



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๔ เมษายน ๒๔๙๔	Volume 3, Number 4, April 1951.
-------------------------------	---------------------------------

เอ็นเซฟาไลติสเนื่องจากโรคหัด

ศาสตราจารย์ เจริญสุข
พ.บ.
(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

โรคหัดมีการระบาดเป็นคราว ๆ และมีประปรายอยู่เสมอ ประชาชนส่วนมากเข้าใจกันว่าเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง; เมื่อป่วยจึงมักไม่ไปถูกษาแพทย์, รักษาตนเองด้วยยากกลางบ้าน. ระหว่างปี ๒๔๕๐-๒๔๕๓ มีผู้ป่วยที่มารววจรักษาที่แผนกตรวจโรคเด็กภายนอกรวม ๒๔,๒๒๓ คน, พยทเป็นหัดเพียง ๗๘ รายเท่านั้น. ในจำนวน ๗๘ ราย, มีอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาท ๔ ราย, ซึ่งได้รีบไว้รักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์, และขอเสนอรายงานต่อไปนี้.

รายที่ ๑. เด็กหญิง, ไทย, อายุ ๔ ปี. รัยไว้ วันที่ ๒ พ.ย. ๒๔๕๓, กว้ยอาการสำคัญ คือ ไม่รู้สึกตัวมา ๒ วัน. สิบเอ็ดวันก่อนมา, ผู้ป่วยเริ่มมีไข้, ใอย่าง. สามวันต่อมาเริ่มมีผื่นแดง, นูนเล็กน้อย, ขึ้นกระจัด กระจ่าย ที่หน้าผาก และ คอ ก่อน, แล้วลามไปทั่วตัวในวันรุ่งขึ้น. สัปดาห์ก่อนมาร.พ. ผื่นยกลายเป็นสีน้ำตาลคล้ำ, แต่ใช้กลับสูงขึ้นอีก. ผู้ป่วยปวดศีรษะ, ซึม, อาเจียนบ้าง, แต่ยังไม่พูดรู้เรื่อง. สองวันต่อมา เริ่มไม่รู้สึกตัว, เพื่อ, กระสับกระส่ายเป็นพัก ๆ.

การตรวจร่างกายเมื่อแรกวิจัย. อุณหภูมิ ๓๗.๕°ซ. ชีพจร ๑๓๐. หายใจ ๓๕. ผอม, นอนขี้มไม่รู้สึกตัว, กระสับกระส่าย เป็นพัก ๆ. ผิวหนังทั่วไปมีจุดสีน้ำตาล คล้ายระจิดกระจาย, บางแห่งรวมกันเป็น กลุ่มเล็ก ๆ. บริเวณที่เห็นชัด คือ ลำตัวและแขนขา. ม่านตาทั้งสองข้างเบิก กว้าง, รีเฟล็กซ์แสงปรกติ. ไม่พบอาการ แสกดงของการระคายทาง เยื่อหุ้ม สมอง. รีเฟล็กซ์ตมและลิ้นไม่เปลี่ยนแปลง. ไม่มีอัมพาต. น้ำไขสันหลังใส, ความ ก้นเพิ่ม, Pandy's test บวก, เซลล์ ๑๖ ต่อ ค.มม., คลอไรด์ (NaCl) ๑๓๐ มก. โปรตีน ๐.๓๕ ก., น้ำตาล ๕๗.๕ มก. ต่อ ๑๐๐ ค.ซม.

ซีโมโกลบิน ๗๐%, เม็ดเลือดแดง ๔.๐๕ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๑๒,๕๐๐, โปลียูมอร์ฟ ๘๕%, ลิมฟ. ๑๕%, ตรวจ ทูเบอร์คูลินได้ผลลบ.

อยู่ใน ร.พ. ได้หนึ่งวัน เริ่มคอแข็ง, Kernig's sign บวก. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ตลอดเวลา, เพ้อ, และคืนเป็นพัก ๆ. ความร้อนขึ้นสูงถึง ๔.๒°ซ, และถึงแก่กรรมด้วยเทอร์มินัลบร็องโคปน์วโมเนีย.

การตรวจศพ. เยื่อหุ้มสมองมีเลือดคั่ง มาก, ขวม. เทนอซวีบรมทงสองข้างมี บริเวณเล็ก ๆ สีขาว, อาจเป็นเอ็กซเทท. ตรวจ ด้วยกล้องจุลทรรศน์พบ เลือดคั่ง เล็ก น้อยในสมองและเยื่อหุ้ม. ส่วนหลังไม่มี แสกดงลักษณะเป็นโรคที่สำคัญ, นอกจาก มีโมโนนิวเคลียร์เซลล์เข้าไปแทรกอยู่สอง สามตัว. ซีรีบรัลคอร์เทกซ์มีคิเจเนอ เรชัน และ นิโครซิส ของ เซลล์ ประสาท, พร้อมทั้ง demyelination ในส่วน para-ganglionic และ perivascular. มีสเคลอโรซิสปานกลาง, แต่ไม่มีนิวโร โนเฟเจีย. มี perivascular cuffing เล็กน้อย. ไม่พบ inclusion bodies ทั้ง ในซัยโทพลาสซึมและในนิวเคลียส.

รายที่ ๒. เด็กหญิงไทย, อายุ ๑๑ เดือน รั้วไว้เมื่อวันที่ ๒๖ มิ.ย. ๒๔๙๓, กว้าง อาการสำคัญคือ ไม่รู้สึกตัวมา ๑ วัน.

แก้วก่อนมา ร.พ. เริ่มมีอาการตัว ร้อนจัด, ไอ, มีน้ำมูกไหล.

สามวันต่อมา มีผื่นแดง, นูนเล็กน้อย, ขนทบบริเวณ หน้าตา, หน้า, กระจายตามตัวและแขนขา. ไขสันหลังเมื่อมี ผื่นขึ้น.

หนึ่งวันก่อนมา ร.พ. กลับมีอาการตัวร้อนจากชนอึก, อาเจียน, ชีมิไม่รู้สีกตัว.

การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๘.๒ ซ. ชีพจร ๑๓๔. การหายใจ ๓๘.

ผอม, น้ำหนักตัว ๖,๔๕๐ กรัม, นอนนิ่ง, ไม่ร้องกวน, ผิวหนังมีรอยจุดสีน้ำตาลคล้ายทั่วไป. ม่านตาทั้งสองข้างปรกติ, ให้ปฏิกิริยาต่อแสง. คอแข็ง, Kernig's sign บวก. รีเฟล็กซ์ตื้นและลึกลงไม่เปลี่ยนแปลง. ไม่มีอัมพาต. ตรวจทูเบอร์คูลินได้ผลลบ.

น้ำไขสันหลัง ใส, ความดันเพิ่ม. Pandy's test ไข่พอพบ. เซลล์ 30/ล. มม., ส่วนมากเป็นลิมโฟไซต์. น้ำตาล ๕๒ มก./๑๐๐ ล.ซม. คลอไรด์ (NaCl) ๖๕๐ มก./๑๐๐ ล.ซม., โปรตีน ๐.๐๓ กรัม %. ซีโมโกลบิน ๗๐ %, เม็ดเลือดแดง ๔.๗๕ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๒๘๕,๐๐.

ในสัปดาห์แรกที่อยู ร.พ. มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๓๘-๔๐ ซ., รู้สึกตัวดี, ร้องกวน, คุดนมได้. ในต้นสัปดาห์ที่ ๒ อาการของภาวะเยื่อหุ้มสมอง หายไป. กลับขานได้ในวันที่ ๑๑. ก่อนกลับ

ไม่มีไข้. ไม่ซึม, เล่นหัวไต้ปรกติ ระบายประสาทปรกติ.

รายที่ ๓. เด็กหญิง, ไทย, อายุ ๒ ปี ๒ เดือน รับไว้เมื่อวันที่ ๑๖ ก.พ. ๒๔๕๒ ด้วยอาการสำคัญว่า ชักมา ๑ วัน. สิบสองวันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตัวร้อน, ไอ, และมีน้ำมูกไหล. สามวันต่อมา มีผื่นขึ้น, บริเวณหน้าและตัว, ไข้ลดลง. หนึ่งวันก่อนมาร.พ. กลับตัวร้อนจาก, ชีมิ, และมีอาการชักกระตุกที่แขนขาทั้ง ๒ ข้าง, เป็นอยู่นานประมาณ ๑ ชม. จึงหยุด. ต่อมากมีอาการชักเช่นนี้อีก ๓-๔ ครั้ง ภายหลังชักทุกครั้ง ชีมิไม่รู้สีกตัว.

การตรวจร่างกายแรกรับ. ร่างกายสมบูรณ์, นอนซึม, ไม่รู้สึกตัว, ผิวหนังเป็นจุดคล้ายคล้ายทั่วไป. ม่านตาทั้งสองข้างปรกติ, มีปฏิกิริยาต่อแสง, คอแข็งเล็กน้อย, Kernig's sign บวก. แขนขาข้างซ้ายเคล็ดไหล่ น้อยกว่าข้างขวา. Knee jerk ข้างซ้ายลบ, ข้างขวายบวก. รีเฟล็กซ์ตื้นไม่เปลี่ยนแปลง.

น้ำไขสันหลัง ใส, ความดันเพิ่ม, Pandy's test ลบ เซลล์ ๔ ต่อ ล.มม.

น้ำตาล ๑๒๕ มก./๑๐๐ ล.ซม. คลอไรด์ (NaCl) ๗๕๐ มก.% เม็ดเลือดแดง ๕.๕๕ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๒๕,๕๐๐ โปลียัมมอร์ฟ ๘๗%, ลิมฟ. ๑๓%, ตรวจทูเบอร์คูลินได้ผลลบ.

หลังจากอยู่ ร.พ. ๔ วัน ผู้ป่วยกลับมีความรู้สึกตัวดี. คอแข็ง. Kernig's sign ยังบวก. Knee jerk บวกทั้งสอง. ขาซ้ายเคลื่อนไหวได้มากกว่าเดิม. หลังจากอยู่ ร.พ. ๑๔ วันไม่มีไข้, ขาซ้ายเคลื่อนไหวได้ก็เท่าข้างขวา, อาการของการระคายทางเยื่อหุ้มสมองหายไป, Knee jerk เคาะไ้เท่ากันทั้งสองข้าง. การตรวจพบก่อนกลับ, ผู้ป่วยแข็งแรง, รู้สึกตัวดี, ไม่มีไข้, ไม่พบอาการอัมพาต.

รายที่ ๔. เด็กชาย, ไทย, อายุ ๔ ปี, ไข้ไขว้เมื่อวันที่ ๔ ก.ค. ๒๕๕๓, ไข้มีอาการสำคัญ คือชักมา ๖ วัน. เสียใจวันก่อนมา ร.พ. เริ่มมีไข้, ชิม, หน้าตาแดง. สามวันต่อมา เริ่มพบผื่นบนหน้า, และกระจายไปทั่วตัว. หกวันก่อนมา ร.พ. ไข้สูงขึ้น, มีอาการชัก, แขนทั้งสองข้างกระตุก, ตาเหลือกขึ้นบน, น้ำลายฟูมปาก, ชิมไม่พูด.

การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๘° ซ. ชีพจร ๑๒๐. หายใจ ๓๘. ร่างกายสมบูรณ์, นอนซึม, ไม่พูด, ผิวหนังมีรอยน้ำตาลคล้ำทั่วไป, เห็นช้ำที่ลำตัว. คอไม่แข็ง. Kernig's sign ลบ. ม่านตากว้าง, ให้ปฏิบัติการต่อแสง. ตาเหลือไปทางขวาทั้งสองข้าง. Knee jerk ซ้ายเคาะไ้, ขวาไม่ไ้, Babinski's sign ซ้ายบวก, ขวาลบ. Gordon's reflex ลบ. Ankle clonus ซ้ายบวก. มี facial paralysis ซ้ายซ้าย. น้ำไขสันหลังใส, ความดันเพิ่ม, Pandy's test บวก. เซลล์ ๘๐/ล.มม. น้ำตาล ๕๐.๕ มก./๑๐๐ ล.ซม. คลอไรด์ (NaCl) ๗๕๐ มก./๑๐๐ ล.ซม. โปรตีน ๐.๐๗ กรัม%, เซลล์ ส่วนมากเป็นลิมโฟไซต์. ตรวจทูเบอร์คูลินได้ผลลบ. ซีโมโกลบิน ๗๐%. เม็ดเลือดแดง ๕.๕ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๑๓,๒๕๐ โปลียัมมอร์ฟ ๘๕%, ลิมฟ. ๑๖%.

สองวันแรกที่มาอยู่ ร.พ. คอและหลังแข็ง, Kernig's sign บวก, แขนและขามีกระตุกเป็นพัก ๆ, และมีหัดเกร็ง บิดเข้าหาตัว. อยู่ ร.พ. ได้ ๖ วัน รู้สึกตัวดีขึ้น, แต่ไม่พูด. การกระตุกมีข้าง. ขาทั้งสองเริ่มมีเกร็งแข็ง และบิดเข้าหาตัว

เช่นเดียวกับแขน. คอแข็ง, หลังแข็ง, Knee jerk ช้ำยไวกว่าขว. Facial paralysis ช้ำยช้ำยยังเป็นอยู่. อาการเหล่านี้ มีอยู่จนผู้ช่วยกลับบ้านหลังจากอยู่ใน ร.พ. ๑๕ วัน.

การรักษ

ในผู้ช่วยทั้ง ๔ รายที่รายงาน, การบำบัดที่สำคัญ คือ

๑. ทำให้สงบโดยให้ยาระงับประสาท, เช่นฟีโนบาร์บิทัล, โบรมิเกต, กลอราล.

๒. ลดการขวมของสมองและความดันของน้ำไขสันหลัง, โดยเจาะเอาน้ำไขสันหลังออกช้ำกััน ๆ และให้ hypertonic glucose เข้าหลอดเลือด.

๓. ด้วยหวังสารค้ำกัน ช้ำงอาจมีในเซรุ่มของผู้ให้เลือด, โดยการถ่ายเลือด.

๔. ด้วยการเจริญของเชื้อโรคในน้ำไขสันหลัง, โดยให้เฮกซามีน (Hexamine).

นอกจากนี้เรายังให้เพนิซิลลินและซัลฟาไดอะซีนในรายที่มการติดเชื้ออนแทรกชัน, และยาบำรุงหัวใจเท่าที่จำเป็น.

สำรวจเอกสาร

อัยติการ (อินซีเค้นซ์) ของอาการแทรกซ้อนทางประสาทในโรคหัด มีประมาณหนึ่งในหนึ่งพันราย^(9, 11, 13), Litvak, Sands, Gibel⁽¹⁰⁾ เห็นว่าอาจส่งกว่านั้นถ้ามีการระบาดมาก. Ford⁽⁵⁾ อ้างรายงานของ Boenheim ที่กรุงเบอร์ลินว่าพบอาการแทรกซ้อนทางประสาทถึง ๐.๔% ในผู้ช่วย ๕,๘๕๐ ราย.

ต้นเหตุของ อาการ แชก ชอนนี้ ยังไม่ทราบแน่นอน. Reisman และคณะ⁽¹²⁾ มีความเห็นว่าอาจเกิดได้จากเหตุต่างๆ ดังนี้ คือ: (๑) ไวรัสที่ทำให้เกิดโรคหัดนั่นเอง, (๒) ไวรัสอื่นที่มีอยู่แล้วโดยสงบ(เลเท้นท์) ช้ำงไวรัสของโรคหัดไปกระตุ้นให้เกิดฤทธิ์ขึ้น, (๓) แอลเลอร์ยหรืออะนาพยแฉกซีสของเนื้อสมองต่อไวรัสของโรคหัด, (๔) ทอกซินที่เกิดขึ้นในโรคหัด, ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิ ในระบยประสาทกลาง. Shaffer และพวก⁽¹⁴⁾ พยายามพิสูจน์ว่าไวรัสของหัดเองเป็นเหตุของอาการทางสมอง, โดยทำซัสเฟ้นชันจากสมองของเด็กที่ตายเพราะเอ็นเซฟาไลติสเพราะโรคหัด, แล้วฉีกเข้าไปในลิงสองตัว, ทำให้ลิงเกิดเป็นหัด. Clemens⁽⁴⁾ รายงาน

คนไข้ ซึ่งมี อาการทาง สมอง เกิด ขึ้น ๑๑ วันก่อน มีผลของ หัก. Greenfield (7) สนับสนุน ในข้อ เลเคินท์ ไวรัส, โดยสังเกต ว่าอาการ และลักษณะพยาธิ ในโรค เอ็นเซฟาไลติส จาก หัก และ เอ็นเซฟาไลติส จาก ปลูกฝี (ไข้ทรพิษ) ไม่แตกต่างกันเลย.

ผู้ช่วยของเรา ทั้งสี่คน มีอายุ อยู่ระหว่าง ๑๑ เดือน ถึง ๔ ปี. Hamilton (8) บ่งไว้ ระหว่าง ๒ ถึง ๑๐ ปี, โดย เฉพาะ ๕ ถึง ๗ ขวบ มากที่สุด. Appelbaum (1) พบ ๕๔.๕ เปอร์เซ็นต์ ของ ผู้ช่วย มีอายุ ไม่เกิน ๑๔ ปี. ทั้งนี้ แสดง ว่า ผู้ใหญ่ ก็ อาจ มี อาการ ทาง สมอง ได้.

อาการ ทาง สมอง มัก เริ่ม แสดง ภาย หลัง ที่ ฝน เกิด แล้ว, ถึงแม้ ว่า อาจ เกิด ขึ้น ก่อน หรือ พร้อม ฝน ก็ได้ (1,8). ส่วน มาก พบ อาการ เริ่ม ใน ระหว่าง ๒.๗ ถึง ๖ วัน จาก เกิด ฝน ขึ้น (1,5,8). แต่ เคย ปรากฏ ช้า ถึง ๑๔ วัน หลัง ออก ฝน (1). ผู้ช่วย ของเรา เริ่ม มี อาการ ใน วันที่ ๔ ถึง วันที่ ๘ หลัง ออก ฝน.

อาการ ที่ พบ แตก ต่าง กัน ได้ มาก ๆ แล้ว แต่ กรณี่. โดย มาก มัก เกิด อย่าง กระตุก หัน. มี ไข้ เสมอ, บาง คราว สูง มาก. อาจ ชั่ม, จน ถึง ไม่ รู้ สึก ตั้ว. อาจ มี ภาวะ สยั กระ-

ส่าย, ก้น เต้น, เพ้อ, งง. (เมื่ น แผล ค้อน พิ่ว ชัน), ไม่ ได้ สติ. อาจ มี ชัย โค ชีส, แม เนีย, แคนตา โท เนีย, เสีย ความ จำ. ครั้ง จำนวน ผู้ ช่วย อาจ มี การ ชัก, ซึ่ง อาจ เป็น ชัก กระตุก (โคลนิก), ชัก แข็ง (โทนิค), ชัก ทั้ง ตัว, หรือ ชัก แยก แจ็ค โซ เนียน ก็ได้. อาการ นี มัก เกิด เมื่อ เริ่ม เป็น, หรือ ใน ตอน จบ. ใน ราย ที่ ร้าย แรง อาจ ชัก เรื่อย ก็ได้.

ประสาท สมอง (เคอร์เนล เนอร์ฟ) มัก เป็น โรค มาก กว่า ประสาท อื่น ๆ. อาจ มี อาการ ไม่มี เสียง (เอโฝเนีย), วิปริต ทาง สายตา, หุนหวก, เฟเซ็ล พารา ลี ซิส, บัลบัวร์ พารา ลี ซิส. ประสาท เพอริ เฟอรัล อาจ มี อาการ ต่าง ๆ จน กระทั่ง พารา ลี เจีย อย่าง เต็ม ที่. ประสาท อวัยวะ ภาย ใน (วิสุ เซอรัล) พิการ อาจ ก่อ อาการ เช่น ชั สสาวะ ไม่ ออก หรือ ออก ไม่ อยู่, เป็นต้น.

อาการ ตรวจ พบ อื่น ๆ มัก เกี่ยว ข้อง กับการ ระคาย เเยอ หุ้ม สมอง มี มาก หรือ น้อย เพียง ใด. รีเฟล็กซ์ ต่าง ๆ อาจ ไว ชัน, ช้า ลง, หรือ ไม่มี เลย. อาการ คอ แข็ง และ เคอร์ นิก ชัน กซ์ ไซ น์ มัก พบ เสมอ.

น้ำ ไข สัน หลัง มัก ใส, ความ คัน สูง ชัน เพียง ปาน กลาง, จำนวน เซลล์ เพิ่ม แต่ ไม่

มาก. ในเอกสารมีตั้งแต่ ๑ ถึง ๑๘๖ เซลล์⁽¹³⁾, ส่วนมากต่ำกว่า ๑๐๐ เซลล์⁽¹⁾. ส่วนใหญ่เป็นชนิดลิมโฟซัยต์. โปรตีนอาจเพิ่มเล็กน้อย. น้ำตาลไม่แน่นอน. กลอไวก์มักปรกติ. การย้อมและเพาะเชื้อไม่ไ้ผล.

ผลการตรวจเลือดมักแสดงลิวโคซัยโตซีส. ในรายงานมีจำนวนค่าที่สุก ๑,๐๐๐ เม็ดต่อ ล.มม.⁽⁸⁾, สูงสุด ๔๕,๐๐๐⁽⁶⁾, จำนวนเฉลี่ย ๑๖,๑๓๐, มีโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์ลิวโคซัยต์ ๘๐ เปอร์เซ็นต์. ผู้ป่วยของเรามีเม็ดเลือดขาวระหว่าง ๑๒,๕๐๐ ถึง ๒๔,๕๐๐, เป็นโพลีมอร์ฟ. ๘๓ เปอร์เซ็นต์.

การวินิจฉัยแยกต้องนึกถึงเมนิงจิไตส, โปลิโอมัยเอไลไตส, ซัยฮาแรวกน้อยแกลเซมอร์เวจ, เอ็นเซฟาไลติสอื่น ๆ, เอ็นเซฟาโลปาเอียต่าง ๆ, เนื้องอกในสมอง, และเมนิงจิสม. โรคที่จะแสดงอาการคล้ายคลึงที่สุดคือวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง, ซึ่งอาจเกิดติดต่อกับหัดก็ได้.

อัตราการตายของเอ็นเซฟาไลติสเนื่องจากหัดมีประมาณ ๑๐ ถึง ๓๐ เปอร์เซ็นต์; ทหาสนิทมี ๕๐ เปอร์เซ็นต์, และที่ยังมีความพิการเหลืออยู่ ๕๐ เปอร์เซ็นต์⁽⁵⁾.

Appelbaum⁽¹⁾ รายงานอัตราการตายเพียง ๕.๕ เปอร์เซ็นต์เท่านั้น. ของเรา, ซึ่งมีจำนวนคนใช้น้อย, มีตาย ๒๕ เปอร์เซ็นต์.

เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิ ได้มีผู้รายงานไว้หลายคนด้วยกัน^(6,7,15). ส่วนใหญ่มีสมองบวม, เลือดคั่ง; อาจมีเลือดออกเป็นจุด ๆ (โฟคัลเฮมอร์เรจ). ทางจุลพยาธิวิทยาพบเซลล์, ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลิมโฟซัยต์, ล้อมรอบ ๆ หลอดเลือดดำขนาดเล็กและกลางในส่วนเนื้อขาวของเปลือกสมอง (คอร์ติคัลไวท์แมตเตอร์) อินเทอร์เนลแคปซูล, และส่วนเนื้อเทาที่ฮิปโปแคมปัส, เบซัลแก็งเกลียน, ฟอนส์และเคนเททนิวเคลียสในสมองน้อย (ซีรีเบลลัม).

การเปลี่ยนแปลงสำคัญอย่างหนึ่งคือ "ดิมัยอีลิเนชัน" (demyelination) ซึ่งพบทั่วไป, มีชติที่สุด⁽¹⁾ ในเนื้อขาวในชั้นใต้เปลือกสมอง (ซัยคอร์ติคัลไวท์แมตเตอร์) ของสมองใหญ่ (ซีรีบรัม). ดิมัยอีลิเนชันพบมากหรือน้อยต่างกันไปเป็นราย ๆ, และในบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงนี้มีพวกโพลีมอร์ฟและโมโนนิวเคลียร์แทรกซึมอยู่เสมอ, รวมทั้ง microgliosis รอบ ๆ หลอดเลือด.

ก็เจเนอเรชั่นมักพบในแก๊งเกลียน เซลล์, และในบางรายมีการแทรกซึม (อินฟิลเทรชั่น) ของพวกลิมโฟไซต์ในเยื่อหุ้มสมอง.

สรุป

๑. ได้รายงานผู้ป่วย ๔ รายที่เป็น Measles encephalitis พร้อมทั้งสำรวจเอกสาร.

๒. อุบัติการณ์ตามรายงานต่าง ๆ พยประมาณ ๑ ใน ๑,๐๐๐ ของโรคหัด. แต่เพราะผู้ป่วยของเราเป็นราย, และเราไม่ทราบจำนวนแท้จริงของคนเป็นโรคหัดทั้งหมด, จึงกล่าวได้แต่เพียงว่าโรคเอนเซฟาไลติสจากหัดในเมืองเราหายากมากเท่านั้น.

๓. ผู้ป่วยของเรามีอายุระหว่าง ๑๑ เดือนถึง ๔ ปี.

๔. อาการเริ่มตนพบในวันที่ ๔ ถึง ๘ หลังจากผื่นขึ้น.

๕. อาการเริ่มตน มักมีไข้, ชี, ชัก. อาจตรวจพบอาการแสดงต่าง ๆ ของการระคายเคืองหุ้มสมองและความดันในสมองเพิ่มขึ้น. และมีการเปลี่ยนแปลงของรีเฟล็กซ์ต่าง ๆ เสมอ.

๖. น้ำไขสันหลัง, ส่วนมากเปลี่ยนแปลงจากปกติ. มีเซลล์เพิ่มขึ้น, เป็นพวกลิมโฟไซต์. มีหนึ่งรายที่ไม่มีเซลล์เพิ่ม. โปรตีนสูงขึ้น. น้ำตาลปกติหรือสูงขึ้นเล็กน้อย.

๗. การดำเนินของโรคต่างกันมาก, แล้วแต่มีลักษณะพยาธิที่ระยบประสาทกลางมากน้อยเพียงไร.

๘. อัตราตายของเรา ๕ เปอร์เซนต์เปรียบเทียบกับเอกสารต่าง ๆ ระหว่าง ๑๐-๓๐ เปอร์เซนต์, นับว่าของเราสูง.

เอกสาร

ท้ายที่สุดนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณท่านหัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์ที่กรุณาให้คำแนะนำ, แก้ไข และอนุญาตให้นำผู้ป่วยขึ้นรายงานต่อที่ประชุม

1. Appelbaum, Emanuel. Dolgopol, Vera B. and Dolgin, Joseph. Am. J. Dis. Child., 77:25 (Jan.) 1949.

2. Barlow and Penrose: Tr. Med. Chir. Soc. (London), 70: 77, 1887.

3. Cary, W.: J. Jowan. Soc., 34: 201 (May), 1944.

4. Clemens, H. N.: J. Pediat., 22: 731 (June), 1943.

5. Ford, F. R. Bull. Johns Hopkins Hosp., 43:140 (Sept.), 1928.

6. Ferrero, A., and Scheffer, I. H.: Arch. Neurol. and Psychiat., 26:748(April). 1931.

7. Greenfield J. G.: Brain, 52: 171 (July), 1929.

8. Hamilton, P.M., and Hanna, R.J.: Am.J. Dis. Child., 61, 483 (March), 1941.

9. Hoyne, A.L.: Illinois M.J. 76:136 (Aug.), 1939.
10. Litvak, A.N.: Sands, I.J. and Gibel, H.: Am.J. Dis.Child., 65:265 (Feb.), 1943.
11. Peterman, M.G. and Fox, Max. J.: Am.J. Dis. Child., 46:512 (Aug.), 1933.
12. Reisman, H.A. and Rosen, A.S.: Am. J. Dis. Child., 66:597 (Dec.), 1944.
13. Sawchuk, Steven, et Al.: Am.J. Dis. Child., 78:844, (Dec.), 1949.
14. Shaffer, N.E. Rake, G. and Hodest H.L.: Am. J. Dis. Child., 64: 215. (Nov.) 1942.
15. Wohlwill, F.: Ztschr.f.d. ges.Neurol.u. Psychiat., 112:20,19.

เป็นกัลปพฤกษ์ของคนจน น้อมลงด้วยผลคือความดี เป็นคฤหบดี
 แห่งสาธุชน เป็นกระบอกแห่งผู้ศึกษา เป็นหินทดลองสุจริต มีศีลเป็น
 ฝั่งค้ำมหาสมุทร (อันมีฝั่งโดยปกติ) เป็นผู้สัจการไม่คดหิ้น เป็นนริขของ
 ของบุรุษคุณ มีนิสัยขบอ้อมและโอฬาร คนที่วานพวกเคี้ยวเท่านั้น ที่ควร
 ยกย่องว่ามีชีวิต เพราะมีคุณยิ่ง คนนอกนั้นเป็นเพียงลมหายใจ.

สุภาภิตร์ตันภักทนาการ.

(Abstract of the preceding article)

MEASLES ENCEPHALITIS

Soodsakorn Chongcharoensook

M.B.

(Dept. of Pediatrics)

Measles encephalitis is comparatively rare in Siam. Between 1948 and 1950 inclusively, the authoress collected 4 cases, occurring in children between the ages 11 months and 4 years. Symptoms developed 4 to 8 days after appearance of rashes and included fever, dullness, and convulsions. Signs of meningeal irritation, increase in intracranial pressure, absence or weak-

ening of tendon reflexes were among the common signs. The cerebrospinal fluid usually showed increase in lymphocytes, globulin and sugar. One patient died, aged 4 years. One showed recidive left facial paralysis on discharge from the hospital 19 days after admission.

(Fifteen references)

กำไลมือ สายสร้อยคอ รุ้งคันแสงเคือง การอาบ การลูบไล้
คอกไม้ ผมมุ่น เหล่านี้ไม่ทำให้คนงามได้ ภาษาที่จกระเขยขกัแล้วเท่านั้น
ยอมทำคนททรงไว้ให้งามคั เครื่องประดับทั้งสนยอมเสอมหายได้ แต่เครื่อง
ประดับคือภาษา (ที่จกระเขยขกัแล้ว) ย่อมคงเป็นเครื่องประดับเสมอไป
นตศตกะ

เมตาสเทติก แคลซิไฟเคชัน และ แคลซิโนลีส ยูนิเวอร์แซลลิส

วิทย์ มีนะกนิษฐ

พ. บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

ผู้เขียนมีความเห็นว่า สมควรจะเสนอเรื่องต่อไปนี้, เนื่องจากยังไม่มีผู้ใดเสนอไว้ในสารคดีวิราช, และเป็นเรื่องที่น่าสนใจ, จะพบสักครั้ง, และเพื่อให้เรื่องป่าเถื่อนยักยอกแคลซิไฟเคชันมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น, นอกเหนือไปจากที่นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิและนายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรีได้รายงานไว้ก่อนแล้ว.

เมตาสเทติก แคลซิไฟเคชันเป็นพาสซีฟโปรเซสส์ที่เกิดเร็ว, ต่างกับในทิสโทรฟิก แคลซิไฟเคชัน ซึ่งเกิดช้า, และมีการตายของทิสซิวนำมาก่อน. ในเมตาสเทติก แคลซิไฟเคชันพบการตกตะกอนของแคลเซียมตามตำแหน่งต่าง ๆ ของอวัยวะ, หรือทิสซิวนที่ไม่มีการตายหรือมีพยาธิสภาพมาก่อน. อาจพบในภาวะและโรคต่าง ๆ เช่นโรคกระดูกอ่อนในเด็กและในผู้ใหญ่ (rickets and osteoma-

lacia), ต่อมาพาราอิมมูนัลทำงานมากเกินไป, เช่นมีก้อนทุม หรือมีซัยเปอร์เพลเซียของต่อม, ในโรคไตเรื้อรัง, ออสติไอดีสไฟโบรซาซิสติก้า (Osteitis fibrosa cystica), ซัยเปอร์แคลซิเมียจากเหตุต่าง ๆ, เหล่านี้เป็นต้น, และอาจทำให้เกิดได้ในสัตว์ทดลองโดยให้กินวิตามินดีในขนาดมาก.

การพบธาตุปูนในลักษณะที่กล่าวมานี้มักพบตามอวัยวะที่หลังกระดูกหรือซัยด้ายกระดูกตามลำดับที่พบบ่อย คือ ปอด, เยื่อเมือกของกระเพาะ, และไต. กลไกการตกตะกอนของธาตุแคลเซียมเกิดเนื่องจากบริเวณเหล่านี้มีความเป็นกรดสูงกว่าที่อื่น ๆ, มีคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นต่ำกว่าในเลือด. คาร์บอนไดออกไซด์เป็นตัวสำคัญที่ยกเอาแคลเซียมไว้ในสภาวะละลาย, จึงมีการตกตะกอนของธาตุแคล-

เชื่อมในอวัยวะนั้น ๆ, โดยเฉพาะหาก
เลือกมีธาตุแคลเซียมมากกว่าปรกติ.

อนึ่งการเกิดภาวะแอสคาโลซิสในร่างกาย,
จะโดยสาเหตุใดๆก็ตาม, ก็เป็น
เหตุให้มีการตกตะกอนธาตุแคลเซียม
ตามอวัยวะและทิสชีวต่างๆ ได้เช่นเกี่ยว
กัน.

ต่อไปนี้เขียนรายงานคนไข้ที่ได้พบการ
ตกตะกอนของธาตุปูน.

รายที่หนึ่ง. ผู้ป่วย ชาย, ไทย, คู่, อายุ
๓๐ ปี. เลขที่ประวัติ ๑๐๕๐๗.๕๓.

ประวัติ. มีอาการปวดท้องบ่อย ๆ มาประ-
มาณ ๕ ปี, โดยไม่ได้รับการรักษาใดๆ
เลย. มีอาเจียนมากมาประมาณ ๒ เดือน.
สองวันก่อนมาโรงพยาบาลมีการชักสาม
ครั้ง, มีงอ, นิ้วเหยียด, และหายใจ
โดยฉีกแคลเซียมกลูโคเนต.

ได้รับไว้รักษาทางแผนกศัลยศาสตร์,
โดยให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็นแผลเย็บ
เย็บตึก, เริ่มมีการคืบของช่องปัสสาวะ.
ต่อมาได้ย้ายไปทางแผนกอายุรศาสตร์
เพื่อรักษาทางยา. อาการกลับเลว
ลง. มีขวมเท้าและอาเจียนมากขึ้น. ใน
ที่สุดถึงแก่กรรมโดยหัวใจวายอย่างเฉียบ

พลันหลังจากโลหิตตกอย่างมาก. รวม
เวลาอยู่ใน ร.พ. ๔๖ วัน.

การตรวจศพ. (โดยนายแพทย์ทิน
รัตน์ สถิตนิมานการ) ได้ให้การวินิจฉัย
ว่า:

๑. แผลทิวโอคินันัมและมีตกเลือด.
๒. อวัยวะภายในต่างๆ ชัก.
๓. เยื่อหุ้มปอดส่วนเข้ลล์อักเสบรวม
รัง, ติดกันทั้งสองข้าง.

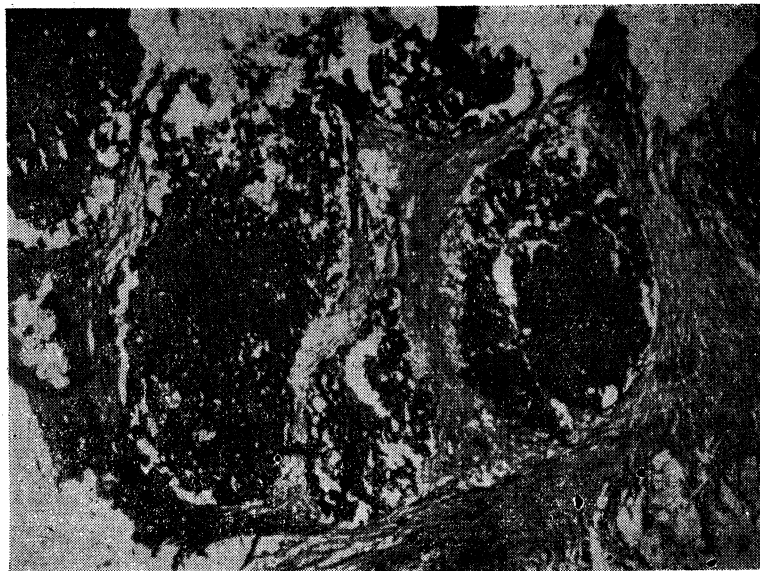
ทิศทางการกล้องจุลทรรศน์เกี่ยวกับราย
นี้ คือ:

๑. ในปอด, พบจุดขนาดต่างๆ กัน
ของแคลเซียมจับอยู่ตามไฟบรินผนังของ
ถุงลม, เยื่อประสานและหลอดเลือดฝอย
ของถุงลม. ลักษณะการกระจายเป็นอยู่
ทั่วๆ ไป, ไม่มีขอบเขต, แยกจากผนัง
ถ่านและตะกอนสีได้ชัดเจน. ลักษณะ
ทั่วๆ ไปของเนื้อปอดไม่ได้ขยับเย้นโรคใดๆ,
นอกจากที่เยื่อหุ้มปอด.

๒. ที่ลำไส้ ส่วนทิวโอคินันัม, นอก
จากพบแผลยังพบกลุ่มของแคลเซียม
ขนาดค่อนข้างโต, มีหลายแห่ง ขนาด
ต่างๆ กัน, ในส่วนต้นๆ และระหว่างต่อม
บริเวณออร์. บริเวณรอบๆ ไม่มีปฏิกิริยา
ของเซลล์ผิดปกติธรรมดา.



ภาพที่ ๑ (รายชื่อ ๑)
แสดงกลุ่มแคลเซียม ในผนังของคิวโอคินัม



ภาพที่ ๒ (รายชื่อ ๒)
แสดงก้อนแคลเซียมในเนื้อที่ตก

๓. ที่ไต, นอกจากมีการเปลี่ยนแปลงทางเลือด, พบว่ามีตะกอนของแคลเซียมจับอยู่ที่ตามทิวบูลของไต, ขนาดและรูปร่างต่างกัน, กระจุกกระจายอยู่โดยทั่วไป. เห็นเป็นวงกลมเล็ก ๆ หลายวง, รวมเป็นก้อนขนาดโคไนเซลล์ที่ทิวบูล, และยังมีพบที่เนออินเตอร์สตีเชียลของไต.

ไม่พบการตกตะกอนในกลุ่มโกลด์เมอร์ รูลัสและหลอดเลือด.

ความเห็น

การชักแบบเทเทนี ในผู้ป่วยรายนี้ คงเกิดจากผู้ช่วยอาเจียนมากและติดต่อกันเป็นเวลานานถึง ๒ เดือน, จึงสูญเสียกรดในกะเพาะไปมาก, ทำให้มีภาวะแอลคาโลสิสเกิดขึ้น. ผู้ช่วยเจ็บมาเป็นเวลานานแรมปีคงจะได้รับการรักษาแคลเซียมจากอาหารไม่เพียงพอด้วย. แคลเซียมที่มีอยู่น้อยแล้วกลับสูญเสียไป, โดยการตกตะกอนตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะที่ปอด, เยื่อเมือกกะเพาะและไตและทิสซิวอื่น ๆ จึงทำให้ระดับของแคลเซียมในเลือดต่ำลงมากจนมีเทเทนี. ตามปกติแคลเซียมในเลือดมีอยู่ราว ๕ - ๑๑ มก. เฮอร์เชินต์ ถ้าลดลงต่ำถึง ๘ มก. เฮอร์เชินต์จะเพิ่มความไวของกลไกกล้ามเนื้อ

และประสาทส่วนปลาย. แคลเซียมถ้าลดลงต่ำถึง ๗.๕ มก. เฮอร์เชินต์ จะมีการชักแบบเทเทนี อย่างเดียวกับที่คัดต่อมพาราไธรอยด์ออกไป.

ในผู้ป่วยรายนี้, น่าเสียดายที่ไม่ได้วิเคราะห์ปริมาณแคลเซียมในเลือดไว้, นับว่าขาดหลักฐานประกอบที่สำคัญไปประการหนึ่ง.

รายที่ ๒. เป็นก้อนเนื้องอกจากตะโพก

ขวา ได้จากหญิงไทย, คู่, อายุ ๔๗ ปี, เลขที่ ๘๗๓๗.๕๔, ซึ่งได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็นอินฟิแลคเต็ค ซิซเซียมซิสต์.

ลักษณะตาเปล่า. เป็นก้อนไม่เรียบ, ขนาด ๕ x 1 ๕ x 3 ซม. สีค่อนข้างดำ. ลักษณะแข็ง. รูปร่าง. แข็งในบางส่วน, อ่อนในบางส่วน. ไม่มีเยื่อหุ้มชัดเจน. หน้าตัดแสดงหย่อมขาว ๆ หลายหย่อม, ขนาดต่าง ๆ กัน, พบในส่วนลึก ๆ. ผานกพบความต้านทานมากกว่าธรรมดา และมีเสียงคล้ายของแข็ง. ได้ตัดไว้ ๒ ชิ้น เพื่อดูทางจุลทัศน์.

ที่ตัดทางกล้องจุลทัศน์ แสดง หย่อมของแคลเซียม เป็นกลุ่ม ๆ ขนาดต่าง ๆ กัน, ไม่มีเยื่อหุ้ม, ถูกแยกจากกันโดย

ไฟบรอสเซปต์ต่างๆ. ลักษณะการเกิดไม่มีขอบเขตและแพร่กระจายทั่วไป. เห็นได้อย่างชัดเจนทั้ง ๒ ก้อน. ปฏิกริยาของเซลล์รอบๆ มีน้อย. ไม่พบแมโครฟาจ และเซลล์ตัวใหญ่ (giant cell). ได้ให้การวินิจฉัยว่า แคลซิโนสิส ยูนิเวอร์แซลิส.

ความเห็น ในแคลซิโนสิส ยูนิเวอร์แซลิสมีการเปลี่ยนแปลงของทีสซีวีได้ผิวหนัง, มีการตกตะกอนของเกลือแคลเซียมตามกล้ามเนื้อ, ปลายประสาทและเอ็น, และเอ็นในส่วนลึก. หากก้อนโตมาก ๆ และเป็นอยู่นาน, อาจแตกออกทางผิวหนัง. การตรวจทางรังสีจะพบได้โดยง่าย.

ส่วนแคลซิโนสิส เซอร์คัมสคริปต้า มักเขียนกับส่วนตน ๆ และที่ผิวหนัง, มีขอบเขตชัด, ไม่มีการกระจาย, มักพบเป็นก้อนโป่งตามนิ้วมือ, นิ้วเท้า, และค่านเอ็กซ์เทนเซอร์ของข้อต่างๆ, ลักษณะคล้าย

กับขี้มในโรคเก๊าท์, บางทีจึงเรียกว่า "ซอลด์เก๊าท์" หรือ "แคลเซียม เก๊าท์."

จากลักษณะตาเปล่าและการเปลี่ยนแปลงทางกล้องจุลทรรศน์, และเหตุผลต่าง ๆ ที่กล่าวแล้ว, จึงลงความเห็นว่ารายนี้เป็น แคลซิโนสิส ยูนิเวอร์แซลิส. สรุป ผู้เขียนได้นำเรื่อง เมตาสเทติกแคลซิฟิเคชันมาเสนอ ๑ ราย, และเรื่อง แคลซิโนสิส ยูนิเวอร์แซลิส ๑ ราย.

ท้ายที่สุดนี้ผู้เขียนขอขอบคุณศาสตราจารย์สุดแสงวิเชียร, ซึ่งได้กรุณาถ่ายภาพต่างๆ โดยเรียบร้อย, และนายแพทย์สงัด กาญจนกฤษร, ที่ให้ความสนับสนุนตลอดจนให้คำแนะนำต่างๆ เบนแนวทางในการเขียนเรื่องนี้.

เอกสาร

๑. โรจน์ สุวรรณสุทธิ: แคลซิโนสิส เซอร์คัมสคริปต้า. สารศิริราช, จ.ค. ๒๔๕๒, หน้า ๖๑๔ - ๖๑๘
๒. เสนอ อินทรสุขศรี: คิสโทรฟิค แคลซิฟิเคชัน. สารศิริราช, ก.พ. ๒๔๕๔, หน้า ๖๕ - ๖๖

[(Abstract of the fore-going article)]

METASTATIC CALCIFICATION AND CALCINOSIS UNIVERSALIS]

Vidya Meenaganisht

M.B.

(Dept. of Pathology)

The author presents post mortem findings in a patient dying evidently of chronic alkalosis following persistent vomiting caused by a duodenal ulcer. There are extensive deposits of calcium in various organs, including the lung, kidneys and gastro-intestinal tract. Judged from histological characters this is a case of metastatic

calcification. The author also presents histological sections from an excised growth, clinically diagnosed as infected sebaceous cyst of the thigh in a woman, in which calcium deposits corresponding in characters to calcinosis universalis are found.

(Two references)

พระจันทร์ ม้วนกลางวัน, หญิงราคจริต พันวัยสาวแล้ว,
สระปราศจากบัว, คนมีหน้างาม พุดเหลวไหล, คนมั่งมี ละโมบทรัพย์,
คนดี ถูกโชคร้ายมาหาเนื่อง ๆ, คนร้าย อยู่ในพระราชวัง เหล่านี้
คือหนามทั้งเจ็ดอันในใจ.

นี่คือศตกะ

บทความพิเศษ

ความเจ็บปวด และวิวัฒนาการในการรักษา

สนอ อินทรสุขศรี

พ. บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ทุกยุคทุกสมัย, ผู้ป่วยและผู้รักษาจะต้องพบปัญหา และหาวิธีใด ๆ มารักษาอาการ “เจ็บปวด” อันเป็นผลของโรค. ความจริง ความเจ็บปวดเป็นเพียง ‘อาการ’ หาใช่สาเหตุโดยตรงของโรคไม่, แต่ “อาการ” นี้เองที่ผู้รักษาโรคสนใจอย่างยิ่ง. แพทย์ย่อมพยายามที่จะถามถึงอาการนี้แทบทุกครั้งไป, จะในด้านสัลยกรรม อายุรกรรม, หรือสูตินรีเวชกรรมก็ตาม, เพราะความเจ็บปวดสื่อซึ่งไปถึงการผิดปกติในด้านใดด้านหนึ่งกายหรือจิตก็ตาม, และอาการทรมานอาการนี้โดยละเอียดนำไปบรรลุลูกถึงการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง. บ่อยครั้งที่อาการนี้เองนำไปให้ผู้ป่วยมาถึงแพทย์.

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งของสัตว์และมนุษย์. อาการนี้เองฝังอยู่ในจิตใจ, ก่อให้เกิดสัญชาตญาณการดิ้นถอยและการหลบภัย. ไม่ต้องสงสัยเลยว่า ความเจ็บปวดอาจทำให้ผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงไปเกี่ยวกับ “พื้นอารมณ์” (temper) และ “อารมณ์” (emotion) ได้.

สำหรับสัตว์ชั้นต่ำ, ซึ่งยังไม่มีระบบประสาทสมบรูณ์นั้น, ความรู้สึกเจ็บที่แท้จริง หากเกิดขึ้นได้ไม่ปฏิบัติวิธิต่าง ๆ ที่สัตว์แสดงขึ้นนั้นเป็นผล ของ การ กระตุ้นเท่านั้น. จึงกล่าวกันว่า “ความเจ็บปวด” จะปรากฏขึ้นเฉพาะในสัตว์มีนม, ซึ่งมีระบบประสาทเจริญสมบรูณ์แล้วเท่านั้น. (2)

ความเจ็บปวดได้ถูกค้นคว้าศึกษาอย่างน่าสนใจยิ่งโดยนักกายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, พยาธิวิทยา และบรรดาแพทย์ต่าง ๆ, จนประมวลได้ว่าความรู้สึกชนิดนี้เกิดได้โดยอาศัยศูนย์ประสาท ในสมอง, และแบ่งได้เป็น ๒ ชนิด, คือ “โซมาติก” และ “วิสเซอร์ล”. (3) ความเจ็บปวดโซมาติก หมายถึงความรู้สึกที่ได้รับจากพื้นผิวของร่างกาย, โดยผ่านทางระบบประสาทซีรีโบร-สปีนัล. ส่วน “ความเจ็บปวด วิสเซอร์ล” นั้นเกิดจากอวัยวะภายใน, โดยผ่านทางระบบประสาทอัตโนมัติ, คือประสาทซิมพะเธติกและพาราซิมพะเธติก.

การที่จะเกิด ความเจ็บปวด โซมาติก

ขึ้นได้ในสัปดาห์หนึ่ง, ซึ่งระบอบประสาทเจริญแล้ว, จำต้องมีความสัมพันธ์เกิดขึ้น ๕ อย่างด้วยกัน, คือ; (๑) ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด. (๒) อวัยวะรับความรู้สึกที่ผิวหนัง, (๓) ทางเดินของประสาทรู้สึกที่อยู่นอกไขสันหลัง. (๔) ทางนำความรู้สึกในไขสันหลังไปสู่ศูนย์ประสาทในสมอง, และ (๕) ศูนย์รับความรู้สึกเจ็บปวดในออลามัส และเปลือกสมองใหญ่ (ซีรีบรัม คอร์เท็กซ์).

โดยความรู้ในวิชา กายวิภาคศาสตร์ระบอบประสาท^(๑) อาจสรุปทางผ่านของความรู้สึกเจ็บปวดได้ดังนี้: ความรู้สึกเจ็บปวด (และความรู้สึกอุณหภูมิ) จะผ่านเข้าสู่ไขสันหลังที่ก้านคอรีโซแลเทอรัลคอลัมน์, แล้วผ่านไปสู่อีกก้านตรงกันข้าม, คือ แอนทีโร แลเทอรัลคอลัมน์, รวมกันเป็นแลเทอรัลสปีโนออลามิคแทรกต์, นำความรู้สึกไปสู่ ออลามัส และเปลือกสมองใหญ่ (ซีรีบรัม คอร์เท็กซ์), ทำให้เกิดความรู้สึกขึ้น.

ความเจ็บปวดอาจมีลักษณะต่าง ๆ กันแล้วแต่สาเหตุ, เช่น ปวดกรัด ๆ เหมือนตะคริว, ปวดแสบปวดร้อน, ปวดจี๊ด ๆ, ปวดตุบ ๆ, ปวดเมื่อย ๆ, ปวดท้อ ๆ,

ปวดทรนทราย ฯลฯ. อาการปวดนี้อาจเกิดขึ้นอย่างทันที, เป็นพัก ๆ หรือ เป็นอยู่ตลอดเวลา. ศิริวิทยาเกี่ยวกับระบอบประสาทอย่างเคียวหา สามารถ อธิบาย ถึงลักษณะต่าง ๆ ของความเจ็บปวดดังกล่าว นั้นได้ไม่ กล่าวกันว่า ความรู้สึกเจ็บปวดในลักษณะต่าง ๆ เกิดมาแต่จิตสำนึกแห่งบุคคลด้วย. แม้แต่จิตแพทย์ก็ อธิบายให้เข้าใจได้ด้วยความลำบากยิ่ง.

ฉะนั้นจึงมีผู้สนใจศึกษาความเจ็บปวดจากแง่ของจิตวิทยามาก ความเจ็บปวดเกี่ยวกับจิตสำนึก อาจพบได้ในโรคจิต, เช่น ในพวกอารมณ์ไหว, อีลทิเรีย, โรคจิตและโรคประสาททางชนิก, ซึ่งการศึกษานี้ยังให้คำอธิบายสูงขึ้นไป, ยากที่จะเข้าใจซึ่งได้.

ความเจ็บปวดเป็นสาเหตุของการคันคว่ำมาก มายในทั้งสาเหตุและทั้งการรักษา. ในด้านเภสัชศาสตร์ และอายุรศาสตร์มีการคันคว่ำ หายา กิน, พอก, ทา หรือฉีดยาเข้าสู่ร่างกาย เพื่อระงับความเจ็บปวด. ในทางศัลยศาสตร์มีการผ่าตัดเพื่อเอาสาเหตุของโรคทิ้งไป, หรือผ่าตัดเกี่ยวกับระบอบประสาท, เพื่อบำบัดความเจ็บปวด. ในด้านสรีรศาสตร์มีการคันคว่ำ

ทดลองยาเพื่อระงับความเจ็บปวดในการคลอดบุตร, เป็นต้น. นอกจากนี้ยังมีการศึกษาหาทางป้องกันมิให้เกิดความเจ็บปวดขึ้นในเวลาที่จะทำการบำบัดโรคต่าง ๆ อีกด้วย. เพราะฉะนั้น วิวัฒนาการของการบำบัดอาการเจ็บปวดนี้ จึงก้าวหน้าต่อมาเป็นลำดับ, และคงจะมีต่อไปอีกอย่างไม่มีการสิ้นสุดสิ้นใ้. การศึกษาการระงับปวดและวิธีการระงับปวด. ได้เริ่มมาแต่สมัยศีก์ตำรารพีแล้ว, และยังคงจะก้าวหน้าต่อไปอย่างเงี่ย ๆ โดยคนทั่วไปไม่รู้สึ

วิธีบำบัดความเจ็บปวดในสมัยโบราณมีต่าง ๆ กัน, นับตั้งแต่การสวดวิงวอน. การกราบไหว้บูชา, การเข้ามนต์, การอาบน้ำมัน, การไล่ผี, ทรงเจ้า, การสะกดจิต, จนกระทั่งการใช้เหล็ก (หรืออูฐ) เผาไฟ (Moxa), และการใช้ของแหลมแทง (Acu-Puncture.) การใช้ยา เพื่อระงับความเจ็บปวดอย่างแพร่หลาย นับว่าเป็นวิธีของสมัยปัจจุบัน, ถึงแม้จะมีของบางอย่างถูกใช้มาแล้วตั้งแต่โบราณกาลเช่นเหล้าหรือฝิ่น เป็นต้น.

เมื่อกล่าวถึงการระงับความเจ็บปวด. ก็ไม่อาจทเว้นที่จะกล่าวถึง ยานอนหลับเสียได้, เพราะยาทั้งสองชนิดนี้คนมักจะถูก

คักันไปเสมอ, โดยที่ต่างก็เป็นยาระงับ. เมื่อยามใดมีอาการระงับความปวดเจ็บได้โดยตรง, ก็มักพยายามใช้ยาทำให้หลับด้วย เพื่อให้พ้นไปจากความรู้สึกนี้เสียได้.

ยาระงับ ได้ค้นพบและนำมาใช้กันเป็นจำนวนมาก. (5) ฝิ่นเป็นยาชานานสำคัญที่สุดและใช้กันแพร่หลายมาหลายศตวรรษแล้ว. ฮาคัย แอลคาลอยด์ที่สำคัญของฝิ่น, คือมอร์ฟีนและโคเคอีน, การบำบัดความเจ็บปวดนี้เจริญขึ้นอย่างมากมาย, ถึงกับมีผู้กล่าวว่า ถ้าปราศจากฝิ่นเสียแล้ว, ข้าพเจ้าไม่อาจทำการบำบัดโรคใดๆ ได้. (โทมัสไซเคนแฮม) หลังจากฝิ่น, เคมีวัตถุหลายชนิดด้วยกัน ได้ถูกนำมาใช้เป็นลำดับ, เช่น ซาลิซิลเลต, โพรไมด์, คลอรัล และกรทยารบีทิวรีค. เพราะอย่างหลังนี้ ได้มีการสังเคราะห์อนุพันธ์ต่างๆ เป็นจำนวนมากขึ้นใช้เป็นยานอนหลับและระงับประสาท, เช่นบาร์บิทัล, การ์ตินาล, เมตินาล, ลูมินาล ฯลฯ ยานพวกนี้เป็นจำพวกหนึ่งซึ่งจำหน่ายได้ค่อนข้างมากในบรรดายาทั้งปวง.

ในคานศัลยกรรม, ครึ่งหนึ่งวิชาศัลยศาสตร์เคยมีอุปสรรคในการก้าวหน้าด้วยเหตุ ๒ ประการ, คือ ขาดยา หรือวิธี

การป้องกันและทำลายการติดเชื้อประการหนึ่ง, กับขาดการระวังความเจ็บปวดในการผ่าตัด อีกประการหนึ่ง. การขาดการระวังหรือทำให้สลยในการผ่าตัดมักเป็นเหตุให้ผู้ช่วยช้อคจากความเจ็บปวด, ทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้นอันมาก. ความเจ็บปวดตนเองเป็นเหตุให้มีการค้นคว้าหายาสำหรับระงับความเจ็บปวดหรือความรู้สึกเสียก่อนที่จะลงมือผ่าตัด. ในที่สุดยาสลยหรือยาชาก็ได้ ถูกค้นคว้าขึ้นมาใช้, อาทิ ในคริสต์ออกไซค์โดย เว็ลลส์ (ปี ๑๘๔๖); อีเธอร์, โดย มอร์ตัน (ปี ๑๘๔๖); โคลโรฟอร์ม โดย ซิมป์สัน (ปี ๑๘๔๗); เฮกซคลอไรค์, โดย ฟลอรেনส์ (ปี ๑๘๔๗); อะเวอร์ทิน, ซึ่งให้ทางทวารหนัก, โดย วิลสแตทเทอร์ (ปี ๑๘๕๓), และตอนหลัง ๆ นี้ เฮวิพานและเพนโททาล, ให้ได้ทางเส้นเลือดดำ, เริ่มใช้โดยลคัส (ปี ๑๘๓๓และ๑๘๓๔ ตามลำดับ). นอกจากนี้, ยังมีผู้ค้นหายาที่จะทำให้ชาเฉพาะที่ได้ เช่น โนโวเคน, พานโทเคน และ ยาที่ฉีดเข้าช่องสันหลัง เช่น พานโทเคน, สโตเวน ฯลฯ.

การค้นพบยาสลยและยาชาเหล่านี้เป็นเหตุให้การผ่าตัดเปลี่ยนแปลงอย่างสิ้น

เชิงไป จากสมัยเดิม ซึ่งผ่าตัดกันโดยไม่ต้องใช้ยาชาเลย, หรือให้ดมเหล้าจนเมาหมดสติไปเสียก่อน, หรือทารุณขังไปกว่านั้นคือตีศีรษะให้สลยก่อนลงมือ. ข้อนี้ ประกอบกับความรู้ การป้องกันและการทำลายการติดเชื้อ, ทำให้ศัลยศาสตร์เจริญรุดหน้ามาอย่างรวดเร็วมาก. การระงับความเจ็บปวดเหล่านี้เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลาง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมองใหญ่. การใช้ขนาดมาก ๆ ย่อมทำให้สับสนประสาทกลางต่าง ๆ ในสมองถูกกดหรือเกิดพิษขึ้นได้โดยวิธีอื่น; แต่อันตรายเหล่านี้จะมีน้อยมาก, ถ้าหากผู้ให้ยามีความรู้ดีพอถึงขนาดของยา, พิษของยา และการบำบัดการแพ้ยา. อันตรายของยาระงับปวดที่นำกล้ว ก็คือการติดเชื้อเป็นนิสสัยซึ่งอาจพบภายหลังใช้ยาอย่างชานานซ้ำ ๆ กัน, เนื่องจากมันแสดงฤทธิ์เป็นยาเสพยัติกให้โทษ. ข้อที่ร้ายยิ่งไปกว่านั้น คือ ยาเหล่านี้อาจบดบังอาการของโรคที่แท้จริงไปได้อย่างมีคมมท, ถ้าหากใช้ไม่ถูกจังหวะโดยที่ยามิได้ช่วยในการรักษาโรคไปพร้อมกับระงับความปวดเจ็บ, เมื่ออาการหายไปอาจหลอกให้เข้าใจผิดว่าโรคระงับไปแล้วด้วย, ซึ่งความ

จริงมันอาจลุกลามต่อไปก็ได้. ค่ายใดที่ไม่มีควมคุมอย่างเข้มงวด, ประชาชนก็มีโอกาสเสมอที่จะได้รับผลร้ายของมันโดยไม่รู้ตัว.

นอกจากการค้นคว้ายาต่าง ๆ เพื่อมาใช้ในการระงับโดยออกฤทธิ์ที่ต่อสมองแล้ว, ยังมีการค้นหาวิธีการที่จะระงับความเจ็บปวดโดยวิธีอื่นอีก, เช่นการใช้ยาบางชนิดฉีดเข้าสู่ตัวเส้นประสาท, หรือแก๊สเกิดขึ้น, เพื่อจะทำให้เส้นประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวดนั้นเสียหายไปเสีย. ตัวอย่างที่ทำกันบ่อย ๆ ก็มีการฉีดแอลกอฮอล์เข้าสู่แกนไขสันหลังในรายที่ปวดประสาท ไทรเจมีนัล, หรือการฉีดโนโวเคนเข้าสู่บริเวณที่มีการอักเสบโดยตรงเพื่อการระงับความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อหรือเอ็นที่อักเสบ. การอักเสบเช่นเป็นต้น. ในสมัยหลังนี้, การฉีดโปรเคน ๐.๑-๐.๒% เข้าสู่โลหิตดำใต้มีผู้ทดลองใช้และปรากฏได้ผลดีบ้างในรายกระดูกหัก, ข้อเคล็ด, ไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก, และในรายที่มีความเจ็บปวดเนื่องจากผลของมะเร็ง.(6) แต่ยานี้จะให้ผลดีที่สุด ถ้าฉีดเข้าไปยังข้อต่อเส้นประสาท, ก็กล่าวมาข้างต้น.

วิธีบำบัดความเจ็บปวด มีวิวัฒนาการ

การต่อมาอีกในทางศัลยศาสตร์. นอกจากการทำคอโคโตมี ช่วยให้หมดความเจ็บปวด(7). ซึ่งได้ใช้กันมานานแล้ว, ยังมีวิธีการผ่าตัดต่าง ๆ เพื่อระงับความเจ็บปวด อีกหลายวิธีด้วยกัน (1,8), เช่นการทำ โลโยโตมี และ โทเปคโตมี, เพื่อรักษาความเจ็บปวดในทางจิตต์และความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งที่ไม่อาจรักษาโดยวิธีอื่นได้; การตัดเส้นประสาทซึ่งนำความรู้สึกผ่านไปสู่ไขสันหลัง, การตัดแอนที่โร แลเตอร์ัล คอลัมน์ของไขสันหลัง การทำซิมพะเรติก แก๊งกลีโอเนคโตมี, และวิธีสุดท้ายที่อาจทำ คือการตัดเอาส่วนที่เจ็บปวดนั้น, โดยจะเพาะแขนหรือขา, ทิ้งไปเสียเลย.

ในปัจจุบัน การใช้ฮอร์โมนรักษาโรคมะเร็งในบางอวัยวะ, ในรายที่ผ่าตัดไม่ได้แล้ว, แม้จะมีใช้การรักษาโรคโดยตรง, ก็อาจช่วยระงับความเจ็บปวดได้โดยทางอ้อม, โดยที่ช่วยให้โรคมะเร็งบรรเทาไป, และทำให้ความเจ็บปวดพลอยทุเลาไปด้วย. ทั้งนี้เมื่อเอกสารการแพทย์ปรากฏยังมีใช้น้อย.

รังสีเร็นต์เก้น (9) ก็ได้ใช้ในการระงับความเจ็บปวดในโรคหลาย ชนิด ด้วยกัน,

เช่น งูสวัด, ฝีเล็ก ๆ, ฝีผุกยิว, มะเร็ง และ มะเร็ง ที่มี เมตาสเทซีส ไปสู่ กระดูก, “มาริสทริเบ็ลส ปอนคิลียติส” ฯลฯ. การใช้ยาเคียม ในการบำบัดโรคหลายชนิดนั้น, ถึงแม้จะไม่เป็นการรักษาความเจ็บปวดโดยตรง, ก็ได้ผลบรรเทาความเจ็บปวดโดยทางอ้อมเช่นเดียวกัน.

ความเจ็บปวดจะต้องเป็นเรื่องที่สนใจ และ คำนึงอยู่อย่างไม่มีสิ้นสุดในด้านการบำบัดโรค, และการรักษาความเจ็บปวด ก็จะมีวิวัฒนาการ ต่อ ๆ ไปอีกอย่างไม่รู้จักจบสิ้น. ข้อที่พึงคำนึงไว้เสมอในการรักษาโรคก็คือ: ความเจ็บปวดมิให้ตัวโรค. การทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวดได้นั้นมิใช่รักษาโรค. การใช้ยาหรือวิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้ทั้งผลดีและผลเสีย. ไม่มีการบำบัดใด ๆ บำบัดความเจ็บปวดได้ก็เท่ากับ การบำบัด

ต้นเหตุของโรค. ข้อสำคัญยิ่งข้อหนึ่งที่แพทย์จะต้องยึดเป็นคติประจำใจ, นอกจากการรักษาต้นเหตุของโรคโดยตรง, คือการรักษา จิตใจ.

เอกสาร

1. Leriche. Surgery of Pain. London. (1939).
2. Behan. Pain. 2 nd ed. (1920).
3. Balme. Relief of Pain. (1986).
4. Ranson. Anatomy of the Nervous System. 6 th ed. (1940).
5. Cushman. Pharmacology and Therapeutics. (1947).
6. Papper et al. New Analgesic Methods and Agents of Value in the Control of Pain. New York State J. of Med. 50: 281, Feb. 1, 1950.
7. Howell. Text Book of Physiology, 15 th ed.
8. Browder, Jefferson. Relief of Pain by Surgical Therapy. New York State J. of Med. 50: 256, Feb. 1, 1950.
9. Ernst A. Pohle. Clinical Roentgen Therapy. (1938).

บทบรรณาธิการ

แด่หมอใหม่

แพทย์ชนบท

“แพทย์ชนบท”, ถ้าจะใช้ภาษารูปร่าง ๆ ก็คือ “หมอบ้านนอก” นั่นเอง, แต่ที่ใช้หัวข้อในเชิงสูงด้วยอักษรศาสตร์ เช่นนี้เพราะตั้งใจจะจูงใจท่านนักศึกษาใหม่ ๆ ให้หันมาพิจารณา “หมอบ้านนอก” ในแง่ที่ค้ำเสียบ้าง. การพิจารณาเช่นนี้กำลังเพิ่มความสำคัญต่อหมอใหม่ขึ้นทุก ๆ ปี, ได้จึงหว่านไปกับการเพิ่มจำนวนแพทย์ที่ผลิตออกมาได้. โดยเฉพาะในขั้นเป็นขั้นแรกที่หมอใหม่จำนวนไม่น้อยจะต้องหันมาคลุกคลีในวงการ “แพทย์ชนบท” ด้วยความสนใจมากกว่าแต่ก่อน ๆ.

เช่นนี้ถือว่า “หมอบ้านนอก” ย่อมหาคนอยากเป็นยากเต็มที. ความจริงข้อนี้มีผู้เป็นปัญหาสำคัญในวงการแพทย์แต่เฉพาะในบ้านเราเท่านั้น, กล่าวได้ว่าทุก ๆ ประเทศได้เคยเผชิญมาแล้ว, และคงมีประเทศที่มีปัญหาข้อนี้ยังเป็นจำนวนมากประเทศกว่าที่ไม่มีปัญหาแล้ว. ประเทศตัวอย่าง

สำหรับพวกที่หมดยุทธศาสตร์แล้วเห็นจะได้แก่สหรัฐอเมริกา. ด้วยความร่ำรวยและความแพร่หลายของความเจริญทางวัตถุ, ประกอบกับความพอเพียงในจำนวนแพทย์, หมอใหม่ของเขาคงยินดีที่จะไปตั้งทำงานอิสระอยู่ในเมืองเล็ก ๆ ที่ไหนสักแห่งหนึ่ง, มากกว่าที่จะชอกชอนแข่งขันกันทำงานทำในเมืองใหญ่ ๆ. แม้กระนั้นเราก็ยังได้อ่านเรื่องตีพิมพ์ที่เล่าถึงความขาดแคลนและการผจญภัยของหมอในชนบทย่อยไม่น้อยเหมือนกัน. ตัวอย่างประเทศที่ขาดหมอในชนบทมากก็เห็นจะได้แก่ประเทศไทย, โดยไม่มองข้ามความจริงว่าในทางตัวนี้ออกนอกรังมีอีกมากประเทศ ซึ่งอยู่ในฐานะที่เร็วไปกว่าเราเสียอีก. ผู้ที่เป็นแพทย์, และผู้ที่เข้าใจแพทย์, ย่อมมองเห็นได้ในทันทีว่าการขาดแคลนดังกล่าวนี้มีสาเหตุของการมีแพทย์น้อยแต่อย่างเดียว, แต่เป็นผลเนื่องมาจากเหตุ ประกอบ ซึ่งเกี่ยว

โยงกันหลายประการ, นับตั้งแต่ความล้ม
 หลังในคำมั่นความเจริญของชนบทจนกระทั่ง
 จิตที่ใจและการศึกษาของชาวชนเมือง.
 เรื่องเกี่ยวกับตัวหมอลองก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ
 ไม่น้อยเหมือนกัน. กล่าวโดยทั่ว ๆ ไป,
 แพทย์ชนบทมักมีข้อเสียเปรียบหลายประ
 การ, อาทิเช่นต้องอยู่โดดเดี่ยว, ไม่มีที่
 ปรึกษา, บางทีไม่มีผู้ช่วยหรือแม่ลูกมือ;
 บางทีอยู่ห่างสนับแห่งความเจริญมากจนไม่
 สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้, ใน
 คราวขัดข้อง; บางทีไม่มีตำราหรือนิตย
 สารอ่านเพื่อเพิ่มความรู้หรือทำตัวให้ทันสมัย
 ยู่ได้, ฯลฯ. เหล่านี้เป็นเหตุสำคัญ
 ให้แพทย์ใหม่ ๆ ไม่อยากออกไปอยู่ในชน
 บท, เพราะเกรงจะไม่มีทางก้าวหน้า, หรือ
 แม้จะกลับเสื่อมลงเสียด้วยซ้ำ. ประกอบ
 กับในบางแคว้นประชาชนยังไม่ค่อยสรท
 ภาการแพทย์สมัยใหม่, ซึ่งเวลานี้คง
 เหลือน้อยแห่งแล้ว, เพิ่มความลำบากใน
 การประกอบอาชีพยิ่งขึ้นไปอีก. เพราะ
 ฉะนั้นไม่ว่าสมัยใดถ้าใครถูกส่งไปอยู่ต่าง
 จังหวัดที่ไกล ๆ ก็มักรู้สึกตัวถูกลงโทษ
 ที่เดียว.

เท่าที่เขียนมานี้ก็ประหนึ่งว่าจะหยุด
 ให้รับแจ้งการออกหัวเมือง, เพราะยกชน

มาแต่ความไม่เที่ยง. แต่ความจริงนี่เป็น
 เพียงเริ่มต้น, ยังไม่ได้กล่าวถึงแง่ดีของ
 การไปทำหน้าที่ในต่างจังหวัด, ซึ่งมีไม่
 น้อยเหมือนกัน. ในชนบทมักมีการแข่ง
 ชันน้อย, หรือโดยมากไม่มีเลย. เพราะ
 ฉะนั้นผู้ที่มีความรู้พอสมควรและรู้จักวาง
 ตนก็มีโอกาสที่จะสร้างชื่อเสียงเกียรติยศ
 ได้มาก, โดยไม่จำเป็นต้องมีความดีเด่นมาก
 เท่าถ้าหากจะแข่งขันในเมืองใหญ่ ๆ. ชาว
 ชนบทโดยมากเป็นคนตรงและเข้ตเผย,
 ไม่ค่อยต้องคอยระวังเล่ห์เหลี่ยมในการ
 ติดต่อกัน. ชาวชนบทมักเป็นผู้เอื้อเฟื้อ, ใจ
 คอกว้างขวาง, ตามแบบไทยแท้ที่ยังไม่ถูก
 อารยธรรมทำให้เสื่อม; ความอารีอารอบ
 ของเขาเป็นข้อที่น่าชื่นใจ, ถึงแม้วิถีเขา
 แสดงอาจไม่น่า, เพราะไม่มีการขัดเสลา.
 ชาวชนบทมักเป็นผู้เชื่อง่าย, เพราะความ
 ซื่อ. ถ้าหากทำให้เขาเชื่อใจเสียแต่
 แรกแล้ว, ต่อไปพูดจาแนะนำอย่างไร
 มักเห็นชอบด้วยโดยง่าย. อยากรู้ก็,
 ขอนมีได้หมายความว่าเขาคือคนโง่และหลอก
 ได้ง่าย ๆ. ถ้าจะหลอกได้, ก็เพราะความ
 ซื่อของเขาทำให้เขาไม่ระแวง. ถ้าหาก
 ทำให้เขาระแวงเสียแล้ว, ไม่เพียงแต่เขา
 จะไม่ยอมให้หลอกเท่านั้น, แต่เขาอาจ

หลอกเราไว้สนิทและเจ็บยิ่งกว่าชาวกรุงเสียอีก.

ชีวิตในชนบทมักเป็นชีวิตที่สงบและอยู่ในทำนองคลองธรรม, เป็นชีวิตที่ให้ความสุขทางใจอย่างแท้จริง. เมื่อคทางรูป, อาจเห็นแต่ความไม่น่านิยม: บ้านช่องรกรงรังมีแต่โรงนา, ผู้คนแต่งตัวปอนและสกปรก, นอนก้นดินก้นทราย, พืชที่ไม่เพราะห, ถนนไม่มี, ไฟฟ้าไม่มี, น้ำประปาไม่มี, เหล่านี้มักชวนให้ผู้ที่เกิดและเจริญขึ้นมาในกรุงตั้งความรังเกียจเสียตั้งแต่ใ้ไฟังแล้ว. แต่ผู้ที่รู้จักชนบทจะยืนยันว่าในทางจิตใจ, ชาวชนบทจะสอนชาวกรุงได้หลายอย่างที่เกี้ยว. ความซื่อตรงไว้ใจได้, ความสนิทสนมกลมเกลียว, ความขยันขันแข็ง, ความมั่นคงในศีลธรรม, เหล่านี้หาว่ายในชนบทมากกว่าในเมืองใหญ่ๆ. ชาวกรุงอาจได้เปรียบที่มีไฟฟ้า, น้ำประปา, รถยนต์, รถราง, แต่ชาวชนบทมีอากาศบริสุทธิ์, มีความเงียบ, มีสามัคคีธรรมและมีเสรีภาพทางกายและใจมากกว่าชาวกรุง. แพทย์ในกรุงอาจมีรายได้เป็นเงินก้อนใหญ่, แต่ก็มียาย่ายมาก, และมีความผกผันในทางสังคมมากตามตัวไปด้วย, มีเวลาสำหรับ

ตัวเองน้อยลงไปตามส่วน. แพทย์หัวเมืองอาจเก็บเงินได้ทีละน้อยๆ, แต่โศหุ่ยกน้อย, และส่วนมากมักไ้ผล คอยแทนอย่างอื่น, ซึ่งแพทย์ในกรุงมักไม่ค่อยจะได้, คือความสำนึกบุญคุณ, ซึ่งต้องนับว่ามีค่ามาก. ในกรุง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยหลังสงคราม, การแพทย์มีลักษณะเอนไปในทางการค้ามากขึ้น, ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับลูกใช้เกอบไม่มีอะไรเหลือนอกจากการแลกเปลี่ยน. แต่ในชนบทชาวบ้านส่วนมากยังยึดมั่นในคติอันดีงามแห่งโบราณกาลอยู่, และมองเห็นหมอไม่เพียงแต่เป็นผู้รับจ้างรักษาโรคเท่านั้น, แต่เป็นผู้โปรดให้พ้นทุกข์ด้วย.

อาชีพแพทย์ในชนบทเหมาะสำหรับผู้ที่รักความสงบ, ผู้ที่ชอบทำงานบุกเบิกพร้อมกับผจญภัยบ้าง, และผู้ที่ยินดีเสียสละเพื่อย้ำเพ็ญประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์. ผู้จะมีความสำเร็จในชนบทไม่จำเป็นต้องผู้มีความรู้เลิศลอบ, เต็มไปด้วยปริญญา, แต่ต้องมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม, สรุปสั้นๆ ว่าต้องเป็นคนดี, ในสายตาของสามัญชน. เขาอาจมีความรู้ทางแพทย์เพียงชั้นธรรมดาๆ เท่านั้น, แต่เขาต้องเป็นคน

เปิดเผย, ใจกว้างขวาง, มีเมตตา
กรุณา. พร้อมทั้งช่วยเหลือไม่ว่าใคร,
และโดยละเอียดอย่างยิ่ง, ไม่เห็นแต่แก่
รายได้เท่านั้น. เป็นหลักธรรมที่ว่าผู้ที่
ไปตั้งตัวในดินโดยยอมต้องทำตัวเป็นคน
หนึ่งในดินนั้น. สำหรับแพทย์ก็เช่นเดียวกัน,
การวางตัวเป็นข้อสำคัญเบื้องต้น.
ไม่มีอะไรจะปลุกความนิยมได้ดีเท่าความ
คิดว่าเป็นพวกเดียวกัน, เพราะเมื่อเป็น
พวกเดียวกันแล้ว, ข้อบกพร่องอะไร ๆ ก็
อภัยกันได้สิ้น; และข้อดีอะไรที่มีอยู่ก็อาจ
ได้รับการขยายและเผยแผ่ให้กระจายออกไป
ไปได้เสมอ. ภาษิตของเก่าที่ว่า "เข้า
เมืองตาหลิวต้องหลิวตาตาม" สรุปความ
จริงข้อนี้ได้อย่างชัดเจนทีเดียว. การไม่
ถือตัวเป็นหลักสำคัญอีกข้อหนึ่งในด้านการ
ปลุกความนิยม. โดยมากชาวชนบทยก
ย่องชาวกรุงว่าเป็นผู้อยู่ในมาตรฐานสูง
กว่า, ยิ่งเป็นแพทย์ผู้ทรงความรู้ก็ยิ่ง
ยิ่งสูงขึ้นไปอีก. การวางตนเสมอกับ
เขา, แม้ถือมตัวในบางโอกาส, จะไม่
เพียงแต่ทำให้เขาประหลาดใจเท่านั้น, แต่
จะทำให้ทั้งรักและนับถือทีเดียว, ให้ผล
ดีกว่าการแสดงเหยื่อหยิ่งเสียอีก, ซึ่งบางที

ทำให้เขา หมั่นไส้จนคลายความนิยมไป
สิ้น.

อีกข้อหนึ่งจำต้องปลุกตั้งแต่ต้น, คือ
ความสุจริต. อะไรไม่ทำความเจ็บช้ำ
น้ำใจและความวิบากเท่ากับพยายามไปตั้ง
ตัวในหมู่คนที่ไม่สุจริตเราเสียเลย. หมอ
ที่เก่งที่สุดอาจล้มเหลวได้เพราะการขาด
สุจริตของประชาชน. เรื่องความเชื่อถือ
ในส่วนใหญ่นอนอยู่กับจังหวัด, และส่วนไม่
น้อยอยู่ที่ไซค์ของคน. ตอนตั้งตนเป็น
ตอนที่สำคัญที่สุด. ความระมัดระวังรอบ
คอบมีส่วนสำคัญยิ่งในการข่มกันความ
วิบัติ. ในฐานะเป็นคนหน้าใหม่, ยังไม่มี
ใครเห็นฝีมือ, ยังไม่มีใครเชอพมูรั, เป็น
การไม่สมควรอย่างยิ่งที่จะทำอะไรโดย
เสี่ยง. ถ้ามีความจำเป็นจะต้องเสี่ยง, เช่น
ถ้าเสี่ยงอาจช่วยชีวิตได้ในเมื่อถ้าไม่เสี่ยง
เป็นตายแน่, ก็จำต้องหว่านล้อมเสียก่อน
อย่างรอบคอบ, ซึ่งแจ้งสถานะการณ์แก่เจ้า
ใช้ให้เข้าใจชัดทั้งสองทาง, พร้อมทั้งทำ
หลักฐานพยานไว้สำหรับ การข่มกันตัว
อย่างแข็งแรง. การเสี่ยงครั้งนี้อาจทำความ
หนักใจมาก, แต่ก็อาจให้ผลคุ้ม. ความ
สำเร็จโดยเสี่ยงมาก ๆ ครั้งเดียวอาจเป็น
หลักประกันความสำเร็จไปตลอดชีวิตก็ได้.

ตรงกันข้าม, การปฏิบัติอย่างขำขัน, ณะเพาะอย่างยิ่งโดยขาดหลักวิชาหรือเห็นแก่อามิสถ่ายเดียว, อาจทำลายบรรทัดแห่งความสำเร็จเสียตั้งแต่ขั้นแรกเลยก็ได้.

สำหรับผู้เริ่มต้น, ปัจจัยสำคัญไม่น้อยข้อหนึ่งสำหรับความสำเร็จคือการเตรียมตัวล่วงหน้า. ก่อนที่จะเดินทางไปสู่ชนบทใดควรหาความรู้, โดยทางใดก็ตาม, เกี่ยวกับภูมิศาสตร์, ดินฟ้าอากาศ, พืชผล, นิสัยใจคอและขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวพื้นเมืองนั้น ๆ เสียก่อน. ควรศึกษารายละเอียดพิเศษและอุปสรรคต่าง ๆ เกี่ยวกับงานทางแพทย์ในตำบลนั้น, เช่นโรคประจำถิ่น, ความสมบูรณ์หรือขาดแคลนอุปกรณ์ เป็นต้น. ถ้าทำได้ก็ควรเตรียมวิธีแก้ไขอุปสรรคต่าง ๆ ไปเสียเสียทีเดียว, เช่นรวบรวมตำรา, หาเครื่องมือ, แม้จนกระทั่งหาผู้ช่วยไปด้วย. การเตรียมเช่นนี้ไม่เพียงแต่ให้ความสะดวกและอำนวยความสะดวกสำเร็จในการปฏิบัติงานเท่านั้น, ย่อมจะก่อความรู้สึกลึกซึ้งยิ่งขึ้นในหมู่ชาวพื้นเมืองที่มีความเข้าใจและ

ทราบเรื่องอีกด้วย, เป็นการรวบของชัยแห่งความสำเร็จไว้เสียคนหนึ่งก่อนแล้วตั้งแต่ต้นมือ.

คงมีความจำเป็นน้อยเต็มทีที่จะกล่าวความต้องการที่จะให้มีแพทย์ตามชนบทมากขึ้นนั้นคงจะยังไม่สำเร็จตรงที่มีคนอยากไปเป็นหมอบ้านนอกมากขึ้นเท่านั้น, จำต้องมีการช่วยเหลือและส่งเสริมจากทางอื่น ๆ อีกบ้าง. จะช่วยมากที่สุดก็ควรถ้ามีใครทำให้ชนบทมีความสะดวกมากขึ้น. จะเป็นการชักชวนที่ได้ผลมากที่สุดก็ควรรับประกันว่าหมอตามหมู่บ้านจะมีรายได้ตามสมควร, ไม่ว่าจะให้มีผู้รักษามากน้อยเพียงใด. โรงเรียนแพทย์ก็มีส่วนที่จะช่วยได้ไม่น้อย, โดยการฝึกฝนนักเรียนให้สามารถทำงานอิสระได้, โดยการเข้คเห้คตาให้รู้จักภูมิประเทศดีขึ้น, และโดยการอบรมจิตใจให้ขยันในการฝ่าฟันอุปสรรคและกล้าแข็งในการที่จะเสียสละเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ให้พ้นทรมาน.

ขอให้เราหวังว่าจะมีผู้นับว่าเป็น "หมอบ้านนอก" มากขึ้นในอนาคต.

แผนกย่อยเอกถาวร

(หมายเหตุ. การที่ใช้อักษรเล็กในบางตอนก็เพื่อประหยัดเนื้อที่, ไม่เกี่ยวกับความสำคัญ.)

1. Frimann-Dahl: Roentgen Examination in Acute Thrombosis. (การตรวจด้วยรังสีเรนต์เกนใน thrombosis อย่างปัจจุบัน) **Radiology, March, 1950, 54, 408-412.**

การวินิจฉัย thrombosis ปัจจุบัน โดยรังสีเรนต์เกนโดยอาศัยการตรวจเนื้ออ่อนของขา, ใช้ขนาด 40-50 Kv.

การเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการ ขวม และมีเส้นเลือดบริเวณผิวหนัง ขยายออก จะเห็นได้ในวันแรกหรือวันที่สองหลังจากเป็น, และมีลักษณะ คือ: (๑) เส้นของผิวหนังหนา. (๒) **Reticulated subcutaneous structures** เห็นชัดขึ้น. (๓) เส้นเลือดโต ๆ ขยายกว้างออก. (๔) ความทึบของเนื้อกล้ามเนื้อตามขอบ ๆ จางไป. (๕) ขากว้างใหญ่ขึ้น.

การดำเนินของโรคและผล จากการรักษาอาจติดตามได้โดยการตรวจซ้ำ. การตรวจวินิจฉัย, รวมกับการทำ **venography**

ในบางรายที่จำเป็น, จะบอกถึงตำแหน่งที่มี thrombosis และบริเวณที่มีการไหลเวียนขัดข้องได้.

สนอง กาญจนาลัย พ.บ.

2. G.S. Kide and E. Spyhalski: Antimycin A, an Antibiotic with Insecticidal and Miticidal Property. (แอนติไมซิน เอ, แอนติไบโอติกซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าแมลงและเห็บ) **Science, 1950, 112, 172.**

Antimycin ได้มาจาก **Streptomyces** ชนิดหนึ่งซึ่งบอกไม่ได้แน่ว่าเป็นพันธุ์ไหน. มีฤทธิ์เป็นยาฆ่าเชื้อราอย่างดี. มันเป็น **optically active nitrogenous phenol.** มีสูตรคังนี้ $C_{28}H_{40}O_9N_2$. ใช้ผสมกับอาหารแล้วให้พวกแมลงกิน จึงเช่นยาฆ่าแมลงได้, มีแมลงบางอย่างเช่นแมลงสาบ และตัวอ่อนของแมลงที่กัดผ้าเป็นต้น.

ตระกูล กิติสิน พ.ด.

3. H.F. Dowling, M.H. Lepper, H.H. Hussey, E.R. Calwell and H.W. Spies: Treatment of Pneumococcal Pneumonia with Aureomycin. (การรักษายปอดอักเสบจากบิวิโมค็อกคัสด้วยออโรไมซิน) J. Lab. Clin. Med., 1950, 35, 215.

ผู้เขียน ได้ทดลองให้ออโรไมซิน รักษาคนไข้ ๑๑๔ ราย ซึ่งป่วยเป็นปอดอักเสบจากบิวิโมค็อกคัส โดยให้กินขนาด ๒๕๐ มก. ทุก ๆ ๓ ชม., หรือ ๕๐๐ มก. ทุก ๆ ๓ ชม., จนกระทั่งไข้ลด, และคงอยู่ระดับปรกติเป็นเวลา ๔๘—๑๒ ชม., จึงหยุดยา. ปรากฏว่าไข้ลดได้เร็วกว่าในรายที่ใช้รักษาด้วยเพนิซิลลิน. อัตราตายเท่ากับ ๑.๔ เปอร์เซ็นต์. ส่วนในพวกที่ใช้เพนิซิลลิน มีอัตราตาย ๕.๒ เปอร์เซ็นต์. ความแตกต่างในอัตราตายนี้ยังเอาแน่นอนที่เดี๋ยวมไม่ได้. เพราะยังทดลองน้อย.

ตระกูล กิติสิน พ.ด.

4. J.D. Hay, F.P. Hudson and T.S. Rodger: Vitamin K. in the Prevention of Haemorrhagic Disease of the Newborn. (วิตามิน เค. ในการป้องกันโรคตกเลือดในทารกเกิดใหม่) Lancet, No. 8, Feb. 24, 1951, pp. 423-424.

ระดับของโปรทรอมบินในเลือดทารกปรกติจะต่ำลงตั้งแต่อายุ ๑๒ ชั่วโมง จน

ถึงวันที่ ๕. โรคตกเลือดมักเกิดในระยะนี้. หลังจากที่ได้รับวิตามิน เค. และทราบว่ามันเพิ่มระดับของโปรทรอมบินในเลือด, ก็มีผู้แนะนำให้ใช้รักษาและป้องกันโรคนี้. อย่างไรก็ตามการรักษาไม่ได้ผลที่น่าพึงพอใจทีเดียว, และมีผู้แนะนำว่าใช้การถ่ายเลือดดีกว่า.

มีช่องทางที่อาจป้องกันโรคนี้ โดยให้วิตามิน เค. แก่ทารกในทันทีหลังคลอด, หรือให้วิตามิน เค. แก่มารดาในวันก่อนคลอด, เพื่อทำระดับโปรทรอมบินของทารกให้สูงขึ้นจากระดับวิกฤต (ก่อนเกิดโรคนี้โปรทรอมบิน มัก ลดลงมาก จนถึง ๑๕ เปอร์เซ็นต์หรือต่ำกว่า).

ผู้รายงาน ได้ให้วิตามิน เค. แก่หญิงตั้งครรภ์ ๔๖๐๒ คนก่อนคลอด, ยังพบโรคตกเลือดใน ๑๑ คน. (อัตรา ๑ ใน ๔๑๘), และพบ ๒๓ คนในจำนวนเดือนโทรล ๑๒,๑๑๑ คน (อัตรา ๑ ใน ๕๒๑). ทั้งนี้วินิจฉัยโรคโดยอาศัยอาการมีเลือดออกทางอุจจาระ, อาเจียน และมีสภาวะเป็นสำคัญ. เขาสรุปว่า วิตามิน เค. ไม่มีผลป้องกันโรคตกเลือดในทารกใหม่.

(หมายเหตุของผู้ย่อ: ผู้รายงานไม่ได้ศึกษาเลือดว่า ในเด็กทั้ง ๓๔ คน นั้นมีระดับ โปรทรอมบิน ต่ำกว่า ระดับวิกฤตหรือไม่, และวินิจฉัยโรคโดยอาศัยอาการทางคลินิก ขณะมีเลือดออกนั้นว่า "น่าจะเป็นโรคนั้นมากที่สุด" เท่านั้น. อาจมีเลือดออก เนื่องจากสาเหตุอื่นอีกก็ได้ เช่น ฮีโมฟีเลีย, ทรอมโบไซโตพนิคเปอโรรา เป็นต้น).

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

5. D. Campanacci: Fatal Toxic Encephalitis due to Streptomycin.
 (การตายจากสมองอักเสบเป็นพิษเนื่องจากการใช้ยาสะเตรปโตมัยซิน) J.A.M.A. 143, 4, May 27-1950, p 400.

หญิงอายุ ๓๕ ปี เป็นโรคเชื้อหุ้มปอดอักเสบ ได้รับการฉีดยา สะเตรปโตมัยซิน วันละ ๑ กรัม, แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ๓ ครั้ง ติดต่อกัน ๕ วัน. ในวันที่สิบหลังจากฉีดยาเข็มแรกราว ๑ ชม. ก็ปรากฏอาการสมองอักเสบรุนแรง. ผู้ป่วยตายใน ๓ วันต่อมา. รายนี้เป็นรายที่ ๒ ที่ตายโดยสมองอักเสบจากสะเตรปโตมัยซิน ตามที่ผู้รายงานได้พบ. ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายที่ตาย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน, เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย, ชีมี, ก่อนที่จะมีอาการสมองอักเสบราว ๓-๔ วัน.

ฤทธิ์ของยาที่แสดงต่อประสาทคล้ายกับในคนที่ไตและตับไม่ดี, และในคนที่ใช้ที่ไทรอยเพนซิลลิน หรือซัลฟานิลาไมด์ ๒-๓ สัปดาห์ ก่อนให้สะเตรปโตมัยซิน. อาการเป็นพิษแม้แต่เล็กน้อยเกี่ยวกับประสาท เช่น เควืองซ่าต้องหยุดยา, แล้วให้ Dextrose จำนวนมาก ๆ, วิตามิน บี, ซี และยาบำรุงหัวใจ. ขณะที่ใช้เพนิซิลลิน หรือซัลฟานิลาไมด์อยู่, ไม่ควรใช้สะเตรปโตมัยซินควบด้วย, นอกจากจะจำเป็นจริง ๆ.

วันที่ ไวสำรวจ พ.บ.

6. G. Russell Thomson: Treatment of Dupuytren's Contracture by Vitamin E. (การรักษาข้อพับที่แข็งได้ ค้อนแตรคเซอร์ด้วยวิตามิน อี) B.M.J., Dec., 17, 1949, pp. 1382-1383.

แพทย์หลายนายได้ทดลองใช้วิตามิน อี. รักษาโรคนี้, ได้ผลต่าง ๆ กัน. ผู้เขียนได้ทดลองผู้ป่วย ๑๓ รายด้วยกัน, รวมเกิดโรคนี้ขึ้นที่มือ ๒๒ ข้าง. ได้ทดลองให้วิตามิน อี. กินวันละ ๒๐๐ มก. เป็นเวลานานประมาณ ๕ เดือน หรือกว่า. แบ่งผลการรักษาได้ดังนี้. (พวกที่ ๑) ในจำนวนมือ ๑๐ ข้าง, เป็นพวกที่เริ่มเป็นโรคนี้ใหม่ๆ (พังผืดของฝ่ามือยังไม่เหนียวหรือแข็งและนิ้วมืองยังไม่งอเกินกว่า ๕๐ องศา). ผลปรากฏว่าอาการต่าง ๆ ดีขึ้น, พังผืดของฝ่ามืออ่อนเข้า, และมือใช้งานได้ดีขึ้น. (พวกที่ ๒) เป็นพวกที่เป็นเรื้อรังแล้ว (พังผืดของฝ่ามือหดตัวแข็งและนิ้วมืองอมาก). มีจำนวนทั้งหมด ๘ มือ. การรักษาทำให้พังผืดของฝ่ามืออ่อนลงไปและนิ้วมืองอกระดิกได้บ้าง. และบางรายในพวกนี้เมื่อได้รับการรักษาต่อไปโดยการผ่าตัด, ต่พังผืดและเอ็น, ทำให้อาการดีขึ้นอีกเป็นที่น่าพอใจ. (พวกที่ ๓) เป็นพวกที่เคยได้รับการผ่าตัดมาแล้วกลับมีอาการเกิดขึ้นอีก. มีจำนวน ๔ มือ. การรักษาในพวกนี้ไม่ได้ผลดี.

ผลดีที่เกิดขึ้นจากการรักษานี้, ผู้เขียนสรุปว่า, คงเป็นผลเนื่องจากวิตามิน อี. ทำให้เกิดมีเส้นเลือดมากขึ้นในทิสซิวของแผลเป็น, จึงทำให้เยื่อพังผืดนั้นกลายนุ่มและหย่อนตัวได้ก็เข้า.

เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ.

7. J. T. Aitken : Growth of Nerve Implants in Voluntary Muscle. (การงอกของประสาทที่ปลูกเข้าไปในกล้ามเนื้อในควบคุมของจิตต์) J. of Anat., v. 84, pt. 1, pp. 38-49, Jan. 1950.

ผู้เขียนได้ใช้กระต่าย, และทดลองโดยตัดประสาทที่ไปสู่อวัยวะของกล้ามเนื้อ Gastrocnemius อันใกล้กลาง, แล้วฝังประสาทที่ตัดนั้นลงในกล้ามเนื้อ Biceps ของขา, หรือหัวไหล่ของกล้ามเนื้อแกสตร็อกนัสเมียส, หรือตัดประสาท peroneus แล้วฝังเข้าไปในหัวไหล่ของกล้ามเนื้อแกสตร็อกนัสเมียส. ใช้ไฟบริโนเจนยึดประสาทกับกล้ามเนื้อ, ไม่ใช่เย็บ, เพื่อให้กล้ามเนื้อถูกกระทบ

เทือนน้อยที่สุด. กระต่ายตัวหนึ่งมีประสาทฝังเช่น ๒ อย่าง ประสาทหนึ่งฝังลงไปในกลุ่มเนื้อปรกติ, อีกประสาทหนึ่งฝังลงไปในกลุ่มเนื้อที่ถูกตัดเอ็นหรือตัดประสาทออก.

ภายหลัง ๑๐๐ วัน, ได้ทดลองดูการสนองของประสาทโดย การกระตุ้น ประสาท ด้วยไฟฟ้า ฟาราดีค. เมื่อสังเกตผลแล้ว, ได้ชำแหละกล้ามเนื้อพร้อมทั้งประสาทแช่ลงในน้ำยาฟิสิกซ์และย้อม. ได้ผลคือ (๑) กลุ่มเนื้อที่ถูกตัดประสาทออก ประสาทที่ฝังลงไปใหม่เจริญต่อไปได้, และทำให้เกิดโมเตอร์เอ็นด์เพลต. อาจมีเอ็นด์เพลต มากกว่าหนึ่งอันบน เส้นใยกล้ามเนื้อเส้นหนึ่ง. (๒) กลุ่มเนื้อที่ปรกติ ประสาทที่ฝังลงไปใหม่เจริญต่อไปใหม่ แต่ไม่ค่อยทำให้เกิดโมเตอร์เอ็นด์เพลตนอกจากเส้นใยกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นอันตรายขณะฝังประสาท. (๓) กลุ่มเนื้อที่ถูกตัดเอ็นออก. ประสาทปรากฏเป็นเส้นใยยาวทอดไประหว่างเส้นใยกล้ามเนื้อ. ไม่ทำให้เกิดเอ็นด์เพลต.

การทดลองนี้ทำให้เห็นว่าในกล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาตจากการถูกตัดประสาทอาจปลูกประสาทให้เกิดขึ้นได้ และทำหน้าที่ได้ด้วย.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

ปกิณณกะ

ข่าวสุดท้ายเกี่ยวกับแฟดอินจีน (ฝาแฝดไทยคู่แรก)

เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๔ ข้าพเจ้าได้เสนอเรื่อง "ฝาแฝดไทย (ไซมัส ทวินส์) คู่แรก คือแฟดอินจีน และไค้กล่าวตามบันทึก Luckardt (๑๙๔๑) ว่านายอิน นายจัน หรือที่ฝรั่งเรียกว่า "เฮ็ง" และ "ซาง" ได้แต่งงาน มีครอบครัวใหญ่ นายจันมีบุตรถึง ๑๐ นายอิน ๕ คน ต่อจากเสนอรายงาน นั้น แล้ว ได้มีผู้มาไต่ถามเสมอว่าเป็นความจริงหรือ ทั้งสองคนคิดกันไม่น่าจะแต่งงานมีลูกเท่าได้ เมื่อข้าพเจ้าได้พาไปตรวจอินจีนถ่ายพร้อมก็บุตรซึ่งแผนกกายวิภาคศาสตร์ได้ขอพิมพ์ลอกมาจากรูปของพิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ จึงหายสงสัย หลังจากนั้นแล้วข่าวคราวเกี่ยวกับแฟดอินจีนก็ไม่มี เรื่องที่น่าสนใจอีกเมื่อเร็ว ๆ นี้ หนังสือพิมพ์ราย สัปดาห์ "ไทม์" ฉบับวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ค.ศ. ๑๙๕๑ (ขอขอบคุณนายแพทย์ประสงค์

ชัยรัตน์ ทกรนามอบหนังสือพิมพ์นั้นมาให้) ได้เสนอข่าวสุดท้ายเกี่ยวกับแฟดอินจีน จึงเห็นสมควรจะนำมาบันทึกไว้ให้เรื่องราวติดต่อกัน ข่าวนั้นแจ้งว่า "เมื่อสัปดาห์ที่แล้ว" (คงจะเป็นปลายเดือนมกราคม) มีชาวนาที่นานชิตอมักผู้หนึ่ง อายุ ๘๕ ปี ชื่อ โรเบิร์ต อี. บังเกอร์ (Robert E. Bunker) ได้ถึงแก่กรรมที่ซานซิงตง ชายตำบล เมานท์ แอวี่ ในรัฐ นอร์ธคาโรไลน่า ผู้ตายเป็นบุตรคนสุดท้ายในจำนวน ๑๒ คนที่เกิดจากนายอิน (มากซิม จากบันทึกเดิม ๓ คน) หนังสือพิมพ์ฉบับนั้นไม่ได้กล่าวต่อไปอีกถึงลูกหลานที่เกิดต่อไปจากบุตรของนายอินนายจัน คงนับได้ว่าผู้สืบสายโลหิตชั้นแรกจากแฟดอินจีนเสียชีวิตนี้ ได้หมดลงเพียงเท่านั้น

ภายหลังที่นายอินนายจันแยกตัวออกจาก พ.ท. บาร์นัม มีเงินอยู่ ๖๐,๐๐๐ ดอลลาร์ ไปทำอาชีพชาวนาและไค้แต่ง

งานกยพนของตระกูลเยตส์ (Yates) ซอ
 Adelaide และ Sarah ทั้งบ้านเรือนอยู่
 ที่ตำบลทกล่าวข้างบนนี้ หนังสือพิมพ์
 “ไทม์” ยังได้กล่าวตรงกยกับนี้ทุกแต่ก่อน
 คืออินไม่คิมสุรา ตรงข้ามกับเงินซึ่งชอบ

สุรา ชาวบ้านเคยเล่าว่า ครงหนึ่งพนอง
 คักกันคั้นจนไปช่อมหลัง คาแล้วเกิดทะ
 เลาะกันจน ใจฉวยฉอนจนจะค้ออิน แล้ว
 ค้ออินลงไปนอน

สุด แสงวิเชียร พ.ด.

ถอตำรามากนกยมกกรอบ

พาหิวหอยชคัสนจนจอนจ้อ
 ออกชอขายปครางชอทำม้องอ
 ไม่นกฉอส์อเสียดเบียดเบียดไฟคร
 จิตคตำรงตรงธรรมไม่วลาเพลียง
 สู้หลักเลียงตามภาษาอชฉาศัย
 ถึงบอกลาภขายแล้วไม่พอใจ
 มีหาไม่วสู่อสำหรับกษาทุก
 พระพทของคักทรงชมว่าสมปราชญ
 บัณชกิตชชาติเมอชอขัญญาหลาย
 สุกคิเบของหน้าถ้าเขาตาย
 ทางอขายห่างไกลไม่ไปเลย.

อิสรญาณภายิต

แผนกข้าว

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

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

	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ	รวมทุกแผนก
ก. (นอก) ใหม่	๑๓๔๒	๖๖๖	๖๕๒	๓๔๓	๖๕๕	๔๐๐๖
เก่า	๑๖๐๕	๘๕๑	๑๑๕๐	๕๓๓	๑๐๕๕	๕๑๕๘
รวม	๒๙๔๗	๑๕๑๗	๑๘๔๒	๑๒๗๖	๑๗๑๐	๙๓๐๔
ข. (ใน)	๑๐๐	๑๕๖	๕๑๕	๑๑๓	๑๑๒	๑๐๔๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๒๐๓ จักษุฯ ๑๓๔ สูติ-นารีฯ ๑๓๕* รวม ๕๑๒

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๑๕๔ หญิง ๑๕๒ รวม ๓๐๖

๔. จำนวนเด็กคลอดตาย ชาย ๓ หญิง ๓ รวม ๖

๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย ๘๘ คน (๘.๔ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๗ ราย (๘.๐ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)

๖. จำนวนการถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๑๕๕ ข้างนอก — รวม ๑๕๕

๗. แผนกรังสีวิทยา

 ก. รังสีเอกซ์ ตรวจ ๑๔๖๔ คน รักษา (ใหม่) ๓ คน จำนวนที่ให้การรักษา

 (ใหม่และเก่า) ๑๓๗ ครั้ง

 ข. รังสีเอกซ์ รักษา ๑๕ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๓๖ ครั้ง

 ค. ไดอะแกรม รักษา (ใหม่) — คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) — ครั้ง

รวมตรวจและรักษา ๑๔๘๒ คน จำนวนครั้ง ๑๖๓๗ ครั้ง

๘. แผนกสรีรวิทยา

ตรวจเบซัลแกมมาบอลิสม์ ๔๘ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง,

บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๑๒๒๔ ครั้ง

๙. แผนกพยาธิวิทยา

ตรวจศพ ๗ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๓๗๑ (จากภายนอก ๒๗) แอ็กกลูติน-

ชั่น ๑๐๐ วัณโรค ๑๒๒ และคานัน ๑๔๒๒ หมู่เลือด ๕๕๗ นับเม็ดเลือด ๔๕ ฟิล์ม

เลือด ๔๖ น้ำไขสันหลัง ๒๔ อูจจาระ ๒๕๕ บัสสาวะ ๖๘ เสมหะและอื่นๆ ๕๕

ตรวจทดลองตัวจิต (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๒๓ เพาะเชื้อในเลือด ๕๖ ฉีดสัตว์ ๑๖

รวมตรวจต่าง ๆ ๓๑๑๓ อย่าง ศพญาติรับไป ๔๕ ศพ ภายวิภาครับไป ๓ ศพ

สปีหรือรับไป ๕๗ รวม ๑๐๘ ศพ

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และ แผนกสถิติ)

* สถิติช็อคเอี่ยม

อนุโมทนา มีผู้ให้เงินบำรุงคณะแพทย
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่เกิน
๑๐๐ บาท) ดังรายนามต่อไปนี้ คือ

(๑) ร.ท. อภัย อนุอมสิงห์ และนาง
สมนึก อนุอมสิงห์ “สมนึกการแพทย์”
ถนนพานิช จังหวัดฉะเชิงเทรา บริจาค
เงิน ๔,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน “ภา
ณอนุอมสิงห์” เพื่อเก็บคอกผลใช้ในการค้น
คว้าวิชาแพทยเกี่ยวกับโรคเด็ก (๒) นาย
ประมุข (บัวแข็ง) ปิยะสุวรรณ เจ้าของ
ตลาดบ้านหมี่ อำเภอบ้านหมี่ จังหวัด
ลพบุรี บริจาคเงิน ๓,๐๐๐.๐๐ บาท
บำรุงเตียงคนไข้ (๓) ชาวคณะดีแยก
มหานาค จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร่วมกันบริจาค
เงิน ๒๐๐๐.๐๐ บาท (๔) คณะกรรมการ
ศาลเจ้าวัดไทรมิตร จังหวัดพระนครศรี
อยุธยา นำส่งเงินซึ่งเหลือจากทำบุญไหว้เจ้าเป็น
จำนวน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๕) นายเถา
ธรรมเจริญ บ้านเลขที่ ๒๕๐๔ ตำบล
บางกอกน้อย จังหวัดธนบุรี บริจาคเงิน
๑,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน “ธรรม
เจริญ” ใช้ในการรักษาพยาบาลคนไข้
(๖) นายตั้ง จิงแก่ง บริษัทโหวงชก ถนน
ทรงวาด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน
๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๗) นางอนุอม คัน

ติเวสส์ และนางเล็ก คันติเวสส์ ร้านสัง
เวสส์ ในตลาดลพบุรี จังหวัดลพบุรี บริจ
จาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท (๘) นางอำไพ
ศิริสัมพันธ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน
๕๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน “ศิริสัมพันธ์”
และขอถวายกุศลแด่สมเด็จพระ
ราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรม
หลวงสงขลานครินทร์ (๙) พระศรีปริษา
บ้านเลขที่ ๕๓๓ ตำบลบางยี่ขัน อำเภอ
บางกอกน้อย จังหวัดธนบุรี บริจาคเงิน
๕๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุนซื้อตู้เย็น
ไฟฟ้าให้ตึกอักษฎางค์ (๑๐) บริษัทชินค้า
เลขที่ ๓๔๔ ตรอกเต้า จังหวัดพระนครศรี
อยุธยา บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท (๑๑) ต.ช.
คุ้ม พิษยนุช บ้านจังหวัดเพ็ชรบุรี บริจ
จาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกमार
เวชศาสตร์ (๑๒) ต.ช. งอนิม แซ่เล้า
บ้านเลขที่ ๔๕๗ ลำเพ็ง จังหวัดพระนครศรี
อยุธยา บริจาคเงิน ๔๐๐.๐๐ บาท (๑๓) นาง
ชวย แซ่โค้ว บ้านปากน้ำโพ จังหวัด
นครสวรรค์ บริจาคเงิน ๔๐๐.๐๐ บาท
เพื่อร่วมซื้อหม้อต้มเครื่องไฟฟ้าให้ตึกศัลย
กรรมเด็ก (๑๔) ต.ญ. กิมฮุ้น แซ่แห
บ้านเลขที่ ๗๗๒ คลองสาน จังหวัดธนบุรี
บริจาค ๓๐๐.๐๐ บาท เพื่อร่วมซื้อ

มานข้างเคียงให้ตักศิลากรรมเท็ก (๑๕) ต.ช. คงเจ็ก แซ่เต็ง บ้านบางลำภู จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท
 บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ (๑๖) ต.ช. บุญช่วย พู่ประเสริฐ บ้านหมู่ที่ ๑๐ บางคณที จังหวัดสมุทรสงคราม บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท เพื่อร่วมซ่อมฝ้ามานข้างเคียงให้ตักศิลากรรมเท็ก (๑๗) นางชิวฮัน แซ่ฉั่ว ร้านถ่ายรูปแสงสี อำเภอวิเศษไชยชาญ จังหวัดอ่างทอง บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๑๘) นางเสงี่ยม เอมระดี บ้านเลขที่ ๓๕/๒ ถนนประชาธิปไตย จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๑๙) นายจิบ แซ่หลิม บ้านเลขที่ ๑๕๔๑ ปากคลองสาน จังหวัดธนบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงตักศิลากรรมแลสส (๒๐) นายชยุ แซ่เฮียว ยี่ห้อไท่เซียง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงตักศิลากรรมแลสส (๒๑) นายโกศัย ชวนชัยสิทธิ์ บ้านเลขที่ ๕๘๖ ยี่ห้อชินเมยชวด ถนนทรงวาด จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๒) นางสมัย แซ่โจ้ว บ้านเลขที่ ๕๘๖ ยี่ห้อชินเมยชวด ถนนทรงวาด จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน

๒๐๐.๐๐ บาท (๒๓) นางแถม มีเคช บ้านคำบลสองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยาฯ (๒๔) ต.ช. ช่งเกี้ยว แซ่เคี้ยว เลขที่ ๑๑๒ พลับพลาชัย จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยาฯ (๒๕) ต.ญ. หมุยเซ็ง แซ่หลิม บ้านสะพานเหลือง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท เพื่อร่วมซ่อมหม้อต้มเครื่องไฟฟ้าให้ตักศิลากรรมเท็ก (๒๖) นายช้วน แซ่โค้ว บ้านบางขุนศรี อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกอายุรศาสตร์ เพื่อสมทบทุนซ่อมตู้เย็นไฟฟ้าให้ตักศิลากรรม (๒๗) นายคำยีนนาน บ้านหมู่ที่ ๑ เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี บริจาคเงิน ๑๕๐.๐๐ บาท บำรุงตักสิลากรรมเพื่อผู้ชั่งล่าง (๒๘) นางไช้เจ็ก แซ่โย เลขที่ ๕๕ สระปทุม จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๕๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยาและวิทยาโสตประสาท (๒๙) นางพยง แสงอุทัย บ้านเลขที่ ๒๕๓ ตลาดบ้านขมิ้น อำเภอบางกอกน้อย จังหวัดธนบุรี บริจาคเงิน ๑๒๐.๐๐ บาท เนื่องในการทำบุญวันเกิด

(๓๐) น.ส. ศิริวรรณกาญจนคุณหาบ้านหม้อ
อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษ
วิทยาฯ (๓๑) ค.ช. เสี่ย แซ่เคี้ยว เลข
ที่ ๑๐๒ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี บริจา
จาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษ
วิทยาฯ (๓๒) ค.ช. บั๊ ปวโรฬารวิทยา
เลขที่ ๘๗๘ ถนนพระราม ๔ จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
บำรุงแผนกกรมารเวชศาสตร์ (๓๓) ค.ญ.
จิ๋หยังม แซ่ฉือ บ้านหม้อที่ ๑๐ จังหวัด
ราชบุรี บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เพอ
ร่วมซ่อมหม้อต้มเครื่องไฟฟ้าให้ตักศิลากรรม
เด็ก (๓๔) พระภิกษุแป๊ะ กิตติสารโ วัดจัน
ปะขาว จังหวัดธนบุรี บริจาจาคเงิน ๑๐๐.
๐๐ บาท (๓๕) นายปลั่ง บ้านเลขที่
๑๐๒ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงตัก
ศิลากรรมแลลสค (๓๖) นายเอนก หิสะ
วนิช กรมป่าไม้เขตต์ จังหวัดพิษณุโลก
บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงตักศิลา
กรรมหญิง (๓๗) นายเล่างวง แซ่จวง
โรงพยาบาลช่องกง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงตักศิลา
กรรมแลลสค (๓๘) ชุนสิริสุขการ บ้าน

เทเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงตักศิลากรรมแลล
สค (๓๙) พ.ต. อวยชัย สุชะทัต จัง
หวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
บำรุงตักหมหิตลวรานุสรณ์ เพออุททิศส่วน
กุศลให้ พ.ต. หลวงอุปถัมภ์ยุทธการ บิดา
ผู้ล่วงลับไปแล้ว (๔๐) น.ส. วลดี ไง้ว
โสภณ ร้านเสวีวัฒน์ สะพานหัน จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
เพอให้ช้อยาสำหรับผู้ป่วยอนาถา (๔๑)
นายกุนแจก แซ่โค้ว ยี่ห้อโค้วกววงง่วน
แซ่ง อำเภอสามพันขวงศ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๒) ยี่ห้อ
โค้วง่วนแซ่ง อำเภอสามพันขวงศ์ จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๓)
ยี่ห้อกววงเซงเซียง อำเภอสามพันขวงศ์ จัง
หวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
(๔๔) นางเคยม เหมชะญาติ บ้านเลขที่
๒๒๙๙ ท. ตรอกสาระภี จังหวัดธนบุรี
บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๕) ค.ช.
เฉลิมเดช จันที่โร เลขที่ ๔๕๕ สี่พระยา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
บาท บำรุงแผนกกรมารเวชศาสตร์ (๔๖)
นางบุญรอด เนียมแสง เลขที่ ๘๕/๕๐
กระท่อมแบน จังหวัดธนบุรี บริจาจาคเงิน

๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยา ฯ (๕๗) นายเกลา ศรีม่วงพรรณ เลขที่ ๑๓/๑ ถนนเพชรบุรี อำเภอคูสติก จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

บำรุงแผนกจักขุวิทยา ฯ (๕๘) ท.ช. ชักเม็ง แซ่ตั้ง เลขที่ ๑๕๔ บ้านหม้อ อำเภอพระนคร จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

บำรุงแผนกจักขุวิทยา ฯ (๕๙) นายคิม แซ่คู บ้านหมู่ ๕ จังหวัดสุพรรณบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

(๕๐) นางเอ็ง เรืองสวัสดิ์ บ้านอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

(๕๑) นายขุ่น แซ่ฮ้อ บ้านอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

บำรุงตึกคัลยกรรมผลสด (๕๒) นวยอ่อนกาว แซ่หลาย บ้านตำบลบางกระเจ็น อำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

บำรุงตึกคัลยกรรมผลสด (๕๓) นางเล็ก จันทร์เจริญ บ้านเลขที่ ๗ ตำบลหนองแขม อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดธนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

บำรุงแผนกศูติศาสตร์ ฯ (๕๔) นางเอ็ง แซ่จิว บ้านเลขที่ ๒๐๘ ตำบลวังบูรพา อำเภอพระ

นคร จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

บำรุงแผนกศูติศาสตร์ ฯ

พิธีประสาทปริญญา ประจำปีการศึกษา

๒๔๕๓-๕๔ เมื่อวันที่ ๕ เมษายน ๒๔๕๔ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้จัดให้มีพิธีประสาทปริญญาแก่ผู้สำเร็จการ
เรียนในสาขาวิชาต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัย
สถานที่ประกอบพิธีนั้นได้สร้างปราสาท
หน้าตึกรังษีวิทยา พระเจ้าวรวงษ์เธอ
กรมหมื่นพิทยลาภพฤฒิยากร ผู้สำเร็จ
ราชการแทนพระองค์ได้เป็นประธานและ
เสด็จสู่สถานพิธีเมื่อเวลา ๑๕.๐๐ น. หลัง
จากนายกรรมการมหาวิทยาลัยอ่านราย
งานกราบบังคมทูลแสดงกิจการของมหา
วิทยาลัยในรอบช่วยยี่สิบสามมาแล้ว คณะก
ณะต่าง ๆ และหัวหน้าแผนกพยาบาล-
ผดุงครรภ์และอนามัยได้เสนอรายงานนัก
ศึกษาที่สอบสำเร็จ และผู้สำเร็จราชการ
ได้ประทานปริญญาบัตรและอนุปริญญา
บัตรเป็นรายบุคคล ระหว่างนั้นพระสงฆ์
สวดชัยมงคลคาถา เสร็จแล้วบัณฑิตใหม่
และผู้ได้รับอนุปริญญากล่าวคำปฏิญาณ
หลังจากนั้นทรงแจกรางวัลและประทาน
โอวาท เสร็จแล้วทรงถวายเครื่องทักทาน

มเด็จพระสังฆมัต พระสังฆมัตวรายอนุโมทนา
 เสร็จพิธีเมื่อเวลาประมาณ ๑๖.๓๐ น. มี
 การเลี้ยงน้ำชาแก่ประธาน อาจารย์ ผู้รับ
 เชิญ และผู้ได้รับปริญญาและอนุปริญญา
 เหตุการณ์ได้ดำเนินไปด้วยดี เห็นที่น่า
 สงเกตว่ากระโจมที่ค่อรับมีน้อยเกินไป
 ไม่เพียงพอสำหรับผู้มาในงาน ซึ่งเราหวัง
 ว่าเมื่อหอประชุมราชแพทยาลัยได้เสร็จ
 เรียบร้อยแล้ว ในยี่หน้าพิธีประสาท
 ปริญญานคงสะดวกและน่าชื่นชมกว่านี้เป็น
 อันมาก

รายนามผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตร

ก. แพทยศาสตรบัณฑิต

๑. นายแพทย์ตระกูล กิตติสิน อาจารย์
 ในแผนกสรีรวิทยา วิทยาลัยแพทย
 ราชวิทยาลัยของหม่าไต่โย

๒. นายแพทย์จำลอง หะรินสดี อา-
 จารย์ในแผนกอายุรศาสตร์วิทยาลัยแพทย
 ราชวิทยาลัยของหม่าไต่โย

๓. นายแพทย์สาโรจน์ ประภักษ์ขาม
 อาจารย์ในแผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา
 วิทยาลัยแพทย ราชวิทยาลัยของ หม่าไต่โย
 การศึกษาปริญญาการศึกษาศาสตรบัณฑิต
 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

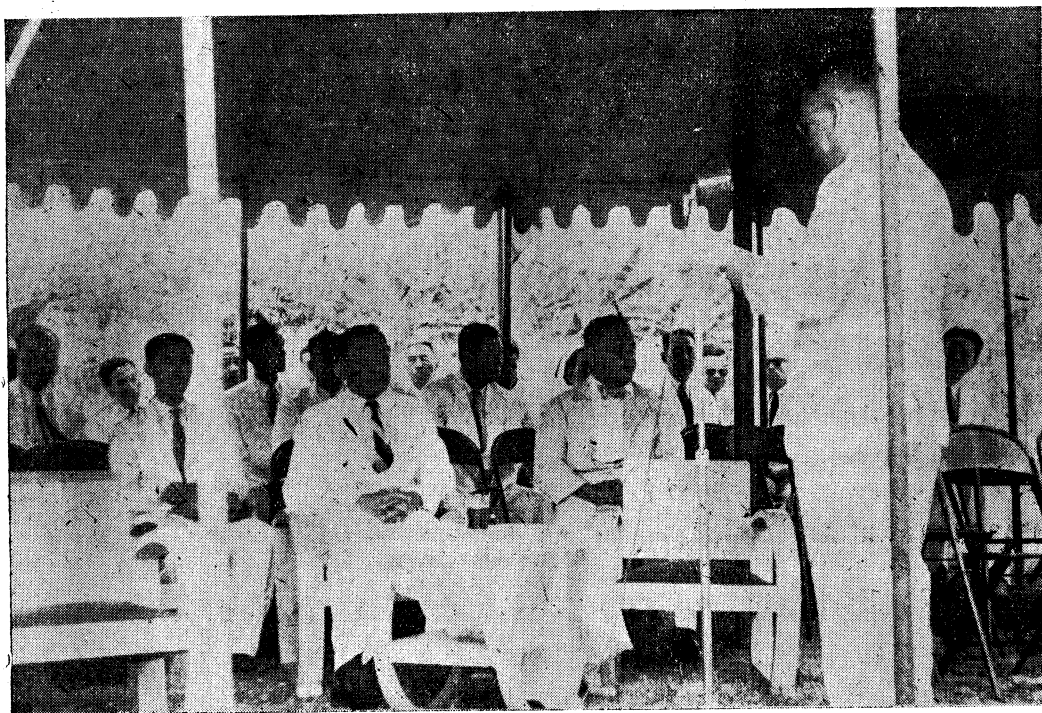
นีสติคศาสตร์ด้วยการทดลอง และการทศ
 สอยโดยให้พี่สาว

ข. แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทย
 ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

๑. นายเกษม คุลวรรธน ๒. นายกมล
 ประจวบเหมาะ ๓. นายกำธร เจริญ ๔.
 นายกำธร คุชโรจน์ ๕. นายเจริญโรจน์
 สิทธิพงศ์ ๖. ม. ร. ว. หลิ่ง จันทรวินัย
 เกษมสันต์ ๗. น. ส. จิระพรรณ สุภัทระ
 เกตุ ๘. น. ส. จุฑาทิพย์ เปรมโยธิน ๙.
 น. ส. ฉวีวรรณ เชี่ยวพิทยาการ ๑๐.
 นายชาญ สถาปนกุล ๑๑. น. ส. ชุมพร
 โยชะพันธ์ ๑๒. นายคอนเฉลิม พรหมมาส
 ๑๓. น. ส. ทวงเทือน คงศักดิ์ ๑๔. น. ส.
 ทวงมณี โชติกเสถียร ๑๕. น. ส. ตรี
 การ ศิวาภรณ์ ๑๖. นายทวี บุญโชติ
 ๑๗. นายเทียนชัย วิรกุล ๑๘. นายนิมิตร
 นางาม ๑๙. นายบุญเริ่ม สิงหนะตร
 ๒๐. น. ส. บรรจง เส้นวงศ์ ฌอยธยา ๒๑.
 นายบรรเลง สุวรรณพงษ์ ๒๒. นาย
 ประจิด โปษะนันทน ๒๓. น. ส. ประเจียด
 ขุนนาค ๒๔. นายประคิมฐ์ กาญจนพันธ์
 ๒๕. นายประคิมฐ์ ศักดิ์ศรี ๒๖. นาย
 ประเสริฐ ปาจารย์ ๒๗. น. ส. พยอม อาชา
 วัตน์ ๒๘. นายพยงค์ เวสสบุตร



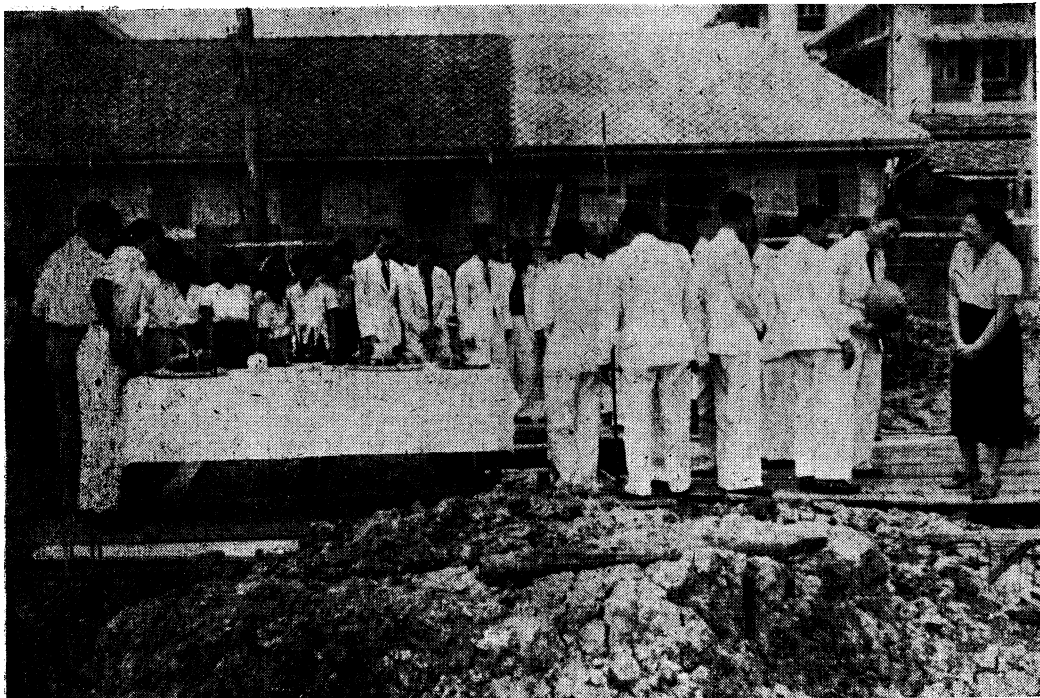
๑. ศิลาฤกษ์



๒. ท่านคุณบดีฯ อ่านรายงาน



๓. ร.ม.ต. ช่วยว่าการ ฯ วางศิลาฤกษ์



๔. ศิษย์เก่าเผื่อดูพิธีวางราก

๒๙. นายพิทักษ์ วัฒนศิริ ๓๐. ม.ร.ว. พิชริ
 ชาญ วัฒนผล ๓๑. นายไพฑูรย์ ปรีวรรค
 ภาษา ๓๒. น.ส. เพิ่มจิตร เฉลิมเกียรติ
 ๓๓. น.ส. พวงน้อย พิทักษ์ไพรวรรณ ๓๔.
 นายภูเก็ท วาจานนท์ ๓๕. นายมานิตย
 พงษ์ไพฑูรย์ ๓๖. น.ส. ยพยง เสงวน
 ชูเวช ๓๗. น.ส. ไวยทองทราย ภูอภิรมย์
 ๓๘. นายรังสรรค์ มหาสันตนะ ๓๙. นาย
 วัคมี หะสิทธิ์เวช ๔๐. น.ส. วิฑูรย์
 พิจาวณจิตร ๔๑. นายวิชาญ สิงห์โกวินท์
 ๔๒. นายวิวัฒน์ กวีพานิช ๔๓. น.ส.
 ศรัลธางค์ ศรัศรัศศาสตร์ ๔๔. นายสมัค
 กสิภูมิสาริกานนท์ ๔๕. นายศวิพร วณิ
 เกียรติ ๔๖. น.ส. สวาท สุนทรภักดิ์
 ๔๗. น.ส. สมนึก สุขกนิษฐ ๔๘. น.ส.
 สมจิตต์ ศรีสุพรรณราช ๔๙. น.ส.
 สมปอง รักษาสุข ๕๐. นายสมมาลี มีทร
 ชารีย์ ๕๑. นายสัมฤทธิ์ จิวอุคม ๕๒.
 นายสุเทพ สิงห์โกวินท์ ๕๓. น.ส. สุนา
 ไกรกาญจน์ ๕๔. นายสุวัตร ศิลป์ศรี
 โภคกุล ๕๕. น.ส. สุวัชร วัชรเสถียร
 ๕๖. นายสุวัฒน์ เตมียาจล ๕๗. น.ส.
 ศรัทธามเดชะ ๕๘. นายสุขสวน มฤคทัต
 ๕๙. น.ส. เสริมศรี สุวณิช ๖๐. น.ส.
 สำรวล พันธุ์พิริยะ ๖๑. น.ส. เสาว-

ลักษณ์ กนิษฐะเสน ๖๒. นายอนุสิฐ
 วัชระศิลป์ ๖๓. นายอารี วัลยะเสวี
 ๖๔. นายอิศรพงศ์ อุดมศิริ ๖๕. น.ส.
 อุดิต ฐานะภูมิ ๖๖. น.ส. อัมภา โพธิวิหค
 ๖๗. นายอำนาจ พรหมนาทร

เกียรตินิยมชั้นสอง น.ส. ดวงมณี
 โชติกเสถียร

รางวัล ๑. น.ส. ดวงมณี โชติกเสถียร
 ได้รับรางวัลเหรียญทองสำหรับผู้ที่คะแนน
 เป็นที่ ๑ ในวิชาแพทยศาสตร์ของมหา
 วิทยาลัย และได้รับรางวัลเหรียญทอง
 สำหรับผู้ที่ได้คะแนนเป็นที่ ๑ ตลอดหลักสูตร
 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช
 พยาบาล

๒. ม.ร.ว. หญิงจันทร์นิวัชร์ เกษม
 สันต์ ได้รับรางวัลเหรียญเงินสำหรับผู้ที่
 คะแนนเป็นที่ ๒ ในวิชาแพทยศาสตร์ของ
 มหาวิทยาลัย

๓. น.ส. ดวงเดือน คงศักดิ์ ได้รับ
 รางวัลเหรียญเงินสำหรับผู้ที่คะแนนเป็นที่
 ๒ ตลอดหลักสูตร และเหรียญทองแดง
 สำหรับผู้ที่ได้คะแนนเป็นเยี่ยมในวิชาสั
 ศาสตร์นรีเวชวิทยา ของคณะแพทย
 ศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้ได้รับอนุปริญญาพยาบาล-ผดุงครรภ์

และอนามัย

๑. น.ส. กรองแก้ว ศิริวรรณ ๒. น.ส. จินตนา จินตาประเสริฐ ๓. น.ส. จีรพรรณ อโศกพล ๔. น.ส. จีราวรรณ โคมจันทร์ ๕. น.ส. เฉลา วัฒนรัตน์ ๖. น.ส. เฉลิมสมัย ห่อทอง ๗. น.ส. ชุบุญญา ธานีรินทร์ปฐมรัฐ ๘. น.ส. ชนจิตต์ รุ่งรุจี ๙. น.ส. ชายัญ ปรักกระมะกุล ๑๐. น.ส. เชาวรัตน์ กาญจนวนิชย์ ๑๑. น.ส. ทักษิมา รัตนกุลสมภ ๑๒. น.ส. นวล ยง สิริสุขการ ๑๓. น.ส. แนนทิพย์ ศรี เขียมอินทร์ ๑๔. น.ส. นาคนคร จากิก รัตน์ ๑๕. น.ส. นฤมล จุลคุลย์ ๑๖. น.ส. นภา ปาลกวงศ์ ณ อยุธยา ๑๗. น.ส. บุญเต็ม* สันทมาศ ๑๘. น.ส. บุษพา เพิ่ม พงษ์ศรี ๑๙. น.ส. บุญสม ศุภการโกศล ๒๐. น.ส. ปราณี โรจนะวิจิตร ๒๑. น.ส. ปฤคนี มาลากุล ๒๒. น.ส. ประทุม อภิ- ลิงห์ ๒๓. น.ส. ปราณี เพ็ชรกุล ๒๔. น.ส. ปรีญา ริมคุดสิต ๒๕. น.ส. เปรมปรีติ สุนทรพิพิธ ๒๖. น.ส. ประสงค์ จันทร์กนก ๒๗. น.ส. ประสม บุราณเศรษฐี ๒๘. น.ส. ปราโมทย์ โกมลเปดิน ๒๙. น.ส. ประณม มิตรกุล ๓๐. พิศวาท วงศ์เสวี

๓๑. น.ส. พาณี สิริสุขการ ๓๒. น.ส. มาลินี ชลานุเคราะห์ ๓๓. น.ส. มาลี ศิริวงศ์ ณ อยุธยา ๓๔. น.ส. เยาวนิตย์ อินทรจันทร์ ๓๕. น.ส. วัฒนา เหววารพ ๓๖. น.ส. วิฑารย์ วรวิเศษ ๓๗. น.ส. วาจา อัมไพพัสตร์ ๓๘. น.ส. ศิริวรรณ ทิพย์ศิริโยธา ๓๙. น.ส. ศรีสอาด สุกติ วาคนฤพุม ๔๐. น.ส. สมศรี บุญชะลิกษ์ ๔๑. น.ส. สมทรง น้อยทิพย์ ๔๒. น.ส. สุกวิ อารงราชนิตี ๔๓. น.ส. สุกา มี นะประกฤษฐ์ ๔๔. น.ส. สุกา วงศ์วิเศษ ๔๕. น.ส. สุการี เวณโกเศศ ๔๖. น.ส. สุวรรณ ชวักไขว้พวก ๔๗. น.ส. สุกปลั่ง ปิ่นตะสุท ๔๘. น.ส. สุกติ ลิกษณ์ แส่นรัักษ์ ๔๙. น.ส. สอดศรี ปิ่นทะระวิจิ ๕๐. น.ส. ลำอังก์ ทินตะศิริ ๕๑. น.ส. สันน เกตุรัตน์ ๕๒. น.ส. สายชนวน พิพิชสุขการ ๕๓. น.ส. ทรรษา จิตต์รักมัน ๕๔. น.ส. อรุณ ไยมงคล ๕๕. น.ส. อรุณ ช่อเจริญ ๕๖. น.ส. อนงค์ เจริญพานิช ๕๗. น.ส. อำนวย พัฒนศิริ ๕๘. น.ส. อรพินท์ สัตยวณิช ๕๙. น.ส. อรุโรวรรณ ดาวรรภา ๖๐. น.ส. อุษา เจริญพงษ์ ๖๑. น.ส. อุบล คุลาวัักษ์

รางวัล ๑. นางสาวปราณี โรจน

วินิจฉัย เข็มรางวัลสำหรับผู้ไต่คะแนนเป็นที่

๑. ตลอดหลักสูตร

๒. นางสาวทรรษา จิตต์รักมัน เข็มรางวัลสำหรับผู้ไต่คะแนนเป็นที่ ๒ ตลอดหลักสูตร

ผู้ได้รับปริญญาสาขารณศาสตร์

มหาดบัณฑิต

- ๑. นายแพทย์จำรัส นิลประคัย
- ๒. นายแพทย์เล็ก ธนะสิริ
- ๓. นายแพทย์ ชลอินทร สุวรรณ
- ๔. เรืออากาศโทสมเทพย์สุวรรณ
- ๕. พันโท บำเพ็ญ บุณยพุกณะ
- ๖. นายแพทย์ยรรยง เล้าหะจินดา
- ๗. เรือเอก สกล ชลออบู ร.น.
- ๘. นายแพทย์สมพงษ์ บุรุษรัตนพนธ์
- ๙. นายแพทย์ สุวรรณ วงศาโรจน์
- ๑๐. นายแพทย์สุนทร ศิริหงส์

ผู้ได้รับ ปริญญา แพทยศาสตร์ บัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

- ๑. นายโกศล เลขวัต
- ๒. นายจรูญ เจริญพิทักษ์
- ๓. นายเฉลิมขวัญ เสวระ
- ๔. นายทิพย์ ปิยะรัฐ
- ๕. นายบัณฑิต รอดวิวัฒนกุล
- ๖. นายบุญช่วย อนันตรัตน์

- ๗. น.ส. บุญทิว อุณหเวทย์วาณิช
- ๘. นายปชา สิริวรสาร
- ๙. นายปทิว สุขวัจน์
- ๑๐. นายประกาศน์ เขาวนปรีชา
- ๑๑. น.ส. ประจบ มีสุข
- ๑๒. นายประภาส วิศิษฎ์เสรี
- ๑๓. นายประสาท ประภาสโนบล
- ๑๔. น.ส. ผง ลิ้มขีชาติ
- ๑๕. นายพัฒนา ตระกูลศิษฐ์
- ๑๖. น.ส. ไพพรรณ คำนวมกิจ
- ๑๗. น.ส. พิไล พิชัยชาญณรงค์
- ๑๘. นายพิสิษฐ์ วัฒนสุข
- ๑๙. น.ส. ไยวลักษณ์ อรรถจินดา
- ๒๐. นายยาใจ ณ สงขลา
- ๒๑. น.ส. วรนุช สุรนันท์
- ๒๒. นายศิริ ประหยัดทรัพย์
- ๒๓. นายสกล มิ่งจวัล
- ๒๔. นาย อารมย์ บุญช่อ
- ๒๕. นายอาวุธ สิริภรรณะ
- ๒๖. นายอินทร ทราชน้อย

ผู้ได้รับปริญญาทันตแพทยศาสตร์

- บัณฑิต** ๑. นายกมล ชลารักษ์
- ๒. นายสมมตย์ ขวลิต
- ๓. นายอรุณ บุญแก้ว
- ๔. น.ส. ทวีศรี สุนะวณิช
- ๕. น.ส. อุไรวัฒน์ สุนะวณิช
- ๖. น.ส. ประสมศรี วรชานานุสาร
- ๗. น.ส. อรุณี ราชากร
- ๘. น.ส. บุญสม เล้าทกาญจน์
- ๙. น.ส. นันทิกา ชุติมา

ผู้ได้รับปริญญาศาสตรบัณฑิต

๑. นายประสาท โชติสุต ๒. นาย ประยว คึกคักศรี ๓. นายพะโยม เจตะ สานนท์ ๔. นายสมัคร ชาณพิทยกิจ ๕. นายสังวาล จินดาเวช ๖. นายอุดม ทีปะ ปลาย

ผู้ได้รับปริญญาเกษตรศาสตรบัณฑิต

๑. นายจำนงค์ เตียวทอง ๒. น.ส. เจริญ พุกกะมาน ๓. น.ส. เจือจันทร์ พรหมะวีระ ๔. น.ส. เฉลลา จินดาวณิช ๕. น.ส. โฉม เฉลิก ประถมบุรณ ๖. น.ส. ชุมพิก สุวรรณ รัฐ ๗. นายดำรง พรพรรณรัตน์ ๘. น.ส. ถาวร ชาณพินิจ ๙. น.ส. ทองเจือ กลีบ เมฆ ๑๐. น.ส. ทัดนี้ สรสุชาติ ๑๑. น.ส. นงลักษณ์ นาควิเชนต ๑๒. นาย นรภักษ์ อิศรเสนา ณ อยุธยา ๑๓. น.ส. บุญลาภ ภิตินัน ๑๔. นายบุญยนิสร โอทกานนท์ ๑๕. น.ส. เบ็ญจะ พิสุทธิธนา รัภย์ ๑๖. น.ส. ประคัย รามบุตร ๑๗. นายประโชติ เปล่งวิทยา ๑๘. น.ส. ผกา นวราช ๑๙. น.ส. ผกา พงศ์พิพัฒน์ ๒๐. น.ส. ผ่อง พักตร์ มนต์วิวัฒน์ ๒๑. น.ส. พัทธรา วัฒนเกียรติ ๒๒. น.ส. พัทธนา ภิภัสราทร ๒๓. น.ส. พันธุ์นฤมิตร อิน

ทะเคทะ ๒๔. น.ส. เพียงพอ สัมบุรณ ๒๕. น.ส. ภิรมย์ ภูมิศักดิ์ ๒๖. น.ส. มาดี กาญจนารมย์ ๒๗. น.ส. มุกดา วงศ์คาลาท ขวัญ ๒๘. น.ส. รัตนา จิระพันธ์ ๒๙. น.ส. เรณ มัชฌิมจันทร์ ๓๐. น.ส. ดมุล อิงคทานุวัธน์ ๓๑. น.ส. วิภา อิศรานต์ ๓๒. น.ส. สมนึก โกมลคัท ๓๓. น.ส. สลวย พลากร ๓๔. น.ส. สว่างศรี คทวณิช ๓๕. น.ส. สายสุทใจ คชเสนี ๓๖. นายสำเริง อุทัยวรรณ ๓๗. น.ส. สวลักษณ์ คทวณิช ๓๘. น.ส. เต็มอ อักษรสารกิจ ๓๙. น.ส. เสาวพรรณ อิศรางกร ณ อยุธยา ๔๐. น.ส. เสาว ลักษณ์ เวชชาชีวะ ๔๑. ม.ร.ว. หญิง แสงอาภรณ์ วรภูมิ ๔๒. น.ส. อนงค์ อินทรสุขศรี ๔๓. น.ส. อรุณชเลาหวีโรจน์ ๔๔. น.ส. อำนวยยังน้อย ๔๕. น.ส. อัม ศรี เกิดทรัพย์ศรี ๔๖. น.ส. อุทัย เข็บริบูรณ์ ๔๗. น.ส. อุบล ศรีชะญา ๔๘. น.ส. อุบล สมนนธิษย์

รายนามหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านและ แพทย์ประจำบ้านปี ๒๕๕๔-๕๕

หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน อายุร ศาสตร์ น.พ. มงคล เควอตราฐ, น.พ.

บุศกา ตฤณานนท์, น.พ. มุกดา โภกา
สถิตย์

ศิลาศาสตร์ น.พ. สรวุฒิ วีระบุตร,
น.พ. ศุภวัฒน์.

ศุภศาสตร์ แพทย์หญิงอนันต์ บุญ
มงคล, น.พ. พันธุ์ อุทโยภาศ, แพทย์
หญิงแฉล้ม วรรณานสาร.

รังษวิทยา น.พ. ฤษฏี ประภาสวัฑ.

จักขวิทยา แพทย์หญิงฉวี สิมปพยอม.

กุมารเวชศาสตร์ น.พ. ทิเรก พงศ์พิ
พัฒน์, แพทย์หญิงเพ็ญศรี กาญจนยงจิติ.

แพทย์ประจำบ้าน อายุรศาสตร์ น.พ.

อำนาจ พรหมนารอด, น.พ.ญ. ดวงฉวี
โชติกเสถียร, น.พ. บรรเลง สุวรรณพงษ์,
น.พ. ชาญ สถาปนกุล, น.พ. สุขสวน มฤค
ทัต, น.พ. ม.ร.ว. พัชรวิลาศ ชุมพล,
น.พ. ศรีลำอังก์ ศิริศรศาสตร์.

ศัลยศาสตร์ น.พ. คอนเฉลิม พรหม
มาลี, น.พ. อิศรพงศ์ อุดมศิริ, น.พ. ประ
ดิษฐ์ ศักดิ์ศรี, นายเกษม คุลวรรณะ,
น.พ. ทวี บุญโชติ, น.พ. กำธร สุขโรจน์,
น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ, น.พ.ญ. จีร
พรรณ สุกันทะเกตุ, น.พ.ญ. อัมภา โพธิ
วิหก, น.พ.ญ. ขรรยง เสน็งวงค์ ฌ อุษยา,
น.พ. สมหมาย ทองประเสริฐ.

ศุภศาสตร์ น.พ. สมัค กสิภูมิสาร
กานนท์, น.พ. นิมิตร นางาม, น.พ.ญ.
ดวงเดือน คงศักดิ์, น.พ.ญ. เสริมศรี
สุวณิช, น.พ.ญ. ชุมพร โยชะพันธ์.

จักขวิทยา น.พ.ญ. ประเจียช อนุภาค
น.พ.ญ. ตรีการ ศิวาภรณ์, น.พ. สมฤทธิ
จิวิอุคม.

กุมารเวชศาสตร์ น.พ.ญ. ม.ร.ว. จันทร์
นิวัติ เกษมสันต์, น.พ.ญ. พวงน้อย
พิทักษ์ ไพรวัน, น.พ.ญ. พยอม อาสารัตน์,
น.พ. อารี วัลยะเสวี, น.พ. พิทักษ์ วัฒนศิริ.

(ในฉบับหน้าเราจะได้ลงพิมพ์รายนาม
ผู้สอบได้ชั้นบท ๑, ๒ และ ๓)

อุปสมบท นายเฉลิมชาติ รัตนเทพ นัก
ศึกษาแพทย์บท ๑ ได้อุปสมบท ณ วัด
แก้วฟ้าล่าง สัพระยา เมื่อวันที่ ๑๘
มีนาคม ๒๕๕๕

มงคลสมรส ๑. นางสาวนิยมลักษ์ณ
เกษะโกมล ป. พยาบาลฯ กับร.ท. ม.ร.ว.
พรชคนัย สุขสวัสดิ์ เมื่อวันที่ ๑ มีนาคม
๒๕๕๕

๒. นางสาวอนงค์ เพ็ชรเสนา ป.
พยาบาลฯ กับนายขวัญชัย สุนทรมณ
เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๕

๓. นายแพทย์วชิร วิจารณ์ พ.ย.
กับ นางสาวอุ่มศรี ฌนกร เมื่อวันที่
๒๔ มีนาคม ๒๔๕๔

เราขออำนวยความสะดวก
แก่ความสุขความเจริญชั่วกาลนาน.

ไปต่างประเทศ ๑. พ.ท. สุพน ขวัญ
มิตร พ.ย. ไปศึกษาต่อในวิชาจิตวิทยา
ณ ประเทศอังกฤษ เมื่อวันที่ ๑ มีนาคม
๒๔๕๔

๒. น.พ. สมาน วนะภักดิ์ พ.ย. ไป
งานเกี่ยวกับ มัยโคโลยี ณ สหรัฐอเมริกา
เมื่อวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๔๕๔

เราขอแสดงความยินดีกับท่านทั้งสอง
เป็นอย่างมาก ขอให้ท่านจงประสบผล
สำเร็จทุกประการ.

มรณกรรม ๑. ขุนประนุคนรราชสีมา (เทพ
ชัยสงค์) สำเร็จจากศิริราชเมื่อปี ๒๔๕๗
(วันที่ ๒๐) และได้เข้ารับราชการในกรม
สาธารณสุข เคยเป็นสาธารณสุขประจำ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเมื่อออกจากราชการ
แล้วก็ได้อยู่ประจำที่จังหวัดนนทบุรีมา
ในระยะหลัง ๆ นี้ช่วยกระเสาะกระแสะ
ด้วยโรคระบมทางเดินของปัสสาวะ ได้ทำ

การผ่าตัดไตออกเมื่อปีที่แล้ว จากนั้น
เริ่มไม่สบายด้วยอาการทางประสาท จน
กระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ได้ล้มป่วย
ลงอีกและมารับการรักษาที่ศิริราชใน
กระทั่งถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ ๓ มีนาคม
๒๔๕๔ ด้วยโรคไตอักเสบและเลือดออกใน
สมอง รวมอายุ ๖๗ ปี.

๒. แพทย์หญิงสมจิตต์ พัฒนภักดิ์
สำเร็จจากศิริราชเมื่อปี ๒๔๕๐ (วันที่
๕๒) ภายหลังสำเร็จแล้วได้รับเลือกเป็น
แพทย์ประจำบ้านในแผนกจิตวิทยา อยู่
๑ ปี แล้วจากนั้นก็ออกไปประจำกระทรวง
สาธารณสุข และหลังที่สุดก็ได้เข้ารับ
ราชการในกรมสาธารณสุข สังกัดตรวจ
โรคปอด ได้เริ่มช่วยเมื่อวันที่ ๒๓
กุมภาพันธ์ ๒๔๕๔ และมารับการรักษา
ในโรงพยาบาลศิริราช แต่เป็นที่น่าเสียด
ใจอย่างยิ่งคุณหมอบริการรักษาอยู่เพียง
๑๐ กว่าวันถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ ๔
มีนาคม ๒๔๕๔ ด้วยโรค แอควีท์ เอ
ลิวคีมิกลิวคีมีย รวมอายุ ๒๗ ปี.

๓. นางสาวประสงค์ ทรงอินศักดิ์
สำเร็จพยาบาลจากศิริราชเมื่อปี ๒๔๕๓
แล้วได้เข้ารับราชการที่โรงพยาบาลชาติ
สงเคราะห์ อยู่ ๑ ปี ได้ย้ายมารับราชการ

ในโรงพยาบาลทหารอากาศอยู่ ๔ ปี สุขภาพเริ่มเสื่อมโทรม แพทย์ตรวจพบว่า เป็นโรคหัวใจ จึงได้ลาออกจากราชการ และรักษาตัวอยู่กับบ้านเรื่อยมา ในที่สุดได้มาช่วยอยู่ที่ศิริราช และได้ถึงแก่กรรมด้วยโรคหัวใจหมกกำลัง เมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๔๕๔ รวมอายุ ๓๒ ปี.

๔. นักศึกษาแพทย์ขำรุง ชันตระกลุสำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมบริบูรณ์ที่โรงเรียนสวนสุนันทาวิทยาลัย แล้วได้เข้าศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ต่อมา ได้ข้าม

ฟากมาอยู่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลนเมอปี พ.ศ. ๒๔๘๗ และยังคงศึกษาอยู่เรื่อยมา ปัจจุบันเขื่อนักศึกษาชั้นปีที่ ๓ ได้ช่วยเป็นใส่ต้นอกเสยเวอรังและรับการรักษาในโรงพยาบาลนเมอรันท ๑๕ มีนาคม ๒๔๕๔ และได้ถึงแก่กรรมด้วยพาราเลียติกโไอเลียล เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๔๕๔ รวมอายุ ๒๕ ปี.

สารศิริราชขอแสดงความเสียใจในข่าวมรณกรรม ของศิษย์ศิริราชทงส่ท่าน ทั่ว้อย่างมาก.

๑. ทำบุญด้วยมุ่งให้สำเร็จประโยชน์แก่คนทั้งหลาย เป็นคติของอารยชน; ทำบุญด้วยมุ่งเพื่อตนเองเขาบุญเสียเองเท่านั้น เป็นคติของอนารยชน.
๑. ความเป็นอยู่อย่างอารยธรรม คือ ตนเพื่อโลก; ความเป็นอยู่อย่างอนารยธรรม คือ โลกเพื่อตน.

ครูเทพ

หน้าดำหรบันิลลิต

การแสดงความเคารพ

การแสดงความเคารพ จะโดยวิธีใดก็ตาม มีชั้นต่าง ๆ กัน ผู้ที่มีไต่สันใจสังเกตตัวอย่างที่คณาปฏิบัติผล ทำให้เห็นเป็นการกระต้าง หรือเป็น ผู้มีการศึกษาสูงสมควรเอาใจใส่กระทำให้ถูกต้อง เพราะมรรยาทเป็นอาภรณ์ที่สำคัญประการหนึ่งสำหรับการไหว้ ซึ่งเป็นวิธีดั้งเดิมของเรา เช่นสังฆคณาจะยกให้แก่การถวายบังคม ซึ่งมีวิธีละเอียด ต้องผูกคอตเป็นพิเศษ กล่าวโดยย่อผู้ถวายบังคมคุกเข่าเท้าจรดพื้น (ไม่ใช่เหยียดเท้า) ประนมมือเสมอก่อน ไน้มกายลงไปทางหน้าพอดสมควร แล้วแหงนหน้าขึ้นให้ออกแอ่นเล็กน้อยพร้อมยกมือชนจรดปลายนิ้วเหนือหน้าผาก แล้วจึงมลงกราบตพน ในการกราบพระกนิยมนังกุคเข้า ในแบบที่ถุกนนั้นนอกจากวางมือแบลงบนพนแล้ว ยังต้องให้หน้าผาก และข้อศอกทั้งสองแตะพนพร้อมกบเข้าด้วยในเวลาลดราว (เบญจางคประคิษฐ์) การกราบ

คฤหัสถ์ไม่ต้องแบมือออกจากกัน นอกจากกราบศพ การกราบมักใช้แต่ในบ้าน นอกจากต่อผู้เคารพนับถืออย่างสูงสุด เช่นพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว หรือพระภิกษุที่เป็นอุปัชฌาจารย์ อาจใช้ผ้าปู (หรือไม่ปู) และลงกราบแทบพินทุกันก็ได้ ภายนอกเคสสถานโดยทั่ว ๆ ไป มักใช้การไหว้ ซึ่งมีหลายชั้น แตกต่างกันตามระดับที่ยกมือชนสัง และการไน้มตัว ซึ่งสูงสุดคือลงนั่งและยกมือชนวางกลางกระหม่อม (ไหว้ท่วมหัว) สมัยนี้ไม่ค่อยเห็นที่เห็นอย่างสูงคือก้มตัวลงประมาณ "ระดับกระดูกที่สาม" พร้อมกับยกมือจรดหน้าผาก หากยกมือแค่หน้าผากแต่ก้มตัวเล็กน้อยเป็นการแสดงความเคารพชั้นสูงปานกลาง ยกมือแค่หน้าผากและยืนตรงใช้สำหรับผู้ที่สูงกว่าเล็กน้อย ยืนตรงและยกมือเพียงปากหรือคาง ใช้สำหรับผู้เสมอ ๆ กัน การยกมือประนมเพียงหน้า

อกใช้สำหรับผู้ใหญ่ไว้ให้น้อย ซึ่งขาง
 ทักษะมาเพียงแค่นี้เท่านั้น
 วิชเบคหมวกเป็นวิสัยใหม่ซึ่งเรา
 รัยมาจากต่างประเทศ ผู้ใหญ่ของท่าน
 อารไม่นิยมก็ได้ และถ้ามองจากจิตใจ
 ของคนไทยโดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ก็มักถือ
 ว่าเป็น การแสดงความนอบน้อม น้อยกว่า
 ใหญ่ และมักใช้แต่ในที่เป็นการ การ
 เบคหมวก ก็มีหลายชั้น เช่นเดียวกับ การ
 ใหญ่ นัยตั้งแต่เบคหมวกออก ห้อยแขน
 ไขว้ข้างตัว แล้วโค้งคำนับด้วยเป็นการ
 แสดงความเคารพอย่างสูงยิ่ง ใช้สำหรับ
 พระเจ้าแผ่นดิน เจ้านาย หรือข้าราชการ
 ชั้นสูง ๆ ซึ่งเป็นที่เคารพมาก ๆ (ความ
 แตกต่างอยู่ที่การโค้งคำนับเพียงใด) อย่าง
 ชั้นต่ำที่สุดคือการ “ขยับหมวก” หรือ
 แยกหมวกขึ้นจากศีรษะเล็กน้อย เป็น
 การคำนับอย่างไม่ค่อยสนใจ หรือใช้
 สำหรับการเคารพของผู้ที่อาวุโสน้อยกว่า
 กลาง ๆ ระหว่างสองชนทกลาวแล้วนั้นก็ยังมี
 อีกหลายชั้น และเหลือมลักษณะตาม
 อาการที่เบคหมวกขึ้นมากเพียงใดและลด
 หมวกลงต่ำเพียงใด เช่นสำหรับคนเสมอ
 กันมักยกหมวกพอพ้นศีรษะแล้วก็สรวลมลง
 ไปใหม่ ถ้ายกหมวกพ้นศีรษะแล้วลดลง

เล็กน้อย สักแค่วะกัของหน้าแล้วกลับ
 สรวม ถือว่าเป็นการแสดงความเคารพ
 ปานกลาง สำหรับการแสดงความเคารพ
 ต่อสุภาพสตรี จะเป็นผู้สูงกว่า หรือผู้
 เสมอกันก็ มักนิยมก้มศีรษะเล็กน้อย
 ด้วย ถือว่าเป็นการยกย่องและเป็นกิริยา
 งาม

การก้มศีรษะ คำนับ เป็น การ เคารพ
 ตามแบบราชการ ใช้กับผู้บังคับบัญชา
 หรือผู้ที่อยู่ในตำแหน่งสูงกว่า วิธีนี้ใ้รับ
 การเผยแพร่ระหว่างสงครามที่แล้ว ชน
 ต่ำที่สุดของการคำนับคือผงกศีรษะ (หรือ
 พะยักหน้า) เป็นอาการของผู้ใหญ่รับ
 เคารพผู้น้อย สูงขึ้นไปคือก้มศีรษะอย่าง
 เคี้ยว (ตัวตรงหรือเกือบตรง) ก้มศีรษะ
 และโน้มตัวเล็กน้อย ก้มศีรษะและโน้ม
 ตัวมากเป็นลำดับ ในการถวายคำนับต้อง
 โค้งตัวลง ทำจนศีรษะเกือบถึงระดับสะเอว
 ซึ่งนับว่า เป็น การแสดงความเคารพอย่าง
 สูงสุดโดยวิธีคำนับ

สมัยนี้ มีผู้หญิงใช้วิธี คำนับ มากขึ้น
 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวงราชการ ข้อที่
 พึงสังเกตคือการคำนับของหญิงไม่เหมือน
 ของชาย ในการทักทายคนเสมอกันมัก
 ใช้เพียงผงกศีรษะ ถ้าคนสูงกว่าก็ก้ม

ศีรษะเล็กน้อย หรืออศวก่อนหน้า
อกเล็กน้อย ไม่ใช่การโค้งตัวอย่างผู้
ชาย ถ้าจะแสดงความเคารพสูงมาก ก็
ใช้วิธีย่อตัว (ซึ่งเรียกกันว่า "ถอนสาย
บัว") คือชักขาซ้ายไปข้างหลังแล้วย่อ
เข้าขวาลงพร้อมกับลดตัวลงเล็กน้อยพอ
งาม (ไม่ใช่โค้งหลัง) ตัวต้องย่อต่ำลง
ไปตรง ๆ ไม่ใช่ชะงอกไปข้างหน้า ถ้า
เคารพมากก็ย่อเข้าลงต่ำมากขึ้น

ในสายตาของคนไทยโดยทั่วไป ยัง
นิยมการไหว้ว่าเป็นการแสดงความนอบ
น้อมมากกว่าอย่างอื่น และเป็นการแสดงความ
เคารพนับถือเป็นส่วนตัวด้วย ไม่ใช่

แสดงเพราะระเบียบบังคับ การจะใช้วิธี
เคารพอย่างใดต้องอาศัยการตัดสินใจให้ถก
กาะแต่ละครั้ง เช่นถ้าใครจะใช้วิธีคู้
นัยก็ยึดตามารคาหรือพยานำอา คงดก
หาว่าเป็นฝรั่งต่างชาติ เช่นเคยมีคนผู้
หญิงที่แสดงเคารพโดยคำนับก็มักจะถูก
ทักว่าเป็นคนนำสมัย การกราบไหว้เป็น
ธรรมเนียมของไทยมาตั้งแต่โบราณ เป็น
วิธีที่ใช้ในพุทธศาสนา และเป็นวิธีที่อ่อน
ช้อยงดงาม* เหมาะสมกับนิสัยสัสสภาพ
ของไทยเรา จึงควรสงวนไว้ และใช้
ทุกโอกาสที่สมควร

ผ. ข. อ.

๑ ถ้านิ่งไ้ใจคิดมักเข้า
แม่ไม่กล่าวพ้อไม่ว่าก็อย่าเหลิง
เมื่อแมวลายไม่อยู่หนุนระเริง
เล่นเด็กเทิงกลางทุ่งมุ่งอะไร.

๑ คนหัวล้านมันใสอยากไ้หัว
นิ้วไม่มีไ้แหวนแผนไคน
คนคาบออกไ้แวนแหงนคไย
มีเพ็ชรไทยเรือนทองค้องรองรับ.

สอนจิตต์

บทกทหายลุ่มด

๑ ถ้าจะเรียกว่าสารศิริราชฉบับนี้เป็นเล่มของ “คนหนุ่มสาว” ก็เห็นจะได้เพราะผู้เขียนเรื่องทั้งสามเป็น อาจารย์ผู้ค่อนข้างจะใหม่ทั้งนั้น ที่ค่อนข้างจะเก่าสักหน่อยก็มีคุณหมอเสนอ อินทรสุขศรี ซึ่งเขียนบทความพิเศษที่ค้างลงพิมพ์จากฉบับที่แล้ว ในกระบวนอาจารย์หนุ่มของศิริราชคุณหมอมัน ออกจะ คึกคักมากใน ด้านงาน หนังสือ นอกจากเป็นผู้ย่อเอกสารประจำของสารศิริราช และมีเรื่องเขียนเองให้เราบ่อย ๆ ยังเป็นผู้ช่วยบรรณาธิการที่แข็งขันมากของจดหมายเหตฯของแพทยสมาคม และเป็นนักเขียนประจำของหนังสือ “ข่าวการแพทย์” อีกด้วย “เรื่องความเจ็บปวด” ของคุณ หมอ มันจะให้ประโยชน์แก่ผู้อ่านมากน้อยเพียงใดก็ตาม แต่ต้องถือว่าเป็นแนวดีประการหนึ่งที่แสดงว่า ในสมัยนี้ ศัลย แพทย์ ของเรามีได้สนใจ แต่เพียงเรื่องมีด ๆ พร้า ๆ และผ่า ๆ คัด ๆ เท่านั้น แต่ยังสนใจ ถึงเรื่อง หยกยาและวิชาการอื่น ๆ อีกด้วย เป็นการหันตามสมัย ซึ่งในขณะนี้ ศัลยแพทย์ของต่างประเทศเขา

กำลังทยอยใจเป็นสรีรวิทยา ชีวเคมี อเล็กทรอนิกส์ ฯลฯ กันทั้งนั้น

๑ คุณหมอสักสาคกร จงเจริญสุข ประเทิมความสัมพันธ์ของท่านกับสารศิริราชด้วยเรื่องทำอะไรไม่บ่อยนัก แต่ถ้ามีแล้วอาจเป็นเรื่องเป็นตายได้ เราต้องขอใจท่านที่ได้พยายาม “วิเคราะห์” ราชการคนไข้ของท่านเองอย่างละเอียด และยังคงค้นเอกสารต่างประเทศหาความรู้มาเพิ่มให้แก่พวกเรากับช่วย เราหวังว่าคงจะได้รับการติดต่อจากท่านต่อไปอีกบ่อย ๆ ถ้าหากท่านจะไม่ “ขี้ลืม” สารศิริราชเสีย

๑ ด้วยสารศิริราชฉบับเราค่อยหายใจโล่งขึ้นหน่อย โดยที่มีเรื่องของแผนกพยาธิวิทยา ลงพิมพ์ด้วย ถึงแม้ว่าจะเขียนโดยอาจารย์หนุ่มที่สุดในแผนกนั้นก็ตามที่ เราถือถือมานานแล้วที่เรื่องในทางปรัศลินิคของเรามีแต่กายวิภาคและสรีรวิทยาย่อย ๆ ความจริงนั้นเรารู้ว่าอาจารย์พยาธิฯต้องจมถึงปากไม่เพียงแต่ด้วยการสอนนักเรียนซึ่งมากจนหลายเท่า แต่ยังด้วยงานตรวจอะไรต่ออะไรให้แก่โรงพยาบาล ซึ่ง

เพิ่มขึ้นยิ่งกว่าหลายเท่าเสียอีก ประกอบ
 กับวิชาของแผนกพยาธิฯ มักจะเป็น “ปาก
 สุกท้าย” เกยวกับเรื่องโรคภัย ซึ่งคุณเฝิน ๆ
 อาจจะเหมือนง่าย เพราะว่า “พูดอะไรไม่
 มีผิด” แต่ความจริงนั้นมันยากไม่น้อย
 เพราะมนุษย์เราย่อมผิดได้ และการตัก
 สิ้นเป็นเรื่องของมนุษย์ จะพูดอะไรย่อม
 ต้องตักสิ้น ถ้าผู้ที่อยู่ในฐานะ “ปากสุก
 ท้าย” พูดผิด คงเป็นเรื่องไม่เล็ก คุณหมอ
 วิทย์ มั่นเกษมสุข ท่านลเราด้วยเรื่องของ
 หิน ซึ่งอาจเกิดแก่ใครก็ได้ จึงเป็นเรื่อง
 ที่น่ารู้อย่างแท้จริง ผู้อ่านควรสังเกตความ
 เสียหายของผู้เขียน ที่ในคนใช้รายทีหนึ่ง
 ไม่ได้วิเคราะห์ปริมาณแคลเซียมในเลือด
 ไว้ด้วย ซึ่งอาจช่วยให้ความรู้ได้อีกมาก
 ที่เดียว นี่เป็นตัวอย่างความขาด ซึ่งมัก
 พบบ่อยในเมื่อใครคนหนึ่งต้องการจะรวบรวม
 รายงานงานคนใช้ ลงตีพิมพ์ หวังว่าต่อไป
 เมื่อเรามีการตีพิมพ์รายงานคนใช้เป็นกิจ
 วัตร ความขาดเช่นนี้คงค่อย ๆ หดหายไป
 เพราะยอมไม่มีใครล่วงหน้าว่าใช้รายไหน
 จะกลายเป็นรายที่น่าสนใจขึ้นมา ดังนั้น
 ทุก ๆ รายก็ควรได้รับการตรวจตราให้ถ้วน

ถกประการ มิฉะนั้นจะต้องนั่งเสียกาย
 กันเรื่อย ๆ

๑ แผนกข่าว ของ ฌบขบ นขค ยาวมาก
 เกือบสองยก เพราะเราต้องลงข่าวการ
 ประสาทปริญญา และข่าวมรดกกรรมซึ่ง
 ซึ่งค้างมาจากฉบับที่แล้ว สังเกตว่าใน
 ปลายเดือน มีนาคม เราจะต้องเสียศิษย์
 ศิริราชไปอีกผู้หนึ่ง โดยเหตุการณ์ที่น่าสัง-
 สสาร เป็นอันว่าในเดือนนี้เราเสียศิษย์ไป
 สักคน ออกจะมากเป็นพิเศษทีเดียว ภาพ
 ถ่ายแสดงพิธีวางศิลาฤกษ์หอประชุมราช
 แพทยาลัย เราได้นำลงพิมพ์ตามที่ได้
 สัญญาไว้ และขอขอบคุณช่างภาพกิติมี
 ตักคของเราเป็นอย่างยิ่ง ภาพศิลาฤกษ์
 เป็นฝีมือคุณหมอบุระสงค์ ฑูจินดา อีก
 สามภาพเป็นฝีมือคุณหมอบุระสงค์ เมตตियวงษ์

๒ โดยที่ข่าวยคยาวมาก เราจึงจำ
 เป็นต้องลงปิดฉณะเรื่องสั้น ๆ เรื่องเดียว
 ซึ่งได้รับความเอื้อเฟื้อจากคุณหมอบุระสงค์ แสง
 วิเชียร และต้องลงข่าวการประสาท
 ปริญญาพากย์อังกฤษ ซึ่งเราเคยเสนอทุก
 คราวที่แล้วมา ไปไว้พิมพ์ในฉบับหน้า.

ของแถม

ยาพวกแอนติไบโอติกกับการแข็งตัวของเลือด

ในปี ๑๙๔๕ Moldavsky ได้พบว่าเลือดของคนไข้ที่ได้รับการฉีดเพนิซิลลินแข็งตัวเร็วขึ้นกว่าปรกติ ต่อมา Macht แห่ง Mt. Sinai Hospital, บัลติมอร์ ได้รายงานว่ทั้ง เพนิซิลลินและ สเตอริ์โตะไมซินเมื่อให้กินทางปากก็ทำให้เกิดปรากฏการณ์ทำนองเดียวกันได้ นอกจากนั้น Macht และ Farkas ยังไม่พบว่าในแมวแม้ให้กิน ๒๐๐ มก. ของออริโอะไมซิน ๑๕ นาที การแข็งตัวของเลือดปรกติเร็วขึ้นจาก ๑๑ นาที เป็น ๕ นาที ในกระต่ายหลังกิน ๑๐๐ มก. เร็วขึ้นเป็น ๑.๕ นาที ในคนหลังให้กิน ๑ แคปซูล ซึ่งมี ๒๕๐ มก. ของออริโอะไมซินเร็วขึ้นจาก ๘ เป็น ๕ นาที และเมื่อให้กินอีก ๑ แคปซูล ซึ่งมี ๒๕๐ มก. ของออริโอะไมซินเร็วขึ้นจาก ๘ เป็น ๕ นาที และเมื่อให้กินอีก ๑ แคปซูลลดเหลือ ๓.๕ นาที พวกเขาเชื่อว่าการแข็งตัวของเลือดที่เร็วขึ้นอย่างเห็นชัดขณะที่ยาแอนติไบโอติกคนคงจะเป็นที่สนใจในการปฏิบัติทางคลินิกกันต่อไป

(จาก J.A.M.A. Nov. 26, 1949)

หมายเหตุของผู้แปล ถ้ามีผู้สนใจในประเทศเรา ควรจะสนใจทดลอง **bleeding time** ควบไปด้วย อาจจะเป็นประโยชน์ในโรคอีกหลายโรคได้.

เจริญ วัฒนจินดา พ.บ.

(ร.พ. ประจำจังหวัดสกล)