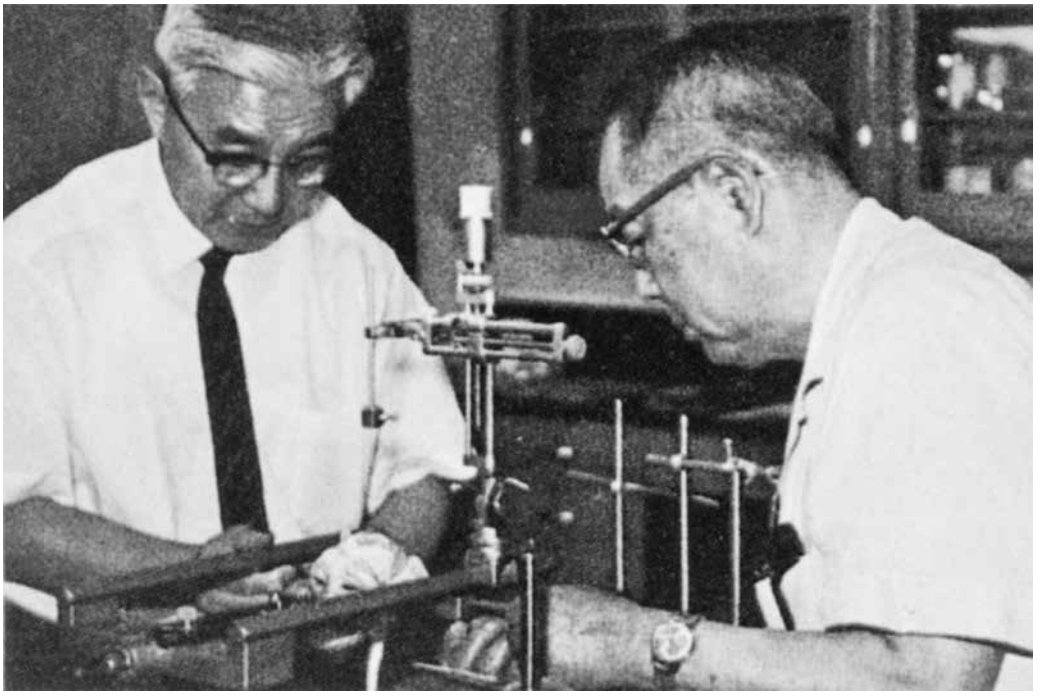
147. Lim, Robert K.S. “Cutaneous and Visceral Pain, and Somesthetic Chemoreceptors.” In Symp. Skin Senses:Proceedings of the First International Symposium on the Skin Senses Held at the Florida State University in Tallahassee, Florida, March 1966, edited by D.R. Kenshalo, 458-465. Tallahassee: Florida State U., 1968.

1969

148. Lim, R.K.S., G. Krauthamer, F. Guzman, and R.R. Fulp. “Central Nervous System Activity Associated with Pain Evoked by Bradykinin and Its Alteration by Morphine and Aspirin.” Proceedings of the National Academy of Sciences 63, no. 3 (1969): 705-712.

1970

149. Lim, R.K.S. “Pain.” Annual Review of Physiology 32 (1970): 269-288.



林可勝院士（右）在台北榮民總醫院內「柯柏醫學科學研究館」與劉占鰲院士（左），親自從事研究實驗（蔡作雍院士攝），1968。

十、參考文獻

1967

參考書目

主要檔案資料

- 臺灣中央研究院近代史研究所《林可勝檔》、《朱家驊檔》
- 臺灣國史館《陳誠副總統文物》、《軍事侍從室檔案》
- 北京協和醫學院檔案室 《協和醫學院檔案》；《協和醫學院人事檔案 2045 生理科》
- 貴陽市檔案館《救護總隊檔案》
- 貴州省檔案館《救護總隊部》
- 美國洛克菲勒檔案館 美國中華醫學基金會檔案（China Medical Board, Inc. Records）
- 美國洛克菲勒檔案館 蘭安生口述史（Grant, John B., and Saul Benison. "Reminiscences of John Black Grant: Oral History, 1961."）
- 美國哥倫比亞大學圖書館 美國醫藥助華會檔案（American Bureau for Medical Aid to China）
- 美國哥倫比亞大學圖書館劉瑞恒口述史（J. Heng Liu Papers, box 15, Chinese Oral History Project Collection of Major Personal Papers）
- 美國哈佛大學醫學圖書館坎農檔案（Walter B. Cannon Archive, Counterway Library of Medicine）
- 英國愛丁堡大學林可勝檔案（Da 43, Centre for Research Collections, Edinburgh University Library）
- 《蔣中正總統檔案・事略稿本（44）》，薛月順編（臺北：國史館，2010）。
- 《蔣中正總統檔案・事略稿本（45）》，蔡盛琦編（臺北：國史館，2010）。
- 《軍政部陸軍署軍醫司工作報告書（上冊）》，張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 255（鄭州：大象出版社，2009）。
- 《軍政部陸軍署軍醫司工作報告書（下冊）》，張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 256（鄭州：大象出版社，2009）。
- 《第八軍松山圍攻戰績・桂林血戰實錄・國軍遠征緬甸・緬甸隨軍紀實》，張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 266（鄭州：大象出版社，2009）。
- 《華北農村建設協進會訓練研究委員會紀錄》，張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 499（鄭州：大象出版社，2009）。

報紙期刊

- The National Medical Journal of China, 1915-1931
- The Chinese Medical Journal ,1932-1938
- Chinese Journal of Physiology, 1927-1941
- The ABMAC Bulletin, 1939-1949
- 《中華醫學雜誌》1915 年，1924-1938
- 《申報》，1927-1937
- 《醫界春秋》，1927-1937
- 《醫藥評論》，1929-1937
- 《醫事彙刊》，1929-1938
- 《醫事公論》，1933-1937 年 4 卷 20 期
- 《衛生半月刊》，1934-1935
- 《新醫藥》，1934 年第 2 卷第 1-8、10 期；1935 年第 3 卷第 1-12 期；1936 年第 4 卷第 1-6 期
- 《戰時醫政》，1938-1944
- 《軍醫通訊》，1939 年第 1 期 -1946 年第 67 期（1942 年第 31-34 期，1944 年 51-54 期，1946 年 63-66 期缺）
- 《（中國紅十字）會務通訊》，1941 年第 1 期 -1945 年第 34 期（1941 年第 6 期缺）
- 《軍醫月刊》，1947 年 1-12 期，1948 年 1-8 期

報章雜誌 / 學術文章

- “Death of Mrs. Lim Boon Keng.” The Straits Times, December 21 1905.
- “First Aid in China:A Medical Service Training School and Hospital in Each War Area in the Goal of Dr. Robert K.S. Lim." Time, February 17 1941.
- “Marriage of Lim Boon Keng.” The Straits Times, December 30 1896.
- “Robert Kho-Seng Lim”
- “The Burma Road:Apeal by Chinese Red Cross.” The Times, July 27 1940.
- “The Chinese Member of Council.” The Straits Times, August 22 1895.
- “The Chinese Seat in Council.” The Straits Times, August 20 1895.
- “Singapore's Grand Old Man Dies." The Straits Times, January 2 1957.
- Anderson, Warwick, “Where Is the Postcolonial History of Medicine?” , Bulletin of the History of Medicine 72, no.3 (1998): 522-530
- Armstrong, David, “Public Health Space and the Fabrication of Identity”, Sociology 27, no.3 (1993),: 393-410.
- Bland, J. O. P. “Young China." The Times, July 25 1922.
- Chieko, Nakajima. “Medicine, Philanthropy, and Imperialism: The Dōjinkai in China, 1902-1945.” Sino-Japanese Studies 17 (2010): 46-84.
- Cruickshank, Ernest W. H. “Peking Union Medical College: Department of Physiology.” In Methods and Problems of Medical Education, 65-75. New York: The Rockefeller Foundation, 1926.
- Davenport, Horace W. “Robert Kho-Seng Lim." In Biographical Memoirs, Vol.51, 280-307. Washingdon D.C.: National Academy of Sciences, 1980.
- Duara, Prasenjit, “Knowledge and Power in the Discourse of Modernity: The Campaigns Against Popular Religion in Early Twentieth-Century China” , The Journal of Asian Studies 50, no.1 (1991): 67-83.
- Feng, T. P. “Looking Back, Looking Forward.” Annual Review of Neuroscience, no. 11 (1988): 1-12.
- Hardy, William Bate, and Boon Keng Lim. “On the Changes in the Number and Character of the Wandering Cells of the Frog Induced by the Presence of Urari

or of Bacillus Anthracis.” The Journal of Physiology 15, no. 1 (1893): 361-400.

- Hart, Roger. “Beyond Science and Civilization: A Post-Needham Critique.” East Asian Science, Technology, and Medicine 16 (1999): 88-114.
- Hill, Leonard. “Sir Edward Albert Sharpey-Schafer. 1850-1935.” Obituary Notices of Fellows of the Royal Society 1, no. 4 (1935): 400-407.
- Ivy, A. C., Robert K. S. Lim, and J. E. McCarthy. "Contributions to the Physiology of Gastric Secretion II : The Intestinal Phase of Gastric Secretion.” Experimental Physiology 15, no. 1 (1925): 55-68.
- India Bureau of Public Information. “Sir Gordon Jolly.” Indian Information 15 (1944): 32.
- Lim, Boon Keng. “On the Nervous Supply of the Dog's Heart.” The Journal of physiology 14, no. 6 (1893): 466-482.
- Lim, Boon Keng. “On the Coelomic Fluid of Lumbricus Terrestris in Reference to a Protective Mechanism.” Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B 186 (1895): 383-399.
- Kohlberg, Alfred H. “An Army Fit to Fight.” Aisa and the Americas, July 1944, 302-304.
- Kosaka, T., and R.K.S. Lim. “Demonstration of the Humoral Agent in Fat Inhibition of Gastric Secretion.” Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine 27 (1930): 890-891.
- Lim, Robert K. S. “The Histology of Tadpoles Fed with Thyroid.” Experimental Physiology 12 (1920): 304-16.
- Lim, Robert K. S. “The Gastric Mucosa.” Quarterly Journal of Microscopical Science 66 (1922): 187-212.
- Lim, Robert K. S. “Chinese Students in Great Britain.” The Times, August 10 1922.
- Lim, Robert K. S., A. C. Ivy, and J. E. Mccarthy. “Contributions to the Physiology of Gastric Secretion I: Gastric Secretion by Local (Mechanical and Chemical) Stimulation.” Experimental Physiology 15 (1925): 13-53.
- Litsios, Socrates. “Selskar Gunn and China: The Rockefeller Foundation's ‘Other’

Approach to Public Health.” Bulletin of the history of medicine 79, no. 2 (2005): 295-318.

- Modlin, Irvin M., Mark Kidd, I.N. Marks, and Laura H. Tang. “The Pivotal Role of John S. Edkins in the Discovery of Gastrin.” World Journal of Surgery 21, no. 2 (1997): 226-234.
- Sivin, Nathan. “Why the Scientific Revolution Did Not Take Place in China or Didn't It?" Chinese Science 5 (1982): 45-66.
- Sykes, A.H. “Edward Schafer (1850-1935) and Artificial Respiration.” Journal of Medical Biography 14, no. 3 (2006): 155-162.
- Watt, John R. “Public Health in Nationalist China: Robert Lim and the Chinese Red Cross Medical Relief Corps." American Asian Review 8, no. 2 (1990): 55-70.
- Wu, Lien Teh. “Lim Boon Keng: Scholar, Linguist and Reformer.” The Straits Times, January 7 1957.
- Wu, Hisen. “Peking Union Medical College: Department of Biochemistry.” In Methods and Problems of Medical Education, 205-208. New York: The Rockefeller Foundation, 1925.
- 丁蕾〈近代日本の對中醫療・文化活動－同仁會研究〉（一）-（四），見《日本醫史學雜誌》45.4(1999): 543-462, 46.1 (2000): 23-45, 46.2 (2000): 193-209, 46.4 (2000): 613-639。
- 〈軍醫學校藥劑班學生呼籲廢除「軍事管理」〉，見《中國學生導報》，1945 年 23 期，。
- 〈中國紅十字會條例〉，見《政府公報》第 1546 號，1920 年，。
- 〈中華民國紅十字會管理條例（1932 年 12 月 16 日公佈）〉，見《立法院公報》，1933 年 45 期，頁 17-18。
- 王揚宗〈民國初年一次「破天荒」的公開屍體解剖〉，見《中國科技史料》第 22 卷，2001 年第 2 期，頁 109-112。
- 王志均〈林可勝：中國近代生理學的奠基人〉，見《生物學通報》第 29 卷，1994 年第 1 期，頁 40-41。
- 王志均〈林可勝〉，見《科學家傳記大辭典》編輯組編《中國現代科學家傳記》第一集，（北京：科學出版社，1991），頁 596-605。

- 牛亞華〈清末留日醫學生及其對中國近代醫學事業的貢獻〉，見《中國科技史雜誌》第 24 卷，2003 年第 3 期，頁 228-243。
- 尹倩〈分化和融合：論民國醫師團體的發展特點〉，見《甘肅社會科學》，2008 年第 2 期，頁 22-27。
- 呂運明〈林可勝與中國紅十字會救護總隊〉，見《史料珍聞》，1995 年第 5 期，頁 33。
- 劉士永、郭世清〈林可勝（1897-1969）：闇聲晦影的中研院院士與國防醫學院院長〉，見《臺灣史研究》第 19 卷，2012 年第 4 期，頁 141-205。
- 劉永楙〈抗戰八年追隨林可勝先生的回憶〉，見《傳記文學》第 16 卷，1970 年第 1 期，頁 59-61。
- 劉學禮〈中國近代生物學領袖〉，見《科學中國人》，1999 年第 3 期，頁 49-53。
- 阮日宣〈林可勝永垂不朽〉，見《新聞天地》，1969 年 8 月 9 日，頁 19-20。
- 杜正勝〈醫療、社會與文化—另類醫療史的思考〉，見《新史學》第 8 卷第 4 期，1997 年 12 月，頁 143-171。
- 杜志章〈關於醫療社會史的理論思考〉，見《史學月刊》，2006 年第 2 期，頁 15-23。
- 楊善堯〈軍醫教育系統之整併與改組：以國防醫學院為例〉，見胡春惠、呂紹理主編《2011 兩岸三地歷史學研究生研討會論文集》（香港：香港珠海書院亞洲研究中心；臺北：國立政治大學歷史系，2012），頁 357-376。
- 吳襄〈三十年來國內生理學者之貢獻〉，見《科學》第 30 卷，1948 年第 10 期，頁 295-313。
- 余新忠〈中國疾病、醫療史探索的過去、現實與可能〉，見《歷史研究》，2003 年第 4 期，頁 158-168。
- 張大慶〈中國醫學人文學科的早期發展：協和中文部〉，見《北京大學學報：哲學社會科學版》，2011 年第 6 期 ，頁 124-129。
- 張大慶〈中國現代醫學初建時期的佈局：洛克菲勒基金會的影響〉，見《自然科學史研究》第 28 卷，2009 年第 2 期，頁 137-155。
- 張錫鈞〈回憶中國生理學先驅林可勝教授〉，見《生理學進展》第 17 卷，1986 年第 2 期，頁 184-186。

- 陳民〈抗日戰爭中救死扶傷的華僑生理學家林可勝〉，見《抗日戰爭研究》，1992 年 第 2 期，頁 222-226。
- 陳幸一〈珍惜生命的人：悼念林可勝博士〉，見《中央日報》，1969 年 7 月 19 日。
- 陳孟勤〈繼往開來、再接再厲—慶祝《生理學報》創刊 80 周年〉，見《生理學報》第 59 卷，2007 年第 3 期，頁 I-VIII。
- 陳勒〈林可勝會垮臺嗎？〉，見《新聞天地》第 53 期，1948 年 12 月，頁 18。
- 松濤〈「德日派」與同德醫學院〉，見《上海灘》，1988 年第 11 期，頁 42-43。
- 金寶善〈公醫制度〉，見《行政研究》第 1 卷，1936 年第 1 期，頁 129-133。
- 金寶善〈舊中國的西醫派別與衛生事業的演變〉，見政協全國委員會文史資料研究委員會編《文史資料選輯》第一輯（總 101 輯），（北京：文史資料出版社，1985），頁 125-138。
- 周谷〈胡適為林可勝辯冤謗〉，見《傳記文學》第 75 卷，1999 年第 3 期，頁 19-25。
- 龐曾溎〈少志於學，壯事開拓，老安本業：憶先父龐京周醫師〉，見政協蘇州市暨太倉縣、吳縣、吳江縣、昆山縣、常熟市、張家港市委員會文史資料研究委員會合編《吳中情思：蘇州文史總第十七輯》，（蘇州：政協蘇州市暨太倉縣、吳縣、吳江縣、昆山縣、常熟市、張家港市委員會文史資料研究委員會，1988），頁 64-83。
- 胡成〈檢疫、種族與租界政治：1910 年上海鼠疫病例發現後的華洋衝突〉，見《近代史研究》，2007 年第 4 期，頁 74-90。
- 饒毅〈中國生理學與醫學發展側影—《中國生理學雜誌》：一本前沿研究學報〉，見《二十一世紀》，1996 年 12 月，頁 102-105。
- 郭金海〈1948 年中央研究院第一屆院士的選舉〉，見《自然科學史研究》第 25 卷，2006 年第 1 期，頁 33-49。
- 黃克武〈從申報醫藥廣告看民初上海的醫療文化與社會生活（1912—1926）〉，見《中央研究院近代史研究所集刊》，1982 年第 17 期，頁 141-194。
- 黃賢強〈活躍於馬來亞與中國的醫學博士——論伍連德的族國認同〉，見張啟雄編《時代變局與海外華人的族國認同》（臺北：海外華人研究學會，

2005），頁 351-367。
- 黃賢強〈南洋歸來知識份子與晚清國家與社會—以辜鴻銘、李登輝和伍連德為例〉，見中國社科院近代史研究所政治史研究室等編《晚清國家與社會》（北京：社會科學文獻出版社，2007 年 8 月），頁 617-630。
- 曹育〈中國現代生理學奠基人林可勝博士〉，見《中國科技史料》，1998 年第 1 期，頁 26-41。
- 梁其姿〈麻風隔離與近代中國〉，見《歷史研究》，2003 年第 5 期，頁 3-14。
- 董吏安〈陪陳潔如赴美張靜江幼女林可勝夫人張倩英話當年〉，見《傳記文學》第 64 卷，1994 年第 6 期，頁 51-56。
- 傅惠、鄧宗禹〈舊衛生部組織的變遷〉，見政協北京市委員會文史資料研究委員會編《文史資料選編》第 37 輯，（北京：北京出版社，1989），頁 253-277。
- 雷祥麟〈負責任的醫生與有信仰的病人—中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，見《新史學》第 14 卷，2003 年第 1 期，頁 45-96。
- 廖亞平〈讀〈我國應實行公醫制度〉後〉，見《戰時醫政》第 2 卷，1939 第 7 期，頁 5-6。
- 熊秉真〈林可勝傳〉，見《國史擬傳》，（臺北：國史館，1996），頁 123-146。
- 顏宜葳 、張大慶〈坎農與中國生理學家的交流〉，見《中國科技史雜誌》第 26 卷，2005 年第 3 期，頁 204-221。
- 潘榮華、楊芳〈清末民初留日醫學生報刊傳播西醫活動述論〉，見《華僑華人歷史研究》，2011 年第 3 期，頁 58-66。

專書

- Addresses & Papers: Dedication Ceremonies and Medical Conference, Peking Union Medical College, September 15-22, 1921. Peking, 1922.
- Lim Boon Keng: A Life to Remember 1869-1957. Singapore: National Library Board, 2007.
- American Bureau for Medical Aid to China. Medicine on a Mission: A History of the American Bureau for Medical Aid to China, Inc. 1937-1954. New York, 1954.
- Arnold, David. Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India. Berkeley: University of California Press, 1993.
- Balme, Harold. China and Modern Medicine: A Study in Medical Missionary Development. London: United Council for Missionary Education, 1921.
- Barry, John M. Great Influenza: The Story of the Deadliest Pandemic in History. New York: Penguin Books, 2005.
- Bertram, James. The Shadow of a War : A New Zealander in the Far East 1939-1946. London: V. Gollancz, 1947.
- Bonner, Thomas Neville. Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945. New York: Oxford University Press, 1995.
- Borowy, Iris, ed. Uneasy Encounters: The Politics of Medicine and Health in China, 1900-1937. Frankfurt am Maim ; New York: Peter Lang, 2009.
- Bowers, John Z. Western Medicine in a Chinese Palace: Peking Union Medical College, 1917-1951. Philadelphia: The Josiah Macy, Jr. Foundation, 1972.
- Bowers, John Z., J. William Hess, and Nathan Sivin eds. Science and Medicine in Twentieth-Century China: Research and Education. Ann Arbor: Center for Chinese Studies, the University of Michigan, 1988.
- Bu, Liping, Darwin H. Stapleton and Ka-Che Yip eds. Science, Public Health, and the State in Modern Asia. London; New York: Routledge, 2012.
- Bullock, Mary Brown. An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College. Berkeley: University of California Press, 1980.
- Cannon, Walter Bradford. The Way of an Investigator: A Scientist's Experiences

in Medical Research. New York: W.W. Norton, 1945.
- Chan, Alan K.L., Gregory K. Clancey and Hui-Chieh Loy eds. Historical Perspectives on East Asian Science, Technology, and Medicine. Singapore: Singapore University Press & World Scientific, 2002.
- Chen, C. C. Medicine in Rural China: A Personal Account. Berkeley: University of California Press, 1989.
- China Medical Commission of the Rockefeller Foundation. Medicine in China. New York, 1914.
- Cochran, Sherman. Chinese Medicine Men: Consumer Culture in China and Southeast Asia. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2006.
- Croizier, Ralph C. Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change. Cambridge: Harvard University Press, 1968.
- Cunningham, Andrew, and Bridie Andrews, eds. Western Medicine as Contested Knowledge. New York: Manchester University Press, 1997.
- Dikotter, Frank. Sex, Culture, and Modernity in China: Medical Science and the Construction of Sexual Identities in the Early Republican Period. Honolulu: University of Hawaii Press, 1995.
- Ebrahimnejad, Hormoz ed. The Development of Modern Medicine in Non-western Countries: Historical Perspectives. London; New York: Routledge, 2009.
- Elman, Benjamin A. On Their Own Terms: Science in China, 1550-1900. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2005.
- Faber, Knud, and Health Organisation. Report on Medical Schools in China, Series of League of Nations Publications. Geneva, 1931.
- Fang, Xiaoping. Barefoot Doctors and Western Medicine in China. Rochester, N.Y.: University of Rochester Press, 2012.
- Ferguson, Mary E. China Medical Board and Peking Union Medical College: A Chronicle of Fruitful Collaboration 1914-1951. New York: China Medical Board of New York, 1970.
- Flexner, Abraham. Medical Education in Europe: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York City, 1912.
- Flexner, Abraham. Medical Education: A Comparative Study. New York: The

Macmillan Company, 1925.
- Fosdick, Raymond Blaine. The Story of the Rockefeller Foundation. New York: Harper & Brothers, 1952.
- Franklin, Kenneth J. A Short History of Physiology. London: Staples, 1949.
- Hayford, Charles Wishart. To the People: James Yen and Village China. New York: Columbia University Press, 1990.
- Hillier, S. M., and J. A. Jewell. Health Care and Traditional Medicine in China, 1800-1982. London; Boston: Routledge & Kegan Paul, 1983.
- Hodgkin, A. L., A.F. Huxley, W. Feldberg W.A.H. Rushton, Gregory R.A. and McCance R.A. eds. The Pursuit of Nature: Informal Essays on the History of Physiology. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1977.
- Hsu, Elisabeth. Innovation in Chinese Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- Lane, Joan. A Social History of Medicine : Health, Healing and Disease in England, 1750-1950. London ; New York: Routledge, 2001.
- Lawrence, Christopher. Rockefeller Money, the Laboratory, and Medicine in Edinburgh, 1919-1930: New Science in an Old Country. Rochester, NY: University of Rochester Press, 2005.
- Leslie, Charles M., and Allan Young, eds. Paths to Asian Medical Knowledge. Berkeley: University of California Press, 1992.
- Leung, Angela Ki Che. Leprosy in China: A History. New York: Columbia University Press, 2009.
- Leung, Angela Ki Che, and Charlotte Furth. Health and Hygiene in Chinese East Asia : Policies and Publics in the Long Twentieth Century. Durham [NC]: Duke University Press, 2010.
- Li, Hongshan. U.S.-China Educational Exchange: State, Society, and Intercultural Relations, 1905-1950. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2008.
- Lindemann, Mary. Medicine and Society in Early Modern Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- Liu, Michael Shiyung. Prescribing Colonization: The Role of Medical Practices and Policies in Japan-Ruled Taiwan, 1895-1945. Ann Arbor, Mich.: Association

for Asian Studies, 2009.

- Lo, Ming-cheng Miriam. Doctors within Borders: Profession, Ethnicity, and Modernity in Colonial Taiwan. Berkeley, California: University of California Press, 2002.
- Lucas, AnElissa. Chinese Medical Modernization: Comparative Policy Continuities, 1930-1980s. New York: Praeger, 1982.
- MacLeod, Roy and Milton Lewis eds. Disease, Medicine, and Empire: Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion. London; New York: Routledge, 1988.
- Macpherson, Kerrie L. A Wilderness of Marshes: The Origins of Public Health in Shanghai, 1843-1893. Lanham, Md.: Lexington Books, 2002.
- McCleary, Rachel M. Global Compassion: Private Voluntary Organizations and U.S. Foreign Policy since 1939. Oxford; New York: Oxford University Press, 2009.
- Passmore, R., A. Doig, Joan Ferguson, and Iain Milne, eds. William Cullen and the Eighteenth Century Medical World: A Bicentenary Exhibition and Symposium Arranged by the Royal College of Physicians of Edinburgh in 1990. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1993.
- Powell, Lyle Stephenson, A Surgeon in Wartime China, Lawrence, Kan.: University of Kansas Press, 1946.
- Rogaski, Ruth. Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China. Berkeley: University of California Press, 2004.
- Scheid, Volker. Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis. Durham, NC: Duke University Press, 2002.
- Song, Ong Siang. One Hundred Years' History of the Chinese in Singapore. Singapore: University Malaya Press, 1967.
- Stilwell, Joseph Warren. The Stilwell Papers.London , Macdonald , 1949.
- Taylor, Kim. Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-63: A Medicine of Revolution. London; New York: RoutledgeCurzon, 2005.
- Tien, Hung-mao. Government and Politics in Kuomintang China, 1927-1937. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1972.
- Unschuld, Paul U. Medicine in China: A History of Ideas. London; Boston:

Routledge & Kegan Paul, 1983.
- Wang, Gungwu. Community and Nation, Essays on Southeast Asia and the Chinese. Singapore: Published for the Asian Studies Association of Australia by Heinemann Educational Books (Asia), 1981.
- Wang, Yi Chu. Chinese Intellectuals and the West, 1872-1949. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1966.
- Watt, John R. Public Medicine in Wartime China:Biomedicine, State Medicine, and the Rise of China's National Medical Colleges, 1931-1945. Boston, MA: Rosenberg Institute for East Asian Studies at Suffolk University, 2012.
- Watt, John R., ed. Health Care and National Development in Taiwan 1950-2000. New York: The ABMAC Foundation, 2008.
- Weatherall, Mark. Gentlemen, Scientists, and Doctors: Medicine at Cambridge 1800-1940. Rochester, N.Y.: Boydell Press; Cambridge University Library, 2000.
- Wong, K. Chimin, and Lien-teh Wu. History of Chinese Medicine:Being a Chronicle of Medical Happenings in China from Ancient Times to the Present Period. Shanghai: Shanghai ci shu chu ban she, 2009.
- Wu, Daisy Yen, ed. Hsien Wu, 1893-1959: In Loving Memory. Boston,Massachusetts, 1959.
- Wu, Lien-Teh, and Yok-Hing NG. The Queen's Scholarships of Malaya,1885-1948. Penang: Penang Premier Press, 1949.
- Yeh, Wen-Hsin. The Alienated Academy: Culture and Politics in Republican China, 1919-1937. Cambridge, Mass.: Published by Council on East Asian Studies, Harvard University and distributed by Harvard University Press, 1990.
- Yip, Ka-che. Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937. Ann Arbor, Michigan: Association for Asian Studies, 1995.
- 王正廷《王正廷回憶錄》（東京：中央大學出版部，2008）。
- 馬伯英、高晞，洪中立《中外醫學文化交流史：中外醫學跨文化傳通》（上海：文匯出版社，1993）。
- 王志均、陳孟勤主編《中國生理學史》（北京：北京醫科大學、中國協和醫科大學聯合出版社，1993）。
- 王哲《國士無雙伍連德》（福州：福建教育出版社，2007）。

- 區結成《當中醫遇上西醫：歷史與反省》（香港：三聯書店（香港）有限公司，2004）。
- 中華民國紅十字總會編印《中華民國紅十字會戰時工作概況》，1946 年
- 中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》（貴陽：政協貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會，1987）。
- 中國紅十字會總會編《中國紅十字會歷史資料選編，1904-1948》（南京：南京大學出版社，1993）。
- 巴巴拉・塔奇曼著，陸增平譯《史迪威與美國在華經驗》（北京：商務印書館，1984）。
- 艾格尼絲・史沫特萊著，江楓譯《中國的戰歌》（北京：作家出版社，1986）。
- 皮國立《醫通中西：唐宗海與近代中醫危機》（臺北：東大圖書股份有限公司，2006）。
- 協和醫科大學編《協和醫科大學校史：1917-1987》（北京：北京科學技術出版社，1987）。
- 同仁會編《中華民國醫事綜覽》（東京：同仁會，1935）。
- 朱大年《生理學（人物史話和知識拓展）》（北京：人民衛生出版社，2008）。
- 朱大年《生理學》（北京：人民衛生出版社，2008）。
- 朱有瓛主編《中國近代學制史資料》（第二輯上冊）（上海：華東師範大學出版社，1987）。
- 朱克文、高恩顯、龔純編《中國軍事醫學史》（北京：人民軍醫出版社，1986）。
- 朱英、魏文享主編《近代中國自由職業者群體與社會變遷》（北京：北京大學出版社，2009）。
- 劉似錦編《劉瑞恒博士與中國醫藥及衛生事業》（臺北：臺灣商務印書館，1989）。
- 池子華《紅十字與近代中國》（合肥：安徽人民出版社，2004）。
- 許美德《中外比較教育史》（上海：上海人民出版社，1990）。
- 嚴春寶《大學校長林文慶：一生真偽有誰知》（福州：福建教育出版社，2010）。

- 蘇珊·桑塔格著，程巍譯《疾病的隱喻》（上海：上海譯文出版社，2003）。
- 杉本勳編《日本科學史》（北京：商務印書館，1999）。
- 李元瑾《東西文化的撞擊與新華知識份子的三種回應：邱菽園、林文慶、宋旺相的比較研究》（新加坡：新加坡國立大學中文系、八方文化企業公司，2001）。
- 李元瑾《林文慶的思想：中西文化的匯流與矛盾》（新加坡：新加坡亞洲研究學會，1990）。
- 李尚仁主編《帝國與現代醫學》（臺北：聯經出版事業股份有限公司，2008）。
- 李建民主編《從醫療看中國史》（臺北：聯經出版事業股份有限公司，2008）。
- 李經緯、鄢良《西學東漸與中國近代醫學思潮》（武漢：湖北科技出版社，1990）。
- 楊進發《新馬華族領導層的探索》（新加坡：新加坡青年書局，2007）。

- 楊進發《新馬華族領導層的探索》（新加坡：新加坡青年書局，2007）。

- 楊念群《再造「病人」：中西醫衝突下的空間政治（1832-1985）》（北京：中國人民大學出版社，2006）。
- 楊念群《楊念群自選集》（桂林：廣西師範大學出版社，2000）。
- 余新忠《清代江南的瘟疫與社會——一項醫療社會史的研究》（北京：中國人民大學出版社， 2003）。
- 余新忠主編《清以來的疾病 , 醫療和衛生：以社會文化史為視角的探索》（北京：生活・讀書・新知，三聯書店，2009）。
- 汪企張《二十年來中國醫事芻議》（上海：診療醫報社發行，1935）。
- 張力《國際合作在中國：國際聯盟角色的考察（1919-1946）》（臺北：中央研究院近代史研究所，1999）。
- 張大慶《中國近代社會疾病史：1912-1937》（濟南：山東教育出版社，2006）。
- 張之洞《勸學篇・外篇・遊學第二》（鄭州：中州古籍出版社，1998）。
- 張玉法主編《中華民國紅十字會百年會史：1904-2003》（臺北：紅十字會總會，2004）。
- 張麗安《張建與軍醫學校：兼述抗戰時期軍醫教育》（香港：天地圖書有限公司，2000）。

- 張朋園、沈懷玉合編《國民政府職官年表（1925-1949）》第一冊（臺北：中央研究院近代史研究所，1987）。
- 張朋園訪問《周美玉先生訪問紀錄》（臺北：中央研究院近代史研究所，1993）。
- 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》（北京：中華書局，2007）。
- 張禹罕主編《公共衛生學》（臺北：臺灣商務印書館，1983）。
- 陳邦賢《中國醫學史》（上海：商務印書館，1957）。
- 陳存仁《抗戰時代生活史》（上海：上海人民出版社，2001）。
- 陳存仁《銀元時代生活史》（香港：立信印刷公司，1973）。
- 陳明遠《文化人的經濟生活》（上海：文匯出版社，2005）。
- 陳學恂主編《中國近代教育史教學參考資料》（北京：人民教育出版社，1987）。
- 陳嘉庚《南僑回憶錄》（長沙：嶽麓書社， 1998）。
- 國防醫學院院史編籌委員會編《國防醫學院院史》（臺北：國防醫學院，1993）。
- 國防部聯合勤務總司令部軍醫署編印《戰後新軍醫》，1947 年
- 易勞逸《流產的革命：1927-1937 國民黨統治下的中國》（北京：中國青年出版社，1992）。
- 易勞逸《毀滅的種子：戰爭與革命中的國民黨中國（1937-1949）》（南京：江蘇人民出版社，2009）。
- 羅伊伯特著，張大慶譯《劍橋醫學史》（長春：吉林人民出版社，2000）。
- 周谷編《胡適葉公超使美外交檔手稿》（臺北：聯經出版事業公司，2001）。
- 實藤惠秀著，譚汝謙、林啟彥譯《中國人留學日本史》（北京：三聯出版社，1983）。
- 房漢佳、林韶華著《英雄的故事：砂拉越華僑抗日機工》（古晉：國際出版社，1998）。
- 政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話說老協和》（北京：中國文史出版社，1987）。
- 趙洪鈞《近代中西醫論爭史》（合肥：安徽科學技術出版社，1989）。
- 威廉 ・F・ 拜納姆著，曹汝芬譯《19 世紀醫學科學史》（上海：復旦大學出版社，2000）。

- 貴陽市檔案館編《戰地紅十字：中國紅十字會救護總隊抗戰實錄》（貴陽：貴州人民出版社，2009）。
- 拜倫・古德著，呂文江、余曉燕、 余成普譯《醫學、理性與經驗：一個人類學的視角》（北京：北京大學出版社，2010）。
- 費俠莉著，甄橙譯《繁盛之陰》（南京：江蘇人民出版社，2006）。
- 錢益民、顏志淵著《顏福慶傳》（上海：復旦大學出版社，2007）。
- 徐小群《民國時期的國家與社會：自由職業團體在上海的興起，1912-1937》（北京：新星出版社，2007）。
- 愛德華・胡美著，杜麗紅譯《道一風同：一位美國醫生在華 30 年》（北京：中華書局，2011）。
- 高晞《德貞傳：一個英國傳教士與晚清醫學近代化》（上海：復旦大學出版社，2009）。
- 黃克武編《性別與醫療》（臺北： 中央研究院歷史語言研究所， 2002）。
- 黃賢強《跨域史學：近代中國與南洋華人研究的新視野》（廈門：廈門大學出版社，2008）。
- 戚厚傑、劉順發、王楠編《國民革命軍沿革實錄》（石家莊：河北人民出版社，2001）。
- 梁敬錞《史迪威事件》（臺北：商務出版社，1971）。
- 董炳琨、杜慧群、張新慶著《老協和》（保定：河北大學出版社，2004）。
- 福柯著，劉北成譯《臨床醫學的誕生》（南京：譯林出版社，2001）。
- 慕景強《西醫往事：民國西醫教育的本土化之路》（北京：中國協和醫科大學出版社，2010）。
- 熊秉真訪問《楊文達先生訪問記錄》（臺北：中央研究院，1991）。
- 顏清湟《從歷史角度看海外華人社會變革》（新加坡：新加坡青年書局，2007）。
- 顏清湟《東南亞華人之研究》（香港：香港社會科學出版社有限公司，2008）。
- 顏清湟《海外華人史研究》（新加坡：新加坡亞洲研究學會，1992）。
- 顏惠慶著，姚崧齡譯《顏惠慶自傳》（臺北：傳記文學出版社，1989）。
- 戴斌武《抗戰時期中國紅十字會救護總隊研究》（天津：天津古籍出版社，2012）。

論文

- Andrew, Bridie J. "The Making of Modern Chinese Medicine, 1895-1937." Ph.D diss., Cambridge University, 1996.
- Barnes, Nicole Elizabeth. "Protecting the National Body: Gender and Public Health in Southwest China During the War with Japan, 1937-1945." Ph.D. diss., University of California,Irvine, 2012.
- Chia, Grace Beng Imm. "Asian Members of the Straits Settlements Legislative Council, 1908-1941." B.A. Hons diss., University of Malaya, 1960.
- Jiang, Xiao-yang Sunny. "Cross-cultural philanthropy as a gift relationship: The Rockefeller donors and Chinese recipients, 1913-1921." Ph.D. diss., Bowling Green State University, 1994.
- Khor, Eng Hee. "The Public Life of Dr. Lim Boon Keng." B.A. Hons diss., University of Malaya, 1958.
- Lei, Hsiang-lin. "When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949." Ph.D. diss., University of Chicago, 1999.
- Luesink, David Nanson. "Dissecting Modernity: Anatomy and Power in the Language of Science in China." Ph.D. diss., The University of British Columbia, Vancouver, 2012.
- Ma, Qiusha. "The Rockefeller Foundation and modern medical education in China, 1915-1951." PhD diss., Case Western Reserve University, 1995.
- Reeves, Caroline Beth. "The power of Mercy: the China Red Cross Society,1900-1937." Ph.D. diss., Harvard University, 1998.
- Wu,Yi-Li. "Transmitted Secrets:The Doctors of the Lower Yangzi Region and Popular Gynecology in Late Imperial China." Ph.D. diss., Yale University, 1998.
- 尹倩《民國時期的醫師群體研究（1912-1937）：以上海為中心》，博士學位論文，華中師範大學中國近代史研究所，2008 年。
- 陳雪薇「炫麗中一響清凡匿流：伍連德的一生及其思想」，碩士學位論文，新加坡國立大學中文系，1999 年。
- 袁媛《近代生理學在中國：1851-1926》，博士學位論文，上海交通大學人文學院，2006 年。

網路資料和碑文

- Lim Kok Ann's Unpublished Autobiography. Accessed September 26 2012. Available from http://limkokann.blogspot.sg/2008_08_01_archive.html.
- Overney, Normand and Gregor Overney, ” The History of Photomicrography”, in Micscape, 173 (March 2010) (3rd Edition, March 2011). Accessed October 4, 2012. Available from http://www.microscopy-uk.org.uk/mag/artmar10/go-no-history-photomicro.html.
- Tanna, Laura. One-on-One with James Torrance Lim Part One - Extraordinary Childhood in the Far East. Accessed October 8 2012. Available from http://jamaica-gleaner.com/gleaner/20021021/news/news1.html.
- Tanna, Laura. One-on-One with James Lim - Part Two - the War Years. Accessed October 8 2012. Available from http://jamaica-gleaner.com/gleaner/20021022/news/news1.html.
- 新加坡武吉布朗（Bukit Brown，即咖啡山）林氏家族墓碑

- "Annoucement:Extension Courses for Chinese Doctors." The National Medical Journal of China (Peping) XV, no. 4 (1929).
- "The Burma Road:Apeal by Chinese Red Cross." The Times, July 27 1940, 3.
- China Medical Board 7th Annual Report (January 1, 1921-December 31, 1921) New York, 1922.
- "The Chinese Member of Council." The Straits Times, August 22 1895.
- "The Chinese Seat in Council." The Straits Times, August 20 1895.
- "Death of Mrs. Lim Boon Keng." The Straits Times, December 21 1905.
- "First Aid in China:A Medical Service Training School and Hospital in Each War Area in the Goal of Dr. Robert K.S. Lim." Time, February 17 1941.
- Lim Boon Keng: A Life to Remember 1869-1957. Singapore: National Library Board, 2007.
- Lim Kok Ann's Unpublished Autobiography [cited September 26 2012]. Available from http://limkokann.blogspot.sg/2008_08_01_archive.html.

- "Marriage of Lim Boon Keng." The Straits Times, December 30 1896.
- "Proceedings of the Chinese Physiological Society." Chinese Journal of Physiology 1 (1927).
- "Singapore's Grand Old Man Dies." The Straits Times, January 2 1957.

《蔣中正總統檔案 • 事略稿本（44）》，1940 年 9 月 7 日，薛月順編（臺北：國史館，2010）。

- 《蔣中正總統檔案 • 事略稿本（45）》，1942 年 2 月 21 日，蔡盛琦編（臺北：國史館，2010）。
- 軍醫學校藥劑班學生呼籲廢除「軍事管理」〉，見《中國學生導報》，1945 年 23 期，。
- 張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 266（鄭州：大象出版社，2009）。
- 《軍政部陸軍署軍醫司工作報告書（上冊）》，見張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 255（鄭州：大象出版社，2009）。
- 《華北農村建設協進會訓練研究委員會紀錄》，見張研、孫燕京主編《民國史料叢刊》卷 499（鄭州：大象出版社，2009）。
- 中國紅十字會條例〉，見《政府公報》第 1546 號，1920 年，。
- 中華民國紅十字會管理條例（1932 年 12 月 16 日公佈）〉，見《立法院公報》，1933 年 45 期，頁 17-18。
- Mcgraw-Hill Modern Men of Science: 426 Leading Contemporary Scientists. New York: McGraw-Hill, 1966.
- Andrew, Bridie J. "From Case Records to Case Histories: The Modernisation of a Chinese Medical Genre, 1912-49." In Innovation in Chinese Medicine, edited by Elisabeth Hsu, 324-336. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- Andrew, Bridie J. "The Making of Modern Chinese Medicine, 1895-1937." Ph.D diss., Cambridge University, 1996.
- Balme, Harold. China and Modern Medicine: A Study in Medical Missionary Development. London: United Council for Missionary Education, 1921.
- Barnes, Nicole Elizabeth. "Protecting the National Body: Gender and Public Health in Southwest China During the War with Japan, 1937-1945." Ph.D. diss., University of California,Irvine, 2012.

- Barry, John M. Great Influenza: The Story of the Deadliest Pandemic in History. New York: Penguin Books, 2005.
- Bland, J. O. P. "Young China." The Times, July 25 1922, 8.
- Bonner, Thomas Neville. Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945. New York: Oxford University Press, 1995.
- Bowers, John Z. Western Medicine in a Chinese Palace: Peking Union Medical College, 1917-1951. Philadelphia: The Josiah Macy, Jr. Foundation, 1972.
- Bullock, Mary Brown. An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College. Berkeley: University of California Press, 1980.
- Chang, HC, and RKS Lim. "The Influence of Mechanical Irritation of the Pyloric Region." The Chinese Journal of Physiology 5 (1931): 233-?
- Chia, Grace Beng Imm. "Asian Members of the Straits Settlements Legislative Council, 1908-1941." B.A. Hons diss., University of Malaya, 1960.
- Chieko, Nakajima. "Medicine, Philanthropy, and Imperialism: The D?jinkai in China, 1902-1945." Sino-Japanese Studies 17 (2010): 46-84.
- China Medical Commission of the Rockefeller Foundation. Medicine in China. New York, 1914.
- Cochran, Sherman. Chinese Medicine Men: Consumer Culture in China and Southeast Asia. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2006.
- Croizier, Ralph C. Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change. Cambridge: Harvard University Press, 1968.
- Cruickshank, Ernest W. H. "Peking Union Medical College:Department of Physiology." In Methods and Problems of Medical Education, 65-75. New York: The Rockefeller Foundation, 1926.
- Cunningham, Andrew, and Bridie Andrews, eds. Western Medicine as Contested Knowledge. New York: Manchester University Press, 1997.
- Davenport, Horace W. "Robert Kho-Seng Lim." In Biographical Memoirs, Vol.51, 280-307. Washingdon D.C.: National Academy of Sciences, 1980.

- Dikotter, Frank. Sex, Culture, and Modernity in China: Medical Science and the Construction of Sexual Identities in the Early Republican Period. Honolulu: University of Hawaii Press, 1995.
- Doig, A., and Royal College of Physicians of Edinburgh. William Cullen and the Eighteenth Century Medical World. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1993.
- Ebrahimnejad, Hormoz, ed. The Development of Modern Medicine in Non-Western Countries : Historical Perspectives. London; New York: Routledge, 2009.
- Faber, Knud, and Health Organisation. Report on Medical Schools in China, Series of League of Nations Publications. Geneva, 1931.
- Feng, T. P. "Looking Back, Looking Forward." Annual Review of Neuroscience, no. 11 (1988): 1-12.
- Feng, T.P., H.C. Hou, and R.K.S. Lim. "On the Mechanism of the Inhibition of Gastric Secretion by Fat." The Chinese Journal of Physiology 3 (1929): 371-380.
- Ferguson, Mary E. China Medical Board and Peking Union Medical College: A Chronicle of Fruitful Collaboration 1914-1951. New York: China Medical Board of New York, 1970.
- Flexner, Abraham. Medical Education in Europe: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York City, 1912.
- Flexner, Abraham. Medical Education: A Comparative Study. New York: The Macmillan Company, 1925.
- Fosdick, Raymond Blaine. The Story of the Rockefeller Foundation. New York: Harper & Brothers, 1952.
- Franklin, Kenneth J. A Short History of Physiology. London: Staples, 1949.
- Gao, Xi. "Between the State and the Private Sphere: The Chinese State Medicine Movement, 1930-1949." In Science, Public Health, and the State in Modern Asia, edited by Liping Bu, Darwin H. Stapleton and Ka-Che Yip, 144-160. London; New York: Routledge, 2012.
- Grant, John B., and Saul Benison. "Reminiscences of John Black Grant: Oral

History, 1961." 1,223 leaves.

- Gregory, R.A. "The Gastrointestinal Hormones: An Historical Review." In The Pursuit of Nature: Informal Essays on the History of Physiology, edited by A. L. Hodgkin, A.F. Huxley, W. Feldberg W.A.H. Rushton, Gregory R.A. and McCance R.A. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1977.
- Hardy, William Bate, and Boon Keng Lim. "On the Changes in the Number and Character of the Wandering Cells of the Frog Induced by the Presence of Urari or of Bacillus Anthracis." The Journal of Physiology 15, no. 1 (1893): 361-400.
- Hart, Roger. "Beyond Science and Civilization: A Post-Needham Critique." East Asian Science, Technology, and Medicine 16 (1999): 88-114.
- Hayford, Charles Wishart. To the People: James Yen and Village China. New York: Columbia University Press, 1990.
- Hill, Leonard. "Sir Edward Albert Sharpey-Schafer. 1850-1935." Obituary Notices of Fellows of the Royal Society 1, no. 4 (1935): 400-407.
- Hillier, S. M., and J. A. Jewell. Health Care and Traditional Medicine in China, 1800-1982. London; Boston: Routledge & Kegan Paul, 1983.
- Information, India. Bureau of Public. "Sir Gordon Jolly." Indian Information 15 (1944): 32.
- Ivy, A.C., R.K.S. Lim, and J.E. McCarthy. "Contributions to the Physiology of Gastric Secretion: Ii.The Intestinal Phase of Gastric Secretion." Quarterly Journal of Experimental Physiology 15, no. 1 (1925): 55-68.
- Khor, Eng Hee. "The Public Life of Dr. Lim Boon Keng." B.A. Hons diss., University of Malaya, 1958.
- Kohlberg, Alfred H. "An Army Fit to Fight." Aisa and the Americas, July 1944, 302-304.
- Kosaka, T., and R.K.S. Lim. "Demonstration of the Humoral Agent in Fat Inhibition of Gastric Secretion." Experimental Biology and Medicine 27, no. 9 (1930): 890-891.
- Kosaka, T., R.K.S. Lim, and S.M. Ling. "A Gastro-Inhibitory Agent Obtained from the Intestinal Mucosa." The Chinese Journal of Physiology 6 (1932): 107-?

- Lawrence, Christopher. Rockefeller Money, the Laboratory, and Medicine in Edinburgh, 1919-1930: New Science in an Old Country. Rochester, NY: University of Rochester Press, 2005.
- Lei, Hsiang-lin. "When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949." Ph.D. diss., University of Chicago, 1999.
- Leslie, Charles M., and Allan Young, eds. Paths to Asian Medical Knowledge. Berkeley: University of California Press, 1992.
- Leung, Angela Ki Che. Leprosy in China: A History. New York: Columbia University Press, 2009.
- Li, Hongshan. U.S.-China Educational Exchange : State, Society, and Intercultural Relations, 1905-1950. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2008.
- Lim, Boon Keng. "On the Coelomic Fluid of Lumbricus Terrestris in Reference to a Protective Mechanism." Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B 186 (1895): 383-399.
- Lim, Boon Keng. "On the Nervous Supply of the Dog's Heart." The Journal of physiology 14, no. 6 (1893): 466-482.
- Lim, R.K.S., A.C. Ivy, and J.E. Mccarthy. "Contributions to the Physiology of Gastric Secretion I: Gastric Secretion by Local (Mechanical and Chemical) Stimulation." Experimental Physiology 15 (1925): 13-53.
- Lim, R.K.S., H. Necheles, and T.C. Ni. "The Vasomotor Reactions of the Vivi-Perfused Stomach." Chinese Journal of Physiology 1, no. 4 (1927): 381-396.
- Lim, Robert K. S. "Chinese Students in Great Britain." The Times, August 10 1922, 11.
- Lindemann, Mary. Medicine and Society in Early Modern Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- Lucas, AnElissa. Chinese Medical Modernization: Comparative Policy Continuities, 1930-1980s. New York: Praeger, 1982.
- Luesink, David Nanson. "Dissecting Modernity: Anatomy and Power in the Language of Science in China." Ph.D. diss., The University of British Columbia,

Vancouver, 2012.

- McCleary, Rachel M. Global Compassion: Private Voluntary Organizations and U.S. Foreign Policy since 1939. Oxford; New York: Oxford University Press, 2009.
- Modlin, Irvin M., Mark Kidd, I.N. Marks, and Laura H. Tang. "The Pivotal Role of John S. Edkins in the Discovery of Gastrin." World Journal of Surgery 21, no. 2 (1997): 226-234.
- Rockefeller, John D. "Response for the Rockefeller Foundation." In Addresses & Papers: Dedication Ceremonies and Medical Conference, Peking Union Medical College, September 15-22, 1921. Peking, 1922.
- Rogaski, Ruth. Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China. Berkeley: University of California Press, 2004.
- Siang, Song Ong. One Hundred Years' History of the Chinese in Singapore. Singapore: University Malaya Press, 1967.
- Sivin, Nathan. "Why the Scientific Revolution Did Not Take Place in China or Didn't It?" Chinese Science 5 (1982): 45-66.
- Sykes, A.H. "Edward Schafer (1850-1935) and Artificial Respiration." Journal of Medical Biography 14, no. 3 (2006): 155-162.
- Tanna, Laura. One-on-One with James Lim - Part Two - the War Years [cited October 8 2012]. Available from http://jamaica-gleaner.com/gleaner/20021022/news/news1.html.
- Tanna, Laura. One-on-One with James Torrance Lim Part One - Extraordinary Childhood in the Far East [cited October 8 2012]. Available from http://jamaica-gleaner.com/gleaner/20021021/news/news1.html.
- Taylor, Kim. Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-63: A Medicine of Revolution. London; New York: RoutledgeCurzon, 2005.
- Unschuld, Paul U. Medicine in China: A History of Ideas. London; Boston: Routledge & Kegan Paul, 1983.
- Wang, Gungwu. "Traditional Leadership in a New Nation: The Chinese in Malaya and Singapore." In Community and Nation, Essays on Southeast Asia

and the Chinese. Singapore: Published for the Asian Studies Association of Australia by Heinemann Educational Books (Asia), 1981.

- Wang, Yi Chu. Chinese Intellectuals and the West, 1872-1949. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1966.
- Watt, John R. "Public Health in Nationalist China: Robert Lim and the Chinese Red Cross Medical Relief Corps." American Asian Review 8, no. 2 (1990): 55-70.
- Watt, John R. Public Medicine in Wartime China:Biomedicine, State Medicine, and the Rise of China's National Medical Colleges, 1931-1945. Boston, MA: Rosenberg Institute for East Asian Studies at Suffolk University, 2012.
- Watt, John R., ed. Health Care and National Development in Taiwan 1950-2000. New York: The ABMAC Foundation, 2008.
- Weatherall, Mark. Gentlemen, Scientists, and Doctors: Medicine at Cambridge 1800-1940. Rochester, N.Y.: Boydell Press; Cambridge University Library, 2000.
- Wong, Chimin, and Lienteh Wu. History of Chinese Medicine: Being a Chronicle of Medical Happenings in China from Ancient Times to the Present Period. Tientsin: Tientsin Press, 1932.
- Wong, K. Chimin, and Lien-teh Wu. History of Chinese Medicine:Being a Chronicle of Medical Happenings in China from Ancient Times to the Present Period. Shanghai: Shanghai ci shu chu ban she, 2009.
- Wu, Daisy Yen, ed. Hsien Wu, 1893-1959: In Loving Memory. Boston,Massachusetts, 1959.
- Wu, Hisen. "Peking Union Medical College: Department of Biochemistry." In Methods and Problems of Medical Education, 205-208. New York: The Rockefeller Foundation, 1925.
- Wu, Lien-Teh, and Yok-Hing NG. The Queen's Scholarships of Malaya,1885-1948. Penang: Penang Premier Press, 1949.
- Wu, Lien Teh. "Lim Boon Keng: Scholar, Linguist and Reformer." The Straits Times, January 7 1957.
- Ye, Xiaoqing. "Regulating the Medical Profession in China:Health Policies of Nationalist Government." In Historical Perspectives on East Asian Science,

Technology, and Medicine, edited by Alan K.L. Chan, Gregory K. Clancey and Hui-Chieh Loy, 198-221. Singapore: Singapore University Press & World Scientific, 2002.

- Yeh, Wen-Hsin. The Alienated Academy: Culture and Politics in Republican China, 1919-1937. Cambridge, Mass.: Published by Council on East Asian Studies, Harvard University and distributed by Harvard University Press, 1990.
- Yip, Ka-che. Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937. Ann Arbor, Michigan: Association for Asian Studies, 1995.
- 艾格尼絲•史沫特萊著，江楓譯《中國的戰歌》（北京：作家出版社，1986年）。
- 巴巴拉・塔奇曼《史迪威與美國在華經驗》（北京：商務印書館，1984）。
- 曹育〈中國現代生理學奠基人林可勝博士〉，見《中國科技史料》，1998 年第 1 期，頁 26-41。
- 陳邦賢《中國醫學史》（上海：商務印書館，1957）。
- 陳勒〈林可勝會垮臺嗎？〉，見《新聞天地》第 53 期，1948 年 12 月，頁 18。
- 陳孟勤〈繼往開來、再接再厲—慶祝《生理學報》創刊 80 周年〉，見《生理學報》第 59 卷，2007 年第 3 期，頁 I-VIII。
- 陳明遠《文化人的經濟生活》（上海：文匯出版社，2005）。
- 陳學恂主編《中國近代教育史教學參考資料》（北京：人民教育出版社，1987）。
- 池子華《紅十字與近代中國》（合肥：安徽人民出版社，2004）。
- 戴斌武《抗戰時期中國紅十字會救護總隊研究》（天津：天津古籍出版社，2012）。
- 董炳琨、杜慧群、張新慶著《老協和》（保定：河北大學出版社，2004）。
- 傅惠、鄧宗禹〈舊衛生部組織的變遷〉，見政協北京市委員會文史資料研究委員會編《文史資料選編》第 37 輯，（北京：北京出版社，1989），頁 253-277。
- 貴陽市檔案館編《戰地紅十字：中國紅十字會救護總隊抗戰實錄》（貴陽：貴州人民出版社，2009）。
- 郭金海〈1948 年中央研究院第一屆院士的選舉〉，見《自然科學史研究》第

25 卷，2006 年第 1 期，頁 33-49。
- 國防部聯合勤務總司令部軍醫署編印《戰後新軍醫》，1947 年
- 國防醫學院院史編籌委員會編《國防醫學院院史》（臺北：國防醫學院，1993）。
- 胡成〈檢疫、種族與租界政治：1910 年上海鼠疫病例發現後的華洋衝突〉，見《近代史研究》，2007 年第 4 期，頁 74-90。
- 黃克武〈從申報醫藥廣告看民初上海的醫療文化與社會生活（1912—1926）〉，見《中央研究院近代史研究所集刊》，1982 年第 17 期，頁 141-194。
- 金寶善〈公醫制度〉，見《行政研究》第 1 卷，1936 年第 1 期，頁 129-133。
- 金寶善〈舊中國的西醫派別與衛生事業的演變〉，見政協全國委員會文史資料研究委員會編《文史資料選輯》第一輯（總 101 輯），（北京：文史資料出版社，1985），頁 125-138。
- 雷祥麟〈負責任的醫生與有信仰的病人—中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，見《新史學》第 14 卷，2003 年第 1 期，頁 45-96。
- 李經緯、鄢良《西學東漸與中國近代醫學思潮》（武漢：湖北科技出版社，1990）。
- 李元瑾《東西文化的撞擊與新華知識份子的三種回應：邱菽園、林文慶、宋旺相的比較研究》（新加坡：新加坡國立大學中文系、八方文化企業公司，2001）。
- 李元瑾《林文慶的思想：中西文化的匯流與矛盾》（新加坡：新加坡亞洲研究學會，1990）。
- 梁其姿〈麻風隔離與近代中國〉，見《歷史研究》，2003 年第 5 期，頁 3-14。
- 廖亞平〈讀〈我國應實行公醫制度〉後〉，見《戰時醫政》第 2 卷，1939 第 7 期，頁 5-6。
- 劉士永、郭世清〈林可勝（1897-1969）：闇聲晦影的中研院院士與國防醫學院院長〉，見《臺灣史研究》第 19 卷，2012 年第 4 期，頁 141-205。
- 劉似錦編《劉瑞恒博士與中國醫藥及衛生事業》（臺北：臺灣商務印書館，1989）。
- 劉永楙〈抗戰八年追隨林可勝先生的回憶〉，見《傳記文學》第 16 卷，1970 年第 1 期，頁 59-61。

- 羅伊伯特著，張大慶譯《劍橋醫學史》（長春：吉林人民出版社，2000）。
- 馬伯英、高晞，洪中立《中外醫學文化交流史：中外醫學跨文化傳通》（上海：文匯出版社，1993）。
- 慕景強《西醫往事：民國西醫教育的本土化之路》（北京：中國協和醫科大學出版社，2010）。
- 牛亞華〈清末留日醫學生及其對中國近代醫學事業的貢獻〉，見《中國科技史料》第 24 卷，2003 年第 3 期，頁 228-243。
- 龐曾淮〈少志於學，壯事開拓，老安本業：憶先父龐京周醫師〉，見政協蘇州市暨太倉縣、吳縣、吳江縣、昆山縣、常熟市、張家港市委員會文史資料研究委員會合編《吳中情思：蘇州文史總第十七輯》，（蘇州：政協蘇州市暨太倉縣、吳縣、吳江縣、昆山縣、常熟市、張家港市委員會文史資料研究委員會，1988），頁 64-83。
- 戚厚傑、劉順發、王楠編《國民革命軍沿革實錄》（石家莊：河北人民出版社，2001）。
- 錢益民、顏志淵著《顏福慶傳》（上海：復旦大學出版社，2007）。
- 區結成《當中醫遇上西醫：歷史與反省》（香港：三聯書店（香港）有限公司，2004）。
- 饒毅〈中國生理學與醫學發展側影—《中國生理學雜誌》：一本前沿研究學報〉，見《二十一世紀》，1996 年 12 月，頁 102-105。
- 阮日宣〈林可勝永垂不朽〉，見《新聞天地》，1969 年 8 月 9 日，頁 19-20。
- 杉本勳編《日本科學史》（北京：商務印書館，1999）。
- 實藤惠秀《中國人留學日本史》，譚汝謙、林啟彥譯（北京：三聯出版社，1983）。
- 松濤〈「德日派」與同德醫學院〉，見《上海灘》，1988 年第 11 期，頁 42-43。
- 同仁會編《中華民國醫事綜覽》（東京：同仁會，1935）。
- 王揚宗〈民國初年一次「破天荒」的公開屍體解剖〉，見《中國科技史料》第 22 卷，2001 年第 2 期，頁 109-112。
- 王志均〈林可勝〉，見《科學家傳記大辭典》編輯組編《中國現代科學家傳記》第一集，（北京：科學出版社，1991），頁 596-605。

- 王志均〈林可勝：中國近代生理學的奠基人〉，見《生物學通報》第 29 卷，1994 年第 1 期，頁 40-41。
- 王志均、陳孟勤主編《中國生理學史》（北京：北京醫科大學、中國協和醫科大學聯合出版社，1993）。
- 威廉 ・F・ 拜納姆著，曹汝芬譯《19 世紀醫學科學史》（上海：復旦大學出版社，2000）。
- 吳襄〈三十年來國內生理學者之貢獻〉，見《科學》第 30 卷，1948 年第 10 期，頁 295-313。
- 熊秉真〈林可勝傳〉，見《國史擬傳》，（臺北：國史館，1996），頁 123-146。
- 熊秉真訪問《楊文達先生訪問記錄》（臺北：中央研究院，1991）。
- 徐小群《民國時期的國家與社會：自由職業團體在上海的興起，1912-1937》（北京：新星出版社，2007）。
- 許美德《中外比較教育史》（上海：上海人民出版社，1990）。
- 顏清湟〈林文慶與東南亞早期的孔教復興運動（1899-1911）〉，見《東南亞華人之研究》，（香港：香港社會科學出版社有限公司，2008），。
- 顏清湟〈清朝鬻官制度與星馬華族領導層（1977-1912）〉，見《海外華人史研究》，（新加坡：新加坡亞洲研究學會，1992），。
- 顏清湟〈新馬華人社會的階級結構與社會地位流動（1800-1911）〉，見《從歷史角度看海外華人社會變革》，（新加坡：新加坡青年書局，2007），。
- 楊進發〈十九世紀新加坡華族領導層〉，見《新馬華族領導層的探索》，（新加坡：新加坡青年書局，2007），。
- 楊進發〈新馬華族領導層的探索〉，見《新馬華族領導層的探索》，（新加坡：新加坡青年書局，2007），。
- 楊念群《再造「病人」：中西醫衝突下的空間政治（1832-1985）》（北京：中國人民大學出版社，2006）。
- 尹倩〈分化和融合：論民國醫師團體的發展特點〉，見《甘肅社會科學》，2008 年第 2 期，頁 22-27。
- 余新忠〈中國疾病、醫療史探索的過去、現實與可能〉，見《歷史研究》，2003 年第 4 期，頁 158-168。

- 余新忠主編《清以來的疾病 , 醫療和衛生：以社會文化史為視角的探索》（北京：生活・讀書・新知，三聯書店，2009）。
- 張大慶《中國近代社會疾病史：1912-1937》（濟南：山東教育出版社，2006）。
- 張大慶〈中國現代醫學初建時期的佈局：洛克菲勒基金會的影響〉，見《自然科學史研究》第 28 卷，2009 年第 2 期，頁 137-155。
- 張大慶〈中國醫學人文學科的早期發展：協和中文部〉，見《北京大學學報：哲學社會科學版》，2011 年第 6 期 ，頁 124-129。
- 張建俅《中國紅十字會初期發展之研究》（北京：中華書局，2007）。
- 張力《國際合作在中國：國際聯盟角色的考察（1919-1946）》（臺北：中央研究院近代史研究所，1999）。
- 張麗安《張建與軍醫學校：兼述抗戰時期軍醫教育》（香港：天地圖書有限公司，2000）。
- 張朋園、沈懷玉合編《國民政府職官年表（1925-1949）》第一冊（臺北：中央研究院近代史研究所，1987）。
- 張朋園訪問《周美玉先生訪問紀錄》（臺北：中央研究院近代史研究所，1993）。
- 張錫鈞〈回憶中國生理學先驅林可勝教授〉，見《生理學進展》第 17 卷，1986 年第 2 期，頁 184-186。
- 張禹罕主編《公共衛生學》（臺北：臺灣商務印書館，1983）。
- 張玉法主編《中華民國紅十字會百年會史：1904-2003》（臺北：紅十字會總會，2004）。
- 張之洞《勸學篇 ・ 外篇 ・ 遊學第二》（鄭州：中州古籍出版社，1998）。
- 趙洪鈞《近代中西醫論爭史》（合肥：安徽科學技術出版社，1989）。
- 政協北京市委員會文史資料研究委員會編《話說老協和》（北京：中國文史出版社，1987）。
- 中國紅十字會總會編《中國紅十字會歷史資料選編，1904-1948》（南京：南京大學出版社，1993）。
- 中國人民政治協商會議貴州省貴陽市委員會文史資料研究委員會編《貴陽文史資料選輯（第 22 輯）：紅會救護總隊》（貴陽：政協貴州省貴陽市委員會

文史資料研究委員會，1987）。
- 中華民國紅十字總會編印《中華民國紅十字會戰時工作概況》，1946 年
- 周谷編《胡適葉公超使美外交檔手稿》（臺北：聯經出版事業公司，2001）。
- 朱大年《生理學》（北京：人民衛生出版社，2008）。
- 朱大年《生理學（人物史話和知識拓展）》（北京：人民衛生出版社，2008）。
- 朱有瓛主編《中國近代學制史資料》（第二輯上冊）（上海：華東師範大學出版社，1987）。

- Hsu, Elisabeth. Innovation in Chinese Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- Lim Boon Keng: A Life to Remember 1869-1957 (Singapore: National Library Board, 2007).
- Lim, Robert K. S. "The Histology of Tadpoles Fed with Thyroid." Experimental Physiology 12 (1920): 304-16.
- Lim, Robert K. S. "The Gastric Mucosa." Quarterly Journal of Microscopical Science 66 (1922): 187-212.
- Overney, Normand and Gregor Overney, ” The History of Photomicrography”, in Micscape, 173 (March 2010) (3rd Edition, March 2011). Accessed October 4, 2012. http://www.microscopy-uk.org.uk/mag/artmar10/go-no-history-photomicro.html.
- Tanna, Laura. One-on-One with James Torrance Lim Part One - Extraordinary Childhood in the Far East [cited October 8 2012]. Available from http://jamaica-gleaner.com/gleaner/20021021/news/news1.html.
- The ABMAC Bulletin
- The National Medical Journal of China
- The Chinese Medical Journal
- Da 43, Centre for Research Collections, Edinburgh University Library
- 尹倩《民國時期的醫師群體研究（1912-1937）：以上海為中心》，博士學位

論文，華中師範大學中國近代史研究所，2008 年。
- 臺灣中央研究院近代史研究所《林可勝檔》
- 協和醫學院檔案 153，協和醫學院人事檔案 2045（1）生理科，北京協和醫學院檔案室
- 《中華醫學雜誌》1915 年，1924-1938
- 《新醫藥》1934 年第 2 卷第 1-8、10 期；1935 年第 3 卷第 1-12 期；1936 年第 4 卷第 1-6 期
- 《衛生半月刊》1934-1935
- 《軍醫月刊》1947 年 1-12 期，1948 年 1-8 期
- 《會務通訊》1941 年第 1 期 -1945 年第 34 期（1941 年第 6 期缺）
- 《申報》1927-1937
- 《軍醫通訊》1939 年第 1 期 -1946 年第 67 期（1942 年第 31-34 期，1944 年 51-54 期，1946 年 63-66 期缺）
- 《醫藥評論》1929-1937
- 《醫事彙刊》1929-1938
- 《戰時醫政》1938-1944
- 《醫界春秋》1927-1937
- 丁蕾〈近代日本 ?? 中醫療 ? 文化活動－同仁會研究〉（一）-（四），見 《日本醫史學雜誌》45.4(1999): 543-462, 46.1 (2000): 23-45, 46.2 (2000): 193-209, 46.4 (2000): 613-639。

國家圖書館出版品預行編目 (CIP) 資料

林可勝與民國現代醫學的發展 / 施彥作. --
臺北市：梁序穆暨許纖雲教授基金會, 2018.04
18.5×25.5 公分, 頁 312

ISBN 978-986-95176-2-1(平裝). --
ISBN 978-986-95176-3-8(精裝)

1. 林可勝　2. 傳記

783.3886　　107004808

林可勝 與民國現代醫學的發展

著　　者／施　彥
主　　編／何邦立
策劃單位／梁序穆暨許纖雲教授基金會
推薦單位／中華科技史學會
何宜慈科技發展教育基金會
出版單位／梁序穆暨許纖雲教授基金會
發 行 人／王丹江
顧　　問／趙壯飛、張之傑
發 行 所／梁序穆暨許纖雲教授基金會
執行編輯／陳聖真
印刷公司／欣欣文具印刷有限公司
台北市南京東路四段 133 巷 5 弄 12 號
出版時間／ 2018 年 4 月 4 日
I S B N／ 978-986-95176-2-1（平裝）
978-986-95176-3-8（精裝）

紀念典藏專集 ／ 版權所有

書評

★科學文摘★評介

《林可勝——民國醫學史上第一人》

張之傑

何邦立醫師窮 2 年之力，編成《林可勝——民國醫學史上第一人》（梁序穆暨許織雲教授基金會出版，2017 年 9 月），紀念林可勝誕辰 120 週年暨抗日戰爭 80 週年。我是何醫師的高中同學，又是業餘科學史研究者，於公於私都應該為文評介這本巨著。

何醫師國防醫學院醫學系畢業，後赴美留學，習航空醫學，並獲飛行駕駛執照。曾獲十大傑出青年獎章，榮膺美國航空太空醫學會院士。歷任空軍航太醫學發展部主任、民航局航空醫學中心主任、國防醫學院教授等職。退休後從事空軍抗戰史及醫學史研究，《林可勝——民國醫學史上第一人》為其醫學史研究成果之一。

林可勝（1897-1969），祖籍福建海澄，生於新加坡，為英籍華人。1921 年，獲愛丁堡大學哲學博士學位。1923 年，當選英國皇家學會會員，年僅 26 歲。1924 年返國，主持協和醫學院生理系 12 年，成為中國生理學奠基者，期間因發現腸抑胃素（enterogastrone）斐聲國際。抗戰時，林氏成立紅十字會救護總隊暨戰時衛生人員訓練所，對抗戰做出重大貢獻。1947 年 6 月，擔任軍醫署長的林氏將戰時衛生人員訓練所與陸軍軍醫學校合併，成立國防醫學院，自兼院長。1948 年榮膺中研院第一屆院士。1949 年 2 月至 5 月，國防醫學院分三批遷臺，同年 6 月林氏赴美，重啟科研工作，因鎮痛機制研究再次活躍國際生理學舞台。

林氏用世後，人生明顯分為三個段落：主持協和生理系、投身抗戰、重回學術，三個段落都扮演得有聲有色。然而，這位對當代中國生理學及抗戰有過大功的偉人、奇人，卻未受到應有的重視。臺灣在本土化大纛下，光復後的渡臺學者

往往遭到漠視。大陸受限於意識形態，對於曾經任職國民政府的學者往往多所忌諱。何醫師的《林可勝——民國醫學史上第一人》於抗戰 80 週年時出版，其意義非比尋常。

《林可勝——民國醫學史上第一人》為 16 開本，計 600 頁。除了何醫師所寫的楔子（頁 4-8）及編後語（頁 535-536），分為 10 個部份，依次為一、序文 6 篇（頁 14-29），二、專訪及傳略 8 篇（頁 32-105），三、紀念文 15 篇（108-190），四、紅會及衛訓所後人紀念文 15 篇（頁 192-299），五、抗日戰爭 50 週年紀念文 16 篇（頁 302-393），六、中國生理學會 60 週年紀念文 8 篇（頁 396-437），七、雜誌報章林先生紀念文 16 篇（440-526），八、事略年譜（頁 528-534），九、學術論著一覽（540-548），十、英文報導 5 篇（頁 550-600）。除了事略年譜和學術論著一覽，89 篇鴻文描繪的不僅是林氏個人，也描繪出一個時代，以及牽涉其中的人物與事件，該書不能單純以傳記視之。

何醫師能夠蒐羅到那麼多林氏文獻——包含大量歷史圖片，真的很不容易！傅斯年在〈史學方法導論〉一文提出，治史要「上窮碧落下黃泉，動手動腳找東西。」何醫師為了此書多次奔走兩岸及海外，其治史的態度正是如此。

《林可勝——民國醫學史上第一人》為 紀念典藏專集 (輯) ，我因提供兩篇文章，承蒙何醫師惠贈一冊。我是老編，拿到任何一本書，通常先看封面、版式、裝禎，再看目錄。何醫師主編的這本大著封面設計舒朗大方，版面設計和裝禎不俗，89 篇文章綱目分明，梳理得清清楚楚。這樣一本難得一見的好書，怎能不推薦給廣大讀者！

刊載於《科學文摘》2018.1.15

張之傑 科普作家、科學史家 中央研究院科學史委員會委員
中華科技史學會創始人 中國 (大陸) 科學史學會理事

書評

新書：林可勝，民國醫學史上第一人

主編：何邦立醫師教授

《引言》

綜觀中華民族數千年來的生活史，各個時代，多有比前代進步的地方，雖然在程度上有所不同。這是因為刻苦奮進是其本性。近代以前，知識和技能的傳播和交流，困難多端，各種進步不易顯見，因而有人誤以為「停滯」是常態。

近代以來，儘管戰亂頻繁，科技突飛猛進，生活的改善不勝枚舉，與生命關係最密切的應是醫藥與衛生。在這兩個領域中，貢獻最卓越的中華專家應是林可勝。

《林可勝 (1897 – 1969): 其人》

林可勝 (1897-1969) 是協和第一位華人生理學教授兼主任， 1926 年成立中國生理學會任創會會長。次年出英文版的中國生理學季刊任總編輯，他培訓生理教研進修人才，遍佈全國蔚成協和系譜。1928 年更被推舉為中華醫學會會長，他在協和 12 年科研成果，將中國生理學界帶到世界前沿學術水平，他發現腸抑胃素名揚國際，被尊稱為中國生理學之父。

1937 年抗戰軍興，林可勝他毅然放棄學術生涯投入抗戰熔爐，籌建紅十字會救護總隊、成立戰時衛生人員訓練所，深入戰地第一線救死扶傷，以提高軍隊的戰力與士氣，更兩度協助滇緬遠征軍醫療衛生後勤作業，享譽國際。抗戰期間他為國家募得 6600 萬美金的藥品、器械、車輛、捐款，以利救死扶傷工作的推動。他對抗戰的功績，被尊稱為中國國防軍陣醫學的奠基者。

抗戰勝利後，林可勝構思公醫制度、規格現代化醫學教育，他籌劃重整軍醫教育體係，1947 年 6 月他將圖雲關之陸軍衛生勤務訓練所與安順之陸軍軍醫學校，納入新成立的國防醫學中心於上海江灣，整合我國的醫學教育，由德日制改為英美制。1949 年他將國防醫學院遷臺，協和為主軸的醫療體係，影響了整個臺灣今日的醫療生態。他是中國現代醫學的真正推手，是令人景仰的醫學教育家。

綜觀先生一生事蹟，無論在國際生理醫學學術界（腸胃生理、疼痛生理）、抗戰期間健軍衛國建立國防軍陣醫學的體系、戰後中國現代醫學的整合發展，三方面的貢獻，均史無前人，可謂三不朽！這一代奇人、偉人，他為中華民族的貢獻，將

永留青史！

《評介》

有關民國史的書籍用各種語文寫的，不計其數，但是，以林可勝為主的，行於現世的，卻是很少；現今介紹的，很可能是僅有的一冊。為何如此呢？原由可以推想。

以史為業的學者，多半缺少醫學的基礎，因而有關醫學史的專著，素來就少。而且，民國以來，西醫大興，其中的種種，從觀念到病名、藥名，無不新鮮，門外漢望之生畏。像林可勝這樣劃時代的英傑，敬慕不乏其人，而卻不敢叩門，因為那門檻是不容易跨過的。

何邦立教授具有特殊的條件。他的專業訓練是航空醫學，而且長期在臺北國防醫學院教學，久已熟知林可勝的事業和生平。以他的勤奮、博學、及恒毅，走學海峽兩岸及美國，廣積各地公私圖書檔案資料。他掌握的資料，在當今之世，罕有其匹。

更重要的，林可勝的生平事業關聯著中國近代化的幾個重要方面，即：北京協和醫學院的發展，中國生命科學的奠基，抗日紅十字會救護總隊的精忠報國，現代醫學教育體系的設計與整合，國防醫學院的奠基，臺灣美式醫學的發展。

《結論》

這樣一位了不起的愛國報國的歷史人物，他和中國的歷史命運的關聯，以及他對中國和世界的巨大貢獻和影響，竟然被史學界淡忘了半個世紀以上。所幸，有何邦立及汪忠甲兩位有心人走過千山萬水，遍尋海內外的中英文資料，並親訪可能見到的歷史見證人，自籌經費出版了 602 頁的大書。工程浩大，碩果可敬可賀。我們也為中華民族感幸，林可勝的仁心仁術幫助了多少人，又救了多少人命。這樣的人使我們的青史發光生熱，永垂不朽，我們當引以為榮。

李又寧

美國哥倫比亞大學歷史學博士

美國紐約聖若望大學亞洲研究所所長、教授

華僑協會總會紐約分會會長

華族留美史研究會會長

Abstract

Robert Kho-Seng Lim (1897-1969) was a famous medical character in the Republic of China. During the 1920s-1940s, he played a significant role in shaping Chinese modern medicine. Before the Second Sion-Japanese War, he was considered as a pioneer of modern Chinese physiology and was involved in the Health Administration's effort to build a nationwide modern medical system. When the war broke out in 1937, he founded and directed the Chinese Red Cross Medical Relief Corps and Emergency Medical Service Training School, through which he provided modern medical treatment and trained various medical workers. After the war, Lim, as Surgeon General, reorganized China's military medical system and education, paving the way for Chinese modern military medicine.

The development of modern medicine in China has not received sufficient attention, though it provides a great opportunity and approach for the understanding of China's modernization. By examining Robert KS Lim's career in China, this thesis aims to discuss Lim's contributions to modern medicine and reveal the turbulent progress of modern medicine in this period. This thesis argues that China's quest for modern medicine was not only obstructed by the isolated conflict between indigenous medicine and western medicine, but, to a great extent, by multiple factional strife. My study analyzes the difficult trajectory of modern medicine in Republican China as it was affected by the failure of modern medical elites to coordinate their efforts either in the formulation of medical education, standardizing a nationwide medical system or doing wartime medical relief. It offers an instance of China's cosmopolitan embrace of different strands of "modern" science as seen in the British, American, German, Japanese traditions, etc.; and a case of China's meandering and conflicted path towards its own brand of modernity.