

R
416.905
347.1

中國牙科醫學研究會

馮邦鈞
牙科醫師

牙科學報

1966 2.21
第 2 期

第二期

中國牙科醫學研究會會長池清華

牙科學報出版社社長池芳

地址：廣州市第十甫路一號

本期要目

- 上頰傳達麻辦法..... 郭寶福
- 口腔底峰窩組織支配說..... 劉傑民
- 口臭惡臭發生的原因..... 池方
- 關於亞脫離失活..... 李蔚
- 淺談牙醫應用心理學的効驗..... 章士玲
- 關於拔牙後感染及預防處理..... 池松青
- 拔牙之偶發症..... 柯英士
- 齒槽膿瘍的無痛切開法..... 霍慈惠
- 齒槽膿瘍之那曼氏手術..... 徐厚成
- 口腔外科臨床三例..... 麥子光
- 上海雜誌齒科研究社講義編..... 楊
- 齒髓炎綜合的解說..... 何
- 拔牙病性口瘡..... 李
- 齒槽管之複雜性..... 李
- 牙科醫學研究..... 李
- 齒槽膿瘍..... 李
- 根管消毒..... 李
- 會務報告..... 李

馮邦鈞牙科館

民國十六年九月一日出版 非賣品

上顎傳達麻醉法

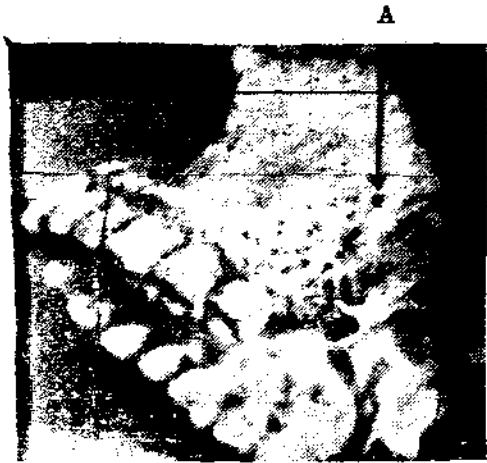
郭寶福譯(天津)

在上顎齒槽突起，齒根，齒牙所分佈之神經，為一側三個神經幹之終枝。欲對上顎傳達麻醉時，注射針之刺入點在一側有三。即上顎結節，大口蓋孔，及下眼窩孔三處。

第一項 上顎結節注射

上顎結節注射 SUPER MAXILLAE INJECTION 別名 額骨注射 ZYGOMATIC INJECTION 以麻醉後上齒槽神經 N. ALVEOLARIS SUPERIOR POSTERIOR 為目的。

一、解剖——後上齒槽神經有二枝，入下眼窩管，在寬狀口蓋葉由下眼窩神經分枝，從上顎骨之齒槽孔經過(如第一圖A)沿上顎洞後壁走下。一部分佈6.7.8之齒髓並齒根膜，另一部如第一圖由數個骨小孔出於骨面，分佈6.7.8.領域之頰側齒槽壁，骨膜，齒根及上顎結節後壁，在5.6附近與中上齒槽神經吻合。



(圖一第)

二、刺入點與方向及深度——在7遠心根端稍上方刺入，斜向8之根端注射。深度10mm. 上顎結節之位置以年齡及齒牙之有無多少有異，大體在最後大白齒之遠心面附近假想不致大差，即無8.時以6.7.為標準12.14歲小孩以6.7.作目標。



(圖二第)

三、注射針之角度——以第二、三圖為標準，即最終目的在第一圖A部附近放出注射液，而角度對上顎大白齒咬合面與針約成45度，對正中面之角度亦約45度，此為與上顎結節部骨之穹隆面取得一致。

四、注射時之抵抗及液量——注射液之放出時，殆全然無抵抗之感覺液量100-150cc.

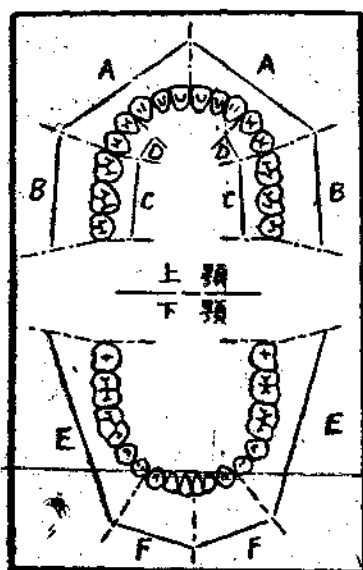
五、麻痺之發現，範圍及持續時間——注射後在二分鐘內即現麻痺，而麻痺範圍如第四圖，持續時間則約四十分鐘左右，此傳達麻醉屬神經類麻醉亦能視為浸潤麻醉之一種。未經驗者之奏效率亦得100%效果。



(圖三第)

六、注意事項
A 未經驗者可用1/2-10mm直徑針，經驗者可用2mm直徑針。
B 左手拇指並食指揭揚口唇以中等之開口，開口過大時而由下顎枝之前進，頰筋之緊張，結果注射針之操作反感困難。

(第四圖)



- (A) 下眼窩神經注射
- (B) 後上齒槽神經注射
- (C) 大口蓋孔注射
- (D) C之場合時呈現
- (E) 下顎孔注射確實範圍
- (F) 下顎孔注射不確實範圍

C. 注射針端接觸骨膜面向上後方進入，針端向頰側注射時，或麻醉不完全，致外頰部起來膨腫，或頰部皮膚發生 DUNN 氏黃血腫。

D. 注射針刺入過深或向頰側時，針端則進入翼狀靜脈或外翼狀筋內，此際切不可隨面感痛，則起高度之浮腫，牙關緊急或即全身感染。

七、應用——對 6. 7. 8. 範圍之頰側齒齦，齒槽突起手術時用之。目的在拔牙或拔髓以次之大口蓋孔並用為宜。

第二項 大口蓋孔別名後口蓋孔注射

大口蓋孔別名後口蓋孔 FOR PALATINO M. MAJUS POSIBIBUS 注射，以麻醉前口蓋神經 NEPALATINUS ANTERIOR 為目的。

一、解剖——前口蓋神經乃由楔口蓋神經節分枝而來，入後口蓋管從大口蓋孔（後口蓋孔）出現硬口蓋骨面，隨口蓋面而出分佈於口蓋之粘膜、骨膜、齒齦及 8. 7. 6. 5. 附近之骨膜。其主分枝如第五圖更向前行而達大齒附近，與鼻口蓋神經終枝吻合，形成神經叢。

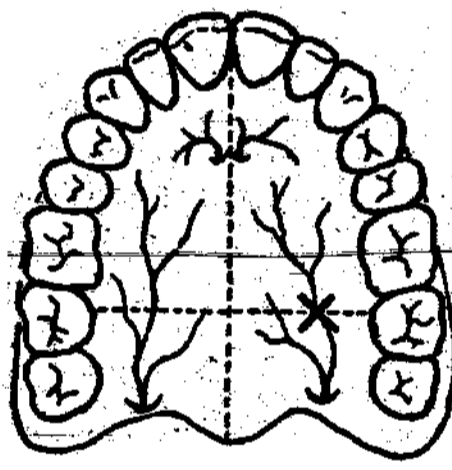
二、刺入點與方向及深度——自有生體於口蓋粘膜面即顯示淺凹或不清之淺溝，此凹溝以各人稍差別。而刺入點大體在第二大臼齒近心面，正中線與齒頸部之中央。（如第五圖 X 處）方向，SMITH 氏 KANT

OROWICE 氏 MEAD 氏其他歐美學者，殆全然推獎第六圖之方向，即注射器在反對側大齒或第一小臼齒之上。深度向後上方約 1cm。

三、注射之藥劑及液量——通常按抽出時稍有抵抗之感覺，故注射時加微壓。液量 1cc 0.1%。

四、麻痺之範圍，範圍及持續時間——注射後

約一分鐘內奏效。範圍 8. 7. 6. 5. 附近口蓋面粘膜、骨膜及齒牙如第四圖 C 處，麻痺現象約能持續四十分鐘。刺入點與後上齒神經神經叢同，稍誤時亦常收效。



(圖五第)

五、注意事項

A. 以 100 以上注射劑足，蓋大量注射時，藥液浸潤過沉，而發現中口蓋神經及後口蓋神經之麻痺，有不快之感覺或吐下障礙及嘔吐。

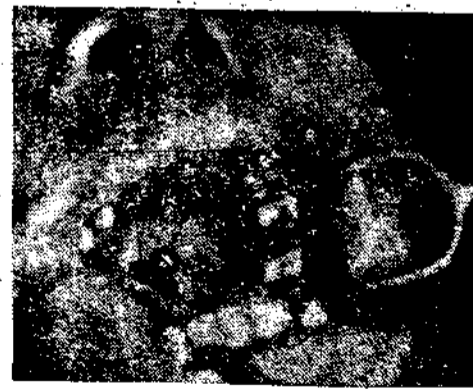
B. 感染易形嚴重，在注射後所招來之感染，大多數形成所謂齒性扁桃腺周圍膿瘍，予患者莫大之痛苦，致對術者信用隨之失墜。

C. 注射劑可用 1/4 或 1/8 cc 直徑針，應用——主對大口蓋範圍之口蓋面並骨手術。此處之神經麻痺單獨應用甚少，大多數與後上齒神經麻痺法併用。

第三項 下眼窩孔注射即前上齒槽神經注射

下眼窩孔 FOR INFRAORBITALE 之注射以麻醉前上齒槽神經 N. ALVEOLARIS SUP. ANTERIOR ANTERIOR 為目的。故前上齒槽神經注射又呼前下眼窩注射。在臨床家且知下眼

窩神經注射或下眼窩神經傳導麻痺法。而其正稱則為前上齒槽神經注射法。但稱下眼窩神經傳導麻痺法亦並非錯誤蓋實際以下眼窩神經成主體，其結果發生前上齒槽神經之麻痺。



(圖六第)

一、解剖——下眼窩神經由後上齒槽神經分枝後，在下眼窩管內出二個分枝，即中上齒槽神經，及前上齒槽神經。中上齒槽神經之分枝位無定處，此神經存在上頰骨前壁，特別骨小管走下，分佈於第一及第二小臼齒齒齦，頰側骨槽板等處。與前上齒槽神經吻合形成所謂 GANGLION OF BOGOTZ LEMK 氏神經節。更又中上齒槽神經與後上齒槽神經吻合，而成所謂 GANGLION OF GUNTINE 氏神經節。在行後上齒槽神經傳導麻痺而等一大白齒之痛覺完全脫失之原因，乃由此吻合故。

前上齒槽神經，乃下眼窩神經出於下眼窩管前，在下眼窩管內分枝而來，由骨內走下分佈於 1, 2, 3, 及其頰域內骨面，齒骨板，及骨齦並齒齦。下眼窩神經出下眼窩孔同時分三枝，是等分枝分佈於下眼窩，皮膚鼻翼軟骨，上唇半側，與齒牙無何等關係。

前上齒槽神經，乃下眼窩神經出於下眼窩管前，在下眼窩管內分枝而來，由骨內走下分佈於 1, 2, 3, 及其頰域內骨面，齒骨板，及骨齦並齒齦。下眼窩神經出下眼窩孔同時分三枝，是等分枝分佈於下眼窩，皮膚鼻翼軟骨，上唇半側，與齒牙無何等關係。



(圖 七 第)

前上齒槽神經如上述於下眼窩管內分枝，由骨質內走下，故臨床上對此神經難得直接麻醉，故之以下眼窩作目標，麻痺下眼窩神經，藉其浸潤作用，以達前上齒槽神經之麻痺。

特殊之傳達麻醉法——傳達麻醉法者，乃由施行麻痺部傳導於末梢領域隨而麻痺為其使命，然前上齒槽神經與此則相反，即由末梢部首起麻痺而傳於中樞近部分枝之神經隨而麻痺。此為不與此文之內者不便敘述。



(圖 八 第)

二、刺入點與方向及深度——刺入點有二，第一法在1、2、之間根端部或眼唇移行部刺入。此法以注射針對正中線形成約45度之角度。第二法在上顎第二小白齒根端部

或上方刺入如第七圖。方向以下眼窩孔直下為目標。約以0.5cm之深度刺入。



(圖 九 第)

三、麻痺之發現，範圍及持續時間——注射後二分鐘內麻痺出現，範圍如第四圖1、2、3、4、5、及其附近唇面，齒槽壁，齒齦等。但與對側同名神經吻合之故，屢屢不能完全麻痺。在對側可施浸潤麻醉。持續時間約四十分鐘乃至一小時鐘內外。

四、注意事項

A 取安靜咬合 ACCLUSION 狀態或僅開小

口，最要務使口唇及頰筋可及的肌腹。B. 下眼窩之位置，大體在齒頸部0.5cm上方，即犬齒窩直下部，由齒頰移行部上部約0.5cm強，即鼻翼與耳輪下緣設劃一橫線之下位，又如以瞳孔，下眼窩，瞳孔，三者大體存於一縱線上藉此可作參考。



(圖 十 第)

C. 有時與 McEwen 氏貧血症併發紫斑者如八、九、十圖此紫斑通例於二週內自然消失，無加治療之必要。

五、應用——1、2、3、4、5、之齒根囊腫手術，但目的拔齒時，對口蓋面以浸潤麻醉併用。

口腔底蜂窩組織炎概說

劉祺民 (海上)

口腔組織起急性廣汎性化膿性炎，發生於頰部舌骨舌肌一側或二側，於頰部及頰部及下顎隅角蜂窩組織發生炎症，謂之口腔底蜂窩組織炎。

本症在一八三六年有名 Ludwig 者發現，故有名為 Ludwig's Angina，此為紀念之而命名，然於 Lindner 之先，於一八二九年有名為 Gensoul 者已發現此症，故前稱似覺不妥，而普通皆稱為口腔底蜂窩組織炎，因本症是發生於口腔底蜂窩組織也。

原因 本症發生於成人，尤在壯年頻發，小兒少見，其主要原因如后：

- (一) 口腔底粘膜炎或附近化膿菌侵入而成，或由齒頰部感染，盲囊感染等，以及拔齒創下顎骨折或切開創等繼發。
- (二) 附近組織化膿蔓延，可引起下顎大小白齒齒槽膿瘍，扁桃腺炎等。
- (三) 他部化膿灶轉移稀見。
- (四) 本症所見之細菌，為連鎖狀化膿球菌，丹毒連鎖狀化膿球菌等，及葡萄狀化膿球菌，鏈氣

口臭惡臭發生的原因

日本牙醫學士池方

緒言

醫學上的分科是：內科，外科，小兒科，產婦人科，眼科，皮膚科，花柳科，耳鼻喉科等，都是人所共知者。此種分科，在世界醫學進步，則愈精細；如更分爲泌尿科，內科等。而以牙科論，在昔簡直不入醫學範圍；而視爲江湖術士，大洋傘之流而已。故清末，北京有徐景文牙醫博士者，歸自美國，會替皇太后理牙（？）得賜爲翰林（？）後卒被參，其理由就是：整牙與理髮者同，乃江湖術士，安得爲翰林職？其被輕視可知。迨至最近，牙科在醫學上的地位問題，及醫學上的操作問題，爭論甚烈，他們認爲牙科是醫學上的支派而非正統。他們認爲牙科醫師，不應施行靜脈注射。這些問題在日本曾經熱烈的爭論過，結果是決定許可，在醫學上的地位亦已增高。然而牙科是否單在整理齒牙？曰：非也；蓋凡口唇以後，懸垂垂以前，口腔之內，其一切發生的疾患，都屬牙科範圍，故近有口腔醫師之稱。

現在要討論到疾病發生的原因。腸熱症的原因是內科的問題，盲腸炎，是歸入外科的，中耳炎是耳鼻喉科的。但有等是混合的，如下顎智齒周圍炎所引起之膿毒症。有等其原因至今尚未分清者如口臭惡臭。亦即本文之所要討論者也。口臭惡臭的原因該爲內科的抑爲口腔的原因？這問題從來一致的認是內科的原因，內科醫師尤以爲然。有些學者舉出口臭是在於齒牙，口腔，咽喉，副鼻腔，喉頭，肺，及胃腸等疾患

性細菌等，混合感染。

症疾及其經過 下顎大小臼齒之化膿性疾患或口腔底舌下切開外傷等，其經過中爲急劇惡變，戰慄，發熱，下顎下緣與舌骨之間先起強直之感覺而後腫脹硬結，起劇烈之疼痛。患部之炎症劇烈而周圍蔓延，於頰部附近生出浮腫樣腫脹，外觀頰面增長，皮膚呈潮紅緊張，舌運動受障礙而引起疼痛，炎症甚時，舌被壓迫向後上方硬口蓋，故談話，咀嚼，下嚥，開口等機能受障礙，炎症由頸部蜂窩組織而向深部或喉部附近波及而起呼吸困難。

全身症狀，除惡寒發熱外，患者身體顯明衰弱，併發黃疸，蛋白尿，心臟衰弱等症，如體質不良，能引起敗血症毒症，（請參閱池會長著之齒科臨床展望）危及生命，若體力旺盛者，僅爲限局化膿，自初發起至多數日乃至一週，膿瘍形成於口內或頰下部。

診斷 附近齒牙疾患或外傷發爲最多，診查發病之狀態，及現症之觀察，且用及合診觸知口底組織之硬度，與壓疼之診查，「本症有特異之兩相反之症狀即溫度高而脈博底」變態別診斷：

- (1) 舌炎 呈舌實質腫脹，口底無其變化容易鑑別。
- (2) 急性頰下腺炎 生於舌繫帶偏側，其炎症僅限於腺組織爲主。
- (3) 頰下腺腫脹 腫脹壓痛點爲限局性，舌之運動不受障礙。
- (4) 下顎骨性蜂窩織炎 舌下缺少腫脹，腫脹密接於骨，呈頰面之半面腫脹，（非在頰下部）舌之運動障礙少。
- (5) 播種 播種發現於舌及口底者，本症爲年老耨發，其經過數月或數年。

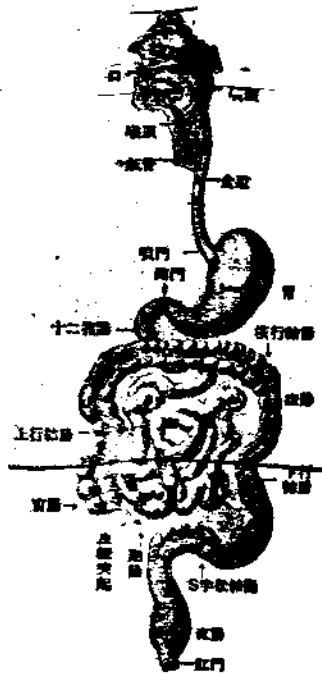
預後 由病者之抵抗力強弱而差，如不良者，早期處之不適，而起膿毒或窒息死亡，生活力旺盛者，作限局化膿，數日間膿瘍，形成自潰排膿，取良好轉歸。

處置 勿論其膿瘍形成與否，應施急速之切開，使排出滲出物以緩解炎症。切開之部位，於波動處先用探針探明膿或滲出物之存在之部位，適宜於口內或口外切開，口內沿頰骨內側切開，外部沿頰舌肌之方向切開，切開創用 Torsolungase 插入每隔三四小時用 H₂O₂ 或 Potassium Peroxide 溶液洗滌，外部用水袋冷敷，同時注射 Penicillin 如發生膿毒症及呼吸困難者，須特別注意，必要時施行氣管切開，以及注意病者之體力維持吸取流動滋養物等。

所致，尤認爲是胃腸管內的惡臭瓦斯，混於呼吸中而排出者。然另有一班學者的見解是：乃由於口腔及其附近的局所的疾患而發出來的，約翰，浮士德主張說，作者之意亦認爲是口腔的原因，茲分述如次：

口臭的定義

口臭係指呼吸由口腔內散發出的一種惡臭。其與由鼻腔所呼出之臭氣不同，（即所謂鼻臭），因鼻臭，當口閉之時，其由鼻腔而呼出的臭氣，仍有惡臭；口臭則反之，當閉口時，惡臭遂不復得聞。往者認爲胃腸內的臭氣，亦是由口腔中而出，故凡由口腔中所出的臭氣即曰口臭，此內科醫師所稱者也。



由口至肛門之消化器

口臭的原因

倘若惡臭要直接由胃腸經口而出，則對於八寸餘長的食道的閉鎖處，非設法透過不可。要知道食物嚥下之時，食道與口的交通是被閉鎖的，瓦斯的送出，實不可能。且在胃中存在的物質，其臭與口臭不同：當我們胃中氣及嘔吐之時，其所發之臭氣，就可證明之。次而由胃一旦被吸收的臭氣，則接納的可能由鼻呼出；但口臭時，一經閉口，而臭即止。又有說臭氣被吸收，由血液運至扁平上皮，而由口腔排泄而出：如糖尿病，尿毒症等病，其呼吸就帶有臭氣也；然而此乃物質變積之氣，與口臭亦不相同。

根據以上所述，我們可以說口臭完全是由口腔內發生的。

(一) 腐蝕的原因：口腔內有三四只腐蝕菌，其體內積藏住食物的殘渣，暨各種的細菌如：齒牙溶解桿菌 *Bacillus Odoni-talysogenus* (Oronura) (奧村鶴吉氏)，葡萄狀球菌，嗜氣性瓦斯產生菌等，將組織蛋白分解，腐敗，而發生一種硫化水素瓦斯，是為臭氣。

(二) 口腔不潔的原因：齒石 Zahnstein，齒垢 Zahnbelag 等物量沉積，尤其殘根殘留者，齒列不正者，因清掃不完全，而至齒石齒垢堆積，混合各種口腔常住的細菌，起化學的作用分解，腐敗，酵解，產生一種化合物例如：酪酸 Butyric acid 等，而放一種臭氣。

(三) 齒槽膿漏的原因：齒槽膿漏因何而起，迄今未明；但齒牙周圍齒石的刺激，是為力的原因之一。故齒槽膿漏的齒囊內，就屢會發出一種臭氣。

(四) 症候性的原因：如胃潰瘍，糖尿病，尿毒症等患者，其唾液性狀有變，以至殺菌力減弱。我們知道唾液內含有種種的抗體，此抗體中有一種叫作 Rhodan Kalium，有殺菌能力。倘若唾液性狀變了，其殺菌力亦減弱，則口腔內細菌的繁殖更速，以其本身的性能捕起各種化學作用，造成口臭。

結論

所以口臭惡臭，當我們注意到口腔的清潔，臭氣即行減低，以上述種種觀之則足以證明口臭惡臭是口腔的原因。

關於亞砒酸失活

李清玉(天津)

失活法者，乃係以種種手術以無痛抽出齒髓為理想，其目的在麻痺神經或使齒髓組織變性、壞死、其後抽出之，謂之齒髓失活法。

(一) 亞砒酸對齒髓之組織變化

- A. 貼敷本劑後，齒髓組織初起充血、腫脹、炎症而生擴大血管，並往往形成血蓋。
- B. 本劑與赤血球成分之血色素親和力極強，亞砒酸與血色素結合後，則破壞赤血球而發生亞砒酸血色素。
- C. 本劑貼敷後，齒髓組織變為帶黃赤色，且起血液變性。
- D. 本劑對結締組織纖維，及結締組織細胞，不起破壞作用及變化。但對其容積則膨脹三位至四倍。

本劑對神經纖維呈最特異之現象，即神經鞘增橫徑，並成顆粒狀物。神經軸索發生變化，溶解消失部分，多數分散於 Landolet's 氏絞窄輪部。

齒髓變化內眼之所見——(1) 齒髓全部或一部呈帶褐赤色，此為齒髓死滅之證。(2) 象牙質及白堊質全部或一部變化帶黃褐色，但少量貼敷時對硬組織無何等變化，或於象牙質變顯著淡紅色之變化，此為赤血球被破壞，而透齒細胞及血液浸潤之故。

如前述本劑與血液親和力強盛，迫使血管及

種健康之人，當其體力減弱，亦可誘起口臭，故傳染病，高齡，過勞，慢性中毒，月經，長途的汽車旅行，睡眠不足，過飲藥食等，皆足以誘發口臭。唾液分泌停止，或特別減少，亦可至口臭，故如睡眠中，唾液分泌減少或停止，在經驗上，我們早起就覺口臭，其原因之一亦在此。又如食事後，唾液的分泌暫時減少，則在次回食事之間即覺口臭。其與口臭相伴者，是吾人的舌頭亦覺到有不快的味感，總之認為口臭是胃腸內所發出者，何不試行口腔之清掃，及口腔內各種原因的除去以觀其究竟？

口臭治療之法，第一要點是口腔努力求其清潔，睡眠要充足，飲食要適，宜勿過勞，注意牙齒的健康，及原因除去，如顯齒之治療，充填，殘根拔除等。症候性者，行對症療法，則口臭惡臭可消滅矣。

神經，逐次為進行性破壞。貼敷時間以二十四小時最宜，倘時間過久，應而進行於根端外部，蔓延於根膜，誘發根端部齒膜炎，此亞硫酸性齒膜炎頗難治癒，但亞硫酸對已死滅組織全然無作用。

(二) 亞硫酸藥理的作用

- A. 由齒髓之狀態，纖維大者易失活，小者則難失活。
- B. 由體質之關係——特異體質者，雖大量貼敷亦難奏效，而少量則易死滅齒髓，其效無定，又年幼者較年長者容易失活。
- C. 在初次貼敷而未收失活效者，其次再行貼敷則更增其抵抗力，再三貼敷易起亞硫酸中毒，而改施強磷酸及石炭酸腐蝕法，或依木乃伊良變性法，使齒髓壞死，或由古卡因壓迫麻痺法為宜。

(三) 亞硫酸貼敷時之注意事項

- A. 亞硫酸對組織腐蝕作用，漸次蔓延擴大於周圍組織故對於失活齒宜慎重，行嚴格之防護法，並以脫脂棉保護舌、齒齦、頰粘膜等。以士敏或假封膠密封窩洞，勿使亞硫酸些小泄出窩外以防觸及軟組織，(舌、齒齦、頰粘膜等)倘誤滴下或泄出附着於軟組織，則起血管擴張充血，遂而進行蔓延破壞附近組織，該破壞組織，外觀呈紫紅色。
- B. 本劑貼敷時首起充血，患者屢感疼痛，若對露出齒髓以亞硫酸直接貼敷之，則發起激烈搏動性疼痛，故對露出齒髓應開接貼敷於齒角部附近，而防患者苦痛，但亦感輕度之純痛或違和。

(四) 亞硫酸貼敷後之處置

貼敷本劑假封後，塗布沃度丁澱或水酸、水鐵、於齒齦，且投與消毒含嗽劑，若洩漏亞硫酸腐蝕齒齦部，亦塗沃度丁澱，並投與制腐含嗽劑。本劑貼敷收效時間，經過二十四小時以上，則齒髓陷破壞而失活，得以無痛之拔齒。

漫談牙醫應用心理學的效驗

章士玲 (杭州)

心理學為現代學者所重視，乃因其為一種實用的科學。舉凡政治，軍事，教育，商業，醫學……等等各種專門學術，都需要有心理學上的研究與運用。

我們牙醫界亦然，除應有之牙醫專門學識及經驗外，尤須對心理學有研究，俾於執行業務時，作適當的應用，確屬重要。

例如：有甲、乙二牙病者，甲之病牙，術者認為無法保留，應將患牙拔去，但該病人對拔牙存有恐懼心理，堅持施行保存療法。而乙之病牙，經術者診斷該患牙雖有疼痛，但却可以施行「保存療法」，告以不必拔去，而該乙却要求拔除之，因其對「保存療法」毫無信仰，具有

一種懷疑心理，認為拔牙為除去痛苦之最合理的解決辦法。在這種場合下，術者便須應用心理學的技術來制勝病人糾正其錯誤的見解，完成術者應施的手術，由此足見心理學的研究至為重要。

作者，憑個人的得失與經驗，來談談牙醫師應用心理學的效果，並祈先進諸君，多多賜教。

一、心理學對預防醫學的功用

預防醫學的重要，為近年來牙醫界所最注重。凡未有病預防，比已有病而後治病更有價值，注重口腔的衛生，可以減少牙病的發生。初發病時即去醫治可免除一些危險的來襲。例如一個齲牙早期治療，可用「保存療法」；晚期治療，就只得用「破壞療法」。諸如此類這種理論為同仁所深知，無待贅述，現在我們要討論，在預防疾病的方法中應用心理學的如何重要。

疾病的預防，最大的困難，就是人們心理上的問題。我們可以常見到當疫病流行時，他們往往去借了一張注射防疫針的證明書，以逃避旅途上防疫隊的巡查，這不是預防醫學的一大阻礙嗎？精康的養生篇中說：「……成歎恨於所遇之初，而不知備索險於未兆。是猶桓侯抱將死之疾，而怒扁鵲之先見，以覺痛之日，而為受病之始也。害成於微，而救之於著……」由此可見這種惡劣的傳統觀念，已早為一向所具有。歐美各國亦然。根據美國麥勞醫師(Dr. William J. Mayo)所說：預防醫學的心理方面所遇的困難，主要的有三種成因：A. 因缺少即刻痛苦，遂至因循忘記。B. 他們怕引起其他疾病。C. 他們感覺到小病不妨大事。這種種困難，在我們牙醫業日常職務上確亦為常見的。

一般病者來診治牙病，多在患有自覺症狀時，如疼痛，腫脹，發熱，失眠，咀嚼困難等。一般人由這些痛苦的驅使始來求診，一旦疼痛消滅即意於去訪牙醫，這是因為人的心理容易忘記疼痛，他們在思想中不願有疾病的概念，這一種心理的作用，將增加預防醫學工作上的困難。上述情形是有待於吾道同仁努力於心理學的研究，俾得有助於這些任務。這對社會進化民族健康是有莫大貢獻的。作者認為牙醫業者在廣

告上註明免費檢查口腔，這對怕疾病情性心理及畏懼耗費的患者，可以作心理上的對抗。各牙醫院附設潔齒部亦屬重要，一般人去潔齒，大都為愛美的心理所驅使，其實這對口腔衛生及牙病預防的意義更為重要。有些牙醫業者特製一種牙刷，發售或贈送病家，他們每在早晚刷牙時心理上就得到了暗示；即記憶起牙醫所囑告：口腔疾病的危險與檢查口腔的重要。舉辦口腔衛生展覽會，或出版口腔衛生宣傳刊物等工作，都適合心理學上暗示心理反應的作用，促使病者注重預防牙病的意念。

有一位主婦帶來一嬰兒（約九十個月）來求診身體的發熱，經全科醫生的診查為無疾病，並由伊之囑咐來牙醫處檢查口腔，經診斷後乃因乳齒萌生困難的關係而體溫上升。該主婦即奇怪的問何以生牙齒而會發熱影響到全身健康，作者即告之理由，並囑述齒牙對全身之關係及口腔衛生之重要，該主婦理解後，非常滿意，此後就常帶子女來診所檢查口腔。此例適足說明預防醫學的知識，如何的須灌輸給人們。在心理學的理論上說，父母愛護子女是天性，對孩子們口腔衛生之疏忽是因為知識的限制，所以顧慮不到。現在用很明顯的事實為證，作暗示的反應及其無知心理的糾正，而獲得到效果。

由一位確因深受牙痛痛苦的病者，對其親友病况而談其經過的痛苦，並勸導防護牙病的重要，其被勸者必受很大的感動。這是因同情心理的反應，和實際的事實較理論講述易得到刺激的反應。例如：聽一位前線作戰過的士兵暢談他戰場上危險的故事，比一位軍事學者談作戰危險的理論，聽後總覺得那位士兵談來更有興趣得多。所以我們宣傳預防醫學，就須要病人中的痛苦危險作舉例。

有時來了一位他覺症狀顯著的牙病者，臉頰腫脹得很利害，或形成外皮腫脹情形，被其他病人看見了即起了一種恐懼而無形中增加他特別關心自己齒牙疾病，這就證明了具體的刺激比耳聞的刺激反應要深刻得多，所以現今歐美進步國家對預防醫學的宣傳，如一切疫病的危險情形，預防及治療辦法，都用電影作一種宣傳的工具，這比文字宣傳更為有效。我們用電影宣傳口腔衛生，如事實上辦不到，可以用照片，圖畫模型作一種工具，其效果亦同。

二、如何消除兒童對牙醫恐懼的心理

兒童因為醫治疾病的經歷，醫生給他們注射針藥或施行診查，給服苦的藥等，這些恐懼性或不快樂的經過，很深刻的影在他們的記憶中，而且凡是在他們去看醫生時，是因身體失了健康的時候，雖然兒童對疾病危險沒有認識，可是因疾病而失去自由活潑的精神是最痛苦的時候，因病的侵入妨礙他們的遊戲，失去快樂的常態，心理反應出不快樂、煩

燥、恐懼、因為兒童意識的簡單，每一見醫生，神經的刺激立刻引現出來了已經生病的一切不安適心理，所以常有兒童怕見醫生甚至與醫生面鏡相像的人，遇見了牙醫亦同樣的情形，呈着恐懼的狀態，以為不快樂的病又發生了。這種情形用心理學來說是「交替反應」(Contradictory Responses)和「類化」(Transfer)心理反應的結果。

我們要消除兒童對牙醫恐懼心理就得先要解決交替反應與類化心理的阻礙。

兒童來求診時，絕對不要用嚴肅的態度來注視他，並不宜一見面就開始診治等手術，宜先和緩空氣，盡量先消除他恐懼的心理。所以在臨術前應和其同來之家人表示和藹及親善，以類化作用的暗示這不是醫生而是家中的親友，這兒童就憶念到常與家長接近的親友們如何的可親，有不可怕意識的傾向表示出來，我們就得準這時再加以撫摸嬉玩，更可解除他生疏的概念，再說些讚美他的話，說一二件與兒童接近的事物，以助長他快樂的精神，那時他已經失却在見醫生的意識，而能較順利的願意給以診病或施術。至於令他開口檢查牙病時，亦得應用趣味性的口吻指揮，他就易於接受，在施術時應避免易引起恐懼心理的刺激，如器械刀鉗之類要遠離兒童的視線，操作時勿使器械互碰的聲音發生出而有所刺激，含嗽劑內宜加入可口的甜味及淡紅的色素，前者易於入口；後者則類化出血的恐懼。因為我們常見孩童施術後雖不痛而看見了血流出來即放聲大哭，所以嗽口水內加以色素之調和是重要的。再如施術時勿過分嚴肅，顏面應帶笑容均可減低他的恐懼心理。

三、在拔牙時病人恐懼心理的解除

在這科學昌明時代，醫學進步日新月異的發展下，齒科醫學中拔牙術要達到無痛苦無危險的目的，這是很平常不足稱難的事，但是每在臨床時因病人心理的恐懼而影響術者的困難，就得應用心理學的原理如何來解除這些困難。

術者在診斷確定該患齒須拔除時，應有非常肯定的語氣，說明應拔去的重要性，並訴述如不拔去就會誘發更危險的疾病，所以將更痛苦，用這樣的語言來銷去病者心理上正在猶豫着是否可以免了不拔牙的希望。雖然，該病者是不見得很易拔去，但却絕不應告訴他，反而應當用安慰的語氣來表示該牙是最容易拔去而毫無困難的。術者準備器械時，應以很熟練的動作及鎮靜的態度，以安靜其心理上的想像，助手如為女護士時，就得用和善的態度指揮病人穩坐或仰躺手術椅上，用誠懇而微笑的臉容及和藹的語氣，囑以勿恐懼而消除其神經上的緊張，此時病者雖覺得其本人及醫生均在嚴肅及緊張的空氣中，而有第三者——護士，在旁很和善慈祥的一位女護士帶着微笑的神情，來安慰着恐懼心理的消除

，能得到很大的效果。一般的護理工作由女性來擔任，在心理學的立場說：這是因為女性具有內向 (Introvert) 的個性，有細心溫柔的特性，和善美感的外形，這些都適合替病人護理，痛苦的患者能由此得到心理上的安慰，這亦可作前述情形的解釋。在注射麻醉後，先告知麻醉局部知覺起變化之情形，如下顎傳達麻酔舌端亦起麻木，頰唇均將受麻木的感覺，以暗示醫生所告之語均為真實，病者由此得到證明，心理上想醫生所說的是如何麻木，果然如此。那末，醫生告訴說不痛，當然也可信無疑。使恐懼完全消失。所以其用用的刀鉗勿使視線觸到，避免刀鉗碰撞的聲音，以免引起金屬的音浪而刺激神經，反應出恐懼的心理，用刀鉗離齒齦時，可告其此乃括除污物；用鉗入口作拔除手術時，告訴說這是試行搖動，在病者的心理上反應着這時尚未到了施行最可怕的手術時，其實當他正反應出這個想像時，卻已是剛巧完成手術了。

四、待診室適合心理學的設計

病人對醫生的信仰，是有助於疾病的早愈的，這只是心理上反應的關係，凡一牙痛者，當他痛得很激烈時，進入牙醫之門後，就馬上可以減少一些痛的感覺，這是因為在他神經上刺激的反應，告訴他已覺得了救星，因疼痛而引起緊張的神經即能放鬆不少。

待診室的設計和佈置，應顧及這是給病者作休息的地方，該室之光線宜充足，空氣要新鮮流通，設置簡單清潔，這些是最基本的條件，同時應注意四週牆壁調配的色彩，當以橘黃色或綠色為宜，前者暗示歡悅，因其與日光及鮮艷的水果相近，後者是山水草木的主要顏色，與戶外園野間的色澤相稱，暗示寧靜，安閒，解放，這二種顏色刺激着病者，均能反應出喜悅安適的感覺。白色雖可以，但總覺得太單調。忌忌紅色，因紅色與火相近，暗示溫熱與煩燥，對病者的刺激是不宜的。

再在牆角上宜置一二盆較雅緻的花草，因花草表示潔淨，美麗能解除病者煩躁的心理。壁上掛一二張風景畫，因牙病者神經多疼痛煩躁，他們注意到風景上去，其所得之刺激是爽快與安適，能暫時忘記了他的病，消滅他緊張的痛覺。關於地圖或複雜的圖表，均不宜懸掛。因為它是表示煩悶複雜，刺激他反應出煩躁的心理。一般的醫者，將病人贈送表揚醫德之匾額，紀念物等，懸掛待診室中，這是有暗示對醫生信仰心理加强的作用。

關於拔牙後感染及預防處置

牙醫師 池松青 (廣州)

何謂之拔牙後感染？吾人在臨床上，須施行拔牙者，遭遇甚多，然為牙醫者對於拔牙之一種外科行為，例宜將各種需用器械等煮沸消毒。惟有等同業大意粗心，漠視消毒，毒當然容易誘起所謂感染的嚴重症狀；但是吾人有時雖照法消毒後施行拔牙，其結果反出乎預期之外，呈疼痛，腫脹，發熱等不良症狀。本文之所謂拔牙後感染者，即指此一種而言也。作者細察所謂拔牙後感染者，其實在之原因，即所謂不潔者，有下列幾種：

(一) 在拔牙之前實已成立齒性顎骨疾患，或全身感染狀態，而未能診斷得之。

(二) 非齒性全身感染或外齒性收血病的

一分症狀已成，而誤認為齒牙及其附近組的疾患及誤認為單純的齒性疾患。

(三) 在拔牙之前，該局部已成立齒性的各種症狀或疾患，而以爲敢行拔牙即可快速痊癒，其結果反招至各症狀的增惡。

(四) 拔牙之後患者常用手指觸之，或其他的機會，由外界而來的細菌感染，又或在喉頭既存在的惡性細菌進入拔牙創內繁殖。

(五) 齒牙附近既存在的化膿細菌或毒素，隨注射液的注入而深達組織之內繁殖。

(六) 如腸熱病，水痘，氣管枝加答兒，肺炎等與齒牙無關的疾患，於拔牙之後而偶發，却爲患者所誤會。

(七) 就是拔牙需用之器械材料藥品等消毒不完全的原因。

預防處置

以上所舉各點有關診斷之精細問題，除此一切既經合理手續之後，而仍須注意預防的講求，茲將東齒專教授遠藤至六郎博士所述應注意的二十項，編譯如下以供研究者之參考：

(一) 精查齒痛之本態，即察其是眞性齒痛抑因顎骨炎症而疼痛又或因全身他部的一部分的齒痛。

(二) 避免須要行鎮痛療法後的拔牙。

(三) 月經前或月經中的拔牙可能的避免

(四) 拔牙前後對於體溫，脈搏，及其他顏面全身的精查而與局部的症狀或其他條件一致的比較判斷。

(五) 數日前各症狀的精查問診，取其既往症。

(六) 動搖齒注意其是否與下顎智齒的關係而成。

(七) 查其動搖之原因是否因下顎智齒周圍齒槽骨慢性炎症的存在乃至顎骨骨髓炎，骨

隨從而至崩壞者。

(八)齒牙周圍的齒槽骨健康時的拔牙後或深在性埋伏齒兩難拔去後其繼發疾患絕不致發生，惟動搖齒拔去後常會發生問題不可不注意。

(九)從來以為是急性齒槽膿瘍的初期，然實係顎骨的急性化膿性骨髓炎，或骨髓炎，又或慢性的急性化膿性骨髓炎，或在齒根上小切口開，見少量的血液流出此與大局無補反招惹起不良的症狀。

(十)骨髓炎型者及之須待膿瘍形成後拔牙則較為安存有利益。

(十一)血液異狀與齒牙疾患的關係密切。故惡性型者宜在拔牙之前檢查血液。

(十二)膿疽性齒齦炎(口內炎)與齒牙疾患雖無直接的因果關係但發生的傾向則有之。

(十三)體溫上升相伴的齒齦出血應注意其為出血性敗血症的一分症狀。

(十四)急性白血症，齒齦急劇的增殖膿瘻或小量出血，此時體溫高度上升，全身的顯著症狀雖無，其在訪問內科醫師之前必先就診於牙醫，屢屢會診診為膿瘻性的齒齦增殖須注意。

(十五)注射液稀薄則用量較多，可及的會起中性的毒血症。

(十六)注射部及拔去者的齒牙周圍的消毒使用酒精最有效。

(十七)齒性顎骨疾患，又或拔牙之後發熱，使用退熱劑實百害而無一利。

(十八)拔牙後 30-50 磅左右的發熱須命患者絕對的安靜，否則實最危險(此場合可用解熱劑)。

(十九)敗血症症狀呈現之時，甚是危險，故在診斷上須行白血球的數及種類的變動等的檢視。

(二十)臨床上所謂急性齒齦炎，(而實為急性顎骨炎)時的拔牙，應對患者說明其拔牙後出現的重要症狀，是為責任士的問題。

(完)

拔牙之偶發症

牙醫師 何英士 (廣州)

吾人臨床遭遇最多者為拔牙，然在拔牙時或拔牙後所起的偶發症狀甚多，今特敘述如後。

(一)施行齒破折及半脫臼

施行齒破折之原因多為使用不適合鉗子，或鉗子適合部位過淺，未能抵達齒頸部，或使用力，更有因齒根略彎，而施行齒破折，或使齒頸部特別脆弱等均為拔牙破折最普通之原因，齒破折之際，術者切勿狼狽，須先將齒根各個分離，然後用齒根鉗或牙拔將之取出，若齒牙脫臼在齒槽窩內動搖而不能取出者，多為根部彎曲，或白質質肥大，在此場合須將齒槽骨一部鑿除。

(二)隣齒脫臼、拔牙或破折

此皆為施行者過於大意，或拔牙鉗過大，將隣在齒一部把握，或向隣在齒方面加以暴力，又施行齒破折與隣在齒互相磨擦，皆為脫臼之原因，倘有此現象發生時，將隣放齒在回原處，再加結紮固定法，多能復原。

(三)器械破折

同業每有用粗製鉗子，至使一部破折，碎片易墜入拔牙窩內，此點應特別注意，若破折片不能取出時，應攝 X 光像，否則可引起拔牙後疼痛或化膿性炎症。

(四)齒槽突起及頰骨之骨折

因拔牙而至頰骨骨折者甚少，而齒槽突起骨折臨床上常有所見，尤其齒槽中隔部為多，其原因多屬齒根略彎，或暴力拔牙而起。

(五)下頰脫臼

患者中常有習慣性脫臼者，在此場合吾人應注意之，稍加暴力，則易引起其脫臼，惟容易整復，故可不必過慮。

(六)上頰洞穿通

上頰第一大臼齒之口蓋根之尖端，常突入上頰洞之內者，故將該齒拔去後，則自然成穿通狀態，此實非術者之不注意。實屬一意外的偶發症狀，此傷合拔牙傷口要嚴重消毒(二星期後。穿通自然閉鎖)。

(七)軟組織受傷

施行齒周圍之齒齦常有挫創或割創之發生，但無大害，且容易痊癒，凡拔牙創口必有此現象發生，只有輕重之分而已。

(八)感染

拔牙後引起骨膜炎，骨髓炎，蜂窩組織炎等繼發症狀者，為臨床常有之事實，其原因多為消毒不完全，及急性炎症旺盛進行期而拔牙，其預防法為器械及手術部要消毒，即在拔牙前防腐性含漱劑漱口，又在急性炎症進行期中，先將炎症消退至若干程度時，始可施行拔牙。

(九)齒牙墜入咽喉

拔牙鉗子滑脫，齒牙突然墜入咽喉之內，若墜入食道中則可由大便自行排出，可不必過慮，然墜入氣管中則可引起窒息，須即時將之取出，或將氣管切開除去等，尤以未成年之小童拔牙時應倍加注意。

以上數點乃筆者多年臨床經驗所得，特假本學報發表，以作同業之參證。

齒槽膿瘍的無痛切開法

牙醫師 霍慈悲 (廣州)

齒槽膿瘍，乃吾人在臨床上所常見的一種疾患，從來對於齒槽膿瘍的治療法，發表者多，尤以無痛療法給與吾人有莫大的裨益。

作者在職方便醫院為牙科主任，有助手一人，護士三四人，平均每日患者有百人以上，大都為平民階級，所見齒槽膿瘍一症尤多，故於無痛療法之尋求，煞是苦心；蓋日中個人業務繁冗，診察時間實覺逼迫；倘照以往辦法，先行局部注射麻醉之後，切開排膿，實難如願。日前在中牙研會（中國牙科醫學研究會）幹事會議席上，得悉池方學士稱，紐約市口腔外科病院 Dr. A. J. Boroni 對於齒槽膿瘍的無痛療法後，經在方便醫院試行迄今，覺其處置方法，甚屬妥善，且能節省時間，防止感染，得收莫大之效果。

病理

齒槽膿瘍，乃化膿性細菌的作用而誘起，初期單在根端部齒根起化膿性炎，其後膿汁增多，從齒槽板處穿孔，由骨膜下而出，此乃膿瘍的形成，故稱齒槽膿瘍，通常分為早期與晚期。

早期：腐敗壞疽乃至感染根管等，細菌侵入齒膜後，其產生物，將齒根膜細胞的生活力消滅，而趨於化膿。其初為炎症性充血及膿球浸潤，次而將組織液化，所謂膿瘍形成。

晚期：在根端部的膿汁增進，將齒根膜漸次溶解，根端與齒根膜間失去連結，且一部份

膿瘻，更因膿汁的壓力作用，乃至實質缺損，根面粗糙，稱為根端壞疽。而膿汁又非限局的，常將周圍組織浸透，進入口腔內或外皮，體腔如鼻腔，上顎竇等成為排泄路；同時形成如下各種膿瘍狀：



口蓋膿瘍 (圖二第)



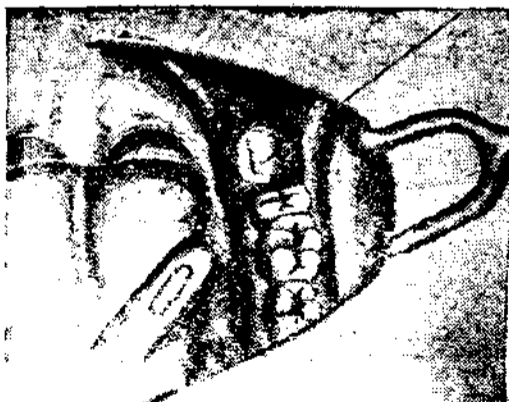
骨膜下膿瘍 (圖一第)

(一) 骨膜下膿瘍。(二) 齒齦膿瘍。(三) 口蓋膿瘍。(四) 急性齒性上顎竇炎。(五) 急性化膿性蔓延性齒



齒齦膿瘍 (圖三第)

根膜炎。(六) 皮下膿瘍。(七) 齒性骨髓炎。(八) 蜂窩織炎。更在診斷上齒槽膿瘍可區別為三期：



白齒後膿瘍 (圖四第)

第一期：膿汁形成期。膿汁在根端部組織中形成。

牙科材料及藥物

• 編輯室 •

硼酸水 (2%)

- (1) 硼酸 8.0
- (2) 水 400.0

(製法)：先用熱水將硼酸溶解，然後用水稀釋之。

(應用)：傷口洗滌，含嗽，瘻法等。

硼酸花士令

- (1) 硼酸粉 10.0
- (2) 花士令 100.0

(製法)：將1及2在玻璃板煉合混和

(應用)：傷口塗布，皮膚疹等。

口腔含嗽劑

- (1) 薄荷油 4.0
- (2) 桂皮油 1.0
- (3) 檸檬油 1.0
- (4) 橙皮油 2.0
- (5) 軟根 2.0
- (6) 糖精 0.8
- (7) 酒精 100.0

(製法)：將上列各藥混和

(應用)：含嗽時每水杯下4至5滴

台茂魯酒精

- (1) 台茂魯 80.0
- (2) 酒精 80.0

(製法)：1. 與2混和溶解。

(應用)：齶窩消毒，根管消毒。

義齒床用鈎之合金處方

- (1) 純金 六分二厘
- (2) 銀 一分四厘
- (3) 紅銅 二分一厘
- (4) 白金 二厘

註：熔點870°。

金冠用金

- (1) 金 二錢一分
- (2) 銀 一分
- (3) 銅 二分

註：1K金，熔點860°

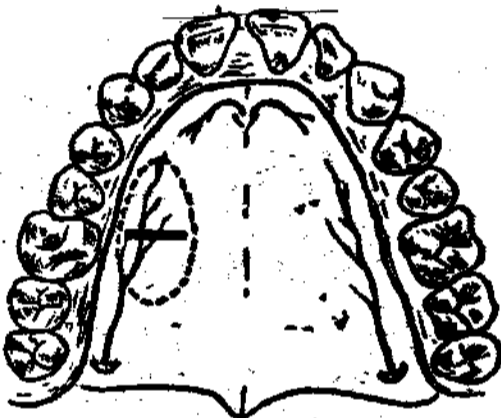
第二期：骨穿孔期。膿汁穿通齒槽骨板。
第三期：膿瘍形成期。膿汁由齒槽窩內而出，滯留於骨膜下，粘膜下或皮下。

無痛切開排膿法

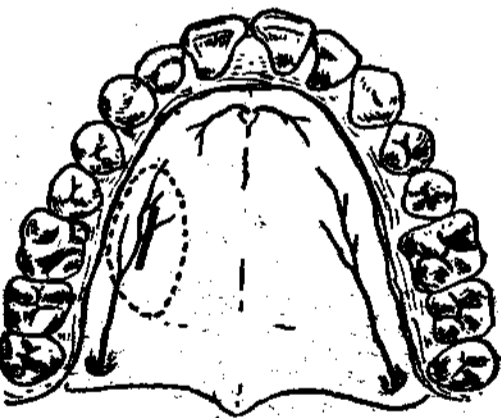
膿瘍形成之後，達至所謂成熟時即須開切排膿，數回治療經過，如要拔牙，可在排膿之後為



舌下膿瘍 (圖五第)



法開切的誤 (圖六第)



法開切的正 (圖七第)

之。對於患部充分清掃，消毒，選擇尖銳小刀揮浸純石炭酸中（將盛石炭酸之瓶浸入四十二度溫水中，結晶石炭酸即可溶解是為純石炭酸）。次而診察膿瘍波動之明顯部，用前述的小刀，小小切開之，膿汁即行漏出，膿汁排出之後，即用酒精棉球在切開口處清掃，同時將過剩石炭酸中和之。開口部無須引流插入

作用，使組織腐蝕而起痂皮，故上述之法，小刀浸于石炭酸後使用，一方使組織麻醉，次而腐蝕，因之切開孔無痛且不會迅速癒着，膿汁可自由流出，膿腔底部漸次治癒，至排膿停止而切開口始能癒着。此乃齒槽膿瘍無痛之急速治癒療法；或迅速排膿然後施行拔牙的一種簡速方法也。（完）

結 論

石炭酸有局所的防腐，腐蝕及知覺麻醉等排膿管。為求流出之膿汁洗去及口腔清淨計，投與含嗽劑可也，小刀浸于石炭酸後以之切開無痛苦，可省用注射麻醉，及排膿管插入，以免刺戟而起後疼痛，至如切開之法如圖第七。

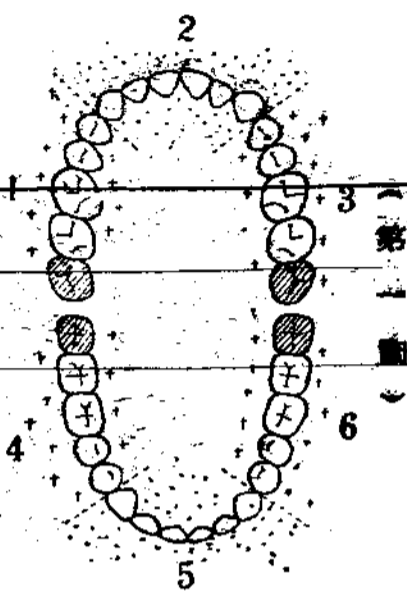
齒槽膿漏之那曼氏手術

牙科醫師 徐厚成 (廣州)

本病 (Periostitis) 爲齒科病中最普遍者。在齒槽膿漏之初期，單行齒石除去法及齒囊切除術，尙可多告痊癒，惟病機進行至第三期，則雖行以上之手術，仍未見奏效者屢見不鮮。若採用那曼氏手術 (NEWMAN) 者必可根治也。茲分叙如後：

(A) 手術前準備——先將手術部位之齒牙沈渣物完全除去，以探針探查齒囊寬度之深度 (宜先攝 X 光片以助診療) 檢查齒槽突起之吸收狀態，初起部既是在頰側，應術單在頰側可矣，無須動動頰側也，故手術前之診查，至爲重要。

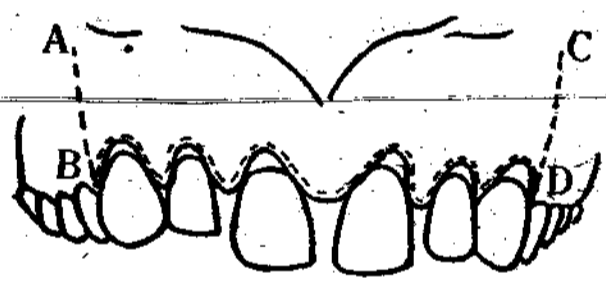
(B) 手術範圍之決定——若上下頰全部患膿漏症，決不能施手術一次而告痊癒，須分節治療，以適當範圍而行之，那曼氏手術，分爲六個區域，即分六次手術，如第一圖



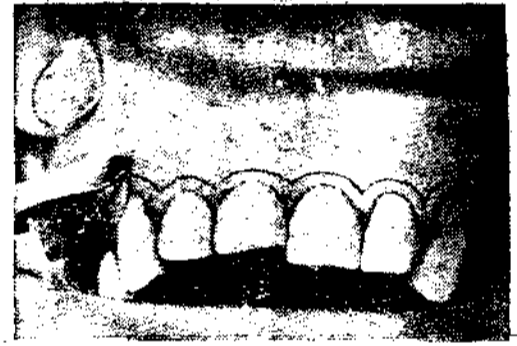
即第一次手術爲上頰 1 2 3, 1 2 3 0 第二次手術爲 4 5 6 7 8 第三次手術爲 4 5 6 7 8 然後下頰亦分三次手術即可成功矣。
(C) 手術方法——本手術內分四個階段

應順敘行之。(1) 麻痺後齒齦切開。(2) 骨膜剝離。(3) 齒石及沈渣物與肉芽組織除去。(4) 傷口洗滌，消毒，及齒齦縫合，再詳述如下：

(1) 齒齦切開——如第二圖 A. B. 及 C. D. 乃切開之境界線。B. D. 乃沿齒齦頰部之齒槽作水平切開。又當齒槽垂直切開時，刀之方向爲直角切入，



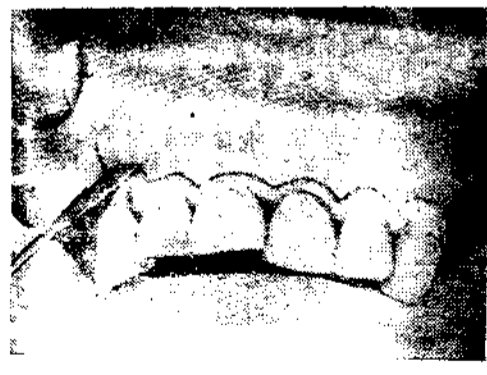
(圖二第)



(圖三第)

達至骨面如第三圖但齒槽水平切開時，刀鋒則以 45 度角向齒槽骨面切入如第四圖

(2) 齒齦及骨膜之剝離——齒齦切開後再用骨膜刮子向齒齦緣挿入，將骨膜及齒齦剝離如第五圖病的組織在此當可完全露出，則可進行第三階段矣。



(圖四第)

(3) 病灶除去——用刮針將齒齦緣不良之肉芽除去如第六圖。然後用骨鑿子將不平之骨削滑，如第七圖。若齒槽中隔部之骨不能除去時，可用線鋸除去之如第八圖線鋸使用後再以紗布在齒槽中隔拭去

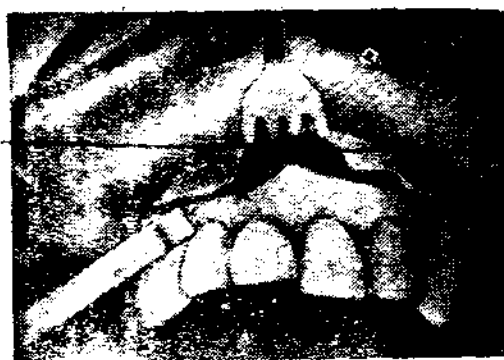


(圖五第)

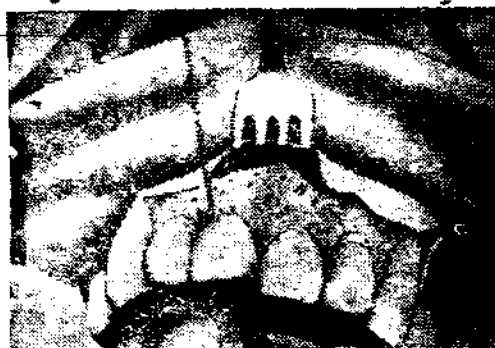
剩餘之不良肉芽及不潔物。如第九圖。



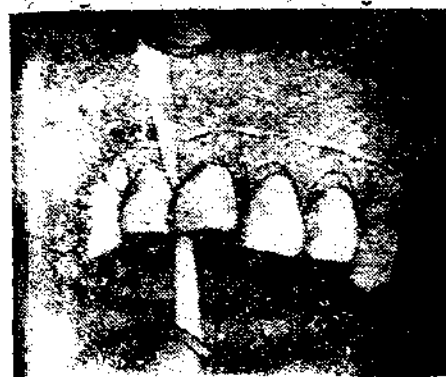
(圖六第)



(圖七第)



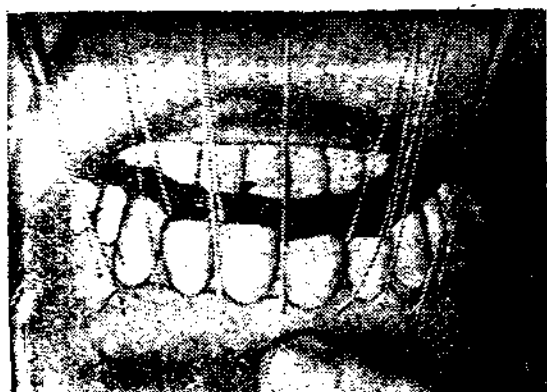
(圖八第)



(圖九第)



(圖十第)



(圖一十第)



(圖二十第)

最後用硼酸液洗滌之，再塗布碘酒，則進至第四手術階段。
(4) 粘膜縫合——粘膜縫合在齒槽垂直切開部縫兩針，齒槽水平切開部縫一針，其方法乃由口蓋側通過唇側如第十圖第十

一圖第十二圖。
(5) 後處置——手術後患齒則失去支持組織，故易發生搖動，故須再行應用固定裝置。手術後約三、四、星期則可完全痊愈矣。(完)

更正：第一期拙著「齒髓乾屍法」之圖方 (PANAFORM) 實 (PARAFORM) 之誤。

口腔外科臨床三例

麥子光 (廣東新會)

昨閱中國牙科醫學研究會牙科學報，知全國各地之同業均熱烈參加，筆者得梁醫師約翰君之介紹，於本月亦加入該會為會員共同研究，今特將最近之臨床三例刊出藉供參考并求指正。

第一例

「患者」：高某，男性，三十四歲，廣東龍泉鄉人，四個月以前下顎左便大白齒痛，牙肉及面部均有微腫，即請某牙醫治療數日已復原，又約半月該齒繼續復發與前無異，復請該牙醫治療半月，全無效果，面部左右之腫日漸增加，並下頰左右各起一肉瘡約半月，兩瘡繼續而穿，出膿甚多其味甚臭，不覺痛苦腫亦未減分毫口仍不能開復改請數牙醫治療，毫無收效每日出膿如常如是者數月。

「現症狀」：下頰外皮兩處之出膿甚多，其色帶黑臭具牙齦緊閉，右左，頰部腫至眉間左便大白齒搖動時有膿汁排出全無知覺並連前齒及右後齒同時搖動取出血及膿液檢驗內含螺旋菌及肺炎球菌等極多。

「診斷」：化膿性下頰骨骨髓炎。

「治療」：第一日先將牙齒及口腔內之腐化物清除，復用雙養水洗射同時將外皮之兩小孔割開，易於排膿，將傷口洗淨消毒後，復插入10%灰靈養，水紗布，注射十萬單位「盤尼西林」，外敷合劑退炎藥膏，內服蘇化帶先丸，嗽口用30/30 Acid Boric 硼酸 1/100 Phenol 石炭酸勻合劑。

第二日膿似減少，但腫未退螺旋菌未見減少，是日改用0.3.914 靜脈注射治療，各藥與前同。

第三日膿已減半，膿亦比前更少，檢驗螺旋菌亦已消滅，口已能開，少半醫藥藥物與前同，但命病者今晚停止食物，預備空腹明日之二次手術云。

第四日是日病者精神甚佳，同他人手術室，早已預備一切應用儀器，並助手三人，先用衣打「Etha」將全身麻醉，復用10/100 Tot Joline，將口腔全部嚴密消毒，然後將齒槽及牙齒全部取出，復縫線共十四度，手術完畢，病者精神恢復時覺傷口有微痛，及覺頭暈，此時內服亞司匹靈 Aspirin 0.3 毛地黃酒 0.5 壯心劑，並肌肉注射 0.5 樟腦及 2cc 嗎啡等。

第五至十一日之醫藥與前同，但在十二日這天將所縫之線剪除

，該病經過半月之療治原全復原。

第二例

「患者」：趙以賢，男性，三十六歲，廣東三江人：數日前早上左第三齒發痛，並全身發熱頭痛，經服止痛退熱藥，熱漸減，但痛苦增加，面部漸漸腫大，至明天痛似減少，腫比昨天更甚，即往某牙醫所療理，痛苦雖減，但腫尤甚於昨日，現連左眼亦不能開，前月宿娼數次，未知與牙病有關係否。

「現症狀」：體溫四十〇三度，脈搏正常，上左犬齒一叩打診劇痛，左右各三齒亦受影響而動搖，並犬齒唇面及上頰等各起一膿囊，將已成熟，檢膿血膿液內，含複雜之細菌甚多。

「診斷」：急性齒槽膿瘍。

「治療」：先在肌肉注射，福百儀繼續除去齒石及口腔不潔之物，復用 2% Boric 搽於膿囊四週，此時不能用局部之麻醉劑，因內含有膿菌之故，恐生危險，故用 Etha 噴射，將兩膿囊切開排膿洗淨消毒後，復插入紗布，並靜脈注射 0.3.914 針一支，內服清毒劑，及鎮痛退熱劑，外敷退炎膏，嗽口用口腔殺菌劑，明日復診腫已減半，再檢膿血液內之細菌已消滅，是日醫藥注射 Aktrol 一針，其他醫藥與日前同，如是數天之醫藥，該病已愈。

第三例

「患者」：李麗嬌，廿八歲，女性，廣東三江人，六月三日起由下左犬齒出血，繼續左右一連四齒出血，往某牙醫所診療數日不見效果，並變本加厲，連上之齒亦有血流出，每日出血兩三次經有一月之久矣。

「現症狀」：病者面青唇白，說話緊促，足軟無力口臭，體溫卅四度，脈搏短促，牙肉微白及微腫，牙與牙肉之間齒齦緣動之出血。

「診斷」：出血性素質(原因不明)。

「治療」：醫藥先將牙齒洗除穢物注射(腎上核液)外齒齦緣搽(三氯化鐵酒)明日復診，出血減少，未能全止血，是日之醫藥外搽(甘油，哥羅典合劑)，內服(維他命 B.C.)，肌肉注射(干精及維他命 B1000)勻合劑，次日到診，上下之牙齒全無出血，並牙肉亦已結實，如是者療治一期至今未有復發。

上海偉志齒科研究社講義編

「本文乃上海偉志齒科研究社講義之一，內容相當充實，為該社社員牙醫師倪微光先生以一份惠贈本會，特介紹於報端，以供會員諸君之考鏡」

編者

第四期；此時齒髓已壞疽，或生息肉，並屢有併發症齒根膜炎，難以治療，以拔除稱善。

(一) 齒牙齦蝕症：

定義——因齒牙之硬組織破壞而成一空洞之謂。

原因——A. 能直接的；

- 1. 由口腔內細菌的作用。
- 2. 石灰質退化，在麵粉或麵包內炭水化發酵，而成乳酸，能溶解齒牙的鹽及鈣質。

B. 間接的；

- 1. 女子多于男子，生理的關係。
- 2. 兒童多于成人，（因齒牙未完全生好，喜食糖果，不注重口腔之衛生）。
- 3. 營養缺少 Vitamin A, D. 及鈣質等。
- 4. 患內分泌疾病（耳下腺）
- 5. 患有傳染病（糖尿病，腺紅熱，白喉等）
- 6. 齒牙排列不正齊。

病理——解剖；症候；

牙 齦	一 期	二 期	三 期	四 期
地 位	琺瑯質	象牙質	齒髓質	根 管
自 覺	無 痛	微 痛	自 痛	完 全 無 痛
他 覺	淺 洞	灰 黃 色 深 洞	髓 角 已 破	洞 大 成 黑 色

預後——第一期好性，第二期中性，第三期惡性，第四期最惡性。（其併發症為根膜炎）

治療——第一期；先將黑色車去，形成窩洞，消毒防濕，即可充填。

第二期；先用車針將有病象牙質除去，或刮除，消毒後即可充填。

第三期；此時齒髓已受影響，故先用丁香油或樟腦石炭酸止痛，然後再確定齒髓之保存與失活除去。再消毒行永久充填。

(二) 齒髓充血；

定義——齒髓組織之血管，有過量的血積聚。

原因——A 齒牙硬組織的缺損，刺戟直接加于齒髓。

B 器械的硬傷，加磨耗症等。

C 外來冷熱的刺戟。

D 化學的刺戟。

E 在附近組織疾病加齒根膜炎，骨膜炎等，亦有引起本症之可能性。

病理——Tooth 裡的纖維，容易受到外來的刺戟，而傳及齒髓細胞體，其生活機能增進四周而充血。

症候——起初一切刺戟，均感疼痛，以後無刺戟亦能自覺痛，全部性可有反應，加溫水，打症等概覺痛。夜間尤甚。交局部為烈。全部性充血，有引起齒根膜炎之可能性。

診斷——以診候作診斷。

治療——局部性充血，祇須在齒齦部塗佈碘酒治愈。全部性充血，須將患齒之齒髓失活，抽出，施行永久充填。

(三) 齒髓炎

定義——因齒牙硬組織破壞，刺戟直接加于齒髓。

原因——A 原發性齒髓炎！

- 1. 器械的刺戟 2. 冷熱的刺戟 3. 化學的刺戟（由細菌所分泌之毒素而起） 4. 細菌的感染。

B 繼發性齒髓炎；

- 1. 由附近組織如骨膜炎，或齒根膜炎所誘起。
- 2. 由傳染病加傷癆瘵疾，小孩之發疹而起。

解剖——細菌由髓角部直下，而入髓腔，因白血球能消滅進入組織內之細菌，使組織內之血管擴張，成充血。但閉塞組織內之血日久，即發生，成齒髓炎。此時髓腔內細菌增加，齒髓纖維網擴張。

症狀——起初一切刺激，皆感疼痛。倘全部性齒髓炎，疼痛尤甚，如電擊狀或發生偏頭痛。倘齒根膜同時受感染，則打診成反應。

預後——充血不早治療，則炎症增劇，經長時間則蔓延于全部，後移行至化膿性齒髓炎，再變成齒髓壞疽症等。

(四) 化膿性齒髓炎：

定義——是髓腔之一部份或全部化膿者，常由于局部或全部性齒髓炎充移轉而來。

原因——概由細菌從齶蝕象牙質侵入到髓腔。細菌皆為化膿球菌，主要者如鏈球菌及葡萄球菌，在膿灶中亦常見，其他如桿狀細菌等。

症狀——自覺的；
連續性的疼痛，如電擊狀，或偏頭痛。在初發（局部）患者對於冷水常感疼痛。至于化膿性廣汎而侵入髓腔時，患者對於溫熱的引起劇烈疼痛，但冷水反不覺痛。化膿性進展，將髓冠破壞，用探針插入，並不感痛，但有時觸及未嘗受到感染的髓腔，即發生痛。

他覺的；
常見于第二期蛀蝕充填齒，將髓腔打破，有膿汁流出。

診斷——以症狀作主要診斷。

治療——將軟化象牙質完全除去，並將髓腔全部打開，殘餘之髓腔除去，消毒清潔，放○可合劑。如根管未被感染者，用小量之亞砒酸失活，頂好行誘導麻醉而抽出髓腔，施行永久充填。

(五) 齒髓潰瘍

原因——髓腔被蓋之軟化象牙質，因齶蝕而侵及髓腔，更由于食物的刺激，冷熱的刺戟，及化學的刺戟。

等原因，使齒髓潰瘍迅速發生。

病理——齒髓潰瘍，由人工或自然排泄，則變為潰瘍。

診斷——看症狀。

症狀——自覺的；

患者常不感疼痛，因髓腔已露，膿可以從髓腔內流出，但經硬度的

刺戟，或有發疼痛的可能性。

他覺的；

髓腔深入髓腔，色黑，有膿汁流出。

預後——惡性，很難治癒，併發症為齒根膿肉。

原因；多由齒牙之壞疽或外傷而髓腔已死之齒牙，在根端出成肉等，因根端細胞不能吸收而血管不能營養之故也。

治療——完全治癒很難，以拔除為最善。

(六) 齒髓壞疽症：

原因——因毒起氣性腐敗細菌，使髓腔組織變為腐敗之惡臭物。在髓腔閉塞時，根端附近發生感染，致有發生齒根膜炎，或為骨炎等繼發症。

症狀——他覺的；

患齒顏色異常，都為暗黑色，齒冠為蛀壞不堪，有惡臭味。自覺的，都不疼痛，能自覺有惡臭，倘齒根膜發炎時則咬合時發痛。

預後——不良性，能移行于骨髓等。

診斷——以症狀為主要診斷。

治療——先將腐敗物完全除去，將髓腔抽出，根管消毒清潔，放藥麻克利沙脫，四五次，完全脫臭，再行永久充填。倘齒根膜已感染則拔除為善。

(七) 急性齒根膜炎

原因——原發性；

由于器械，藥物（亞砒酸，磷，水銀等）血行障礙而生。繼發性；由于細菌感染，其路經有二；

1. 由齒髓炎或壞疽的根端孔而侵及齒根膜。

2. 由齒根緣侵入，或齒石，外傷等成爲誘因。

症狀——搏動性的疼痛，初雖是鈍痛，但却由咬合而覺不快感，患齒挺出，緣要延長。倘壓迫齒根（診時），則痛增加，因此不能咀嚼。倘齒根膜化膿，膿坑入齒槽內，頰下淋巴腫脹而有壓痛，患齒更加活動，稍稍壓迫，則痛不堪，病者往往發熱。

診斷——以症狀作主要診斷。

治療——施以鎮痛藥劑如Ascoli's Elixirs 或塗而噴酒于齒根部，倘齒髓腐蝕而不能保存時，再以拔除較爲上策。但發炎時候施手術，故將退炎後方可動術。

(八) 慢性齒根膜炎

原因——同齒性相同。
 症候——自覺的症狀不顯著，只有一種不快之感于患齒，或是馳緩，動搖而不能硬為咬合，或是侵入化膿菌，而發生各種狀態的化膿。或形成慢性膿瘍，甚至在齒根端發生不良的肉芽，發生根端和骨之吸收，甚至于不得不拔去。
 診斷——以候症狀主要診斷。
 治療——以拔除最善。

(九) 齒髓息肉

定義——齒髓息肉，為淡紅色強韌肥的肉芽，發現于齒牙峰窩中。齒髓生活力強盛，漸起反應性炎，增生肉芽，不但補充髓腔，且突出髓腔外。
 原因——即齒髓因齶蝕或外傷露出一部份時，齒髓組織從露出部份作菌狀增生性肉芽，亦稱為慢性增生性齒髓炎。
 病理：解剖；用顯微鏡檢視，內分五層相異之構造。

第一層	最外層	白血球	內充滿內皮細胞
第二層	外層	毛細管	
第三層	中層	肉芽	圓形細胞，接血管
第四層	內層	血管，細胞	
第五層	最內層	健全齒髓	

症候——自覺的；
 因肉芽不含神經，故不覺痛。
 他覺的；
 齶窩內有紅色之息肉狀物，觸及易出血。
 預後——不良性。
 治療——先將息肉腐薄除去，再失活齒髓後施行永久充填。

(十) 逆行變性

齒髓萎縮——A 年齡；分早期萎縮同老人萎縮。
 B. 由局部而言；分一部份性及全部性。
 C. 由病變狀態；分網狀萎縮，硬化萎縮，蜂窩萎縮。
 原因——微細血管由根端孔突入齒髓，而使營養。但微細血管易受他病之影響，而致有血管營養障礙齒髓，因此萎縮。局部加磨耗症，外傷，齶蝕等，因其欲損而受外來各種刺激，有致齒髓，或

因充血及萎縮而繼發萎縮，或由齒根膜表而繼發齒髓萎縮。
 症候——本症常見於齒牙硬組織缺損，於外觀完全健康之齒牙，虛此者亦不鮮見。本症常見于齒槽膿漏之網狀萎縮，最為主要。生理之老人萎縮亦常見。
 在他覺及自覺症狀上，並無異狀，惟患齒感受電流時，較健康齒牙為弱。
 診斷——難以確實診斷，因本症在臨床上並無特別異狀。
 治療——將髓腔打開，除去齒髓，消毒清潔，行永久充填。

(十一) 齒髓變性

在慢性齒髓炎時可分四種；
 A. 脂肪變性——本症常見于齒髓炎，或正在吸收之乳齒，或年齡較高之齒牙。齒髓之脂肪，由小滴漸次溶合成大滴。
 B. 玻璃變性——本症常見于血管壁，或玻璃狀細胞，散布於齒髓結締組織纖維。
 C. 纖維變性——本症常見於齒髓炎充時，因增生之齒髓細胞，漸次變化成為纖維狀。
 D. 石灰變性——生成第二象牙質，象牙質，及骨質（根端同管壁之白堅質）。
 第二象牙質——象牙質在胎生時，為齒乳頭及周圍之造齒細胞體所生成。象牙質生成，齒乳頭漸漸變小，成為齒髓，造齒細胞亦停止其生活之機能。但倘若一旦受到外來各種刺激，使造齒細胞恢復其機能，生出各種象牙質，即曰第二象牙質，又名預防象牙質。分二種。
 1. 偶成象牙質；不論齒牙硬組織有否缺損，不正象牙質在齒髓內及一定的刺激而生，年齡老幼不論，隨時皆有發生之可能性，本象牙質較原有象牙質為透明，與原有象牙質有一定之界限。
 2. 補綴象牙質；由齶蝕或磨耗等，致齒牙硬組織缺損，致象牙質露出時受外界各種刺激，在髓腔壁生成一層象牙質，定名為補綴象牙質。能得護齒髓。
 其構造如下；
 (甲) 細齒管作波濤狀，或作螺旋狀。
 (乙) 細齒管之數不一。
 象牙質——可分為三，如下；
 A 點變性象牙質——生於髓腔壁。

B 遊離性象牙質齦——生於齒髓組織內，帶透明色，大小不一定。
 C 介在性象牙質齦——生在象牙質中，在象牙質同齒髓之間，係埋伏其內。
 本症常見於外觀健全，硬組織無缺損之齒牙，象牙質顏色深黃而帶透明，形狀大小不一定。
 骨質——生於齒根管壁面，或近齒根端孔，或隨腔底面。

(十二) 齒齦綠炎

原因——齒頸部積污物，如齒垢，齒石等刺激而引起本症。

症候——在齒齦緣外部呈潮紅色，多少有點腫脹，一觸即有血流出，且知覺十分敏捷。

診斷——以症候的主要診斷。

鑑別診斷——齒槽膿漏——齒槽骨之多化(即骨質削瘦)——膿汁流出——齒牙活動。

治療——但齒齦緣則不然，此種病狀很遲見。

先除去齒頸部之污物，如齒石，齒垢等其他如板工低為之義齒，而引引起此症者亦因除去之。同時注重口腔衛生，用 H₂O₂ 1% 或 3% 硼酸水洗滌及漱口用。

(十三) 肥大性齒齦炎

原因——因齒頸部積污物，如齒石，齒垢等而引起此症。青年及少壯者患此症較多，女人比男人多。

症候——齒齦於齒牙之內，外，及二側面呈腫脹，尤以在齒間乳頭為甚，(即V字形部)有時將齒牙之大部份淹蔽。色蒼白，或潮紅，或暗赤色。無特異之疼痛或壓痛。不過在咀嚼時或因受對齒齒之刺戟而覺痛，或傷及而出血。

診斷——以症候作診斷。

預後——易好而易復發。

治療——將局部麻醉，再施行切除法切除患部之齒齦或用燒灼肥大性齒齦。

(十四) 齒齦出血

原因——A 齒齦綠炎。

B 機械的刺戟。

C 來自全身病者(1. 糖尿 2. 腎臟病)

D 來自出血素病者(1. 血反病 2. 壞血症 3. 白血症)
 E 代償性月經齒齦出血(此病多齒齦腫)

治療——A 注射法(Vit. K, Vit. K₁)
 B 局部壓迫法(1. 單寧酸液體，液棉球，放在出血部份，咬合壓迫止血之。2. 用 H₂O₂ 加上止血之)
 C 局部塗佈法(1. 硝酸銀，2. 三綠化醋酸，3. 過綠化釀酒。

(十五) 齒齦膿瘍

原因——A 齒牙本身健全，由齒齦緣感染而來。

B 齒齦腐敗——在齒根端或齒槽骨底惹起化膿性炎症而生。該症貫通齒槽骨而波及齒齦。在骨膜上膿瘍時，患者疼痛異常，在穿破骨膜而達粘膜下時，疼痛漸少。

預後——倘不早治療，即拔除患齒，則在根端部之膿瘍，永遠存在，竟有自然破爛而成瘻孔，在瘻孔內可見加一小乳頭之肉等，有稀薄之膿汁流出。

診斷——以症候作主要診斷。
 治療——A 拔除病齒 B 切開齒齦，放入碘仿紗布 C 倘病齒是單根者，則行根端切除術。

廣州市牙科學術進修班出版
 講義彙編

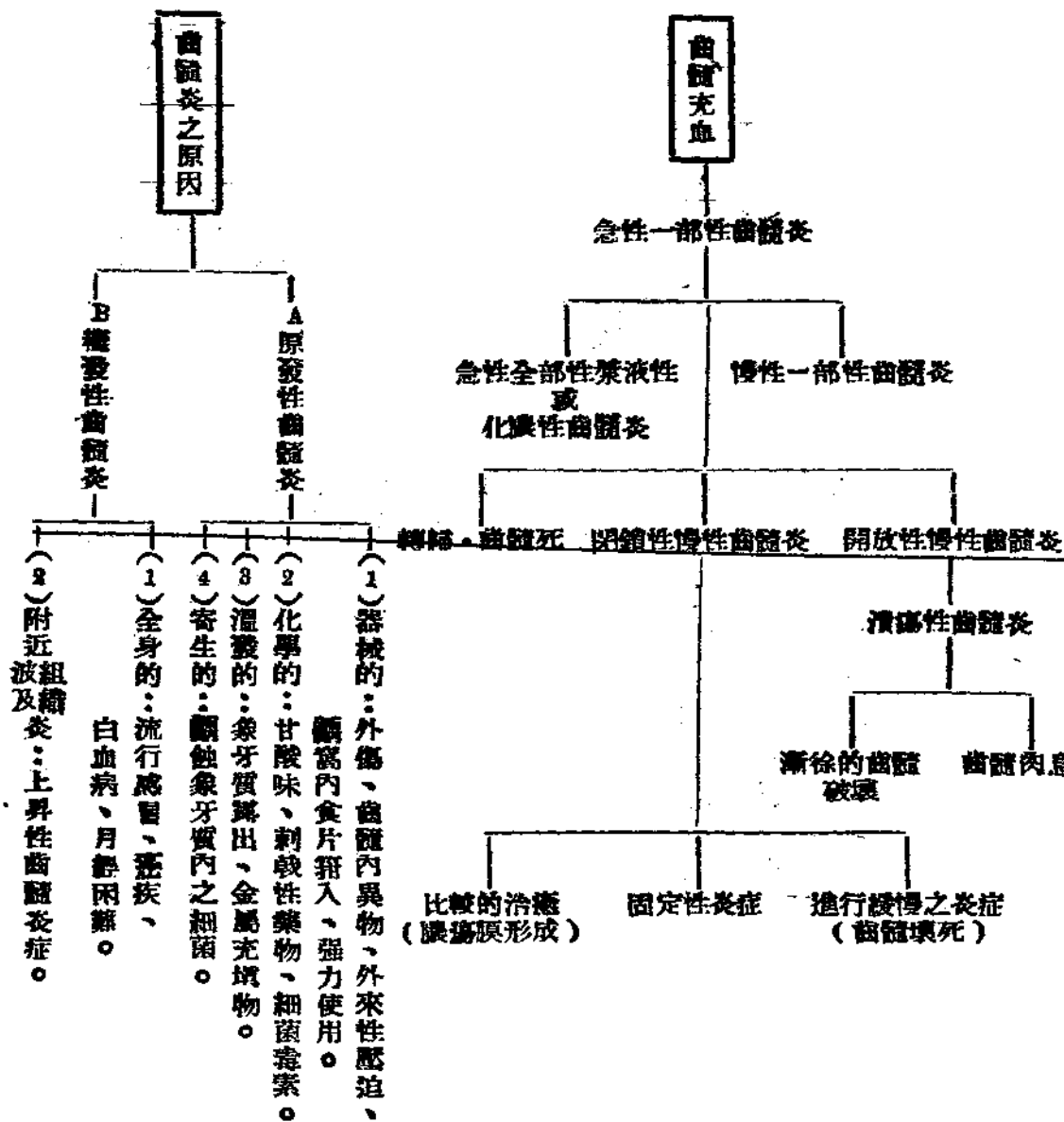
啟者自成立以來，迭蒙各地同業贊許，匯接各地來函，要求將所授講義發售，以資參考，惟當時因備教員之用，且亦零星不整，未能應命，同人等現為交換智識并期拋磚引玉起見，特將全期講義彙編成冊，本欲以之奉贈各同業，以祈指正，惟以經濟關係有心無力，茲僅收回印刷費每本國幣叁萬五元正，以資彌補，現將售罄，僅餘百餘本，有意購閱者，請從速向廣州市大同路九十八號進修班同學會購買可也。為便利計請將鈔票入封以掛號信寄下千祈勿以郵票折算。

廣州市牙科學術進修班同學會啟

齒髓炎綜合的解說

牙科何尚志(廣州)

由細菌而感染之齒髓炎，其初期則為充血，或齒髓一部發炎，然以其病勢進行而觀察之，可以下述數者而左右齒髓炎之結果。(1)以病原菌之毒力如何？(2)感染組織之抵抗力如何？(3)外圍狀況如何？根據以上三點，可得以下之結論，若抵抗力減退而所感染之細菌毒力強大，迅速可以波及至全部性齒髓炎，且易使齒髓組織壞死，反之齒髓抵抗力強大，細菌毒力微弱，其經過緩慢則為慢性齒髓炎，今將齒髓炎之分類，以表式開列如下：



壞血病性口內炎

(山佛) 仁守 牙科醫師

壞血病性口內炎為壞血病之一分症候，然其病症者，非必有口內炎出現，而在多數臨床例而觀察之，約有百分之六十五以上發生者，故在診斷上頗有誤會，為吾人應注意者。

原因：維他命缺乏而起之一種出血原因，皆由食物供給不足，如航海及戰時前線之士兵等，多發生本症，又在非衛生環境下及精神衰弱者，均有其原因。

症候：前驅症狀為神志不進，食慾減退，頭痛，呼吸迫促，無力，心悸亢進等，口腔內之齒齦有顯著之變化，在初期齒齦緣發赤腫脹，漸變暗紅色且易出血，其病機逐漸進行中，齒齦亦隨之腫大及軟化而成海綿樣，從而崩潰壞死。形成腐肉，甚至將齒槽突起全部露出，齒牙因之而搖動，腐骨亦在此時期中形成，口內不潔而引起臭惡，病變不獨在齒齦部發現。每每日唇及咽喉亦誘起炎症，全身症候則為多數出血點。而無特別注明現象。

診斷：全身各部皮下有出血點，齒齦呈海綿狀，且易出血，唯須要與紫斑病血友病作區別診斷。

預後：將衛生狀態改善及內服多量維他命，其預後未盡定為不良，但身體過於衰弱，營養不能充分補足，其轉歸多屬不良。

療法：迅速改良衛生狀態，多食新鮮生菓，且全身對症療法亦應注意，口內要清淨消毒，壞死部及出血點用硝酸銀腐蝕之，或用電機燒灼，除用碘酒塗布外，尚須用硼酸水含漱。(完)

世界牙科名人介紹



(二) DR. Green Vardiman Black
世界牙科泰斗布克氏

布克氏於1836年8月3日誕生於美國依里羅斯州，少即好學不倦，稍長投筆習醫，廿一歲改研牙科，畢其一生，對於牙醫學術上貢獻甚大，其研究齒科病理學，齒牙解剖學，齒科治療學，尤有心得，且為改良各種牙科器械之專家，著述甚多，豐功偉績，不勝枚舉，誠為世界近代牙醫泰斗，氏於1856年，提倡鑲齒預防擴大，對於充填學之理論發揮盡致，由是牙科填充學頓起急激之變化，可謂為劃時代之發達1896年美國學者，對於銀合金 Amalgam 應用之價值頗感疑問，後由布克氏再加合理的研究，將收縮膨脹之缺點改良，遂得全美人仕所讚同，於是銀合金在充填學上遂確定其地位，此乃布氏之功也。

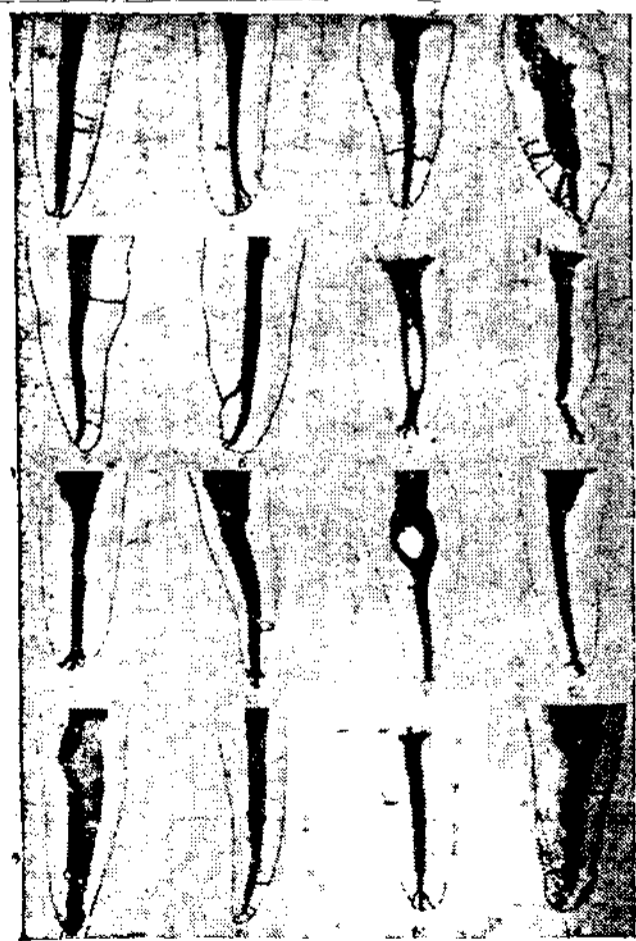
布克氏一生著作甚多，如1890年出版「齒科解剖學」Dental Anatomy 1908年出版「齒科治療學」Operative Dentistry 分上下二卷，更於1915年4月在死前數月出版「齒科病理學各論」Special Dental pathology

氏卒於1915年9月30日，逝世之後，彼原任羅斯威士坦大學牙科部長之位置，乃由其子 A g : Elack氏接充。此君亦屬近代著名牙醫學者，故能克紹箕裘，繼承父志，於1916年美國齒科醫師總會同人為紀念氏過去功勳，於是冶金鑄像，奉立於芝加哥市立公園前，在1918年8月8日，總會舉行大會典禮之日，同時揭幕，以垂不朽焉！

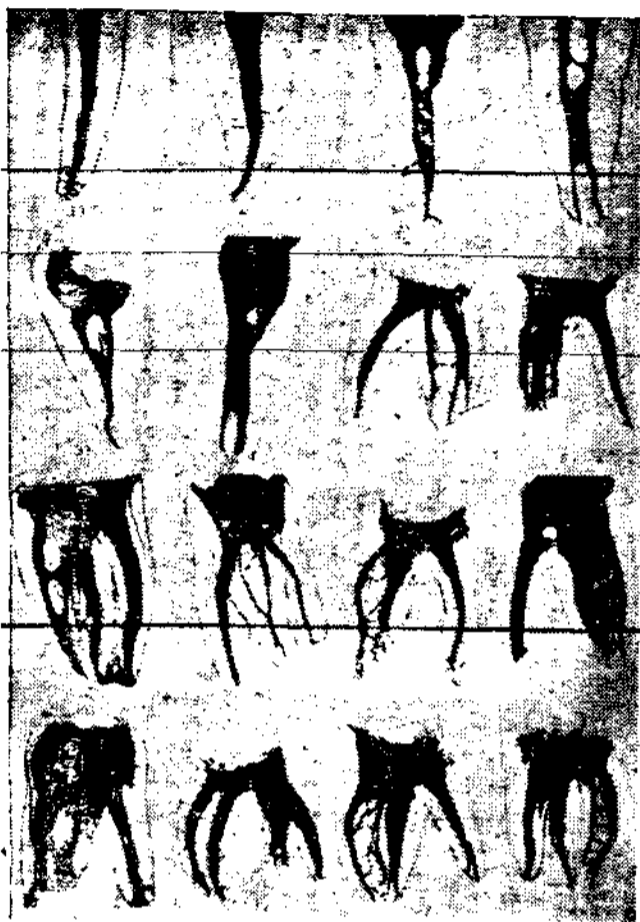
齒根管之複雜性

牙科
醫師
麥日生 (佛山)

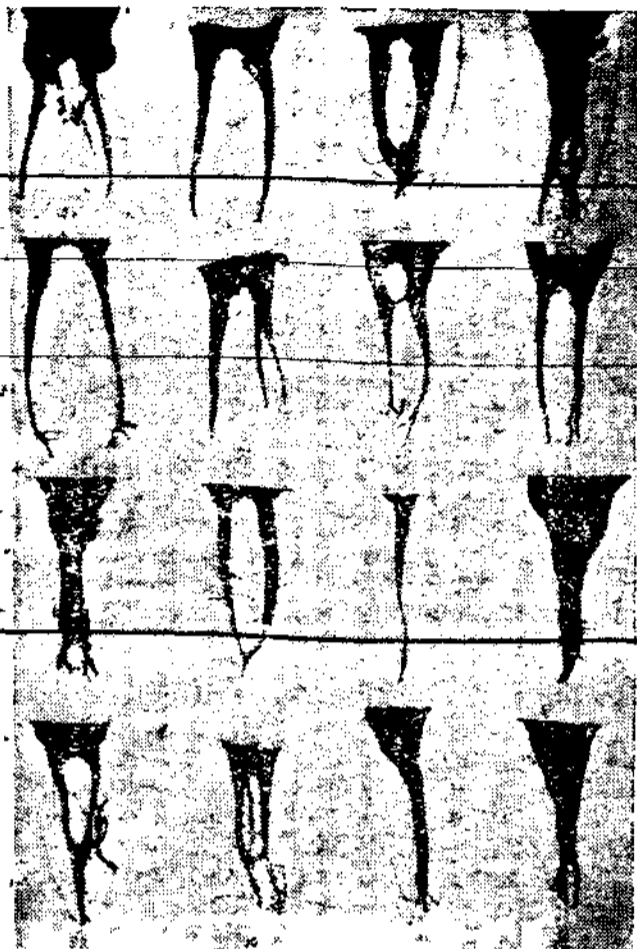
臨床上最感困難者實為拔髓問題，嚴密觀察之，所謂完全拔髓者，實一不可能之事，在肉眼所見認為髓已無遺殘留於根管中，但在顯微鏡則可發現有無數偏枝之殘髓遺留其間，在池清華學士所著之臨床展望中亦已有詳細記述，然根管在解剖學而檢索之，則證明有各種各樣不同之根管，關於研究的方法，乃根據透明齒牙標本而作研究的材料，即將各個不同之人類牙齒用硝酸脫灰後，浸入甘油中則可見透明狀，根管之形態畢露無遺故經多數學者之檢索所得共有百餘形態，分編成圖，今筆者特將之轉載於本牙科學報中，實為臨床上根管治療與病理研究者之寶貴參考資料。



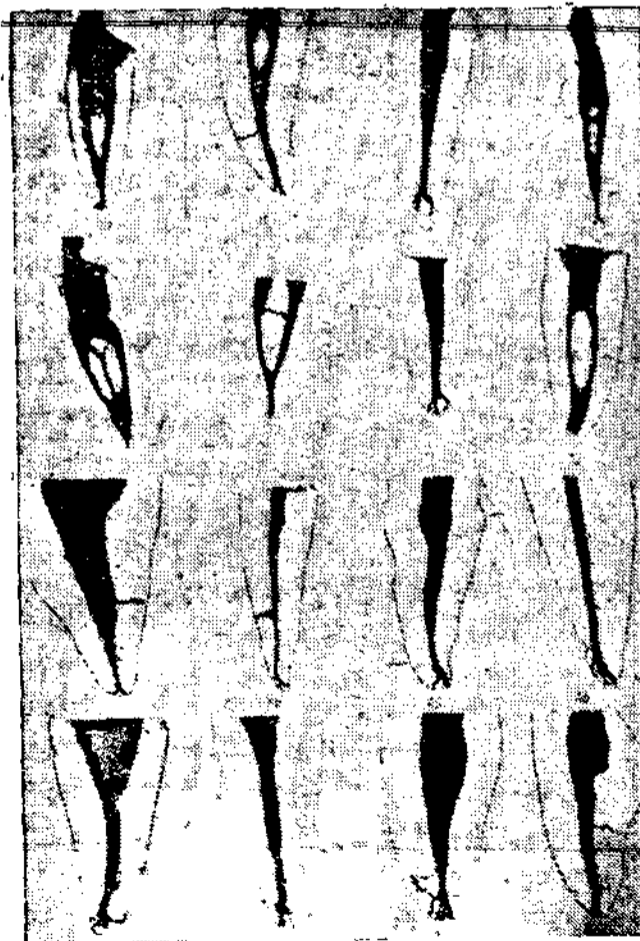
(第一圖)



(第三圖)



(第二圖)



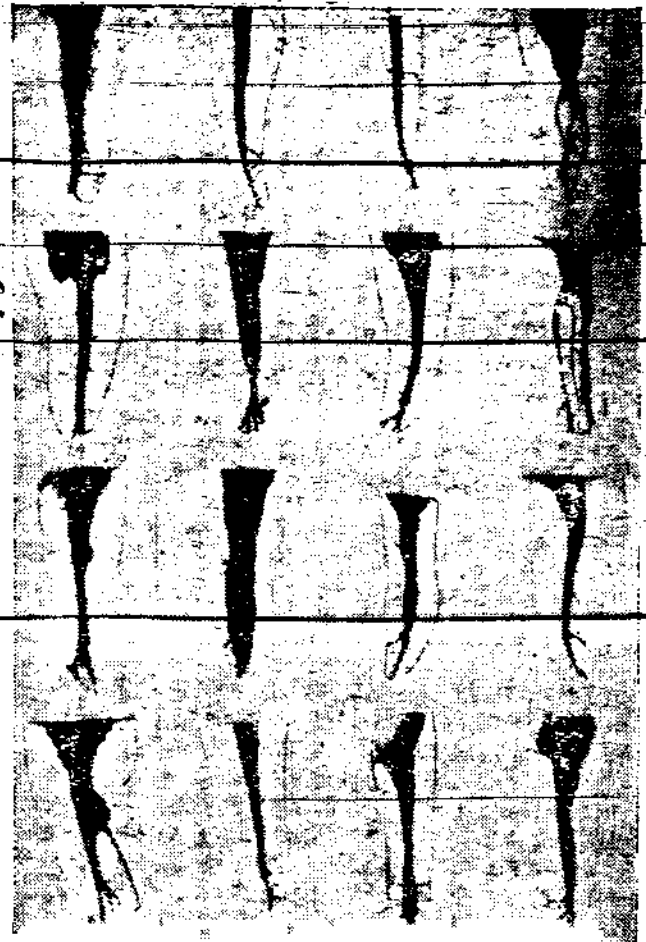
(第五圖)



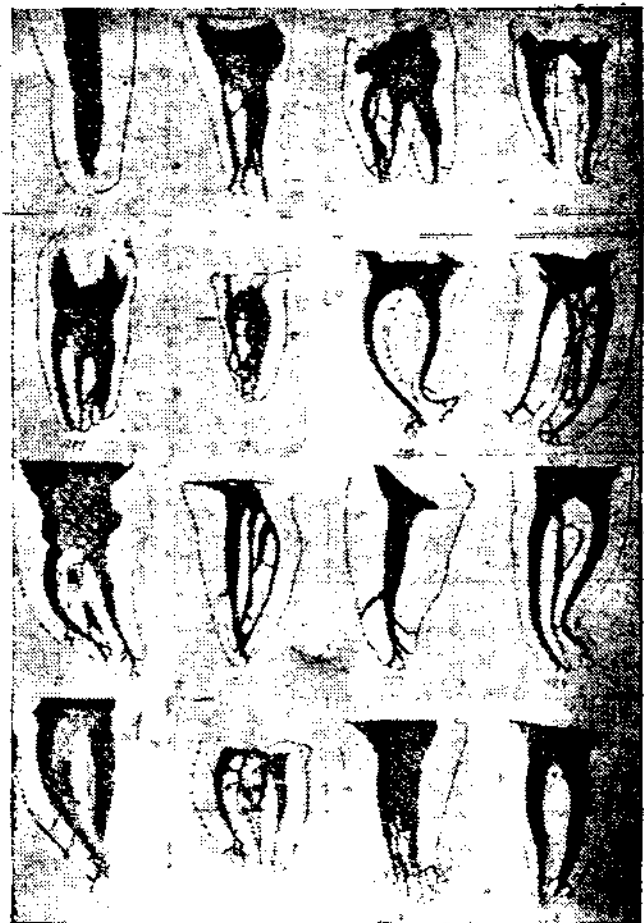
(第四圖)



(第七圖)



(第六圖)



(第八圖)

結 論

根管既有複雜的側枝，故臨床上所謂完全拔髓者殊感疑問，故現一般根管充填劑，均有防腐藥加以配合，以防殘留齒髓之發腐亦為此理，最後吾人可得一確切之結論，即無論在何種條件下之根管充填，其主要點須以遺留齒髓處置法為目標，始可得完滿之效果。(完)

啓者，本會月刊現已繼續出版，各地讀者，如欲索閱，或有 鴻文傑作，意欲發表者，請函廣州市二德西路四八六號二樓，許菊初牙醫師接洽可也。

廣州市牙醫公會學術股 池清華 許菊初 同啓

★代 郵

漢口負責人 蔣少棠 諸先生均鑒承以「福利人羣」之堂囑見惠感何
武昌負責人 李濟仁
可謂惟是清華德薄能解曷克膺此盛譽惟有作為銘言與眾共勉而已謹此布
意藉表謝忱
弟池清華

牙科醫學研究座談會

第一回 (八月十二日)

座談題目：牙科臨床上的幾個問題

地點：康樂游泳場餐廳

出席：八十六人

主席：李榮祥

記錄：何尙志

指導者：戴策安 池清華 池方

各組代表：第一組李恒楠第二組徐厚成第三組梁啓棠第四組池松育第五組彭少存第六組李守仁。

主席：此次由指導者交出六個臨床上的問題分由六個組來研設計第一

組十五人為人工義齒問題第二組十四人為中心感染問題第三組十五人為拔牙窩藥塞問題第四組十人為金冠問題第五組十八人為傳達麻醉問題第六組十七人為齒槽膿漏的手術問題。先於八月五日各組負責者各自先後召集研討，現將其結果在此第一回座談會中提議。希望以後各會員能更多的參加共同研究多所發表今既有三位因事未能出席現請各組依次宣讀。

第一組：指導者提出：人工義齒有主固定者；有主可撤動者，究以何種為宜？并研究其利弊之點。

向來對於人工義齒主用固定裝置，惟近有主用撤動者，其主可撤動者之意認為固定式有三缺點即(一)不清潔。(二)支台齒受限制。(三)製作困難。(四)價值太高。惟研究之結果一致認為第一點固定人工義齒的不潔，則自己的天然齒亦同樣不潔，蓋為製作上的問題，在合理的製作其潔淨與天然齒同。關於第二點對於支台齒有能願應矯正的原理并無

何等威脅。關於第三點乃技術問題而非醫藥之主點。關於第四點可撤動義齒的製作其價值亦與相等而我人或有過之者一我認爲可撤動者，時要磨脫，感覺麻煩而對其置於口腔之內頗感不適，倘收費過低，患者視爲無價值之物，故固定型爲最適合的一種人工義齒。

第二組：指導者提出：中心感染病狀，其病原菌或毒素散放轉運及於全身的第一部分。如無髓齒之視爲第一感染症狀者，然則對於齒髓疾患的失活處理，究行拔齒抑失活，何者爲妥善？

美國一派學者，認爲扁桃腺乃屬感染中心之一，故宜拔除。無髓齒亦同，因主將其犧牲拔去之實再無保存之價值。固然！拔髓在各種牙齒之形態學上，十分困難，倘有殘留遺毒甚大而成爲感染之中心。但此乃技術上的問題。近者乾原法施行，不無補救。同時生活齒之髓亦往往有病原菌存在，可成立染根端的疾患，實非爲預防計將全部齒牙拔去乎？

口腔結核病

牙醫 崔松坡(編)

肺結核病，人類最大的災難之一，使人夭折，使英雄氣短，使紅顏薄命，也使醫師搖頭，是人類健康的大敵，談及肺結核疾病，衆皆色變，惟口腔結核疾患，識者寥寥，這個病症，極爲生疏，作者有鑒於此，且該疾與肺結核病常有極大密切關係故詳述之於本刊。

口腔結核性疾，臨床上最常見發生者有二種，粘膜炎及潰瘍性粟粒結核是也。

一、粘膜炎

粘膜炎 Lupinus mucosae 多見於患結核性疾之人，其發生之原因，今述之如下：口腔粘膜炎因爲上皮細胞層甚厚，及唾液之故，所以原發性結核疾病極爲罕見，口腔粘膜炎創傷及拔牙創，易爲結核菌侵入之門戶，故對於患結核疾病者，施行手術時，須要謹慎從事，粘膜炎由喉及肺結核轉移而來者，極佔多數。粘膜炎好發於齒齦及咽喉，罹患粘膜炎

，粗大呈顆粒狀，於肉芽面見狼瘡小結節，該結節作半透明狀，色淡紅，病重呈破爛之潰瘍狀態，或形成瘰癧，淺在性粘膜炎，倘治療適當，能易完全全愈，反是，患部廣且波及深部者，則難於診治，本症治療，用燒灼法燒着潰瘍面，其後再用乳酸腐蝕療法，顯見巨效，但同時須治療全身疾病。

二、潰瘍性粟粒結核

潰瘍性粟粒結核 Tuberculosis Miliaris Mucosa 好發於頰唇舌等之粘膜炎，患部作小淺潰瘍面狀態，極易於出血之強酸性肉芽面見乾酪樣物，邊緣不整齊，稍呈鑷齒形，附近見粟粒結核，多少不定，散居或融合，本症後極爲不良性，治療方法與粘膜炎相同，有於上述局部療法外，兼行結核素注射者，人工太陽燈，高周波電流等療法亦可試行。

且也，病原菌之侵入并不限於齒牙，如扁桃腺，鼻腔，顎竇，消化管等是，則所謂感染問題的防止，實無從着手，換言之在遺法的抽髓處理（無菌手術）根端封閉，完全則與生活齒同樣的無影響於健康而保存天與之機能。

（池方）：這結論并無錯誤，不過技術問題，在齒牙形態學上，根管有各種奇形異狀，抽髓及根端封閉在目前器械缺乏之時（如X光之照法利用）極非容易此其一。我們知道最善之防濕法係膠片防濕（Robertson）對於齒髓之乾尾法尤須利用，但這種東西目前又無從採用，所謂環境的感濕此其二。同時理論與實際多有點相遠。而齒髓的保存方法，迄今似尚無有效方法，尚在研究努力中。根據上述二點故余個人之意，在自己可疑之時，亦主將齒牙拔去也。（并請參考牙醫月刊第四期病對傳染與牙心治療一文）

第三組：指導者提出：拔齒創窩內藥塞（拔齒創窩塞法）是否可行？拔齒創窩用方散沙布揮入或其他藥塞，在臨床上研究之我們覺其有害而無益。雖然用者之主張謂如此一則可免異物墜入，二則可促進創傷的消癒，三則可防止感染。但依據經驗論，每日交換而與患者痛苦，致反使感染出重之機會多。而且我國人士對於牙醫師之囑咐，大都不從，故用藥塞，雖者於次日未必再來，反成爲異物墜落一樣，造成感染狀態。究不知利用其自身的血餅形成所謂自然栓塞爲有利。

（池清華）：我們論事不能一概而論，因爲是開業醫師，以臨床實

驗爲立脚點，以冷靜頭腦選擇其優點，批評考察，採長補短還與顧到環境問題如方才副會長之所言。關於藥塞問題亦然。不能說其百弊而無一利者。如在感染性創窩言，應用此法，其原因（一）防止外傷的剝激，以免炎症增進。（二）防止異物及細菌之再侵入。其次藥塞無須每日交換。括言之若非感染性之拔牙，則無須用閉塞處理，（并請參閱牙醫月刊第一期細著拔齒後傷口之處理一文）。

第四組：指導者提出：金冠問題
金冠問題範圍頗大，究竟是否不用金冠而以其他種材料，如瓷牙透明膠等代用。本組現以門齒用開面金冠爲研討之題材。記得池清華先生曾謂東齒專是反對門齒用開面金冠者。但根據本組研討之結果認爲開面金冠實可應用。其所發生之不利點，均在技術上問題，尙能調製適合，我們在經驗上，從未見有不良之處，其使用與全面金冠無異。本組亦有主張尙須用開面金冠，則不如用鑲齒也。惟結果亦一致認爲開面金冠在此種社會中尙可用之。

第五組：指導者提出：傳達麻醉問題即研究傳達麻醉在臨床上的應用。傳達麻醉之應用實近代外科局部麻醉法的一大進步，如腰髓麻醉，使下半身麻醉而對於婦人科領域之使用尤覺可貴。至於應用到齒科上，當然亦屬一大進步。不過在經驗上，平常齒牙之拔除，用浸潤麻醉法已够。就如水平位的下顎智齒拔除，使用浸潤麻醉，已可達其目的尙傳建麻醉法未得熟習，反不如用浸潤麻醉法爲宜。

格言

仕非爲貴也，而有時爲貴！妻非爲養也，而有時爲養！醫者之志亦如斯而已；除爲社會服務，替病者解除痛苦外，常有犧牲個人牧益，願醫施藥，加惠貧病，豈全爲求富而習醫乎？故云：

I am the good shepherd:
the good shepherd giveth
his life for the sheep

(ST. JOHN 10:11.)

我是好牧人，好牧人爲羊捨命。

(約翰福音第十章十一節)——清

歡迎投稿

但請注意左列各點：

- (一) 來稿請自註標點符號。
- (二) 勿用鉛筆書寫。
- (三) 一紙勿書兩面。
- (四) 字體勿太潦草。
- (五) 譯文請註明原著。
- (六) 如有附圖須製電版者應用墨筆繪畫。
- (七) 所有來稿請於每月二十日以前寄到。

編輯室

第六組：指導者提出：齒槽膿漏的手術

一致的說：關於齒槽膿漏的疾患，在池方先生所著齒牙的三大疾患及池清華先生所著齒槽膿漏之病理及療法二書上我們看到。惟現在所能造者只有齒石除去，齒齦緣搔爬至如羅氏氏手術從來未敢施行。所以有機會時請三位先生造一次作爲臨床的實習。

（戴秉安）關於羅氏氏手術，在陸軍總醫院可以造給各位看的。惟醫院相隔太遠交通困難。而且人數太多，在軍醫院之規定中恐難如願。找個機會我們可以在市內的某一位較大的醫務所中造。大約池先生等亦表贊同者也，最好是分組來參加。

（下午十時二十五分茶會後散會）

美國雙愛思廠史

(一) 室 輯 編

S. S. White (Samuel Stockton White) 雙愛思華特是雙愛思廠創辦人，是世界有名的牙科材料製造廠。一八二二年六月十九日華特氏生於美國費城，九歲喪父，氏乃長子，一家遂靠其母瑪利維持之。在賢母嚴格薰陶之下，十六歲，即已養成耐勞，奮鬥的精神，打下他日成功的基礎。當時費城有一牙科技工所，得其伯父之許可遂進入為學徒。此乃華特氏染指牙科之始。亦是其一生最有意義而為他日成功的端緒。當時該所專為陶齒的製作，目的在於營利，亦商人之本色。惟氏苦心研究，認為理論與實際迥然不同，且感覺到要獨立經營之需要，遂於費城北第七號路獨設工場，是為獨立經營之始，然氏之工場實一小室，其樓上為事務所及販賣所，樓下為二個助手的製作所，規模甚小。惟當時所出的陶齒概為牙醫與患者之各個製作，與齒牙解剖的形態不符，實無裨於牙科臨床家也。氏有見及此，乃着手於齒牙解剖形態之創製，所謂形狀，色澤須與天然齒同，并先自行製造模型，以其具有藝術的天才，既得的秘術，乃得算適合當時之成功。迨至一八三九年是齒科藝術的啓蒙時代，雜誌發刊，牙科醫師聯合會設立等，此種發展對於牙科材料的請求更切，華特氏之宿望乃得一帆風順，其製品澎湃奔流，製造工場實嫌狹隘，遂于費城來斯路增設工場。後于偶然的機會，發見純粹的陶土，為了設備的完全，陶土的純粹，其陶齒遂舉世得名。

華特氏他方面對於牙科醫學亦有研究，發見不鮮。當時美國牙醫師的分布狀態，平均四十平方里有一人，研究機亦感缺乏，牙醫師自身上，亦為生活所逼，對於研究及問題的解決亦乏勇氣，故華特氏努力的結果，舉凡疑難之處均肯作解釋，時前來問疑或寄信質問者，不可枚數，其好為人師，不憚不倦的奮鬥，實堪佩仰。故氏有云「人要睡四小時以上者，愚人也」。

又當時所用之器械極感貧弱，在治療中易于破損，華特氏乃精為深探，認定一切器材應以鋼鐵為之。維斯德巴氏之外科用器械即氏第一所改良者，然實際上缺點尚多。乃聘名師再為計劃，屬加改善，集中資本并聘加巴氏為主事人，共同努力研究，嚴密審查。一八六七

年，遂精造各種外科用器械。其全部製品以H.O. 為商標。迨後華特氏以其本人所製應用本人之名作商標為理由，遂改用S.S. White. 以迄於今。

一八七七年利用乾電池創設電機。氏於一八七一年時對於治療椅子大加改良，而成為金屬者，蓋從來所用均為木製。一八七八年出昇降治療椅，是為一種大大的改革。此外充填用士敏土長粉 (Chalazee)。等製品不勝枚舉。

在華特氏，因感於牙科醫學重要，一八四七年已出一小刊物，為不定期者僅十六頁。其始當然幼稚，逐漸改良增大至八十餘頁，一八五六年改為月刊并改名為牙科雜誌，數十年來以迄今誠為牙科醫學之指南針，亦牙科雜誌之權威，放出不滅的光明。(未完)

根管消毒

牙科 李達材(香港)

所謂根管消毒乃將象牙質細管及根端周圍組織存在的細菌撲滅，使其生產毒素無害，苟根管一度開放與口腔直接或間接相通時，則有無數細菌侵入其中，使齒髓陷於壞疽或化膿，細菌進入象牙質細管，更或逸出根尖端外之際，而欲完全消毒則須將象牙質細管及根端周圍組織內之細菌撲滅為目標，然在此場合用強力殺菌劑則會引起齒根膜炎，反之使用殺菌劑則象牙質細管內之細菌不能死滅，由是而觀之若將齒根管完全消毒，實一至難之工作，今以余個人二十餘年臨床經驗所得之方法介紹如後：

- (一) 器械的清掃——先將齒髓腔完全開放及擴大，並將管內之腐敗物用螺絲針徐徐鑽去，及擴大根管壁，在此種工作施行中之最注意者，切勿將腐敗物壓出根管之外。
 - (二) 洗滌——器械清掃之後，則用硼酸液洗滌之，一則可將微細層片洗去，二則可將一部份細菌撲滅，關於洗滌劑有下列數種，雙氧氣水，雷法好耳，及揮發性油類等。
 - (三) 乾燥——洗滌後，用棉線蘸拭去根管內之水分，然後用熱風乾燥之，關於乾燥之目的，一乾燥可以使細菌死滅，一貼付之藥液可以迅速滲入象牙質細管之內，幫助乾燥可用純酒精及伊打塗入根管內，再加熱風。則可收確實乾燥之效。
 - (四) 貼藥——根管清掃乾燥後，則用藥液貼付其中，然此種藥物不必過於強力，如石炭酸類雖有強大之殺菌性能，然其刺激性過於強大，故不宜應用，通常應用者為布克氏 1, 2, 3, 4 可參閱池會長著之齒科醫學臨床的展望第四十八頁則有詳細之處方。
 - (五) 假封——藥液貼付於管內之，尚須維持其藥效，最低限度二十四小時，故最後應用試補膠 (Stops) 假封之。
- 以上乃根據臨床實用者而述，對於一般理論再不贅叙。

全國牙醫動態

報導組 李桓楠 彭少存

小 啓

本會設報導組，本報增闢牙醫動態欄，其主要目的，為使各地牙醫，均知各地牙醫消息互，相輝映，以求牙醫事業改進，以冀各地牙醫擇善而施，發揚我國牙醫精神，發展我國牙醫事業，故關於報導一切消息，俱以實際為主，不能向壁虛構，亦不能泛泛而言，希望各地同業會員，鼎力協助，務求詳盡。雖會方已指定各地負責人每月要來函報導一次，以俾編刊，然恐仍有遺漏，特請各地會員勿以責有人為，持不理之態度，須竭誠愛護，使凡我同業事業，皆得蒸蒸日上，予各國人士之好評，是為至要，亦可作為我國牙醫歷史光榮之一頁，實感匪輕！又本月份各地報導，因外來稿過遲，未克趕及付梓，深為抱歉，猶望各地同業，凡有所報導者，請於每月二十日前寄到本會編印，免有向隅之憾！至於本欄所要資料，各地負責人，似尚有未明之點，用再申述如下，祈依時勿誤，努力搜集，一以增光篇幅，二為他人借鏡，三為自我介紹，實為我國目前環境所急需，幸毋畏難不前，願本我為人人，人人為我本旨，頻頻報導，以求精益求精，不勝企待之至。

- (一) 該地牙醫人數(男女各若干)。
 - (二) 政府對於牙醫之協助或整理情況。
 - (三) 該地牙醫事業之歷史及始創人。
 - (四) 地方人士對牙醫事業之觀感。
 - (五) 當地牙醫組織機構有幾？有無增減。
 - (六) 當地牙醫名流動態。
 - (七) 各牙醫機構動態。
 - (八) 牙醫風俗與習慣。
 - (九) 牙醫用品之新發明。
 - (十) 宣傳物或宣傳機構之有無，及其他近況。
 - (十一) 分會之會務事宜。
- 以上十一項資料，不過為概畧，倘有其他種種，則須各地負責人之努力探訪按月寄下，又所謂負責人，即會務之負責人，報導範圍，不須要限於所在地，若有見聞，或感觸，關野之地，亦可一一搜集，本會甚為渴望此等資料。倘負責人或會員有所知者，而又感執筆困難，則可備寫書下，使本會幹事會修正發表，總之，幸勿放棄職責，以謀同業間之福利與知識為幸。

廣州市

牙醫之光榮史蹟。

八月份廣州市牙醫界，可謂一最大轉機時期，相信乃有史以來一個偉大事業之出發點，亦為我粵

牙醫公會

因奉命要分組牙醫師牙生公會，經於七月下旬開會員大會，討論此問題，當時議論紛紛，爭執劇烈，牙醫公會，幾被解散，幸議論之結果，贊成仍舊合併組織者，會員占百分之一百，乃能繼續生存，席終即於七月廿八日發出代電，向當局呼籲。八月為扶助未有法定資格之會員甄訓，十日開會員大會，議決組織輔導委員會辦理。並為使會力最完實，決議大會員入會資格，廣收會員。入會費三萬元，由八月份起收月費。又為彌補會之經費，將月費從二千元增至五千元。

進修班同學會

該會為應甄訓登記，會三度召開緊急會議，商討應付辦法，實行刊印同學錄，並組織輔導會，替同學填寫表格，並代寫呈文，及印備信封，使同學均能應付裕如，並決定每月歡談一次，以得聯絡，維持情感，繼續切磋學術。

其他

廣州牙醫界，為鑒於時勢所趨，莫不以最大之精神和努力，與辦牙科事業，因此社會人士，均對之發生好感和美之批評，故市參議，國大代表，立法委員，監察委員，亦由各團體紛紛邀請參加競選，廣州牙醫界亦不少響應，計參加競選者，已有數十人之多。廣州市自由職業界，十八日會成立總會，以應付選舉事宜，我牙醫界亦有出席參加，並有一二位當選為該會幹事。

美國禮達藥廠，為宣傳其食血製劑之功能，十六日在青年會放映五彩醫學片及茶點，招待醫界人員，我牙醫約有五十人參加觀禮，

本會會員兼幹事彭少存在現象報主編牙科講座，已出版達八十餘期，其牙科講座第一集，亦經印妥，於今日出版。彭君為引起讀者對牙科之認識，曾舉行徵文，題為「鑲牙是否裝飾」應徵者一百二十七人，由池清華、池方、戴策安、劉體志等評閱，取錄十五名，首名為黃博聖，文稿經先後在現象報發表，獎品

有現金廿五萬元，人和酒二打，牙粉八十盒，頭腊十二罐。

南海縣

該縣牙醫動態，亦有莫大之轉變，就是公會選舉第二屆理事，選舉結果，麥植生為理事長(本會

會員)，任壽天、黃運峯、楊松生、邱詠楷爲理事，蔡鴻孫、廖日生、彭玉存爲監事，聘請馮禮周爲秘書，彭少存爲書記，並將月費增高至五千元，入會費十萬元，增聘池清華、池方、戴策安、劉體志四人爲該會學術顧問，復擇定佛山快子路澤若二號之二樓上爲其固定會址，現建築中，不日可入伙。至於辦理甄訓，亦積極進行中。聞該會爲研究學術，以求精益求精，擬定星期演講會，請各顧問演講學術。該地牙醫界又爲響應水災救濟運動，會全體義診一天，得款七十餘萬元，成績甚佳！

開平縣

開平縣牙醫界，不遠背科學狂流，向大時代趕上，加緊密切聯繫起來，研求新的學術爲人類齒牙健康着想，是以組織開平牙醫公會，經已得到政府准予成立，會裏一切措施開始會員報到之期以過，完竣有期，大會成立之日慶典，一定鬧得空前狂歡。

番禺縣

該縣牙科公會爲爭取我牙醫界前途光榮，會呈縣府令飭各鄉牙醫人員入會，已誌第一期本報，查縣府方面，已予照准，是故是月份會員已增加人數，又該會所籌組之學術研究同業座談會，經於本月初旬成立，參加座談之同業甚爲踴躍。

順德縣

該縣並無牙科公會，亦無牙醫生公會，祇有醫師公會，凡西醫中醫助產士均加入該會，而我該縣牙醫，則因人數過少，且無人出而領導，故尙未有牙醫公會成立，各牙醫祇有參加醫師公會而已。

新會

嚴前因政府執行牙醫師領照關係。縣城會數度組織牙科醫師公會。奈組織簡單。未有會址。惟有在同業診所集議聯絡。及至領照目的已達，則辦事散漫，不知連絡感情。研究學術之真意。漸次解體。

迄今始於數月前聯絡江門牙醫同業。呈請縣府社會股。重組公會，八月中旬已批准成立矣。

汕頭

關於該地牙醫公會，現已擬具計劃着手籌備，惟全人尙未底於成，大概要待三兩月後，始可成立公會，至於甄訓事宜，已有一部着手辦理。該地牙醫雖人數甚少，但渴求學術之進步，俱不遺餘力，尤以爲謀牙醫福利事項，更加努力。

上海

上海牙醫專科學校，本年初旬，已開始招生。舉行新生入校試，函請各地負有盛譽之同業辦理一切，查廣州方面，由池清華辦理，應考者有六人。月前該地牙醫公會擬策

動組織牙科學術進修班，並擬向政府配購公債資金，但至今兩事尙未實行云。

武昌

武昌同業，因未甄訓妥善，故公會未有成立。備得廣州李恒楠醫師介紹，有十餘同業加入中國牙科醫學研究會，現尙有人陸續申請入會中。又各同業得聞牙科學報，創刊號，皆認爲乃牙科界中之最優美精神糧食，咸盼該會仍本學術公開之精神繼續努力。

(李濟仁)

佈告

- ◎本會擬印製永久會員證一種，爲求式樣優美，以增觀感起見，特徵求會員諸君設計圖樣，以便選擇，如有熱心應徵者，請按照後開各點辦理爲荷。
- (一) 永久會員證之大小以普通學校文憑爲合。
- (二) 顏色應調和適宜但不出兩顏色爲限。
- (三) 正副會長暨各顧問姓氏應并列證內，請妥爲編排。
- (四) 應徵圖樣請在十月二十五日以前寄到。
- ◎關於八月份會費，大部份會員早已清繳，惟仍有少數尙未依時寄到，對於會務進行不無窒礙，特請早日照交，幸勿再延。
- ◎至九月份會費亦希提早匯下，以利進行，如購票不便，請將鈔票入封直接寄下便得，切不可到票代用，因郵票用途狹窄市面不能流通使用也。
- ◎本會幹事會同人對於會務及報導事宜，雖竭思殫慮，惟是井蛙之見，自覺未盡之處尙多，深望會員諸君不吝糾繩，時加指正，舉凡有關於會務之進展與會員之福利種種應與應革事宜，務希儘量提供意見，同人應當竭誠採納，俾臻至善也，並請答覆左列各項
- (1) 本刊是否獲得大衆之歡迎及能否滿足大衆之慾望？
- (2) 刊內圖解有嫌過多或不足之情形否？
- (3) 對於本刊篇幅頁數與內容是否滿意？
- (4) 對於刊內編排有何批評，請詳述之。
- (5) 本會每月收費國幣壹萬元得毋令各會員負擔太重否？

牙科教室

基礎醫學篇

第二課(病理學總論)

池清華講述

炎症

概說

在醫學進步之今日，炎症尚無一正確的定義，現在我們以臨床的症候與形態學的變化來說明之。

(A) 臨床的症候群

(一) 發赤 (二) 溫熱 (三) 腫脹 (四) 疼痛 (五) 機能障礙。

(B) 形態學的症候群

(一) 變性壞死，(二) 循環障礙及滲出機轉，(三) 組織增生。吾人在臨床上如遇有上述之「臨床的症候群」時而且具有其五個主徵者，就稱之曰炎症，然而此等症候，大部分在活體中之人體所起的變化，即溫熱、疼痛、機能障礙，若死後的屍體，則完全不能判明，此種炎症的變，只可在生前的身體表面所能證明，死後的內臟，對於炎症的決定是完全不可能的，可是在病理學上，尤其是病理解剖學進步的現今，對於死後內臟病變的研究不遺餘力，故死後的剖檢均以病理組織的變化而決定其是否炎症，臨床的症候群與形態學的變化的變化，互相是有密切關係的，如發赤及溫熱，乃是循環障礙中之炎性充血的结果，腫脹是充血及滲出機轉與組織增生的結果，疼痛乃組織變性壞死，或腫脹而至組織壓迫的結果，機能障礙是組織變性壞死所引起的現象，基以上所述者，可知臨床的症候群及形態學的症候群是有密切的關係，而且其變化的強弱與形態的變化是互相平行的，即臨床的症候群顯著時，其形態的變化亦隨之而顯著。

(一) 炎之原因

1. 器械的，溫熱的(寒冷，高溫度)等之刺激
2. 毒物(無生物)

- A 體外毒(無機及有機毒)(細菌毒)
- B 體內毒(尿毒症，胆汁，尿酸及異常內分泌產物等)
- 3. 寄生物
 - A 細菌，原虫類。
 - B 粗大寄生虫。

(二) 炎之轉歸

1. 治癒
 - A. 完全治癒
 - B. 不完全治癒(病的狀態)
2. 慢性
3. 死

炎症有急性慢性之別，一般炎症經過一個月以內，臨床的症候消盡，形態學的變化輕微或完全停止之場合，稱曰急性炎，又數日或一星期內消退者曰慢性炎，又臨床的症候輕微，而其滲出機轉繼續至半年以上者，稱曰慢性炎，今將其兩者區別分列如後

臨床的症候 形態學的變化 經過時日

急性炎	顯著	變性壞死	增生性變化	短
慢性炎	輕度	滲出機轉	肉芽形成	長

(三) 炎症治癒必要之條件

1. 原因機消除
 - A 化學的物(溶解性)之場合(分解，吸收，排泄)
 - B 異物(固形物)之場合(液化吸收，機化)
 - C 微生物或粗大寄生虫之場合(局部性或全身性免疫之發生，而使其死滅，機化)
 2. 炎性滲出物及壞滅組織吸收除去
 - A 炎性滲出物質(漿液，纖維素，膿汁)(液化吸收)
 - B 壞死組織(表皮部，深部)(潰瘍形成)——肉芽形成——機化——液化吸收
 3. 被害組織之修復(纖維化)——瘢痕形成——又慢性炎移行之場合
 1. 原因存在或持續作用(治癒條件1及2不充份時)
 2. 炎症經過中組織抵抗力薄弱時。
- 以上乃炎症治癒必須之條件及慢性炎移行之原因。

(四) 炎症之分類

炎之命名法：關於炎之命名法大畧有一定之方式，即在炎症發生之臟器名稱之語幹後（拉丁文及希臘文）加 *itis* 例如

肝炎 *Hepatitis* 腎炎 *Nephritis*（希臘文）

肋膜炎 *Pleuritis* 結膜炎 *Conjunctivitis*

又如臟器外表被覆是漿膜則在該原臟器之名前後加 *Parietalis* 臟器周圍包圍之結締組織則加 *Parasitis* 例如 *Metricitis* *Perimetritis* *Parametritis*

以炎症過中之形態主要變化而定者分有。

(1) 變質性炎 (2) 滲出性炎 (3) 增生性炎

以炎之部位而定者分有

(1) 實質性炎 (2) 間質性炎

以上是炎症的概說

自習試題、(1) 何謂炎症之臨床的症候群與形態學的症候群？(2) 急性炎與慢性炎之區別？(3) 試述形態學的症候群與臨床的症候群互相關係。

第三課(生理學)

日常生活之生理學

池清華講述

(一) 何故飽食後會令人懶欲欲睡

我們飽食之後就特別感覺疲乏而且催人欲睡，這是我們皆知之事實，按睡眠乃腦的作用一時停止而起的現象，即腦質血所至，因為飽食後血液大部份集中胃及腸之血管中，而至腦的血液減少，所以使人欲睡，關於這點我可以說明一下。

我們身體中到底有多少血液存在呢？血液乃占體重十三分之一，可是這十三分之一之血液實際是不敷應用的，若是將全體各器官同時給與十足的血液量，那就發生不足的現象了，但是人體的構造特別巧妙，凡停止作用的器官都不需要十足血液量，只應用中之臟器才需要充分血液，例如運動時，肌肉是須要十足的血液量了，食飯之後因消化吸收的原故，胃腸是須要十足的血液量了，在這個時候其他不須要的器官的血液就分給一部份往應用中之器官去了，所以食飯後不宜運動就是等血液全部集中胃腸去消化吸收工作，故食後人欲睡眠就是血液集中胃腸而至腦中血液減少所至。

(二) 熱天氣可使人欲睡的理由

在六七月的炎熱天氣中，在正中時每個人都感到疲乏萬分，無論在長途車中，人力車中可以看到很多人在睡午覺，這個原因與前述的一樣，因為天熱而使人皮膚內的血管擴大血液多量集中其間，腦內的血液當然減少了，所以特別容易睡覺。

又在嚴寒的隆冬，若是把腳放出被窩之外，就很難入睡，因為腳受寒冷血管收縮，血液就集中腦內，所以不能成眠亦為此理，反之若暑熱天氣中，若使行冷水浴，則倍覺精神，因為將皮膚之血管收縮，使腦內之血液增加的原故。

(三) 寒冷天氣何故增加尿量？

我們在冬天的時候小便特別的多，這是我們既知的事實，原來尿乃由腎臟而來的，腎臟分有兩個部分，一個是馬尾必基小體（馬尾必基乃意大利學者的名字，因為是他發現的，故以其名稱之）另一個是細尿管，當血液經過腎臟的時候，馬尾必基小體就把血中的水份及鹽分濾了出來，同時細尿管也把尿素及尿酸分泌出來。這些分泌物與水混合起來而成尿，集合在膀胱之內，再排洩出身體之外。

至於寒冷使尿量增加的理由有二，一是因汗的排泄減少，故血中水分增加，即與飲大量茶水同一理由，第二因為寒冷，皮膚血管收縮，故血液多量集中內臟方面，經過腎臟的血液量也隨之而增多，故尿量亦增，腎臟炎的病人，小便特別的少，甚至一日中而無一滴尿排泄者，故身體浮腫，反之之糖尿病者，尿量特別的多，同時尿中含有多量的糖分。

牙科學篇

第二課(齒髓炎)

池方講述

這一課在本年六月中旬，應廣東南海縣牙醫公會成立週年紀念會之請，以「齒牙軟組織的主要疾患」為題，作學術演講者，并由該會將其登於紀念特刊內特此附誌

齒牙疾患，分有齒牙硬組織的疾患，與齒牙軟組織的疾患，硬組織疾患，以齦蝕為代表，軟組織疾患，以齒髓炎為代表。齒髓係一知覺敏感的臟器，對於損傷及刺激，極易引起反應。倘若齒髓受到輕度刺激時

齒髓細胞能充進，而有第一象牙質形成；若齒髓受高度的刺激，即起炎症，乃至齒髓組織亦被破壞。倘齒髓陷于營養障礙，就會引起萎縮 Atrophic, 變性 Degeneration, 或至壞死 Necrosis。齒髓炎的現象，與其組織或臟器的炎症機轉，完全相同，即炎症的修復，痕癢形成而至治癒；又或組織被破壞而至壞死。

齒髓炎多由蛀蝕而繼發，所謂繼發性齒髓炎。他如齒槽膿漏的經過中，炎症在齒髓根端蔓延，稱爲上升性齒髓炎。因病原菌隨血行而達至齒髓血管，引起炎症現象，所謂充血，而誘起炎症，吾人通常稱爲齒髓炎者，係齒牙硬組織欠損，再加以理化學的細菌學的刺激而起：

機械的刺激 咬耗磨耗，或其他食物的壓逼，或手術器械的刺激，

化學的刺激 食物中的化學成份，如水素伊安 Ion，及藥物，如腐蝕劑的刺激，稱爲藥物性齒髓炎。(硬質士敏的硬酸，硬化後的磷酸鹽遊離刺激的结果。)

物理的刺激 冷熱物，滲透壓，電氣光線等，稱爲理化學的齒髓炎。

細菌的刺激 齒髓炎乃受化膿菌的感染，而非有一種齒髓炎的特殊細菌；其感染路徑，由於血行，或由齒髓管而達齒髓，稱爲感染性齒髓炎。

發源性的 如齒髓炎，骨膜炎的蔓延，或全身疾病，在血行中細菌或毒素的侵入，如糖尿，梅毒等。

齒髓的進行分有幾個階段：(一)充血(二)滲出性炎(漿液性)。(三)化膿性炎(四)增殖性炎。括言之，齒髓炎分有急性與慢性二大區別。

(一) 急性充血

在顯微鏡上，見齒髓血管膨脹，外呈不規則狀態，即齒髓受外界刺激的結果，血液量增加，血管壁內分布的血管收縮，神經被壓迫而麻痺，故血管擴張而充血，在理論上，分有動脈性及靜脈性充血，臨床上則難分，因齒髓動靜脈，皆爲毛細血管的移行，充血間極短，即變爲炎症。

(二) 滲出性炎(漿液性炎)

係屬于急性齒髓炎。急性齒髓炎大都爲感染性，其特點，爲齒髓被象牙質所圍繞而不露出，因感染而至齒髓組織破壞，起形態上的變化。同時爲滲透壓與水素 Ion 濃度的變化，以至內壓充進，其結果，齒髓

纖維被壓迫而疼痛。血管膨脹，血液的細胞成份及液狀成份，由血管壁脫出。

所謂漿液性炎，係因華爾氏層的附近起充血，其周圍有白血球及漿液浸潤，結締組織纖維亦膨脹，或成網狀，其網目中充滿漿液。換言之，係一種炎症性水腫。Weil氏層易起變化的原因：(一)受刺激易。

(二)構造鬆鬆(三)富有血管。此種炎症的初期，係一種單純的症狀故稱爲單純性炎。以其限於一部或全部，而稱爲一部性及全部性。各以其範圍而名之。

(三)化膿性炎

係齒髓組織化膿之謂。即由漿液性炎漸次移行，亦可由慢性炎急性轉歸而成，或由上升性炎而成。在顯微鏡上，見有四種型：(一)膿病型(膿汁局部滯留，所謂膿瘍形成與健全組織有明顯的境界)。(二)蜂窩組織炎型(膿汁在齒髓全部擴充，故有稱爲全部性齒髓炎)。(三)壞疽性炎型(因第二型的化膿性迅速，將齒髓組織破壞，感染而起腐敗現象，而爲壞疽，爲急性齒髓炎的末期)。以上三種可稱爲進行性病變的移行。(四)急性發作型。

以上四種齒髓炎，均爲髓腔閉塞者。以下所述，則爲髓腔開放者，入於慢性病。其特徵在於齒髓一部或全部露出，其在病理組織學上的特點，係有肉芽組織形成，及無收復機轉。我們分有如下四種：

(一)慢性單純性齒髓炎

慢性齒髓炎，其最初即爲此。又稱爲漿液性炎。在多根齒，青年人根端孔大者，患最多。由急性漿液性炎移行，即充血期間長期持續，外來刺激減弱或齒髓抵抗力大，至成一種治癒狀態。髓腔未開放者最多見。其慢性炎症充血爲輕度，內壓少，故無自覺疼痛，以其係一種單純細胞的浸潤，故名。且以此而異於急性者。

(二)慢性潰瘍性齒髓炎

齒髓露出，其表面潰瘍形成，在顯微鏡上，見有三層：(一)膿汁層(白血球食物殘渣等)。(二)膿膜層(有幼弱芽組織即本病的態)。(三)保護層。(富有結締組織的肉芽組織)。因膿汁向外排洩，故無疼痛。

(三)慢性增殖性齒髓炎

由於潰瘍的變化，作囊狀由髓腔開口部突出，故名齒髓肉。亦分三層：(一)膿汁層。(二)膿膜層。(三)肉芽組織層。與上同。其毛細血管極柔弱，故觸之易出血。以青年人齒髓組織旺盛，及根端孔

大，營養最佳者，最最多。此息內在齒齦部者，稱齒齦肉。在根端者，稱齒根肉。

(四) 高酸死

其無細菌感染，稱為高酸死。反之稱為壞疽。壞死，由於腐蝕性藥物，或防腐消毒藥物的刺激而起。壞疽，係因口腔中細菌混合感染。其在形態學上所見，齒齦組織大部份被破壞，以至固有構造無從認識；齒開口部小，而經過時間長，細菌繁殖，而起蛋白質分解作用，故開放時發特異的惡臭。反之其開口大，經過時間短，其內容物為唾液洗去，及變化作用，故多成空虛而無惡臭。齒牙陷於壞疽，即變暗黑色，其原因：齒牙血液中的血色素分解作用，變為鐵素。又或因腐敗產物侵入齒細管中而至變色。因為齒齦腔內各物含有脂肪，故臨床上治療，就要注意脂肪的溶解故用E.C。

除此之外，尚有二種：即(一)進行性病變的結石性齒齦炎。又稱特發性齒齦炎。由齒齦新生的一種第二次石灰性新生物的硬組織附於齒腔壁。(二)進行性病變的齒齦萎縮，及變性，齒牙外表康健。(完)
下期預告：第三眼齒齦疾病的治療法(牙科治療學)。

練習試題：(一)急性與慢性齒齦炎之區別，(二)齒齦死與齒齦壞疽之區別。

各地負責人注意！

- (一) 各地有會員十人以上者得成立分會，十人以下者為辦事處。經議決在明年元旦各地同時正式成立，並啓用總會所發之鈔記。
 - (二) 所有分會之章程，可斟酌當地情形而依據總會者批定後寄來總會核定施行。
 - (三) 各分會之一切費用，由各該地會員籌劃；惟務求最低額，以輕會員負擔。
 - (四) 各項來往文件，概用公函式，以簡單明瞭迅速為佳，蓋本會純為研究學術之團體也。
- (以上各案經本會幹事會議通過)

正會長 池清華
副會長 池方

茲將本會第二期財政收支數目列下

(八月廿七日)

收 入		支 出	
上月結存	848,000.00元	余書記八月份伏馬費	200,000.00元
六月份會費197名(每月伍仟元)	985,000.00元	郵票	246,000.00元
七月份會費251名(每月伍仟元)	1,255,000.00元	印覽調用保證書500張	50,000.00元
八月份會費331名(每月壹萬元)	3,310,000.00元	印覽調用履歷表1000張	150,000.00元
九月份會費 48名(每月壹萬元)	480,000.00元	印覽調用通告500張	40,000.00元
十月份會費 2名(每月壹萬元)	20,000.00元	印會用西式信封各1000	250,000.00元
十一月份會費2名(每月壹萬元)	20,000.00元	印會用中式信封各1000	50,000.00元
何振環捐助(廣東番禺)	200,000.00元	印會費收據1000張	100,000.00元
麥日生捐助(廣東佛山)	120,000.00元	往郵局寄刊物三次車力	21,000.00元
雲慈惠捐助(廣州)	100,000.00元	製電版圖解65件	232,000.00元
中華牙科材料店第一期廣告費	200,000.00元	印第二期學報1000本	2,400,000.00元
廣州牙科材料店第一期廣告費	100,000.00元	墨汁壹罐毛筆壹枝	4,000.00元
活輪洋行第一期廣告費	200,000.00元	漢口分會來款匯費	11,000.00元
各地寄來取刊物之郵資	26,000.00元	結存	4,105,000.00元
合計	7,859,000.00元	合計	7,859,000.00元

以上數目乃由七月廿六日至八月廿八日止

理財組：徐學成 何亦民

審計組：雲慈惠 何雄卓

甄訓問題解答

本會輔導組

此次政府舉行醫事人員甄訓登記，使我同業爲了自身將來事業的成敗，都感覺非常的興奮，紛紛準備甄訓甄訓。我們會員當中有不少人未明甄訓真相，來函本會查詢，本組有見及此，就在本期刊各地來函所問總括的公開解答；可是所答的僅是本組同人的管見，不能說是絕對的，不過提出來稍供參考吧，仍望先進諸君指正。

問：這回甄訓究竟有什麼意義？
答：自從抗戰勝利之後，政府就注重到全國醫事人員的檢覈，所有醫事從業人員都要從新換取中央衛生部照，可是條例甚嚴，故有執業數十年之醫事人員，一旦認爲與條例不符，有受停業之虞，彼個人直接遭遇生活壓迫，間接影響國計民生，政府有見及此，爲體恤上述情形，特舉辦此次甄訓登記工作。

問：然則是否凡聲請甄訓的人一定可以領取牙醫師執照呢？
答：此又不然，須看你所呈驗的證件，適合何種資格而定。

問：此次甄訓時間截至何時止？
答：此次甄訓全國各地分三期辦理，逾期概不補辦，計第一期：各省省會，各院轄市及京滬沿線各縣，自本年八月起至本年十月止。第二期：江蘇，浙江，安徽，江西，湖南，四川，福建，廣東，廣西，貴州，雲南，河南各省區內各縣，自本年十一月至卅七年一月止。第三期：上列兩期所未列舉各省縣，自卅七年一月至同年三月止。

問：倘我們聲請牙醫師甄訓登記，而遭此後下來不合格時，我們是否連鑲牙資格也沒得而遭令停業；或以鑲牙的之資格來執行業務呢？
答：此次甄訓非同檢覈，其情形大概由甄訓委會審查聲請人所呈驗之證件，適合何種資格而決定者，並非根據聲請人所聲請之資格而定。譬如有人聲請牙醫師資格，而他所呈的證件經甄委會審核認爲適合鑲牙生之資格時，甄委會則給以鑲牙生

之資格。
問：已領有當地衛生機關的臨時開業證，須要附寄甄訓否？
答：要。因可爲旁證之一。
問：然則所領臨時證是鑲牙生的，這鑲牙醫師，可有矛盾否？
答：無。因閣下所領者係在甄訓之前，當時條例甚嚴，根據正當法規，根據出具資歷然後得此照。但今次甄訓，則似係根據出身之外，尙根據經驗。故附寄甄訓牙醫師，絕無矛盾之言，不過，最好在呈文敘述明白始可。

問：無當地或中央牙醫師及鑲牙生證明文件，但已開業有若干年，可否甄訓牙醫師？
答：可。不過要視其履歷及出身如何而定。

問：此次甄訓對於資格如何依歸以爲標準？
答：這是根據以前你是否領有地方性牙醫師執照，倘你以前是牙醫師，而領有證件，現在就發牙醫師執照給你；以前是鑲牙生就給鑲牙生，這是很合理的根據。

問：可是我二十年前是鑲牙生，但現在對於學理及經驗都得了很大的進步，那麼還是祇可以領得鑲牙生之資格嗎？
答：倘你有更好的執行牙醫師業務的證明文件，那就以符合符牙醫師資格，而得聲請牙醫師執業證了。

問：何種證明文件方爲有效？
答：例如醫院之牙醫師服務證，軍隊裡的牙醫證明書或其他社團的牙醫師服務證等。

問：我國牙科學校甚少，全國同業都是從師出身的，倘僅以從師證明書向政府聲請甄訓可否發生效力？
答：根據聲請甄訓登記須知與乙一寅三之條例相符則自當有效，可是所從之師要具有考試院及格或有衛生部照者方爲有效，故在呈驗之證明書中要註明該醫師甄照之號數。

問：醫事人員甄訓分爲暫准執業與訓練兩種作何解釋？請詳爲開示？
答：此點本組同人等亦未能了然，已去函本會最高顧問詹子瀛博士（衛生部牙醫設計委員會執行秘書）請他解釋。俟獲悉後再行奉告。

會務報告

幹事會議紀錄摘要

八月廿五日第三次幹事會議

- (一) 主席(池清華)交議近接漢口蔣長捷醫師、江蘇吳縣黃觀興醫師、暨武昌李濟仁醫師等來函，擬於各該地成立本會該地分會，應如何辦理，提請公決。
(議決)請即函復，若該地本會會員人數超過十人以上者，可成立分會，生在十人以下者成立辦事處，請其從速籌備，準於明年(卅七年)元旦日成立全國各地分會。
- (二) 池方提議：本會事務日就繁劇，為求擴展會內組織，促進研究事業，以期收獲更大效果起見，應加聘牙科先進數人為本會設計委員案。
(議決)就地聘請張頌如，楊俊輝，何宜民，許菊初暨余復昌等先進為本會設計委員。
- (三) 彭少存提議：為求搜集全國各地有關牙科之情況動態等，有加強全國各地報導組織之必要，提請公決。
(議決)應即組織全國報導網分為東北，華北，華中及華南四區，每區設一報導總站，華北總站設於天津，由該地本會負責人劉寶林君主理其事，東北區總站設於瀋陽，由周大成君主理，華中區總站設於上海，由陳天放君主理，另華中區加設支站一個，設於漢口由蔣長捷醫師主理，華南區總站附於本會，由本會報導組兼理，其任務為搜集各該區附近省縣之牙科消息，以資會員參考而收集思廣益之效。
- (四) 池方提議：邇來迭蒙各地同業紛投珠玉，至本期原定篇幅，未能盡錄，茲擬擴充篇幅，盡量容納，惟未知經濟足以應付否，請同理財組查詢，即將後來之稿押俟下期。
(議決)據理財組財務報告，是月會費收入遠勝上月，足以應付有餘，請即加增篇幅，將來稿盡量刊登，以充實內容。
- (五) 徐幹事厚成提議：現以本會會員驟增影響理財組工作繁忙茲擬聘用書記員乙名協理一切提請公決。
(議決)通過照辦由本月起每月支回書記員馬費國幣拾萬圓。

蕭卓然博士赴美研究

本會最高顧問蕭卓然博士，由國防部派赴美國研究軍隊牙醫教育，將於九月初旬由滬動程，使命重大，預算一年後始克研究竣事，任務完畢即行返國，博士才學早已登峯造極，將來百尺竿頭更進一步，此行必獲寶貴牙科學術資料攜帶返國，對於我國牙醫教育，定有不可估計的貢獻，吾儕當拭目以俟。

周少吾博士將由美返國

華西大學高才生周少吾先生，畢業後曾任母校副教授，嗣於兩年前再赴美國密根大學牙學院研究口腔解剖及生理學，研究極有心得，榮獲博士學位，美國人士咸表欽慕，認為不可多得之人才，寄予莫大期望，博士匪特才學出眾，抑且口才天賦，長於行政能力，堪稱我牙醫界之表表人物，聞於兩月後將偕龍哲三博士聯袂返國，繼任故職天放博士所任之考試院，教育部及衛生部等處牙醫專門委員，今後將以其研究心得及所收穫之最新牙醫學術，灌輸於我牙科同人，對社會人辦定有莫大貢獻，全國牙醫專業亦將拜其領導納於光明道路云。

龍哲三博士赴美

本會最高顧問龍哲三博士，於上月開代表我國出席美國波斯頓出席世界牙醫大會，此行為我國派遣代表參加該會之第一次，此代表亦即我國參加該會第一人關係國際地位甚大，故政府對於人選問題相當慎重，非有鴻才偉學如龍博士者，實難膺此重要任務，以博士之才高學廣，儀表非凡，早為國人所景仰，相信此行定不辱命，在大會席上必能為國爭取光榮一頁，豈唯國家之幸，實亦本會之福也。

詹子猶博士改任鼓樓醫院牙科主任

本會最高顧問詹子猶博士，最近辭去南京中央醫院之職，改任南京鼓樓醫院牙科主任，按鼓樓醫院乃美國教會所辦者，設備甚為完善，且有悠久歷史，為南京最有名之醫院，今該院之牙科部由詹博士主理，將來對於該院之牙科推進，定有甚大之成績。

八月份新入會員名錄

廣州

許連初 陳雄 許北平 王友剛 何少泉
李球光 胡頌平 馬博文 鄧煥昌 何福注
羅有榮 郭景雲 區光漢 鄧顯豪 余子謙
陳齡雅

廣東南海

麥善洪 譚耀江 陳秀輝 陳耀生 彭玉存

廣東番禺

吳中遠 梁振輝 梁冠球

廣東開平

謝能仕 胡持律 黃潤洲 謝廷勳 張慶生
司徒業 朱郁彬 司徒利 戚敬餘 雷良照
何德 雷兆文 司徒賢 關潔民 梁賢翰
邱雲明 梁錦餘 張桂祥 梁賢翰 邱雲明

廣東恩平

梁業建 梁國生 馮卓軒

廣東台山

李敬得 溫卓生 林瑞斌 陳君明 梁者仁
黃錫朋 陸君培 余景華 司徒顯 劉奕志
司徒偉 司徒健 司徒經 余景華 劉子建
甄偉生 李顯全 林齡湛 李超文 黃挺生

廣東江門

馮天存 鍾子盛 周原光 陳文生 張世耀

廣東順德

徐觀齡

廣東新會

鍾君魯 謝遠生 何伯豪 鄭耀南 梁庭江
何秀梅 區振聲 馮邦銓 溫玉樓 黎偉良

廣東高要

伍漢棟 趙永波 劉達輝
梁仕荷 李元兆 麥子光
莫卓珍 程細柳

廣東東莞

吳偉森 歐忠信

廣東中山

楊少伯 阮仲芬 陳林貴 何玉泉 方文光
何玉蓮 趙華安 黎文龍 潘昭齊 李華文
李精一 何鼎雲

廣東湛江

楊少松

廣東汕頭

陳輝光

河南

陳伯英 陳德新

香港

許夫平 凌焯南 鍾嘉雲 梁國華 李善持
李振廷 關潤霖 謝漢生 陳國豪 陳國雄
莫國深 吳錦華 林秀峯 劉惠堅 凌焯南
劉玉堂 李求芳 梁國榮

澳門

吳雲照 周煥南 周少南 關賢勳 顧壽康
黃仲如 李逸梅 陳仲山 鍾國傑 胡光照
陳漢傑 劉光普 鄧介屏 孫岳南 侯鏡堂
孫應瑞 李 蕪 張國華

武昌

張茂有 胡考廷 李濟仁 張輝顯 楊伯符
汪期軒 彭遠五 張有聲 李裕文 袁玉真
陳 漢 譚培根

漢口

萬君安 邱志燈 周顯珊 楊福泉 曾昭鈺

萬祐銘 熊漢民 徐享林 汪建章 吳方剛
余楚卿 徐壽運 彭舟廷 黃銘欽 方俊儒
劉慶餘 戴志強 熊昌和 周全廣 周國光
舒志茂 朱立民 陳振華 葛中民 朱雲之
楊 璐 鄧國華 張振華 江 鑫 吳 榮
劉寶山 朱克森 竹中昇(日籍留用技術人員)
羅美德 安志斌 江純良 周松亭 趙宗棠
林景春 李華庭 何文鈞 趙修仕 黃福安
張良安 陳廣清 林雲章 尹綱武 易培姓

天津

高博華 何建三 周啓緒 張月樵 王金堂
溫世瑞

上海

秦惠林 任君明 王舜卿 曹志民 王鴻君
吳聲遠 張仲清 李維康 匡奕林 陳榮發
王啓榮 陳章康 張珂明 鍾一鳴 鄧毅安
張宗傑 許竹平

廣西梧州

彭耀秋 曾達明 梁魄強 李瑞侯 曾廣雄
曾遠光 麥逸文

廣西柳州

朱亞光

浙江

章介平 葉志寅 章士珍

福建詔安

李華生

蘇州

高瑞山 陳敬甫 馬大年 沈偉雲 王子祥

南京

程樹勳

七月三十日新入會人數四百二十一名七月三十日後至八月廿九日止新入會會員二百四十八名前後共六百六十九名
△會員姓名更正▽
天津會員邱玉樹前誤為邵玉樹

員 委 計 設 會 本



楊 俊 卿



何 宜 民



余 復 昌



張 頌 如



許 菊 初

本會事務日就繁劇，有時實非少數同人所能顧及，為求擴展會內組織，促進研究事業，以期收獲更大效果起見，議決加設設計委員，俾收指臂之效，查張頌如何宜民許菊初楊俊卿余復昌五位先生，俱為廣州市牙醫先進，熱心牙科研究，請聘義務担任設計委員之職，相信會務前途，進展未可限量也。

鳴 謝 啓 事

本刊自出版以來，迭蒙各地會員紛投珠玉，使本刊篇幅增光不淺，其中來稿不少附有圖解，而該來稿會員且捐助鉅款彌補本刊製版電版之費用，對本會愛護之熱誠，可謂無微不至，同人等感佩之餘，謹此鳴謝。

幹事會全人謹白

陳 家 園

大 紅 牙 膠 之 特 色

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

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有堅持薄利主義用酬惠顧美意幸垂鑒焉

牙 科 學 報 第 二 期

中 華 民 國 卅 六 年 九 月 一 日 出 版

非 賣 品

出 版 者 :

中 國 牙 科 醫 學 研 究 會
牙 科 學 報 出 版 社

社 址 :

廣 州 市 第 十 甫 一 三 一 號
電 話 : 一 二 五 四 〇 號

會 長 :

池 清 華

副 會 長 :

池 方

承 印 者 :

清 華 印 書 館

廣 州 市 惠 愛 東 路 號 秀 新 街
電 話 : 一 零 八 五 六

三 廣州牙科材料店 三

CANTON DENTAL SUPPLY HOUSE

廣州市十七甫路五十五號 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

廣 州

中美大藥房

十八甫一四二號

SINO-AMERICAN DISPENSARY.

No 142 Sap Pak Po Rd. Canton

中西藥品 ————— 牙科材料

新到雙愛思廠亞士迪地利等名廠各貨

(零沽批發從實計算) 函商購貨郵包付上簡單迅速

活 倫 洋 行

EASTERN DENTAL MFG. CO

香 港 永 吉 街 十 九 號
 19. WING KUT ST. HONGKONG.



本 行 製 品

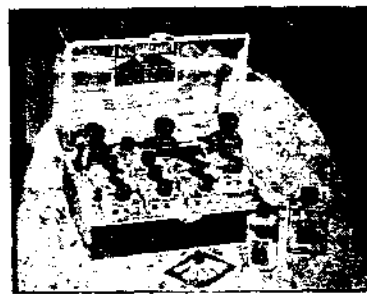
比 美 船 來



馳 名 已 久

各 埠 皆 有 代 理

美 國 新 發 明



牙 醫 自 製 磁 牙 膠 粉
 手 續 單 簡 色 澤 天 然
 欲 知 詳 細 請 函 本 行

本 行 創 業 二 十 餘 載 專 門 製 造 思 敏 粉 油 試 補 膠 條 等 荷 蒙 全 國 南 北 及 南 洋 各 埠 牙 醫 所 採 用 近 更 由 英 美 辦 到 一 切 牙 科 材 料 向 以 微 利 多 銷 為 宗 旨 如 蒙 惠 顧 批 發 零 沽 一 律 歡 迎

中 華

牙 科 材 料 製 造 廠

地 球 牌

泗 門 汀
ZINC CEMENT

品 質 優 良
色 澤 不 變
價 格 低 廉
無 刺 激 性

冲 金 片
GOLD PLATE

永 不 變 色
性 質 堅 韌
有 耐 酸 性
製 作 簡 易

電 報 掛 號 : 7 9 7 7

各 地 牙 科 材 料 店 均 有 代 售