

從學習巴甫洛夫學說的體會

討論中醫科學化的一些問題

荊小偉

一、前言

在我提出問題來討論之前，要先把我的學習巴甫洛夫學說的背景來談一談，目的在使讀者明瞭我對中醫的歷史看法，和學習了巴甫洛夫「大腦兩半球機能講義」（戈紹龍譯）後，起了怎樣的變化，以及為什麼提出這一些問題來。

二十年前，我初學中醫的時候，正是日本的漢醫書籍開始翻譯介紹過來的當兒，有一本「醫藥界的大鐵椎」，把西醫的缺點指摘得體無完膚。在那同時，商務印書館出版了一部內科全書，由有名的西醫余巖（雲岫）博士做序，引用中醫古書來批評中醫，把中醫的不科學也挖苦得淋漓痛快。當時我是一個略具科學知識基礎而對中醫有興趣的青年，手裏拿着這兩本背道而馳的書，有點徬徨。

在徬徨中，我交結了一些學中醫和學西醫的朋友，想得出一個「中醫究竟有無學習價值」的結論。不幸這個結論很難得出，他們之間只有譏嘲和自高自大。後來，偶然在一位熟識的西醫家中，看見他的愛人吃中藥，我才好像掘到了金礦，決心把中醫研究下去。

當時我的看法：「中醫是有科學價值的，但過去的舊學說太不科學了，要從頭用科學方法整理出來，才能發揚光大。」我着手用科學方法整理張仲景的傷寒論，是以陰陽結合自律神經系來解釋的，我認為：（陰即是迷走神經的作用，陽即是交感神經的作用，它們是頤頤配合，使人體一切機能營運正常的。一旦遭遇了病患，這頤頤受到了影響，失了平衡的正常關係，變為不正常情況，表現於外，就形成種種樣樣的證候。中醫的治療原理，在使這不正常的種種樣樣證候，回復正常情況，是針對着這神經作用的頤頤關係而用藥的。至於殺菌、退熱、排毒、消炎等等藥效，不是主要的目的。）

我依這看法，把六經證候看作神經應變的六個層次，而認為舊說用手足六經分配臟腑，是後世牽率強附會的玄學，不是張仲景的本來面目。怎樣劃分這六個層次呢？我大略是這樣解釋的：

「凡毒素、細菌或不正的氣候，侵害損傷了體表部的黏膜及皮膚腺等，那受損部位的末梢神經便反應到神經中樞去。交感神經的反應到達交

感神經節的時候，它發揮了自然良能調整作用，即是全身的交感神經總活力，不容許受損部位的神經活力的退縮，全體總活力在交感神經節上起了彈力反應，其結果，促使受病部位的交感神經作用興奮亢盛，因而發生了證候，如充血、多淚、多涕、流涎，以致發燒頭痛鼻塞乾嘔等。但這時候，因為迷走神經是直接與腦中樞聯系的，而腦中樞對它的反應要受到這病人過去體力上的習慣情況所影響，其反應的結果是不一致的。有時力強，有時力弱，而強度又有高低。力強的時候，形成無汗的麻黃湯證，筋攣的葛根湯證；力弱的時候，形成有汗的桂枝湯證；等等。這就是所謂太陽病的階段。進而病毒侵犯了呼吸系統（包括胸、肋、膈膜及膈下大淋巴腺肝臟等），發生了這一帶交感神經作用的亢盛反應，同樣以迷走神經作用的強弱而表現種種不同的證候，就是少陽病的階段。再進而病毒侵犯了消化系統，發生了這一帶交感神經作用的亢盛反應，同樣以迷走神經作用的強弱而表現種種不同的證候，就是陽明病的階段。這三陽病的階段，都是交感神經節足以發生自然良能的彈力反應，形成亢盛興奮的炎證。中醫總稱之為陽證，即是積極的病態。」

「若病人身體素弱，或染病日久，交感神經節的彈力反應作用，必須潰敗，不足以引起自然良能調整效能，或即令有反應也不顯著，這就成為了陰證。陰證是內臟機能控制力或代謝力的衰沉，也即是消極的病態。太陰病是消化系統的代謝衰沉、控制失常，恰是陽明病的反面；少陰病是泌尿系統的代謝衰沉，因其代償及自家中毒的關係，可以說與太陽病相表裏；厥陰病則是最後腦中樞指揮系統的衰沉，發生指揮凌亂的現象，以致表現「陰陽互見、寒熱雜呈」的證象。」

我這個解釋是否正確，不是現在要談的事。不過我當時自覺是見解高人一等的解釋，是符合科學的解釋。二十年來，一直根據這個解釋來整理中醫研究中醫，自覺能貫通理論與實踐。可是有些地方，我又感到專憑「推論」與「聯想」是不够科學的，所以一直不敢把研究的材料發表出來，怕被別人一下子駁倒。我極想學習西醫的神經病理學，來充實自己，不料總找不到一本滿意

的書。雖有西醫朋友指教我看原文書，可我惜程度太淺，看不懂。這情況，又成為我內心的一種痛苦。我也曾將我的心得和中醫同業作片段的談論，想印證一下，可是大多數都把我看作邪門外道。因為經我所謂科學方法整理過的中醫理論，有幾個重要論點，他們不能接受：

第一、自然是上述「三陰三陽」的劃分，而不按照手足六經分配臟腑；

第二、是我嚴斥五行生剋學說，認為這是宋仁宗時代設官藥局以後，醫生失業，不能不借重玄學以立足，所造出的鬼話；

第三、是我反對「寸關尺配心肝肺脾腎」的脈學，認為一條脈管，只有浮沉遲數等象可以檢查，那裏會在一寸之間分別出何者屬心何者屬肺呢！

有好幾位老醫師，在和我駁論之後，「望望然而去之」，表情很難堪。

我也曾將我的心得，和西醫朋友作試探性的述說，他們總是不聽完就哈哈大笑。因為我不承認細菌萬能，不贊成特效療法。從他們的角度看來，我的這種「科學」是太淺薄太有限的，連駁論的興趣都沒有的。

我這情況，真像伊索寓言中的蝙蝠了。說得好聽點，是四面楚歌孤軍奮鬥吧！

一九五二年，朱璣同志出版了「新針灸學」一書。我想：這位朱同志以西醫來搞針灸，必定別具隻眼，也許是我的同調。放慮了許久，鼓起勇氣，給她去了一封信，不久就接到她的回信。現在將這信的要點摘錄在下面：

「所述各節，足證先生對中國醫學的發展前途，熱情溢露。且更一方面以交感神經系統說明中醫的「陰陽論」與針灸經穴，另一方面又痛斥「五行相生相剋」的玄學，尤感欽佩。（中略）但在我們看來，以自律神經系統說明病變及其治療原理，還不够全面，……我們的志趣想以人體高級神經活動的機能證明人體的生活與病理的變化。……」

這一封回信，給我以很大的鼓舞。一方面，使我明白我過去的治學方法即是所謂科學方法整理所得的心得，有相當的價值；另一方面，又使我知道，那還不够全面。她指示我，要以巴甫洛夫的高級神經活動學說來作研究工作的基礎。對於巴甫洛夫學說的內容，當時我是茫然無知的，急於想找到一本有關的書來看。直到第二年，才由我參軍的孩子給我寄來戈紹龍同志的譯本。一九五三年夏天，沅陵專署在辰谿縣舉辦了一個中醫進修班，我縣同業去了二十多人。他們回來後，有人暗中告訴我，平日最講求寸關尺脈學和五行生剋的，這一次在進修班受了很重大的打擊，很嚴格的批評。他的意思是稱贊我過去的主

張，有先見之明。我對這個消息，並不感到愉快，相反的，我又在苦悶了。為什麼呢？因為我正在學習巴甫洛夫的講義，發覺到我過去自認為科學的見解，有不少地方犯了錯誤。根據巴氏學說來論證，不獨寸關尺不是絕對要不得，就是令人生厭的五行生剋也有其科學上的依據。

有人以為我這是善變，或者以為我沒有真正的掌握理論，專作新奇的誇誇之談。都不是的。我以為：科學是無止境的，目的只是追求真理。在真理面前，不妨昨非今是，不必自護其短。巴氏以數十年研究的成果，發表出來，還說「不恥於錯誤」，自謙為嘗試，這才是可敬佩的正確態度。我們在毛主席和共產黨的賢明領導下，響應毛主席的號召，站在中醫工作者的立場，尋求中醫科學化的途徑，是一件極光榮的事，也是一件極艱巨的事，必須老老實實地來研究探討。用不着怕羞、怕錯誤，應該勇於承認錯誤，才能尋到真理，真正完成中醫科學化的任務。

進修班的成就就是很大的。但有一部分輿論，以為西醫領導的進修班，使中醫「新的沒學到什麼，舊的信念却動搖了」，這話也不為無因。上級對這一偏差，也已注意並糾正了。像對五行生剋等的批判，我以為結論還是不可下得太早。我反對五行生剋和寸關尺脈學差不多二十年，而且不依靠五行生剋和寸關尺也診療了許多年的病，到今天才發覺我的主觀錯誤，感到五行生剋等有再評價一下的必要。這不是我的落伍，開倒車，而是勇於向科學向真理低頭。至於我今日的見解是否仍然是錯誤的，希望各醫學先進指教切磋。因此，我學習巴氏「不恥於錯誤」的精神，寫下這一篇論文，以下提出一串有關中醫科學化的問題來討論，請各先進於閱讀後給以不客氣的批評指教。

二、五行生剋問題

中醫理論最令人討厭的是五行生剋，因為一個病照五行生剋的說法，真是「頭頭是道」的大滑頭，無非替醫生的藥方「自圓其說」。抱這種感想的人，當不止我一個。解放以後，我曾批評同業的處方，不應該用「肝木橫侮脾土」之類的話，認為這是不負責的態度。

當我開始學習巴氏講義的時候，定下了一個方針，準備結合中醫的實踐方面。每學習一章，便思攷一番，拿來與中醫的療法原理比照一下。頭一件使我感到驚異的，就是發現五行生剋療法有極大的價值。

我們看問題，最怕有先入之見，矇蔽了客觀事實。過去我一見到「金木水火土」就認為是玄學，不再加思攷，不再深入了解舊中醫怎樣運用

五行生剋於治療上的實踐方面。自然，光看外表字面，五行生剋是太玄學了。

但仔細了解一下，從治療上的實踐方面講，依照巴氏學說的規律，五行生剋是有道理的。舉例如下：

(甲)有一種習慣性支氣管炎，每遇氣候寒冷就發作，天暖就見好轉。照普通療法，是祛痰散寒，而照五行生剋療法則是健胃，稱之為「培土生金」，用的藥如香附、白朮、豆蔻、廣香、厚朴、小茴等，每較普通療法為速愈。

(乙)肺結核初期咯血後吐血泡痰的階段，常伴隨有性慾反常的現象。照普通療法多是化痰止咳定喘，而照五行生剋療法則是強腎，稱之為「滋腎水以納肺金之氣」，用的藥如六味丸湯、沙苑蒺藜、巴戟天、枸杞、車前仁、破故紙、胡桃等，常比對證療法有效。又如婦女的子宮痙攣性咳嗽，用溫經湯以治咳嗽，也同此理。

(丙)蟲蛀牙痛引起三叉神經炎痛的時候，照普通療法是消炎止痛，而照五行生剋療法則是強腎健胃，稱之為「引火歸原」，用的藥如肉桂、附子、黃連、細辛、六味丸湯等，常能藥到病除。

以上三個例，和其餘的五行生剋療法一樣，有一個共通的原則，就是不論舊中醫的解釋怎樣轉來轉去，基本上是利用性慾、食慾兩本能來進行治療的。換句話說，就是用藥力加強食慾、性慾的興奮，藉此興奮以減弱疾病的進行，達到治療目的。這正與利用無條件刺激物以造成條件反射一樣，是對大腦機能進行控制的。同樣的道理，我認為針灸治療的基本原理，是利用自衛的本能的。蘇聯新發明的組織療法，和針灸療法也很相近，也是利用一種輕微的對大腦皮質層恢復正常功能有助的刺激，使皮質層處於某種程度的興奮狀態，而制止了或減弱了疾病的別一來源的刺激。這都是按照巴氏學說：「當一個反射進行時，接着而來的第二個反射就被減弱或消失。」的規律的科學方法。

又依照巴氏學說「外制止」「負誘導」等形成的情況，也都可以作為五行生剋療法的解釋。譬如上述「肝木橫侮脾土」的話，可解釋為：「肝臟的興奮太旺盛，以致影響消化系統形成制止情況，而造成營運不健、吸收不暢、消化液分泌不正常，結果食滯胃痛。」又如「驚恐傷脾」一語，可解釋為：「偶然受外界的重大刺激，引起了消化系統的外制止現象，造成一時性的胃呆、厭聞食味、惡心嘔逆。」又根據「防禦反應一發現，其興奮即向無條件反射中樞移行」的規律來看，更是「驚恐傷脾」的註腳。

這種五行生剋療法，除了組織療法的應用外，西醫對於它的原理似乎沒有注意過。雖偶然也有用瀉下藥以除頭部炎症充血的方法等，但還

不像五行生剋療法的深妙。如上述用肉桂附子等大熱藥治炎痛，即是理論上難講通而事實上是有效的。所以這種療法，極有研究的價值。我們如何將其唯心部份清除而從其唯物部分尋求出科學的證驗，確是一個重要的好課題，對中醫科學化一定有極大的貢獻。

三、輕劑治重病——氣化問題

廣東有一位出名的西醫張公讓先生，對中醫很有研究，能够以西法診斷而用中藥處方，聲譽極高。他在十年前出版過一部「中西醫藥比觀」的大作，其中有一段痛罵上海已故中醫譚鐵樵先生的，罵得非常刻薄。因為譚先生是上海名醫，診病處方，一貫主張用輕量的藥，如柴胡三分蘇葉五分之類，而以為柴胡超過七分就是猛烈過度了。張先生認為這樣輕量的藥，決不能治病，只能哄騙上海的闊公子小姐，替他們治傷風頭痛而已。這一段文章，過去我很激賞，因為我對譚先生的醫案也曾抱有反感。

然而，在治療的實踐方面，經驗越豐富的老醫生，越愛用輕劑，是一個事實。過去我誤認他們是敷衍，逃避責任，但他們每能治好嚴重的病。他們說，這是「氣化」，即是「大氣一轉百病皆愈」的講話。以前，我認為奏效的不是藥力，而是他的聲名。也就是說，這是一種心理療法，俗話叫做「醫運走紅」而已。不過所謂心理療法，決不是隨時隨地可以運用的，難道真有「醫運」那樣的事嗎？我不能相信。

為了這情形，我曾對中藥的藥效發生懷疑。我曾見過每劑用烏附四兩的藥方，病人吃了沒有特殊不良反應。正相反的事例，我又曾配製過痢疾散，每用一分重的藥末，就能治好一病。這樣的事實，使我對中藥的用量限度上，和效能原理上，發生過各種不甚正確的看法：

(甲)我以為中藥的煎劑，因煎的方法和時間不同，有效成份的保存量也就大不同。輕劑藥量少，自然煎的時間短，有效成份反而多些。

(乙)我以為中藥的溶解量，在水中是有一定的飽和度的。譬如石膏，一百西西的水只能溶解二公分，那末每劑藥用石膏五分或五兩，其溶解量都是一樣的，所以輕劑重劑並無分別。

(丙)我以為中藥方劑有好像是哄人的，輕劑之所以能治病，不過期待自然好轉，該好的病不吃那藥也一樣能好。

這些看法，當然都不能全面的解釋問題，因此我的緊閉久久不能打開。

及至學習了巴氏講義有關「反常時相」一節（第十六講），才使我恍然大悟。原來在大腦應變的情況中，如遭遇長時期的複雜刺激和分化，

而使興奮性疲勞以後，接着就發生反常時相。這時，弱刺激反能引起強反應，而強刺激只能引起弱反應。這正符合重病在熱度弛張日久之後，由陽證剛剛轉入陰證的階段。輕劑奏大效，恰都是在這當兒。

不過，這個時相的時間有限，人為的發展可以達到十四天，而病態的發展只有兩三天。怎樣掌握這時間性，是一個很緊要的前提。依照巴氏講義的說明，反常時相的後面是均衡時相，這一時相的外在特徵是半睡情狀的；均衡時相的後面，便是恢復正常。結合病程來說，均衡時相正是昏迷不省人事（半睡）體力與疾病作決鬥性鬥爭的階段。或則不勝而死亡，或則勝利而好轉。如果能不經過這一危險性的時相，而由反常時相直趨正常時相的恢復，正是「氣化」療法的目的。而有經驗的老醫生，一定掌握得有一些竅訣。如何使這種經驗成為定理，也是中醫科學化的一個極好的課題。

根據袁紹龍先生的學習筆記，引用巴氏的講話：「溴素的有效注射量，依個體的神經特性，可由千分之一克至五克。」這就是說，藥力有效限度，由於個體神經接受力的不同，可以有五千倍的差度。這一說明，喚醒了我們對病人神經接受力的注意，同時也解釋了輕劑治重病的另一面的理由，上述譚先生的治療對象多是過去上海的富室，他們的神經比較脆弱，也是事理之當然。

四、藥性配合問題

中藥方劑的配合，有所謂君臣佐使的說法。譬如：桂枝湯是以桂枝為君，芍藥為臣；而小建中湯則是以芍藥為君，桂枝為臣。兩個方劑的藥味是相同的，而君臣的分量不同，治療的目標也就不同。又如舊中醫的竅訣：一劑藥用了地黃就不再用何首烏，怕的是兩君不能並立。再如破故紙離不了胡桃，知母離不了黃柏，簡直成了定套。這些講究，道理在那裏呢？

而且，有些配合藥，如紅棗生姜甘草以及蓮肉芡實藕節山藥桃仁杏仁胡桃等，是平日大吃特吃得的東西，為甚麼藥方中放那末一丁點兒就能起治療作用呢？粗心的人一定說：本是矯味的，或本不必要的。但我們治學，決不能把任何小環節看作不關緊要，輕易放過。

過去我為了甘草的用法，曾花了兩三個月的工夫，把古方排列分析。譬如諸苓桂劑中，為什麼只有五苓散和豬苓湯不用甘草，而其餘的苓桂朮甘湯茯苓澤瀉湯等等都用甘草呢？我將許多相類似的方劑排列在一起，而後從它們治效的差別上，去探求一二味藥變更的理由，這就是我的科學整理方法之一。好容易得到一個結論：「凡病

毒不專迫於某一部位，致其神經有緊張感時，宜不用甘草。」這個結論，我曾沾沾自喜，以為是了不起的成績。我覺得：學中醫的人恐怕沒有第二人像我這樣用心，連甘草都要下一番苦功去研究的。

但是，大棗又怎樣呢？生姜又怎樣呢？後世方幾乎每劑藥都用姜棗作引，作用到底何在呢？三片生姜三粒紅棗是否能引起某種治效呢？這問題，我覺得不能隨便放手。因為還有許多藥引，如燈心、竹葉、蠶食桑葉之類，看來平淡無奇，缺少卻又不可不行的。

有一次我應用小建中湯，病家看了藥方，詢問錫糖可否用片糖代替，我答應可以。但那一劑藥不見效，出乎我的意料。我追究不見效的理由，覺得是片糖的問題，因為用錫糖做引時沒有不效的例。我想到錫糖與片糖的主要異點，在乎製錫糖時要加鹼水，鹼水是中和酸性的，而小建中湯恰是有大量酸性的芍藥在內。由這一點的啓發，我覺得許多佐使藥，目的都是中和酸鹼性的。甘草生姜大棗本身雖沒有了不起的治效，但可以中和藥性以防止副作用。

這一個發現是很重要的，後來從臨證經驗上證實，這是用藥上最應注意的事實。譬如治療扁桃腺炎，若專用生地、玄參、麥冬、桔梗、射干、黃芩等涼藥是不能奏效的，必需酌配伍蘇梗、荊芥、防風、薄荷、桑葉等疏散藥，否則反而加重咽痛。這樣的事例，在醫療上常常見到。所以古來名醫告戒後學，一再強調「用藥不可過偏」，說穿了就是要調和酸鹼。由我的經驗，對於調和酸鹼藥性的配劑法，得到一個竅訣：

「發散藥（表藥）鹼性居多，消炎藥（涼藥）酸性居多；補氣藥鹼性居多，補血藥酸性居多。發散藥不可偏用，須配伍消炎藥或補血藥；消炎藥也不可偏用，須配伍發散藥或補氣藥。」

試看古來有效各方，如補中益氣湯之用柴胡升麻，人參養榮湯之重用芍藥五味子，歷來議論紛紜講不出所以然的，豈不就是這道理嗎？由此看來，破故紙和胡桃、知母和黃柏、麻黃和杏仁、半夏和陳皮，諸如此類，配成搭搭的藥，都不外乎這個原理。

這種使酸鹼性中和的配劑法，從西醫的藥理學來說，是不合理的，因為「酸鹼合用會抵消藥效」。那末，是不是中醫的方法違背了科學呢？

仔細思考這問題，我們可以看出中西醫藥原理的分野。原來西藥的特點，是在它的特效方面；換句話說，就是它對細菌、對病灶的直接作用方面。因此，它的藥效最怕抵消。而中藥的特點，如我在本文第一節所講，是針對神經作用的；換句話說，它對細菌、對病灶不要求起直接作用，而要求在神經作用調整上起間接的消炎殺

菌等等作用。因此，它的藥效最怕過度刺激腦中樞。

巴氏講義說：「血液的化學構成上的差異，是能為化學性分析器的腦終末部所區別的，其表現就是該分析器腦終末部興奮性的增強或減弱。」（一三二頁）可見得單用酸性或鹼性的藥，將引起腦神經的過度興奮，以至於受損傷。譬如阿的平治療，常引起受頭暈耳聾的副作用。一般人批評西藥的缺點，說它「反應太強，不顧體力」等等，實在正是西藥無法補救的缺陷，越有特效的藥越難避免損傷神經。而西醫如能在用藥份量上注意到不引起過份的副作用，就是好醫生。中藥恰恰相反，越是可貴的藥，它越是一身兼具二面性的。所以黃耆稱為百藥之長，因它「有汗能止，無汗能發」。

這個問題，不獨是中醫科學化的問題，而且是改善西醫西藥的大問題。最近我聽說，南京某醫科大學醫院的姜院長，也因為學習了巴甫洛夫學說，對特效療法已提出疑問了。怎樣根據巴氏學說改良藥品，使它對化學分析器不起過度作用而藥效不減少呢？怎樣將中藥依化學成份再分類呢？怎樣提倡西醫根據巴氏學說來用中藥呢？是值得今後深入研究的課題。

我們從巴氏講義第十七講最後幾頁來看，當能深深地感到，最佳的藥，不是什麼特效藥，而是調整神經和安定神經的藥。而從大體上說，中醫在陽證階段多是用調整神經的藥，如桂枝、柴胡、葛根、防風、荊芥等是；而在陰證階段多是用安定神經的藥，如黃耆、茯苓、附子、白芍、辰砂等是。這又是中醫用藥方面符合巴氏學說的一點。

五、高潮問題

我在前述和朱璉同志的通信中，曾提出神經活動的高潮問題，請她注意。對於這問題有關的材料，巴氏講義中還找不到，只略略看到一點眉目。我覺得這是一個缺憾。也許，這本講義是初期的總結，還沒有注意到研究到高潮這一點吧！

我們中醫中間搞針灸或傷科的人，如果是師徒相傳，必定有一個抄本，上面畫有人身穴道，註有時辰在旁，叫做「時限」，就是指示這一時間這一穴道最易受傷，傷了難治。這種時限，就是高潮到達的時間。

巴甫洛夫在研究神經活動情況中，極力避免主觀，一切以客觀現象為依歸，這是科學的絕對可靠的辦法。我提出這個巴氏講義不曾正式談到的高潮問題來，究竟有什麼根據呢？

我們在講義第三講第四十頁，已經看到巴氏提到「週期性」這一情況。所謂「週期性」，就

是時間成為條件反射的一個因素。在到達一定的時限的當兒，反應自然地出現。當然，這並不是時間本身能夠成為因素，而是大腦皮層活動在時間的控制下形成了週期性的活動。

時間怎樣能夠控制大腦皮層活動使成為週期性呢？巴氏雖沒有說明，但我們可以理解得到：這是皮質代謝作用被養成了在這時限循環活動的習慣。這個理解，是十分重要的。因為在學習整個巴氏實驗材料中，我們常遺忘了代謝作用的存在，而誤以為大腦皮質是那末簡單不變地存在着。

大腦皮層的代謝作用，究竟是同時進行呢，還是分段進行呢？這是一個要研究的問題。依照我們人類的日常生活來講，睡眠工作飲食，都有了一定的習慣的時間，那末有關的大腦皮質的興奮與休息，不知不覺中已經分別地養成了週期性，是當然的事。而代謝作用，就伴隨着生活的需要，在某一時間，活動重點在某一部位，換句話說，即是分段進行，也是可能的事。譬如，我們到了該吃飯的時候，自然感到飢餓，大腦皮質的食慾部分興奮起來了；待至吃了食物，食慾部分自然因滿足而休息，以至第二度飢餓的發生為止。這一節活動，飢餓的時候，即是高潮到達的時候，也就是食慾部分皮質代謝作用重點活動的時候。

再從巴氏講義第十六講所說明的四種時相的情況來看，在病態中，某一時相聽覺最敏而視覺不靈；反之，另一時相視覺最靈而聽覺不敏；而在均等時相中，即半睡眠狀態，視覺聽覺均一致了。這也足以證明病態中有高潮的存在，有時在聽覺部分，有時在視覺部分。而在均等時相，已因病情嚴重形成麻痺昏迷的半睡眠狀態，高潮便不出現了。均等時相之後，接着是正常時相，可見得均等時相即是病程中的恢復時期，全部皮質同時在休息修補中，所以沒有高潮。這更可以反證高潮是個體體力未衰脫時所必有現象。而所謂「波狀衝動」與「再集中」，正是人為的高潮的說明。

我提出這個問題，對治療的實踐方面，又有什麼關係呢？我感到西醫治病，有一個不分先後表裏的大毛病，而中醫是最注意先後表裏的。所謂不分先後表裏，就是不注意高潮的存在。

舉例說，腸傷寒表熱弛張的時候，西醫驗糞發見了蛔蟲卵，常不管表熱就給以驅蛔劑。這種辦法，是中醫最嚴禁的，事實上也常因犯禁而致病情惡化。

傷寒論講「傳經」：「一日太陽、二日陽明、三日少陽，……」等等，就是講的病態歷程的高潮。高潮在某一經，用某一經的藥，用錯就會生變。這是西醫不會講求的理論。譬如，柴胡

是治呼吸系病的要藥，但如病在太陽經，雖有呼吸系的證候，也禁用柴胡，因為柴胡是少陽經的藥。怕的是用早了柴胡，將表邪引進少陽。明白點說，即是：「大腦皮質對病情的反應，高潮在太陽部分，就應從太陽部分解決，不要使病毒竄進神經反應的弱點去。」而事實上，太陽病解決於太陽，較之解決於他經為直截了當。譬如太陽病的喘咳，用麻黃劑比柴胡劑有速效，即是此理。

這種理論，是中醫所長，西醫所短。如何根據巴氏學說已有材料繼續研究，使我們在臨床上絕對的掌握並預先掌握高潮，以縮短病程減輕病人的痛苦；換句話說，如何使中醫在這方面的理論成為科學化的呢？似乎也是一個很重要的課題。

六、三陰三陽的劃分問題

關於這個劃分的問題，我在本文的第一節，已將我的見解大略說明了。我反對舊中醫將手足六經分配臟腑的說法，而認為傷寒論的本來面目，六經證候實是病程的六個層次，也即是神經應變的六個階段。而以交感神經節足以發生自然良能的彈力調整反應時，為陽證階段；反之，為陰證階段。我依照這個解釋去研究傷寒論，是比舊中醫的說法合理得多，所以我覺得這樣劃分是科學的。

但是，對於這個問題，有一點要使人懷疑反駁的，就是根據什麼資料知道交感神經節有自然良能的彈力調整反應呢？這是應該提出的疑問。

在二十年前，我只是從聯想上將「交感神經節有自然良能的彈力調整反應」當做一個前提來研究，當時我是根本不知道大腦皮質有什麼條件反射的。我從這個前提出發，結合中醫的理論和療法，有許多事實是太巧合了。我極想從西醫的解剖學上，求到這巧合的證驗，總沒有尋到。這也是我太糊塗，想不到神經的活動情況是無法從解剖了解的，卻一再埋怨西醫「科學得不够」。

經過學習巴氏講義，雖然是很粗淺的學習，我們也已能掌握許多規律，來證明這個前提的正確性。現在列舉幾條在下面：

(甲)巴氏學說的規律指示：「由於外來條件反射而建立起來的暫時的神經聯系，其下位中樞逐漸的讓位於大腦中樞。」這一規律，足以證明病程是先由下位神經在應付的；也就可以說明交感神經有獨立應變的自然良能的。

依我的理解：內臟神經在解剖上全是屬於植物性自律神經系範圍的，在正常狀態時，大腦為生存鬥爭而應付外界的一切刺激，活動的重點是在五官方面，對內臟機能的平衡控制，絕大部份

是交付自律神經和與內分泌相結合的聯系上的，大腦僅憑下意識及大腦皮質的皮狀細胞略為照顧。及至內臟發生疾患，下意識的呼聲超過了外界的刺激，大腦的注意力已轉而內向，逐漸代替下位神經來控制病情。所以病重時，病人對外界一切意識模糊，就是大腦的注意力已轉而內向的原故。所以下位向大腦的移位，正可以作三陽病轉屬三陰病（主要是厥陰病）的解釋。

(乙)巴氏規律有這樣兩條：「陰性反應易動搖，陽性反應較穩定」；「制止作用是最高級的神經活動」。由這兩條規律，可以證明我將迷走神經作用與交感神經作用分開來看待，是合理的。因為制止作用是較高級的，所以大腦皮層對迷走神經的活動較注意。假若不這樣，則將無法應付種種樣樣的外來刺激了。但為什麼大腦皮層較注意的陰性反應反而容易動搖呢？因為神經活動本是動搖性的，而陰性活動與大腦皮層的通路較直接，所以成正比地具有動搖性。至於陽性活動，因為要經過交感神經節的間接聯系，所以較陰性為穩定；換句話說，是較遲鈍。

(丙)根據巴氏講義第十七講二八一頁及第十八講二九八頁所述病態形成的原理，他以為是：「陰性刺激與陽性刺激同時在大腦皮層的同一點發生鬥爭」，對於這個說明，我感到不可理解。我認為：造成陰性刺激與陽性刺激的原動力，不可能同存在一個空間與時間。即是說，兩個相反的作用的因子，不可能在同一時間同一通路達到同一點去。再換句話說，大腦皮層某一點既在作陽性活動，它本身就不可能再變成一個陰性活動的動力。但如果陽性活動是由另一原動力而來的，就可能了。那末，這另一原動力是什麼呢？我們從已有的知識基礎上，只有把交感神經節的彈力調整作用來作說明，才是最合理的。

以上略舉這幾條，已經很可觀了。我覺得，這不僅是中醫科學化的問題，且是病理學上一個大革命的問題。這，不是我一個人，尤其像我未受正規教育的人，所能進行研究的工作。不過我能把它當作一個問題提出來，已經是我個人的一件了不起的成績了。

在這裏要補充一點：交感神經作用雖然大部分是興奮性的，但在體內某一部位，又是相反的制止性的；而迷走神經作用卻在同部位反面地由制止性變為興奮性了。並且，在某一特殊點，兩者有同具一性的現象。這情形太複雜了。究竟是目前的生理解剖學上有毛病呢？還是有別的理由呢？我很慚愧，我的思致力無法聯系這事實。

七、脈的問題

講到脈，我在二年前還會和同業爭辯，認為

一條脈管不會有幾種代表性的現象同時存在。而且，手指的觸覺是很靠不住的，常被心理所影響。所以我一向主張，脈只是一種佐證。從脈辨證是可以的：如麻黃證脈應浮緊，否則非是；承氣證脈應沈實，否則非是。承氣證脈應沈實，否則非是從脈決定用藥方針也是可以的：如浮數用表藥，涼藥；浮遲用補藥、熱藥。但決不能從脈的寸關尺上分出心肝脾肺腎。我認為講太素脈的人都是騙子。因為一種病既有吉脈兇脈之不同，就不可能從一種脈象去探討病情。

我這見解，很惹起一部分同業的反感，也使許多病人不滿，因為一般病人以為：「中醫就憑這一手脈，那有不講脈的中醫呢？」相反的，很得到西醫同志的同意，他們也認為，脈只是佐證。例如：可以從脈探索出盲腸炎是否化膿，但決不能從脈查出有無盲腸炎。

可是經過一年多的虛心學習，吸取同業前輩們的經驗，才覺得寸關尺有相當道理，一些病情的發展，例如咳嗽和鼻衄的發作，是可以在一二小時以前從脈象上預料的。既能預料，用藥就預先有照應，免致臨時失措。這，在醫療上就具有極重大的價值。

從巴氏學說所講陰性與陽性反射間的「誘導性」和「突變性」，及神經指揮系統斷絕後的聯系等項說明來看，從一寸脈管中劃分寸關尺，以代表內臟幾種現象，也並不是絕對地不可能的事。我很愧慚，目前我還不能提出有系統的材料來說明寸關尺有科學的價值，但從我掌握的經驗上，認為值得再評價，是有相當理由的。這一問題，其實是中醫科學化的一個主要爭端，所以我主張再三慎重地作一番研究。

八、尾語

我提出以上這一串問題，是對「中醫科學

化」這一件偉大的工作，略盡我一份的貢獻。自從毛主席的號召傳佈以來，我們中醫同業是很感奮的。通過進修、技術交流、各項學習等工作，中醫科學化也已取得相當的成效，是確定的事實。同時，還存在有許多缺點，也不可諱言。

最大的缺點，是中西醫之間「貌合神離」：「貌合」是怕犯不團結的政治性的錯誤；「神離」是精神上無法作技術性的合作。尤其因為行政領導過去是西醫負責，從西醫的角度來看中醫，在科學上是百無一是的。去年方藥中教授在江西省的醫學雜誌第一期上，分析西醫對中醫的見解，說得很透澈，值得我們省覽。

我覺得，中西醫之間有一道鴻溝，根本上是向兩個方向發展，就是：西醫是講特效、要求必然性的，是診「病」的。如腸傷寒用氯黴素、瘧疾用奎寧、梅毒用九一四之類，藥到病除，沒有二話可談。中醫是不講特效、要求適然性的，是診「病人」的。只看病情的發展、神經反應的趨勢，來講求應變的藥。要把它們匯通起來，在過去是絕不可能的。試看丁福保先生搞了一輩子，又搞出什麼結果來呢？然而通過了今日最新的巴甫洛夫學說，我們已看到了可能性了。就是：中醫並非不科學，西醫也並非絕對科學，都要從巴甫洛夫的神經活動學說建立新的科學的發展指標，以期同達到完善的地步。作為一個毛澤東時代的中醫，應該知道：「中醫若不科學化，是沒有前途的」。諸如：模糊的概念，唯心的病理，自作聰明的推想，等等不科學的糟粕，都應一掃而光。所謂「醫者意也」的鬼話，尤應力戒。應從思想上建立起科學的態度來爭取科學化。

我是中醫中間的一個小學生，對西醫又是皮毛的認識也不多，而敢於大胆地提出這一串問題來，正是學習巴甫洛夫「不恥於錯誤」的精神，希望能拋磚引玉，藉以引起先進們的興趣，來作進一步的討論。

中醫病理學提綱

時逸人

第三節 表裏

(1) 屬於疾病之位置——傷寒論：「脈浮數者，法當汗出而愈，下之身重心悸者，不可發汗，當自汗出乃解。所以然者，尺中脈微，此裏虛；須表裏實，津液自和，使自汗而愈。」「裏虛」不宜發汗，為治療之定律。脈微乃心臟衰弱之象，發汗能擴張血管，刺激汗腺，必然妨害心

臟。須用營養療法，等待表裏充實，方可自愈。
(本段節取表裏之義)

(2) 屬於疾病之情況——傷寒論太陽篇：太陽中風，下利嘔逆，表解，乃可攻之。其人掣然汗出，發作有時。頭痛、心下痞、鞭滿，引脅下痛、乾嘔短氣，汗出不惡寒者。此表解裏未和也。先「解表」，後「攻裏」，乃治療之原則。表未解，不可誤攻其裏；表已解，而裏未和