

民國文獻資料叢編

近代學報
彙刊

殷夢霞 李強 選編

國家圖書館出版社

圖

158

殷夢霞、李強 選編

近代學報彙刊

第一五八冊

國家圖書館出版社

中國牙科醫學研究會 編輯

牙科學報

第一期—第三卷第二期

廣州：中國牙科醫學研究會牙科學報出版社，一九四七—一九四九年鉛印本

第一五八冊目錄

牙科學報	第一期	一九四七年八月	一
牙科學報	第二期	一九四七年九月	三三
牙科學報	第三期	一九四七年十月	七三
牙科學報	第四期	一九四七年十一月	一二五
牙科學報	第五期	一九四七年十二月	一八五
牙科學報	第二卷第一期	一九四八年一月	二三五
牙科學報	第二卷第二期	一九四八年二月	三〇五
牙科學報	第二卷第三期	一九四八年三月	三四三
牙科學報	第二卷第四期	一九四八年四月	三八一
牙科學報	第二卷第五期	一九四八年五月	四二三
牙科學報	第二卷第六期	一九四八年六月	四四五
牙科學報	第二卷第七期	一九四八年七月	四六九
牙科學報	第二卷第八期	一九四八年八月	四九七

牙科學報	第二卷第九期	一九四八年九月	五一九
牙科學報	第二卷第十期	一九四八年十月	五四七
牙科學報	第二卷第十一期	一九四八年十一月	五六三
牙科學報	第二卷第十二期	一九四八年十二月	五七七
牙科學報	第三卷第一期	一九四九年一月	五九一
牙科學報	第三卷第二期	一九四九年二月	六一五

中國牙科醫學研究會

牙科學報

• 第一期 •

中國牙科醫學研究會會長池清華

牙科學報出版社社長池方

地址：廣州第十甫路一三一號

本期要目

宣言.....	本會
國防醫學院簡況.....	蕭卓然
牙醫發展史.....	戴策安
牙醫在中國的兩大課題.....	唐子猷
兩種口腔外科手術.....	池清華
下顎智齒的分類及拔除法.....	池方
乳牙保存療法.....	蔣長椿
齒石.....	李威強
腦貧血之起因與處置及防預法.....	郭寶福
齒髓乾屍簡易法.....	徐厚成
牙科材料及藥物(一).....	編輯室
口腔齒牙疾病防療應宜兼重.....	黃觀興
全國牙醫動態.....	編輯室
對醫事人員甄訓辦法之商榷.....	賈少南
世界牙科名人介紹(一).....	編輯室
牙科教室.....	編輯室
會務報告.....	

• 非賣品 • 民國卅六年八月一日出版

中國牙科醫學研究會成立宣言

溯自牙科醫學傳入，迄今我同業已遍全國，其中由學校出身者固多，而以師徒技術相傳者，亦復不少，現在國家政治漸上軌道，遂有整理醫事人員之舉，頒佈條例，限制褻嚴，此亦政治的一良好現象，而同業間有未符條例者，不能領証，因此惶駭莫名，幸得考試院，有一年一度之高等考試可資補救。機會既屬均等，而資格之取得尤為珍貴；但同人對之多感却步，究其原因雖多，而其要則在學驗之未充。發生疑難問題所致。同人等有見及此，為灌輸牙科學識技術等計，創立本會并冀使目前感着困難之鑲牙生，得而參加考取，而成為牙醫師。此本會之所由設者一。

我國科學落後，較之歐美，實如天壤。夫我中華民族之聰明才智，與文化歷史，本不後人，何以至於斯乎？無他，缺乏科學教育，集團研究及互相砥礪有以致之。尤以我牙科界向鮮完善之教育機構設立，先天已感不足，更無集團研究等類組織，而欲求諸百尺竿頭，更進一步幾希矣！吾人豈可固步自封，而不猛着先鞭，迎頭趕上？此本會之所由設者二。

吾人既感牙科教育缺乏，則我先進賢達

實宜團結一致，將其所學，供諸于世，齊一步武，勿吝先知先覺，誘掖後進，庶使鑲牙生之學術與地位，同躋於牙醫師之列，而無復有鑲牙生之存在，不寧為我牙科界爭取光明前途，抑亦為社會謀取幸福。此本會所由設者三。

同人等有鑒于斯，曾耗五月餘時間，籌組本會，卒得廣州市牙科學術進修班一五四名同學之鼎力協助，于本年六月十五日在廣州長堤基督教青年會，與進修班舉行結業典禮同時成立。組織畧異於其他團體，為會長及幹事會制與基督教青年會組織大同少異。并本耶穌基督非以役人乃役于人之精神，共同努力，冀使此牙科界創舉的組織，普及全國，復須賴有志之士，竭誠參加，共策力行。本會復按月出版牙科學報，藉以與各地會員互相聯絡，研究學術。并將國內外牙科界之消息與動態等，盡量報導。惟此龐大組織之工作，相當艱鉅，非一二人之力足以應付，本會幹事同人，才疏學淺，力有未逮，尚盼會內賢達，鼎力勛助，使各地會員得其實益。倘能一致奮起，則我牙科醫學界之光明進展，指日可期，方不負本會成立之主旨。

本會最高顧問
蕭卓然博士



之資歷名望，早為吾人所景仰，竟能虛心加入本會，其人格之偉大，尤足為吾人之表率，其寄予本會之期望，與牙科學術之關切，誠為無微不至，謹聘為本會最高顧問，藉觀教範。

蕭卓然先生乃華西大學醫學士，美國紐約州大學特授牙醫博士，歷任廣西省立醫院牙科主任及國立中央大學牙科教授等職，不勝枚舉，其現任上海國防醫學院牙科主任兼牙科科長，乃主持中國軍

醫牙科教育之最高權威者，學理湛深，為我國牙科教育界不可多得之人才，得意門生遍於全國，先生亦為本會會員之一，以先生

國防醫學院簡況

軍醫學校牙科科長
美國牙醫博士 蕭卓然(上海)

檢諸過去牙醫少有科學之基礎，而工作均偏重因襲之鑲嵌填補；同時缺乏科學技術，忽畧口腔預防及保持官能之重要，故更無民族健康之保障。科學化牙醫之於中國為時甚短，然於此短暫之時期，實為醫學界突起之異軍，牙醫教育為現代新興事業，而軍隊之有牙醫更屬創舉！國防醫學院牙科係由原軍醫學校牙科編併而來，開辦迄今僅屆五載，然於此五年中備歷艱辛，尤在抗戰時期內成立匪易，創辦及維繫亦端賴政策安，張錫澤及謝曾助諸牙醫博士等之熱心和努力，筆者有感於此謹附誌之，吾人之兢兢於開創牙醫教育者蓋欲將來有良好之收穫也。國防牙醫能於建國時期開展誠慶幸哉。

現有牙科之組織係屬教育部行政分科辦公室及直屬有關前期學科之教官，并分四系即牙體學系(ODONTOLOGY)；牙牙鑲復學系(PROSTHODONTICS)；牙牙外科學系(ORAL SURGERY)及口腔外科學系(ORAL MEDICINE)。

HO DONTOLGY) 口腔外科學系(ORAL SURGERY)及口腔外科學系(ORAL MEDICINE)

學制已呈准并遵教育部牙醫教育之各項法令與標準，故原有之五年半改為六年制，主辦有：

(一)初級養成教育係招收新生，施以三年職業學校程度之牙醫教育，再加一年實習，畢業後給以牙科醫師畢業證書或牙科技師畢業證書。

(二)高級養成教育係招收高中畢業生，施以五年大學程度之牙醫教育，再加一年實習，畢業後授予牙醫學士學位。

(三)深造教育係進修臨床醫學，物理治療學或牙科各部門之專門教育，俾成為牙科臨床或牙科實驗等專門人才。

另在教育部所屬醫事技術訓練有關於牙醫技術人才；護理科訓練牙科護理人才；更在衛生勤務科內訓練軍陣牙科人才。(國立大學醫學院或專科牙醫學校畢業參加軍牙醫者均須受此訓練)。

學生實習時在上海總醫院及其他總醫院或衛生機構內實習之，現有教職員三十餘人，學生三十餘人，已畢業者十餘人，除少部留校或留學外，餘皆派至各軍醫院服務中。

筆者因應中國牙科醫學研究會所囑，借牙科學報創刊之始作一簡明報導以藉闡者，深望牙醫同仁維繫中國牙醫教育，循科學途徑得以發展焉。

本會最高顧問
龍哲三博士



龍哲三先生乃華西大學醫學士，美國哈佛大學牙醫博士，歷任北平協合醫學院牙科主治醫師，南京中央醫院牙科主任等職，現任衛生部牙科技術員班主任，不寧為我同業之先進，亦為牙醫行政之權威，對於牙科學術研究提倡至力，踴躍後進，尤具熱誠，凡有利於牙科界之措施，靡不盡力爭取，謹聘為本會最高顧問，俾同業咸受其蔭。

牙醫發展史

廣州陸軍總醫院牙科主任 戴策安(廣州)
美國牙醫博士

古代之牙科，係隨古埃及與希臘之醫學發展而起源，如Hypocrates氏在當時對於牙齒已有較詳之記載。

四百八十三年前(1450)，Giovanni De Arcolani曾建議用純黃金葉以填補牙齒之蛀洞。

四百四十四年前(1508)，牙齒之專門書，用德文在德國Lipsitz出版，並有食物碎片，分裝成酸，而腐蝕牙齒之說法。

一百一十九年前(1738)法國夏福耳氏(Pierre Foucault)著牙醫外科學(Le Chirurgien Dentiste)。一書，立論新穎，成為現代化學牙醫學之始祖。

一百一十九年前(1818)法國Pegibart氏，用低熔金屬補牙，此銀汞合金(Amalgam)充填之導線一百零八年前(1889)Wielandmann氏用科學方法製造磁牙，不久，美國便開辦S. B. White牙科器材公司，七十七年前(1870)發明現代最通用之開牙車(Dental foot engine)。

由中世紀以後，牙科漸與普通醫學分離，但偏重於治療及技術，而忽於科學之研究，竟形成技術式之牙科，故牙醫地位，較醫科醫生，途低一等，不僅當時如是，而目前許多國家，因牙醫教育制度低淺，在學術上無特殊研究著述，仍遭醫學界之輕視。

一百一十四年前(1828)，美國(Maryland)馬銳爾大學醫科，初次講演牙科課程者，為馬丁博士(Dr. Horace H. Hayden)，但因內部之意見分歧，遂於1828年停授，而馬丁博士之理想，認為牙醫教育，應成立一獨立部門，然當時遭醫科同人之反對，彼乃行醫巴提摩耳(Baltimore)，並力謀奠定科學牙醫專業之基礎，1831年(Dr. Chapin A. Harris)與銳斯授業於馬丁，彼力助推進創建牙醫教育，經多年之努力，乃於1840年正式批准，成立巴提摩耳牙學院，(Baltimore College of Dental Surgeon)，距今一百零七年矣，此世界最早之牙學院，後來俄愛約牙學院，

本會最高顧問
戴策安博士



戴策安先生乃華西大學醫學士，美國紐約州大學特授牙醫博士，歷任河南省立醫院牙科主任，軍醫學校牙科主任教授兼牙科醫院院長等職，現任廣州陸軍總醫院牙科主任，品學兼優，對於後進同業，愛護備至，協助尤多，最近不辭勞苦擔任廣州市牙科學術進修班主講，循循善誘，各學員均感春風之惠，養成牙科從業員一五四名，是以廣州市全體牙科界，對戴先生極為尊崇擁戴，謹將為本會最高顧問，聊表敬仰之忱。

南阿提爾牙學院等，相繼成立，現美國有牙醫學校三十九所，皆屬大學之單位，只有其中一所，完全獨立，預計創立成為牙醫大學。

德國牙醫教育，已有六十四年之歷史，阿耳別特教授(Professor Albrecht)於1868年，創辦牙科於柏林大學，又設牙科醫務所於柏林市，政府給以補助，1867年遂授彼以教授銜頭，1909年柏林大學之牙科與醫科分離，而牙科學生之資格及修業年限，與醫科同。

日本明治八年有小橋英之助氏，曾受業於寄居橫濱之美國牙醫師，意留脫氏，在東京行醫，此該國牙醫之嚆矢，明治二十一年(四十餘年前)三月，石橋和泉氏，創立東京齒科醫學校，至昭和七年，各齒科醫學專門學校合格者有七校，即東京高等齒科醫學校，東京齒專，日本齒專，大阪齒專，九州齒專，京城齒專，及日本大學專門部齒科，而該國之齒科醫師行醫登錄者，在明治十七年僅二人，明治十九年有三十八人，至昭和七年增至一萬八千七百餘人。

我國在隋唐時之醫書中，對於口齒一項，有許多記載，後有漢靈帝之後裔，著醫心方十三卷，其中初創風火虫牙之說，而其療法，係吮禁，投藥，烙鐵，針刺而已，此乃玄學時代之醫理，毫無科學之價值。

自歐美之科學東來，我國沿海諸省，先受接納，尤以廣東為早，在我國歷史之文化發展，係由黃河流域而南下，廣東雖接納黃河文化較遲，但接受西洋文化較早而多，查西醫之入中國，約百年之歷史，而廣州夏葛醫院，為全國最老之醫學地也，科學牙醫，何時傳入我國，雖尚未獲確證可考，余以為亦必起源於廣東，蓋牙科與西醫，有密切關係，然可惜者，在當時廣東牙醫老前輩，未曾創辦牙醫教育，只賴師徒之傳授方法，而繼承之，直至世界牙醫學飛躍進之今日，仍無一所牙醫學校，此中國牙醫歷史系統之損失。

光緒末年，有加拿大牙醫博士林則(A. W. Lindsay)，藉傳教名義來中國，在成都華西協合大學，任牙醫師，並教授醫科學生之口腔外科課程，至民國四年，創辦牙科教育於醫學院，但教授醫藥器材設備校舍等，皆由英美教會供給，與中國政府無涉，直至民國二十年以後，四川省

牙醫在中國的大課題

政府，南京中央政府，始有部份之經費補助，教育部並聘請有外藉牙科教授，任職該校，及發給畢業後進修研究經費等。

民國二十四年，林則博士在加拿大研究期中，曾接中國政府兩要人之函，一係當時教育部長王世杰先生，一係蔣夫人宋美齡女士，函謂中國政府當局，決心創辦牙醫教育，請其返中國時，與之協商設計，當林則博士返抵上海，而上海牙醫界，遂先表歡迎，但其中分兩派，一係國外留學之正式牙醫師，一係無學歷之牙科同業者（鑲牙生），各表意見，當時因中華牙醫學會未能成功，乃同中華醫學會會長胡福慶先生交涉，謂中國正式牙醫師，應加入中華醫學會，但結果，須有D.D.S.畢業證書者，始能加入，此牙醫事業，在中國政府內開始活躍之時期，後來遂有中央大學牙醫專科學校之成立。

——口腔衛生與牙醫教育——

衛生部牙醫設計委員會執行秘書 詹子猶（南京）
美國牙醫博士

今年五月的前半月，可說是我們醫藥衛生事業朝氣蓬勃的一段時期，五月一日衛生署改部，表示政府的注重民族健康，我國人民的體質，本不及歐美人民，又兼經過抗戰八年，繼之以內亂頻仍，人民遭受流亡疾苦，莫此為甚，因而致死亡者，指不勝屈，試觀八年抗戰，陣亡將士不過二百五十萬人，而八年中僅因結核病而死亡的人數則五倍之，為一千二百五十萬人，醫藥衛生需要之迫切，豈可稍緩。然三十六年度的衛生預算，僅佔全中央政府預算的百分之〇·二四，以之作醫療救濟工作，尚嫌不足，用以預防疾病或保障健康的經費，則微不足道，至純為辦理口腔衛生工作者毫無。五日至廿日中華醫學會第七屆年會舉行於衛生部大禮堂，一時醫藥衛生界碩

彥賢達，聚集一堂，作醫藥衛生學術上之研討，宣讀論文一百五十餘篇，確定今後兩年內之中心工作，為協助政府增進衛生事業，及培植醫藥人才，質量兼重。京中牙醫同仁，亦擬組織中華牙醫學會，專事研究牙醫學術及牙醫教育，冀能與其他之專科學會併駕齊驅。九日中華公共衛生學會成立於南京中央醫院圖書室，與牙醫有關者，即列有口腔衛生組，及認識口腔保健工作之不可偏廢。十二日是護士節，首都護士界亦舉行盛大慶祝會於衛生部大禮堂。口腔衛生護士亦為中央衛生實驗院擬為招訓之一，列入乙級衛生技術人員，短期內即將實現。十二至十三日教育部醫學會委員會舉行醫學教育會議於教育部，商討我國現今醫學教育之學制，師資，設備等項問題，擬提高醫學教育水準，大量培植醫事人才，以應當前急需。對牙醫教育亦決議在大學組織法中增設獨立之牙醫學院，在醫學院及護士學校加增牙醫課程。這一連串的盛會盛舉，是值得我們欣慰的，但對牙醫問題，尚嫌涉及甚少。茲就醫學中之牙醫學在我國目前的兩大課題——口腔衛生與牙醫教育——一為申論，以喚起牙醫界人士之注意。

一、關於口腔衛生方面。衛生部有牙醫設計委員會，規籌舉全國之牙醫衛生的技術，然僅係一諮詢機構，尚無實際能力，以推動口腔衛生工作，此固由於人材兩乏，然不可不充實之，以求改進，以謀發展。口腔是消化道的第一道門戶，與呼吸器官有密切的關係，口腔不健全，直接可以妨礙消化道，間接可為其他器官如上頰，眼，喉，心臟，關節等處的病灶傳染，在醫學衛生上，是不容忽視的。衛生署牙醫設計委員會，成立於民國三十一年，當時提出五個中心工作计划：1.計劃配合公醫制度，實行牙醫公醫制度。2.訓練牙醫公醫制度中所需之牙醫輔助人才。3.大量培植牙醫人才，提高牙醫教育質量。4.成立研究牙醫學術之機構。5.預防口腔疾病，推行口腔保健工作。經過六年來之發展，其可得列舉者：一、由華大牙醫醫院，成立牙醫學研究

本會最高顧問 詹子猶博士



詹子猶先生同為華西大學醫學士，美國紐約州大學牙醫博士，前任成都三大學聯合醫院牙醫師，現任衛生部牙醫設計委員會執行秘書兼南京中央醫院牙科副主任，不獨為牙醫界之權威人物，實乃牙科學術之領袖人才，對於本會關懷至切，熱誠協助，同人等感戴良深先生復以巨作見惠，對於我國牙科教育問題闡述詳盡其關懷之切殊令我牙科界同人所欽佩者也，謹聘為本會最高顧問，以立本會之師表。

學會第七屆年會舉行於衛生部大禮堂，一時醫藥衛生界碩

六年來之發展，其可得列舉者：一、由華大牙醫醫院，成立牙醫學研究

行「華大牙醫學院雜誌」，發表全國牙學界學術研究，隨症經驗，與對牙醫前途之發展及主張，並喚起國人對口腔保健之認識。二、關於牙病防治工作，則在同年冬季成立重慶沙坪壩牙病防治所，以作學校及工廠口腔衛生工作，然以事實上之限制，多偏重於治療工作。三、培植牙醫人才一節，則除原有之華大牙醫學院，及中大醫學院牙醫系，牙醫專修科外，北京大學醫學院又增設牙醫科。及三十五年十一月十一日衛生署召開第六屆牙醫設計委員會會議於中央衛生實驗院，乃議決開辦南京牙病防治所，以預防口腔病。訓練口腔衛生護士及牙科技術員，以作牙醫之輔助人員。另刊「牙醫通訊」一種。以聯絡全國各地牙醫學者，共謀策勵口腔衛生事業，並作學術上的研究。現中央衛生實驗院第一屆牙科技術員班，業已三月招訓，俟其課程告一段落，升入牙科技工室實習時，即擬招訓口腔衛生護士班。南京牙病防治所現已籌組就緒，與南京市立醫院牙科合作，業於六月二日開始工作。全國各地大醫院，均擬設立牙科，但以牙醫人才不敷分配，正待增強。

二、關於牙醫教育方面。以華大牙醫學院最早，有三十餘年之歷史。中大牙科及北大醫學院牙科則較晚，其學制體系，課程標準，大都

本會會長池清華君，現年卅六歲，廣東番禺縣人，其父池耀廷先生，乃昔年國父習醫時之同學，篤信基督，為廣州基督教會任長老連任至五十七年者之第一人，亦為現行開業醫界中之老前輩，因其素以濟世為救治之旨，故其舉家一堂，咸為國外著名內外醫科學院，留學歸來之士，名滿百粵，素有醫師家庭之譽，而池會長即其第十一公子也，君少即肄讀于天津，民廿三

華清池會長



年赴東瀛留學，入東京齒科醫學專門學校，銳志學習，每試輒冠，成績優異，畢業時獲該校之外科論文獎與勳學獎，及至學成歸國，開業於廣州，對於學術進取，未嘗忘懷，業餘研究多，在牙科學術上貢獻至大，自本市牙醫公會復員，不長艱巨，出任公會常務理事，兼學術股主任，主編公會月刊，迄今已出版七期，對於灌輸學術，不遺餘力，深得各地同業之贊許，現更兼廣州市教育局牙醫顧問，担任全市兒童口腔衛生工作，具有極大成績，富責任心，無分公私，均異常努力，甚得一般同業之擁護，同人等謹以萬分誠意，寄予莫大期望焉。

本諸華大牙醫學院。上海重慶學校及燕大亦設有牙醫專科。其餘之醫學院，對於牙醫教育，尙付闕如，乃由於牙醫人才之缺乏，經費設備俱感困難之所致。縱使各大學之醫學院內，增加經費預算，充實圖書設備，籌辦牙醫學院，但人的問題，一時無從解決。美國有牙醫學院三十九所，牙醫師八萬餘人，以其國家之富強，且為工業先進國家，對經費設備，俱不感困難，宜乎更有大量之牙醫人才造就，而美國人民之患牙疾而能獲得治療的，亦不過百分之二十。現時我國牙醫師僅有三四百人，與我國人口四萬萬五千萬人比較，不啻鳳毛麟角，淪海一粟，何能應付此際迫切之大量需要。本屆教育部醫學院教育會議，議決增設牙醫學院之組織法，俾便各大學於籌組牙醫學院時，有所遵循，得以盡量發展，為最切於實際之舉措。

「中國之命運」一書中，實行實業計劃最初十年內所需各級幹部人才之數目，醫科畢業之人數為二二二·五〇〇人，若配合五分之一之牙醫師，則牙科畢業之人數亦得有五萬人，如欲達此項目的，則實與量均應兼重。我們對於牙醫教育的期望甚著，我們應急起直追，以完成我們的使命。對於口腔衛生的實施及牙醫教育之發展，前賢碩彥，多所論列，仁者見仁，智者見智，茲不憚爾爾，謹就鄙見所及，畧舉數端如次。

一、衛生部牙醫設計委員會之外，在衛生部中，應成立有力之口腔衛生機構，延攬口腔衛生專門人才，負責籌劃，使我國之牙醫行政及技術，趨於統一，進而協助全國各大醫院，各級衛生院之牙醫發展，人才設備作合理之分配，不使牙醫集中於少數大都市，應推廣及於全國各地。多設牙病防治所，推行口腔衛生工作。在準備推行牙醫公醫制度之前，事先訓練不合格之牙醫及領牙生，以備在牙醫師指導之下，作口腔保健及牙科技術工作，使就醫者可得適當之治療與預防，不致無所適從。

二、教育部醫學院教育委員會應增設牙醫教育組，以研究各級牙醫教育之教育方針，課程標準及所訓練人才之工作範圍。此次醫學教育會議，雖已議決增設牙醫學院組織法，惟在現時師資人才缺乏，經費設備不充足之現在，暫增設於醫學院內辦理，但在該組織法中，應對此等問題，作明確之規定。並於牙醫學院之內，可訓練牙醫輔助人員，如牙科技術員，專協助牙醫師之技工室內的工作，口腔衛生護士，於牙醫師指導下推行口腔病預防工作，如口腔衛生檢查，潔牙防病術，簡單窩洞之充填等。則在現時牙醫人才缺乏之現狀下，一牙醫師可作數牙醫師之工作，庶幾能適應現時之需求。且口腔衛生護士及牙科技術員訓練期限較短，設備比較簡單，所需經費亦不多，亦實救燃眉之一法也。然一切牙醫工作，應使其合理化，標準化，俾有益口腔之健康為原則。

「來稿早於六月下旬到達，嗣因本刊延期出版，雖已稍失時間性，但原文關係牙醫教育，至可珍貴，特併付梓」。

口腔外科兩種小手術

東京醫學士池清華
(廣州)

(甲)齒根端切除手術

關於感染性根管治療，雖時至今，無一確實有效方法。尤以根端肉芽腫或齒根膿瘍等症，就在根管內反覆治療，每有失敗者！為保存該患齒計，吾人便應用齒根端切除法，才可收確實之效果。本手術在臨床應用機會甚多，方法簡易，特介紹與各同業，以作參考。

(一)適應症

1. 抽髓針或探針等折斷殘留於根端孔附近，不能除去時；或齒根管屈曲至不能達根管治療之目的者。

2. 齒根膿瘍，由根管治療而不能痊癒等。

3. 因根管治療中，誤將



圖二第



圖一第

異物壓出根端孔外等。

4. 齒根膿腫，摘出手術之際，根端舌面，有多量不良肉芽存在時，可與膿腫摘

(二)手術方法

在未施行外科手術之前，先將根管擴大及消毒，病的齒髓完全抽出。凡根端切除完畢後，應即將根管充填，故在事前應注意消毒。手術方法如下：

1. 施行局部麻醉，或與傳達麻醉并用；普通單用局部麻醉，亦可奏效。

2. 將齒

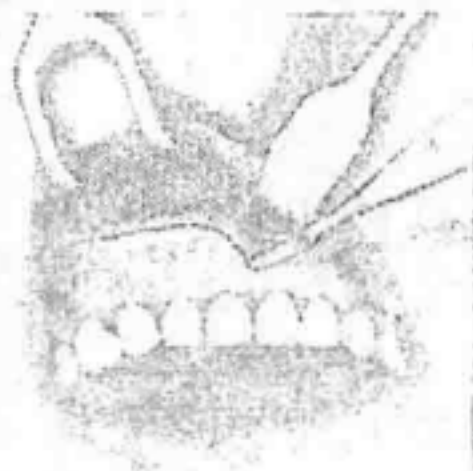
根切開；關於切開線之形狀及長短，須視患部範圍而定（其形狀如第三圖），在切開時應注意者：切勿將上唇繫帶切斷（如第四圖）

荷兩側同時手術，可如第五圖方法。

第四圖



(B) 圖三第



(A) 圖三第

第五圖



3. 切開後，將齒根及骨膜剝離，使骨面完



全露出（如第六圖）。再將一部骨質鑿除，使齒根端露出（如第七圖）。



圖六第



(A) 圖七第



(B) 圖七第

4. 用球形車針，將齒根端一部份切除（如第八圖及第九圖）。

5. 在未將齒髓縫合之前，先施行根管充填；所用材料，以樹脂針為最理想（如第十圖）。且將穿過根端孔外之膠針切除，使之與根端孔平密（如第十一圖）。

6. 切開線縫合（如第十二圖）。



圖 八 第



圖 九 第

（三）手術後種種症狀

1. 手術後感覺惡寒戰慄，此乃由於手術中吸收之毒素而起；不過短時間內的，會自然消失，可無須介意。



圖 十 第

2. 手術後一二小時，發作疼痛；然此種疼痛，乃由反應性炎症而發者。若痛與熱同時發

生，則因手術時傷口受感染所致。若有出血，用棉花在傷面壓迫之，二三十分鐘後，則可止血。

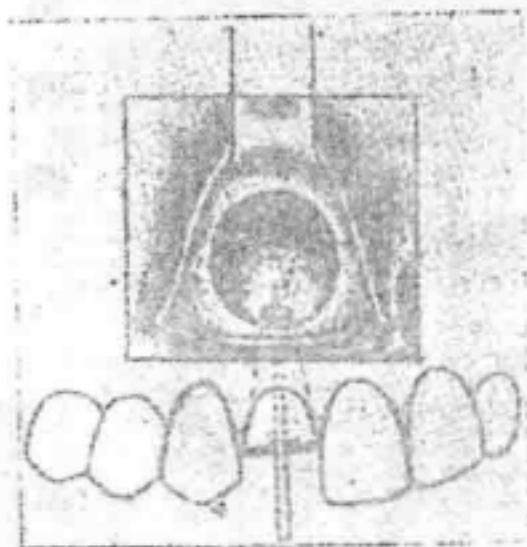


圖 一 十 第

3. 手術後六七小時，每有熱發生，且有腫脹出現；惟數日後，其腫脹則自行減退，熱亦同時下降。



圖 二 十 第

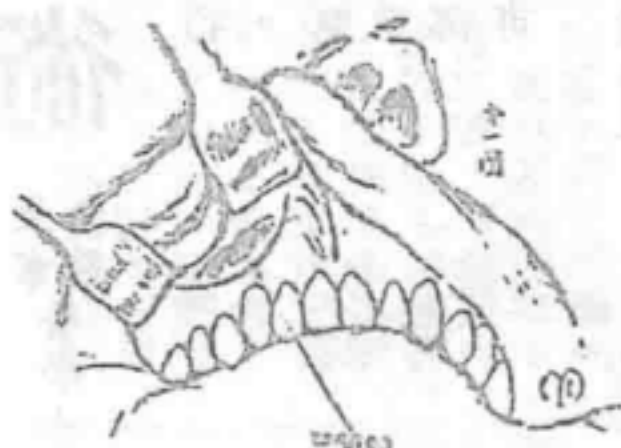


圖 三 十 第

4. 此種手術後，甚少有自發性疼痛；苟有劇痛，恐傷口內有膿汁儲留其中，即應將縫合線除去，使傷口再開放，以便膿汁自該處排出。綜合以上所述手術後種種症狀，吾人爲防範有反應性炎症發生計，應在手術前注射盤尼西林十萬單位。手術後，每三小時再注射五萬單位，直至注射至廿五萬單位爲止，則可防止各種繼發症狀之發生矣。

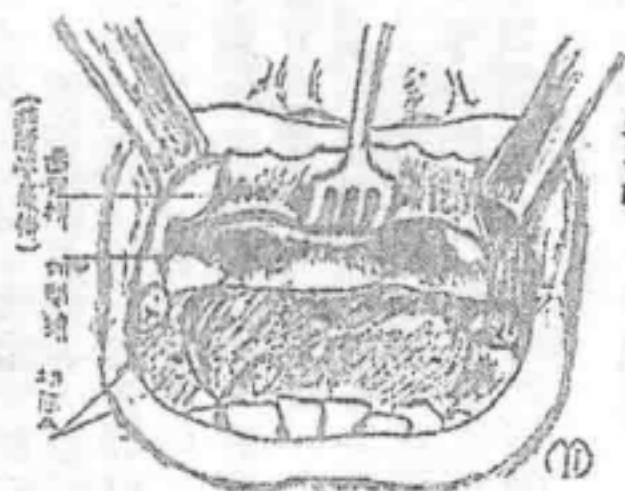


圖 四 十 第

（乙）齒槽骨切除手術

齒槽骨切除手術，臨床上應用頗多，尤以老年人殘存之孤立齒拔除後，該部之齒槽骨特別增殖，因而有礙義齒之製作，故須將齒槽骨切除，謹將切除手術畧加敘述，以供同業之參証。關於齒槽骨切除之適用範圍，可分下列三種：

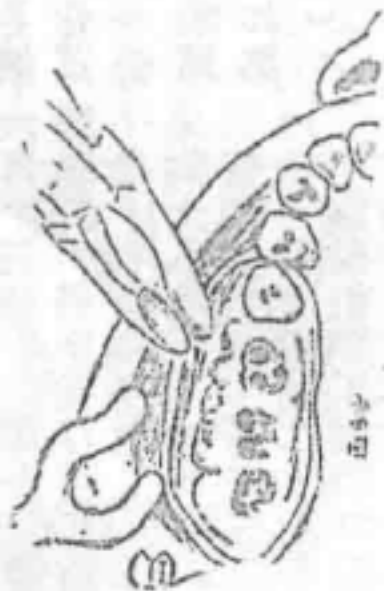


圖 五 十 第

第一：在審美方面而言，凡對外觀有碍者應用本法。如齒槽骨增殖，齒齦肥大等；若嚴格

分別之，可分先天的畸形與後天的異狀兩種。先天的畸形，如齒牙前突，繫帶異常（前次廣州牙醫公會放映牙科學術影片中之片段），口蓋隆起等，須整形使其回復美觀，將齒槽骨切除。後天的異狀，如顎骨齒齦增殖，拔齒後齒槽骨異常突起等，均用本法。先天的畸形以上顎發生最多；後天的異狀，則多發生在下顎。



圖六十第

第二：患單純性齒槽骨炎時，所謂拔齒後疼痛之鎮靜手術，亦用本法。孤立齒或多數齒

牙同時拔除時，齒槽骨外板若發生銹蝕時，對子附近之軟組織刺激而生潰瘍，誘起廣汎性炎症或局部炎症，可將齒槽骨一部份切除，免使炎症長時間積留反復，且可將傷口迅速治愈。



圖七十第

第三：義齒裝置準備手術。本手術對於補綴方面，有直接之關係，其手術方法，三者均大同小異。今以作者個人經驗所得，簡述于下：齒槽骨所發生之肥大增殖部份，上顎則多在犬齒部唇側，及大白齒部之頰側。其大小有如

豆粒。口蓋部甚少發生，下顎白齒部則多生在舌側，前齒部生在唇側。施術時，先將口腔消毒，與普通拔牙時同樣方法；在受手術部位，用酒精或碘酒塗佈，然後施行注射麻醉。注射時，將藥液徐徐注入，注射完畢，用外科刀將齒齦切開（如第十三圖），即半月狀切開。若手術範圍廣大時，則用 Neuman, Vidman 氏擴張手術（如第十四圖）將患部之齒槽骨完全露出，然後用骨鉗子，鑿，將增殖之骨質剪除，使骨面成平坦形。若拔齒與齒槽切除同時施行之際（如第十五、十六、十七圖所示），將肥大骨質剪除整形。惟須注意，切勿令碎骨片遺留於手術創口內，同時手術完了後，傷口之消毒，亦不可輕視！最後須施用齒齦縫合手術。（完）

下顎智齒的分類及拔除法

日本牙醫學士 池方（廣州）

緒論

齒科醫學對於下顎智齒，極為重視，蓋其所發生之毛病，出眼之方向，治療之方法，拔除之手術等，與其他齒牙，多有不同，且此種植甚為廣見。因此特立章回，詳加論述。術其對於咀嚼作用發生障礙，則影響及於吾人身體之健康極大。就如正常的智齒，在多數的臨床例証之，係齒槽膿漏之一型，在遠心面上，多成為細菌發育的一好場所；故多數齒科醫師，咸認為有早為拔去之必要，尤以美國學者主張尤力。若下顎智齒的齒冠，向前方轉倒傾斜，則能給與第二大白齒一度壓力。致其所成的不正三角形的空隙（如圖一），及遠心面的衣袋，即其半月形的空隙處，均停滯不少食物殘渣，而均常在感染狀態之中。不獨此也，且使第二大白齒遠心面的接觸部發生齧蝕。倘其傾斜度，達至水平位，則除前述者外，更可招至二個症狀：（一）第二大白齒遠心側，起壓迫性吸收。（二）其加於前方齒的壓力，而使大白齒牽連及小白齒，均向前密集，其結果誘至前齒齒列不正。他如感染的扁桃腺，當智齒除去後而

副會長池方



副會長池方，現年四十歲。池清華君之仲兄也。早歲負笈上海國立同濟大學，旋留學日本牙科專門學校。民二十六年畢業歸國，自行開業。對於學術經驗，極有心得，著述尤多，傳誦一時。在牙科學術上貢獻甚大，曾發起共同組織「廣州市牙科學術進修班」，

業等咸目為牙醫界之政治人物。現被聘為廣東省立第三醫院牙科主任，廣州特別市教育衛生兩局等牙科醫事顧問，非無因也。堪稱為牙醫界之中堅份子，同人等特舉為本會副會長，兼牙科學術報社社長，以期會務進行，相得益彰。

為國家作育人才。思想偉大，觀察精密，為人和藹，素抱同舟共濟之旨。其致力於社會活動，舉凡牙醫界有利之舉，無不竭力爭取，同

告痊癒。又如過度的神經質，以至精神錯亂者，其起因在智齒。耳疾，頭痛，及顏面附近肌肉痙攣，當其原因齒（智齒）除去而告消失。致如智齒齦蝕，雖無六歲齒之多，但屢因牙刷到達困難，所謂清潔問題，故亦多發生齦蝕。倘若該齒的齒齦疾患，常因操作困難，根管治療不完全，而等如廢置。觀乎此，則下顎智齒所發生的疾患，所影響範圍之廣，概可想見，其正常無異者，實屬鳳毛麟角。故大多牙醫學者，認為早將其拔去至為得策。

下顎智齒拔除之方法，理論上的問題很多，惟茲篇所述者，乃從經驗上，實際的方法行之。這當然要順應一切外科手術的規則。不問其部位之如何，最要者為感染預防問題，周圍組織的傷害要少。有膿者排膿。炎症旺盛者退炎。此種種均屬基本上應注意者。最近的盤尼西林 Penicillin 注射，蘇化太先 Sulfadiazine 內服，高濃碳酸液沖洗，（每次約三十鐘內外），拔齒後的盲囊膿腔，齒齦下垂部有無用的組織除去，盤尼西林丸含服等，均為有效的感染預防，治癒迅速的妥善措施。

下顎智齒的分類

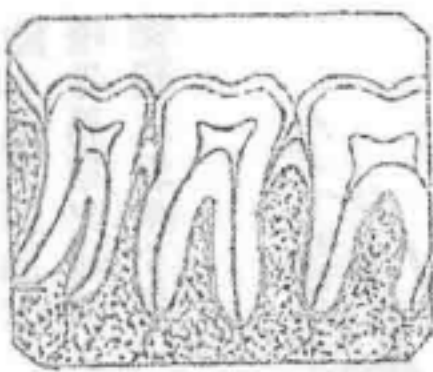
下顎智齒，固植於齒槽骨內，其部位呈種種之方向，便宜上可分為七型，均為拔除方法敘述上的便宜分類而已。

第一型：正常萌出者，與其隣接齒，在一直線上（如圖二）。

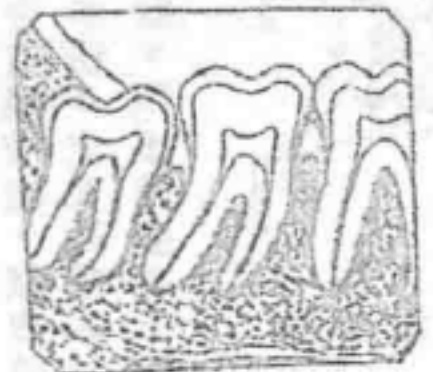
第二型：其與隣接大白齒等，保持正常關係，僅咬合面的一部分，為齒齦組織所被蓋（如圖三）。



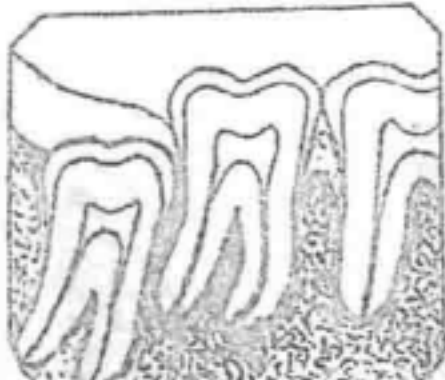
(一 圖)



(二 圖)



(三 圖)



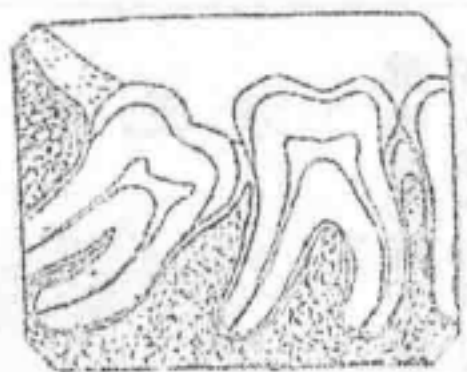
(四 圖)

第三型：其對第二大白齒為並立，但其齒冠，則完全為齒齦組織所被蓋而深在（如圖四）。

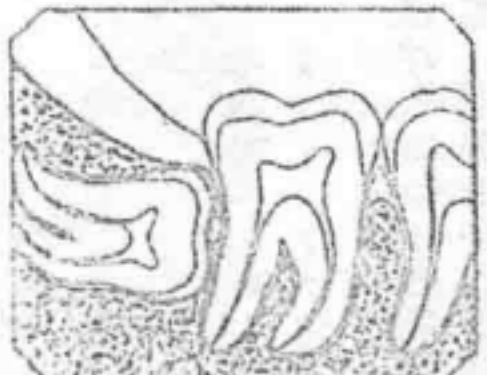
第四型：其傾斜度為近心咬合面的一部，緊接觸於第二大白齒的

遠心隣接面（如圖五）。

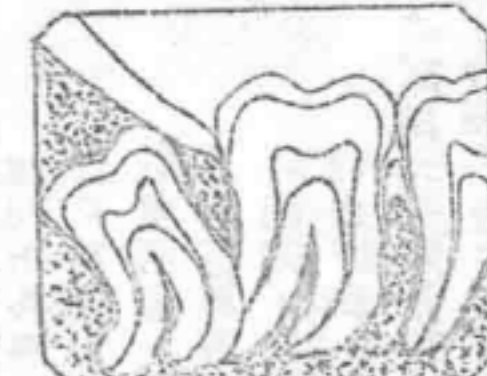
第五型：為水平位埋伏，且深在，完全為齒齦組織及骨組織所被蓋（如圖六）。



(五 圖)



(六 圖)



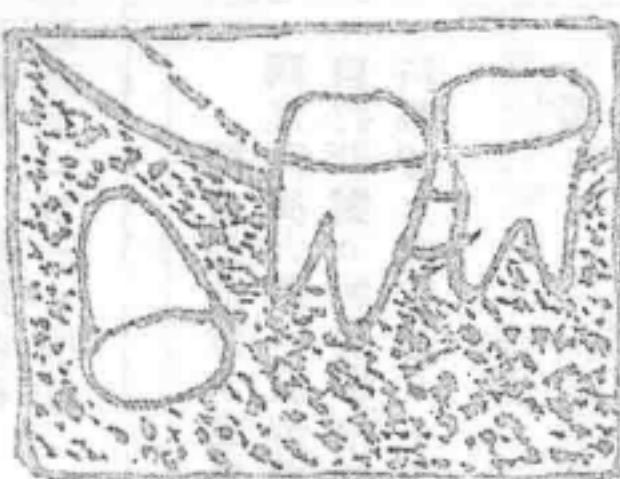
(七 圖)

第六型：該齒係向遠心方傾斜而埋伏，完全為齒齦組織及骨所被蓋（如圖七）。

第七型：其齒冠倒向住齒槽骨，是為倒置的一型（如圖八）。

各型智齒的拔除法

第一型智齒拔除法：利用斜形直拔（如圖九）的尖端，挿於第二及智齒之間。平坦面向智齒，圓滑面向第二大白齒。拔子的銳利下緣，在智齒近心面齒頸線下的

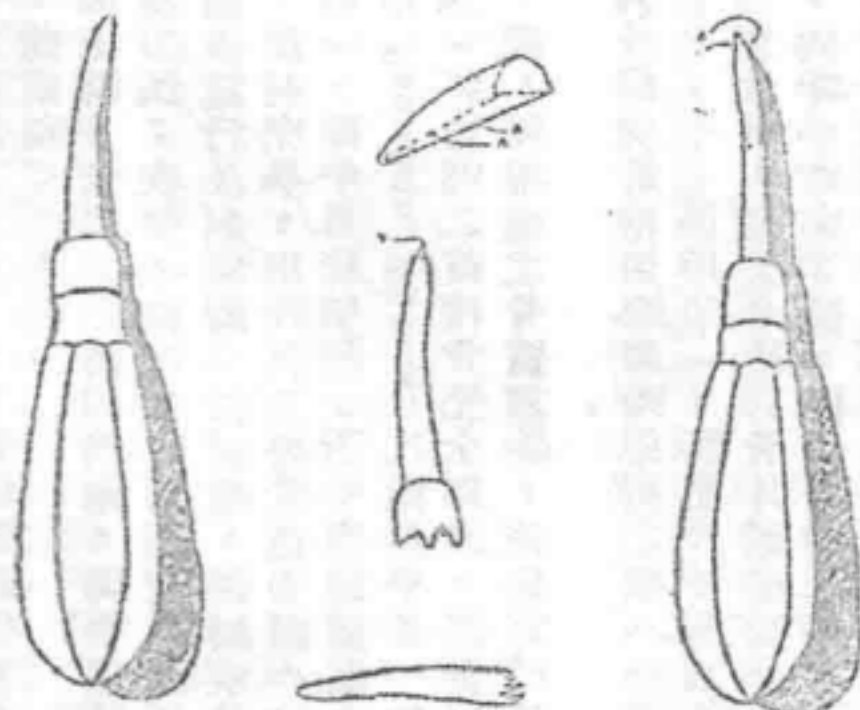


(八 圖)

接觸點處迴轉（如圖十），則智齒向遠心面迴轉而出。或使弛緩後，利用下顎智齒指，將其除去。又或只用下顎智齒指拔除之更宜。倘若齒牙破折，則齒根除去時，所加之力，應注意舌側板的突破，因其比較菲薄。

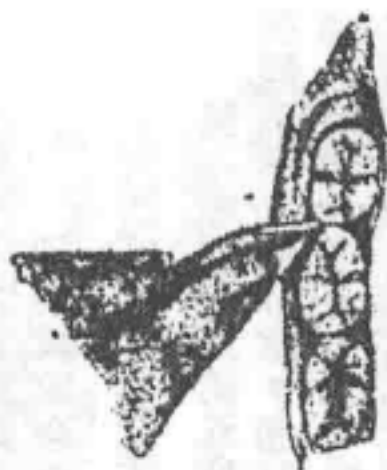
第二型智齒拔除法：與第一型者。惟對於被壓排的齒齦，在齒牙脫去之後，須將其齒齦除去之。

第三型智齒拔除法：先將

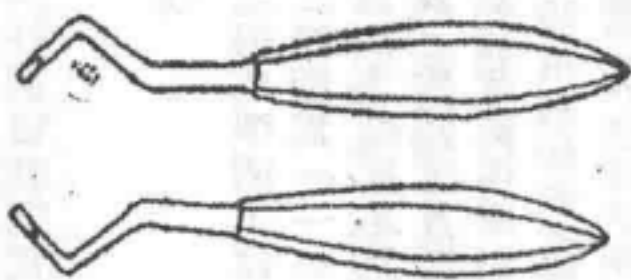


(九 圖)

被蓋的齒齦組織，在咬合面部切開，用曲拔將齒冠周圍撥開，成一空隙，骨的被蓋緣除去，而在齒冠頰側緣處穿一小孔，向下斜入若一——二耗，以防拔子使用時滑走。然後使用直拔，由頰側向舌側押壓上舉而出。



(十圖)

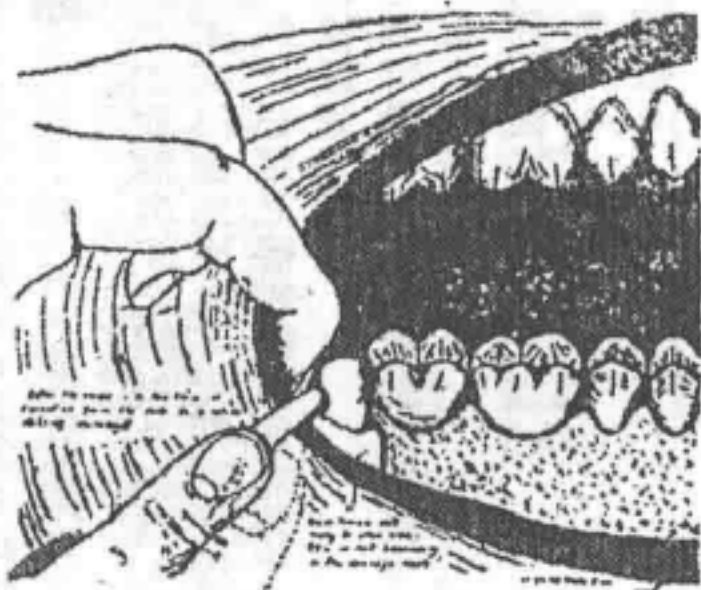


(一十圖)

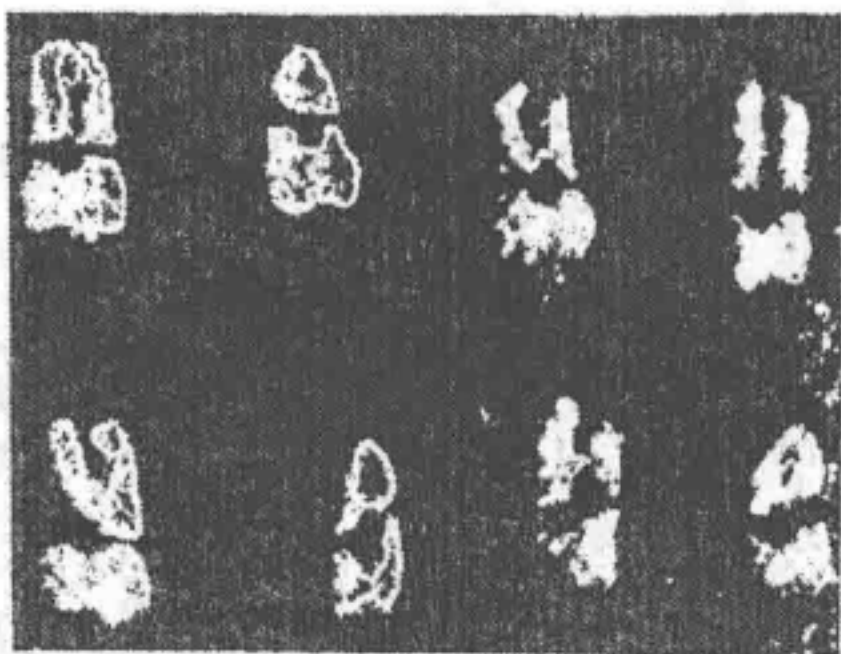
小心。故宜先在齒頸部，頰舌二側處穿孔，每側約入1—2深。然後使



(二十圖)



(三十圖)



(四十圖)

用直拔插入頰側穿孔處（如圖十三），數回用力迴轉，則齒冠部容易脫離除去。此時因植的齒根，亦因此破折時之震動而弛緩。故同時齒根之除去亦非困難。（如圖十四）

第五型智齒除去法：先將齒齦切開，骨膜緣離撥開，更將被蓋齒冠的骨除去，有時更將頰側壁骨切除，以利直拔之

使用。其他方法與第四型者異同。

第六型智齒除去法：齒齦切開，骨膜緣離，齒冠部被蓋的骨除去，其他與第三型者異同，有時與第四型者異同。此一型之拔除，極易招至下顎骨骨折，因拔子使用時用力過大所使然。

第七型智齒除去法：與埋伏齒拔除的手術同。惟應注意者，因骨的除去較多，蓋此型之齒深在，極易損傷下齒槽神經及動脈也。

結 論

本文之分類以拔除之法為標準。其他如智齒周圍疾患及病理等均未敘述。因所述為分類及拔除法而已。吾人當施術之前，應攝取X光照片，尤以第三型以後者為然，藉以鑑別其入於第幾型，及施術之方針。近世整片西林及蘇化太先等問世之後，對於我牙醫界之助力甚大，感染預防之功甚偉。故於施術之前後均宜使用此等藥物，以防不良之效果。又本文原由拙著「智齒周圍炎及其繼發疾患等的處理」一文中抽出者，茲因篇幅關係，故將此較有意味之分類刊出。他日當將全文再加整理陸續在本刊發表之。

附誌：（一）文內之圖原為X光片原圖因印刷關係，特由留東同學

胡東明先生繪出特誌感謝。

（二）第七型之X光片圖係由劉體志博士處借得，乃臨床寶貴之一例也并附致謝。（完）

我們造牙醫者，不能自以為經驗够。因為經驗要以學問為基本，無學問的經驗，等如無經驗；因為錯了，還是錯，一直的錯下去，這經驗有什麼用？作得為什麼拔斧？故云：

Vielles erfahren haben, heisst
noch nicht Erfahrung besitzen
Eisenbach

（經驗雖多，仍非謂已有經驗。）

——方——