



สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๓๔

Volume 3, Number 5, May 1951.

การติดต่อผิปรกติระหว่าง โพรงเซ็ปต์ัมเพิลลูซิดัมกับห้วงซับอาแร็คนีอยด์

สด แสงวีเชียร

พ.บ., พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ในการทำนิวโมกราฟี, จะเป็นเอ็นเซฟาโลกราฟี (encephalography) หรือเว็นทริคิวโลกราฟี (ventriculography) ก็ตาม, โดยปรกติไม่ควรจะเห็นโพรงของ septum pellucidum. แต่อาจจะเห็นได้ในรายที่ผนังของโพรงมีการเจริญผิดปกติ, ทำให้โพรงมีการติดต่อกับ lateral ventricle จนสามารถขอกการผิปรกติได้ถูกต้องตั้งแต่ผู้นั้นยังมีชีวิตอยู่ (Dyke

and Davidoff, 1935). นอกจากการติดต่อก่อนแล้ว, เท่าที่สามารถค้นได้ในขณะนี้, ไม่ปรากฏมีผู้ใดเคยรายงานการติดต่อกับโพรงของเซ็ปต์ัมเพิลลูซิดัมโดยตรงกับห้วงใต้เยื่ออาแร็คนีอยด์ (sub-arachnoid space). ในการผ่าชำและส่องร่วมกับนักศึกษาระดับกายวิภาคของระบบประสาท, ได้พบการติดต่อกับโพรงของเซ็ปต์ัมเพิลลูซิดัมกับห้วงใต้เยื่อ

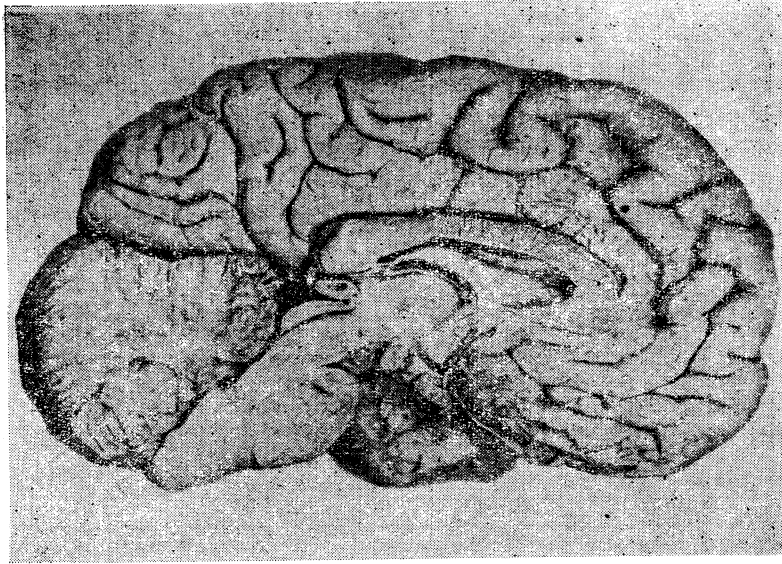
อาแร็คน้อยก่ในสมองหนึ่ง, จึงเห็นสม
ควรที่จะเสนอเป็นรายงานไว้.

สมองที่กล่าวนี้เป็นสมองของผู้ใหญ่,
มีขนาดเท่าสมองปกติโดยทั่วไป. ภาย
นอกไม่พบส่วนใดแปลกจากธรรมดา. แม้
เมื่อผ่าสมองออกเป็นสองซีกแล้ว, นอก
จากจะสังเกตเห็นว่าโพรงของเซ็ปตัมเพ็ลลู
ซิทัมใหญ่กว่าปกติ, คือแทนที่จะกิน
ที่เฉพาะส่วนหน้าของเซ็ปตัม, กลับยาว
ตลอดเซ็ปตัม, ก็ไม่ปรากฏมีทางติดต่อ
ระหว่างช่องกับห้วงใต้เยื่ออาแร็คน้อยก่
(รูปที่ ๑). แต่เมื่อใช้นิ้วหัวแม่มือข้างหนึ่ง
กดลงไปบน splenium ของคอร์ปัสคัลโล
ซัม, และอีกนิ้วหนึ่งกดลงไปในส่วนล่าง
ของฮาลามัสเจนฟอร์นิคัสแยกตัวออกจาก
ก้านล่างของคอร์ปัสคัลโลซัม, จึงเห็น
เป็นช่องรูปไข่กว้างประมาณ ๓.๘ มม.,
ยาวประมาณ ๑.๕ มม., ติดต่อกับปลาย
หลังของโพรงของเซ็ปตัมเพ็ลลูซิทัมเข้า
ในเนื้อของเยื่อ pia mater, ที่แทรกอยู่
ระหว่างก้านล่างของสเปลิเนียมของคอร์
ปัสคัลโลซัมกับก้านบนของทอมเฮียชีส
(รูปที่ ๒). ช่องติดต่อกันนี้, หากมีอากาศ
อยู่ในห้วงใต้เยื่ออาแร็คน้อยก่, ก็อาจ
ปล่อยให้อากาศนั้นผ่านเข้าไปสู่โพรงของ

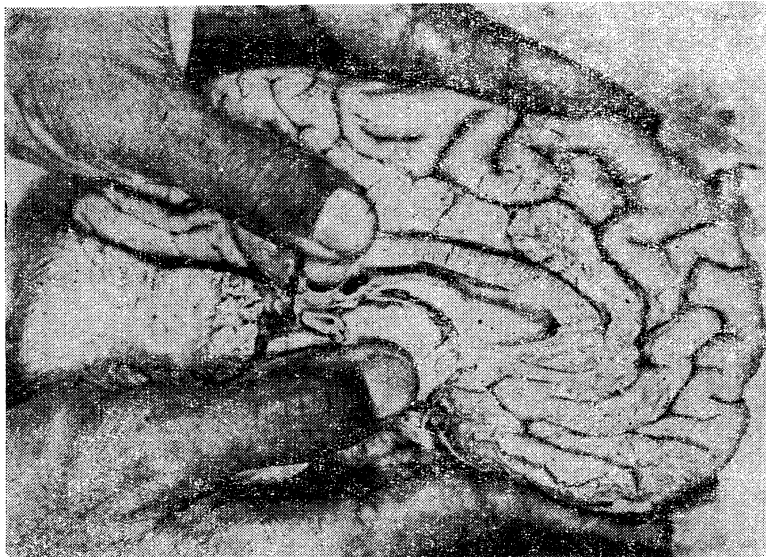
เซ็ปตัมเพ็ลลูซิทัมได้.

นอกจากการผิดปกติดังกล่าว, ภาย
ในทอมเฮียชีสยังมีช่องเล็ก ๆ, ซึ่งตาม
ปกติไม่พบ, และทางซีกซ้ายมีรูเปิดใน
ผนังของเซ็ปตัมติดต่อกับโพรงแอเทอรัลเว็น
ทรีเคิล, มีขนาด ๘.๕ x ๒.๐ มม.

ในขณะนี้ยังไม่อาจตอบได้ชัดเจนว่า
เหตุใดจึงมีช่องดังกล่าวนี้ปรากฏขึ้นได้.
ข้าพเจ้าได้เคยรายงาน (Sangvichien,
1941.) เซ็ปตัมเพ็ลลูซิทัมมีรูทะลุในส่วน
หลัง ๑ ราย, และได้สรุปในตอนท้ายว่า
เหตุของการทะลุอาจเป็นเพราะมีการผิด
ปกติเป็นสองประการ, ซึ่งปรากฏขึ้น
พร้อมกันในระยะแรกของการเจริญเติบโต
ของสมอง. การผิดปกติข้อหนึ่งเป็นการ
เจริญและแผ่ผิจากธรรมดาของคอร์ปัส
คัลโลซัม, อีกข้อหนึ่งเป็นการทำลายเนื้อ
ของเซ็ปตัมเองต่อไปจากการเจริญตาม
ปกติของการก่อให้เกิดช่องขึ้นในเซ็ปตัม.
สำหรับรายที่รายงานคราวนี้คอร์ปัสคัลโล
ซัมมีขนาดเป็นปกติ. เพราะฉะนั้นทาง
ติดต่อยุ่ระหว่างโพรงกับห้วงใต้เยื่ออาแร็ค
น้อยก่จึงเข้าใจว่าเกิดขึ้นเป็นผลของการ
เจริญอย่างมากเกินปกติของโพรง, จน



รูปที่ ๑. แสดงลักษณะของด้านใกล้กลางของสมองซีกซ้าย



รูปที่ ๒. แสดงทางติดต่อที่ผิดปกติโดยใช้นิ้วกดให้ฟอร์นิกซ์
แยกออกจากคอร์ปัสคัลโลซัม



รูปที่ ๓. ลักษณะของสมองซีกขวาแสดงรูปติดต่อกันของ
เซปตัมเพิลลูซิดัมไปสู่แกลเตอร์ลเว็นทรีเคิล

ทำให้เนื้อของเซปตัมหายไป, เกิดเป็น
ทางติดต่อเข้าไปสู่หัวงูใต้เยื่ออาแรคนอยด์.

the Septum Pellucidum. Amer. J.
Roentgen., v. 34, pp. 573-578.

2. Sangvichien, S., 1941: A
Case of Perforated Septum Pellu-
cidum. J. Med. Ass. Siam, v. 24,
No. 1.

เอกสาร

1. Dyke, C.G. and L.M. Davi-
doff, 1935: Congenital Absence of

(Abstract of the preceding report)

ABNORMAL COMMUNICATION BETWEEN
THE CAVITY OF THE SEPTUM PELLUCIDUM AND THE SUBARACHNOID SPACE

Sood Sangvichien

M. B., M. D.

(Dept. of Anatomy)

The article reports the finding of an abnormal communication between the cavity of the septum pellucidum and the subarachnoid space in the brain of an adult which externally shows no peculiarity. The communication is in the form of an oval opening, situated at the posterior end of the first cavity, having dia-

meters of 3.8 and 7.5 mm. respectively. It is possible that air in the subarachnoid space may thus be led into the cavity of the septum pellucidum. Abnormal or over-development of the cavum septi pellucidi is suggested as the causation of the perforation.

(Two references and 3 photographs)

ข้อเสียของศัลยกรรมเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ก็เลยเลื่อนไปวางกับแผ่น, รูปโฉมโนม
พรรณที่สวยงาม ร่วงโรยไปทั้งคอกไม้, ชีวิตที่ยั่งยืน ย่อมสิ้นเปลืองไปเหมือน
ฟ้าแลบ, เพราะฉะนั้นถ้าจะเปรียบเทียบความเขินอายของมนุษย์ ก็ได้กับพรวนที่ผุพัง
มาจากน้ำ แล้วลอยอยู่ชั่วประเดี๋ยวเดียว.

นิติโคลกของฮินดู

การปวดท้องอย่างปัจจุบัน เนื่องจากต่อมน้ำเหลืองอักเสบเป็นหนอง

(รายงานคนไข้)

ศ. ชัยวัฒน์

พ. บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ในทางศัลยกรรม, การปวดท้องอย่างรุนแรงมีต้นเหตุได้หลายอย่าง. บางอย่างเราจำเป็นต้องผ่าตัดในทันที. ต้นเหตุที่พบบ่อย ๆ มักเกี่ยวกับทางเดินอาหาร, เช่น ภาวะอาหารทะลุ, ไส้ติ่งอักเสบ, ลำไส้ทะลุและลำไส้อุดตัน; ทางเดินน้ำดี, เช่นถุงน้ำดีทะลุ, นิ่วในทางเดินน้ำดี; และทางเดินปัสสาวะ, เช่นนิ่วในไตหรือในหลอดไต. สำหรับหญิงอาจมีโรคอะพาสตรเข้ามาเกี่ยวข้อง. แต่ในบางครั้งอาการปวดท้องอย่างรุนแรงก็เกิดจากเหตุอื่น, ซึ่งไม่ค่อยได้พบ, และเรานึกไม่ถึง, ถึงตัวอย่างที่จะรายงานต่อไปนี้.

ผู้ป่วยเป็นชาย, เชื้อชาติแขก, อายุ ๔๐ ปี, ไข้ไว้เมื่อ ๑๗ มกราคม ๒๔๕๓, โดยมีอาการสำคัญว่าไข้และเจ็บในท้องมาห้าวัน. ในประวัติการป่วยผู้ป่วยเล่าว่า

เมื่อประมาณห้าวันก่อนมาโรงพยาบาล, ในตอนกลางคืนได้เกิดเป็นไข้, หนาวสั่น, อยู่ประมาณหนึ่งชั่วโมง, แล้วก็หายไป. ในวันรุ่งขึ้นเริ่มมีอาการเจ็บในท้องและจุดเล็กหน้าอกเป็นพัก ๆ. มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนเอาเศษอาหารออกมา, ไม่มีอย่างอื่น. ท้องผูก. ไม่มีไข้ในวันนั้น. ต่อมาเมื่อสองวันก่อนมาโรงพยาบาล, อาการปวดท้องมากขึ้นทุกที, อาเจียนเป็นพัก ๆ. ในท้องรู้สึกปวดมากทางซีกซ้ายแฉะระดับสะดือ. ต้องนอนตัวงอและตะแคงซ้ายข้างซ้ายจึงค่อยทุเลา. อาหารรับประทานไม่ได้. อาการมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้มาโรงพยาบาล.

ประวัติการป่วยอดีต. เคยถ่ายพยาธิตัวกลมออกมาในอุจจาระ.

การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๐°ซ., ชีพจร ๘๐, หายใจ ๒๐, ความ

คันเล็ก ๑๒๔/๗๖. ลักษณะทั่วไปค่อนข้างผอม, เซื่องซึม, ไม่มีอาการคัน. หน้าท้องโป่งเล็กน้อย. ผื่นท้องแข็งปานกลางโดยทั่วไป, กดเจ็บค่อนข้างมาก. ในบริเวณระดับเอวซ้ายผื่นท้องตึงกดเจ็บมาก. บริเวณเกาะทรวงอกซ้าย (ลิเวอร์คัลด์เนสต์) เล็กลง. หน้าท้องโดยทั่วไปไปเคาะได้เสียงโปร่งมาก. เสียงกลอกกลิ้งในท้อง (เกอร์กลิง) เป็นปกติ. อย่างอื่น ๆ ไม่พบผิดปกติ.

ตรวจเลือดได้เม็ดเลือดขาว ๑๓,๑๐๐ ต่อ ล.มม., โปลียมอร์ฟ. ๘๒ เปอร์เซนต์, ลิมโฟไซต์ ๘ เปอร์เซนต์. เซอมาลาเรียบไม่พบ. ตรวจอุจจาระพบไข่ของแอสคาริส. ยีสต์สภาวะไม่แสดงสิ่งผิดปกติ.

วินิจฉัยเบื้องต้นว่า “เยื่อช่องท้องอักเสบเนื่องจากการทะลุ.” ได้ทำการผ่าหน้าท้องเพื่อสำรวจ (โดยนายแพทย์ประกอบ เสนาคิสัย). พบก้อนลักษณะเป็นถุงมีน้ำข้างในหนึ่งก้อน, ขนาดผ่าศูนย์กลางประมาณ ๓ ซม., อยู่ข้างหลังเยื่อช่องท้อง (รีโทรเพอริโทเนียม) บนเอออร์ตาส่วนท้อง, เห็นชั้นไปจากง่ายแยก (ไบเฟอร์เคชัน) ของหลอดเลือดแดงก็อมมีอนไฮลิแอ็คประมาณ ๕ ซม. ที่

บริเวณนี้มีเส้นใยไฟบรินคลุมกันจนอยู่. คลำได้อาการฟลัคซูเอชัน, และรู้สึกการเต้นกระเทือนมาจากหลอดเลือดเอออร์ตา. ชั้นแรกสงสัยว่าเป็นหลอดเลือดเอออร์ตาโป่ง (แอนิวริซึม), จึงลองเจาะดู. ปรากฏได้หนองสีขาวขุ่น, มีเลือดปนเล็กน้อย, ไม่มีกลิ่น, ปริมาณราว ๑๕ ล.ซม. ได้เจาะและตัดเอาถุงนั้นออกโดยง่าย, เพราะมีผนังแยกเป็นส่วนลึกลับชัดเจน.

หลังผ่าตัด, ผู้ช่วยหายจากอาการปวดท้อง. ไม่มีไข้. ในวันที่สี่หลังจากผ่าตัด, ระหว่างที่สบายดีอยู่นั้นผู้ช่วยเกิดกระวนกระวายขึ้นทันที, ขยอ้นคล้ายมีของติดคอ, และชยอกเอาพยาธิตัวกลม (แอสคาริส) ออกมาหนึ่งตัว. ต่อจากนั้นอาการก็หายไป. ต่อมาอีกหกวันได้ให้กินยาแซนโทนินเพื่อขับพยาธิ, ได้แอสคาริสออกมาอีกหกตัว, รวมทั้งตัวแรกด้วยจึงเป็นเจ็ดตัว. ต่อจากนั้นไม่มีอะไรผิดปกติรวมดา. แผลหายดีและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ในวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๔๕๔. รวมอยู่ในโรงพยาบาล ๑๑ วัน.

หนองที่เจาะได้จากถุงย้อมพบเชื้อสเตรปโตค็อกคัส, เพราะเชื้อไม่ได้ผล. ตัวถุงที่ตัดออกมานั้นได้ส่งทำเชื้อจุลินทรีย์, ได้

รียางงานวินิจฉัยว่า “ต่อมน้ำเหลืองอักเสบเป็นหนอง” (ซัลบูเรคิฟลิคัมแอคทีในคิส).

อภิปราย. ในขั้นต้นการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องทดลองทำให้สงสัยว่าผู้ป่วยผู้นี้คงมีการอักเสบของเยื่อช่องท้อง, เข้าใจว่าคงมีการทะลุในส่วนใดส่วนหนึ่งของทางเดินอาหาร, เนื่องจากความรุนแรงของอาการ. ดังนั้นจึงได้ทำการผ่าตัดในทันที, เพื่อการวินิจฉัยและเพื่อรักษาพร้อมกันไป. เมื่อผลแสดงว่าต้นเหตุของโรคคือการอักเสบเป็นหนองของต่อมน้ำเหลืองกลุ่มปรีเออร์ติค, ก็นำคิดต่อไปว่าอาการคล้ายเยื่อช่องท้องอักเสบ (เพอริโทนิซึม) นั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร. ศาสตราจารย์สค แสงวิเชียร ให้คำอธิบายว่าต่อมน้ำเหลืองที่เป็นหนองได้ขยายโตขึ้น, และร่วมกับการอักเสบที่เกิดขึ้นนั้น, กระทบกระเทือน เส้นประสาท ในข่ายประสาทเออร์ติค (เออร์ติคเพล็กซัส), มีการกระตุ้นต่อไปถึงไขสันหลัง, เกิดรีเฟล็กซ์ผ่านกลีบออกมาทางประสาทโมเตอร์, ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหดแข็ง, หน้าท้อง

จึงตึง, คล้ายกับในรายที่เยื่อช่องท้องอักเสบ. กลไกทางสรีรเป็นจำพวกรีเฟล็กซ์.

ปัญหานำมาคิดประการที่สองคือ อาการปวดท้องอย่างรุนแรงนั้นอาจเกิดจากแอสคาริสได้หรือไม่. ซันพิเคอเรทแลแล้วเห็นว่าไม่น่าจะเป็นเช่นนั้น, เพราะจำนวนแอสคาริสที่มีอยู่นั้นคงไม่มากนัก; เท่าที่ได้ออกมาก็มีเพียง ๗ ตัวเท่านั้น; และเท่าที่เคยปรากฏนั้นแอสคาริสมักเป็นเหตุให้ลำไส้ถูกอุดมากกว่าทำอาการปวดท้องอย่างรุนแรงเช่นรายนี้. การทพยาธิตออกมาเองทางปากหนึ่งตัวนั้นก็มิใช่เป็นเรื่องพิเศษอย่างใด, เพราะเคยมีปรากฏบ่อย ๆ, โดยไม่ทำอาการอย่างอื่นใดนอกจากคลื่นไส้และขย้อน.

ข้อที่น่าสนใจในผู้ป่วยรายนี้คือต้นเหตุของอาการปวดท้องอย่างรุนแรง, ซึ่งเป็นต้นเหตุซึ่งก่อนหน้านั้นจะพบสักครั้งหนึ่ง, จึงเห็นสมควรบันทึกไว้.

ในสุดท้ายนี้ ขอขอบ พระคุณ อาจารย์นายแพทย์ประกอบ เสนาคิสัย ที่อนุญาตให้พิมพ์รายงานนี้.

(Abstract of the foregoing article)

ACUTE ABDOMINAL PAIN FROM SUPPURATIVE LYMPHADENITIS

A Case Report

Tu Jayawatna

M. B.

(Dept. of Surgery)

A Hindu male, forty years old, was admitted for acute pain in the belly with fever for five days. The illness began with a paroxysm of chill and rigor, followed some time afterwards by pain in the belly, increasing in severity, and accompanied with nausea and vomiting. The pain later became localised in the left side, at about the level of the umbilicus. On admission the fever had subsided; the pulse rate was 80; there was moderate leucocytosis (13,100) with 92 per cent of neutrophiles. Ascaris ova were identified in the feces. Exploratory laparotomy re-

vealed a cystic mass, 3 cm. in diameter, situated retroperitoneally on the anterior aspect of the aorta, just above the bifurcation of the common iliac arteries. Puncture yielded white, thick pus. The well defined and walled-off mass was excised with ease. Pathology returns were: — Smears: streptococci; cyst: suppurating lymph node. On the fourth day after operation the patient vomited an ascaris. Subsequent purging with santonin drove out six more worms. Whether these had any connection with lymphadenitis could not be determined.

มี บัรจาคนำสรเสริญ. หัว เคารพบาทคร ปาก พดจริง, แขนทงค
เข้แม้งเอาชนะไม่มีอะไรขันสู้, ใจ คิดสุจริต, ห เว้นพระเวท—น เป็นเควอง
ประกัยแห่งคนมีใจใหญ่โดยปรกติ ไม่ต้งถึงกะมังมี.

นติศตกะ

บทความพิเศษ

การรักษาโรคปอดโดยวิธีทำให้ปอดแฟบ

ขุนรัตนเวชสาขา

(โรงพยาบาลวัณโรคกลาง นนทบุรี)

ในสมัยก่อนหาวิธีที่ง่ายมา, วิธีรักษาวัณโรคที่คิดว่าได้ผลดีที่สุดคือการทำให้คนไข้ไปพักผ่อนอยู่ ณ ที่มีอากาศดี, มีอาหารดี และสถานที่อยู่ ที่นับว่าเป็นความสุขสำหรับคนไข้. ด้วยเหตุที่ในขณะนั้นเรายังไม่มียาและวิธีรักษาโดยเฉพาะแต่อย่างใด, ยาทখনหน้าขนตาคนไข้มันตึบปลา, ถัดมาก็คือแคลเซียม. คนไข้จำเป็นต้องไปพักผ่อนอย่างนั้นเป็นเวลาแรมปี, ไม่มีกำหนดว่าจะหายไ้เมื่อใด. ที่ซึ่งนิยมไปพักตากอากาศมักเป็นตามภูเขาสูง. ผลที่ได้จากวิธีนี้นั้นน้อย ไม่เกินร้อยละ ๕ ของจำนวนคนไข้ที่ไปรักษา. ผู้ใดรอดชีวิตกลับมาสู่สังคมได้, นับว่ามีโชคดีอย่างปลา. ครั้นต่อมาเมื่อผู้สังเกตเห็นว่าคนไข้วัณโรคที่มีน้ำในช่องปอดและน้ำ

เยื่อปอดให้แฟบลงไปในนั้น, มีโอกาสที่คนไข้จะได้ดีกว่าผู้ไม่มีน้ำ, จึงได้มีผู้ทดลองฉีคอากาศเข้าในช่องปอดให้ปอดยุบแฟบ, แทนน้ำที่เกิดขึ้นเอง, ก็ปรากฏผลเป็นที่พอใจ, ดีกว่าทำให้คนไข้ไปนอนอยู่เฉย ๆ. ดังนั้นจึงเป็นการเริ่มศักราชของการยุบปอดขึ้น. Forlanini นายแพทย์ของอิตาลี, ได้รับเกียรติยศว่าเป็นแพทย์คนแรกที่ได้ใช้การรักษาแบบนี้. ต่อมาวิธีการยุบปอดได้รับการพิจารณาแก้ไขให้ดีขึ้น, และมีวิธีต่าง ๆ เกิดเพิ่มเติมขึ้นหลายวิธี, โดยมีจุดประสงค์ในทำนองเดียวกัน.

ความมุ่งหมายของการยุบปอด. ความคิดเดิมเมื่อเริ่มใช้วิธียุบปอดเป็นวิธีรักษาวัณโรคนั้น, ส่วนมากก็คิดกันอย่างกว้างๆ ว่าเป็นการระงับ การเคลื่อนไหวของปอดที่

กำลังอีกเสวยให้น้อยลง, และการอีกเสวยก็มีโอกาสจะหายได้, เช่นเดียวกับ การเข้าเผือกข้อที่อีกเสวย. ความคลี่คลาย ขยายตัวของวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ก้าว หน้าออกไปอีกมากมายในระยะเวลาต่อมา. เมื่อเกิด มีเชื้อชเรย์ชเรย์ เราสามารถตรวจพบ ลักษณะของแผลในโรคในปอดได้, เรา ได้รู้ผลของการขยายปอดด้วยวิธีต่างๆ, ทั้ง ดีและไม่ดี. คติในการขยายปอดก็ได้เปลี่ยนแปลงตามไป, จนกระทั่งได้สรุปความมุ่งหมายอันเป็นสาระสำคัญของการขยายปอดไว้โดยย่อดังนี้:

๑. เพื่อให้ปอดที่เป็นโรคอยู่นั้นหยุดการเคลื่อนไหว, และระงับการรุกรานของโรคที่จะแพร่หลายต่อไป.

๒. เพื่อจะยุบโพรงแผลในปอดให้เล็กลงจนกระทั่งปิดสนิท. ผลของการขยายปอดเกิดขึ้นเป็น ๒ ทางคือ

ก. ผลการเปลี่ยนแปลงในทางเม-คานิกส์:

๑. ปอดยุบและเหี่ยวตัวลง.
๒. โพรงแผลปิด.
๓. หยุดการรุกรานของโรคที่จะเดินไปโดยทางน้ำเหลืองและหลอดอากาศ.

ข. ผลการเปลี่ยนแปลงในทางสรีร-วิทยา:

๑. ปอดมีโลหิตไปเลี้ยง น้อยลงและเกิดฟอสฟอรัสเปอร์เมีย.

๒. ลดการไหลเวียนของน้ำเหลืองในปอดให้น้อยลง.

ทั้งสองประเภทนี้ก่อให้เกิดมีเนื้อเสริม (connective tissue) มากขึ้นซึ่งเรียกว่า productive changes.

๓. ลดเสมหะและอาการไอให้น้อยลง.

โดยปกติปอดจะทำการหยุดขยายโดยไม่มีเวลาหยุดพักผ่อนประมาณว่าถึง ๑๒, ๐๐๐ ครั้งในหนึ่งวัน. การหยุดและขยายของปอดเป็น เครื่องช่วยให้กระแสโลหิตและน้ำเหลืองไหลเวียนเข้าและออกอยู่ไปมา, เป็นการนำให้เชื้อและพิษ (toxin) แพร่หลายออกไปทำอันตรายแก่ร่างกายส่วนอื่น. เมื่อปอดหยุด, โอกาสที่เชื้อและพิษจะแพร่หลายก็น้อยลง, การอีกเสวยก็หยุด. เมื่อเนื้อเสริมเกิดมากขึ้น ก็ช่วยล่อมน้ำเชื้อโรคให้อยู่เฉพาะที่, และโอกาสจะแพร่หลายออกไปก็ยากยิ่งขึ้น. เนื้อส่วนอื่นของร่างกายไม่ถูกพิษของเชื้อโรคครอบงวนก็มีโอกาสจะทำงานตามหน้าที่ได้เป็นปกติ. การย่อยอาหาร, การดูดซึม, และการขับ

ถ่ายค่อยกลับคืนเข้าสู่สภาพปกติ. เมื่อเสมหะลดน้อยลง, อาการไอก็ลดลงตาม. คนไข้ได้พักผ่อนนอนหลับสบายขึ้น. ร่างกายมีกำลังแข็งแรงขึ้น, พอจะทำงานและทำลายเชื้อโรคที่ถูกห้อมล้อมไว้ให้หมดไปที่ละน้อย. เหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่จะเข้าสู่ขั้นการหายจากโรค.

การยุบปอดมีอยู่หลายวิธี, มีที่มุ่งหมายในการใช้ต่างกันตามระยะของโรค, และประกอบกับความนิยมและความชำนาญของผู้ใช้ที่จะเลือกใช้วิธีใด.

๑. การยุบปอดโดยวิธีสูบลมเข้าในช่องปอด, เรียกว่า Artificial Pneumothorax. แบ่งออกเป็น ๒ ชนิดคือ Intra-pleural pneumothorax. และ Extra-pleural pneumothorax.

อินทราพลิวรัลบีนิวโมโซแร็กซ์ คือการทำให้อากาศเข้าไปอยู่ในถุงพลิวรา, ซึ่งหุ้มปอดและช่องอก. วิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมขึ้นหน้ากว่าวิธีอื่น. ถ้าไม่มีอุปสรรคใดๆ แล้ว, ปอดจะยุบได้สนิทเร็วยิ่งกว่าวิธีอื่นทั้งหมด. อุปสรรคที่สำคัญก็คือเยื่อหุ้มปอดชั้นบุผนังอก (พาไรเอตัล) ยึดติดกับชั้นบุผิวปอด (วิสเซอร์ัล) โดยการอักเสบที่มีอยู่ก่อน.

เอ็กซตราพลิวรัลบีนิวโมโซแร็กซ์ คือการทำให้อากาศเข้าไปอยู่ในระหว่างพลิวราชั้นบุผนังอกกับซี่โครงและเนื้องอกในระหว่างช่องซี่โครง. วิธีนี้เป็นวิธีแก้ไขเพิ่มเติมจากการทำอินทราพลิวรัล บีนิวโมโซแร็กซ์, ซึ่งไม่ได้ผล, เนื่องจากเยื่อชั้นบุผนังอกและชั้นบุผิวปอดติดกันเป็นพืดจนแยกจากกันไม่ออก. วิธีนี้ใช้ได้ดีในเมื่อเป็นโรคอยู่ในส่วนครึ่งบนของปอด. ในบางแห่งเช่นในสวิตเซอร์แลนด์และอิตาลีนิยมใช้วิธีนี้แทนการทำธอราโคปลาสตี.

๒. การทำให้ประสาทบังคัษกระบังลมเป็นอัมพาต (Phrenic nerve paralysis) เป็นวิธีทำการผ่าตัดเพื่อทำลายเส้นประสาทฟรินิค, โดยวิธีบีบหรือตัด. วิธีนี้ทำให้กระบังลมหยุดทำงานเป็นผลให้ปอดส่วนล่างยุบตัวลง. เป็นวิธีที่ใช้ได้ดีในรายที่เป็นโรคอยู่ในครึ่งล่างของปอด. บางคนก็อ้างว่าเป็นผลต่อเนื่องไปถึงส่วนบนด้วย. อุปสรรคสำคัญของการรักษาแบบนี้คือกระบังลมแข็งเป็นไฟโบรซิส, เนื่องมาจากการอักเสบของเยื่อหุ้มปอดในคนที่เคยมีน้ำในช่องปอด.

๓. Pneumo-peritoneum, คือการ

ฉีกลมเข้าในถุงเยื่อช่องท้อง, เพื่อค้น
กระบังลมให้โป่งขึ้นบัพปอกส่วนล่างให้ยุบ.
บางแห่งนิยมทำเช่นนั้นประกอบกับการทำ
ประสาทฟรีนิกให้เป็นอัมพาต, โดยการทำให้
เช่นนี้ทำให้กระบังลมยัดขึ้นไปกดปอดได้
มากกว่าทำบีวโนมเพอริโตเนียมหรือฟรี-
นิกพาราไลซิสแต่อย่างเดียว. ฝ่ายที่นิยม
ทำบีวโนมเพอริโตเนียมแต่อย่างเดียวยังอ้าง
ว่า เขามุ่งหมายจะได้ผลในทางอ้อมที่จะ
บังคับให้คนไข้นอนอยู่กับที่มากกว่าจะได้
ผลจริงของบีวโนมเพอริโตเนียม, และเขา
อ้างว่าการทำประสาทฟรีนิกให้เป็นอัมพาต,
แม้จะทำให้เป็นชั่วคราวโดยวิธีบีบ, เขา
เคยพบว่ามึนประมาณร้อยละสิบที่ประสาท
เส้นนั้นไม่คืน. ข้าพเจ้าได้เคยเห็นคน
ไข้ที่ทำบีวโนมเพอริโตเนียมแต่อย่างเดียว
ท้องกางเหมือนคนท้องมาน, ทำอะไรไม่
ถนัด. คนไข้พอใจจะนอนอยู่เฉย ๆ มาก
กว่าลุกขึ้นเพราะความอึดอัด. ส่วนในราย
ที่ทำประกอบกันสองอย่าง, กระบังลม
ยัดไปจนถึงช่องซี่โครงที่ ๔ ทางด้านหน้า
และสามารถจะยุบโพรงในปอดที่อยู่ในส่วน
ครึ่งล่างของปอดได้.

๔. Thoracoplasty. คือการผ่า
ตัดเลาะเอาซี่โครงออกเพื่อให้ออกยุบ. เป็น

การใช้ความกดจากภายนอกเข้าไป. การ
ยุบปอดแบบนี้ทำให้ปอดยุบตัวอยู่ตลอดชีวิต
ของคนไข้, ไม่กลับพองออกอย่างเดิมได้อีก.
การทำแบ่งเป็น ๓ ระยะ, คือ ระยะที่ ๑
ตัดซี่โครงที่ ๑, ๒, ๓ ออก; ระยะที่ ๒ ตัด
ซี่โครงที่ ๔, ๕, ๖ ออก; ระยะที่ ๓ ตัด
ซี่โครงที่ ๗, ๘ และ ๙ ออก. การทำอาจ
แบ่งทำแต่เพียงระยะเดียวหรือ ๒ ระยะก็ได้,
แล้วแต่ความจำเป็นที่ต้องการให้ออกยุบ.
วิธีนี้ใช้ในเมื่อการทำบีวโนมเพอริโตเนียมและการ
ยุบปอดวิธีอื่นไม่ได้ผล. บางแห่งนิยม
ทำแทนบีวโนมเพอริโตเนียมโดยอ้างว่าเป็นการ
ประหยัดเวลา, คนไข้ไม่ต้องเสียเวลา
รักษายาวนาน. เสร็จการผ่าตัดแล้ว, ถ้า
ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อสองสามเดือนติดต่อกัน,
ก็ปล่อยให้คนไข้กลับไปทำงานตาม
เดิมได้.

๕. Jacobeus operation เป็น
การผ่าตัดประกอบกับบีวโนมเพอริโตเนียม
เมื่อปอดไม่ยุบและถูกรังอยู่โดยเยื่อพังผืด
ในระหว่างชั้นผนังอก และ ชั้นบุผิวปอด.
วิธีนี้ได้คิดในเมื่อเส้นพังผืดนั้นไม่โตนัก.
นายแพทย์ Jacobeus เป็นผู้ประดิษฐ์
เครื่องมือที่เรียกว่า Thoracoscope ขึ้น
ใช้ในการนี้. การผ่าตัดนั้นบางทีก็เรียกว่า

Closed intrapleural pneumonolysis. การทำป็นิวโมโซลรัคจะได้อผลสมบูรณ์ต้องอาศัยการผ่าตัดของ Jacobus น.

๖. Opened intra — pleural pneumonolysis คือการผ่าตัดเปิดเข้าไปในช่องอกเพื่อตัดเยื่อพังผืดออก, เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวเองได้โดยวิธีข้างต้น. การผ่าตัดนี้ใช้เมื่อเยื่อพังผืดโตและหนาจะตัดด้วยเครื่อง Thoracoscope ไม่ได้, หรือช่องระหว่างปลิวร่ามันน้อยจนไม่สามารถสอดเครื่อง thoracoscope เข้าไปได้.

๗. Scaleneotomy. คือการผ่าตัดกล้ามเนื้อ scalene ซึ่งวิ่งกระดกซี่โครงที่ ๑ อยู่, เพื่อให้กระดูกซี่โครงที่ ๑ ยุบและตกลงมากดปอดส่วนยอด. การผ่าตัดแบบนี้ไม่มีใครนิยมใช้เพราะผลไม่แน่นอน.

๘. Apico-lysis. คือการลอกเยื่อปลิวร่าชั้นบนนึ่งอก ให้หลุดออกจากช่องอกตอนบน, ทำนองเดียวกับ extra-pleural pneumothorax. บางแห่งนิยมเอาวัตถุที่ไม่ระคายใส่เพื่อกันไม่ให้ปอดขยาย, เช่น พาว์ฟีนแซ็ง, เนอมัน, เนอ

กลัมบริเวณหน้าอก, และ Lucite ball. วิธีนี้ไม่มีอะไรที่เหนือกว่าการทำอราโคปลาสติก, เป็นแต่ไม่ทำให้อกเสียรูปเท่านั้น.

๙. Inter-costal nerve paralysis. คือการตัดประสาทระหว่างซี่โครงเพื่อให้เนื้อกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงหยุดทำการ. วิธีนี้ค่อนข้างเป็นการลองเมื่อไม่มีอะไรจะทำได้แล้ว, และมักจะทำช่วยกันกับทำประสาทฟรันิคเป็นอัมพาต. เป็นการทำให้ปอดหยุดทำงานจริง ๆ. ในสมัยเมื่อยังไม่มียาจำพวกแอนติไบโอติก, มีผู้ทดลองใช้กันบ้างแต่ไม่มากนัก.

การเลือกใช้วิธีรักษาให้เหมาะกับระยะอาการและความเปลี่ยนแปลงในทางพยาธิวิทยาของโรคเป็นปัญหาอันสำคัญยิ่ง, และเป็นงานยากที่จะกล่าวลงไปได้ชัดเจนว่าควรใช้วิธีใดกับโรคในระยะใดที่นับว่าเป็นการเหมาะสม. ความรู้ความชำนาญของแพทย์และการตรวจด้วยรังสีเอกซ์เป็นปัจจัยอันสำคัญในการนี้. แพทย์ที่จะทำการรักษาวัณโรคควรมีความรู้ในการอ่านและแปลผลเป็นโรค, ที่เห็นจากภาพถ่ายด้วยรังสีเอกซ์, แล้วนำมาวินิจฉัยประกอบกับอาการที่ตรวจพบ (clinical and physical signs), ตลอดจนผลการตรวจในทาง

ชั้นสูตรโรค (Laboratory findings), แล้วจึงกำหนดวิธีรักษาลงไป. ปัญหาที่ควรคำนึงมีอยู่ ๓ ประการคือ

๑. ทำอย่างไร จึงจะประหยัด ค่า ใช้จ่ายในการรักษาลงได้.

๒. ทำอย่างไรจึงจะประหยัดเวลาการรักษาให้เหลือน้อยที่สุดที่จะทำได้.

๓. ทำอย่างไร ที่จะช่วย ให้คน ไข้มีความสามารถกลับไปประกอบ อาชีพ ให้เหมือนดังเดิม, หรือใกล้เคียงกับความ สามารถเมื่อก่อนป่วย.

ถ้าคนไข้มาหาแพทย์เสียแต่ในระยะแรกเมื่อ ป่วยยังมี ความเสียหาย ไม่มาก, การจะรักษาให้คนไข้หายกลับไปประกอบ อาชีพได้ดังเดิมนั้นก็เป็นของง่าย, เป็นการประหยัดทั้งเวลาทั้งค่าใช้จ่ายไปด้วยในตัว. แต่คนไข้ส่วนมากที่มาหาแพทย์ มักจะมาเมื่อสายเกินควร, หรือด้วยความเข้าใจผิดด้วยเหตุใดเหตุหนึ่ง, เช่นไม่ยอมเชื่อว่าตนเป็นวัณโรค ฯลฯ, และรักษาในทางที่ผิด, กว่าจะรู้แน่หรือยอมรับว่าตนเป็นวัณโรคก็มักจะสายจนเกินกว่าจะรักษาได้, และไม่เข้าใจเกณฑ์ในปัญหาที่ควรคำนึง ๓ ประการนั้น. คงเหลือแต่ปัญหาที่จะต้องศึกษาคำนึงคือ ทำอย่างไร

จึงจะช่วยชีวิตคนไข้ขึ้นไว้ได้, และถ้าช่วยได้ คนไข้จะสามารถ ประกอบ การ อาชีพ อย่างไม่ได้ข้งหรือไม่มีให้ เป็นภาระ แก่ผู้อื่นต้องเลียงคุดตลอดชีวิต. ด้วยเหตุนี้ ในต่างประเทศจึงได้เริ่มทำการตรวจ ค้นหาผู้ป่วยเป็นวัณโรคในหมู่คนที่เป็นการใหญ่, ด้วยจุดประสงค์จะแนะนำ หรือจัดการ รักษา เยียวยา เสีย ตั้งแต่ เมื่อโรคนั้นน้อยอยู่.

วิธีดำเนินการรักษาโดยมากเขามักจะให้เป็นขั้น ๆ ไป, โดยอาศัยหลักการจากปัญหาที่ควรคำนึงดังกล่าวมาข้างต้น, ดังตัวอย่างต่อไปนี้.

๑. เมื่อคนไข้มาหาแพทย์ในครั้งแรก, หรือเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล, เขาจะจัดให้คนไข้ได้หยุดพักผ่อน, เว้นจากการงานที่เคยทำ, จำกัดการเคลื่อนไหว, เพื่อบรรเทาอาการสำหรับไว้ใช้ในการต่อสู้กับโรค, จัดอาหารที่ดีและสมส่วนให้กิน, จัดให้นอนหลับสบาย, โดยถ้าไม่จำเป็นก็จะไม่ให้ยาแต่อย่างใดเลยในการบำบัดตามอาการ.

๒. ถ้าคนไข้มีอาการมาก, มีไข้, ไอ จิต ฯลฯ ที่เป็นการรบกวนความผาสุกทำให้พักผ่อนไม่ได้ดี, เขาก็จะใช้ยาบำบัด

ตามอาการที่จะช่วยให้คนไข้มีความผาสุกขึ้น.

๓. ถ้าการกระทำในสองข้อแรกไม่สามารถจะบรรเทาอาการและหยุดการรุกรานของโรคได้ เขาก็จะพิจารณาว่าจะควรใช้ยาจำพวกแอนติไบโอติกชนิดใด, เช่น สเตอริ์ปโตมัยซิน, พาราอะมิโนซาลิซิลลิคแอซิด. บัคทีเรียมียา Conteben หรือ Tb.1 เพิ่มขึ้นอีกขนานหนึ่ง. การใช้ยาจำพวกนี้เขามีจุดประสงค์เพียงแต่จะช่วยบรรเทาอาการและหยุดการรุกรานของโรคไว้เท่านั้น, เพราะเขารู้แน่แล้วว่ายาจำพวกนี้มีอำนาจเพียงแต่ทำให้เชื้อวัณโรคอ่อนกำลังลง, หยุดการเจริญตัวสืบพันธุ์ เป็นการชั่วคราวเท่านั้น, ไม่ได้มีอำนาจทำลายเชื้อได้เหมือนดังที่เคยเข้าใจกัน. อำนาจการทำลายเชื้ออยู่ที่ความเป็นอยู่แห่งสุขภาพของคนไข้เอง, ไม่ได้เกิดแต่ยา. การบำรุงคนไข้ตามข้อ ๑ เป็นปัจจัยอันสำคัญยิ่งในกรณี. ถ้าเป็นสมัยก่อนมียาแอนติไบโอติก, คนไข้จะต้องนอนคอยวันคอยคืนรับการบำรุงไปจนกว่าร่างกายจะฟื้นขึ้นมีกำลังพอจะสู้กับโรคได้ คนไข้บางรายอาการไม่รุนแรงนักและอยู่ในระยะที่จะรักษาด้วยการยุบปอดได้, ก็

อาจงดเว้นการใช้ยาแอนติไบโอติกในระยะนี้เสีย, สงวนยาไปไว้ใช้ในเมื่อมีความจำเป็นในเวลาต่อไป.

๔. ในขั้นต่อไปเขาจะพิจารณาอีกครั้งหนึ่งว่าผลของปอดคนไข้คนใดได้เองหรือจำเป็นจะต้องรักษาด้วยวิธียุบปอดวิธีใดวิธีหนึ่ง.

การรักษาด้วยวิธียุบปอดนี้มีหลักเกณฑ์ในการเลือกใช้โดยย่อดังต่อไปนี้:

(๑) ถ้าผลอยู่ในส่วนกลีบบนของปอด, เขามักจะลองทำบีโนโมโอแรกซ์ก่อนเป็นขั้นต้น.

(๒) ถ้าผลอยู่ในส่วนกลีบล่าง, ก็มักใช้วิธีทำให้กระบังลมเป็นอัมพาต, และวิธีสยอากาศเข้าในช่องท้อง (บีโนโมเพอริโทเนียม). ทั้งสองวิธีนี้อาจใช้ในรายที่ไม่สามารถทำบีโนโมโอแรกซ์ได้.

(๓) การทำบีโนโมโอแรกซ์นั้นบางครั้งอาจมีเยื่อพังผืดบังปอดไว้ไม่ให้ยุบลงได้สนิท, ก็ต้องตัดเยื่อพังผืดนั้นโดยวิธีบีโนโมนัลลิซีสโดยวิธีบีต (Jacobeus) หรือวิธีเย็ค. การทำบีโนโมโอแรกซ์ที่คิดว่าได้ผลดีนั้น คือปอดต้องยุบลงหมด และขอบบนของปอดสูงไม่เกินระดับช่องซี่โครงที่ ๕ (นับทางด้านหลัง),

ไม่มีน้ำในถุงเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion), หรือถ้ามีจะทิ้งแห้งหายไปเอง. ถ้ามีน้ำเกิดมากขึ้น, เจาะแล้วกลับเกิดใหม่ก็จักว่าผลของการทำขั้วนิวโมโอแทรกซ์นั้นไม่สมบูรณ์.

(๔) ในบางรายอาจต้องทำขั้วนิวโมโอแทรกซ์ร่วมกับทำประสาทฟรังก์เป็นอัมพาตเพื่อช่วยผลการยุบปอดให้ดีขึ้น, เช่นในรายที่แผลอยู่ในส่วนกลางของปอด.

(๕) ถ้าการทำขั้วนิวโมโอแทรกซ์ และทำประสาทฟรังก์เป็นอัมพาตไม่มีผล, วิธียุบปอดที่จะเลือกใช้ต่อไปก็คือ extra-pleural pneumothorax, หรือ ธรอโคปลาสตี, หรือตัดเอาปอดออก (Lobectomy) หรือ pneumonectomy เป็นขั้นสุดท้าย.

อุปสรรคของการยุบปอด. ในบางครั้งเราพบว่าเราไม่อาจใช้วิธีการรักษาวัณโรคโดยการยุบปอดได้, ด้วยเหตุผลหลายประการ, ซึ่งจะขอสรุปแต่ความสำคัญอย่างย่อ ๆ ต่อไปนี้:

๑. คนไข้เป็นวัณโรคในระยะรุนแรง (acute tuberculous pneumonia), มีอาการไข้สูง, เหนื่อยหอบอย่างอาการของขั้วนิวโมเนีย.

๒. วัณโรคแพร่กระจาย. (Acute miliary tuberculosis).

๓. เป็นโรคอย่างมากในปอดทั้งสองข้าง และเกือบไม่มีเนื้อปอดที่เหลืออยู่.

๔. ไวแดลแคแปซิตต่ำกว่า ๘๐๐ ล.ซม., คือเมื่อให้คนไข้สูดหายใจเข้าในปอดเต็มที่แล้วเข้าอากาศนั้นออกจนสุด, ถ้าจำนวนอากาศที่เข้าออกมานั้นวัดได้ไม่ถึง ๘๐๐ ล.ซม., หรือแม้จะเกินกว่าแต่เมื่อได้ใช้วิธียุบปอดแล้วลดมานั้นต่ำกว่า ๘๐๐ ล.ซม. ซึ่งเป็นเครื่องแสดงว่าคนไข้ไม่อาจมีชีวิตอยู่ได้เมื่อมีเนื้อที่หายใจน้อยเพียงนั้น.

๕. เมื่อมีการอักเสบเป็นแผลในหลอดอาหารหรือหลอดคอและสายเสียง.

๖. คนไข้มีโรคอย่างอื่นอยู่, เช่นโรคหัวใจ.

นอกจากข้อห้ามที่กล่าวมาข้างต้นนี้แล้วก็ยังมีปัญหาปลีกย่อยอีกหลายประการ เช่นโพรงในปอดโตเกินสมควร, ไม่อาจยุบได้โดยวิธีใด ๆ, ปอดมีไฟโบรซีสมากจนยุบไม่ลง, ฯลฯ. ปัญหาของการเลือกใช้วิธีการก็เลยไปถึงการตัดเอาปอดออก. บางรายมาพบอุปสรรคเหล่านี้เมื่อเริ่มการรักษา

แล้ว เช่น โพรงในปอกไม้ปัก และกลีบโตขึ้น, ซึ่งมักจะพบในรายที่ทำขี้โมโร-แม็กซ์บ่อยๆ. อนึ่งควรเข้าใจด้วยว่าข้อห้ามเหล่านี้มิใช่เป็นข้อห้ามตายตัว. บางคน

อ้างว่าเคยฝนข้อห้ามก็ไม่เห็นมีอันตรายใดๆ เกิดขึ้นและกลับเป็นผลดี. ฉะนั้นจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้ดำเนินการรักษาจะพิจารณาอย่างรอบคอบและถี่ถ้วนก่อน.

หมายเหตุ: นายแพทย์เฟื่อง สัตยสงวน, ศัลยแพทย์แห่งโรงพยาบาลศิริราช, ผู้นำส่งเรื่องข้างต้นนี้, และได้มีการติดต่อกับการรักษาคอนไซของโรงพยาบาลวัดโรคกลางโดยวิธีผ่าตัดเสมอๆ, ได้เขียนข้อสังเกตไว้เล็กน้อย. ซึ่งเห็นสมควรจะนำลงพิมพ์ไว้ด้วย, ดังต่อไปนี้:

(ท่านขุนรัตนเวชสาขา, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดโรคกลาง, นนทบุรี, พึงกลับจากท่งงานเกี่ยวกับวัดโรค ๗ ประเทศ สวิตเซอร์แลนด์และอเมริกา. ท่านสนใจในเรื่องโรคนี้มาก, จึงได้ประจักษ์แก่สาย

ตาของคนจำนวนมากแล้วว่าโรงพยาบาลวัดโรคกลาง, ซึ่งสมัยหนึ่งไม่มีใครนิยมและมักเรียกกันว่าสถานมรณะ, บัดนี้ได้กลายเป็นที่เชื่อถือของคนทั่วไป, มีผู้ช่วยอยู่อีกแะ, มีระเบียบวิธีจัดการเลี้ยงสถานพยาบาลของต่างประเทศ, มีวิธีการอย่างทันสมัย. การเจริญก้าวหน้าของสถานพยาบาลแห่งนี้ต้องยอมยกมือให้ว่าเป็นเพราะท่านขุนรัตนเวชสาขา, ผู้ซึ่งถือหลักมานะอดทน, บกบั่นเป็นอุดมคติ. หากท่านขาดความอดทนต่อสถานแห่งนี้เท่านั้น, สภาพของ โรงพยาบาลนี้ก็คงจะไม่ดีเท่าที่เป็นอยู่ในเวลานี้.)

บทบรรณาธิการ

คนไข้ถึงแก่กรรม

“คนไข้ถึงแก่กรรม” เป็นผลการรักษา ซึ่งแพทย์ทุกคนคงจะต้องประสบ. การตายเป็นของหลีกเลี่ยงไม่ได้, และแพทย์ผู้ทำการรักษามักจะได้เห็นอยู่เป็นประจำ. แต่บางทีการตายของคนไข้ก็ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ในแพทย์คนเดียวกัน. หลายครั้งแพทย์อาจเห็นเสียแต่แรกแล้วว่าคนไข้จะต้องตาย, และอาจรู้สึกถึงความตายนั่นแหละเป็นเครื่องวัดความทรमानของคนไข้; ในรายเช่นนั้นแพทย์บางคนอาจโล่งอกในเมื่อวาระที่สุดของคนไข้มาถึง. ในรายอื่น, โรคอาจเป็นอย่างที่มีโอกาสหายได้ไม่น้อย, และแพทย์ได้ปราศัยต่อพยาธิภายหลังการต่อสู้อย่างสุดฝีมือ; เช่นนั้นแพทย์ยังมีการปล่อยใจตัวเองได้ว่าได้พยายามจนเต็มความสามารถแล้ว. เหตุการณ์โดยมากคงเป็นทำนองนี้, ซึ่งนับว่าเป็นปรกติสำหรับประสบการณ์ของแพทย์. แต่ในบางครั้งแพทย์ต้องพบการตายของคนไข้, พร้อมด้วยความรู้สึกที่สนใจอย่าง

แรง, ซึ่งเคยมีตัวอย่างบางคนถึงกับจะสละวิชาชีพเสีย, เพราะด้วยความสำนึกรุนแรงบางประการ. คนไข้ถึงแก่กรรมด้วยประการใดก็ตาม, และแพทย์จะรู้สึกอย่างไรก็ตาม, การตายทุกครั้งที่เกิดขึ้นต้องนับว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญ, ซึ่งแพทย์ที่รอบคอบจะไม่ปล่อยให้ผ่านไปเสียเปล่า ๆ, แต่จะถือเป็นโอกาสที่จะพิจารณาตนเองและหาความรู้ใส่ตนเพิ่มเติมเข้าทุกครั้ง.

“ความผิดเป็นครู” เป็นหลักสำคัญประการหนึ่งในการศึกษา. การตายของคนไข้ไม่ใช่ความผิดของแพทย์ก็จริง, แต่ก็เป็นการพลาดหวัง, และอาจใช้เป็นโอกาสศึกษาหาทางปรับปรุงตนเองให้สูงขึ้นได้เป็นอย่างดี. การตายของคนไข้ย่อมหมายความว่าถึงการจบเรื่องของคน ๆ หนึ่ง; แพทย์ผู้รักษา, ซึ่งโดยความรอบคอบได้จดประวัติความเจ็บป่วยของคนนั้นไว้อย่างเรียบร้อย, ย่อมมีโอกาสไม่เพียง

แต่จะบันทึกวาระสุดท้ายของเขาเท่านั้น, แต่ยังคงได้ทบทวนเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บไข้และสรุปความเห็นเกี่ยวกับชีวิตของคน ๆ นั้นจากแง่ของนายแพทย์อีกด้วย. ข้อสำคัญประการหนึ่งในการนี้ คือ คติย้อนหลังที่ว่าความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติรักษาได้เป็นไปอย่างสมควรและถูกเหตุผลหรือไม่. ไข้บางรายอาจได้ทำความฉงนสนเท่ห์ให้แก่แพทย์เป็นอันมากในระหว่างที่คนไข้ยังมีชีวิตอยู่, แต่ภายหลังที่จบเรื่องแล้วบางที่ย้อนกลับไปใคร่ครองดูใหม่, อาจเข้าใจและสามารถลำดับเหตุการณ์อย่างกระจ่างก็ได้. ในบางครั้งแพทย์อาจเกิดความรู้สึกนึกอะไรบางอย่างขึ้นมาในใจ, ซึ่งอาจเป็นบทเรียนที่มีค่าอย่างสูงยิ่ง.

แพทย์บางคนอาจเคยประสบคนไข้ซึ่งอาการและผลการตรวจบ่งไปในทาง “โรคเส้นประสาท”. คนไข้มีข้อร้องทุกข์มากมาย, แต่ตรวจไม่ได้อะไรผิดปกติธรรมดา. บางทีอาจมีเหตุประกอบเล็กน้อย, ซึ่งสนับสนุนความเห็นว่าเป็นจิตใจเป็นต้นเหตุของการไม่สบาย, เช่น เรื่องทางครอบครัวหรืออายุใกล้หมดกระดู. แต่การรักษาทาง “โรคเส้นประสาท” อาจไม่ช่วยอะไร

เลย. คนไข้ยังคงร้องทุกข์อยู่เช่นเดิม. แพทย์ที่รอบคอบอาจเฉลียวใจและทำการตรวจทบทวนใหม่, ตรวจทางห้องทดลองเพิ่มเติมขึ้น, มุ่งหาหลักฐานในทางอื่นๆ, ซึ่งอาจทำให้เปลี่ยนการวินิจฉัยได้. แต่แพทย์บางคนอาจนอนใจเสียตั้งแต่ต้นแล้วว่า “โรคเส้นประสาท” แน่. แม้ให้ยาระงับแล้วไม่ได้ผลก็เห็นว่าเป็นเพราะใช้ยาไม่ถูกชนิดกัน, เปลี่ยนยาใหม่แต่อาจไม่ได้ตรวจทบทวนใหม่. การรักษาก็คงกระทำไปในแนวเดิมนั่นเอง. ต่อเมื่อคนไข้มีอาการทรุดลงอย่างปัจจุบันจึงชักสงสัยขึ้นมาว่าการแสดงทาง “เส้นประสาท” นั้นอาจเป็นเพียงอาการย่อยหรืออาการนำหน้าของโรคแท้จริงซึ่งอยู่ข้างหลังเท่านั้น.

อาการเกี่ยวกับหัวใจเป็นอาการชุดหนึ่งซึ่งมักจะถูกมองผิดหรือใช้ผิดบ่อย ๆ. ในทางหนึ่งแพทย์อาจให้น้ำหนักแก่อาการมากเกินไป, แม้ตรวจไม่พบอาการแสดงซึ่งบ่งถึงการเป็นโรค, ก็มักเสียว่าตรวจไม่ถึง, และปักใจเอาคนไข้เป็นโรคหัวใจ. ในทางตรงกันข้าม, แพทย์อาจตีราคาของอาการที่ตรวจพบน้อยเกินไป, และปักเป็น “โรคหน้าที” เสียหมด. ในตัวอย่างแรกคนไข้คงไม่ตายเพราะอาการที่

เป็น, เพราะไม่ใช่โรคจริงจัง, แต่การรักษาของแพทย์อาจทำความลำบากให้แก่คนไข้ไม่น้อย, ทั้งทางใจ, ทางกายและทางเศรษฐกิจ. ในทางหลัง, คนไข้อาจตายเพราะไม่ได้รับการแนะนำป้องกันและการรักษาที่ถูกต้อง. เช่นตัวอย่างคนไข้ที่เป็นโรคหัดเรื้อรังประจำตัวอยู่, อาจมีอาการหอบและเหนื่อยง่ายขึ้นๆเป็นลำดับ. ถ้าแพทย์เฝ้าสังเกตจนใจเสียว่าเป็นอาการของโรคหัดมากขึ้น. แต่แพทย์ทรมานคอยอาจเฉลียวใจว่า อาจมีโรคของหัวใจซ่อนโรคหัดขึ้นมาก็ได้. การแซกซันนี้ไม่ใช่เรื่องหายาก, และอาจเป็นนัยของโรคหัด. ถ้าแพทย์ไม่เฉลียว, โรคก็อาจยบเร็ว, และบางทีแพทย์อาจต้องมานั่งเศร้าใจในภายหลังว่า: ถ้าได้ตรวจหัวใจสักหน่อย, และพุงหัวใจไว้ด้วย, บางทีคนไข้ยังจะอยู่ไปอีกนานก็ได้.

ต้นเหตุสำคัญข้อหนึ่งของการพลาดคือความที่คุ้นกับคนไข้. แพทย์ที่รักษาประจำกันมาเป็นเวลาหลาย ๆ ปีมักจะเห็นเลี้ยวหรือโรคของคนไข้จนปรูปรุ่งไปหมดแล้ว. เมื่อมีอาการอะไรแปลกขึ้นมา, บางคนก็อาจโยนเอาอาการนั้นไปยกให้แก่โรคใดโรคหนึ่งหรืออยู่ว่าคนไข้มีประจำ,

และไม่ได้เอาใจใส่มากกว่าตรวจ ๆ อย่างเป็นพิเศษ. ตัวอย่างนี้เป็นเหตุหนึ่งซึ่งอธิบายว่าทำไมบางทีการเปลี่ยนแพทย์, หรือเรียกแพทย์อื่นมาร่วมปรึกษา, จึงมักเปลี่ยนการดำเนินของโรคได้อย่างฉับพลัน. แพทย์ที่รอบคอบย่อมจะสนใจอาการแปลก ๆ ของคนไข้เสมอ, และทำการสอบสวนตรวจค้นอย่างละเอียดทุกครั้ง, แม้กระทั่งศึกษาในทางห้องทดลองด้วยในเมื่อหาเหตุผลสำหรับอาการนั้นๆ ยังไม่ได้. การปฏิบัติเช่นนี้อาจช่วยป้องกันความเสียหายในภายหลังได้.

บางครั้งคนไข้เองอาจสังเกตว่าตนมีอาการของโรคที่แปลกกว่าเคย, และพยายามชี้แจงเพื่อความสนใจของแพทย์. การบอกข้อโดยง่าย ๆ, ไม่ได้ตรวจตราสอบสวน, อาจเป็นเหตุให้พลาดไปจากการตรวจพบระยะเริ่มแรกของโรคซึ่งป้องกันหรือรักษาได้, เปิดโอกาสให้โรคก้าวหน้าจนถึงระยะที่ทำอะไรไม่ได้เสียแล้ว, และอาจยังความเสียหายอย่างมากให้แก่แพทย์. ตัวอย่างเช่นนี้อาจมีบ่อยกว่าที่คาดกัน, เพราะแพทย์มักถือตัวว่ามีความรู้และเข้าใจเรื่องโรคและร่างกายได้ดีกว่าคนไข้. เมื่อคนไข้แจ้งอาการอะไรขึ้นมา,

แพทย์ก็อาจยกเหตุผลตามความรู้ขึ้นมา
ลบล้างเสียได้หมด. ในที่สุดคนไข้อาจ
เป็นฝ่ายถูก, แต่เขาอาจไม่มีโอกาส
ได้รับประโยชน์จากชัยชนะของเขาเลยก็
ได้.

ด้วยเหตุที่มากมายเหล่านี้, ทุกครั้งที่คน
ไข้ถึงแก่กรรมจึงเป็นการสมควรที่แพทย์ผู้
รักษาระยะเวลาสงบใจพอสมควร, เพื่อ
ไตร่ตรองและคิดย้อนหลังดูว่าได้มีการยก
พหุประสงค์ ใดบ้างในการปฏิบัติเกี่ยวกับ
คนไข้ผู้นั้น. บางทีเราจะได้เอาใจใส่เขา
น้อยไป. บางทีเราจะได้ช่วยเหลือเขาไม่ค่อย
เต็มความสามารถ. บางทีเราจะได้เข้าใจ
อาการบางอย่างผิดไป, และพลาดไป
หน่อยในการวินิจฉัย. ถ้าหากเราได้ใช้
ยาอีกอย่างหนึ่งแทนอย่างที่ใช้, อาจเป็น
ได้หรือไม่ว่าคนไข้จะยังไม่ตาย. ถ้าหาก
เราได้ผ่าตัดเขาเร็วขึ้นอีกสักหนึ่งชั่วโมง

แทนที่จะได้ให้รอไว้ก่อนเพราะเรายังงัว
อยู่, อาจเป็นไปได้ไหมว่าเขาจะไม่ตายเพราะ
ลำไส้ทะลุ. ถ้าหากเราได้รีบผ่าตัดของเขา
ตั้งแต่ออกเสียในทันทีที่ตรวจพบว่าเป็นจริง
ครบ, แทนที่จะให้คนไข้ลองเบ่งอยู่สาม
ชั่วโมงเพราะเรายังหิวอยู่, อาจเป็นไปได้
ไหมว่ามดลูกจะไม่แตก. ปัญหาเช่นนี้
คงไม่มีผู้ใดรับรองว่าจะตอบได้ถูกเต็ม
ประจักษ์, นอกจากจะบังเอิญพบหลักฐาน
ประกอบเพิ่มเติมขึ้น, เช่นโดยการตรวจ
ศพ. แต่การถามตัวเองในทำนองนี้, ซึ่ง
จะเรียกว่าได้สวนตัวเองหรือผกผันตัวเองก็
คงได้, แม้ไม่อาจให้การวินิจฉัยเด็ดขาด
ได้, ก็อาจมีประโยชน์มากในการปรับ
ปรุงตัวเอง, และโดยฉะเพาะอย่างยิ่งอาจ
ช่วยป้องกันไม่ให้แพทย์ต้องสงสัยตนเอง
ในภายหลังว่า “เราได้ทำดีที่สุดแล้ว
หรือ”.

แผนกยอเอกสาร

(หมายเหตุ การใช้อักษรเล็กในบางตอนก็เพื่อประหยัดเนื้อที่ ไม่เกี่ยวกับความสำคัญ)

๑. L. Janet Mallender: Single Exposure of Superficial X-rays in Cancer of the Skin. (การรักษามะเร็งที่ผิวหนังโดยฉายรังสีเรินต์เก้นชนิดคนเพียงครั้งเดียว) J. Faculty of Radiologists, April 1950, 1, pp. 267-272.

การรักษามะเร็งขนาดเล็กโดยฉายรังสีเรินต์เก้นเพียงครั้งเดียวให้ประโยชน์มาก, โดยคนไข้ไม่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล. ได้ทำการทดลองรักษาที่ Radio Therapy Centre (Leeds, ประเทศอังกฤษ) โดยใช้ขนาด 80 Kv, 7ma., กรองด้วยอะลูมิเนียม ๑ มม. ให้ half value ของอะลูมิเนียม ๒.๐ มม., 150 r ก่อนหน้า, และใช้ back scatter, ให้ประมาณ ๑๕ เปอร์เซ็นต์ต่อทุก ๆ พื้นที่. พยายามให้จำนวน output คงที่ต่อทุก ๆ ระยะ focal-skin, คือประมาณ ๑๕.๕ ซม. ใช้ chromium plated brass applicator ที่มีปลายข้างหนึ่งเปิด, ติดไว้ด้วย.

ใช้รักษามะเร็งที่ผิวหนังในรายที่เลือกแล้ว, เช่น basal หรือ squamous cell carcinoma ขนาดผ่าศูนย์กลางไม่เกิน ๓ ซม. และไม่ลึกลงไปมาก. ถ้าเนื้อส่งผิวหนังก็ให้ขนาดระยะเดียวกับผิวหนัง. ขนาดเปลี่ยนแปลงระหว่าง 2,000 r ในเนื้อที่แผลเล็ก ๔x๕ ซม., และ 2,500 r ในเนื้อที่วงกลมมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ๕ ซม. ในคนไข้ที่อายุมากกว่า ๗๐ ปี และหนังเหี่ยวแห้งมาก, ก็ให้ลดขนาดลง ๑๐ เปอร์เซ็นต์.

ได้รักษาคนไข้ ๑๗๗ คน และติดตามมา ๔ ปีหรือมากกว่า. พบว่าใน ๒ ราย เนื้อตายอย่างแรง (frank necrosis), ๖ รายแสดงอันตรายจากรังสีอย่างแรงแล้วหายเองภายใน ๓ เดือน.

ได้ติดตาม ๑๗๗ รายพบว่า ๑๕๘ ราย หรือ ๘๙ เปอร์เซ็นต์ รักษาได้ในครั้งเดียว. ส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ผล, มีโรคกลายเป็นที่ขอย. ได้รักษาซ้ำ, ได้ผลหาย ๕๘ เปอร์เซ็นต์ ในระยะเวลา ๔ ปี.

ผู้เขียนสรุปว่า การฉายรังสีอย่างคน

ควรเก็บผลออกฤทธิ์และเพิ่มพูนแก่การรักษ
ษา. ในรายที่มีโรคกลับที่ขอบ ๆ ไม่เกิน
๑ ซม. ก็สามารถรักษาซ้ำให้หายได้.

สนอง กาญจนาลัย พ.บ.

๒. J. A. Olson, E. H. Steffenson,
R. Margulis, R. W. Smith and E. L.
Whitney: Adrenocorticotrophic
Hormone Therapy in Inflamma-
tory Diseases of the Eye. (การใช้
ACTH รักษาโรคอักเสบของตา) J.-
Amer. Med. Ass., 1950, 142, p. 1276.

มีคนไข้ที่นัยน์ตาอักเสบต่างๆ กัน ๑ คน. สัก
เป็น Acute plastic iritis. ๒ คน เป็น keratitis
ลามไปถึง anterior uveal tract, หนึ่งใน ๒ คน
นี้ยังเป็น secondary glaucoma ด้วย, และคนสุดท้าย
เป็น recent chorioretinitis with absolute
scotoma. คนไข้ทุกคนได้รับการฉีดยา ACTH เข้า
กล้ามเนื้อในขนาด ๑๐ ถึง ๒๐ มก. ทุกๆ ๔ หรือ ๖
ชม. จำนวนยาทั้งหมดที่ใช้อยู่ระหว่าง ๑๘๕ - ๔๓๒
มก. กินเวลารักษา ๓-๑๓ วัน. ผลการรักษานับว่า
ดีมาก. อาการต่างๆ ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว. หนึ่งในคนไข้
ภายใน ๒ ชม. และคนอื่น ๆ ดีขึ้นภายใน ๔ ชม.
สองใน ๔ คนที่เป็น Acute plastic iritis หายขาด,
และต่อมาอีก ๕-๑ อาทิตย์ ก็ไม่แสดงอาการว่าจะกลับ
เป็นอีก.

ระหว่างให้ยาอยู่นั้นมีอาการแทรกบังคือ ๒ คน
เป็นกลัษโคซูเรีย, และอีก ๑ คน เป็นออริคิวลาร์ไฟ
บริลเลนซ์.

ตระกูล กิตติสิน พ.ด.

๓. T. Snook: A Comparative Study
of the Vascular Arrangements in
Mammalian Spleens. (การศึกษา
เปรียบเทียบเรื่องการจัดรูปหลอดเลือดใน
ม้ามของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม) Amer. J. Anat.,
v. 87, No. 1, pp. 31-77.

เพื่อการศึกษารายละเอียดของส่วน
ประกอบของม้ามและเพื่อให้เข้าใจถึงวิธี
ที่กระแสเลือดไหลผ่านอวัยวะนี้, การ
ศึกษาเกี่ยวกับม้ามได้ทำกันมาเป็น ๓ วิธี:
วิธีแรกใช้วัตถุฉีดยาเข้าไปเพื่อช่วยติดตาม
ทางเดินของเลือด; วิธีที่ ๒ ใช้การตรวจ
ม้ามในสัตว์ที่ยังเป็นๆ อยู่ด้วยกล้องจุล
ทัศน์โดยใช้ไฟช่วย; วิธีที่ ๓ ใช้วิธีธรรมดา
และการย้อมพิเศษเช่นที่ใช้ในการศึกษา
ส่วนประกอบโดยละเอียดของอวัยวะต่างๆ.
ผู้รายงานใช้วิธีที่สามประกอบวิธีพิเศษทำ
ให้เกิดเงินตกตะกอนบน reticulum,
เป็นผลทำให้หลอดเลือดเด่นชัดขึ้น, แล้วใช้
reconstruction จากเซ็คชั่นที่ติดต่อกัน.
ได้ศึกษาในหนูพุก, mole, แมว,
สุนัข, ม้า, วัว, คน, skunk, ค้างคาว,
ลิง, กระรอกและ weasel. พบว่าสัตว์
ต่างๆ เหล่านี้มีส่วนประกอบของม้ามแตก
ต่างกัน. อาจแยกโดยอาศัยลักษณะของ

หลอดใน red pulp ออกได้เป็น ๒ ชนิด คือชนิดมี sinus และชนิดไม่มี sinus แต่มีหลอดเลือดดำ primordial. ชนิดมี sinus แบ่งออกได้เป็น ๒ พวก: พวกไม่มี penicillar ellipsoids, มีหนูพุก, หนูตะเภา, และกระต่าย; พวกมี penicillar ellipsoids, มีสุนัข, คน, กระรอก, skunk. ชนิดไม่มี sinus แบ่งออกได้เป็น ๒ พวกเหมือนกัน: พวกไม่มี penicillar ellipsoids คือหนูถีบจักร (mouse). พวกมี penicillar ellipsoids, มี mole, แมว, ม้า, วัว, หมู, พังพอน และค้างคาว. ความเห็นที่เกิดแตกต่างกันในหน้าที่ของม้ามขึ้นเพราะในการศึกษาที่แล้มาไม่ได้พิจารณาลักษณะแตกต่างที่กล่าวมาแล้วในสัตว์ต่างชนิด. ฉะนั้นงานของ Knisely ('36) ที่ได้ตรวจวิธีที่กระแสเลือดไหลผ่านในสัตว์เป็น ๆ พบว่ามีทางติดต่อโดยตลอดระหว่างหลอดเลือดแดงและทางเดินเลือดดำ (closed circulation) จึงถูกต้องเพราะในหนูตะเภาและในกระต่าย (คือพวกมี sinus), แต่จะนำมาอธิบายในหนูพุก (rat), สุนัข และคนก็ยังมีอาการผิดปกติบ้าง. งานของ Mackensie ('41) ซึ่งทำในสัตว์เป็น ๆ

เช่นเดียวกัน, แต่กลับพบว่าระหว่างหลอดเลือดแดงและทางเดินเลือดดำไม่มีทางติดต่อกัน (open circulation) คงถูกต้องเพราะในหนูถีบจักร (mouse), mole, แมว, ม้า, และวัว (พวกไม่มี sinus มีแต่หลอดเลือดดำ primordial),

ในรายงานนี้ยังแสดงให้เห็นความสำคัญของ marginal zone ซึ่งเป็น filtration centre ด้วย.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๔. W. G. Nothacker and Martin G. Netsky: Myocardial Lesions in Progressive Muscular Dystrophy (ความพิการของกล้ามเนื้อหัวใจในโรคโปรเกรสซีฟมิสคิวลาร์ดีสโทรฟี) Arch. Path., v. 50, No. 5, November 1950, pp. 578-590.

จากการตรวจศพผู้ป่วยที่เป็นโรคโปรเกรสซีฟมิสคิวลาร์ดีสโทรฟี ๑๑ ราย. พบว่ากล้ามเนื้อหัวใจมีความพิการดีสโทรฟีเหมือนกับความพิการที่เกิดแก่กล้ามเนื้อลาย (skeletal muscle) ๖ ราย. ทั้ง ๖ รายเป็นผู้ชาย และเริ่มต้นเป็นโรคนั้นก่อนอายุ ๔ ขวบ. นอกจาก ๑ ราย เริ่มเป็นเมื่อหนุ่ม. สี่รายมีประวัติครอบครัวแสดงว่าคนอื่นเป็นด้วย. ผู้ป่วย ๒ คนมีอาการหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ.

ความพิการของ กล้ามเนื้อลาย เป็นมากเพียงใดหรือเป็นมานานเท่าใด. ไม่มีความสัมพันธ์กับความพิการที่พบในกล้ามเนื้อหัวใจ.

การเปลี่ยนแปลงของหัวใจในโรคนี้โดยทั่วไปคือ: เอบีคาร์เดียมโดยมากปกติ; เส้นเลือดโคโรนารีปกติ, นอกจากบางรายมีเนื้อที่แสดงเส้นเลือดแข็งขนาดเล็ก ๆ; กล้ามเนื้อหัวใจเป็นแผลเป็นกระจายทั่วไปหรือเป็นหย่อม ๆ; เอ็นโตคาร์เดียมของเวนทริเคิลหนาขึ้นเล็กน้อย; ลิ้นของหัวใจไม่ถูกกระทบกระเทือนแต่อย่างใด.

เส้นใยของกล้ามเนื้อถูกแยกออกจากกันด้วยแผลเป็น. ตัวเส้นใยเองอาจมีแนวโอเลชันแตกเป็นชั้น ๆ, ขนาดใหญ่ขึ้น, หดตัวเหี่ยวและมีการเสื่อมโทรม. ส่วนกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่ไม่มีแผลเป็น, สโตรมาบริเวณนั้นและพบลิ้นโพซัยท์และมาโครเฟจ.

อนึ่ง ผู้ป่วย ๒ รายมีลิ้นดิสโทรฟิด้วย.

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ.

๕. A.A.Abbie : Closure of Cranial Articulations in the Skull of the Australian Aborigine. (การปิดของรอยต่อในกะโหลกศีรษะของคนป่าดั้งเดิมในออสเตรเลีย) J. Anat., v. 84. pt. 1, pp. 1-12, Jan. 1950.

ผู้เขียนศึกษาระยะเวลาปิดของรอยต่อในกะโหลกศีรษะของชาวป่าออสเตรเลีย ๒๐๖ หัว. เป็นของคนอายุน้อยและรุ่น ๆ ๓๗, ของผู้ใหญ่ชาย ๘๒ และหญิง ๗๗. กำหนดอายุโดยอาศัยฟันเป็นหลัก. ในกะโหลกอายุน้อยใช้เวลาที่ฟันโผล่. กะโหลกที่มีฟันแท้ครบ ถือว่าเป็นกะโหลกผู้ใหญ่, แบ่งแยกตามวิธีของ Broca ตามลักษณะการสึกของฟัน, สัมพันธ์กับงานของ Campbell ที่ได้ตรวจสอบในคนป่าที่ยังมีชีวิต. ได้ศึกษาเฉพาะการปิดของรอยต่อภายนอกเท่านั้น, เพราะไม่อาจเปิดเข้าข้างในได้, และผิดจากงานของ Todd และ Lyon ซึ่งศึกษาการปิดของรอยต่อจากภายใน. ผู้รายงานเชื่อว่าลักษณะภายในและภายนอกคงไม่แตกต่างกันมากจนเปรียบเทียบไม่ได้.

รอยต่อแยกออกเป็นพวก ๆ, คือ.

ก. ที่ส่วนบนของกะโหลก, มี metopic, coronal และ Sagittal.

ข. ที่ส่วนฐานของกะโหลก, มี sphenoccipital, Spheno-temporal และ masto-occipital.

ค. รอยต่อตามแนวขนาน, ประกอบด้วย naso-frontals, zymatico-frontals, spheno-frontals, spheno-parietals, squamo-parietals, masto-parietals และ lambdoid.

ลักษณะของการปิดแบ่งออกเป็นคั่น ๆ. คั่นหนึ่ง, ปิดตลอด. คั่นสองถึงคั่นปิด, คั่นสาม, ปิดมากขึ้น. คั่นสี่, ปิดสนิท. คั่นห้า, ปิดสนิทและรอยต่อสูญหาย.

การปิดของ รอยต่อ ตาม แนวขนาน เกิดช้ากว่าที่ส่วนบนและฐาน. ในกะโหลกของผู้มีอายุน้อยกว่า ๕๐ ปี, ๘๐ ถึง ๘๐ เปอร์เซ็นต์ แสดง การปิดเป็น บริเวณมากกว่าปิดตามแนวต่อ, คือเกิดที่ pterion, bregma, lambda และที่ asterion มาหลังสุด. การปิดมีสองแบบ. ชนิดอายุน้อยปิดที่ pterion แล้วแผ่สู่, แล้วจึงแผ่ไปทางด้านหลังของกะโหลก. กะโหลกของหญิงมีลักษณะแบบนี้. แต่

กะโหลกของชายมีลักษณะไปทางแบบที่พบในยุโรป, คือ obelion-lambda, แต่แบบเหล่านี้ก็ยังปะปนกัน. กะโหลกของคนที่อายุเกิน ๕๐ ปี มีการบิดของรอยต่อของกระดูกที่ pterion และ lambda. พบทั้งสองเพศ. การบิดสนิทที่ asterion พบได้ยาก.

รอยต่อ spheno-occipital และ metopic บิดเร็วกว่าที่พบในยุโรป. รอยต่อ metopic ที่ยังไม่บิดพบน้อยกว่า ๑ เปอร์เซ็นต์.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๖. A.J. Buller and I. Maureen. Young: The Action of D-Tubocurarine Chloride on Foetal Neuro-muscular Transmission and the Placental Transfer of this Drug in the Rabbit. (ฤทธิ์ของ ดี-ทิวโบคิวรารีนคลอไรด์ ต่อการนำส่งประสาทระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อของลูกในครรภ์, และการส่งวัตถุนี้ผ่านรกในครรภ์) J. Physiol., v. 109, Nos. 3 and 4, pp. 412-420.

เพื่อพิสูจน์ว่าการใช้คิวรารีนในหญิงกำลังคลอดจะมีผลถึงทารกอย่างไร หรือไม่ ผู้รายงานได้ทดลองเกี่ยวกับสองข้อ. ข้อแรก, เกี่ยวกับกล้ามเนื้อและประสาท. ทดลองฉีดทิวโบคิวรารีนคลอไรด์ ๑๐-๑๐๐ ไมโครกรัม เข้าหลอดเลือดดำสายสะดือ แล้วกระตุ้นประสาทไขสันหลัง ผลที่กล้ามเนื้อ แกสตร็อคนีเมียส. ลงในครรภ์, หนูตะเภาและลูกคนที่ได้ทำให้แท้งเมื่ออายุ ๒๒ สัปดาห์. ได้ผลว่าพาราไลซิสสมบูรณ์ในเวลา ๒-๓ นาที. ทดลอง. อีกการทดลองหนึ่งแช่กล้ามเนื้อกระบังลมซึ่งมีประสาทพรีนิกต่ออยู่ด้วยในน้ำยาชยโรดซึ่งใส่ ดี-ทิวโบคิวรารีน ๑-๑๐ ไมโครกรัม ต่อ ล.ซม. ทำในหนูและทารกในครรภ์อายุ ๒๑-๒๒ สัปดาห์ ๔ ราย. ได้ผลมีการบล็อกระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อทารก. บล็อกนี้แก้โดยโปรสติกมีนและไปแทสเซียมไอออน. ข้อที่สอง, เกี่ยวกับการซึมผ่านรก. ในการทดลองหนึ่ง, ฉีด ดี-ทิวโบคิวรารีนเข้าหลอดเลือดแม่กว้างที่กำลังตั้งครภ์ แล้วดูการหายไปในลูก. ได้ผลว่าไม่มีการรบกวนถึงกับทำให้ลูกหยุดหายใจ. ในการทดลองที่สอง, ฉีดยาเข้าหลอดเลือดสายสะดือที่ยังติดอยู่ในมดลูกครรภ์แล้วดูผลต่อแม่ครรภ์. พบว่ายาอาจผ่านรก เข้าไปสู่ร่างกายแม่และทำให้เกิดพาราไลซิสได้.

การทดลองแสดงว่า โมเตอร์เอ็นทิเฟลตของทารกในครรภ์และของผู้ใหญ่มีการโต้ตอบคิวรารีนเหมือนกัน. ผลในกว้าง, ซึ่งพิสูจน์เพิ่มเติมโดยใช้เรดิโอ-แอคทีฟฟอสฟอรัส, ไม่เกี่ยวกับการขัดข้องในการไหลเวียนระหว่างแม่กับรก, แต่เข้าใจว่ารกมีอำนาจอะไรขัดขวางการซึมผ่าน, หรือมีสิ่งล้างพิษคิวรารีนในเลือดของลูก, หรือการถูกซึมเข้าและการขับถ่ายของทารกเร็ว.

นันทา เกตุทัต พ.บ.

๑. O. Conti, J. C. Mussio-Fournier, P. Capriquiry and F. Gonzalez Vanrell: Therapeutic Action of a Pituitary Extract in Retinitis Pigmentosa. (ผลการรักษาเรตินิติสปีกเม็นโตซาคัยยาสะกัปปัตติคาริ) Brit. J. Ophthalm., v. 34, No. 11, Nov. 1950, p. 655

เนื่องด้วยมีผู้แสดงความเห็นว่าเรตินิติสปีกเม็นโตซาคัยยาสะกัปปัตติคาริทางฮอร์โมน, ผู้รายงานจึงได้สกัดต่อมฮัยโปฟิซของวัว, ส่วนอินเตอร์มีเดียและส่วนโพสทีเรียร์, ซึ่งมีฤทธิ์แรงในเชิงเพิ่มวัตถุมelanin, สำหรับใช้ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง (๔๐๐หน่วยกบต่อ ล.ชม.) และหยอดตา (๑๖,๐๐๐ หน่วยต่อ ล.ชม.). พบว่าวิธีที่ให้ผลดีที่สุดคือหยอด; คนไข้ ๒๒ คน, ได้ผลดี ๑๖ คน, ไม่ได้ผล ๒ คน, สงสัย ๔ คน ผลที่ได้คือสายตาดูดีขึ้นและอาการบอดกลางคืนน้อยลง.

ผลที่ได้ไม่สามารถอธิบายต้นเหตุของโรค หรือวิธีออกฤทธิ์ของยา, แต่ทำให้เกิดข้อคิดสองประการคือ (ก) ยาสะกัปปัตติคาริให้ผลเนื่องจากเมลานินในโพสทีเรียร์ของอินทรีย์มีอยู่, เป็นผลทางสรีรวิทยา, คือเพิ่มเติมสิ่งที่ร่างกายขาด, หรือ (ข) ยานี้ให้ผลในทางเภสัชวิทยา, ในฐานะเป็นยาขยายม่าน, ไม่เกี่ยวกับการขาดฮอร์โมน. ผู้รายงานเชื่อทางประการหลัง, เพราะได้ทดลองหยอดตาด้วยยาสะกัปปัตติคาริของเนื้อกล้ามเนื้อ, และได้ผลคล้ายกับสะกัปปัตติคาริ, แต่เขายังรอผลการทดลองต่อไปอีก.

สมศรี ปุณฺณทลฺก พ.บ.

๔. J.R.Bitnall. J.W. Crofton. J.A. B. Thomas: Effect of Streptomy-

cin on Vestibular Function. (ผลของ สเตรปโตมัยซิน ต่อหน้าที่ทรงตัว) Brit. Med. J., March 17, 1950 pp, 554-558.

ผู้รายงานตรวจค้นในคนไข้วัณโรคปอด ๑๖ คนที่รักษาด้วยสเตรปโตมัยซิน. มีส่วนน้อยที่ได้รับ พิ.เอ.เอส. คอยไปด้วย. เขาแยกคนไข้ออกเป็นสองพวก, คือพวกที่ให้ยาวันละ ๑ กรัม. และพวกที่ให้วันละ ๒ กรัม, และทดลองหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว (เวสต์ทิวาลาร์ฟังก์ชัน) โดยใช้ไฟฟ้าและใช้ความร้อน. อาการที่พบคือ (๑) เวียนศีรษะ. เป็นอาการแรกเริ่ม. มักเริ่มด้วยตามัวในตอนเย็น. และเวียนศีรษะ. พวกที่ได้รับยา ๒ กรัมมีอาการรุนแรงกว่าพวกที่ได้รับ ๑ กรัมประมาณสามเท่า. ถ้าเย็น, มักเย็นเพียงชั่วครู่, ถ้าเย็นมาก, อาจเป็นอยู่หลายสัปดาห์ระหว่างที่ยังรักษา. (๒) นิสัยแก้มัส, มักร่วมกับการเวียนศีรษะ. พบถึง ๖๓ เปอร์เซ็นต์ในคนที่ได้รับยา ๒ กรัม. มากเป็นสี่เท่าของพวกที่ได้รับยา ๑ กรัม. (๓) คลื่นไส้. มักเกิดพร้อมและร่วมไปกับ เวียนศีรษะ.

(๔) เขตักเขียนอย่างแรง. พบในรายที่
เป็นมาก ๆ. ตำแหน่งแรกเริ่มของความ
พิการเข้าใจว่าเป็นที่ลาบิยร์นัธ, แล้วต่อไป
ที่เวสต์คิบลาร์นิวคลีไอ (พบความพิการ
โดยวิธีจุลทรรศน์วิทยา).

เขา ได้ลองใช้ ยาแอนติฮิสตามีน
ก่อนฉีดยา, เพื่อป้องกันอาการคันกล้าว,

ได้ผลพอใจ, แต่เขาไม่อาจลงความเห็น
เด็ดขาด, เพราะการทดลองเปรียบเทียบ
ได้ทำโดยใช้ยาสะเทร็ปโตมัยซินอีกชนิด
หนึ่ง.

หน้าที่ทรงตัวที่เสียไปนั้น บางรายก็
กลับคืนที่, บางรายก็ไม่กลับ.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๑ พลไม่มีปูน ก็หมดครด
คนไร้ทรัพย์ แม้ประทัยงาม ก็หมดสง่า
แกงขาดเกลือ ก็หมดอร่อย
คนปราศจากภูมิรู้ จะเจรจาอะไรหาสาระมิได้ ฯ

๑ คนไม่ค่อยงาม พுகไปข้างอวดโฉม
คนไม่ค่อยเข้าใจ พุกไปข้างอวดรู้
หม้อไม่ค่อยเต็ม เห็นเหตุให้น้ำกระฉอก
นางโคไม่ค่อยมีนม มักถีนั่นถีนี่ ฯ

๑ คนไร้ทรัพย์ กลับจ่ายเปลือง
คนน้อยกำลัง ดังขลุ่ย
คนเฉาปัญญา พาให้อวดฉลาด
เหล่านั้ เข้าถึงขณะบ้า ฯ

โลกนิติ

ปกิณณกะ

วิธีเหวี่ยงแห

วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๔
เรียน บรรณาธิการสารคดีราชที่เคารพ

ผมเป็นลูกศิษย์ซึ่งออกไปจากศิษย์
ประมาณห้าปี, ยังกังคึกถึงและหวังจะเห็น
ความเจริญของศิษย์อยู่เสมอ. ผมเผชิญ
ไต้พญายักษ์ยวดยิ่งซึ่งเห็นว่าถ้านำมาแล้ว
สู้กันฟังก็คงจะเป็นประโยชน์แก่ลูกศิษย์
ทุกคนไม่มากนัก. เมื่อต้นเดือนมกราคม
นี้เองมีชายอายุ ๕๐ ปี มารับการรักษาใน
โรงพยาบาล..... โดยมีอาการชักและ
เหนื่อยง่ายมาประมาณสองเดือน แต่
อาการชักนั้นมาประมาณสองปีเศษแล้ว
เคยได้รับการตรวจและรักษาจากแพทย์แผน
ปัจจุบันมาแล้วสัปดาห์ละสองครั้ง อาการ
ไม่ทุเลาขึ้น ในระยะหนึ่งเดือนเศษมานี้
เหนื่อยง่ายและขมุกขมัวหลังเท้าด้วย การ
ตรวจร่างกายปรากฏว่าผู้ป่วยมีอาการเห็น
ไต้ชักมีอัมพฤกษ์อัมพาตบริเวณเส้นประสาท
แฉ่งซึ่งเป็นธรรมชาติของผู้ป่วยที่ชักมาก ๆ

และหัวใจโต ระบายอื่น ๆ ก็ไม่ปรากฏว่า
ผิดปกติ.

การตรวจโลหิตปรากฏว่าเม็ดเลือด
แดง ๑.๕๗ ล้าน, ฮีโมโกลบิน ๒๐%, เม็ด
เลือดขาว ๒,๕๕๐, C.I. = ประมาณ ๐.๕
เรติคิวโลซัยต์ ๑% อุจจาระและปัสสาวะ
ไม่พบผิดปกติ.

ให้การวินิจฉัยโรคว่าอะนีเมีย ชนิด
ซีไปโครมิก คือขาดเหล็ก ไต้เริ่มให้
การรักษาด้วยเฟอร์รัสซัลเฟต มื้อละ ๓
เกรน วันละ ๓ ครั้ง ปรากฏว่าเม็ดโลหิต
แดงและฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
ผู้ป่วยกลับบ้านไต้หลังจากอยู่ในโรงพยาบาล
๒ สัปดาห์ โดยมีเม็ดโลหิตแดง ๒.๕
ล้าน ฮีโมโกลบิน ๔๖% ไต้ให้เฟอร์รัส-
ซัลเฟต กินต่อที่บ้านและมาตรวจโลหิตทุก
สัปดาห์ เวลานี้ฮีโมโกลบินสูงกว่าผมผู้
รักษาเสียอีกคือ ๕๐% ผู้ป่วยแข็งแรง
สบายดี เสียค่ายารักษารวมทั้งสิ้นประมาณ
๓๐ บาท.

หลังจากที่ได้ตรวจโลหิต, ยัสสาวะ และอุจจาระแล้ว ผู้ช่วยปรารถนาให้ฟังว่า ทำที่เคयरรักษามาสองปีเศษไม่เคยมีแพทย์ คนใดเจาะนิ้วเอาโลหิตไปตรวจเลย ส่วน ยัสสาวะและอุจจาระก็เช่นเดียวกันไม่เคย มีใครถามถึง การรักษากว่าได้รับการฉีดยาเกือบทุกวัน แพทย์ทุกคนที่เคยรักษา ได้ฉีดยาจนผู้ช่วยกลัวเข็มฉีดยา ส่วน มากเป็น แคลเซียมรวมกับวิตามิน ฉีด เข้าเส้น และยากินยาฉีดบำรุงโลหิตและ แก้วหัวใจอ่อน สิ้นเงินค่ารักษาตลอดเวลา ๒ ปีเศษเป็นเงินประมาณ ๒ หมื่นบาท.

เมื่อผมได้พิจารณาถึงเรื่องราวของผู้ ช่วยรายนี้อย่างรอบคอบและพิจารณาคเหตุ การณ์ในเมืองไทยเวลานั้นร่วมกันเข้าก็คิด ว่าเป็นไปได้ เพราะในตลาดกรุงเทพ ฯ มี ยามากมายหลายขนาน โฆษณาว่ารักษา โรคต่าง ๆ ได้มาก ทำให้น้ำตาลคลอใช้ ฉะนั้นแพทย์เราจึง อาจเผลอไปและลืม ความจริงข้อหนึ่งที่ว่า “การวินิจฉัยโรค ให้ถูกต้องเป็นของสำคัญที่สุด ไป. ผมคิด ว่า โรคบางอย่างเช่นทางโลหิตถ้าไม่ได้ ตรวจเสียก่อนแล้ว คงไม่มีแพทย์คนใด ให้การรักษาได้ถูกต้องนอกจากเป็นการยัง

เฉื่อย ซึ่งผิดหลักวิชาแพทย์ การใช้ยา หลายอย่าง ๆ รักษาผู้ช่วยแบบ “เหวี่ยง แห” ผมคิดว่าน่าจะทำให้พวกเราโง่เขลา ทุกวัน เพราะผู้ช่วยหายเราก็ดูไม่รู้ว่า เป็น โรคอะไรแน่ บริษัททำยาเวลาดานบางบริษัท ก็ค่อนข้างเต็มที่ เพราะผลดยาที่มั่วด้วยา หลายอย่างรวมกันโดยไม่มีเหตุผลเพียง พอเพื่อจะใช้แบบ “เหวี่ยงแห” ให้สัตว์ กิ่งขึ้น สมัยเมื่อผมเป็นนักเรียนอาชารัยก็ ไม่เคยสอนให้รักษาแบบนี้ การที่ใช้กัน มากขึ้นเวลานี้ก็คงเป็นเพราะมียาให้ทดลอง มากนั่นเอง ผมจึงรู้สึกเป็นห่วงถึง แพทย์รุ่นหลัง ๆ ว่าอาจจะมี ความเข้าใจผิด ว่าการรักษาแบบ “เหวี่ยงแห” เป็นของดี เพราะไม่ต้องเสียสอยให้ไต่การวินิจฉัยที่ ถูกต้อง ถ้ามีความคิดอย่างนั้นกันทั่วไปแล้ว การแพทย์ของเราคงถอยหลังไปหาสมัย หลังคาจากเป็นแน่ เรื่องนี้ในต่างประเทศ ผมคิดว่าคงจะมีเช่นเดียวกัน เพราะจาก หนังสือ Clinical Haematology ของ Wintrobe หน้า ๓๒๓ เขียนไว้ว่า “แพทย์จะต้องประหยัดเวลาและทรัพย์สินของผู้ ช่วยเช่นเดียวกับรักษาชื่อเสียงของเขาเอง การใช้ “ยาลูกปราย” (Shot-gun

mixtures) ซึ่งมีเหล็กโลหะอื่น ๆ และ
 วิตามินต่าง ๆ รวมทั้งสารแอนติอะนิไมเอ
 เข้าอีกด้วย จำต้องประมาณอย่างรุนแรง
 ยาผสมทำนองนี้ ส่งเสริม ความเกี่ยว
 คร้านและความงุ่มง่ามในการวินิจฉัยโรค
 และคัดประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเกี่ยวกับ

การสนับสนุนการวินิจฉัย ซึ่งอาจได้
 จากการที่ได้ผลดีในการรักษาด้วยยาแก้
 ไขกระดูกไขว่ไขว่

โดยความเคารพ

ลูกศิริราชคนหนึ่ง

๑ เมื่อแก่เฒ่าหมายเจ้าช่วยรับใช้
 เมื่อยามไข้หมายเจ้าเฝ้ารักษา
 เมื่อยามถึงวันตายวายชีวา
 หวังลูกช่วยยืดอกเมือสิ้นใจ ฯ

วิวาหพระสมุท

๑ อันผู้ใดไฝ่ธรรมเป็นเนืองนิตย์
 และรู้จักข่มจิตต์ไม่ย่อหย่อน
 ปฏิบัติพร้อมพรังทงครูสอน
 คงไม่ต้องอนาทรและร้อใจ ฯ

สาวตรี

แผนกข้าว

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน มีนาคม ๒๕๕๔

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

	อายุร	ศัลย	สูติ-นารี	จักษุ	กุมาร	รวมทุกแผนก
ก. (นอก) ใหม่	๑๕๔๕	๘๓๖ *	๘๓๒	๘๕๖	๓๖๒	๔๘๓๑
เก่า	๑๖๘๔	๑๐๓๔	๑๔๓๑	๕๑๘	๑๓๒๐ *	๖๐๖๘
รวม	๓๒๒๙	๑๘๗๐	๒๓๔๓	๑๓๗๔	๒๐๘๒	๑๐๙๓๙
ข. (ใน)	๑๒๕	๒๓๕	๕๔๖	๑๔๕ *	๑๔๖ *	๑๒๐๕ *

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๒๓๗ * จักษุ ๒๒๓ สูติ-นารี ๑๕๑ * รวม ๖๕๑ *

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๑๖๓ หญิง ๑๔๖ รวม ๓๐๙

๔. จำนวนเด็กคลอดตาย ชาย ๑๑ หญิง ๖ รวม ๑๗

๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย ๑๒๐ คน (๘.๘ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๓ ราย
(๑๐.๘ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)

๖. จำนวนการถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๑๓๕ ข้างนอก — รวม ๑๓๕

๗. แผนกรังสีวิทยา

ก. รังสีเอกซ์

ตรวจ ๑๖๑๓ คน รักษา (ใหม่) ๘ คน จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๑๒๕ ครั้ง

ข. รังสีแกมมา

รักษา ๑๖ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๔๗ ครั้ง

ค. โคบอลต์ ๖๐

รักษา (ใหม่) — คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) — ครั้ง

รวมตรวจและรักษา ๑๖๔๑ คน จำนวนครั้ง ๑๗๓ ครั้ง

๘. แผนกสรีรวิทยา

ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๘๔ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง,

บัสสวาระและน้ำย่อยรวม ๑๔๑๓ ครั้ง

๙. แผนกพยาธิวิทยา

ตรวจศพ ๑๓ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๓๖๕ (จากภายนอก ๓๓) แอ็กกูลิเน-

ชัน ๑๘๖ * วัสดุเซอร์แมนและคาห์น ๑๖๐๐ หมูเลือด ๖๖๐ นับเม็ดเลือด ๖๐ ฟิแล-

เลือด ๔๘ น้ำไขสันหลัง ๕๓ อจจาระ ๓๑๖ บัสสวาระ ๘๗ เสมหะและอื่นๆ ๓๘

ตรวจทดลองตัวจิ๋ว (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๒๗ เพาะเชื้อในเลือด ๓๖ ฉีดสัตว์ ๘

รวมตรวจต่าง ๆ ๓๕๓๓ อย่าง ศพผ่าดูรับไป ๖๗ ศพ ภาววิทยาได้รับไป ๓ ศพ

สปีเพอร์รับไป ๓๗ รวม ๑๔๗ ศพ

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และ แผนกสถิติ)

* สถิติขอเขียน

อนุโมทนา มีผู้ให้เงินบำรุงคณะแพทย-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล (ฉะเพาะที่
เกิน ๑๐๐ บาท) ดังรายนามต่อไปนี้ .

๑. หม่อมเจ้าไวฑมยากร วรวรณ
บริจาคเงิน ๗,๕๐๐.๐๐ บาท บำรุงโรง
พยาบาลศิริราช ๒. นางเชือก ขวบทัย
จังหวัดสมุทรปราการ บริจาคเงิน ๓,๐๐๐.
๐๐ บาท สำหรับซื้อเวชภัณฑ์ ๓. นาย
เท็กเฮ็ง แซ่โอ จังหวัดพระนคร บริจาค
เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท สำหรับตั้งคัลยกรรม
แปลสค ๔. ก.ญ. ชุศรี ชัยบาล จังหวัด
พระนคร บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท
เพื่อสมทบทุนซื้อที่ดินให้ตั้งอายุรกรรม
๕. นาย เอ. เค. มากีดาลาด์ บริจาค
เงิน ๕๐๐.๐๐ บาท ในนามของ นาง
น้อม มากีดาลาด์ เพื่อบำรุงตั้งมณฑล
รณาสถรณ์ ๖. นายพร ม่วงสุข จังหวัด
สมุทรปราการ บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท
เพื่อบำรุงตั้งอายุรกรรม ๗. นายสุข
แซ่ฮุน จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๔๐๐.
๐๐ บาท ๘. น.ส. ลำออย จารุมิลินท
บ้านเลขที่ ๑๓๖๐ ซอยหลักเขตต์ ตำบล
บางกระบี่ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน
๔๐๐.๐๐ บาท เนื่องในวันคล้ายวันเกิด
ป พ.ศ. ๒๔๕๔ ๙. พระภิกษุกระจำ

เขียมศรี วัดท่าคอย อำเภอท่ายาง จังหวัด
แพร่บุรี บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท
เพื่อสมทบทุนซื้อที่ดิน ให้ตั้งอักษณาศ
๑๐. ก.ช. หมู พงศ์สำหรัย บ้านหมู่ที่ ๒
ตำบลบึงยี่โถ อำเภอธัญญะบุรี จังหวัด
ปทุมธานี บริจาคเงิน ๒๕๐.๐๐ บาท
บำรุงแผนกจักขุวิทยาและวิทยาโสคณา-
สีกถาริงษ์ ๑๑. นางเงิน ไวอาสา บ้าน
เลขที่ ๒๔๓๐/๑ ตำบลบางคอกแหลม
อำเภอยานนาวาจังหวัดพระนคร บริจาค
เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงตั้งคัลยกรรมหญิง
ชั้นล่าง ๑๒. นายชู่ทอง เชาวนช้วนิล
บ้านเลขที่ ๔๔ ซอยแสงจันทร์ บางกระบี่
จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐
บาท ๑๓. ก.ช. เล็ก เขียวสุวรรณ เลขที่
๔๔ ตำบลบางขุนพรหม อำเภอพระนคร
จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐
บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยาและวิทยา
โสคณาสีกถาริงษ์ ๑๔. นายแ้ว บุตรแก้ว
บ้านเขาน้อย อำเภอธัญญะประเทศ จังหวัด
ปราจีนบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท
บำรุงตั้งคัลยกรรม แปลสค ๑๕. นางกิมไ้
แซ่เฮง เลขที่ ๑๗๐ ตำบลวัดราชบูรณะ
อำเภอพระนคร จังหวัดพระนคร บริจาค
เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยา

และวิทยาโสตนาสิกการังค์ ๑๖. นาย
ถ่อง แซ่กู่ เลขที่ ๓๕๐ ตำบลลำราญ-
ราษฎร์ อำเภอพระนครศรี จังหวัดพระนคร
บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนก
จักขุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกการังค์
๑๗. พล.ร.สมัครสมศักดิ์ บุญอ่อน สถานี
ตำรวจภูธรอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท เพื่ออุทิศส่วน
กุศลให้ นางบุญสุข บุญอ่อน ผู้วายชนม์
๑๘. นางเอ็งจวน เข้มจิตต์ บ้านเลขที่
๑๒๒ อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบ
ทุนซื้อที่ดินให้ตั้งอักษุรักษ์ ๑๙. นายชน
หงษ์โต บ้านตำบลบางใหญ่ อำเภอบาง
ปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี บริจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุนซื้อที่ดินให้
ตั้งอักษุรักษ์ ๒๐. ท.ช. เบ่งเลียง แซ่ตั้ง
เลขที่ ๓๑๔ บ้านหม้อ อำเภอพระนครศรี
จังหวัดพระนครศรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
บำรุงแผนก จักขุวิทยา และ วิทยาโสตนา-
สิกการังค์ ๒๑. ท.ช. จูเย็น แซ่คู
เลขที่ ๕ คลองขวาง อำเภอภาชีเจริญ
จังหวัดฉะเชิงเทรา บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
บำรุงแผนก จักขุวิทยาและวิทยาโสตนา-
สิกการังค์ ๒๒. นางจิว ชนพันธ์ เลขที่

๔๗ เกาะเกล็ด อำเภอยางตลาด จังหวัด
นนทบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุง
แผนกจักขุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกการังค์
๒๓. ท.ญ. แดง วาณิชนันท์ บ้าน
หมู่ที่ ๑๔ ตำบลคลองชัน อำเภอดำรงวิทยะ
จังหวัดฉะเชิงเทรา บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
บำรุงแผนกจักขุวิทยาและวิทยาโสตนา-
สิกการังค์ ๒๔. นายเชี่ยม แซ่เล้า เลขที่
๔๒๖ ตำบลจักรวรรดิ อำเภอสามพันวัง
จังหวัดพระนครศรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยาและวิทยา
โสตนาสิกการังค์ ๒๕. ท.ช. ดี แซ่ลิ้น
เลขที่ ๕๐ อำเภอ บางขุนเทียน จังหวัด
ธนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุง
แผนกจักขุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกการังค์
๒๖. พระอธิการยา พุฒโน วัชรน้อย
เขาวัง จังหวัดเพชรบุรี บริจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยาและ
วิทยาโสตนาสิกการังค์

สมทบทุนหกลีบปีศรีราช

รายนามผู้ที่มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน
สมทบทุนหกลีบปีศรีราช (เพิ่มเติม)

๑. หลวงและนางสวัสดิ์ชาติ (บุญ-
พล สุกุมลจันทร์) บ้านชัยมงคล ชอย

อโศก ทำบิลขางกะบี อำเภอบางกะบี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

๒. โรงพยาบาลหัวเฉียว มูลนิธิ ถนนกรุงเกษม พระนครศรีอยุธยา เงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

๓. แพทยศาสตร์บัณฑิต รุ่น ๒๔๕๓ เงิน ๗,๒๗๖.๖๐ บาท ๔. นางละม้าย ทิงศิริชัย เลขที่ ๑๓๒ รongเมืองชอย ๔ อำเภอปทุมวัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๕๐๐๐.๐๐ บาท ๕. นายตันจินแก่ง บริษัทโหวงชก จำกัด เงิน ๕๐๐๐.๐๐ บาท ๖. นายแพทย์ สวัสดิ์ สืบแสง เทศบาลอำเภอเบตงยะลา เงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๗. คณะนายแพทย์ที่กำลังศึกษาวิชา ณ สหรัฐอเมริกา เงิน ๒,๕๗๕.๐๐ บาท ๘. นายแพทย์อายุศ ณ สงขลา เงิน ๒,๐๐๐.๐๐ บาท ๙. นายแพทย์ชัย สังฆะเวช “ชัยคลินิก” ตลาดปราจีนบุรี เงิน ๑,๑๒๒.๑๐ บาท

๑๐. นายแพทย์สมบุญ ฝั่งอักษร ขออุททิศส่วนกุศลให้ผู้มีอุปการะคุณทั้งหลายที่ล่วงลับไปแล้ว เงิน ๑,๑๐๐.๐๐ บาท

๑๑. นายแพทย์เคียน พานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณบุรี เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท

๑๒. แพทยศาสตร์บัณฑิต รุ่น ๒๔๗๓ เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๓. นายแพทย์ประเมิน จันทวิมล เงิน ๑,๐๐๐.

๐๐ บาท ๑๔. น.ส. สุภรณ์ เสพย์ธรรม บ้านตลาดท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๕. นายแพทย์นินาต ชินะโชติ และ บรรดาญาติมิตรอุททิศส่วนกุศลให้น.ส. พยุง ล่วงกร ผู้วายชนม์ เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๖. นายจำรัส และ นางฉันทนา ตันติวงษ์ “จำรัส พาณิชย์” อำเภอวิเศษไชยชาญ จังหวัดอ่างทอง อุททิศส่วนกุศลให้บิดามารดา เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๗. นางสาวสมฤทธิ เหมรัตน์ บ้านอำเภอ นครไชยศรี นครปฐม เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๘. นายบุญชัย และ นางน้ำทิพย์ ตันตวิไล บ้านตำบลคันตาล อำเภอเสนาให้จังหวัดสระบุรี อุททิศส่วนกุศลให้บิดามารดา เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๙. นางเกลียว ตันติเวสส์ เลขที่ ๓๑ ฉ. “วัฒนเวสส์” ในตลาดพลบุรี จังหวัดลพบุรี อุททิศส่วนกุศลให้บรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้ว เงิน ๕๐๐.๐๐ บาท ๒๐. นายแพทย์ สุขุม สุทธิพันธ์ ร้านสุทธิไอสถ ตำบลท่าเคียน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เงิน ๓๐๐.๐๐ บาท ๒๑. นายโชคชัย เจริญสุข เลขที่ ๖๒๗ ร้านโชคชัย ถนนบำรุงเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เงิน ๒๐๐.๐๐

บาท ๒๒. นายทองชัย แซ่หลิว บ้านหมี่ที่ ๓ ตำบลสาวชะโงก อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๒๓. นายแพทย์เกิด อนาคต สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๒๔. คุณหญิงเกษร พิษย์ญาติ บ้านผกพันธ์ ถนนเกษม บางกระบือ อำเภอบางกระบือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๒๕. นางเกี้ยว เกี้ยวสมบุรณ์ บ้านตลาดเก่า พระนครศรีอยุธยา เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๒๖. นายพุ่ม เทียมรัตน์ บ้านหมี่ที่ ๕ ตำบลบางอ้อ อำเภอบางขุนเทียน จังหวัดธนบุรี เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (รายชื่อผู้บริจาคยังมีอีก)

รายนามนักศึกษาแพทย์ผู้สอบไล่ได้ ประจำปีการศึกษา ๒๔๕๓-๕๔

ชั้นปีที่ ๑ ๑. นายกมล มหาคุณ ๒. นายกมล เสธยานนท์ ๓. น.ส. กฤษณา ชาติบุญเกิด ๔. นายเกษม ลิมวงศ์ ๕. นายเกษม แสงพันธ์ ๖. นายกอบเกียรติ หาญสมบุรณ์ ๗. นายโกศล มณีจักร ๘. นายคุณทาส สุนทรเวช ๙. นายขจร มิตรกุล ๑๐. นายบุญไชยโรจน์ ๑๑. นายเจริญชัยศิริ ๑๒. นายวิธ อุตโยภาส

๑๓. นายจินดา พวงทอง ๑๔. นายจิรศักดิ์ เนตราคม ๑๕. นายจิระ ศิริโพธิ์ ๑๖. นายจำนงค์ นิเมพันธ์ ๑๗. นายเฉลิมชาติ รัตนเทพ ๑๘. นายเฉลิมพงศ์ โกมารกุล ฌนกร ๑๙. นายชาติร์ แซ่โจ้ว ๒๐. นายเชาน์รัตน ไชยเสวี ๒๑. นายชั้น แยมบุญเรือง ๒๒. น.ส. กรุณี คำรงมณี ๒๓. นายบุญ วรรณพิย ๒๔. นายเศษะ อังค์สิงห์ ๒๕. นายคำรง บุญเจริญ ๒๖. นายศิริเรก คำรงค์ศักดิ์ ๒๗. น.ส. ถนอมศรี ศรีชัยกุล ๒๘. ม.ร.ว. ถวิลภากร วรวรรณ ๒๙. น.ส. ทรงศิริ เกษมสุวรรณ ๓๐. น.ส. ทรงศิริ วุฒิธร เนติรักษ์ ๓๑. น.ส. ทวินศรี อุษชิน ๓๒. นายเทพ ตันติเสวี ๓๓. นายทองท้วม มหาสุวรรณ ๓๔. นายทองเต็ม สุวรรณิน ๓๕. น.ส. นวรัตน์ วิธมนนิกร ๓๖. นายนิศาเนตร บุญยรัตนพันธ์ ๓๗. น.ส. นันทนิตย์ บุรณานวัติ ๓๘. นายนิศย์ กองสุวรรณ ๓๙. นายนิยม ค่อวงศ์ ๔๐. นายบัณฑิต เลขาวิธ ๔๑. น.ส. บังอร คุสกุล ๔๒. นายบุญกร ขุนทองแก้ว ๔๓. นายบุญชวน วิริยกุล ๔๔. นายบุญทรง วิสกุล ๔๕. น.ส. บุญรัตน์ ปฏีรปานสร ๔๖. น.ส. บุญสม เพ็ญ

ศิริพันธ์ ๔๗. นายบุญส่ง วัฒนพานิช
 ๔๘. นายบุญเสริม บุญญาคานต์ ๔๙.
 นายบุญยศิริ รัฐเขตต์ ๕๐. นายบำรุง
 ศรีเปล่ง ๕๑. นายประทุม ขันรัตน์ ๕๒.
 นายประสิทธิ์ เจริญไทยทวี ๕๓. นาย
 ประทีป สุขสมบัติ ๕๔. น.ส. ประทีป
 ธีระวัฒน์ ๕๕. นายประภัศร พิศาลพงศ์
 ๕๖. น.ส. ประยงค์ อธิธิรัตน์ ๕๗. นาย
 ประยูร คงวิเชียรวัฒน์ ๕๘. นาย
 ประยุทธ์ จิตะสุต ๕๙. น.ส. ประภา เลหา
 ไพบุญย์ ๖๐. น.ส. ประลมภ คกุนตนา
 ๖๑. นายประวิทย์ สุนทรสัณ ๖๒. นาย
 ประสิทธิ์ สำราญเวช ๖๓. นายประสิทธิ์
 สารยา ๖๔. นายประสาธ ขวทอง
 ๖๕. นายประสาน จรรยาวิจิตร ๖๖.
 นายประสพ นิตินันท์ประกาศ ๖๗. นาย
 ประเสริฐ สกฤตเจริญ ๖๘. นายประเสริฐ
 เสริมพงศ์ ๖๙. น.ส. ปัญจะ พงศ์สามารถ
 ๗๐. นายปัญญา ปริยานนท์ ๗๑. นาย
 ปรีชา วิจิตรพันธ์ ๗๒. นายปรีชา เลิศ
 บุญชัย ๗๓. นายปราโมทย์ คชรัตน์
 ๗๔. นายปราโมทย์ วิจารณ์ ๗๕. นาย
 ปราโมทย์ ไสภาคย์ ๗๖. นายปราสาท
 ปราสาททองโอสธ ๗๗. น.ส. ปานทิพย์
 โลหะยา ๗๘. นายผอวบศักดิ์ หงสกุล

๗๙. ม.ร.ว. พวงแก้ว ชุมพล ๘๐. น.ส.
 พวงทอง ตันติวงศ์ ๘๑. นายพิชิต ยิ่ง
 เจริญ ๘๒. นายพินิจ สอนยานนท์ ๘๓.
 น.ส. เพทยอคม หุตะโกวิท ๘๔. นาย
 เพ็ชร เชื้อวานิช ๘๕. น.ส. พัทธนี
 กังวาฬ ๘๖. นายพัลลภ เหมศาสตร์
 ๘๗. นายพนัสเลิศ ทิมกระจำ ๘๘. นาย
 ไพบุญย์ สงขวาจา ๘๙. น.ส. พูนศรี
 แสงขำ ๙๐. นายไมตรี เรืองตระกูล
 ๙๑. น.ส. มาณี วรอุไร ๙๒. นายยุทธนา
 ศุขสมบัติ ๙๓. น.ส. รัชนีวรรณ ตันเกียรติ
 กุล ๙๔. นายวิศมี วรรณนิสสร ๙๕.
 น.ส. ถักดาวัลย์ บรรหารศุภวาท ๙๖.
 น.ส. วราภรณ์ ลีละวัฒน์ ๙๗. น.ส. วาณี
 ราชเวชพิศาล ๙๘. ม.ร.ว. วงศ์นิวัตร
 เกษมสันต์ ๙๙. นายวิชา แสงเถิง
 ๑๐๐. นายวัชรวิ อุตัยเฉลิม ๑๐๑. นาย
 วิฑูร โอสธานนท์ ๑๐๒. นายวินิจ บุญย
 จินดา ๑๐๓. นายวิรัช สกฤตย์ ๑๐๔.
 นายวิรัช โจนวงศ์ ๑๐๕. นายวิโรจน์
 วีระกิตติ ๑๐๖. นายวิโรจน์ อาชานนท์
 ๑๐๗. นายวิศาล เขียมอร่าม ๑๐๘.
 นายวิสูตร เขาวนัฐเวช ๑๐๙. น.ส. ศิริ
 แจ่มนภา ๑๑๐. นายศิริ หุ่มประสิทธิ์
 ๑๑๑. นายเสรี วรรณไกรโรจน์ ๑๑๒.

น.ส. สมัย พินิจชอบ ๑๑๓. นายสวณิกย์
 ชารวณิช ๑๑๔. นายสง ศรีสุภาพ
 ๑๑๕. น.ส. สาคกร ธนนิมิตต์ ๑๑๖. นาย
 สมบัติ คีตะขันธ์ ๑๑๗. นายสมมาตร
 สมรภูมิพิชิต ๑๑๘. นายสมพนธ์ บุญ
 คุปต์ ๑๑๙. นายสุกรี การถาวร ๑๒๐.
 นายสุจินต์ ผลการกุล ๑๒๑. น.ส. สุจิตรา
 นิมมานนิตย์ ๑๒๒. นายสุชาติ ทารา
 มาศ ๑๒๓. นายสุพาศน์ บุรพัฒน์ ๑๒๔.
 นายสุพล พงษ์สุวรรณ ๑๒๕. นายสุศักดิ์
 บัณฑิต ๑๒๖. นายสุรินทร์ เสรีกุล
 ๑๒๗. น.ส. สุวิภา เวทวิทยัญญ์ ๑๒๘.
 นายสุวัฒน์ ทาวารี ๑๒๙. น.ส. สุวรรณ
 สัตยาพันธ์ ๑๓๐. นายสำราญ สนิชวณิชย์
 ๑๓๑. นายโสภณ คณทนันทน์ ๑๓๒.
 นายสิริพงษ์ วิณิชกุล ๑๓๓. นายโส
 ภิมาธิ์ ๑๓๔. นายเหมือนหมาย
 สรรพกระษิษฐ์ ๑๓๕. น.ส. อนงค์ บุญ
 ไทตระ ๑๓๖. นายอนันต์ ฟองศรี ๑๓๗.
 นายอโณทัย แยมี่ยม ๑๓๘. นายอาทร
 อาทรระสุช ๑๓๙. นายอนันต์ อินทร
 น้อย ๑๔๐. นายอาวัธ ภมระภา ๑๔๑.
 น.ส. อมรา รัตนิน ๑๔๒. น.ส. อวยพร
 หุตะเครณ์ ๑๔๓. นายอุกฤษฏ์ เปล่ง
 วาณิช ๑๔๔. นายอุดม ปาจารย์กร

๑๔๕. นายอุทิศ คณจันทร์พงศ์ ๑๔๖.
 น.ส. อุสาศ์ คุชะทักษ์ ๑๔๗. นายอดิน
 เสงี่ยมพงศ์.

๕ ๖
ขันธ์ ๒ ๑. นายกมล กวาวงค์ ๒.
 นายเกษม พิณสวัสดิ์ ๓. น.ส. การุณ
 แม้นสุวรรณ ๔. น.ส. กานดา สวงนโกลชัย
 ๕. น.ส. กัลยา โรจนวิภาต ๖. น.ส.
 ศุภรัตน์ ภาวนันท์ ๗. น.ส. จรินทร์
 บุญนาค ๘. นายจิตร วารินิล ๙. นาย
 จิระ จารุเสน ๑๐. น.ส. จุรีย์ อินท
 รัมพรชัย ๑๑. น.ส. จำลอง แผลงสภา
 ๑๒. นายจำนง วัฒนสุข ๑๓. นายฉลอง
 ณสงขลา ๑๔. น.ส. เฉลา ตรีเนตร
 ๑๕. น.ส. เฉลย ศิระสมบุรณ์ ๑๖. นาย
 ชนะ คำบุญรัตน์ ๑๗. นายชลิต ธีระวัน
 ๑๘. น.ส. ชจิตต์ ศิริโชติ ๑๙. นายชู
 ชาติ ทองรัช ๒๐. น.ส. ชุติ พานิช
 เกษม ๒๑. นายเชิญ เคชรฤทธิ ๒๒.
 นายชัยสิทธิ์ วิชราธร ๒๓. นายชัชวาลย์
 วิระพันธ์ ๒๔. นายศิริก วังวิวัฒน์ ๒๕.
 นายทินวัฒน์ ทรงนคัก ๒๖. น.ส. ทวี
 บุญ พรหมขันธ์ ๒๗. นายทรงฉัตร
 โทยยานนท์ ๒๘. ม.ร.ว. ทรัพย์สมบุรณ์
 เกษมสันต์ ๒๙. นายธงชัย เกษก้าแห่ง

๓๐. นายอัมพร จีรานทร ๓๑. น.ส.
 นิทยา สุนทรพานิช ๓๒. นายบุญ
 ปริญาสุนทร ๓๓. น.ส. นางเยาว์ ชัมมะ
 รัตนะ ๓๔. น.ส. นางลักษณ โทตระภิก
 ๓๕. นายบุญจันทร์ เอี่ยมการนา ๓๖. นาย
 บุญเต็ม ทิลกวิลาศ ๓๗. น.ส. บุญรอก
 กระจ่าง ๓๘. น.ส. บุษกร รัตนารุณ ๓๙.
 น.ส. บุศรา วิเศษแพทยา ๔๐. นายบรรจง
 สายชุ่มอินทร์ ๔๑. นายเบญจพันธ์
 ณ เชียงใหม่ ๔๒. น.ส. ประชุมพร วรณ
 ราม ๔๓. นายประพนธ์ ศรีสวัสดิ์ ๔๔.
 น.ส. ประไพศรี สุวรรณิน ๔๕. น.ส.
 ประภัสสร พนวิวัฒน์ ๔๖. นายประมวล
 ทรัพย์ สุกะบุตร ๔๗. นายประเมศ ชัย
 จินดา ๔๘. นายประเสริฐ ทุมวิภาต ๔๙.
 น.ส. ปราณี ทเวาหุติ ๕๐. นายปรีชา
 ไงศิริ ๕๑. น.ส. ปรีชา โรจนานนท์
 ๕๒. นายปรีชา วิทยาสารนุรักษ์ ๕๓.
 นายพิเชษฐ์ สวัสดิ์ชูโต ๕๔. น.ส.
 พิศวาท จุลเสวก ๕๕. น.ส. พลทรัพย์
 วีระชัยพิชัย ๕๖. น.ส. พันศรี อัมระเกตุ
 ๕๗. น.ส. เพทาย ศิริการุณ ๕๘. นาย
 พงศ์ชัย สุกนธยัคฆ์ ๕๙. นายพงศ์
 พันธุ์ ปรีดาสวัสดิ์ ๖๐. นายไพบูรณ์ เวช
 สาร ๖๑. นายไพโรจน์ นิงสานนท์ ๖๒.

นายภักดี ลิ้มสุวรรณ ๖๓. น.ส. ภัทธา
 ขจรลักษณ ๖๔. น.ส. ภิเชก ขรรจบ ๖๕.
 น.ส. มะลิ ปทุมมาลย์ ๖๖. นายมนู สาริก
 กภูมิ ๖๗. นายมนัส ประภัสสรกุล ๖๘.
 น.ส. มาลาดี ปัตตะโชติ ๖๙. นายบรรจง
 ภูตระกูล ๗๐. น.ส. เยาวลักษณ โมกษะเวส
 ๗๑. น.ส. รวยทอง เจริญ ภูอภิรมย์ ๗๒.
 น.ส. ลัดดาวัลย์ ศรียานนท์ ๗๓. นาย
 วิเชียร เทศชุกกลิน ๗๔. นายวิชัย จีระ
 เวช ๗๕. น.ส. วชิร สติรกุล ๗๖. นาย
 วัฒนา ประเสริฐกุล ๗๗. นายวัฒนา
 สาครินทร์ ๗๘. น.ส. วัฒนา แสงเดือน
 ๗๙. น.ส. วัณรณี คมกฤต ๘๐. นาย
 ศศิโรจน์ สุกสว่างวงศ์ ๘๑. นายศิริชัย
 สุวรรณมณี ๘๒. น.ส. ศรีพูน ชูบุญญา
 ๘๓. น.ส. ศรีวัฒนา คีตะจิตต์ ๘๔. นาย
 สว่าง จิตุพร ๘๕. นายสนั่น บุญญานิตย์
 ๘๖. นายเสนอ ชินสมบุรณ์ ๘๗. น.ส.
 เสว ปวณะฤทธิ ๘๘. นายสถิตย์วงศ์ วงศ์
 ถ้วยทอง ๘๙. นายสวีส ราษฎร์จำเริญ-
 สุข ๙๐. นายสุชาติ บุรพัฒน์ ๙๑.
 นายสุพจน์ อ่างแก้ว ๙๒. นายสุพจน์
 หลีกทอง ๙๓. นายสุเวทย์ รุจินัย ๙๔.
 นายสุนทร บุญญานิตย์ ๙๕. น.ส. สุกใจ
 สมิทะลัมพะ ๙๖. นายสุพล ทวีศรี

๕๑. นายสำนวน ปาลวัฒน์ ๕๔. น.ส.
 สรรวย ทองโสภิต ๕๕. นายสมจิตต์
 เข็มมสอาด ๑๐๐. นายสมชาย สมบูรณ์
 เจริญ ๑๐๑. นายสมถวิล สุกันตะเกตุ
 ๑๐๒. นายสมทรง กาญจนะหุต ๑๐๓.
 นายสมบัติ อินทรลาวัณย์ ๑๐๔. นาย
 สมพงษ์ คันทิสระ ๑๐๕. นายสมพงษ์
 แสงมิตร ๑๐๖. น.ส. สมศรี โอศิริ
 ๑๐๗. นายสมศักดิ์ นองบุญนาถ ๑๐๘.
 นายสมศักดิ์ สืบแสง ๑๐๙. น.ส. สม
 สรวง ศุภพิศาล ๑๑๐. นายสังสิทธิ์
 ชินะพงษ์ ๑๑๑. น.ส. แสนสุข หังสพฤกษ์
 ๑๑๒. นายหทัย ชิตานนท์ ๑๑๓. น.ส.
 อรุณ นาคอกราว ๑๑๔. น.ส. อารณ
 เต็กโสภณ ๑๑๕. นายอารีย์ เจริญพงศ์
 ๑๑๖. น.ส. อุไร กาญจนัญญิตี ๑๑๗.
 น.ส. อุไรวรรณ สุเสารักษ์ ๑๑๘. น.ส.
 อังศนา อัมพะวัฑ ๑๑๙. น.ส. อัมพร
 คุณากร ๑๒๐. นายอรรคณี มลิณทรานุช
 ๑๒๑. นายเอียบ ฌนกร ๑๒๒. นาย
 เอก ทาคทอง ๑๒๓. นายเอนก บุวิจิตร
 ๑๒๔. นายอำนาจ ชูโต

๕๖๔
 ขนบที่ ๓

๑. นายกมล พรกุล ๒. นาย
 กมลวัน วินิจัยกุล ๓. น.ส. เกษม

มโหธร ๔. นายเกษม อิศรางกูร ณอยุธยา
 ๕. น.ส.กัญญา แพร์ศิลป์ ๖. น.ส.กาญจนา
 นิยมานนิตย์ ๗. น.ส. กาญจนา อรุณ-
 ลักษณ์ ๘. นายกิติ ตยัคคานนท์ ๙.
 นายจิรัง จุลชาติ ๑๐. น.ส. เจษฎา งาม-
 นัยโยธิน ๑๑. น.ส. เนติฉาย ปาลศรี
 ๑๒. น.ส. นัทร บึงเจริญ ๑๓. น.ส.
 ชนินทร งามรส ๑๔. น.ส. ชะวดี วัฑพงศ์
 ๑๕. น.ส. ชรวัย นิธิประภา ๑๖. น.ส.
 ชุติเร เกียรติศักดิ์พิชิต ๑๗. นายชัชวาลย์
 ศิริวัฒน์ ๑๘. นายชัยสิทธิ์ ธารากุล ๑๙.
 นายไชยทอง ไกรโชค ๒๐. น.ส. ชำเนียร
 ชำนาญกิจ ๒๑. นายณรงค์ สดุดี ๒๒.
 นายณัฐ งามประวัฑ ๒๓. นายศุภิต
 สุนทราน ๒๔. น.ส. ดวงสุภา พิงคสวัสดิ์
 ๒๕. น.ส. เตือนน้อย บุณยะสารนันท์ ๒๖.
 นายดำรง เพ็ชรพลา ๒๗. นายดำรงกล
 พิชัยจุมพล ๒๘. นายตระกูล กังสุมฤทธิ
 ๒๙. นายฉวิล สุนทรารักษ์ ๓๐. นาย
 เทพศิริ โชติประสิทธิ์ ๓๑. น.ร.ว. ชันย
 โสภาคย์ เกษมสันต์ ๓๒. นายธงฉัตร
 โคละทัต ๓๓. น.ส. นวรัตน์ ณ สงขลา
 ๓๔. น.ส. นาวีศรี มหารักษ์ ๓๕. นาย
 นิรันดร์ ประภาสวัสดิ์ ๓๖. น.ส. นวลนารถ
 หล่อเลิศวิทย์ ๓๗. น.ส. นงลักษณ์ อิศ

วจินดา ๓๘. นายบรมย์ กิตติสิน ๓๙.
 นายบุญช่วย จันทระโยม ๔๐. นายบุญส่ง
 สุนากร ๔๑. นายประกอย บุญไทย ๔๒.
 น.ส. ประทอง เขจรันท์ ๔๓. นายประชา
 พิเศษสุรฤทธิ ๔๔. น.ส. ประทีป ทวงทอง
 ๔๕. นายประธาน กาญจนาลัย ๔๖. น.ส.
 ประพิทย์ กนกกุล ๔๗. น.ส. ประไพ
 สิงห์โกวิท ๔๘. น.ส. ประภัสสร รพินทร์
 ๔๙. น.ส. ประมวล กาญจนสุท ๕๐. นาย
 ประมวล ศรีชัยกุล ๕๑. นายประสงค์
 เศวตกนิษฐ ๕๒. นายประเสริฐ นิล
 ประภัสสร ๕๓. น.ส. ปราณี หุตะเศรษฐี
 ๕๔. น.ส. ปราณี ศรีสุขวัฒนา ๕๕. นาย
 ปิที งามตระกูล ๕๖. นายปรีชา ทันติ
 เวสส์ ๕๗. น.ส. ปรีดา กาญจนฉายา
 ๕๘. น.ส. ผกา ศรีวณิช ๕๙. น.ส. เผ่า
 ประยูร วิจิตรพาหนะการ ๖๐. น.ส.
 เพียว เยวระประภา ๖๑. นายพนิต
 ศรียาภัย ๖๒. นายพอง กลั่นทกพันธ์
 ๖๓. นายพิเชียร จารุพันธ์ ๖๔. นาย
 พิพัฒน์ ตรังรัฐพิทย ๖๕. นายไพจิตร
 ศิริโพธิ์ ๖๖. นายไพบูลย์ เอื้อทวีกุล
 ๖๗. นายไพโรจน์ ยัมพาณิชย์ ๖๘.
 น.ส. พงศ์ประยูร แสงประภา ๖๙. นาย
 มโนเชาว์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา ๗๐.

นายมงคล โมกขะสมิต ๗๑. นายบุญ
 เหมะจุทา ๗๒. น.ส. จำเพย ชัยปรางค์
 ๗๓. น.ส. เรณู โคตรจรัส ๗๔. น.ส.
 ลมูล เพ็ชรงาม ๗๕. นายล้วน วรรณคำ
 ๗๖. นายลิลิต หงษ์พานิช ๗๗. น.ส.
 วนิดา ไคว่สงวนศักดิ์ ๗๘. น.ส. วรณี
 อัมมาตยกุล ๗๙. นายวิเชียร คุณานุรักษ์
 ๘๐. นายวิบูลย์ วิชยานนท์ ๘๑. นาย
 วิโรจน์ กวรรณสุท ๘๒. น.ส. วิไล ลิ้ม
 อักษร ๘๓. นายวิสิษฐ์ เอกแสงศรี ๘๔.
 นายวิสาท เชนันชูเวชช ๘๕. นายวิวงศ์
 มหาสันทนระ ๘๖. นายวัฒนา บรรหาร
 ศุภวาท ๘๗. นายวัฒนา ผลาการกุล
 ๘๘. น.ส. วัฒนา สารคุณ ๘๙. นาย
 เวทย์ อารีย์ชน ๙๐. นายวัลลภ กลุย
 พุกภัย ๙๑. นายศิริพันธ์ จาตุรงค์กุล
 ๙๒. น.ส. ศรีจิตระจินดา ๙๓. นายศิริ
 สุปรรณ ปาลวัฒน์ ๙๔. น.ส. ศรีสอางค์
 วิชัยลักษณ์ ๙๕. นายสงวน ชันทอง
 ๙๖. นายสมาน นนทวานิช ๙๗. นาย
 สหะ จุลกระวีรัตน์ ๙๘. นายสวัศ ศรี
 สมทรัพย์ ๙๙. นายสอาด ประเสริฐสม
 ๑๐๐. นายสาโรจน์ อรรถวิวัฒน์ ๑๐๑.
 น.ส. สันทวี เกตุทัต ๑๐๒. นายสำราญ
 โพธิ์พรรค ๑๐๓. นายสุขุม สมศิริ

๑๐๔. นายสุจิร ชยางคานนท์ ๑๐๕. นายสุเทพ บุญญสุขชนนท์ ๑๐๖. นายสุธิ
 ติมอักษร ๑๐๗. นายสุธน คุณานุกร
 ๑๐๘. น.ส. สุนิย์ สิงห์แพทย์ ๑๐๙. นายสุพัฒน์ บัวเลิศ ๑๑๐. นายสุพร
 เกิกสว่าง ๑๑๑. นายสุพพ สรรพพิศิษฐ์
 ๑๑๒. นายสุพพัช อิศรางกูร ณ อยุธยา
 ๑๑๓. น.ส. สุภรณ์ มั่นสกุล ๑๑๔. น.ส.
 สุนทร รักษุติธรรม ๑๑๕. นายสุรินทร์
 ขันรัตน์ ๑๑๖. น.ส. สุวรรณ กรโกวิท
 ๑๑๗. นายสุวัชร ธรรมศักดิ์ ๑๑๘.
 นายสุหัท พงเกษร ๑๑๙. นายสมพงศ์
 ชูทรวานนท์ ๑๒๐. นายสมพงศ์ เกษม
 สุวรรณ ๑๒๑. นายสมศักดิ์ สยสงวน
 ๑๒๒. น.ส. สัมพันธ์ ณ ถลาง ๑๒๓.
 น.ส. โสภี นิพิธสุขการ ๑๒๔. นายโสภณ
 นากไพรัช ๑๒๕. นายโสภณ อีระกุล
 ๑๒๖. นายสงคราม สุนทรมาน ๑๒๗.
 นายสงคราม ทวีชัยเจริญ ๑๒๘. นาย
 เสนี วิญญูสิงห์ ๑๒๙. นายเสวีศักดิ์
 ม้ามณี ๑๓๐. นายเสริมศักดิ์ เพ็ญ
 ชาติ ๑๓๑. น.ส. เสริมศรี กฤษณะมาระ
 ๑๓๒. นายสมชัย ขววกิติ ๑๓๓. นาย
 อนันต์ พวงทิพย์ ๑๓๔. น.ส. อนงค์
 บุญยังพงศ์ ๑๓๕. นายอมร นนทสุต

๑๓๖. นายอรุณ อุดมเดช ๑๓๗. น.ส.
 อารี อรุณฉาย ๑๓๘. นายอารมย์ ปรบักษ์
 ขาม ๑๓๙. นายอาวุธ ศรีสุกรี ๑๔๐.
 น.ส. อัญเชิญ ศาลยาชีวิน ๑๔๑. น.ส.
 อัมพร อรุณินท์ ๑๔๒. นายอัฐิ เกตุสิงห์
 ๑๔๓. นายอินทรวง อินทรภักดิ์ ๑๔๔.
 นายอุทัย รัตนิน ๑๔๕. นายอุจน์จิตต์
 สุกันธนา ๑๔๖. นายโอชา อรรถเวที
 ๑๔๗. นายชชาติ อุตตโชทัย ๑๔๘.
 นายบุญเลิศ พงษ์ศิริ ๑๔๙. น.ส. สุมนา
 ณ สงขลา ๑๕๐. นายวิสิษฐ์ สุวรรณิก

ไปต่างประเทศ

๑. นายแพทย์ประสงค์ ตูจินดา
 อาจารย์ในแผนกกุมารเวชศาสตร์ไปศึกษา
 ต่อในวิชากุมารเวชศาสตร์ ณ ประเทศ
 อังกฤษ เมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๔๙๔

๒. นายแพทย์เฉลย วัชรพุก ไป
 ศึกษาวิชาศัลยกรรม ณ สหรัฐอเมริกา
 เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๔๙๔

เราขออวยพรให้ท่านประสบความสำเร็จ
 สวัสดิ์และความสำเร็จทุกประการ

กลับจากต่างประเทศ

๑. นายแพทย์ชัญญ์ โปญ วัฒนชาติ กลับ
 จากศึกษาต่อประเทศอินเดีย เมื่อวันที่ ๑๔

เมษายน ๒๔๕๔

๒. นายแพทย์บัณฑิต ทวีพนัน กลับ
จากศึกษาเพิ่มเติมจากสหรัฐอเมริกา เมื่อ
วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๔๕๔

ได้บุตร

๑. นายแพทย์เฉลิม เมฆสุต ได้
บุตรหญิงเมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๔๕๔

๒. นายแพทย์นินาท และแพทย์หญิง
ทัยทิมา ชินะโชติ ได้บุตรชายเมื่อวันที่
๑๘ เมษายน ๒๔๕๔

๓. นายแพทย์สุเทพและแพทย์หญิง
อำภาศรี ขจรบุญ ได้บุตรชายเมื่อวันที่
๒๗ เมษายน ๒๔๕๔

๔. นายแพทย์สันต์ สิงห์ภักดิ์ ได้
บุตรหญิงเมื่อวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๔๕๔

เราขอแสดงความยินดีต่อทุกท่านด้วย
เป็นอย่างมาก

ศิษย์เก่าไปประชุมแพทย์

นายแพทย์ไกรศรี ทองเปล่งศรี พ.บ.
ได้เดินทางไปประชุมแพทย์อาเซียภาคเอเชีย
ที่มณิลา ประเทศฟิลิปปิน ในนามสมาคม
แพทย์แห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ ๒๗

เมษายน ๒๔๕๔ และได้เดินทางกลับ
เมื่อวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๔๕๔ นี้แล้ว

ศิษย์เก่าในต่างประเทศ

นายแพทย์ม.ร.ว. อมรวิมล กิตติการ
พ.บ. ซึ่งได้เดินทางไปศึกษาต่อในวิชา
พยาธิวิทยา ณ สหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี
พ.ศ. ๒๔๕๒ นั้น เมื่อเดินทางไปไม่ถึง
นานนักก็ป่วยต้องเข้าอยู่ใน Sanatorium
ที่ Madison, Wisconsin ด้วยโรคปอด
ได้อยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด ๑๓ เดือน
หย่อน ๓ วัน จึงค่อยสบายและแข็งแรง
ก็ออกจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๓
มกราคม นี้ และขณะนี้แม้ว่าจะอยู่ใน
ระยะพัก ด้วยความรังกาน นายแพทย์ผู้
นี้ก็ได้ไปทำงานในแผนกที่เลือกเรียนไว้ต่อ
วันละ ๓ ชั่วโมง เราหวังว่าท่านคงเป็น
ที่ชื่นชมต่อบรรดามิตรสหายโดยทั่วถึงกัน.

ศิษย์เก่าประสพอัคคีภัย

ในคืนวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๔๕๔ นี้
ได้เกิดอัคคีภัยขึ้นในบริเวณถนนบำรุงเมือง
มีศิษย์เก่าของเราต้องประสพอัคคีภัยใน
กรุงนี้ด้วย คือ ร้านประสพการแพทย์ และ

ร้านรับวิชาคลินิก สารศิริราชขอแสดงความเสียใจในเคราะห์กรรมของท่านทั้งสองไว้ ณ โอกาสนี้ด้วยเป็นอย่างมาก.

มรณกรรม

๑. แพทย์หญิงลำเจียก (ธรรมกุล) สวรรคต พ.บ. สำเร็จเมื่อ ๒๔๘๕ (วันที่ ๕๑) เมื่อสำเร็จได้ประจำอยู่ที่ รพ. นครราชสีมา และเมื่อ ๒๔๙๒ ได้ย้ายไปประจำที่ศาลาที่จังหวัดนนทบุรี จนกระทั่งปัจจุบันนี้ ได้ถึงแก่กรรมเมื่อ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๔๙๔

๒. นางสาวสุตา วงษ์วิเศษ ป. พยาบาลฯ สำเร็จการศึกษาในปีนี้ได้ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๔๙๔ รวมอายุ ๒๒ ปี

๓. นางสาวนัยนา บุษปวงษ์ ป. พยาบาลฯ สำเร็จการศึกษาเมื่อ ๒๔๙๐ และได้ทำงานในศิริราชเรื่อยมา ปัจจุบันทำงานอยู่ในแผนกพยาธิวิทยา ได้ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๔๙๔ รวมอายุ ๒๖ ปี

๔. นายแพทย์ สร้อย เจือทอง พ.บ. สำเร็จการศึกษาเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๗ (วัน

ที่ ๔๕) เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วได้เข้ารับราชการเป็นอาจารย์อยู่ในแผนกพยาธิวิทยา และได้รับหน้าที่เป็นผู้ช่วยอนุสาสิกของคณะฯ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๕ และในทอนกลางนั้นเองได้ลาออกจากราชการไปประกอบอาชีพส่วนตัวที่บ้านเกิดของท่านจังหวัดเพชรบุรี ศิษย์ของศิริราชเป็นผู้มีน้ำใจกว้างขวางเอื้ออารี รักหมั่นรักคณะมาก การนี้จะเห็นได้จากเมื่อชาวศิริราชรุ่นน้องได้เดินทางไปเที่ยวจังหวัดเพชรบุรีในระหว่างปีภาคการศึกษา ท่านได้ต้อนรับพวกเราอย่างแข็งขัน ที่บ้านเกิดของท่านได้รับความยกย่องนับถือมาก ข่าวมรณกรรมของท่านที่ได้จากพวกเราไปอย่างกระตั้นหันเช่นนั้น ควรเป็นข่าวที่น่าเศร้าใจอย่างยิ่ง โดยเฉพาะบรรดาศิษย์ของท่านและญาติมิตรสหายที่ได้รับข่าวการจากไปอย่างไม่มีวันกลับซึ่งเกือบไม่น่าเชื่อเช่นนั้น ท่านได้ถึงแก่กรรมในระหว่างทางเพื่อนำมารับการรักษามารุงเทพเมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๔๙๔

สารศิริราชขอแสดงความเสียใจในข่าวมรณกรรมของท่านทั้งสองเป็นอย่างมาก

สารศิริราช
ข่าวพยาบาล

โอน

น.ส. พิมพ์ทอง กาชัย ไปกรมสาธารณสุข
สุข ๑ เมษายน

น.ส. วไล วุฒิชชาติ ไปกรมการแพทย์
๑๖ เมษายน

นายฉอ้น อูปลักษ์ ไปแผนกพยาธิ
วิทยา ๒๕ เมษายน

ลาออกและสมรส

น.ส. บุษผา สุนทรศิริ ลาออก ๑
พฤษภาคมและสมรสกับ ร.ท. บุญคง ลี-
ลานนท์ ร.น. เมื่อ ๑๑ พฤษภาคม

บรรจุ ๑ เมษายน

๑. น.ส. ประสงค์ จันทร์ทน

๑. พฤษภาคม

๒. น.ส. ปราณี ไกรนวิจิตร

๓. „ ชุบุญญา ธานินทร์ปฐมรัฐ

๔. „ อำนวย พัฒนศิริ

๕. „ บุษผา เพิ่มพงษ์ศิริ

๖. „ อรุณ ไยมงคล

๗. „ สุวรรณี ชวักไขว่พวง

๘. „ กรองแก้ว ศิริวรรณ

๙. „ เยาวนิตย์ อินทรจันทร์

๑๐. „ ศิริวรรณ ทิพย์ศิริโยธา

๑๑. „ มาลี ศิริวงศ์ ณ อยุธยา

๑๒. นายบุญส่ง ชาวีเกียรติ

(เดือนเพ็ญ สนั่นนันท)

๑ อย่าทิ้งให้กาจะพ่าย
กาจะคายงินแล้วบินหนี
เขาจะคึกแหวนคอกว่าคึก
สวรรค์มีอยู่กับเขาเรานรก ฯ

สอนจิตต์

หน้าสำหรับนิสสิต

งานต้อนรับนิสสิตใหม่ครั้งแรก

ในการแข่งขันฟุตบอลระหว่างคณะ แพทยศาสตร์ กับ คณะวิทยาศาสตร์ แห่ง พาลงกรณมหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๔ ได้มีเหตุการณ์ที่ไม่งามเกิดขึ้น คือแบค ฝ่าเท้าเย็บของทีมนักเตะแพทยฯ ได้ถูกผู้ เล่นในทีมตรงข้ามวิ่งเข้าต่อยเอาอย่างทื่อๆ เป็นการกระทำซึ่งทางสโมสรสาขาศิรราช สืบทราบว่า ได้มีการเตรียมวางแผน การไว้ก่อนแล้ว จึงได้ส่งหลักฐานฟ้อง ร้องไปทางสโมสรกลาง เรียกร้องอย่าง แข็งขันให้จัดการลงโทษแก่ผู้กระทำผิดนั้น ได้มีการพิจารณาและไต่สวนกันหลายครั้ง นับเป็นเหตุการณ์ใหญ่ประจำปี แต่ในที่สุดบรรยเวณก็ได้ละม่อมล้วยให้เลิกแล้ว กันไป นิสิตแพทยส่วนมากไม่พอใจใน การตัดสินนั้น เพราะรู้สึกตัวว่าถูกเหยียด หยาม และขอทำให้เดือดแค้นยิ่งขึ้น กว่าธรรมดา คือ ผู้ที่ลงมือต่อยนั้นเป็น นิสิตเตรียมแพทย์ ซึ่งในปีต่อไปจะต้อง ข้ามฟากมาเรียนที่ศิริราชเอง ได้มีเสียง

หมายมั่นจะแก้มือด้วยประการต่าง ๆ ซึ่ง ไม่ต้องสงสัยว่าจะต้องรู้ไปถึงพวกที่เป็น ต้นเหตุนั้น แต่ครั้นใกล้เวลาที่พวกใหม่จะ ต้องมาเรียนที่ศิริราช คณะกรรมการสโมสร สาขาศิรราชก็ได้คิดเห็นกันว่า หากจะ ทำการแก้แค้นดังที่คิด ๆ กันไว้นั้น จะ ได้ผลร้ายมากกว่าดี เพราะจะทำให้เกิด การแตกแยกในหมู่คณะ เป็นการทำลาย ความสามัคคี ซึ่งเป็นสิ่งที่พวกแพทยเทอด ทุนยิ่งกว่าใด ๆ ดังนั้นชาวศิริราชจึงได้ ตกลงเลือกทางกุศล เอาความดีเข้าหัก ความไม่ดี และพยายามตกลงที่จะทำ ความประหลาดใจอย่างยิ่งยวดให้แก่พวก ใหม่ ซึ่งกำลังกระสับกระส่ายด้วยความ ร้อนตัวคือ แทนที่จะเกณฑ์ให้ลงกรวยขอ ขมาเรื่อยเข้า มาตั้งแต่ทำโป๊ะแล้วจับตัว โยนน้ำ กลับจะจัดการเลี้ยงต้อนรับ เป็น การแสดงการให้อภัย และเชื่อมสามัคคี ไปด้วยพร้อมกัน นั่นคือต้นเหตุแห่งเกม

ของงานต้อนรับนิสิตใหม่ ซึ่งเท่าที่ทราบ
ดูเหมือนจะเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

ไม่ต้องสงสัยว่า การปฏิบัติกันนี้ได้ผล
ดีอย่างยิ่งยวด และดีกว่าการแก้แค้น
ซึ่งได้คิดกันไว้แต่เดิมอย่างเปรียบเทียบ
กันไม่ได้ การต้อนรับนั้นไม่เพียงแต่ช่วย
กันความว้าวุ่นในหมู่ชาวศิริราชเท่านั้น
แต่ได้ทำให้พวกใหม่ ซึ่งกระต้างกระเตือง
อยู่แต่เดิมนั้น ต้องยอมรับนับถือพวกเก่า
อย่างบริสุทธิ์ใจ เพราะนับถือในความเป็น
ผู้ใหญ่ สามารถระงับโกรธและให้อภัย
แก่ความผิดอย่างเด็ก ๆ ที่ไร้สติเสียได้

เป็นความปลื้มใจของผู้เริ่มงานครั้งนั้น
ที่ได้เห็นพิธียกโทษ กลายมาเป็นประเพณี
ประจำคณะแพทยศาสตร์ และได้ขยาย
วงออกไปยังหมู่อื่น ๆ อีกด้วย เป็นประเพณี
ซึ่งควรจะรักษาไว้โดยหลักการที่ช่วยส่งเสริม
ความสามัคคีและความสนิทสนมใน
ระหว่างนิสิตใหม่กับนิสิตเดิม

อย่างไรก็ดี ความเจริญมีมากขึ้นตาม
จำนวนที่ผ่านไป การต้อนรับนิสิตใหม่
ก็ได้แปรไปตามไปด้วย ในที่นี้นักได้
กลายเป็นโอกาสสำหรับโอ้อวดและประกวด
ประชันกันต่าง ๆ ซึ่งไม่ใช่เรื่องของเรา
แต่สำหรับในศิริราช งานนี้ก็เปลี่ยนแปลง

ไปมาก ทั้ง ๆ ที่ยังอยู่ในชั้นสงฆ์สงฆ์
มากกว่าที่อื่น ในฐานะที่ชาวศิริราชถือหลัก
รักษาประเพณีของหมู่คณะ จึงเห็นสมควร
ที่จะเล่าพิธีต้อนรับครั้ง “แบบฉบับ” อย่าง
สั้น ๆ

สถานต้อนรับที่กำหนดไว้คือหอพักนิส
สิตแพทย์ ที่เพิ่งเปิดใช้ได้มีเคย ๆ และ
มีห้องกลาง กว้าง ขวางพอ สำหรับ นิสิต
แพทย์ทั้งคณะในสมัยนั้น ซึ่งรวมกันแล้ว
ก็ประมาณเก้าสิบคนเท่านั้น ทางศิริราช
ได้ส่งผู้แทนไปติดต่อกับคณะพวกใหม่ให้มา
พร้อมกันที่ท่าพระจันทร์ (ท่าตรงถนนพระ-
จันทร์) ในวันก่อนเปิดภาคเรียน (เท่าที่
จำได้ ถ้าไม่ใช่วันนั้นก็ในวันแรกของภาค
ต้น) เวลาประมาณ ๑๗ น. เมื่อถึงกำหนด
ผู้แทนของศิริราชก็ลงเรือจ้างสองหรือสาม
ลำ (สมัยนั้นยังไม่มีเรือยนต์ข้ามฟาก) ถือ
ธงเขียวมีภาพคยเพลิงข้ามฟากไปรับ ผู้
แทนและชาวศิริราชทุกคนแต่งขาว ใส่
หมวกกับเสื้อสีขาว (เหลือมาจาก
งานแข่งขันกีฬา) ผู้หญิงนั่งผ้าเขียว สวม
เสื้อขาว ใส่หมวกทึบสีเขียวลักษณะ
เหมือนกัน พวกมาใหม่แต่งตัวทำนองเดียว
กันแต่ไม่มีหมวก ส่วนใหญ่ของพวกศิริ-
ราชคอยอยู่ที่ท่าพระ พอพวกใหม่มาถึง

พวกเขาก็ช่วยใจเรื่อย ๆ ทั้งมีชนจาก
เรื่อย ๆ ทำตัวเป็นพี่ชายพี่สาวเต็มที่ ทุก
คนยินดี ปรีดา หน้าแดง ด้วยความ ปลาบ
ปลม พวกใหม่ก็ปลาบปลมที่ไ้รับอภัย
มีหน้า ยังไ้รับ ความเอื้ออาทร อย่าง ไม่ไ้
นึกฝัน พวกเขาก็ปลาบปลมในความรู้สึก
ว่าตนไ้ประกอบกรรมดีทดแทนกรรมไม่
ดี และพากันที่จะดูแลพวกใหม่ไ้ไ้เต็ม
คาอย่างพมอญน้อง เมื่อชนพร้อมกัน
แล้วก็เข้าแถว พวกเก่าพวกใหม่เดินเคียง
คู่กัน ร้องเพลงกีฬา เดินตามทางขรุขระ
คดเคี้ยว ผ่านห้องแถวโกโรโกโสหน้า
โรงพยาบาลไปยังหอพัก ที่นั่นมีคุณ
หมอแดง กาญจนารักษ์ ผู้เป็นอนุสาสิก
แพทย์ประจำบ้าน อาจารย์หลายท่าน และ
กรรมการสโมสรสาขาศิริราชคอยต้อนรับ
อยู่หน้าบรรได พอไ้เข้าประตูหอ เสียง
ร้องเพลงก็ยังคงดังขึ้นหลายเท่า หึ่งกลาง
ที่ไ้ใช้ประชุมกัน ไ้เต็มแล้ว ก็กระจายกันออก
มาที่เฉลียงและห้องโถงหน้าบรรได พิธี
ต้อนรับเริ่มด้วยอนุสาสิกให้โอวาท ครั้น
แล้วนายก สโมสรสาขาศิริราชก็ ไ้พัก ช
แจงเหตุผลของการจัดต้อนรับให้พวกใหม่
ไ้ไ้ทราบ และในที่สุดเลขาธิการสโมสร
สาขาศิริราช ซึ่งเป็นทนายว่าต่างคณะ

ในระหว่างการพ้องร้องกัน ก็ไ้กล่าวคำ
ให้อภัยโทษแก่ผู้ไ้ไ้พลาดพลั้งไป ด้วย
ความไร้สตินั้น ต่อจากนั้นมีการแจก
หมวก แนะนำตัวและวิสาสะกันอย่างใกล้ชิด
ตัวการันเหตุวิวาทดูเหมือนจะเป็น
คน สำคัญในวันนั้น เพราะมีคน เอาใจไ้
มาก โดยที่ใคร ๆ ก็อยากจะได้แสดงออกว่า
ไ้ไ้ให้อภัยแล้ว

ส่วนสำคัญในงานนั้นคือการเลี้ยง
อาหาร ทางสโมสร ไ้ไ้ขอความช่วยเหลือ
เหลือโรงครัวให้จัดอาหาร “ข้าวหม้อ
แกงหม้อ” ให้ โดยเรียกรจากสมาชิก
คนละห้าสิบสตางค์ นับว่าเป็นการเลี้ยง
ใหญ่มาก ทางโรงครัวยังไ้ไ้ขอเพื่อทำ
ยำอะไรอย่างหนึ่งแถมให้อีกด้วย เครื่อง
ดื่มสำหรับทั่วไปคือน้ำประปา สมัยนั้น
นิสสิตแพทย์ดื่มเหล้า ฉะเพาะผู้ ที่ นำหน้า
ทางสังคมเท่านั้น ซึ่งนับตัวไ้ เครื่อง
ดื่มเข้าแอลกอฮอล์มีฉะเพาะสำหรับหมอ
ความสนุกสนานคือการชักถามและยั่วเย้า
กันบ้าง คุยกันอย่างถกถกถกไปบ้าง ไม่
มีการแสดง ไม่มีการบังคับให้ดื่มเหล้า
พอกินข้าวเสร็จคุยกันสักพักหนึ่งแล้วก็
แยกกันกลับ เป็นอันเสร็จพิธี “ต้อนรับ
นิสสิตใหม่” ครึ่งก็เต็ม

ด้วยความปลอดภัยในผลงาน ในปีที่ต่อมา ก็ได้มีการจัดขึ้นอีก คราวนี้ขยายออกมา ที่สนามเด็กหน้าหอคำเก่า (สนามใหญ่ ซึ่งไม่มี) มีการเลี้ยงโต๊ะ และให้ลูกขึ้น ขึ้นแนะนำตัวเองด้วย ต่อมางานก็ได้ ขยายขึ้นทุกที ๆ จนกลายเป็นงานใหญ่ ขยายออกไปจนถึงเชิญนักเรียนเก่าทุก ๆ สมัย รวมทั้งรัฐมนตรีต่าง ๆ นับว่างาน ได้แพร่มาจากงานภายใน ซึ่งจัดขึ้น สำหรับกันเอง สนุกกันในระหว่างพี่น้อง ที่เข้ามาอยู่ร่วมกัน เป็นงานสำหรับ ใคร ๆ ทั่วไปหมด แปรจากงานที่ประกอบ ขึ้นด้วยความสมัคร และน้ำใสใจจริง สรรพเป็นงานกะเกณฑ์ เป็นงานแสดง โอ้อวดแปรจาก “ข้าวหม้อแกงหม้อ” เป็น อาหารจีนหรือบฟเฟต์ พิธีแนะนำตัวก็กลายเป็น พิธีดื่มเหล้าหรือแม้กรอกเหล้า ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มจากคนละห้าสิบบาทเป็นสิบ ๆ บาท งานซึ่งควรเป็นพิธีที่คึกคักใจก็แปร เป็นงานซึ่งหลายคนส่ายหน้าไม่เห็นด้วย เพราะความไม่เหมาะสมต่าง ๆ

การเสนอเรื่องนี้ มุ่งหมายที่จะให้รุ่นน้อง ๆ ได้ทราบประวัติว่า งานต้อนรับ นิสิตใหม่ของศิรราชนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร

เดิมเขาทำกันอย่างไร มีจุดมุ่งประการใด การขยายและส่งเสริมโดยไม่ได้อีกทุก ลำคัญอาจทำให้ไขว้ไขว่และความเสื่อม นิยมให้เกิดขึ้น ในตอนหลัง ๆ นี้มีการบันทึกว่า ผู้ใหญ่ ๆ ไม่ค่อยร่วมงานรับนิสิต ใหม่ บางทีความไม่เหมาะสมบางอย่าง อาจขัดขวางไว้ก็ได้ สมัยนั้นเงินเพื่อ นิสิตแพทย์ไม่มีรายใต้ของตนเอง ไม่น่าจะเพื่อตามไปด้วย น่าจะประหยัดยิ่งขึ้น เพื่อช่วยพ่อแม่ ช่วยบ้านเมือง นักเรียนแพทย์ที่ศิรราชมีเกือบหกร้อยคน ถ้าจะเรียกราคาคนละสิบถึงสี่สิบบาท ได้เงิน รวมคงหลายหมื่นบาท จะลดลงเสียหมด ในวันเดียวกันน่าจะเสียตายนมาก อาจมีคน อยากช่วยเงิน แต่น่าจะช่วยในงาน อันที่ถาวรมากกว่างานสองสามชั่วโมงนี้ นักเรียนแพทย์ที่ยากจนมีมากคน ถ้าเอา เงินหมื่น ๆ นี้ไปแจก หรือตั้งเป็นทุนอุดหนุน แทนที่จะเปลี่ยนเป็นเหล้าหรือข้าว หมดไปในประเดี๋ยวเดียว บางทีจะมีส่วน ชวนให้คนเห็นดีเห็นชอบกับงานนี้มากขึ้น และคงจะได้ “ผลทางใจ” สำหรับผู้ร่วมงาน มากกว่าความสนุกสนานทางกายชั่วคราว

ในที่สุดหวังว่าคงไม่มีผู้เข้าใจผิดว่า

บทความนี้เป็นเรื่องค่าน ไม่อยากให้มีงาน
 คือนิพนธ์นิสสิตใหม่ บทความสนับสนุนการ
 มีงาน แต่อยากเห็นงานซึ่งจัดขึ้นอย่าง
 สมเหตุสมผล ถูกกาลเทศะ อยู่ในขอบ
 เขตแห่งความพอสมควร ซึ่งเหมาะสม
 สำหรับงานของนิสสิตผู้ศึกษาในวิชาของ

เหตุผล และซึ่งอาจเรียกร้องความนิยม
 ได้จากรอบด้าน ใหน ๆ นิสิตแพทย์ก็ถือ
 หลักวิชาประเพณีมั่นคงมานานแล้ว ควร
 จะรักษาให้คงอยู่หรือดีขึ้น ไม่ควรรักษาให้
 เสื่อมลง

เลขา ฯ สโมสรศิวิราช ๒๔๗๕

ความเชื่อของหญิงนครโสธรณ์ ในชั้นแรกควรถือว่าเป็นสุจริต
 แต่ในไม่ช้า, ก็จะกลายกลายเป็นยาเบื่อเมาไป ส่วนการเล่าเรียนนั้นเล่า ในชั้น
 แรกก็คิดเป็นการยากลำบากหนักหนา, แต่เมื่อเรียนรู้อแล้ว ก็จะกลายกลายเป็น
 ความ สนขมยินดีไปได้.

นิติโสตร์ของฮินดู

บันทึกท้ายสมุด

๑ สารคดีราชฉบับนี้เป็นประวัติการณ์ในเรื่องออกค่า เราไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร นอกจากขออภัยต่อท่านสมาชิก เนื่องด้วยมีงานทั้ง หลวง และราษฎรหลายต่อหลายท่านประท้วงกันเข้ามา ทว่าทั้งนี้ในงานสารคดีราช จึงต้อง ชะงักไป หลายวัน ทำให้หลายท่านต้องทวงถาม อย่างไรก็ตามก็มีหลักความจริงอยู่ว่า อะไรถึงสุดขั้วออกแล้วก็ต้องกลับ เราหวังว่าสารคดีราชฉบับนี้จะสิ้นสุดขอยกในการล่าช้า และหวังว่าต่อ ๆ ไปจะค่อย ๆ เร็วขึ้น ๆ จนถึงวันที่เราวางไว้แต่ตอนต้น คือออกได้ในต้น ๆ เดือน

๑ คุณหมอสก แสงวิเชียร เจ้าจำนำที่ดินของเรา มีเรื่องให้ออกในฉบับนี้ เป็นเรื่องสั้นกึ่งตลก แต่เป็นชนิด “บันทึกจดหมายเหตุ” เกี่ยวกับการตรวจพบลักษณะที่แปลก ๆ การนำเรื่องนี้ลงจึงอาจช่วยให้สารคดีราชได้มีชื่อในตำรากายวิภาคศาสตร์สักวันหนึ่งในภายหน้า ในเมื่อมีผู้อ้างถึงการพบของคุณหมอสก

๑ เรื่องที่สอง ก็เป็นเรื่องทอดทิ้ง

“แปลก” กว่าธรรมดาเหมือนกัน เพราะเป็นเรื่องของการประท้วง ซึ่งเกิดจากเหตุที่นาน ๆ จึงจะพบสักคราวหนึ่ง คุณหมอสก ชัยวัฒน์ผู้ออกจะมีชื่อในสารคดีราชบ่อยสักหน่อยในหมื่นนี้ ได้ต่อสู้สำหรับรวบรวมส่งมาให้ตีพิมพ์ เชื่อว่าผู้อ่านหลายท่านคงเห็นด้วยกับเจ้าของเรื่องว่า น่าสงสัยว่าแอสคาร์ซิสมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคของคนใช้นั้นมากนักยิ่งเพียงใด เพราะการที่คนใช้เอาเงินพยาฉันทออกมาในเวลาใกล้เคียงกับการหายจากประท้วง ชวนให้สงสัยมาก อย่างไรก็ตาม เราไม่มีทางจะพิสูจน์อย่างใด เพราะฉะนั้นการที่คุณหมอสกให้ข้อสังเกตไว้นั้นจึงสมควรที่ผู้อ่านจะสนใจจำไว้บ้าง เผื่อว่าจะมีโอกาสพบข้างคล้าย ๆ กัน

๑ เราเลือกสองเรื่องสองเรื่องแรกในฉบับนี้ให้สั้นทั้งสองเรื่อง เพราะต้องการลงบทความพิเศษของท่านขุนรัตนเวชสาขา ศิษย์ศิโรตธราชสุโขทัย ซึ่งยังคงคุกเข่าแข็งไม่แพ้คนอื่น ๆ รุ่นท้าย ๆ นี้ สำหรับ

สมาชิกที่ไม่รู้จักว่าท่านผู้นั้นเป็นใคร และ
 อยากรู้ว่าเรื่องของท่านน่าจะเป็นอย่างไร
 ขอให้อ่านหมายเหตุตอนท้ายเรื่องของคุณ
 หมอเพอง สัตยสังวนอาจารย์อาวุโสผู้หนึ่ง
 ในศิริราช ซึ่งรู้จักท่านขุนรัตน ๗ คีตัง
 ทางส่วนตัวและทางวิชาการ ซึ่งเราได้
 นำลงไว้ พร้อมด้วยคำขออภัยต่อท่านเจ้า
 ของบทความ

๑ สำหรับท่านที่สนใจในการก้าวหน้า
 ในการก่อสร้าง หอประชุมราชแพทยาลัย
 ขอเรียนให้ทราบว่า ในขณะการก่อสร้าง
 กำลังเริ่มเสริมชั้นจากพื้นหอฯ แล้ว หลาย
 คนเกรงว่าหอจะถูกข่มให้ยุบหายไป เพราะ
 อยู่ระหว่างตึกสามชั้น แต่มีผู้ให้ความ
 เห็นว่า ถึงอย่างไรคงไม่น่าเกลียด เพราะ
 อยู่ห่างกันในระยะพอสมควรแล้ว.

ของแถมมีในหน้าต่อไป

ของแถม

ความพิการของไตและหัวใจเนื่องจากขาดโปแตสเซียม

การขาดธาตุโปแตสเซียมอาจพบในคนที่ป่วยเป็นโรคต่าง ๆ กัน เช่น เบาหวาน ในระยะแอซิดโศซีส โรคแอด์คิสัน แอลคาโลซิสเนื่องจากโรคต่าง ๆ ท้องร่วงในทารก โรคไตเรื้อรัง และสระปร ในรายเหล่านี้มักพบความผิดปกติในอิเล็กโตรคาร์ดิโอแกรมด้วย สัตว์ทดลองที่ได้รับอาหารขาดโปแตสเซียม หรือที่กินเคสออกซัลคอร์ติโคสเตอรอนแอซิดเตตอยู่นาน ๆ เมื่อเร็ว ๆ นี้ผู้รายงานได้สังเกตอาการต่าง ๆ ที่บังเกิดขึ้นการขาดโปแตสเซียมในผู้ป่วยโรคท้องร่วงเรื้อรัง ซึ่งมีภาพอิเล็กโตรคาร์ดิโอแกรมผิดปกติด้วย ภายหลังทำให้โปแตสเซียมโดยฉีดและกินอาการดังกล่าวก็หายไปทันที ต่อมาผู้ป่วยถึงแก่กรรมในระหว่างฉีดกลูโคสเข้าหลอดเลือด ในการตรวจศพได้พบความพิการที่หัวใจและไต มีเนื้อหัวใจตายเป็นหย่อม ๆ มีเซลล์ลิวดาร์อินฟิลเทรชัน และไฟโบรซิส เยื่อภายในหัวใจมีอักเสบเป็นหย่อม ๆ ทิวบลของไตบวมและแสดงการเสื่อมอย่างมาก ความพิการต่าง ๆ ที่ตรวจพบนี้ตรงกับในสัตว์ทดลองที่ขาดโปแตสเซียม.

(จาก Amer J. Med., Jan. 1950, pp. 115-123)

สนอง อุณาภูล พ.ด.