



**สารศิริราช**  
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

|                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๔๙๓ | Volume 2, Number 8, August 1950 |
|--------------------------------|---------------------------------|

**ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับ**

อานนท์ ประทัดสุนทรสาร

พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

เรื่องนิตินำขึ้นเพื่อเสนอข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับ แต่ไม่ได้ถือว่าเป็นสถิติของประเทศไทย เพราะว่ายังมีจำนวนน้อย ผู้เสนอเพียงแต่ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับความมากมายของโรคคนที่ได้พบในโรงพยาบาลศิริราช และได้พบมาจากถิ่นไหนของประเทศไทยบ้าง นอกจากนี้ยังได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคนี้ต้องมาโรงพยาบาล และแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยในชั้นแรกไว้อย่างไร ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์ผู้สนใจในโรคนี้ช่วยกันศึกษาต่อไป

ข้อสังเกตเหล่านี้ได้มาจากการตรวจรายงานการตรวจอุจจาระของแผนกพยาธิวิทยาโรงพยาบาลศิริราช ความเป็นผู้ช่วยรายใดบ้างที่อุจจาระมีไข่ของพยาธิใบไม้ในตับ แล้วจึงค้นบัตรตรวจโรคผู้ป่วยภายนอก หรือรายงานผู้ป่วยภายในของผู้ช่วยนั้นๆ มาศึกษาอีกทีหนึ่ง และได้ผลต่าง ๆ ทั้งที่จะแสดงต่อไปพร้อมๆ กับอธิบายเป็นข้อๆ

ผลการตรวจอุจจาระผู้ป่วย จากแผนกตรวจโรคภายนอกและผู้ช่วยภายในของแผนกต่าง ๆ ซึ่งส่งมาตรวจแผนกพยาธิวิทยา ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๘-๒๔๙๒ รวม

๕ ปี พบว่ามีไข่พยาธิใบไม้ของตับ ๓๑ ราย

ในรายงานโดยมากบันทึกไว้ว่าพบไข่ Liver Fluke และบางรายก็บันทึกไว้ว่าพบไข่ของ *Opisthorchis felineus* แต่การที่จะบอกให้แน่นอนลงไปว่า เป็นไข่ของพยาธิใบไม้ในตับ species ใด โดยอาศัยลักษณะของไข่อย่างเคี้ยว นั้นไม่ไช่ของง่าย เพราะพยาธิใบไม้ในตับของคนรวมอยู่ใน Family *Opisthorchidea* ซึ่งมี ๒ genera คือ genus *Opisthorchis* กับ genus *Clonorchis* และทำให้เกิดอาการของโรคคล้ายกัน การที่จะแยกชนิดระหว่าง ๒ genera นี้โดยอาศัยลักษณะของไข่อย่างเคี้ยว นั้นต้องใช้ความชำนาญอย่างมาก ถึงการที่จะแยกออกไปว่าเป็น Species *Opisthorchis felineus* หรือ *Opisthorchis viverrini* แล้วยังไม่อาจทำได้ใหญ่ ดังนั้นไข่ของพยาธิใบไม้ในตับตามรายการสนับสนุนฐานได้แต่ว่าอยู่ใน Family *Opisthorchidea* เท่านั้น

นอกจากไข่พยาธิใบไม้ของตับแล้วยังพบปรสิตอื่นจากการตรวจอุจจาระด้วย ดังนี้

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| <i>Endamoeba histolytica</i> - cyst | 1 ราย |
| - trophozoite                       | 2 "   |

|  |       |
|--|-------|
| <i>Taenia saginata</i> ova             | 2 ราย |
| Hook-worm ova                          | 2 "   |
| <i>Trichomonas hominis</i> trophozoite | 3 "   |
| <i>Enterobius vermicularis</i> ova     | 1 "   |

เนื่องจากผู้ช่วยทั้ง ๓๑ รายนี้ มีเพียง ๓ ราย เท่านั้นที่ได้ถูกวิจัยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษาคือไปส่วนใหญ่งจึงได้อาศัยแต่บันทึกจากบัตรตรวจโรคผู้ช่วยภายนอกเท่านั้น

|      |            |      |        |
|------|------------|------|--------|
| เพศ  | เป็น       | ชาย  | ๒๕ ราย |
|      |            | หญิง | ๒ ราย  |
| อายุ | ๑ - ๑๐ ปี  |      | ๑ ราย  |
|      | ๑๑ - ๒๐ ปี |      | ๗ ราย  |
|      | ๒๑ - ๓๐ ปี |      | ๑๑ "   |
|      | ๓๑ - ๔๐ ปี |      | ๖ "    |
|      | ๔๑ - ๕๐ ปี |      | ๓ "    |
|      | ๕๑ - ๖๐ ปี |      | ๓ "    |

|       |                |        |
|-------|----------------|--------|
| ชาติ  | เป็นไทยทั้งหมด |        |
| อาชีพ | ทำนา           | ๑๑ ราย |
|       | ภิกษุ          | ๘ ราย  |
|       | สามเณร         | ๒ ราย  |
|       | นักเรียน       | ๓ ราย  |
|       | ค้าขาย         | ๒ ราย  |
|       | งานบ้าน        | ๑ ราย  |
|       | รับราชการ      | ๑ ราย  |

|                                     |    |     |                           |                                    |     |     |
|-------------------------------------|----|-----|---------------------------|------------------------------------|-----|-----|
| รัชจำง                              | ๑  | ราย | ไข่พยาธิไข่มไ้มในคัย      | เสี่ย ๑๑                           | ราย | และ |
| คัคณม                               | ๑  | ราย | ใน ๑๑                     | รายนี้ มีอาการสำคัญและโรคอัน       |     |     |
| ในปกครอง                            | ๑  | ราย | ที่ตรวจพบคณ               |                                    |     |     |
| จากรายการณ                          |    |     | บอกไ้แต่เพียงว่า          | — อจจาระเข้มนกเลือก                | ๑   | ราย |
| พยาธิไข่มไ้มในคัยพมมากในชวย         |    |     | ชาติไทย                   | เข้มนกค้อมีขา                      |     |     |
| อาศัพทานา หรืออยู่ในบรรพชิต         |    |     | เท่านั้น                  | — ถ่ายขี้ส้ววะชัค                  | ๑   | ราย |
| <u>จังหวัด</u> ขอนแก่น              | ๕  | ราย |                           | เข้มนัวในกะเพาะขี้ส้ววะ            |     |     |
| ร้อยเอ้ง                            | ๑  | ราย |                           | — ปวดเข้บบริเวณชายโครงขวา          | ๑   | ราย |
| มหาสารคาม                           | ๒  | ราย |                           | เข้มนผะมีขาที่คัย                  |     |     |
| อุบลราชธานี                         | ๒  | ราย |                           | — ปวดท้อง                          | ๓   | ราย |
| หนองคาย                             | ๑  | ราย |                           | เข้มนผะมีขา                        | ๑   | ราย |
| บุรีรัมย์                           | ๑  | ราย |                           | เข้มนโรคพยาธิควคค                  | ๑   | ราย |
| พระนคร                              | ๗  | ราย |                           | เข้มนกค้อมีขา                      | ๑   | ราย |
| ธนบุรี                              | ๘  | ราย |                           | — ปวดตามเส้น                       | ๑   | ราย |
| พิจิตร                              | ๑  | ราย |                           | เข้มนโรคพยาธิปากขอและพยาธิควคค     |     |     |
| นนทบุรี                             | ๑  | ราย |                           | — ปวดตามข้อ                        | ๑   | ราย |
| ปราจีนบุรี                          | ๑  | ราย |                           | เข้มนโรคชิฟิลิส                    |     |     |
| ชลบุรี                              | ๑  | ราย |                           | — เข้มนกค้อมีขา                    | ๑   | ราย |
| รายการนี้แสดงว่าผู้ช่วย             | ๑๒ | ราย |                           | เข้มนโรคนี้วินไตขวา และกรวยไตเข้มน |     |     |
| จาก ๓๑                              |    |     | รายมาจากจังหวัดในภาคอีสาน | หนอง                               |     |     |
| ส่วนรายที่มาจากจังหวัดพระนครและ     |    |     |                           | — ท้องเคิน                         | ๑   | ราย |
| ธนบุรีอาจเป็นคนต่างจังหวัดซึ่งมาพัก |    |     |                           | เข้มนกค้อมีขา                      |     |     |
| รักษาตัวอยู่ชั่วคราวก็เข้มนไ้       |    |     |                           | — ขี้ส้ววะเข้มนเลือก               | ๑   | ราย |
| ผู้ช่วย ๓๑                          |    |     | รายนี้ มาโรงพยาบาล        | เข้มนโรค ขี้ส้ววะเข้มนเลือกเนองจาก |     |     |
| ด้วยอาการของโรคอัน                  |    |     | แล้วจึงตรวจพบ             | ซัลฟา ไคอะซีน                      |     |     |

ส่วนอีก ๒๐ หน้านั้น การตรวจร่าง  
กายไม่พบข้อผิดปกติ นอกจากการตรวจ  
อุจจาระ พบว่ามีไข่ของพยาธิใบไม้ในตับ  
จึงสันนิษฐานว่า อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น  
นั้นมิใช่สาเหตุมาจากพยาธิใบไม้ในตับ อา-  
การสำคัญใน ๒๐ หน้านั้น มีดังนี้

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| ปวดท้อง                       | ๗ ราย |
| ปวดท้องและอาเจียนเป็น ๆ ทาย ๆ | ๑ ราย |
| แน่นในท้อง                    | ๓ ราย |
| ท้องเดินเป็นมูก               | ๓ ราย |
| ถ่ายอุจจาระมูกเลือด           | ๒ ราย |
| ถ่ายอุจจาระข่อย ๆ             | ๑ ราย |
| ท้องเสียข่อย ๆ                | ๑ ราย |
| ท้องอืด ท้องผูก               | ๑ ราย |
| ไม่ได้ขึ้นที่ทวารในขั้น       | ๑ ราย |

จากรายการนี้ จะเห็นได้ว่า อาการ  
ทั้งหมดเป็นอาการผิดปกติของระบบทาง  
เดินอาหารซึ่งคล้ายคลึงกันกับที่ไดกล่าว  
ไว้ในตำรา (1) (2) (3) ว่าเป็นอาการของ  
โรคพยาธิใบไม้ในตับระยะซึ่งมีความรุนแรง  
ปานกลาง ส่วนอาการอย่างรุนแรง  
ของโรคนี้ เช่น ตับโต, ตับเหลือง  
หรืออาการของ Portal Cirrhosis นั้น ไม่

พบในรายการของเรา และใน ๒๐ ภาย  
ที่กล่าวมานี้ การวินิจฉัยโรคในขั้นแรก  
คือ

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง | ๑๐ ราย |
| ท้องผูก                 | ๑ ราย  |
| พยาธิในลำไส้            | ๒ ราย  |
| ปวดท้องโดยไม่มีสาเหตุ   | ๒ ราย  |
| บิด                     | ๒ ราย  |
| การย่อยอาหารผิดปกติ     | ๑ ราย  |
| ท้องเดิน                | ๑ ราย  |
| แผลเปื่อยปาก            | ๑ ราย  |

### สรุป

๑. โดยอาศัยรายงาน การตรวจอุจ-  
จาระของแผนกพยาธิวิทยา โรงพยาบาล  
ศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๘-๒๔๙๒  
พบว่ามีไข่พยาธิใบไม้ (Liver fluke) ใน  
อุจจาระผู้ป่วย ๓๑ ราย

๒. ได้พบข่อยใน ซาก สัตว์ไทย  
อาชีพทำนา หรืออยู่ในบวรพชิต

๓. ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากมาจากจังหวัด  
ภาคอีสานของประเทศไทย

๔. ใน ๓๑ หน้านั้น มาโรงพยาบาล

โดยมีอาการของโรคอื่นเสีย ๑๑ ราย และอีก ๒๐ ราย สันนิษฐานว่ามาโรงพยาบาลเพราะอาการของโรคพยาธิใบไม้ในตับใน ๒๐ รายนี้พบว่ามีอาการสำคัญคือปวดท้อง แน่นท้อง ท้องเทิน อูจจาระเป็นมูก ท้องเสีย ซึ่งแสดงว่าเป็นอาการของโรคพยาธิใบไม้ ในตับระยะรุนแรงปานกลาง

๕. ได้กล่าวถึงการวินิจฉัยโรคในชั้นแรกของผู้ป่วย ๒๐ รายนี้ไว้ด้วย

เอกสาร

1. Hegner, R., Root, F.M., Augustine, D.L., and Huff, C.G., 1938: Parasitology with special Reference to Man and Domesticated Animals.
2. Craig, C.F., Faust, E.C., 1947: Clinical Parasitology.
3. Manson-Bahr, P.: Manson's Tropical Diseases, 12th ed.

พระราชหัตถเลขาพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว

พระราชทาน

พระธิดาสมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมพระนครสวรรค์วรพินิตในคราวเสด็จชะวา

เมื่อมะเส็ง พ.ศ. ๒๔๗๒

เราได้รับประทานหนังสือจำนวนหนึ่งมาจากท่านผู้ทรงพิมพ์ เพื่อให้จำหน่ายเอารายได้ทั้งหมดสมทบทุนมูลนิธิศิริราช ในราคาเพียงเล่มละห้าบาทถ้วน (เฉพาะสมาชิกศิริราช) ไม่คิดค่าส่ง ซึ่งนับว่าเป็นราคาถกมากสำหรับหนังสือที่หายาก (ขนาดสารศิริราช หน้า ๑๕๐ หน้า) ท่านที่ต้องการโปรดแจ้งไปยังผู้จัดการศิริราชโดยด่วนพร้อมด้วยส่งเงินห้าบาทถ้วน

(Abstract of the fore-going article)

SOME OBSERVATIONS ON LIVER FLUKE INFESTATION

Anondh Pradatsundrasar

M. B.

(Dept. of Pathology)

---

Among records of fecal examination on file at the Dept. of Pathology during the five-year period between 1945 and 1949 the author found 31 instances of liver fluke infestation, sometimes associated with other parasites (*E. histolytica*, *T. saginata*, *Uncinaria*, *T. hominis*, *Enterobius vermicularis*), it being impossible to identify the species of the flukes. All the patients were Siamese, twenty-nine being male and two female, with ages ranging from one year to sixty years, more than half of the cases being between eleven and thirty. Farmers and priests were most frequently affected. Twelve patients came

from the north-eastern province. In twenty cases the fluke infestation appeared to be responsible for the chief symptoms (abdominal pain, vomiting, abdominal oppression, diarrhea with blood and mucus, indigestion, tympanites, constipation); in other cases the ova were accidentally found during fecal examination in connection with other diseases (amebic dysentery, vesical calculus, amebic abscess, appendiceal abscess, teniasis, uncinariasis, syphilis, renal calculus with pyelitis, sulfonamide hematuria).

(Three references.)

---



Figure 1. Low power microphotograph (2.6) of oesophagus and trachea showing unusually high distribution of parasympathetic ganglia (marked A and B). Note the plate of cricoid cartilage in front of the oesophagus.

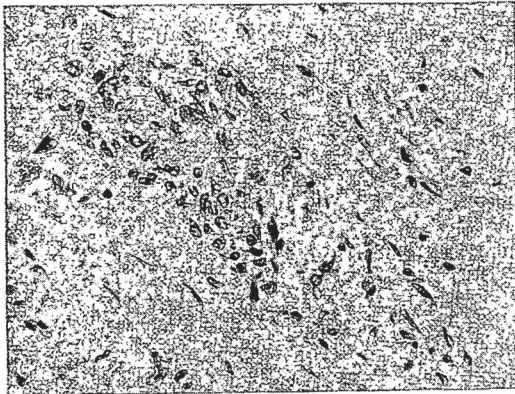


Figure 2. High power microphotograph of area A. (in figure 1)(x 250), showing group of ganglial cells.

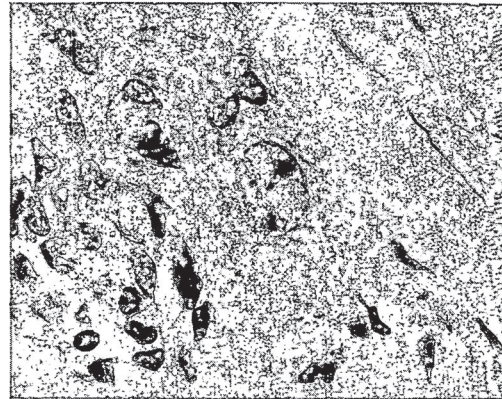


Figure 3. Photograph of the largest ganglial cell in area A. (x 650)

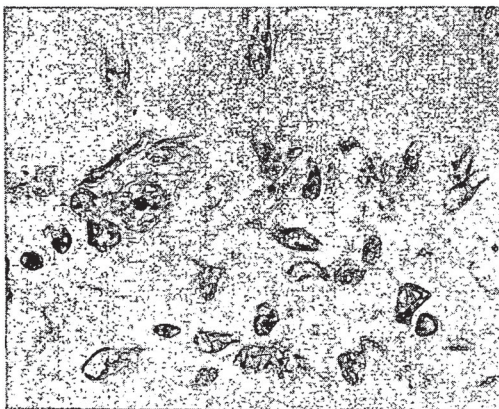


Figure 4. Ganglial cells in area B. (x 650).

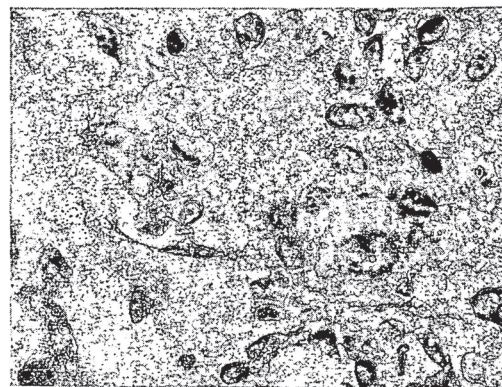


Figure 5. More ganglial cells in area B. (x 650)

A CASE OF HIGH DISTRIBUTION OF PARASYMPATHETIC GANGLIA  
IN THE OESOPHAGEAL WALL

Sood Saengvichien  
M.B., M.D

and

Dhiara Udhayanang  
M.B.

(Dept. of Anatomy)

Kuntz (1934), quoting the work of Greving (1920), wrote: "the upper limit of the myenteric plexus is three to four centimeters below the inferior border of the larynx . . . . . no ganglia have been observed in the oesophageal wall above the upper limit of the myenteric plexus." A specimen in our possession does not conform to this statement, and we think it would be proper to put on record such a case of high distribution of the parasympathetic ganglia of the oesophagus.

The specimen was from a pregnant woman of seven months' gestation who died of injuries sustained during an air raid on Bangkok. On the permission of her husband an autopsy was performed. The deceased appeared normal in every respect; death was due to a splinter of wood piercing the uterus and causing very severe hemorrhage. Various organs were fixed in 20 per cent formalin and Zenker-formol with the intention of preparing histological slides for teaching. Blocks of tissue were removed from the fixatives and passed through the usual routine histological technique, using dioxan as dehydrating agent; they were embedded in paraffin and sectioned at 7 to 10 micra. Delafield hematoxylin and eosin were used as stains.

The specimen under discussion was from the highest part of the oesophagus, as can be seen in Figure 1 from the presence of the plate of the cricoid cartilage in front to the section, and from the striated character of the muscular wall at this level.

Under low power examination nerve plexuses were found in many parts of the section, lying chiefly among the bundles of striated muscle fibres; a few were seen in the submucosa. Ganglion cells were present only in the plexuses among the muscle bundles. Beside areas A and B as marked out in Figure 1, two other areas showed the presence of neurones. Altogether ten cells could be counted which possessed typical appearance of ganglionic neurones with nuclei. Figure 3 shows the largest ganglion cell found in the area A.

The presence, as in this case, of terminal ganglia in this highest part of the oesophagus places the upper limit of the distribution of parasympathetic ganglia three or four centimeters higher than that recorded by Greving. It is difficult to understand the use or purpose of ganglionic cells in this location, because at this level the muscular wall of the organ is composed only of striated muscle. The

few smooth muscle cells forming the muscularis mucosae are too far away to be innervated by those cells.

#### Summary

A case of high distribution of parasympathetic ganglia in the wall of the oesophagus is described. Ganglionic cells were found in the first part of the organ, three or four centimeters higher than the upper-

most level recorded by Greving (1920).

#### References.

1. Greving, R., 1920. Die Innervation der Speiseröhre. Ztschr. f. angew. Anat. u. Konstit., v. 101. (From ref. 2)
2. Kunst, A., 1934. The Autonomic Nervous System. Second ed. (Lea and Febiger, Philadelphia).

ผู้ที่ เป็น แพทย์ หรือ เป็น ครู เป็น ขุน ศาล ตลาการ และเป็น ผู้ ปกครอง คน มาก ๆ ย่อม ต้อง การ ความ เที่ยงธรรม ใน คน ยิ่ง กว่า คน สามัญ เหตุ ที่ จะ ชัก พาย ไม่ ให้ คน ตั้ง อยู่ ใน ความ เที่ยงธรรม นั้น มี อยู่ สี่ ประการ เรียกว่า คติ ๔ คติ

(๑) ฉันทาคติ มีความรัก เป็น เหตุ ให้ ลำเอียง เป็นต้น ว่า มี คน ใช้นิหลาย คน ..... แต่ เรา ไม่ ไต่ คัด วิชา พยาบาล ด้วย ความ เที่ยงธรรม เพราะ เหตุ ที่ เรา มีความ หวัง หรือ เห็น แก่ ลลาภ ทัง พงพอใจ ใน ข้าง นั้น ..... (๒) โทสาคติ มีความโกรธ เป็น เหตุ ให้ ลำเอียง เป็นต้น ว่า เรา มี หน้า ที่ ปรึกษา พยาบาล คน ใช้นั้น ๆ อยู่ แต่ คน ใช้นั้น ข้าง นั้น จู๊ จุกจิก หรือ ทำ อะไร ให้ เรา โกรธ เคือง เรา ก็ ทอด ทัง เสีย ย่าง ๆ ..... (๓) ภยาคติ มีความกลัว เป็น เหตุ ให้ ลำเอียง เป็นต้น ว่า ใน หมู่ คน ใช้นั้น ..... มี คน ใช้นั้น ข้าง นั้น ที่ เป็น ผู้ มี ศลา บรรคา คติ ..... เพราะ ความ เกรง กลัว ปล่อย ให้ คน ใช้นั้น ทำ อะไร ทำ ได้ (๔) โมหาคติ มีความหลง เป็น เหตุ ให้ ลำเอียง เป็นต้น ว่า ใน การ ปรึกษา พยาบาล ใช้นั้น ที่ เรา ไม่ ..... รู้ เท่า ดั่ง โรค แต่ ไม่ ย่อม จิน ความ รู้ ปรึกษา ไป โดย เคา โดย สะ เพว่า ไม่ พิเคราะห์ ให้ ถ้วน ถ้วน แน่น ออก หรือ หา หรือ ผู้ ที่ มีความ รู้ ความ ชำนาญ กว่า คน

(จาก จรรยาแพทย์ ของ เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี)

(ความย่อจากบทความภาษาอังกฤษข้างหน้า)

## ตัวอย่างหลอดอาหารที่มีแก๊งเกล็ด

### พาราซิมพะเซติคอยู่สูง

สุด แสงวิเชียร และ เขียร อุทยานัง  
พ.บ.,พ.ด. พ.บ.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

จากการตรวจค้นของ Greving ปรากฏ  
ในบทความของ Kuntz ว่าชายประสาท  
(เปลือกซัส) มีเอ็น เทอริค ในผนังของ  
หลอดอาหาร (อีโซเฟกัส) มีอยู่ไม่  
สูงกว่าระดับ ๓ ถึง ๔ ซม. ทำจากขอบ  
ล่างของกล่องเสียง และเขาไม่เคยพบ  
แก๊งเกล็ดเห็นอวัยวะเดียวกัน แต่ใน  
แผนกกายวิภาคศาสตร์ โรงพยาบาล  
ศิริราช มีตัวอย่างหลอดอาหารจากศพ  
หญิงครรภ์เจ็ดเดือนหนึ่ง ตายจากการ  
ฉีกขาดในระหว่างสงครามคราวที่แล้ว  
เนอซนหนึ่ง ซึ่งตัดออกจากส่วนบนที่สุด  
ของหลอดอาหาร (ปรากฏหลักฐานคือ

ส่วนของกระดูกอ่อนไครค้อยู่ที่ติดอยู่กับ  
ในส่วนหน้า ในภาพที่ ๑ และผนังของ  
หลอดอาหารประกอบด้วยกล้ามเนื้อลาย  
ทั้งชั้น) มีชายประสาทหลายกลุ่มแตก  
อยู่ในระหว่างมัดกล้ามเนื้อและมีส่วน  
เล็กน้อยในชั้นซิมิวโคซา ฉะเพาะใน  
กลุ่มพวกแรกเท่านั้นที่มีแก๊งเกล็ดเซลล์  
นี้ได้ชัดเจนแน่นอนรวม ๑๐ เซลล์

การพบนี้ย่อมเป็นการ คัดค้าน ข้อ  
ความในตำราที่อ้างไว้แล้ว โดยที่เรา  
ได้พบว่าแก๊งเกล็ดของประสาทพาราซิม  
พะเซติคกระจายอยู่สูงกว่าระดับที่กล่าวไว้  
ไม่ต่ำกว่า ๓ ถึง ๔ ซม.

# ต่อมปรอดเตตโต

สัมพันธ์ ตันติวงษ์

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

เหตุที่ทำให้ต่อมลูกหมากหรือปรอดเตตโตมีไค้หลายโรค คือ (๑) ซัยเปอโรโทรฟีสามัญหรือปรอดเตตติโนม่า (๒) คาร์สิโนม่า (๓) วัณโรค (๔) ไฟโบรมา

แต่โดยปรกติต่อมลูกหมากโตหมายถึงถึงปรอดเตตติโนม่า ในที่นี้จะบรรยายโดยย่อ ๆ พร้อมกันกับแสดงสถิติโรคนี้ ๑๐๐ รายซึ่งรับไว้ในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๕ ถึง ๒๔๘๒

ปรอดเตตติโนม่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ถ่ายขี้สวะไม่สะดวกเนื่องจากการอุดตันต่ำกว่ากะเพาะขี้สวะ (infravesical obstruction) มักเป็นในคนแก่อายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ส่วนมากอยู่ระหว่าง ๖๐ ถึง ๗๐ ปี ตามสถิติของเราคืออายุเฉลี่ยได้ ๖๗.๕๕ ปี แต่ที่กล่าวนี้เป็นอายุเมื่อมีอาการมากจนต้องมาหาเราปรึกษา ถ้าคิดตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการพบว่าโรคนี้ตั้ง

ต้นตั้งแต่อายุ ๔๐ ขึ้นไป เฉลี่ยตามสถิติของเรา ๖๔.๖๓ ปี คนไข้พวกนี้มีอาการเริ่มต้นมาหลาย ๆ ปี แล้วจึงมาหาเรา

ลักษณะของการโต เข้าใจว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมในตอนปลายของชีวิตกามารมย์ และเกิดโดยมีภาวะกระตุ้นเนื่องจากความไม่สมดุลย์ทางเอ็นโดไครน์ พยาธิสภาพไม่ได้เกิดที่ตัวต่อมปรอดเตตเอง แต่เกิดที่ต่อมสืบมีวักส์หรือปรอดเตตติทิวบูล มักเป็นทั้งกลีบกลางและข้าง ส่วนทางกลีบหน้าไม่ค่อยเป็น ทางกลีบหลังมักเป็นคาร์สิโนม่า ตัวต่อมปรอดเตตเองจะถูกเบียดให้ข้างจนกลายเป็นที่เรียกว่า "Surgical capsule" พยาธิวิทยา มีการงอกอย่างพุ่มเพื่อของเอพิเธลิยมใน ทิวบลของปรอดเตตพร้อมด้วยเกิดงอกงามในส่วนอินเตอร์

อะไซนัส และเนื้อเส้นใยรอบๆ ก็เพิ่ม  
มากขึ้น

การตรวจพบในชาติต่าง ๆ โรคนั้น  
เป็นกับคนทุกชาติทุกภาษา ในสถิติของ  
เรามีแต่ไทย กับจีน เป็นไทย ๘๐ ต่อ  
จีน ๒๐ คน ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า  
คนไทยเป็นโรคนั้นมากกว่าคนจีน

อาการ โรคนั้นเป็นในคนแก่มาก แต่  
อาการและความรุนแรงของโรคไม่ได้เป็นส่วน  
สำคัญโดยตรงกับ ขนาดของต่อมลูก  
หมากที่โต บางคนมีอาการเมื่อโตมาก  
บางคนไม่มีอาการเลยจนสิ้นอายุ

อาการครั้งแรกเป็น อาการของการ  
ระคายและการเลือดคั่งในต่อมทำให้ถ่าย  
ขี้ส้วมขี้ขี้ขึ้นโดยกะเพาะเวลากลางคืน  
มีความรู้สึกตึงที่บริเวณฝีเย็บ, ทวาร  
หนัก ในระยะนี้บางคนมีความต้องการ  
ทางเพศเพิ่มขึ้น เมื่อเริ่มมีอาการออก  
อาการแรกอาจเป็นเพียงขี้กขี้ข้อนหรือ  
ถ่ายขี้ส้วมออกช้า เมื่อต่อมโตมาก  
ทุกทีต้องเบ่งมากเวลาถ่ายขี้ส้วม  
ขี้ส้วมไม่พุ่งแรง สายเลือดลงจนที่หลัง  
ออกเป็นหยดๆ ระหว่างนั้นถ้ามีเหตุหนึ่ง  
เหตุใดที่ทำให้ต่อมมีเลือดคั่งมากขึ้น

เช่น หลังจากเวลาเดินทางไกล ขี้รด ข  
ม้าเป็นคัน อาจถ่ายขี้ส้วมไม่ออกโดย  
กระทันหันได้ เมื่อต่อมโตมาก ๆ ก็มี  
retroprostatic pouch ใหญ่ขึ้น ประกอบ  
กับโตนัสของกระเพาะเขาอ่อนลงในตอน  
หลัง ทำให้ขี้ส้วมตกค้างในกระเพาะ  
มากขึ้น คนใช้ถ่ายขี้ส้วมครั้งละน้อยๆ  
บ่อยๆ และรู้สึกถ่ายถ่ายไม่หมด

โรคแทรก มีได้มาก เช่น

๑. การติดเซอ (อินเฟ็คชั่น) เนื่อง  
จากขี้ส้วมค้าง ตั้งต้นจากกระเพาะเขา  
แล้วอาจ ลาม ไปยัง ไต และอวัยวะสืบพันธุ์  
หรืออาจกระจายไปทั่วตัวก็ได้

๒. การตกเลือด เพราะมีเลือดคั่ง  
มาก ถ้ามีการติดเซอ ก็ยังมีเลือดตกได้  
ง่าย อาจขี้ส้วมเป็นเลือดสดๆ และ  
เป็นลิ่มก็ได้

๓. นิ่วในกระเพาะเขาหรือต่อมปรอส  
เตตเอง เป็นผลของการออกกั้นและติด  
เซอ

๔. อาการอื่นๆ เช่น ริดสีดวงทวาร  
หนัก ไล่เลื้อน ไร่คัมไฟต์ เป็นผลจาก  
การเบ่งขี้ส้วมเป็นเวลานานๆ

เนื่องจากมีการออกกั้นนานๆ หน้าที่  
ของไตจะค่อยๆ เสื่อมไป เกิดยูริเมีย

เรอรั้งทำให้ร่างกายทั่วไปชดโชน ถ้าไม่รักษาในที่สุดคนไข้อาจตายด้วยยูริเมียหรือการคึกเซือ

สถิติอาการในคนไข้ของเรา ในจำนวน ๑๐๐ ราย ส่วนมากเริ่มด้วยการถ่ายปัสสาวะลำบากต้องเบ่งมาก ถัดมากคือถ่ายบ่อยและปวด (dysuria) นอกนั้นมีพิษยูเรีย, ชีมาตเรีย, ถ่ายไม่หมด ส่วนน้อยมีรู้สึกถ่วงที่เย็บ ปัสสาวะไม่พุ่งไหลชยักชย่อน ซึ่งตามตำราว่าเป็นอาการแรก ชื่อนั้นอาจเป็นเพราะคนไข้ส่วนมากของเราขาดความสังเกตก็ได้

อาการอื่น ๆ ปรากฏในตาราง

อาการทั่วไปและอาการแทรก อาการที่ทำให้คนไข้ จำต้องมาหาเรารักษาส่วนมากเป็นเรื่องถ่ายปัสสาวะไม่ออก ซึ่งเป็นอาการระยะหลังมาก (คูตาราง) ทั้งนี้เพราะการปล่อยปละละเลยและรู้เท่าไม่ถึงการ ไม่เต็มทีจริง ๆ ไม่มาหาหมอ

อาการถ่ายปัสสาวะไม่ออกอาจเกิดในระยะต้น ๆ ก็ได้ โดยเลือดคั่งหรือขวมเนื่องจากเหตุใด ๆ ก็ตาม ตามสถิติของเรา ๘๐ ราย เคยมีอาการคั่งกล่าวนแต่ที่มาหาเราเพราะอาการนั้นจริง ๆ มี

เพียง ๖๖ ราย แปลว่านอกจากนี้อีก ๑๔ ราย ได้เคยมีอาการในระยะอื่น ๆ แล้วหายไปได้ หรือกลับถ่ายได้เองอีกภายหลังการสวนปัสสาวะ

จากตาราง จะเห็นว่า การคึกเซือและการเกิดนิ่วมีได้มากในคนไข้พวกนี้ และคนไข้ส่วนมากมี N.P.N. และ เคราตินินในเลือดสูง อาจถึงขีดคั่งค้างและยูริเมีย

การวินิจฉัยโรค อาศัยประวัติ อาการ การตรวจทวารหนัก คลำต่อมปรัสเตต และการตรวจด้วยซิสโตสโคป กลีบข้าง ๆ ของ ปรัสเตตที่โตส่วนมากเป็นชนิด trilobar คือเป็นทั้งกลีบกลางและข้าง ๆ ทั้งสองข้าง

การผ่าตัด การรักษาก่อนผ่าตัดมีความสำคัญมาก เพราะคนไข้พวกนี้มีอายุมาก ร่างกายมักไม่ค่อยแข็งแรง มีการคึกเซือและไตพิการ ข้อสำคัญคือต้องทำให้หน้าที่ของไตกลับคืนสู่ระดับใกล้เคียงปกติที่สุด และรักษาการคึกเซือโดยทำให้ปัสสาวะไหลสะดวก อาจใช้ยาระงับเซือหรือสวนล้างกระเพาะเบาด้วยยาอื่น ๆ วิธีที่จะให้ปัสสาวะไหลดีคือใส่หลอดสวนปัสสาวะคาไว้อย่างหนึ่ง หรือทำการเจาะ

กระเพาะปัสสาวะ (suprapubic cystostomy) นอกจากนั้นให้คืบมามาก ๆ พักผ่อนให้ มีความ สมบูรณ์ และให้ ยายำ รุงอื่น ๆ เมื่ออาการดีขึ้นแล้วจึงทำการตัดต่อมโปรสแตต

การใส่ หลอดสวน คา ไว้ หรือเจาะกระเพาะปัสสาวะใส่ หลอดไม่จำเป็นในรายที่โตมีหน้าท้อง ไม่มีการติดเชื้อ และไม่มีปัสสาวะตกค้างมากนัก

การเจาะกระเพาะปัสสาวะก่อนเพื่อให้อุณหภูมิของปัสสาวะไม่สูงเกินไป ส่วนมากเพียงใส่ หลอดสวน ปัสสาวะคาไว้ก็เป็นการเพียงพอ แต่ในรายที่มีการติดเชื้อมาก ๆ หรือในรายที่มีภาวะทั่วไปเลวมาก เราต้องเสียเวลานานในการบำรุงก็จำต้องเจาะกระเพาะปัสสาวะเพราะปัสสาวะไหลดีกว่า และบางรายเราให้กลีบขี้ผึ้งก่อน พักเสีย นาน ๆ จนร่างกายสมบูรณ์ดีพอจึงมาทำการผ่าตัด การใส่หลอดสวนปัสสาวะคาไว้ นาน ๆ ระวังรักษาลำบาก โอกาสนำ การติดเชื้อได้มาก

ตามตาราง ก่อนการผ่าตัด เห็นได้ว่าเราต้องเสียเวลามากกว่าจะทำให้คนไข้มีความสมบูรณ์เหมาะสมควรที่จะรับการผ่าตัด

การตัดต่อมโปรสแตต ใน ๑๐๐ รายของเรา ได้ผ่าตัดต่อมโปรสแตต ๘๔ ราย รายนอกนั้นตายก่อนผ่าตัดข้าง ไม่สมควรให้ทำการผ่าตัดข้าง บางรายเจาะกระเพาะปัสสาวะแล้วให้กลีบขี้ผึ้งเพราะร่างกายยังไม่แข็งแรงพอ บางรายมีโรคแทรกอื่น ๆ เช่น วัณโรคปอด หรือเจาะกระเพาะปัสสาวะแล้วตายเพราะยูริเอมี หรือผ่าตัดเพียงเอาน้ำใน กระเพาะ ปัสสาวะออกเท่านั้น เพราะต่อมโปรสแตตโตเพียงเล็กน้อย ใน ๘๔ รายที่ผ่าตัดเราทำโดย ๓ วิธี คือ

(๑) Two-stage prostatectomy คือ เจาะกระเพาะปัสสาวะไว้ก่อนแล้วเลาะต่อมโปรสแตต (อินคูลิเอชั่น) ในขั้นที่สอง แอ่งของต่อมโปรสแตตจะยึดผ้าหรือไม้ก็ได้

(๒) One-stage suprapubic prostatectomy คือขูดต่อมโปรสแตตออกทางหน้ากระเพาะปัสสาวะเหมือนกัน แต่ไม่ได้เจาะกระเพาะปัสสาวะไว้ก่อน เข็มจุดที่เลือกออกจนหมด แล้วคาหลอดสวนปัสสาวะไว้ มีน้อยรายที่ต้องใช้ผ้ายึด และส่วนน้อยที่ใส่หลอดแตรนทางหน้ากระเพาะปัสสาวะ

(๓) One-stage retropubic prostatectomy วิธีนี้พ่วงนำมาใช้ในสมัยหลัง ๆ คือ ผ่าทางหน้ากระเพาะปัสสาวะเหมือนกัน เข่า

เข้าหา retropubic space โดยไม่ผ่า  
กระเพาะเขา ผ่าแคปซูลก้านหน้าของต่อม  
ปรัสเตคเตอะเอาต่อมออก เย็บที่  
เลือกออกแล้วจึงเย็บปิดแคปซูล คา  
หลอกสวนปัสสาวะไว้

คามสถิติของเราเห็นว่า การผ่าตัด  
ระยะเดียนั้นหายเร็ว และจำนวนวันที่  
ต้อง อยู่ในโรงพยาบาล น้อยกว่าทำเป็น  
สองระยะ แต่ความแตกต่างไม่มากนัก

สำหรับ Retropubic prostatectomy พึ่ง  
ทำน้อยราย (๓ ราย) ยังบอกผลไม่ได้  
แต่ตามตำราพูดไว้ว่าดี เพราะหายเร็ว

โรคแทรกซ้อน โรคแทรกซ้อนในทันทีมี  
ช็อค, ตกเลือด, ยูรีเมีย โรคที่เกิดใน  
ระยะล่า (delayed) มีโรคติดเชื้อ ตก  
เลือดในระยะที่สอง (Secondary hemor-  
rhage) และยูรีเมีย โรคแทรกซ้อนในระยะ  
ท้าย (late) คือหลอดปัสสาวะตีบ (ปลาย  
ทางกระเพาะเขา)

คามสถิติของเรา นอกจากช็อคตก  
เลือดและยูรีเมียซึ่งทำให้งตายแล้ว มี  
โรคติดเชื้อเป็น epididymo-orchitis ไม่

น้อย เข้าใจว่าเป็น descending infection  
และอาจป้องกันได้โดยการทำให้ vascotomy  
เสียก่อน แต่มีรายหนึ่งซึ่งทำเช่นนั้นแล้วก็  
ยังเป็นไตอักเสบ ที่น่าสังเกตคือเอพิไดโม  
ออร์ไคทิสเกิดในรายที่ผ่าอย่างสองระยะ  
และเย็บผ้าด้วยทุกราย การเย็บผ้าไว้ใน  
แอ่ง ปรัสเตคเต เป็น การห้ามเลือดได้จริง  
แต่ก็เกิดขบวนการถ่ายเทของเชื้อโรคด้วย  
มีแผลอยู่หนึ่งรายคือผ่าชั้นหนึ่งตกค้าง  
อยู่ในกระเพาะเขาทำให้แผลเจาะกระเพาะไม่  
หายจนผ้าหลุดลงมาเองทางหลอดปัสสาวะ  
แผลจึงหาย

ความตาย ตายทั้งหมด ๑๒ เปอร์เซ็นต์  
(รวมทั้งรายที่ไม่ได้ทำผ่าตัดต่อม) ตาย  
เพราะผ่าตัด ๘.๕๓ เปอร์เซ็นต์

เหตุของการตาย คือยูรีเมีย ตกเลือด  
และช็อค

สรุป

๑. รายงานสถิติคนไข้ปรัสเตคทีโน  
มาในโรงพยาบาลศิริราช ๑๐๐ รายพร้อม  
ทั้งอาการและการรักษา

๒. คนไข้ที่มาหาเรารักษาส่วนมาก  
เป็นในระยะหลัง

๓. การรักษาที่เราทำมี ๓ วิธี คือ  
Two-stage suprapubic prostatectomy,  
One-stage suprapubic prostatectomy และ  
Retro-pubic prostatectomy

๔. อัตราตายเพราะผ่าตัด ๙.๕๓ เปอร์เซ็นต์

๕. ยังเปรียบเทียบผลของการผ่าตัด

ตามวิธีต่างๆ ไม่ได้ เพราะส่วนมากทำ  
Two-stage suprapubic prostatectomy

๖. เข้าใจว่าการทำ One-stage supra-  
pubic prostatectomy ง่ายกว่าในทางที่ทัน  
เวลาการรักษาในโรงพยาบาล

๗. เหตุตายสำคัญในโรคนี้นี้ คือการ  
ติดเชื้อและยูริเมียม

๘. เหตุตายหลังผ่าตัด คือ ตกเลือด  
และยูริเมียม

ตารางที่ ๑ อายุเมื่อเริ่มมีอาการ

| อายุ | ๔๑-๔๕ | ๔๖-๕๐ | ๕๑-๕๕ | ๕๖-๖๐ | ๖๑-๖๕ | ๖๖-๗๐ | ๗๑-๗๕ | ๗๖-๘๐ | ๘๑-๘๕ | min. | max. | Average |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|---------|
| ราย  | ๓     | ๒     | ๙     | ๑๒    | ๓๒    | ๒๓    | ๑๐    | ๕     | ๕     | ๔๒   | ๘๕   | ๖๔.๖    |

ตารางที่ ๒ อายุเมื่อรับไว้ใน ร.พ.

| อายุ | ๕๑-๕๕ | ๕๖-๖๐ | ๖๑-๖๕ | ๖๖-๗๐ | ๗๑-๗๕ | ๗๖-๘๐ | ๘๑-๘๕ | ๘๖-๙๐ | min.  | max.  | Average |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| ราย  | ๒     | ๑๓    | ๒๕    | ๒๔    | ๑๙    | ๕     | ๔     | ๑     | ๕๒ ปี | ๘๖ ปี | ๖๗.๕ ปี |

ตารางที่ ๓ ระยะเวลาที่มมีอาการอยู่

| เวลา | ๑๐ วัน | ๑เดือน | ๒เดือน | ๖เดือน | ๑ ปี | ๒ ปี | ๕ ปี | ๑๐ ปี | ๑๕ ปี | ๒๐ ปี |
|------|--------|--------|--------|--------|------|------|------|-------|-------|-------|
| ราย  | ๘      | ๗      | ๖      | ๑๐     | ๑๕   | ๑๖   | ๑๕   | ๑๑    | ๓     | ๔     |

## สารศรียราช

## ตารางที่ ๔ อาการเริ่มแรก

| อาการ | เบาหวาน | เบาบ่อข | เบาปวด | เบาคลัง | ฮัมาตุเรีย | พัยยูเรีย | เบาไมฟูง | ถ่วงฝเย็บ |
|-------|---------|---------|--------|---------|------------|-----------|----------|-----------|
| ราย   | ๔๗      | ๒๒      | ๑๑     | ๘       | ๕          | ๒         | ๒        | ๒         |

## ตารางที่ ๕ อาการสำคัญ

| อาการ | เบาคลัง | เบาลำบาก | เบาปวด | ฮัมาตุเรีย |
|-------|---------|----------|--------|------------|
| ราย   | ๖๖      | ๒๐       | ๘      | ๒          |

## ตารางที่ ๖ อาการอื่น ๆ

| อาการ | เบาบ่อข | เบา | เบาลำบาก | เบาปวด | ฮัมาตุเรีย | เบาคลัง | เบาไมฟูง | เบาซัยก | วิคัลถาย | วิคัลถาย | ถ่วง | ถ่วง | ถ่วง | ถ่วง | ถ่วง | ถ่วง |
|-------|---------|-----|----------|--------|------------|---------|----------|---------|----------|----------|------|------|------|------|------|------|
| ราย   | ๘       | ๘๕  | ๖๘       | ๓๖     | ๘๐         | ๘       | ๘        | ๘       | ๑๑       | ๖        | ๘    | ๓๐   | ๑    | ๑    | ๑    | ๑    |

## ตารางที่ ๗ โรคแทรกและโรคที่เป็นอยู่ด้วย

|                    |        |                            |       |
|--------------------|--------|----------------------------|-------|
| นิ้วกระเพาะเขา     | ๒๖ ราย | ไฟโมลิต                    | ๑ ราย |
| เอชีกี้โมออร์โคคิส | ๔ ราย  | มาลาเรีย                   | ๓ ราย |
| พัยเอไลคิส         | ๑ ราย  | ซัยโทรซิด                  | ๑ ราย |
| นิ้วในปรอสเตต      | ๓ ราย  | บิก                        | ๑ ราย |
| นิ้วหลอดขี้ส้ววะ   | ๑ ราย  | เขาหวาน                    | ๒ ราย |
| นิ้วในไต           | ๑ ราย  | คัซ (แคตาแรคท์)            | ๑ ราย |
| วิคัลถวางทวารหนัก  | ๑๑ ราย | วัณโรคปอก                  | ๑ ราย |
| ได้เลือนอินไกวเนล  | ๔ ราย  | พารอไตคิส                  | ๑ ราย |
| พัยเอไลเนไฟรคิส    | ๑ ราย  | พารลิสจากกำเนค             | ๑ ราย |
| ความกันเลือกสูง    | ๑ ราย  | คาคัน ๔ +                  | ๘ ราย |
| เหน็บชา            | ๖ ราย  | หลอดขี้ส้ววะทับเพราะหนองใน | ๑ ราย |

ตารางที่ ๘ เคมีเลือด

ก. N. P. N. จำนวน มก. ในเลือด ๑๐๐ ค. ซม.

| มก. | ๒๕-๓๐ | ๓๑-๓๕ | ๓๖-๔๐ | ๔๑-๕๐ | ๕๑-๖๐ | ๖๑-๑๐๐ | ๑๐๑-๑๕๐ | ๑๕๑-๒๐๐            | ๒๐๐และกว่า |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|--------|---------|--------------------|------------|
| ราย | ๑๖    | ๒๒    | ๑๕    | ๑๘    | ๘     | ๗      | ๔       | (๑๖๖)<br>๒ (๑๗๑.๒) | ๑ (๓๐๐)    |

ข. เกรวาคินน

| มก. | ต่ำกว่า ๑ | ๑-๑.๕ | ๑.๖-๒.๐ | ๒.๑-๒.๕ | ๒.๖-๓.๐ | ๓และกว่า* |
|-----|-----------|-------|---------|---------|---------|-----------|
| ราย | ๖         | ๔๓    | ๒๕      | ๗       | ๓       | ๓         |

\* มถ ๑.๕ มก. ๒ ราย

ตารางที่ ๙ กลีบของต่อมโปรสแตตทโด

| กลีบ | M  | M.L. | M.R. | R. | R.L. | L. | M.L.R. | ไม่แน่ |
|------|----|------|------|----|------|----|--------|--------|
| ราย  | ๑๓ | ๕    | ๒    | ๒  | ๖    | -  | ๖๓     | ๘      |

ตารางที่ ๑๐ การรักษา

ไม่ผ่าตัด ๑๖ ราย    ตาย ๔ ราย    ไม่ยอมผ่าตัด ๕ ราย  
 S. P. cystostomy ๔ ราย  
 S. P. cystostomy เพราะเลือดจากมาก ๑ ราย (ตาย)  
 S. P. cystostomy เพราะยริเมียและเพริโตไนติส ๑ ราย (ตาย)  
 Litholapexy ในรายที่มีนิ่วกระเพาะเบาและต่อมโปรสแตตทโดเริ่มโต ๓ ราย  
 ตัดต่อมโปรสแตต ๘๔ ราย    ตาย ๘ ราย

ก. Two-stage supra-pubic prostatectomy

๖๕ ราย    ตาย ๖ ราย = ๙.๒๓ %

จำนวนวันก่อนตัด

| วัน | ๑๑-๑๕ | ๑๖-๒๐ | ๒๑-๒๕ | ๒๖-๓๐ | ๓๑-๔๐ | ๔๑-๕๐ | ๕๑-๖๐ | ๖๐+ | min.   | max.   | Average. |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|--------|----------|
| ราย | ๒     | ๑๑    | ๘     | ๑๕    | ๑๘    | ๒     | ๒     | ๖   | ๑๓ วัน | ๘๖ วัน | ๓๒.๕ วัน |

## จำนวนวันรักษาหลังผ่าตัด

| วัน | ๑๖-๒๐ | ๒๑-๒๕ | ๒๖-๓๐ | ๓๑-๔๐ | ๔๑-๕๐ | ๕๐+ | min.   | max.   | Average. |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|--------|----------|
| ราย | ๖     | ๑๑    | ๑๐    | ๑๘    | ๕     | ๕   | ๑๗ วัน | ๘๕ วัน | ๓๓.๕ วัน |

## จำนวนวันที่อยู่ ร.พ.

| วัน | ๓๑-๔๐ | ๔๑-๕๐ | ๕๑-๖๐ | ๖๑-๗๐ | ๗๑+ | min.   | max.    | Average. |
|-----|-------|-------|-------|-------|-----|--------|---------|----------|
| ราย | ๕     | ๑๑    | ๑๒    | ๑๐    | ๒๑  | ๓๘ วัน | ๑๗๑ วัน | ๖๔.๘ วัน |

๗. One-stage suprapubic prostatectomy.

๑๕ ราย    ภาย ๒ ราย = ๑๐.๕๒ %

S.P. prostatectomy ๑๖ ราย    ภาย ๑ ราย    Retropubic prostatectomy ๓ ราย    ภาย ๑

## จำนวนวันก่อนผ่าตัด

| วัน | ๖-๑๐ | ๑๑-๑๕ | ๑๖-๒๐ | ๒๑-๒๕ | ๒๖-๓๐ | ๓๑+ | min.  | max.   | Average  |
|-----|------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|--------|----------|
| ราย | ๓    | ๓     | ๗     | ๑     | ๒     | ๓   | ๖ วัน | ๓๖ วัน | ๑๕.๓ วัน |

คีฟิธีเรียเป็นโรคที่เราพบประปรายตลอดปี... ในระหว่างเดือนธันวาคม และมกราคมมักพบเด็กเป็นข้อยกกว่าเดือนอื่น ๆ..... ข้อสำคัญ ถ้าเด็กเป็นไข้ ไอ และเสียงแหบ หรือเป็นไข้ ไอ และเจ็บคอ หรือเป็นไข้ ไอ และหายใจผิดปกติ บิดามารดาควรนึกถึงโรคคีฟิธีเรีย..... ควรรีบพาเด็กไปให้แพทย์ตรวจ โดยเร็ว อันตรายของโรคคีฟิธีเรียอยู่ที่เด็กได้รับการรักษาช้าเกินไป รายที่ได้รับการรักษา ในระยะต้นมักปลอดภัยเสมอ.....

อรุณ เนตรศิริ Dr. Med.

(จาก สารศิริราช    ฉบับพิเศษฉลองทศสิขศิริราช)

(Abstract of the preceding article)

PROSTADENOMA

Sambhandh Tantiwongse

M. B.

(Dept. of Surgery)

---

In the analysis of one hundred consecutive cases of prostatic adenoma admitted into the surgical department of the Siriraj Hospital during the past five years (1945-1949) the following facts were disclosed:

a. Incidence. There were eighty Siamese to twenty Chinese. Average age at time of admission was 67.55 years, at time of onset of symptoms, 64.63.

b. Initial symptoms. Most frequent was difficulty in micturition; next came frequency with dysuria. Others were: pyuria, hematuria, incomplete voiding, while the less common symptoms included heavy sensation at the perineum, weak force of micturition and hesitation. Seventy-two per cent of the cases had had symptoms for six months to ten years; thirty-five per cent for two to five years. The chief symptom that brought the patient to the hospital was retention of urine.

c. Other symptoms and complications. The more frequent symptoms included frequency, difficulty, retention and painful urination. Hematuria and pyuria were found in about one-third of the cases. Important concurrent or complicating con-

ditions were vesical calculus (twenty-six per cent), hemorrhoids (eleven per cent), epididymoorchitis (eight per cent), beriberi (six per cent) and prostatic calculus (three per cent). More than ninety per cent of the patients had high blood N.P.N. and seven were definitely uremic.

d. Treatment. The affection was trilobar in most of the cases. Preoperative care was of particular significance, since the patients were mostly old and in poor general health. Most important were treatment of infections and free drainage of the bladder; suprapubic cystostomy was necessary in a few cases. Treatment was conservative in sixteen cases, five refusing operation; there were four deaths in this group. Prostatectomy was carried out in eighty-four cases, with eight deaths (9.53 per cent). There were sixty-five two-stage suprapubic prostatectomies, nineteen one-stage suprapubic prostatectomies, and three retropubic; the one-stage operation appeared to shorten the time of hospitalisation. Causes of death in the non-operative cases were infection and uremia, and in the operative cases, hemorrhage and uremia.

---

# บทบรรณาธิการ

## การแลกเปลี่ยนความรู้

ข้อแตกต่างสำคัญมากข้อหนึ่งระหว่างการศึกษาแผนปัจจุบันกับโบราณคือแผนปัจจุบันมีการเผยแพร่ความรู้เพื่อกระจายข้อสังเกตหรือสิ่งค้นพบของคนหนึ่งให้แพร่หลายไปรอบด้าน, ตรงข้ามกับแผนโบราณซึ่งพยายามปิดกั้นความรู้ความชำนาญไว้เป็นประโยชน์สำหรับแต่ละคนโดยเฉพาะ. การโฆษณาความรู้แทนที่คตินี้แต่ละเป็นปัจจุบันสำคัญยิ่งที่ส่งเสริมให้การแพทย์แผนปัจจุบันมีความเจริญจนถึงขีดปัจจุบันภายในเวลาไม่กี่ร้อยปี, ซึ่งจะเป็นไปไม่ได้อย่างแน่นอนถ้าหากผู้รู้แต่ละคนต่างยึดข้อค้นพบของตนเสีย. เช่นความจริงที่ปฏิเสธไม่ได้, ว่าการก้าวหน้าที่สำคัญ ๆ ในวิชาแพทย์ได้ผ่านมามีใช้โดยความสามารถของผู้หนึ่งผู้ใดแต่คนเดียว, หากแต่ได้มีการบอกโดยใครคนหนึ่ง, ซึ่งอาจเป็นเพียงข้อสังเกตเล็กน้อยที่เกิดขึ้นไม่มีความสำคัญเพราะตัวมันเลย; แล้วก็มีผู้สนใจทบทวนและค้น

พบอะไรเพิ่มเติมเสริมต่อเข้าอีกคนละเล็กคนละน้อยตามลำดับ, ซึ่งอาจกินเวลานานยี่สิบ ๆ ปีก็ได้, จนกระทั่งมีผู้ใดสักคนหนึ่งได้เป็นผู้ขุดรากการค้นเรานั้น, โดยการเปิดเผยข้อสำคัญในตอนสุดท้าย. โดยมากเกียรติแห่งการค้นพบมักตกเป็นของผู้ขุดรากนั้น, ทั้ง ๆ ที่บางทีการแสดงของเขาอาจจะง่ายและเล็กน้อย, ถ้าเปรียบกับสิ่งที่ผู้ใดได้กระทำไว้แล้วเป็นลำดับมา.

อย่างไรก็ดี, ความจริงซ่อนหาได้ก่ออุปสรรคแก่การเผยแพร่แลกเปลี่ยนความรู้ในหมู่แพทย์แต่อย่างใดไม่. ทั้งนี้เพราะแพทย์สมัยนี้ได้รับการอบรมทางวิทยาศาสตร์, และเช่นเดียวกับนักวิทยาศาสตร์สามัญโดยทั่วไป, ในแง่ของวิชาการแล้วเขาย่อมรู้สึกตัวว่ามีความที่ต่อส่วนรวม, ในอันที่จะต้องใช้ทศความรู้ที่ผู้อื่นได้ยากขึ้นสะสมไว้, และย่อมรู้สึกถึงความรู้ชั้นสำคัญ ๆ ควรถือเป็นของกลางแทนที่จะเก็บไว้เป็นของตน

แต่ผู้เดียว. ในส่วนผลตอยแทนที่จะได้  
อะไรหรือไม่มันมีความสำคัญเป็นอันดับสอง  
เพราะความจริงเป็นสิ่งไม่ตาย, และ  
ความทฤษฎีนั้นสิ่งใดที่โค้เผยแผ่ไปแล้ว  
ย่อมคงอยู่ไม่รู้สูญ. มติมหาชนอาจ  
ปฏิเสธความจริงเสียได้ฉันท, วงการ  
วิทยาศาสตร์ก็อาจมองข้ามความสำคัญ  
ของการค้นพบชิ้นหนึ่งไปเสียก็ได้ฉันท;  
แต่ฉันทก็ทาลคค่าแท้จริงของมันไปไม่ได้,  
เพราะ วันหนึ่ง อาจมีใคร ที่ สอศ สอง พย  
ความสำคัญที่ซกช่อนอยู่, และซกช่อน  
รายงานชนนชนมาเชิคชออย่าง สม่เกยวค.

หนทางเผยแผ่แตกเปลี่ยนความรู้ที่  
ใช้กันเป็นประจำได้แก่การเขียนตำราขึ้น  
จำหน่ายประการหนึ่ง, ส่งเรื่องให้ตีพิมพ์  
ในวิทยาสารประการหนึ่ง, และเสนอ  
รายงานในที่ประชุมวิชาการอีกประการ  
หนึ่ง. วิธแรกนับเป็นวิธพิเศษ, เพราะ  
มีคนเพียงส่วนน้อยที่จะสามารถรวบรวม  
ความรู้ได้พอจะเขียนเป็นตำราที่จะพิมพ์  
ออกจำหน่ายได้; แต่อีกสองวิธนั้นเป็น  
วิธสามัญที่ใช้กันอยู่ทั่วไป, และแต่  
ละวิธมีทั้งข้อดีและข้อเสีย. การส่งราย  
งานไปตีพิมพ์เผยแผ่ในวิทยาสารคทมีวง  
กว้าง, จะเลือกส่งไปตีพิมพ์ในหนังสือ

อะไรที่ประเทศใด ๆ ก็ได้เกือบทั่วโลก,  
แต่แพง (สำหรับวิทยาสารบางฉบับผู้ส่ง  
เรื่องต้องเสียเงินค่าพิมพ์เอง)และมีโอกาส  
ที่เรื่องจะถูกปฏิเสธได้บ่อยๆ. วิทยา  
สารซึ่งมีชื่อเสียงมีระเบียบคัดเลือกเรื่อง  
อย่างแข็งแรง, และมักเป็นการยากที่  
จะได้มีโอกาสตีพิมพ์เรื่อง. โมริสพีช  
ไบน์, อดีตบรรณาธิการจดหมายเหตุของ  
สมาคมแพทย์อเมริกัน, เล่าว่าระหว่าง  
สมัยที่เขาทำหน้าที่อยู่นั้นได้คัดเลือก  
เรื่องลงพิมพ์ได้เพียงหนึ่งในสิบของจ่า  
นวนต้นฉบับที่ใครรับเท่านั้น

การเสนอรายงานในที่ประชุมเป็นวิธ  
เผยแผ่ที่มีโอกาสสำเร็จมากกว่าการตี  
พิมพ์, เพราะการคัดเลือกมักเข้มงวด  
น้อยกว่า, โดยที่ระหว่างการประชุม  
ย่อมมีโอกาสแก้ไขเพิ่มเติมได้, และ  
องค์การแต่ละแห่งย่อมพยายามสนับสนุน  
ให้สมาชิกของตนมีโอกาสได้แสดงอะไร  
บ้าง. แต่วิธนี้มีความจำกัดในขอบเขต,  
เพราะย่อมแสดงได้เฉพาะในที่ๆคนไปถึง,  
และจำนวนผู้ฟังก็อยู่ในวงแคบ.

การเผยแผ่ความรู้ทั้งสามวิธที่กล่าว  
มานี้, ในย่านเรานับว่าพึงยังเริ่มกัน, ทั้งๆ  
ที่การแพทย์แผนปัจจุบันได้มีอายุมากกว่า

หกสิบยี่แล้ว. ในต้นสมศวรรษให้ทราบ  
ว่าวิทยาลัยทางแพทยชั้นแรกในประเทศไทย, ฉะเพาะในทางแผนปัจจุบัน, ได้ตั้งพิมพ์  
เป็นครั้งแรกที่ศิริราชเมื่อ ๑๕ กรกฎาคม  
ร.ศ.๑๒๓ (พ.ศ. ๒๔๕๑) โดยมีชื่อเรียก  
ว่า "แพทยศาสตร์สังเคราะห์". นำเสียบ  
กายที่หนังสือนี้ให้เลิกล้มไปเสีย, ไม่  
ทราบว่าเมื่อใด, แต่เข้าใจว่าคงมีอายุ  
อยู่ไม่นาน. การประชุมทางวิชาการมี  
ทำกันอยู่บ้าง, แต่คงไม่ไกลความจริง  
ถ้าจะกล่าวว่ายังเปรียบไม่ได้, ทั้งใน  
ด้านปริมาณและด้านคุณภาพ, ก็ใน  
ประเทศที่เจริญแล้ว. ถ้าจะอ้างว่าข้อ  
บกพร่องในการเผยแผ่วิชาความรู้โดย  
วิธีต่างๆ นั้นเองเป็นต้นเหตุสำคัญประการ  
หนึ่งที่ทำให้การแพทย์ของเรา, โดย  
ฉะเพาะในค่านวิชาการ, ยังล่าหลังที่  
อื่นอีกมาก, ก็คงไม่ผิดเป็นแน่.

ไม่ต้องสงสัยว่าข้อบกพร่องเหล่านี้  
เป็นสิ่งที่เราควรช่วยกันขจัดเสียโดยเร็ว  
ที่สุดที่จะทำได้. ข้อนี้ตกเป็นภาระของผู้  
รับผิดชอบในองค์การทางแพทย์โดยทั่วไป,  
และเป็นภาระของโรงเรียนแพทย์  
มากกว่าที่อื่น ๆ, ในฐานที่เช่นแหล่ง  
เพาะแพทย์. ในประเทศอื่น ๆ โรงเรียน

แพทย์มักนำหน้าในเรื่องการประชุมและ  
เรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวกับวิชาการ ในประเทศ  
เรายังกล่าวไม่ได้เต็มปากว่าเป็นเช่นนั้น.  
ถึงแม้ว่าจะมีร่องรอยของความพยายาม  
ที่จะชักนำไปในทางที่ถูกต้องอยู่, แต่ผล  
สำเร็จยังขาดแคลน. เพื่อช่วยกันหา  
ทางแก้ไข, เราควรค้นหาคำของความไม่  
สำเร็จดังกล่าว, และในที่นี้ใคร่เสนอว่า  
ต้นเหตุสำคัญคือนิสัยและธรรมเนียม  
บางประการของพวกเราเอง.

ส่วนมากของคนไทยเรามีนิสัยด้อม  
ตัว, กลัวการออกแสดงอะไรต่าง ๆ.  
แม้อันตรายที่สมควรจะแสดงอะไรอย่างก็  
มักเลือกเป็นผู้ที่เสียมากกว่า. นิสัยเช่น  
นี้ก็ยังสำหรับการครองชีวิตโดยทั่วไป.  
แต่ไม่เหมาะสำหรับวิชาการ, โดยเฉพาะ  
อย่างยิ่งในการประชุม. ผู้ที่มีเรื่อง  
ความรู้ที่อาจเผยแผ่ได้, โดยการตี  
พิมพ์หรือโดยเสนอที่ประชุมก็ตาม, มัก  
ขยักขย่น สอง จิตต์ สองใจที่จะนำเรื่อง  
ออกแสดง, โดยเกรงจะผิดพลาดบ้าง,  
เกรงจะถูกหาว่าอวดรู้บ้าง, อายบ้างและ  
อะไร ๆ ในทำนองนั้น. บางคนก็เสีย  
ไม่ได้เผยแผ่จนแล้วจวนจวน. ภัยเหตุ  
นิตยสารของเราจึงมักแห้งแล้ง, ทา

เรื่องลงพิมพ์ไม่ค่อยจะได้, และการประชุมวิชาการ ก็มัก กระทบ กระทบ แทน ยึกๆ เบิกๆ, ทรงข้ามกับในต่างประเทศ ซึ่งเขาต้องแย่งกันพิมพ์แย่งกันอ่าน. การขาดแคลนดังกล่าวนี้ยังมีผลตกทอดต่อไป ในอย่างอื่นอีกด้วย. ทรายใดที่มีผู้ส่งเรื่องลงพิมพ์เป็นจำนวนน้อย, ทว่าบนัน วิทยาลัยของเราจะยังมีมาตรฐานสูงไม่ ใด, เพราะไม่มีเรื่องที่เลือก; และ ถ้าหากสมมุติว่า เรามีแต่เรื่องที่ไม่ดี ักอยู่เรื่อย ๆ, ผู้อ่านส่วนมาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเรียนซึ่งต่อไปจะกลายเป็นผู้เขียนเรื่อง, ก็จะเข้าใจเสียว่าเป็น เรื่องที่ตกอยู่แล้ว. ดังนั้นทางก้าวหน้าก็ จะลดลงสักเต็มที. การประชุมวิชาการ ก็อยู่ในฐานะเช่นเดียวกัน. เพราะเรา ไม่ค่อยได้ประชุมกัน, ประเพณีของการ ประชุมที่จะเป็นตัวอย่างได้ก็ไม่ค่อยมีผู้รู้ จัก, ดังนั้นเรามักใช้ประเพณีประจำวัน ของเราเอง, ซึ่งไม่เหมาะสำหรับวิชาการ. ธรรมดาของการประชุมวิชาการนั้นถือว่า การอภิปรายและซักถามเป็นส่วนประกอบ ที่สำคัญ, เป็นส่วนที่ขยายความและไข ข้อสงสัยต่าง ๆ, ซึ่งผู้บรรยายเองอาจ มองข้ามไปเสีย. การแสดงความคิดเห็น

คัดค้านหรือชักแย้งกัน, เช่นเดียวกับ การกล่าวส่งเสริมและสนับสนุน, เป็น เรื่องธรรมดาสำหรับการประชุมวิชาการ, เพราะข้อเท็จจริงข้อหนึ่งๆอาจมีคำอธิบาย ได้หลายอย่าง, และผู้บรรยายหรือผู้อภิ ปรายก็ย่อมกล่าวตามความเห็นของเขา เอง, ซึ่งอาจตรงกันหรือไม่ตรงก็ได้, ผู้ ู้รู้จริง ย่อมสำนึกในข้อนี้และยินดีฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น, โดยระลึกว่า อาจมีเหตุผลดีกว่าของตนเองก็ได้. และ ย่อมไม่ค่อยคำนึงถึงแต่ความเห็นของตัวเอง ักเดียว. การอภิปรายและซักถาม ย่อมแสดงถึง ความสนใจและความเข้าใจ ของผู้ฟัง, ดังนั้นการประชุมครั้งใด ะดีหรือไม่ดี ย่อมวัด ได้ด้วย ปริมาณและ คุณภาพของสองประการนี้. การประชุม ี่มีผู้บรรยายเป็นผู้พูดเพียงคนเดียว, คน ี่อื่นนั่งฟังโดยสงบคล้ายฟังเทศน์, อาจ เป็นแบบของการสอนระหว่างอาจารย์กับ ศิษย์, แต่เป็นการประชุมที่ถ้อยและไม่ มีรส. ในสายตาของผู้ไม่ซาบซึ้งในประ เเพณีของการประชุม, การซักถามเป็น การไล่เลียงความรู้หรือวิจัยฝึก, และการ อภิปรายเป็นการอวดรู้, แต่ผู้บรรยาย ี่เข้าใจย่อมรู้ว่านั่นเป็นการเปิดโอกาส

ให้ตนเองได้กล่าวเพิ่มเติม, อุดมของ  
โหว่ที่ไค้หลงไว้, หรือแยกแยะประโยชน์  
หรือความสำคัญของเรื่องของตนเอง  
ให้กว้างขวางชัดเจนยิ่งขึ้น. เพราะ  
ฉะนั้นจึงเห็นธรรมชาตินิยมของการประชุม  
วิชาการที่ทุกครั้ง ประธาน จะต้อง เชิญ  
หรือแม่เรียกร้อง ให้ผู้ฟังทำการซักถาม  
หรืออภิปราย, และผู้บรรยายที่สละภาพ  
ยอม แสดง ความขอยใจ ผู้ซักถาม หรือ  
อภิปรายทุกครั้ง, เพราะเข้าใจอยู่ว่าเขา  
แสดงความสนใจในเรื่องของตน; เขา  
ถามด้วยความตั้งใจที่จะช่วยให้เรื่องกระ  
จำมากขึ้นและอภิปรายเพื่อขยายความ  
น่าสนใจให้กว้างขวางยิ่งขึ้น. ผู้ใดที่  
แสดงเรื่องแล้ว ที่ประชุมเงียบ กริบไม่มี  
การอภิปรายหรือซักถามเลย, ในสาย  
ตาของคนสามัญ อาจ เห็นว่าผู้ บรรยาย  
แสดงเก่งมากจนไม่มีใครกล้าต่อกร, แต่  
ในสายตาของนักวิทยาศาสตร์อาจหมาย  
ความว่าผู้บรรยายพูดไม่เป็นรส, ไม่มี  
ใครสนใจฟังเลย, หรืออาจหมายความว่า  
ที่ประชุมรู้ไม่ถึงและไม่มีใครเข้าใจ  
เรื่องที่ผู้บรรยายเล่าก็ได้.

เพราะการอภิปรายและซักถามเป็นส่วน  
หนึ่งของชีวิตจิตใจของการประชุม

ที่มีความสำคัญ, และเพราะคนไทย  
เรามักมองการทั้งสองนี้ในแง่ตรงข้าม,  
การประชุมวิชาการของเราจึงมักถูกร้อย  
และมีลักษณะเช่น การ ฟัง สอน มากกว่า  
ประชุมวิชาการ. ในการประชุมแต่ละ  
ครั้งมักต้องมีตัวตั้ง ตัว ตี เทียบหรือ  
หรือคาคคั้นให้ใครต่อใครถูกจนแสดง  
ความเห็นเพิ่มเติมหรือถาม. เช่นเรื่อง  
ของโรงเรียนที่ จะต้อง ผัก หัก อย รมนัก  
เรียนให้เข้าใจประเพณีของการประชุมและ  
ให้รู้จักดำเนินการและมีส่วนร่วมในการ  
ประชุมอย่างจริงจัง, มิฉะนั้นวิชาการของ  
เราก็ยังจะก้าวหน้าอย่างชุกชุกอยู่เช่น  
ที่เป็นมาแล้ว. ตัวอย่างหนึ่งซึ่งแสดง  
ให้เห็นชัดเจนถึงความไม่เข้าใจประเพณี  
ของการประชุมเห็นได้ในการแสดงความ  
รู้ใหม่ๆ ในทางคัลยกรรมโดยนายแพทย์  
เป็นโฮสต์แมนที่ศิริราชพยาบาลเมื่อเร็วๆ  
นี้. ก่อนบรรยายนายแพทย์ผู้นั้นได้แสดงความ  
หวังต่อทางการว่าคงจะมีผู้สนใจซัก  
ถามและอภิปรายมาก. ในการประชุมก็  
ได้มีผู้ลุกขึ้นซักถามและพูดประกอบหลาย  
คน, ซึ่งเห็นประโยชน์แก่ที่ประชุมรวม  
ทั้งผู้บรรยายเองด้วย, แต่แล้วผู้ฟัง  
หลายคนเห็นเป็นการสนุกกว่าคนไทย “ได้

ท่อน" ฝรั่ง, และที่กลัวยว่าเป็นการเสีย  
กิริยา เพราะ ผู้บรรยาย เป็น แขนกและเป็น  
ชาวต่างประเทศ, ก็มี.  
ทรายใดที่เรายังไม่เข้าใจจิตใจและ

ประเพณีของการประชุมวิชาการ, ทราย  
นั้นวิชาการของเรา ก็ยังไม่ได้รับประ  
โยชน์เต็มที่จากวิชาสำคัญที่มีอยู่สำหรับ  
การเผยแพร่และก้าวหน้า.

หนังสือที่ตีพิมพ์เนื่องในงานฉลองหกสิบปีศิริราช

กำหนดไว้สามเล่มคือ (๑) สารศิริราชฉบับพิเศษ จัดพิมพ์โดย "คณะสารศิริ  
ราช" (๒) สมุดรวมเรื่องวิชาการที่บรรยายในระหว่างงานฉลอง ฯ จัดพิมพ์  
โดยการมอบหมายของคณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์ และ (๓) สมุด  
ที่ระลึกหกสิบปีศิริราช จัดพิมพ์โดยการมอบหมายของคณะกรรมการ ฯ เช่นกัน

ในจำนวนสามเล่มนี้ พิมพ์สำเร็จออกมาจำหน่ายได้เฉพาะ "สาร  
ศิริราชฉบับพิเศษ" (หมายเลข ๑) ฉบับเดียว และได้ส่งไปยังท่านที่ลงชื่อของ  
ไว้แล้วทั่วทุกท่านโดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ถ้าหากท่านผู้ใดยังไม่ได้รับ  
ขอให้เข้าใจว่าหาย (ปรากฏแล้วไม่ต่ำกว่าสี่ห้าเปอร์เซ็นต์) ขอได้แจ้ง  
ให้สำนักงานทรายโดยด่วน เพื่อส่งใหม่และขอคำรับจากกรมไปรษณีย์ ฯ ต่อไป

ส่วนอีกสองเล่มเรามีความเสียใจที่ต้องออกล่าช้ามาก เนื่องด้วยผิด  
ความคาดหมายในทางประการ ใดๆ ก็คือ "สมุดรวมเรื่องวิชาการ" คงจะ  
ออกได้ภายในเดือนตุลาคม ส่วนสมุดที่ระลึกหกสิบปี ฯ ต้องออกตามหลังนั้น  
อีกชั้นหนึ่ง

สมุดรวมเรื่องวิชาการ ราคาตั้งของยี่สิบบาท ขอเรียนว่าเป็นราคา  
สำหรับปกอ่อน ถ้าหากท่านผู้ใดต้องการปกแข็ง ต้องสั่งทำพิเศษ โปรด  
แจ้ง ผู้จัดการ พร้อมทั้งส่งเงิน ๑๕ บาทด้วย เนื่องจากมีผู้สั่งของหนังสือ  
ไม่มากนักเราจะพิมพ์เนื้อไว้เพียงสามสี่สิบเล่มเท่านั้น ผู้ที่ต้องการโปรดรีบสั่ง  
ของเสียภายในเดือนนี้

## แผนกย่อเอกสาร

(หมายเหตุ การที่ใช้ อักษรเล็ก เป็นบาง ตอน ก็เพื่อ  
ประหยัดเนื้อที่ ไม่เกี่ยวกับความสำคัญ)

๑. Mc Vay, L.V., Laird R.L., Flanagan, J.B., and Sprunt, D.H.; The Treatment of *Trichomonas vaginalis* Vaginitis With *Atracomyein*. (การใช้ออเรโอมัยซิน รักษา โรคช่องคลอดอักเสบด้วยเชื้อทริโคโมแนสวาจิnalis) Proc. Soc. Exp. & Med. Vol. 72, No. 3, p. 674.

ผู้รายงานเคยใช้ออเรโอมัยซิน รักษา โรคบิตอะมีบาได้ผล และยาที่ทำลาย บิตอะมีบาได้มัก ทำลายทริโคโมแนสวาจิnalis ได้ด้วย ทั้งการทดลองใน แก้วแสดงว่าออเรโอมัยซินมีฤทธิ์ฆ่าทริโคโมแนสได้ แต่การกินออเรโอมัยซิน วันละ ๒ กรัมมี ๗ วันไม่ได้ผลในการรักษา โรคช่องคลอดอักเสบด้วยเชื้อนี้ ดังนั้น จึงใช้ยาละลายที่ โดยใส่เข้าไปในช่องคลอด คือใช้ออเรโอมัยซิน ๕๐๐ มิลลิกรัม ผสมกับผงทัลคัม ๒ กรัม ใน การเป่า (insufflation) ครั้งหนึ่ง ๆ

ได้ทดลอง รักษาคนไข้ ทั้งหมด ๕๔ ราย ๓๑ รายเป็นพวกที่มีอาการและไม่มี ภาวะ ๑๑ รายเป็นพวกที่ไม่มีภาวะ

และไม่มีอาการ แต่ตรวจพบเชื้อ, สอง พวกนี้ได้รับการใช้ยาละลายที่ในวันหนึ่ง, สอง, สาม, สี่ และหกของการรักษา แล้วให้ใส่ยา (๒๕๐ มิลลิกรัมมีในเวลา คืนแคชชวล) เข้าไปในช่องคลอดคืนละ หนึ่งแคชชวลตลอดสองสัปดาห์ ในพวก ๓๑ ราย อาการหายหมด แต่ตรวจพบ เชื้อโดยไม่มีอาการ ๓ ราย เมื่อรักษา ซ้ำอีกครั้งก็หายหมด และในพวก ๑๑ รายตรวจไม่พบเชื้ออีกเลย, พวกที่สาม ๑๒ ราย เป็นคนไข้ที่มีอาการและมีภาวะ ด้วย พวกนี้ได้รับการใช้ยาละลายที่ในวันหนึ่ง, สอง, สาม, สี่, หก และแปด ของการรักษาแล้วใส่แคชชวล ๒๕๐ มิลลิกรัมมีในช่องคลอดทุกคืนไปอีกสอง สัปดาห์ ใน ๑๒ รายซึ่งมีภาวะด้วยนี้ มีอาการกลับเพียงหนึ่งราย และตรวจ พบเชื้ออีก ๓ ราย, ทั้ง ๕๔ ราย ได้รับการตรวจทุกสองสัปดาห์ ไปสองถึงสาม เดือนภายหลังการรักษา ในจำนวน มี ๑๒ รายที่โตตกตามสังเกตนานถึง ๖ เดือน ในจำนวนนี้มีเพียง ๒ รายเท่า

๒๑  
๒๒  
๒๓  
๒๔  
๒๕  
๒๖  
๒๗  
๒๘  
๒๙  
๓๐  
๓๑  
๓๒  
๓๓  
๓๔  
๓๕  
๓๖  
๓๗  
๓๘  
๓๙  
๔๐  
๔๑  
๔๒  
๔๓  
๔๔  
๔๕  
๔๖  
๔๗  
๔๘  
๔๙  
๕๐  
๕๑  
๕๒  
๕๓  
๕๔  
๕๕  
๕๖  
๕๗  
๕๘  
๕๙  
๖๐  
๖๑  
๖๒  
๖๓  
๖๔  
๖๕  
๖๖  
๖๗  
๖๘  
๖๙  
๗๐  
๗๑  
๗๒  
๗๓  
๗๔  
๗๕  
๗๖  
๗๗  
๗๘  
๗๙  
๘๐  
๘๑  
๘๒  
๘๓  
๘๔  
๘๕  
๘๖  
๘๗  
๘๘  
๘๙  
๙๐  
๙๑  
๙๒  
๙๓  
๙๔  
๙๕  
๙๖  
๙๗  
๙๘  
๙๙  
๑๐๐  
๑๐๑  
๑๐๒  
๑๐๓  
๑๐๔  
๑๐๕  
๑๐๖  
๑๐๗  
๑๐๘  
๑๐๙  
๑๑๐  
๑๑๑  
๑๑๒  
๑๑๓  
๑๑๔  
๑๑๕  
๑๑๖  
๑๑๗  
๑๑๘  
๑๑๙  
๑๒๐  
๑๒๑  
๑๒๒  
๑๒๓  
๑๒๔  
๑๒๕  
๑๒๖  
๑๒๗  
๑๒๘  
๑๒๙  
๑๓๐  
๑๓๑  
๑๓๒  
๑๓๓  
๑๓๔  
๑๓๕  
๑๓๖  
๑๓๗  
๑๓๘  
๑๓๙  
๑๔๐  
๑๔๑  
๑๔๒  
๑๔๓  
๑๔๔  
๑๔๕  
๑๔๖  
๑๔๗  
๑๔๘  
๑๔๙  
๑๕๐  
๑๕๑  
๑๕๒  
๑๕๓  
๑๕๔  
๑๕๕  
๑๕๖  
๑๕๗  
๑๕๘  
๑๕๙  
๑๖๐  
๑๖๑  
๑๖๒  
๑๖๓  
๑๖๔  
๑๖๕  
๑๖๖  
๑๖๗  
๑๖๘  
๑๖๙  
๑๗๐  
๑๗๑  
๑๗๒  
๑๗๓  
๑๗๔  
๑๗๕  
๑๗๖  
๑๗๗  
๑๗๘  
๑๗๙  
๑๘๐  
๑๘๑  
๑๘๒  
๑๘๓  
๑๘๔  
๑๘๕  
๑๘๖  
๑๘๗  
๑๘๘  
๑๘๙  
๑๙๐  
๑๙๑  
๑๙๒  
๑๙๓  
๑๙๔  
๑๙๕  
๑๙๖  
๑๙๗  
๑๙๘  
๑๙๙  
๒๐๐  
๒๐๑  
๒๐๒  
๒๐๓  
๒๐๔  
๒๐๕  
๒๐๖  
๒๐๗  
๒๐๘  
๒๐๙  
๒๑๐  
๒๑๑  
๒๑๒  
๒๑๓  
๒๑๔  
๒๑๕  
๒๑๖  
๒๑๗  
๒๑๘  
๒๑๙  
๒๒๐  
๒๒๑  
๒๒๒  
๒๒๓  
๒๒๔  
๒๒๕  
๒๒๖  
๒๒๗  
๒๒๘  
๒๒๙  
๒๓๐  
๒๓๑  
๒๓๒  
๒๓๓  
๒๓๔  
๒๓๕  
๒๓๖  
๒๓๗  
๒๓๘  
๒๓๙  
๒๔๐  
๒๔๑  
๒๔๒  
๒๔๓  
๒๔๔  
๒๔๕  
๒๔๖  
๒๔๗  
๒๔๘  
๒๔๙  
๒๕๐  
๒๕๑  
๒๕๒  
๒๕๓  
๒๕๔  
๒๕๕  
๒๕๖  
๒๕๗  
๒๕๘  
๒๕๙  
๒๖๐  
๒๖๑  
๒๖๒  
๒๖๓  
๒๖๔  
๒๖๕  
๒๖๖  
๒๖๗  
๒๖๘  
๒๖๙  
๒๗๐  
๒๗๑  
๒๗๒  
๒๗๓  
๒๗๔  
๒๗๕  
๒๗๖  
๒๗๗  
๒๗๘  
๒๗๙  
๒๘๐  
๒๘๑  
๒๘๒  
๒๘๓  
๒๘๔  
๒๘๕  
๒๘๖  
๒๘๗  
๒๘๘  
๒๘๙  
๒๙๐  
๒๙๑  
๒๙๒  
๒๙๓  
๒๙๔  
๒๙๕  
๒๙๖  
๒๙๗  
๒๙๘  
๒๙๙  
๓๐๐  
๓๐๑  
๓๐๒  
๓๐๓  
๓๐๔  
๓๐๕  
๓๐๖  
๓๐๗  
๓๐๘  
๓๐๙  
๓๑๐  
๓๑๑  
๓๑๒  
๓๑๓  
๓๑๔  
๓๑๕  
๓๑๖  
๓๑๗  
๓๑๘  
๓๑๙  
๓๒๐  
๓๒๑  
๓๒๒  
๓๒๓  
๓๒๔  
๓๒๕  
๓๒๖  
๓๒๗  
๓๒๘  
๓๒๙  
๓๓๐  
๓๓๑  
๓๓๒  
๓๓๓  
๓๓๔  
๓๓๕  
๓๓๖  
๓๓๗  
๓๓๘  
๓๓๙  
๓๔๐  
๓๔๑  
๓๔๒  
๓๔๓  
๓๔๔  
๓๔๕  
๓๔๖  
๓๔๗  
๓๔๘  
๓๔๙  
๓๕๐  
๓๕๑  
๓๕๒  
๓๕๓  
๓๕๔  
๓๕๕  
๓๕๖  
๓๕๗  
๓๕๘  
๓๕๙  
๓๖๐  
๓๖๑  
๓๖๒  
๓๖๓  
๓๖๔  
๓๖๕  
๓๖๖  
๓๖๗  
๓๖๘  
๓๖๙  
๓๗๐  
๓๗๑  
๓๗๒  
๓๗๓  
๓๗๔  
๓๗๕  
๓๗๖  
๓๗๗  
๓๗๘  
๓๗๙  
๓๘๐  
๓๘๑  
๓๘๒  
๓๘๓  
๓๘๔  
๓๘๕  
๓๘๖  
๓๘๗  
๓๘๘  
๓๘๙  
๓๙๐  
๓๙๑  
๓๙๒  
๓๙๓  
๓๙๔  
๓๙๕  
๓๙๖  
๓๙๗  
๓๙๘  
๓๙๙  
๔๐๐  
๔๐๑  
๔๐๒  
๔๐๓  
๔๐๔  
๔๐๕  
๔๐๖  
๔๐๗  
๔๐๘  
๔๐๙  
๔๑๐  
๔๑๑  
๔๑๒  
๔๑๓  
๔๑๔  
๔๑๕  
๔๑๖  
๔๑๗  
๔๑๘  
๔๑๙  
๔๒๐  
๔๒๑  
๔๒๒  
๔๒๓  
๔๒๔  
๔๒๕  
๔๒๖  
๔๒๗  
๔๒๘  
๔๒๙  
๔๓๐  
๔๓๑  
๔๓๒  
๔๓๓  
๔๓๔  
๔๓๕  
๔๓๖  
๔๓๗  
๔๓๘  
๔๓๙  
๔๔๐  
๔๔๑  
๔๔๒  
๔๔๓  
๔๔๔  
๔๔๕  
๔๔๖  
๔๔๗  
๔๔๘  
๔๔๙  
๔๕๐  
๔๕๑  
๔๕๒  
๔๕๓  
๔๕๔  
๔๕๕  
๔๕๖  
๔๕๗  
๔๕๘  
๔๕๙  
๔๖๐  
๔๖๑  
๔๖๒  
๔๖๓  
๔๖๔  
๔๖๕  
๔๖๖  
๔๖๗  
๔๖๘  
๔๖๙  
๔๗๐  
๔๗๑  
๔๗๒  
๔๗๓  
๔๗๔  
๔๗๕  
๔๗๖  
๔๗๗  
๔๗๘  
๔๗๙  
๔๘๐  
๔๘๑  
๔๘๒  
๔๘๓  
๔๘๔  
๔๘๕  
๔๘๖  
๔๘๗  
๔๘๘  
๔๘๙  
๔๙๐  
๔๙๑  
๔๙๒  
๔๙๓  
๔๙๔  
๔๙๕  
๔๙๖  
๔๙๗  
๔๙๘  
๔๙๙  
๕๐๐  
๕๐๑  
๕๐๒  
๕๐๓  
๕๐๔  
๕๐๕  
๕๐๖  
๕๐๗  
๕๐๘  
๕๐๙  
๕๑๐  
๕๑๑  
๕๑๒  
๕๑๓  
๕๑๔  
๕๑๕  
๕๑๖  
๕๑๗  
๕๑๘  
๕๑๙  
๕๒๐  
๕๒๑  
๕๒๒  
๕๒๓  
๕๒๔  
๕๒๕  
๕๒๖  
๕๒๗  
๕๒๘  
๕๒๙  
๕๓๐  
๕๓๑  
๕๓๒  
๕๓๓  
๕๓๔  
๕๓๕  
๕๓๖  
๕๓๗  
๕๓๘  
๕๓๙  
๕๔๐  
๕๔๑  
๕๔๒  
๕๔๓  
๕๔๔  
๕๔๕  
๕๔๖  
๕๔๗  
๕๔๘  
๕๔๙  
๕๕๐  
๕๕๑  
๕๕๒  
๕๕๓  
๕๕๔  
๕๕๕  
๕๕๖  
๕๕๗  
๕๕๘  
๕๕๙  
๕๖๐  
๕๖๑  
๕๖๒  
๕๖๓  
๕๖๔  
๕๖๕  
๕๖๖  
๕๖๗  
๕๖๘  
๕๖๙  
๕๗๐  
๕๗๑  
๕๗๒  
๕๗๓  
๕๗๔  
๕๗๕  
๕๗๖  
๕๗๗  
๕๗๘  
๕๗๙  
๕๘๐  
๕๘๑  
๕๘๒  
๕๘๓  
๕๘๔  
๕๘๕  
๕๘๖  
๕๘๗  
๕๘๘  
๕๘๙  
๕๙๐  
๕๙๑  
๕๙๒  
๕๙๓  
๕๙๔  
๕๙๕  
๕๙๖  
๕๙๗  
๕๙๘  
๕๙๙  
๖๐๐  
๖๐๑  
๖๐๒  
๖๐๓  
๖๐๔  
๖๐๕  
๖๐๖  
๖๐๗  
๖๐๘  
๖๐๙  
๖๑๐  
๖๑๑  
๖๑๒  
๖๑๓  
๖๑๔  
๖๑๕  
๖๑๖  
๖๑๗  
๖๑๘  
๖๑๙  
๖๒๐  
๖๒๑  
๖๒๒  
๖๒๓  
๖๒๔  
๖๒๕  
๖๒๖  
๖๒๗  
๖๒๘  
๖๒๙  
๖๓๐  
๖๓๑  
๖๓๒  
๖๓๓  
๖๓๔  
๖๓๕  
๖๓๖  
๖๓๗  
๖๓๘  
๖๓๙  
๖๔๐  
๖๔๑  
๖๔๒  
๖๔๓  
๖๔๔  
๖๔๕  
๖๔๖  
๖๔๗  
๖๔๘  
๖๔๙  
๖๕๐  
๖๕๑  
๖๕๒  
๖๕๓  
๖๕๔  
๖๕๕  
๖๕๖  
๖๕๗  
๖๕๘  
๖๕๙  
๖๖๐  
๖๖๑  
๖๖๒  
๖๖๓  
๖๖๔  
๖๖๕  
๖๖๖  
๖๖๗  
๖๖๘  
๖๖๙  
๖๗๐  
๖๗๑  
๖๗๒  
๖๗๓  
๖๗๔  
๖๗๕  
๖๗๖  
๖๗๗  
๖๗๘  
๖๗๙  
๖๘๐  
๖๘๑  
๖๘๒  
๖๘๓  
๖๘๔  
๖๘๕  
๖๘๖  
๖๘๗  
๖๘๘  
๖๘๙  
๖๙๐  
๖๙๑  
๖๙๒  
๖๙๓  
๖๙๔  
๖๙๕  
๖๙๖  
๖๙๗  
๖๙๘  
๖๙๙  
๗๐๐  
๗๐๑  
๗๐๒  
๗๐๓  
๗๐๔  
๗๐๕  
๗๐๖  
๗๐๗  
๗๐๘  
๗๐๙  
๗๑๐  
๗๑๑  
๗๑๒  
๗๑๓  
๗๑๔  
๗๑๕  
๗๑๖  
๗๑๗  
๗๑๘  
๗๑๙  
๗๒๐  
๗๒๑  
๗๒๒  
๗๒๓  
๗๒๔  
๗๒๕  
๗๒๖  
๗๒๗  
๗๒๘  
๗๒๙  
๗๓๐  
๗๓๑  
๗๓๒  
๗๓๓  
๗๓๔  
๗๓๕  
๗๓๖  
๗๓๗  
๗๓๘  
๗๓๙  
๗๔๐  
๗๔๑  
๗๔๒  
๗๔๓  
๗๔๔  
๗๔๕  
๗๔๖  
๗๔๗  
๗๔๘  
๗๔๙  
๗๕๐  
๗๕๑  
๗๕๒  
๗๕๓  
๗๕๔  
๗๕๕  
๗๕๖  
๗๕๗  
๗๕๘  
๗๕๙  
๗๖๐  
๗๖๑  
๗๖๒  
๗๖๓  
๗๖๔  
๗๖๕  
๗๖๖  
๗๖๗  
๗๖๘  
๗๖๙  
๗๗๐  
๗๗๑  
๗๗๒  
๗๗๓  
๗๗๔  
๗๗๕  
๗๗๖  
๗๗๗  
๗๗๘  
๗๗๙  
๗๘๐  
๗๘๑  
๗๘๒  
๗๘๓  
๗๘๔  
๗๘๕  
๗๘๖  
๗๘๗  
๗๘๘  
๗๘๙  
๗๙๐  
๗๙๑  
๗๙๒  
๗๙๓  
๗๙๔  
๗๙๕  
๗๙๖  
๗๙๗  
๗๙๘  
๗๙๙  
๘๐๐  
๘๐๑  
๘๐๒  
๘๐๓  
๘๐๔  
๘๐๕  
๘๐๖  
๘๐๗  
๘๐๘  
๘๐๙  
๘๑๐  
๘๑๑  
๘๑๒  
๘๑๓  
๘๑๔  
๘๑๕  
๘๑๖  
๘๑๗  
๘๑๘  
๘๑๙  
๘๒๐  
๘๒๑  
๘๒๒  
๘๒๓  
๘๒๔  
๘๒๕  
๘๒๖  
๘๒๗  
๘๒๘  
๘๒๙  
๘๓๐  
๘๓๑  
๘๓๒  
๘๓๓  
๘๓๔  
๘๓๕  
๘๓๖  
๘๓๗  
๘๓๘  
๘๓๙  
๘๔๐  
๘๔๑  
๘๔๒  
๘๔๓  
๘๔๔  
๘๔๕  
๘๔๖  
๘๔๗  
๘๔๘  
๘๔๙  
๘๕๐  
๘๕๑  
๘๕๒  
๘๕๓  
๘๕๔  
๘๕๕  
๘๕๖  
๘๕๗  
๘๕๘  
๘๕๙  
๘๖๐  
๘๖๑  
๘๖๒  
๘๖๓  
๘๖๔  
๘๖๕  
๘๖๖  
๘๖๗  
๘๖๘  
๘๖๙  
๘๗๐  
๘๗๑  
๘๗๒  
๘๗๓  
๘๗๔  
๘๗๕  
๘๗๖  
๘๗๗  
๘๗๘  
๘๗๙  
๘๘๐  
๘๘๑  
๘๘๒  
๘๘๓  
๘๘๔  
๘๘๕  
๘๘๖  
๘๘๗  
๘๘๘  
๘๘๙  
๘๙๐  
๘๙๑  
๘๙๒  
๘๙๓  
๘๙๔  
๘๙๕  
๘๙๖  
๘๙๗  
๘๙๘  
๘๙๙  
๙๐๐  
๙๐๑  
๙๐๒  
๙๐๓  
๙๐๔  
๙๐๕  
๙๐๖  
๙๐๗  
๙๐๘  
๙๐๙  
๙๑๐  
๙๑๑  
๙๑๒  
๙๑๓  
๙๑๔  
๙๑๕  
๙๑๖  
๙๑๗  
๙๑๘  
๙๑๙  
๙๒๐  
๙๒๑  
๙๒๒  
๙๒๓  
๙๒๔  
๙๒๕  
๙๒๖  
๙๒๗  
๙๒๘  
๙๒๙  
๙๓๐  
๙๓๑  
๙๓๒  
๙๓๓  
๙๓๔  
๙๓๕  
๙๓๖  
๙๓๗  
๙๓๘  
๙๓๙  
๙๔๐  
๙๔๑  
๙๔๒  
๙๔๓  
๙๔๔  
๙๔๕  
๙๔๖  
๙๔๗  
๙๔๘  
๙๔๙  
๙๕๐  
๙๕๑  
๙๕๒  
๙๕๓  
๙๕๔  
๙๕๕  
๙๕๖  
๙๕๗  
๙๕๘  
๙๕๙  
๙๖๐  
๙๖๑  
๙๖๒  
๙๖๓  
๙๖๔  
๙๖๕  
๙๖๖  
๙๖๗  
๙๖๘  
๙๖๙  
๙๗๐  
๙๗๑  
๙๗๒  
๙๗๓  
๙๗๔  
๙๗๕  
๙๗๖  
๙๗๗  
๙๗๘  
๙๗๙  
๙๘๐  
๙๘๑  
๙๘๒  
๙๘๓  
๙๘๔  
๙๘๕  
๙๘๖  
๙๘๗  
๙๘๘  
๙๘๙  
๙๙๐  
๙๙๑  
๙๙๒  
๙๙๓  
๙๙๔  
๙๙๕  
๙๙๖  
๙๙๗  
๙๙๘  
๙๙๙  
๑๐๐๐

ผลสะสม (cumulative effects) มีน้อยกว่ายาจำพวกสารหนู เพราะยาจำนวนน้อยที่ซึมเข้าไปจากช่องคลอดจะถูกขับออกทางปัสสาวะและน้ำก็โดยเร็ว ในคนไข้ ๒ ราย ๓ ชั่วโมงหลังจากใส่ยา ๕๐๐ มิลลิกรัม มีระดับยาในเลือดเพียง ๐.๑๒ ไมโครกรัมต่อเลือด ๑ ซี.ซี. เท่านั้น

อานนท์ ประทีตสุนทรสาร พ.บ.

๒. J. J. Vorzimer, J. B. Cohen, and J. Joskow;: Observation on the Use of Urinary Pigment-Creatinine Ratio for the Measurement of Basal Metabolic Rate (ข้อสังเกตการใช้เรโซระหว่างสีของปัสสาวะกับเครอาตินินเป็นเครื่องวัดอัตราเมตาบอลิซึม) J. Lab. Clin. Med., v. 34: 1949, pp. 1512 - 1515.

จากข้อสังเกตและผลทดลองที่ว่า

อัตราส่วนของสีในปัสสาวะกับปริมาณเครอาตินิน (Urinary pigment/creatinine ratio) หรือเรียกสั้นว่า P/C ratio มีส่วนสัมพันธ์กับเมตาบอลิซึมที่ตรวจโดยวิธีหายใจ ผู้รายงานได้ตรวจ P/C ratio โดยเอาปัสสาวะมาหาปริมาณของสี (pigment) โดยวิธีสเปกโตรโฟโตเมตริก และหาปริมาณเครอาตินินโดยวิธีเทียบสีของ Jaffe คำนวณ P/C ratio เปรียบเทียบกับ B.M.R. จากวิธีหายใจ หาค่าความสัมพันธ์ได้ดังนี้ B.M.R. ในชายเท่ากับ ๕๗.๐ +๐.๒๕ P/C จากผู้ทดลองผู้ใหญ่ ๕๗ ราย และ B.M.R. ในหญิงเท่ากับ ๕๔.๗ +๐.๒๒ P/C จากผู้ทดลองผู้ใหญ่ ๕๕๖ ราย (รายละเอียดในวารสารเดียวกัน ๓๔:๔๘๒-๔๘๖ April, 1949)

ผู้รายงานได้ทดลองสูตรนี้เพิ่มเติมในผู้ทดลองอีก ๔๒๔ คน รวมการตรวจ ๗๔๐ ครั้ง แยกประเภทเป็นผู้ทดลองมีอัตราการปกติ ๔๕๗ ครั้ง (๖๑.๗%) ซึบเปอร์ อัตราปกติ ๑๖๘ ครั้ง (๒๒.๘%) และซึบไปอัตราปกติ ๑๑๕ ครั้ง (๑๕.๕%) ได้ผลว่า สูตรที่ให้ไว้ใช้ไม่ได้ (ก) ผู้ทดลองที่เป็นซึบไปอัตราปกติ หรือรายทม

B.M.R. ต่ำกว่าตบลิบห้าเปอร์เซ็นต์ (จากผลการตรวจ ๑๑๕ ครั้ง) (ข) ธีรรอยด์ปรกติ แต่ชั่งสภาวะมีสัแก่มาก รวมทั้งสัของยาที่กิน (จากการตรวจ ๓๒ ครั้ง) สัตรวจทั้งไว้ใช้ ได้ผลแน่นอนสำหรับรายที่มีธีรรอยด์ปรกติ และ ซัยเปอร์ ธีรรอยด์ (จากการตรวจ ๕๕๓ ครั้ง) กล่าวถึง B.M.R. โดยวิธีหายใจ P/C ratio ได้ผลตรงกัน ๕๐๘ ครั้ง (๘๕.๖%) และ P/C ratio ได้ผลดีกว่า (รู้ได้ด้วยการช่วย) B.M.R. โดยวิธีหายใจถึง ๕๘ ครั้ง (๘.๘%) แต่ P/C ratio ไม่เท่า B.M.R. วิธีหายใจ ๒๗ ครั้ง (๔.๖%) ผู้รายงานสรุปว่า P/C ratio มีประโยชน์พอสำหรับการวินิจฉัย เพราะได้ผลแน่นอนถึง ๕๖๖ ครั้ง (๘๕.๕%) นอกจากนั้นการหาเบซัลเมตาบอลิซึมโดยวิธี P/C ratio มีประโยชน์เป็นพิเศษเหนือ B.M.R. วิธีหายใจ (๑) ในการตรวจสอบเมตาบอลิซึมของผู้ช่วยซัยเปอร์ธีรรอยด์รักษาอยู่นาน และอาการก็แต่ B.M.R. ยังสูง (๒) ในการตรวจผู้ช่วย มี anxiety และ neuro-circulatory asthenia แต่กลับมีการใช้ซ็อกซิเฟนสูง (๓) ผู้ช่วยที่ตรวจไม่ได้ผลแน่นอนโดยวิธีธรรมดา เช่น ฟันเขยิบ แก้วหู

ทะเล (๔) B.M.R. ตรวจครั้งแรกสูง ทั้งๆที่ไม่มีอาการของโรค (๕) รายที่ไม่ยอมตรวจตามวิธีหายใจธรรมดา

(หมายเหตุของผู้ย่อ ในรายงานไม่ได้กล่าวถึงอายุ เด็ก ๆ จะใช้สูตรนี้ก็ได้หรือไม่ ไม่ทราบ)

ลมูล บุณยะมาน พ.บ., ป.ก.

๓. Karl Mulling: Die Gefahren der Eigenblutinfusion bei der extrauterinen Graviditaet aund deren vermeidung. (อันตรายและวิธีป้องกันอันตรายในการถ่ายเลือดกลับเข้าตัวในโรคครรภ์นอกมดลูก) Zentralb. f. Gyn. 71 Jahrg., 1919, Hsft 7, S. 725-734

ได้มีผู้ทำการถ่ายเลือดกลับเข้าตัวเอง (auto blood transfusion) กันมากในรายที่ครรภ์หลอกมดลูกแตก แต่ยังไม่มีการกล่าวถึงวิธีที่ถูกต้องและอันตรายของการให้เลือดที่ขังอยู่ในช่องท้องน้อย

ภายหลังที่มีการแตกของหลอกมดลูก เลือดที่ตกเข้าไปอยู่ในช่องท้องจะมีภาวะเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้คือ

๑. เลือดในช่องท้องจะไม่เป็นลิ่มเพราะจะถูกไฟบริไนส์ โดยการเคลื่อนไหวของลำไส้ แต่ต้องกินเวลา เพราะฉะนั้นในราย

ที่แตกใหม่ ๆ เลือดที่ในช่องท้องจึงยังเป็น  
ลิ่มได้

๒. เมื่กลีตกระต่าย ค้นแรวกรวม  
โษชัคค์ตายก่อน เมื่กลีตแดงเป็นส่วน  
ที่ทนทานและตายที่หลังเพื่อน แต่ถึง  
กระนั้นก็เสื่อมสมรรถภาพในการงานไป  
การเปลี่ยนแปลงนั้นนอกจากเกิดเนื่องจาก  
เลือดออกนานแล้ว ยังจะเกิดจากภาวะร่าง  
กายของผู้ช่วยอีกด้วย

๓. เมื่อเซลล์เหล่านี้เกิดเนอเรต ก็  
ทำให้เกิดสารที่มีพิษซึ่ง H. H. Schmid,  
Dyckerhoff, R. Marx และ H. Freund เชื้อ  
ว่าเป็นธรมบีน ผู้เขียนลงความเห็นด้วย  
เพราะเมื่อธรมบีนโษชัคค์ตายก็ทำให้เกิด  
ธรมบีนคีนส์ ซึ่งทำให้เกิดธรมบีนอีก  
ทอดหนึ่ง ถ้าเราใส่โซเดียมซีเตรทลง  
ไปนั้นไม่ให้เกิดไฟบริน เลือดนั้นก็ยังมี  
ธรมบีนอยู่เป็นอิสระ ซึ่งเมื่อเข้าไปใน  
ร่างกายแล้วทำให้เกิด ธรมบีนได้ ต่อ  
มา Dyckerhoff ได้พิสูจน์ว่า นอกจาก  
ธรมบีนคีนส์และธรมบีนแล้วยังมีพิษ  
ซึ่งมาจากเมื่กลีตที่สลายอีกด้วย แต่  
ทั้งสามอย่างนั้นก็ยังไม่ทำให้เกิดพิษได้ใน  
เลือดใหม่ ๆ ยังมีพิษอีกสองอย่างซึ่งเกิด  
ภายหลังที่เลือดมาซึ่งในช่องท้องแล้วคือ

Isohaemolysin และ Isoagglutinin พิษทั้ง  
สองอย่างนี้จะเกิดขึ้นเมื่อเลือดคนซึ่งอยู่นาน  
และทำให้เกิดฮีโมโกลบินยูเรียได้เอง  
จาก

๑. เมื่กลีตที่สลายถูกขับออกทางไต  
๒. เมื่กลีตแดงซึ่งถูก sensitize แล้ว  
สลายเมื่อตกอยู่ในช่องท้อง ก็ถูกขับออก  
ด้วย ๓. เฮมิกลีตของไตจะถูกทำลาย  
โดยพิษของเลือดที่ฮีโมลีส ทำให้ไต  
ปล่อยให้เมื่กลีตแดงลอดผ่านไปได้ จึง  
ทำอันตรายเข้าของร่างกายช่วยต่อต้าน

ผู้เขียนได้อ้างประวัติผู้ช่วยที่ตายภาย  
หลังถ่ายเลือดกลับเข้าตัว ๖ ราย ทุกราย  
มีอาการสำคัญคือ ฮีโมโกลบินยูเรีย

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

๔. Frederick A. Johansen: Promacetin for  
Leprosy (โปรมาเซทินใช้รักษาโรคเรื้อน)  
Pub. Health Rep. 65: 195 - 207, 1950

ผู้รายงานเสนอผลของการรักษาโรค  
เรื้อนด้วยโปรมาเซทิน โรคที่เกิดแก่ผิว  
หนังและเยื่อเมือกกระต่ายเกิดขึ้นภายใน ๒-  
๘ อาทิตย์ แต่จำนวนเชื้อแบคทีเรียตามผิว  
หนังและเยื่อเมือกกระต่ายไม่พวยในเวลาประ  
มาณ ๑ ปี เนื่องจากยาต้องรับประทาน

เป็นเวลานาน ขนาดที่ให้ครั้งแรก ๆ ของน้อยคือวันละ ๐.๓ - ๐.๕ ก. แล้วเพิ่มทุก ๆ ๒ อาทิตย์ด้วยขนาดที่ให้เมื่อขนาดที่ให้วันหนึ่งถึง ๑.๕ ก. แล้วก็เพิ่มทีละ ๑-๑.๕ ก. ขนาดมากที่สุดให้วันละ ๓-๔ ก. แม้ในขนาดมาก ๆ เช่นนี้ผู้ป่วยอาจทนยาได้ดี พืชของยามีน้อยและชั่วคราว ผู้ช่วยบางคนมีจำนวนเม็ดโลหิตแดงน้อยลงเล็กน้อยและชั่วคราวเท่านั้น

ชุด อยู่สวัสดิ์ พ.บ.

๕. E.W., Gates: Choline Chloride in the Treatment of One Hundred Patients with Diabetes Mellitus (การใช้โคลีนคลอไรด์รักษาคนไข้เบาหวาน ๑๐๐ ราย) J.A.M.A., 142: 1136-1137, April 15, 1950

เนื่องจากมีรายงานว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาด้วยอินสุลินบางคน จะสบายและมีปฏิกิริยาต่ออินสุลินดีขึ้นเมื่อได้รับวิตามิน บี คอมเพล็กซ์ หรือโคลีน (ด้วยวิตามินบีนั้น) ดังกล่าวว่าถ้าให้กินโคลีนคลอไรด์วันละ ๔ ก. ควบกับการฉีดอินสุลินแล้ว น้ำตาลในเลือดลดลงกว่าเมื่อฉีดอินสุลินอย่างเดียว ผู้รายงานนี้ได้อธิบายฤทธิ์ของโคลีนเพื่อเทียบกับราย

งานอื่น ๆ โดยทดลองรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ๑๐๐ ราย ทั้งชายและหญิง อายุและระยะเป็นโรคนานต่าง ๆ กัน ให้กินอาหารอย่างธรรมดา และให้กินโคลีนคลอไรด์ครั้งละ ๑ ก. วันละ ๔ ครั้งเป็นพิเศษ กินอยู่นาน ๔๒ วัน ได้ตรวจน้ำตาลในเลือด และส่งน้ำหนักตัวทุกสัปดาห์ทั้งสองอย่างนี้ไม่เปลี่ยนแปลงตลอดและหลังการทดลองรักษา มีอยู่ ๘ คนว่ารู้สึกสบายดี แต่ผลของการตรวจร่างกายและตรวจน้ำตาลในเลือดไม่ก็ตาม

ในผู้ป่วยชุดนี้มี ๒๕ รายที่เป็นเบาหวานปานกลาง ได้รักษาโดยไม่ต้องฉีดอินสุลินมาก่อนระหว่างการทดลองรักษาด้วยโคลีนนี้ถ้ากินอาหารคาร์โบไฮเดรตมาก น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่เป็นใหม่ (๗ ราย) หรือเป็นนานปี (๕ ราย) ได้ฉีดอินสุลินอยู่ก่อนแล้ว เมื่อให้โคลีนอีกต่างหาก น้ำตาลในเลือดก็ไม่ลดลงไปกว่าเดิม ส่วนผู้ป่วยที่น้ำตาลสูงระดับ ๓๐๐ มก. เปรูเซนต์หรือมากกว่าได้ฉีดอินสุลินอยู่แล้วให้โคลีนอีกก็ไม่เปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวาน ๖ รายที่มีโคเลสเทอโรลของเลือดสูงเกิน ๓๕๐ มก. เปรูเซนต์ เมื่อ

ได้รับการรักษาด้วยโคลีนอยู่ ๕๒ วัน  
ทั้งน้ำตาลและโคเลสเตอรอลและอาการ  
โรคคงเดิม ไม่เหมือนผู้ที่เคยมีผู้อ้าง  
ว่าโคลีนให้ผลดีเป็นพิเศษในคนเบาหวาน  
ที่มีโคเลสเตอรอลมาก

อนึ่งว่าโคลีนมีผลดีกับผู้ป่วยเบา  
หวานในวัย ๕๐-๖๐ ปีนั้น ผู้รายงาน  
ไม่พบอะไรดีขึ้นเลย สรุปแล้วผู้รายงาน  
เห็นว่าโคลีนไม่ให้ผลดีพิเศษในโรคเบา  
หวานนอกเหนือไปจากที่ได้รับอยู่จากการ  
ฉีดอินซูลิน และพบว่าโคลีนมีพิษเหมือน  
กัน และที่น่าสังเกตคือมีอาการรวมที่ขา  
ซึ่งหายไปได้เองเมื่อหยุดกินยา น่าสนใจ  
ว่าผู้ให้โคลีนรักษาโรคภัยแข็งแต่ไม่  
สังเกตอาการรวมที่ขาได้ชัด เพราะใน  
โรคภัยแข็งบางรายนั้นมีขาวมอยู่ก่อน  
แล้ว

ลมล บุณยะมาน ป.ภ., พ.บ.

๖. C.C. Shullenberger, Charles H. Watkins,  
and Robert R. Kierland: Experiences  
with Nitrogen Mustard Therapy. (ประสพ  
การในการใช้ไนโตรเจนมีสตาตร์รักษา  
โรค) J.A.M.A. v. 139, No. 12, March 19,  
1949

แม้ว่าข้รยุนันการรักษาโรค lympho-

blastoma และโรคเนื้องอกอื่น ๆ ยังคง  
ต้องอาศัยรังสีเรนต์เกินก็ตาม ก็ได้มีผู้  
ทดลองสารเคมีคือไนโตรเจนมีสตาตร์มาใช้  
รักษาโรคพวกนี้ซึ่งได้ผลดีด้วย

ไนโตรเจนมีสตาตร์คือ methyl-bis  
(beta-chloroethyl) amine hydrochloride  
การรักษาใช้ยาเป็นวง ๆ ละ ๐.๕ มก.  
ก่อนนำหนักตัวหนึ่ง กก. ในวงหนึ่ง ๆ  
แบ่งฉีดครั้งละ ๐.๑ มก. ก่อนนำหนักตัว  
๑ กก. เข้าหลอดโลหิตดำเป็นเวลา ๕  
วันติดต่อกัน อาจเกิดอาการแพ้ได้ทันที  
มีอาการคลื่นไส้ และอาเจียน จึงมักใช้ฉีด  
พิริค็อกซินฮัยโครโคลโดไรด์ขนาด ๑๕๐-  
๒๐๐ มก. เข้าหลอดเลือดดำไปพร้อม  
กันด้วย โดยทั่วไปเว้นระยะเวลาระหว่าง  
วงนานประมาณ ๖ อาทิตย์ การให้ยา  
ขนาดมากอาจจะทำได้โดยให้วงที่สอง  
ห่างจากวงแรก ๕-๖ อาทิตย์ พร้อม  
ทั้งนี้เมื่อกเล็กควยไปด้วย เพราะยานี้  
พิษต่ออวัยวะสร้างเมื่อกเล็ก ซึ่งอาจทำ  
ให้เกิดโลหิตจาง, เมื่อกเล็กขาน้อย,  
เพลตเล็คน้อย อย่างรุนแรงได้ ฉะนั้น  
การให้ยานี้ต้องระวังและต้องมีการนับเมื่อก  
เล็กควยไปด้วยอย่างน้อย ๕-๕ อาทิตย์  
หลังการรักษา

ผู้รายงานได้เสนอผลการรักษาโรค  
 ซึ่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ๑๘ รายด้วยใน โทร  
 เจนมีสคาร์ด หรือ ในโตรเจนมีสคาร์ด  
 ร่วมกับรังสีเรนต์เก้น พบว่าในรายที่คอ  
 ท่อการรักษาคด้วยรังสีเรนต์เก้น ในโตร  
 เจนมีสคาร์ดทำให้อาการดีขึ้น ความพิการ  
 ที่มีอยู่อาจจะกำเริบหรือมีความพิการใหม่  
 เกิดขึ้นภายหลังการให้ในโตรเจนมีสคาร์ด  
 ๒-๓ อาทิตย์หรือ ๒-๓ เดือน ขณะเคียว  
 กัยที่ความพิการบางแห่งดีขึ้น ความ  
 พิการอีกแห่งหนึ่งอาจเป็นมากขึ้น สำหรับ  
 ความพิการที่เกิดกับอวัยวะพวก nonlym-  
 phoid ในรายที่เป็นมานานแล้ว การ  
 รักษาไม่ได้ผล

ผู้รายงานยังได้รายงานผู้ป่วย lympho-  
 sarcoma ๑๐ ราย ได้ผลไม่พึงพอใจ ๗  
 ราย ตายใน ๖ เดือนโดยที่ไม่มีอาการ

AX นอกจากนี้ผู้รายงานยังพบว่าการ  
 รักษา mycosin fungoides ก็ได้ผลต่าง ๆ  
 กันเป็นราย ๆ ไป ในลิมนโพลีดีสโตมา  
 ได้ผลดีมากหลังจากการรักษาด้วยเรนต์  
 เก้นแล้วไม่ได้ผล และในโปลีดีซิมเมีย  
 เวิร์เท่าที่นำมาเพียงเล็กน้อยก็ได้ผล  
 ส่วนหนึ่งของอกซนิกร้ายได้ผลน้อยหรือไม่  
 ได้ผลเลย

ในโตรเจนมีสคาร์ดเป็นยาที่มีพิษร้าย  
 แรง อาจทำอันตรายต่ออวัยวะสร้าง  
 เลือดแม้ให้แต่เพียงขนาดรักษา อย่างไรก็ตาม  
 ก็ผู้รายงานเชื่อว่าการรักษาลิมนโพลีดีสโต  
 มาด้วยในโตรเจนมีสคาร์ดอย่างเคียว  
 ได้ผลดี โดยเปรียบเทียบกับผลการรักษา  
 ในคนไข้เหมือนกันด้วยเรนต์เก้นและด้วย  
 เรนต์เก้นกับในโตรเจนมีสคาร์ดร่วมกัน

อำภาศรี ขจรบุญ พ.บ.

**ปวดท้องใต้ชายโครงซ้าย**

มีไม่บ่อยบ่อยนัก เกิดเพราะโรคของม้ามซึ่งอยู่ในบริเวณนั้น คนที่เป็น  
 ใช้หัวใจใหญ่หรือที่อนซิลอักเสบอาจเจ็บม้ามได้ คนที่มีโรคหัวใจเรื้อรังนาน ๆ  
 อาจจะมีก้อนโลหิตเล็ก ๆ หลุดไปจากลิ้นหัวใจอุดเส้นเลือดของม้ามทำให้ส่วน  
 นั้นแห้งไป (อินฟาร์คต์)

อดม โปษะกฤษณะ

(จากสารคดีราชฉบับพิเศษฉลองหกสิบปีศิริราช)

## ปกิณณกะ

### การรักษากล่อนน้ำ (ฮัยโรซีล)

โดยไม่เจ็บปวดและไม่ต้องการผ่าตัด

กล่อนน้ำเป็นโรคเกิดขึ้นที่ส่วนใดของอวัยวะใน ร่าง กาย และมี อาการอย่างไร ไม่จำเป็นต้องพดถึง เพราะแพทย์ต้องค้นเคยกัยโรคนี้เป็นอย่างดี กาลก่อน ๆ นี้แม้ข้าพเจ้า (ผู้เขียน) สำเร็จการศึกษาวินิจฉัยแพทย์เมื่อปลาย พ. ศ. ๒๔๕๘ แล้ว การรักษาโรคนี้จะหายได้ก็ด้วยการผ่าตัดเท่านั้น ต่อมาหรือในสมัยเดียวกันปรากฏว่าใช้กรดคาร์โบลิคอย่างอ่อนชนิดเขา Tonica Vaginalis โดยเจาะโหล่นน้ำ เหลืองออกเสียก่อน ข้าพเจ้าได้พิจารณาการรักษาชนิดนี้มาแล้ว รู้สึกว่าคนไข้เจ็บปวดมิใช้ทุรนทุรายมาก ดุจอันตรายอีกเสียอยู่หลายวันกว่าจะยุบปรากฏว่าหายเด็ดขาด ข้าพเจ้าสนใจในการ รักษาอันอยู่เหมือนกันแต่ก็รู้สึกสยดสยองอยู่และไม่มีโอกาสได้รักษา แต่จริงขณะนั้นข้าพเจ้าก็กำลังเป็นกล่อนน้ำอยู่ด้วย ขอเล่าประวัติการเป็นกล่อนน้ำและการรักษาของ

ข้าพเจ้าให้ท่านฟัง (ไม่ใช่ฮั่วค) ครั้งนี้ข้แต่ปี ๒๔๕๑ ข้าพเจ้าเป็นนักเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย ก็ฟ้าที่ข้าพเจ้าชอบคือ ฟุตบอล ข้าพเจ้าชอบเป็นชีวิตจิตใจ แม้แต่ไต่ยืนเสียงฟุตบอลก็ออกใจเห็นระทึกทนอยู่ไม่ได้ต้องไปร่วมวงด้วย ไม่ว่าจะเข้า สาย เทียง บ่าย เย็น ต้องข่วนเขยงอยู่ในวงฟุตบอลจนค่ำ เมื่อผ่านโรงเรียนสวนกุหลาบมาอยู่ราชแพทยาลัยจนกระทั่ง ออกเป็นแพทย์ ข้าพเจ้าก็ยังคงเล่นและชอบคลดมาจนกระทั่ง พ. ศ. ๒๔๖๐ ข้าพเจ้าเริ่มเห็นได้เลื่อนข้างขวา (Right Inguinal hernia) แต่ไม่ทันลงอันตราย เวลาไอหรือเบ่งรู้สึกเจ็บแปลบปลายเห็นอขาหนีบขวา ใน พ. ศ. ๒๔๖๑ ได้ไปรับทำการผ่าตัดที่โรงพยาบาลฟ้าดวงกรณี เมื่อทำเสร็จแล้วเพื่อนแพทย์ได้เล่าให้ฟังว่า ดุจได้เลื่อนแต่ลงสู่ลงอันตรายแล้ว แต่ไม่

กว้างพอที่ส่วนต่างๆ ในช่องท้องจะเลือน  
 ลงสู่ถุงอัมชะไต เมื่อถึงถุงอัมชะไตขึ้นมา  
 มีถุงน้ำกลมๆ เล็กๆ ติดตามสายอัมชะ  
 เเรียงกันเป็นแถวอยู่หลายถุง แพทย์ผู้ทำ  
 การผ่าตัดจึงเจาะที่ถุงเหล่านี้จนออกหมด  
 ภายหลัง ๑๒ วัน ก็ออกจากโรงพยาบาล  
 และสหายก็ ต่อจากนั้นถุงอัมชะเริ่มโต  
 ขึ้นทีละน้อยๆ มีน้ำข้างในจนเกือบเท่าผล  
 มะยม ถ่วงมากเวลาเดินรำคาญเกะกะ  
 คับขวางขา เวลาวิ่งยิ่งลำบากมาก  
 หนำซ้ำนอนย่ำอ้าว เหนงออกคันจนบางครั้ง  
 เป็นโรคผิวหนัง ทั้งใจจะผ่าตัดแต่เหมือน  
 เชื้อโคลโรฟอร์ม ได้เจาะออกเองหลาย  
 ครั้งเมื่อรู้สึกลำบากแก่กลับโตอีกอยาก  
 จะใช้กรรตคาร์โบลิดก็กลัวความปวด  
 ขวม เช่น ไข้ จึงยั้งไว้ เพราะหัดพิ  
 พยนิคยสารการแพทย์ร้ายเกือบกล่าวถึง  
 การรักษาโรคนี้นี้โดยใช้ Quinine and Urea-  
 hydrochloride ฉีดเข้าทูนีค้ำวาจินาลิส  
 เมื่อเอาน้ำเหลืองออกแล้ว แต่ไม่บอก  
 ขนาดยาและจำนวนที่ใช้มากนักย่อเท่าใด  
 ขาพเจ้าครุ่นคิดที่จะใช้แก่ตัวเองหลาย  
 ฤดูหลายฤดู คร่ำควินินที่ฉีดเข้าไป  
 จะทำให้เจ็บปวดเหมือนฉีดเข้ากล้ามเนื้อ  
 เพราะไม่เคยลอง มาทราบภายหลังจาก

คำหทัยคำรว่ามฤตอเหมือนโคเคอ็น เช่น  
 ยาระงับความรู้สึกในที่จำกัด ยังคอยฟัง  
 ผลการรักษารักษาของแพทย์คนอื่นเผื่อจะร้าย  
 งานผลของการรักษาย่างที่กล่าวมาแล้ว  
 เป็นเวลานานก็เจ็บ การวิ่งเพราะไม่  
 แน่ใจจึงไม่ทราบขนาดที่จะใช้จึงส่งเลย  
 มาถึง ๒๔๘๒ ได้ตกลงใจว่าจะใช้ยาแก่  
 ตนเอง ประจวบกับได้มีโอกาสมา  
 กรุงเทพฯ ๑ ออกตระเวนซื้อขายควินินเรีย  
 ชัยโคโรโคลไรด์อยู่หลายวัน ไปได้ที่ร้าน  
 ขายยาแห่งหนึ่งมีอยู่ตลอดเดือนมี ๑๐  
 เม็ดๆ ละ ๕ เกรน เมื่อถึงจังหวัดที่พัก  
 ชั่วคราวทั้งสติทำให้ให้กลัวรักษาตัวเอง  
 (แม้รักษาคอนอื่นก็เช่นเดียวกันในเมื่อใช้  
 ยาที่ไม่เคยใช้แก่คนใช้ก็ต้องขบคิดทาง  
 ใดเสียจนเป็นที่แน่ใจแล้ว) โดยใช้ฉี  
 ค์ยโนโวเคอ็น ๑ / ใต้อัมชะไต  
 ข้างที่เป็น รอนซา ใช้เข็มขนาดใหญ่  
 แทงทะลุเข้าทูนีค้ำวาจินาลิส กดน้ำเหลือง  
 ออกจนแห้งแพ้ย ผสมควินินยรีช ๑ เม็ด  
 (๕ เกรน) ในน้ำกลั่น ๑๐ ล.ซม. ต้ม  
 จนเดือดปล่อยให้เย็นคุดไว้อีกหลอด  
 หนึ่ง ฉีดเข้าในทูนีค้ำวาจินาลิสจนหมด  
 ที่ใช้น้อยเพราะยังคร่ำ แล้วค่อยๆ ลูบ  
 คลำ คลึง กด ขย บริเวณถุงอัมชะข้าง

หนักแต่เบาๆ เพื่อให้ยากระจายไปทั่วทั้ง  
 ฝูงช้างนั้น ใจคอไม่สู้ดี ภูอาการต่อไป  
 วันนั้นถึงวันไม่มีอาการ อย่างไม่เกิดขึ้น  
 แม้แต่การเจ็บปวดเล็กน้อย เดินไปไหน  
 มาไหนได้อย่างสบาย วันต่อมาอีกไม่มี  
 อาการอะไรเกิดขึ้น รอคอยไปอีกวันแล้ว  
 วันเล่าถึงอัฐมวารข้างนั้นค่อยๆ โทษขึ้นที่  
 ละเอียดๆ เกือบเท่าเดิมเมื่อครบ ๑๕ วัน  
 ตัดสินใจเจาะและใช้ยาอีกครั้งหนึ่ง ทิ้ง  
 ใจกล้าใช้ ๒ เม็ด ๑๐ เกรน ในน้ำกลั่น  
 ๑๐ ล.ชม. อีก ๑๕ วัน โทษเกือบครึ่ง  
 หนึ่งของเดิม ครบที่ ๓ ใช้ยาเท่าครั้งที่  
 ๒ คือ ๒ เม็ด ๑๐ เกรน คงโทษเกือบ  
 เท่าครั้งที่ ๒ ครบที่ ๔ ใช้ยา ๓ เม็ด  
 ๑๕ เกรน น้ำกลั่น ๑๐ ล.ชม. เท่าเดิม  
 รอคอยเท่าไรเท่าไรก็ไม่มีน้ำเหลืองเกิดขึ้นมา  
 อีก เลยคงแห้งแฝยอย่างปรกติจนคน  
 อยากรจะเขียนลงจดหมายเหตุทางแพทย์  
 เพื่อยกกล่าวให้ทราบทั่วไป กลับต้อง  
 ยั้งไว้ เพราะเป็นสถิติคนเคียว คอยฟัง

รายงานขอ แพทย์คนอื่น ๆ ถ้าวรึกษาอย่าง  
 เกียวกันจะได้พลอยสนับสนุนแต่ก็เสียอีก  
 ระหว่างนั้นอยากจะทำคนไข้ด้วยโรคอย่าง  
 นี้อีกแต่ก็หาไม่ได้ มีพียงคนหนัก  
 และให้มารักษาอีกแต่ก็เหลวหายไ้ไปไม่มา  
 พบตามนัดประจวบกับการโยกย้ายย้ายหาย  
 ไปหมด พอดีเกิดสงครามมหาหยา  
 อาเซียหาซื้อยาไม่ได้แม้จะมีคนไข้ต้อง  
 การทำ จนยักยักยังหาไม่ได้ สถิติก็ยัง  
 คงเป็นคนเคียวอยู่นั่นเอง หากจะมีผู้สนใจ  
 และได้มีโอกาสทดลองขอได้เริ่มด้วย  
 ๑๕ เกรนที่เคียว ข้าพเจ้าเชื่อว่าจะได้  
 ผลสำเร็จแน่ ที่ข้าพเจ้าเขียนเรื่องสถิติ  
 คนเคียวมาเสนอท่านนี้ก็เพราะข้าพเจ้าจะ  
 ไม่มีโอกาสทำได้อีกนาน เพราะมีอายุ  
 เข้า ๕๘ ปีแล้ว หวังว่าท่านที่สนใจ  
 ทดลองจะได้รายงานผลของการรักษาให้  
 เพื่อนแพทย์ทั้งหลายทราบเป็นทางวิทยา  
 ถานในโอกาสต่อไป

พระวิสิษฐภณัฐ

# แผนกข้าว

## ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มิถุนายน ๒๔๕๓

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

|              | อาชฺรฯ | ศัลยฯ | สูติ-นารีฯ | จักษุฯ | กุมารฯ | รวมทุกแผนก |
|--------------|--------|-------|------------|--------|--------|------------|
| ก. (นอก)ใหม่ | ๑๘๓๒*  | ๗๒๗   | ๘๐๘        | ๘๕๐    | ๘๔๘*   | ๕๐๖๕       |
| เก่า         | ๒๑๔๕   | ๑๐๐๑  | ๑๑๔๕       | ๕๗๔    | ๑๐๖๘   | ๕๕๓๓       |
| รวม          | ๓๙๗๗*  | ๑๗๒๘  | ๑๙๕๓       | ๑๔๒๔   | ๑๙๑๖*  | ๑๐๕๙๘      |
| ข. (ใน)      | ๑๒๑    | ๒๑๘   | ๔๕๘        | ๑๑๓    | ๑๒๓    | ๑๐๓๓       |

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๒๖๓\* จักษุฯ ๑๘๖ สูติ-นารีฯ ๑๐๒\* รวม ๕๕๑\*

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๑๓๕ หญิง ๑๒๖ รวม ๒๖๑

๔. จำนวนเด็กคลอดตาย ชาย ๑๑ หญิง ๑๓ รวม ๒๔

๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย ๘๓ คน (๘.๐ ในร้อยของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๗ ราย (๘.๔ ในร้อยของที่ตายทั้งหมด)

๖. จำนวนการถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๑๔๕ ข้างนอก ๕ รวม ๑๕๐

๗. แผนกรังสีวิทยา

ก. รังสีเอ็กซ์ ตรวจ ๑๔๕๐ คน รักษา (ใหม่) ๘ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๑๘๐ ครั้ง

ข. รังสีเอม รักษา ๑๖ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๓๘ ครั้ง

ค. โดอะเรอมี รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง รวมตรวจและรักษา ๑๔๑๕ คน - จำนวนครั้งที่ให้การรักษา ๑๖๖๕ ครั้ง

๘. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๖๖ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๘๘๓ ครั้ง

๙. แผนกพยาธิวิทยา

ตรวจศพ ๗ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๓๔๘ (จากภายนอก ๕๓) แอ็กคลูติเม-  
ชัน ๘๘ วัชเชอร์แมนและคานัน ๑๕๑๘ หมู่เลือด ๖๒๑ นับเม็ดเลือด ๒๖ ฟลัมเลือด  
๓๐ น้ำไขสันหลัง ๔๘ อจจาระ ๒๘๘ บัสสาวะ ๔๔ เสมหะและอื่น ๆ ๑๑๕ ตรวจ  
ทดลองตัวจิ๊ด (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๓๕ เพาะเชื้อในเลือด ๕๐ ฉีดสัตว์  
รวมตรวจต่าง ๆ ๓๒๗๗ อย่าง ศพญาติรับไป ๕๐ ศพ ภายวิภาครับไป ๔ ศพ  
ศพให้รับไป ๖๓ รวม ๑๑๘ ศพ  
(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรคร์ ศรีเพ็ญ และ แผนกสถิติ)

\* สถิติยอดเข้ยม

อนุโมทนา มีผู้เอื้อเฟื้อบำรุงคณะแพทย  
 ศาสตร์และศิริราชพยาบาล (ตั้งแต่มูลค่า  
 ๑๐๐ บาทขึ้นไป) ดังต่อไปนี้ คือ (๑)  
 นายเสรี โสวัจระ จังหวัดพระนคร บริจาค  
 เงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท (๒) นางยม ศรั  
 วิเชียร ณ บ้านศรีวิเชียร จังหวัดพระนคร  
 บริจาคเงิน ๓,๓๐๐.๐๐ บาท บำรุง  
 แผนกสรีรศาสตร์-นารีเวชวิทยา (๓) นาง  
 สุกัทรา มีชูธน จังหวัดขอนแก่น บริจาคเงิน  
 ๑,๔๑๓.๕๐ บาท ซ่อมสะพานไม้ที่ทำใช้  
 ของโรงพยาบาลศิริราช (๔) นายอาววัฒน์  
 และนางกระแสร จีระพันธ์ จังหวัดนคร  
 ปฐม บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท (๕)  
 คณะกรรมการสมาคมสำนักประยูรวงศ์  
 จังหวัดขอนแก่น ส่งเงินที่เหลือจากฉาปนกิจ  
 ศพ นางปาน เพลินบุญ ผู้เป็นสมาชิกเป็น  
 เงิน ๕๐๐.๐๐ บาทและอุทิศส่วนกุศลให้  
 แก่นางปาน เพลินบุญ (๖) เจ้าพระยา  
 ศรัวิพัฒน์ บ้านคารากร จังหวัดพระนคร  
 บริจาคเงิน ๔๓๐.๐๐ บาท เนื่องในการ  
 ทำบุญวันเกิด เพื่อบำเพ็ญ "คารากร"  
 (๗) ท.ช. เค็งเซ็ง แซ่หลิม จังหวัดพระ  
 นคร บริจาคเงิน ๔๓๕.๐๐ บาท บำรุง  
 แผนกกุมารเวชศาสตร์ (๘) ท่านพระครู  
 ไวยาร เจ้าอาวาสวัดดาวดึงส์ จังหวัด

ขอนแก่น บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท บำรุง  
 ศึกษาศาสตร์วิทยาลัยชั้นล่าง (๙) นางทอง  
 อินทร์ เลาะหวงศ์ จังหวัดพระนคร บริจ  
 จากเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสรี  
 ศาสตร์-นารีเวชวิทยา (๑๐) นางกิ่ง  
 ม่วย แซ่ตั้ง จังหวัดนครศรีธรรมราช  
 บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนก  
 สรีรศาสตร์-นารีเวชวิทยา (๑๑) นางพัน  
 ทิพย์ ชัยรัตน์ บ้านช.รัตนะ จังหวัดพระ  
 นคร บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท บำรุง  
 แผนกสรีรศาสตร์-นารีเวชวิทยา (๑๒)  
 นางอุทัย แซ่อุย จังหวัดพระนคร บริจาค  
 เงิน ๒๕๐.๐๐ บาท บำรุงศึกษาศาสตร์  
 วิทยาลัยชั้นล่าง (๑๓) ท.ญ. กิมฮง แซ่แห  
 จังหวัดขอนแก่น บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท  
 บำรุงแผนกศึกษาศาสตร์และวิทยาลัยนา  
 สิกลาวังส์ (๑๔) ท.ช. เต็กอุย แซ่โค้ว  
 จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐  
 บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ (๑๕)  
 นางจาด ขลิบทอง จังหวัดพระนคร บริจ  
 จากเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสรี  
 ศาสตร์-นารีเวชวิทยา (๑๖) นางสุนทร  
 มนุกิจ จังหวัดขอนแก่น บริจาคเงิน ๑๐๐.  
 ๐๐ บาท บำรุงแผนกสรีรศาสตร์-นารีเวช  
 วิทยา (๑๗) นางประเทือง รูปวิจิตร

จังหวัดเพชรบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุศึกษาศาศตร์-นารีเวชวิทยา (๑๘) นางบุญสม สาระกุล จังหวัดขอนแก่น บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุศึกษาศาศตร์-นารีเวชวิทยา (๑๙) นางอุดม ศรีวิวัฒน์ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุศึกษาศาศตร์-นารีเวชวิทยา (๒๐) ท.ญ. สายสมร จันทการ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ (๒๑) ท.ช. ชัยเอียง แซ่เซียว จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ (๒๒) ท.ช. หลี่เอียง แซ่พั้ว จังหวัดพระนคร ให้วิทยุ พัลโก้ ๑ เครื่อง ราคาประมาณ ๗๕๐.๐๐ บาท แก่แผนกกุมารเวชศาสตร์

#### สภทบทุนผลของหกสิบปีศิริราช

ด้วยมีผู้ที่มีจิตศรัทธาบริจาคเงินสมทบทุนงานฉลอง ๖๐ ปีศิริราช ดังมีรายนามและจำนวนเงินต่อไปนี้ คือ (๑) บริษัทเข้าทอสีต้อเอเซีย เทอคคิง (สยาม) จำกัด พระนคร ๕๐๐๐.๐๐ บาท (๒) คณะพยาบาล ศิริราช วัน ๒๔๔๐

๒,๕๐๐.๐๐ บาท (๓) พ. อ. ประชุมสุวรรณนกร ส่งเงินของบรรดาพี่น้องในสกุล "สุวรรณนกร" ร่วมกันบริจาค ๒,๕๐๐.๐๐ บาท (๔) นายกำนัย ศรีสุกรี ๒,๐๐๐.๐๐ บาท (๕) นายฟกเหม็ง แซ่เป๋ โรงเลื่อยจักร เชียงวังนเส็ง พระนคร ๑,๕๐๐.๐๐ บาท (๖) นายเจตน์ คณิตไพโรจน์ เลขที่ ๓๐๓ ถนนอิหลอง ลำเพ็ง ๑,๑๕๕.๐๐ บาท (๗) คุณสุภัทรา มีชูอน บ้านเลขที่ ๗๘๔ ซ่างวัคระหมังโฆสิตคาราม อนุบุรี ๕๐๐.๐๐ บาท (๘) คุณเทียมจันทร์ ทองสวัสดิ์ บ้านเลขที่ ๒๓ ถนนนครปฐม นครปฐม ๕๐๐.๐๐ บาท (๙) คุณสามเรือน ภาณพลระสมุท บ้านเลขที่ ๓ วัคพลัย อนุบุรี ๕๐๐.๐๐ บาท (๑๐) นางคำมูล อนุชาผัด บ้านเลขที่ ๒๒ ซอยร่วมใจ บางกระบี่ พระนคร อุทิศส่วนกุศลให้ คุณกู่เกียรติ อนุชาผัด ๕๐๐.๐๐ บาท (๑๑) นายเอียวไต้ แซ่กย เลขที่ ๖๗ ท่ากลาง อำเภอพระนคร ๔๐๐.๐๐ บาท (๑๒) นายชม จารุรัตน์ บ้านเลขที่ ๕ ตรอกเวท สีสม พระนคร ๔๐๐.๐๐ บาท (๑๓) ร.อ. คง คุปต์ชัยเรูียร ท้างพระจันทร์ โอสถ พระนคร ๔๐๐.๐๐ บาท (๑๔) นางสาวน กิติยบุตร ๓๐๐.๐๐ บาท (๑๕)

ม.ร. สวัสดิ์ประสิทธิ์ สวัสดิ์วัฒน์ วงษ์ชอย  
 ราชดำริห์ ถนนราชประสงค์ ๓๐๐.๐๐  
 บาท (๑๖) ม.ถ. เต๋อ สนิทวงศ์ ผู้อำนวยการ  
 โรงพยาบาลเลิศสิน พระนคร ๒๐๐.  
 ๐๐ บาท (๑๗) นายบุญมาก ศิริวัฒนา  
 เลขที่ ๑๐๕ ถนนสุโขทัย บางลำภู พระ  
 นคร ๒๐๐.๐๐ บาท (๑๘) นายหันคง  
 แซ่เคี้ย โรงเลื่อยจักรไทยวังพง พระนคร  
 ๒๐๐.๐๐ บาท (๑๙) นายไฮ้ไก่ แซ่ห้วน  
 เลขที่ ๒๔๒-๒๔๓ เกร่งไต้วังวน พระนคร  
 ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๐) นายฮังคี่ แซ่ห่าน  
 เลขที่ ๑๕๕-๑๕๖ กึกส่วน ถนนอภัยวงศ์  
 ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๑) นายฮงซุนล้ง ย  
 ห้อล้งชวค ทรงข้ามโรงเรียนสวนกุหลาบ  
 ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๒) นายแพทยชน  
 ป่านทิพย์มิม จังหวัดนครราชสีมา ๒๐๐.  
 ๐๐ บาท (๒๓) คุณประนอม รุ่งเรือง  
 รัตน์ ร้านอรทัย สี่พระยา พระนคร ๒๐๐.  
 ๐๐ บาท (๒๔) นางทิพย์วาทิ ร้าน ช.  
 รัตน์ พระนคร ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๕)  
 บริษัทเจริญ-คงเสวี จำกัด เลขที่ ๑๒๕  
 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา ๒๐๐.๐๐ บาท  
 (๒๖) บริษัทไทยชวค เลขที่ ๑๓๕ ตำบล  
 วิกตัก พระนคร ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๗)  
 นางถนอม แวงซ่า บ้านเลขที่ ๑๓๑ รอง

เมืองชอย ๔ ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๘) นาง  
 เข็มม แวงซ่า บ้านเลขที่ ๒๘ รองเมือง  
 ชอย ๓ ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๙) ม.ร. ทัญ  
 ภักคพิสุทธิ ชยางกูร ๑๘ ชอย ๕ ราชวิถี  
 พระนคร ๒๐๐.๐๐ บาท (๓๐) คุณพัน  
 ทิพย์ ชัยรัตน์ เลขที่ ๔๘๐ ถนนจักรเพ็ชร  
 พระนคร ๒๐๐.๐๐ บาท (๓๑) นาง  
 สมนึก ประไพวงศ์ ร้านขมิ้มมะโฮลถนน  
 ราชวงศ์ พระนคร ๑๕๐.๐๐ บาท (๓๒)  
 นายหวน พิริยกิจ โรงพิมพ์พิริยกิจ เซิง  
 สะพานพุทธยอดฟ้า ๑๕๐.๐๐ บาท (๓๓)  
 คุณประจวบ ทองนพเนธ โรงพยาบาลวิริยะ  
 ๑๕๐.๐๐ บาท (๓๔) นางทองทราย บุ  
 ธิทติศส่วนกุศลให้นายกัน จ่วนซุน ๑๐๐.  
 ๐๐ บาท (๓๕) นายสุกจิตร บัณฑิตโชติ  
 โรงพิมพ์ประชามิตร ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๖)  
 หลวงวานิชเวทย์วิจารณ์ บ้านเลขที่ ๒๘  
 รองเมืองชอย ๓ ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๗)  
 นายชุยเกียง แซ่ลิม เลขที่ ๔๗ ท่ากลาง  
 อำเภอพระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๘)  
 นายเซียงเซง แซ่ฉิว เลขที่ ๗๑ ท่ากลาง  
 อำเภอพระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๙)  
 คุณเอื้อนประจักษ์ สามโกเศศ เลขที่  
 ๑๔๔ ช. ถนนอิสสระภาพ ๑๐๐.๐๐ บาท

(๕๐) คุณเสวิม บุญยรัตนเวช บ้านบุญยรัตนเวช ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๑) นายไฉ่เซ็ง บ้านคำยลตักขาว กิ่งอำเภอคลองสาน ธนบุรี ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๒) คุณจ้อย แซ่ลี บ้านคำยลตักขาว กิ่งอำเภอคลองสาน ธนบุรี ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๓) บริษัทหนังไทย เลขที่ ๘๐๓ ถนนท่าดินแดง ธนบุรี ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๔) นายบึ้ง เลขที่ ๖๔๖/๕ บางกระบือ พระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๕) คุณชวลิต สันตกุล บ้านเลขที่ ๑๒๐ ถนนสีลม พระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๖) คุณอภิปพยั แดงสว่าง บ้านวงเวียนเล็ก ธนบุรี ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๗) คุณพิศมัย จันทระประณีต เลขที่ ๕๒๑ บ้านตึกเสือไหมไหมสีลม ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๘) นายแพทย์จรัส ยามะรัต บ้านสหายเวช หน้าไปรษณีย์กลาง ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๙) คุณวีร ภัทรนาวิก เลขที่ ๕๒๓ ถนนสีลม พระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๐) คุณเฉลา ขุณยานนท์ บ้านเลขที่ ๑๓๑ รongเมือง ซอย ๔ ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๑) นายเจ็กยู่ แซ่เคี้ยว เลขที่ ๖๘ ท่ากลาง อ่าวทองพระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๒) นางจ้อยชวง แซ่ลี เลขที่ ๖๓ ท่ากลาง อ่าวทองพระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท

(๕๓) ร้านง้วนง้วนกิมฮวก พระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๔) คุณอุไร เกาท์เรณู บ้านเลขที่ ๗๓ นานาใต้ พระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๕) นางพลสินชวาฉิ บ้านเลขที่ ๘ ซอยพิชิต พระนคร ๑๐๐.๐๐ บาท

ศิษย์เก่าได้รับเกียรติพิเศษ เมื่อวันที่

๒๓ พ.ค. ค.ศ. ที่สถานเอกอัครราชทูตอเมริกากรุงเทพฯ ได้จัดพิธีมอบเหรียญกากระบาททองอันทรงเกียรติ (Gold Cross of Honour) และประกาศนียบัตรสมาชิกกิตติมศักดิ์ตลอดชีพ (Diploma of Hon. Membership for Life) ของสมาคมแพทยทหารแห่งสหรัฐอเมริกาแก่ พลเรือตรีสงวน วุจิราภา นายแพทย์ใหญ่ทหารเรือ พลตรีสงวน โรจนวงษ์ นายแพทย์ใหญ่ทหารบก และพลอากาศตรีเจือ ปุญโญสิน นายแพทย์ใหญ่ทหารอากาศ เพื่อเป็นเกียรติในความร่วมมืออันดีระหว่างกรมแพทยทหารทั้งสามเหล่ากับการแพทย์ทหารอเมริกัน โดยมีข้าราชการชั้นสูงและผู้มีเกียรติทั้งไทยและเทศไปชุมนุมในการนี้เป็นอันมาก

ท่านผู้ได้รับเกียรติพิเศษเป็นศิษย์เก่าของศิริราชทั้งสามท่าน เราขอแสดงความ

ความยินดีด้วยเป็นอย่างยิ่ง และหวังว่าท่านทั้งสามจะได้เป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับศิษย์ศิรัราชอื่น ๆ ให้พยายามสร้างคุณความดีให้ เป็น เกียรติ แก่ตัว เองและแก่สถานศึกษาเดิมด้วย

อุปสมบท ในวาระเช้าพรหมกาลอันมีศิษย์เก่าและข้าราชการในศิรัราชอุปสมบทเข้าเป็นภิกษุในพระพุทธศาสนา หลายนาน คือ (๑) นายแพทย์สมภพ สุตังกร กาญจน วัดสุทัศน์เทพวราราม (๒) นายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา วัดเทพศิรินทราวาส (๓) นายแพทย์ประวุฒิ คุณเกษม วัดเทพศิรินทราวาส (๔) เรือโทบรรยงก์

ถาวรารม วัดเทพศิรินทราวาส (๕) นายนายประสาร เสนาภักดิ์ วัดบรมนิวาส (๖) นายพรต ประกอบผล วัดมัทกระสัน สารศิรัราชขอนแก่นโมทนาด้วย และขออภัยต่อท่านผู้อื่นที่ได้ช่วยและเราไม่ทราบ จึงไม่สามารถลงข่าวให้ได้

ไปต่างประเทศ (๑) นาวาอากาศตรีระวิง สมบูรณ์วิชัย และ (๒) เรืออากาศเอกน้อย ปาณิกบุตร ทั้งสองท่านนี้ไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษโดยทุนของกองทัพอากาศ สารศิรัราชขอแสดงความยินดีและอำนวยพรให้ประสบความสำเร็จจงทุกประการเทอญ

ข่าวพยาบาล

บรรจุใหม่ ก. ตั้งแต่ ๔ เมษายน

- ๑. จำเรียง กุรมะสุวรรณ ๒. ทองพูน ศรีสมขัติ ๓. มาลี มากสุทธิปาน
- ๔. สมุญเียมมบุญอิม ๕. ชูศรี ทองอุปถาวร ๖. ประหยก สวัสดิบุตร ๗. ยาทย์ อังคสิงห์ ๘. ลัดดา ศศิณาวิน ๙. ศรีสุภา โพธิขัติ ๑๐. ศรีศุกร์ สภานนท์
- ๑๑. กิริยา ณ ตะกั่วทุ่ง ๑๒. รัตต์สุนันท์ พิมพ่วงค์ ๑๓. อรุณี เภาสมขัติ

ข. ตั้งแต่ ๑ พฤษภาคม

- ๑. ทองเจือ ทิพย์ทัศน์ ๒. สุนัย บุญงาม

ก. ตั้งแต่ ๑ มิถุนายน

- ๑. บุญนาค ศศิภาวิ ๒. วิชัย สุกนธทิพย์ ๓. อาริณี ลักษณวิบูลย์
- ลาออก ๑. วัลลภา อาริรบ ๒. พยงค์ ศรีคงยศ ๓. ปวีญา อังคสิงห์ ๔. พงษ์ศรีขจร ๕. นิภา อารีย์ ๖. อนงค์ เพ็ชร

สารศรียราช

เสนา ๗. ครันทร จันทรศารทูล ๘. เสาวภาคย์ พรหมเทศ ๙. จินตนา นิลวิเศษ ๑๐. มณิ ตระกรรททอง ๑๑. สุธาภา คงศิษฐ์ ราชที่ ๑ ลาออกตั้งแต่ ๑๕ เมษายน ราชที่ ๒ ถึงที่ ๖ ตั้งแต่ ๑ พฤษภาคม ราชที่ ๗ ถึงที่ ๑๐ ตั้งแต่ ๑ มิถุนายน ๒๔๕๓ ราชที่ ๑๑ ตั้งแต่ ๑ มิถุนายน ๒๔๕๓

งานต้อนรับนักเรียนใหม่ เมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม คณะนักเรียนพยาบาล ๒ ได้จัดงานรื่นเริงเพื่อต้อนรับนักเรียนพยาบาล ๑ ที่สนามหน้าคอกเรียนพยาบาล เริ่มงานแต่เวลา ๑๖.๓๐ น. มีการแสดง เบ็ดเตล็ดของนักเรียนทั้งสองชั้น และการขับระทาน้ำชา ในงานนี้หัวหน้าแผนกพยาบาลหญิงครุฑเป็นประธานกรรมการจัดงาน และได้เชิญนายแพทย์ เป็น ไอสมแมน มาร่วมในงานรื่นเริงนี้ด้วย ขบวนการรื่นเริงแล้วหัวหน้าแผนกสตรีศาสตร์

นำวีชวิทยาได้แจกรางวัลแก่ผู้ที่แสดง การรื่นเริงทุกคน ของขวัญที่นักเรียน พยาบาลยท ๒ มอบให้แก่นักเรียนพยาบาลยท ๑ เพื่อเป็นพระลภนทำเป็นของขวัญ มีรูปเป็นหมวกพยาบาล ในงานนี้ การสอยคันกลัฟพฤษ์ด้วย งานได้ดำเนิน ไปด้วยความว่าเริงสนกสนาน เสรีเวลา ๑๘.๓๐ น. ตอนค่ำมีการฉายภาพยนตร์ เนื่องจากมีไฟดับกลางคืน ชนราว ๑ ชม. จึงทำให้เสีจสนกสนานฉายราวๆ ๒๓.๐๐ น. เศษ รู้สึกว่าทุกคนได้รัความสุขสนาน ทั่วกัน

ผู้ที่ได้รับทุน ผู้ที่ได้รับทุนสุวรรณประทีป ยันได้แก่ น.ส. ปราณี โรจนวิจิตร นักเรียนพยาบาลยท ๕ ทุนนี้ตั้งขึ้นเป็นรางวัลแก่นักเรียนพยาบาลผู้ทำงานดี และ แสดงมารยาทสมกับเป็นนางพยาบาลที่ดี ( โดยความเอื้อเฟือของ ด.ส. )

**ทุนฉลองหกสิบปีศิริราช**

โดยที่กรรมการบริหารในคณะกรรมการจัดงานฉลองหกสิบปีศิริราช (นายประเสริฐ สุภาวณิช) มีหน้าที่ประจำเป็นหัวหน้าแผนกคลังของโรงพยาบาลศิริราช มีงานรายวันมากจนหาเวลาที่จะเจียดมาทำ บัญชีสำหรับงานพิเศษได้ยากเต็มที่ เพราะฉะนั้นในเวลานี้จึงยังไม่สามารถแจ้งรายละเอียดรับจ่ายในงานฉลองนั้นได้ ข้อที่พอจะแจ้งได้ขณะนี้คือ ตามการสำรวจคร่าว ๆ รายได้จากงานฉลองและการเรียไรต่าง ๆ เป็นเงินรวมประมาณเจ็ดแสนบาท และคณะรัฐมนตรีได้มีความเอื้อเฟือเจียดเงินการกุศล ให้สมทบทุนอีกหนึ่งล้านบาท ขณะนี้จึงมีเงินที่จะจ่ายได้ประมาณหนึ่งล้านเจ็ดแสนบาท ยังขาดจากจำนวนที่ต้องการอีกสามแสนบาท เราหวังว่าชาวศิริราชทั้งหลาย ทั้งในและนอกศิริราช จะยังคงช่วยกันหาเงินต่อไปให้ได้ครบถ้วนตามจุดหมาย เพื่อจะได้เห็นถาวรวัตถุที่ระลึกผลึกชื่นมาทันตาเห็น

## ภาคนวกลำหรับนิลลิต

การไปในงานเชิญและมารยาทในการนั่งโต๊ะ\*

ม.ล. ปอง มาลากุล

ทุกคนคงทราบอยู่แล้วว่า เมื่อได้รับเชิญเลี้ยงอาหารจะต้องไปถึงก่อนเวลานั้น ๆ เพราะเขาจะเริ่มเข้าห้องรับประทานอาหาร ในเวลาภายหลังที่กำหนดไว้ในบัตรราว ๕ นาทีเท่านั้น

การไป ต้องไปกับคู่ของตน จะเป็นคู่หมั้นหรือสามีก็ตาม การนั่ง คู่หมั้นควรนั่งติดกัน คู่สามีภรรยาต้องแยกกัน แม้เป็นหญิงสาวก็ควรไม่แสดงอาการรังเกียจในเมื่อต้องนั่ง ใกล้กับชาย และไม่สับเปลี่ยนที่เมื่อเขาจัดไว้เฉพาะ

การสนทนา อย่าสนทนาแต่เฉพาะคู่ของตน ทุกคนที่ไปในงานใด ๆ ต้องทำตนให้เป็นคนพออีวลาร์ รู้จักคนมากจึงจะเป็นผู้กว้างขวางในสมาคมได้ เวลานั้นรับประทานอาหาร จงพยายามพูดคุยกับผู้ที่นั่งใกล้กันทั้งสองข้างด้วยเสียงเบาพอสมควร ไม่ดังกับกระซิบ อย่าพูดเสียงดัง

ตะโกนข้ามไปไกล ๆ หรือเปลี่ยวหลังจนเสียเกียรติ เมื่อจะมองดูใครควรใช้เพียงชำเลืองดูก็พอแล้ว การแสดงกิริยาทราวมในโต๊ะอาหาร ย่อมเป็นการที่น่าเกลียดแลเห็นได้ง่ายกว่าที่ใด ๆ ทั้งหมด

การวางท่าเมื่อนั่งโต๊ะ อย่างนั่งให้ชิดหรือห่างเกินไป ระยะที่เหมาะสมคือหน้าอกห่างจากโต๊ะราว ๘ นิ้วฟุต ต้องนั่งตัวตรง ไม่มีหลังงอหรือตัวตุงจนอกแอ่น แต่ก็ไม่ใช้ตรงอย่างแข็งข้อ พยายามนั่งให้เป็นปรกติอย่างธรรมดา คนที่นั่งตัวแข็งระวังจนเกินไปนั้น เรียกว่าผู้ไม่คุ้นเคยกับการนั่งโต๊ะหรือการเข้าสมาคมเลย ฉะนั้นทางที่ถูกคือวางท่าให้สง่า วางกิริยาปรกติไม่รุกรกรวน ไม่ระวังตัวกลัวผิดจนเกินไป และถึงแม้จะผิดพลาดบ้าง ก็ไม่ควรเห็นเป็นการร้ายแรงอะไรเลย อย่าให้นั่งให้หมิ่นเกาธ เท้าวางเรียบร้อย ขนพบน

\* คัดจากหนังสือ "หลักการเรือน" ของหม่อมหลวง ปอง มาลากุล แห่งโรงเรียนสตรีวิสุทธดลมา โดยได้รับอนุญาตพิเศษ

มือที่ไม่ใช้วางบนตัก อย่ายกข้อศอกเท้า โตะหรือเอามือยันคางเป็นอันขาด อย่าทำใจลอยปล่อยให้ถ่วงน้ำ ซ้อนส้อม กระชานหรือมีวุ้นเหม็นไม่เป็นอันรับประทาน แต่การก้มหน้าก้มตารับประทานอาหาร คนเดียวไม่พูดคุยใครเลยนั้น ก็เป็นการเสียเกียรติอย่างเอนกเหมือนกัน

ที่โต๊ะอาหาร ก็อาจมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้เหมือนกัน แต่ต้องสำรวมสติไม่ควรก่อการโกลาหลหรือประหม่า ถ้าทำซ้อนส้อมหรือผ้าเช็ดมือตก ปล่อยให้มันจนกว่าคนใช้จะมาเก็บ อย่าลุกขึ้นจากเก้าอี้ไปทำสิ่งใด ๆ เลย แต่ถ้าของตกนั้นใกล้มือพอที่จะหยิบยิบถึง จะก้มลงหยิบเอาเองก็ได้ หรือขานที่ชายที่นั่งอยู่ข้าง ๆ เขาจะเก็บขึ้นให้ แล้วอย่าลืมใช้คำขอใจแก่ผู้ที่ทำอะไรให้แก่ตน

ถ้าทำอะไรพลาดพลั้ง ควรกล่าวคำขอโทษเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องกล่าวซ้ำซากจนน่ารำคาญ หากทำผิดในเรื่องเล็กน้อยก็ไม่ควรถือเป็นการใหญ่ บางอย่างถ้าปล่อยเลยตามเลยเสีย บางทีอาจไม่มีผู้ใดสังเกตเห็นก็ได้

การรักษาภิรยา ผู้ที่ใคร่ขบรรมคีย่อมมีมารยาทเรียบร้อย และรู้จักใช้สิ่ง

ของในการรับประทานอาหาร รู้จักใช้เครื่องใช้ทุกอย่าง เช่น ซ้อนส้อม มักได้ถูกต้อง และภิรยาที่นั่งโต๊ะก็สุสันทนแนบเนียนไม่เคอะเขิน ทำให้ผู้ที่นั่งอยู่ใกล้ ๆ รู้สึกสทกสบายด้วย การรักษาภิรยานั้นมีข้อที่ควรระจำ ดังต่อไปนี้

ไม่ทำอาการคั่นเตน เมื่อเห็นเครื่องใช้อันหรือหาผู้ชำนาญสมาคมย่อมรู้จักที่ว่าสิ่งนั้น ๆ มีสำหรับใช้ทำอะไร และทงรู้ว่า อาหารสิ่งนั้น ๆ จะต้องกินอย่างไร

ก่อนเริ่มรับประทานอาหาร ควรตรวจดูบัญชีอาหารในมอนว่ามิอะไรข้าง เพื่อเตรียมใช้เครื่องมือให้ถูกต้องตามกาล

เมินิว ทวางอยู่ อย่าหยิบขึ้นมาพิจารณาอ่านหรือแปลกึ่ง ๆ คุผาค ๆ แต่พอรู้เรื่องก็พอแล้ว ถ้าหากไม่เข้าใจหรือไม่ทราบภาษานั้น ๆ ก็จงคอยสังเกตและแปลเอาเองเมื่อเขานำมาเสิร์ฟ คงจะทราบได้ ไม่จำเป็นต้องถามใคร ๆ ซึ่งเป็นการแสดงความเขลาของคน ไม่เล่นกับสิ่งของเครื่องใช้หรือของรับประทานอาหารที่บนโต๊ะ และไม่ซึกเขียนอะไรเล่นบนผ้าปูโต๊ะ

ไม่ทาเนยบนขนมปังทั้งแผ่นแล้วกัก

กิน ไม่ควรใช้มีดที่ ถูกจะตองหักหรือ  
ฉีกด้วยมือ แล้วทานเยเป็นคำ ๆ ไป

ขนมปังควรบีบด้วยมือซ้ายแต่มือเดียว  
อย่าใช้สองมือช่วย เว้นแต่ขนมปังแข็งๆ  
บางชนิด

แซนวิชใช้หยิบด้วยมือและกักกิน ไม่  
ต้องหันหรือฉีก เว้นแต่บางชนิดเช่น  
แซนวิช รอลล์ จึงต้องใช้มีดตัด

เค้กเล็ก ๆ ไม่ต้องใช้มีดตัด ช้อนขึ้น  
ด้วยส้อม แล้วเอาข้างส้อมตัดรับประทาน  
ถ้าเค้กใหญ่ใช้มีดตัด แล้วจึงใช้ส้อม  
ภายหลัง

ช้อนชา สำหรับใช้คนน้ำชา กาแฟ  
แต่ไม่ใช่ตักเข้าปาก เมื่อคนเสร็จแล้ว  
ต้องหยิบออกวางไว้ในจาน อย่าทิ้งไว้ใน  
ถ้วย หรือตักกาแฟสดเป็นอันขาด กิริยา  
เช่นนั้นจะแสดงให้เห็นการอบรมไม่ดีจาก  
บ้านตน

การรับประทานไอศกรีม แต่ก่อนใช้  
ช้อน เคี้ยวจนเขากล่าวกันว่าใช้ส้อมดีกว่า  
โต๊ะที่หรรษาสมัยใหม่จึงมักจะมี  
ส้อมไอศกรีมชนิดใหม่นี้ แต่ถ้ามีขนม  
หรือพายมาด้วย ก็มีทั้งช้อนและส้อม ใน  
เวลานี้ใช้ทั้ง ๒ อย่าง แต่ผลัดกันใช้มือ  
ขวามือเคี้ยว อย่าใช้ ๒ มือ

ชุปอย่ารีบประทานจนเกลี้ยงจาน และ  
อย่าตะแคงจานเพื่อตักชุป เวลาตักใช้  
ช้อนตักออกนอกถ้วย แล้วชกทางข้างๆ  
ช้อน

อย่าหักขนมปังเป็นชิ้นเล็ก ๆ ใสในชุป  
และเมื่อรับประทานชุปเสร็จแล้ว จงวาง  
ช้อนให้ตรง หันค้ำช้อนมาทางตัว

ควรจำไว้ว่า มีคมไว้สำหรับหั่นอาหาร  
เท่านั้น ไม่ใช่สำหรับตักของเข้าปาก

ควรใช้มีดให้สั้นที่สุด ถ้าเป็นโต้  
แล้วควรใช้ข้างส้อมตัด ถอดส้อมในมือ  
ขวา แล้วเลยตักรับประทานที่เคี้ยว

ถ้าจะใช้ทั้ง ๒ อย่าง เวลาหั่นอาหาร  
ถอดส้อมมือซ้าย มีคมมือขวา แล้วจุ่มอาหาร  
รับประทานด้วยส้อมในมือซ้าย

เวลาหั่นอาหาร ปลายง่ามส้อมอย่า  
คว่ำลง เวลาตักใส่ปากหงายส้อมขึ้น  
ตะแคงนิดๆ ก็ได้

อย่าหั่นอาหารไว้หมดทั้งงานที่เคี้ยว  
ต้องหันไปรับประทานไปจึงจะดี

ส้อมกับมีดอย่าถือไว้ในมือเดียวกัน  
เมื่อไม่ต้องการใช้ควรวางไว้ในจาน ไม่  
พาดปากงานให้ค้ำมอยบนโต๊ะ เมื่อรับ  
ประทานเสร็จแล้ว ต้องรวมส้อมและมีด

ให้อยู่เคียงกัน ส้อมอยู่ซ้าย มีคอยู่ขวา  
หันก้ามมาทางตัว

อย่าใช้มีคกับส้อมพร้อมกันเป็นอัน  
ขาด และอย่าล้มว่าทั้ง ๒ อย่างจะถลอกด้วย  
มือซ้ายไม่ได้

การถ่อมมีคและส้อมควรถือแต่เพลลา ๆ  
ไม่ใช่กำแน่น หรือปล่อนวมมอยน  
ออกมาเกินควร

การถ่อมมีค ควรหงายมีคขึ้นให้  
ก้ามมีคออกในระหว่างนิ้วหัวแม่มือ ทำ  
เหมือนจับคินสอหรือปากกา อย่าคว่ำมีค  
ก้ามมีคในท่าแข็งแรงจนเอาจริง ๆ

เวลาตักอาหารใส่ปาก ก้มตัวเล็กน้อย  
อย่าต่ำเกินไป และการตักอาหาร  
ชดช้อยในขณะที่ยังพุดค้างหรือยังเคี้ยวไม่  
หมดปากก็ใช้ไม่ได้

การใช้ส้อมจิ้มอาหารชิ้นโตๆ ขึ้นก็  
กินนั้น นับว่าเป็นกิริยาที่เลว ที่ถูก  
ควรตักขึ้นมารับประทานขนาดพอคำพอดี

การใช้ผ้าเช็ดมือ อย่าคลึงผืน  
คลึงออกเพียงส่วนหนึ่งไปไว้บนตัก อย่า  
เอาแขนเห็นข้อมือ

ควรใช้ผ้าเช็ดมือบ่อยๆ และแคะปาก  
แต่เบา ๆ ไม่ต้องตั้งใจเช็ดเอาจริง ๆ

เวลาจะคมน้ำ ควรใช้ผ้าเช็ดมือก่อน  
ทุกครั้ง

การคมน้ำ อย่าคแรงและรวดเคี้ยว  
หมด ควรจิบเพียงเล็กน้อย เพราะ  
น้ำหรือโซดาเป็นของไม่สุภาพเป็นนัก

การคมน้ำหรือเหล้า อย่ายกด้วย  
แก้วให้สูงจนแหงนหรือเทเหล้าจนเกลี้ยง  
อาหารที่ ตัก เข้าปาก แล้ว ต้อง กลืน  
ไม่ควรคายออก ไม่ว่าจะมิเหตุซัดซัง  
ชนะนิตไต นอกจากมีก้างหรือกระดูกติด  
เข้าไป

การคายก้างหรือกระดูก ต้องคาย  
แต่ระเพราะสิ่งนั้นแท้ ๆ อย่าเอาอาหาร  
อื่นติดออกมาด้วย การคายปลิ้นลงส้อม  
แล้วจึงหย่อนลงในจานอีกที อย่าใช้มือ  
รับ ที่ถูกนั้นควรแกะก้างหรือกระดูกออก  
ให้หมด อย่าปล่อยให้เข้าไปด้วยจึงจะดี

การคายเมล็ดผลไม้ ก็เช่นเดียวกัน  
แต่ผลไม้รสออกกว่า ถ้าไม่คาย  
ลงส้อม ใช้มือกำไว้เป็นกรวยแล้วปลิ้น  
ใส่ก็ได้ แต่ถ้าจะให้ดี ไม่ควรให้  
เมล็ดเข้าปากด้วย ยิ่งเป็นผลไม้คมหรือ  
เซอม ควรแกะเมล็ดออกก่อนเสมอ

อย่าใช้ไม้จิ้มฟันโดยไม่ยก ผ้าขี้ริ้ว

ปาก ถ้าไม่จำเป็นแล้ว อย่ายังควรวัดฟันหรือยวนปากที่โต๊ะอาหารเลย

การทำเสียงดังต่างๆ เช่น ขาก, เรอ, สะอึก, สำลัก ควรระวังอย่าให้มีที่โต๊ะอาหาร หรือในที่ประชุมเลยเป็นอันขาด

เวลารับประทานต้องระวังอย่าให้เสียงดัง อย่าอ้าปากเคี้ยวอาหาร ของที่กรอบกึ่งนั้นควรงดเสียจะดีกว่า

การเคาะช้อนส้อม กรีกมีด หรือทำเสียงอย่างหนึ่งอย่างใด ก็ไม่ควรให้มี

การใช้ชามล้างมือ เมื่อเสร็จผลไม้อแล้ว ควรเลื่อนชามล้างมือที่วางอยู่ข้างๆ มาตรงหน้า แล้วข่มแต่ปลายนิ้ว

ล้าง อย่าถ่มมือหรือทำน้ำกระเซ็น ชามล้างมือ เข้ามักลอยดอกไม้

หอม เช่นกหลายมากด้วย อย่าเปลอ ยกขนม หรือทำอาการแปลกประหลาดอย่างใด

การใช้มือหรือแขนในการช่วยคักอาหารนั้น ต้องระวังอย่าให้เกะกะ ต้องพยายามยื่นแขนให้น้อยที่สุดที่จะเป็นได้

อย่าพยายามจกแก่งอาหารที่ในงานใด ๆ นอกจากงานแข่งมาคะเพาะคน ทั้งอย่าล้างหรือเช็ดอะไรที่โต๊ะนั้นด้วย

เป็นเจ้าบ้านต้องระวังรักษากิริยา ไม่แสดงอาการโกรธหรือหงุดหงิด หรือไม่พอใจในสิ่งหนึ่งสิ่งใดในขณะรับประทานอาหาร

กฎเกณฑ์สำหรับความสำเร็จในการเรียนแพทย์

๑. ขยัน
๒. เอาใจใส่
๓. พยายาม
๔. สอดส่อง
๕. ถอดแบบ

ณ.ช.อ.

## บันทึกท้ายสมุด

๑ เราต้องขอขอบคุณ โรงพิมพ์ไทย  
เซมมเป็น อย่างยิ่ง ที่ได้ให้ความร่วมมือ  
อย่างดีในความพยายามที่จะให้สารคดีราช  
ได้ ออกจำหน่ายเร็วขึ้น กว่าคราวที่แล้ว  
ซึ่งดูเหมือนจะช้าเป็นประวัติการ เราหวัง  
ว่าท่านผู้อ่านจะให้ อภัยสำหรับความบก  
พร่องข้อนี้ เพราะได้เคยเรียนให้ทราบ  
อยู่แล้วว่า เราไม่มีเจ้าหน้าที่พิเศษเลย  
แม้แต่คนเคี้ยว แต่ได้อาศัยเจ้าหน้าที่  
ของแผนกสตรีวิทยา ทั้งอาจารย์และ  
พนักงานวิทยาศาสตร์ ช่วยกันเขียนงาน  
พิเศษ โดยอาศัยเวลาว่างเท่าที่ผู้ใดผู้  
หนึ่งจะเจียดให้ได้ แต่ในเดือนมิถุนายน  
และ กรกฎาคม ทุกๆ เรา มีงานประจำมาก  
และยุ่ง เป็นพิเศษ เกี่ยวกับ การเข้ต รัยนัก  
เรียนใหม่ และบนยุ่งมากกว่าธรรมดา  
เพราะมีนักเรียนในชั้นขบถหนึ่งถึงหนึ่งร้อย  
หกสิบเศษ เวลาที่เคยมีว่างก็หมดไป  
ประ กอบกับ ความ เหน็ด เหนื่อยใน เวลา  
กลางวันทำให้ความสามารถ ที่อดทนใน  
เวลากลางคืนลดลงไปอย่างมาก งาน  
สารคดีราช ซึ่งเขียนงานพิเศษ จึงต้องล่า

เราจะพยายามให้ล่าช้าเข้าเป็นลำดับ แต่  
ไม่อาจยืนยันความสำเร็จ

๑ เราได้รับการต่อว่าจากหลายทาง  
ว่าผู้เขียนเรื่องสำหรับขบถ หนึ่งมีไม่ เรียบ  
ร้อยและบกพร่องหลายแห่ง ข้อคำทั้น  
เราขอรับโดยสงบ เพราะความจริงก็ได้  
ชี้แจงไว้ในตอนท้ายสมุดเล่มที่แล้วว่าเรา  
เองไม่มีความพอใจเลย แต่เพราะเป็น  
ความพยายามครั้งแรก (ซึ่งต้องบันทึก  
ไว้ว่าเป็นผลงานของอาจารย์หญิงในแผนก  
สตรีวิทยาโดยส่วนใหญ่) จึงขอเอาเพียง  
ใช้ได้ใช้ก่อน ข้อบกพร่องที่ต้องนับว่า  
เป็นความพลาดพลั้งอย่างมาก คือใน  
หน้า ๕ ควรขึ้นตอนใหม่สำหรับคำอักษร  
“ด” แต่ไม่ได้เว้นที่ว่าง และตัว “ส”  
พลัดเข้าไปแทรกอยู่ในบรรทัด เห็นข้อนี้ไป  
ทำให้อ่านไม่เข้าใจ เราต้องขออภัยอย่าง  
ยิ่งสำหรับข้อนี้

๑ เรื่องพยาธิใบไม้ ของคุณหมอ  
อาานนท์ ประทีตสุนทรสาร อาจารย์หนุ่ม  
ซึ่งกำลัง ขมกั้เขม่น สร้างขอ เสี่ยงตนเอง  
ในวิชาป่าราบลิตวิทยา เป็นผลของความ

พยายามค้นคว้าจากบันทึก ซึ่งวอคอย จะให้ความรู้ยู่ตลอดเวลา แต่ถ้าหาก ไม่มีใครรอคน ก็เห็นแต่เพียงกระดาษ กงหน่งอยู่นั่นเอง ความรู้สำคัญประการ หนึ่งที่คุณหมออ่านทำให้แก่ผู้อ่านในคราว นี้คือความจริงที่โรคพยาธิใบไม้มีไข้เป็น โรคหายากในคนไทย อย่างที่มักจะเข้าใจ กัน อาการที่ชวนให้นึกถึงโรคนี้ (อาการเหลือง) อาจยังไม่ปรากฏจนกว่า จะสายมาก ๆ แล้ว ถ้าหากพบคนไข้ที่มี อาการท้องเสียอย่างเรอวังและลึกลึกลึ นำ จะนึกถึงบทความของคุณหมออ่านที่เรอวัง นี้อย่าง

๑ เรื่องของคุณหมอสุค แสดงวิเศษร เจ้าจำนำของเรา สำหรับเล่มมันสั้นนิก เคียว แต่เป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับหลัก สำคัญที่ว่า "ความดีอยู่ที่คุณภาพ มิใช่ ปริมาณ" เพราะเรื่องไม่ก็บรบทคนแหละ อาจปรากฏใน หน้าของ ตำรารากย วิภาค ศาสตร์เล่มที่ละเอียดกว้าง ขวางที่สุด ใน อนาคต เหตุการณ์ของเรื่องนั้นก็ยอนิก เคียวเหมือนกัน คือการช่างสังเกต ซึ่ง มักจะหายาก เราขอแสดงความยินดีด้วย คุณหมอสุคและคุณหมอเชียวผู้ ช่วยของ ท่านอย่างจริงใจ

๑ คุณหมอสัมพันธ์ ดันตวิงษ์ ศัลย แพทย์หนุ่มผู้ซึ่งอยู่ในหมู่ที่ "เฮาเรอง" ประเคิมโฉมหน้าของท่าน ในสาร คีรีราช กว้ยเรื่องการวิเคราะห์รายงานโรค ซึ่ง แม้จะมองข้ามอะไร ๆ ไปเสียทั้งหมดแล้ว ก็ยังจะต้องยอมรับนับถือในเรื่อง ความละเอียดละออ อันเป็นลักษณะแยกขยับสำ หรับเรื่องชนิดนี้ คุณหมอสัมพันธ์ได้ แสดงให้เราเห็นชัดเจนว่าโรค ปรออสเทท โทเป็นโรคสำคัญโรคหนึ่งสำหรับชายที่ สูงอายุ สำคัญที่ความข้อย ความทรมาร ความทุพพลภาพ และอันตรายต่อชีวิตที่ มันอาจนำไป ข้อบกพร่องสำคัญข้อหนึ่ง ที่เรองนี้แสดงให้เราทราบคือการที่คนไข้ มาหาหมอช้าเกินไป ขอนอาจเกี่ยวกับ ความไม่รู้ถึง คนไข้อาจคิดว่าอายุมาก แล้วคงรักษาอะไรไม่ได้ บางคนอาจอาย คึงนงใจมาหาหมอต่อมเกิดอาการที่ทน อยู่ไม่ได้แล้วจริง ๆ คือยี่สสวะไม่ออก ไม่ต้องสงสัยว่าการเผยแพร่ให้ทราบความ จริงจะช่วยคนไข้พวกนี้ได้อย่างมาก ทั้ง ในทางผ่อน คลาย ความทรมาร และทาง ช่วยชีวิต

๑ แผนกย่อยเอกสารยังเป็นแผนกที่ ทำความหนักใจให้แก่บรรณาธิการอยู่นั้น

เอง เพราะผู้ขอหาตัวยาก ในฉบับนี้บางทีจะเป็นการบังเอิญตามเรื่องเกี่ยวกับการรักษาถึงทำเรื่อง เกี่ยวกับยาใหม่หรือกำลังทดลองสรีระ คือ ออเรโอมัยซิน (อานนท์ ประทีกสุนทรสาร) โปรมาเซทิน (ชุก อยู่สวัสดิ์) โคคลิน (สมล บุณยะมาน) และในโทรเจ็นมีสตาร์ก (อำภาศรี ขจรบุญ) ฟังสิ่งเทศว่า ผลของการใช้โคคลิน (ในโรคเบาหวาน) ซึ่งเป็น ทดถก เดียง อีก รายหนึ่งเป็น เรื่องเกี่ยวกับการถ่ายเลือดคั้นเข้าตัวเอง (ม.ร.ว. สวัสดิ์ เกตุสิงห์) ซึ่งได้ทราบว่าเราใช้กันอยู่บ่อย ๆ เหมือนกัน รายงานนี้ บอกคุณ และโทษให้ อย่างละเอียด ทั้งนั้นจึงน่าจะมีประโยชน์จริงจริงในทางปฏิบัติ ส่วนเรื่องที่ทก (สมล บุณยะมาน) เป็นเรื่อง เกี่ยวกับ การตรวจ และวินิจฉัย ซึ่งความจริงจะยากกว่าวิธีที่ใช้ กันอยู่แล้ว (การตรวจเข้ซัดเมตะบอลิสม์โดยวิธีออกซิเจน) แต่เพราะมีประโยชน์พิเศษ ในบางครั้งจึงเป็นเรื่องที่น่ารู้เหมือนกัน

๑ ในแผนกปักษิณกะเรามาเรื่องของท่านศิษย์เก่ารุ่นอาวุโสมาก คือคุณพระวิศิษฐ์เกษิษฐ์ ผู้ซึ่งเคยกำนัลสารศิริราชด้วยเรื่องชวนคิดมาก คือ "ข้าวต้ม"

ในขกกลายนี้ (กันยายน ๒๕๕๒) คราวนี้ท่านให้เรื่องการทดลองรักษา ซึ่งอาจไม่ใช่เป็นเรื่องใหม่เอี่ยม แต่ก็เป็นเรื่องที่แฝง หลักสำคัญๆ ในวิชาแพทย์ไว้ในเนื้อเรื่องหลายประการ เราแน่ใจว่าท่านผู้อ่านจะได้ประโยชน์ จากเรื่องนี้หลายประการ เราได้เคยเขียนไว้ในหน้ากระดาษของสารศิริราชหลายครั้งแล้วว่า ความรักโรงเรียนเก่าและความสนใจในกิจการของโรงเรียนเก่าที่ท่านศิษย์เก่ารุ่นนาน ๆ มาแล้วได้แสดงออกมาด้วยวิธีต่าง ๆ กันนั้น เป็นที่น่าปลื้มและเป็นที่พอใจอย่างยิ่งที่ดียิ่งสำหรับศิษย์รุ่นหลัง ๆ นี้เพียงใด ในคราวงานฉลองหกสิบปีเราก็ได้เห็นความร่วมมืออย่างดียิ่งของท่านศิษย์รุ่นผู้ใหญ่ แม้บางท่านจากโรงเรียนไปนั้นร่วมหกสิบปีแล้วก็ยังอุตส่าห์พยายามมาร่วมงานฉลองคนใหม่ ๆ กว่าเสียอีก หลายคนขาดหน้าไป เกี่ยวกับสารศิริราช เราได้ได้รับความกรุณาจากท่านศิษย์เก่า รุ่นคุณปู่คุณตาอยู่บ่อย ๆ ไม่แพ้รุ่นพี่รุ่นน้อง ขณะนี้เรามาเรื่องของท่าน "เลขที่หนึ่ง" อยู่ในมือออกเรื่องหนึ่งแล้ว ที่ท่านตั้งใจเขียนให้เป็นพิเศษสำหรับแผนกปักษิณกะ และเราจะได้ฉลองศรัทธาของท่านในไม่ช้า

น พดถึงท่าน "เลขาที่หนึ่ง" ก็อยาก  
 ได้เรื่องจริงให้ทราบว่า เราได้จักส่ง  
 สารศิริราชไปเป็นอนันตนาถารต่อท่าน  
 ในฐานะเป็นศิษย์คนแรกๆของโรงเรียน ขอ  
 ให้เป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ แต่ท่านไม่ยอม  
 รับ ต้องให้ท่านเป็นสามัญสมาชิก เสีย  
 ค่าบำรุงเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ทั้งนี้  
 เพราะท่านบอกว่า "ทำกันเหนื่อยมาก  
 แล้ว และชายถูกเหลือเกิน เกรงจะขาด  
 ทุน" ถ้าสมาชิกของสารศิริราชคิดอย่าง  
 นี้ทุกคน โดยจะเพาะอย่างยิ่งสมาชิกศิษย์  
 เก่า หนังสือของเราคงไม่มีวันล้ม

๑) เรามีความตั้งใจ (ซึ่งได้เคย  
 เสนอไว้) มานานแล้ว ว่าจะมี "ภาค  
 ผนวก" เพื่อประโยชน์โดยเพาะของ  
 นิสิต ซึ่งเห็นสมาชิกของเราในจำนวน  
 ไม่น้อย และมีความยินดีที่ในฉบับนี้  
 สามารถประเดิมได้ด้วยเรื่อง "มารยาท"  
 ซึ่งได้รับอนุญาตจากท่านเจ้าของให้คัด  
 มาเผยแพร่ได้ ซึ่งเราขอขอบคุณไว้อย่าง  
 สูง การพิมพ์เรื่องนี้ไม่จำเป็นจะต้อง  
 หมายความว่าเราเห็นนิสิตยังบกพร่อง  
 (ทั้งที่บางท่านอาจรู้สึกร้อนใจได้) แต่

เห็นว่าขนบธรรมเนียมที่คนควรอบรม  
 และรื้อฟื้นทวนอยู่เสมอ ๆ เพื่อไม่ให้  
 เสื่อม เราหวังว่าจะเขียนประโยชน์จริง  
 จึงแก่นิสิตไม่น้อยคน สำหรับท่านที่  
 ไม่ใช่ นิสิตหรือที่ทราบก็แล้วก็ได้พลิก  
 ข้ามไปเสีย และขออภัย อนึ่งขอเรียน  
 ด้วยว่าภาคผนวกนี้ เราไม่ได้เขียนของ  
 ประจำ \* จะมีพิมพ์เป็นครั้งคราวในเมื่อ  
 มีเรื่องเหมาะและโอกาสอำนวยเท่านั้น

๑) แก้กำเนิด ในสารศิริราช ฉบับ  
 ที่ ๖ มิถุนายน ๒๔๕๓ ในเรื่อง "มะเร็ง  
 ริมฝีปาก" มีข้อผิดพลาดเกี่ยวกับขนาด  
 ของเรเคียมที่ใช้รักษา คือในหน้า ๓๐๔  
 คอลัมน์ที่หนึ่ง บรรทัดที่สองจากข้างล่าง  
 ๕๐ มก. ขอแก้ไขเป็น ๕.๐ มก. และหน้า  
 ๓๐๕ คอลัมน์ที่สองบรรทัดที่ ๕ จากข้าง  
 บน ๕๐ มก. ขอแก้ไขเป็น ๕.๐ มก. ใน  
 ความย่อภาษาอังกฤษหน้า ๓๐๖ ก็ขอให้  
 แก้ให้ตรงกัน ทั้งนี้เราได้ทราบดีความผิด  
 พลาดในเวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมง หลังจาก  
 ที่ได้แจกจ่ายหนังสือรุ่นแรกไปแล้ว หนังสือ  
 ที่แจกจ่ายที่หลังได้จัดการแก้ไขให้ถูก  
 ต้องแล้ว

## ของแถม

---

### เบ็ดเตล็ดจากวารสารการแพทย์

๑. ผิวหนังอักเสบเนื่องจากแอนติสทิน Milton M. Mosko, M. D. และ Wesley L. Peterson, M.D. (มหาวิทยาลัยอิลลินอยส์) รายงานอาการผิวหนังอักเสบ (เทอร์มาไติคิส) ที่เกิดในหญิงผู้หนึ่งที่ใช้ยาหยดแอนติสทิน ปวดกษุขที่ส่วนล่างของหน้าผาก หนึ่งตา แก้ม และริมฝีปากบน การอักเสบหายไปเมื่อหยุดยาแอนติสทิน เมื่อทดลองด้วยวิธี "แพชท์เทสต์" ก็ได้ปฏิกิริยาบวกอย่างแรงสำหรับแอนติสทิน

๒. ยาเคมีขานานใหม่ ๆ สำหรับวัณโรค ขนานหนึ่งเรียกว่า TB1 (ทำโดย Domagk, Schmidt, Behnisch และ Mietzsch พวกที่เคยนำซัลฟานิลอะไมด์มาใช้ในการแพทย์) ลักษณะทางเคมีเป็น 4-acetylaminobenzaldchye Thiosemicarbazone) ซอนเรียกว่า Tibione (Schenley) และ Panrone (Panray) การใช้ยานี้ทำให้อาการทั่วไปดีขึ้น พร้อมทั้งการตรวจพบทางเวินคเกินและทางห้องทดลองด้วย ได้ผลดีมากในวัณโรคของหลอดเสียง (ใช้ทา)

อีกขนานหนึ่งเรียกว่า TB4 (Sulfathiadiazole) การใช้ยานี้ทำให้อาการไอและจำนวนเสมหะลดลง

กำลังศึกษาเพิ่มเติมอยู่ในขนาดเตรียม วัณโรคที่ใหญ่แห่งหนึ่ง ในประเทศเยอรมัน

ชุด อยู่สวัสดิ์ พ.บ. (รวบรวม)

---