



**สารศิริราช**  
**SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE**

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

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๓๐ | Volume 2, Number 7, July 1950

**เอริโทรบลาสโตซิสฟีตาลีส์**  
**ซึ่งอาจมีสมุฏฐานจากเอ-บี-โอ อินค็อมแพติบิลิตี้\***

สวัสดิ์ สกุลไทย  
พ.บ.  
(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

เมื่อก่อนนี้ ค.ศ. ๑๙๓๐ ยังเข้าใจ  
กันว่าโรคสามชนิดที่เกิดในทารกเกิดใหม่  
คือ 1. Universal edema of the foetus  
(Hydrops fetalis)<sup>(1)</sup> 2. Icterus gravis  
neonatorum<sup>(2)</sup> 3. Anaemia of the new-  
born<sup>(3)</sup> เป็นโรคที่มีสมุฏฐานต่าง ๆ กัน  
ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๓๒ Diamond, Black-  
fan และ Baty<sup>(4)</sup> ได้สรุปว่าโรคทั้งสาม  
นั้นคือโรคเดียวกัน และได้้นำคำ "Ery-  
throblastosis foetalis" มาใช้เป็นชื่อโรค

รวม ซึ่งก็ได้มีผู้ใช้คำอย่างแพร่หลาย  
หลังจากนั้นก็ ได้มีผู้พยายามที่จะหา  
สมุฏฐานของโรคนี้เรื่อยมา เมื่อก่อนนี้  
ค.ศ. ๑๙๕๑ มีทฤษฎีต่าง ๆ ถึง ๑๗  
ทฤษฎี ในปี ๑๙๓๘ Darrow ได้สาธยาย  
ถึงสมุฏฐานต่าง ๆ และได้ตั้งข้อสังเกต  
เป็นทฤษฎีว่า โรคนี้น่าจะเกิดจากการ  
สลายของเม็ดเลือดแดงของทารกโดย  
ปฏิกิริยาอิมมูนอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อที่  
จะสนับสนุนทฤษฎีของเขา คาร์โรว์ และ

\* รายงานในที่ประชุมวิชาการของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

พวก(7) ได้สร้างเซรุ่มอิมมูน ซึ่งแยก  
ระหว่างอีโมโกลินของทารกกับของแม่ได้  
และสรุปว่าโรคเฮริโอรบลาสโตซิสนี้เกิด  
จากการกระทำของตัวกระทำอย่างหนึ่ง  
ซึ่งมีเม็ดเลือดแดงของทารก ซึ่งสามารถ  
จะอิมมูไนส์ได้ในแม่ ทำให้แม่มีแอนติ  
บอดีแล้วผ่านเข้ามาสู่ทารกได้ทางรกและ  
โคลอสตรัม ซึ่งสันนิษฐานว่าใกล้เคียงกับความ  
จริงที่เราทราบอยู่ในเวลานี้มาก และก็  
เป็นเวลาก่อนหน้าที่จะพบ Rh แฟกเตอร์  
เพียง ๒ ปีเท่านั้น คือในปี ๑๙๕๐  
Landsteiner และ Wiener(8) ก็ได้ประกาศ  
ผลการค้นพบ Rh agglutinin ในคน  
และในปี ๑๙๕๑ Levine(9) ก็ช่วยซึ่ง  
ได้คิดตามผลการค้นพบ Rh agglutinin  
อย่างใกล้ชิด ก็มีความคิดถึงการที่มี  
iso-immunization ขึ้นในแม่ว่าเป็นสมมุติฐาน  
ของ เฮริโอรบลาสโตซิส พิศาจ และ  
ได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Rh in-  
compatibility กับโรคนี้โดยเร็ว โดยที่  
พบว่าทารกที่ช่วยเป็นโรคนี้มากกว่า  
๕๐% พ่อและลูกเป็น Rh บวก ส่วน  
แม่ Rh ลบ และในเลือดแม่มี Anti  
Rh agglutinin.

ต่อมา Levine(10) ได้ทำการรวบรวม  
สมมุติฐานต่าง ๆ ของโรคนี้ และกล่าวว่า

นอกจาก Rh antigen-antibody reaction  
แล้ว factor A หรือ B ในเลือดของ  
ทารกอาจเป็นต้นเหตุโดยทำนองเดียวกัน  
ก็ได้

โดยทฤษฎี incompatibility ในเฮริ  
โอรบลาสโตซิส พิศาจ อาจเกิดจาก  
blood antigen ใดๆ ก็ได้ที่มีในพ่อแล้ว  
ผ่านไปเกิดในลูก และที่ไม่มีในแม่ เช่น  
จะเป็น Rh subgroups, Hr factor หรือ  
ABO Groups ก็ได้ ส่วน M, N และ P  
factor ปรากฏว่าไม่เป็น antigenic(13)  
Halperin และพวก(11) ได้รายงานถึงผู้  
ช่วยที่แม่มีเลือด หมู่ O และทารกหมู่ A  
Polayes และ Ohlbanen(12) ได้แสดงผู้  
ช่วย ๕ ราย ซึ่งได้คัดออกได้แล้วว่า  
Rh และ Hr factor ไม่ใช่เป็นสมมุติฐาน  
ทารกเหล่านี้ทั้งหมดมีเลือดหมู่ A และ  
แม่หมู่ O และมีไตเคอร์ anti A agglu-  
tinin สูงในเซรุ่มของแม่

Chesner และพวก(13) ได้รายงาน  
ถึงผู้ช่วยสองราย รายหนึ่งเป็น "Foetal  
hydrops unassociated with erythroblas-  
tosis (Potter)"(14) และอีกรายหนึ่งแม่  
หมู่ O และลูก หมู่ A แม่มีไตเคอร์ an-  
ti A agglutinin ๑:๕๐๐๐ Gluber และ

พวก (15) ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายที่ทารก  
มีเลือด หมู่ B แม่หมู่ O และมีไตเทอร์  
anti B agglutinin ๑:๔๐๐ และได้กล่าว  
ว่าในขณะที่เขาแสดงผู้ป่วยนั้นยังไม่มีผู้  
ใดได้รายงานถึงโรคที่เกิดแก่ทารกหมู่  
B ไว้เลยซึ่งก็บังเอิญตรงกับรายที่นำ  
ขรรขยายน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วย เทกไทย สัญชาติไทย (ง.ส.)  
อายุ ๓ เดือน ๕ วัน เลขที่ภายใน  
๘๑๕๔.๕๒ รัยไว้เมื่อวันที่ ๑๗ กันยายน  
๒๔๕๒ เวลา ๓.๐๐ น. ถึงแก่กรรม  
วันรุ่งขึ้น เวลา ๒๐.๒๐ น. รวมอยู่ใน  
โรงพยาบาลได้ ๑๕ ชม.

ประวัติครอบครัว บิดา ชาวจีน อายุ  
๒๘ ปี มารดา ชาวจีน อายุ ๑๕ ปี  
แต่งงานได้พิเศษ ผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรก  
ไม่มีใครเคยเป็นโรคเช่นนี้ในครอบครัว  
ทั้งฝ่ายพ่อและแม่

การคลอด ผู้ป่วยอยู่ในครรภ์ครบกำหนด  
คลอดง่ายที่โรงพยาบาลเอกชนชาวจีน  
เมื่อคลอดปกติ แต่รู้สึกว่ามีลมและชัก  
กว่าเด็กอื่น ๆ

อาหาร คคนมแม่อย่างเดียว

ประวัติปัจจุบัน เมื่อคลอดได้ ๒ วัน

เริ่มมีตัวเหลือง ไม่มีไข้ ไม่ไอ อุจจาระ  
สีเหลือง วันละ ๓-๔ ครั้ง อาการตัว  
เหลืองนมอยู่จนอายุได้ ๑ เดือน แต่ไม่มี  
อาการอื่นผิดปกติเลย ได้พยายามไปรับ  
การบำบัดจากหมอจีนและโรงพยาบาล  
อื่น ๆ หลายแห่งแต่อาการไม่ดีขึ้น ตัว  
กลับเหลืองจืดชืด คลอดเวลาอุจจาระมี  
สีเหลือง

สี่วันก่อนมาโรงพยาบาลตัวเหลือง  
จืด และเริ่มมีตัวร้อนจืดเกือบทั้งวัน ชัก  
ลง มีอาเจียนเป็นบางครั้ง คคนมน้อย  
ลง อุจจาระถ่ายวันละ ๓-๔ ครั้งสีเหลือง

เจ็ดวัน ก่อนมา โรงพยาบาล อาการ  
หนักลง ความร้อนยังคงสูง หอบ ร้อง  
กวนมาก มีไอด้วยบางเวลา

หนึ่งวันก่อนมาโรงพยาบาล อาการ  
เพียงหนักลง จึงพามาโรงพยาบาลนี้

การตรวจร่างกาย น้ำหนัก ๔๐๕๐  
กรัมมี อุณหภูมิ ๓๘.๕° ซ. ชีพจร ๑๔๐  
การหายใจ ๕๒ ผู้ป่วยตัวเหลืองและตา  
เหลืองจืด หอบ ผอมค่อนข้างมาก ชัก  
มาก ไม่มีขวม ตับโตต่ำกว่าชายโครง

ที่ M.C.L. รว ๕ นวมอ ม้ามย้อยรว  
 ๕ นวมอ ลักษณะแข็งขอบเรียบ ฤ  
 อัณฑะขวามิ indirect reducible inguinal  
 hernia ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางรว ๒.๕  
 ซม. ระบายอื่น ๆ ปกติ

การตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์ อีโม  
 โกลบิน ๒๗.๕% (Sahli) หรือ ๓.๕๕ ก.  
 (Haldane) Colour index ๐.๗ เม็ดเลือด  
 แดง ๑.๕๖ ล้าน/ ล.มม. เม็ดเลือดขาว  
 ๗๐๘๐๐/ ล.มม. นิวโทรฟิล ๕๐% ลิม  
 โฟไซต์ ๔๗% อีโอสิโนฟิล ๑% นิวโทรฟี  
 ลิคมีเอโลไซต์ ๒% นอร์โมบลาสท์ (late)  
 ๓/๑๐๐ เม็ดเลือดขาว เฮอร์โธรบลาสท์  
 ๒/๑๐๐๐ เม็ดเลือดขาว เซอมาลาเรีย  
 ไม่พบ Icterus index ๒๐๐ Van den  
 Bergh: negative direct.

เลือด พ่อ คานท์ ลข หมู่ B Rh<sub>0</sub> บวก  
 แม่ คานท์ ลข หมู่ O Rh<sub>0</sub> บวก  
 ลูก คานท์ ลข หมู่ B Rh<sub>0</sub> บวก  
 เซรัม แม่ ไตเตอร์ Anti A agglutinin  
 1:128 (16)

ไตเตอร์ Anti B agglutinin 1:1024

ค้อนโทรล โดยใช้คนหมู่ ๐ ๑๐ คน  
 ได้ผล

ไตเตอร์ Anti A agglutinin

๕ รว ๑ : ๑๒๘

๑ รว ๑ : ๒๕๖

ไตเตอร์ Anti B agglutinin

๑๐ รว ๑ : ๑๒๘

ไตส่งผู้ช่วยไปถ่ายภาพเวินคเกินเมื่อ  
 ถึงแก่กรรมแล้ว ๑๗ ซม. ใ้รับราย  
 งานดังนี้ “ภาพกะโหลกศีรษะถ่ายจาก  
 ข้างซ้ายแสดงตงส่วนโค้งกระหม่อมเวีย  
 และบางสม่ำเสมอ กิ่งกระหม่อม  
 อ่อน (ฟอนตานีลล์) ช่องหลังขั้คแล้ว  
 ช่องหน้ายังเข้คและมีขนาดเล็ก ไม่มี  
 ลักษณะแสดงว่าความคั้นภายในกะโหลก  
 สูงมากขึ้น เซลล์าร์เทอร์ชิคาคเป็นปกติ  
 เซมิเซอร์คิวลาร์แคแนลล์เห็นได้ชัด

“ภาพตรงจากหน้าไปหลัง ของแขน  
 และขาแสดงว่าเนื้อกระดูกแน่นมากขึ้นใน  
 ส่วนล่างของปลายไตอะพัสของกระดูกขา  
 ทั้งสองท่อน ไม่มีหลักฐานแสดงสะเคลอ  
 โรซิสหรือโรคของเยื่อหุ้มกระดูก

“ความเห็น = ไม่มีหลักฐานแสดง  
 การเปลี่ยนแปลงในกระดูกกะโหลกศีรษะ  
 และกระดูกยาว”

การตรวจศพ ได้ผลโดยย่อดังนี้

(๑) สมองมีเลือดคั่งและบวม

- (๒) หัวใจซีกและคิเเนอเวต
- (๓) ปอดมีเลือดคั่งเนื่องจากฮัยโปสเทซีส
- (๔) ตับโตและคิเเนอเวต
- (๕) ม้ามโต
- (๖) ที่ซ่านอย่างแรง
- (๗) อวัยวะต่าง ๆ ซัก
- (๘) ไชกะคกมีฮัยเปอริเปลเซีย
- (๙) อินกัวแนลเซอร์เนียข้างขวาจากกำเนิด คั่นกล้วยไม้

ตรวจทางจุลทัศน์ พบจุดแสดง extramedullary hemopoiesis ในตับและจุดคล้ายกันในม้ามอีกด้วย

วิจารณ์

เอริโทรบลาสโตซิส ที่เกิดขึ้นพร้อมกับมี ABO อินค้อมแปติบิลิต มี ๖% ตามรายงานของ Polayes และ Ohlbanen (12) และมี ๒% ตามรายงานของ Boorman และพวก (17) แม่ของผู้ป่วยเหล่านี้เป็น Rh บวก ลูกส่วนมากหมู่ A ส่วนลูกหมู่ B พบได้ยากมาก

การที่จะมีทั้ง Rh และ ABO อินค้อมแปติบิลิตในคนช่วยคนเดียวกันนั้นพบได้น้อยเหลือเกิน Wiener และพวก (18) เชื่อว่าหากหญิง Rh ลบได้แต่งงานกับ

ชายที่มีเลือด Rh บวกชนิดที่รวมกันไม่ได้ ผลที่เกิดขึ้นคือ Rh แฟคเตอร์จะถูกข่มไป

กลไกของกำเนิดพยาธิสภาพของเอริโทรบลาสโตซิสที่เกิดจาก ABO อินค้อมแปติบิลิตก็เช่นเช่นเดียวกันกับของ Rh แฟคเตอร์ คือพ่อและลูกมี Rh บวกและแม่ Rh ลบ Rh แฟคเตอร์ของทารกในครรภ์จะเป็น antigen เข้าสู่แม่โดยผ่านทางรก ทำให้เกิดมีการสร้างแอนติบอดีขึ้น คือเกิดมี anti - Rh agglutinin ในเลือดแม่ ซึ่งจะผ่านทางรกเข้าสู่เด็กและเกิดปฏิกิริยากับเซลล์ของทารกทำให้เกิดมีการสลายของเม็ดเลือดแดงขึ้น

โดยการแทนที่ Rh ลบของแม่ด้วยหมู่ O และ Rh บวกของพ่อและลูกด้วยหมู่ A หรือ B ก็สามารถจะแสดงกลไกได้สำหรับ ABO อินค้อมแปติบิลิต

อาจมีผู้คิดว่า โอกาสของทารกที่จะเป็นโรคนี้คงมีได้มากเหลือเกิน ดังที่ Kollar (19) ได้ทำการคำนวณไว้ว่า หาก heterospecific pregnancy นี้เกิดได้บ่อยและมากพอที่จะทำให้เกิดได้ในชั่วอายุคนหนึ่งแล้ว ต่อไปอีกประมาณ ๑๐๐๐ ชั่วอายุมนุษย์ในโลกจะมีเลือด

หมู่เดียวกันหมด แต่ความจริงหาใช่เช่นนั้นไม่ เพราะร่างกายมีกลไกป้องกันที่จะทำให้ไม่เกิดผลร้ายต่อทารก และมีทฤษฎีว่าด้วยเรื่องนี้อย่างมากมาย ดังเช่นของ Boorman กับพวก (17), ของ Tovey (20), ของ Wiener กับพวก (18), ของ Bryce กับพวก (21), และของ Potter (5) ซึ่งสรุปแล้วมีข้อสำคัญดังนี้

๑. Anti A และ anti B agglutinins ในเลือดแม่มีก็มีไคเตอร์ต่ำ

๒. รกเป็นทึบของกันและกรองแอกกลูตินินเนื่องมาจากสิ่งที่มีอยู่ในใหญ่

๓. เม็ดเลือดแดงของทารกไม่แพ้การแอกกลูตินิเนต อาจเป็นเพราะทารกยังมีชีวิตน้อยอยู่

๔. Anti A และ anti B agglutinins ถูกคิดเสียด้วย extracorporeal group specific antigen ก่อนเข้าสู่กระแสเลือดของทารก

เนื่องจากมีทฤษฎีเรื่องกลไกป้องกันต่างๆ กันเราจึงพบรายงานอันสับสนเกี่ยวกับไคเตอร์ แอกกลูตินิน และอันตรายต่อทารกอยู่เสมอๆ ดังเช่น Polayes และ Ohlbanen (12) พบว่าส่วนเฉลี่ยของ anti A ไคเตอร์ ของผู้หญิงหมู่ O ผู้ซึ่งไม่

เคยคลอดบุตรมีราว ๑:๕๕ (๒๐-๑๐๐) และในหญิงเหล่านี้เมื่อคลอดทารกปรกติ หมู่ A ไคเตอร์เฉลี่ยสูงขึ้นไปเป็น ๑:๒๑๕ (๑๒๐-๓๐๐) แต่ในรายที่ทารกเป็นโรคนิ anti A ไคเตอร์ สูงระหว่าง ๑:๖๐๐ - ๑:๑๒๘๐

Smith (22) ได้รายงานว่าจำนวน ๔๐ ใน ๔๖ คนของหญิงมีครรภ์ชนิด heterospecific pregnancy นิไคเตอร์สูงขึ้นไปถึง ๑๒๘๐๐ แต่ก็ไม่มีอันตรายต่อทารกเลย

Bryce และพวก (21) พบว่า ไคเตอร์สูงถึงทุกรายเมื่อเกิดมีอันตรายต่อทารก Boorman และพวก (17) พบ anti B แอกกลูตินินที่ผสมไม่ได้กับเม็ดเลือดแดง ของลูกในครรภ์ไคเตอร์ สูงถึง ๓๒๐๐๐ และ ๘ ล้าน ในคนปรกติ รายหนึ่ง ๓๒๐๐๐ หรือกว่า ส่วนในคนปรกติอีก ๑๖ คน anti A และ anti B ไคเตอร์อยู่ระหว่าง ๕๖-๕๐๐

Aubert และพวก (23) รายงานผู้ช่วยหนึ่งรายพิศจน์โดยการตรวจศพมี anti A ไคเตอร์สูงถึง ๑๖ ล้าน และรายของ Grubert และพวก (15) anti B ไคเตอร์สูง ๔๐๐

ในผู้ป่วยของเราทั้ง ๆ ที่เด็กอายุถึง ๓ เดือนเศษแล้ว anti B ไคเตอร์ก็ยังคงถึง ๑๐๒๔ ซึ่งเข้าใจว่าเมื่อแรกคลอดคงจะสูงกว่านี้มาก

ด้วยความสับสนดังกล่าว การวินิจฉัยโรคจะอาศัย agglutinin ไคเตอร์แต่อย่างเดียวไม่ได้ ผู้บรรยายนี้ได้อาศัยสิ่งตรวจพบดังต่อไปนี้ คือ

๑. มีอาการโลหิตทางและค้ำช้ำอย่างแรง

๒. Erythroblastemia

๓. น้ําและทขี้โตมาก

๔. พ่อและแม่มี Rh<sub>0</sub> ขวก เหมือนกัน

๕. พ่อและลูกมีเลือด หมู่ B ส่วนแม่หมู่ O

๖. Anti B agglutinin ไคเตอร์ในเลือดแม่มี ๑:๑๐๒๔

เนื่องจากเราหาหมู่เลือดได้เพียง หมู่ ABO และ Rh<sub>0</sub> เท่านั้น ฉะนั้นจึงไม่สามารถยืนยันได้ว่ารายนี้มีสาเหตุเกิดจาก ABO incompatibility อย่างแน่นอน

สรุป

๑. ได้เสนอรายงานเอริโทรบลาสโตซิส พิศาจิส หนึ่งรายซึ่งลูกมีเลือดหมู่ B

ส่วนแม่ หมู่ O และมี anti B agglutinin ไคเตอร์ ๑:๑๐๒๔

๒. เชื่อว่าสาเหตุเกิดจาก hetero-specific pregnancy ทำให้มี ABO incompatibility ระหว่างแม่กับลูก

ผู้รายงานขอขอบคุณ ท่านหัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์ทศรุตานะนำและอนุญาตให้นำรายงานเสนอได้ และขอขอบคุณหัวหน้าแผนกที่ ๑ กรมแพทยทหารบก และ พันตรีจารี ส เทพหัสดิน ณ อยุธยา ที่ได้กรุณาให้ใช้ Anti Rh<sub>0</sub> agglutinin ในการศึกษาจนตลอด

เอกสาร

1. Ballantyne, J. W.: The diseases and deformities of the foetus. Edinburgh: Oliver & Boyd, Ltd., 1892, Vol. 1 (After 5).
2. Schridde, H.: Universal edema of the new-born, Munchen. med. Wchnschr. 57: 397, 1910 (After 5).
3. Buchen, A. H., and Comrie, J. D., Four cases of congenital anaemia with jaundice and enlargement of the spleen. J. Path. & Bact. 13: 398, 1909 (After 5).
4. Diamond, L. K., Blackfan, K. D., and Baty, J. M.: Erythroblastosis foetalis and its association with universal edema of the foetus, icterus gravis neonatorum, and anemia of the new-born, J. Pediatrics. 1: 268, Sept., 1932

5. Potter, E. L.: Rh factor, its relation to congenital hemolytic disease and to intragroup transfusion reactions. The Year Book Publishers, 1947
6. Darrow, R. R.: Icterus gravis (Erythroblastosis) neonatorum, Arch. Path. 25: 378, March, 1938
7. Darrow, R. R.: Novakowsky, S., & Austin, M. H.: Specificity of foetal and of adult hemoglobin precipitins, Arch. Path. 30: 873, Oct. 1940
8. Landsteiner, K., and Wiener, A. L.: Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 43. 223, 1940
9. Levine, P., Burnham, Katzin, E. M., Vogel, P: Am. J. Obst. and Gynec. 42. 925; 1941
10. Levine, P: J. Pediatrics 23: 656, 1943
11. Halperin, J., Jacob, M., and Dubin, A.: Am. J. Obst. and Gynec. 50: 326, 1945
12. Polayes, S. H., and Ohlbanen, C.: Am. J. Clin. Path. 15:467, 1945
13. Chesner, C., and Cicerella, J. A.: J. Pediatrics. 33: 191, 1948
14. Potter, E. L.: Am. J. Obst. and Gynec. 46: 130, 1943
15. Gruber, S., Litook, A., and Jacobi, M.: J. Pediatrics. 29: 518, 1946
16. Wiener, A. S. : Blood groups and transfusion. 3rd edition, 3rd printing. 1946
17. Boorman, K. E., Dodd, B. F., and Molison, D. L.: J. Obst. and Gynec. Brit. Emp. 51: 1, 1944
18. Wiener, A. S., Sonn, E. B., and Hurst, I. G. ; Pathogenesis of erythroblastosis foetalis, IV; Illustrative case histories of AB sensitization, Brooklyn, 1946, Wiener Laboratories.
19. C. Koller: Ztschr. f. Rassenphysiol. 3: 121 (1931)
20. Tovey, G. H. : J. Path. and Bact. 57, 295, 1945
21. Bryce, L. M. Jakobowics, R., and Mc. Arthur, N. ; M. J. Australia 2: 217, 1949 (After 13)
22. Smith, G. H. : J. Path. & Bact. 57:113, 1941
23. Aubert, E.F., Cochrane, J.B., and Ellis, M. E., B. M. J. 2:648, 1945

( Abstract of the preceding article )

A CASE OF ERYTHROBLASTOSIS FOETALIS  
WITH ABO INCOMPATIBILITY AS THE PROBABLE CAUSE

Sawasdi Sakulthai

M. B.

( Dept. of Pediatrics )

---

The patient, a male baby ninety-five days old, was the first child born of healthy parents. It had had deep jaundice since the third day of life, and for one week before admission had had high fever with mild diarrhea and rapid breathing. It was admitted in a very serious condition. There was severe anemia but no edema. The body weight was 4050 gm. The liver protruded five fingers' breadth below the costal margin, and the spleen, about four fingers. There was also right indirect reducible inguinal hernia. Blood examination revealed: hemoglobin 24.7 per cent (Sahli); colour index 0.7; total erythrocytes 1.96 million; total leucocytes 70,800; neutrophils 50 per cent; lymphocytes 47 per cent; eosinophiles 1 per cent; neutrophilic myelocytes 2 per cent; late normoblasts 3 per hundred leucocytes; erythroblasts 2 per hundred leucocytes; malarial parasites negative; icterus index 200; Van

den Bergh reaction negative direct. The Kahn test yielded negative result for father, mother and patient. The blood group of the father and the baby was type B; of the mother, O. All three were Rho positive. The mother's blood serum had an anti-A agglutinin titre of 1:128; anti-B, 1:1024 (Control with ten type O donors: anti-A 1:128 in 9 cases, 1:256 in 1 case; anti-B 1:128 in all ten cases). (The available facility permitted only Rho typing.)

The patient expired after 41 hours in the hospital. Roentgenological examination gave no relevant result, and the only pertinent post mortem finding was the presence of extramedullary hemopoietic centres in the liver and the spleen.

The author believes the principal etiological factor in this case to be probably ABO incompatibility between mother and child.

( Twenty-three references. )

---

# การปลูกหนัง

## รายงานผู้ช่วยสองราย

วิชัย บำรุงผล

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ศัลยศาสตร์ตกแต่ง (Plastic surgery) ไม่ใช่เป็นวิชาใหม่ แต่ได้เป็นที่สนใจและกระทำกันมานานนับเป็นร้อย ๆ ปีมาแล้ว ทั้งในยุโรปและเอเชีย เช่นเดียวกับวิชาศัลยศาสตร์แขนงอื่น ๆ นับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง เป็นต้นมา ปรากฏว่ามีทหารและราษฎรเป็นจำนวนมากไม่น้อยที่ได้รับผลจากสงครามทำให้มีความพิการของร่างกายในลักษณะต่าง ๆ กัน ได้ทำให้วงการแพทย์มีความสนใจมากขึ้นที่จะแก้ไข วิชาแขนงนี้จึงเจริญมาเป็นลำดับ

ส่วนหนึ่งของศัลยศาสตร์ตกแต่งที่จะกล่าวถึงต่อไป คือการปลูกหรือการตกแต่งผิวหนังใหม่ ที่เรียกว่า skin graft หมายถึงการทำให้มีผิวหนังเกิดขึ้นใหม่ โดยการนำผิวหนังจากที่หนึ่ง ไปปลูกให้

ขึ้นในอีกที่หนึ่งในคน ๆ เดียวกัน การนำผิวหนังไปสู่อีกที่หนึ่งอาจจะทำได้โดยไม่ต้องตัดผิวหนังให้ขาดจากที่เดิมทีเดียว ที่เรียกว่าทำ Pedicle graft หรือ flap graft หรือตัดขาดจากที่เดิมย้ายไปที่อื่นเลย ที่เรียกว่า Free graft ผิวหนังที่ตัดออกอาจตัดไปเพียงชั้นเอปี้เทอรัมิส หรือเอาหนังทั้งชั้น ทั้งนูนแล้วแต่ตำแหน่งและวิธีการที่จะกระทำของส่วนนั้นๆ ซึ่งจะไม่กล่าวละเอียดในที่นี้

ผู้ช่วยที่จะบรรยายเป็นผลจากการทำฟรีสกินกราฟท์ ซึ่งเป็นงานของนายแพทย์เฟื่อง สัตย์สงวน การปลูกหนังแบบนี้เพิ่งจะได้เริ่มกระทำกันในราวตอนกลางศตวรรษที่ ๑๕ นี้ยังถือว่าเป็นงานที่ค่อนข้างใหม่มาก

ผู้ช่วยเป็นพระภิกษุทั้งสองราย ราย

แรกอายุ ๒๕ ปี รัยไว้ในโรงพยาบาล เมื่อ ๕ พฤศจิกายน ๒๔๙๒ โดยต้องการตัดเอาแผลเป็นออก โดยมีประวัติการช่วยว่า ประมาณ ๒ ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ช่วยเกิดไม่สบาย ได้ทำการรักษาโดยดัดยาหม้อให้เคือก แล้วห่มผ้าคลุมโปง พร้อมกับ หม้อยา ที่กำลังเคือก เพื่อต้องการสกัดไอระเหยของยาบังเอิญเกิดเป็นลมหมดสติล้มทับหม้อยาน้ำยาที่กำลังรัยนั้น ๆ ได้ลวกร่างกายคันหลังแถบซ้ายตลอดตั้งแต่ไหล่จนถึงน่อง ผู้ช่วยรักษาตัวเองสองเดือนกว่า ค่อมมาแผลก็หาย แต่เป็นแผลเป็นนูนสูงชันเรื่อย ๆ แผลเป็นที่เกิดขนมีอาการเจ็บเป็นครั้งคราว และทำให้การเคลื่อนไหวขจัดข้อไม่เหมือนเดิม เช่นเหยียดแขนซ้ายไม่ไ้เต็มที ไปไม่ถึงที่ไหล่และหลัง

จากการตรวจร่างกาย พบว่าผู้ช่วยมีแผลเป็นคิลอยคี่ แข็งหนาขึ้นมาจากผิวหนังปรกติประมาณ ๐.๕ ซม. ในตำแหน่งต่างๆคือ (๑) บริเวณด้านหลังของต้นแขนตลอดถึงปลายแขนซ้าย (๒) บริเวณด้านหลังตลอดถึงกัน และ (๓) บริเวณด้าน หลังของต้น ขาซ้าย และน่อง

ค้วย เนื่องจากผู้ช่วยมีคิลอยคี่ใหญ่ หนา มากและบริเวณกว้าง การรักษาก็ต้องเลือกทำเลเพาะแห่งที่จำเป็นจริงๆ จะตัดออกหมดย่อมทำไม่ได้ ในครั้งแรกได้ตัดเอา คิลอยคี่ตรง บริเวณ หลังและไหล่ ออก เพราะที่ตรงนั้นทำให้หลังคั่งและปวด เมื่อตัดก็ออกแล้ว ก็เย็บหนังเข้ามาติดกันไว้ ปรากฏว่าแผลเป็นในเวลาต่อมาหายสนิท แต่เมื่อแผลผ่าตัดหายเรียบเรียบร้อยแล้ว กลับเกิดคิลอยคี่ขึ้นใหม่ตามรอยผ่าตัด จึงได้ให้ฉายรังสีเอกซ์อย่างลึกเป็นการรักษา

ครั้งที่สอง ได้ตัดคิลอยคี่ตรงบริเวณ ด้านหลังต้นแขนและปลายแขนออกเพราะเหยียดแขนไม่ไ้เต็มที แล้วทำฟริสเทกินกราฟท์ โดยเอาหนังจากต้นขา แต่งแผลด้วยเพนิซิลลินก็อส พันผ้าให้แน่นแล้วตรึงแขนส่วนนั้นไว้ ทั้งไว้ ๘ วัน จึงเปิดแผล ค่อยไปแต่งแผลวันเว้นวัน ผู้ช่วยรายนี้รัยไว้รักษาอยู่ ๖๒ วัน ผลเป็นที่พอใจมาก ปรากฏว่าหนังอกติดดี

รายที่สอง ผู้ช่วยอายุ ๒๑ ปี รายนี้ไม่ได้รัยไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่มาตรวจที่แผนกคนไข้นอก โดยมีประวัติ



(Abstract of the preceding article)

FREE SKIN GRAFT

Report of Two Cases

Vichai Bamrungbhol

M. B.

(Dept. of Surgery)

The first patient, a priest aged 25, suffered from widespread keloid formation resulting from a severe scalding with boiling potion. The areas affected were the posterior aspect of the whole left arm, the left half of the back including the buttock, and the posterior aspect of the left thigh and leg. The treatment was performed in two stages. First, the thick keloid on the back and shoulder, which caused stiffness and pain, was excised and the edges simply stitched together. Healing was good, but the keloid recurred and must be treated with deep x-rays. In the second stage the keloid was removed from the back of the upper arm and the fore-arm, to relieve the limitation of movement. A big graft

from the thigh was transplanted on to the denuded area, dressed with penicillin-gauze and immobilized for eight days. Results were highly satisfactory and the patient was discharged after sixty-two days in the hospital.

The second patient, also a priest, was scalded with hot water on the left arm. The wound healed after five months of home treatment; but the arm could not be extended. Examination revealed contracture at the elbow caused by a big scar on the postero-lateral side of the joint. The scar was excised and the area was repaired with a free skin graft from the thigh. Healing was good and free movement was restored.

ทางเลื่อมของวิชาการ

ไม่ยกย่องผู้รู้ ไม่เบียดทางก้าวหน้าให้เป็นไปตามคุณวุฒิ ทำให้วิชาดู  
เหมือนไม่มีค่า

# ไพรเมอร์ออสติโอมาของโพรงอากาศพรอนทัล

พร วราเวชช์

พ.บ.

(แผนกจักษุวิทยา ฯ)

ออสติโอมาของโพรงอากาศพรอนทัลหรือโพรงอื่นๆ ที่อยู่ข้างจมูกได้พบมานานแล้วกว่าสองร้อยปี ก่อนสมัยมีเอ็กซเวย์ Velpeau (๑๘๔๑) Bartholinus, Fabricus และ Schenkins ได้พบหิน (calculi) ในโพรงพรอนทัลในศพ คนแรกที่พบในคนมีชีวิตคือ Veiga ในปี ๑๘๐๕ โทประมาณเท่าไข่ไก่ เขาได้พยายามเอาออกทีละเล็กละน้อยจนหมด

Hilton (๑๘๓๖) ได้รายงานเนื้องอกคล้ายหิน๑รายที่ใหญ่มากหนักถึง๔๕๒ก. แต่หลุดออกมาเองโดยไม่ต้องผ่าตัด

ในอเมริกา รายแรกที่ได้รับการผ่าตัดคือที่รายงานโดย Knapp ในปี ๑๘๘๐ และได้รายงานไว้อีก ๑ ราย ในปี ๑๘๘๑ แต่เป็นคนไข้ที่พบและได้รับการผ่าตัดที่เมืองไฮเตลแบร์กในประเทศเยอรมนี

ก่อนปี ๑๘๘๐ ผู้เขียนรายงานส่วนมาก เรียกว่าเป็น "กระดูกงอก" (Exostoses)

ถึงแม้ว่า Hooper ได้แนะนำให้ใช้คำออสติโอมา (osteoma) แต่ต่อภายหลังปี ๑๘๘๐ คำว่าออสติโอมาจึงได้ถูกใช้ทั่วไป

ออสติโอมาของโพรงอากาศพรอนทัลจะมีบ่อยหรือไม่เพียงใดเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันมาก ก่อนสมัยเอ็กซเวย์ปรากฏว่าพบน้อยมาก สมัยหลังนี้ผู้เชี่ยวชาญบางคนมีความเห็นว่าเป็นโรคที่พบบ่อยๆ พอใช้ Andrew (๑๘๘๗) ได้ตรวจค้นรายงานคนไข้ ๒๕,๘๘๘ รายในโรงพยาบาล ๓ แห่งคือ New York Eye and Ear Infirmary, New York Ophthalmological and Aural Institute และ Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital และพบเพียง ๘ รายเป็น orbital exostoses จาก ๘ รายงานมีเพียง ๒ หรือ ๓ รายที่เชื่อว่าเกิดจากข้างในพรอนทัลไซนัส

Faulkner (๑๘๒๔) กล่าวว่าในระหว่าง ๒๐ ปี ที่โรงพยาบาล Manhattan Eye, Ear and Throat เขาได้พบประมาณ ๓ รายที่ให้การ

วินิจฉัยว่าเป็น osteoma of frontal sinus ระหว่างปี ๑๙๑๘ ถึง ๑๙๓๕ มีเพียง ๒ ราย ในคนไข้ทั้งหมด ๔๘,๐๐๐ รายที่รับไว้ที่ โรงพยาบาล St. Joseph's Mercy Hospital, Ann Arbor ยิ่งกว่านั้น มีผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก หลายคนที่ไม่พบโรคนี้เลยจนตลอดชีวิต รายงานเป็นจำนวนมากที่เขียน ๆ ลงมักพบเพียงรายเดียวหรือสองราย

เมื่อได้ศึกษาจากรายงานต่าง ๆ ในต่างประเทศพอจะบ่งได้ว่า osteoma ของฟรอนทัลไซนัสอาจเป็นโรคที่หาไม่ยากนัก แต่ก็ยังเรียกว่าเป็นโรคที่พบบ่อยนักไม่ได้

โพรงกระดูกฟรอนทัลเป็นตำแหน่งที่พบออสติโอมาของจมูก และโพรงข้างจมูก (paranasal sinuses) มากที่สุด Malan (๑๙๓๘) รวบรวมคนไข้ ๔๕๘ ราย พบว่า ๑๗๘ ราย (๓๘.๘๕%) เกิดใน frontal sinus, ๑๑๐ ราย (๒๓.๘๕%) เกิดใน ethmoidal sinus, ๔๑ ราย (๘.๙๗%) เกิดใน maxillary sinus, ๒๒ ราย (๔.๘๑%) เกิดใน nasal cavity, ๗ ราย (๑.๕๓%) เกิดใน sphenoidal sinus

ที่ศิริราชพยาบาลในระยะ ๑๕ ปีที่ผ่านมา มีแต่รายที่จะรายงานต่อไปนี้เป็นราย

แรกที่พบ สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คุณหลวงจรุงเรณูเวชช์ นายแพทย์หัวหน้าแผนก หู คอ จมูก ได้แจ้งว่าในระยะ ๑๐ ปีมา ยังไม่เคยพบเลย

ออสติโอมาที่พบในโพรงของกระดูกฟรอนทัลนั้นอาจเป็น ๒ ชนิด ชนิดไปแรวเป็นชนิดที่เกิดขึ้นในโพรงเอง ชนิดเซกันแตร์ ลามจากภายนอกเข้าไปในโพรง

American College of Surgeons (๑๙๓๕) ถือว่าเป็นเนื้องอกอย่างไม่ร้าย มักมีเส้นใต้หลายๆ ก้อน ที่ๆ ออสติโอมาชอบเกิดบ่อยที่สุดในโพรงอากาศฟรอนทัล คือที่ recessus nasalis และที่รอยประสานระหว่างกระดูกเอียมมอยด์และฟรอนทัล ออสติโอมาโดยมากตั้งต้นจาก endosteum ของไซนัส อาจจะได้เริ่มไซนัส บางรายอาจเป็นมานานโดยไม่มีอาการอีกเสียเลย และอาจพบได้โดยบังเอิญภายหลังถ่ายเอ็กซเรย์ ในระยะหลังๆ เมื่อโตอาจจะทำให้เกิดอาการเนื่องจากการรกดทับ เช่นปวดหัว ซึ่งทำให้คนไข้นึกถึงโรคของบริเวณนี้ เซ็กชันของก้อนเนื้องอกนี้ประกอบด้วยกระดูกชั้นเป็นชั้นๆ (lamellae) อย่างแน่นมาก ภายในมีลาคูน่า และเซลล์กระดูก Haver-

sian canals อาจปรากฏอยู่ และมีเส้น เลือดหล่อเลี้ยงมากปานกลาง

สาเหตุของโรคนี้ยังเป็นที่ถกเถียง กันมาก Ewing (๑๙๑๕) เชื่อว่าเกิดจาก ฐานของกระดูกอ่อนที่ติดต่อกับเอ็นร้อยหวาย ผู้ชำนาญส่วนมากกล่าวว่า ออสติโอมา ของโพรงกระดูกพรอนต์มักเป็นในคน หนุ่ม และเป็นในชายมากกว่าหญิง

รายงานผู้ป่วย ผู้ป่วย ส.ส. ชาย ไทย อายุ ๒๐ ปี เลขที่ทวีไป ๑๒๕๖๕-๕๑ เลขที่ภายใน ๗๐๑๕-๕๒ รัยไว้เมื่อวันที่ ๑๒ ส.ค. ๒๔๕๒

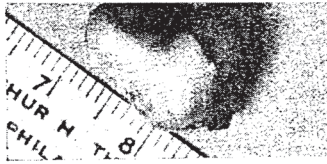
ประวัติส่วนตัวและครอบครัว คนไข้ เป็นนักเรียนอยู่ชั้นมัธยมปีที่ ๗ กำลังพัก การเรียน ๑ ปีเนืองจากโรคนี้ ซึ่งทำให้ปวดศีรษะเสมอๆ บิดามารคายังมีชีวิตอยู่ มีพี่ชายหนึ่งคนแข็งแรง

ประวัติอดีต ไม่มีอะไรสำคัญ การเจ็บป่วยปัจจุบัน สองปีก่อนมา โรงพยาบาลรู้สึกปวดศีรษะทั้งสองข้าง แถวใกล้ๆ กระบอกตา ปวดอยู่เรื่อยๆ ไม่มากนักอ้อย เช่นหวัดข้อยๆ สังเกต ว่าเวลาเป็นหวัดและเมื่อน้ำมูกน้อย ก็มัก ปวดศีรษะมาก น้ำมูกมักมีกลิ่นเหม็น

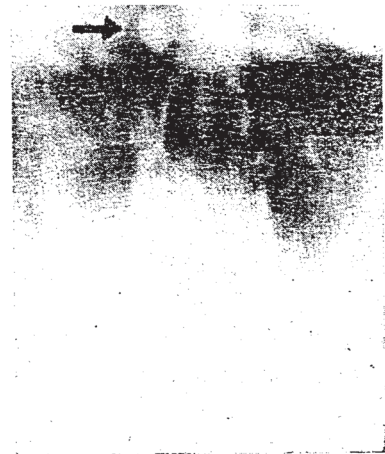
คาว ไม่เคยเห็นเลือด เมื่ออาการ ปวดมากขึ้น ได้ไปให้แพทย์ที่รำนแห่ง หนึ่งทำการจุ่มก แต่ไม่หาย จึงได้มา โรงพยาบาลครั้งแรกเมื่อวันที่ ๒๕ มิ.ย. ๕๒ ตรวจสายตาได้ ๖/๖ จมูกปกติไม่มี หนอง ได้ให้ยาขยายมูกเม็นซอล ๒ เปอร์เซ็นต์ในลิซิวูฟาร์ฟีน และทิงเจอร์เบนซอญนร์มจุ่มก อาการก็ไม่ดีขึ้น ได้เคยยักจุ่มกด้วยโคเคอีนและอิ เฟทรีนหลายครั้งก็ไม่ไ้ผล ในวันที่๒๒ ก.ค. ๕๒ ได้ส่งฉายเอกซเรย์ ได้รัย รายงานว่ามีโพลิปในพรอนต์ไซนัสข้าง ซ้าย ซ้ำพเจ้ายังสงสัยว่าจะไม่ใช่โพลิป เพราะเงามันหนาเหลือเกิน จึงให้ถ่าย อีกครั้งหนึ่ง ก็ได้รัยรายงานเช่นเดิม จึงตัดสินใจทำการผ่าตัดโดยคนไข้ยินยอม ตกลง ได้รัยเข้าอยู่โรงพยาบาลเมื่อ ๑๒ ส.ค. ๕๒

การตรวจร่างกายเมื่อแรกรัย อุณหภูมิ ๓๗.๐°ซ. ชีพจร ๘๐ หายใจ ๒๐ ลักษณะทั่วไปลำสันบริบูรณ์ หัวใจ ปอด ระบบ อาหาร และขั้วส้วาตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ

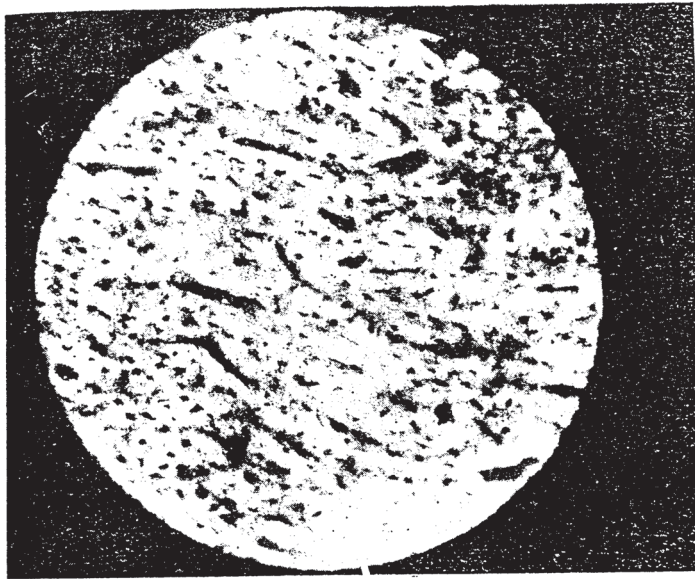
การตรวจในห้องทดลอง เลือดมี ฮีโมโกลบิน ๕๐ เปอร์เซ็นต์ เม็ดเลือดขาว



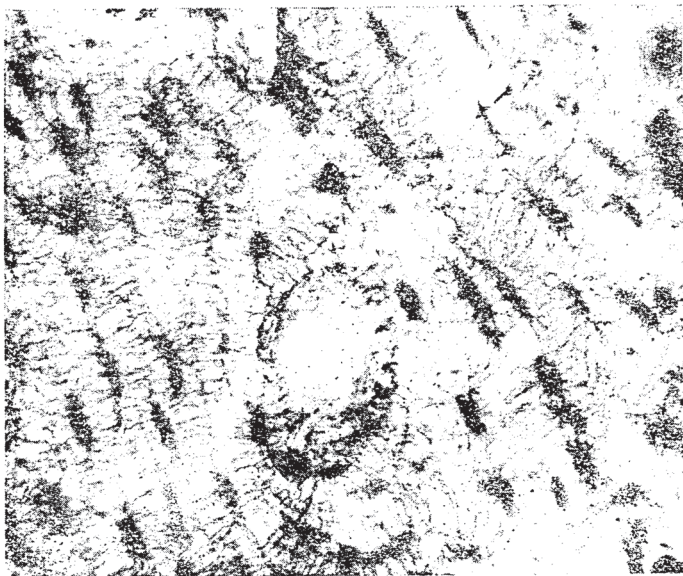
รูปก้อนเนื้อออกทั้งก้อน  
Osteoma of the frontal air sinus



ภาพเอ็กซเรย์  
แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง  
ก้อนเนื้อออกกับโพรงจมูก



ภาพถ่ายจุดทัศน เซ็คชั่น ขยาย ๑๐๐ เท่า



ภาพถ่ายจุดทัศน เซ็คชั่น ขยาย ๔๐๐ เท่า  
Photomicrograph of ground section X 400



ภาพเอ็กซเรย์กะโหลกศีรษะ  
แสดงตำแหน่งของก้อนเนื้อออก

๘๕๐ นิวโทรฟิล ๗๕ เปอร์เซนต์ เซอ  
มาลาเรียไม่พบ ปฏิกริยาต่อต้าน ลม  
เลือดหมู่ เอ

การรักษายา ก่อนลงมือผ่าตัดได้ทดลอง  
ผ่า ฟรอน ตัลไซ นัสใน ศพของของแผนก  
กายวิภาคศาสตร์ ซึ่งท่านหัวหน้าแผนก  
ทดลองจนอาจารย์ต่างๆ ได้กรุณาให้ความ  
ช่วยเหลือเป็นอย่างมาก ซึ่งจะงคมิได้  
ที่จะจารึกความขอบคุณไว้ในนี้ ภาย  
หลังที่ได้ฝึกซ้อมจนรู้ความหมายของ  
กะโหลกศีรษะและจุดหมายต่างๆ ก็แล้ว  
จึงได้ทำการผ่าตัดด้วยในวันที่ ๑๒ ส.ค.  
๕๒

การผ่าตัด ใช้แบบของ Portman (๒) ให้  
โนโวเคอิน ๑ เปอร์เซนต์กับแอสทอเรนดีน  
เป็นยาชาเฉพาะที่ ตัดต้นผ้าตึงกลาง  
ระหว่างกระดูก (internal palpebral com-  
missure) กับโคนจมูก โค้งไปตามคว  
ประมาณ ๒/๓ ของความยาวของคว ตัด  
ถึงเยื่อหุ้มกระดูก แล้วยกเยื่อขึ้น  
โดยระวังมากๆ ที่บริเวณหัวตามีให้ครอง  
มือไปตัดหรือขจัด (หัวรก) ของ  
กล้ามเนื้อซุฟ เรียร์ โอซิลิก (ซึ่งถ้า  
ถูกทำลายจะทำให้คนไข้มีอาการเห็นสอง  
ไตโปลงเบย) ภายหลังจากที่ ถ่างแผล

ออกให้เรียบร้อย แล้วเสาะหาจุดสังเกตุ  
ที่สำคัญ คือ เส้นประสาท (ซีวเจอร์ไลน์)  
เนโซฟรอนทัล ซึ่งอยู่ระดับเดียวกับ  
เส้นประสาทฟรอนโตแม็กซิลลารี

ค้นต่อไปอาศัยเส้นประสาทฟรอนโต  
แม็กซิลลารีเป็นที่หมาย ใช้ลิ้วค่อย  
กะตุกเหนือเส้นประสาทออกทีละน้อยจน  
ทะลุผนังฟรอนทัลด้านหน้า แล้วใช้ปาก  
คีบสำหรับแะกระดูก (โยนงฟอ์เซ็ปส์)  
ค่อยๆ ขยายกระดูกให้กว้างออก ค่อย  
ไปใช้หมุด แยกความยาวของโพรงไซ  
นัส แล้วเข้คให้กว้างขึ้นอีกโดยใช้ปาก  
คีบกระดูก (โยนฟอ์เซ็ปส์) พอแผล  
กว้างประมาณ ๓/๔ นิ้วตามเส้นผ่าศูนย์กลาง  
ก็มองเห็นกระดูกงอกที่ต้องการนั้น  
อยู่ในโพรงส่วนล่างบริเวณใกล้เคียงกับ  
รูที่ไซนัสติดต่อกับโพรงจมูก ได้เอา  
ลิ้วค่อยๆ ค่อยๆ กะตุกนั้น แคบซูลที่หุ้ม  
กระดูกอยู่ก็แตกออกมาเป็นชั้นบางๆ ค่อย  
ไปใช้ปากคีบจับก้อนกระดูกงอกโยกๆ ก  
ก็พอกที่หลุดออกมาเลย ในโพรงฟรอน  
ทัลไม่มีหนองหรือคัสซาจอนเลย แห่ง  
สอาคคิ ลมเข้าออกติดต่อกับโพรงจมูก  
ได้ในเวลาหายใจ จึงเย็บแผลปิดไว้ คน  
ไข้ทนการผ่าตัดได้ดีมาก ระหว่างทำ

พุกาโต้ตอบโต้ ไม่มีเจ็บหรือเสียวเลย  
แผลหายก็ เจ็บวันภายหลังผ่าตัด  
ได้ส่งไปฉายเอกซเรย์อีกครั้ง ใ้รับ  
รายงานว่า “เงาที่ขรุขระเล็กๆ ที่เคยอยู่  
ในโพรงฟรอนทัลข้างซ้ายนั้นหายไปหมด  
สิ้น ไม่มีลักษณะแสดงการที่กระดูก  
ทำลายเลย” ผู้ช่วยกลับบ้านในวัน  
เอง และได้มาติดต่อเรื่อยๆ ปรากฏว่า  
อาการปวดศีรษะหายเร็วขยับย่น ต่อมา  
เมื่อขนคิ้วงอกเป็นปรกติแล้วก็มองเกือบ  
ไม่เห็นแผลเป็นเลย

ใ้ส่ง เนื้อ ออก ไป ตรวจ ทาง พยาธิ  
วิทยาและใ้รับรายงานต่อไป “ก้อนที่  
ส่งมาให้ตรวจเป็นก้อนแข็งแต่ในน้ำยา  
ฟอร์มาลิน ๒๐ เปอร์เซ็นต์ ขนาด ๑.๐ x  
๑.๗๕ x ๑.๐ ซม. มีเยื่อหุ้มขรุขระ  
เป็นเยื่อหุ้มกระดูกคลุมอยู่เกือบรอบนอก  
จากทรวงอกแตก เมื่อดึงเอาเยื่อออก  
เห็นก้อนมีผิวทั่วไปค่อนข้างเรียบแต่มี  
รูเล็กๆ ปรากฏอยู่ทั่วไป ใ้ผ่าออกเป็น  
สองซีก และตัดชิ้นหนึ่งจากส่วนกลาง  
ไปฝน ให้ยาง และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์  
พบลักษณะเป็นกระดูกทั่วไปหมดไม่มี  
กระดูกอ่อนปนอยู่เลย ตามขอบด้านหนึ่ง  
กระดูกมีลักษณะคล้ายกับชั้นขอบนอกของ

กระดูกยาว ค่อนข้างทึบ มีแคแนลเพียง  
เล็กน้อย และ ทอดเข้าสู่ ภายใน คล้าย  
ฟอสฟอรัส, แคแนลล์ ที่ขอยอีกด้าน  
หนึ่งมีโพรงเป็นรูใหญ่ทั่วไป แต่ไม่ถึง  
กับแยกออกเป็นกระดูกฟองน้ำ ภายใน  
ส่วนกลางของชิ้นชิ้นปรากฏเป็นฮาร์เวอร์  
เชียน ซิสเต็ม แต่แตกต่างจากกระดูก  
ปรกติ คือ มีฮาร์เวอร์เชียนแคแนลล์มาก  
กว่า แสดงว่ามีหลอดเลือดเข้ามาเลี้ยง  
มากกว่า การเรียงของลามัลลารอบๆ  
แคแนลล์ก็ไม่ชัดเจนเช่นปรกติ มีขี้  
เขี้ยว ขนาดของแคแนลล์เล็กกว่าปรกติ  
และลามัลลาที่ขยกว่า แสดงว่าการ  
เจริญของก้อนเป็นไปโดยปราศจากการ  
ควบคุม ลักษณะของลาคาน่าและแคแนล  
ลิควาโล ไม่แตกต่างจากปรกติ

สรุป ใ้รายงานโรค ไปรเมอร์ออสติ  
โอมาของฟรอนทัลไซนัสหนึ่งราย ซึ่ง  
ใ้ผ่าตัดแยกก้อนเนื้อออกออกเร็วขยับย่น  
และใ้ศึกษาลักษณะจุลระกายวิภาคของ  
ก้อนเนื้องอกด้วย

ข้าพเจ้าขอขอบคุณนายแพทย์สุด แสงวิเชียร หัว  
หน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ ที่ได้กรุณาให้ความช่วย  
เหลือหลายอย่าง รวมทั้งการค้นคว้าชิ้นของก้อนเนื้อ  
การถ่ายภาพจุลทัศน์ การอนุญาตและแนะนำใ้ทำ

แหละศพและทดลองผ่าฟรอนต์ไลนัส ด้วยความเต็มใจและเอาใจใส่ ขอขอบคุณนายแพทย์อำนาจ เสมรสต์ เกี่ยวกับการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ และนายแพทย์ศร เมตติยวงศ์ถ่ายรูปก้อนเนื้อทั้งก้อน

of the Ear, Nose and Throat, pp.750-758.

2) Portman: Surgical Technique of Otorhino-laryngology, pp. 340-361.

3) George Kelemen: Arch. of Otolaryngology, v. 32, 1949, p. 180

4) R. Wallace Teed: Ibid, v. 33, 1941 pp. 255-280.

เอกสาร

1) Eggston and Wolf: Histopathology

ผู้ที่จักทำการศึกษานี้ต้องเป็นคนรักงานจริงๆ ต้องอุทิศตัวให้แก่งานนี้โดยไม่หวังที่จะได้รับการยกย่องสรรเสริญเป็นผลตอบแทนโดยเร็ว การยอมรับคนทั้งเด็กทั้งผู้ใหญ่ ย่อมกินเวลานานกว่าจะได้เห็นผลสำเร็จ และรู้ว่าได้ทำมาในทางถูกหรือผิด บางทีกว่าจะรู้ผล ตัวเราเองอาจตายไปแล้วก่อนแล้วก็ได้ ไม่เหมือนการก่อสร้างบ้านเรือนหรือถนนหนทาง เมื่อสร้างเสร็จก็เห็นผลทันที ได้รับความยกย่องเร็วทันใจ ส่วนการสร้างนิสัยของคนนั้นเห็นผลได้ยาก บางทีคนต่อมาไม่ทราบเสียด้วยซ้ำไปว่าใครเป็นผู้สร้าง

พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระไชยนาทนเรนทร

(จาก สารศิริราชฉบับพิเศษ ฉลองหกสิบปีศิริราช)

(Abstract of the fore-going article)

PRIMARY OSTEOMA OF THE FRONTAL AIR SINUS

Porn Warawej

M. B.

(Dept. of Ophthalmology and Oto-rhino-laryngology)

This is the report of the first case of primary osteoma of the frontal air sinus to be recorded in Siam. The patient was a young man of twenty who complained of almost continual headache for about two years. Various treatments having failed a roentgenogram was taken. The roentgenologist's impression was polypus in the left frontal sinus. Since the shadow of the mass seemed to be unusually dense the examination was repeated with the same diagnosis. Antrotomy was therefore performed under local anesthesia, according to the technic of Portman. Within the sinus a small ovoid mass (1.0x1.75x1.0-cm.)

was found attached through a pedicle to its lower floor near the infundibulum. Excision was fairly easy. The antrum was otherwise clean, and communicated freely with the nasal cavity after removal of the growth. The patient was discharged on the seventh day after operation, being relieved of all complaints. He later reported himself to be quite well; the scar was hardly visible under the eyebrow. Roentgenogram after the operation failed to detect any remnant of the dense mass.

Microscopic study of the specimen confirmed the diagnosis of osteoma.

(Four references and five figures)

ติพิธิเวียในช่องจมูกโดยมากจะพบย่อยในเด็กระยะกินนม การอักเสบอาจลามมาจากในคอ หรือตั้งคนตนเองก็ได้..... อาการร้ายแรงของโรครวมกับการอักเสบในช่องจมูกจะเป็นเครื่องช่วยการวินิจฉัยได้ ติพิธิเวียในช่องจมูกนี้เป็นอันตรายแก่ชีวิตแต่ขนาดนั้นมาก

ทองอยู่ จันบุญมี

(จดหมายเหตุฯ แพทยสมาคม ๒๕๘๓)

## บทบรรณาธิการ

### ไอและจาม

หน้ัน เป็น ฤๅของการ ไอและจาม, เนื่องด้วยการแพร่ของโรคหวัด. อาการทั้งสองนี้มีกลไกในกำเนิดคล้ายคลึงกัน, มีจุดมุ่งหมายในเชิงป้องกัน เช่น ไข้หวัด, และดำเนินขอขยับไปก็เห็นเหตุแห่งความยุ่งยากสำหรับร่างกายได้, ดังนั้นจึงน่าจะสนใจทบทวนความรู้ในเรื่องอาการทั้งนี้

อาการทั้งสองนี้เป็นตัวอย่างของ "รีเฟล็กซ์ป้องกัน", ซึ่งเกิดขึ้นในทางเดินอากาศของร่างกาย, และมีจุดประสงค์ป้องกันอวัยวะหายใจจากการล่วงล้ำของสิ่งที่อาจก่ออันตรายได้, เช่น แก๊สหรือไอระเหยที่ระคาย, ฝุ่นละอองหรือของแข็งอื่น ๆ เป็นต้น; รีเฟล็กซ์จำพวกนี้ยังผลให้การหายใจหยุดชะงักหรือทำให้หายใจออกอย่างแรงเต็มที่. อาการจามมักเป็นผลของการระคายเคืองโพรงจมูก, โดยการแตะต้องกระแทกหรือโดยสารเคมีบางอย่าง, รวมทั้งน้ำมูกด้วย. ส่วนการไอ มักมีเหตุจากการระคายในส่วน

บนของหลอดอากาศหายใจ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคอหอย, หลอดคอ (เทรเคีย), และบริเวณง่าม (ไบเฟอร์เคชัน) ของหลอดคอ; แต่อาจเกิดจากส่วนลึกกว่านั้น, เช่น แขนงต่าง ๆ ของหลอดลม, และจากส่วนอื่นของร่างกายก็ได้, เช่น เยื่อหุ้มปอด, คอหอย, หู, แม้กระทั่งตับและม้ามที่พองโตกว่าปรกติ. ผลของการระคายนี้ในชั้นต้นเหมือนกันสำหรับการจามหรือไอ, กล่าวคือเริ่มต้นด้วยการหายใจเข้าอย่างลึกกว่าธรรมดา, แล้วช่องเสียง (กลอตทิส) ปิด, และกล้ามเนื้อที่ทำการหายใจออกทำการบีบหน้าอกและหน้าท้องอย่างแรง, ทำให้ความอัดตันในโพรงอกเพิ่มสูงมากขึ้น ๆ, จนกระทั่งอากาศดันเอาเส้นเสียง (โวลเคิลคอร์ค) แยกออกจากกัน, ช่องเสียงเปิด, ปล่อยอากาศที่ถูกอัดตันอยู่นั้นพุ่งผ่านออกมา, ยังเกิดเป็นเสียงกระแทก, และสายลมแรงนั้นก็พุ่งไปสู่ทางออก. ในการจาม, ทางออกสำคัญคือ

ช่องจมูก, ทางรองคือช่องปาก, และ กระแสอากาศย่อมพัดพาเอาสิ่งระคายที่ อยู่ในโพรงจมูกออกไปด้วย. ส่วนเวลา ไอ, ทางออกไปสู่โพรงจมูกถูกบีบคั้นไว้ โดยลิ้นไก่อ่อน, อากาศทั้งหมดจึงพุ่ง ออกทางปากด้วยกำลังแรงและพาเอาสิ่ง ระบายออกไปด้วย. กระแสอากาศเช่น นี้ปรากฏว่าขณะทีผ่านหลอดลมใหญ่อาจมี ความเร็วถึง ๑๓-๓๒ ม. ต่อวินาที, และ ในตอนผ่านช่องเสียง อาจเร็วถึง ๕๐-๑๒๐ ม. ต่อวินาที, ซึ่งเร็วกว่าลมพายุ อย่างแรงเสียอีก.

ข้อพึงสังเกตประการหนึ่งคือการไอ นั้นเราอาจตั้งใจกระทำขึ้นเองได้, แต่ การจามนั้นทำเองไม่ได้, ต้องมีอะไร กระทบเยื่อจมูก, จึงจะเกิดการเคลอนไหว ของการจามขึ้น.

ในท่านพยาบาลไอเป็นอาการสำคัญมาก อย่างหนึ่ง, ซึ่งบังเกิดโรคในทางเดิน อากาศหายใจ เช่นเยื้องต้น. สำหรับ อาการจามนั้นความสำคัญน้อยกว่า, เพราะมันเหาะจุกัดและอยู่ต้น, สดวกแก่ การตรวจค้น. อย่างไรก็ตาม, อาการจาม ไม่จำเป็นจะต้องแสดงว่ามีสิ่งแปลกปลอม เข้าไปอยู่ในจมูกเสมอไป, เพราะเพียง

การขยายตัวของเส้นเลือดและภาวะเลือด คั่งภายในเยื่อจมูกนั่นเองก็อาจก่อให้เกิด การระคายขึ้น, นำไปสู่การจาม ได้, ดังที่ปรากฏในคนที่มิแอลเลอร์ข้าง จำพวก.

อาการไอมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น ในเมื่อการระคายมากจนถึงขีดอีกเสีย, ทำให้เกิดเสมหะขึ้น, เป็นสิ่งซึ่งต้องขับ ไล่ออกไป. เรืองนี้เป็นหน้าที่ของภาวะไอ, ซึ่งมีประโยชน์ไม่เพียงแต่ไล่สิ่งระคาย ออกมาเสียเท่านั้น, หากแต่ช่วยขจัด เชื้อโรค, ซึ่งคัดออกมาด้วยเสมหะ, ยั้ง กันการลุกลามต่อไป, และช่วยเบี่ยงทาง อากาศให้ปลอดโปร่งยิ่งขึ้นด้วย. คราย ใดที่มีเสมหะจะต้องกำจัด, และครายใด ที่การไอสามารถนำเสมหะนั้นออกมาได้, ไอก็เป็นคุณ; แต่ถ้าหากไม่มีเสมหะ, การไอก็กลายเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนาหรือ แม้อาจเป็นโทษ, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้ามันรบกวนความสงบของคนไข้, ทำให้นอนไม่หลับ, และแพ้นแรง. ในการไอ แต่ละครั้งกล้ามเนื้อหลายมัดต้องทำงาน อย่างหนัก, เป็นการเสียกำลังมาก; และ ในการเบ่งก่อนที่อากาศจะพุ่งออกมาได้นั้น ความอึดคั้นภายในโพรงอกย่อมขัดขวาง

ต่อการไหลของเลือด, โดยเฉพาะในเส้นเลือดดำใหญ่, ซึ่งรบกวนการทำงานของหัวใจ. เพราะเหตุนี้อาการนี้อาจเป็นต้นเหตุของอันตรายร้ายแรงในคนที่เส้นโรคหัวใจอ่อนกำลังและในคนที่ร่างกายอ่อนเพลียมาก ๆ. การเปลี่ยนแปลงความอืดตันขึ้นๆลงๆภายในทรวงอก เป็นเรื่องต้องระมัดระวังเกี่ยวกับอันตรายของการเส้นเลือดแตก, เอ็มพีซีม่า, และเอ็มบอลัสมี.

เป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้รักษาที่จะตัดสินใจว่าในขณะที่การไอเป็นประโยชน์และในขณะที่ไอเป็นโทษ. แพทย์ที่รอบคอบย่อมจะไม่ละเลยอาการไอของคนไข้ บางทีคนไข้หลังผ่าตัดต้องออกหัดนอนเพราะไอแห้ง, ซึ่งหมอเห็นเป็นของธรรมดาและไม่เอาใจใส่ตรวจตราหาทางควบคุม; เรื่องนี้อาจกลายเป็นมากก็ได้. ถ้าหากหมอแน่ใจว่าการไอกำลังเกินต้องการไป, ก็ควรต้องจับแก้ไข. ถ้าหากไอแห้ง, ไม่มีเสมหะ, และการตรวจปอดก็แสดงว่าทางเดินอากาศไม่มีของเหลวกักกัน, การไอก็ควรระวังเสียได้. บางครั้งเสมหะยังมีมาก, แต่คนไข้ไอถี่และไอตลอดเวลาจนไม่ไ้พักผ่อน, ก็อาจต้องลดการไอ

ลงบ้าง. บางครั้งเสมหะมีมาก, แต่เหนียว, คนไข้ไอหรือหากไม่ออก, ก็ควรต้องช่วยโดยการทำให้เสมหะเหลวและไหลง่ายเข้า. ในการช่วยเหลือเหล่านี้แพทย์ควรใช้ทุกวิธีที่อาจใช้ได้, ไม่เพียงแต่ยาอย่างเดียว.

จากแง่ของสรีรวิทยา, การไอเป็นงานของศูนย์หายใจ, เพราะการเคลื่อนไหวของร่างกายเกี่ยวกับการนี้เป็นอย่างเดียวกับการหายใจออก, เว้นแต่ผลิตภัณฑ์ปริมาณและกลไกบางส่วนเท่านั้น. การระคายจากทางเดินอากาศหายใจ ก่อให้เกิดพลังประสาทแล่นเข้า (แอฟเฟอเรนซ์ อิมพัลส์) ไปสู่ศูนย์หายใจ อยู่ที่ในเมดัลลาโอเบลลิงกาตา, และกระตุ้นศูนย์นี้ให้เกิดการสนองเป็นการไอ. หากการระคายและกระตุ้นเช่นนี้เกิดซ้ำๆ ซากๆ อยู่เป็นเวลานาน, ศูนย์หายใจที่ถูกควบคุมย่อยๆ นั้นก็จะยังมีความทนกระตุ้น (อิริเรซิเบิล) มากขึ้น, และยิ่งทำให้ไอง่ายยิ่งขึ้นแม้การระคายจะน้อย. ขอนเป็นเหตุให้เกิด "วงร้าย" (วิเชียสซัยเคิล), ทำให้การไอเกินต้องการ, และยึดเยื้อต่อไปโดยไม่มีความสำเร็จ.

ในรายที่การไอเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์,

การแพทย์ มัก เพิ่งเล็งถึง การรกดหรือลด ความตึงเครียดของศูนย์หายใจก่อนอื่น ๆ. พึงเห็นได้ว่าการรมทั้งผลดีในทางตรง, คือทำให้คนไข้ไอน้อยลง, และในทาง อ้อม, โดยกล่อมให้ศูนย์หายใจเกิดความสงบ, ได้พักผ่อนเสียคราวหนึ่ง, ซึ่งย่อมชวนให้ มีความตึงเครียดน้อยลง. แม้เมื่ออยากคนหมดฤทธิ์ไปแล้ว, ผล ของความสงบก็ยังจะมีอยู่ในการทำให้ ศูนย์หายใจทนทานต่อการระคายผากชั้น กว่าเดิม. ยาที่นิยมใช้เพื่อผลดังกล่าวนี้ ผันและมอร์ฟีน, รวมทั้งตัวยาสังเคราะห์ ซึ่งใช้แทนยานั้น ๆ ด้วย, เช่น โคเคอีน, โทอินัน, โทเลติก, พาราโคทิน, ยู โคคาล, เป็นต้น. ในกระบวนยาเหล่านี้ มอร์ฟีนมีฤทธิ์แรงที่สุด (สำหรับศูนย์ หายใจ) และก็มีพิษมากที่สุดด้วย, จึง นั้นจึงมักใช้อย่างอื่น ๆ ก่อน, จนเห็น ว่าไม่ได้ผลจริง ๆ จึงใช้ มอร์ฟีน. พึง สังเกตว่าสำหรับการระงับนั้นฝนให้ผลไม่ค้ เท่ามอร์ฟีน; นอกจากทำให้ท้องผูกมาก กว่าแล้วยังมีตัวยาอื่น ๆ ผลสมอยู่, ซึ่ง กระตุ้นศูนย์หายใจ, เป็นการต่อต้านฤทธิ์ ของมอร์ฟีนเสียด้วย.

ยานอนหลับจำพวก บาร์บิตัวเรตมัก

ช่วยเพิ่มฤทธิ์ของยาระงับไอเหล่านี้, ใน เมื่อให้ ไป พร้อม ๆ กันใน ขนาด น้อย ๆ, เป็นผลของการร่วมฤทธิ์ (ซินเนอร์จิสต์). ความรู้ข้อนี้อาจเป็นประโยชน์ในรายที่ การไอทนทานต่อยาระงับมาก, และ แพทย์ผู้รักษาไม่เต็มใจที่จะใช้มอร์ฟีนใน ขนาดสูง.

นอกจากยาที่ออกฤทธิ์กดศูนย์หายใจ โดยตรง, ยายรรเทากระคาย (คัมลิตเซ็นต์) บางอย่างก็มีประโยชน์มาก, โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในการอักเสบแฉะคอหอย, โดย ช่วยเคลือบคลุมพื้นผิวของเยื่อเมือกและ ข้องกันหรือลดการระคาย. ยาที่นิยม ใช้ในทำนองนี้ได้แก่น้ำตาลหรือ น้ำเชื่อม, อะเซมเตค (ลิตอริส), กลีซีเซอริน, และอะเคเซีย เป็นต้น. ยาสามัญบางอย่าง ก็ให้ ประโยชน์ โดยการ ลดการ ระคาย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าใช้ ละลายจาง ๆ และพ่นเป็นฝอยหรือย้ายแฉะคอ, เช่น น้ำละลายสี่เสียด (คาเคชู) หรือ แทนนิน.

ในรายที่ยังมีเสมหะมาก, แต่เห็นยว, ทำให้คนไข้ต้องขากแรงและไอบ่อย, เป็น การเสียดกำลัง, การแก้ต้องเพิ่งเล็งถึง การลดความเห็นยวหนักของเสมหะเป็น

ใหญ่. วิธีการของแพทย์ในขณะนี้ไม่ได้เพียงให้ยาอย่างเดียว, แต่ยังมีอื่น ๆ อีกด้วย: ให้ดื่มน้ำมาก ๆ, เช่นน้ำชา, น้ำส้มคั้น; รักษาร่างกายให้อบอุ่น, โดยฉะเพาะอย่างยิ่งที่หน้าอก; ให้สูทอิสระหลาย ๆ ทางจมูก, เช่นกำยาน, ยูคาลิปตัส, น้ำมันสน. ยาที่อาจมีประโยชน์โดยตรงได้แก่ กลีโกลแอมโมเนีย (แอมโมเนียมคลอไรด์, แอมโมเนียมคาร์บอเนต), ไอโอไกต์ (โปแตสเซียม, โซเดียม), เทอร์บินฮัยเตรต, ซัยรัปปีแค็ค, และตาร์ตาร์เอเมติก, ซึ่งช่วยให้เสมหะไหลลงง่ายขึ้นโดยกลไกต่าง ๆ กัน.

สำหรับการจาม, การรักษาอาจพึงเลี่ยงไปในทางระงับความรู้สึกในช่องจมูก, โดยการใช้น้ำสะอาด, โดยฉะเพาะอย่างยิ่งถ้าจามมากจนเป็นทรมานสุขภาพ. ยาที่ใช้เสมอ ๆ คือโคเคอิน, ซึ่งไม่ใช่ยาที่ปลอดภัยนัก. ยานมีประโยชน์

สองทาง, คือระงับความรู้สึกและขับเส้นเลือด. ฤทธิ์ประการหลังนี้ช่วยให้จมูกโล่ง, และลดปริมาณการหลั่งน้ำมูกด้วย. แต่โคเคอินมักทำให้เกิดพิษเนื่องจากการแพ้, ดังนั้นจึงไม่ค่อยใช้, นอกจากจำเป็น. ยาที่ใช้แพร่หลายเป็นพวกยาขับเส้นเลือด, เช่นอีเฟดริน, แอมเฟตามีน (เป็นซัลเฟต), นาฟาโซลีน (ปริวิน), ซึ่งอันตรายน้อยกว่าโคเคอิน, แต่ก็มิใช่ว่าปลอดภัยทีเดียว. ยาเหล่านี้มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทกลาง, ถ้าหากมีการกดขี่จากเยื่อจมูกเข้าไปสู่กระแสโลหิตในปริมาณเพียงพอ, ก็อาจก่ออาการรบกวนหลายอย่างได้, เช่นการตื่นเต้น, นอนไม่หลับ, ฝันร้าย, เป็นต้น. อนึ่งการใช้ยาขับเส้นเลือดติดต่อเรื่อยไปย่อมขัดขวางการพ่นจากอวัยวะ, เพราะทำให้เลือดมาหล่อเลี้ยงน้อยไป, ดังนั้นก็อาจกลับเป็นโทษได้.

## แผนกย่อเอกสาร

(หมายเหตุ การที่ใช้ฉีดยารเล็กเป็นบางตอนก็เพื่อประหยัดเนื้อที่ ไม่เกี่ยวข้องกับความสำคัญ)

๑. Karl Elmar Fecht: Behandlung asphyktischer Neugeborenen mit Cardiazol Injektion in die Nabelvene (การรักษาสอสฟักเซียในเด็กแรกเกิดด้วยการฉีดคาร์ดิอาโซลเข้าเส้นเลือดดำสายสะดือ) *Zentralbl. f. Gyn., 1948, Heft 8, 70. Jahrg., S. 793-794*

เมื่อปี ๑๙๓๐ ผู้เขียนได้เคยรายงานผลของการทดลองรักษาสอสฟักเซียในเด็กแรกเกิด ๓๑ ราย โดยการฉีดคาร์ดิอาโซลเข้าในเส้นเลือดดำที่สายสะดือในจำนวน ๒๐ รายเป็นอสฟักเซียตัวเขียว ๑๑ รายเป็นอสฟักเซียตัวขาว พวกแรกรอดทุกราย พวกหลังรอด ๑๐ ราย การรักษาได้กระทำดังนี้ ภายหลังจากที่เกิดแล้ว รับที่สายสะดือทันที แล้วฉีดคาร์ดิอาโซล ๑/๒ ถึง ๑ ล. ซม. เข้าเส้นเลือดดำที่สายสะดือ โดยใช้เข็มเล็ก ๆ และฉีดซ้ำ ๆ ภายหลังจากที่ลองดูให้เลือดออกมา ก่อนเล็กน้อยก่อนมาผู้เขียนได้ทดลองรักษาเรื่อยมาเป็น

เวลา ๑๗ ปี และได้รับผลเป็นที่พอใจมาก พวกอสฟักเซียเขียว ๒๕๐ คน รอดทุกคน พวกอสฟักเซียขาว ๑๓๐ คน ตาย ๘ คน ในพวกที่ตายนี้ ๕ คนไม่มีหัวใจเต้นอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นจึงนับได้ว่ามี ๓ รายเท่านั้นที่การรักษาไม่ได้ผล

การรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากจะได้ผลดีมากแล้ว ยังง่ายและปราศจากอันตราย ถ้าได้กระทำอย่างสะอาดปราศจากเชื้อโรคและฉีดซ้ำ ๆ การฉีดเร็ว ๆ อาจทำให้เกิดช็อคได้

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med.

๒. Norman Van Wezel: Purpura and Neutropenia in Trimethadione Therapy, Report Case of Recovery. (เปอรูเปอร่าและนิวโทรปีเนีย ในการใช้ไตรเมธาไดโอน และรักษาหาย) *J.A.M.A., Sept. 24, 1949, pp. 263.*

รายงานการใช้ยา ๓,๕,๕ — trimethylxazolidine-2-4 dione (tridione) เกิดอาการแฉกอย่างรุนแรงคือ purpura และ agranulocytopenia ในผู้ป่วย ๑ ราย ซึ่ง

ไม่ตาย ผู้ช่วยหญิงอายุ ๕๔ ปี มีอาการสำคัญว่าเจ็บหน้าอกและสั้นภายหลังมีอาการแน่นคอกในลำคอ (choke) อาการเกิดในตอนเช้าทุกเช้าโดยมีอาการผิดปกติที่กระเพาะอาหาร รู้สึกคลื่นไส้เล็กน้อย และแน่นคอกในลำคอ รู้สึกคล้ายหายใจไม่ออก ต่อมาเริ่มสั้นบริเวณขากรรไกร คีรษะและลำตัวส่วนบนจนต่อมาตลอดตัว เกิดในนาทีไปจน ๒ ชั่วโมง เกิดสม่ำเสมอในระยะ ๒ ปีนี้ ผู้ช่วยเริ่มมีอาการนภายหลังที่ได้รับ ความตกใจรุนแรงรวดเร็วจากการถูกฟ้าผ่าบ้านแต่คนมิได้รับอันตราย อาการที่ เกิดมักเกิดขึ้นชัดเจนในหน้าร้อนเวลาเช้า และโดยเฉพาะเวลามืดๆ ตลอดเวลา ไม่สบายผู้ช่วยมีสติ

การตรวจร่างกาย สิ่งที่ผิดปกติที่พบก็มีอัตราส่วนของต่อมธัยรอยด์โตเล็กน้อย ความดันโลหิต ๑๔๐/๑๖๐ มม. ไซนัสโตลิกเมอเมอรัสสั้นที่บริเวณไมตรีล เม็ดเลือดขาวรวม ๑๐,๐๐๐ ซีโมโกลบิน ๘๖% มดลูกเอียงไปทางหลัง ลงความเห็นว่าผู้ช่วยมีอาการเปอติท์มาล (petit-mal) ของโรคลมบ้าหมู ใต้หัวใจเล็ก

โทรเอ็นเซฟาโลแกรม (Electroencephalogram) ก็แสดงว่ามีการผิดปกติเกี่ยวกับการชัก แต่มีได้ชักที่แท้จริงว่าเป็นโรคลมบ้าหมู ได้รับความรักษาด้วย trimethadione N.N.R. (Tridione) ให้กิน ๕ เกรนวันละ ๓ เวลา ๗ วันต่อมาผู้ช่วยกล่าวว่าสบายขึ้น พอวันที่ ๑๑ คนไข้หยุดยาเองเพราะคลื่นไส้ อาเจียน สามวันต่อมาเกิดลมพิษอย่างมากและรุนแรง ซึ่งพอวันรุ่งขึ้นก็เกิดเป็นตุ่มแดงเล็ก ๆ (macule) ทั่วไป มากที่หน้าและคอ เม็ดเลือดขาว ๕๐๕๐ นิวโทรฟิล ๖๐% ลิมโฟไซต์ ๔๐% อย่างอื่น ๆ ปกติ นำไปโรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้น มีไข้สูงและมีจุดเปอริเปอราที่ด้านหน้าของอก แขนและขาทั้งสอง ฝ่าเท้าและคอกระจายทั่วไป

การรักษาได้ให้เลือด, น้ำตาลเข้าเส้น เบนซิลลิน, เมนาดีโอน (menadione) กรดแอสคอร์บิกและเขนาทริล ผู้ช่วยช่วยยั้งสภาวะน้อยลงมากและรู้สึกตัวดี ตลอดเวลาสี่วันต่อมา ผู้ช่วยออกจากโรงพยาบาล ผิวหนังทั่วไปเป็นผื่นใหญ่ๆ และลอกออกที่หน้า สุขภาพทั่วไปดีมาก เจ็ดวันต่อมา รายงานว่าผิวหนังหาย

เรียวร้อย เม็ดเลือดกดขี่เป็นปกติและ  
ไม่ปรากฏอาการอย่างเคยเลย

ยาไทร ทิโอนิน ใช้แต่ในการรักษา  
เยื่อที่มามากของลมบ้าหมูเท่านั้น ไม่ใช้  
ในรังคีมาล Davis Lennox ได้รายงาน  
ว่าในการใช้ยานี้ ๑๓% ของคนไข้มีการ  
ตกของเม็ดเลือดขาว แต่ไม่มีอาการ  
๑๕% มีผื่นและเม็ดเลือดขาวตกด้วย นอก  
จากนั้นยังมีอาการแพ้อื่น ๆ อีกคือมีคลื่น  
ไส้ มึนซึม โลหิตจางชนิดเฮพลาสติก  
และมีความรู้สึกไวต่อแสงมาก

พนิต เกยานนท์ พ.บ.

๓. John Davis Hughes: Treatment of  
Amoebiasis with Aureomycin (การรักษา  
บิดอะมีบาคัยออเรโอมัยซิน) J. A. M. A.  
v. 142, no. 14, April 8, 1950, p. 1052.

การรักษาบิดอะมีบาคัยออเรโอมัย  
ซินเคยมีผู้เสนอไว้ก่อนแล้ว ผู้รายงานได้  
รักษาผู้ป่วย ๓๘ รายซึ่งกำลังมีอาการของ  
บิดและตรวจพบเชื้อในอุจจาระ แพทย์ทุก  
รายต่างได้รักษาด้วยยาชนิดต่าง ๆ มา  
แล้วโดยไม่หายขาด เช่น คาร์บาโซน,  
โคโอโคควิน, ไวโอฟอร์ม, อีเมติน และ  
ซินิโอฟอน ผู้รายงานได้รักษาโดยให้  
ออเรโอมัยซิน ๒๘ แคปซูล (๐.๒๕ ก.)  
ในเวลา ๔-๖ วัน โดยให้ ๑ แคปซูลทุก

๔ ชั่วโมง นอกจากนั้นได้ให้พิวกยาแก๊  
กรก (แอนทีบิโอ) ต่าง, บาร์บิทูเรต,  
เบ็ดลาตอนนา เพื่อควบคุมอาการคลื่น  
ไส้ และให้ฟ้าเรกอริคเพื่อยับเทาอาการ  
ปวดท้องอย่าง สองสัปดาห์ภายหลังจาก  
สุดท้ายของยา ตรวจอุจจาระโดยให้ถ่าย  
ยาน้ำเกลือ ผู้ป่วยที่เชื่อถือ "หาย" ต้อง  
ตรวจอุจจาระได้ผลลบอย่างน้อย ๕ ครั้ง  
และไม่มีอาการอย่างอื่นของบิดเหลืออยู่  
ในบางราย ผลการตรวจอุจจาระต่อมาทุก  
ระยะ ๒-๓ เดือน ก็ให้ผลลบ

ในการรักษาโดยให้ยา ออเรโอมัย  
ซินนี้ ผู้ป่วยทั้งหมด ๓๘ ราย ได้ผล  
ของการรักษา "หาย" ๒๖ ราย (๖๑%)  
ไม่หาย ๑๑ ราย แต่ทุกรายมีอาการบิด  
เกิดขึ้นถึงแม้พวกที่ถือว่าไม่หายซึ่งยังคง  
พบเชื้อบิดในอุจจาระก็ตาม ผู้รายงาน  
ได้กล่าวถึงผู้ป่วยรายหนึ่ง เป็นนักเรียน  
แพทย์เป็นบิดลำไส้เรื้อรัง และตั้งอีกสิบ  
เพราะบิด ซึ่งได้รักษาด้วยออเรโอมัยซิน  
๑ หลอด หลังอาหารวันละ ๓ ครั้งและ  
ก่อนนอนรวม ๘ วัน อาการทางลำไส้  
ของผู้ป่วยคนนั้นก็ดีขึ้น และตั้งอีกสิบก็  
หายไปด้วย

บัญญัติ ปริชญานนท์ พ.บ.

W. Burton Ayre, Robert Favreau, and J. Ernest Ayre: Black Hairy Tongue following use of Penicillin. (ลิ้นเป็นขนดำ ภายหลังใช้เพนิซิลลิน)

ในการใช้เพนิซิลลินละลายในปาก เคยมีรายงานว่ามักทำให้ลิ้นเกิดเป็นขนดำขึ้น ผู้รายงานได้สังเกตเรื่อยมา และพบว่าหลังจากการให้ Penicillin lozenges หลาย ๆ วัน จะมีมีมดำ ๆ เล็ก ๆ คล้าย กำมะหยี่เกิดขึ้นที่ลิ้น ถ้าให้เพนิซิลลินต่อไปอีกมันจะค่อย ๆ หลุดไป ดังนั้นการให้เพนิซิลลินแบบอมในคนที่เข็นลิ้นดำก็อาจจะเร่งการหลุดออกของเส้นดำ ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากเหตุอื่น

เป็นการพบโดยบังเอิญในคนไข้รายแรก ผู้ชาย อายุ ๓๕ ปี เป็นโรคไข้หวัดมาติด คนไข้รู้สึกเจ็บหรือคันมาก ปากไม่สะอาด มีลิ้นดำมาหลาย คนไข้ยังคงมี Sedimentation rate สูงอยู่เป็นเวลานานหลายอาทิตย์ ทั้ง ๆ ที่อาการดีขึ้นมาก เนื่องจากต้องการรักษาปากที่ไม่สะอาด จึงได้ลองใช้เพนิซิลลินโกล์เซ็นจ์ ๑๐๐๐ หน่วยวันละ ๓ ครั้ง หลังจากให้ได้สองสัปดาห์ พบว่าสิ่งที่เคลือบดำหายขึ้น ลิ้นหลุดออกเป็นแผ่น เห็นลิ้นเป็นสีแดงเรียบ

และมีความรู้สึกเล็กน้อย ในรายที่ ๒ คนไข้มีลิ้นลักษณะเป็นปรกติ เป็นฟาริงไทติสอ่อน ๆ แต่รักษาไม่หาย ได้ให้ทายาใส่เพนิซิลลิน ๑๐๐,๐๐๐ หน่วยวันละ ๔ ครั้ง สัปดาห์ที่สองวันเกิดมีขนดำขึ้นขึ้น ลิ้น วันที่สามจึงงดยา วันต่อมาลิ้นก็ลอก เมื่อแก้ววันที่ต่อมาลิ้นเรียบและแดง คนไข้ไม่ยืนยันว่าผิดปกติอย่างไร ลักษณะลิ้นที่เปลี่ยน และมีความรู้สึกเล็กน้อยหลังจากที่ทำการลอกก็มีลักษณะคล้ายลิ้นที่ได้อธิบายไว้ในพวกโรคชากวิตะมินบี ถึงอย่างไรก็ดี ก็ได้มีคนไข้รายหนึ่งมีลิ้นเปลี่ยนแบบนี้เกิดขึ้นในลักษณะเดียวกัน ในขณะที่ให้ วิตามินบี คีอิม เปล็กซ์ จำนวนมาก ๆ โดยทางฉีด ทำให้สงสัยว่าการขาดอาหาร จะเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของเอบีซีเลียมของลิ้นหรือไม่

ลิ้นดำเกิดขึ้นโดยการยึดยาวของปลาย filiform papillae ความยาวของมันอยู่ที่การสมดุล (balance) ระหว่างอัตราของการลอกกับอัตราของการงอกเกิดใหม่อีก เมื่อมันยึดยาวขึ้นคงจะเพราะมี cornified material เกิดขึ้นรวดเร็ว หรือไม่ก็เกิดขึ้นตามปรกติ แต่ที่ว่ามันยังติดแน่นอยู่ที่แป้นลิ้นเป็นเวลานาน ในการ

ที่ทำให้เกิดมิลดค่า เพนิซิลลินอาจจะไปทำให้เพิ่มอัตราการเกิดคอร์นิฟิเคชันหรือไม่ก็เปลี่ยนเนอของวัตถุคอร์นิฟิเคทให้เกิดความปรกติ ทำให้คึกแน่นมากจนการลอกหลุดและการฝ่อของเยื่อใยฝอยซึ่งเกิดหลังจากการให้เพนิซิลลินติดต่อกันนี้ น่าจะเป็นผลจากกลไกต่าง ๆ กัน

วันที่ ไวสำรวจ พ.บ.

๕. William Councilman Owens & Ella Uhler Owens: Retrolental fibroplasia in premature infants. (รีโทรเลนคัลไฟโบรเพลเซีย ในเด็กคลอดก่อนกำหนด) Am.J. Oph. 32:1631-1637, 1949

การให้วิตามินอี แก่เด็กไม่ควรกำหนดตั้งแต่เกิดจนกระทั่งมีอายุ ๖ เดือน ปรากฏว่าลดจำนวนโรค Retrolental fibroplasia ไปเศษหนึ่งส่วนห้า การให้วิตามินอีในรายเช่นนี้ เพราะว่าทิสชีวข้างหลังเส้นประสาทวิตามินอี เด็กไม่ควรกำหนดใช้ไขมันไม่ใคร่ได้ เพราะฉะนั้นวิตามินที่ละลายในไขมันต้องให้ และยังคงให้เหล็กด้วย เพราะเกลือของเหล็กช่วยวิตามินอีให้มีฤทธิ์มากขึ้น ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้เขียนทั้งสองศึกษาเด็กไม่ควรกำหนด ๑๐๑ คน ที่มีน้ำหนัก ๓ ปอนด์ หรือ

น้อยกว่า เขาให้ dl-alpha-tocopherol acetate ทก ๘ ซม. โดยผสมกับน้ำมันแม่เด็ก ๒๓ คน ปรากฏว่าเพียงคนเดียวเกิด retrolental fibroplasia (๕.๔%) ส่วนอีก ๗๘ คนที่ไม่ได้ให้ยานี้เกิดโรคเสีย ๒๑.๘% เด็กไม่ควรกำหนดก่อนให้ยาเฉลี่ยแล้วในน้ำเหลืองมี โทโคเฟอรอล ๐.๒๕% เมื่อให้โทโคเฟอรอลแล้ว จะสูงขึ้นเป็น ๔.๑๒% รีโทรเลนคัลไฟโบรเพลเซียไม่ได้เกิดขึ้นขณะแรกเกิด การเปลี่ยนแปลงที่สามารถพบได้แรกที่สุดคือ เส้นเลือดดำเรตินัลพอง และเส้นเลือดแดงเรตินัลคด พบเมื่ออายุ ๓-๕ อาทิตย์แล้วมีเรตินา ขวมเป็น หย่อม ๆ หรือทั่วไปและในที่สุดเรตินาจะเป็นสีเขียวเทา ๆ วิเคราะห์จะขุ่น (cloudy) และมีแผ่นพังผืดยึดจากเรตินาที่พองนั้นไป ยัง วิเคราะห์แล้วแผ่นพังผืดจะไปยึดกับ สันเรตินา ตรงขอบ ๆ แล้วกลายเป็น รีโทรเลนคัลเม็มเบรน ความเจริญตัวของเนื้อหลังแก้วตานั้นจะหยุดภายหลัง ๔-๕ เดือน แต่จะเกิดการหดตัวของเนื้อพังผืด ส่วนสายตาคะจืดหรือเลวแล้วแต่เยื่อหลังเส้นสัน หากไม่ให้วิตามินอีเสียก่อนอายุครบ ๖ สัปดาห์ก็จะไม่ได้ประโยชน์อย่างใด ควรให้ก่อน

ที่เรติน่าจะหลุดและเยื่อจะเกิดขี้กหลังแก้ว  
ตาเสีย การรักษาไม่มีประโยชน์ถ้า  
โรคนี้ทรายชดเชยจากการตรวจภายนอก  
ชุด อยู่สวัสดิ์ พ.บ.

๖. Thomas H. Sternberg, Daniel J. Perry,  
Paul Levax.: Antihistaminic Drugs, com-  
parative Activity in Man as Measured  
by Histamine Iontophoresis. (เปรียบเทียบ  
ฤทธิ์ของยาแอนติฮิสตามีน โดยวิธี  
ไอออนโตโฟเรซิส) J.A.M.A., v.142, no.  
13, April 1, 1950. pp. 969-973

ยาที่สามารถขจัดปฏิกิริยาต่อฮิสตามีน  
ที่ชายกั้นอยู่ในเวลานั้นมีหลายขนาน  
ถึงนั้นจึงจำเป็นต้องทราบคุณภาพของ  
ยาเหล่านั้นในการ

วิธีวัดที่แน่นอนที่สุดในเวลานี้คือการใช้  
วัดโดย Histamine electrophoresis (1947,  
Cohen's and his co-workers, modification  
by Perry, Falk and Pillsbury) วิธีนี้หา  
เพียง relative antihistaminic activity  
ของยาเท่านั้น ไม่ได้หาจำนวนที่แท้จริง  
เพราะไม่ได้วัดจำนวนยาที่ผ่าน ทะลุนั้น  
ด้วย แต่ก็สามารถวัดกิจกรรมของ antihis-  
taminic activity ได้แน่นอน ยาใดที่ทำ  
โดยวิธีนี้ว่ามีกิจกรรมที่ต่อต้านฮิสตามีน  
มาก การใช้ในการรักษาได้ผลน้อย  
เช่นนั้น

วิธีที่ใช้ ประกอบด้วย กระดาษกรอง  
(2 sq. cm.) ชุบน้ำละลายของ ฮิสตามีน  
เบส จำนวน ๑:๕๐๐,๐๐๐-๑:๑๐๐,๐๐,  
๐๐๐/c.c. มากน้อยตามลำดับ วางบน  
ค้ำที่ของของแข็งที่อ่อนปลาย วางขั้วไฟ  
ฟ้าบวกที่ขั้ว ผ่านกระแสไฟ ๒ มิลลิ  
แอมแปร์นาน ๒ นาที แล้วล้างออก  
บริเวณนั้นเป็นเวลา ๑๐ นาที Initial  
threshold เท่ากับจำนวนความเข้มข้นของ  
ฮิสตามีนเบส ที่สามารถทำให้เกิด diffuse  
punctate whealing ต่อจากนั้นให้กินยาที่  
ทดลองเท่ากับจำนวนของ Initial threshold  
และทดลองเช่นเดียวกันใน ๑-๒ ชม. ต่อมา  
ผลแตกต่างระหว่างค่าที่อ่านได้ทั้งสองครั้ง  
เท่ากับฤทธิ์ต่อต้านฮิสตามีนของยานั้น

จากผลการ ทายปรากฏว่ายาที่มีฤทธิ์  
สูงเรียงลำดับได้ดังนี้

- 1. Triplennamine (pyribenzamine) hydrochloride
- 2. Diphendramine (benadryl) hydrochloride
- 3. Pyranisamine (neo-antergen) maleate.

อย่างไรก็ดี ยาเหล่านี้ใช้ได้ผลใน  
บุคคลต่างๆ ไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ  
จากการไม่คุ้นชิน ของยาที่กินในการ ทด  
ลอง แต่เป็นที่ช่วยบุคคลนั้นเอง

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

# ปกิณณกะ

## ท้องในหลอดมดลูกทั้งสองข้างและแตก

ผู้ช่วยรายนี้ได้มาโรงพยาบาลเนื่อง  
จากอาการปวดท้องและตกเลือด ได้  
ตรวจพบอาการแสดงซึ่งบ่งถึงการมีครรภ์  
ในหลอดมดลูกและแตก จึงจำเป็นต้อง  
ลงมือโดยการผ่าตัดด่วน แต่กลับพบว่า  
มีครรภ์ในหลอดมดลูกทั้งสองข้าง ซึ่ง  
เป็นเรื่องที่ไม่ใคร่พบ จึงขอถือโอกาส  
รายงานไว้

Noier(1595)เป็นคนแรกที่ได้อธิบายbilateral eccyosis ไว้ Mahfous ได้กล่าวถึงการมีครรภ์อย่างนี้ ๘๒ ราย(Delee:Principles and Practice of Obstetrics, 7 th ed.) และ Weveneth ได้รายงาน๗๑ราย(Delee-Greenhill:Principles and Practice of Obstetrics, 9 th ed.)

ต่อไปนี้จะได้รายงานคนไข้ของเราโดยสังเขป

การเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ช่วยอายุ ๓๕ ปี มีประวัติระคายคไป ๒ เดือนโดยเริ่มตั้งแต่ห้าเดือนก่อนมาโรงพยาบาล ภายหลัง

ที่ระคายคไปสองเดือน แล้วมีอาการเลือดออกเล็กน้อย ๆ ทางช่องคลอด และมีเนื้อเยื่อชิ้นเล็กๆ ปรนออกมาด้วย อาการเหล่านี้มีอยู่ประมาณ สี่สัปดาห์หาย ต่อจากนั้นผู้ช่วยไม่มามีครรภ์อยู่ตลอดสี่สัปดาห์ ไม่มีอาการแพ้ท้องเลย ประมาณยี่สิบสี่ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ช่วยเกิดมีอาการปวดท้องน้อยอย่างรุนแรงขึ้น โดยฉับพลัน พร้อมกันคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เหงื่อออกท่วมตัว ตัวเย็น แน่นหน้าอก อาการต่างๆ ได้ทวีความรุนแรงขึ้น จนกระทั่งประมาณยี่สิบสองชั่วโมงต่อมาอาการปวดท้องมากขึ้นอีก จึงถูกนำตัวมาโรงพยาบาล

ทั้งผู้ช่วยและสามีปฏิเสธการโรค  
ผู้ช่วยมีครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ ๑๕ ปี ครบหนึ่งปีสามสัปดาห์ ไม่มีอาการปวดท้อง ผู้ช่วยมีบุตร ๗ คน คนแรกตายเมื่ออายุได้ ๔ ขวบ คนที่สองและที่หกตายเมื่ออายุได้ ๒ ขวบ บุตรที่ยังมีชีวิต

อยู่แข็งแรงและสมบูรณ์ทุกคน คนโต  
อายุ ๑๓ คนสุดท้องอายุ ๖ ปี

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ ๓๕.๘ ซ.  
ชีพจร ๑๓๒ หายใจ ๒๔ ความดันเลือด  
๘๐/๖๐ ร่างกายสมบูรณ์ดีแต่ซึก และ  
แสดงอาการเจ็บปวดมาก ตรวจหัวใจและ  
ปอดไม่พบความพิการแต่อย่างใด ตรวจ  
หน้าท้องพบกดเจ็บบริเวณท้องน้อย และ  
เจ็บกดกระบัง (ร็วาวนัคเท็นเกอร์เนสต์)  
ตรงที่เดียวกัน พบอาการแสดงว่ามีน้ำ  
ในช่องท้อง

การตรวจเลือด เม็ดเลือดแดง ๒,๕๑๐,  
๐๐๐ เม็ดเลือดขาว ๑๓,๕๐๐ นิวโทร  
ฟิล ๘๔ เปอร์เซนต์ ลิมโฟไซต์ ๑๕ เปอร์  
เซนต์ อีโอสิโนฟิล ๑ เปอร์เซนต์ วัล  
เซอร์แมนน์และคาคัน ลบ

การตรวจปัสสาวะ ไม่พบสิ่งแสดงถึง  
ภาวะผิดปกติแต่อย่างใด

การรักษา ใช้ซีเอร์เบินยาสลย ผ่าตาม  
“สับอิมบิลลิคัมเดียนอินซิชั่น” เข้าใน  
ช่องท้อง พบเลือดตกอยู่ในช่องท้อง ได้  
เอาเลือดที่ตกได้กักขังเข้าเส้น ไปใหม่  
(ฮอโตแทรนสฟิวชั่น) ได้จำนวน๗๐๐ล.

ชม. (ผสมน้ำละลายโซเดียมซีเตรต ๒.๕  
เปอร์เซ็นต์ จำนวน๒๐๐ล. ชม.) ได้พยา  
ยามเอาลิ้มเลือดออกจากช่องท้องจนหมด  
ตรวจพบว่ามีเลือดออกมากจากตรงส่วน  
อัสซิมัลของหลอดมดลูกข้างซ้าย จึงตัด  
เอาออกโดยเย็บผูก (ซีวเซอร์คัลไลเกชัน)  
พร้อมกับหุ้มด้วยเยื่อช่องท้อง แต่เมื่อ  
ทำเสร็จเรียบร้อยแล้วก็ยังปรากฏเลือด  
ไหลซึมออกมาอีก จึงหนีไปตรวจที่  
หลอดมดลูกข้างขวา พบว่ามีรอยหลอด  
แตก (ทิวบ์ลรัปเจอร์) ที่ส่วนอินเทอ  
รัลซีลลิก แผลโตกว่าข้างซ้าย ไม่มี  
รอยยักคิกระหว่างหลอดมดลูกนัยล้าได้  
อย่างใดเลย จึงตัดหลอดออกทั้งหลอด  
แล้วเย็บปิดแผลหน้าท้อง

การเปลี่ยนแปลงและการรักษาหลัง  
ผ่าตัด ในสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด อุณหภูมิ  
อยู่ระหว่าง ๓๘.๖ ถึง ๓๘.๕ ซ. ชีพจร  
เบาเร็วและมีอาการท้องอืดมาก ปวดแผล  
ผ่าตัดมาก จึงได้ให้มอร์ฟีน กลโคสผสม  
น้ำเกลือ วิตามินซี และโครามีนสลัย  
กัยคาร์กือฮาโซลสำหรับชีพจรเบาและเร็ว  
เนื่องจากภาวะอาหารไม่เพียงพอได้ล้าง  
ภาวะ สำหรับท้องอืดและแน่นได้

ทำเทอร์เฟ้นไทนส์ต้ปและใส่หลอดทวาร  
หนัก งดอาหารตลอดเวลา ในวันที่  
สี่ได้พบเชืกวลคาสต์ปนอยู่กับยีสส์วาระ  
ในหม้ออุจจาระ ในวันที่สี่, ห้า และหก  
อาการแน่นท้องทุเลาลง การย่อย  
(เพริสทาลซิส) ดีขึ้น จึงเริ่มให้อาหาร  
ใช้ยังคงมีอยู่ ทรวงเลือกเข้าได้ เม็ด  
เลือดแดง ๑,๕๕๐,๐๐๐ เม็ดเลือดขาว  
๗,๕๕๐ นิวโทรฟิลล์ ๖๐ เปอร์เซนต์ ลิม  
โฟซัยต์ ๓๖ เปอร์เซนต์ อีโอสิโนฟิลล์ ๔  
เปอร์เซนต์ ในยีสส์วาระไม่พบไข่ขาวหรือ  
น้ำตาลแต่มีเม็ดเลือดขาว ๒ ตัวต่อไฮท์

คราย ได้ตรวจร่างกายอีกครั้งโดยละ  
เอียดพบว่ามึคอหอยอักเสบ (ฟาริงไจทิส)  
ที่อดซิดและปอดปรกติ จึงได้ให้ซัลฟา  
โคอะซีนกินและน้ำยาแอลคาไลน์กลั้วคอ  
ไซลิ่งเย็นปรกติ ตัดไหมในวันที่เจ็ด  
หลังการผ่าตัด แผลหน้าท้องหายอย่าง  
เพ็ศดีเกินชั้น ผู้ป่วยกลับบ้านได้ใน  
วันที่เก้า

เสริม วงษ์อารยะ พ.บ.

๑๐ เม.ย. ๕๓

โรงพยาบาลเลิศสิน พระนคร

เพื่คคินละลายเพนิซิลลิน

เรียน ท่านบรรณาธิการสารศิริราช  
ตามที่ท่านสมาชิกที่ ๑๐๕๗ เกิดมี  
ความสงสัยถึงเรื่องเพื่คคินที่ใช้ผสมกับ  
เพนิซิลลินหรือสะเตร็ปโตมัยซินนั้น ตาม  
สารศิริราชเดือนกุมภาพันธ์ ๕๓ นั้น ข้า  
พเจ้าอีกผู้หนึ่ง ได้อ่านพบเกิด เอะใจ และ  
ข้องใจเรื่องเพื่คคินนั้นเช่นเดียวกัน ตาม  
สถิติที่ข้าพเจ้าทำงานอยู่ประจำสขศาลา  
ข้าแอกส์โทงโกลค ชายแดนระหว่าง  
รัฐกิลตันของ อังกฤษ อันเป็นที่ใหญ่  
พอกคือมีโรงแรมอยู่ ๑๐ กว่าแห่ง ก็นับ

ว่าเป็นแหล่งที่มพวกโรคซฟีลิสและโกโน  
เรียเป็นอย่างมาก ในวันหนึ่งข้าพเจ้า  
ใช้เพนิซิลลินถึงจำนวน ๑๐-๑๕ ขวดต่อ  
วัน ซึ่งในคืนนั้นผมป่วยกับทั้ง  
หมด ๔ แห่ง ในการใช้รักษาโรคเหล่านี้  
นี้ มีเจ้าพวกโปรเคนเพนิซิลลิน พวก  
เพนิซิลลินผสมกับเพื่คคินและเพนิซิลลิน  
ผสมกับน้ำกลั่น ตามธรรมดาปรกติ  
คนไข้มาหาข้าพเจ้าต้องสอบถามเสียก่อน  
ว่าเคยได้รับการฉีดเพนิซิลลินมาบ้างหรือ  
เปล่า ถ้าเป็นรายที่ไม่เคยได้รับการฉีด

เลยข้าพเจ้าจะคิด อย่างชนิด เพนิซิลลิน  
 ผสมกับน้ำ กลั่น ให้ เป็นจำนวน สองแสน  
 หน่วยใน ๓ ครั้ง เว้นระยะ ๓ ชั่วโมง ปรากฏ  
 ว่าคนไข้จะมี อาการ ลดน้อย เกือบจะหาย  
 หรือหายไปในเข็มที่ ๒ ทุกราย พอเข็ม  
 ที่ ๓ ก็ปรากฏว่าปราศจากทุกอย่าง ตอน  
 เช้าเรียกขี้ส้วมาดูไม่พบแม้แต่เส้นค้ำย  
 ซึ่งในทำนองเดียวกัน มีบางครั้งที่ข้าพเจ้า  
 ได้ใช้เพนิซิลลินผสมกับเบคทีนฉีดครั้ง  
 เกี่ยวตามคำโฆษณาไปกับคนไข้ ต่อมา  
 ในวันรุ่งขึ้นสอบถามคนไข้บอกว่ายัง  
 มีหนองใสๆ อยู่ที่ปลายอก และข้าพเจ้า  
 ตรวจเองก็ปรากฏเช่นเดียวกัน จึงต้อง  
 ฉีดให้อีก ๑ ครั้งรวมเป็น ๔๐๐,๐๐๐ หน่วย  
 จึงหายเรียบร้อย ในการเช่นนี้จึงทำให้  
 ข้าพเจ้าสงสัย แต่จะเห็นการใช้ฉีกหรือ  
 ผิดอย่างไรข้าพเจ้าก็ไม่ทราบ จึงเรียน  
 มาเพื่อหวังทราบผลเช่นเดียวกันว่าที่ข้า  
 พเจ้าสงสัยนั้น ขอให้ท่านได้แจ้งให้  
 ข้าพเจ้าผู้เขียนสมาชิกรับอ่าน สารคดีราช  
 และกำลังใช้เบคทีนอยู่ทราบด้วย จะขอบ  
 พระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอไว้ด้วยความนับถือ  
 ข.ท.

ปัญหาเรื่องเบคทีนใช้ละลายเพนิซิล  
 ลินเพื่อถ่วงการตกตะกอนให้ช้าลงเพื่อให้ได้  
 ผลเช่นเดียวกับเพนิซิลลินละลายในน้ำมัน  
 หรือขิงงัน เราเคยนำจดหมายของ  
 สมาชิกผู้หนึ่งลงพิมพ์มาแล้ว ซึ่ง  
 แสดงความสงสัยในประโยชน์ที่จะได้  
 คราวนี้ ก็ได้มีสมาชิกสนใจส่งเสริมและ  
 ให้ความรู้มาอีก ขอนสารคดีราชได้สาระ  
 หาเอกสารวิชาการต่างประเทศเท่าที่หา  
 ได้ในประเทศแล้ว ไม่ได้ข้อความที่เกี่ยว  
 กันเลย จึงได้ติดตามไปยังบรรณา  
 ธิการจดหมายเทศของแพทย์สมาคมเม  
 ริกัน และได้รับตอบมาด้วยความเอื้อเฟื้อ  
 อันดียิ่ง เราขอแปลคำตอบลงดังต่อไปนี้  
 (ต้นฉบับภาษาอังกฤษมีเตรียมไว้สำหรับ  
 ผู้ที่สนใจจะขอคุณได้เสมอ)

“ คำถามของท่านเมื่อเร็ว ๆ นี้ได้ถูก  
 ส่งต่อไปยังที่ปรึกษาคนหนึ่ง คำตอบ  
 ของเขาฟังได้ரிய เราขอคัดมาดังต่อไปนี้

“เพนิซิลลินซัสเฟินชั่น(แขวนตะกอน)  
 ในน้ำมันถ่วงลิ่งและน้ำมันงาพร้อมด้วย  
 เบคทีนได้มีผู้ทำขึ้นสำหรับการตรวจค้น  
 ทดลอง เหตุผลสำหรับการใช้เบคทีน  
 อาศัยคุณสมบัติอันน่า (ฮัยโทรฟิลิค) ของ  
 มัน โดยที่คิดกันว่าเมื่อฉีดเข้าไปแล้ว

เข็ศทินจะกลายเป็นรูน (เจ็ด) ซึ่งจะปล่อย  
 เพนซิลลินออกช้า ๆ ถึงแม้ว่าจะได้พบ  
 ว่าความเข้มของเพนซิลลินในเซรัมจะยึก  
 ยาวขึ้นบ้าง แต่ผลนั้นจะเปรียบเทียบกับอะไร  
 ไม่ได้ก็ว่าได้จากยาผสมน้ำมัน ถั่วลิสงกับ  
 ช้างหรือยาพวกโปรเคอินเพนซิลลิน จึ  
 เพนซิลลินผสมกับเข็ศทินไม่เคยมีที่ขอ  
 ได้ในตลาดเลย”

โดยความนับถือยิ่ง

ออสติน สมิธ เอ็ม.ดี.

(ผู้ช่วยบรรณาธิการ)\*

\* (หมายเหตุ ในปัจจุบันนี้เป็นบรรณา  
 ธิการแล้ว)

เราของคที่จะอภิปรายในเรื่องนี้ เพราะ  
 จดหมายมีเนื้อความชัดแจ้งอยู่แล้ว ถ้า  
 ทรย์คำแปลที่อาจไม่ตรงนักเราได้ใส่คำ  
 สำเนียงอังกฤษไว้ในวงเล็บด้วย.

### สารศิริราชฉบับพิเศษ

ได้ออกจำหน่ายแล้วทั้งแต่วันแรกของงานฉลอง ฯ และได้จัดส่งไปยังท่านที่จงไว้  
 แล้วทุก ๆ ท่าน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ถ้าหากท่านผู้ใดยังไม่ได้รับจนบัดนี้  
 โปรดเข้าใจว่าหนังสือหาย (เพราะมีตัวอย่างหลายต่อหลายรายแล้ว) และโปรดแจ้ง  
 ไปยังผู้จัดการโดยด่วน เพื่อจัดการส่งเล่มใหม่มาแทน และจะได้แจ้งทางกรม  
 ไปรษณีย์ทำการสืบสวนต่อไป

# แผนกข่าว

## ข่าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤษภาคม ๒๕๕๓

๑. จำนวนผู้ป่วย	(ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล							
	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ	รวมทุกแผนก		
ก. (นอก)ใหม่	๑๖๓๓	๗๕๐	๘๓๐	๘๕๖*	๗๓๔	๔๘๘๓		
เก่า	๑๗๗๔	๑๐๑๕	๕๕๖	๗๑๖	๑๐๕๗	๕๕๖๒		
รวม	๓๔๐๗	๑๗๖๕	๑๓๘๖	๑๖๑๒	๑๗๙๑	๑๐๔๔๕		
ข. (ใน)	๑๑๖	๒๒๑*	๔๘๘	๑๑๖*	๑๐๐	๑๐๘๑		
๒. จำนวนการผ่าตัด	ศัลยฯ	๒๔๖	จักษุฯ	๑๗๓	สูติ-นารีฯ	๘๕	รวม	๕๐๔
๓. จำนวนเด็กเกิด	ชาย	๑๖๒	หญิง	๑๓๑	รวม	๒๙๓		
๔. จำนวนเด็กคลอดตมย	ชาย	๑๕	หญิง	๗	รวม	๒๒		
๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย	๕๖ คน (๕.๒ ในร้อยของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๐ ราย (๑๐.๔ ในร้อยของที่ตายทั้งหมด)							
๖. จำนวนการถ่ายเลือด	ในโรงพยาบาล ๑๕๕ ข้างนอก ๑ รวม ๑๕๖*							
๗. แผนกรังสีวิทยา	<p>ก. รังสีเอกซ์      ตรวจ ๑๓๗๖ คน รักษา (ใหม่) ๑๕ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๑๘๘ ครั้ง</p> <p>ข. ราเดียม          รักษา ๑๘* คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๓๑ ครั้ง</p> <p>ค. ไดอะเทอมี่      รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง</p>							
๘. แผนกสรีรวิทยา	ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๖๒ ครั้ง      วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๑๐๗๕ ครั้ง							
๙. แผนกพยาธิวิทยา	ตรวจศพ ๑๐ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๓๑๘ (จากภายนอก ๓๗) แอ็กคลูติเนชั่น ๑๑๒ วัสดุเซอร์แมนและคาห์น ๑๕๐๕ หมูเลือด ๕๘๓ นับเม็ดเลือด ๑๖ ฟลิ้มเลือด ๔๔ น้ำไขสันหลัง ๕๓ อจจาระ ๒๘๘ บัสสาวะ ๕๕ เสมหะและอื่น ๆ ๓๔ ตรวจทดลองตัวจิ๊ด (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๒๘ เพาะเชื้อในเลือด ๖๗ ฉีดสัตว์ ๑๑							
	รวมตรวจต่าง ๆ ๓๑๕๕ อย่าง      ศพญาติรับไป ๕๐ ศพ กายวิภาครับไป ๕ ศพ สปีหรือรับไป ๖๘ รวม ๑๒๒ ศพ (โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และ แผนกสถิติ)							

\* สถิติยอดเยี่ยม

สมเด็จพระพันวัสสา อัยิกาเจ้า พระราชทานเงินแก่โรงพยาบาลศิริราช

ด้วย สมเด็จพระพันวัสสา อัยิกาเจ้า ได้พระราชทานเงิน ๑๐๐๐.๐๐ บาท แก่โรงพยาบาลศิริราช ในวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๔๕๓ ถึงที่เคยทรงปฏิบัติทุก ๆ ยี่มา จึงขอถวายอนุโมทนาในส่วนพระกุศลสาธารณะประโยชน์ทั้งนี้ด้วย อนุโมทนา มีผู้เชื่อเพื่อยำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (ตั้งแต่มูลค่า ๑๐๐ บาทขึ้นไป) ดังต่อไปนี้คือ

(๑) พล.ต. พระยาเสนาธิการจตุตถิ์ จังหวัดพระนคร ส่งเงินจำนวน ๒๕,๐๐๐.๐๐ บาท อันเป็นเงินของบรรดาหลานของหม่อมเขียน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา ได้ร่วมกันบริจาคตั้งเป็นทุน "หม่อมเขียน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา ใน พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์" เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้ หม่อมเขียน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา ทั้งนเพื่อให้อุทิศผลประโยชน์เป็นรางวัลนักศึกษา วิชาแพทยศาสตร์ ที่เล่าเรียนอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ขาดแคลนทุนสำหรับศึกษา (๒) นายกองชัง แซ่ออน บริษัทไต้แซ่ จำกัด จังหวัดพระนคร ส่งเงินจำนวน ๓,๐๐๐.๐๐ บาท อัน

เป็นเงินของบรรดาญาติมิตร บริจาคร่วมกันในพิธี "กึ่งเต็ก" ของบิดา (๓) พระเชียงหัง เจ้าอาวาส วัดมังกรกมลาวาส บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท อันเป็นเงินที่เหลือในการฉลองพิทักษ์และสมณศักดิ์ ซึ่งได้รับแต่งตั้งเป็นเจ้าอาวาส (๔) ขุนสรีชาประชากร จังหวัดสุพรรณบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๕) นางละออ เทียนไทย จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๖) นายชัง แซ่ใบ้ จังหวัดขอนแก่น บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ขำรุงแผนกคัลยศาสตร์แลผลสด (๗) พระยาเฉลิมอากาศ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๒๒.๐๐ บาท อันเป็นเงินในบรรดาญาติได้บริจาค เนื่องในการทำบุญประจำปี เพื่อสมทบทุน "มูลนิธิสุวรรณประทีป" ของนางอนุภูลราชกิจ (หรุ่น สุวรรณประทีป) (๘) นายฉ่องลก แซ่ตั้ง จังหวัดนครปฐม บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๙) นางกิว สุขขวิสุทธิ จังหวัดสุพรรณบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

มีผู้ บริจาคเงินสมทบ ทุนงานฉลองหกสิบปี ศิริราช ดังต่อไปนี้ คือ :

(๑) คุณหญิงสิน ภักดีนครเศรษฐี ณ ห้าง

นายเลิศ ๒๐,๐๐๐.๐๐ บาท (๒) คุณ  
 ประนอ คุลยะมัย ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท (๓)  
 นางเพ็ญ เกษมสุวรรณ ณ ห้างขายยา  
 ยูนูมี สามแยก ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๔) นายอภิศร โฆอินทะ บ้านชอย  
 พร้อมพงษ์ พระนคร ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๕) นายเทียนสถิตย์ วรรณสุต บริษัท  
 จำรู จำกัก พระนคร ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๖) นายจุลินทร์ ลำชำ (ในนามโรง  
 พยาบาลเทียนชัยวิทยุ) ๘,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๗) นายแพทย์หญิงโชติศรี ทำราย  
 ๒,๐๐๐.๐๐ บาท (๘) ชุนวิวัฒน์  
 สุขวิทยา ปากน้ำโพ จังหวัดนครสวรรค์  
 ๒,๐๐๐.๐๐ บาท (๙) นายแพทย์จำรัส  
 และ คุณทองใบ มีตรภูถ ๒๐,๐๐๐.๐๐  
 บาท (๑๐) นายแพทย์เข็ญ เจริญเวช  
 ๒,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๑) นายแพทย์  
 มานิต สมประสงค์ ๒,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๑๒) นายแพทย์โรจน์ เหล่าสุนทร  
 ๒,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๓) คุณหญิงสว้อย  
 ชวนกิจบรรณหาร ทรอกจันทร์ สพาน ๒  
 ฝืน ๒,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๔) ชุนสุข  
 ขทบบริหาร นครพนม ๒,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๑๕) นายแพทย์เอิบ และ คุณบุโร ณ  
 ขางช้าง ๑,๒๕๐.๐๐๐ บาท (๑๖)

คุณรุ่งใจ ประเสริฐวณิช หน้าตลาด  
 มิ่งเมือง พระนคร ๑,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๑๗) บริษัทเบอร์ดิยุคเกอร์ สี่พระยา  
 พระนคร ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๘) นาย  
 แพทย์พิชิต เหล่าสุนทร ณ บริษัทสุนทร  
 จำกัก พระนคร ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๙)  
 นายแพทย์พน ยูนูยรัตเวช บ้านยูนูย  
 รัตเวช ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๒๐) บริษัท  
 วิทยาคมจำกัก สังกัดพระยาศรี พระนคร  
 ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๒๑) นางเรียมโพธิ์พัก  
 บ้านถนนประชาธิปไตย ๑,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๒๒) หลวงเกรียงศักดิ์พิชิต ๓๘๔  
 เจริญกรุง พระนคร ๑,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๒๓) นางเอกบำรุงตระกูล ๑,๐๐๐.๐๐  
 บาท (๒๔) นาย ก. มไหสวรรค์ และ  
 คุณหญิงเดือน สมบัติศิริ ๑,๐๐๐.๐๐  
 บาท (๒๕) นางยุภูมิ ศิรินิรามัย ถนน  
 ทรงวาด พระนคร ๑,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๒๖) ร.ช. เหล็ง ศรีจันทร์ ห้างขายยา  
 ศรีจันทร์ พระนคร ๑,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๒๗) ม.ร.ว. หญิงรสสิริน คัคณางค์  
 ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๒๘) นายเข็ญ แซ่  
 ด้ บ้านข้างโรงพยาบาลศิริราช ถนนบุรี  
 ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๒๙) นางสุทใจ ใจยูนู  
 มี ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๓๐) นายแพทย์

สำเนียง ชารุณรัตน์ โรงพยาบาลรถไฟ  
 ทุ่งสง ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๓๑) นาย  
 แพทย์แสง สุกพิงค์ ๑,๐๐๐.๐๐ บาท  
 (๓๒) นายทองคำ คุณานกร ๗๐๐.๐๐  
 บาท (๓๓) น.ส. ไปล์ คงกลิ่น ปากเกร็ด  
 นนทบุรี ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๔) นาย  
 แพทย์สมบุญ ผ่องอักษร กรมสาธารณสุข  
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๕) นายแพทย์ชอ  
 สั้วรา บ้านท่าศาลา ชัยนาท ๑๐๐.๐๐  
 บาท (๓๖) นางอิง พูนวิวัฒน์ ร้าน  
 พูนวิวัฒน์โฮสเทล เสาชิงช้า พระนคร  
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๗) น.ส. ชัน ทูระโกวิท  
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๘) นายใหม่ แซ่  
 หย่น วัดทองแข พระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท  
 (๓๙) นางอักษร โสภณ ตลาดขวัญ  
 นนทบุรี ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๐) นาย  
 วิบูลย์ แจ่งสนิท อำเภอเมืองราชบุรี  
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๑) นายเนิน เกษ  
 สุวรรณ ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๒) นาง  
 เวชชนพิทักษ์ ๑๕๕๐ ก. ถนนลาดหญ้า  
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๓) นายชกขี  
 แซ่เข้ ๓๐๑ ยี่หอเจ๊ก สำเพ็ง พระนคร  
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๔) น.ส. ประหยัด  
 บุชานนท์ ร้านศรีพพัฒน์ สำเพ็ง พระนคร  
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๕) พล.ต. สวัสดิ์ ส.

สวัสดิ์เกียรติ ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๖)  
 ม.ล. อาง ปาลกวงศ์ ๑๐๐.๐๐ บาท  
 (หมายเหตุ รายงานท่านผู้สมทบทุน ยัง  
 จะมีลงพิมพ์ต่อไปอีก)

พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระไชย  
นาทนเรนทร ประทานเงินสมทบทุน  
งานฉลองหกลสิบปีศิริราช

พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระไชยนาท  
 นเรนทร ทรงกรุณาประทานเงิน ๑,๐๐๐.  
 ๐๐ บาท สมทบทุนงานฉลองหกลสิบปี  
 ศิริราช ร่วมกับกาธิบดีและฉลองพระรูป  
 สมเด็จพระราชบิดา พระเจ้าบรมวงศ์  
 เเธอพระองค์นี้ได้ทรงมีพระคุณต่อศิริราช  
 มาแล้วในอดีตอย่างเอนกประการ ใน  
 สถานที่ทรงดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการโรง  
 เรือนราชแพทยาลัย ในสมัยสามสิบปี  
 เศษมาแล้ว (ศสสารศิริราช ฉบับที่ ๓  
 ๒) แม้ในปัจจุบันยังทรงระลึกถึง  
 สถานศึกษาด้วยความเอ็นดูอยู่เสมอ  
 เห็นได้จาก การประทานเงินสมทบทุนครั้ง  
 นี้ ซึ่งเป็นไปโดยพระศรัทธาส่วนพระองค์  
 โดยแท้ และการที่ได้ประทานพระนิพนธ์  
 อันมีค่าให้แก่ สารศิริราชฉบับพิเศษ ซึ่ง  
 ได้ปรากฏอยู่แล้ว

ในโอกาสที่ "เสด็จในกรม" ใต้

สถาปนาพระอิสริยยศ เป็น พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระไชยนาทเรนทร เนื่องด้วยการบรมราชาภิเษก สวรรคิวิราช ในนามของโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลขอประทานวโรภาคน้อมเกล้าฯ ถวายพระพรให้ทรงพระเจริญยิ่ง ๆ เทอญ

หลักเกณฑ์การให้รางวัลของคณะกรรมการวิจัยการแพทย์ เราได้รับคำขอร้องให้ช่วยเผยแพร่กฎเกณฑ์ของคณะกรรมการฯ ดังต่อไปนี้

- ๑. เริ่มให้รางวัลแก่เรื่อง ที่ลงพิมพ์ แต่ปี ๒๔๕๓ เป็นต้นไป
- ๒. เรื่องนั้นต้องเป็นเรื่องที่ทำในประเทศไทย โดยทุนของใครก็ตาม จะได้วิจัยพิจารณาเหมือนกัน
- ๓. เรื่องนั้นจะต้องตีพิมพ์ในเอกสารที่พิมพ์ขึ้น จะเป็นภาษาไทย, อังกฤษ, ฝรั่งเศส, หรือเยอรมันก็ได้ แต่ถ้าเป็นภาษาต่างประเทศต้องมีชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยควบไปด้วย
- ๔. เจ้าของเรื่องไม่จำเป็นต้องเสนอเรื่องของตัวเอง กรรมการจะพิจารณาแต่เรื่องที่ดีพิมพ์แล้วในเอกสาร
- ๕. เรื่องนั้น จะต้องเป็นเรื่อง ที่อยู่ใน

ระเบียบการวิจัย ของ คณะกรรมการ วิจัย การแพทย์

- ๖. ถ้าเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการค้าหรืออุตสาหกรรม จะต้องเป็นเรื่องที่ไม่ได้สงวนเอกสิทธิ์ (เป้เต้นต์)
  - ๗. คณะกรรมการวิจัยการแพทย์ จะพิจารณาแต่เรื่องที่ได้ไปอ่านมาเองเท่านั้น
  - ๘. รางวัลจะมี ๑ รางวัล จำนวนเงิน ๒ หมื่นบาท และหักออก ๑๐% เพื่อช่วยในการทำพิธีแจกรางวัล
  - ๙. ถ้าในเรื่องเดียวกัน มีเจ้าของมากกว่า ๑ คน ให้แบ่งรางวัลในส่วนเท่า ๆ กัน
  - ๑๐. ในปีที่ใดที่ไม่มีเรื่องที่ยื่นม พอที่จะรับรางวัล ก็ให้สะสมรางวัลไว้
  - ๑๑. ในการแจกรางวัล จะแจกในคราวประสาทปริญญา ของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
  - ๑๒. คำพิจารณาของคณะกรรมการได้ตัดสินไปแล้ว เป็นเด็ดขาด จะไม่รับข้อแย้งใดๆ ทั้งสิ้น
- ข่าวจากอาจารย์เก่า เราได้รับจดหมายจากท่านศาสตราจารย์ เอ. จี. เอ็ดดิส อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้ซึ่งได้มีบทบาทสำคัญไม่น้อยในการปรับปรุงสร้าง

เสวริมศิริราชให้เข้าสู่มาตรฐานที่ถึงมา  
 ทนสมัย ท่านผู้ใดใช้เวลา่วมสมัย  
 ในประเทศไทย เมื่อหมกคณัญญาจ้างครั้ง  
 สุกท้ายเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๑ แล้วก็ได้  
 กลับไปประเทศของท่าน และข้าพเจ้า  
 ชีวิตอย่างง่าย ๆ อยู่ในรัฐโคโลราโด  
 เราขอ นำจดหมายของท่านลงพิมพ์  
 ลงบ้าง เพื่อให้ปรากฏว่าท่านยังคิด  
 อย่างไรบ้างต่อประเทศไทยและต่อโรง  
 เรือนของเรา

A. G. Ellis,  
 Elm Ave. and Fourth St.  
 Broadmoor, Colorado Springs,  
 Colorado.

June 20, 1950.

Dear Dr. Ouay,

Many thanks for the Siriraj Hospital Gazette. I was greatly pleased to see Prince Mahidol's portrait in the first number. He did a great deal for medicine in his country.

I apologize for this very late note of acknowledgement which is due to the development and later removal of a cataract of my right eye which has greatly interfered with my vision during the past months. That is now improving slowly but has not yet reached the typing stage and my wife is doing this for me.

We have followed with great interest the many newspaper and magazine articles concerning the coronation and marriage of your King, whom we have been privileged to know and admire since babyhood as the happy boy Lek. Our best wishes and prayers are with him.

Both of us are in general good health and I am doing my usual summer gardening but the eye condition has lessened mountain hiking.

Please give my regards to the Hospital staff and the many other friends who may inquire.

Sincerely yours,

A. G. Ellis

P. S. Please say to Luang Bin or any of the other fellows I will be delighted to get the news of Siriraj even if I may be slow in answering,

A. G. E.

เราขออวยพรให้ท่านอาจารย์แก่ผู้สูงอายุมั่นคงอยู่ต่อไปด้วยความสุขชั่ว  
 กาลนาน

ข่าวคืบหน้าเกี่ยวกับงานฉลองหก  
สิบปี จากการรวบรวมยอดรายได้และ  
 รายจ่ายในงานฉลอง ฯ ละเพาะรายใหญ่ๆ  
 ปรากฏว่ารายได้สุทธิคงยังไม่ถึงหนึ่งล้าน  
 บาท แต่เนื่องด้วยคณะรัฐมนตรีได้มีมติ  
 อนุมัติเงินการกุศลก่อนหนึ่งเข้ารวมใน  
 งานนี้ด้วย (ซึ่งต้องขอยกให้เป็นผลของ  
 การวิ่งเต้นอย่างเข้มแข็งของท่านเลขา  
 นการคณะกรรมการฯ) นับว่าเป็นการ  
 ช่วยเหลือที่ยังประโยชน์ให้เป็นอันมาก  
 ซึ่งชาวศิริราชทุกคนคงร่วมกันแสดงความ  
 ความขอบคุณคณะรัฐมนตรีในความ  
 อนุเคราะห์ครั้งนี้ เมื่อวันที่ ๓ เดือน  
 คณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์ฯ  
 จึงได้มีการประชุมเป็นพิเศษเพื่อปรึกษา  
 ทหารอเกี่ยวกับอาคารที่จะจัดสร้างขึ้นเป็น  
 ที่ระลึกตามโครงการนี้ โดยได้ทูลเชิญ  
 หม่อมเจ้าโวฒยากร วรวรรณ สฐาปนิก  
 ชี้นำของประเทศ เข้าร่วมปรึกษา  
 ความเห็นด้วย แม้ว่าการเงินจะยังไม่  
 พอเพียง เพราะยังได้ไม่ครบถ้วนเท่าที่  
 ต้องการ แต่ก็เห็นกันว่าควรเริ่มงานไป  
 พลังก่อน โดยหวังว่าบรรดาชาว  
 ศิริราชทั้งนอกและในสถานที่คงจะช่วย

กันหาเงินมาเพิ่มเติมอีกโดยด่วนเพื่อให้  
 ยังเกิดผลทันตาเห็น คณะกรรมการฯ  
 ได้พิจารณาอย่างละเอียดเป็นพิเศษ  
 เกี่ยวกับหอราชแพทยาลัยในข้อที่ว่า  
 จะสร้างเป็นที่พักผ่อนอย่างเคียวหรือจะเตรียม  
 ไว้ให้ใช้ประโยชน์อย่างอื่นได้อีกด้วย เช่น  
 ให้เป็นที่อาศัยสำหรับนักเรียนแพทย์และ  
 เป็นห้องเรียน เป็นต้น กรรมการของท่าน  
 เฟื่องเล็งในแง่อุดมคติและต้องการรักษา  
 ไว้ซึ่งความสง่าผ่าเผย แห่งหอประชุม  
 กรรมการของท่านมุ่งหน้าไปในทางปฏิบัติ  
 ในการแก้ปัญหานี้ ละเพาะหน้า โดย  
 ละเพาะความยึดเยี่ยคงเป็นรองที่ตกลง  
 กันไม่ได้ง่าย ๆ น่ายินดีที่กรรมการต่างก็  
 ล้วนถึงถึงความสำคัญของการใช้เงินก้อน  
 นี้ ซึ่งส่วนไม่น้อยเป็นหยาดแห่งอและ  
 หยาดสมองของชาวศิริราชที่รักศิริราช  
 อย่างแท้จริง และคงจะไม่ลืมกันว่า หอ  
 นี้ควรจะเป็นของอนุสาวรีย์อยู่อีกเป็น  
 เวลานาน แม้เงินว่างกายของกรรมการ  
 ทั้งหลายจะได้กลายเป็นผุยผงไปแล้ว คัง  
 นั้นในการพิจารณาวางแผนแต่ละท่าน  
 จึงได้ขมกเขม้นในความพินิจพิจารณา  
 อย่างละเอียดละออ เพื่อมิให้อนุชน  
 ทำหน้าที่ว่าคณะกรรมการไม่ได้ใช้ความ

คิดลึกซึ้งตามที่สมควร ในที่สุดของการประชุมท่าน สฐาปนิกได้ทรง รั้งภาระไปลงวางแผนผังและศึกษาคำนวณค่าใช้จ่ายก่อนเพื่อเสนอกรรมการให้พิจารณาอีกครั้งหนึ่งเกี่ยวกับผลได้เสีย ซึ่งคงจะได้ประชุมกันอีกในเร็ว ๆ วัน

หวังว่าท่านคงเป็นที่ยินดีของชาวศิริราชและผู้ที่ได้มีส่วนร่วมในการรวบรวมเงินโดยทั่วกัน แต่ก็ต้องขอเตือนมิให้มองข้ามความจริงไปเสียว่า เงินยังไม่พอ

ท่านคงจะไปต่างประเทศ เมื่อวันที่ ๕ เดือนนี้ คุณหลวงพิณพากย์พิทยาภทคณบดีคณะแพทยศาสตร์และศิริราช

พยาบาล ได้ออกเดินทางโดยเครื่องบินจากสนามบินดอนเมือง มุ่งไปยังกรุงปารีส เพื่อเข้าประชุมวิชาการเกี่ยวกับมะเร็งและรังสีวิทยา ในฐานะผู้แทนประเทศไทย มีอาจารย์ผู้ใหญ่ผู้น้อย นิสิต ครูพยาบาล รวมทั้งข้าราชการในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลไปคอยส่งเสียบ่อยเป็นจำนวนมาก ได้ทราบว่าก่อนจะกลับท่านคงจะได้เดินทางเที่ยวศึกษาการโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลในหลายประเทศในทวีปยุโรปด้วย เราขออำนวยความสะดวกให้ท่านเดินทางไปและกลับด้วยความสุขสวัสดิ์ และเชื่อว่าคงจะนำความนึกเห็นที่เป็นประโยชน์แก่การศึกษา กลับเข้ามาด้วยเป็นอันมาก

## บันทึกท้ายเล่ม

๑ หนังสือของเราฉบับนี้หายไปหลายวัน ขาดท่านถึงกับทวงถาม ทั้งนี้เนื่องด้วย "คณะสารคดีราช" กำลังยุ่งด้วยงานประจำ เกี่ยวกับงานสอนในตอนต้นปี ต้องมีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุ่งขึ้นเหตุการณ์ประจำ และยังมีเรื่องต้องแก้ไขหลายประการ จึงทำให้การออกของหนังสือต้องล่าช้าไป

๑ นอกจากออกช้าแล้ว ในฉบับนี้ยังมีจำนวนน้อยกว่าที่เคยมีมา ทั้งนี้เพราะ "เจ้าหน้าที่เทคนิค" ที่เคยช่วยรวบรวมนั้นกำลังจะแปลงเพศเป็นบรรพชิต จึงไม่มีเวลาช่วยทั้งที่เคยเราจึงมีจำนวนน้อยลง แต่ทั้งนี้เพราะสำหรับฉบับนี้ ในคราวต่อไปเราคงจะจัดการแก้ไขความขาดในขั้นนี้ได้

๑ คุณหมอสวัสดิ์ สกลไทย เป็นเจ้าของเรื่องนำในฉบับนี้ ซึ่งอาจจะหนักสำหรับท่านผู้อ่านหลายท่าน แต่เป็นเรื่องที่พึงสังเกต เพราะเกี่ยวกับโรคในเด็กเกิดใหม่ที่อาจมีน้อยกว่าที่เราคิด

อาการอย่างที่เราบรรยายอาจพบได้เสมอๆ และบางทีก็เกิดตาย แต่เพราะไม่ได้เข้าอยู่โรงพยาบาล หรือไม่ได้มีกรตรวจตราอย่างละเอียดเช่นรายนี้ โรคแท้จึงก็รอดหรือคตาไปได้ ข้อดีของเรื่องที่เสนอนี้มิได้อยู่ที่ความแปลกอย่างเกี่ยวแต่อยู่ที่ความละเอียดละออในการตรวจค้นที่ใครจะทำด้วยซึ่งเป็นลักษณะประจำของท่านผู้รายงาน ขาดที่ท่านผู้อ่านจะร่วมกับเราในการ แสดงความยินดีกับท่านผู้ ซึ่งได้ริบทุนของบริติชเคาน์ซิลให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในวิชาโรคเด็กที่กรุงลอนดอน และจะได้ออกเดินทางในไม่ช้า เราหวังว่าท่านจะไม่ทิ้งนิสสัยช่างเวียนของท่านและคงจะนำประโยชน์กลับมาแจกจ่ายกันต่อไปอย่างมากมาย

๑ สารคดีราชต้องเป็นหนังสือแนกคัลยศาสตร์หรือสำหรับเรื่องที่สอง ของคุณหมอวิชัย บำรุงผล ในปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านแผนกคัลยศาสตร์ การปลูกผิวหนังมิใช่เป็น

เรื่องใหม่ ถึงที่คุณหมอได้แจ้งไว้แล้ว และความสำคัญอยู่ที่ความสามารถที่จะทำได้และได้ผลสมบูรณ์ คือเรียบร้อย สวยงาม และแก้ความพิการได้ จุดประสงค์เหล่านี้คล้ายแพทย์ของเราทำให้สำเร็จได้เพียงใดย่อมเห็นได้จากรายงานงานที่แสดงไว้แล้ว

๑ เรื่องแรกจากแผนกจักขุวิทยาฯ ในชั้นเป็นเรื่องของเนื้องอก ที่เรายังไม่เคยพบกัน จนถึงกับแพทย์ผู้รักษาต้องหลบหน้าไป “ซอมมือ” ที่แผนกกายวิภาคฯ ขอนควรชมเชยคุณหมอปรวราเวชช์เป็นพิเศษ ที่พยายามทำในสิ่งที่เห็นว่าน่าจะทำได้ และพยายามหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อช่วยเหลือคนไข้ แทนที่จะบอกส่งๆ ไปว่า รักษาไม่ได้ ทั้งนี้เรื่องฮอสกัโฮมาซึ่งจริงๆ มีคุณค่าไม่เพียงแต่แจ้งการพบโรคที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนเท่านั้น หากแต่ยังเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับจิตใจแพทย์ที่เหมาะสมอย่างยิ่งอีกด้วย อนึ่งเรื่องนี่ยังเป็น อนุสรณ์ ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการร่วมมืออันดีระหว่างแพทย์รักษากับแพทย์วิทยาการ ซึ่งมักจะเป็น

คุณ สำหรับคนไข้มากกว่า ถ้าหากจะหันหลังให้กันเสีย

๑ ในแผนกย่อยเอกสารเรามีหลายรศตามเคย รวมทั้งเกี่ยวกับการรักษาม.ร.ว. สังกวี เกตุสิงห์ บัญญัติ ปรีชญาณนท์) การข้อมัน (ชุต อยู่สวัสดิ์) และความรู้ เกี่ยวกับคุณและโทษของยา (พนิต เกยานนท์ วันดี ไวสารวัช บุญเรือง นิยมพร) ซึ่งเราหวังว่าท่านผู้อ่านจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากเรื่องเหล่านี้ ไม่มากก็น้อย

๑ เกี่ยวกับเรื่องย่อเอกสาร ในฉบับที่แล้วเราได้แจ้งให้ทราบว่า ได้ติดต่อเป็นทางการไปยังหัวหน้าแผนกวิชาทุกวิชา ขอร้องให้จัดเจ้าหน้าที่ทำการย่อเรื่องที่น่าสนใจในวิชาแขนงต่างๆ ในแผนกนั้นๆ บัดนี้เราได้รับการแจ้งเป็นทางการจากหัวหน้าแผนก อายูรศาสตร์ แจ้งรายชื่อเจ้าหน้าที่ที่รับมอบหมายในเรื่องที่กล่าวมาแล้ว นับว่าเป็นแผนกแรกที่ได้ติดต่อมา (ยกเว้นแผนกสรีรวิทยา) เราขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี และหวังว่าแผนกอื่น ๆ คงจะได้จัด

การในทำนองเดียวกัน เพื่อความสตา  
พรแห่งสารคิริราช ซึ่งเป็นของคิริราช  
โดยส่วนรวม มิใช่ของส่วนตัวโดย  
เฉพาะ ดังที่มักมีคนชอบกล่าวขวัญ

๑ แผนกปกิณณะของเราในคราวนี้  
มีเรื่องสำคัญถึงสองเรื่อง คือรายงานคน  
ไข้ของคุณหมอเสริม วงษ์อารยะ แห่ง  
โรงพยาบาลเลิศสิน ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าทึ่ง  
มาก น่าชมเชยที่ท่านเจ้าของเรื่อง  
อุทิศคำให้การเรียบร้อยรอบคอบมาก ไม่  
แพ้รายงานที่ผลิตในโรงพยาบาลใหญ่ๆ  
เรายังมีเรื่องของท่านผู้นั่งอยู่ในแฟ้มอีก  
ซึ่งจะได้เสนอในโอกาสต่อไป เรื่องที่สอง  
เกี่ยวกับปัญหาเรื่องเข็มนาฬิกาละลายเพนิ  
ซิลลิน ซึ่งเคยมีสมาชิกผู้หนึ่งส่งจดหมาย  
มาลงพิมพ์แสดงความคิดเห็น สมาชิก  
อีกผู้หนึ่งได้เขียนมาถาม (ไม่ได้ลงพิมพ์)  
และคราวนี้สมาชิกอีกท่านหนึ่ง จากชาย  
แดนก็ได้แสดงความสนใจและให้ความ  
รู้มาอีก ประจวบกับเราได้รับคำบอกเล่าที่  
เป็นหลักฐานเชื่อถือได้มา จึงได้ลงคำ  
ตอบไว้ด้วย ซึ่งเชื่อว่าคงจะแก้ความข้อง  
ใจในเรื่องสำคัญนี้เสียได้ เรารู้สึกยินดี

ที่สารคิริราชได้มีโอกาสช่วยไขปัญหาซึ่ง  
ไม่เพียงแต่สำคัญสำหรับแพทย์เท่านั้น  
หากแต่สำคัญว่ายิ่งขึ้นไปอีกสำหรับคน  
ไข้ และบางทีอาจสำคัญสำหรับกระทรวง  
การสาธารณสุขด้วยก็ได้

๑ กิ่งที่ได้สัญญาไว้ในฉบับที่แล้ว  
ในคราวนี้เรามีความสำเร็จในการจัดพิมพ์  
สาร ขาดคำหัวข้อเรื่อง (อินเด็กซ์)  
สำหรับสารคิริราชบทหนึ่ง เพื่อแจกให้  
แก่ท่านสมาชิกโดยไม่คิดมูลค่าซึ่งเป็น  
เหตุประจวบอีกประการหนึ่งของการล่าช้า  
ของฉบับนี้ ต้องขอเรียนความจริงว่าเรา  
ไม่มีความพอใจเลยในผลงานคราวนี้ แต่  
ต้องยอมรับเขา เพราะเป็นครั้งแรกเริ่ม  
ประการหนึ่ง กับอีกประการหนึ่งเพราะ  
คำภาษาไทยเราจะจัดเรียงลำดับตามตัว  
อักษรนำอย่างภาษาอังกฤษนั้นมีความ  
ขลุกขลิกและกึกก้องหลายประการ ท่าน  
ที่เคยใช้พจนานุกรมภาษาไทยคงได้สังเกต  
แล้วว่า หากคำไม่ง่ายเท่าพจนานุกรม  
ภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่นคำ "หนาม"  
ถ้านักตามธรรมชาติน่าจะอยู่ในตอนอักษร  
"น" แต่ความจริงอยู่ที่ "ห" เพราะมี

อักษรนำหน้า อีกอย่างหนึ่งคือคำเช่น  
 “ความหนัก” มีปัญหาว่าจะเอาไว้ที่ “ค”  
 หรือที่ “ท” บางท่านคงคิดว่า “ค”  
 เพราะ “ความ” นำหน้า แต่บางท่าน  
 อาจคิดว่า ควรเอาไว้ที่ “ท” เพราะมี  
 วรรณคำอะไร ๆ ที่มี “ความ” นำหน้า  
 ก็ต้องอยู่ที่ “ค” ทั้งหมด และความ  
 จริงนั้น “ความ” เป็นเพียงตัวประกอบ

ทำให้คำสำคัญไม่ นั่นแหละ เราได้  
 สมอบยื่นอยู่เป็นเวลานานว่าจะเอาอย่าง  
 ไหนดี ในที่สุดก็ได้เลือกทางที่ง่ายที่สุด  
 คือ “ตามใจ” ดังนั้นใครขอแนะนำว่า  
 ทางที่ดีท่านควรอ่านสารชาญนให้ตลอด  
 เสียสักขหนึ่งก่อน เพื่อให้ได้ความรู้  
 เรียงและจัดพวก ต่อไปคงจะเป็นการง่าย  
 ขึ้นสำหรับการค้น