



สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๔๙๔

Volume 3, Number 10, October, 1951.

พุลโมแนรียอโฮลิโนฟีเลีย *

รวมความจากเอกสารและรายงานผู้ป่วย

ตระหนักจิต หะรินสุต

พ. บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

เป็นเวลาที่สืบทอดมา แล้วที่มีผู้ป่วย
ป่วยเป็นหืดและมีอโฮลิโนฟีเลีย de Lan-
gen และ Djamil (1923) รายงานผู้ป่วย
หนึ่งรายในหมู่เกาะอินเดียนตะวันออกของ
ซอลันดา, มีอาการท่งกล่าวและมี้ามโต
คัวย. Armond-Delille และ de Piere-
don (1927) ได้รายงานผู้ป่วยอีกหนึ่งราย
เป็นเด็ก, มีภาพรังสีเรนต์เกินแสดงพยาธิ
สภาพเหมือนวัณโรคชนิดมีเลี้ยว.

Frimodt Moller และ Barton
(1940) รายงานผู้ป่วย ๖๐๐ คนที่รับไว้

ในโรงพยาบาลวัณโรค, ในอินเดียตอน
ใต้, ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๒๕—๑๙๔๐, ว่า
มีอโฮลิโนฟีเลีย. บางคนภาพรังสีเรนต์
เกินมีเงาทึบ, ทดสอบทูเบอร์คูลินให้ผล
ลบ, ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคสักราย
เดียว. เขาจึงลงความเห็นว่าไม่ใช่วัณ-
โรค, และเรียกว่า "pseudotubercu-
lous condition associated with
eosinophilia."

Weingarten (1943) รายงานว่า
พบโรคใหม่ในผู้ป่วย ๘๑ รายในอินเดีย

* บรรยายในที่ประชุมวิชาการของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ๒๕ ก.ย. ๕๔.

และตั้งชื่อว่า "Tropical Eosinophilia" ซึ่งก็เป็นโรคเดียวกันกับ Frimodt Moller และ Barton กล่าวไว้. ต่อจากนั้นมาก็มีผู้รายงานจากที่ต่าง ๆ โดยให้ชื่อต่าง ๆ กัน, คือ Tropical Eosinophilia, Eosinophilic lung, Eosinophilous Bronchitis, Pulmonary Eosinophilia, Tropical pulmonary Eosinophilia, Tropical Eosinophilic Asthma, Weingarten's disease, Frimodt-Moller-Barton Syndrome. มีผู้กล่าวว่า Loeffler syndrome และ Periarthritis nodosa น่าจะเป็นโรคเดียวกันกับโรคนี้.

โรคนี้พบในประเทศร้อน, ทั้งในเอเชีย, แอฟริกา, อเมริกา, และออสเตรเลีย. เกาส์เบิร์กเปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่รายงานไว้พบในอินเดีย. มีรายหนึ่งเป็นเชลยศึกของญี่ปุ่น (เข้าใจว่าเป็นชาวออสเตรเลีย) มาทำทางรถไฟสายกาญจนบุรี - พะม่า, ได้เริ่มป่วย เป็นโรคนี้ ใน ประเทศไทย. แปรติบในร้อยละของผู้ป่วยเป็นชาย. ส่วนมากเป็นเด็ก, หนุ่มสาวและกลางคน^(1,2,3).

ประวัติการป่วย มักนานประมาณ ๒ ถึง ๕ เดือน, แต่อาจสั้นเพียงสองสาม

วัน, หรือนานถึง ๒๐ ปีก็ได้.⁽³⁾ เริ่มต้นด้วยไอเล็กน้อย ๆ. มีเสมหะเหนียวบ้าง. ไอเป็นพัก ๆ, มักเป็นกลางคืน. ตอนแรกมีระยะพัก. ต่อไปไอมากขึ้น, หายใจลำบาก, หอบเหมือนหืด. อาจมีอาเจียน, เลือดคอกเสมหะ,⁽³⁾ หรือไอเป็นเลือดก็ได้.⁽¹⁾ มักเจ็บกลางอก.⁽³⁾ เมื่อเป็นรุนแรงขึ้นอาจไอทุกคืนติดต่อกันถึง ๒ สัปดาห์. ผู้ป่วยจะนอน, ผอมลง, เบื่ออาหาร, ถ้าเป็นหญิงก็ระคาย. ไข้มีเพียงเล็กน้อย,⁽³⁾ หรืออาจมีไข้สูงและอยู่นานหลายสัปดาห์.⁽²⁾

การตรวจ. ในรายที่เป็นน้อยอาจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ. ลักษณะที่มักตรวจพบคือ dry, cracking, medium or coarse crepitations ที่ชายปอด. บางครั้งมีร็องไคและเสียงหวัดเวลาหายใจออก. กับและม้ามโต. คอมน้ำเหลืองโตหุ้มเดียวหรือโตทั่วตัวก็ได้.

ภาพเรนต์เก้น: มีหลายอย่าง

- (๑) ไม่ปรากฏสิ่งผิดปกติ.
- (๒) เส้นลายในปอด (lung markings) มีมากขึ้น.
- (๓) คอมน้ำเหลืองโต.
- (๔)เงาที่บดลมเล็กห่อหุ้มเดียว.

(๕) เกาที่ขูดและกว้าง.

(๖) เกาที่ขูดเล็กน้อย ๗ กระดาษทั่วปอก, ข้างเดียวหรือ ๒ ข้าง.

(๗) เกาที่ขูดเล็กน้อย.

ส่วนมากที่มียาจนไวเป็นแบบที่ ๖.

พยาธิวิทยาคลินิก. เมื่เลือกขาวมาก ๑๐,๐๐๐ ถึง ๓๐,๐๐๐ หรือมากกว่าได้ เนื่องจากอีโอสิโนฟิลมาก. ลักษณะปกติและเป็นตัวแก่. จำนวนนิวโทรฟิลและลิมโฟไซต์คงปกติ. เสมหะมีน้อย, และมักพบอีโอสิโนฟิล.

พยาธิวิทยา. โรคนี้ไม่ทำให้ตาย. รายงานการตรวจศพมีรายเค้านั้น, (๕) ที่ถึงแก่กรรมด้วย *arsenical encephalopathy*. พบว่ามีเยื่อหุ้มปอดติดกัน. ในเนื้อปอดเห็นสีน้ำตาลปนแดงเป็นหย่อม ๆ, ขนาดเม็ดถั่วถึงขนาดเหรียญ, กระจายเต็มทั้งสองปอด, ดูเหมือนเกล็ดออกหรือ อินฟาร์คต์. ในหลอดลมมีเสมหะข้นปนหนองมีสีเลือดติด. ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบ *eosinophilic exudate* ในแอลวีโอไล และอินเตอร์สตีเชียลทิสซิวซึ่งเหมือนกับใน *Loeffler syndrome*. ขางแห่งมีปุ่มเล็ก ๆ ซึ่งประกอบไปด้วยเซลล์โมโนนิวเคลียร์ ซึ่งมี *eosinophilic*

granules. ตรวจกลางปมมี เซลล์ยักษ์สีฟ้า ๆ หนึ่ง ๆ มี นิวคลีไอ ๑๕ ถึง ๒๕ อัน, เข้าใจว่าเซลล์ยักษ์ เหล่านี้เกิดจากการรวมของ เซลล์โมโนนิวเคลียร์. ลักษณะเดียวกันพบในผู้ป่วยที่เป็น *periarteritis nodosa* (Bayley 1945).

สาเหตุของโรค จนบัดนี้ก็ยังเป็นปัญหาว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรค. Napier (1949) ว่าน่าจะมีหลายเหตุ. มีผู้รายงานต้นเหตุไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้:

๑. เทียบ. Carter และพวก (1944) ตรวจพบตัวเห็บในเสมหะผู้ป่วย และได้ลองเอาไข่เห็บใส่ลงไป ในหลอดลมใหญ่ของลิง. หลังจากนั้น ๗ สัปดาห์ ลิงไอและมีอีโอสิโนฟิลสูง. แต่ Bale พบเห็บในเสมหะของผู้ที่ไม่เป็นโรคนี้.

๒. พิลารีย. Kouwenaar (1939) พบ ไมโครฟิลารีย ในท่อน้ำเหลืองของผู้ป่วย.

๓. แอสคาริส. Muller (1938) ว่าตัวเขาเอง กินไข่ แอสคาริส แล้วมีอาการ *Loeffler syndrome*.

๔. สตรองกียัลลอยด์. de Langen (1928) พบพยาธิในผู้ป่วย. Berk (1945) พบในสัตว์ที่มีอาการเหมือนโรคนี้.

๕. สไปโรคิต. Treu (1950) ว่าโรคนี้รักษาหายด้วยสารหนู, เพราะฉะนั้นจะเป็นเชื้อที่สารฆ่าหนูได้, เช่นสไปโรคิต.

๖. แอลเลอร์บี. Maier (1943) พบผู้ป่วยครั้งหนึ่งประวัติ "การแพ้".

๗. ไวรัส. Viswanathan และ Menon (1950) เขาเลือกของผู้ป่วยฉีกเข้าห็นและกระทำ, พบว่ามีพยาธิวิทยาเหมือนกันพวกไวรัส, และ cold agglutinins ก็สูง.

การบำบัด Weingarten (1936) มีผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเป็น ซิฟิลิสด้วย. เขาจึงฉีด N.A.B. ให้. หลังจากฉีดเข็มที่ ๔ มีเม็ดเลือดขาว ตกลงจาก ๖๔,๒๐๐ เหลือ ๗,๘๐๐, และอีโอซิโนฟิลลดจาก ๗๑% เหลือ ๑๖%. อาการอื่นๆ ก็หายไป. ต่อจากนั้นมาเขาจึงใช้ นิโออาร์สเฟนามีน ในการรักษา, โดยฉีดยาทุก ๆ ๔ วันรวม ๖ เข็ม, ขนาดยา ๐.๑๕, ๐.๓, และ ๐.๔๕ ก. สัปดาห์. ผลที่ได้ว่าดี. แต่ภายหลังเลิกใช้, เพราะปรากฏมีคนตายด้วย arsenical encephalopathy. (5) มีผู้ให้ยาเข้าสารหนูอื่นแทนทั้งกินและฉีด, เช่น Mapharsen, ขนาด ๐.๒ ถึง ๐.๓ ก., ๕ ครั้ง,

ฉีดสปีคาล์ ๒ ครั้ง: Acetylarsan, ๐.๔๘ ถึง ๐.๗๒ ก. สปีคาล์ ๒ ครั้ง, นาน ๓ หรือ ๔ สปีคาล์; Stovarsol, ๐.๒๕ ก. วันละ ๒ ครั้งรวม ๑๐ วัน. เพนิซิลลิน และ แอนติฮิสตามีนมีผู้ลองใช้แล้วแต่ไม่ได้ผล.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย, เลขที่ภายใน ๕๐๕๖-๕๓, โสภ, อายุ ๒๐ ปี, ทำงานบ้าน. รั่วไว้ในแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๔๙๓.

อาการสำคัญ. ปวดท้องมา ๑ เดือน.

ประวัติส่วนตัวและประวัติอดีต. ผู้ป่วยเกิดในพระนครและอยู่ในพระนครเรื่อยมา. เคยไปชายทะเล ๒ ครั้ง. ครั้งแรกไป สักตึกเมื่อ ๔ ปีมาแล้ว, อยู่ที่นี่ ๗ วัน. ครั้งหลังไปหัวหินก่อนป่วยคราวนี้ ๑ เดือน อยู่ราว ๑๐ วัน (ต้นฤดูฝน).

ผู้ป่วยไม่เคยทราบว่ามียาพิษ, ไม่เคยเป็นหิด, ผื่นคัน, จามบ่อย ๆ หรือขมเคลือบ. เคยเป็นลมพิษเมื่อ ๑๐ ปีมาแล้ว, เป็นอยู่วันเดียวเท่านั้น. ในครอบครัวไม่มีประวัติ "การแพ้".

ประวัติการป่วยปัจจุบัน. หนึ่งเดือน

ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง
ทั่ว ๆ ไป. ปวดมากข้างขวาตอนล่าง. ได้
ไปหาแพทย์แผนปัจจุบันนายหนึ่ง. แพทย์
ให้การวินิจฉัยโรคว่าไส้ติ่งอักเสบ, และ
แนะนำให้ทำการผ่าตัด. ผู้ป่วยกลัวจึงเปลี่ยน
หมอ. อาการปวดท้องยังคงมีอยู่เรื่อย. ปวด
มากเวลาเดิน. บางครั้งมีคลื่นไส้แต่ไม่
อาเจียน. อาหารรับประทานได้น้อยลง.
ปฏิเสธการมีไข้, เจ็บหน้าอกและไอ.
อาการไข้สภาวะปรกติ. นอนหลับดี. ทำงาน
ได้ตามปรกติ. แพทย์คนที่สองตรวจพบ
(๑๐ ก.ย. ๕๓) อุณหภูมิ ๓๘.๕°ซ., ท้อง
ไม่ตึง, ไม่อืด, คลำไม่พบก้อน, กดเจ็บที่
อัสแอคฟอสซา ทั้ง ๒ ข้าง, เจ็บมากข้าง
ขวา. เม็ดเลือดขาว ๑๑,๗๐๐/ล.มม.
แพทย์ได้ฉีดยาเพนิซิลลินและให้กินซัลฟา
ไดอะซีน, และน้ำมันพาราฟีน. ๕ วันต่อ
มาเม็ดเลือดขาว ๑๓,๑๐๐. สิบวันต่อมา
เม็ดเลือดขาว ๕,๒๐๐. นิวโทรฟิล ๕๕%,
ลิมโฟไซต์ ๓๐%, อีโอสิโนฟิล ๑๖%.
อุณหภูมิ ๓๘.๘°ซ. อาการเจ็บในท้องยัง
คงมีอยู่เช่นเดิม. การทดสอบทางผิวหนัง
(skin test) สำหรับวัณโรค ได้ผลลบ
(๑:๕๐๐,๐๐๐). ภาพเรนต์เก้นไม่แสดง

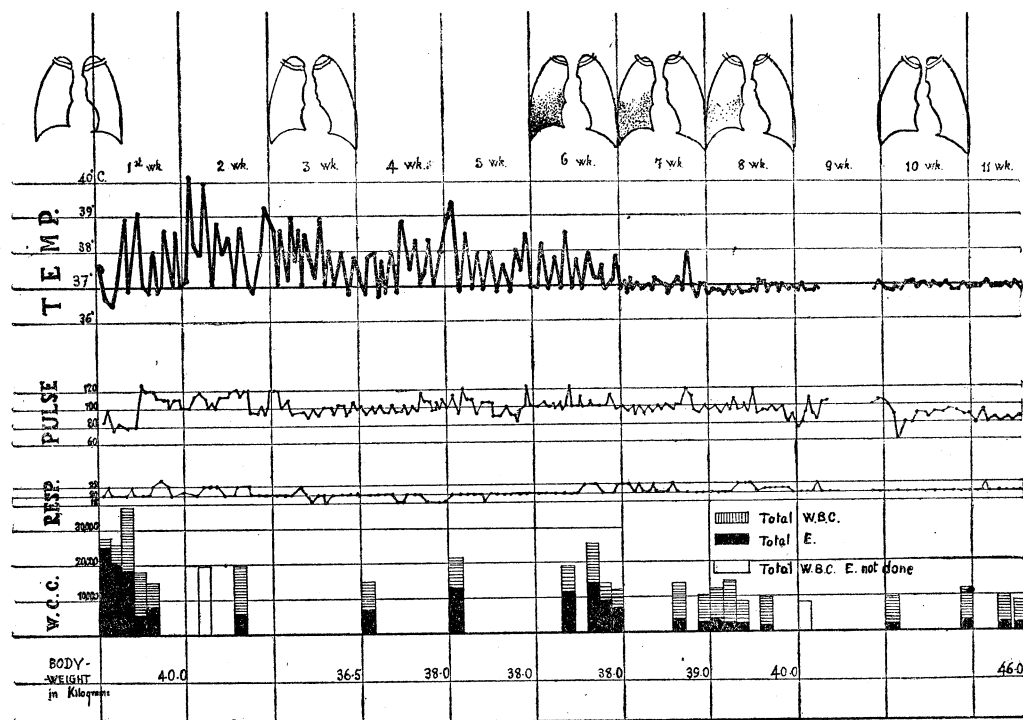
อินฟิเลทรันในปอด. ได้ส่งตัวผู้ป่วยมา
โรงพยาบาล.

เมื่อมาโรงพยาบาลคลีแพทย์ ตรวจ
พบว่ากดเจ็บที่อัสแอคฟอสซาขวาพอประ-
มาณ. เม็ดเลือดขาว ๓๐,๐๐๐. นิวโทรฟิล
๑๔%, ลิมโฟไซต์ ๖%, อีโอสิโนฟิล ๘๐%.
ได้ส่งผู้ป่วยมาปรึกษาแผนกอายุรศาสตร์.
ข้าพเจ้าเห็นเม็ดเลือดขาว อีโอสิโนฟิลสูง
มาก, จึงส่งซ้ำอีกก็ได้จำนวนพอ ๆ กัน,
จึงรับผู้ป่วยไว้เพื่อศึกษาต่อไป.

การตรวจแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๔°ซ.
ชีพจร ๘๔/นาที. หายใจ ๒๐/นาที
แรงดันเลือด ๘๖/๖๒ มม.ปรอท. น้ำ
หนัก ๔๐ กก. รูปร่างสมตัว. คอข้าง
ผอม. มีเกล็ดขาวที่หน้า, แขน และตัว.
หน้าท้องตึงเล็กน้อย. ที่ขยับคอขึ้นเตรียม
และอัสแอคฟอสซาขวา กดเจ็บเล็กน้อย.
ตับและม้าม คลำไม่พบ. ไม่พบต่อมน้ำ
เหลืองโต. อื่น ๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง เลือด: ซีโม-
โกลบิน ๗๕%, เม็ดเลือดแดง ๔.๖๕ ล้าน,
เม็ดเลือดขาว ๒๘,๘๕๐. นิวโทร. ๑๕%,
ลิมโฟ. ๔%, อีโอ. ๘๑% (เท่ากับ ๒๕๕,๖๕
ตัวต่อ ล. มม.). เชื้อมาลาเรียไม่พบ.
ปัสสาวะและอุจจาระไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การดำเนินระหว่างรักษา (โปรตุเกสการประกอบ).



อาการปวดท้องมีอยู่ ๔ วัน ก็หายไปเอง.

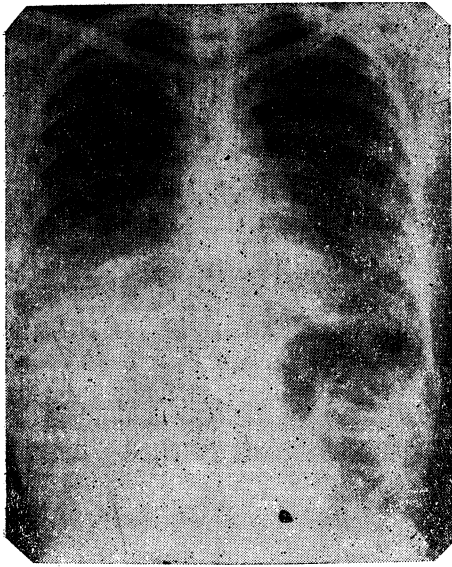
วันที่ ๑๐ ใน ร.พ. ได้ให้ยาควินิน มอละ ๐.๓ กรัม, วันละ ๓ ครั้ง, ๗ วัน. ไม่ได้ผล.

วันที่ ๓๖ ใน ร.พ. (๓๑ ก.ค. ๕๓) ผู้ป่วยไอเล็กน้อย. ไม่มีเสมหะ. เจ็บบริเวณอกขวาล่าง. ตรวจพบว่ามีเคาะทึบเล็กน้อย. ฟังได้เสียงปี่ระ (ครีปเคชั่น) ตะเอี๊ยดและปานกลางที่บริเวณหว่างสะบัก

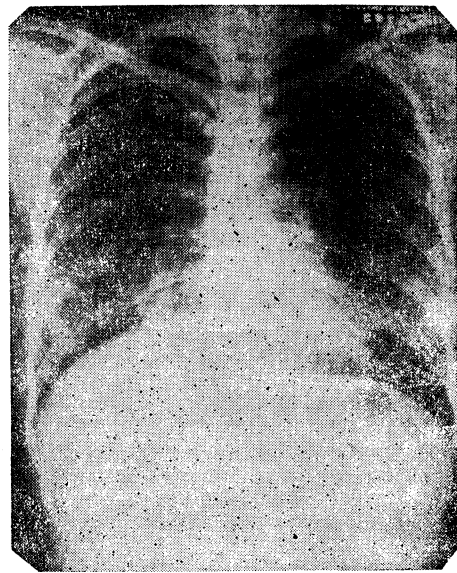
ซ้ายขวา, และมีเสียงถืดที่ขวาล่าง. สองวันต่อมาถ่ายฟิล์มเรนต์เก้นได้รายงานว่าเป็น "Partial consolidation of right lower lobe with basal pleuritis."

อาการไอและเจ็บอกหายไปพร้อม ๆ กันใช้. แต่ค้อนโซลิเคชั่นยังคงมีอยู่ต่อไปอีก ๒ สัปดาห์.

ได้ตรวจเช็ชมาลาเรีย ๑๐ ครั้ง, ในวันต่าง ๆ, ไม่พบ. ในอุจจาระและปัสสาวะ ไม่พบสิ่งผิดปกติ (ตรวจ ๓ ครั้ง). การ



ปอดกลีบขวาล่างแข็งบางส่วน
เยื่อหุ้มปอดที่ฐานอักเสบ
(๒ พ.ย. ๕๓)



ปอดที่แข็งแรงไปเกือบหมด
(๑๖ พ.ย. ๕๓)

ทดสอบทางผิวหนังสำหรับตัวชี้ได้ผลบวก (๒๘ พ.ย. ๕๓). E.S.R. ๓๔/ชม. (๑๑ พ.ย. ๕๓). Cold Agglutinins ๑:๑๖ (๖ พ.ย. ๕๓), และ ๑:๘ (๘ พ.ย. ๕๓). ตรวจเสมหะ (พยายามล้างจากคอ) ไม่พบอีโอสิโนฟิลเลย, ทั่วๆ ทั่วตรวจ ๘ ครั้ง. สามีอย่างหลังนี้ตรวจขณะมีก้อนซิลิเคชั่นในปอด. เพราะเชื้อจากเลือด, อุจจาระและปัสสาวะได้ผลลบ ๒ ครั้ง. แอ็กกลูตินินสำหรับทัยฟอยด์และพาราทัยฟอยด์ได้ผลลบ ๒ ครั้ง.

ผู้ป่วยออกจาก ร.พ. วันที่ ๕ ธันวาคม ๕๓, หลังจากอยู่โรงพยาบาล ๒๕ วัน. ผู้ป่วยสบายดี. น้ำหนักขึ้น ๖ กก. ได้มาตรวจซ้ำอีก ๓ ครั้ง ๕ แรก ๑ เดือน หลังจากออกไป, ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๘ ก.ย. ๕๔ (๑๐ เดือนหลังจากออกจาก ร.พ.) ครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๒๕ ก.ย. ๕๔. ผู้ป่วยสบายดีตลอดมา. ตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ, เม็ดเลือดขาวและอีโอสิโนฟิลยังคงสูงอยู่. เม็ดเลือดขาว ๑๓,๕๐๐; ๑๐,๐๐๐ และ ๑๐,๓๐๐/ล. มม. อีโอ. ๒,๗๐๐;

๒,๑๐๐ และ ๑,๕๕๕/ล.มม. วันที่ ๑๘ ก.ย. ๕๔ ทำการทดสอบผิวหนังสำหรับ วัณโรคให้ผลบวก (๑:๕๐๐,๐๐๐), ถ่ายฟิล์มเร็นต์เก้น "No pulmonary consolidation."

วิจารณ์

รายงานนี้เป็นรายงานแรกจากโรงพยาบาลศิริราชสำหรับโรคนี้. โรคได้เกิดขึ้นในฤดูฝน, ตรงกับข้อสังเกตของ Ball, และปรากฏอาการหลังจากกลับจากชายทะเลได้หนึ่งเดือน. Weingarten กล่าวว่าโรคนี้มักเป็นในคนที่อยู่ชายทะเล. อาการปวดท้องในผู้ป่วยของเราอาจเป็นอาการของวัณโรคในช่องท้อง, หรือจากเยื่อหุ้มปอดอักเสบในส่วนฐาน (เบซัลพลิวไรติส). ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบหืด, มีเพียงเจ็บอกและไอเล็กน้อยเท่านั้น. ระยะเวลาที่มิใช่, คือหกสัปดาห์, ก็ตรงกับที่ Weingarten ได้กล่าวไว้. ขณะที่ปรากฏอาการทางปอด, จำนวนอีโอสิโนฟิลไม่สูงขึ้น. ในเรื่องนี้ Ball ก็ได้สังเกตว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอีโอสิโนฟิลและความรุนแรงของโรค. อาการต่างๆได้สงบไปเองโดยไม่จำเป็นต้องให้ยาอะไรมาก

อย่างใด, และอีโอสิโนฟิลก็กลับเหลือเพียง ๒๐ เปอร์เซ็นต์ (๒,๐๐๐ ตัวต่อล.มม.).

เราไม่มีหลักฐานเพียงพอสำหรับตัดสินสาเหตุของโรคในผู้ป่วยรายนี้. เนื่องจากการทดสอบผิวหนังสำหรับวัณโรคให้ผลบวกจึงต้องนึกถึงแนโธสะโตมิเอซิสว่าอาจเป็นต้นเหตุหรือเหตุร่วมอย่างหนึ่ง. แต่รายงานไม่มีประวัติและอาการแสดงเกี่ยวกับการขมที่เคลื่อนไหวได้, และยังไม่มีความหมายจำเพาะ (สเปซิฟิค) เพียงใด. อนึ่งผู้ป่วยมีอาการแสดงทางระบบการหายใจชัดเจนคือปอดแข็ง (ค็อนโซลิเดชัน) ในบางส่วน. อาการนี้ยังไม่เคยปรากฏในผู้ที่เป็นโรควัณโรคเลย. ด้วยเหตุเหล่านี้ความสำคัญของโรควัณโรคในอาการอีโอสิโนฟิลเลียของผู้ป่วยนี้จึงยังช้ขาดลงไปไม่ได้ว่าเพียงไหน.

สรุป

๑. ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งคนซึ่งเป็นโรคพุ่มไม้แฉะอีโอสิโนฟิลเลีย, เป็นรายงานแรกจากโรงพยาบาลศิริราช.

๒. ฤดูกาล, บริเวณแวดล้อมและ

ระยานของใช้ทรงกัที่มีรายงานไว้ในที่
อื่น.

เอกสาร

๓. อาการสำคัญคือปวทท้อง. ไม่มี
หอบหืด. มีเพียงไอและเจ็บหน้าอกเล็ก
น้อย. อีโอสิโนฟิลขึ้นถึง ๘๑ เปอร์เซ็นต์
เท่ากับจำนวน ๒๕,๖๕๕ ตัวต่อ ล.มม.
ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความ
รุนแรงของอาการกับจำนวนอีโอสิโนฟิล.

๔. อาการต่างๆ หายไปเองโดยไม่ไ้
รับการรักษ่าจำเพาะอย่างใด. อีโอสิโน
ฟิลลดเหลือ ๒๐ เปอร์เซ็นต์, ๒,๐๐๐ ตัว
ต่อ ล.มม. รวมมีไข้อยู่หกสัปดาห์.

๕. ยังคงไม่พบสาเหตุแท้จริงของ
อาการนี้. ความสำคัญของโรคนี้, เกี่ยวกับการทดสอบผิวหนังได้ผลบวก, ยัง
ชี้ขาดไม่ได้.

ข้าพเจ้าขอขอบคุณนายแพทย์ประเสริฐ
กิจศาลย์, หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์,
ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ, แก้วไขและ
อนุญาตให้เสนอรายงานนี้. ขอขอบคุณ
แพทย์ในแผนกอายุรศาสตร์ที่ได้ช่วยเหลือ
และขอบคุณ คร. ชินแคลร์ ลูกศิษย์แห่ง
องค์การสงเคราะห์เด็กในภาวะฉุกเฉินที่
ช่วยเหลือเอกสารให้.

1. Frimodt - Moller, C. and
Barton, R. M. (1940): A Pseudo-
Tuberculous Condition associat-
ed with Eosinophilia.....Indian
Med. Gaz., lxxv, 607.

2. Weingarten, R. J. (1943):
Tropical EosinophiliaLancet,
1, 103.

3. Ball, J.D. (1950): Tropical
Pulmonary Eosinophilia.....Trans.
of The Roy. Soc. of Trop. Med. and
Hyg., vol. 44, No. 3, p. 237.

4. Ball, J.D. (1947): Eosino-
philous Bronchitis.....J. Chris-
tian med. Ass. India, 22, 167.

5. Viswanathan, R. (1947):
Post - Mortem Appearances in
Tropical Eosinophilia.....J. of
Trop. Med. and Hyg. vol. 50, p. 93.

6. Napier, L.E. (1949): The
Tropical Eosinophilic Pneumopa-
thy.....J. of Trop. Med. and Hyg.
vol. 52, p. 221.

7. Soysa, E. (1949): The Eosi-
nophilic Respiratory Syndrome....
J. Royal Army Med. Cps., 92, 1.

คำอภิปรายของนายแพทย์จิตต์ ตูจินดา (แผนกอายุรศาสตร์)

ทรอบีคัลพูลโมแนร์ยอ์โอสิโนฟีเลีย หรือ Loeffler's syndrome ในประเทศเรายังมีไม่น้อย. ข้าพเจ้าได้พบคนไข้มีอาการคล้าย ๆ กับรายที่เสนอในวันนี้คนหนึ่งคน. เป็นหญิงโสเภณี, อายุ ๓๒ ปี. เริ่มต้นรู้สึกคล้ายอะไรก็ทำให้หนึ่งตาซ้ายแล้วคุ่มขึ้น. อีกสองสามวันคุ่มนั้นยุบ, แต่การขมเล่นไปทั้งคางและข้างขวาของคอ. สามวันต่อมาตรวจเลือกพบอัสสิโนฟีล ๕ เปอร์เซ็นต์. การขมเล่นไปมาอยู่ที่คอ. ตรวจเลือกอีกพบอัสสิโนฟีล ๔๓ เปอร์เซ็นต์. ได้ฉีกฟูกินอยู่ ๒๑ วัน, ๗ เชื้อ, การขมหาย. ต่อมาทำให้ให้นายแพทย์สุม ภักธราคม ตรวจเลือกได้อัสสิโนฟีล ๖๘ เปอร์เซ็นต์, ปฏิกริยาผิวหนังสำหรับตัวก็ได้อผลบวก (๑:๕๐๐, ๐๐๐). ฉีกฟูกินต่อไปอีก ๕ เชื้อ. ผู้ป่วยเบื่ออาหารและผอมลง. ตรวจเลือกพบอัสสิโนฟีล ๗๐ เปอร์เซ็นต์. ผู้ป่วยไปหาแพทย์อีกคนหนึ่ง, ซึ่งให้กินเซตราซานวันละสามเม็ดรวมหกสิบเม็ด. รู้สึกชามือและเท้า. ต่อมาเกิดคุ่มแข็งขนาดปลายนิ้วก้อยที่คางขวาของเอียงแกสทริอัม,

มีไข้ ๓๗.๖ ถึง ๓๗.๘ °ซ. ทุกวัน. วินิจฉัยว่าเป็นตัวอีก, แต่ผู้ป่วยไม่เชื่อและได้ไปหาแพทย์อีกหนึ่งซึ่งฉีดยาเคมีและให้วิตามิน. ผู้ป่วยอ่อนขึ้น, ซาหายไป, แต่ไข้ยังมีอยู่. ไข้ไม่มีเสมหะสองสามสัปดาห์. ผู้ป่วยไปถ่ายเอ็กซเรย์ปอดเมื่อ ๕ พ.ค. ๒๔๘๓ พบอินฟีลเตรชันที่บริเวณเล็กน้อยในส่วนขอบของปอดกลีบขวาบน. รังสีแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดขนาดมินิมัล. สองวันต่อมาได้ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาหัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์. ตรวจพบก้อนในท้องซีกขวาส่วนบน, ต่ำกว่าชายโครงสองสามนิ้วมือ. สำหรับเรื่องปอดให้ความเห็นว่าถ้าเป็นวัณโรคก็อยู่ในระยะสงบ. แนะนำตรวจเม็กลีตขาวแยกชนิด, ปฏิกริยาผิวหนังและเอ็กซเรย์ทางเดินอาหารเพื่อกำหนดก้อน. ๑๘ พ.ค., คือสัปดาห์หลังจากพบจุดในปอด, เอ็กซเรย์อีกปรากฏว่าจุดนั้นหายไป, ในท้องพบแต่กระเพาะอาหารหย่อน. ตรวจเม็กลีตขาวทุก ๆ สามวันพบอัสสิโนฟีลระหว่าง ๔๘ กับ ๗๖ เปอร์เซ็นต์. เริ่มฉีกฟูกินเข้ากลืนสามวัน

ครึ่ง. ฉักได้สามครึ่งผู้ช่วยมิใช่หนวสน์,
 เลยหยุก. เจ็ดวันต่อมาใช้หายไปและก่อน
 ในท้องคลำไม่พบ. ตรวจเลือดทุกเจ็ดวัน
 พบฮีโอสีโนฟิลระหว่างห้าสัปดาห์เจ็ดสิบกว่า
 เปอร์เซ็นต์. ครึ่งหนึ่งหมอดูภา ฌนคร
 ตรวจได้เม็ดเลือดขาวสองหมื่นกว่าและฮี
 โอสีโนฟิล ๗๖ เปอร์เซ็นต์. ตรวจเลือด
 ครึ่งสุดท้ายประมาณสิบเดือนมาแล้วพบฮี
 โอสีโนฟิล ๓๐ เปอร์เซ็นต์.

รายที่ข้าพเจ้าบรรยายนี้เป็นตัวจิคนั้น.
 จุดที่พบในปอดอาจเป็นวัณโรค, แต่ที่หาย
 ไปภายในสัปดาห์โดยไม่ได้รับการรักษาจำ-
 พาะแต่อย่างใด, กุขอกจะเชื่อยากสัก
 หน่อย. น่าจะเป็นเลอฟเฟลอร์วีส ซินโตรม
 มากกว่า. ซินโตรมนั้นเกี่ยวข้องกับตัวจิเข้า
 ใจว่าอาจพบย่อยถ้าพยายามค้นโดยถ่าย
 เอ็กซเรย์ปอดที่เป็นตัวจิเสมอๆ. (แสดง
 เอ็กซเรย์ด้วย)

คำอธิบายของนายแพทย์อำนาจ เสมรสุต (แผนกรังสีวิทยา)

พลโมแนร์ยฮีโอสีโนฟิลเล็กน้อย.
 เมื่อไม่นานมานี้ได้พบผู้ป่วยคนหนึ่งมีฮีโ-
 สีโนฟิล. ตอนแรกเอ็กซเรย์ปอดปกติ,
 แต่ต่อมาอีกสองสัปดาห์พบกลีบขนทั้งสอง

ข้างมีลาย (มีดกด) คล้ายวัณโรค
 แต่สังเกตได้ว่าลักษณะไม่เหมือนวัณโรค
 ที่เกี่ยวข้อง. ต่อมาอีกเดือนเศษได้ตรวจซ้ำก็พบ
 ว่าลายนั้นหายไปหมด. คงไม่ใช่วัณโรค.

คำอธิบายของนายแพทย์ประดิษฐ์ ดัณฑสุรัตน์ (แผนกพยาธิวิทยา)

เหตุของพลโมแนร์ยฮีโอสีโนฟิลเล็กน้อย
 เนื่องจาก ระยะเวลาของพยาธิปากขอ,
 สตรีงกียัลยัค, แอสคาริสและตัวจิ.
 สำหรับพยาธิสามอย่างแรกที่กล่าวถึงได้
 รับเชื้อเข้าไปเป็นจำนวนมากในครึ่งหนึ่งจึง
 จะมีอาการปรากฏ. แต่ตัวจิอ่อน ๆ นั้น

แม้เข้าไปอยู่ในปอดเพียงตัวเดียวก็ทำให้
 เกิดลักษณะปอดแข็งทั้งกลีบได้ (ไลบาร-
 ค็อนโซลิเดชัน). พลโมแนร์ยฮีโอสีโน-
 ฟิลเล็กน้อยในคนไทย ต้องนึกถึงตัวจิไปด้วย.
 ข้าพเจ้าได้เคยพบคนไข้ ๕ คนที่เป็นตัว
 จิคนั้น, ทั้งอาการ, การตรวจเลือดและ

ทศสอยผิวน้ำ. สองคนไอและเจ็บหน้าหน้าอก, ถ่ายเอ็กซเรย์พบอินฟิลเตรชันในปอด. แพทย์รักษาแบบวัณโรคจนอาการทางปอดทุเลาแล้วเกิดขมตามตัวขึ้น, ไปหาข้าพเจ้า. ข้าพเจ้าเห็นว่าเป็นวัณโรค, และอาการทางปอดก็อาจเป็นเพราะวัณโรคได้. อีก ๓ คนไอ, เจ็บหน้าอกและมีเลือดสด ๆ ออกมาในเสมหะ, ภายหลัง

มีวัณโรคออกมาด้วย. สามคนหลังนี้ไม่ได้เอ็กซเรย์. ตามเหตุผลเมื่อพยาธิวัณโรคผ่านเข้าไปในปอดก็อาจทำให้เกิดอาการไอ, เจ็บหน้าอกและเสมหะปนเลือด, ถ้าเอ็กซเรย์อาจเห็นอินฟิลเตรชัน. ถ้าพยาธิออกจากปอดอาการทางอวัยวะนั้นก็จะหายไปรวดเร็ว. ไข้มีเพียงเล็กน้อยและจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงกว่าธรรมดาเล็กน้อย.

คำอธิบายของแพทย์หญิงสุภา ณ นคร

ได้พบรายงานคนไข้ ๒ คนซึ่งมีอาการเลอเพล์อ์วีส ซินโดรมภายหลังฉีกเพนิซิลลินละลายในน้ำมันและผง (J.A.M.A., v. 141, 1949). ได้พบรายงานตรวจศพคนไข้ที่มีอาการซินโดรมนี้, พบเม็ดเลือดอีโอสิโนฟิลในอีกซีกในปอด

(Schw. med. Wehnschr., 1942). มีผู้รายงานคนไข้ที่มีประวัติอีโอสิโนฟีเลียซึ่งชวนให้สงสัยว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับพันธุกรรม, โดยมีหลายคนในครอบครัวเดียวกันมีอาการอีโอสิโนฟีเลีย (J.A.M.A., v. 185, 1933).

คำอธิบายของนายแพทย์ประเสริฐ กังสดาลย์

ถามนายแพทย์ประเสริฐ ทัศนสุรัตน์ว่าพยาธิสภาพในปอดในโรคตัวนี้นั้นพบที่ไหนบ้าง. (นายแพทย์ประเสริฐตอบว่าพบที่ไหนก็ได้, ไม่จำกัด) อีโอสิโนฟีลิกแกร

นิวโลมาในปอดนั้นก็มีผู้รายงานว่าอาจพบ, หรือไม่พบ, ตัวอ่อนของพยาธิเช่นได้ใน. ที่ไม่พบนั่นอธิบายว่าเพราะได้ผ่านเลยไปแล้ว. อาจมีลักษณะโรคโดยไม่เกี่ยวกับ

พยาธิ์เลยกได้. ที่นายแพทย์ประคิษฐ์
อ้างว่าพบพยาธิสภาพในปอดในโรคทวัจ
นั้นยังสงสัย, เพราะเมื่อทวัจผ่านปอดต้อง
ทำให้ไอ, และการเคลื่อนไหวของปอดใน

การหายใจ, ขวักกับการสะท้อนของการ
ไหลเวียนเลือด, น่าจะช่วยให้ทวัจออกไป
จากปอดโดยด่วน. เงามพยาธิสภาพที่เห็นใน
ภาพเอกซเรย์อาจเป็นทวัจที่เยื่อหุ้มปอดก็ได้.

๑ สายขั้วเป็นเครื่องวัดน้ำ
กิจกรรมที่ทำเป็นเครื่องวัดสกล
การมที่พดเป็นเครื่องวัดขัญญา
ความเหียวแห่งแห่งหญาเป็นเครื่องวัดพนคิน ๖

ธรรมนิติ

(Abstract of the preceding article)

PULMONARY EOSINOPHILIA *

Review of Literature with Case Report

Tranakchit Harinasut

M. B.

(Dept. of Internal Medicine)

The reporter presented a concise review of the principal literature concerning the syndrome of pulmonary eosinophilia, then went on to report on a case encountered by herself in the medical service of the Siriraj Hospital, the first case to be recorded so far. The patient was a woman of twenty, single, admitted on the 26th of September 1950, for abdominal pain with fever. She denied having known of parasitic infestation, including gnathostomiasis, as well as allergic tendencies. The symptoms began in the beginning of the rainy season, about one month after a trip to the sea-side. Pain in the belly was the main complaint, followed by fever. The finding of persistent eosinophilia, absolute as well as relative, pointed to the nature of the disease; maximum count of the eosinophils was 2,5695 per cu.mm. (differential 81 per cent). The fever ran out after six weeks. During its course the patient developed moderate chest pain with some cough; roentgenological examination revealed a localised area of infiltration in the right base, which disappeared within a few days. There was no asthma-like attack, and the development of lung symptoms did not correspond to the highest

eosinophil count. At the end of six weeks of hospitalisation the eosinophilic count fell to 2,000 per cu.mm. (differential 20 per cent).

Skin test for gnathostomiasis was positive in high dilution (1:600,000 and 1:500,000), though there was no symptom. Whether the patient really had gnathostomiasis, and if so, what part this played in the etiology of the eosinophilia, could not be settled.

(In the discussion that followed, Dr. Chitt Tuchinda (Dept. Internal Medicine) brought forward the details of a private case under his care, also a woman, in whom gnathostoma infestation was established clinically as well as by skin reaction (positive in 1:500,000). In the course of treatment for gnathostomiasis the patient developed mild chest symptoms, with dry cough. Roentgenological examination disclosed a limited area of infiltration in the right upper lung lobe, suggesting minimal tuberculosis, which disappeared within ten days. Throughout the long course of treatment the patient had eosinophil counts ranging between 30 and 76 per cent. Dr. Tuchinda expressed his opinion that gnathostomiasis, which was well established in

* Read at the Siriraj Hospital Clinical Society's Meeting, 29. Sept. 1951.

his case, associated with pulmonary eosinophilia may be of more frequent occurrence than suspected at present. Dr. Amn-uay Samerasut (Dept. Roentgenology) cited a recent case with eosinophilia, in which mottling was detected in both upper lobes, only to disappear after a fortnight. Dr. Pradit Tansurat (Dept. Pathology) mentioned that while pulmonary eosinophilia usually follows the lung journey of certain intestinal parasites, the gnathostoma spinigerum, common in Siam, might bring about like symptoms and signs by lodging in the lung. He told of five established cases of gnathostomiasis, in two of which typical migratory swellings appeared while the patients, with pulmonary infiltration, were being treated for tuberculosis; in the other three cases gnathostomata were

coughed up some time after blood-spitting.

(Dr. Subha na Nagara quoted reports in the literature about development of Loeffler's syndrome after injection of penicillin in oil and beeswax; autopsy findings; and familial tendency to eosinophilia. Dr Prasert Kangsdal (Dept. Internal Medicine) doubted whether the alleged "lung lesion" in gnathostomiasis was really due to lodgement of the parasite in the lung tissue; he thought that the actual parasite would be readily expelled by coughing, etc. He suspected that the "lung lesion" seen in roentgenograms might be really in the pleura.

(Seven references. Two figures and one chart.)

ชวนชวายในการทำให้เจริญอายุ ๑
๕ ๕ ๕
เป็นทตองตาของคนทงปวง ๑
ประกอบด้วยอวัยศัล ๑
๕ ๕ ๕
ผืนแลควรแท่งตงให้เป็นแพทย์

ราชনীติของจางักย์พราหมณ์

บทความพิเศษ

บร็องไค — พลุโมแนรีย์เซ็กเมนต์

สุค แสงวิเชียร

พ.บ., พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

บร็องไค-พลุโมแนรีย์เซ็กเมนต์ (broncho-pulmonary segments) ของปอดนับเป็นส่วนของร่างกายที่ไม่ได้อยู่ในความสนใจมากของ นักศึกษากายวิภาคศาสตร์มาแต่ก่อน. คำว่าในวิชานี้บางเล่ม (Huber 1930) ไม่มีกล่าวถึงคำนี้เลย. ถึงคำว่าที่ได้แก้ไขใหม่ที่สุดเพียง ๕ ปีมานี้เอง (Schaeffer, 1946) ก็พิมพ์ด้วยตัวเล็กแทรกไว้ในตอนท้าย, อาจเพิ่มความสังเกตของนักศึกษารุ่นใหม่ไปได้. แต่เนื่องจากความก้าวหน้าในวิชาศัลยกรรมของทรวงอกซึ่งเจริญขึ้นมากในระยะปีหลังๆ, ทำให้ส่วนนี้ของร่างกายกลับเข้ามาอยู่ในความสนใจของฝ่ายการรักษาและฝ่ายปริทัศน์มากขึ้น. เช่นเมื่อเกิดฝีในปอด (lung abscess) การที่จะทำนายโรค

และให้การรักษาได้ถูกต้องแพทย์ต้องเข้าใจถึงการสัมพันธ์ของท่าทางของร่างกายกับบร็องไค-พลุโมแนรีย์เซ็กเมนต์. เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นในเซ็กเมนต์ใด, เซลล์และการอักเสบก็จะอยู่เฉพาะเซ็กเมนต์นั้น, ไม่ลามไปสู่เซ็กเมนต์อื่น, คงลามออกมาทางข้างนอกคือมาทาง visceral pleura คลุม, ทำให้เยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มช่องปอดของบริเวณนั้นเกิดติดกันขึ้น. ศัลยแพทย์สามารถนำหนองในนั้นออกได้โดยผ่าเข้าไปจากภายนอกถ้าได้ทราบตำแหน่งของเซ็กเมนต์นั้นแน่นอน. นอกจากนั้นอาจตัดเอาเซ็กเมนต์ที่เป็นโรคออกได้โดยเฉพาะ.

Huber(1943)กล่าวว่าเพื่อประโยชน์ต่อการทำนายโรคและการรักษาควร

แบ่งปอดออกเป็นส่วนเล็ก ๆ คือเล็กกว่ากลีบ (lobes) และการแบ่งนี้ต้องอาศัยการกระจายของหลอดเลือด. บรื่องคัสหนึ่ง ๆ จากอันที่มีขนาดใหญ่ที่สุดถึงเล็กที่สุดจะแผ่ออกเป็นส่วนหนึ่งของปอดที่มีขอบเขตชัดเจน, แยกออกจากส่วนอื่นที่ใกล้เคียง, นับเป็นการแบ่งตามธรรมชาติ, และอาจ

แสดงให้เห็นชัดเจนได้โดยการอัดลมเข้าไป. ส่วนที่แบ่งออกไปเรียกว่า บรื่องโคฟูลโมแนร์นั้นจะแยกออกจากกันด้วยร่อง (fissures) หรือไม่, ไม่สำคัญ. Huber แนะนำให้ใช้ศัพท์สำหรับเรียกเข็กเข็กนี้ดังต่อไปนี้:

ปอดขวา		ปอดซ้าย	
Apical segment	กลีบบน	Apical dorsal segment	Ventral segment
Dorsal segment			
Ventral segment			
Lateral segment	กลีบกลาง	Superior (cephalic) segment	Inferior (caudal) segment
Medial segment			
Superior (cephalic) segment	กลีบล่าง	Superior (cephalic) segment	Ventral medial basal segment
Medial basal segment			
Ventral basal segment		Lateral basal segment	Dorsal basal segment
Lateral basal segment			
Dorsal basal segment			

ก่อนงานของ Huber มีการศึกษาการแบ่งกึ่งกันสาขาของหลอดเลือดโดย Ewert (1889), ผู้ซึ่งได้ริบเกียรติว่าเป็นคนแรกที่อธิบายบรื่องโคฟูลโมแนร์ เข็กเข็ก (Hardie-Neil and Gilmour 1949). แต่งานของ Ewert ไม่ได้รับการสนใจมากเพราะมุ่งแต่รายละเอียดถึง

แขนงที่ไม่สำคัญจนยังแขนงที่สำคัญ ๆ เสียหมด (Brock 1947). ต่อมาในงานของ Kramer และ Glass (1932), และงานของ Nelson (1934). รูปของ Nelson ได้ดัดแปลงไปปรากฏในหนังสือ Grant's Method of Anatomy. ถัดมาก็มีงานของ Brock และพวกทำจากโร

พญาบาล Guy, ซึ่งต่อมาได้รวบรวมขึ้นเป็นหนังสือที่มียอดเยี่ยมากคือ "The Anatomy of the Bronchial Tree" พิมพ์ครั้งแรกในปี 1946. งานของ Brock ได้ดัดแปลงนำไปอธิบายไว้ในหนังสือ Gray's Anatomy ฉบับแก้ไขโดยชาวอังกฤษ, มีข้อความดังต่อไปนี้:

ทางปอดขวาหรือคี่ส่วนที่แยกออกสูงกว่าหลอดเล็กแฉกพุลโมแนรีย (eparterial bronchus) ทอดขึ้นบนไปทางข้างๆ, ขึ้นไปประมาณ ๑ ซม., แล้วจึงแบ่งออกเป็น ๓ กิ่ง. กิ่งที่ ๑ เรียกว่า apical bronchus, ทอดขึ้นบนโดยเอียงไปทางข้างๆ เข้าสู่ยอดของปอด. กิ่งที่ ๒ ผ่านเข้าสู่ส่วนหลังและส่วนล่างของกลีบบน, เรียกว่า subapical bronchus, ทอดไปทางข้างหลัง, ไปทางข้างๆ และขึ้นบนเล็กน้อย. กิ่งนี้แบ่งถัดจากที่กิ่งต้นเล็กน้อยออกเป็นแขนง axillary ซึ่งทอดไปทางข้างของปอด, และเป็นแขนงหลังซึ่งทอดไปทางข้างหลัง, แล้วแบ่งต่อไปเป็นแขนงบนและแขนงล่าง. กิ่งที่ ๓ เรียกว่ากิ่งแอนทีเรียหรือ เป็คทอรัล, ทอดลงล่างและไปทางข้างหน้าสู่ส่วนที่เหลือน้อยของกลีบบน. หลังจากกิ่งต้นเล็กน้อย

มันแบ่งออกเป็นแขนงแอ็กซิลลารียและแขนงหน้า. โดยอาศัยการแบ่งแขนงมีร่องโคพุลโมแนรีย เช็กเมนต์เป็น เอบีคัลเช็กเมนต์ตรงกับของ Huber, เป็นซี่เอบีคัลเช็กเมนต์ ตรงกับ dorsal segment ของ Huber, และเป็นแอนทีเรียกับ แอ็กซิลลารี่เช็กเมนต์เท่ากับ ventral segment ของ Huber. เช็กเมนต์ที่โตเลียงกันมากคือแอ็กซิลลารี่เช็กเมนต์ว่าควรจะมีหรือไม่. เนื่องจากเช็กเมนต์นี้มักเป็นฝัได้ง่าย, และตามการศึกษาเปรียบเทียบกับสัตว์ต่ำ Hardie-Neil และ Gilmour (1949) เห็นว่าควรแยก, เพราะเป็นเช็กเมนต์ที่ใหญ่ขึ้นในแมมมัลที่ส่งขึ้นมา, เช่นเนื้อๆ แฉกอยู่ระหว่างซี่เอบีคัลเช็กเมนต์ทางด้านหลังกับแอนทีเรียเช็กเมนต์ทางด้านหน้า. เป็นเช็กเมนต์ที่ตรวจได้โดยวิธี บร็องโคสโคปี, และอาจทำให้เต็มได้ด้วยลิยิโอดอล, แยกชัดเจนออกจากเช็กเมนต์อื่น ๆ. ฉะนั้นถ้านับรวมไปกับแอนทีเรียเช็กเมนต์ก็เท่ากับไม่ยอมรับการศึกษาทางกายวิภาคศาสตร์และทางคลินิก. ความเห็นของ Hardie-Neil ได้นำเสนอต่อที่ประชุม Pan-Pacific Surgical Congress ที่ซิดนีย์,

สาขาโลหิต, คอ, ลาริงซ์. ที่ประชุมเห็นด้วย แต่เห็นควรเปลี่ยนเป็น 'lateral' เพื่อให้เหมาะสมกับศัพท์ทางกายวิภาคศาสตร์. Jackson และ Huber (Grant 1948) ไม่ยอมรับเส้นนี้, คงแบ่งออกมีเพียง เอบีคัล, โปสทีเรียร์และแอนทีเรียร์.

ประมาณ ๒ ซม.ต่ำกว่าที่ต้นของ เอปาร์เตอเรียล บรอนคัส, บรอนคัส ที่อยู่ต่ำกว่าหลอดเลือดแดงพุลโมเนอรี (hyparterial bronchus) ให้กิ่งหนึ่ง ออกทางด้านหน้าสู่กลีบกลางของปอดขวา. กิ่งนี้ทอดไปทางข้างหน้า, ลงล่างและไปทางข้าง ๆ, แล้วแบ่งออกเป็นกิ่งหน้าหรือมีเคียล, สู่คานใกล้กลางของกลีบ, และเป็นกิ่งแอ็กซิลลารีสู่ส่วนใกล้ริมของกลีบ. Hardie - Neil และ Gilmour (1949) ให้ความเห็นว่าควรเรียกแอ็กซิลลารีเป็น แลเทอรอลตรงกับศัพท์ของ Jackson และ Huber.

อาจเพราะมีการสับสนในศัพท์ Boyden (1946, 1949) ใช้ตัวอักษรและตัวเลขแทน. ในการค้นคว้า ซึ่งรายงาน ต่อที่ประชุมสมาคมกายวิภาคศาสตร์ของ อเมริกาใช้ B^4 และ B^5 เรียกกิ่งที่ไปสู่กลีบกลาง ของปอดขวา. Boyden พบ

ว่าบรอนคัสที่ไปสู่กลีบกลางนี้มีลักษณะ ไม่คงที่ยิ่งกว่าบรอนคัสของกลีบอื่นๆ. เก้า เปอร์เซนต์ (จาก จำนวน ๓๔) ของบรอนคัสของกลีบกลางแยกออกเป็นสองกิ่งเท่ากัน. แขนงทั้งสองที่ไปสู่เส้นคานใกล้กลาง (B^{5a} และ B^{5b}) นั้นมักแยกออกจากกันและเคลื่อนเข้าหาบรอนคัสของกลีบมีถึง ๔๔%. ฉะนั้นแขนงที่ไปสู่กลีบกลางอาจมีลักษณะแตกต่างกันได้, เช่นเป็นชนิด B^{5a} และ B^4+B^{5b} (๒๓%), ชนิด B^{5b} และ B^4+B^{5a} (๑๒%), และชนิด B^4, B^{5a}, B^{5b} (๕%), นับว่าเพิ่มความยุ่งยากยิ่งขึ้นและแสดงให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีการ คึกษาต่อไปในลักษณะแตกต่างที่อาจพบได้ ในปอดจำนวนหนึ่ง, หรือในคนชาติ หนึ่ง ๆ.

ตรงข้ามกับกิ่งที่ไปสู่กลีบกลาง, หรือ ล่างลงมาเล็กน้อย, มีกิ่งใหญ่แยกออกจาก ทางด้านหลังของฮัยปาร์เตอเรียลบรอนคัส, แล้วทอดไปทางข้างหลัง, เพื่อกะจ่ายเข้าสู่ ส่วนบนของกลีบล่างของปอดขวา, เรียก ว่า dorsal bronchus, ซึ่งจะแบ่งต่อไป เป็นกิ่งบนหรือ เอบีคัล, และกิ่งล่างหรือ ซับเอบีคัล. ข้อนี้นำมาให้อาแบ่งเนอของ ปอดออกได้เป็น upper dorsal และ lower

dorsal segments. แต่กิ่งล่างนี้อาจเป็นกิ่งใหญ่และมักแยกออกโดยต่างหากจากซี่ปาร์เทอเรียลบริงคัลต่ำกว่าที่กิ่งต้นของกิ่งส่วนบนของ คอรัลแซ็กเมนต์. นั่น Hardie-Neil และ Gilmour จึงเห็นแก่ชขาดไม่ควรใช้คำคอรัลบริงคัล, เพราะอาจมีความหมายรวมถึง เอบีคัล, ซับเอบีคัล และ โปสทีเรียลแซ็กเมนต์. ควรใช้เป็น เอบีคัล และ ซับเอบีคัล แทน. Jackson และ Huber ใช้เป็น ซับเรียลแซ็กเมนต์ก่อนเดียว.

ถัดจากที่ให้คอรัลบริงคัลแล้วซี่ปาร์เทอเรียลบริงคัลทอดลงล่าง, ไปทางข้างหลังและไปทางข้าง ๆ, เป็นระยะทางราว ๒ ซม., แล้วแบ่งออกเป็นกิ่ง แอนทีเรียลแซ็กทัลทอดลงล่างและไปทางข้างหน้า, และเป็นกิ่งใหญ่ซึ่งแบ่งออกเกือบทันทีเป็นกิ่ง โปสทีเรียลแซ็กทัล, ทอดลงล่างและไปทางข้างหลัง, และเป็นกิ่งแอ็กซิลลารีแซ็กทัลทอดลงล่างและไปทางข้าง ๆ. กิ่งสุดท้ายเป็นกิ่งเล็ก, เป็นกิ่ง cardiac, ทอดลงล่างและไปทางใกล้กลาง, สู่บริเวณเล็ก ๆ ของส่วนใกล้กลางของกลีบต่ำกว่าของปอด. ข้อที่ใช้คล้ายกับของ Jackson และ Huber, ผิดกันแต่ แอ็กซิล

ลารีแซ็กทัลเป็น lateral basal, และคาร์คัลแอ็คเป็น medial basal.

ทางปอดซ้ายมีกิ่งใหญ่แยกออกจากซี่ปาร์เทอเรียลบริงคัลแล้วทอดโค้งไปทางข้าง ๆ เป็นระยะสั้น, จึงแบ่งออกเป็นสองกิ่ง, เปรียบเทียบได้เท่ากับกิ่งที่ไปสู่กลีบบนและกลีบกลางของปอดขวา. แต่กิ่งทั้งสองนี้กระจายเข้าสู่แต่เพียงกลีบบนของปอดซ้ายเพราะไม่มีกลีบกลางทางข้างนี้. กิ่งบนทอดขึ้นไป ๑ ซม. แล้วแยกออกเป็นกิ่งแอนทีเรียลหรือเบ็คคอรัล, ทอดขึ้นไปอีก ๑ ซม. จึงแบ่งออกเป็นเอบีคัล และซับเอบีคัลสู่บริเวณต่าง ๆ เช่นเดียวกับกิ่งทางข้างขวา. ศัพท์ของ Jackson และ Huber รวมกันให้เป็น เอบีคัล โปสทีเรียล. กิ่งล่างจะทอดลงล่าง, ไปทางข้างหน้าและไปทางข้าง ๆ, กระจายสู่ส่วนล่างและส่วนหน้าของกลีบบนของปอดซ้าย. ทางฝ่ายการรักษาวินิจฉัยเรียกว่า lingular bronchus, เป็นกิ่งที่ผิดกับกิ่งที่ไปสู่กลีบกลางของปอดขวา, คือแทนที่จะเป็นแอนทีเรียล หรือ เบ็คคอรัล กับ แอ็กซิลลารี, กลีบแบ่งออกเป็นแขนงบนและแขนงล่างหลังจากที่ให้แขนงแอ็กซิลลารีเล็ก ๆ. Jackson และ Huber จึงใช้ศัพท์เป็น

ซัยเรย์ และ อินฟเรย์ เซ็กเมนต์ ของ กลีบบน.

ต่อจากให้กิ่งสู่กลีบบนแล้ว, หลอดลม ซัยปาร์เตอเรียจะทอดต่อไปทางข้างล่าง, ไปทางข้าง ๆ เล็กน้อยแล้วจึงทอดต่อไป ทางข้างหลัง, ให้กิ่งสู่กลีบล่างของปอด ซ้ายเช่นเดียวกับที่กระจายสู่กลีบล่างของ ปอดขวา. ไม่มีแขนง cardiac, หรือมี เล็กมาก. Jackson และ Huber ว่ามี แต่เพียง Superior, Anterior-medial basal, lateral basal และ posterior basal.

เอกสารและข้อความเท่าที่รวบรวมมา นั้นเป็นแต่เพียงส่วนน้อยของการศึกษาที่ได้ มีผู้ค้นคว้ามาแล้ว. จากข้อความข้างต้น จะเห็นได้ว่าศัพท์ที่ใช้กับส่วนของร่างกาย ส่วนนี้มีการสับสนกันไม่ใช่เล็กน้อย. ศัพท์

ที่ต่างคนต่างใช้อาจจะทำให้เกิดการเข้าใจ ผิดกันได้. ความรู้ความชำนาญของผู้หนึ่ง ผู้ใดมีอยู่ไม่อาจจะถ่ายทอดไปสู่ผู้อื่นได้, เพราะทัศนคติไม่เป็นที่ตกลงกันในเรื่องศัพท์ ที่ใช้. โอกาสที่ความรู้จะเป็นประโยชน์ ต่อผู้ช่วยทั่วไปย่อมมีน้อยลง. แต่อาชีพ แพทย์เป็นอาชีพที่ถือประโยชน์ของส่วน รวมเป็นหลัก, ฉะนั้นจึงมีเหตุการณ์ที่ควร บันทึกไว้เกิดขึ้น, คือคณะกรรมการสากล ซึ่งประชุมกันเมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ค.ศ. ๑๙๔๙, ในลอนดอน, ซึ่งมีผู้แทน จากอังกฤษ, สกอตแลนด์, อเมริกา, ฝรั่งเศส, เบลเยียม, บราซิล, เกนมาร์ก และนอร์เวย์, ได้เสนอศัพท์ที่เห็นว่าควร ที่จะใช้กับส่วนของร่างกาย, และได้ถูกรับรองเป็นศัพท์ทางการโดย Thoracic Society ของอังกฤษดังต่อไปนี้:

- ปอดขวา
- กลีบบน
1. Apical segment and bronchus.
 2. Posterior segment and bronchus.
 3. Anterior segment and bronchus.

- ปอดซ้าย
- กลีบบน
- Upper division and bronchus.
 1. and 2. Apico-posterior segment and bronchus.
 3. Anterior segment and bronchus.

กลีบกลาง

4. Lateral segment and bronchus.

5. Medial segment and bronchus.

กลีบล่าง

6. Apical segment and bronchus.

7. Medial basal (cardiac) segment and bronchus.

8. Anterior basal segment and bronchus.

9. Lateral basal segment and bronchus.

10. Posterior basal segment and bronchus.

ตัวเลขที่นำหน้าได้ถูกแนะนำให้ใช้เป็น
ตัวเลขมาตรฐานแทนชื่อของเซลล์เม็ด

ข้อความตอนพิมพ์เป็น ขทบรรณา-
ธิการ ไว้ในจดหมายเหต ทางแพทย์ ชื่อ
Thorax ซึ่งข้าพเจ้าไม่สามารถหาต้น
ฉบับเดิมได้. ข้อความที่ใดๆ จากบทความ
ที่ย่อโดย Huber และพิมพ์ไว้ในหนังสือ
Excerpta Medica. เพื่อเป็นประโยชน์
ก่อนข่าพเจ้าขอเสนอภาพการกระจาย
ของหลอดลม, โดยใช้ชื่อที่ใดตกลงกัน
ใหม่, เป็นภาพที่ดัดแปลงจากภาพเดิม
ของ Nelson และ Grant.

Lingula (lower division) and
bronchus.

4. superior segment and bronchus

5. Inferior segment and bronchus

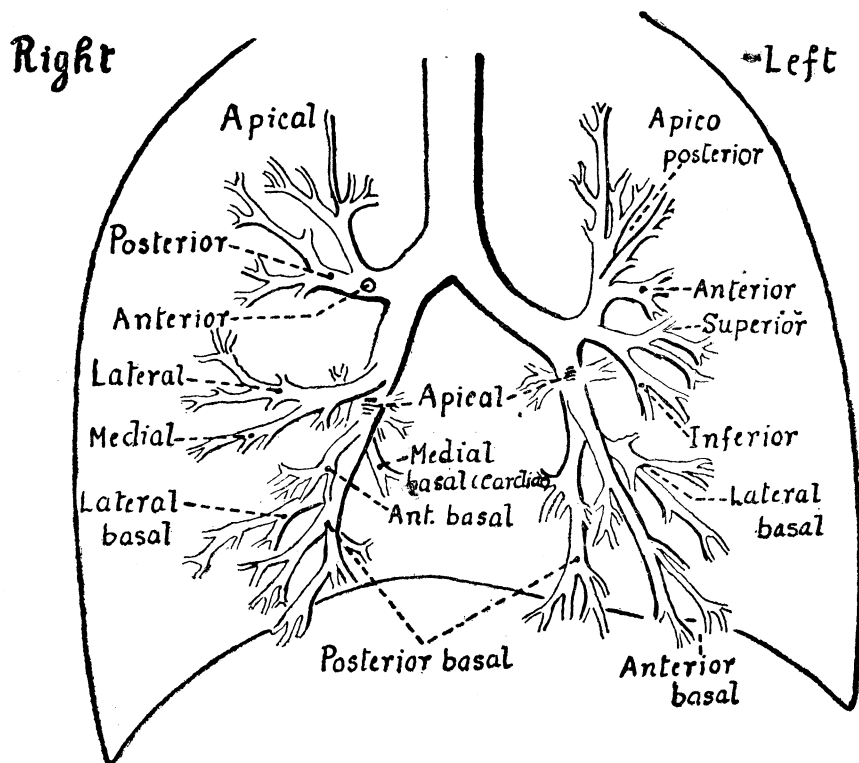
กลีบล่าง

6. Apical segment and bronchus.

8. Anterior basal segment and
bronchus.9. Lateral basal segment and
bronchus.10. Posterior basal segment and
bronchus.

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับ บร็องโค-
พุลโมแนรีเซลล์เม็ด Tobin และ Zari-
quicy (1949) แนะนำให้ใช้วิธีดังต่อไปนี้ :

เปิดบร็องคัสตอนต้นเข้าไปจนถึงบร็อง-
คัสเข้าสู่เซลล์เม็ด. สอดแคณูล่า แล้ว
สับคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปหลายครั้ง
เพื่อให้อากาศที่เหลืออยู่ออกไปให้หมด
แล้วฉีดลาเทกซ์ (liquid latex) ที่มีสี
ผสม. ลาเทกซ์ที่เป็นค่า (pH g.g) จะ
รวมกับคาร์บอนไดออกไซด์โดยง่าย, มี
ผลทำให้ลาเทกซ์ผ่านเข้าไปเต็มเซลล์เม็ด
ต่อไปอีก ๑๐ %ฟอร์มาลีน เข้าไปใน



แสดงการกระจายของหลอดลมพร้อมทั้งชื่อที่รับรอง
เป็นทางการโดย Thoracic Society ของอังกฤษ (ได้แปลมาจาก Nelson และ Grant)

หลอดเล็ก., แล้วฉีดลาเทกซ์ที่มีสี
ต่างกว่าสีที่ใช้ฉีดเช็กเม้นต์ตามเข้าไปใน
หลอดเล็กแดงพลาโมแนรี่. ถ้าต้องการ
จะศึกษาโดยอาศัยแสงเร็นทเก้นก็ผสม
วัตถุทึบแสง thoratrast เข้าไปกับ
ลาเทกซ์.

แต่การศึกษาคอนตันเพื่อการศึกษาการกระจาย
ของหลอดลมอาจทำได้โดยใช้ปอดจาก
ศพที่คงแล้ว. ตั้งปอดอยู่ในท่าปกติ.

ใช้ปากคืบชำแหล่เล็กเข้าไปทางช่องของ
ปอด โดยไม่ทำลายเนื้อปอดที่อยู่ผิว, ก็
อาจทำให้เข้าใจการกระจายของหลอดลม
ได้.

ในที่สุดข้าพเจ้าขอขอบคุณอย่างสูงต่อ
นายแพทย์ เต็กลม คุณวิศาล ที่ได้กรุณา
ให้ยืมหนังสือ "The Anatomy of the
Bronchial Tree" ซึ่งหาซื้อไม่ได้,
เพื่อการศึกษาของเรานี้.

เอกสาร

1. Boyden, E.A., 1946. Analysis of variations of the broncho-pulmonary segments in the left upper lobes of fifty lungs. *Abst. Anat. Rec.*, vol. 94, p. 450.
2. do., 1949. The "split" anterior bronchus of the left upper lobe. *Abst. Anat. Rec.*, vol. 103, p. 568.
3. do. and C.J. Hamre, 1949. Preliminary observations on the pattern of the middle lobe of the right lung. *Abst. Anat. Rec.*, vol. 103, p. 530.
4. Brock, R.C., 1947. *The Anatomy of the bronchial tree* Oxford. U. Press, London.
5. Editorial, 1950. The nomenclature of broncho-pulmonary anatomy. An international nomenclature accepted by the Thoracic Society. *Thorax* 5/3 (222-228). (from *Excerpta Medica*, Section I, vol. 5, no. 5, p. 189, 1951.)
6. Ewart, A., 1889. *The bronchi and pulmonary vessels*. Churchill, London. (from Hardie-Neil and Gilmour).
7. Grant, J.C.B., 1948. *A method of Anatomy*, 4th ed., Williams and Wilkins, Baltimore.
8. Hardie-Neil, J. and W. Gilmour, 1949. Broncho-pulmonary segments of the lung and their terminology. *Brit. Med. J.*, No. 4622, pp. 309-311.
9. do., 1949. Anatomy of the bronchial tree. *Arch. Otolaryng.*, vol. 50, pp. 9-19.
10. Huber, G. Carl, 1930. *Pier sol's Human Anatomy*, 9th ed., J.B. Lippincott, Philadelphia.
11. Huber, J.F., 1943. Subdivision of the lung on the basis of bronchial distribution. *Abst. Anat. Rec.*, vol. 85, No. 3, pp. 319-320.
12. Huber, J.F., C.L. Jackson and C.M. Norris, 1946. *Correlated anatomy of the bronchial tree and*

- lung. Abst. Anat. Rec., vol. 94, p. 550.
13. Johnston, T.B. and J. Whillis, 1949. Gray's Anatomy, 13 th ed., Longmans, Green and Co., London.
14. Kramer, K. and A. Grass, 1932. Ann. Otol., etc. (St. Louis) 41, 1210. (from Brock).
15. Nelson, H.P., 1934. Post-ural drainage of the lungs. Brit. Med. J., vol. 2, p. 251-255.
16. Schaeffer, J.P., 1946. Morris Human Anatomy, 10 th ed., Blakiston, Philadelphia.
17. Tobin, C.E. and M. Zariquicy, 1949. An injection method to demonstrate the bronchopulmonary segments and blood supply of the human lung, Abst. Anat. Rec., vol. 103, p. 513.

คนมีปัญญาแต่ไม่คิดทำประโยชน์มีลมไป คนคิดทำประโยชน์แต่ไม่มี
ปัญญามีลมไป เพื่อนที่ใจค่อมปัญญาชั่วร้ายยาก เหมือนยาที่กินอร่อยและระงับโรคได้
โทษนี้คือศตกม.

บทบรรณาธิการ

งาน “วันทูลกระหม่อม”

“วันทูลกระหม่อม” หรือ “วันมหิดล”, ซึ่งคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้จัดเป็นวันทำงานพิธีระลึกถึงพระกรุณาธิคุณของสมเด็จพระราชบิดา, เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์, โดยเลือกเอาวันสิ้นพระชนม์, คือวันที่ ๒๔ กันยายน, เป็นวันงาน, ได้ผ่านไปเป็นครั้งแรกเมื่อเดือนที่แล้ว. ตามที่ปรากฏ, การจัดงานนั้นได้รับความสำเร็จอย่างดียิ่งในทางจิตใจ. มีผู้ไปร่วมงานด้วยความเต็มอกเต็มใจเป็นจำนวนมาก, ทั้งอาจารย์, นักศึกษา, นักเรียนและข้าราชการ. แม้ว่าทางคณะจะได้จัดเป็นงานภายใน, และได้ประกาศกำหนดงานให้ทราบล่วงหน้าเป็นเวลาเพียงเล็กน้อย, ก็ปรากฏมีผู้ร่วมงานจากภายนอกเป็นจำนวนไม่น้อย. ในจำนวนนั้นรวมทั้งมหาวิทยาลัย, คณะของมหาวิทยาลัยสมาคมและโรงพยาบาลเอกชน.⁽¹⁾ การแสดงพร้อมเพรียงซึ่งเกิดขึ้นเองโดยมิได้

มีการบังคับเช่นนั้นเป็นพยานชัดเจนยิ่งของความนิยมยกย่องในพระกรณียกิจ ซึ่งจารึกอยู่ในจิตใจของคนหลายหมู่, ซึ่งยังซาบซึ้งอยู่เสมอแม้ทูลกระหม่อมพระองค์นั้นจะได้เสด็จสู่สวรรคาลัยไปแล้วไม่น้อยกว่าสิบปี.

พิจารณาในแง่ของศิริราชโดยเฉพาะ วันทูลกระหม่อมเป็นโอกาสพิเศษหลายอย่าง. ประการแรก, เป็นโอกาสหนึ่งที่ชาวศิริราชได้พร้อมกันแสดงกตัญญูกตเวที, ประกาศให้ทราบโดยแพร่หลายว่า “ศิริราชไม่ลืม” — ศิริราชไม่ลืมบุญคุณของผู้ที่ได้ประกอบความดีไว้ต่อสถานศึกษาแห่งนี้, และหาโอกาสที่จะแสดงความสำนึกในบุญคุณนั้นด้วย. จริงอยู่งานวันทูลกระหม่อมก็เพิ่งถึงถึงทูลกระหม่อมแต่พระองค์เดียว, ส่วนผู้มีพระคุณนั้นยังมีอีกมากท่าน. ชื่อนี้จะเข้าใจว่าศิริราชถือเอาทูลกระหม่อมเป็นผู้แทนหรือครอง

(1) ดูแผนข่าว ฟ้าแล่ม

หมายแทนท่านผู้มีพระคุณทั้งหลาย. ที่
ได้เลือกทูลกระหม่อมก็เพราะผลของพระ-
กรุณากิจปรากฏเป็นชั้นเป็นอันอยู่มากมาย
ทั้งในทางถาวรวัตถุ, กองทุนพระมรดก
และการบุงใจ, ประกอบกับพระองค์ท่าน
ได้สิ้นพระชนม์ลงในระหว่างที่กำลังปฏิบัติ
และทั้งพระทัยจะปฏิบัติกรณีกิจอันเป็นคุณ
ประโยชน์อีกหลายประการ. ความสน
พระทัยมั่นคงนั้นยังได้ก่อความนิยมชมชื่น
แม้ในจิตใจของชนต่างชาติ.⁽²⁾ การ
เลือกพระองค์ท่านเป็นตัวอย่างสำหรับก้าว
ตอบสนองจึงเป็นการเหมาะสมอย่างยิ่ง.
เป็นการง่ายที่จะปลุกใจแม้ชนรุ่นหลังให้
ยังเกิดความรู้สึกชื่นชมในพระคุณของพระ
องค์, เพราะเขาย่อมเห็นพยานแห่ง
พระกรณีกิจอยู่รอบด้าน. การจัดงานวัน
ทูลกระหม่อมเป็นพยานหลักฐานว่าการทำ
คุณงามความดีไว้แก่ศิริราชเป็นการไม่
สูญ.

วันทูลกระหม่อมเป็นโอกาสดีสำหรับ
การรวมกลุ่มศิษย์เก่าของศิริราช. ใน
จำนวนนั้นอาจมีหลายท่านที่รำลึกถึงพระ
คุณของทูลกระหม่อมและต้องการร่วม
แสดงกตเวทิต์ด้วย. ถ้าหากทางโรงเรียน

จะถือโอกาสข่าวร้องศิษย์เก่าให้มาร่วม
งานก็อาจได้ผลดีในการชักจูงให้ศิษย์รุ่น
เก่าได้มาวิสาสะกับศิษย์รุ่นใหม่ ๆ ทั้งที่
อยากจะให้มีขึ้นอยู่แล้ว. จึงอยู่กำหนด
วันกลาง ๆ ข้างไม่สะดวกสำหรับผู้ที่อยู่
ห่างไกล, แต่อย่างน้อยก็เป็นโอกาส
สำหรับผู้อยู่ใกล้จะได้กลับไปเข้ามาสู่โรงเรียน
เก่าสักปีละครั้ง, ได้มีโอกาสเห็นความ
เจริญหรือเสื่อม, ได้สนทนากับผู้ที่ประจำ
โรงเรียน, แลกเปลี่ยนสารทุกข์สุกดิบ
และแก้ไขข้อขัดแย้งซึ่งกันและกัน, ซึ่งไม่
ต้องสงสัยว่าจะเป็นประโยชน์แก่โรงเรียน
และแก่ศิษย์ทั้งหลายไม่น้อย. สำหรับ
กำหนดวันถ้าวันสิ้นพระชนม์ไม่เหมาะ,
อาจใช้วันประสูติก็ได้, ซึ่งตรงกับวันที่ ๑
มกราคมและเป็นวันหยุดราชการ. ใน
ท่อน ๆ ก็มีตัวอย่างที่ถือวันเกิดเป็นวัน
ระลึก.

วันทูลกระหม่อมเป็นโอกาสเหมาะ
สำหรับชาวศิริราชที่จะแสดงออกซึ่งกุศล
จิตอย่างอื่นอีกด้วย, นอกจากกตัญญู
ต่อพระองค์สมเด็จพระราชาบิดา. หลาย
คนอาจต้องการแสดงกตเวทิต์ต่อโรงเรียน
เก่าของตนด้วยการส่งเสริมความเจริญ,

(2) ดูสารศิริราช ปีที่หนึ่งฉบับที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๔๙๒ บทบรรณาธิการ

หลายคนอาจอยากแสดงความเมตตาต่อศิษย์ร่วมโรงเรียนในวันหลัง ๆ, โดยการช่วยเหลือด้วยประการต่าง ๆ, เช่นนี้เห็นดี. หากทางการเปิดโอกาสให้ได้กระทำดังกล่าวอย่างเป็นทางการ, เช่นเปิดรับทุนบำรุงโรงพยาบาล, หรือทุนค้นคว้า, ทุนส่งเสริมเครื่องวิทยาการ, ทุนอุดหนุนนักศึกษา, เหล่านี้เป็นต้น, ก็อาจได้รับการสนองอย่างหนักแน่นจากชาวศิริราชทั้งเก่าและใหม่. ทั้งนี้อย่อมเป็นการเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะเลือกเอาวันพระถึงถึงทูลกระหม่อม, พระองค์ผู้ได้ทรงอุทิศด้วยนานาประการเพื่อประโยชน์สาธารณะ, เป็นวันประกอบคุณงามความดีสำหรับผู้ที่ได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบจากการอุทิศของพระองค์. มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าพวงมาลาที่ได้นำมาวาง ณ พระรูปอนุสาวรีย์นั้นล้วนแต่ปราณีตงดงาม, และคงมีราคาแพงทงน. รวมกันเข้าทั้งหมดก็คงเป็นเงินจำนวนไม่น้อย. ถ้าหากจะนำเงินจำนวนนั้นมารวมตั้งเป็นทุนการกุศล, และเพิ่มเข้าทุก ๆ ปี, ไม่ช้าก็คงจะได้เงินก้อนใหญ่ใช้ประโยชน์ได้. บางทีการรวมทุนแบบนี้ อาจเป็นบุญพระทัยของทูล

กระหม่อม, ซึ่งโปรดการใช้จ่ายเงินให้ถูกทาง^(๓), มากกว่าการจ่ายสำหรับพวงมาลาก็ได้. ความคิดเช่นนี้น่าพึงอยู่, โดยจะเพราะอย่างยิ่งในสมัยนี้ซึ่งศิรราชกำลังต้องการความช่วยเหลืออีกมากมาย. อย่างไรก็ตาม, การวางพวงมาลาที่เป็นเรื่องมีประโยชน์, และจำเป็นในด้านจิตใจ, จะหลีกเลี่ยงก็คงไม่เหมาะ. ถ้าหากจะเดินในสายกลาง, ให้ได้ผลทั้งสองทาง, คือลดจำนวนหรือราคาพวงมาลาลงเสียบ้าง, แล้วรวบรวมเงินที่เหลือ, ซึ่งส่วนมากได้จากการเรียไร, รวมทั้งที่มีผู้อุทิศ, เข้าเป็น “ทุนวันทูลกระหม่อม” หรืออะไรทำนองนั้น, ก็น่าจะเหมาะสมยิ่งขึ้นไปอีก, และงานวันทูลกระหม่อมก็คงจะมีความสำเร็จอย่างงามในด้านวัตถุเพิ่มขึ้นอีกจากความสำเร็จในด้านจิตใจของงานนี้.

วันทูลกระหม่อมควรถือเป็นวันแสดงกตัญญูกตเวทีของศิรราช. ศิษย์ศิริราชทั้งใกล้และไกลควรถือเป็นโอกาสพิเศษสำหรับระลึกถึงพระคุณของโรงเรียน, และของทุก ๆ ท่านที่ได้สร้างความสำเร็จให้แก่ศิริราช.

(๓) ดูสารศิรราช ก.ย. ๒๔๙๔ บทความพิเศษ “ทูลกระหม่อม-ปรมาจารย์”

เม็ดเลือดขาวอีโอสิโนฟิล

เม็ดเลือดขาวอีโอสิโนฟิล มีข้อน่าสนใจหลายประการ. เม็ดเล็ก ๆ ย้อมติดสีอีโอซินที่เห็นอยู่ภายในนั้นเป็นอะไร, มีส่วนประกอบอย่างไร, มีความสำคัญอย่างไร. เม็ดเลือดชนิดนี้ทำหน้าที่อย่างไรในร่างกาย. ทำไมอีโอสิโนฟิลจึงเป็นอาการตรวจพบที่สำคัญข้อหนึ่งในคนที่มีพยาธิแฝงกิน (พาราสิต) หรือเป็นโรคแอลเลอร์ยี. เหล่านี้เป็นปัญหาซึ่งนักวิทยาศาสตร์ได้ถามตัวเองบ่อย ๆ. ปัญหาบางข้อได้ถูกไขกระจ่างแล้ว, แต่บางข้อก็ยังมีความคลุมเครือ. เมื่อเร็ว ๆ นี้ปรากฏคำตอบปัญหาเกี่ยวกับเม็ดเลือดขาวอีโอสิโนฟิลในนิตยสารการแพทย์ต่างประเทศฉบับหนึ่ง⁽⁴⁾, มีข้อความนำหลายประการซึ่งเห็นสมควรคัดลอกมาเผยแพร่ต่อไปโดยสังเขป.

เม็ดอีโอสิโนฟิล (eosinophilic granules) ประกอบด้วยสารผสมโปรตีนและไขมันที่มีลักษณะซับซ้อน, มีธาตุเหล็กและฟอสฟอรัสมาก. มีเหล็กถึง ๑๑ เปอร์เซ็นต์. ธาตุและสารสำคัญอื่นๆ

ที่แยกได้จากเม็ดเหล่านี้มีไฮโดรเจน, แคลเซียม, กำมะถัน, วัตถุไขมัน (ไลปิดส์), แอลบิวมินและเอนไซม์แคเทเลส, ออกซัยเดสและเปอร์ออกซัยเดส. เม็ดนี้ยังมีสิ่งที่เป็นการกลืนมาก, ติดสีด่าง. นอกจากเนฟลิธอะมีนเฮลโลว์, มันไม่ละลายในน้ำยาที่มีฤทธิ์ละลายไขมัน, ในกรดแอซิดเข้มข้นและในด่างอย่างจาง, แต่ละลายในกรดและด่างเข้มข้น. เม็ดนี้อาจผ่านตลอดทางเดินอาหารได้โดยไม่เปลี่ยนแปลง. แต่เคยมีผู้ทดลองย่อยมันได้โดยใช้เอนไซม์อาร์จินเนส. อวัยวะที่สร้างเม็ดเลือดขาวอีโอสิโนฟิลโดยปกติคือไขกระดูก. แต่การเจริญในขั้นต้นของมันยังอยู่ในระหว่างการโต้เถียง. มีหลายคนให้ความเห็นว่าเม็ดเลือดชนิดนี้อาจเกิดขึ้นในบริเวณเนื้อที่กำลังมีการอักเสบนั้นเองก็ได้ (local histogenesis). ชื่อนี้หลายคนไม่เห็นด้วย. ความเข้าใจที่เคยมีอยู่ครั้งหนึ่งว่าเม็ดเลือดขาวอีโอสิโนฟิลเกิดขึ้นจากเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลที่แก่ ๆ, เคียวนั้นไม่มีใครรับรองแล้ว. เห็นกันว่า

(4) Deutsche Medizinische Wochenschrift 76. 35, 31, Aug. 1951.

เป็นการเข้าใจผิดระหว่างสีของเม็ดทั้งสองชนิด, ประกอบกับการย้อมที่ไม่ดี. เม็ดเลือดขาวอีโอสิโนฟิลเคลื่อนไหวได้คล้ายอะมีบา, แม้ว่าจะไม่วิ่งไวเท่าพวกนิวโทรฟิล, และมีอำนาจลึนกินแบคทีเรียได้, โดยเฉพาอย่างยิ่งสำหรับสตาฟิโลค็อกคัสสอเรียส. การเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาว (อีโอสิโนฟีเลีย) และการทิ้งกุกเม็ดเลือดนั้น (อีโอสิโนแทกซิส) เป็นผลจากการกระตุ้นด้วยสารโปรตีนจากนอกร่างกาย, หรือเศษใดๆ ของโปรตีนที่ถูกย่อย, แต่ไม่ถึงขั้นกรดอะมิโน. หน้าตาสีของเม็ดเลือดขาวอีโอสิโนฟิลดูเหมือน

จะเป็นการทำลายแอนติเจนที่มีลักษณะเป็นโปรตีน, ซึ่งทำให้เกิดอะนาฟัยแล็กซิสและแอลเลอร์ยี. มีผู้แสดงว่าเม็ดเลือดขาวอีโอสิโนฟิลมีฮิสตามีนมากและเป็นต้นตอสำคัญแห่งหนึ่งของฮิสตามีนในเลือด. บางคนเห็นว่าเม็ดเลือดชนิดนี้ปล่อยฮิสตามีน ออกมาในตำแหน่งที่มีแอลเลอร์ยี, เป็นต้นเหตุของ ฮัยเปอริเมียในบริเวณนั้น. ถ้าเป็นเช่นนั้นจริงก็หมายความว่าเม็ดเลือดขาวอีโอสิโนฟิลปรากฏภายในที่ใด, เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับปฏิกิริยาแอลเลอร์ยีในที่นั้น. แต่ขณะนี้ยังไม่มีการพิสูจน์.

คำพูดแห่งสาธุชนออกจากปากแล้วเสมอเหมือนงาช้าง
ส่วนคำพูดแห่งชนต่ำช้า ย่อมเข้า ๆ ออก ๆ เหมือนคอเต่า.

สุภาวดีรัตนภักทาคาร

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้. พยอม อหารัตน์ พ.บ., ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ พ.บ., อวย เกตุสิงห์ พ.ด.
 สมอง กาญจนาลัย พ.บ., ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., ชาญ สถาปนกุล พ.บ., สมพร ศรีเพ็ญ พ.บ.
 สัจจันต์ จารจินดา พ.บ., น.ร.ว. กันยิกา เทวกุล พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๑. Robert H. High and Charles B. Reiner: Ineffectiveness of Aureomycin in Preventing the Primary Vaccinia Reaction. (ออเรโอมัยซินกับการป้องกันไฟรมาเรียแวกซ์เนียร์ แอคชั่น) J.Ped., v. 38, No. 1, Jan. 1951, pp. 61-62.

ออเรโอมัยซินมีฤทธิ์ต่อต้านเชื้อต่าง ๆ จำพวกโรคเกิดเชื้อและไวรัส, ควรจะมีคุณสมบัติต่อต้านโรคที่เกิดจากไวรัสของฝักราชได้, เช่น eczema vaccinatum และ secondary vaccination ด้วย. เพื่อจะทดลองฤทธิ์ต่อไวรัสของฝักราช, ผู้รายงานได้ใช้เด็กซึ่งไม่เคยปลูกฝีเลย ๑๖ คน (ชาย ๑๐, หญิง ๖, อายุระหว่าง ๓ ถึง ๑๔ เดือน) รักษาด้วยออเรโอมัยซิน, และอีก ๑๓ คนเป็นค้อนโทรล (ชาย ๖, หญิง ๗, อายุระหว่าง ๕ ถึง ๑๓ เดือน). เด็กทั้งหมดได้รับการปลูกฝีในวันเดียวกัน,

และใช้หนองฝีเดียวกัน. ทัศนความร้อนของร่างกายเป็นเวลา ๕ วันและตรวจปฏิกิริยาของฝีในวันที่ ๓ และ ๗ หลังปลูก. ในพวกที่รักษาด้วยออเรโอมัยซินได้ให้ยา ๕๐ มก. ต่อกก. ต่อวัน, แบ่งรับประทาน ๔ ครั้ง, และให้ยาครั้งแรก ๒๔ ชม. ภายหลังการปลูกฝี, ให้อยู่นาน ๕ วัน. ผลปรากฏว่าขนาดและลักษณะของแวกซ์เนียร์แอคชั่นในเด็กทั้งสองพวกเหมือนกัน, และไม่มีการแตกต่างในอุณหภูมิของร่างกาย. มีกเว้น ๔ คนในพวกที่รักษาด้วยออเรโอมัยซิน, คือมีการขึ้นของฝีล่าช้าไป. เขาสรุปว่าผลของการปลูกฝีเป็นครั้งแรกไม่เปลี่ยนแปลงจากธรรมดาแม้จะให้ออเรโอมัยซินไปพร้อมกับการปลูก.

พยอม อหารัตน์ พ.บ.

๒. R. Doll and A. B. Hill: Smoking and Carcinoma of the Lung

(การสูญเสียหูและโรคเมเร็งที่ปอด) Br. Med. J., Sept. 30, 1950, pp. 739-747.

โรงพยาบาลในลอนดอน ๒๐ แห่ง ร่วมมือกันค้นคว้าหาสาเหตุของโรคเมเร็งที่ปอดในผู้ป่วยชาย ๖๔๕ คน, ซึ่งส่วนมากได้ประวัติว่าเป็นพวกที่สูญเสียหู. โรคนี้พบมากในพวกที่ติดขี้หู. มีผู้ป่วยชายถึง ๒๖.๐%, หญิง ๑๔.๖% ที่สูญเสียมาจนวันละ ๒๕ มวนหรือมากกว่า. การสูญเสียหูกระต่าย (ซีแกแร็ต) ทำให้เกิดโรคเมเร็งที่ปอดได้ง่ายกว่าการสูญเสีย. การสวดให้คว้นเข้าไปในปอด (อิต) หรือไม่สวดนั้นได้ผลไม่แตกต่างกัน. พวกที่มีอายุเกิน ๔๕ ปีขึ้นไปเกิดโรคนี้ไ้มาก, คงเนื่องจากสูญเสียหูมากขึ้น. พวกที่ติดขี้หูเป็นโรคนี้ประมาณ ๕๐ เท่าของผู้ที่ไม่สูญเสีย. สรุปว่า การสูญเสียหูเป็นเหตุสำคัญข้อหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเมเร็งที่ปอดได้, ทั้งนี้เชื่อว่าตัวยาสูบเองไม่ได้ทำอันตรายแต่อย่างใดเลย. แต่การเกิดโรคเมเร็งที่ปอดนั้นเนื่องจากมีสารคาร์ลโนเจนิก, ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นสารหนูที่ใช้เป็นยาฆ่าแมลงในการเพาะปลูกและการเตรียมยาสูบ. ได้ให้ความเห็นว่าสมควรจะปรับ

ปรุงวิธีการปลูกและเตรียมตัวยาสูบให้ดีขึ้น, ยิ่งกว่าจะจำกัดปริมาณการสูบเท่านั้น.

ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ พ.บ.

๓. K. Hinrichs : Fortschritt in der Sulfonamidtherapie durch Sulfon-Addition. (ความก้าวหน้าในการรักษาด้วยซัลโฟนาไมด์โดยการผสมยาจำพวกเดียวกัน) Dtsch. med. Wschr., Nr. 31/32, 3. Aug. 1951, S. 984.

ข้อเสียสำคัญของซัลโฟนาไมด์คือการตกผลึกในทางเดินปัสสาวะ, ซึ่งขัดขวางการไต่ยาในขนาดมาก ๆ. ตั้งแต่ปี ๑๙๔๔-๑๙๔๕ Frisk, Hagemann และ Herlitz ได้แนะนำให้รวมซัลโฟนาไมด์หลาย ๆ ชนิดเข้าด้วยกัน, เพื่อให้ได้ฤทธิ์ยาแรงพอ, โดยไม่ต้องใช้ยาชนิดใดมากเกินไปจนขัดปัสสาวะ. Sulfadital ยาชนิดแรกที่เกิดขึ้นในสวิตเซอร์แลนด์มีซัลฟาไรอะโซล ๓๗%, ซัลฟาพิริมิดีน ๓๗% และซัลฟาเมธิลพิริมิดีน ๒๖%. ในปัจจุบันในประเทศเยอรมัน "Supronal" (debenal M และ Marbadal) และ protacid (ซัลฟาเมธิลพิริมิดีนและโกล์

บุชิต). การทดลองในสัตว์แสดงว่ายาเข้าไปปรากฏอยู่มากในปอด, ตับ, ไต และผิวหนัง, และอยู่น้อยในกระดูกและเนื้อประสาท, และแสดงว่ายาซัลโฟนาไมด์ผสมมีค่ามากกว่ายาขนาดเดี่ยว ๆ. ผู้รายงานได้ทดลองใช้ยาผสมในคนไข้, โดยมุ่งเกี่ยวกับการติดเชื้อสเตรปโตและสตาฟิโลค็อกคัสและแบคทีเรียโมคิลี (B. coli). ส่วนมากเป็นแผลที่เนื้ออ่อน, ที่หน้า, ถู้น้ำค้ออักเสบ, ช่องท้องอักเสบ (กระเพาะและลำไส้ทะลุ) และปอดอักเสบหลังผ่าตัด. ได้ลองใช้โปรโตซิก ๑๖๐ ราย และซูโปรนาล ๓๔๕ ราย. ผู้รายงานพอใจในผลของยามาก. เขาว่าขนาดเฉลี่ยวันละ ๘-๑๐ กรัมก็เพียงพอ, ให้ความเข้มข้นในเลือดระหว่าง ๑๕ และ ๒๐ มก. เปอร์เซ็นต์. หากมีการติดเชื้อหลายชนิดก็ให้ขนาดถึง ๑๔ กรัมต่อวัน. ไม่พบอาการแทรกแซง. ขนาดยาที่กล่าวนี้ให้แบ่งกระจายไปตลอดวัน, ส่วนมากให้กิน. การสวนทวารหนักเขาเห็นว่าไม่มีประโยชน์เพราะความเข้มข้นในเลือดไม่เพียงพอ. โปรโตซิกฉีดเข้าหลอดเลือดได้, ส่วนซูโปรนาลถ้าจะให้เข้าหลอดเลือดต้องใช้วิธีหยด. คนไข้ทนยาได้ดี. มี ๒ รายเท่านั้นที่ต้อง

งดยาเพราะคลื่นไส้และอาเจียน. อาการแทรกซ้อนรุนแรงเช่นลิวโคซีเนีย, เฮเกรนิวโลซัยโตสิส, อันตรายต่อตับและไต, ประสาทอักเสบ, ไม่ปรากฏ. ในจำนวนทั้งหมด ๕๐๕ ราย, มี ๑๕ รายที่ไม่ได้ผล, เข้าใจว่าเพราะขนาดยาน้อยไป, เลิกเร็วไป, มีเชื้อที่ทนยาปนอยู่, และขนาดยาไม่ได้ส่วนกับความรุนแรงของการติดเชื้อ.

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๔. Caron I. Crollman, Sander Goodman, and Archie Fine:
Localized Paralytic Ileus, an Early Roentgen Sign in Acute Pancreatitis. (พาราลิติกอิลเลียสกระเพาะแห่งเป็นอาการแสดงแรกทางภาพเรนต์เก้นในโรคตับอ่อนอักเสบอย่างปัจจุบัน) Surg. Gynaec. and Obst., July 1950, 91, pp. 65-70.

การวินิจฉัยโรคตับอ่อนอักเสบอย่างปัจจุบันเวลานี้ใช้การตรวจเซรัมอะมีเลสช่วยยืนยันให้ตัดสินได้ก่อนผ่าตัด. ผู้รายงานได้สังเกตแก๊สที่อยู่ในลำไส้เล็กและเห็นในภาพเรนต์เก้นในคนไข้ตับอ่อนอักเสบ

ปัจจุบัน, พบว่าขดลำไส้เล็กที่เคยอยู่ในส่วนบนและซ้ายของท้องกลับไปอยู่ที่อื่น, ทำให้เชื่อว่าลำไส้เล็กส่วนเจริญน้ำหรือไฮเลียม ถูกพารัลลิสส์โดยไปถูกกับน้ำย่อยของตับอ่อน, เช่นเดียวกับลำไส้เล็กเข้ามารวมกันในรายไส้ติ่งอักเสบหรือถุงน้ำดีอักเสบ, ซึ่ง Levitan ให้ชื่อว่า sentinel loop. ผู้รายงานเสนอคนไข้ ๘ คนซึ่งพบ sentinel loop, และได้อธิบายว่าเป็นตับอ่อนอักเสบอย่างปัจจุบันซึ่งยืนยันโดยการวิเคราะห์เซรัมอะมีเลส. เขาเห็นว่าการตรวจท้องโดยวิธีเร็นต์เกินประกอบกับทำเซรัมอะมีเลสในรายปวดท้องอย่างปัจจุบัน, อาจวินิจฉัยโรคตับอ่อนอักเสบปัจจุบันในระยะเริ่มต้นได้.

สนอง กาญจนาลัย พ.บ.

๕. Charles H. Watkins: The Anemia of Azotemia. (อาการโลหิตจางในโรคเฮโซที่เมีย) Med. Clin. North Amer., vol. 35, No. 4, July 1951, pp. 1081-1082.

รู้จักมานานแล้วว่าผู้ป่วยเฮโซที่เมียจะมีเลือดจางร่วมอยู่ด้วย, จนเกือบจะหาได้ว่าเฮโซที่เมียหนักเพียงไรโดยอาศัย

ว่ามีเลือดจางมากน้อยเท่าไร. โดยทั่วไปเลือดจางนี้เป็นแบบนอร์โมโครมิก, นอร์โมซีติก. ส่วนน้อยเป็นไมโครซีติกซีซีโปโครมิก, และหายากที่จะเป็นแมโครซีติก, ซีซีโปโครมิก. จำนวนเม็ดเลือดขาวเป็นปกติ, เช่นเดียวกับเพลตเล็ต.

สาเหตุของเลือดจางในตอนแรก ๆ คิดว่าเพราะเสียเลือดทางปัสสาวะ. แต่ปรากฏว่าการเสียเลือดทางปัสสาวะมากน้อยไม่มีความสัมพันธ์อะไรเลยกับความรุนแรงของเลือดจาง. บางคนว่าเลือดจางเกิดเพราะมีการทำลายเม็ดเลือดแดงอย่างรวดเร็ว. แต่ไม่พบหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการทำลายของเม็ดเลือดในร่างกายมากกว่าปกติ มีผู้เชื่อว่าการขาดโปรตีนเป็นเหตุสำคัญในการทำให้เกิดเลือดจาง. แต่ก็มีโรคทั้งหลายอย่างที่เสียโปรตีนออกมามากทางปัสสาวะโดยไม่มีเลือดจาง. ในปัจจุบันคนโดยมากเห็นพ้องกันว่าเลือดจางนี้เกิดจากพิษในปัสสาวะ (ยวีนัวร์ทอกซัน) ทำพิษต่อไขกระดูกทำให้มีซีซีโปเพลเซีย. โดยการศึกษาเจาะไขกระดูกหน้าอกมาตรวจ Callen และ Limarzi พบว่าผู้ป่วยโรคไตที่มีนอร์โปรตีนในโตรเจนในเลือดมากกว่า ๑๕๐ มก. ต่อ ๑๐๐ ล. ซม. มี

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ.

การขาดเกลือระหว่างการรักษาโรคไต และหัวใจ อาจเกิดจาก (๑) จำกัดเกลือมากเกินไป, (๒) เสียเกลือไปมากโดยการอาเจียนและขับปัสสาวะ, (๓) มีน้ำขังอยู่ในร่างกายมากและทำให้ไอ้เลือดโคโรลย์ที่เจือจาง, (๔) โรคไตบางชนิดที่เกลือถูกขับออกทางปัสสาวะโดยตรง (salt-losing nephritis). หมู่อาการที่เกิดขึ้น

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

๗. Masse, D.R. Traissae and Du-
long de Rosmay: Streptomycin in
the Treatment of Genital Tuber-
culosis in Women. (สตรีโรคภัย)

ขึ้นในการรักษาโรคของอวัยวะสืบพันธุ์หญิง) *Excerpta Medica*, v. 4, No. 2, Section X. Feb. 1951, pp 62.

ผู้รายงานได้ใช้สเตรปโตมัยซินรักษาผู้ป่วย ๕ ราย (๓ รายเป็น *Metroadnexitis*, ๓ รายเป็น *fistulated pelvic peritonitis*, ๒ รายเป็น *pyosalpinx* และอีก ๑ รายเป็น *adnexitis* และตั้งครรภ์ด้วย). ในจำนวนนี้ ๖ รายพิสูจน์ทางห้องทดลองได้แน่นอนว่าโรคเป็นสาเหตุ, และอีก ๓ ราย อาการชักเจนมาก. ให้ยา ๑-๒ กรัมต่อวัน โดยวิธีธรรมดา. ในรายพิศตลาคีคณะเพาะท็อก ๑๐๐ ก.

ผลเห็นได้เร็วในรายที่เป็นอย่างปัจจุบันและรองปัจจุบัน. ในจำนวน ๕ ราย, ได้ผล ๔ ราย. รายที่ ๕ ผู้ป่วยอาการหนักมากเกินไป, จึงไม่ได้ผล. ผู้รายงานสรุปว่าสเตรปโตมัยซินได้ผลก็ยิ่งในโรคของอวัยวะสืบพันธุ์หญิง. ถ้ามีการติดเชื้อซ้ำเติมให้ใช้ควบกับเพนิซิลลิน. ในรายที่ทำการผ่าตัดควรให้ยาต่อไป ๒-๓ สัปดาห์หลังผ่าตัด.

สมพร ศรีเพ็ญ พ.บ.

๘. Jabez Galt and Richard B. Hunter: The Effect of Aureomycin on Certain Liver Function Tests and Blood Coagulation. (ผลของออเรโอมัยซินต่อการทดสอบหน้าที่ของตับและการแข็งตัวของเลือด) *Am.J. Med. Sciences*, Nov. 1950, pp. 508-510.

เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเป็นไข้สาเหตุไม่ได้รายหนึ่ง, ซึ่งได้รัยออเรโอมัยซินขนาด ๒ กรัมต่อวัน (๔ มื้อ), แสดงผลการทดสอบหน้าที่ของตับเปลี่ยนแปลงไป, รายงานจึงทดลองในชายหนุ่มสุขภาพดี ๕ คน, ให้กินออเรโอมัยซินวันละ ๒ กรัม (มื้อละ ๕๐๐ มก. ๓ เวลาหลังอาหารและก่อนนอน) เป็นเวลาอย่างน้อย ๗ วันแล้ว เปรียบเทียบผลกับ คีออนโตรล ซึ่งทำก่อนกินยา ๒ วัน. สรุปได้ว่า ยาริโบลินเจนไม่ปรากฏในอุจจาระเลย (วิธี *Sparkman*), แต่ในปัสสาวะพบบ้างในขนาดเท่าระดับคีออนโตรล (*Wallace-Diamond*). ในอุจจาระมีบิลิรูบินเพิ่มขึ้น (ไม่ได้หาปริมาณ). ซีรัมบิลิรูบินทั้งวิธีตรงและวิธีอ้อม, ก็ทดสอบ *Cephalin Flocculation* ไม่มีการเปลี่ยนแปลง. สำหรับเวลาเลือดแข็งลิ่ม (วิธี *LeeWhite*)

๔ ใน ๕ รายยักนานออกไป. แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญใน Prothrombin percentage.

ผลนี้สำหรับผู้ใช้ออโรไมซินควรใส่ใจไว้ว่า เป็นการล่าช้าที่จะวินิจฉัยแยกโรคหาเหตุที่ชัน, และโรคภัยอีกหลายอย่างไม่มีที่ชัน. อย่างไรก็ตาม การทดลองนี้ไม่แสดงว่า บิลิรูบินถูกกดซึมกลับจากลำไส้, แม้ระดับบิลิรูบินในอุจจาระสูงขึ้น. การทดลองสนับสนุนว่าออโรไมซินไม่เป็นพิษต่อตับเลย. สำหรับการไม่มียโรบิลิโนเจนในอุจจาระนั้นเชื่อว่าเป็นผลจากการที่ออโรไมซินไปขัดขวางการเปลี่ยนแปลงของบิลิรูบินในลำไส้.

สุจินต์ จารุจินดา พ.บ.

๕. Marion B. Sulzberger and M. Paul Lazar.: Hypervitaminosis A. (โรคพิษวิตามิน เอ.) J. A. M. A., v. 146, No. 9, June 30, 1951, pp. 788-793

ผู้ป่วยหญิง อายุ ๔๔ ปี, มีอาการปวดตามข้อและกระดูกทั่วไป, กดเจ็บ. มีแผลที่มุมปากและจมูก. คาโปนิคที่หน้าผากและคาง, หายาและคัน. ขนและผม

หายาและร่วง. มีดวงคำ ๆ ที่หนังแฉกหน้าและคอคล้ายเมลาโนสิส. ผิวหนังที่ขาและแขนมีเม็ดชนิด follicular papules, หนาและแข็ง (hyperkeratosis). หน้าเป็นสิ่วมาก. เล็บมีข้ออ่อน, เปราะและหลุดบ่อย ๆ. มีเหงื่อออกมากตอนกลางคืน. ระคนน้อยวันลง, แต่สม่ำเสมอ.

การตรวจเลือดพบแคลเซียมไอออนฟอสฟาเทสและกลีโคโปรตีน. แต่พบว่าไม่มีวิตามินเอ. สูงขึ้น. ปัสสาวะ, เบซิลเมตาบอลิซึม, เอ็กซเรย์กระดูกและข้อต่างๆ, และช่องท้องเป็นปกติทุกอย่าง.

ตามประวัติผู้ป่วยได้กิน วิตามิน เอ วันละ ๖๐๐,๐๐๐ หน่วยเป็นเวลา ๑๘ เดือน เพื่อให้หายคอแห้งและป้องกันหวัด. (ผู้ป่วยใช้เอง, โดยได้ความรู้จากผู้นำเรื่องอาหาร.) บางครั้งเพิ่มเป็นวันละ ๑,๐๐๐,๐๐๐ ถึง ๒,๐๐๐,๐๐๐ หน่วย.

ลงความเห็นได้ว่าวิตามินมากเกินไปและได้รับการรักษาโดยให้หยุดกินวิตามิน เอ, จำกัดอาหารที่มีวิตามินเอ. ภายหลัง ๑๐ วัน, การเจ็บปวดที่กระดูกและข้อ, การคันและการอักเสบของผิวหนังก็หายไปด้วย. ต่อมาสองสามวันผิวหนังที่หนาและแผลที่

จมกและปากก็หาย. ไม่มีเหงื่อออกกลางคืนอีก.

ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล พ.บ.

๑๐. Louis W. Granirer: Clinical Response of Rheumatoid Arthritis to Postpartum Plasma (ผลการรักษาโรคมาต้อยต์อาร์ไธริสด้วยพลาสมาหลังคลอด).

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วย ๘ ราย เป็นเวลานาน ๒ ปี. ผู้ป่วยอายุ ๔๓—๖๓ ปี เป็นโรคมานาน ๖ เดือน ถึง ๑๘ ปี และเป็นอย่างรุนแรงทน. เจ็กรายรักษาค้วยคอร์ติโซนและ ACTH มาแล้ว, ไม่ได้ผล. เขาได้รักษาค้วยพลาสมาของหญิงหลังคลอด, ครั้งละ ๒๕๐ ล.

ชม., สัปดาห์ละครึ่ง. ผู้ป่วยมักมีอาการทุเลาขึ้นใน ๔ ถึง ๖ สัปดาห์ การทุเลาค่อยเป็นไปช้า ๆ. ความพิการตามข้อต่าง ๆ ค่อย ๆ หายไป. สุขภาพทั่วไปดีขึ้น. เคมีของเลือดคืนสู่สภาพปกติ. การทุเลาอยู่ได้นาน ๖ สัปดาห์ถึง ๑๘ เดือน หลังจากหยุดให้พลาสมา, แล้วกลับกำเริบอีก, แต่ไม่รุนแรงเหมือนเดิม. เมื่อให้พลาสมาอีก, ก็ทุเลาไปอีก. ในผู้ป่วย ๒ รายแม้ไม่ได้ผล, เพราะให้พลาสมาบ่อยครั้งไป, แต่สุขภาพทั่วไปก็ดีขึ้น. การให้พลาสมาไม่มีอันตรายรุนแรงเลย. เขาเชื่อว่าสารซึ่งอยู่ในพลาสมา มีผลโดยเฉพาะต่อพวกเมสเซนเจอร์, และรักษาโรคนี้ได้ผลดีที่สุดที่สุดในสมัยนี้.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

ปกิณณกะ

คำปราศรัยของคณะบดี ฯ

ในวัน “มหิดล” ๒๔ กันยายน ๒๔๙๔

วันนี้ ๒๔ กันยายน เป็นวันคล้ายวันสิ้นพระชนม์ของสมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ ผู้ทรงเป็น “ทูลกระหม่อม” อันแท้จริงของชาวเรา คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้กำหนดให้เรียกวันนี้ว่าวัน “มหิดล” อันเป็นวันที่พวกเราชาวศิริราช ซึ่งเคยได้รับพระกรุณาธิคุณเป็นอเนกประการ และคงเป็นศิริราชมาได้จนตรายเท่าทุกวันนี้ จะได้มาร่วมชุมนุมกันเป็นเอกฉันท์ พร้อมใจกันระลึกถึงพระคุณและ และจากการระลึกถึงพระคุณแล้ว พวกเราจะได้อะไรบ้างที่จะปณิธานอันแน่วแน่ ในอันที่จะปฏิบัติให้เป็นไปตามพระประสงค์เพื่อความเจริญรุ่งเรืองของ สถาบัน การศึกษาแพทย์ของเรา เพื่อประโยชน์ต่อประเทศชาติสืบไป

อนึ่งในวันนี้ จะได้มีการอ่านบทเรียงความ โดยนักศึกษาผู้ชนะประกวดบท

เรียงความ ซึ่งมีหัวข้อสำหรับขึ้นว่า “พระกรณียกิจของสมเด็จพระราชบิดา ฯ” ซึ่งได้ทรงมีต่อคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล” การประกวดบทเรียงความครั้งนี้ นายแพทย์สวัสดิ์ สืบแสง ศิษย์เก่าศิริราช ได้เป็นผู้เสนอให้จัดขึ้น และเป็นผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน ๑,๐๐๐ บาท ให้เป็นรางวัล คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลขอขอบคุณนายแพทย์สวัสดิ์ สืบแสง ในเจตนาอันดีครั้งนี้ด้วย และจะได้จัดให้มีการประกวดเรียงความขึ้นทุก ๆ ปี ในโอกาสต่อไป

เมื่อทูลระลึกถึงพระคุณของทูลกระหม่อม ข้าพเจ้าก็อดไม่ได้ที่จะกล่าวถึงพระองค์ท่านสักเล็กน้อย ด้วยหัวใจอันเต็มเปี่ยมด้วยความจงรักภักดี ในฐานะที่ได้เคยมีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับพระองค์มาในสมัยหนึ่ง ทูลกระหม่อมทรงมีพระจริยานวัตร อันประเสริฐประการหนึ่ง คือ

ทรงยกย่อง ส่งเสริม ผู้มีความรู้ อัน
นี้เป็น กำลังใจ อย่างยิ่ง ของผู้ที่ได้รับพระ
กรุณา อย่างไม่มีวันลืมเลือน ข้าพเจ้า
เองแม้จะไม่ได้เป็น นักเรียนส่วนพระองค์
โดยเฉพาะก็ตาม แต่ก็ทรงยกย่องเยี่ยง
นักเรียนชั้นผู้ใหญ่ โดยทรงฝากฝังให้
ช่วยควบคุมดูแลนักเรียนรุ่นใหม່บางคน
โดยทรงปรึกษาหารือในเรื่องกิจการแพทย์
ของประเทศเรา ทรงเล็งเห็นเหตุการณ์
เคยประสบด้วยพระองค์เอง เหล่านั้นเป็น
เหตุให้ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งในพระกรุณา
อย่างหาที่สุดมิได้ ครั้นเมื่อเสด็จกลับมา
ถึงประเทศไทยแล้ว หากมีการปรึกษาหา
หรือในเรื่องการประจักษ์ของเจ้านายบางพระ
องค์ ก็ทรงคืบหน้าข้าพเจ้าเอาไปด้วย
เพื่อให้ความเห็นในด้านเอกซเรย์ ถึงแม้
ว่าข้าพเจ้าจะเพิ่งจบจากการศึกษามาเพียง
๒-๓ ปีเท่านั้นก็ตาม ในด้านเอกซเรย์
ทรงสนพระทัยเป็นพิเศษ จนถึงกับกำหนด
ให้สมเด็จพระราชชนนี ฯ พยาพระโอรส
และพระธิดา มาทอดพระเนตรเครื่อง
เอกซเรย์เครื่องเดียว ของ ศิริราช ในสมัย
แรกนั้น ฉะนั้นของศาลาศัลยกรรม
เดิมนั้น เท่านั้นยังไม่พอ ยังกราบทูลเชิญ
เสด็จสมเด็จพระพันวัสสา ฯ ให้มาทอด

พระเนตรอีกด้วย แต่บังเอิญเมื่อถึงวัน
กำหนดนัด ทรงประชวรเสียเสด็จไม่ได้
ด้วยเหตุเหล่านั้น แผนกเอกซเรย์เล็ก ๆ
ของเราใน สมัยนั้น จึงได้รับเกียรติ ต่อมา
เป็นอันมาก ได้มีโอกาสถวายการตรวจ
แต่ องค์ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัช
กาลที่ ๗ ตลอดจนเจ้านายในพระราช
วงศ์อีกหลายพระองค์

ข้าพเจ้า ยังจดจำ วันที่ ทูล กระหม่อม
เสด็จศิริราชเป็นครั้งสุดท้ายได้อย่างดีเป็น
วันหนึ่งในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๗๒
ซึ่ง Dr. Ellis ได้บันทึกไว้ ว่าเป็นวันที่
๑๘ ข้าพเจ้ากลับจากทำงานตอนเย็นเดิน
ผ่าน O.P.D. จะไปลงเรือที่ท่าหน้า ก็พบ
ทูลกระหม่อมเสด็จขึ้นมาจากเรือข้ามฟาก
แต่พระองค์เดียว ทรงฉลองพระองค์ซา
สัน พระหัตถ์หิ้วซอง ๑ ใบ รับสั่งว่า
“ฉันไม่ใคร่สบาย อยากพบหมอโนเบิล”
ในขงที่ทรงหิวมานั้นเป็น ลำไส้ของคน
ที่เป็นโรคบิด ทรงนำมาด้วยจากเชียงใหม่
ข้าพเจ้า ก็ตามเสด็จ เข้าไปที่ ศาลา ศัลย-
กรรม และพบ Dr. Noble ทันที และ
เมื่อเสด็จกลับจากศิริราชวันนั้นแล้ว ก็
ไม่ได้เสด็จมาอีกเลยจนวันสิ้นพระชนม์

ทูลกระหม่อมได้เสด็จล่องลับไปแล้ว

อย่างไม่มีวันกลับ พวกเรายังมีโอกาสน
ฉลองพระเดชพระคุณในส่วนพระองค์แต่
อย่างหนึ่งอย่างใด ทั้งนี้ในการแสดง
กตัญญูกตเวทิตาต่อผู้มีพระคุณเช่นนี้ เรา
จะทำให้ได้โดยพยายามเจริญรอยเบื้องพระ
ยุคลบาท ในการร่วมแรงร่วมใจกัน
สนับสนุนส่งเสริมกิจการของคณะแพทย-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ซึ่งทลกระ
หม่อมไค้ทรงริเริ่มไว้ ให้เจริญรุ่งเรืองมี
ความวัฒนาถาวรเป็นประโยชน์แก่ปวง
ชน และประเทศชาติยิ่ง ๆ ขึ้นไป นอก
จากนี้แล้ว ในฐานะเป็นพลนิกรชาวไทย
หน้าที่สำคัญยิ่งของเราประการหนึ่งก็คือ
เทอดทูน เคารพ สักการะ พระมหา

กษัตริย์ภายใต้รัฐธรรมนูญ และถ้าเรา
นึกให้ไกลออกไปสักนิดว่า พระมหา
กษัตริย์ใน พระราช วงศ์ นี้ คือ ใคร แล้ว
ความเทอดทูน เคารพ สักการะ ย่อมจะ
ต้องแน่นแฟ้นและเป็นเรื่องส่วนตัวยิ่งขึ้น
อีก หากพวกเราชาวศิริราชปฏิบัติได้ดัง
กล่าวแล้ว ก็จะได้ชื่อว่าเป็นผู้รักคุณ
ของผู้มีคุณ เป็นการกระทำซึ่งวิญญูชน
ย่อมสรรเสริญ เป็นความเจริญของตัว
เราเอง แม้ว่าทลกระหม่อมจะสถิตย้อยู่
ในฟากฟ้าราศรีใด หากทรงมีพระญาณ
วิถึเล็งเห็นถึงการกระทำของชาวศิริราช
ดังกล่าวแล้ว ก็คงทรงโสมนัสทานอภัยไม่

เห็นใจ

๑๓๖๒ ตำบลสัมพันธวงศ์ พระนคร
วันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๔๙๔
เรียน บรรณาธิการสารศิริราชทนต์

ข้าพเจ้าได้อ่านสารศิริราชประจำเดือน
กันยายน ค.ศ. เรื่องทุนอุดหนุนการ
ศึกษา ทราบว่าเมื่อก่อนศึกษาแพทย์บางคน
ขัดสนในการเงิน

ข้าพเจ้าจึงขอมอบเงินจำนวน ๖๐๐.
๐๐ บาท ให้ท่านจัดการให้ทุนอุดหนุน
นักศึกษาแพทย์ที่ขัดสน ตามที่ท่านเห็น
ควร และข้าพเจ้าขอมอบเงิน ๔๐๐.๐๐

บาทบำรุงโรงพยาบาลศิริราช ข้าพเจ้า
ได้มอบเงิน ๑,๐๐๐ บาทมาพร้อมจดหมาย
นี้ ขอให้ท่านจัดการตามที่กล่าวข้างบน
ด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง.

ขอแสดงความนับถือ

ขุน พรรณเชษฐ์

(เรา มีความปลาบปลื้ม ในการตอบ
สนองคำชักชวนของเรานเป็นอย่างยิ่ง หวัง
ว่า กุศลกรรม อันน่าชื่นชม ของท่านผู้นี้จะ
กระต้นเตือนสติปวงชนอื่น ๆ ให้ทำตามตัว
อย่างต่อไปอีก)

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย จ.ส.)

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาล ของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน สิงหาคม ๒๕๕๔

๑. จำนวนผู้ป่วย (ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล						
	อายุร	ศัลย	สูติ-นารี	จักษุ	กุมาร	รวมทุกแผนก
ก. (นอก)ใหม่	๑๕๖๖	๘๓๗	๘๒๕	๕๑๓ *	๑๐๔๔ *	๕๑๘๕ *
เก่า	๒๐๓๕	๑๑๗๔	๑๔๒๐	๗๖๒	๑๖๕๒ *	๗๐๔๓
รวม	๓๖๐๑	๒๐๑๑	๒๒๔๕	๑๖๗๕	๒๖๙๖ *	๑๒๒๓๒ *
ข. (ใน)	๑๒๘	๒๕๑	๕๑๔	๑๖๔ *	๑๕๘ *	๑๒๕๕ *
๒. จำนวนการผ่าตัด	ศัลย ๑	๒๕๕ *	จักษุ ๑	๒๔๘	สูติ-นารี ๑	๑๕๓
๓. จำนวนเด็กเกิด	ชาย	๑๔๓	หญิง	๑๔๕	รวม	๒๘๘
๔. จำนวนเด็กคลอดตาย	ชาย	๑๑	หญิง	๔	รวม	๑๕
๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย	๑๑๕ คน (๘.๕ ในร้อยละของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๒๒ ราย (๑๘.๕ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)					
๖. จำนวนการถ่ายเลือด	ในโรงพยาบาล ๒๓๕ ข้างนอก ๕ รวม ๒๔๐					
๗. แผนกรังสีวิทยา						
ก. รังสีเอกซ์	ตรวจ ๑๕๑๔* คน รักษา (ใหม่) ๒๑ คน จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๔๐๑ ครั้ง					
ข. รังสีเตียม	รักษา ๑๘ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๔๗ ครั้ง					
ค. ไดอะเทอม	รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง รวมตรวจและรักษา ๑๕๕๓* คน จำนวนครั้ง ๒๓๖๒* ครั้ง					
๘. แผนกสรีรวิทยา	ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๑ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๑๕๘๔ ครั้ง					
๙. แผนกพยาธิวิทยา	ตรวจศพ ๒๒ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๖๓๓ (จากภายนอก ๓๕) แอลกอฮอล์ใน- ชั้น ๑๓๗ วัณโรคและเชื้อรา ๑๘๐๐* หมู่เลือด ๘๑๖* น้มน้ำเหลือง ๑๐๖* ฟิล์ม เลือด ๖๓ น้ำไขสันหลัง ๑๒๐* อวัยวะ ๔๑๘ บัสสาวะ ๑๒๐* เสมหะและอื่นๆ ๘๓ ตรวจทดลองตัวจิ๋ว (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๓๗* เพาะเชื้อในเลือด ๔๔๕* ฉีดสัตว์- รวมตรวจต่าง ๆ ๔๕๒๐* อย่าง ศพญาติรับไป ๕๘ ศพ ภายวิภาคฯ รับไป ๑๐ ศพ สปีหรือรับไป ๘๖ รวม ๕๕๔ ศพ					
๑๐. หน่วยทันตกรรม	ผู้ป่วยใหม่ ๒๒๓, เก่า ๒๑๖. รักษาโรคในปาก ๔๒, อดฟัน ๖๕ ซึ่ ถอนฟัน ๑๗๗ ซึ่ ผ่าตัดในช่องปาก— (หมายเหตุ: ในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๔ นี้ สถิติยอดเยี่ยม ๒๑ ข้อได้ถูกทำลายหมด นับเป็นเดือนที่มีการ ตรวจและรักษาพยาบาลมากที่สุดตั้งแต่ตั้งโรงพยาบาลมา. สรรค์ ศรีเพ็ญ) (โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และ แผนกสถิติ)					

* สถิติยอดเยี่ยม

อนุโมทนา มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มูลค่าเกิน ๑๐๐ บาท) ทั้งรายนามต่อไปนี้

(๑) ผู้จัดการมรคกของนางสาวเจิม ชูเกษ บ้านเลขที่ ๑ ซอยฟ้าลงกรณ์ ๑๒ ถนนพญาไท พระนคร นำส่งเงินรายได้ของนางสาวเจิม ชูเกษ ผู้วายชนม์ครั้งที่ ๑ เป็นเงิน ๒๗,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อตั้งเป็นทุนสร้างตึกให้แก่คนไข้ โรงพยาบาลศิริราช (๒) คุณหญิงสรวง สุวรรณศิริ บ้านถนนงามดูพลี ตำบลทุ่งมหาเมฆ พระนคร บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน “สรวง สุวรรณศิริ” เพื่อเก็บคอกผลใช้จ่ายสำหรับคนไข้อนาถา โรงพยาบาลศิริราช เนื่องในการทำบุญอายุครบ ๖๐ ปี (๓) พระยาโกมารกุลมนตรี บ้านวงเวียนเล็ก ธนบุรี บริจาคเงิน ๖,๑๐๐.๐๐ บาท เนื่องในคราวทำบุญอายุครบ ๕ รอบ เพื่อตั้งเป็นทุนเรียกว่า “ทุนโกมารกุลมนตรี” ให้แก่โรงพยาบาลศิริราช (๔) คุณหญิงสว่างพลเทพฯ บริจาคเงิน ๑,๐๕๕.๐๐ บาท บำรุงห้องนวดแผนกคัลยศาสตร์ (๕) นางยี่สุ่น ถิระวัฒน์ บ้านเลขที่ ๓๓/๑ ซอยบรรณฤดี พระนคร บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.

๐๐ บาท เนื่องในการทำบุญอายุครบ ๕ รอบ (๖) นายละมัย ชมสุวรรณ บ้านตำบลวัดท่าพระ อำเภอหางดงใหญ่ ธนบุรี บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อทำตู้หนังสือ และซื้อหนังสือ บางเล่มให้แผนกกายวิภาคศาสตร์ (๗) นางสาวสอน บุนนาค บ้านเลขที่ ๕ ตำบลสุริยวงศ์ อำเภอบางรัก พระนคร บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท เนื่องในการทำบุญวันเกิดอายุครบ ๖๐ ปี (๘) นายบุญดอง วุฒิวัฒน์ บ้านเลขที่ ๓๕ ตรอกบางขวาง อำเภอยานนาวา พระนคร บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท (๙) หลวงสันติศรานุการ บ้านเลขที่ ๔๕๕ สี่แยกตำบลศิริราช อำเภอบางกอกน้อย ธนบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท เพื่ออุทิศส่วนกุศลถวายสมเด็จพระราชบิดา และบรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว (๑๐) นายสุชาติ เข็มตำอังก บ้านเลขที่ ๓๐๘/๓ ตำบลพญาไท อำเภอคูสิต พระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงคัมภีร์คัลยาเพื่อเขียนตำรา แผนกคัลยศาสตร์ (๑๑) นายจินดา สุกวิธ บ้านเลขที่ ๕๒๔/๔ ตำบลศิริราช พยาบาล อำเภอบางกอกน้อย ธนบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงคัมภีร์คัลยกรรมแปล

สค แผนกศัลยศาสตร์ (๑๒) ร.ท. อัมพรหมโยธิน บ้านเลขที่ ๕๒๔/๔ ตำบลศิริราชพยาบาล อำเภอบางกอกน้อย ธนบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงศัลยกรรมแผลสด แผนกศัลยศาสตร์

งานวันทูลกระหม่อมหรือวันมหิดล เมื่อวันท ๒๔ กันยายน ค.ณ. คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดงานที่ระลึกในโอกาสสิ้นพระชนม์ของสมเด็จพระราชบิดา ฯ ขึ้นเป็นครั้งแรก ตามระเบียบการที่ได้เสนอไปแล้วในฉบับก่อนถึงแม้ว่าทางคณะ ฯ ได้ตกลงที่จะให้มีการเรียนและการทำงานตามปกติ เพื่ออนุโลมตามพระนิสสัยที่ทรงถือการงานเหนือสิ่งอื่นใด แต่ทางมหาวิทยาลัยได้ออกคำสั่งให้หยุดการศึกษาในวันนั้นด้วย ๑ วัน

เวลา ๗.๓๐ น. พระสงฆ์ ๗ รูปจากวัดมหาธาตุ รวมทั้งท่านเจ้าอาวาส ได้เริ่มเจริญพระพุทธมนต์ต่อหน้าทิวเขาซึ่งจัดขึ้นในห้องสมุดกลาง ทักอำนวยการ มีท่านคณบดี หัวหน้าแผนกวิชา อาจารย์ และนักศึกษาจำนวนพอสมควรร่วมฟังพระพุทธมนต์ เสร็จแล้วมีสวดปกรณ์ถวาย

พระกุศล และเลี้ยงภัตตาหาร เสร็จพิธีสงฆ์ประมาณ ๘.๔๕ น. หลังจากนั้นมีการรวมแถวอาจารย์ในแผนกวิชา ข้าราชการ การในแผนกต่าง ๆ นักศึกษาแพทย์ นักเรียนพยาบาล ที่บริเวณสนามหน้าพระรูป ซึ่งได้ตกแต่งพอสมควรสำหรับงานพิเศษนี้ เริ่มการวางพวงมาลาโดยท่านคณบดี นำคณะกรรมการประจำคณะ ฯ เข้าวางเป็นพวงแรก กรรมการทุกท่านจุดเทียนสักการะและกราบถวายบังคมที่ซึ่งจัดไว้ ต่อจากนั้นวางพวงมาลารายแผนกโดยหัวหน้าแผนกเป็นผู้นำตามลำดับคือ ภาควิทยาศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิวิทยา อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์ รังสีวิทยา จักษุวิทยา ฯ กุมภาพันธ์ เวชศาสตร์ แผนกพยาบาลผดุงครรภ์ ฯ นักศึกษาแพทย์ตามลำดับชั้นปีที่สาม สอง และหนึ่ง ซึ่งอาจารย์ผู้ปกครองเป็นผู้ออกคำสั่งถวายบังคม แล้วนักเรียนพยาบาล แผนกเภสัชกรรม แผนกอำนวยการ หน่วยทันตกรรม และ สารศิริราช ต่อจากนั้นเป็นการวางพวงมาลาที่นำมาโดยองค์การและบุคคลภายนอก คือ ข้าราชการกรมมหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล ข้าราชการ สมาคมแพทย์ เภสัชกรรม

ทันตแพทย์ และพยาบาลแห่งประเทศไทย
 วชิรพยาบาล โรงเรียนเซนต์คาทาลีน
 คณะแพทยศาสตร์บัณฑิตรุ่นแรก และหลัง
 จากพิธีแล้วมีผู้วางพวงมาลาเป็นส่วนตัวอีก
 หลายท่าน เท่าที่เราสืบทราบก็มีคุณหลวง
 ประกิจเวชศักดิ์ (โรงพยาบาลพาลังกรณ์)
 ท่านขุนศรีวิสัย อดีตอาจารย์ศิริราช และ
 นายแพทย์จรัส ศิริสัมพันธ์ ผู้หนึ่งที่ไ้
 วิทยุของทูต กระหม่อมไปศึกษาเพิ่มเติม
 ณต่างประเทศ ในการวางพวงมาลาของ
 โรงเรียนสตรีเซนต์คาทาลีน มีข้อที่น่า
 ชมหอยอย่างยิ่ง คือการที่ไ้จัดทำอย่างมี
 ระเบียบเรียบร้อยและถูกต้องขนบธรรมเนียม
 ทุกประการ เริ่มด้วยมีครุฑนำแถวนักเรียน
 ถอเครื่องบูชาทองน้อย และพวงมาลา
 แล้วแถวนักเรียนซึ่งเป็นผู้แทนเดินมาตั้ง
 แถวหน้าพระรูป ครุฑก็ไปเทียบถวาย
 สักการะ นักเรียนนำพวงมาลาเข้าตั้งที่
 แล้วทงครและนักเรียนนั่งพับเพียบและ
 กรวยถวายยังคมราชลงไปก้มพนมด้วย
 ท่าทางถูกต้องและประภักดิ์เป็นระเบียบ
 น่าชมอย่างยิ่ง เมื่อถวายยังคมเสร็จแล้ว
 ครุฑนำไปเข้าแถวยืนเฝ้าถวายพระเกียรติ
 อยู่ข้างหนึ่งเป็นเวลาพอสมควรก่อนที่จะ
 ถวายยังคมลากลับ เราหวังว่าตัวอย่าง

อันดีงาม สมบูรณ์ด้วยระเบียบและแบบ
 แผนนี้คงจะมีผู้ทำตามในข้อ ๆ ไป แต่
 ขอแนะนำว่าทุก ๆ คนควรเตรียม “ผ้า
 กราบ” ติดตัวมาด้วย เพื่อให้การปฏิบัติ
 ถูกต้องหลักอนามัย

หลังจากการวางพวงมาลาของคณะ
 กรรมการ ฯ และแผนกวิชาต่าง ๆ แล้ว
 ท่านคณะไ้กล่าวคำปราศรัยที่น่าจับใจมาก
 (ดูแผนกปกิณณะ) ทุก ๆ คนที่ห้อม
 ล้อมพระบรมรูปอยู่ไ้นั่งฟังด้วยความสงบ
 และซาบซึ้ง ถึงแม้ว่าจะเป็นกรนั่งและ
 ยืนกลางแดดเวลาสิบนาฬิกา ก็ไม่มีผู้ไ้
 ปริปากบ่นเลย ต่อจากนั้น ม.ร.ว. ชนิย-
 โสภากย์ เกษมสันต์ นักศึกษาชั้นป.๗ ผู้
 ไ้รับรางวัลเรียงความเฉลิมพระเกียรติ
 ไ้อ่านเรียงความต่อหน้าที่ประชุม (เรียง
 ความนี้เราไ้นำลงในฉบับที่แล้ว) แล้ว
 ท่านคณะไ้ไ้แจกรางวัลการศึกษาแก่นัก
 ศึกษา และรางวัลอาจารย์ (ดูในข้อต่อไป)
 เสร็จพิธีเวลาประมาณ ๑๐.๓๐ น.

เหตุการณ์ที่ควรบันทึกอีกประการหนึ่ง
 คือ คนไข้หมู่หนึ่งในตึกมหิตลบำเพ็ญ
 ไ้มีน้ำใจจัดสรรศพวงมาลาขึ้นด้วยกำลัง
 ฝีมือของเขา อาศัยดอกไม้เท่าที่หาไ้ใน
 โรงพยาบาล และชักชวนกันขออนุญาต

พยาบาลผู้ดูแลและนำพวงมาลานั้นไปวางด้วยตนเอง ทั้งนี้ด้วยความคิดของเขา โดยมิได้มีผู้เลี่ยมส่อนเลย ผู้ที่ได้เห็นภาพคนไข้หมื่นนั้นเกินด้วยท่าทางเก๋ ๆ กัง ๆ ด้วยผลของพยาธิ ถัดพวงมาลาที่ผูกขึ้นอย่างคร่าว ๆ ไปวางลงที่ฐานพระรูปแล้วกราบถวายบังคม ต่างพากันรู้สึกซาบซึ้งกันทั้งในความกตัญญูทวาทะของ “คนไข้สามัญ” กลุ่มนั้นเป็นที่สุด คงจะไม่มีผู้ใดคำนึงหากจะกล่าวว่า พวงมาลานั้น ซึ่งไม่ค่อยเรียบร้อยสวยงามเหมือนพวงอื่น ๆ เพราะผูกขึ้นด้วยมือของคนไข้ และด้วยวัตถุที่จำกัด เช่นพวงที่มูลค่าสูงที่สุดพวงหนึ่งที่ได้นำไปวาง

ตลอดวันนั้นทั้งวันมีผู้นำพวงมาลาไปวาง และไปถวายบังคมที่พระรูปอยู่เรื่อย ๆ จนกระทั่งค่ำ ทำให้บริเวณฐานอนุสาวรีย์สพรั่งไปด้วยสีสดไสต่าง ๆ นับว่า “งานวันมหิดล” หรือ “วันทูลกระหม่อม” ครั้งแรกนี้ประสบความสำเร็จอย่างน่าปลาบปลื้มยิ่ง

สำหรับท่านสมาชิกสารศิริราช ซึ่งเราถือว่ามีส่วนเป็น “เจ้าของ” หนังสือด้วยขอเรียนให้ทราบว่า สารศิริราชไม่ได้ละเลยที่จะร่วมแสดงกตัญญูทวาทะใน

โอกาสสำคัญนี้ด้วย และได้จักพวงมาลานั้นนำไปถวายสักการะ ในรูปซึ่งถ้าท่านได้เห็นก็อาจเกิดความรู้สึกแปลก ๆ เพราะพวงมาลานั้นเราผลิตขึ้นโดยการลงทุนทรัพย์ไม่ถึงยี่สิบบาท หากต้องลงกำลังแรงและกำลังความคิดประกอบด้วยอีกหน่อย

โปรดคอยดูภาพงานวันทูลกระหม่อมในฉบับหน้า

รางวัลซึ่งได้แจกในวันทูลกระหม่อม

ตามลำดับที่ท่านคณะก็ได้แจก

รางวัลการศึกษาประจำปี-

การศึกษา ๒๔๕๓-๕๔

๑. สำหรับผู้ที่ได้เหรียญทอง รางวัลของเรือโทอวย เกตุสิงห์ เงิน ๕๐ บาท ได้แก่นายแพทย์หญิงดวงมณี โชติกเสถียร
๒. สำหรับผู้ที่ได้คะแนนเยี่ยมในวิชาสรีรวิทยา รางวัลของเรือโทอวย เกตุสิงห์ เงิน ๕๐ บาท ได้แก่นายภักดิ์ ลัมสุวรรณ
๓. สำหรับผู้ที่ได้คะแนนเยี่ยมในวิชาพยาธิวิทยา รางวัลของนายแพทย์ประคิษฐ์ ตัญหาสรณ์ เงิน ๑๐๐ บาท ได้แก่นายสวดย สัจนิยม
๔. สำหรับผู้ที่ได้คะแนนเยี่ยมในวิชาสัตวศาสตร์ (ชั้นปีที่สาม) รางวัลของนายแพทย์ธระ สุขวัฒน์ เงิน ๕๐

บาท ใต้แก่นางสาวดวงสุภา พิงคสวัสดิ์
 ๕. สำหรับผู้ที่ไต่กระแนน เข็มม ในวิชา
 อายุรศาสตร์ในชั้นยทสาม รางวัลของนาย
 แพทย์จำลอง และแพทย์หญิง ทรชนกจิต
 ทรธิณสุต เงิน ๑๐๐ บาท ใต้แก่นางสาว
 ดวงสุภา พิงคสวัสดิ์ ๖. ทนมหาวรรณ
 มันทาภรณ์ ให้เป็นรางวัลในประเภทอัตรา
 ค่าธรรมเนียมแก่นักศึกษาทั้งสองที่สอบได้
 กระแนนเข็มมในวิชากายวิภาคศาสตร์และ
 สรีรวิทยา รางวัลของนายแพทย์สมาน
 มันทาภรณ์ เงิน ๒๑๕ บาท ใต้แก่นายสวิช
 ราชกร์จำเรณสุช ๗. ทนประสารบรรณศิริ
 ของพระยาอุเทนเทพโกสินทร์ ให้เป็น
 รางวัลแก่นักศึกษาที่ไต่กระแนนสูงสุดประ
 จำชน ชั้นยทสี่ เงิน ๓๐๐ บาท ใต้แก่น
 นายไพบุลย์ เอศวักกุล ชั้นยทสาม เงิน
 ๓๐๐ บาท ใต้แก่นายนกุล ปริณญา
 นุสรณ์ ชั้นยทสองเงิน ๒๐๐ บาท ใต้แก่น
 นายวิธมี วรณิสสร ชั้นยทหนึ่ง เงิน
 ๒๐๐ บาท ใต้แก่นายประเวศ วะลี

รางวัลอาจารย์ ของพระยาอุเทนเทพ
 โกสินทร์ ให้แก่อาจารย์ที่อุทิศเวลาทั้งวัน
 ให้แก่การศึกษาในประเภทวิชาของตนจน
 ไม่มีโอกาสได้รับประโยชน์จากภายนอก
 ในวิชาชีพ เงิน ๑,๐๐๐ บาท คณะกรรม

การ ร มีมติให้มอบแก่นายแพทย์สุก แสง
 วิเชียร ศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกกาย
 วิทยาศาสตร์ และนายแพทย์อวย เกตุ
 สิงห์ ศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกสรีร
 วิทยา คนละ ๕๐๐ บาท

เปลี่ยนแปลงหัวหน้าหน่วย ถ่ายเลือด

และแผนกสถิติ เนื่องด้วยนายแพทย์
 สรรค์ ศรีเพ็ญ หัวหน้าหน่วยถ่ายเลือด
 และหัวหน้าแผนกสถิติ จะไปต่างประเทศ
 คณะกรรมการประจำคณะ ฯ จึงได้มีมติ
 ให้ย้าย หน่วย ถ่ายเลือด ไปสังกัด แผนก
 ศัลยศาสตร์ ให้นายแพทย์เพอง สัตย์สงวน
 เป็นหัวหน้า และย้ายหน่วยทะเบียนสถิติ
 ไปขึ้นกับแผนกผู้ช่วยนอก ให้นายแพทย์
 สมาน สมานวณิชย์ เป็นหัวหน้า

ห้องสมุดรับฝากนิตยสารของสภาวิจัย

การแพทย์ สภาวิจัยการแพทย์ได้จัดซื้อ
 นิตยสารฉบับเก่า ๆ (แบ็คนัมเบอร์) ไว้
 จำนวนหนึ่ง ซึ่งจะเป็นอุปถัมภ์สำคัญมาก
 ในการค้นคว้า และได้มีมติให้ส่งหนังสือ
 ทั้งหมดมาฝากไว้ที่ห้องสมุดกลาง คณะ
 แพทย์ศาสตร์และศิริราชพยาบาล โดย
 เห็นว่าอยู่ใกล้ชิด กับอาจารย์และนักศึกษา

แพทย์ส่วนมาก และมีทั้งทางและระเบียบ
รักษามอยู่แล้ว ในชั้นต้นนี้ทางห้องสมุด
กลางได้รับไว้เป็นจำนวน ๔๔๕ เล่ม ส่วน
มากเป็นวิทยาสารที่สำคัญ ๆ และทาง
ห้องสมุดกลางได้เปิดทำการ ถึง ๑๘ น.
ในวันปรกติ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สนใจได้
อ่านหนังสือเหล่านั้น

ศาสตราจารย์คองค็อนถึงแก่กรรม เรา
มีความเสียใจเป็นอย่างยิ่งที่ได้รับข่าวว่า
ศาสตราจารย์ อี. คี. คองค็อน ได้ถึงแก่
กรรมเสียแล้วที่ในสหรัฐอเมริกา ท่านผู้นี้
ได้เป็นหัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ใน
คณะแพทยศาสตร์ ในสมัยรัชกาลที่ ๕
เลอรัมมุนิธีร์วมมื่อ ตั้งแต่ปี ๒๔๖๘ จน
ถึง ๒๔๗๔ ได้ทำการส่งสอนนักเรียน
ด้วยอุตสาหวิริยะ และทำงานทางวิชาการ
ทั้งไว้เป็นสมบัติของแผนกกายวิภาคศาสตร์
เป็นอันมาก เพื่อเป็นการไว้อาลัยถึงท่าน
อดีตศาสตราจารย์ผู้นี้ ในฉบับหน้า เรา
จะได้นำบทความของนายแพทย์ สุก แสง
วิเชียร เกี่ยวกับชีวิตและงานของท่านลง
พิมพ์ในสารศิริราช

ศิษย์เก่าถึงแก่กรรม เรามีความเสีย
ใจที่จะต้องแจ้งข่าวว่า นาวาอากาศตรี

เรียง ลุมพิกานนท์ ศิษย์เก่าเภสัชกรรม
รุ่น ๒๔๗๑ ได้ถึงแก่กรรมเสียแล้วเมื่อ
วันที่ ๒๑ กันยายน ๒๔๙๔ ด้วยโรคความ
ดันโลหิตสูงและมีโรคไตแทรก นับเป็น
การนำเสียดายมากที่สิ้นอายุขัยในวัยกลาง
คน ขอแสดงความเสียใจด้วยครอบครัว
ของท่านผู้นี้ด้วยเป็นอย่างยิ่ง

อาจารย์ได้รับทุน "ลีดเดอร์สะเปเชี่ย
ลิสต์" นายแพทย์ธระ สุขวาทิน อาจารย์
อาวุโสในแผนกสรีรศาสตร์ ได้รับทุน
Leader Specialist จากวิทยาลัยสรีร
อเมริกาให้เดินทางไปทำงานเกี่ยวกับสรี
ศาสตร์และนารีเวชวิทยาตามสถาบัน
ต่าง ๆ ในประเทศนั้นเป็นเวลาสี่เดือน นับ
เป็นอาจารย์คนแรกในมหาวิทยาลัยนี้ที่ได้รับ
ทุนประเภทนี้ นายแพทย์ธระ สุขวาทิน
ได้ออกเดินทางไปแล้วตั้งแต่เมื่อวันที่ ๒๖
กันยายน โดยเครื่องบิน

โดยที่ทุนนี้ตั้งไว้สำหรับผู้ที่มีความ
เด่นในทางวิชาการโดยเฉพาะ การที่
นายแพทย์ธระ สุขวาทิน ได้รับทุนนี้จึงนับว่า
ได้รับการยกย่องเป็นพิเศษจากต่างประเทศ
เราขอแสดงความยินดีด้วยอย่างยิ่ง

และขอให้ไปที่มากี่ นำความที่ขึ้นประ
โยชน์มาเผยแผ่แก่บรรดาศิษย์ต่อไป

ข้าวแผนกต่าง ๆ

(เพื่อให้สารศิริราชมีสภาพเป็นหนังสือข้าวมากขึ้น
เราได้ติดต่อขอข่าวไปตามแผนกวิชาทุกแผนก และจะ
นำข่าวลงตีพิมพ์ตามที่ได้รับสนอง)

ข้าวแผนกศัลยศาสตร์ (๑) แผนกศัลย
ศาสตร์กับแผนกพยาธิวิทยาได้จัดทำมีการ
ประชุมปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย (Surgico-
pathological Conference) ทุกวันพุธ
เวลา ๑๑—๑๒ น. มีแพทย์และนักศึกษา
เข้าร่วมประชุมและอภิปรายด้วยความสนใจ
ทุกครั้ง (๒) ทางห้องผ่าตัดของค.การ อ.
ช.เอ. ได้ส่ง Miss Mary Rogers U.
S.P.H.S. มาช่วยปฏิบัติและให้คำแนะนำ
และสอนนักเรียนพยาบาลปีที่ ๒ ควบ
กับ Miss Bonnie Perry เป็นวิสัญญี
พยาบาลมาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา
สลบและยาชาชนิดต่าง ๆ. เนื่องจาก
แผนกได้ส่งเครื่องมือใช้ยาสลบแบบต่างๆ
มาใหม่, ได้มีแพทย์จากกรมการแพทย์
และจากโรงพยาบาลทหารบกมางานด้วย
(๓) สำหรับห้องรวมผู้ป่วยมี Miss Jean
McCormick จาก อ.ช.เอ. ช่วยดูแล

และแนะนำเกี่ยวกับการพยาบาลทางศัลย-
กรรม. (๔) สถิติของผู้ป่วยในแผนกนี้ได้
เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในวันหนึ่ง ๆ มีการผ่าตัด
ใหญ่ประมาณ ๑๐ ถึง ๒๐ ราย ในวัน
หนึ่ง ๆ เกือบจะไม่มีเวลาพอที่จะทำผ่าตัด
ให้ทัน เนื่องจากห้องผ่าตัดมีเพียง ๒ ห้อง
(เหลือจากแบ่งให้แผนกจักษุ ๑ ห้อง)
ซึ่งเป็นห้องเล็ก ๑ ห้องใหญ่ ๑ ห้อง มีผู้
ป่วยรอเตียงวันหนึ่ง ๆ ไม่น้อยกว่า ๕ ราย
ทั้ง ๆ ที่ได้ตัดแปลงระเบียบทางเดินของคก
มให้ลดบ้างเพื่อง่ายขึ้นและชั้นล่างให้รับผู้
ป่วยเพิ่มอีกชั้นละ ๒๐ เตียงแล้ว ยาง
ขณะผู้ป่วยที่ทเลาแล้วต้องลงนอนบนเสื่อที่
ปักกับพื้นเพื่อให้ผู้ป่วยหนักเข้านอนเตียง
แทน เมื่อต้นเดือน ตุลาคมนี้ หน่วยถ่าย
เลือดได้ย้ายจากแผนกสถิติศาสตร์ มาขึ้น
อยู่กับแผนกศัลยศาสตร์ในความอำนวยการ
ของนายแพทย์ เพื่อง สัตยสังวน ซึ่ง
ได้เริ่มจัดการคลังเลือดขึ้น แต่ยังมีข้อขัด
ข้องเกี่ยวกับผู้ให้เลือดซึ่งหาได้ลำบากและ
อุปสรรคบางอย่างซึ่งกำลังแก้ไขอยู่

(อ.ศ.)

ข้าวแผนกสตรีวิทยา ในระหว่างปีศึกษา
ปลายนี้ แผนกฯ ได้ขออนุมัติขยายห้อง

ปฏิบัติสรีรวิทยา ให้บรรพโททำงานได้
ที่เดียว ๕๐ โตะสำหรับนักเรียน ๘๐ คน
และห้องปฏิบัติเภสัชวิทยาให้ได้ ๒๐ โตะ
สำหรับนักเรียน ๘๐ คนเช่นกัน ทั้งนี้
เพื่อให้รับนักเรียนได้ชั้นละ ๑๖๐ คนโดย
สะดวก ซึ่งเป็นจำนวนซึ่งได้รับมาเรื่อย ๆ
เป็นเวลาสามสี่ปีติด ๆ กันแล้ว การขยาย
นี้ดำเนินการชั่วคราว โดยต่อเป็นโรงฝ
กระดานหลังคามงกระเบื้องยื่นออกไปจาก
ห้องปฏิบัติสรีรวิทยาเดิม จนจรดโรงเลี้ยง

สัตว์เคี้ยว ห้างปฏิบัติเภสัชวิทยาตั้งอยู่บน
พื้นดินโดยตรง โรงเลี้ยงสัตว์เคี้ยว (ซึ่ง
เป็นคอก) ก็ได้แปลงเป็นห้องทดลองไปแล้ว
พวกสัตว์ถูกย้ายออกไปอยู่โรงหลังคาสัง
กะสีข้างนอก การดัดแปลงดังกล่าวอาศัย
เงินรายได้ของโรงพยาบาล ได้ใช้เงินไป
ในการนี้ประมาณสองหมื่นบาทเศษ โดย
แผนกสรีรวิทยาดูแลการก่อสร้างเอง เวลา
นี้ การขยายเรียบร้อยและได้เปิดใช้เป็น
ปรกติแล้วตั้งแต่ต้นภาคกลาง

ข่าวแผนกพยาบาล

เดินทางไปต่างประเทศ ๑. นางพิณ
พากย์พิทยาภท หัวหน้าแผนกวิชาพยาบาล
๒. นางสาวเจนจิรา เบราวนะกุล
ทั้งสองท่านนี้ไปงานเกี่ยวกับการพยาบาล
ที่สหรัฐอเมริกา โดยทุน อ.ช.เอ. มี
กำหนดสามเดือน ๓. นางสาว นิชาวรรณ
ไปศึกษาเพิ่มเติมในวิชาอนามัย โดยทุน
องค์การโลก มีกำหนด ๑ ปี ๔. นางสาว
ศรีสอางค์ ติระแพทย และ ๕. นางสาว
ละออ หุตางกร สองคนหลังนี้ไปศึกษาเพิ่ม
เติมโดยทุน อ.ช.เอ. กำหนด ๑ ปี ทั้งห้า
ท่านนี้ได้ออกเดินทางไปแล้วตั้งแต่วันที่ ๓
กันยายน ๒๔ สิงหาคม ๗ กันยายน และ
๖ กันยายน โดยลำดับ

อนึ่ง นางสาว อังคณาเหมินทร์ อดีต
อาจารย์ของโรงเรียนพยาบาล ก็ได้ออก
เดินทางไปศึกษาเพิ่มเติมอีกครั้งหนึ่ง
คราวนี้ไปสหรัฐอเมริกา เพื่อศึกษาวิชา
อนามัย โดยทุน อ.ช.เอ. กำหนด ๑ ปี

เราหวังว่าทุกท่านที่ไปในครั้งนี้จะ
ปลอดภัยทั้งปวงและจะได้นำความรู้กลับ
มาทำประโยชน์สืบไป

ทุนสุวรรณประทีป ผู้ที่ได้รับทุนสุวรรณ
ประทีปสำหรับความประพฤติและการเรียน
เป็นเยี่ยมในชั้น คือ นางสาวประไพวรรณ
เจียมเจริญ นักเรียนขบสาม

(เดือนเพ็ญ สนธยานนท์)

กระเป๋⁺าของนักเรี^๒ยนแพทย

เคมี นเช่นหนังสือของพวกยทหนึ่ง พวก
ที่เรยกรองจากบ้านไค้มาทหน้อย หรือท
เอาจริงเอาจังมาก กซอหนังสือประกอบ
อีก เช่นสำหรัยกายวิภาคศาสตร์ซอ “คน
นึ่งแอมเล็ก” ซอสามเล่ม (ค่มือซำแหละ)
หรือ แมยชัน ถำรวยหน้อยกตอ้งมี สบปล
เตโฮลทซ ซึ่งเบ็นหนังสือซอทราคาแพง
ทสุดทในสมัยนั้น สำหรัยสัรววิทยาบางคน
กซอ แมคเคลลาทหรือ สดวาลัง สำหรัย
สัรวเคมี อางมี แคเมอรอน หรือ แซม
มาร์สเคิน อักก็ไค้ พอซนบทสองกตอ้งมี
หนังสือเพิ่มอีก ปาร์คแอนควิลเลียมส์
สำหรัยวิทยายักเตรี แมนสันยาห์ สำหรัย
วิชาปาราสิต เอ็ลลิส สำหรัยพยาธิวิทยา
ทอศตแอนด์แซนคฟอรค์ สำหรัยพยาธิ
วิทยาคลินิก แรนสันสำหรัยประสาทกาย
วิภาคศาสตร์ ฮัทชินสัน แอนด์เรนย
สำหรัยวิชาศรวร่างกาย เฮย์โกรฟว์
สำหรัยศัลยศาสตร์ เบ็นตัน คนทรำรวย
สักรหน้อยกซอแมคคัลลัม (ตำราพยาธิ
วิทยา) แทนเอ็ลลิส และโรมานิสแอนค
มิทชินเออร์แทนเฮย์โกรฟว์ เพราะทว่า
สองเล่มทออกซอก่อนนสนไป

สำหรัยพวกซนบทสามหนังสือทอ้ง
ซอทุกคน คีอซซัลหรือฮอสเลอร์สำหรัย

อายุรศาสตร์ บางคนแถมไทคยสำหรัยค
เร็ว ๆ เวลาทวก่อนสอหรือวอศรวนค
สำหรัยศัลยศาสตร์ใช้หนังสือทซอไว้และ
แต่บางคนกเพิ่มเติมซอศตวหรือเบลยหรือ
แวริงกเข้าไปอีก สำหรัยสัทธิศาสตร์ใช้
แฟร์แบร์นเบ็นประจำ มีทงสติ ๆ และ
นารี ๆ คนทซอบละเอียคลกซงมักใช้
เคอิลสำหรัยสัทธิศาสตร์และเคิลลยสำหรัย
นารีเวช ซึ่งทงสองเล่มราคาค่อนซำง
แพง พอทอนปลายบเรยนเรองเลยงทวาท
หลายคนกซอซอลทแอนคฮาวแลนค ซึ่ง
เบ็นเครื่องหมายว่า เบ็นหมอเท็กไค้และ
สำหรัยบทสี่ไม่มีหนังสืออะไรยักเบ็น
มาตรฐาน เพราะใช้หนังสือเคมค่อไป
แต่กมีพวกทเบ็น “นักคึกษา” จริง ๆ สระ
สมตำราพิเศษเพิ่มเข้าอีก เช่น เฟร์นซ์
เน็ลสัน ไทส์ ฯลฯ หากนนักเรียนแพทย
สมัยนั้นจะถำรวรพหังพักไว้วอศใคร ๆ ก็
จะมีตำราเคมคู้จริง ๆ เบ็นซงตนเอง ไม่
ค่อ้งไปซอบีมใครมาเคม ตำราเหล่าน
ย้อมเบ็นคลังควำมรู้สำหรัยทุก ๆ คนทออก
ไปและ แมจะเน็นนานเทำไรก็ไม่มคค่า
มีหลายคนทออกปากว่า ตำราทเคยใช้
ตงแต่เบ็นนักเรียนน เหมอนมำทเคย
ซา มีปัญหอะไรก็ค่นไค้ง่าย อะไรทเกำ

พันสมัยไป บ้านที่กไวเป็นตอน ๆ อย่างนี้
ก็ใหม่อยู่เสมอ คำราใหม่ทันสมัยถ้าไม่
เคยใช้ ไม่รู้จัก บางทีก็ขลุกขลักในการ
ใช้ เพราะฉะนั้นการมีคำราของตนเองทั้ง
แต่เป็นนักเรียน จึงเป็นกำไร เพราะได้
หักใช้มาตั้งแต่ต้น

สมัยนักเรียนแพทย์ส่วนมากไม่ถือ
กระเป๋าสตางค์หนังสือ นิยมถือกำมาในมือ
โดยมากเป็นสมุดโน้ต บางคนมาและ
กลับมือเปล่า เพราะมีคำให้มเก็บของที่
โรงเรียน และหนังสือหรือโน้ตนั้นอ่าน
กันแต่คืนวันก่อนสอบและตอนเช้าที่จะสอบ
เท่านั้น มีเพียงส่วนน้อยที่ชอบหนังสือไป
มา และพวกนี้คือออกจะครี ถ้าหาก
นักเรียน แพทย์ สมัย นี้ ได้เห็น นักเรียน
“สมัยเก่า” หิ้วกระเป๋าสตางค์ยาวสอง
ฟุตกว้างฟุตครึ่งหนาครึ่งฟุต คงคิดว่า
ย้ายที่อยู่มากกว่ามาโรงเรียนเป็นแน่ เป็น
ความจริงว่าเวลานักเรียนแพทย์สมัยนั้นมี
คำราของตนเองบ้างไม่ถึงหนึ่งคน ที่มี
ครบถ้วนตามที่ควรมเห็นจะไม่ได้อีกหนึ่ง
ในห้าสิบ เหตุผลที่เห็นกันทั่ว ๆ ไปก็คือ
หนังสือแพงขึ้นและคนจนลง

นักเรียนสมัยนี้คงคิดว่า สมัยก่อน
นั้นคำราถูกมาก ทุกคนจึงมีคำราได้กัน

ละหลาย ๆ เล่ม ความจริงคำราแพทย์
แพงเสมอ เทียบส่วนกันแล้วสมัยนี้ก็ไม่
แพงกว่าสมัยโน้น สมัยโน้นคนหนึ่งแถม
เล่มละยี่สิบห้าบาท กินได้สองเดือน สมัย
นี้คนหนึ่งแถมสามร้อยกว่าก็พอ กินอย่าง
มัธยัสถ์ได้สองเดือน เพราะฉะนั้นในแง่
ราคาไม่มีความแตกต่าง กันใน ระหว่าง
สองสมัย บางคนอาจคิดว่านักเรียนสมัย
โน้นรวยมากกว่าสมัยนี้ แต่ที่เห็นจะไม่
จริงเท่าไร สมัยโน้นนักเรียนแพทย์มีเงิน
จ่ายส่วนตัวตั้งแต่เดือนละ ๑๕ บาท (เบี้ย
เลี้ยงที่ทางการจ่ายให้) จนถึงยี่สิบบาท
เป็นคนชั้นรวยที่สุด นักเรียนแพทย์สมัยนี้
คงมีน้อยที่ค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเดือนละ ๑๐๐
บาท ส่วนมากอยู่ระหว่าง ๒๐๐ ถึง ๓๐๐
บาท สำหรับคนชั้นรายนี้นคงมากกว่า
หลายเท่า เพราะหลายคนมีรถยนต์ขับ
เองเป็นส่วนตัว เพราะฉะนั้นถ้าเปรียบ
เทียบกันในเรื่องราคาคำราก็คง เงินสำหรับ
ใช้ก็ดี นักเรียนสมัยโน้นใช้สมัยนี้ก็ไม่
แตกต่างกันนัก

ข้อหนึ่งที่แตกต่างกันเห็น ชัดเจน ระ-
หว่างสองสมัยคือการใช้เงิน นักเรียน
แพทย์สมัยนี้ใช้เงินคล่องและเสียตายน้อย
กว่าสมัยโน้น นับตั้งแต่การแต่งกายก็

เห็นได้ว่าหมดเปลืองกว่ากัน สมัยนั้นนักเรียนส่วนมากแต่งตัวก็ หลายคนก็ทว่าอาจารย์เสียอีก สมัยก่อนนักเรียนชายนั่งกางเกงขาสั้น นักเรียนหญิงนั่งผ้าถุงสีกรมท่าใส่เสื้อขาว และแต่งเชิ้ตนั้นตลอดปีตลอดชาติ จนกระทั่งวันรับปริญญาจึงเปลี่ยนเสื้อเป็นแขนยาว ผ้าถุงสีกรมท่าเช่นเคย ไม่มี “ชุดรับปริญญา” อย่างเดี๋ยวนี้ สมัยก่อนค่าใช้จ่ายพิเศษมีน้อย เพราะเงินที่ขอพิเศษได้ปีละครั้งสองครั้งนั้นเอาไปซื้อหนังสือเล่มเป็นส่วนใหญ่ เหลือค่ากำพ้อและค่าสังคัมปีละไม่เท่าไร เพราะฉะนั้นจะเล่นอะไรก็ต้องเลือกที่เปลืองน้อย เล่นแบดมินตันนับว่าเปลืองพอใช้ ถ้าเล่นเต้านิสโก้นับว่ารวบและหรมมากทีเดียว ส่วนมากเล่นตะกร้อและฟุตบอล ตะกร้ออยู่แถว ๆ หน้าเรือนพักนั้นเอง ที่เรียกว่าฟุตบอลนั้นบางทีก็เป็นลูกตะกร้อเก่า ๆ บางทีก็เอาหนังนอกฟุตบอลที่ใช้ไม่ได้แล้วมายัดไส้ ซ้อมกันในสนามก้อนอิฐแคบ ๆ นานทีขยั้นจึงจะไปซ้อมที่สนามหลวงหรือทุ่งพระเมรุ แต่กระนั้นทีมแพทย์ศาสตร์ก็ได้ด้วยแทบทุกปี เพราะความขี้ขิ้นเป็นส่วนใหญ่ และขี้ขิ้นก็เพราะชอบรมด้วยความลำบาก ไม่หิบบ่อย

สมัยนั้นงานพิธีรีตองอะไรที่ที่จะต้องเสียเงินก็มีน้อย ขยั้นมีงานประจำที่สอนหยาตภาควิชาคหกรรมศาสตร์ เป็นงานแสดงละคร ซึ่งสมานสามัคคีอย่างยิ่ง เพราะเป็นงานของนักเรียนแพทย์ทั้งหมด ตั้งแต่การสร้างเวที มงหลังกาโรงสำหรับคนดู (ตอนนั้น ๆ มีที่หน้าสโมสร ซึ่งอยู่ข้างตึกมหิตลวรานสโมสรในปัจจุบัน ต่อมาที่สนามหน้าตึกกายวิภาค ฯ) เขียนฉาก ติดไฟฟ้า เล่นดนตรี แสดง ต่อรับและเลี้ยงน้ำ ฯลฯ ทุก ๆ อย่างสำเร็จด้วยฝีมือและกำลังของนักเรียนแพทย์ ซึ่งสมัยนั้นมีแปดสิบเก้าสิบคนเท่านั้น แต่ยังทำงานขนาดเขื่องแยกได้นับพันคน บางอย่างก็ซลุกซลัก แต่ทุก ๆ คนพอใจและผูกใจให้ร้อย เพราะเขารู้ว่านักเรียนแพทย์ทำเอง ทุก ๆ คนต้องช่วยกันอย่างตัวเย็นเกลียว และต่างก็รักกัน เห็นอกเห็นใจกัน ไม่แตกแยก เพราะถ้าแตกหมายความว่าล้ม

ต่อมาทีมงานฉลองปริญญาเกิดขึ้น ก็เลยเปลี่ยนงานกลางขยั้นมาเป็นปลายขยั้น แต่วิธีการยังคงเดิม น่าเห็นใจพวกที่สอบไล่เสร็จใจใหม่ ๆ แล้วต้องมาอดหลับอดนอนต่อไปอีก เพื่อแรงงานให้เสร็จภายใน

เจ็ดวัน ให้ทันวันแจกปริญญา เป็นการ
โกธาทลอย่างยิ่ง แต่ก็ยอมรับคนอย่างไ้
ผล ต่อมาทีมงานเพิ่มขึ้นอีกอย่างหนึ่ง
คืองานรับนักเรียนใหม่ (ซึ่งเคยมีผู้เล่า
ไว้แล้ว) เป็นงานภายใน ทำกันเอง และ
ควักกระเป๋าหักกันคนละเล็กละน้อย นอก
จากนั้น งานที่ถือว่าเป็นส่วนรวมไม่มี
มักเป็นเรื่องของส่วนตัวหรือพวก ใครรัก
จะไปเที่ยวหรือทำอะไรไป ไม่มีการอ้าง
เอาหมู่คณะมากระเกณฑ์

สมัยนั้นงานพิเศษมาก เริ่มกับงาน
รับน้องใหม่ ซึ่งทำกันเป็นการใหญ่หรู
หรรษาจนเชียวรัฐมนตรี เรียบไรกันคนละ
ยี่สิบถึงสี่สิบบาท เงินหลายหมื่นจ่ายหมด
ในไม่กี่ชั่วโมง กล่อมใจให้เห็นเงินไม่มี
ค่าเสียตั้งแต่ต้นมือแล้ว ต่อมาก็มีการ
เลี้ยงเชอมสามัคคีระหว่างชั้นนกับชั้นโน้น
ไม่ทราบว่าไปโกรธกันมาแต่ครั้งใด (นัก
เรียนแพทย์ไม่เคยมีแตกสามัคคี นอก
จากไม่ชอบหน้ากันเป็นส่วนตัว ส่วนรวม
แล้วร่วมกันเสมอ) และไม่ทราบว่ามีการ
กินข้าว (และเหล้า) ด้วยกันประเดี๋ยว
เดีวนั้นจะประสาธน์น้ำใจไปได้นานสักกี่มาก
น้อย พอปีค.ศ. ๒๕๐๓ มีการเที่ยวปีศาจ
กัน ซึ่งอ้างว่าเป็น “เทวคิตัน” (ไม่

ทราบว่ามาจากไหน) ใครไม่ไปก็ต้อง
เสียสรวงศ์ เป็นการเคี่ยวเข็ญให้เสียน้ำ
ใจมากกว่าให้รักกัน แล้วก็มีงานเที่ยวชด
ภาคกลาง งานแข่งขันกีฬาระหว่างชั้น
แข่งกันเอง แข่งกับทอน แล้วก็มีงาน
ฉลอง ฯลฯ ในที่สุดก็ฉลองปริญญา ซึ่ง
ต้องเข้าพณณลลาค ต้องจ้างดนตรี ฯลฯ
มีงานแต่ละครั้งก็ต้องรีบไ้ บางคนอาจ
เห็นว่าเสียสามสิบไม่เท่าไร แต่สำหรับ
บางคนเงินเท่านี้หมายความว่าการบำเพ็ญ
ชีวิตปรกติหลายวันที่เคี่ยว และข้อสำคัญ
นั้นเงินของพ่อแม่หามา

สรุปได้ว่านักเรียนสมัยนั้นไม่ต้องใช้
กระเป๋าหนึ่งสือใบใหญ่ ๆ เหมือนสมัยก่อน
เพราะไม่มีหนังสือจะใส่ และเหตุที่ไม่มี
หนังสือนั้นนอกจากเพราะหนังสือแพงแล้ว
ส่วนไม่น้อยยังเป็นเพราะใช้กระเป๋าผิด คือ
เอาเงินที่ควรจะได้ใส่ใน กระเป๋า สำหรับซื้อ
หนังสือไปใส่ในกระเป๋าสำหรับการอื่น ๆ
เสียหมด นักเรียนสองสมัยจึงมีกระเป๋า
ไม่เหมือนกัน นักเรียนสมัยก่อนกระเป๋า
หนังสือใหญ่โต กระเป๋าจับจ่ายเล็กล็ก
นิดเดียว นักเรียนสมัยนี้กระเป๋าจับจ่าย
ใหญ่มาก กระเป๋าหนังสือเล็กล็กจนมอง
แทบไม่พบ คนเลยต้องเวียนจากสมุด

โน้ตและเคซกระดาษ สำเร็จออกเป็น ใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นให้ลดน้อยลง ส่งเสริม
แพทย์แพทย์จะตัวเปล่า ถ้าหากบรรดาผู้ ให้เพื่อน ๆ มีเงินเหลือไว้ซื้อตำหรับตำรา
นำของนักเรียนแพทย์จะหันเข้าหาทางของ คิดตัวไว้ได้บ้าง จะได้ซื้อว่ารักเพื่อน รัก
เหตุผล ไม่มองแต่ความสนุกและสนุกสนาน โรงเรียน และรักตัว
ถ่ายเก็บหว หาทาทางช่วยกันลดหย่อนการ อ. ก.

๑ แพทย์พิเศษ, ยาพิเศษ, รำชัย
โรคจิต, คับพิษคัย เตือกวอน
ของแสง, จักแสงชัย กำจัก เลี่ยน
ประโลมปลอย, ชันชอยช้อน โภชน์น้ำควาณอม ฯ

รู้ไปขาด — กรมพระนราธิป ฯ

บันทึกท้ายเล่ม

๑ เราไม่ได้ลงเรื่องจากแผนกอาจารย์ ศาสตราจารย์มานาน ตั้งแต่เจ้าจำนำคุณหมอลง จ้างลง ทรัพย์สินจากไปเสียแล้ว คราวนี้ พอลงอีกก็บังเอิญเป็นเรื่องของ “ครึ่งทศกัณฐ์” ของคุณหมอลง (ลองใช้สำนวนฝรั่ง ตามสมัยคนฝรั่ง) เป็นเรื่องแปลกที่ดูเหมือนกับว่ายังไม่เคยมีใครพบมาก่อน แต่พอเสนอขึ้นก็ปรากฏตัวอย่างคล้ายๆ กันอีกหลายราย นี่เป็นอุทาหรณ์ว่า การประชุมวิชาการมีประโยชน์ที่เป็นโอกาสให้ได้เล่าอะไร ๆ สู้กันฟังบ้าง แทนที่จะอยู่นิ่งรูลูกคนเดียว อย่างไรก็ตามการพูดในที่ประชุมมันจะพูดเหมือนอย่างที่ได้ยินกันข้างวงไม่เหมาะ เพราะความหมายต่างกัน เช่นถ้าคุยกับเพื่อนเราอาจแสดงความเห็นฟังอย่างไรก็ได้ แต่ถ้าพูดในที่ประชุม จำต้องประยักคำ และพูดออกไปให้ชัดแจ้งว่า ข้อนี้เป็นประสพการณ์ของเราเองหรือของผู้อื่น หรือเป็นความคิดเห็นของเรา หรือเป็นความเห็นของผู้อื่น หรือเป็นข้อเท็จจริงซึ่งมีหลักฐานแน่นอนแล้ว ที่ต้องให้ชัดเจนเช่นนั้นก็เพราะผู้ฟัง

บางคนอาจจำเอาไปอ้างต่อหรือแม้เอาไปเป็นหลักนิกคิต บอกเขาให้แน่ใจว่าเป็นอะไร เขาจะได้ให้น้ำหนักถูกต้อง ถ้าเป็นแต่ความคิดเห็น แล้วพูดให้ผู้ฟังเข้าใจเป็นคำหลักฐานไปก็อาจทำความลำบากให้ภายหลัง ในเรื่องของคณหมอตระหนักจิตนี้ เราได้ลงคำอธิบายด้วยตามที่ได้รับ (ยะลงข้าง) ท่านผู้อ่านคงเห็นเองว่า ผู้พูดพยายามอ้างอิงหลักฐานกันเพียงใด

๑ เรายังคงเห็นคุณหมอสักไม่พ้นอยู่นั่นเอง รู้สึกว่าท่านคงมีเรื่องเก็บไว้เป็นขุม ๆ ขอบใจเมื่อไรเป็นมีส่งมาทันที ถ้ามีอย่างนี้หนึ่งคนในทุก ๆ แผนกวิชาเท่านั้น สารคดีวิชาจะไม่ต้อง “ออกตาย” เป็นแน่ สำหรับบทความพิเศษของคุณหมอสุดครวณ ต้องนับว่าพิเศษจริง ขอแนะนำให้ท่านผู้อ่าน ๆ เลียบสองรอบ จึงจะซาบซึ้งและจะได้ผลคอบแทนคุ้มค่า โดยเข้าใจเหตุผลของโรคเกี่ยวกับโรคหลายประการ เช่นเกี่ยวกับการแพร่ขยายของโรคตามส่วนของอวัยวะนั้นเป็นต้น

๑ ความจริงเรามีเรื่องของคุณหมอ

สุดท้ายเรื่องหนึ่งอยู่ในมือแล้ว ซึ่งตั้งใจจะลงพิมพ์ในฉบับนี้ แต่จำต้องงดไว้ เลื่อนไปลงเดือนหน้า เพราะไม่มีหน้ากระดาษ ถึงแม้ว่าจะได้ตัดเรื่องสั้นออกไปเสียหนึ่งเรื่องแล้วก็ตาม เรื่องที่กล่าวคือประวัติของศาสตราจารย์ครองคือน อาจารย์เก่าภาควิชาวิทยาศาสตร์ ซึ่งได้ช่วยสร้างแพทย์ที่มีรากฐานสมบูรณ์ให้แก่เมืองเราไว้หลายรุ่นทีเดียว

๑ ในฉบับนี้เราลงพิมพ์ย่อเอกสารรวม ๑๐ เรื่อง นับเป็นครั้งแรกที่ได้ลงครบจำนวนที่ตั้งใจไว้แต่ดั้งเดิม โดยวิธีนี้เราหวังว่าท่านผู้อ่านจะได้รับประโยชน์เท่ากับการอ่านวิทยาสารหลายเล่มจากการอ่านสารศิริราชเล่มเดียว ความจริงเรารวบรวมเรื่องย่อไว้ครบสืบตั้งแต่ฉบับเดือนกันยายน ตั้งใจจะประเดิมใน “ฉบับวันทลกระหม่อม” แต่บังเอิญหลงไปหนึ่งเรื่อง ในฉบับนั้นจึงเหลือเพียงเก้า เราหวังว่าจะรักษาระดับเดือนละสืบเรื่องนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่ากระดาษจะแพงจนทนไม่ไหว หรือจนท่านนักย่อทั้งหลายจะเลิกสนุกกับเรา

๑ ในแผนกข่าวท่านผู้อ่านควรสังเกตสองประการ ประการหนึ่งในเดือนสิงหาคม

ศกนี้ทุก ๆ แผนกรักษาได้ทำลายสถิติของตนเองหมดทุก ๆ อย่าง เป็นความจริงตามที่ท่านหัวหน้าแผนกทะเบียนสถิติหมายเหตุไว้ว่า โรงพยาบาลได้ทำการรักษาพยาบาลมากที่สุดตั้งแต่สร้างมา เราหวังว่าข่าวนี้จะไม่เพียงทำให้เกิดความพอใจแต่อย่างเดียว คงจะทำให้เกิดความชื่นหวั่งด้วย โรงพยาบาลก็เหมือนคน มีเกิดแก่เจ็บตาย ถ้าใช้มานานัก แล้วยารุงไม่พอ ก็คงสึกหรือและร่วงหรือ และในที่สุดก็จะเสื่อมโทรม ตามธรรมชาติของชาวนาถ้าควายตัวไหนไถนาได้มาก เขาก็ให้กินหญ้าฟางมากและปรนปรือคิด้วย เราเชื่อว่าท่านผู้หลักผู้ใหญ่คงจะได้พิจารณาความจริงข้อนี้แล้ว และเมื่อทราบการทำลายสถิติข้อนี้ก็คงจะพยายามทำลายสถิติในการโอษฐ์มโรงพยาบาลศิริราชด้วย

๑ อีกประการหนึ่งที่พึงสังเกตในแผนกข่าว คือเราได้ติดต่อยังแผนกวิชาทุกแผนกขอให้ส่งข่าวที่ควรเผยแพร่แก่สารศิริราช เพื่อให้การเสนอข่าวของเราสมบูรณ์เท่าที่ปฏิบัติมาแล้วเราลงข่าวเท่าที่สัทยารายเอง บางทีก็ขาด บางทีก็ผิดพลาด หวังว่าต่อไปเราจะมีข่าวที่ถูกต้องและครบถ้วนเสนอท่านเสมอ ๆ และ

ถ้าหากแผนกใดไม่มีข่าว พึงเข้าใจว่าไม่มี
มา^๕มาจากทนน

๑ สารศิริราชของเราออกเล่ามาเกือบ
ตลอด^๕จนเกือบจะเป็นนิสัยเสียแล้ว
คราวนี้จะลองค้นร^๕นอีกที ไม่ทราบว่า
จะสำเร็จหรือไม่

๑ ข่าวสำหรับท่านที่ของหนังสือรวม
เรื่องวิชาการไว้ หนังสือ^๕นั้นพิมพ์เสร็จ

เรียบร้อยแล้วในที่สุด กำลังเข้าเล่ม
และเย็บปก คงจะส่งถึงมือท่านได้ในเดือน
หน้า เชื่อว่าพอท่านได้เห็นจะต้องตกใจ
อย่างน้องก็ต้องร้อง “แหม” (แหมอะไร
ไม่แน่) ถ้าหากท่านผู้ใดจะแถมเงินให้อีก
ก็ได้ ขอให้ส่งไป จะได้ส่งสมทบทุนหกล
สิบ^๕ปี ซึ่งยังเบียดรับเสมอ.

ของแถมมีในหน้าต่อไป

ของแถม

เมืองโกลิสม์

“เมืองโกเลียน อิติโอเชีย” พยประมาณสองคนในจำนวนเด็กเกิดใหม่หนึ่งพันคน สาเหตุที่แท้จริงยังไม่มีใครพิสูจน์ได้ สงสัยกันว่ามันอาจเกี่ยวกับเหตุต่างๆ ในมารดา เช่นความอ่อนเพลียของมดลูก รั้งไข่ผิดปกติ ท่อมเอ็นโตไครน์ผิดปกติ หรือแม้ พันธุกรรมลักษณะประจำของเมืองโกลิสม์มีสามประการคือ (๑) ความหย่อนทางจิต (๒) คีระสันทำให้หน้าผากเตี้ย (๓) หน้าแบน อาจมีลักษณะผิดปกติอื่นๆ อีกก็ได้ เช่นหมีรูปผิดปกติ เส้นขนของนัยน์ตาขุ่นมัว กระดูกมกอันใดอันหนึ่งหายไป กระดูกท่อนกลางของนิ้วก้อยมักจะเจริญไม่เต็มที่ ซึ่งอาการเหล่านี้แสดงว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับความเจริญของร่างกายในระหว่างสัปดาห์ที่แปดในครรภ์ นายแพทย์ Theodore H. Ingalls แห่งนิวยอร์กเคาเคมีออฟเมดิซีนมีความเห็นว่าการเกิดภาวะผิดปกติขึ้นในระหว่างนั้น ซึ่งทำให้ทารกที่กำลังเจริญนั้นขาดบางสิ่งไป นายแพทย์ผู้นี้ได้ทำการทดลองร่วมกับผู้อื่นๆ ในซาวาร์คตระกูลออฟบียาลิเคเฮลล์ โดยใช้หนูถึง ๓๐๐ ตัว แบ่งเป็นพวกๆ แล้วทำให้เกิด การขาดออกซิเจนชั่วคราวขึ้นเป็นเวลา ๕ ชั่วโมง ในระหว่างมีครรภ์ สำหรับหนูไม่ปรากฏว่าเคยออกลูกเป็นเมืองโกเลียนอิตีเยก แต่นายแพทย์อิงกอลส์ได้ตรวจพบความผิดปกติที่กระดูกกะโหลกศีรษะ (ซึ่งรุนแรงกว่าที่พบในเมืองโกลิสม์) ในประมาณเศษหนึ่งส่วนสามของลูกของหนูที่ได้ขาดออกซิเจนดังกล่าวในวันที่ ๘ ของการมีครรภ์ พวกขาดออกซิเจนในวันที่ ๑๒ มีอาการปากแห้ง และพวกขาดในวันที่ ๑๔ มีเพดานโหว่ นายแพทย์ผู้ทดลองมีความเห็นว่า ต้นเหตุของเมืองโกลิสม์อยู่ที่ภาวะแวดล้อมมากกว่าการสับมรดกทางพันธุกรรม

วันดี ไวสำรวจ พ.บ.