



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๔๙๓

Volume 2, Number 10, October 1950

อาการแซกซันทางประสาทในโรคไกรน

ประสงค์ ตูจินดา

พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

โรคไกรนหรือไฮซิป เป็นโรคที่รู้จักกันมาเป็นเวลากว่า ๔๐๐ ปีแล้ว Moulton เป็นคนแรกที่ได้อธิบายถึงโรคนี้เมื่อปี ค.ศ. ๑๕๕๐ โรคนี้มีอาการแซกซันทางประสาทได้ ซึ่งมีอัตราตายสูงมากแต่เคราะห์ที่ไม่ค่อยจะพบบ่อยนักเท่าที่ทราบยังไม่มีผู้ใดในประเทศเราบันทึกไว้ก่อนเลย เพราะฉะนั้นจึงใคร่เสนอรายงานต่อไปนี้

ในระหว่าง พ.ศ. ๒๔๘๘-๒๔๙๐ ทางแผนกกุมารเวชศาสตร์ได้รับเด็กป่วยโรคไกรนที่มีอาการแซกซันทางประสาท

ไว้รักษา ๖ ราย ในจำนวนนี้มาโรงพยาบาลเพราะอาการชัก ๕ ราย อีกหนึ่งรายมาด้วยเรื่องมีไข้และมีอาการทางประสาทขึ้นในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ ๑ เด็กชายไทยอายุ ๑ ปี ๖ เดือน ๑๗ ส.ค. ๒๔๘๘ จำหน่ายวันที่ ๒๗ เดือนเดียวกัน อาการสำคัญคือ เป็นไข้ ไอ และหายใจหอบมา ๑๐ วัน แขนและขาข้างขวาตายมา ๑ วัน

ประวัติครอบครัว บิดามารดาแข็งแรง สบายดี ปฏิเสธกามโรค ในครอบครัว

และข้างบ้านไม่มีใครเป็นโรคไอชู้ป
ประวัติคือคิด คลอดครบกำหนด คลอด
ง่าย รับประทานนมมารดา การเจริญ
เติบโตเป็นปกติ

ประวัติเจ็บป่วยอดีต ไม่มีอะไรสำคัญ

ประวัติปัจจุบัน สิบวันก่อนพามา ร.พ. ผู้
ป่วยถูกฝนตัวเปียกหมด แต่ศีรษะมีผ
ตุ่ม พอรุ่งเช้าก็ตัวร้อน ไอ น้ำมูกไหล
ข้างที่มีเสมหะสีเหลืองๆ เขียวๆ ออกมา
ต่อมาไอมากจนทุกที สามสัปดาห์ก่อนมา
ร.พ. ไอ พักหนึ่งๆ นานและไอซ้อนๆ กัน
จนตัวงอ เบื่ออาหาร หายใจเร็วกว่า
ธรรมดา วันก่อนมา ร.พ. ตัวร้อนจัด
แล้วชักอยู่ครั้งหนึ่ง แขนและขาแข็ง พอ
หายชักมารดาสังเกตว่าแขนและขาข้าง
ขวาไม่มีแรง ส่วนแขนและขาข้างซ้าย
สั่นกระตุกอยู่เสมอ

การตรวจร่างกายเมื่อรับไว้ อุณหภูมิ
๓๘.๐°ซ. หายใจ ๓๖ ครั้งต่อนาที เด็ก
สมบูรณ์แต่กระดึบกระส่าย ไม่เขียว ฟัง
ตะแน่นล้นหน้ายังไม่ขีต โป่งคิ่ง ขอบตา
ไม่ขมวม ตาลอยกลอกขึ้นบน รุ่่านตา
ขนาดธรรมดา ปฏิกริยาตอบสนองปกติ
ปากปรกติ คอหอยแดงมีเสมหะ คอแข็ง

ปอดมีราลและร่องไคอย่างกลางทั้งสอง
ข้าง หัวใจปรกติ คับคลำได้ ๒ นิ้วมือ
ไตชายโครง ม้ามไม่พย

ระบบประสาท มีอัมพาตครึ่งซีกขวา ขา
และแขนข้างซ้ายมีสั้นเวลาเคลื่อนไหว
คอแข็ง การทดสอบ Kernig ได้ผลบวก
Knee-jerk ขวาไวกว่าซ้าย

การตรวจทางห้องทดลอง ซีโมโกลบิน
๘๘% เม็ดเลือดขาว ๓๖,๕๐๐ นิวโทร
ฟิล ๕๖% ลิมโฟไซต์เล็ก ๓๐% ใหญ่
๑๔% เซอมาลาเรียไม่พย เจาะสันหลัง
ลัมบาร์ได้ความดันเริ่มต้น ๓๕๐ มม. น้ำ
ไม่มีการออกกัน น้ำใส เซลล์ ๒๔ ต่อล.
มม. การตรวจวิธี Pandy ได้ผลบวก
เซลล์ส่วนมากเป็นลิมโฟไซต์ ย้อมสีไม่
พยแน่ชัดเลย

การดำเนินของโรค รักษาด้วยซัลฟาได
อะซีน ยาระงับประสาท (เช่นฟีนobar
บิทัล) และยาบำรุงหัวใจ ไข้ค่อยๆ
ลดลง วันที่ ๓ แขนและขาข้างซ้ายหยุด
สั่น วันที่ ๔ แขนและขาขวากระตุกกระ
ตึกได้ มีแรงมากขึ้นทุกวัน วันที่ ๘
อุณหภูมิปรกติ แต่ยังมีไอถี่ๆ และไอจน
ตัวงอเหมือนเดิม วันที่ ๑๑ แขนขวาใช้

การไต่เป็นปรกติ จึงไต่ให้กลับบ้าน

นิ้วมือได้ชายโครง ม้ามไม่พย

ผู้ป่วยรายที่ ๒ ผู้ป่วยเป็นเด็กชายจีน

ระบบประสาท คอแข็ง แขนและขาแข็ง

อายุ ๑ ๑/๒ ปี รัยไว้ ๒๓ ธ.ค. ๒๔๕๐

กึ่ง มือกำ Kernig's sign ลบ Knee-jerk

จำหน่ายวันที่ ๓๐ เดือนเดียวกัน มีอาการสำคัญ คือเป็นไข้และชักมา ๘ วัน

ลบ

ประวัติครอบครัว ไม่มีข้อสำคัญ

การตรวจทางห้องทดลอง เม็ดเลือดขาว

ประวัติอกคิด คลอดครบกำหนดและง่าย กินนมมารดา การเคิบโตปรกติ

๖๒,๒๐๐ นิวโทรฟิล ๔๖% ลิมโฟซัยท์

ประวัติไข้จับสลับวันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วย

๕๔% มาตาเรย์ไม่พย เจาะสันหลังลัม

ตัวร้อน ไอและน้ำมูกไหล กลางคืนไอ

บาร์ ความคันเริ่มแรก ๑๑๐ หยดต่อ

มากกว่ากลางวัน ไอซ้อน ๆ กันแต่ตัว

นาที ไม่มีอุตุกัน น้ำใส การตรวจวิธี

ไม่ไอ เป็นไข้ ๓ วันก็ชัก เวลาชัก

Pandy ได้ผลลบ เซลล์ ๒๖ ต่อ ล.ม.ม.

มือกำขาเหยียดแข็งอยู่สัก ๑ - ๒ นาที

การรักษา ให้เพนซิลลินโซเดียม ยา

ชักวันละ ๒ - ๓ ครั้ง หลังจากชักกิน

ระงับประสาทและยาบำรุงหัวใจ อาการ

อะไรไม่ได้เลย คอ ๆ มาชักมากขึ้นทุกที

ไม่ดีขึ้น ชักมากขึ้น ถึงแก่กรรมในวันที่

จึงได้พามา ร. พ.

สาม ไม่ได้รับอนุญาตตรวจศพ

การตรวจร่างกายเมื่อรัยไว้ อุดหนักมี

ผู้ป่วยรายที่ ๓ เด็กชายจีน อายุ ๔๐

๓๘.๒๗. ซีฟวร ๑๔๔ หายใจ ๔๔ ร่าง

วัน รัยไว้ใน ร.พ. ๒ ครั้ง ครั้งแรกวันที่

กายเจริญคืบแต่อ่อนเพลีย ฟอนตะแค้นล์

๖ มิถุนายน ๒๔๕๐ จำหน่ายวันที่ ๑๓

หน้าตั้งกว่าปรกติ ตาไม่เห็น ม่านตา

มิถุนายน ๒๔๕๐ ครั้งที่ ๒ รัยวันที่ ๓๐

เบิกกว้างไม่แสดงปฏิกิริยาต่อแสง ปาก

มิถุนายน ๒๔๕๐ จำหน่ายวันที่ ๒

ปรกติ คอหอยแดง ปอดมีราดปานกลาง

กรกฎาคม ๒๔๕๐ มีอาการสำคัญครั้งแรกคือ

ทั้งสองข้าง หัวใจปรกติ คับคล้ำไต ๔

ไอมาเจ็คแปดวัน หน้าเขียวและ

ชักมาสองวัน

ประวัติครอบครัว ไม่มีอะไรสำคัญ ช่างๆ

บ้านมีเด็กเป็นไอกรนหลายคน

ประวัติอดีต คลอดครบกำหนดและปรกติ
กินนมมารดา

ประวัติปัจจุบัน เจ็บแสบวันก่อนมา ร.พ.
เกิดเริ่มมีอาการไอจนตัวงอ บางครั้งไอ
แล้วสำรอก ไอกลางคืนมากกว่ากลางวัน
ต่อมาไอมากขึ้น เวลาไอคาเหล็ก
หน้าเขียว มือเท้าช้ำ ชัก มีมือเท้ากระ
ตุกต่อมาหน้าเขียวมากขึ้นและมีหอบด้วย

การตรวจร่างกายเมื่อรับไว้ อุณหภูมิ
๓๘.๕ ช. ชีพจร ๑๖๐ ทายใจ ๖๖ เกิด
ลมปรัญ หน้าเขียว ฟอนตะแน่นลิ้น
ไม่กึ่ง คาปรกติ คอแดงมีเสมหะ ปอด
มีรอนไคเสียงแหลมและร่าสทั้งสองข้าง
กัยโต ๒ นิ้วมือ ม้ามไม่พบ คอไม่แข็ง
Kernig's sign ลบ Knee-jerk ลบ

การตรวจทางห้องทดลอง เม็ดเลือดขาว
๒๕,๘๖๐ นิวโทรฟิล ๕๖% ลิมโฟไซต์
๔๔%

เมื่อรับไว้เราให้ออกซิเจน ยาบำรุง
หัวใจและเพนซิลลิน อาการผิวเขียวไอและ
ชักกระตุกลดลง สามวันต่อมา อาการ
ไข้และหอบน้อยลงมาก ไม่ชักกระตุก
เลย แต่ยังคงไออื่น ๆ กัน ใต้ให้กลับ
บ้านภายหลังที่อยู่ใน ร.พ. ๘ วัน

ภายหลังตกดึกจาก ร.พ. ไปประมาณ
๒ อาทิตย์ ผู้ป่วยกลับมีอาการหอบหน้า
เขียวและมีชักเช่นเดิมอีก เป็นเช่นนี้อยู่
๓ วัน จึงนำมา ร.พ. อุณหภูมิ ๓๘.๕ ช.
ชีพจร ๑๓๖ ทายใจ ๓๔ อาการอย่าง
อื่น ๆ เหมือนเดิม

การตรวจทางห้องทดลอง เม็ดเลือดขาว
๒๖,๒๐๐ นิวโทรฟิล ๓๕% ลิมโฟไซต์
๕๘% โมโนนิวเคลียร์ ๒% เบซิฟิล ๑%
ใต้ให้การรักษาแบบเดิม แต่ผู้ป่วยไม่ค
ขึ้น และได้ถึงแก่กรรมในวันที่ ๒ หลัง
จากรับไว้

ผลของการตรวจศพโดยย่อ (๑) บวม
โคนิวโมเนีย (๒) สมองมีเลือดคั่ง
และบวมหน้าอย่างมาก ไม่มีอาการอักเสบ
เซลล์ประสาทที่เปลือกสมองมีน้อย บาง
เซลล์มีแฟคติกเจเนอเรชั่น Nissl bodies
เป็นปรกติ

ผู้ป่วยรายที่ ๔ เกิดหญิงไทยอายุ ๖ ปี
รับไว้เมื่อวันที่ ๔ ก.ค. ๒๔๕๐ และทำ
หน้ายวันรุ่งขึ้น

อาการสำคัญคือ ชักกระตุกและอยู่นิ่ง ๆ
ไม่ได้มา ๒ วัน

ประวัติครอบครัวและประวัติอดีต ไม่มีอะไรสำคัญ

ประวัติปัจจุบัน ๒๕ วันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยเป็นไข้หนาวสั่นทกวันอยู่ ๓ วัน ไข้ฉับพลันให้ ๑ เซมไซม์ไม่หาย อีก ๓ วันต่อมา มารดาได้ซื้อยาอะเตบรินไปให้กินวันละ ๑ เม็ด หัววันต่อมาไข้หายตั้งแต่เริ่ม เป็นไข้ ก็จะมี ไอเล็กน้อยๆ เรื่อยมา จนสองอาทิตย์ก่อนมา ร.พ. ไอมากขึ้น ไอท้วงอและมีเสียงฮึก บางครั้งมีอาการภายหลังไอ สองวันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยไอมากขึ้น ทวีร้อนจัด หน้าแดง กระสับกระส่าย พอรุ่งขึ้นก็มีอาการเคียวปาก หน้ากระตุก มือเท้าเปาะเปะ ตกขามมีซีกกระตุก หลังแอ่น ต่อมามือเท้า และแขนแข็งทึงอยู่ ๒-๓ นาทีก็หาย ซีกเป็นพักๆ ภายหลังซีกมีอาการอยู่ไม่สุขตลอดเวลา

การตรวจร่างกายเมื่อรับไว้ อุณหภูมิ ๔๐.๕ ซ. ชพจร ๑๒๐ หายใจ ๓๖ เกิดอยู่ไม่สุข ตลอดเวลา มือเท้า โน่นจับข้างคราวหลังแอ่น ขาขยับเปาะเปะ มีหน้ากระตุกเป็นพักๆ พกไม่รู้เรื่อง ไอลักษณะเป็นไอกรน ทาและคอปรกติ

ยอก หัวใจปรกติ คับและม้ามคล้ำไม่พบบางครั้งพบตุ้มเือง บางครั้งไม่รู้ คอไม่แข็ง Kernig's sign ลบ Knee-jerk บวมทั้งสองข้าง

การตรวจทางห้องทดลอง เม็ดเลือดขาว ๕๒,๕๐๐ นิวโทรฟิล ๓๖% ลิมโฟซัยต์เล็ก ๓๔% ลิมโฟซัยต์ใหญ่ ๓๐% มาลาเรียไม่พบ เจาะสันหลังได้มัยาร ความดันเริ่มต้นแรงนพุง ไม่มีขี้ดก น้ำไขสันหลังใส เซลล์ ๑๑/ล.มม. การตรวจ Pandy ได้ผลลบ ใ้ให้การรักษา คือ ยารงยับประสาท บำรุงหัวใจ ซัลฟาไคอะซีน น้ำเกลือและกลโคสฉีด อาการกระสับกระส่ายสงบลงบ้าง ไข้ไม่ลด อาการอื่น ๆ ไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยถึงแก่กรรมในวันรุ่งขึ้น ไม่ได้ตรวจศพ

ผู้ป่วยรายที่ ๕ เกิดหญิงไทย อายุ ๗ รัยไว้เมื่อวันที่ ๑๒ ก.ค. ๒๔๕๐ จำหน่ายวันที่ ๑๖ เกือบเสียชีวิต

อาการสำคัญคือ ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดมา ๑ เกอน

ประวัติครอบครัวและอดีต ไม่สำคัญ ประวัติปัจจุบัน หนึ่งเดือนก่อนมา ร.พ. เกิดถ่ายอุจจาระบ่อยวันหนึ่งประมาณ ๑๐ ครั้งกลิ่นเหม็นเน่า ทวารหนักแดงบาง

ครึ่ง พรหมก้นมีไอบามากจนขางควรวัว
งอ ไอบกลางคืนมากกว่ากลางวัน มี
เส้นหระเหินขาว สามส่วนเริ่มมีขวมที่เท้า
หนังตา และอ่อนเพลียมาก

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ

๓๕.๖° ซ. ชีพจร ๑๔๘ หายใจ ๓๖
ผอมซึก มีขวมทั่วตัวเล็กน้อย คอแดง
มีเสมหะ ปอดมีร่องไคและรากล้ออย่าง
กลางทั้งสองข้าง ไม่มีน้ำในช่องท้อง
Knee-jerk ลบทั้งสองข้าง Kernig's sign
ลบ อื่นๆ ปกติ

การตรวจทางห้องทดลอง เม็ดเลือด

ขาว ๑๕,๒๐๐ นิวโทรฟิล ๒๘% ลิมโฟ
ซัยต์ ๗๒% มาลาเรียไม่พบ อูจจาระ
ลักษณะเป็นมูกเลือด พย Trichomonas
hominis

เมื่อรับไว้ได้ให้ยาบำรุงหัวใจ ฉีกกลู
โคส-น้ำเกลือ ให้ซัลฟาไออะโซล และ
อิมัลชัน ลิควิดพาร์ ฟีนค้อมเปาน์ค อา
การใช้ลดลง ไอบคงเดิม อูจจาระห่าง
เข้า แต่ยังคงมีมูกเลือดอยู่ ได้พยายาม
หาเชื้อบักหลายครั้งไม่พบ ต่อในวันที่ห้า
จึงได้พบ E. histolytica โดยซึกได้จาก
ผนังของลำไส้ที่แถบโผล่ออกมา ในเช้า

วันนั้นเอง ผู้ป่วยซึมและไอบมากขึ้น เพื่อ
มีซึกกระทกทแขนและขาเป็นพัก ๆ จึงได้
เจาะสันหลังล้มยาร ความดันเริ่มแรก
๑๐๔ หยค่อนาที ไม่มีขลอค น้ำใส
ควรวัว Pandy ผลลบ เซลล์มี ๘ ค่อ
ถ. มม.

ผู้ป่วยถึงแก่กรรมตอนบ่ายวันเดียวกัน

การตรวจศพ (๑) ลำไส้ใหญ่อักเสบ
เป็นแผลเนื่องจากเซออะมีบา (๒) ปอด
มีเลือดคั่ง (๓) สมองมีเลือดคั่งและขวม
น้ำ

ผู้ป่วยรายที่ ๖ เด็กหญิงไทย อายุ ๖ ปี
รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๓๑ ก.ค
๕๐ และจำหน่ายวันที่ ๑๘ ส.ค. ๕๐

อาการสำคัญคือ ซึกไม่รู้สึกรู้มา
หนึ่งวัน

ประวัติครอบครัวและอดีต ไม่สำคัญ
นอกจากเคยเป็นมาลาเรียและบิกเมื่ออายุ
๓-๕ ปี

ประวัติปัจจุบัน หัววันก่อนมา ร.พ. ผู้
ป่วยไอบากเป็นพัก ๆ ไอบิต ๆ กันจนตัว
งอ และมีเสียงครึก ๆ ในลำคอ ไอบ
กลางคืนมากกว่ากลางวัน ขางครึ่งหลัง
ไอบีอาเจียนด้วย สองวันก่อนมา ร.พ.

อยู่ๆ ผู้ช่วยชัก แขนขาข้างขวากระ
ตุกและปากเขียวไปทางขวา แล้วก็
ถลันมากกระตุกข้างซ้ายและมีปากเขียวทาง
ซ้าย เป็นอยู่ราว ๒-๓ นาทีก็หาย หลัง
จากนั้นไม่รู้สึกตัว ไม่พูด ใต้ร่อง ใน
วันนั้นชักราว ๕-๖ ครั้ง

การตรวจร่างกายเมื่อรับไว้ อุณหภูมิ
๓๘.๖° ซ. ชีพจร ๑๑๐ หายใจ ๓๐
ผสม, ชิม ไม่รู้สึกตัว บางคราวเพื่อ
ร่องกระต๊อกระส่าย มองไม่เห็น สังกัด
ได้ว่าม่านตาเบิกกว้างแต่ปฏิกิริยาปรกติ
คอแดงมีเสมหะ ไม่มีอัมพาต Kernig's
sign บวก อื่นๆ ปกติ

การตรวจทางห้องทดลอง เม็ดเลือด
ขาว ๒๔,๕๐๐ นิวโทรฟิล ๔๓% ลิมโฟ
ไซต์ ๕๕% มาตาเรีย ลม เจาะสันหลัง
ลัมบาร์ ความดันเริ่มแรก ๕๐ หยดต่อ
นาที Pandy's Test บวกอย่างแรง น้ำไข
สันหลังใส เซลล์ ๒๒๐/ล.มม. Cob-web
บวก เซลล์ส่วนมากเป็นลิมโฟไซต์
น้ำตาล ๑๔ มก. % โซเดียม คลอไรด์
๖๔๐ มก. % เเพะเซอแมคทีเรียไมเซน
เมื่อรับไว้ได้ให้การบำบัดคือ ยาระงับ
ประสาท บำรุงหัวใจ เพนซิลลิน ฉีดกล
โคส-น้ำเกลือ วันที่สามหลังจากรับไว้

ผู้ช่วยหยุดชัก แต่ยังมี ไม่ได้สติอยู่
โอบมาก วันที่สี่สี่ ไม่มีไข้ ยังพูดไม่
ได้ อาหารกินได้ดี ฟังได้ยินและรู้เรื่อง
แต่พูดไม่ได้ ตรวจน้ำไขสันหลังพบว่า
ความดันสูงพุ่ง Pandy's Test บวก เซลล์
กลดลงเหลือ ๓๔/ล.มม.

ญาติได้ขอพากลยักษณ และรับว่าจะ
พามาหาแพทย์ทุกอาทิตย์ จึงอนุญาตให้
กลับ แต่ก็ไม่ได้พามาเลย

อภิปราย

สรุปรายงานผู้ป่วยทั้งหกราย

๑. อายุของผู้ป่วย มีค่ากว่า ๒ ปี
๓ ราย
๒. อาการทางประสาทเกิดขึ้นในระ
ยะ spasmodic ทั้งหมดหกราย
๓. ในหกรายนี้ มีอาการทางหลอด
ลมและปอดประกอบ ๕ ราย สี่รายเป็น
บร็องไคติส หนึ่งรายเป็นบร็องไคบ์นิว
โมเนีย
๔. อาการแสดงทางประสาท สี่ราย
มีเพียงชักอย่างเดียว หนึ่งรายมีเซมิพิล
เจียชั่วคราว หนึ่งรายมีตาขอกและ
อะเพเซียชั่วคราว

๕. อาการตรวจพบทางประสาท
 สามรายมีอาการแสดงเกี่ยวกับการระคาย
 เยื่อหุ้มสมอง และสองรายมีการเปลี่ยนแปลง
 แผลงในน้ำไขสันหลังเพียงเซลล์เพิ่มเล็กน้อย
 และ Pandy's test บวกอ่อน ๆ อีกหนึ่ง
 รายมีเซลล์เพิ่มมากในน้ำไขสันหลังและ
 Pandy's Test บวกแรง

๖. อัตราตาย ถึงแก่กรรม ๔ ราย
 เท่ากับ ๖๖.๖%

๗. ผลของการตรวจศพ ๒ ราย
 สมองมีเลือดคั่งและบวมनाทั้งสองราย
 ปอดในรายหนึ่งเป็นบรอนโคปนีวโมเนีย
 อีกรายหนึ่งมีเพียงเลือดคั่ง

อุบัติการณ์ (Incidence) ผู้ช่วยที่รายงาน
 ๓ ราย อายุต่ำกว่า ๒ ปี สองราย อายุ
 ๖ ปี หนึ่งราย อายุ ๗ ปี เราไม่อาจ
 บอกได้ว่าก็เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยโรค
 ไอกรนอาจมีโรคแทรกซ้อนทางประสาท
 เพราะที่ศิริราชพยาบาลไม่มีผู้ช่วยไอกรน
 นอกจากมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง ฉะนั้น
 จึงขอแสดงสถิติของ Philadelphia Hos-
 pital for Contagious Diseases ในปี ค.ศ.
 ๑๙๓๓-๑๙๓๖ ดังต่อไปนี้

ก. ผู้ป่วยโรคไอกรนทั้งหมดที่รับไว้
 ใน ร.พ. จำนวน ๕๑๖ ราย มีอาการ

ทางประสาท ๕๑ ราย หรือ ๙%

ข. ในจำนวน ๕๑ รายนี้ ๗๕% อายุ
 ต่ำกว่า ๑ ปี ๘๒% เกิดในสี่อาทิตย์
 แรกของโรคไอกรน ๕๓% เกิดในระยะ
 spasmodic ๕๖% มีอาการผิวเขียว
 ประกอบด้วย

สมมุติฐานของอาการแทรกซ้อนทาง
ประสาท อาจมีได้หลายอย่าง เช่นพิษ
 ในเลือด (Toxemia) เส้นเลือดสมองแตก
 เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ฯลฯ ทั้งเดิมที่เคียว
 เซอกันว่า เป็นการแตกของเส้นเลือดใน
 สมอง โดยมีเลือดคั่งในขณะที่ไอซ้อนน ๆ
 กัน ต่อภายหลังที่ได้ตรวจศพผู้ช่วยโดย
 ละเอียดยิ่งพบว่า เส้นเลือดแตกในสมอง
 มีเป็นจำนวนน้อย และในบางรายความ
 พิกัดของเส้นเลือดในสมองนั้นน้อยมาก
 ไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงในขณะที่ยังมี
 ชีวิตอยู่

ในปี ๑๙๐๔ Neurath เป็นบุคคลแรก
 ซึ่งให้ความเห็นว่า อาการแทรกซ้อนทาง
 ประสาทในโรคไอกรนเกิดจากสมองบวม
 หนา หรือ serous meningitis ซึ่งเขาได้เห็น
 ในการตรวจศพผู้ช่วยหนึ่งราย ในปี
 ๑๙๑๓ Hada กล่าวว่าอาการประสาท
 ที่เกิดขึ้นนั้นเนื่องจากการอักเสบของสมอง

(Encephalitis) ซึ่งคล้ายกับที่เกิดในไข้หวัดใหญ่ Jochim เป็นคนแรกที่ใช้คำ whooping cough encephalopathy. และ Fonteyne และ Dagnelie ได้ค้นคว้าโดยการทดลองในสัตว์และลงความเห็นว่าอาการทางสมองเกิดจากเอ็นโคที่ออกซินของเชื้อไอกรน นอกจากนี้ได้ความรู้จากการตรวจศพอีกหลายราย (Husler and Spatz, Singer, Ford, Askim and Zimmerman, Hiller and Grinker, Grenet and Mourrut, Lennon)

รวมความว่าสาเหตุที่จะทำให้เกิดอาการชักอันทางประสาทของโรคไอกรนอาจแบ่งได้เป็น ๒ พวกคือ

๑. เอ็นโคที่ออกซิน ของ H. Pertussis
๒. เป็นอาการ ตามมา ของเหตุอื่น

เช่น

- ก. มีเลือดออกในสมอง (Holt)
- ข. สมองขาดเลือดหรือขาดออกซิเจน
- ค. ชักชนิดเทเทนี โดยเสียกรดทางอาเจียน (Gastric tetany) (Powers)
- ง. มีเลือดคั่งและขมุน้ำ (Foster Kennedy)

เหตุชวน (Predisposing factors) มี

๑. ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็ก
๒. ไข้อยู่และรุนแรง

๓. อาการผิวเขียว

๔. ความพิการโดยกำเนิดในสมอง

ลักษณะทางคลินิก อาการแสดงของผู้ป่วยที่พบเสมอและมักเป็นเหตุที่น่าผู้ป่วยมาหาเวลาคืออาการชัก ผู้ป่วยมักเริ่มต้นด้วยอาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ซึ่งอาจเป็นอยู่ราว ๒๔-๔๘ ชม. ต่อมาก็มชัก การชักเริ่มด้วยการแข็งตึงทั่วไป หลังแอ่น คอแอ่น กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งตึงเป็นอยู่สักครู่ก็เกิดชักกระตุกที่ศีรษะ ตา หน้า แขนและขา อาการชักกระตุกนั้นมักเป็นทีละข้างและสลับไปมา ศีรษะหงายและตาเหลือกขึ้นข้างบน อาจมีน้ำมูกไหลไปข้างๆ กระบังลมอาจหยุดในระยะหายใจเข้า ซึ่งเป็นเหตุให้มีอาการผิวเขียว ระยะเวลาของการชัคนั้นแตกต่างกัน บางรายอาจชักอยู่คืดๆ กันเรื่อยไปและบางรายก็ชักเป็นพักๆ ในรายที่ชักคืดต่อกันมักมีชีวิตอยู่ไม่เกิน ๒๔-๔๘ ชม. ระหว่างชักชีพจรมักเร็ว เบาล และเสียจังหวะ แแรงคลื่นเลือดต่ำ โดยเฉพาะความดันโคแอสโตลิกมักวัดไม่ได้ บางรายมีเลือดออกและเป็นวงใต้ผิวหนัง เกิดที่มือและเท้า โดย

ทั่วไประบยการไหลเวียนแสดงถึงอาการ
ช็อค

ภายหลังที่อาการ ชัก สิ้น สด ลง แล้ว
ผู้ป่วยมักซึมลงมากและอาจถึงแก่กรรม
ภายใน ๒-๓ ชม. ต่อมา

อาการแสดงทางประสาท อาการแสดง
ของประสาทโดยเฉพาะสำหรับโรคนี้
มี ในระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการชักรุนแรง
อาจพบว่ามี deep reflex ไวกว่าธรรมดา
ในรายที่มึนเขมตหรือมีอาการเวียนศีรษะ อาจมี
คอแข็งและ Kernig's sign บวก

ภายหลังที่อาการชักเกิดขึ้นแล้ว ผู้
ป่วยอาจมีอาการ ไข้ ต่าง ๆ สดแล้วแต่
พยาธิสภาพที่สมอง เช่น spastic hemi-
plegia, diplegia, hemiparesis ทึทหนักและ
ตายอด อาการทั้งหมดนี้อาจเป็นอย่าง
ถาวรหรือเป็นชั่วคราวก็ได้

การวินิจฉัยโรค ก่อนอื่นต้องพิสูจน์ว่า
เด็กนั้นเป็นไอกรนก่อน การที่โคคัว H.
Pertussis ในเสมหะหรือในฝอยน้ำลายเป็น
การวินิจฉัยที่แน่นอน ในเลือดมีการ
เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะคือ เม็ดเลือด
ขาวเพิ่มขนอย่างมากรั้งแต่ ๑๕,๐๐๐ ถึง
๕๐,๐๐๐ ตัวต่อลูกบาศก์ มม. ส่วน

ใหญ่เป็นลิมโฟไซต์ซึ่งอาจมีถึง ๖๐-๘๐%
การเปลี่ยนแปลง ทางน้ำไขสันหลัง ที่อาจ
พบคือ

(๑) ความดันเริ่มแรกสูงกว่า ธรรมดาเล็กน้อย

(๒) ลักษณะใส

(๓) Pandy's Test ไข่บวก ประมาณ
๗๐-๘๐% ของราย

(๔) บางรายอาจมี เซลล์ มากถึง
๒๐๐-๓๐๐ ตัวได้ ส่วนมากเป็นลิมโฟ
ไซต์

(๕) น้ำตาลอาจมากขึ้นเล็กน้อยหรือ
ปรกติ

(๖) โซเดียมคลอไรด์ ไม่เปลี่ยนแปลง

(๗) สะเมียร์ และเพาะเชื้อ ไข่
ผลลบ

การพยากรณ์โรค จำนวนการตายของ
ผู้ป่วยที่มีอาการชักซ้อนทางประสาทนั้น
ของเราตาย ๖๖.๖ % ใน ๖ ราย เคย
มีรายงานไว้ตั้งแต่ ๖๖.๐ ถึง ๘๗.๕ %
(Grenet and Mourrut, Husler and Spatz,
Habel and Lucchesi)

จากสถิติต่างประเทศ (Philadelphia
Hosp. for Contagious Dis.) ในผู้ป่วยที่ถึง

แก่กรรมโดยมีอาการแทรกซ้อนทางประสาทของโรคไอกรนทั้งหมด เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า ๓ เดือนประมาณ ๕๐% และระหว่างอายุ ๓ เดือน ถึง ๑ ปี ประมาณ ๒๕% หลังจากนี้แล้วน้อยลงตามลำดับการรักษา นอกจากรักษาอย่างโรคไอกรนธรรมดาแล้ว ในรายที่มีอาการแทรกซ้อนทางประสาท หลักในการรักษาควรคำนึงเหต คือ

๑. สำหรับทารกที่มีเอ็น โคที่อกซันของ H.Pertussis นั้นก็ควรให้พวกอิมมูเนเซวุ่มเพื่อลดล้างพิษ
๒. สำหรับอาการทางสมองเกี่ยวกับเลือดออกและขาดออกซิเจน ถ้ามีอาการไอมาก ๆ ก็ควรให้ยาระงับประสาท เช่น ฟโนบาร์บิทัล, โคเดอีน ถ้ามีไข้ก็ควรให้ออกซิเจน
๓. สำหรับการขมและเลือดคั่งในสมองควรจำกัดน้ำดื่ม ให้ยัยเปอร์โทนิคกลูโคส ทางหลอดเลือดและเจาะเอา น้ำไขสันหลังออกบ่อย ๆ
๔. ถ้ามีอาการชักแบบเทเทรนี้ ให้แคลเซียม

สรุป

๑. ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทาง

ประสาทนั้นส่วนมากอายุต่ำกว่า ๒ ปี

๒. มักจะพบในระยะ Spasmodic ของโรค และอาการไอที่รุนแรงเป็นเหตุชวนอันสำคัญ

๓. อาการแทรกซ้อนทางปอดที่ทำให้มีผิวเขียว เช่น ขร็องโคป็นิวโมเนียและขร็องโคทิส ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางประสาทได้ง่าย

๔. อาการแสดงทางประสาท ไม่มีอะไรแน่นอน

๕. ความพิการที่เกิดขึ้นแก่ระบบประสาทนั้น อาจเป็นถาวรหรือชั่วคราว

๖. การเปลี่ยนแปลงทางน้ำไขสันหลังมักไม่ค่อยมี ทพบก็มีความคั่งเพิ่มขึ้น

๗. อัตราตาย ของ โรค ไอ กรน ที่มีอาการแทรกซ้อนทางประสาทสูงประมาณ ๖๖.๖%

๘. การตรวจศพ พบว่าส่วนมากมีสมองขมและเลือดคั่งในสมอง

ข้าพเจ้าขอขอบคุณท่านหัวหน้าแผนกและอาจารย์ในแผนกกุมารเวชศาสตร์ที่ได้ให้คำแนะนำบางประการ อาจารย์นายแพทย์สุด แสงวิเชียร ช่วยเหลือในการทำเช็คชั่น และอาจารย์นายแพทย์สังัด กาญจนกฤษ ช่วยอ่านเช็คชั่น

เอกสาร

1. Askim and Zimmerman: Am.J. Dis. Child., 37: 1046, 1927.
2. P. Fonteyne and J. Dagnelie: Compt. rend. Soc. de Biol., 110: 978 (July 25, 1932).
3. F.F. Ford: Am. J. Dis. Child., 37, 1046, 1929.
4. Foster Kennedy: Epilepsy and the Convulsive State. (Baltimore) Williams and Wilkins Company, 1931.
5. H. H. Grenet and E. Mourrut: Bull. Soc. de pediat. de Paris., 31:233 (May 1933) (after ref. 13).
6. B. Hada: Virchows Arch. f. path. anat., 214:206, 1913 (after Am.J. Dis. Child. 38:97 1926).
7. C. Hershel Lennon: Am. J. Dis. Child., 56:283, 1938.
8. F. Hiller and R. R. Grinker: Arch. Neurol. and Psychiat., 23: 634 (April 1938) (after ref. 11).
9. Husler and Spatz; Ztschr. f. Kinderheilk., 1928., 45, 326 (after ref. 4).
10. J. Jochim: Ztschr. f. Kinderheilk., 1928, 45, 326.
11. Karl Habel and F. Pascal Lucchesi: Am. J. Dis. Child., 56:283, 1938.
12. R. Neurath: Arb.a.d. Neurol. Instit. a.d. Wien. Univ., 1904,11,258.
13. G.F. Power: Am. J. Dis. Child., 20: 632, 1925.
14. L. Singer: Ztschr. f. Kinderheilk., 1928, 45, 326.

ดูก่อนอ้าย ตัวเจ้าเข็นของที่เขารักใคร่ เต็มไปทั่วยวสหวานอยู่เสมอ
 อนึ่งก็เข็นของของกามเทพไม่มีอะไรเสมอ อะไร ๆ ของเจ้าก็ทุกสิ่งขาดอย่าง
 เดียวแน่แท้ค่อย ๆ ไปก็จัก.

โกชนิตศตคม

(Abstract of the preceding article)
NERVOUS COMPLICATION OF PERTUSSIS

Prasong Tuchinda

M.B.

(Dept. of Pediatrics)

This is an analysis of six cases of pertussis with cerebral complications admitted between 1947 and 1948. The age incidence was forty days, one year, sixteen months, six years, six years and seven years respectively. The severity of the cough varied, but in all cases the nervous complication developed during the spasmodic stage. Four patients also had bronchitis, one bronchopneumonia, and one amebic dysentery. Cerebral symptoms were: convulsions only in four cases, convulsions with temporary hemiplegia in one case, and convulsions with temporary amaurosis and aphasia in one case. There was no specific neurological sign; three patients showed evidence of meningeal irritation; two had slight in-

crease in the number of cells in the spinal fluid with positive Pandy's test. The treatment was mainly symptomatic. Four patients died, giving a mortality rate of sixty-six per cent. Autopsy was performed in two cases; in both of them the brain was congested and edematous; in one case the lungs were bronchopneumonic; in the other, only congested.

The author emphasized the facts that one half of the number of patients were under two years old, that cerebral involvement occurred in the spasmodic stage in all cases, and that severe coughing and lung complications leading to cyanosis, such as bronchopneumonia and bronchitis, were important predisposing causes.

(Fourteen references)

ข้อสังเกตการรักษาด้วยยารักษาโรค
ด้วยยารักษา

บรรลุ ศิริพานิช

พ.บ.

(แผนกคัลยศาสตร์)

โรคนี้เคยเป็นโรคที่ตายที่ทราบกัน
คือ เคนราห์ที่พบไม่บ่อยนักในประเทศ
เรา อนุสนธิจากรายงานของ A. Piny
(Lancet, Nov. 22, 1947) เรื่องการรักษา
ผู้ช่วยโรคนี้ด้วยยารักษาแจ้งว่าได้ผลดี
และผู้รายงานยังเชิญให้มีโอกาสติดตาม
ผลการใช้ยานี้ในคนไข้หนึ่งคน จึงขอ
เสนอรายงานดังต่อไปนี้

ผู้ช่วยหญิงไทย หนึ่ง อายุ ๓๔ ปี
บ้านเกิดจังหวัดร้อยเอ็ด อาชีพเย็บจักร
ให้ประวัติการป่วยว่า เริ่มรู้สึกผิดปกติ
เมื่อกกลางปี ๒๔๘๕ โดยมีก้อนในท้อง
โตขยายโตวงซ้าย ที่แรกเป็นก้อนเล็ก
ไม่มีอาการผิดปกติของทางเดินอาหาร
อย่างไร หกเจ็ดเดือนต่อมา ผู้ช่วยรู้สึก
อ่อนเพลียผิดปกติ หิวบ่อยๆ ก้อนใน
ท้องโตขึ้นเรื่อยๆ พร้อมกับเห็นตัวผอมลง

จึงได้มาตรวจที่โรงพยาบาลศิริราช ทาง
โรงพยาบาลได้รับไว้รักษาและให้การวินิจฉัย
ว่า มีข้อสงสัยโรคนี้เคยเรื้อรัง การ
นับเม็ดเลือดขาวระยะแรก ๒๗๒,๐๐๐/
ล.มม. น้ำมูกดำได้ ๑๕ ซม. ในระดับ
เส้นมิกแคลวิคูลาร์ ให้การรักษาด้วย
นายา Fowler อาการไม่ดีขึ้น ได้แนะนำผู้
ช่วยให้ไปรับการรักษาด้วยเอ็กซ์เรย์ลึกที่
โรงพยาบาลทหารบก พญาไท ผู้ช่วยได้
รับการรักษาตั้งแต่ ๓๐ มีนาคม ๒๔๘๖
จนถึง ๑๑ พฤษภาคม ๒๔๘๖ โดยวิธี
Regional treatment ๑๐๘๐ r. และ
Abdominal spray ๑๔๐ r. อาการดีขึ้น
อย่างมาก น้ำมูกดำลดลงเหลือเพียง
ครึ่งคืบ จำนวนเม็ดเลือดขาวครั้งสุดท้าย
ต่ำลงเหลือ ๒๘,๘๒๕/ล.มม.
โดยที่ผู้ช่วยอยู่ต่างจังหวัด เมื่อหมก

ตารางที่ ๑

การเปลี่ยนแปลงในจำนวนเมล็ดเลือดขาว

วันที่	เมล็ดเลือดขาว ตัวต่อ ล. มม.	หมายเหตุ
๕ พ.ค. ๕๑	๒๘,๕๒๕	หลังเอ็กซเรย์ลึกครั้งสุดท้าย เม็ดเลือดแดง ๔.๕๖ ล้าน
๒๐ พ.ค. ๕๑	๒๘,๕๐๐	ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาใดๆ
๒๗ พ.ค. ๕๑	๒๐,๓๐๐	
๑๕ มิ.ย. ๕๑	๑๒,๐๐๐	
๒๔ ก.ค. ๕๑	๑๒,๐๐๐	
๔ ส.ค. ๕๑	๑๖,๐๐๐	
๑๗ ส.ค. ๕๑	๑๓,๒๐๐	เริ่มให้ยูเรเทน ๑.๕ กรัมต่อวัน ผลของการให้ยา เมื่อให้ได้เจ็ด แปดวันม้ามก็อาการแพ้ ได้งดสามส่วนแล้วให้ใหม่ตั้งนั้นเรื่อย ๆ ขณะให้ยาผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ นอกจากง่วงนอนบ้าง เล็กน้อย
๒๓ ส.ค. ๕๑	๑๕,๐๐๐	
๒๖ ส.ค. ๕๑	๓๑,๔๐๐	
๓๑ ส.ค. ๕๑	๓๑,๖๐๐	
๒ ก.ย. ๕๑	๒๖,๘๐๐	
๑๒ ก.ย. ๕๑	๒๑,๐๐๐	
๑๕ พ.ย. ๕๑	๒๘,๐๐๐	
๑ ธ.ค. ๕๑	๑๓,๐๐๐	
๑๓ ธ.ค. ๕๑	๑๕,๐๐๐	
๒๒ ธ.ค. ๕๑	๑๘,๘๐๐	
๒๘ ธ.ค. ๕๑	๑๘,๘๐๐	
๕ ม.ค. ๕๒	๑๒,๕๐๐	
๑๔ ก.พ. ๕๒	๓๓,๑๐๐	
๒๖ ก.พ. ๕๒	๔๔,๓๕๐	
๒๗ พ.ค. ๕๒	๓๗,๕๐๐	
๗ มิ.ย. ๕๒	๒๕,๓๐๐	
๑๘ มิ.ย. ๕๒	๒๗,๕๐๐	
๒๕ มิ.ย. ๕๒	๒๓,๓๕๐	
๖ ก.ค. ๕๒	๒๖,๒๐๐	
๑๕ ก.ค. ๕๒	๒๔,๓๐๐	
๑ ส.ค. ๕๒	๓๘,๔๐๐	
๔ ก.ค. ๕๒	๓๕,๘๕๐	
๑๗ ก.ค. ๕๒	๓๖,๒๐๐	
๒๖ ก.ค. ๕๒	๔๒,๒๕๐	
๑๒ พ.ย. ๕๒	๔๐,๘๕๐	
๒๒ พ.ย. ๕๒	๓๕,๗๐๐	
๒๒ ธ.ค. ๕๒	๒๕,๒๐๐	
๑๐ ธ.ค. ๕๒	๒๘,๕๕๐	

รวมยาให้ไปแล้ว ๓๑.๕ กรัม (๑๓ ธ.ค. ๕๑)

เม็ดเลือดแดง ๕.๘๒ ล้าน

รวมยาที่ให้ไปแล้วทั้งหมด ๑๘๗ กรัม

รวมยา ๒๓๗ กรัม แพ้ยามากและต้องเลิกยา
ระยะนี้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ ไม่ได้รับยาใดๆ

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นเรื่อยๆ เหมือนตอนแรก

การรักษาทงเฮ็กชเรย์แล้ว จึงไ้เริ่มให้ยูริเอน ๑.๕ ก. ต่อวัน ตั้งแต่ ๑๗ สิงหาคม ๒๔๕๑ ผลของการให้ยาคังแสดงในตารางที่ ๑

หลังจากวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๔๕๒ แล้ว ผู้ช่วยก็ไม่ได้มาคิดต่ออีก ครั้งหลังสุดทำยไ้รับรายงานแจ้งว่า ถึงแก่กรรมในเดือนกรกฎาคม ๒๔๕๓

วิจารณ์ผล ผู้ช่วยรายนี้ไ้รับการรักษามาก่อนแล้วด้วยเฮ็กชเรย์เล็ก ผลในตอนนั้นๆคงเนื่องจากการฉายรังสีนั้นเป็นส่วนใหญ่ การที่ไ้ให้ยูริเอนก็เพราะทราบอยู่ว่าการฉายรังสีอย่างเคียวไม่ใช่เป็นวิธีรักษาที่ไ้ผลถาวร ทั้งการลองดูว่า ยูริเอนจะช่วยให้ผลดีขึ้นกว่ารังสีอย่างเคียวหรือไม่ ประกอบกับต้องการผลทางใจสำหรับคนไข้ด้วย เนื่องจากผู้ช่วยมักแพ้ยาสเมอๆ เมื่อกินยาไ้รวมประมาณ ๒๐ ก. ทุกครั้ง การให้ยาคังหยุดๆให้ๆ เพราะฉะนั้นผลต่างๆ ที่ไ้จึงอาจไม่ครบถ้วนนัก เท่าที่สังเกตไ้เห็นเห็นว่า ยูริเอนเพียงหยุดชะงักการเกิดของ

เม็คเลือกขาว โดยวิธีหนึ่งวิธีใดเท่านั้น ไม่ใช่มีฤทธิ์เป็นยาคัดโรค การให้ยาคังในเวลาติดต่อกันนานๆ ผู้ช่วยอาจมีความทนต่อยาและในผลสุดท้ายยาอาจไม่มีฤทธิ์หยุดชะงักการเกิดของเม็คเลือกขาวอย่างตอนต้นก็ได้ อาการแพ้ยาคังคล้ายแพ้ยาคังอื่น ๆ คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนและมีไข้ สังเกตไ้ว่ายูริเอนไม่มีฤทธิ์ต่อการเกิดของเม็คเลือกแดงเลย และไม่มีฤทธิ์ต่ออวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายที่ไ้ทำให้ถึงต้องให้ยาไม่ได้ นอกจากต่อสมองทำให้มันซึม เชื่อว่าผลของยาเป็นเพียงยักชีวิตของผู้ช่วยเท่านั้น

สรุป

๑. ไ้รายงานผู้ช่วยมีข้อสงสัยคือ คีเมียหนึ่งคน ซึ่งไ้ลองให้ยูริเอนรักษา หลังจากการฉายเฮ็กชเรย์เล็ก
๒. ยูริเอนในขนาดเพียงพออาจลดจำนวนเม็คเลือกขาวลงไ้ แต่ผลนี้ไม่ถาวร และการให้ยามักต้องชะงักเพราะพิษของยา
๓. ประโยชน์ของยูริเอนในโรคนี้ อย่างมากก็เพียงยักชีวิตไปชั่วคราวเท่านั้น

ผู้รายงานขอแสดงความขอบคุณนายแพทย์สุวิษ าสตราวาทา ที่ไ้ช่วยนับเม็คเลือกไ้หลายครั้ง

(Abstract of the fore-going report)

CHRONIC MYELOID LEUKEMIA TREATED WITH URETHANE
A. CASE REPORT

Banlu Siripanich

M. B.

(Dept. of Surgery)

Leukemia is only occasionally met with in Siam. Following A. Piny's report on the benefits of urethane in the treatment of leukemia (Lancet, Nov. 22, 1947), the author had the opportunity to observe the effects of the drug in a woman, aged 34 years, a seamstress by occupation, resident in Roi-Et (in the north-eastern province). She gave the history of a growing lump in the left side of the belly, just under the ribs. There were also undue weakness, frequent hunger and progressive wasting. That was in 1946, two years before she came to the hospital. The case was diagnosed as chronic myeloid leukemia. Total leucocyte count was 272,000 per cu.mm. The spleen protruded 15 cm. in the midclavicular line. Treatment with arsenic was without effect, whereupon she was sent to the Phya Thai Hospital for deep x-ray therapy. After regional treatment (1080 r) and an abdominal spray (140 r) the spleen was just palpable and

the total white count, 28,925. Since the patient lived in the country with no nearby facilities for further x-ray treatment, she was given urethane in the recommended dosage of 1.5 gm. a day, for psychological effect as well as for study. The drug was started three months after termination of the ray therapy, when the white count had fallen to 12,000, evidently the result of x-rays. Four months later (after 31.5 gm.) the count was 19,000. Thereafter it rose gradually to 38,400 one year after starting the drug (187 gm. given), and to 40,850 three months later (237 gm. given). Thereupon an intolerance developed and the drug had to be stopped altogether. The patient was reported dead eight months later, twenty-three months after beginning urethane, and twenty-six months after termination of x-ray therapy. It was concluded that urethane was of little benefit beside perhaps temporarily suppressing leucopoiesis and prolonging life for some time.

รีแนลฮัยเปอร์เทนชันทำขนโดยทดลอง

(รวบรวมจากเอกสาร)

มงคล สิบแสง

พ. บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

ปัญหาสำคัญข้อหนึ่งที่แพทย์แผนปัจจุบันต้องเผชิญอยู่ในเวลานี้คือ ความดันเลือดสูง "ที่หาเหตุไม่ได้" (เอ็สเซ็นเซียลฮัยเปอร์เทนชัน) การศึกษาอย่างละเอียดละออในคนไข้และในห้องตรวจทางวิทยาการที่ได้ทำกันมาแล้วในอดีตยังไม่สามารถจะให้ความกระจ่างได้ว่าต้นเหตุคืออะไร เพื่อจะช่วยเร่งความรู้ในท่านพวกนักสรีรวิทยาได้พยายามทำเทียมธรรมชาติโดยการก่อฮัยเปอร์เทนชันขึ้นในสัตว์ทดลอง ผลแห่งความเก่งกล้านี้เป็นเรื่องคล้ายนิยายในการแพทย์

มีหลายวิธีที่จะทำให้สัตว์ทดลองเกิดความดันเลือดสูงได้ เช่น เพิ่มความดันอินทราซีสเทอรัล (1) ฉีดเค โอลิน (2) ทำให้มีการกระตุ้นศูนย์ประสาทในเมดัลลาให้แคลซิเฟอร์อลเกินขนาด (3) ตัดประ

สาทรังหัวใจ (4, 5) ทำให้เกิดลักษณะเป็นโรคขึ้นในไต ยับเส้นเลือดของไต (6) และหุ้มไตด้วยเซลล์โลเฟนเพื่อให้เกิดการอักเสบ (7) ในทำวิธแรกความดันสูงที่เกิดขึ้นนั้นไม่เหมือนกับเอ็สเซ็นเซียลฮัยเปอร์เทนชันอย่างแท้จริง เพราะชั้นๆ ลงๆ ได้มีหลายคนสงสัยว่า วิธเหล่านี้จะไม่เป็นประโยชน์อะไร (8) สองวิธหลังได้ผลคล้ายกับที่ปรากฏในคน นอกจากเกี่ยวข้องกับความดันปานกลาง อัตราหัวใจก็ยังได้ความดันชีพจร (pulse pressure) จำนวนเลือดที่หัวใจสูบและความหนืดของเลือดคล้ายกับที่เห็นในคนด้วย (9)

ในความพยายามที่จะทำให้เกิดฮัยเปอร์เทนชัน โดยก่อลักษณะพิการขึ้นในไตนั้นวิธที่ได้ผลที่สุくคเหมือนจะเป็นวิธที่ผูกเส้นเลือดแดงแขนงใหญ่ ๆ ของเส้นรีแนล, ตัดไตออกเสียข้างหนึ่ง ตัดเนื้อ

ไตออกเสียบางส่วน ออกตลอดไต (ยูเรเทอรั) เสียข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างและย้ายไตไว้ใน ท่อน และฉายรังสีเรินคเกิน ส่วนมากของวิธีเหล่านี้ทำให้เกิดความคัน เลือดสูงเพียงชั่วคราวเท่านั้นและมีกรบกวนการทำงานของไต ซึ่งเป็นความผิดแผกสำคัญจากฮัยเปอรั เท็นชันในมนษย์ เพราะในโรคนี้คนคนหนึ่ง ๆ ไตยังทำงานได้ เป็นปรกติ

ในตอนนั้น Goldblatt (6) ได้เริ่มการทดลองซึ่งนับว่าเป็นการเบ็ดเสร็จใหม่ คือใช้วิธีขยับเส้นเลือดแดงของไตด้วยแคลิมีฟเพียงให้ลดขนาดลงแต่ยังไม่ปล่อยให้เลือดผ่านไปได้ พอเพียงสำหรับการทำงานของไตตามปรกติ วิธีนี้ได้ตัวอย่างมาจากการสังเกตว่าในคนที่เส้นเอ็นเช่น เซียลฮัยเปอรั เท็นชันทั้งในระยะร้ายและยังไม่ร้ายมักตรวจพบสะเคลอโรสิสขยับเส้นเลือดแดงทั้งเล็กและใหญ่ (อาร์เทอริโอสและอาร์เทอรั)(10) โกลด์บลิทท์เริ่มการทดลองในปี ๑๙๒๘ และปลาดใจที่พบว่าเป็นการขยับเส้นเลือดใหญ่ของไตข้างเดียวก็ทำให้ความดันเลือดขึ้นสูงได้ อย่างชัดเจน แต่เป็นเพียงชั่วคราว และถ้าขยับแคบมากเข้าก็ทำให้ความดันสูงมากขึ้นอีก ถ้า

ตัดไตข้างที่ขยับเส้นเลือดไว้นั้นออกเสียความดันเลือดจะลดกลับสู่ปรกติในทันที การขยับเส้นเลือดใหญ่ของไตทั้งค้ำคี้ หรือขยับเส้นของไตข้างหนึ่งพร้อมกัตัดไตอีกข้างหนึ่งก็ ได้ผลความดันเลือดขึ้นสูงอย่างยืนนาน โกลด์บลิทท์รายงานผลของเขาในปี ๑๙๓๔ และสัตว์ทดลอง ของเขาก็ได้มีความดันเลือดสูงอยู่ตลอดเวลาที่ผ่านมาไปนั้น เป็นการแสดงความเปราะบางของไต ในการทดลองซึ่งเทียบเคียงได้กับ Claude Bernard ที่เดียว ต่อจากนั้นก็มีการทดลองมากมายที่สนับสนุน Page และคณะ (11) ได้จัดขบวนการไหลของเลือดในไตโดยวิธีท่อไตด้วยเซลล์โลเฟนและ ก็ทำให้เกิดความดันเลือดสูงขึ้นได้ ในระหว่างการคลศลาเยนแพทยรักษาและนักทดลองหลายคน ก็กระจายข่าววอดอ้างว่าได้มีการค้นพบต้นเหตุ ของเอ็นซีเอ็นเซียลฮัยเปอรั เท็นชันแล้ว แต่ตัวโกลด์บลิทท์เองนั้นหาได้ลงความเห็นเลยเลิกไปดังนั้นไม่เขาเพียงแต่ชี้ว่าการขยับเส้นเลือดของไตเป็นแต่เพียงวิธีหนึ่งที่จะทำให้เกิดความดันเลือดสูงได้ แต่มีใช้ว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางรูปลักษณะและทางการงานของไตเหมือนกับที่พบในโรค

เอ็ดเซ็นเซียลฮัยเปอร้เท็นชันในมนุษย์
 อย่างแท้จริง ย่อมจะเข้าใจได้ว่าวิธีที่ต
 นั้นควรทำให้เกิดสะเคลอโรสิสของเส้น
 เลือดชั้นภายในของไต แต่ยังไม่มีการ
 ว่าจะทำอย่างไร ฟังสังเกตไว้ว่าฮัยเปอร
 เท็นชันที่พบบนที่พบในธรรมชาตินั้น
 ไม่เหมือนกันทีเดียว ความแตกต่างจะ
 ใดกล่าวถึงทีหลัง

พยาธิสภาพในฮัยเปอร้เท็นชันที่ทำให้
 เกิดขึ้นในสัตว์ทดลองตามวิธีที่กล่าวมา
 แล้วนี้ เป็นเรื่องที่ทราบกันอยู่แล้ว ถึง
 แม้ว่าจะยังมีความเห็นแตกต่างกันบ้างก็
 ตาม ในคนก็ ในสัตว์ก็ ฮัยเปอร้เท็น
 ชันมิใช่เป็นเรื่องของกลไกหนึ่งหรือสอง
 อย่าง แต่เกี่ยวข้องกับปัญหาการควบคุม
 หลายต่อหลายประการ ถ้าหากในการท
 ลองจะพยายามทำให้อะไร ๆ ง่ายเข้ายุง
 ยากน้อยเข้า ก็เปรียบได้เหมือนกับพยายาม
 จำลองภาพสีน้ำออกเป็นภาพดำขาว
 หลักฐานที่เรามีอยู่ในเวลานี้ยังไม่เพียงพอ
 และยังมีข้อโต้แย้งได้ วิเนลฮัยเปอร้เท็น
 ชันที่ได้จากการทดลองนี้เป็นผลของการ
 วิปริตในหลอดเลือดของไต ช้อนอาจทำ
 ให้เกิดผลที่ต้องการโดยกลไกต่อไปนี้ คือ
 (๑) กลไกทางประสาท (นิวโรเจนิก)

โดยอาศัยตัวกระตุ้นจากไตแล่นไปสู่ศูนย์
 บังคับเส้นเลือด (เวโซโมเตอร์) หรือ
 แก็งเกลียซิมพะเรทิก (๒) กลไกเอ็นโด
 ไครน์ (เอ็นโดคริโนเจนิก) โดยการ
 กระตุ้นจากไตทำให้มีการ หลั่งฮอร์โมนที่
 เพิ่มความดันเลือด (๓) กลไกฮิวมอรัล
 โดยมีสารเคมีอย่างใดอย่างหนึ่ง ออก
 จากไต เข้าไปสู่กระแสโลหิตและไปบีบ
 เส้นเลือด ได้มีการแสดงแล้วว่าประสาท
 ของไตไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพราะการ
 ตัดประสาทไม่ทำฮัยเปอร้เท็นชันลดลง
 และไม่อาจป้องกันฮัยเปอร้เท็นชันได้ การ
 ตัดประสาทสะเป็ลกรีนิก และตัดประสาท
 ซิมพะเรทิกทั้งหมดก็ไม่มีผลอะไรต่อฮัย
 เปอร้เท็นชัน Ogden⁽¹²⁾ เป็นผู้หนึ่งใน
 จำพวกที่เชื่อว่าสารเคมี (ฮิวมอรัล) ที่
 เกิดขึ้นในไตเองเป็นต้นเหตุของฮัยเปอร
 เท็นชัน แต่เมื่อเป็นอยู่นาน ๆ แล้วกลไก
 ทางประสาท ก็กลับมีความสำคัญเหนือ
 กว่า ฮัยเปอร้เท็นชันไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียง
 พอ ความเชื่อเกี่ยวกับเอ็นโดไครน์นั้น
 เกิดจากการที่ฮ่อมเอ็นโดไครน์เป็นต้นเหตุ
 ของฮัยเปอร้เท็นชันในมนุษย์นั้น มีจริง ๆ
 ตัวอย่างเช่น pheochromocytoma ของ
 ต่อมแอดรีนัลและโรคที่เรียกว่า คูซิงส์

ซินโครมเป็นต้น การทดลองเรื่องการสัมพันธ์ของต่อมเอ็นโดไครน์กับฮัยเปอร์ทั้นชั้นยังได้ผลถกกันอยู่ โกลด์คัลคัท (10) กล่าวว่า การตัดต่อมฮัยโปฟิซีส (พิทูแตรี้) ฮัยรอยค้ ต่อมสืบพันธ์ (โกแนดส์) และทัยออน (แพนครีอาส) ไม่ช้องกันหรือลดทิวแนลฮัยเปอร์ทั้นชั้นในสุนัข แต่ Page กล่าวว่า การตัดต่อมฮัยโปฟิซีสในสุนัขและหนูทำให้ความคั้นเลือดลดลง ถึงแม้จะไม่ถึงขีดปรกติ และเชื่อว่าผลนี้แสดงว่าต่อมนี้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย แต่ทว่าเกี่ยวข้องโดยทางอ้อม ถ้าตัดกลีบหน้าของฮัยโปฟิซีสจึงจะได้ผลดังกล่าวนั้น ถ้าตัดกลีบหลังไม่ไผล ถ้าฉีก แอควีโนคอร์ติโคโทรปีคฮอร์โมน (Li and Evans) บริสุทธิ์จะทำให้ความคั้นที่ต่ำนั้นกลับสูงถึงขีดฮัยเปอร์ทั้นชั้นดั้งเดิม (13) ไม่มีใคร ปฏิเสธได้ว่าแอควีโนคอร์ติโคโทรปีคฮอร์โมนมีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดของฮัยเปอร์ทั้นชั้นข้างชนิดในคน และได้มีการแสดงว่าการฉีกเอสออกซ์คอร์ตโคสเตอโรนแอซีเตท (Des-oxy-corticosterone acetate) หรือ D.C.A. ซ้ำๆ เข้าไปในสัตว์ทดลองทำให้เกิดเนโฟรสเคลอโรซิสและฮัยเปอร์ทั้นชั้น

ได้ ฮอร์โมนที่กล่าวมานี้ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับฮัยเปอร์ทั้นชั้นในคนหรือในสัตว์ทดลองอย่างไรก็ตาม แต่ก็คงเป็นอย่างโดยชั้นรอง (เซกันแดรี่) เท่านั้น (10) กลไกเกี่ยวกับสารเคมีหรือฮิวมอรัลมีผู้เชื่อถือมากในจำนวนผู้ที่อยู่ในชั้นผู้นำในเรื่องนี้ ความสงสัยครั้งแรกว่ากลไกนี้อาจมีความสำคัญเกิดจาก ข้อสังเกตว่า ในสัตว์ที่ไตทำให้เส้นเลือดแดงรีแนลคั้นนั้นถ้าหากผูกเส้นเลือดค้ำใหญ่ของไตเสียด้วยจะไม่เกิดฮัยเปอร์ทั้นชั้น ถึงแม้ว่าสัตว์นั้นจะตายเพราะยูเรเมียในที่สุด การทดลองเพิ่มเติมแสดงว่าโดยการผูกเส้นเลือดแดงรีแนลใหญ่จะเกิดสารจำพวกบียูลินเลือกขึ้นในไตซึ่งเมื่อผ่านเข้ากระแสโลหิตก็จะทำให้เส้นเลือดขั้วทั่วๆ ในสุนัขที่ตัดไตออกทั้งสองข้างถ้าเอาไตข้างหนึ่งไปปลดลงในคอหรือโคนขา แล้วทำให้ไตนั้นขาดเลือดโดยการบีบเส้นเลือดแดงใหญ่ของมัน ความคั้นเลือดจะสูงขึ้น ในสุนัขปรกติถ้าเอาแควดัมที่บีบขั้วไต (เพติเคิล) ทั้งขั้วไว้หลายๆ ชั่วโมงแล้วปล่อยแควดัมพ้นที่ ความคั้นเลือดจะเพิ่มขึ้นโดยทันที ถ้าหากตัดเอาไตออกก่อน

ที่จะปล่อยแคลอสมพ์ แล้วกำซาบ (เปอร์ฟิวส์) ไทน์ด้วยน้ำเกลือและเอาน้ำเกลือที่ได้จากการกำซาบนั้นฉีดกลับเข้าไปในสัตว์ตัวเดิมหรือสัตว์อื่นก็ตาม จะได้ผลความดันเลือดขึ้นสูงอย่างมาก มีผู้สามารถแสดง โดยการทดลอง ในคางคก (14) ว่าเลือดกำของสุนัขที่เป็นฮัยเปอร์ทันชั่นนั้นมีวัตถุที่ยับเส้นเลือดอยู่ในพลาสมา ซึ่งคนสงสัยกันว่าสารที่เกี่ยวข้องของนคางจะเป็นสิ่งใดสิ่งหนึ่งในจำพวกวัตถุที่รู้จักอยู่แล้ว แต่ก็คัดความสงสัยออกไปเสียได้ โดยที่ฤทธิ์ของมันไม่ตรงกับผลที่ปรากฏในฮัยเปอร์ทันชั่นที่พบในคนหรือในสัตว์ทดลอง ในที่สุดจึงทราบกันว่าสารที่เกี่ยวข้องของนค คือ "เรนิน" (Renin) สารนี้เป็นที่รู้จักกันมานานแล้ว ในปี ๑๘๘๘ Tigerstedt และ Bergmann (15) พบว่าน้ำสกัดจากไตปรกคมีฤทธิ์ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้นได้ และตั้งชื่อสารนั้นว่า "เรนิน" นักวิทยาศาสตร์ในสมัยนั้นส่วนมากไม่มีใครเข้าใจถึงความสำคัญของการค้นพบนี้ บางคนพยายามทำการทดลองตามแบบเดียวกันนั้นแต่ก็ไม่ไ้ผล ความสนใจในสารนี้บังเกิดขึ้นใหม่ในเวลาเกือบสี่สิบต่อมา เนื่องจาก

การทดลองของโกลด์บีลด์ที่กล่าวแล้ว ได้มีการแสดงว่าเรนินมีอยู่ในเลือดที่ไหลกลับจากไต (16) และไตที่ขาดเลือดหล่อเลี้ยงจะปล่อยเรนินมากขึ้น (17a,b,c.) Helmer และ Page (18) พบว่าเรนินที่ทำให้บริสุทธิ์แท้ ๆ ไม่มีฤทธิ์ดังกล่าว แต่ถ้าผสมกับโกลด์บีลด์ของพลาสมาหรือเซรัมจึงจะมีฤทธิ์ขึ้นใหม่ ข้อนี้ต่อมาได้มีการรายงานว่าสารที่มีฤทธิ์เพิ่มความดันเลือดนั้นเกิดจากการกระทำของเรนินต่อโกลด์บีลด์ของเซรัม ทั้งนี้จากงานของ Page และคณะ (19) ในสหรัฐอเมริกาและของ Braun-Mendez และคณะ (20) ในอาร์เจนตินา ซึ่งต่างพวกต่างทำ เพจเรียกสารที่เกิดขึ้นนั้นว่า "Angiotonin" ส่วนบราวน์-เมเน็นเดสเรียกว่า "Hypertensin" เขอกันว่าเรนินเป็นโปรเทอินและเป็นเอ็นไซม์ และสารเดิมที่ถูกเปลี่ยนเป็นฮัยเปอร์ทันชั่นนั้นตั้งชื่อว่า "Hypertensin precursor" หรือ "Hypertensinogen" สารนี้มีคุณสมบัติเป็นบีชีวโค โกลด์บีลด์ หรือ โปล์ เบียติก (21,22,23) เพจและเฮลเมอร์สังเกตว่าการอินคิวเบตเรนินกับฮัยเปอร์ทันชั่นนาน ๆ ทำให้ฮัยเปอร์ทันชั่นเสียไป Munoz (22) ให้ความเห็นว่าคงมีเอ็นไซม์อยู่อีกอย่าง

หนึ่ง และให้ชื่อว่า "ฮัยเปอ์เท็นซิเนส" เพาะและคณะลงความเห็นด้วยและตั้งชื่อใหม่ว่า "แองจิโอโทนิเนส" เพื่อให้คล้องจองกับชื่อแองจิโอโทนิน เอ็นซัยม์อย่างหลังนี้มีในเลือดคนและอาจจะสกัดได้จากอวัยวะต่าง ๆ การฉีดเวรินซ้ำ ๆ ทำให้ผลเพิ่มความดันเลือดคนน้อยลง ซ็อนเรียกว่า "tachyphylaxis" มีผู้พบว่าสารสกัดจากไตทำให้ฤทธิ์ของเวรินลดน้อยไป (23) หรือลดความดันเลือดคนในสุนัขที่เป็นฮัยเปอ์เท็นชัน (24) ซ็อนเชื่อว่าเพราะมีแอนติเอ็นซัยม์ซึ่งเรียกกันว่า "แอนติ-เวริน"

คงนอาจสรุปได้ว่า ไตที่ขาดเลือดหล่อเลี้ยงปล่อยเวรินออกมา ซึ่งเป็นเอ็นซัยม์และย่อยโปรตีนโคโคไลบิวลินให้เป็นฮัยเปอ์เท็นชันซึ่งทำให้เส้นเลือดบีบตัวและความดันเลือดขึ้น ในเลือดคนเอ็นซัยม์ฮัยเปอ์เท็นซิเนสซึ่งทำลายฮัยเปอ์เท็นชัน นอกจากนั้นในไตยังมีแอนติเวรินซึ่งคอยต่อต้านเวรินอีกด้วย

เรายังมีความรู้ในข้อที่ว่าเวรินเกิดขึ้นที่ไหนและอย่างไร เมื่อเส้นเลือดแดงใหญ่ของไตถูกบีบ เวนินก็เกิดขึ้น มีคนเข้าใจว่าเป็นผลของการที่ไตไซออก

ซิเจนน้อยไป แค่ว่าทดลองให้สุนัขที่เป็นฮัยเปอ์เท็นชันหายใจออกซิเจนบริสุทธิ์ก็ไม่ทำให้ความดันเลือดลดลง และให้หายใจคาร์บอนไดออกไซด์ (๑๐ เปอร์เซ็นต์) ก็ไม่ทำให้ความดันเพิ่มมากขึ้น เพาะและคณะคิดว่าการที่ "ความดันชีพจร" ในไตลดลงอาจเป็นเหตุก็ได้ แต่ซ็อนตกไปเพราะยังไม่เคยมีการพิสูจน์เลยว่า "ความดันชีพจร" นี้มีในกลอเมอรูลัสที่เกิดแท้จริงของเวรินเป็นปัญหาที่กำลังค้นคว้ากันอย่างแข็งขัน Goormaghtigh (25) พบว่าเซลล์ในกลุ่ม juxtaglomerular ของ vas efferens แลตดงฮัยเปอ์เปอเลซัยและมีการนวลเพิ่มมากขึ้นภายหลังยับเส้นเลือดแดงของไตในกระต่ายและสุนัข ซ็อนทำให้เห็นว่าส่วนนี้เป็นที่สร้างเวริน แต่นอกจากนี้ยังมีท่อนอกทมิซอสังเกดและการทดลองที่ชวนให้สงสัยทำนองเดียวกัน เช่นที่คอนวอลเต็คทวบลทั้งส่วนคันและส่วนปลาย เป็นต้น แต่ยังมีขาดหลักฐานสนับสนุนที่จะตัดสินให้แน่ลงไปอย่างใดอย่างหนึ่ง

กลไกเกี่ยวกับเวรินและฮัยเปอ์เท็นชันนี้ยังไม่ได้รับความเห็นร่วมของนักค้นคว้าทั้งหลาย ทง ๆ ทัศนะเหมือนจะมี

ข้อสันนิษฐานหลายประการ ออกเต็ม (12) เห็นว่าฮัยเปอรเท็นชันที่ทำงานนี้อาจเริ่มที่วัยรุ่นและฮัยเปอรเท็นชันก็ไ้ แต่แล้วกลไกทางประสาทที่รับช่วงในความสำคัญต่อไป ทงนี้อาศัยข้อสังเกตว่า จะพบเรนินไ้เฉพาะในระบะต้น ๆ ของฮัยเปอรเท็นชันประการหนึ่ง ก็เพราะการตัดไตที่ขาดเลือดออกเสียทำให้ความดันเลือดลดลงไ้เฉพาะเมื่อตัดในทอนแรกๆ เท่านั้น (6,26,27,28,29) แต่ก่อนนี้โกลด์บลิคต์เคยยืนยันแข็งขันว่าการตัดไตออกทั้งสองข้างไม่ทำให้เกิดฮัยเปอรเท็นชัน เพราะไม่มีอะไรจะสร้างเรนินขึ้น แต่ในเร็ว ๆ นี้ Grollmann, Muirhead และ Vanatta (30) อาศัย "ไตวิทยาศาสตร์" ที่สร้างคัตแปลงขึ้นจากวิเคิมของ Koff ได้สามารถเลี้ยงสุนัขที่ตัดไตออกหมดแล้วไว้ไ้เป็นเวลานานและไ้ผลว่าส่วนมากของสัตว์เหล่านั้นตายเพราะฮัยเปอรเท็นชันอย่างร้าย คณะนเชื่อว่าการมีความดันเลือดปรกติขึ้นอยู่กับการที่มเนอไตปรกติ และฮัยเปอรเท็นชันที่เกิดจากไตนี้เกิดจากความหมกสามารถของไตที่ระกัหาระกัยปรกติมากกว่าเพราะมีการปล่อยสารอะไรเช่นเรนินออกมา ไ้ทำ

อย่างไรยังไม่มีหลักฐานอะไรที่จะบอกไ้ถึงแม้ว่าจะไ้มีการทดลองกันควาอยู่หลายคานก็ตาม (31, 32.) ฐานของความรู้ในขณะนี้อาจทราบไ้ค้จากคำกล่าวของเพทอไปน (32) "เพ็งเร็ว ๆ นี้เองที่เราไ้เริ่มเห็นความสำคัญของความฮัยชันเกี่ยวกับสารเพิ่มและลดความดันในระบะของเลือดและข้ามพันความทอของวิคศึกษาที่เราไ้ใช้เมื่อประมาณสิบปีมาแล้ว แม้ว่าผู้ร่วมงานของเราจะพยายามอยู่ยงอย่างไรก็ตามเราก้ต้องยอมรับว่าเป็นค้อยกว่าคตยที่ฮัยชันของสารที่แสดงฤทธิ์ต่อเส้นเลือดและการกระทำของมันร่วมกับปฏิกิริยาของหลอดเลือดซึ่งเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ไ้เป็นแต่เพียงส่วนหนึ่งในความสัมพันธ์ทงน และถึงแม้จะมีความสำคัญมาก แต่ก้ไม่เป็นการสมควรที่จะยกให้เขนเอกแต่อย่างเคียวโดยไม่คำนึงถึงตัวประกอบอื่น ๆ ที่มีส่วนควบคุมด้วย"

ข้อสำคัญอีกประการหนึ่ง คือการเปรียบเทียบระหว่างฮัยเปอรเท็นชันตามธรรมชาติกับทมนุญทำขึ้น เช่นการสมควรที่จะบันทึกความเห็นของโกลด์บลิคต์ไว้ก่อนเพอน เขากล่าวว่า (10) "การที่มความคล้ายคลึงหลายประการระหว่าง

กระบวนการหรือสารสองอย่างไม่จำเป็น จะต้องเป็นการพิสูจน์ว่าทั้งสองนั้นเป็นอัน เกี่ยวกัน แต่ข้าพเจ้าเชื่อว่ารีแนลซียเปอร์ เทนชันที่ทดลองทำขงนั้นมี ลักษณะคล้าย กัยซียเปอร์เทนชันในมนุษย์หลายประการ อย่างใกล้เคียงมาก จนกระทั่งเป็นการสม ควรที่จะยกความเห็นที่เฮลเซนเซียลซีย เพอร์เทนชันในคนอาจมีต้นเหตุมาจากไตก็ได้ อย่างน้อยสำหรับในขณะนี้” บราวน์- เมเนนเคสและผู้ร่วมงานของเขา ก็เห็น เช่นเดียวกัน ความเห็นดังกล่าวนี้อาศัย ความเหมือนกันใน ระหว่างสอง อย่างนี้ คือในซียเปอร์เทนชันทั้งสองนั้นหัวใจทำ งานมากจน ความหนักของเลือดปรกติ ในระยะร้ายมีลักษณะพยาธิเกิดขึ้นในเส้น เลือด ความดันเลือดเพิ่มตามน้ำหนัก ตัวและลดตามการจำกัดเลือด และทั้ง สองอย่างแสดงผลต่อการ รักษาทำนอง เกี่ยวกัน อย่างไรก็ดียังมีอีกหลายคนที่ยัง รมักระวังตัวไม่ยอมแสดงความเห็นออก

มา ผู้ที่เชื่อถือไตโดยมากเห็นต้อกัน ว่า ลักษณะ เหมือนรีแนลซียเปอร์ เทนชันอย่างแท้จริงพบได้ใน คนไข้ที่มีการ ชักขวาง หลอด เลือดแดง วิเนล โดยเส้น เลือดแข็ง(ฮาร์เตอร์ไอสเคเลอโรซิส) และ เนื้องอก (Wilm's tumour) กตหลอดเลือด กลไกเรเนน-ซียเปอร์เทนชันนั้นเชื่อว่ามีส่วนช่วยในโรคไตอีกเสบยี่จุนันและ ทอดซึมเยื่อในระหว่างครรภ์ แต่ก็ยังเชื่อกันว่าเฮลเซนเซียลซียเปอร์เทนชันเป็น อีกโรคหนึ่งต่างหาก จากที่กล่าวแล้ว และยังไม่มีการเข้าใจที่ ถึงแม้จะยอมรับ เขาว่ากลไกชีวมอราลมีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ แล้ว แต่ก็คงยังมีข้ออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อีกด้วย เช่นการบีบและขยายของเส้น เลือดอันเกิดจากสมอง ประสาท และ ต้นเหตุในตำแหน่งนั้นเอง Bradley กล่าวว่า “เรามีความรู้น้อยเกินไปที่จะยก ความสำคัญขอดีให้แก่แฟคเตอร์ชนิด หนึ่งข้อใดในเรื่องนี้”(33)

เอกสาร

1. Forster: Am. J. Physiol., 139, 347, 1943.
2. Griffith, Jeffers and Lindauer: Am. J. Physiol., 113, 285, 1935.
3. Heymans: New England J. Med., 219, 154, 1938.
4. Kremer, Wright and Scarf: Brit. J. Exp. Path., 14, 281, 1933.
5. Grimson: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 42, 219, 1940.
6. Goldblatt, Lynch, Hanzal and Summerville: J. Exp. Med., 59, 347, 1934.
7. Page: J. Mt. Sinai Hosp., 8, 3, 1941.
8. Wiggers: Physiol. in Health and Disease, 4th ed., 1944.
9. Hollmann and Page: Am. Heart J., 16, 321, 1938.
10. Goldblatt: Am. J. Med., 1, 100, 1948.
11. Page: J.A.M.A., 113, 2046, 1939.
12. Ogden: Texas Rep. Biol. and Med., 2, 345, 1944.
13. Anderson, Page, Li and Ogden: Am. J. Physiol., 141, 393, 1944.
14. Taquini: Am. Heart J., 19, 513, 1940.
15. Tigerstedt and Bergmann: Skand. Arch. f. Physiol., 8, 223, 1893.
16. Fasciola et al: J. Physiol., 94, 281, 1938.
17. a. Prinzmetal and Friedman: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 35, 122, 1936.
b. Williams and Grossman: Am. J. Physiol., 123, 364, 1938.
- c. Friedman et al: Am. J. Physiol., 124, 285, 1938.
18. Helmer and Page: J. Biol. Chem., 127, 757, 1929.
19. Page and Helmer: Cent. Soc. Clin. Res., 12, 17, 1939.
J. Exp. Med., 71, 29, 1940.
20. Braun-Menendez et al: Rev. Soc. Arg. de Biol., 15, 401, 1939.
21. Page and Helmer: Am. J. Physiol., 129, 435, 1940.
22. Munoz et al: Am. J. Med. Sc., 200, 608, 1940.
23. Harrison, Grollman and Williams: Am. J. Physiol., 128, 716, 1940.
24. Page et al: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 43, 722, 1940.
25. Goormaghtigh: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 42, 688, 1939.
26. Blalock and Levy: Ann. Surg., 106, 826, 1937.
27. Rodbard and Katz: Am. J. Med. Sc., 198, 602, 1939.
28. Wilson and Byrom: Lancet, 1, 136, 1939.
29. Grollman: Am. J. Physiol., 142, 666, 1944.
30. Grollman, Muirhead and Vantatta: Am. J. Physiol., 156, 443, 1949.
31. Page and Corcoran: Arterial Hypertension, Its Diagnosis and Treatment, 1949.
32. Page: J.A.M.A., 140, 451, 1949.
33. Bradley: Am. J. Med., 4, 398, 1948.

(Abstract of the preceding article)

EXPERIMENTAL RENAL HYPERTENSION

A Review of Literature

Mongol Suebsaeng

M. B.

(Dept. of Internal Medicine)

After a general outline of the present state of knowledge regarding essential hypertension and the possibilities of its experimental production, the author takes up the epochal works of Goldblatt and associates which led to the renal ischemic theory of etiology. Similarities and differences between the clinical and experimental conditions are pointed out. Possible mechanisms in the pathogenesis of renal hypertension, viz. neurogenic,

endocrinogenic and humoral factors, are expounded fully with evidences for and against each. The possible rôles of renin and of hypertensin are considered in detail. The author ends up with a recital of Goldblatt's views on the possible renal origin of human hypertension, and a quotation from Bradley: "Too little is known to assign preëminence to any one factor in this process."

(Thirty-three references)

สมุดรวมเรื่องวิชาการ

หนังสือเล่มนี้กำลังอยู่ในระหว่างจัดพิมพ์ ทางสำนักงานต้องการให้
ท่านผู้สั่งของ ได้หนังสือเล่มนี้ไป ด้วยความถูกต้องและประหยัด ดังนั้น
กำหนดการพิมพ์เสร็จ จึงอยู่ในราวเดือนพฤศจิกายน หากท่านผู้สั่งของ
ต้องการให้ทำปกแข็ง โปรดส่งเงินเพิ่มอีก ๑๕ บาท. ภายในเดือนนั้น.

บทบรรณาธิการ

ศิริราชระลึก*

๓. พระอาจารย์ทศยาคม

เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๑๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๙๓ ได้มีการประกอบพิธีปลงศพบุคคลผู้หนึ่งซึ่งชาวไทย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวงการแพทย์, สมควรจะทำไว้ตลอดไปในฐานที่ได้มีส่วนสำคัญยิ่งในการวางรากฐานโรงเรียนแพทย์แห่งแรกของประเทศ. ท่านผู้นั้นคือ อามาศย์เอก พระอาจารย์ทศยาคม, นามเดิม ยอร์ชแบรดเลย์แมคฟาแลนด์แห่งสกอตซึ่งได้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความเจริญแผนใหม่ ของประเทศไทย หลายแนวในระยะเวลาที่ห่างไกลถึงสี่สิบปีมาแล้ว.

เทียบได้กับการดำเนินชีวิตของท่านผู้นั้น, พิธีปลงศพของท่านเป็นพิธีที่แปลกและจริงใจอย่างยิ่ง. ท่านได้ตั้งแก่กรรม

และศพของท่าน ได้ถูก บรรจุ ไว้ในสุสานแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่าเจ็ดปี, แต่ได้มีคนมากกระทำพิธีกันใหม่อีก ครองหนึ่ง เพื่อให้เป็นการสมเกียรติ. ท่านเป็นคริสต ศาสนิกชน ผู้เคร่ง และเคยมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ศาสนาอย่างมาก, แต่พิธีไว้อาลัยครั้งสุดท้ายมิได้กระทำในสุสานคริสต์, หากแต่กระทำ ณ เมรุวัดเทพศิรินทราวาส, กรุงเทพฯ, ซึ่งรู้กันอยู่ว่าเบ็ดเตล็ดเพราะศพผู้มีฐานะพิเศษเท่านั้น. ยิ่งกว่านั้นเมื่อเสร็จพิธีทาง คริสตศาสนาแล้วศพของท่านก็ได้ถูกเชิญขึ้นปลงบนเชิงตะกอนตามแบบพุทธ, เพียบพร้อมด้วยการประดับประดาแบบไทย, ครบครันจนแม้พิณพาทย์วงใหญ่, ฆาคอยกี่แต่พิธีสงฆ์เท่านั้น. ผู้ไปให้เกียรติครั้งสุดท้าย

* "ศิริราชระลึก" เป็นบทความชุด เกี่ยวกับประวัติของบุคคลในบัจจุบันและอดีต ที่ได้กระทำคุณงามความดีไว้แก่ศิริราช อันสมควรแก่การเทอดทูน เพื่อเป็นตัวอย่างอันดีงามแก่ชนรุ่นต่อไป.

แต่ท่านผู้มรณะมีจำนวนมากหลาย, นับตั้งแต่พระบรมวงศานุวงศ์ลงมาจนถึงข้าราชการผู้ใหญ่, นักศึกษาและพ่อค้าประชาชน. แทบจะไม่ต้องกล่าวว่ในจำนวนนั้นมแพทย์เป็นอันมาก, ซึ่งส่วนใหญ่เป็นศิษย์ของท่านผู้มรณะ. บางคนผมชาวต่างชาติและต้องพึ่งไม้เท้าแล้วก็ไม่ยอมละเลยท่านอาจารย์ในวาระสุดท้าย. คณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, อันเป็นสถานที่ซึ่งเคยได้รับประโยชน์ยิ่งใหญ่มากจากการบำเพ็ญของท่าน, ปรากฏอยู่พร้อมหน้า, รวมทั้งอาจารย์และแพทย์รุ่นหลัง ๆ หลายนายที่ไม่ทันได้เรียนกับท่าน, แต่ตั้งใจไปด้วยความนิยมในคุณลภกิจที่ท่านได้ประกอบไว้ให้แก่โรงเรียนแพทย์. นักศึกษาแพทย์หญิงชายและนางพยาบาลแห่งศิริราชจำนวนหนึ่งก็ได้ไปตั้งแถว, เป็นตัวแทนของคณะนักเรียนซึ่งสืบสายมาจากนักเรียนรุ่นสามสี่สมัยก่อนโน้น, ซึ่งท่านได้ใช้ทั้งพระเดชและพระคุณกล่อมเกลามาให้มีใจรักและถึงกลัวไม่รู้เสื่อมคลาย. ท่านได้ออกจากโรงเรียนแพทย์ไปนับได้เกือบยี่สิบห้าแล้ว, แต่เกียรติคุณของท่านยัง

ปรากฏหลักฐานอยู่, และโรงเรียนแพทย์ยังหาลืมท่านไม่.

ยอร์ชแบรคเลย์แมคฟาร์แลนด์เกิดในกรุงเทพฯ, เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ค.ศ. ๑๘๖๘, นับได้แปดสิบสองขวบแล้ว. ท่านเป็นบุตรเรเวอเรนต์ เอส. จี. แมคฟาร์แลนด์และภรรยาซึ่งได้เดินทางไปอ้อมโลกมาจากสหรัฐอเมริกาเพื่อยำเพ็ญชีวิตอันเป็นประโยชน์ยิ่งในประเทศไทยและได้มาถึงกรุงเทพฯ ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๘๖๐. ยอร์ชเคียโตชนในจังหวัดเพชรบุรีซึ่งเป็นแหล่งที่ท่านบิดาไปตั้งสำนักสอนศาสนาและหว่านพืชผลแห่งความเจริญไว้หลายต่อหลายอย่าง⁽¹⁾. ใน ค.ศ. ๑๘๗๗ ท่านได้เดินทางไปเยือนสหรัฐอเมริกาเป็นครั้งแรกพร้อมกับบิดามารดาและพี่น้อง, และได้กลับมาอีกในปี ๑๘๗๙, เพื่อกลับไปประจำสำนักเดิมที่เพชรบุรี. ท่านได้รศึกษาค้นคว้าอบรมของตนจากบิดาและมารดาทางสัน, ซึ่งต้องนับว่าเป็นที่ลุ่มบรมอย่างยิ่ง, เพราะมีทั้งการเล่าเรียนเขียนอ่านและการปฏิบัติในค่าน้ำอาชีพ, ซึ่งได้มีผลแนะแนวทางและให้ประโยชน์จริงจริงในชีวิตภายหลังของท่าน, อาทิเช่นการ

(1) ประวัติของสกุลแมคฟาร์แลนด์ในสยาม โดย ยอร์ช บี. แมคฟาร์แลนด์ พิมพ์ในงานพระราชทานเพลิงศพอำมาตย์เอก พระอาจารย์ทศยม ๑๑ พฤษภาคม ๒๔๘๓.

แจกและ จำหน่าย ยา วิชาโรค และงานพิมพ์หนังสือเป็นต้น. คุณสมบัตินี้คือประการหนึ่งที่น่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในงานของท่านในเวลาต่อมาคือความรอบรู้ในภาษาไทย, ซึ่งไม่เป็นการเกินความจริงเลยที่จะกล่าวว่าท่านรู้ดีและลึกซึ้งกว่าคนไทยจำนวนไม่น้อย.

ในปี ๑๘๗๘ ท่านบิดาได้ย้ายกลับเข้ามากรุงเทพฯ เพื่อจัดตั้งและทำหน้าที่เป็นอาจารย์ใหญ่โรงเรียนสวนอนันต์ตามพระราชประสงค์ของสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง, นับเป็นโรงเรียนหลวงที่ทันสมัยโรงเรียนแรก. ยอร์ชแมคฟาร์แลนด์ได้เรียนจนจบหลักสูตรที่โรงเรียนนี้ในปี ๑๘๘๓. ในระหว่างเรียนนั้นท่านได้เคยช่วยท่านบิดาทำการสอนไปบ้าง, นับเป็นการฝึกหัดที่มีประโยชน์ยิ่งในอาชีพอาจารย์ในภายหลัง. ในปี ๑๘๘๔ ท่านได้เดินทางไปเข้าเรียนต่อ ณ มหาวิทยาลัยวอชิงตันและเจฟเฟอร์สัน, ในรัฐเพนซิลเวเนีย, และในปี ๑๘๘๐ ได้รับปริญญา เอ็ม. ดี. จากเวสเทิร์นเมดิกคอลคอลเลจ. ในข้อมไปท่านไปเรียนวิชาศัลยกรรมเพิ่มเติมที่บัลติมอร์คอลเลจ, พร้อมกับเรียนวิชาทันตแพทย์ด้วย, ซึ่งยังผลให้ท่านได้รับปริญญา

ญา คี. ดี. เอส., และสามารถกลับมาทำเนิอาชีพทางแพทย์ฟันได้อย่างรุ่งเรือง.

ในวันที่ ๑ มกราคม ค.ศ. ๑๘๘๒ (พ.ศ. ๒๔๓๕) ท่านได้เริ่มเข้ารับราชการในโรงพยาบาลศิริราช, ในตำแหน่งนายแพทย์ใหญ่และอาจารย์สอนนักเรียนแพทย์, ตามสัญญาที่โคกระทำให้กับนายแพทย์ ที. เซวาร์ตเฮสต์ซึ่งแต่อยู่ในอเมริกา. โรงพยาบาลศิริราชได้ใช้รับคนไข้, โดยพระบรมราชโองการของพระบาทสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง, ประมาณสี่ปีก่อนหน้านั้น (๒๖ เมษายน ๒๔๓๑), และโรงเรียนแพทย์ได้เริ่มรับนักเรียนในปีต่อมา (พฤษภาคม ๒๔๓๒). ภาวะเป็นอยู่ของโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ในสมัยที่ท่านนายแพทย์ยอร์ชแมคฟาร์แลนด์เข้ารับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นนั้นเป็นอย่างไร, จะเห็นได้จากถ้อยคำบรรยายของท่านเอง^(๑) ดังต่อไปนี้: “ประวัติของกัน ๆ ของศิริราชพยาบาลและโรงเรียนราชแพทยาลัยกระโผลกกระเผลกเต็มที. ยาฝรั่งยังไม่แพร่หลายและเป็นที่ไวใจในเมืองไทย. โรงพยาบาลศิริราชดำเนินไปได้ก็เพราะยอมให้คนไข้เลือกการรักษาตามใจ, จะเป็นยาไทยหรือฝรั่งก็ได้. ไม่

มีหมอสัมัยไหนต้องแข่งขันกันเหมือนสมัย
นั้น. หมอไทยก็ต่อสู้เพื่อสรรพคุณของ
ยาไทยและวิธีรักษาของเขา. ผู้ที่ไ้รับ
การศึกษาศัมัยใหม่ก็เชื่อมั่นในยาและวิธี
การของแผนตะวันตก. เป็นการต่อสู้กัน
อย่างน่าอึดหนาระอาใจ. ว่าถึงฐานะของ
โรงพยาบาล; เครื่องใช้ไม่สรอยกขาด
ยิปาดะและไม่พอใช้. ห้องพยาบาลก็ม
ก้วยจาก. เครื่องมือผ่าตัดก็น้อยเต็มที.
ทำหรัยตำราจะศึกษาจะค้นคว้าก็มีเท่าที่
บันทึกอยู่ในสมุดปกของหมอหนุ่มผู้ไม่เคย
งาน. นั้แหละการก่อร่างสร้างตัวแท้. นัก
เรียนแพทยศัมัยนั้นเป็นคนที่มีศอบครว
แล้ว, ต้องจ้างมาเรียนด้วยเงินเดือน ๆ ละ
๑๒ บาท. ข้าพเจ้าเองก็ไ้รับอย่างงาม
ถึงเดือนละ ๓๒๐ บาท. หากว่าเมื่อใดก็
เคยไ้รับการอบรมมาเป็นอย่างคิในโรง
กระเหม็ดกระแหม่มีชัยสถ์, จึงทำให้ข้าพ
เจ้าทำงาน อยู่ไ้ในตำแหน่งอันทรูหรา,
เช่นทงแพทย์ผ่าตัด, ทงคณบดีแห่งแพท
ยาลัย, และผู้จัดการโรงพยาบาลและโรง
เรียน, ตำแหน่งมากอย่างน่าปลื้มใจ, แต่

อย่างอนน้อยเต็มที.
เมื่อเปิดโรงเรียนแพทยศักรวแรกนั้นมี
ผู้สมัครเข้าเรียน ๔๐ คน, แต่พอเรียนไป
ไ้ไ้เล็กน้อยก็ค่อย ๆ หายหน้าไป, จนเมื่อ
มีการสอบไ้วันแรกใน พ.ศ. ๒๔๓๕ นั้น
เหลือเพียง ๑๕ คนเท่านั้น, และในจำนวน
นั้นสอบไ้คะแนนเป็นชั้นสูง ๑ นาย, ชั้น
สามัญ ๘ นาย, รวม ๙ นาย.(๒) ในขั้หลัง
ทางการไ้กำหนดศรัยนักเรียนรุ่นละยี่สิบ
คน, แต่ก็มีนักมีสมัครไม่ไ้ใคร่ศรัยจำนวน.
ทเบนตงนักเพราะความยากลำบากในการ
เรียน ย่าง และเพราะความไม่แน่นอนใน
อนาคตย่าง. คุณหลวงวิมเนศประสิทธิ์
วิทย์, นักเรียนแพทย์รุ่นแรกคนหนึ่ง, บันทึก
ไว้ว่า: “.....คราวแรกมีผู้สมัครฟัง
การสอนและศการผ่าตัดก็เกือบ ๔๐ นาย,
และวันเรียนต่อไปก็ลดน้อยลงไปทุก ๆ วัน,
ข่นว่าการเป็นหมอสถปรกมากนัก, มี
อาจารย์สอนให้ศรจแผล มะเร็ง ค้วยนิ้ว
มือแลฟังภาษาไม่เข้าใจจึงพากันเลิกถ่ม
ไป.....”(๓) คุณพระอาจวิทยาคุณมเล่าถึง
ความยากลำบากตอนนั้นไว้ว่า “ผู้ศึกษาใน

(๒) แจ้งความกระทรวงธรรมการ แผนกรมพยาบาล วันที่ ๒ พฤษภาคม ร.ศ. ๑๑๒ (พ.ศ. ๒๔๓๖)
คัดจากเวชนิสสิต ฉบับฉลองห้าสิบปี พ.ศ. ๒๔๘๒.
(๓) จากเวชนิสสิตฉบับฉลองห้าสิบปี พ.ศ. ๒๔๘๒.

สมัยนั้นมีความรู้เต็มคำมาก, ไม่สามารถอ่านตำราต่างประเทศออกเลย. พินเดิมของเขามาจากชาวนา, ชาวสวน, เป็นผู้หาเลี้ยงชีพในทางค้าขาย.....มีความรู้หนังสือไทยพออ่านออกเขียนได้ก็ใช้ได้...นักเรียนในสมัยนั้นมักจะตั้งคำถามๆ ขำๆ ขำๆ เสมอ ๆ ว่าจะใช้วิชาที่ได้เรียนไปแล้วนั้นให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไร, จะหาเลี้ยงชีพโดยผ่านตำรายาไทยและศึกษาค้นคว้าความนิยมของชนชาวไทยในเวลานั้นสำเร็จไปได้หรือไม่. นักเรียนเหล่านั้นเกรงว่าเรียนสำเร็จไปแล้วจะไม่มีประโยชน์, จะหาเลี้ยงชีพไม่ได้.”(3)

ในค้ำนโรงพยาบาล, ท่านนายแพทย์แมคฟาร์แลนด์ยังพขอปลสรคอีกหลายประการ. นอกจากในเรื่องสถานที่ตั้งยังไม่ถูกแบบแผนแล้ว, ยังมีเรื่องผู้ช่วยและของใช้ขาดแคลนอีกด้วย. สมัยแรกนั้นยังไม่มีการอบรมนางพยาบาล, มีแต่คนรับจ้างเฝ้าคนไข้. ต่อในปี พ.ศ. ๒๔๕๓ จึงเริ่มการสอนนางพยาบาลขึ้น, แต่คุณภาพก็ทำเป็นที่น่าพอใจนักไม่. คุณพระอาจารย์วิชาคมเล่าว่า “นางพยาบาลไม่ได้รับการฝึกหัดอย่างสมัยนี้เลย. เขาไม่มีความรู้ในเรื่องความสะอาด (อะเซปติส)

มากนัก. เขาขาดความชำนาญในการพยาบาลโดยแท้. เวลากลางวันมีคนพยาบาลเฝ้าไข้อยู่, แต่ก็ไว้ใจไม่ได้. ฉะนั้นการผ่าตัดที่สำคัญๆ ขำๆ ขำๆ ก็ต้องเป็นผู้ทำ, เป็นผู้พยาบาลตลอดไปจนกว่าจะพ้นระยะอันตรายของคนไข้. นางพยาบาลไม่ได้รับรู้ถึงความสำคัญที่จะปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์โดยเคร่งครัด.” ในค้ำนเครื่องใช้และผู้ช่วยฐานะก็เป็นที่น่ากลุ้มใจมาก. ท่านบันทึกไว้ว่า “เวลานั้นงบประมาณค่ายาให้ใช้จ่ายเพียงเดือนละ ๑๐๐ บาท, และต่อมาได้ให้เพิ่มขึ้นอีกปีละ ๕๐ บาท. การขาดเครื่องอุปกรณนั้นทำให้ข้าพเจ้าลำบากมาก, เพราะไม่มีพอแก่ความต้องการของคนไข้, และถ้าเมื่อคนไข้มาแล้วจะบอกว่าไม่มีเครื่องมือพอก็ยากที่จะพูดได้. ฉะนั้นโดยมากจึงจำต้องหาเครื่องมือที่มออยู่ณนฤไปตามกำลัง. ขำๆ ขำๆ ก็ต้องทำทุกอย่าง, ไม่เหมือนสมัยนี้การศึกษาได้แข่งขันกันไปเป็นแผนกๆ, เช่นแผนกหู, ตา, กระจก, ผิวหนัง ฯลฯ ในสมัยนั้นทำคนเดียว. เมื่อข้าพเจ้าไม่รู้และทำไม่ได้, คนอื่นก็ไม่รู้และทำไม่ได้เหมือนกัน. จะเห็นหน้าตาที่ปรึกษาไม่ได้เลย.” น่าเห็นใจท่านอาจารย์ที่ต้องปลูก

ปีลาเกือบทุกๆ ทางด้วยคนคนเดียว. แม้ในทุกวันนี้ความไม่สมส่วนและขาดแคลนทำนองเดียวกับสมัยของท่านก็มีอยู่ไม่น้อย, เว้นแต่ว่าเดี๋ยวนี้มีคนทำงานหลายต่อหลายคน, ใ้แบ่งเบาความมกตักถล่มเคลียดกันไปเสียบ้าง, สถานะการณจึงอยู่ในภาวะที่พอทนได้และดูเ็นๆ ก็คล้ายจะดีกว่าในสมัยก่อน, โดยนะเพราะอย่างยิ่งถ้าเราไม่เปรียบกับที่ในต่างประเทศ.

กิจข้อแรกของท่านนายแพทย์หนุ่มแมคฟาร์แลนด์, ซึ่งต้องนับว่าเป็นบุญคุณใหญ่อิ่งต่อศิริราช, คือการปรับปรุงระเบียบและวิธีการทั้งในค้ำโรงพยาบาลและโรงเรียน, ซึ่งยังผลความก้าวหน้าทั้งในการสอนและการพยาบาล. ความจริงข้อนี้ยืนยันได้จากศิษย์ของท่านหลายต่อหลายรุ่นซึ่งแม้ในเวลาสี่สิบกว่าปีที่ต่อมา, ก็ยังไม่ล้มการเปลี่ยนไปในทางที่ที่ท่านได้กระทำให้เกิดขึ้น. คุณหลวงไตรภพชยานการ (ศิษย์รุ่น ๒๕๕๗) บันทึกไว้ว่า "เมื่อได้พุดถึงการแพทย์ในสมัยนั้นแล้ว, เห็นว่าวิชาที่เรียนจะไม่ละเอียดและสูงเหมือนสมัยนี้, ก็เพราะด้วยหาคำที่ทักและตั้งใจ สั่งสอนได้ยาก. เท่าที่ข้าพเจ้ารู้สึกในเวลานั้น, เห็นว่าคุณพระอาจารย์วิทยาคมเป็นคนที่มีความ

ตั้งใจที่ผู้หนึ่งในการสอดส่องแสวงหาความรู้มาเพิ่มเติมให้เสมอ."(3) คุณหมอบางกัญจนารัตน์ (ศิษย์รุ่น ๒๕๖๕) มีความพอใจว่า "รุ่นเรายังได้ทันเรียนกับคุณพระอาจารย์วิทยาคม, บรมครูของนักเรียนแพทย์, และยิ่งจำความเมตตากรุณาที่ท่านมีต่อนักเรียนแพทย์อยู่จนกระทั่งบัดนี้"(3) ในวันปลงศพท่านที่วัดเทพศิรินทร์ก็มีศิษย์รุ่นอาวุโสหลายท่านนั่งพรรณาถึงความพยายามของท่านอาจารย์ที่จะเพิ่มเติมความรู้ให้แก่ศิษย์อยู่เสมอๆ, แม้กระทั่งจัดการสอนพิเศษในเวลากลางคืน. นอกจากเอาใจใส่ในค้ำนการเรียนแล้วท่านยังสนใจถึงในเรื่องส่วนตัวและหมู่คณะของนักเรียนด้วย. มีเรื่องเล่ากันอยู่ว่าคราวหนึ่งนักเรียนแพทย์เกิดไม่ลงรอยกับพวกนักเลงบ้านขมน. นักเรียนกลุ่มหนึ่งไปเที่ยวและถูกรังแก, ต้องล่าถอยกลับเข้าโรงเรียนเพราะกำลังน้อยกว่า; แต่ในเวลาติดต่อกันนั้นเองก็ยกขบวนกลับออกไปใหม่และปราบพวกนักเลงเสียราบเรียบ. เล่ากันว่าหัวโจกที่ถือไม้พลองนำหน้าไปในครั้งหลังนั้นคือตัวคุณพระอาจารย์เองทีเดียว. เรื่องนี้จะเท็จจริงเพียงใดไม่สามารถจะยืนยันได้, แต่เป็นเรื่องที่เล่าติดปากกัน

อยู่ด้วยความชื่นชมในหมู่ศิษย์ของท่าน, และวัยฟั่งกันมาหลายต่อหลายวัน. ในสมัยนี้อาจฟังเป็นเรื่องพิสดารก็ออกอยู่สักหน่อยที่ศาสตราจารย์และคณบดีโรงเรียนแพทย์จะนำที่ปรึกษาไปต่อดังค์พวกหัวไม้; แต่ในสมัยที่สับสนว่าขึ้นมาแล้วคนเราอยู่ได้ด้วยกรรวมเป็นกลุ่มก้อน, และจะปรายนิกเลงไถ่แท้ที่สุดก็โดยวิถีของนิกเลงท่านั้น.

ในสมัยที่ คุณ พระอาจ ฯ เริ่มเข้ารับราชการในศิรราชนั้น, การสอนนักเรียนแพทย์ตามแผนปัจจุบันส่วนใหญ่ตกเป็นภาระของท่าน, ในฐานะที่เป็นผู้อำนวยการเรียนและเป็นอาจารย์ฝรั่งประจำอยู่คนเดียว, และคงจะไม่เกินความจริงที่จะกล่าวว่าเป็นผู้ที่ได้สำเร็จการศึกษาวิชาแพทย์หรือมากกว่าผู้อื่น ๆ ในขณะนั้นด้วย. นอกจากทำการสอนในห้องรักษาในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว, ก็ยังได้สอนทฤษฎีอีกในวิชากายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, โอสถสารวิทยาและคัลยศาสตร์. การสอนวิชาแปลกๆ ต่างๆ กันถึงสี่วิชาเช่นนี้เข็นงานหนักอย่างไม่ต้องสงสัย, และยิ่งยากขึ้นไปอีกเพราะนักเรียนสมัยนั้นมีความรู้ภาษาอังกฤษไม่

เพียงพอที่จะอ่านตำราและต้องใช้วิธีจดตามคำบอก. อาจารย์ชาวต่างประเทศที่จ้างมาช่วยก็ต้องสอนเป็นภาษาไทย. ในชั้นที่คุณพระอาจ ฯ ทำประโยชน์ได้มากเป็นพิเศษกว่าอาจารย์ฝรั่งอื่น ๆ เพราะท่านรู้ภาษาไทยดีอย่างสมบูรณ์. หลวงพหมานมานิต (แยม ชะนะนันท์), ศิษย์รุ่น ๒๔๕๐ ซึ่งถึงแก่กรรมไปเมื่อยกปลายนี้เอง, บันทึกความจำไว้ดังนี้: “ปีที่หนึ่งหัดฟังเล็กเซอร์. การที่ต้องหัดฟังเพราะครูสอนพูดเป็นภาษาไทยล้วน, และพูดไม่ชัด, เช่น “กรคคินประสือ” พูดเป็น “กรคคินประสือ,” “กรคค” พูดเป็น “กรคค” แรก ๆ ฟังจะไม่รู้เรื่องกันเลย. นักเรียนที่รู้ภาษาอังกฤษก็น้อย. นักเรียนที่อาศัยหมออาคัมชันและหมอฮอร์ชเป็นหลัก; เพราะพูดภาษาไทยชัด. ถ้าไม่ทั้งสองท่านนี้แล้วจะลำบากมาก”(๓) คุณหลวงบริบาลเวชกิจ (ศิษย์รุ่น ๒๔๕๑) เขียนไว้ว่า “การสอนในเวลานั้นใช้ภาษาไทย. นักเรียนต้องจดข้อสอนแล้วเรียบเรียงเป็นตำราไว้. คุณพระอาจวิทยาคุณ (พระอาจารย์ฮอร์ช แมคฟาร์แลนค์) และพระบิชอปสรวโรค (หมออาคัมชัน) สอนเข้าใจง่าย, สทวทแก่การ

จก, เพราะท่านรู้ภาษาไทยก็เท่า, หรือ
บางอย่างก็คิดว่าพวกเรา. ครั้นถึงเวลา
ที่หมอเฮล์, หมอวอคเตอร์, หมอเฟอร์
แนนคิส, หมอทอยสตัน, นักเรียนที่เข้า
ใหม่บางคนเวลานั่งฟังเล็คเชอร์แทบหมก
สติ, บางคนหลับเลย, เพราะสำเนียงที่
ท่านพูดแปร่ง ๆ และเร็ว.”(3)

คุณพระอาจ ๑ ได้ใช้ความพยายาม
อย่างมากมายที่จะสร้างตำราขึ้นไว้ให้ศิษย์
ของท่าน. ท่านเขียนไว้เองว่า “เกี่ยวกับ
ตำราที่สอนนักเรียนแพทย์นั้นข้าพเจ้าได้
แบ่งเป็นสามยุคด้วยกันคือ: ยุคที่ ๑
เป็นยุคที่บอกให้นักเรียนจดคำสอนจากคำ
อธิบายของหัวข้อที่ข้าพเจ้าเตรียมมาไว้.
ให้นักเรียนเขียนความที่ออกไปนั้นทุก ๆ คำ
.....นักเรียนจะได้ ไปก็ต่ออาศัยความ
เพียรของตนเอง. และบางครั้งก็ยอมจะ
ทุกเอก, โท, “ไม่” หรือ “ใด” บ้าง.....
ต้องการ ทบ ทวน กัน อีก ตั้งแต่ต้นจนจบ
อย่างน้อยก็สัปดาห์ละครั้ง.....ยุคที่ ๒
.....นักเรียนแพทย์ได้มีตำราเป็นภาษาไทย
คั้น, โดยข้าพเจ้าได้จัดพิมพ์กระดาษ
ตำราแจก (มีมีโอกราฟ). ข้าพเจ้าได้
ตรวจข้อความที่ส่งลงในกระดาษขึง
แล้วอัดสำเนาทำออกเป็นชุด ๆ.....แล้ว

แจกให้นักเรียน.....ยุคที่ ๓. ยุคนี้เป็น
สมัยที่ใช้ตำราที่จัดพิมพ์ขึ้น, เพราะเห็น
ว่าตำราที่ทำขึ้น โดยเครื่องอัดสำเนานั้น
ไม่คอยจะเรียบร้อยหลายอย่างจึงคิดตำรา
คัมภีร์.....” (3) ในอีกแห่งหนึ่ง

(1) ท่านเล่าว่า “ข้าพเจ้าขอร้องให้รัฐ-
บาลช่วยลงทุนพิมพ์ตำรา, แต่เปล่า
ประโยชน์, เพราะเจ้าหน้าที่ไม่มีใครมี
ความรู้พอที่จะบอกได้ว่าตำราของข้าพเจ้า
ดีหรือไม่ดี. เขาสนับสนุนไม่ได้. ถึง
นั้น ภรรยา ของ ข้าพเจ้า จึง ได้ลง มือใช้
เครื่องพิมพ์อัดสำเนา (พิมพ์มีโอกราฟ)
พิมพ์คำบรรยายของข้าพเจ้า. ด้วยวิ
ธีนี้ข้าพเจ้าได้สร้างตำราขึ้นหลายเล่ม ด้วย
ทุนของข้าพเจ้าเองคือ Human Anatomy,
with Plates and Diagrams, Volumes I, II
and III; Materia Medica and Therapeutics;
Elementary Physiology, with 43 illustra-
tions; Advanced Physiology; A Treatise
on Asiatic Plague, Its Spread and Propy-
laxis; Elementary Treatise on Diseases of
the Nervous System.”คุณภาพของหนังสือ
เหล่านี้จะเป็นอย่างไรก็ตามที, แม้เพียง
ปริมาณของงาน, กำลังกายและกำลัง
ความคิดที่ ท่านผู้ แต่งจะต้องใช้ไป นั้นก็
เป็นที่น่าพิศวงยิ่งแล้ว. ยังไม่ปรากฏ
ว่ามีอาจารย์ชาวไทยคนใดสร้างสมตำรา

ไว้มากเท่าท่านผู้นั้น.

ในต้นสมศวรรษชกไว้เป็นหมายเหตุ
ว่าภาวะการณ์ในปัจจุบันนี้ไม่แตกต่างกับ
ในสมัยนั้นสักเท่าไร. เพราะบางคนเข้าใจ
ผิดคิดว่านักเรียนแพทย์ไม่ต้องรู้ภาษาอังกฤษ
มากนัก, การเรียนภาษาอังกฤษ
ในชั้นเตรียมแพทย์จึงถูกตัดชั่วโมงออก,
และนักเรียนแพทย์สมัยนี้จึงอ่านตำรา
แพทย์ภาษาฝรั่งไม่ค่อยรู้เรื่อง, ซึ่งไม่
ต้องสงสัย, เพราะแม้ฝรั่งสามัญก็ยังอ่าน
ตำราในภาษาของเขาเองไม่เข้าใจ. สมัย
นี้คิดว่าสมัยก่อนที่มตำราที่พิมพ์ในต่าง
ประเทศมากมาย, ซึ่งซื้อหรือสั่งใ้; แต่
ความจริงนั้นคิดว่าไม่เท่าไร, เพราะ
ตำราเหล่านี้ราคาแพงเสียจนจดไม่ติด.
เวลานักเรียนแพทย์ที่มตำราของตน
เอง, แม้แต่ทำเป็นที่สุด, มิได้ถึง
หนึ่งในสิบของจำนวนนักเรียนทั้งหมด.
ขอชักชวนไว้, เสด็จว่าท่านอาจารย์
จะได้กระตือรือร้นเร่งเขียนตำราขึ้นมา,
หรือว่าท่านผู้มีฐานะทำได้จะช่วยให้จัดการ
อย่างหนึ่งอย่างใดให้ราคาตำราลดต่ำลง
มาจนนักเรียนทุก ๆ คนสามารถซื้อหาไว้
ได้ตามความต้องการ.

คุณพระอาจารย์วิทยาคมปลุกปล้ำอยู่กับ

โรงพยาบาลศิริราชและโรงเรียนแพทย์
เป็นเวลาร่วมสามสิบห้าปี, สอนนักเรียน
อยู่จนถึงรุ่น พ.ศ. ๒๔๖๕, จึงได้ออกจาก
ราชการไปทำเนิอาชีพส่วนตัว. ด้วย
ความฉลาดและสามารถของท่าน, ประ
กอบกับ การอบรมอันดีที่ได้ รัยมาตั้งแต่
เด็ก ๆ, ท่านได้ดำเนินงานและทำความ
สำเร็จไว้เป็นประโยชน์ยิ่งใหญ่หลาย
ประการด้วยกัน. งานสองชิ้นที่ทำให้
คนไทยทุกคน, ไม่แต่เฉพาะแพทย์,
ต้องรู้สึกเป็นหนี้ท่าน คืองานสร้างปทานุ
กรมและงานสร้างเครื่องพิมพ์ดีดภาษา
ไทย. จริงอยู่, ท่านมิได้เป็นผู้ริเริ่มงาน
ทั้งสอง, คือท่านได้รัยมรดก ปทานุกรม
ภาษาไทยเป็นอังกฤษมาจากท่านบิดา,
และรัยเครื่องพิมพ์ดีดมาจากเอ็ดวินแมค
ฟาร์แลนด์, พี่ชายร่วมท้องของท่าน; แต่
งานทั้งสองเมื่อตกทอดมาถึงท่านนั้น
กล่าวได้ว่ายังอยู่ในระยะฟักตัว, และ
สำเร็จเป็นผลงดงามขึ้นมาด้วยความเอา
ใจใส่พยายามแก้ไขปรับปรุงของท่านเอง.
รายละเอียดในเรื่องนี้เป็นข้อความที่ตรึง
ใจและน่าอ่านอย่างยิ่ง (1). เครื่อง
พิมพ์ดีดกล่าวถึงนั้นคือเครื่องพิมพ์ดีดสมัย
ฟรีเมียร์, เป็นเครื่องภาษาไทยเครื่อง

แรก, ซึ่งในภายหลังได้เปลี่ยนเป็น
 เรมิงตัน. ปทานุกรมดั้งเดิมที่ได้รับจาก
 ท่านบิดานั้นเป็นขนาดเล็ก. คุณพระ
 อาจ ๑ ได้แก้ไขและขยายหลายต่อหลาย
 ครั้งจนในที่สุดได้กลายเป็นปทานุกรมอังก
 ฤษเป็นไทยเล่มที่ ๑ ครบถ้วนที่สุดในขณะ
 นี้. ท่านเขียนไว้เองว่า "ปทาน
 ุกรมขนาดเล็กของท่าน บิดากมีเรื่องราว
 คล้าย ๆ กับเรื่องเครื่องพิมพ์ของฟิเชค,
 คือได้ตกมาเป็นงานสำคัญในชีวิต
 ของข้าพเจ้า. ฅบขทพิมพ์ในปี ๑๘๖๕
 (ครั้งที่หนึ่ง) นั่นท่านพิมพ์ของท่านเองที่
 จังหวัดเพ็ชรบุรี.....ฅบขท ๑ มาพิมพ์
จนถึงครั้งที่สิบ.....ปทานุกรมนี้จะ
 ยังคงเป็นประโยชน์และจำเป็นแก่นักเรียน
 ที่เรียนภาษาอังกฤษชั้นต้น ๆ. ข้าพเจ้า
 ได้ขอบสนองครุฑาของบิดาข้าพเจ้าด้วย
 ประการฉนี้." ท่านได้ปรับปรุงหนังสือ
 นี้อยู่เสมอ. บางครั้งใช้เวลาแก้ไขถึง
 สิบปี. ในระยะท้ายสุดท้ายของอายุขัย
 ท่านก็ได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเตรียม
 พิมพ์ปทานุกรมไทยเป็นอังกฤษ ซึ่งได้
 สำเร็จลงเพียงหกเดือนก่อนวาระสุดท้าย
 ของท่าน. ภริยาของท่านเขียนไว้ในตอน
 นี้ว่า "คุณพระยงค์ เช่น ล้นพันทได้ทำงาน

ชั้นสำเร็จ, เพราะรู้สึกว่าได้ทำงานชั้นที่
 ที่สุดของท่านแก่ประเทศชาติ, ตลอดจน
 ชาวไทยผู้เป็นมิตรที่ดีของท่าน."(1)

นอกจากมีความสามารถที่จะจัดทำ
 เนิ่งงานหลายต่อหลายอย่างให้ลุล่วงไป
 ด้วยผลก็อย่างยิ่งแล้ว, คุณพระอาจ ๑
 ยังเป็นผู้มีทวิริ เริ่ม และกล้าเสี่ยงในงาน
 แปลก ๆ ใหม่ ๆ อยู่เสมอ. นอกจาก
 งานแปลเล็กหลายอย่าง, รวมทั้งการ
 นำเข้ามาซึ่งอุปกรณ์งานออฟฟิศสมัยใหม่,
 ก็ควรกล่าวถึงการริเริ่มสั่งพิมพ์ลอมส์คำ
 เข้ามาใช้, ซึ่งถึงแม้ในปัจจุบันนี้ไม่มี
 ความสำคัญอย่างใดอีกแล้ว, แต่เมื่อส
 ิบปีมาแล้วมานั้นนับว่าเป็นของนำสมัยที่
 นำตนเด่นและใคร ๆ ก็ต้องการ, อันเป็น
 พยานแห่งความช่างคิดและบุกเบิกของ
 คุณพระอย่างค้ำ, เพราะปรากฏว่าประ
 เทศไทยเป็นประเทศเดียวในโลภที่สั่งพิมพ์
 ชนิดนี้เข้ามา.

คุณพระอาจวิทยาคมได้ทำการสมรส
 สองครั้ง. ครั้งแรกท่านแต่งงานกับแมริ
 วิตทส์หรืออเมริกาในปี ๑๘๘๖, เมื่อนำ
 ท่านบิดาไปส่งบ้านเดิม, และได้นำเจ้า
 สาวของท่านกลับมาสยามในปีต่อมา. ใน
 หนังสือประวัติที่ท่านเขียนไว้เอง(1) ท่าน

ไต่หยกข์ของภริยาคนแรกนั้นไว้อย่างมาก. ทั้ง ๆ ที่เธอไม่ตกโรคภัยอากาศ, เธอไต่หยกข์อยู่ เคียงข้างสามีตลอดเวลาสืบแต่ดึก, และได้ช่วยในงานต่าง ๆ อย่างแข็งขัน, รวมทั้งการพิมพ์ตำราแพทย์ที่กล่าวแล้ว. คุณพระอาฯ เขียนไว้ว่า "ผู้หญิงที่ ออกทนต่อความไม่ สุขกายได้ พยายามทำงานของสามี, ซึ่งมีความสำคัญกว่าชีวิตของหล่อนเช่นนั้น, ออกจะหาได้ยาก. ด้วยความกล้าหาญออกทน, หล่อนไต่หยกข์เขาภาระของข้าพเจ้า, แต่ว่าหนักเกินกำลังของหล่อน. . . ดังนั้น ในเดือน ตุลาคม ค.ศ. ๑๙๒๓ ร่างอันแบบขาง และสุขภาพของหล่อนก็ต้องยอมแพ้แก่-มัจจุราศ. บ้านที่เคยขนานและอบอุ่นก็กลายเป็นเงียบเหงาอ้างว้าง." เพื่อเป็นอนุสรณ์ถึง ความรักและอาลัย ที่มีต่อภริยา, ท่านไต่หยกข์ที่คืนที่ตำบลยางกะบี ให้แก่โรงเรียนวัฒนาวิทยาลัยเป็นเนื้อที่ถึงสิบหกไร่. ท่านไต่หยกข์ทำการสมรสใหม่ในปี ค.ศ. ๑๙๒๕ กับเชอร์รี่อาเบเล้าท์, อาจารย์ใหญ่ของโรงเรียนวัฒนาวิทยาลัยนั่นเอง. การแต่งงานครั้งนี้ได้ยังผลสำคัญไม่น้อยแก่ชีวิตของท่าน. โดยที่หม่อมเบเล้าท์เป็นมิสชันนารี, ไม่ช้าท่านก็ถูก

ขอ ร้องให้ เข้าเป็น มิสชันนารี ด้วยและได้ทำงานสำคัญ ๆ ในด้านศาสนาอีกหลายประการ, ซึ่งเกินกว่าจะบรรยายได้ในที่นี้. เช่นเดียวกับคนแรก, ภริยาคนที่สองได้มีส่วนร่วมอย่างมากในกิจการของคุณพระอาฯ. โดยที่ท่านไต่หยกข์, สามีภริยาไต่หยกข์ด้วยกันตามลำพังด้วยความผาสุกตลอดเวลาสืบเจ็ดปี. ขณะนั้นหม่อมเชอร์รี่อาเบเล้าท์พาร์แลนดี ย้ายเพื่อชีวิตอย่างสุขสงบอยู่ในสหรัฐอเมริกา.

นอกจากการก่อคุณศุภโดยการทำบุญคุณประโยชน์อย่างใหญ่หลวง, คุณพระอาฯ วิทยาคม ยังได้ทำการ บริจาคด้วยประการต่าง ๆ อีกมากมาย, อาทิเช่น บริจาคทรัพย์สินซ่อมแซมโรงสวดที่ท่านบิดาได้สร้าง สร้างไว้ที่บ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี, และหลังจากให้ที่ดินแก่โรงเรียนวัฒนาวิทยาลัยแล้ว ยังได้ให้ที่ดินตำบลสวนสว่างอีกแปลงหนึ่งแก่อเมริกันเพรสไบทีเรียนเพื่อตั้งเป็นโรงเรียนเยนเซสเมโมเรียล, เป็นที่ระลึกถึงมารดาของท่าน. เมื่อท่านเองถึงแก่กรรมแล้ว หม่อมของท่านก็ได้ดำเนินการ ฌายกิจ ในทางกุศล, โดยยกที่ดินของบ้านและที่ดินในแห่งบ้าน "โฮล์มวูด" ที่ถนนสารทให้

แก้มิลล์สัน, ซึ่งโคกคองเป็นสมาคมนคริ
คริสตศาสนิกชนอยู่ในบัดนี้.

ตลอดชีวิตอันยาวนานของท่าน, คุณ
พระอาจารย์วิทยาคมได้ทำงานไว้มากมาย,
และหลายชิ้นจะยังอยู่เป็นอนุสาวรีย์ต่อไป
อีกชั่วนานาน. อย่างไรก็ตาม, งานชิ้น
หนึ่งในจำพวกที่มีค่าเป็นพิเศษทั้งในทาง
วัตถุและทางใจ คืองานเกี่ยวกับศิริราช.
ในทางราชการ ท่านได้รับพระราชทาน
บรรดาศักดิ์และเครื่องราชอิสริยาภรณ์
(จตุรตถาภรณ์ช้างเผือก, ทริตาภรณ์มงกุฎ
ไทย และเหรียญจักรพรรดิมาลา). จาก
มหาวิทยาลัยท่านได้รับแต่งตั้งเป็นศาส-
ตราจารย์อุปการคุณในคณะแพทยศาสตร์.
ท่านเป็นที่คุ้นเคยและโปรดปรานของพระ
บาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวตั้งแต่รัชกาลที่
ห้าจนที่เจ็ด; เป็นที่รู้จักกว้างขวางในสัง-
คมชั้นต่าง ๆ กัน, และเป็นที่เคารพนับถือ
ในบรรดาคณะที่รู้จักท่าน. ในหมื่นศิษย์
ท่านได้มีฉายาต่างๆ, ซึ่งแสดงถึงความ
นับถือและความรัก, ตั้งแต่อาจารย์, ท่าน
อาจารย์, พระอาจารย์, บรมครู, จนกระทั่ง
ข้าพเจ้า. เมื่อท่านอายุย่างเข้าเจ็ดสิบชัษณะ
ศิษย์ก็ได้ร่วมกันทำ การฉลอง เป็นการ
ใหญ่, และในโอกาสกระทำฉาปนกิจศพ

ก็ได้ดำเนินการเรียไว้ในระหว่างกันเพื่อ
รวมเงินตั้งเป็น "ทุนศิษย์พระอาจารย์-
วิทยาคม" ให้แก่คณะแพทยศาสตร์และศิริ-
ราชพยาบาล, เพื่อเป็นอนุสรณ์ถึงท่าน.
ในส่วน ตัวของ ท่าน เองก็มี หลักฐานที่
แสดงให้เห็นว่าท่านมีความพอใจในงาน
และผลของงานที่ศิริราชมาก เป็นพิเศษ
ยิ่งกว่าสิ่งอื่น. ท่านรักและหวังดีต่อ
ศิษย์ของท่าน, พยายามอย่างไม่เห็นแก่
เหน็ดเหนื่อยเพื่อเขาเหล่านั้น, และมี
ความ ยินดีและ อิ่มใจ เมื่อ ได้รับการ คอบ
แทนด้วยความ กตัญญูและ ความรักจาก
ศิษย์ทั้งหลาย. เพื่อเป็นพยาน ในข้อ
นี้ขอนำถ้อยคำของท่านเองที่ได้บันทึกไว้
ในหนังสือประวัติ (1) มาแสดงดังต่อไปนี้:
"การวางรากฐานเงินลำเร็วเป็นรูป โรง-
เรียนราชแพทยย์ปัจจุบันนี้ ได้ใช้ ความ
พากเพียรถึงสามสิบห้าปี. ข้าพเจ้า
พากพุม ใจในงานอันยากลำบากทุกชั้น,
เพราะได้ลงทุน ด้วยหยาดเหงื่อของ
ข้าพเจ้าแท้ๆ. ข้าพเจ้าได้สอนลูกศิษย์ออก
ไปเป็นรุ่น ๆ, หรือจะเรียกว่าลูกชายของ
ข้าพเจ้าก็ว่าได้, เพราะข้าพเจ้ารักและให้
ความรู้ที่ถูกต้องที่สุดที่ข้าพเจ้าจะให้ได้. ถ้า
จะถือเอา ตามหลักสูตร ของ อังกฤษ หรือ

อเมริกันแล้ว, นักเรียนของข้าพเจ้าในบั้นต้น ๆ มีความรู้ดีมาก. ทั้งนี้ด้วยความจำเป็นโดยแท้. แต่ถึงกระนั้นเขาก็ได้หลักวิชาพอที่จะทำการรักษาโรคที่ไม่หนักหนาได้. นอกจากนี้เขายังได้รับการอบรมทางจรรยาแพทย์, อันเป็นข้อพอใจของข้าพเจ้า, และยังเป็นข้อภูมิใจในเมื่อโรคคิเฟิลเลอร์มลินิจเข้ามารบกวนโรงพยาบาลในความอุปถัมภ์และได้ใช้ระเบียบและวิธีการที่ข้าพเจ้าได้วางไว้ด้วยความเห็นชอบยกต่อไป. งานเริ่มแรกของข้าพเจ้าใคร ๆ ก็ไม่เห็นคุณค่า. แต่เขาจะเห็นได้อย่างไร. คนเราจะรู้คุณค่าของงานใด ๆ ได้ดีก็ต่อเมื่อตนเองได้หยิบจับงานนั้นตลอดไป, ได้เจอกับอุปสรรค, ความผิดหวัง, ความไม่แยแส นำพาของใคร ๆ อื่น, ตลอดจนความเห็นชอบยกแทบสายตัวขาด. ข้าพเจ้าได้ลืมนวลสิ่งเหล่านี้ตลอดเวลา สามสิบห้าปี, ลืมแล้วลืมเล่าไม่ทราบว่ากี่ครั้งต่อกี่ครั้ง. พอโรคคิเฟิลเลอร์มลินิจลงมือจับงานคนไข้ก็พากันแห่เข้าไปรับการรักษา; หมอจะเอา อะไร หรือจะทำอย่างไร ได้ทั้งนั้น. ส่วนสมัยข้าพเจ้าคนไข้พากันใช้ยาไทยหมด; นักเรียนแพทย์ต้องจ้างให้

มาเรียน. สิ่งตอบแทนที่ข้าพเจ้าได้รับก็คือได้เป็นผู้เริ่มงานให้คนอื่นเขาต่อ. ข้าพเจ้าพอใจแล้ว." ข้อความทั้งนั้นนอกจากเป็นการบรรยายนิสัยใจคอของท่านเป็นส่วนตัวแล้ว, ยังเป็นการแสดงความคิดนึกอันเต็มไปดวยปรัชญา, และเขียนบทเรียนอันดียิ่งสำหรับครูและอาจารย์โดยทั่วไป. ท่านจบประวัติของท่าน, ซึ่งพิมพ์ขึ้นในโอกาสอายุครบเจ็ดสิบเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๘, ด้วยข้อความต่อไปนี้: "เกียรติอันเยี่ยมยอดที่ได้รับในชีวิตของข้าพเจ้านั้นคือเมื่อข้าพเจ้ามีอายุย่างเข้าเจ็ดสิบ, บรรดาศักดิ์ได้ร่วมกันจัดให้มีการฉลอง, และมิ่งงานเลี้ยงนำพาให้ข้าพเจ้าที่สโมสรมหาแพทย์. ขณะที่ข้าพเจ้านั่งอยู่ในเก้าอี้พิศทำมถางการเวียนเทียนของเขาเหล่านั้นข้าพเจ้าเห็นลูกศิษย์บางคนผมขาวอย่างข้าพเจ้า. โดยมากเป็นผู้ที่มีตำแหน่งหน้าที่สำคัญในงาน, บ้างก็มีศัลยบรรดาศักดิ์สูง. ทั้งนี้ทำให้ดวงใจของข้าพเจ้าเต็มทนไปดวยความปลื้มยศและอัมเียบในโชคชะตา, บัดนี้ในเกียรติที่ข้าพเจ้าได้เป็นผู้เชิดชูรัสมิของเขาให้ลอยเด่น, รัสมิซึ่งเขาได้พยายามสร้างตั้งแต่ครั้งเล่าเรียน. อัมเียบในโชค

วาทนาที่มกัเอวรกัอนสูงนในการท้ข้าพเจ้า
 สามารถช้วยและอบรมคนท้งเก้สขเก้สท้
 ก้ถ้งห้อมล้อมและผู้ที่ไ้แ้สกงควมรกั
 และควมขอบคณท้เขม้ท้อข้าพเจ้า,
 และอ้กท้งร้อยข้สขเอ้กคนท้มาไม้ไ้ก้
 ย้งมน้ใจรวมกนท้คณท้มน้ให้ของ
 ขวัญอนม้ค้ว้ไ้เช้นท้ระล้กถ้งค้ษย้, และ
 ไ้ท้ทำร้ข้บของข้าพเจ้าแขวนว้ไ้ในโรง
 พยยาบาลค้รวิราช.”

ผู้เรยบเรยงท้องขอออกท้ว้ไ้เช้นคน
 ร้กนหล้ง, ไม้ท้นไ้ค้มีวาทนาคลท้กค้กั
 ท้่านบรมคณผู้: แต่ไ้ค้เคยพ้งท้่านพค้,
 เคยเห็นท้่านแ้สกงว้ส้สขกัค้ษย้, เคย
 พ้งเรองจากค้ษย้, และเคยอ่านเรองของ
 ท้่าน, ก้ไ้ข้ย้งเก้กควมศรัทธาและพยา
 ยามรวบรวมเรองราวจากเอกส้สารเท้าท้
 ท้่าไ้, ประกอบกัค้บขอกเล้่า. ผู้เรยบเรยง
 ร้ล้กท้ว้ไ้ว้ทควมมน้ย้งขกพร้องอ้กมาก,
 ไ้ค้ค้เพาะอ้ย้งย้งในค้่านควมค้บถ้งวัน,
 และขอบขลงท้ว้ข้เขียนของพระยารวิ
 รกัษย้เวชชการ, ร้ฐมนค้รว่ากการกระทรวง
 การส้าขารณศ้ข, ค้ษย้เก้่าผู้ท้งของคณ
 พระอ้จ ร, ข้งลงพ้มพ้เช้นค้่านำของ
 ท้งส้ือประว้ทท้แ้กในงานปลงศ้พของ
 ท้่านอ้จารย้, ก้ถ้งท้อไปน้:

“ไ้ค้ค้เพาะเรองโรงเรยนแพทยน
 อ้จกล้่าวไ้ว้ว่าคณพระอ้จว้ทยาค้มเช้นผู้
 มีส้่วนส้าค้ญในการวางรากฐานการค้ษา
 ว้ษาแพทย้แ้สนข้จ้ข้บ้นในเม้องไทยมาถ้ง
 แต่ส้มย้เร่มต้งโรงเรยนแพทย้, ไ้ค้ไ้
 เช้นผู้ปลค้รองคนแรกของโรงเรยนราช
 แพทยาลย้. นอกจากเช้นผู้ปลค้รองย้งเช้น
 อ้จารย้ส้อนนค้เรยนแพทย้และเช้นนาย
 แพทย้ใหญ่ของโรงพยยาบาลค้รวิราชท้ว้.
 คณพระอ้จว้ทยาค้มไ้ท้ทำท้่านท้ท้ว้ความ
 ว้ร้ยะอ้ค้ส้าท้ะเช้นเวถานน้ค้ว้ลย้ ๆ ข้.
 น้ยว่าเช้นผู้ท้งท้ไ้วางรากฐานและประ
 ค้บประคองโรงเรยนแพทย้มาท้ว้ความ
 เหนอขยยาก. แม้ในเวถาค้ต้อมาเม้อโรง
 เรยนแพทย้ไ้รวมเช้ออ้ข้ในจุฬาลงกรณ
 มหาว้ทยาลย้แล้วก็ย้งค้ว้รงค้่าท้่างอ้จ
 อ้จารย้อย้ต่อมาอ้กหลายข้, และเม้อ
 อ้จกการราชการแล้วก็ย้งไ้รับแ้ต้งค้งให้
 เช้นค้าสครอ้จารย้ก้ค้ค้ก้ค้ของคณแพทย
 ค้าสคร้จุฬาลงกรณมหาว้ทยาลย้อย้. จ้ง
 อ้จกล้่าวไ้ว้ว่าคณพระอ้จว้ทยาค้มเช้นผู้
 ท้ไ้ไ้ใช้ช้ว้ท้ส่วนมากของท้่านทำประโยชน
 ไ้แก่ประเทค้ไทยอนค้ว้ไ้รับการบ้นท้ก
 วั.”

แผนกย่อเอกสาร

(หมายเหตุ การที่ใช้ผักเล็กเป็นบางตอนก็เพื่อประหยัดเนื้อที่ ไม่เกี่ยวกับความสำคัญ)

๑. Robert Ehrlich: Treatment of Ulcerative Colitis with a Fractional Compound of Hog Stomach Extract. (การรักษาลำไส้ใหญ่อักเสบชนิดเป็นแผลด้วยน้ำสกัดจากกระเพาะหมู) The Am. J. of Digest. Diseases, Jan. 1950, pp. 1-4.

จากความรู้ในเรื่องเอ็นไซม์และแอนติ-เอ็นไซม์ในคนปกติจะไม่ปรากฏ ลำไส้ใหญ่อักเสบชนิดเป็นแผล แต่ในคนที่ขาดแอนติเอ็นไซม์จะเป็นเหตุให้เกิดโรคนี้ได้ง่าย โดยการย่อยเยื่อของลำไส้ใหญ่ด้วยเอ็นไซม์ชนิดย่อยโปรตีนของตัวเอง จากกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก จึงได้ทดลองให้กินน้ำสกัดจากกระเพาะหมู โดยแยกเอาส่วนที่มีฤทธิ์ต่อต้านโรคเลือดจาง (antianemic principle) ออกเสีย คงเหลือแต่เฉพาะส่วนที่เป็นแอนติ-เอ็นไซม์ชนิดย่อยโปรตีนแต่อย่างเดียว แล้วได้ทำการทดลองรักษาในผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลอันหาสาเหตุไม่ได้ ๒๔ ราย ปรากฏข้อสังเกตดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่ไต่ทำการรักษา มีทั้งชนิดเป็นอย่างอ่อนจนถึงอย่างหนัก ไม่มีอาการจำกัดอาหาร และไม่ไต่ให้การรักษาอย่างอ่อนคอบ

๒. จากการทดลอง " ค้อนโทรล " ปรากฏว่า เพียงแต่ให้กินโปรตีนซึ่งมีอยู่ในน้ำสกัด จะไม่มีผลต่อการทุเลา

ของแผลในลำไส้

๓. ผลของการรักษา ปรากฏผลที่น่าทึ่งเป็นอย่างยิ่ง โดยพบว่าเฉลี่ยหายถึง ๗๑ ส่วนร้อย มีเพียง ๒๕ ส่วนร้อยรายที่เป็นอย่างหนักหรือเป็นเรื้อรังนานมากที่สุดไม่ทุเลา และ ๔ ส่วนร้อยกลับเป็นมากขึ้น อันเป็นผลจากการแพ้ (แอลเลอร์จี)

ดังนั้นการทดลองจึงช่วยพิกัดจนถึงต้นเหตุของโรคนี้ว่าคงเกี่ยวข้องกับเอ็นไซม์และแอนติ-เอ็นไซม์

สนอง อุณาภูล พ.ด.

๒. Ernest L. Wynder and Evarts A. Graham: Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma. A Study of Six Hundred and Eighty four proved Cases. (การศึกษาเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งเกิดจากหลอดลม การศึกษาในผู้ป่วย ๖๘๔ รายที่ไต่พิกัดแล้วว่า เป็นมะเร็ง) J. A. M. A., v. 143, May 27, 1950, pp. 329-335.

โดยที่ปรากฏว่ามะเร็งของหลอดลมเพิ่มขึ้นมากในครึ่งหลังของศตวรรษนี้ ผู้ทดลองทั้งสองได้ศึกษาค้น

คว่าถึงความสำคัญของสิ่งภายนอกที่มีส่วนทำให้เกิดมี
มะเร็งของหลอดลม ในรายงานนี้มุ่งไปที่ควันของยา
สูบ อาศัยผู้ป่วย ๖๘๔ คน ซึ่งได้พิสูจน์แน่แล้วว่า
เป็นมะเร็งของหลอดลม เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีได้เป็น
มะเร็ง ๗๘๐ คน ปรากฏผลว่า การที่สูบบุหรี่มาก ๆ และ
เป็นเวลานาน โดยจะเพาะอย่างยิ่งยาซิแกเรตเป็นส่วน
สำคัญอันหนึ่งซึ่งก่อให้เกิดมะเร็งของหลอดลม

ในผู้ป่วยชาย ๖๐๕ คน ๘๖.๕% เป็น
พวกที่สูบบุหรี่มาก, ปานกลาง ถึงสูบบุหรี่
ตัวไม่ขาดระยะ เป็นเวลานานหลาย ๆ
ปี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็ง
เพียง ๗๓.๗% และในบรรดาพวกมะเร็ง
๕๑.๒% ก็เป็นพวกที่สูบบุหรี่หนัก หรือ
สูบบุหรี่ตัวไม่ขาดระยะ เทียบกับพวก
ที่ไม่เป็นมะเร็ง ๑๕.๑%

มะเร็งของปอดในผู้ชายที่ไม่สูบบุหรี่
หรือสูบบุหรี่น้อยปรากฏว่าหายาก (๒.๑
%) ในผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่มีมะเร็งพวก
เอปี้เทอรั่มน้อยและพวกที่แยกชนิดไม่ได้
ซึ่งพบมากกว่าในผู้ชาย คือพบมี ๑๐ คน
จากคนที่ไม่สูบบุหรี่ ๒๕ คน

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของปอดและมี
ประวัติของการสูบบุหรี่ ปรากฏว่า ๘๖.๑
% สูบบุหรี่กว่า ๒๐ ปี ผู้หญิงที่สูบบุหรี่
นานเช่นนั้นน้อยคน ฉะนั้นจึงเชื่อว่าใน
ทุกวันนี้ผู้ชายเป็นมะเร็งมาก ชนิกเพราะ
สูบบุหรี่มาก ผู้ชายที่เป็นมะเร็งของปอด

๘๕.๑% สูบบุหรี่ซิแกเรต, ๕.๐% สูบ
กลิ้ง, ๓.๕% สูบซิการ์ เหตุผลที่ว่า
ซิแกเรตทำให้มีมะเร็งเพิ่มขึ้นคือ (๑)
สูบบุหรี่ซิแกเรตกันบ่อยกว่าสูบบุหรี่กลิ้ง หรือ
ซิการ์ และควันซิแกเรตถูกดูดเข้าปอด
มากกว่า (๒) สูบบุหรี่ซิแกเรตสัปดาห์กว่า
(๓) สิ่งระคายในซิแกเรตมีมากกว่า เช่น
อยู่ทีกระคายมวน ยาฆ่าเชื้อโรคที่โยธา
และอื่น ๆ

สุนทร ตันจันทน์ พ.บ.

๓. L. Reynolds, and T. Leucutia: The
Value of the Roentgen Therapeutic Test
Done in Differential Diagnosis of Media-
stinal Tumours (คุณค่าของการทดสอบ
รักษาด้วยรังสีเรินทเก้นเพอวินิจฉัยแยก
ก้อนทวมของเมดิแอสทีนัม) Amer. J.
Roentgen., and Rad. Therapy, 1942, 48, p.
440.

จากปฏิกริยาต่อรังสีเรินทเก้น อาจ
แย่งก้อนทวม (เนื้องอก) ของเมดิแอสทีนัม
ออกได้เป็น ๔ พวก

พวกที่ ๑ ใต้แก็ก้อนทวมที่เกิดจาก Lym-
phocytic elements ซึ่งไวต่อรังสีมากเช่น
Lymphocytoma, aleukemic leukemia, pseu-
doleukemia, lymphatic leukemia และ lym-

phosarcoma ของต่อมธัยมัส พวกลดลง
ไวระกุกตา ก้อนทุมจะหายไปภายใน
๒-๓ สัปดาห์หลัง การ รักษาด้วยรังสี
เรินต์เก้น

พวกที่ ๒ ได้แก่ก้อนทุมที่ประกอบด้วย
reticulo-endothelial หรือ embryonal spin-
dle cell elements เช่น Hodgkin's dis-
ease เป็นส่วนมาก reticular cell sarcoma,
endothelioma หรือ embryonal spindle cell
sarcoma ซึ่งมีอัตราการขยายปานกลาง สอง
สัปดาห์หลังการรักษายะยุลง ๒๕ เปอร์เซ็นต์
เช่นเดียวกับขนาดเดิม ทกสัปดาห์ ๕๐
เปอร์เซ็นต์, สามเดือนไปแล้วจะหายไป
หมดเกือบทุกราย โดยมากถ้ายังไม่
หมดภายหลัง ๖ สัปดาห์ให้ได้อีกชุด
หนึ่งด้วยขนาดต่ำกว่าชุดแรก

พวกที่ ๓ ได้แก่ มะเร็ง อย่างอื่น ๆ ของ
เมดิแอสทีนัม เช่น fibrosarcoma, mela-
nosarcoma, CA thyroid, CA thymus, tera-
toma ฯลฯ พวกลดลงช้ามาก สอง
สัปดาห์ภาย หลังการ รักษาไม่ค่อยยุบ,
ทกสัปดาห์ ยุบลง ๒๐-๕๐ เปอร์เซ็นต์
ภายหลัง ๓ เดือนก็โตขึ้นใหม่อีก แต่
ในบางรายถ้าให้ชุดการฉายต่อไปอย่าง

ขนาดสูง ๆ ก็อาจจะต่ออายุผู้ป่วยไปได้
บางถึง ๕ ปี

พวกที่ ๔ Benign tumours ของเมดิแอส-
ทีนัม เช่น neuroganglioma, dermoid
cyst, chondroma, fibroma, lipoma ฯลฯ
และ pseudotumours เช่น aneurysm, en-
cysted fluid, encapsulated abscess, echi-
nococcus cyst ฯลฯ พวกลดลงไม่ยุบลงเลย
นอกจาก fibroma ซึ่งในบางรายประทุติ
ตัวคล้าย uterine fibroids ซึ่งยุบได้หลัง
การรักษารังสีเรินต์เก้น

ร่มไทร สุวรรณิก พ.บ.

๔. A. C. Ivy, E.H. Hale, and M. L. Gross-
man: The Comparative Effects of Water,
Carbonated Water, Sodium Chloride
Solution and Sodium Bicarbonate Solution
on Gastric Acid Secretion in Human
Subjects., (ผลเปรียบเทียบระหว่างน้ำ, น้ำ
อัดคาร์บอนไดออกไซด์, น้ำละลายโซ-
เดียมคลอไรด์ และน้ำละลายโซเดียม
คาร์บอเนต ต่อการหลั่งกรดเกลือใน
กระเพาะของมนุษย์) J. Lab. Clin. Med.
35: 249-251, Feb. 1950.

ผู้รายงานคณะนี้ทดลองในผู้ใหญ่ ๑๓ คน มีทั้ง
คนปกติและที่เป็นแผลควิโอดีนัม ดำเนินการทดลอง
ตามวิธีมาตรฐานของการศึกษาเรื่องน้ำย่อย แบ่งผู้ทดลอง
สองเป็นสองพวก แต่ละคนในพวกหนึ่งให้กินน้ำเปล่า

(น้ำกลั่น) ๒๕๐ ล.ชม. ตรวจผลเกี่ยวกับการหลังน้ำย่อย, กรดเกลือ และเวลาที่น้ำอยู่ในกะเพาะอาหารเปรียบเทียบกับเมื่อให้กินน้ำอัดลม ๒๕๐ ล.ชม. (ใช้น้ำกลั่นอัดลมมีคาร์บอนไดออกไซด์ ๔.๔% เท่ากับคาร์บอนไดออกไซด์ จาก โซดาไบคาร์บอเนต ๕.๕ ก.) ส่วนผู้ทดลองอีกพวกหนึ่งกินน้ำเกลือ (๐.๕%) เปรียบเทียบกับกินน้ำโซดาไบคาร์บอเนตไอโซโทนิค (๐.๓%) อย่างละ ๒๕๐ ล.ชม. ได้ผลการทดลองดังนี้

๑. น้ำเปล่าและน้ำอัดลมกระตุ้นกะเพาะอาหารให้หลังน้ำย่อยและกรดเกลือได้เท่า ๆ กัน และน้ำทั้งสองอย่างผ่านกะเพาะอาหารได้เร็วพอ ๆ กัน

๒. น้ำเกลือไม่ทำให้กะเพาะอาหารหลังน้ำย่อยหรือกรดเกลือเพิ่มขึ้นเลย ส่วนโซดาไบคาร์บอเนตนั้นทำปฏิกิริยากับกรดในกะเพาะอาหารจึงไม่สามารถวัดจำนวนน้ำย่อยและกรดให้ถูกต้องได้

๓. ทั้งน้ำเกลือ น้ำโซดา และโซดาไบคาร์บอเนตผ่านกะเพาะอาหารได้เร็วเท่า ๆ กัน ในคนปรกติ แต่โซดาไบคาร์บอเนตผ่านได้เร็วกว่าในคนเป็นแผลกิวโอคินุ่ม

ลมล บุนยะมาน พ.บ., ป.ภ.

๕. M. J. Colbourne: Unsuccessful Treatment of Ascariasis with Hetrazan. (การใช้เฮตราซานขับพยาธิผู้ช่วยที่มพยาธิได้

เดือนไม้โตผลสำเร็จ) Lancet, No. 21, Vol. 1, May 27, 1950, pp. 996.

ตามรายงานของ Oliver Gonzales et al ในปี ค.ศ. ๑๙๔๙ ว่าใช้เฮตราซาน (1-diethylcarbamy 1-4 methylpiperazine hydrochloride) ขับพยาธิผู้ช่วยที่มพยาธิไส้เดือน (ascaris lumbricoides) จำนวน ๖ ราย ใน ๓ รายพยาธิหมด อีก ๓ รายจากการนัยใช้ในอุจจาระพบว่าลดลง

ผู้เขียนได้ทำการทดสอบการใช้ยานี้ในผู้ช่วยที่ ร.พ. Winneba, Gold Coast. โดยเปรียบเทียบกับการใช้น้ำมันเคโนโปเดียม ขนาดของเฮตราซานคือ ๒ มก. ต่อน้ำหนักตัวหนึ่ง ก.ก. ให้ทุก ๘ ชม. อยู่ ๑ วัน และภายหลังยามอดสัปดาห์ ๘ ชม. ให้ยาดำยพวกเกลือ ผลที่ได้คือ

	ก.	ข.
จำนวนคน	๒๔	๒๔
ตัวพยาธิที่พบในอุจจาระผู้ช่วย	๑๕	๑
หาไข่ไม่พบในอุจจาระ	๑๕	๑๑
จำนวนไข่ลดลงมากกว่า ๕๐%	๕	๑
จำนวนไข่ลดลงน้อยกว่า ๕๐%	—	๖

ในผู้ช่วยสองรายที่ให้เฮตราซานแล้วจำนวนไข่ในอุจจาระก็ไม่ลด ในสัปดาห์

ก. = ใช้น้ำมันเคโนโปเดียม ข. = ใช้เฮตราซาน

ต่อมาได้ให้น้ำมันเคโนโปเดียม พบว่า มีพยาธิออกและจำนวนไขลดลง

ในที่สุดสรุปผลว่า การใช้เซตราซานยับยั้งผู้ช่วยด้วยโรคพยาธิได้เกินได้ผลน้อยกว่าน้ำมันเคโนโปเดียม

ประสงค์ ตูจินดา พ.บ.

๖. William S. Collens, Louis C. Boas, James D. Zilinsky and Frome J. Greenwald: Lipoatrophy following the Injection of Insulin. (ไขมันฝ่อไปภายหลังฉีดอินสุลิน) The New England J. of Med., Oct. 20, 1949, No. 16, pp. 610

ไขมันฝ่อไปภายหลังฉีดอินสุลิน คือภาวะที่ไขมันที่ใต้ผิวหนังในตำแหน่งที่ฉีดยาหายไปเกิดเป็นรอยขยุ้ม พบในบางคนที่ฉีดอินสุลินชนิดใดก็ตามในตำแหน่งเดียวกันอย่างยาวนาน ๔ อาทิตย์ บางรายหลายเดือนจึงปรากฏ สาเหตุของการเกิดไม่ทราบแน่ แต่อาจเป็นเพราะควมชอลที่ใช้เขียนยากันเสียในอินสุลิน, แอลกอฮอล์ และสารพวกอื่นๆ ที่ใช้ในการทำให้หลอดและเข็มฉีดยาสอด คัดตามเข็มไป

ทำอันตรายต่อเซลล์ไขมัน จากการยุบเน่าในอินสุลิน จากการไปทำลายประสาทหรืออาจเป็นเพราะอัลเลอร์ยี

การรักษาที่ได้ผลก็คือการฉีดยาซ้ำในบริเวณที่ไขมันหายไปนั้นอีก ผู้ป่วยหญิงอายุ ๒๓ ปี เป็นเข่าหวานมาตั้งแต่ อายุ ๑๒ ปี ปรากฏไขมันหายไปบริเวณแขน, สะโพก หน้าขาทั้งสองข้าง และท้อง ปรากฏว่าภายหลังกลับมาฉีดอินสุลินซ้ำอีกวันละครั้งในเกือบทุกวัน บริเวณที่ไขมันหายไปซึ่งแห่งหนึ่งไ้คงฉีดยามาสองปีแล้วก็กลับคงมีไขมันคืนสภาพเดิม

ผู้ป่วยอีก ๖ รายได้ฉีดอินสุลินวันละครั้งที่มีบริเวณเล็กที่สุดที่ไขมันหายไป ปรากฏว่าในหนึ่งเดือนรอยขยุ้มที่เกิดขึ้นนั้นกลับเต็มด้วยไขมันตามเดิม

(หมายเหตุของผู้ย่อ) ในร.พ. ศิริราชผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอกหนึ่งรายส่งมาทำการตรวจประสาทด้วยกระแสไฟฟ้า เพราะภายหลังฉีดอินสุลินรักษาเบาหวานแล้วเกิดไขมันที่บริเวณกล้ามเนื้อคอขยับหายไปทั้งสองข้าง การตรวจทางกระแสไฟฟ้าบริเวณกล้ามเนื้อนั้น ไม่พบการผิดปกติของประสาทหรือกล้ามเนื้อแต่อย่างใด

พนิต เกยานนท์ พ.บ.

ปกิณณกะ

โล่ดิน

โล่ดินใคร ๆ ก็รู้จักว่าเป็นยาพิษใช้ฆ่าแมลงต่าง ๆ ที่รบกวนพืช เป็นของที่พวกจีนทำสวนผักนิยมใช้กันและนับถือว่าศักดิ์สิทธิ์มากในการทำลายพวกเพลี้ยและกวางหนอนที่กินผักและต้นไม้ ในบางท้องถิ่นนิยมใช้เป็นยาเบื่อปลา ซึ่งใช้ง่ายและศักดิ์สิทธิ์ เพียงเอาไม้ทุบรากนี้ให้แตก ๆ แล้วแช่ลงไป ในหนองหรือบ่อเท่านั้น ไม้ชำปลาทั้งหมดก็จะลอยหางย้อยขึ้นมาให้จับ บางทีก็มีเรือพายคิงมาถึงหมอ โดยที่ม้คนกินมันเข้าไป จะโดยบังเอิญ หรือจงใจ หรือถูกหลอกก็ตาม ในระหว่าง พ.ศ. ๒๔๘๘ ปรากฏว่ามีเหตุการณ์คนตายและป่วยเพราะพิษของโล่ดินมาราย ข้าพเจ้าจึงได้เกิดความสนใจขึ้น ได้ค้นตำราหาความรู้ และได้ซื้อ โล่ดิน จำนวนหนึ่ง มาทำการสกัดแยกทัวยาสำคัญเป็นการศึกษาทบทวนความเอกสาร และใคร่ข้บันทึกความรู้ที่ได้ไว้ดังต่อไปนี้โดยสังเขป

โล่ดินเป็น ราก ของ ต้นไม้ ในตระกูลเคอร์ริส ซึ่งเป็นไม้ประเทศอื่น มีรากกินอยู่ในเวลานี้ ไม่น้อยกว่า ๔๕ พันธุ์ พบทางซีกโลกเก่ามากกว่าทางซีกโลกใหม่ ที่ซึ่งมีมากตามสถิติคือ มะลายู สิงคโปร์ และหมู่เกาะอินเดียนตะวันออก ในประเทศไทยก็มีแพร่หลาย แต่พบบอกในภาคเหนือ ภาคอีสานและชุกชีได้ มีชื่อภาษาไทยต่างๆ กันไปตามท้องถิ่น เช่น ทางไหล รากไหล ไหลน้ำ อวดน้ำ ผักอืด โปะตะโก่ข้าว และกะลำเพาะ ยังไม่ปรากฏรายงานว่าได้เคยมีผู้ใดศึกษาแยกพันธุ์ของไม้ใน เมือง ไทย ไว้เป็นหลักฐาน

คุณสมบัติของโล่ดินอยู่ที่สารสำคัญอย่างหนึ่ง เรียกว่า โรทีโนน (rotenone) เป็นชื่อซึ่งได้มาจากคำภาษาญี่ปุ่นว่า โรเทน (roh-ten) ทงนี้ โดยการตั้งของ Nagai นักเคมีชาวญี่ปุ่น ซึ่งเป็นคนแรกที่ สามารถแยกสารสำคัญ ที่บริสุทธิ์ออกมา

ไคเมอบี ๑๕๐๒ งานของเขาได้รับการ
สนับสนุนจาก Butenandt และจาก La
Forge และ Smith โดยลำดับ แต่เดิม
นี้เรียกโรทีโนนว่า ทิวาทัออกซิน (Tuba-
toxin) โดยยังไม่ทราบว่าเข็นสารชนิด
ใด ในการทดลองโดยใช้แมลงวันและ
ปลาทองปรากฏว่าพิษของ โรทีโนน แรง
กว่า pyrethrins ทำถึงหกเท่า แรงกว่า
นิโคตินีสียทำถึงสิบหกเท่า และแรงกว่า
anabasin สียแปดถึงสิบเก้าเท่า

โรทีโนนมีสูตรรวม $C_{23}H_{22}O_6$
ละลายได้ดีใน โคลโรฟอร์มและในคาร์-
บอนเตทราคลอไรด์ มันมีอยู่เฉพาะใน
รากของต้นเคอร์วิสเท่านั้น ในใบและ
ลำต้นไม่มีเลย การตรวจค้นอย่าง
ละเอียดแสดงว่า รากของเคอร์วิสที่จะ
ให้โรทีโนนปริมาณสูงสุดนั้น ได้จากต้นที่
มีอายุระหว่าง ๒๓ ถึง ๒๕ เดือน จาก
ผลการตรวจสอบรากเคอร์วิส ๔๕ พันธุ์
ปรากฏว่ามีโรทีโนนอยู่ระหว่าง ๐ ถึง ๗
เปอร์เซ็นต์ ผลเฉลี่ยจากการตรวจสอบ
ราก ๓๕ พันธุ์ (โดยวิธีสกัดด้วยคาร์-
บอนเตทราคลอไรด์) ได้โรทีโนน ๒.๕

เปอร์เซ็นต์ (Biol. Abst., v. 8, 1934, 9204)
มีมาตรฐานสำหรับราก เคอร์วิส วางไว้
สำหรับรากที่ใช้ได้ดังนี้ คือ ต้องมีโรที-
โนนไม่น้อยกว่า ๒ เปอร์เซ็นต์ เก้าทั้ง
หมดไม่มากกว่า ๖ เปอร์เซ็นต์ เก้าที่
ไม่ละลายในกรดไม่มากกว่า ๒ เปอร์เซ็นต์

ในฟิลิปปินส์ ไคมี ผู้สำรวจ ไว้แล้วว่า
มีเคอร์วิสอยู่รวม ๑๒ พันธุ์ จากการ
วิเคราะห์ได้ทราบว่า พันธุ์ D. elliptica มี
โรทีโนน ๖.๕ เปอร์เซ็นต์ พันธุ์ D. malac-
censis มี ๐.๑ ถึง ๐.๘ เปอร์เซ็นต์ พันธุ์
D. polyantha มี ๒.๗ ถึง ๓.๖ เปอร์เซ็นต์
(Biol. Abst., v. 10, 1936, 6487) ในมะลายู
มีพันธุ์ D. Trifoliata Lour (D. uliginosa
Benth) ซึ่งมีโรทีโนน ๐.๕๗ เปอร์เซ็นต์
(Biol. Abst., v. 12, 1938, 13775)

ข้าพเจ้าได้เคยได้รับรากโลตินจาก
ของพี่น้องที่อำเภอชอด จังหวัดเชียง-
ใหม่ จำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่ทราบว่า เป็น
พันธุ์ใด ได้ทดลองสกัดตามวิธีมาตรฐาน
และทำวิธีสกัดไว้ที่ฤดูผลึกเป็นแห่ง
สี่ชาวสอาก ซึ่งมีจุดหลอมตัวตรงกับ
โรทีโนน (๑๖๓°ซ.) โดยทำปริมาณ

วิเคราะห์หลายครั้งได้ผลเฉลี่ยโรทีโนน ๒.๐ เปอร์เซ็นต์ ซึ่งแสดงว่ารากเคอร์-ริสของเราเข้ามาตรฐานได้เหมือนกัน

สำหรับสัตว์มันม ซึ่งรวมทั้งคนด้วย โรทีโนนแสดงพิษโดยการกดศูนย์หายใจ

ทำให้ถึงแก่ความตายเพราะหายใจไม่ออก ดังนั้นการรักษาผู้ที่ถูกพิษ นอกจากการล้างกะเพาะ จึงควรกระตุ้นการหายใจด้วย.

สนอง อุณาภูล พ.ด.

แก้วที่สำเร็จด้วยอักษร ๒ ตัว คือ "มิ" กับ "ตริ" นี้ เป็นเครื่องป้องกันความโศกและความลำบาก เป็นที่รับรองความอึดใจและไว้ใจ ใครหนอเป็นผู้สร้างไว้.

โกชนิตศตกม

แผนกข่าว

ข่าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน สิงหาคม ๒๕๕๓

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

	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ	รวมทุกแผนก
ก. (นอก) ใหม่	๑๖๕๐	๗๘๔	๕๐๔	๘๕๕	๗๓๑	๔๕๖๔
เก่า	๒๐๐๘	๑๐๖๑	๑๓๒๘	๗๒๕	๑๒๐๖*	๖๓๓๒
รวม	๓๖๕๘	๑๘๔๕	๒๒๓๒	๑๖๒๔	๑๙๓๗*	๑๑๒๕๖
ข. (ใน)	๑๒๒	๒๔๔	๕๕๕*	๑๔๖*	๑๔๑	๑๒๐๘*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๒๖๒ จักษุฯ ๒๕๗* สูติ-นารีฯ ๑๒๘* รวม ๖๕๗*

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๑๗๓ หญิง ๑๔๗ รวม ๓๒๐

๔. จำนวนเด็กคลอดตาย ชาย ๑๑ หญิง ๗ รวม ๑๘

๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย ๘๘ คน (๗.๓ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๑ ราย
(๑๒.๕ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)

๖. จำนวนการถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๑๖๔ ข้างนอก ๒ รวม ๑๖๖*

๗. แผนกรังสีวิทยา

ก. รังสีเอกซ์ ตรวจ ๑๖๓๓ คน รักษา (ใหม่) ๑๕ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๒๓๒ ครั้ง

ข. รังสีเคมี รักษา ๑๑ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๖๓* ครั้ง

ค. ไดอะเทอมี่ รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) ๗๕* ครั้ง

๘. แผนกสรีรวิทยา รวมตรวจและรักษา ๑๖๖๕ คน - จำนวนครั้งที่ให้การรักษา ๒๐๐๗ ครั้ง
ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๕๐ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำอัยรวม ๑๓๐๘ ครั้ง

๙. แผนกพยาธิวิทยา

ตรวจศพ ๑๑ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๑๒๑ (จากภายนอก ๑๑) แอ็กคลูติเน-
ชั่น ๑๐๓ วัสดุเซอร์แมนและคานัน ๑๗๖* หมู่เลือด ๗๔๔* นับเม็ดเลือด ๒๐ ฟิล์ม
เลือด ๒๗ น้ำไขสันหลัง ๔๘ อจาาระ ๓๒๖* บัสสาวะ ๖๘* เสมหะและอื่น ๆ ๕๓
ตรวจทดลองตัวจิต (ปฏิกิริยาล้างหนัง) ๓๕ เพาะเชื้อในเลือด ๕๑ ฉีดสัตว์ ๑๕
รวมตรวจต่าง ๆ ๓๔๓๘* อย่าง ศพญาติรับไป ๔๗ ศพ ภายวิภาครับไป ๕ ศพ
สปีหรือรับไป ๖๑ รวม ๑๑๓ ศพ
(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และ แผนกสถิติ)

สถิติยอดเยี่ยม*

อนุโมทนา มีผู้เอื้อเฟื้อบำรุงคณะแพทย
 ศาสตร์และศิริราชพยาบาล (ตั้งแต่มูลค่า
 ค่า ๑๐๐ บาทขึ้นไป) ดังต่อไปนี้ (๑)
 นางบุญถวัลย์ ประเสริฐกุล จังหวัดสระบุรี
 บริจาคเงิน ๕,๖๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้
 ซ่อคู้เย็นไฟฟ้า ๑ ตู้ สำหรับแผนกกุมาร
 เวชศาสตร์ (๒) นายอุทิศ - นางเขื่อน
 ชูชะกุล จังหวัดนครปฐม บริจาคเงิน
 ๕,๐๐๐.๐๐ บาท และขอให้สิทธิผู้อุป
 การะแก่ นางเขื่อนชูชะกุล (๓) พระยาโก
 มารกุลมนตรี บ้านวงเวียนเล็ก ธนบุรี
 บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๔) นาง
 แชน นุตพันธ์ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน
 ๑,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้ซ่อยาสำหรับ
 คนไข้นาธา (๕) นายเซ่งซอง แซ่โจ้ว
 จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐
 บาท บำรุงตึกคัลยกรรม แผลสด (๖)
 ท.ญ.มัย แซ่ตั้ง จังหวัดพระนคร บริจาค
 เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกกุมาร
 เวชศาสตร์ (๗) นางเสงี่ยม ศิษย์สุโรป
 ภากร จังหวัดธนบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.
 ๐๐ บาท บำรุงแผนกสูติศาสตร์ - นารี
 เวชวิทยา (๘) พระยาเทพรัตนนรินทร์
 จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
 บาท เนื่องจากมีอายุครบรอบวันเกิดเดือน
 พฤษภาคม ๒๔๕๓ และอุทิศส่วนกุศล

ให้ท่านเจ้าพระเทพนายพระคุณและบรรพ
 บุรุษตลอดยศวรรษาทั่วหน้ากัน (๙) นาง
 อรุโรวี เจ็งศรีวงศ์ จังหวัดพระนคร บริจาค
 เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสูติ-
 ศาสตร์ นารีเวชวิทยา (๑๐) ท.ญ.อำไพ
 แหนขเงินจังหวัดปทุมธานี บริจาค ๑๐๐.
 ๐๐ บาท บำรุงตึกคัลยกรรมเด็ก เพื่อสม
 ทบทุนซ่อคู้เย็นไฟฟ้า (๑๑) นางปักเจ็ง
 แซ่โล้ว จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๑๒) นายประยร คุ้ม
 ทอง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.
 ๐๐ บาท (๑๓) น.ส.ชนิษฐา สามเสน
 จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
 บาท (๑๔) นายแก้ว สุวรรณศิษย์ จัง
 หวัดราชบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
 บำรุงตึกคัลยกรรมแผลสด (๑๕) นาย
 กิม ชันกุลบุตร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
 บาท บำรุงตึกคัลยกรรมหญิง ชั้นล่าง
 จังหวัดธนบุรี (๑๖) นายเง็กตั้ง แซ่เตี้ย
 จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐.๐๐๐
 บาท บำรุงตึกคัลยกรรมแผลสด (๑๗)
 นางชัค ศิวสุวรรณ จังหวัดสุพรรณ
 บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๑๘) นาย
 อยู่ ไกรเนตร จังหวัดพระนคร บริจาค
 เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เพื่ออุทิศส่วน

ใน พ.ศ. ๒๔๕๒ ใ้รับเพิ่มอีก ๕,๐๐๐ บาท รวมเงิน ๖,๒๕๐ บาท

๔. ทน สุวรรณประทีป นำส่งโดย พระยาเฉลิมอากาศ อุตทิศส่วนกุศลให้แก่ นางอนุภูลราชกิจ (หรือ น. สุวรรณประทีป) เพื่อเก็บบอกผลเป็นรางวัลแก่นักเรียนพยาบาลชละ ๑ คน จำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท ใน พ.ศ. ๒๔๕๑ ใ้รับเพิ่มอีก ๑๐๕ บาท รวมเป็นเงิน ๒๐,๑๐๕ บาท และได้จ่ายเป็นเงินรางวัลนักเรียนพยาบาล ๑ คน เงิน ๒๕๐ บาท

๕. ทน ประสาร บุรณศิริ ของพระยาอุเทนเทพโกสินทร์ ใ้รางวัลแก่นักศึกษาที่สอบไล่ได้คะแนนสูงสุดประจำชั้น ๔ คน เป็นเงิน ๑,๐๐๐ บาท

๖. ทน อุดลยเดช เป็นทุนของผู้ที่เคยใ้รับพระอุปการะจาก สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหาดลลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ ในเมื่อไปศึกษาวิชาต่างประเทศ ร่วมใจกันบริจาจากตั้งขึ้น ใน พ.ศ. ๒๔๕๒ ใ้บอกทนนักศึกษาในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๑ คน เงิน ๒๐๐ บาท

๗. ทน วสุธาร ของ พระยาคุณากรณ์

บรรณสาร ใน พ.ศ. ๒๔๕๒ ใ้บอกทนนักศึกษาในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๘ คน เป็นเงิน ๑,๕๐๐ บาท

๘. ทน มหาวรรณ มันทากรณ์ ของนายแพทย์ สมาน มันทากรณ์ ใ้รางวัลในประเภทอัคราคำธรรมนิยมแก่นักศึกษาในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลชั้นปีที่ ๒ ที่สอบไล่ได้คะแนนเยี่ยมในกายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยาจำนวนเงิน ๒๑๕ บาท

๙. ทน ศรีนาวาพล เกิดสิงห์ ของหลวงศรีนาวาพล เพื่อเก็บบอกประโยชน์บอกทนนอาจารย์ในแผนกวิชาปรีคัลนิก เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท ใน พ.ศ. ๒๔๕๒ ใ้รับเพิ่มขึ้นอีก ๕๐๐ บาท รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน ๒,๕๐๐ บาท

๑๐. ทน เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี ของท่านผู้หญิงเสงี่ยม พระเสด็จสุเรนทราธิบดี, ม.ล. ย่อง มาลากุล, ม. ล. ย่อง มาลากุล, ม. ล. ย่น มาลากุล และ ม. ล. ปานคา วสันตสิงห์ ร่วมกันบริจาครให้เป็นรางวัลแก่อาจารย์ผู้รักในวิชาการ ทำงานโดยอุทิศเวลาเต็มทีในการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม ที่เกิด

ผลเป็นวิชาแก่นักศึกษาแพทย์ต่อไป เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

๑๑. ทุน ศิริสัมพันธ์ ของนายแพทย์จำรัส ศิริสัมพันธ์ บริจาคเงินซึ่งเก็บได้จาก การขายหนังสือ "วิชชบรมเด็ก" เหลือจาก แจกในงานศพ นางเจริญ ศิริสัมพันธ์ เพื่อเก็บคอกผลให้แก่อาจารย์ในแผนกปริคณิก อุตทิศส่วนกุศลถวายสมเด็จพระราชบิดา เป็นเงิน ๑,๐๐๐ บาท

๑๒. ทุน พระยาอนุกิจวิรุฑ ของคุณแฉล้ม เทพหัสดิน ณ อยุธยา เพื่อเก็บคอกผลให้เป็นรางวัลแก่อาจารย์ผู้รักในวิชาและทำงานโดยอดทนเวลาเต็มที่ในการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม ที่เกิดผลเป็นวิชาแก่นักศึกษาแพทย์ต่อไป เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท

๑๓. ทุน สุรเสนา กำภู เนื่องจากคุณฉะอบ สุรเสนา มีอายุครบ ๖๐ ปี บุตรและธิดาได้รวมกันบริจาคเงิน ๓,๕๐๐ บาท เพื่อเก็บคอกผลให้เป็นค่าเล่าเรียนตลอดหลักสูตร ๔ ปี ของนักศึกษาแพทย์ที่เล่าเรียนดี และมีความซัดสนคราวละ ๑ คน

๑๔. ทุน ปรีชานุสาสน์ บัณยารชุน ของพระยาปรีชานุสาสน์ สำหรับเก็บคอก

ผลอุดหนุน อาจารย์ในแผนกปริคณิก เงิน ๕,๐๐๐ บาท บันได้รับเพิ่มอีก ๒๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๕,๒๐๐ บาท

๑๕. ทุน นายแพทย์ทองอยู่ จันบุญมี ช่วยนักศึกษาแพทย์ นำส่งโดยนางสุทใจ จันบุญมี เพื่อเก็บคอกผลอุดหนุนนักศึกษาแพทย์ที่เล่าเรียนดี และมีความซัดสนเป็นเงิน ๑๒,๐๐๐ บาท

๑๖. ทุน ปฏิพัทธ-เนื่อง เกษมศรี ของโอรสธิดา ในหม่อมเจ้าปฏิพัทธและหม่อมเนื่อง เกษมศรี เพื่อเก็บผลประโยชน์อุดหนุนอาจารย์ ได้รับไว้แล้ว ๓,๗๕๐ บาท บันได้รับเพิ่มอีก ๑,๒๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๕,๐๐๐ บาท

๑๗. ทุน หม่อมขาว เกษมศรี ณ อยุธยา ของหม่อมขาว ในพระบรมวงศ์เธอพระองค์เจ้าศุภโยคเกษม บริจาคในการทำบุญอายุครบ ๗๕ ปี อุตทิศส่วนกุศลให้แก่พระยาราชสัมภารากร (บิดา) และคุณหญิง (มารดา) เพื่อเก็บคอกผลอุดหนุนนักศึกษาที่มีความประพฤติดีเล่าเรียนดีและมีความซัดสน เงิน ๕,๐๐๐ บาท

๑๘. ทุน กระแสร์ วัชรราชย์ อุตทิศ โดยมิตรและญาติ เพื่ออุดหนุนอาจารย์

ที่ไม่ได้หาผลประโยชน์ส่วนตัว เงิน
๒๐๐๐ บาท

๑๘. คุณ จันทรีนิภา อุตทิตถวราย
หม่อมเจ้าหญิงจันทรีนิภา เทวกุล สำหรับ
ช่วยนักศึกษาที่ขาดแคลน เงิน ๓,๑๓๐
บาท

๒๐. คุณ หลวงอุดรภักดิ์พานิช
สำหรับช่วยนักศึกษา เงิน ๕,๘๒๖.๑๓
บาท

๒๑. คุณ นางหล้า ผลพิทักษ์ ช่วย
นักศึกษา จำนวน ๓,๐๐๐ บาท

๒๒. คุณ นางกี ผลพิทักษ์และ
นางทองอยู่ฉื่อนพจน์ ช่วยนักศึกษา
เงิน ๓,๑๑๘ บาท

๒๓. คุณ นักเรียนเก่า ช่วยนัก
ศึกษา เงิน ๑๘๘๑.๖๕ บาท

๒๔. คุณ นางทรัพย์ พัฒนภักดี
ช่วยนักศึกษา เงิน ๓,๐๐๐ บาท

๒๕. คุณ บริษัทวิทยาสรม ช่วย
นักศึกษา ๑,๐๐๐ บาท

๒๖. คุณนางกล่ำกลางสมร(ฉลวย
หงสไกร) สำหรับการค้นคว้า ๖,๐๐๐
บาท

๒๗. คุณ นางทับทิม จันบุญมี สำ
หรับการค้นคว้า เงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

๒๘. คุณ สมทบจากอาจารย์ นัก
เรียนเก่าคณะแพทยศาสตร์และห้าง
เบอร์ลีย์คเกอร์ สำหรับการค้นคว้า
เงิน ๑,๒๘๐ บาท

๒๙. คุณ เพ็ญศิริพันธ์ ของนาย
บุญมี เพ็ญศิริพันธ์ สำหรับการค้นคว้า
๓,๒๐๐ บาท

๓๐. คุณ คุณแม่ท้อ คุปตะวณิช
สำหรับการค้นคว้า เงิน ๑,๐๐๐ บาท

๓๑. คุณ อรรถวิสุนทร สำหรับ
บำรุงห้องสมุด เงิน ๒๐,๑๐๐ บาท

ทุนที่ได้รับใหม่ หรือมีการเพิ่มเติม
หรือได้จ่ายเป็นประโยชน์ ได้เรียนไว้
ข้างต้น ส่วนทุนเดิมและที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
เรียงไว้ข้างท้าย

นอกจากนี้ยังมีทุนบำรุงโรงพยาบาล
โดยคณะกรรมการเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะได้
นำลงเผยแพร่ในโอกาสต่อไป

ไปต่างประเทศ นายแพทย์สวัสดิ์ สกฤ
ไทย อาจารย์แผนกกุมารเวชศาสตร์
ศิริราชไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ ประเทศ

อังกฤษ โดยทุนของบริติชเคานซิล ออกเดินทางโดยเครื่องบินจากกรุงเทพฯ เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ค.ศ. ๑๙๕๑ อาจารย์ผู้เป็นข้าประจำผู้หนึ่งในผู้ขอเรื่องเอกสารของสารศิริราช และได้เสนอเรื่องของตนเองหลายเรื่อง เป็นหลักฐานความสนใจในวิชาการของเขา เชื่อว่าความจริงข้อนี้มีส่วนไม่น้อยในการสนับสนุนให้เขาได้รับทุน และได้มีโอกาสพิเศษที่ไต้หวัน การอนุมัติให้เขาศึกษาและทำงานที่โรงพยาบาลเด็ก เกรตออร์มอนต์สตรีท ในกรุงลอนดอน ซึ่งเป็นที่มชอเสียงมากที่สุดแห่งหนึ่งในประเทศนั้น เราขอแสดงความยินดีที่ด้วยอย่างจริงใจ และแน่ใจว่าอาจารย์ผู้นี้จะนำเกียรติของศิริราชไปเผยแพร่และนำความรู้ที่มีค่ากลับมาแจกจ่ายแก่ศิษย์และเพื่อนที่ศิริราชต่อไป

กลับจากต่างประเทศ (๑) นายแพทย์
วิจิตร วิรานุกต์ พ.บ. อาจารย์แผนกอายุรศาสตร์ ศิริราช กลับจากกรุงและศึกษาเพิ่มเติมในสหรัฐอเมริกา

อาจารย์ผู้เป็นหนึ่ง ในศิษย์ของศิริราชที่ได้รับราชการอย่างดียิ่งใน

ต่างประเทศ เขาได้ขอลาไปทำงานที่สหรัฐโดยทุนส่วนตัว และได้ทุนช่วยเหลือจากทุนพระมรดกของสมเด็จพระราชบิดา ๖๐๐๐ บาท ได้ออกจากประเทศไทยเมื่อวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๔๙๑ เมื่อไปถึงอเมริกาได้เข้าเรียนโรคกระเพาะอาหารกับศาสตราจารย์ Samuel Weiss ที่โปลีคลินิกของโปลีแควคยูเอตเมติกัลสกูลในนิวยอร์ก ได้แสดงความสามารถเป็นที่พอใจของศาสตราจารย์จนได้รับเลือกเข้าเป็นสมาชิกของ National Gastroenterological Association เมื่อวันที่ ๖ ธันวาคม ปีนั้นเอง ระหว่างวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๔๙๒ ถึง ๑๕ สิงหาคม ๒๔๙๒ ได้ทำงานเป็นแพทย์ประจำบ้านที่แมนท์เวอรั่นอน ฮอสปิทัล ในนิวยอร์ก เสร็จแล้วได้ไปเรียนวิชาโรคประเทศร้อนที่มหาวิทยาลัยทูเลน ในรัฐนิวออร์ลีอันส์เป็นเวลาหนึ่งปีและสอบได้ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตในโรคประเทศร้อน (M.P.H.T.M.) เมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๔๙๓ โดยได้รับรางวัลประจำสำหรับวิทยานิพนธ์และได้รับเลือกเป็นสมาชิก American Society of Tropical Medicine ด้วย หลังจากนั้นได้ไปงาน

ในโรงพยาบาลจอห์นสฮอปกินส์ ในรัฐ
บัลติมอร์ และ American Hospital ที่ชิคา
โก แล้วจึงเดินทางกลับ

เราหวังว่าอาจารย์หนุ่มผู้นี้จะพยายาม
ทุกทางที่จะแบ่งปันความรู้ที่ไ้รับมานาน
ให้แก่ศิษย์และเพื่อนร่วมงานของท่าน เพื่อ
สาธารณประโยชน์ต่อไป

(๒) นาวาอากาศตรี ตรีภูมิตถาร
เวช เติมเป็นอาจารย์แผนกศัลยศาสตร์
โรงพยาบาลศิริราช ต่อมาได้ขอลาไป
ศึกษาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา และได้
รับอนุมัติทุนช่วยเหลือจากทุนพระมรดก
ของ สมเด็จพระราชบิดา ด้วยเป็นเงิน
๖๐๐๐ บาท ระหว่างที่อยู่ในต่างประเทศ
กองทัพอากาศได้ขอโอนไป จึงเป็นอันว่า
ศิริราชต้องเสียอาจารย์ผู้มีความชำนาญ
และมีความรู้พิเศษไปอีกหนึ่งคน หลังจาก
ที่เสียไปแล้วหลายนายใน ระยะสอง
สามปี

การถวายบังคมพระรูปอนุสาวรีย์ ฯ
เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายนนี้ ซึ่งตรงกับวัน
สิ้นพระชนม์ในสมเด็จพระราชบิดา เจ้า
ฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ คณะนัก
ศึกษาแพทย์ศิริราช ได้จัดพิธีวางพวงมา

ลาและ ถวายบังคม พระรูปอนุสาวรีย์ซึ่ง
ประดิษฐานอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลเพื่อ
เป็นการ แสดงกตัญญูแก่เวทิตาต่อพระ
ภรรยาธิคุณ ซึ่งได้บังผลให้บังเกิดความ
รุ่งเรืองก้าวหน้าอย่างใหญ่หลวงแก่สถาน
ศึกษาแห่งนี้ การปฏิบัติทั้งนี้เป็นการกระ
ทำที่สมควรอย่างยิ่ง และหวังว่าในปี
ต่อ ๆ ไปคงจะได้ถือเป็นงานประจำอย่าง
หนึ่งไม่เพียงแต่สำหรับนักศึกษาเท่านั้น
หากสำหรับอาจารย์และข้าราชการในคณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลด้วย

อนึ่งเราใคร่ขอตั้งข้อสังเกตไว้ว่า
ความสำนึกในพระภรรยาธิคุณนั้นควรที่จะ
ทำไม่เพียงแต่ปีละครั้งเดียว หากแต่
เสมอไป ซึ่งอาจกระทำได้โดยการปฏิบัติ
ตามตัวอย่างพระภรรยาธิคุณ และพยายาม
รักษาและส่งเสริมผลงานที่พระองค์ท่านได้
ทรงประสิทธิ์ประสาทไว้ให้ยั่งยืนและเจริญ
ยิ่ง ๆ ขึ้นไป อนึ่งพระรูป ฯ ที่ประดิษฐาน
ขึ้นไว้นั้นย่อมสมควรแก่การเคารพของผู้น
ที่ผ่านไปมาทุก ๆ ครั้ง มิใช่ว่าสร้างตั้ง
ไว้เฉย ๆ

สมรส นายแพทย์เฉลิม เมฆสุต พ.ย.
ได้ทำการสมรสกับนางสาวสินีนาค เสริม
สวรรค์เมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๓๓ สาร์

ศิริราชขอแสดงความยินดีและอำนวยพรแก่คู่บ่าวสาวด้วย

ข่าวศิษย์เก่าในอเมริกา ในระหว่างวันที่ ๑๗ และ ๒๖ สิงหาคมค.ศ. นี้ สมาคมนักเรียนไทยในสหรัฐอเมริกาได้จัดให้มีการประชุมประจำปี ณ บริเวณมหาวิทยาลัยจอห์นสฮอปกินส์ รัฐบัลติมอร์ โดยมีนักเรียนไทยเข้าประชุมทั้งสิ้นประมาณหกสิบคน และในจำนวนนี้เป็นศิษย์เก่าศิริราชถึง ๑๔ คน คือ น.อ. ทิพย์ เมฆสุภา (ทิพย์ สุตตะพาหะ) สอนง อุณาภูลสมศักดิ์ พันธสมบุญ วิจิ วิรานุวัตร ศลาต ชุณหวิฑ์ ประชุม ฉนนคร อมวรา จันทราภานนท์ เชิดทรวีร์ สมิตะศิริ วิเชียร สัยแสง ประสพ รัตนากร เชียร สิริยานนท์ กัลยา วิเศษแพทยา มยุรีสุนทรเวช และ ประการ พิศาลยบุตร ในการประชุมเลือกตั้งกรรมการชุดใหม่ปรากฏว่านายแพทย์สอนง อุณาภูล ได้รับเลือกเป็นอุปนายก และในการแข่งขันกีฬา ระหว่างการประชุมนี้ นายแพทย์ผู้ได้ทำชัยชนะไว้หลายต่อหลายอย่างด้วย

กัน จนได้รับรางวัลด้วยรวมของเอกอัครราชทูต รางวัลอื่น ๆ ที่ได้รับคือรางวัลชนะเลิศสำหรับบิลเลียด หมากรอกไทย หมากรอกส บริคซ์ (คู่กับนายช่วย อิงภากร) ในการแข่งขันระหว่างข้าราชการกับนักเรียน นายแพทย์สอนง อุณาภูล ก็ได้ทำชัยชนะให้แก่ทีมนักเรียนอีกสำหรับหมากรอกส อนึ่งนายแพทย์วิเชียร สัยแสงก็ได้ตำแหน่งชนะเลิศสำหรับเทนนีสกู่ (คู่กับนายวิศิษฐ์ คันส์จา) และรองชนะเลิศสำหรับบิลเลียดอีกด้วย เห็นอันว่ารางวัลสำหรับบิลเลียดทั้งหมดตกอยู่ในมือชาวศิริราช

สารศิริราชขอแสดงความยินดีด้วยทั้งสองท่านในความสำเร็จทั้งมวล และหวังว่าคนอื่น ๆ ก็คงไม่ลืมน่า ไม่ว่าท่านจะไปอยู่ที่ใด "ศิริราช" ติดตามท่านไป ด้วยเสมอ ความสำเร็จหรือไม่สำเร็จอย่างไรของท่านศิริราชก็มีส่วนด้วยเช่นกัน

ศิษย์ศิริราชรับใช้ชาติไปเกาหลี ในหน่วยพยาบาลของสภาอากาศไทยที่จัดส่งไปเพื่อบรรเทาทุกข์ทหารไทยซึ่งไปร่วมการสงครามเกาหลีกับสหประชาชาติ มี

ศิษย์เก่าศิริราชร่วมไปด้วยรวมสี่ท่าน คือ
 นายแพทย์นิยม ฉิมวงค์ นายแพทย์มานพ
 ยุนนาค นายแพทย์ศิริ สดาวรร และนาย
 แพทย์จตุพร หงษ์ประพาส คณะนี้
 กำหนดออกเดินทางในวันที่ ๑๕ เดือนนี้

สารศิริราชขอแสดงความยินดีที่ชาวศิริ
 ราชได้มีส่วนร่วมรับใช้ชาติในโอกาสสำคัญ
 ขออวยพรให้ไปพบแต่ความสุขสวัสดิ์และ
 กลับมาด้วยเกียรติยศชื่อเสียงและความ
 ปลอดภัยพิบัติทั้งปวงเทอญ.

๑ ผู้ชวนขายหาประโยชน์ตน ต้องทนต่อความขมขื่นซ่อนความ
 ของทองไว้ข้างหลัง จึงชื่อนักปราชญ์ เพราะการทำให้ประโยชน์เสีย
 เป็นลักษณะของคนโง่.

๑ ผู้มีความคึกคักไม่ทำของใหญ่ให้พินาศ เพราะต้องการของเล็ก
 น้อย. การทำของใหญ่ให้พินาศเพราะเสียของน้อยของตน (คือทำลายข้าศึก
 มากได้ด้วยเสียกำลังของตนแต่น้อย) นี้เรียกว่าฉลาดเหลือเกิน.

โกชนัตติศตกม.

บันทึกท้ายสมุด

๑ เรื่องใหญ่ในฉบับนี้เป็นของแผนก
กุมารเวชศาสตร์ และเป็นเรื่องไอกรน
หรือไอซิปซึ่งคนที่แผนกนี้ จะสนใจมากเป็น
พิเศษ โดยที่เมื่อขี้ที่แล้วก็ได้ให้รายงาน
เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิตามินซี คราวนี้
เป็นเรื่องอาการแทรกซ้อนทางประสาท ซึ่ง
เห็นได้ว่าเป็นความสำคัญมาก เพราะอัตร
าตายสูง และไม่มีวิธีรักษาจำเพาะแต่
อย่างไร เราต้องขอขอบคุณหมอประสงค์
คัจจนดา เจ้าของรายงานนี้ ซึ่งได้พยายาม
รวบรวมความรู้เกี่ยวกับอาการแทรก
ซ้อนดังกล่าวมาเพิ่มเติมให้อีกเป็นอันมาก
นอกเหนือไปจากรายงานคนไข้อย่างละเอียด
ละเอียดรอบ เรามองว่าไม่ช้าคงจะได้เรื่อง
ของแผนกกุมารเวชศาสตร์อีก เพราะ
ขณะนี้เรื่องของแผนกนี้หมดสต็อกแล้ว

๒ บันทึกสั้นเกี่ยวกับการใช้ยารักษา
ยาดีควิเมีย ของคุณหมอบรรลุ ศิริพานิช
เป็นเรื่องที่ น่าสนใจในแง่ความรู้ใหม่ และ
นอกจากให้ความรู้โดยตรงแล้วคงจะช่วย
เพิ่มเติมสติผลของการใช้ยาแบบใหม่นี้

ด้วย ชั้นเดิมเจ้าของลงใจ ไม่น่าจะ
จะลงพิมพ์หรือไม่ เพราะเป็นคนใช้ราย
เดี่ยวประการหนึ่ง และเพราะตนเป็นแพทย์
ประจำบ้าน ศัลยศาสตร์จะมารายงานโรค
ดีควิเมียก็ดูประหลาดอีกประการหนึ่ง
ความขงใจประการแรกตัดได้ด้วยความ
จริงที่โรคดีควิเมียออกจะมีน้อยในบ้านเรา
โอกาสที่จะรวมให้ได้มาก ๆ รายคงมียาก
เต็มที่ ขอขงใจประการที่สองละลายไป
ด้วยเหตุผลที่คนไข้ไม่มีไข้อื่นไกล หาก
เป็นญาติของผู้รายงานเอง การพยายาม
ที่จะช่วยชีวิตคนซึ่งรู้อยู่แล้วว่าไม่มีหวัง
และเอาความรู้ที่ได้มาแจกจ่าย ไม่น่าจะ
เป็นเหตุให้ตำหนิแต่อย่างใด ที่จริงสม
ควรชมเชยเสียด้วยซ้ำ

๓ ได้เคยมีสมาชิกศิริราชหลาย
ต่อหลายท่านส่งจดหมายมาเรียกร้องและ
ขอร้องให้เราลงพิมพ์บทความประเภท
วิวและสรุปความรู้จากวารสารและหนังสือ
คำร่าบ้าง เพื่อประโยชน์ของท่านที่
ห่างสำหรับคำร่าไปนานแล้ว ซึ่งเราตั้ง

ได้อยู่ ความจริงก็ได้เคยลงพิมพ์เรื่องเช่น
กล่าวมาแล้ว หากแต่ทุกๆ ครั้งเพราะ
เกรงว่าท่านที่มีความรู้อยู่แล้วจะเบื่อ ใน
ฉยชนเราจึงนำเรื่องของคณหมอมงคลสืบ
แสดงถึงพิมพ์ไว้ ซึ่งเจ้าของได้มอบต้นฉบับ
ให้เรานานแล้ว ก่อนที่ท่านจะย้ายไปสถาน
พยาบาลโรงงานยาสูบ ในทางเหนือหา
อาจหนักเกินไปสำหรับบางท่าน โดยที่ผู้
รวบรวมได้พยายามอย่างยิ่งที่จะให้ทันสมัย
และครบถ้วนที่สุด และมีเอกสารอ้างอิง
ถึงสามสี่กว่าฉบับ นับว่าท่านได้ทำงาน
หนักมากในเรื่องนี้ เราขอขอบใจแทนผู้
อ่านด้วย

๑๐ คุณหมอสอนอง อุนากุล กำลังยุ่ง
อยู่กับการเรียนเพิ่มเติมที่อเมริกา ยังอุค-
สาห์ย่อเอกสารส่งมากำนัลสารศิริราชได้
น่าขบใจอย่างยิ่ง ความจริงท่านส่งมา
หลายเรื่อง แต่ยังมีเหตุขาดการบาง
อย่างเสีย จึงยังไม่ส่งมาได้ ปกิณณะที่
นำลงในฉบับนี้ก็เป็น ของคุณหมอสอนอง
เหมือนกัน โดยได้เขียนให้ไว้ตั้งแต่ก่อน
ไปต่างประเทศ คราวนั้นเราไม่ได้อ่าน
เรื่องสั้นๆ นั้นจึงเหมาะพอ

๑๑ หน้าใหม่ที่สุดใน กระบวน ผู้ย่อ
เอกสารคราวนี้คือคณหมอสุนทร ทิศ

นันท์ แห่งแผนกอายุรศาสตร์ เห็นจะ
นับได้ว่าเป็นผลของการร่วมมือที่ท่านหัว
หน้าแผนกนั้นได้ให้แก่ สารศิริราชโดย
มอบหมายหน้าที่ให้อาจารย์ในแผนกนั้น
ทุกคนช่วยกันทำย่อเอกสาร เราขอขอบ
คุณไว้อีกครั้งหนึ่ง (แผนกอื่น ๆ ยังไม่
มาถึง) สำหรับผู้ย่ออื่นๆ นับได้ว่าเป็น
ซาประจำของเรา มีคณหมอประสงค์
ทัญจินดา (ซึ่งยังมีอายุไม่ถึงสองแห่งใน
สารศิริราชฉบับนี้ เช่นเดียวกับคุณ
หมอสอนอง อุนากุล) คุณหมอมงคล
บุญยะมาน คุณหมอร่มไทร สุวรรณิก
และคณหมอพนิต เกยานนท์ ท่านเหล่านี้
แสดงน้ำใจกับเราอยู่เสมอๆ หวัง
ว่าจะเป็นตัวอย่างชักนำผู้อื่นอีกต่อไป
จนกระทั่งทุก ๆ หมอในศิริราชเป็นซาประจำ
ในหน้าย่อเอกสาร ซึ่งในตอนนั้นเรา
คงจะเพิ่มจำนวนหัวข้อมากขึ้นกว่านี้ได้

๑๒ บทความเรื่องคุณพระอาจารย์วิทยาคม
“บรมครูของโรงเรียนแพทย์” อาจเกิด
ยาวเกินไปในสายตาของบางคน เพราะ
มีข้อความเกี่ยวกับชีวิตและงานอื่น ของ
ท่านนอกจากโรงเรียนแพทย์อีกด้วย แต่
งานของใครก็เท่ากับประกาศนียบัตรของ
ผู้อื่น และคุณพระอาจารย์ท่านมีประกาศ

นัยบัตรชนยอกเยยมหลายฉบับ ถึงนั้น ถ้าหากจะข้ามไปเสียบางฉบับ ก็จะทำให้ ผู้อ่านที่ไม่รู้จักท่านก็ราคาความสามารถ และงานของท่านค่าไปกว่าเป็นจริง ถึง นั้นเรื่องของท่านจึงกิน หน้ากระดาษ ถึง สองยก และทำให้เราจำเป็นต้องเลื่อน พากย์ภาษาอังกฤษไว้ไปที่พิมพ์ในฉบับ หน้า ๑๑๑ ขอสขแจ่งไว้เพื่อย่อกันความ เข้าใจผิดคือ บทความชุด “ศิริราช ระลึก” นี้เรียงลำดับตามความสาคัญของ หาได้เรียงตามลำดับความสำคัญของ บุคคลไม่

๑ สำหรับท่าน ที่สนใจใน การสร้าง ถาวรวัตถุที่ระลึกในการฉลองหกสิบปีของ ศิริราช เรามีข่าวที่จะเรียนให้ทราบว่า ในเวลานี้คณะกรรมการประจำคณะแพทย ศาสตร์ ฯ ได้พิจารณาตกลง กันแล้วว่า ถึงแม้จะได้เงินยังไม่พอจำนวนที่ค้องการ ก็มีเหตุผล บาง ประการ ที่จะต้องลงมือก่อสร้างไปก่อน และได้รีบแบบแปลนหอ ประชุมซึ่งหม่อมเจ้าโวฒยากร วรวรรณ ทรงวาง เป็นแบบก่อสร้างค่อไปแล้ว หอที่กล่าวนี้ทรวดทรงเป็นแบบไทย เพื่อ ให้คล้องจองกับชื่อ แต่โดยที่เงินน้อย จึงต้องลดส่วนลงเหลือเพียงพอดำๆ และ

ก็มีส่วนประกอบบางอย่างออกเสีย รวม ทั้งเลิกล้มความคิดดั้งเดิมที่จะจัดชั้นบน (หลังคา) ให้เป็นที่พักของนักเรียนแพทย์ ใต้ด้วย เรามีความเสียใจมากในข่าว นี้ เพราะเชื่อว่าคงทำความผิดหวังให้ แก่คนหลายคน แต่จะทำอย่างไรได้ มิ ความซัดซึ้งหลายต่อหลายทาง ซึ่ง คน ๆ เดียวหรือสองคนไม่สามารถจะขัด เบ้าได้ จึงขอปล่อยใจท่านที่รู้สึกผิดหวัง นั้นด้วยคำเตือนสติ ซึ่งได้เตือนตัวเอง แล้วว่า “ได้เพียงนั้นก็นับว่าดีแล้ว” เรา หวังใจว่า ในฉบับ หน้าจะ สามารถเสนอ แปลน (หรือภาพแบบจำลอง) ของหอ ประชุมที่กล่าวนี้ ซึ่งจะต้องถือว่าเป็นผล งานของชาวศิริราชส่วนใหญ่ ผสมกับ ความเห็นใจและสรัทธาของประชาชนด้วย

๑ ขอเรียนผู้ที่ตั้งใจสมทบทุนไว้ด้วย ว่า การเรียไรเพื่อสมทบทุนสร้างถาวร วัตถุในงานฉลองหกสิบปีนั้นยังไม่ได้ออก ยังดำเนินอยู่ และยังมีผู้ส่งหรือนำเงิน มามอบสมทบทุนอยู่เรื่อยๆ สำหรับหอ ประชุมเท่านั้น ก็ยังได้เงินไม่พอ และ คิด ๆ ด้ก็น่าจะสร้างอันอื่นอีกบ้าง โดย ฉะนั้นอย่างอื่นอะไรๆ ที่เกี่ยวกับการช่วย เหลือคนไข้ แม้ว่าบางคนจะเห็นเป็นการ หนักใหญ่ไม่สูงก็ตามที.