



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๔๙๔ Volume 3, Number 11, November, 1951.

แอกิวท์แอนทีเรียร์โพลิโอไมัยอีไลติส

สงัด กาญจนกฤษ

M.R.C.S. (England), L.R.C.P. (London), D.T.M. (Liverpool)

และ

ชูชาติ ทองซำ*
(แผนกพยาธิวิทยา)

แอกิวท์แอนทีเรียร์โพลิโอไมัยอีไลติส (acute anterior poliomyelitis) นี้พบบ่อยในเมืองไทย, และเท่าที่เคยรายงานไว้ก็มีอาการไม่รุนแรงนัก. แต่ในต่างประเทศปรากฏมีการระบาดของเฉียบพลัน. บางครั้งก็เป็นเฉียบพลัน. เพราะฉะนั้นเมื่อปรากฏโรคนี้ในเมืองเรา ก็สมควรที่จะเผยแพร่ให้รู้ทั่วกัน.

ประวัติคนไข้ ผู้ป่วยเป็นเด็กหญิง (เลขที่ภายใน ๕๕๖๑-๕๓) อายุ ๑ ปี ๘ เดือน,

ชาติไทย, บ้านอยู่อำเภอคูสิต, จังหวัดพระนคร. ไข้ไว้ในแผนกกุมารเวชศาสตร์ เมื่อ ๑๘ ต.ค. ๕๓, เวลา ๒๑.๕๐ น. ถึงแก่กรรม ๑๕ ต.ค. ๕๓, เวลา ๑๒.๐๐ น. รวมเวลาที่อยู่โรงพยาบาลได้ ๑๕ ชม. ๕๐ นาที.

อาการสำคัญ แขนขาขยับไม่ขึ้นมา ๑ วัน.

ประวัติการป่วยปัจจุบัน สิ้นวันก่อนมาร.พ., ในเวลาประมาณ ๕.๐๐ น. มีอาการ

* บรรยายในที่ประชุมปรึกษาฝ่ายคลินิกและพยาธิวิทยา โดย ชูชาติ ทองซำ, สมทรง กาญจนกฤษ, ศิริชัย สุวรรณมณี และ อัมพร คุณากร เมื่อ ๒๑ ก.พ. ๒๔๙๓.

คลื่นได้แล้วอาเจียนเศษอาหารออกมา. ในวันเดียวกันตัวร้อน, และอาเจียนบ่อยครั้งขึ้น. แต่ไม่มีอาการทางอูจาระและปัสสาวะ. สามวันก่อนมา ร.พ., ตอนเช้าอาเจียน ๑ ครั้ง. กินอาหารได้น้อยกว่าปรกติ. ลุกเดินไปมาได้. บิดาสังเกตว่าซึ่มกว่าปรกติ, จึงให้ยาลดไข้ ๑ เม็ด. ตอนบ่ายเห็นว่าไข้ยังไม่ลด, จึงให้ซ้ำอีกครึ่งเม็ด, และตอนเย็นอีกครึ่งเม็ด. สองวันก่อนมา ร.พ., ผู้ป่วยซึ่มมาก, ตัวร้อน, แต่ไม่มาก. ไม่มีอาการอาเจียนและไอ. หนึ่งวันก่อนมา ร.พ., ผู้ป่วยนั่งไม่ได้, แขนขาไม่มีกำลัง, ยกไม่ขึ้น. ไม่ค่อยซ้งพดเหมือนเคย. บิดาให้ยาไทย ๑ หม้อ. อาการไม่ทุเลา, จึงมา ร.พ.

ประวัติการป่วยอดีต หนึ่งเดือนก่อนมา ร.พ. เคยหกล้มกระดูกไหปลาร้าหัก, เข้าเฝือก ๑ เดือนจึงหาย. เจ็ดวันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยตกจากพนสูง ๑ ศอก. ปากเจือ. ขาดแผลทอน ๆ ไม่ปรากฏ. รุ่งขึ้นอีกวันหนึ่งตกบันได ๔-๕ ชั้น. แต่ไม่ปรากฏขาดแผลที่ใด.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ ๓๗.๕°ซ. ชีพจร ๑๓๐. การหายใจ ๔๒. ผู้ป่วยนอนเฉยๆ, อยู่ท่าใดก็ตาม. แขน

ขาเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย. เวลาร้องปากเขียว, เลี้ยงไม่คัง. จับนั่งกึ่งนั่งไม่ได้. ฟาร์ริงซ์และทอนซิลโต, บวมแดง. ร้องได้เสียงเบาๆ. การหายใจทนและกระตุกเป็นบางครั้ง, เป็นแบบรอรวาโค-แอ็บคอบินัล. ฟังได้เสียงหายใจรื่องโค-เวสิคูลาร์ทั้งหายใจเข้าและออก. มีแฟลคลิสทิกวาล์วลิซของแขนและขา. แต่ความรู้สึกลึทัวไปคิ. Knee Jerk, Kernig's sign, Brudzinski's sign ลบทุกอย่าง. ไม่มีคอแข็ง. ตรวจพบ dermatographism. เวลาขมปากเขียวไปทางขวา. กลืนน้ำลำบาก. น้ำไขสันหลังมีความดันสูงเล็กน้อย, มีเซลล์ ๑๘๖/ล. มม. โปลัยมอร์ฟ ๕๐%, ลิมโฟซัยท์ ๕๐%. ตรวจเลือดพบเม็ดเลือดขาว ๖๗๘๐/ล. มม., โปลัยมอร์ฟ ๖๘%, ลิมโฟซัยท์ ๓๒%. ถึงแก่กรรมภายหลังอยู่ในร.พ. ได้ประมาณ ๑๕ ชม.

การวินิจฉัย Acute Anterior Poliomyelitis, Tetraplegia, Flaccid Paralysis.

รายงานการตรวจศพ ผู้ป่วยมีร่างกายค่อนข้างสมบูรณ์. ผิวเหลือง. ผมหงอก. แขนขาอ่อนปวกเปียก. ช่องจมูกมีน้ำมูก

เล็กน้อย. อวัยวะอื่นไม่มีการเปลี่ยนแปลง
ที่ผิดปกติอย่างใด.

๑. สมองและไขสันหลัง. มีสีแดง
เรื่อ ๆ ทั่วไขเปอริเมีย. ไขสันหลังชั้น
เล็กน้อย. เยื่อหุ้มสมองปกติ. หลอด
เลือดขยายโต. น้ำในแลเทอรัลเว็นทริเคิล
มีมากกว่าปกติ. ชั้นเล็กน้อย.

๒. ระบบทางเดินอาหาร. ต่อม
ท่อนซิลโตและแดง. ฟาริงซ์แดงจัด, ขวม.
หลอดคอและกระเพาะปกติ. ลำไส้เล็กมี
เยื่ออักเสบขวมแดง.

๓. ระบบการหายใจ มีน้ำเมือกปน
หนองตามผนังของหลอดลมใหญ่.

๔. ระบบการไหลเวียน ปกติ.

๕. ระบบทางเดินน้ำเหลือง ต่อม
น้ำเหลืองโตที่เมเซ็นเทอริกและตามผนัง
ลำไส้. มีลักษณะอ่อนนุ่ม. ม้ามปกติ.

การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์. ไขสัน
หลัง. ย้อมด้วย iron haematoxiline-
eosin พบการเปลี่ยนแปลงที่บริเวณเซอร์
วิคัลเอ็นดาร์จเม้นท์และลิมบาร์เอ็นดาร์จ
เม้นท์, ในส่วนแอนทีเรียร์คอร์ดมัน, เซลล์
ประสาทสูญเสียหายไปมาก. ที่เหลืออยู่มี
ลักษณะโครมาโตลีสซิส. บางตัวแฉกซ้อน

ขวมโต. เห็นโครมาตอซอมเป็นก้อน ๆ. ซัยโต
พลาสซึมเต็มไปทั่วที่อกลิคแกรนูล. ภาย
ในนิวเคลียสพบอินคลูชันบอดี้ (Inclu-
sion bodies) มีลักษณะเป็นจุดแดง ๆ ติค
สีอโอซิน, ล้อมรอบด้วยไซทอพลาสซึมที่ไม่
ติคสี. ส่วนนิวคลีโอลัสแตกเป็นชิ้น ๆ,
ติคสีม่วง (basic). การเปลี่ยนแปลง
อย่างอื่นพบว่าหลอดเลือดฝอยมาเพิ่ม
เต็มในบริเวณแอนทีเรียร์คอร์ดมันมาก.
ผนังหลอดเลือดมีพวกเม็ดโลหิตขาวล้อม
รอบมากมาย (Perivascular lym-
phocytic infiltration). เซลล์ประสาท
บางตัวตายแล้วมีพวกฟาโกไซต์มาเก็บ
กินอยู่รอบ ๆ (neuronophagia) และ
จำนวนนิวโรเกลียเซลล์ก็เพิ่มมากกว่า
ธรรมดา. เมคัลล่า. การเปลี่ยนแปลง
ส่วนใหญ่เหมือนกับที่แอนทีเรียร์คอร์ดมัน.
แต่ที่น่าสังเกตคือเซลล์ประสาทที่ประกอบ
เป็นศูนย์ประสาทเวกัสและกลอสโซฟาริง
เจียสนนสลายสูญเสียหายไปทั้งซ้ายและขวา.
โมเตอร์คอร์เทคส์และอออลแฟคตอรี
บัลย์. พบการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมเหมือน
กับที่บริเวณอื่น ๆ แต่ไม่ปรากฏอินคลูชัน
บอดี้หรือการอักเสบรุนแรง. ลำไส้เยื่อ
บุขาดเป็นตอน ๆ, มีลักษณะของการอักเสบ

เสย. เซลล์ที่พบมากในบริเวณนี้เป็นพวก โมโนนิวเคลียร์ซึ่งมีอย่างหนาแน่น. คอม น้ำเหลืองเมเซนเทอริค. พบว่าจำนวนลิมโฟไซต์ทีลิวและเรติคูลโลเอ็นโดทีเลียล เซลล์เพิ่มมากขึ้น.

การเปลี่ยนแปลงที่อวัยวะอื่น ๆ, เช่น ตับ, ปอด, ม้าม, เป็นการเปลี่ยนแปลง หลังตายทั้งสิ้น.

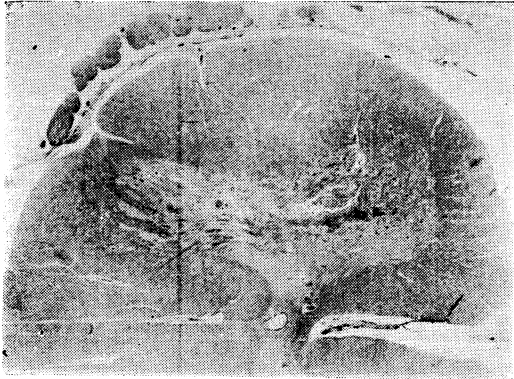
อภิปราย ผลของการตรวจศพด้วยตาเปล่าและด้วยกล้อง, ซึ่งพบว่าเซลล์ประสาทแสดงอินคลูชันบอดีประกอบด้วย อากาโรมฟาคของแชนซา, และการอักเสบของคอมทอนซิลและฟาริงซ์, ย่อมช่วยลงความเห็นได้ว่าโรคนี้มีสาเหตุจาก

เชื้อไวรัสซึ่งทำอันตรายต่อเซลล์ประสาท. การที่ทอนซิลและฟาริงซ์อักเสบ, ประกอบกับประวัติผู้ป่วยซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ใหญ่, ย่อมเข้าสู่อวัยวะใดทางลมหายใจและทางอาหารที่ให้อิน.

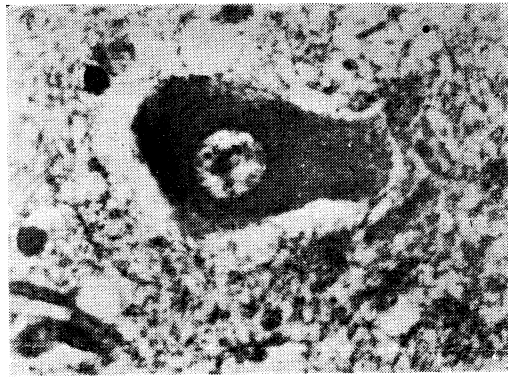
จากการตรวจพบทางกล้องจุลทรรศน์ว่า มีการสูญเสียเซลล์ประสาทเวกส์และสูนัยของประสาทพรีนิก (anterior horn cell of cervical segments 3, 4, 5,) เท่ากับ เสียสูนัยประสาทที่เกี่ยวข้องกับการหายใจและเสียหายที่ของกระบังลม, ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการล้มเหลวของการหายใจ, และตามด้วยการล้มเหลวของการทำงานของหัวใจ.

๑ ความรู้ทุกอย่างควรเวียน จะเป็นชนิดเลว สูง ปานกลางก็ตาม แล ควรรู้ประโยชน์ของความรู้ทั้งหมด แต่ไม่พึงประกอบทุก ๆ อย่างไป ๆ

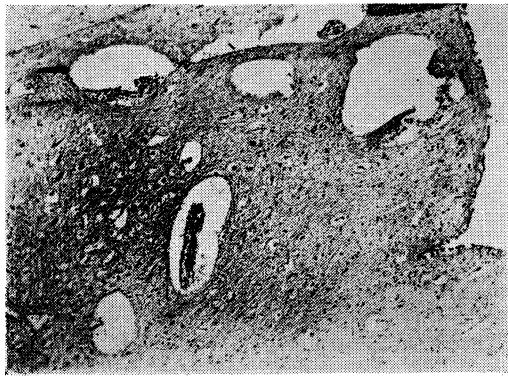
ธรรมนิติ



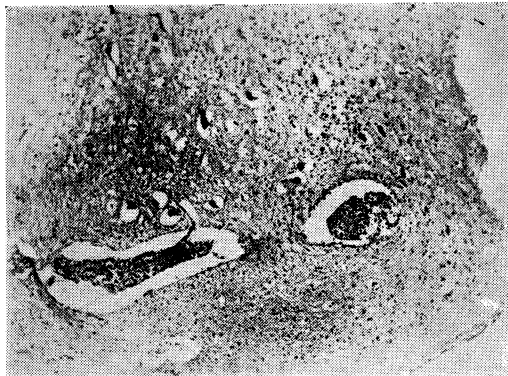
๑. ลิ้มบาร์เอ็นลาร์จเมนต์. แสดงการเสื่อมและช้ำเปอรเมียบในแอนทีเรียร์คออลัมน์ (Lumbar enlargement. Degeneration and hyperemia)



๒. แก่งเกล็ดย่นเซลล์ของแอนทีเรียร์คออลัมน์. แสดงอินคลูชันบอดี้ (Ganglion cell of anterior column with inclusion body)



๓. นิวเคลียสของเวกัส (Vagal nucleus)



๔. นิวเคลียสของกลอสสโอฟาริงเจียล (Glossopharyngeal nucleus)

(Abstract of the preceding report)
ACUTE ANTERIOR POLIOMYELITIS

Sangad Kanchanakunjara, M.R.C.S. (England), L.R.C.P. (London), D.T.M. (Liverpool).

and

Jujati Thongjach
(Dept. of Pathology)

Acute anterior poliomyelitis is a rare disease in Siam. On the 18 th October 1950, a girl, 1 year and 8 months old, was admitted into the Pediatric Department for paralysis of the limbs after a four-day fever. Nausea, vomiting, and marked dullness preceded the muscular weakness. There was history of accidental trauma before the onset of the illness. The body temperature on admission was 37.5°C, pulse rate 130, respiration rate 42. There was flaccid paralysis of all extremities, with facial paralysis, dysphagia, dermatographism and hoarseness. The knee-jerk, Kernig's sign and Brudzinski's sign were negative. The spinal fluid pressure was slightly raised; cell count was 186, 50 per cent neutrophils and 50 per cent lymphocytes. The total leucocyte count was 6,580, with 68 per cent neutrophils and 32 per cent lymphocytes. The diagnosis of acute anterior poliomyelitis was fully substantiated by the laboratory and clinical findings. The patient expired after 14 hours 50 minutes in the hospital.

Necropsy confirmed the clinical diagnosis. There were distinct signs of destruction in the anterior column of the spinal cord, in the cervical and lumbar enlargements. Many cells were in dissolution; there were chromatolysis, swelling of axons, segmentation of dendrites and toxic granulation of cytoplasm. Inclusion bodies, staining red with eosin, were identified in the nuclei. The nucleoli were fragmented. There was increased vascularisation, with perivascular lymphocytic infiltration, neuronophagia and increase in neuroglia. In the medulla oblongata the same changes were found, with the additional observation that nerve cells in the centres of the vagus and the glossopharyngeus were totally destroyed on both sides. Degenerative changes were also found in the motor cortex and the olfactory bulb, but inclusion bodies were not seen. The intestines were severely inflamed. The mesenteric lymph nodes showed increase in lymphoid and reticulo-endothelial cells.

อินแฟนไทล์พาราไลซิส

อรุณ เนตรศิริ

Dr. med. (Jena), D.T.M. (Hamburg).

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

อินแฟนไทล์พาราไลซิส (infantile paralysis) นี้ตามปรกติเราพบประมาณปีละสองสามราย. แต่ในปี พ.ศ. ๒๔๕๓ มีผู้ป่วยผ่านแผนกกุมารเวชศาสตร์ถึง ๑๒ ราย. เป็นผู้ช่วยที่รับไว้รักษาในแผนก ๗ ราย, ไม่ได้รับไว้รักษา ๕ ราย. ผู้ป่วยส่วนมากมาในระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม. นับว่าปี ๒๔๕๓ เป็นปีที่เราพบโรคนี้มากที่สุด. ในระยะเวลาเดียวกันนี้ข้าพเจ้าเองยังได้พบผู้ป่วยโรคนี้นอกโรงพยาบาลอีก ๕ ราย. การที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่าสภาพปรกติถึงหลายเท่า, เป็นความจริงที่น่าคิดว่าได้มีโรคนี้ระบาดขึ้นในเมืองเราแล้วอย่างชناعะอม ๆ. ตัวอย่างจากต่างประเทศแสดงว่า การเริ่มระบาดของโรคนี้ในครั้งแรก ๆ ไม่จำเป็นต้องมีจำนวนผู้ป่วยมากมาย. นอกจากนี้ถ้าอินแฟนไทล์พาราไลซิส เป็นโรคที่ต้องแจ้งเช่นโรคคอตีบหรือโรค, ข้าพเจ้า

เชื่อว่าจะได้จำนวนผู้ป่วยที่พระราชอาณาจักรเพิ่มขึ้นอีกมาก. สำหรับรายที่ปรากฏในรายงานข้างบนนี้เป็นยัลคาร์พาราไลซิส ก็เป็นรายแรกที่เราเพิ่งพบในชน.

การเรียกชื่อโรคว่า Infantile Paralysis ตามคำภาษาอังกฤษก็, หรือเรียกว่า die epidemische Kinderlähmung หรือ die übertragbare Kinderlähmung ตามคำภาษาเยอรมันก็, เหล่านี้เพื่อจะชี้ว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นเด็ก, ซึ่งความจริงก็เป็นเช่นนั้น. กล่าวคือเมื่อ Jacob Heine ในปี ๑๘๔๐ ได้บรรยายโรคนี้ขึ้นครั้งแรกที่สภาคมนักวิจัยเมือง Freiburg นั้น, ผู้ป่วยส่วนมากมีอายุภายใน ๓ ขวบแรก. แต่ในระหว่างหกสัปดาห์ที่แล้วมานี้ปรากฏว่าเด็กโตและผู้ใหญ่ก็ป่วยเป็นมากขึ้น, ถึงแม้ว่าเด็กเล็กและทารกจะยังคงเป็นอยู่มากก็ตาม. ชื่อ Acute anterior po-

liomyelitis, ซึ่งเรียกตามการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพแห่งระบบประสาท, เป็นชื่อที่ได้กำเนิดมาจาก Kussmaul, ศาสตราจารย์อายุรศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัย Strassburg ในสมัยนั้น. ในปี ๑๘๘๗, ภายหลังที่ Jacob Heine ได้บรรยายโรคนี้ไว้แล้ว ๔๗ ปี, ได้เกิดการระบาดของโรคนี้ที่กรุงสต็อกโฮล์ม, ประเทศสวีเดน. Medin เป็นผู้รายงานผู้ช่วย ๔๔ ราย จากการระบาดครั้งนั้น, และได้บรรยายอาการของโรคในระยะเริ่มแรก, ซึ่งยังไม่มีอาการเข้มน่งอ, เป็นความรู้เพิ่มเติมจากการบรรยายของ Heine, ซึ่งกล่าวแต่เฉพาะอาการเมื่อเข้มน่งอแล้ว. ในปี ๑๙๐๕ เกิดการระบาดครั้งใหญ่อีกที่ประเทศสวีเดนและนอร์เวย์. Wickmann ได้มีโอกาสศึกษาการระบาดครั้งใหญ่นี้, โดยได้เห็นผู้ช่วยมากถึง ๑๐๓๑ ราย, ได้พบลักษณะทางคลินิกต่าง ๆ กัน, เป็นต้นว่าชนิด bulbar, ataxia, ascending paralysis, encephalitic และชนิด abortive. โดยเหตุนี้ Wickmann จึงมีความเห็นว่า อินแฟ้นไทล์พาราไลติส เป็นกลุ่มอาการ, ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพเฉพาะที่ไขสันหลังแต่แห่ง

เดียว, จึงได้แนะนำให้เรียกชื่อโรคเสียใหม่ว่า Heine-Medin's Disease เพื่อจะได้มีความหมายรวม.

เกี่ยวกับไวรัสซึ่งเป็นเชื้อของโรคนี้ที่น่าสังเกตก็คือมันมีหลายพวกและหลายสายตระกูลด้วยกัน. ก่อน ๆ ก็เชื่อกันว่าพบบ่อยแต่ในคนเท่านั้น, แต่เดี๋ยวนี้ปรากฏว่าพบบ่อยในสัตว์อื่น ๆ อีก, เช่นหนูและหมู. ไวรัสบางพวกพบบ่อยแต่ในคน, และผ่านไปติดลิงได้, แต่ผ่านไปติดสัตว์จำพวกหนูไม่ได้. ชนิดนี้เรียกว่า monkey pathogenic strain. นอกจากนี้ก็มี rodent pathogenic strain และ Theiler's mouse strain เป็นต้น. ใหม่ที่สุดคือ Coxsachie Viruses ซึ่งพบโดย Dalldorf และ Sickles ในปี ๑๙๔๕ ที่หมู่บ้าน Coxsachie ในรัฐนิวยอร์ก. ไวรัสนี้ทำอาการเอเซ็ปติกเมนิไนเจติส, อาจทำให้เข้มน่งอได้, และทางผู้ช่วยเป็นการยากมากที่จะแยกจากอินแฟ้นไทล์พาราไลติส. การที่เชื้อมีหลายพวกหลายสายตระกูลด้วยกันเช่นนี้, เป็นเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคครั้งหนึ่งแล้ว, ถ้ายังเอิญได้รับเชื้อใหม่จากจำพวกที่ต่างกันอย่างชนิด, ก็อาจจะเป็นโรคได้อีก.

เซอเข้าร่างกายทางไต, ทางจมูกหรือทางปาก, ยังเป็นเรื่องที่ไม่ลงเอยกัน. แต่สังเกตความเห็นส่วนมากหนักไปทางปาก, โดยเขื่อนไปกับอาหารหรือน้ำกิน. การที่ล้มยารเอ็นดาร์จเม้นท์ของไขสันหลังแสดงพยาธิสภาพน้อยกว่าที่ตำแหน่งอื่นก็, หรือในรายที่เป็น Landry's Paralysis มักมีลักษณะเคลื่อนไหว, มากกว่าเคลื่อนไหวลงก็, เหล่านี้สนับสนุนความเห็นที่ว่าร่างกายรับเชื้อโดยผ่านเยื่อเมือกของกะเพาะและลำไส้. แต่อย่างไรก็ตาม, มีมากท่านที่มีความเห็นในแนวกลาง ๆ ว่า, ร่างกายอาจรับเชื้อได้ทั้งทางจมูกและทางปาก.

การวินิจฉัยโรคอินเฟ้นไทล์พาราไลซ์ซีส์สำคัญอยู่ที่ระยะของโรค. ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะพาราไลซ์ติคแล้วการพิจารณาที่ง่ายมาก, เพราะลักษณะของพาราไลซ์ซีส์บ่งชี้ชัดอยู่แล้ว. กล่าวคือเป็นพาราไลซ์ซีส์ที่มีลักษณะ flaccid, peripheral, atrophic และมีความรู้สึกก็. แต่การวินิจฉัยจะยากขึ้น, ถ้าผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่ยังไม่แข็งงอ. ในสมัยก่อน ๆ การพิจารณาที่ในระยะก่อนแข็งงอนมีความสำคัญมาก, เกี่ยวกับการใช้เซอ่วมจากผู้พันไซ้ (คืออวเลตเซนต์เซอ่วม). ปัจจุบันนี้ถึงแม้การใช้

เซอ่วมจากผู้พันไซ้ จะเซอ่วมกันโดยมากแล้วว่าได้ประโยชน์อะไร, แต่ถึงกระนั้นการวินิจฉัยโรคในระยะก่อนแข็งงอ, ก็ยังมีความสำคัญอยู่, โดยเฉพาะในตำแหน่งอื่นที่ไม่ให้เกิดอาการแข็งงอ. การทดสอบให้ผู้ป่วยได้พักและสงบจริง ๆ, รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการเสี้ยกำลังและการใช้เนื้อกล้ามเนื้อในระยะนี้อาจช่วยไม่ให้เกิดอาการแข็งงอได้.

สำหรับการวินิจฉัยทางคลินิกในระยะก่อนแข็งงอต้องอาศัยประวัติ, ลักษณะของไข้, อาการแข็งและอาการแสดงบางอย่าง, รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขสันหลัง, ประกอบการพิจารณาเหตุอันตรายต่าง ๆ, ซึ่งทำให้อ่านาจค้นหาโรคของร่างกายลดน้อยลง, อาจเป็นเหตุชวนได้, เป็นต้นว่าการตกจากที่สูง, การถอนฟัน, การตัดต่อมที่อนซิลและการออกกำลังกายมากเกินไป.

ลักษณะของไข้ในรายที่เป็นไปตามแบบ, มักจะเป็น biphasic. Draper และ Gordon ให้ชื่อว่าเป็น "dromedary type," กล่าวคือเริ่มเป็นไข้สูง ๒-๓ วัน, โดยมีอาการปวดหัวอาเจียน, คล้าย อินฟลูเอนซ่า, แล้วไข้ก็ลดลงและไม่มีไข้อยู่ ๒-๓

วัน, จึงกลับเป็นใหม่อีก. ส่วนความสูง
ต่ำของไขสันน์ไม่แน่นอน.

อาการแ้งและอาการแสดงที่สำคัญ
ในระยะนี้ มีปวดหัว, อาเจียน, ท้องร่วง
หรือท้องผูก. รายที่โรคลามถึงสมองใหญ่
(ซีรีบรัม) มักมี general hyperreflexia.
รายที่เป็น Landry's Paralysis มักมี
ถ่ายขี้สวะไม่ได้. อาการที่ควรสังเกต
คืออาการเหงื่อออกมากและซีเปอร์เอส
ซีเซีย เหงื่อมักจะออกมากจนผิดสังเกต,
โดยเฉพาะที่ศีรษะและตัว, ซึ่งทำให้
หมอนและท่อนอนเปียก. สำหรับอาการ
ซีเปอร์เอสซีเซียเด็กจะเจ็บปวดมาก, ไม่
เฉพาะแต่เวลาเคลื่อนไหว, แม้เพียงตก
คองตัวก็ร้อง. มีอาการแสดงบางอย่างที่
เป็นประโยชน์สำหรับการวินิจฉัยในระยะ
นี้, คือ:

Spine Sign: เวลานั้นเด็กไม่สามารถ
ล้มตัวเข้าค้ำยปากของตนเองได้.

Amoss Sign: เวลานั้นต้องใช้แขน
ทั้งสองเหยียดไปข้างหลังเพื่อพยุงตัวเพราะ
ความเจ็บปวดหลัง.

Laségué Sign: เวลานั้นหงายเด็กไม่
สามารถจะเหยียดขาให้เป็นมุมฉากกับลำ
ตัวได้.

การเปลี่ยนแปลงทางเลือดมักจะพบ
เม็ดเลือดขาว มีจำนวนสูงกว่าปกติเพียง
เล็กน้อย. รายที่มีซีเปอร์ลิวโคซัยโทสิส
มักไม่ใช่อินแฟนไทล์พาราไลซ์ซิส. ใน
ระยะนี้อาการรบกวนทางเยื่อหุ้มสมองมัก
จะปรากฏแล้ว, เช่นมีคอแข็งหรือหลัง
แข็ง. การตรวจน้ำไขสันหลัง, แม้ใน
ระยะเมื่อเริ่มแรกเป็น, ก็อาจพบการ
เปลี่ยนแปลงแล้ว, คือมีแรงดันสูง, ใส
หรือขุ่นสุกแล้วแต่ว่ามีเซลล์เพิ่มขึ้นน้อย
หรือมาก. ในระยะต้นนี้ เซลล์ ส่วนมาก
เป็นโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์. ส่วนโปร-
ทีอนก็เพิ่มขึ้น. น้ำตาลมักอยู่ระดับปกติ.
การหาเชื้อจากน้ำไขสันหลังโดยวิธีย้อม
หรือเพาะธรรมดาไม่ได้ผล.

กล่าวโดยทั่ว ๆ ไป ถ้าเด็กเป็นไข้
และมีอาการเจ็บปวดผิดปกติเวลาล้มตัว
ตัว, หรือมีอาการเจ็บปวดแขนหรือขา,
จะเป็นโดยปวดตนเองหรือโดยกด, หรือ
เคลื่อนไหวก็, สมควรนึกถึงโรคอิน-
แฟนไทล์พาราไลซ์ซิส. เช่นเดียวกัน, ถ้า
เด็กเป็นไข้แล้วมีอาการรบกวนทางเยื่อหุ้ม
สมอง, โดยหาสาเหตุอื่นอธิบายไม่ได้.
ก็ควรนึกถึงอินแฟนไทล์พาราไลซ์ซิสด้วย.

การตรวจน้ำไขสันหลังสำคัญมากสำหรับการวินิจฉัยโรค. โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้ออื่น ๆ, รวมทั้งโรคสมองอักเสบจากไวรัสแยกไต่จากการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขสันหลัง. โรคที่วินิจฉัยแยกจากอินฟลูเอนซ่าพาราไลซ์ซีสได้ยาก

มากที่สุดคือ Aseptic, abacterial mononuclear meningitis. โรคทั้งสองนี้มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขสันหลังคล้ายกัน. แต่ในรายอินฟลูเอนซ่าพาราไลซ์ซีสมีเซลล์เช่น โพลีมอร์โฟนิวเคลียร์มากในระยะต้น.

๑ ความอดทน ความหวัง ความขยัน ความเผื่อแผ่ ความเอ็นดู ความหวังดี เหล่านี้เป็นคุณของหัวหน้า อันผู้ต้องการประโยชน์พึงปรารถนา ฯ

๒ ผู้ที่อ่อนโดยส่วนเดียว หรือผู้ที่แข็งโดยส่วนเดียวไม่อาจดำรงตนในความเป็นผู้ใหญ่ได้ เหตุฉะนั้นจึงต้องประพฤติทั้งสองอย่าง ฯ

ธรรมนิติ

การตรวจในห้องทดลอง ช่วยการวินิจฉัยแอกิวท์โพลิโอมัยอีไลติส

ประกอบ ต.จินดา

พ.บ.

(กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)

การใช้ห้องทดลองช่วยวินิจฉัยโรคโพลิโอมัยอีไลติสทำได้ง่าย, แต่เปลืองมาก, เพราะต้องทดลองในลิง, แล้วรอผลการและตรวจไขสันหลังทางจุลทัศน์. เพราะฉะนั้นจึงไม่ทำกันเป็นกิจวัตร, แต่ทำสำหรับการสืบสวนพิเศษเท่านั้น. วิธีการมีอยู่ ๓ วิธีดังนี้:

ก. วัตถุที่ตรวจ (๑) จากศพ. ใช้ตรวจไวรัสในไขสันหลัง, เมดัลลา, พอนัส และมิกเชรอน. ส่วนที่พบไวรัสบ่อยที่สุดคือเอ็นดาร์จเม้นท์ในคอนคอ (เซอร์วิคัล) และคอนแอว (ลัมบาร์). (๒) จากผู้กำลังป่วย. อาจพบไวรัสในอุจจาระและน้ำลายหรือย้ายจากคอและฟาริงซ์. อุจจาระเป็นที่สุด, เพราะอาจพบไวรัสได้ตั้งแต่ระยะฟักตลอดจนพ้นไข้. ข้อที่แปลกคือถึงแม้โรคจะเป็นแก่ประสาทกลางแต่ก็ไม่เคยแยกไวรัสได้จากน้ำไขสันหลังเลย.

ข. การเก็บและส่งวัตถุที่ใช้ตรวจ.

(๑) จากศพ. ไขสันหลังหรือสมองควรส่งทันที. มิฉะนั้นต้องเก็บไว้ในตู้เย็นจัด (ลบ ๒๐ ถึง ลบ ๗๐°ซ.), หรือแช่ใน ๕๐ เปอร์เซนต์กลีเซอรอลและเก็บตู้เย็นธรรมดา (๐ ถึง ๔°ซ.). (๒) อุจจาระให้ถ่ายลงในหม้อสะอาดแล้วแบ่ง ๑๕ ถึง ๒๕ กรัมใส่ขวดแก้วปากกว้างฝาเกลียว, ส่งไปตรวจทันที. ถ้าต้องล่าช้า, ต้องใส่ตู้เย็น (๐ ถึง ๔°ซ.). (๓) น้ำล้างคอหอย (ฟาริงซ์). ใช้น้ำกลั่น, บร้อธ, หรือ ๑๐ เปอร์เซนต์ heated horse serum ก็ได้. ให้ผู้ช่วยกลั่นคอด้วยน้ำยาที่กล่าวประมาณ ๓๐ ล. ซม. กรอกไปมา, แล้วใส่ในขวดเช่นใส่อุจจาระ. ควรกลั่นไม่น้อยกว่า ๓ นาที. การย้ายคอควรใช้เครื่องย้ายอย่างน้อย ๒ อัน. ย้ายในลำคอแล้วแช่ลงในหลอดแก้วมีบร้อธ ๑ ถึง

๒. ล.ชม. วัตถุเหล่านี้ถ้าไม่ตรวจทันที
ต้องเก็บในที่เย็นแห้ง.

ค. การทดลองใน ลิง. ใช้ ลิงที่
แข็งแรง, สมบูรณ์และทูเบอร์คิวลินลบ,
หนึ่งตัวต่อวัตถุหนึ่งอย่าง. นิยมใช้ *Ma-
caca mulatta* หรือลิงวิซซ์มากกว่าอย่าง
อื่น. (๑) การทดลองเนื้อประสาทจาก
ศพ. ใช้เนื้อตามส่วนที่กล่าวแล้ว ๑ ถึง
๑.๕ กรัมขยักขย้าน้ำกลั่นเล็กน้อยจนละเอียด
ดีแล้วเติมน้ำให้ เป็นน้ำละลาย ๑๐ เปอร์เซ็นต์.
ปั่น ๒,๐๐๐ รอบต่อนาทีนาน ๕
นาที. เอน้ำส่วนบนฉีดลงโดย ๓ วิถี,
คือ (ก) อินทราซีรีบราล. ฉีดเข้าส่วน
กลางของสมองกลีบหน้าผาก (พรีอนคัล)
ของลิงที่วางยาสลบ. (ข) อินทราเนซัล.
หยดประมาณ ๒ ล. ชม. ลงในรูจมูก.
(ค) อินทราแอ็ยคอมินัล. ฉีด ๕ ถึง ๑๕ ล.
ชม. เข้าช่องท้อง. (๒) การทดลอง
อูจาระ. ต้องทำให้ปราศจากแบคทีเรีย
เสียก่อน. เอาอูจาระประมาณ ๑๕ กรัม
ขยักขย้าน้ำกลั่น ๑๐๐ ล. ชม., แล้วเขย่า
ในขวดขนาด ๒๕๐ ล. ชม. นานครึ่ง
ชม. ทิ้งค้างคืนในที่เย็น. แล้วรินเอา
แต่น้ำใสข้างบนปั่น ๒,๐๐๐ รอบต่อนาที
นานครึ่งชม. เอาตะกอนไว้หยอดจุ่ม

ลิง (มีแบคทีเรียไม่เป็นไร.). รินน้ำใสได้
ขวด ๒๕๐ ล. ชม., เติมน้ำอีเธอร์ ๑๐ ถึง
๒๐ ล. ชม., อุดจุกแน่นแล้วเขย่าทุกวัน,
วันละครึ่งชั่วโมง, รวม ๖ หรือ ๗ วัน.
แล้วคอกเอาแต่ส่วนน้ำออกมาปั่น ๔,๕๐๐
รอบต่อนาทีนานครึ่งชั่วโมง. รินน้ำใส
ใส่ขวดไร้เชื้อ (สเตอร์ไรส์). ทดลองว่า
ปราศจากแบคทีเรียหรือไม่โดยเอา ๐.๑
ล. ชม. เลียงบนวุ้นเลือด. ถ้ามีแบคที
เรียต้องเขย่ากับอีเธอร์อีก. ถ้าไม่มีก็ฉีด
เข้าลิงตามกำหนด, คือ (วันที่ ๑) ฉีด
๑. ล.ชม. เข้าสมอง. (วันที่ ๔) ฉีด ๑๐
ล. ชม. เข้าช่องท้องและ ๒ ล. ชม. หยอด
จุมก. (วันที่ ๘) และ (วันที่ ๑๒) ซ้ำ
อย่างวันที่ ๔. (๓) การทดลองวัตถุ
ได้จากล้างคอกหอยและป้ายคอก. เอา
น้ำล้างคอกหอย (ฟาริงซ์) ใส่ขวดรวมกับ
ลูกแก้ว, เขย่า ๑๐ นาที, ปั่น ๒,๐๐๐
รอบต่อนาทีนาน ๑๐ นาที, เอาแต่น้ำ
ใสเขย่ากับอีเธอร์ประมาณ ๑๐ เปอร์เซ็นต์
แล้วทิ้งค้างคืนในที่เย็น. รุ่งขึ้นเอาส่วน
น้ำทดลองว่ามีแบคทีเรียหรือไม่, ถ้าไม่มี
ก็ฉีดลิง, ทางช่องสมอง, ช่องท้องและร
จุมก. สำหรับสิ่งที่ย้ายจากคอกเอาไม่ที่ย้าย
แต่ใน ฟอสเฟตบัฟเฟอร์ โซลูชัน pH ๘,

แล้วเปลี่ยนเป็น pH ๗. เติมน้ำเออร์ไป ๒๐ เปอร์เซ็นต์. ทิ้งค้างคืนในตู้เย็น. ทำต่อไปเช่นน้ำล้างคอหอย. (๔) การสังเกตอาการของลิง. ต้องดูอยู่ประมาณ ๓๐ วัน. วัตถุประสงค์หลักมีทั้งวันและเผ่าอากาศพาราไลซ์ซิส. ต้องระวังไม่หลงอาการสับสนกับพาราไลซ์ซิสเนื่องจากอันตรายกะทันหันของสมองเนื่องจากฉีกขาดว่าเป็นแพ้คสติกพาราไลซ์ซิส, ซึ่งเห็นอาการของโรคโปลิโออิมมิโอไลติส. ระยะพักโรคในลิงประมาณ ๔ ถึง ๒๕ วัน. อาการเริ่มด้วยไข้. ต่อมากัดใจง่าย, สั่น, เอแท็กเซียและในที่สุดพาราไลซ์ซิส. เมื่อแน่ใจว่าเป็นโปลิโออิมมิโอไลติสก็ฆ่าลิงและตัดเอาสมองและไขสันหลังส่วนเซอร์วิคัลและลิมบาร์เอ็นดราจเม้นท์ตรวจทางจุลทรรศน์วิทยา. (๕) การบอกว่าเป็นโปลิโออิมมิโอไลติส. อาศัยจุดสังเกตลักษณะคือมีพยาธิสภาพในบริเวณเนื้อเทา (เกรย์แมทเทอร์) ของไขสันหลัง, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ที่แก๊งเกลียนเซลล์ในแอนทีเรียร์ฮอร์น. ลักษณะเป็นโรคเห็นได้ชัดที่สุดในบริเวณคอและเอว. มีการเปลี่ยนแปลงหลายระยะด้วยกัน, แต่ในระยะหลัง ๆ มีการสลายของนิวโรนและมีพอกขาวเซลล์แทรกในเนื้อเซอร์มิรอบ ๆ หลอดเลือด (เพอริวาสคิวลาร์ราวนด์เซลล์อินฟิลเตรชัน). ที่สมองอาจมีตำแหน่งโรคกระจัดกระจาย, โดยมากอยู่ในส่วนฐานของสมอง, บางส่วนของโมเตอร์คอร์เทกซ์, ที่เวสติบูลาร์นิวคลีไอและที่ซีรีเบลลาร์เซ็นเตอร์.

เอกสาร

1. Amer. Public Health Association. "Diagnostic Procedures for Virus and Rickettsial Diseases." 1st ed., 1948.
2. T.M. Rivers: Viral and Rickettsial Infections of Man. (Lippincott, 1948).

บทความพิเศษ

การจำกัดกำเนิด

ภริมย์ สุวรรณเทมีย์

พ.บ., Dr. med. (Bonn)

(แผนกพยาธิวิทยา)

เมื่อสมัยข้าพเจ้ายังเป็นเด็กเล็กๆ อยู่, มีผู้ใหญ่บางคนห้ามไม่ให้เด็ก ๆ รับประทานลูกกวาดหรือวัตถุใดๆ ที่รับประทานได้, ซึ่งทำมาจากประเทศญี่ปุ่น, เพราะกลัวว่าของกินเหล่านั้น จะทำให้ผู้รับประทานเป็นหมันต่อไปข้างหน้า. บางทีแถมคำอธิบายเหตุผลว่าประเทศนั้น ๆ ไม่มีความประสงค์จะให้ประเทศใกล้เคียงมีอำนาจเทียบเท่าเทียมไหลหรือแข็งแรงมากจนสามารถต่อต้านการแผ่ของเขาได้, จึงหาหนทางจำกัดโดยวิธีต่าง ๆ, เช่นการทำให้พลเมืองในประเทศนั้น ๆ เป็นหมันเสีย, กำลังพลเมืองจะไถลคน้อยลง, และกำลังของประเทศจะค่อยตามไปด้วย. หลายคนในสมัยนี้เห็นว่าการทำให้เป็นหมันโดยการรับประทานนั้นเป็นเรื่องทั้งโง่

และเขลา. พวกสังคมจัดคงจะยิ่งหัวเราะเยาะหนักขึ้น.

แต่ว่ามีอะไรที่แฝงอยู่ในความโง่. นั่นคือความหวังโยในอนาคตของชาติ. ถ้าจะคิดให้ลึกซึ้ง, ความหวังโยอันนี้เป็นความคิดที่ก้าวหน้าไกลมาก, นับว่าไม่แพ้ฝรั่ง. ผู้หวังโยในอนาคตของชาติฝรั่งค่อนข้างจะรุนแรงจนทำให้เกิดวิชา "อนามัยของชาติ" หรือ Racial Hygiene ขึ้นจากการค้นคว้าและการศึกษาอย่างแรงกล้าของเขา. รัฐบาลที่หวังเป็นมหาอำนาจ, หรือเป็นแล้วและต้องการดำรงไว้ซึ่งฐานะ, ต้องรีบเรียนรู้อะไรและปฏิบัติตาม "นโยบายพลเมือง" (Political of Population). ข้าพเจ้าอยากทราบว่าหากผู้ใหญ่ผู้หวังโยในอนาคตของชาติของเราสมัยโน้นมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน, ท่าน

จะมีความเห็นอย่างไรบ้างในตัวของท่านผู้
 เผยแพร่การทำให้เป็นหมันในเวลาอันสั้น. คงไม่
 พ้นจากการเห็นว่าท่านเหล่านั้นคือ "เอเย่นต์
 ลับของต่างประเทศ" เป็นแน่. สำหรับ
 เมืองฝรั่งการทำให้เป็นหมัน, แม้จะทำกัน
 ด้วยความสมัครใจหรือต้องการของผู้ถูก
 กระทำ, การกระทำอันนั้นเป็นการผิด
 ศีลธรรมซึ่งไม่ชอบด้วยกฎหมายและกฎ
 หมายจะช่วยคุ้มครองไม่ได้. ดังนั้นจึง
 ต้องมีผิด, อย่างน้อย ๆ ก็ผิดในฐานะทำ
 ร้ายร่างกายอย่างสาหัส, เพราะทำให้
 เสียอวัยวะสำคัญอย่างหนึ่ง, คืออวัยวะ
 สืบพันธุ์.

เวลานี้ในเมืองไทยกำลังเป็นสมัยทำ
 ให้เป็นหมันด้วยการผ่าตัด. มีการเผย
 แพร่ให้ประชาชนนิยม, โดยการแสดง
 ปาฐกถา, และมีหนังสือพิมพ์นำไปลง
 ช่วยในการแพร่หลายยิ่งขึ้น. เหตุและผล
 ที่ใช้ชักจูงให้เกิดความนิยมก็คงไม่ทั้งต้น
 ปลาย, คือการมีลูกน้อยทำให้ฐานะการ
 กินอยู่ของพ่อและแม่ดีขึ้น, หากความสុ
 ใสตัวได้มากขึ้น. สำหรับเด็กนั้นก็ได้รับ
 ประโยชน์คือได้รับการศึกษาสูงขึ้น, ซึ่ง
 เป็นผลดีแก่ชาติต่อไปในอนาคต, ก็จะมี
 มหาวิทยาลัยที่ประกอบด้วยรัฐมนตรีที่สำเร็จ

การศึกษาจากมหาวิทยาลัยและต่าง
 ประเทศทั้งนั้น. หรือหากว่าสงกว่านชน
 ไปอีกก็คงจะทำได้, เพราะมีเงินทองเหลือ
 ใช้อย่างยิ่งเป็นเวลาที่ช่วยยากมากแถมเช่น
 เวลาการทำให้เป็นหมันก็บังเป็นสวณะที่
 เกียว. การรู้จักประมาณคนไม่ให้เป็น
 ภาวะแก่ผู้ปกครองคงเป็นที่น่าสนใจ.

เมื่อมองเรื่องการทำให้เป็นหมันเป็น
 ของที่มีมาก่อนนานแล้ว. การโต้เถียง
 ระหว่างผู้ถือลัทธิมีลัทธิเชยนิสซึมและผู้ถือ
 คำสำหรับ "อนามัยแห่งชาติ" ก็มีขึ้นแล้ว
 เหมือนกัน. ทั้งการกระทำให้เป็นหมัน
 และผลซึ่งเกิดขึ้นจากการกระทำที่ปรากฏ
 แล้วโดยสมบูรณ์, จนเป็นหลักฐานที่
 นักศึกษาค้นคว้านำมารวบรวมเป็นตำรา
 "อนามัยแห่งชาติ" ซึ่งรัก, และรัฐบาล
 ฝรั่งหลายประเทศได้นำเอาไปเป็นหลักใน
 การปฏิบัติดำเนินนโยบายพลเมือง. เนื่อง
 แต่การแสดงปาฐกถาชวนนิยมการทำให้
 เป็นหมันยังขาดข้อความสำคัญบางข้อ,
 บทความจึงจะได้นำเอาผลของการทำให้
 เป็นหมันจำกัดกำเนิดมาแสดงเพื่อให้
 ปาฐกถานาน ๆ สมบูรณ์ขึ้น.

ผู้ก่อการของการจำกัดกำเนิดคนเป็น
 พระบาทหลวงชาวอังกฤษ, ซ่อมัลลิส

(Malthus). เป็นพระในนิกายโปรเตสแตนต์. นิกายโรมันคาทอลิกนั้นส่งเสริมความเป็นครอบครัวขี้บงก, เช่นห้ามการหย่าร้างและห้ามคุมกำเนิดโดยวิธีใด ๆ ก็ตาม. ครอบครัวโรมันคาทอลิกที่เคร่ง, ถึงกับไปเดินขบวนได้ทั่วในเวลานี้เข้าวันอาทิตย์. รู้สึกว่าจะมีลูกมากและไม่รู้สึกว่าเขาเดือดร้อนเพราะการมีลูกมาก. พระมัลธัสจะไ้เรียนวิชาสถิติพยากรณ์ชีพของวิชาการสาธารณสุขเมื่อไร, หรือได้เรียนหรือไม่, ไม่ปรากฏ. ปรากฏแต่ว่าท่านรู้ว่าจำนวนเกิดมีนท่อมจำนวนตายมากมายและเห็นว่าถ้าขึ้นปล่อยไว้อย่างนั้นแล้ว, ที่ก็จะไม่มีให้คนอยู่, อาหารก็จะไม่มีให้กิน, มีคสสัญญาจากการแย่งกันกิน, แย่งกันอยู่ก็จะเกิดชน. ดังนั้นจึงต้องหาหนทางระงับการเกิด. แต่แทนที่จะระงับการเกิดด้วยการให้ประชาชนถือศีลถือพรหมจรรย์, กลับสอนไปให้ประชาชนคุมกำเนิด. ก็เลยเกิดเป็นลัทธิซึ่งเรียกกันว่า "มัลธูเซียนิสต์".

การคุมกำเนิดคนต่อมากมีลูกศิษย์มากช่วยเผยแพร่. เหตุผลที่ก่อให้เกิดการคุมกำเนิดก็มีอย่างเพิ่มขึ้น ๆ, ลงท้ายก็กลายเป็นเรื่องของการเศรษฐกิจสังคม. คือ

อ้างว่าการมีลูกมากจะทำให้ครอบครัวยากจนและการศึกษาของลูกก็จะต่ำลง, เช่นไม่ถึงขั้นจบปริญญาจากมหาวิทยาลัยหรือไปศึกษาวิชา ณ ต่างประเทศแน่ ๆ. แต่มีลูกมากที่เลือกเดินสายกลาง, จำกัดจำนวนเกิดให้เป็น ๒ คนหรือ ๓ คน หรือ ๔ คน. จึงเกิดมีระบบต่าง ๆ ขึ้นและที่นิยมกันมากก็คือระบบมีลูก ๔ คน (Four-children system). โดยนะเพราะพวกพ่อค้าต่างมีรายได้จากการคุมกำเนิดมาก, เพราะต่างก็ประคิมชีวิตคู่ของตนกำเนิดมีลักษณะต่าง ๆ กันขึ้นชาย, ซึ่งพอจะแบ่งออกเป็นพวกได้ดังนี้: คือพวกหนึ่งซึ่งกันไม่ให้เชื้อสืบพันธุ์ฝ่ายชายและฝ่ายหญิงได้พบกันและฟักให้เป็นลูก. เครื่องมือชนิดนี้มีทั้งสำหรับชายและสำหรับหญิง. อีกชนิดหนึ่งทำให้เชื้อสืบพันธุ์ซึ่งผสมกันแล้วเกาะกับมดลูกไม่ได้. นอกจากนี้ยังมียาอีกมากขนานที่ประคิมชีวิตขึ้นเพื่อกันกำเนิด.

มนุษย์เป็นสัตว์โลกที่หาความพอใจได้ยาก, ย่อมเคี้ยวเคี้ยวแต่เทวดาอยู่เสมอ. ของเครื่องคุมกำเนิดที่พ่อค้าประคิมชีวิตมาให้มันยังไม่เป็นที่พอใจ. เป็นด้วยไม่สะดวกแก่การใช้บ้าง หรือขัดขวาง

อย่างอื่น, หรืออันตรายจากการระคาย. การผ่าตัดเพื่อทำให้เป็นหมันจึงยุติชน, ซึ่งดูเหมือนจะไม่รบกวนในทางกามารมย์ทั้งหมด. ต้นเหตุของการใช้วิธีนี้บางครั้งก็ไม่ใช่วิธีการเศรษฐกิจ แต่เป็นเรื่องส่วนตัวหรือครอบครัว, เช่นเกี่ยวกับภรรยา น้อยเป็นต้น. การทำให้เป็นหมันโดยการผ่าตัดนั้นจะมีผลร้ายคืออย่างไร, เกี่ยวกับร่างกายหรือจิตใจ, ข้าพเจ้าจะไม่กล่าวในที่นี้ เพราะเห็นว่าเป็นคนละจุดหมาย. สำหรับข้าพเจ้าเชื่อว่าต้องมีบางแน่นอน, เสมือนมือที่ตัดขาออกไป, ผลก็ยังคงทิ้งคือมือที่ควั่นซึ่งขัดแก่การจับถักต่าง ๆ. ซึ่งโครงข่ายชายซึ่งพระเจ้าได้ทำพลาสติกโอเปอเรชั่นไปจากอากัม, อากัมก็ยังคงอยากได้โครงข่ายนั้นกลับมาเสมอ, คือ อีวา. และลูกหลานผู้ชายของอากัมก็ยังคงต้องการโครงข่าย, คือลูกหลานผู้หญิงของอีวา, ไม่มีวันเสื่อม.

มนุษย์คนก่อนข้างจะเป็นสัตว์โลกที่น่าเกลียดอยู่สักหน่อย. อากัมและอีวาซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าที่สุดและให้อาศัยอยู่ในสวนสวรรค์เอเด้นก็ยิ่งเฉลอตัว “วางโต” กับพระเจ้าจนต้องถูกลงโทษขับออกจากสวนสวรรค์, ถูกลงโทษให้นุ่งผ้า

และให้อีวาหนักใจด้วยการสังคมในสมัยนั้น. แต่เรื่อง “วางโต” ก็ยังคงมีมาเรื่อยตลอดประวัติศาสตร์. มีการวางโตระหว่างบุคคลกับบุคคล, หมู่ต่อหมู่, ประเทศต่อประเทศ, ชาติต่อชาติ. พวกถูกวางโตหากไม่หาหนทางป้องกันตัวก็สูญหายไป. นักปราชญ์คนหนึ่งจึงสรุปว่า “The fittest will survive.” การจะวางโตได้ก็ต้องมีอิทธิพลต่าง ๆ หนุนหลัง. สำหรับบุคคลอย่างน้อยก็ต้องมีกำลังร่างกายดีและทรัพย์สินดี. ประเทศก็ต้องมีกำลังพลเมืองแน่นหนา, เพื่อกำลังแสนยานุภาพและกำลังทรัพย์สินสนับสนุน. สังเกตคิมหลายประเทศที่พลเมืองคงไม่รู้จักลัทธิ มีลธเชยนิสมี, หรือรู้แล้วแกล้งทำเป็นไม่รู้, ยังคงเพิ่มจำนวนพลเมืองอย่างไม่มีวันยับยั้ง. เขาไม่กลัวว่าจะต้องแย่งกันกินหรือแย่งกันอยู่. หากเขามีที่ไม่อพอ, พลเมืองของเขาก็จะไปอยู่ที่อื่นได้. เขาถือคติว่าเมื่อประเทศเขาไม่มีที่พออยู่, ไม่มีข้าวพอกิน, หากอีกประเทศหนึ่งมีที่ว่างมากซึ่งไม่ใช้ทำประโยชน์, ก็ไม่ควรหวงไว้. ฉะนั้นมันเป็นกฎธรรมชาติอย่างแท้จริงที่คนจะต้องมีที่อยู่กิน. เมื่อพลเมืองของเขาแน่นประเทศ, เขาไปอยู่ที่ประเทศอื่น. เมื่อ

รวมกันอยู่มาก ๆ เข้า, ก็กลายเป็นรัฐน้อย ๆ ซ้อนอยู่ในรัฐใหญ่นั้น. เมื่อเขาไม่ทิ้งขนบธรรมเนียมเดิมและปรับตัวให้ถูกกับฝ่ายเจ้าของประเทศ, เจ้าของประเทศก็อาจต้องทำอะไร ๆ ให้เหมาะแก่รัฐน้อย ๆ นั้น. ในบางรายฝ่ายถูกเบียดรัฐตัวรับข้อมัน, เช่นจำกัดจำนวนเข้าเมือง, ห้ามชาวต่างชาติทำมาหากิน, ฝ่ายเบียดเห็นว่าจะข่มเอาโดยคิ ๆ ไม่ได้, ก็ต้องใช้แสนยานุภาพกดดันเอาฝ่ายถูกเบียดเข้าไว้ในจักรวรรดิของตน. เหตุผลที่เคยเห็นข้างนี้เหมือนว่า “วังแกพวกเขาที่เข้าไปอาศัยอยู่จนไม่สามารถจะทนทานได้.”

แต่เวลานี้ค่อนข้างจะไม่ได้ผลดีในขั้นปลาย, เพราะปลุกความกลัวเบียดให้เกิดขึ้นในหมู่ประเทศเพื่อนบ้านทำให้เพื่อนบ้านรวมกันแข็งคอบได้ซึ่งบางทีทำให้ถึงฐานะสันประเทศ. วิธีที่คิดว่าคือการรุกราน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางเศรษฐกิจ. วิธีนี้ไม่มีเสียงดังตาม, และไม่มีห้ามไว้ในกฎบัตรของสหประชาชาติ, ดังนั้นจึงยอมทำได้และเป็นวิธีแนบเนียน, ไม่ต้องรับผิดชอบอะไรมากนัก, นอกจากต้องอดทนบ้างเพื่อความยิ่งใหญ่ในที่สุด.

เรื่องที่ยกมาเช่นเรื่องที่เกิดขึ้น

จริง ๆ ซึ่งสามารถจะสืบสวนค้นคว้าศึกษาจากประวัติศาสตร์, และเหมาะที่จะเป็นคำบรรยายข้อสุดท้ายในปาฐกถาเรื่องเผยแพร่การทำตนให้เป็นหมื่นในบ้านเรา.

ความจริงสรุปได้ว่าประเทศมีพลเมืองมาก, กำลังแสนยานุภาพของเขาก็กว้าง, การเศรษฐกิจก็คึกคักเพราะมีคนทำรายได้ให้ประเทศมาก. เมื่อพลเมืองในประเทศก็ย่อมชวนชวนไปอยู่ที่อื่น. ก่อเป็นรัฐเล็ก ๆ ขึ้นในนั้นและรุกราน. พวกประเทศที่มีพลเมืองน้อยย่อมถูกพลเมืองที่ตนมาจากอื่นเข้าแทรกแซง, และในที่สุดก็เข้าครอบครองช่องว่างที่พวกเห็นแก่ตัวพยายามปล่อยไว้, เพื่อหาความสบายให้กับตัวเองหรือลูกหลานของตน.

การจำกัดกำเนิดก็อย่างแพร่หลายเป็นการสร้างช่องว่างให้ชาติอื่นเขาเข้าครอบครองได้ง่ายเข้า, ซึ่งไม่เป็นการจำเป็นเลย. หากการจำกัดกำเนิดมีการควบคุมให้อยู่ในขอบเขตของความจำเป็นจริง ๆ ก็ไม่มีอันตรายเป็นไร. แต่ควรอาศัยเหตุผลทางแพทย์เป็นหลัก. หากเหตุผลเป็นเรื่องเศรษฐกิจ, เกี่ยวกับความยากลำบากในฐานะของครอบครัว, รัฐบาลก็มีอยู่สำหรับให้ความช่วยเหลือ, ถึงแม้ว่า

อย่าง ในต่างประเทศที่เขาปฏิบัติกันได้ผล
 คอยู่ในทุกวันนี้. ถ้าหากเหตุผลเพื่อจำกัด
 กำเนิดเป็นเรื่องของกามารมณ์และเป็นท
 ษิตอค์ของสังคม, ก็พอจะแก้ไขได้ในทาง
 ขอบรมเกี่ยวกับศีลธรรมและจิตใจ. เกย
 อกับประการหลังนี้, ข้าพเจ้าขอ นำตัวอย่าง
 เรื่องจริงที่ได้ประสบมาแล้วแสดงการปฏิบัติ
 ในต่างประเทศ, ดังต่อไปนี้. ยูนาวิคน
 หนึ่งไปปฏิบัติการสนาม. เมื่อกลับมาบ้าน,
 เธอก็มีครรภ์. พวกที่ชอยเอาเรื่องของผู้
 อื่นไว้วิพากษ์วิจารณ์ยูนาวิคนั้นแทบจะ
 ทนอยู่ในโลกไม่ได้, เพราะไหนจะถูก
 ค่อนชอก, ไหนจะกลุ้มใจในการล่วง
 ละเมิดประเพณีซึ่งเกิดเพราะชาติสติไปชั่ว
 ครัว. ครั้นวันหนึ่งท่านผู้ว่าราชการจังหวัด,
 พร้อมด้วยข้าราชการผู้น้อย, ก็จัดซื้อดอก
 ไม้ขนาดใหญ่ถนัดนำไปให้แก่ยูนาวิคนั้นซึ่ง
 กำลังว่าเหว่าที่สุดคนนั้นและกล่าวยกย่องอย่าง
 ขนานใหญ่, มีใจความว่าเธอได้ทำหน้าที่
 ดีที่สุดและการ มีครรภ์ก็จะได้พิสูจน์ความ
 สามารถในการเป็นมารดาของเธอ. เธอ
 ควรระวังรักษาตัวให้แข็งแรงเพื่อเด็กที่เกิดมา

จะได้แข็งแรงและทำประโยชน์ให้แก่ชาติ
 บ้านเมืองต่อไป. ครั้นแล้วก็ส่งยูนาวิคนั้น
 ไปที่ตากอากาศและในที่สุดไปโรง
 พยาบาลพักคลอด. เหตุการณ์ก็สงบไป.
 ในการปรารภกับข้าพเจ้าและเพื่อน ๆ เกย
 อกับเรื่องนี้, ท่านผู้ว่าราชการจังหวัดคน
 นั้นกล่าวว่าเรื่องมันเกิดขึ้นแล้ว, ทำไมจะไป
 ทำให้มันหนักขึ้นอีก. เด็กสาวกำลังว่า
 เหว่า, พบแต่ผู้ซึ่งแสดงไม่เป็นมิตรอยู่รอบ
 ข้าง, อาจทำความชั่วให้มากขึ้นอีกได้,
 เช่นทำการวิคตูลิ่งซึ่งผิดกฎหมายและหาก
 ถูกจับได้ (และโดยมากก็เช่นเช่นนั้น) ก็
 จะต้องรับโทษถึงเข้าคุกเข้าตารางเสียคน
 ไปเลย, หรืออาจไปผูกคอตายเสียก็ได้.
 แล้วความผิดจะตกอยู่กับผู้ใด.

ดังที่ได้อธิบายไว้แต่แรก, เรื่องการ
 จำกัดกำเนิดคนมีส่วนเกี่ยวข้องกับสำคัญกับ
 วิชาอนามัยของชาติและเป็นต้นเรื่องที่จะ
 ให้เกิดวิชันนั้นขึ้น. วิชาอนามัยของชาติ
 เป็นเรื่อง การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเมือง.
 เรายังไม่รู้ว่าเมื่อใดในเมืองไทยจึงจะเกิด
 ความสนใจในวิชันนั้นขึ้นมาบ้าง.

บทบรรณาธิการ

การตอนมนุษย์

หลายประเทศ ถือว่าการตอนมนุษย์ เป็นเรื่องของประเทศชาติ, และมีกฎหมายคุ้มครองและควบคุม. ทั้งนี้เพราะการตอนเป็นการเกิดชาติ, ผู้ถูกตอนไม่มีหวังจะกลับมีความสามารถสืบพันธุ์ได้อีกเลย, ไม่เหมือนกับ การคุมกำเนิดโดยการใส่ยา, ซึ่งมีผลเพียงชั่วคราวเท่านั้น. ถ้าหากการตอนมีแพร่หลายมากก็อาจทำให้อัตราคนเกิดตกต่ำ, และจะเป็นอยู่ตั้งนานจนตายเท่ายังไม่มีคนรุ่นใหม่เกิดโตขึ้นมาทำการสืบพันธุ์ต่อไป. หมายความว่า การเพิ่มพลเมืองอาจชะงักไปหลายปี. ถ้าหากพวกรุ่นใหม่พากันตอนเสียเป็นส่วนมากอีก, การชะงักนั้นก็ยิ่งยืดเยื้อต่อไป. ชื่อนี้ย่อม กระเทือน ถึง พลัง ของ ประเทศ, ทั้งในด้านการทหาร และการเศรษฐกิจ. ประเทศที่มองเห็นความสำคัญของความสมบูรณ์ในค่านักำลังจึงเห็นจำเป็นที่จะควบคุมการตอนมนุษย์ให้อยู่ในขอบเขตจำกัด, ไม่ปล่อยให้แพร่หลายจนเกินความจำเป็นไป.

ความจำเป็นที่กล่าวนี้ อาจเป็นเรื่องส่วนตัว, หรือเกี่ยวกับส่วนรวม. เรื่องส่วนตัวที่เขายอมยกเป็นเหตุเพื่อการตอนไว้แก่ความจำเป็นทางแพทย์, เช่น เกี่ยวกับการเป็นโรคที่ขัดขวางต่อการมีลูก, ดังโรคหัวใจหรือวัณโรคบางระยะ, หรือโรคร้ายที่อาจสืบพันธุ์ไปได้. เรื่องเกี่ยวกับเศรษฐกิจในครอบครัวเขาไม่ยอม, เพราะเห็นว่า เศรษฐกิจของชาติสำคัญกว่า, และหากครอบครัวใดใหญ่เกินไป, รัฐก็ให้ความช่วยเหลืออย่างพอเพียง. ถ้าหากผู้ใดไม่อยากจะมียูอีก, เพราะมีมากแล้วเลี้ยงไม่ไหว, ก็อาจใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยยา, หรือโดยวิธีอื่น, ซึ่งเบ็ดเสร็จไป. ถ้าหากเมื่อใดรายใดคิดขึ้น, ย่อมมีลูกอีก, ก็มีได้. ถ้าหากตอนเสียแล้วก็หมดหวัง. ในด้านส่วนรวม, เหตุผลที่ยกขึ้นสำหรับการตอนเป็นไปตามหลักสร้างพันธุ์ดี (ยูเจนิคส์). ในบางประเทศไม่เพียงแต่ยอมให้ตอนเท่านั้นเพื่อเหตุนี้, แต่ในบางประการก็มีการบังคับให้ตอนที่เกี่ยว.

ตัวอย่างเหตุที่ต้องจัดการรุนแรง ดังนั้นมี เช่นจิตต์ทราม, โดยละเอียดอย่างยิ่งถ้า เอนเอียงไปในทางก่ออาชญากรรมด้วย, และโรคพิษสุกรมเกี่ยวกับระบบประสาท, เป็นต้น.

กฎหมายเกี่ยวกับการตอนไม่เพียงแต่ บังว่าผู้ใดต้องถูกตอน, ผู้ใดอนุญาตให้ ถูกตอนได้เท่านั้น, แต่เพื่อความศักดิ์สิทธิ์ ในการควบคุมมีจำกัดไว้ด้วยว่าแพทย์ผู้ใด บ้างจะตัดสินใจในการสมควรไม่สมควรตอน, และแพทย์ผู้ใดบ้างจะมีสิทธิทำการตอน. โดยมากการตัดสินใจเป็นหน้าที่ของ คณะ กรรมการซึ่งประกอบด้วยนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ, และผู้ที่ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ ตอน คนไข้ใดนั้นก็มักต้องเป็นชนศาสตร์จารย์. ทั้งนี้ใช้เพราะว่าการ ตอนเป็นเรื่องยาก, แต่เพราะเขาต้องการจำกัดความชำนาญ ให้อยู่ในวงแคบ, ซึ่งเป็นการป้องกันการ ลักลอบตอนไปในตัว. วิธีตอนนั้นเป็นเรื่อง ง่าย, แม้ผู้สำเร็จแพทย์ใหม่ ๆ ก็อาจทำ ได้, ถ้าได้เคยเห็นหรือหัดบ้าง. ถ้าหาก ทำการตอนกันอย่างเปิดเผยพร่าเพร่อเกิน ไป, ไม่เข้าบ้านเมืองก็จะเต็มไปด้วยนัก ตอนมนุษย์, และผลร้ายแรงก็จะปรากฏ ตามมาโดยเร็ว.

การอยากให้มีพลเมืองมากไม่จำเป็น จะต้องแปลว่าอยากเป็นมหาประเทศ, หรือ เป็นผู้รุกราน. ทุก ๆ ชาติย่อมอยากให้ ประเทศของตนเป็นขบถแผ่นดินสถาพร. ข้อ นี้จะสำเร็จได้ย่อมต้องอาศัยคน ชาติใหญ่ ในประเทศนั้นเป็นหลัก, คือต้องมีจำนวน มากพอที่จะสร้างกำลังทั้งทางเศรษฐกิจ และทางทหารให้แก่ประเทศได้. ประเทศที่ประกอบด้วยชนหลายเหล่าย่อมขาด ความมั่นคง, ถ้าหากไม่มีพวกไหนใหญ่ พอที่จะยึดหลักไว้ได้. ผู้ที่รักประเทศชาติ จึงชวนชวายที่จะให้พลเมืองเพิ่มมากขึ้น อยู่เสมอ.

แต่การเพิ่มพลเมืองนั้นก็คงอยู่ในขอบ เขตจำกัด, จึงจะไม่กลายเป็นผลร้ายไป. เป็นความจริงที่พลเมืองมากจนเกินขีด, มีการยึดเยี่ยคอคออยาก, ก็เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ, ถึงแม้จะเป็นกฎธรรมชาติว่ามนุษย์ ต้องดิ้นรนหาที่อยู่จนได้. ถ้าไม่มีในประเทศของตน, ก็ไปหาในประเทศอื่น. (1) ประเทศใดจะรับเลี้ยงพลเมืองได้เพียงใด ย่อมแล้วแต่เนื้อที่และความอุดมสมบูรณ์. ประเทศไหนยังมีที่ว่างและมีอาหารเหลือก็ ต้องรับเพราะคนชนบรจู่ที่ว่างเสีย, ก่อนที่ เพื่อนบ้าน หรือผู้อื่น จะแทรกเข้ามา อยู่,

(1) ดูบทความพิเศษในฉบับนี้.

พร้อมกับทำการกีดกันชนต่างค้ำวในการ
 ทำมาหากินและการตั้งหลักฐานไปด้วย.
 ประเทศเช่นนี้ย่อมต้องส่งเสริมการมีบุตร
 มากและหวงห้ามการคุมกำเนิดด้วยวิธี
 ต่าง ๆ. ประเทศโคพลเมืองยักเยียกแล้ว,
 ถ้ามากขึ้นอีกจะอดออดอยาก, ก็หันไป
 ส่งเสริมการคุมกำเนิดให้เกิดให้เกิดได้
 ส่วนสักกับการตาย, ให้เหลือคนจำนวน
 พอ ๆ ต่อไป. ประเทศหนึ่งซึ่งอยู่ในภาวะ
 เช่นนี้มาหลายปีแล้ว คือประเทศอังกฤษ,
 ซึ่งมีอัตราการเกิดและอัตราคนตายเท่า ๆ
 กัน. แต่แม้ในภาวะเช่นนี้ก็ไม่ปรากฏว่า
 เขาส่งเสริมการคุมกำเนิดโดยการผ่าตัด.
 เขาแนะนำการคุมกำเนิดด้วยยาหรือด้วย
 วิธีธรรมชาติ, มีสถานให้คำแนะนำและ
 ให้ความสะดวก, แต่ก็หาได้มีการประกาศ
 เปิดเผยแก่คุณวิเศษอย่างอื่นที่กแต่ประ
 การใดไม่.

ประเทศเราใคร ๆ ก็รู้ว่า มีพลเมือง
 น้อย, ที่ว่างยังมีมาก, ทวิพยธรรมชาติ
 ก็เหลือเฟือ. แม้ขณะนี้ชนต่างค้ำวเข้า
 มาช่วยอยู่ช่วยกินเป็นจำนวนมากก็ยังไม
 รู้สึกออดออด. เราไม่เนอที่กว้างประมาณสี่
 เท่าของเกาะอังกฤษ, แต่มีพลเมืองไม่
 ถึงกึ่งหนึ่งของเขา. ความอุดมสมบูรณ์

ของพื้นที่เราก็ไม่เลวกว่า. เพราะฉะนั้น
 เราคงอยู่ในพวกซึ่งยังมีที่ว่างมาก. ภัย
 เหตุนี้ประกอบกับความอุดมซึ่งขวยวน,
 เราควรเร่งเร่งไปในทางเพิ่มพลเมือง. ใน
 อัตราที่พลเมืองของเราเพิ่มอยู่ในขณะนี้
 คำนวณว่าอีกประมาณยี่สิบห้าปีจึงจะถึง
 ยี่สิบล้านคน, ซึ่งก็ยังคงอยู่ได้ในประ
 เทศเราอย่างหลวม ๆ. แม้จะไม่ขยายเนอ
 ที่นาชนอีกเลย, ก็ยังมีข้าวพอกิน. (2)

เพราะฉะนั้นเราจึงไม่จำเป็นต้องนึกถึงการ
 ลดอัตราคนเกิดภายในระยะยี่สิบห้าปี.
 แต่คงจะต้องเร่งขยายการปลูกข้าวและ
 เพิ่มการผลิตอาหารอื่น ๆ ให้มากขึ้น, เพื่อ
 ให้มีข้าวเหลือเป็นสินค้าออกไปแลกของ
 ใช้ที่เราทำเองไม่ได้เข้ามา. อีกข้อหนึ่ง
 ที่จะต้องเร่งกระทำคือรัฐจะต้องโอบอุ้มผู้ม
 วยครมากให้ได้ประโยชน์จริงจัง, ไม่ใช่ได้
 แค่ออ, ซึ่งจะเห็นเหตุให้คนท้อต่อการมี
 ลูกและหันไปหาการคุมกำเนิดกันมากขึ้น.

การคุมกำเนิดที่กระทำด้วยเหตุผลสม
 ควรเป็นการดีและบางครั้งก็จำเป็น. แต่
 การคุมกำเนิดโดยวิธีผ่าตัด, หรือการตอน,
 เป็นเรื่องที่สมควรมีการควบคุม, เพราะ
 เป็นการบีบคั้นไปจนตาย. โดยเฉพาะ

(2) ความเห็นของ ดร. แพสมอร์, ผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาการอาหารขององค์การอนามัยโลก, แสดงแก่ผู้เขียน
 เป็นส่วนตัว.

อย่างยิ่งการเผยแพร่การตอกลงที่ที่มีการส่งเสริมกันมากในระยะทางหนังสือพิมพ์และปาฐกถา, ซึ่งหยิบยกขึ้นแต่เฉพาะคุณวิเศษ, ชวนให้สาธารณชนคล้อยตามโดยเหตุผลเฉพาะส่วนตน, ไม่ได้ยกข้อไม้ติของวิธีการนั้นขึ้นกล่าว, เพื่อให้มีการยับยั้งซึ่งใจหรือใช้วิจารณ์เฉพาะส่วนรวมเข้าด้วยเลย, สมควรจะระวังกันเสียที. ผู้เริ่มเผยแพร่อาจไต่กระทำการด้วยความตั้งใจดีต่อบางคนหรือบางหมู่, ไม่ได้เคลือบใจว่าความรู้นั้นจะได้รับการขยายแพร่ต่อไปจนกลายเป็นเรื่องของชาวบ้าน. เคียงวันแม้ผู้ไม่มีความรู้ทางนิเทศวิทยายังเขียนบทความเรียกร้องให้จัดการเผยแพร่การตอกลงให้แพร่หลายยิ่งขึ้น. ในด้านการศึกษาปฏิบัติก็คุมองเห็นการตอกลงมนุษย์เป็นของธรรมดา, ใคร ๆ ก็ทำได้. ผู้เล็งเห็นอันตรายก็คงมีอยู่มาก, หากแต่ไม่มีใครเคลื่อนไหว. อาจเป็นไปได้ว่าเห็นเป็นเรื่องส่วนตัว. ใครอยากตอกลงก็ตอกลง. แต่คนทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของบ้านเมือง, ไม่ว่าจะยากดีมีจน, โง่เขลาหรือฉลาด. ทุกคนมีส่วนของตนในการสร้างเสริมกำลังของประเทศเพื่อความมั่นคงร่วมกัน. การตอกลงทุกครั้ง, ไม่ว่าจะใครที่ไหน, ย่อมกระทบกระเทือนประเทศชาติโดยปริยาย. อันตรายสำคัญ

ของการเผยแพร่ทั่วไปคือลงท้ายผู้ที่เลือกเป็นผู้ตอกลงนั้นมักเป็นผู้มีความรู้, เป็นคนชนกลางหรือชนสูง, ซึ่งไม่ยอมยกมืออีกเพราะเหตุผลต่าง ๆ กัน. ผู้ที่ขาดการศึกษาที่ไม่เข้าใจผลที่จะได้จากการตอกลง. ผู้ที่อยากจนที่ไม่มีเงินจะให้แก่งานการตอกลง. ผลสุดท้ายจำนวนพลเมืองที่เพิ่มขึ้นก็จะเพิ่มในส่วนผู้ที่ขาดการศึกษาหรืออยากจน, เป็นการเพิ่มความลำบากในครอบครัวและความยุ่งยากแก่รัฐ. ส่วนพวกที่มีการศึกษาดี, มีฐานะดี, ซึ่งอาจยอมรับผลของเขาให้เจริญและทำประโยชน์ให้แก่ประเทศได้มาก ๆ, ก็พากันไปตอกลงเสียแล้ว. ในที่สุดประเทศก็จะท่วมไปด้วยคนไร้การศึกษาและคนจน. รัฐจะต้องช่วยพวกนี้มาก. และพวกฐานะดี, ซึ่งไปตอกลงตนเองเพื่อให้อยู่กินสบาย, ก็จะต้องช่วยรัฐมากขึ้นเช่นเงาตามตัว. ความมุ่งหมายเดิมในส่วนตัวก็คงจะไม่สำเร็จสมบูรณ์นัก, และในส่วนรวมก็จะไต่แต่ผลร้าย.

ใครจะตอกลงหรือไม่ตอกลง, เป็นเรื่องส่วนตัว, ไม่มีใครว่ากล่าวใครได้. แต่เป็นเรื่องของบ้านเมืองด้วย, จึงน่าที่ขานเมืองจะทำการแนะนำสั่งสอน, และควบคุมเห็นยว่งไว้บ้าง, ไม่ปล่อยให้แพร่หลายพรวดพราดเกินสมควร.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ฤกษ์ วาจนนท์ พ.บ., นันทา เกตุทัต พ.บ., ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., เสนอ อินทร
สุขศรี พ.บ., ชาญ สถาปนกุล พ.บ. ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ., พนิต เกษานนท์ พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ.,
วันดี ไวสารจ พ.บ.,

1. Frank E. Hesse, Clayton G. Loosli: The Lining of the Alveoli in Mice, Rats, Dogs and Frogs following acute pulmonary Edema produced by ANTU Poisoning. (เยื่อ
ขุณวมในปอดของหนู, สุนัขและกบที่
ทำให้เกิดขุมน้ำอย่างรวดเร็วจากพิษของ ANTU) *Anat. Rec.* v. 105, No. 2, Oct. 1949, pp. 299-323).

การฉีด ANTU (Alpha-naphthyl thiourea) เข้าช่องท้องสัตว์ทดลอง ปรากฏว่าทำให้เกิดการขุมน้ำที่ปอดอย่างมากและรวดเร็ว. สัตว์ตายใน ๒-๒๖ ชม. การขุมน้ำปรากฏรอบ ๆ หลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง. ส่วนผนังของหลอดลมและขุมน้ำไม่มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญนัก. น้ำที่ซึมออกมาอยู่ในขุมน้ำเป็นตะกอนของโปรตีนและไฮโฟบริน, มีเซลล์น้อย, เป็นพวกมาโครฟาจ, ลิมโฟไซต์, โมโนไซต์และไปลิมอร์ฟ.

เยื่อขุณวมในปอดของกบ edema fluid ผนังเยื่อเป็นแผ่นออกจากผนังหลอดเลือดฝอยที่อยู่ข้างใต้. แต่ในปอดของหนูและสุนัข, แม้แสดงว่ามีการขุมน้ำอย่างมากมาย, ไม่มีเยื่อติดผนังหลอดลมเลย. ขนผิวและในผนังของขุมน้ำของปอดหนูและสุนัขมี septal cells ปรากฏแยกกันอยู่และไม่มีส่วนยื่นออกไปคลุมหลอดเลือด, หรือติดกับเยื่อออกมา, ก็ยังสัมพันธ์สนิทกับเยื่อผนังที่เป็นโครงของผนังอีกด้วย. จึงทำให้เชื่อนักไปข้างว่าเซลล์เซลล์มีกำเนิดมาจากเมสเซนไคม์.

ปอดของหนูและสุนัขที่ฉีดด้วย ANTU ยังแสดงให้เห็นว่าระหว่างขุมน้ำมี pores of Kohn ติดต่อกันอยู่เพราะเห็นเส้นใยไฟบรินในอีกซีกเขตที่ลอดผ่านช่องเหล่านี้. ผู้รายงานถือการศึกษาเป็นข้อแย้ง, และยังไม่ยอมรับว่าผนังของขุมน้ำในปอดของสัตว์มีนม (อย่างน้อยก็ในหนูและสุนัข)

มีเยื่ออย่างที่มีกำเนิดจากเอ็นโดเธอร์มิคติดต่อกันเป็นแผ่น, ไม่ว่าจะเห็น nucleated cells หรือ non-nucleated plaques ตามผลงานของ Miller และของ Bensly กับ Bensley ซึ่งแสดงให้เห็นได้แต่เพียงในปอดที่เป็นโรค. (ในรายงานมีคำบรรยายลักษณะที่เห็นด้วยกล้องจุลทรรศน์ของปอดทั้งในสภาพปกติและสภาพทดลองอย่างละเอียด, พร้อมด้วยภาพถ่ายจุลทรรศน์ประกอบ ๑๔ ภาพ.)

ภูเก็ต วาจนนท์ พ.บ.

2. W.L. Calnan, B.J.O. Winfield, Mary F. Crowley and Arnold Bloom: Diagnostic Value of the Glucose Content of Serous Pleural Effusions. (คุณค่าของจำนวนกลูโคสในน้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอดในการวินิจฉัยโรค B.M.J., June 2, 1951, pp. 1239-40.

เนื่องจากความลำบากและเปลืองเวลาในการฉีดเข้าหุ้มนะธา, และคุณค่าของการตรวจหาจำนวนน้ำตาลกลูโคสในน้ำไขสันหลังในรายที่เป็นเยื่อหุ้มไขสันหลังอักเสบจากวัณโรค, จึงเห็นว่า การตรวจหา กลูโคสในน้ำจากช่องอกอาจจะช่วยใน

การพิจารณาที่เกี่ยวกับต้นเหตุได้. จึงได้เสนอรายงานในคนไข้ ๖๑ รายไว้ดังนี้: เจาะน้ำจากช่องอก ๒ ซม. หลังอาหาร, พร้อมกับเจาะเลือดด้วย, ใช้ฟลูออไรด์กันการย่อยน้ำตาล (glycolysis). ตรวจหาปริมาณของกลูโคสโดยวิธีของ Hagedorn และ Jensen. ได้ผลคือ (๑) ปริมาณกลูโคสของน้ำในช่องอกและในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กัน. (๒) ในคนไข้ที่รู้แน่ว่าเป็นวัณโรค ๒๕ ราย, ๑๒ รายมีกลูโคสมากกว่า ๖๐ มก.%, และ ๑๓ รายมีต่ำกว่า ๖๐ มก.%. (๓) ในรายที่ไม่ใช่จากวัณโรค ๓๐ ราย, ทุกรายมีกลูโคสเกิน ๖๐ มก.%. และในจำนวนนี้ ๒๔ ราย สูงเกิน ๑๐๐ มก.%. (๔) อีก ๖ รายไม่แน่ว่าต้นเหตุจากอะไร, มีกลูโคส ๖๐ ถึงเกิน ๑๐๐ มก.%.
ดังนั้นเขาลงความเห็นว่า, ระดับกลูโคสในน้ำจากช่องอกต่ำกว่า ๖๐ มก.% พยาะเพาะในรายที่เนื่องมาจากวัณโรคเท่านั้น, และในรายที่ไม่ใช่จากวัณโรคส่วนมากเกิน ๑๐๐ มก.%, แต่ถ้าหาได้ค่าอยู่ระหว่าง ๖๐-๑๐๐ มก.% ก็ตัดสินไม่ได้แน่นอน.

นันทา เกตุทัต พ.บ.

3. John D. Olson, Malcoln B. Dockerty and Howard K. Gray:
Benign Tumors of the Small Bowels. (เนื้องอกของลำไส้เล็กชนิดไม่ร้าย) Ann. Surg., v. 134, No. 2, Aug. 1951, pp. 195-204.

ผู้เขียนเรื่องกล่าวว่าเนื้องอกของลำไส้เล็กชนิดไม่ร้ายแรงพบน้อยมาก, และท้องระว้าง, อาจหาไม่พบหรือมองผ่านไปเสียในเมื่อเข็ทเข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วย. เขาได้ศึกษาในแผนกศัลยพยาธิวิทยาของเมโยคลินิกตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๑๑ ถึง ๑๙๕๒, รวม ๓๒ ปี, พบเนื้องอกของลำไส้เล็กชนิดไม่ร้ายแรง ๗๗ ราย. ที่ทำให้เกิดอาการในคนไข้ ๓๘ ราย. ที่พบโดยบังเอิญขณะผ่าตัด ๓๙ ราย. พวกที่ทำอาการแบ่งได้เป็น ๓ พวกใหญ่ ๆ คือ (๑) ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ ๑๔ ราย ใน ๓๘ ราย, เท่ากับ ๓๖.๘%. โดยมากเป็นชนิดไฟโบรมาและไลโปมา. (๒) ทำให้มีเลือดออก ๑๖ ราย, เท่ากับ ๔๒.๑%. โดยมากเป็นไลโอมา. (๓) ทำให้มีอาการระคายเคืองเพราะที่ (เช่น เจ็บปวด, ท้องผูก, คลื่นไส้) มี ๑๓ ราย, เท่ากับ ๓๔.๒%. โดยมากเป็นพวกแอดีโนมา.

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย ๔๕.๒ ปี. ชายมากกว่าหญิง. เนื้องอกที่พบบ่อยชนิดต่าง ๆ รวม ๑๐ ชนิด, เรียงลำดับมากไปหาน้อยคือ แอดีโนมา, ไลโอมา, ไฟโบรมา, ไลโปมา, แอ็คเซสซอรีแพนครีเอติกเรสต์, ซีแมงจิโอมา, ซิสต์, ลิ้มแพ็งจิโอมา, ซีมาโตมา (หมายความถึงก้อนทางคลินิกไม่ใช่เนื้องอกอย่างแท้จริง) และออสติโอคอนโครมา. ส่วนมาก (๕๑ ราย) เนื้องอกอยู่ภายในช่องของลำไส้. ๑๘ รายอยู่นอก. ทั้ง ๒ แห่ง ๖ ราย. ไม่ทราบแน่ ๒ ราย. พบที่ทิวโอดินัม ๒๖ ราย, เจจิวันัม ๒๒ ราย, อิลเลอัม ๒๗ ราย. ไม่ทราบตำแหน่ง ๒ ราย.

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ.

4. Everett J. Gordon: Stellate Ganglion Block in Treatment of Acute Subdeltoid Bursitis. (การบล็อกสะเทิลเลตแก๊งเกลียนเพื่อรักษา. ชัยเตลต์ออยด์เบอริสไตติสอย่างปัจจุบัน) J Internat. Col. Surg. v. 14, No. 2, Aug. 1951, pp. 185-198.

ชัยเตลต์ออยด์เบอริสไตติสเป็นโรคที่ต้องรักษาค่วน. การรักษาโดยอบความร้อน, ฉายแสงอินฟราเรด, ใช้รังสีเรินท

เกิน ฯลฯ ต้องใช้เวลา ๒-๖ สัปดาห์. หากจะผ่าตัดเอาเขี้ยวออกก็จำต้องทำในโรงพยาบาลและใช้เวลานานมีใช้น้อย. จึงทดลองรักษาโรคนี้โดยฉีดยาบล็อดในผู้ป่วย ๓๖ ราย. ส่วนมากใช้โปรเคนฮัยโทรคลอไรด์ ๒%, จำนวน ๖-๑๐ ล. ชม. ให้พวกเน็บบิวตาลหรือเซโคเนดขนาด $\frac{3}{4}$ เกรนล่วงหน้า ๔๕ นาที, เพื่อระงับอาการคันแค้นและลดการแพ้โปรเคน. การฉีดยาได้ผลก็ต่อเมื่อสังเกตพบว่ามีเปลือกตาชั้นในแดงและมีฮอร์เนอร์ซินโตรม (Horner's).

ใน ๓๖ รายได้ผล ๓๒ ราย (๘๘.๘%). ในจำนวนนี้ ๑๗ รายความเจ็บปวดหายไป ๔๘ ชม. ภายหลังฉีดยา, ๖ รายหาย ๗๒ ชม. ภายหลังฉีดยา, นอกนั้นหายภายใน ๗ วัน. ๔ รายที่ไม่ได้ผลนั้น, เมื่อรักษาทางกายภาพปรากฏว่าอาการหายไปประมาณ ๒สัปดาห์. อาการแทรกซ้อนในการฉีดยาน้อยมาก. ที่อาการโรคหายไปได้อาจอธิบายได้ว่าการฉีดยาเข้าสู่เส้นเลือดแก๊งเกลียนนั้นทำให้เส้นเลือดที่มาสู่แขนมีการขยายตัว, คุกเอาเอ็กซุเดตไปเสีย, ทำให้ยุบขวมและหายปวดเจ็บ. วิธีนี้เป็นที่พอใจกว่าวิธีอื่น ๆ.

เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ.

5. The dore Carnbleet: Bromide Intoxication Treated with Ammonium Chloride. (การรักษพิษของโบรไมด์ด้วยแอมโมเนียมคลอไรด์) J. A.M.A., v. 146, No. 12 July 21, 1951, pp. 1116-1119.

โบรไมด์ส่วนมากขับถ่ายออกทางปัสสาวะ, รองลงมาคือทางอุจจาระ; ส่วนน้อยออกมากับน้ำนม, เหงื่อ, และเหงื่อกำพร้าวัก. หากมีโบรไมด์ในเลือดถึง ๑๕๐ มก. เปอร์เซ็นต์จะมีอาการซีดโคสิสเกิดขึ้น. การแก้พิษของโบรไมด์ตามปกติให้กินโซเดียมคลอไรด์, แต่ผู้รายงานได้ทดลองใช้แอมโมเนียมคลอไรด์. พบว่าได้ผลดีกว่าคือระดับโบรไมด์ในเลือดลดลงเร็วกว่าใช้โซเดียมคลอไรด์, เนื่องจากคลอไรด์เข้าไปแทนที่โบรไมด์และพร้อมกันมีฤทธิ์ขับปัสสาวะด้วย. ห้ามใช้ในรายที่ไตพิการอยู่แล้ว. การทดลองแบ่งเป็น ๒ ชุดคือ ชุดที่หนึ่ง, เป็นผู้ป่วยที่มีพิษโบรไมด์, แบ่งเป็น ๒ หมู่. หมู่หนึ่งเริ่มโดยกินแอมโมเนียมคลอไรด์วันละ ๖ กรัม ๔ วันแล้วเปลี่ยนเป็นกินโซเดียมคลอไรด์ ๔ วัน. อีกหมู่หนึ่งเริ่มด้วยโซเดียมคลอไรด์, แล้วสลับด้วย

แอมโมเนียมคลอไรด์, ทุก ๔ วันเหมือน
กัน. สลับกันไปเรื่อยจนโบรไมต์ในเลือด
ลดลงถึงขีดปรกติ. ปรากฏว่าระหว่างที่
กินแอมโมเนียมคลอไรด์. โบรไมต์ใน
เลือดลดลงเร็วกว่าระหว่างที่กินโซเดียมคลอ
ไรด์. ชุดที่สอง ทดลองในคนปรกติผู้
อาสาสมัคร. ให้กินโซเดียมโบรไมต์วัน
ละ ๓ กรัมอยู่ ๗ วัน. แล้วแบ่งเป็น ๒ หมู่
ทดลองให้กินแอมโมเนียมคลอไรด์และ
โซเดียมคลอไรด์แบบชุดที่ ๒, ทดการลด
ปริมาณโบรไมต์ในเลือด. ปรากฏผลอย่าง
เดียวกับชุดที่ ๑.

เพื่อพิสูจน์ว่าแอมโมเนียมคลอไรด์
ลดโบรไมต์ในเลือดได้เร็วนั้นมิใช่เพราะ
การขับปัสสาวะอย่างสลับ, ได้ทดลอง
โดยให้ผู้อาสาสมัครกินโซเดียมโบรไมต์
วันละ ๓ กรัมอยู่ ๒ สัปดาห์. พวกหนึ่ง
ฉีด mersalyl อีกพวกหนึ่งให้กินน้ำผล
ไม้, เพื่อขับปัสสาวะ. ทั้งสองพวกพบ
ว่าไม่ทำให้โบรไมต์ในเลือดลดลงเร็ว.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

6. Mark S. Fraser: Mucus
Catheters. (เครื่องดูดมูก) B.M.J.,
Jan. 27, 1951 pp. 165-167.

เครื่องดูดมูกเป็นของจำเป็นอย่างยิ่ง
ในการรักษาแอสพิคเซียในเด็กเกิดใหม่.
เครื่องดูดมูกแบบปากดูดใช้สะดวกที่สุด.
แต่ถ้าไม่มีกะเปาะตัก (trap) ที่เหมาะ,
ก็จะทำให้เด็กติดเชือกจากผู้ดูดได้. ผู้ราย
งานได้ทดลองใช้เครื่องดูดมูกแบบต่าง ๆ,
ดูด broth และเป่าออก ๒-๓ ครั้ง แล้ว
เอาไปเข้าตู้เย็นไว้. พบว่ามีเชื้อเจริญทุก
อัน. ยิ่งถ้าเป็นเครื่องดูดมูกชนิดไม่มี
กะเปาะตักก็ยิ่งมีมากขึ้น. ดังนั้นเมื่อได้
เป่ามูกออกไปจากเครื่องดูดแล้ว, ไม่ควร
จะใช้เครื่องนั้นตักซ้ำอีก. ซอนจำเป็นต้อง
มีเครื่องดูดมูกไว้ใช้คราวละ ๓-๔ อัน,
ซึ่งเป็นการหมดเปลือง. จึงได้เสนอเครื่อง
ดูดมูกแบบใหม่ซึ่งมีราคาถูก, มีเครื่อง
ตักที่เหมาะสม; ประกอบด้วยหลอดแก้วใหญ่
มีปากยางบีบ, เจาะ ๒ รู, มีหลอดแก้ว
เล็ก ๆ ๓-๔ โค้งสอดในรูหนึ่งให้พันกยาง
เข้าไปในหลอดแรกเล็กน้อย, ต่อกับสาย
ยางสำหรับให้เข้าไปในหลอดลมเด็ก. อีก
รูหนึ่งต่อ กับสายยางเพื่อใช้สำหรับดูด.
แบบนี้ได้ทดลองพบว่าผลดีมาก.

นันทา เกตุทัต พ.บ.

7. S. Y. Chang, and T.F. Su.: Clinical Evaluation of Streptomycin in the Treatment of Bacillary Dysentery in Infancy and Childhood. (การทดลองประโยชน์ของสเตรปโตไมซินรักษาบิดแบซิลลารีย์ในคนไข้เด็ก) J. Ped., May 1951, pp. 602-609.

ผู้รายงานได้รักษาผู้ป่วยบิดแบซิลลารีย์เฉพาะที่เพาะได้เชื้อในอุจจาระ ๑๓๐ ราย. ๑๑๐ ราย อายุ ๑-๕ ปี. ที่เหลือ ๒๐ รายอายุต่ำกว่า ๑ ขวบ และเกิน ๕ ขวบ. เป็นชาย ๗๕, หญิง ๕๕, การรักษาแบ่ง ๔ พวก. พวกแรกให้สเตรปโตไมซิน. พวก ๒ ให้สเตรปโตไมซินเหมือนกัน, แต่ให้รักษาด้วยซัลโฟนาไมด์ไม่ได้ผลมาแล้ว. พวก ๓, ให้ทั้งสเตรปโตไมซินและซัลโฟนาไมด์. พวก ๔ เป็นค้อนโทรลให้ซัลโฟนาไมด์อย่างเดียว. เชื้อเป็น *Shigella Flexner* ๑๒๒ ราย, *Shigella Shigae* ๓ ราย, *Shigella ambigua* ๔ ราย, *Shigella Sonnei* ๑ ราย. อีก ๒ รายแยกสเตรนไม่ได้อีก. ๘๕ รายในจำนวนนี้มีอาการหนักมาก.

พวก ๑,๒,๓, ให้สเตรปโตไมซิน ๖๐-๘๐ มก./กก./วัน, แบ่ง ๖ ครั้ง

ให้กิน. ๔๐ มก./กก./วัน, แบ่ง ๒,๔, ๖ ครั้ง, ฉีกเข้ากลัมน้ำ. พวก ๒ ให้สเตรปโตไมซิน ๓-๑๐ วันหลังจากให้ซัลโฟนาไมด์ไม่ได้ผล. พวก ๔, ให้ซัลโฟนาไมด์ ๐.๒ ก./กก./วัน. ในวันแรก ให้ ๐.๑-๐.๑๕ ก./กก./วัน, แบ่ง ๖ ครั้งในวันต่อไป. นอกจากนั้นให้น้ำ (fluid therapy), ถ้ายึดในรายที่หนักมาก, ให้วิตามิน บี ๑, บี ๒, และ ซี. เวลารักษาเฉลี่ย ๕ วันในพวก ๑ และ ๒, ๖ วันในพวก ๓, มากกว่า ๗ วันในพวก ๔.

ผล. พวกที่ได้รับสเตรปโตไมซิน ๘๕ ราย, ส่วนมากซัลโตถึงปรกติใน ๒-๓ วัน. ท้องร่วงหาย, อุจจาระเป็นปรกติใน ๒-๔ วัน, เพาะเชื้อในอุจจาระได้ผลลบใน ๒ วัน. โรคหายขาด ๖๗ ราย. กิ่งขึ้น ๑๖ ราย. ตาย ๑๒ ราย. แก้วรายในจำนวนนี้ตายหลังรับไวโอมิก ซ.ม. อัตราตายของพวก ๑,๒, และ ๓ คิดได้เป็น ๓.๓%, ๓.๒% และ ๔% ตามลำดับ. พวก ๔ มี ๕ รายหาย, ๑๓ รายค้ำ, ๒ รายไม่ค้ำ, ๑๐ รายตาย. อัตราตาย ๑๔.๒%. ไม่มีกลับเป็นอีกหรือกลายเป็นเรื้อรังเลย.

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ.

8. Edward A. Macklin, Maurice Sokolow, Alexander Simon, and William Schottstaedt: Cardiovascular Complication of Tetraethylthiuram Disulfide (Antabuse) Treatment of Alcoholism. (โรคแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดในการรักษาสุราวิสัยด้วยแอนตาบัส) *J. A.M. A. v. 146, August 11, 1951, pp. 1377-81.*

โรคแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดมักจะปรากฏบ่อย ๆ ในระหว่างการใช้แอนตาบัสรักษาสุราวิสัย. ผู้รายงานจึงได้ทดลองให้ยานี้ในคนที่ตรวจแล้วว่าหัวใจและหลอดเลือดปกติ ๘๒ คน. วัดความดันโลหิตแดง, ชีพจร, หายใจในทุกรายและบางรายทำอีเล็กโตรคาร์ดิโอแกรมด้วย. ปรากฏผลว่าหลังให้ยา, ๑๖ รายมีความดันโลหิตลดลงชัดเจน. หนึ่งในรายมีชีพจรและความดันโลหิตวัดไม่ได้นาน ๑๐ นาที. หนึ่งในรายเกิดอาการชักเมื่อความดันโลหิตลดลงถึง ๓๐/๐. สองรายหัวใจเฉื่อยหงะ. สองรายมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (อิสคิเมีย). หนึ่งในรายกล้ามเนื้อหัวใจมีอินฟาร์คชัน.

โดยเหตุนี้จึงควรระวังคนไข้ที่รักษาด้วยแอนตาบัสอย่างใกล้ชิด, และระวังการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดเมื่อคุมสุราด้วย.

พนิต เกยานนท์ พ.บ.

9. Mary Karp and J. Kenneth Sokol: Intravenous Use of Alcohol in the Surgical Patient. (การใช้แอลกอฮอล์ฉีดเข้าเส้นโลหิตดำในผู้ป่วยศัลยกรรม) *J. A. M. A., May 5, 1951, pp. 21-23.*

ผู้เขียนได้ใช้เวลา ๕ ปี ในการรักษาผู้ป่วย ๒๐๐๐ ราย, และใช้แอลกอฮอล์ไป ๓, ๑๒๑ ลิตร. พบว่าการฉีคแอลกอฮอล์เข้าเส้นโลหิตดำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อดีหลายประการ: (๑) ระวังความเจ็บปวดได้, ความรู้สึกต่างๆ น้อยลง, ผู้ป่วยสบายดี, ไม่กระวนกระวาย. (๒) ปลอดภัยกว่ามอร์ฟีนเพราะกดสมองใหญ่ก่อนอื่น, และกดศูนย์หายใจที่หลังสุด, ส่วนมอร์ฟีนกดไปพร้อมกัน. (๓) ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถ้าระมัดระวังวิธีให้ดีพอ. ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน, แอซิโดสิส, ปวดศีรษะ, ไม่ทำอันตรายด้วย.

(๕) เป็นอาหาร, ให้กำลังงาน, ออกซิเจน, และคาร์บอนไดออกไซด์, ซึ่งจะออกฤทธิ์กระตุ้นศูนย์หายใจได้อีกด้วย. ควรให้รวมกับกลูโคส, วิตามินบี ๑ และบี ๒ และนิโคตินิคเอซิด. (วิตามินเหล่านี้จำเป็นในการเผาผลาญกลูโคสและแอลกอฮอล์.) ผู้ป่วยฟื้นไข้ได้เร็ว. (๕) การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารและภาวะขับถ่ายจะดีขึ้น. (๖) หลอดลมขยายตัว, ทำให้โอกาสที่จะมีอะตอมเล็กเตลีสของปอดและโรคแทรกทางปอดน้อยลง.

นอกจากนี้ยังอาจใช้ในคนที่เห็นโรคอื่น ๆ เป็นยาระงับเพื่อไม่ต้องใช้ยาพวกอื่น. ในรายที่คลุ้มคลั่งจากการอดเหล้า. ในรายที่เป็นแองไจน่าเพ็คทอริสแอลกอฮอล์ทำให้เส้นเลือดโคโรนารีขยายตัวได้ดีมาก. ขนาดใช้ ๑.๕-๓.๐ ช.ม. ของเอธิลแอลกอฮอล์ใน ๑ ช.ม., ทำเป็น ๕, ๗.๕, หรือ ๑๐%. ๔๐-๖๐ ช.ม. ทำให้ผู้ป่วยหลับไปได้นาน ๒-๕ ช.ม.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

10. Benjamin Highsteni and Israel Zeligman: Nonthrombocytopenic Purpura caused by Mentholated

Cigarettes. (น็อนธร็อมโบไซท์โทบนิคเปอร็เปอร็่าเกิดจากสูบบุหรี่ใส่เม้นทอล) J. A.M. A., v. 146, No. 9, June 30, 1951, pp. 816.

หญิงหนึ่งร้องทุกข์ว่ามีผื่นทั่วตัวมาเจ็ดเดือน. ตั้งแต่วันที่แขนและขาแล้วลามจนทั่วตัวในเวลา ๔ เดือน. ไม่คัน. ไม่มีประวัติแอลกอฮอล์, แต่เป็นเพื่อนใกล้ชิดไซนิสไตส์มา ๑๕ ปี. ตรวจพบผื่นเป็นสองข้าง, ทัม, แขน, รักแร้, และขาที่อับปาง. ผื่นมีจำนวนน้อย, และขนาด ๑ ถึง ๕ มม. มี telangiectasis ที่ฝ่ามือและนิ้วมือ, จมูก, แก้มและหน้าอก. เยื่อเมือกไม่มีผื่นเลย. ใบข้อพับข้อพับเลือดออกได้ผิวหนัง, บวม, โมโนซัยต์และลิมโฟซัยต์. ตรวจเลือดปรกตินอกจาก "เวลาเลือดออก" (๕ นาที ๑๕ วินาที) กับ "เวลาเลือดเป็นลิ่ม" (๑๒ นาที), "ความเปราะเม็ดเลือดแดง" (๐.๔๖ ถึง ๐.๕๑ % NaCl). วินิจฉัยว่าเป็น "น็อนธร็อมโบไซท์โทบนิคเปอร็เปอร็่า".

ผู้ป่วยได้กินยาแอสไพริน, อีเฟดริน, ควินิน, แคฟเฟอีนและโซเดียมซาลิไซลัต, แต่ไม่มาก. ยาอื่นตรายอื่น ๆ ไม่มี.

ได้รักษาด้วยวิตามินเค, รูติน, วิตามิน

ซี, ไม่ไค้ผล. ต่อมากนไขข้อกเพิ่มเต็ม
ว่าไค้เริ่มสขยทรุผสมเม้นชอลมา ๒ เดือน
แล้วจึงเกิดผนซน. รัษาอยู่ประมาณ ๓
เดือนผนจึงหายไปเอง. ทรุจเลือกเป็น
ปรกติ. ภายหลงวันระยะ ๑ เดือนไค้ทค
ตองให้กินเม้นชอล ๒๐ มก. วันละ ๓ ครั้ง,
ไค้ ๑๔ วัน. พอวันที่ ๑๕ เกิดจุกคล้าย
เปอร์เปอร์คล้ายที่เคยเป็น. เวลาเลือก

เป็นลิม ๕ นาที. จึงคยา. ประมาณหนึ่ง
เดือนผนหายและเวลาเลือก เป็นลิมกลับ
เป็นปรกติ. ต่อมาไค้ทคตองให้สขยทรุได้
เม้นชอลกเป็นผนอีก. หยคยทรุผนหาย.
สขยทรุได้เม้นชอลครึ่งไรกเป็นผนทุกที.
ในคอนท่ายให้คยทรุได้เม้นชอลนาน ๓
เดือน, ก็ยังไม่ผนเลย.

วันดี ไวสารวจ พ.บ.

ตก.— โปรคเต็ม

ย่อเอกสารรายการที่ ๑๐ (Clinical Response of Rheumatoid
Arthritis to Postpartum Plasma) ในฉบับตุลาคม ๒๔๕๔ ได้คกรายการ
เอกสารคั่นค่อไป. ขอท่านผู้อ่านโปรคเต็มคังค่อไปนค้วย J.A.M.A. July 14,
1951, pp. 995-99.

ชออภย.

ไว้อาลัย

ศาสตราจารย์ อี.ดี. คองตัน

อดีตอาจารย์กายวิภาคศาสตร์

นายแพทย์ประพนธ์ เสรีรัตน์ได้ส่งจดหมายแจ้งมาให้ทราบว่า ศาสตราจารย์ อี. ดี. คองตัน (Edgar Davidson Congdon) ศาสตราจารย์กายวิภาคศาสตร์คนที่ ๒ ที่ส่งมาช่วยปรับปรุงโรงเรียนแพทย์โดยรื้อคอกคิเฟิลเลอร์มลินิได้ถึงแก่กรรมเสียแล้ว ในฐานะที่โรงเรียนแพทย์แห่งนี้โดยระเพาะวิชากายวิภาคศาสตร์ได้อาศัยศาสตราจารย์คองตันวางแนวการสอนและปรับปรุงแก้ไขจนเป็นหลักใช้มาจนถึงทุกวันนี้ ข้าพเจ้าจึงเห็นเป็นการสมควรที่จะได้บันทึกประวัติของท่านเท่าที่ทราบมาเล็กน้อยไว้เป็นที่ระลึกในบรรดาลูกศิษย์

ศาสตราจารย์คองตันเป็นชาวอเมริกัน มีบิดาตามที่ท่านเคยเล่าให้ฟังว่าเป็นนักสอนศาสนา ครอชคริวเคร่งทางศาสนามากจนไม่ยอมให้บุตรได้เล่าเรียนศึกษาทางชีววิทยา เพราะวิชานั้นมีความจริงบางอย่างขัดกับการสอนของคริสตศาสนา ท่านศาสตราจารย์จึงได้ออกจาก

บ้านไปตั้งแต่เล็ก จะไปได้ความยากแค้น เป็นประการใดไม่เคยปรียากให้ไต่ยิน แต่ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณเคยได้รับควมลำบากมาก ในบรรดาศาสตราจารย์ที่มาในรุ่นนั้น ท่านเป็นคนปฏิบัติตัวต่ำต้อยที่สุด เข้าบ้านเล็ก ๆ อยู่ใกล้กับโรงพยาบาลซึ่งมีทางเฉอะแฉะ แต่ก็ไม่เคยแสดงท่าทางรังเกียจเลย จะเรียกว่าเป็นคนเหนียวแน่นก็ไม่ผิด กิจกรรมบางอย่างซึ่งท่านจะเบิกเงินได้จากทางการก็กลับใช้เงินของตนเอง เช่นในการจ้างคนมาช่วยเหลือในการศึกษาและค้นคว้า ทดลองวัดคนงานเป็นประจำไม่ยอมมริ้งงานนั้นถึงจะเป็นงานที่คนงานสมัครใจทำให้เปล่า แต่สิ่งไรที่ไม่จำเป็นเสีย เช่นน้ำ, ไฟ, กระดาษท่านประหยัดเป็นที่สุด รวมทั้งค่าโดยสารในการเดินทางด้วย ถ้าชั้น ๒ ให้ความสะดวกพอแล้วท่านก็ไม่ยอมไปชั้น ๑ เป็นความรู้สึกของข้าพเจ้าเองว่า นิสัยเช่นนั้นมักเป็นแก่ผู้ที่ยังพึ่งตัวเองมาตั้งแต่เล็กๆ สำหรับการศึกษาค้นคว้าได้ปริญญาอักษร

ศาสตรบัณฑิต (A.B.) จากมหาวิทยาลัย Syracuse และได้ศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ (Ph. D.) จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด หลังจากสำเร็จได้สมัครเข้าทำงานสอนเป็นอาจารย์ผู้ช่วย (instructor) ทางกายวิภาคศาสตร์ที่โรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยคอร์เนล ข้าพเจ้าเคยถามว่าทำไมจึงเปลี่ยนวิชาเสียเหตุไรไม่มุ่งหน้าไปแต่ทางสัตวศาสตร์เพราะเท่ากับมาตั้งค้นใหม่ ท่านไม่ให้เหตุผลเป็นแต่บอกว่าเป็นกิลเลียดายเหมือนกัน เพราะขณะนั้นได้ศึกษาไปทางสัตวศาสตร์จนรู้สึกว่าจะมีความรู้สึกครึ่งของวิชานั้นแล้ว ข้าพเจ้ามาสันนิษฐานเอาเองว่า ท่านย้ายเพราะมีการปรับปรุงการศึกษาแพทย์ในอเมริกา คัดแปลงโดยใช้หลักการการศึกษาแพทย์ของเยอรมันเป็นแนว คือจัดฝ่ายปริคลินิกให้เข้มแข็งขึ้น แต่การสอนทางปริคลินิกคงเป็นเช่นเดียวกันในทุกประเทศ มักไม่คิดถึงคนที่เรียนแพทย์แล้วให้กลับมาสอนใจอาจารย์ฝ่ายปริคลินิกจึงต้องเลือกมาจากพวก Ph. D. และวิชาสัตวศาสตร์นั้นใกล้เคียงกับกายวิภาคศาสตร์ของคนเป็นอันมาก โอกาสที่จะคัดแปลงศึกษาให้เป็นอาจารย์ที่กวดวิชาชั้นย่อมเป็นไปได้โดยสะดวก

นอกจากนั้นหลักของวิชาสัตวศาสตร์ยังจะกลับช่วยให้เข้าใจ ส่วนประกอบและร่างกายของมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น หลักฐานได้แสดงให้เห็นว่าเพียงเวลาอีกเล็กน้อยท่านก็ได้ตำแหน่งศาสตราจารย์ผู้ช่วยที่มหาวิทยาลัย Leland Stanford และได้ถูกเลือกเป็นสมาชิกของสมาคมกายวิภาคศาสตร์ของอเมริกาเมื่อ ค.ศ. ๑๙๑๕ เมื่อมูลนิธิร็อคเคเฟิลเลอร์มีใจกุศลจะปรับปรุงกิจการสาธารณสุขและการศึกษาวิชาแพทย์ให้ทั่วไปทั้งโลก ก็ได้รับเลือกไปเป็นรองศาสตราจารย์ที่โรงเรียนแพทย์ที่บังกิง (P. U. M. C.) ในราวปี ค.ศ. ๑๙๒๓ ประจำอยู่ที่นั่นจนได้มาเป็นศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์ที่ศิริราชพยาบาลเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๘ (ค.ศ. ๑๙๒๕) ถึง พ.ศ. ๒๔๗๔ (ค.ศ. ๑๙๓๑) และเมื่อหมดสัญญาแล้วได้ไปเป็นศาสตราจารย์ที่ Long Island College of Medicine แล้วย้ายไปรับตำแหน่งสุดท้ายที่ Chicago Medical School (1946) ออกรับเขยบ้านาญเมื่อ ค.ศ. ๑๙๔๘ และได้รับข่าวถึงแก่กรรมในเดือนกันยายน ค.ศ. ๑๙๕๑ (พ.ศ. ๒๔๙๔) รวมเวลาที่ได้ใช้ชีวิตเป็น

ประโยชน์ที่การสอนและการค้นคว้า
ได้

ในการศึกษา ค้นคว้าท่านได้ทำงาน
ตอนแรกเกี่ยวกับ tissue culture ได้
พิมพ์เรื่องเกี่ยวกับผลของอุณหภูมิรังสีเอ
็กซ์และเวเคียม (๑๙๑๕) ต่อมาได้
ศึกษาโพรงอากาศในผนังของช่องจมูก
(๑๙๒๐) ความสนใจในเรื่องหลังนี้ได้
ศึกษายูนิเวอร์ซิตีเข้ามาอยู่ในเมืองไทย ได้
ทำการศึกษาและทดลองทั้งกลางวันกลาง
คืนอยู่หลายเดือน เพื่อเปรียบเทียบการ
เจริญของโพรงอากาศในลูกสุนัขที่ถูกอุด
จมูกให้หายใจทางปาก และที่ไม่อุดจมูก
แต่สุดท้ายไม่สามารถรวบรวมชิ้นพิมพ์ได้
เนื่องจากแผนกกายวิภาคศาสตร์ในขณะ
นั้นขาดความสามารถที่จะทำเซ็คชั่นเนอ
ยเอได้ ผลของการทดลองยังตั้งอยู่ใน
แผนกงานยูนิตนี้ ไม่มีใครสามารถทำต่อได้
เพราะบันทึกของท่านศาสตราจารย์ผู้ถึง
จะละเอียดเพียงไรก็ตามเมื่อบันทึกแล้วท่าน
อ่านของท่านคนเดียว ในบางครั้งข้าพเจ้า
มีความรู้สึกที่ท่านก็อ่านของท่านไม่ค่อย
คล่องเหมือนกัน เช่นเดียวกับสำเนียงพูด
ซึ่งฟังยากเป็นอย่างยิ่ง ในขณะเดียวกันที่
ศึกษาโพรงอากาศก็ได้สนใจเกี่ยวกับการ

เจริญของหลอดเลือดแดงอยู่ด้วย(๑๙๒๒)
ซึ่งต่อมาได้ไปศึกษาค้นคว้าอยู่ที่แผนก
เอมบริยอลอโลยี, Carnegie Institute
ซึ่งเป็นสถานค้นคว้าที่มีชื่อเสียงที่สุดใน
โลกทางวิชานี้ได้พิมพ์งานเกี่ยวกับการ
เจริญของ aortic arches (1922) ซึ่ง
เป็นงานที่จะพบกล่าวถึงอยู่เสมอในตำรา
เอมบริยอลอโลยีทุกเล่ม และใช้เป็นหลัก
อธิบายการผิดปกติของหลอดเลือดของ
บริเวณนี้ การค้นคว้าเกี่ยวกับเรื่องนี้
ได้ไปทำที่ที่โรงเรียนแพทย์ที่ซีกกิงด้วย
(๑๙๒๖) แต่งานเหล่านี้เมื่อมาถึงเมือง
ไทยแล้วต้องชะงักหมด เพราะขณะเดียว
กับซีกกิงทำเซ็คชั่นเอมบริยอลอโลยีได้
โดยสะดวกและมีฝีมืออยู่ในชั้นที่ ๑ นั้นเมือง
ไทยไม่มีใครทำเซ็คชั่นทางเอมบริยอลอ
โลยีได้เลย ต้องขอจากต่างประเทศเขา
มาเรียนทั้งนั้น เซ็คชั่นฮิสโตโลยีก็มีทำ
อยู่แห่งเดียวที่แผนกพยาธิวิทยาของโรง
พยาบาลศิริราชเท่านั้น นอกจากนั้นยังมี
หวงแหวนวิชาความรู้กันด้วย เหตุนี้
ถึงศาสตราจารย์คองค็อนจะสนใจเพียงไร
ท่านก็มีมือเพียง ๒ มือ ผู้ช่วยที่จะช่วย
ในงานให้เขียนผลสำเร็จไม่มีเลย จะทำเอง
ก็ไม่ไหวเพราะต้องสอนทั้ง Gross His-

bology, Embryology, Neuro-anatomy และ Topographic Anatomy แต่ท่านไม่ใช่คนที่ขอมแพ้ว เมื่อไม่มีอย่างนั้นแล้วก็เรียนอันเดียวกัน ยังมีงานที่อาจทำได้ รอดอยู่อีกมากหลาย เช่นจิตวิธานให้ที่ขึ้น ได้พิมพ์ออกเผยแพร่ทำให้เกิดการสนใจขึ้นในหมู่นักศึกษา (๑๙๓๐, ๑๙๓๑, ๑๙๓๘) หักคนไว้แทนตัวเมื่อจากไป เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้และทำพิพิธภัณฑ์สำหรับการสอน งานที่เสาะหา มาเองนี้ทำให้ท่านต้องมาดั่งแผนกก่อน ๗ โมงเช้าและอยู่เรื่อยไปถึงกลางคืน เตรียม direction ไว้ให้นักเรียน ได้แก้ไข แล้วรวบรวมพิมพ์เป็นเล่มเมื่อกลับไปอยู่ Long Islands (1939) ทำการชั่วคราวเองและร่วมมือกับนายลิม จุลละพันธ์, อาจารย์ผู้ช่วยของแผนกในปัจจุบัน กับอาจารย์ที่ล่วงลับไปแล้วคือท่านขุนกาย วิชาพิศาล, ไว้สำหรับ demonstrate ในวันรุ่งขึ้น ขออนุมัติคณะลูกเสือที่สำเร็จห้อง ๑ แล้วเขาเป็นนักเรียนผู้ช่วย หักและใช้เสียจนคุ้ม นักเรียนผู้ช่วยโดยมากมาดั่งพร้อมกันท่าน(ไม่เคยบังคับ) อยู่กับท่านทุกชั่วโมงว่างจากการเรียน เมื่อรับงานใดไปเสร็จแล้วต้องไปเสนอเพื่อรับ

งานใหม่ต่อไปอีก หักให้ทำเข็มนา หักให้ชำแหละเพื่อใช้สอนและเก็บเข้าพิพิธภัณฑ์ หักให้ประกอบโครงกระดูก หักเขียนอวัยวะที่กำลังเจริญเติบโตด้วยผงพาราฟฟิน หักให้ใช้ Camera lucida และกระดาษชอล์กสร้างอวัยวะที่กำลังเจริญเติบโต หยดเทอมพาไปทำการค้นคว้าหาขนาดของคนไทยทั้งภาคกลาง, ภาคเหนือและภาคอีสาน แต่งานนี้ยังไม่มีโอกาสได้รวบรวมพิมพ์ ตามจดหมายที่มีมาถึงบอกว่าหาเวลาคำนวณผลไม่ได้ บางวันเชิญนักเรียนผู้ช่วยไปกินข้าวแล้วสอนให้รู้จักขนบธรรมเนียม, สอนให้รู้จักใช้ภาษาอังกฤษและอบรมให้รู้จักอ่านและรักหนังสือ ระหว่างการสอนและค้นคว้าศึกษาอยู่นั้น ท่านได้สังเกตเห็นในคนไทยมีรูเล็ก ๆ ที่ใบหูและในบริเวณที่ใกล้กับหู ได้ลงมือสืบสวนและเสนอเป็นรายงานเริ่มแรกในการประชุมเวชชกรรมเมืองร้อน พ.ศ. ๒๔๗๓ และพิมพ์เป็นรายงานสมัยแรกใน ค.ศ. ๑๙๓๒ ภายหลังที่ได้ไปศึกษาเพิ่มเติมในคนชาติอื่นด้วย สุกท้ายก่อนกลับจากเมืองไทยเกิดสนใจหลอดเลือดแดง axillary ในคนชาติต่าง ๆ เปรียบเทียบกัน มอขเป็นงานให้ข้าพเจ้า

ศึกษาร่วมด้วย ได้เสนอเขียนรายงานครั้งแรกต่อที่ประชุมสมาคมกายวิภาคศาสตร์ของอเมริกา (๑๙๔๒) จากจดหมายติดต่อบรรยายสัปดาห์ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ค.ศ. ๑๙๕๐ บอกว่าท่านกำลังเตรียมส่งต้นฉบับไปพิมพ์ เมื่อไปอยู่ Long Island และ Chicago ท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับเนื้องอกได้พิมพ์ร่วมกับผู้ช่วยอีก ๔ เรื่อง (๑๙๓๗, ๑๙๔๑, ๑๙๔๒) เป็นเรื่องที่ท่านสนใจศึกษาต่อมาอีกหลังจากออกรับเขียนขานาญแล้ว

ขณะที่อยู่ในเมืองไทยท่านมีโอกาสลาไปเยี่ยมครอบครัวคราวหนึ่ง ขากลับยื่นมาผลงานและศึกษาการพิพธิ ธิณท์ที่ประเทศเยอรมันนี้ ได้นำวิธีขยายสเปซิเมนส์ ที่ชำแหละแล้วเข้ามาใช้และพิมพ์เผยแพร่ด้วย (๑๙๓๒) specimens เหล่านี้ได้ชำแหละด้วยตัวท่านเอง พนักงานวิทยาศาสตร์และนักเรียนที่สมัครมาหาความรู้นอกเวลา ได้รวบรวมส่งไปแสดงในการประชุมเวชกรรมเมืองร้อนครั้งที่ ๘ ที่มาประชุมกันที่ประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๓ specimens เหล่านี้ยังคงเป็นที่ดึงดูดคนที่เข้ามาชมพิพธิ ธิณท์ และชาวต่างประเทศที่แวะมาเยี่ยมแผนก

จนถึงทุกวันนี้ และเป็นจุดรวมที่ทำให้เกิดพิพธิ ธิณท์กายวิภาคแห่งแรกขึ้นในประเทศไทย ทางแผนกได้จัดพิธิ ธิณท์เป็นทางการเมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน พ.ศ. ๒๔๙๑ ข้าพเจ้าได้เขียนจดหมายและส่งรูปถ่ายที่นักศึกษแพทย์ถ่ายไว้ในวันนั้นไปให้ท่านด้วย ได้รับตอบมีข้อความตอนหนึ่งดังต่อไปนี้ "It was very kind of you all to name the museum after me" ข้าพเจ้าคิดว่า คงเป็นที่พอใจของพวกเราทุกคนที่ได้คอยแทนท่านสมกับความศรัทธาที่ท่านได้ทำไว้

ศาสตราจารย์คอง ค็อนมีบุตร ๒ คน เป็นหญิงหนึ่งชายหนึ่ง ผู้ชายพึ่งสำเร็จแพทย์ ภรรยาถึงแก่กรรมหลังจากกลับไปอเมริกาได้เล็กน้อย ท่านไม่ได้แต่งงานอีกคงอยู่ตามลำพังกับบุตรสาว

หลังจากกลับไปอยู่อเมริกาแล้วท่านก็ยังมิได้ละทิ้งถึงแผนกกายวิภาคศาสตร์ อยู่เสมอ เมื่อข้าพเจ้าไปพบตอนจะลา กลับเมืองไทย ก็ได้แสดงความห่วงใยในกิจการของแผนกฯ ได้ชี้แจงสั่งสอนให้คิดเห็นแก่กิจการของแผนกให้มาก ๆ เมื่อแผนกได้รับทุนส่งนักเรียนไทยไปศึกษา คือ ๒ คน ข้าพเจ้าเป็นห่วงว่านักเรียน

- system during the development of human embryo. Carnegie Cont. to Embryo., v. 14, pp. 47-400.
1926. The mechanical process concerned in the formation of the differing types of aortic arches of the chick and the pig in the divergent early development of the pulmonary arches. Am. J. Anat. v. 37, pp. 499-520.
1930. An attempt to improve the methods of anatomical teachings, including the organisation of the dissection to an unusual degree by systems and the bringing of the developmental, gross and microscopic anatomy of individual organs together into the schedule. Anat. Rec. v. 45, pp. 323-338.
1932. The use of albuminous paints in anatomical preparations. Anat. Rec. v. 51, pp. 327-329.
1932. (ร่วมกับสงวน โจนวงษ์และประสพ ภูมิศรี) Human congenital auricular and juxta-auricular fossae, sinuses and scars (including the so-called aural and auricular fistulae) and the bearing of the anomaly upon the theories of their genesis. Am. J. Anat. v. 51, pp. 439-463.
- (เสนอในที่ประชุมเวชกรรมเมือง
ร้อนครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๔๗๓ กว๊าย)
1937. The highly correlated course in Anatomy. J. Ass. Am. Med. Colleges. Chicago.
1937. The primary types of extra-organic gross connective tissue structures. Anat. Rec. v. 67, 193-203.
1938. The highly correlated course in Anatomy. J. Ass. Med. Students, Philadelphia.
1939. A guide for reading and dissection in gross anatomy and for laboratory study in microscopical and developmental anatomy.
1941. (ร่วมกับ J.N. Edson) The cone of renal fascia in the adult white male. Anat. Rec. v. 80, pp. 289-313
1942. (ร่วมกับ R. Blumberg and W. Henry) Fasciae of fusion and elements of the fused enteric mesenteries in the human adult. Am. J. Anat. v. 70, pp. 251-279.
1942. (ร่วมกับ S. Sangvichien, W.F. Harrison Jr. และ S.A. Yanitelli) Branches of the axillary artery in Siamese. Anat. Rec. v. 82, suppl. p.-405.
1946. (ร่วมกับ J. Edson and S. Yanitelli) Gross structure of the subcutaneous layer of the anterior and lateral trunk in the male. Am. J. Anat. v. 79, pp. 399-429.

ลัด แสงวิเชียร

นักเรียนผู้ช่วยคนแรก
ของแผนกกายวิภาคศาสตร์

๑๑ ตุลาคม ๒๔๙๔

แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ส.จ.)

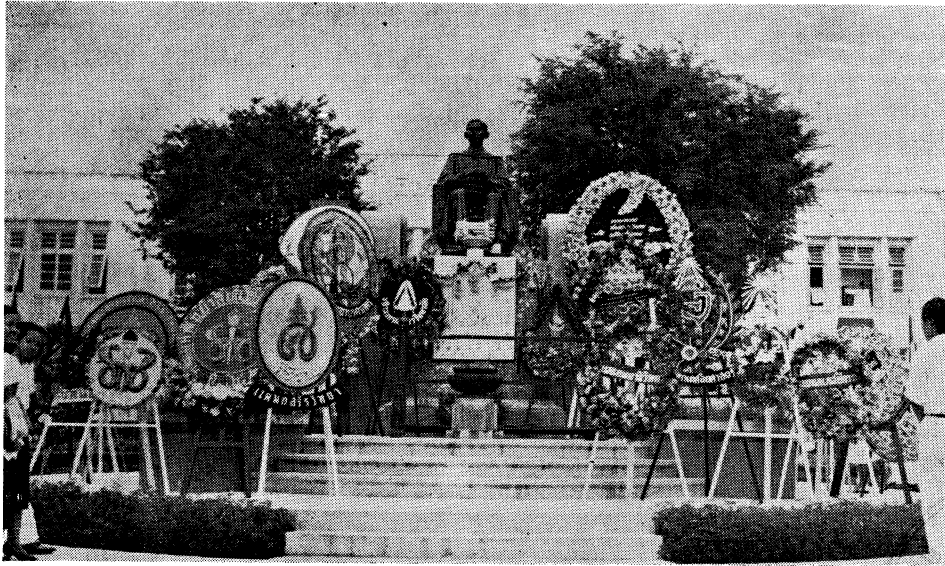
ข่าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาล ของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน กันยายน ๒๕๕๔

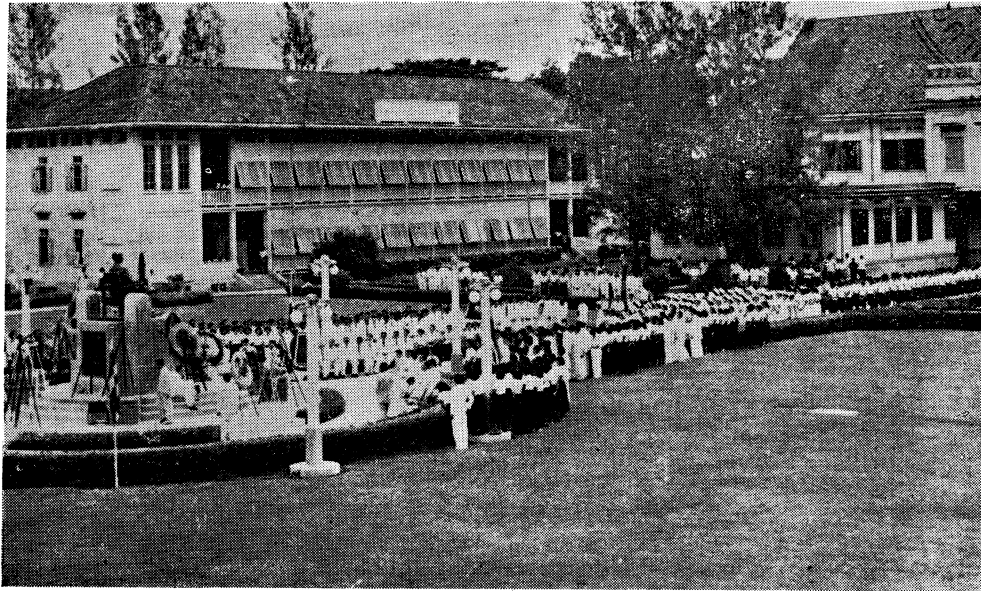
๑. จำนวนผู้ป่วย (ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ	รวมทุกแผนก
ก. (นอก) ใหม่	๑๕๐๘	๖๕๓	๗๕๗	๗๘๑	๗๕๐	๔๕๒๙
เก่า	๑๖๑๘	๑๑๐๒	๑๑๕๗	๖๒๐	๑๒๕๓	๕๗๕๐
รวม	๓๑๒๖	๑๗๕๕	๑๙๑๔	๑๔๐๑	๒๐๐๓	๑๐๒๙๙
ข. (ใน)	๒๒๕	๒๒๖	๕๖๐	๑๑๑	๑๔๕	๑๑๖๗
๒. จำนวนการผ่าตัด	ศัลยฯ	๒๕๓	จักษุฯ	๑๖๖	สูติ-นารีฯ	รวม ๔๓๙
๓. จำนวนเด็กเกิด	ชาย	๑๕๘	หญิง	๑๗๗	รวม	๓๓๕ คน
๔. จำนวนเด็กคลอดตาย	ชาย	๗	หญิง	๗	รวม	๑๔
๕. จำนวนผู้ป่วยตาย	๑๑๑ คน (๘.๕๑ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๒ ราย (๑๐.๑๘ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)					
๖. จำนวนการถ่ายเลือด	ในโรงพยาบาล ๒๒๒ ราย ข้างนอก ๖ ราย รวม ๒๒๘ ราย					
๗. แผนกรังสีวิทยา	ก. รังสีเอกซ์ ตรวจ ๑๕๕๖ คน รักษา (ใหม่) ๑ คน จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๔๕๗ ครั้ง					
	ข. รังสีเอกซ์ รักษา ๑๖ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๔๑ ครั้ง					
	ค. ไซโตเคมี รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง					
๘. แผนกศัลยกรรม	ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๒ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำเยื่อหุ้มสมอง ๑๘๘๐ ครั้ง					
๙. แผนกพยาธิวิทยา	ตรวจศพ ๑๒ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๗๒๐ (จากภายนอก ๓๕) แอ็กกูติเนชัน ๑๑๖ วัสดุเซอร์แมนและคาร์บอน ๑๖๐๔ หมู่มเลือด ๗๓๔ นัมเม็ดเลือด ๑๐๐ ฟิล์มเลือด ๘๖ น้ำไขสันหลัง ๑๑ อูจจาระ ๒๘๗ บัสสาวะ ๘๒ เสมหะและอื่นๆ ๔๘ ตรวจทดลองตัวจิต (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๒๘ เพาะเชื้อในเลือด ๑๐๕ นิติสตัว์ ๑ รวมตรวจต่างๆ ๓๘๗๗ อย่าง ศพญาติรับไป ๔๒ ศพ ภาควิทยาฯ รับไป ๘ ศพ สืบหรือรับไป ๖๐ รวม ๑๑๑ ศพ					
๑๐. หน่วยทันตกรรม	ผู้ป่วยใหม่ ๑๖๓, เก่า ๒๒๒ รักษาโรคในปาก ๑๐๔, อดฟัน ๔๔ ซึ่ ถอนฟัน ๑๔๓ ซึ่ ผ่าตัดในช่องปาก ๕ ซึ่					

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สมาน สมานวิเศษ และ แผนกสถิติ)

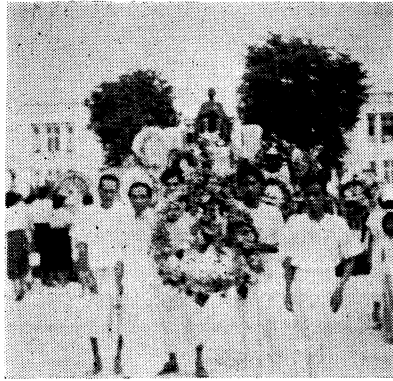
ภาพจากงาน “วันมหิดล”



๑. พวงมาลารายรอบพระรูป



๒. คณะอาจารย์, นักเรียนและข้าราชการชุมนุม
ฟังคำปราศรัยของท่านคณบดีกลางแดด
(ภาพ ๑ และ ๒ ผู้มิช ทونغน่าน วิชาตะวณิซ)



๓. พวงมาลาของคนใจ “ศรัทธายะเรอรง” ผู้ทำขึ้นเองด้วยความ
สำนึกในพระกรุณาธิคุณ (ภาพนี้สะท้อนใจจริงไม่ซัด, แต่เรานำลง
พิมพ์เพราะคุณค่าทำให้สะท้อนใจ)



๔. พวงมาลาของสารศิริราช ซึ่งสมาชิกทุกท่านมีส่วนร่วมด้วย
(โบว์และริบบิ้นขลิบสีเขียว)
(ภาพ ๓ ผู้มอบ สุชาติ บุรพัตน์ ภาพ ๔ ผู้มอบ สุก แสงวีเชียว)

อนุโมทนา มีผู้เอื้อเฟื้อให้เงินและสิ่งของ
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาท
ขึ้นไป) ดังนี้ คือ

๑. นางทองอยู่ ชันตระกุล บ้านวัดไผ่
ล้อม ทรอกจันทร์ พระนคร บริจาคเงิน
๖,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อกองเป็นทุนให้ชื่อว่า
“นักศึกษแพทยหญิง บำรุงชันตระกุล”
สำหรับอุดหนุนนักศึกษแพทยที่ขิดสน ใน
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๒.
น.ส. ชัน ศรียาภย์ บ้านไชยา ตำบลสี่ลม
บริจาคเงิน ๖๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน
“ชัน ศรียาภย์” เนื่องในการทำบุญวัน
เกิด ๓. นางสุภัทรา มีชูชน บ้านเลข
ที่ ๗๘๔ ตำบลศิริราชพยาบาล ธนบุรี
บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน
อุดหนุนการศึกษามหาวิทยาลัยแพทย-
ศาสตร์และขออุทิศส่วนกุศลนี้ให้แก่
มารดาผู้ล่วงลับไปแล้ว ๔. ค.ญ. อัญชลี
บุญสุขุข บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท บำรุง
แผนกกุมารเวชศาสตร์ ๕. นางทิพย์ยา
ณ บ่อมเพ็ชร บ้านเลขที่ ๓๘๐ ถนนนคร
ไชยศรี พระนคร บริจาคเงิน ๔๐๐.๐๐
บาท บำรุงแผนกสูติศาสตร์—นรีเวชวิทยา
๖. ค.ช. เกரியงไกร เจือจันทร์พงศ์ บ้าน

เลขที่ ๘๒๒ ตำบลสัมพันธวงศ์ พระนคร
บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนก
กุมารเวชศาสตร์ ๗. นางทิพาวัลย์
อนาคสนันท์ บ้านเลขที่ ๗๘๔ ม. ตำบล
ศิริราชพยาบาล ธนบุรี บริจาคเงิน ๓๐๐.
๐๐ บาท เนื่องในวันเกิดของนางเน้ย เส็ง
สุวรรณ มารดา เพื่อบุุทิศส่วนกุศลให้
บรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว และสรรพสัตว์
ทั้งหลายทั่วโลก สำหรับให้ช้อยาให้แก่
คนไข้ประจำตึกทวีเพชร แผนกสูติศาสตร์
—นรีเวชวิทยา ๘. ร.ท. อิ่ม พรหมโยธิน
บ้านเลขที่ ๕๒๔/๔ ตำบลศิริราชพยาบาล
ธนบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท
บำรุงตึกศิลากรรมแปลตึก แผนกศัลย
ศาสตร์ ๙. นายชองฮิว แซ่โจ้ว บ้านเลข
ที่ ๑๗๑ ยี่ห้อม่งเซ่ง หัวลำโพง พระนคร
บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ๑๐. นายบุญ
โกยสุโข บ้านเลขที่ ๑๕๕ สี่หิงโกลัก
จังหวัดนครราชสีมา บริจาคเงิน ๑๕๐.๐๐
บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยาและวิทยาโสศ
นาสิกตาริงซ์ ๑๑. นางพรวน เพราะกัณท์
ตำบลคลองตากุด อำเภอโพธาราม ราชบุรี
บริจาคเงิน ๑๕๐.๐๐ บาท บำรุงแผนก
สูติศาสตร์—นรีเวชวิทยา ๑๒. นาง
สังวาลย์ แสงวิรุฬ บ้านตำบลอ้อมน้อย

อำเภอกระทุ่มแบน สมุทรสาคร บริจาคเงิน ๑๒๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์—นรีเวชวิทยา ๑๓. นายชิวชัย แซ่ตั้ง บ้านเลขที่ ๕๓๒ ถนนจักรเพชร พระนคร นำส่งจำนวน ๑๕๐.๐๐ บาท ของพ่อค้าทุเรียน ๓ คน ซึ่งมีจิตศรัทธาร่วมกันบริจาคบำรุงโรงพยาบาลศิริราช ๑๔. นายบั๊กเจ็ง แซ่โล้ว บ้านเลขที่ ๑๑๘๔ สี่แยกมหานาค พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์—นรีเวชวิทยา ๑๕. นางสงวน ชุ่มชื่นจิตต์ บ้านเลขที่ ๒๗๔ ตำบลบางขุนพรหม พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์—นรีเวชวิทยา ๑๖. นางอนุวรรณ เสนีย์โยธิน บ้านเลขที่ ๑๑๔ เกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์—นรีเวชวิทยา ๑๗. นางกิมเซ็ง แซ่เฮี้ย บ้านเลขที่ ๕๔๔ ถนนทรงวาด พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์—นรีเวชวิทยา ๑๘. นางฉวีล พลนิเทศ โรงงานต้มกลั่นสุรา บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงคนไข้อนาถา โรงพยาบาลศิริราช ๑๙. ก.ช. บ๊อ อีระคุปต์ มิตทพันธ์ โอสถ สามี

แยก พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ ๒๐. ก.ช. ถวัลย์ ศาสถานนท์ บ้านเลขที่ ๑๕๗ ตำบลวัดโสมนัสวิหาร พระนคร บริจาคตะเกียงชั้นเฟลม ๑๐ ดวงและหมอนั่ง ๑๐ ใบ คิดเป็นเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท ให้แก่แผนกกุมารเวชศาสตร์ ๒๑. นายเซ่งเล้ง แซ่ลิ้ม บ้านเลขที่ ๔๓๘/๗ ถนนไมตรีจิตต์ วัดไตรมิตร พระนคร บริจาคผ้าถุงคนไข้ ๒๕ ผืน คิดเป็นเงิน ๒๕๐.๐๐ บาท ให้แก่ตึกศัลยกรรมแผลงศก แผนกศัลยศาสตร์ ๒๒. คณะนักเรียนโรงเรียนเซเมสสิริอนุสรณ์ บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบมูลนิธิของโรงเรียนเซเมสสิริอนุสรณ์ เพื่อค้นวิชาแพทย์ในพระบรมราชูปถัมภ์ เนื่องในวันคล้ายวันสิ้นพระชนม์ของสมเด็จพระราชบิดาฯ ผู้ทรงประทานปัจจัยให้กำเนิดโรงเรียนเซเมสสิริอนุสรณ์ ๒๓. ร.อ. หลวงบรรณยุทธ์ ชำนาญ บ้านเลขที่ ๑ ปากตรอกมาศ ถนนบูรณะศิริ พระนคร บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน “ร.อ. หลวงและนางบรรณยุทธ์ชำนาญ” ๒๔. นางทองสุข พิณจชอบ บ้านถนนพระราม ๑ พระนคร บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท เพื่อ

ให้ชื่อโลหิตสำหรับคนไข้ขนาด ๒๕.
 น.ส. ชัน ศรีภักย์ บ้านถนนสี่ลม พระนคร
 บริจาคเงิน ๔๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน
 “ชัน ศรีภักย์” ๒๖. นางยุพิน สุวรรณ
 บ้านตลาดกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี
 บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้ชื่อ
 โลหิตสำหรับคนไข้ขนาด ๒๗. ขุน
 อนุบาลละพิน บ้านเลขที่ ๑๓๗๗ ตำบล
 ทอรัตนไชย อำเภอกรุงเก่า จังหวัดพระ
 นครศรีอยุธยา บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐
 บาท บำรุงคัมภีร์คถาวรานุสรณ์ ๒๘.
 นายแมน ข้าท่อม บ้านเลขที่ ๗๓๕ ปาก
 น้ำ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
 บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ๒๙. นาย
 แพทย์จำรัส ศิริสัมพันธ์ สหการแพทย์
 สถาน บางรัก พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.
 ๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน “ศิริสัมพันธ์”
 ๓๐. นายผล น้อยเฒ่า บ้านตำบลโพทะเล
 อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี บริจาคเงิน
 ๑๐๐.๐๐ บาท ๓๑. นางยี่เฮียะ แซ่ลี้
 ยี่หอกิม่วง พระโขนง พระนคร บริจาค
 เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๓๒. นางสาลี กริช
 วิเชียร บ้านเลขที่ ๒๕ ตรอกโรงเลี้ยง
 เต็ก พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
 บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ ๓๓.

ก.ช. ไสว โอเจริญ บ้านเลขที่ ๘๖๘ ถนน
 ทรงวาท พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
 บาท บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ ๓๔.
 นายวิศิษฐ์ โชติกระศรี บ้านเลขที่ ๘๐๖
 ตำบลพญาไท พระนคร บริจาคเงิน
 ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยา
 โสตนาสิกการังษ ๓๕. ก.ช. แข็ง แซ่จิว
 บ้านเลขที่ ๗๔ ถนนสาร อำเภอบางรัก
 พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำ
 รุงแผนกจักขุวิทยาและวิทยาโสตนาสิก
 การังษ ๓๖. ก.ช. ชนินทร นรินทร์กุล
 บ้านเลขที่ ๕๓๓ อำเภอบางกอกน้อย ธน
 บุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุง
 แผนกกุมารเวชศาสตร์ ๓๗. ก.ช. แดง
 นิลดี บ้านเลขที่ ๑๕๑ อำเภอเมือง จังหวัด
 จันทบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
 บำรุงแผนกกุมารเวชศาสตร์ ๓๘. นาง
 เขียว แซ่แต้ บ้านเลขที่ ๘๒ ตลาดพระประ
 แดง สมุทรปราการ บริจาคเงิน ๑๐๐.
 ๐๐ บาท บำรุงแผนกสูติศาสตร์—นรีเวช
 วิทยา ๓๙. พระมหาอำพัน บุญ—หลง
 วัดเทพศิรินทราวาส พระนคร บริจาคเงิน
 ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงผู้ป่วยขนาดา โรง
 พยาบาลศิริราช ๔๐. คุณหญิงปทุม ราช
 พินิจัย บ้านเลขที่ ๔๔๐ ตำบลมหา

พุดมาราม อำเภอบางรัก พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เนื่องในวันครบรอบมรณะกรรมของ พระ บาราช พินิจัย

๔๑. นายประนอม พรหมรัตนพงศ์ โรงงานซีเมนต์ไทย บางซ้อ พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๔๒. นายประกอบ สุวรรณปัทมะ บ้านเลขที่ ๖๐๔ ถนนพระราม ๕ พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้แก่ นายอำพล สุวรรณปัทมะ บุตรผู้วายชนม์ ๔๓. นางควินิจ แซ่แท้ บ้านหลังตึกเจ็ดชั้น พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงตึกคัลยกรรมหญิงชั้นล่าง แผนกคัลยศาสตร์

๔๔. นางเหลียง ชูวานนท์ บ้านเลขที่ ๓๘๗ ถนนราชปรวราง พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๔๕. นายตัน พานิช บ้านตำบลหันคา อำเภหหันคา จังหวัดชัยนาท บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักขุวิทยาและวิทยาโสตนาสิกถาวรียง ๔๖. พุทธสมาคมแห่งประเทศไทย บริจาคสิ่งของต่าง ๆ เพื่อถวายพระภิกษุที่อาพาธในแผนกคัลยศาสตร์ คือ

- (๑) สะบง ๔ ผืน (๒) จีวร ๑ ผืน
(๓) ผ้าเช็ดหน้า ๑ ผืน (๔) รัศประคตอก ๑ ผืน (๕) หนังสืออรรถาสน์เสรีภาพ

ของชาวไทย ๑๑ เล่ม (๖) สมุดฉีก ๒ เล่ม (๗) ไม้ขีดไฟ ๗ ห่อ (๘) เทียนไข ๒ ห่อ (๙) ขวดยเปล้าสำหรับใส่ยา ขนาดใหญ่ ๑๓ ใบ กลาง ๑๕ ใบ เล็ก ๑๓ ใบ

๔๗. ผู้จัดการร้านศึกษาภัณฑ์พานิชย์ ให้หนังสือวรรณคดีเป็นสมบัติของห้องสมุดโรงพยาบาลศิริราชรวม ๔๐ เล่ม ๔๘. นางยิ้ม ศรีวิเชียร บ้านเลขที่ ๔๕. ตำบลจักรวรรดิ อำเภอสัมพันธวงศ์ พระนคร ให้ผ้าดิบขาว ๑ พับ ๔๐ หลาครั้ง ราคาประมาณ ๒๕๐.๐๐ บาท แก่ตึกคัลยกรรมหญิงชั้นล่าง แผนกคัลยศาสตร์

การประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์

ได้จัดประชุมวิชาการประจำปีเดือน เมษาวนที่ ๒๕ กันยายน มีเรื่องทบทวนราย คือ

๑. แก่งกรีนภายหลังฉีดพาล์วกรีนเข้าหลอดเลือด โดยนายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี แผนกคัลยศาสตร์

๒. พลุโมแนรีย้อโฮสโนฟีเลีย โดยแพทย์หญิงตระหนักจิตต ตรีณสุต แผนกอายุรศาสตร์

ไปต่างประเทศ ๑. นายแพทย์เขียม มุสิ-

กะภุมมะ พ.บ.(กรมสาธารณสุข) ไปศึกษาวิชาต่อ ณ มหาวิทยาลัยมิชซิกัน สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๔

๒. นายแพทย์กมล สนิชวานนท์ พ.บ. (กรมการแพทย์) ไปศึกษาวิชาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๔๙๔

๓. นายแพทย์บุญธรรม สุนทรเกียรติ พ.บ., D.T.M. (Calcutta) ไปศึกษาวิชาโลหิตวิทยา ณ มหาวิทยาลัย โอไฮโอ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๔๙๔

๔. นายแพทย์ประพนธ์ เสวีรัตน์ พ.บ. วัชรพยาบาล ไปปฏิบัติงานสกี-น้ำว่เขตวิทยา ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๔๙๔

๕. นายแพทย์วิบูล วิวานุวัตต์ พ.บ. อาจารย์ในแผนกพยาธิวิทยา ไปศึกษาพยาธิวิทยา ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๔๙๔

๖. นายแพทย์วิรัช มรรคดวงแก้ว พ.บ. (ร.พ.สงฆ์) ไปปฏิบัติงานคัลยกรรม และ นายแพทย์โอภาส มีนระวรรณ พ.บ. (กรมการแพทย์) ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๔๙๔

๗. นายแพทย์ สมใจ สุขชาคำ พ.บ. (ร.พ. บางรัก) และแพทย์หญิงสุภัทร สุวรรณมาลิก พ.บ. (ร.พ.บางรัก) ไปศึกษา

ต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๔๙๔

๘. นายแพทย์คง สุวรรณทัต พ.บ. (กรมการแพทย์) ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๔๙๔

และโดยทุน E.C.A. มีอาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล กับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ ได้รับทุนไปทำงานเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ออกเดินทางไปแล้วตามวันดังนี้ คือ

๑. เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๔๙๔ นายแพทย์สนวน บุรณวงค์ พ.บ. (รังสี-ศิริราช) นายแพทย์อานนท์ ประทีปสุนทรสาร พ.บ. (พยาธิ-ศิริราช) นายแพทย์ตระกุล กิติสิน พ.บ. (สรีร-ศิริราช) และ นายแพทย์สระโรช คมสัน (กุมาร-จุฬาลงกรณ์)

๒. เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๔๙๔ นายแพทย์พร วราเวชช์ พ.บ. (จักษุ-ศิริราช) นายแพทย์บุญรักษ์ กาญจนโกคิน พ.บ. (กายวิภาค-จุฬาลงกรณ์) และแพทย์หญิงสุจินต์ ภัทราคม พ.บ. (สรีร-จุฬาลงกรณ์)

๓. เมื่อวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๔๙๔ นายแพทย์เชิыр อุทยานัง พ.บ. (กายวิภาค-ศิริราช)

เราขอแสดงความยินดีต่อท่านทั้งหลาย
ขออวยพรให้ทุกท่านจงประสบความสำเร็จ
ทุกประการ เพื่อความเจริญแห่งสำนัก
ศึกษาและประเทศสืบไป

ไต่บัตร ๑. นายแพทย์จำเวิญ และคุณ
นิภา เขจรบุตร ไต่บัตรชายคนแรกเมื่อ
วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๔๕๔

๒. นายแพทย์นัท ฌ นคร และแพทย์
หญิงบุณตรี ฌ นคร ไต่บัตรชายคนแรก
เมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๔๕๔

๓. นายแพทย์อุคม และ คุณมัทน
ไยยะกฤษณะ ไต่บัตรชายคนที่สอง เมื่อ
วันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๔๕๔

เราขอแสดงความยินดีอย่างมาก

มรณะกรรม นายแพทย์ประเสริฐ อุด
พันธ์ พ.ย. สำเร็จการศึกษาเมื่อ พ.ศ.
๒๔๕๐ (วันที่ ๕๒) ได้ช่วยเกี่ยวกับ
วรรณโรคแห่งปอดเรื่อยมานานแล้ว ประ
มาณ ๑๕ วัน ก่อนถึงแก่กรรมนี้ ได้ช่วย
หนักจน จนกระทั่งวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๔๕๔
จึงได้ถึงแก่กรรม เราขอแสดงความเสีย
ใจในข่าวการจากไปของศิษย์ผู้นี้ ในวัย
อันเร็วเกินควร ต่อบรรดาญาติมิตรสหาย
ของท่านด้วยอย่างมาก

ข่าวแผนกกุมารเวชศาสตร์

สถานที่ ได้ทราบข่าวเป็นที่น่ายินดีว่าคุณ
หญิงเพิ่ม โชฎิกราชเศรษฐี (เพิ่ม เลาหะ
เศรษฐี) ได้มีใจศรัทธาบริจาคเงิน ๑๕๐,
๐๐๐ บาท เพื่อเสริมตึกกมนเลาหะเศรษฐี
ขึ้นเป็นสองชั้น เนื่องจากขณะนี้มีผู้นำ
เด็กมา รับการตรวจ รักษาจากแผนกมาก
ขึ้น จึงเห็นได้จากสถิติการรักษายา
บาล (แผนกข่าวหน้าสถิติ) ในปี ๒๔๕๓
จำนวน เด็กช่วย ตรีขไว้รักษา ในแผนกคิด
เฉลี่ยประมาณเดือนละ ๑๑๐ ราย สถิติ
ยอดเยี่ยมในเดือนสิงหาคมซึ่งมี ๑๔๑ ราย
แต่ในปี ๒๔๕๔ นี้จำนวนเฉลี่ยประมาณ
เดือนละ ๑๖๐ ราย โดยจะเพาะเดือน
สิงหาคมสูงถึง ๒๐๐ หยอน ๒ รายเท่า
นั้น ทางแผนกถึงกับต้องให้เด็กนอนกับ
พื้นเนื่องจากจำนวนเตียงจำกัด ฉะนั้น
การที่คุณหญิงเพิ่ม โชฎิกราชเศรษฐี
บำเพ็ญกุศลตั้งกล่าวว จึงเป็นที่ชื่นชมต่อ
บรรดาผู้ปฏิบัติราชการในแผนกเป็นอย่าง
ยิ่ง เพราะคงจะช่วยแบ่งเบาปัญหาหาของ
การขาดเตียงไปได้บ้าง

อาจารย์ในแผนก นายแพทย์สวัสดิ์
สกุลไทย อาจารย์ในแผนกผู้ซึ่งได้รับทุน
ของบริติชเคาน์ซิล ไปศึกษาวิชาโรค

เด็กก่อน ประเทอังกฤษ ได้รับ D.C.H. แล้ว ขณะนี้ได้รับทุน ก.พ. ให้ทำงานเกี่ยวกับทางเด็กต่ออีก ๖ เดือน

พยาบาล เรามีความเสียดายที่ คุณ วิณา เจตะเสน หัวหน้าพยาบาลที่กรมเสนาหะ เจริญศรี ได้ลาจากแผนกกุมาร ๗ ร.พ. ศิริราช ไปประจำที่ ร.พ. จุฬาลงกรณ์แล้ว ขณะเดียวกันยินดีต้อนรับหัวหน้าที่ คุณสุไร ศรีวินิต เข้ารับหน้าที่แทนต่อไป

ข่าวแผนกจักษุวิทยา นายแพทย์พร วราเวชช์ ได้เดินทางไปสหรัฐอเมริกา โดยเครื่องบิน เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๕๔. เพื่อไปศึกษาวิชาเพิ่มเติมโดยทุนของ อ.ช.เอ.

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์

(๑) เริ่มแต่วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๕๔. แผนกได้เริ่มทดลองใช้ยาพวกไลโปโทร-ปีคร่วมกับยารอยด์ออกซิทเรคท์ในโรคไตชนิดไฮดรียัมคิ ยานใหม่และทดลองใช้เองโดยไม่ได้อ่านมาจากเอกสาร ผลถึงบัดนี้กระตุ้นให้ลองต่อไป

(๒) วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๕๔. นายแพทย์มงคล เจริญตราฐ ไปร่วมประชุม

S.P.C. แสดงเรื่อง "ก่อนนำเหลืองที่คอโต

(๓) วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๕๔. นายแพทย์สมชัย สุคนธ์พันธ์ แสดงเรื่อง Acquired Hemolytic Anemia ชัน โดย Purulent Bronchitis และ Terminal Bronchopneumonia ในการประชุมร่วมคลินิกพยาธิวิทยา หัวหน้าแผนกเป็นประธาน

(๔) น.ส. Virginia Minnich จาก อ.ช.เอ. ซึ่งได้มาเริ่มร่วมงานตั้งแต่ ๒๖ มิถุนายน ๕๔. ในฐานะผู้ชำนาญทางโลหิตวิทยาชยันมาก แม้แต่เพิ่งพ้นจากป่วยยังเพลียอยู่ก็มาทำงาน แพทย์หญิงสุภา ณ นคร "โลหิตแพทย์" ของเราได้รับความรู้จากเธอมาก และเรากำลังรอคอยพนักงานวิทยาศาสตร์หนึ่งคน ซึ่งขอขึ้นไปแล้ว

เอื้อเฟื้อสารศิริราช มีผู้เอื้อเฟื้อบำรุง

สารศิริราชเป็นพิเศษ ดังรายนามต่อไปนี้ (๑) น.พ. กระจ่าง ศาสตร์สิงห์ หาดใหญ่ สงขลา ๑๐๐ บาท (๒) น.พ. ชม นवल สกล ยะลาการแพทย์ ๑๐๐ บาท (๓) น.พ. จำรัส และ คุณทองใบ มีตรกูล นครศรีธรรมราช ๑๐๐ บาท (๔) น.พ. ทรวง เกษก้าแหง อยุธยาการแพทย์ ๕๐

บาท (๕) น.พ. สมหวัง สมใจ จันทบุรี ๒๕ บาท (๖) น.พ. วิมล โนนานนท์ ลำพูน ๒๕ บาท (๗) คุณบัญญัติ เอมะวิศิษฐ์ คลองสาน ธนบุรี ๒๐ บาท (๘) ร.ท. เปรม สติรแพทย์ ลพบุรี ๒๐ บาท (๙) น.พ. ประเสริฐ สุขุมธรรม ประเสริฐคลินิก ๒๐ บาท (๑๐) คุณสุนัย ราชภัณฑารักษ์ นายอำเภอพิมาย นครราชสีมา ๒๐ บาท (๑๑) ร.ท. พิระสุชาติ ปทุมธานี ๒๐ บาท (๑๒) น.พ.

มานิตย์ พงษ์ไพบูลย์ ร.พ. ปักคานี่ ๒๐ บาท (๑๓) น.พ. เจริญ วัฒนจินดา สตูล ๒๐ บาท (๑๔) พระวิศิษฐ์เภาสดี คลองสาน ธนบุรี ๒๐ บาท (๑๕) น.พ. วิเชียร ทิลกสัมพันธ์ ศิริราช ๒๐ บาท (๑๖) ร.ท. สัญญาพันธ์ ศรีพิชิต นครศรีธรรมราช ๒๐ บาท

สารศิริราช ขอแสดงความขอบคุณ
มา ณ ที่นี้

๐ กุทนต์กุลกร
ข้าอราน่าหัว

แล้วยอันกตัว
เตนยวอย่างฝน ฯ

๐ ดอกเอ๋ย
ลครคนลครขัน

เจ้าดอกทิตะวัน
ประชันกันสนกเอ๋ย ฯ
รุไปขาด—กรมพระนราธิป ฯ

หน้าสำหรับนิลลิต

ข้อควรทราบเกี่ยวกับอุณหภูมิ

สีของวัตถุที่กำลังไหม้ ในเวลากลาง

คืนของแข็งที่กำลังไหม้ไฟ หากอุณหภูมิยังต่ำกว่า ๕๒๕° ซ. ควันที่ออกมาจะยังคงมีอยู่

ถึง ๕๒๕° ซ. ควันที่ออกมาเริ่มมีสีและแสง
 ๗๐๐° ซ. มีสีแดงเข้มที่
 ๘๕๐° ซ. มีสีแดงอย่างเชอร์รี่
 ๙๕๐° ซ. เปลี่ยนเป็นสีแดงอ่อน
 ๑,๑๐๐° ซ. เป็นสีเหลือง

๑๑,๕๐๐° ซ. เป็นสีขาวบริสุทธิ์

การที่วัตถุจะไหม้และตัวมันกลายเป็นสีขาวโพล่ง ที่จะพบคืออุณหภูมิและโลหะเบาที่กำลังคุไฟอย่างแรง (โลหะเช่นนี้อาจมีอุณหภูมิขึ้นถึง ๓,๐๐๐° ซ. ได้)

ไฟกลางแจ้ง โดยมากมีสีแดงหรือเหลือง คืออุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๕๐๐° - ๑,๐๐๐° ซ. โดยการวัดด้วย thermocouples มีผู้พบว่า ไม้ที่เผากลางแจ้งมีอุณหภูมิที่คิดเฉลี่ยได้ ๖๐๐° ซ. สูงสุดไม่เกิน ๘๖๐° ซ. (1)

จุด ละลาย ของโลหะ บาง ชนิด ที่ใช้ ทำ

ภาชนะ (2)

เหล็ก	๑,๕๓๕° ซ.
เหล็กกล้า	๑,๓๗๕° ซ.
อะลูมิเนียม	๖๖๐° ซ.
คอปเปอร์	๒๓๑๑.๘๕° ซ.
นิกเกิล	๑,๔๕๒° ซ.
สังกะสี	๔,๑๙๘° ซ.
เงิน	๙๖๐° ซ.

การเผามูลฝอยหรือทรากร (3) เตาเผา

จะต้อง มีอุณหภูมิ อย่างน้อย ที่สุด เท่ากับ ๖๗๖° ซ. แต่โดยธรรมดาควรประมาณ ๗๖๐° ซ. ถึงจะร้อนพอสลายแก๊สกลิ่นเหม็นต่าง ๆ ที่เกิดจากการแห้งตัวและการไหม้ของอินทรีย์วัตถุที่นำมาเผา

หากอุณหภูมิต่ำกว่า ๕๐๗.๕° ซ. จะเกิดกลิ่นเหม็นรบกวนคน

อุณหภูมิต่ำที่สุดของร่างกายคน หากลดลงถึง ๗๒° ฟ. (๒๒° ซ.) มักไม่

รอดแต่เคยมีคนรอดจากอุณหภูมิ ๖๘° ฟ. (๒๐° ซ.) ได้หนึ่งคน มีข่าวว่ามีหญิงนิโกรคนหนึ่งอายุ ๒๘ ปี ทำรวจพบนอนตัวแข็งหมดสติอยู่ในตรอกเมืองซิกาโกเมื่อน้ำหนาวบนเอง เข้าใจว่าเมาสลยอยู่ทั้งคืนในที่มืด และอุณหภูมิ ๑๑° ฟ. ไม่มีชีพจร และวัดแรงดันโลหิตไม่ได้ หายใจ ๓ ครั้งก่อนนาฬิกา เข้าโรงพยาบาลถึงเกิด ๒ ชั่วโมง กว่าจะหา rectal thermometer ที่ซื้ดทาพอ วัดได้เพียง ๖๔.๔° ฟ. (๑๘° ซ.) (เริ่มได้สติหลัง ๑๒ ชั่วโมง และหลัง ๒๔ ชั่วโมงรับอาหาร

ได้รอดตาย และไม่ต้องการตัด (amputate) ที่สำคัญ)⁽⁴⁾

เอกสาร

1. J.A.M.A. Oct. 28, 1950 "Effects of Extreme Heat on Man," Konrad Buetner.
2. Handbook of Chemistry, Ed. III Revised 1939, N.D. Lange.
3. Military Preventive Medicine: Ed. 3, 1940, Dunham, P. 746.
4. LIFE: March 12, 1951.

จินตภา สายัณห์วิภสิต พ.บ.

เรอนสาม—น้ำ

๑ เรอนเหย้าคนอยู่นั้น

เรอนชตาแผ่นทอง

เรอนผมออย่างหอยอง

สามประการนี้ให้

๑ น้ำใช้ใส่ตุ่มตั้ง

น้ำอ้ออินทรี

น้ำป่นใส่เต้ามี

น้ำจืดค้ออย่าให้ของ

อย่าหมอง

วากไว้

หิวหยัง ใวน้ำ

หมั่นสู้ส่งวงงาม ฯ

เต็มก็

อย่าผรั้ง

อย่าขาด

ชคน้ำใจใคร ฯ

โลกนิติ

บันทึกท้ายสมุด

๑ อีกครั้งหนึ่งที่สารศิริราชบรรจุนาน
ที่อยู่จำพวก “หายาก” คือรายงาน
โรคอินฟลูเอนซ่าพาราอีตีส ซึ่งไม่ค่อยมี
ใครกล่าวถึงในบ้านเรา จนกระทั่งรู้สึก
เราไม่มีโรคนี้ เราต้องขอขอบคุณ คุณ
หมอสังข์ กาญจนกฤษ และ คุณหมอบรรณ
เนตรศิริ และ คุณหมอประกอบ ที่จินต
นาการร่วมกันช่วยให้ความรู้อันละเอียด
ในโรคนี้ หลายคน คง ค้นพบที่ได้อ่าน
ข้อแถลงของคุณหมอ บรรณ เนตรศิริ
ว่าปลายปีมีการระบาดน้อย ๆ ของโรค
ซึ่งแม้ในเมืองฝรั่งก็กำลังพยายาม อย่าง
เต็มที่ที่จะต่อสู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน
อเมริกา ความจริงนั้นเป็นเรื่องน่าตกใจ
และน่าเป็นห่วง สัมพันธ์การติดต่อรวดเร็ว
มาก อันตรายของการแพร่โรคติดต่อก็
มากขึ้น ในบ้านเราเองอาจมีน้อย แต่
เป็นการง่ายที่จะมีเชื้อติดมากับผู้โดยสาร
เครื่องบินจากประเทศที่มีเชื้อเมื่อเร็ว ๆ นี้
ก็มีข่าวในหนังสือพิมพ์ว่ามี “การระบาด
น้อย ๆ” ที่ฮ่องกง ห่างจากเราไม่กี่ชั่วโมง
ทางเครื่องบิน มีข้อสังเกตว่าท่านชาว

ยุโรปเป็นโรคนี้มากกว่าชาวจีน อาจเป็น
ได้ว่าชาวไทยมีความทนทานโรคมากกว่า
ฝรั่ง แต่ถ้ามีการระบาดขึ้นและเชื้อโรค
ยังเกิดฤทธิ์เพิ่มพูนขึ้น อาจกระจายกัน
ใหญ่ แล้วเราจะมีอะไรช่วยชีวิตของเด็กๆ
ผู้เคราะห์ร้ายบ้าง น่ากลัวจะต้องสั่ง “ปิด
เหล็ก” มาจากต่างประเทศพร้อมทั้งผู้เขย
ชาญเข้ามาปราบ เพราะสมัยนี้แม้คุ
ทระวาทยังต้องถึงฝรั่ง

๑ ท่านสมาชิกที่รู้สึกหนักใจและ
สำนึกว่าตนเองมีความรู้เล็กน้อยได้อ่าน
“บทความพิเศษ” ของคุณหมอสุนต์ แสง
วิเชียรในสารศิริราชฉบับที่แล้ว คงจะรู้สึก
โล่งใจและปลื้มใจเมื่อมาอ่าน “บทความ
พิเศษ” ของคุณหมอมิถุนย์ สุวรรณเคมี
ในฉบับนี้ บางท่านอาจเห็นว่า “เขาไป
หน่อย” เสียด้วยซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
ในแง่ของลำดับสำนวน ซึ่งอ่านผาด ๆ
อาจจะรู้สึกหลงไปว่าท่านผู้เขียน ต้องการ
ส่งเสริม “การจำกัดกำเนิด” ต้องขอชี้
แจงแทนท่านผู้เขียนสักหน่อยว่าบรรณาธิ
การได้ขอรับเป็นพิเศษให้เขียนอย่างคน

สามัญที่ไม่ใช่แพทย์ก็อาจเข้าใจได้ เพราะ ประสงค์จะให้ความจริง ซึ่งแพทย์โดยมากทราบคืออยู่แล้ว แพร่ไปถึงประชาชนทั่วไปด้วยแม้จะโดยทางอ้อม โดยที่ม ความรู้สึกอยู่ว่าจำเป็นยิ่งในขณะนี้ ซึ่ง ความกลัวเคียดของการต่อต้านคลุกกำลึงได้ รัยการประโคมเข้าหุประชาชนอยู่อย่าง พว้าเพรื่อโดยไม่มีใครเข้ยถึงผลสะท้อน ทางร้ายซึ่งอาจบังเกิดแก่ส่วนบุคคลและ ส่วนรวมเสียข่างเลย ขทความเรองการ จำกักกำเนิดและขทบรรณาธิการเรองการ ตอนมนุษย์ในขบขันอาจไม่ถูกใจคนหลาย คนในขบขันซึ่งเป็นธรรมชาติของ “การ เตือน” ในภายหน้าอาจเป็นทรวงรัยน้ำ คาของคนหลายด้านก็ได้ ซึ่งขบขันเรียกตนเองว่า “ไทย”

๑ แผนกย่อยเอกสารของเราขงเข้มี แข็งคืออยู่ แม้ขณะนี้ยังมีพรอ้อมอยู่ใน “สะตอค” อีกหลายเรอง เราหวังว่าท่าน ผู้อ่าน โดยละเพาะอย่างข้งที่อยู่ห่างไกล จากห้องสมุดจะมีความพอใจในการที่ได้ รัยความรั้มากข้นกว่าเดิมมากกว่าห้าสิบ เปอร์เซ็นต์ และคงจะรวมกับเราขอขคุณ ท่านนักย่อยทงหลายที่ตงออกตงใจทำประ- โยชน์จริง ๆ

๑ หอประชุม “ราชแพทยาลัย” ออก งามเป็นสง่าข้นมาแล้วที่หน้าโรงพยาบาล ศิริราช, ศิษย์เก่าทงท่านคงยินค้ที่ไ้รัยข่าว นี้ การก่อสร้างเกอขจะสำเร็จในส่วนนอก แล้ว อาจล่าไปกว่ากำหนดขบข่างจะ เร็ยขร็ย ทรวททวงแยบคาย หลายคน ก็หลายความเห็นขบข้นก็ข้มมาก ขบ คนก็อยากให้เป็นอย่างนี้ อย่างโน้น แต่ อย่างไร ๆ ทง ๆ คนก็อยากให้เป็นข้งที่ ทั่วคิตว่าจะดี ทง ๆ คนหวังที่จะให้ศิริราช ใ้ค้ขงค้ ๆ ขบข้นสร้างข้นมาแล้ว เป็น ขงศิริราชแล้ว ก็พอใจไปใ้ค้ข้นหนึ่ง ทำนองเค็ยขกับทขวข่านว่า “ซอแล้ว เหมือนใ้ค้ขเปล่า” แต่ถ้าหากปรากฏว่า มีผู้ไม่พอใจมาก ก็อยากขว่นว่า ขข่านข บ่นอยู่เลยท่านช่วยกันหาเงินมาสร้างใหม่ อกค้ขหนึ่ง ใ้ค้ขข่งกว่าหล้งขข้นไปอก ครวณเอาใ้ค้ขจริง ๆ อย่างด่งใจที่เค็ยว !

๑ สำหรับท่านที่ไม่ได้สะกุดคา ขอ เร็ยขว่า “สมุดรวมเรองวิชาการในงาน ผลองหลค้ขศิริราชออกแล้ว” เพิ่งคลอค สำเร็จภายหล้งที่ทรมาณพ เลียงมาขบขว่า แต่ก็ค้ขขยาก็จริง ๆ คนที่ปลุกปล้ำมาด้วย เห่งอพอเห็นโลมหน้าก็ข้มออก สำหรับ ท่านที่ขงไว้ก็น่าจะอูทานว่า “มีเสียแรง

ของแถม

เฮปารินรักษาแผลไฟไหม้

นายแพทย์ Ebrod และคณะได้ทำการทดลองที่แสดงว่าเฮปาริน (heparin) มีประโยชน์ในการรักษาไฟไหม้. เขาทดลองทำไฟไหม้สุนัข ๑๕ ตัวเท่า ๆ กัน, แล้วแบ่งออกเป็นพวกละ ๒๕ ตัวสามพวก. พวกแรกเป็นค้อนโทรล, ไม่รักษาอย่างใดเลย. พวกที่สองฉีกเฮปารินในขณะที่จะให้ไฟไหม้และฉีกต่อไปเรื่อย ๆ. พวกที่สามรอจนไฟไหม้แล้ว ๒ ชั่วโมงจึงเริ่มฉีก. ผลคือพวกค้อนโทรลตายหมดภายใน ๓๔.๖ ชม., พวกฉีกเฮปารินอยู่ได้ถึง ๖๒.๒ ชม., คือพวกที่สองอยู่ได้ ๖๓ ชม., พวกที่สาม ๖๑.๔ ชม. การตรวจก่อนตายแสดงว่า ความชื้นของเลือดและส่วนเลือดที่เข้มข้น (packed cell volume) ในพวกค้อนโทรลมากกว่าพวกเฮปาริน. โปรตีนในเลือดของพวกค้อนโทรลลดลง, ในพวกเฮปารินสูงขึ้นเล็กน้อยใน ๒๔ ชม.แรก. พวกค้อนโทรลมีแอลบิวมินในเลือดน้อยกว่าพวกเฮปาริน ๒.๕ เท่า. ที่สำคัญ คือน้ำโปรตีนในโครเจนในพวกค้อนโทรลเพิ่มขึ้นมากกว่าปรกติถึง ๔๔ มก. เฮอร์เซ็นต์; พวกเฮปารินสูงขึ้น ๑๕ มก. เฮอร์เซ็นต์ใน ๒๔ ชม.แรก และกลับลดลง ๘ มก. เฮอร์เซ็นต์ระหว่าง ๒๔ ชม.ที่สอง. สัตว์ทั้งหมดกินน้ำจำนวนเท่า ๆ กัน, แต่พวกค้อนโทรลถ่ายขี้สากน้อยกว่าพวกเฮปาริน. ในการตรวจทวารทุกตัวไม่พบการตกเลือดในอวัยวะใด. พวกที่ฉีกเฮปารินแสดงการยุบสลายในไตน้อยกว่าพวกค้อนโทรล. เข้าใจว่าเป็นเพราะเฮปารินป้องกันกรอมโยลิสและลดความหนืดของเลือด, ทำให้เลือดไหลผ่านไต และเนออน ๆ ใต้คอกว่าในพวกค้อนโทรล, อันตรายของไตและของเนออน ๆ จึงน้อยกว่า. การที่สัตว์ทดลองตายหมดทุกตัว, แม้จะใส่เฮปารินเพียงพอ, อธิบายว่าเป็นเพราะไม่ได้ให้การรักษาประคับประคองอื่น ๆ เลย.

สนอง กาญจนาลัย พ.บ.