



สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๓๔	Volume 3, Number 1, January 1951
-------------------------------	----------------------------------

การรักษามะเร็งที่ต้นด้วยรายเคยม

และ

รายงานผู้ป่วยล่องราย

อำนวยการ เล่มรส

พ.บ., พ.ค., D.M.R.E. (Camb.)

และ

สนอง กาญจนาลัย

พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา)

มะเร็งเป็นโรคร้ายและรักษายากมาก. การคัดเอาออกจะได้ผลก็เพราะในรายที่เริ่มเย็น, แต่คนไข้เช่นนี้เราพบน้อย. โดยมากไปหาแพทย์ต่อเมื่อเย็นมากเสียแล้วและการผ่าตัดช่วยไม่ค่อยได้. ทั้งนี้เนื่องด้วยมะเร็งที่เริ่มเย็นไม่มีความเจ็บปวด, เริ่มมีเจ็บต่อเมื่อเย็นมากเสียแล้ว. เอชิลีโฮมาของดินเป็นโรคที่รักษายาก, และร้ายแรงกว่ามะเร็งที่อื่นในช่องปากด้วยกัน, เพราะส่วนมากเป็นชนิดแผลลึก, หรือชนิด

เนื้อแข็ง, ซึ่งลุกลามรวดเร็วและแพร่กระจาย (เมตาสเทซีส) ไปยังที่อื่นเร็วมาก. โดยจะเพาะชนิดที่ประกอบด้วยแตรอนชิชั้นแนลเซลล์, ซึ่งเย็นที่ฟันปากหรือโคนลิ้น, มีการแพร่กระจายเร็วมาก. บางคราวแผลต้น (ไปรแมร์) ยังเล็กนิดเดียว, แต่ต่อมาน้ำเหลืองที่โรคแพร่กระจายไปถึงก็ใหญ่มากและแข็งจนเคลื่อนไหวไม่ได้แล้ว. เราเคยพบแผลต้นขนาดเพียง ๑.๕ ซม. และได้ฝังรายเคยมหายเรียบร้อยแล้ว, แต่ต่อมา

แหล่งที่คอ, ซึ่งได้ตัดออกไปบางส่วนแล้ว, กลับเป็นโรคขึ้นใหม่อีกในตำแหน่งที่ใกล้เคียงออกไป. แม้ในตำแหน่งแผลต้นที่ฝังรadium แล้วก็ตาม เป็นอีกบ่อยกว่ามะเร็งในที่อื่น. ผู้ป่วยโรคนี้จึงมักอายุไม่ยืนยาว, เพราะโรคกลับ.

อย่างไรก็ตาม, การรักษาด้วยรังสี, ซึ่งหมายถึงรadium และเอกซเรย์, ในปัจจุบันนี้ต้องนับว่าช่วยให้ดีกว่าวิธีการอย่างอื่น, โดยเฉพาะที่แผลต้น, เพราะอาจใช้รักษาได้ในระยะต่าง ๆ ของโรค, ตั้งแต่เนิ่นๆ จนมาก. ส่วนศัลยกรรมนั้นจะช่วยให้ดีขึ้นเฉพาะรายที่เป็นน้อยๆ, ที่ปลายลิ้น, เท่านั้น, แต่การตัดเอาออกก็ทำให้สิ้น. ส่วนต่อมา น้ำเหลืองที่คอก็มีการตัดเอาออกช่วยให้ดีขึ้นมาก.

การรักษามะเร็งด้วยรังสีมีหลายวิธีด้วยกัน, คือ:

๑. การฝังด้วยเข็มรadium (Radium Needle Implantation หรือ Interstitial Radium).

๒. การฝังราดอน (Radon Gold Seed Implantation).

๓. การวางรadium (Intra-oral Radium Application).

๔. การฉายด้วยรadium (Radium Beam Therapy).

๕. การฉายด้วยเอกซเรย์กำลังไฟฟ้า (Low Voltage X-Ray Therapy).

๖. การฉายด้วยเอกซเรย์กำลังไฟสูง (High Voltage X-Ray Therapy).

วิธีการที่จะใช้ต้องเลือกให้เหมาะ, เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย, และจำเป็นต้องจัดขนาดรังสีให้เหมาะที่สุดที่จะทำลายเซลล์มะเร็งให้หมดไป. การใช้รังสีโดยจัดขนาดไม่เพียงพอ จะก่อผลร้ายอย่างยิ่งแก่ผู้ป่วย, เพราะแทนที่รังสีจะทำลายมะเร็งจะกลับกระตุ้นให้กำเริบเร็วยิ่งขึ้น. ขอนึ่งเป็นเรื่องทรงสิทธิ์แพทย์ฝ่ายรักษาต้องคิดคำนึงอย่างดีที่สุด.

วิธีการโดยฝังเข็มรadium เป็นวิธีที่ให้ผลดีที่สุด, นอกเหนือไปจากการใช้ราดอน, ซึ่งในขณะนี้ในประเทศไทยยังไม่มีใช้.

การรักษาด้วยวิธีวางรadium (อินทราออรอลแอปพลิเคชัน) จะช่วยให้ในรายที่มะเร็งลุกลามไปถึงตำแหน่งที่ฝังเข็มไม่ได้, เช่นที่ซีกเหงือกหรือที่เหงือกเอง. ถ้ามีเครื่องเอกซเรย์กำลังไฟฟ้า, ชนิดซึ่งมีท่อนำรังสียื่นออกนอกหลอด, และ

สามารถสอดเข้าไปภายในปากได้, จะให้ผลก็เช่นกัน.

การรักษาด้วยเฮกซเรย์เล็กสำหรับผู้ช่วยเป็นมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองภายหลังการผ่าตัด, ที่แผลคัน (ไพรแมร์) อาจช่วยได้เพียงทำให้มะเร็งหยุดขยายตัวและแผลหายชั่วคราว, เป็นการรักษาแบบบรรเทา (พอลลิเอทีฟ). การที่จะรักษาให้หายขาด (คิวเรทีฟ) นั้นมีหวังน้อยมาก.

การรักษาโดยฉายแสงร่าเคียมเราไม่มีหวังจะนำมาใช้ได้ในขณะนี้, เพราะราคาแพงมาก. จะต้องมีร่าเคียม ๕ ถึง ๑๐ กรัม, ราคาประมาณสองล้านห้าแสนถึงห้าล้านบาท, จึงจะพอใช้.

ในการฝังเข็มร่าเคียมเราดำเนินการตามหลักของ Regaud, คือใช้ร่าเคียมจำนวนน้อยแต่ฝังไว้นานจนถึงสิ้นวัน. เป็นวิธีใช้กันอยู่ในประเทศฝรั่งเศสและประเทศอังกฤษหลายแห่ง, ซึ่งนับว่าได้ผลดีมาก. ผู้ป่วยสองรายที่จะเสนอรายงานต่อไปก็ได้รักษาโดยวิธีดังกล่าวนี้. ทั้งคู่เป็นโรคในระยะมาก, แต่ก็ได้รับการรักษาและเป็นปรกติมาเกินกว่าสิบปีแล้ว. รายแรกรักษาด้วยการฝังร่าเคียมอย่างเดียว. รายที่สองต้องช่วยด้วยการวางร่าเคียมและฉายเฮกซ-

เรย์อีกด้วย, เพราะเป็นมาก, และกลับพบชิ้นที่โตขึ้นและเห็งอก, ต้องใช้รังสีขนาดมากจนถึงขนาดจะถูกขากรรไกรและกระดูกหลุดออกมาหลายชิ้น, ทำให้ค้างยวบเล็กน้อย.

ในการใช้รังสีรักษามะเร็งที่ลิ้นซึ่งจะให้ได้ผลสมบูรณ์จำเป็นต้องถึงหลักสามประการคือ; ตำแหน่งของแผล, ชนิดของมะเร็ง, และขนาดของร่าเคียมที่จะใช้. เกี่ยวกับข้อแรก, เราพบว่าบริเวณแอนตี้เรียร์คอร์ดโซลิงกวล, คือค้ำบนของลิ้นในส่วนข้างหน้าของเซอรัคัมวอลเลตแปปีลล์, มีบ่อยกว่าเพื่อน; บริเวณโพสทีเรียร์คอร์ดโซลิงกวล, คือในส่วนข้างหลังหรือลึกเข้าไปกว่าเซอรัคัมวอลเลตแปปีลล์, มีน้อยแต่ร้ายแรงมาก; ในส่วนอินฟราลิงกวลเอเรีย, คือใต้ลิ้น, และที่พื้นของปาก, พบบ่อยปานกลาง. เกี่ยวกับชนิดของมะเร็งอาจแบ่งตามแง่ของแผนการรักษาออกได้เป็นห้าชนิด, คือ (๑) ชนิดซูเปอร์ฟิเชียลแปปีลลารี (Superficial papillary), มักอยู่ค้ำบนของลิ้น, รักษาได้ผลดี. (๒) ชนิดไฮเพอร์โทรฟิก (hypertrophic), งอกและบานขึ้นมาจากพื้นผิว, รักษาได้ผลดี. (๓) ชนิดซูเปอร์ฟิเชียลอินฟิวดูเรทีฟและ

พัสเซอร์ (Superficial ulcerative and fissure), กินลึกลงไปเล็กน้อย, รักษาได้ผลปานกลาง. (๔) ชนิดที่พัสเซอร์-คัพ (deep ulcerative) กินลึกลงไปมาก, รักษาได้ผลน้อย. (๕) ชนิดโนติวลาร์ (nodular), มีแผลเล็กนิตติย, แผลขึ้นแข็งไปหมด, ชนิดนี้ร้ายแรงมากและรักษาได้ผลไม่ค่อยดี.

อาการแรกเริ่มของมะเร็งที่ลิ้นที่มักพบบ่อย ๆ คือปวดไม่ชัด, เวลาแลบลิ้น, ลิ้นออกมาเอียงไปข้าง ๆ, และอาจมีอาการเจ็บเสียวไปที่หูกด้วยก็ได้.

ในการวินิจฉัยแยกกันถึงโรคสำคัญต่อไปนี้คือ: (๑) แผลบิลโลมา, มักเกิดทางด้านบนของลิ้น. (๒) กัมมา, หรือแผลเบอยจากกัมมา. (๓) แผลวัณโรค, มักเกิดที่ปลายลิ้นและเจ็บมาก. การแยกต้องอาศัยประวัติของโรคและการตรวจประกอบ, เช่นไข่ออฟซ์, ปฏิกริยาวัสเซอร์แมน, และตรวจหาวัณโรคในปอด เป็นต้น, แล้วแต่กรณี.

มะเร็งของลิ้นมีความไวต่อรังสีแตกต่างกันในชนิดต่าง ๆ. ย่อมทราบกันอยู่แล้วว่ามะเร็งที่ประกอบด้วยเซลล์ที่เจริญมาก (highly differentiated) มีความ

ร้ายแรงน้อย, แต่มีความทนทานต่อรังสีมาก. ส่วนเซลล์ที่ยังอ่อน (embryonic หรือ undifferentiated) มีความร้ายแรงมากแต่ทนทานต่อรังสีน้อย. เซลล์พวกแรกพบมากที่ด้านบนและด้านข้างของส่วนปลายของลิ้น, และที่ฟันของปาก; ที่ร้ายกว่านั้นอีกพบที่ด้านข้างและโคนของลิ้น; ที่ร้ายแรงที่สุดคือที่ฐานของส่วนเค้นหนึ่งส่วนสามสุดทางโคนลิ้น (posterior third) เพราะเซลล์ที่ส่วนนี้เป็นแตรอนซีชันแนลเอพิไธเลียม. ส่วนปลายของลิ้นและฟันของปากประกอบด้วยสความัสเอพิไธเลียม. พวกมะเร็งที่แพร่รังสีมาก ๆ มักแพร่กระจายเร็วและมักกระจายแทรกเข้าไปตามท่อมน้ำเหลืองของคอ. พวกนี้มีการพยากรณ์ร้าย, เพราะมักแพร่กระจายไปเสียแล้ว, ก่อนที่จะตรวจพบแผลต้น (ไพรมารี).

ในการรักษามะเร็งที่ลิ้น, ถ้าเป็นน้อยๆ และเป็นที่ย่อยหรือที่ขอบของเค้นหนึ่งส่วนสามทางปลายลิ้น, การผ่าตัดเอาออกก็อาจช่วยได้ผล. แต่ถ้าเป็นมากแล้ว, หรือเป็นที่ย่อยปาก, การผ่าตัดก็ให้ผลน้อย. การรักษาแผลต้น (ไพรมารี) ที่นับว่าดีที่สุดคือการฝังแร่เตียม (อินเทอร์สติเชียล

ราเคียม), ซึ่งจะใช้ได้ทั้งรายที่ฝังเข้าใต้ และที่ผ่าตัดไม่ได้แล้ว.

ความประสงค์ของการใช้เคมีราเคียม ก็เพื่อช่วยคนไข้ซึ่งยังพอมีหวังจะหายได้, หรือแม้อาจไม่หายขาดแต่ยังอาจหายชั่วคราวได้. วิธีนี้ย่อมไม่มีประโยชน์สำหรับรายที่เป็นมากแล้ว, ผอมแห้ง, ชีต, ไม่มีแรง, ซึ่งกระว่าจะมีอายุอยู่ต่อไปไม่เกินสัปดาห์เดือน.

ในการเตรียมก่อนรักษา, ต้องจัดการกับพวกโรคติดเชื้อ (อินเฟคชั่น) ต่าง ๆ ในปาก. ถ้าใส่ฟันทองไว้, ควรเอาออกเสีย, เพื่อป้องกันชกกันแคร์เรย์. ถ้าวัชเชอร์แมนบวกรักก็ต้องให้การรักษาทันที.

เคมีราเคียมที่ใช้มีเคมีหนัก ๐.๕ มก. ต่อเคมีขาว ๑ ซม. และมีแผ่นกรอง (ฟิลเตอร์) ของขาวหนา ๐.๕ มม. เวลาใช้ต้องฝังเข็มไว้อย่างแข็งแรง, และห่างจากขอบของฟันประมาณ ๑.๕ ซม. ต้องฝังเข้าไปในฟันของเนื้อร้ายด้วย, ให้เข็มขนานกันและห่างกัน ๑ ซม. อาจฝังไว้นานเจ็ดถึงสิบวัน. ที่เราปฏิบัติอยู่ในเวลานี้ฝังไว้เจ็ดวัน.

ในรายที่เนื้อร้ายแพร่กระจายไปถึงต่อมน้ำเหลือง, จะคลำพบต่อมน้ำเหลือง

โตหรือไม่ก็ตาม, ต้องผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนั้นออกให้หมดสิ้น. การตัดต่อมน้ำเหลืองกลุ่มซปรายัยอ้อยค้อออกทั้งสองข้างจะช่วยคนไข้ได้.

ภายหลังที่เอาเคมีราเคียมออกแล้ว, ในระหว่าง ๑ ถึง ๔ สัปดาห์, ก้อนเนื้อร้ายจะอ่อนนุ่มลงแล้วค่อย ๆ หลุดไป. มีฝ้าขาว ๆ เกิดขึ้น, ประกอบด้วยไฟบริน, และรอย ๆ เป็นเนื้อแข็งเช่นการอักเสบ. ลักษณะเหล่านี้ค่อย ๆ จางลงไปทุกที, จนถึงแปดสัปดาห์เยื่อเมือกจึงจะกลับเป็นปกติและก้อนเนื้อร้ายหายไป.

การรักษาอาจล้มเหลวได้โดยเหตุต่าง ๆ เช่น (๑) แผลกว้างมากเกินไป, และลามถึงเหงือกหรือกระดูก, (๒) ขนาดของเคมีไม่เพียงพอ, (๓) มีเนื้อตายเพราะรังสี (radio-necrosis) เนื่องจากให้ขนาดมากเกินไป, จนเนื้อตายไปด้วย, ซึ่งก็ถูกต้องตายเพราะเนื้อร้ายเท่านั้น; เหตุนี้ทำให้คนไข้เจ็บปวดมาก.

ในการรายงานผลของการรักษา, มีธรรมเนียมแสดงสถิติว่าคนไข้ที่อายุยืนต่อมาถึงห้าปีจำนวนเท่าใด (five-year cure). Greenwood กล่าวว่า

โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไปอย่างปรกติคิดเฉลี่ย ใต้ประมาณ ๑๕.๕ เดือนหลังจากการ รักษา. แต่เรามีคนไข้มะเร็งท่อน้ำนม ๒ คน ซึ่งรักษาด้วยยาเคมี, คนหนึ่งเสียชีวิต ตามเดือนมาแล้ว, และอีกคนหนึ่งเสียชีวิต แล้ว, ซึ่งขณะนั้นยังสบายดี, จึงใคร่ขอ เสนอรายงานไว้ดังต่อไปนี้.

รายที่หนึ่ง ชายไทย, คู่, อายุ ๖๘ ปี, เลขราเคียมที่ ๑๗๘, รับไว้เมื่อ ๒๒ ต.ค. ๘๒, อยู่ในโรงพยาบาลรวม ๑๗ วัน. แจ้งประวัติว่าประมาณหนึ่งปีก่อนมา โรงพยาบาลได้สังเกตว่ามีตุ่มเล็ก ๆ เกิดขึ้นที่ต้นและคอ ๆ โตขึ้นจนแตกออกเป็นแผล, แล้วลามไปทางด้านหลังและ ไปถึงหลังที่ขากรรไกรล่างทางด้านขวา, ทำให้แลบลิ้นไม่ได้อย่างปรกติ. เมื่อสอง เดือนก่อนมาตรวจลิ้นแข็งมาก, และบางครั้งเลือดออกจากแผล. เวลากินของเผ็ด รู้สึกแสบ. อนึ่งตั้งแต่แปดเดือนก่อนมา โรงพยาบาลสังเกตว่ามีก้อนขึ้นที่ใต้คาง ข้างขวา, โตช้า ๆ และไม่เจ็บปวด.

ในการตรวจร่างกายพบว่า ไม่มีไข้, ชีพจรและการหายใจปรกติ, รูปร่างค่อนข้าง

ข้างผอม, แต่แข็งแรง, ไม่ช้ำ. ท่อน้ำนม เนืองอกแตกเป็นแผลเยื่อใยโตมาก, มี เนื้อตายเป็นเยื่อหนา, กินอยู่ทางซีกขวา ของส่วนปลายของลิ้นและฟันของปาก, และแผ่ไปถึงเหงือกด้วย. ลิ้นติดตรง เคลื่อนไหวไม่ได้. ต่อม้ำเหลืองข้างแมก ซิลลารขวาโตขนาดปลายนิ้วมือ. ระบบ อื่น ๆ เป็นปรกติ.

ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อใยโอมาของ ลิ้นในระยะมากแล้ว.

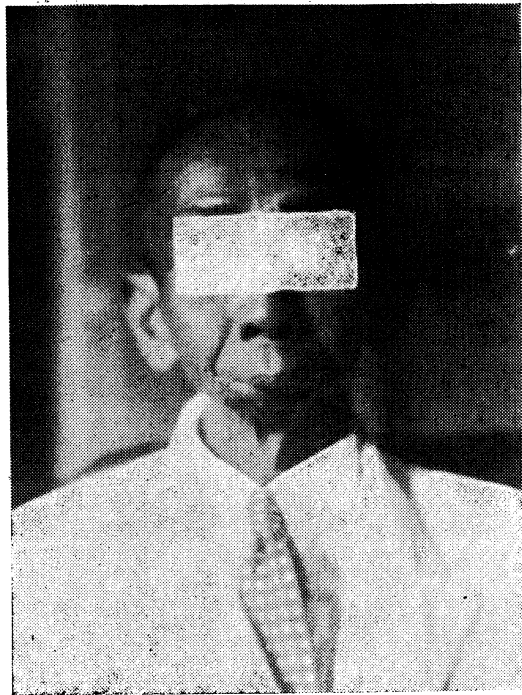
ในวันที่ ๑๐ ต.ค. ๘๒, ได้ผ่าตัดเอา ต่อม้ำเหลืองหุ้มซีกขวาออกหมด หงสองข้าง, และฝังเข็มราเคียม (อินเทอร์ สติเซียมราเคียม) โดยใช้น้ำหนัก ๒๕๕๘ มก. ซม. หลังการรักษา, แผลผ่าตัดหาย เป็นปรกติ, พร้อมกับเข็มหลวมขึ้นและ ได้เอาออกหมดในวันที่เจ็ด. คนไข้สบาย ดีขึ้นมาก.

ผลสุดท้ายปรากฏว่าคนไข้หายดีอย่าง เรียบร้อย. ก้อนเนืองอกหายไป. ลิ้น เคลื่อนไหวได้อย่างปรกติ. คนไข้ได้มา รายงานตัวติดต่อกันมา, นับได้เสียชีวิต แล้ว, ยังไม่ปรากฏว่าโรคกลับเป็นใหม่ อีก.

รายที่สอง ชายไทย, คู่, อายุ ๔๔
 ปี, เลขราเคยมีที่ ๒๗๕, รับไว้มือ
 ต.ค. ๔๓. แจ้งประวัติว่าเมื่อประมาณ
 สองเดือนก่อนมาตรวจ, ได้สังเกตว่ามี
 ผลเกิดขึ้นที่ด้านซ้ายของลิ้น, ไม่เจ็บ,
 แต่ปวดเสียวบ้าง. ผลค่อย ๆ โตขึ้น.
 ชันแรกเข้าใจว่าเป็นแผลซิฟิลิสและได้รับ
 การรักษาโรคนั้นอยู่นาน, แต่ไม่ดีขึ้น. คน
 ไข้มีนิสัยสับสนหวั่นมาตั้งแต่ก่อนแล้ว, เคย
 เคยหวงมาก, แต่ได้เลิกแล้ว.

ใต้ตรวจพบเนื้องอกแตกเป็นแผลโต
มากอยู่ที่พุงของปาก, เต็มไปหมดทั้งใน
ส่วนหน้า (แอนทีเรีย) และส่วนข้าง
(แลเทอรอล), และอยู่ที่ด้านข้างซ้าย
ของลำทนต์ไปทางโคนยาวประมาณ ๓.๕
ซม. การตรวจอย่างอื่นไม่พบอะไรที่
สำคัญ.

ในวันที่ ๒๘ ต.ค. ๔๓ ได้ตัดเอา
คอมน์นำเหลืองหุ้มซับแม็กซิลลาไว้และซับ
เม้นแต่ลออกทั้งหมด, และฝังวาเดียม
(อินเทอร์สติกเซียล) ในขนาด ๒๒๕๑
มก. ซม., แต่โดยที่แผลใหญ่มาก, และ
เนองอกก็เบอบยุ่ย, การฝังเข็มทำยาก,
ฝังอยู่ได้ไม่นานเข็มก็หลุดออกหลายเล่ม.
วันที่ ๑๒ พ.ย. ๔๓ เริ่มรักษาด้วย



(คนไข้รายที่สอง)

๗ เลิกขเรย์เล็ก, รวมทั้งหมด ๒๐ ครั้ง, ๕
โดยฉายไปทางโคนดิน, รวมขนาด
๓๑๐๒ r. หนึ่งเดือนต่อมาเห็นว่ามี
น้ำขึ้นน้ำลง
เนืองออกทพนปากด้านหน้า (แอนทีเรียร์)
มีขนาดประมาณหัวแม่มือ. ระหว่าง
วันที่ ๒๐ ก.พ. ๘๔ ถึง ๒๖ ก.พ. ๘๔
ไว้วางราเดียม (เซอร์เฟสราเดียม)
รวม ๘๔๐ มก. ชม., และระหว่างวันที่
๒๕ มี.ค. ๘๔ ถึง ๓๐ มี.ค. ๘๔ ใ้
วางราเดียมอีกรวม ๖๓๐ มก. ชม. หนึ่ง
เดือนต่อมาพบว่ามันเนืองออกขึ้นใหม่อีกเล็ก

น้อย, เห็นโคที่ฟันของปาก, จึงได้วาง
 ราเคียมอีก ๑๓๗๕ มก., ระหว่างวันที่
 ๒๒ เม.ย. ๘๔ ถึง ๒๕ เม.ย. ๘๔.
 ประมาณสามเดือนต่อมา (๒๓ ก.ค. ๘๔)
 เกิดเนื้องอกขึ้นใหม่อีกที่ฟันปากทางซ้าย
 และลึกลงไปถึงกระดูก, จึงฉายเอ็กซเรย์
 อีก ๒๐ ครั้ง, รวม ๓๐๐๐ r. ภายหลัง
 พักหนึ่งเดือนตรวจพบว่าที่ขากรรไกร
 ซ้ายมีก้อนเนื้อขึ้นมาเล็กน้อย, จึงฉาย
 เอ็กซเรย์อีก ๕ ครั้ง, รวม ๗๕๐ r.
 ต่อจากนั้นได้ให้คนไข้กลับบ้าน. ต่อมา
 อีกประมาณ ๒ ปี, ที่บริเวณใต้คางข้าง
 ขวามีแผลแตกออกมา, มีเศษกระดูกชิ้น
 เล็ก ๆ หลุดออกมาเรื่อย ๆ, รวมทั้งหมด
 ใหญ่อีก ๒ ชิ้น. ได้แต่งแผลให้อย่าง
 ธรรมดา. แผลหาย, แต่ยังมีเหลือรูขนาด
 ปลายดินสอต่ำและมึนน้ำลายไหลออกมา
 เสมอ ๆ.

จนกระทั่งบัดนี้, เป็นเวลา ๑๐ ปีกับ
 ๓ เดือนแล้ว, คนไข้ยังมีชีวิตอยู่, และ
 สบายดี, ไม่มีเนื้องอกขึ้นใหม่อีก.

สรุป

๑. ได้บรรยายโดยสังเขปในเรื่อง

การรักษามะเร็งที่ต้นด้วยราเคียมโดย
 ทั่ว ๆ ไป.

๒. ได้เสนอรายงานผู้ป่วยมะเร็งที่
 ต้น ๒ ราย, ซึ่งรักษาด้วยราเคียมโดย
 วิธีฝังเข็ม (อินเตอร์สติเชียลราเคียม),
 ประกอบกับตัดต่อมน้ำเหลืองอย่างกว้าง
 ขวาง. หนึ่งรายได้ผลดีมาก, โดยไม่มี
 อาการแทรกแซงอย่างใด, และคนไข้มี
 อายุยืนยาวต่อมาถึง ๑๑ ปีเศษแล้ว, ยัง
 ไม่มีอาการแสดงว่าโรคกลับขึ้นมาใหม่อีก.
 รายที่สอง, ซึ่งเป็นอย่างมากมาย, มี
 การกลับเป็นอยู่บ่อย ๆ, ต้องเพิ่มเติม
 การรักษาด้วยการวางราเคียมและฉาย
 เอ็กซเรย์ลึกซ้ำ ๆ จนมีกระดูกเป็นโรค
 แหกขึ้นมา. ในที่สุดโรคเนื้องอกก็หาย
 และจนกระทั่งขณะนั้นได้ ๑๐ ปีกับ ๓
 เดือนแล้ว, ยังไม่ปรากฏโรคกลับ. คน
 ไข้มีคางยุบลงไปเพราะโรคแทรก, แต่
 ยังมีชีวิตอยู่และสบายดี.

เอกสาร

1. Ward and Smith: Recent
 Advances in Radium.

2. Stanford Gate: Radium in X-rays.

the Treatment of Cancer.

4. อำนวยการ เสมรสุต. การรักษา

3. Ralston Patterson: The

มะเร็งในปากด้วยยาเคมี. จดหมาย

Treatment of Malignant

เหตุ ๗ แพทย์สมาคม, เล่ม ๒๒, ตอน

Diseases by Radium and

๕, มกราคม ๒๕๕๓.

๑ ผู้ที่รู้ได้ว่าแต่งหนังสือหรือไม่ก็ ต้องเป็นผู้มีนิสัยเป็นนักประพันธ์
ด้วย ไม่ใช่รู้ได้โดยแยกแยะต่าง ๆ มาเทียบกัน เหมือนกระเบื้องที่ลงไปอยู่ใน
สระวันยังค่ำ ได้แต่ทำให้น้ำเป็นโคลนเท่านั้น ไม่รู้จักกลั่นคอกับ.

๒ กวีที่ข่มขู่กลัวเสียงกวีที่คิดด้วยกัน คนอื่นรู้ไม่ได้ เหมือนหญิงหมั้น
ไม่รู้จักรสแพ้ทอง.

โกชนันตศตกม.

RADIUM TREATMENT OF EPITHELIOMA OF TONGUE

With Report of Two Cases

Amnuey Smerasuta
M.B., M.D., D.M.R.E. (Camb.)

Sanong Kanchanalaya
M.B.

(Dept. of Radiology).

The authors summarise the principles underlying the radiological treatment of cancerous affections of the tongue in general, with special emphasis on the use of radium. Practical points are also made clear. Stressing the indubitable advantages of radium treatment in inoperable cases, they cite two case histories from the series collected in the records of the Department as illustration, remarkable in the rather unusual length of the survival periods—eleven year, and ten years and three months respectively. The first patient was a man, sixty-eight years old, with an extensive epithelioma with heavy slough involving the right half of the anterior part of the tongue, the floor of the mouth and adjoining gum. The right submaxillary group of lymph glands was already affected. On October 10th 1939 an operation for bilateral suprahyoid gland dissection was performed, and interstitial radium implantation was carried out in a dose of 2559 mg. hr. Recovery was without incidents. Patient is still living and well. The second case was that of a forty-four

year old man with advanced epitheliomatous growth covering the entire left margin of the tongue and involving also the anterior and lateral portions of the floor of the mouth. Block excision of submaxillary and submental lymph nodes was performed simultaneously with implantation of radium needles in a dose of 2291 mg. hr., on the 21st of October 1940. Because of the friability of the diseased tissues, some of the needles dropped off after a few days, and the dosage could not be very accurate. A supplementary course of deep x-rays (3102 r) was given beginning on the 12th November 1940. Since a small growth came up on the floor of the mouth, one month after the irradiation, surface application of radium (840 mg. hr.) was given from the 20th to 26th February 1941; a slightly shorter course (630 mg. hr.) was given from the 25th to 30th March, 1941. One month later reoccurrence of swelling was noted on the floor of the mouth. Radium was again given by surface application (1375 mg. hr.) from the 22nd to 28th April, 1941. On the 23rd of July

there again developed a growth on the left half of the floor of the mouth, extending down to the bones. It was treated with deep x-rays (3000 r) during twenty days. After one month's interval, a slight swelling was detected on the left lower jaw, and another short course (750 r) of deep x-rays was given. This was followed, after a lapse of two years,

by the development of osteomyelitis on the right side of the chin, with extrusion of bone debris, finally healing, leaving behind a small sinus, and resulting in considerable disfiguration. The patient, however, is otherwise hale and healthy. He has thus survived for ten years and three months.

(One figure. Four references)

๑ ร้อนใจด้วยความยากจน ยังดับได้ด้วยความสันโดษ แต่ความ
ร้อนใจด้วยไม่มีอะไรจะให้แก่คนมาร้องขอ จะระงับได้ด้วยอะไร.

โกชนิตติศตกรม

ไส้ติ่งอักเสบเนื่องจากอะมีบา

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ

พ. บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

โรคบิดเนื่องจากเชื้อเอนตามีบา ฮิส-
โตลิติกาพบมากในเมืองไทยเรา. รายงาน
ของนายแพทย์อานนท์ ประทีปสุนทร-
สาร⁽¹⁾ กล่าวว่า จากการตรวจศพ ๑๐๘
ราย, ที่มีแผลบิดอะมีบาในลำไส้, ไม่พบ
แผลในไส้ติ่งเลย. ต่อมาข้าพเจ้าได้
ตรวจศพ ๑ ราย, พบว่ามีแผลบิดอะมีบา
ในไส้ติ่ง, จึงเสนอเรื่องขึ้นเป็นการ
เพิ่มเติม.

รายงานการตรวจศพ

การตรวจศพเลขที่ ๕๒๑๔. ทำโดยนาย
แพทย์ทินรัตน์ สถิตนิมานการ.

เด็กหญิง, อายุ ๑ ปี ๕ เดือน, ชาไทย,
แผนกกุมารเวชศาสตร์.

เลขที่ภายใน ๕๕๕๐. ๕๒.

ถึงแก่กรรม: วันที่ ๕ เดือนพฤศจิกายน
พ.ศ. ๒๔๙๒, เวลา ๖.๓๕ น.

ตรวจศพ: วันที่ ๕ เดือนพฤศจิกายน
พ.ศ. ๒๔๙๒, เวลา ๑๔.๐๐ น.

วินิจฉัย: Amoebic ulcerative coli-
tis. Amoebic ulcerative appendici-
tis with perforation of the tip. Gen-
eralized peritonitis. Thrombosis
of blood vessels with infarction
of lower lobe of right lung. Fatty
liver. Toxic lymphadenitis (me-
senteric).

ประวัติการป่วย. รับไว้รักษาในโรง
พยาบาล เมื่อวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๔๙๒.

อาการสำคัญ. หอบมา ๒ วัน.

ประวัติปัจจุบัน. สิบวันก่อนมาโรงพยา-
บาลเริ่มเป็นหวัดและถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง.
ห้าวันต่อมาอุจจาระมีมูกและเลือด, เริ่ม
มีไข้สูงและไอ. สองวันก่อนมาโรงพยา-
บาลมีอาการหอบ.

ประวัติอดีต. ได้มาตรวจที่แผนกตรวจ.

โรคภายนอก เมื่อวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๒, ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดลมอักเสบ.

การตรวจร่างกาย. เมื่อรับไว้, อุณหภูมิ ๓๗.๗ °ซ., ชีพจร ๑๓๖, หายใจ ๓๖. มีอาการหอบและเขียว. หน้าอกข้างขวาเคาะที่บโดยตลอด. ฟังเสียงหายใจได้เบาว่าปรกติ. ตับคลำได้ ๓ นิ้วมือและกดเจ็บ.

การตรวจทางห้องทดลอง. จำนวนเม็ดเลือดขาว ๑๐,๒๕๐ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร. แยกชนิด: โพลีโมर्फอนิวเคลียร์ ๘๐ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟไซต์ ๒๐ เปอร์เซ็นต์. อูจาระมีมูกและหนอง.

การดำเนินของโรค. ผู้ป่วยได้รับยาซัลฟากัวนิดิน, เพนนิซิลลิน, และยากระตุ้นหัวใจ. เจาะช่องอกทางขวาได้น้ำประมาณ ๑๐๐ ล.ซม., มีเลือดปน. น้ำที่เจาะได้ตรวจไม่พบเชื้อแบคทีเรียและทำการเพาะไม่ขึ้น. ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ ตลอดเวลา. สิบวันภายหลังรับไว้รักษา ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ, มีมูกเลือดตลอดวัน. พบเชื้อมีคเ็นตามีบาซิสโตลิติกา ในอุจจาระ. ได้ให้ไทโอโคควิน,

กลูโคส, และน้ำเกลือ. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียและในที่สุดถึงแก่กรรม.

วินิจฉัย. ๑. Amoebic colitis.

๒. Empyema, Right. Cause?

การตรวจร่างกายของศพ. เป็นเด็กหญิงผอม, ชีต, อาหารไม่สมบูรณ์, แต่เคาะท้องสบาย. โรคอัมมอร์ติสมีที่ขา. ไสวอัมมอร์ติสมีที่ส่วนต่ำของร่างกาย. ริมฝีปากแห้งและแตก. ตาลูกข่ม. หู, จมูกและปากปรกติ. ท้องโป่งเล็กน้อย. ต่อมมน้ำเหลืองใต้ผิวหนังตามที่ต่างๆ ไม่โต. ไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย.

เยื่อช่องท้อง. ไม่มีน้ำในช่องท้อง. ผิวของเยื่อขรุขระ, ชุ่มฉ่ำ, และมีไฟบรินจับอยู่. ขดของลำไส้ติดกัน. ต่อมมน้ำเหลืองมีเส้นเทอริคโตเล็กน้อย. ขอบตบอยู่ต่ำจากปลายของซัย ฟอยด์โปรเซสส์ ๒ ซม. ส่วนยอดของกระบังลมอยู่ต่ำกว่ากระดูกซี่โครงที่ ๕ ทั้ง ๒ ข้าง.

เยื่อช่องอก. ในช่องอกทางขวามีน้ำสีน้ำตาลปนแดงอยู่เป็นจำนวนเล็กน้อย. ผิวของเยื่อขรุขระและชุ่มฉ่ำ. ส่วนช่องอก

ทางซ้ายไม่มีน้ำเลย, และผิวเรียบเป็นมันใส.

เยื่อหุ้มหัวใจ. มีน้ำใสไม่มีลึอยู่ในช่องเยื่อหุ้มหัวใจเล็กน้อย. เยื่อหุ้มหัวใจเรียบและเป็นมันใส.

หัวใจ. หนัก ๖๐ กรัม. รูปร่างและขนาดปกติ. ไขมันเยื่อหุ้มหัวใจเล็กน้อย. เพอริคาร์เดียม, มัยโอคาร์เดียม และเอ็นโดคาร์เดียมไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นด้วยตาเปล่า. การวัดหัวใจมีดังนี้:—
ความหนาของผนังเวนทริเกิลข้างซ้าย ๐.๕ ซม.

ความหนาของผนังเวนทริเกิลข้างขวา ๐.๓ ซม.

ความยาวของเส้นรอบวงลิ้นเอออร์ติก ๓.๔ ซม.

ความยาวของเส้นรอบวงลิ้นไมทรัล ๔.๘ ซม.

ความยาวของเส้นรอบวงลิ้นพูลโมนารี ๓.๕ ซม.

ความยาวของเส้นรอบวงลิ้นไตรคัสปีด ๕.๕ ซม.

ปอด. ปอดขวาหนัก ๑๗๐ กรัม. ปอดซ้ายหนัก ๘๐ กรัม. ปอดขวากลีบล่างมี

สีแดงคล้ำและแข็ง, เมื่อผ่ากเห็นเป็นสีแดงดำเป็นหย่อม ๆ. สเมียร์จากปอดขวากลีบล่างหาตัวอะมีบาไม่พบ. กลีบกลางและกลีบขนแพย, และไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทางพยาธิวิทยา.

ปอดซ้ายไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นด้วยตาเปล่า.

ม้าม. หนัก ๒๕ กรัม, สีแดงเข้มและแข็ง. แคปซูลบาง, เรียบ.

ทางเดินอาหาร. พบผลตลอดความยาวของลำไส้ใหญ่. ผลขนาดต่าง ๆ กัน. ขอบผลกระรุ้งกระริ่ง. สเมียร์จากผลพบตัวเอ็นตามีบา ฮิสโตลิติกา เป็นจำนวนมาก.

ไส้ติ่ง มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาอย่างเกี่ยวข้องกับลำไส้ใหญ่. สเมียร์จากผลที่ไส้ติ่งพบตัวอะมีบา. ปลายของไส้ติ่งมีรูทะลุขนาด ๒ มม.

ตับ. หนัก ๓๗๐ กรัม. ขนาดปกติ. ผิวเรียบ. แข็ง.

ตับอ่อน. หนัก ๒๐ กรัม. ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

คอมพิวเตอร์เนล. ทั้งสองข้างหนัก ๑๐ กรัม. ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ไต. หนักข้างละ ๓๐ กรัม. แคปซูลบาง, เวียวยและลอกออกได้ง่าย. ผ่าดูไม่พบว่ามี การเปลี่ยนแปลง ที่สำคัญทางพยาธิวิทยา แต่อย่างใด.

ธัยมัส. หนัก ๑๐ กรัม. ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

หัวใจ. ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ปอด. ปอดขวาพบรวบรวมโยซีสของเส้น เลือก. เนื้อปอดเองมีอินฟาร์คชัน. ในถุง ลมมีเม็ดเลือดแดง, ไฟบริน และเซลล์ที่ ตายแล้ว. ผนังของถุงลมมีว, งาม, และ นิวเคลียสละลายหายไป. ไม่พบทวัอะมียา ในปอด. ส่วนปอดซ้ายไม่มีการเปลี่ยนแปลง.

ม้าม. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิ- วิทยาที่สำคัญอย่างใด.

ลำไส้ใหญ่. มีการตายแบบลิควิแฟคทีฟ ขนาดมาก. พบทวัอะมียาจำนวนปานกลาง ในชั้นซัลมิวโคซา.

ไส้ติ่ง. มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับที่ ลำไส้ใหญ่, และพบทวัอะมียาค่อนข้าง.

ตับ. เซลล์ของตับรอบนอกของโบลูมี แพทแวกคิวโกล-อยู่ในซัยโทพลาสซึม.

ตับอ่อน. ปกติ.

คอมพิวเตอร์เนล. มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังตาย (Postmortem changes).

ไต. มีเคลตาตัสเวลลิ่งเล็กน้อย.

ต่อมธัยมัส. ปกติ.

ต่อมน้ำเหลืองมีเซ็นเตอร์. มีการเพิ่ม จำนวนของลิมโฟไซต์ ทิสซิว, และมีเลือด มากกว่าปกติ.

ความเห็น

ความจริงได้ตั้งอีกสาเหตุหนึ่งจากทวัอะมี ยาไม่ใช่เป็นโรคแปลกอะไรและพอจะพบ ได้, ไม่ใช่หายาก. เอ็นคามียา- ซิสโตลิติกอาจทำให้เกิดการอักเสบ และ เป็นฝีได้ที่ตับ, สมอง, ไต, ม้าม, ผิวหนัง ลูกอึ้ง, ต่อมน้ำเหลือง, เอพิทิมิส, อวัยวะสืบพันธุ์, ช่องคลอด, มดลูก, กระเพาะ ปัสสาวะ, และมีคนรายงานไว้ว่าเกิดตาม ที่อื่น ๆ อีก. (๒) อนึ่ง Craig ได้วิเคราะห์ ผลบิโอะมียาในลำไส้ใหญ่พบว่า, ตำแหน่ง ที่พบบ่อยที่สุดและรองลงไปตามลำดับคือ,

ซึกัม, แอสเซินทิงโคลอน, เร็คคัม, ซิค-
มอยด์โคลอนและไส้ติ่ง.⁽²⁾ James
เขียนเรื่องตำแหน่งแผลบิก, ก็ได้กล่าวถึง
แผลบิกที่ไส้ติ่ง.⁽³⁾ นายแพทย์ขุนธรรม-
สุนทรเกียรติ และนายแพทย์เฉลย วัชร-
พุกก็ ได้รายงานปอดอักเสบเนื่องจากอะ-
มีบา.⁽⁴⁾

การเสนอรายงานนั้นจึงมิใช่เขียนไปโดย
ถือว่าเป็นรายแรก, หรือเป็นโรคแปลกหา
ยากอะไร. ความประสงค์นำเรื่องนี้ออก
เผยแพร่เพื่อเป็นการเตือนให้ระลึกว่าไส้
ติ่งอักเสบจากอะมีบามีโอกาสพบได้.
โดยเฉพาะในเมืองไทยเรา, ซึ่งเป็นบิก
อะมีบามากน้อยอย่างชุกชุม. ในรายที่พบแน่ว่า
เป็นไส้ติ่งอักเสบจากอะมีบา, การรักษาก็
ไม่จำเป็นต้องผ่าตัด, อาจใช้ยารักษาหายได้,
นอกจากรายที่มีโรคแทรกเช่น ทะลุ,⁽⁵⁾
ทำนองเดียวกับไส้ติ่งอักเสบเนื่องจากทัย
ฟอยด์ก็ไม่ต้องรีบทำการผ่าตัด, เว้นแต่
ในระยะท้ายซึ่งไส้ติ่งอาจทะลุ.⁽⁶⁾

นายแพทย์สวัสดิ์ แกงสว่าง ได้ตรวจ
ศพพบไส้ติ่งอักเสบจากอะมีบา ๑ รายขณะ
ที่ท่านยังอยู่ในแผนกนี้. แต่รายงานยังค้น
ไม่พบ, และเข้าใจว่าสูญหายเนื่องจากภัย
ทางอากาศ.

เรื่องนี้มีผู้สนใจอยู่เหมือนกัน. เคยมี
ผู้ส่งไส้ติ่งมาให้ตรวจเพื่อหาตัวอะมีบานั้น
เป็นจำนวนสิบ ๆ ราย, แต่ยังไม่พบ. อนึ่ง
นายแพทย์สังค กาญจนบุญธร ชี้แจงว่า
ระหว่างตรวจชิ้นเนื้อผ่าตัด (surgical
section) เคยพบตัวอะมีบาในไส้ติ่ง. ข้า-
พเจ้าจึงตรวจค้นรายงาน, คงพบ ๑ ราย
คือรายเลขที่ ๕๔๕๑. ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย,
อายุ ๔๑ ปี, เลขที่ของ ร.พ. ๑๑๖๒๕.
๘๓. การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาที่
พบด้วยกล้องจุลทรรศน์สำหรับรายนี้พบว่าไส้
ติ่งมีการอักเสบอย่างปัจจุบัน (acute
appendicitis), เห็นโพลีมอร์โฟนิว-
เคลียร์เซลล์เป็นจำนวนมากกระจายอยู่
ทั่ว ๆ ไปในชั้นต่าง ๆ ของไส้ติ่ง. นอก
จากนั้นพบตัวอะมีบาอยู่ในชั้นมิวโคซาและ
ชั้นมิวโคซาเป็นจำนวนค่อนข้างมาก.

สรุปความ

๑. ได้รายงานการตรวจศพมีแผลบิก
อะมีบาในไส้ติ่ง ๑ ราย, ซึ่งมีการทะลุของ
ไส้ติ่ง, ทำให้เยื่อช่องท้อง อักเสบโดย
ทั่วไป.

๒. ในรายนี้มีแผลบิกของลำไส้ใหญ่
ด้วย, และมีอินฟาร์กชันของปอดขวาใกล้
ล่าง.

๓. ไข่ทั้งอีกเสบเนื่องจากอะมีบาอาจพบได้, และสถิติการพบอาจสูงขึ้น, ถ้าแพทย์ฝ่ายรักษาคิดถึงอยู่เสมอ, และหากแพทย์ทางพยาธิวิทยาตรวจศพรายเป็นปกติก็ตรวจไข่ได้ทั้งด้วยโดยละเอียด.

ผู้รายงานขอขอบคุณนายแพทย์สวัสดิ์ แดงสว่าง และนายแพทย์สงัด กาญจนกฤษ, ที่ได้กรุณาชี้แจงเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องที่รายงานนี้.

เอกสาร

๑. อานนท์ ประทีปสุนทรสาร: ตำแหน่งแผลอะมีบาในลำไส้.

สารศิริราช, ปีที่ ๑, ฉบับที่ ๑๐, ตุลาคม ๒๔๙๒, หน้า ๔๙๖-๔๙๘.

2. Craig, C.F. and Faust, E.C.:

Clinical Parasitology, 1945, p. 73.

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

๔. ขนอม สุนทรเกียรติ และ เณย์, วัชรพุก: A case of Pulmonary Amoebiasis. จดหมายเหตุทางแพทยฯ เล่ม ๓๑, ตอน ๑, มกราคม ๒๔๙๑ หน้า ๒๒-๓๒.

5. Cope, S. . Surgical Aspects of Dysentery, 1920, pp. 33-34.

6. Stewart Mc Kay, W.J. Appendicitis, 1936, pp. 63-64.

๑. เด็กที่พบกับบิดามารดา ภริยาเข้าหยอกกับสามี กว้างขบถเกียรติศักดิ์
นักรบประจำสนาม ย่อมขานสรรพนาม ผู้สูงศักดิ์อีกฝ่ายหนึ่งโดยคำสามัญได้.

โกชนิตศตกม

(Abstract of the fore-going article)

AMEBIC APPENDICITIS

A Case Report

Tinaratna Stitnimankarn

M.B.

(Dept. of Pathology)

In an analysis of 108 necropsies with intestinal amebic ulceration, Anondh Pradatsundrasar found not a single case of involvement of the appendix (Siriraj Hospital Gazette, 1,2 (Oct. 1949, 496-498). During routine autopsy the author came across case of amebic ulcerative colitis with amebic appendicitis leading to perforation of its tip and consequent generalised peritonitis. The patient was a girl aged seventeen months, admitted on the 28th of October, 1949, with clinical diagnoses of amebic colitis and right-sided empyema, and expired on the

9th of November from exhaustion. Autopsy revealed, beside the findings already mentioned, thrombosis with infarction of the lower lobe of the right lung, fatty liver, and toxic mesenteric lymphadenitis. There were shaggy ulcerations of various sizes throughout the whole length of the colon, and *Entamebae histolyticae* were identified in smears from the ulcers. The appendix presented lesions similar to those in the colon, with a perforation 2 mm. in diameter in its tip. Amebae were found in smears from this organ as well.

(Six references)

บทความพิเศษ

แนะนำ
ไอโซโทปที่ให้รังสี
พจน์ ไอศตหงษ์

พ.บ.
(กรรมการแพทย์)

๑. ไอโซโทปธรรมชาติ

ก. ทฤษฎีใหม่ ๆ เรื่องปริมาณ

เมื่อประมาณ ๕๐ ปีมาแล้ว, มาตาม
คูรี (Curie) พบสารเรเดียม, ยังผลให้
นักวิทยาศาสตร์ทั้งหลายต่างพากันพิศวง
ว่าทำไม เรเดียม จึงมี รังสีที่มี คุณสมบัติ
คล้ายรังสีของเอกซเรย์. ผลของการ
ค้นคว้าและการทดลองโดยไม่รู้จักสิ้นสุด
ปรากฏว่าเรเดียมมาจากยูเรเนียม, ทั้ง
สมการคร่าว ๆ ต่อไปนี้:

Uranium I $\rightarrow$ Uranium X₁
 $\rightarrow$ Uranium X₂ $\rightarrow$ Uranium 11
 $\rightarrow$ Ionium $\rightarrow$ Radium, $\rightarrow$ etc.

เอกซเรย์มีส่วนร่วมในการทดลอง
เหมือนกัน, ซึ่งผลจากการทดลองของนัก
วิทยาศาสตร์ในต่างประเทศ โดยไม่รู้จัก

หยุด หย่อนั่นเองได้ ทำให้เกิดปัญหาขึ้น
มากมาย, ตั้งแต่เรื่องปริมาณขึ้นมา. ผู้
ตั้งทฤษฎีใหม่ ๆ ต้องหันไปศึกษาทฤษฎี
เก่า ๆ อีกครั้งหนึ่ง. ทฤษฎีเก่า ๆ นั้นก็คือ
Periodic System ของ Mandeleef
และ L. Meyer, ซึ่งเขียนไว้ตั้งแต่ ค.ศ.
๑๘๖๐ (พ.ศ. ๒๔๑๓), ประมาณ ๘๐
ปีมาแล้ว.

พีริออดิกซิสเต็มนี้ Mandeleef
และ L. Meyer ได้คิดขึ้น, แบ่งเป็น
ตารางมีช่อง ๆ และนำเอาสารต่าง ๆ ที่
ค้นพบในขณะนั้นมาขึ้นทำเนียบในตาราง
ตามลำดับน้ำหนักอะตอม, โดยเทียบ
น้ำหนักของสารเคมีอื่น ๆ ต่อออกซิเจน,
ซึ่งหนักเท่ากับ ๑๖. สารพวกไหนที่มีคุณสมบัติ
คล้ายคลึง กันก็จัดไว้ใกล้ ๆ กัน.

Periodic System of Mandeleef and L. Meyer

Period	Group I	Group II	Group III	Group IV	Group V	Group VI	Group VII	Group VIII					Group O
1	1 H 1.008												1 He 4.00
2	3 Li 6.94	4 Be 9.02	5 B 10.82	6 C 12.00	7 N 14.008	8 O 16.000	9 F 19.00						10 Ne 20.18
3	11 Na 23.00	12 Mg 24.32	13 Al 26.92	14 Si 28.06	15 P 31.03	16 S 32.06	17 Cl 35.46						18 Ar 39.94
4	19 K 39.10	20 Ca 40.07	21 Sc 45.10	22 Ti 47.90	23 V 50.96	24 Cr 52.01	25 Mn 54.93	26 Fe 55.84	27 Co 58.94	28 Ni 58.69			36 Kr 83.87
	29 Cu 63.57	30 Zr 65.38	31 Ga 69.72	32 Ge 72.60	33 As 74.93	34 Se 79.00	35 Br 79.92						
5	37 Rb 85.48	38 Sr 87.63	39 Yt 88.92	40 Zr 91.22	41 Nb 92.9	42 Mo 96.0	43 Tc 97.8	44 Ru 101.7	45 Rh 102.9	46 Pd 106.7			
	47 Ag 107.88	48 Cd 112.41	49 In 118.70	50 Sn 121.77	51 Sb 127.6	52 Te 126.93	53 I 126.92						54 Xe 131.2
6	55 Cs 132.1	56 Ba 137.37	57 Rare Earths	72 Hf 178.6	73 Ta 180.88	74 W 184.0	75 Re 186.3	76 Os 190.2	77 Ir 193.1	78 Pt 195.2			
	79 Au 197.2	80 Hg 200.61	81 Tl 204.39	82 Pb 207.22	83 Bi 209.0	84 Po 210.0	85 At 221.0						86 Rn 222.0
7	87 Fr 224	88 Ra 226.05	89 Ac 227.0	90 Th 232.0	91 Pa 231.0	92 U 238.1							

จากการวางที่แสดงไว้จะเห็นว่าช่องว่าง ๆ ทั่วทั้งตารางช่อง. ช่องเหล่านี้ Mandeleef ได้ทำนายไว้ว่าต่อไปจะพบธาตุอื่น ๆ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียง ๆ กัน, และควรจะจัดไว้ตามช่องว่างเหล่านั้น.

ผู้แต่งหนังสือของท่านบอกว่า Mandeleef ผันเกินไปสักหน่อย, เพราะสารที่คิดว่าจะพบนั่น, จนบัดนี้แล้วยังไม่ได้พบอีกเลย, จึงต้องทิ้งช่องเหล่านั้นว่างไว้เช่นเดิม.

ตัวเลขที่อยู่มุมซ้ายคือ **atomic number**, ตัวเลขมุมขวาแสดง **isotope number**, อักษรที่อยู่กลางช่องแทนชื่อสารต่าง ๆ, ตัวเลขที่อยู่ข้างล่างสุดคือ **atomic weight**.

Mandeleef เข้าใจเอาว่าปริมาณนี้ประกอบด้วยโปรตอน (ปริมาณไฟฟ้าบวก) และอิเล็กตรอน (ปริมาณไฟฟ้าลบ) เท่านั้น. นักวิทยาศาสตร์สมัยนั้นเข้าใจกันว่าปริมาณไม่ได้ประกอบขึ้นแต่เพียงโปรตอนและอิเล็กตรอนเท่านั้น. ที่ Mandeleef ขนานนามว่า **atom** (ปริมาณ) ก็เพราะว่า Mandeleef เชื่อว่าไม่สามารถจะแบ่งปริมาณต่อไปได้อีกแล้ว, แต่สมัยนั้นพบว่าอะไรต่ออะไรในปริมาณมากมาย.

ในชั้นนี้พึงเข้าใจว่าอิเล็กตรอนซึ่งเป็นส่วนประกอบของปริมาณนั้นวิ่งไปรอบ ๆ โปรตอน, ซึ่งเป็นแกนใน (**nucleus**), จะวิ่งเป็นรูปไข่หรือรูปวงกลมหรือทั้งสองอย่างก็ได้. โปรตอนไม่วิ่งเพราะหนักกว่าอิเล็กตรอน.

ความเข้าใจของนักวิทยาศาสตร์สมัยก่อนกับสมัยนี้ตรงกันที่ว่าโปรตอนมีประจุไฟฟ้าบวก, อิเล็กตรอนมีประจุไฟฟ้าลบ, และที่อิเล็กตรอนไม่วิ่งหนีไปจากโปรตอนเพราะ มีกำลัง แม่เหล็กไฟฟ้า ดึงดูดระหว่างประจุไฟฟ้าบวก กับ ประจุไฟฟ้าลบ, และมีแรงเหวี่ยง (**centrifugal forces**) ระหว่างโปรตอนและอิเล็กตรอน แต่ถ้าเราใส่ประจุไฟฟ้าลบเข้าไป, ประจุไฟฟ้าลบก็เลยจะผลัดกันกันขึ้นตามกฎของไฟฟ้า, ทำให้เกิดมีช่องว่างขึ้นในปริมาณนั้น. เคยอนเข้าใจกันว่าแม้จะไม่ทำให้มีการผลัดกันกันขึ้นระหว่างประจุไฟฟ้าดังกล่าว, ก็มีช่องว่างระหว่างโปรตอนและอิเล็กตรอนอยู่แล้ว, ดังนั้นเมื่อเกิดการผลัดกันกันขึ้นอีก ก็จะเพิ่มช่องในปริมาณให้มากขึ้น.

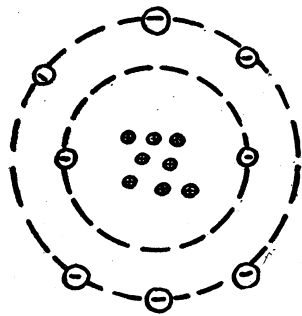
เมธ ค.ศ. ๑๙๓๒ (พ.ศ. ๒๔๗๕)

นักวิทยาศาสตร์ชาวอังกฤษชื่อ Chadwick ได้ทำการทดลองยิงปริมาณของสารบางชนิดด้วยประจุไฟฟ้า. เขาพบว่าปริมาณไม่ได้ประกอบขึ้นแต่ด้วยเพียงโปรตอนและอิเล็กตรอนเท่านั้น, ยังมี particles อีกชนิดหนึ่งเป็นส่วนประกอบของปริมาณและไม่มีประจุไฟฟ้า (neutral), เขาเลยให้ชื่อส่วนประกอบที่เป็นกลางนี้ว่า “นิวตรอน.”

คราวนี้ลองหันไปดพิเรียดคชิสเต็มอีกครั้งหนึ่ง. ในช่องอ็อกซีเจนเราจะเห็นว่าอ็อกซีเจนมี atomic mass = ๑๖.

ตามพิเรียดคชิสเต็มนี้ เข้าใจได้ว่าอ็อกซีเจน มีโปรตอน และ อิเล็กตรอน อย่าง ละ ๑๖. แต่ Mandeleef บอกว่า atomic number มีเพียง ๘ เท่านั้น. ดังนั้นทำให้เราเข้าใจว่าปริมาณของอ็อกซีเจนต้องขาดไป ๘. แต่ความจริงนั้นปริมาณจะหายไปไม่ได้. ดังนั้นนักวิทยาศาสตร์สมัยนั้นสมัยก่อนจึงทำความตกลงปรานปรานอมกับพิเรียดคชิสเต็มใหม่ด้วยการใส่ นิวตรอนที่ Chadwick พบนั่นเข้าไปอีก ๘. (โปรดดูภาพประกอบ.)

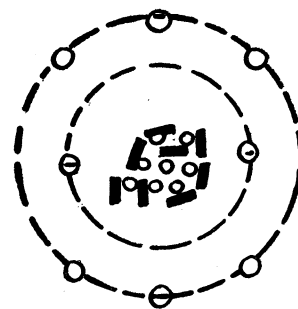
โครงสร้างของปริมาณ



อ็อกซีเจน

ก่อน Chadwick

ตาม พิเรียด คชิสเต็มเห็นว่า ฮัยโครเจนมี atomic mass และ atomic



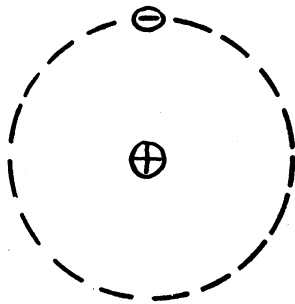
อ็อกซีเจน

หลัง Chadwick

number เท่ากับ ๑ เหมือนกัน. ครั้นเติมนิวตรอนเข้าไปอีกทำให้ฮัยโครเจน,

หนักที่แกนใน (nucleus) เป็น ๒ เท่าของไฮโดรเจนในพีเรียดิกซิสเต็ม. ถึงนั้นเราจึงมีไฮโดรเจนอีกชนิดหนึ่งซึ่งหนักกว่าไฮโดรเจนธรรมดา, ซึ่งเรารู้จักกัน

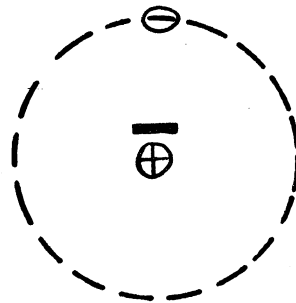
มาแล้วแต่กาลก่อนโน้น, ซึ่งให้ชื่อว่า "heavy hydrogen" หรือ "deuterium", และแกนในของ deuterium เรียกว่า "deuteron".



ไฮโดรเจน

ก่อน

Chadwick



ไฮโดรเจน

หลัง

Chadwick

ผลของการทดลองและค้นคว้าต่อ ๆ มากลี่ยพบว่าออกซิเจนนั้นมี atomic mass ได้ตั้งแต่ ๑๖,๑๗ ถึง ๑๘, และทองแดงนั้นมี atomic mass ได้ตั้งแต่ ๖๓ ถึง ๖๕. สารอื่น ๆ อีกหลายชนิดก็มี atomic mass ได้หลาย ๆ อย่าง. การที่สารต่าง ๆ มี atomic mass ได้หลายอย่างเช่นนี้เพราะว่าบางโอกาสนิวตรอนมีอยู่ในปริมาณไม่คงที่เสมอไป. สารใดที่มีอะตอมมีมวลหลายอย่าง, แต่มีอะตอมมีน้ำหนักเท่ากัน, เรียกสารนั้นว่า

"ไอโซโทป" (isotope).

๑. รังสีของไอโซโทป

๑. รังสีแอลฟา (Alpha rays) แกน

ในของปริมาณ ซึ่งประกอบด้วยนิวตรอนและโปรตอนเรียกว่า alpha particles และแอลฟารังสีเคลื่อนเองที่ให้รังสีในสารที่ส่งรังสี (radioactive substance), เพราะฉะนั้นไอโซโทปที่ให้รังสีก็หมายถึงไอโซโทปที่ส่งรังสีแอลฟาออกจากแอลฟารังสีเคลื่อนซึ่งเป็นแกนในของปริมาณ.

เมื่อ Curie และ Rutherford ร่วมมือกันทำงานใน ค.ศ. ๑๘๙๕ (พ.ศ. ๒๔๔๒) พบว่าแอลฟาปาร์ติเคิลนี้ให้รังสีแอลฟาซึ่งมีความเร็ว $\frac{1}{20}$ ของความเร็วของแสง (ความเร็วของแสงคือ ๑๘๖,๐๐๐ ไมล์ ต่อวินาที). แอลฟาปาร์ติเคิลจากเรเดียมวิ่งไปได้ ๗ ซม. ก็หมดกำลัง. เพียงแต่เอากระดาษบาง ๆ กัน, รังสีนี้ก็ไม่สามารถจะผ่านไปได้.

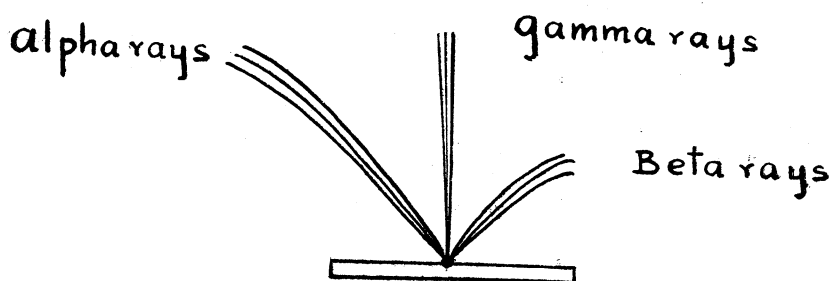
๒. รังสีเบต้า (Beta rays) เป็นอิเล็กตรอนซึ่งมีประจุไฟฟ้าเป็นลบ, วิ่งออกจากแกนในของปรมาณูด้วยความเร็วที่สูงกว่ารังสีแอลฟา, แต่ยิ่งช้ากว่าความเร็วของแสงเล็กน้อย. มันมีคุณสมบัติคล้ายรังสีเอกซ์หรือรังสีแคโทด, คือทำให้ฟิล์มถ่ายภาพดำและ ionize อากาศให้เป็นสื่อไฟฟ้า. มันมีกำลังผ่านวัตถุมาก

กว่ารังสีแอลฟาประมาณ ๑๐๐ เท่าและผ่านอะลูมิเนียมหนา ๑ ซม. ได้.

๓. รังสีแกมมา (Gamma rays)

มีคุณสมบัติเป็น electromagnetic radiation เช่นเดียวกับเอกซเรย์. มันมีความเร็วเท่ากับแสง, และมีช่วงคลื่นสั้นกว่าเอกซเรย์, ไม่สามารถ ทะลุผ่าน ตะกั่วหนา ๑๐ ซม. ได้.

เมื่อให้รังสีแอลฟา, เบต้า และแกมมาผ่านกระดาษแม่เหล็ก, กระดาษแม่เหล็กจะไม่ทำให้ยังเกิดผลใด ๆ ต่อรังสีแกมมา, แต่จะทำให้รังสีแอลฟาและเบต้าหันหนีไปจากกระดาษแม่เหล็ก (ตั้งรูป). การที่กระดาษแม่เหล็กไม่กระทบกระเทือนรังสีแกมมาเพราะรังสีนี้เป็น electromagnetic radiation, ดังนั้นจึงไม่ถูกเปลี่ยนประจุไฟฟ้าโดยกระดาษแม่เหล็ก.



ภาพแสดง รังสีแอลฟา, เบต้าและแกมมาเมื่อผ่านกระดาษแม่เหล็ก

ค. รังสีเหล่านี้มาจากไหน. ดังได้
เล่ามาแล้ว, รังสีแอลฟามาจากแอลฟา
ปาร์ติเคิล, ซึ่งมาจากแกนในของปรมาณู.
รังสีเบต้ามายังมาจากแกนในของปรมาณูเช่น
เดียวกันกับรังสีแอลฟา, แต่ออกมาเป็นรูป
อิเล็กตรอน. ทำไมรังสีเหล่านี้จึงออกมา
ได้นั้นพอจะอธิบายได้ว่าเพราะเหตุที่แกน
ในของปรมาณูมีปาร์ติเคิล, ทั้งที่มีประจุ
ไฟฟ้าและไม่ที่มีประจุไฟฟ้า, เคลื่อนไหว
อยู่เสมอ, จึงเกิดกำลังทางไฟฟ้า, กำลัง
ทางแม่เหล็กและกำลังเหวี่ยงระหว่างปาร์
ติเคิลเหล่านั้น. ปาร์ติเคิลเหล่านั้นอาจ
จะเกิดกระทบกันขึ้นเมื่อใดก็ได้, เมื่อนั้น
แกนในก็จะแตกออก, และจะแตกออกที
ละเล็กละน้อย, ปล่อยปาร์ติเคิลออกมา
ทีละ ๑ เท่านั้น, ส่วนแกนในที่เหลือนั้นจะ
ปรับปรุ้งตัวใหม่, เลยเกิดเป็นสารใหม่อีกขึ้น,
ซึ่งสารใหม่นั้นอาจจะส่งปาร์ติเคิลออกมา
ภายหลังอีก, หรือในที่สุดอาจจะเป็นสาร
คงตัว (stable) ต่อไปได้.

ส่วนรังสีแกมม่านั้นอาจจะออกมาจาก
แกนใน, เพราะมีพลังงานในแกนในมาก
เกินไปภายหลังที่ปรับปรุ้งตัวใหม่, หรือ
อาจจะออกมาจากวงในของทางวิ่งรูปไข่

หรืออวงกลมของปรมาณู, ซึ่งเป็นรังสี
แกมมาที่แท้จริง. ข้อหลังนี้เป็นผลของ
การที่รังสีเบตาหรือแกมมามีปฏิกิริยากับอิ
เล็คตรอนที่อยู่ในของทางวิ่งรูปไข่หรืออวง
กลมของปรมาณู.

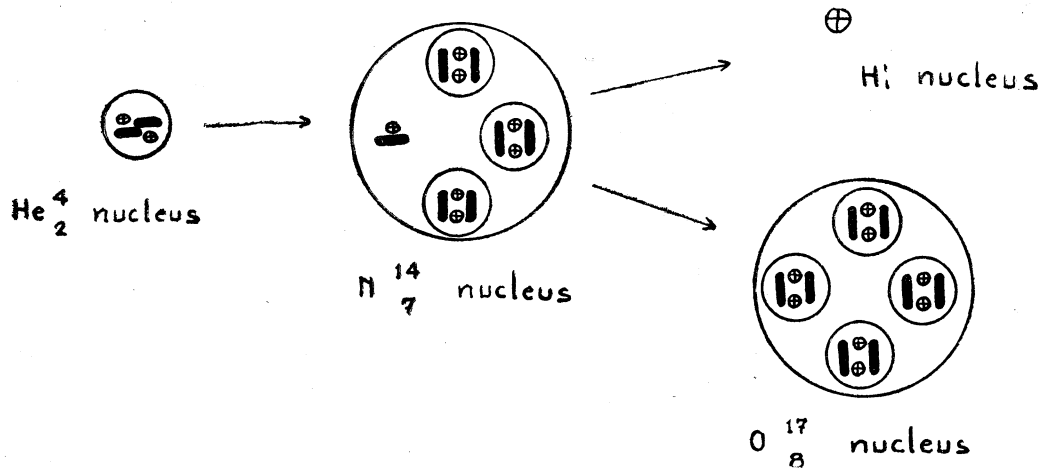
ง. วิธีเขียนสูตรของสารต่าง ๆ. ใน
สมัยก่อนเราเขียนสูตรของสารต่าง ๆ เช่น
ฮัยโดรเจนและออกซิเจนดังนี้ $H_2 =$ ฮัย-
โดรเจน, $O_2 =$ ออกซิเจน. ครั้นพบ
ไอโซโทปของสารต่าง ๆ ขึ้นแล้ว, เพื่อ
จะให้เข้าใจได้ทันทีว่าสารนั้น มีอะตอมคิ
นัมเบอร์หรือน้ำหนักอะตอมเท่าใด, ก็
เขียนเสียใหม่ดังนี้:

$H_1^1 =$ ฮัยโดรเจน, $H_1^2 =$ ฮัยโดรเจน
หนักหรือ deuterium, และ O_8^{16} , O_8^{17} ,
 O_8^{18} , เป็นไอโซโทปของออกซิเจน. ทั้ง
นี้ใช้วิธีใส่ตัวเลขที่แทนอะตอมคินัมเบอร์
ไว้ข้างล่าง, และเขียนน้ำหนักอะตอมไว้
ข้างบน. บางคนเขียนเอาอะตอมคินัมเบอร์
ไว้ข้างล่างทางซ้าย, เช่น ${}_1H^1$, ${}_1H^2$,
 ${}_8O^{16}$, ${}_8O^{17}$, ก็เป็นต้น.

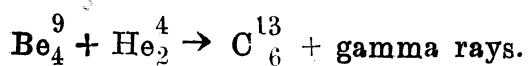
๒. ไอโซโทปที่ประดิษฐ์ขึ้น.

ก. การค้นคว้าเบื้องต้น. เริ่มต้นตั้งแต่ Rutherford, ค.ศ. ๑๙๑๙, ใช้แอลฟาปาร์ติเคิลของแก๊สในของ helium (He_2^4) ยิ่งเข้าไปในแก๊สในของไนโตรเจน (N_2^{14}) ยิ่งผลให้โปรตอนของฮี-

โดรเจน (H_1^1) กระเด็นออกมาด้วยความเร็วสูงมาก. การที่ Rutherford ยิ่งประมาณของ (N_7^{14}) เขาใช้แก๊สในซึ่งมีขนาดเดียวกับแก๊สในของประมาณที่ถูกต้อง. (โปรดดูภาพประกอบ)



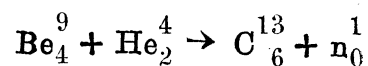
ดังนั้นภายหลังต่อมานักวิทยาศาสตร์แขนงฟิสิกส์ก็ทำการยิงแก๊สในของสารทุกชนิด. Bothe และ Becker ทำการยิง Beryllium ด้วยรังสีแอลฟาใน ค.ศ. ๑๙๓๐ (พ.ศ. ๒๔๗๓), กลับได้รังสีแกมมาออกมาด้วยดังสมการต่อไปนี้:



รังสีแกมมาที่ได้นี้มีอำนาจแทรกทะลุสูงมาก.

ร. ก็ได้เล่ามาแล้วแต่ต้นว่า Joliot-Curie ยิ่งประมาณแล้วได้นิวตรอนซึ่งไม่

มีประจุไฟฟ้า, ดังนั้นถ้าให้ n เป็นนิวตรอนซึ่งมีน้ำหนักอะตอมเท่ากับ ๑ และไม่มีอะตอมิกนัมเบอร์ (คืออะตอมิกนัมเบอร์เท่ากับ ๐), ก็สามารถจะเขียนสมการของ Bothe และ Becker ได้ดังนี้;

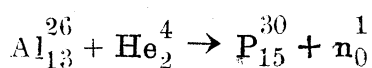


ข. การได้ Subatomic Particle.

ภายหลังที่พบนิวตรอนเพียงเล็กน้อย Anderson ที่ California Institute of Technology ก็ได้พบปาร์ติเคิลอีกชนิดหนึ่งใน ค.ศ. ๑๙๓๓ (พ.ศ. ๒๔๗๖.)

ปาร์ติเคิลชนิดนี้มีลักษณะคล้ายกับอิเล็กตรอนทุกอย่างเว้นแต่ในสนามแม่เหล็กมันจะหันไปในทางตรงกันข้ามกับอิเล็กตรอน. ดังนั้น Anderson เลยให้ชื่อว่า "โพสิตรอน" (positron).

ใน ค.ศ. ๑๙๓๔ (พ.ศ. ๒๔๗๗) Joliot-Curie บังปริมาณของอะลูมิเนียมด้วยรังสีแอลฟา. ผลที่ได้ก็คือนิวตรอนและโพสิตรอนเกิดขึ้นในอะลูมิเนียมนี้. พอหยุดยิงนิวตรอนก็หายไปทันที, โพสิตรอนยังอยู่และส่งรังสีออกไปอีก, แต่ลดความแรงลงครึ่งหนึ่งใน ๓ นาที, และเหลือ ๑/๔ ใน ๖ นาที. การลดความแรง (penetration radiation) นี้เป็นคุณสมบัติของการสลาย โดยให้รังสี (radio-active disintegration) และอะลูมิเนียมนี้กลายเป็นฟอสฟอรัสซึ่งมีการข้างล่างนี้:

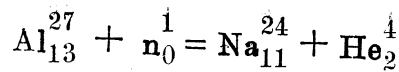
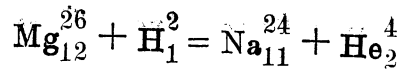
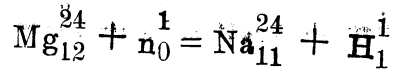
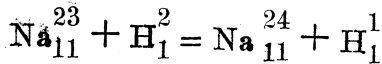
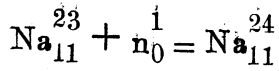


ฟอสฟอรัสที่เกิดขึ้นเป็นไอโซโทปที่ไม่คงตัว, และจะสลายเป็นซิลิคอน. พร้อมกับที่การสลายตัวนี้ฟอสฟอรัสจะปล่อยโพสิตรอนออกมาและให้แอลฟापาร์ติเคิลถึงสมการต่อไป: $\text{P}_{15}^{30} \rightarrow \text{Si}_{14}^{30} + \text{e}^+_{-1}$

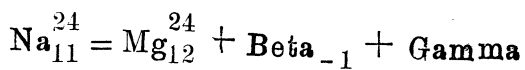
จากความรู้เหล่านี้, นักวิทยาศาสตร์ต่างก็ประดิษฐ์เครื่องมือเพื่อให้ได้พลังงานมากกว่าแอลฟापาร์ติเคิลในธรรมชาติ, เพื่อนำมาใช้ยิงปริมาณของสารต่าง ๆ. ผลของการประดิษฐ์ในขั้นแรกได้ super-voltage X-ray generators, ต่อมาได้ Van de Graaff electrostatic machine และผลที่สุดได้ cyclotron ซึ่ง E.O. Lawrence ประดิษฐ์ขึ้นเมื่อ ค.ศ. ๑๙๓๑ (พ.ศ. ๒๔๗๔).

ก. หลักการของ Cyclotron หลักการนี้ทำให้โพสิตรอนหรือคิวเทอรอน(deuteron) วิ่งไปตามขดลวดไฟฟ้าซึ่งมีกระแสไฟฟ้าสลับกำลังแรงสูงผ่าน, และขดลวดไฟฟ้านี้ อยู่ภายในสนามแม่เหล็ก สนามแม่เหล็กช่วยทำให้โพสิตรอนหรือคิวเทอรอนวิ่งไปตามขดลวดซึ่งเป็นวงกลม. ขดลวดที่วางนวมหลายรอบ. โพสิตรอนหรือคิวเทอรอนจะวิ่งได้เร็วเท่าใดอยู่ที่กำลังไฟฟ้าและกำลังแม่เหล็ก. ในที่สุดโพสิตรอนและคิวเทอรอนจะวิ่งผ่านและถูกบังคับด้วย electrostatic field ไปกระแทกสารใดสารหนึ่งที่ปลายทาง. ดังนั้นปริมาณของสารที่อยู่ปลายทางก็ถูกยิงด้วยโพสิตรอนหรือคิวเทอรอน.

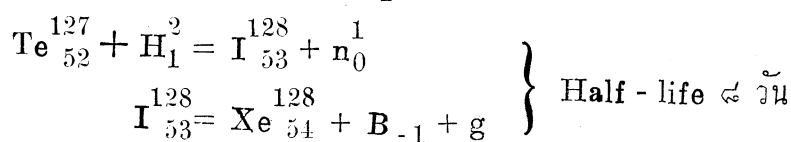
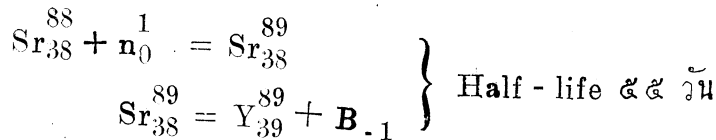
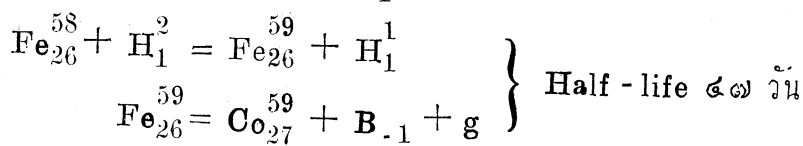
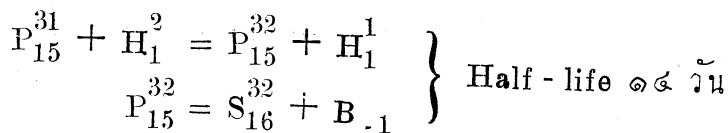
ผลของการยิงปริมาณของโซเดียม
และธาตุอื่นจะบังเกิด Radio - Sodium
และธาตุรังสีอื่น ๆ ทั้งสมการต่อไปนี้:



โซเดียมที่เกิดขึ้นจะสลายตัวต่อไป:



ผลของการยิงปริมาณของธาตุต่าง ๆ ปรากฏตามสมการข้างล่างนี้:



มีคนเราพบว่าวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้เพิ่มไอโซโทปเป็นเครื่องมือให้
รังสีแกมมาอีกอย่างหนึ่งนอกจากเอกซเรย์หรือรังสีเรินทเก้น, และโลกก็จะเป็นหน
บุญคุณต่อ Curie ผู้เมียและ Wilhelm Conrad Roentgen ไม่มีที่สิ้นสุด.

เอกสาร

1. Physical Foundations of Radiology: Paul B. Hoeber Co.
2. Radium Therapy: Its physical Aspects: C.W. Wilson.

บทบรรณาธิการ

ศรัทธาในธรรมชาติ

“คำร่าเป็นบาท, ธรรมชาติเป็นช่าง”, หรือ “เรียนจากธรรมชาติ, อย่าเป็นทาสหนังสือ”, เป็นคติที่มีค่าสำหรับแพทย์ไม่น้อยกว่าสำหรับนักวิทยาศาสตร์โดยทั่วไป. ธรรมชาติเป็นบรมครูซึ่งสอนเราทุกสิ่งทุกอย่าง. ธรรมชาติเป็นคลังตำรา, ซึ่งเราอ่านไม่รู้จบ. การศึกษาวิทยาศาสตร์ก็คือการเรียนธรรมชาตินั่นเอง, ดังที่บางภาษาเรียกวิทยาศาสตร์ว่า “ธรรมชาติวิทยา.” เราเรียนวิทยาศาสตร์เพื่อรู้จักกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ, เพื่อนำความรู้นั้นประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ทางวัตถุต่อไป. ในศตวรรษใหม่นี้วิทยาศาสตร์เจริญก้าวหน้ารวดเร็ว, มีความรู้แปลก ๆ และวิธีการที่น่ามหัศจรรย์เกิดขึ้นมาก, จนมนุษย์ส่วนใหญ่หลงระเหิรว่าเก่งกาจเกินหน้าธรรมชาติไปแล้ว. ความเข้าใจนี้อาจมีส่วนจริงบ้าง, แต่ก็คงเป็นส่วนน้อยและผิวเผิน. โดยส่วนใหญ่ธรรมชาติยังคงเป็นครู, และมนุษย์

ยัง คงคืบคลานคล้าตามหลัง อยู่ นั่นเอง. มนุษย์คิดว่าค้นพบวิธีสังเคราะห์ด้วยแสง (โฟโตซินทีสิส) หรือด้วยตัวเร่งปฏิกิริยา, ซึ่งความจริงธรรมชาติได้ใช้มาแล้วตั้งแต่เริ่มมีชีวิตขึ้นในโลก. เมื่อมนุษย์นำเอาวิธีของธรรมชาติมาทำเทียม, บางทีก็ได้ผลใกล้เคียง, แต่โดยมากผลมักหย่อนค่ากว่าและความสิ้นเปลืองมากกว่า, ซึ่งแสดงถึงความหย่อนประสิทธิภาพด้วย.

ธรรมชาติสำคัญสำหรับแพทย์เพียงใดเห็นได้จากกรณีที่แพทย์ต้องเรียนวิทยาศาสตร์, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชีววิทยา, เคมี, ฟิสิกส์, กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา, ซึ่งนำไปสู่รู้จักและก่อศรัทธาในธรรมชาติยิ่งขึ้น. ผู้ใดยังสนใจศึกษาวิชาเหล่านี้ให้ลึกซึ้ง, ก็ยังเห็นชัดในความมหัศจรรย์มากขึ้น. ความละเอียดละออในโครงสร้างของร่างกาย, ความซับซ้อนในความสัมพันธ์ทางหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ,

ความ รอบคอบใน การ เตรียม บัอง กัน เหตุวิปริต, ทั้งโดยรูปกายและโดยการ กระทำงาน, เป็นเพียงตัวอย่างเล็กน้อยใน ความน่าพิศวงอย่างใหญ่หลวงของธรรม-ชาติ. ไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ผิดปกติอะไร เกิดขึ้น, ภายในหรือภายนอกร่างกายก็ตาม, ธรรมชาติ, ซึ่งคั้งประหนึ่งเห็นล่วงหน้าไว้หมดทุกอย่างแล้ว, มีวิธีที่จะแก้ไข เพื่อหลบเลี่ยงหรือบรรเทาผลไม่ดีของเหตุการณ์นั้น ๆ อยู่ทุกแห่งทุกมุม. ที่น่าชมยิ่ง ขึ้นไป อีกคือ ความจริงที่การแก้ไขเหล่านั้น ดำเนินไปได้โดยประหยัดอย่างยิ่ง. เหตุการณ์ ซึ่งอาจ มีผลร้ายแรงฉก ฉักไปเสีย ได้โดยเสียกำลังงานเพียงเล็กน้อยเท่านั้นเอง. ตัวอย่างง่าย ๆ เช่นถ้าหากร่างกาย เย็นเกินไป, อวัยวะหลายอย่างอาจทำงาน ไม่ได้, ในที่สุดชีวิตก็อาจสูญสิ้น, ถ้าหาก ไม่มีการแก้ไข. ร่างกายใช้วิธีง่ายนิดเดียวในการป้องกันการเย็นเกินไปนี้, คือ โดยการบีบหลอดเลือด ตามใต้ผิว หนังให้ แคบลง. ผลก็คือความร้อนถ่ายออกจาก ร่างกายได้น้อยลง, ร่างกายก็กลับอุ่น ขึ้น. ความร้อนที่ให้ความอบอุ่นนี้ก็ได้มา จากการทำงานของอวัยวะของร่างกายนั้นเอง, ซึ่งเกิดขึ้นเสมออยู่แล้วโดยปกติ.

ไม่ต้งมีการหมดเปลืองเพิ่มเติมขึ้นเลย. ธรรมชาติ เป็นบรมครูใน การวางระเบียบ งานและการประหยัดอีกด้วย.

แพทย์สนใจ ธรรมชาติ ใน หลายแง่. นอกจากในแง่ของร่างกายโดยปกติแล้ว ยังมีในแง่ของความผิดปกติหรือเจ็บป่วย, แ่งของ สิ่งแวดล้อม ที่ กระทบ กระเทือนถึง มนุษย์, และอื่น ๆ. ย่อมทราบกันอยู่ว่า การเจ็บป่วยนั้นส่วนใหญ่เป็นผลของการกระทำของธรรมชาติเอง, อาจเป็นการถูก หลอกหรือถูก ครอบงำ กระตุ้นโดย ต้นเหตุ ของโรค, หรือโดยผลของการกระทำของ มัน, หรืออาจเป็นปฏิกิริยาเกินควรไปได้ได้. ใช้เกิดขึ้นเพราะ “สเนย์ความร้อน” ถูก แห่. เมื่อถูกแห่แล้วสเนย์นั้นกด, ไวต่อการกระตุ้นยิ่งขึ้น, และยิ่งแห่ยิ่งง่ายยิ่งขึ้น. ด้วยเหตุนี้เองในบางครั้งอุณหภูมิของร่างกายก็ถูก บังคับให้เพิ่มสูงขึ้น, สูงขึ้น, จนถึงขีดตาย-เผาศวเองตาย.

ในการรักษาโรค, แพทย์ที่รอบคอบ ย่อมไม่ล้มธรรมชาติ, ไม่ล้มว่าความเจ็บป่วยก็ คือ ความผิดปกติหรือพลาดทาง ของธรรมชาติ, และการรักษาอาจทำได้ โดยเพียงแต่ช่วยตั้งจังหวะหรือประคองให้

กลับเข้าทางปรกติเท่านั้นก็พอ, ซึ่งบางทีก็เป็นการง่ายมาก, บางทีก็ยาก. การรักษามากเกินไปอาจให้ผลร้ายแทนที่จะดี, โดยอาจทำให้การ ออกนอก ทางมากขึ้นอีก, หรือร่างกายไม่อาจดำเนินการต่อไปโดยลำพังได้, การที่จะตัดสินว่าการรักษาที่จัดให้มันเพียงพอแล้วหรือยัง, หรือมากเกินไป, เป็นเรื่องของการสนใจศึกษาและความชำนาญ. ไม่มีใครอาจวางกฎเกณฑ์ที่ตายตัวได้. ดังนั้นหมอจึงต้องเรียนอยู่ตลอดชีวิต, โดยเรียนจากคนไข้ของตนเอง. ยาเป็นอาวุธสองคม. ถ้าใช้ถูกก็เป็นคุณ, ใช้ผิดก็เป็นโทษ. วิถีรักษาอื่น ๆ ก็เช่นกัน. ยายำรุงหัวใจนานเกินไปอาจช่วยต่อชีวิตให้คนไข้คนหนึ่งและเร่งความตายให้อีกคนหนึ่งก็ได้. ในรายแรกหมอให้ยาถูกขนาดและถูกเวลา, ช่วยให้หัวใจที่เสียดังหวั่นวอกแวกกลับมีแรงและคืนเข้าทางที่ถูกได้; ในรายหลังหมอมองเข้าไปเร่งหัวใจที่อ่อนล้าอยู่แล้ว, ทำให้มันล้มเร็วยิ่งขึ้น, เข้าตำราที่ว่า “เขย่นฆ่าที่หมดแรง”.

เมื่อแพทย์รู้จักธรรมชาติ มากยิ่งขึ้น,

ย่อมสามารถที่จะจัดการกับเรื่องของคนไข้ได้. ทุก ๆ ก้าวในการดำเนินงานของแพทย์, เขาควรนึกถึงธรรมชาติ, ควรตั้งมโนภาพว่าในขณะนี้ ธรรมชาติในร่างกายของคนเจ็บนั้นเป็นอยู่อย่างไร, และจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะช่วยให้กลับสู่สภาพปรกติได้โดยสะดวกที่สุด. ในการนี้ต้องไม่ลืมอุปมาพ้องของธรรมชาติว่า มีอยู่มากมายเพียงไร. การปฏิบัติที่จะได้ผลดีที่สุดนั้นคือมุ่งไปในทางเดียวกับธรรมชาติ, ส่งเสริมหรือสนับสนุน. การที่จะพยายามดัดหรือฝืนธรรมชาตินอกจากจะไม่ได้ผลแล้ว, บางทีกลับเป็นการร้ายเสียด้วยซ้ำ. ถ้าหากจะเรียกว่า ธรรมชาติมีจิตใจ, จิตใจของธรรมชาติ ก็คงไม่ห่างไกลจากจิตใจของมนุษย์, จะทำงานก็ต่อเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น. ถ้างานอะไรมีคนเจ้าก๊เจ้าการคอยแย่งไปจัดทำเสียแล้ว, ธรรมชาติก็ไม่พยายาม จะทำ เช่นเดียวกับมนุษย์, เพราะ ฉะนั้นในการรักษาจึงมีหลักสำคัญประการหนึ่ง ว่า ไม่สมควร แย่งงานของธรรมชาติเสียหมด, ต้องปล่อยให้ร่างกายต้องกระเสือกกระสน, พยายามเองให้มาก

ที่สุดคงปลอดภัย. มิฉะนั้นมันก็จะไม่รู้จัก
กลับคืนเป็นปกติ. ด้วยเหตุนี้เราจึงไม่แก้
การหยุดหายใจด้วยออกซิเจนบริสุทธิ์, แต่
ด้วยคาร์บอนไดออกไซด์ผสมออกซิเจน.

แพทย์ที่คิดต้องอยู่ใกล้ธรรมชาติ, เวียน
รู้จักธรรมชาติ, เคารพและศรัทธาใน
อำนาจของธรรมชาติ, และพยายาม
เดินตามธรรมชาติ.

แก้คำผิด,

เนื่องด้วยความพลั้งเผลอในการตรวจทาน สารศิริราชฉบับ ๓๓
มีความผิดอยู่ในหน้า ๖๓๔ รวมสองแห่ง คือ

๑. คอลัมน์ซ้าย บรรทัดที่ ๑๔ ความว่า “เชื้อจะเจริญถึง ๘-๙
ตัว....” ข้อแก้เป็น “เชื้อจะเจริญถึง ๑๐—๑๐๕ ตัว

๒. คอลัมน์ขวา บรรทัดที่ ๑๒ และ ๑๓ ความว่า “ไม่สามารถ
เจริญได้ แม้ว่าจะใส่เพนิซิลลินเป็นจำนวนเพียงพอ” โปรดแก้เป็น “ไม่สามารถ
เจริญได้ในซัคคิวโลส แม้ว่าจะใส่เพนิซิลลินส่วยทำลายฤทธิ์ของเพนิซิลลิน
เป็นจำนวนเพียงพอ”

เราขออภัยต่อท่านเจ้าของเรื่องและท่านผู้อ่านด้วย

แผนกย่อยเอกสาร

(หมายเหตุ การทำให้อักษรเล็กเป็นบางตอนก็เพื่อประหยัดเนื้อที่ ไม่เกี่ยวกับความสำคัญ)

๑. R. Warwick: The Relation of the Direction of the Mental Foramen to the Growth of the Human Mandible. (ทิศทางของเส้นแตรฟอราเม้นกับการเติบโตของขากรรไกรล่างในมนุษย์) J. of Anat. vol. 84, pl: 2, pp. 116 - 120, April 1950.

เส้นแตรฟอราเม้นในกระดูกขากรรไกรล่างของคนมีทางทอดแปลก. ทางที่คู่อยู่กับ inferior dental canal ไม่เพียงแต่ทอดโค้งไปทางใกล้ริมเท่านั้น, แต่ทอดขึ้นบนและไปทางหลังด้วย, ทำให้เส้นแตรฟอราเม้นพุ่งขึ้นบนและไปทางหลัง. เมื่อเด็กเกิด, รุขะทอดขึ้นบนและไปทางข้างหน้า, แต่ภายในสองสามขวบแรก รุขะจะมีลักษณะเหมือนที่พบในผู้ใหญ่คือทอดถ่วงมาแล้ว. โดยการศึกษาเปรียบเทียบกับลักษณะที่พบในสัตว์ที่ต่ำกว่าคน,

พบว่าการทอดของรูขุมขนไปทางข้างหลังเกิดพร้อมกับการเกิดของกระดูก.

ส.ศ. แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๒. Leo. L. Hardt, M.D. and Frederick Steigmann, M.D.: Aluminum Hydroxide and Magnesium Trisilicate plus Mucin in the Treatment of 125 Patients with Peptic Ulcer. (อะลูมิเนียมไฮดรอกไซด์และแมกนีเซียมไตรซิลิเคตผสมกับมิวซินในการรักษาคนไข้แผลเป็ปติก.) Amer. Jour. Digest Dis., vol. 17, June 1950, pp. 195 - 202.

ผู้ทดลองได้รักษาผู้ป่วยรวม ๑๒๕ ราย. สิบเจ็ดรายเป็นแผลที่กระเพาะอาหาร, อีก ๑๐๘ รายเป็นแผลที่ตัวโอดินัม. การวินิจฉัยโรคทำโดยอาศัย (๑) ประวัติของโรคอย่างละเอียด, (๒) การตรวจร่างกาย, (๓) ภาพเรนต์เก้นของทางเดินอาหาร, รวมทั้งถั่งน้ำดีด้วย. ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุระหว่าง ๒๖ ถึง ๗๕ ปี, เป็นหญิง ๑๘ คน. ทำสับเปอร์เซ็นต์ของทั้งหมดอายุระหว่าง ๓๕ ถึง ๕๕ ปี. ผู้ป่วยมีประวัติการเป็นมาของโรคตั้งแต่ ๓ อาทิตย์จนถึง ๔๐ ปี. เฉลี่ย ๘ ปี.

หลักการรักษา ให้อาหารที่ไม่ระบวง กระเพาะ. ใต้ให้นมและครีมพร้อมกัน

อาหาร, และระหว่างอาหาร. ไม่ให้
อาหารในกลางคืน. ส่วนมากของคนไข้
ที่ทดลองได้รับยา mucotin tablets
(aluminum hydroxide, Mg. tri-
silicate, mucin mixture!) ๒ ถึง ๔
เม็ด ๑ ชม. ก่อนอาหาร, ๑ ชม. หลัง
อาหาร, และเวลาก่อนนอนอีกครั้ง. ผู้
ป่วยที่อาการมาก, ให้ยาในขนาดที่กล่าว
ทุกชั่วโมง. ถ้าปวดในกลางคืน, ยับย
ด้วย mucotin tablet อย่างเดียว. ใน
บางกรณีได้แนะนำคนไข้ให้ใช้นาฬิกาปลุก
ครั้งถึงหนึ่งชั่วโมงก่อนเวลาที่เคยมีปวด,
เพื่อจะได้กินยา ๒ ถึง ๔ เม็ดทันทีก่อน.
ได้ให้ยาพวกแก้ การเกร็งของ เนอกล้าม
และระงับประสาทด้วย, วันละ ๓ ครั้งกับ
ก่อนนอน. ผู้ป่วยทุกคนต้องงดสุรา, กา
แฟและบุหรี่.

ทุกคนได้ถ่ายภาพเร็นตเก้นก่อนให้ยา,
และเป็นระยะ ๆ ระหว่างการรักษา. ตรวจ
ด้วย gastroscope ในผู้ป่วยที่เป็นแผล
ในกระเพาะ, เป็นระยะ ๆ ห่างกัน ๒ - ๔
อาทิตย์. ผลที่ได้วิจารณ์เป็นสองแง่คือ:

๑. ผลในระยะอันใกล้, ที่สามารถ
ระงับอาการที่เกิดจากแผล.

๒. ผลในระยะไกล, หมายถึงประ-

สิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นอีก.

ผลในระยะอันใกล้, ในส่วนใหญ่ของผู้
ป่วยอาการหายไปใน ๗ ถึง ๑๐ วัน.
มี ๑๒ คนที่ไม่ได้ผล.

ผลในระยะไกล, ๘๕ รายได้รับการ
รักษาแล้วจนบัดนี้นาน ๑๒ - ๒๐ เดือน,
๒๘ รายนาน ๕ - ๑๒ เดือน, และ ๘
รายน้อยกว่า ๕ เดือน. ในพวกแรกหาย
ขาด ๕๓ คน, จนบัดนี้ก็ยังไม่มีอาการกลับ
เป็นอีก. ในคนที่เหลือมีอาการกลับเป็นเล็ก
น้อยจนถึงขนาดปานกลาง. ในพวกที่สอง
หายขาด ๒๖ คน. ในพวกที่สาม, ยัง
ไม่มีอาการกลับเป็นอีก.

ดิเรก พงษ์พัฒน์ พ.บ.

๓. M. J. Romansky, S. Olanoky,

S. R. Taggart and E. D. Robin:

Chloromycetin; Antitreponemal
Effect in Early Syphilis. (ฤทธิ์
ฆ่าเตรโปนีมาของคลอโรไมซีเตนในซิฟิ
ลิสรยะต้น) Science, 1949, 110, 639.

คนไข้ ๒๔ ราย, ซึ่งป่วยเป็นซิฟิลิส
ระยะต้น, ถูกทดลองรักษา ด้วยคลอโรไมซี
เตนโดยให้กินขนาด ๓๐ มก./กก./วัน

เป็นเวลา ๔, ๖ หรือ ๘ วัน. ผลทุกราย แสดงอาการหายภายใน ๒๔ ชั่วโมง, และ ส่วนมากผลหายสนิทเมื่อให้กินยาครบชุดพอดี. การตรวจเชื้อโรไลย์ได้กระทำก่อนรักษา และภายหลังรักษา เดือนละครั้ง. ปรากฏว่าไทเตอร์เชื้อโรไลย์มีกลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังได้รักษาแล้ว ๑ เดือน. กลอโรมัยเซตินทำให้ผลหายแตกต่างกับเพนิซิลลิน, คือเพนิซิลลินทำให้ผลหายจากขอบเข้ามา, ส่วนกลอโรมัยเซตินทำให้ผลหายจากตรงกลางออกไป.

อาการแพ้ยาก็ไม่รุนแรงอะไรนัก. บางรายเกิดท้องเดินเป็นครั้งคราว และบางรายบ่นปากแห้งบ้างเท่านั้น. เนื่องจากกลอโรมัยเซตินขนาดน้อย ๆ ก็รักษาหนองในได้. เพราะฉะนั้นอาจจะปิดบังอาการของซิฟิลิสได้ในรายที่เราใช้รักษาหนองใน.

ตระกูล กิตติสิน พ.บ.

๔. Eugene H. Paynd, Miguel Levy, Gaston Moscosa Zamora: Moises Sejas Vilarroel, and Eduardo Zabalaga Canelas.: Pertussis Treated with Chloramphenicol. การรักษาไอกรน ด้วยคลอแอมเฟนิคอล (คลอโรมัยเซติน) J. A. M. A., v. 141, no. 18, pp. 1298-1299.

รายงานนี้เป็นผลของการรักษาไอกรนด้วยคลอโรมัยเซตินใน ระหว่างที่มีการระบาดอย่างร้ายแรงที่ เมือง Bolivia. เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบที่ไม่ได้รับการรักษา มักพบว่ามีไข้ระหว่าง ๓๗.๕ ถึง ๔๑.๕ °ซ. อยู่ราว ๒ สัปดาห์, และระยะไอเป็นพัก ๆ อย่างน้อย ๖ สัปดาห์. อัตราตายราว ๒๐ %. ในการรักษาโดยให้วิตามินจำนวนมาก ๆ, ดีขึ้นบ้างแต่ไม่หายขาด. เพนิซิลลินและสเตอริบโดมัยซินเพียงแต่ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนบางอย่าง; แต่ผลที่ทำให้ระยะของโรคสั้นเข้ยังไม่แน่นอน. ก่อนที่จะมีการใช้คลอโรมัยเซตินกัน, ในบางรายรักษาโดยกวาดคอด้วยไอโอดีน ได้ผลดีพอใช้.

เพื่อช่วยการวินิจฉัยได้ทำการเพาะเชื้อที่ป้ายจากคอหรือที่ไอออกมาทุกราย, แล้วให้ยาในขนาดต่าง ๆ กันตามน้ำหนักตัว. ส่วนมากให้กิน. บางคนให้โดยการเหน็บ, หรือละลายใน propylene glycol ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ. รายงานผู้ป่วย ๗ ราย, ที่พอจะยกมาเป็นตัวอย่างได้, ดังนี้: สามราย, อายุระหว่าง ๒-๓ เดือน, อีกรายหนึ่งอายุ ๒ ปี. มีไข้ราว ๓๘-๓๙ °ซ. ไอถี่เป็นพัก ๆ ประมาณ ๒๐-๓๐ พักต่อวัน. ให้กินกลอโรมัยเซติน, ครั้งแรก ๐.๒๕ ก., ต่อไป ๐.๑๒๕ ก. ทุก ๖-๘ ชม., รวมทั้งหมด ๑.๗๕-๒.๕ กรัม. อีกสามรายอายุ ๖, ๗ และ ๘ ปี ตามลำดับ, ไอประมาณวันละ ๓๐-๕๐ พัก. รายหนึ่งมีเลือดกำเดาออกด้วย, และอีกรายหนึ่งมีการอาเจียนอย่างมาก. ให้คลอโรมัยเซติน, ฉีดเข้าเส้นเลือด

๐.๓ กรัม, ทุก ๓-๕ ชม., ๑๐ ครั้งรวม
๓ กรัม.

ผลการรักษา ไข้หายไปในวันที่สอง ของการรักษา. อาการไอเป็นพักๆ เริ่มน้อยลงในวันที่ ๓, และหายไปหมดในวันที่ ๓-๖, แต่ยังคงมีไอบ้างเล็กน้อยต่อไปอีก ๒-๓ วัน, เนื่องจากการอักเสบที่ยังเหลืออยู่. เลือดกำเดาและการอาเจียรหายไปในวันที่สาม. ภายหลัง ๑ สัปดาห์ได้เพาะเชื้อจากที่ไอออกมา, ไม่พบเชื้อของโรคนี้. ภายหลังเป็นอีก ๒-๓ วันภายหลังหยุดให้ยา, เนื่องจากให้ยาน้อยไป (ทั้งหมด ๐.๑๕ กรัม). เด็กอายุต่ำกว่า ๖ เดือนมักมีอาเจียรเล็กน้อยเนื่องจากรสของยา, ซึ่งให้โดยแบ่งออกจากแคปซูลและผสมกับน้ำผลไม้.

สรุป ๑. คลอสโตรมัยเซติน มีผลดีในการรักษาไอกรน.

๒. เมื่อใช้ยาโดยการเหน็บหรือฉีดเข้าเส้นเลือด, มีผลดีเท่ากับให้ทางปาก.

๓. ปฏิบัติวิธีอื่น ๆ ของยาที่ปรากฏไม่มีอย่างใดที่สำคัญ.

ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล พ. บ.

๕. Wilfred D. Langley and John Bryfogle. : Aureomycin in Epidemic Parotitis. (ชอริโอไมซินในโรคคางทูม) J. A. M. A., vol. 143, no. 15, August 12, 1950, pp. 1333-1334.

โรคคางทูมเป็นโรคที่หายเอง. ตามธรรมดาไม่ต้องการอาศัยแพทย์, นอกจากในรายผิดปกติ, มีโรคแทรกซ้อน, หรือโรคเกิดกับผู้ป่วยซึ่งมีอาการรุนแรง. การปฏิบัติรักษาก็ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน, อาหารดี, รักษาสุขภาพภายในปากและยาระงับประสาท.

ผู้เขียนได้ประสพกับโรคคางทูมในผู้ใหญ่ ๓ รายจึงทดลองใช้ชอริโอไมซิน. ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นคางทูม ๒ รายให้ยารับประทานในขนาด ๐.๕ ก. ทุก ๖ ชั่วโมง, ๘ ครั้ง, เริ่มตั้งแต่วันที่สองหลังจากรู้สึกว่าจะมีอาการ. ผู้ป่วยทุเลาขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งอาการแฉะและอาการตรวจพบใน ๒๔ ชั่วโมง. รายที่สามเป็นชาย, ให้ยา ๐.๒๕ ก. ทุก ๔ ชั่วโมง, ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังจากปรากฏอาการ. ได้ผลเป็นที่พึงพอใจมากเช่นเดียวกัน. ทั้ง ๓ รายนี้ ตรงกันข้าม อย่างชัดกับผู้ป่วยชายอีกรายหนึ่ง, มีการอักเสบของต่อมน้ำลาย, พารอดิคสองข้าง, ไข้สูง ๑๐๓° ฟ., ไข้ ๑๐ วัน. โดยการให้ผู้ป่วยพักผ่อน และ พยาบาล รักษาตามอาการ, อาการต่าง ๆ ทรงอยู่ถึง ๓ สัปดาห์จึงพ้น, ทั้งมีอาการออร์ไคติสข้างขวาแทรกอีกด้วย.

ผู้รายงาน หวังว่าอาจจะ กระตุ้นให้ศึกษาชอริโอไมซินในโรคคางทูม ต่อไปซึ่งในขณะนี้ ยังไม่มียา สำหรับ รักษาเลย. เขาไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการตรวจทางห้องทดลองในคนไข้รายเหล่านี้, นอกจากมีลิ้มฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้นเล็กน้อย.

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

๖. A. Mohiuddin : The fate of the Nerves of the Deciduous teeth. (การเปลี่ยนแปลงสุดท้ายของประสาทในฟันน้ำนม) J. of Anat., vol. 84, pt: 3 pp. 319-523, July 1950.

ผู้เขียนใช้แมวเป็นสัตว์สำหรับค้นคว้า, ขณะที่สัตว์กำลังมีฟันน้ำนมจะหลุด. ฟันที่ใช้คือฟันหน้าและฟันเขี้ยว. ก่อนแช่ใน formol-saline ได้ผ่าเยื่อประตูกางด้วยรังสีเอกซ์ เพื่อดูลักษณะ การ ละลายสลายของรากฟัน. ต่อไปแช่ในกรดฟอร์มิก ๑๕% เพื่อละลายธาตุปูน, แล้วย้อมโดยวิธีของ Belschowsky และวิธีของ Romanes ได้ผลคือ ประสาทของฟัน

น้ำนมที่ปรกติมีลักษณะเหมือนที่พบในฟันแท้, แต่ฟันที่กำลังจะหลุดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของประสาทที่มีความหนากว่า ๑ ไมครอน, คือประสาทหนาขึ้น, เป็นโพรงเป็นบางแห่ง (vesiculation), และแตกออกทำให้ดูคล้ายฟันเลื่อย, แล้วต่อไปแตกออกเป็นชั้น ๆ. เส้นใยประสาทที่มีขนาดน้อยกว่า ๑ ไมครอนไม่มีการเปลี่ยนแปลง. การเปลี่ยนแปลงคงพบใน pulp ก่อนประสาทจะหมด, ไม่แผ่ไปสู่ตอนต้นของประสาทคือ inferior dental. การเปลี่ยนแปลงในประสาททำให้ไม่พบวาระฟันน้ำนมจะหลุด.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ค

ปกิณณกะ

จดหมาย

คณะสาธารณสุขศาสตร์

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๙๓.

เรียน ท่านบรรณาธิการสารคดีราช

ผมได้กลับเข้ามาสู่แหล่งวิชาการโดยเป็นนักศึกษาใน คณะสาธารณสุขศาสตร์, หลังจากหันหลังให้วิชาการไปประมาณสิบปี. ผมได้พบว่าในระยะที่กล่าวนี้วิชาการแพทย์หลายสาขาได้ก้าวหน้าผกจากสมัยที่ผมยังเป็นนักศึกษาแพทย์อย่างมากมาย. อาทิในการ ศึกษาของ ผม อาจารย์มอบหมายให้ทำคั่นเฟอเรนส์เรื่อง “ใช้ทัยฟอยด์”, ผมจำต้องอ่านหนังสือหลายเล่ม, เท่าที่จะหาได้, และได้พบความรู้แปลก ๆ. ผมพบว่าในต่างประเทศเขาสืบค้นที่มาของอินเฟ็คชันในผู้ป่วยโดยอาศัยตรวจก ษณิกของเชื้อ เปรียบเทียบ กับของ แครรีเออร์ที่เขาทราบคืออยู่แล้ว. ถ้าชนิดของ เชื้อใน ผู้ป่วยไม่ ตรงกับแครรีเออร์ที่กล่าว, เขาก็ตัดสินใจได้แน่นอนว่าแครรีเออร์คน นั้นไม่ใช่ เป็นต้นตอหรือต้นเหตุ

ของอินเฟ็คชันใหม่ (Public Health, June, 1950). ในหนังสือ Control of Communicable Diseases of Man (ฉบับพิมพ์ ๑๙๕๐) กล่าวว่าการแยกชนิดของเชื้อทำได้โดยอาศัย Vi และ Phage. นายแพทย์วิกิจ วิจารณ์วงศ์กล่าวไว้ในจดหมายเหตุ ๒ แพทย์สมาคม ฯ เล่ม ๓๒ ตอน ๓ ว่าเชื้อ E. Typhosus ที่แยกออกจาก ผู้ป่วยได้ส่งไปตรวจหาชนิดของเชื้อที่ State Div. of Lab. and Research โดยอาศัยแบคทีริโอเฟจ, พบว่าเป็นชนิด A. ต่อมาได้ค้นหนังสือ Bacteriology and Immunity โดย Topley และ Wilson หน้า ๗๑๘, พบมีกล่าวไว้ว่าการแยกชนิดของเชื้อโรค โดย อาศัย แบคทีริโอเฟจ กลายเป็น วิธีประจำวันที่เกี่ยวข้องและช่วยให้สืบสวนการระบาดของใช้ทัยฟอยด์ได้อย่างรวดเร็วและสะดวกยิ่ง. ความรู้เหล่านี้อาจจะเป็นของเก่าสำหรับบางท่านก็ได้, แต่ต้องนับว่าใหม่สำหรับผม, ซึ่งได้ออกไปอยู่นอกวงวิชาการเสียหลายปี, และทำให้ผมอดไม่

ได้ที่จะรำพึงว่าเขาช่างไปกันไกลเสียจริงๆ
นะ.

อนึ่ง ในการ ค้น ตำรา เกี่ยวกับ การ
สาธารณสุขในระหว่างการเรียนรู้สั
ยนักที่ได้อ่านพบชื่อของแพทย์ไทยหลาย
ท่านในหนังสือต่างประเทศ, ซึ่งได้อ้างถึง
การค้นคว้าของคนไทย. ในหนังสือ *Clini-
cal Parasitology* โดย Belding มี
อ้าง น. พรหมมาส, ส. แคงสว่าง และ ป.
กัณท์สุรัตน์ในเรื่องตัวจิ๋ว (แบคทีเรีย
อะบิโนเจอร์ม). หนังสือ *Bacteriology
and Immunology* โดย Topley และ
Wilson อ้าง E. na Bangxang (ซึ่งผม
เข้าใจว่าคือนายแพทย์เอิบ ณ บางช้าง)
ในเรื่องการใช้ น้ำละลาย เคสออกซ์โค
เลค-ซีเทรท ไล่ อุจจาระของผู้ป่วยที่สงสัย
ทัยฟอยด์, เมื่อจะส่งอุจจาระนั้นไปตรวจ
หาเชื้อ, เพื่อห้ามการเจริญของเชื้อโค
ไลไม่ให้รบกวนตัวเชื้อทัยฟอยด์เสีย.

ขอแสดงความนับถือ

ชโล จันทรสุวรรณ พ.บ.

(หมายเหตุของบรรณาธิการ. เรื่อง
ของคุณหมอลชโล จันทรสุวรรณ นั้นเป็นตัว

อย่างของประโยชน์ที่จะได้รับจากการเปิด
โอกาสให้แพทย์ที่สำเร็จวิชาชีพแล้วได้
กลับเข้าเรียนเพื่อเพิ่มเติม หรือฟื้นความรู้
อีกครั้งหนึ่ง, ซึ่งสมควรได้รับการส่งเสริม
ให้มีความกว้างขวางออกไปมากยิ่งกว่าที่มี
อยู่ในขณะนี้. อีกข้อหนึ่งที่ได้จากจ-
หมายน คือ ความต้องการของ แพทย์เรา
สำหรับเอกสารและวิทยาสารทางแพทย์,
ซึ่งจะช่วยแพทย์ ที่ออกไป จากโรงเรียน
แล้วนับสิบๆ ปี, และไปประจำหน้าที่อยู่ใน
หัวเมืองไกลๆ, ให้สามารถติดตามการก้าว
หน้าในความรู้อยู่เสมอ, และจะช่วยป้องกัน
ไม่ให้ท่านเหล่านั้นจำเป็นต้อง “หัน
หลังให้วิชาการ”, ทั้ง ๆ ที่ท่านอาจไม่ต้อง
การทำเช่นนั้นเลย. สารคดีวิชาที่มีจุดประ
สงค์ข้อหนึ่งตรงกับเรื่องหลังนี้, แต่ความ
จำกัดต่างๆ เกี่ยวกับกาลสมัยและบุคคล,
ทำให้ไม่สามารถขยายวงออกไปได้เต็มที่
เท่าต้องการ. อย่างไรก็ตาม, เราพยายาม
เสมอที่จะเดินเรื่อยไปสู่จุดหมายอันมีคุณ
ประโยชน์ยิ่งนี้.

ในเรื่องตำราฝรั่งอ้างงานค้นคว้าของ
คนไทยเท่าที่คุณหมอลชโลอ้างมานั้นก็ควร

ถือว่าเป็นเพียงส่วนเดียว. อาจยังมีอีกหลายแห่ง, ทั้งในตำราแพทย์และตำราวิชาอื่น ๆ, ซึ่งบางทีเราก็คงไม่ชอบว่าเป็นของคนไทย. ที่เขียนบรรยายแน่อีกแห่งหนึ่งคือ ตำราพยาธิวิทยาของแมตคัลล์ม, มีอ้างชื่อ น. พรหมมาสเกี่ยวกับการทดลองหน้าที่ของคุปเฟอร์เซลล์ในตับ. ในเรื่องฟาโกไซโตซิส การถูกอ้างงานค้นคว้าเช่นนี้ก็ น่าสนใจอยู่สำหรับคนไทย, เพราะพวกเราไม่ค่อยมีผู้ทำงานค้นคว้าในค่านใหม่ ๆ ที่คนต่างชาติจะอ้างถึง. สำหรับ

คนชาติอื่นนั้น เขามีนักค้นคว้ามากมาย, อ้างกันย่อย ๆ จนบางทีไม่มีที่จะเขียน. ในประเทศเราเองมี แก่ล็กัลยเหมาะ สำหรับการค้นคว้าอีกมาก, ซึ่งแน่ใจว่าถ้าใครได้ทำให้กระจ่างและเผยแพร่เป็นหลักฐานไว้, ต่อไปก็ต้องมีผู้อ้างชื่ออย่างเหมือนกัน. สำหรับบางคนโอกาสเช่นนั้นอาจเพียงพอที่จะทดแทนข้อหย่อนที่ได้ยินกันอยู่เสมอ ๆ ว่า “ทำไปทำไม, ทำแล้วก็ไม่ไ้เงินเดือนขึ้น”)

เป็นมนุษย์สุคนิยมเพียงลมปาก

จะได้ยากโหยหิวเพราะชีวหา

แม่นพดคีมีคนเขาเมตตา

จะพดจาจงพิเคราะห์ให้เหมาะความ

ประชุมกลอนสุภาพิตสุนทรภู่

แผนกข้าว

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤศจิกายน ๒๕๕๓

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

	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ	รวมทุกแผนก
ก. (นอก) ใหม่	๑๕๒๕	๗๒๑	๗๗๒	๗๕๒	๗๐๕	๔๕๑๕
เก่า	๑๕๖๓	๕๖๕	๑๓๖๗	๖๕๒	๑๑๕๓	๖๑๐๐
รวม	๓๐๘๘	๑๒๘๖	๒๑๓๙	๑๔๐๔	๑๘๖๘	๑๐๖๑๕
ข. (ใน)	๑๒๕	๒๒๕	๕๕๕*	๑๐๖	๑๓๗	๑๑๕๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๒๕๕ จักษุฯ ๒๐๓ สูติ-นารีฯ ๑๐๗ รวม ๕๖๕

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๒๐๖* หญิง ๑๔๗ รวม ๓๕๓*

๔. จำนวนเด็กคลอดตาย ชาย ๑๖* หญิง ๕ รวม ๒๑

๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย ๕๔ คน (๘.๑ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๒๐ ราย
(๒๑.๓ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)

๖. จำนวนการถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๑๕๕ ข้างนอก ๔ รวม ๑๕๙*

๗. แผนกรังสีวิทยา

ก. รังสีเอกซ์ ตรวจ ๑๖๐๗ คน รักษา (ใหม่) ๕ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๑๕๔ ครั้ง

ข. รังสีเทียม รักษา ๑๖ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๕๕ ครั้ง

ค. ไดอะแกรม รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง
รวมตรวจและรักษา ๑๖๓๒ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา ๑๕๖๐ ครั้ง
ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๖๗ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง,
บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๑๓๓๑ ครั้ง

๘. แผนกสรีรวิทยา

๙. แผนกพยาธิวิทยา

ตรวจศพ ๒๐ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๖๑๘ (จากภายนอก ๕๓) แอ็กกูติเน-
ชั่น ๑๐๕ วัชเชอร์แมนและคาห์น ๑๖๐๐ หมู่เลือด ๗๑๗ นับเม็ดเลือด ๓๕* ฟิสิค
เลือด ๓๖ น้ำไขสันหลัง ๓๑ อจจาระ ๒๕๖ บัสสาวะ ๕๖ เสมหะและอื่นๆ ๖๘
ตรวจทดลองตัวจิ๊ด (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๒๕ เพาะเชื้อในเลือด ๓๘ ฉีดสัตว์ ๘
รวมตรวจต่างๆ ๑๖๕๔* อย่าง ศพญาติรับไป ๕๕ ศพ ภายวิภาครับไป ๑๐ ศพ
ส่งไปหรือรับไป ๗๒ รวม ๑๓๗ ศพ
(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรศักดิ์ ศรีเพ็ญ และ แผนกสถิติ)

* สถิติขอเดชะ

อนโมทนา มีผู้ขอเพื่อยำรุงคณะแพทย
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล (ตั้งแต่มูลค่า
๑๐๐ บาทขึ้นไป) ดังต่อไปนี้ (๑)
คุณหญิงเพิ่ม โชติภาสเกษมศรี จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน ๑๕๐,๐๐๐.๐๐
บาท ในการสร้างเสริมตึกมินเลาหเศรษฐี
ชั้นนอกชั้นหนึ่ง (๒) นางสาวใจ จันทุมมี
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน ๒๐,๐๐๐.
๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน “ทุนคันคว้าทาง
แพทย์ ของ นายแพทย์ทองอยู่ และนาง
สุจิตใจ จันทุมมี” (๓) ร.ช. หลวงบรรณ
ยุทธชำนาญ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน
๕,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุนนามว่า
“ร.ช. หลวงและนางบรรณยุทธชำนาญ
(สวัสดิ์ และ อรุณ นาคะสิริ)” เพื่อเก็บ
ผลประโยชน์ใช้ในการรักษาพยาบาลคน
เจ็บไข้ทั่วไป (๔) นางกล่ำกลางสมร
(ฉลวย หงส์ไกร) จังหวัดธนบุรี บริจาค
เงิน ๔,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุนคัน
คว้าทางแพทย์ของท่าน เมื่อบรรณครวณ
จึงเป็นจำนวนเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท
(๕) เจ้าพระยารามราฆพ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
บริจาคเงิน ๓,๐๐๐.๐๐ บาท ยำรุง
แผนกศัลยศาสตร์ - นาวิเวชวิทยา เนื่องใน

วันทำบุญวันเกิดครบรอบ ๖๐ ปี (๖)
นายเกียรติ สิริเกียรติ ผู้พิพากษาศาล
จังหวัดลพบุรี บริจาคเงิน ๒,๓๐๐.๐๐
บาท เพื่อขอเตียงให้แผนกจักษุวิทยา
และวิทยาโสตนาสิกการัง (๗) พลโท
จบุญรัตน์กุลเสรีเรงฤทธิ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท เนื่องในการ
ทำบุญครบรอบปีที่คุณหญิง เอิบ รันกุล
เสรีเรงฤทธิ์ ได้ถึงแก่กรรม วันที่ ๑๒
ธันวาคม ๒๔๕๓ เพื่ออุทิศส่วนกุศล
ให้ผู้ล่วงลับไปแล้ว (๘) คณะกรรมการ
มูลนิธิ นายชวน คันธนะ สำนักงานทนาย
ความสะพานเหลือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท เนื่องใน
วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๔๕๓ เป็นวันครบ
รอบปีที่ ๓ แห่งวันคล้ายวันมรณะของ นาย
ชวน คันธนะ เพื่อระลึกถึงคุณงามความ
ดีและเป็นสาธารณะกุศล (๙) นางเฮง
เฮงกิม เศรษฐกิจ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท เพื่อขอ
ตะเกียงประจำห้องคนไข้ตึกมหิตลวรานุส
สรณ์ (๑๐) นางกิมหลี่ แซ่จิว จังหวัด
กาญจนบุรี บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท
(๑๑) นางเอี่ยมจิตต์ ปรวณราชกิจ

จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์ - นารีเวชวิทยา (๑๒) สมาคมสตรีอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท ให้แก่มหาวิทยาลัยเพื่อเป็นทุนอุดหนุนนักศึกษาหญิงในการศึกษา ๒๔๕๓ (๑๓) นางจีว ชนพันธ์ จังหวัดนนทบุรี บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกларังซ์ (๑๔) จ.ส.อ. ชามุขยติชาติ ค่ายทหารบก จังหวัดลำปาง บริจาคเงิน ๒๕๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยา และ วิทยาโสตนาสิกларังซ์ (๑๕) นายปั่น ม่วงโมรา จังหวัดนนทบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยา และ วิทยาโสตนาสิกларังซ์ (๑๖) นางบุญเยี่ยม กลิ่นผัก จังหวัดลพบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์-นารีเวชวิทยา (๑๗) ท.ช. จุงชอ แซ่อิว จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๒๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยา และ วิทยาโสตนาสิกларังซ์ (๑๘) ท.ช. ควั่น แซ่ห้วง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนาสิก

รังซ์ (๑๙) ท.ช. ชงไธ้ แซ่เล่า จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกларังซ์ (๒๐) ท.ญ. มัย แซ่โง้ว จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกларังซ์ (๒๑) ท.ญ. มุ่มเกีย แซ่เอ็ง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกларังซ์ (๒๒) นางเล็ก จันทรเจริญ จังหวัดนนทบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์-นารีเวชวิทยา (๒๓) น.ส. ชุ่นล้ง แซ่ไค้ว จังหวัดนนทบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกларังซ์ (๒๔) นางเอง แซ่จิง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์-นารีเวชวิทยา (๒๕) น.ส. วาด คำล้ำย จังหวัดนนทบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๒๖) ท.ช. วิโรจน์ บัระพันธเสน จังหวัดกาญจนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้ชื้อเตาไฟฟ้าและเครื่องอุปโภค ๑ เครื่องสำหรับใช้ในตึกศัลยกรรมเด็ก (๒๗) ท.ช. กกมัน แซ่เป้ จังหวัดพระนคร บริจา-

จากเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ (๒๘) ต.ญ. บรรจบ พงศ์ประยูร จังหวัดนนทบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ (๒๙) ต.ช. สุนทร วงศ์วานิช จังหวัดราชบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ (๓๐) ต.ช. ยี่แซ่จี่ จังหวัดธนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ (๓๑) ต.ช. เล็ก เกษอุดม จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ (๓๒) นายเชี่ยะเซ้ง แซ่จู จังหวัดสุรินทร์ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๓) นายบ่งลิ้ม แซ่เซ้ง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๓๔) น.ส. ลึง แซ่ซ่ง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกการังซ์ (๓๕) นางละมุล แซ่เต็ง จังหวัดเพชรบูรณ์ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกการังซ์ (๓๖) ต.ญ. ลึง แซ่เตี้ย จังหวัดสมุทรสาคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกการังซ์ (๓๗) นาย

สมวงศ์ วิญญางกูล จังหวัดธนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกอายุรศาสตร์ (๓๘) นางแปลก กุญชรานุสรณ์ จังหวัดสมุทรปราการ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกอายุรศาสตร์ (๓๙) คุณหญิงทาด พรหมทัต จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๐) นายรอก ศรีแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๑) นายบรรหาร ศรีพิชัย จังหวัดสงขลา บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกศัลยกรรมแผลสด (๔๒) นางอบ ขวัญศรี จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท อุทิศส่วนกุศลให้แก่ ลุงเจิม และ ป้ากลิ้งผู้ล่วงลับไปแล้ว (๔๓) นายฉาย กลิ่นสุคนธ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๔) นายคิเจียว แซ่โจ้ว จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงตึกศัลยกรรมแผลสด (๔๕) คณะเสมียนพนักงานและคนงานโรงเลื่อยเกษตรที่ ๑ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๖) นายอามุ่ย แซ่หว่าง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงตึกศัลยกรรมแผลสด (๔๗) นายทองคำ วิจิตรภู่ จังหวัด

สมุทรสงคราม บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงศึกษาศึกษากรรมแลสส (๔๘) นายสุวรรณ ศรีสัมพันธ์ จังหวัดนครปฐม บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงศึกษาศึกษากรรมแลสส (๔๙) ท่านพระครูธรรมวิรัต เจ้าคณะวัดโชติทายการาม จังหวัดราชบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๐) นายโต้วสวัสดิ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๑) น.ส. นิตย สุธาธรรม จังหวัดธนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๒) นางสาว รัตยาภาส จังหวัดอุทัยธานี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๓) นายกวงยัง แซ่แต้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๔) นายน้ำสวัสดิ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

การประชุมวิชาการประจำปีเดือนธันวาคม

๒๔๕๓ เมื่อวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๔๕๔ ได้มีการประชุมทางวิชาการประจำปีเดือนธันวาคมประจำปี ในโอกาสที่ท่านคณบดีซึ่งได้กลับมาถึงกรุงเทพฯ แล้ว หลังจากการเดินทางไปประชุมรังสิตวิทยา ระหว่างชาติที่กรุงลอนดอน และงาน

เกี่ยวกับรังสิตวิทยาในประเทศต่าง ๆ ในทวีปยุโรป ก็ได้ถือโอกาสเล่าข้อพบเห็นของท่านให้ที่ประชุมฟังด้วย.

เรื่องที่ได้นำมาบรรยายในการประชุมครั้งนี้มีดังต่อไปนี้

๑. เอ็นเซ ฟาไลติสเนื่องจากโรคหัดโดยแพทย์หญิงสุกสาศกร จงเจริญสุข แผนกกุมารเวชศาสตร์

๒. ข้อสังเกตในการไปประชุมและในงานในยุโรป พ.ศ. ๒๔๕๓ โดยหลวงพิณพากย์พิทยาเกท

ทุนค้ำจุนของคณะแพทยศาสตร์และ

ศิริราชพยาบาล ในระยะปลายปี พ.ศ. ๒๔๕๓ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้รับเงินสำหรับเป็นทุนค้ำจุนในวิชาแพทย์จากผู้บริจาคสองท่าน คือ

๑. นางกล่ำกลางสมร (ฉลวย หงส์ไกร) บริจาคเงิน ๔,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุนค้ำจุนทางแพทย์ของท่านเอง ซึ่งได้ให้ไว้แล้วเป็นเงิน ๖,๐๐๐.๐๐ บาท รวมทั้งที่บริจาคในคราวนี้ด้วยจึงเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

๒. นางสุจิตา จันทน์ภูมิ นำส่งเงิน ๒๐,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้ตั้งเป็น "ทุน

คັນคว่าทางแพทย์ ของนายแพทย์ทองอยู่ และนางสุทใจันบุญมี” สำหรับใช้ในการ คันคว่าของคณะแพทยศาสตร์และศิริราช พยาบาล เป็นการสนองความตั้งใจของ นายแพทย์ทองอยู่ จันบุญมี สามผู้วาง ชนม์ ซึ่งได้แสดงความตั้งใจไว้ว่า ใคร ให้ทายาทมอบเงินให้เป็นทุนคันคว่ารวม จำนวน ๑๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท ภายใน กำหนดเวลา ๕ ปี การบริจาคครั้งนี้เป็น ครั้งแรก (กสารศิริราช พ.ย. ๒๔๙๒)

สาร ศิริราชขอ แสดง ความ บัณฑิต และอนุโมทนาในกศลจิตต์ของท่านผู้บริจา คณทั้งสองนี้ ซึ่งได้เสียสละทรัพย์เพื่อ สาธารณประโยชน์อันเป็นกศลยิ่ง ถึงแม้ ว่าในเวลานี้ยังไม่มีการใช้จ่ายเงินจากกอง ทุนทั้งสองนี้เพื่อการคันคว่าอย่างใด ก็ไม่ ต้องสงสัยว่า วันหนึ่งในภายหน้าเมื่อการ คันคว่ามีผู้นิยมมากขึ้น ผลประโยชน์จาก กองทุนนี้ คงจะได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการ ตรวจค้น ซึ่งอาจยังประโยชน์ยิ่งใหญ่ ในการช่วยบำบัดโรคของเพื่อน มนุษย์ท ุหลายโดยไม่จำกัด นับว่าการบริจาคนี้ เป็นสาธารณกุศลอย่างแท้จริง

หอประมุขราชแพทยาลัย ผลทางวัตถุ ประการหนึ่งของงานฉลองหกลีบศิริราช

กำลังก่อรูปขึ้นแล้ว โดยคณะกรรมการ ได้รับมอบหมายซึ่ง ม.จ. โวฒนากร วรวรรณทรงออก และได้ตั้งกรรมการ ชนจัดการเรียกประชุมเพื่อ ทำการก่อสร้าง แล้ว สถานที่ซึ่งจะจัดสร้างหอประชุมนี้ คือที่ว่างบริเวณริมแม่น้ำ ซึ่งได้ใช้จัด งานฉลองหกลีบขึ้นเอง ถึงแม้ว่าที่ทาง ออกจะคับแคบอยู่ แต่ก็หวังว่าพอที่จะจัด สร้างให้ไม่มีการยัดเยียดเกินไปนัก เรา หวังว่าในสารศิริราช ฉบับหน้าจะสามารถ ลงพิมพ์แผนผัง หรือแบบภาพจำลองหอ ประชุมนี้ได้ พร้อมทั้งรายละเอียดเกี่ยว กับการประชุมและการก่อสร้าง

ศิษย์ศิริราชในเกาหลี โดยที่ข้าพแ้ว อยู่ก่อนข้างหนักแน่นว่า ศิษย์ศิริราชผู้ หนึ่ง ซึ่งไปราชการสงครามในเกาหลีได้ รัยอันตราย จนถึงกับต้องตัดแขนออก ข้างหนึ่ง เราจึงได้ติดต่อสอบถามกับญาติ สนิทของท่านผู้นั้น และได้รับคำบอกเล่า อย่างยืนยันว่า ศิษย์ผู้ที่มีชื่อนั้นเป็นสุข สบายดี หาได้รับอันตรายแม้แต่อย่างใด ไม่ เราจึงมีความยินดี ขอแพร่ข่าวนี้ให้ เพื่อนฝูงทราบทั่วกัน และขอถือโอกาส

อวยพรอีกครั้งหนึ่ง ขอให้หมึกเคระหัด
และมีความปลอดภัยตลอดไป

ข่าวศิษย์เก่า ที่นำลงในสารคดีวิชาเป็น
ครั้งแรกนี้ มักกระท่อนกระแท่น ไม่ครบ
ถ้วน และบางทีก็ผิดพลาด เพราะส่วน
ใหญ่สลับทราบบ่อยโดยการรบกวนจากการบอก
เล่าต่อๆ กันมา เราจึงใคร่ขออภัยท่าน
ศิษย์เก่าทั้งหลายที่ทราบข่าวเพื่อนของท่าน
หรือมีข่าวของตัวเอง ขอให้แจ้งให้
สารคดีวิชาทราบ เพื่อเผยแพร่ให้เพื่อน
อื่นๆ ทราบต่อไปด้วย จะขอบคุณสำหรับ
ความเอื้อเฟื้อเป็นอย่างมาก

งานรื่นเริงปีใหม่ งานปีใหม่ซึ่งเป็นงาน
ประจำปีของโรงพยาบาล ได้จัดให้มีขึ้น
เมื่อวันที่ ๓๐ ธันวาคม โดยมีหัวหน้า
แผนกสถิติศาสตร์และนารีเวชวิทยา
เป็นประธานจัดงาน สถานที่ตั้งเป็นสนาม
หอพักพยาบาลเช่นทุกๆ ปี งานได้เริ่ม
ขึ้นเมื่อเวลา ๑๖.๐๐ น. โดยเป็นการ
แข่งขันกีฬาในระหว่างแผนกต่างๆ ใน
ขณะ ต่อจากนั้นในตอนค่ำมีการร่วมรับประทานอาหาร มีการแสดงวิวัฒนาการ
หลังจากการแสดงได้หมดไปแล้ว มีการ

ฉายภาพยนตร์เรื่อง "The great Wa-
ltz" ต่อ ตลอดเวลาเหตุการณ์ได้ผ่าน
ไปด้วยความเรียบร้อย เป็นที่น่าชื่นชม
และสนุกสนานยิ่ง งานได้ยุติลงเมื่อ
เวลาประมาณ ๐๑.๐๐ น.

แบดมินตัน บันทางสโมสรนักศึกษา
แพทย์ได้จัดให้มีการแข่งขันแบดมินตันเช่น
ปีก่อน หากแต่โอกาสไม่อำนวยพอ การ
แข่งขันจึงได้ล่าช้ามาจนถึงภาคปลาย การ
แข่งขันชิงชนะเลิศได้จัดให้มีขึ้นเมื่อวันที่
๒๕ ธันวาคม และในโอกาสนี้ท่าน
คณบดีได้มาเป็นประธานในการแข่งขัน
และร่วมสนุกไปด้วย พร้อมทั้งเป็นผู้แจก
รางวัลแก่ผู้ชนะเลิศ นอกจากนี้ยังมี
อาจารย์ในคณะและนักศึกษาได้มาร่วม
งานด้วยอย่างพร้อมเพรียง มีการเลี้ยง
รอบสนามแก่ผู้ดูและผู้เล่นเช่นเคย การ
แข่งขันปรากฏผลดังนี้ คือ

ระหว่างแผนก ชนະเล็ค ได้แก่แผนก
อายุรศาสตร์ (น.พ. วิจิตร วิมานวิติ, น.พ.
จิตต์ คุ้มจินดา, น.พ. วิจิตร พานิช) รางวัล
ของท่านคณบดี

รองชนะเลิศ ได้แก่ แผนกโสตฯ สอ
นาสิกและลาริงซ์ (น.พ. สุชาติ คุรุสินธุ์,

น. พ. สรรพ วัชระพำห้, น. พ. ชุคอยู่
สวัสดิ์)

ระหว่างชั้น ๑. หญิงคู่ ชนะเลิศ ไต้
แก้ ชั้นปีที่ ๑ (ครุฑ์ คำรงมณี, บุญรัตน์
ปฏิรูปานุสรณ์) รางวัลของหัวหน้าแผนก
โสตศ นาสิกและลาวิงซ์

รองชนะเลิศ ไต้แก้ ชั้นปีที่ ๒ (ปราณีต
เทวาคู, เสวี่ ปานะวนิชย์)

๒. ชายคู่ ชนะเลิศ ไต้แก้ ชั้นปีที่ ๓
(บรรจบ ยันตคิลก, สัพพัต อิศรางกูร
ณอยุธยา) รางวัลของหัวหน้าแผนกกุมาร
เวชศาสตร์

รองชนะเลิศ ไต้แก้ ชั้นปีที่ ๒ (สม
ฉวิล สุกัณท์, จำนง วัฒนสุข)

๓. หญิง ๑ ชาย ๑ ชนะเลิศ ไต้แก้
ชั้นปีที่ ๒ (ปราณีต เทวาคู, สมฉวิล
สุกัณท์) รางวัลของนายแพทย์
อำนวยการ เสมรสติ

รองชนะเลิศ ไต้แก้ ชั้นปีที่ ๑ (ครุฑ์
คำรงมณี, ชัน แยมบุญเรือง)

๔. ชาย ๓ ชนะเลิศ ไต้แก้ ชั้นปีที่
๒ (ฉลอง ณ สงขลา, จำนง วัฒนสุข, สม
ฉวิล สุกัณท์) รางวัลของนายแพทย์
ชัชวาล โอสธานนท์

รองชนะเลิศ ไต้แก้ ชั้นปีที่ ๓ (เวทย์

อารีย์ชน, สัพพัต อิศรางกูร ณ อยุธยา
บรรจบ ยันตคิลก)

บิลเลียด การแข่งขันบิลเลียดของสโมสร
นักศึกษาแพทย์ปรากฏผลดังนี้ คือ

ประเภทแต้มเท่า ชนะเลิศ เชิด คีระจิตต์
รางวัลของสโมสร รองชนะเลิศ สมฉวิล
สุกัณท์ รางวัลของสโมสร

ประเภทแต้มต่อ ชนะเลิศ ปรีชา ไวัศิริ
รางวัลของสโมสร รองชนะเลิศ น.พ.
วิทย์ มินะณินธุ์ รางวัลของนายแพทย์
ทินรัตน์ สถิตนิมานการ

ข่าวพยาบาล

พยาบาลสำเร็จการศึกษา (เพิ่มเติม)

๑. ปราณี โรจนวิจิตร ๒. หรรษา จิตต์รัก
มัน ๓. สมศรี บุญชะลิกษ์ ๔. อรุณา
เจริญพงษ์ ๕. พิศวาท วงษ์เสวี่ ๖. นวล
ยง ศิริสุขการ ๗. ประทุม อภิสงห์ ๘.
แน่งนิตย์ ศรีเทียมอินทร์ ๙. จินตนา จิน
ดาประเสริฐ ๑๐. ปราณี เพ็ชรกุล ๑๑.
ฉเลา วัฒนรัตน์ ๑๒. ปรีญา ริมศิริ
๑๓. วิภา เฮอร์วาร์ ๑๔. เฉลิมสมัย ห่อ
ทอง ๑๕. เปรมปรีดิ์ สุนทรพิธิ ๑๖.

ประสงค์ จันทกนก ๑๗. ชัยปัญญา ภา
 นิษฐ์ปฐมรัฐ ๑๘. เขาวนิตย์ อินทร
 จันทร ๑๙. สุภาวรี เวณโกเศศ ๒๐. สอภ
 ศรี ปิ่นธารุจิ ๒๑. วิฑูรย์ วรวิเศษ ๒๒.
 ภาณี ศิริสุขการ ๒๓. นาคนครจาติกรัตน์
 ๒๔. ศิริวรรณ ทิพย์ศิริโยธา ๒๕. บุญเต็ม
 สันธฆามาศ ๒๖. นฤมล จุลกุลย์ ๒๗.
 จิรพรรณ อโคกพล ๒๘. สุวรรณ ชวก
 ไชว์พวก ๒๙. ปราโมทย์ โกมลเปลี่ยน
 ๓๐. จิราวรรณ ไฉมจันทร์ ๓๑. สุกปลั่ง
 ปิ่นทาสุท ๓๒. ม.ล. ปฤศนี มาลากุล
 ๓๓. สุภาวรี อารังราชินิ ๓๔. สุภา มินะ
 ประดิษฐ์ ๓๕. ลำอาง ทิณตะศิริ ๓๖.
 วาจา อำไพพัสตร์ ๓๗. มาลนี ชลาน
 เควระห์ ๓๘. ทับทิม รัตนกุสุมา ๓๙.
 ศรีสอาด. สุกทิวาฉนวนพุม ๔๐. อนงค์
 เจริญพานิช ๔๑. มาลี ศิริวงศ์ ณ อยุธยา
 ๔๒. กรองแก้ว ศิริวรรณ ๔๓. ประสม
 บารณ เศรษฐ ๔๔. สุภา วงศ์วิเศษ
 ๔๕. บุญสม ศุภการโกศล ๔๖. อรุณ
 ชอเจริญ ๔๗. อำนวย พัฒนศิริ ๔๘.

เชาวรัตน์ กาญจนวนิชย์

ย้าย (ตั้งแต่ ๑ ธ. ค. ๕๓) ๑. ประกอบ
 ผกานนท์ ไปจังหวัดอุบล ๒. ประนอม
 มาลาวรรณ ไปจังหวัดอุบล ๓. เฉลา
 ชนชกลิน ไปจังหวัดระยอง

ลาออก ๑. สำรวบ เริงเกษมกิจ ตั้งแต่
 ๑๕ ธ. ค. ๕๓ ๒. เจริญศรี สร้อยทอง
 ตั้งแต่ ๑ ม. ค. ๕๔

งานรื่นเริงปีใหม่ของนักเรียนพยาบาล

เมื่อวันที่ ๓๑ ธ. ค. ๕๓ คณะนักเรียน
 พยาบาลได้จัดงานรื่นเริงในการขึ้นปีใหม่
 ที่สนามหน้าตึกนอน เริ่มงานตั้งแต่ ๑๗
 น. ด้วยการออกร้านขายของซึ่งนักเรียน
 แต่ละชั้นจัดขึ้น ต่อจากนั้นมีเลี้ยงอาหาร
 และแสดงกีฬา พร้อมทั้งการ แสดง
 เบ็ดเตล็ด ของนักเรียนเสร็จงานเมื่อเวลา
 ๒๒ น. ด้วยความรื่นเริงสนุกสนานของ
 ทุกคน

(เดือนเพ็ญ สนทยานนท์)

หน้าสำหรับนิสสัน

การใช้อักษรย่อ

การใช้อักษรย่อ อักษรย่อมีความสะดวกและรวดเร็วทันเวลา ทันกระต่าย ภาษาไทยยังมีการใช้อักษรย่อน้อยต่อไปน่าจะมีมากขึ้น อักษรย่อมีประโยชน์เป็นพิเศษสำหรับนักศึกษา เพราะให้ความรวดเร็วในการบันทึกต่างๆ แม้สำหรับแพทย์อักษรย่อก็เป็นประโยชน์มาก เพราะแพทย์ต้องเขียนหนังสือมาก เช่นรายงานประวัติคนไข้และคำสั่งการรักษา ดังนั้นในการแพทย์ต่างประเทศจึงมีการใช้อักษรย่อมากมาย ดังจะเห็นได้จากอักษรย่อที่ใช้แทนคำต่างๆ ในการเขียนใบสั่งยา เป็นต้น

ข้อผิดพลาดประการหนึ่งที่พบบ่อยๆ เกี่ยวกับการใช้อักษรย่อ คือการใช้อักษรย่อซึ่งยังไม่มีการรับรองทั่วไปไปปะปนกันรับรองกันแล้ว ทำให้ผู้อื่นที่ไม่ทราบต้องฉงน หรือบางทีเข้าใจผิด ทั้งนี้หมายความว่าในการติดต่อกับผู้อื่น เช่นเขียนหนังสือหรือเขียนตอบ ข้อสอบไล่ เป็นต้น ทำให้ต้องเสียผล ทดถกในการติดต่อต่างๆ ไปควรใช้อักษรย่อแต่ละเฉพาะที่ได้ มีการใช้โดยแพร่หลายแล้ว ถ้าหากเราต้องการใช้ย่อเพื่อความสะดวก ก็ต้องบอกกล่าวไว้ก่อนในตอนต้นว่า ต่อไปนี้อักษรตัวใดหมายความว่าอย่างไร จะใช้ขึ้นมามากๆ นั้นไม่สมควร

ในภาษาต่างประเทศ อักษรย่อที่ใช้กันแพร่หลายมีรายการและคำแปลแจ้งอยู่ในปทานุกรม จะเห็นได้ว่าแม้ในภาษาเหล่านั้นการใช้อักษรย่อก็มีใช้ว่าเป็นแบบฉบับเดียวกันหมด อักษรย่อตัวเดียวกันหรือชุดเดียวกันอาจมีความหมายได้หลายอย่าง หรือคำเดียวกันอาจมีอักษรย่อได้หลายแบบ ตัวอย่างเช่นอักษรย่อที่ใช้แสดงปริญญาต่างๆ เป็นต้น

การที่ส่งเสริมให้การใช้ อักษรย่อในภาษาไทย แพร่หลาย ย่อมต้อง อาศัยการช่วยกันคิด ช่วยกันใช้ และช่วยกันเผยแพร่ ประโยชน์ของการนี้ย่อมเห็นได้โดยง่าย ตัวอย่างข้างล่างนี้แสดงว่าอักษรย่ออาจมีประโยชน์ต่อนักเรียนแพทย์ได้เพียงไร ทั้งนี้โดยต้องเข้าใจเสียก่อนว่า อักษรย่อเหล่านั้นยังมีใช้เป็นการอาจะมีผู้ไม่เข้าใจ หรือไม่เห็นด้วย หากจะใช้ ก็ควรใช้เฉพาะส่วนตัว

เกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ฉุกเฉิน

- อ. องค์าเชนติเกรต - ช. อัครา ชัยพร
- ช. อัคราหาญใจ - ห. ความดันเลือดแดง - ก. ล.

เกี่ยวกับตรวจเลือด จำนวนเม็ด

- เลือดแดง - ม. ล. ค. ซีโมโกลบิน - ช.
- หรือ ฮบ. จำนวนเม็ดเลือดขาว - ม. ล. ข.
- นิวโทรฟิลลิกลิวโคไซต์ - นฟ. โปล์มัวร์

โพนิวเคลียร์ลิวโคซัยท์ - โปล์ม. ลิมโฟ แวกซ์ - พ.ว. พัสสโมเคยมพัลชีปาฐุม
 ชัยท์ - ลพ. อีโอสโนฟลิคิลวโคซัยท์ - - พ.พ. นัยแยกชนิก (เม็คเล็คขาว) -
 อพ. เบโซฟลิคิลวโคซัยท์ - ยพ. มาสท์ น.ย. การนัยเม็คเล็ค - น. ม. ล. เปร์
 เซลล์ - มช. คะเลอร์อินเค็กซ์ - ค.อ. เซ็นต์ (ส่วนร้อย) - ป.ช.
 เซอมาลาเวีย - ม. พัสสโมเคยมไว

ผ. ข. อ.

สุตวรรษานวธิ์คัมภีร์หมอ

อันเมยศไชเมาเหล่าเมาแต่พอ
 ถ้าเขาขอเหมือนหนึ่งเภาให้เราค้น
 ที่โสดเล่นเต็นร่าทำเป็นเจ้า
 ทำไมเขาไม่จับผิดคิดก็ขัน
 ฝั้นหลอกช่างฝิตตามฝั้น
 คนเหมือนกันหลอกกันได้นัยนัก

อิศรญาณภาสิต

บทที่ ๖ บันทึกท้ายสมุด

๑ สารศิริราชเริ่มต้นบันทึกสามด้วยการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ซึ่งคงจะได้สดุดาท่านผู้อ่านที่ข้างสังเกตแล้ว เริ่มต้นด้วยสารขาน ท่านคงได้เห็นแล้วว่า เรามีแผนกใหม่ขึ้นอีกสองแผนก คือ “บทความพิเศษ” กับ “หน้าของนิสิต” แผนกแรกเราเปิดขึ้นเพื่อสนองการเรียกร้องของสมาชิกเป็นจำนวนมาก ซึ่งได้แจ้งมาว่า ต้องการให้สารศิริราชมีเรื่องชนิกรรวบรวมความรู้จากวิทยาสาร หรือเรื่องบทพจนความรู้ ทั้งในคานทฤษฎีและคานปฏิบัติ เราได้พิจารณาข้อเรียกร้องนั้นอย่างเอาใจใส่ และเห็นว่า โดยที่นิตยสารวิชาการของต่างประเทศก็มีแผนกเช่นเดียวกันนี้ จึงไม่มีเหตุผลอย่างใดที่จะขัดขวางมิให้อนุโลมตามความต้องการนั้นได้ ส่วนแผนก “หน้าของนิสิต” นั้นเป็นส่วนหนึ่งในความพยายามของเราที่จะทำประโยชน์เป็นพิเศษให้แก่นักศึกษา ซึ่งประกอบเป็นส่วนไม่น้อยในจำนวนสมาชิกของเรา ดังที่ได้เคยทำ “ภาคผนวกสำหรับนักศึกษา” ครึ่งหนึ่งแล้วในบท

สอง แต่ไม่ได้มีขึ้นอีกเลยจนตลอด เพราะมีความลำบากในการคัดเลือกที่เหมาะสม ในขั้นเราเปลี่ยนเป็นเพียง “หน้าของนักศึกษา” และหวังว่าคงจะพอรวบรวมความรู้ได้ๆ น้อย และข้อเตือนใจ ฯลฯ ซึ่งคงจะเป็นประโยชน์แก่นักศึกษาโดยจะเพาะ และอาจเป็นสำหรับผู้อื่นก็ได้

๒ การเปลี่ยนแปลงอีกประการหนึ่งซึ่งอาจเห็นยากสักหน่อย คือการใส่เครื่องหมายวรรคตอนในเรื่องวิชาการทุกเรื่อง แทนที่จะเป็นเฉพาะบทบรรณาธิการ ดังที่ได้ทำมาตั้งแต่ต้น ในทันขอโอกาสชี้แจงว่า ตั้งแต่แรกเริ่มทีเดียวเราก็ได้มีความตั้งใจที่จะลงเครื่องหมายวรรคตอนสำหรับเรื่องวิชาการทุกเรื่อง เพราะเห็นมาแล้วว่า การเขียนโดยไม่มีเครื่องหมายเหล่านี้ยังทำให้ฉงน เข้าใจยาก หรือบางที่เข้าใจได้สองประการ แต่ในระหว่างสองปีที่แล้วมา ยังไม่สามารถทำดังที่ตั้งใจได้ เพราะมีอุปสรรคเกี่ยวกับความ สดวกและ ความพอเพียง

ทางโรงพิมพ์ เราจึงได้แต่ใส่เครื่องหมาย
อะเพระบทยรรณาธิการ เป็นการทดลอง
และเป็นการแสดงให้เห็นว่า เรานิยม
การใส่เครื่องหมายเหล่านี้ ครนมาในบน
เราได้รับความเอื้อเฟื้อร่วมมืจากโรงพิมพ์
ไทยเชชม รับบรรจุเครื่องหมายวรรคตอน
ให้สำหรับเรื่องทางวิชาการทุกเรื่อง โดยมี
ข้อแม้ว่า ขอให้ใส่แต่เพียงเครื่องหมาย
จุลภาคและมหัพภาคเป็นส่วนใหญ่ ซึ่ง
ทำให้เราต้องขอบคุณเป็นอย่างมาก เรา
หวังว่าท่านสมาชิกคงจะสังเกตได้ว่า การ
เปลี่ยน แปลงนี้ช่วยให้ อ่านเข้าใจเรื่องได้
ง่ายขึ้น และ คงจะช่วยกันนอน โมทนา
ความร่วมมือของโรงพิมพ์ไทยเชชมด้วย

๑ การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ยังมองไม่เห็น แต่เชื่อว่าสมาชิกทุกท่านคงคาดคะเนอยู่แล้ว คือค่าจ้าง แม้ในขณะนี้เราก็กังขาว่าจะบอกท่านได้ตายตัวว่า ในอีกสามปีจะต้องขอร้องจากท่านสักเท่าใด ได้มีบุคคลที่สนใจแนะนำว่า อย่างน้อยควรคิดสัก ๑๕ บาท ละเพราะค่าจ้างข้างท่านถึงกับว่าสัก ๒๐ บาทก็ยังไม่แพง ซึ่งทำให้เราเต็มใจไปด้วยความขอบคุณในความหวังดีของท่าน อย่างไรก็ตามเรายังต้องการยึดถือนโยบายดั้งเดิม

ของเราต่อไป คือการจัดทำหนังสือโดยไม่หวังผลกำไร พยายามจัดให้ได้ราคาต่ำที่สุด เพื่อให้แพร่หลาย กระจายความรู้ และทำประโยชน์ให้ได้มากที่สุด เพราะฉะนั้นขอรับรองว่า เราจะไม่ฉวยโอกาสที่กระดาษแพงขึ้น ราคาหนังสือโดยลงทุนโฆษณาเพิ่มเติมเลย เราเห็นความจำเป็นที่จะต้องขึ้นราคาเพื่อให้หนังสือคงอยู่ได้ แต่ก็จะขึ้นเพียงถึงขีดตนเองเวลานี้ผู้จัดการของเราได้คิดคำนวณราคากระดาษรับและรายจ่ายเรียบร้อยแล้ว แต่เรายังจะไม่สามารถแจ้งอัตราใหม่แก่ท่านได้ เพราะจะต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการฯ เสียก่อน เพราะฉะนั้นหนังสือที่ท่านอ่านอยู่นี้จึงส่งมาถึงท่าน ด้วยความเข้าใจกันมากกว่าด้วยการแลกเปลี่ยน

๑ เป็นการบังเอิญจริง ๆ ที่สารศิริราช
เลื่อมนมเืองเกยวกรบรตีสองเือง เือง
ของคณหมอปจณ โอสถหงษ์เัวไ้รับไว้
นานแล้ว แต่เพิ่งมีโอกาสนำลงครวณ
นอกจาก เเหตุอน แลวก เืองควย ต้องทำ
ยลอกหลายรูป และในคยบที่ผ่านมานน
ลวน แต่มีรูป อยู่แล้ว หลายรูป แทบ ทงนน
ต้อง ขอเเรียน ควย ว่าท่าน เ้าของ เือง น
กำลัง คึกษา เ้ม เ้ม ใน รังสิวิทยา อยู่

สหรัฐอเมริกาและไต้หวันน่าจะเขียนเรื่องส่ง
มาเพื่อแจกจ่ายความรู้แก่พวกเราทางบ้าน
ซึ่งเราควรขอบคุณมาก อีกเรื่องหนึ่งคือ
เรื่องของคุณหมออานวย เสมรสต์ อาจารย์
อาวุโสในแผนกรังสีวิทยา กับคุณหมอ
สนอง กาญจนาลัย ผู้ช่วยของท่าน
สำหรับคุณหมออานวยนั้น ได้ติดอยู่กับ
แผนกนี้มาตั้งแต่ท่านถือกำเนิด(เป็นหมอ)
และ แผนกนี้ เพิ่งเกิด ขึ้นเป็น เพียงแผนก
ย่อยอยู่ในแผนกศัลยศาสตร์ เรื่องของ
ท่านที่เราได้รับควรวนแม้จะเป็นเพียงเรื่อง
สั้น ๆ แต่ก็ได้กล่าวถึงหลักวิชาและการ
ปฏิบัติไว้อย่างครบถ้วน ประกอบกับราย
งานคนไข้ซึ่งน่าฟังมากในการที่ยังมีชีวิต
ยืนยาวมาจนบัดนี้ เกินกำหนดซึ่งคาด
หมายกันโดยปรกติ ขอบันทึกไว้ด้วย
ว่า ท่านเจ้าของเรื่องได้ขอให้ช่วย
สำหรับรพที่นำลงพิมพ์ด้วย ท่านคงถือ
ความระมัดระวังที่ปฏิบัติอยู่ในต่างประเทศ
หลายแห่ง ที่เจ้าของเรื่องต้องออกค่าใช้จ่าย
สำหรับภาพประกอบ ถ้าหากมีมาก
เกินกำหนด สำหรับเรายังไม่ระมัดระวัง
นี้ เพราะยังอยู่ในฐานะตรงข้ามกับวิทยา
สารในต่างประเทศ ซึ่งผู้ส่งเรื่องต้องง้อ
หนังสือ

๑ เรื่องได้ ตั้ง อีกเสป ของ คุณ หมอ
ทินรัตน์ได้รับ ความสนใจเป็นพิเศษ ดังที่
ท่านเจ้าของได้บรรยายไว้แล้วว่า เนื่อง
จากเรื่องของคุณหมออานนท์ ประทีต-
สุนทรสาร ที่วิเคราะห์รายงานการตรวจ
ศพ ๑๐๘ รายที่เป็นโรคบิดอะมีบิก และ
ไม่พบแผลที่ไส้ติ่งเลย (มีอ้างถึงอยู่แล้ว
ในเรื่อง) นอกจากคุณหมอตินรัตน์ได้
ยังเชิญพบรายที่แสดงมาแล้ว ยังได้สืบสวน
ต่อไปถึงรายอื่น ซึ่งไม่อยู่ในข่ายของการ
รวบรวมศึกษา ของ คุณหมอ อานนท์ ด้วย
คงจะไม่มีใครหลงโทษคุณหมออานนท์ว่า
รวบรวมไม่ครบถ้วน เพราะรายอื่น ๆ นั้น
ไม่เกี่ยวกับการรวบรวมของท่าน เราฟัง
ใจในสำนวนสั้น ๆ และเกะกะรัดของคุณ
หมอตินรัตน์ ซึ่งสมควรเป็นแบบฉบับได้
และหวังว่าคงจะมีเรื่องของท่านผู้เขียน
แก่ท่านสมาชิกอีกในไม่ช้า

๑ เรามีความต้องการที่จะเพิ่มจำนวน
เรื่องย่อเอกสารขึ้น เพราะความเห็นใจ
ท่านสมาชิกว่า ในฉบับหนึ่งๆ มีเรื่องน้อย
สำหรับท่าน แต่ในขณะนี้ยังไม่เพิ่มไม่ได้
ต่อไปในระหว่างปีเมื่อนักย่อของเรามีเวลา
มากขึ้น และถ้ากระดาษไม่แพงขึ้นไป
อีกมากนัก ข้างที่เราอาจเพิ่มขึ้นไปอีก

สำหรับในฉบับนี้คงมีหกเรื่องตามเคย
สองเรื่องเป็นของคุณหมอสุท แสงวิเชียร
(เมืงแคลฟอราเมืง กับ ประสาทในพื้น)
ซึ่งยังไม่ลดหย่อนความเข้มข้นในการสนับ
สนุนสารศิริราช แม้จะเข้าเล่มแล้ว
คุณหมอตระกูล กิตติสิน ให้เรื่องที่ท่าน
ฉันทิ เกี่ยวกับหยูก ๆ ยา ๆ (คลอโรมัย
เซตินกับซีฟลิส) สองเรื่องเป็นของแผนก
กุมารเวชศาสตร์ โดยคุณหมอสมโพธิ
พุกกะเวส (ออเวโอมัยซินกับคางทูม)
และคุณหมอกิเรก พงษ์พิพัฒน์ (การ
รักษาแผลเปื่อยติค) นับว่าแผนกนี้ออกจะ
คึกคักมาก เรื่องที่หกเป็นของ ม.ร.ว.
กันยิกา เทวกุล อดีตกุมารแพทย์ ซึ่งยัง
คงสนใจในโรคของเด็กอยู่ และคราวนี้
ให้เรื่องเกี่ยวกับเด็ก (ไอกรนกับคลอโร-
มัยเซติน)

๑ ในส่วนหนึ่งของความ พยายามที่
จะกตัตราคำรยสารศิริราชให้เท่าเท่าที่จะ
ทำได้ เราได้พยายามอย่างยิ่งที่จะจำกัด
ความหนาของหนังสือโดยตัดเรื่องให้สั้น
เท่าที่จะไม่เสียความ และในฉบับนี้ก็ได้
ตัดแต่เรื่องทสั้น ๆ ทงนั้น ผู้จัดการของ
เราได้ “แนะนำ” อย่างค่อนข้างแข็งขัน
ว่า อย่าให้เนื้อเกินหยูก แต่แม้กระนั้น
ก็ยังอดเกินเล็กน้อยไม่ได้ เราหวังว่าท่าน
สมาชิกจะไม่เปรียบสารศิริราช ฉบับนี้กับ
บางฉบับในยี่สิบสอง แล้วตัดสินว่า “บาง”
ขอให้เปรียบกับในยี่สิบหนึ่ง โดยละเอียด
อย่างยิ่งฉบับคั่น ๆ (นอกจากฉบับปฐม
ฤกษ์) และโปรดเห็นใจว่าเพียงนี้คง
พอสมควร และพอคู่ควรกับเวลาของ
ผู้เขียนและ “เจ้าหน้าที่กิตติมศักดิ์” ของ
หนังสือนี้จะสละให้ได้แล้ว.

ของแถม

ซิฟิลิสหายโดยการรักษาคัวยเพนิซิลลินอย่างเดียวดั้หรือไมั

(จาก W.H.O. Press Release, Oct. 31, 1950.)

จากการประชุมระหว่างชาติขององค์การอนามัยโลกเรื่องการรักษาซิฟิลิสด้วยเพนิซิลลิน, ซึ่งได้สังเกตผลกันมาระหว่างเจ็ดปีแล้ว, ถึงแม้ว่าความเห็นเกี่ยวกับผลของเพนิซิลลินยังไม่ร่วมกันหมดทีเดียวก็จริง, แต่ส่วนมากก็รู้สึกมีหวังว่าเพนิซิลลินจะรักษาให้หายขาดได้. ในอเมริกาเพนิซิลลินมีราคาถูกมาก, ให้ผลดีและรวดเร็ว. ในการรักษาหญิงมีครรภ์ที่เชันซิฟิลิสมากกว่าหนึ่งหมื่นคนด้วยเพนิซิลลิน, ปรากฏว่า ๘๖ เปอร์เซ็นต์ของเด็กที่เกิดมามีอาการเชันปรกติ. การรักษาซิฟิลิสก่อนคลอดก็ได้ผลดีที่คลินิกแห่งหนึ่งจำนวนคนไข้ลดลงจากสัปดาห์ละสามร้อยคนเหลือเพียงไม่ถึงยี่สิบคน. ตามสถิติรักษาคณไขั ๑๐๐๐ คนด้วยการฉีดยาครั้งเดียว ๑,๒๐๐,๐๐๐ หน่วย ปรากฏหาย ๕๐ เปอร์เซ็นต์.

แต่ผู้ชำนาญในยุโรปบางคนเตือนว่ายังไม่ควรใจไว้วางใจเกินไปนัก เพราะเพนิซิลลินเป็นยาใหม่ ถึงแม้จะดูเหมือนให้ผลดีมากก็ตาม ยังไม่ควรสรุปผลเกี่ยวกับการรักษาเร็วนัก.

ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล พ.บ.