

7 3-5 1948 2-1-2 4-2  
 R 3-1-2 (共 16册)  
 416,905  
 347.1 會究研學醫科牙國中

# 牙 科 學 報

• 期 三 第 •

華清池長會會究研學醫科牙國中  
 方 池 長 社 社 版 出 報 學 科 牙  
 號 一 三 一 路 甫 十 第 市 州 廣 ； 址 地

## 目 次

奇形下小白齒及其病變與治療.....	劉體志
我對小白齒咬合面異常結節的所見.....	池方
關於齒科臨床上的幾種診斷.....	池清華
體溫脈搏與口腔內發生之炎症性疾患的關係.....	池清華
口腔學科對於內科的關係.....	胡福綏
齒性眼珠突出症致死之一例.....	鄭麟善
所謂智齒難生.....	李華生
急性齒根膜炎之病理變化及其療法.....	梁約翰
髓腔發生的內因說補遺.....	林泰珍
關於拔牙後疼痛的原因.....	曹志明
實用牙科技術圖解.....	林子賢
臨床例報告作法.....	編輯室
談談中國齒科醫事.....	柳步青
細菌的問題.....	黃明道
醫術精益求精.....	蘇安泰
日本降伏前後日學記.....	柳步青
參加牙醫訓練事項的意見.....	任君明
全國牙醫勸告.....	本會報導組
通俗口腔衛生講座.....	曹士芬
會務報告	

品 費 非 版 出 日 月 十 年 十 卅 國 民  
 用 水 國 醫 報 牙

# 奇形下小白齒及其病理與治療

美國賓查芬尼亞亞  
大學牙科醫學博士 劉體志(廣州)

最近接到上海牙醫專科學校教授胡福綬先生來函：據說在四個月內發現下顎小白齒凡有過剩結節的齒根部一定有膿瘍，同樣症狀發見已有多起，患者俱屬十餘至二十之年齡，症狀是：下顎小白齒附近的齒齦有穿孔及排膿檢查以後，表面覺得小白齒很正，並沒有搖動與蛀蝕，不過在兩個咬頭之中多了過剩結節，用X時光可以照出這小白齒根部有膿瘍，根尖端可以看到石灰化不完全的痕跡，此種症狀，本人極感興趣，認為有研究價值，請代公開提出討論研究，希望大家加以注意，如果有同樣的發現，應請嚴密檢查一下，看看是否與所述相符，倘若這種患齒已得同意拔除，并希記錄患者的年齡性別病歷與現症狀，連同原齒郵寄「上海復興西路四十號上海牙醫專科學校胡福綬君」以便加以研究云，本會接函後，當即提出研究，據本會編輯委員劉體志氏意見，此種症狀，亦感覺興趣，并且在二十年前，劉氏已有同樣發現，嗣後即加以密切的注意，迄今經過二十餘年之考察，屢在臨床上收獲不少症例，特將其經驗所得，作為報告，又池方氏對此亦感興趣，進行搜集與此種症狀有聯之文獻，附帶報告，以供考鏡云。

——編輯室——

各種人類皆有其特殊之形態，亦有特殊之變態，是故亦能發生特殊之疾病焉，中國兒童，當其下頷小白齒出牙時，間有該齒尚似完好，而其齒髓忽然腐死於其中，以致不能繼續其鈣化作用，而不繼續完成其齒根尖端，且更釀成環齒根端慢性或急性膿瘍者，此種病理及治療法，未見歐西書籍有所發表，豈因歐西人種并不生出此類特殊狀態之奇形牙齒，因而不致發生此類之特殊牙病歟，抑著者孤陋而未得聞歟。

## (一) 正常下頷小白齒

小白齒乃繼乳白齒脫落後而替生於其位置之恒久齒也，著者曾採粵童一千名，察其恒久齒之出牙時期，確定下頷第一小白齒之出牙時期，為10.10±.71歲，下頷第二小白齒為10.71±.98歲，其普通形態，G.V. Black氏之牙齒解剖學一書經詳述之，據云，下頷第一小白齒為雙鼻齒，(註，鼻，亦名咬頭或稱尖頭)其近腮阜較高於其近舌阜，其齧面(註，齧面亦稱咬合面)之上有隆起之脊一條，互連腮阜與舌阜，此脊之近心

與遠心兩傍，均有小窩，下頷第二小白齒，亦為雙鼻齒，其腮阜與舌阜大約均齊高度，有時其舌阜亦略較低，其齧面有三類形狀，(一)兩阜之間有半圓形小溝，半環繞其腮阜，(二)有生一三叉形小溝於齧面上，以其一Y分開其近舌阜為兩阜，於是使牙冠成為品字形三阜者，(三)亦有生成一直形小溝，將舌阜與腮阜斷然阜分離者，此小白齒之正常形狀也。

## (二) 奇形下頷小白齒

稀罕間，在中國人口中，有時發見特殊奇形之下小白齒(圖一)其



齒白小頷下形奇 (一圖)  
阜小形桿有間中面齧(右)  
端根齒之完未長生(左)

體一條，此乃齒髓本體之伸張物也，倘上述之小阜一經折斷，則該小齒髓絲必致暴露，且小管之斷口可予外物之侵入而達到齒髓本體(圖二)

## 第二圖



奇形下頷第  
二小白齒斷  
成縱剖薄片  
之筆繪解圖  
1 牙髓質  
2 象牙質  
3 小管及齒  
髓伸張體

大概形狀，一如尋常下小白齒，惟獨其齧面上(即咬合面上)之中間，有一形狀及大小異似稻米之小阜(即小咬頭)豎然豎立，此種阜之橫徑不寬，約為二公毫之譜，其長短則無一定，有祇為一小突形者，亦有長至三、三公毫者，小阜外層乃頗厚之齒釉質，係與牙冠釉質互相連續而成者，其內部則為較細小之象牙質軸，此軸亦係牙冠象牙質本體伸張而成，其最中心有一管，此管與齒髓房互相透連，管中有秒小齒

其下部用虛線表示未能確定其與齒髓本體相連處。齒髓腔及齒根管  
5 尖阜折斷處

左列爲一枚奇形第二下小白齒標本之度量，茲列舉之爲例：

高三，三公毫，阜外徑一，九公毫，

象牙質軸外徑（貼接釉質內裡部份）〇·六公毫，小管徑寬〇·三公毫，註——小阜之全徑爲象牙質軸徑之三倍，是故小阜之橫剖面，其牙釉質部份面積多於象牙質部份者八倍，所以此種小阜之大部分體積實爲牙釉質所成，其脆弱易斷即因此也。

上述之奇形小白齒，多爲下頷第二小白齒，以左右兩邊均成奇形者爲常見，倘祇發生於一邊，則似在左者較頻於在右者，亦有下頷左右第一及第二四枚小白齒皆奇形者，但從未見有此種情形發生於上頷任何小白齒。

對於外國人之論及奇形小白齒者未得多見，蓋因就地缺少關於牙科之文獻，未能遍搜諸書也，茲舉下列兩例，（一）Burchard And Inglis 兩氏在其牙科病理及治療書中，（二〇六頁）証云奇形齒有複雜狀者一語，其所刊出之圖，則爲一巨齒離形阜，生於一失常形態之小白齒露面上者，此則未必與現所討論之奇形小白齒同類也，（二）Thoma 氏之口腔病理學書中，引述日人司蓋氏及吉田氏於一九三六年所發表之奇形下頷小白齒語云，小白齒牙上則有一特殊咬頭，由其齒冠中心之縫溝生出者，其形或爲點狀，或爲滴狀，或爲乳頭狀，惟其附圖（請參閱本期第五頁池方醫師論文內之第二圖），則爲巨形離體之阜，不與現所研究者相似，日人之所發見，或與著者所研究者相似或相同，但惜未見其發表此種奇形牙齒之病理與治療等事耳。

（三）生長

上述之奇形牙齒，乃遺傳性之先天性變態生長，當生命開始於胎中之時，已具有因素矣，及其牙胚漸次成形，胚中之造釉細胞層，及被其所覆蓋之造象牙質細胞層，因感受一種生機潛力，及內分泌腺之賀爾蒙所催促，遂使生成外表爲造釉細胞膜，內裏爲造象牙質細胞膜之管形阜，繼而齒釉質由該管形胚之外面發生鈣化作用，增積齒釉質於胚管之外漸次增大，至相當程度而止，同時該管形阜內裏之造象牙質細胞層，亦如是增加所結成之象牙質於其內裏，而成象牙質軸，其中之所遺留於軸心者，乃造象牙質細胞組織，即齒髓之伸張體也，此種組織與齒髓本體無異，特微小矣。

（四）診斷

診斷此種奇形牙齒有無病患，可憑下列象徵：

- （一）奇形尖阜。
  - （二）尖阜斷折。
  - （三）患牙曾經冷熱覺或經有牙痛。
  - （四）齒髓死亡。
  - （五）根端多未長成。
  - （六）環根端患病。
- 「診斷」（一）（二）兩項察視可見（三）（四）（五）（六）可知（四）用震蕩電流探試（五）（六）用X光探察可知



（三圖）

第三圖 奇形第二下小白齒之口中X光照片，（陽片）臨床一例。

〔4〕表示有尖 又環根端之骨疏鬆。

〔5〕此牙經過根管治療及經填補但其根端骨部尚未痊癒。

患者爲十八歲女子，當其五歲時，咬鴉覺〔4〕有斷折聲，時祇有一日一夕之痛，及今年數月前，始覺冷熱水觸痛之感，現時〔4〕之牙眼外近心方面，有膿管流膿，民國三十六年四月二十二日攝片，當時用凸鏡細察，祇見其折口現出圓形較黃色之小阜象牙質齒剖面，但不見其中心有軸孔，雖經硝酸銀之着染亦不見其通入之孔，於是從小阜之折斷面鑽入，發現已成腐痕之齒髓，因爲其髓死了祇經數月，且其根端亦經相當生成，故試探根管治療法爲之治療，結果現向未知也。

凡下頷小白齒露而中心，有層爲凸起徑約二公分之圓形痕跡者，當予留意，此等圓痕，乃奇形小阜折斷後之遺跡也，故其表面不甚平滑，用凸鏡察之，則見圓痕之中心有小圓痕，此象牙質軸之折痕也，當小阜折斷之初則，其最中心，之小管雖經暴露，但頗難察見其孔，惟久經破折者，中心現出經已變黑之小孔，此時牙中之齒髓本體亦必腐經死成痕，如此者，不問患者年齒長幼，皆可預料其根端尖端不能完全生成，且其下之齒槽骨每有膿瘍，其經生有膿管於牙齦者，或牙齦經已發生腫脹者，則決知其爲膿瘍也，此等病症，應用X光攝影以決定其患病之程度，而作有效之治療。（圖三）

（五）遺後

倘患者年齡較長，及經用X光證明其齒根端經已相當完成，且其環

627601

南京圖書館藏

齒根端經受感染部份尚屬輕微者，或尚可以醫治，否則必須脫牙也。

(六) 病 理

凡牙齒之具有特殊形態者，便有發生特殊病之因素，現所研究之奇形下小白齒，因為有長而幼且脆弱之小阜，發生於其齒面之上，更且該阜之中心，藏有齒髓之伸張體，當此種牙齒未出肉時，尚有先此而存在之未盡乳齒為之保護，及乳齒依時而齒，并該奇形齒繼續出肉而長，續漸趨近與此對咬之上領小白齒，在短期之間上下兩齒互相接觸，於是一經嚼嚼力之衝撞與過壓，該小阜即遭折斷，既折斷，則露出小管及其中之齒髓伸張體，由是口中常時存在之諸殺菌菌，不難從小管破口直接侵入齒髓本體，而發生感染，齒髓因而腐死成痕，繼而根端外之建牙細胞層 (Odontoblast) 亦受損害，而失却其繼續完成該齒根尖端之功能，更且釀成急性或慢性環齒根端之齒槽膿瘍，此種情形，每發生於該牙出肉後數月或數年之間，(其奇形小阜之并不高聳者乃例外) 是故一般生成此種奇形小阜之下小白齒，其根下之骨槽，多有膿瘍，且其根端每皆洞然寬啓，而未及完成尖端者，據 Logan Kronfeld 氏云，下第一小白齒當十二至十三歲時始成牙根尖端，下第二小白齒當十三至十四歲時始成牙根尖端，又奧村氏云，牙齒出肉之後，尚需四年至七年乃得充份完成其齒根尖端，然而此等奇形齒與齒髓多在十一二歲前後便遭傷害，并且生成膿瘍，因為此等患牙之根端尖端未經完成，雖勉強施根管治療方法，亦不能收補救之效，如此情形，惟有將其牙脫除，更無其他醫治之法，但開中遇有該尖阜未折或折斷不久，其中齒髓尚未經受感染者，此則可以施用下述之方法為治療，倘若成功則不獨其髓髓得而保存康健，且其齒根尖端，亦可以繼續生成正常之形態，并可以避免發生齒槽膿瘍等弊也。

(七) 治 療

奇形牙齒，每當覆蓋於其上之乳齒齒落後始被發覺，此時小白齒之有奇形尖阜者，有時尖阜尚屬完好，亦有經折斷者，對於未經折之尖阜，應從早施術為之除去，并續成窩洞於折去尖阜之處，并填補之，以免其發生不良之變化，施術之法如下，倘能施用橡皮膜套於該牙之上，以作防護則更為佳，否則亦當設法用棉花小卷，安置於該牙之舌方及腮方兩邊，以排涎沫之沾濕，繼用酒精或石炭酸溶液抹淨受術之處，其尖阜可用小鑿子鑿去，或用鑽阻車毀，務使其斷處貼近牙冠本部，否則用球形鑽針，車至斷口與牙面相齊平，使用車鑽宜緩不宜速，免使其發生摩擦之熱而致傷害其髓也，繼又依其小管孔所在之處，鑽成一型小而

深之窩洞以容補料，應付此種窩洞之法，應與應付備樣齒髓孔之漆洞同，是故必須避免施用強烈之消毒藥劑，及慎勿施用壓力熱力，既經開成之小窩洞，宜用輕氧化鈣之飽和溶液，(Calcium hydroxide solution) 拭抹其洞底，透髓之處，繼放小量之氧化鋅和丁香油醇和成軟膏 (Zinc oxide and eugenol paste) 於窩洞底，然後加凝膠 (Cement) 及其他水久補料於上面，以完成填補手續。

倘若該奇形尖阜經已折斷，則宜用震蕩電流，探試其髓髓尚屬活否，若決知其未死亡，則可削去小阜或餘留之凸出部份，更如上述之法，為之消毒及填補，填補之後，經過數月或較長時期，當再探察其髓髓有無不良之變化，此等牙之經折斷小阜而致喪失其活髓者，每難救治，雖可施術抽取其髓髓及清潔其根管，但無法使其洞然未閉之根端繼續鈣化作用以生成尖端，由是其經成病態之環根端組織，無法恢復其健康，遂致膿瘍無復痊癒之日，此等牙維可從早脫除而已。

(八) 結 論

為牙醫及負維護兒童健康之責者，應當留意其齒下乳齒齒落後而生出之各下領小白齒，視其齒面之上有無桿狀之奇形小阜，有之則應從早施行上文所述之防護或補救治療法為之應付，如此則恐可避免其活髓之喪失及齒槽膿瘍等病患，此亦保健之法也。

聖經裡有說：「汝當孝敬汝之父母！」就是中國的古訓，也教我們如何孝敬父母，凡是為人子者都已聽過，亦都知道為甚麼要孝敬父母。現在我要站在牙科醫學的立場上來說明，我們是要孝敬父母的；因為德國牙科醫學界有諺云：

Jedes Kind Koste Der Mutter Einen Zahn

(母得一子費一齒)

方

拔齒齒牙時療法

為自身研究或寄送他處而拔去之齒牙，與組織片，可以用 10% Formalin 溶液貯藏之。市間販賣之 Formalin 為 30% 溶液，以此稀釋 10% 法如下：

FORMALIN 溶液 4.0

水.....5.0

王子農(天津)

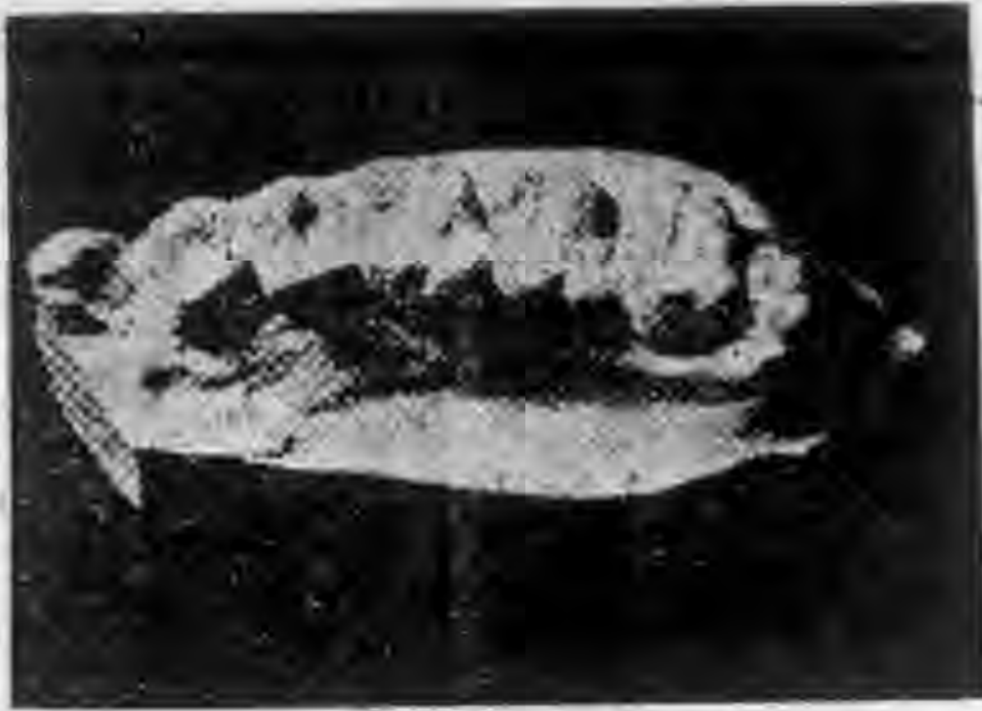
# 我對於小白齒咬合面異常結節的所見

日本牙醫學士 池方

## 緒 論

最近接到上海牙科醫學專門學校教授胡福綏先生之來信稱：在臨床上見下顎小白齒，有三個咬頭者，患齒髓壞疽或齒根膿瘍等症狀，特提出向全國會員徵求例症。作者對之極感興趣，惜參考書籍未十分充份，故未能如願作一完整的報告，僅就私見所及，草此章作為介紹，并提供一部份之參考文獻而已。

在齒牙解剖學上，我們知道白齒咬合面，有隆起，有咬頭，有窩溝。根據齒牙胎生學，每一咬頭之形成就是一個齒根，原始人類，咬頭之數與現代人類者不同，故齒根之數亦然，所以說原始人類的齒根最少有四——五個。這人類的進化至現在，上顎白齒只有三根，下顎白齒有二根，至如第三大白齒則多為單根者，因此齒牙形態學上說，下顎第三大白齒（智）是人類齒牙退化的一種現象；其實我們還有第四大白齒的，但依據退化的原因，今已不存；則或有之學者則視為齒牙的異常矣。日本後藤美基氏的一例，在昭和十三年一月間發見第四大白齒，不過其形態種種，見有顯著的退化現象云。（圖一）關於異常（或稱畸型）據德國學者 E. Schwabe 的定義「畸型者係胎兒發育期間所見，而屬於種族的遞變幅員（Variationsbreite）的範圍以外者，一至數個的器官或器官系統，又或全身體的形態先天性變化是也。」又據



（一 圖）

Euler—Meyer 的解釋：「『Mehr als Normal』 Und『Weniger als Normal』 in der Entwicklung」在進化中多過正常及小過正常者之謂。齒牙結節，在白齒咬合面所見，所謂異常的，其不同之點，小白齒

所見者比較細弱，在於大小，即大白齒咬合面的比較強大。小白齒所見者比較細弱（如圖二）齒牙結節係由發育葉（牙杯）的癒合而成，一個的牙杯，通常為一個獨立的齒牙結節的形成。以齒牙個體發生的事實，賢以 Osborn 氏之以單純型齒原基的分裂，及齒牙宗族發異生學乃至古生物學為論據，則現代人類白齒齒牙結節并齒根係傾向於後方位及減少，萎退之一途。所以根據此一論証，小白齒咬合面的異常結節，乃屬人類進化的一種遺留物。

## 小白齒的異常結節

小白齒咬合面，在齒牙解剖學的形態上所見：上顎第一第二小白齒咬合面的形態殆為類似，即上顎第一小白齒，其頰側及口蓋側各有一個咬頭結節。頰側者佔咬合面約五分之三，口蓋側者比頰側者小而低。這兩個咬頭共同的作成一個三角隆線連至中央窩。他一方近遠心邊緣隆線會合之處作成近遠心的兩個小窩。第二小白齒亦復如此，故第一第二小白齒在同一人者，其區別較易，其與他人作區別則比較困難矣。下顎第一小白齒亦有二個咬頭結節與上顎者同，不過其頰側咬頭佔咬合面約四分之三以上，而類似犬齒的小頭，舌側咬頭結節，比較上很高。其中央小尚淺，邊緣隆線肥厚。第二小白齒的舌側因發育葉的發育程度的關係，至舌側有二個咬頭，或三個或至二者屬於移行型。換言之上下顎小白齒可分為二個型即：

(一)二結節型——a. 類似上顎第二小白齒。

b. 類似下顎第一小白齒。

(二)三結節型——頰側咬頭結節最大，舌側近心者遠心者比其大。

由於上述解剖學形態之所知，近遠心邊緣隆線與兩咬頭結節的相連而成的連合隆線，其間屢屢存在一乃至數個的皺狀的小結節。這稱為中央介在的小結節，十分細弱而異於曲折。此結節即所謂小白齒的異常結節亦即所謂 Terra 氏介在結節（鐵拿氏介在結節）Interstielle Hooker chen——Terra——，又名中央介在結節，又名副結節 Accessorische Hooker——Terra——，這齒牙的異常咬頭，或稱異常結節，從來研究者



（二 圖）

已不小，考其報告文獻，在大臼齒面亦有之。惟小白齒咬合面的異常結節，受了外力，容易破折，誘起急性化膿性炎或齒髓壞疽，更或誘起根端部周圍顎骨的炎症。小白齒的異常結節，因細小，柔弱，容易折斷，故當小白齒出齦未久，即受外力的擊折而誘起各種的疾患，所以此鐵拿氏結節的破折而起的齒牙疾患，其齒根大都尚未完成故少年（童年時期）患者最多。

### 臨床例

本例為吉本博之及河合卓治二學士者刊於日本臨床齒科第十卷第十號昭和十三年十月十五日發行者，特為之介紹如下：

患者：矢野誠○，十一歲。男。

初診：昭和十三年五月廿七日。

家族歷：雙親健在，餘無特徵。

既往症：七歲左右曾患急性加答兒。

現症：(一)一級所見：營養狀態佳良。惟右側頰部頰部有多

少發赤腫脹，劇痛。

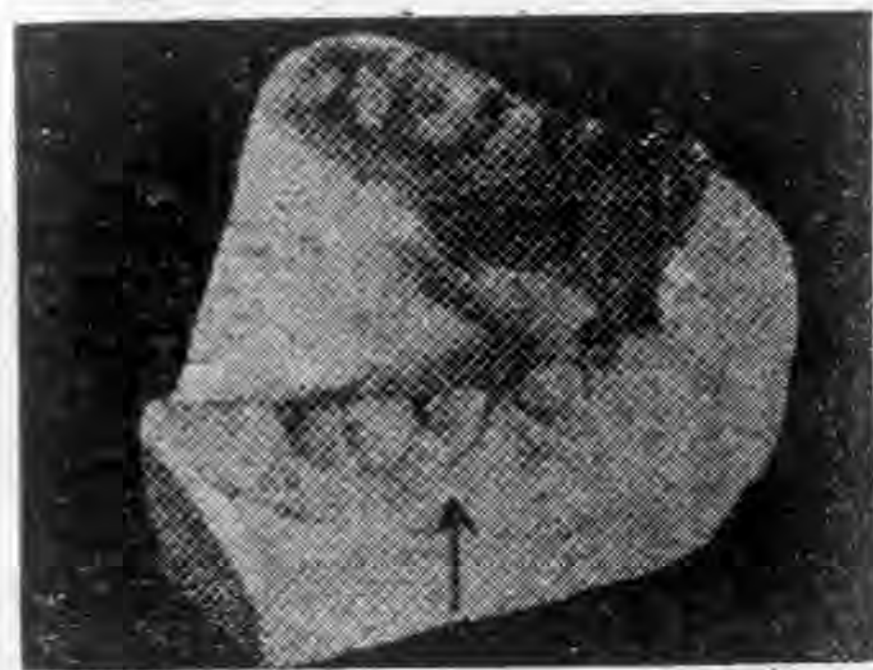
	缺損	殘根	缺損	缺損	殘根	缺損	缺損	殘根
乳齒列	V	IV	III	II	I	I	II	III
	V	IV	III	II	I	I	II	III
	7	6	5	4	3	2	1	1
	7	6	5	4	3	2	1	1

發育不全  
齒冠部出萌  
發育不全  
一部萌出

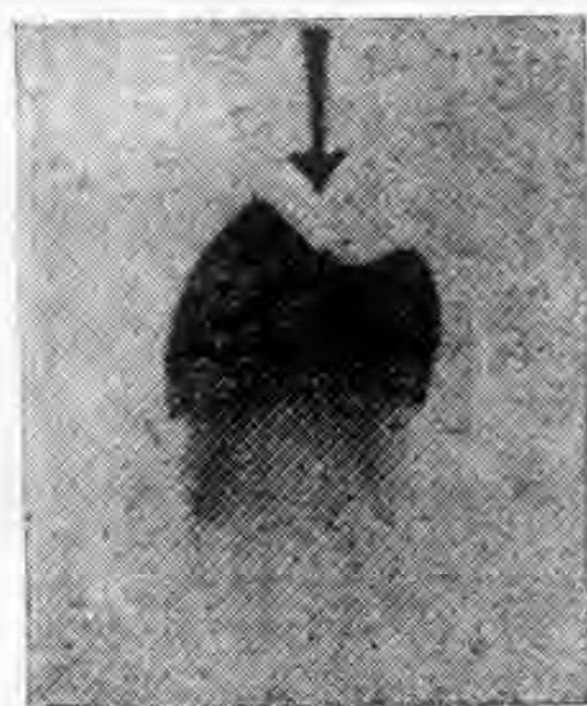
未萌出  
齒破折  
異常結



(圖三)



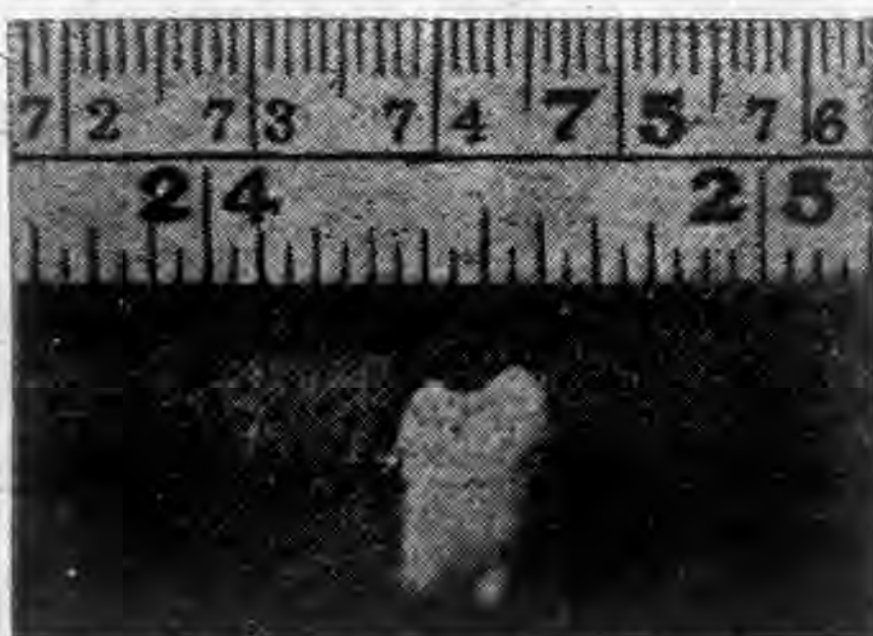
(圖四)



(圖六)



(圖七)



(圖五)

即左側第二小白齒咬合面中央異常結節，由基底部破折。呈紫炭白色。打診及指壓有疼痛，齒牙動搖，同側大小白齒齒齦部發赤。  
X光法所見乃慢性齒根膿瘍的症候，齒根端未完成且根管大。遠心根齒根膜暗影肥大，近心根者正常。  
治療并經過：下顎阻孔處傳達麻醉後，將根管開放多少膿汁流出。着用溫香法視其經過。漸次齒齦部發赤腫脹，遂行齒齦部切開。炎症漸

次减小九日後拔除之。

### 研究者并參考文獻介紹

研究者：十九世紀法國 Pownard (大白齒咬頭數的調查為起始) 這後有 Owen, Hyrle, Achy, Barros, Krause, Carabelli, Perri, Munt-  
nalter, Ahlert, Bolk 等學者研究先後發表。日本方面有鈴木，加藤，柴  
田，津崎，生田，矢澤，宮原，渡邊，城島，松村，西塚，弓倉，吉田  
，池田，佐藤，雅山，加藤等學者。

文獻：(1) Adloff. Die Entwicklung des Zahnsystems der Säugetiere  
und des Menschen 1916 (2) Bolk Die überzähliges Obin Jazisni des  
Menschen 1917. (3) 生田信保：關於人類的過剩結節 (4) 柴田信：齒  
牙形態學。(5) 柴田信：日本齒科學會雜誌，大正十四年九月號，齒科

## 關於齒科臨床上的幾種診斷

日本牙醫學士 池方 (廣州)

診斷學在醫學上佔一個很重要的部門，舉凡治療方法的標準，俱以  
診斷所得為依據，而以藥物為施行。關於診斷學的論理，遠在紀元前數  
世紀，已有醫聖畢波古拉了斯為之敘述。迨至近代醫學進步，診斷學亦  
更詳盡。齒科乃醫學上之一系，其所牽涉的範圍甚廣；而齒科醫學者，  
非單以人類三十二個齒牙為對象也。我臨床家日常所遭遇的疾患，症候  
羣，症候不下 350 種，如齒性疾患現於口腔內外者，齒性疾患現於其他  
臟器及組織者，非齒性疾患而現於口腔內外者，暨原因動機不明而現於  
口腔內外者；換言之就是有關於內科，小兒科，耳鼻喉科，眼科，皮膚  
科，外科，產婦人科等，其範圍之大可想見矣。所以齒科醫師對於該疾  
患的性質，本態，病名病屬的決定，預後的良惡，經過的長短，治療的  
方法，手術的術式，不能不以診斷為依歸，對於診斷又不能不求其完密  
，有如問診，視診，打診，聽診，嗅診，觸診，等之外復需各種的檢查  
如：體溫，脈搏，血液，尿，膿，及病理的組織檢查等。

新報第十七卷及第十八卷。(6) 中淵豐次郎：臨床齒科昭和十一年。  
(7) 弓谷繁家，吉田建士：口腔病學會雜誌第十卷十一號及第十一卷第  
二號。(8) 檀村晉：日本齒科學會雜誌第二十七卷第六號。(9) 生田：  
朝鮮醫學會雜誌第五十五號 (10) 石井：日本之齒界第九十五號等。

### 結 論

因為本異常結節，易受外力傷性刺激，故可及的在出齦後早期施行  
一定的保存療法。且此一問題在先進的國家都已努力研究，茲者胡福發  
先生的提出這一個問題，希望各會員先進，荷在臨床上有此例症，將其  
提供出來，使得將來我齒科界亦能在世界齒科舞台上佔一席位，亦是本  
會牙科學報原有的宗旨 (完)

### (一) 視 診

視診就是術者，以肉眼為原則，診視判斷患者的全身狀態，及認識  
其局所的病變，乃至患部的理學的性狀。例如男女之別，骨格體格營養  
之狀態，痛苦之有無，腫脹之程度，精神的表露等是也。更如觀察被檢



診視的牙齒 (圖一第)

部一般的狀況，即如局部的  
色澤色調，形狀，運動乃至  
擴張性。吾人知道局所組  
織，或病變部，口腔黏膜，  
及其他臟器，均有其特有的  
色調。健康狀態與不健康其  
色調亦有所異。又病變種的  
類，乃至程度上的變化，亦  
可從色調上區別之。口腔臟  
器黏膜的色，以血液之含有  
量而異，正常健康者比較上  
是貧血的蒼白色。充血而血  
其濃度增加，或呈暗赤色，暗紫色。此乃色調上所見者，例如：黃疸  
現黃色；膿瘍的近表面透見黃色，關於色調之診視，在落下光線以視局  
所組織表面則可，以之視組織的內容物的色調如何，則須用通過光線  
。總言之反生理的缺損，損傷，病變病的新生物乃至分泌物，排泄物的



診視的齦齒 (圖二第)

性狀，唾液的分泌量，化膿灶的排膿量。齒牙之數，位置，形狀，方向。組織的擴張形狀，大小，表面的狀態，其與周圍組織的關係，齒而齒槽突起的狀態，相照性等在視診則可一目了然。其他生理狀態的考慮，亦屬必要，例如：舌，在生理的，吾人週知其固有的口腔中

造其全滿，口腔在閉鎖的狀態之下，舌之邊緣接觸於上下齒槽及齒齦，舌尖則接觸於前方，舌背則接觸於口蓋，而內其種原因而至舌的吞積積大腫脹，則可見舌緣有齒牙的磨痕，惟嬰兒則不同，因為(一)因無齒牙之存在。(二)舌尖形成不充份。(三)舌體扁平附着在口腔底。(四)舌緣發育缺乏。(五)舌繫帶短且強韌等故也。視診之方法如(圖一)(圖二)(圖三)



診視的面頰 (圖三第)

(二)觸診

觸診就是術者以手指直接觸於被診部。有時利用觸覺，所謂間接的，利用探條探入，藉傳達的觸覺以求知其內容現象是也。觸診者，就是要觸知組織組織的正常與否？又異物存在或其性狀的判斷，患部的範圍，形狀，硬度；表面的狀態例如：平滑粗糙凹凸不齊等的認識，周圍組織及其移行關係，下層組織及其關係等的探取，亦即以此種關係而要明白病變部的皮膚粘膜乃至骨的癒着之有無及其狀態。或要明瞭被膜的是否包繞，或求悉組織的層次即決定其表在性抑深在性，又或有效性的抑或無效性的抑或乃至移動的程度等。此乃吾人觸診的目的，至如被診體的構造乃至性質，關於所謂硬度云者，在臨床上均有區別，即所謂彈力

性之有無，如硬性彈力，軟性彈力等是也。關於硬度吾人常用事物作為比較的觀察。例如：骨樣硬度，軟骨樣硬度，板骨樣硬度，軟泥樣硬度，搗粉樣硬度等。此中所稱的軟泥樣或搗粉樣硬度者，即以指壓被診體，其表面被壓入，缺乏彈性，少反撥力，一時的呈壓痕狀，須復始復原形之謂例如：粉刺，皮膚樣囊腫等均見之。更而由觸診上的觸覺，我們亦可得知被檢體的實質性之如何，藉以推定其為中空性或液質性，如水分乃至液體的含有量是也。述及此，就須講波動的問題，蓋凡液體的含有者，必有波動性，所謂液體如血液，淋巴液，漿液，粘液，膿汁，組織的液狀軟化物，油狀物，其他分泌液，滲出液的滯溜等是也。波動亦有真性波動與假性波動之分，均由觸診的各種方法而得知。臨床家須熟習始可清楚區別之。所謂假性波動即病變體的內容，并無何種液體滯溜，只是在一定的方向觸知或反對的方向感受之例如：頰部皮下肉牙腫，浮腫，在直角方向可觸覺其波動，縱軸的雙手觸診則無此感覺。惟內容液緊張之時，則波動感并不明顯，正如一個冰袋盛水在其中，緊張小，則呈波動，緊張大則波動減少，不過此際由一方加以短速的衝動，其在對方之手指，亦可觸覺短速的波動，如此之觸覺我們稱為 Prallheit; Prallgespannt; Prallgefühl (反應性，反彈張，反彈感) (註1)，在口腔外科疾患的粘液腺囊腫或蠟蠟腫的場合遭遇者多。

當看到齒科醫學的書籍上，常見寫作羊皮紙樣捻髮音，搗雪感等名詞，究此種種其意義為何？因屬觸診的範圍，故再補述於此。(一)羊皮紙樣捻髮音原名 Dupuytren'schi Pergament Knistren，又名毛髮樣 Knisternde Gefühl。在頸骨中單性腫瘍例如：肉腫，癌腫，纖維腫，齒牙腫，Adamantinoma。多角性頸骨囊腫，其中尤以濾泡性齒牙囊腫，齒根囊腫等有非薄的骨被殼在生育，是可觸知其如極薄的紙狀(骨鞘)，倘壓迫之，恰如用摺羊皮紙樣的感觉，或發出此樣的聲音。(二)搗雪感又搗雪樣音，例如皮下蜂窩組織內有瓦斯體的浸潤，倘壓迫之，則有此感與此音。又如蜂窩織炎，當其化膿與瓦斯形成之時，壓迫之，亦有此搗雪感與同音，藉此可推定其炎症的性狀。(三)捻髮音(摩軋音) Krepitation，例如頸骨骨折之際，折傷處骨的互相摩擦即發出摩軋之音。

臨床上的觸診，尚有幾點是要注意者，如冷熱，濕潤度，疼痛。凡是患部有血管者觸之有溫暖感，灼熱者則為炎症性充血，所以決定炎症狀態，可從此溫熱之觸診上行之。例如：血管腫有溫感，淋巴管腫則反之。又或觸有血管的搏動，則為炎症部顯著充血，動脈的搏動也，此從視診與觸診，乃可推知炎症的急性狀態之如何。齒性頸骨炎症，在外頰部腫脹時，吾人見外頸動脈的搏動，在健康側比腫脹部甚為顯著，至



如疼痛，乃患者主觀的感覺，所謂自覺的症候，壓痛之有無，壓痛程度與疼痛強弱的影响，及由壓痛的方面來推定病變的存在部位，乃臨床上所既知者也。

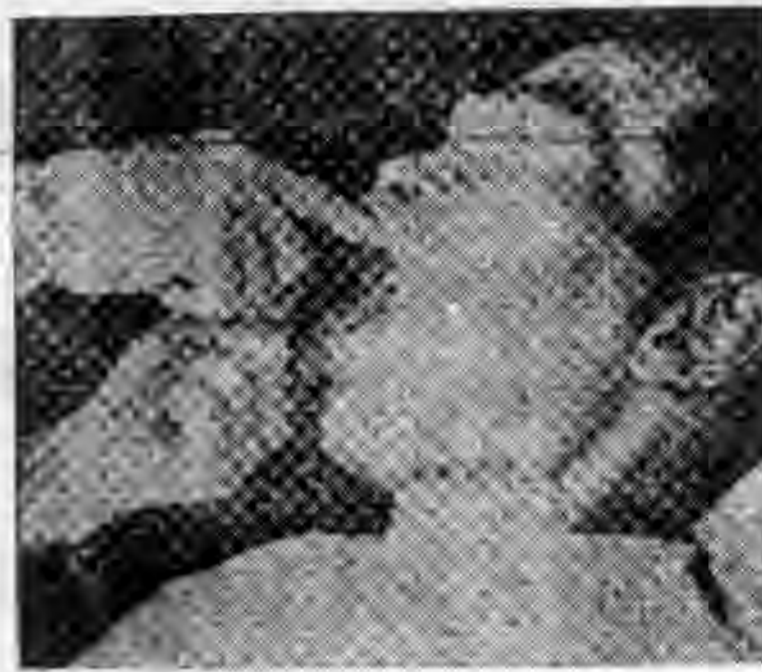
### 觸診之方法

口腔領域之觸診，正如其他的一般觸診同，利用一側之手指或兩側之手指共同使用，而非以五隻手指或兩手觸按之，只有下顎骨外部的觸診，則有時須用五指，大多數之場合為一——二指的使用（如圖四）。其方法：（一）水平双合診：（如圖四）在同一表面上，用一——二指，兩側內對向，交互輕壓，或消加強，或短急的銜壓，倘內容物有波動，在對側之手指即可感知其動態，例如：膿之有無等如上述。（二）垂直双合診：（如圖五）一指放於口腔之內，他側一指放於口腔之外，加壓診其組織乃至臟器的肥厚，腫脹，硬度，熱感，搏動，移動等情形。或一指放於口腔內之上顎前齒唇側齒齦面，他側一指置於口腔內之上顎前齒頰側齒齦面（如圖六）以之推測上顎前齒槽之狀態，腫脹，暨前齒根端囊腫，口蓋骨吸收之有無等。



(圖四第)

(第五圖)



(第六圖)

間接觸診法，係利用探條，挿入煙孔，導管，膿瘍腔洞內，藉以探識其竊道，深淺，方向，內壁狀態，內容物之性狀等；故探條須用銀製圓形，可撓性，圓頭者。至於長短粗幼，則視所需而自行選擇。吾人使用探條應注意之事項（一）不能加以副傷，免有危險，（二）不能使用暴力，免成偽道危險。（三）須向預想之方向探入，故有時須屈撓後使用。（四）探入時須畧向前後左右運動，以免無理挿入也。

### (三) 打診

打診不獨對於齒牙須用，就如顎骨的腫瘍炎症乃至腐骨形成時亦要施行打診，實為有利。蓋聽取打診時所發生的反響（音）則可知組織的性狀，內容物之充實狀態，疼痛的強弱。



(圖七第)

物理作用。齒槽骨是平等的緻密組織，故打診時，從振動源體發出的音波，速即傳咀即示打診時之關係。所以音的發出與打診之方向，骨的組織，齒根的長短數目，個人年齡等而不同。又與疾患之區異而反響亦不同如：慢性齒槽膿瘍發短濁音。



(圖八第)

### 打診之方法

利用齒鏡之一端，或其他鏡製器械，就齒冠部齒牙長軸方向二回連打，或在某種場合，則須各種一定的角度，同時尚須以對側同名齒為比較，又或（一）鄰近齒為比較。如（圖八）。有時更須以手指按於打擊

。齒根囊腫（液體瀰溜）發清濁之間而近於濁音，且伴有多廿餘韻。惡性腫瘍（肉塊芽大，骨質消失）發非常短速的濁音，瞬間而止。齒根端周圍的骨內，存有多量空氣，發鼓音。骨性癒着發超清音。

(第九圖)



(第十圖)



齒。此外下顎骨下緣，以示指打診（如圖十）則可診斷下顎骨炎症之情況也。

### (四) 嗅診

齒髓壞疽者放一種乳酪臭樣的惡臭，此乃吾人臨床上既知之事實。患者口氣惡臭，係口腔不潔乃至其他主要病變的存在之原因。口腔分泌物或排膿，倘有一種臭氣發放，證明其必為腐敗菌的作用。由此大要上可推測其病原菌之如何，及混合感染之有無。他如腫痛潰瘍等發出惡臭，實為附加傳染的象徵——完——

(註一) Pralheit 一名詞中日文獻均無譯出，故以作者之意暫譯為反理性等，若以字意解之或可譯為緊滿感。

#### 參考文獻：

- 遠藤至六郎博士：新編口腔外科診斷學
- 遠藤至六郎博士：口腔外科通論
- 福島尚純博士：口腔外科臨床講座
- 佐藤運雄博士：齒科診斷學（改訂第十版）
- Lehrbuch Der Zahnheilkunde 1877
- Deutsche Monatschrift Für Zahnheilkunde, Sar, 1907

# 與搏脈溫體口腔內發生之炎症性疾患的關係

東京 醫學士池清華 (廣州)

## 緒言

凡疾患在未施療之前，必須診斷其為何種病症，根據診斷的結果來治療，這是醫學上的基礎方針，齒科亦是醫學內分科之一，可是在落後的我國，齒科醫生尙未能得到與普通醫科一般的地位，考其原因有二，一是牙科教育之不振而至人材缺乏，二是一般現行開業之牙醫師，對於嚴重性的牙科疾患。不敢負責施療，因此偶然遇到了，則推却責任，或轉介紹於其他外科醫生方面去，就這點來看，牙科不及外科醫的本領，很明顯的告訴給社會人仕了，雖然牙科醫師對於頭部，尤其是口腔附近組織，是比一般醫師熟識，換言之凡是口腔一切疾患不論其是骨髓炎，骨膜炎，蜂窩織炎都是牙科範圍之內，我們應該認清責任，不可將自己的地位看輕了，假若某一患者因齒根膜炎，在其炎性進行的當中，不幸一

位牙醫師替他拔了一個牙，炎症當然繼續增進，等到了化膿性骨髓炎症時候，爲了推却責任把他介紹去外科醫生處施療，在這場合，醫師很容易的對該患者說，甚麼消毒不完全，拔牙過早等等，一申無根據的理論，把病人嚇得面無人色，於是該牙醫就很容易被誤會，這種情形在大都市是特別的多，所以牙醫師在社會的地位，因種種原因而至低落，我們爲了挽救這個缺點，應該先將一般醫學的基礎打好了，即使我們的地位與一般醫師並駕齊駒，所以特將口腔炎性疾患與體溫脈搏的關係，編成一文，介紹與各會員，共同研究，希望吾人在臨床上，應用種種的診查，而確立治療的指針。

## 第一章 體溫(熱型)

在一定條件之下，卅四小時內體溫沒有很大的變動時，吾人稱之曰

普通熱型，這種變動之熱型，在疾病診斷上有甚大的關係存在，尤其是口腔炎症性疾患的時候，更應加倍注意，故將體溫發生及變化的原因，必要明確觀察，實為臨床上不可缺少者。

第一節 體溫的發生

生體內形成的熱量與散放量是互相平均的，這是正常的體溫，體溫乃由化學的變化而發生者，即在肝臟，腎臟或運動肌肉中之熱力之發生而產生者，反之體溫之散放乃由皮膚，肺傳導輻射而散放者，如此體溫之發生與散放乃由溫中樞機能調節，溫熱中樞乃在大腦下部，寒冷中樞亦在其附近。

第二節 炎症性疾患發熱之原因

口腔疾患所引起之發熱，大部由細菌感染的結果而來，關於這種發熱的原因，從來的解釋是這樣，細菌及其毒素刺激反應的結果，即毒素由分泌液及體內呼吸，從局部炎症部運至大腦的溫熱中樞，中樞受了刺激而生熱，所謂吸收熱是也，可是現在對於這個問題，又有新的解釋，細菌毒素不是直接刺激中樞，乃由間接作用的結果，凡身體某部發生炎症時，該部網狀組織內被細胞系統之物質代謝與噴發作用甚為旺盛，於是出現了免疫體發生機能，蛋白質崩潰由是而生，這就是發熱原因之分子了，這種崩潰的蛋白質刺激溫熱調節中樞，就生成了發熱的現象。

第三節 體溫測定部位

(一) 腋窩檢溫——臨床體溫檢查之際，多在腋窩部，其他在直腸(肛門)口腔檢溫亦有之，在日本以腋窩檢溫為最通行，可是在腋窩部頗難測定正確的體溫，故在檢溫時須考慮種種條件，例如腋窩有汗存在時，其所測定之體溫，必略為低下，又肥胖者因脂肪組織層厚，而至體溫傳導不充分，故易使體溫低下。

(二) 口腔檢溫——口腔檢溫較為正確，但在未施檢溫時，勿含嗽或飲冷熱水，因可影響口內真正溫度，將探熱針放在患者舌底，命其輕閉口唇，本法雖正確，但臨床上對於口腔疾患患者或小孩則難以應用。

(三) 直腸檢溫(肛門)

直腸檢溫與腋窩相反，所測定之體溫，每略增高，由以上所述而綜合一結論，如欲測定一正確的體溫，須在三個部位同時施行，再根據其症狀環境，始可得其準確溫度，然而此種立體式的觀察，臨床上頗難實行。

第四節 體溫的種類

在飯後，肉體的勞働後，入浴後，日射後健康者之體溫亦會一時性

的騰昇，不久則自然降回正常，但是熱病性疾患時，其熱乃持續性者，故熱乃疾患重要症候之一，普通凡熱性病之體溫均稱曰熱，今將熱之種類分別如後。

(一) 平常下體溫——36度以下的場合，乃在虛脫時或出血時所呈之現象。

(二) 平常體溫——37度場合。

(三) 熱病性體溫——更分四種。

A 輕溫。分有亞熱性體溫與輕溫，亞熱性體溫由37度至38度，輕溫由38度至38度5分。

B 中等度熱38.5°—39.0°

C 顯著熱39.5°—40.0°

D 高熱39.5°—40.0°

若超過四十度以外者曰過熱性體溫，以上所述之各種熱，在二十四小時或數日內常有增高或下降之現象，吾人視其變化之足跡而診斷疾病的進行，這種變化稱曰熱型，在臨床上熱型分有三種。

(1) 稽留熱——在一日之間，其最高體溫與最低體溫相差不出一度者，是曰稽留熱。

(2) 弛張熱——在一日間其體溫高低超出一度以外者曰弛張熱。

(3) 間歇熱——在一日間其最低體溫在常溫之下最高溫度為特別高溫者曰間歇熱。

此外尚有所謂回歸熱，反型熱，回歸熱乃熱發生一星期後，突然下降，三至五日間為間歇時期，第六日再現高熱，如此反復呈現是為回歸熱，在一日中早晨則高熱，入夜則下降，此謂之反型熱，肺癆病者之熱則屬反型熱。

第五節 炎症性口腔疾患所示之熱型

臨床上急性炎症性口腔疾患所示之熱型，乃視其個人之體質，疾患的種類，刺激的原因而異，今以疾病種類作標準，其熱型的變化大概如下，不過條件不同當然例外者不少，今所述者以普通常見者而論之，例如細菌混合感染之場合，其熱型多為不定，但蜂蜜纖維炎性疾患之場合，疾病之初常呈高熱，智齒周圍炎初期(所謂單純性口腔炎初期)或慢性顎骨骨髓炎骨疽分期，體溫常在39.0—39.5°。

膿瘍形成(所謂齒槽膿瘍)之初期，若為兒童患者，多是激痛，突然39.0—39.5°高熱，間有嘔吐隨伴而生者，一二日後漸漸體溫下降至38.0°前後，在此時期即化膿機轉局部形，及膿瘍已完成之實，發熱與嘔吐常使患者全身衰弱，這種衰弱的原因，多由全身內科疾患潛伏，而受急性性

口腔炎症性疾患的動機而引起者，例如癩疹，猩紅熱，水痘等內科疾患是也，兒童患廣汎性顎骨髓炎時，多呈稽留熱型，反之大人患此疾時，最初為疼痛作前驅的症狀，次而漸漸出現局部症狀，體溫極度上昇至 40.0，更最先為稽留熱型，間有出現弛張熱型者，但在疾病之末期，由弛張熱型而變為持續性之稽留熱型之場合，此乃發後不良之徵候，臨床上須加附注意之，唯此種情形臨床上較爲小見，凡骨髓炎變爲局部型之場合，體溫亦同時下降至 37.5。此乃吾人週知之事實，更急性化膿性顎骨骨膜炎，顎骨骨髓炎，齒性蜂窩織炎等症時，每十分鐘至三十分鐘多有連續性之惡寒戰慄及激痛爲前驅症，繼而有 38.0—40.0 之高熱發生，下顎骨骨髓炎惡性型尤其是敗血症症狀出現時，每有弛張熱型發現。

凡急性化膿性炎症一如上述，須視細菌之種類及其毒性強弱或時間的長短，全身抵抗力強弱等，熱型亦隨之而略有變動，然而齒性各型重症炎症性疾患，在臨床上最爲明顯者，乃惡寒戰慄及不規則強度之弛張熱型，此乃敗血症之症狀也，對於敗血症熱型在臨床的觀察，凡敗血症患者，(經過一定時間之後)必由弛張熱型而變爲稽留熱型，且有水腫性徵候，此皆屬發後不良之現象，一般普通病人，在早上其熱必低，下午則增高，其原因乃一夜睡眠即休息後其溫度可以下降，在此情形之患者，其病必有恢復健康之可能性的一種表現，換言之稽留熱型或反型熱，患者本身之回復能力較弱，此點在熱型上甚可證明者。

## 第二章 脈搏

### 第一節 脈搏之成因

在生理的立場而言之，心臟搏動乃由靜脈瓣結節形成一定的刺激，此刺激傳至心房壁時，心室肌肉則收縮而起者，故靜脈瓣結節與刺激傳達系對於心臟規則的搏動有重大的意義存在，荷這兩個部份發生障礙之際，心臟搏動則起變化，以上所述之心臟搏動的生理現象，乃全身血液循環亦賴心臟之搏動力，故血液之環流脈管則生一種壓力，這種壓力可以圖知其搏動次數，吾人稱之曰脈搏。

### 第二節 脈搏之種類

(1) 不整脈——脈搏微小或缺如則稱不整脈，例如冠狀動脈硬化症，脂肪心，各種中毒，及急性熱性傳染病，如腦膜炎等之場合多呈此現象，乃心臟衰弱之意。

(2) 間歇脈——一般在某時期脈搏缺如，尤其是二至三搏脈後，

一定時間之間歇稱曰間歇脈，此現象乃心臟衰弱而至心臟收縮作用缺如，或收縮作用極爲微弱，不能傳達至末梢動脈的原故。

(3) 脈之大小——分有大脈與小脈兩種，前者乃左心室肥大，後者乃大動脈弱，其他多屬心臟衰弱，及貧血狀態而起者，但大脈與小脈，各自差異時，則稱曰不等脈，大小各脈波交代的出現時，則稱曰交遞性脈搏。

(4) 脈之緊張——分有硬脈與軟脈兩種，前者乃由萎縮腎，心臟肥大或擴張，腦膜炎，腦溢血而起，後者乃一般貧血狀態及心臟衰弱時出現者。

(5) 脈之速度——分有速脈與遲脈兩種，前者大動脈閉塞不全，貧血，熱性疾患，脚氣等時所呈之現象，後者血管硬化症，鉛中毒等時出現者。

一般健康成人的脈搏一分鐘仰臥位爲四十六次，坐居位爲六十八次，起立位爲七十二至七十八次左右，兒童與老年人之次數比較一般成人爲多，尤其是初生兒童爲一四〇次，兩歲小兒爲一二〇次，九歲爲一〇〇次左右，以性別而論，則男性較女性爲多，身長者其脈搏較身短者遲緩，其他體溫上昇之際，脈搏亦隨之而增加，體溫降一度，脈搏則增八度，筋力運動，精神關係，飢餓時，脈搏亦略有變化。

### 第三節 不規則脈之注意

(1) 脈搏增加——發熱時脈搏數則增加，但其中有某種傳染性疾患，如腸熱，副腸熱，脈搏有顯明之減少，又猩紅熱，結核，敗血症，其脈搏數多在標準以下，全身運動，精神興奮時脈搏則加速，又如咖啡，酒類，濃茶，煙等均可使脈搏增加，以上所述以外之持續性脈搏增加者，如急性化膿性炎症之場合，體溫上昇其脈搏隨之而增加，甲狀腺性心臟障礙，結核等亦有同樣現象發生。

(2) 脈搏徐緩——脈搏徐緩乃急性疾患恢復期所呈之現象，但年老或一定之體質異狀者其脈搏較爲緩慢，急性化膿性炎症之惡性型，失血，腦膜炎第一期，黃疸，鉛毒痛痛等均屬此種脈搏。

## ▲電牙車出讓

本會會員某君有德國製五成新之電牙車一架出讓

如有欲購者可來函本會理財組徐厚成接洽可也

# 口腔學科對於內科的關係

日本齒科 醫學士 胡福綏譯述(上海)

幾十年以前多數的醫生檢查口腔，只是爲了看一看是不是有舌苔，致於牙齒齒齦扁桃腺的潛伏感染可以引起全身病，這在一世代以前還不知道，只有一些細心的醫生想著有可能性。

齒齦的炎症及刺戟或是埋伏齒，在很久以前就被認爲反射全身不同的地方。(尤其是頭及面部)疼痛的主因，那時也知道對於喬森氏咽喉炎。(Vincent's Angina)要迅速的認定及治療的重要。很多消化或其他的病，都可以歸罪於齒牙喪失，咬合不正，而造成的咀嚼不全，沒有出齦的牙埋伏齒及上顎囊，常有連鎖菌的感染。

一八八九年米勒博士(Dr. Miller)所出版，關於口腔的微生物的重要著作裡，很明白的說明他所研究的細菌，有很多是病原性的，一九〇一年亨德(Hunter)指出口腔感染對於惡性貧血的關係，一九一二年達蘭德(Daland)也會寫過一篇「從醫生的立場看口腔感染」。羅斯諾博士(Rosenog)根據很多優良的動物實驗，使中心感染得到了科學堅固的地位，一九一六年比林(Billing)在他那本「中心感染」的著述說着和內科醫學的關係，以後很多專家又把他們的觀察紀錄下來。

現在我們知道感染的中心可能是開放的。就是向外開放；有時是閉鎖的。在這種場合，細菌及毒素被吸收到血流。而循環到全身。有時開放的中心感染暫時。或是部份的閉鎖。然後無毒性的細菌經過一個時期，在沒有氧氣的環境繁殖的細菌變成有致病性。同樣的這些細菌在有氧氣的時候，還可以變作無害開放感染中心。最好的例子。是齒槽膿漏。前列腺炎。閉鎖中心的好例是齒牙及扁桃腺。開放感染可以成爲閉鎖感染中心。這情形也可以相反。

在很多由中心感染而生的疾病，菌素是造成疾病的最重要的角色，在開放感染中心，常有很多種細菌存在，其中葡萄狀及連鎖狀菌最爲常見，解腸桿菌及其餘菌類較少見，在齒尖或及扁桃腺咬合的處胞底所有的細菌，常是毒性球菌或溶血性，其中的一種或是兩種，同時大量的存在，並且可以培養出來，這些細菌及毒素是很特殊而發病的，有時葡萄狀菌及其他細菌也存在。

細菌及毒素的特殊性是很特別的，他們可能選擇神經系的組織，包含末梢及腦神經，骨、關節、胸筋及筋膜；消化系、循環系、泌尿系、呼吸系、內分泌系、皮膚及血液。羅斯諾曾把患胆囊炎患者的球菌菌注射到兔的身體。百分之七十至八十的兔子也同樣有了胆囊炎。這可以表示細菌的特殊性。

生活菌很少有感染的，所以診斷時都注意非生活菌因爲這些有百分之八十是感染的。一隻無菌感染的牙齒常是齒性疾病的原由。拔牙後所遺留的感染菌根常是不被注意的感染中心，在梅石(Bow)醫院齒科部百分之三十一的病人有拔牙後殘存根。這還不算可以看到的殘根。

齒槽膿漏，尤其是不能向外排膿或排膿不完全的膿袋引起全身的疾病。在最後白齒附近的膿漏爲了接聯的關係可以感染扁桃腺，齒尖的感染也可以藉血液感染扁桃腺，扁桃腺也可以藉血流或淋巴腺也感染齒根，尤其是無菌齒。

從口腔而得的全身疾患，也許可能沒有顯著的疾病，但是其中差不多一半可以從多形核細胞的減少而生的白血球減少症及淋巴細胞增殖症偵查出來。這些病人多半是有高度的免疫性能。

免疫性可以爲了不充足的食物而漸漸消失。此外不能消化，氧氣不足，日光及運動不夠，糖尿病腸毒症等慢性病，煤礦工，毒品製造工人一類的職業，或是齒尖感染細菌及毒素發作及吸收或是爲了老年，都可以使免疫性消滅。有免疫性可以突然但是轉移的喪失這原因有時是飢餓，或是精神肉體過勞，長時期的暴曬在濕或冷的地方或是失眠，或過度的飲酒。爲重傷而起的肺炎也可能是爲了喪失免疫的能力。

細胞的噬菌作用。在自然免疫上。是很重要的，但是免疫性也可能沒有噬菌作用，這是因爲在血液，淋巴，體液及固定組織細胞裏面的抗體，當問歇性病——像流行性感冒，傷寒症患者，假若有鏈球菌的中心感染時，免疫性能不只喪失病症，還能加重，併發症也常出現，同時癒後也比較不好。

在同一個病人身上假若同時有兩種細菌，譬如傷寒桿菌及鏈球菌，那時病原性都會增加，肺炎的頻發及一九一九年流行感冒的高度死亡率，細菌的共生多半是其中的一個原因。

一個有着慢性齒性感染的輕度癱瘓病人的病人，當他在山園裏過三四個月的活潑健康的戶外生活，沒有憂慮及責任之後，他的健康可能恢復，因爲衛生的環境可以增進免疫能力，但是齒性的感染中心還是存在着，以後終久還要有癱瘓症發作，一隻感染的非生活菌，可能是限局的而令淋巴及血流的交通完全斷絕，但是論理終久這局部的感染會變成全身性的感染。

次於牙齒最易發生的最初中心感染的地位，是扁桃腺，上面所說關於牙齒的免疫學及細菌學，並且牠們和全身疾病的關係這些都可以應

到扁桃腺。

三十四年以前，在割除扁桃腺手術以後，常有扁桃腺殘存着，近年來也許還是相當多。

有權威的斯基冷 (Skinner) 在他那本有名的書裏，很堅確清楚的寫着：「齒齦的疾患和口腔感染及繼發的各種關係，齒齦，蝴蝶骨齦，或前頭齦很可能是感染性炎症的發源地，連着齒齦骨及蝴蝶骨齦是常見的，因為齒齦及蝴蝶骨齦的解剖構造的特殊，排膿可能一部或完全阻塞，當副鼻齦的排膿完全阻塞的時候疼痛，壓痛的局部症候常立刻發現，但是在側齦炎就沒有，急性前頭齦若完全被阻塞，那時的疼痛很劇烈，幾乎忍不住。」

當感染的齦，完全或部分的排膿時。就可以直接或從血流繼續感染扁桃腺或齦齦。

常常上齦齦炎是種入齦齦的第一大白齒或第二小白齒齒根感染的繼發症，或是副齦炎，耳鼻喉科醫生常從第一大白齒或第二小白齒的拔齦高排感染的頸體的膿，有時也應用這方法，取除息肉及被感染粘膜，當慢性感染的齦齦僅限在齒齦粘膜，而僅有輕微的分泌時，這常是不能認出的，同時因為沒有局部症狀，尤其是在排膿完全的時候，診斷常是很困難的，側齦炎常是沒有被診斷的感染中心。

慢性及急性耳炎，或乳突炎常時感染中心。尤其是感染的扁桃腺的繼發症，耳鳴，美尼攸化病 (Meniere's Disease) 重聽，或雙也可能是口腔感染的繼發症。

羅斯諾 (Rozenon) 曾經把不同的鏈球菌，注射到四十八隻動物的靜脈裏，下面是他觀察的結果。

- (一) 扁側性全眼球炎五次。
  - (二) 有或沒有鞏膜表面炎的邊緣出血，十四次
  - (三) 虹膜炎或虹膜睫狀體炎九次。
  - (四) 結合膜炎，常是兩側性，十次。
  - (五) 角膜潰瘍一次。
  - (六) 同樣的病變，發疼或不發疼，十二次。
  - (七) 視網膜出血二次，雖然很少尋找。
- 從風濕病，關節炎，肌炎或帶狀疱疹分離出來的細菌，使上面這些病變更常發現。

哈斯金 (Haskin) 曾報告過睫狀體炎，虹膜炎，虹膜睫狀體炎，角膜炎，結合膜炎，角膜內層玻璃狀不透明體及沉着物等病變，在拔除感染的牙齒以後，就痊癒的例，有一個虹膜炎是在切除感染扁桃腺而治癒的。

魏郎維廉 (William Lane) 在二百十五感染病症裡一百三十九是慢性，三個是因扁桃腺，二個是鼻感染而影響到眼組織，其中鞏膜二十，角膜十二，虹膜八十七，睫狀體七十九。脈絡膜六十八，視網膜二十八，視網膜脫離，三視神經炎或萎縮四，繼發性內障十四。

哈登 (Haden) 報告，一些齒性感染繼發的眼病，他從十五個病人身上所發生眼病的細菌注射到動物的血管裏，其中百分之六八。二也發生了同樣的病。

林 (Lin) 在他的「眼副腔及鼻副腔病症的配合」的詳細而有興趣的研究裡，很明白的指出很多眼病的情況，是爲了齦炎，同時還指出可能發生的很多途徑。

很可能的將來繼續的研究，以後可以證明中心感染是造成其他眼病，如眼肌肉的腫，鞘或肌纖維炎症的直接或間接的原因。

內科醫對於由口腔疾病而發生的全身疾病，特別感到興趣，同時他對口腔情形的興趣，主要的只是限於中心感染的診斷及去除。

當由感染而繼發的許多病症之一被診斷出來以後，立刻注意要集中到口腔，因爲成年人百分之八十一的初期感染中心是位於牙，扁桃腺齦及齒齦。爲了找感染中心的地位及決定外科的治療，和齒科醫及耳鼻喉科醫師商談是很需要的。

口腔感染而發生的第二中心，最普通的是攝護腺，骨，關節，胆囊，盲腸，胃潰瘍，內分泌並且可能是赤髓，在多發性原始感染中心，其中無一個中心的細菌的病原性及特殊性，也許都不同，第二個感染的中心的原有細菌比較起來，牠們的原原性及其特殊性常是不同的。

由中心感染而繼發的病症的數目很多，假若例舉出來就像「醫學全書」似的巨著，最普遍的病症就是所謂風濕症，連犯着關節，及關節周圍的組織，及肌肉，還有帶帶阻脂炎的阻囊炎，肝炎，胃或十二指腸潰瘍，盲腸炎，神經炎，攝護腺炎，及貧血症，當胆及肝被侵的時候，腸的毒血症及萎黃病是常見的。

在中心感染學說以前，齒科大半只是一種技藝，而僅需要一些醫學知識，現在我們知道齒牙感染，及齒槽膿漏可能造成很多嚴重的，致命的疾病，因此齒科的重要性更加倍了。很顯明的現在的齒科醫必須有病理解學，細菌學，免疫學及能由齒性感染而發生的疾病的知識。

據著者的判斷，現在的時期已經需要齒科畢業生。不只有齒科醫學士的學位。而且同時還需要醫學博士的學位，齒科在醫界的正當地位，就是醫學的一個專科，像耳科，喉科，眼科及皮膚科等，佔有一種重要的地位，喉科醫及耳鼻喉科醫對病人的任務。也同樣爲了中心感染學說，而更增加了牠們的重要性。

(完)

# 齒性眼球突出症(Dentale Exophthalmie) 致死之一例

## I 緒 言

醫學分科間的相互關聯，即境界域(Grenzgebiet)問題，早經諸先進努力闡明，時在今日再報告牙科眼科境界域的齒性眼球突出症(Dentale Exophthalmie)可說是後知後覺了。但是鑒於我國國類的報告尚無？或僅有？或非由牙科立場觀察？或感染經路不同？苟能作為諸同業一參考，一警惕！則敬等幸甚。

眼球突出症，並非一種單獨疾患，乃指眼球位置改變與周圍的一定關係，而向前方移動的一種症候。按一般眼科專書所示，使眼球保持裝置失調，而成立本症的原因，概有：(1)炎症性(眼窩骨膜炎，眼窩蜂窩織炎，眼窩血性靜脈炎等)；(2)非炎症性(腫瘤，白血病，眼窩出血等)；(3)畸形(先天的眼窩骨壁形成異常)，以上三項。齒性眼球突出症是急性化膿性炎症的經過中，成立眼窩骨膜炎，眼窩蜂窩織炎，血性靜脈炎，海綿竇血性靜脈炎等，這些疾患使眼窩內壓增高，則眼球自然突出。

眼球突出的程度雖有眼球突出計(Exophthalmometer)用以計測，但就普通外觀上的感覺，就可查知。齒性輕症的眼球突出症，於原病治癒後，自然完全治癒，或遺有殘疾而治癒。茲將不幸採取死亡結果的一重症例，報告於下，以供讀者研討賜教。

## II 症 例

患者——S.M.J. (No. A1856) 男性，12歲，浙江人。

初診——95年10月11日，體溫39.8°C (腋下)，脈搏196次。

既往症——(父母健在，弟兄五人，本人行二，他人均健康)。週餘前下顎左側齒痛劇烈，經某醫院牙科診治三次，告以期待療法，一俟炎症消退再拔去下顎左側患齒可也。以後炎症非但不見減退，反而與日俱增，左側頰部腫脹甚劇，甚且蔓延至顛頂部，加以陪伴高熱頭痛等全身症狀，患者家屬遂感到生命危險不敢再延囑期待矣。

現 症——顏貌極爲衰弱，意識不太明晰，左頰部呈瀰漫性高度腫脹，發赤緊張，壓時刺痛。腫脹更由側頭部上行達顛頂部，甚且後頭部亦有浮腫形狀。左側眼瞼腫脹，眼球突出，牙關緊閉，開口約一橫徑半，下顎左側1/4極度動搖，7未萌出。

診 斷——急性化膿性下顎骨髓炎併發頰部及球後蜂窩織炎(Osteomyelitis Purulenta Acuta Des Unterkiefer mit Wangen Und Retrobulbare Phlegmone)。

經過及治療概要——

當即施行應急手術，將456拔去，由拔牙窩內排出多量腐臭成熟之膿液。因病灶中心

東京齒科醫學士  
北平鐵路總醫院牙科主任醫師鄭麟蕃  
北京大學牙科系講師  
醫師 姚淑蓮

在側頭部及眼窩周圍，故兼轉本院外科收留入院，會同診療。開始注射色素及磺胺(Sulphonamid)製劑，Ringer氏液，局部用硼酸酒精濕布。然後檢查血液像。

第二日，意識較爲清醒，然仍嗜睡。局部有波動感，故由頰部外皮切開，直抵骨膜下，隨之有大量膿液排出，極臭。同時開始Penicillin注射(每三小時注射二萬單位)，並補給Vitamin B<sub>1</sub> C<sub>1</sub>等。

第三日，四日無甚顯著變化，唯睡眠過多，且由口內及切開創，繼續大量溢膿。但第四日晚間不能安睡，脈搏漸趨細小頻數，因注射強心劑及催眠劑。

第五日，血液像更較惡化，隨輸血100c.c.並注射強心劑及大量Ringer's Glucose。

第六日，有大量赤褐色膿液自左上眼窩內流出，且右眼瞼周圍及前額部亦呈浮腫腫脹。

第七日，經過似趨好轉，右上臉頰及右前頭部腫脹，故沿眉弓切開排膿，顏貌外觀甚慘。

第八日，病人家屬因經濟困難，故要求停止注射Penicillin。其他營養，消炎，強心等藥物，仍照常繼續。

第九日、十日，各創口仍有大量惡臭之膿液溢出，意識尚清晰別無異狀。

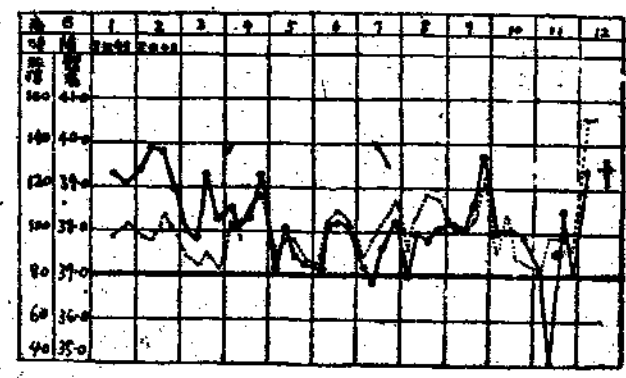
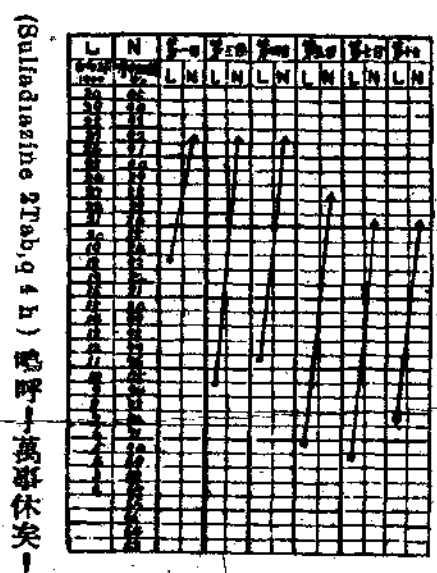
第十一日，意識不清，呼吸迫促，脈搏細小，於翌(第十二日)晨呼吸停止，心尖搏動消失。

附 表：  
(一) 血液像逐日變化表

血液檢 日	血 色 素 (%)	赤 血 球 數	白 血 球 數	白 血 球 分 類										
				嗜 鹼 性 白 血 球	嗜 酸 性 白 血 球	大 單 核 白 血 球	淋 巴 球	漿 細 胞	嗜 中 性 白 血 球					合 計
									骨 髓 細 胞	異 型 骨 髓 細 胞	桿 形 型	分 葉 核 型	分 葉 核 型	
1.	82	4,780,000	18,850	0	0	6	2	0	0	0	4	14	74	92
2.			18,400	0	0	2	16	0	0	2	12	68	82	
3.	55	3,200,000	9,500	0	0	2	6	0	0	0	4	88	92	
4.	65	3,000,000	11,250	0	0	0	8	0	0	8	18	66	92	
5.	58	3,070,000	5,850	0	0	2	10	0	4	4	24	66	88	
6.	68	3,960,000	7,100	0	0	0	8	2	0	16	40	84	90	
7.	65	3,860,000	4,700	0	0	0	14	0	0	6	40	40	86	
8.	69	3,050,000	4,400	0	0	8	12	0	0	2	26	52	80	
10	65	3,720,000	7,100	0	0	2	12	0	0	0	26	60	86	

(一) 尿檢査  
 入院第七日：糖(一)，蛋白(十)，反應(酸性)，比重(1.014)。沉澱：磷酸結晶(廿)炭酸鈣結晶(卅)  
 入院第十日：蛋白(十)，沉澱：白血球(少數) 磷酸結晶(十)  
 (三) 細菌檢査：  
 入院第三日，血液培養，無細菌發育。  
 入院第六日，分泌物培養有鏈球菌，大腸桿菌

，及格蘭氏陽性桿菌。  
 (四) 體溫及脈搏：  
 III 討論  
 (1) 本症自覺，他覺症候均甚沉重，而患者始終請求牙科診治，一方面為普通人對於牙科看法已有漸形打破以往狹視的趨向，實為可喜。另一方面更感覺牙醫本身對於全身疾患，担任的能力須確切適當，責任之大，又覺恐



(Sulfadiazine 2Tab, q 4 h) 嗚呼！萬事休矣！  
 (2) 遠藤教授會綜合 Heuser, Dunning, Benedict, Bach, Gutmann, Rowland, 小林, 小口, 竹村, 山上, 塚原諸人報告，加以自身經驗，將本症感染經路分為以下六型：  
 第一型：齒疾先引起上顎洞的急性化膿性炎，再發眼窩骨髓炎或眼窩蜂窩織炎而成立眼球突出症。主徵為劇烈眼痛，及輕度腫眼。佔齒性眼球突出症中40%，經過概為良好，死亡之例殆無。

(3) 本症為下顎大白齒初發之骨髓炎，據 Moore 剖檢，例齒病致死者，結果下顎大白齒招來的佔80%。所以對於下顎大白齒初發的骨髓炎，應當如何管理，應如何管理，如果仍舊按照一般齒科處理的對症期待療法，



第二型：齒性上顎骨化膿性炎症，主為經過上顎骨前壁之骨膜，而抵達眼眶，成立本症。佔齒性眼眶突出症20%，結果良好，全治迅速。

第三型：下顎骨或第一二大臼齒引起下顎骨骨髓炎，下顎骨全骨炎(Panostitis)或顎骨周圍骨髓炎而成立血性靜脈炎(Thrombophlebitis)。並且繼發翼狀口蓋窩，側頭下窩之急性化膿性炎症，進而侵入眼眶底，惹起眼眶蜂窩織炎，眼窩腫脹，而使眼球突出。本型死亡率甚高，凡無生存之報告例。

第四型：先引起上顎骨骨髓炎，或顎骨周圍蜂窩織炎，因此成立血性靜脈炎，更達於頭蓋底之海綿洞，併發此處之血性靜脈炎，致成高度循環障礙，結果使眼球突出。多由上顎骨，亦有由下顎骨引起者，結果同第三型，多趨死亡。

第五型：為齒性敗血症之一型(即轉移膿腫之一型)，主為下顎骨，一部為上顎骨及其他上下顎第一二大臼齒所引起。本型結果不良，據迄今報告，全部死亡。

以上第三、四五型合計約佔眼眶突出症45%左右。

第六型：齒性化膿性炎症先於眼內成立，然後波及眼眶，使眼球突出，本型缺乏實例。綜觀上述，所謂六型並非定而不移的條件，但於臨症判定經過及結局時，確有甚大幫助。本症例恰與上述感染經過的第三型相似，即由下顎第一大臼齒引起下顎骨骨髓炎，及顎骨周圍蜂窩織炎，繼續上行竄發球後蜂窩織炎，致使眼球突出，但其經過期間，究與第四五型有無科學區別方法，自難解說，好在也無解說必要。

(4)關於齒性眼眶突出症，有小林二郎統計數點如下：

一、罹患頻度	男 60.00%	女 40.00%
--------	----------	----------

(其中小兒佔38.67%)

從上顎引起的佔 58.38%

從下顎引起的佔 46.67%

(凡由下顎引起者，均為重症型)

一、感染經路輕症型 第一型 30.00%

第二型 83.38%

(結果均為良好)

重症型

第三型 第四型 第五型 第六型 } 46.67%

(其中死亡率佔85.71%)

可見由下顎引起的眼球突出症，不拘採取如何程序，其死亡率率在85%以上。這是牙醫師需要特別警惕注意的一點。

(5)近來藥物療法長足進步，Penicillin, Streptomycin 日新月異，吾人應當隨時注意採取吸收新的知識，但萬不能中牠「萬能」的毒害，好多同仁對於腫脹？炎症，不拘其性質如何，就是 Sula group 一類的萬靈丹，或者病人經濟狀況比較好的就來上幾十萬單位 Penicillin，而頗覺新法！得意！這不但蒙醫醫師的淺薄，並且也失去外科療法的寶貴。本例 Hemorrhoids 顯然的有牠的優秀處。怎奈體力，腦症狀，血液像，及重要的臨症症狀，與膿腫形成部位：(將 Abscess) 謂翼狀口蓋窩腫脹，旁咽頭裂隙腫脹，膿腫等均難樂觀)，終不能避見開若。如果在這些重症症狀出現以前，意即早期拔牙排膿，我想總比以後一切的努力都有價值。這是須要同仁炯眼，隨時留意的。

(6)單就血液像而論，臨症情形，不見得比第四至第七日壞，但是 Bodani-Gikon 氏抵抗線，始終上行，是以難於樂觀，尤以赤血球減少症 Erythropenia，血色素減少(Oligochromia)，白血球減少，核的顯著左移，都暗示症候的危篤。

### 牙科刊物介紹三則

血液像確是非常重要的，但須配合臨症症狀來觀察，不可偏信一方。又如尿中出現蛋白(齒性感染性中毒性腎臟炎)等，都象徵炎症的猛烈。

擷筆之際，對於外科主任謝顯璋博士，鄭仲元，馬良駿醫師始終熱心懇切的担任治療及檢查室，侯宗彪主任協助檢查，表示極大的謝意。

(一)上海牙科醫學會出版組主辦之「上海牙科月刊」創刊號經於上(九)月二十日出版，內容相當豐富，際此牙科界精神食糧奇缺之現在，相信不少會員同業聞此消息，必以先睹為快，聞該刊每部售價不過五千元，預約戶以八折優待計算，如欲購閱者，可逕向上海林蔭路五十二號，陳天放牙醫師洽購(陳君為本會上海負責人，主理該月刊發行事宜)。

(二)本會幹事兼報導組主任彭君少存，前在廣州市現象報主編牙科講座一欄，宣傳口腔衛生不遺餘力，頗獲社會人士之好評，茲者彭君有求，將六月份所發表之有價值論文，編成「牙科講座輯」一書，已於九月十六日出版，是書內容充實，但刊印無多，購閱務宜從速，以免向隅，開定價每冊壹萬元云。

(三)前「廣州市牙科學術進修班講義彙編」，係屬該班之教授資料，原非賣品，嗣因迭接各省市同業紛紛來函索閱，而該班又以印刷紙張費相當昂貴，費難一一奉閱，最近適值該班刊印同學錄，特將全部講義彙編附刊於同學錄內，以應需求，但成本過重，不得已酌收回本費計每本三萬元，以資彌補，如各地同業愛閱是篇，希付足工本費逕向廣州市大同路九十八號進修班同學會定閱可也。

# 所謂智齒難生

牙科 華生(福建)

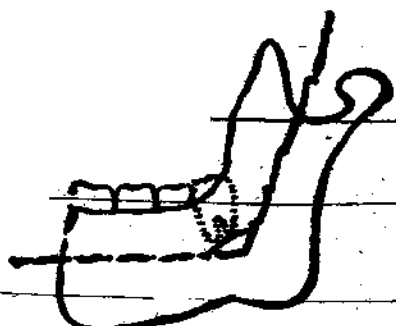
定義：因智齒不取正常的位置遂生智齒周圍的炎症，舊稱為智齒難生。原因：分為素因與誘因。



(圖一第)

(1)素因是地盤狹隘 在哺乳動物，頰骨很長，齒牙配列，掉有餘地，在文明的人類，齒牙比較不小，而齒骨著明短縮。所以齒牙互相擠擠，智齒尤覺狹隘，或向前或向外或向內，停頓在半出齦的狀態，多不能取正常的位置(參照第一圖)。

，截覆該齒牙的齒齦瓣，夾在對齒齦中間，或被食物所擠迫，內面發生潰瘍。又向外的智齒，粘結膜上，生壓迫性潰瘍(Dentist's Beach-vulv)。



(第二圖)

(2)誘因是細菌感染 在半出齦狀態。況且狹隘而難清除的這一部份，污物及細菌最易堆積，一到感染，周圍都陷於炎症(化膿性智齒周圍炎)。雖一旦出齦以後，經過年月，仍發本症，也是常有之事。若曾一度患過智齒難生的症，其後屢次反復(所以智齒難生這句話不什齒難生這句話不什)。



(圖三第)

安富)，所以Winkel氏在智齒發生之初，因為預防的緣故，觀察解剖學的關係，而為結論如次(Winkel 1907)(參照第二圖至第三圖)。

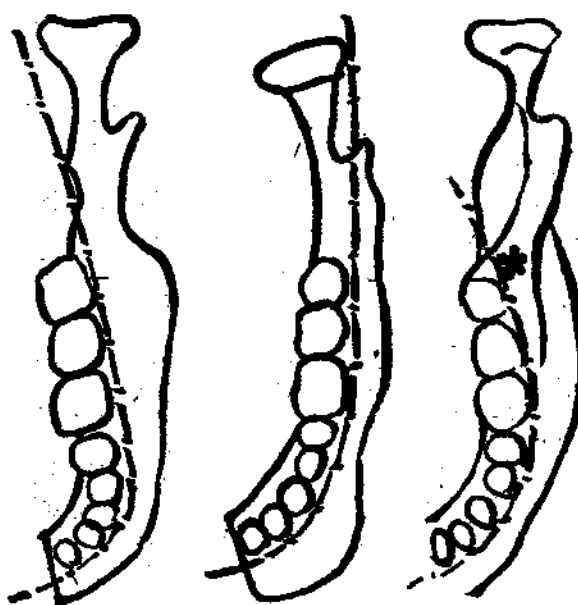
(A)下頰齒弓成拋物線，智齒從側面看，隱在上行枝的時候(第二圖)及

(B)下頰齒傾向外方或後方時，早晚必起本症。

預防處置：據以上理由，易從周圍招惹炎症的智齒，可預先拔掉。不然炎症雖然消去，但可再發，故在淨時候拔去，可算是賢明的處置。(可參照牙科學報第一期第九頁醫學士池方寫作之下頰智齒的分類及拔

## 除法)

症候：他覺的——智齒周圍的炎症狀。在炎症緩慢的時候，掩蔽該齒的齒齦瓣硬結，每每對齒相碰，就覺疼痛(這種狀態中醫解名為角架風)，早晚變為急性炎症，而牙關緊急，比較的早日出現時。等到下頰淋巴線腫脹，以至下頰角領域腫脹的時候，已發膿發骨膜炎。



(圖四第)

置諸不問，就取下列兩樣經過。

(A)潰瘍性口內炎(稀有)

(B)頰骨膜炎 普通骨膜炎最初的徵候是發熱及強度牙關緊急，繼而腫脹。甚至從頰骨周圍峰窩織炎，成為口內腔蜂窩織炎，更甚的時候，并且可見縱隔膿瘍。

有時骨膜炎是限局的，通過頰骨在下頰骨前方一二厘米處，形成膿瘍，後來自潰，變為瘻管，永遠遺留。

年齡男女：本症見於智齒發生年齡十七歲以上者曾就本診所門診約十年間的患者，詳細調查，示其年齡統計時，本症總數八十九人，內男六十六人，女二十三人，就是多見於男性，以二十四至二十五歲為最多，四十歲以上的很少。又五十五歲，六十四歲，八十四歲，各遇見本症的一例。(醫學博士近世齒科學中編：)

疼痛較為早見，這是因為下頰淋巴線腫脹的緣故，頰下神經節受了刺戟的緣故，牙關緊急，在初時，亦是這種神經性，到後當然是炎性緊急。同一理由，又有耳痛。波及到咽喉，就有嚥下困難，繼發齒性口內炎的不少。

繼發症：智齒周圍的潰瘍，若使

# 牙科材料及藥物 (三)

●編輯室●

## 山打力精酒

(1) 山打力 2.0

(2) 純酒精 5.0

(製法) 用乳鉢將 1. 研成細末，再加 2 於 1 內混和之。

(應用) 假封劑，根管壁塗布劑。

## 雷法奴耳液

(1) 雷法奴耳 0.5

(2) 水 1000.0

(製法) 用溫水將 1 溶解。

(應用) 齒槽膿漏，感染根管，潰瘍，膿瘍，拔牙傷口及一般化膿性疾患之洗滌。

## 硝酸銀液

(1) 硝酸銀 10.0

(2) 蒸水 80.0

(製法) (將 1 與 2 溶解，但必須用) 蒸餾水，不得用自來水及井水代替。

(應用) 齶窩消毒，乳齒齶窩鍍銀法，潰瘍面及亞布答之腐蝕。

## C. P. 液

(1) 石炭酸 9.0

(2) 樟腦 25.0

(3) 酒精 1.0

(製法) 2 與 3 混和後，再加 1 其中

(應用) 鎮痛，防腐，齶窩消毒根管消毒，齒科臨床應用最廣之藥品，吾人簡稱之曰 C.P.

## Atinformin 漂白劑

(1) 漂白粉 9.0

(2) 碳酸鈉 17.0

(3) 水 100.0

(製法) 將三者混和然後濾過之

(應用) 齶窩內漂白消毒，根管消毒，化膿傷口消毒等。

## 鑄造用合金

(1) 純金 884.0

(2) 純白金 72.0

(3) 純銀 18.0

(4) 純紅銅 6.0

(製法) 先將 1, 2, 3 三種金屬熔合，然後再加 4 於其中。

(應用) 鑲嵌齒裏裝鑲造，架工齒鑲造用。

上智齒，因為後方尚有餘地，所以絕沒有難生的事實。但智齒若向外方(或向後方)的時候，頰黏膜就許發生潰瘍。也會起牙齦緊急，每下頰智齒的情形相類。甚至蔓延頰部，侵及 Ziegler 氏管周圍，更向下頰周圍擴張結局成爲口腔底蜂窩織炎。

智齒發生年齡前，有起這種症狀的，維理格氏調查 Breslau 大學門診患者 14 一例、一 51 一例、6 七例、一 7 十一例、筆者亦常見幼年人有這種症狀。但有六歲白齒；位置正，切開顯爲肥原的齒齦瓣即治療的實例，這是齒齦囊因某種事情，受到感染(作者以爲是齒齦炎)於所謂智齒難生，實在是似是而非的一種症狀。

必須鑑別的、就是：

(A) 智齒潛伏狀態，雖然是周圍炎，但不是地方狹小或壓迫性潰瘍。屬於單純的潛伏齒。

(B) 智齒蛀蝕。齒齦炎，發發齒齦炎的時候。有時蛀蝕，與智齒難生併發。(智齒是在退化的牙齒，故內部構造不完全，易犯蛀蝕)。

(C) 其他放線狀菌等亦不考慮而不顧。

(D) Vincent 氏齒齦炎或口瘡炎，亦其在智齒附近發生的時候。

治法：治療方針，大約如下。

(A) 從外面用藥法，以平和無刺激的洗滌劑，不斷洗滌口腔。齒齦瓣的慢性刺激狀態，只有嚼咀時覺得疼痛的時期間，一面因爲止痛，

創內，可用 Iodoform 綿紗壓迫，由細菌污染極甚的組織，切除時須注意。

(B) 齒齦瓣下或與第二大齒中間，污物停滯，發生潰瘍時，用過酸化水素液洗滌，塗碘酒，插入綿紗爲宜。

(C) 在化膿性智齒周圍炎，自外面施藥法，洗滌極部，以排膿之目的，施切開，插入 Iodoform 綿紗，命其用百分之二至三硼酸水含嗽。智齒的位置不佳，就那麼治療，難免再發的時候，大抵以拔去爲捷徑。拔牙愈早愈妙。

(D) 在蜂窩織炎，除電法，含嗽等之外，有時拔去智齒(必要的時候用全身麻醉)，插入排膿管絲，每日交換，很容易輕快(參照醫學博士佐藤運雄氏的齒科學通論，或外科書)。并每三小時注射蘇尼西林五萬單位及內服蘇化太仙等，亦頗見效。



(圖五第) 一面將要發作的急性炎症預防計，應該切出齒冠。這種手術，雖然有齒齦除去牙子(第五圖)合用。切開

# 急性齒根膜炎之病理變化及其療法

## 其療法

新會城 梁約翰編  
牙醫師

吾大臨床所見，齒牙疾最普通者，莫如齒髓炎及齒根膜炎之症狀也，今在中國牙科醫學研究會，正是萌芽之際，顧名思義，乃是研究牙科醫學之目的。編者不敏，追隨各先進之後，寫出一齒根膜炎之演變及其治療之方法，特載數言，以冀篇幅，又可藉此研究，錯誤之處在所難免，尚望海內外賢達先進諸公，不棄指教為幸。

急性齒根膜炎，大多是因種之刺戟，齒膜組織於一部或大部份，先起血管擴張，纖維腫脹，而轉入炎症狀態，此為齒根膜炎之初期，所謂單純性炎症是也。

若炎症繼續進行，則齒膜組織之齒根尖端附近，發生多少點狀之化膿病灶，膿汁漸次增加，根端周圍停留，膿汁遂向薄弱之齒槽板處穿破，而滲溢於骨膜下。是為炎症之第二期，即所謂骨膜下膿瘍是也。膿瘍在骨膜下，漸次擴大，但骨膜為極強韌之結締組織，對於膿性

溶解之抵抗力甚強，故膿汁不易穿過，而起劇烈疼痛，一旦破壞骨膜組織，膿汁即達齒髓組織下，便成齒髓下膿瘍，但膿瘍之破壞工作，不斷進行，最後齒髓亦被膿化穿而成膿管，膿汁排出，轉入慢性疾病，是為炎症之第三期，若不加以適當之治療，則變為重篤的疾患如顎膿瘍，上顎囊腫等症，口腔底蜂窩織炎等症。

療法：急性齒根膜炎之療法，先探究其原因，若有非醫之齒石者，立即除去之，清潔口腔，先鎮痛為本症之急務，須嚴守消毒之形成，勿亂用神經針或探針，根管消毒劑力避刺激性之藥物，本症若膿瘍增劇，則起頭痛，失眠，發熱之種種症狀，若膿瘍之初期，可於頰部施行冷療法，晚期則施用熱療法，使膿早日成熟，亦可緩解疼痛，或類類含漱藥水等，則炎症頓可緩解，或內服鎮靜劑，解熱劑等，如亞士匹靈或凡拉蒙等是或抱格魯爾一〇 蒸溜水一二〇 橙皮含利別二〇 調和每十五分鐘服一食匙，或內服抗膿毒片，如蘇化太先等，或注射蘇尼西林等最為有效。

# 關於拔牙後疼痛的原因

曹志明(無錫)

拔牙一技，世人多懷有藐視而認為普通易事，觀乎各大都會小城市之馬路街巷側，大洋傘拔牙攤林立，像上海的城隍廟及北平的廟會裏，此不學無技的所謂拔牙醫生，竟能為病者拔牙，真天當家施展其所謂祖傳絕技，種種怪行，牙醫一業，遂為人所輕視。

拔牙術為齒科學術中之一，雖然是一種簡單而易施行手術，但拔牙所發的偶事或拔牙時所生的反應，屢屢有見，甚至有因此而取死者亦常見，病者多視拔牙如畏途，名醫者施行拔牙唯恐有失，謹慎為之，務求於術時及術後施以適當之處置，可知拔牙，不是人所理想中之最易事，實亦則相當艱難也。

拔牙欠精所引起的偶事繁多，重者如敗血症，降菌菌炎等，輕者如齒牙碎斷齒槽骨創傷或折斷等，因本學報篇幅所限，作者不敏，僅先談及吾人臨床上遭遇拔牙後疼痛最多，其他偶發症，日後再詳述於本學報，拔牙後疼痛之預防及治療法，述之如後。

(一)纖維狀骨膜覆蓋齒槽突起，亦為保護該部下層構造者，此種骨膜質，頗富於血管，感覺少，密接地粘着於齒頸部，當拔牙時，拔牙鉤按置於齒頸部，該組織為其所裂開，施術後疼痛發生之由來，賴此因者亦不鮮，故拔牙之際，須避免毀傷齒槽周圍之軟組織。

- (一)先用防濕法，以無水酒精，清掃齒牙之外表，然後開攪。
  - (二)用棉球蘸揮發性油類如丁香油或布克氏一、二、三合劑等，(可參閱池清華會長著之齒科醫學臨床的展望第四十八頁)轉入根管，其以上以乾燥器反覆吸送熱風，約數分鐘，疼痛可徐徐緩解，於是再用同樣之藥劑，入於根管内，用棉球輕輕封塞，齒根上用碘酒或薄荷精一分每瓶方四分，章烏頭酒 Echinopsa Acute 三分等塗布之，且於數日間避用患齒，不及幾次，則炎症可換散矣。
- 布克氏 消炎劑處方
- 玉桂油 Oil of Cinnamon 10.0
  - 加布力 Phenol 10.0
  - 丁香油 Oil of Cloves 30.0
- 患本症者，慎勿即行拔牙，雖屬殘根，亦須於根炎後，始可施行，否則其患更甚，且易引起患者之誤會。

☆ ☆ ☆

起疼痛，尤以觸及時為甚，治療頗易，用醫骨鑄子，將該銳角突出部除去，後用銳匙刮平滑之。

(三)齒槽骨突起若遇劇烈外傷，有變成腐疽之可能，刺戟常發，疼痛因此引起，除去腐疽之法有二：(甲)施術取去之後，塞患部以沃度仿姆紗布，每日宜更換一次，換時不需用刺戟藥物，僅以生理食鹽水洗滌。(乙)待其自癒(天然的)，但多需時日，病者受苦太多，急不可待，此法不宜取也。

(四)倘患部於拔牙前已受有感染者，施術後常能引起疼痛之反應，凡患此症者，倘若受感染之部份不用銳匙刮之，則偶事之原因常不能除去也，故已受感染者宜用適合之銳匙刮之，該患部並塗以碘酒，然後換塞沃度仿姆紗

布，二十四小時後取出之，患部用生理食鹽水洗滌，再置沃度仿姆紗布於創口，此次不宜緊塞，每日更換一次，數日後創口內生出肉芽組織，紗布可不須換塞，僅用生理食鹽水洗滌，以防食物殘屑之堆積。

(五)用無消毒之麻醉注射藥劑，亦能誘起感染而發生疼痛，存貯為時頗久之麻醉注射劑，不宜用之為佳。

(六)疼痛或由於注射針或拔牙鉗引起齒窩感染而得來，該器械等須於臨用時消毒。  
(七)麻醉劑之濃度與人體不能平衡時，注射後常有引起疼痛之可能性。  
(八)含有古加因成份之麻醉液，宜少用之，以其毒性較人，用後常引起不良之反應，因具有破壞細胞原質等之作用。(完)

# 齶蝕發生的內因說

## 補遺

女牙醫林泰珍(廣州)

齶蝕發生之原因，我們已知，是由於細菌的作用，即口腔內常住細菌如齶蝕菌，把堆積在齒面的含碳酸鹽分解，形成乳酸，使齒牙的石灰質脫灰，次而將齒牙硬組織(琺瑯質，象牙質，白質質等)溶解，崩壞，成爲齶蝕，總言之所謂化學細菌說。但是小兒在臨牀上，聽取患者的質詢，就是如何預防齶蝕？要吃些什麼，才無蛀牙？多食糖會爛牙否？等問題。因此常常想食物與齶牙有何影響呢？即營養與齶蝕的關係怎樣？亦即陳舊了的內因說。是怎樣再解說的？最近在報紙上，偶然看到一二篇關於齶蝕原因的問題，其中亦提到營養物與齶蝕的關係。認爲飲料內含有鹼性鹽類(如石灰質)，質質之多寡，食物中維他命(尤其是維他命C)的含有量等與齶蝕的成立有很大的關係。余爲此特就關於中牙研會牙科學報池方先生，承其供給這一個問題的材料不少，感激

的變化如次：

(一)萌出永久齒的變化——七只的動物，其齒牙硬組織有明顯的變化如次：  
前齒部與臼齒部的琺瑯質一部缺除，在這缺除部見到象牙質深深的侵入成爲齶窩。其最感興趣者，是此等的變化，在發育特別旺盛的大齒及第一白齒每被侵襲。  
。早期飼育的動物，下顎前齒部的齒牙動搖而且發生口臭。此無疑的爲糖類侵入顎骨內的原因。  
。咬合排列不正。

看完以上的實驗結果，我們就知道，齶蝕的內因說是很重要的學說。當人們質詢到小孩子吃糖太多會爛牙否？及其原因，一問題，亦可得以解釋即糖類對於發育中的齒牙，其影響所及就是齶蝕，可爲立證。故如何預防齶蝕，除了口腔清潔潔淨之外，營養問題實應注意。

### 血跡清除法

倘血液滴附於胸掛與衣服時以稀球藻過酸化水素水(雙氧水)拭之立即氧化而消之。

王子農(天津)

之餘，謹將其錄出以作我會員先進之參考。  
在日本有山上甚三郎者，將糖類飼以大，然後觀察牠的齒牙有何的變化。即永久齒未出時在顎骨內發育之時，將大量糖類飼幼小的犬(庶糖葡萄糖，乳糖等)，然後看永久齒發育萌出時的影響怎樣，更而觀察齒牙的發育完成後在口腔內萌出時形態上的變化怎樣。其結果如下：

(一)永久齒芽的變化——造琺瑯細胞的萎縮，變形空泡形成，排列異常，又造琺瑯細胞由琺瑯質面剝離，其間形成腔洞，此腔洞內及周圍見有滲出液的貯溜。其他剝離的空隙，見有異常石灰的形成。琺瑯質排列不正，一部份斷裂，一部份形成多數的空洞。關於象牙質，其外形線很明著，石灰蛋白球的癒合不全。造齒細胞萎縮，空泡形成。又造齒細胞起明顯的網狀變化。且處處均見有在造齒細胞間的出血部。一般的所見齒乳頭內的血管異常擴大。

# 佈告

△本會現開始蒐集全國各地牙科史乘，備作編印中華牙醫歷史一書之資料，惟茲事體大，非賴各會員之協助，難觀厥成，特請諸君就個人所知當地或任何地方之過去或現在事迹，儘量搜羅寄本會，以使彙編成冊，藉供大家參考，有厚望焉。

△本報每期出版，俱準期於每月之第一日，決不延誤，并於出版之日，即由航空寄送負責人，其餘各會員亦隨即寄發，務求迅速，希各亮察為荷。

△本報每期出版之日，即以最閃電及穩密方法分別卷裏按址寄發，但仍恐百密一疏，倘有遺漏或寄失，可向當地負責人補領為盼。

△關於醫事人員申請甄訓之保證書及履歷書兩種表式前經分別附送告罄，惟現接各會員來函索取者日有多起，倉卒無以應命，現為應酬各會員需求起見，特照版付印若干份，如會員諸君確屬需要，希速付寄郵票五百元來會，自當按址寄奉，但數量無多，索取從速，以免向隅。

（欲由航空傳遞者須付郵票壹千元）

## 實用牙科技術圖解

牙科醫師

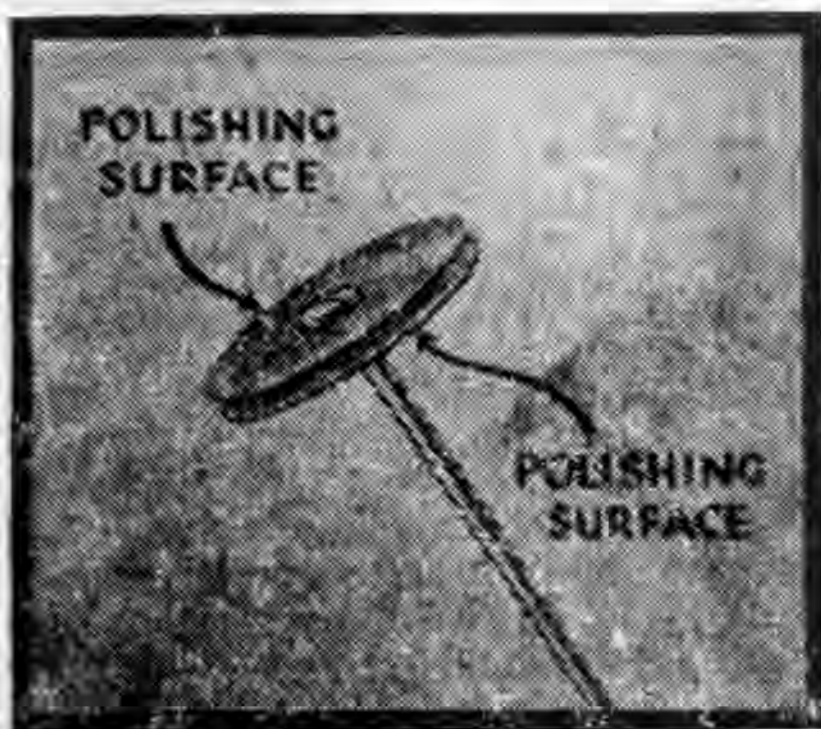
林子賢譯

(1947. Dental Digest)

吾人在臨床上所用之器械及一般操作手術，未必能適應各個環境，但在多年臨床經驗所得者，每每有特長之發現，苟能各地同業將其經驗所得，介紹於同道間，互相研究，我牙科界當有急速之進步，譯者特將最近美國所出之Dental Digest一書，編譯成文，本文乃屬圖解，且其中興味者頗多，且皆為日常臨床應用之小事項，吾人可作參考之用。

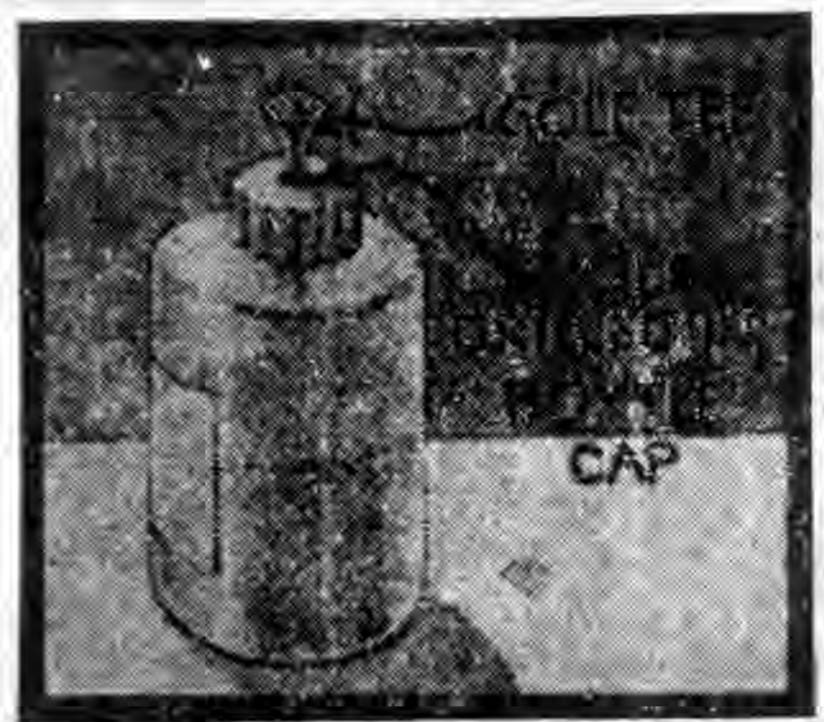
——譯者付誌——

1. 雙面磨光車錢



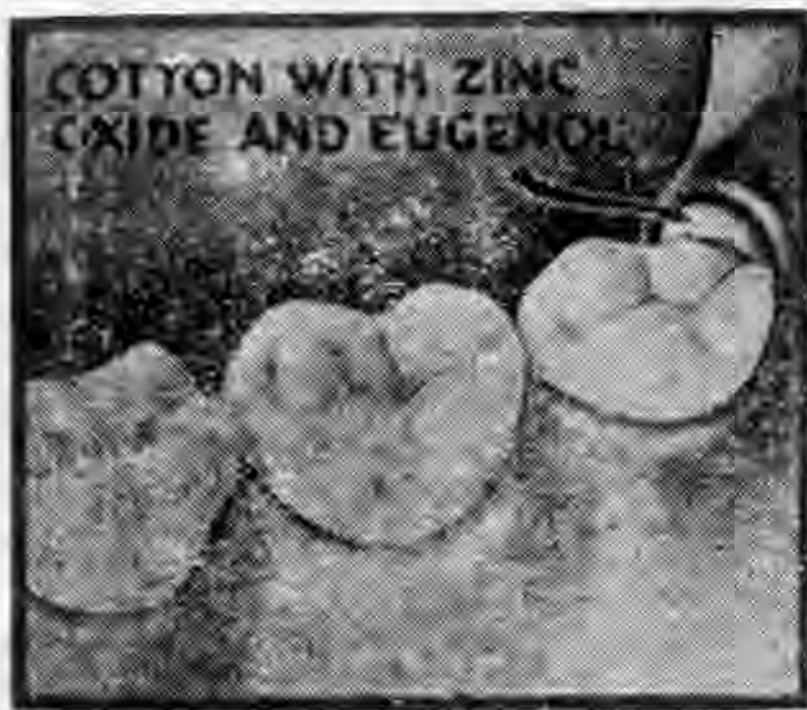
沙紙，沙石，紅晶石，或烏賊骨等車錢，用兩片相背向，裝於車石夾上，則兩面皆有磨光作用，此方法增加車錢之面積并使其堅硬。

2. 簡便藥樽



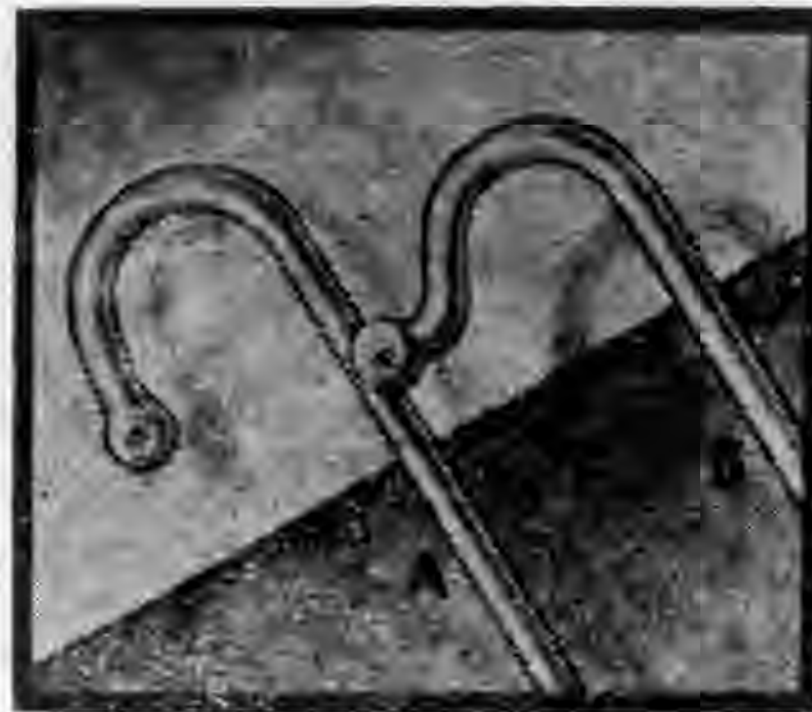
在藥樽蓋上鑽一孔用一「T」字形如圖嘴插其中，當用樽中藥液時以兩手指夾於T形嘴，可迅速取出及塞閉，以免扭轉樽蓋而關閉之麻煩。

3. 牙冠周圍炎拔齒前之處理



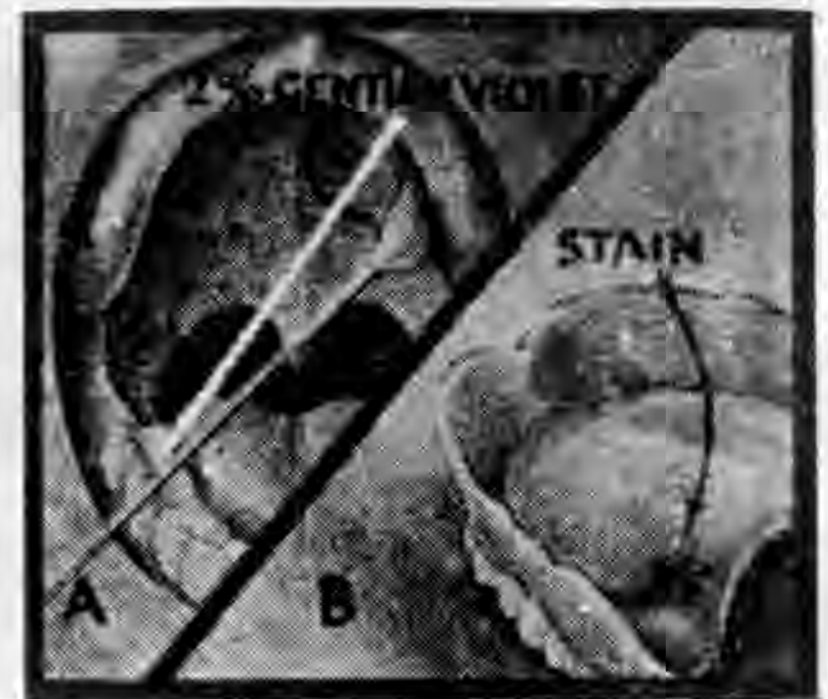
下智齒周圍發炎，於拔除前可用一小塊棉花塗上氧化鋅與丁香油精之混合劑，插入智齒遠心面之牙齦隙中，此敷料在拔牙前保持二十四小時，此種處理有殺菌及安撫之用。

4. 改良口涎吸管



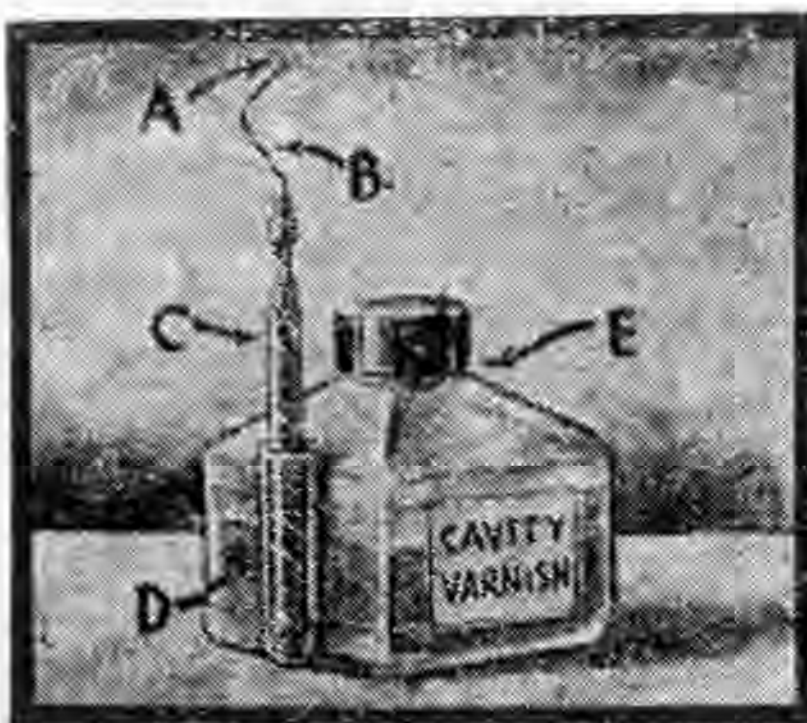
通常之金屬口涎管易刺激口腔底部之組織，若將A圖金屬管，改形成為B圖形，則減少對組織之刺激，即將舊形管以火加熱，用一適當之鉗，曲之使成F形。

5. 改正全口牙托之發痛區



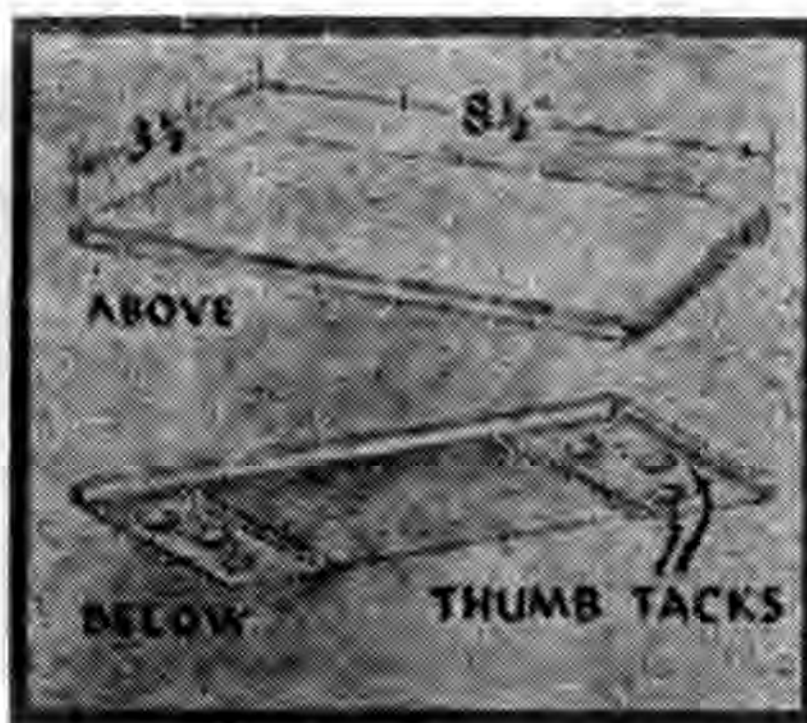
先使牙托乾燥，用面分二之龍胆子液，塗在因牙托所致之發痛組織上，戴上牙托至正當之位置，然後取出，則龍胆子之紫色染於牙托上，即表明壓痛之處，利用此法，便於除去此點，且龍胆子有消毒之作用。

6. 牙洞塗液瓶及其搽液器



將不銹鋼絲之一端作成環圈，如A，以一小片玻璃紙啣接之，并曲此鋼絲成W圖形，然後固定此絲於牙鑽柄上，C圖，挿此柄於有底之玻璃管中，如一刀鞘，D圖，用一帶繫於瓶側，此環圈上之玻璃紙係一良好之搽液器，此瓶之蓋，宜用凡士林油搽之，以免黏連，E圖。

7. 輕便調劑板



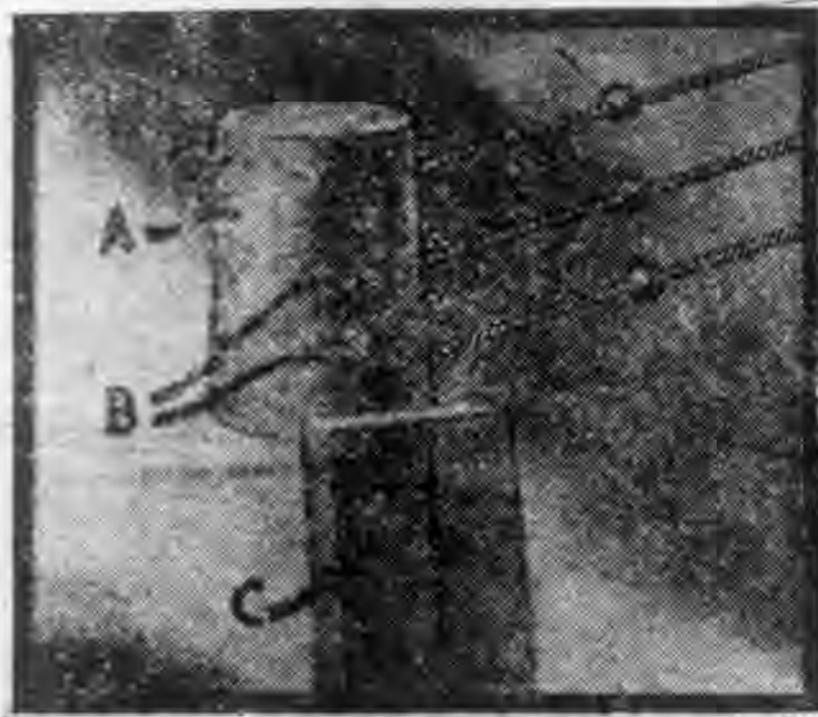
木板，長8.5英寸，寬3.5英寸，用厚蠟紙約四十張，置於板上，用鐵釘固定於板之另一面，用以調合「氧化鋅」香油精」糊劑之後，則將蠟紙除去一張，每次如此，清潔便利。

8. 精美單牙模型



包X光片之鉛片，用以圍包單牙陰模型之周圍，(A與B)，然後注入人造石粉調劑，以此法所造之模型光滑精美，(C)，且其模型之長度，易於把握。

9. 使注射針頭均勻鋒利之法



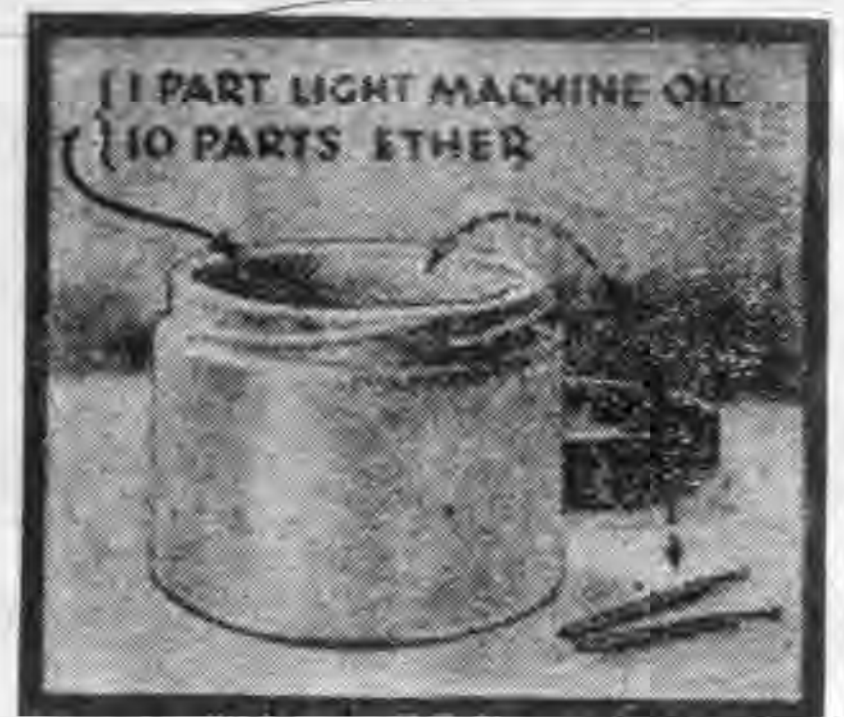
將針頭插入軟木塞(A),其針尖之斜邊,突出於木塞之面(B),用水濕之細磨石(Arkansas Stone),(C)擦磨針之斜邊,則獲極鋒利。

10 阻塞腮腺口涎之法



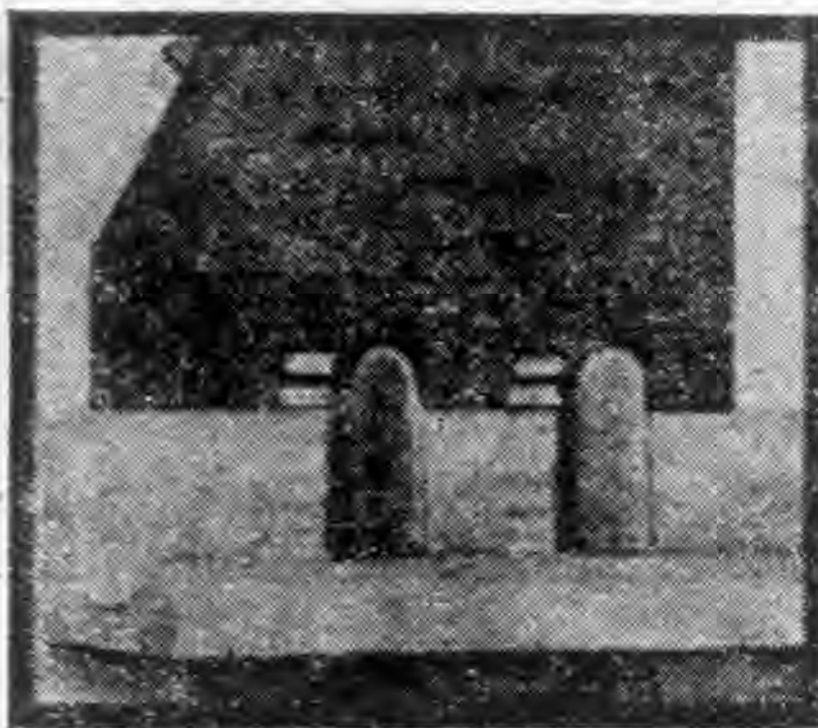
撒播牙托粉於棉花紗條上,將紗條置於腮腺管口,則可阻止口涎流入口腔內,以便施行牙科手術。

11 車針保護法



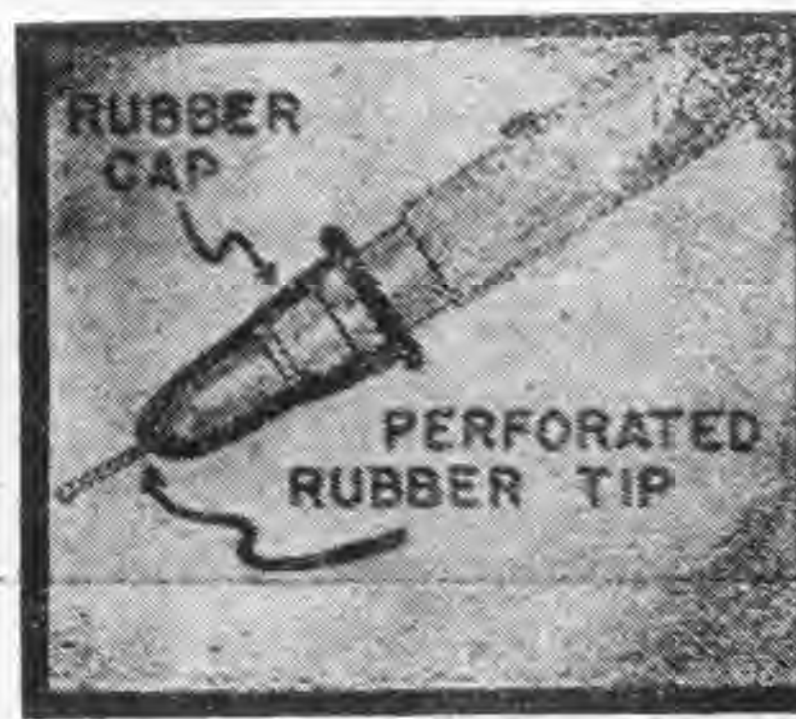
當車針清潔及消毒之後,浸入於混合劑內,此劑含輕機油一份,以太(Ether)十份,取出車針,待其乾,則以太飛發,留一薄層之油,附於車針上,防止其生銹,用一冷樽而瓶口有螺旋蓋者,盛此劑最佳,但隨時應增加以太於樽中,因常飛發也。

12 粘膠約期單



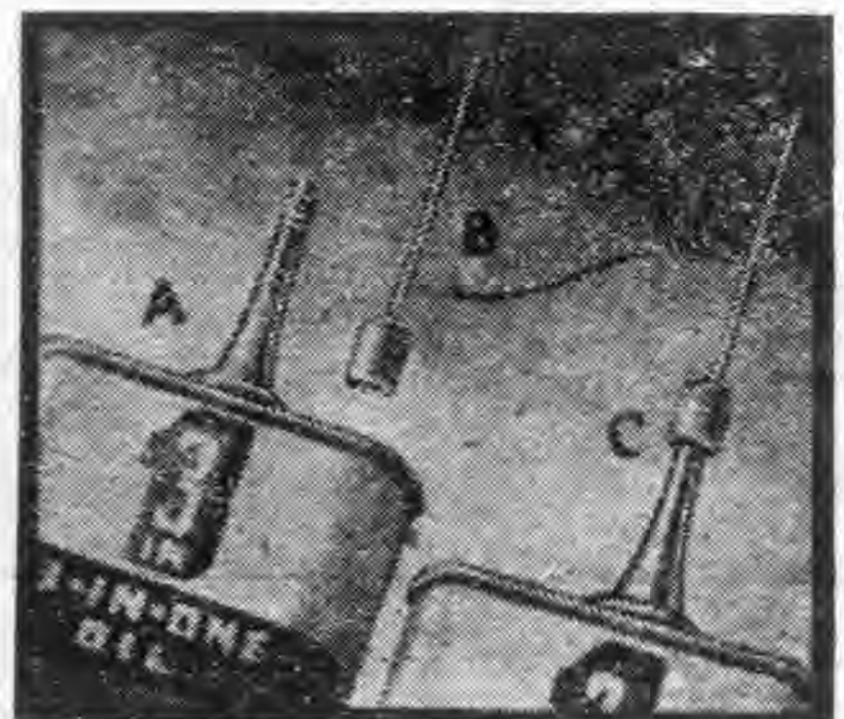
多數患者不易保留其約期單,故常忘記牙醫師所約定之時期,結果遂將日期或時間弄錯,用一有顏色而帶粘膠之約期單,囑患者返家,貼於牙刷陳列處,當擦牙時必看見,以免忘記,或者貼於日曆表上亦可。

13 車頭保護器



用派門汀液滴管之橡片嘴,在其端開一孔,套入車頭,凡用車針或車石夾等,挿過孔,上入車頭,則保護外面之片末或水等入車頭。

14 長嘴油鎗



用舊之二十號注射針頭(.B)上入油鎗嘴尖(A)則使嘴加長(C)凡用微量油之時或難達到之處,甚感適宜。



15 牙醫生的面罩



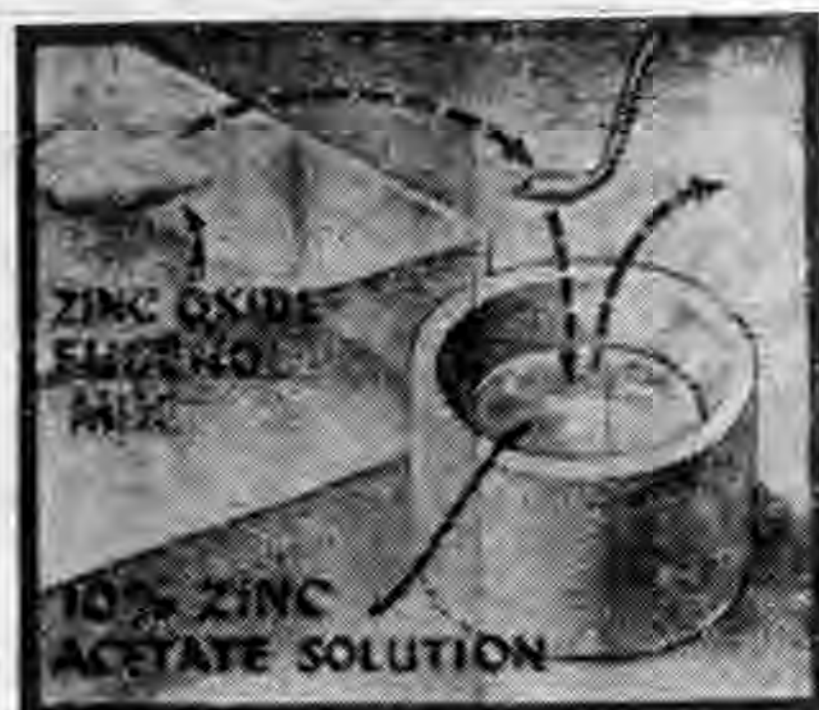
治療霍森氏口炎或作潔牙手術時常沖洗口腔，而患者口內之水流或不潔碎塊（如牙結石），常噴射達醫生面部故應戴一面罩保護之，此罩前部透明，并能推起至頭上，且能隔離患者與醫生間之其他傳染。

16 手術衣之保護袖



患者之頭髮，潔而多油者有之，不潔而無油者有之，故醫生手術衣之左袖，常受污染，為保護計，可剪下舊手術衣之袖，戴入左臂，用針固定於肩頭，以保護內層之衣。

17 氧化鋅丁香油精糊劑迅速凝固法



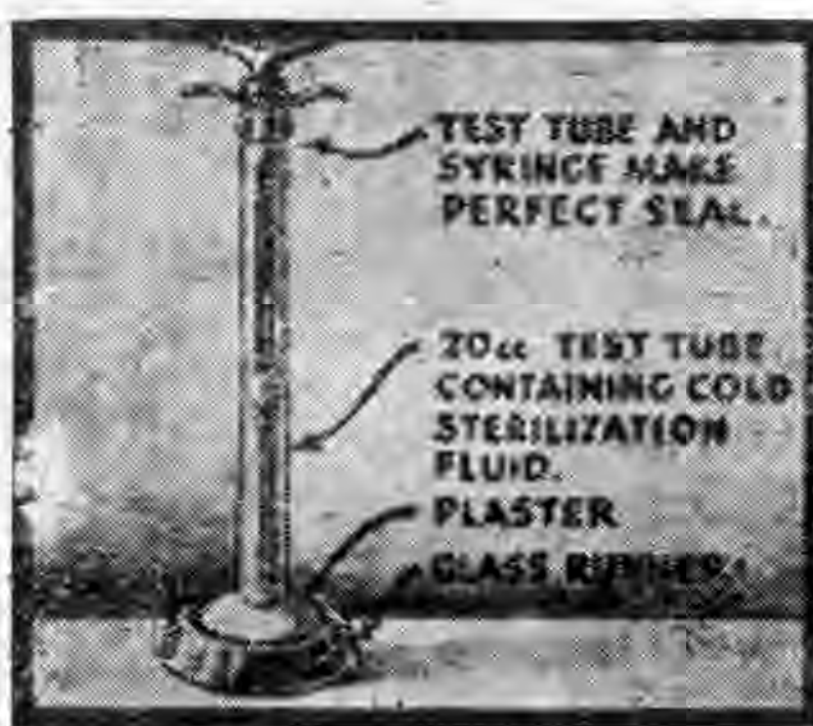
氧化鋅粉與丁香油精調合後，塞填於窩洞內，不使牙齒變色，不影响剩餘糊劑之凝固時間，而使其迅速凝固，其法，用一器（如圖）取調合後之糊劑，浸入百分之十醋酸鋅液內，取出後填塞窩洞內，其器之填塞端可再浸入該液內，以防該糊劑之沾連其糊劑之凝固時間，雖賴調合時之濃淡而定，但在正確調和之下，其凝固時間，不致延長五分鐘。

18 除去調劑板及調刀上泗門汀之法



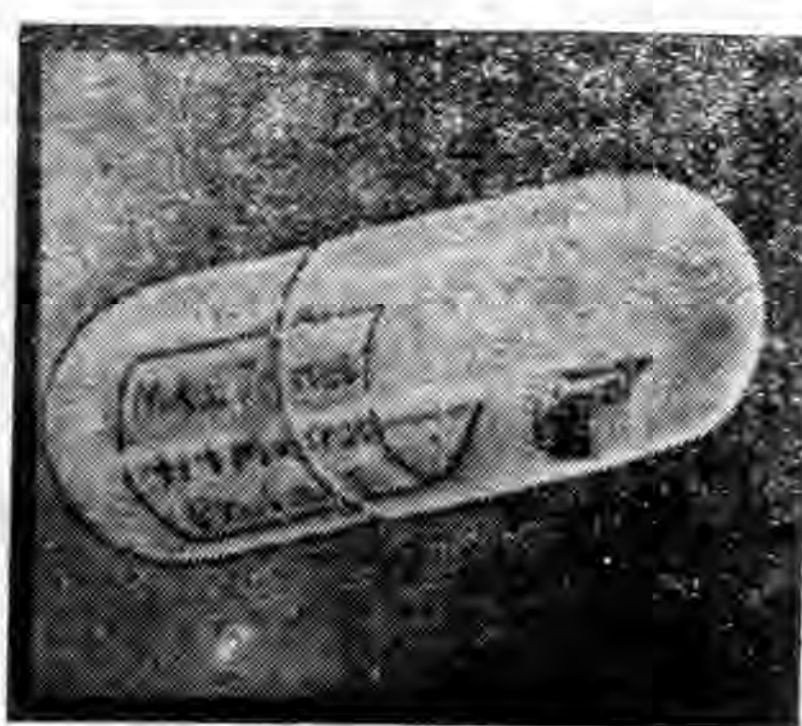
兩湯匙小蘇打溶於四分之一加侖水內將此小蘇打液，用一玻璃盤盛之此盤長18吋，深四吋，寬六吋，糊有泗門汀之調刀或調板，置入其中十五分鐘，則泗門汀自行脫落，而刀與板可避免機械之刮痕。

19 注射器便利保持管



二十立方公分之玻璃試管用石膏固定於巨底之玻璃碟上管，中盛冷消毒液，常用之注射器及針頭，直懸於管中，便利而經濟。

20 金印臘收藏盒



當印臘備妥後，易於失掉，或錯亂，可用一透明膠壳盒裝之，并寫一小紙條，記明患者姓名，置於盒內，異常方便。

# 時人介紹



東京齒科醫學士  
千葉醫大醫學士  
柳步青君

柳步青君為粵省大埔人，早歲畢業於國立中山大學預科，民廿三年赴暹考得暹京中華總商獎學金派送赴日留學廿四年考入東京齒科醫學專門學校，與本會會長池清華君同意共視，以聰明天賦，復兼潛心向學，故成績優異，為師友所器重，卒業後本擬返國報效國家，惟以中日事變所阻，迫得含怨在日繼續求學，先後續在東京帝國大學醫學部預科及千葉醫科大學本科畢業，以成績卓越青出於藍故，得留任千葉醫科大學內科學教室助教，我國留日學生而獲充此種醫科助教者，當以柳君為第一人，為我國爭取光榮體面，考我國內以專門牙科而兼醫學全科畢業如柳君者，尚屬鮮見，誠為不可多得之人才，去年八月經過幾許困難，自日返國，前後在日計十有二年，中間備嘗艱險，誠足稱為苦學成功之鉅子，回國後即充任上海牙醫專科學校教授兼附屬醫院醫務主任，現任上海南洋醫院內科主任等職，行將展其抱負，豈特造福於國家民族已哉。

# 臨床例報告作法之介紹

編輯室譯

## 拔牙時失敗的珍例

野村信太郎

編者按：要造一牙科學術的文章，不是件容易事，因為第一要有基本的學問，第二要有相當的參考書，第三還要憑寫作的經驗；但是造臨床功夫者，對於臨床的珍貴症例當然不少，而且值得報告出來，茲摘譯文可作為參考範本。

拔牙施行之時，吾人往往不注意牙齒壁穿孔，至成治療上的困難。茲篇為述一個失敗珍貴的現象，而為余所感頭眩者的一個臨床例，希閱者先進賜教，參考，研究之。

患者：藤原清 三十一歲。業農。

初診：昭和十三年二月八日。

既往症：家族歷未記入。患者身體素來康健，從未患重篤的疾病。

現症：体格強壯，營養佳良，全身並無何異狀。下顎[6] [7]齶蝕。四五日前該部會患劇痛，睡不安枕，昨夜因之失眠，今越過四里之山地來院求診。

診斷：[6] [7]單是齶蝕，[6]齒髓炎依法用亞砒酸失活劑假封命歸去。

經過：一日間休息二日再來，痛疼止，異狀無，即以車針將髓蓋開放，如法第一回便用拔髓針拔髓未果，同樣操作三回，患者起貧血現象，畧事休息，數分鐘後回復與前同樣操作又二回，後再起貧血現象。此時發見該頰部有一小傷口，用拔髓針插入，破髓壁而突

入。於是用沃度紡線棒插入貼封，患者煩悶而去。二小時後患者再來，并覺空氣由小傷口處入，耳亦可聞。診斷之下見該下顎的對上頰部頰部腫脹，觸之有握雪樣感。壓之見小傷口處有空氣泡，然并不大，乃命用濕布冷洋而去。翌日午前九時來院。患齒仍無何異狀，惟頰部之腫脹益大，但已無昨日之握雪感，乃屬皮下氣腫，頭部兩側，肩之前面胸部廣範的腫脹，呼吸困難，遂命安靜并清其請內科醫診治乃歸去，二三日之經過未詳，四日後得其通知稍良好，因安靜之故云。經過十日後再來院已復元，腫脹消失患者甚感激，惟此現象在齒科治療上實屬稀有，其理由為何？願提出并求賜教。

# 談談中國齒科醫事

東京齒科醫學士柳步青  
日本千葉醫科大學醫學士柳步青

作者一向僑居外地，不諳國內情形，本來是沒有資格來談及這些問題的，但以新近觀感所及，不能無動於中，所以想借這牙科學報的珍貴的篇幅，來說點小小意見。

近百年來我國戰亂頻仍，事事落後，一切事業沒有一件能夠弄上軌道，軍閥割據和官僚政治，固然是個原因，但我們學科學的人不努力，不合作和不求長進，也是一件不能掩飾的事實。譬如就拿齒科醫學來說吧！幾十年來簡直可以說是等於沒人過問，就是間中有些吧，却以為齒科學是他們可以獨佔的東西，因為讀齒科的人數比較少，他們都以為自己是天之驕子，要他們一手來包辦，他們從來沒有徵求過新與同道的意見，也沒有要求過新與同道們去和他合作，抗戰勝利之後，大都會裏有的都是些新興人物，和英氣勃勃的青年醫者，但他們可都不大放在眼裡，仍然是墨守舊法，一把手拿著不放。真是「目光如豆」呀！世界上的事，不是幾個人就可以幹完的，幾個人縱使就有大本事，幾個人忙，根本也是沒用的，事實上，一個人就是會跳，也跳不上三尺來高。我想這些人都是中了些前清末期遺留下來的封建餘毒和排除異己的割據思想。科學根本是沒有疆界的，更不應該，有甚麼派別。我想除開喪心病狂之輩不與談外，都應該大家一致聯合起來，應該有個組織，這種組織應以青年醫人為中心，老牌同道為後盾，把所有齒科醫界的人材集中起來，戮力合作，成立一個全國性的齒科醫學會。會弄好後，第一件應做好事情，就是首先要把齒科醫學用語統一，和編訂齒科醫學教科書。

關於齒科醫育問題，我想分為三段做法：第一段是借助國立大學醫學院的現有設備加辦

齒科系，去造就專門齒科醫師。養成幾位齒科教授；第二段是多辦幾間專科學校程度的學校，這種學校，我想在我國現在情況下，齒科專科緊要，因為這種學校的目的，是在造就實地的臨床人材，年期當然要比較短些，一般學生在高級中學畢業之後，進這學校讀三年理論，一年臨床，就可以出來實地執業，中國齒科醫師的絕對數比文明國家少，所以在培養國家需要的齒科醫師數量上講，和一般學生家庭的經濟能力實際情形上講，這種學校，的確有多辦幾間的必要；第三段是將現在所有未經正式學校畢業而在執行業務之鑲牙業者，再加訓練，即在第二段裡所設專科學校裡，加設夜班和講習所，專門收容這般人物，使他們能得到讀書的機會，和有應付考試的能力，在先進的國度裡，像這樣沒有醫學知識，在作醫事行為的人，本來是要取締的，但在我國的現狀下，取締起來恐怕又有很多的困難問題發生，所以只有講究再教育的方法最好。

齒科醫學會的組織方法，我想應以國內外正式學校畢業者為基本會員，其他有願加入者得由會裡審查定名為名譽會員和替助會員，由這齒科醫學會選出負責人員，去做用語審查工作，和請求海內外專家擔任編纂齒科醫學書籍事宜，齒科書籍應搜集英美德日各國專門書籍為藍本，並參入各編寫專家之臨床經驗，行文最好是口語體，敘事務求簡潔明瞭，中國目下的齒科出版事業，簡直可以說是等於白紙狀態，所以這也是目前急切應加注意的一件要務。

名詞審查，應由齒科醫學會組織專門分科委員，草定審查方案，專門人材不能集中在一起時，應仿照從前博學會等審查醫學名詞時的辦法，由委員會選拔幾位丁原文，想出幾個適

當譯名，用油印寄往各地，再由專家開會討論圍定，多數取決。這樣不但不用集中專門人材於一地，即以今日各地交通不便着想，也可以省錢省事。我相信這種做法，不到幾月工夫，就可以將普通應用的名詞統一起來，作為編寫書籍的基礎。不一定要根據什麼人員的決定，因為要等他們做起事來，恐怕又還要打打官話，保不定夜長夢多。

總之，我國的齒科醫學，比先進國家落後，近一世紀，在這種情形下，唯有應用「抢救」方法，不容再唱高調，只要是為中國齒科前進有利的事業，大家都應該一致聯合起來「去救」，去救忙。

最後關於「牙醫師」和「齒科醫師」的命名問題，作者還是贊成應用齒科，因為牙和齒的意義根本就不一樣，「牙」是用來裝飾的，「齒」是用來咬東西的，所以熱帶地方的「象」，除了露在外面用為裝飾的「象牙」之外，嘴裏面還有可以咬東西的「齒」；還有醫科裏面的分科中有內科醫，外科醫，眼科醫，耳鼻喉科醫，從沒有聽過內醫，外醫的；：，為什麼只有牙科被稱為牙醫師，而不叫牙科醫師呢？

## 齒鏡曇免除法

牙醫師使用齒鏡，放入口內每為曇所蒙，以致視線不明尤以冬季為甚。免除之法如下：

- 藥用棍 一〇、〇
- 硼酸粉 二、〇
- 溫水 五〇、〇

溶解後入於漱口瓶中，齒鏡使用前浸於藥水中後用乾布拭乾使用之，既能消毒又可免曇。

# 世界牙科名人介紹



(三) Dr. Willoughby D. Miller  
口腔細菌學之父米勒氏  
(1853—1907)

米勒氏1853年八月一日在美國誕生，乃一口腔細菌學專家，1883年發表「口腔內的腐蝕」及「細菌與腐蝕之關係」等理論後，確定腐蝕的病理基礎，當時學者已知口腔內之酸對於腐蝕有密切關係，然對酸之作用原理尚無所知，氏於此時發揮個人「若無含水炭素則無酸，若無酸則無腐蝕」之見解 Without Carbohydrates No acids. Without acids No Caries 斷定酸之產生乃由口腔食後渣滓與細菌化合而起發酵作用，於是倡導口腔衛生宣傳，齒牙疾患之預防始漸為世人注意，氏生平最偉大之貢獻殆無逾於此，米斯譚大學因此贈以名譽學位，其後繼赴德國任柏林大學牙科教授歷式拾餘載，在此期間，對於研究學術未嘗間斷，並推進牙科教育，造就才人不計其數，1907年返美，就任米斯譚大學牙科部長之職，不幸就事未久旋患盲腸炎症，藥石無靈，遂於同年七月廿八日與世長辭，享年五十四歲，統其一生所撰有價值之論文凡八十七種以上，逝世噩耗傳以後，舉世牙科界咸自悼惜不已，萬國齒科醫師聯盟會更發起米氏獎學基金，以紀功績，各國牙醫界紛紛踴躍捐輸，結果湊集壹萬金元，指定獎贈有功之齒科學者，計第一位榮獲此獎牌者為美國布克氏，（早於第二期學報介紹）。

## 細菌的問題

牙 黃明道（廣州）

我們在臨床上，什麼都講究消毒，然而消毒的對象是什麼，其最大的意義就是，將齒科臨床上應用的器械，品物，患者的局部，術者的手指等，加以將細菌消滅的一種行為，換言之就是如何使得其無細菌的存在，亦即使細菌再無毒作用的一種行為所謂一種方法是也。因此在講求消毒，最先就要了解細菌。關於細菌的問題，在中國很多的書本上都有講及，開者先進者可以看看。此次僅就遠方地的閱者，因恐一時未有此類的書籍故簡單的來敘述一下，使得有個概念而已。同時還得本會副會長池方先生的指導與協助始得完成，且先生乃余之恩師，順筆至此，謹表敬意與感謝。

### (一) 細菌的分類

a. 球菌：圓球形，其分裂方法，最初長成卵圓形，中央部狹小，遂由此而分裂為二個球形，因而成爲二個球菌。

b. 桿菌：細長的桿狀形，棍棒形，有兩端純圓的，有兩端尖形的。

c. 螺旋菌：沿長軸屈曲。其大小，長短有顯著的差異，兩端純圓，或兩端尖如鞭毛樣。

### (二) 細菌的構造

細菌的構造有被膜，核，原形質等，惟無一般動植物樣的明確。其

他亦有被膜，鞭毛，芽胞等的。

a. 菌膜：在原形質的外層，乃一菲薄的膜，且有一定的硬度，柔軟，彈力性，藉之保持細菌的形態。

b. 荚膜：是一極而厚的被膜，是非染性的，用普通的染法，不能染上。此荚膜係一種防禦物質，在動物體內可見，人工培養則否。

c. 鞭毛：係由細菌的原形質被膜出發的，乃一種極細細絲狀的，作爲一種運動器官的，亦屬染性者。

d. 核：實際上非如細胞的明確，只由「機母沙」氏染法，始能見的菌端部的極小體。

### (三) 細菌發育增殖的條件

a. 營養素：在適當的攝取狀況，細菌遂得發育增殖。

b. 溫度：在適當的溫度 $37^{\circ}\text{C}$ ，又或低溫及或高溫而發育者亦有之。

c. 培地的關係：細菌的發育增殖最好是中性或弱亞加里性有些是變好非常酸性的。

### (四) 細菌的生活現象

a. 物理學的現象：1. 固有運動鞭毛（運動作用）。2. 分子運動（舞蹈振動移動）。3. 趨動性（自動的向刺激方運動）。4. 發溫作用

5. 發光作用。

b. 化學的現象：攝取水溶性的營養物而作成細菌自己的體成分稱爲

同化作用。分解體成分或酸化作為異化作用。此外有瓦斯的發生。酸或  
 的形成。硝化水素，蛋白質的分解產物，也形成。硝化作用。酵素  
 等的化學現象。同時會產生種種毒素，對於人體足成爲病原的，即1菌  
 體外毒素；係在細菌體外分泌者。菌體內毒素：係細菌自體死，其毒素  
 或菌體的崩壞產物，而對人體成爲毒作用。至於其化學的退化作用有：  
 腐敗作用，類化作用，酵素作用等。

（五）細菌的死滅

細菌的死滅分有物理的和化學的兩種作用即由此令原形質崩解及原  
 形質脫出而死滅。但細菌對於物理的或化學的抵抗力在各種條件之下而  
 異如：

- a. 細菌的種類：桿菌抵抗力最強，球菌次之，螺旋菌最弱。
- b. 有芽胞者抵抗力強。
- c. 溫度與乾燥：高溫抵抗力弱，低溫抵抗力較強。
- d. 光線：如日光，紫外光，對細菌的直接作用時，促其死滅。
- e. 化學的藥劑：阻礙細菌的發育或導其死滅。

（六）關於消毒

消毒是一個普通的名詞，其中含義實有（一）滅菌即殺滅微生物的

醫 術 精 尤 貴 有 德

近世醫學發達一日千里，昔之以爲最新者，  
 今則目爲陳腐。此不獨醫學爲然，即其他科  
 學亦皆如此也。會長池氏昆仲，早歲負友東瀛  
 ，專門齒科，歸國後歷任各醫院齒科主任有年  
 ，暇時執筆著述，孜孜不倦。筆者遠處漢學，始  
 牙醫業垂三十年，然自念所學未精，深以未得  
 新智識爲憾。客歲蒙池君不棄封非，屢以所著  
 關於齒科治療各書見贈，遂使茅塞頓開，今而後  
 始知科學一途日新月異，非繼續研究不足以應  
 付目前種種巨難者也。昔者池君昆仲本其勇往  
 邁進精神，在種種困難中牙研會，及創辦牙科學社  
 ；誠爲適應時代需求之舉業，亦爲我牙醫界有  
 史以來之空前組織。瞻望前途，實覺無限曙光。  
 夫醫學一門，較諸其他科學爲難。病者求  
 醫，目的在乎能愈，兼求速愈，以其信仰之心

牙 科 蘇 少 棠 (漢口)

，委諸于醫師之手，苟我學業不精，經驗不足  
 ，貿然診治，差之毫厘，失之千里，其結果不  
 但不能愈而其影響大之，足以戕賊生命。小之  
 亦可延誤病者。治療過程常有內誤診而致死亡  
 觸犯刑章，陷身錮網者，比比皆是；故口醫實  
 術精。欲求醫術之精，則非博覽群書，參加學  
 術團體互相砥礪，探他人之長，補一己之短，  
 孜孜研究不爲功，故歐美醫師常有執業多年後  
 再行入學研讀，以求新智識者。彼等學識非不  
 淵博也，經驗非不充足也；蓋以現代科學進步  
 奇速，謀新智識之增進也。

爲目的，貧病之人，身罹重症，僥倖人以手續  
 過繁，非重金不爲治，其人非不欲治，惟限於  
 資財，祇有坐而待斃耳。反之不問診金多寡，  
 人之貧富，一本人類同情之心，代爲診治。又  
 有少數即病者，貪圖小利心理，同業所不能  
 爲者，我能爲之，不問材料藥劑之優劣，及合  
 乎衛生與否，使用之久暫，用劣質物而獲同等  
 之效果。不知材料代價者，其質必優。良  
 劣質材料，代價雖低，維持永久。使用之後，  
 優劣判若，設有道經之心，當時必對病者詳解  
 其用料之理由，贊成者，爲之診治；否則任彼  
 他去，不以目前之利而貽人詬病，則醫師之  
 德備矣。雖然吾人生存斯世，不能遠離衣食，  
 業醫一如其他各業，依此以謀生存之道，純  
 義務，勢有未能，此不過對貧而無告之病者專  
 施援手，以誠人生之職責而已。中國牙科醫學  
 研究會，徵求會員，發表言論，筆者以會員之  
 一分子，不揣簡陋，勉草斯篇。

全部及芽胞（二）消毒，即殺滅細菌而用比較弱的方法（芽胞則不能滅  
 ）（三）防腐法即抑制細菌的增殖。所以這個普通的名詞我們應該用滅  
 菌法。而關於滅菌法又可分爲物理的及化學的二種：  
 物理的：——a. 乾熱：利用乾熱滅菌器，熱度在150—160°C三  
 十分鐘左右將微生物或芽胞炭化而殺滅之。b. 燒却法：利用火焰直接將  
 菌體滅。c. 濕熱法：用100°C的水在六十分鐘以內將微生物及芽胞殺滅  
 。d. 間歇法：專爲殺滅芽胞，最有效地利用間歇的熱度。e. 低溫間歇法：  
 5—10°C。每日三少時，七日間而滅菌的方法。  
 化學的：——1. 石炭酸。2. 苛性鹼。3. 漂白粉。4. 升汞。5. 碘酒。6. 酒精。7. 來  
 同，本藥劑蛋白質的凝固作用少，使便溺的消毒使用之。他如全層器  
 械亦可用惟對於皮膚有腐蝕作用故不適用。8. 拉蘇。9. 亞硝酸。10. 來  
 無害作用，故手及皮膚的消毒使用之。11. 昇汞。12. 碘酒。13. 酒精。14. 來  
 白質的凝固力強，故使，便溺使用不宜。15. 方麻速。16. 酒精。17. 來  
 溶液有強力的殺菌性，因有揮發性強臭及蛋白質的凝固性，故于指皮膚  
 ，痰，便溺等的消毒不宜。室內，家具，衣類等可用之。18. 酒精。19. 來  
 于手指，注射針，注射筒等的消毒可用。20. 漂白粉。21. 來。22. 酒精。23. 來  
 ，飲料，污水便所等消毒用之。24. 雙氧水。25. 來。26. 酒精。27. 來  
 劑。28. 沃度丁。29. 碘酒。30. 來。31. 酒精。32. 來。33. 酒精。34. 來  
 使用之。35. 酒精。36. 來。37. 酒精。38. 來。39. 酒精。40. 來

# 日本降伏前後目擊記

柳步青 (上海)

按本文在時間性上雖發表遲遲，但在歷史性上仍不失其價值，因當時在日軍日本戰時之被轟炸與投降詳情，作者身歷其境，故能歷歷如繪，如數家珍，讀之更有一部戰事影片無異致，大有野乘隨筆之興味，故特刊出，相信會員諸君亦以先睹為快也。

編者

這裏是寫些關於日本帝國主義者被轟炸得最利害，和它決定投降前後的情形，因為作者在這些場面裏，都會親身親眼的體驗過，觀察過。由它向中國挑戰時起，一直到和英美開戰，賽班攻陷，破滅失陷，沖繩上陸，原子炸彈，以至於無條件投降之日止，自己都沒有離開過日本一步。這次是拿東京中國代表團的幫忙，坐飛機回來的。回來後，許多的朋友，都想聽些關於日本方面的情形，我作了幾次簡單的報告，他們都好像很滿足。現在索性就把我所知道的事實，零零碎碎地寫些下來，以代替我的拙劣口舌。但我所知道的，都是些東京和東京附近的情形。中國留學生最多，和始終被炸得光禿的京都，投降後我還沒有去過，但在那方面，可以說是「一無防備」都會，而且也談不到戰災，所以這裏只好不說。

大概，日本被炸封鎖得好像一個孤島，和世界各地，尤其是和我們祖國消息完全隔絕，是在去年八月十五日以後吧！十五日以前的情形，由他們自己的御用通信機關裏，雖然是諱莫如深，但也總還可以想像一二，十五日以後，住在那邊的人，除了外國通信社裏，傳來些祖國的政情斷片之外，關於自己的家鄉消息，朋友下落，就好像墮入五里雲霧之中，摸不着頭腦了。住在國內的朋友都在抱怨，說我們爲甚麼不和他寫信，其實那個何嘗不會寫過三五封信——這是我敢代表在日各人代行辯白的。大概是都被退回來，同時發出的幾封信，退回來的時期，可都不在同一時期，好像過了三個月退一封，三個月又退一封，那麼我們想想其餘的三四封，是一定寄出去了，那知再過半年，其餘的三四封，又陸續的退了回來，聽說是國際匯兌不通，郵費無法計算的緣故，外國的信件一切不能運送，這樣，我們發信等於白發，所以以後也就索性不再寫了。

美國空軍由賽班島駕駛 B 29 來轟炸東京，記得是在前年十一月開訓練演習時島上陸作戰正酣的時候吧！那時每次最多不過是九七十機，而

且他的轟炸目標，又是些郊外的飛機工廠，間有一二個燃燒彈落在都市裏面，也就立即被他們消滅，到處他們都以爲他們的防空設施是毫無缺陷，而日在雷市裏面，也時常可以聽到他們自己撲滅燃燒彈的經驗談，顯得他們是好身手。事實上就運我們也並不覺得可怕，當美機飛來轟炸時，我們總是躲在門外看，看他們的空中戰，和高射炮彈的炸裂，其中有一架半架被他們川戰鬥機打下來了，他們都歡喜得要命，同時看見他們自己的戰鬥機被美國機打下來了，他們便默無言，的確，那時的空襲，是脫不掉一種非島作戰的牽制性質的。但自去年三月十日的夜間空襲後，情形可就兩樣了，三月十日的夜間空襲，不但是飛機的數量多，（據發表是二百五十一架上下），而且那天晚上的風也特別大，轟炸目標，本來是集中在城東工廠地帶的，但因為風括得大的關係，不到半夜——其實只有三個鐘頭——就把東京市內工廠地帶的本所區，城東區，向島區，商店街的淺草區，本鄉區，神田區，下谷區的一部份都燒光了，除掉上野驛，上野廣小路的松坂屋百貨店，淺草對過的札場啤酒公司，本所的同愛病院以外，其餘遠近聞名的兩國「國技館」淺草松屋，淺草觀音堂，吉原花柳街一帶，也都化爲烏有了。本鄉區由「御茶之水」驛起直至三丁目區役所東京帝國大學一帶的書店，醫療器械店，也都燒光，但東大只燒去齒科科病室，和看護婦宿舍的一部份，最慘慘的是「順天堂醫院」，周圍的房子雖然是燒得精光，但他那三座房子，却依然是在着。那天晚上，聽說燒死的，一共就有十一二萬人，因爲大家還不知道逃命，只聽得聽從當局者的指揮，往防空壕裏躲，所以火勢燒得利害的時候，一半都是悶死在壕裏的。當時由千葉開往東京的電車（總武線），只能駛到「市川」一站，市川以後由「新小岩」站起至東京，簡直是一望無際的廢墟，和大小不齊，高低林立的烟筒而已，最利害的一段，有的連車路上的枕木都燒掉了，聽起來好像有點令人不能置信，但只要你親往前往一看，就要知道那時的火力猛烈，埋在泥土中和碎石裏的枕木，當然是燒不完的，但露在外面，和架在陸橋上的枕木，的確是完全化爲灰燼了。就是浮在小河裏的木頭，牠一半浸在水裏，一半浮在水面，而浮出水面的一半，也會被燒得乾乾淨淨。你說那時的火勢利害不利害。三月十日以後的一星期裏，往各處埋下的火車，都在聲明免費輸送難民，被災區裏，則舉全力以收容死屍，那時是談不到屍體火葬了，——其實都是經過了活火葬——，大部份都在公園或一般空地

裏開個大坑，一堆一堆的無名英雄，也就這樣簡簡單單的被埋了進去。起初火起時，一般人總以為是燒不到自己的房子，都有點抱些觀望態度，等到風括過來，延燒得利害時候，有氣力點的，只得望沒火的空地裏跑，但等到周圍延燒得利害時，空地也是沒用的，人越擠越多，火就越燒得緊，那時不但周圍有火，就是空中也有飛火，所以燒死的，都是這邊一堆，那邊一堆，有的就是跳下河裏去的，也一樣被燒死——河裏的水也是燙的——或淹死。三月十日以後經過一月，作者到淺草去看朋友，經過「隅田川」時，還親眼看到不少的女屍浮在河裏。

三月十日東京夜間大空襲之後，接連着在東海道線上的幾個大都會如：名古屋，大阪，神戶，也同樣是在夜裏燒完的，每次都是在夜間人靜一般人已入睡快要熟睡的十二時至一時前後。不過有了三月十日的經驗，火一燒起，人家都知道逃命，所以燒死的人並沒有過去的那樣多了。只有一「橫濱」是在日裏燒掉的，由早上十時左右起至中午，一共來了五六百架飛機，丟下來的都是些燃燒彈，那時高射砲，雖在咆喊，但亦無補於事，因為飛機大部份，都是飛在高空一萬米來左右，燃燒彈在空中爆發，散下來簡直就等於下雨一樣，爆發的聲音也和打雷完全相同，在沒有落到地面以前，爆發的聲音，是比先能聽到的，大人聽到那種聲音，則莫不人人自危，嚇得面如土色，小孩子聽到那種聲音，就要叫罵大哭，緊緊的拉着大人衣襟。假如世上有所謂活地獄者，恐怕也就是那種光景吧。白天裏的火勢比夜裏，是比較容易辨別的，但火焰卻沒有夜裏來得明顯，在日裏這邊火起跑到那邊，那邊火起又跑到這邊，跑來跑去跑得快力竭的時候，看看有座稍為可以躲躲下的牆壁，大家總要在這裏休息一下，那知風括過來，一陣火焰，這批羔羊，也就不能倖免了。聽說在「本牧」的一座山上，人擠得很多的地方，索性就把「汽油」也倒了下來，不論是人是物，莫不隨地是火。西遊記裏面的「火焰山」大概也不過那種模樣吧：中國同胞聚集得最多的「山下町」——俗稱南京街，當然也是同歸於盡。不過幾座洋式建築，如：縣廳，海關，銀行，飯店等，倒還沒有燒去，這些地方，現在都做了美國佔領軍的宿舍。東京自三月十日晚上大空襲後，是接連着被轟炸過五六次，才燒得剩下現在的樣子的，橫濱可只是經過一次的白晝空襲，便燒得乾乾淨淨，由此可知只要飛機的數量多，白天的燃燒功效，也並不比夜裏小的。

在幾個大都會被轟炸得利害的時候，政府曾獎勵和軍需生產有關的工廠，機關，學校，病院，遷往鄉下，而燒剩下的一般市民，也莫不爭先恐後的請求疏散，那時到鄉下的火車票，已很不容易買到，幾個開往四鄉的大火車站裏，都擠滿了一隊一隊身上背着家財器具，逃難的人

，有的在車站裏，一早等到晚，非至隔夜，也很不容易買到一張車票。但幾個大都會炸完了，其餘的中小都會，也是一樣要受轟炸的。有的在東京倒沒有被燒，特意的遷到鄉下去，才被燒完，我自己也是一樣，放在家裏的東西，倒還沒有燒完，可是疏散在朋友家裏的被服衣物，可燒得乾乾淨淨。這種情形很多，不論政府機關，工廠也並沒有例外，放在東京，有的倒還無事，遷到鄉下（這裏的鄉下是指東京附近的中小都市如：甲府，前橋，千葉，藤澤，小田原等處而言），去的則大部份差不多都不能倖免了。

三月以後直至八月日本投降期間止，沒被轟炸的大都會，只有京都，奈良，和東北地方的幾個小縣（山形，岩手，秋田，新潟，長野，金澤，鳥取等處）。投降後，作者曾由東京坐火車去九州一次，車外晚上能夠看見電燈光的只有熱海和京都二處，被炸慘情，可見一般。

不過這些都是B29的夜間轟炸情形，等到六月硫磺島投降之後，美軍的攻擊方法，可又不一样了，就是除在夜裏B29的轟炸以外，白天還有艦載的戰鬥機，前來攻擊。這種飛機，一來就是千數百架，從早上五六點鐘起，一直襲擊至傍晚六時左右，幾乎整天都在空襲發令之中。最初的襲擊目標，大約是集中在飛機場和軍需工廠方面的，但到後來，可不管甚麼工廠不工廠了，所有一切的建築物，學校，病院，人畜牛馬，凡在地上會走動的東西，都有被襲擊的可能。那時，大約算是最難過的時候了，日事是整天的躲在防空壕裏，晚上又簡直無法入睡。就在這個時候，學校病院，正打算向長野縣縣裏鄉間疏散，一般中國學生雖想回國，可也走投無路，事實上東京近郊，也實在不能久留，所以那時我自己也決意，跟着病院裏的人一同跑。心裏是很知道，這種仗是再也打不下的。但到底能夠打到甚麼時候，就是一般大教授也說不出來，因為在憲兵政治統制下，除了他的大本營發表外，一切軍事問題是不許談及的，很奇怪的，就是一般知識階級，都很相信他們的陸海軍和大本營的發表，以為那些都是絲毫不會虛飾的事實，非到最後階段，他們的聯合艦隊，是出不來的。他們現在是在保全勢力和誘引敵人，一到最後關頭，他們幾千幾萬架的飛機，都會變為「特攻隊」，所有的艦隊都會出奇致勝的。豈知「波茨坦」宣言就在那時發表。日本報上所發表的「波茨坦」宣言，當然是很簡單的，在一個不很重要的記事欄裏，一段二寸左右，只說了些要項。一般人當然是不很注意，以為這些條件，他們的政府就根本不會承認。不過自從「波茨坦」宣言以後，空襲的強度是越發加緊了，除了空襲之外，還有艦砲射擊，這艦砲射擊，比甚麼都要利害，因為艦隊都擺在離海岸數哩之外，肉眼不能看見的地方，炸彈都在真

明其妙的空中飛了過來，所以死傷的也特別多而且一隻砲艦，聽說能射四等於轟炸機四五十架所搭載的彈量，幾個主要都市如「室蘭」、「釜石」、「日立」、「濱松」等地都是受砲射擊的洗禮而毀滅的。房總半島各地也會受過射擊，那時夜裏，我們都聽到過些很沉重的砲彈炸裂聲響。的確，那時一般日人，表面上，雖然定還在裝腔作勢，不過心裏是人人自危，以為大禍即將降臨，房總半島的上陸作戰，不久也會開始的了。

正在這驚砲射擊得猛烈時候，一天夜裏，播音機上忽然說，敵人用了新式炸彈，在炸「廣島」了，這新式炸彈最初他們也是莫明其妙，只說落下來時，是掛在降下傘上，先在空中發一強烈閃光，然後來一驚天動地的爆發，那麼「廣島」全市，就成平地了。（後來發表，那次死的七萬餘，傷的十餘萬）至於對抗方法，現在仍在考究之中，惟強固的鋼骨水泥建築，可未破壞，所以一見閃光，最好是躲在地下室裏去等等。再過幾天，大概是聽到了美國的短波廣播吧，才知道這是「原子炸彈」，所謂降下傘上掛着的東西，是用來記錄爆發情形向賽班基地通報的收音機。真相漸漸地傳出來了，炸彈的威力，就連他們的大本營裏也有點頭痛，所以趕快派送幾個物理學專家——「仁科博士」——和醫學家前往調查，證明在廣島發中心點的十五平方公里以內的草木，也受損害。接着又是一「長崎」一個，長崎這一彈，雖然發表得不很詳細，但據他們的內報，說比「廣島」還要來得猛烈，什麼長崎醫大全滅呀，繁華地區變成死寂呀，謠言百出，雖聞有些確實情報，却弄得我們莫明其妙。正當這時又說蘇聯參戰了，報紙一方面已在訴說蘇聯不應該單獨的宣戰，一方面又傳陸軍大臣正在向蘇東軍訓示徹底抗敵。如此政情渾渾沌沌之中，美機的轟炸是不停歇的，每日每夜還是一樣的大往小來。一般有些知識的人，雖然是明知時局有些不妙，但是為了性命，誰也不敢說出來。因為一說出來是有被拉的危險的。不過那幾天來報紙上的論調，倒有點奇怪了。不是說些「維護國體」，便是說些「沈着應事」的話，不如從前一樣在鼓勵人民作徹底抗戰，和痛罵英美蘇聯的口調了。奇怪的是十三日以後，無線電廣播，除飛機的空襲情報外，一切的新聞音樂時間都沒有了。那時的日本空襲情報，倒還報得準確，譬如：敵機現有幾個目標（電探用語）由何方北上，何方南下，現在何處，幾分鐘後將向東京通過，說得非常正確。大約是由於電探的進步，和各監視哨的完備吧！最初美機來襲時，往往借報印飛機的實際行動，相隔得一二十分鐘，比如廣播裏說，敵機正向東京轟炸時，其實已經過房總半島向南方海面飛回去了。

十四日晚上的播音機裏說，十五號正午天皇將作重大廣播，這是在

日本向來未曾有過的事體。連我們都不知道他們葫蘆裏到底是賣些什麼藥。我們心裏在想，這事恐怕有點不妙，但想不到他會這樣快就投降。以為至少要在美軍向日本本土作大規模的上陸作戰以後吧！就是一般的日本人，也都以為這次天皇的廣播，是為了蘇聯對他們宣戰，戰局日趨嚴重，今後的困苦，當然是要逐日加深，爾等可要服從政府命令，抗戰到底，爭取最後勝利的一套話。所以那幾天來，我也正幫着作精神病院往「長野」地方疏散的準備，本來一切行李，在十五號那天，是要寄出去的，不過十五號一早起來就是空襲警報，車票當然無法購買，（空襲警報時，一切機關都停止辦公）等到十一點鐘前後，空襲警報解除時，車站裏的人，都慌慌張張的在整理交通，而且裏面還雜了不少的軍警。美空軍的空襲，B29在八月十四日的夜裏，還燒了幾個都市，如：高崎、熊谷等處，但艦載機可一直攻擊至十五日正午十二時前三十分鐘。空襲警報解除後，我趕快回到一位朋友家裏聽廣播；日本人聽他天皇的廣播，是要非常恭敬的，一家子都跪在播音機的前面，眼目合掌，整靜靜聽。那時的廣播聲音，特別不明瞭。我們聽了，當然知道這是投降的詔書，但一般日本人，都好像還有點半信半疑，接着廣播裏的解釋加上了，纔知道這次是十足的投降。有年紀的日本人都流眼淚，我想他這眼淚一半是感激，一半是悔恨，感激的是由這一套詔書，他們可以重見昇平，骨肉可以聚會；悔恨的當然是為了沒打勝仗，投降以後還要吃苦。年輕的女人却說要去自盡——那時青年男子差不多都被徵集去當兵，或做工了，在家的都是些有年紀的人和女子——的確，在發表投降後的禮拜裏，他們差不多都是垂頭喪氣，連說話的氣力都沒有，軍需工廠當然是非關門不可了，擺在他們面前的就是「失業」和「糧食恐慌」等問題，其實就是再打下去，也一樣是要餓死的，不過他們蒙蔽在軍閥們的虛偽宣傳裏，都不知道他們的國力到底還有多少，糧食能夠維持到什麼時候，一般農民，他們自己雖然是在吃著山芋，他們所有的米，都還勉強強強的給政府提供。但打敗仗投降以後，義務供米，可就誰也保不住了，萬一老百姓不把所有的米穀供出來，那麼他們可不是都要活活的等餓死嗎？當時一般人的焦慮和恐慌，想起來也是免不了的。不過他們雖然打敗仗，到底還是個上了軌道的國家，事實並不如一般人民所想像的來得利害。投降後的三四天裏，我都告假到病院裏去，第一是為避免瞻顧他們的模樣險孔，第二我們看見他們也有些說不出來的心情，但是過了一個禮拜以後，大家倒不覺得怎樣了。到後來纔知道為了反對投降，要奪取八月十五那天的天皇廣播音片，近衛師團和參謀本部裏的幾個校官，會將他們自己的師團長打死，包圍皇宮，然後又由東



部軍司令官田中曉以大義而自殺，鈴木首相的個人住宅也被燒去。就在美軍尚未進駐以前，我們也時常看過幾架海軍飛機在散發傳單反對投降，勸說陸軍繼續抗戰。但是一切的一切都是無補於事的，就好像臨死病人的回光反照。投降後最先自殺的，是一位反對投降最烈的陸軍大臣——阿南。接着陸軍大臣自殺的，是一個創設「特攻機」的海軍將官，其餘三三兩兩伏在京城前面自殺的，時有所聞，至於前面說過要自殺的那些年輕女郎，倒始終沒有聽過一位敢去嘗試，而且時間不到半年，那些說要自殺的女郎，差不多都做了「美日親善」的急先鋒。

鈴木內閣是八月十八號倒台的，繼鈴木而組閣的，是一位王子陸軍上將，名叫東久通官裕邦王。東久通官內閣的組閣目的，當然是繼續鈴木內閣的正式投降工作和軍隊的復員，一般軍人對皇族的命令，是比較容易得到無條件服從的，鈴木之奏東氏，也含有這些意思。美軍是決定八月廿六號由空路進駐東京了，所以東京近郊的鐵路，自八月廿日起至廿五日止，都不准一般人民搭乘，一切鐵路，都封為運輸軍隊復員的專用列車。在這緊急復員期中，被一般將官們認為奇貨可居的，就是那些龐大數量的軍需物品，最初他們都以為，美軍上陸後，這一切物資，都會變成他們的戰利品的，所以大家拼命地拿來向自己家裏運，高級將官大概都備有交通工具——（卡車等），所以搬的是特別多，兵士們當然是要自己搬的，有的一次搬不完，往復搬幾次。在這混亂之間，數目是沒法稽查了，就是知道的，那些軍需官也故意的把賬簿燒燬，這是後來造成議會裏發生一個很大問題的原因，就是投降時軍需品的不當處理。陸海軍人方面被彈劾的有三四百人。但他們雖然是在打敗仗，到底還是一個法治國家，做了壞事，終究是要被發覺被檢舉的。（反觀我國各地接收時因紊亂而起的種種問題，至今仍未解決，相形之下，寧不愧煞！）

當美軍進駐的那天，東京市面倒還安靜，只有橫濱市裏，事先傳到不少謠言，不單年輕女子逃避一空，就是一般男子也在背着糧食向鄉下逃走。不過進駐後，美軍是出乎他們的想像外有紀律的，不僅一切糧食不用徵發，就連他們平時最崇敬而外國人認為毫無意義的神社，佛閣、皇宮、禁府、也派了些憲兵在站崗——這是麥克阿瑟元帥冷目的一貫方針。最初看見幾個美國兵，就連小孩子都很稀奇，後來大約是美軍的那些豐富物質，和美人們的天真爛漫態度發生效力了吧！老的幼的，女的男的，都惟恐後人的想學幾句英語，尤其是小孫子都學會些道好英文向美兵討「朱古律」吃。進駐以後不到半年，隨時隨地我們都可以看到一批批年輕女郎，學會幾句一知半解的英語，在和美兵談情說笑，攜手遊行。最近，來得更利害了，市內幾個公園——上野，日比谷——墓地，

一到傍晚時候，我們就可以看到這裏一羣，那裏一羣，唧唧喳喳的玩弄更深夜靜。聽說她們都是些知識階級的女子，她們的動機，一半是為了好奇，一半也是為着生活。東京報上稱這些女人為「闇之女」。日警視廳和參帥司令部，也正為這問題而焦慮。前者聽說是為了風紀和將來的「雜種」問題；後者聽說是為了防止梅毒。沒有投降以前，日本軍閥的代言人，時常在宣傳，「日耳曼」民族和「太和」民族，在世界上是如何的優秀，如何的純潔，投降後，在德國我倒不知道是怎樣；但在日本，可有十足的事實來證明了。

到了降伏式簽字的那天——九月二日，美軍進駐的部署。大概都完備了。地上都是些往來如織的「吉普」。空中則佈滿了各式各樣的飛機。我想，那天恐怕是，美軍所有的飛機，都出動了吧，由早晨九時前後起，一直飛至中午，大的小的，艦載機，轟炸機，單發雙發，三發四發的都有，最漂亮的當然是那超大型的B29了，牠那銀樣鏢鎊和流線體型的，五架一隊，五架一隊的，擺了不少的人字形，飛來飛去，人們都在仰着空中張望。那時我們真有說不出來的心情。日本帝國主義打倒了，中華民族翻身了，幾十年來窮兵黷武，暴虐無倫的軍閥代表，現在不是正在橫濱港外「米蘇里」艦上，向我們盟國，作正式的降伏簽字嗎！那時我國的出席代表是徐永昌將軍。世界倘能得到永久和平，拋棄戰爭，而入於原子時代。則一九四五年的九月二日，可以說是戰爭的末日，而廣島，長崎也可以說是原子力量的實驗地吧！

關於原子炸彈的威力，在醫學方面，曾有都樂博士的報告。除在離爆心（爆發中心）數百米突以內的人畜，全數為所爆死之外，（爆心裏有一輛擠滿人的電車，爆發後鐵骨車輪雖會變些原形，但裏面的乘客，可有站着爆死的，有坐着爆死的，依然是擠滿得一車）離爆心遠些的未死者，全身的露出部份，大都是受了一至二度的火傷。廣島市民稱原子炸彈為「Platoon」——即先見閃光，後聞一強烈爆發之意。後來一般醫學家，也就把原子彈的火傷，造成一個新的學名，叫做「Comburatio Platonica」火傷患者，重的逐漸死亡，輕點的，大多數亦繼起白血球減少，食慾不振，脫毛等症候，而至於死。此中原因，據說是原子彈除了直接的火傷之外，還帶有一種鑷放射能，這放射能，即能使人體造血器官發生病的障礙。九月以後，在我們的千葉醫大附屬醫院裏，也有不少復員軍人，因原子炸彈損傷的後貽症，前來就醫。大概他們差不多都是，食慾不振、失眠、頭痛等為主訴症狀而來的。血液檢查結果，大多數都帶白血球減少症。不過這些人的症候，自然都是很輕的，不然，他們可都不能復員而來就醫了。

# 美國雙愛思廠史 (二)

編輯室

爲了雙愛思特氏對齒 界之熱誠，齒科醫術遂得長足的進展，且非氏所自覺者；故其自身之所得，及毀譽等均淡然處之。惟其結果華氏之獎狀，賞金，學位等合計不下一百五十餘。茲舉其較明顯者如次：

- 一八四七年得美國牙科醫師會之獎狀。
- 一八四八年得紐約等市牙科醫師會之賞金。
- 一八四九年得賓斯兒巴里亞州牙科醫師之金牌。
- 一八五一年得倫敦萬國博覽之一等賞。
- 一八五二年得陶齒共進會之最高賞。



一八五三年得賓斯兒巴里亞大學之D.D.S.學位。

氏之晚年對於牙科界之熱誠，并無稍減，自行捐助大量資金爲創設牙科講習會之用，與當時之牙科學校同一組織，其一切牙科醫師實習用之器材，均無條件的捐出，其熱心可知。同時對於指導，研究，器械改良等亦無因年邁減退，故一九〇九年出版之「牙科醫學史」譽爲近世牙科醫學發達原因之功臣。

- 關於雙愛思廠之支廠列如下：
- 一八四六年成立紐約支店。
  - 一八五〇年成立波士頓支店。
  - 一八五五年成立紐約工場。

一八五八年成立芝加哥支店。此時華特氏之晚景本可過其優閒餘生，但爲了互數年間的牙膠訴訟事件，侵害此晚年華特氏之健康甚大，訴後勝，逼得轉往歐洲靜養，不幸於一八七九年十二月患腦充血，轉往法京巴黎，三十日因流行性感冒逝於斯，享壽五十七歲，遂以完結其畢生奮鬥之歷史矣。(圖爲雙愛思華特氏之照像也)

華特氏逝世後，由其長子及其弟繼承之，益加努力，所有工場皆行擴充，改善。至於其內部之組織也，尤可借鏡。如職工健康的保障設有醫療病院，各部房舍俱是新式設備，有食堂空氣調節設備，最近代化之化裝室等。其用人方面採拔廠內多年功績之人員，組織方面其重要部門有三節：

- (一)事務部 (Philadelphia Office) 總括一切大小事務。
  - (二)進展審議部 (Development Department) 係該公司進展之樞紐更分有法律部，化學研究部，文書草擬部，製成品查部等。
  - (三)製造部 (Manufacturing Dept.) 內分工場，廠內製品查，價格計算，數量計算，貯藏等部。
- 雙愛思華特廠創於一八四四年，迄今百餘年。

- 創設者 雙愛思華特 Samuel Stockton White (第一期設)
- 第二代 占密斯華特
  - 第三代 亨利愛母華斯
  - 第四代 威廉愛知基路拔
  - 第五代 得比利威李特華特
  - 第六代 法蘭西愛知德拿
  - 第七代 差兒斯亨利臣 (完)

## 見我的項事訓甄醫牙加參

(海上)明君任 師醫科牙

原來 政府規定。平常取得牙醫師證書。祇有兩種途徑。

(一) 鑒請檢覈。(即免考及格) 應具資格如下。

(甲) 公立或立案之牙醫專科以上學校畢業者。

(乙) 領有外國牙醫師證書。經衛生部認可者。

(二) 如無檢覈資格者。可先參加檢定考試。及格後。再參加高等考試檢定考試。科目如下。(每年四月分地舉行)

(1) 國父遺教。(包括三民主義。建國方略。建國大綱。國民黨全國第一次代表大會宣言)。

(2) 物理化學。(3) 牙形態學。

(4) 口腔診療學。(5) 牙架工學。(6) 外國文。(7) 臨床考試。

高等考試。科目如下。(每年十月分地舉行)

(1) 國父遺教。(包括同上)。(2) 憲法。(3) 口腔解剖生理學。(包括牙形態學。口腔胚胎學。口腔組織學)。(4) 口腔病理學。(包括口腔細菌學。牙周病學)。(5) 口腔外科學。(包括口腔藥物學。治療學)。(6) 口腔診斷學。(7) 牙體手術學。(包括冠橋學。磨復學)。(8) 牙科材料及器械學。(9) 口腔衛生學。(包括口腔病預防學。兒童牙科學。畸牙矯正學)。

按照常例。如檢覈及考試均不及格。即不准執行牙醫業務。祇得門停業。幸而去年。全國各地迭次去呈中央。鑒述該地牙醫特有情形而淪陷期內。甄別及格之上海牙醫。於勝利後。蔣主席初次濼滬時。亦上書請求通融辦理。經蒙發交主管官署核辦。其後京滬各地。更組織請願團。爲同業謀求出路。經此種種抑

考之後。政定早已批示。將由身部會。公擬變通計劃。籌備至今。遂公佈甄訓辦法。此次甄訓。實為無檢資格而又不能參加考試諸同道千載一時之機會。茲將筆者個人認為須要注意事項。開列如下。以為同業之參考。

(一) 此種甄訓。純屬 政府法外施仁。體恤同業。故規定祇辦一次。以後不再舉行。如不參加。不及格。即須實行停業。

(二) 甄訓登記須知(乙)條(寅)項。

## 二政府公布二

### 醫事人員甄訓辦法

三十六年五月廿七日 行政院 考試院 會全公布

- 第一條 凡執行業務有年未具法定之醫事人員除法令另有規定外應依本辦法之規定參加甄訓以取得開業資格前項甄訓之辦理以一次為限
- 第二條 本辦法所稱醫事人員如左：  
(一)醫師 (二)藥劑師 (三)牙醫師 (四)護士  
(五)助產 (六)藥劑生 (七)齒牙生
- 第三條 醫事人員甄訓由考選委員會會同教育部衛生部組織醫事人員甄訓委員會辦理之
- 第四條 前項醫事人員甄訓委員會規程另定之
- 第五條 甄訓醫事人員甄訓登記者應呈繳左列文件  
一、聲請登記人員甄訓登記履歷書三張  
二、保證書一張  
三、資歷證明文件  
四、二寸半身脫帽相片三張  
五、登記費醫師藥劑師牙醫師二萬元護士助產士藥劑生齒牙生一萬元
- 第六條 醫事人員甄訓分暫准執業及訓練兩種
- 第七條 醫事人員甄訓委員會審查聲請甄訓人員之資歷有要項得舉行

所列資歷。非謂即可及格。甄訓可以聲請甄訓切勿誤會。

(8) 所繳證件。須有真憑實據。以備政府將來實地調查。

(4) 甄訓結果。分為二種。  
(甲) 暫准執業 (乙) 訓練(暫行停業)

靜候政府設立學校(暫准執業辦法。又分二種。  
(甲) 原地開業 (乙) 派往各地服務

故參加甄訓者。須要渡過三個難關。

(甲) 如何方能及格。  
(乙) 如何可免派往各地服務。  
(丙) 暫准執業時期之診治成績。如何方得政府滿意。(滿意然後發給正式證書)

(5) 既屬甄訓一次。且為生活所關。榮辱所繫。務須把握成功。勿以一生事業。作為賭博。

(6) 鑲牙生甄訓。比較容易。

第七條 甄訓執業分左列二種  
一、原地開業  
二、派在衛生醫療機關服務

第八條 暫准執業由衛生部分派並考核其辦法由衛生部定之訓練由教育部會同衛生部辦理其辦法由教育部會同衛生部核之

第九條 甄訓醫事人員甄訓之登記日期由考選委員會呈准考試院於二個月前公告之

第十條 前項登記期間不得超過四個月逾期不再補行辦理

第十一條 甄訓醫事人員甄訓之登記在首都辦理甄訓時以通訊為之

第十二條 甄訓委員會議決送由考選委員會轉呈考試院核發醫事人員甄訓合格證書并送衛生部登記

持前項甄訓合格證書者得向衛生部請領醫事人員執業證書

本辦法自公佈日施行

沃度丁幾跡消除法  
沃度丁幾跡附於衣服等物時，以棉球蘸次亞硫酸曹達液輕拭之，再以水擦之其跡立消。註：次亞硫酸為照像現影所用之藥物其度為90%適恰)

全然無痛注射法  
以0.5%古卡因溶液塗布注射部，數分開，其後注射則比感之無痛。用於神經質及幼童最宜，有以石炭酸塗布者，因有腐蝕作用，忌之為要。  
王子農(天津)

# 醫事人員甄訓委員會規程

三十六年五月 日 行政院 考試院 會同公布

- 第一條 考選委員會依醫事人員甄訓辦法第三條之規定會同教育部衛生部組織醫事人員甄訓委員會（以下簡稱本會）
- 第二條 本會任務如左
  - 一、甄訓人員暫准執業及訓練資格之擬訂事項
  - 二、甄訓人員資格之審查事項
  - 三、甄訓人員暫准執業或訓練期滿成績之審查事項
  - 四、其他有關甄訓事件之核議事項
- 第三條 本會由主任委員一人副主任委員二人委員九至十五人組織之主任委員以考選委員會委員長或副委員長兼任副主任委員由教育部或衛生部高級職員中聘任之
- 第四條 甄訓甄訓文件由考選委員會第三處先行整理簽擬意見彙送本會開會審議
- 第五條 本會開會時由主任委員主席主任委員因事不能出席時由副主任委員主席副主任委員因事不能出席時由考選委員會委員長指定委員一人代理
- 第六條 本會審議案件以到會委員多數決定之可否同數時取決於主席
- 第七條 本會依甄訓辦法及甄訓資格之規定審議結果送請考選委員會議決後依左列規定辦理
  - 一、暫准執業人員送由衛生部辦理
  - 二、准予訓練人員送由教育部會同衛生部辦理
  - 三、經審查不合規定者由考選委員會發還原繳證件並批示知照
- 第八條 本會計總幹事一人由考選委員會派員兼任本主任委員辦理本會事務幹事三人由教育部衛生部考選委員會各派一人兼任本會因事務上之必要得用臨時雇員三人至五人辦理收發登記簿籍計算成績保管文件等事務
- 第九條 本會委員總幹事幹事均無給薪
- 第十條 本會廣告紙張筆墨郵電開會以及臨時僱員薪給等費用均在登記費項下開支不足時由教育部衛生部考選委員會分租之
- 第十一條 本規程自公布日施行

## 全國牙醫動態

報導組

### 廣州 甄訓輔導委員會結束 進修班講義集出版

九月份廣州市牙醫公會為籌辦甄訓委員會，會事先組織輔導委員會，已見第二期本報報導。該會現在已經結束，所有會員要甄訓者，皆已先後代寄證件上南京，進修班同學會和本會的，亦已辦理完當。九月份因為選舉關係，市公會會代會員申領國民身證，並獎勵會員參加甄選。本年度高普考醫事人員考試，本市牙醫約有卅餘人參加。關於牙醫營業稅之征收繳納與否，現尚未有正確消息。本市牙醫全體未予繳納，但所得稅則已繳納，稅局並函知公會，謂若有感評定額過高，可由請求核減。又進修班同學會為使同學永遠地獲得聯絡，經刊印同學錄分發留念，又講義集亦已出版，除班中每同學一本外，還印多數百集準備售給各同學參考，定價每冊三萬元。至於建國日報的口腔衛生欄，因主編人池方學士業務忙個不了，已自動把它停刊，本人的現象報牙科議

### ▲廣東省

#### 海南 公會新址已告落成 設福利組辦演講會

本縣公會新址，已建築完畢，並經入伙，會員增加至五十四人，當入伙時，得各同業及縣方機關贈送條幅鏡屏銀鼎，和椅椅等，使會址增輝不少！本會又為感到現有組織，僅財務總務宣傳交際學術五組，沒有

座欄，則仍然天天發刊，牙科講座彙輯第一集，在九月十六日那一天已出版，定價每冊售一萬元，只有一百三十多頁，第二集預備十月末旬出版，即日開始預約，但因印刷紙張貴，定價每本三萬元，預約八折，十月十五日截止。（彭少存）

願利組，遂於九月廿一號召開會員大會，通過增設福利組，並即席通過聘請交際組幹事彭少存兼任。又通過於十月初旬實行舉辦演講會，理事長麥植生親到廣州延請本會學術顧問劉體志致策安，池方池清華等士，屆期聯袂出席主持。(彭少存)

南海縣探村鄉，為鄉民身體健康特聘麥守仁麥守謙為牙醫顧問辦理良好，鄉民無不滿意！(麥日生)

## 新會

### 戰前曾一度有公會組織 現在執業人數少過戰前

歐戰素有籌組同業公會之議，憶自民國十八年，由趙君輯光等發起，組有同業公會，雖未經立案，無甚宏偉，但當時同業踴躍，由此非常接洽，至民國廿二年因辦事不力，遂沉寂不振，故暫告一落。後江會淪陷，各同業星散他往，或死亡，或改業，所餘執業同志，寥寥無幾，幸抗戰勝利，國士重光，紛紛歸來復業，以現在所執業同志，雖有復起開業者，但較之未事變前，尚僅得三分之一，殊可嘆也！邇來各縣同業公會，相繼成立，惟我歐戰同業尚未籌組，是以為響應各處牙醫進展起見，去年冬初乃由鄙人，發起召開臨時座談會，討論進行組織事項，繼而舉行月議會，藉以連絡情誼，後又發請江門同業，幸蒙不棄，熱烈參加，是以大家分工合作，籌組備案，于七月十五號，奉新會縣政府批示，准許成立籌備會，各同業努力加緊辦理，諒不日當可正式成立矣。(何伯豪)

## 江門

### 與新會合組公會 倡組甄訓輔導會

為聯絡情感，切磋學術，保障業務，與新會牙醫合組一公會，經呈准縣府社會股成立籌備會，現約有會員五十人；四鄉同業，則在以勸導之方式，徵求踴躍參加中。決定每季議會一次，以得聯絡，並使社會人士，有所認識，而爭取牙醫之地位，相信二三月後，當可正式成立矣。又此次甄訓登記，個人自行辦理，未有連絡，誠憾事也！但查同業領有地方性牙醫師執照者甚少，而未有法定資格者居多，尤有難者，甄訓中之甄訓保衛人，須現任擔任以上之公務員；試問吾輩牙醫，那裏有幾個識得如此地位高貴之顯要？殊屬難上加難！目前同業中有倡議効法

廣州市牙醫公會組織輔導委員會，辦理甄訓，未知能否成爲事實？(趙永沛)

## 台山

### 甄訓之人甚少 甄訓之人頗多

歐戰以來，本縣牙醫同業，最堪目以談論者，為中央考選委員會辦理醫事人員考試，但其規定前應甄試之人員甚少，選擬者固多。七月間本縣牙醫公會奉行政院頒令，為補救未具法定資格之醫事人員，舉行全國甄訓一項，即轉知會員遵辦。牙醫同業，以政府此舉，實足以促進吾國未清定資格之牙醫步入正軌，莫不興奮萬分，皆即檢備各證件，繳送本縣牙醫公會，彙齊呈呈甄訓登記，靜候審查通知。(李海東)

## 三埠

### 每月一次定期性聚餐決 議全部全業加入本會

三埠(新昌、長沙、荻海、三埠)地跨台開兩縣，為四邑之交通樞紐。全市從事牙科全業人員，共有三十餘人，分屬台山開平兩縣牙醫公會，各同業間對於業務之聯絡與學術之研究，盡皆不遺餘力，每月上旬亦均有一次定期性之聚餐，藉以聯絡感情和獲得共同研究之機會。自從中國牙科醫學研究會成立以後，本處同業尤更興奮奮躍，遂即一致決議全部加入學會，以資響應。現更選舉會決議，進行籌組三埠分會，期於明年元旦遂章成立，以符總會發展會務及增進研究效能之旨。(歐兆仁)

## 山中

### 有鑒同業素鮮聯絡 兩呈組織牙科公會

本縣牙科從業人員，數達七八十名，類多散處于一至九區之間，而尤以在石岐市及三區小坑開業者為衆，計達總數百分之五十。業務尚稱蓬勃，惟同業雖多，而素鮮聯絡，過去對於考試院牙醫資格檢定手續，亦多未明瞭，甚至有擬向考試院申請資格檢定者，亦因未明手續，不知從何幹起，以致未達所願，殊屬憾事！本年正月間，有岐市牙醫李

續一李華文游文光等，鑒于過去弱點，亟須打破，乃召集當地著有聲望之同業共十名，發起籌組中山牙醫公會，以聯絡感情，共謀學術與福利之增進，並擬擇定石岐市太平路四五七號三樓為臨時辦事地址，業將經過情形呈請中山縣政府核備有案。詎迄今已歷四月之時光，仍未得縣政府核准，致組會工作，無形陷于停頓，因此稍一等為貫徹初衷，表現中山牙醫界苦幹硬幹之精神起見，復于九月十日上午再行具呈縣府，懇請迅予照准，以便積極展開組會工作，俾得早觀厥成，為同業謀福利。(李華文)

## 澳門

### 曾有手術醫學座談會本會成立即停止舉行

澳門雖無牙醫公會之組織，學術進修班更談不到，但對於交換智識聯絡感情，則不敢後人。故有手術醫學座談會之舉，於二月起每逢星期一晚九時至十一時，在新馬路一帶適中地點之同業醫務所舉行，取輪流方式於茲已數月矣，惜乎人數太少資料有限，適逢中國牙科醫學研究會應世而生，牙科學報及時而出版，多數同業加入為會員，座談會乃停止舉行。(陳仲山)

## 浙江省

## 杭州

### 牙醫師公會成立

曾辦學術演講會放電影高等檢定考試八人及格

在抗戰前，杭州牙醫界並無公會設立，但有齒科聯誼會，以連絡感情研究學術為宗旨。民廿六年全國牙醫師甄別考試得到很大的幫助。繼因抗戰軍興，多數同業流散于後方，會務遂隨之停頓。抗戰勝利後，職前原在杭州執業者紛紛復員，且同業亦日增加，據個人所知，有衛生署牙醫師執照者十一人，市衛生局牙醫師臨時執照者三十餘人。去年曾倡議籌設公會，但中途一度沉靜，因政府指令通行籌組，始

再舉行座談會，組織牙醫公會籌備會，經半年餘之努力，終於三十六年五月十一日假青年會開成立大會，選舉理事。在牙醫公會籌備時期，美國新聞處，曾來杭放映美國牙科醫學教育影片，免費招待同業觀映，增加同業見識不少。又公會正式成立後，理事長李郁文請上海王仁德牙醫師來杭作牙科學術演講，題目：「口腔衛生工作」。

李理事長是廣東人，他是杭市同業業所崇敬的一位。現本人見廣州市牙醫全人如此有組織有集氣，可為全國的模範，願本市有李郁文領導，將來一定亦有很好的成績，我相信他一定能拿出廣東人傳流的革命精神，對杭市公會的展望定卜光明遠大的。

高等檢定考試，卅五年度杭市參加應考者二人；卅六年度有六人，均獲得科別及格，由此可見同業中對學術自修之勤勉，與日俱增也。卅五年度高檢考牙醫師，主試為本市林文培牙醫師，卅六年度主試官為浙江省立浙興醫院牙科主任陳永祥醫師，同業均一致表示，陳君成見太深，對非正式學校畢業之同業，抱輕視態度(詳情待專題報導)，我國牙醫事業，在萌芽時期中，有此類事實，堪稱不幸！(章士珍)

## 福建省

## 安詔

### 前有補齒公會創設今無牙醫公會設立

牙醫學術傳是東洋貨來

本縣位於廣東交接最近之一區域，海外以台灣為最近，致文化物品各有交換，台灣如同手足聯絡關係，常有東洋人來往，還有東洋牙醫學術傳習之說。民國初年家伯文星東洋牙醫學之門生，該學士性玩遊各處去佈福音，應學術引世人為之入其彀道，此一度牙醫發展之期也。後來因無研究之心又無牙醫公會之設，牙醫人才較少，聞前有補齒公會之創舉，但何時設立未詳；此不外是商會的一支會，列名掛牌而已，實際無工作貢獻。今得中國牙科醫學研究會醒導，獲益良多，應組織牙醫公會響應，推行牙醫智識入鄉民之耳，普及宣傳。(李華生)

# ▲江蘇省

## 上海

### 出版牙科月刊分贈同業 高考約有二十五人參加

敝地籌組分會事正着手進行中，俟商定後詳告。上海牙科醫學會出版組重辦之「上海牙科月刊」創刊號，已於九月二十日出版，並準備分寄各地發行，計漢口蔣長椿先生一百冊，杭州林文培牙醫學士五十冊，南京孫樹勳三十冊，常熟市南心張偉堂二十冊，嘉興顧自強二十冊，無錫新生路槐樹巷十八號王建楚十冊，嘉定陳孝宗五冊，黃岩章廷齡五冊，廣東台山李海東六十冊，廣州二百冊，香港李耀材五十冊，天津郭寶林三十冊，澳門徐振駒二十五冊，南海李日生二十冊，新會梁鏡湖二十五冊，順德李錫二十冊，曲江李盛強二十冊，江門周智威十五冊，番禺何振環十五冊，昆明梁鏡波九冊，瀋陽周大成五冊，本刊大部係贈送，一小部售價五千元，預約戶以八折優待計算，再次，本年度首都高等（牙醫師）考試敝地參加報名應考者約有二十五人。（陳天放）

## 蘇州

### 改選公會理事長

公會週年紀念放映電影片三天轟動全市  
九月起廣播口腔衛生並擬在大報開週刊

本縣牙醫公會，於去年五月由黃觀興，柯益民，胡雲鶴等幾位先生發起籌備。八月九日正式開成立大會，由黃觀興與牙醫任理事長，計會員六十二人。至今年一週年會員大會，黃醫師因私務頻繁，會務不及兼顧，經辭職，遂由各會員改選高瑞山牙醫師為理事長。今年五月廿六日由黃觀興，柯益民二先生向上海美國新聞處借來齒科醫學電影片於二十七日假蘇州青年俱樂部放映三天，免費歡迎各界觀覽，在三天中，轟動蘇地各里巷。將整個青年俱樂部得水洩不遜，此亦牙醫公會週年之盛事也。九月一日起蘇州青年俱樂部青年廣播電台及社會教育學院廣播電台，每逢星期一、三、邀請黃觀興牙醫師柯益民牙醫師二位，輪流廣播口腔醫學衛生常識，且設置空中醫藥問答信箱，歡迎

# ▲湖北省

## 漢口

### 甄訓輔導委員會 已由市公會組成

漢口市牙醫師公會，為輔導會員辦理甄訓登記，經於八月十六日下午八時，在鄧陽街趙培慶牙醫師診所，召集第九次理事聯席會議，決議組織甄訓輔導委員會，以專責成。並當場推定理事趙培慶、蔡少棠、定志清、熊昌和、蔣長椿，並指定會員周國光，程路七人為委員，並互推蔣長椿為主任委員。並經於八月十七日成立，同時召開第一次會議，全體委員均出席，討論重要案件多起，又於廿一晚假大智路公益會第四分會禮堂舉行甄訓會員座談會，趙理事長慶培報告舉行甄訓會議後，由輔委會主任委員蔣長椿，講解填寫表格要點與應注意事項，最後由會員提問問題，情緒極為融洽。

——完——

## 通 知

### 新入會會員注意

各地同業凡欲加入本會，請隨時開列本人姓名年歲籍貫住址，連同會費每月壹萬元（鈔票）隨函寄來本會，手續至為簡單，本會即自收到會費之日起，詳為註冊，承認為正式會員，得享受本會出版刊物及其他一切權利，如欲補領該月份以前之出版物，應補繳以前之會費，例如擬補領上月份之出版物，即須補繳上月份之會費，餘照類推可也。

各界逕函詢問。並開該二位醫師擬借蘇州某大報副刊，開一齒科醫學週刊，定期出版有關齒科學術文獻，實為吾蘇市牙醫界放一異采。  
(章兆昌)

# 牙科教室

本教室自開課以來，辱荷各地會員踴躍加獎，至感興奮，唯最近接到一部份會員來函，或以在未授基礎醫學常識之前，猝爾講授高深牙科學理，難免等之弊，要求兩手改齊等語，查此點乃屬事實，自宜加以接納，將由本期起先從生物學講起，蓋生物學乃醫學基礎之最要部門，以後循序漸進，當可減免等之弊，如仍有未善之處，尚希隨時匡鑿。

——編者——

## 基礎醫學篇

### 第四課(生物學)

池清華講述

#### 生物和無生物

##### 第一章 生命的原始

據現時生物學上所公認的信條，「生物生自生物」，「細胞生自細胞」，這兩句話，曾經許多學者的研究，和長時間的討論，認為生物定律，毫無疑義，故生物必有其先祖，生命必有其始原，但最初的先祖何自來？最先的細胞何由生？雖有種種的推想，然難得正確的論斷，或謂自然產生，則究竟出現於何時？是否能繼續生成於現世？均無實例可以證明，故生命原始問題，自古至今，尚屬疑案，為學者疑難思辨的焦點，而占古來占思想中心勢力的，則為生物偶生說。

生物偶生或稱無生原始說，在昔科學未發達，顯微鏡未發明之前。生物偶生或自然發生的思想，深入人心，歐西古代，常有牡牛肉能化靈峰，汗泥可產青蛙的傳說。復有腐肉生蛆，河泥成蠟的假想，考之中國典籍，亦有腐草化螢，雀入大水為蛤等的記載，以為生物得自由從無生物發生動植無論高下，得自由互變化，所謂偶生，化生，常和卵生，胎生，同認為生命創始，物種由來的法則，自十七世紀以來，經許多學者的精密實驗，扶搖其謬誤，指證其無稽，直至十九世紀的後期，生物偶生的思想才失其根據，茲記其重要的實驗和論證如下：

(1) 李德氏的實驗——意人李德 Redi 1686—1691 懷疑腐肉生蛆的謬誤，曾實際試驗，將肉分別置於兩容器中，一器容封其口，一器則否，結果則不封口者生蛆，封口者則否，是因封口者蛆和肉不能接觸，故肉雖腐而蛆不生，可證明肉中的蛆實係自蛆卵，並非由腐肉，氏本此實驗，極力反駁生物偶生的謬偽，認生物皆有本原，大為當世所驚駭，是非辨論，竟歷二世紀之久，及至 1975 年，更經多數的實驗，李德氏的主張方獲確定。

(2) 施伯爾斯氏的實驗——李德氏的實驗，本極粗陋，封口不若完密，殺菌亦未會知，蛆因不能入器產卵，腐肉不復生蛆，但微生物則仍可自由繁殖，使肉腐化，故當時有一種主張，以為高等生物，必產自祖先，而微生物則可由自然發生，頗為學者所贊同，但意人施伯爾斯 Spallanzani 1769—1799 則反對之，氏將有機物質的培養基，置於燒瓶中。加熱煮沸後。密封瓶口，其通氣於瓶中的玻璃管，亦具有殺菌的裝置，其結果則瓶內的培養基中，決不復有微生物的發生。氏因堅決主張微生物亦有其祖先，必產自胚種，和高等生物相等。

(3) 巴斯德氏的實驗——法國著名科學家巴斯德 Pasteur 1822—1895，於 1861 年，曾作精密的實驗，以反證微生物自然發生的謬誤，氏用一個平底燒瓶，其側面連接一曲折的玻璃管一以流通空氣，管的彎曲部，註有煮沸液的水滴，以隔離空氣塵埃進入微生物，瓶內則置有機物質的培養基，經嚴格的殺菌手續後密封瓶口，其結果瓶內的有機物質不腐敗，而微生物亦決不發生，氏的實驗，不僅足以證明生物的決不會自然發生，而罐頭食品的保存，外科醫術的消毒方法等，亦因此而起源。

(4) 丁道爾氏的實驗——英國物理學家丁道爾 Tyndall 1800—1863 更作進一步的精密實驗，斷論生物偶生的非是，氏製一密閉不洩氣的短形箱，內面滿塗甘油以吸取塵埃，兩側面有相對的玻璃圓窗，箱頂按有一對曲折的玻璃管，以流通箱內的氣體，管內壁亦塗甘油，箱頂壁中央插有長頸玻璃漏斗，箱底插入數個試驗管，口在箱內，底端於外，箱中空氣潔淨與否，可從玻璃窗觀察之，倘箱內空氣已潔淨則從漏斗管將培養基分別注入各試驗管中，然後沸熱試驗管，以殺培養基中的微生物，其熱度和時間，須審慎確定，於是放置此箱，逾日檢視試驗管中有無微生物發現，據氏的實驗，決無微生物發生，因培養基中的微生物，已完全殺盡；而外來的空氣，因裝置完密，微生物亦不能侵入，既種既絕，則生物無從發生，故氏於 1858 年發表其實驗結論，謂「生物偶生，毫無事實可以證明其存在，但其實驗的成功與否，則視實驗時方法的完備與否而定」，自此以後，生物偶生的思想，遂摧毀殆盡，廢棄無餘矣！



據上述種種的實驗，現時生物學家概不認生命之得由無生起原，而造或有生原始的結論，然生命最初的發軔，究屬何來？則當究宇宙初期物質的如何演進，地球構成時，生活物質的如何分化，是等事實，在今日的科學範圍，尚不能詳確的考證，故生命原始的問題，須待將來科學進步，方有解決。

第五章 生命的特徵

吾人在研究生物學以前，有生和無生的特質，應當如何區分，不能不先行解決，就大體而論，兩者的界限，很為顯著，如水氣，土，石等為無生物，草，木，鳥，獸等為生物，一望而知，無庸考慮，但嚴格而論其精微，則無生和有生，實難釐然分界，或有物體介於有生和無生之中間，且有機物質的組成，同為無機物質的元素，故有生和無生，本無絕對的判別，茲姑就生命的特徵，舉於後，以示有生和無生的概別。

(1) 活動性——生物和無生物最顯異的特點，即為自然活動性的有無，生物具有獨立的活動性，無生物則否，例如一顆種子，應潛伏休靜的時候，和無生物相類似，倘使蒔植於適當環境之下，即萌芽萌蘖，發達為生植物，故種子具有這種活動性，當然屬於生物，但無生物中如時錶，火車，汽機等，亦均具有活動性，何以不屬於生物呢？這因機器的活動，完全感受外力而顯現，和生物的起源於體內的大不相同，故進一步言，凡物體須具有自發的活動性的，才算有生命的生物。

(2) 代謝作用——生命特徵中，最應特別注意的，即原形質所經營的代謝作用。為生物所特有，且為生命現象的出發點，原形質為膠質狀態的有機體，生活體的基本物質，能攝取營養物質以構成有機物質，更能受變化作用以分解有機物質，當生物生活時，原形質不絕經營構成和分解，使物質新陳代謝，前者或稱同化作用，後者或稱異化作用，原形質因同化而增加，同時因異化而消費，機能極為微妙，同各生物的原形質，各有其特質。故其代謝的物質，亦各有不相同，但因代謝作用而發生生活力則各生物皆一致。

(3) 生長——生物形體，千態萬狀，巨大如鯨，細小如蟻，各有定限，然其原始均由單一的卵胞漸次生長，以達一定的形體，而其生長的原因。則因生物體內物質的增加，機體的發育，是和無生物從外部物質的聚集而增大其體積的現象，絕然不同，故有稱無生物的增大，為外著生長，稱生物的發育，為內著生長。

(4) 死亡——生物生存期限，無論久暫，必有死亡，死亡為生命的最後一幕，為生命現象的歸宿，哲學上對於死亡問題，雖有種種的推論，而原形活動質的停止和消失，實為死亡的主因。

(5) 生殖——生物生長完成，即分體繁殖，產生新個體，以維繫生命於不絕，綿連種類於無窮，至於生殖方法的繁簡，則因生物的種類而異。

(6) 刺激感應性——生物對於外圍各種刺激，常顯示向背趨避等反應，為生命現象特徵之一，無生物所不備，在高等動物更有知覺機能，為神經所主宰，其反應現象更為繁複。

(7) 適應性——生物的器官構造，常受環境的支配，顯示種種的變異，是稱適應性，其變異的形質，則稱適應形質，例如動物的移動器，飛行的成翼，水棲的為鰓，陸生的具足，同一器官，因生活上需要的不同，遂形成特殊的形質以相適應，是實生物獨特的性質，無生物所絕無，且據生進和進化的法則，則生物適應性優越的，方能繁榮發達，否則不免淘汰滅亡。

觀上述各點，則所謂生命現象，即為此等特徵表現的結果，吾人均可用實驗觀察方法，考查證明，總括生物生命全部的過程，亦可歸納為兩大要點：一為個體維持，一為種族保存，前者謀個體的安全，後者謀種族的蕃庶，無論動植，無論人類，生物的任务，都不外乎是無生物中雖或有類似生命特徵的一二的，然其結果，決不能綜合歸納於這兩點，無生和有生的根本的不同即在此。

第三章 生命的物質基礎

生命的基礎為原形質，已為學術上所公認，1868年英國生物學家赫胥黎 Huxley 1831-1895 曾倡是說謂原形質，為「生命的物質基礎」。而近世細胞學大家美國威爾遜教授，極贊同赫氏的說法，謂為科學上的名言，但現時對於原形質的性質，則較赫氏當時的見解更為進步，赫氏以為原形質是一樣的化合物。據近來生物化學上的考究則知原形質係極複雜的種種的蛋白質。和其他支持生命上必要的化合物的混合體，各生物的原形質，固有多少的共通性，但常因生物的種類，各異其性質。

顯微鏡的性質——用顯微鏡考查原形質的形態，則為半透明半流動性的物質，呈膠質狀態的形體，無色無臭無味，全部構造均等，如在高倍顯微鏡下觀察，又可見顆粒狀，纖維狀，網狀，和泡沫狀等構造，顯無定形，故學者的解釋亦各異其說，要知原形質原為生活物質其自身有構成分解的作用，有同化吸收的能力。故其構造實因時因類因物質的轉換而不絕變化，決非如無生物質的必具有定形的結構，就原形質普遍的構成而論。則由透明質的液狀基質，和海綿膠質的顆粒體，兩種形質所混合組成。

化學的性質——據原形質的分析實驗，知構成原形質的化合物含有

水分，糖類等各種無機物質和蛋白質，炭水化合物，脂肪等各種有機物質，極爲繁複，茲分別述各化合物的性狀如後。

(1) 水分——原形質雖不溶於水，然其構成的物質中，實包含大量的水，其容量約佔有 70% 100% 水爲最佳的溶劑，且有極大的比熱，爲產生各種化學作用時所不可缺，且自然界如缺乏水分的供給時，則物體循環立停，生活體如缺乏水分的組成時，則生活機能全息，故構成重體的水份，亦稱生活水，和無機物的結晶水，有同等的價值。

(2) 鹽類——原形質內含有各種的無機鹽類，主爲氯化物，硫化物，碳酸鹽類，磷酸鹽類，硝酸鹽類，和曹達，加里，苦土等的化學物。其他尚有銻，鎘，鉍，鉛，銅，鋅，鎳，溴素等將綠的化合物。則觀生物的種類而異，原形質中，鹽類約佔有 1% 的容量，對於生活上各具有特殊功能。

(3) 蛋白質——構成原形質的物質中，當以蛋白質最爲重要，普通由炭，氫，氧，氮，磷，硫等四元素，複雜的結合，其比率大概爲 C<sub>65</sub>H<sub>11</sub>N<sub>16</sub>O<sub>23</sub> 或 N 11% 時或含有磷，鐵，鎂等，其構造極爲繁複，生物異體的蛋白質，因各不同，即同體的蛋白質亦因管組織的種類而各殊，故蛋白質的化學構造式——實難確定，即其種類實有若干，方無從計數。吾人普通易見的蛋白質，有鳥卵的卵白，乾酪的(俗稱奶油)，酪素，肌纖維質的肌蛋白質等，大都可溶於水，用適當的試藥。可使沉澱，加熱即行凝固，受酵母或其他的化學作用，則可分解爲各種的氨基酸的簡單有機物質，生物學家願想結合各種的氨基酸，使生成複雜的蛋白質，正在試驗中，現時尚未有結果。

蛋白質最特別，爲膠狀體的性質，常呈凝膠狀，乳狀和混濁狀等，在生活體內則多呈乳狀；細胞膜原爲半滲透性膜，原形質內的蛋白質，既屬膠狀體，故決不能滲於細胞膜外，但水的可溶性物質，則可由滲透細胞膜，故細胞膜內原形質，能自由從細胞外攝入各種物質，以營同化構成等作用。

(4) 炭水化合物——炭水化合物分布於生物界，主爲植物體內的貯藏物，而爲動物的營養品，概由炭，氫，氧三種元素化合而成，其氫和氧兩原素的分子比率，適相等於水的分子構造，故有炭水化合物的名稱，論其生成的原始，則須在生活的植物體內，方能形成，即綠色植物的光合作用，實爲炭水化合物生成的原始。

炭水化合物普通分爲葡萄糖，甘蔗糖和纖維素等三大類，其一般的分子式爲 C<sub>n</sub>(H<sub>2</sub>O)<sub>n</sub> 或 (C<sub>n</sub>(H<sub>2</sub>O)<sub>n-1</sub>)<sub>n</sub> 亦或因其分子組成的繁簡，有多糖類，雙糖類，單糖類等區分，每類中屬含有許多的種類。

(5) 脂肪——脂肪的佳例爲牛脂，羊脂，豬脂，菜油，豆油等，皆

爲食物的主要物質，動物體貯藏於脂肪組織內，植物則大都存於種子中，其成分和炭水化合物相類，同爲炭，氫，氧之元素合成，但其分子構造則大異，普通的脂肪，概由脂肪酸和甘油的化合物結合而成，其在常溫常壓呈液體的稱脂肪油，如呈固體的則稱脂肪，但脂肪的分子組成各有不同，故脂肪油的種類，亦極繁夥。

動物體均能由入的營養物質，自行製成脂肪，如專用蛋白質和炭水化合物飼養動物，即能由此等物質轉化爲脂肪，植物亦由其體內炭水化合物和蛋白質，變化成脂肪，是等轉變作用，完全是原形質的功能。總之原形質爲生命的物質基礎，其形態構造和化學組成，極爲複雜。決非簡單的觀察，廣泛的推論所能詳盡，但各種的生活現象。均發源於此，倘吾人能將原形質的理學的性狀和變化，闡發顯遺，則一切生命問題疑難，即可迎刃而解決矣！

預習試題，(1) 動物體內的無機鹽類如何生成？何處得來？(2) 蛋白質和炭水化合物異點何在？(3) 膠狀體的意義如何？(4) 澱粉和葡萄糖有何不同？(5) 原形質主要的功能有幾？(6) 解釋原形質顯微鏡的形態，以何種學說最爲合理？

### 牙齒學篇

#### 池方講述

### 第三課(齒髓疾患的治療法)

(一) 齒髓充血：用鎮靜療法(充血狀態極暫即進入炎症之階段) 又稱爲消炎療法。原因除去如不良金冠，充填物等，？高洞清掃！異物除去，軟化象牙質磨去，高洞洗滌如脫灰明顯者用重質水將乳酸中和或用 Antiformin (參閱本期刊牙科材料及藥物) 鎮靜假封數日後，炎症痊癒，然後永久充填之。鎮靜劑如 Q.P. = Camphor 30gr + Phosnat, 60gr + Alcohol 10 gr (樟腦油，石炭酸，火酒)。

(二) 滲出性炎：高洞清除後用鎮靜療法，嚴密假封數日後炎症漸散用間接覆罩法或用 Oxy Chloride of Zinc 作底然後用牙粉及銀粉等永久充填之。惟有如下情形者，須行失活療法。1 齒髓治癒可變者。2 到達困難，保存療法所需之無菌狀態處置不可能之高洞。3 齒髓組織已有長時間的感染或流出者。4 鎮靜療法無效。炎症不退而反增劇，打診有反應，溫熱感亢進者。5 壯年以後的齒牙，尤其是繼續齒或金冠裝置者。

(三) 化膿性炎：用失活療法(附於後)。惟齒髓已化膿者對亞砒酸的吸收障礙。且患者極感疼痛，故在應用亞砒酸之先必須將化膿除去即高洞清掃後，用雙養水進行洗滌，乾燥後以石炭酸及古卡因各等份

貼於窩洞內。此時在三數分鐘後疼痛即止，患者視為神仙手術也。

(四) 慢性單純性齦炎：用鑽磨療法，有感染可疑者用失活療法。以雙氧水洗滌，局所麻醉後將齦病的組織楔狀切除。(可即時拔髓)。

(六) 慢性增殖性齦炎：其法同第五項。

(七) 齒髓死：A 不論其原因何在，可當無髓齒治療即用根管消毒療法。B 壞疽者：先行窩洞清掃，然後以根管鑽粘用拉蘇 (Cryol) 將根管一部清掃，再以滑針以棉花粘取 Antiformin 揮入輕抽掃，數回反覆之後，用 Formalin + Cryol 各等份，以棉花引入根管之內，外以 Bistaro 棉花輕封假封，數日間如法施行後，始用根管鑽粘取拉蘇將根管全長清掃，Antiformin 抽掃，最後用 E.C. 揮入，試補膠 Stopping 假封之，數回反覆無臭(注意被藥氣蒙閉)試補(用消毒棉花揮入假封三四天)始可永久充填之。

(附)：亞砷酸失活療法

亞砷酸即三酸化砷。此藥貼付時，或會有劇烈齒痛，全身中毒，附近組織侵蝕等故於亞砷酸之使用應注意。

亞砷酸失活療法之禁忌症——

1 齒髓吸收能力可疑者如：a 高度充血(充血後者例外)。b 有潰瘍面或壞疽等齒髓。c 高度萎縮變性，化灰組織形成的齒髓。2 亞砷酸特異質。3 時間短促者。4 假封不能完全的高洞。5 根端孔未完全的幼弱齒(乳牙)。

亞砷酸失活療法之術式——

- 1 防濕。2 窩洞可及的擴開直達容易。
- 3 污物除去，軟化象牙質充份剔括。
- 4 窩洞保持形態形成一方面以利假封。
- 5 窩洞脫水及消毒。
- 6 亞砷酸貼付(注意波及他組織)。
- 7 假封時應避免加壓。
- 8 假封要緊密。
- 9 24—48小時(貼付後之第三日)即可使齒髓失活。
- 10 在防濕法下將藥物除去，清掃(用火酒)然後再將窩洞擴大，髓蓋開放，目視明確(可及的盡量擴大)。
- 11 消毒後之拔髓針沿根管壁除除插下到達根端部轉動抽出。
- 12 根管擴大。
- 13 用酒精將擴大後之根管拭抹乾燥。
- 14 E.P. 或其他根管消毒藥劑以棉花粘用揮下假封，數回反覆倘無其他症狀即根管充填。
- 15 二三日後永久充填之。

亞砷酸失活療法應注意之事項——

a 充血顯著者，穿刺瀉血以減低齒髓內之血壓。

b 炎症顯著者，先消毒及鎮痛，然後貼付亞砷酸。

c 齒髓出血者，用純石炭酸貼付數分間，或用腎上腺水瀉下。又或用溫鹽水洗滌則可止血。

d 齒髓面化膿者，用微溫水洗或用石炭酸，古加因(各等份)塞於窩洞內——二日，可制止出膿及鎮痛。然後用亞砷酸。

e 息肉形成者，局部麻醉後用銳匙由息肉之基部切除之。其創面則沃度仿，單寧合劑貼付——二日後用亞砷酸。

f 齒髓充份露出而知覺痛者，用局所麻醉法，使齒髓神經麻醉，然後用銳利器械刺穿之，始用亞砷酸。

亞砷酸失活法失敗之原因——

- (一) 齒髓吸收能力不充份，如高度充血，炎症旺盛，潰瘍，壞疽，萎縮變性，息肉形成等的存在。
- (二) 窩洞準備不完全，如窩洞內有多量遊離蛋白質，亞砷酸與之結合則成爲蛋白化砷。倘有血液則成爲砷化血色素。
- (三) 貼付未達齒髓面。
- (四) 習慣性。

亞砷酸失活療法之偶發症及治療法——

(一) 齒痛：

原因：1 神經機能亢進：如神經質，不眠，過勞，貧血，神經衰弱，歇斯德里，妊娠，月經，等對於亞砷酸作用起強烈之反應。2 齒髓內血壓亢進。3 齒髓露出受壓迫。4 用過多或過少。5 齒髓面加壓過大。

療法：1 亞砷酸貼付之前，在齒髓面用純石炭酸貼付約5—10分間。

2 充血者瀉血，萎縮者退養。3 用亞砷酸不宜於下午或夜間，因此時體溫及血壓上升。4 貼付後發痛，可用冷水含口，外頰部用水敷，或內服阿司匹靈。5 荷用各法後而痛仍未止，則將亞砷酸除去，用鑽磨療法然後再用亞砷酸。

(二) 齒根膜炎：

原因：1 用藥前已有齒根膜炎的存在。2 亞砷酸作用的結果。齒髓血管血行變化，而至齒髓血行亦起同樣的變化。3 亞砷酸毒作用，用根端孔逸出波及齒根膜。4 失活不當，如早期拔髓，拔髓針揮出根端孔外，又或假封時齒髓外壓的影響。

療法：1 齒髓吸收能力之判斷，貼付時間之加減，幼弱齒的避免。此乃預防在先之策。2 藥物除去，用鑽劑或藥劑等解毒，數日後即可

換敷。3.齒齦部用反刺軟劑塗布，外類即敷冰。

(一)反刺軟劑：1.沃度丁藥。2.雙爾菊丁藥。3.0.05%薄荷方。5.薄荷油。0.1。

(三)瘰癧：

原因：1.假封不完全而至亞硫酸漏出觸及其他組織以至瘰癧。2.儲床穿孔或根管異常，由顯診所至。

療法：瘰癧部切除，創面用鐵劑或碘劑貼付解毒。

(四)全身中毒

原因：假封不當，藥物嚥下而起，其現象起劇烈吐瀉，口渴，胃痛，肚痛，暈眩，知覺異常，脫力，癱瘓等。

療法：用砒石解毒劑及對症療法，與內科醫協同療治之。

### 通俗口腔衛生講座

本報除一仍舊貫注重牙科學術研究外，特再增闢「通俗口腔衛生講座」一欄，其主要目的在(一)希望各同業將本欄資料詳加參考，向民衆擴大口腔衛生宣傳。(二)引起各會員與投稿的興趣，但本報因篇幅關係，不得已厚加限制，每期取錄來稿限三篇，每篇不得超過一千字以上，如荷各會員不吝珠玉，則造福於民衆齒牙健康，誠非淺鮮也。

### 談江湖取「牙虫」

牙醫師章士珍(杭州)

我們常在大小城市的街坊巷裡，看到有一種江湖婦人，專門以取牙虫爲業，這班人談着世傳的幻術，來維持生活，大多數無知的牙病患者都受其愚，其爲害之深，談虎色變，這行業在現今科學猛進時代，及牙醫業的日新月異的進步中，尙能存在，而未淘汰，可稱奇蹟，亦是我牙醫界之恥。

凡是曾經看過，江湖婦人(牙虫)的技術的人，都相信人的口腔內有那麼一種「牙虫」，作者亦會親眼看到取「牙虫」的人施行奇術的情形，她們用一支竹筷，一支銀針在衆目共睹下，在病人的口腔內取出很多的虫，有如黃蛆般的大，白的顏色，蠕動如生，而且取出之後，那病人牙的疼痛自稱好多了。

我們知道這是一種邪術，「牙虫」絕對是假的，不解而知其偽，並

(五)齒牙變色：

原因：1.手術不當。2.由於亞硫酸的刺蝕，而至組織內漏出的血液，侵入象牙質細管內而起。3.齒髓未露出而貼付亞硫酸亦當引起。4.解毒目的施行時用酸劑或單寧而引起變色。5.早期拔髓至根管內出血。

療法：用直接酸化漂白法。

練習試題：(一)何謂之反刺軟劑？

(二)亞硫酸貼付後齒牙變色的原因？

(三)齒髓失活療法有幾種？

(四)齒髓保存療法與失活選擇之標準？

下期預告：齒根膜炎(牙科病理學)

們這類行業，據說：傳授兒媳婦，不傳授女兒，所以永遠限於一個地區「鳳陽」人，爲一種永久世傳的職業，這理由當然是免得秘密外洩。那些所謂「牙虫」，據說：是一種植物在鳳陽出產的一種野草的籽，牠們用來秘藏在指甲內，在施術時彈入牙患人的口腔內，這類細籽一遇到口腔內的唾液，立即變成白色，而澎漲放大，在很快的澎漲放大中，當然如同爬動的一般，很像活生生的虫類。這個傳聞足可解釋這一個「牙虫」的謎，現在我們要研究怎麼假的一「牙虫」取出後，患牙痛者又會減輕疼痛呢？作者的答復是這樣：牙痛的人有種的疼痛急烈時，患部齒髓是在炎性充血狀態，用銀針去抓擾瀉出血來，腫脹的患部痛覺就減輕了，而且牠們亦有一些止痛的土藥，敷上患處或鑽洞，有時亦能暫時止痛，可是也有因而中毒的，作者曾研究過她們用的藥，知道有如下的幾種：草馬，樟腦，畢撥，薄荷，冰片這些藥確實有麻痺的作用。

我們知道以上情形就可以了解是否能夠治癒牙病，實在是有碍而無益的，作者在較偏僻的城市中執業時，常在臨床上遇到，有些病人因經取「牙虫」而誘發各種口腔炎症，多因受外來細菌的感染而起，因爲那班術者用不潔的竹筷，銀針，及污濁的手指，指甲，在病人口腔施術，因而將細菌帶入口腔內也。

所以這種職業之存在，而未淘汰，我們牙醫同仁應注意這個問題，擬請政府取締江湖取「牙虫」的婦人，同時我們應當注重口腔衛生的宣傳，要深入農村，普遍的給人民一種口腔衛生的知識，(留給諸同仁研究如何普通宣傳口腔衛生?)並且可將口腔內的細菌，作有根據，有統紀的，給社會大眾普遍的報告與宣傳，這有助於人們不受取牙虫邪術之愚騙，有益民衆健康至屬重要。

# 會務告報

## 幹事會議紀錄摘要

九月廿五日第三次幹事會議：

(一) 主席(池清華)交議：迭蒙各地會員來函詢問永久會員費，惟現目百物騰貴，所需紙張及印刷費等，為數不貲，應如何辦理，請予公決。

(議決)該永久會員費實不可缺，一俟議妥款項即行付印，至印刷工料費，則酌量以至於價格向各會員攤分徵收，以資彌補。

(二) 徐理財呈成提議：本會經費全賴會員月費維持，現各地會員多能自動按月繳交，惟仍有少數會員尚未繳交，應如何辦理提請公決。

(議決)函請各地負責人協助辦理。

(三) 劉幹事提議：現各地進行籌備成立分會，其分會章程應如何議定，請公決。

(議決)交由正副會長擬訂，至各地情形不同，再由各地負責人酌量增刪，經總會核定施行。

(四) 會長(池清華)交議：本會上海負責人陳天放牙醫師，在滬主理上海牙醫學會月刊出版事宜，來函懇請，請予協助一案。查本會宗旨，在研究學術，自應准予所請，盡力協助，惟協助方式應如何施行，提請公決。

(議決)：除在牙科學報上代為介紹外，並應加以切實協助詳細辦法，請會長與其聯絡負責辦理。

### (各地分會章程草案)

## 中國牙科醫學研究會〇〇省〇〇分會章程

### 第一章 總則

第一條 本會遵照總會章程第六章第十七條之規定定名為中國牙科醫學研究會〇〇省〇〇分會(以下簡稱本會)

第二條 本會奉行總會之宗旨以提倡牙科事業共同研究牙科學術及增進牙科醫學之知識為宗旨

第三條 本會之會址設於：

### 第二章 任務

第四條 本會之任務如左

一、關於牙科醫學之研究及改進

二、關於國內外牙科學術新著作之介紹并投報於總會發表之

三、關於會員業務上疑難問題之指導

四、關於會員動態之報導并報告總會發表之

五、關於總會會務之協助與推進

六、其他合於本章程第二條所揭宗旨之事項

### 第三章 會員

第五條 凡居留本地之牙醫師牙生或牙科從業人員不分性別贊同本會宗旨者均得加入為本會會員并呈呈總會追認之

第六條 會員應享之權利如左

一、閱該總會或本會出版之刊物

二、請求解答業務上或學理上或臨床上之疑難問題必要時得提請於總會

三、參加各種座談會研究會及演講會

四、本章程第四條所規定之權利

第七條 會員應盡之義務如左

一、按時繳納會費

二、遵守本會章程及決議

### 第四章 組織

第八條 會員如不按時繳納會費或不遵守本會章程或有不正當行為致妨礙本會名譽信用者得按其情節之輕重呈報總會予以停權或除名之處分受除名處分之會員所繳各費概不發還

第九條 本會得因事實上需要聘請牙科界老前輩為名譽會員或顧問

第十條 本會最高機構為全體會員大會由全體會員組織之

第十一條 本會設會長一人副會長一人幹事若干人由會員大會選舉之其任期為一年期滿改選連選得連任

第十二條 本會幹事會分設下列各組其職掌如左

一、(視各該地之所需而組織之)

二、(視各該地之所需而組織之)

第十三條 本會得於必要時設各種組織及委員會其細則另訂之

### 第五章 會費

第十四條 會員按月繳納總會章程第十五條及第十六條所規定之費用並繳總會入帳

第十五條 會員按月繳納本會常費國幣若干元必要時得加以調整之

第十六條 如因特別之經費支需得由幹事會議議決徵收臨時費或特別捐

### 第六章 附則

第十七條 本章程有未盡事宜得隨時呈請總會修正之

第十八條 本章程乃根據總會章程之宗旨而訂定者

第十九條 本章程經會員大會決議通過呈請總會備案施行

# 九月份新入會員名錄

- (廣州) 劉珍華 池慶廷 宗廣禮
- (廣東番禺) 梁桂生 曹晉民
- (廣東恩平) 梁品良
- (廣東台山) 李光明 劉可民 李連三 鍾國照
- 趙家聲 趙幸儒 葉福宇 葉若贊
- (廣東順德) 黎治平
- (廣東江門) 戴啓明 趙文賢
- (廣東新會) 鍾自存 鍾翠雲 趙水鴻 鍾輯光
- 區欽偉 黃錫欽 趙紀常 鄭其昌
- (廣東中山) 李澤文 李寶怡 李寶樹 李少鵬
- 李自強 李曉天 李偉民 羅錫南
- 何壽田 何康萍 何如三 何伯起
- 何信生 何清泉 伍冠芳 何瓊華
- 李英士 李光 黎文錦 李昌芹
- 何天生 周擇行 陳煥庭
- (廣東鶴山) 李振光
- 劉鏡新
- 范汝平
- (廣東南海) 莫善國 黃伯衡 梁智泉 蕭桂秋
- 張德昇 容安
- (廣西柳州) 譚秉淳 姚應權
- (香港) 潘其昌
- (浙江) 鍾福生 周傳良 蔡子安 王禮賢
- 田德潤 彭之進 李玉亭 張應濤
- 王廣陵 吳志傑 易春廷
- (漢口) 芮益壬 侯遠財 楊秉文 王季奎
- 開子明 張作鑑 沈秀亭 林培銘
- 于德源 麻玉山 崔玉山 張寶祥
- 黃蘇才 朱家康 宋寶樹 劉適仁
- 樂榮祥 石寶琛 張秉璵 吳寶章
- 劉金昌
- (天津) 繆鳳池 張 賦 董天錫 忻增德
- (上海) 張 賦 董天錫 忻增德

## 會員姓名更正

漢口會員朱立民更正為朱立文  
上海會員匡奕林更正為匡奕霖  
第二期學報第七頁內「漫談牙醫應用心理學的効驗」一文作者章士珍前誤為章士珍合更正

## 補遺

(廣東靈山) 潘子彬 梁嘉民  
(廣西柳州) 胡近生

## 新設各地負責人

(廣東中山) 李精一  
(浙江杭州) 章士珍  
(廣東開平) 司徒賢  
(綏遠歸綏) 連伯禮  
(廣西柳州) 胡近生

九月份新入會員共壹百貳拾壹名連前陸百陸拾玖名合共柒百玖拾貳名

逕啓者：關於各地分會成立事宜，前經分別通知各負責人進行辦理，惟現接三二負責人來函詢及本會立案經過，俾向當地政府呈報時有所根據等語，查本會業經具呈中央社會部暨請備案，但迄今未奉批復，諒因時間短促所致，至本會無論奉准立案與否，亦當貫徹原旨繼續進行，蓋本會除注重學術研究以外，絕無含有政治意味，查國內各大學會及其他研究會亦有未立案者，是以對於立案與否，似屬不成問題，請各負責人毋庸因此疑慮，猶豫不決，致礙進行，相應函達，尙希查照繼續進行爲荷。此致各地負責人公鑒

會長 長池清華  
副會長 池方

# 人同會事幹會本



何尚志



李敬祥



徐厚成



何卓雄



霍慈悲



麥根剛



何亦民



劉熾



池松青



潘 明 啓



李 桓 楠



何 英 士



林 子 賢



梁 啓 棠



彭 少 存



袁 國 勳



崔 鏡 光



張 心 泉



茲將本會第三期財政收支數目列下  
州六年九月廿六日

收 入		支 出	
上月結存	4,105,000.00元	余書記九月份伏馬費	200,000.00元
六月份會費12名(每月伍仟元)	60,000.00	潘書記九月份伏馬費	100,000.00
七月份會費21名(每月伍仟元)	105,000.00	郵費	232,000.00
八月份會費155名(每月壹萬元)	1,550,000.00	再印甄訓用履歷表壹千張	120,000.00
九月份會費238名(每月壹萬元)	2,380,000.00	再印甄訓用保證書伍百張	60,000.00
十月份會費38名(每月壹萬元)	380,000.00	製排圖電版 52 件	892,800.00
十一月份會費14名(每月壹萬元)	140,000.00	寄刊物及取匯款來往車力	17,400.00
十二月份會費10名(每月壹萬元)	100,000.00	印第三期學報壹千二百本	4,550,000.00
廣州牙科材料店第二期廣告費	100,000.00	文具	23,600.00
中華牙科大藥房第二期廣告費	200,000.00	編日單夾壹個	10,000.00
活儒洋第二期廣告費	200,000.00	上海負責人繳會費滙費	20,000.00
中美牙科材料行第二期廣告費	100,000.00	漢口負責人繳會費滙費	17,000.00
同仁牙科材料行第三期廣告費	100,000.00	結 存	8,952,800.00
林子賢醫師(廣州)捐助	100,000.00		
各地會員取甄訓表付來郵票共	15,000.00		
合 計	9,635,000.00	合 計	9,635,000.00

以上數目由八月廿八日起至九月廿六日止  
如有錯誤以理財組賬冊為準

理財組：徐厚成 何亦民

審計組：霍慈慈 何維卓

**承印者：** 清華印書館  
廣州市惠愛東路毓秀新街  
電話：一零八五六

**出版者：** 中國牙科醫學研究會  
牙科學報出版社  
廣州市第十甫一三一號  
電話：一二五四〇號

**社 址：**  
池 清 華

**會 長：**  
池 清 華

**副 社 長：**  
池 清 華

**非賣品**

中華民國卅六年十月一日出版

**牙 科 學 報 第 三 期**

# 陳家園

## 大紅牙膠之特色

粘	工	色	質	無	保	歐	無
性	作	鮮	堅	收	耐	美	收
好	便	紅	韌	縮	用	貨	縮

誠國貨之精良者也

各地牙科材料店均有代售

本園主人陳玉波君向在南洋怡保埠執業牙醫抱振興國貨之宗旨於民國六年回粵在廣州河南濠洲大街創設**中國第一家**廣東兄弟橡膠製品廠開吾國機製橡膠之先河者也舉凡各種出品早已風行海外遐邇知名尤以久經提煉唯一特長之牙科大紅樹膠為最佳出品深蒙維護國貨諸君熱心贊助採用日多馳名中外本園在於建國增產期間惟持堅持薄利主義用酬惠顧美意幸垂鑒焉

### 現象報

## 牙科講座彙輯

第一集出版

第二集開始預約

彭少存主編

- (一) 中國牙科醫學研究會
- (二) 廣州現象報營業部
- (三) 廣州彭少存診所

(文昌路六十號)

▲預約地點▼

比第一集多

頁數

比第一集好

內容

每本三萬元  
預約收八折

# 廣州牙科材料店

## CANTON DENTAL SUPPLY HOUSE

廣州市十八甫路三十五號 電報掛號：五四九四

本店現由美國直接運到

ACRYLIC ENAMAL FOR  
PORCELAIN JACKET  
CROWNS, BRIDGES AND  
INLAYS NO. 62,63,65,



各種普通顏色  
自製磁牙膠粉

本店為便利同業起見特將自製磁牙膠粉散發零售

### 齒科醫療器材！

自製潔白石膏！

薄利多銷主義！

函備交貨迅速！

價目函索即寄！

### 代客買賣新舊牙科器材

手續簡便 費用低廉

### 本行出品電器治療台：

附(電車一具，口燈一個，大燈  
池四個，自來水痰桶一個，消毒瓶  
二個，電V表一個，玻璃托盤二個)

北平西單白廟胡同一號

同仁齒科材料行

# 中華

## 牙科材料製造廠

Zinc Cement



一、色澤不變  
二、品質優良

三、價格低廉  
四、無刺激性

充填之後表面滑澤

硬化時無膨脹收縮

電報掛號：7977號

各地牙科材料店均有代售

中華牙科材料製造廠