

曾天治編著

科學鍼灸治療學中

# 曾天治鍼灸治療記事冊

民國            年            月份

姓名	年歲	性別	職業
住址		每次收費            元	
病歷與現狀			
體溫		脈搏	
次數	日 期	治 療	功 效
1	月 號		
2	月 號		
3	月 號		
4	月 號		
5	月 號		
6	月 號		
7	月 號		
8	月 號		
9	月 號		
10	號 號		
11	月 號		
12	月 號		
合計    次    共收手術費    百    拾    元結果			

# 科學鍼灸治療學中卷目次

## 第一編 呼吸系統病

### 一 鼻

1	急性鼻粘膜炎	(一)
2	慢性肥厚性鼻炎	(四)
3	萎縮性慢性鼻炎	(六)
4	鼻蛆	(九)
5	粘液性息肉	(一一)
二 副鼻腔		
1	急性上頰竇炎	(一三)
2	前額竇炎	(一六)
三 喉		
1	急性卡他性喉炎	(一八)

137881

2	慢性喉炎.....	(二一)
3	水腫性喉炎.....	(二二)
4	喉結核.....	(二五)
5	喉部良性新生物.....	(二七)
四 氣管及枝氣管		
1	急性氣管及氣管枝炎.....	(二九)
2	慢性枝氣管炎.....	(三六)
3	氣管枝哮喘.....	(三九)
五 肺臟		
1	加答兒肺炎.....	(四九)
2	肺水腫.....	(五二)
3	肺結核.....	(五五)
六 肋膜		
1	肋膜炎.....	(六九)

第二編 傳染病

1	瘧疾	(七三)
2	痰咬病	(八一)
3	亞細亞霍亂	(八五)
4	麻風	(九三)
5	白喉	(一〇〇)
6	赤痢	(一〇六)
7	鼠疫	(一一〇)
8	流行性感冒	(一一四)

### 第三編 循環器病

1	狹心病	(一一九)
2	神經性心悸亢進	(一二五)
3	高血壓症	(一三三)
4	脾腫	(一三八)

### 第四編 神經系統病

1	腦貧血	(一四九)
2	腦充血	(一五三)
3	腦出血	(一五六)
4	不眠症	(一六四)
5	腦水腫	(一六六)
6	流行性腦脊髓膜炎	(一六八)
7	急性脊髓炎	(一七五)
8	脊髓癆	(一八〇)
9	面神經麻痺	(一八八)
10	面神經痙攣	(一九二)
11	三角肌麻痺	(一九五)
12	臂癱	(一九七)
13	三叉神經麻痺	(一九九)
14	間代性橫膈膜痙攣	(二〇一)
15	頭痛	(二〇三)
16	三叉神經痛	(二〇五)

17	肋間神經痛	(二〇八)
18	坐骨神經痛	(二一〇)
19	附腰痛的治疗方法	(二一三)
20	後頭神經痛	(二一四)
21	關節神經痛	(二一五)
22	神經炎	(二一八)
23	偏頭痛	(二二二)
24	肢端知覺異狀	(二二六)
25	癱瘓	(二二九)
26	癱瘓	(二三五)
27	附狂的治疗方法	(二三七)
28	顏面性癱瘓	(二三七)
29	神經衰弱	(二三九)
30	震顫麻痺	(二四四)

第五編 婦科病

1	無月經	(二五三)
2	附子宮萎縮的治療法	(二五六)
3	月經過多	(二五六)
4	月經困難	(二五九)
5	子宮痙攣	(二六二)
6	慢性子宮實質炎	(二六五)
7	子宮腫脹	(二六八)
8	白帶	(二七三)
9	胎卵管炎	(二七五)
10	卵巢炎	(二七八)

第六編 兒科疾患

1	初生兒破傷風	(二八〇)
2	小兒驚厥	(二八三)
3	夜驚症	(二八七)
4	急性春備前角炎	(二八八)



5 小兒腹瀉病.....(二九一)

6 疥癬.....(二九六)

### 第七編 維他命缺乏病

1 脚氣.....(二九八)

### 第八編 外科疾患

1 結核性淋巴腺炎.....(三〇四)

2 骨結核或結核性骨炎.....(三一—)

3 炎症.....(三一五)

4 急性化膿性關節炎.....(三一八)

5 瘰癧.....(三二〇)

6 疥癬.....(三二二)

7 赫尼亞.....(三二四)

目

次

八

# 第一編 呼吸系統病

呼吸系統分爲鼻、咽、喉、氣管、枝氣管、肺、及胸膜。

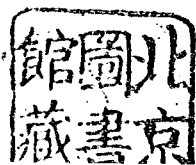
## 壹 鼻 最上氣道

鼻腔 鼻居顏面之中央，從前方貫通後方，成爲空洞，是名曰鼻腔。此空洞中有一骨板名曰鼻中隔，將鼻腔分爲左右兩部。鼻腔周圍有鼻骨圍繞之。唯鼻尖係皮膚及軟骨所構成，甚爲柔軟。

鼻甲介 鼻腔內部，有突出之部分，名曰上甲介，中甲介及下甲介。故鼻腔之構造頗爲複雜，此外尚有掌管嗅覺之部分。又有一路可與副鼻腔相交通。

副鼻腔 鼻腔周圍有名副鼻腔之空洞，爲四種骨質所構成。其在鼻腔兩側者曰上頰竇，在鼻腔上部眉毛附近者曰前額竇。在深部者曰篩骨蜂巢及蝴蝶骨竇，此等副鼻腔內若有膿汁蓄積，即成爲蓄膿症，例如上頰竇蓄膿症即其一種也。

前庭 鼻腔之入口，名曰前庭，生多數之鼻毛，自前庭進至內部均有粘膜被覆表面，



呈淡紅色。其黏膜有特別之構造，一部分富於血管網，故因血液之聚散，其容積常生變化，性如海綿，富纖維液，此血管網特名曰海綿層。腦充血時鼻常閉塞，長時間俯首工作亦然，凡此皆因此等血管網充血膨脹，鼻腔狹窄所致。又鼻腔黏膜，常分泌黏液，故其表面常潤濕焉。（參閱新醫學店出版之人體解剖圖後面第十五版）

### 急性鼻黏膜炎 一名鼻感冒

原因 有特發性有續發性，屬於特發性者，胃寒，塵埃及有害氣體之侵入，器械的刺戟，化學的刺戟是也。屬於續發性者，為各傳染病之一分症，如麻疹，百日咳，流行性感冒等，往往併發本病。又有所謂發鼻黏膜炎者因服礫劑而生。

本病之為傳染病與否尚未能確定，往往一人罹此，家族同伴相繼發生，似有傳染性質。其病原體亦未確定大約葡萄狀球菌連鎖球菌，肺炎菌流行感冒桿菌等，皆能發生本病。

症候 本病初起，多在咽部。初起灼熱乾燥，輕度之咽下困難。有覺全身違和倦者，有發熱者，熱大者一二日即退，病稍進，即由咽上入鼻腔，下至於喉，氣管，氣管支。

其侵入鼻中者，時時作嚏，黏膜紅腫，鼻管狹窄，有閉塞者，因是呼吸發音。俱起障礙，凡 *rhinorrhoea* 等鼻音之字，發音不正，此謂之閉塞性鼻音。

黏膜分泌旺盛，涕淚交流，初時量甚多，薄如水漿，繼則黏稠而黏，終則厚而黃，色如

感。此白血球增多故也。

診斷 熟記本病症候，診斷不難。

預後 西醫謂：無續發性者良。哺乳兒罹此者鼻腔閉塞易遭窒息。鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 施術一二次，即能痊愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 合谷 風池 迎香

次要經穴 上星 風門

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為鼻粘膜炎後，令患者對坐，伸手案上，取合谷穴，消毒後，左手大指甲強切經穴使感麻痺，然後斜針向上刺入，如感麻痺，則用雀啄術凡二三分鐘久，刺此穴畢再刺彼手之合谷穴，手術同前。休息十幾分鐘後再刺風池穴，法使患者端坐，低頭，醫者左手扶患者額上，中指搯風府穴，大指切風池穴，針斜向中間入，約五六分深，即感麻痺能達頭頂，亦有達鼻中者，乃用雀啄術四五分鐘久，拔針後再刺彼邊之風池穴，手術如前，如疾患初起，即獲痊愈不用再治矣。

倘次天仍未痊愈，除照第一天辦法施術外，再刺風門迎香上星三穴，或灸上星穴五六壯，當可痊愈矣。如仍未愈，再治一次可也。

戒吸煙，省談話，避辛辣飲食物，穢濁空氣等。

**治療原理** 鼻因某種原因而致發炎；充血，腫脹，分泌增多，鼻腔閉塞，茲刺合谷風池穴，用雀啄術，凡數分鐘久，刺戟力反射及鼻，鼻內即發生變化，立能使鼻塞全除，充血消散，再經過二小時，腫脹消退，分泌物減少直至烏有了，病即獲愈。

**治療例** 廣東中醫藥學校胡銘先生，於民廿七年三月廿七號介紹保元國醫學校學生李子航先生來學鍼灸，胡君稱日來覺微熱，頭重，頭痛，鼻內覺癢，鼻腔閉塞，分泌稀薄如水之鼻液，此等傷風症候，頗感不舒服云。檢查其鼻腔，見內發赤，爲之刺合谷二穴，用雀啄術凡三分鐘久，病即霍然。

### 慢性肥厚性鼻炎

**原因** 多因急性鼻結膜炎，遷延不治而成。腺病，貧血，痛風等病人，尤易罹此。亦有受化學物理學的慢性刺戟而起者，如煙，酒，石工，炭工等人，往往有此病。

**症候** 鼻中甲，鼻下甲，腫脹肥大，其甚者與鼻中甲相接，空氣出入之道爲之壅塞。鼻黏膜帶暗赤色。中下鼻甲往往作息肉狀之隆起，用鼻鏡後檢法，自咽喉腔窺之，則見全鼻甲腫脹紅赤，鼻下甲後端，作乳嘴狀，或覆盆子狀。肥腫甚者，黏膜反作黃白色。或灰白色。本病之自覺症狀，鼻道壅塞，不能鼻息。呼吸之氣由口出入，嗅覺變常，聲音變調，鼻

分泌物大抵皆增加，間亦有減少者。

尋常鼻呼吸之際，吸入之空氣，乾燥者濕之。寒冷者溫之，使之入肺而不爲害。空氣中之細菌塵埃，皆勾留於凹凸不平之鼻腔黏膜，使吸入之空氣，清淨無毒，入肺而不爲害。一罹本病，鼻道閉塞，吸氣由口而入，鼻道防禦機能，完全廢絕，以致喉腔及深部氣道，易發炎症，而生種種副產病。

炎症波及歐氏管，則發耳聾重聽，副鼻腔化膿者，往往生黏膜鼻茸。向中下鼻甲間之溝，膨隆而出。又咽扁桃體等，往往生同樣病變。

有神經病素質者，一罹此病，往往頭痛鬱悶，睡眠不安，及氣管枝喘息等症，本症一去，諸症亦隨之消散矣。

預後 佳良

治療經過 視症候之輕重而定，大概施術七八次即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 通天 上星 風池

次要經穴 合谷 迎香 天應 風門

(二) 治療技術 醫者診斷定患者確爲肥厚性鼻炎後，令患者對坐，刺二合谷穴，使感發麻直達臂上。繼刺風池二穴，亦須刺至發麻，如能延至頭頂或鼻中則更妙。休息片刻後。

用蕪蟄艾灸二通天穴，及上星穴。灸上星時須灸五六炷，灸至如有氣達鼻孔中爲有效。如患者不感疲倦，再刺迎香二穴。

次日依法施治，側重灸通天上星二穴，如甚頑固則風池風門亦須灸治。倘治五六次仍未大效，則用蕪蟄片燃艾灸鼻上肥厚處使感充血，效力更大。但勿灸至起水泡，起水泡不雅觀，且恐傷鼻骨也。

**治療原理** 鼻因某種原因，而致充血鬱血，肥厚增殖，呼吸障礙，嗅覺變常，茲刺合谷風池二穴，刺戟力影響及鼻腔，灸通天上星二穴，使有氣直達鼻中，鼻必發生變化，肥厚增殖當能消散，再以蕪蟄艾絨灸鼻本部，使感充血，則鼻血行旺盛，障物得以排除，從而呼吸暢通，嗅能恢復，理甚淺顯也。

**治驗例** 廣州國立法科學院伍錦揚君患鼻腔閉塞，呼吸障礙，聲帶鼻音，嗅能減退凡數月之久，屢醫不愈。因而購讀拙著鍼灸醫學大綱，知鍼灸擅醫是病，乃于民廿五年九月十四號一連來治四次，施術二次後好了七八成，施術四次後病即霍然，伍君感鍼灸功效偉大，特來研究鍼灸，現已治愈患者不少云。

### 3 萎縮性慢性鼻炎

原因：病因方面無所確知。有認 *Mokrogastris* *Patch* 傳染爲原因之一者。



症候：萎縮性慢性鼻炎又名臭鼻症，為帶粘膜乾燥進行之慢性鼻粘膜炎。鼻粘膜本身萎縮，其表皮呈強度之角質化傾向，粘膜層消失，因而分泌虧損，因而形成膠狀粘液，再乾而成痂，附着於粘膜上，特殊的臭氣——本病之特徵——主要即出於此種痂殼，此則附着於粘膜上如此牢固，往往非至出血不能撕而脫之，在別的例子，又見粘膜上痂殼附着之處尚有微量流動的粘液，此病變再進一步則侵上砌成鼻腔壁的骨，尤其下甲介骨，致結果成一極寬的鼻腔。其壁上附着痂殼，且不罕見粘膜表面大部分悉被痂殼蓋覆者。

在較重的例，此病變不僅以鼻內腔為限，却侵上鼻咽腔及歐氏管，後者因粘膜萎縮而變寬闊，又此粘膜病變還能蔓延及咽腔口部，再進而及下咽頭，喉頭和氣管，在此也一樣結成痂殼，不特刺戟起極討厭的咳嗽發作，却亦能大礙空氣通過。

診斷 熟記本病症候，診斷不難。惟須與第三期梅毒的鼻病鑑別。

預後 西醫無特效的藥劑，故費用外科手術。針灸治療，預後佳良。

治療經過 施術七八次即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 迎香 上星 風池 合谷

次要經穴 通天

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為臭鼻症後，令患者對坐，置手案上，醫者左手大指

甲按患者大食二指掌骨間接合部。麻處合谷穴使感麻痺，隨即用酒精消毒（下同），消毒後醫者之左手大指甲按合谷穴，餘指壓實患者之手，勿使動搖，左手持針，斜針向上刺入，如感麻痺有氣般直上臂間（否則無效，下同）則針路提起復插入，如雀之啄餌然，（名雀啄術）凡一二分鐘久。針此手之合谷穴後，再針彼手之合谷穴，取穴姿勢與手術同前。繼令患者靠牆端坐，頭靠牆上，勿令動搖，左手甲按患者鼻孔旁五分迎香穴處，消毒後，針斜向鼻方入，患者如感麻痺直透鼻孔時，針亦略提起復插入，使鼻感麻痺凡一二分鐘久，刺此迎香穴後，再刺彼迎香穴，略休息三五分鐘後，乃令患者背醫者坐，略低頭，在風府穴旁開各一寸兩風池穴上，針斜向頸正中入，如刺對神經，患者神經又健全，當感麻痺直透鼻孔中。如用雀啄術凡二三分鐘久，則鼻孔粘膜必起極大變化。至此醫者乃切大肉薑片約一分厚，上墊焚着之艾絨，在通天穴上，上星穴上各灸五六粒使患者感有氣直達鼻孔中，第一日手術便算完畢。

次日按上法施治，當逐漸生效。如欲患者速愈，用葦葉焚着之艾絨灸鼻之上，患者如感熱即移上移下，不使起水泡，收效更快。

#### 治療原理

鼻粘膜因某種原因而致本身萎縮，粘膜腺消失，因而形成膠狀粘液，再乾而成硬痂變成臭鼻。醫者用雙蒸水與鹽溶液，洗滌患處，使之濕潤柔軟，易於除去，自是對症辦法，惜未能把病治愈。使患者食養分豐富之脂肪類食物，又飲礫乳，注射 *cod liver oil* 每星期三次，每次一小瓶，亦不過使原形質活動化而已，也不能把病治愈。針灸醫生不用藥物，

只用針刺艾灸而能把病消愈者，因其刺戟之經穴能影響到鼻孔中，刺戟之手術，能發生興奮之作用，可使鼻粘膜鼻部之神經，逐漸甦醒，活動，血行從而旺盛，逐漸恢復其機能！一萎縮者回復，消失者再生——繼續分泌粘液，濕潤粘膜表面也。事實上如是，理論亦如是吧！

治驗例、龍川老陸鎮懷安西藥房主人親醫鄧懷德醫師，在老陸行醫三十餘年，以其學識淵博，經驗豐富，治愈病人不可屈指數，故無論老幼，皆識其人。今年春余自香港返，承家父之介，認識鄧醫師，與論針灸。鄧醫師極端贊成，隨問鼻症能否治愈，余謂此症當可治愈。鄧醫師乃謂伊患鼻病凡二年，常流臭液，討厭之極。用西藥洗滌，已見減輕，但未能根治云。乃按上法為鄧醫師治療，二次後即感有效，六次後病乃霍然。鄧醫師深佩針灸治療之偉大，竟忘其年已六十有二之高，而潛心研究針灸，又命其第三子永興研究針灸，更聘懷安西藥房免租供余作診療之用，又介紹許多頑固病者來醫。針灸治療之獲在龍川風行，實獲鄧醫師之力不少焉。

#### 4 鼻衄

原因 外傷為多，有鼻黏膜病，血友病，白血病，重症貧血病，壞血病，重症貧血，及有出血質素者，易發此症，腸傷寒，痘瘡，麻疹，肺炎等傳染病初期，往往見之。肺癆，肋膜炎，腎臟病等病人，衰弱特甚者，高年，大酒客，血管硬化者，亦然。又婦人月經閉止者

亦常發此疾，大率每月一回，名曰交代性鼻衄。

症候 多從側鼻腔而出，大抵在鼻軟骨中隔之前下端。而其量不同。本病若只為鼻粘膜之出血，則不呈何異狀，若為頭痛等之腦症因心神爽快而貧血者，則發時血量必多，甚時呈貧血症候，來顏色蒼白，眩暈，耳鳴，頭重，全身倦怠。以至稍稍失神。

預後 內服止血藥，不易見效。鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 施術一二次，即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 少商 上星 額會

次要經穴 合谷 經渠

(二) 治療技術 第一法 灸上星穴或額會穴七壯，即可止血。如止血後再發，再灸一次，即可根治。

第二法 用燈芯草一條，頭上蘸茶油或花生油，燃着火，在少商穴燒一下，即行除去，鼻血立止。惟須記着左鼻孔流血燒右少商穴，右鼻孔流血則燒左少商穴（因神經交叉）。兩鼻孔均流血則燒兩少商穴。

第三法 用燈心草蘸茶油，燒經渠穴一下，鼻血亦可止。

第四法 大蒜一枚，搗爛如泥，左鼻流血貼右湧泉穴，右鼻流血，貼左湧泉穴，亦可止。

血。

治療原理 鼻內毛細管及靜脈破裂，而致流血，取脫脂棉塞鼻孔內，棉得血液而膨脹，以壓抑鼻腔亦能止血。惟拔出脫脂棉後，血常復流。茲以大熱的火力在大指少商穴刺戟一下，或灸上星顛會各五六壯，反射到鼻腔內之神經，（嗅神經，篩前及後神經，鼻後上及下神經，）神經一收縮，血管亦立即收縮，而血止流矣。

治驗例 香港學員鄺楊修君，患鼻衄病十餘年，中西醫術治療俱未見效。余囑其流血時照第二法施治，只治一次即獲根治。

### 5. 粘液性息肉

原因 此病之原因，各醫家所持之說不一，或云鼻息肉者為骨病之狀，如在壞死性篩骨炎是也。有用顯微鏡檢查見有骨炎之情況者，故云鼻息由於骨炎。亦有謂息肉之本性非炎，乃由該處之輸出血循環受阻所致。又有謂由粘膜炎下組織患慢性炎性水腫所致。且有人以為粘液性息肉由組織被細菌侵入而起，其淋巴管因而阻滯，但無礙於血循環。

解剖 粘液性息肉，平常不祇一枚，且鼻之兩側皆有。形似半透明之灰色塊，或小如豌豆，或大至充滿鼻腔。若以探針探之，則覺其活動，是以雖生於鼻之後部，然用力呼氣時，亦易被推至前部。常附麗於鼻中甲，然有時起自額鼻管，或鼻上道。單純粘液性息肉能致鼻

部增闊而甚似惡性腫瘤，惟罕見。若息肉小而生鼻後，用鼻前孔檢查法，或頗難檢明。

症候 主要症候爲鼻閉塞，在天氣潮濕時尤甚。患者常自述其恆患傷風。滲出液似水，但兼有鼻副竇生膿者則其質爲膿。若鼻閉塞甚重。發言每帶鼻音。且由口呼吸，頭也常痛。

預後 佳良。

治療經過 視症候之輕重而定。輕者施術三兩次可愈，症候重者施術二十次度亦愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 合谷 風池 上星 天應 (患處)

次要經穴 風門 迎香

(二) 治療技術 醫者診斷定患者爲鼻息肉後，先在合谷穴消毒，斜針刺入至感痠麻，用雀啄術五分久，如能影響至鼻則收效極快。次刺風池穴，亦須刺至感痠，亦用雀啄術五分鐘度。然後灸上星穴，灸至鼻中有所感覺。倘症候甚重，則鼻上亦須以艾絨置墊灸之，至感充血。倘一邊骨大一邊骨小，則先灸骨大一方面，待消散後方灸骨小一面，使病人感覺生效，忍耐求治。

次日照舊施針，酌灸風門風池上星穴，鼻上天天灸治，但勿灸至起水泡，起水泡令人怕也。倘症候初起不久，三五次即可治愈，即雖甚重，施術廿次度亦當告痊也。

治療原理 據平常刺針經驗，刺合谷風池穴風門穴，可能使鼻塞立通，灸上星穴能如

有氣直達鼻內。茲鼻息肉經數度的針灸，又或直接灸鼻上，則熱力內達，血行旺盛，炎症腫物，爲一再刺戟而消散。鼻因某種原因而致閉塞生息肉，一再直接間接刺戟之，而使牠消散，恢復原狀，亦屬平常的事焉。

治驗例 廣州黃黎巷十號梅柏林君患息肉病凡二年。初覺鼻塞呼吸受阻，常流如水之液，微帶血色，久之鼻內有灰色略透明而返光之物，日夜呼吸不通，乃改用口呼吸，久之鼻骨脹大，左方更大。屢治不愈，身體甚瘦。聞余虛名乃於民廿七年五月七日踵門求醫，余按上法施術七次後，每晚通三兩次，施術九次後，鼻骨之左方縮小，施術十九次後鼻骨縮小如初，兩鼻孔全通，鼻水停止，諸症如掃矣。

## 貳 副鼻腔

副鼻腔卽上頷竇，額竇，篩小房等是也。

### 一 上頷竇

上頷竇爲上頷骨之骨腔，卽在眼窩下部鼻翼橫部之菱形腔洞，其大小因個人而不同，平常比雞卵稍大，洞壁爲粘液所蔽。有二三小孔與鼻腔交通，健康之時，此空洞內常充滿空氣，若發生疾病，則其中滯留粘液或膿汁或爲腫瘍所阻塞者有之。

### 一 急性上頷竇炎

原因，上頰竇受染，或由鼻病，或由齒病，但有鼻病者為最普通。急性炎之主要病原，除因齒受染外，多由急性鼻炎及流行性感冒，然亦有繼發熱病而發者。又或由鼻內行手術或鼻內含異物而起。

症候 輕者祇覺頰部有緊脹或壓迫之感覺，重者則發劇烈之頭痛，影響至前頭部，又發高度之頭痛，時或併發齒痛。又因鼻腔粘膜腫脹，致起呼吸困難，嗅覺減退，通常頰部並無變化，然有時亦略見腫脹，鼻腔內流出多量之膿性分泌物，致入口處糜爛發赤者亦有之。患者體溫上升，全體極覺困倦，且有時抑鬱。上頰竇孔始終閉塞者甚少，倘有之則頰腫，紅及水腫，如不治癒，膿腫必穿破。

預後 佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大概施術五六次即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 合谷 神庭 風池 迎香

次要經穴 通天 上星

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為上頰竇炎後令患者對坐，在合谷穴處消毒(下同)左手爪甲強切合谷穴，斜針向上，使感發麻，用雀啄術五分鐘久，然後刺風池穴，醫者左手扶頸上，食指指風池穴，大指切風池穴，針斜向中間入，如感發麻時用雀啄術五分鐘久。



休息片刻後，刺迎香穴，令患者頭靠壁上，以免動搖，醫者大指插穴上，斜針向鼻方入，須刺至麻直透鼻內，方用雀啄術。刺畢灸上星神庭各五壯，第一日手術完畢。

次日如只愈了四五成，則照上法再治一次，如功效不多，則加灸通天二穴。三次未愈，再治二三次可也。

**治療原理** 上頰竇因某種原因發炎，而致刺痛，腫脹，分泌增加，茲刺合谷二穴頭痛即止，齒痛亦止。刺風池迎香二穴，痠麻直透副鼻腔內，用雀啄術數分鐘久，即是制止炎症，停止分泌物，打散腫脹，降低熱度，恢復嗅覺，此種症候一一剷除，而病告痊矣。

**治驗例** 廣州滿塘街七十三號二樓盧培基君，於民國二十六年四月十一日到余泰康路鍼灸醫院求治；近來鼻內不絕漏出膿性分泌物，頗臭，鼻內似腫脹，致呼吸不暢，有時頭痛。嗅藥甚多，未見有效。余按上法為之施治四次，膿性分泌物乃逐漸減少，嗅能亦回復如初焉。

## 二 額竇

生後乃發生，隨年齡而增大，其擴大區域各人不同，其大者上擴延至額鱗中央，側擴延至額骨眶部，甚至循眶上緣擴展至額骨內；或自眶頂擴展至蝶小翼內。尋常由額竇中隔分隔為左右二部，而中隔上仍有交通口。間有隔分為三部，即一中部與兩側部，乃至有分為四至六部者，其性質如心房。分為左右二部時，左右不同大，而中隔亦多彎屈。中隔兩側有額竇口，向下成額鼻管，開口於漏斗，或逕開口於鼻中道半月狀裂孔之前端部，與上頰竇口接近。

額竇在應用上，頗爲重要。因其後下壁薄弱，故炎症易及於腦膜及大腦額葉，竇內粘膜炎，受鼻黏膜神經枝分布，罹卡管兒時，則發神經痛。

### 前額竇炎

原因 本症卽前額部兩側眉間骨竇空洞內之疾患。亦因感冒而起，又因流行性感冒，麻疹，或其他熱性傳染病而發。

症候 最特殊之狀爲額竇部頭痛，其痛瀰滿於額竇全部，似不關於神經分佈之區，故與眶上神經痛有別。倘在病灶之上輕擊之常有定處觸痛。皮微紅而水腫，上臉亦腫。頭痛或極難忍，在額竇孔閉者尤甚。其痛尋常爲間歇，按定時發作，起於上午。日間漸次減輕。此爲額竇炎之特殊症狀。如炎越過卡他期，其孔開時，膿將由額竇管流入鼻內，於鼻中道之上部顯出，鈎突有時水腫，粘膜炎或充血。倘液溢流出甚易，症狀卽減輕。但竇孔閉塞者膿必致穿破，或破在外正在眼內管之上，或破入眶內而致眼球凸出與移位。

診斷 額竇部頭痛及額竇底與前壁而顯觸痛者，約爲竇炎之指徵，倘在鼻中道內有膿，且洗鼻後病者之頭豎而，復見有膿，卽確知其爲此病。然用X光線攝影，則不能必其額竇炎，或僅爲篩房炎，抑或二者同炎。

預後 佳良。

治療經過 施術五六次，即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 合谷 風池 顛維 神庭

次要經穴 列缺

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為本病後，令患者對坐，先取合谷穴，刺至發麻，用雀啄術，繼刺列缺穴，度得腕後一寸五分，橈骨一邊爪之發麻處，向橈骨邊下針，但勿刺到血管，以免流血，致病人駭怕，如患者感發麻，亦用雀啄術數分鐘久。刺此手之合谷列缺二穴後，繼刺彼手之合谷列缺穴。休息片刻久，再刺風池二穴，須刺至發麻直達鼻腔內。然後灸神庭五六壯，第一天手術便算完畢。

次日症候如已減輕，照上法酌量增減之，神庭穴則每次都灸五六壯。患者如能忍受五六次的手術，病必獲愈。

治療原理 西醫治療本病，多由鼻額管通入銀製小管以洗滌之，沿鼻背而至鼻中隔與中鼻甲間，穿通竇之下壁，再以曲管洗滌竇腔。或整開竇前壁，切除病變之粘膜，疏解竇鼻之交通。針灸治療利用神經之徑路，由很遠或甚近之刺戟，影響到病灶，病灶一再受刺戟，種種症狀陸續消散。即如此病，刺合谷風池穴止頭面諸疼痛，灸神庭穴灸至如有氣直達額竇內，一再如是，炎自退，腫隨消，恢復原狀，病即痊愈矣。

治驗例 香港奧隆街一號馮悅心女士，三十一歲。患額竇炎凡三年。額竇部劇痛，痛時鼻流膿水甚臭。由上午八時起至十二時止，十二時後痛止。頭暈，心跳，屢治不愈，苦悶殊甚。民國二十七年十二月三十號踵門求治，余按上述方法為之施術，施術二次後，痛少減，膿水少。施術四次後，諸症如掃，三年之痼疾，竟獲根本痊愈。

### 叁 喉

喉，即呼吸之要道，及出聲之器，在頸之正中，位於氣管之上，舌根之下，咽之前，介於左右頸動脈之間，與第四五頸椎相對。春情發動之前男女幾等大。厥後男者發育較速，喉之上份略成三角，下份窄而圓，係軟軟骨，韌帶，肌，及膜所成。其結膜上續咽粘膜，下續氣管結膜。軟軟骨共有九，即甲状軟骨，環狀軟骨，會厭各一，披裂軟骨，小角軟骨，楔狀軟骨各二。（參觀人體解剖圖後頁第十六版）

### 一 急性卡他性喉炎

此病或係自發，或發上部呼吸道之普通性卡他而發。

原因 因傷風或用嗓子，或吸入各種刺激性氣體所致。極重者因受傷如外傷或外物入喉而起。誤吞極熱之液體或腐蝕性毒藥，亦足激起此病。又或隨全身性卡他之兼流行性感冒及

塵疹者而發現。肺炎球菌，流行性感冒桿菌及卡他球菌爲此病最常見之微生物。

症候 喉覺癢，吸冷風則痛。乾咳，聲音初則變粗，不久言語亦痛，終則失音。成人患之呼吸不增急，惟小兒則常有呼吸困難，或間發作，若兼患水腫或炎症，則氣促益甚。

用喉鏡檢查之，喉粘膜腫脹。聲帶紅腫，澀而不光滑。動力大減。喉內有粘性滲液遮蓋。全身狀態，罕發熱，且患者不甚苦。有時病較重，咳嗽甚辛苦，吞嚥則痛，且呼吸困難甚。

預後 佳良。

治療經過 施術二三次，即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 少商 合谷 中渚

次要經穴 委中

(二) 治療技術 醫者診斷定患者爲卡他性喉炎後，令患者對坐，先在合谷穴消毒，斜針向上入，使成痠麻直達肩臂，用雀啄術二三分鐘久，再刺中渚穴，即令患者握拳，掌向下，在第四與第五掌骨縫後五分度消毒，在靜脈與骨之旁，直入針，如感痠麻亦用雀啄術三五分鐘久。如手術適合，當即止痛止癢。休息片刻後再刺彼手之合谷中渚穴，手術同前。倘症候沉重，而致氣促，呼吸困難，必當刺少商穴。法以左手四指執患者大指之上下面，(神經在

旁面不可固執方能使刺戟力上升)不使移動，大指甲切甲後二三分之旁面，使感痠麻，以減少刺痛。消毒後即用一寸針直刺入約一分鐘久，最後用手壓出血數滴。如患者為大人能感覺如有氣直達喉內，則刺兩少商穴後，病必痊愈矣。

次天如尙未癒，除照第一日施治外，加刺委中穴，令患者直立，扶定固體物，或叫助手用手扶持，在膝關節內消毒後用二寸針直刺入，如痠麻達於脚面，則針拔出些，針頭斜向上，如感痠麻，則痠麻直達脊內而轉入喉，刺此足之委中穴後，再刺彼足之委中穴，都是用雀啄術凡四五分鐘久。如手術到恰到好處，急性卡他性喉炎，即可治愈了。倘仍未愈，再治一次可也。

戒吸煙劇談，避刺戟性氣體，及污濁空氣。

治療原理 喉因某種原因，而致發炎，粘膜腫脹，聲帶充血，微顯多液狀，因破裂內肌路癢，發言時聲帶間呈橢圓形隙，而致失音。西醫治療本病用硼酸水包繭，或用冰袋敷貼，收斂劑吸入法，麻醉劑止咳嗽，往往病亦痊愈，惟無鍼灸治療之快愈。因刺合谷中渚少商，偶一刺對神經必感痠麻直上肩臂及喉——神經之刺戟，其興奮之傳導速力，每秒鐘在運動神經有三十四米突，在知覺神經有三十米突至百二十米突——喉一受適當之刺戟，發生變化，立即痛止，癢除，腫脹氣促，失音，繼之消滅而病告痊愈。(頸部冷熱熱裹，收斂劑吸入，都可愈病，針之刺戟力直接間接影響入喉，起消炎，退腫作用，夫復何疑。)

治驗例 九龍紅坳街一二一號三樓陳十妹五歲，於民二十八年一月十三日起，覺喉癢，吸冷風則痛，乾咳，初則聲音變粗，久之說話亦痛，終則失音，氣促。十八號蒙學員莊樹民居介紹來治，余按上法爲之施術後，痛即止，咳嗽減，翌晨再治一次，即獲痊愈焉。

## 2 慢性喉炎

原因 慢性喉炎或由急性移行而來，然多由鼻腔，副鼻腔等慢性炎症，致鼻閉塞而呼吸由口而續發。作用於喉部之徐緩而持久之各種害因，亦爲其發病之根源。故優伶教師，演說家，吹奏家之過用喉部者，及水車業，洋灰業，烟草工業等職工之長受空氣塵埃之刺戟者，煙酒濫用者，易患之。

症候 喉部有灼熱，癢痒，乾燥，等異常感覺，因之常發聲咳及咳嗽。咳聲嘶啞粗糙，咳痰量少如粘液，間有微量血液，因聲帶假聲帶肥厚，且分泌物堆積，而喉肌尪弱，故聲音嘶啞，其程度既由疾病之輕重而不同，即同一病人，亦由時間而各異。輕症者晨起聲音清朗，發言稍多，則聲嘶啞，然呼吸障礙及疼痛等，則少見也。

喉喉粘膜腫脹潮紅，然其色不如急性之鮮赤。而微帶青色，時有濾胞腫脹，喉部內面特被裂軟骨部呈顆粒狀者，所謂顆粒性喉炎是也。間有聲帶表面粗糙而凹凸不平者，所謂粗糙性聲帶炎是也。

預後 西醫嘗謂：生命雖無危險，然全治難望云。鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 施術七八次，即可根治。

治療：（一）經穴

主要穴 天突 合谷 中渚 委中 天應

（二）治療技術 醫者診斷定患者為慢性喉炎後，先刺合谷穴，使痿麻直透喉部，繼令患者握拳置案上，取中渚穴，斜針向上，使麻透入喉。刺此手之合谷中渚二穴後，繼刺彼手之合谷中渚穴，手術同前。隨摩得天突穴，針向胸部直下，約一二分深，（不可向頸直刺入，恐傷咽喉管）務使痿麻透達喉部，果爾，則患者極感舒適，效力乃大。繼切一分厚薑片，燃艾絨如指大置薑片上而燃之，置喉部上覺大熱則移置上下，使皮膚潮紅而不成劇痛起水泡，連續五六次，方能收療效。倘患者有耐性，連續來治七八次，病可痊愈。

治療例 重慶民族路八十二號年豐綢布號函授學員陳登玖君患慢性喉炎病多年，中西醫師治療甚久，俱不見效。余到渝後陳君請余為之針灸，余按上法施術八次後，所謂全治難望的慢性喉炎，便獲根治焉。

### 3 水腫性喉炎

原因 聲門水腫關係重要，其原因有五：一繼尋常喉炎而起，然甚罕。二因患梅毒或結



核病所致之慢性喉病而發。三因發生炎病如白喉，或頸部患梅毒或各種蜂窩織炎所致。四患急性傳染病如猩紅熱，腸熱，斑疹傷寒者或兼有此患，急性或慢性腎炎，有時亦突起此水腫。五因患血管部神經病性水腫而起。

症候 呼吸困難加重甚速，故不出一二小時狀即危殆。呼吸時作響若蟬鳴。聲嘶而漸失。用喉鏡檢之，會厭腫甚，以指捫之，或可捫覺。或以舌板壓舌，則見披裂會厭皺襞之腫最甚，幾至相合。有時水腫處在聲帶之下。

診斷 診斷甚易，雖無喉鏡，亦可窺見會厭之腫，或摸著之，致命者不少。

預後 佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，施術一二次，即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 少商 天突 風府 太谿 合谷 液門

次要經穴 委中 尺澤 天應

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為水腫性喉炎後，先刺合谷二穴，使痠麻直達臂膊上，用雀啄術三五分鐘久。然後令病人握拳掌向下置案上，在小指無名指第一節起始部合纒處，(液門穴)直針刺入至感痠麻，用雀啄術二三分鐘久。再以左手執患者大指之上下面，大指甲切甲側二三分處(少商二穴)，用一寸針直刺入，至感痠麻劇痛，然後用手壓出赤血。

至此則呼吸當頓，刺痛可止。不止，再刺風府穴，以大指甲切頸部正中線入髮際二寸處，斜針刺入至感麻直透喉中。倘仍呼吸困難，乃以針緊縛在筆桿內，不致滑上滑下，令患者開口在腫痛處刺出惡血（天應），再在天突穴靜脈內刺一針，放出血少許。又令患者仰其首，頭靠牆壁，在天突穴處，用最幼毫針刺入一二分深，使感發麻，則水腫性喉炎，當可消散矣。萬一一次未愈，次日，按上法再治一次可也。

治療原理 喉爲呼吸之孔道，茲因水腫，致呼吸困難。如症候加重，呼吸不通，必致斃命。西醫治療本病令居暖室，室內設有沸水氣，亦令病人口含冰块，頸上敷冷敷布，皮下注射正羅卡品八分之一厘，倘病甚重，水腫不見消退，可在腫處用割破術，氣管切開術，或喉抽管術。或水蛭瀉血，內用酸下劑。茲用強刺戟力刺戟少商二穴，液門二穴，風府一穴，據治療經驗，必能影響入喉，使起收縮作用，而使水腫消散，再在腫處刺針，則等於用水蛭瀉血。喉因受針之一再刺戟，收縮復收縮，水液排泄淨盡，病即痊愈矣。

治驗例 鍼灸雜誌吳啓賢實驗報告：「周王氏，五十餘歲，忽患喉痺腫痛，咽已閉塞，湯水不能下咽，危在旦夕，其子趙慌張甚，求救於余，隨即刺少商穴出血，液門二穴，不久，立消十分之三四。外囑其子將葶藶張甚，放在桿煙筒上，吸之，以葶藶熏喉（如吸草煙），不逾兩小時久，即痛止腫消而愈云」。薛立齋治一男子，咽喉腫閉，牙關緊急，湯飲已難下咽，針不能入。先刺少商二穴，出黑血，口即開，更針患處，飲清咽利膈散一劑而愈。

#### 4 喉結核

原因 多續發於流行之肺結核，由含有結核菌之咳痰之接觸傳染而發。然亦有由血行或淋巴行而傳染者。其結核菌與空氣同吸入而待發者。查少見也。男子比女子多，二十至三十歲者最多患此。

病理解剖 初於上皮下生粟粒大之結節，或發彌滿性浸潤，或生限局性腫瘤，而終見乾酪變性，崩潰而成潰瘍。間有發軟骨膜炎，其侵犯最早者，為披裂軟骨間部，披裂軟骨前內部，聲帶突起部等。而後聲帶亦隨之。

症候 一喉症候：初期自覺症狀多不著明，只喉部有粘液附着之感。常發聲咳，發聲易疲等而乏音響。病勢進行，則咳嗽粗烈，發聲障礙。初則聲音潤濁不清，次則聲音著明嘶啞，終則聲帶生潰瘍，又發兩側披裂軟骨膜炎，致聲門不能閉塞，而完全失聲，喉部疼痛，嚥下尤劇。而放於耳部，疼痛劇烈，則嚥下障礙，因常併發聲門水腫，故屢有呼吸困難。常發喘鳴，吸氣時尤甚，患者常傾頭部於後方，擴大喉部入口，以圖呼吸之安靜。喉部下降，呼吸數減少，呼吸補肌，鬆收縮。此皆與肺組織破壞，而呼吸數增加，呼吸淺表，無喘鳴，同時呼吸補助肌活動，吸氣前鼻翼擴張等之呼吸困難不獨處也。

二 喉部鏡檢之現象：初期咽粘膜，軟腭，聲帶等，貧血蒼白，稍經時日，則呈乳突狀

或限局充血，披裂軟骨間部亦充血腫脹，連生潰瘍。病機再進其他各部亦見同樣之病變，一般潰瘍數多，形狀不正，周圍隆起如堤防，底而被以膿汁，因炎性浸淫或返回神經痛癢之故。聲帶運動不充分，若其上生潰瘍，則邊緣不正。

診斷：根據既往症、肺部變化、喉部疼痛，粗裂咳嗽，聲音嘶啞，以及喉粘膜炎充血，限局性充血腫脹等診斷自易。

預後：西醫預後多不良。鍼灸治療如非嚴重，尚可治愈。

治療經過：施術廿餘次，當可治愈。

治療：(一)經穴

主要經穴 天突 合谷 中渚 委中 啞門 少商

(二)治療技術 醫者斷定患者為喉結核病後，先刺合谷穴，使髮麻直透咽喉，再刺中渚穴，斜針向上，使至麻向上。然後令患者仰頭，左手大指抓天突穴，針向胸部下針，必須使針麻到達喉部，方用雀啄術。如無發熱，則用薑片墊灸天突穴三炷。如有發熱，則加刺委中穴，曲池穴。最後刺啞門少商穴。

倘兼有肺結核者如病者頗健，再刺列缺風門肺俞大椎穴，無熱灸肺俞穴三五炷。有熱不灸。如病者不健，又兼患肺結核病，第一天治療喉結核，第二天治肺結核可也。患者尚可忍受針灸手術，又耐心求治，當可治愈。

治驗例：重慶民生路一六六號西醫汪濟舟醫師之子永生君患肺結核兼喉結核病，咳嗽，痰多，不易咳出，失聲月餘，盜汗，輕熱，經校醫及檢驗所斷為肺結核喉結核，乃輟學回家休養。蒙牙醫沈迪安先生介紹往治廿餘次，每天刺合谷列缺中渚天突風門肺俞啞門，第五六次後加灸肺俞穴共十炷，症候乃逐漸減輕，惟聲音尚未完全復原。治療時第一二次檢驗有結核菌，第三四次檢驗，俱無結核菌云。

### 5 喉部良性新生物

種類：一乳頭狀瘤，此為喉腫瘤中最者，男子多，而與年齡無關，形如疣狀，或花椰菜狀。基底甚廣或有莖，常發於聲帶之前部，多發而有再發之傾向，發於小兒者，其發育迅速。

二纖維瘤，比較多見，有莖腫瘤之所謂喉息肉，多屬於此，常發於聲帶，大如豌豆或櫻桃，富血液，色白或微褐，質硬固或柔軟，表面平滑或分葉，常發喉部者尤易患此。

此外間有脂肪瘤，血管瘤，腺腫，淋巴腺腫等發生。

症候：此腫瘤發生之位置大小而不同微細者全無症候，然大多聲音嘶啞變調，繼發咳嗽聲較大有呼吸困難，而疼痛及咽下困難不顯著。

預後：藥物治療大多無效。鍼灸治療，預後佳良。

治療經過：視症候之輕重大小而定，小者日子少者易愈，大者日子久者施術三四十次亦可治愈。

治療：（一）經穴

主要經穴：天突 合谷 中渚

（二）治療技術 醫者診斷定患者爲喉瘤後，先刺合谷中渚穴，繼刺天突穴，然後燃麥粒大艾絨三四炷，直接灸腫痛處。（或先用薑墊灸）如不覺障礙，（如發熱，聲嘶）則第二天灸治共灸十壯。灸治久之仍不全消，可加麝香一分，分十艾絨內直接灸治之，追針灸夠力量時，新生物可全消散也。

治驗例：重慶林森路聚興誠銀行范叔淵先生於聲帶之前部患乳頭狀瘤，形如疣狀，甚底甚廣，如鴨蛋大。某西醫斷爲瘤，須開刀，某西醫斷爲甲狀腺腫，可服藥但不能灸。但范君堅信余能用鍼灸治愈，故不勝來治凡四十八次。果不失望，竟獲治愈。

## 肆 氣管及枝氣管

氣管爲圓柱形，在食管之前部，由喉下之第六頸椎平齊處而起，至第五胸椎上緣爲止，長約三寸五分至四寸，粗七八分，在胸腔上部（對第五胸椎之部分），分爲左右兩枝，是曰氣管枝。左氣管枝長而細，入左肺，右氣管枝短而大，入右肺，各於肺臟內，再三纒分，無

微不至，其管曰小氣管枝。

氣管由十五乃至二十個C字形軟骨環累疊而成。完面向前，缺面向後，環外圍纖維狀組織，環之缺處，亦被包圍，用完成全管狀。而環間空隙亦填滿纖維組織。可見氣管為一有抵抗性及彈力性之管，雖時常開放，任空氣出入，亦用以屈頸，並許食管擴張，蓋食管適位於後而軟骨缺乏之處也。吾人遇咽巨物，覺喉之上部稍疼痛者，因環狀軟骨黏於氣管之上，不許食管任意廓張於其後故也。

小氣管枝肺之各部無處蔑有，末端終於有彈力性之小囊，名曰肺胞，（或曰肺氣胞）在小氣管枝內軟骨環已不完全。隨管之細分，其完全之度亦遞減，迄最細之管，竟無軟骨可見。喉，氣管，氣管枝，及小氣管枝之內面，俱被粘膜，由結締組織，肌纖維，及纖毛細管所成。細胞之纖毛，向外顫動不已，藉其方法，得驅除接觸於氣道內面之塵埃份子，且感冒之際，由粘膜排泄之痰，常堆積於管內，苟無是設備，難免有窒息之危矣。

### I 急性氣管及氣管枝炎

原因 一因感冒而引起氣管及大氣管枝之急性炎症，同時並可波及咽喉與喉頭。二因毒性的或化學的刺激而起，如常吸入硝酸，硫酸等蒸氣之化學工廠工人，又如吸入塵埃，或

礦石粉末之石工，毛織工，礦工等。此外愛吸煙者，亦極易發生本病。三亦有因發生於別種疾病之經過中者，如麻疹百日咳，流行性感胃等，急性傳染病之初期，往往併發本病。大約與其初期感染，有密切之關係，為一種局部症候之發現，又若傷寒天花等之經過中亦常續發本病。此外重症病人，因咯痰機能微弱，口腔與咽頭腔內分泌物積蓄，而漸起腐敗。此腐敗物，又漸次下降，刺戟氣管與氣管枝，亦能誘發本病。蓋重症病人之氣管枝粘膜，抵抗力非常減退，稍受刺戟即易發炎也。

原發性氣管枝炎有傳染性否，今尙未能確定。但急性氣管枝炎，亦有由原發性之慢性氣管枝炎，一時病勢亢進而來者，至個人對本病之素因，頗不一致。大都老幼較少壯易罹，以節季論，春秋較盛。

病理解剖 氣管與枝氣管之粘膜發紅而充血，且被粘液及粘液膿所遮蓋。其細毛上皮脫落，粘膜下層腫而滲水腫，組織為白血球所侵，粘液層亦腫。

症候 胸痛 在單純發炎的氣管枝炎極輕，或竟不覺任何痛苦。惟重篤之氣管炎，則頸部與胸骨上以及背骨部，每覺疼痛，且有類似創傷之感。

咳嗽 為氣管枝炎之重要症候。蓋蓄積之分泌物，刺戟氣管之分歧點時，每發劇咳。而咳嗽之強弱，與夫發炎部之面積，及炎勢之程度，並不一致。緣個人感應性不同，故咳嗽之強弱有異也。



咯痰 此痰乃由發炎黏膜之分泌物，與滲出液而成。其量與性狀，頗有出入，分泌物多者，名濕性炎症。少者名乾性炎症。乾性炎症分泌物，少而黏厚，而濕性炎症，則常咯出多量之粘液膿性，或漿狀粘液性痰，其在初期，大都咯出少量之厚痰，至末期則咯出多量之膿性痰。前者名曰生痰，後者名曰熟痰。單純氣管枝炎所咯出之痰與從結核性空洞排出之純膿性，或膿性漿液性痰，容易區別。試用顯微鏡檢查，本症病人之痰，無特異之變化，有時不過混有少量之血液，而嗜飲者之重篤氣管枝炎，則血量較多，名曰出血性氣管枝炎。

呼吸困難 普通無此症候，惟炎症侵及毛細氣管枝，則往往發見頭度之呼吸困難。

理學的症狀 用直達鏡檢查氣管粘膜，可見其充血，且有異常之分泌物覆蔽，若炎症深入氣管枝，則非出他種的檢查法，不能證明。

視診 輕症，不見有何變化，重症則有呼吸頻數，及呼氣延長等。

打診 平常無變化，且炎勢波及氣管枝全部，則肺之境界下降，呈急性肺炎虛現象。

聽診 僅在氣管及大氣管枝發炎，殆無變化。倘炎症勢已波及小氣管枝，分泌物積蓄，則可聽得肺胞呼吸管中，混有氣管枝性雜音。即乾性氣管枝炎發生唸鳴音、飛箭音、呻軋音，吹笛音等乾性雜音。凡此雜音，皆因氣管及為精膜腫脹，又分泌物擁滯而狹窄，空氣通過狹窄之氣管枝道時，所發之音也。分泌物積蓄極多者，則發濕性囉音，或小水泡音。

全身症狀 沉重者感全身不快，食慾減退頭痛及微熱等，小兒有熱至三十九度以上者。

合併症 頗有急性鼻炎，與喉頭炎。重者或併發氣管枝肺炎。茲就急性氣管炎之輕重與發病之深淺，約可別為下列三種：

一、輕症急性氣管枝炎 續發於感冒，或他種疾病之後，僅大氣管枝之黏膜發炎，大概症候甚輕，而咳嗽則有時頗劇。熱甚微，或竟無。應診時下肺葉，或全肺葉可聞飛箭性雜音，此種音之強度，兩個均同，然有時絕無雜音可聽，惟咳嗽咯痰等自覺症候而已。惟絕對安靜，大概數日即愈。萬一不靜，依然勞作，每釀成慢性氣管枝炎。

二、重篤之急性氣管枝炎 有時為傳染性，症候甚劇，氣管炎性雜音極多，全身症候亦兇。其多數，在數日或一二星期間，有不規則之弛張熱。(卅九度至卅九度半)咯出多量之粘液膿性，或漿液粘液膿性痰，在痰盂中之痰，有時成透明之薄層。本症大概發生於一側，或下肺葉。或全肺葉。其原因今日尚多不明之點，惟在肺炎或流行性感冒盛行時，於急性氣管枝炎病人之痰中，每常得發見肺炎菌，或流行性感冒菌，因為化膿菌類，有引發本症之可能。又久患慢性氣管枝炎之病人，一旦症候惡化，有突變為急性者。是名急性迴歸性氣管枝炎，在同一病人，并有反覆屢作者。

三、毛細氣管枝炎 成年者極少原發，大多數續發於他種重病之後，其症狀為呼吸困難面頰發紅，脈氣呈肋骨型。呼吸延長，有咳嗽，咯痰雖不多，而帶粘液膿性，聽診時在患部可聞次倍強及呼吸性氣管枝雜音，或極多之溼性囉囉音。而重者每變為氣管枝肺炎。其中小兒之

毛細氣管枝炎更爲重要。有原病質或佻僂病質之小兒，最易發生本病，又在第一生齒期之小兒，亦恆見之。

本症發作時，初起咳嗽，小兒因不能啼哭故，呼吸極形急促，每分鐘之呼吸數，有達六十至八十次者，且呼吸極淺而病勢沉重者往往現不規則，甚或鼻翼呼吸。又本症病人因其細小氣管枝狹窄，致呼吸時，胸廓之下部陷落，且呼吸多雜音而混呻聲。

臨診時可在廣大之範圍內，聞得細小之溼性囉音，其重者現不安狀，如苦悶並皮膚蒼白等，終乃陷於昏睡。

本病殆常有三十九度以上之熱，有時竟起四十度，脈搏亦急促，每分鐘可達百二十至百四十。全經過大抵須達二三星期以上，小兒體薄，不耐挫折，往往以全身衰弱，呼吸障礙而死。有幸而得癒者，則症狀漸輕，決旬而愈。

又小兒之氣管枝炎，續發於麻疹，百日咳，白喉等後者，極易變爲毛細氣管枝炎，老人之急性氣管枝炎亦然。蓋其病變，極易侵入細小氣管枝故也。此類病人每因全身孱弱，呼吸困難，心臟衰弱等，而陷於危險，終至不效。

預防 頗易，有咳嗽與咯痰，並在胸部詳聽，有氣管枝雜音甚著，惟發病部屬局限性者，須與肺炎肺結核等精細鑑別，間亦有不能決其爲原發或續發者。

治療 藥物療法，大抵無效。鍼灸治療輕者良，重者多數亦可治愈。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術八九次即可治愈。

治療 (一) 整氣

主要經穴 合谷、太淵、列缺、大椎、風門、膈俞、天突。

次要經穴 蠡腧

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為急性氣管及氣管枝炎後，常用檢溫儀、檢查有無發熱。有熱者只針不灸，無熱者，可用灸治。令患者對坐，置手案上，在合谷穴處消毒，左手爪指合谷穴，斜針向上，使感痠麻，用雀啄術二三分鐘久，即拔出，再在太淵穴列缺穴處消毒，即令患者掌向上，左手爪甲切太淵穴，直針刺入，但須小心勿刺到血管，以免流血，如感痠麻，亦用雀啄術至五分鐘久。然後令患者掌向側尺骨貼案，橈骨在上，在列缺穴處，貼橈骨入針，而刺入，如刺對橈骨神經，患者必感如蟻電般，如有氣直透胸裏，如患者體弱強健，可用雀啄術五六分鐘久，但身體軟弱者用雀啄術一二分鐘久即須拔針。休息十分鐘後，再刺彼手之合谷太淵列缺三穴，手術同前。再事休息後，令患者脫去内外衣反穿之，端坐，低頭，兩手交叉，繫在肩上，在大椎穴上直刺一針，刺對神經時痠麻直達全脊，再在第二胸椎下，第三胸椎下各旁開一寸五分之風門肺俞穴，各刺一針，必須刺至痠麻，透透肺臟及氣管，氣管枝，用雀啄術三五分鐘久，方能發生功效。倘患者不感疲倦，又無發熱，乃在風門肺俞穴上，用薑片艾灸三五壯，第二日手術，便算完畢。

次日，症狀如故，除刺合谷列缺太淵外，再刺背部風門肺俞二穴，俱須刺至痠麻，如燭電般，方能使痲候消散。萬一照舊一樣，則再刺上列各穴外，天突穴豐隆穴亦須針治。先令患者坐椅上，頭靠實物，在胸骨盡處凹陷中（天突穴），用最幼之毫針，刺二三分使成淺廠使入胸內，如無發熱，再灸二三壯。然後令患者側臥，在外踝至膝關節窩之一半外面，歷驂二骨之間豐隆穴，直入針，亦成痲廠，直透上下。如患者忍耐求治五六次，病必獲愈。

又令患者，有熱時安臥爲要，胸部腹部背部等，用溼溫布纏覆之，每日三回，每回二三時間，亦有大效。室中空氣，常使溼潤。以大盞熱飲料如牛乳紅茶之類與之，覆以厚被，使之發汗，亦能減輕病勢。

治療原理，氣管與氣管枝發炎，粘膜發紅而充血，咳嗽痰多，或發高熱，據西醫內科書載藥物療治，大抵無效，茲刺大椎風門肺俞三穴，使成痲廠，直透胸裏，如手術適合，病者多可感極舒服。如無發熱再加灸治，熱力直達總氣管與肺臟，當可使疼痛制止，紅腫充血逐漸消散。再刺合谷太淵列缺三穴，影響到氣管，氣管枝，病者多發汗，退熱，如是者凡三五次，則種種症候，皆從而消滅，而病痊愈矣。

治療例 廣州泰康路順益新街八號鄧師母，患咳嗽，痰多，氣促，氣管炎病甚久，吃藥甚多，未見有效，以爲無痊愈希望了。但見隔鄰林約翰君肋間神經痛病竟給我一次治愈，自信氣管炎當能治愈，乃於民國二十三年九月十八日踵門求治，余爲之刺合谷列缺太淵，肺

俞風門大椎六穴，並在風門肺俞穴灸五六壯，過了兩禮拜鄧師母再來搜務，灸確治得咳，他自鍼灸至今，完全沒有咳，且日前兩手挺軟，不能拿兩斤重物行走，鍼灸後，手竟覺有力，在菜園買十餘斤食物，很自然的拿回家去，並不覺艱難，這真出人意料之外云。

### 慢性枝氣管炎

**原因** 此病由屢患急性氣管炎而起，但隨慢性肺病，心病，主動脈瘤，痛風及腎病而起者居多。患之者多者年人，且男較女多。水土不同，以及四季寒暖，皆與此病有關係。老人常在天氣漸冷及寒暖不齊之際，因此致咳。故英美二國俗稱之為冬季咳嗽。

**病理解剖** 枝氣管粘膜因所伴之病而呈各種改變，或致粘膜極薄。氣管擴張，肌組織與粘膜組織俱萎縮而上皮脫去。或粘膜變厚而有浸潤狀。又或潰爛，粘膜皺裂尤甚。枝氣管擴張常見，肺氣腫亦常相伴而發。

**症候** 老人之慢性氣管炎而兼肺氣腫或痛風或心病者，其要狀有數端，呼吸急促費力時即發作。如登山升梯則氣促是。然此非慢性枝氣管炎之故，乃肺氣腫及心弱等患所致也，不痛。咳嗽因天氣及時令而分輕重。夏季無恙，每至冬季則重而恆定，或僅早晨作咳，或僅夜間作咳，痰極無定，乾性卡他無痰。然此病大概多痰，而皆屬粘液膿性或全屬膿性，或有患此數年痰稀而似水者，罕發熱，人或健康，僅延為肺氣腫，及枝氣管擴張之患。此病多不

可治，患者夏季漸愈而不咳，冬季則復作。

診斷 頑固而咳嗽，痰多，為本病主徵。熟記本病症候，診斷不難。

預後 用藥療治，罕能斷根。得全愈者甚少。鍼灸治療，十之八，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重，患病之久暫而定，一年內者七八次手術可愈。十餘年者，大約須施術二三十次。

治療 (一) 經穴

主要經穴 太淵，合谷，風門，肺俞，乳根，天突。

次要經穴 豐隆 膏肓。

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為慢性枝氣管炎後，令患者對坐，取合谷穴，刺至麻，用雀啄術三五分鐘久。然後刺太淵列缺穴，均用雀啄術，以極麻，直達胸裏方生功效。刺此手畢，再刺彼手之合谷太淵列缺穴，手術同上。休息片刻後，令患者脫去內外衣，反穿之，端坐，低頭，取風門肺俞二穴，二穴以刺至麻直入胸內，覺豁然開爽為止。再在風門穴灸五六壯，使火力直達氣管。灸後，令患者穿回衣服，休息一下。

如患者頗健，症候又沉重，已有數年之久，則令患者仰臥，在乳下一寸六分肋間，灸乳根二穴五六壯，再在豐隆穴上刺一針，須使痠麻直透大腿上為是。

按上法治療數天，如功效甚微，當加針天突穴，膏肓穴，中脘穴，間用灸治。如患者知

服藥已無效，確信鍼灸能治愈之，耐心求治，當可治愈。

禁吃煙，少飲酒，自鼻咽喉疾病來者，治其鼻咽喉，則本病自愈。務使常居新鮮空氣之內，不可幽閉室中。豐裕之家，務使其四時避地，冬則就暖地，春初秋末，則就溫和之處，以療養之。

繙本病者易受風寒，宜以毛織裏衣衣之，以防感冒，硫黃溫泉浴亦好。溫牛乳一立特，每日分四回食之，常奏奇效。

治療原理 據內科書載：「本病常為神經性病之症候，蓋因神經作用，而氣管枝粘膜，起分泌異常之證。往往有肺腫病人，遂走神經，被包圍於腫瘍之中，而生障害者，則生此病」。茲據治療經驗，合谷太淵列缺風門肺俞膏肓等穴，不論鍼灸都能直接間接影響及氣管與氣管枝，刺戟久之，氣管枝必發生變化，分泌異常停止，膿痰日少，內部舒服，咳嗽停止，即痊愈矣。

治驗例 香港長沙灣南路三三四號三樓周活民先生患慢性氣管炎甚久，咳嗽痰多，胸部緊塞，痰多時鼻亦不通，精神困頓，頗感辛苦，喫藥注射。功效不見。民廿八年六月十九日踵門求治，為之刺合谷列缺風門肺俞四穴，據患者六月廿四號再治時報告，經痊愈七成，再依上法，施術二次，病即霍然。



### 3 氣管枝哮喘

定義及原因 哮喘乃一種特異之發作性呼吸困難，同時胸部痛感壓榨，蓋此呼吸困難，實由範圍極廣之小氣管枝，突發急性狹窄而起，具發作性，為其特徵，尤以夜間更易發作，可約分其為神經性及氣管枝炎性之兩種。前者一回發作過後，即可恢復常態，後者哮喘之發作雖停，而氣管炎之症候仍在。不過在發作時其勢較劇耳。此種廣泛性氣管枝狹窄症，畢竟何由而起，從來諸說紛紜，莫衷一是。茲約舉其要者如下：

一 極端說 屈羅沙及皮爾梅兩氏，以為氣管枝哮喘之原因，乃由小氣管枝環狀肌之強直性的極端所致。然此說不詳，明本症特有之哮喘性狀，蓋此哮喘性狀，甯推想其原因殆為氣管枝粘膜之一種特殊病變，轉覺近似。

二 反射說 本症病人，殆具有神經性素因，如嗅得杜根、芹菜、咖啡等類之氣味，即可誘發。或素患鼻粘膜肥厚，鼻息肉，慢性鼻炎等鼻腔疾病者，最易發本症。如一旦去其原因哮喘亦即不發。故本症當有反射性關係，此外扁桃腺，耳，胃，腸，又女子生殖器等，如有病症，亦能反射的引發哮喘。惟此反射說，不但不能說明其整個的原因，並且多數事實，迄難發見其反射之所自。故本說猶未得為哮喘之真正原因也。

三 發炎說 以氣管枝炎為本病之原因。按此氣管枝炎在哮喘反覆數次發作後發生。或本

有慢性症，不過哮喘發作時，炎勢增劇而已，故本症昔許孟氏稱之爲滲出性毛細氣管枝炎。又有稱是哮喘性氣管枝炎。蓋哮喘性氣管枝炎，往往因吸入混有羊毛，穀粉等之塵埃而起。惟與各人體質極有關係。

四特異質說 所謂具有特別的體質者，及遠走神經緊張者，極易發哮喘，如在神經衰弱，偏頭痛，癩癩等病人之家族中，極易遇見。而父母直接遺傳於子女者亦多。此外哮喘病人之家族中，更多耳疹，尋麻疹，痛風，尿道結石，粘膜炎，及因克氏浮腫等症，至遠走神經對於內外毒物之過敏性，亦得在哮喘病人之家族中證明之，蓋氣管枝緊張肌，大抵受迷走神經所支配，而氣管枝之分泌，並血氣運動神經之作用，亦受迷走神經之影響，以故哮喘乃有歸因於迷走神經緊張者。

五敏感說 歇頓海爾謨，斯屈龍橫列文氏等唱敏感即過敏症說，以爲可說明多數之過敏症。在今日頗受醫界首肯，即哮喘可由馬糞尿酸毛等之作用而發，爲自古公認之事實。歇頓海爾謨氏，初從病人之既往病觀察其引發之原，繼又將此等物質，作用於病人之皮內皮下，或眼結膜，而證其哮喘與過敏症之有密切關係。惟各人之過敏程度，並不一致。或僅對某一物質，起過敏反應，謂之一價性，此類可引起過敏反應之物質，現已明瞭者，有種種之食品，塵毛，獸糞，落屑，羽毛，蛋白質，塵埃，草類，花粉，穀粉等。又如色素，阿司匹林，及六〇六等藥品，間亦可爲過敏性原，此外尚有體內之尿酸等，因新陳代謝，而生成之體內

物質，往往亦可引起過敏反應。

據斯屈爾橫氏之說，以為引發哮喘之過敏原因，常混於吸氣中而入體。惟由綠氣候從來極少引發。氏又謂凡室內含有絲狀菌，並羽毛等之塵埃，均足為過敏症之原因，而引發哮喘。故該氏根據上述理由，特造一具有通風裝置，與外氣流通之密閉室，即所謂哮喘室，備以安置哮喘病人，結果病人中有百分之七十四在數日後，百分之十六，在數星期後即輕快。其餘百分之十，則毫無成績可見，此外須注意者，為氣候之變化，亦能引發本症故也。譬如氣候溫潤處之哮喘病人，遷至氣候高燥處則輕快。若江浙等地，多哮喘病人，一旦遷居幽冀，忽然而愈。以是知過敏症之所謂關係空中塵埃性質之不同而外，於氣候亦大有出入焉。

此外更有奇妙有趣之事實即向來僅對一物質過敏之哮喘病人，有漸對多數物質均起過敏反應之傾向。試究其故，實因哮喘之經過中，其自律神經系，對於種種之過敏原因，漸增其反應所致。因是吾輩在過敏症中，以求哮喘病之原因愈研究而其數愈多，蓋哮喘病人，對於素不引發哮喘之物質，往往亦能起過敏症之皮膚反應，此種現象，即在從未患過哮喘者，亦能見之。於是過敏性原之數，將不知所極矣。

本症發作之際，微小毛細管枝，因其輪狀肌之收縮，而起狹窄，在呼吸時，在毛細管管枝，驟略能擴大，而呼吸時以管腔腫脹而收縮故，乃送出空氣之壓力，大感不足，遂起急性肺氣腫，及高度之呼吸困難。而毛細管管枝壁之肌肉收縮時，其粘膜亦同時腫脹，並分泌極

稠之粘液，以堵塞管腔。致使呼吸發生障礙。此現象吾輩常可以動物試驗而證實之。惟最妙者，此腫脹及收縮，對於副腎上腺精，氫化鈣，溴化鉀等藥品即能緩解。蓋前一味有緩解收縮作用，後二味乃增加分泌者也。要之引發哮喘之物質，或為體液，或為道邊氣道而作用於過敏性氣道粘膜之物質，殆可想而知，此外尚有一種精神性哮喘，其原因不外刺激，是不僅作用於粘膜，及肌肉層之細胞，並直接作用於神經系，尤以迷走神經最敏。故一念哮喘，即起毛細氣管枝肌肉之痙攣，與粘膜之腫脹而發生。據上種種，以總結本症之引發原因，約可歸作三途，一為體液，二為氣道之物質，三為神經。又本症病人除哮喘症狀外，其血液與尿之伊翁 $Ca^{++}$ 亦移動，然非本症之原因，實呼吸困難之結果。

病理解剖 就少數急性性症之解剖例，其氣管枝壁之肌肉層肥厚，粘膜腫脹，為嗜紅細胞所浸潤，粘膜下之血管擴大甚，組織亦為圓形細胞及嗜紅細胞所浸潤，肺氣腫脹，氣胞壁菲薄，氣胞內隔壁消失，而呈定型的肺氣腫現象。

症候 發作或突起，無預兆。或先覺全身不安，喉頭上癢，感覺異常，欠伸，噴嚏，流涕等，為其前驅。其發作多在夜間，以胸中苦悶壓重而起，有時且感胸痛，面狀苦楚，皮膚蒼白，且出冷汗，而呼吸困難甚，其特異者，呼吸時發顯明之吹笛性雜音，病者常努力呼吸故，其補助肌概形緊張，而其最著症狀，為延極長之呼吸噓聲，此呼吸困難，為哮喘所特有。通常較吸氣約延長二至四倍。故呼吸數比常人稍減，本症發作劇時，病人因呼吸困難甚，致

不能平臥。或起床直立，或當跪坐呼吸，此時宜打開窗戶，並解鬆衣帶，以舒其呼吸。

發作時理學的症狀，打診正常，或略帶低而鼓性，即發所謂厘音，肺下界常低下一二肋間隙，是不單爲真正肺氣腫之症候，在哮喘發作時，亦現此急性肺氣腫之徵。此際如以愛克司光線檢查，可洞見橫隔膜之低降，與其運動區域之縮小也。

聽診在呼吸時，到處可聽得吹笛音與呻吟音，而肺胞呼吸音，殆不能聽到。至氣管枝閉塞處，則全無呼吸音，只略聞低小之呼吸的笙聲而已，殆發作將畢，則此類雜音，次漸減低，時或聽得濕性囉音，殆發作過後，間歇時，而能恢復正常之呼吸音者甚少。大都尙可證明其帶有氣管枝炎性雜音。並吸氣微弱，呼氣延長等。

欬與痰。在發作甚短者，殆不見，然大概於其發作將終時，每排出少量粘痰，此痰爲本症所特有，蓋在尋常氣管枝炎喀痰之成分外，尚含有多數之黃色，黃綠，或灰白之小線狀物，乃由脂肪化之膿球，及介在其間之多數大方稜形結晶體而成。此結晶體之初發見者爲雷露氏而與確可脫氏在患白血病者之脾及骨髓中所見之結晶體同。因名雷露氏哮喘結晶。此外本症病人之痰中，尙有草酸鈣結晶，及磷酸鈣結晶等。然此黃色部中，有時更含頭毛上皮細胞，而痰中灰白色顆粒，則由山卷曲之粘液纖維，及特異之螺旋狀體而成。此物名苦許孟氏螺旋體。試以顯微鏡驗之，可見爲一全體透明，而多數小紐，或小纖維狀而成之物，皆卷曲呈螺旋形。其中央有強反射光之中心纖維，在螺旋體之周圍，爲圓形細胞，脂肪，米林

等細菌。及頭毛上皮組織肺小胞，上皮細胞等所擁圍。

本症病人之痰，尙有特異之點，卽其中更含多數之嗜紅細胞，此細胞與嗜可脫雷靈氏結晶之出現，有密切關係，尤異者，此嗜紅細胞之增加，不僅在痰中，卽血內亦然，且淋巴球，亦同時增加。因是確可脫雷靈氏結晶，諾許孟氏螺旋體及嗜紅細胞之增加，爲氣管枝哮喘之三特徵。惟關於此等本相，今日尙多不明之點，而是類物質，在發作方過時，最易見，發作中或僅見，或竟不可見。

脈搏在發作時，大都頻數，體溫普通不上升。然發作時長，亦有高至三十九度內外者。至每次發作之久暫，本無一定，短者數小時，長者數日，或互星期。大概回復與增惡，交相反復不已。此外間歇時間，亦無一定，短者僅數日，長者隔數月，或數年，始發作一次。

診斷 在發作時極易，卽由呼吸困難，發吹笛音之呼吸延長，並理學症狀，以及咯痰等特徵。不難下斷。惟與心臟性哮喘，尿毒性哮喘，聲門痙攣，及癩痢性喘等，須詳細鑑別。卽心臟性哮喘可由痰及檢查心臟而知。尿毒性哮喘可從殘餘氮氣之定量而區別之。

預後 藥物殆癆，只可暫時制止，未能除根。鍼灸療法，確可根治。

治療經過 輕症四五次可愈，年久症重者廿次手術，總可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 合谷 列缺 天突 風門 肺俞 膈中

次要經穴 豐隆 大椎 巨骨 氣海 靈台

(三)治療技術 醫生診斷病者確爲氣管枝哮喘後(不論發作時與否)醫者與病者對坐，先針合谷穴，用斜針，斜向上，針入後病者如覺痠麻，如有氣升至肩時，用雀啄術三五分鐘久。倘是氣喘時針治，病者即覺呼氣順些。繼針列缺穴，用直針由上直下，亦須針至病者感覺痠麻時，用雀啄術五六分鐘久。刺畢左手二穴後，繼針右手合谷列缺穴，手術同上。略休息片時後，叫病者脫去內衣，反穿之。端坐，低頭，即針大椎穴，繼針風門肺俞穴，病者多感痠麻直透胸裏。針後用艾絨如箸頭大放在黃片上，先以手壓風門肺俞穴上，如感極痠處，以爪強切之作標記。(大多只風門肺俞穴處方感痠麻，其餘各處不感痠軟)第一日只灸最痠處之左右各一點，黃片放在痠處，不移動，點火燃着指頭大艾絨，如感痛不能耐時，即以匙盛去艾灰，再燃第二炷而燃之，至灸至裏面覺熱(約十五六炷)且感舒適，雖灸至起水泡不惜。此法頗刺痛，但非如此，不易痊愈也。

次日依舊刺合谷列缺大椎風門肺俞，手術同用雀啄術，以患者能耐不致暈針爲度。昨天灸至起水泡處，以針穿刺之，放出黃水，不能再灸，乃以手指他處，於感痠麻處燃艾絨如指頭大黃片灸之，亦以裏面感熱，覺舒服爲止。再刺氣海豐隆二穴，刺氣海穴。麻直透生殖，不達胸中，刺豐隆穴。灸背脊上下，亦能疏導痰涎，制止氣喘也。

第三四日再刺合谷列缺風門肺俞大椎氣海豐隆等穴，酌灸膈中氣海大椎天突靈台等穴。

第五日依傷刺灸各列缺……等穴，因風門肺俞大椎氣海膻中已灸治起水泡，不能再灸，乃令病者直立，脫去內外衣，以長竹四五尺度山病人脚底豎起，在胸骨劍突處，墨識之，即以竹置病人背間於墨點處，爪切之，作一標記。然後令病人坐椅上，屈其腰，在標識處，連灸七灶，患者必覺有氣直達肺內，如症候不久，當可痊愈矣。

又平時在藥店取白芥子三兩，輕粉三錢，白芷三錢，研幼末，貯瓶中，備用。病人到治時，取其少許，放在銅勺上，加真正蜜蜂糖搗勻，火煮熱，攤厚布上，即在身柱穴上，髹擦微熱，貼上，疇時用布包有電之電燈胆煨之，翌晨更換。能助呼吸困難減退。

病者如有經濟，可開下列驗方與服。細辛，青木香，麥門冬，青皮，杏仁，甘草，麻黃，茯苓，枳實，乾薑，柴胡，黃芩，陳皮各三分。貝母，白芷各四分。半夏，遠志，五味子，各七分。桑白皮，桔梗，各一錢。生薑三片，加水三合，煎成二合，一日三回，食前服用。連服三五劑可也。

治療時與治愈後，早晚切勿受寒，背部尤為要緊。出汗後即須換衣，覺冷即須加衣，倘不小心而致感冒，病會再發，否則可以除根。

灸點起水泡須小心保護，勿令外皮脫下，外皮脫下，如有細菌進去，必致化膿。

特效方 一個蟹浸乾淨之尿中一百天，取出煨灰（新瓦）沖白粥食，效。

驗方 香椿（不是佛手）一個，放入鷄肉內，以酒燉爛，食一二次，奇效。



治療原理

鍼灸治療是以針艾刺激患者之神經系統，使之起反應。以手術之不同，而起興奮制止，誘導等作用。查氣管枝哮喘發作之本態，一氣管枝粘膜之腫脹，二氣管枝鬆軟平滑肌之痙攣。三為一種過敏狀態。患者經一而再，再而三四五鍼灸的刺戟，尤其是針灸風門穴，據按脊書說風門穴處有一神經直達總氣管，肺俞穴處有一神經直達肺臟。病者立覺經絡發作減緩，呼吸困難緩解。勝過吃或嗅，注射，呼吸鎮靜藥。迨鍼灸數次後，則經絡發作全止，氣管枝粘膜腫脹全消，而病全愈矣。故針灸治療為原因療法，亦是對症療法，一經治愈，即是根治啊。

又據內科全書載：「哮喘發作之原因，說者甚多……或者氣管枝粘膜之神經性腫脹，亦與有關係。現哮喘之發作，麻酔劑可以緩解，意者氣管枝之所以狹窄，亦或因圍繞於氣管枝之環狀肌肉纖維，收縮勁直，而氣管枝腔受其壓迫所致。要之哮喘發生之原因，於支配氣管支之神經作用，有極大關係，是則不能不承認者也。」茲一再用鍼灸刺激之，以緩解氣管枝粘膜之神經性腫脹，制止哮喘之發作，其理甚為明也。

治驗例 高第路八十四號雷徵，二十二歲。自幼即患哮喘病，計凡二十年。每逢咳嗽，即繼發哮喘，不分天冷天熱，發時有時三五日，亦有一個月久。屢治無效，痛苦萬分，承光漢中醫學校許錫棠君介紹，於民國廿五年十月廿六號來治，余按上列方法為之治療五次，氣喘即止，自後不再發作云。

## 五 肺臟

肺臟爲呼吸器之主要部分，質堅而似海綿，能浮於水之表面，色帶灰赤，處處現青色或藍色斑點，呈大理石狀之紋理。除心臟，大血管，食管所占席位外，胸膛之餘隙，盡爲其填滿，故其外形與胸膛一致。肺之外面：被以兩層肋膜。（或名胸膜：直接附着於肺臟者曰肺肋膜；附着於胸壁者：曰胸肋膜。）

心臟偏於左，故右肺比左肺短而大。然兩者之形，俱係錐體，錐體之尖端上向，達鎖骨中，名曰肺尖。下面載於橫隔膜上，名曰肺底。肺臟前面約至第六肋，後面約至第十肋。前後後三面穹窿，名曰肋骨面，貼於側胸壁，內面有大裂孔，名曰肺門，氣管枝，血管，神經，俱由此出入。

左右肺因深淺面分爲葉，左肺兩葉，右肺三葉。葉復分爲小葉。每小葉卽爲全肺臟之一變形，具有小氣管枝，血管，淋巴，及神經，並以彈性纖維連結之。

肺臟屬葡萄狀，其氣管枝分而復分，成小氣管枝。管之末端，附以一羣肺胞，胞非眞圓，由扁平細胞所成。有核或無核，外包以有彈性之結締組織，胞之大小，雖不均勻，然平均直徑，約○，二至○，三耗，其內壁之面積，約○，三二一平方耗。而肺胞之全數，由三億以至四億，故成年男子之肺胞面之總積，約百三十平方密達，（約六分之四畝），女子約

少廿六平方密達。

肺臟由肺動脈接受暗紅色靜脈血，此肺動脈愈分愈細，密佈於肺臟各部，卒成毛細管網，包圍肺泡。肺泡之壁至薄，毛細管之壁亦至薄，故血液幾與吸入之空氣接觸，在此毛細管內，靜脈血轉成動脈血。即以集自身體全部組織之炭養氣與含於肺泡內之養氣相交換故，是曰外呼吸。

已變化之血液，聚於細靜脈，細靜脈愈合愈大，終成肺靜脈，乃離肺臟注於左心耳。

### ，加答兒性肺炎

原因 原發性者頗少，多續發於毛細氣管枝炎，故有氣管枝肺炎之名。見於一切急性傳染病，尤以流行性感冒，傷寒，百日咳等傳染病之後，多見於幼兒及老人，青年人患者極少。病原體為肺炎菌，鏈狀球菌，葡萄狀球菌，流行性感冒菌，傷寒菌，大腸菌等。多為混合傳染。本病發生亦有與細菌無關者，例如吸入惡劣空氣毒瓦斯，亦有因感冒，胸部外傷而發生者。此外與患者體質亦有關係，（因胸廓變形而肺膨脹不全）於神經昏迷之患者，因聲門閉鎖反射消失，特易引起嚥下性肺炎。

病理解剖 本症不如真性肺炎之發大部浸潤，往往於兩肺下葉，生多數散在性之小炎性病灶。不析出纖維素又無出血性滲出物，故肺不呈赤色，咯痰不現赭色。而纖維素氣管枝

模型物亦不見於痰中。

症候 其症候頗不一致，屢以突然高熱，咳嗽，嘔吐，食慾不振，脈搏頻數，呼吸促迫，手足厥冷青藍色等而發病，主徵約有以下各項：（一）咳嗽，為主要症候，但無定型，間有呈百日咳樣咳嗽者。（二）發熱，一般為弛張熱，朝低夕高，亦偶有呈稽留性者。（三）呼吸頻數，有時呈鼻翼呼吸，小兒呼吸數，每分鐘有超過九十次者。（四）青紫色，脈搏頻數。（五）胃腸障礙，食慾減退，有舌苔，排泄消化不良性大便，乳兒常合併吐乳。

理學症候 總診有散在性氣管枝呼吸音，及多數小水泡捻髮性水泡音，騾泣時氣管枝聲亢進。打診有濁音。

診斷 體溫急促上升，呼吸促迫，脈搏頻數，咳嗽不已，痰量不多，為黏液膿性，便須急到本病。

期後 初起病時，極易治愈。

治療經過 視症候之輕重而定。

治療 (一) 經穴

主要經穴 太淵 列缺 大椎 肺俞 風門

次要經穴 尺澤 委中 曲池 合谷

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為加答兒肺炎後，以次在列缺太淵尺澤曲池四穴處刺

針，以患者感痲，發出大汗爲效。（當用巾抹去汗）休息片刻後，再在大椎風門肺俞三穴處刺針，亦以患者感甚痲，胸裏覺舒服方停止用雀啄術，如患者不成疲憊，再在委中穴處各刺一針，痲麻直透背脊，尤妙。

次日熱已減退，咳嗽亦減，則只刺主要穴，次要穴間日方刺。患者如忍耐受針，當可治愈。

注意：本病不可灸治，灸治則與病人不利。

治療原理：據治療經驗，刺戟太淵列缺尺澤三穴，能間接影響到肺部，使壓迫症狀減輕，分泌物容易咳出。刺大椎前池委中三穴，往往能發大汗，熱度得以減低。刺大椎風門肺俞三穴，直接影響到肺，呼吸常獲順利，咳嗽乃減。經二三次手術，肺內之各種障礙，排除淨盡，病即痊愈也。

治驗例 余第四子德明在香港居住時患痲疹，當即請光漢中醫學校同事某君診治，數天後轉患肺炎。高熱，呼吸困難，狀甚淒慘。因服中藥未效，自己又未治過痲後肺炎病，無從下手。內子問某老西醫，據稱有特效藥，注射五天可以痊愈。乃到該西醫處留醫用西藥治療。惜藥無功效，兒子之辛苦未減分毫。內子乃攜之返家，余爲之刺大椎肺俞風門三穴，呼吸即感舒暢些，再刺一次，熱度減低，刺第三次後，病霍然愈。方悔不先用鍼刺療法，致使兒子辛苦八九天，花了數百元藥費也。

## 2 肺水腫

**原因** 本症因肺組織內血管，滲出多量漿液性含蛋白之液而起。此水腫液，始則充於肺泡，繼則達於氣管枝內而排出於外。

本症爲種種疾患之頻死症狀，學者皆謂患者因將死而發肺水腫，非因發肺水腫而瀕於死，尚爲見理之言。然亦有因肺水腫而致重篤危險者，如急性肺炎之死於肺水腫症候是也。本症又爲腎臟炎（急性及慢性腎臟病）之重篤合併症，考厥原因，及與聲門及他組織之腎臟炎性水腫相等，皆歸因於血管之營養障害，及其異常疏滲性，又往往發生於心臟機能不全之際，（鬱血性水腫）而以左心室病爲尤著，因左室不能完全排其內容，而右室又以其大量血液，輸入於肺循環中，於是左房乃因血液過多，致使肺循環內血液，不得十分流入，而肺毛細管遂生鬱血，由血管滲出漿液性滲漏液故耳。此種鬱血性水腫，往往見於左心瓣膜病，如大動脈閉鎖不全，如心臟肌肉變性等尤多。又肋膜腔內之大量滲出液，急速放出時，則患側之肺，發生一時性肺水腫，而排出多量稀薄肺沫蛋白性痰，蓋向被壓縮之肺，一旦去其壓迫，即急速膨脹，其血管內血液充盈，致血中液質，逸出於外也。

**病理解剖** 腦貧血，重而顯，受按則凹，剖視之，則有甚多之血清或血色漿液流出。  
**症候** 病起驟突，胸感不適且痛，呼吸急，不久即困難。急咳不止，涎沫狀痰甚多，

有時染血色，或由口鼻兩處湧出。面色青白，冷汗滿臉，脈極微弱，心動亦微弱。胸之全部顯烏鳴或水泡鳴，或在數小時內即致命。或纏綿十二小時至二十四小時之久乃漸退去，曾見一人病至兩年半內發作至七十二次之多。此復發類或伴心絞痛而起。

**診斷** 高度胸內苦悶，呼吸困難，顏面蒼白，突於夜間發生高度呼吸困難者，概須想到本病。

**預後** 本症頗危，往往因呼吸困難，脈搏細小，患者陷於昏厥，致窒息而死。鍼灸治療可以治愈。

**治療經過** 視症候之輕重，患病之久暫而定，大抵施術十餘廿次，當可治愈。

**治療** (一) 經穴

**主要經穴** 列缺 太淵 風門 肺俞 大椎 天應

**次要經穴** 合谷 腎俞 陰陵 關元 內關

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為肺水腫後，令患者對坐，在合谷穴消毒，然後斜針向上使感痠麻，用雀啄術四五分鐘久，再刺太淵列缺內關三穴，同用雀啄術。休息四五分鐘後再刺他手之合谷太淵列缺穴（如只一邊有水，只刺患邊之經穴）手俯如前。繼令患者解去內衣，反穿之，兩手交叉攀肩膊上，使椎骨開，乃刺大椎風門肺俞三穴，以痠麻直達胸裏為妙。休息片刻後，（如患者已感疲倦，則停止施手術），令患者直立，以竹由地起直齊講

中，在臍心處墨記之，然後以竹，置於脊中，亦由地起，在背脊墨記處，以爪切之，作一標記，（命門穴）乃令患者端坐，彎腰，在標記外一寸五分處腎俞穴上，直針刺入使感痠麻，直透腹內，再令患者仰臥。在臍下三寸關元穴上，直刺一針，使痠麻奇達生殖器，再刺陰陵泉三陰交二穴，第一日手術完畢。

次日依上法酌量施治，如患者可多受刺針，則每穴用雀啄術久些，以上各穴一一刺過。如患者感疲倦，不能多刺，則每日只刺主要穴，次要穴隔二三天刺一次。如病人有耐心求治，當發治癒。又脊骨如見有瘀點處，當刺一針，用雀啄術。

治療原理 本病為腎臟炎及心臟機能不全所致，故西醫治療本病，以強心為主，亦有用穿刺放水法者。惟放水後不久，肺積水如故，不能根治。茲刺太淵列缺風門肺俞大椎等穴，直接影響肺臟，使起收縮作用，排除水腫，刺戟陰陵泉腎俞關元三穴，使腎臟恢復其機能，小便多且長，刺內關二穴使心臟強壯，等於用強心藥。故患者來治數次，則疼痛減除，胸內感舒服，再刺二三次則小便流出含有蛋白之漿液性液體。再繼續若干次，諸症如掃，病即霍然矣。

治驗例 香港七姊妹商務印書館僱祖洪君，患肺水腫凡五六年，每逢胸內苦悶，呼吸困難時則請西醫放水，計已放過三四次，每次千餘CC。近又復發，凡數星期，左肺劇痛，呼吸最慘，脫衣，久坐，其痛難言，小便黃且短，脊上起瘀點，在某醫院用X光鏡照視，知又患



肺水腫，以放水非根本辦法，乃于民廿八年十月六號來治，余按上法爲之施治，立即止痛。第二次刺針後，小便比較長。第三次施術後，刺痛全除。第六次，小便內見有蛋白，如前放出之水所凝結者一般。患者喜出望外，謂全治後，當把前後X光相及本人相，述其治療經過，登報鳴謝救命大恩云。

### 3 肺結核

原因 肺結核爲人類大敵。歐洲人民因本病而死者，實占全死亡數七分之一，至若人口稠密之工業場，軍馬輻輳之大都市，則尙不止此數。我國人士對於此病，絕鮮預防常識，患此而死者，雖無確實統計，然其數當更遠逾於歐西也。

肺結核之原因，爲一八八二年 Koch 氏所發見之結核桿菌，其形爲細桿狀，其長徑約當赤血球直徑三分之一。有脂狀或蠟狀物質，被於其外，故其抵抗力頗大。惟對於日光則頗弱，曝之立死。若乾燥塵埃中，或日光不充足之密閉室內，得以長保其生活。對於消毒藥之抵抗則甚強大。即加以5%石炭酸水，與同量之痰相混，則痰中之本菌，經二十四時間方死。昇秉有凝固蛋白質之性，故不能殺痰中之菌。純酒精十分與痰一分相混和，則十時間方能致其死命，不能殺乾痰中本菌。

本菌之毒素有兩種，一爲體內毒，二爲分泌毒，結核病人之發熱，乃分泌毒爲之也。

本菌不僅生息於肺中，卽如粟粒結核，皮結核，（狼瘡）骨，泌尿生殖器，腸膜等之結核，無不由此菌而發。

肺結核病人之肺中，除結核桿菌外，又有感傳他種微生物。其中以環鎖狀鞭毛球菌，及黃金色葡萄狀酸膿球菌爲最多。因聯球菌，流行性感冒菌次之。所謂混合傳染者是也。亦有此等微生物，首先入肺，而後結核菌繼之者。

就種種動物及人類之實驗，本病之爲傳染性疾患，夫人而知之。如親子夫婦之間，交相傳播，學校工肆之內，互相感染，吾人所常聞者也。茲將結核菌侵入人體之門戶分述如下：

（一）結核菌與空氣同時吸入者，本病人之結核菌，往往存於病者痰中，及其他排泄物中，故當肺結核患者咳嗽噴嚏以及談話之際，其含有結核菌之咯痰黏液等，成爲細小泡沫狀，而噴散於空中，與之接近者，吸之，遂成傳染。卽所謂小滴傳染是也。但本病患者之呼吸中，却不會有結核菌，咯痰之新鮮濕潤者，每不易發散於空中，其危險固少。至若乾燥之痰，則易於飛散（痰乾燥後凡三日間尚不失其毒性）含有此種痰屑之塵埃，使動物吸入，幾無不生肺結核。動物如此人亦云然。此種傳染名曰吸入傳染。既經吸入之結核菌，使氣管枝健全無恙，則賴氣管枝粘膜之顫毛運動，得以排而去之。所可慮者侵入之結核菌，爲數甚多，則不勝排除，此其一。氣管枝粘膜能力不全，雖遇外侮不能驅除，此其二。故慢性氣管枝疾患，或氣管枝肺炎等病，往往爲發生結核誘因。又吸入有害塵埃之石工，煙草工，鋼鐵之

廢工，往往多死於肺結核者，職長故耳。

(二) 因攝取結核菌之食物而起者，牛肉為本病傳染媒介者極少。至飲結核性牛乳汁，由腸管而傳染者，已有確據。然此事亦罕。蓋肺結核之腸腸結核而發者極少，而腸結核繼肺癆而發者則甚多，蓋原發性腸結核之所以極少者，因結核菌達於胃中，受胃液作用，而失其生活能力，不能為患。然據近來 *Robt* 氏之研究牛之結核，謂牛之結核質不能傳染於人體。

(三) 結核菌由口吻而傳入者，此種傳染，多由於夫婦親子間之接吻而起。在歐美為尤多。扁桃腺為結核進入之門戶，如頸部之淋巴結核，(即瘰癧) 乃由扁桃腺進入之結核菌而生。

(四) 由表皮之損傷部傳染者，已受損傷之皮，接觸於含結核菌之物質，致生皮結核，亦有侵入淋巴管內，進犯淋巴腺者。

(五) 有因房事由外陰部傳染者，凡帶丸，精囊，輸尿管，腎臟，卵巢，子宮，膀胱等處，發見結核菌者不少。

(六) 初生兒有發肺結核者，是由子宮內之傳染，蓋結核患者之輸精管內，往往發見結核菌，在女子，結核菌又能由胎盤而移行於胎兒也。

(七) 其他可由衣服器具及飲食器等傳染。

### 發生結核之誘因

(一) 體格，可分結核之體見徵候者，瘵瘵實是也。而狀長，容體軟弱，面色蒼白，眼光銳利，齒牙潔齊，是顯而易見，其肋骨斜向下行，肋骨上窩陷凹甚深。吸氣肌薄弱，心臟及血管系易於噴雷。(易於潮紅失色)手足細長，肌肉及腺組織發育不良。凡具斯等體格者，其肺臟固易生結核，然小兒當發育期中，已罹結核，致發育為之障害，而成此種體格者，亦復不少，凡此種瘵瘵，大抵係遺傳性。

(二) 年齡，此與罹結核之素因，頗有關係。十八歲以上，至三十歲間罹病最多。小兒患此者，亦不少。至四十歲以上，則罹病較少。其經過亦大抵緩慢，然亦有高年發症者，歐州人六十前後罹結核者往往見之。

(三) 男女關係，男子多於女子，以男子多勞瘵險之故。其他缺乏新鮮空氣，如每日勞動於密閉工場，穢污空氣中之類。寒暑失調，日光空氣不常流通，俾足以致疾。食物之乏於滋養，食量不足，運動不足，呼吸障礙，往往易生肺癆。又如過勞身體抵抗力之種種原因，如糖尿病，慢性酒精中毒，妊娠，憂愁，貧困，及各種疾患，傷寒，百日咳，麻疹，流行性感冒，肺及肋膜之疾患，慢性氣管枝結膜炎等。

結核傳染，雖由上述之種種徑路而起，而尤以呼吸器為多，至呼吸器之中，其最先被害者，為肺尖，蓋肺尖呼吸運動，甚為微弱，且其換氣作用，比他部為尤少。故達於肺尖之塵

壞及細菌，排出較難。且分泌物之細片，咳嗽時由運動強盛之下方肺部，直接被驅，多吸入肺尖氣管枝內，又因肺尖之血液供給，較少於他部，大可助結核之發生進行。至於肺之肝積充血，如僧辯疾患之人，發生結核者甚少，反是而肺血減少之疾患，如肺動脈瓣孔狹窄，則往往生結核。尤當注意者，結核往往不由氣管枝，而由假道於血管及淋巴管者。

**病理解剖** 結核菌質入肺組織內，乃起炎症，組織細胞，上皮細胞，繁殖堆積，生成一小硬固結節，此即所謂結核也。初如粟粒大而半透明，繼乃漸漸增大，更爲黃色不透明之硬核。結節中無血管，故結核內部，血液無由供給。營養常缺乏。是以結節部易於壞死。成一種黃色乾酪狀物，此名乾酪變性。久則軟化而爲粥狀。軟化後，與痰唾同排於外，於是中部成空隙，此名空洞。空洞之大小，或大如豌豆，或大過於胡桃。空洞內壁，分泌多量膿液，爲結核菌發育增殖之材料。又有他種微生物，如連鎖球菌，葡萄狀球菌，及四聯球菌等，自外界隨吸氣而入，占據空洞，以與結核菌比周爲慮，使病人熱度頗高，此即謂之混合傳染。

已進行之肺癆，兩肺常同遭其害，肺尖有著明病灶，多成空洞，其他部分，則硬結浸潤，下葉亦爲新舊之氣管枝周圍零性病灶，及乾酪狀肺炎性病灶所占領。故賴以營養呼吸作用者，惟含少量空氣之剩餘部而已。肋膜與本病，有大關係，若結核病灶，達於肺表面時，則起肋膜之炎症，或僅有纖維素沉着。或肋膜腔內有漿液性滲出物，致肺與肋膜之間，發生強固

之結核纖維痕。亦有無數結節，散在於肋膜板上，而肋膜腔中之滲出物，爲血性漿液性之液，間有帶膿性者，肺表面之空洞，若穿破肋膜而開口於肋膜腔，則空氣遂竄入於胸腔，而成氣胸。

症候 肺結核之初起，（初起症候）概爲潛進性，或隱或現，而特異症候。初期之肺結核，往往爲頑固之氣管枝炎所遮蔽。而多數患者以爲感冒，而不介意。有因食慾不振及諸種胃病而爲胃炎者。在婦人及處女，常生貧血與月經不調諸症，而視爲萎黃病者。然本病之特徵，在患者之羸瘦日甚，此乃通常氣管枝結膜炎及萎黃病所無者。又易發疲勞，往往因奔走勞動而致呼吸促進，傍晚則發三十八度或三十八度半之輕熱。又常發乾性短咳，此際或吐出少量精液性膿性痰，或竟毫無痰。迨至痰中混有數條血線，始震駭求醫，則已晚矣。

診察初期肺結核時，頗不易，斯時肺尖浸潤病灶，爲數甚少，故其症候概不顯著，惟打診之際，其音較他側稍高調，且不清晰，有時發生鼓音。聽診之，患側肺胞音，較健側爲不純，其呼吸音，在吸息時則出微輕弱，而呼息時雜音，往往異常銳利而延長。他營深呼吸，且使咳嗽，往往可聞囉音。斯卽有分泌存在之證。若同一病人數回檢查，每次於一側肺尖上之一定部份，得聞囉音，卽當疑其有結核。

有痰之病人，卽當留意於結核菌之檢查。若能發見該菌，診斷始確，然有檢痰之結果雖屬陰性，其實結核病灶，早已盤據肺尖，是因該病灶不與氣管枝交通，（閉鎖性結核）或其

分泌的極少故耳。痰中之結核菌，多者必為重症，其數少者為輕症。否則醫就治愈，然亦非無例外者。

本症既過初期，則各種症候，均甚顯明（第二期症候）視診上，其一側之鎖骨上下窩陷沒，病側半胸之呼吸時上升，頗極微少。打診上，患側肺上界之音，較低於健側，斯乃肺尖萎縮之徵。病肺尖，打診音甚弱而濁，聽診上可得不定性呼吸音。若肺組織大部份，發生浸潤，則可聞氣管枝呼吸音。囉音甚多，且為溼性有慳性囉音。當此時，他側之肺尖尚健存者甚少。大概亦可證明各個囉音，及呼吸音之變化，欲知其病機之進行與否，則視其囉音之盛衰如何。若囉音蔓延，則為結核性氣管枝周圍炎之症候。

小空洞（即結核性氣管枝潰瘍）之症候，（第三期症候）不能彰著，空洞增至胡桃大，而又為浸潤的無氣性肺組織所封鎖者，始克診知。若空洞在肺之深部，而又為含氣性組織所圍繞則不能藉打診聽診以證明之。惟得於該部分聽取囉音而已，如得於肺尖間繼續常存之多數大水泡性囉音，則可推想其有空洞。蓋肺炎之氣管枝狹小，斷無發生大水泡性囉音之理。至於空洞浸潤之無氣性肺組織所圍繞，而此浸潤又達於肺之表面，則該部可得散性囉音，及氣管枝呼吸音。其囉音為有響性。胸振盪亦甚強盛，然此等症候，非空洞之所固有，即如無空洞之肺炎性浸潤，亦有之，含有空氣之大空洞，其濁音不著，而鼓音甚明。

嗜痰，凡本病患者之痰，多為膿性粘液性，非若氣管枝炎及氣管枝擴張之痰，膿與粘液

融合細密。蓋其由空洞而出之膿，本甚稀薄，為流動性，一旦向上，通過氣管枝，為粘液所包裹，而分別凝聚，或為膠性絲條，或為球形，或為貨幣狀塊，空洞之膿，除含有結核菌外，又常多他菌，其重要者為隱球菌，如黃金色及白色葡萄狀球菌，連鎖球菌，四連鎖菌，肺炎菌之類。連鎖狀球菌對於混合傳染，關係尤大。

血痰，歎血，肺結核各期中皆有之。往往為單獨之小血線，混於膿性痰中。或由數回短咳，而排出數匙以上之泡沫狀鮮血。凡病人因大量出血而致生命危險者，不恆見。然屢次咯血，因此而發重貧血者，往往有之。

肺結核患者，初期所起之血痰，曰初期咳血。其預後非必不良，蓋患者見此，必生恐懼，因而乞治，往往能受根本療治故耳。嘗大出血時，其血液一部，竄入肺下葉，於是下部生濁音，及捻髮海水泡音，二三日後，即被吸入，吸收之際，往往發熱，脈亦加數。(咯血熱)又大出血後，往往誘起急性粟粒結核。

熱候。疾病進行時必有熱，病機停止，熱亦隨之而解。結核蔓延急者，熱亦愈高，如急性經過之奔馬性肺癆，乾酪狀肺炎，粟粒結核，其熱往往如傷寒之稽留型。然尋常肺結核之熱，常為間歇性。熱之升常在午後，往往惡寒，至夜則熱降。熱降之時，往往發汗。此即謂之盜汗。升降甚者，謂之消耗熱，此種熱型最易耗燬病人體力。

診斷 早期診斷，頗屬困難。須子細詢問既往症，觀察其生活狀態及體質，行X光線檢



查。如已發生貧血、羸瘦、發熱、盜汗，輕微咳嗽等肺炎發病候時，則診脈不數。此外癯之檢查亦頗重要。

經過 類不一，有越數十年者，往往於小兒時代，感染結核，經二十年三十年而後，始發見。或竟有發病數月而死者。

結核菌非絕對不可治者，蓋微菌臨床之實驗，有已呈結核徵候及證明結核菌之病人，竟得健全而得痊癒者。又有因他病而死之屍體剖檢之時往往於其肺炎，發見舊結核病灶瘰癧。又有曾陷乾酪化之氣管枝中，證明有灰狀遺好者甚多。結核之改良性經過者，則結核病灶周圍之纖維條結締織，漸生特盛，而乾酪化之物質，被其封鎖，得以防遏結核菌散播。其瘰癧於小者，竟能完全治愈。然封鎖包圍之中，往往留有餘孽，一遇時機，得以再發，此之謂不完全治愈。醫家病家，均須注意者也。

經過緩慢之肺癆，其纖維性結締織之新生，範圍甚大，而肺炎萎縮，其鎖骨上下窩，陷回甚深。胸壁亦陷沒，多數血管為之荒廢。而肺循環徑路範圍日盛，右心室因此肥大，而第二肺動脈音強盛，遂呈鬱血症候。

急性經過之肺癆，其痰病初起時，即甚膠黏，病灶增大甚速，全身病狀，亦頗重篤，高熱不絕，大抵一年或半年，因衰竭狀態而死，此名曰奔馬性肺癆，或曰急性肺癆，大抵多發於二三十歲壯年，又有取慢性經過之結核，於中途忽罹流行性感冒，或傳染氣管枝炎，

轉而變爲劇症者。

是危險症者爲肺結核性之肺癆，所謂乾酪肺炎是也。其始起也，或戰慄、或咯血、或胃震、肺下葉部發生浸潤，範圍甚大，打診之可得大部濁音，聽診得氣管枝呼吸音，及有響性水泡音，濕濕稽留不退，排出透明之痰，色或赤或綠，頗如纖維素性肺炎，真性肺炎，所異者本症之痰不分別，其咯痰爲膿性，痰中有結核菌而已。乾酪肺炎患者大抵一月或數月之內，滯留衰弱而死，然亦有再被救而復原者。

至於小兒結核之經過，與大人不同之處甚多，大人之結核多發於肺尖，生成大部浸潤而漸向下方蔓延，小兒反是，其病灶在全肺，爲多發性，其浸潤病灶，又多各箇孤立，故乏明瞭之濁音，與氣管枝呼吸音，惟得以聽取溼性囉音而已。況小兒咳嗽之時，其痰不知外睡，往往下睡，故診斷尤屬困難。若檢其痰，幸得發見咯痰中結核菌，始得下確鑿之診斷。此外則小兒結核，有迅速擴布於身體他部之性，其擴布處器竇液膜淋巴腺等，氣管枝端，腸胃膜，往往成大塊，可於頸部腋窩及他部皮下，初知小硬塊之淋巴腺結節。此亦是齊診隨着也，脾臟亦往往腫大。

老人結核多屬慢性。

預後 本病如能早期診斷，施以適宜療法，可以完全治愈，一般與患者體力年數有關，壯年者預後比較不良。年老者則否。此外與患者之貧富性格，消化狀態皆有關係。不發熱轉

旬清機停止之徵。輕微發熱爲清機進行徐緩之徵，高熱則爲進行急速之徵。併發明顯喉頭及肺結核者預後比較不良。併發滲出性肋膜炎及氣胸者預後不良。如顯發結核性腦膜炎者更屬可慮。

**預防** 一患者隔離，二勿隨地吐痰。患者之痰須嚴密消毒。三牛乳須滅菌後再用。以噴服冰兒，五行海水浴，日光浴，冷水摩擦等以增強個人之抵抗。

**治療經過** 視症候之輕重，患者忍受鍼灸之刺激如何而定，大概施術三十次，總可治愈。

**治療** (一) 經穴

**主要經穴** 肺俞、大椎、風門、腫中、列缺、太淵、尺澤、四花。

**次要經穴** 膏肓、腰眼、合谷、天突、陰郄、足三里。

(二) 治療技術 本病側重灸治，但鍼治亦不可少。醫者診斷定患者爲肺結核後，當用檢點器檢查有無發熱。如有發熱，則只用鍼刺不用灸治，退熱後方用灸治。灸治後又發熱，則停止灸治，只用針刺。先刺合谷列缺太淵三穴，刺戟力不可太大亦不可太久，太大太久必致暈針。休息片刻後，令患者脫去內衣，反穿之，兩手交叉墊肩膊，低頭，使椎骨開，先刺大椎風門肺俞三穴，必須刺至皮膚直達胸內，方有功效。如無發熱，各灸三五壯，以充實爲度。休息後再刺足三里二穴，使胃口大開。如患者甚瘦弱，則第一次手術便算完畢。

次日依群刺合谷太淵列缺大椎風門肺俞等穴，如無潮熱，改灸中突或膏肓腰眼穴各

五六壯。如有汗，加刺陰都二穴。咳吐膿血，加刺尺澤足三里二穴。

又本病須常帶三三十次，方能痊愈，醫者在治療之前，先須預算若干天可愈，而把主要穴要點穴分配一下，太淵列缺合谷大椎風門膈俞等穴，天天刺針，其餘須灸治者則輪流用之。一患因北氣滯鬱胸乳提等穴，亦可灸治。針治後，針須身外放開，暇時乃水煮過，方可刺第二人。倘患病耐心求治，又尙未重不治之時，當可治愈。

又「培土之特效藥，尚未發見」。患者不可恃藥物，惟宜增加營養，（隨病人之嗜好，變換其食品）常居新鮮空氣中，時或靜臥椅上，時或徐徐散步。夜間睡眠中，當開放門戶，或臥於風所不到之處，衣服須溫暖，以防感冒。飲酒及房事，固當嚴禁，吸煙與多談，亦不可不戒。節制其娛樂與交際，竭力以維持其健康生活。

驗方：上海名醫丁鶴保謂取棉花根，洗去污泥，晒乾，再將其根剪短，約半寸許，每日秤半斤，「重症則用一斤」用水五六碗煎一小時，煎至三飯碗，在食前一時，作三次分服，「每次服一兩」其餘渣可用末三碗，煎至一碗，每夜臨臥服。連服二月，可以治愈。惟服此藥宜守四種規則，一終日安臥，不許運動，二臥室中之空氣宜日夜流通，不許開窗。三飲食務宜滋養充足，尤宜細嚼嚥咽，四終日心氣和平，宜絕與親主導，此外又宜每日將身體揩拭乾淨云。

治療原理 現代醫學昌明，但能死滅人體內之肺結核菌之藥物，尙未發見。世之謂用藥能

能根治肺結核者，是見其學識有限，有心欺騙病人。茲錄灸只用一針一艾，全不用殺菌藥，而確能根治肺結核，其理由安在？曰有，大學教授及西醫生早已代為說明矣！

國立浙江大學教授薛德清先生編一本「生理衛生教材」民國二十三年六月在上海新亞書店再版。該書二二九頁述打針之效果謂：「打針有以下三種效用；一興奮作用——針刺激神經，直接或反射的興奮其機能，且擴張血管，增加該部之血量，促進血液，使衰弱之作用旺盛。二曰沉靜作用——知覺神經受針之強刺激，而停止反射作用，或刺激稍久，使神經疲憊，或刺激靜止神經，而增高其機能，俾所發臟器之作用停止，三曰誘導作用——以針刺破皮膚，則反射的擴張血管，而血液流氣，以誘導他部之血液。」——則針治之能退熱、止痛、止咳、止汗、可以明矣。

西醫原志免太郎因某種興趣研究灸法，初用動物試驗，繼試於人，在顯微鏡檢驗下，得了許多新知識，特謂「灸法醫學研究」一書行世。（中華書局有譯本）該書第五編肺結核治療之新願音，第二章灸法使用於結核治療之理由謂：「施灸之用於結核治療，其理由惟有科學的作用而已。（一）長時間連續施灸時經一定時日後，所增加之血色素量，能長期間持續之。而其血色素所以能增量者，基於赤血球之增數，而色素指數，無著明的影響也。是以病後動物，人體亦同，新陳代謝旺盛，食慾亢進，榮養佳良。夫榮養之向上，為保健有益者，可置勿論，而疾病治療之基本，實關於此也，故欲以此作用，為應用於結核之一理由焉。」

著者實驗) (二) 爲施灸後白血球數之增加，其白血球增多症之主因，先由於中性多核白血球之增率，經過一定時間後，則淋巴細胞之增加，亦參與於其主因中，尤以連續施灸時，更爲著明而且長久。(著者實驗) (三) 施灸後之動物或人體，其白血球之食菌作用增進，補益量增加，而正常凝集素與溶血素等，殆無影響。但以傷寒菌或山羊血球而使免疫之家兔，加以施灸，則免疫發生之能力，著明昂進。以上爲時枝與青地爾博士的血清學上之研究成績，若欲以此爲第三理由也。……白血球增加，食菌作用增強，連續施灸二三十次，肺結核尚安得不死滅？

治驗例 余以鍼灸治愈肺癆病者，計凡十六七人，以本病須二三十次手術；有被傳染之危險；故凡非堅決信仰，誠懇求醫者，不與施術，因此本病之治驗例比他病爲少。茲錄出一案如下：民國二十五年八月軍事委員會軍令部廣東陸地測量局曾君至海來所稱：「余患咳嗽稠痰，痰中帶血，潮熱盜汗，胸背醫痛有年，中外醫術治療，俱未見效，請某西醫檢驗，則斷爲肺結核初期，該醫生謂本病不易根治，須認真調養，方有希望云云。」余恐患者不甚深信鍼灸確能治愈肺結核，乃請先備閱「灸法醫學研究」一書，然後爲之施術。經余施術十九次後，諸症如掃。曾君嗣往海南島服務，前年十二月回省，仍有一二聲咳，曾君恐病尚未痊愈，曾請中大第一醫院醫生檢驗，並照X光相，據醫生云：「據相片論，前曾患肺結核病，但結核病現已痊愈云。」曾君喜出望外，即加入函授班，研究鍼灸年餘矣。

## 陸 肋膜

### 肋膜炎

原因 由寒冒外傷（胸壁之撞傷衝突打撲骨傷）而起，然亦有因急性傳染病，結核菌，腎臟炎，急性關節痲瘋質斯，及其他加答兒性肺炎，諸種之肺臟疾病而續發者。

症候 本病初起，大多為輕度之惡寒發熱，呼吸迫促，咳嗽，胸腹刺痛，皮膚蒼白，食思減損，身體倦怠，因滲出物之性狀，區別為乾性肋膜炎，及溼性肋膜炎。乾性肋膜炎，其纖維素性之物質，沉着於肋膜面，患側之臥位不能取，打診上有抵抗，聽診上有摩擦音。溼性肋膜炎之滲出物，呈液狀而貯留於肋膜腔內，患側之胸廓膨大，心尖搏動，壓於健側，患者橫臥而打診於患側，其滲出物之部位呈濁音。聽診上證明有幽微之呼吸，其滲出物至呈膠狀時，則熱度高騰，而其他諸症，一般增劇，此之謂化膿性肋膜炎，其甚時膿汁破皮膚而向外方流出。或者肺臟狹窄，俄然從口腔咯出。

診斷 熟記本病症候，診斷不難。

預後 針灸治療，預後佳良。

治療經過 施術十餘次，當可治愈。

治療

(一) 經穴

主要穴 內關，支溝，陽陵，風門，肺俞，天應，

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為肋膜炎後，先刺內關穴支溝穴，使感痠麻，然後刺兩陽陵穴，使痠麻直透胸內，休息片刻後，解開內衣，刺風門肺俞穴，又最痛處，最不舒服處亦可刺一針，使感痠麻，散其鬱積。如果患者忍耐來治十數次，當可治愈。

治療例 重慶重洞第五職區工吳第四團團長劉去非君患漿液性肋膜炎甚久，屢治不愈，頗感苦悶。最後到寬仁醫院治療，據醫師診斷右第四五肋內有積水，此病只可休養，無藥能治云云。三十三年二月二十七號劉君到余診所診治，熱度不高，脈搏頻數，患側之呼吸運動微弱，常有胸痛；由患側胸廓放散於背部，因滲出液之壓迫，而呼吸感困難，余按上述方法施術二次，疼痛消除，再治三次，病乃霍然。



## 第二編 傳染病

### 傳染病之定義與特點

定義 因病原性微生物之侵入於高等動植物而致該宿主所發起之疾病，曰傳染病。（廣義的定義）因較高等小動物寄生而起之疾病，則曰寄生虫病，此與傳染病不同。又因病原性微生物之傳染病，如其寄生部位，局限於身體之外表或其他小部份，而不發生全身症候者，則依從來之習慣，不列入傳染病中。管體上傳染病之名詞，專指由微生物之作用而致宿主惹起全身健康障礙者，比較上述之廣義的定義為狹。（狹義的定義）

病理之特別 傳染病病原極多，要言之，為病原之特別。一般之疾病，其病因的動機，實其原因受得之個體之一定量，以後其量決不再加，例如因一定量之化學的藥品而中毒之時，毒物在體內其量不再增加，除該藥品在身體內受特別化學變化之外，其所發之中毒現象及續發性障礙，只限於初受之毒量相當，換言之，即毒物在體內其量從增加也。傳染病則不然，其侵入之病源，有生活力，故雖侵入極微量之病毒，能在體內發育繁殖，得顯著增量。非惟增其量也，同時且產生有害物質，有害宿主之健康。簡言之，傳染病為一繼因生活病原體發生繁殖而起之中毒，隨其疾病之輕重及發病，非僅關於病毒之性質及分量，其發病

之有機生體（人或動物）體格許及適合培養之傳播與否及其容許或適合之程度，其關係甚大。由此兩者關係之如何，病毒侵入後，乃起分途，或雖侵入而毫不為累，或侵入後大逞其威而危及被襲者之生命，但其間程度又輕重不等。

傳染之程度 病毒之蕃殖，非僅危害其宿主已也。遲早必排出於宿主之體外，涉假而直接或間接傳染於他體。此為傳染病最特異之點，由傳染而漸次蔓延，終致成疫。

見症之特別 由生活病原體之作用而發生之傳染病，其發現及經過，較諸他病，多少有顯著正規的程序，雖然，各種傳染病，又各有其固有之病原，因此之故，各病要皆應各該病原之特有性質，各示其特異之病理的變化及臨證的症候，故同種之傳染病，其程度之輕重及經過長短之不同，但其特異徵候之顯現則一。於是得與他種傳染病鑑別焉。

變型症 若干之例外，則一特異徵候，其所示之症狀至為微小，呈顯著之變型，於此僅觀察其症狀及解剖的變化，每不能正確斷定其為某種傳染病。因此之故，雖確診傳染病，首須檢出其原因微生體，惟病原體未明之傳染病，亦惟有僅依臨證的乃至解剖的觀察而已。

治愈機能之特別 傳染病之治愈機能，頗與他病不同，病者身體之細胞，對於病原的作用，有不絕對抗之機能，且由病原之刺激，此機能益見旺盛，由此刺激反應所生之免疫物質，總稱曰抗體，能撲滅病原體或中和病原體所產生之毒性物質，故能促進疾病之治愈。此細胞之反應性，成爲習慣性，當治愈之後，尚能在一定時間內保存，故在異日發在遺留之一之病原，

即不致受其傳染。昔二者雖所出無異，此種特殊之治療法，除為體本能的發生以外，加以近代學術的進步，不僅以人工的促進之，且進而製人工的有同一免疫性之免疫物質，以供傳染病之治療上及預防上之實地應用云。

## 瘧疾 間歇熱

原因 *Sandholo* 譯為泥沼熱，即意大利匈牙利希臘及其他熱帶之泥沼地方，自古日為瘧之產地，謂土壤蒸發氣纏結而成，故 *Chilae* 一語本有惡空氣之意。我國古說亦謂發自濕氣，如出一轍。千八百八十年 *Cassan* 氏始在 *Boiss* 地方發見間歇熱孢子虫，此虫入赤血球即發病，惟當時傳染徑路則尚屬不明。故三說鼎立，一為空氣說，二為蚊末說，三為蚊說。按蚊說始自印度 *Ross* 氏謂蚊咬刺則鳥類起相似之孢子虫傳染症，其後 *Cham. Koch* 兩氏確證人類之間歇熱孢子虫，亦由蚊類介入人體，其媒介方法，先由蚊吸食患者之血液，則蚊即感染此病，移吸健者血液時，此虫即由其口腔帶入，而健者遂亦感染，媒介此病之蚊，謂之 *Anopheles*，此蚊與普通之蚊 *Culex* 異，*Anopheles* 之觸角較 *Culex* 長而大，且與其背相等。翼具斑紋，善在低處飛行，夜出晝藏，類屬夜虫，畏風故常匿止隱所，嗜人者均屬雌蚊，雄蚊則專食植物以為生。雌蚊吸人血後，即在屋之暗處潛伏，以後次育再出，其停止壁上之形狀，則又大異。蓋普通之 *Culex* 腹部下端，與壁面接近，*Anopheles* 則其腹部遠離壁面，又 *Anopheles* 之

卵粗而質薄，幾同結晶。Cullen之因只寄也。此子子為呼吸液而上升，向水而不行。Cullen之子子則突出其口於水面，而體向下降垂，又Morgan之幼虫，亦在泥沼，潑水並且元不及處棲息。

茲更述間歇熱胞子虫之發育狀態。此虫初入血球，其體甚小，逐漸發育增大，至占赤血球之半部或全部，赤血球即為其營養物，取血色素消化而破壞之，使成Malaria色素。當於已體，成熟則分裂，構成胞子，此胞子脫離傷赤血球，再入新赤血球發育繁殖，是謂無性發育。此外成長寄生虫之一部，則有雌雄兩性，有較大之生殖細胞，此胞成球形，胞內所含可染質之排列，雌雄不同。屬於惡性間歇熱者則呈半月狀，是等名生殖球。此球在人體內不成熟，必俟吸患瘧病者血液之際，共入其胃，始化大小兩種之生殖球。此兩種生殖球中，大者屬雌性，小者屬雄性，故大者名大生殖球，小者名小生殖球。互相交接而有孕：是謂妊孕體。此物在蚊體內，漸次發育構成卵囊，中生有數之幼虫，後而卵囊破裂，再成數之鑽狀等胎，出體腔而落於唾液腺。此蚊之吻，一旦刺入人體，則其唾液混鑽狀等胎，遂入人體而傳染，是謂有性發育。

間歇熱胞子虫種類甚多，大約可別為三種，即惡性間歇熱，間日熱及四日熱是。此三種胞子虫，發育成熟不同，而形狀亦異，是故發病之久暫輕重，遂亦判然。

病理解剖 第一為脾之變化，脾肥大，重至三〇〇至一〇〇〇公分（常態一六〇公分）

，其薄而呈污褐色，通常頗柔軟，脾胃擴張，其中有蕈狀寄生，見多數之赤血球及色素粒，其實則主有單核巨細胞而成。此外更有各部之出血及壞疽。第二為骨髓之變化，骨髓亦呈褐赤色乃至暗褐色而柔軟，認有多數寄生瘡虫之赤血球。此外淋巴腺亦有色素沉着而呈灰色。肝亦略形肥大，亦見色素沉着，其他如腎絲球體及毛細管內被細胞等處，皆有色素沉着之變化。

瘡候及經過 瘡虫入人體後，在血中發育達定度後，現固有之瘡候，在生癩狀芽胞時，惡寒戰慄。芽胞離血球時則發熱。自裂體性芽胞初入人體至發熱之距離時間為隱伏期，約九至十七日。凡患瘡者大抵先之以寒戰繼以發熱。越若干時間發汗而退熱。發作反覆數次後，則現脾腫。病人赤血球數及血色素量顯見減少，被害之赤血球起各種變化，如三日瘡之赤血球膨大及斑點形成，熱帶瘡之赤血球萎縮及粗大斑紋形成等，其他未被害之赤血球，則現出鹼性斑點，多染性，異形，大小不均，圓狀纖維質及核出現等情形。在初期見多形核白血球增加，其後見白血球減少而單核巨細胞比較的增加，有時可見含有瘡色素之白血球，本病全經過分為隱伏期，發熱期，間歇期，在發作後雖已不見發作，然未加以治療，或雖治療而不完全者，則見再發。由於殘存之裂殖芽胞增殖而起，或由於處女生殖而起。此種情形以三日瘡為最著，次則為熱帶瘡型。再發症之瘡型，及其他隱瘡症候，皆與第一次同，惟頻次再發之際則血型變為不規則，病人衰弱而陷於惡疾惡病質，再發之動機，不外乎體內外之刺激，如天氣變動，日光直射，暑熱，濕寒，感冒，過勞，負傷，分娩，外科手術，預防注

射，月經，精神感動及染有傷寒等之際，往往見之。

三日瘧及四日瘧 或在兩三日前有全身違和及食慾不振，頭痛惡寒及四肢牽引痛等前驅症或否，其次突然寒強度惡寒戰慄，起發熱發作，眼球陷沒，口唇及指尖蒼白，脈細小頻數，（戰慄期）其次體溫在數小時中上昇至三十九—四十一度，而潮紅而脈實速，呼吸淺而頻，訴頭痛，背痛，四肢痛，有時食思缺乏及嘔吐乾咳。（灼熱期）以上兩期之存續時間，普通約五至六小時，然亦有較長者，有所謂冷多熱少，或熱多冷少之情形。又在灼熱期如爲第一次發作，則脾不腫，反覆數次後，則見腫脹。過此期後，即見全身發汗，體溫開始下降脾腫消失，（發汗期）約過一二小時後全復常溫，一八—二四小時後降至常溫以下，略感疲勞，然身神均無異常（間歇期）其存續在三日瘧爲一日，在四日瘧爲二日。過此期後，約視上次發作早一二小時，（或反略遲）再來發作。發作之來，或由於原虫分裂之際所發生之毒素中毒之故歟？設重複感染世代不同之數種原虫時，則情形更繁。卽如二重感染三日瘧或三重感染四日瘧時則成每日瘧，惟前者實爲重複三日瘧，後者實爲三重四日瘧，又若二重感染四日瘧時，則曰重複四日瘧。倘不加適當治療，經過數週，在四日熱則往往遷延數月，忽愈忽發，遂至造成不充分免疫情狀而停止發熱，其後無特殊障礙，惟常有高度貧血及全身衰弱，脾腫雖暫次減退，然在某時期之後大生殖球忽高度增殖時，則來再發。再發頻來而治療又不適當時，乃陷於瘧疾惡病質。

惡性瘧 卽熱帶瘧，此與三日瘧與四日瘧異。熱型不規則，全身症狀重篤，且有激甚之四肢痠痛及全身倦怠，通常並不戰慄僅略有惡寒而體溫卽上昇至三九—四十一—四十一度，其熱型之最高部位示假性分利。又往往兼有頭痛，煩渴，乾嘔，乾嘔，嘔吐，輕黃疸，不安，不眠，鼻卡他乾咳等，腦症候亦較重，每有昏迷及譫語。此外現蛋白尿，有時且示雙氧陽反應，其脾遲早間卽見肥大，有熱時間長至三六—五六小時，終則發汗而復常溫，越八—一〇小時之間歇期後，再來發作，或竟未見退熱而再繼以第二次發作。故其熱型或爲間歇或爲稽留或爲弛張，極無定型。在第一次發作時檢查血液多不能發見瘧蟲，在高熱後數小時則見少數小環狀型，發作終了或間歇期則可證明大環狀型。本型一般重篤，有中毒之意味，且於內臟特以腦動血管中，每有含色素瘧蟲充填其內，其內被細胞，含有多量赤血球破壞物，故肉眼的腦皮質呈灰紫色。發作長，間歇短，病人難恢復之暇，乃起高度貧血，如無妥善治法，則亦惟有待斃於心臟衰弱之下而已。惟亦有漸次發作減弱而自然治愈者，惟不逾月而又見再發，如不加以充分之治療，卒至陷於瘧疾惡病質。

異常經過 主要於熱帶瘧，有時三日瘧及四日瘧亦見之，神經症狀特強，所謂昏迷瘧，譫妄等是。此外尚有半身不遂，腦神經麻痺，神經痛，神經炎等。胃症狀強者，曰胃亂樣瘧，循環器障礙著明，屢數而潮皮膚冷厥者，曰冷厥瘧，有黃疸及嘔吐泄瀉者，曰胆汁性瘧。慢性瘧疾 由熱帶遷移行而來，多由於前述體內外各誘因而起，發熱存積，惡寒戰慄，

屢屢來襲，其固有熱型則僅存殘跡，脾更腫大，肝亦隨腫，貧血更甚，時有黃疸，每併發慢性胃腸卡他，慢性枝氣管卡他，慢性腎炎，或起血管硬變症，終至不治。

惡疾惡液質 至此時期，則營養大衰，加以高度貧血及羸瘦，四肢末端及全身遂來全身惡病質性浮腫，脾及肝顯見腫脹，見肝硬變及水腫。自覺的全身倦怠及疲勞，訴心悸困難及食思缺乏。無熱或有不定之發熱，漸次衰弱，終至不治。

黑水瘧 瘧疾病人內服奎雷及其人之素質如何而起之疾病。以惡寒，戰慄，發熱，血色素尿及貧血爲主徵，除奎雷之外，安知必林，莫藍，及過勞等，亦有起本病者。此於熱帶瘧最多，三日及四日瘧亦有見之者。內服奎雷後兩三小時，以惡寒戰慄始，發四十度以上高熱，伴有頭痛，嘔吐，及泄瀉，三小時後發黃疸，尿呈醬油色，比重一〇三〇—一〇三五，含有多量蛋白，褐色顆粒或圓柱體，腎上皮細胞及血色素。赤血球素及血色素每減至五分之一，脾肝皆腫而劇痛。重症之尿甚至無尿，發熱頗不規則，有越一兩日而下降，遂陷於心臟衰弱，意識瀟灑，呼吸困難，不數小時即死。但亦有諸症漸減而有恢復之傾向者，惟衰弱則永久殘留。

診斷 醫者諸於驗血，則不難診斷諸瘧，惟惡性瘧及腸熱病較難分辨。倘起疑難可取患者之血，置諸玻片，封寄細菌學研究所檢查，數種間歇熱病，如瘧病，生膿病等，易誤認爲瘧。然此等病之白血球每增多，瘧疾則否。苟發熱係隔日或隔二日一次者，必確爲瘧，一



服奎甯卽現奇效。幸保他間或爲病則否，然轉留熱性變及不期則熱性變雖服奎甯有時亦或無效，故不可視爲定例。總言之，凡間歇熱之非奎甯所能見功者則非甚，此確實可諒者也。

預後 無論何種瘧，患瘧多久，依法治之，病無不愈。

預防法 預防瘧疾之方策，有如下述，（一）公眾的，第一爲滅蚊，力以殺滅孑孓爲要務，用石油濕布是合適的。此外改良水道及清除乾草亦爲要事。又對於病人須用適當的治療，以期絕其病根。（二）個人的，宿舍宜在樓上，張紗窗及紗門，最低限度爲用蚊帳，不得已時且有在外出中用手套及覆面等之必要。在旅行最盛之地帶，須用間歇的服用奎甯預防法，卽每隔一星期，用奎甯一公分分數次在一日中服完，頗有效。惟不可每日服之。（非僅中毒，且其效果漸減。）

治療經過 施術一二次，卽可根治。

治療（一）經穴

主要經穴 大椎 間使 後谿 腎背

次要經穴 脾俞

（二）治療技術 醫者診斷定患者爲瘧疾後，約患者於瘧發三四次後，又發作前三小時來治。至則令患者脫去內外衣，端坐，低頭，兩手交叉攀左右肩膊，在大椎穴上，直刺一針，深透直透心裏，然後置一分厚度數片於大椎穴上，燃管頭大艾絨灸之，灸至不能耐時，以匙

除去艾炷，再燃第二壯而燃之，灸足七粒後除去之。數以亦盡虛瘡傷自護密。可免起水泡。穿衣後，令病人對坐，掌向上，在桡尺骨盡處量上三寸，尺桡二骨中間使穴處，直針刺入，直度淺處，然後令患者握拳，設大食二指於掌上，在第五指第一節，與第五掌骨之間，關節部，（後谿穴）直針刺入，使感痠麻，再刺彼手之間使穴，後谿穴後，手術便算完畢，如手術適合，瘧疾可以治癒矣。倘年久痼重，針灸未到「恰到好處」，依上法再治一次可也。

第二法 瘧疾發作時，患者請往治療，醫者可令脫去內外衣，端坐，低頭，兩手交叉舉兩肩膊上，壓得第四胸椎下，旁開三寸，膏肓穴處，直針刺入，如感痠麻甚，影響全身，則寒熱立退，（不退再刺十指頭出血）瘧亦可痊，再於瘧發前三小時刺大椎（灸七壯）間使，後谿三穴，瘧亦獲愈。

第三法 久年患瘧治不愈，可灸脾俞二穴各七壯，連灸二三次，必獲治癒。  
感寒生冷腥穢之物半月，否則有復發之慮。刺瘧疾必須三四發後方刺之，一發即刺，每多失效。

驗方：花柳柳五錢，煨草葉當山柴胡各一錢，以水浸煎，二日三次分服，連服數日，治瘧神效。

前瘧原理 本病之原因為瘧原虫，故西醫投以特效藥奎寧或得金雞納霜以殺滅之，稱原因療法，惜特效藥仍有些不效者，因此本病來治者仍衆，鍼灸不用服藥，而治無不愈者，蓋針

治能避其神經，灸治能發生免疫物質，撲滅病原體，或中和病原體所產生之毒性物質也。此非假設如是，而由於治療所得的正確結論，並有顯微鏡可以實驗之也。

**治療例** 惠陽地方法院法警羅山患瘧疾凡三年，瘧發無時，但每月總有一二次，吃甚苦大藥不知幾許，總不見根治，望之見惡病質，以常於派送公文時半途發作，不能預備，極其辛苦，及聞第一集團軍總司令部第一特務營第四連特務長王潤恆連瘧疾三十八天經余一次治療，立見痊愈除根，乃於民廿四年四月二十號將要發作前一小時頤門求治，經余針灸大椎間使後發三穴後，即不見發作，隔兩天再治一次，自後便不再患瘧疾矣。

## 瘰癧病 恐水病 瘋犬咬

**原因** 最易患此病者爲犬，次爲狼狐貓馬牛等，大抵獸類之能受染者佔一大部份。豬及兔可由接種而受染。病之傳播，大抵由於狗。病毒之性質尙未確實證明。毒窩居之處，以神經系統爲主。有時或在身之各種分泌液內，而以涎爲特別含毒之分泌液，蓋病毒由神經而入犬之涎液，非由血管而至該處者也。

自病毒入體後至症發顯時，其間有遲滯不定之間期。此間期之如何，依下列之各原因而異。(一)年齡，此病之潛伏期在小兒較短，在成人則較長，而小兒受患者亦較多。(二)傷區，症候發顯之遲速大抵依受傷之處而定。傷口在頭面等處者格外危險，其次爲手，再

次則為身之他處，或頭面手等皆露於外，而身之他處則常有衣服遮蓋也。不甯能是又凡神經多之處亦較危險，(三)傷之輕重，刺入之傷口最危，扯裂之傷則依傷口之大小及其能受毒之多少而分危險之等級，(四)傳播病毒之種類，以狼瘡所傳播之毒為最危，次為貓，再次為犬，又次為其他種類，凡被狼犬咬者，不肯成瘡，大抵成病者不過百分之十五。然彼獺狼咬者，其成瘡較高，約有百分之四十，亦有謂約百分之六十至八十。

人類患此病，其潛伏期之久暫極難定，平均約六星期至兩月，亦有僅二星期者，更有延長至三四月之久者，或以為潛伏期延長至一二年者亦有之。然余則未之聞。

病理解剖 重要之損害係中樞神經系統之血管及腦細胞之周圍積白血球，而尤以運動神經節細胞為然，對於診斷此病之特別要點係中樞神經系統一種不規則形小體，其體積約四至十微米，散佈廣佈，凡小腦大腦外有及橋腦骨髓等之細胞內多有之。此等小體或係一種原生動物，而係診斷之證據。依接種試驗法而論，肝脾腎等不顯病毒。骨髓腦及周圍神經等則每受毒甚重。

症候 此病之症候分三種：

(一)前驅症候期 在此期內，被咬之處則刺戟，疼痛，麻木等狀。病者精神困憊，腹痛，厭食，急慢不安，不眠，且有一種身臨危境之感覺。全身之皮膚每過敏，燈光稍亮及聲音稍大即厭惡困苦。喉部或充血，此時或顯明下困難之初狀，聲音變作沙聲。體溫及脈搏皆

輪增。

(二) 急燥症候期 / 此期內之特殊性狀為病者非常急燥不甯及成卷之過放逸於極點等，無論何種侵入性刺激如聲光風等，甚或言語稍響，亦能激發因烈之反應。人類患此病時，此為最困苦之症候。發熱之處以口及喉為最劇烈。痙攣發作非常痛苦。且兼呼吸困難劇烈之感覺。此則縱使喉門開通時或已通氣管切開術後，亦或如是。病者一欲思飲，喉肌及舌骨諸肌隨即發劇烈之痛楚。因此病者怕見水，於是乃有惡水病之名。此等痙攣之發顯或與狂狀相伴。在痙攣發作之間歇期內，病者安靜而其精神亦不昏亂。在此第二期內，體溫大極上升，自百度以至百零三度（三十九、五）無定，亦有不發熱者。病人對於看護者無加害之思想，痙攣發作劇烈尤自懼偶然傷害他人，然間有狂狀兇惡者，喉及咽之肌收縮時，病者或出怪聲。此期約延一日半至三日之久而逐漸入第三期。

(三) 麻痺期 獸類中有不獨第一期及第二期之症候而在病起時即麻痺顯著者。此期大約不過六至十八小時之久。病者安靜，痙攣止歇，終則人事漸不省，心之動作漸益弱，迨後則動作停止而死。

診斷 以生黃豆與食，凡不覺腹而覺甜者，為有毒之證。

咬傷後經一定潛伏期後而有定型的發作者，診斷不難。最好在咬傷後生擒該犬而檢査之，察其症候。或殺之而檢乃氏小體及胃內容。此外更可就死腦及延髓行接種試驗。

預後 西醫謂本病發作後預後絕對不良，幾無治愈者。但照本法治療，如患者尚生存，仍可根治。

預防 注意犬類，如有本病嫌疑者撲殺之。

治療 第一法 在中藥店買地榆一斤（約三角小洋）以十斤八斤水煮出味，病人渴時隨時給飲，飲完，而病告痊。

第二法 蛇犬咬人之救星已成丹

查渡珠一錢

上西黃一錢

大紅珊瑚一錢

上腰黃二錢

大紅硝砂一錢

大梅片一錢

當門子一錢

白硝二錢

右藥八味，共研細末，裝入磁瓶，（或小玻璃瓶）應勻裝一百小瓶，先用蜡封口，再用火漆加封，勿令洩氣，勿受潮濕，用時分男女左右，將藥點入眼潭，（即近鼻梁之眼角）點後閉目仰視，使藥性下行，輕者點三次即愈。重者或連服一小瓶，用溫開水送下，孕婦忌點。（按孕婦點服此丹，恐有墮胎之虞）。

第三法 取吃飽血液之臭蟲七個，取七個碗各盛大半碗冷開水，先將七臭蟲於第一碗中，待游水一分鐘後，挑至第二碗中，亦得游水一分鐘久。至第七碗水游水一分鐘後，醫者洗淨手放出七臭蟲之血於水中，丟棄臭蟲。取此第七碗之半碗水與病人飲，病即霍然。此法為菲律賓學員陳益泉君前友人秘傳陳孟泉君者。余不自秘，公之全體學員。

治狼瘡 按地榆爲止血救急要藥，功能止吐血，大小便血，久痢，婦女崩帶。除惡肉，療金瘡。未有列用能治狼瘡咬病。茲用地榆一斤煮水大盞而飲，而能治狼瘡咬，想是該藥經腸胃吸收入血，中和毒素，直至病處，因手頭藥毒，未有列用地榆之化學成分，自己未有儀器化驗，故未詳知。但治愈疾患是事實，有該病來治，照法施治可也。

治險例 上海通問報載某醫生擅醫狂犬咬，惟須病者先備三十金，缺一不可，然後給藥。某平民忽患是症，既至急慢症候矣，因家貧甚，不能備資，鄰人憐之，共捐得十金，要求某醫生減價，一再要求，均不應許。隣人忿甚，共縛某醫生，置患者旁，強某醫開方，否則運與患者偕亡。某君聞上列方後，要求隣人解其縛，衆恐其方有詐，不許，聞見患者服藥後，精神以次清醒，諸症候全消，乃解其縛。鄰人見此方甚靈驗，應公開示人，以救世之患是症者，乃投登上海通問報，並附述得此方之來由，又刷印千數百張分贈友朋。與甯李道華先生見面前存之。數年前往某墟見叢叢拿槍逐一人，拿得後縛之於大樹下，問之行人，獲悉某君患瘰癧病，已至急慢症候期，李君命患者家人購地榆半斤煮三四斤水與飲，飲後清醒不少，是晚患者家人再求李君給藥，李君囑再購地榆半斤再煮水與飲，而病告痊，患者家人喜出望外，購大幫禮物酬謝李君云。

### 3 亞細亞霍亂 亞細亞虎列拉

本病爲我國法定傳染病。

原因 *Shiga* 一菌由希臘來，有吐瀉症。一千八百八十三年 *Shiga* 氏始證明爲一種霍亂菌所誘起之症。此菌最初發生於印度，故又有印度霍亂之名。本病原菌形狀頗似葡萄球菌，長不過如精核菌二分之一，彎曲度不定，或二箇連結，則呈 S 狀，其鞭毛，爲活潑之運動。彎曲度最著者，殆呈半環狀。常在病者之大便腸組織及非水溶液中，遇乾燥及酸類則速死。故胃液中鹽酸之多少，常與本症之成敗上有密切之關係。本病傳染媒介中之緊要者如左：

霍亂病人之排泄物，灑投水中，或在河濱井爲洗濯者衣類，或坑廁移近井戶之傍，則其水中常混有霍亂菌，一旦汲飲或洗滌食器等極易感染。而與水極有關係之牛乳生魚等類，亦往往爲本病感染之媒。乃至夏秋多雨，亦容易傳染病毒，若其糞便喜接觸污物，而又受集食品，轉相傳染感染途廣。據 *Shiga* 氏之研究，則霍亂菌部之外，其羽翅及腸部等處，亦常發見此菌云，此外各病者所用布片衣類等物，亦間有因之傳染者。

病理解剖 主要者爲腸之變化，內器之水外缺少及自行障礙三者。小腸之變化，主於迴腸，黏膜初充血作玫瑰色，黏膜則一般有卡他性變化，（腫脹潮紅及分泌液稠黏液）。迴腸而腸內外分泌多量之分泌液，甚至充以並，膽汁之來源水權後，再進則瀉瀉及腸壁皆腫脹，周圍鮮紅，有多數之小出血，更進則有纖維性，壞疽性或潰瘍性之變化，尤以迴腸附近爲著明。於是腸內容爲血樣，有腐敗性而放惡臭。霍亂菌多數存在於腸內容及黏膜上皮細胞層



中，又因肌肉薄弱之故，展轉難所，則其姿勢等異常疲勞。心兩方面見左室收縮，血液大部分集於右心及主動脈，使腦部血液減少。肝不腫脹，與他病異。肝萎縮，檢驗管每為三厚厘米所塞。腎臟方面其皮質常見靜脈性充血，鏡檢：見尿管上皮增壞且其管質性發炎之故。此種解剖的變化，皆由於本菌菌體內毒素及其新陳代謝產物而致之也。

症候及經過 潛伏期一至三日，亦有少至數小時及至七八日者，從其輕重及經過，區別如次：

一單純性霍亂瀉（第一期） 來激烈之急性的卡他症狀，即不痛及不熱各後重而瀉下多量之薄便（一日約三至八次），伴以食慾不振，渴，疲倦等症，有時起嘔吐，其尿及輕度膀胱肌痛。此種輕症霍亂，名之曰單純性霍亂瀉。在本病流行時有多數人發生之，然不至轉重，經旬日而治愈。但亦非無瀉數小時及至一至三日後，更進行於重症者，則可以稱之曰前驅瀉。

二輕微霍亂 症候略較前者為重，全身倦怠，食慾不振，有時極烈，小便略停，水質在波動，候時數縮小，四肢冷厥，尿量減少，並見嘔吐腹痛之痛苦等症，於管喉痛。然上述各症，旬日間即消滅，亦有一度治愈之後又有原病之同樣發作者，本症與重症發作者，全無之別者。三重症霍亂或復發作 此則以突然之重症症狀起始，或先有若干日流於平時之狀態瀉。如有前驅瀉者則分為二類，以前驅瀉為第一期，稱之曰前驅期，而第二期則為流於重症

假死期。第二期移行於第三期，急起強度之全身衰弱感，訴心忪元運，透泄，惡寒煩渴，食慾消，舌及口腔黏膜乾燥且有裂刺，有白色厚苔。泄瀉頻數，一小時有十次以上，排出多量之瀉便，並有腹痛及緊急後重，初雖尚含膽汁，其後則無，為白色水樣混有灰色絮片，所謂米泔水便，無臭，為中性或鹼性，比重在一〇〇五以下，固形物僅一二%含有少量之蛋白質及較多量之食鹽。其量極多，在短時間中有達於數公升者。鏡檢上含有精液，腸上皮細胞，嗜酸桿狀菌蓋菌，白血球及多量之本菌及雜菌。但亦有含毒泄瀉者，其數小時中因中毒而死，此之謂乾霍亂。泄瀉之稍後或同時，頻發嘔吐，初尚混有食渣，其後則純為胃腸滲出液而多少混有白色米泔水樣物，含存本菌。病者吐瀉頻作，體內水分損失極大，乃起劇渴，舌乾燥黏著，示發紺。腹部顯帶扁平柔軟，然有時陷沒且示抵抗。腹痛顯帶並無存在即有之亦極輕。病症進行，病入呈特異顏貌，蓋以吐瀉之故，體內水分缺乏，因而皮膚皺縮，眼眶陷沒，頰骨及鼻樑突出，即所謂霍亂面貌。此外見手足冷厥，四肢末端及口唇發紺，體表溫度下降，（甚至僅三二度）而且直腸內則呈高溫（三十九度）等。內外體溫之著差，為預後不良之兆。又因心臟衰弱之故，心音及脈搏微弱，重症者至數小時後，已不能測知脈搏。血壓下降，血液澀利，胸內苦悶，心悸不寧，呼吸困難而痰沫，聲帶乾燥而聲音嘶啞。（所謂霍亂聲）尿利減少或全閉，即排尿管尿亦極濃厚，含有蛋白質，常凝成圓柱體，腎上皮細胞，赤白血球等，所謂霍亂腎炎。其他尚有中毒症狀，即痛性痙攣，（所謂霍亂痙攣）以發於腓

腸肌爲主，亦有時見於腿，腕及手，由於自發性或由於些微動機而起，存續數分時後消失，尋又再作。血液像亦有變化，赤白血球皆增加，白血球之增多者爲多形核細胞，淋巴球却減少，而嗜伊紅細胞却消失。意識上雖多少有些懸狀態，但至死清明，少數示興奮，每有譫語。反射機能，一般減退。如斯厥冷期症候襲之後，其約半數在二三日中死亡，重症者則自發病至死不過一十二〇小時，所謂電擊性霍亂。惟如爲比較的輕症者則耐過此假死期後幸得移於恢復期。吐止便稀，漸有常食，心力復而服以強浸假而發紺及四肢之冷厥去，乃至於尿利通爽。惟此際暫時間猶有身體疲勞及脈搏不安定等情形，然不久亦即消失也。亦有於低級脫險之後，經過數日，再發上述各症，因而死者。亦有起霍亂傷寒者。

四霍亂傷寒或昏迷期（第三期） 輕重不等，續於霍亂發作或在霍亂脫險之後忽而變率，此際發高熱，許頭痛，四肢痛及全身衰弱感，有時略見興奮，然不逾時而意識消失入於嗜眠狀態。脈初雖強盛整調而略頻數，然尋即微弱，再現發紺。呼吸深而且具有雜音，雖有泄瀉，但不如厥冷期之甚，其性狀如普通大便。有時四肢發生紅斑及玫瑰疹等所謂霍亂疹。腎囊特甚，有時死於尿毒症下。若是者或幸而復常，或因而致死。

診斷 極易，惟本症與歐羅巴霍亂絕似，不可不鑑別。然前者不過一時的發現流行，後者爲地方病。而往往亦有同時流布者，故舍細菌學的診斷之外，實無他法。此外如吐瀉石，砒石，昇汞，貝類，並有毒菌類及菜蔬根等之中毒，亦屢發霍亂症候，於鑑別診斷上，甚覺

困難，然微體既往症及大便之細菌學的檢查，則確黃自判。

預後 甚危險，往往初時甚輕，而漸次沉重，其死亡數，平均在五〇%以上。惟流行之末期，較初流行時之死亡數稍減。其死因據Elliott之說謂本病之起尿閉者大約五七，二%死亡，不尿閉者惟四七%死亡而已，故利尿爲本病之生死機關云。又老幼，嗜酒，虛弱，吸鴉片者多易致死，病初起急速，溫度低及色深紺，及血比重高（一·五六）者其結局不佳。腦力虛脫速者，病愈險惡。鍼灸治療，如未斷氣，尙可治愈。

預防法 先圖侵入之防止，可及的早期察知第一病人且須有細菌學之確證，厲行海港及舟車船隻乃至飛行檢疫。不幸既有病人在於本區，速將病人及疑似者隔離（五日）厲行一切消毒。吐瀉物之消毒以石灰乳或五%石炭酸水爲最妥。至於個人預防方面則在流行時須特別注意胃腸之衛生法。稍有胃腸方面之欠缺，立刻醫治，一切飲食物均須煮沸，器具須用沸水或稀酸洗滌，戒多用涼飲，尤以不適當之疑有含菌涼飲爲然。

治療經過 治療一二次即獲痊愈。

治療 第一法、醫者診斷病人確爲霍亂後，叫患者家人扶起患者，端坐，脫去上衣，屈其雙肘，與脊平，略向後，取如大指大之竹或木，橫穿兩肘，即在脊上竹木之上下，以爪甲切之作一標記，如患者不能坐則令其側臥，如患者先吐後瀉，則先灸竹之上二點，凡七八壯，後灸竹之下一點五六壯，如先瀉後吐則先灸竹之下一點凡七八壯，後灸竹之上二點凡五六

壯，隨再取老薑約半斤，洗淨，舂為薑汁，即叫病人仰臥，閉眼，在其兩眼之四週，及鼻梁上下，眉間，以薑汁塗敷之，覺熱不能耐時除去之。後再敷二三次，病即痊愈。

### 第二法 針委中 曲澤 中腕 足三里

灸神闕 氣海 中脘

吐者加針內關 內庭

瀉者加灸天樞 左章門。

轉筋，手足厥冷，加針承山絕骨。以鹽填臍中，大艾炷灸之，不計壯數。

欲吐不得吐，欲瀉不得瀉針委中十指頭出血，另以鹽一撮放刀上，用火焚透，以半溫百沸水和服，服後必吐，上得吐下便瀉矣，病即輕一半。如欲後將鹽湯吐去，可再沖再服。

第三法 單瀉不吐，灸神闕，關元，天樞，水分，等穴，一齊起火，不得先後，（兩三人結手灸）吐者加灸天突穴。病亦可愈。

第四法 令患者脫去内外衣，加其雙肘，與脊平，略向後，取如大指大之竹或木，橫穿兩肘，即在脊上竹之上端，爪切之作標記，竹之下，脊骨左右，亦爪切之作一標記，然後取燈心蘸油，燃着，在作標記處之三點，各燒一下，病亦可愈。

驗方：樟木二層皮一握和米一撮，在罐內炒至焦黑色，用水煮出味，與飲，有奇效。

病者宜臥床，暖其身體，給以單純之食品如泔乳水，茶等，熱水不妨多飲，忌食米類食

品，尤忌吃葷，食則愈不可救治。

治療原理 本病：霍亂菌入內作祟，現在的中西醫未發見有特效藥，能澈底殺滅之。服比較有效的藥物，竟獲治愈者，大抵該藥能中和該菌之毒素，又小心調理，致日就痊愈，或灸不用藥物，只在背間或山腕穴灸數壯，竟能把不治之症，根本治愈。說來好不入信，而事實如是。屢治屢驗，必有其理在，據日木西醫之檢驗，灸治能：

1. 增加白血球，2. 增加白血球噬菌之作用，3. 增加免疫體之產生機能。

想霍亂菌一遇灸治，立即全體被撲滅也。他日鍼灸療養院成立，集霍亂病人而療治之，檢驗之，當可明其究竟焉。

治療例 民廿五年冬廣州東山神道學校教授梅國芳牧師到所敘談，盛稱灸治之靈。據稱：「廿年前家母患霍亂，嘔吐二三十次，瀉四五十次，面貌瘦削，不能動彈，媯母謂此病吃藥無效，僅有灸治可痊。隨令人扶定，照第一法灸治，復吞薑汁敷眼之四週。將要敷眼時，余極力反對，謂敷後目將盲，以期以為不可。媯母謂平常人薑汁一到眼則眼痛，本病患者不然，反覺涼快，敷之果然。只用此法治療，未服藥而愈，現家母仍健在，微乎灸，骨早碎矣云。」余聞此言，默識之，待有機會，即擬一試。廿六年一月廿日光漢中醫學校學生容叫之君請余往詣其兄秀山君之霍亂病，謂伊兄患病已三天，一日夜瀉數十次，吐十餘次，吃藥未效，頗危險。余聞君可照第一法試治之，容君以從未用鍼灸治病，此病又危篤，強余

注治之。至則見容秀山君現霍亂顏貌，問以前是否如此瘦削，容君云，此二三日，吐瀉太多，容君了容，原甚肥胖云。令容君扶病者，以第一法灸治之，灸下一穴三四壯後，病者疲甚，不能耐坐，乃令伊仰臥，加灸中脘穴四五壯，教服之四週以蔗汁而別。嗣據光漢中醫學校學生劉季孫君報告，容君秀山之病，一經灸治，即獲痊愈云。故余以後治霍亂病俱用第一法，以其簡便有效，無治不愈也。

#### 4 麻風癩 大麻風

定義 麻風爲慢性傳染病，由麻風桿菌所致。其表狀爲皮與精膜生結節，曰結節性麻風，或神經變異，曰麻木性麻風，斯二者初或區分，迨晚期每兼患之。

原因 此病之原，係一種桿菌，曰麻風桿菌，形似結核菌，難培養，除組織中所見之常形外亦有異形者。

傳染狀況 甲接觸傳染，此病大抵可由接觸而生，然無實據可據，蓋嘗謂諸人畜多次，患者祇一人，他成恙。其人久積香山之犯人，願受接觸麻風菌以逃死刑者，受種後一月後麻風狀，經半年麻風亦大顯。六年殞命。然其人之親屬先有患之者，其期又爲此病盛行之地，正恐其早已患麻風而非由於接觸也。

乙遺傳性傳染 昔人多謂此病能由父母遺傳後嗣，今多推翻其說，蓋從未親初生兒患之

者。卽病起最旱者，三四歲以下亦甚少。故其由於遺傳與否，似乎與結核病之情況同。

丙接觸傳染，麻風之瘡能出麻風菌，故口及咽有損害，則涎及痰必含此菌。鼻液含之者亦極多，有某醫士驗百五十三患者之鼻液，含麻風菌者佔百二十八，故謂此液染人，殆莫與京。苟將潔淨玻璃片置鼻前，使患者對之朗誦，後能在該玻璃片上察見麻風菌，其餘若尿與乳亦有之。前之染人也，或由粘膜與皮而入身，或謂其初起損害係小瘡，生於鼻中隔上部。麻風之直接染人，有最顯之據，如一千八百六十年，有一女子素居無麻風之地，既嫁之後，移他地與其姑同居，其姑係患麻風者。女雖始終不爲所染，而所生四子則患之，有妹來訪，與其子同睡，回家以後亦患此疾，既而妹之婿及其婿之親戚夫婦亦患焉，統計傳染受害者共七人。衣服亦能傳染染人，故洗衣者多易患之。

麻風菌之攻入，無論男女老少皆易受害，且勿論其地之爲寒熱高低燥濕也。謂其傳染之關係，則未盡知，揣其故，必與患者親密同住始易染耳。然麻風院之醫士與患病者之染此則極少，蓋因講衛生法故也。

病理學問 麻風結節係肉芽組織所成，有大小各細胞，有結締組織作架，細胞內及細胞間有麻風菌甚多。此病組織滲累及皮，致長成結節，起於面部者，兩名癩面。粘膜亦受累，如結合膜，角膜及喉等處之粘膜是。患處多數成潰瘍，瘍深之處，指趾因而脫落。神經性麻風則神經中有菌，致神經發炎變粗，神經纖維由是消滅。麻風症狀多因神經受累所致，如



皮萎縮且失感覺是也。內臟患結節性麻風之勢如下，肝脾組織內見有小黃白之點或條，此即新長之結締組織，其內有菌，經九生纖維組織，（筋組織）而萎縮，病處之淋巴腺受累而變大且堅，波發道，肝，脾常有同樣變，若為結節性麻風，則腎每發炎。

臨診類別 甲結節性麻風 當結節呈顯之前，每發紅斑區，其界限略著，且常感覺過敏，此一類有時名曰斑點性麻風，其後則患處積色素。有時此等表面之變異稽留而不生結節，則此區失感覺而麻木不仁，色素漸消，而皮變白，曰白麻風，大抵其後必發結節，名麻風結，此乃其皮之深層為小圓細胞所侵，致皮起凸圓，小如豆，大至數寸。其色依皮而有新舊之分，初起或紅或紅白，舊者濁黃或黑棕色。病起之時，或有感覺，惟其後則麻木。結節上無毛，其質略堅，與下組織之相連不甚緊，捫之可動，形為橢圓，後則合併而成為無定形之圓團。而生結節時其結節或濃密或融合，形容大變，眉額為病所易侵者，即見其凸而大，鼻廣，頰大，唇厚而高，外耳厚而垂，舌醜，故稱為獅面。

結節常發之處為首，背，臂，股之外側及腹股溝等處。生于面，臂，手者形稍凸。生于軀幹與股者，形稍扁而廣。生於腿及足者，則廣而無界。色微黑，多潰爛，間時發熱而生新結節，亦有因併發病如發疹熱病及丹毒等而暫消者。然其痕仍在。最常之秩序，即其中軟化而消，惟餘滑圓形之痕，或軟化生潰瘍而出黃色粘性膿，膿乾痂結，下面之潰瘍仍延開，要之此病久或可癒，而恆留無定形之凹痕，若延及鼻中隔，則軟骨爛而鼻塌陷，鼻孔即出臭

液。倘喉會脈，咽，舌，口，等受累，則呼吸甚難，且嗅，味等覺俱失矣。

眼先後受侵，其視組織自結合膜延及角膜，或入眼前房，更有在虹膜及睫體（脂肪）等處先起者。逾時除總覺之外，其他諸覺之功用皆失。皮之各處生潰瘍，因結節而潰，或因麻木而受損。頸及腹股溝之淋巴腺因受侵而腫，或生膿而成瘡。腹因肝病而變大，腸患纖維變性。若神經受累，則增神經性麻風之患，如神經痛，神經麻痺，粗絨因失神經之司養功而萎等是。指趾爛脫，或曲而萎縮，骨或枯滅，致手足變成無用之爛肢。身之爛處作山羊臭。若則慘狀畢呈，可怖可憐，幸患者多未及後期，未至力竭，患併發病而逝。

乙神經性麻風 又名麻木性麻風，麻木性麻風之先期為生斑，或重或輕，或不顯，與結節性麻風同，惟麻木性麻風之斑期歷時甚久。皮之一大部發斑，或含色素或色白不齊，斑皆廣闊，甚常見瘡為環斑，邊紅而略凸，血管充血，中央略白而麻木，無汗，有似汎佈之錢癬。此斑疹或時發時消，或恆定，或蔓延而歷經多年，始因麻木性麻風之特別狀及重變狀，有一突狀，即手足膝腕後面等處之皮突發大腫，小若豆，大若蛋。多少不等。數日腫破結痂。痂脫則存積白且成麻木之斑，其邊含色素而有界限，該處少成潰瘍。神經受累重，其狀更劇，如神經大痛，又若蟻行，感覺過敏，或麻木等狀。淋巴腺增大。有時發熱，不豫。各狀中以皮狀為最顯，或進或退，或恆定，惟神經之症狀則益增。又皮肌骨因失神經之司養功而狀萎頹，深此期在肢骨內裸處網尺骨神經，則覺增粗，他如腓深神經，臂正中神經及橈神經

。身熱。初起之時，刺之痛而其所司之處或成癢過敏而急痛。此患漸退，神經筋亦復消，感  
應過敏及神經痛均減，惟顯麻木癱瘓，肌萎縮及神經營養功損失等。神經先後變為纖維組  
織，神經纖維消滅，而其營養功益失。亦有不發神經疼痛，或覺過敏，皮斑等狀而僅顯麻木  
者。

麻木性麻風在手，足，臂，股，肘，面，等處顯麻木最早，軀幹則緩且罕。麻木之處，  
與該有病之神經所司之處不甚符合，蓋非感神經幹受損，即神經枝亦為菌所害也，有時菌初  
生於皮，損害神經末梢之後，則延傳至神經幹。患麻木處多顯於身之左右相對之部位。患處  
之麻木，初起時或覺尚不全失，或時覺時失，且麻木處或甚淺，重按之則覺，既則漸深，以  
致全麻木，斯時雖焚之或亦無覺。皮麻木進行時，其下肌萎縮而無力，惟共濟運動（和動）  
機能不變。如肘與掌側骨間肌萎縮而無力，指則彎曲作爪形手，或他不規則狀，小腿及足亦  
萎縮，步履艱難，股，腋，胸，面，等處之肌亦因之而然。

病處之肌受累先後不同，輕重不一，故該處多變形，如面神經受累則肌萎縮而顯麻木性  
麻風之狀與結節性麻風之成癬而者不同。上脣下垂，下脣外翻，眼不閉合或不能動，初時多  
淚，後則不流，結合膜發乾，致角膜生潰瘍成膜而翳，鼻粘膜潰爛，鼻中隔消滅，鼻尖塌陷  
。唇瘰癧，致流涎難語，口粘膜萎縮，齦縮骨露，牙脫，舌與口之粘膜皆麻木，嚼肌萎縮  
，強首語及飲食。

骨屬麻木處之皮歷久則萎縮，腺液，毛脫，皮薄而緊，或至於裂，指及趾之甲罕脫，惟粗澀，或薄或成小勾。手足生潰瘍，甚致穿關節，致趾及趾斷，或指及趾骨圍生膿腫，侵害骨表而骨脫落，或有乾壞疽致指及趾斷，或骨幹消瘦，而指及趾變短，甚至甲連掌趾骨，或處常生穿通性潰瘍。

麻木性麻風之進行，結節性麻風為緩，結節類之期均計僅八九年，而麻木類之期則約有十八年，且有延至四十年之久者。其致病之故率因本病，實為他病，如泄瀉，慢性腎炎，肺癆，肺炎，使氣管炎等患所致。

丙混合性麻風 如上所論患結節性麻風者之顯神經受累，患麻木性麻風者之生結節以及兩患同起者皆稱為混合性麻風。

診斷 辨別此病，最要須驗皮是否有麻木之處，因他種皮膚病皆無麻木患，而此病則不麻木者甚少故也。檢查之處，常在皮膚之中央，或斑退後所餘之微白迹，或手足及持久之結節，麻處罕出汗，故可使出大汗而察之。如以尼羅卡品注射皮下。至於神經之是否變粗，淋巴腺是否受累，亦為要狀。又可驗皮膚，病液鼻液之有無麻風桿菌。

預後 據內科書載：「此病罕見痊癒，雖神經之患不復加重，使組織之質已消，其菌或已死，然病指之處及神經之變異則恆久不能復原，故不可謂為痊愈也。結節類之耗損精力較急於神經類，患者多未及病期終，則因併發病而死。惟其尤急者，則患病不期年而卒。」

一、鍼灸治療，曾經治癒有例。

治療經過 觀症候之久暫，輕重而定，大抵是術卅次左右，皆可治癒。

治療 (一) 經穴

主要經穴 大陵 委中 曲池 血海 天應 患處左右上下之經穴

次要經穴 合谷

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為麻風後，在合谷大陵穴上消毒，刺至發麻，用雀啄術數分鐘久。然後令病人五指爪天突穴，餘指扶胸內，肘置桌上，在曲池穴上直刺入針，亦用雀啄術。休息片刻後，再刺彼手之合谷大陵曲池穴，手術同前。如而起紅斑，範圍甚大，則患處左右之經穴，如頸車，聽會，迎香，地倉，俱宜針刺，再在起紅斑處，用亂刺術，(勿刺骨) 放出惡血，用棉花除去之，再在紅斑處，用蠶絲艾灸治，以肌肉充血，感熱為止，但勿灸至起水泡，有尖美觀，如手脚有腐木處，起紅斑處，亦取患處左右之經穴，鍼治之，亦用雀啄術，與奮其神經，用蠶片燃艾灸治之。委中穴每次刺出惡血少許，血海穴亦須刺針。

大陵，曲池，血海，每次灸五六壯。

用過之針，須用水煮沸十五分鐘，方可刺第二人。(此枝針專醫該病人，另外放開) 醫者之手，如有傷口，倒刺，施術前應先包裹以免傳染，有血之棉花，應隨即焚燒之，病人如吐有痰涎，宜用石炭酸(西藥)消毒。

治療原理 麻風桿菌現未有特效療法，而醫注射大楓子油，效果亦微。鍼灸不用藥物，且用鍼灸，而能根治者，以針與奮其神經，刺戟久之，神經麻木得回復其機能；在患處放出膿血，可減少風桿菌之數。用艾長期灸治之，凡二三十天，可使循環旺盛，廢物得以排除，組織得營養，白血球增加，抗毒能力強大，麻風桿菌，日漸減少，直至為有也。

#### 治療例

廣州惠愛東梓粉街卅四號張氏，患麻風病凡十月，據稱初覺右面麻木起斑，即先後請二中醫診療，服丸藥百廿元無效，乃延西醫檢驗，斷為麻風，嗣入某院留醫，醫為之注射大楓子油四星期久，亦未見效，聞佛山某女醫擅以燈心火治麻風，請燒至三千炷火，亦無效。適有友自北方返，謂「本病尙未發見特效藥，謂能用藥根治者，是騙子也，北方有用鍼灸治愈者，盡請鍼灸專家治之」，患者乃於廿七年五月五號到治，則見其面之右方完全麻木，且起環斑，邊紅而略凸，血管充血，無汗，右額癢，不起皺紋，眉毛脫落不少，右耳腫脹，捫之則痛，燈心火痕甚多，右手臂亦麻木，有孕已七月，余依上述方法為之施術，三次後環斑除，紅色退，六次後耳消腫，額起皺紋，廿五次後麻木全除，毒症如掃。學員現任九龍培道女中國文主任劉公鑑先生見鍼灸如此神效，不勝驚奇。

### 5 白喉 狄夫的里亞

#### 原因

本病病原為狄夫的里亞菌，係地方性流行之急慢性傳染病。本菌在一八八三年由

克來白氏發見，次年由陸反氏培養成功，為彎曲之桿菌，長與結核菌等，輻則二倍之。其形由營養態而異，或一端膨大如棍棒狀，或兩端膨大如啞鈴狀，或中央膨大如梭狀，幼弱者體平均染色然普通菌則示無色斷裂。用納柔氏醋酸美藍及俾斯麥藍重復染色時則示兩端黑色之黑染體。所謂巴佩，袁路思司脫氏極小體，新鮮菌尤著，又本菌呈特異之菌配列，自L.T.V.等字形，成W.X.Y.字形或棚欄型。革蘭氏法不脫色以陸反氏血清培養為最合培養之用。本菌對於低溫及乾燥之抵抗力大，在六五度之濕熱中即死滅。其禍害則各於本菌之毒素，而治療血清，則又利用此毒素云。本菌存於病竈中，血中未發見，其治愈後存積排菌者及未發病之帶菌者，對於本病之傳播可怖也。本菌有直接或以用具雜物為介而間接傳染，滴狀傳播者亦頗多。主侵十歲下之小兒，三歲許尤多，成人發本病者較少。多見於寒候，感冒及有慢性扁桃體病者易染本病。性別無關係。

病理解剖 初起時咽中之菌毒素損害精膜，致一薄層壞死，但白喉菌不孳生於偽組織而孳生於死組織。菌之作用蓋致精膜發炎，滲出含多血纖維素（血絲）之液，凝結成假膜。此膜係血絲，死組織，死血球，白喉桿菌，鏈球菌等所成。其始緊粘貼於膜上，倘撕開則出血，迨後則鬆弛而易於脫落。膜所附麗之處，先約在咽及扁桃，或及扁桃（簾）腔懸垂，後或延至喉，鼻後孔，耳咽管，氣管等。然而至食管者罕。如果在鼻，能致鼻閉塞，在喉及枝氣管則甚險，能致氣閉而死。病劇者或致假膜之下粘膜壞死，有時滲穿血管，甚至出血。

殞命。至於內臟或亦顯改變，如心肌炎，及心內膜炎，曾於其早期見之，但剖驗時常見心臟機有脂肪性變，或心肌纖維有透明性變。肺受累者頗多，最常見者為枝氣管肺炎，（肺小葉炎）其死或由於此。腎被菌毒侵害亦發炎，或顯變壞之狀。肝及脾亦然。

症候 隱伏期二至五日，由部位不同而異厥症候。

（一）咽狀夫的里亞 一般以全身違和，發熱，頭痛及難咽為病。但小兒有時不認此種主徵。故遇有病兒勿忘咽喉之檢查。咽腫脹，扁桃腺上有灰白色點狀或膜狀偽膜，有時及於懸雍垂甚至達咽後壁及硬腭，與黏膜緊貼而難剝除。頸部尤以下領角之淋巴腺腫脹，每每發淋巴腺周圍炎，白頸至面皆浮腫，惹起鄰近之難嚥，全身症候益重，面容白，不安，食慾不振，體溫不正，每示高熱，初起有卽達四〇度者，大抵在七至十日內減降，脈一般較體溫為頻數。口脣有時生泡疹。心第二音亢進，第一音混雜音。往往有輕度脾腫，尿中混蛋白質者不少。輕症之局部變化，局於扁桃腺及其隣部，無全身症候，數日而愈。最輕症則局限於扁桃腺窩，每易誤為腺窩性扁桃腺炎。重症則腺窩部擴延，全身症候亦篤。

鼻腺狀夫的里亞 續發於咽症者多危險，厥發性局限於鼻粘膜者或僅為卡他性化膿性炎症或更生偽膜，乳兒之酸性涎液能妨本菌之蕃殖，故患鼻症而不患咽症者甚多。在休息時每噴出偽膜小片，因鼻呼吸困難而行口呼吸，分泌頗盛，初為漿液而後為腐膿性每混血液，鼻外及鼻下皮膚被刺戟而剝離成潰瘍，其中可證明本菌。



3 喉狹夫的里亞 卽狄夫的里亞性格魯布，多續發自咽，單獨者絕少，初似普通喉卡他，喉輕度之聲音嘶啞，次則進而起犬吠樣咳嗽，次以咳嗽之故而閉管聲樣吸氣，所謂格魯布咳嗽。呼吸雖未頻數，但以補助呼吸肌緊張故次箱增加而病兒呈不安狀態。而蒼白，進而全身發紺，此由於機械的喉狹窄及喉肌麻痺之故。喉狹愈甚，雜音益增，其吸氣如錫聲，此際喉降於下方，所謂格魯布性帶鳴。診斷：最重要者，在頸部之下方及上腹部特以胸廓側下部之吸氣的陷沒，此由於吸氣不充分而起。如偽膜幸而略出，一時脫險，然如再度生成時則諸症又現。倘治療不當而病勢更熾，則狹窄更甚，呼吸由頻數而淺表，馴致炭中毒而昏迷，脈數弱不正，遂發癡瘵，終以不救。且此際大小枝氣管內腔有纖維膿性物質充滿，故雖行氣管切開術而無可挽回也。

診斷 就各主徵診斷外，首重細菌檢查。厥有兩種，其一取咽附着物直接染出本菌，其一則用陸反而氏血清培養基培養。染色法用陸反而氏鹼性美藍或納章氏複染法。其特殊所見，已如原因項中所述。

預後 昔年白喉病之死數，居百分三十至五十，自注射抗白喉血清卽白喉抗毒素之法發明後，則減至百分之十至十二，但白喉之發爲痼病，其流行時之症候輕重不定。致死多由喉受累，或染膿菌，心力猝衰竭，肌癱瘓，尿毒症等之故。有時在恢復期發枝氣管肺炎而殞命。

預防 最要之法，對於凡患白喉或疑爲患白喉者，宜使隔離，衣服與一切接近之器物，宜用法滅絕傳染毒。即喉中爲患甚輕，亦當詳用驗菌法檢查。在白喉之恢復期亦然，因其病似痊愈，然過六星期至六月或仍能於其咽覓出白喉菌，並須知家有患白喉之小兒，則其餘未患者亦能攜帶白喉菌，又其家之籍犬亦爲攜帶之媒介，故不宜使之與患者接近。至於設立隔離院，尤爲預防之本，美國波斯頓在無隔離院之前，每年死於白喉者約佔全人數萬分之十至二十，迨設此院後，約減至萬分之三至五。凡人曾與患白喉者週旋，應用抗菌藥嗽口，療白喉之醫士與看護者應特穿長衣，頭帶面帽，口鼻蒙以紗帶或紗罩，出病室後，應用昇汞溶液（西藥）盥手淋面。致因患白喉死者，須用潮濕昇汞二千分之一之溶液之布裹之，從速埋葬。

治療經過 施術二三次即可治愈。

治療 第一法（一）經穴

，合谷，少商，頰車，風府

（二）治療技術 醫者診斷患者確爲白喉後即嚴肅消毒，先針合谷頰車風府三穴，使感寒麻。後針左右少商穴，因少商穴劇痛先針此穴，患者不繼續與針他穴也。針用比較粗的毫針，針少商穴後傾放出血，拭乾，針風府穴須斜針，向正中斜入，且不可刺太深，亦不可太劇。恐針到延髓發生危險。一次未愈，再針一次可也，每次針畢，針用水煮沸凡十五分鐘久。

第二法（一）經穴

湯藥六 位... 喉中之... 由... 之...

解剖——在舟狀骨橈骨之間，桡腕關節外面之陷中，當知伸拇筋長伸拇筋之間，伸骨助脈及頭靜脈，分布橈骨神經，及外膚皮下神經。

(二) 藥物 大蒜頭

(三) 用法 大蒜頭二三粒搗爛，做附燈穴上，蓋桂圓殼，以防拭去。久之劇痛。三四時後必起水泡，乃將大蒜頭除去。水泡勿令破，破則恐防腐爛。

治驗例 (一) 徐友琴君年三十四歲，患白喉，背寒熱，誤用柴胡羌活湯發表劑，未經

一小時之久，咽喉腫閉，茶水不隴下咽，大有性命之憂。經美國醫院看過，以及金市中西名醫，莫不束手無策。後隨余治療，因係知己之交，不須效驗與否，即針合谷頰車二穴，各針七分，立覺熱減能咽水，次日能進稀粥而愈。(山東沂州劉鳴九)

(二) 患者郭女士，年廿六歲，以吐衄邀診，求示症候，故不知其為喉症，亦未帶血清。詢者三日來宿冷發熱。頭痛，喉痛，咽喉結膜有散在性細小液膜甚多，拭之不去。扁桃腺微有紅腫，亦有液膜散在。脈一百十，熱三十八度三。未嘗檢查細菌，但以余觀察可認。自喉，當時以未帶血清，題離返往返不便，故即以第二法一試。告以翌日症候不退者，再須注射血清處置，在下午十一時左右。翌日上午十一時往診，則諸症全去，僅有極少數細微之膿膜，精神亦已恢復。其效之速，實足驚異。除當時注射 Oligon 之外，未曾用其他藥物。

，然 Ombacin 未嘗有如此之效。附帶欲告發，當注射 Ombacin 之後僅三五分鐘，病人忽然難過異常，十分鐘後且起嘔吐，脈搏突為六十二至。據云週身難過，胸部尤甚，病人雖有歇斯的中質，然對余尚有相當信賴，且注射亦非一次，倘是對於 O.M.B.C. 之特異反應，未敢輕斷，當時即為注射 Ombacin 一支，亦即無事。（診遊醫報第九卷二期六二頁編著述）

## 6 赤痢 菌性痢疾 桿菌赤痢 赤白痢

原因 痢疾菌為本病病原，為志賀潔所發現，但各國亦有各種類似異型菌之報告，要以志賀氏所發現者毒力最大故有病原意義也。本菌略似傷寒菌，較為粗短，無鞭毛及非脂，僅能行原予運動，由亞尼林染色，革蘭氏脫色。本菌普遍存在於大腸內，在血及尿中不能證明之。主由接觸傳染，其關係與傷寒及霍亂同，可類推而知云。本病盛行於熱帶及亞熱帶，流行於夏秋之交。主見於宿舍，營舍，監獄及稠人廣眾之集團，雖不問男女老幼，然以男子，壯年者，小兒為較多。貧苦者及無知識者尤易患之。

病理解剖 本症雖主侵大腸。（特以乙字狀結腸及直腸。）但亦時侵兩彎曲部及迴腸下部。以粘膜卡他性充血為始，次則起出血性化膿性炎，上皮細胞成廣汎之壞疽，見纖維素分泌之痕跡，此等重症，每致化膿性纖維素性或化膿性壞疽性炎症。淋巴濾胞強度腫脹，大多化膿，壞疽之下皮剝離後，腸濾胞及結膜變壞上生形狀不同之淺潰瘍。次則各潰瘍多數互相融

合，重症者幾見全大腸作廣汎性潰瘍形破壞。此外一般黏膜及黏膜下組織，示化膿性出血性及浮腫性浸潤。全腸管因而肥厚。在恢復時此種變化部分即形成癍痕，有時貽有狹窄部位。症候及經過 約二至七日之隱伏期，繼以食慾不振，腹部不快感，全身遠和起始，乃示本病特有徵候，即混有血浪及膿汁頻次泄瀉。腹痛甚急後重等。有時並無前兆，在健康生活

中，突起本病之定型症。

糞便 最初一日五—六次如廁，泄出者尙爲稀薄之糞，越一—二日。則次數加多而泄出者已混黏液塊及血滴，早則數小時後，多數在數日之後，大便秘爲純血液黏液性。倘大便秘血大量，則呈深紅色。故稱曰紅（赤）痢，設混黏液或膿汁多量，則呈白色，故稱曰白痢。鏡檢其大腸排泄物時，見有黏液，多數之腸上皮細胞，赤血球，膿球及本菌，而無鱗片固有成分。排泄頻度漸次增加。有多至每日數十行至百行。甚至不能離廁者。同時每次排出之量大減，少者不過數公分甚至一—二滴而已。泄出物無甚惡臭，（有時有精液臭）但壞疽性者則令人掩鼻，且伴污黑色。

腹部及肛門現症 在如廁前於降橫結腸部現痠痛，如廁後有強烈之真急後重，是因直腸黏膜已有炎變而被經行物之刺激而起也。亦有雜有全腹部示較強度之疼痛，多見於臍部。腹部一般陷沒，在乙字狀結腸或他部之大腸膨分，往往能觸知壓痛性索狀物，肛門有時每因括約筋痙攣而陷入，有時脫肛，有時因括約肌麻痺而肛門開放，於是直腸內容物不絕漏出，肛

圍附近皮膚，往往潮紅或爛爛，此外亦有起膀胱之緊急後重者，在排尿時有痙攣型疼痛。尿量減少，少數含蛋白質，脾不腫脹。

胃症候 除食慾不振外無甚症候。少數則有吃逆。舌普通乾燥而帶苦，往往煩渴。

體溫 或正常，或略上升，或反降至常溫之下。但有時來不規則弛張熱，少數有升至三十九度以上者。

血液像 正常，或示輕度之白血球增多。倘起混合傳染時，則見有顯著之白血球增多。總之本病以局部症候為主，全身症候較傷寒為輕，雖然，在重病者如木菌菌出毒素時期亦有呈一般重篤症狀之可能也。其時顏面憔悴，眼球縮沒，脈搏細速，皮膚冷厥，聲音嘶啞，肌肉疼痛，速陷於衰弱而死。

本病大抵取一旬乃至一月之經過而治，但其後每多在長時日內糞中尚含有少量粘液，因食事不衛生及感冒等，有起再發或再燃者，亦有潰瘍未全治而移行於慢性者，但此情形較慢性者為少。如有併發症時，則經過遷延，自不待論。輕症者則腸症候輕微，越三數日而走治愈之途。然亦有留腸之過敏狀態而在苴者。

慢性痢疾 由急性症轉成外，有最初即為慢性者，此際腸障礙存續年餘，而食事不衛生及感冒等，即現稀薄血便及緊急後重，再甚者則致全身衰弱。

後陷症 或起大腸之痛性痙攣，或因鹽酸減少而致消化障礙及發酵性瀉瀉，或因潰瘍瘰

並致使用。

診斷 徵之糞便性狀，裏急後重，痛痛，腹部雷鳴，左腸骨窩壓痛腫脹等，不難診斷。

本病與 Amoeba 性赤痢區別之要點如下，即本病為流行性，而 Amoeba 赤痢屬地方性，本病之經過急速 Amoeba 性赤痢，則經過甚緩，且往往與肝潰瘍併發。

預後 由流行性質，土地關係及時令而異。一般吉，惟衰弱者及童叟則因，嘔吐與吃逆，為惡徵。鍼灸治療，可以根治。

預防 預防法與腸熱病同，用水以清潔為要，當小心食物勿受寒，若有患痢疾者，切不可與同居，驅除蒼蠅，更不可怠。

治療經過 視症候之輕重而定。大抵施術三五次，即可治愈。

治療 第一法（一）經穴

主要經穴 天樞 氣海 關元 足三里  
次要經穴 中脘 合谷

（二）治療技術 醫者診斷定患者為赤痢後，取最幼的毫針，嚴重消毒，先針足三里穴，當皮膚發麻，以止痛痛，繼針天樞穴、關元穴，復以艾絨各灸五六壯，以熱力直達腹內為止，弱者能耐灸治，往往只而一次，即可痊愈。

第二法 往山藥店購野蘭子（苦參子）五十粒，喇藥店去油和飯為丸，（計算每丸有原

鴨胆子若干，給患者三四粒，冷開水吞下，大抵夫人可吞原鴨胆子三四粒，（多則頭暈，中  
毒）小兒減半。服一次如不奏效，再服一次必癒。

第三法 小兒思痢，針灸不易，可購德國愛兒杜方丸服一二瓶，極效。此藥一則治痢，  
一則開胃，味亦不惡，小兒喜作餅存食之。

第四法 用西藥炭猛或藥粒大二三粒，不可加多，開水服，亦可治癒。

一般療法 須臥息，注意腹部之保暖，着用腹帶，用紗袋入袋時時在左膝間處溫暖，用  
流飭食，在初期可使之飢餓二三日，以後給以粥食，餛飩，藕粉及半熟雞蛋，牛乳雖為適當  
之食品，然有時反促進腸動，故宜加斟酌，即其他飲食，亦宜溫用，蓋冷用亦能激起腸動也  
。飲料可用大麥茶，米仁茶，及薄荷酒等。不可用新鮮之蔬菜及水果。追病症減輕，大便已  
復為粥狀時，食物可稍更改，用厚粥厚粉湯等，漸進而用麵包，肉片，嫩雞肉等，至糞便為  
常態時，乃移行於普通食，然仍須永遠的注意勿使多食脂肪性及植物纖維性食品。

治驗例 惠賜第七教團張我忠君患赤痢數天，每天泄結液糞便七八次，惡寒發熱腹痛  
，有甚急後重之苦，倦怠非常。民國廿四年六月廿二號踵門求治，經余按第一法針灸後，是  
晚痢即減少，第三日即完全停止，而病痊愈矣。

## 鼠疫 黑死病



原因 本病由鼠疫桿菌之感染而起。一八九四年在香港流行，其時為鼠而心及北里甫氏所發現，為粗短之桿菌，兩端圓頭，成卵圓形，兩端較中央稍易染（正型）無鞭毛不能運動，不形成芽胞，易於於進行變形。本菌週六〇度熱則死滅，對日光、乾燥及藥物抵抗力最弱，對於寒冷之抵抗力強，故其流行於人間，約在十月開始，至寒令而增盛，在一月及二月達最高峯，以後天氣漸暖，則其減少，鼠疫之流行不決，比人早三至四星期。病人組織，體液，新鮮膿血，癰，及皮膚瘡疹，肺液，末期肺水腫時之痰及膿液等。以及蚤亦為本病之源泉。本病大類為直接的溝狀傳染，亦有為污物所介者，其鼠及鼠蚤，為傳播本病之媒介。本病自古已存，其發源地為亞洲，後侵入於歐西，尤以十四世紀中葉流行時死二千五百万人為最酷，當時稱之曰黑死病云。好侵壯男，其侵入門戶為皮膚及黏膜之小創口，扁桃腺及其他腺組織及呼吸器等。皮膚鼠疫多為原發的由於該菌染皮膚而起，決非繼發者。

病理解剖 淋巴腺示出血性化膿性炎症，以及周圍組織見壞疽，可證明本菌，脾及肝腫脹，尚有含本菌之巨大壞疽瘡或膿腫。肺呈晚發性融合性之出血性枝氣管肺炎像，腎亦每存有小菌而致之膿腫。

症狀 隱伏期約二至五日，但由吸入肺內者，則在二日以下。以突然之寒戰發熱咳嗽嘔吐而發病。前驅症不著，至多有全身倦怠，食慾不振，頭及脊骨痛等。意識一時變昏，無慾感，或呈苦悶不安及恐怖之狀。熱突升至三十八至四〇度，甚至四二度，略晚發。多致癩

人在四五日死亡。死前體溫激降，死後體溫多上升。而獲治，則熱傳她眼而漸次下降。心臟及血管之症候最顯，為傳染病之第一位。心音弱而不純，並有雜音，脈弱數，初期充實，示重複脈，厥後小而規則。面初潮紅而後蒼白，眼球陷沒而硬固。舌乾燥而發苦，恰如覆以石灰之狀。肝與脾極肥大，現蛋白尿。白血球增多，並起異形赤血球症，赤血球大小不均，及多染性。此外尚有局部變化，分為次遞三型（但亦有為移行型而介在兩型之間者）：

(一) 鼠疫即鼠疫鼠類 由小皮膚創侵入，通過淋巴道，起巴淋管炎較少，至一日或二晝夜後，起腺腫。少數則在初染局部生若干初期膿疱。其成染場所，為股及腹股溝，腋下，下頸頸部。初發腺腫，往往有胡桃大。由此進行，更於全身各處，起續發性腺腫，有達於掌大者，奇痛，周圍皮膚平滑發赤，每現浮腫，多數化膿破潰，每雜有鍊球菌等二次之感染。此型在本病中最多，約十分之九。

(二) 肺鼠疫 由於直接吸入而起者，咳出血性枝氣管肺炎，所謂鼠疫肺炎，大部分取死之轉歸。在第二日已咯血，痰量多為稀薄黏液性，含有木菌。此型好發肺弱者，從而肺病漸入易併起此病，益見危重。鼠疫肺炎與他種肺炎之異點，為有脾腫及早期血斑。本型較少，約僅百分之一，每續發於腺症。

(三) 皮膚鼠疫 即鼠疫癰，鼠蚤刺傷而木菌侵入，侵入部無恙，但由淋巴行及血行之途徑，而生他部之皮膚症。先生血性內容之水泡，翌日化成膿瘍，浸假而成潰瘍，潰瘍面中

處厥死而發黑，周圍作青紅色隆起，自發痛較少，易於出血及自潰，並得證明含有多數之本菌。此外尚有各種表在性皮膚出血。本型較少，約佔百分之三。

(四)其他 侵入眼結合膜，則起眼鼠疫。上述各型，皆易起所謂續發性鼠疫敗血症，其程度脾腫及夥多腺腫，來肺及皮膚之變化。至於原發性鼠疫敗血症，則腸及皮膚變化較少。注為疲倦虛脫及心臟衰弱症狀。不數小時而死。約佔百分之三。

經過 種種不同，所謂電擊樣鼠疫，僅數小時即死。肺症及敗血症，亦至多苟延二三日。腸及皮膚症較慢，取數日之經過，亦有治愈者，頸腺患者則非常危險，固有早期鼠息死之虞也。本病經過後，可長期免疫，二次以上者較少。

診斷 依據上述症候，診斷概屬不難，至於為肺鼠疫抑為腺鼠疫，則須於痰及血液中被查菌。

預後 西醫無有效方法，預後凶。退熱後數日他腺忽又再患者，不救。疾病死亡率六〇%以肺症為最高。

預防 海濱檢疫，殺鼠除蚤，患者須隔離，其用具衣服須嚴密消毒或燒毀之。患者死亡後須從速掩埋或火葬。個人方面着眼於除蚤及護膚，塗油類於全體，御口罩，勿接近病家。

### 治療 (一) 經穴

尺澤 委中 太陽 百會 湧泉 大椎 中腕 合谷 上星 神門 支溝 大敦

蠶除 少澤 少衝 厲兌 隱白 商陽 少商 至陰 關衝 中衝  
(二) 治療法 中衝關衝少商陽隱白少衝大敦尺澤委中太陽皆刺出血，百會針二

分，湧泉大樞針五分，中脘針一寸。

發吐經血者加針合谷上星，昏厥者加針神門支溝，發熱者於腋窩處用三稜針刺出血。以鷄子清，調黃柏乳香細末搽之。飲白菊花金銀花水。針畢針與用具，用沸水煮沸十五分鐘，拭乾然後放入針筒。

治療例 河南送與魏世興云：民國廿二年初春，敵虜鼠疫盛行，沿門闖戶，傳染極速。死亡十之四五，大概口鼻出血者多危，腹痛吐瀉者次之，發瘡者最輕，余依照上列方法施術，病即霍然。群為治百人，無一不活，亦可謂為鼠疫針治療法云云。(針灸雜誌一卷專載五十二頁)

### 8 流行性感胃

原因 此病原菌為 *pyogenic B* 氏所發見，其形甚小，殆與結核菌同長。一個孤立，或兩個連結，兩端呈鈍圓，不運動，常在鼻液及氣管枝分泌物中，亦成羣類。流行極廣，殆傷寰宇，忽隱忽現，乃其特性。感之者不別長幼，以春秋多三季為尤甚。病者症狀減退後，一二週間，其分泌的中尚含有此菌，故傳染之機會更多，而預防上更難注意也。惟發病後

，可得暫時免疾，略宜時日即又感寒，我國多季，本病甚多，俗謂重傷風即此。

病理解剖 副鼻腔之變化主為滲出性，出血性及化膿性，漿液性均少。氣管及枝氣管之變化，多為出血性，愈下愈著。每有被膜，且充膿液，肺之變化，肉眼的示出血性炎症性浮腫，暗赤色顆粒狀枝氣管肺炎窟及污黃色膿腫性枝氣管肺炎窟等之故，剖面呈雜色，有時見大理石斑紋，顯微鏡的見上皮細胞增殖，毛細枝氣管中有白血球而成之小黃栓。有時形成膿腫。

症候 潛伏期二三日，無前驅症候，突發惡寒戰慄，繼之以熱。體溫約達三十八至四十一度，常頭痛骨痛，四肢及脊骨部疼痛，身體怠倦，食慾不進，脾臟稍腫，眼症候，並呼吸器障礙等，此病徵各症狀約可別為三種。

(一) 氣管枝炎性流行性感冒 鼻，喉，氣管及氣管枝，均發炎症，即鼻粘膜充血，刺癢灼熱，噴嚏，鼻痙塞，分泌增加，使前額竇，則眉間脹痛，使巴魯氏竇則上膠齒槽突起部疼痛，使歐氏管則耳鳴，重聽，內耳跳痛，使鼻淚管，則結膜發赤腫脹，淚液分泌增加，羞明，空咽頭炎主要症候，為扁桃腺腫充血，兼以疼痛，追炎症侵蝕頭氣管氣管枝部，則聲帶粗糙嘶啞，膈骨後部發癢，咳嗽，並發乾性及濕性囉音，甚至併發肺炎，且往往貽肺結核之後患。

(二) 胃腸性流行性感冒 嘔吐，下痢，口臭，舌苔污白，食慾消失，頭痛，嗜雜，腸

痛痛，以及發盲腸炎，耳下腺炎，黃疸，脾腫等，在婦人往往生殖器出血，孕婦則流產。

(三)神經性流行性感冒 爲氣管枝流行性感冒之併發症。惟神經症狀較劇。病人頭痛背痛，四肢關節痛，神經痛，以及不眠，精神興奮，暈眩，失神等。本病之續發症爲神經炎，腦炎，胸膜炎，癩病，精神病等。

診斷 本病流行時，忽然惡寒發熱，并現其他一般症狀，如全身，喉頭，氣管枝及結膜等部之炎症，並背及脊骨，四肢等處之疼痛，故不難診斷。惟與他種感冒，區別頗難。然欲確診可以癩者之鼻咽頭粘膜或喀痰用細菌學的檢查，始稱完善。至腸胃性及神經性流行性感冒，則實行細菌學的證明極難。只腦膜炎併發之際，始得取腦脊液而檢證之。

預後 強壯者苟無併發症，則極易耐過。而體弱衰老，原有心肺神經病者，則預後不良。然統計上本病之死亡數，不過百分之一內外。

預防 傳染極易，除擤嗽口腔及御口罩之外，無法預防。此外以一般隔離消毒之原則。而液之預防注射爲效不確。其用於治療時亦然。

治療經過 施輸一二次即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 合谷 列缺 委中 曲池 風池 大椎 內關 足三里

(二) 治療技術 氣管枝及性流行性感冒與神經性流行性感冒，如針合谷列缺風池委中

大椎等穴，針刺之力甚適合，作針一二次即可始末。至胃腸管流行性感冒，除針合谷風池二穴外，須加針內關足三里等穴。

注意其營養，與以富滋養易消化食物。雖輕症在發熱中亦須臥息。在卡他症強時可服以熱茶，覆被而臥以使發汗。此外在頸部及胸部，用濕漉布。在恢復期後，宜多臥息。勿早期離床。

治驗例 民國廿五年冬香港流行性感冒流行，友人陶某寓廣州文德南路，因學來港，致被感染，惡寒戰慄，繼以發熱，頭痛背痛，四肢筋骨部俱感劇痛，疲傷萬分，食慾不進，吃藥數劑未見有效。余適往訪，為針合谷風池空申三穴，只施術一次，病即告痊。（傳染病完）

## 第三編 循環器病

人體由無數細胞組成，然各細胞之生活要素則由血液供給之。即吾人攝取之營養物經胃腸消化後被腸壁吸收，由淋巴管送入血中，由血液循環輸送於身體各部以供細胞之需要，又細胞之老廢物由血液循環輸送於腎而排泄焉。倘有吾人生活上必不可缺之呼吸作用亦由血液循環而完成之。即血液循環至肺，將廢氣排出，同時吸氧使血液性質一新，復循環於各機關，與細胞以氧而取其廢氣，故血液為氣體交換之媒介。

吾人通稱循環器者即血液循環之器官，心臟及血管是也。心臟為循環之原動力，血管為其補助，二者不可缺一也。

心臟為一肌肉器，有出口與入口。出口之血管名曰動脈管，入口之血管名曰靜脈管。血液由靜脈管入心臟，由動脈管出。動脈管次第分為細枝，名曰微血管；微血管又次集集成靜脈管，故微血管為動脈與靜脈之過結部。微血管遍布全身，細胞之氣體交換及營養物之分配皆賴之。

### 壹 心臟

#### 心臟之構造



心臟爲圓錐形之肌肉囊，如拳大，在胸腔之中央，稍偏左邊，介左右肺之間，心尖向左下方在第五肋骨與第六肋骨之間。其基底部則向右上方。

心臟內腔分左右上下四部分。在上者名曰心房，下者名曰心室，故心臟全體可分爲左心房，右心房，左心室，右心室四內腔。心房與心室之間有瓣膜名曰房室瓣，又心房與動脈之根部亦有瓣膜名曰半月瓣。左方房室瓣有二葉名曰二尖瓣，或僧帽瓣，右方有三葉名曰三尖瓣。瓣之尖端皆向心室。此種瓣膜所以防血液之逆流也。

心臟之組織以肌肉爲基礎，內外均有膜被之。其肌肉爲橫紋肌纖維。心室之肌肉較心房爲厚，尤其左室較右室爲厚。因血液循環時左室最費力也。

心臟內面之薄膜名曰內膜，外面之薄膜名曰外膜，各密着於肌肉，又外膜展伸成心囊包被心臟，中有心囊液少許。

### 狹心病 心絞痛 心痛病

定義 此病之特徵係胸部發陣發性痛，較血管壁之收縮。

原因 英格蘭及威爾士此病不少。美國則更多，旅居該處之猶太人尤多。尋常醫院中此病不常見，每年不過一二人。蓋入院者多係上等社會，生計拮据之人故也。患者以四十至七十歲之間之人爲多，而五十至六十歲間之人最多。男多於女。

凡人在四十歲以後梅毒係一原因，每致主動脈炎，炎處多以動脈根為限。動脈硬化無論是何病，皆足致心臟痛。故病人多數兼硬化病，血壓高者亦多。營業之人勤作終日，加以飲食之過度，酒精之斷與，每伏患心臟痛之禍根。此外則有僅因血壓高而略發絞痛者。

病理解剖 (一) 冠狀動脈病，或僅動脈口被硬化性主動脈炎累及。動脈之一枝或數枝之血管所塞者不少。此外更有閉塞性動脈內膜炎，病者若係老人，有時肝臟動脈呈石灰性變。

(二) 梅毒性主動脈炎 凡病人在四十歲以前而有患梅毒之病歷者，或有此種損害。

(三) 不顯損害者亦或有之，但不多見。

發作之原因 心臟痛現象之究因何故而發，今醫界尚無精當之解說。一般之理由如下：一 心之神經痛，二 心肌或心肌之一部分梗塞，三 係心室擴張極重時，室壁之緊張所致之情況，四 由冠狀動脈輸入心肌之血祇敷供給尋常靜息之應用，而不敷勞動時所需，故心肌之收縮功用受擾而致痛。其動脈之狹窄因煙癮或厥病而致。此說人多不信，五 因主動脈第一一部分擴張而致。

症候 因發之輕重而分為三大類：

一 最輕之類 胸骨下有一種緊張不舒及困苦之感覺，此感覺時或加重，以至於痛，常伴情或勞動而起，不即消去。有時容色或略青白，或有發暈之感覺，用肌力之事，如登山升梯等，往往能激發以上所述之感覺。平生忙碌之人，或有每數星期或數月患胸骨下緊張而

非痛之感，覺既無確實之定處，亦不放射他處，且不因勞動及情感而加重。休息一夜後，每即減輕。苟能暫拋職務，擇地旅行遊覽，則此等症候或全然消去。

二、輕症心絞痛 又名小心絞痛 心有十分沉重之痛，且放射至臂，凡神經衰弱，患希司忒利阻或嗜菸者皆易患之。有時隨急性傳染病如流行性感冒而起，病之發作，每為情感所激發，女人患此較多，而從無致命之虞。故又有假性或官能性或毒性心絞痛之稱，其病發作之殊狀，僅有輕重之別。病所由發作之情況，較癆發作之殊狀，尤為重要。有時有甚明顯之血管舒縮，神經受擾，具四肢厥冷，痲痺及變作青藍色諸狀，而心前區覺痛及發暈之感，隨之而起。凡嗜茶咖啡，及菸癮之人，心痛者不少。其痛尖而似射。緣心悸或重而真實之心絞痛。

三、重症心絞痛 又名大心絞痛 此類之兩種特別情狀係心或血管之組織性病及猝死。惹起此病之原大概皆可尋，過用肌力係其最尋常者。精神上之情感係第二種重要原因。渾特爾氏常言「彼之生命懸于彼彼發怒之人之手」，而其最末一陣致命之心絞痛果在盛怒時激發。第三種重要原因係胃之充氣而脹服。此外則有許多病人最易覺冷，當起床或出浴時之寒氣凜然，亦或能使心絞痛發作一陣。

病發作之現象 當勞動或情感盛烈之際，病入之心部突發極慘苦之痛，一似其心在壓器內被榨，其痛放射上達於頸，而又下射至臂。指及心處並或有發麻之感覺。臉色青白，甚或色若死灰，大汗如注者亦不少。痛發作之一陣或歷數秒鐘，久則一二分鐘，如發作甚重，病

人自覺頭刺將死。病發作時有兩種情況，一痛，二慘苦及頭刺將死之感，煩燥及憂慮皆非常沉重。病者常作至極端之際，或倒地即斃。或去不復再醒。至於病發作時其心之情況，則大有異同。其搏動或不均不亂，脈率常增加，然亦可異常。有時雖病勢極重，而脈狀不過略有變更。病發之後或患哮喘氣，或下泌尿甚多。病者自覺精力耗竭，或經一二日或數小時之久則無恙。呼吸困難非常有之狀，惟第一級氣管性哮喘聲者則不少，其哮喘發生或甚驟突，病人固之氣促。

有時病發作一次即死，或屢發多次始死，或數星期病發作一次，此則可延一季或更久始死。

此外則有一慢性類，病之發作無定期，患者之生活進常處苦境，毫無自由樂趣，凡一動情，一用力，皆可激發此病。然亦有病發作時極重，屢發至數月或二年之久而能完全治愈者。

心絞痛之胸外症候 病發作之際，其痛常上射至頸而又轉射至左臂。其係心及運動脈之病，第一二三四各脊神經所轄之處俱痛。有時第五至第九脊神經管轄處亦痛。其痛或起於左臂，或起於頸，前胸或一臂脈。有時其痛雖留在此等處也，而病發作則心絞痛之各種症候全備。其痛或自左腿或左胸肌發起，此外又有在膈下發作者，特名腹性心絞痛，此則易誤認爲胃痛。

心絞痛之肺癆候甚奇特 病況與無注肺氣腫相似，肺內聞聞然作哮喘，且脈氣。急性水

屢或隨起，兼咳出稀薄之血色液甚多。血壓或極高，大脈症候不常見，不省人事者或有之。發覺時單癱或截癱及無語言能者亦時有之。

**預後** 男子四十歲以前患心絞痛，或為梅毒性，若對症施治，或可完全痊癒。若病人年在五六十之際，而又平素勞碌過度者，則改革舊習，一心靜養，當可奏效。然真心絞痛之能愈與否，頗無定。有時心絞痛雖屢發而且極重，亦能就痊。激發此病之情況甚重要。情感雖能激發此病，尚不十分重要。凡因勞動而起之心絞痛，常較自起或情感激發者為危險。心及血管之有病係判斷結局之第一要點。血壓極高，動脈硬化沉重，瓣病以及心肌軟弱之徵等，關係非常重大。又凡心絞痛多數無明顯之徵。即使冠狀動脈病勢已蔓延，而心聲仍清。脈搏仍無恙。此宜注意。婦人所患心絞痛之發血管舒縮神經受擾狀者大抵不危，若有神經薄弱，及希司忒利亞性等狀，亦皆易癒。

心絞痛病發之狀況有三類；（一）其死也驟突且係單獨之心痛所致。病人未死前生瀉功飽之傳嘔，急轉而下，一發不可收拾，並始終併發氣喘。（二）因連續之發作，致心漸弱而死。（三）因心機能漸衰，象患呼吸困難而死。針灸治療，預後佳良。

**治療經過** 視症候之輕重，患病之久暫而定，大概施術五六次，當可根治。

**治療**（一）經穴

**主要經穴** 間使 巨闕 蠡道 內關 足三里

循環器病 狹心症

次瀉藥劑 少府 隱白 獨陰

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為狹心病後，先在少府，繼道，內關，而使四穴處消瘳，隨即一二刺針，以成麻痺直達肩臂為度，俱用雀啄術凡三五分鐘久。休息片刻後切蓋片熱間使巨關穴上，各灸五六壯，灸時宜請一人為助手，同時燃艾絨，俾艾炷熄後，即有替着之艾絨接續灸之，效力方大。艾絨大如大指，厚低約半分厚，間使巨關各灸五六壯後，疼痛當可停止矣。萬一仍未止痛，當再刺足三里隱白二穴，再以大艾炷灸足三里及獨陰穴各五六壯。(間使穴可灸十四壯，痛可立止)

止痛後不久，病仍會發作，發作時(當減輕些)當再為施治。此次施術比前次容易見效，仍須照舊法施術，直至完全停止，方獲根治。倘患者甚弱，痛止後休息數天，再刺一二次，更為妥當。

又患者長期休息，極為重要。而種種減少恐懼及刺戟之源之協助事項亦當施行。凡是引起病以發作之原因，皆當避免，食物宜簡單，腸道宜常開通。

治療原理 本病發作之原因：(一)由于神經痛，(二)心肌或心肌之一部分痙攣，(三)故發作時西醫在皮下注射鹽酸嗎啡麻痺劑或與興奮劑並用，然不若刺內關，間使，少府鹽道，灸巨關，間使之速效。查心之神經自迷走神經(制止性)及交感神經(促進性)而來，即自迷走神經枝之咽上及下神經，分出心枝，及自交感神經之頸節分出心枝至心。茲刺正中

神經，用適當之刺激力，影響到心臟，灸巨關間使，各灸五六壯，直接間接刺激之，神經一而再受大熱的強刺激，當然能夠緩解疼痛，制止痙攣。迨施術五六次後把發作之原因剷除去，痙攣不再見發作啊。

治驗例 廣州德政路拾桂坊六號陳超生君患狹心症凡六年。初每年發作一二次，後每五六次。民廿六年三月廿八號患者舊病復發，心臟部劇痛，放散於左上肢，如鑽如灼如割，心如絞纏，顏面蒼白，冷汗，有死的恐慌。屈身伏臥，用手強壓心臟部以求止痛，復喫藥丸，完全無效。承學員房壽民之兄羅雲先生介紹往治，施術一小時久，疼痛全止，即可安睡，但醒後又復痛，惟無初起之劇。患者以為針灸只可情標，擬易他種醫術，惟羅雲先生堅信針灸確能根治，並告患者此次疼痛減輕，即是針灸之效，乃再延余施術，是次施術十分鐘久，即獲止痛，再經三次手術即達根治目的焉。患者感謝無既，二月後乃自動登國華日報鳴謝。

### 神經性心悸亢進

原因 從精神過勞，歇斯的中神經恐怖症，房事過度而來，又有來自心臟瓣膜障害者，其他貧血等，神經性之人，來襲者甚多。

症候 本病為心臟器質之變化，其器能亢進，能自覺心悸之頻數。本症發作時，胸際窘迫，呼吸不利，有不快之感，尤每因輕微之運動，及精神之興奮，即心悸亢進，脈搏多充實

而頻數，時時不整，又患者覺大背悶時呈顏面蒼白，或潮紅，發作的持續，短則四五分，永則一二時間，諸症全消。

預後：藥物治療極難根治，針灸治療，預後佳良。

治療經過：週症候之嚴重而定，大概施術六七次，即可治愈。

治療：(一)經穴

主要經穴 內關 間使 神門 通里

次要經穴 大椎 風池

(二)治療技術 醫者診斷定患者為神經性心悸亢進後，令患者仰手案上，在神門，通里，內關，三穴上消毒，然後一一刺透，俱以成痲痺，俱用輕雀啄術數分鐘久。休息片刻後，再刺風池，大椎二穴。如患者頗健，則腎俞亦可刺針，神道穴可灸散壯。患者如忍鬱求治六七次，醫者按上述施治，當可獲效。

治療原理 據解剖學，心臟之構造為中腔室(內部空腔)之機器，其內腔分為左右心房與左右心室四部。生活動之正常心臟，不絕的為一定調子之一振一縮之動作，此心臟之動作即心運動。心運動可分為三段，即房收縮，室收縮，休息是。

心房由收縮而至次之收縮，稱心臟之一週期，此一週期需要之時間為○，八六秒時。此○，八六秒時之中，○，一六秒時為心房之收縮時間。心為收縮之時，心室弛緩開張。心室



收縮時間，需時〇・三秒。心房收縮之時，至心房弛緩開張，其後〇・四秒時，為心房心室共同休息時間。

一、心房之收縮：先靜脈開口；從其部份開始向下漸次收縮，而至心房全體收縮，心房內之血液，即房室瓣（二尖瓣三尖瓣）流入心室心室內，此際心房之靜脈開口部，由輪狀筋之作用，將心房內之血液，完全閉止其普通流於靜脈內，而使終於灌注全部心室內。心室內之血液，其普通流於全部心室，此時心室開始收縮。心室之收縮將血液，壓力強，因之心室內之血液，不再逆流於心房內。與房室間之瓣，均無一滴逆流，反使心室內之動脈口半月瓣閉口，擠出心室內之血液於全部動脈內，（左室為大動脈，右室為肺動脈）。心室收縮之前，心房弛緩開張，從大小循環，容受歸流之血液。

二、心房收縮：同時強擊心尖之前上方而過之衝動曰心尖搏動，在左第四乃至第五肋間，乳頭部之稍前內方，外面得見之。起心尖搏動之主要原因，為心臟收縮時心尖部從內部壓迫肋骨間之軟組織，或心臟弛緩時肋骨間之軟組織，因外界之氣壓亦起多少之壓迫之故。心尖搏動，平均一分鐘約七十乃至七十五次，此後現異常之狀態也。茲因某種原因，致心臟之交感神經過度興奮而致心跳亢進症候，用藥療治，自癱棋治。但刺大椎，內關，翳風，神門，風池等穴，由復元反射到心臟，心臟之交感神經，一再受適度之刺激力，自易制止其過度興奮，遂成正常舒張狀態。

治驗例 (一) 重慶大藥房卅三號陳家祿君患心悸亢進癆八年，心臟都飽巨變其跳動，脈搏百廿餘至。中西醫師治療又在床休養四年，未見痊愈，民國卅二年九月來所治療，施術四五次後，跳動減少，治療十餘次，病乃痊癒。

(二) 灸法醫學研究載：四十四歲之男子。選腰部以下，脊柱兩側，合計十一點，各灸七壯，使每月起續灸一星期，則每月血色素量增加，第一回檢查時爲九〇%，第三月超過一〇〇%，總示一〇六%之高價，而赤血球數，及色素指數，亦與血色素之量俱增。

本例初時時，脈搏不整，有結滯狀，時在九十至以上，自灸消後過一星期，則現奇蹟之功效，如不藥服已全消，心悸亢進亦去，脈搏數亦恢復正常云。

## 貳 血管

### 一 血管之構造

管可分爲動脈管，靜脈管及微血管三部分。

(一) 動脈管之構造，有內中外三膜，中層最厚由平滑肌組成，內層及外層皆由結締組織而成，故富於彈力及收縮性。

(二) 靜脈管之構造與動脈管大略相同，然不無差異之點；(A) 動脈管壁厚而靜脈管壁則薄，因動脈血壓較靜脈高也。(B) 動脈管無瓣，而靜脈管則到處有瓣，蓋靜脈血壓低

悉血液逆流也。(C)動脈管多在體之深處而靜脈管則在表面，吾人手腕常見有多數青筋者即靜脈管也。(D)動脈有搏動而靜脈則無。

(三)微血管在動脈之末梢及靜脈之起始部，為由動脈移於靜脈之細管，管壁極薄，其最小部分僅能通過血球一個。微血管互相集合成微血管網。

## 二 血液生理

(一) 血液之一般性質

(1) 色 人類血液呈赤色。動脈血帶深紅色，而靜脈血則帶暗赤色，然吾人由皮膚表層觀察之靜脈管不呈暗赤色而呈青色者因靜脈血被靜脈管壁遮隔而現靜脈管之青色也。

(2) 味 血液帶鹹味且有甜味之甘味，鹹味因血液中含有食鹽，而甜味因血液中含有葡萄糖也。

(3) 臭 血液有一種特殊之臭氣所謂腥臭是也。

(4) 反應 血液普通呈鹼性反應。病時顯酸性反應者有之。

(二) 血液成分之生理的性質

血液之成分為赤血球白血球，血小板及血漿。茲逐次述之。

一 赤血球 赤血球形如圓板中央部稍薄而周邊厚。直徑平均七至八秒(Mikron)赤血球單個呈黃綠色多數集合成赤色。

成人每立方厘米血液一立方厘米內男子平均五百萬個，女子平均四百五十萬個。又赤血球之數依種種之原因而增減，例如男子比女子多，初生兒比大人多，貧血者較普通人為少是也。

赤血球之生活期在胎兒時期赤血球由肝臟及脾臟新生，然出產後則由赤色骨髓內新生。赤血球之生活時間，赤血球自新生至於死滅之時間，據最近之研究，大概以三星期為度。然赤血球隨時被損而隨時可新生，使血球全數大略一定不變，此種作用名曰赤血球再生調節機能。

血色素 (Häufigkeit) 為赤血球中含有色素之成分。血液之所以呈赤色者，即因有血色素之存在故也。血色素與鐵結合而又易於游離，故在肺內吸取氣中之氧輸送於身體各部，使起燃燒作用。同時血色素又備由身體各部呼吸吸成酸輸送於肺，由呼吸中排出之，故為氣體交換之媒介物。

二、白血球 白血球在血液中有核，可分為五種：(1) 淋巴細胞形極小約與赤血球相等，占白血球全數之百分之二十。(2) 大單核細胞為白血球中最大者，直徑約一二至一五秒。(3) 嗜中性白血球，核大呈圓形或葉形，較稀少，僅占白血球中百分之二至百分之六。(4) 嗜好中性白血球，直徑約九至十二秒，核為多形之分葉狀，原形質內含有易染中性色素之顆粒，其數約占百分之三至五。(5) 嗜好紅色素之白血球，直徑約十四

粉。按分數則原形質內含有中性色素（例如 *Diapedin*）易於染色之粗大顆粒。其數約百分之二至百分之四。（5）嗜好鹽基性之白血球，含有易染鹽基性色素大小不同之顆粒，其數極少，約百分之二。

白血球之數。普通血液一立方厘米之平均六千乃至八千個。但疾病時白血球數增加或減少者有之。例如傷寒、瘧疾時白血球減少，白血病時白血球增加是也。

白血球機能之最重要者為吞食作用（*Phagocytosis*）即吞食體內之有害異物，例如病原菌等以保護身體之健康，故白血球又稱吞食細胞。其吞食作用係利用其向化性（*Chemotaxis*）及假足蟲狀運動由血管內自由移運於各組織，譬如某處有病原菌侵入，則白血球受病原菌滲透之刺激依其向化性作用起假足蟲狀運動向病原菌方面移走而吞食之。然病原菌之抵抗力強者例如肺癆菌白血球不能吞食之，而在其周圍環繞之，不許其走竄，同時絕其糧道使其自滅。

（三）血小板。血小板多呈紡錘狀，然亦有呈球狀或橢圓狀者。其大約赤血球二分一或三分之一。血小板之數。立穩中平均二十至三十萬個。血小板之數減少時易起出血傾向。又血小板如白血球營假足蟲狀運動。血小板之機能為促進血液之凝固。

（四）血漿。血漿為血液之液狀成分，即血液中除去赤血球，白血球，及血小板等有形成分所剩餘之液漿也。血漿透明帶黃色其主要成分為蛋白質，氯化物，碳水化合物，鹽類，及水分。血漿之作用不但能運送血球到身體各部，且能溶解各種養分，分配於全身各組織內。

，又能收集各組織所生之廢物送於排泄器而排出之。

五、血清 血清爲血液凝固後上面澄清之淡黃色液體。其與血漿不同之點即比血漿少纖維素是也。血清中含有血清蛋白及免疫物質，故可爲治療之用。

(三) 血液之凝固

血液在血管內循環時不能凝固，然一旦流出管外與空氣接觸起變化，析出一種物質名曰纖維素。將血球黏住，成爲膠狀的血塊，名曰血餅。其上面澄清之淡黃色液體爲血清。血餅爲血球與纖維素之結合物。此種現象名曰血液凝固。

人體負傷後之能止血者即因血液凝固之結果是也。血友病 (Hæmophilia) 之人血液不易凝固，故負傷，手術，或拔牙時出血不止蓋因此形者有之。

(四) 血液之總量

人體內血液之總量約合體重三分之一。故體重六十五斤 (Pounds) 之人其血數約五磅 (Litre)。

(五) 血液循環

血液在血管內循環無時或息，其原動力爲心臟。即心臟如唧筒將血液壓出也。(1) 左心室收縮則血液經大動脈驅送於心臟外，一部分循環於頭及四肢，集合於上行大靜脈入右心房，其他大部分循環驅幹下股及內臟時，集合於下行大靜脈入右心房。(2) 右心房收縮則

血液由右心房流出。(3)右心房收縮則血液經肺動脈入肺臟。(4)如此血液在肺內毛細管循環後集合肺靜脈入左心房。(5)左心房收縮則血液驅入左心室。(6)左心室之收縮血液驅出大動脈復依前述之徑路而循環之。

(一)大循環 血液由左心室出，循環身體之大部分，復歸於右心房之徑路，名曰大循環或體循環。

(二)小循環 血液經肺動脈，循環肺臟後集合於肺靜脈，復歸於左心房之徑路，名曰小循環或肺循環。

## 1 高血壓症

原因 此係一種臨床上多見之病，以持久的高血壓，小動脈與中動脈壁之肥厚，心室肥厚，及萎縮腎為主要徵候。關於本病之發生原因及意義，今尙意見不一。一部分學者認為一種原發性之動脈硬化症，即相當於動脈硬化症之初期，故稱為前驅硬化症。此說以小動脈壁之變化為原發性，因此而續發高血壓及心室肥厚，時或更起血管硬化性之萎縮腎云。

尙有一部分學者則意見不然，以為血壓之持續的高乃血管神經緊張度變化之結果，而非原於小動脈之變化。此說即認血壓之增高為原發性，由是引起血管之肥厚以及心室肥厚等者。

此外尙有第三說則以腎臟內小血管之變化為本病之原因，即認係一種動脈硬化性萎縮腎

者。但按之事實，則有時血壓雖持久的增高，而毫無腎臟方面之徵狀，甚或解剖上亦無腎內之變化，故此說似不可信也。然前述二說之中，究以何者為事實，則今尚不明。

本病之發生，似與體質頗有關係，病者可同時有痛風，肥胖病，糖尿病，喘息，偏頭痛等。又飲食物之不節制，運動過少，烈酒之濫用等，亦可成為誘因，精神的過勞或興奮亦明有影響。此外以前之梅毒似亦有時能促成本病。內分泌障礙，與本病之間有無關係今尚不明。大約停經期婦人所起之高血壓乃因內分泌有何異常之故。

症候 病者以中年男子為多，大約四十五至五十五歲之間，大抵係體質壯健，榮養佳良之人，往往有多血質，甚或有卒中體質，即胸廓廣大而短，頸短頭圓，身體肥胖者。又往往有頗癯酒癯之人。初起之徵狀多為輕度呼吸之困難。在疾行或登樓時特為顯著。對於無論什麼事都沒有充沛之勞瘁力，自制力消失，精神不能專注，記憶力薄弱。時或更有胸部壓迫之感。乃還心悸等。又有初起輕度之脂徵狀，失眠，頭痛，眩暈，耳鳴，精神易倦等。此外更有若干病人則初起腹部症候，如胃部或肝部之膨脹，便秘等。（但亦有血壓持續的充進，達二百mmHg以上而毫無自覺的症候者）。肩部和頭部動硬而不活動。

試行他覺的檢查，大抵左心室之肥厚已顯著明，此由心尖搏動之亢進，以及向左移位以知之。脈搏大抵強勁，但其緊張頗增加，血管亦似廣大而厚頗為特異。如為之計測血壓，其最高血壓大約為一八〇至二百mmHg或以上，可高達二百五十mmHg而最低血壓則並不隨以增加。



。又一日中最高血壓之變動頗劇，因昇之形態，（姿勢，食物，興奮）或高或低。若為動脈硬化症，普通血壓保持一定之紀錄，無大變動，是為與本病不同之點。小便往往長時間無病的變化，尿量不少。夜間現多尿症。比重不減，更無蛋白之徵象。然其後期則可與萎縮腎時之小便相同。

本病之經過頗不一律。大多數病人日後出現動脈硬化症之症候，特于腦血管及腎血管為多見（本病一名前驅硬化症，即因此故）一部分日後發生萎縮腎。又有不少病人則日後繼續出血，大抵血壓久保持二百日或以上之紀錄者，特易發生此症，此外尚有一部分病人則日後發生循環衰弱，因肺水腫而死。然亦有至晚年血壓反降下者。

此外有起發作性之高血壓，而發生狹心症，腹部疝症，偏頭痛等者。稱為克氏之血管發作，乃因血管痙攣而起，大約係內分泌障礙之結果也。

預後 藥物治療，極難根治，鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 施術三五次，即獲根治。

治療 (一) 經穴

主要經穴 委中 湧泉 足三里 隱白 三陰交 膝陽泉

次要經穴 曲池 合谷

(二) 治療技術 此病只用鍼治，不能用灸治，如用灸治則火上添油，血壓更高，會發

生危險。先令患者直立，手扶實物，以免痠麻時動搖。在膝屈高之正中消滯後，直針刺入，如痠麻漸脚跟，則拔針凡半斜針向上刺之，如痠麻直透背部，則用雀啄術三五分鐘。後令患者仰臥，屈其膝，在足三里穴處，斜針經骨外邊下針，刺至拔處，亦用雀啄術三五分鐘久。倘患者不甚健壯，刺此四處後，第一日手術便算完畢。

次日如症候減輕，則依法再刺一次。如不甚見效，患者又可多受針，則除刺處中足三里穴外，加刺湧泉，隱白穴。法以左手執患者足趾，在湧泉穴處直刺一針，如刺對神經，患者頗不易耐。如血壓甚高，又手術適合，血壓當如升降機之降下。再拿患者之足大趾全趾，爪切內側甲側，直針刺入，患者必覺甚痛，如刺對神經，痠麻直透腦髓，使血壓下降極易。苟患者軟弱甚，則刺激力宜弱些，太強恐受不起也。萬一仍未痊愈，三陰交，曲池，環跳，等穴亦可選用。

又令患者注意：使生活規律，限制肉類，香料及飲料，咖啡及酒類可禁食，煙類亦須限制。大便須通利，（患者有時因排便努力，引起腦出血而死者。）精神安靜更為重要，醫生須予以安慰，對於血壓增高不必隱密。但須向其解釋，萬勿過慮。對於神經性者可行轉地療法，但高山（1500m）則不相宜。

治療原理 血液為液體，常由壓力高處向低處流動，當心臟收縮時，心臟內壓力增高，使血液流入血管內。此時循環系統受一定之壓力，名曰血壓。血壓不特心臟內即微血管及靜

脈管亦隨之。故血壓可分為心臟動脈、動脈血壓、靜脈血壓、微血管血壓等，然一般之血壓者為動脈血壓之意。血壓更分三種：

(一)極大血壓 (二)極小血壓 (三)脈壓。

極大血壓為心室收縮時動脈內最大血壓之謂，故可稱之曰收縮壓。極小血壓為心室擴張時血壓下降達至最小時，即於此時期動脈內血壓漸次下降與血管末端靜之抵抗平均甚也，故可稱之曰擴張壓。脈壓為極大與極小壓之差，生理的狀態，極大壓極小壓及脈壓三者為三與二與一之比。

血壓之測定用血壓計測之。普通用Riva-Rocci或Tyson血壓計。

生理的血壓 健康之成人上膊動脈所測之血壓平均九〇至一〇〇托。

年齡

標準血壓

三〇歲

一一〇托

三十一至三〇

一一五托

三十一至四〇

一二〇托

四十一至五〇

一二五托

五十一至六〇

一三〇托

茲因某種原因——血管神經緊張皮硬化之結果——血壓持續亢高而發生種種症狀，用

難治之者，予以血壓降下劑，使其血壓徐徐降低，可是往往有在病人血壓極高時毫無障礙，反因血壓下降而致發生症候者。茲刺委中足三里二穴，由壓骨神經，勝骨神經，反射到心臟及血管，刺涌泉隱白二穴由內足趾神經反射到血管，立能制止亢進，而使血壓恢復正常，比較用藥，及一切療法。功效偉大而且快捷啊。

治療例 香港神召會牧師彭 顧先生，美國人，其夫人患高血壓症凡十五年。屢治不獲根治，深以為苦。鑒道浸信會女傳道李重愛女士與彭師母善又與余相識。聞高血壓症能灸能否治愈？余以三年前在惠州治驗醫師半身不遂症，施術五次獲，美國西醫驗得驗醫師血壓降了十五度，乃答曰能。民國廿七年十二月十號，李女士乃同彭師母來治據稱西醫檢驗患血壓高病經有十五年，常患頭痛三極感不舒，前兩天會眼花兩小時云。乃在其膝下刺了委中三陰交二穴，左右共四針。翌年一月二號開李女士說：彭師母自施術後，頭痛即除，不感有病，施術四日後經西醫檢驗，血壓降了三度云。

### 叁 脾臟

脾在左季肋部內，第九至第十一肋高位。其內側（或後）緣，距第十胸椎側緣約二公分（二指）外側（或前）緣，在第十及十一肋尖近旁。脾之緣軸自止後斜向下前斜位，故其位置即後傾，下傾即前傾。前端位置，一般在十一肋前端旁，故尋常不能在肋弓下觸知脾

腫，僅可於行深呼吸時胸知之。如於肋弓下著明觸知，則可謂脾肥大矣。又前緣接於結腸左曲，往往形成結腸壓迹，於小兒尤著，以故脾之腫脹，有向結腸內破入者。

脾境界之檢定，殊為不易，其上界，被左肺緣，故不能由打診判定之。內側接於腎，故亦不能判定。下側接於結腸，如無徵便充實其中，則可由打診發而判定之。然脾腫之時，膨大的結腸，每有嵌入脾與腸之間，而妨診斷者。

## 脾腫

### 原因 有急性慢性二種

一急性脾腫之原因，其要者甲由各種傷寒，瘧疾，熱帶脾腫等傳染而發者，是謂傳染病脾。乙由外傷而發，丙因栓塞而發，丁由急性鬱血而發。

二慢性脾腫之原因，甲由慢性傳染病（如梅毒，結核等）而發，乙由血液病及全身病（如白血）而發。丙由門脈鬱血所起之病（如肝臟硬變）而發。他如循環器及呼吸器病等亦能發此。

症候 脾臟徐徐增大，重達一至三公斤，質地硬固，表面平滑，被膜肥厚而癒着，其靜脈延屈曲而硬變。貧血漸次而起。全身倦怠。心悸亢進。檢其血液則見赤血球及血紅素均減少。

脾腫 以脾臟腫大爲確認，又白血球減少，亦可以助診斷。與本病相似者爲胃癌（胃癌之腫瘍）及脾腫（左面增大者）時有誤認爲脾腫者。

預後 藥物治療，極難消散，鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大概施術二十次，當可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 左章門 天樞 天樞 脾俞

次要經穴 足三里

(二) 治療技術 醫者診斷定患者爲脾腫後，各患者解去內衣，向右侧臥，屈肘，在側腹部肘尖處，隨在肋骨下章門穴上直針刺入，使成淺麻，然後在針口處用溫熱灸灸七八壯。然後摩腹之邊緣，用筆圍記，在正中刺一針，如不能刺入，則用溫灸器燃艾灸全脾腫處約一小時久，以感熱燙爲度。倘可刺入，則針置於內，燃艾絨於針柄上而燃之，貼肉處墊以厚紙，以薄皮膚受傷。治病者成熱不能耐時除去艾絨，再燃第二柱艾，如是者七八次，則最內一層以熱力直達，容易消散。再刺脾俞天樞二穴，酌量灸拾數壯，第一日手術便算完畢。

次天再刺章門脾俞天樞足三里四穴，再在脾之上下或左右一點，用溫熱灸灸治，或刺針入穴在針上灸七八壯，如患者能耐煩求治，病必痊愈也。

治療原理 本病多由癰疾而起，膿發時脾腫脹大，膿愈時未能消散，而漸伸張，竊刺穿門天趨天樞三穴，刺入肌處，再加灸消，常見灸處充血，內部感熱，施術久之，內部發生變化，脾腫大因而消散，恢復常態，而病告痊矣。

治驗例 廣州永德里粵安旅社林饒欣君，十七歲，患脾大病數年。縱使自左脅下運右脅下，結塊如拳頭大，長一英尺，堅硬如石，鍼不能刺入，而黃肌瘦，飲食不為肌膚。經中外醫生長久治療，未能消散。承劉五紫先生介紹，乃于民國廿四年七月十五日起，一連刺治十八次。一三三次治療，腫大處針未能刺入，乃改用溫灸，溫灸五六天後，針可刺入，外面似柔軟些，但內仍舊堅實。直至治療十六天後，腹內併鳴，每早起床後乃瀉瀉瀉水三次，而脾腫告痊。

## 第四編 神經系統疾患

### 神經系統之解剖

神經系統分爲中樞神經及末梢神經二部

#### 第一 中樞神經

(一) 腦髓 填充於顱腔內，由大腦，前腦，中腦，後腦構成。

大腦 爲腦髓之最大部分，表面穹窿，爲卵圓形，表面有多數腦回及溝；其中有矢狀徑之橫裂，謂之大腦縱裂；分大腦爲左右半球。

大腦半球之幹部，分爲葉，穿孔質及嗅葉三部。半球之上蓋部，分爲額葉，顳葉，枕葉，及頂葉四葉。諸葉各以溝區別之，溝是各部之境界，深者爲主溝，僅及皮層曰皮溝，細而淺者爲破裂。

大腦半球之適合部有胼胝體，透明中隔，前連合，穹窿四部。胼胝體在大腦縱裂之底部，連兩半球之橫徑，爲扁平白色之髓板。透明中隔，略呈三角形，縱連胼胝體與穹窿，前連



合流第三腦室之前部，連接左右白質之前部；穹隆，在胼胝體之下面。

大腦之內部，分側腦室及線狀體二種。側腦室在大腦之內部，爲X字狀之腔洞，分爲中部，前角，後角，下角；後角之內側有小隆起，謂之小海馬；下角之內面有長隆起，謂之大海馬；其下部膨大，謂之大海馬蹄，或稱阿蒙氏角，線狀體在前腦之視神經床之前外部，側腦室之基底，因灰白質與白質相錯綜，故有線狀體之名。

大腦之髓質稍淺而蒼爲灰白質，內部蒼白爲白質，灰白質中多神經纖維，白質中多神經細胞，神經細胞爲神經作用之中樞，神經纖維以其一端連於神經細胞司傳達刺激。

前腦 其主要部爲視神經林第三腦室。

視神經林在四邊體之前上部，爲卵圓形分爲三面，上面爲側腦室之下底，中央部爲第三腦室之上蓋，前端附於視神經，後端連接於松果腺，內面左右相對爲第三腦室之側壁，側腦室，穹隆於大腦之實質。

第三腦室乃在左右視神經林之間廣扁不破裂之腔隙。

中腦 主要部分爲大腦脚，四邊體，及存在於其間之息爾維烏斯導水管。

大腦脚左右各一，在後腦之橋樑與視神經交叉之間，稍呈圓錐狀隆起，大腦脚之髓質較厚，係移行神經纖維構成，灰白質混在髓質之中，謂之頂核。

四邊體在大腦脚之上部，小腦之前方，形狀爲鐘圓之隆起，其隆起之數有四：前後相對

排列 前高後小，後最矮小，因最難表而被以非薄之白質，內部含灰白質，謂之四馬體核。

後腦 分延髓、橋腦、小腦及第四腦室四部。

延髓 在枕骨高之底部，形狀略如錐體，上端連於橋腦，下端經枕骨大孔圍蓋脊髓，延髓可視為脊髓上端之膨大部，惟通常以錐狀交叉部為延髓下端之境界，即第一頸椎神經之起點。延髓之外觀亦有前後縱裂及前後側三索，將索曰錐狀體，後索更分內外二索。前索與後索之間有橄欖體，延髓司肺心等之運動，又有紅核識之運動。

又前索形如帶，在第四腦室之下端，由延髓之後面與橋腦之後面構成，其形扁平斜方。其下尖端連續於脊髓之正中管，上端與息爾維烏斯靜水管交通。

小腦 在顱腔內，大腦枕葉之下，為橢圓形，上面之中部狀頗彎，謂之上葉，成自三葉，下面之中部凹陷，謂之小腦縱裂，裂中更有小隆起，謂之小齒，其側緣甚鈍，有輪狀之深溝分界上下二面謂之地平溝，小腦有脚三對即橋脚，四長脚及延髓脚是也。小腦之髓質外部為灰白質，頗薄，棉皮皮質，中為白質，頗厚，稱成內部，由反骨放散如樹枝狀，謂之蒲樹，小腦支配隨意肌之動作，以網節運動。

第四腦室 乃小腦與延髓相成之腔隙，形如三角錐體，而延髓之錐形部為其基底。

橋腦在延髓與大腦脚之間，成帶橢圓形之隆起，中央有基礎溝即基礎動脈之通路，橋腦亦成白灰白質與白質。

(三) 脊髓 脊髓在脊柱管内，為稍帶圓柱狀之索條，上端以第一頸椎為界。連於延髓下端，終於第五腰椎，外觀，在頸腰二部獨形膨大，謂之頸及腰膨大部，即上下肢神經之用發部。脊髓之前後有縱裂，全體可分左右兩半柱，其中間以狹小之髓板互相結合，謂之連合，左右兩半柱，又各分前索側索及後索，前索與側索之間有小縱溝，謂之前側溝，側索與後索之間有後側溝，連合之中心常縱復之小管，謂之正中管，脊髓之髓質，外部為白質，係縱行神經纖維，內部為灰白質，由神經細胞神經纖維血管及結締組織構成，就橫斷面觀之，其狀恰如M字狀，其前部曰前角，後大部曰後角。

脊髓在腦與末梢神經之間，以保二者之連絡，亦如延髓之司並意識運動而為反對運動之中樞。

#### 附 腦膜及脊髓膜

腦及脊髓，均有三層之膜被包，最外層為硬膜，次為蜘蛛膜，最內層為脈絡膜。  
硬膜為濃厚之纖維性膜，其在顱腔內者，直而着於骨面，謂之硬腦膜，在脊椎管內者，由脂肪而後附於管壁，謂之硬脊髓膜，而硬腦膜有皺襞，即小腦天幕，大鐮狀膜，及小鐮狀膜是也。蜘蛛膜頗厚，在硬膜與脈絡膜之間，脈絡膜直接於腦脊髓之表面，且深入腦之各裂，及脊髓之四陷部，蜘蛛膜與脈絡膜之間，容有一種淡黃色液體，曰腦脊液。

## 第三 末梢神經

由白腦髓，與脊髓之神經根連，分布於全身而終於肌肉或連繫於眼，耳，鼻，舌及皮膚，其終於肌肉者，依中樞之命令而實運動，連繫於眼部等者，將該部所受之刺激報告於中樞，前者謂之運動神經，後者謂之知覺神經。

神經之出腦髓者，曰腦神經，出自脊髓者，曰脊髓神經，此外尚有稱爲交感神經者。

(一) 腦神經，有十二對：出自腦之下面，主分布於頭頸之上部，司該部之知覺運動，其大別如下。

第一對 嗅神經 從大腦半球之嗅葉發出，散布於鼻中隔及側壁之結膜。

第二對 視神經 起始於視神經交叉部直走其前方，進入眼窩，分布於眼環之網膜。

第三對 動眼神經 起始於大腦脚之內側，透過硬膜，進入眼窩，分上下二枝，上枝走上面肌與上眼瞼舉肌，下枝入內直肌及下斜肌，且分布運動根於睫狀神經節，分布於虹膜之括約肌及睫狀肌。

第四對 滑車神經 起始於延髓後角之下部，前走而入眼窩，分布於上斜肌。

第五對 三叉神經 乃腦神經中之最大者，起始於橋腦之側部，由前後二根構成，前根細小，爲運動根，後根較大，爲知覺根，兩根互相接近，穿過硬膜，知覺根即集束而成半月

狀節再分為三枝，而運動根合併於其第三枝，第一枝即眼枝，最小，主宰知覺，進入眼窠，更分為上眼窠神經、鼻睫狀神經及淚腺神經，第二枝即上頷神經，再分為下眼窠神經，眼窠神經及蝶腭神經，第三枝即下頷枝，為三枝中之最大者，分知覺及運動二枝，其知覺枝又分下齒槽神經，耳頰神經，及舌神經三枝，運動枝散布於各肌中，其枝別有咬肌神經，顎深神經，翼狀肌神經，頰肌神經等。

第六對 外旋神經 出自橋腦與延髓狀體之間，進入眼窠，分布於外直肌。

第七對 面神經 起始於延髓之上外側，與聽神經共達內聽道，於經路中屈曲成膝狀節，終分為數枝，其在面神經管內之枝別，有耳聾骨肌神經，鼓索神經，球走神經，交匯枝，在副神經管外之枝別有耳後神經，莖狀神經。

第八對 聽神經 起始於延髓之上外側，而與面神經共入內聽道，分為二枝，一曰前庭神經，入膜囊三半規管，一曰耳蝸神經，分布於耳蝸中。

第九對 舌咽神經 在延髓之上外側，聽神經之下，自顯現出，分為二枝，一為舌枝，分布於舌之輪廓狀乳頭，一為咽枝，分布於咽壁內，其他神經之分歧結合而成咽叢，分配於該部諸肌及粘膜間。

第十對 迷走神經 亦為內臟神經之一，分布於頸部胸腔之內臟及肝胃等處，起始於延髓之上外側，借副神經出自咽路而成節狀神經叢，其在頸部者，下走於頸總靜脈及內頸靜脈

之枝側，其在胸部者，沿食管而頒布於胃中，迷走神經之枝則，有耳枝，咽枝，上喉神經，心臟枝，下喉神經等，其神經系有肺臟神經叢，食管神經叢，胃腸神經叢等。

第十一對 副神經 出自延髓之下部及脊髓之上部，入枕顱，貫過硬腦膜，出顱腔而分前後二枝，前枝連接於迷走神經之節狀及，後枝分佈於胸鎖乳嚨肌及斜嚨肌。

第十二對 舌下神經 在延髓之前面，起始於橄欖體與鐘狀體之間，出顱腔分佈於舌之肌肉，其枝別有下行枝與甲狀舌骨肌。

(二) 脊髓神經 有三十一對，各以前後二根自脊髓之前側溝及後側溝間發出，後根較大，主宰知覺，於椎間孔中特別膨大，謂之椎間神經節，前根較小，主宰運動，此二根相合而為神經幹，更分前後二枝，前枝分佈於軀幹之前部及四肢，後枝直走縱幹之背部，俱含興奮及運動二性。

脊髓神經從部位上分為頸椎神經，胸椎神經，腰椎神經，薦椎神經，薦骨神經，尾閥神經五種。

(六甲) 頸椎神經 有八對，在頸椎之各側，前斜角肌與中斜角肌之間，其前枝互相連接而成神經叢，謂之頸神經叢及臂神經叢，頸神經叢之枝別，有小枕神經，大耳神經，下咽及舌下神經，鎖骨上神經，下行項神經，膈神經等，臂神經叢之枝別，分佈於胸廓諸肌者，有胸廓後神經，胸廓側神經及胸廓前神經三條，分佈於肩胛部諸肌者，有肩胛上神經，肩胛下神經，腋窩神經，鎖骨上神經。

又腋窩之神經幹，有三枝：卽內臂皮下神經，中臂皮下神經及外臂皮下神經，上肢之神經幹，分正中神經，尺骨神經及橈骨神經三枝。

(乙) 胸椎神經 起始於胸椎各側，有十二對，分布於各肋間，謂之肋間神經。

(丙) 腰椎神經 有五對，起始於腰椎之兩側，互相連接而成腰神經叢，其分枝有長短二種，短神經，大部分分布於下腹部，其枝別有三；卽髂骨下腹神經，髂骨風髒神經，陰部腹神經，長神經大部分分布於股部，其枝別亦有三；卽外股皮神經，股神經及閉鎖神經是也。

(丁) 薦骨神經 在骨盆內，有五對，互相連合成薦骨神經叢，其分枝亦有長短二種，短神經，卽骨盆枝，其數有三，卽上臀神經，下臀神經，陰部總神經，而長神經，卽下肢神經，其數有二；卽後股皮神經及坐骨神經是也。坐骨神經再分出脛骨神經與腓骨神經焉。

(戊) 尾蠟神經 指尾蠟骨之兩側，極細小，結合於第五薦骨神經之一枝，構成尾蠟神經叢而分布於尾蠟骨之尖端及外皮。

## 一 腦髓疾患

### 腦貧血

原因 (一) 急劇之多量失血，例如外傷，手術時出血，齒齦胃腸子宮出血。(二) 忘接例如胸腔腹腔之潰瘍穿孔後，或下痢劇甚時。(三) 內臟神經麻痺，則腹腔內臟血管擴張，血壓減少

多量血液充盈其間，故腦減血，或受萎縮壓迫之腸管，一旦排便後，而血管擴張，則容多量之血液。(三)慢性貧血，如十二指腸蟲病，萎黃病，惡性貧血，白血病，化膿，亡液。(四)心臟衰弱，於脂肪心大動脈孔狹窄，熱性病及衰弱時見之，蓋心臟不能輸送適量之血液於腦髓，故往往於起立時發此障礙。(五)腦血管之壓迫，如顱瘍則由外方壓迫，腦室內水腫，則由內方壓迫。(六)頸動脈之硬化及壓迫。(七)精神感動，如喜悅驚愕畏怖時則血管運動神經痙攣而腦貧血。

病理解剖 尋常腦髓，為帶青蒼綠色，貧血時呈淡灰白色，血點稀少，皮質與髓質之境界不明，若因出血而發貧血時，則腦髓硬固乾燥，胸膜呈蒼白色，蓋胸膜輸送血液於腦髓者也。然因水腫發貧血時，則腦髓柔軟而濕潤。

症狀 因疾病發生之狀態，及經過可區別為急性與慢性二表。

一急性腦貧血 急劇腦貧血，多由血管痙攣所致。其初心臟部有苦悶之感，心悸亢進，繼則顏面蒼白，四肢厥冷，意識冷汗，耳鳴，視力障害，暈眩，惡心，嘔吐，至於卒倒，此失名稱。持續約數秒，或數分鐘後，徐徐覺醒，或竟致於死。(神經性卒中)失神中反射機能消失眼孔散大，脈搏細數不正，呼吸淺表，蓋失神之原因於精神感動及疼痛者，以腦血行急受障害故也。(腦血管收縮，或心臟機能障害。)

二慢性腦貧血 於各種貧血，及反覆之出血後發生，其症狀與急性症相似，而發生緩薄



，如頭痛，發眩，作嘔，耳鳴，重聽，眼花閃爍，崩視，不眠，記憶力減退等症，有時於急劇起立時失神卒倒。

三類似腦水腫 小兒發急性腸加答兒強劇下痢時或發此症，本症之初，為痢疾症狀，如顏面潮紅，眼球射光，直視不安，恐怖不眠等症，其後入癱瘓期，顏面蒼白，皮膚厥冷，額門陷沒，眼臉半鎖，瞳孔散大而反應消失，項部強直，或發強聾昏睡而死。

診斷 注意於外觀及原因，即易診斷。

預後 佳良。

治療經過 急性腦貧血，施術一次，即可治愈，慢性腦貧血施術三五次，當可痊癒。

治療 急性腦貧血時使患者平臥低其頭部，使血液易輸入。慢性腦貧血以專醫精神為最要，須警惕急劇之起立，而多與以營養物。

(一) 經穴

主要經穴 少商，列缺，中衝，風池，風府，合谷，百會，神庭，內關

次要經穴 足三里

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為急性腦貧血後，用一寸針，在少商中衝穴各刺一針，用雀啄術，隨即壓出血少許。倘患者仍未覺醒，再刺內關列缺二穴，仍在百會神庭穴上，點管頭大艾絨直接灸三壯。至此患者必醒，醒後休息若干時後，看症候如何，然後酌量施治。

慢性腦貧血病，如頭痛頭暈則刺合谷列缺風池三穴，灸百會神庭二穴。頭暈作嘔，刺內關足三里二穴，不能安眠，記憶力減退，刺合谷風池列缺足三里等穴，間亦可用灸治。患者如決心求治，施術三五次，必可治愈。

治療原理 腦因某種原因——神經性影響，昏迷性貧血——而發生貧血，顏面蒼白，四肢厥冷，惡心嘔吐，至於卒倒。此時醫者在手之最感刺痛處少商中衝二穴，用雀啄術二三分鐘久，並放出血少許，患者受此強劇刺激，血管痙攣必即解除，意識必即回復。再在神庭百會穴上直接灸二三壯，患者受大熱的刺激，無論如何昏迷都必甦醒，血液必即流通，而病即告痊癒。

至於慢性症，刺合谷列缺風池三穴，能使混沌之腦筋清醒，刺內關足三里二穴可使惡心嘔吐不發，神經受針之幾次刺激，解除貧血的因素，疏通血行之障礙，病之獲愈，尙有何疑。

治驗例 惠州象嶺巷十七號趙瑞蘭女士，患腦貧血病五閱月，顏面蒼白，流冷汗，四肢厥冷，心悸亢進，心窩覺苦悶，而發惡心嘔吐，頭暈頭痛，不能起坐，眼花閃發，精神倦怠。中西醫生治療，與參藥約千元，未見有效。以爲無痊愈希望者矣。民廿四年一月十七號，其子由廣州返，得請余鍼治，當余到時病者謂此病恐不治，蓋治療數月，全無功效，想當以此辭世也云。余爲之針合谷列缺內關足三里後，頭痛頭暈作嘔，減輕，施治三次後病竟全治。是年三月九日余探前惠陽區長何其欽先生，何先生說：「趙女士治病，曾請通城中西醫治

療過，又喫參藥千數百元，一治再治，一補再補，不見有效，靈經先生針了三次，並無用藥，而告痊愈，針灸治療真奇妙快捷，令人莫明其妙云。」

## 2. 腦充血

原因 腦充血有急性，慢性，動脈性靜脈性之別；

動脈性充血之原因，身體過勞（疾走，登山，負重，暴飲，暴食，則心肌動作旺盛），心臟左室肥大，（大動脈瓣閉鎖不全，大動脈硬化，特發性心肌肥大）。3 精神興奮（憤怒）。4 腦部加熱（日射病，暖室居住等）。5 中毒（酒精等中毒則血管運動神經麻痺）。6 身體他部血液減少時，（冷浴則皮膚貧血，腹部腐瘍，鼓腸，宿便等壓迫動脈，則腦充血）。7 常習出血閉止時（月經痔出血之閉止）。

靜脈性充血，多為慢性，其原因，1 右心肌衰弱，（則收縮期血液不能十分擠出，而右心房鬱血，波及兩大靜脈，由上大靜脈及於內頸靜脈，及硬腦膜竇與腦靜脈如心臟瓣膜病，心肌心臟之疾患，甚廣大之肋膜癆瘵時有此現象）。2 努力作用（吹奏者，咳嗽患者，便秘者，噴嚏）。3 上大靜脈或武末稍枝之壓迫，如大靜脈瘤，縱膈膜脂肪，甲狀腺腫，頸部淋巴腺腫時發生靜脈性腦充血）。4 窒息，亦為靜脈性腦充血之一原因。

病理解剖 腦之白質呈潮紅色，灰白質呈赤褐色，血管內有血液多量，往往見多數毛細

管出血，蓋因小血管破裂故也。於軟腦膜見靜脈怒張，呈蛇行狀，於硬腦膜竇，則容多凝滯血，硬腦膜強度緊張，其表面有出血性沉着物。

症狀 急性腦充血時，眩暈，疼痛，癱瘓發作而卒倒，人事不省，顏面潮紅，瞳孔縮小，顫動脈及頸動脈搏動強盛，脈搏強大，呼吸深大而緩解。

慢性腦充血時，頭重頭痛，眩暈不眠，眼花閃爍，耳鳴，惡心嘔吐，精神過敏，或緩慢，或異常。有時運動麻痺而知覺異常。或前凡頸短而肥贅。易發腦充血，蓋此等體格，於多食少運動者見之。

靜脈性腦充血，其症狀與動脈性者無大差，惟於後者則見脈搏動旺盛。於前者則靜脈過於充盈，呈蛇行狀，顏面呈紫藍色。

診斷 原因顯著顏面潮紅者，容易診斷。但本症無特有之症狀。且慢性充血與慢性腦充血症狀相似。而療治不同。

預後 佳良

治療經過 施術四五次，即可痊癒。

治療 多血者則節減食物，為適當運動，易上衝者則慎房事，節烟酒，避身體精神之過勞，若腦充血既發作時，則命其安靜高舉頭部。若慢性充血時，則使精神安靜，開窗便通，禁吸烟酒，取易消化之食物及新鮮空氣。

(一) 經穴

主要經穴 合谷 曲池 委中 湧泉 隱白 列缺

次要經穴 中衝 大椎

(二) 治療技術 醫者診斷定患堵爲腦充血後，如症候非重，則先刺合谷列缺曲池風池大椎等穴，俱用雀啄術，三五分鐘久，當可使充血減輕，熱度降低。倘針後患者不見減輕，則中衝穴須刺出血，湧泉隱白委中等穴，均須用雀啄術，三五分鐘久，則症候未有不感輕快者。倘刺後不久，仍感充血，依法治療三二次，當可根治。禁灸。

治療原理 充血者，一部份之血量，因輸入增加，或輸出減少，以致血液充滿之狀態也，醫者施以冰囊，或貼用水蛭，蓋欲使血液減少症候減輕也。不幸冰囊取去後，充血依舊。茲刺合谷列缺曲池中衝等穴，刺戟力反射到腦部，血管立刻起收縮作用，血液向下方奔流，病者即感涼快，如屬輕症即可痊癒。倘症重者，刺戟四肢之末端最劇痛之隱白湧泉或委中大椎等穴，施用勝導技術，調整血管之收縮擴張神經之機能，使恢復血管之正常狀態，故一經治愈後，即達根治目的焉。

治驗例 廣州西關福德里會漢民牙科館會恩章先生，於民廿七年四月十五號忽然而潮紅，灼熱，顫動脈搏動著明，脈搏百廿至，頭痛，頭部如千斤壓住，非常緊張；如要爆裂，眼準閃爍，不能睡眠，心悸亢進，心如要裂開，因吃藥二日未見功效，特請余爲之治療。經

余針刺數針後，頭痛，壓重，如升降機之降澀，卽感舒服，可以安睡入覺，情病者遂借炮彈維及其他熱藥，致劑反覆數次，最後耐絕一切藥物，針了數針後，腦充血便不再見，曾君五內銘感，達人來鑲牙都贊針灸治效非常偉大云。

### 3 腦出血 中風 卒中

原因 腦出血之主因實由動脈病變而破裂之故。蓋腦之小血管，發生粟粒動脈瘤，於動脈部可見腦出血。試取出血斑周圍之腦質，投於水中，待腦質軟化後，以水淨洗之至僅留血網時，於顯微鏡下，可見粟粒動脈瘤，然動脈變化之原因則有種種。

一、年齡 血管與年齡共變化，故本病多發於老人四十歲以上者。二、酒精及鉛中毒。三、梅毒。癩風等病常損害動脈而為本病之誘因。四、心臟肥大及血壓亢進。五、慢性腎炎（萎縮腎）不適宜之生活法及肥胖者。

腦出血發生之動機有三：1、血管壁之變化，如脂肪變性，粉瘤變性，動脈瘤形成。2、血行之關係，如靜脈血行之障礙，全血管系血壓之亢進。3、血管周圍腦實質之抵抗力減少。如炎症軟化老衰性萎縮等。動脈病變則血壓亢進而破裂，其狀恰如長堤遇洪水，決則潰而破壞。故憤怒身體勞動飽食飲酒交接溫浴（使血行旺盛）冷水浴（皮膚血管收縮而深部充血等）皆為誘起本病之原動力。他如萎縮腎動脈硬化時，則心臟左室肥大，大動脈血壓亢進，亦為本

濟之誘因，有時因靜脈系統鬱血而發本症，如上廁，分娩，舉重物，咳嗽，噴嚏，哄笑時過之。於事實上本病似有遺傳關係，一說因腦動脈抵抗微弱，或易罹心臟腎臟疾患之原因。遺傳於其子孫，或自父母直接遺傳梅毒及酒精之害故云。而體格佳良，肥胖多血，頭大頸短者，易罹本症，此名中風素質，大抵男子較女子易罹此疾，而冬夏之時為多。

病理解剖 因出血之多少不同，可別為點狀出血，（毛細管出血）及竇狀出血（集合出血）二者。點狀出血於腦床上無甚價值，其最大者如帽針頭，若以手指摸過其表面，仍不能拭去此血點，此與血管斷而區別之點也。當腦動脈之小血管壁破壞時，其血液先逸出於血管外膜淋巴腔，而呈動脈瘤狀。其後淋巴腔亦破裂，血液遂溢出於鄰近之腦實質。然此時並無障害發生。惟點狀出血多數聚集時，乃現集合出血之症候，即好局症候是也。竇狀出血之部位雖不一定，然大多數在 Spitz 氏竇動脈之一定分枝內。此動脈之血在腦基底部者，其分枝直達於大腦神經節，其中分佈於尾狀核水晶核內囊及視神經床之動脈枝，更易破裂，蓋此部與頸部動脈幹最近，故距心臟亦最近，且為終末動脈少吻合之枝流，故受血壓亦較大，而且液溢出時內囊視神經床半卵圓中樞，每被侵襲，其腦床上症候，即為反對側之腦性偏癱。是國內囊後脚中央三分之一部出血故也。蓋運動性錐狀體經路，乃由腦皮質發端，通過冠狀房束，經內囊後脚三分之一部而達末梢，故易被侵害。腦出血部稍巨大者，當頭蓋骨剖開時，見其半球之硬腦膜強度緊張，週轉亦平坦，溝淺而實血。出血灶之大小種種不同，有時甚

狹小，有時僅及半球大部，然以樞質大成胡桃大者爲多數。出血灶之形狀亦有種種，圓形長形或不正形，然白質內之出血常微細，是因白質之抵抗力，較灰白質爲強也。新鮮之出血灶呈糜爛狀，由破裂之腦實質及溢出之血液而成。血液漸漸凝固經時既久，則亦血球崩壞，血色漸分解後，遂被吸收，僅透明粘液樣之液充其部是名中風性囊腫。囊腫萎縮成癭瘕，是名中風性癭瘕。出血灶多存於中心神經節及內囊附近部，而皮質大腦脚，Vallis 氏溝及小腦部次之。蓋內囊附近常多粟粒動脈瘤，其受血壓較他處爲多故也。

症候 本症可分數期，然各期非必完備，如前驅期或隱現也。(一)前驅期，顱內充血，眩暈頭痛，眼花閃發，耳鳴不眠，言語遲滯，精神興奮，半身之知覺運動障礙及偏側癱走感覺，是即腦髓內小出血之症也。然已卒中發作，患者卒然人事不省而昏睡卒倒，運動知覺及反射俱廢絕，際呼吸及心搏外殆與死者無異，往往有即死者，是名電擊中風，其特點中，顏面潮紅，頸動脈及頸動脈強度搏動，呼吸深長而發聲聲，脈搏緊張，瞳孔散大，或左右不同而反應缺如，有時或發嘔吐及排便失禁，若昏睡持續時則呼吸變速不正，時呈 Cheyne-Stokes 氏呼吸現象，喉頭及氣管之粘液積聚而發喘鳴，呼吸時頰部陷沒，眼球角膜亦混濁，體溫先降後昇，達至於死，亦多有數度發作，漸就恢復者，蓋出血停止，癭灶收縮，其間隙之內容漸漸吸收，附近之壓迫減退，則患者自醒，然醒後漸就恢復，而再被中風侵襲，至於死者有之。當患者人事不省時，欲參知其身體何側陷於麻痺頗爲難事，然大抵患側之上下肢



弛緩軟弱，其皮膚對於外界刺激，無反射運動，試提舉其上肢或下肢而放擲之，則不麻痺側之肢，必漸漸墜下，麻痺側者急劇墜下如死物然，於此可推知其麻痺側也。卒中症候有徐徐顯出而非急發者，其初僅精神異常及偏側上下肢衰弱之感。後乃陷於人事不省而完全麻痺。所謂緩慢性卒中發作是也。(三)炎性反應(反應期)發生於卒中，發作後第三四日，即出血灶周圍之炎性現象也。此時體溫昇進(攝氏二度以上)脈搏頻數發汗頭痛隨妄嗜眠懶轉床上，如此持續至一二日間。發作期及反應期雖為腦出血之主徵，然時或缺如，僅輕度之神識障害，或絕無障害而即呈墜廢症候。蓋發作狀態有種種輕重不同者，腦出血之範圍遲速多少位置亦不同也。(四)墜廢症候。卒中反應症候漸退，則此症顯著，若出血在內囊附近，則他半側運動麻痺，此名腦性偏癱，如顏面神經舌下神經四肢之麻痺是也，惟顏面神經中僅其下肢頰鼻(口肌)麻痺，而上肢(前頸肌腋眉肌眼輪匝肌)之所以免優變者，其理由尚未明。一說上肢主宰於大腦兩側，一側大腦障害時，則他側可代償其機能，一說顏面神經上下枝之中樞及纖維，實分劃為二區故。二說未知孰是。舌下神經麻痺則舌挺出時，因健側之顏舌肌偏勝故傾斜於麻痺側，四肢麻痺中，下肢較上肢為甚。且因斜方肌麻痺，而偏側肩胛骨下降，因胸肌麻痺，而一側呼吸運動微弱，數壁之勢力作用減退，其麻痺肌肉因廢用之結果，遂成不動性萎縮，其麻痺肢厥冷寒白，或現浮腫，患側之臂部初現潮紅，繼生水泡，而變壞疽者有之，是名急性惡性褥瘡。本病常現共同運動症，其麻痺側之肌肉，雖不能為隨意運動，而於喜笑

嗜泣噴嚏時，則現不隨意的運動，如觸動其健康側，則患側亦隨之而動。試舉其肢或屈曲其股關節，則足亦向背而屈曲，故麻痺發生後，其部常現一種異樣之不隨意運動。所謂偏癱後半身舞蹈病，即屬於此。上下肢之運動麻痺倘能恢復，則其上肢常較下肢為速，且恢復程度亦不及下肢為良。(五)續發性短縮症候，此症候由有脊髓椎狀體經路之續發變性，故其手指屈曲而未縮，上臂向胸廓內轉，前臂向前而屈曲，下肢則伸展而索縮，足尖向下方轉。(微偏內方)步行之際，軀骨盆之回轉運動，以下肢向外方劃圓方能前進。半身不遂性麻痺之恢復期，大概於發病後半季以內見之，惟腦動脈硬變未消失時，則有再發之虞。內囊附近出血時，其知覺機能略有障害，或毫無障害。然中風發作之直後，或見知覺脫失者，腦出血置之壓迫知覺纖維故也。若知覺纖維被刺戟時，則發生知覺過敏及知覺異常症。但內囊最後部出血時，則完全半身知覺脫失，與運動性半身不遂，常相併發也。

診斷 可就發病倉卒，意識障礙，偏癱，瞳孔異常，反射異常諸點診知之。

鑑別診斷(一)失神 與年齡無關，顏色蒼白，脈小不正，無麻痺症候且容易恢復。

(二)酒精咖啡中毒時之昏睡 凡節而者其呼吸或吐物中帶酒精之臭氣。(然節而者往往致胸出血症)鴉片嗎啡中毒時瞳孔縮小。

(三)尿毒症昏睡 急發者少，且以前有尿毒症症候存在，其昏睡較弱，尿中有蛋白反應，或有蛋白尿性網膜炎。

(四) 癱瘓狂 雖有卒中樣徵作而無持續性偏癱。

前後 劇烈之出血入蛛絲(帶形徑)每迅速致命，而尤以其破裂入腦室者為然。

偏癱之隨內囊損害而起者，例如豆尾核動脈破裂之結果，常持續不退而隨成僵縮。內囊之豆狀核後部受累時或顯偏身麻木，繼則發偏身舞蹈病，及手足徐動症，尤以視丘受累者為然。無論何種腦出血，以下所述各症皆係危兆。(一)昏迷持續或加重至第二三日。(二)發病而體溫下降後四十八小時內驟然升高。病發二三日後之反應期內體溫度常升高，苟至第三日體溫度漸降，而知覺回復，係一佳兆。速成褥瘡係致命之徵。尿內若多含蛋白質及糖，係惡症候。

知覺復原而病者漸癒時，則必以癱狀如何為注意之問題，然此非數星期之久不能決定。若損害輕微，則或完全退去。若至一月之久，尚持續不退，則必有若干癱狀恆久留存。終則晚期強硬，逐漸發顯。

瞳孔散大，面色蒼白，口噤尿尿，目昏口開，痰聲如鋸，如見一二，均屬不治。

治療經過 視症候之輕重而定，輕症腦出血，刷一二次即省人事。輕症而神經麻痺施術三五次，即可消愈。半身不遂症，施術廿餘次，常可消愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 委中 曲澤 百會 水滸 地倉 睛車 迎會 曲池 合谷 肩髃 環

跳 陽說

次要經穴 絕骨 太谿

(二)治療技術 發作時之處置 靜臥於患者於廣闊開靜之室，避強烈之光線，高舉頭部，置於滿於出血部，(推測)若體薄充實，(計其脈搏)，頸動脈強盛，心悸亢進顏面潮紅者，(檢其溫度)速於委中曲澤穴用三稜針刺出血，壓之使出血，則腦之出血可以減少，如稍覺人事即醒止其出血。止血之後，再用普通三倍之艾絨於委中揉處，兩面其灸之。無論如何重症(除了死病)均可施灸一回而甦生也。(不出血不效)

萬一仍不省人事，則刺少商商陽中衝，關衝少澤少衝等穴，壓出血少許。再在百會隱白大敦湧泉水滂等穴各刺一針。俱用雀啄手術。

口噤不開，痰涎上壅，不省人事，四肢癱瘓，便溺不覺，宜刺少商商陽中衝關衝少衝少澤隱白大敦厲兌竅陰至陰湧泉等穴，先手後足，每穴約半分至一分之時間，末一次取湧泉留針強刺十分鐘，如見眼活痰平為有效。或灸頰車地倉百會等穴。

顏面神經麻痺者針灸地倉頰車總會三穴，斜左看治右面，(因右邊麻痺)斜右者，治左面(因左邊麻痺)。灸治時蓋須用乾水者，且不可時時更換薑片，更換薑片，熱中感冷，不易見效也。

半身不遂症針灸肩髃曲池合谷環跳，陽陵，喙髕太谿絕骨等穴，(側重灸治)初灸時不可多灸，緣患者血壓高，易成不快。迨灸治後患者不成血壓高，乃逐漸增加壯效，如患者有耐

心背耐痛，可以根治。（怕痛者用大乙腳針灸之）。

手攣攣縮者針灸大陵曲池尺澤肩髃等穴。

膝與大腿攣縮者，針灸環跳陽陵風市膝市膝眼，針委中等穴。

治療原理 腦因某種原因而致卒中，中西醫法都以止血救死爲主旨。查卒中發作，患者人事不省。昏迷卒倒，知覺及反射俱廢絕。茲以三棱針刺委中曲澤二穴，患者之脾經忽受此強刺激，當然能夠醒覺，再放出血，下面出血，血向下流，腦中當可起收縮作用減少撥血。再在知覺極靈之少商商陽中衝關衝少衝少澤水溝隱白大敦百會等穴，用強的刺戟力，一而再，再而三，依復腦之作用，而有知覺，而省人事，自在意中。至省人事後而有顏面神經麻痺或半身不遂，手脚攣縮等症，在腦神經主幹之經穴上，針之灸之，興奮其機能，旺盛其血行，日積月累，當然能令症候日輕，而恢復原狀十之八九也。

治療例 香港軒里詩道八十四號四樓江師母患腦出血病在醫院留醫數月，以半身不遂，久未治愈，乃回家居住，改延中醫治療，亦未見效，其戚某在南洋某埠，見友人之患半身不遂者，竟給鍼灸醫生治愈，乃函知江師母延鍼灸醫生治療。民廿七年十二月五日承學員李道華君介紹往治，知患半身不遂已十個月久。按腰電療已經數月，左手不體上舉，手已攣縮，指可伸直，左腳無力，不能動彈，膝已攣縮如曲尺。起坐需人，爲之刺肩髃曲池合谷尺澤大陵環跳陽陵委中絕骨兼用灸治。施術二次後脚腿提起，能自動作。施術四次後能坐一小

時久。六次後能企立起，再治十餘次，當可完全治愈。惜患者神經日變敏，感痛怕痛，不肯繼續治療，只治愈七八成而已（按本症初針不抽覺痛，刺若干次後，腦筋日健，患者多怕痛，而停止治療）。

#### 4 不眠症

原因 不眠症肉體方面的原因：一發熱，二疼痛及癢感，三消化系統障礙及就眠前過度飲食，四循環系及呼吸系統障礙。五過勞及其他。

不眠症精神方面的原因：一精神病或精神病之症候，二神經衰弱或感躁動，三性的障礙症候，不眠症為疾病之一，或單獨而起，或由于其他疾患而起，輾轉不寐，心煩焦急，或睡眠時間不足，一睡即醒，或雖就眠而甜睡之程度甚淺，精神困頓，久久患之，則體量減不減少，而腦量減少，足使中樞神經衰疲，以至於死。

診斷 留心患者之主訴，診斷不難。

預後 藥物治療，不能根治，有中藥之虞。針灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重，患病之久暫而定，初起者施病一次即可痊癒，久年之患者有十次八次手術，當可根治。

治療 (一) 經穴

主要穴 隱白 陰陵 三陰交 神門 內關

(二)治療技術 醫者診斷定患者為不眠症後，如為初起者，患者又健康，則用一寸粗針，刺陰陵泉三陰交隱白神門四穴，俱以患者感疼痛，直透入腦，方生效力。如久病之患者，患者又軟弱，則用幼毫針刺上述四穴，當用弱的刺激力，且不可刺太久，刺二針後休息一下，否則恐患者受不起而致失神發汗，不能安眠。又患者如心悸亢進，則加針內關二穴，用五針術或輕雀啄術。

尚有一點極關緊要刺失眠症須在晚間，睡眠的時候，先令患者辦妥一切雜務，如飲食，沐浴……等，刺針後即靜靜休息，收效方大。倘刺後又坐車坐船，飲食不節，功效等於零啊。

第二法 刺肝俞穴（第九胸椎之下，旁開一寸五分）二三分深，刺至發麻時，鍼尖向上方捻動十五息，一二三日即愈。

本劑只用針刺，不用灸治。

治療原理 尋常睡眠乃生理上之作用，其現象等于輕度麻醉。其原因係由於神經系勞作所生之疲勞物質，蓄積所致。神經系於相當勞作下，發生疲勞物質，而蓄積至一定度，則該弱大腦皮質之興奮性，而起睡眠，此生理上之現象也。但外界有所刺激則障礙其睡眠，因是不眠症之由來，是在外界刺激之未能避去，不在疲勞物質之無存。此又可分為三類，一係大腦

皮膚遇外來刺激即亢進其興奮性不能睡眠，二則由於喜怒或苦悶而起之精神發揚狀態，三則由於疼痛，咳嗽，呼吸困難等病的刺激。茲以比較粗的毫針刺右左手足之隱白，三陰交陰陵泉神門四穴，用雀啄術數分鐘久，反射的影響入腦，當能使大腦皮質之興奮性減低而恢復欲睡矣。

治驗例：廣州財廳前某西醫。因賭博竹戰，精神過勞，乃患不眠症。嘗十二三天未能安眠五分鐘。自己治療無效，乃至某同學之私家醫院留醫，但留醫四日後，亦無片刻的安眠。且心悸亢進，曾數失神。承其兄要求往治，余按上述方法為之刺隱白，三陰交陰陵泉神門內關五穴，左右共十針（民國二十二年十二月十七號）是晚即安睡六小時方醒。自後每晚都能安眠。二月後又受某種刺激，依然失眠，又十數日不能安睡，又再請余針治，余再按上述方法再刺十針，是晚已安眠六小時，略休息數個月久，精神便恢復如初，自後不再患失眠矣。

### 5. 腦水腫

多量之腦脊髓液積蓄於腦室或蜘蛛膜下腔則起本病。有外腦水腫，內腦水腫之別，尤以後者較多。

原因 續發性腦水腫，由腦膜炎，（滲出液增加之結果）或腦腫瘍（壓迫Ogier氏大腦靜脈之結果）等續發者。



特發性腦水腫，多見於嬰兒，原因不明。

病理解剖 小兒腦水腫以化骨機轉尚未完成之故。兒頭可異常增大，（頭圍可算至五〇—六〇日者）顳門與縫合，因此每不能閉鎖，（普通歲半即可閉鎖）。腦室擴張，側室尤著，以是大腦半球因液壓而萎縮。甚可形如薄胞。

症候 如於胎內已有本病，自成癩瘡，普通多於生後一二月，始見頭部增大。小兒未及歲時，其頭大如成人，而顳前並不增大，（大頭小而）故狀貌極醜。病者眼球不惟常向下方偏注，且視力亦減退，甚者則完全盲目。

病勢進行有嘔吐、泄瀉等刺戟症，泊夫末期，則智力減退，發生白癡等精神障礙，餘如視神經萎縮，痙攣性萎弱，（或麻痺）拘急，膝反射亢進等症亦可發生。

診斷 就頭部形狀，智力薄弱，四肢痙攣性萎弱等診定之。

預後 西醫預後不良。蓋本病非內服藥所能治愈，而外科手術亦未見大效。多數患兒因血壓增進而幼年夭折。其餘餘殘存者適於高齡者甚稀。鍼灸治療，可以治愈。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術十次左右，皆可治愈。

治療法（一）經穴

主要經穴 委中、少商、合谷、商陽、中衝、曲澤、尺澤、曲池。

（二）治療技術 此病只取針刺，不用灸治。醫者執患者手指，在少商而腦中銜合谷穴

處消毒，然後以一寸針直刺入，用雀啄術一二分鐘久。休息後，再刺曲池曲澤尺澤委中四穴，手術同前。如患者之父母知藥治無效，而來治數次，當可治愈。

### 治療原理

西醫治療本病，用腦室穿刺法，腰椎穿刺法，把液體放出，可使一時輕快，惜非根治辦法，不日又水腫如故。竊刺谷少商商陽曲池尺澤曲澤委中等穴，據治療經驗常能反射入腦，發生制止作用，腦受一再刺戟，液體向他處排除，（小便多且長）病即獲愈矣。

### 治驗例

民國二十五年秋，廣西懷集蘇佐仁先生（現在本港）攜其子來治腦水腫病。據稱發病已數月。初在香港某醫院留醫未見有效。乃回廣州求某西醫診治，某醫為之腦室穿刺，放出液體一百CC，當時見輕快，可是次天水腫如故，再求該醫生設法，醫稱不治！忽憶鍼灸擅治危症，特來求治云云。余按上法為之施治，是晚小便凡十餘次，翌晨頭消了如放一百CC水一般，次日再依法刺針，蘇先生稱次日有事要回懷集，不能再求醫，可否教他施治，以便自行針刺。余聞他針一技，並解說針刺法，蘇為之刺一二日，見患者水腫日漸消散矣。其後蘇先生改乘車返懷集，其妻與子仍舊乘船，船上五天未有施治，水腫不消而反脹大，迫回家後，再行施治，功效不見，遷延個多月後，竟致逝世，惜哉。

## 二 腦膜疾患

### 流行性腦脊髓膜炎 剛瘧

原因

本病病原爲一八八七年度荷山而鉤母氏發見之胞內腦膜炎鏈球菌。該菌酷肖淋菌，自腰椎穿刺液中所得者，大部分存於白血球胞漿內，爲兩個並列之雙球菌，大小不定，其染色爲嗜鐵性，革蘭氏陰性，在顯水瓊脂培養基或羅賓瓊脂培養基或陰反而氏血清培養基中發育佳良。在三十七度孵卵器內經過二十四小時，即形成透明集落，其直徑約二至三公釐，中央略厚，周緣略呈波狀。穿刺液中含菌較少，故須先用增植法。本菌抵抗力極弱，遇乾燥日光低溫等即死滅，故傳染力不著。含有本菌之鼻咽腔分泌物，由咳嗽噴嚏等而傳染與他人之鼻粘膜及扁桃腺等處，經血行淋巴行以達於腦膜，惹起本病，什物傳染及帶菌者於本病亦有重大之意義。本病多爲小區域流行，惟在民國十八年江浙兩省，曾有到處流行之趨勢。發於冬令，好襲小兒及青年，性別無甚關係。

病理解剖：病之屬惡性者，或無殊性變異。腦及脊髓僅顯劇烈之充血，急性致命之病，一星期內即死。腦軟膜（血管衣及蜘蛛膜）充血甚重，其滲出物常屬血絲膿性，（血纖維性膿性）而在腦底處尤顯，此處之腦膜或大增厚而被此滲出物所蓋，外層之大隙隙有此液甚多，有時外層蓋被膿性厚質所蓋。脊髓每與腦同受累，後面滲出物較多，故背部及腰部之受累較頭部劇烈。病之較慢者，腦膜，普遍增厚，伴有滲液之處，有黃色斑點散列。凡在急性，腦室蛛膜內含濁液，或後柱（角）有純潔之膿，病之屬慢性者，其膜或甚劇烈，腦質較常時軟而顯桃紅色，或有出血及腦炎 *encephalitis* 之區可以窺見，腦部神經常受累，而以第二，

五，七，八，各神經爲尤然。脊神經之根亦浸在滲出物內。用顯微鏡檢查此滲出物，多屬多核白血球所成，該血球擁擠於血絲內，有時或有膿液及出血之區。膠膠質細胞，（架朋膠）較顯，內含大而清之泡形核，而膠節細核，（結核）則無甚大變異。滲出物內有雙球菌，爲數不等，大抵在腦者較在脊髓爲多。在病期之中，鼻液內或顯雙球菌，螺旋（穴）或滿腔膿而四圍之骨發炎，病者之咽口鼻部及蝶竇等多發卡他及他種變異。據此而論，似乎傳染以達腦膜實由此路。此病有時兼肺炎及胸膜炎。併見兼肺部充血及水腫者十三病，兼枝氣管肺炎者七病，兼特性大葉肺炎及有肺炎球菌者二病。肺炎之因細胞，球菌所致者八病。脾之大小甚有等差，曾見致命病三，脾皆增大。肝之顯變異者少。急性腎炎有時或併發。腸之淋巴結時發腫。

症候 潛伏期一至四日，前驅症候甚少見，有時在一二日間解全身違和倦怠及頭痛，多數突然發作，來劇甚之頭痛，（特於枕部）及頸部強直，或先有嘔吐爲始，次則惡寒，（少數兼有戰慄）。而發熱達三十八——三十九度，意識瀰濁，譫妄，木病症候，可別爲自腦脊髓而來之局部症狀及由毒素而起之全身中毒症狀，惟爲非定規的：

（一）一般腦症候 劇頭痛，多數局於枕部，有時亦放散於額及顛，又橫訴暈眩及體感成。痰及脊髓膜時則因刺激而起深部頸肌之緊張，所謂項強直，如高度時則頸部深陷入於枕中，自動他筋均莫能使之前屈，同時且伸劇痛，所謂領背強直症，反之頭部左右迴旋則受阻較

少。更進而兼有脊柱伸肌之痙攣而致角弓反張，且延脊柱有壓痛。除初發期之外，經過中如有嘔吐，則為腦內壓亢進之兆。意識障礙，由輕度之無感覺而進於譫妄，遂至昏迷，有時亦有呈躁狂狀與齶者，此外意識始終明瞭者亦有之。

(二) 腦神經症候 眼症候即瞳孔左右不同，反射減退至消失，斜視，眼球震盪症，及上眼臉下垂等。面神經障礙，故面肌痙攣而示固有顏貌，三叉神經領域之咬肌痙攣時，則起牙關緊閉，及齒咬切。聽神經障礙，則起耳鳴及重聽，侵視神經則來視神經炎，此外有見複移性眼炎及虹膜脈絡膜炎等，少數嗅覺減退。

(三) 脊髓神經症候 往往見知覺神經過敏，特著於下肢，軀軀其膚，已斷疼痛，有時且及於深部（肌肉）之知覺過敏。運動性神經之刺戟症候，即四肢（尤以下肢）肌肉起收縮，他動曲屈其大腿向股關節，次伸展小腿於膝關節時，有抵抗及疼痛，此所謂開而尼格希氏徵候。伸肌緊張而致之角弓反張。已述於前，此時全身後彎如弓狀，甚至僅以頭及脊椎部支於牀上。四肢時見輕度痙攣，腿反射初亢進而後減弱，皮膚反射大抵亢進，但其情形皆不一。其次見所謂託路沙氏症候，即輕搔皮膚時，該部立呈紅條，甚至隆起於皮表，長時間不消失，倘更進而侵及腦皮質或脊髓實質時，則起半身不遂，截癱，言語障礙及局部痙攣。

(四) 全身中毒症候 起面部及口唇之瘡疹，無輕重之別，全部病人三分之二有此，其他有見麻疹樣發疹，玫瑰疹，出血斑點，糠狀鱗屑等。恆有高度發汗及關節腫痛。熱型無定

，或弛緩或間歇，有時在死前現過高熱，達四十一度以上。

(五) 其他各器官障礙 脾腫極見之，但不甚。消化障礙，除嘔吐外，有食思不振，及便秘，時見輕黃疸，腹肌緊張故腹部陷沒如船底狀且抵抗極大，因之大小便益見艱難，全身營養著衰，骨立形消。呼吸器方面，恆併發枝氣管卡他及卡他性肺炎(嚙下性)呼吸略促迫，但仍正規。泌尿器之故障較少，有時現多尿症，熱性蛋白尿，玻璃樣或圓柱體及一時性糖尿等，雙腎反應陰性。至意識瀾濁時，則起尿閉症及尿失禁，遂至起續發性膀胱卡他。循環器被侵較少，有時見急性心內膜炎，脈每頻數，如腦內壓亢進時則緩徐，血液所見，示白血球增多，但嗜伊紅細胞則減少或消失。

經過 無定，中等症約二至四星期，重者在一二星期中死亡。其變型症有五：一、電擊型，突起頭痛吐瀉及惡寒戰慄而發熱，數日甚至數小時而死。多見於小兒。二、輕型症，頭痛及項部強直極輕，無角弓反張症狀，不數日而康復。三、頓挫型，初雖重而其後即好轉者。四、持久型，一般症候弛張，經過六至八週，衰弱以死。幸而治愈，每遺慢性腦水腫，取長經過者，一般多取間歇型。

診斷 近年來醫界曾盡力研究此病之診斷，以期能確定辨認腦膜炎及其種類，茲分條詳述如下：

一普通情況 發熱，頭痛，譫妄，項反縮，肌頸及強直等為最重要者，腦脊髓膜炎熱所

顯之脊部症候較他病所顯者顯外顯著，惟須注意有一種腸熱病及大葉肺炎甚似此病。

二特別情況 (甲) 叩匿格氏徵，尋常人仰臥時，若將大腿豎起與腹部作直角式，其小腿亦可自由豎起，與大腿成一直線，惟患腦脊髓炎者則因屈肌大縮，故小腿不能豎起伸直，與大腿作一直線，是謂叩匿格氏徵。(乙) 布辛司克氏徵，若將頭下彎至胸，致腿之體(碎)兩膝關節皆屈起，又將一腿屈起貼軀幹，致彼一腿同時亦屈起，是謂布辛司克氏徵。

預後 病之流行時致命之數自百分之五十至於百分之七十甚無定。小兒因此致命者較成人多甚。愈早治療愈有希望。

入中中衝二穴，以手重摺之，出聲者可治，否則危險。

患者男左女右之拇指握拳時，在外男順女逆，拇指在內者女順男逆，在中食二指中者不治。

預防 患者須隔離，除醫士看護者及一二至親外不可與他人相見。吐出物及用其衣服須嚴密消毒。預防注射，效力尚不確實。

治療 病者宜靜臥，臥室宜暖，一切激惹須除去，床脚可墊毛氈，免使震動，患者頭部須貼冰囊，脊柱亦然。食物宜取流動性，以消毒後之冷牛乳為最佳。水宜多飲。

(一) 經水

頭部——百會、水溝、風府、風池。

背部——大椎穴起至至陽穴止各椎刺出血。

腰部——命門、腎俞、腰俞。

手部——曲池、曲澤、外關、後谿。

足部——足三里、環跳、風市、委中、承山、陰陵、陽陵。

腹部——上脘、中脘、下脘、天樞、氣海。

(二) 治療技術 第一法 醫者診斷定患者為腦脊髓膜炎後，首先消毒，先針水溝、風府、風池，及背部諸穴出血，休息一下後再酌針他穴，因患此病者為小兒，且多起病多日方請施術，醫者按穴施術可不問是否凝麻，即問病者亦不能答，如臨穴正確，手術精巧，當生效力，針後所用之針用沸水煮沸二十分鐘，拭乾，方可放入針筒，與他人施術，否則為害不淺。如病尚未全治，當繼續施治。張南田君於二年內治愈本症千人以上，昭萬試萬靈，幸勿忽諸云。

第二法 用強的刺戟力刺水溝出血，強的刺戟力刺印堂、百會、大椎、至陽、命門、風池、風府，及用中的刺戟力刺巨關、中脘、曲池、陽陵等穴。

治驗例 重慶民生路沈迪安牙醫師於民國三十三年三月十八日，餘余到治其六月大的兒子之急症。據稱昨午起忽發高熱，常常啼哭，繼而眼向上視。頸微向後，狂燥不安，面色難看。曾請人檢驗血液，但尚未得報告云云。為之數十餘針後，大哭一場，即發大汗。二十



魏氏醫師到治氣管炎病時稱，其子刻被針後熱即退，神識漸安，眼不上視，病即霍然。嗣得檢驗報告爲腦膜炎病云。鍼灸真醫得病救得命啊。

### 三 脊髓疾患

#### 急性脊髓炎

原因 急性脊髓炎之累及脊髓，或有限，或彌散，或以灰白質之受累爲主，或白質一併受累。就所見者而論，則有以下之區別。(一)爲獨立性病變，隨受寒或過勞而起，致精力迅速消失，而顯與急性上行癱瘓相同之症候。有若干病案常爲脊髓前灰白質炎之廣布的急性類。又有爲急性出血類兼高熱者，其與他類之關係則無定。(二)爲傳染性病之繼發性病變，如隨痘症、腸熱、麻疹、或淋病之後而起者是。(三)有外傷之結果，如脊骨折及用肌力十分過度而致者是。脊髓受震盪而未致骨折，亦或能致此。惟甚罕。例如因火車退險，受傷而致此病者，實罕有也。(四)因脊骨病如骨疝或疝而致。但此爲局部的急性橫截性脊髓炎之病原者，較爲彌散性類之病原者多。(五)脊髓本身之病如瘤，或梅毒所致。梅毒性病有兩類，一則與樹膠樣腫併顯，此係晚期性類，一則在原發性傳染病發顯後一年至一年半之間即死。

## 病理解剖

凡局部急性脊髓炎之累及灰白兩質者（例如在受外傷及急性受壓後所致者）脊髓膜而軟膜充血。髓質較常軟，用力切開髓膜時，有半溶解髓質流出。而病勢較輕之類，苟切開患處，則或灰白二質之區別極不明顯，有顯急性出血性脊髓炎之徵象者。

## 症候

一急性瀰散脊髓炎 此係流行性脊髓灰白質炎之一類，並有隨梅毒或其他傳染病而顯或由外傷或癩蔓延而致者。此類之發端，雖不似出血之驟突，然有時亦或甚驟。病者或在行路之際，突然患此而不能歸家。有時病起之前，或有腿或膝痛，或束帶感覺為其先驅。更有先顯寒戰或驚厥者，病初起時大抵發熱。每先不甚高而後逐漸增加。

運動官能之喪失迅速，有時與急性升癱運動官能喪失之速相等。所顯之截癱或係完全性，苟其脊髓炎蔓延至頸部，則或致上肢之運動官能亦受累，終則或致完全喪失。感覺亦喪失，惟初起時或過敏。反射初期增加，惟在急性中央性脊髓炎，則除患處以胸頸兩部為限者外，大抵反射皆喪失。膀胱及直腸皆癱。營養之受擾甚顯著。肌速消瘦。皮多充血，或且顯局部性之出汗。受累之肢之溫度或減低。濕及腫等處或患急性臥瘡，更有顯多數性神經炎者。此病之急性病類之全身症狀每漸劇烈，脈搏、舌乾、有譫妄、發熱增加，甚或升至百零七八度。（四十三度）

病程大有異同。最急性類，五至十日內致命。繼傳染病如各種熱病或梅毒而起者，或不致如是之速。

二急性橫截性脊髓炎 此類之症候則依損害之位置而大有異同(甲)胸部之急性橫截性脊髓炎 胸部係最常見之損害位置，頗甚特殊之情形。病起時之症狀甚無定。或腿先現痛，或有麻刺感覺，及微刺痛感覺。漸或迅速發顯而於數日之內完全性癱。然有腿之痛，重而呆鈍諸覺為其先驅，經一二月者較常見。下肢或患之癱瘓係全癱。苟其損害在第六胸脊椎骨之平段，則腹肌亦受累。感覺之喪失或屬完全性或否。初起時腿有麻刺感覺，及微刺痛感覺，甚或感覺過敏。與損害之平段相齊處，每有感覺過敏之帶(此可用熱水盛于試驗玻管，置脊上，漸向下移以試之，玻管遠感覺漸微弱時，則病者之熱覺一變而為痛)束帶以覺之發顯或甚早，苟損害在胸脊部，則每即於胸骨尾及臍之間。反射功用之受累甚有異同。初起時反射或完全喪失，繼則由損害處下各脊髓段經過之反射或過敏，而腿腳強性強硬。然此等反射過敏非必常有，蓋慮完全橫截性損害則反射常完全喪失也。至於此完全喪失非原由的腦受刺激所致，則可由該喪失之屬持久性為證者也。肌漸變而弛緩，消瘦，且失對於法拉允電之屬激機能，括約肌之緊張力亦喪失。癱肢之溫度甚無定。初或升高，繼則降而較常度低，皮之損害不少，以瘡常見。尿分泌初則留滯，繼則因羣集而不結，苟腰脊髓之膀胱中樞受累，則病起時即有膀胱症狀。尿之反應屬鹼性，或速變阿母尼龍性。大便常秘結，且時或不能自禁。

完全橫截性脊髓炎之病程，大抵依病原而異。致命之故，或由於病勢之遷延。若干存

髓段有時或完全且恆久破壞，如此則所患之截癱恆久不癒，損害處下之大腸背束纖維顯積萎性變性，而後中雨索（柱）則有上行性變性。苟若干下脊髓段受累，則腰或恆久強硬。有時胸部之橫切性脊髓炎累及損害處上下之前性（前角）而致肌弛緩或稍現，纖維性收縮及戀性反應。而較為多見者，則係纏綿多月之類。則或輕或重之肌強硬變局腓肌之強硬該持續的變弱。

(C) 頸部之急性橫切性脊髓炎 苟損害在第六七頸神經之平段，則顯上肢麻，多少屬完全性，惟有時肘肌竟不受累。感覺之喪失逐漸呈顯。凡損害處以下，大抵完全患癱，至於僅係臂受累者則甚罕。除上述之各症候外，尚有數狀，係頸部橫切性脊髓炎之較為特殊者，例如嘔吐，呃逆，肢攣連（如僅有二十或三十至是）瞳孔縮小，有時發喘，呼吸困難或量厥是。

診斷 診斷此類急性脊髓炎不難。其與急性上升癱瘓及多數性神經炎之相同處係驟速及進行性癱。而其與上升癱瘓之異點則係感覺之受累較顯著，營養紊亂，膀胱及直腸之滯，迅速的肌消瘦，電性改變及發熱，惟其與多數性神經炎之急慢癱之區別，則較難，蓋多數性神經炎雖罕顯感覺完全喪失，然其急性類別，亦或有昭著之成癱症狀也，惟多數性神經炎之消瘦不如是迅速。則脊髓炎膀胱及直腸受累（惟例外之類則亦或受累）而最要之點，則為營養改變，生大飽，臥疔等等，蓋此皆非多數性神經炎所有者也。

預後 西醫謂急性脊髓炎，無後遺之藥，預後不良，無全消之望。鍼灸治療預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術十條次，當可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 委中 環跳 腎俞 腰俞 風市 陽陵 絕骨

次要經穴 崑崙 足三里 太衝 上脘 次髎 下髎

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為脊髓炎後，如大腿痛，則刺委中穴，使腿麻直達腰背，再刺環跳，陽陵，風市，陰市，足三里，絕骨等穴，俱用雀啄術，刺痛可止，麻弱感覺消失。再在腎俞，腰俞，八髎等穴各刺一針，用雀啄術數分鐘後使腿麻直達大腿各處，則疼痛，癢癢諸症候，即可減輕。倘檢查患者完全無熱再在腎俞八髎等穴各灸五六壯，收效更大。

又手臂亦有癱瘓症候，加刺肩髃曲池合谷，尺澤，曲澤，等穴，膀胱直腸皆癱，則加弱氣海關元長強三穴。患者甚耐求治，本病極易痊愈。

食餌宜取富滋養易消化之液體物，牛乳最良。咖啡茶，葡萄酒，酒精，宜禁忌。每日注意便通，以促便之目的可食煮熟之果實，如蘋果，梅，梨等。

治療原理 脊髓發炎時，軟脊髓膜見有充血，細胞浸潤，滲出等變化，而於神經線下

腔，則可見化膿性或粘液性滲出物，炎症機轉波及脊髓根或脊髓邊緣等。西醫於脊柱貼以冰囊，或塗擦水銀軟膏，蓋欲使炎症減輕，患者不感太苦耳。然不如針刺之速效。且無副作用。蓋刺委中穴刺激力適度，能使脊髓炎熱度減輕，刺陽陵風市環跳足三里絕骨刺戟力由下肢反射到脊髓，麻刺及痛等感覺定能消散。癱瘓無力，得以改變。再在腎俞腰俞八髎等穴針灸之直接影響脊髓神經之分支，如刺戟力適度，種種症候，可一掃而空。針是刺戟神經，灸是旺盛血行，內外夾攻，炎症乃去，而病獲愈矣。

治驗例 惠州爾雅巷十四號謝海如師母，患急性脊髓炎凡二十天。初兩下肢刺痛，繼腰部背部痛，兩上肢痛，手與脚不能動彈，完全癱瘓，痛苦不可言喻，喫藥甚多，功效未見。民國二十四年一月十一號承羅文清牧師介紹坐轎到余分診所求治，余按上列方法為之施術，立即解除痛苦，可不用坐轎行回家去，見者莫不驚奇。

## 2 脊髓癆

原因 本病與梅毒有極大關係，徵之統計益明（大約六二%）然其關係如何，則尙未明瞭，蓋脊髓癆不得謂為脊髓之梅毒，徵之解剖變化，及驅梅毒法之無效而知其然也。一說梅毒後發生脊髓癆，恰如白喉後麻痺相似，因其毒素（梅毒產生物）而發生神經性後貽病云。通常梅毒成癩後十年或十數年，有時一二年之後，即發生本病。驅梅毒法之不完全，使本病

容易發生，且不獨後天性梅毒爲然，即先天性者亦爲本病原因，同時呈 Wassermann 氏反應。麥角，腐敗玉蜀黍中毒，過度吃煙等，亦發類似本病之症，所謂中毒性脊髓癆是也。其他傳染病，（肺炎，白喉）外傷（脊髓振盪）感冒，身體過勞，房事過度，頻回分娩，久時授乳，津液亡失，亦爲本病之誘因。本病每見於中年（三十至四十歲）之男子，女子爲稀，而以都會之商民官吏技師醫師上流社會者爲多。

**病理解剖** 本病主要之解剖變化，在脊髓後索，狹小扁平，呈灰白色而硬化，（灰白色變性）此病變化實因神經實質，（傳導纖維及神經細胞）之原發性變性，及間質纖維性增殖而成。故本病爲脊髓神經纖維之變性的變化，非炎症的變化也，但神經變性之起始，非自脊髓，實自椎間神經等細胞始，蓋細胞之突起，分兩枝，一枝至末梢神經，一枝達脊髓後索，因細胞之病的作用，其脊髓枝亦變性萎縮，故脊髓後索呈變化。當脊髓硬膜切開時，即見灰白色之線條，自脊中下方向上，漸次狹小，隱現於軟膜下，但軟膜後方肥厚時，則其纖維不能透見。試檢脊髓橫斷面，見後索呈灰白色而稍透明，在腰髓或胸髓下部，則 Baruch 氏索及 Goll 氏索俱被侵害，至上部頸髓，則僅限於 Goll 氏索，但有所謂頸髓癆者，於疾病初期，其頸髓後索前部呈灰白變性。脊髓後根亦狹小呈灰色。其甚者此次灰白線條，出現於第四腦室，及四疊體等處。顯微鏡下，見檢索神經纖維消失，間質增殖。呈纖維索性構造，或包含脂肪細胞及澱粉樣體，血管肥厚而處處閉塞。

症候 種種不同，因患部之廣狹及強弱而異。惟其主要病變在後索，故有特異之症候

。Rosen氏區別本病為三期。

第一期神經痛期共同機變調前期，其緊要症候，為神經痛樣疼痛，及膝蓋反射消失，瞳孔變化，視力障害，（視神經萎縮）知覺障害（帶狀感覺知覺異常鈍版）膀胱直腸之障害，關節變形，胃病發作等症，此期之經過為數週或數年。

第二期共同機變調期，漸於下肢發生共同機變調之症，經過亦數年。

第三期癱瘓期，患者步行不能，常就臥褥，而發褥瘡，膀胱炎，膀胱麻痺，等症。試舉其症候：

（一）反射障礙 膝蓋反射消失，即McKenzie氏症候，為本病初期必要之症，若此反射存在時，則本病之診斷不確。惟頸髓病則此反射存在，蓋本症之現出，以神經後根變性，而反射可斷絕故也。其檢查時，須屬審注意，使患者緊握兩手，或以他法誘導其意向，俾膝部完全弛緩則檢查正確。

（二）眼的變化 瞳孔狹小如朝針頭大，是名脊髓性瞳孔縮小症，其瞳孔對於光線不呈反應，即無論明暗，不變其大小，是名反應性瞳孔直症，為本病初發時緊要之症候，且於他病不常見者，但其瞳孔調節作用，則依然存在。對於遠視則擴大，對於近視則縮小，據Rosen氏之說，健康者頰部皮膚，與以疼痛刺激，則瞳孔散大而本患者則無反應，以瞳孔知覺反



慮消失也。有時瞳孔不呈正圓，或左右不同，或瞳孔廣徑左右互相變換，所謂變換瞳孔是也。往往動眼神經外旋神經滑車神經發生麻痺，而呈眼險下垂，斜視複視等症，或以視神經消削，而現視野狹小，辨色力障礙之症。

(三) 共同機障害 為本病必發之症，初現於下肢，其步行特異，是謂共同機障害性步行，患者展開兩足；以踮投地而闊步，呈蹣跚狀（一名鴉步）使步行一直線上，則運動拙劣，或致不能旋轉身體，昇降階級，及閉目步行時，其共同機障礙更形顯著。臥位閉目之際，使足尖畫圓，則呈不正多角形。若使閉目以偏側之足踵置於他側膝蓋上，則踴躍難行，病榻更趨使患者閉目直立，並其兩足，則身體動搖，呈傾倒之勢，是名 *Robert's* 氏症候，其上肢亦發共同機障礙症，使患者閉目以兩手之指尖相接近，則不能遇合，或使患者穿絲於針孔，或以手指觸耳鼻，亦能發見其運動異常，蓋共同機障礙，即為知覺障害之結果，足蹠之皮膚，深部之肌肉施筋關節，俱呈知覺異常，遂不能監視肌肉之運動，斯不能維持身體之平均，而脊髓反射徑路之障礙，亦為其一原因也。共同機障礙，而筋肉之力絕無損傷，亦無電氣變性反應，有時末稍神經或脊髓前角，被其侵襲，則發麻痺，（腓骨神經為多）而筋肉瘦削，電氣變性異常。

(四) 皮膚及筋肉之知覺障害 知覺異常為本病之固有者。蓋本病之機轉多在脊髓知覺部也。其中知覺性刺戟症候，即神經痛樣疼痛，每發本病初期，其疼痛劇甚，為發作性，或

爲電擊樣，此處彼處，倏忽變換，胸圍或腹圍，時發疼痛性帶狀感覺，其皮膚之知覺過敏，對於寒熱爲甚，故患者不耐溫浴，皮膚知覺亡失，於下肢足趾最著。步行之際，其履毛氈或橡皮靴之感，於尺骨神經領域內（第四及第五指）亦現此症，此時尺骨神經，對於壓迫無感覺，是名尺骨神經現象。其知覺脫失，初爲一部位性，時期漸進，則呈完全性。試以針刺其皮膚，則瞬間毫無感覺，數秒之後，始感刺戟，是名痛覺傳達徐緩。又以針尖刺戟其皮膚，其初僅感觸接，或輕度之疼痛，數秒之後，更呈強度之痛覺，是名重複感覺。或使患者閉目，以一針刺戟其皮膚，則感多數之刺戟，是名多感症。疾病進行，則壓神溫神俱呈障礙。其最著者爲肌神，使患者瞑目，而移動（他動的）其四肢，則不知運動之大小，及手足之方向，以肌神經障礙故也。

（五）膀胱直腸及生殖器障礙 膀胱及直腸之求心性纖維，經過脊髓後索，故本病常發糞尿排泄之障礙，便閉或失禁，尿閉或淋瀝，此膀胱麻痺或發於本病初期，而誘起尿腐敗得瘡等危險症候，生殖機能之障礙，多發於男子，疾患初期，往往色慾亢進，其後陷於陰萎，而女子則無此症。

（六）內臟發症 各臟器突然發生疼痛及機能障礙，其最著者爲胃臟，胃臟發生強烈之胃痛及嘔吐，持續數日間若反覆發作，則患者體力衰弱，有時僅發胃痛，或無痛性嘔吐，故不知者往往誤診爲慢性胃疾患，而加以胃病之療法，迨後始知其原因在脊髓病也。其他有腸

發症，（痲痛下痢）咽發症（咽下困難）喉發症（呼吸困難）腎臟發症（腎石、痲疹、痛、蛋  
白尿）心臟發症（狹小症，心悸亢進）視神經萎縮，亦為內臟變狀之一，檢其眼底見視經乳  
頭呈髓器樣白色，而患者漸次失明。

（七）營養障礙 骨及關節為多，骨質脆弱而易骨折，關節病多發於膝及股關節，所謂  
脊髓癆性關節變狀是也。其初僅大量之漿液性滲出物，積蓄於關節內，漸次關節縮消劑，關  
節甚肥厚，外觀呈關節腫脹之狀，而疼痛缺如，此關節症後，腫脹消散，則遺留膝後變症。  
其足背肥厚隆起，而足蹠平坦，是名脊髓癆足。稍一失足，即發斷裂，足蹠之趾球或足跟，易  
生圓形潰瘍，或發足穿孔症。其他有爪甲肥厚，齒牙爪甲及毛髮之脫落，偏側舌萎縮等症，若  
血管運動及分泌障礙時，則皮膚之色澤及溫度呈變化，而發多汗症，唾液及淚液分泌過多症。

（八）腦症候 本病經過中或併發痲痺狂，或於痲痺狂經過中併發本症。

（九）脊髓液之淋巴球，較健康者約增加十倍。

經過 慢性，五十年或數十年之久，若下肢共同障礙甚時，患者不能步行，因軀  
床褥，脚部成不動性萎縮，有時起卒中狀發作，而遺留偏癱症，惟易消失。若原因於腦動脈  
血塞之偏癱，則長時存在，患者往往因偶發性疾病（肺炎，肺癆，脚氣）或敗血症尿腐敗症  
脫力致死。然突然陷於昏憒狀態而死者有之。

診斷 注意其緊要症候，如膝蓋處反射消失，瞳孔強直，共同機障害，*Waller's* 氏症

候等，容易診斷。

鑑別診斷 脊髓炎 一知覺異常，於脊髓病則在足趾，及尺骨神經斷域內，於脊髓炎則在本病灶以下部，二脊髓病有神經痛樣疼痛，髓孔異常，視物經過困難等症，脊髓炎則無此症候。三腿反射，在脊髓病則消失，在脊髓炎多亢進，四脊髓病之步行為共同攔失調性，於脊髓炎為麻痺性。五脊髓病有關節痠軟及足穿孔等症，脊髓炎則易發褥瘡。

預後 西醫內科書謂：「於生命無直接之危險，然為不治之疾患，故預後不良。」鍼灸治療，能夠治愈。

治療經過 視症候之輕重，患病之久暫而定，大抵施術三四十次，當可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴，腎俞 陽關 腰俞 上髎 次髎 中髎 下髎 環跳 委中 風市 陰市

絕骨 陽陵 崑崙 太谿 太衝 三陰交 承山

次要經穴 足三里 關元

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為脊髓病後，宜對患者說本病吃藥無效，鍼灸能夠治愈。惟須忍耐，耐痛，來治二三十次。耕田不然，以不醫為是，免浪費金錢，聽了刺痛。倘患者堅決信仰，乃為之施術。

先須決定患者要施治若干次方能治愈，而計每日應針灸何穴？如患者可多受針，則每天

爲之刺腎俞，陽關，腰俞，環跳，委中，風市，陰市，陽陵，崑崙，太谿，其餘之經穴，酌量取用可也。

刺針時須用輕雀啄術，刺三四針後，即須休息一下，然後繼續，連續刺針，恐患者受不了也。

如患者無熱，腎俞，腰俞，陽關，八髎，可以間日灸治，倘患者怕痛又不計醫費，與治療時間，改用太乙神針灸治亦可。灸至有熱時，停數天不灸，只用針刺。

醫者先列出患者之症候於冊，先設法剷除最難堪之症候，（如痛）然後及其他，以堅患者之信仰，倘施治數天，未見大效，當設法解釋患者之疑惑，俾續來治。如患者能耐痛有耐心，病可治愈。

治療原理 本病解剖的變化在脊髓後索，呈灰白色而硬化，自椎間神經等細胞始，追病期較久，尚有後根之變性，及脊髓神經節之變異。此外則其內生性纖維亦變性，視神經萎縮係常見之徵。他腦神經亦或變性，而尤以第五對及其節爲然。我刺腎俞陽關腰俞八髎等穴，直接刺達到脊髓，可以制止神經痛樣疼痛，刺環跳委中，陽陵風市等穴反射到脊髓可減輕共同機障害，再在腰部荐骨部長期灸治之，旺盛其血行，疏除脊髓內外之種種障礙。有三十次之多，脊髓癆之癒治愈，自是意中事也。無怪國立北京醫學專門學校教授朱其翔先生對於本病謂：「灸法（火點）當脊髓傍神經根之出發點，施以燒灼法，爲有效云。」

治驗例 廣西懷集梁翠潤君於民國廿三年三月起忽發神經痛樣疼痛。疼痛劇甚，爲寬  
襲樣，爲發作性。繼而腿反肘消失視力障害。請當地名醫診療，疼痛停止，而兩腳痠軟，行  
步不能。乃吃補氣血藥無數，但未見效。民國廿四年春來省就醫，又經十數位名醫治療，病  
仍如故，承廣東中醫學校學生朱煜亮介紹，乃於三月廿五號起來診，則見患者面色青白，須  
扶杖又須一人扶持，方能行數步，腳趾與腳踵弛緩，步行特艱，閉目直立，並其兩足則身體  
動搖，呈傾倒之勢。大便如常，惟小便西醫檢得有蛋白，以針刺之，瞬目間毫無感覺，後始  
感覺刺戟。治療二十二次脚與腿感覺有力可扶杖而行，續治又十二次，病者乃回鄉靜養。二  
十六年春三月朱煜亮先生來所談天，據稱梁君潤翠現在行路與常人無異云。

#### 四 末梢神經疾患

##### 甲 運動神經疾患

##### 面神經麻痺

原因 本病之原因關係與神經炎大抵相同，列述如次：(一)感冒。(二)中耳疾患。  
(三)顱蓋底之腫瘍或腦膜炎(梅毒性或結核性)。(四)外傷。(五)他種疾患。(如多  
發性神經炎，青年性肌肉萎縮之類)之一分症。

病理解剖 本病解剖的變化，尙未詳知。蓋因本病非致死之疾，且毀傷死者顏面，爲人所嫌忌故也。其重症者見神經髓鞘及軸索消失，顏面肌呈脂肪變性。其輕症者，僅見血管過度充血，神經襖膜有少量之滲出物，及神經纖維之壓迫症狀，而神經變化不著明，故治愈亦速。

症候 而神經麻痺雖多起於片側（面神經單麻痺）而病灶部位苟在中樞（腦橋）則可發生兩側性麻痺。核上性麻痺（如卒中時之麻痺）之所以不易發生額肌眼肌閉鎖肌麻痺者，因此等肌肉受制於兩側半球所致。

茲將完全末梢性面神經單麻痺之症候，備述如次：

前額：麻痺側之前額平坦，不能作皺裂。

眼裂：闊大而不能閉鎖，（兔眼）苟欲努力閉鎖，則眼球上竄，露出白色之鞏膜，是曰兔眼現象。淚之分泌雖多減退，然亦間可增進，以有瞬目障礙，故患者每多流淚。又易發結合膜炎或角膜炎，要亦與閉鎖障礙有關。

鼻：鼻孔不能閉鎖，鼻尖偏向健側，鼻唇溝消失。

口：常向健側，麻痺側之口角下垂，故成歪嘴，苟令張嘴，則其關係，更爲顯然。

唇舌障礙，吹火吐唾，皆不如意，病者試作露齒運動，則僅見健側口角之外向，咀嚼之際，頰肌甚易嵌入齒間，食物亦極易滯於前庭，（卽頰齒齧間）

麻痺之重且久者，麻痺肌肉，可發痙攣，經久不消，亦有刺戟鼻部，始發痙攣者，更有當努力閉眼之際，可見口角牽動（共同運動）者。

口之傾斜，既如上述，舌之位置，亦復傾斜，苟用他助的方法，矯正其口，同時亦可見及舌之偏正，此與舌字神經麻痺不同者也。

在鼓索神經出發點以上，腫狀神經節以下之處，如有病變，則可於麻痺側舌面前三分之二部，發生感覺障礙。

聽覺障礙：重聽或聽覺過敏等障礙，可由聽神經之障礙或鏈骨肌之麻痺與夫鼓膜張肌之抵抗作用發生。

唾液分泌減少，由於唾液分泌纖維之麻痺，餘如多汗或無汗亦往往見之。

疼痛：在本病初期，每發疼痛，以混有三叉神經纖維，或同時損及知覺神經之故。

經過：疼痛大都起於倉卒，輕症數週可治，中等症數月可治，重症者一年半纔始能告痊。大凡變性反應愈著者，其治愈益難。

診斷：熟記本病症候，診斷不難。

預後：西醫曾載由中耳炎或腦腫瘍者，預後不良。

麻痺後經過八至十四日電氣興奮性能復歸於正者，預後良好。

如有變性反應發生，則預後即屬難言，縱能恢復，亦非經過二三月不可。針灸治療預後



佳良。

治療經過 視症候之輕重，患病之久暫而定，大抵初起者施術五六次即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 地倉 頰車 懸壺

次要經穴 陽風 水滸

(二) 治療技術 醫生診斷定患者爲面神經麻痺後，叫患者頭靠在牆上，或睡在牀上，使不致移動，乃用雀啄倍，針反對側（明右者左面有病，須治左面，明左者，右面有病治右面）之地倉穴，隨針類車聽會醫風水滸穴，俱以患者感覺麻痺，如電之通上達下，方生效力。針後切薑片一分厚置地倉穴上，上置艾絛如棋子大，點陰火燻燒，至患者不能耐時即除去艾絛，續灸三四炷，續在頰車聽會醫風穴上亦各灸三四炷，灸後口角當可剋正不少，顏面亦無未治前之感。 (水滸穴無灸，灸則有大害，或可殺人)，如一次不能全治，則繼續治療一二次，以全治爲度，倘灸後起水泡，當刺穿之，使水流出，敷以溫暖（不可太冷）之生肌玉紅膏使結痂痊愈。

治療原理 面神經從第四腦室底——即延髓之上外側顏面神經核而出，爲主宰運動之運動神經，分布於全顏面之筋，（但除上眼瞼舉筋及咀嚼筋）與口蓋筋，鰓狀舌筋，二腹頸筋後腹，馬錢骨筋闊頸筋等，而司其運動。茲因某種原因，而發生麻痺，面引向健全方面，

眼瞼收縮不完全，且口角傾斜，咀嚼食物時食物集中於口中之一側邊，而下嚥困難，言語不規則，唾液減少等之症候。用藥治之者，蓋欲興奮其機能，制止其牽引，惜現未發明有特效藥，普通藥不見有效。電氣療法者，電常及全顏面，而不能專電面神經，故亦未能收治效。蠶針水溝穴，針灸地倉頰車聽會翳風四穴，俱對正面神經下針而能使患者感覺痠麻如觸電般，向上下左右放射。顏面神經經針灸之一再刺激，當能從而興奮，而恢復其機能。獨能一恢復，麻痺症候消失，而病痊癒矣。事實如此，理亦能如是吧！

治驗例 患者羅仲儀，廿四歲，與甯人，曾在西醫院學醫一年。近來廣州謀事，寓廣衛路新月旅店。廿天前，忽患面神經麻痺，初覺疼痛，繼口眼向右喎斜，約斜七八分度，講話困難，口角流涎，眼大不能閉鎖。當即到某大醫院請某醫師治療，吃藥，注射，電療，凡十五六天，未見有效。後改延中醫治療，吃藥四天後，病仍如故。聞余虛名，於廿五年九月廿八號到所求治，余按上列經穴針灸之，病即除去五六，繼續治療三次，而病告痊。患者及其友人謝鴻藻君見鍼灸治療如此靈驗，乃請余面授鍼灸術，現已畢業許久，治愈疾患無數矣。

## 2 面神經痙攣

原因 在面神經之皮質中樞，橋核，或其末梢有直接刺激時，或在口眼等部，有疼痛

性疾患存在之際，或有三叉神經神經痛，均可由反射作用發生本病。

在癩躁病、癩痢，破傷風，本病可爲其一分症，自不待言。凡有神經性素質者，亦易發生本病。

症候 此類癩瘰有時只累及眼四圍之肌，名眼臉癩瘰，故眼輪匝肌有持續迅縮之縮動。倘覺羞明，或成強直性縮類。而較常見者，其癩瘰累及面側肌及眼肌，致面肌有持續的顯縮兼眼臉半閉。額肌受累者罕。病勢較重者，則三角肌（降角口肌）頰肌（提下脣肌）闊肌（胸鎖肌）俱受累。此類癩瘰大多數常限於面之一側，惟間有屬兩側性者。當顯情感或而隨意運動時，則其癩瘰增加。依常例論，大抵不痛，但第五神經通過之路徑，或有觸痛之處，而尤以眶上枝處爲然。強直性癩瘰或隨而肌癱而起，受寒有時亦能致之。

診斷 熟記本病症候，診斷不難。

預後 西醫對於本病，謂無法能情。鍼灸治療，必能根治。

治療經過 親患病之久暫而定，大抵初起者施術十次左右，可以治愈。

治療（一）經穴

主要經穴 地倉 頰車 睛明 攢竹 頭維 聽會 腦子髁

次要經穴 聽宮 耳門 臨泣 合谷

（二）治療法 醫者診斷定患者爲面神經癩瘰後，令患者側坐，頭靠壁上，在「癩瘰

而」之耳門聽會聽宮、頰車等穴，（不強禁一邊可不刺）各刺一針，使成痠麻，乃用雀啄術，約二三分鐘久。刺針入穴時，手勢要輕，要慢，蓋太重太快，患者不能耐。休息一下後，令患者正坐，頭可靠牆間，以免動搖。先在「患邊」之頭維穴刺一針，如刺對神經，當如觸電般放散到後頭，刺痛即隨放散竹地倉睛子髎等穴，痲入眼中，俱用雀啄術，凡二三分鐘久，至此痲覺當可制止矣。萬一頑固甚，尙未見效，當賜患者繼續來治。忍耐求治，必可根治。

又初刺時神經痲亦不成疼痛，刺了數次後，神經醒覺，逐漸成痛，倘患者不能耐痛，往往只痊愈七八成，不能全治。

本病只用鍼刺，可不用灸治。

又本病天天來治，或隔一天來治者，疾病易愈，間隔太久方來治者，收效甚難。

治療原理 痲痺、搐搦，的疾用藥治療極成困難，緣痲醉藥，鎮痛藥，只可收效一時，藥力過後，痲痺如故。茲用針直接刺戟顏面神經，用雀啄術以打散，制止之，如果手術適合，症候甚輕，往往針刺一次，即達目的。假如頑固難治者，天天或隔天刺戟之，日積月累，痲痺亦可逐漸減輕。迨刺戟力達到完全制止的時候，病便痊愈了。

治驗例 香港西營盤救恩堂教師曾君恩蔚，患本病凡三十五年，初患痲疾，綿綿甚久，繼覺耳內似有一點物顫動，漸顫動至耳之四週，繼而眼輪市肌，有持續迅速之顫動，成強直

性羸縮，而肌亦有持續之節動，兼眼險全閉，眼常羞明流淚，久之降口肌，提下唇肌，闊肌，俱受累。頤之左方如鐵團堅繞，而之左方如塗香糊然，經西醫中醫按摩電療精神種種療法，功效未見。前年春到余廣州醫所求治，經余按上述方法施治數次後逐漸即止。但停了數小時後又如故。中間因中日戰事影響中輟者數次。去年九月再在本港繼續來治，計凡廿餘次，現現雖已全止，眼險全開，諸症如掃，卅餘年之痼疾，根本痊愈。余之打破世界治療紀錄此其一。

### 3 三角肌麻痺

解剖 三角肌大而厚，以形命名，遮覆肩關節，起於鎖骨上面及前緣三分之外一部份，且起於肩峯上面及外緣，並肩脚岡後緣之下唇直至其內側端之三角處。其纖維由此漸聚，至止端合成厚繩，麗於肱骨體外側正中之凹面，且另生一枝至臂深筋膜。神經：係第五六頸神經，藉腋神經運助之。作用：主提臂由體側向上至與軀幹成直角，前纖維索臂向前，後纖維索臂向後。

原因 膊神經麻痺，外傷 神經炎肩脾關節風濕症，都可為其原因。間有如中樞性麻痺之一分症者。

症候 上膊上舉困難，為本病唯一症候，如麻痺限於三角肌之前部，則上膊不能向前內

側上舉，如麻痺限於中部，則難向外側上舉，麻痺限於後部。則難向後上舉。

上膊上舉困難，雖如前述，然由大胸肌，僧帽肌等作用，間有可舉至相當程度者。

診斷 熟記本病症候，診斷不難。

預後 藥治不易痊愈。鍼灸治療，易如反掌。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術三五次，當可痊愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 肩髃 曲池 中渚、天應 尺澤

次要經穴 肩井 合谷 手三里

(二) 治療技術 醫者叫病人舉手，於起舉時三角肌中之感牽掣刺痛處，醫者以毫針直刺之，如感痠麻，用雀啄術二三分鐘久，可上舉不少。再於針柄上，燃艾絨而燃之，凡二三柱，如病處初起，往往只用此法即可痊愈。

倘用上法尚未見效，病者又是不能向前內側上舉，則刺肩井肩髃曲池合谷四穴。用雀啄術。

不能自外側上舉，則刺肩髃曲池曲澤，手三里四穴。亦用雀啄術。

難向後上舉，則刺肩髃，尺澤中渚曲池四穴。亦用雀啄術。

麻痺處，牽掣處，以菎片點穴灸治之，亦可見效。

治療原理 三角肌因某種原因而使上臂上舉困難，牽掣不舒。茲叫患者舉起上臂在未掣處刺一針使僵麻又用艾灸數炷，或在針頭灸數炷，障礙物作祟物自易消散，神經麻痺自易復原。追鍼灸手術（治療次數看症候如何）把障礙物打散了，病便痊愈了。

治驗例 廣州萬福路救主堂葉初生師母患本病凡數月，即右上臂上舉困難，舉至與腰平即感三角肌牽掣，刺痛，但無妨手之運動。屢治不愈，乃于民國二十五年十二月廿一日到余廣州醫所求治，余為之刺肩順曲池合谷三穴，右上臂即能上舉，前後左右運動自如焉。

## 書癱

原因 書癱多見於書寫為業之人，其原因在寫字過多，亦有因所用筆幹過於纖硬所致。然神經質與本症有密切之關係，餘如手腕疾患（創傷，骨膜炎，神經炎）間亦可為誘因。

症候 手腕運動在平時無所障礙，獨於行將執筆寫字之際，立即發一種痙攣，而以精神疲弱時尤甚。其痙攣多屬強直性，不特指關節手關節發生運動（屈，伸，內，外轉，）之所有各種痙攣。即前膊亦發前後轉屈，以是筆尖常直撞紙上或竟誤觸他處，亦有行將寫字之際，發生震戰（震戰型）或姿勢底痺型，致不能寫字者，間亦可發知覺障礙。（疼痛，知覺異常之類）。

診斷 應注意者，即障礙僅發于寫字時，此外手之運動無所障礙。

預後，西醫書載：「本病頑固難治，即治亦易再發」。鍼灸治療，可以根治。

治療經過 視疾病之久暫而定，大抵施術三十次左右，當可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 風池 肩髃 曲池 合谷 尺澤 少海

次要經穴 大椎 陰市 腕骨

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為書癱症後，令脫去內外衣，先在合谷腕骨穴刺針，次刺曲池尺澤少海肩髃等穴，休息片刻後，再刺大椎風池二穴，俱用雀啄術，只刺患邊（右手）已足，刺後即應休息，右手不要工作。本病惟有鍼灸（不用灸治）方有辦法，醫者當囑患者忍耐來治必獲痊愈。倘欲速愈醫者刺至深麻時，用雀啄術久些，患者須忍耐受治。

又要囑患者於早上或極精神時來治，晚間疲倦時施術，收效不易。

醫治時期內，中止書寫。

治療原理 本病為腦脊髓多發性硬化症，不用精神時手不顫動，偶一用腦書寫，手顫即發。茲刺大椎風池曲池合谷腕骨少海等穴，刺至深麻時用雀啄術數分鐘，一則制止運動神經之痙攣，再則使該神經健全，聽意志的命令，患者如忍耐求治，刺針時必一天比一天靈敏，一天比一天疼痛（麻痺日減），迫用了二三十次手術，完全健全了，寫字便不再痙攣了。

治驗例 本香港永樂街廣生藥伍策助先生患書癱病凡六年，平常工作右手不顫動，惟寫



字時，則震動甚，不能成字，民國廿八年九月十五號廣東廣州學員中大法科畢業生伍錦揚君介紹來治，一連施術二十次，便完全不癱瘓。當施術七次後，拿鉛筆寫字顫動不見，施術二十次後，用毛筆寫字都如常人一般，不再癱瘓了。

### 5 三叉神經麻痺

**原因** 此病因頭蓋骨之骨折及腫瘤，與夫梅毒性腦底膜炎，梅毒性骨膜炎等而發。且常與其他之腦神經麻痺同時併發。至其中樞性麻痺，因脊髓液脊髓空洞症，延髓球之疾患所致。

**症候** 此病多發於一側，其運動既麻痺，而知覺亦脫失，味覺兩覺及營養等均有障礙。一運動麻痺，以咀嚼肌之運動麻痺為主，故咀嚼時患側顳頰肌及咬肌不隆起，不強硬，下領懸垂，開口時微傾患側。其側方運動廢止，僅向患側移動，而不向健側移動。

**二知覺脫失** 患側顳部及顏面之皮膚，以及口腔，腦舌，與鼻粘膜等，皆知覺脫失。而且知覺異常或疼痛，然深在知覺固無變化也。患者易患前角炎，蓋知覺既失，受外部之傷害自易，而又有特殊之營養障礙所致也。

**三味覺聽覺之障礙** 舌前三分之一之味覺脫失，然決不持久。因鼓膜緊張肌麻痺，故對低音之聽力減弱，此外患側淚腺，鼻粘膜，及唾液腺等，分泌減少，故其粘膜乾燥。除角膜發

炎而外，舌被厚苔，齒牙脫落，而齒齦腫脹，發帶狀泡疹者不少，皆當發障礙之所致也。

預後 鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 大抵施術十次內外，當可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 地倉 頰車 迎香 聽會 水溝 合谷

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為三叉神經麻痺病後，先刺合谷穴，隨令患者頭靠牆上，刺迎香、地倉、頰車、聽會等穴，俱須刺至麻痺通上透下各一分鐘久，方生效力。倘患者已結婚，可搗麥粒大艾絨置麻痺最甚處直接灸治之凡二三壯，覺痛不能忍耐時除去之，收效極快。倘未結婚者，則切一分厚薑片墊粗艾灸治之，感熱時即移上移下，熱力內透，亦可生效，惟收效比較緩慢耳。續治又若干次，亦可治愈也。

治療例：卅軍砲兵團團長廖璠瑜先生，其家人寓重慶市彈子石復興街廿一號，民國三十二年八月忽患三叉神經麻痺病，左口角及唇上麻痺甚，全無知覺。吃飯談話極感不便。經中西醫診療幾天未見功效，乃踵門診治，余見其口眼不喎斜，口角及唇肌肉呆鈍，針刺入皮，並無感覺，深刺之乃感麻。刺迎香、地倉、頰車、合谷穴後，直接灸地倉穴五六壯，麻痺即去了五成以上。廖君喜歡無既，竟給雙份診療費，續治又四次，病乃霍然。

## 6 間代性橫隔膜痙攣 吃逆

原因 一因消化器及腹膜疾患而發，如食道狹窄，急性胃炎，過酸症，胃擴張，胃黏，腸閉塞，闌尾炎，肺膜炎，胆囊等疾患。二因呼吸器疾患所致，如百日咳。三因神經系疾病而發。如腦膜炎，腦水腫，脊髓癱，神經衰弱等。四凡重病之末期，而發惡病質者，常患此。其內臟癌瘤之末期患者，發之尤多也。

症候 呃逆之來，蓋先發呼氣的橫隔膜痙攣，續發強吸氣的痙攣。且同時聲門亦痙攣，致遮斷將欲竄入氣道之氣流而發彼特異之音聲。通常雖只上腹及下胸兩部衝動，然呃逆劇烈，則全腹全胸及頭部肩胛等，皆隨而運動。雖多屬一時現象，然常反覆襲來，纏綿數時數日數週甚致數月。間或發作頻繁，晝夜不息，不但深以為苦，且妨礙談話，咀嚼與呼吸睡眠，而患者困頓不堪，間有兩次呃逆，前後相接，不稍休止者。

診斷 熟記本病症候，診斷不難。

預後 中西醫藥不易收效，鍼灸治療，無治不愈。

治療經過 施術三三次即可治愈。

治療 (一) 經穴：

主要經穴 乳根 中脘 內關 天突

神經系統疾患 橫隔膜痙攣

次要經穴 陽陵 足三里

(二) 治療技術 第一法 醫者診斷定患者爲呃逆後，先刺內關，中脘，天突三穴，使成痲痺，繼燃箸頭大艾絨置乳根穴上，各燃艾二三炷。倘患者能耐痛，灸了三炷後，馬上可止呃。如尙索樞治再有發作再治一二次可也。

第二法 牛穿鼻後，粵人多置一木於鼻上。取得牛鼻上久置之木後，(新木不效)，洗淨，放開水一碗，煮出味，趁熱飲之，呃逆立止，此法一傳道人士用此法治愈，用以治一醫院留醫者亦驗。

治驗例 香港馬頭嶺道五十八號鍾祥君，年六十餘，患本病數天，中西醫藥治療，未見功效。承內兄韓秀忠君介紹往治，爲之刺內關中脘天突三穴後，呃逆減輕。隨請來治之神經衰弱患者稱：其戚患呃逆病，灸乳下各一壯呃逆立止。乃燃艾絨灸兩乳根穴各三壯。略休息後，呃逆即止。只治一次即獲根治。返家後曾思請牧師來談，據稱有某教友亦患本病，其病更劇，呃逆半小時後，呼吸停止一如死人。但過一小時後又回陽。一日數發，凡三閱月。在鄉治不愈。乃到九龍醫院留醫，經西醫診斷後，認爲不治，不予收留。說也奇怪，該院醫師竟告訴患者：姑且請鍼灸醫師看看有無辦法。嗣由何道修牧師介紹門人李君道華針灸之，施術四治，病獲痊愈。鍼灸確神效也云。

乙 知覺神經疾患

# 神經系統疾病之頭痛

頭痛之原因甚多，其發病之機轉亦不一。

原因：凡腦、腦膜、頭蓋、耳、鼻、咽喉、等部疾患，鬱血，貧血，呼吸障礙，腸胃障礙，傳染，中毒，（尿酸症，糖尿病，痛風等之自家中毒）都可發生頭痛。此外尚有各種神經性頭痛，困學性頭痛，神經衰弱性頭痛等類皆屬之。

症候：疼痛部位：或在前額，或在後頭，或在全體，或只限於一處；疼痛強度；輕者只覺壓重，重者則如鑽如裂，如燒灼，如電擊，非常猛烈。疼痛持續；數日數月，或數年，或竟終生，無一定。伏都有消長，凡頭部運動，注意集中，精神作用等，都足為增強疼痛之原因，頭痛如非常強劇，則可發生嘔吐。

診斷：欲診斷神經性頭痛，首須否定症候性頭痛，是故小便檢查，（蛋白，糖）眼底檢查，（變乳頭）耳鼻喉檢查，血液檢查，（梅毒）等等均不可忽。

預後：藥物治療，根治艱難，鍼灸治療，預後佳良。

治療經過：輕症施術十二次即獲根治。頑固病，須刺十餘廿次。

治療（六）經穴

主要經穴：合谷，列缺，風池，頭維

次要經穴：百會，神庭

(二) 治療技術 醫者診斷患者確為頭痛病後，命患者伸手於桌上，取合谷穴，稍海後，斜針向上，感麻痺後，用雀啄術凡三數分鐘，繼針列缺穴手術亦然，（頭痛有痛至不能摩者，先針頭維風池，恐不能下針，故先刺合谷列缺以止其痛，痛止或減輕，再刺頭維風池穴，可不障礙也）。倘是病初起，當即止痛。休息片刻後，繼針風池頭維二穴。用置針術。如患者頭部充血則手術已畢，萬不可灸，使患者難堪。如針後次天仍痛，當繼續施術，以治愈爲止。倘患者覺痛時頭皮似抽縮緊迫，極不舒服，顏面頭部不充血或顏面蒼白，則在百會神庭二穴上各灸三五壯，以舒經絡，收效極大。

痛時來治，即獲止痛，未痛時來治，可制止發作。

止痛後醫者當設法除去其原因，囑遵守衛生規則，如因失戀，喪失子女金錢等失意事，而致頭痛者，每次來治時，均須以處世大道理開解之，或叫患者變換環境，變換工作，另獲根治。不然治愈後頭痛之刺戟未消滅，或用腦過度，頭痛必再發也。

治療原理 頭痛時，喫藥劑，鎮痛劑，第一次必達目的，但再次發作，往往不盡。日久用之，腦筋衰弱，且無盡期。茲刺合谷列缺二穴由橈骨神經反射入腦，針如雀之啄餌，震動復震動之，頭腦受此刺戟必立感鬆快，疼痛即獲停止。再刺風池頭維二穴，再反射入腦，則疼痛未去盡之障礙，得以除去了。一而再，再而三的由遠及近的影響入腦，消滅其症候，再遵守衛生規則度日，病即獲根治了。

至於發作時血行障礙，而致筋緊抽緊，灸百會神庭各五六壯，旺盛其血行，鬆開其筋絡，病之獲愈，尙有何疑。

治驗例 廣州長壽西路三二三號陳華軒師母現年三十五年，她自十二三歲起便不脫頭痛病，屢請中西醫生治療，好像好了，可是看一天粵戲，頭又再痛。前曾對人說，能治念繃的頭痛病者當酬他三千金云。則其痛苦不堪，可以想見。可是他雖出重賞，但沒人能領得她的賞銀。則是病之難治可知矣。近病又發作，頭痛如破，髮根稍動，則痛延滿頭，承蓬萊大街禮拜堂田淑媛先生介紹來治，（民廿三，七，三號）。緣余針合谷列缺風池後立即止痛，數天不痛。醫尙未根治，續來治二次，嗣到樂善戲院觀看二日夜粵戲，且坐在電風扇下，任其風扇吹動，說也奇怪，自後頭不再見痛云。鍼灸之擅醫痼疾有如此。

### 三 三叉神經痛 顏面痛

原因 有中樞性及末梢性。中樞性原因爲腦及其被膜之腫痛，梅毒等。末梢性原因爲神經幹或神經節之炎症，或由滲出物，質得之壓迫。上領竇出膿往往引起本症。然原因不明者亦甚多；感冒與本症有重大關係，其他亦基於反射的原因。泌尿生殖器病，急性傳染病，精神感動，齧齒，皸疾，便秘，亦是誘發本症。

症候 疼痛發作或漸故突發，或由談話，運動，感動等誘起，性質大抵強烈，或如刀割

成似痙攣，有時可向後頭項頭放散，餘如顏面肌反射性痙攣，不眼臉痙攣等，則角纖維等類之樹膠管運動障礙（即顏面蒼白或潮紅之類）分泌障礙（即流淚流涎之類）榮養障礙（即毛髮脫色或脫落以及皮膚之萎縮，或肥厚倒行疹等）亦可發生。

三叉神經多限於一枝，間有二枝或三枝同時發生者。

(一) 第一枝（眼神經痛，一名眶上神經痛）在上眼險前額至顛頂部，眼窩，眼緣，鼻尖，及鼻腔前部。疼痛點為上眼窩點，或眼險點。顛頂點，眼點。

(二) 第二枝（上頰神經痛一名眶下神經痛）發於下眼窩神經之領域，其部位為下眼險，頰部，上唇鼻側，顴骨，顛骨之前部，齒牙上列，及鼻腔，疼痛點為上眼窩點。顛骨點，顴骨點，齒槽點，及腭點。

(三) 第三枝（下頰神經痛一名下頰神經痛）其部位為頰部下齒部，頰褶膜，下齒槽突，舌，外耳，及顛頂部，尤以下齒槽神經為多。疼痛點為頰點。舌及下唇。

診斷：按其解剖部位，不難診斷，然欲知其為中樞性抑末梢性，則甚難。合併癱瘓或他神經疾患，則大抵屬於中樞性，眼神經痛，疼痛在眶上緣，而向頰部放散，或波及於鼻根及上眼。壓痛點在眶上孔之直下。上頰神經痛由眶下緣沿頰部波及於上唇及鼻翼側部。壓痛在點眶下孔。舌唇側刺痛者，為舌神經痛。

預後：本病中樞性者始於預後之憂，或交治療之預後佳良。



治療經過 視症候之輕重而定，太抵施術十次左右，總可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 合谷 曲池 頭維 攢竹 絲竹空 迎香 頰車 地倉 承漿。

(二) 治療技術 無論那一枝神經痛，都須先針合谷曲池二穴，使患者感覺痲，直達面部。第一枝加針頭維，絲竹空，攢竹。第二枝加針迎香，頰車。第三枝加針地倉、承漿。刺中神經後用雀啄術，如刺得中，刺激力適度，往往二二次治療，即可根治。倘患瘳久，一次未愈，繼續施治可也。

治療原理 三叉神經分佈區域甚廣，其分枝通過多數骨管，其末梢在顏面表面，易遭病害之侵襲。故本病為神經痛最多者。茲因某種原因而致刺痛，刺合谷曲池二穴，刺戟力反射到面部，如刺戟力適度，大多即覺疼痛減輕。再看病之在何枝，在該枝左右之經穴刺戟之，發作之際，常因刺戟而消滅。迨障礙完全消滅了，疼痛即獲痊愈了。

治驗例 省立第三中學（惠州中學）陳元穎君，患三叉神經痛中之第一枝臨上神經痛病凡二年。其痛在前頭眼眶骨內，每逢吃熱物，或用精神，精神困頓時則發作不能制止，民國十四年一月八日余在梁季年營長辦公室內，為之針合谷曲池頭維攢竹絲竹空五穴立即痊愈根治矣。

### 3 肋間神經痛 胸脅痛

原因 十二對脊髓神經出椎間孔後，分前後兩枝。後枝即背部神經，分佈於背部及脊骨，發神經痛者稀。前枝即肋間神經，易被侵襲。普通神經痛原因外，因肋竹及脊柱疾患，（結核病）脊髓病，肋膜炎，（肋膜肥厚壓迫肋間神經故）。瘧疾，（其原因未知）大動脈瘤而發。

症候 疼痛甚劇，因深吸氣，咳嗽，噴嚏而益甚。多發於左側第五至第九肋間神經，疾病初期，或呈皮膚知覺鈍麻，其後知覺亡失。常併發帶狀匍行疹，及癢麻疹，疼痛點有三。（一）脊柱點，在脊柱旁椎間孔之脊髓神經出口部，（二）側點，在肋間中央，側穿孔神經之分支部。（三）胸骨點，在胸骨緣近傍，或腹直肌上，前穿孔枝之部。

診斷 其疼痛在肌間腔，與神經徑路一致，無肋膜炎性濁音，或摩擦音，肋竹亦無變化，因此數者與筋肉僵麻質斯，肋膜炎，及肋骨疾患區別。

預後 佳良

治療經過 施術一二次，即可根治。

治療（一）經穴

主要經穴 陽陵 支溝 天應

次靈經穴 少府 期門

(二) 治療技術 診斷定患者確為肋間神經痛後，醫者叫患者跽脚矮榻上，取陽陵泉穴，如患者肋間劇痛，常用較粗之毫針，消毒後，疾行刺入，如刺對神經患者感痲，即可止痛，再針支溝穴，病即獲愈。少府期門二穴，可以不用刺灸矣。萬一仍未止痛，則針少府穴，灸期門穴，及天應穴（痛點）即可止痛也。

治療原理 肋間神經為胸髓神經之前枝。其首部在脊椎兩側僅被胸內筋膜及胸膜，稍前進則走於肋間外肌內面，至肋角乃入肋間內外肌之間，悉沿肋下緣，肋間動脈下側前進，至側胸壁部分出外側皮枝，至皮膚及乳房，及至胸骨旁，又分出前皮枝，至皮膚及乳房。又其經過中隨分肌枝，至肋內肌，肋下肌，胸橫肌，提肋肌，無肌等。茲因某種原因以致疼痛，而刺陽陵支溝二穴反射到肋間神經，據治療經驗往往立即止痛，則其刺戟力之能打散肋間神經之障礙，可以明瞭。再在痛處針之灸之，直接排除其障礙，旺盛其血行，疼痛之獲治愈，尙有何疑。

治驗例 廣東光漢中醫學校辛班學生蘇柏士患肋骨神經痛數天，吃藥不效。民國廿五年九月十六號伊之同學江靜之君介紹來治。為之針陽陵支溝二穴，立即止痛，自後不復發。江蘇二生見鍼灸治療如此靈驗，立即加入研究班，現已研究成功，治愈不少頑固病矣。

#### 4 坐骨神經痛

定義 任何坐骨神經痛的病況，皆可以此名詞歸納之。可認為係坐骨神經之間質性炎，致此神經分布區之重痛，且若持續患之，則致肌萎縮。

原因 此神經之原發性炎極罕，大都見於患糖尿病及痛風之人。大多數繼發及組合之索或其幹之病演而發。原因計有下列數種：一關節炎，其炎或在下部之骨髓，或在腰盤或腰關節。在此種病案，其關節性損害常係傳染病之病灶所致。二解剖學上的異常，例如不常見之第五腰椎之長橫微性之病演是。三下段脊椎或骨盆之骨病，特如結核病是。四疲勞，或為急性或為慢性，骯髂關節疲勞尤易致之。一說肌經重大之過勞後再受寒，亦傷一原因。在寮中作戰之人其易患此病之趨向，却不如公事房中辦軍人之甚，五骨盤病況，例如婦女之卵巢瘤，或纖維性瘤及男子之前列腺病是。或謂大便秘結亦係一原因，致生產時壓胎兒之頭。六梅毒，此為少數病案之原因。七傳染病灶局間或致之。質言之最常見此病者為成年男子，一如最常繼此病而發之脊椎炎及骯髂關節病。

病理解剖 絕無變化者曰神經性坐骨神經痛，因神經炎或充血，而神經纖維萎縮，或帶肋變性者曰神經炎性坐骨神經痛。

症狀 痛為最常見之狀，病初起或甚重，時發發熱，但尋常則緩漸，初起數日僅覺後

時痛，尤以在腹作一定之姿勢時或用力之後爲然。不久痛即加重，且不僅限於神經幹上段，而延至足而射至該神經所分布之各處。病者每能指出最痛之點，此點常在切跡或大腿之中段，若該處受按則大痛。其痛似嘔似燒，甚常恆久不退，然亦有隙發者。夜間每加甚，或在行走時極甚，故病者每屈加其膝，以趾點地而行，以免神經之緊張。若係慢性類，或有昭著之肌消瘦，但察有顯變性宜反應者。此慢性類或顯遺留或纖維性縮勁之狀。或兼殘冷，但不常見。炎中并而延至脊髓者，亦間或有之。

總過 甚難定，依常例論，皆頑梗難治，纏綿多月，甚或略有間減之時，而纏綿數年之久，向歸者亦不罕見。更有一種經方痲，而他神經又起者。劇烈者每不能起床，且此病係各病中最困難最難治之一病。

預後 藥物治療大抵在再難治。一旦治愈，仍易再發。鍼灸治療，預後佳惡非

治療經過 藥物治療效週即治者稀，多成慢性，宜數月數年之久。鍼灸治療大約虛弱

五六次即獲根治。

(一) 治療 (一) 經穴

主要穴 環跳 委中 腎俞 崑崙

次要穴 大都

(二) 治療技術 醫者診斷定患者爲坐骨神經痛後，如患者能起坐，則令直立，足跟到

地，手扶實物，以免動搖，或令一人扶定，扯起褲腳在膝窩窩委中二穴處（左右二穴）斜向上刺入，使感覺麻痺，直達背脊。（取委中穴準此）然後令患者向裏左側臥，伸下腿，屈上腿，除去內褲至大腿骨盡處，醫者在大腿骨端盡處下，爪之痠麻處，搥跳穴上，經消滯後取二寸針直刺入，如刺對神經，痠麻直達足跟，疼痛即可立止。再令患者起坐，臥他一頭，向裏右側臥，右腿伸直，左腿屈曲，醫者在大腿骨後環跳穴上刺針，亦以痠麻直到脚跟為妙。（病人向內側臥，解除底褲至大腿骨盡處，患者又一手扶內褲，則病人不成羞人，所以轉向另一頭向裏側臥者，亦以患者向內側臥，比較向外側臥，不成羞人也，取環跳穴準此）休息片刻後，令患者直立，扯起內衣，取一枝竹，由地盤至臍心，在臍心處墨識之，再移此竹置于患者脊後，亦由地起，在墨識處，用爪強切之，作一標記，（此是命門穴，取命門穴準此）乃令患者坐，低頭，彎腰，在標記處旁開一寸五分（取腎俞穴準此。）直針刺入，使感痠麻，用雀啄術，或再灸數壯，至此，輕症立即痊愈，不用再治矣。

如患者不能起坐，不能轉動。醫者可在環跳委中穴之左右，斜針刺入，或用艾絨灸治亦可。

倘次日只覺疼痛減輕不多，除依上法施治後，加刺鳩窩穴，加灸大郛穴，再施術一二二次，必獲根治焉。

治療原理：坐骨神經為脊神經中最強大之神經束，在股之後側，分為腰骨神經與膝

骨神經二枝，前者入膝關節中降至小腿，經內踝出足底，成內外足底神經；後者沿二頭股肌入膝關節中，終遠於長腓骨肌，分爲深淺腓骨神經二枝。茲因某種原因而致劇痛，用針刺委中穴，刺激力直達至坐骨神經處，則痛之發作當然從而輕快，再則環跳穴腎俞穴間接至坐骨神經處，好容易把發作的障礙物剷除了。障礙物消滅了。病便痊愈了。無怪「賀氏療法」就：本病針刺亦可應用云。

治驗例：廣州航空處科長曾磊先生患左坐骨神經痛病二月餘。每晚七時後，劇痛到不能忍受。初在市立醫院留醫，近一月久，未見有效，改住陸軍醫院亦一月久，雖一日夜曾注射十二次；服丸藥甚多，疼痛不見減輕。經德國醫藥顧問，內外科專門醫生決定翌日致全身麻醉，用手術治療，其父慌甚，央余救治，免遺不測。至則見其劇痛，聲甚悲慘。大小便不知道，左腿冰冷，用橡皮膏貼固，腳重懸三三十斤重鐵，以免屢收縮云。歐氏內科學載此病爲各病中最困苦最難治之一種情狀。爲之刺委中環跳風市天應等穴，患者不感痲痺，但有感覺。是晚不再痛，獲安睡一宵。翌日各醫師診療，莫明其妙，可取消議案不用手術治療。余連續施術十三次，乃獲痊愈出院，曾君旋任曲江審察局局長職，桂林警察訓練所教官職。

### 附腰痛之治療法

腰部有椎旁劇痛者起坐不能，每晚不能安睡，針灸腎俞，委中，環跳，天應穴一二次，

無論患病多久亦可治愈。惟須禁房事二個月，方獲根治。

### 5 後頭神經痛

原因：此病因外傷，脊椎疾患，動脈硬變，癱疾，傷寒流行性感冒，麻疹咽喉炎等而發。神經衰弱又因精神過勞所致。

痛候：此神經痛由後腦以絡互於額頂，頭部運動，咳嗽，噴嚏之時，則疼痛加劇。而患部皮膚知覺過敏，間且頭髮脫落或變白。

預後：佳良。

治療經過：施術一二次即可根治。

治療：(一)經穴

主要經穴 風池 曲池 合谷

會江中治療技術 醫者診斷定患者為後頭神經痛後，先刺患側之合谷曲池穴，使後頭痛減輕或全停止。然後再刺患側之風池穴，便感麻木，則後頭神經痛可完全停止了。倘開始即刺患側之風池穴，患者感痛多不願針，則本可治愈而不獲愈也。

治療例：廣東東莞興國醫學校校長方德華先生患後頭神經痛兩天，痛到不能起坐，但無法止痛。經余到案廣東政司廳長黃壽賓為題批著成灸醫學大綱封函字，為之刺合谷曲池風



池穴馬上止痛，即能起坐，談話兩小時。方先生歎余鍼術神妙，乃聘余為該校鍼灸科醫師，直至廣州淪陷為止。

## 五 關節神經痛

**原因** 為發作性關節之疼痛，多見於心臟病者，或貧血者，凡精神感動，感冒，外傷，傳染病等，都可為其原因。

**症狀** 股，膝，關節為本病好發部位，疼痛性質，雖甚強烈，向上下放散，但為弛張性，且與病者精神，至有關係，苟能移轉病者注意方向，則疼痛立可消失，關節皮膚或潮紅，對於屈伸，亦可現過敏現象。而疼痛強弱，不與壓迫重輕相比例，運動因疼痛而受障礙，大多數取屈伸位置，（炎症關節病，普通取屈曲位），本病如久延勿治，亦可發生肌肉萎縮。

**預後** 藥物治療根治不易，鍼灸治療，的確斷尾。

**治療經過** 病症候之輕重而定，大抵施術三四次，即可治愈。

**治療**（一）經穴  
主要穴 環跳 委中 陽陵 風市 陰陵 膝眼 尺澤 曲池 肩髃

（二）治療技術 醫者診斷定患者為股關節神經痛後，令患者直立，刺二委中穴，如刺激力適合，輕症立即止痛。病了數月者，當再令向裏側臥，刺二環跳穴，俱用雀啄術。仍未

止痛，則令患者直立，兩肩平直，不要一高一低（令一人扶定），兩手垂直伏大腿外側正中，在中指盡處，（風市穴）爪切之作標識，取二寸針直刺入，（取風市穴準此）患者立感痠麻直透脚面。至此則股關節神經痛必止矣。一次未能根治，再刺一二次，直至痊愈為止。

如患者為膝關節神經痛，不能起立移動，如可刺入委中穴，則取二寸長毫針，直刺入，使感全膝痠麻，用雀啄術數分鐘久，患者即感痛止。休息片刻後，舉起患者之膝，在脛骨外側，由下摩至盡處，有骨斜出者之凹陷中，爪之痠麻處，（陽陵泉穴）乃以足頂其脚面，以免伸膝。（取陽陵泉穴準此）取寸半針順骨刺入，針微向上，則痠麻直透大腿，針微向下則痠麻直透脚面。用雀啄術三五分鐘久，疼痛立即停止。再令患者側臥，內脚踝向上，屈膝如曲尺形，在脛骨內側由下摩上至有骨斜入，不能再上之陷凹中，（陰陵泉穴）爪之痠麻處，（取陰陵泉穴準此）乃以針刺入，使感痠麻亦用雀啄術。至此則膝之關節神經痛必達止痛目的了。如仍未止痛，則舉起患者之膝如曲尺形，以足頂住他之脚面，在膝蓋骨下，內外，共二點，此名膝眼穴，用寸半針直刺入，使感痠麻直透脚面，刺此二針後，則膝關節神經痛無論如何劇烈都可制止了。次日如尙未完全痊愈，依上法再刺一二次可也。

如患者為肩關節神經痛，則令患者脫去內外衣正坐，醫者左手摩定肩頸穴，右手舉起患者之肘，與肩平，看所摩定之處是否在上膊骨之盡處，如是，又感痠麻，（取肩頸穴準此）乃用針刺入，使感痠麻直透手背，立即止痛。如尙有一處刺痛，即在肩痛處（天蓬穴）刺一針，

如感痲感，痛復停止了。

如患者爲肘關節神經痛，則令患者對坐，伸手案上，醫者左手摩九八滯穴，右手擊其前臂，成曲尺形，看所摩定之處，是否在尺桡二骨之間，與上膊骨之間，許多骨之間，痲感不？（取尺滯穴準此），如是則直針刺入，使感痲感，用推拿術二三分鐘，即可止痛。休息片刻後，令患者屈肘，大指摩天突穴，餘指扶胸內，肘置案上，下墊診脈墊，醫者在桡骨與上膊骨接駁之罅陷中肉之邊緣，痲感處（曲池穴），直入針（取曲池穴準此）患者可感痲感直達手背，或肩膊上。疼痛可立止矣。如未根治，再刺一二次可也。

其他關節痛，取該關節左右之經穴，或痲感處該關節之經穴，刺一二針，痛處刺一二針，即可治愈。

治療原理 關節神經痛，藥物治療根治不易，因痲痺劑只可暫時緩解，消滅原因的藥，發見不多。鍼灸家查得其疼痛的所在，或直接刺戟之，或間接刺戟之，以疏通疼痛發作之際礙物，修正受傷神經之機能，針一入肉刺到神經，神經即發生變化，而病日輕，或即痊愈。

治驗例 廣東佛山福祿路泰昌紙店梁俊孫先生之夫人，患左膝關節神經痛凡二月。日夜劇痛，有如電擊，痛至不能食，不能睡，不能移動，吃藥敷藥，功效未見，延某鍼灸專家施術二次，功效亦等於零。民國廿六年四月十九日請余往佛山施治，刺了委中一穴後，立刻止痛，刺了四次後，即獲根治焉。患者感激無既，謂：「一輩子都記得我云」。

丙 炎症性及變性神經炎

神經炎

末稍神經之炎症性或變性變化的，曰神經炎。但此時未必併發炎症性症候，且炎症變化與變性變化者，於解剖上鑑別甚難也。

原因 一外傷，挫傷，刺傷，腫瘍之壓迫等爲多，其不全離斷者，易發神經炎。凡神經切斷後，發生神經腫者，炎症之結果也。二附近臟器之炎症，波及於神經而發本病，如腦脊髓膜炎，骨質炎等。三感冒，Measles 性神經炎，四中毒，如鉛，砒石，酒精，糖尿痢，痛風等，中毒性神經炎，五傳染病，如癩病，梅毒，結核，傷寒，痘瘡，猩紅熱，白喉，肺炎，流行性感胃等，或因細菌侵襲神經，或因血液吸收毒素，達於神經而發炎症。

病理解剖 因炎症變化之部位，而區別爲實質性神經炎，間質性神經炎，其混合性者曰混合性神經炎。又因經過不同，而區別爲急性神經炎，慢性神經炎。急性症者，可以肉眼證明其變狀，神經肥厚發赤，富於血液，或現小溢血，或腫脹，富於水分，其橫紋 *orange* 氏索條消失，顯微鏡下見血管擴張，呈蛇行狀，管壁肥厚膨脹而帶光澤，間質性結締組織增殖，結締組織內，細胞及圓形細胞亦增加。慢性症者，神經呈褐色或暗褐色。是因出血後色素殘留故。其神經稍增殖肥厚，而與近傍癒着，其質硬固。有時炎症部呈結節狀，名結節性神經炎

者多數病灶散布者，曰發性神經炎。慢性維持積既久，則其神經成粘結索，或成神經腫。神經炎有漸漸蔓延之傾向，（進行神經炎）或向中心端，或向末稍端，故名上行性神經炎，及下行性神經炎，神經炎病灶之好發部，為關節部之神經徑路，及神經回轉部，或潛行於骨管內之部，有時自局部病灶，沿神經徑路蔓延至脊髓，一名遊走性神經炎。少數神經變性者曰單發性神經炎。多數變化者，曰多發性神經炎，實質性神經炎，於顯微鏡下可診斷之。其新鮮標本，或過 Osborn 酸染色者，見其神經纖維之髓質及鞘索，俱呈脂肪變性而被吸收。僅存空虛之神經鞘，其鞘之核，亦多增殖。

症候 急性神經炎，起始急速，且有發熱，戰慄，脾腫等症宛如急性傳染病，其症候因運動性知覺性混合而異。大概初期即發刺戟症候，其後乃發麻痺，表在性者，神經徑路之皮膚潮紅，如蠶過敏，其神經成索狀突起，可自皮膚上觸知。如蠶神經炎，初期呈知覺過敏，及知覺異常，即冷感，蟻走感，辛辣感，灼熱感，強直感，其疼痛如劇甚似神經痛，為持續性放散於外方，按之其疼痛增劇，漸次知覺減退，至於消失。或以神經中樞端被刺戟，而麻痺部常起疼痛，（疼痛性知覺消失），運動神經炎，則所屬肌肉始發痙攣及強直，繼以萎縮及運動麻痺，肌肉瘦削，呈電氣攣性反應，壓之則疼痛，有時發生痙攣性麻痺，然大抵運動性刺戟症候，暫時持續，知覺性刺戟症候，則持久而頑固也。患側之腿反射，及皮膚反射，初期亢進，繼乃消失。麻痺既久，則發肌肉短縮，及肢節之畸形。混合性神經炎，於運動知

覺障礙外，常併發營養障礙。血管運動障礙症，如皮膚蒼白，或紫藍色，厥冷多汗，浮腫，表皮肥厚，或剝脫，爪甲變壞，毛髮增密，匍行疹，天泡疔，瘡疔，關節腫脹等是。膀胱及腸無變化。

多發性神經炎，或呈獨立性傳染病之狀，而見流行。其原因亦為感冒，（為本病重要之誘因）外傷（即僅微之外傷，如乘車馬於凹凸不平之地上，亦發本病。）及中毒等。急性症與急性傳染病相似，始以惡寒發熱，（四十度以上）脾腫繼發麻痺，麻痺常始自下肢之神經蔓延於上肢或腦神經。迷走副神經麻痺，則脈搏頻數，咽下困難，視神經麻痺則突然失明。故本症宜與急性上行性脊髓麻痺區別，其他血管運動障礙，營養障礙，或發重症，譫妄昏睡而死。但膀胱直腸絕無變化。慢性症無熱候，麻痺症狀發生亦緩徐，數日數月之後，漸爾上行，故宜與慢性脊髓前角炎區別。若麻痺持久，則筋肉短縮，膝關節成畸形。

診斷 有知覺性刺激症候，繼以弛緩性運動麻痺，肌肉消削電氣興奮性減退而反射消失。

鑑別診斷（一）運動性經炎，及慢性多發性神經炎，宜與急性脊髓前角炎鑑別，惟前角炎無知覺障礙，其所患神經及肌肉亦無壓痛。（二）急性多發性神經炎，與急性上行性脊髓麻痺之鑑別，神經炎有知覺障礙及壓痛，呈電氣變性反應，麻痺肌肉，速陷于變性萎縮（三）與他之脊髓疾患鑑別，神經炎無膀胱直腸之障礙，而呈電氣變性反應。

預後 藥物治療治愈困難，針灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術十餘次，總可治愈。

治療 (一) 經穴

主要穴 委下 環跳 陽陵 肩髃 曲池 合谷 大椎 炎症上下之經穴

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為神經炎後，先考其慣發的地點，與現發之地點。先在能通患部之經穴上刺針，用雀啄術數分鐘久，以制止疼痛，而消炎腫。如有發熱則禁用艾灸。倘無發熱，而皮膚蒼白，紫藍厥冷等則先試灸數壯，觀其反應如何。如灸治適應，則加灸數壯可也。

追疼痛、腫脹，發熱等症候已減輕時，則加刺環跳委中陽陵，肩髃，曲池合谷大椎等穴，疏通其經絡，使不致再發，一次不足，十次八次，亦不嫌多。

對於本病以安靜患部為最緊要。且須戒酒，或日漸減量。

治療原理 間質性神經炎可於間質中證明充血，滲出細胞浸潤等變化，實質性神經炎可於軸索，髓索等，見其變性，崩潰等變化。茲在通該神經之經穴上，針刺之，用雀啄術二三分鐘久，神經受震動一而再，充血，疼痛，自可消散。再在通全手脚之肩髃曲池合谷，環跳陽陵委中大椎等穴刺激之，使脊髓神經，交感神經均受刺激而疏通其障礙，減低其症候，病之獲愈，自在意中。

治驗例 廣州萬福路廣榮居酒行陳子南先生，每逢春夏之間，手脚必發生腫脹如雞蛋大

結節，沿神經路疼痛非常，移動不能，知覺異常，熱不可近，凡十餘年久。經各種療法未見根治，其父親因此病致死云。民廿三年三月廿八號陳君陳門求治，余為刺腦痛左右之經穴凡七次，立見痛止腫消，而獲根治焉。

## 五 血管神經疾患

### 偏頭痛

定義 此係一種陣發性病，其特殊性狀為劇烈之頭痛，常係一側性，且多與視覺紊亂相伴。

原因 或謂此病百分之九十屬遺傳性。婦女及易患神經病性家族之人最常患之。許多名人曾受其累。此病之性質尚未知，而醫界之意見甚多，有如下述：

(甲) 以為係一種中毒之因腸性消化紊亂或本身所生之毒而致。

(乙) 以為係一種血管運動性病之兼動脈狹窄者，此一理論之證據為一凡在偏頭痛發現之際，患側之顱動脈，摺之似較常時小，二驗視網膜動脈有時可見其縮變，三有時患側之動脈硬化，而其尤足為確鑿之證據者，即頭痛發現之際，或兼習性獨癱或偏癱。

(丙) 以為係反射性來源之由眼屈光差誤，或由鼻內或生殖器等之弊病而起者所致。



(丁) 以爲係大腦室間孔(濾管)暫時阻塞而致腦室內壓力太過所致。

此病大多數在少年時即發端。甚或有在幼穉時已患之者，許多情事皆能激之使發作，例如各種感情過甚，精神或身體過勞，消化受擾，食若干特別之物皆是也。其陣發的特徵，係最顯著之體狀，或在每星期之同一日發顯，或在每十四日或一月內之同一日發顯。頭痛之屬偏頭痛類者，或與慢性腎炎相伴，而顯數年之久，且其發作或與腦底生瘤，或腦底之他種損害有關係。

症候 此病之有前驅徵者頗多，而病者能預知病之將發，此等前驅徵有甚奇特者，而尤以與視覺相關者爲然。有幻見怪物如鼠或犬或他獸類等者。有患暫時性偏盲或暗點者。有患側之瞳孔顫型變動作而輪替舒縮(名虹膜痙攣)者。其視覺之擾亂常僅係視物不清，或見光球顯於目前，或見光線往復不斷，或見有大光一片(有時此光片內有極華美之彩色)其四週參差不齊等等。他種感覺之紊亂罕見，然舌或面間或手有麻刺感覺及微刺痛感覺。患側之肌顫痙攣者，則尤爲少見。此外更或顯暫時性無語言能尙時發時歇，若干患者則顯著之精神紊亂，或爲燥動，或爲昏亂，或爲重憂鬱眩暈者亦有之。此等前驅徵顯後，不久頭痛即發端。此痛屬加增性及擴張性，初起於局部之一小點，此點大約恆常在額部，或眼球諸部。痛之特性常係尖利鑽刺之類。繼則痛漸延闊，而布滿頭一側之全部，有時或延至頸，間或延至臂。亦間有頭之兩側俱受累者。惡心及嘔吐係常見之症狀，若頭痛發作在胃飽之際，則嘔吐後痛每減輕。

。血管運動症狀或亦呈顯。例如面色發白，或兩側之面色甚不相同是。後則因血管舒張之勞力而患側之面之耳趨赤色。脈搏或遲緩，患側之顫動脈或堅而硬，而與動脈硬化之情狀相同。他病之能破壞人生之健康如是之甚者甚少，當發作之際，病者甚或不能抬頭離枕，微響或微光，皆能致痛之加增。

發作之久暫，大有等差，較重之類，至少使病者三日不能理事。其他則在一日之內或即退去。或於數年之中屢屢再發。若有昭著之遺傳性或終身不愈。女子在經絕期之後不復發作者頗多。男子則多在五十歲以後止息。

診斷 參照遺傳，發病時期，頭痛，嘔吐等發作，診斷原不困難，然與症候性偏頭痛發作（見於腦腫瘍，眼腔腫瘍，腦梅毒，腦膜梅毒，脊髓癆，麻痺性癱呆等）應加鑑別。

預後 西醫書謂，「可歷數年或數十年之久。而發作強度，每隨年長而減輕。內有極頑固不易愈者，然不致危及生命。」鍼灸治療，快愈而且根治。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術三五次，即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要穴 合谷 列缺 風池 太陽，頭維

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為偏頭痛後，令患者對坐，伸手（患邊）於案上，（如可止痛，他手之合谷列缺穴可不刺針）。醫者左手大指甲切第一掌骨與第二掌骨之間合縫

處痲痺處，（合谷穴）餘指按實患者之手，使不動搖，消毒後用寸半針向上刺入，使成痲痺（取合谷穴準此）。用雀啄術三五分鐘久，總令患者橈骨在上，尺骨在下，掌向側，醫者大指甲切橈骨內側，腕側上一寸五分處，（列缺穴）餘指扶其前臂，不使移動，取寸半針近橈骨邊血管旁，直下針，使成痲痺，（取列缺穴準此）用雀啄術數分鐘久，患者可立感痛止。如病初起，即獲根治矣。

倘患者患病久，仍未止痛，則令患者端坐頭靠牆壁，耳邊向外，醫者在眉稍之外約一寸五分之處（太陽穴）用左手大指甲強切之，如見陷凹窠，患者感痲痺者（取太陽穴準此）乃以一寸針直刺入，患者感痲痺疼痛即止，仍未止，加灸三壯可也。

又久之患者，止痛後，欲其根治，患者又可多受針，休息片刻後，令患者端坐，低頭，醫者左手之中指指風府穴，大指在風府穴旁約一寸處（風池穴）用手指甲強切之，取寸半針斜向中間刺入（取風池穴準此）如感痲痺直透頭頂或鼻中乃用雀啄術。再令患者端坐，頭靠牆上，面向外，醫者左手大指甲在額角入髮際二三分處（頭維穴）強切之，如感痲痺，餘指扶定患者之頭直針刺入一分，（取頭維穴準此），如感痲痺，直達後頭，用針術二三分鐘久，則偏頭痛可獲痊愈了，倘次日仍發作，再治一二次，直至痊愈為止。

萬一遇頑固病者，針灸上列經穴，仍未止痛，醫者須令患者仰臥，屈其膝，內踝向上，醫者左手將五趾屈曲，在拇趾根膨隆部，對入足心陷凹中（湧泉穴）以大指甲強切之，餘指

扶定脚趾，（取湧泉穴準此）以針刺入，使感麻癢。用雀啄術，術後，再灸數壯，則無論患病多久，都可止痛了。

發作時首須安靜，居室務以陰暗幽靜爲宜。於營養亦須注意。食物雖以植物性食餌與牛乳最爲相宜，然混合性食餌，亦自可用。若夫飲食之須有節制，大便之必須通順，酗酒荒淫之必須謹避，無待煩言。

治驗例 廣東惠陽縣北門五七號譚檢彬先生，患偏頭痛凡五閱月，每晚上痛至不能安眠，在惠州請許多醫生治療未見功效，來省治療一月亦未見效。民廿四年一月十日特請余診治，經余刺合谷列缺二穴後，立即止痛快慰非常。三月十日譚光烈先生對我說，檢彬先生的偏頭痛病已獲根治。並送來橫額一方，內題「越人復生」四字，以留紀念云。

## 2 肢端知覺異狀症

原因 本病多發於中年，女子尤多，本體不明，大抵以手足冷却，濕潤（洗滌類）及手之過勞（裁縫紡織婦）等誘發。

症候 四肢之尖端，尤以手指端生知覺異狀，卽有癢痒，或灼熱，或如刺，或如嚼之感覺，此知覺異狀，不斷之持續，尤以夜間及拂曉爲烈。晝間漸漸緩解。檢其患部，非厥冷卽灼熱，潮紅。

預後 藥物治療根治不易，針灸治療，預後佳良。

治療經過 施術二三次，即可根治。

治療 (一) 經穴

主要穴 大陵 合谷 中渚 支溝

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為本病後，令患者伸手掌上，掌向上，下墊以棉墊。醫者左手大指按桡骨與尺骨盡處之間，腕關節之前關節部(大陵穴)右手拿其手試舉上，知左手所按之處。在關節部，兩大骨盡處之間，患者又成痠麻，(取大陵穴準此)乃直入針，如刺對神經，中指感覺痠麻，其次五指均成痠麻，則痛成，熱成，極易消散。再刺合谷穴以患者感覺痠麻，直透大食二指為效。休息片刻，令患者握拳，屈指，掌向下，醫者在第五掌骨與第四掌骨指骨端起四五分處(中渚穴)靜脈之旁，直入針(取中渚穴準此)如痠麻通上前臂，針尖須拔出些微斜指邊，則痠麻可直透無名指小指，用雀啄術三五分鐘久。再令患者置手掌上，掌向下，在腕後由尺骨盡處起量上三寸，前臂之正中，尺桡二骨之間(支溝穴)醫者之左手大指甲強切之，直入針(取支溝穴準此)。患者可感痠麻直透手上，用雀啄術三二分鐘久。至此，手術便算完畢。(沒有病的手可不用刺針)。

次天如只愈了五六成，須依法再治一二次，即加灸治，亦無不可。

治療原理 知覺神經能以末梢所受的刺戟，傳達於神經中樞，而凡四肢軀幹上之末梢知

覺神經相集於脊髓間神經節，由後根入於脊髓，其中觸神，筋神之知覺神經，沿兩側之後索上行，達於延髓之薄索核，楔狀索核，而後左右相交，行於反對側，主痛神溫神之知覺神經，則在脊髓之後根內，左右互相交，沿脊髓灰白質上行，至延髓上部，乃與觸神，筋神之知覺神經，共達於橋腦大腦脚頂，通過內囊後脚後方之三分之一部，終入於大腦皮質之知覺中樞。(顛頂葉)

知覺神經之走路，於左右互相交，已如前所述(觸神筋神之知覺纖維，在延髓互相交，痛神溫神之知覺纖維：在髓脊互相交)故若腦髓一側之知覺纖維被障礙，則反對側之半身知覺異常，脊髓之半側被障礙，則反對側痛覺溫覺異常，同側痛神筋神異常。又若末梢神經損傷，則知覺全體異常。茲因知覺神經之一種興奮狀態，而有肢端痛癢，蟻走，灼熱，刺冷等感覺，服藥敷藥，自難恢復原狀。茲刺大陵，支溝，合谷，中渚四穴，刺盪按麻通上達下能制止其興奮，疏通其障礙，針針都達病灶，灸治更加直接，經一二次的手術，知覺異常之擾恢復原狀，自是愈中事也。

一 治驗例 廣州芳草街十二號胡太太，常覺手指及足趾有時冷有時熱，有時麻痺有時疼痛，同時一個手指脚趾，冷熱麻痛全異。喫藥敷藥未見有效。民廿四年二月廿八號蒙王映樸先生介紹，特請余往治，為之刺大陵支溝合谷中渚四穴，針後數天，王映樸先生來所報告，謂胡太太之肢端知覺異狀病，經遂治愈云。

## 六 神經系官能的疾患

### 癲癇 羊癲

原因 全身間代性筋肉運擊，發作性出現，同時人事不省者曰癲癇，約分三種：（一）特發性（原發真正性）癲癇，其神經系無解剖的變化，故其原因未詳。或以腦皮質運動中樞，及精神中樞之一時性充血而發。本病比較的多數存在，無男女之別，（一說女子較多）十歲至二十歲之間為多，然先天性或高齡發本病者亦多。（遲發癲癇）遺傳為本病必要之原因，約三十五至四十%可證明其為遺傳性，一家族中屢被其襲者，厥例不鮮，兩親之酒狂，臨前時交接，妊娠時母之精神成助，為小兒癲癇之素因。傳染病及全身病（梅毒，結核）精神及身體過勞，分娩障礙，（分娩時過長，鉗子分娩，）外傷（神經中樞震盪）中毒（酒精，阿片，安知必林）為本症原因。（二）反射性癲癇，實際上為緊要之原因，與腦髓遠隔之部分，發生疾病，因反射作用而感應於腦髓，致起本症，如末梢神經，因異物或與癩痕癒着而發癲癇，若除去其刺激，則症狀消失，其他耳炎，耳內異物，子宮轉位等，亦能誘起本症。（三）症候性癲癇，因腦腫瘍出血，膿瘍，骨片等，刺戟腦皮質運動中樞，而發全身痙攣，或限局性痙攣。本病特有之點，即當痙攣發作時，其神識非完全亡失，且其全身痙攣，每自間

一肢部起始，本病多於七歲至二十歲之時起始，其發於大人者，多因外傷，酒毒，梅毒，及反射性癲病，發於廿歲以上者曰遲發性癲病。

病理解剖 其特有之變化未詳，大抵因大腦皮質運動中樞（前鏡正中回轉）之充血而發。意識中樞，亦與有關係，蓋本病之肌肉痙攣，與腦皮質運動中樞之部位，全然符合，而內囊之運動性錐狀體徑路斷絕時，其麻痺肢不發肌肉痙攣故也。試以家兔打擊其頭部，或截斷坐骨神經，則生癲病樣發作，但癲病有時為遺傳性之理由，尙未詳知，一說癲病為自腸管發生之自家中毒。

症候 各症完備者，曰重症癲病，突然發作，或現前驅症，有時精神身體過勞，酒精濫用，房事過度為誘因。第一期前驅期，有遠隔性與直達性之別。遠隔性者，於發作數日前，有頭重，頭痛，神思不安易興奮，身體違和，健忘，癡鈍等症。直達性者，名癲病前兆，於發作前數秒鐘見之，約分五種：

(一) 知覺性前兆，於身體之一定部位，有知覺異常，癢痒，寒冷，心窩苦悶，腹部膨滿，噁氣，腹鳴，生殖器官異常等感覺。

(二) 感覺性前兆，五官有異常感覺，眼花閃發，幻視幻聽，味覺嗅覺異常。

(三) 精神性前兆，精神異常往往昏厥錯亂，興奮狂暴，而有犯罪之行為，發作終了後，每不能記憶其前狀，是名癲病前期症。



(四) 血管運動性前兆，血管痙攣，皮膚蒼白厥冷，或潮紅，有出汗。

(五) 運動性前兆，肌肉痙攣或麻痺，每于同一肢部起始，順次波及於他部，前兆發現時，可以一定方法，抑止其癲潮發作。如於四肢發前兆，即緊縛其四肢。胃發前兆，則頓服食鹽，但以人工抑制其發作，其後却有不快之感。

第二期癲潮發作。於前兆後，或突然失神，卒倒，大聲號叫，(是因呼吸肌強直性痙攣所致) 感覺亡失，完全人事不省，患者不擇地而顛倒，受劇甚之火傷外傷，亦不自知。發作之始，皮膚蒼白，全身肌肉起強直性痙攣，頸部向後部牽引，眼險開張而固定，眼珠直視，顏面肌肉緊張，牙關緊急，因呼吸痙攣而呼吸靜止，如此持續十數秒間，遂發間代性痙攣，全身肌肉伸展運動，頭痛動搖，顏面歪斜，鬥牙，輪眼，因咽喉，舌腭之痙攣，唾液不能咽下，故口吐泡沫，或因舌之咬傷而吐血沫，瞳孔初縮小，後乃散大，反應消失。呼吸不正，或結滯，或聲聲雷鳴，體溫有時上升，脈搏增加，全身發汗，或有大小便失禁遺精等症，若頸部肌肉痙攣強直時且礙頸靜脈之血流，而外頸靜脈呈青色指頭大之索狀物，或以鬱血故而皮下之結膜呈瘀血狀。此痙攣持續數秒或五分鐘，患者漸漸醒覺。

第三期癲潮後期。痙攣既終，發噁氣，長太息而熟睡，半時間或數時間醒後，覺心神爽快，遺留頭重頭痛倦怠，心神不安者有之。或興奮易怒，視力障礙，麻痺失語，其甚者精神障礙，為無意識之暴行，放火毀物，自殺殺人，是名癲潮後狀態。然其後，患者神識完全恢

復時，於前事毫不記憶。癲癇發作後，尿中或含蛋白或精液，磷酸排泄增加，或續發多尿症糖尿症。癲癇發作，無晝夜之別，然有僅於日中發作者，曰晝間癲癇，僅於夜間發作者曰夜間癲癇，頑固不易治。發作回數不定，或一日數回，或一年二三回，或一發作未終，即繼以第二發作，是名持續的癲癇。此症頗為危險，每以體溫升騰至四十二度，因中樞神經障礙衰弱而死。癱病既久，往往呈身軀精神之退化，如顏面凝鈍，耳垂變形，頭骨歪斜，精神機能減退，思考力記憶力薄弱，成著明之精神病，然古來英雄豪傑，罹本病者其例不少，如拿破崙，盧梭，謨罕默德等是。

上述完全發作外，又有異型者數種：（一）不全發作。神識消失，其癱瘓或為強直性，或為間代性。（二）頓挫性發作，患者突然而貌蒼白，數秒間神識亡失，閉眼昏朦，若當寫字步行等運動之際，則卒然停止運動，惟極短多缺如。（或神識不消失而發極輕）漸呈深息或欠伸，而神識回復，繼續運動，但發作時之症狀，不自覺，故此症又名虛神，或以眩暈為前驅，身體憑几椅上，略呈神識消失，是名癲癇性暈眩。此種發作，一日數回，終身不增減其度，或漸漸加劇，而成重症癲癇。（三）類似癲癇症，其形狀各異，故不易診斷，或呈精神障礙，發生妄想及譫妄症，而為罪惡行為，於醒覺後，絕不知已往之舉，或突然遠航外國，達其目的地，始醒覺，或運動機變調，繞室疾走，終不自知。或現發作性偏側知覺亡失，神經痛，振顫，過度發汗等症。

診斷。定型性者，容易診斷，尤以舌之糜傷，皮膚外傷及溢血爲固有之點，異型者診斷困難。原因之診查，爲診斷及治療上緊要者。

預後。西醫內科學識：「凡小兒患癩癩醫士宜於初起時即以癩癩不能治愈告其父母，俾不至因此病而使該兒不受教育也。」又謂：「今世之醫士仍公認希坡卡特氏之言爲不謬，其言曰：「屬先天性者，結局不佳，若積綿至壯年或起於壯年而無前因者結局亦不佳。小兒患此病可治，年長者則不然。」又某氏謂在十歲以前發端者，罕能治愈，而在發身時發端者多能療治云。

當發作之際，罕有死者，惟發作時跌落水中，或正在進食之際發作，則每致殞命。間或其發作自愈，例如腿小兒出牙或患熱病，而起之驚厥所成癩癩是也。發作甚頻而有昭著之精神受擾者，係不佳之兆。男子患之者較女子結局佳。鍼灸治療，可以根治。

治療經過。視症候之輕重，患病之久暫而定，大抵施術二十次左右，總可治癒。

治療(一) 經穴

主要穴	神門	殺絡	間使	中腕	湧泉	百會	鬼哭
次要穴	鳩尾	大陵	水滸	神庭	照海		

(二) 治療技術 第一法，病發作時病者之家人如請往治療，醫者到時如仍舊發作，不省人事，醫者當使患者二大指左右合併，以繩縛固。使不能移動，縛完，再使二大趾合併，

亦以繩縛固，使不能移動，然後以大指大艾絨放在二大指之指甲與甲後肉上之間，二大趾亦然。不用薑熱，趾與指處同時着火，待一炷已燒完，再灸第二炷，第三炷，不過七炷，以患者醒覺爲度。此名灸鬼哭穴，十九可即獲醒覺。

萬一仍未醒覺，則以薑片墊中腕穴，灸十三四炷或灸湧泉穴五六炷，灸時須有一助手，附燃艾絨，俾一炷熄火後，有燃着之艾絨接續，收效方大，倘火力不繼續，不易覺醒也。醒覺後數天照第二法施治。

第二法，如患者於開歇期來治，當刺大陵，神門，後谿，間使，照海，水滸，灸胡尾百會神庭，各五壯。如發覺患者腹部有跳動，則加刺中腕穴，又灸五六壯。隔一日來治一次，至患者面色紅潤，不感驚悸，無病的發作爲止。

第三法，灸肺俞，脾俞，間使，針後谿，神門，崑崙，照海，三日一治，連治二月，亦可根治。

有遺傳素因者，宜避結婚，因生殖器興奮，有害於本病，且遺傳於小兒也。醫本病者，宜禁止授乳於小兒，以防蔓延。一般衛生法亦爲本病治療之要者。避茶酒咖啡等刺激性飲料，或暴飲暴食，便秘吃煙及身體過勞，職業之選擇宜注意，以防發作時有外傷之虞。

治驗例 廣州長堤四海保險公司丘翹君，於民國廿三年十二月起患癲病。發作時猝然仆倒，癡呆抽搐口吐涎沫不省人事，半小時後方醒。以是病發作無時妨礙職業，民二十四年

八月二十五號乃踵門求治。經余針灸數次後久未見到。二十五年九月丘超君介紹丘瑞瓊女士來治癩癧，丘女士對余說：「丘超君介紹他來治癩癧，丘超君說先生醫病真神效，他的癩癧病蒙先生針灸治愈云云。」

## 癩

**原因** 本病因遺傳，過勞，恐怖，嗜酒，情志抑鬱，所希不遂，而起。

**症候** 或笑或歌，或悲或泣，語言顛倒，穢潔不知，精神恍惚，如醉如癡，不食不臥，父母妻子皆不認識，體面不知，羞慚不恥。

**診斷** 熟記本病症候，診斷不難。

**預後** 本病為比較難醫的病之一種。病初起時極易治愈，久年之頑固病，如能夠捉得刺針，亦能療治。

**治療經過** 視症候之輕重，患病之原因，能否刺對經穴而定。大抵初起者施術十次內外即獲治愈，久年之頑固病，則須刺廿次內外，方獲根治。

**治療** (一) 經穴

主要穴	水滸	少商	隱白	大陵	中脈	風府	頰車	承曉	勞宮
	上星	曲池	間使	後谿	神門	百會			

(二) 治療技術 治療顯著，須有孔武有力者三四人捉住病者，以免針刺成痛時，竄性大發，咬人打人。俱用一寸針，或寸半針，長針難用。先刺水滯穴，此穴如能刺對，治神經錯亂，眼之所見，耳之所聞，之幻覺最靈，繼刺少商，隱白，大陵，申脈，風府，頰車，承漿，勞宮，上星，曲池，間使，後谿，神門，等穴，俱用雀啄術。又本病只用針，可不用灸治。

患者食物宜選富有養分而易於消化者與之，精神慰安，甚為重要。凡事俱要將就之，若反駁之，揮檢之，非特不能使患者領悟，且使病勢加劇也。

治療原理 腦因某種原因，而致錯亂，失其常性，茲刺水滯少商隱白……等穴，俱感劇痛，反射入腦，則其腦中之凌亂，可因刺戟而漸次解除，以每次均刺十餘針，每針都能發生制止作用，刺戟久之，痼疾日輕，而病獲愈矣。

治療例 九龍塔道女子中學國文主任劉公銘先生之外父徐安先生，往廣州沙河墟，患本病數月。緣因担保某人（有酒癖）受人無理惡嚇，一時精神劇變，致常不食不睡，日夜頻呼冤枉救命不已。經不少名醫診療，病仍如故。劉先生以恩右肩膊痛兩年之久，經余刺了兩針而獲根治。特來研究針灸，知針灸擅醫是病，乃于民廿六年二月十六號介紹徐君來治，到時頻呼冤枉救命不已。經余施術五次後，每日可安睡，舉動亦如常人，嗣因欠人陪伴兼治，改由劉先生往沙河施治數次，據劉先生稱，徐先生之病，經獲根治云。

## 附狂病的治療法

發狂亦為精神病之一。喜怒無常，自尊自大，登高而歌，棄衣而走，踰牆上屋，持刀殺  
人。治療法，與治癲人同。如狂者全身發熱，則加刺曲池，天樞，湧泉，絕骨可也。如無發  
熱，可灸百會穴三壯。

### 3 癲癇性癡呆

通常所謂癲癇者，乃並無何等誘因，亦無外界的刺激，患者突然昏倒，發生全身痙攣，  
(初為強直性，繼為間代性)並呈意識喪失之狀態，經過數分至數十分時，醒覺後非常倦怠，  
而再思睡眠之一種疾患也，本症之九〇%呈精神異常，終陷于癡呆狀態。

原因 有遺傳關係者，約八〇%。兩親患酒精中毒者二〇%。有遺傳梅毒者約七〇%。他  
若腦水腫，腦腫瘍，幼時之極變發作，頭部外傷，急性傳染病等，亦皆為本症之原因。

症候 癲癇發作時有前驅症，即睡眠不安，每有噩夢，五官感覺過敏，頭部胸部有壓感，  
或有頭內昏澀，頭重頭痛，心悸亢進，苦悶不快，憤怒執拗等異常狀態。有此前驅症後，  
忽大聲呼喚，隨即昏倒，而陷于無意識之狀態，並發全身痙攣。上述之狀況，稱之曰癲癇發  
作。發作之時間約為數分時，患者醒覺後，仍入睡鄉。此種發作頻繁者曰顛癇發作頻發症。

僅有前兆，而極驟發作被制止者，曰頓挫發作。前兆之後，發現一時性精神障礙，以代癡癡發作者，曰神經性癲癇代理症。其意識瀾濁，呈半睡半醒之精神狀態者，曰朦朧狀態。又突然由睡眠中醒覺，於無意識中為有秩序之奇異言行，數分時後又睡臥席上，至翌朝晨醒覺時，對於前夜之事完全不能記憶者，曰夜中遊行症。以上各症之發作，反覆發生，則呈癲癇症，或精神衰弱症。詳言之，即呈記憶減退，領悟不良，觀念貧弱，談話冗長，工作綿密，感敷異常，判斷減弱，追跡妄想，宗教妄想，感情呈轉換性憤怒性，或消魂大悅，頑固執拗，幻聽幻視，及徘徊流浪等症狀是也。

經過 患者之五分之四，發病于廿歲以前，年齡漸長則漸少，患者多數發生精神障礙，故其經過頗長。

預後 藥物治療，極難痊愈，針灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大概施術十餘廿次，當可治愈。

治療 (一) 經穴

主要穴 神門 間使 大陵 中腕 水滸 少商 湧泉

(二) 治療技術，醫者診斷定患者為癲癇性癡呆後，令人扶定患者，叫患者伸手案上，先刺神門穴，此穴刺癡呆病最有效果也。刺畢繼刺大陵，間使二穴，俱用雀啄術凡三四分鐘久。休息片刻後，令患者仰臥，先取中腕穴（飯後不可針，吃飯後二小時度方可刺針）。醫者先



摩患者胸骨下之劍突骨，如無劍突骨，則以厚紙貼胸骨盡之下端至臍心止折斷，折為九寸，（如有劍突，則折為八寸）在臍上四寸處（中腕穴）又在身之正中（取中腕穴準此）取最幼之毫針，直入針，刺至發麻，乃用雀啄術，再灸數壯，然後刺湧泉穴，第一日手術便算完畢。刺畢成疲倦，安然入睡，不要叫醒他。

次日，酌量施治，或照舊施治，或加刺水溝穴。加灸百會神庭二穴，二次未愈，繼續施治，直至痊愈。

絕對的禁止酒精飲料，使從事於有規則之野外工作。

治驗例 廣東江門嘉南七號楊福田君，十七歲，前因鄰居捉賊，驚慌過度，變為癡呆病。常十一二日不吃飯，不睡眠，不說話，兩眼固定，不上下左右視。久之記憶力減退，注意力衰敗，讀書不解意義，計數完全錯誤。經江省數十名醫治療，病未見愈。民廿二年九月十一日余醫所方開設，承東石教會女傳道呂壽發小姐介紹來治，則見其兩眼固定，問之不管，傻仔一個。余為之刺神門大陵間使中腕一次後，翌日來治會問早安，吃飯未？續治三次，諸症如掃，乃回江門靜養數月，民廿三年春即入學校肄業，與常兒一般云。

#### 4 神經衰弱

定義 此係神經系統之一種虛弱，或衰竭而致許多精神的及身體的薄弱之病況。

原因 本病因精神機能過敏及疲勞而發。或腦症著明，或脊髓症候劇甚，或呈全牌經，血管，運動神經及內臟症候。遺傳及素質（兩親好酒，高齡結婚，受胎時罹重篤之疾病，如梅毒肺癆，痲瘋等，則其小兒易發本病）。與本病有關係，精神過勞，為緊要之原因，故本病於學者，學生，技術家，政治家，商業投機者為多。近世生活競爭益劇，本病亦日增，而美國最多，故又名美國病。凡春機發動期之學生，每多本病，一因學事過勞，一則手淫或房事過度也。各種疾病，使精神易衰弱者，亦使本病易生，如急性及慢性傳染病後，（瘧疾梅毒）貧血，亡液，慢性各臟器疾患（慢性腸胃病）中毒，（嗎啡，煙草毒），外傷等，又神經質者，與本病者互相來往日久，遂模倣而發病，所謂神經性傳染是也。本病多見於男子二十至五十之間。蓋荒淫酒色，身心過勞，及其他害因，較女子為易犯故也。發於小兒期者，則因教育不適當故。（熱心智育，蔑視體育）。

症候 或突然發生，或漸漸發生，而日增進，有時一二臟器之神經症候為主徵。粗忽檢查，或誤為局部臟器之疾患。腦之官能障礙，為本病必發症，患者過敏，易興奮且易疲倦，頭內眩暈，頭內搏動，頭重，頭痛，暈眩，思考力減退，讀書不解意，吐等症候，於精神使用時為劇甚，漸漸心緒紊亂，健忘易怒，或悲哀憂鬱，不能從事於精神事業。睡眠障礙殊甚，就寢後不易熟睡，或持續甚短，常見不安之幻夢，至因靜之不安，及焦心苦慮，為睡眠障礙之原因，其甚者呈強迫觀念，及恐怖狀態，屢發無益之質問，或諸事懷疑，或發恐怖症。

於曠野則恐，見河流則恐，或於閉室，於衆人聚集於夜間孤獨時則恐，恐疫病，恐河病，恐閉室病，稠人恐怖，夜間恐怖，孤獨恐怖，恐病症，此等病的觀念，遂使精神與着不安，陷於憂鬱性質，其甚者移行於神經衰弱性瘋狂。五官器障礙，聽官爲甚，耳鳴或重聽，視官則有眼火閃發，視力減弱，讀書之時，容易疲勞，（神經性眼暗疲勞）或發飛蚊症。運動機障礙，肌肉易疲勞，屈反射多亢進，肌肉及神經之器械與營養性亦強盛，然麻痺及肌力變化，肌肉強硬症則缺如。知覺機障礙中，以頭痛背痛，及各部疼痛爲常見，患者於脊柱全部或一局部，有疼痛感覺，（但無著明之壓點）此名脊髓過敏症，或於脊骨處有灼熱感，身體周圍有帶狀感，若併發四肢知覺異常，膀胱生殖器機能之神經的障礙，則患者恐怖，疑脊髓癆或重篤之脊髓疾患。血管運動及分泌障礙則稀有，顏面潮紅或蒼白，或交互續發，刺戟其皮膚，則赤色經時不散。易發汗，平常爲甚，胃液分泌過多，尿亦增量，稀薄透明而比重低，或發尿意頻數，含磷酸鹽多量，胃腸之症候較多，每飢或食慾缺乏，對於食物，有不快之感，呈神經性消化不良症，胃部膨滿，或發胃痛，噯氣，胃部蠕動不安，鹽酸過多，分泌過多症，腸機能亦障礙，便通不整，下痢，便秘，腹鳴，鼓腸，時呈腹樣腸炎之症候。心臟症候，爲心悸亢進，心動疾速或緩慢不正，心窩苦悶，或疼痛，而發狹心症。（心臟性神經衰弱症）呼吸器障礙，多見於喉，有咳嗽劇或盜汗及疼痛之患，或呈喘息性發作，及呼吸性失聲症。本病多原因於手汗及房事過度，故生殖器障礙爲多，色慾亢進或減退，遺精，陰萎早洩，

或攝護脈漏，（生殖器神經衰弱症）全身營養多無障礙，或因消化不良及不眠症而衰弱。

診斷 有精神性全身症，無解剖的變化，則易診斷。

預後 於生命無危險，然為頑固之疾病，全治者頗少。蓋疾病初期，能身心安靜，守衛生法，則見輕快或治愈，未幾生活狀態復其故常，則病亦發。鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵初病者施治十餘次可以治愈，症重者須施術三十次以上，方能痊愈。

### 治療（一）經穴

主要經穴 合谷 列缺 風池 神門 足三里 神庭 百會

（二）治療技術 第一法，醫者診斷定患者為神經衰弱後，先在合谷列缺二穴刺針，用雀啄術三四分鐘久。如針一刺入，即感極後者，用雀啄術不可太劇烈，太劇烈必致暈針。針刺對神經後，只感少許痠麻者，可久用雀啄術，刺戟力要大些，方易收效。休息片刻後，令患者置手掌上，掌向上，醫者之左手按其手腕部，尺骨盡處，與豆骨之關節部，爪摺之，看否痠麻，（神門穴）右手持其掌向上舉，看所按之處是否關節部，如是關節部，（取神門穴準此）則取寸半針直刺入，刺對神經時，則痠麻直達尾指，乃拔出針少許，轉針尖微斜上，則痠麻直達肩膊，用雀啄術三四分鐘久，再刺風池穴，亦用雀啄術。略事休息，乃取矮橈，叫患者踏土，屈膝如曲尺形，醫者在脛骨之半處，由脛骨外邊索上，至骨盡處骨斜出之陷凹

部，順胛骨邊量下三寸（取足三里穴準此）用爪甲強切之，如成酸麻，乃取寸半針，沿骨邊下針，刺對神經時發麻多直透脚面，乃拔出針少許，轉針尖向上，刺對神經時則發麻直入腹部，胃部，亦用雀啄術三五分鐘久。再切薑片灸神庭百會穴各五六壯，第一次手術，便算完畢。

次日依法施治，患者必漸覺頭腦比較清醒，胃口亦開，施術二三十次後，神經衰弱病，必獲治愈。

第二法，灸肝俞，脾俞，腎俞，身柱，上脘，中脘，足三里，命門等穴，隔一日灸一次，施術三四十次，病亦能愈云。

病者當禁用有害之嗜好品，及刺戟神經之食物，（煙，酒，茶，咖啡）宜身心安靜，適當運動，使神經強固。

治療原理 神經衰弱為神經系統之疲勞性增進的病，用藥治療，因無特效藥，故難痊愈。因此西醫以精神療法為要，原因療法次之。茲刺合谷列缺風池神門四穴，每針都刺對神經，刺戟久之，感覺日漸靈敏，腦筋因而健全，刺足三里二穴可強壯患者之胃臟，使消化力吸收力增進，營養上日漸佳良。灸神庭百會直接影響入腦，可旺盛其血行，排除疲勞物質。日積月累，患者便由衰弱而漸健全了。

治驗例：香港海軍梁仁海先生，結婚八年生八兒女，以夫人體弱，子女管教不易。乃請

九龍醫院醫生把輸卵管割除，停止再生育。下麻藥後，不勝藥力死了，旋用養氣救回，再下麻藥又死了，用養氣救回後再下麻藥，此次得達目的，把輸卵管割斷了，但神經因而衰弱甚，全身各組織俱失了固有機能，成了廢人。梁仁海旋來學鍼灸，乃帶她來所治療。施術十餘次愈了七八成。以梁家有種種不便，梁君又見余施術十餘次，學會了治本病，乃由梁君繼續療治，又十餘次。說也奇怪，衰弱之神經竟完全回復過來，竟可研究余之科舉鍼灸，達到成功之目的。蓋遷居澳門時先生在港，她竟能用鍼灸治愈其子女之霍亂病與赤痢病焉。

## 5 震顫麻痺

原因 本病乃係 Parkinson 所始載，故別名 Parkinson 氏病。純由蒼朮變性而起。有肌靜止性失調為其主徵。凡感冒，感動，梅毒，外傷等，雖為誘因而其真正原因終未明瞭。近有主張自家中毒，或內分泌障礙之說者，要亦未由證實。此病多見於老年，未滿四十者不易發。男較多於女。

病理解剖 腦無特徵。據此病與老年人所顯之症狀相似而論，或謂由於腦內有若干處較常人變老過早所致。按人之器官不同時變老，蓋因遺傳之關係而有數器官之變老或在他器官之前也。最要之改變，大抵在大腦外質。似無可疑議。內分泌器官之改變從未察見。

症狀 震顫與強直二症，為本病固有之特徵。

震顛初起時多祇限於右手，後可波及四肢，軀幹以迄全身，最著者為手指，除入睡外，常有緩慢或搖丸運動。

肌肉強勁與前述症候並現，或先發生，亦有祇發此症而始終不發前症者，故肌肉強勁視震顛為尤要。

以全身隨意肌均可發此強勁，故於姿勢、動作、容貌三者，有著明影響，屈曲姿勢最所習見，不惟頭首頸臂均向前屈，其上下肢亦可於肘膝屈曲，故姿勢頗為特異。動作緩慢亦所必發。以有運動緩慢，關節障礙等關係，故步行狀態，亦頗奇特。初啓步時雖不顯著，而欲免於傾仆，數步後，常可見急速細小步調，苟不加以扶持，勢蓋難於自止。設從病者背後加以輕推，則是種步調，便可立現。反之，如由前方或側方，加以輕推，則病者以欲免於傾跌，自亦不得不向後方或對側急進，是種肌肉強勁之現於顏面者為表情缺乏，瞬目稀少，視線呆木（由球外眼肌之強勁）等症，餘如言語障礙，自亦由舌唇肌頰肌之強勁發生。

他若潮紅，灼熱，流淚，流涎，流汗，胃液分泌過多，皮膚知覺異常，血管運動性浮腫，紺紫，油臉（皮脂分泌過多）等，血管運動障礙，或分泌障礙，時亦發生。

診斷 若已完全成病，則一望即知。其態形步態，強硬及面容似假面具等皆與顛動同為要狀。且此數狀足為本病與老年性或他類震顛之區別。播散性腦硬化之發顛較早，且有眼珠震顛及間斷語言為特殊性狀。而亦不恆常有此特殊之身體形態。然多發性腦硬化之震顛本病

之症候者固曾有之。此病之偏身性類或與偏癱後之震顫難區別，然病之來歷，發病情況及反射大增已足爲此二者之區別，如遇此病之隱性類，則面容似而其之狀有助於診斷。

預後 新醫對於本病無治法可能有效，無治愈希望，短者五六年，長者三二十年，可因衰弱或間插病（肺炎之類）致死。鍼灸治療，起病只數月，可以治愈。年老，病了八九年者，治愈不易。

治療 (一) 經穴

主要穴 合谷 少海 陰市 大陵 肩髃

次要穴 曲池 曲澤 尺澤

(二) 治療技術 病初起不久，如來醫治，(日子久且年老者，醫治不愈，不當施術。) 醫者令患者屈肘向頭，掌向上，肘置案上，醫者左手大指爪切肘之內去肘端五六分痿麻處，(少海穴)消毒後，取一寸針直刺入，如刺對神經，痿麻直達尾指，(取少海穴準此)乃用雀啄術凡四五分鐘久。(只針患病一邊，下同)繼刺合谷大陵曲池尺澤穴，俱用雀啄術。休息片刻後，令患者伸肘案上，掌向下，醫者左手按其尺骨之上端，與上膊骨之關節部，內側端，痿麻處(曲澤穴)右手持其手舉向上，如左手按處痛爲關節部，(取曲澤穴準此)乃取寸半針，直刺入，因非欲放血(放血則刺靜脈)故勿刺着靜脈，刺對神經後痿麻直透尾指，乃用雀啄術，三二分鐘久。繼令患者脚踏矮凳上，把繩拉到膝上五六寸，醫者左手摩其膝蓋骨之邊緣



在其中線，直上三寸，作一標記，再把確外側之一半，分爲兩份在其外半之正中又齊三寸處（陰市穴），以爪強切之，（取陰市穴準此）取寸半針直入針，刺對神經時發麻直達脚面。再刺肩頤穴，第一日手術便算完畢。

次天如未見有效，除依上述方法治療外，加灸神庭百會二穴，如手脚全身都震顫，則環跳，陽陵，風市，委中，太谿，崑崙，三陰交，絕骨，太衝等穴亦應施治。患者如耐求治，可望治愈也。

治驗例 廣州長壽西路二一三號陳濟氏於民國廿四年五月起，忽成動作之遲緩，及強硬，行動難而費力。右手除入睡外，常震顫非常，有數錢或搓丸運動，飲茶喫飯不得已改用左手，喫藥甚多，全不見效。是年七月二日承現任九龍彌救道神召會福善堂女傳道田淑媛先生介紹來治，余爲之刺少海陰市二次，肌肉便不見強硬，行路使有力，右手便穩定如常人，病即豁然。余又多一種打破世界治癱紀錄之治驗矣。

## 第五編 婦科病

### 女生殖器之解剖

可分內外兩部，內生殖器位於盆內，係卵巢，輸卵管，子宮，陰道等。外生殖器居恥骨弓之下前，係大小陰脣，陰蒂，前庭球，前庭大腺等。

卵巢 左右各一，與男之兩丸類似，位於子宮兩側，依盆側壁，連於子宮闊韌帶後面在輸卵管下後處，長至三釐，闊二釐，厚一釐，重量二至三，五克。每巢之長軸約垂直，分上下二端外內二面，及前後二線。各巢藏於骨盆側壁之小窩名卵巢窩，窩之前界為臍動脈之膜件，後界為輸尿管及子宮動脈，究之卵巢之地位指明匪易，此不過指未經受孕者而言，然受孕後卵巢移位終不復原。

上端又名輸卵管端，依離外靜脈，有卵巢懸韌帶，及卵巢繫附麗之，下端又名子宮端，藉卵巢韌帶以連子宮側角。外面依視卵巢窩之腹膜，而該膜使之與閉孔血管隔離。內面強半蓋以輸卵管。前緣被卵巢系膜連於闊韌帶，有卵巢之血管及神經由此系膜二層之間通入卵巢。後緣，為獨立線，鄰近輸尿管。輸卵管超過卵巢，初向上循其前緣繞過其上端，繼向下

至其獨立緣及內面。胎時卵巢居腰部，後降至盆部。

**輸卵管** 左右各一，有由卵巢輸卵至子宮腔之用，位於闊韌帶上緣。各管長約十釐。一端通入子宮腔上角，一端通入腹膜腔在近卵巢處。通至子宮腔之口甚小，通至腹膜腔者名腹口，徑約三釐。輸卵管可分漏斗，壺腹，峽，子宮四部。

**漏斗**，即輸卵管膨大之端，其周緣伸出數不規則之突名繖，而管之腹口即位於繖底中央，此繖中有一較長者屬於卵巢上端名卵巢繖。

**壺腹**，續連漏斗，即輸卵管之次份，佔輸卵管強半，壁薄而略彎曲。

**峽**，佔輸卵管近段三分之一，形圓如束。

**子宮部**，即穿子宮壁之份，約長一釐。

輸卵管初向外直至卵巢下端，繼轉向上循卵巢前緣至其上端，則轉向下至其後緣及內面為止。近輸卵管繖處，或有數帶帶之泡名泡狀附件。

**子宮** 係有腔而壁甚厚之肌性器官，位於骨盆內，介於直腸與膀胱之間，上端左右有輸卵管通入，下端通入陰道。卵從卵巢過輸卵管而至子宮腔，若受孕則卵埋藏於子宮壁內而發育，此時子宮之大小及構造甚有改變，以容生長之胎胚，胎產出後而子宮幾復原，但仍稍異常。羣衆成人未經受孕之子宮論之於下：

未經受孕之子宮，前後較扁而為梨形，小端向下後，位於前下為膀胱後上為乙狀結腸及

直腸之間。完全居盆內，而其底居盆上口水平而之下。上份繫於闊韧带及闊韧带，下份藏於盆結締織內。因子宮甚活動故其位置視膀胱及直腸之盈虛而異，尋常與陰道幾成九十度角。子宮長約七，五釐，上端闊五釐，厚二，五釐。重量約三十至四十克。其中端稍下處略窄名峽，此處之腔亦窄名內口。藉峽可分子宮，上爲體下爲頸二份，體在左右輸卵管連入處以上之份名底。

**體** 從底至峽漸窄，有前後二面左右二緣。前面平而依膀胱，透於腹膜，而腹膜由此返褶至膀胱以成膀胱子宮陷凹。後面橫凸，亦透於腹膜，而腹膜由此向下過子宮頸達陰道上份。該面依乙狀結腸，或其間有小腸隔之。底各面皆凸，遮於腹膜，依小腸數曲。左右二緣略凸，上端各有輸卵管貫過，此處下前有子宮闊韧带附屬，下後有卵巢韧带附屬。統之輸卵管，子宮闊韧带，卵巢韧带，均居腹膜所成之闊韧带二層之間。

**頸** 係子宮之下份，約長二，五釐，較子宮體窄而圓，其中份較闊於其上下二端，因頸不及體易動故與體不成直線，是以子宮長軸變向齒。頸伸入陰道前壁，故可分爲陰道上及陰道二段。

陰道上之段，前面有結締織使之與膀胱隔離，兩側面亦有結締組織附連，而此織質以子宮動脈向內達至頸，且貫以輸尿管向下前而距頸二釐遠。後面遮以腹膜，而腹膜由此向下至陰道後壁，則返至直腸以成直腸子宮陷凹。

陰道之段，凸入陰道前壁，其凸段形圓，中央顯一圓裂卽子宮外口，此口有前後二唇，前唇較後唇短而厚，尋常二唇接觸陰道後壁。

子宮腔 甚狹小，自外口至底約長六釐。體腔祇爲前後扁之三角形裂，角底居上。角尖向下通至陰頸。陰頸略爲梭形，上下窄而中間闊，向上藉子宮內口通至體腔，向下藉子宮外口通至陰道。陰頸之前後二壁，各顯一縱褶，由此褶有粘膜凸起而成數斜皺，此等皺裂充滿頸內，有助其閉塞之作用。

子宮之大小及地位與其年齒及曾否經孕有關，當胎胚時則子宮凸過盆上口而至陰腹，且其頸較大於其體。春機發動時則子宮居骨盆內，成人時其地位視膀胱直腸之虛盈而異，膀胱空時則子宮向前勢依膀胱之上，膀胱盈時則子宮漸起立，其至向後，月經至時子宮稍大而富含血管，其外口因而其唇發腫。受胎時子宮甚擴張，至胎八月則達至腹上部。其擴張之故，一因肌纖維增大，一因其增多。分娩之後子宮悉復原，但其腔較處女者大，其血管較助，外口尤顯，口緣現數裂。年邁時子宮微縮而色淡，其內外二口或閉塞，而外口之唇或斷無有。

陰道 此道自前庭至子宮爲止，位於膀胱與直腸之間，向上後，其軸線與子宮軸線約成直角。前後壁約相切近。前壁約長七、五釐。前壁約長九釐，橫徑從下往上漸大。上端圍護於子宮頸，但後較高於前。在子宮頸後之部名後穹窿，在子宮頸前及兩側亦各有小穹窿。

前壁依膀胱底及尿道。後壁四份之一份有直腸子宮陷凹使之與直腸隔離，四份之下一

份有肌織及結締織所成之塊名會陰體，使之與肛管隔離，左右側壁依提肛門肌。左右輸尿管向前內入膀胱時則與陰道兩側穹窿距離切近。

外生殖器 卽毛山大陰唇，小陰唇陰蒂，陰道前庭，前庭球。前庭大腺等，總名女陰。

毛山 係脂肪織所成，位於恥骨聯合之前，春機發動時始有毛。

大陰唇 係二縱皮皺襞，從毛山延向下後以作陰裂之兩側壁，各唇在前則彼此相連，謂之唇前連合，在後則成唇後連合。唇後連合距肛門約二，五至三釐在婦科謂之會陰。

小陰唇 係二小皮皺襞，位於左右大唇之間，自陰蒂延向下後且外圍稍遠至陰道與大唇之間，向後暫歸無有。

陰道前庭 卽小陰唇間之裂，有陰道外口尿道外口及前庭大腺之管口通之，該前庭在陰道外口與陰唇繫帶間之份略凹陷名舟狀窩。

陰蒂 係勃起粗織所成，與陰莖同性，位於唇前連合之下，介於小陰唇前端上下二份之間，係二小海綿體構成，前端有一小結節名陰蒂頭。尿道外口，居陰蒂口之後，約二，五釐處，適在陰道外口之前。陰道外口爲一縱裂，其大小與處女膜之大小爲反比例。處女膜係薄粘膜一層，位於陰道外口，其形式各人不同，尋常爲環形，有時完全閉塞陰道使之不通，有時毫無。破裂之後留有痕迹名處女膜痕。

前庭球 與男之尿道海綿體及尿道球類似，係勃起粗織之二體合成，位於陰道外口兩側

在前則彼此相連。

前庭大腺 與男之尿道球腺類似。係二黃色小圓體，位於陰道外口兩側在前庭球各半之後處。每腺之導管約長二釐，在處女膜與小陰唇之間，通於前庭。

## 一 月經病

### 無月經 閉經

自破瓜期至閉經期之期間，即應見月經之時期而無月經者，稱為無月經。但妊娠及復乳期之無月經，為生理的現象，不算入此中。

原因 無月經之原因，可別為局部的，一般的，及機能的三種。

(一) 局部的原因 由生殖器之發育不全，生殖之閉鎖症，兩側卵巢剝出或疾患，子宮黏膜炎等（因內膜搔癢，腐蝕，產梅毒病等。）而起。

(二) 一般的原因 由榮養障礙，尤甚者為貧血，萎黃病，急性傳染病其恢復期，重症結核，慢性腎臟炎，糖尿病，其他種種體質病，精神病，脂肪過多症，尿癆，酒精，嗎啡，之慢性中毒等而起。

(三) 機能的原因 由於精神激動，驚怖悲哀等又盛子過切之婦人，月經閉止，發生所

閉想像姪妊者有之。

然無月經之原因，往往不明者有之。若此者，似多可由卵巢內分泌障礙說明之。

症候 由原因而異，月經應至之時間而無月經，僅於局部成一脫髮月經狀者有之。或有全無狀症者，或身體他部，其中由鼻胃腸肺等，周期出血，以代償月經者有之，此名代償月經。

診斷 宜究原因，月經是否自始即不來潮，或來潮中絕，首宜確定。月經宜注意代償月經之有無，周期性疼痛或鎖陰之有無等，局部有無異狀，則求一般的原因，無可認爲一般的原因時，則探機體的原因可也。

鑑別診斷 本病須與受胎鑑別，受胎之徵象，1. 平素月經規則忽來月經停止。2. 顏面之皮色漸次變爲不美麗，雀斑與酒刺亦易發生，皮膚均形弛緩。3. 呼吸較平常爲急促，4. 喜食酸性物，如橘柑醋等，食後即欲作嘔，或食後即行作嘔。5. 乳房次第膨脹，色素沉着，乳輪周圍帶褐色。6. 陰道粘膜與子宮陰道段變爲紫藍色，常有多量如牛乳之物流出，有時且感覺多小浮腫。7. 小便增多，常常在半夜起來小便。閉經則無此徵象。

預後 新醫關於原因，能除去原因者良，否則治愈困難。鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 視患病之多久而定，大抵施術十次，即可治愈。

治療 (一) 經穴



主要穴 三陰交 陰陵泉 血海 腎俞 中極 關元 內庭

次要穴 氣海 合谷

(二) 治療技術 本病以三陰交內庭血海中極陰陵關元爲主要穴。按余治療經驗，僅針三陰交血海內庭合谷腎俞，都可把病治愈，惟針治時須針到病者核成凝形，如觸電狀，頓上趨下，且刺激時間每穴宜四五分鐘久，方能收效也。

治療原理 在生殖器官成熟期間，周期的子宮出血名曰月經。日本婦人月經初潮之年齡，平均爲十四歲零八月或十月。德國女子，普通爲十五歲至十六歲。中國女子平均爲十四歲。月經之周期，大多數爲四周一次，即月經之第一日至次回月經之第一日，其間爲廿八日，但亦因人而略異，有廿七日一回者，亦有三十日一回者，又有三週一回者。凡此周期雖非廿八日，但每回常以此一定之周期，循環反復之月經，可名正調，而周期短於廿八日者，曰前進型，長于廿八日者曰後進型，周期不定或早或遲者曰不調。茲因某種原因，月經應至時期，而無月經，醫者查得其原因，設法除去其原因，或投以內分泌劑，使生殖器官充血，促進子宮及卵巢之機能，皆能促月經前來，惟無鍼治之收效速。因用鍼刺腎俞，三陰交，血海，內庭，關元，中極等穴，刺戟力直接間接影響到子宮卵巢，子宮卵巢受刺戟之刺激，排除種種障礙，恢復其機能，月經即如期分泌也。

治療例 廣州維新橫路定安里一號二樓鍾雲雲師母患閉經病凡五閱月，吃閉經藥，及請

呂純陽扶正開單亦不見效。民國廿三年十一月二十號，請余施術，為之針三陰交內庭陰陵泉血海四穴，只針治兩次，四天後經期即來，自後按月來潮云。

### 附子宮萎縮的治療法

生殖器機能停止之時期即更年期（閉經期）四十至四十五歲以後，而無月經，停止行經，生殖正常之現象也。惟在行經期間，而無月經，及不能受孕，即是子宮萎縮，俗稱提前收經，其治療法與治閉經同。余曾用此法治愈廣州醫育產科學校學生陳淑貞女士，蓋陳女士廿歲前曾產一女，廿歲至卅歲即停止行經，也不受孕，經該校教師斷定是患本病而用盡方法不生效力者。余為之針灸八次，病即霍然。陳女士感鍼灸神效，乃加入面授班，研究鍼灸治療，現已治愈無數疾病也。

### 月經過多

月經過多者，經血量過多之謂。月經之反覆或為正調，或近於正調，惟出血過量之謂。若失其周期性或無間歇者，均非月經過多，此名子宮出血。月經過多之經血量增加，有由於月經持續過長者，或持續日數，雖亦普通，而其間出血過甚者亦有之，或又有因月經周期過短，頻回反覆而致過多者。

原因 分局部及一般的原因二種。

(一) 局部原因 最要者為內膜肥厚充血，而子宮粘液息肉，尤足致子宮出血或月經過多。子宮實質炎，亦有為月經過多之原因者。且素有實質炎之婦人，因手淫或其他不正之交接，致發本症者有之。

子宮肌腫，尤以粘膜炎及間質性肌腫，為本病之原因，其他有由於子宮後屈，附屬器腫瘍及炎症，子宮外膜炎，骨盤結締織炎等症者。在更年期局部不見有特別病變，而起頑固之子宮出血者屢有之。(更年期子宮出血)

(二) 一般的原因 慢性貧血及萎黃病屢為本病之原因。當是時出血多非強度，而長久持續。但並非萎黃病之少女，其他亦無局部原因，往往有大出血者，於感冒，精神及身體激動後尤然。其次為出血素質(血友病，壞血病，紫斑病等)急性傳染病(流行性感冒，霍亂，瘧疾，傷寒)心，腎肝臟等疾，亦為本病之原因。脂肪過多症亦有為本病之原因者。本症近時多謀卵巢內分泌及植物性神經障礙之理說明之。

症候 月經過多者，月經多量劇甚起超越之常量，有害健康之症也。尋常月經之量，依各個人而不同，但其標準，個人自己可以判斷而得。若在月經期中，來多量之出血，或忽然中止，忽超出常規，在荷持續者多多之日數，或月經頻頻而來，月月數回，致影響全身而起貧血，發白帶，知覺過敏，於是而發頭痛，高度之貧血，而老婦常起惡液質焉。

診斷 普通經血之量，因人而有大差，故出血量是否在生理範圍以內，或係病變，鑒別每非易事。僅憑患者之告訴，或據月經持續日數，卽下月經過多之診斷，未免失之太早。須臾慮其出血，所及於全身之影響而判斷之。以出血故，患者陷於貧血，身體衰弱，月經中不飽起床者，則分明可視為病徵，或經血中混有多數凝血者，亦病的出血之左證也。

預後 藥物治療，極難根治，鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 施治三五次，卽可根治。

治療（一）經穴

主穴穴 大都 三陰交 陰陵 隱白 內庭 關元 中極 腎俞

次要穴 通里

（二）治療技術 在患病時用比較粗的毫針刺隱白內庭三陰交穴，用雀啄術各二三分鐘久，以凝麻直達股內爲度。又灸右大都穴三壯，多可痊癒。如日子久之患者，則加針灸關元及中極腎俞三穴，一次未止，五次治療，直至完全痊癒爲止。

治療原理 月經之持續日期，普通自一日至八日，在三日五日間者爲最多。

月經量（每月經時出血之全量）大凡九十至二百瓦，或有謂僅三十至五十克者。大致月經長期量多，又月經中激烈運動時，則變爲多量，茲以某種原因。超出正常之量，或日期延長，醫者自以除去其原因，止其出血爲目的。選刺隱白二穴，患者成劇痛，刺三陰交內庭二

穴灸大都穴，如刺戟力適合，可間接影響到子宮卵巢，起收縮作用，制止出血，再治一二次，排除種種障礙，疾病即獲根治，比較服止血藥，熱性陰道洗滌，陰道填塞法，收效快捷，而且確實。

治驗例 廣州惠福路第七號三樓劉趙氏，於民國廿五年八月十八號，到余醫所代台山某中醫買一本鍼灸醫學大綱，交費畢，問鍼灸能治何病，余謂擅醫藥石無靈之頑固病及急病。又問經期過多虛冷寒否？余答曰能，劉趙氏謂伊患經期過多凡一年之久，每次二十六日之久，歷治不愈，甚為懊惱。現已至第十六日云，當即請余施術，余為之針隱白內庭三陰交灸右大都穴三壯。翌日患者再來，據稱經血已減了不少，再治一次，病即痊癒，且獲根治焉。

### 3 月經困難 經痛

月經困難者，月經時局部及一般症候，超越生理範圍，妨礙尋常操作，不得已而就海之謂，但生理與病理之境界，本為以漸移行，不鮮明確也。

原因 大別為局部原因及一般原因二種。局部原因云者，指生殖器官有某種疾病，為月經困難之因之謂。其疾病或在卵巢，或在輸卵管，或在子宮，從而分卵巢性月經困難，輸卵管性月經困難，子宮性月經困難。由此等器官之炎症而起者，特名為炎症性月經困難。為卵巢性月經困難之原因者，主要為慢性卵巢炎，卵巢腫瘍等。但卵巢內分泌機能之障礙，似亦

爲月經困難之原因。輸卵管性月經困難，較習見，輸卵管之收縮，發陣痛狀疼痛，爲周知之事實。而其最重要之原因，爲輸卵管炎，子宮病可爲月經困難之原因者雖甚多，大凡可分爲機械性，充血性及子宮發育不全三種。

機械性月經困難者，於經血通路，生有障礙，欲戰勝障礙而排出經血，故子宮強度收縮，本症由此而起，於強度之子宮前屈或後屈，子宮肌腫，其腫等見之。此等在經血通路易生狹窄，子宮內口尤然。

充血性月經困難，由內生殖器高度充血而起，充血之主因爲炎症。內膜充血肥厚，子宮口卽生狹窄，實質層之炎症充血，使子宮收縮之疼痛愈增劇烈。

子宮發育不全，每爲月經困難之原因。而發育不全，不僅見於全身發育榮養不良之婦人，每於體格營養皆良之婦人見之。

以上均爲由局部原因而起者，其次由一般原因之月經困難，較爲罕見。大致不能證明局部原因時，歸咎於患者之神經質，而稱爲神經性月經困難。

神經性月經困難，多見於神經質之婦人，精神過勞者，及萎黃病等，近時爲月經困難之原因有沉重於迷走神經緊張者。月經困難中有一種獨特者，爲膜狀月經困難。本症兼有劇烈之月經痛，子宮粘膜片，略成著明之膜狀而排出，原因不明。

症候 局部疼痛，有發作性者，亦有連續性者，前一種係由子宮收縮之陣痛狀疼痛，

從脊骨部向腹股放射。輸卵管之收縮，亦起陣痛狀疼痛，但其部位多偏於病側。後一種由于宮或附屬器之炎症而起。位於腹下部，又限局於炎症部位。

疼痛有與月經同時發作者，亦有起於經前二三日，經至時一同輕快者，或有在月經中持續不已者，偶亦有在月經開始後二三日始發者。疼痛往往激甚，起痙攣性發作，（痙攣性月經困難）惡心嘔吐，四肢冷厥，失神等症，神經大致興奮，常伴頭痛，偏頭痛，神經痛（尤其者三叉神經）等。此等神經症狀，於高級社會婦人，女教員，音樂家等多見之。因此等症狀之反覆，婦人之榮寵，漸至衰弱。經期以外，即月經與月經之中間，每月有三三日，發月經困難狀疼痛者有之，此名中間痛，原因雖不明，但必與月經之周期變化相因而致者也。

預後 藥物治療不易根治，鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術十次左右，即獲根治。

治療（一）經穴

主穴 內庭 三陰交 陰陵泉 中極 關元 腎俞

次要穴 足三里

（二）治療技術 當疼痛發作時，即針內庭三陰交二穴用雀啄術五分鐘久，立即止痛，加針足三里腎俞陰陵泉三穴，雖久年之經痛，亦能止痛。輕者治療一二次可愈，久年之患者，治療五六次，亦可根治也。

自梳女，寡婦之患本病者，多治若干次，方獲根治。

治療原理 西醫治療本病，尋其原因而除去之；有炎症，用消炎法；有狹窄，擴張子宮之位置異常，則矯正之；有習慣性便秘，則治療之；腹下部施溫濕法，灌腸以去腸內容，避足部之冷卻，貼冰囊於頭部，由此等處，多少可見輕快。鍼灸治療則異是。先刺內庭二穴，繼針三陰交陰陵泉二穴，由足部之神經反射入子宮卵巢，用雀啄術數分鐘久，使子宮卵巢發作之障礙由刺戟而消散，疼痛停止。追刺戟幾次後，障礙物完全消散了，月經便不困難了，病便根治了。此法簡便有效，萬試萬靈，頗堪實用啊。

治療例 廣州寶華新街五觀聖英，患經期困難病凡十餘年。每月痛三四天，吃藥針灸，但未根治。民國廿六年六月五日，到余康康路城灸講習所贈醫處求診，為之針灸三陰交陰陵泉內庭中極，立即止痛，因患病年久，繼續治療四次，自後便不見再痛云。

## 二 子宮病

### I 子宮痙攣

原因 有器質的及官能的原因。

(甲) 惡新生物，子宮之轉位，子宮輸卵管及卵巢之急性及慢性炎症，月經困難，及其



他來自器質的疾患。

(乙)發於歇斯的里，精神之激動，舞蹈，騾馬，遺尿，便秘，月經之前後，亦有因冷却，淋瀝，勞動，神經質者，或房事過度而發者。

症候 因子宮之神經器能亢進，起子宮之收縮而發痙攣。其初下腹壓重及緊滿之感覺，其後脊骨部及下腹部發痙攣，延而波及股脛，及狀覺如灼如絞，或如刺之疼痛。有球形狀之物體，向心窩上衝。腹筋緊急如板狀。多屈上體，往往有反射的嘔吐。或伴以胃痛。甚望有四肢轉筋，陷於人事不省者。然脈搏多無異狀，亦不發熱。(轉筋爲昔之痲名，四肢之肌肉來局發性之強直痙攣也)此際觸診於腹部，子宮之部位，恰似有腐爛之感。因精神之激動，大小便之努費，便秘，腸中瓦斯之集積，而增加疼痛。本病發於歇斯的里家及子宮內膜炎。預後 藥物治療根治不易，鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 薦術一二次，即獲根治。

治療 (一)經穴

主要穴 足三里 湧泉 三陰交 陰陵 內庭 中極 承山 獨陰

(二)治療技術 醫者診斷定患者爲子宮痙攣病，先取足三里二穴，斜針刺入僅成痙攣，再刺三陰交內庭穴，亦使痙攣直捷大捷；如刺戟力適合，當即止痛，再在承山穴中極穴刺針，則痙攣無論如何劇烈，亦可停止下。

倘患者怕針，則只用灸法亦可。切大肉薑三四片約半分厚，燃著頭大艾絨而燃之，請一助手助燃，俾熱力得接續。先在足三里穴連灸三壯，繼在湧泉穴，獨陰穴灸三壯，再在中極穴灸三壯。一柱火熄，即換已燃着之艾柱而灸之；經舉亦可立即停止也。

治療原理 據 Frankenhauser 氏之報告，子宮神經主要來自交感系，其途中混入種種腸脊髓神經纖維云。交感神經纖維在主動脈神經叢中經過之際，收容各神經節之多數纖維，如自太陽神經節，腎神經節，生殖神經節及境界索之腰部結節，所發之纖維是也。此後遂於腸系膜下動脈分歧點高處構成大神經叢，有多數神經節，名爲子宮大神經叢，在荐骨岬前面，歧爲左右之腹下神經叢，左右夾持直腸，其一部直接在子宮側緣經行，一部達於子宮頸部神經節，頸部神經節，坐于子宮頸及陰道後穹窿上，其分枝屢支配子宮全部。輸卵管及卵巢之交感神經，發于腎神經節，及生殖神經節，與精索血管徑路相同。

脊髓神經纖維，由種種途徑，達于子宮。迷走神經，膈神經，內臟神經以主動脈神經叢爲介，來自腰髓者，以結合神經枝爲介，分布于子宮。更爲荐骨神經叢，直接達大管。子宮子宮，其一部同時送往頸部神經節。茲以子宮之器能充進，起子宮之收縮，而發強聲，痛苦非常，而以鍼刺中極，足三里三陰交內庭等穴，用制止的手術，制止強聲之發作，灸湧泉獨陰足三里等穴，用火熱的刺戟緩解經聲的種種症候，子宮之神經受鍼灸的一再刺戟，當然能使經聲停止，疼痛消滅也。病即隨而獲痊愈矣。

治驗例 廣州東橫街四六號廖女士護士也。素有經痛病，每屆經期總有痛苦，又屆六個月則一次劇痛不止，一年兩次，屢試不爽。民國十二年十一月廿七號爲第六個月劇痛之期，廖女士早已驚恐無似，籌備應付之法矣。是晚七時許，因子宮之神經器能亢進，起子宮之收縮而發痙攣，初腹下有壓重及緊滿之感覺，其後脊骨部及下腹部發痙攣，延而波及股膝，如灼如刺，又有球形狀之物體向心隔上衝，腹筋痙攣如板狀，再則四肢痙攣，舌亦縮入，說話困難。廖女士及同居姊妹用盡自己的方法敷治，未見有效。忽憶及我擅治急症，專人來請（下半夜四時半）至則爲灸足三里湧泉二穴各三壯，種種症候如雪見湯，未及半小時便安定如常人矣。一般看見灸治的姊妹，莫不希奇說，艾灸的功效，怎能如此偉大云。

## 慢性子宮實質炎

子宮炎症中其侵犯黏膜者曰內膜炎，侵犯肌層者曰實質炎。但其間非有明確之區別。子宮炎症，至少在真正炎症，常先侵黏膜，次及實質，當內膜炎時，全不侵及實質者，殆無此例。夫然則內膜炎與實質炎爲同一疾病而不能區別。故實質炎之病名雖廢棄亦無不可。但表示其病變之存在於粘膜或於肌層，實際上甚爲便利，故迄今多用之者。

慢性子宮實質炎之名稱，與慢性子宮內膜炎同，向來以廣義解釋，不問其病原病變如何，子宮平等增大，呈一定之臨床症候者，（骨盆內壓感或重感，腹下部荐骨部疼痛，帶下，

月經異常等）類稱之爲慢性子宮實質炎，有此等症候之子宮，平等增大，在臨床上實構成一種獨立之疾患。但細加研究，則疾患本來的性質，種種不同，其中之某一種，非真正炎性肥大，而爲一種積發症候。例如子宮後傾後屈，或子宮垂脫，由其循環障礙，而有子宮肥大。又內膜之分泌過多，子宮欲努力爲之排除，遂有實質之工作性肥厚，故在今時，慢性子宮實質炎之名稱，僅於由細菌傳染真正炎性肥大時用之。不由于炎症而乘之子宮平等肥大，稱爲子宮實質增殖症，與慢性實質炎區別。

慢性實質炎常發于於急性實質炎之後，急性實質炎常以內膜爲門戶，而發所謂急性實質內膜炎。急性實質內膜炎，殆常起於產褥，故慢性實質炎，在產褥傳染後最多。與產褥無關之實質炎，則爲少數。多由淋菌而起，結核菌有時亦侵及實質。

一部分之學者，據子宮壁之血管硬變，說明子宮出血。然血管硬變，亦由妊娠或其他所生之生理的現象，血管硬變與子宮出血之無關係，亦已瞭然。方今一般之傾向，欲將出血之原因，歸諸卵巢之機能障礙。但尙無充分明瞭之解說，有待於今後之研究者固甚多也。

症候 子宮平等增大，硬固而略有壓痛，月經過多或有不正之出血，閉經期遲延，又每有月經困難，帶下亦爲強度。（實質肥厚尋常兼內膜肥厚之故）妊娠多被阻礙，縱令妊娠，亦多中絕。又往往呈妊娠不確徵兆，（食慾不進惡心嘔吐，乳房痛，分泌初乳等）患者，屢於下腹部及脊骨部等有不快感覺，或疼痛，其疼痛初僅限於勞動時，後乃變爲持續性，又多

便秘及訴尿意頻數者。

診斷 子宮平等增大，硬度，壓痛，月經過多，子宮出血等，均為診斷上之重要條件。

鑑別診斷 有誤為妊娠子宮者，然在妊娠則月經閉止，子宮增大，與月數一致，柔軟而無壓痛，呈諸種妊娠徵候。

易誤認為子宮肌腫。但肌腫，則子宮增大多不平等，隆起如球，無壓痛，硬度，較慢性實質炎尤為硬固。

預後 西醫嘗謂治療困難，於生命雖無危險，而於生殖，則預後不良，鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大概施術十次左右，當可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 中極 關元 氣海 三陰交 陰陵泉 血海

次要經穴 大都 隱白 上髁 中髁 下髁

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為慢性子宮實質炎後，先令患者側臥，刺三陰交陰陵泉二穴，繼刺關元中極氣海三穴。刺畢燃著頭大艾絨在中極關元二穴上各灸五六壯，再灸大都穴三壯。

次日如壓痛減輕，出血減少，則依上法施治。萬一不其見效，則加刺隱白血海腎俞八髎

等穴，加灸中極關元腎俞三穴，如患者耐心求治，必可治愈。

驗方；婦女血崩，不論虛實，最妙是用肉桂炭二錢，研末，沖飯湯連渣服，必即止。

治療原理 據治療經驗，刺隱白穴灸大都穴，能制止月經過多，刺三陰交陰陵泉能制止子宮疼痛，灸關元氣海能消子宮腫脹，刺腎俞八髎能治荐骨痛。鍼之刺能發生鎮止作用，消滅種種症候，灸之變化能使白血球增加，殲滅細菌，鍼灸久之，病即獲愈矣。

治驗例 廣州萬福路二五八號三樓李氏，常感小腹脹大壓痛，荐骨部痠痛不舒，月經不調，而且過多，腰治不愈，頗感苦悶，其大姊以患胃經變被左鄰廣榮居酒舖陳夫人介紹來治，竟給我一次治愈，乃於民廿五年三月十八日介紹其妹來治，余爲之刺三陰交陰陵泉血海關元氣海中極，灸關元中極各六七壯，只施術一次，即獲根治云。

### 3 子宮癌腫

據癌腫統計之所示，女子罹癌腫者，二倍於男子，蓋以女子多子宮癌，及乳癌之故。而子宮癌尤爲主要，占女子癌腫全數三分之二。人體一切癌腫中，最多者一類爲胃癌，子宮癌腫之類，殆在伯仲之間，加之子宮癌腫限於女子，與念及此，則癌腫不利於婦人之程度從可知矣。

子宮癌腫由其發生之部位，分爲頸部癌腫，及體部癌腫，二類。頸癌更分爲陰道段癌腫

，及頸管癌腫，此三部中（陰道段及頸管及體部）以頸管及陰道段為最多，體部癌腫則僅少。原因不明，於老年為多。陰道段及頸管癌，在三十五歲至五十歲為最多，體部癌，則多見於五十以後，二十歲以前之癌腫，甚為罕見。陰道段及頸管癌，多見於經產婦，於未產婦雖少見，但體部癌，於分娩似無關係。又頸管及陰道段癌，或謂多見於貧困者。遺傳關係，不如胃癌之著明。

症候 在極初期，幾不呈何等症候，病勢既進，從而發出血，帶下，疼痛等。又呈由癌浸潤而生之骨盆臟器諸症候及全身症狀等。

出血 多為患者最初所訴之症候，但有病勢已甚進行而不見出血者，於不成潰瘍而在粘膜下浸潤蔓延，及硬性癌腫，尤然。出血，起初有月經之定型，惟量多而日久，其後則不定期出血，由交接勞動，便通而發。出血強度時患者陷於貧血。癌腫多侵犯閉經期相近之婦人，故雖留有不正之出血，患者不甚介意，長久放縱，多失却治療之時期，一旦閉經之婦女有出血時，不可不慮及癌腫。而體部癌，多於閉經後出血，發病後出血亦較遲，蓋與外部之刺激相連故也。

帶下 初起水狀，其後多為稠稠帶下，甚而變為多量，帶膿狀，並混有血液。腫瘍處取分片時，腫瘍組織之上有血，故亦有之。此等病狀，其則一入患者居室已則顯身

者。但在體部黏則結腐膜之惡臭較罕見，且多至末期始有此徵也。

疼痛 自癌腫原發部發生者較少，大抵犯及子宮周圍，始有疼痛，初為斷續性或持續性鈍痛，見於骨盆深部荐骨部，腰部等。其後變為穿刺性，斷裂性，放散於下肢，患者日夜為之苦惱，倘犯腹膜則發腹膜炎之炎症性疼痛。體部癌腫犯子宮周圍較遲，故發疼痛亦較遲。腫瘍分解產物，滯蓄於子宮腔時，以欲壓出之故，子宮收縮，而發陣痛狀疼痛，及至犯骨盆臟器時，臟器起各種症候，膀胱有尿意頻數，排尿時疼痛等，甚者發生尿癱，癌腐臭更加劇甚，直腸起類固之便秘，甚則生直腸陰道瘻，漸浸潤壓迫輸尿管時，發腎盂水腫或膿腫，腎臟炎，壓迫骨盆內神經時，起靜脈血塞，下肢浮腫及疼痛等。

全身之衰養 隨病機進行而漸形障礙，食慾不振，發惡心嘔吐，日夜為疼痛所苦，故腹肌羸縮不絕，硬若板狀，呼吸淺薄，顏面蒼白，口唇眼險，結合膜均失色，言動懶惰，羸瘦達於極度，而陷于所謂劫腫惡液質。癌腫患者之死亡，由于慢性尿毒症者為最多，其他由急性尿毒症，心肌變性，體力消耗，內臟轉移等，或偶由腹膜炎，敗血等症致命。因夫出血以致出血死者，則甚罕見也。

診斷 (一) 陰道發病之診斷 病機已著明進行之陰道發病，其診斷容易。為其腫狀者，其表面呈湖花狀，多已破潰，其質脆弱粗糙，由指壓易於破壞。刺入探針時，易於貫通，且易出血，大抵在陰道段見有出血性腫瘤，略自表面隆起者，先宜慮及癌腫，由頸管發生之



粘液息肉，茸狀肌腫痛，雖與癌腫相似，然表面不粗糙，不脆弱，多以粘膜覆之，茸狀肌腫，亦覆以粘膜，表面縱陷于壞死，其質堅而不脆，尖圭胼胝腫，一見頗似翻花狀癌，但大抵有莖，為淡赤色，非真潰瘍，表面覆以厚上皮，其質亦不脆弱，多發于妊娠中，同時陰道外陰部亦復發生，故診斷容易。

此外可助診斷者，為年齡不正之出血閉經後出血，排泄物，疼痛等，但如帶下惡臭疼痛之類，望比較晚期始發。對於初期診斷，價值甚少。

(二) 頸管癌之診斷 頸管癌已破潰於陰道段，或子宮外口開大，頸管內可以視診者，診斷容易，與陰道段同。頸管之浸潤性癌腫，未曾崩壞，使于頸管上之部漸潰瘍，或子宮外口狹小者，診斷困難。頸部之局部的肥厚，至一般肥厚，陰道段粘膜之深紅著色，帶下增加及其他諸症候，雖可補助診斷，自然可疑時用活體組織，行診斷的搔爬，同時搔爬體部粘膜，行組織檢查可也。

(三) 體部癌之診斷 閉經後出血，漿液性血狀帶下辛博森氏發作性痛症（每日定時反覆之陣痛狀疼痛，為體部癌所特有云）等足資診斷，然在體部癌，他處所見甚少，故遠行內膜之診斷的搔爬，而確診之，甚為重要。

預後 西醫查爾：一般不良，頸部癌自發現初微起，一年半至二三年而斃。罕有止於此數者。體部癌，經過多緩慢，約可生存四五年。鹹灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重，忍受手術之程度而定，大抵施術二十餘次，當可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 中極 關元 氣海 天應 三陰交 陰陵 腎俞 血海 上髻 次髻 中髻

下髻 足三里

(二) 治療技術 醫者診斷確定患者為子宮癌後先令患者仰臥，醫者摩擦熱手掌，由臍下正中摩下，如見骨頂手，(恥骨)則在骨上，正中，取大如指大厚紙，在骨之正中蓋至臍心，折為五份，每份同大，不要有大小，在第三寸處左右之正中(關元穴，取關元穴準此)第四寸處左右之正中(中極穴，取中極穴準此)一寸五分處，左右之正中，(氣海穴，取氣海穴準此)。俱用指甲強切作標記，然後消毒，用寸半針直刺入，如不能刺入筋處，則先用溫灸器或太乙神鍼灸之，待能刺入則直刺入中極穴內之筋脈處，用雀啄術，凡三五分鐘久。然後用厚紙鋪腹面針口上(以免艾火跌下傷皮肉)燃等頭大艾絨燒針頭而燃之，讓內感熱不能再耐，乃除去艾火，再燃第二炷第四五炷，至內感熱熱氣走動，然後再刺關元穴，氣海穴，依上法針之灸之。如患者尙可受針，則刺三陰交，陰陵泉腎俞八髻等穴。第一日手術便算完畢。

次日依法施治，或用筆圈出癌之大小，在癌腫之正中或上下左右，直針刺入，繞針頭而灸之，或在針口上用蕪熱穴或直接灸治之。主要次要經穴，每天輪流針灸，倘病者知鍼灸是

唯一生路，而忍痛求治，必獲治愈。

治療原理 西醫對於本病，行子宮全剝出術，同時切除兩側卵巢，更有屬于子宮之淋巴腺，凡手所能及者，固勿論，即骨盆結締織，亦務必完全除去之。自是正當辦法。鍼灸治療，用毫針刺入癥部，燃艾絨於針柄上而燃之，透熱力入裏，針灸久之癥部自然會消散。再在皮外用艾熱或直接灸，熱力直達，立感充血潮紅，灸治久之，內面成熱凡三四小時久，積日累月之鍼灸手術，癥腫之種治愈，自是意料中事也。

治療例 廣州東華西路廿一號鄧惜非女士，患經痛嘔吐流血帶下有年，繼則小腹脹大堅硬，面色萎黃。經某大醫院醫生診察斷為子宮癌須用手術剷除，方有生存希望云。病者恐剷劑危險，未果。嗣承學員李濟時君介紹，乃于民國廿五年一月十四號來治，余為之刺關元中極天應，用薑片灸治，先在左邊比較腫大處灸治，數天後癥腫消，反覺右邊腫大，經十八次的手術，癥腫乃完全消散。患者感謝無既，書遠來小照作紀念。

## 白帶

白帶為婦科中最多之疾病，且亦為最頑固之疾患，病者類多忽之，蓋以其治之不易，而棄置亦無大害也。然其結果往往能使患者身體衰弱，精神憂鬱，月經障礙，生育不能，影響所及，殆非淺鮮。用特論之如下。

原因 本病原因甚多，淋毒固不待言，其他如異物，手淫，房事過度，子宮內膜炎，惡性腫瘍之分解物，腐敗栓塞，粗惡手術，燒蝕，癌病，萎黃病，感冒停，均為其主要原因。症候 輕症者僅分泌少量之黃白色粘液，全身及局所症候，均不顯著。但重症時其陰道粘膜發赤腫脹，壓成疼痛，惡心發熱，尿意頻數，交接及便通均有障礙，其分泌粘膜，初為黃白色，後為膿樣或膿血樣，經久變為慢性，則帶下更加多量，發生貧血，便秘，食慾不振，月經不調，受孕障礙。

預後 佳良。

治療經過 濕症候之嚴重而定，大抵施術十餘次，乃獲根治。

治療 (一) 經穴

主要經穴 中極 關元 三陰交 陰陵 腎俞 足三里 上脘 次髎 中髎 下髎

(二) 治療技術 久年之患者大約要治療十次左右方能痊愈。病者如欲痊愈，先須下個決心，忍住痛，耐心求治，否則難望收效也。先針三陰交足三里二穴，後針中極關元二穴，針後參關元或中極穴二十壯，袖穴不灸，次日針腎俞上髎中髎次髎下髎三陰交足三里，只灸腎俞二穴各十壯。如是輪流施術，病可日漸愈也。

治驗例 蕙陽第三軍人李某，其夫人流白帶凡八年。日夜不止，分泌甚多，色白且紅。喫丸藥無數，未見有效。聞余擅醫痼疾，乃於民廿四年四月廿八號來治，經余依上述辦法施

術三次後，白帶減了不少。治療八次後若有若無，病者認爲痊愈，說不再來治云。

### 三 輸卵管疾患

#### 輸卵管炎

輸卵管炎分爲單純加管兒性輸卵管炎，及傳染性輸卵管炎二種。前者不由細菌傳染，單以帶血而起。帶血，以骨盆內他臟器之炎症，骨盆內一般充血時，亦作爲一分期而起，或因卵巢囊腫之蓋捻轉等而輸卵管之血液循環被障礙而起者亦有之。輸卵管發赤腫脹，粘膜腫脹尤爲著明，纖部勃起，粘膜皺裂腫大，曲質內有淋巴球浸潤，時有出血者。上皮大抵不至剝離。腔管內略藏有漿液性滲出物，粘膜層以外之管壁中，病變初非高度。若甚之加管兒性炎症，未有發爲獨立之症候者，多爲主患之症候所掩，或不過對於主患乎術時，偶然發見，故臨床土之意識較少，茲專就傳染性炎症述之。

原因 傳染性輸卵管炎之主要病菌，爲淋菌，連鎖狀球菌，及結核菌，尤以淋菌占大多數。其他有葡萄狀球菌，普通大腸菌，肺炎菌，腐敗菌放線狀菌等發生者。此等細菌之侵入徑路，有來自子宮者，亦有來自腹腔者，有來自與輸卵管連着之臟器如腸者，或有由淋巴管以至血管而來者。淋菌主要爲上行性即經子宮腔而達輸卵管。結核菌主要爲下行性，即來

自腹腔，偶有來自淋巴管或血管者。亦有上行性者。膿菌，由于產褥傳染者最多，又在腹腔內化膿尤在盲腸周圍炎時續發者不少。膿菌之下行性傳染于輸卵管者，膿先破潰於腹腔，然後達于輸卵管者有之。或先與輸卵管癒着，即于該部破潰，膿汁直接漏入輸卵管者有之。然大抵由淋巴行傳染。

症候 輸卵管炎性疾患，其症候種種不定，蓋以病原菌各異之故，但輸卵管炎，多同時合併子宮、陰道卵巢腹膜，骨盆結締組織等疾患，此等合併症之疾患，更使輸卵管炎本身之症候不明。但腹膜炎症候不問輸卵管炎之急慢性或慢性期，常占症候之主部，惟該炎症之強弱，與輸卵管病變之度常不一致。亦有病變雖高度，而症狀却輕微者。

腹部下鈍痛，於輸卵管炎，幾為必發之症候。或一側或兩側，由勞動，月經交接等而增劇。除此等連續性疼痛外，更發間歇性腹下部疼痛。間歇性疼痛，由輸卵管收縮而起。帶極變性甚為激烈，此名輸卵管痙攣。在漏泄性輸卵管水腫，痙攣繼續，排出多量之漏泄物，痙攣隨時輕快，腫瘤縮小。輸卵管炎之急慢性中，病側之腹下部疼痛，同時發高熱，熱度常在夕刻上升，為積留性者亦不少。

診斷 輸卵管炎在急性期，因局部疼痛劇烈，與夫腹膜炎之合併，欲分離而觸知之，甚為不易，不過僅能知輸卵管部之壓痛以及略有抵抗而已。大概到數日後，始能觸知輸卵管。此時輸卵管肥厚如鉛筆或如拇指，從子宮之輸卵管角，走向側方，呈強弱種種之迂曲，壓之

有疼痛。於輸卵管缺，可觸知堅硬結節者不少。輸卵管初本移動，既經癒着者，則不動。且在化膿性炎，癒着尤早，管壁極肥厚，硬度，堅硬，疼痛頗甚，腹壁端呈壘腹狀。當是時卵巢多變觸知。既已形成潏積腫，則於子宮側方或後方，可觸球狀腫瘤，呈波動。壓痛甚強。其內端呈索狀，向子宮彎繞，而在水腫，則管壁菲薄，疼痛較輕，其大有逾於兒頭者。膿腫大概較小於水腫，則固殆無波動。疼痛在初期亦激烈，若腫瘤發於闊韌帶內，或與周圍纏着以至由滲出物所圍繞時，潏積腫失其固有之形狀，使診斷困難。

預後 西醫書載：「單純加答兒預後良好，傳染性炎治愈困難。在長年月間，每致再發，生命危險較少，但重症化膿性炎，且產褥敗血性炎，取不幸之轉歸者不少。」鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術五六次，總可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 三陰交 陰陵 中極 關元 歸來 天應

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為輸卵管炎後，先刺三陰交陰陵泉二穴用雀啄術三五分鐘久，如手術適合，疼痛即可減輕，再在歸來關元中極天應等穴施針亦用雀啄術，疼痛立可停止。以有發熱，故第一日不用灸治。

第二次天依舊刺三陰交陰陵泉歸來關元中極天應等穴，如熱已退，加灸關元中極天應等穴，

如是施術數次，病即霍然。

治療原理 用藥治療本病，必先查出是何病菌作祟，然後與以對症之藥。可是子宮內注射，塗藥，洗滌等，有促細菌上行之恐，對於子宮之局部處置，例如內服撒爬，子宮內塗藥，子宮整復術等，常增惡病勢。鍼灸治療，首先剷除疼痛，故先刺三陰交陰陵泉等穴，用笹脈術以制止之，疼痛一止，腫脹，熱度隨而消散。迨至無熱無痛的時候，而續用灸治，增加白血球及抗毒素以殺滅有害細菌，治本兼治標，故能根本痊愈。確是輸卵管炎當屈一指的療法。

治驗例 一 本香港大道西二二一號二樓，梁氏，患本病九天，劇痛非常，經二三個婦科專門西醫藥劑療治，功效未見。民廿七年十二月廿五號蒙學員朱淑英介紹來治，余為之刺三陰交陰陵泉關元中極歸來天應等穴，立即痛止，並無復發云。

#### 四 卵巢疾患

#### 卵巢炎

原因 急性症為子宮炎，淋毒蔓延，產褥熱，腹膜炎，子宮外膜炎，慢性症為精神過勞，房事過度，腥加答兒，子宮內膜炎等。



症候 腸胃窩膨脹滿疼痛。壓之則疼痛增加，有惡寒發熱。又自陰道及肛門探之，可能知卵巢增大，若其症消散，則此炎症亦五六日而消散。若化膿則其膿流注於腹內，直腸，陰道及膀胱等。其他便秘，食慾缺損，睡覺不安等。

預後 西醫謂經過緩慢，難治愈，大抵不良。鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 大抵施術三五次，必可治愈。

治療 (一) 經穴

主要經穴 三陰交 陰陵 獨陰 歸來 大敦

(二) 治療技術 先針陰陵泉三陰交如感梅毒麻，疼痛當可減輕，再灸大敦獨陰各三五壯，疼痛立可除去。再在歸來處針灸之，則疼痛處之肌膜硬，極易消散，病如是初起，施術一二次即告痊愈。倘是久病而且沉重，則須繼續治療，方可痊愈。又兩側發炎則針灸兩側之經穴，如僅是一側有病，針灸患側之經穴是矣。

治驗例 蕪陽縣縣立女師學生張某患卵巢炎病數月，痛時小腹結成硬塊，氣脹緊不可耐。因痛久故，膝胸內大腹收縮，不能伸直，行走不便。民廿四年一月十四號晚請余治療，經余針三陰交陰陵泉灸大敦獨陰，劇痛全止，膝胸即能伸直，再在歸來處針灸之竟達根治目的焉。

## 第六編 兒科病

### 1. 初生兒破傷風 臍風

原因 乃 *Microlaeter* 氏所發見及北里柴三郎氏所純粹培養成功之破傷風菌，由臍部創面而傳染之疾病也。破傷風菌存在於外界之塵埃中，恐係看護時之手，不潔之綳帶或臍部撒布藥爲其感染之媒介。該菌常佔居於感染之局部，（即臍部）其產出物帶有毒性，該毒素能侵犯脊髓，延髓之運動中樞，故能引起運動神經之過興奮焉。

症候 潛伏期甚短，在生後第一日已有發病者，又有經數日之潛伏期者。大多數於生後第二星期始發病。殆常見之第一症候，即爲哺乳困難，蓋咀嚼肌痙攣所閉牙關緊急是也。牙關緊急最初雖爲發作性，然其後則連續發生，毫無間斷，痙攣且及於顏面諸肌，呈一種特有之顏貌，曰破傷風顏貌，即前額多皺襞，眼瞼緊閉，口唇突出，口角稍向下方牽引，其次侵及頸肌背肌，而顯高度之角弓反張，四肢之位置由於肌肉被侵之範圍而不一定，然普通則上膊內轉，前膊強屈曲於肘關節，下肢內轉而左右互相交叉，手指亦復屈曲，因呼吸筋痙攣之結果，而生呼吸困難及青藍症，重症有引腦之揮擲而致窒息死者，體溫昇騰，至死期往往逾

四十二度。

本病之固有症候，即反射機能之十分興奮，其肌肉之掣縮，由些微之外界刺激，即被誘發。

本病亦有不全型，其發作，偶一發現，且僅發於一二肌羣者是也。

診斷 並不困難，與（一）其他之初生兒腦疾患如腦水腫腦膜炎等鑑別。（二）預察之診斷不得不依據細菌學的檢查。即以銳匙剝削臍基底部，以之接觸於蟻鼠之皮下，若為陽性，則該動物至遲於四十八時以內發生瘰癧而斃命。

預後 西醫預後不良。死亡率約七〇乃至八〇%，餘者治療，預後優良。

治療經過 施術一二次即可治愈。

治療（一）經穴

主要經穴 印堂 額會 承漿 少商

（二）治療技術 第一法 小兒初生七月內，如見面上發赤，氣喘昏墜，即為臍風。臍上初起時即生青筋（靜脈）一條，能自臍上衝至心口，當未至心口時，速用麥粒大之艾絨，在青筋（靜脈）上燒之。燒時見此筋即縮下寸許，可再就縮下之處，搗艾燒之，燒盡消盡為度，病即愈矣。再看牙根如有小泡，先洗淨手，以脫脂棉裹手指擦去之。

第二法 用鴉蛋白以手指蘸擦背心良久，即有毛出滿手，長至分許即止。脫長至寸許，

用絹包緊，俟其轉機，再擦兩太陽穴，則口自開矣。

第三法 如臍帶已脫去，用生鹽填滿臍中，用艾灸乾壯。

第四法 小兒破風初起，吮乳不緊，兩眼角上，眉心忽顯有黃色，須急治之。卽一見用心鼻準有黃色，吮乳口鬆，神情與常有異，卽用燈心蘸香油點燃，在臍會一燒，承漿，少商，印堂各一燒。臍輪繞臍六燒，臍帶如未脫，卽在帶口一燒，如已脫卽在臍處一燒，共十二燒，病卽告痊矣。

破傷風驗方：蠟退去淨頭足爲末五錢。用好酒一碗煎滾入末，調勻服之。再服巴豆二黃丸（療疔百效丸）十二粒瀉之。

治療原理 本病爲破傷風菌入裏作祟，當其顛狂時，用燈心火刺戟制止之，痊癒密作，卽獲緩解。再在臍上靜脈處灸治之，一則血行可以旺盛，消除鬱滯，二則增加白血球抗毒素，撲滅破傷風菌。功效比破傷風血清毒膏，而且快愈。

治驗例 浙江永康董愛仁君報告：「王顯藻藥珠鎖人，其子生下七日，病吮乳口鬆，啼哭無時，眼角眉心，發現黃色。唇口收鎖，求治於余，察其肚脹臍腫，臍上現青筋一條，上衝心口。爲之針煩車，地倉，然谷，當時用艾火在青筋頭上灸之，將二乳中小核，擠出白漿。次日復診，臍上青筋退下一寸有餘，乃用燈心蘸香油，點燃臍會，印堂，少商，各一燒，臍輪六燒，臍中一燒，臍前經穴，加灸然谷，灸畢，則風止黃退矣。越四日諸症減輕，旋以

生草生甘草瀉之，自此能吮乳，一月後完全痊癒云。」

## 2 小兒驚厥 小兒痲瘋

驚厥發作之與癲癇相同者，小兒及成人均或患之。其發作或與癲癇毫無差別，其唯一之異點即除去病原即不再發，然間有小兒患此恆久不退，竟成真癲癇者。

原因 小兒之驚厥可由許多原因而致，此等原因皆能致神經中樞不穩，而便有驟突，過度及習性之腦力脫失也。最要之原因如下：

(一) 虛弱 此常因胃腸受擾而致。腸積核炎之末期，多有發驚厥者，且或再發，有時致命。

(二) 周圍性刺激 僅因出牙而致驚厥者甚鮮，然在虛弱不健之小兒，則此係致病原因之一。因驚厥而死之小兒，在六月以內即出牙之前者最多。其他刺激原因，則為過食難消化之食品。或謂驚厥或係中毒所致，間有因腸內寄生性蠕蟲而致者，然甚少。此外則包莖及中耳炎亦或能致之。

(三) 佝僂病 此病常兼驚厥。其淫穢或僅顯於喉肌，此雖屬驚厥性，但少有認為嬰兒驚厥者。

(四) 熱病 凡幼稚之小兒，當傳染性病初起之際，多顯驚厥，此殆與成人患傳染病初

起時之寒戰，如出一轍。其驚厥究因何故，尚未確知。紅熱，麻疹及肺炎最常致之。

(五) 腦充血 按腦血管充血過度或能致驚厥，可就小兒患重天哮者間或致驚厥以證明之。但觀於患天哮者之兼驚厥極罕，則可知機械的充血實非驚厥的重要原因。

(六) 神經系統之重病 劇烈之驚厥，或先許多危險之神經系統病或隨之而起。小兒患急性腦炎而繼起偏癱者，其病初起時每有劇烈之驚厥，脊髓癱之先期驚厥而起者較少。此外則結核性或單純性腦膜炎，腦瘤及他類腦損傷，亦兼顯驚厥。

有時嬰兒一出胎，即或患驚厥，且或續綿數星期或數月之久。此或因有腦膜出血，或腦外質之劇烈損害所致。

最重要之問題係小兒患驚厥與真癲癇之關係，高耳氏檢查患癲癇者一千四百五十人，病之發作在三歲以內發端者一百八十八人，歐司勒曾檢查四百六十人，其在三歲以內發端者一百八十七人，而最多數則在一歲內，共七十四人。凡以上所述者，所顯之驚厥，幾皆無間斷。羅司氏認定此病之驚厥期過長或屢發疑似癲癇病之小發作者係一危險之類。

症候 驚厥之發作或突發而毫無預兆，然較常見者則有慄動不甯之時期。伴以顫搐及夜間或磨牙，此類驚厥之時期，罕有如癲癇之完全者，其程度常先顯於手。且最常在右手。眼不動而瞪。或向上轉。身體漸強硬，且因呼吸肌之強直性攣攣而呼吸暫停一二秒鐘致而充血。繼則顯陣強性驚厥，眼球轉動，手臂顫搐，或不跳而顯有節律之動。口眼歪斜，而顫而

後仰。迨此等發作逐漸退去，病兒或即安睡，或致昏睡無定。若其原因係由消化不良，或僅顯一次即止，若係由傷病或腸病所致，則有時再發。有時其發作陣陣連發，頗為迅速，致病兒不醒，而死於劇烈昏迷之際。若其驚厥僅限於身體之一側，則退去之後或略顯癱，有時此驚厥係嬰兒偏癱之預兆，迨病兒一醒，則體之一側完全就瘳。當發作之際，溫度多增高。致命之故，除虛弱之小兒及間或驚厥之再發次數太多外，罕有獨因驚厥而死者。又在患所謂腦積水樣情況之與長期腹瀉相關連者之際，驚厥或為致死之症候。

診斷 健壯之小兒突患驚厥其原因或為飲食過度，或為周圍性刺激，或為外傷。若病起時發熱甚高並嘔吐，則或係疹熱病或腦炎之初狀，若兼有虛弱及假癱病，亦易診斷。手足攣及假癱性強硬之多與偏癱病或蟬鳴性喉痺或腦積水樣情況相伴者，當僅顯於手臂，且屬間發性而常為強直性類。驚厥之與腦瘤相伴及隨嬰兒偏癱而起者，其特性大抵為局部癱瘓類。過二歲之小兒苟有不規則而似無原因之驚厥，且屢再發而該兒似非不能或係其癱瘓。

預後 「驚厥與嬰兒之死亡率大有關係。某氏曾檢查一歲以內嬰兒死亡之原因，定其百分之八為驚厥，凡患慢性腹瀉驚厥係一惡兆。至其為熱病之先兆者，罕危險。因消化不良或周圍性刺激所致者亦然」鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 大抵施術二三次，即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要瘡穴 少商 曲池 合谷 水溝 大椎 湧泉 百會 委中 陽陵 風門 肺俞

(二) 治療技術 當發作的時候，用最幼之毫針，刺少商穴，用雀啄術一分鐘久。微刺水溝，曲池，大椎，湧泉，中腕穴，當能鎮靜其腦筋，制止痙攣。

萬一未止，再刺商陽，中衝，關衝，少衝，少澤，隱白，委中，承山，崑崙等穴，俱用輕雀啄術，各半分鐘久，一次未獲根治，再治一二次可也。

助治方 萊菔子七粒，桃杏仁各七粒，石菖蒲一錢，山梔仁三錢，羅衣七個，地龍一條，飛麵少許，葱白一尺，鴉子清一個，調和搗餅，扎手足心（勞宮穴湧泉穴）男左女右，一晝夜去之，有神效。

治療原理 西醫治療本病，常用吸麻醉藥哥羅芳，若用哥羅芳後醒時再發痙攣，則速用鴉片，或注射嗎啡，無非欲麻痺其腦筋，冀不再發痙攣也。情患者有失所望，藥力過後，驚厥如故，遂刺知覺最靈之少商水溝湧泉曲池百會……等穴，由神經纖維傳入大腦，大腦以一再受刺激，發作的東西，從而消散了，發作的東西消滅了，痙攣病便痊愈了。此法比什麼療法快捷，且無副作用，允稱小兒驚厥的特效療法。

治療例 廣州萬福路頌明鏡舖三樓黃玉培先生之公子，生只四月，初不喫奶，乍寒乍熱，乃到某醫院留醫，留醫第六天，忽神昏氣促，兩目直視，易驚，手足抽搐，某西醫給藥水與他喫，喫後安眠數小時，但醒後病狀如前。第七天晚上病如前，醫生謂是病危甚，恐不治



，但仍給藥水與他喫。黃先生見醫在無辦法，乃擬之出院，由關厚德大姑介紹，改請我治療，（民國廿三，四，廿六，七）詎料喫藥凡十四五小時皆送不醒，兩拳緊握不放，不得已爲之針少商商陽中衝關衝隱白湧泉等穴，針後手即放鬆，眼亦開了，清醒了。是晚癩黑色屎甚多，且可喫奶。第二日再針治一次，乃即別去。第三日黃先生來所稱，昨日針治後諸病如掃。厥兒已平安無事矣。活命大恩容後潤謝云云。

### 3. 夜驚症

此乃突然自睡中醒覺而呈恐怖之狀態也。

原因 多見於二歲乃至八歲之小兒，神經貧血性，或虛弱性小兒多有之。其原因如下：  
（一）稅屎前之飽食，腸寄生蟲，腹脹增殖，呼吸障礙等身體之違和。（二）精神之刺激，例如妖怪奇談，異樣之圖畫等，有爲噩夢之動機者。（三）由於酒精類之攝取而發生者亦有之。

症狀 常於夜間突然以號叫而醒覺，呈恐怖之狀態而啼鳴，或大聲號叫，或揮抱旁人，至十數分時後，乃漸沉靜而又安眠，翌晨問之亦完全不記憶，此種發作，每夜反覆，或隔數日而發現一次。

診斷 當與夜間癡癡相區別。

預後 佳良

治療經過 齒術一二次即獲治愈。

治療(一) 鍼灸

主要經穴 百會 間使 神庭 中衝

(二) 治療技術 於發作時或日間刺間使中衝穴，各半分鐘久。灸百會三壯，神庭三壯。(柱如麥粒)如尚未愈，再治一二次可也。

驗方：蟬蛻七個，(去足翅)冰醋二錢，煎沸，臨睡前予以一杯。

治療原理 腦因某種刺激，至睡眠時驚慌號叫，茲刺間使，中衝，二穴，反射入腦，灸百會神經旺盛其血行即所以打散其刺激，制止其發作也。

治療例 學員伍君，有子患夜驚症，為之灸百會三壯，柱如麥粒，病即霍然。

#### 4 急性脊髓前角炎

原因 本病又稱脊髓性小兒麻痺，常常發於一歲乃至四歲之小兒，從麻疹，猩紅熱，等誘發。說者謂為一種之傳染病，亦從感冒，外傷，驚愕，生齒困難等所誘發。此即脊髓之灰白質前角之急性炎症也。

症候 本病以俄然發熱及高熱起始，體溫達三十九度乃至四十度，發不喜，嬉惡，食慾

不振，頭痛，嘔吐，尤于脊骨及四肢起疼痛，精神朦朧而發澀語。甚至人事不省，筋肉抽搐，舉發熱期數時乃至二三日，其次來肌肉之麻痺，有時初發症候，完全缺如，或者僅微。於發熱期發後，突然發見麻痺者，其麻痺從上肢而至下肢，尤以左下肢為最多。或犯一個之上肢者。或紙犯一肢者。有時四肢悉犯者。麻痺肌來變性的萎縮，腦及皮膚之反射均消失，而知覺及膀胱之官能無障礙。

預後 藥物治療，功效甚微。鍼灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重，能否多刺針而定，大抵施術三四十次左右，總可治愈。

治療 (一) 經穴

主要穴 環跳 陽陵 絕骨 委中 上髎 腎俞 中髎 下髎 腰俞 蠶髁 太谿

(二) 治療技術 當發熱劇痛時來隨鍼治，則刺委中，曲池，大椎，合谷，腎俞等穴，用輕捷啄術以止其痛，退其熱。刺針時須用一二人扶定，以免動搖，方能刺到神經。針不可久留，且要用最幼之一種。

在發熱期來治，則扶患者伏於親膝上，令解去內外褲，用兩人扶定，先在八髎腎俞腰俞麻髁，用蠶幼之燕針，用輕捷啄術各一分鐘久，刺蠶刺環跳穴，然後休息一下。再刺陽陵三陰經竹蠶髁等穴，第一日手術便算完畢。

次日看其反應如何，如不見有效，除依上述方法施治外，八髎，腎俞脾俞環跳，陽陵三

陰交起管端等穴間可擇其二，各灸三四壯，或每日輪流灸治，以不傷皮膚為度，如患者父母忍耐來治，精可治愈。

治療原理 運動神經從大腦運動中樞而發，先與髓橋，延髓等屬神經核相連，次與脊髓前角相連，最後向末梢分佈於肌肉。若其經路中有損傷或阻疾患，則腦之命令無由傳達，而其所支配之肌肉，遂無以隨意營其運動，此之謂運動麻痺。麻痺之全然不能運動者曰癱瘓，而僅不能營完全之運動，而尤勉強營之曰右痿弱。茲以某種原因致脊髓前角發炎，而疼痛，麻痺，用鍼刺或透前角之經穴，反射到前角處，能使疼痛停止，炎症消散。再在腰以下各麻痺處，針之灸之，運動神經得逐漸健全，而恢復原有之機能也。

治驗例 本香港灣仔哈克道五十四樓四樓買明傑有二歲，北平人。初發劇熱三四天，熱退後，兩腿麻痺無力不能行走，左腿更甚。問西醫能否根治，醫不敢決，中醫之手腳專家，亦曰沒有把握。民廿七年八月三十一日乃來所求治，余謂本病可以治愈，惟須時日甚長，因小兒危殆時跳動啼哭，比較艱難，為父母者之聞其啼哭心傷，恐不能繼續來治也。患者之父母謂如可治愈當下決心求治，時日延長不計也。乃為之刺八髎，腰俞，環跳，陽陵，絕骨，髕髀，未用灸治，施術十次，功效全無，患者之母親發生懷疑，而問究竟可治愈否？余堅決曰能，請繼續來治，必可治愈。此次針治後，繼用灸治，施術十四次後，患者可扶床而行。患者之父母大喜，屢治廿四次後即舉步而行。但仍會跌。迨治四十二次病果霍然。

(本病人之經治愈；中西醫無辦法，惟鍼灸有辦法一也，決心求治二也。有錢能別醫金三也。三者缺一，必半途中止。醫者能遇此等病人，成績方高也。)

## 5 小兒腹瀉病 侵襲風

小兒之滋養系每易患病，此等病症每互相牽連混合，萬不能一一確證分別其類。普通原因 大凡腹瀉必有一定之素因。

年歲 此病大多數在小兒生後六個月發生，苟小兒生後第一年之下半年較正當夏季而患此病，則其致命者最衆。美蔭所云「小兒怕第二夏季」即此之謂也。謂之第二夏季者，蓋小兒已靠母乳過一夏季矣。

哺乳 凡瓶哺之小兒，患腹瀉者最衆。曾搜集一千九百四十三致命腹瀉，詳加察究，其中乳頭哺者，僅占百分之三。近今歐美大城市之居民凡不能乳頭哺者，就用最純淨之牛乳哺兒。故瓶哺之小兒，患腹瀉者漸少，貧賤人家小兒，每因瓶哺致患腸病，其故有三，(一)所哺牛乳之分量不適宜。(二)乳質不純淨。(三)用不易消化之乳哺兒。其中有多致命之病，因食罐頭牛乳而起。

溫度 小兒腹瀉與氣溫有密切之關係，久經前人認定，無可疑議。大概天氣愈熱，則此病愈易流行。

細菌 小兒腹瀉之細菌種類甚多，而夏季腹瀉之最要者為痢疾桿菌。

病理解剖 病之輕者大小腸之粘膜僅微患卡他性腫，而其淋巴腺亦腫。有時粘膜充血，其在膜摺之頂者為最明顯。粘膜下層每有小圓細胞及血清侵入。病之較重者則或生潰瘍。粘膜之初潰處每在腫大之淋巴結上，潰瘍之附近每有甚明顯之發炎處。組織之毀壞以結節為限。然苟散潰瘍連合，則其毀壞即擴大。此等毀壞每在腸之下段，有時甚劇烈，致該處僅剩粘膜條。此類潰瘍絕不穿破。凡迴腸之下段，大腸及直腸等處，成假膜炎者甚少。粘液之分泌過多及淋巴細胞增多，係常有之症候。又腸系膜淋巴腺每變大。

內臟他部之改變甚少，且亦不甚明顯。大概枝氣管肺炎為最常見。此外則有肝呈脂肪性及脾腫。至於腦之損害則絕少，其膜常缺血。

臨診類別 (一) 腸之急性消化不良。

無論小兒年歲長幼，苟飲食失宜，皆有患此病之虞。症候每突起，大抵在食不相宜物後數小時或一二日突發嘔心及嘔吐，強壯之小兒尤然。腸之本部症候係絞痛，略有氣脹及腹瀉。每二十四小時內大便多至四五次乃至十次，初下者為糞，後則為液汁，內含粘液及未消化之物，惟無血。或有尋常各種腸細菌。又粘液內或有痢疾桿菌。體溫常高，而極高者則甚少，亦不恆久持續。脈搏速。小兒虛弱者患此，每致虛脫。此等症候每在腸空後即減輕。

如病兒甚或虛弱，或療治過緩，或食物依舊失宜，則病必加重，而腸之消化不良每多復

發。

(二) 急性消化不良或名發酵性腹瀉

此病之明徵係全體症狀加重。有時體腸之消化不良而起，則瀉液汁甚臭，內含未消化之物及乳塊。有時突然而起兼嘔吐，絞痛及發熱，熱甚或高至一百四五度（四〇至四〇。五）神經症狀甚明顯。病兒煩躁不甯，且不能入睡。驚厥則或在初起時發作，或稍遲始發。有時或顯朦朧欲睡之狀，此狀逐漸加增終則昏迷。大便次數多少不一，大約二十四小時內，少則五次，多則二十次。漸由糞而變為液汁。終則變成透明之綠色粘液。粘液內間或微帶血點，然血多者則從未曾見，用顯微鏡察驗，則除未消化之物屑及粘液外，更有少許白血球及赤血球。有時更見上皮細胞及各種細菌。

此病之急性症狀，苟如法施治，大概不用數日即可退出。倘略為疏忽，則每有復發之虞。甚致激發急性大小腸炎。此等腸胃內中毒病大多數在夏季發生，為小兒夏季腹瀉之唯一類型。

(三) 嬰兒吐瀉症

此乃暴烈性大腸內中毒病。不常見，其病率僅佔小兒腹瀉病極少之一部分。初起時頻頻嘔吐，飲食時尤甚。大便次數多，而出蓋亦多，初出者為糞，色棕或黃，繼則為清稀如水之漿液。糞初臭惡繼則不臭。糞之似水之漿液為酸性。每發熱，腹之溫度較正常或低三四度，

此病初起，精力卽衰弱，眼類俱陷。齒門亦凹，皮色灰白。初則顛躁不甯，繼則疲倦。舌始垢濁，後乾紅。口渴不止，（卽各種霍亂類病所顯之一症狀。）脈速而弱，終則紊亂不可摸。甚或有精力虛脫及體內溫度大增等狀，經一日夜卽死。將死之時其嘔吐或止。有時症隱略減，而病兒依舊呆鈍，昏迷欲睡，諸指握緊。或且驚厥。頭仰，呼吸間歇而亂。此等症候或纏綿數日，毫無進步。

此病之細菌無定，而其症候係急性細菌傳染所致。與亞洲霍亂甚相似。

**診斷** 此病不難診斷，蓋他種小兒腸病絕無與此病相似者也。頻頻嘔吐，下蓋似水，精力虛脫，及溫度增高爲臨診時不能誤認之症候。熱度過高，極端之虛脫，及嘔吐不止係最危之症候。

**預後** 新醫謂此病之預後大多數不佳，對於瓶哺之小兒尤然。鍼灸療法，預後佳良。

**預防法** 凡嬰兒之臥室，必使空氣流暢，多受陽光，此爲防病之要訣。當天氣炎熱之際，居住宜空廠涼爽。如園中樹陰深處，庭內涼棚之下，苟不爲烈日所曝，不被冷露所侵，則雖日夜居於室外，固皆有益無損。衣服宜單薄，不可過於多着。並須依天時之涼暖而斟酌增減，臨機應變不可疏忽。此外更須潔淨，衣服尿布限時更換，如用哺瓶，則哺乳瓶，務必按日用水煮沸一次，置於極潔淨之處，不可稍染灰塵污穢。結使乳頭哺，最好量力行之。又瓶哺小兒每逢夏季，則食物宜酌量減少。例如尋常所用之牛乳，至夏季則宜用開水沖淡。乳並



須用殺菌法製過，水亦煮沸後始可用。如能照上述數事看護小兒，則小兒自然可健全無病。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術三四次，即可治愈。

治療 飲食調理法 斟酌飲食爲小兒腸病之要項，務宜注意。如病兒發熱，則無論乳頭哺或瓶哺，務必立刻停用乳類勿食。最妙僅以水哺之。經數時或一二日，或待急性病症候退後爲止。嗣後可食穀水如米泔水，再後始可加用蛋白，肉湯及牛肉汁，或飲淡肉茶少許亦可。遲於何時始可復飲乳類，則病各不同，不能一定，大抵在溫度降至常度時復飲乳類，皆無害。凡蛋白質食物腐敗，以致下糞呈鹼性者，則宜用蛋白化物如泔水薏米水等爲食，若鹼酸者，則宜用蛋白質食物如蛋白及牛肉汁等。

### (一) 經穴

主要穴 天樞 氣海 中脘 關元 足三里 印堂

(二) 治療技術 醫者診斷患者確爲腹瀉後，先在腋下或直腸內用檢溫器檢驗，察有無發熱，如有發熱，則刺天樞，足三里，天樞，關元，氣海等穴，如有嘔吐，加刺內關二穴，不用灸治，而用助治法。次天熱退去，則刺足三里，天樞，關元，氣海穴，用麥粒大艾灸開元，氣海，天樞，百會，印堂，神闕各二三壯。一次未愈依法再治一二次可也。

助治法：在藥材店買五六七粒白胡椒，叫即打碎舂爲幼末，放在任何之膏藥上，下加正辟香一分，敷患兒臍中一小時，即能飲奶而痊。

治療原理 無論何種腹瀉，腸黏膜每充血，分泌粘液過多，而腹之蠕動亦為不適宜之食物所刺激而增加，又有腸壁發炎者。茲刺足三里，開元，天樞，氣海等穴用雀啄術制止腸之蠕動，消滅腸之炎症。充血一消散，蠕動又減少，病即輕了不少，再在開元，天樞等穴灸治之，增加白血球及抗毒之能力，洗淨腸道及一切毒物，病之痊愈，自是意中事也。

治驗例 重慶江北陳家館廿號老中醫李釋芳之孫，患腹瀉病十數天，又作吐不止。余為之刺天樞氣海開元足三里內關五穴，灸天樞二穴，只治二次，即發痊癒。李醫師之子擬加入函授班研究科學鍼灸云。

## 6 疳積

原因 以不良之乳汁，不適當之食物，飽食過飲，牛乳凝厚，食器之不潔等而來者最多，又早生兒，貧血，腺病質之小兒，亦易罹本病。

症候 面黃肌瘦，不思飲食，夜發潮熱，腹脹瘦赤，便溏，消化不良，搔鼻搔手，啼哭無常，潮熱無定。

診斷 兩手四指中節紋內，呈有紅色絡紋癍點一二粒。

預後 佳良。

治療經過 於術二三次，即可治愈。

治療 (一) 經穴

1 四縫穴 手四指內中節橫紋中。

2 少府穴 在小指本節後骨縫陷中。

(二) 治療技術 第一法：用粗毫針刺四縫穴皮膚，約一分深，滲出黃色稠黏之凝液，以棉拭淨，至出血爲度。

第二法：先用茶拭淨二手，令乾淨，隨用毫針刺見二手中指節紋，不須出血，再刺二手之少府穴。皮破後，流出白色稠黏之凝液，形圓，狀如鵝卵，約黃豆大，拈出五六粒（性堅韌，不易碎）至白液淨血出爲度。戒生冷肥膩等物。

治療原理 此病治法，甚普遍於民間。某年余往高要新橋治病，知某老婦人用此法治此病，治無不愈。學員鄒沛天，廣東高州人（下四府）其母用此法治此病，亦治無不愈。但治療原理，與腦之病，不能理會。學者遇此病人，依法施治可也。

治驗例 東莞韓作超報告：「病者，韓節，年一週又五月，本年夏陰五月間，面黃肌瘦，不思飲食，腹脹洩赤，便滑，消化不良，搔鼻搔手，啼哭無常。潮熱無定，處以殺蟲去疳之劑，成效甚微。依照第一法施術，不須藥物輔助，即告痊愈。」

## 第七編 維他命缺乏病

昔之學者關於營養學之研究，以爲保持營養，祇需有蛋白質，脂肪與碳水化合物，一定之鹽類及水之五者之存在。特以蛋白質之存在爲重要之條件。厥後踵起研究之學者，依據種種實驗，乃得一結論：「動物體及人體，欲完全保持其營養，則其所用之食料，除蛋白質，脂肪，碳水化合物，鹽類；及水之外，營養上尙有其他不可缺少之物質在。」此不可缺之物質首推維他命，（分甲乙丙丁戊五種）亦有譯作生活素或活力素者。本成分缺乏所起之病症曰維他命缺乏症。例如壞血病，佝僂病，骨軟化症，脚氣等是也。

### 脚氣

**原因** 由維他命B缺乏而發，以多發性神經炎，浮腫，心臟衰弱，爲其特徵。好發於青壯年，嬰兒如用母乳餵之母乳，亦足發生。兩性相較，男多於女。

**病理解剖** 由街心脚氣而死之屍，略呈浮腫，營養佳良，死後強直及屍斑皆著明，口唇及指端呈紫色，血管中流出多量之黑赤色凝血，膨脹之橫結腸，每嵌入肝與胸壁之間。急性脚氣僅見心臟擴張，顯急性者並有肥大，尤以右心肥大者爲多。心肌軟弱，其纖維分裂，呈

玻璃樣變性及脂肪變性。肺略呈鬱血之狀，肺腫脹充血，腎上腺髓質腫脹。

脚氣肌肉之變化 慢性脚氣者，肌肉瘦削，呈淡黃紅色。組織學所見：肌纖維溷濁腫脹，起脂肪變性，蠟樣變性，粒形變性，空洞變性，無構造變性等，肌纖維分裂，又見單純萎縮及肌纖維之肥大。

末梢神經之變化 急性脚氣，肉眼前不認有何種變化；慢性者則見末梢神經縮小，此為進行性變化。脊髓及延髓之變化極微，此外上頸部神經節及自律神經系，亦有變化云。

症候：由症候之不同，分本病為四種：

一 輕症脚氣（未熱性脚氣）病者呈下肢重感，倦怠，知覺異常（繞走感），下肢輕度知覺鈍麻，膝關節弛緩感，膜腱反射亢進或消失，第二肺動脈音亢進等症候。此外全身濕和，頭痛，心悸，運動時尤甚。心常膨滿，食慾不振，肋骨前胸浮腫，腓腸肌壓痛，呼吸頻數。凡上述之症候，為輕症脚氣所恆有，至秋季而自然治愈。但亦有轉為他型者，特於勞動過劇之時，每急變為心性脚氣為最危險。

二 急性縮性脚氣，以輕症型起始，漸次下肢運動麻痺，少數同時有發熱而突起四肢麻痺。最初起下肢肌之麻痺，重症則上肢肌，軀幹肌及膈肌亦起麻痺，均為左右對稱性，但亦有一側較重者。麻痺肌肉，數星期中萎縮，其重者在青年餘而難治。膈肌反射及跟腱反射均消失。知覺異常及浮腫症狀，有全缺者，有略具二者。心濁音界擴張，第二肺動脈音亢進，心

臟器部，有收縮期雜音。動作之際訴心悸。每移行於浮腫型及衝心型。

三浮腫性脚氣 浮腫始自下肢而亘於全身。此與腎性浮腫不同，而部不甚腫，取仰臥位時始見頸部有高度之浮腫，頸部因兩側浮腫而加大，頸部之幅亦加廣，惟陰囊浮腫者較少。胸腹腔蓄水，心濁音界擴大，聞心基部收縮期雜音，心悸，呼吸困難，心窩苦悶，尿量減少，尿中有微量之蛋白及玻璃樣顆粒狀圓柱體，並有少量赤血球。肌麻以通常輕，但亦有重者。又有在利尿劑等之後浮腫急退之際，突發高度之肌麻痺者。

妊娠脚氣，以浮腫性為多。

四衝心性脚氣 本型多見于原來強壯之人，又每由他型徙移而來，亦有自始即為本型，起而三日而死亡。本型呈心悸，心窩苦悶，呼吸促迫，及不安之狀，轉展反側，煩渴，吃逆，嘔氣，嘔吐。心濁音界向左右擴大，得聽取顯著之收縮期雜音。心臟部及心窩部可見搏動。脈搏達一二〇以上。尿量減少；浮腫及肌麻痺症候不重。皮膚枯燥，即有小瘡亦不見出血或出血甚少。口唇及指端發紺。有時肋間肌及膈肌麻痺，並見心窩部之吸氣時陷沒。

本型重者，不免於死，輕者尚有治愈之望。

診斷 在近熱帶地方，此病每不難診斷。倘不在熱帶地方，而知病者初由熱地而至，顯周圍神經炎兼水腫者，則須細查是否此病。尋常診斷此病，大約依水腫及多數神經炎而定。

惟有時所顯症候如麻木，水腫，腓骨肌受按略痛，膝下失反應等徵以踝部爲限。凡遇顯身微癢癢，或水腫，心悸動，痠痛等狀者，皆宜細查是否腳氣。又此病之不顯水腫及心受累之狀者，每易誤認爲他類多數性神經炎。

**預後** 大約浮腫類之致命者較萎縮類多。病毒不累及心神經者，致命之數甚少。惟病勢甚輕者亦宜十分注意，不可輕忽，蓋心病或突然而起也。有時從表面觀之，似乎病勢極重，病人形消瘦立，乃竟無致命之虞。有時症狀不重而心已受累，不久即死。總言之，病之危否，可觀察心狀而定。膈間肌及肋間肌癱瘓，漿膜腔積液及尿極少者亦爲危狀。吐者尤危。鹹灸治療，預後佳良。

**預防** 不用白米爲主要之食品而用糙米，對於預防腳氣已奏非常之效。故禁用白米實爲第一要法。然須知不僅米之被舂碾而失其所含維生素者足致腳氣，即他種穀類之失去該素者亦能有同樣之乖效。罐頭食品之經施用防腐法過分者亦然。新鮮之肉類及菜類皆爲預防此病之有價值者。然受熱過度則或失去所含之維生素，不但不能有預防作用，且反將助成此病。有多次腳氣之流行，其來源實發源於專用肉類及菜類罐頭食品。故除不用白米外，以上所述各節亦宜注意。

斐德氏對於預防法曾主張若干條件，設想殊周，茲擇要錄之如下：

1. 凡米宜用半白半糙，未經舂碾過度之米；

2. 豆腐豆，及他種豆类類皆有阻止腳氣之作

用，至少每星期宜食一次，3新鮮菜蔬及水菓宜常食，4大麥有阻止脚氣之作用，宜多用，5罐頭食品不宜常用。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術七八次，即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要穴 足三里 三陰交 絕骨 風市 承山

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為脚氣後，無論是輕症脚氣，萎縮性脚氣，浮腫性脚氣，衝心性脚氣，俱宜先針足三里，三陰交二穴，各用雀啄術三五分鐘久。然後令患者側臥，外踝向上，內踝貼床，在外踝上除踝三寸，胫腓二骨之間（絕骨穴）爪之按麻處直入針，（取絕骨穴準此）如感發麻亦用雀啄術。如覺脚熱，禁灸，如無熱，各穴灸五六壯尤妙。

衝心性脚氣，除刺足三里三陰交絕骨三穴外，灸風市穴十餘壯。

浮腫性脚氣，囑取赤米皮糠炒至焦香，煮出味，濾去渣，加赤砂糖，日調服之。

改喫赤粗米，或紅米，以紅棗燙紅豆蒜頭服食亦有微效。

治療原理 商務印書館內科全書列本病為神經系疾病之傳染性見中毒性神經炎：「因多數末梢神經發生變性的炎症，遂起本病，實為一種傳染病。」又一八九五年莫以荷孟氏用生白米或煮沸之白米，飼給家鷄，在短時日後，即麻痺而死。又以糙米糠，飼混於白米中另飼他鷄，則完全無恙。因而就因白米病而死的鷄剖而視之，則見其「末梢神經進行變性，存



體神經細胞萎縮，「橫紋肌脂肪沉着，他學者雖起試之亦然。於是腳氣由營養不足而起，遂爲世所公認。其後十六年即一九一三年，奮克氏及苛坂氏自壓搾麵（酵母）製出用於鳥類腳氣之有效成分名之曰抗神經炎性維他命，即乙種維他命，變與之全然無關之日人鈴木，鳥村，秋嶽三氏之自米糠製出與之類似之有效成分，O. G. N. B. 之後，奮克氏所主張之「腳氣由乙種維他命缺乏而起」之說，益見明顯。茲鍼灸治療未用乙種維他命給病入服食，只刺足三里，三陰交絕骨三穴而能令腳氣根本痊愈者，以針術之刺戟能使神經炎症及浮腫消退，心臟強壯，腳氣之症候，一經漸消，病便痊愈哩！

治療例。九龍油麻地西洋菜街一〇一號徐從允君患腳氣病凡卅天。兩腳發知覺異常，膝以下，上午浮腫，下午漸消，久之面亦微腫，心悸亢進，心窩不快感。喫藥不少，但未獲愈。民國廿七年十二月二十一號蒙學員莊樹民君介紹來治，余按上述方法施治四次，即痊癒。

## 第八編 外科疾患

以外科手術治療的病，稱外科病。近來外科手術進步，外科範圍日益擴大，故原日之內科病，現稱外科病。鍼灸能治愈的外科疾患甚多，下述的數種，不過是最多見的是已。

### 結核性淋巴腺炎 癰瘻

原因及部位 因結核菌侵入淋巴腺內而發生，臨床上之最多見者為頸部淋巴腺，腋窩淋巴腺次之，鼠蹊淋巴腺及股淋巴腺又次之，至於解剖所見，則以氣管周圍之淋巴腺為最多，腸間膜淋巴腺次之。

頸部淋巴腺之結核，因齒骨病，扁桃體，及喉頭等疾患，輸送結核菌於頸部內而起，雖有原發性者，但他部淋巴腺結核，多為續發性病。

本病雖發生於各種年齡，但以十五至廿五之人為最多，尤以體格及營養不良者為多，結核之遺傳於小兒者，實例甚多。

#### 病理解剖

一 淋巴腺內侵入結核菌後，即次第形成結核性結節，此結節為脫自結核性肉芽組織之小

檢查，爲

上皮細胞，淋巴球等，但缺乏血管。

二、結節初甚渺小，散在於組織中，次第增大而互相聯合，可見淡紅灰白色之肉芽組織。

三、肉芽組織之佳良者，漸漸增厚，成爲癰痕而癒。（自然治癒）

四、但多種肉芽組織中，起結核典型之乾酪變性，變性部次第增大軟化，形成結核性膿腫，或自潰殘留結核性瘻孔。

五、微瘳者，一旦墜陷於乾酪樣變性，而次第肥厚縮小，發生石灰沉着而愈。

六、淋巴腺結核，依肉芽組織之多少，乾酪樣變性之多少及新舊，石灰沉着之有無及多少等，而示種種不同之硬度，又往往得見各種時期之變化是其特點。但不具此種典型者亦有之。

七、新瘳及癰痕治愈之淋巴腺結核，雖不與周圍癒着，但因多起淋巴腺周圍炎，腺體多互相癒合，或與周圍癒着。倘多數淋巴腺同時腫脹而迅速發育時，癒着有不審明者。

症候 淋巴腺結核臨床上現種種之狀態，即

一、單發性，以一個時或二三個腺體腫脹，此時之，良性型，腺體小而硬固，殆不癒着，發育不審明，或可自然就愈，或，腺體漸次著明腫脹，軟化而成膿腫，有誤作囊疔者，或又3漸致多數淋巴腺腫脹，而移行於下述之多發性型。

二、多發性，淋巴腺散在性腫脹者，此時多因腺體之新舊而有稠稀之大小，硬度及癰

着。

三、多發性之腫脹淋巴腺葉位於各處者，此時各淋巴腺之腫脹迅速，硬度同等柔軟，適着常不着明。

四、多發性淋巴腺腫脹而互相癒着，成爲一個之腺團塊者。此時若稍密檢查之，則能證明癒着各腺之大小，及種類硬度。

但以上各種多互相併發，茲更就各症候分別述之：

一、致，如前述或爲單一，或爲數個，或爲多數發生。

二、各淋巴腺之大小種種不同，多爲小指頭大至雞卵大，形成腺塊時，則爲雞卵大或半拳大。

三、各淋巴腺多互相癒着，又易與底部及皮膚癒着。但良性型有不癒着者，又惡性之結核性淋巴腺病，亦有癒着者。

四、硬度多爲彈力性稍柔軟，或稍硬物，凡有治愈之傾向者極硬物，呈軟骨樣硬度，甚或骨樣硬度，軟化者柔候，更有呈波動者。多數淋巴腺腫脹時，則呈上述之各種硬度，是其典型。

五、皮膚多正常，但結核灶癩化形成膿腫時，則皮膚著明隆起，局部潮紅，自潰而流出臭型性之帶白黃色稀薄膿汁，殘留瘻孔，永久不治，以後有子局部發生腺病性皮膚瘡。

六、患者多不疼痛，有時雖發疼痛，亦不劇烈。

七、全身症候多數缺如。但多數淋巴腺腫脹者，有不規則之發熱，又或發生盜汗，合併肺及胸膜等結核時，全身症候皆明。

預後 西醫謂：「單發性者預後良好，多發性者預後不良，雖行各種療法皆無效果，次第增大及增多，陷于衰弱，又因合併症，多陷于死亡。」鍼灸治療，可稱特效。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術二十次左右，總可治愈。

治療（一）總穴

主穴 翳風 百勞 少海 天應

（二）治療技術 第一法 病初起時來醫，醫者診斷定為本病後，先令患者側坐，頭靠牆壁，耳向外，即在起結核之耳尖後，骨下，凹陷中，（翳風穴）爪之痲麻處，（取翳風穴）直入針，刺至痲麻用雀啄術，然後灸五六壯，再令患者正坐，低頭，在大椎穴直上二寸，旁開一寸（百勞穴）爪之痲麻處直入針，刺至痲麻，（取百勞穴）然後灸五六壯。休息片刻後，以手拿起結核，不能拿起者須用手按定（不然，則刺針時刺不對核而刺着其他）用一寸針直刺入，（如刺不入，則先灸治，一二日後方刺針）用旋轉術，或針拔出些向上下左右用雀啄術 各二三分鐘久，然後用艾伴推黃末灸針口處五六壯，如此施治三五次，多獲根治。

結核未破者，可令患者取野菊花根一束，洗淨搗爛，用水加酒煎服數次，以潰敷患處。如更欲服藥，則取真川貝母八兩，淡竹瀝兩大碗，以貝母入竹瀝內浸透，取出陰乾，再浸再乾，以瀝盡爲度，研成細末，每日飯後淡薑汁服二錢。

潰爛者用荊芥梗煎滾湯洗良久，看爛處發黑，以針刺去惡血，再洗三四次，用樟腦結毒等分爲末，麻油調搽去毒水，次日再洗再搽，直至痊愈。以射干粉塗之愈。

或用真菜油一斤，銅器煎滾，入活壁虎二三十頭，熬至溶化，貯瓶中，以此膏搽爛處，裹以布。

第二法 醫者令患者，伸食指中指無名指尾指，四指合併，以水草在食指中部之邊緣樹蠶至尾指中部之邊緣剪斷，然後令患者端坐低腰，在尾間骨尖處置剪斷之水草，貼背至水草盡處，爪掐作標記，在標記處，以大艾炷直接灸十餘壯，覺艾火自腰入腹，自腹入四肢全身關節有非常舒暢之情形，輕者一次即愈，重者隔半月或一月再灸，即三四次亦無不可，至愈爲止。

第三法 令患者對坐，屈肘向頭，掌向上，在少海穴處，爪切之成痲麻處，作一標記，然後焚着香火，取艾絨如箸頭大凡三炷，置碟上，倒當門子（麝香）一分，分裝三艾絨內，即以老蒜搗爛擦少海穴上乃以艾絨置穴上，着火焚之，待火息，掃去艾灰，再燃第二炷第三炷，待三炷將了時，以手按其灰，然後貼以普通藥膏，聽其自爛自愈，不爛者不治，左患灸

左，右患灸右，一次即可。

凡灸後三月，有硝性食物必不可食，如火腿燒肉等是也。

不論男女，灸後皆忌房事百二十天，灸後須喫穀食如魚蝦麻菇等物，可使瘡口盡最潰爛。爛者易愈，約在一月後，不爛者約在三月後，不必性急另尋他法也。核瘡處流水反增者，此爲佳兆，非壞症也。

第四法 醫者令病人屈肘，以不伸縮之繩在肘尖量至中街穴止剪斷備用。然後令患者端坐，脫去內外衣，繩之一端齊尾間骨筋起處起繩盡處，爪切之作標記，在標記處撚指頭大艾絨直接灸五壯，一次即愈。

第五法 以不伸縮之繩，自患者中街穴起，沿手背腕臂，直上至肘尖穴止，剪斷，即以此繩由長強穴起，貼實脊骨正中而上至繩末盡處，以爪指一指痕爲標記，另一繩貼肉量患處口角取其長度，對折，將中心點直脊上標記處，兩旁繩盡處，仍以爪切十字紋，即以艾絨直徑約五分左右，置于十字紋上灸之，左右各一九，灸後如起水泡，須將水泡刺穿，放出黃水，灑以藥棉，以免脫皮。如此灸治，二個月後結核消散矣。

第六法 先令患者坐定，以肘暨桌上，醫者取直細篾片一條長逾肘，與患者肘齊暨桌上，以其上端齊中指盡處比準以墨點記之，再移向無名指處比準，亦以墨點記，將此篾拉開，懸中指墨記處截斷。次令患者正身端坐，醫者另取直細篾片一條，橫腕兩乳兩端乳孔當中，

截斷，乃取其中心點，繫於先所比篋者無名指下點記處，兩端同長，若十字架，不稍移動。乃令患者解去底衫褲，把十字架之脚，置尾間骨上，篋貼脊骨，在篋盡處，及橫篋兩端盡處，以爪強切之，作一標記，醫者撚艾三團，如箸頭大，置背上標記處之三點，各安艾一炷，如滑下，則以蒜汁擦之，中左右三處同時着火，任艾透火熄，掃去艾灰。鯨食鯉魚鷄羊肉助火發物一百日，不須服藥，項上結核，自漸陰消矣，如有經已潰爛者，先用藥水將膿血洗淨，如法灸之亦無不愈云。

治療原理 本病由結核菌入裏作祟而起。以手術剷除，每易再發，且有傷大血管之危險，丹頭取核疼痛不堪，及不能斷根。茲以針刺結核，又以艾灸治之，針通結核，熱力易透，久之，血行旺盛，抗毒能力加增，故施術後，結核逐漸消滅，且能斷根也。堪稱爲淋巴結核最徹底，最快愈之療法。

治驗例 廣州長塘街十四號光漢中醫學校學生鍾玉衡君於頸之四週生四五核，大如手指，稍之走動，但未化膿，內服藥外敷藥，未見消散。民國廿六年四月廿二號到余廣州醫所問針灸能否根治？余答本病是結核菌在淋巴管作祟，日漸增長繁殖，西醫剷出來，擊之不成而跳走，噴藥敷藥自難消滅。茲間接或直接用針刺之，用艾火灸之，經過數次手術後，血行旺盛，白血球增多，噬菌作用增強，結核菌從而死滅，核隨消散，而且斷尾，堪稱爲結核的特效療法，乃爲之施術五次，病果霍然。鍾君見鍼灸如此神效，乃來研究鍼灸，現已結業，誌



治愈沉痾癩疾矣。

## 骨結核或結核性骨炎

**原因** 本病為骨質慢性疾患中之最多者。按其是否續發於他部之結核，而分為續發性及原發性二種。但多數均為續發性。

本病常見於骨骼成長正盛之青年，因此時骨骼富有血管，而血行之細菌，沈降於骨骼之網會亦多故也。有時亦見於成年人。

患者雖多由血行之傳染，但往往續發於關節結核，其因塵韌及皮膚結核而蔓延於骨者，實不多見。

**發生之動機**：與外傷有關，又具先天性或後天性結核素因者，亦與本病之發生有關。

**部位**：各部骨骼皆能發生，尤以四肢，脊椎，肋骨，骨盆，及手足等為多。多為單發性，有呈多發性者。

**病理解剖** 骨結核亦分為二種：（一）骨表型及（二）骨髓型，一般多為骨髓型，尤以小兒為然，大人多為骨表型。

**骨表型**：於骨表上形成多數小結節，次第增大，或於其附近新生結節，互相融合而成大病灶。（結核性肉芽組織）破損骨表，次在骨表面現小窩狀之骨吸收狀態，骨質次第消失，

是名結核性骨瘍。此時倘行局部徵查則結核性之變化僅微，只見骨衣一部綉羅骨質淺侵蝕而已。但往往於其附近，得見多少之結核性肉芽組織，尤以寒性膿腫為然。或於遠隔之處，形成沈降膿腫。

骨髓型：先於骨髓內形成多數結節。逐漸加多增大，終則互相融合，構成稍大之結核灶，骨髓次第消失，（小窩狀骨吸收）又骨質一部因循環障礙，形成結核腐骨。本症預化膿性之骨衣炎之區別即腐骨不大，多為豌豆大至示指頭大之內外。

又或結核灶全部軟化而成中心性骨髓腫，此種膿腫，即由弛緩性肉芽組織及稀薄膿汁而成。

上述之結核性變化初雖留於骨內，但多出於骨外而成寒性膿腫，或沈降膿腫，此膿腫與原病灶之大小無關，有極巨大者。

骨結核與他種炎症不同，主為骨質破壞，至於起骨衣增殖者甚少。惟發於肋骨及指骨時，或管腔度之骨衣彌滿性增殖。又在骨髓病灶周圍，來骨質緻密而起所謂骨硬變者極所罕見。

症候 經過非常緩慢且長，其發生多不自覺。

腫脹 發病後二三月方始發現，或達一年以上，尚不能證明骨髓腫，尤以骨盆及脊椎等深部骨節，全經過中往往不能認知。或在性骨節，多可認知其腫脹，又手指及足趾結核，每

見典型的鐮子狀腫脹。初呈骨質硬度，繼其增大而骨質菲薄，終呈洋皮紙樣呻吟音，趨向外。部自潰。肋骨部者，有時亦可檢知其腫脹，惟因其多爲骨瘍性，故自外部難以觸知。

疼痛 骨髓型或於進行性骨結核時，雖有併發疼痛者，但多缺如。

官能障礙 僅於關節附近之結核進行性時認知之。

寒性膿腫 爲骨結核之重要症候。此種膿腫，有存于原病灶附近者，有存于遠隔部而成。沈降膿腫者。又在骨結核，往往原病灶之症候不明，而僅現寒性膿腫者有之。

寒性膿腫之主要症候卽爲腫脹，有時特別巨大。至於疼痛，潮紅，灼熱等急性症候往往缺如。硬度柔軟，多具波動，肉芽組織過多時波動有不著明者。又位於深部者亦稍不著明。

膿腫將自潰時，則現局限性潮紅，及輕度灼熱，有時伴發腫痛，皮膚逐漸菲薄，終則破潰，排出結核性膿汁，不易治愈，遺留結核性漏孔。

脊椎，指，趾，骨性結核之骨質高度破壞時，則來變形。

全身症候，完全缺如，或甚輕微。但至末期則發生衰弱，發熱及盜汗等。倘有肺，腹膜及胸膜等合併症時則上述症候較爲顯明。

診斷 骨器有慢性腫脹及寒性膿腫時，尤以具有結核性瘻孔者易診。反之，診斷困難。

預後及經過 經過緩慢，多遷延致年甚至十數年之久。但因他種合併症有迅速死亡者。

骨結核之自然治愈者雖不多見，但可行手術或他種治療時，預後良好。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術二十次，皆可治愈。

治療 (一) 經穴

1. 天應穴(主) 患處。

2. 結核左右之經穴(主)

(二) 治療技術 醫者診斷定患處為骨結核後，先在骨結核左右之經穴刺針，用密味術，三五分鐘久。休息片刻後，用薑熱結核上灸治之，如患者能耐痛則直接灸治尤妙。刺針影射到結核處可止疼痛，疏通其神經，直接灸治，能增加白血球消滅結核菌，病者如耐心求治，當可治愈。

骨結核驗方：白膠香草烏頭五靈脂地龍木鱉以上各一兩五錢。乳香(去油)沒藥(去油)當歸身以上各七錢五分，麝香三錢。黑炭一錢二分。以上研末用糯米粉一兩二錢和為糊，打干細磨為丸如芡實大，每料約二百五十粒，每服一九，陳酒送下。

治驗例 前廣州興華中學術同事鍾某，於民國廿六年五月，感右踝骨腫大，隱隱痠痛。外現瘀色，行走頗感障礙。請不少名醫治療，未見痊愈。八月到余廣州醫務所求診，余為之刺太谿，崑崙，三陰交等穴，並熱踝上灸十數壯。施術三次後，疼痛消除，施術六次後，踝骨復歸原色，腫脹漸消，卒獲根治焉。

### 3 炎症

原因 炎症原因之種類甚多，一言以蔽之曰自一定刺激而起，其刺激之性狀及組織之抵抗各有不同，故刺激之反應，亦不一致。而發炎有強有弱，今就可致炎症之刺激類別如下：  
(一)化學刺激，(二)器械刺激，(三)溫熱刺激，(四)電氣刺激，(五)毒物刺激，(六)傳染刺激是也。六者之中，以傳染刺激為最要，即細菌侵入體內而化膿是也。化膿菌中主要者，為葡萄球菌狀球菌，及連鎖狀球菌，他如綠膿桿菌，淋菌雙球菌，普通大腸菌，肺炎雙球菌，傷寒桿菌，四聯球菌，亦常起急性化膿症，而慢性化膿症，常為結核桿菌及放線狀菌。

症候 炎症之主要症候為潮紅，腫脹，疼痛，灼熱，及官能障礙五者，然有時不全具，或性極緩慢之炎症，各種症候不易發見者，非可一例論也。

潮紅 炎症發生時，其局部潮紅，係血管壁變化，而局部充血所致。初起時即現紅色，壓之暫時退色，壓去而復潮紅，其變為紫色者，蓋以血行緩慢，當經過毛細管時，酸素不足所致。現紫色時，壓之不易退，壓去亦不易復原，有呈黃色者，因赤血球素滲入組織故也。若起炎症之組織本無血管者則不潮紅，特有新血管穿入乃現潮紅，如骨，韌帶等之炎症是也。

腫脹 其原因爲血管充血，而滲漏漿液及滲出血球所致。倘炎症部爲疎鬆組織，則腫脹更甚，因漿液易於積聚故也。若炎症起於厚筋膜之下，則鄰處見腫脹，如手疔炎症，腫於手背，頭皮炎症，腫於上眼險等。

灼熱 因局部血管充血，輸送於該部之溫暈增加，並以血行緩慢，而溫暈之放散減少所致。與全身之溫度無關。故局部灼熱即爲高度者，亦常在體內血溫以下也。

疼痛 局部疼痛爲知覺神經受滲漏白漿之壓迫而起，若滲出液蓄積於筋膜下，不能散布者則痛更甚。如手掌眼球等處滲出物蓄積愈多，而疼痛益劇，若滲出液內含有菌毒者，則因傷察知覺神經之故，而疼痛益劇，疼痛之性質亦因發炎症部之組織而異，在粘膜，稍帶癢痒，在皮膚宛如火灼，在腹膜如刀割，在肌肉或如牽引，或如斷裂，在骨則起鈍痛，在神經每爲發作性疼痛，或爲搏動性，不僅覺於發炎症之局部，更有傳至鄰部者。

炎症除此四種特徵外，尚有官能障礙之一種症候，由於腫脹及疼痛而起，其原因爲局部血行異常，滲出物壓迫運動神經及分泌神經，並障礙組織之生活力所致。輕重不等，隨發炎症之強弱及部位而殊，如喉頭之炎症，腫脹過甚可使窒息以死。至四肢之官能障礙，大抵無害於生命。

炎症之體溫上昇者，每致心悸亢進，呼吸頻數，如炎症過久，則身體羸瘦，體力減弱，口渴，舌苔，口唇齒牙，積生污垢，消化力衰弱，大便結結，且有惡臭，尿量減少，而色

證。

診斷 炎症已成診斷不難。即有潮紅，腫脹，疼痛，灼熱，及官能障礙之五大主徵可以證明之。其成膿與否，於診斷上亦頗重要，大概局部觸有波動者，為成膿之證。如膿在深處則波動不著。若膿在深處不能確定，則當檢查其血液，觀白血球增加與否。

預後 佳良。

治療經過 視症候輕重而定，初起之時，施術一二次即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要穴 委中 曲池 血海 天應

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為炎症後，當以檢溫器測其熱度多高？如有高熱，則先刺委中，曲池，血海三穴，俱於刺至發麻時，用雀啄術三五分鐘久。待熱退後，則刺上述三穴外，如灸患處凡七八壯。倘第一天不甚熱，加灸患處三五壯亦可，但不可多灸，灸多血脈上昇，恐會腦充血或腦溢血也。一次未愈，依法再治一二次，當可治愈。

治療原理 刺委中曲池二穴，刺至發麻，用雀啄術，可使熱度降低，熱度降低，則紅腫隨消矣。再在患處灸數壯，血流暢通，疼痛立止。炎症之症候因針刺而逐漸消滅，病即獲痊愈矣。

治療例 廣州維商路七十九號二樓黃亞智，於民國廿二年五月中旬在中腕穴上生一炎症

紅腫痛熱致不能睡，喫藥十數劑，又致生草藥，未見痊愈，精神困頓，顏面辛苦，因與余為鄰，余告以如經化膿穿孔，恐發生危險。黃君乃延余施治，余為之刺委中，曲池，血海三穴，在患處用葦蕩艾灸五六壯，只治二次即告痊愈。

### 急性化膿性關節炎 髓膜

原因 因各種化膿菌之傳染而起。(一)原發於關節創傷，尤以存有異物為最。(二)積發於附近之化膿性骨髓炎或蜂窩織炎。(三)普通化膿菌急性傳染病(痘疹等)由血行傳移而來，但不多見。

病理解剖 初為漿液性或漿液纖維性炎症，後轉成化膿性，有由初期即為化膿性者。

有關節內發生多量膿汁，滑液膜著明充血及腫脹，關節周圍亦顯著充血及腫脹。

部位：多發於膝，足，腕，肘，肩胛及股等大關節。

症候 (一)有劇烈之疼痛及腫脹，著明之潮紅及灼熱，至於官能障礙，亦甚重顯。

(二)往往以惡寒，戰慄，續發高熱，伴發各種熱症候。

(三)因伴發關節周圍炎，故關節構造稍不明顯，本症異於結核症者，即表面皮膚不現

蒼白，而反著明潮紅。

(四)關節囊之膨隆部有著明波動，在膝關節部往往能繪知膝蓋反跳症候。但在初期多



不明顯。又周圍之有高度蜂窩絨炎者，亦不易證明波動。

(五) 本病倘長期收置膿汁多向關節外破開，而發蜂窩絨炎，或侵犯骨及肌肉等，有時惹起全身傳染。

重篤之症，日後起擴張性脫臼，或破潰性脫臼者有之。

經過及預後 經過多為急性，重劇者每因全身衰弱或全身傳染而死，尤以股關節及膝關節之化膿為最嚴重。

關節化膿，因自潰或切開等處置，急性炎症立時消過，但治療不當有長期化膿而不治者。又本症治愈後，多遺留關節強直。針灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術十餘廿次，當可治愈。

治療 (一) 經穴

主要穴 環跳 陽陵 陰陵 膝眼 委中

(二) 治療技術 醫者診斷定患者為急性化膿性股關節炎，如經化膿，則以三稜針刺之，放出膿水，以五百倍石炭酸水(西藥)洗淨，敷以雷弗奴耳液(西藥)然後刺委中風市穴，待膿水消盡後，在股關節之周圍，以艾灸之，極易生肌痊愈。

如為膝關節炎則刺膝眼，陽陵泉，陰陵泉，委中等穴，用雀啄術。如腫痛不可按，膿水甚多，則以三稜針刺膝眼穴放出膿水，如不可按，則取竹筒一個，用紙焚着火，置筒內。倒

按腫痛處，膿水自會流入筒內，待滿後，俯自脫下，然後以五百倍石炭酸水洗滌之，待熱已退，則灸陽陵，陰陵，膝眼等穴。繼續治療數次，便可治愈。

**治驗例** 惠州水東街平二坊姚亞發，左腿患鶴膝凡三年，屢治不能斷尾。膝頭腫大，色甚紅，發熱。因病久，大腿收縮，企立時左腳約短了三寸多。民國廿四年五月八號特到余惠州分診所求治，余爲之刺委中陽陵，陰陵，膝眼四穴熱減了不少。施術二次後，疼痛全除。施術三次後，熱全除，腫消了不少。施術九次後，肉色不紅與膝上下一樣。施術十四次後腳筋伸長，病乃霍然。

## 5. 癰疽

**原因** 本症爲日常所習見，係毛囊皮脂腺受細菌傳染（葡萄球菌連鎖球菌）而發生之疾患也。

**部位**：特於頂部，背部爲多，亦有發於顏面或他部者。

**症候** 癰疽乃癰簇生於一部，因其浸潤互相融合而成大硬結之謂。

周圍著明腫脹，表面呈紫紅色，其中有多發性蜂窩狀膿疱，其漏孔漸漸加多，致皮形篩形，漸生壞疽而帶劇痛，全身症候即發熱及種種著明熱症候。往往伴發蜂窩織炎，有因蔓延而死亡者，或因起血栓性靜脈炎，或全身傳染，危及生命。

預後 有時不良，尤以糖尿病者尤然。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術七八次，當可治愈。

治療（一）經穴

主經穴 委中 曲池 血海 騎竹馬

（二）治療技術 醫者診斷定患者為癰疽後，如未化膿，先刺委中曲池血海三穴，用密豚糞，使熱度減低，待熱已消散，乃灸騎竹馬穴七八壯，或在患處灸十餘壯，痛者灸至不痛，不痛灸至感痛，如極化膿，則以三稜針放膿水，用五百倍石炭酸水洗滌之，敷上生肌玉紅膏，病可治愈。一次未愈，繼續施治可也。

背癰特放方 消腫太陽未出，膝水下，在山間取嫩松葉若干和黃糖舂爛塗之即效

治驗例 本草綱目載史源記蒜灸之功云：母氏患癰作瘰，有赤暈半寸，白粒如黍，用蒜片艾火灸二七壯，其赤隨消。次日有赤暈流下，長二寸，舉家歸咎於灸，後用艾火灸四旁赤處，每一壯盡則赤隨縮入，數十餘壯，赤暈收退，至夜則大欣滿背，比曉色黑腫高三四寸，上有百數小孔，觸理而安。蓋腫者毒外出也，色黑皮肉壞也。非艾火出，其毒於壞肉之裏，則內通五臟，而症必危矣。

## 附對口瘡的特效療法

在頸部區門風腐穴生癰疽，俗稱對口瘡，未得善法治理，必致喪生。醫者遇此病人，可呼買豬肉者括取砧板上之砧板屎凡一兩，加鐵底黑煤，攪勻，當膏藥敷患處，次日更換一次，病無不愈，可謂對口瘡的特效療法。

## 6 疔瘡

原因 為皮腺及毛囊之急性炎症，因黃色及白色化膿性葡萄狀菌竄入而起。

症候 堅硬有脚，其狀若釘，故名曰疔。疔之經過甚速，而其毒尤烈。有朝發夕死，隨發隨死者。有三四五日至一月半月而死者。初起如疥或發小泡。始則或癢或麻木，後則漸痛，亦有起即痛者。由癢而起之證，其毒必四散遊走，最為厲害，一二日後發寒熱如德，甚則嘔吐煩躁，頭暈眼花，舌硬口乾，手足青黑，心腹脹悶，精神委頓，語言顛倒，其形大小長圓，其色黃白紫黑，或有紅絲無一定形。更有生於內者，亦有寒熱頭痛等證，而瘡形不現，過數日或有一處腫起，即內疔所發之地，又有生於暗處者，初起不可誤為傷寒時疫，當於鬚髮眼耳口鼻肩下兩腋手足甲縫蓋門陰戶等處，遍尋細看數次。其生於兩足者，多有紅絲至臍，其生於兩手者，多有紅絲至腋，若生於唇面口內者，多有紅絲入喉，以針刺瘡，不痛無血是其證也。

診斷 以生黃豆令患者嚼之，如無豆腥之味，即是疔瘡。

預後 刺之如癩瓜，軟而不知痛，流淡血水者，百無一生。嘔逆直視譫語如醉者則不可治矣。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術三五次，即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要穴 身柱 委中 曲池 合谷 靈台 血海

(二) 治療技術 第一法 刺身柱合谷委中靈台四穴，服新鮮野菊花汁數杯，如無野菊花，藥店中購菊花甘草各一兩煎汁服亦可，一次不效，二次必愈。

第二法 灸掌後四寸(間使穴後一寸)十四壯。

第三法 疔生在嘴角名鎖口疔，當在患者背後反對方，找得紅癢點，針刺出血。疔在左嘴角者，根必在背右，疔在右嘴角者，根必在背左。亦有左右皆有紅根者，則視疔之左右行之。疔在右刺左，疔在左刺右，再用杏仁數枚，以溫水泡開，搗爛敷疔處及腫痛處，半日一換，即痛止腫消而愈矣。

第四法 疔瘡初起，灸掌後橫紋七壯，男左女右，其腫即消，有失治而致走黃者(瘡頂凹陷，神昏心煩)刺患所擠盡惡血，即隨走黃處按經細尋，有芒刺直豎，即扞疔齒。急用針刺出惡血，即於刺處灸三壯。

又背上如有紅點，將針挑破，擠去紫血汁以洩其毒。

若指疔則無論何指，須刺第三節指根近掌處，俾毒不致竄入旁指及手心手背，即本指之毒亦可洩。

患者如有紅游髮，宜即拔去。

第五法 取水楊梅瘻水洗患處，取臭蟲（木虱）五六個，春爛，和三四粒飯爲丸敷患處即愈。

治陰例（一）上海單培良君報告：馬彙衡西十歲，爲同事，患疔瘡在手指，腫痛難忍爲針身柱一穴而愈。按身柱一穴善治疔瘡爲舍親朱君所秘授，不論是何疔，已潰未潰，此穴一針便愈。重者針三次，無不愈。即疔疔走黃，亦可針愈。惟於針後，再服野菊花汁一盃更佳。如無野菊花，藥店中購菊花一兩，煎汁服亦可。余針治百數十人之疔瘡無不愈者。故不自秘而公開之云。

（二）廣州維新南路七十九號牙醫區蔭庭之女，於民國廿四年一月患左食指蛇頭疔凡二三天，劇痛非常，諸藥不效，余爲之刺左商陽穴出血，又置熱穴灸三壯，病即霍然。

## 7 赫尼亞 小腸氣

赫尼亞者乃指其器官出其所居腔隙之孔也。不但在腹膜腔，即腸肺等亦可患之。此章只論腸腹者，名腹赫尼亞。

赫尼亞之位置，最常見者即在腹壁軟物件經過而變弱之處，如精索或子宮圓韌帶經過處，（名腹股溝赫尼亞）及在股管口膈股血管經過腹股溝下處，（名股赫尼亞）且在臍處（名臍赫尼亞）然有時腹赫尼亞突出閉孔，坐骨大切迹膈肌等處。

原因 不一，約分先天後天二大類。

先天性者，非誘因乃素因也。約係腹壁或內容有畸形，或發育不全而致。試將最要者列下。（甲）腹膜鞘狀突不閉，此實在男則先導丸降入陰囊，在女則免子宮圓韌帶降至腹股溝，因此而成之赫尼亞，即所謂先天腹股溝赫尼亞，此赫尼亞未必顯於小兒初生時，或至童年始顯。凡腹股溝斜赫尼亞，約因鞘狀突未全閉合而其上端留一小囊所致，在廿五歲以下之婦女所患之腹股溝赫尼亞，多係此類。（乙）導丸晚降無論降至陰囊與否常兼有先天腹股溝赫尼亞，或腹壁間赫尼亞。（丙）腹肌先天虛弱，或腹股溝環過鬆，每為赫尼亞之素因，常見有一家數人患之者。（丁）腸系膜或網膜過長而兼有他故亦係誘因，然若無他故不足致之。（戊）先天陰莖包皮口狹窄，常用力小便，則為致赫尼亞之誘因。（己）有時初生小兒其臍發育不全而未封閉，容腸凸入臍帶底，致成先天臍赫尼亞。

後天性者，如有何故致腹壁弛緩，或腹內壓力過大，皆可致赫尼亞，試述於下。（一）致赫尼亞最常見之故係常用力過度，如擡重物等，若久患劇烈氣管炎，或前列腺增大，或尿道狹窄，而小便費力等，亦為致赫尼亞之誘因，慢性大便秘結亦可致赫尼亞，若所用之便桶

甚高，腹股溝不得屈之繩力，更易致此。故腹股溝處鬆者用極低之便桶乃佳。(二)腹壁弛緩亦為致赫尼亞之誘因，若兼有努力之事更易致此。如屢孕之婦腹壁常縱展張不容復原，至生禮時則易於股部或腹部白線處引起赫尼亞。亦為老年人腹壁弛緩，腹下部突垂，可助成腹股溝直赫尼亞，若其人甚嗽，或前列腺增大，更易致此。(三)肥胖者每為赫尼亞之素因，蓋腸系膜、網膜及腹膜下之脂肪綫甚多，致腹內之壓力增大也。

症候 最明顯之狀乃於正常未凸之處顯圓或梨形腫圓，起立或咳嗽噴出力時則加大，以手捫之亦令人咳嗽，並覺顫跳。若赫尼亞內有腸，則形圓而緊脹，叩之或有空響，壓之則腸復入腹內而有咕嚕響，腸赫尼亞每能致消化不良及絞痛。網膜赫尼亞則軟如棉，咳嗽時觸跳不大或無。叩之有實響，回入腹時則無咕嚕響。復下時乃網膜漸次過腹股溝管至赫尼亞囊令囊脹滿。

診斷 須與陰囊水腫等九炎鑑別。

一 疝丸炎，為疝丸本身腫脹，刺痛，放散於下腹部脊骨部大腿部等。

二 陰囊水腫，陰囊時大時小，起立時大，平臥時小，加壓於陰囊上立能使小。無痛。亦有陰囊水腫非用手擠出其內容，決不能小。

三 本病由小腹墜入，可以還納，如起越頓，漸起腫大、局部劇痛，而惡心嘔吐。腹部非常膨滿，病者甚為苦悶，有號痛而死者。



預後 藥物治療，極難根治，針灸治療，預後佳良。

治療經過 視症候之輕重而定，大抵施術十次左右即可治愈。

治療 (一) 經穴

主要穴 大敦 獨陰 氣衝 曲泉 百會

(二) 治療技術 第一法 醫者診斷定患者為本病後，先刺曲泉氣衝二穴，然後燃艾絨灸大敦獨陰二穴，灸治五六壯後，通例即可止痛。倘未止痛，則以細量患者口角，貼赤肉由左至右，量得後，連摺三次，摺成三角。上角放置臍中，下角放置臍下之左右，（或患在右則灸左，患在左則灸右。）燃大指大艾絨灸臍下二角處，灸至八七壯後，即可止痛。如患病甚久，止痛後，仍須按上法施治數次，方能根治。

第二法 於發作時直接灸百會穴五壯，痛可立止。

第三法 關元穴旁開各三寸，背際上，直接灸七壯，即愈。

治驗例 東莞寮步新墟財興號賈財興患小腸疝氣病凡七月。每月痛七八次，辛苦萬分。在鄉治療未能治愈，承紅十字會某君介紹乃於民國廿六年十一月十二日來省，寓萬福路均泰棧麵舖，是晚二時後劇痛，喫散種藥無效。翌晨來治則見其小腸墜入陰囊右方，如手掌大。據稱初在臍上下痠痛，痛久則墜入陰囊，連痛數小時久則漸止痛，余按第一法為之施治凡廿分鐘久，立刻止痛，續治十次便達根治目的。廿七年一月十九號患者托伊兄送來黑魚生鱔二

外科疾患 筋尼亞

大體、以表附世云。

三二八

(卷中完)

2.1.41.

版權  
所有  
不許  
翻印

中華民國三十三年七月

科學鍼灸治療學中

非賣品

全書分上中下三冊

編著者 廣東五華曾天治

出版者 科學鍼灸醫學院

診療所 重慶鄒容路新生邨

代印者 時潮印務局

