



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๔๙๒

Volume 1, Number 10, October 1949

วิธีค้นหาเชื้อมาลาเรียในสมอง	—	ทองอยู่ จันทภูมิ พ. บ. Dr. med. (Hamburg), D. T. M. (Hamburg)	479
ไส้ติ่งอักเสบและฝีไส้ติ่ง	—	สมาน มันทากรณ์ F. R. C. S. (Eng.)	485
ตำแหน่งแผลอะมีบ์ในลำไส้	—	อนนท์ ประทัดสุนทรสาร พ. บ.	496
บทบรรณาธิการ	—	เสียงฉัน — ห้องทดลองกับห้องรักษา	499
		ข้อเอดสาร ข่าว บันทึกท้ายสมุด	

DETECTION OF MALARIAL PARASITES IN THE BRAIN - Tongyou Chanboonmee, M. B., Dr. med. (Hamburg), D. T. M. (Hamburg).	479
APPENDICITIS AND APPENDICEAL ABSCESS Samarn Mantabhorn, F. R. C. S. (Eng.)	485
SITE OF AMEBIC ULCERS IN THE INTESTINES - Anondh Pradatsundarasar, M. B.	496
EDITORIALS - CHANG - SHAN - THE LABORATORY AND THE CLINIC	499

ABSTRACTS NEWS EPILOGUE

(English abstracts inserted.)

คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล เจ้าของ :- อวย เกตุสิงห์ พ.ศ. บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา :- วิจิตร เจริญดี ผู้จัดการ
 สำนักงาน - มหเวชศิริวิทยาศิริราชพยาบาล :- ฉบับละ 1 บาท ทั้งปี (12 เล่ม) 10 บาท ค่าส่งต่างหาก :-
 Publication of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, Univ. of Medical Sciences, Bangkok.
 Hon. Editor: O. Ketusingh, M.D. Hon. Manager: Vichit Tejasit. Annual Subscription (12 Nos.) 10 Bahts. Postage extra.



สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๔๙๒

Volume 1, Number 10, October 1949

วิธีค้นหาเชื้อมาลาเรียในสมอง*

ทองอยู่ จันบุญมี พ.บ., Dr. med. (Hamburg), D.T.M. (Hamburg)

(อดีตอาจารย์แผนกพยาธิวิทยา)

แต่ก่อนมาเคยมีคนไข้ไม่มียคนซึ่งรับ
เข้าอยู่ ณ โรง พยาบาลใน ลักษณะมีไข้และ
ปราศจากสติ ญาติหรือผู้พามาไม่สามารถ
จะบอกเรื่องราวถึงอาการของคนไข้ได้จนถึง
รับช่วยการวินิจฉัยของโรค แม้จะได้
ตรวจหาเชื้อมาลาเรียก็มักไม่ได้
ผล โดยมากคนไข้มักถึงแก่กรรมใน
เวลาเร็ว ทำให้มีปัญหในการวินิจฉัยโรค
เกิดขึ้น การวินิจฉัยที่อาจใกล้เคียงความจริงที่สุด
คือผลของการตรวจศพ แต่ในรายที่สงสัย

ไปในทางไข้จับสั่นขึ้นสมอง และไม่มี
ลักษณะของโรคอื่นใดที่พบได้โดยเฉพาะ
ลักษณะของสมองที่เห็นได้ด้วยการเป่ามด
จะยังความสงสัยแก่ผู้พบเห็นเสมอ เพราะ
สมองของคนไข้ที่ตายเพราะเชื้อมาลาเรีย
ขึ้นสมองอาจมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย
สีเทาบ้างน้อยบ้าง การเปลี่ยนแปลง
อื่น ๆ มักจะไม่ค่อยพบ บางทีก็มีจุดโลหิต
เล็ก ๆ ซึ่งทำให้เกิดสงสัยว่า อาจเป็นโรค
อื่น ๆ อีก อนึ่ง สีเทาของสมองทั้งกล่าว

* โดยการใช้วิธีของบรรณาธิการสารศิริราช

นี้ต้องอาศัยผู้ชำนาญจึงจะบอกได้ สำหรับ
 ผู้อื่นนั้นคล้ายกับลิ้มตาในน้ำและไม่ค่อย
 แน่ใจที่จะเห็นตามผู้ชำนาญไปด้วย หลัก
 ฐานที่แน่นอนก็คือต้องคอยผลของ เซ้คชั่น
 ซึ่งกินเวลาไม่น้อยกว่าสามสัปดาห์ ทำ
 ให้ความมกระหายอยากทราบจึงจางไป ทั้ง
 การตรวจเซ้คชั่นก็หาพบเชื้อมาลาเรียง่าย ๆ
 ไม่ ดังนั้นถ้ามีวิธีทางคัดลีนเต้คชาติใน
 ขณะตรวจศพได้จะเป็นการทุ่นเวลาและเร้า
 ใจแพทย์ ช่วยให้แพทย์จ้คจำลักษณะการ
 เปลี่ยนแปลงของเนื้อสมองได้ชัดเจนแน่นอน
 ขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์มาก เมื่อข้าพ
 เจ้าได้ลองใช้วิธีที่จะกล่าวต่อไปนี้ในระหว่าง
 ที่ทำงานอยู่เป็นเวลาประมาณสองปี มีคน
 ใช้ ที่สงสัยถึงกล่าวนี้เกือบสิบราย และ
 สามารถคัดลีนการวินิจฉัยได้ทุกราย รู้สึก
 ว่าเป็นที่พอใจของแพทย์ผู้คและนักเรียนมาก
 สมัยก่อนหน้านั้น ในการตรวจศพ ที่สงสัย
 มาลาเรียชน สมองก็ใช้กระจกเลงโลหิต
 จากคัยหรือม้ามแล้วย้อมตรวจดู โดยอาศัย
 หลักที่ว่าโรคชนิดนี้มักพบเชื้อเจริญ อยู่ใน
 อวัยวะภายใน แต่ผลย่อมไม่แน่นอนเต้คชาติ
 วิธีต่อไปนี้ใช้ที่สถานคึกษาโรคประ
 เทศร้อนที่เมืองฮัมบูร์กมานานแล้ว วิธีทำคือ

เลือกตัดเอาเนื้อแถบเปลือกสมอง (คอร์
 เทกซ์) ชิ้นบาง ๆ กว้างยาวประมาณ ๐.๕
 ซม.หนา ๒-๓ มม. เอาชิ้นเนื้อวางลงบน
 กระจก (สละไลต์) ตาม แขน แล้ววาง
 กระจกครอบบีคทัยลงไป ใช้โคนคินสอดค้ำ
 (หรือสนวมือที่เอาผ้าห่มเสี้ยก่อน) ค่อย ๆ กด
 จนเนื้อแผ่ออกเป็นชั้นบาง ๆ แล้วดูด้วย
 กล้องจุลทัศน์โดยตัดแสงสว่างให้น้อยพอ
 ควร ตรวจดูตามเส้นโลหิตฝอย ถ้ามีเชื้อ
 ใช้ย้อมสีก็จะพบจุดกลม ๆ ค้ำ ๆ ซึ่งเป็น
 โครมาคินหรือพบจุดสีน้ำตาลหรือเหลืองแก
 รวมอยู่เป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นสีของเม็ดโลหิตที่
 ถูกเชื้อมาลาเรียทำลาย ทั้งเม็ดโลหิตและ
 ตัวมาลาเรียมองเห็นไม่ถ่านักเพราะใสและ
 แสงสว่างผ่านได้ ใช้ย้อมสีชนสมองคือ
 เชื้อฟัลซิพารูม ดังนั้นจึงมักพบรูปในระยะ
 ที่เรียกว่า "วงแหวน" สังเกตได้ด้วยโคร
 มาคินซึ่งเป็นเม็ดกลมเล็กอยู่โดดเดี่ยว บาง
 ที่ก็พบกลุ่มเม็ดสีซึ่งอาจเป็นตัวสืบพันธุ์ หรือ
 ตัวที่กำลังแบ่ง เคยพบกลุ่มสีกลุ่มหนึ่งยัง
 มีการเคลื่อนไหวไควไคช้า ๆ ทำให้คิดว่าอาจ
 เป็นตัวที่ยังมีชีวิตอยู่ก็ได้ คนใช้ถึงแก่กรรม
 มาไม่ถึง ๒๐ ชั่วโมงและศพเก็บไว้ในห้อง
 เย็น ตัวมาลาเรียอาจยังไม่ตาย เป็นแต่

เพียงสลบไป และเมื่อตกความมอดม้วยเข้า
ในขณะที่ตรวจ มันอาจพบ และ กลีบ มีการ
เคลื่อนไหวได้ ก็ที่น่าสนใจในปัญหาว่าเชื้อ
มาลาเรียจะคงมีชีวิตอยู่ได้นานกี่ชั่วโมงใน
ศพที่เก็บไว้ในห้องเย็น

วิธีที่กล่าวมานี้ค่อนข้างยาก เพราะ
พื้นภาพเป็นสีขาว ทั้งเส้นเลือดและเม็ด
โลหิตก็เป็นสีเดียวกัน เกิดความสับสนขึ้นว่า
ถ้าย้อมสีเสียได้ก็อาจทำให้การตรวจง่ายเข้า
โดยจะทำให้เห็นตัวมาลาเรียชัดขึ้น และ
ตัดปัญหาเรื่องภาพปลอมอันเกิดจากสิ่งอื่น
ได้ ได้ทดลองใช้สีต่างๆ และได้ผลที่สรุป
ดังนี้ คือ

พวก สี ต่าง ๆ ที่ละลายในแอลกอฮอล์
เป็นพื้นถ้าหยดลงบนกระจก แห้งเร็ว สี
ไม่ซึมเข้าไปย้อมเนื้อ ถ้าย้อมเนื้อ ก้อน
เล็ก ๆ บาง ๆ ต้องใช้สีชั้น เมื่อเป็นคั้งนั้น
แอลกอฮอล์คุดหน้าจากเนื้อ ทำให้เนื้อแข็ง
ทำให้แผ่ไม่ได้ ถ้าละลายสีจาง ต้องใช้
เวลาที่ย้อมนาน ทำให้เนื้อเน่าง่ายและสีซึม
เข้าไปไม่พอที่จะย้อมเม็ดเลือด และ ตัว
มาลาเรีย

สี จิมซ่า (Giemsa) นับว่าเป็น สี ที่ พอ
ให้ผลได้บ้าง ถ้าได้แช่เนื้อไว้ในกลีเซอริน

ก่อน จะช่วยให้กตแผ่ง่ายเข้า ถ้าตัดเนื้อ
เป็นชิ้น ๆ ขนาดกว้างยาวสัก ๒ ซม. หนา
๑ ซม. แช่ไว้ในกลีเซอริน จะเก็บเนื้อนั้น
ไว้ได้แรมปี เหมาะสำหรับเก็บไว้สอนนัก
เรียน เพื่อ แสดงเชื้อใช้จับสันในเส้นโลหิต
ของสมองได้ทุกโอกาส

วิธีย้อม คือ ตัด ก้อน เนื้อ เล็ก ๆ ขนาด
๒-๓ มม. และหนาราว ๆ ๑ มม. ด้วยมีด
คมบาง ๆ เช่นมีดโกน (เนื้อแช่ในกลีเซอ
รินดีกว่าเนื้อสด ๆ) ใส่เนื้อลงในขวดปาก
กว้างขนาดเล็ก ๆ (เช่นขวดยานัตถ์) หยด
สี จิมซ่า ที่ยังไม่ได้อเจือจางลงไปพอท่วมก้อน
เนื้อ ทิ้งไว้ ๑๐-๒๕ นาที ทดสีออกด้วย
หลอดแก้ว จุ่มเอาก้อนเนื้อ ขึ้น มา วาง บน
กระจก กลิ้งให้แบน วางกระจกครอบทับ
และกดจนเนื้อแผ่บาง ตรวจดูด้วยกล้อง
จุลทัศน์ ถ้าจะต้องการดูนาน ๆ ก็ใช้พาร์ฟ
ฟินบารอบขอบกระจกครอบให้สนิท สะไลค์
ที่เตรียมเช่นนั้นได้เคยทิ้งเอาไว้ และเอามา
ดูครั้งสุดท้ายแปดเดือนภายหลังที่ทำ ปร
กฏว่าลักษณะต่างๆ ยังคงอยู่บริบูรณ์ แต่
ถ้ายา ด้วย พาร์ฟฟิน ไม่สนิท เนื้อ ก็ แห้ง
และเสีย

ในการย้อมอาภทั้งเช้าไว้ ๒๔ ชั่วโมง ก็
ได้ แต่ต้องใช้น้ำที่ร้อนใหญ่หน่อย หรือ
อาภใช้ย้อมด้วยสีที่ละลายจาง ๆ โดยใช้
เวลานาน ๆ ก็ได้ แต่ผลก็ไม่ค่อยแน่นอน

ผลของการย้อมคือเนื้อติดสีน้ำเงินบาง ๆ
ตัวประสาทติดสีน้ำเงินชัดเจน เส้นโลหิต
ติดสีเดียวกันเห็นชัดเจน เส้นโลหิตเล็ก
เซลล์ก็เห็นชัด เม็ดโลหิตแดงติดสีแดง
จาง ๆ ถ้าย้อมก็ติดสีเข้มเห็นชัด ตัวมา
ลาเรียติดสีเขียวย่อน แต่ใครมาติดคิดยาก
ถ้าย้อมดี ๆ จึงจะเห็นเป็นจุดที่ขลิบแดง พวก
ที่อยู่ในเส้นโลหิต ติดสี ยาก กว่า ฟัน เนื้อ
เพราะน้ำยาซึมเข้าไปถึงได้น้อยกว่า การ
ย้อมนี้ทำให้เห็นส่วนต่าง ๆ ชัดเจนขึ้น อาจ
สังเกตลักษณะของเส้นโลหิต เม็ดโลหิต
และตัวมาลาเรียได้ชัด

วิธีที่กล่าวมานี้เป็นวิธีตรวจเนื้อสด ทั้ง
เส้นโลหิต เม็ดโลหิต และเชื้อไขอยู่ใน
สภาพธรรมชาติไม่หดย้อม ทำให้ศึกษาความ
สัมพันธ์ระหว่างกัน และ กันได้ง่าย นอก
จากจะทำให้เร็วแล้วยังดูได้ง่าย และแน่นอน
กว่าวิธีใช้พาราฟฟิน ซึ่งทำให้เนื้อหดย้อมกว่า
ธรรมดามาก เส้นโลหิตฝอยโดยมากหดย้อม
ลงจนสังเกตข้อของหลอดไม่ได้ จึงพบตัว

มาลาเรียได้น้อยที่สุดในเนื้อ แต่พาราฟฟิน
มักปรากฏเป็นเพียงจุดที่ขลิบเล็ก ๆ สีนํ้าตาล
แก่เท่านั้น บางทีต้องหากันหลาย ๆ กระຈก
(สไลด์) กว่าจะแน่ใจ

จากการตรวจเนื้อที่ย้อมดังกล่าวข้างต้น
นี้ปรากฏว่า ในรายที่มาลาเรียชนิดสมอง
ตัวเชื้อไขเรียงอัดกัน เป็นแถวอยู่ในปลาย
แขนงของเส้นโลหิตฝอย ซึ่งมีขนาดเล็ก
กว่าตัวเชือนิดหน่อย เม็ดโลหิตแดงซึ่งตาม
ธรรมดา มีขนาดใหญ่กว่าเส้นโลหิตตอนนั้น
เกือบเท่าตัวปรากฏว่ายึดตัวออกเป็นรูปไข่
รี ๆ แสดงว่ามันมีลักษณะยึดหยุ่นได้ดี เมื่อ
ผ่านหลอดโลหิตแคบ ๆ ที่ยึดตัวยาวออก
ทำให้สามารถไหลผ่านไปได้สะดวก ส่วนตัว
มาลาเรียนั้นสังเกตว่าคล้าย ๆ กับมีเยื่อหุ้ม
เหนียวและไม่ลื่น เพราะแข็งกว่า จึงมีการ
เปลี่ยนรูปได้น้อย แม้จะมีขนาดเล็กกว่า
เม็ดโลหิตแดงมากก็ผ่านหลอดโลหิตเล็ก ๆ
ไปได้ยาก ทำให้เกิดการอุดตันขึ้นในหลอด
เล็ก ๆ ซึ่งตามธรรมดาเม็ดโลหิตแดงต้อง
ไหลผ่านเรียงตัวไปพร้อมกันยึดตัวยาวออก
ฉะนั้นเมื่อมีตัวมาลาเรียไปขวางเสียบ เม็ด
โลหิตแดงก็ไม่สามารถผ่านไปได้เลย ส่วน
โรคที่มีตัวมาลาเรียไปอุดกั้นทำให้ขาดโลหิตไป

สมองส่วนนั้นก็ขาดออกซิเจนมากหรือน้อยตามส่วน จึงเกิดมีการเปลี่ยนแปลงทางเลือดขึ้นในเนื้อประสาทเป็นแห่งๆ ไปตามวิถีของเส้นโลหิต และเกิดอาการทางสมองขึ้น ถ้าต้นเหตุคือการอุดตันไม่หายไปในเวลาอันควรสมองส่วนนั้นก็ตายไม่ฟื้น ถ้าเป็นส่วนที่ทำหน้าที่บังคับที่สำคัญๆ ของร่างกายก็ทำให้คนไข้นั้นตาย

ถ้าตัวมาลาเรียไปอุดแน่น อยู่ในหลอดโลหิตจนเลือดไหลไปไม่ได้สทวกก็เกิดเลือดคั่งในต้นทาง เลือดไหลซึมออกจากเส้นเลือดฝอยเข้าไปขังในเนื้อสมองรอบๆ เส้นชั้นเวลาตรวจเนื้อสมองอาจเห็นไตด้วยตาเปล่า คือเห็นเป็นจุดแดงๆ คล้ายเม็ดกัทที่ผิวของเนื้อสมอง การที่เลือดออกอาจเกิดจากพิษของเชื้อมาลาเรีย กระทำให้ผนังเส้นเลือดหย่อนสมรรถภาพไป ปล่อยให้เม็ดเลือดไหลออกได้ ทำนองเดียวกับที่เกิดในคนไข้ อีแคสตีฟเซีย บางราย หรือพิษของสารหนูและยาอื่นบางอย่างที่ทำให้เกิดไข้สูงมีอาการทางสมอง และ คนไข้ตายเร็ว ซึ่งบางคนให้ชื่อว่า เอ็นเซฟฟาไลติส เฮโมราจิก้า โลหิตออกชนิดนี้ไม่พบบ่อยนักในมาลาเรียสมอง

มีข้อควรคำนึง อยู่บ้างในการตรวจตามวิธีที่บรรยายมาแล้วนี้ คือการใช้ความกดดันทำให้เนื้อแขน การกดอาจช่วยกันให้เชื้อมาลาเรียและเม็ดโลหิตไหลจากหลอดใหญ่ไปอยู่ในหลอดเล็กในส่วนปลาย ซึ่งอาจทำให้เห็นมากกว่าความจริงไปก็ได้ อย่างไรก็ตามการตรวจพบดังกล่าวดังแสดงให้เห็นหลักการที่ว่าตัวมาลาเรียไหลผ่านหลอดเลือดฝอยเล็กๆ ได้ยากกว่าเม็ดโลหิตแดง และเหตุการณ์สำคัญที่สุดในสมอง คือการที่มีตัวมาลาเรียมากมายเข้าไปอยู่ ถ้าหากมันไม่ทำให้เกิดการอุดตันหลอดโลหิต ก็อาจไปแย่งที่เม็ดเลือดแดงเสีย ทำให้สมองบางส่วนขาดเลือดหล่อเลี้ยง

จากข้อสังเกตที่ได้นี้ทำให้เกิดความนึกคิดว่าการรักษามาลาเรียขึ้นสมองนั้น นอกจากจะคิดฆ่าเชื้อแล้วควรมุ่งไปในทางที่จะช่วยให้สมองได้รับเลือด โดยหาวิธีที่จะทำให้เชื้อมาลาเรียผ่านต่อไปได้จาก หลอดโลหิตฝอย ไม่ให้คั่งอยู่นานๆ ไม่ควรมุ่งที่จะทำลายเชื้อให้ตายในเวลาเร็วโดยใช้ยาขนาดแรงๆ เพราะถ้าเชื้อตายก็ยิ่งยุบยุบกันได้น้อย และถ้าตายพร้อมกันมาก ๆ ก็จะทำให้ปากันอุดเส้นเลือดฝอยได้ง่ายขึ้น และ

ปล่อยพิษเข้ากระแสโลหิต ทำให้อาการ
ของคนไข้หนักลงอีก

ที่ได้เสนอมานี้ เป็นงานเบื้องต้นในจุด
ประสงค์ที่จะหาทางวินิจฉัยซึ่งแน่นอนและ
รวดเร็ว และหาทางอธิบายการเปลี่ยนแปลง
ในเนื้อสมองโดยอาศัยหลักการตรวจพบ
ในศพ แต่เหตุผลวิสัยได้บังคับให้ต้องวาง
มือเสีย และเรื่องนี้ได้เขียนไว้เกือบสี่แล้ว
สไลด์ และภาพ ประกอบที่เตรียมไว้ก็ได้
การจัดกระจายไปในระหว่างสงคราม เนื่อง
จากภัยทางอากาศ จึงไม่มีจะแสดง อย่าง
ไรก็ผู้เขียนมีความหวังว่า การเผยแพร่เรื่อง
นี้จะเรียกร้องให้เกิดความสนใจขึ้น และอา
มีใครรับงานไปทำต่อไปให้ได้ความรู้ที่เป็น
ผลดียิ่งขึ้น

(๑๓ เม.ย. ๒๕๒)

(Abstract of the fore - going article :
DETECTION OF MALARIAL PA-
RASITES IN THE BRAIN, by
Tongyou Chanboonmee, M.B., Dr.
med., Dept. of Pathology.)

The author describes a simple and rapid means of identifying malarial parasites in brain tissues, based upon a method in use at the Tropical Institute in Hamburg, viz., compressing of a thin slice between two slides and directly examining under the microscope. To facilitate visualisation of the parasites the author tried staining the fresh tissue in glycerine-Giemsa for 10 to 25 minutes before compression and examination, and found this very helpful. He ends up by offering his views, based upon pathological findings, on the pathogenesis and management of cerebral malaria.

(Rec. 12. April 1949.)

ไส้ติ่งอักเสบและฝีไส้ติ่ง

การวินิจฉัย การหายเอง และการตายเพราะถ่ายยา

สมาน มันทาภรณ์ F.R.C.S. (Eng.)

(แผนกศัลยศาสตร์)

ในระหว่างปี ๒๔๙๙ ถึง ๒๔๙๑ ข้าพเจ้าได้ดูแลคนไข้ที่เป็นไส้ติ่งอักเสบ (แอสเพนติกไซติส) ทั้ง chronic, acute และ abscess เป็นจำนวน ๗๐ คน ต้องผ่าตัดไป ๖๕ ราย จากนั้นมิตายสามราย และสามคนผู้ย่อยไซติสเป็นผู้ที่ได้รับความทุกข์หรือการสวนทางทวารหนักกันมาจนพอใจ ส่วนผู้ไม่ได้รับความทุกข์นั้นผ่าตัดหายทุกรายและไม่มีตายเลย จึงขอให้อดคิดไม่ได้ว่า การตัดไส้ติ่ง (แอสเพนติกไซติส) เป็นการผ่าตัดที่ไม่มีตาย นอกจากจะประมาทแผลรอด เพราะว่าจะเป็นชนิด acute หรือ chronic ก็ตามถ้ารักษาให้ถูกวิธีและผ่าตัดให้ถูกเวลาอันเหมาะสมซึ่งไม่ควรกินเวลานานเกินควร การผ่าตัดไส้ติ่งก็กลายเป็นการผ่าตัดที่ง่ายไป อวัยวะข้างที่ก็หายากเพราะเกิดมีเยื่อยึดติดอยู่รอบ ๆ หรือผนังตัวเองอยู่ลึกและข้างหลัง

และผู้ทำบางคนก็เหินห่างในการตั้งซัคคุมซันลงและขยายรอยผ่าเพื่อหาอวัยวะอันน้อยนียงท่านก็ลืมความรู้เก่า ๆ ซึ่งเรียนมาตั้งแต่ครั้งแรกของกายวิภาคศาสตร์ว่าธรรมชาติสร้างสรวค์ taenia coli ไว้เพื่อกันมิให้ศัลยแพทย์ถูกผู้อื่นเยาะเย้ย

ตำแหน่งและการเจ็บปวด ความเจ็บปวดที่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบแย่งออกได้เป็นสองอย่างคือ

(๑) ความปวดที่แผ่ซ่านอยู่รอบ ๆ สะคือ ชนิดที่ขี้ควีนวเดี่ยวไม่ได้ชัดเจน ความปวดนี้เป็น visceral pain ซึ่งรู้สึกจากระบบประสาทออโตโนมิก และเป็นลักษณะของระบบที่ไม่อาจบอกตำแหน่งให้เด็ดเดี่ยวแน่นอน

(๒) ความเจ็บปวดในตำแหน่งที่ไส้ติ่งทอดอยู่ ความเจ็บนี้เกิดขึ้นจากการรบกวน

parietal peritoneum และเมื่อมีมากขึ้นมักจะมี visceromotor และ viscerosensory reflexes ไปทั่วกล้ามเนื้อทั้งสามชั้นของผนังท้องและผิวหนัง ทำให้มีกล้ามเนื้อท้องและ hyperaesthesia เยื่อช่องท้องที่ถูกรบกวนก็คือส่วนที่อยู่ใกล้ๆ ไส้ติ่ง และจะท้องเป็นชั้น parietal เพราะชั้น visceral ไม่มีความรู้สึก ตัวอย่างเช่นถ้าไส้ติ่งวางอยู่ที่ iliac fossa ข้างขวา ก็มีการเจ็บที่ Mc Burney's point ถ้าปลายไส้ติ่งยาวออกไปทาง anterior superior iliac spine การเจ็บก็ไปอยู่ที่เหนือข้อมอนัน หรือว่าถ้าไส้ติ่งชี้ขึ้นไปอยู่ทางไตขวา ข้างหลัง ascending colon ความเจ็บปวดก็สูงหน่อย และบางทีก็ขอบถึงอุ้งน้ำดี ในบางรายก็ห้อยอยู่ที่ pelvic brim สัมผัสกับ psoas และเส้นเลือดแดง iliac การเจ็บปวดอยู่ใกล้ median plane ทำให้เราคิดถึง acute salpingitis ไม่ได้ เพราะฉะนั้นถ้าเราศึกษา physical signs ใดๆ เราอาจจะเดาได้เสมอว่า ไส้ติ่งอยู่แถวไหน และลึกหรือตื้น

ภาวะของไส้ติ่งเทียบกับอาการตรวจพบ รายไส้ติ่งอักเสบเรื้อรังทั้งหลายมีการกดเจ็บตรงที่ไส้ติ่งอยู่ แต่หามิ "ผนังท้องแข็ง" ไม่

รายใดที่มีผนังท้องแข็ง hyperaesthesia หรือการสะดุ้งด้วยความเจ็บปวดเวลากดด้วยนิ้ว ก็หมายความว่าไส้ติ่งมีการอักเสบวมและแดงกำ และถ้าหน้าท้องแข็งมากจน "แข็งเป็นกระดาน" ตรงที่เป็น อาจจะมีแก๊งกรีน หรือการเริ่มทะเล การอักเสบของไส้ติ่งก่อนที่จะผ่านไปถึง แก๊งกรีน ได้มักจะมี "โพลีซีในท้อง" (abdominal policeman=greater omentum, Rutherford Morrison) มาห่อคลุม เพื่อชำระให้มีสันติภาพ เราจึงคลำอวัยวะที่เจ็บได้เย็นก่อนๆ ถ้าเป็นก้อนเล็กขนาดไข่มุกพิราก็หมายความว่าไส้ติ่งอยู่ตื้น ลอย และมีเกรดเตอร์ โอมেন্টัม ห่อส่วนที่พิการไว้ อย่างเรียบริ้วย ถ้าก้อนโต เช่นเท่าไข่เป็ดหรือไข่ห่าน ไม่แต่ เกรดเตอร์ โอมেন্টัม เท่านั้นที่มาช่วย ยังมี ซิคัม และ ไลเลียม รวมทั้ง มีเซ็นเตอร์ เข้ามาจับกลุ่ม ฉะนั้นก่อนลงมือผ่าตัดเรามักจะเดาภาวะของไส้ติ่งได้บ้างรวมทั้งความลำบากที่จะต้องประสพเมื่อเบ็คเข้าไปแล้ว รายใดมีก้อนโตเราจะต้องเลาะกันมาก รายใดที่ก้อนเล็กและลอย เราอาจจะเอาออกได้โดยที่ไม่ต้องถึง ซิคัม ขึ้นมาก่อน (presenting appendix)

คำกล่าวเหล่านี้มีข้อยกเว้นอยู่ในสองประเภท คือในผู้สูงอายุ เช่น ๕๐ ปีขึ้นไป หรือเด็ก ๆ อายุ ๕ ขวบลงมา และโดยเฉพาะ ๒-๓ ขวบ คนสูงอายุบางคนเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตก กตก็ไม่ค่อยเจ็บผนังท้องแข็งก็ไม่ มีแต่อาการพบบของการอุดตันลำไส้ ท้องโป่งข้าง คลื่นไส้ อาเจียน เด็กอายุ ๒-๓ ขวบมีไส้ติ่งอักเสบซึ่งทะเลแล้ว แต่ไม่มีอาการเป็นที่ (localising sign) กตเข้าที่ร้องท้ว ๆ ไป ไม่มีผนังท้องแข็งทั้ง ๆ ที่มีเยื่อช่องท้องอักเสบ เพราะฉะนั้นเมื่อคลำแพทย์เอามือวางที่ท้องก็ต้องดูหน้าด้วยว่าคนไข้ นั้นอยู่ในประเภทไหน

การรักษาไส้ติ่งอักเสบอย่าง acute ในรายเช่นนี้ทกราย ควรทำการตัดให้ท้วนเท่าที่จะทำได้ และภายใน ๔๘ ชั่วโมงแรก การผ่าตัดไม่มีอันตรายเลยและหายดี แต่ถ้ายังเฉื่อยคนไข้ไปนอนอยู่บ้านเสียเกิน ๔๘ ชั่วโมงไปแล้ว เราจะทำอย่างไร เรื่องนี้ต้องตรวจท้องและกำหนดดูว่าขณะนั้นไส้ติ่งอยู่ในภาวะเช่นไร และพอจะตัดออกได้ไหม โดยไม่ต้องทำให้คนไข้ตายไปด้วยฝีมือของเราเอง ถ้าเกิดมีเยื่อคติดมากมาแล้ว จน

พัวพันกันเป็นก้อนโตค่อนข้างแข็งและเจ็บกำลังจะกลายเป็นฝี เราก็รีบคนไข้มาอนพักไปก่อน พร้อมด้วยกรงทอาหารชั่วคราว โดยกรงทอาหารและนอนนิ่งนี้ ไส้ติ่งอักเสบที่ยังไม่เป็นฝีอาจหายไปเอง หรือถ้าก้อนไม่โตนักและไม่แข็งจนเกินไป ยังมีหน้าท้องแข็งอยู่ บางทีเราจะตัดไส้ติ่งได้เลยภายในสองสามวันแรก ถึงแม้ว่าจะมีเยื่อคติดมากก็ตาม เรายังมีโอกาสเลาะด้วยปลายนิ้วมือของเรา (อันเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุด) ค่อย ๆ จนเยื่อไฟบรินแตกไป โดยไม่ต้องใช้กำลังมากมาย วิธีนี้เลาะไส้ติ่งออกมาได้อย่างงาม แต่ผู้ทำต้องไม่ลืมว่าทุก ๆ อวัยวะในต่อนั้นฉีกขาดง่าย และต้องลงทุนลงแรงทั้งหมดเพื่อข้อมัน เกิด faecal fistula การตัดไส้ติ่งเหล่านี้ทำได้โดยไม่ต้องใส่ท่อ (เทรอน) แต่ถ้ามีน้ำสกปรกหรือไส้ติ่งมี แก็งกรัน (ซึ่งหมายความว่าแบคทีเรียออกนอกไส้ติ่งได้แล้ว) เรายควร เทรอน

การรักษาไส้ติ่งอักเสบ acute ที่เกิน ๔๘ ชั่วโมงด้วยวิธีคอบคนไข้ว่าจะหายเองหรือไม่ หรือว่าจะต้องลงมือผ่าตัดทันที เพราะความเจ็บปวดมากขึ้น ก้อนโตขึ้น หรือ

ชีพจรขึ้น เป็นระบบของ Ochsner-Sherren ซึ่งมีรายการดังต่อไปนี้

๑. ให้คนไข้เอนในท่า Fowler เพื่อให้ของสกปรกไหลลงแอ่งเพ็ลวิก

๒. ไม่ให้น้ำหรืออาหารทางปาก แต่ให้ทางเส้นเลือดดำ

๓. จำเป็นต้องจกชีพจรและอุณหภูมิบ่อยๆ เช่นทุกๆ ๑-๒ ชั่วโมง และเฝ้าดูอาการเจ็บปวด และอาเจียนของคนไข้

ตามระบบนี้คนไข้มักจะดีขึ้นจนหายไปเอง แต่ถ้าคนไข้มีอาการเลวลง คือชีพจรและไข้ขึ้น เราจะต้องผ่าตัดโดยเร็ว คือผ่าเข้าไปและ เครน เท่านั้น หรือทำการตัดไส้ติ่งเลย แล้วแต่ความลำบากในการทำ

ในฐานที่คมนาคมและการแพทย์ยังไม่ทั่วถึง คนไข้ที่มาหาเรามักจะเจ็บปวดมาแล้วไม่ต่ำกว่า ๓-๔ วัน และในฐานที่ก้อนที่เกิดขึ้นยังไม่แข็งและมีรูปร่างชัดเจนเกินไป เราพอมีโอกาสที่จะทำได้ ก็ได้ทำการตัดไส้ติ่งกันไปเลย และรายละเอียดนี้หายโดยเร็วร้อย ไม่ต้องใช้ระบบของ อ็อคสเนอ์-เชอเร็น ฉะนั้นในบางคราวศัลยแพทย์จะต้องคิดดูเองว่าไส้ติ่งอยู่ในภาวะเช่นไร โดยไม่ยึดถือแต่เฉพาะจำนวนวัน

ของการปวด หลังจากการผ่าตัดเรามักให้น้ำ มอร์ฟีน และยาพวกซัลโฟนาไมด์

การรักษาฝีไส้ติ่ง ฝีไส้ติ่งเกิดขึ้นในเมื่อมีการทะลุหรือ แก๊งกรีน ของอวัยวะนั้น และทุกครั้งที่เกิดขึ้นย่อมเป็นการแสดงถึงการต้านทานที่ต่ำ และมีเซลล์ของระบบ reticulo-endothelial โดยเฉพะเยื่อช่องท้องและ มีเซ็นเตอร์ ช่วยกันห้อมล้อม แต่ถ้าอวัยวะนี้ถูกทำให้แตกและมีความดันภายในมากขึ้นหลายเท่า เช่นเวลากินยาถ่าย หรือสวนอุจจาระ อุจจาระไหลออกจากไส้ติ่งอย่างรวดเร็วทำให้เยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป (generalised peritonitis) อย่างไรก็ดีเมื่อไส้ติ่งทะลุแล้ว และคนไข้รู้จักนอน การอักเสบรู้จักรวมตำแหน่งตัวเองเป็นฝี ถ้าตรวจคนไข้ตอนนั้นจะเห็นว่ามูกอันซึ่งจับได้แน่นชัด ถึงกับเอาปากกาเขียนรอยตามขอบของโพรงหนองได้

โพรงหนองนั้นจะเป็นได้ตั้งกินเวลาไม่ต่ำกว่าสองวัน ในอันที่ ๗๐ คนที่รวบรวมมานี้ มีฝีไส้ติ่ง ๘ ราย เป็นมาก่อนเข้ามามีอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา ๘ วัน, ๕ วัน, ๕ วัน, ๒๐ วัน, ๕ วัน, ๒ วัน, ๑๑ วัน และอีกรายหนึ่งไม่ทราบว่ามีวัน

การรักษาฝีไส้ติ่งก็คือให้นอนนิ่ง ๆ อาหารให้แต่เพียงที่เหลว ๆ และให้แต่น้อย ๆ ยาระงับประสาทบางอย่างและยาพวกซัลโฟนาไมด์ ยาถ่ายหรือการสวนทวารหนัก ห้ามขาด ทุกวันที่ผ่านไปจะเห็นไข้และชีพจรลดลง ถ้าเรามั่นใจเรียนที่เอาใจใส่งานมาก เขาก็จะใช้หมึก เขียนตามขอบ ๆ ของโพรงหนอง และทุก ๆ วัน ก็คอยเขียนใหม่เพื่อเทียบกันว่าขอบเขตนั้นเล็กลงวันละสักเท่าใด บางรายเมื่อเข้ามาใหม่ ๆ มีขนาดเท่าไข่ห่าน แต่ ๘-๑๐ วันให้หลัง เหลือเท่าไข่นกพิราบ หรือหายไปเลย การรักษาคด้วยวิธีนี้ทุกอย่างก็ง่ายตายก็ คนไข้กักขัยบ้านได้ แต่ภายหลัง ๔ ถึง ๖ เดือนควรมาทำการตัดไส้ติ่ง

ฝีไส้ติ่งที่หายเอง ในอันดับ ๘ คนนี้ มีหายเองด้วยวิธีรักษาอย่างไม่ผ่าตัด ๕ ราย เพราะการพักผ่อนเป็นสิ่งใหญ่ที่ช่วยให้ร่างกายจัดทำให้การอักเสบหาย โพรงหนองจึงค่อย ๆ ละลายซึมเข้าไปในร่างกายเรา ไม่แพ้วิธีเสกเข้าพ่นน้ำมัน

ตัวอย่าง นาย ช. อายุ ๕๒ ปี ปวดท้องทางขวา ๒๐ วัน และมีก้อนเกิดขึ้นที่ iliac fossa ข้างขวา ขนาด ๓" x ๓" กดเจ็บ ท้องผูก กินยาหม้อจีน หม้อไทย

ไม่คลื่นไส้ ปัสสาวะปรกติ เมื่อกเล็กขวา ๑๔,๖๐๐ เข้ามาโรงพยาบาลพร้อมด้วยวินิจฉัยโรคว่าเป็น ฝีไส้ติ่ง (appendiceal abscess) ได้รักษาโดยให้นอนเฉย ๆ ทำ Fowler อาหารอ่อน ๆ ย่อยง่าย และยาระงับประสาท ก้อนเล็กลงทุกวัน เก้าวันภายหลังไม่มีอะไรเหลือเลย และออกจากโรงพยาบาลได้

ฝีไส้ติ่งที่ไม่หายเอง การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (conservative) ก็ทั่วไป แต่มีบางรายที่ไม่ได้ผลถึงคาด คือทั้ง ๆ ที่นอนนิ่งไข้อยิ่งขึ้น ๆ ลง ๆ ชีพจรยัง ๑๒๐ หรือสูงขึ้นอีก โพรงหนองใหญ่ขึ้น อาการทั่วไปไม่ค่อยดี อาจปวดมากขึ้น เมื่อเป็นเช่นนั้นเป็นหน้าที่ของเราที่จะต้องทำทางให้หนองออก ฉะนั้นการรักษาไส้ติ่งอีกเสบที่เกิน ๔๘ ชั่วโมงตามระบย อ็อคสเนอร์-เชอเรน จึงเป็นวิธีที่เรียกว่า "on the threshold of the operating theatre" คือถ้าจำเป็นก็ต้องผ่าตัดทันที

ตัวอย่าง นาย อ. อายุ ๓๓ ปี ปวดท้องทางขวา ๕ วัน แล้วมีก้อนเกิดขึ้นที่ iliac fossa ข้างขวา ขนาดเท่าไข่ไก่ กดเจ็บ ไม่คลื่นไส้อาเจียน ไข้ ๓๗.๕° ซ.

ซีพีวร ๘๐ ในตอนแรกที่เข้ามา วันต่อๆ มา ใช้ขึ้นถึง ๓๘.๓ และ ๓๘.๘ ซีพีวร อยู่ระหว่าง ๘๐ ถึง ๑๐๐ หลังจากอยู่โรงพยาบาล ๗ วัน ใช้ไม่ลด ก็อันก็ไม่ลดลง จึงต้องผ่าให้หันของออก บังเอิญตัดไส้ติ่งได้ด้วย กลัวยัน ๒๒ วันหลังจากผ่าตัด

การรักษาโพรง หนองที่มีอาการเลวลง เช่นนี้ก็คือใส่หลอดเทรนเท่านั้น ถ้าไส้ติ่งอยู่ต้นๆ พอจะตัดออกมาก็ทำ แต่เพื่อปลอดภัยจริงๆ ใส่หลอดเทรน อย่างเดียวดีกว่า และเมื่อแผลหายเรียบร้อยแล้ว ๔ ถึง ๖ เดือน จึงค่อยทำการตัดไส้ติ่ง

รายโพรง หนองที่ไม่ยอมยุบตัว ตาม ยานนอกที่ไม่แพ้เพียงพอ หรือไม่มีการ ผ่าตัด อาจจะทำลมนิ่งหน้าท้องออกมาได้เอง ธรรมชาติจึงนำมัทศวรรษยั้งนัก และเมื่อเป็นเช่นนั้นแล้วก็กลายเป็นไขมันไป ทาง หนอง เติบโตใหม่ขึ้นต้องผ่าน กล้ามเนื้อ หลายชั้น และบางรายกินเข้าไปใกล้ iliac crest ทำให้มีเชื้อหุ้มกระดูกอีกเสกเล็กน้อย

สาเหตุกรรมของไส้ติ่ง คงกล่าวแล้ว ไส้ติ่งที่จะ กลายเป็นฝี ใดก็ต้องมี แก๊สกรีน หรือการทะลุของผนังของอวัยวะ และถ้ามี ก้อนอุจจาระแข็ง (faecoliths) อยู่ด้วย

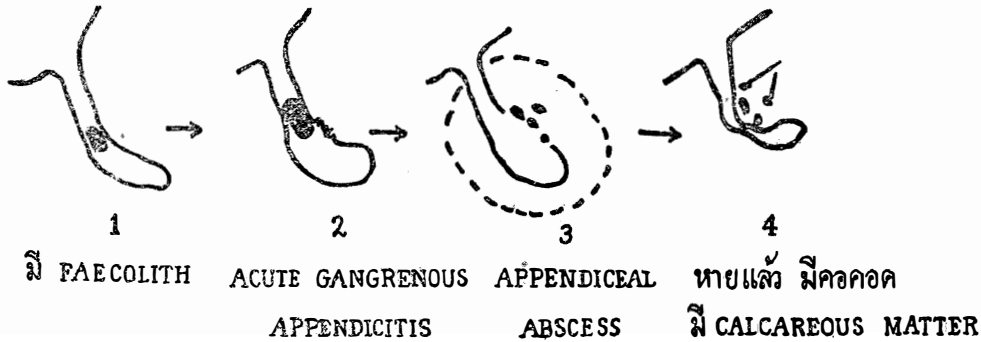
ก็จะกลายเป็นสิ่งพลัดที่ (foreign bodies) ที่ในโพรง หนองนั้น เมื่อคนไข้ถูกบังคับให้นอนนิ่ง กินอาหารน้อยๆ การอักเสบค่อยๆ ทะลุลง และด้วยการทำงานของเซลล์พวก phagocytes ที่คอยชนของเสียไปทั่วและเอาของดีมาใส่แทน หนองและเซลล์ที่ตายแล้วค่อยๆ อันตรธานหายไปจนกระทั่งภายหลัง ๒-๓ สัปดาห์ก็อันรอบๆ ไส้ติ่งไม่มี เหลือเลย ส่วนของไส้ติ่งที่ไม่อักเสบก็มีสี คดเต็ม ส่วนที่เป็น แก๊สกรีน หรือมีการ ทะลุก็โดนกดหายไปจนกลายเป็นคอคอก มี เนื้อเส้นใยมาหุ้ม และปลายก็แข็งและเล็ก ลง และการคืบคยี่ระหว่าง ซีกัม ไข่อลิยม ท่อน ปลาย และ avascular fold ของ Treves รอบๆ ไส้ติ่งเป็นของธรรมดา การ ผ่าตัดไส้ติ่งในภายหลังจึงเป็นการ ผจญภัย เพราะการเลาะไส้ติ่งไม่ใช่ของง่ายเสมอไป

ก้อนอุจจาระแข็ง (faecoliths) มักจะ กลายเป็นก้อนหินปูนไป เป็นจุดขาวๆ เล็กๆ ประปนกับเนื้อเส้นใยอยู่ภายนอกโพรง ของไส้ติ่ง บางอันยังกลายเป็นก้อนแข็งๆ เล็กกว่าหัวไม้ขีดไฟหลายๆ ก้อน บางก้อน แข็งและบีบไม่แตก สิ่งพลัดที่เหล่านี้ใน ระยะเวลาหนึ่งทำให้มีอินเฟ็คชั่นและมีหนอง แต่

ในตอนหลังมีพวก macrophages มาล้อม
จนกลายเป็นหินไป

อวัยวะไส้ติ่งมักจะขดอยู่ตรงที่เคยอยู่
และโดยมากมีการฝ่อหายไป ตรงที่เคย
ทะลุมักจะกลายเป็นคอคอด เล็กกว่าธรรมดา

คา บางอันบิดไปบิดมา อันเป็นผลของเยื่อ
ยึดติด และไม่ค่อยออก ถึงออกก็ไม่เป็น
รูปร่างของไส้ติ่ง แต่ส่วนมากเลาะง่ายและ
ทำเอ็ฟเฟ็นติเซ็คโตมีไค้ดี



รูปที่ ๑ แสดงถึงภาวะต่างๆของไส้ติ่ง

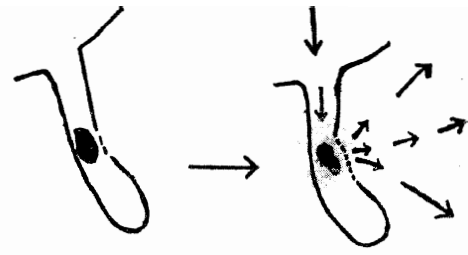
รายงานจากเจ็ดสิบคน ในกระบวน
๗๐ คนมีไส้ติ่งอักเสบเรื้อรัง (chronic)
๒๔ ราย อย่างขั้จุนัน (acute) ๓๘ ราย
และไส้ติ่ง (appendiceal abscess)
๘ ราย การรักษาได้ใช้วิธีประคั้ประคอง
(ค็อนเซอร์เวตีฟ) สำหรั้รายนี้เป็้น ๔ ราย
ไม่ยอมผ่าตัด ๒ ราย ไส้เตรน ๒ ราย
และตัดไส้ติ่ง ๖๓ ราย ในพวกที่ไส้เตรนมี
ตาย ๑ ราย และที่ตัดไส้ติ่งตาย ๒ ราย
รวมตาย ๓ ราย

สมัยปรมาณู การถ่ายอุจจาระเป็้น
การกำจัดกากอาหาร เซ็ลล์ที่ตาย และเศษ
ที่ไ้จากน้ำคั้ ตามหลักสรีรวิทยา จะถ่าย
วันละครั้งก็ได้ ๒ ครั้งก็ได้ หรือสองวัน
ครั้งก็ได้ แต่ถ้าเกินสองวันขึ้นไปเรามาถั้
เป็้นพวก “ท้องผูก” แต่ “ท้องผูก” แท้ๆ
ไม่ค่อยทำให้ใครตาย อันตรงกันข้ามกับ
ท้องร่วงซึ่งฆ่าคนบ่อยๆ มีนิทานซึ่งครุฑ
Guy's Hospital กรุงลอนดอนเคยเล่าว่า
มีราชินี แมรี่ ของ สเป็ญเคยท้อง ผูก คั้

หลาย ๆ เดือน และคราวใดที่ได้กำจัดพระ
บังคลหนัก ทรงไสมนต์ยิ่งนัก และมีกระ
ยอมให้ประชาชนหยุดงานหนึ่งวัน แต่พระ
องค์ท่านก็ทรงอยู่เย็นเป็นสุขเรื่อย ๆ ไป

ทุก ๆ สมัย ตั้งแต่สมัยหมอคำแยจ
นกระ ทั้งสมัยหมอยาที่มีปริญญาอักษร มีการ
ประดิษฐ์ยาถ่ายแก้ท้องผูก ปวดท้องน้อย
ตามบ้านก็ให้กินยาถ่าย ขี้ตามารคาเห็นเต็ก
ท้องเสีย จะผูกหรือร่วง ก็ให้กินยาถ่าย
เพื่อกำจัดพิษและลม ของโสโครกจะได้
หมดไป นานาถที่ยาถ่ายฆ่าคนบ่อย ๆ
แต่ท้องผูกอย่างเข็นนิสัยไม่ทำให้คนตายเลย

ยาถ่ายส่วนมาก ทำให้มีน้ำเพิ่มขึ้นในลำ
ไส้ด้วย ออสโมลิส หรือการระคาย (irri
taion) และเพิ่มการบีบรัด (เพริสทาลิส)ส
ของลำไส้ เมื่อการเคลื่อนไหวมีมากขึ้น
สิ่ง ที่อยู่ในลำไส้ ก็ถูกขับไปด้วย ความดัน
แรง ๆ ทุก ๆ ขณะที่มีคลื่นบีบรัด รายใดที่มี
ไส้ติ่งเป็นแก๊งกรีนอยู่ก็มักจะทะลุโดยเร็ว
และอุจจาระออกไปในช่องท้องโดยเร็ว จึงมี
เยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป เกินจากที่ธรรมดา
ชาติจะห่อคลุมไว้ได้ด้วยมิเซนเทอรั



รูปที่ ๒ ผลแห่งการถ่ายยา
GENERALISED PERITONITIS

ตัวอย่างรายที่ตายสามราย

นาย ล. ๓๒ ปี ปวดชายโครงขวา ๕ วัน
ท้องผูก สามวันก่อนมาโรงพยาบาลกินยา
ถ่าย ถ่ายเป็นน้ำ ๔-๕ ครั้ง แล้วเริ่มมี
อาการปวดท้องทางขวาส่วนล่างมากอาเจียน
บ่อย ๆ จนมีรสขม วันก่อนมาโรงพยาบาล
ปวดกระจายไปทั่วท้อง และปวดมากส่วน
ล่าง ยังอาเจียนอยู่ ใช้ ๓๘.๐° ซ. ซ้ำพร
๑๑๐ หายใจ ๒๘ มีผนังท้องแข็งที่ ไรต์
แอสค์ ฟอสซัซขวา ปวดมาก rebound
tenderness มี เม็ดเลือดขาว ๑๒,๔๐๐
วินิจฉัยว่าเป็น acute appendicitis และ
generalised peritonitis ทำการตัดไส้ติ่งและ
เทเวน retrocecal area และ Douglas pouch
ไส้ติ่งมีแก๊งกรีน มีหนองทั่ว ไรต์แอสค์

ข้าขวาและแอ่งเพ็ลวิก ให้นำเกลือ มอร์ฟีน และ ซัลฟาไธอะโซล ซีฟวรขึ้นเรื่อยถึง ๑๖๐ และใช้ถึง ๔๑.๐° ซ. คาย ๓ วัน หลังผ่าตัด

นาย น. อายุ ๒๗ ปี ปวดท้องทางขวานานๆ มีคลื่นไส้ เวียนหัว มีไข้ รุงขึ้นกินข้าวถ่าย ปวดมากขึ้นทุกที หน้าท้องแข็งเป็นกระดาน ใช้ ๓๗.๕° ซ. ซีฟวร ๘๕ เม็ด เลือดขาว ๘,๖๕๐ วินิจฉัยว่าเป็น acute appendicitis ผ่าตัดพบไส้ติ่งเป็นแก๊งกรีน มีเยื่อช่องท้องอีกเสบทั่วไป ท้องเหน็บ เทรน Douglas pouch และ retrocecal area ให้นำเกลือ มอร์ฟีน เคโมเธอราซี โครราซีน หลายๆ ครั้ง คาย ๒๔ ชั่วโมงภายหลัง

นางสาว ส. อายุ ๒๓ ปี ปวดท้องมีก้อนในท้องน้อยขวามา ๑๑ วัน แรกๆ ปวดหัวท้อง ท้องผูก สอนด้วยน้ำต้มควาวละหนึ่งกาน้ำชา วันละครั้งเป็นเวลาห้าวัน วันสุดท้ายปวดมากในไอตี้อ็คพ้อสซ่าข้างขวา มีลมขึ้นขึ้นมา มีไข้ เอายาพอกแล้วมาโรงพยาบาล ใช้ ๓๘.๘° ซ. ซีฟวร ๑๑๐ ทายใจ ๔๐ วินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งหนองพักถึงรุงขึ้นใช้ถึงถึง ๓๖.๘° ซ. และ

ซีฟวรเหลือ ๑๐๐ แต่ตอนเย็นวันเดียวกันใช้ขึ้นถึง ๓๘.๖° ซ. ซีฟวร ๑๒๕ จึงต้องเทรน มีหนอง coli กลิ่นเหม็น หนองออกมา ๕๐๐ ล. ซม. ยาซาไต้ สะโตเวน เข้าช่องสันหลัง ให้นำเกลือ มอร์ฟีน กลูโคส และ คาร์ติอาโซล คาย ๒ วันให้หลัง เพราะมีเยื่อช่องท้องอีกเสบ

เมื่อการถ่ายยาและการสวนอุจาระมีอันตรายเช่นนี้ แพทย์สมัยใหม่ น่าจะมอญกายถ่ายทิ้งปวงไปในแง่อันตรายสำหรับคนไข้ที่ปวดท้องอาเจียน และเราคงจะเลิกความเชื่อเก่าๆ ของแพทย์ผู้มีมาถ่ายประจำบ้าน

สรุปความ

๑. ในจำนวนคนไข้ ๗๐ รายที่เป็นไส้ติ่งอีกเสบ acute, chronic และเป็นฝีมีการผ่าตัด ๖๕ ราย คือ เทรนหนอง ๒ ราย และตัดไส้ติ่งออก ๖๓ ราย คาย ๑ รายจากการเทรน และ ๒ รายจากการตัดไส้ติ่งทั้ง สามคน ที่ คายเคย กน ยาถ่าย หรือ สอนมาแล้ว
๒. การตัดไส้ติ่งสำหรับรักษาไส้ติ่งอีกเสบไม่น่าจะทำให้ตายเลย
๓. Acute appendicitis เกิน ๒๔ ชั่วโมงใช้การรักษาอย่าง ประคับประคอง

(ค้อนเซอร์เวตฟ) ถ้าอาการเลวลงจึงใช้
ผ่าตัด

๔. ผู้ใส่ตั้ง ใช้การรักษาอย่างประคับ
ประคอง และถ้าเลวลงก็ตั้งผ่าตัด

๕. ยาล่าช้า หรือยาสวนทวารหนัก
มีผลร้ายแก่คนเป็น acute appendicitis
อย่างมาก และทำให้ถึงความตายจากการ
อักเสบของเยื่อช่องท้องโดยทั่วไป ตาม
ที่ได้เห็นข้างบนนี้

๖. กล่าวโดยทั่วไป acute appendicitis
เป็นโรคหายเอง ถ้านอนนิ่งและไม่ถ่ายยา
อย่างร้ายก็เป็นผู้ ซึ่งถ้านอนมาก ๆ ก็ขยับ
ถ้าไม่ขยับก็จะแตกเอง เลยกลายเป็น ไชวนัส
ไป ในกระบวนคนไข้ทั้งนี้มีเป็นผู้ ๕ ราย
และหายเองทั้งนั้น

ข้าพเจ้าขอขอบคุณนายแพทย์ เสนอ
อินทรสุขศรี พ.ย. ผู้ช่วย รวบรวม และ
วิเคราะห์รายงาน

เอกสาร

Bailey, H.: Emergency Surgery,
1940, J. Wright and Son, London.

(๒๖ มี.ย. ๒๕๒)

(Abstract of the fore-going article,
APPENDICITIS AND APPENDI-
CEAL ABSCESS, by Samarn Man-
tabhorn, F.R.C.S. (Eng.), Dept. of
Surgery.)

This is a report of 65 operations
for 70 cases of chronic and acute
appendicitis and appendiceal abscess.
There were three deaths: (a) A man
of 32, with a five days' history of
pain in the R.I.F. and repeated
vomiting. Had had several doses of
purgatives. Pulse 110, temperature
38.0°C. Diagnosed acute appendicitis
with generalised peritonitis. Appen-
dectomy and drainage. Died 3 days
post operatively. (b) A man of 27,
with nausea and right-sided abdo-
minal pain. Had a dose of purgative.
Pain aggravated. Seen with board-
like rigidity of the abdominal wall
and diagnosed acute appendicitis
and generalised peritonitis. Appen-
dectomy and drainage. Gangrenous
appendix. Died 24 hours after.
(c) A girl of 23 with an R.I.F. pain
and lump of 11 days' duration.
Constipated. A boiled-water enema
given daily for the 5 days before
admission. Temperature 38.8°C. Pulse
110. Diagnosed appendiceal abscess.
Conservative treatment. Better the
following day with temperature
36.9°C. Thirty-six hours after

admission temperature went up to 39.6°C. Drainage. Appendicitis with generalised peritonitis. Died two days later.

Purgatives and enemata do a good deal of harm in spreading the appendiceal contents all over the peritoneal cavity. The remaining 62 cases are alive and well. Hence in all cases of abdominal pain and vomiting neither an enema nor a purgative should be given.

Acute appendicitis is a self-limiting and self-healing illness if rest is insisted upon. If the worst comes it forms an abscess and with rest the majority undergoes a spontaneous resolution to allow appendectomy 4-6 months later. It may demand a drainage or it may rupture and form a chronic sinus - to be excised later - so long as no purgatives are given and absolute rest is adhered to.

(Rec. 26 June 1949.)

การรักษาคณไช้เลือดออกในกะเพาะอาหาร

๑. บังคับให้นอนนิ่งอย่างเด็ดขาด
๒. งดอาหารทางปากหมดทุกอย่าง ให้อาหารทางเส้นเลือด (กลูโคส และโปรตีนฮัยโดรลีย์เสต)
๓. วางถุงน้ำแข็งที่หน้าท้อง เว้นแต่ถ้ามีอาการ คอแลปส์ ต้องให้กระเป๋าน้ำร้อน
๔. ให้น้ำ (น้ำเกลือ หรือน้ำเกลือผสมกลูโคส) ทางทวารหนัก ใต้ผิวหนังหรือเส้นเลือด
๕. เตรียมพร้อมสำหรับการถ่ายเลือดได้ในทันที (ตรวจหมู่เลือด ทาโคเนออร์ ฯลฯ)
๖. ทำให้สงบด้วย มอร์ฟีน (๐.๐๑ ถึง ๐.๐๑๖ ก.) หรือบาร์บิติวเรตที่ฉีดได้ (๐.๒ ถึง ๐.๓ ก.) หรือยานอนหลับอื่น ๆ

ตำแหน่งแผลอะมีบ้ำในลำไส้

ทบทวนงานการตรวจศพ ๑๐๘ ราย ในแผนกพยาธิวิทยา

อานนท์ ประทีปสุนทรสาร พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

ความนำ

ในการสอนพยาธิวิทยา หรือ พยาธิวิทยา เรื่องตำแหน่งแผลอะมีบ้ำในลำไส้ ซึ่งเกิดโดยพยาธิ เอนตามีบา ฮิสโตลิติกา เราอาศัยสถิติจากตำราต่างประเทศเท่านั้น เพราะยังไม่มีสถิติเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทยเลย การทำเรื่องนี้ขึ้นก็เพื่อใช้เปรียบเทียบประกอบการสอนต่อไป.

สิ่งที่ได้

รายงานการตรวจศพของแผนกพยาธิวิทยา ตั้งแต่วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๔๖๘ ถึง ๑๗ พฤศจิกายน ๒๔๘๔ รวม ๓ ๕๐๐ ราย ซึ่งในจำนวนนั้นคัดเลือกและรวบรวมรายซึ่งมีแผลอะมีบ้ำในลำไส้ได้ทั้งหมด ๑๐๘ ราย

หลักการ

เลือกเอาแต่รายซึ่งรายงานไว้ทั้ง การตรวจด้วยตาเปล่าและ ตรวจด้วย กล้องจุล

ทัศน์ ว่าเขียนแผลในลำไส้ซึ่งเกิดขึ้นโดยพยาธิ เอนตามีบา ฮิสโตลิติกา แต่ชนิดเดียวเท่านั้น แล้วนำมาแยกพิจารณาว่าแผลอะมีบ้ำที่พบนั้น เกิดขึ้นที่ส่วนใดของลำไส้บ้าง และมากน้อยแตกต่างกันอย่างไร.

ผล

๑. จากจำนวนทั้งหมด ๑๐๘ ราย พบว่ามีแผลตลอดลำไส้ใหญ่ ๖๗ ราย หรือ ๖๒% และมีเฉพาะ บางส่วนของ ลำไส้ใหญ่ ๔๑ ราย หรือ ๓๘%

๒. พบแผลที่ตอนปลายของลำไส้เล็กส่วนอเล็กซ์มรวม ๘ ราย ในจำนวนนี้มีแผลตลอดลำไส้ใหญ่ ๘ ราย และมีแผลเฉพาะ บางส่วนของลำไส้ใหญ่ ๑ ราย

๓. ไม่พบแผลที่ในไส้ตั้งเลย

๔. พบว่ามีฝีอะมีบ้ำที่ตับ ๒๒ ราย (๒๐.๓%) ในจำนวนทั้งหมด

๕. ลำไส้มีรอยทะลุเพราะแผลบิก
๙ ราย (๘.๓ %)

๖. แยกพิจารณาในรายที่เป็นตลอดลำ
ไส้ใหญ่ และเขียนเฉพาะบางส่วนในลำไส้
ใหญ่ พบแผลที่ส่วนต่าง ๆ ของลำไส้ใหญ่
มากน้อยแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้.

เป็นตลอดลำไส้ใหญ่	เขียนบางตอน	รวม
ซีกคัม	๗	๒๑
เร็คคัม	๖	๑๔
ซีกมอยต์โคลอน	๕	๑๔
แอสเซ็นติง โคลอน	๖	๑๑
เทิสเซ็นติง โคลอน	๒	๙
ทรานสเวอร์สโคลอน	๒	๗
สปลีนิก เฟล็กเซอร์	๑	๗
เฮปะติก เฟล็กเซอร์	๒	๕

อภิปราย

๑. ในรายการของเรา ๑๐๘ ราย พบ
ว่ามีแผลตลอดทั้งลำไส้ใหญ่ ๖๒% และมี
เฉพาะบางส่วน ๓๘% พอใกล้เคียงกับ
รายการของ Clark (1925) ซึ่งจากจำนวน
ทั้งหมด ๑๘๖ ราย มีแผลตลอดลำไส้ใหญ่
๖๐.๗% และมีเฉพาะบางส่วน ๓๓.๘%
แต่แตกต่างกันมากกับรายการของ Craig

(1934) ซึ่งจากจำนวนทั้งหมด ๗๘ ราย มี
แผลตลอดลำไส้เพียง ๑๕.๔% เท่านั้น

๒. ตำแหน่งของแผลในลำไส้ที่พบได้
บ่อยที่สุดในรายการของเรา คือที่บริเวณ
ซีกคัม และรองลงไปตามลำคัม คือ เร็คคัม,
ซีกมอยต์ โคลอน และ แอสเซ็นติง โคลอน
สำหรับที่ซีกคัมนี้ ตรงกันกับรายการที่ได้มี
ผู้เคยสำรวจไว้ในต่างประเทศแล้วว่า มีบ่อย
ที่สุด ส่วนอันดับรอง ๆ ลงมาแตกต่างกัน
ไปยังเล็กน้อย เช่น Clark (1925) พบ
ว่า รองจากซีกคัม คือ แอสเซ็นติง โคลอน
เร็คคัมและซีกมอยต์ โคลอน ตามลำดับ

ในรายการของ Craig (1934) ทั้งหมด
๗๘ ราย พบที่บริเวณอิลีโอ ซีกคัม, เทิสเซน
ติง โคลอน และ เร็คคัม เสีย ๕๗ ราย
๑๒ รายที่เป็นตลอดลำไส้ใหญ่ พบว่าเป็น
มากที่สุดบริเวณอิลีโอ ซีกคัม และเร็คคัม
อีก ๘ ราย เป็นเฉพาะที่ เร็คคัม และ ซีก
มอยต์โคลอน เท่านั้น

Wooley และ Musgrave (1904) พบ
ว่า ๑๑ รายจาก ๒๕ ราย พบแผลเฉพาะ
ที่ซีกคัม และ แอสเซ็นติง โคลอน เท่านั้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ในรายการของเรา
แผล ะมีขั้ชอย เป็น ตามตำแหน่ง ต่าง ๆ

ของลำไส้ ซึ่งเป็นที่อุจจาระมักค้างคั่งอยู่ คือบริเวณซีกซ้ายกับบริเวณเร็กตัม ตรงกับความถี่ที่บรรจบกันทั่ว ๆ ไปในเวลานี้

๓. ในรายการของเราพบว่า มีแผลที่อวัยวะตอนปลาย ๘ ราย แต่พบว่า เป็นรายที่เป็นตลอดทั้งลำไส้เล็ก ๘ ราย เหลือเพียงรายเดียวที่เป็นข้างตอน และ เป็นที่อวัยวะด้วย แสดงว่าแผลจะมีข้างต้องเป็นมาก จึงจะเกี่ยวกับอวัยวะตอนปลายด้วย สำหรับที่ตำแหน่งไส้ติ่งเราไม่พบเลย.

สรุป

๑. ได้ทำการสำรวจตำแหน่งแผลจะมีข้างในลำไส้ จากรายงานการตรวจศพ ๑๐๘ รายในระยะเวลา ๑๗ ปี พบว่ามีแผลตลอดลำไส้ใหญ่ ๖๒% นอกนั้นมีแผลเฉพาะตอน

๒. พบว่าแผลจะมีข้าง เป็นที่บริเวณซีกซ้ายและบริเวณเร็กตัมบ่อยกว่าที่อื่น

๓. แผลที่อวัยวะตอนปลายมีน้อย โดยมากพบในรายที่เป็นตลอดลำไส้ใหญ่

๔. ยังไม่พบแผลจะมีข้างที่ไส้ติ่ง

๕. พบแผลจะมีข้างที่ตับด้วย ๒๐.๓%

๖. ลำไส้มีแผลทะลุ ๘.๓%

เอกสาร

1. James, W.M. : Ann. Trop. Med. and Parasit., 1928, 22, 201-225.

2. Craig C.F. and Faust, E.C. : Clinical Parasitology, 1945.

(๒ สิงหาคม ๒๔๘๒)

(Abstract of the preceding article, SITE OF AMEBIC ULCERS IN THE INTESTINES, by Anondh Pradatsundrasar, M.B, Dept. of Pathology.)

From 3,500 necropsy records filed during 17 years (1925-1941) the author collected 108 cases with intestinal amebic ulcers. Of these, 62% had lesions scattered throughout the colon, and 38% in certain parts only. The cecum was most frequently involved in both groups. There followed, in descending order of frequency, the rectum; the sigmoid colon; the ascending and transverse parts; the splenic flexure; and the hepatic flexure. The terminal ileum was afflicted in 8.3% of cases, mostly associated with diffuse ulceration. In no case was the appendix involved. Hepatic abscess was found in 20.3%, and intestinal perforation in 8.3% of cases.

(2. Aug. 1949.)

บทบรรณาธิการ

เสียงชน

"เสียงชน" หรือ "ช่างซาน" (Chang-Shan) เป็นยาพื้นเมืองชนานหนึ่งของจีน, ซึ่งใช้กันมานานมาแล้ว. ในตำรา "แป๊ะเซ่า" (Pentsao) มีบรรยายไว้ว่าเป็นยาพิษ, ได้ทำต้นไม้ยาซึ่งมีมากในมณฑลเสฉวนและยูนนาน. ปรากฏในบันทึกว่า "เสียงชน" เป็นยาซึ่งได้มาจากต้นไม้หลายชนิดด้วยกัน, แต่ส่วนมากได้จาก *Dichroa febrifuga*, ซึ่งส่งเป็นสินค้าไปจากทางใต้ของประเทศจีน, และใช้เป็นยาได้ทั้งใบ, ก้าน, หน่อ และราก. ประโยชน์สำคัญของยานี้คือใช้แก้ไข้ต่าง ๆ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งไข้จับสั่น, ไม่ว่าจะเป็นชนิดใด(1).

ความสนใจในยานี้ได้เพิ่มขึ้นใหม่ในระยะเวลาสี่ปีมานี้เอง, โดยปรากฏรายงาน

ของ Isabel M. Tonkin และ T.S. Work (2) แจ้งผลการทดลองรักษาพลาสโมเดียมในไก่ (*Plasmodium gallinaceum*) ด้วยยาจีนสองขนาน, คือ *Fraxinus malacophylla* และเสียงชน, ซึ่งกล่าวกันว่า เป็น *Dichroa febrifuga*. เขาแสดงความเห็นว่าขนานแรกไม่ได้ผลเลย, แต่เสียงชนมีฤทธิ์แรงพอใช้ในการทำลายเชื้อที่กล่าวแล้ว. หลังจากนั้นไม่ถึงเก้าเดือนก็ปรากฏบทความของ Mukerji (3), แจ้งผลการทดลองใช้ยาทั้งสองนี้รักษาไข้จับสั่นในคนและในลิง. สำหรับ *Fraxinus malacophylla* นั้นเขาได้ผลตรงกับที่อนคินและเวอริค, แต่ในเรื่องเสียงชนเขาไม่สามารถจะสนับสนุนโดยเด็ดขาดได้, เพราะถึงแม้

(1) G.A. Stuart : Chinese Materia Medica, 1939, Peiping.

(2) Isabel M. Tonkin and T.S. Work : A new Antimalarial Drug, Nature, 1945, Nov. 24, p. 630. (Trop. Dis. Bull., Nov. 1946, 43, No. 11, p.1012.)

(3) Mukerji : Antimalarial Drugs of the Indigenous Materia Medica of China and India, Nature, 1946, 1946, Aug. 3, p. 170. (Trop. Dis. Bull, Nov. 1946, v. 43, No. 11, p. 1012.)

ในคนไข้บางคนไข้จะไข้ลดลงและตรวจเชื้อไม่พบ, แต่ก็มักเป็นการชั่วคราวเท่านั้น. เขาได้ทดลองยา รักษาไข้จับสั่น ตาม คำรา ของอินเดียนอีกสองขนาน, คือ *Alstonia scholaris* (ต้น ต้นเป็ก หรือ พญาสัตบัน) (๔) กับ *Caesalpinia bonducella*, และได้ผลทำนองเดียวกัน. เขาลงความเห็นในตอนท้ายว่าทั้งในอินเดียนและในประเทศไทยจีนมีต้นไม้บางอย่างได้ชื่อเสียว่าเป็นยาแก้ไข้จับสั่นด้วยเหตุเพียงมีฤทธิ์ลดไข้ได้เล็กน้อยๆ เท่านั้นเอง.

อย่างไรก็ดี, ภายในเวลาห้าเดือนต่อมา ก็ปรากฏการแผยแผ่ผลของ การทดลองใช้เสี้ยนชันรักษาไข้จับสั่นในคนเป็นจำนวนมาก. Cheng Fang Tsu (๕) ซึ่ง เป็นแพทย์ประจำโรงทดลองเหล็ก, ได้เกิดความสนใจรายงานของ ที่อนคิน และ เวอร์ค, และได้จัดปรังยาจีนลงใช้ในคนไข้ของเขา. ในครั้งแรกได้ทดลองในคนไข้คนนอกโรงพยาบาล, รวมจำนวน ๕๘๗ คน. ในจำนวน ๓๒๒ คน

ซึ่งเป็นไข้ชนิดเทอร์เชียนอย่างธรรมดาได้ผลหาย ๖๗%, ๒๕๓ เป็นไข้ชนิดเทอร์เชียนอย่างร้าย, หาย ๖๓%. "หาย" ในที่นี้หมายความว่าผลการตรวจเลือดไม่พบเชื้อด้วย. เพื่อให้ผลแน่นอนยิ่งขึ้น เขาได้ทดลองเพิ่มเติมโดยใช้คนไข้ที่รับไว้รวม ๖๗ คน, ล้วนแต่เป็นไข้ชนิดเทอร์เชียน. ส่วนมาก(๘๘%) มีอาการหายไป ภายใน ๒-๓ วัน, และภายใน ๗ วันก็ตรวจไม่พบเชื้อทุกคน. ในจำนวนนี้มีไข้กลับ ๖ คน (๘%). ทดลองในไข้อย่างร้าย ๑๕ คน ได้ผลว่าอาการหายไปช้ากว่าพวกธรรมดา, และมีหลายคนที่ไม่การตัดสินใจไม่ได้แน่นอน. เขาสรุปความว่าเสี้ยนชันมีผลในการรักษาไข้จับสั่น เทอร์เชียนทั้งอย่างอ่อนและอย่างร้าย.

ดูรายการผลในรายงานที่กล่าวมาแล้วนี้ก็ชวนนึกถึงการทดลองยาไทยแก้ไข้จับสั่น, ที่กรมแพทย์ทหารเรือได้จัดให้กระทำที่โรงพยาบาลทหารเรือที่สัตหีบในระหว่างสงครามคราวที่แล้ว. นายแพทย์ผู้ได้รับมอบหมาย

(4) Phya Varnaprak Picharn : List of Common Trees, Shrubs, etc. in Siam, Bangkok, 1926.

(5) Cheng Fang Tsu : Chan Shan in the Treatment of Malaria J. Trop. Med. and Hygiene, 1947, April, v 50, No. 4, p. 75.

ได้ทดลองยาสมุนไพรต่าง ๆ ซึ่งปรากฏในตำรา, หรือได้รับทราบจากคำบอกเล่าว่ามีสรรพคุณแก้ไข้จับสั่นหรือ "ไข้ป่า" และ "ไข้เหนือ", รวมทั้งสิ้นสามสิบสองขนาน, ได้ใช้เวลาทดลองหนึ่งปีเต็ม, และได้ใช้คนไข้ไม่ต่ำกว่าหนึ่งพันคน. ถึงแม้จะได้วางหลักเกณฑ์ในการทดลองไว้อย่างเคร่งครัด ไม่ยอมปล่อยให้เสียงความปลอดภัยของคนไข้โดยทดลองนานเกินไป, และการตัดสินใจว่าหายก็เข้ม้งวดตรงตามหลักวิชา, แต่กระนั้นก็ได้ผลว่า, ไม่ว่าจะรักษาด้วยยาทดลองขนานใดก็ตาม, ก็ได้ผลมีคน "หาย" เสมอ, เว้นแต่หายไม่ถึงวันทุกคน. จำนวนคนไข้ที่หายเช่นนี้ ถ้าคิด เป็น ส่วน ร้อย ของจำนวน ที่ใช้ ทด ลอง ทั้ง หมดยุ่ ได้ ระหว่าง ๓๐% ถึง ๖๐% (๖). ทั้งนี้ถ้าคิดเผิน ๆ ก็อาจจะลงความเห็นว่ายาที่ได้ทดลองเหล่านี้มีสรรพคุณแก้ไข้จับสั่นได้จริง ๆ, แต่การที่พบผลดีมากนักนี้ได้อีกก่อให้เกิดความสงสัยและได้กระตุ้นให้ทดลองรักษาคนไข้พวกเดียวกันนั้นด้วย "ยาหลอก" บ้าง, คือ

เท่ากับไม่ให้ยาอะไรเลย, และก็ได้ปรากฏผลที่น่าตื่นเต้น, คือมีคนหายไข้ได้ระหว่าง ๓๒% ถึง ๖๐%, เท่า ๆ กับพวกให้กินยาทดลองต่าง ๆ เหล่านี้. ในที่สุดผู้ทดลองลงความเห็นว่าพวกที่หายนั้น "หายเอง" เพราะภูมิคุ้มกันของตัวเขา (๗). ข้อนี้ดูเหมือนจะบังเอิญเป็นครั้งแรกที่มีการพิสูจน์โดยการทดลองจริง ๆ ว่ามนุษย์มีความต้านทานไข้จับสั่นได้. อย่างไรก็ตาม, ผู้ทดลองมีความเห็นว่างานที่ทำที่สัปดาห์นั้นได้กระทำอย่างคว่ำ, ในภาวะสงครามซึ่งเพียบไปด้วยความขาดแคลน, ผลที่ได้ก็น่าสงสัยบางส่วนอาจเนื่องจากความไม่ครบถ้วนหรือบกพร่องก็ได้. ดังนั้นถึงแม้ว่าทางการจะได้อนุญาตให้โฆษณาผล, ผู้ทดลองก็ยังมีได้กระทำ, เพราะเกรง จะ เป็นการตัดทอนความสนใจของนักค้นคว้าและกลายเป็นยี่ต่งสำหรับการค้นพบซึ่งอาจมีได้ในภายหน้า.

การคลี่คลายความรู้เกี่ยวกับเสียงจับได้ดำเนินต่อมาอีกเรื่อย ๆ. นักวิทยาศาสตร์

(6) อวช เกตุสิงห์ และ ไสว วงศาโรจน์ : รายงานเสนอต่อนายแพทย์ใหญ่ทหารเรือ, 15 ก.พ. 86, ยังไม่ได้เผยแพร่.
 (7) อวช เกตุสิงห์ : จดหมายเหตุ ๑ แพทยสมาคม, ม.ค. 2490.

จีนหมู่หนึ่ง(๘) ได้ศึกษาเภสัชวิทยาอย่างละเอียดและลงความเห็นว่า ยาสะกักจากรากของ *Dichroa febrifuga*, ซึ่งเรียกในภาษาจีนว่าเสียงชั้น, และจากใบของต้นไม้เดียวกัน, ซึ่งเรียกว่า "ซุนจี" (Shun Chi), มีฤทธิ์ทำลายเชื้อมาลาเรียของไก่ได้. ประการกว่าใบมีสรรพคุณค้ำกึ่งที่ต่ำกว่ารากเสียอีก. เขาแยกได้แอลคาลอยด์ห้าอย่างและ "สารนิเวศราล" อีกสองอย่างจากราก, และทดลองได้ผลว่าสารเหล่านี้, นอกจากอย่างเดียวกัน, มีฤทธิ์ต่อพลาสโมเดียมกิลลินาเซียมทั้งนั้น. ต่อมาก็มียางงานของนักเคมีชาติจีนอีกพวกหนึ่ง, ซึ่งศึกษาในค้ำเคมีโดยอะเพาะ(๙). ข้อที่น่าทึ่งในผลงานของพวกนี้คือการที่พบว่าสารสำคัญในเสียงชั้นที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อมาลาเรียมีธรรมชาติเป็น "ควินาโซโลน" (quinazolone), ซึ่งเป็นสารจำพวกเดียวกับที่นักสังเคราะห์เคมีกำลัง

สนใจทดลองในฐานะเป็นยารักษาไข้จับสั่นอยู่ในเวลานี้.

ท่านผู้อ่านบางคนคงสนใจใคร่ทราบว่า *Dichroa febrifuga* นี้จะมีในประเทศเราบ้างหรือไม่. ข้อนี้ ม.ร.ว. ชนาญวัต เทวกุล ได้เคยเอาใจใส่สืบสวนทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม(๑๐), แต่ในที่สุดดูเหมือนจะยังไม่ได้รับความรู้อะไรที่แน่นอน.

การเสนอเรื่องเสียงชั้นนี้ไม่จำเป็นจะต้องหมายความว่าเห็นพ้องด้วย, เพราะที่จริงก็ยังมีแง่ที่คลุมเครืออยู่. แต่เสนอเพื่อเร้าความสนใจของคนไทยในสมุนไพรของเราเองประการหนึ่ง, กับเพื่อให้เห็นความจำเป็นของการร่วมมือในการค้นคว้าแยกอีกประการหนึ่ง. ขอให้เราหวังว่าจะได้อ่านรายงานทำนองนี้ ยังสำหรับยาของไทยเราในวันหน้า.

(8) C.S. Jang, F.Y.Fu, K.C. Huang and C.Y. Wong : Pharmacology of Chang Shan (*Dichroa febrifuga*). Nature, 1948, March 13, p. 400. (Trop. Dis. Bull., 1948, v. 45, No. 7, p. 578.)

(9) T.P. Chou, F.Y. Fou and Y.S. Kao : Antimalarial Constituents of Chinese Drug, Chang Shan, J. Amer. Chem. Soc., 1948, May, v. 70, No. 5, p. 1765.

(10) ม.ร.ว. ชนาญวัต เทวกุล : สมุนไพรชนิดใหม่แก้มลาเรียพบในเมืองไทย เกสัชกรรม ๕.๓. 2490 หน้า 20, และ *Strobilanthes elaccidifolius* (Nees) พฤษชาติที่คล้าย *Dichroa febrifuga* (Lourie) สมุนไพรแก้มลาเรีย เกสัชกรรม มี.ย. 2491 หน้า 30.

ห้องทดลองกับห้องรักษา

ในวงการแพทย์มีแรงคนหนุ่มหนึ่งซึ่งแม้
 มิได้ทำการรักษาโรคแต่ก็จะได้ขาดเสียมิได้.
 นั่นคือพวกที่ทำงานใน “ห้องทดลอง”. พวก
 นี้เป็นสัญลักษณ์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน,
 เกิดขึ้นจากการแพทย์แผนปัจจุบัน, และได้
 กลายเป็นกระดูกสันหลังของการแพทย์แผน
 ปัจจุบัน, ซึ่งแตกต่างสำคัญจากการแพทย์
 แผนโบราณตรง ที่มีและใช้คนจำพวกนี้.
 ความเจริญของการแพทย์ คำนึงมาถึงชีวิต
 ที่เป็นอยู่ได้ก็เพราะอาศัยงานของคนหนุ่ม
 นี้เป็นใหญ่. พวกนี้เป็นผู้ยึดของหลังพระ.
 สามัญชนไม่มีใครรู้ความสำคัญของเขา,
 ไม่มีใครรู้ว่าเขาทำงานอะไร, และส่วน
 มากไม่รู้เสียด้วยซ้ำไปว่ามีคนจำพวกนี้
 อยู่ในโลก, ทั้งๆ ที่ครั้งแล้วครั้งเล่างานของ
 เขาเป็นกุญแจสำคัญที่แนะนำวินิจฉัยหรือ
 การบริหารให้แก่แพทย์ผู้รักษา.

ในต่างประเทศบุคคลพวกนี้มีทั้งนัก
 วิทยาศาสตร์แท้ๆ และแพทย์, แต่ใน
 ประเทศเราในขณะนี้ผู้รับผิดชอบงานส่วนนี้
 แทบทั้งหมดเป็นแพทย์. การเป็นทั้งนักกล่าว
 ได้ว่ามีทั้งส่วนดีและเสีย: ก็คือปฏิบัติ

งานของเขาอย่างเต็มที่ไปด้วยเหตุผลของ
 แพทย์และด้วย ความสำนึกแน่ในความสำ
 คัญของผลงาน: ไม่ก็คือมีความลำบาก
 ในการเสาะหาตัวบุคคลซึ่งยอมเสียสละได้
 โดยเด็ดขาด. ย่อมเห็นได้ชัดโดยง่ายว่า
 ในการที่จะเลือกงานในห้องทดลอง เช่นนี้,
 แพทย์จะรู้สึกว่าจะต้องเสียสละมากกว่านัก
 วิทยาศาสตร์อื่นๆ. เขามีความรู้ที่จะตรวจ
 และรักษาโรคได้เช่นเดียวกับแพทย์ทั่วไป,
 แต่แล้วเพราะว่าเขาเป็นนักวิทยาศาสตร์เขาจึง
 ต้องหลบเข้าไปอยู่หลังฉากเพื่อเปิดให้ผู้อื่น
 ออกโรง, ซึ่งมักจะหมายความว่าถึงการสละ
 ทั้งลาภ, ยศและสรรเสริญ. โลกต้นตอ
 ที่คล้ายแพทย์สามารถช่วยชีวิตคนไข้ไว้ด้วย
 การผ่าตัดได้ สิ่งที่กำลังจะแตกอยู่แล้ว,
 หรืออายุรแพทย์ก็ทำให้คนที่สลบเหมือนตาย
 แล้ว กลับฟื้นคืนได้เพราะการฉีดยาอินสุลิน
 เพียงเข็มเดียว, แต่คงมีน้อยคนที่จะสนใจ
 เลยไปถึงแพทย์ในห้องทดลองผู้นับ เม็ด
 เลือดหรือตรวจน้ำตาลในโลหิต. เขามีส่วน
 ร่วมในงาน, แต่หามีส่วนในผลด้วยไม่.
 ต้องคนที่ใจมั่นในอุดมคติจริงๆ จึงจะยอม

วิจัยฐานะกันนี้ได้โดยคุณฉวี. ข้อที่มักจะทำ ความขมขื่นให้มากกว่าข้ออื่นใด คือ การปรามาสว่าเพราะไม่มีความรู้หรือไม่สามารถ ในการรักษาจึงต้องเลือกการตรวจทดลอง เป็นหน้าที่. ถ้าเรื่องเช่นนี้เกิดจากสามัญชน ผู้ไม่ทราบสถานะการณียังตั้งคิดว่าเกิดจาก แพทย์ด้วยกัน, ซึ่งมีตัวอย่างบ่อยๆ ทั้งใน และนอกประเทศ. หมอหนุ่มผู้หนึ่งลุกขึ้น ประกาศในที่ประชุมว่าในการตัดสินใจโรคเขา เชื่อใจยืนยันตาของเขาเองมากกว่าการตรวจ เชื้อในห้อยทดลอง, แต่แล้วก็มีหมอแก่ ลุกขึ้นแก้ในทันควันว่าที่เชื่อเช่นนั้นก็เพราะ เขายังเป็นหนุ่ม และยังเห็นโรคคนอายอยู่เท่า นั้นเอง.

การปฏิเสธความสัมพันธ์กับห้อยทดลอง เป็นการประกาศตัวว่ายังไม่เข้าใจการแพทย์ แผนปัจจุบัน. การถือเอาความชำนาญ อย่างเดียวเป็นหลักวินิจฉัยคือล้าหลังไป สู่แผนโบราณ. แพทย์สมัยใหม่มิใช่เพียง แต่ผู้ตรวจด้วยการฟัง, ดูคลำหรือเคาะ. วิถีเหล่านี้มีหลักมาแต่โบราณแล้ว, แม้จะมีลักษณะปฏิบัติเป็นคนละรูป. การนำหลัก และวิธีวิทยาศาสตร์เข้ามาประกอบต่างหาก, ที่ทำให้เป็นการแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นมา.

หมอรัรักษาก็, หมอห้อยทดลองก็, ต่างก็มีส่วนสำคัญของตนในการแพทย์สมัย ใหม่, และมีหน้าที่ต่อกันและกัน. หมอ ห้อยทดลองมีหน้าที่ต้องทำการตรวจหรือ วิเคราะห์ตามคำขอร้อง, ด้วยความตั้งใจ ที่จะให้ได้ผลที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้มากที่สุด, และด้วยความพยายามที่จะช่วยให้ ความแน่ใจแก่แพทย์รักษาอย่างเต็มความ สามารถ. ถึงแม้บางครั้งข้อเรียกร้องอาจ ทำให้ต้องล่าช้า, เห็นคเห็นอย, กังวล หรือกังวลสักเพียงใดก็ต้องปฏิบัติหน้าที่ ของตนไปโดยไม่ อิดเอื้อน หรือบิดเบือน. การละเว้นประการหนึ่งประการใดย่อมเป็น การแปดเปื้อนเกียรติภูมิของตนเอง และ ของหมู่ตน. ในขณะที่เดียวกันแพทย์รักษาก็มีหน้าที่พึงปฏิบัติแก่แพทย์ทดลองให้ถูก ต้อง, เช่นให้ความไว้วางใจ, เห็นอกเห็น ใจและยกย่องในความร่วมมือตามสมควร. แนวความคิดซึ่งทั้งสองฝ่ายควรมีต่อกัน คือการร่วมงาน. แพทย์รักษาไม่ควรคิดว่า เราเป็นผู้สั่ง, เขาเป็นผู้ทำ, จะให้ทำอะไรๆ เขาก็ต้องทำให้. การสั่งให้ฝ่ายทดลอง “ตรวจหมดทุกอย่าง” สำหรับคนไข้ทุกคน

นั้น, เป็นการให้ร้ายตัวเอง, เพราะเราอาจทนายระดับความรู้และความชำนาญของแพทย์ได้จากการที่เขาสามารถคัดเลือกการตรวจได้เหมาะสมเพียงใด. ส่วนแพทย์ผู้ทำการตรวจในห้องทดลองก็ไม่ควรตั้งหลักเสียว่า เขาเป็นคนส่งสัย, เราเป็นคนทำต้องลำบาก, ถ้าไม่พอใจเราไม่ทำให้เสียข้างก็ได้. เหตุผลมีมากมายที่จะอ้าง: เครื่องมือไม่ครบ, เครื่องยาไม่มี, ฯลฯ. การทำแบบนี้ถ้าเทียบกันแล้วจะยิ่งร้ายไปกว่าแพทย์รักษาสั่งตรวจโดยไม่สมเหตุผล. อย่างนั้นเขาอาจขาดความเข้าใจหรือความรอบคอบ; ผลร้ายมีเพียงเพิ่มงานให้ผู้ตรวจและเพิ่มรายจ่ายให้คนไข้เท่านั้น. แต่แพทย์ห้องทดลองผู้ปฏิบัติเสื่องานเป็นผู้ไม่กระทำหน้าที่ซึ่งตนเองได้เลือก, และผลร้ายอาจหมายความว่าความถึงชีวิตของคนไข้ก็ได้.

แพทย์ทั้งสองพวกรวมกันเข้าเป็นหน่วยสมบูรณ์, ต่างฝ่ายต่างมีหน้าที่ของตน, และต่างก็พึ่งซึ่งกันและกัน. แพทย์รักษาต้องอาศัยรายงานจากแพทย์ห้องทดลอง. แพทย์ห้องทดลองก็ต้องอาศัยรายการและวัตถุจากแพทย์รักษาสำหรับใช้ในการศึกษาและค้นคว้า. ดังนั้นการปฏิบัติที่จะก่อให้เกิดผลดีแก่ทุกฝ่ายก็คือการร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด. การนี้ย่อมจะแผ่ผลดีไปถึงบุคคลใหม่ที่สามด้วย, คือคนไข้.

แพทย์รักษาก็ดี, แพทย์ห้องทดลองก็ดี, ต่างก็มีจุดประสงค์สูงสุดข้อเดียวกัน, ซึ่งทุกฝ่ายจะต้องพยายามยิ่งที่จะกระทำให้บรรลุผล: ข้อนี้คือการช่วยชีวิตหรือแบ่งเบาความทุกข์ทรมานของคนไข้. การร่วมมือเท่านั้นที่จะช่วยให้จุดประสงค์นี้กลายเป็นจริงขึ้นมาได้.

แผนกย่อเอกสาร

(หมายเหตุ. การใช้อัตถรรเว็ล็กบางตอนก็เพื่อ
ประหยัดเนื้อที่ ไม่ได้ยวดยับความสำคัญ)

๑. Bignall J.B. and John Crofton:
Antihistamine Drugs in the treat-
ment of Nausea and Vomiting due
to Streptomycin (ยาพวกแอนติฮิสตามีน
ในการรักษาคลื่นไส้ และ อาเจียน เนื่อง จาก
สเตร็ปโตมัยซิน)

ในการใช้สเตร็ปโตมัยซิน รักษาผู้ป่วย
วัณโรคเป็นเวลาดึกต่อกันนาน ๆ ผู้รายงาน
ได้พบอาการคลื่นไส้อาเจียนใน ๑๗ คนจาก
๔๕ คนที่ได้รับรักษา ในจำนวนนี้มี ๔ คนทรุน
แรง และไม่หยุด เขา พบว่ายา แอนติฮิส
ตามีนสามารถบรรเทาอาการ ดังกล่าวนั้นได้
และเข้าใจว่าเป็นเรื่องทำนองเดียวกับการแพ้
อย่างอื่น ๆ เช่นเป็นลมพิษ เป็นต้น ยาที่เขา
ใช้คือเบนาดริล เขาได้แสดงรายงานคนไข้
สามคนที่ได้รับยานี้ แล้วก็ทุเลาการ คลื่นไส้
อาเจียน แต่ถ้าหยุดเบนาดริลเสียอาการ
ก็กลับมาก ถ้าให้เบนาดริลอีกก็ทุเลา อาการ
เวียนศีรษะไม่หาย ขนาดยาที่ใช้อยู่ประ-
มาณ ๕๐ มก. ทุกหกหรือทุกแปดชั่วโมง

เขาได้ทดลองทำค็อนโทรลเปรียบเทียบกับ
โดยใช้แอสคิโทลและใช้ฟีโนบาร์บิทัลแทน
เบนาดริลในคนไข้หลายคน ปรากฏว่าไม่
ได้ผลดีเหมือนเบนาดริล

คนไข้รายหนึ่ง ที่ คลื่นไส้อาเจียน จาก
สเตร็ปโตมัยซิน แล้วให้เบนาดริล หาย
เปลี่ยนเป็นฟีโนบาร์บิทัล อาการกลับมาก
ขึ้น กลับให้แอนติสตัน ได้ผล ให้อยู่
๑๐ วันก็หยุด ปรากฏว่าคนไข้คนอื่นไม่มีคลื่น
ไส้และอาเจียนอีกเลย ถึงแม้ว่าจะให้
สเตร็ปโตมัยซินต่อไปอีกถึง ๓๒ สัปดาห์

สุจินต์ จารุจินดา พ.บ.
(แผนกสรีรวิทยา)

๒. Kraus, Alfred P., Samuel Perlow,
and Karl Singer: Danger of Di-
cumarol Treatment in Pregnancy.
(อันตรายของการใช้ ไคคูมารอล ในระหว่าง
มีครรภ์)

ไคคูมารอลเป็นยามีฤทธิ์ขั้ยงกันเลือด
เป็นลึ้ม และกำลังนิยมใช้กันมากสำหรับ

ช็อกกันและรักษาการที่มีลิ้มเลือดแข็งไปออกเส้นเลือด (หรือมีโบ-เอ็มบอลิซึม). ข้อนี้ทำให้เกิดความสนใจขึ้นมาว่า ถ้าใช้ในหญิงมีครรภ์จะมีผลอย่างไรบ้าง ต่อ ลูก ที่ กำลังเจริญอยู่ ผู้รายงานได้ทดลองในกระต่ายที่กำลังท้องโดยบังคับข้อนั้นแค่เพียงบรรจุกุญมารอดเข้าทางปากทุก ๆ วัน ผลที่ปรากฏแบ่งออกได้เป็นสองชั้น คือถ้าให้ยาจนทำให้ระดับโปรตีนของแม่กระต่ายลดถึงขีดไม่ปลอดภัย (ต่ำกว่า ๑๐% ของระดับปกติ) แม่เพียงชั่วสองวัน ก็ปรากฏว่าลูกกระต่ายจะตายอยู่ในมดลูก ขนาดตัวเล็ก ผิวหนังและอวัยวะภายในก็เน่า ถ้าให้ยาเพียงทำให้โปรตีนของแม่กระต่ายลดลงเพียงชั้นปลอดภัย แม้จะเป็นเช่นนั้นก็ติดต่ออยู่นาน ๆ ลูกกระต่ายไม่ตาย แต่เมื่อคลอดจะมีระดับโปรตีนต่ำมาก และมีกระดูกเล็ก ๆ สำหรับแม่กระต่ายไม่ปรากฏว่าตกเลือดเกินกว่าธรรมดาในระยะคลอดหรือหลังคลอด

ผลแสดงว่าลูกในครรภ์จะโตเต็มที่ของไตคูมารอดอย่างรุนแรงมากกว่าแม่ ถึงแม้ว่าผลในคนกับกระต่ายอาจไม่เหมือนกันทีเดียว แต่ก็ไม่ควรจะใช้ไตคูมารอดรักษา

หญิง มีครรภ์ เพราะ อาจไม่ปลอดภัยสำหรับลูก

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ พ.บ. Dr. Med.
(แผนกสูติศาสตร์ ฯ)

๓. Swan, Lawrence : Pulmonary Adenomatosis of Man. Arch. of Path., v. 47. No. 6, June 1949.

The author reported 9 cases of pulmonary adenomatosis occurring in man clinically diagnosed, with help of x-ray and routine laboratory findings, as pulmonary tuberculosis or carcinoma of the lungs. Autopsy findings believed by the author to be characteristic were obliteration of the pleural space with adhesions, and lesions in the lung which may be in the form of scattered nodules which mucinous substance stained yellowish, or of diffuse homogeneous involvement. The intervening lung tissue was hyperaemic and inflamed, but necrosis was rare. Microscopic examination revealed groups of alveolar spaces lined with single layer of orderly arranged, tall cylindrical, non-ciliated cell with eosinophilic cytoplasm, and mucin-like material in the cell as well as in the alveolar spaces. The nucleus was at the base of the cell, but in complicated or malignant cases it

was at the free margin. Mitotic figures were rare. The author also reviewed the literature concerning the nomenclature and etiology of the disease. Protozoa, spirochete, virus and even nematodes have been accused as the causative agent, but most observers believe it to be neoplastic rather than infective, having no relationship to the bronchus or the bronchioles. Although histologically it appears non-malignant, clinically it must be considered a cancer, since it may kill by local growth or by metastasis.

Biromya Suwanatamiya, M.B., Dr.med.
(Dept. of Pathology)

๔. Douglas, A.D.M. : Typhoid Fever treated with Chloromycetin. (ใช้ไทฟอยด์ทรีทเมทอโรนัมเซติน) Lancet, 1949, v. 2, No. 3, p. 105.

ผู้รายงานได้รักษาผู้ป่วยสองรายในโรงพยาบาลโรคจิตที่ รายแรกเริ่มให้ยาในวันที่ ๒๒ ของโรคซึ่งไข้ได้ลดลงสู่ปรกติเองแล้วได้ ๓๖ ชั่วโมง แต่ในอาการยังพบเชื้อไทฟอยด์อยู่ ซึ่งหลังจากเริ่มให้ยาได้ส่วนก็ตรวจไม่พบ ไม่ปรากฏว่ามีเชื้ออื่นอีกเลย รายที่สองตรวจพบเชื้อไทฟอยด์ในเลือดและอาการ ทั้งต้นให้ยาในวันที่สาม

ของโรค พอให้ยาได้ส่วนไข้ก็ลง,ปรกติเร็วร้อยก็ ตรวจไม่พบเชื้อไทฟอยด์ในเลือดอีกเลย แต่ในอาการยังพบอีกหกวันต่อไปนับแต่เริ่มให้ยา

ขนาดยาที่ใช้คือ ครั้งแรก ๔ ก. (๑๖ เม็ด) ต่อไปให้ ๐.๒๕ ก. (๑ เม็ด) ทุกสองชั่วโมงจนกระทั่งไม่มีไข้ แล้วต่อไปลดขนาดเป็น ๐.๒๕ ก. (๑ เม็ด) ทุก ๔ ชั่วโมงเรื่อยไปจนครบ ๒๐ ก. (รวมทั้งซุกเป็นเวลาประมาณ ๘ วัน)

จำลอง หริณสุต พ.บ., D.T.M. (Calcutta)
(แผนกอายุรศาสตร์)

๕. Grove, W.E. : Will Noise damage One's Hearing? (เสียงหนวกหูจะทำอันตรายแก่การได้ยินหรือไม่)

ผู้รายงานศึกษาเรื่องนี้จากแง่ของสุขภาพและการรบกวนสุขภาพโดยเฉพะอย่างยิ่งของคนงานในโรงงาน ได้รวบรวมความเห็นของคนหลายคน ทุกคนมีความเห็นว่าเสียงหนวกหูรบกวนที่คงอยู่เรื่อยๆ ทำให้งานเสียทั้งในค่าปริมาณและค่าคุณภาพ ทำให้เสียความตั้งใจ ใจลอย เผลอ

ง่าย สุขภาพเสื่อม ประสาทเคร่งเครียด นาน ๆ เข้าทำให้เป็น คนหงุดหงิด ฉุนเฉียว และ อาจ มีอาการ เพลีย ทาง ระบบประสาท (นิวรัลเจเนียบ ไชคัสเจเนียบ) ใ้้ง่าย เกี่ยวกับการไต่ถามโดยตรงก็มีหลักฐานว่า การอยู่ในที่มีเสียงดังมาก ๆ นาน ๆ ทำให้หูเสื่อมเสียงยิ่งดังมากยิ่งขึ้นเสียงมาก ยิ่งอยู่นานมากยิ่งขึ้นเสียงมาก หูที่ดังอยู่แล้วเสียงน้อยกว่าหูที่ดี หูเด็กหรือหนุ่มสาวเสียงง่ายกว่าหูคนอายุกลาง ๆ หรือแก่ การที่จะเสียเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความดังของเสียงด้วย เสียงที่ดังเกินกว่าระดับหนึ่ง (สูงกว่า ๘๐ เดซิเบล) ทำอันตรายมากและในเวลาเร็ว (เสียงในสำนักงาน ขรรมคา ประมาณ ๕๐ เดซิเบล ถนน ๖๕ เดซิเบล ถนนที่มีการสัญจรมาก ๆ ๘๐ เดซิเบล) เสียงสูงทำอันตรายมากกว่าเสียงต่ำ เหตุประกอบอย่างอื่น ๆ มี (๑) เวลาที่ถูกรบกวน รวมทั้งหมด (๒) เวลาที่ถูกในครั้งหนึ่ง ๆ (๓) เสียงดังตลอดไป หรือว่าขาดเป็นตอน ๆ (๔) ระยะที่ว่าง (๕) ลักษณะของอาณาบริเวณ (เกี่ยวกับ การสะท้อนเสียง ฯลฯ) (๖) อายุของบุคคล (๗) โรคเดิมเกี่ยวกับหู

ผลสำคัญคือหูตึง ซึ่งค่อย ๆ มากขึ้นอย่างช้า ๆ จนบางทีเจ้าตัวไม่รู้สึกลงและเริ่มสังเกตได้เมื่อค่อนข้างจะหนวกเสียแล้ว มีผู้ทดลองเอาคนหนุ่มที่ปรกติ ๑๐๐ คนไปทำงานในที่ที่มีเสียงดังมาก (๑๑๐-๑๓๐ เดซิเบล) เป็นเวลาเจ็ดชั่วโมง ปรากฏว่าส่วนมากมีอาการหูตึง อื้อ และไม่สบาย ในวันรุ่งขึ้นอาการเหล่านี้หายไปเกือบหมด แต่ภายหลังทำงานอยู่หนึ่งเดือนก็พิสูจน์ได้ว่ามีความพิการถาวรเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งถึงแม้ว่าให้พักผ่อนก็ไม่หาย

โดยที่เมื่อการอันตรายขึ้นแก่อวัยวะรับเสียงแล้วจักไม่มีหนทางที่จะแก้ไขได้ ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นข้อปฏิบัติที่สำคัญที่สุด วิธีป้องกัน แยก ออกได้ เป็นหลาย ทาง คือ (๑) ตรวจหูโดยละเอียดก่อนเข้าทำงานและเมื่อทำแล้วเป็นระยะ (๒) ออกแบบอาคาร ฯลฯ ให้สะท้อนเสียงน้อย ฯลฯ (๓) แยกคนที่หูหนวกเสียงใ้้น้อยไปเสียจากที่เสียงดัง (๔) ใช้เครื่องอุดหูป้องกันไม่ให้เสียงเข้าได้

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.
(แผนกสรีรวิทยา)

แผนกข่าว

ข่าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนสิงหาคม ๒๕๕๒

๑. จำนวนผู้ป่วย (ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

	<u>อาชุน ๑</u>	<u>ศัลย ๑</u>	<u>สูติ-นารี</u>	<u>จักษุ ๑</u>	<u>กุมาร ๑</u>	<u>รวมทุกแผนก</u>
ก. (นอก) ใหม่	๑๗๑๐	๗๗๑	๕๑๔	๘๕๖*	๗๘๒*	๕๐๗๓*
<u>เก่า</u>	๒๐๑๒*	๑๑๒๔*	๑๔๓๓	๘๒๓	๕๕๘*	๖๓๕๐*
<u>รวม</u>	๓๗๒๒*	๑๘๙๕*	๒๓๔๗	๑๖๗๙	๑๓๔๐*	๑๑๔๖๓*
ข. (ใน)	๑๓๓	๑๘๓	๔๗๑	๑๑๖*	๑๔๕*	๑๐๔๖*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๑ ๒๓๘ จักษุ ๑ ๑๕๐* สูติ-นารี ๑ ๘๕ รวม ๕๑๓

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๑๔๒ หญิง ๑๓๕ รวม ๒๗๗

๔. จำนวนเด็กตายคลอด ชาย ๗ หญิง ๑๐ รวม ๑๗

๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย ๘๕ (๘.๕ ในร้อยของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๑ ราย (๑๒.๔ ในร้อยของที่ตายทั้งหมด)

๖. จำนวนการถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๑๒๓ ที่อื่น ๆ ๓ รวม ๑๒๖*

๗. แผนกรังสีวิทยา ก. รังสีเอ็กซ์ ตรวจ ๑๗๘๘* คน รักษา (ใหม่) ๒๖* คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๔๘๓* ครั้ง

ข. ราเดียม รักษา ๑๑ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (เก่าและใหม่) ๓๒ ครั้ง

ค. โคบอลต์ ๖๐ รักษา (ใหม่) ๘ คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) ๕๑* ครั้ง

รวมตรวจและรักษา ๑๘๓๔* คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา ๒๓๖๐* ครั้ง

๘. แผนกศัลยกรรม ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๘ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะ และน้ำย่อย รวม ๑๒๗๘ อย่าง

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

(* สถิติขอยกเว้น)

อนุโมทนา มีผู้เสียเพื่อบำรุงคณะแพทย
ศาสตร์ และศิริราชพยาบาล (ฉะเพาะที่มี
มูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) ดังต่อไปนี้
(๑) ม.ล. ชูชาติ กำภู กรมชลประทาน
ส่งเงิน ๓,๕๐๐.๐๐ บาท ซึ่งบุตรและธิดา
คุณหญิงผอย สุรเสนา ร่วมกันบริจาคใน
โอกาสที่ท่านอายุครบ ๖๐ ปี เพื่อจัดเป็น
มูลนิธิทาผลให้เป็นค่าเรียนสำหรับนักศึกษา
แพทย์ที่เรียนที่ ที่สุด และซัดสนจริง ๆ
(๒) นายวินัย จากา จังหวัดนครปฐม บริจา
จาคเงิน ๒,๐๐๐.๐๐ บาท สำหรับซื้อเครื่อง
มือวิทยาศาสตร์ให้แผนกสรีรวิทยา อุทกค
ส่วนกุศลให้ผู้ล่วงลับไปแล้ว (๓) นางสาว
อรุณและนายมนัส มังคละพุกฤษ์ พระนคร
บริจจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท อุทิศส่วน
กุศลให้นางบุญรอด มารดา (๔) นายแพทย์
เอิบ ณ บางช้าง กรมเสนาธิการ สุข บริจาค
เงิน ๔๐๕.๐๐ บาท อันเป็นเงินค่าสอนวิชา
เสนาธิการ สุข เพื่อช่วยเหลือนักเรียนแพทย์
(๕) บริษัทรถยนต์จันทบุรีพาณิชย์ ให้เงาะ
๑,๐๐๐ ผล เพื่อแจกจ่ายคนไข้ (๖) คุณ
หญิงผาด อาหารบริรักษ์ ธนบุรี บริจาค
เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท เนื่องในวันเกิด (๗)
นางละม้าย สุนทรพิพิธ พระนคร บริจาค

เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เนื่องในวันเกิด (๘)
นางเลื่อน คุณสารสมบัติ ไกรฤกษ์ พระนคร
บริจจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เนื่องในการทำ
บุญอายุทศรอบ (๙) นายสุรินทร์ เจริญลาภ
จังหวัดชุมพร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
(๑๐) นายชองกุ่ม สี่บุญเรือง จังหวัด
จันทบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๑๑)
นายลิมเส็ง แซ่จิว พระนคร บริจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท (๑๒) เท็กชายชัยศรี
กระมลชัย พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
บาท (๑๓) เท็กหญิงเสี้ย แซ่ฉั่ว พระนคร
บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๑๔) ม.ร.ว.
ถ้วนเท่านั้น ปราโมทย์ พระนคร บริจาค
เงิน ๕๐๐.๐๐ บาท (๑๕) นายประสงค์
เข้าศิลา พระนคร เงิน ๕๐๐.๐๐ บาท
(๑๖) เท็กชายฮันเก็ก แซ่ฮี้ พระนคร
เงิน ๔๐๐.๐๐ บาท (๑๗) เท็กหญิง
เซาะยิม แซ่ตั้ง พระนคร เงิน ๓๐๐.๐๐
บาท (๑๘) เท็กหญิงเซาะยู แซ่เฮ้ง
พระนคร เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๑๙) เท็ก
หญิงไต้ฮง แซ่ตั้ง พระนคร เงิน ๒๐๐.๐๐
บาท (๒๐) เท็กหญิงซาโน แซ่ลี เงิน
๒๐๐.๐๐ บาท (๒๑) เท็กหญิงเคียงเม้ง
พระนคร เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๒) เท็ก

ชายแดง แซ่ตั้ง พระนคร เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๓) เก๊กหญิงโต๊ะฮั้ง แซ่ลี พระนคร เงิน ๑๒๐ บาท (๒๔) เก๊กหญิงชกเหลียง แซ่เล้า พระนคร เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๒๕) เก๊กชายตั้งน้ำ พระนคร เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๒๖) นางพวง ดาวราย อนุบุรี เงิน ๕๐๐.๐๐ บาท (๒๗) ท่านพระครู สมณกิจพิศาล วัดสุวรรณหงษ์ สุพรรณบุรี เงิน ๒๖๗.๐๐ บาท (๒๘) นางประกอบ เวชกิจ พระนคร เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เพื่อ อุทิศส่วนกุศลให้คุณแม่ชี่เล็ก (๒๙) นาย ชุ่นฮง แซ่เคี้ย พระนคร เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๐) นางเขียน ใช้ปรีชา พระนคร เงิน ๑๐๐.๐๐ บาทบำรุงแผนกสุตาศาสตร์ ฯ

รายการที่ ๑๒ ถึง ๒๕ บำรุงแผนก กุมารเวชศาสตร์

ไปต่างประเทศ แพทย์หญิงอุไร อรุณ ลักษณ์ พ.ศ. อาจารย์ในแผนกสตรีวิทยา สอบได้ทุนสภาวัฒนธรรม อังกฤษไปเรียน เพิ่มเติมในวิชาเภสัชวิทยา โดยคณะกรรมการที่ เกี่ยวข้องสมุณไพโร ออกเดินทางไปโดย เครื่องบินเมื่อวันที่ ๑๐ กันยายน คณะ กรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์ ฯ ได้

พิจารณาเห็นว่าอาจารย์ผู้นี้ได้รับทุนต่างประเทศ โดยการสอบแข่งขัน นับว่าเป็นเกียรติ แก่โรงเรียนด้วย ประกอบกับตั้งใจไปเรียน วิชาซึ่งเป็น ประโยชน์ แก่แผนกวิชาของเขา โดยเฉพาะ จึงได้ลงมติให้เงินจากทุนของ สมเด็จพระราชบิดา ฯ เพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เป็นจำนวน ๔,๐๐๐ บาท เราหวังว่า จะมีความสำเร็จด้วยดีทุกประการ

หอนักศึกษาหญิง เนื่องด้วยในปัจจุบันมี

นักศึกษาหญิงเป็นจำนวนมาก และแต่เดิม มาทางโรงเรียนไม่มีที่ให้อาศัย ต้องไปเที่ยว อาศัยตามตึกต่าง ๆ ไม่เป็นระเบียบ และ ในยัดนี้ก็ไม่เพียงพอ จึงได้ขออนุมัติเงิน จำนวน ๑๕๐,๐๐๐ บาทสร้างหอพักเฉพาะ ชั้นเป็นเรือนไม้สองชั้น ๆ ๖๐ คน แต่เพื่อ ประหยัดจึงไม่ได้กันเป็น หอเฉพาะตัวแต่ แบ่งเป็นห้องใหญ่ ๆ ๔ ห้อง ถึงแม้จะ ไม่ค่อยมีความ สดุกแต่กันยิวว่าหอพักนี้จะ ให้ความสะดวกแก่นัก ศึกษาหญิงเป็นอย่างมาก หวังว่าคงจะยินดีที่นอนอยู่กันไปเท่าที่หา ได้เช่นนี้ จนกว่าจะมีอาคารที่ถาวรและ สดวกสบายตามสมควร

อนึ่งสำหรับหอพักนักศึกษาชายในขณะ นี้ก็ไม่เพียงพอ เพราะมีที่สำหรับ ๑๐๐ คน

เท่านั้น จำนวนนักเรียนชายทั้งหมดมีประมาณ ๕๐๐ คน ทำให้เกิดความลำบากและซับซ้อนมาก นักเรียนที่มีความจำเป็นต้องพักใกล้ ๆ โรงเรียน ต้องไปหาห้องเช่าโดยเสียค่าเช่าและค่ากินเปล่าเป็นจำนวน มาก ชำย้งขาดการคุ้มครองและควบคุม อันก็ด้วย เราขอ เสนอ ชำย้ง นี้ เพื่อว่า ท่านผู้ใหญ่อยู่ว่า นี่เป็นช่องทางสร้างกุศล ที่สูงยิ่งทางหนึ่ง ซึ่ง ยังไม่มีผู้ใดนึกถึง

ศิษย์เก่า

การตกเลือดภายหลังคลอด

เมื่อข้าพเจ้าเป็นนักเรียนแพทย์ อาจารย์เคยสอนไว้ว่าผู้หญิงนั้นธรรมชาติสร้างมาเพื่อให้ทนการตกเลือดได้เป็นพิเศษ เช่นในการตกเลือดครั้งหนึ่ง ๆ หญิงอาจตกเลือดได้ในจำนวน ซึ่งถ้าเป็นผู้ ชายคง เกือบตาย เมื่อออก เป็น แพทย์ แล้วก็ เคย พยการตกเลือดบ่อย ๆ บางรายก็ถึงความตาย บางรายก็ไม่เป็นไร รายที่ถึงแก่ความตายนั้น บางรายก็ตายทั้ง ๆ ที่อยู่ในโรงพยาบาล

นี่แสดงให้เห็นว่า ในการคลอดครั้งหนึ่ง ๆ อาจจะมีการตกเลือดภายหลังคลอดได้ และบางรายก็มากจนเสียชีวิต สำหรับในประเทศไทยเรา ตามบ้านนอกที่ไกลจากเมือง ชีวิตของหญิงผู้คลอดบุตรคนหนึ่ง ๆ ต้องแขวนไว้กับโชค เพราะตามบ้านนอก เมื่อเกิดการตกเลือดแล้ว ผู้ทำคลอดโดย

มาก ก็ไม่ อยู่ใน สถานะที่จะช่วยอะไรได้ มาก นอกจาก ฉีดยา ขี้มกต ลูก แล้วก็ นั่ง ภาวนา ให้ปลอดภัย

ทุกวันนี้วิทยาศาสตร์ การ แพทย์ ได้ให้ อารู้อันสำคัญยิ่ง แก่เราสิ่งหนึ่งสำหรับต่อต้านกับขี้มกตด้วยการตกเลือด นั่นคือ “เลือดแห้ง” หรือจะเรียกให้ ถูก คือ “พลาสมาแห้ง” สิ่งนี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยชีวิตคนไข้ได้อย่างศักดิ์สิทธิ์ในเมื่อถึงคราวคับขัน

แต่มีก็รายในจำนวน หลายนพัน รายที่ตกเลือดซึ่งได้รับการฉีคพลาสมาแห้ง

ถึงเวลาแล้วหรือยังที่สถานพยาบาลทุกแห่งของรัฐจะมี พลาสมา แห้งเตรียมพร้อมไว้เสมอที่จะช่วยหญิงผู้นำสงสาร

ถึง เวลา แล้วหรือ ยัง ที่นาง ผดง ครอบัก ทุกคนจะ ต้องมี พลาสมาแห้ง และ เครื่องให้ น้ำเกลือประจำตัวทุกครั้ง ที่ไปทำคลอดตาม

เท่านั้น จำนวนนักเรียนชายทั้งหมดมีประมาณ ๔๐๐ คน ทำให้เกิดความลำบาก และซับซ้อนมาก นักเรียนที่มีความจำเป็น ต้อง พักใกล้ ๆ โรงเรียน ต้องไปหาห้องเช่าโดยเสียค่าเช่าและค่ากินเปล่าเป็นจำนวน มาก ซ้ำยังขาดการคุ้มครองและควบคุม อันดีด้วย เราขอ เสนอ ข่าวนี้นี้ เพื่อว่า ท่านผู้ใหญ่อะไรได้ทราบว่า นี่เป็นช่องทาง สร้างกุศล ที่สูงยิ่งทางหนึ่ง ซึ่ง ยังไม่มีผู้ใด นึกถึง

ศิษย์เก่า

การตกเลือดภายหลังคลอด

เมื่อข้าพเจ้าเป็นนักเรียนแพทย์ อาจารย์ เคยสอนไว้ว่าผู้หญิงนั้นธรรมชาติสร้างมา เพื่อให้ทนการตกเลือดได้เป็นพิเศษ เช่นในการตกเลือดครั้งหนึ่ง ๆ หญิงอาจตกเลือดได้ ในจำนวน ซึ่งถ้าเป็นผู้ ชายคง เกือบตาย เมื่อ ออก เป็น แพทย์ แล้วก็ เคย พย การ ตก เลือด บ่อย ๆ บางรายก็ถึง ความตาย บาง รายก็ไม่เป็นไร รายที่ถึงแก่ความตายนั้น บางรายก็ตายทั้ง ๆ ที่อยู่ในโรงพยาบาล นั้นแสดงให้ เห็นว่า ในการคลอดครั้ง หนึ่ง ๆ อาจจะมีการตกเลือดภายหลังคลอด ได้ และบางรายก็มากจนเสียชีวิต สำหรับ ในประเทศไทยเรา ตามบ้านนอกที่ไกลจาก เมือง ชีวิตของหญิงผู้คลอดบุตรคนหนึ่ง ๆ ต้อง แขนวไว้กับโชค เพราะตามบ้านนอก เมื่อเกิดการตกเลือดแล้ว ผู้ทำคลอดโดย

มาก ก็ไม่ อยู่ใน สถานะที่จะช่วยอะไรได้ มาก นอกจาก ฉีดยา ขี้มดลูก แล้วก็ นั่ง ภาวนา ให้ปลอดภัย

ทุกวันนี้วิทยาศาสตร์ การ แพทย์ ได้ทำให้ อวัยวะอันสำคัญยิ่ง แก่เราสิ่งหนึ่งสำหรับต่อ ต้านกับมฤตยูที่มากับการตกเลือด นั่นคือ “เลือดแห้ง” หรือจะเรียกให้ ถูก คือ “พลาสมาแห้ง” สิ่งนี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยชีวิต คนใช้ได้อย่าง ศักดิ์สิทธิ์ ในเมื่อถึงคราวคับขัน

แต่ก็มีรายในจำนวน หลายพัน รายที่ตก เลือดซึ่งได้รับการฉีดยาพลาสมาแห้ง

ถึงเวลาแล้วหรือยังที่สถานพยาบาลทุก แห่งของรัฐจะมี พลาสมา แห้งเตรียม พร้อม ไว้เสมอที่จะช่วยหญิงผู้นำสงสาร

ถึง เวลา แล้วหรือ ยัง ที่นาง ผดุง ครรภ์ ทุกคนจะ ต้องมี พลาสมาแห้ง และ เครื่องใช้ น้ำเกลือประจำตัวทุกครั้ง ที่ไปทำคลอดตาม

บ้าน และได้รับการอบรมความรู้ในทางให้
เลือกพอที่จะช่วยชีวิตคนไข้ได้

การตายของแม่ โดยการตกเลือดภายหลังคลอดเป็นการตายที่กระทันหันและน่า
สลดที่สุด แต่ในขณะที่เกี่ยวกับก็เป็นกา
รตายที่อาจป้องกันได้ในส่วนมากโดยง่ายที่สุด

พ.ต.ส. ขวัญมิตร

นครราชสีมา

ศิษย์เก่าเอื้อเฟื้อสารศิริราช

ศาลาเทศบาล เมืองนครสวรรค์
๑๕ กันยายน ๒๔๘๒

.....
ในฐานะที่ผมเป็นแพทย์ สำเร็จไปจาก
สำนัก คึกฉันทังแต่รุ่นเก่า และได้รับ
ประโยชน์จากสถานทีนี้เป็นอย่างมาก รู้สึก
เป็นหนี้บุญคุณอยู่ ทั้งสารศิริราชที่ผมได้
รับอยู่ก็ให้ประโยชน์ไม่น้อย

ฉะนั้นผมขออุทิศเงิน ๑๐๐ บาทบำรุง
สารศิริราชนี้ ขอให้ไปรกรับไว้และใช้ให้
เป็นประโยชน์เพื่อกิจการนี้ต่อไปด้วยเถิดจะ
ขอขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ
วิวัฒน์สุวิทยา
(ท่วง โลหะวณิชย์)

เราขอน้อมรับของขวัญจากท่านพี่ชาย
รุ่นใหญ่ไว้ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง และ
มีความยินดีเป็นอันมากที่ได้ ประจักษ์ว่าถึง
แม้ท่านจะได้จากเราไปนานถึง ๓๘ ปีแล้ว
ก็ยังมีน้ำใจระลึกถึงโรงเรียนของท่านด้วย
ความรัก

ไปต่างประเทศ (๑) แพทย์หญิงประทุม
ฉนกร โรงพยาบาลวชิรฯ ไปดูงานการ
มารดาและทารกสงเคราะห์โดยทุนสหประ
ชาชาติ ที่มหาวิทยาลัยเยล สหรัฐอเมริกา
(๒) นายแพทย์วิเชียร สืบแสง โรง
พยาบาลปัตตานี ไปดูงานเพิ่มเติมที่สหรัฐ
อเมริกาโดยทุนต่างประเทศ

แพทย์ที่หารไปดูงานการแพทย์สนามใน
ต่างประเทศ ทางราชการคง ทักขุดได้
ส่งนายทหารเหล่าต่าง ๆ ไปดูงานปฏิบัติใน
สนามที่มลายู และงานที่สิงคโปร์มี
กำหนดสามเดือน ในจำนวนนี้มีนายแพทย์
ทหารที่เป็นศิษย์เก่าของศิริราชอยู่ด้วยหก
นาย คือ (๑) พ.ท. ศิริ สุวรรณสังข์
(๒) พ.ท. ประดิษฐ์ คุ้มจินดา (๓) พ.ต.
ชม ศรศักดิ์ (๔) พ.ต. สมุทร ชาดินันท์
(๕) พ.ต. สุพจน์ ขวัญมิตร และ (๖)
ร.อ. ประนต โพธิ์ทัด เราขอแสดงความ

ยินดีด้วย และหวังว่าท่านเหล่านี้จะนำ
ความรู้ที่เป็นประโยชน์มาเป็นอันมาก

ศิษย์เก่าในอเมริกาประกาศความสัมพันธ์

กับอาจารย์เก่า เราได้รับอนุญาตจากคุณ
หมออำนาจ เสมรสต ให้ตีพิมพ์อย่างสั้น
จากจดหมายต่อไปนี้ ซึ่งท่านได้รับจากเพื่อน
พ.บ. รุ่นแรก (๒๔๗๑)

.... ประชุมนักเรียนไทยที่พลาเซอเพีย
เมื่อวันที่ ๒๔ (มิถุนายน) มีนักเรียน
มาร่วมงานประมาณหกสิบกว่าคน วัน
ที่ ๒๕ มิ.ย. ผมรวบรวมพวกเพื่อนแพทย์รุ่น
น้อง ๆ รวม ๑๑ คน พวกกันไปเยี่ยม
ค่านับอาจารย์เปอร์กินส์ (W.H. Perkins)
ที่มหาวิทยาลัย เจฟเฟอร์สัน ผมมอง
เด็กน้อย ผมชาวหมกจำผมไม่ได้ ได้มอข
ของขวัญและกล่าวขอบคุณที่ท่านได้ช่วยโรง
เรียนแพทย์และเมืองไทย ท่านปลื้มใจ
พูดตอบ มีคำหนึ่งที่ท่านว่า เราขาดการ
ติดต่อกับท่านเสียนาน มีน้ำตาคลอ เสรี
แล้วขอร่วมถ่ายรูปกับท่าน

.... ของขวัญรายที่สอง ให้นำไปมอบ
อาจารย์ออลบริตตัน (Errett C. Albritton)
ที่แมนฮัตตัน ๑๒๕ อีฟ ไซแอนส์ ที่

วอชิงตัน ท่านทำงานสองแห่ง ...
คุยกันเรื่องเมืองไทยถึงทุเรียนและแกงเผ็ด
ว่าท่านชอบมาก ได้คุณภาพยนต์ถ่ายทกรู
เทพ ฯ ว่าราชดำเนินเปลี่ยนไปมาก
เมื่อมอขของขวัญแล้วท่านก็ใจมาก เรียก
เพื่อนมาชมทันที อาจารย์ผู้นี้แก่และ
ผมมองเล็กน้อย ผมชาวหมก จำผมไม่ได้
เหมือนกัน ตอนกลางคืนโทรศัพท์
พูดกับผม ท่านว่าถ้าไม่ได้พูดเสียคืนนี้
คงนอนไม่หลับ เพราะพอลกลับไปบ้านเอา
ของขวัญให้เมียดู ก็ใจกันมาก

..... ของขวัญ รายที่ สามของ อาจารย์
เฮลลิส ไม่สามารถไปมอบด้วยตนเองได้
ได้ฝากมิสซิสเวตเชล แก่ได้จดหมาย
มาว่าได้พบแล้ว

กุศลที่คณะเราได้สร้างในครั้งนั้นแม้จะไม่
ปรารถนาการตอบแทน ผมเข้าใจเอาเองว่า
คงจะเป็นผลอันหลังให้แก่พวกน้อง ๆ เรา
หรือกับชาติไทยก็อาจเป็นได้ จดหมาย
แนะนำจากอาจารย์เหล่านี้ถึงนายแพทย์ที่ใด
ในอเมริกาจะอำนวยความสะดวกให้เป็นอย่างดี
ยิ่ง

โสภณ กาญจนวະสิต พ.บ.

เนื่องจากการเยี่ยมเยียน และ มอบของ แผนกศิริวิทยา) ได้มีจดหมายมายังผู้แทน
 ชวัญนี้ ศาสตราจารย์เฮลลิส (อดีตคณบดี) คณะ พ.บ. ๒๔๗๑ ในประเทศไทย ถึงที่
 และ ศาสตราจารย์ ออลบริคตัน (อดีตหัวหน้า ไปนี้

A. I. D.
 ELM AVENUE 14TH STREET
 BROADMOOR, COLORADO SPRINGS
 COLORADO

July 23, 1949

Dear Dr.

I was very much pleased to get your letter and the list of the 1929 first M.B. class. - It was very kind of you boys to remember me and I appreciate it greatly. And the niello ash-tray is a beauty and I thank you all for sending it. Please tell all the class you see that I received it safely and regard it very highly as a token of remembrance of the class of 20 years ago. It does not seem that long but the years go by. It is now 11 years since we left Bangkok.

I would like very much to visit you all again and see my former students and the teachers at Siriraj and all my Siamese friends who were so kind to me and mine for all those years. But expenses of living and the cost of travel seem to make that visit far away.

I have a note from Sobhon and he has seen Drs. Perkins and Albritton. I have never had a word from Dr. Noble since he left Siam.

Am busy now with garden, lawns and flower beds, as I do all that myself for exercise and it keeps me too busy to play golf. We have warm summer, 91 degrees the highest here but above 100 in the East. But we have cool nights and the air is dry here at 6,000 feet elevation. We are at the foot of a mt., 9300 feet. Have not been hiking so much this summer but was out last Sunday and on the 31st will go up Sierra

Almagre that is 12,365 ft., the same as Fujiyama in Japan. We drive 16 miles to a town that is 9800 feet, then walk nearly six miles to the top.

The bowling season begins next month and I expect to be in two leagues this year of 35 weeks. Each league has eight teams of five bowlers each. It is good exercise for the winter.

I trust that the new arrangement of the Faculty of Medicine and the University is working out well. I hear that the medical school is overflowing with students which is perhaps a good sign for the future. Good luck to all concerned.

With best wishes to you and yours and all of the first M.B. class and thanking you again for your letter and list,

Sincerely yours,
A.G. Ellis.

AMERICAN INSTITUTE OF BIOLOGICAL SCIENCES
Operating under the
NATIONAL RESEARCH COUNCIL
2101 Constitution Avenue
Washington 25, D.C.

July 28, 1949.

Dear Dr.

I have deeply appreciated the kind remembrance of me displayed by yourself and the other members of my first class of students in Siriraj. I have the class picture on the wall near my desk, and I have a memory of all of you as you were twenty years age.

It is sad to know that Mengkim and Rien are no longer living. I am very proud of my students, those who are in private practice and those who are filling places of great responsibility. All are serving their country and I am happy to have been your professor.

The gift you have so kindly sent me and your letter I shall keep always. My best wishes for the happiness of my students in the class of B. E. 2471.

Sincerely,
Errett C. Albritton

สารคดีราชขอขอบคุณ คณะ พ.ย. รุ่น
แรก แทนโรงเรียน และ ศิษย์ ทั้ง หลาย ใน
การที่ได้เชื่อมความสัมพันธ์อันดีกับอาจารย์
ทั้งสาม ซึ่งนอกจากจะเป็นการสำแดงความ
กตัญญูต่อผู้ให้ความรู้แล้วยังเป็นการสร้าง
แนวทางให้ความ สดวก สำหรับ ผู้ อื่นซึ่งจะมี

โอกาสดีต่อขอความรู้ต่อไปในภายหน้าอีก
ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านสมาชิกที่
เคยเป็นศิษย์ของอาจารย์เหล่านั้นคงจะดีใจที่
ได้ข่าวความเยินยอและความรู้ สึกของท่าน
ในครั้งนี้

ศิษย์ปัจจุบัน

ระเบียบการปกครองนักศึกษาแพทย์

พ. ศ. ๒๔๘๒

ก.ทั่วไป

๑. กิจการเกี่ยวกับการปกครองนักศึกษาแพทย์
แบ่งออกเป็นส่วนใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้ คือ ก. หอพัก

ข. สุขภาพ ค. กีฬา ง. สโมสร

๒. การปกครองนักศึกษา เป็นหน้าที่ของคณบดี
โดยตรง คณบดี เป็นผู้วางนโยบายตามข้อเสนอ
ของคณะกรรมการประจำคณะ

๓. อาจารย์ผู้ปกครองนักศึกษา เป็นผู้ช่วยคณ
บดี ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการปกครองนักศึกษา
โดยเฉพาะ และมีหน้าที่บริหารการปกครองทั่วไป
ตามนโยบายและคำสั่งของคณบดี

๔. อาจารย์ผู้ปกครอง บริหารงานโดย มี
กรรมการปกครองนักศึกษา ซึ่งประกอบด้วยอนุสาส
ทวิหน้าแพทย์ประจำนักศึกษา อาจารย์กีฬา อาจารย์
ที่คณะกรรมการประจำ คณะแต่งตั้ง ๒ คน และ
นายกสโมสร อาจารย์ผู้ปกครองเป็นประธานของ
คณะกรรมการนี้ คณะกรรมการมีหน้าที่พิจารณา
และพิจารณาหาทางปรับปรุงแก้ไขระเบียบวิธีเกี่ยว

กับการปกครองนักศึกษาโดยทั่วไป นำเสนอต่อคณ
บดีเพื่อพิจารณาว่าเป็นนโยบายหรือระเบียบต่อไป

๕. อนุสาสท เป็นผู้รับผิดชอบในกิจการเกี่ยว
กับหอพักโดยทั่วไป ให้ดำเนินไปตามนโยบายที่คณ
บดีวางไว้

๖. แพทย์ประจำนักศึกษา มีหน้าที่เกี่ยวกับสุข
ภาพของนักศึกษา เช่น ตรวจร่างกายเป็นครั้งคราว
แนะนำและจัดการรักษาเวลาเจ็บป่วย แพทย์ประจำ
อาจมีจำนวนมากกว่าหนึ่งคนก็ได้

๗. อาจารย์กีฬา มีหน้าที่อบรมสั่งสอนนักกีฬา
และจัดการทั่วไปเกี่ยวกับการ แข่งขันต่าง ๆ รวมทั้ง
แนะนำกรรมการกีฬาของนักศึกษาด้วย

๘. นายกสโมสร มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ
การดำเนินงานสโมสรของนักศึกษา และควบคุมกิจ
การของสโมสร

๙. กรรมการปกครองนักศึกษามีวาระการดำรง
ตำแหน่ง ๑ ปี และอาจได้รับการแต่งตั้งซ้ำ

ข. ว่าด้วยกิจการของหอพัก

๑. อนุสาสทต้องพำนักอยู่ในบริเวณ โรงพยาบาล
ทราบเท่าที่บังคับตำแหน่ง

สารศิริราชขอขอบคุณ คณะ พ.ย. รุ่น
แรก แทนโรงเรียน และ ศิษย์ ทั้ง หลาย ใน
การที่ได้เชื่อมความสัมพันธ์อันดีกับอาจารย์
ทั้งสาม ซึ่งนอกจากจะเป็นการสำแดงความ
กตัญญูต่อผู้ให้ความรู้แล้วยังเป็นการสร้าง
แนวทางให้ความ สดวก สำหรับ ผู้ อื่นซึ่งจะมี

โอกาสดีต่อขอความรู้ต่อไปในภายหน้าอีก
ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านสมาชิกที่
เคยเป็นศิษย์ของอาจารย์เหล่านั้นคงจะดีใจที่
ได้ข่าวความเยินยอและความรู้ สึกของท่าน
ในครั้งนี้

ศิษย์ปัจจุบัน

ระเบียบการปกครองนักศึกษาแพทย์

พ. ศ. ๒๔๘๒

ก.ทั่วไป

๑. กิจการเกี่ยวกับการปกครองนักศึกษาแพทย์
แบ่งออกเป็นส่วนใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้ คือ ก. หอพัก

ข. สุขภาพ ค. กีฬา ง. สโมสร

๒. การปกครองนักศึกษา เป็นหน้าที่ของคณบดี
โดยตรง คณบดี เป็นผู้วางนโยบายตามข้อเสนอ
ของคณะกรรมการประจำคณะ

๓. อาจารย์ผู้ปกครองนักศึกษา เป็นผู้ช่วยคณ
บดี ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการปกครองนักศึกษา
โดยเฉพาะ และมีหน้าที่บริหารการปกครองทั่วไป
ตามนโยบายและคำสั่งของคณบดี

๔. อาจารย์ผู้ปกครอง บริหารงานโดย มี
กรรมการปกครองนักศึกษา ซึ่งประกอบด้วยอนุสาส
ทวิหน้าแพทย์ประจำนักศึกษา อาจารย์กีฬา อาจารย์
ที่คณะกรรมการประจำ คณะแต่งตั้ง ๒ คน และ
นายกสโมสร อาจารย์ผู้ปกครองเป็นประธานของ
คณะกรรมการนี้ คณะกรรมการมีหน้าที่พิจารณา
และพิจารณาหาทางปรับปรุงแก้ไขระเบียบวิธีเกี่ยว

กับการปกครองนักศึกษาโดยทั่วไป นำเสนอต่อคณ
บดีเพื่อพิจารณาว่าเป็นนโยบายหรือระเบียบต่อไป

๕. อนุสาสท เป็นผู้รับผิดชอบในกิจการเกี่ยว
กับหอพักโดยทั่วไป ให้ดำเนินไปตามนโยบายที่คณ
บดีวางไว้

๖. แพทย์ประจำนักศึกษา มีหน้าที่เกี่ยวกับสุข
ภาพของนักศึกษา เช่น ตรวจร่างกายเป็นครั้งคราว
แนะนำและจัดการรักษาเวลาเจ็บป่วย แพทย์ประจำ
อาจมีจำนวนมากกว่าหนึ่งคนก็ได้

๗. อาจารย์กีฬา มีหน้าที่อบรมสั่งสอนนักกีฬา
และจัดการทั่วไปเกี่ยวกับการ แข่งขันต่าง ๆ รวมทั้ง
แนะนำกรรมการกีฬาของนักศึกษาด้วย

๘. นายกสโมสร มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ
การดำเนินงานสโมสรของนักศึกษา และควบคุมกิจ
การของสโมสร

๙. กรรมการปกครองนักศึกษา มีวาระการดำรง
ตำแหน่ง ๑ ปี และอาจได้รับการแต่งตั้งซ้ำ

ข. ว่าด้วยกิจการของหอพัก

๑. อนุสาสทต้องพำนักอยู่ในบริเวณ โรงพยาบาล
ทราบเท่าที่ยังดำรงตำแหน่ง

๒. ความรับผิดชอบของอนุสาสคคณไปตั้งหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- ก. การจ่ายห้องพักให้นักศึกษา
- ข. การรักษาระเบียบวินัยภายในหอพัก
- ค. การอบรม จรรยา มารยาท และ ส่ง ความสามัคคีของนักศึกษาที่พำนักในหอ
- ง. การ รักษาพยาบาลนักศึกษา ซึ่งป่วยระหว่างพักอยู่ในหอ
- จ. การบำรุงรักษาหอให้ อยู่ในสภาพที่สะอาดเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ
- ฉ. การควบคุมคนงานประจำหอพัก

๓. อนุสาสคมี สิทธิแต่งตั้งนักศึกษาชั้น เป็นหัวหน้าหอ ตามข้อเสนอของนักศึกษาที่พำนักในหอ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยอนุสาสค

๔. ระเบียบการของหอพัก

๕. การจัดงานและการเงิน อนุโลมตามกิจการของสโมสร

ค. ว่าด้วยกิจการสุขภาพ

๑. แพทย์ประจำนักศึกษา เป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของนักศึกษาโดยทั่วไป นอกจากผู้ซึ่งเจ็บป่วยจนในระหว่างพำนักในหอ ซึ่งอยู่ในความดูแลของอนุสาสค แต่ถ้าอนุสาสคขอรับรองก็ให้ร่วมมือช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่

๒. ให้ แพทย์ประจำนักศึกษาทั้งหมดร่วมกัน แต่งตั้งผู้หนึ่งคนเป็นหัวหน้า เพื่อดำเนินการประชุม ปรึกษาหารือกิจการ และวางระเบียบเกี่ยวกับงานในหน้าที่

๓. ให้จัดการตรวจร่างกายนักศึกษาทุกคนเป็นการสำรวจสุขภาพ อย่างน้อยปีละครั้ง ในการนี้ให้หัวหน้าแพทย์ประจำนักศึกษาขอความร่วมมือจากแผนกวิชาต่างๆ ได้ตามที่เห็นควร ทั้งนี้ โดยผ่านอาจารย์ผู้ปกครองหรือคณบดี

๔. นอกจากอย่างอื่นแล้ว ให้มีระเบียบเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้ คือ

ก. ความสะดวกของนักศึกษาในการที่จะได้รับการตรวจและรักษา ทั้งในเวลาเรียนและนอกเวลา

ข. สิทธิของนักศึกษาในการรับยา

ค. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ง. การส่งตัวผู้ป่วย ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

จ. การเชิญแพทย์ ไปตรวจที่บ้าน

ฉ. การออกใบรับรองเพื่อให้ได้รับสิทธิพิเศษบางประการ เช่น เกี่ยวกับการสอบไล่ การลาพัก ฯลฯ

ง. ว่าด้วยการศึกษา

๑. อาจารย์กีฬาทำหน้าที่อบรมสั่งสอนนักศึกษาที่เป็นนักกีฬา ให้เข้าใจระเบียบมารยาทและวิธีแนะนำกรรมการกีฬาของสโมสร และจัดทีมในการแข่งขันต่างๆ

๒. กรรมการกีฬาของสโมสร ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยอาจารย์กีฬาในกิจการทั่วไป และเป็นผู้ตัดสินตัดสินและ การแข่งขัน หรือ ผู้ไกล่เกลี่ยกับทีมอื่น ๆ ตามความเห็นชอบของอาจารย์กีฬา

๓. การดำเนินงาน และการเงินให้ถือระเบียบเกี่ยวกับสโมสรโดยอนุโลม

จ. ว่าด้วยกิจการของสโมสร

๑. กรรมการสโมสรนักศึกษา ประกอบด้วยหัวหน้านักศึกษาชั้นต่างๆ โดยตำแหน่ง หัวหน้านักศึกษาหญิง และกรรมการซึ่งนักศึกษาเลือกตนเองขึ้นให้ครบจำนวนที่อาจารย์ผู้ปกครองแนะนำ อย่างน้อยต้องมี นายก อุปนายก เลขานุการ เภรณูญิก ปฏิคม กรรมการกีฬา และกรรมการห้องสมุด อย่างมากต้องมีไม่เกิน ๑๑ คน รวมทั้งนายก อุปนายกอาจทำหน้าที่เป็นกรรมการอย่างอื่นอีกด้วยก็ได้

๒. หัวหน้านักศึกษาชั้นปีที่ ๔ เป็นนายกสโมสร และเป็นหัวหน้านักศึกษาทั่วไปโดยตำแหน่ง หัวหน้านักศึกษาชั้นปีที่ ๓ เป็นอุปนายกโดยตำแหน่ง

๓. หัวหน้านักศึกษาแต่ละชั้น เลือกตั้งโดยมติข้างมากของนักศึกษาในชั้นนั้นๆ

๔. หัวหน้านักศึกษาหญิง เลือกตั้งโดยมติข้าง
มากของนักศึกษาหญิงทั้งหมดในคณะ

๕. การเลือกตั้งหัวหน้านักศึกษาและกรรมการ
สโมสรให้กระทำทุกปี และทุก ๆ ครั้ง ต้องมีอาจารย์
ผู้ปกครองเป็นประธาน เพื่อแนะนำแนวทางและควบคุม
การปฏิบัติ แต่ห้ามมิให้เสนอหรือรับรองผู้ใดเข้า
รับเลือก ถ้าหากคะแนนเสียงเท่ากันระหว่าง ๒ คน
ให้ลงมติใหม่ระหว่าง ๒ คนนั้น ถ้อยหากันอีก ก็
ให้ขออาจารย์ผู้ปกครองชี้ขาดได้

๖. กิจการของนักศึกษาในด้านสังคมทั้งสิ้นต้อง
จัดทำโดยคณะกรรมการสโมสร หรือโดยอนุมัติ
คณะกรรมการสโมสร ห้ามมิให้นักศึกษาผู้ใดหรือ
หมู่ใด จัดดำเนินกิจการใด ๆ ในนามของคณะนักศึกษ
าแพทย์ โดยมีได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการ

๗. นายกสโมสรเป็นประธานในการประชุมของ
กรรมการสโมสร และอาจารย์ผู้ปกครองเป็นที่ปรึกษา
ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายทางการเงินหรือข้อ
เสียหายของหมู่คณะ ให้ขออาจารย์ผู้ปกครองมีสิทธิลง
ยังการดำเนินงานได้ และให้จัดการประชุมปรึกษา
กันใหม่ ถ้ากรรมการยังยืนยันมติเดิม ให้ขออาจารย์ผู้
ปกครองนำเรื่องเสนอคณบดีเพื่อชี้ขาด

๘. การประชุมเกี่ยวกับกิจการต่อไปนี้ ต้องให้
อาจารย์ผู้ปกครองเข้าประชุมด้วย ถ้.อาจารย์ผู้ปก
ครองขัดข้อง และมีความจำเป็นต้องประชุม อา
จารย์ผู้ปกครองอาจอนุมัติให้กรรมการประชุมกันโดย
ลี้ลับได้ แต่ต้องปรึกษาเฉพาะระเบียบวาระที่อนุมัติ
และต้องนำรายงานการประชุมเสนอโดยด่วน และ
จะปฏิบัติกิจการใด ๆ ก็ต่อเมื่อได้รับความเห็นชอบจาก
อาจารย์ผู้ปกครองแล้ว

ก. การตั้งงบประมาณสำหรับแผนกต่าง ๆ

ข. กิจการใด ๆ ที่ต้องใช้จ่ายเงินรวมทั้งหมดเกิน
กว่า ๕๐๐ บาท

ค. กิจการที่เกี่ยวข้ององค์การหรือบุคคลภายนอก
คณะ ฯ

ง. การแก้ไขระเบียบของสโมสร

๙. ภายในเดือนมิถุนายนของทุก ๆ ปี ให้มีการ
เลือกตั้งกรรมการสโมสรให้ครบถ้วน แล้วให้คณะ
กรรมการจัดตั้งงบประมาณประจำปีสำหรับแต่ละ
แผนก ในการตั้งงบประมาณให้จัดเงินไว้เป็นทุน
สำรองตามจำนวนที่อาจารย์ผู้ปกครองจะเห็นสมควร

๑๐. กรรมการแต่ละคนจะรักษาเงินไว้กับตัวได้
เป็นจำนวนจำกัด เงินที่เหลือให้ฝากไว้ที่แผนกคลัง
ของโรงพยาบาล และเบิกไปได้ตามจำนวนจำกัด
อาจารย์ผู้ปกครองเป็นผู้กำหนดจำนวนเงินดังกล่าว
ใบเบิกเงินต้องทำเป็นแบบเรียบร้อย และต้องเซ็น
ชื่อนายก และกรรมการผู้ต้องการจ่าย

๑๑. กรรมการที่มีหน้าที่เกี่ยวกับเงินต้องมีบัญชี
แสดงรายรับรายจ่ายทุกครั้ง พร้อมทั้งหลักฐานการ
จ่ายตามสมควร

๑๒. อายุกรรมการสิ้นสุดเมื่อครบรอบ ๑๒ เดือน
เมื่อนายกสโมสรพ้นจากภาวะนักศึกษา ให้ขอ นายก
รักษาหน้าที่แทนโดยอัตโนมัติ และรับมอบหมายกิจ
การและการเงินให้เรียบร้อยก่อนที่นาย กจะลาไป

๑๓. เมื่อสิ้นรอบปีแล้ว หากมีเงินเหลือจ่าย
ห้ามมิให้นำเงินเข้างบประมาณปีต่อไป แต่ให้เก็บสมทบ
ไว้เป็นทุนนอนเพื่อใช้ในกิจการของสโมสร ตามที่
คณบดีจะเห็นสมควรในเมื่อได้ก่อนใหญ่พอ

๑๔. การเรียกรับหรือรวมทอนทุกครั้ง ต้องได้รับ
อนุมัติจากอาจารย์ผู้ปกครอง ถ้จำนวนเงินที่กำหนด
จะเรียกรับเกินกว่า ๒,๐๐๐ บาท ต้องได้รับอนุญาตจาก
คณบดีด้วย

๑๕. ในการเรียกรับทุกครั้ง ผู้ดำเนินการเรียกรับ
ต้องทำบัญชีแสดงการรับและจ่าย โดยมีหลักฐานตาม
สมควร ปัดประกาศให้นักศึกษาทั่วไปทราบอย่างน้อย
สองสัปดาห์ และเสนออาจารย์ผู้ปกครองหนึ่งสัปดาห์
ถ้าการเรียกรับมีจำนวนเงินเกิน ๒,๐๐๐ บาท ต้อง
เสนอบัญชีแก่คณบดีด้วย การเปิดเผยบัญชีต้องทำ
ภายใน ๑๕ วันหลังจากเสร็จงานแล้ว อาจารย์ผู้
ปกครองหรือคณบดีอาจเรียกร้องให้แสดงเพิ่มเติม
หลักฐานการรับ-จ่ายได้ ถ้าเห็นสมควร.

ระเบียบที่คณะกรรมการ ฯ ได้ตราขึ้นนี้ ส่วนใหญ่เป็นไปตามที่เคยปฏิบัติกันมานานแล้ว แต่มีได้มีการเขียนขึ้นไว้เป็นหลักฐาน ครั้งนี้ได้มีการแก้ไขเพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะปัจจุบันด้วย คุณเณร ฯ อาจารย์รู้สึกว่ามีการควบคุมอยู่มาก แต่ถ้าพิจารณาให้รอบคอบจะเห็นได้ว่า การควบคุมที่ยังไว้ก็มีการเงินกับการจัดทำกิจการนอกสถานที่ สำหรับการเงินมีการบังคับให้ทำบัญชีรับจ่ายพร้อมด้วยหลักฐาน และให้มีการประกาศให้ทราบทั่ว ๆ กันด้วยในบางครั้ง นอกจากนี้ก็มีการขังให้ข้ออนุญาตก่อนที่จะทำการเรียกรายใด ๆ การควบคุมทั้งสองข้อนี้เป็นการขังกันผลประโยชน์ของนักเรียนส่วนใหญ่ สำหรับการกระทำกิจการใด ๆ นอกสถานที่ต้องได้รับการรู้เห็นจากกรรมการสโมสร ฯ ซึ่งก็เป็นนักเรียนนั่นเอง จุดประสงค์ก็เพื่อป้องกันมิให้คนหม่นน้อยแอบอ้างชื่อของคณะนักศึกษาแพทย์ ฯ ไปกระทำการใด ๆ ซึ่งอาจมีผลเป็นการเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงเรียนและคณะนักเรียน เพราะฉะนั้นการควบคุมทั้งสองประการที่กล่าวมาแล้วนี้จึงนับได้ว่าเป็นการกระทำเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมของนักเรียนนั่นเอง

ในค่านคุณ นักเรียนได้รับประโยชน์หลายอย่างจากกาใช้ระเบียบใหม่นี้ ที่เห็นได้โดยง่ายคือการสุขภาพ ก่อนใช้ระเบียบนี้ มีอนุสาสิกผู้เดียวที่ดูแลทุก ๆ อย่างเกี่ยวกับนักเรียน นับตั้งแต่กิจการของหอพักจนกระทั่งการตรวจตรารักษาเวลาเจ็บป่วย หมายความว่า มีหมอคนเดียวซึ่งนอกจากทำงานอื่น ๆ อีกหลายอย่างแล้ว ยังต้องดูแลรักษานักเรียนเกือบหกร้อยคน ไม่ต้องสงสัยว่าการดูแลนี้จะชลกชลักและบกพร่องเต็มที่ เมื่อใช้ระเบียบใหม่นี้แล้ว นักเรียนแพทย์มีหมอประจำถึงสี่คน คิดคร่าว ๆ ก็กล่าวได้ว่า การดูแลสุขภาพจะดีขึ้นเสียแต่ความจริงก็มากกว่านี้เสียอีก เพราะมีความสะดวกเพิ่มขึ้น นักเรียนไม่ต้องเสียเวลาไปคอยรับการตรวจตรา เข้าพบหมอได้เกือบตลอดเวลาโดยไม่มีกรจำกัด และหมอแต่ละคนก็สามารถเอาใจใส่ตรวจตรา นักเรียนที่เจ็บป่วยได้โดยสะดวกยิ่งขึ้น คุณประโยชน์อื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากระเบียบใหม่นี้ที่เห็นได้ชัด ๆ ก็คือการที่มีอาจารย์ชั้นผู้ใหญ่เป็นผู้ปกครองรับผิดชอบโดยเฉพาะ ในครั้งแรกนั้นก็บังเอิญได้ท่านหัวหน้าแผนกสติศาสตร์ ฯ ซึ่งเป็นกรรมการประจำ

คณะอยู่ด้วย ซึ่งหมายความว่าปัญหาใดๆ ที่เกี่ยวกับนักเรียนจะมีโอกาสนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการฯ ได้โดยตรง ทำให้รวดเร็วและได้รับการพิจารณาที่รอบคอบยิ่งขึ้น ข้อที่อีกอย่างหนึ่งคือการจำกัดหน้าที่ของอาสาสมัครให้เป็นแต่เฉพาะกิจการของหอพักเท่านั้น ซึ่งหมายความว่าหอและผู้นำนักจะได้รับการศึกษาชั้น อนุสาสนะมีเวลาดูแลถึงสภาพของหอ และควบคุมอบรมความประพฤติของผู้พำนักให้เป็นไปในแนวทางที่ดี

ระเบียบข้อหนึ่งซึ่งอาจแตกต่างไปจากข้อปฏิบัติที่ใช้กันมาคือการที่จัดให้หัวหน้านักเรียนชั้นปีที่สี่เป็นหัวหน้านักศึกษาแพทย์ทั้งหมดและเป็นนายกสโมสรด้วยโดยตำแหน่งในสมัยก่อนที่เดิยวหัวหน้านักเรียนชั้นปีที่สี่เป็นหัวหน้านักเรียนทั้งคณะด้วย แต่นายกสโมสรนั้นอาจเป็นคนอื่นก็ได้ ต่อมาในสมัยหลังๆ นี้ได้แยกหน้าที่ทั้งสามนี้ออกไปกลายเป็นมีผู้นำต่างๆ กันถึงสามคน ระเบียบใหม่นี้กลับรวมเข้าไว้ในคนเดียวกัน เหตุผลคือต้องการเอกภาพในการปฏิบัติงาน และตัดปัญหาเกี่ยวกับการแข่งขันและแก่งแย่งในระหว่างหัวหน้าต่าง ๆ นั้นเสีย เป็นการ

ส่งเสริมความสามัคคีในหมู่นักเรียนแพทย์ไปในตัว การรวมนี้อาจมีผู้ตำหนิว่าจะทำให้หัวหน้าชั้นปีที่สี่มีงานหลายหน้าที่เกินไปจนทำไม่ไหว แต่ความจริงนั้นงานที่จะต้องทำจริงจังก็มีเฉพาะในหน้าที่นายกสโมสรในหน้าที่หัวหน้านักศึกษาทั่วไปยั้งหนึ่งๆ เกือบไม่ต้องทำอะไรเลย และหน้าที่ของหัวหน้าชั้นปีที่สี่ก็มีเพียงการติดต่อกับอาจารย์เกี่ยวกับการเรียนในบางครึ่งเท่านั้น รวมเข้าทั้งสามหน้าที่แล้วไม่เหลือยากกว่าแรงผู้ที่เรียนนักเรียนแพทย์เลย

การที่ยกหัวหน้าชั้นปีที่สี่ให้เป็นหัวหน้านักศึกษาทั่วไป เป็นการปฏิบัติตามอาวุโส ซึ่งถือเป็นธรรมเนียมในหมู่นักเรียนแพทย์กันมาตั้งแต่เนิ่นแล้ว ว่า นักเรียนชั้นสูงกว่ามีศักดิ์เป็นพี่ ชั้นต่ำกว่าเป็นน้อง ดังนั้นผู้ที่ได้รับเลือกตั้งเป็นหัวหน้าชั้นปีที่สี่จึงควรเป็นผู้นำของนักเรียนในชั้นที่ต่ำกว่าทุก ๆ ชั้นได้ ซึ่งหมายความว่าป็นหัวหน้านักเรียนทั้งคณะนั่นเอง

อีกข้อหนึ่งทีอาจมีผู้สงสัยคือการที่วางระเบียบไว้ให้หัวหน้าชั้นปีที่สามเป็นอุปนายกโดยตำแหน่ง ข้อนี้ความประสงค์คือต้องการให้หัวหน้าชั้นปีที่สามได้เรียนรู้และร่วม

งานของสโมสรโดยใกล้ชิด เพราะในขั้นต่อไปเขาอาจเป็นนายกสโมสร จะได้ดำเนินการและรับผิดชอบโดยขาดได้ถูกต้อง มีผู้เกรงว่า ถ้าอุปนายกต้องทำหน้าที่ประธานในที่ประชุมกรรมการ จะเป็นการผิดหลักอาวุโสไป เพราะกรรมการเป็นนักเรียนชั้นปีที่สี่ ซึ่งนี้เกิดจากความเข้าใจผิดว่า กรรมการสโมสรทุกคนต้องเลือกจากนักเรียนชั้นปีที่สี่ แม้กรรมการในขั้นนี้ ก็ปรากฏเช่นนั้น ความจริงไม่มีกฎเกณฑ์ประการใดเลยว่ามีนักเรียนชั้นอื่น ๆ จะเป็นกรรมการไม่ได้ ในสมัยก่อน ๆ นี้ก็ไม่ได้เลือกเฉพาะนักเรียนชั้นสี่เป็นกรรมการ เลือกกันตามความสามารถสักแต่ว่าผู้ใดมีความถนัดในทางใดเป็นเท่าที่ ได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการทางนั้น ไม่ว่าจะเรียนชั้นใด ทั้งนี้เพราะว่ากรรมการคือผู้รับผิดชอบซึ่งได้รับความไว้วางใจ การรวมเป็นสโมสรคือการร่วมช่วยเหลือกันเพื่อความขรรเท็ง นักเรียนทุกคนเป็นเจ้าของสโมสรและมีสิทธิรับรู้และช่วยทำงานให้ สโมสรมีใช้ประโยชน์ของนักศึกษาชั้นปีที่สี่เท่านั้น ถ้าผู้ใดมีความสามารถก็ควรได้รับเลือกตั้งเป็นกรรมการได้

ระ เขี่ยขการปกครองนี้เป็นเพียงหลักใหญ่ ๆ คณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์ ฯ ได้สนใจเป็นพิเศษโดยพิจารณาถึงถึงสามวาระ ข้อบกพร่องใด ๆ ที่อาจมีอยู่ จะเห็นได้ในสิ้นขั้นนี้ เมื่อสำรวจกิจการของนักศึกษาโดยทั่วไปแล้วว่ามีขึ้นหรือลดลงกว่าแต่ก่อนอย่างไรบ้าง

ข่าวพยาบาล เมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม สำนักข่าวสาร อเมริกัน ได้เอื้อเฟื้อ นำภาพยนต์เกี่ยวกับ การ แพทย์ และ พยาบาล ไปฉายให้นักเรียน พยาบาล และ นักศึกษา แพทย์ ชมเป็นพิเศษ มีอาจารย์ผู้ใหญ่ได้ไปร่วมชมด้วย อาทิ ท่านหัวหน้าแผนกศุภศิษย์ศาสตร์ ฯ และ ท่านหัวหน้าแผนกจิตวิทยา ฯ ทุกคนได้รับความ ขรรเท็ง และ ประโยชน์จากการ แสดง นั้น

ในวันที่ ๑๓ สิงหาคม แผนกพยาบาล ผดุงครรภ์ ได้จัดงานเลี้ยงส่งนางสาวอังคณา เหมินทร์ และ นางสาวสุรณี กาญจนกมล อาจารย์ ซึ่งได้ทุนยูนิเซฟ ไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษ มีการเลี้ยงอาหารค่ำ และ แสดง ละคอน กับ เบ็ตเตล็ด

ท่านคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย และหัวหน้าแผนกพยาบาล ไท่กล้าว่าคำอำนวยการ และมอบของขวัญ ให้เป็นที่ระลึก นับว่าเป็นการเลี้ยงส่งที่สม เกียรติยิ่ง

สมรส นางสาวสาคร เมฆใหญ่ ป. พยาบาลฯ กับ ร.อ. สหกัน ภิรมย์รัตน์ เมื่อวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๒

โอน นางสาวสาคร เมฆใหญ่ โอนไปแผนกกายวิภาคศาสตร์ ในตำแหน่งพนักงานวิทยาศาสตร์ ตั้งแต่วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๒

นางสาวนิยนา ขุษปวณิช โอนไปเป็นพนักงานวิทยาศาสตร์ แผนกพยาธิวิทยา ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๒

ลาออก นางสาวสุรางค์ ชัมพรพิพัฒน์ ลาออกตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๒

สำเร็จใหม่ (ตั้งแต่วันที่ ๒ และวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๒) น.ส. พิสมัย วิทยวิโรจน์ น.ส. รรววย สุคนธ์นาค น.ส. จิตติมา ปาณิกบุตร น.ส. ปรียา อังศุสิงห์ น.ส. สมพร พรศิริ น.ส. หนึ่งหรรทิ กาญจนโพธิ์ น.ส. เครือวัลย์ งามจิตร น.ส. นิยมลักษณ์ เกษะโกมล น.ส. ศรีนคร จันทร์สารทูล

บรรจุใหม่ น.ส. ศรีสง่า วิลาวรรณ์ สุขวิเศษ น.ส. จินตนา นิลวิเศษ น.ส. นิยมลักษณ์ เกษะโกมล น.ส. จิตติมา ปาณิกบุตร น.ส. ศรีนคร จันทร์สารทูล

ไปต่างประเทศ น.ส. สมสวาท วัชรบุตร นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่สาม ได้ลาออกและเดินทางไปศึกษาต่อที่ประเทศอเมริกา โดยทุนส่วนตัว ตั้งแต่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๒ (โดยความเอื้อเฟื้อของ ด.ศ.)

บันทึกท้ายสมุด

๑ สารคดีราชชนนีขึ้นคางถึงมือท่านผู้อ่าน
ล่าไปกว่าที่เคยหลายวัน ซึ่งต้องขออภัย
และขอแฉงว่าความล่าช้าเกิดจากเราเอง
นอกจากความเจ็บป่วยของเจ้าหน้าที่บางคน
แล้ว ยังมีเหตุประกอบสำคัญคือการที่ไฟ
ฟ้าดับย่อย ๆ ในเวทากลางคืน บางคืนดับ
ตั้งแต่หัวค่ำไปจนสว่าง ครั้งหนึ่งสี่คืนติด ๆ
กัน ทำให้งานเรียบเรียงและตรวจแก้ ซึ่ง
ทำในเวทากลางคืนเป็นปรกตินั้นต้องขลุก
ขลักและขัดข้องไปหลายวัน เราทำงานกัน
กลางคืนเป็นส่วนใหญ่ เพราะในเวทากลาง
วันทุกคนก็มีงานประจำเต็มที่อยู่แล้วหาเวลา
เจียดให้งานพิเศษทางนี้ไม่ค่อยได้ ทั้งนี้ ไฟ
ฟ้าดับจึงมีส่วนเหนี่ยวรั้ง สารคดีราช ด้วย
เหมือนกัน

๑ ในฉบับนี้เรามีเรื่อง ที่เขียนโดยผู้ทำ
งานเฉพาะวิชาทั้งนั้น คุณหมอมองอยู่
จับบุญมีสำเร็จวิชาแพทย์เมื่อ ๒๔๗๒ เป็น
ทหารแล้วก็เข้าทำงานในแผนกพยาธิวิทยา
ปี ๒๔๗๘ ได้ทุนมูลนิธิสยามไปเรียน

เพิ่มเติมที่ประเทศเยอรมัน ได้ศึกษาและ
ค้นคว้าในพยาธิวิทยากับศาสตราจารย์ ฟาร์
ท์ซิมบูร์ก ทำวิทยานิพนธ์และสอบได้ปริญญา
เอกในวิชาพยาธิวิทยา ได้ศึกษาโรคเมื่อ
ร่วมกับศาสตราจารย์มีซ์เลินส์ และอาจารย์
อื่น ๆ ที่สถานศึกษาโรค ประเทศอื่นเมื่อ
ซัมบูร์ก ไปฝึกหัดการตรวจและค้นคว้า
พยาธิวิทยาของสมองโดยเฉพาะกับศาส
ตราจารย์ช้อลทส์ ที่ไกเซอร์ วิลเฮล์มอิน
สติตูด เมืองมิวนิค ศึกษาวิชาไวรัสกับ
ศาสตราจารย์ เนาค์ ที่ซัมบูร์ก เลวาคิติ
ที่ปารีส เซอร์ เลคคอร์ด กับ เฮลฟอร์ด ที่
ลอนดอน ฯลฯ เป็นการเตรียมตัวสำหรับ
เป็นศาสตราจารย์ทางพยาธิวิทยาโดยละ
เพาะ เป็นเคราะห์ร้ายของศิริราชที่พอท่าน
ผู้กลับเข้ามาทำงานได้ไม่เท่าไร ก็มีพยาธิ
ภัยเข้ารบกวนจนกระทั่งถึงขีดทุกข์พล ภาพ
ต้องจำใจลาออกจากราชการไปพักรักษาตัว
อยู่กับบ้านเป็นเวลานานนับปีมาแล้ว แต่ความ
ตั้งใจของท่านในการที่จะเสาะหาและถ่ายเท

ความรู้ทำให้เสียไปพร้อมกับสุขภาพของท่านไม่ ควรวิตกการประชุมวิชาการเกี่ยวกับเรื่องที่ท่านสนใจก็ออกสัปดาห์ว่างไปร่วมและแสดงความรู้ความคิดที่เป็นประโยชน์ด้วยเสมอ เรื่องของท่านที่เรานำลงในฉบับนี้ ความจริงท่านเจ้าของไม่ค่อยเต็มใจจะให้ตีพิมพ์นัก อ้างว่าเพราะทำไม่สุกส้นและทำไว้นานจนใจชื้นเสียแล้ว แต่เรามองเห็นคุณค่าในทางจิตต์ใจสำหรับหมอบที่เคยเป็นศิษย์ของท่านและสำหรับนิสิตทั้งหลาย นอกจากคุณค่าในทางปฏิบัติ จึงได้ขี้ขิ้นเอามาจนได้โดยอาศัยวิสาสะ ประกอบกับชื่อศิริราช ซึ่งทำให้ท่านไม่อาจขัตได้

๑ เรื่องของคุณหมอบสมาน มันทาภรณ์ ท่านได้หมอบให้แก่เราไว้ก่อนที่จะอำลาไปจากศิริราช เราเชื่อว่าเป็นเรื่องหนึ่งที่ท่านสมาชิกทุก ๆ ท่านจะอ่านด้วยความพอใจ เพราะนอกจากจะมีเนื้อหาที่เป็นประโยชน์สำหรับทุก ๆ คนแล้ว ส่วนนวนโวหารยังชวนอ่านอย่างยิ่ง ไม่ผิดกับการอธิบายของท่านในที่ประชุม ซึ่งผู้ฟังทุกคนย่อมติดใจในวิธีที่ท่านปลุกความสนใจโดยการแซกเรื่องที่น่าสนุกเข้าด้วยเป็นระยะ ๆ ไปอย่างแยบคาย เราหวังว่าเรื่องนี้จะตั้งอับเสย

นี้จะไม่เป็นเรื่อง แรกและสุดท้ายของท่านสำหรับสารศิริราช เพราะเท่าที่เห็นอยู่นั้นสังเกตได้ว่าท่านยังมีเยื่อใยกับศิริราชอยู่มาก และเราจะพยายามหาโอกาสเชื้อเชิญท่านมาพบกันอีก

๑ เรื่องที่สาม ของคุณหมอบอานนท์ ประทีตสุนทรสาร มีขนาดตรงข้ามกับขนาดร่างกายของท่านเจ้าของ และมีคุณค่ามีส่วนลึกกับความยาวเป็นอย่างยิ่ง เรื่องนี้เป็นเรื่องในจำพวก “บรรจุกเข้าตำรา” ซึ่งจะเป็นที่อ้างอิงสำหรับคนไทยและเทศในเวลาต่อไป ถึงแม้ว่าคุณภาพจะเป็นงานเบา แต่ความจริงนั้นต้องการอุสาหะวิริยะและการศึกษาตรวจค้นมากมาย และความรู้ที่ไต่รับนี้ถึงแม้จะบรรจุลงในหน้ากระดาษเพียงสามหน้า แต่ความสำคัญของมันนั้นมีมาก เรื่องนี้เป็นตัวอย่างของงานวิชาการซึ่งผู้ทำต้องลงทุนลงแรงแทบตาย พอเสร็จแล้วเขียนรายงานได้ไม่กี่บรรทัด และผู้อ่านบางคนที่ไม่ได้พิจารณาจักจะออกปากว่าเท่านั้นเอง ไม่เห็นยาก ไม่เห็นมีอะไร เราขอแสดงความยินดีด้วยคุณหมอบอานนท์ ซึ่งได้อุส่าห์สละเวลามาก่อประโยชน์ให้แก่เพื่อนแพทย์และลูกศิษย์ของท่าน และหวัง

ว่าตำราวิทยาศาสตร์เล่มต่อไปคงจะมีชื่อ
ท่านอยู่ในสารบัญเรื่องที่ทำเล่มด้วย

๑ เป็นครั้งแรกที่เรามีย่อเอกสารเป็น
ภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เห็นความประสงค์ของ
ท่านผู้ย่อ (ภิรมย์ สุวรรณเทมีย์) โดยที่
เราเห็นว่าผู้อ่านของเราก็รู้ภาษาอังกฤษด้วย
กันทุกคน ประกอบกับเรื่องที่ย่อนักน่าสน
ใจ จึงไม่ขัดข้องที่จะนำลงพิมพ์ เรายินดีที่
จะได้รับเรื่องย่อเช่นนี้อีก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
จากหลายท่านซึ่งยืนยันว่า เขียนภาษาไทย
ใช้คำไม่ค่อยถูก

๑ ในแผนกย่อเอกสาร เรามีเรื่องเกี่ยว
กับสะเทรียโตมัยซิน (สุจินต์ จารุจินดา)
ซึ่งกำลังสนใจกันมากในเวลานี้ ความย่อ
เรื่องนี้อาจจะได้ทำประโยชน์จริงในการ
รักษา สำหรับเรื่องไตคูมารอลในหญิงมี
ครรภ์ (ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์) อาจจะ
ก้าวหน้ามากไปสักหน่อย เพราะในเมือง
เราไม่ค่อยมีใครนึกถึงเรื่องหรือมโอบิสกัน
นัก แต่รู้ไว้คงจะเป็นประโยชน์มากในการ
ป้องกัน ซึ่งคิดว่าการแก้เป็นแน่ที่เกี่ยวกับ
เรื่องคลอโรมัยเซตินรักษาไทฟอยด์ (จำลอง
หรือรส) กำลังทันสมัยใหม่เอี่ยมเพราะ
ได้ทราบว่าที่ในศิริราชนี้เอง ก็กำลังลองกัน

อยู่ ฟังสังเกตว่าไทฟอยด์เป็นโรคหายาก
ในประเทศอังกฤษ เพราะฉะนั้นเมื่อมีขึ้น
เขาก็พยายามศึกษากันเต็มที่ ถึงแม้ว่าคน
ใช้คนหนึ่งเกือบจะหายเองอยู่แล้วซึ่งถ้าเป็น
เมืองเราก็คงไม่นำมารายงาน สำหรับ
เรื่องเสียงกัมพู (อวย เกตุสิงห์) เป็นเรื่อง
ที่น่าสนใจในแง่สาธารณสุข เกี่ยวกับการ
กระจายเสียงโฆษณาตามข้างถนนหนทาง
ที่กำลังทำกันอย่างเร็วในเวลานี้

๑ เรามีความยินดีที่จะแจ้งข่าวให้ทราบ
ว่า สารศิริราชได้มีชื่อเข้าอยู่ในบัญชีนิตย
สารการแพทย์ ซึ่งจัดพิมพ์จำหน่ายโดยหอ
สมุดกองทัพบกอเมริกัน และซึ่งเป็นที่
อาศรัยตรวจค้นของนักศึกษากการแพทย์ทั่ว
โลก หมายความว่าเรื่องที่เราส่งตีพิมพ์
จะมีโอกาสได้แพร่หลายไปในต่างประเทศ
ทุก ๆ แห่งที่บัญชีนั้นไปถึง เราแจ้งข้อนั้นเป็น
พิเศษสำหรับท่านที่ได้เชื่อเพื่อและจะเชื่อเพื่อ
เขียนเรื่องให้สารศิริราช และหวังว่าจะกระ
ตุ้นความพยายามของท่านให้มีมาก ยิ่งขึ้น
อีก

๑ เรายังมีข่าวอีกชิ้นหนึ่ง สำหรับ
ท่านสมาชิกโดยทั่วไป คือภายหลังที่ได้ศึก
ษาวิจัยวิจัยจ่ายกันอย่างรวดเร็วแล้ว ผู้

