

天津醫專修學院

函授部

(天津簡稱醫國授函學院)

講義教材

時疫科

# 新國醫講義教材

## 時疫科

### 論傳染

吳漢仙曰：傳染二字，爲我國原有之詞，不自西洋醫學輸入始也。惟不專作醫學詞性而已，唐宋後醫書，用傳染二字屬詞者漸多，在前人意識中，固早知某種疫症有傳染性，不待吾人考證而知者，至吳又可作癘疫論，則傳染病之意義更爲明代社會所識矣。

癘疫云者，或以爲病名。吾竊有疑焉，按癘疫二字，見於漢書，覈其文義，蓋含有急性的惡性的傳染意義，按之字義亦然，而民間口語，於傳染病流行之際，皆不言病名，但括言之曰「發癘」，可知癘疫二字實具有傳染病之義。

考歷代以來，早有傳染病發生，漢靈常時之癘疫，大概相當於張仲景之傷寒。若明代之癘疫則似非傷寒可比，倘爲傷寒，則其時何不以傷寒治之，是必治之無效，吳又可乃有癘疫論之作，實則吳又可仍不知何病，但統以癘疫目之而已，後乎吳又可者，讀吳氏書，師其遺法，遇癘疫流行，以其法治之，或有效，或無效，三百年來迭試之而記其事者不少，其故何在，蓋病之傳染雖廣，僅目爲癘疫，而不知果爲何病，是以巧合者效，不合者無效也，使學者綜核古來關於癘疫之記載，就其病原、病狀、經過治療等

類比而較之，吾知其所病必不同，而名爲病疫則無不同，西漢張仲景著卒病論六卷，傷寒論十卷，至晉代王叔和、以劫火之餘，遺其卒病論六卷，乃附以己意，誤以瘟疫病爲仲景之傷寒，而後世遂以傷寒爲傳染之病，然考之漢書則直認爲瘟疫，至吳又可時，則皆稱曰瘟疫，是知瘟疫之稱同，病實不同也，故瘟疫一名，從廣義言，則同爲傳染，專作病名解者誤矣，卽是以論，傳染病之兇殘，先民知之者益深，唯其病每間代而作，時移世易，碩果無存，參驗罔資，師承莫受，遂乃以病試方，互相推演，究其所得，亦甚渺已，至吳又可雖稍稍進步，然僅租具條理而已，故防患之心雖著，治瘥之法不詳，爲醫林所共憾焉。

西醫東來，於說有傳染病，雖不與中國同，然分門別類，亦頗釐然，以所論爲傳染病也，不復爲抱殘守缺者所反對。且有納之之勢，而補我之不逮，用撮錄其要，俾爲研究瘟疫者之借助，且知我國於漢代，已曉然於傳染病之烈，不待今日而知也。

**猩紅熱** 本病由一種觸接傳染性病毒而起之急性發疹，多發於小兒，（特於二歲至七歲間者尤甚）由觸接或空氣而傳染，有創傷之時，傳染尤易，四季流行不絕，而以春冬爲甚，至本病病原，有以血液見有 Amoeba 狀運動之寄生生物爲病原，或以連鎖狀球菌爲病原，究之、尙未爲學者所公認也。

本症之潛伏期通常爲四日至八日，然亦有速至一日，遲至二星期者，本期殆無異常，或在期末呈輕度之違和，乃發爲嘔吐、咽頭劇痛，惡寒戰栗，發熱頭痛譫語，精神恍惚，體溫達三十九度以上至四十度五

分，有壅壅症狀者閱一二日，疹發自頸，漸及於四肢各部，而顏色與頭部則較少，發疹三日疹始退，色有糠狀落屑，本症特異處，是爲覆盆子苔，有合併胃炎、心臟內膜炎、胸膜炎、白喉者，合併症如多而且篤，豫後殆難許嘉良。

按中醫無猩紅熱之名，然不能遽譏中醫爲不知，蓋納其理于疫病中耳，中醫治法，初無遜色，甚且駕西醫之上，此無他，要能識其病因爲溫熱溫毒，故能收立竿見影之效也。

## 猩紅熱

流行狀況——此病於冬春二季發生最多。十歲以下之孩童，感染最多，約佔百分之九，在中國此病以北方爲最重，中部稍輕，南部則少見或極輕微。在歐戰時，猩紅熱在美國軍隊中，佔死亡原因第九位。

病因——其病原菌多數公認爲猩紅熱溶血性連鎖狀球菌（仍有人信其爲一種濾過毒體），發見於鼻腔及咽喉或化膿部分之排泄物中，此種球菌發生一種毒質侵入血中，而鮮血色之斑疹，獨克氏試驗法（Dick's test），即根據此原理。

傳染——此病最易傳染，猩紅熱病者及帶菌者可由直接或間接接觸，而傳染於他人，潛伏期爲一至七

日。

症候——起病時，突然發熱，喉痛及嘔吐，十二至二十四小時後發生紅色斑疹，全身發紅。疹作點狀。惟斑疹多不發生於面部，在口之周圍，呈灰白色，全身呈中毒狀況，喉頭紅腫，初時舌苔甚厚，在舌尖及舌周圍之乳頭均腫大，稍後舌苔退去，呈所謂「楊梅舌」狀，頸部淋巴腺常腫大，斑疹於三至七日即退去，後即隨之以落屑，別種猩紅熱，須注意者，無斑疹之猩紅熱及外科猩紅熱。

猩紅熱患者，常於喉頭，耳部，骨竇，有化膿性之合併症。

預防——病人須受嚴格之隔離，排泄物及被污之物件，均須消毒，在護治病人之時，必須着隔離衣並帶口罩，手於接觸後，必須用消毒水洗滌。

病人出院——如無排泄物四星期即可。

禁止多人聚居一室。

用類毒素作自動免疫法。

用已全愈患者之血清或抗猩紅熱血清，以預防敏感性接觸者。此法所得之免疫性甚短，且以後有發生馬血清過敏之慮，故非於不得已時，不必採用。

## 癩疹

本症之原因不明，唯知其有傳染性耳，現在頗有主張麻疹之毒，可存在於血液中且能傳之機代，又當麻疹傳染時，取母親之血清五C.C.注射於小兒臀部，可以免疫，是不啻為中醫胎毒之一證，本症發生時以春夏秋三季為多，二歲至六歲小兒尤易傳染，淚汁、唾液、咯痰、呼氣、皮膚蒸氣、空氣、器具、皆為媒介。

潛伏期（九日或十日）後，入前驅期，（三四日）體溫上昇至三十八九度，發噴嚏，流淚及乾咳，其後至發疹期，體過達三十九度五分至四十一度，發疹於皮膚粘膜及結膜。始則顏面，繼則頸及四肢，均現限界分明，大如亞麻仁之赤斑，其中央有小丘疹，粘膜及結膜，尤較皮膚為先，加答兒性症候亦其盛，閱一二日體溫下降，或竟如常時，第三或第四日，疹乃消退，第五六日則落屑，第八至第十日為恢復期，合併症為結膜炎、角膜炎、鼻炎、咽喉炎、喉頭炎、氣管枝及毛細氣管枝炎、中耳炎、腸炎、腎炎，後發病為痲咳及結核。

自吾人經驗上已證實者，則痲疹之治療，中醫優於西醫，而理論分晰亦頗詳明，西醫並其病原而不知，況其他乎，其值事宜也。

## 痘瘡

因天然痘毒之感染，而爲接觸性流行性，又空氣介立人體或物體，能令本病傳染旺盛，罹患以後，即得終身免疫。

潛伏期（十日至十四日）後，即入序期。（三日）發寒戰，體溫上昇，（達於四十度或四十度以上爲稽留性）頭痛、嘔吐、薦骨痛、譫語、痙攣（在小兒）第二日，即發前驅發疹（即紅斑性或出血性斑疹）於下腿及大腿內面，第三日之終，第四日之始，發疹期終，全身症狀輕快，其後之經過，分爲二種，（甲）真痘，即重症，以發疹期，先發小斑於頭部及顏面，二日以內，變爲丘疹，丘疹之中央，發生水泡，繼則變爲膿疱，於第九日而完成真痘膿疱，有齶窩於其頂點，繞以紅暈，（化膿期）於此時期，體溫再上昇，顏面腫脹甚盛，頭部及手指，生發疹疼痛，咽頭等亦發疹，嘶啞、咽下困難，其他有發結膜炎、虹彩炎等者，至第十二日或第十三日，則體溫下降，膿疱乾燥結痂，（乾燥期）而隨有劇甚之癢痒，一週或二週之後，留痘痕，或留暗褐色之斑而自愈，（斑、數月之後消失）第真痘之經過中，于其化膿期，死亡者頗多，全經過，須四週至六週，（乙）假痘、即輕症，發疹僅少，而形成膿疱者稀，全經過約二週。

凡形成多數之膿疱，融合不分顆粒者，或痘作黑色而出血者，均不良，假痘則當別論。

## 實扶的里（白喉）

係千八百八十四年，列氏所發見之實扶的里桿菌之傳染，該菌短而稍彎曲，本病喜發於十歲未滿之小兒。

局部症狀，為扁桃腺腫脹，咽喉患部粘膜之腫脹高赤、微痛及白色或帶黃白色膜之發生，（此處辨別極關重要、如患部生粉狀白點、或如口糜狀之白色粉膩，而非如膜狀者，必非白喉，世多有不知辨症，妄稱白喉，藥而愈之，自誇驗案者，乃大患也，一下顎角後方之顎下淋巴腺腫脹壓痛，全身症狀，始于身體違和，頭痛發熱、（三十九度以上）嚥下困難等，繼則呼吸困難，併發症為氣管枝肺炎、心臟衰弱、急性腎藏炎、皮膚之匍行疹、紅斑、出血、中耳炎、多發性關節炎等，後發症為心臟內膜炎、實扶的里後末梢麻痺、腎藏炎等，本症非取咽喉之炎症產物，用顯微鏡而檢查之，不易得其確診。

**再歸熱** 本症因亞培爾氏螺旋狀菌之傳染而起，該菌于發熱時恆存在於血中，至無熱期則消失，其傳染由空氣介立者，使用物品、跳蚤或直接之接觸。

**潛伏期**（五——八日）後，即發寒戰，體溫暴騰，（或稽留或弛張）薦骨部生劇痛，四肢疼痛，頭痛，倦怠，食慾不振，（往往嘔吐）脈搏增加，脾極腫大，四肢諸筋，遇壓迫則疼痛，（特於腓腸筋）又有發口唇匍行疹或氣管枝炎者，以上為第一次發作，歷五日至七日以後，乃發汗而下降於三十五度內，即移於第一無熱期，本期自四日至十日為常，但脾腫時，即為第二次發作，第二次與第一次略同，但期間短一



二日，第二無熱期，亦同於第一無熱期，但期間長一二日，至第三次發作，則較第二次發作更短，第四第五常不發，凡發作中檢其血液有螺旋菌者，其診斷始確。

又屬本病之一種類者，有膽液性，室扶斯樣症，及黃疸症，且有劇烈之腦症，出血易而心臟衰弱亦易，但自近年研究之結果，又以本症為另一種病，因血液無螺旋菌也。

按本症與吳又可所謂表而再表者酷似，其言曰，「間有表而再表者，所發未盡，募原仍有隱伏之邪，或二三日後，或四五日後，又依然如前，發熱脈洪而數，及其解也，斑者仍從斑解，汗者仍從汗愈，」據吳氏之言測之，即其候也。

麻刺利亞 本症由于麻刺利亞原蟲存在于血中而起，認為係蚊蟲從吮吸之機會而傳染者，發作有一定之時間，凡分三期，惡寒期，（三十分間以上）惡寒戰慄，脈搏頻數，（百至百二十）發熱期，煩熱頭痛，眩暈大渴，體溫自三十九度以上，其經過約三時至五時，發汗期，則發汗淋漓，諸瘴消散，尿之比重甚高，有多量之赤色沉渣，其發作之異，分每日熱，隔日熱，四日熱等，其發作之持續時間，每日熱、六時至十二時間，隔日熱、六時間，四日熱、四時間為常，發作時脾必腫大。

## 虎列拉

本病爲弧狀菌侵入體內所致。凡飲食不潔，飲水不良，寒胃等之足以誘起腸加答兒者，皆其媒介也。在單純性虎列拉下痢，腹中雷鳴，下痢數次。（一日六次至八次）全身倦怠，食慾缺乏，皮膚厥冷，尿量減少，嘔吐，煩渴，腓腸掣痛，脈搏細數，歷數日至一週而愈，或轉爲輕症及重症之虎列拉，在類似虎列拉。（輕症虎列拉）水瀉數次，卒成米泔汁狀之下痢，又有吐同狀之液。泌尿減少或絕止，手足厥冷，現蒼白色，呈高度之脫力，脈搏減少，頻數，發腓腸疼痛，其經過善良者，二十四時間內，下痢十數次即愈，或轉爲真性虎列拉。

真性虎列拉者。（假死性虎列拉）自虎列拉下痢或類似虎列拉而成，或突然發生，其診候爲全身衰弱，體溫下降，脈搏頻數且細小，泌尿減少或絕止，來無痛性米泔汁狀液之吐瀉。（一日下痢二十次至三十次）眼窩陷凹，鼻樑屹立，皮膚厥冷，現青藍色。（身體諸部黏膜及外皮則靜脈血變積汚染者即發此色）撮之則留皺襞，諸筋痙攣，（特見于腓腸）呼吸困難等，歷數時至二日而死，或諸症輕快，歷二週而愈，（包括恢復期言本病存亡之機轉則操之於一刹那耳）然亦有不發下痢經過者，有先發瘧疾一二次，突變本病者，又有乾性虎列拉者。

中醫對此，分晰亦清，唯有時將腸胃炎混入，是其所短，治療法中醫亦不弱。如手足厥冷，脈細陽脫之真霍亂，與以理中湯、通脈四逆湯等劑，往往收效。惜有時狂嘔不止，縱有妙藥，無法下咽，提煉不善

，爲可惜耳，有志改進中國醫藥者，倘一謀慮及此，不爲芸芸者造無量福耶。

## 天花

流行狀況——天花爲疫，已有悠久之歷史，發生大都在十月間，至十二月，正月則流行尤甚，在夏秋二季天氣炎熱時甚少發見，無論長幼皆可傳染，尤以未種痘之幼童爲甚。

病因——爲因一種濾過毒體，存在病者呼出之氣中，而痘瘡中及痘痂上甚至血中亦皆有此種毒體之存在，空氣及日光，均可將此毒體迅速消滅。

傳染——大都係與病人直接接觸，或兩病人之用物接觸而發生，其傳染期，從痂狀發生起，至痂皮脫落爲止，均有傳染性，潛伏期平均爲八至十二日。

症候——頭三日爲前驅期，病人有惡寒，戰慄，發熱，惡心，嘔吐，全身作痛，並發生前驅斑疹，三日後痘瘡斑疹發生於顏面，手掌，同時體溫下降，一般病候消失。

此種斑疹迅即傳佈至胸背及其他各部，水泡疹化膿，而體溫亦隨之增高，所謂化膿熱，最初此斑疹祇成平面斑點，不久乃成丘疹，在三日中即變成痘水泡樣瘡，（中部陷凹如臍狀）最後化膿結痂，在發病之第三日如無其他合併症，則發痘處及其他各處之痘痂漸漸脫換新皮而就愈。

預防——病人須絕對隔離，接觸者須即種痘，並隔離二十一日，如種痘花發，於花發後隔離七日即可。

種痘以上膊外側爲最便，先用火酒拭淨，俟其乾後，在皮上注漿苗一滴，然後用一稍大而純之針在滴漿處上下點刺十數次，漿苗乾後，即可將袖放下，無須包紮，漿苗接種後，五日至七日如痘出，即可於點刺處發見膿泡，不久此泡即逐漸吸收結痂。

如已生過天花即不再受傳染。

（診斷）小兒未經種痘，在天花流行時節而發熱咳嗽者，往往會出天花，亟宜延醫診治，初起治之得法者順，失治者其後多逆，在發熱時期，二便如常爲順，若大便不通，小便短赤，口渴煩燥，舌苔黃厚爲重，若手脚冷，面色青，氣急鼻扇，大便瀉，無汗，但見一證，即爲逆，在發斑期，疹點勻整者順，若疹點細碎如蚊咬，或粗大如碗豆大，均爲逆。

在發蕾期，點粒根脚分明者順，若此點與彼點分際不明，根脚牽連者逆，在水泡時期，點頂圓滿，色鮮明，根脚紅潤者順，若頂不飽滿，色澤晦滯，根脚淡無血色者逆，在化膿期，膿色黃質肥厚者順，若不黃，膿質薄稀者逆，在水泡化膿時期，有臭味者順，無則爲逆，痘出稀者輕，密者重，裏外微紅者輕，外白裏不紅者重，痘點頂黑陷塌下者死。

(看護)小兒發熱初起，忌予葷腥及不消化之食物，乳母亦宜忌口，出天痘房中空氣宜暖和平，若在嚴冬須生火爐，燈火不宜太亮，電燈宜圍以紅紙，陽光入戶亦不宜，最好亦糊以紅紙，以光線有刺激故也，忌葷酒氣味及不潔之穢味入病兒之口鼻，若病室離廚房甚近，宜設法使油氣不侵入，病兒及乳母不可食黃豆製之食品，如豆腐等，犯之則將來口臭，理由不明瞭，忌食醬油，至病愈後一個月止，犯之則痘痕有黑斑，不幸為麻面，則麻點色黑，至發蕾期，痘已有水泡，宜臥兒於軟棉褥中，懷抱手脚宜輕，及化膿則尤為要緊，至發蕾期，須以小兒之兩手裹縛，否則面搔抓破，則為麻面，小兒在病中不宜多予乳食，宜頻頻予溫開水。

(治療)初起宜辛涼透達，及宣肺藥，如荊芥、葛根、茅根、薄荷、連翹、象貝、杏仁等，病至第二期，痘點已透達。熱不甚，別無氣急等狀，二便調勻，可以勿藥，若熱甚，仍不忌茅根葛根，至第三期，斑點逐漸擴大，形圓整，神情完好，亦可勿藥，若根腳不紅，當於清熱解毒方中，酌加活血如紅花、川芎、之類。至第四期，水泡透明，形圓根紅潤，熱不甚，二便調，亦可勿藥，不然者，按週施治第三期法，至第五期，化膿期中水泡黃質厚，神情安逸，亦可勿藥，若膿不厚黃而清稀，塌陷不圓湛，急宜施治，此時用藥切忌寒涼，宜黃耆、黨參、鹿角霜、鹿茸等，至第六期已出險，用藥不過清補化毒，如人參、白朮、白芍、甘草、銀花等類。

## 流行性腦脊髓膜炎

流行狀況——本病爲一種散見各處之傳染病，可爲地方性，亦可成流行性，發生時間爲冬春二季，普通孩童及青年易於感染，常有未受傳染之鄉村民衆，於發生災荒時，因覓食而至城市，則成人亦多受其傳染。

病因——本病之病原菌爲腦脊髓膜炎球菌，爲格蘭氏陰性之雙球菌，發見於鼻腔及咽喉間，血液中，腦及脊髓膜上及其他所在，均可發見，球菌可分四型，及無數之亞種族，培養須用特別方法方能生長，此雙球菌甚易爲熱，乾燥，及消毒藥水所撲滅。

傳染——大多難由直接接觸鼻腔及咽喉之排泄物而來，帶有病菌之人爲傳染之主因，器物傳染並不重要。

此病之經過，約須二星期，在此期間，病人隨時均可傳染他人，必使其喉間之分泌物培養呈陰性時，方無傳染之危險。

### 潛伏期爲三至五日

症候——普通所見者，爲病起時，忽然發燒，寒戰，頭痛暨全身作痛，嘔吐及溼瀉等最常見於孩童。項部強直，有可尼氏病徵，卜羅建斯病徵，脊髓液壓力增加，髓液混濁，及白血球增加。

重者於數小時內或一二日內，可以死亡。祇顯傳染之病症，而不現腦脊椎膜炎發熱之症狀。

預防——病人須受隔離，禁止公共集會及多人集居一室，惟無症狀之帶菌人最難取締。

### 總說

民衆對於腦膜炎聞之熟矣，莫不談虎色變，猶較霍亂爲逾焉，然僅知爲腦膜炎，而不知其爲流行性腦脊髓膜炎；此二名豈僅一間之分，實有霄壤之別，是不得不爲之辯而正之也，蓋腦膜炎乃一混統之命名，其病灶僅屬於腦，而不及於脊髓膜，且腦膜炎十九因結核菌染及腦膜而起，非流行性也。至流行性腦脊髓膜炎，其原因一若其命名，症屬流行性而病灶廣泛，且及脊髓膜；並不若腦膜炎僅屬結核性之狹而單純也。抑又有說者；世人僅知其爲現代新發現疾患，而不知乃亘古所有之症，是不得不爲之說焉。證之西籍：謂由細胞內腦膜炎球菌之傳染而起；此菌乃 (Weichsbaum) 患肺癆者比發見於一千八百八十七年，距今五十年，而在該氏未發見此病原菌之前，當有是症之發見或流行似可臆斷者也。再考之中國醫籍則數千年前已見之矣，名曰瘧瘧，瘧瘧二字見素問至真要大論，及靈樞經筋篇，及素問五常政大論；而以金匱言之較詳，瘧瘧賦證篇云：病者身熱足寒，頸項強急，惡寒，時頭熱面赤目赤，獨頭動搖，卒口噤背反張

者，瘰癧也，又云瘰癧爲病，胸滿口噤，臥不著席，脚躄急。其所述證象，與今之流行性腦脊髓膜炎，千古一轍，不謀而合。近國醫界名之曰疫癘，疫即流行性傳染性之謂，古書有疫癘之邪，沿門開戶，互相傳染之文，應則指其症狀而言。取義簡明，易於記憶。綜上以觀，可知此病不僅爲現代疾患，而且古已有之矣。第因歐風東漸，入主出奴，遂捨本逐末，數典忘祖。可嘆也夫！吾人固不宜故步自封，牢守保守，語云：「他山之石，足以攻玉。」誠哉斯言。回憶民國十八年春，此症盛行滬上，及浙省各地，急者朝發夕死，多不可救；且病起倉卒，不知所措，於是各方呼籲，衆議沸騰。國醫方面披露於報端者，或主葛根湯者，指項強而然也；或主三黃石膏之解毒，指兼嘔及便閉而然也；然未能針鋒相對，藥難力分，見效不易。從今後惟恐，本症正方興未艾之際，恐狂瀾之莫阻，懸崖難勒，特以司命之工，負去疾之職，曾以研究所得，錯綜昔賢遺說，近賢新論，遍採各家方治，爰草斯篇，所以解世人之惑，正邪說之弊，要亦天職也夫，於世道或不無少補云爾。

本病之原因，西籍以爲細胞內胞膜炎球菌之傳染而起，有二個鍊狀體對連之重球菌，多生存於細胞膿球等內，故頗似淋球菌，傳染之徑路，大約多從鼻道或咽喉之扁桃腺等處；而頭蓋之外傷，或精神興奮過勞，岩狀部骨傷，流行性感冒，肺炎，亦往往因之傳染。且本病之流行時節，多在春冬兩季寒冷之時，大概多侵入男性之小兒。且流行時常與纖維性肺炎等傳染共作。然腦膜及脊髓炎之發炎，乃由於菌，考菌類



之生，必有濕氣之浸潤，溫氣之醞釀，數者合作，而菌以生；微菌之生於各種物體，良亦由斯。疾病之作亦何異於斯。是以在國醫以爲風溫疫癘之邪，薰灼腦膜及脊樞炎；內經以爲邪之所湊，其氣必虛。斯固古代語法，然證之新說，固無往而不合者。蓋康健人之所以不病，由於抵抗力之充足，至抗毒力之所以衰退，多由於外界氣候之異常變化，調節機能失於應付之故。然則國醫以六淫爲病原，似若膚泛，實有至理庸矣。至金匱瘧病篇中有：『太陽病發汗太多因致瘧。』『夫風病下之則瘧，復發汗必拘急。』『瘧家雖身疼痛不可發汗，汗出則瘧。』『瘧病有灸瘡難治。』等數條，均非流行性腦脊髓膜炎症。及指末稍神經之麻痺瘰癧，與破傷風等混而爲一，醫者亦囫圇吞棗，不加詳辨，余特於此處表而出之，以解讀金匱者之惑。再巢氏病源又有金創瘧。剛柔二瘧之症狀，非今流行性腦脊髓膜炎，所謂金創瘧者，即今之破傷風是焉。雖以瘧名，病理實迥然有別也，醫者可得不知乎，蓋有毫厘千里之弊也。

本病約可分爲四期，一惡寒期，二發熱期，三危險期，四不治期。潛伏期數小時乃至三四日，無前驅症狀，初起即寒慄，繼之以熱，體溫達三十九至四十度，脈搏初起多遲緩，瀕死則數；至第二日即呈腦症狀，如頭痛薦骨痛，肢痛倦怠，昏憒嗜語，舌苔白膩或薄黃，其中最著狀態，即爲劇烈之頭痛，或輕微之頭痛，而以後腦爲尤甚，兼之項背強直，頭向後屈，常作仰面，試以手板之令前，則抵抗甚強，而患者呼痛，惟向側及迴轉運動仍覺自由，四肢等處感覺異常靈敏，遇強光高聲亦然。小兒往往初起發瘧，且偏