



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๓๕

Volume 4, Number 7, July 1952.

เม็คเคิล'ล ไคเวอร์ติควิล้ม

รายงานคนไข้

เสนาอ อินทรสุขศรี

พ. บ.

(แผนกศัลยศาสตร์ ศิริราช)

เม็คเคิล'ล ไคเวอร์ติควิล้มเป็นส่วนที่
ตกค้างอยู่, โดยที่หลอดของท่อนิวเคลโด
อินเท็สทินัลไม่บีค(1), หรือไม่เปลี่ยนแปลง
มาสู่สภาพปรกติ ภายหลังที่คลอด ออกมา
แล้ว. ฉะนั้นตามทพบไคอาจมีลักษณะ
ต่าง ๆ กัน, อาจเป็นกระเปาะยื่นออกมา
จากอิลเลอัมปรกติ, หรือตอนปลายอาจมี
เส้นพังผืดยึดติดต่อมาถึงสะดือ, หรืออาจ
มีหลอดยึดติดต่อมาถึงสะดือ, ทำให้อาหาร
จาก ภายใน ลำไส้ใหญ่ มาทาง สะดือ และ
ออกสู่ภายนอกได้.

เม็คเคิล'ล ไคเวอร์ติควิล้มนี้แยกได้
จากไคเวอร์ติควิล้ม ของ ทางเดิน อาหาร
ชนิดอื่น ๆ (2), โดยที่พบบอยู่ในส่วนลำ
ไส้เล็กอิลเลอัม, สูงจากที่ต่อของ อิล
เลอัมและซัคคุมขึ้นไปประมาณ ๓๐ ถึง ๑๖๕
ซ.ม., หรือคิกละเลยภายใน ๕๐ ซ.ม.,
และยื่นออกไปจากอิลเลอัมที่ผนังด้านตรงกัน
ข้ามกับคันทัมเมเซ็นเทอรัยยก. ลักษณะ
ของมันอาจเป็นกระเปาะหรือท่อเล็ก ๆ, หรือ
มีขนาดโตราว ๆ เท่าลำไส้. อาจมีความ
ยาว ๑๐ ซ.ม. พบในเพศชายมากกว่า
หญิงประมาณ ๒:๑ หรือ ๓:๑. คิกละเลย

แล้วพบได้ในผู้ใหญ่ราว ๆ ๒ เปอร์เซ็นต์, ความสถิติของแผนกกายวิภาคศาสตร์, ศิริราชพยาบาล, ราว ๆ ๑ เปอร์เซ็นต์.

ในการตรวจ ด้วย กล้องจุลทรรศน์ (3), อาจพบ เยื่อเมือก มี ลักษณะ คล้าย เยื่อในกระเพาะอาหารหรือตับอ่อน. ซึ่อันอาจเป็นเหตุให้ ผู้ป่วย บางคน มี อาการ คล้ายโรคแผลเยื่อในกระเพาะชั้นใต้.

นอกจากอาจเกิดการอักเสบขึ้น, ในเมื่เกิดแผลที่ไคเวอรัคทีควิลมีอาจเป็นนั้วก็ได้. มีเอกสาร และผู้รายงานไว้ หลายรายด้วยกัน(4).

เมื่เกิดแผลที่ไคเวอรัคทีควิลมีเมื่อเกิดอักเสบขึ้น, จะมีอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ, ทำให้วินิจฉัยโรคผิดได้(5,6). ทั้งนี้เพราะการที่ทะกัสนี่ว่าเป็นโรค เมื่เกิดแผลที่ไคเวอรัคทีควิลมี อักเสบนั้นไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอนแต่อย่างใด.

การจำแนกชนิดของเมื่เกิดแผลที่ไคเวอรัคทีควิลมีอาจแบ่ง ออกได้ตาม อาการของผู้ป่วยและพยาธิวิทยาของเมื่เกิดแผลที่ไคเวอรัคทีควิลมีที่ตรวจพบ, เป็น ๖ พวกด้วยกัน:

พวกที่ ๑. เรียกว่าเพ็ปติก. พวกนี้มีเยื่อเมือกคล้ายในกระเพาะอาหาร. อาการ

จะปรากฏเหมือนโรคแผลเยื่อในกระเพาะ, เช่นอาการปวดท้อง อาจมีความสัมพันธ์กับเวลาอาหาร, และอาจมีโรคแทรกคล้ายกัน, เช่นการตกเลือดและแผลทะลุ.

พวกที่ ๒. พวกที่ทำให้เกิดมีการอุดตันของลำไส้. พวกนี้อาจเกิดเหตุเยื่อพังผืดยึดและรักลำไส้ (แอดฮีชัน), ลำไส้บิดตัว, ลำไส้กลืนตัวเอง; การอุดตันอาจเกิดขึ้นอย่าง ชั่วขณะ หรือเป็นอย่าง เรื้อรัง, และอาจเป็นอย่าง สมบูรณ์หรือเพียงบางส่วน.

พวกที่ ๓. พวกที่เกิดมีการอักเสบ, ทำให้มีอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ, และอาจแตกทะลุ ทำให้มีเยื่อช่องท้องอักเสบต่อไปอีก.

พวกที่ ๔. พวกที่มีทางติดต่อกับสะดือ, ทำให้ อุจจาระ มีทางติดต่อ และไหลออกมาทางสะดือ สู่ภายนอกได้ตลอดเวลา.

พวกที่ ๕. พวกที่เกิดเนื้องอกขึ้น. อาจเป็นพวกเนื้องอกธรรมดาหรืออย่างร้าย. อาการที่เกิเกิดขึ้นก็ดังเช่นเนื้องอกทั้งหลาย. อาจมีการอุดตันของลำไส้, มีการแตกทะลุ, หรือตกเลือด.

พวกที่ ๖. พวกที่ไม่มีอาการ, และ

พบโดยบังเอิญ, เช่นระหว่างที่ผ่าตัดโรค
อื่นในช่องท้องแล้วไปพบเข้า.

ในระหว่าง ๘ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.
๒๔๘๖-๒๔๙๓) แผนกศัลยศาสตร์ได้
พบมีคเคิลส์ไคเวอร์ติคิวลัมรวม ๘ ราย;
เทียบกับโรคในช่องท้องที่ทำการรักษาใน
เวลาเดียวกันจำนวน ๖,๐๐๗ ราย, คิด

ได้เพียง ๐.๑๓ เปอร์เซนต์, หรือประมาณ
๑ ใน ๗๕๐ ราย. ผู้ป่วยมีเชื้อชาติเป็นไทย
๗ ราย, จีน ๑ ราย; เป็นชาย ๖, หญิง
๒ ราย. เทียบส่วนพบในชายเป็น ๓ เท่า
ของหญิง. หากแบ่งผู้ป่วยทั้ง ๘ นี้เป็น
พวก ๆ, ก็กล่าวไว้ข้างต้น, และจำแนก
ผลการรักษา, ได้ดังนี้:-

	จำนวนราย	ตาย	หาย
(๑) พวกที่ทำให้ลำไส้ถูกอุด	๑	๑ (๑๐๐%)	-
(๒) พวกที่อักเสบ	๔	๓ (๗๕%)	๑ (๒๕%)
(๓) พวกที่ไม่มีอาการเลย	๓	-	๓ (๑๐๐%)
รวม	๘	๔ (๕๐%)	๔ (๕๐%)

รายงานย่อของผู้ป่วย

พวกที่ ๑. พวกที่ทำให้ลำไส้ถูกอุด
กัน.

รายที่ ๑. ชายไทย, อายุ ๓๔ ปี (เลข
ที่คล้าย ๓๒๐ - ๙๐) อาการสำคัญ: ปวด
ท้องมา ๒ วัน. อาการอื่น ๆ: ปวดทั่ว ๆ
ไปทั้งหน้าท้อง, ปวดเป็นพัก ๆ, มีอา-
เจียน.

การตรวจ: อุณหภูมิ ๓๘° ซ. ชีพจร
๕๕. หายใจ ๒๔. ลักษณะอาการเช่นคน
ไข้หนัก. ท้องอืด, คั่ง. กล้ามเนื้อหน้าท้อง

เกร็ง. ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้
ได้ยินถี่มาก. คลำไม่พบก้อน.

วินิจฉัยขั้นต้น: เยื่อช่องท้องอักเสบ.

สาเหตุสงสัย.

การผ่าตัด: พบว่าลำไส้เล็กมี
ลักษณะแก่งกรันจากการขาดเลือดเพียง.
ส่วนเน่ายาวราว ๆ ๖๐ ซม., เริ่มตั้งแต่
จุดห่างจากส่วนต่อระหว่างอิลีอัมกับซีคัม
ขึ้นไปราว ๆ ๓๐ ซม. มีพังผืดจำนวนมาก
ติดต่อกับจากมีคเคิลส์ไคเวอร์ติคิวลัม
กดและรัศอิลีอัม.

ได้ตัดเอาส่วนที่เป็นแก่งกรันออก, และ

เอาซิเลียมที่เหลือไปต่อกับลำไส้ใหญ่ส่วน
ขวาง.

ผู้ช่วยดึงแก่กรรมหลังผ่าตัด ๑ วัน.

พวกที่ ๒. พวกที่เกิดมีอาการอักษะ
ชน.

รายที่ ๑. ชายไทย, อายุ ๒๔ ปี. (เลข
คดี ๑๗๒ - ๕๑), เลขที่ทั่วไป ๓๕๕๖
- ๕๑, ภายใน ๗๖๓ - ๕๑.

อาการสำคัญ: ปวดท้องมา ๓ วัน.

ประวัติ: เคยปวดท้องเช่นนี้ครั้งหนึ่ง
เมื่อหนึ่งปีเศษมาแล้ว, หายไปเอง. ครั้ง
นี้เริ่มปวดท้องทั่ว ๆ ไปก่อน, แล้วเปลี่ยน
มาปวดช่องท้องขวาล่าง, มีไข้, และคลื่น
ไส้, อาเจียน. ต่อจากนั้นก็กลับปวดท้อง
อย่างรุนแรงทั่ว ๆ ทั่วหน้าท้อง.

การตรวจ: อุณหภูมิ ๓๗.๖° ซ.
ชีพจร ๑๒๐. หายใจ ๒๔. หน้าท้อง
ตึงและกดเจ็บทั่ว ๆ ไป, โดยเฉพาะที่
จุดแม็คเบอร์เนย์. ฟังไม่ได้ยินเสียงเคลื่อนไหว
ของลำไส้.

ตรวจเลือด: เม็ดเลือดขาว ๑๘๘๐๐,
โพลีมอร์ฟ ๘๗ เปอร์เซนต์, ลิมโฟ
ซัยต์ ๑๑ เปอร์เซนต์, โมโนซัยต์ ๒
เปอร์เซนต์.

วินิจฉัยขั้นต้น: ไส้ติ่งอักษะปัจจุบัน

และเยื่อช่องท้องอักษะทั่วไป.

การผ่าตัด: ไส้ติ่งมีลักษณะอักษะ
เล็กน้อย. แต่พบว่ามีส่วนเชื่อมกับไส้ติ่ง
ติ่งเดิม, ห่างจากขอบของอิลีอัมและ
ซีคัมออกไปราว ๓๐ ซม., โคนฉาก
ปลายนิ้วก้อย. มีลักษณะแก่กรีนและ
ทะลุ, มีความยาว ๑๒ ซม. ท่อนปลายมี
พังผืดยึดติดต่อกันไปถึงสะดือ. เยื่อช่อง
ท้องมีลักษณะอักษะและมีหนองทั่ว ๆ ไป.

ได้ตัดไส้ติ่งและเม็คเคิลส์ไคเวอร์ทึ
คิวลัมออกแล้วใส่ท่อเดรน.

ผลการรักษา: หาย.

รายที่ ๒. เด็กชายไทย, อายุ ๔ ปี,
(เลขคดี ๑๔๕๘ - ๕๑),

อาการ: ปวดท้องทั่ว ๆ ไป ๑ วัน.

ประวัติ: ปวดท้องเป็นพัก ๆ. มีไข้.
ถ่ายอุจจาระมีแต่ไส้เดือนออกมา ๑ ตัว.
มีแต่คลื่นไส้, ไม่มีอาเจียน.

การตรวจ: หน้าท้องตึงแข็งไปหมด.
ฟังได้เสียงลำไส้เคลื่อนไหวถี่มาก. แต่
กดเจ็บทั่ว ๆ ไปทั้งหน้าท้อง, โดยเฉพาะ
ในช่องท้องขวาตอนล่าง. เห็นลำไส้เคลื่อนไหว
ไหวไคทางผนังท้อง.

วินิจฉัยขั้นต้น: สงสัยลำไส้ถูกอุด

กันจากไส้เดือนตัวกลม, หรือไส้ตังอ๊ก
เสยี่จุนัน.

การผ่าตัด: เมื่อผ่าถึงช่องท้องพบ
ไส้เดือนตัวกลมอยู่นอกลำไส้ ๖ ตัว. พบ
เม็คนเค็ลส์ไตเวอร์ตีกิวล์มอ๊กเสยและทะเล.
ในอิลอัมมีไส้เดือนตัวกลม, ซึ่งคืบออก
ไต่อ๊ก ๓๗ ตัว. ไต่ตักเม็คนเค็ลส์ไตเวอร์
ตีกิวล์มอออก, แล้วเทรน.

ผู้ช่วยถึงแก่กรรมหลังผ่าตัด ๒๕ วัน.
(รายงานได้เคยรายงานไว้แล้ว(8).)

รายที่ ๓. เด็กชายไทย, อายุ ๗ ปี,
(เลขคดี ๓๓๔-๕๒).

อาการ: ปวดท้องมา ๔ วัน.
ประวัติ: ปวดท้องรอบ ๆ สะคือเป็น
พัก ๆ. รู้สึกมีไข้, และคลื่นไส้อาเจียน.
ตรวจ: กทางหน้าท้องเห็นการเคลื่อนไหว
ไหวของลำไส้ทั่ว ๆ ไป. กดเจ็บทั่วทั้ง
หน้าท้อง. ฟังได้ยินเสียงลำไส้เคลื่อนไหว
ถี่มาก.

การตรวจเลือด: ปกติ.
การวินิจฉัยโรคขั้นต้น: ลำไส้ถูก
อุดกั้น.

ผ่าตัด: พบเม็คนเค็ลส์ไตเวอร์ตีกิวล์ม
ขนาดยาวราว ๔ ซม., ห่างจากตอนต่อของ
อิลอัมและซึคัมออกไปเล็กน้อย (ไม่ไต่

บันทึกรว้แน่). มีลักษณะอ๊กเสย, แคงจ๊ก.

ผู้ช่วยถึงแก่กรรมในวันผ่าตัด.
รายที่ ๔. หญิงไทย, อายุ ๓๗ ปี. (เลข
คดี ๑๓๕๘-๕๓).

อาการ: ปวดท้อง ๑๕ วัน.
ประวัติ: ปวดท้องทั่ว ๆ ไป. รู้สึก
เป็นลม ๆ วิ่งไปมาในท้อง. มีคลื่นไส้
อาเจียน. ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง.
ตรวจ: มีอาการแสดงของลำไส้ถูก
อุดกั้น.

ผ่าตัด: ในช่องท้องมีหนองเล็กน้อย.
พบเม็คนเค็ลส์ไตเวอร์ตีกิวล์มอ๊กเสย, แคง
จ๊ก, และมีหนองกลิ่นเหม็นอยู่รอบ ๆ. ลำ
ไส้อิลอัมมีบิดตัวเป็นเกลียว, และมีพังผืด
ยึดลำไส้ทั่ว ๆ ไป. ไต่ตักเม็คนเค็ลส์ไต
เวอร์ตีกิวล์มอออก, และเลาะพังผืดที่ยึด
ลำไส้แน่นออกเสียด้วย, แล้วใส่เทรนไว้
ในช่องท้อง.

ผู้ช่วยถึงแก่กรรมภายหลังการผ่าตัด
๕ วัน.

พวกที่ ๓. พวกที่ไม่มีอาการเลย.
มี ๓ ราย, ที่ไม่มีอาการบังถึงเม็คน-
เค็ลส์ไตเวอร์ตีกิวล์มเลย. พบระหว่าง
ผ่าตัด, คือ ๑ รายผ่าเพื่อตรวจว่ามีพัง
ผืดยึดลำไส้หรือไม่ (หญิงไทย), ๑ ราย

ผ่าเพื่อรักษาแผลเขื่อยในกระเพาะ (ชายไทย), และ ๑ รายผ่าทักไส้ติ่ง (ชายจีน). ทั้ง ๓ รายหายโดยเร็วร้อย.

สรุป

๑. ได้รายงานผู้ป่วย ๘ รายที่มีเมือกเคลือบไส้ติ่งหรือติ่งคิ้ว. เทียบกับโรคที่พบในช่องท้องแล้วโรคนี้น่ามีประมาณ ๐.๑๓ เปอร์เซ็นต์, หรือ ๑ รายใน ๗๕๐ ราย. เทียบความบ่อยชายกับหญิงเท่ากับ ๓:๑.

๒. ทั้ง ๘ รายแบ่งตามอาการได้เป็น ๓ พวก, คือ พวกที่ทำให้ลำไส้อุดตัน, พวกที่มีอาการอักเสบ, และพวกที่ไม่มีอาการเลย.

๓. พวกที่มีการอักเสบนั้น อาจทำให้สงสัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบปัจจุบัน.

๔. การที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมือกเคลือบไส้ติ่งหรือติ่งคิ้วอักเสบนั้นไม่มีหลักเกณฑ์หรือเครื่องแสดงใดๆที่แน่นอน. จะทราบได้ก็โดยการผ่าตัด.

๕. ในพวกที่มีการอักเสบ, มี ๑ รายที่ไส้ติ่งอุดตันแล้วทะลุออกมาทางเมือกเคลือบไส้ติ่งหรือติ่งคิ้วที่ทะลุ.

๖. ในพวกที่มีการอักเสบขึ้นแล้ว, ในรายงานนี้, มีอัตราตายถึง ๑๕ เปอร์เซ็นต์.

เอกสาร

1. Arey: Developmental Anatomy. 5 th ed.

2. Bancroft and Wade: Surgical Treatment. Abdominal Surgery (1945).

3. Boyd: Surgical Pathology, 6 th ed. p. 279.

4. Allen and Donaldson: Meckel's Diverticulum containing Calculi. Arch. Surg. 50: 286. (1945).

5. Christopher: Text Book of Surgery. 6 th ed., p. 1012.

6. เสนอ อินทรสุขศรี: การวินิจฉัยผิดในโรคไส้ติ่งอักเสบ. สารศิริราช ๕ กันยายน ๕๔.

7. Mason et al: Meckel's Diverticulum. Report of 30 Cases. Southern Surgeon, 15: 749 (1949).

8. ประจักษ์ณ์ ของประเสริฐ: พยาธิไส้ติ่งอุดตันตัวกลมทางคัลล์. สารศิริราช ๑ มกร. ๕๒.

(Abstract of the preceding article)

MECKEL'S DIVERTICULUM

Case Reports

Sanoë Indrasukhsri

M.B.

(Dept. of Surgery)

The author reports eight cases of Meckel's diverticulum met with during the past 8 years (1943-1950) in the Abdominal Section, making an incidence of 0.13 per cent in a total of 6007 admissions. Seven patients were Thai; one was Chinese. There were 6 men to 2 women (3:1). The abnormality caused intestinal obstruction in one case, which ended fatally one day after operation. There were four cases in which the diverticulum became inflamed; only one survived the operation. The remaining three cases were symptomless,

the abnormality being found by accident at operation for other conditions.

The author stresses that at present there is no means by which a diagnosis of Meckel's diverticulum could be made for certain. The only way to clear any doubt is by operation. Inflamed diverticulum may simulate acute appendicitis. In one patient with peritonitis ascarides were found boring their way through a perforation in the diverticulum.

(Eight references)

การศึกษาสรีรวิทยา

๕. นีออนโปรเทอีนไนโตรเจน, กรดยูริก,
และเครอาตินีน ในเลือดนักศึกษแพทย

ไพบูลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ. ประชา พิเศษสุรฤทธิ พ.บ.

อุดม นิละदानวงศ์

(แผนกสรีรวิทยา)

รายงาน^๕ เสนอผล การวิเคราะห์ เคมี
ของเลือดเพื่อส่งเสริมงานที่^๕ได้ทำไว้แล้วใน
แผนก^๕, (1) เพิ่มเคมีสถิติให้มากขึ้น, และ
เพื่อความมุ่งหมายให้^๕ได้ความรู้เกี่ยวกับคน
ไทยเราที่^๕นี้ยิ่งขึ้น.

ในการปฏิบัติ^๕นี้ ได้วิเคราะห์สาร
เพียง ๓ อย่างเท่านั้น, คือ นีออนโปรเทอีน
ไนโตรเจน, กรดยูริก, และเครอาตินีน.
จำนวนผู้ถูกทดลองมี ๑๓๒ คน, เป็นชาย
๗๔ คน, หญิง ๕๘. เฉพาะจำนวนการ
วิเคราะห์^๕นี้ ต้องนับว่าไม่มากเพียงพอ,
เพราะเวลาปฏิบัติงานมีน้อย, คือได้ทำเพียง
ในบางตอน ของเวลาปีภาคหน้า^๕เท่านั้น.
แต่ก็หวังว่าคงจะเป็นประโยชน์บ้าง
ในการเพิ่มพูนสถิติเคมี.

วัตถุประสงค์และวิธี

เลือดที่ทำการวิเคราะห์^๕ ได้จากผู้อาสา

สมัคร^๕ซึ่งเป็นนักศึกษาแพทย์, นอกจาก ๑
คน, ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกและครุฑาใน
งาน^๕. ผู้อาสาสมัคร เหล่า^๕นี้ มีอายุใน
เกณฑ์ ๑๘ ถึง ๒๖ ปี. เลือดที่^๕ใช้ได้เจาะ
จากเส้นเลือดดำบริเวณแขนพับ, ในเวลา
เข้าก่อนอาหาร, และ^๕บ่งกันเป็นลิ้มโดย
ใช้ลิเทียมออกซาลेट.

กรรมวิธีในการวิเคราะห์^๕ ใช้วิธี^๕เดียว
กันกับในรายงานเดิม.⁽¹⁾

ค่าหนึ่ง^๕ที่บันทึกเป็นผลเฉลี่ยจากการ
วิเคราะห์^๕ของผู้ปฏิบัติ ๓ คน, อย่างน้อย
๒ คน, ซึ่งต่างคนต่างทำ.

ผล

ปรากฏในตารางท้ายเรื่อง

อภิปรายผล

ในชาย. ค่าต่าง ๆ ^๕คิดเทียบต่อเลือดครบ
๑๐๐ ล. ช.ม.

ไพบูลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ. ประชา พิเศษสุรฤทธิ์ พ.บ. อุดม นิละदानวงศ์ 373

๑. นื้อนโปรเทอีนในโตรเจิน. ใน การวิเคราะห์ ๗๐ ครั้ง, ได้ผลเฉลี่ย ๓๓.๐๕ ± ๔.๒๗ มก. ค่าสูงสุดที่พบ ๔๒.๕๒ มก. ค่าต่ำสุด ๒๓.๕๗ มก.

๒. กรดยูริก. การวิเคราะห์ได้ทำ ๖๓ ครั้ง. ผลเฉลี่ย ๓.๔๕ ± ๐.๔๘ มก. ค่า สูงสุด ๔.๖๗ มก. ค่าต่ำสุด ๒.๔๒ มก.

๓. เครอาคีนีน. รวมการวิเคราะห์ ๕๐ ครั้ง. ผลเฉลี่ย ๑.๖๑ ± ๐.๔๘ มก. ค่าสูงสุด ๑.๘๔ มก. ค่าต่ำสุด ๑.๑๑ มก.

ในหญิง. ค่าต่างๆ คิคเทียบต่อเลือดครบ ๑๐๐ ฅ.ซม.

๑. นื้อนโปรเทอีนในโตรเจิน. การ

วิเคราะห์ ๕๒ ครั้ง. ผล ๒๕.๒๒ ± ๓.๕๒ มก. ค่าสูงสุด ๓๔.๕๗ มก. ค่าต่ำสุด ๒๒.๓๔ มก.

๒. กรดยูริก. การวิเคราะห์ ๕๑ ครั้ง. ผล ๒.๕๕ ± ๐.๕๑ มก.

๓. เครอาคีนีน. การวิเคราะห์ ๓๖ ครั้ง ผล ๑.๔๕ ± ๐.๑๕ มก. ค่า สูงสุด ๑.๗๕ มก. ค่าต่ำสุด ๑.๗๑ มก.

การเปรียบเทียบผล:

ก. เปรียบเทียบชายกับหญิง. ปรากฏว่าในเพศหญิง มีสารทั้งสาม ในปริมาณ ความเข้มข้นน้อยกว่าเพศชาย, ตรงกับ ผลรายงานฉบับก่อน.⁽¹⁾

ข. เปรียบเทียบผลกับรายงานฉบับก่อน.

<u>เพศชาย</u>	<u>รายงานเดิม</u>	<u>รายงานเพิ่มเติม</u>
N.P.N.	๓๑.๓ ± ๔.๒๐	๓๓.๐๕ ± ๔.๒๗
กรดยูริก	๓.๐ ± ๐.๕๒	๓.๔๕ ± ๐.๔๘
เครอาคีนีน	๑.๗ ± ๐.๑๔	๑.๖๑ ± ๐.๔๘
<u>เพศหญิง</u>		
N.P.N.	๒๗.๔ ± ๓.๗	๒๕.๒๒ ± ๓.๕๒
กรดยูริก	๒.๘ ± ๐.๔๔	๒.๕๕ ± ๐.๕๑
เครอาคีนีน	๑.๖ ± ๐.๒๒	๑.๔๕ ± ๐.๑๕

สารนีออนโปรเทอีนในโคโรเงิน, กรด
ยิวริกทั้ง ในเพศชาย และ เพศ หญิงในการ
วิเคราะห์ครั้งนี้, ได้ผลสูงกว่ารายงานฉบับ
ก่อนเล็กน้อย. ส่วนเครอาทินินกลับต่ำกว่า
เล็กน้อย, ทั้งในหญิงและชาย.

ความแตกต่างอันนี้เข้าใจว่าเกิดจากผู้
อาสาสมัคร, ซึ่งในชุดก่อนมีบุคคลหลาย
ประเภท, หลายอาชีพ, และมีทหารเป็น
จำนวนมาก; แต่ในชุดนี้เป็นนักศึกษา
แพทย์ทั้งสิ้น.

ผลเฉลี่ยใหม่จากรายงาน ๒ ครั้ง

เพศชาย. นีออน โปร เท อี น ใน โคโรเงิน
๓๒.๑๘ มก.

กรดยิวริก ๓.๒ มก.

เครอาทินิน ๑.๖๕ มก.

เพศหญิง. นีออน โปร เท อี น ใน โคโรเงิน
๒๘.๓๑ มก.

กรดยิวริก ๒.๕๐ มก.

เครอาทินิน ๑.๕๕ มก.

สรุป

๑. ได้รายงานผลการวิเคราะห์สาร
บางอย่างในเลือดนักศึกษาแพทย์, มีนีออน

โปรเทอีนในโคโรเงิน, กรดยิวริก และ
เครอาทินิน รวม ๑๓๒ ราย; เป็นชาย
๗๔หญิง ๕๘.

๒. ได้เปรียบเทียบผล ระหว่างเพศ
ชายและหญิง.

๓. ได้เปรียบเทียบผล กับ รายงาน
ฉบับก่อน.

๔. ได้คำนวณผลเฉลี่ย สำหรับสาร
ที่วิเคราะห์ คราวนี้ ได้ผล คือสำหรับ ชาย:
นีออนโปรเทอีนในโคโรเงิน 33.05 ± 4.27
มก., กรดยิวริก 3.45 ± 0.48 มก.,
เครอาทินิน 1.61 ± 0.48 มก., สำหรับ
หญิง: นีออนโปรเทอีนในโคโรเงิน $28.31 \pm$
 3.52 มก., กรดยิวริก 2.55 ± 0.51
มก., เครอาทินิน 1.55 ± 0.15 มก.,
(ค่าทั้งหมดคิดเทียบต่อเลือด ๑๐๐ล.ซม.)

ในที่สุดนี้ ขอแสดงความ ขอบพระคุณ
ต่อท่านอาจารย์ หัวหน้าแผนก สิริวิทยาที่
กรุณาอนุญาตให้ปฏิบัติงานชั้นนี้และให้คำ
แนะนำเสมอ. ขอขอบพระคุณ อาจารย์
นายแพทย์ตระกูล กิติสิน ที่ได้ช่วยควม
คุมให้คำแนะนำตลอดงานนี้. ขอแสดง
ความขอบคุณ ต่อบรรดานักศึกษาแพทย์ที่
อาสาสมัคร, และพนักงานวิทยาคาสตร์

ไพบูลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ. ประชา พิเศษสุรฤทธิ์ พ.บ. อุดม นิตะदानวงศ์ 375

ประจำห้องปฏิบัติการสรีรเคมีด้วย; ถ้าหาก เอกสาร.

เสียซึ่งท่านเหล่านั้นแล้ว งานก็คง ไม่สำเร็จ
ผลไปได้.

๑. ม.ร.ว. สังกศนี เกตุสิงห์ ๖๓๖
สารศิริราช ๒ กุมภาพันธ์ ๕๓.

ผลผู้ถูกทดลองฝ่ายหญิง (๑)

อันดับที่	ชื่อ	อายุ	เอ็น.พี.เอ็น. ค่าเฉลี่ย	กรดบูรีค ค่าเฉลี่ย	เครอาตินีน ค่าเฉลี่ย
๑.	ช.ก.	๒๓	๓๑.๓๕	๓.๕๐	๑.๕๗
๒.	ท.จ.	๒๒	๒๕.๖๓	๔.๕๑	๑.๕๕
๓.	ก.ช.	๒๒	๓๐.๑๓	๓.๕๖	—
๔.	ส.พ.	๒๔	๓๑.๘๑	๓.๕๒	๑.๕๒
๕.	ช.ภ.	๒๔	๓๒.๗๔	๔.๑๒	๑.๕๒
๖.	ป.ก.	๒๒	๒๗.๒๕	๔.๒๕	๑.๕๖
๗.	น.ท.	๒๒	๓๒.๘๖	๒.๗๓	๑.๕๒
๘.	ส.ก.	๒๔	๒๘.๒๒	๒.๖๕	๑.๔๓
๙.	ช.ช.	๒๒	๒๗.๑๒	๑.๕๘	๑.๓๒
๑๐.	ก.พ.	๒๓	๓๐.๗๖	๓.๐๖	๑.๓๒
๑๑.	ก.ม.	๒๒	๒๓.๒๘	๒.๒๘	๑.๕๘
๑๒.	น.ส.	๒๒	๓๔.๖๕	๓.๑๕	—
๑๓.	จ.ช.	๒๑	๓๑.๓๒	—	—
๑๔.	ป.ร.	๒๑	—	๒.๒๖	๑.๓๑
๑๕.	ส.ณ.	๒๒	๓๑.๓๔	๒.๕๗	๑.๓๖
๑๖.	ว.ส.	๒๓	๒๗.๘๕	๒.๓๕	๑.๒๓
๑๗.	ว.ช.	๒๓	๒๒.๕๑	—	๑.๗๓

อันดับที่	ชื่อ	อายุ	เอ็น.พี.เอ็น. ค่าเฉลี่ย	กรดยูริก ค่าเฉลี่ย	เกรอาตินีน ค่าเฉลี่ย
๑๘.	พ.ศ.	๒๓	๒๘.๒๓	๒.๕๕	๑.๔๕
๑๙.	ส.พ.	๒๒	๒๖.๗๕	๓.๐๓	๑.๒๑
๒๐.	ส.ป.	๑๘	๒๘.๘๕	๓.๕๓	๑.๒๑
๒๑.	น.ป.	๒๕	๓๐.๑๕	๑.๗๑	—
๒๒.	น.ม.	๒๔	๓๕.๖๕	๒.๓๓	—
๒๓.	พ.ว.	๒๓	๒๘.๕๑	๓.๐๓	—
๒๔.	ท.ว.	๒๐	๓๕.๕๗	—	—
๒๕.	ท.ก.	๒๐	—	๓.๑๕	๑.๖๘
๒๖.	ร.ศ.	๒๑	๓๐.๑๕	๓.๓๑	—
๒๗.	ท.อ.	๒๐	—	๒.๗๗	—
๒๘.	ป.ถ.	๒๒	๒๖.๖๗	—	๑.๓๗
๒๙.	ป.พ.	๒๑	๒๒.๓๕	—	๑.๖๕
๓๐.	อ.ก.	๒๕	๒๙.๑๒	๒.๕๕	๑.๕๓
๓๑.	ป.ส.	๑๙	๒๗.๓๒	๒.๖๐	๑.๕๕
๓๒.	ว.ว.	๒๔	๒๗.๐๗	๓.๑๒	๑.๕๒
๓๓.	ท.ว.	๒๒	๒๘.๓๑	๓.๓๖	—
๓๔.	ท.ท.	๑๙	—	๓.๑๑	—
๓๕.	ส.ท.	๒๐	—	๒.๖๗	—
๓๖.	ท.ม.	๒๑	๒๕.๑๐	๓.๑๖	๑.๓๑
๓๗.	ป.พ.	๒๕	๒๕.๕๗	๓.๒๕	—
๓๘.	อ.ป.	๒๒	๒๕.๓๕	๒.๘๘	๑.๓๕
๓๙.	ป.ว.	๒๔	๒๖.๗๕	๒.๗๗	๑.๕๑
๔๐.	ส.ว.	๒๐	๒๘.๕๑	๒.๕๕	๑.๕๓

ไพบูลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ. ประชา พิเศษสุรฤทธิ์ พ.บ. อุดม นิตะदानวงศ์ 377

อันดับที่	ชื่อ	อายุ	เอ็น.พี.เอ็น. ค่าเฉลี่ย	กรดยูริก ค่าเฉลี่ย	เกรอาตินีน ค่าเฉลี่ย
๔๑.	ส.ท.	๒๒	๒๗.๖๖	๔.๒๕	—
๔๒.	ก.ภ.	๒๔	๓๑.๒๓	๓.๖๒	—
๔๓.	พ.ส.	๒๑	๒๔.๖๕	๓.๕๖	—
๔๔.	น.ย.	๒๒	๒๓.๑๑	๓.๑๗	๑.๖๕
๔๕.	ส.ส.	๒๒	๒๔.๘๖	๒.๔๘	๑.๗๕
๔๖.	ป.พ.	๒๒	๓๒.๕๖	๒.๘๒	๑.๔๒
๔๗.	ป.ส.	๒๓	๒๓.๓๘	๒.๕๗	—
๔๘.	ศ.ศ.	๒๐	๒๕.๕๒	๒.๗๘	๑.๘๑
๔๙.	น.ท.	๒๕	๓๑.๒๔	๒.๗๓	—
๕๐.	บ.ก.	๒๕	๒๕.๔๕	๒.๖๕	๑.๗๐
๕๑.	น.ภ.	๒๕	๓๑.๔๓	๓.๒๔	๑.๖๔
๕๒.	ป.ท.	๒๖	๒๓.๘๔	๒.๕๖	๑.๕๖
๕๓.	น.ศ.	๒๒	—	๓.๑๔	—
๕๔.	ป.ว.	๒๒	๒๕.๔๕	๓.๕๐	๑.๕๒
๕๕.	ส.พ.	๒๒	๒๘.๒๓	—	๑.๔๔
๕๖.	ป.ช.	๒๓	๒๕.๑๓	—	—
๕๗.	พ.ก.	๒๒	๓๒.๕๔	๒.๕๑	—
๕๘.	น.ว.	๒๑	๒๓.๔๗	๒.๘๔	—
	ค่าเฉลี่ย		๒๕.๒๒	๒.๕๕	๑.๔๕
	Standard Deviation		±๓.๕๒	±๐.๕๑	±๐.๑๕
	จำนวนกรง		๕๒	๕๑	๓๖

ผลผู้ถูกทดลองฝ่ายชาย (๑)

อันดับที่	ชื่อ	อายุ	เอ็น.พี.เอ็น. ค่าเฉลี่ย	กรดยูริก ค่าเฉลี่ย	เกรอาตินีน ค่าเฉลี่ย
๑.	ช.ศ.	๒๑	๓๖.๒๒	๓.๖๑	๑.๗๗
๒.	ส.ช.	๒๒	๓๐.๒๘	—	๑.๕๕
๓.	ก.ท.	๒๓	๒๘.๖๘	—	—
๔.	ก.ส.	๒๓	๓๒.๒๐	๔.๐๓	๑.๕๗
๕.	ช.ศ.	๒๑	๓๑.๐๕	๔.๒๖	๑.๖๑
๖.	ส.น.	๒๒	๓๑.๔๗	๔.๐๑	๑.๕๕
๗.	ป.ท.	๒๔	๓๑.๖๒	๔.๑๔	๑.๖๔
๘.	ก.ป.	๒๑	๓๔.๖๔	๓.๔๔	๑.๘๔
๙.	ช.ก.	๒๑	๒๗.๔๘	๓.๖๔	๑.๖๖
๑๐.	ป.ส.	๒๕	๒๗.๖๗	๓.๔๗	๑.๕๑
๑๑.	พ.ส.	๒๕	๓๗.๒๕	๒.๕๓	๑.๕๔
๑๒.	พ.ท.	๒๕	๓๑.๕๕	๓.๒๑	๑.๖๕
๑๓.	ส.ก.	๒๔	๓๒.๒๑	๔.๔๘	๑.๗๐
๑๔.	ส.น.	๒๔	๓๑.๔๗	๓.๕๕	๑.๕๗
๑๕.	ส.ท.	๒๒	๒๘.๐๔	๒.๗๓	๑.๕๗
๑๖.	พ.ก.	๒๑	๒๘.๔๖	๓.๕๑	๑.๖๐
๑๗.	พ.พ.	๒๑	๒๘.๓๖	๓.๓๔	๑.๕๘
๑๘.	ช.ท.	๒๔	๓๓.๘๘	๓.๘๑	๑.๕๒
๑๙.	ช.ป.	๒๑	๓๔.๑๕	๓.๓๔	๑.๔๕
๒๐.	ว.ส.	๒๑	๓๖.๘๔	—	—
๒๑.	ป.ช.	๒๔	๓๑.๗๔	๒.๖๗	๑.๔๔

ไพบูลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ. ประชา พิเศษสุรฤทธิ พ.บ. อุดม นิตะตานวงศ์ 379

อันดับที่	ชื่อ	อายุ	เอ็น.พี.เอ็น. ค่าเฉลี่ย	กรดยูริก ค่าเฉลี่ย	เกรอาตินีน ค่าเฉลี่ย
๒๒.	ป.ก.	๒๐	๓๔.๖๗	๓.๖๘	๑.๔๓
๒๓.	พ.น.	๒๒	๓๒.๗๖	๒.๕๖	—
๒๔.	น.ก.	๒๒	๓๕.๖๕	๓.๖๘	๑.๔๐
๒๕.	ว.ส.	๒๔	๓๘.๘๐	๓.๓๕	๑.๓๒
๒๖.	ท.จ.	๒๑	๒๕.๓๑	๓.๔๒	๑.๔๒
๒๗.	ว.บ.	๒๕	—	๓.๓๕	๑.๖๒
๒๘.	ว.ก.	๒๔	๒๕.๓๘	๒.๓๘	๑.๕๒
๒๙.	ป.น.	๒๒	๓๕.๐๗	๒.๔๒	—
๓๐.	ม.ป.	๒๒	—	๒.๔๕	—
๓๑.	ป.จ.	๒๑	๓๗.๒๔	๓.๐๑	—
๓๒.	ภ.ภ.	๒๓	๒๔.๖๖	๒.๖๒	๑.๑๕
๓๓.	จ.พ.	๒๓	๓๘.๒๖	๓.๗๕	๑.๑๑
๓๔.	ก.ว.	๒๓	๓๘.๕๔	๔.๑๕	๑.๖๕
๓๕.	ว.ว.	๒๒	๓๕.๖๕	๔.๑๖	๑.๗๑
๓๖.	ป.ส.	๒๒	๒๓.๕๗	๓.๓๗	๑.๘๑
๓๗.	ป.จ.	๒๐	๓๕.๐๕	—	—
๓๘.	ป.ก.	๒๐	๔๑.๕๑	—	—
๓๙.	ว.จ.	๒๑	๓๒.๓๖	๓.๕๘	๑.๗๓
๔๐.	ว.ป.	๒๒	๓๕.๔๐	๖.๓๕	๑.๕๕
๔๑.	ว.ว.	๒๐	๔๑.๒๕	—	๑.๖๘
๔๒.	ภ.ภ.	๒๒	๓๒.๖๒	๔.๖๗	๑.๗๑
๔๓.	พ.ส.	๒๐	๓๖.๓๔	—	—
๔๔.	น.ป.	๒๔	๔๒.๕๒	—	๑.๗๒

สารศิริราช

อันดับที่	ชื่อ	อายุ	เอ็น.พี.เอ็น. ค่าเฉลี่ย	กรดยูริก ค่าเฉลี่ย	เกรอานีน ค่าเฉลี่ย
๔๕.	ว.ช.	๒๕	—	—	๑.๖๔
๔๖.	ก.ส.	๒๓	๕๒.๐๒	๓.๔๑	—
๔๗.	ส.ป.	๒๑	๓๘.๑๘	๔.๖๑	๑.๗๐
๔๘.	ส.พ.	๒๓	๓๒.๓๗	—	—
๔๙.	อ.พ.	๒๔	๒๙.๕๔	๓.๗๙	—
๕๐.	ป.ร.	๑๙	๒๙.๔๔	๓.๐๔	๑.๖๙
๕๑.	ก.ม.	๒๑	๓๕.๒๓	๒.๙๖	๑.๗๒
๕๒.	ว.ช.	๒๐	๓๑.๙๔	๓.๘๗	๑.๖๔
๕๓.	ก.ร.	๒๔	๒๙.๒๗	๒.๗๒	—
๕๔.	ป.ป.	๒๒	๓๑.๓๙	๒.๙๖	๑.๖๔
๕๕.	น.ก.	๒๐	๓๐.๕๕	๒.๖๐	๑.๖๑
๕๖.	ว.ช.	๒๐	๓๓.๗๑	๓.๘๔	๑.๗๒
๕๗.	ร.ร.	๒๐	—	๓.๘๖	—
๕๘.	ส.ส.	๒๑	๓๐.๖๙	๓.๔๗	๑.๗๘
๕๙.	อ.อ.	๒๐	๓๐.๗๖	๓.๒๖	๑.๕๙
๖๐.	อ.ป.	๒๒	๓๒.๓๓	๓.๔๑	๑.๗๙
๖๑.	ก.ส.	๒๐	๒๙.๙๘	๔.๕๗	๑.๗๕
๖๒.	ป.ก.	๒๒	๓๕.๕๓	๔.๑๖	—
๖๓.	น.ป.	๒๑	๒๕.๒๐	๓.๗๕	—
๖๔.	ส.ป.	๒๔	๓๕.๔๖	๓.๐๓	—
๖๕.	ว.ว.	๒๐	๒๙.๘๖	๒.๖๖	—
๖๖.	ก.ม.	๒๓	๒๘.๕๗	๓.๐๕	—
๖๗.	ส.พ.	๒๔	๓๗.๘๖	๒.๗๒	—

ไพบูลย์ เอ็มทิวีกุล พ.บ. ประชา พิเศษสุรฤทธิ พ.บ. อุดม นิตะตานวงศ์ 381

อันดับที่	ชื่อ	อายุ	เอ็น.พี.เอ็น. ค่าเฉลี่ย	กรดยูริก ค่าเฉลี่ย	เครฮาทินีน ค่าเฉลี่ย
๖๘.	ว.ว.	๒๒	๓๓.๔๐	๓.๕๖	—
๖๙.	น.ท.	๒๑	๓๕.๕๕	๓.๔๖	๑.๗๐
๗๐	ท.ท.	๒๔	๓๔.๑๕	—	—
๗๑.	บ.ว.	๒๐	๒๕.๗๑	๓.๐๙	๑.๔๖
๗๒.	พ.อ.	๒๓	๓๖.๖๘	๓.๘๕	๑.๘๓
๗๓.	ป.พ.	๒๓	๓๕.๘๐	๓.๘๐	๑.๗๒
๗๔.	อ.น.	๒๒	๓๕.๕๓	๓.๒๓	๑.๖๓
	ค่าเฉลี่ย		๓๓.๐๕	๓.๔๙	๑.๖๑
	Standard Deviation		± ๔.๒๗	± ๐.๔๘	± ๐.๔๘
	จำนวนกรง		๗๐	๖๓	๕๒

(Abstract of the fore-going report)

PHYSIOLOGICAL STUDIES

5. BLOOD N.P.N., URIC ACID AND CREATININE IN MEDICAL STUDENTS

Paibul Euathaveekul
M.B.

Pracha Piseshsuraridhi
M.B.

Udom Niladanuwongse

(Dept. of Physiology)

Analyses of fasting blood in 132 clinically normal medical students, 74 males and 58 females, age range 18 to 28, give the following average values: For Men: N.P.N. 33.05 ± 4.27 mg., uric acid 3.49 ± 0.48 mg., and creatinine 1.61 ± 0.48 mg. per 100 cc. blood. For Women: N.P.N. 29.22 ± 3.52 mg., uric acid 2.99 ± 0.51 mg., and creatinine 1.49 ± 0.15 mg.

per 100 cc. blood. Lithium oxalate was the anticoagulant, and standard procedures were used. The authors observe that their results correspond closely to values reported some time ago by another group of workers in the same department (Siriraj Hospital Gazette. Feb. 1950).

(One reference)

โปรดแก้คำผิดในฉบับมิถุนายน ๒๔๘๕

ในเรื่อง การสกัดสีจากฝางเพื่อใช้ย้อมเชือกชั้น

หน้า ๓๐๐ คอลัมน์ขวา บรรทัดที่ ๑๖ "Karrer (1916)" โปรดแก้เป็น "Karrer (1946)"

หน้า ๓๐๕ คอลัมน์ซ้าย บรรทัดที่ ๑๐ "--ฝางให้ผลเหมือนสีมาตอกชียลิน"

โปรดแก้เป็น "--ฝางให้ผลไม่เหมือนสีมาตอกชียลิน"

ทั้งนี้ เราขออภัยต่อท่านเจ้าของเรื่องและท่านผู้อ่านด้วย.

บทความพิเศษ

พุดติคอ้าง

อรุณ ภาคสุวรรณ

พ. บ.

๑. คนที่พุดอ้างเนื่องจากอะไร.
 ๒. ทำไมผมจึง พุดติคอ้างแต่เฉพาะ คุณทนายเท่านั้น.
 ๓. ทำไมผู้หมิ่นจึงไม่ค่อยพุดติคอ้าง, ผมไม่เคยเห็นเลย.
 ๔. จะมีวิธีแก้ไขอย่างไร ทั้งใน วิธีปฏิบัติและใช้ยา.
 ๕. ผมเคยถามคนอื่น ๆ ว่า ทำอย่างไรจึงจะหาย. เขาบอกว่ายอมเจ็บสักครั้ง: เวลาพุดอ้างให้เขาตบปากให้. บางคนบอกว่าให้อุ้มลูกอะไรใหญ่ ๆ ไว้ในปากแล้วพุดทั้ง ๆ ย้อย ๆ. บางคนบอกว่าหักพุดซี่ ๆ, พุดทีละคำ. ผมอยากทราบว่าที่ เขาออกมามีข้อไหนบ้างที่ท่านเห็นว่าถูก, พอดีจะแก้ไขหายติคอ้างได้.
- ท่านบรรณาธิการได้ส่งปัญหาเรื่อง พุดติคอ้างของสมาชิก ผู้หนึ่ง ดังข้างบนนี้ มา

ให้ข้าพเจ้าตอบ. อ่านแล้วรู้สึกว่าจะตอบสั้นคงไม่ไ้ประโยชน์ จึงถือโอกาสพุดเรื่องนเอย.

ตามหลักจิตเวชวิทยา, พุดติคอ้างไม่ใช่โรค, เป็นอาการผิดปกติของกระแสคำพุดที่เปล่งออกมาไม่สม่ำเสมอ, ผิดจังหวะ. ตามธรรมชาติเป็นอ่าไม่พุดติคเสมอไป, จะเป็นเฉพาะเมื่ออยู่กับคนแปลกหน้า, กับผู้ใหญ่หรือเฉพาะเมื่อพุดถึงเรื่องหนึ่งเรื่องใดเป็นพิเศษเท่านั้น. ถ้าหากอยู่กับคนเดียว, เขาอาจอ่านหนังสือ, ท่องโคลง หรือร้องเพลงได้อย่างคนดี ๆ. ในประเทศไทยเราไม่สามารถพุดแน่นอนว่ามีจำนวนคนติคอ้างสักเท่าไร, เพราะสถิติทางแพทย์ของเรายังไม่ดี; แต่ข้าพเจ้าเชื่อว่าไม่น้อย. ได้พุดอยู่เสมอ. สำหรับสหรัฐอเมริกา Van Riper ได้ทำการสำ

รวมและรายงานว่าประมาณ ๑,๕๐๐,๐๐๐, หรือ ๑ เปอร์เซ็นต์ของพลเมืองอเมริกัน, พวดคิคอ้าง. คนเหล่านี้พบอยู่ทั่วไปไม่เลือกชั้นวรรณะ; แต่สำหรับเพศนั้นปรากฏว่าผู้ชายเป็นมากกว่าหญิงถึง ๓ เท่า. Van Riper ได้สรุปว่าการพวดคิคอ้างจะพบมากในฝูงคนที่เจริญทางวัตถุ, ส่วนชนที่อยู่ห่างไกลความเจริญออกไป, เช่นพวกอินเดียนแดง, ชาวเกาะบาหลี, และชาวเอสกีโม, ไม่ปรากฏว่าเป็นอย่างเลย.

อาการจะเริ่มแสดงใน ระหว่างอายุ ๒ - ๔ ปี, ๖ - ๘, และ ๑๒ - ๑๕ ปี. ในระยะต้นคือ ๒ - ๔ ปี มักยากแก่การสังเกต. เหตุที่เด็กในวัยนี้อาจพวดคิคอ้างได้ เพราะเป็นวัยที่กำลังเติบโต, อยากรู้อยากเห็นและมีความโอ้อวดเจือปนอยู่ด้วย. ดังนั้นเด็กขนาดนี้จึงมีเรื่องจะพูดมาก, แต่ความสามารถที่จะบรรยายถูกจำกัด, โดยที่ฟังจะสอนพูดไม่กัพอียงค้. พุด ๆ ไปแล้วมักซังก ต้องหยุด คิดหา คำพูด. ถ้าหากพ่อแม่ใจเย็นพอที่จะปล่อยให้ไปไปตามธรรมชาติ, เด็กปรกติก็จะพุดได้คล่องในไม่ช้า. ส่วนในเด็กที่เป็นอ้างก็จะพุดคิคเรื่อยไป.

เมื่อแรกเด็กจะไม่มีความรู้สึกกังวลใจ

เลย, จนกระทั่งมีเรื่องกระเทือนใจเกิดขึ้น, ซึ่งอาจเป็นการล้อเลียนของเพื่อน, การตำหนิจากผู้ใหญ่, หรือว่าโต้เถียงพ่ายแพ้เข้ามา, โดยที่ตัวเองพุดไม่ได้ตั้งใจ. ตอนนั้นเด็กจะเริ่มวิตกกชวนชววยหาวิธีแก้ไข. กังจะเห็นคนพุดคิคอ้างมีปฏิกริยาแปลกๆเวลาพุด, เช่นขมวดคิ้ว, เม้มปาก, ตะแคงคอ, แหงนมองเพดาน, กำหมัด; บางคนถึงกับกระต๊อเท้า, วิธีการเหล่านี้จะเป็นประโยชน์บ้างในตอนแรก, แต่ต่อไปก็เหลว, ซึ่งจะทำให้คนไขชววยหาวิธีอื่นต่อไปอีก. การพุดซ้ำๆกัน, พุดซ้ำๆ, หายใจยาวหรือเคาะเท้าเป็นจังหวะ, เหล่านี้ล้วนแต่เป็นความพยายามที่จะแก้ไขอาการคิคอ้างทงสน. เป็นอ้างอยู่นาน ๆ จิตค้ใจของเด็กจะเปลี่ยนแปลงกลายเป็น คน อารมณ์ไว (Sensitive), ช้อาย. เวลาเข้าเพื่อนฝูงก็ยังไม่ยอมพุด, เพราะเกรงคนอื่นจะจ้องมองคิ้ว. บางคนเป็นมาก ๆ ถึงกับวิ่งหนีเมื่อมีใครไปมาที่ข้าน. นาน ๆ เข้าก็จะเป็นคนที่อ้งาย: รู้สึกคิ้วว่าไม่มีค่า.

สาเหตุ ในสมัยโบราณ Aristotle เชื่อว่าคนเป็นอ้าง เพราะมีลมแข็ง, ส้น, และหนาผิคปรกติ. ทฤษฎีนี้ก็มคนเชออยู่ มากแต่ไม่ได้สนใจพิสูจน์กันจริงจัง. ใน

ปี ค.ศ. ๑๘๕๑ มีแพทย์ทางศัลยกรรมของยุโรปหลายคนนำมาปฏิบัติ. โดยทำการผ่าตัดลิ้นคนเป็นอ่าง. Greene และ Wells กล่าวว่าในประเทศฝรั่งเศสแห่งเดียว, คนไข้กว่า ๒๐๐ คนได้ถูกผ่าลิ้น, และไม่ปรากฏว่าได้ผล. การรักษาอย่างปราศจากสติได้ยุดังในย่นเอง, เพราะถูกตัดค่านอย่างรุนแรง. ในเวลาต่อมา มีผู้อธิบายกันต่าง ๆ เช่น Gertsman และ Schilder เชื่อว่าเป็นอ่างเนื่องจากการอักเสบของ Corpus Striatum. Mass เชื่อว่าเป็นเพราะมีพยาธิลักษณะของศูนย์การพูดในสมอง (Broca's Area, Area 44, 45 Broadman), แต่ทฤษฎีทั้งสองนี้ได้ยกเลิกไป, เพราะนักค้นคว้าหลัง ๆ ไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพ ที่ตรงกันได้. การค้นคว้าเรื่องนี้ได้ทำกันอย่างจริงจังทุกวิถีทาง เช่น ในทางพยาธิวิทยา, สรีรวิทยา. ชีวเคมี; แต่ก็ไม่มีใครพบความผิดปกติที่แน่นอนเลย. Orton และ Travis ได้สืบทอดประวัติคนเป็นอ่าง, พบว่ามีคนทนต์ซ้ายแล้ว ถูกผูกให้มาใช้ มือขวาแทนหลายคน, จึงคิดว่าเป็นอ่างเนื่องจากการแก่งแย่งความสนใจ ระหว่างสมองซีกซ้ายและขวา. ตามปรกติคนถนัดมือ

ขวาศูนย์การพูดอยู่ที่ Area ๔๔, ๔๕ ทางซ้าย, ส่วน Area ๔๔, ๔๕ ทางขวาทำหน้าที่ผู้ช่วย. ในทำนองเดียวกันถ้าคนถนัดซ้ายศูนย์การพูดก็ควรอยู่ทางขวา. แต่เมื่อมาถูกผูกให้ใช้มือขวาแทนมือซ้าย, Area ๔๔, ๔๕ ทางซ้ายก็จะเริ่มมีอำนาจขึ้น, หากไม่มากพอที่จะข้ามข้างเดิมได้, จึงได้มีการแก่งแย่งกัน. ทฤษฎีนี้มีเหตุผลน่าฟัง, แต่ก็ยังไม่อาจรับว่าเป็นสาเหตุอันแท้จริงได้, เพราะคนเป็นอ่างส่วนมากถนัดขวา. บางคนถนัดซ้ายและคนเหล่านี้ไม่เคยหัดเปลี่ยนมือเลย, ถนัดอย่างไรก็ทำอย่างนั้น, ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าจะไม่มีการแก่งแย่งความสนใจของศูนย์การพูด, แต่เขาก็ยังเป็นอ่าง.

ในปัจจุบันนี้เชื่อกันว่าคนเป็นอ่างเพราะมีอาการทนต์ไหวผิปรกติ. ทั้งนี้โดยเหตุที่พบเป็นประจำว่าคนเป็นอ่างนั้นมักทนต์เด่นได้ง่าย. ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าเวลาที่อาการทนต์เด่นระบอบประสาทออโตโนมิคจะทำงานมากเป็นพิเศษ. กล้ามเนื้อเรียบจะหย่อนหรือหดตัวมากกว่าธรรมดา, เช่นในหลอดโลหิตกล้ามเนื้อจะหดตัวมากทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น. ในเวลาเดียวกันแอดเรเนลีน ก็จะเข้ามา

ในกระแสโลหิตที่มาก, เป็นเหตุให้เกิดการ
สั้นของมือหรือปากไต. ในทำนองเดียวกัน
กล้ามเนื้อของกระบอกเสียง และส่วน
อื่น ๆ ที่ช่วยในการเปล่งเสียงก็มีการหด
เกร็ง, ยังผลให้พูดตะกุกตะกัก.

ในการค้นคว้าทางจิตวิทยาพบเสมอว่า
พ่อแม่ของเด็กที่ผิดปกติอย่าง, มักจะกวดขัน
เด็กมาตั้งแต่เยาว์วัย. ในการกวดขันนี้
อาจจะเป็นเพราะความเจ้าระเบียบหรือเป็น
เพราะโรคเส้นประสาทเขาแต่ใจตัวเอง.
พ่อแม่ประเภทนี้กวดขันเด็กอย่างไม่ปล่อยยให้
เป็นตัวของตัวเองเลย. เด็กอ่อนก็จะกลายเป็น
เป็นคนขกกลัว, ห้วนหวาด, และตื่นเต้น
ง่าย; แต่ถ้าเด็กแข็งก็จะเห็นว่าพ่อแม่
กวดขันนั้นเป็นการกดขี่, ซ้ำมเหนงน้ำใจ, เด็ก
จะแข็งข้อ, กลายเป็นเด็กกรีน, และเจ้าโท
โส. ในการสังคมคนเราต้องมีอารมณ์
มัน; ถ้าหากอารมณ์ผิดปกติแล้ว, ก็ไม่
อาจเข้าสังคมได้โดยสะดวกใจ. เพราะ
เหตุนี้แหละการติคอย่างจึงเริ่มในวัย ๒-๔
ปี ซึ่งเด็กเริ่มสังคมกับคนนอกบ้าน. อายุ
๖-๘ ปี สังคมกับเพื่อนนักเรียนและครู.
อายุ ๑๒-๑๕ ปี เป็นวัยรุ่น, เริ่มมีการ
สังคมกับคนต่างเพศ.

การรักษา ตามความรู้เท่าที่มีอยู่ใน
ทุกวันนี้ยังไม่มียาอะไรที่จะรักษาได้. ถ้า
คนไข้เป็นเด็กเราจะทำการรักษาทั้งคนไข้
และพ่อแม่ควบกันไป. พยายามชี้แจง
ให้พ่อแม่เข้าใจถึงท่าทีที่ประพฤติก่อเด็ก,
ซึ่งอาจเป็นเพราะอาการของโรคประสาท
ในตัวพ่อแม่เอง, หรือว่าเป็นเพราะความ
เป็นคนเจ้าระเบียบ. อธิบายให้รู้ว่าเด็ก
อาจเข้าใจอย่างไรได้บ้าง. เมื่อเขาเข้าใจ
ดีแล้วอาจเปลี่ยนท่าที, ประพฤติก่อเด็ก
เสียใหม่.

ส่วนตัวเด็กเองนั้น แพทย์จะใช้การ
รักษาทางจิต (Psychotherapy). ทখন
แรกก็สร้างความไว้วางใจและนับถือตน
เอง. เมื่อไคร่คึกคักแล้วจะให้เด็กได้มี
การชดใช้ทางอารมณ์ (sublimation)
โดยการพูดคุย, และการเล่น, ที่เรียกว่า
play therapy. ในวิธีรักษาชนิดนี้, เรา
ให้เด็กวาดภาพ, บางทีก็เอาตุ๊กตามาจิก
วางเขียนละครซึ่งความคิดต่าง ๆ เป็นของ
เด็กทั้งสิ้น. ในการเล่นเช่นนั้นเด็กจะได้
แสดงความรู้สึกโกรธ, หรือเกลียดออกมา
อย่างเสรี, อันจะช่วยขจัดความทึง
เครียดไปได้มาก. ส่วนการพูดคุยกับ
แพทย์นั้น. จะพยายามนำไปในเรื่องราว

ต่าง ๆ คล้ายกับเรื่องภายในครอบครัว, เพื่อให้เด็กมีความรู้สึกเหมือนว่า แพทย์เป็นพ่อแม่ของตัวเอง (Transference), แต่ต่างกันที่ท่าทีของแพทย์มิได้เอาแต่ใจตัวเองหรือเซื่องซึม. ในลักษณะเช่นนี้เด็กจะได้ฝึกหัดในเรื่องอารมณ์ใหม่ได้ถูกต้องตามหลักของสังคม.

การรักษาเช่นนี้ Dr. Kanner แห่งมหาวิทยาลัย Johns Hopkins ได้แสดงให้เห็นแพทย์คนหนึ่งในปี ๑๙๕๐, ขณะที่เข้าพบเข้ายังผลงานที่นั่น. ด้วยความชำนาญและท่าทีที่น่าเชื่อถือของท่าน, ภายในชั่วโมงแรกที่ไต่พู่คุยอยู่กับเด็กรู้สึกว่าเป็นเรื่องง่าย. พอคลายความกดดันลงแล้ว, เด็กคนนั้นพูดปร่ำราวกับไม่ได้เป็นอ่างมาก่อนเลย.

การรักษาผู้ใหญ่เป็นของยากเพราะอาการฝังแน่นในบุคคลิกภาพ. ยิ่งกว่านั้นคนไข้มักได้รับความพอใจทางอ้อมจากการเป็นอ่างนี้ด้วย (Secondary gain). คนเป็นอ่าง, อย่างที่ไต่กล่าวมาแล้ว,

เป็นคนหวาด, และคนเห็นง่าย. อารมณ์คนชนิดนี้ย่อมกลัวที่จะพบคนแปลกหน้าหรือพบผู้ใหญ่; แต่ธรรมชาติของคนเรานั้นมีความหยิ่งในตัวเอง, ยากที่จะรับว่าเราเป็นคนฉลาด. เมื่อเป็นอ่างจนเป็นที่รู้กันทั่วไป, คนไข้ก็มักถือเอาการพูดไม่ออกเป็นข้อแก้ตัวที่จะไม่พบกับคนแปลกหน้า, หรือพูดในที่ประชุม. ทงนี้จะช่วยให้เขาสบายใจ, โดยไม่ต้องประสบเหตุการณ์ที่เขากลัว, และในเวลาเดียวกันก็ไม่เสียภูมิด้วย.

อย่างไรก็ดี, ถ้าหากคนไข้รู้สึกตัวและไม่รับที่จะรับในความจริงแล้ว, ในความบกพร่องของอารมณ์นี้, ก็มีหวังที่จะรักษาให้หายขาดได้. สำหรับรักษาอาการนั้นพอจะทำได้โดยการฝึกหัด, เช่นพูดซ้ำ ๆ, หัดให้ชินกับผู้คนที่เราอยู่หรือทำงานด้วย.

นายแพทย์ Diethelm แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย แนะนำให้ใช้การสังเกตดวงจิตต์, ซึ่งท่านผู้นี้กล่าวว่าได้ประโยชน์ดี.

บทบรรณาธิการ

๑. แด่หมอใหม่ แพทย์กับสังคม

คำ “สังคม” เป็นที่ติดปากของคนทั่วไปในสมัยนี้; แต่ความหมายของคำ, เท่าที่ตีความเราได้จาก “ข่าวสังคม” ในหนังสือพิมพ์ต่าง ๆ, ดูเหมือนจะมีเพียงการไปเที่ยว, เลี้ยงโต๊ะ, แต่งงาน, ทำบุญวันเกิด, ลีลาศและอะไร ๆ ทำนองนั้น. รู้สึกว่าจะเป็นความหมายใหม่, และจำกัดกว่าคำจริง ๆ อยู่มาก. หมอใหม่ ๆ หลายคนก็คงเข้าใจทำนองนี้, จึงมีความตื้นตันเห็นหัวถึงการที่จะต้อง “เข้าสังคม” ในเวลาที่เริ่มประกอบวิชาชีพแล้ว. บางคนถึงกับเตือนครอคนที่จะผูกพันกันเหล่า, สุขขหรือ, แม้จนกระทั่งเตือนว่า, เพราะกลัวว่าถ้าทำการเหล่านั้นไม่เป็นหรือไม่เก่งก็จะ “เข้าสังคมไม่ได้.” ขอนึกน่าเห็นใจ, เพราะหมอใหม่ ๆ ก็อยากจะได้ดี, มีความสำเร็จ, และได้เด่นในสังคม, และรู้สึกว่าจะเข้าเมืองท่าหลวงก็ย่อมต้องหลิวตาตาม. แต่ตามความเป็นจริงนั้นถ้าหากสังคมมีความ

หมายคึงเขินข้างตนนจริง ๆ, เมืองไทยเราก็ยังไม่เป็นเมืองสังคม, เพราะคนส่วนมากยังไม่ถือเอาการกระทำดังกล่าวนั้นเป็นของสำคัญหรือแก่นานิยม. อีกประการหนึ่ง, กล่าวได้ว่าหมอบุคคลคลยกเว้นในสังคม. ในฐานะที่หมอบุคคลเป็นผู้โปรด, เป็นผู้ทำคุณแก่ประชาชนทุกหมู่ทุกเหล่า, ทุกชั้น, หมอจึงไม่ต้องเป็นผู้ตามสังคม, หากแต่เป็นผู้นำ. เพราะเหตุนี้หากหมอบุคคลจะเข้าไปอยู่ในเมืองท่าหลวง, แล้วไม่หลิวตาไปเที่ยว, ก็คงไม่มีใครเอาเรื่องร้ายอย่างไร, ตรายเท่าที่ หมอ ยัง ทำ หน้าที่ หน้าที่ หน้าที่ หน้าที่ ของตนอย่างถูกต้องและครบถ้วน. ถึงหากหมอบุคคลจะตกเข้าไปอยู่ในหมู่โจร, พวกนั้นก็คงอยากให้หมอบุคคลยังคงเป็นหมอบุคคลอยู่ต่อไป, สำหรับจะได้ช่วยรักษาในเวลาเจ็บป่วย, มากกว่าจะให้กลายเป็นโจรไปเสียด้วย.

สังคมของ คนทั่วไป จะหมายความว่า

อย่างไรก็ตาม, แต่หมอกก็มีสังคมของเขาเองต่างหาก, ซึ่งจะต้องเอาใจใส่มากกว่าสังคมของคนสามัญ. สังคมนั้นคือสังคมของแพทย์, จะเป็นสมาคมสโมสร, หรือเพียงกลุ่มที่ถกคอกันเท่านั้นก็ตาม. สังคมของแพทย์นั้น จะมีความสำคัญมากในการแลกเปลี่ยนความรู้และความชำนาญ, การสนทนากันเรื่องคนไข้, โรคและยา. หรือวิทยาการใหม่ๆ, ย่อมจะมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการอบรมหมอใหม่, ไม่น้อยกว่าการศึกษาในโรงเรียน. การสังสรรค์ในสังคมเช่นนั้นเสมอ ๆ จะไม่เพียงแต่เพิ่มเติมความรู้ ความชำนาญเท่านั้น, แต่ยังจะอบรมจิตใจให้ เป็นหมอ สมบูรณ์ยิ่งขึ้นอีกด้วย.

หากหมอเข้าสังคมของคนทั่วไป, หมอก็เป็นบุคคลยกเว้น, ดังกล่าวแล้ว. ข้อนี้เป็นความจริงสำหรับหมอส่วนมาก, และเป็นเช่นนั้นทุกหนทุกแห่ง, ไม่ว่าที่ไหน. หมอเป็นผู้บำเพ็ญชีวิตแตกต่างกับผู้อื่น, ทั้งในด้านการงานและด้านส่วนตัว. เมื่อถึงคราวทำงาน, หมอย่อมต้องเคร่งเครียด และเพ่งพินิจมากกว่าผู้มีอาชีพอื่น; เมื่อถึงคราวสนุก, หมอสนุกด้วยก็จริง, แต่มักเต็มไปด้วยความประหยัคประยั้ง, ไม่

ค่อยปล่อยเต็มเหนี่ยว เหมือนคนทั้งหลาย, หมอคลุกคลีอยู่กับความจริงของชีวิต-เกิด, แก่, เจ็บ, ตาย - อยู่ทุกเมื่อเชยวัน, ซึ่งมีผลเหนี่ยวรั้ง การแสดง ออกใน ด้าน สนุกสนาน. เพราะฉะนั้นในบ้านหมอยังเป็นคนยกเว้น, และย่อมได้รั้ขภัย. ไม่มีใครทำหุ้, ถ้าหมอไม่สยบหรือไม่คุ้มเกล้า; กลั้บจะ มีคนชม เลือ้อีกว่าหมอทำตัวอย่างที่ดี. ไม่มีใครว่า, ถ้าหมอไม่เด่นไม่รำ; เขาจะ พอใจเสีย ้วยซ้ำ ว่า หมอ สงวนตัว เหมาะสมกับฐานะ. ประชาชนไม่ว่าใคร, แม้ผู้ที่เรียกกันว่า "นักสังคม," ย่อมจะนิยม หมอผู้มีความรู้ดี, รักษาเก่ง, วางตัวดี, มากกว่าหมอ ที่เก่งแต่เกล้า, บทร้และดี ลาค. ถึงแม้ว่าในยามสนุก "นักสังคม" อาจคลุกคลี สนุ้สนม มากมายกับ หมอที่ "สังคมเต็มตัว," แต่ในยามใช้ย้อมเชื่อได้ ว่าเขาจะต้องเสาะหาหมอที่เป็น "หมอเต็มตัว" อย่างแน่แท้. เพราะฉะนั้นจึงไม่มีอันตราย, ไม่มีข้อเสียเปรียบแต่ประการใด, แม้สำหรับหมอใหม่ ๆ, ที่จะยอมตกเป็นผู้ล่าหลังสังคม, ในเรื่องของความ สนุกสนานเปลืคเปลืน.

แต่หมอก็มัหน้าที ๆ จะต้องเป็นผู้นำสังคมด้วยเหมือนกัน, คือนำในด้านของคิด

ธรรม. โดยเฉพาะในสมัยเสื่อมเช่นใน
ปัจจุบัน, มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หมอ
จะต้องทำตัวอย่างในการ ประกอบคุณงาม
ความดี, เพื่อเป็นเครื่องจูงใจผู้อื่นให้หัน
กลับเข้าหาทางของธรรมะเสียบ้าง. ทุก
วันรอบตัวเรามีแต่คนเห็นแก่ตัว, มีแต่
คนเอารักเอาเปรียบกัน, ทำลายกัน; แต่
หมอ, พกในส่วนรวม, เป็นพวกหนึ่งใน
ส่วนน้อยที่ปฏิบัติตรงกันข้ามทุก ๆ อย่าง.
หมอย่อมเห็นแก่คนไข้เห็นอสังขันธ์
หมก, เกินกว่าตัวหมอเองเสียอีก. หมอ

ไม่มีใจที่จะถือโอกาสเอาเปรียบคนไข้, มี
แต่จะยอมเสียเปรียบ. หมอไม่มีความคิด
ทำลายคนไข้, มีแต่จะสละให้, จะช่วย.
เมตตากรรณาเป็นคุณธรรมที่หาหายยิ่งใน
โลกปัจจุบันนี้; แต่ก็ยังหาได้เป็นของ
ธรรมดาในพวกหมอ.

ถึงแม้หมอจะไม่คุ้มเกล้า, ไม่สยบหู,
สังคมก็จะต้องอ้าแขนรับและยกย่องนับถือ,
ถ้าหากหมอ สอนให้สังคมรู้จัก เมตตาและ
กรรณา, โดยทำตัวอย่างให้เห็น.

๓. หอประชุมราชแพทยาลัย

ความพยายามของคณะศิษย์ศิริราช -
แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร-ทั้งอดีตและ
ปัจจุบัน, เนื่องในการฉลองครบรอบหกสิบ
ปีของโรงเรียนแพทย์, ได้ประสพผล
สำเร็จอย่างงดงามทันตาเห็นชั้นแล้ว. หอ
ประชุมซึ่งเป็น จุดหมาย สำคัญจุด หนึ่งใน
ความพยายาม ร่วมกัน อย่างสุดกำลังใน
คราวนั้น, ได้เป็นรูปร่างขึ้นแล้วอย่างสง่า
ผ่าเผย. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว,
องค์อุปถัมภ์ของงานฉลองหกสิบปีศิริราช,
ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ เสด็จพระ

ราชดำเนินมาเปิดป้าย "หอประชุมราช-
แพทยาลัย" เมื่อวันที่ ๑๖ มิถุนายนค
นี้, ท่ามกลางอาจารย์และศิษย์ศิริราชทั้ง
เก่าและใหม่, และผู้มาเกียรติอีกมากหลาย,
จนล้นหลามออกมาภายนอก, ท่ามกลาง
เสียงสวด ชยันโต ของพระเถระ และ เสียง
ระโคมของขลุ่ยพาทย์. ต่อจากนั้นพระบาท
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้โปรดเกล้าฯ พระ
ราชทานปริญญาบัตร แก่บัณฑิต และ อนุ-
ปริญญาบัตรแก่ผู้สำเร็จ วิชาชีพ ของคณะ
ต่างๆ แห่งมหาวิทยาลัย, เป็นการประเดิม

ธรรม. โดยเฉพาะในสมัยเสื่อมเช่นใน
ปัจจุบัน, มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หมอ
จะต้องทำตัวอย่างในการ ประกอบคุณงาม
ความดี, เพื่อเป็นเครื่องจูงใจผู้อื่นให้หัน
กลับเข้าหาทางของธรรมะเสียบ้าง. ทุก
วันรอบตัวเรามีแต่คนเห็นแก่ตัว, มีแต่
คนเอารักเอาเปรียบกัน, ทำลายกัน; แต่
หมอ, พกในส่วนรวม, เป็นพวกหนึ่งใน
ส่วนน้อยที่ปฏิบัติตรงกันข้ามทุก ๆ อย่าง.
หมอย่อมเห็นแก่คนไข้เห็นอสังขันธ์
หมก, เกินกว่าตัวหมอเองเสียอีก. หมอ

ไม่มีใจที่จะถือโอกาสเอาเปรียบคนไข้, มี
แต่จะยอมเสียเปรียบ. หมอไม่มีความคิด
ทำลายคนไข้, มีแต่จะสละให้, จะช่วย.
เมตตากรรณาเป็นคุณธรรมที่หาหายยิ่งใน
โลกปัจจุบันนี้; แต่ก็ยังหาได้เป็นของ
ธรรมดาในพวกหมอ.

ถึงแม้หมอจะไม่คุ้มเกล้า, ไม่สยบหู,
สังคมก็จะต้องอ้าแขนรับและยกย่องนับถือ,
ถ้าหากหมอ สอนให้สังคมรู้จัก เมตตาและ
กรรณา, โดยทำตัวอย่างให้เห็น.

๓. หอประชุมราชแพทยาลัย

ความพยายามของคณะศิษย์ศิริราช -
แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร-ทั้งอดีตและ
ปัจจุบัน, เนื่องในการฉลองครบรอบหกสิบ
ปีของโรงเรียนแพทย์, ได้ประสพผล
สำเร็จอย่างงดงามทันตาเห็นชั้นแล้ว. หอ
ประชุมซึ่งเป็น จุดหมาย สำคัญจุด หนึ่งใน
ความพยายาม ร่วมกัน อย่างสุดกำลังใน
คราวนั้น, ได้เป็นรูปร่างขึ้นแล้วอย่างสง่า
ผ่าเผย. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว,
องค์อุปถัมภ์ของงานฉลองหกสิบปีศิริราช,
ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ เสด็จพระ

ราชดำเนินมาเปิดป้าย "หอประชุมราช-
แพทยาลัย" เมื่อวันที่ ๑๖ มิถุนายนค
นี้, ท่ามกลางอาจารย์และศิษย์ศิริราชทั้ง
เก่าและใหม่, และผู้มาเกียรติอีกมากหลาย,
จนล้นหลามออกมาภายนอก, ท่ามกลาง
เสียงสวด ชยันโต ของพระเถระ และ เสียง
ระโคมของขลุ่ยพาทย์. ต่อจากนั้นพระบาท
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้โปรดเกล้าฯ พระ
ราชทานปริญญาบัตร แก่บัณฑิต และ อนุ-
ปริญญาบัตรแก่ผู้สำเร็จ วิชาชีพ ของคณะ
ต่างๆ แห่งมหาวิทยาลัย, เป็นการประเดิม

หอประชุมราชแพทยาลัยด้วยกรณีกิจซึ่ง
เต็มไปด้วยเกียรติ และเพียบพร้อมไปด้วย
ศิริมงคลอย่างเหมาะสมทุกประการ.*

หอประชุมราชแพทยาลัยได้สร้างขึ้น
ในราคา ๑,๖๖๘,๐๐๐ บาท (เฉพาะตัว
อาคาร). ในจำนวนนี้ศิษย์ของศิริราช,
ทุก ๆ เหล่า, ทุก ๆ รุ่น, ได้ร่วมแรง
ร่วมใจกันหามาได้, โดยการเรียไร, ขอ
ร้อง, ชักชวน, และทุก ๆ วิธีที่สุจริต,
เป็นเงินถึง ๑,๑๗๔,๒๑๕ บาทเศษ, ทั้ง
นี้เพียงชั่ว ระยะเวลาไม่กี่เดือนของ การทำงาน.
เพียงตัวเลขอันเป็นผลสรุปนี้ก็น่าคน
เห็นอยู่แล้ว, แต่ถ้าใครทราบถึงหลังฉาก
ของความพยายามของแพทย์, พยาบาล,
นักเรียนแพทย์, นักเรียนพยาบาล, และ
เภสัชกรทั้งแก่และหนุ่ม, สาวและกลาง
คน, ที่จะหาเงินให้ได้มากที่สุดเพื่อโรง
เรียนของเขา, ก็จะมีสติอัศจรรย์ยิ่งขึ้น
ไปอีก. ในระยะใกล้ ๆ งานฉลอง ๖๐ ปีแล้ว
ก็ว่าไม่ว่าใครในศิริราชหายใจเป็นการหา
เงินกันไปหมด. ใครพอจะขอใครได้ก็ขอ,
ใครพอจะขายได้ก็ขาย, ใครพอทำอะไรที่
จะเป็นเงินขึ้นมา, ก็ทำ. ความพยายาม
พร้อมอกพร้อมใจกันนี้เอง, ประกอบกับ

มงคลนาม “ศิริราช”, ทั้งคุณค่าความ
ศรัทธาของประชาชน, ผู้ซึ่งได้สนับสนุนด้วย
การบริจาคอย่างเป็นประวัติการณ์. เรา
ยังไม่ทราบว่าใน ภายหน้าจะมี การเรียไร
รายได้ใดได้ผลสำเร็จงดงามอย่างเช่นในงาน
ฉลองหกสิบปีศิริราชที่ผ่านมาแล้ว; แต่ก็
เชื่อว่า, ถ้าจะมีอีก, ก็คงจะเป็นการเรียไร
ไรที่ศิริราชแน่ละ.

หอประชุมราชแพทยาลัยเป็นของศิริ-
ราช. หอประชุมนี้ถนัดกำเนิดขึ้นในความ
คิดของลูกศิริราช, ก่อร่างสร้างขึ้นด้วย
ความเห็นพ้องต้อง กันของชาว ศิริราช ทั้ง
อดีตและปัจจุบัน, และสำเร็จพร้อมมรดก
ด้วยความร่วมแรงร่วมใจของ ชาว ศิริราช
และของประชาชนผู้มี ศรัทธาใน ศิริราช.
ความเอื้อเฟื้อของรัฐบาล, ซึ่งได้อนุมัติ
เงินช่วยเหลือเข้ามาอีกถึง ๑,๘๑๘,๐๐๐ บาท,
เพื่อช่วยใช้ค่าสร้างหอประชุม, ค่าทำ
เขื่อนและตกแต่งอื่น ๆ, ก็คงเป็นผลของ
ความเห็นอกเห็นใจในความมอดสาหะวิริยะ
ของชาวศิริราช, ที่ได้วิงวอนอย่างทวิเป็น
เกลียวเพื่อให้หอประชุมราชแพทยาลัยได้
ปรากฏรูปร่างขึ้นมาจริง ๆ, นอกเหนือไป
ไปจากความรู้สึกเป็นหน้าที่แต่อย่างเดียว.

* คุณแผนกข่าว

บันทึกการสร้างก็ได้สำเร็จลง, และ
 หอประชุมก็ได้เปิดใช้แล้ว. ข้อสนใจต่อ
 ไปคือจะใช้ได้อย่างไร. ทุก ๆ คนที่ไดเห็น
 เหนื่อยมาแล้วในการสร้าง, ย่อมอยาก
 เห็นหอประชุมนี้ถูกใช้ให้ใช้ประโยชน์
 ค่าที่สุด. ในภาวะปัจจุบัน, ศิริราชยังขาด
 สถานที่สำหรับการจำเป็นอีกมาก. เมื่อ
 ทอนคิดจะสร้างหอประชุมนั้น จึงได้คิดกัน
 จะจัดให้ใช้ประโยชน์หลาย ๆ ทาง, ซึ่ง
 ทำให้ไม่เสียแล้วในรูปที่สำเร็จขึ้นมา. ท
 พอดีจัดได้ ก็คือเป็น ห้องเรียน สำหรับนัก
 เรียนแพทย์ปีที่ ๓ และปีที่ ๔, ซึ่งขณะ
 นี้ยังไม่มีโดยเฉพาะ. นอกจากนี้ก็เป็น
 การใช้เพื่อประโยชน์อย่างหอประชุมอื่น ๆ,
 โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการประชุมวิชา
 การ, การอบรม, และงานประสานสามัคคี
 ต่าง ๆ. ทุก ๆ คนย่อมอยากให้หอประชุม
 ถูกใช้ในทางทำคุณประโยชน์, มากกว่า
 สร้างไว้เฉย ๆ; แต่คงไม่มีใครยินดี,
 หรือยินยอม, ที่จะเห็นหอประชุมราช-
 แพทยาลัย ถูกใช้ใน ทำนองที่จะ นำความ

เสื่อมเสียหรือข้อครหา นินทาเข้ามาสู่ศิริ-
 ราช, เพราะถ้าจะเป็นเช่นนั้นก็ไม่สร้าง
 ขึ้นมาเสียเลยยังจะดีกว่า.

ขอให้หอประชุม ราชแพทยาลัย ได้
 สถิตสถาพร, เป็นถาวรอนุสสาวรีย์แห่ง
 ความสามานสมัครสามัคคี, ซึ่งมีอยู่ใน
 มวลหมู่ศิษย์ของศิริราช. ขอให้ความคง
 อยู่ของหอประชุมนี้เป็น เครื่องเตือนใจให้
 ปรากฏตลอดไป, ว่าความร่วมมือร่วม
 ใจของศิษย์ในสถานนี้, สามารถบรรเทา
 ให้การ ที่ไม่น่าจะ สำเร็จได้ ลุล่วงไป อย่าง
 มหึหึหึหึ. ท่อไปแม้หากจะมีการใดกระ
 ทบกระเทือนความสถาพรแห่งศิริราช, ศิษย์
 ทั้งมวลก็อาจร่วมกำลังกัน ขจัดขี้คเข้าหรือ
 ข้องกันอันทรายนั้น ๆ ได้, โดยทำนอง
 เดียวกันที่สามารถ ก่อกำเนิดหอประชุม ๖
 ขึ้นมาได้, ดังนี้.

ขอให้หอประชุมราชแพทยาลัย สถิต
 อยู่เป็นมิ่งขวัญและศิริมงคลของศิริราชไป
 ชั่วกาลนาน.

แผนกยอเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: นันทา เกตุทัต พ.บ., ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ พ.บ., พนิต เกษานนท์ พ.บ., ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., สาโรจน์ ประภักษ์ขาม พ.ด., สุจินต์ จารุจินดา พ.บ., อัมภาศรี ขจรบุญ พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., ม.ร.ว. สังศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med., สมอง อุนากุล พ.ด., M.S., อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๑. M. J. H. Smith, B. W. Meade, J. Bornstein: The Effect of Salicylate on Glycosuria, Blood Glucose, and Liver Glycogen of the Alloxan-diabetic Rat. (ผลของซาลิไซลิกต่อน้ำตาลในปัสสาวะ, น้ำตาลในเลือดและ กลัยโคเจนในตับ ของหนู ที่เป็นเบาหวานโดยแอลลอกซาน). *Biochem. J.* 1, 18 (1952).

ผู้รายงาน ฉีก โซเคียมซาลิไซลิก ๑๐๐ มก. เข้าใต้ผิวหนังของหนูขาว, แล้วเจาะเลือด ๔, ๑๒, ๒๔ ชม. หลังให้ยา, ตรวจหาจำนวนน้ำตาล, กับหาจำนวนน้ำตาลในปัสสาวะ ๒๔ ชม. และจำนวนกลัยโคเจนในตับ. พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงน้ำตาลในเลือด, แต่กลัยโคเจนในตับลดลง. ถ้าทำให้หนูเป็นเบาหวานเสียก่อนโดยฉีกแอลลอกซาน ๕๐ มก. ต่อ กก. เข้าหลอดเลือด, แล้วให้ซาลิไซลิก

ในจำนวนเท่ากัน, พบว่าน้ำตาลในเลือกลดลงมาก, จนถึงขั้นช้ำไปกลัยซีเมีย. จำนวนน้ำตาลในปัสสาวะ ๒๔ ชม. ก็ลดลงชัดเจน, แต่จำนวนกลัยโคเจนในตับไม่เปลี่ยนแปลง. อธิบายผลดังต่อไปนี้, คือ: ๑. มีการห้ามกลไกอินซูลิน. ๒. มีกลัยโคเจนในเนอกลีมาเพิ่มมากขึ้น. ๓. ทิสซีวใช้น้ำตาลมากขึ้น. ๔. มีการเปลี่ยนน้ำตาลเป็นไขมัน.

นันทา เกตุทัต พ.บ.

๒. A.H. Dankenau, M.W. Olsen, L.J. Machlin, and C.A. Denton: Chemically Induced Degeneration of Chick Mesonephros. (การทำให้เกิดการเสื่อมของเมโสเนฟรอสของไก่โดยสารเคมี.) *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.* 2: 265 (1952).

ผู้รายงาน ไต้ไขไข่ไก่ โรคโฮสต์แลนค์

เรื้อก ใส้ทึบไว้ ๑๐-๑๘ วันนับตั้งแต่วันที่
เริ่มออกมา, แล้วฉีกสารเคมีบางอย่าง
เข้าไปในช่องแอลแลนทอยด์ (allantoic
cavity), ในระยะต่าง ๆ ของการฟัก,
เปรียบเทียบกับตัวฉีกน้ำกลั่น. สารที่ฉีกคือ
DL - alanine ๕๐ มก., กรด anthra-
nilic ๒๐ มก., กรด 3-Hydroxyan-
thranilic ๑ มก., Tantalum hydroxide
๒๕ มก., Thorium chloride ๕๐ มก.,
Lanthanum chloride ๒๐ มก., น้ำ
กลั่น ๐.๕ ล. ชม. ตรวจทุกไต (ย้อมด้วย
สีชมพูออกซีลิ้น - อีโอซิน) ด้วยกล้อง
จุลทรรศน์, พบว่า: ๑. เอ็มบริโอของไต มาก.
๑๐ - ๑๕ วัน มีการเสื่อมของไต มาก.
๒. เอ็มบริโอที่อายุมากขึ้น, และพวก
ที่ฉีกด้วยน้ำกลั่น, ไม่มีการเสื่อมของไต.
สรุปว่าสารเคมีที่ฉีกแสดงพิษแก่เมโสเน-
ฟรอส, แต่ไม่ทำอันตรายแก่เมทาเนฟรอส.

ถนอมฤดี ภูมิภักดี พ.บ.

๓. C. D. W. McKendrick: Toxic
hepatitis from Para-aminosalicylic
Acid. (ตัวยักเสียบเนื่องจากพิษของกรด
พาราอะมิโนซาลิซิลิก) Lancet, 15,
668 (1951).

ชายอายุ ๒๗ ปี รักษาวัณโรคปอด
ด้วยสะเตร็ปโตไมซิน (วันละ ๑ กรัม) และ
กรดพาราอะมิโนซาลิซิลิก (กินวันละ
๑.๘ กรัม). ปรากฏอาการอ่อนเพลีย,
หนาวสั่น, และแสบคันตามผิวหนัง; มีไข้.
ต่อมาอีก ๒-๓ วัน มีผื่นขึ้นที่ตามตัว, หน้า,
แขน, ขา, เป็นอยู่ตลอดเวลาที่กินยาอยู่
แพทย์ตรวจพบผื่นแดงเต็มตัว, ตัวเหลือง,
ต่อมาหน้าเหลืองทั่วแล้วและขาหนีบโต, เจ็บ,
ไข้สูง ๑๐๓ ฟ. ตับโต ๓ นิ้วมือจากชาย
โครง, เจ็บมาก. วินิจฉัยว่าตับแพ้พิษของ
ยา. รักษาโดยให้แอนติซานและอาหาร
เนอมาก. ผื่นจางและลอกใน ๖ วัน. ตัว
ยังเหลืองจืดอยู่ต่อมา มีเลือดออกตามผิว
หนัง. ไข้สูง. แสบคันถึง subacute yellow
atrophy. ในระหว่างนั้นเกิดฝี, ใต้ไห
เพนซิลลิน. เมื่อหายเรียบร้อยแล้ว ใ้
ทดลองให้คนไข้กินกรดพาราอะมิโนซาลิ-
ซิลิก ๐.๕ กรัม; ในเวลาไม่กี่ชั่วโมง
เกิดคันตามผิวหนัง, มีผื่นแดงในวันรุ่งขึ้น.
รักษาด้วยแอนติซานหายใน ๔ วัน. ฉีก
สะเตร็ปโตไมซิน ๐.๕ กรัมก็เกิดผื่นและ
ขวม, ซึ่งหายด้วยแอนติซาน.

คนไข้แพ้ยาหลายอย่าง; แต่ผู้รายงาน
มีความเห็นว่าอาการตัวยักเสียบเกิดจากแพ้

กรรพาราอะมิโนซาลิซิลิกและแนะนำให้
ระวังเวลาไช้ยานั้น.

พนิต เกยานนท์ พ.บ.

๔. Peter M. Marcuse and Arthur Purdy Stout; Primary Lymphosarcoma of the Small Intestine (ลิมโฟซาร์โคมา ชนิดต้นของลำไส้เล็ก). Cancer, 3: 459 (1950).

ผู้เขียน ได้ ค้น วารสารตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๓๒ จนถึง ๑๙๔๘, พบรายงานโรคไปรมาร์ยลิม โฟซาร์ โคมาของลำไส้เล็ก ๑๗๕ ราย. เขาเองได้รายงานเพิ่มเติมอีก ๑๓ รายจากโรงพยาบาล เพรสbytทีเรียนนวยอร์ค, ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๓๒ ถึง ๑๙๔๗, รวมเป็น ๑๘๘ ราย. ปรากฏว่าส่วนมากเกิดแก่ผู้ชาย, มากประมาณ ๓ เท่าของหญิง. ส่วนมากของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง ๔๐ ถึง ๕๐ ปี. ตำแหน่งของลำไส้เล็กที่พบบ่อย, ตามลำดับ, คือ อีเลอุม, เจจูนัม, และคโอดินัม. ที่คโอดินัมพบ ๕ รายเท่านั้น.

ผู้เขียน ได้วิเคราะห์รายละเอียดของ ๑๓ รายที่เขารายงานเพิ่มเติม, ได้ผลสรุป, คือ: โรคนั้นรู้สึกว่าจะเป็นเฉพาะที่,

อาจรักษาได้โดยตัดเอาออกให้หมด. ปรากฏว่าผู้ป่วย ๓ คนมีชีวิตต่อไปได้เกินกว่า ๕ ปี.

ลักษณะของเนื้องอกที่เห็นด้วยตาเปล่า มีหลายชนิด. ในทางจุลทัศน์มีข้อน่าสนใจ คือบางที่พบลิมโฟซัยเตอร์เพลเซียใกล้ ๆ ก้อนเนื้องอก.

การวินิจฉัยโรคนี้ทำได้ยาก, เพราะไม่มีอาการเฉพาะ, และรอยทมิอาการซันก็ไม่หมายความว่าจะรักษาไม่หาย.

หมายเหตุของผู้ย่อ: ได้ตรวจศพพบโรคนี้อย่างน้อย ๑ ราย, เป็นที่คโอดินัม, ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบน้อย (การตรวจศพเลขที่ ๕๕๑๐, ทำเมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๔๙๔).

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ.

๕. O'Donnel Browne. A Summary of 100 Vaginal Deliveries in the Rotunda Hospital following Caesarian Section (สรุปการคลอดธรรมชาติ ๑๐๐ รายภายหลังผ่าเซซาร์เรียน).

หญิงซึ่งเคยผ่าเซซาร์เรียนมาแล้ว, อายุระหว่าง ๑๙-๔๕ ปี, จำนวน ๑๐๐ คนต่อเนื่องกัน, ได้รับการลองคลอด (trial labour) ทางช่องคลอด. ใน ๓๗

ราย จำต้องชักนำให้คลอกด้วยยา; รายอื่น ๆ ใต้เร็บท้องขึ้นเอง. ผลการคลอกไม่มีมารคาตายเลย. ระยะคลอกนานระหว่าง ๒-๕๖ ชม., เฉลี่ย ๑๔ ๑/๒ ชม. คลอกทำค้ำระยะใต้เอง ๕๕ ราย ทำกัน ๔ ราย; ใช้ค้ำมระดับต่ำ ๓๗ ราย, ระดับกลาง ๘ ราย, ซึ่งเป็น ๓๕ เปอร์เซ็นต์ (เทียบกับการใช้ค้ำในรายธรรมดาได้ ๑๑ เปอร์เซ็นต์), เจาะค้ำระยะเด็กตาย ๑ ราย, และ ๑ รายใต้ค้ำค้ำทันทีเนื่องจากมดลูกแตกซึ่งช่วย ทั้ง แม่และลูก.

ในจำนวน ๑๐๐ รายนี้, เคยผ่าเซซาเรียนมาแล้วครั้งเดียว ๕๐ ราย, สองครั้ง ๘ รายและสามครั้ง ๒ ราย, การผ่าค้ำค้ำเป็นแบบต่ำ ๗๖ ราย, ผ่าแบบคลาสสิก ๘ ราย, ไม่ทราบแน่ ๑๖ ราย. สาเหตุของการผ่าค้ำค้ำครั้งก่อน ๆ ส่วนมากเนื่องจากเชิงกรานผิดปกติ, ครรภ์พียง, เด็กอากาไม่ค้ำ, และรกเกาะต่ำหรือขวางปากมดลูก. รายที่มดลูกแตกนั้นเคยผ่าค้ำค้ำเซซาเรียนแบบต่ำ. นอกจากรายนแล้ว, เหตุแทรกซ้อนอื่น ๆ ของมารคามรค้ำ, หลอดเลือดในสมองแตก, ลิ่มหัวใจไมครัลรั่ว, ทดเลือดหลังคลอกมากปานกลางและช่องท้องอักเสบในระยะอยู่ไฟอย่างละ ๑ ราย.

เด็กที่เกิด ๑๐๐ รายนี้เฉลี่ยน้ำหนัก ๖ ปอนด์ ๑๔ ออนซ์. นั้กที่สุด ๘ ปอนด์ ๔ ออนซ์. มีตายคลอก ๘ คน, เนื่องจากเป็นเอริโธรบลาสโตสิสฟัตาติส, เด็กวิปริต, พียงครรภ์และเลือดออกในสมองอย่างละ ๑ ราย; นอกนั้นอธิบายสาเหตุไม่ได้. ในระยะเด็กเกิดใหม่มีตาย ๒ ราย; รายหนึ่งเนื่องจากเกิดก่อนกำหนด, อีกรายหาสาเหตุไม่ได้.

สรุปว่าการให้ผู้ที่เคยผ่าเซซาเรียนมาแล้ว ลองคลอกทางช่องคลอดไม่เป็นการหมิ่นเหม่ต่ออันตราย, ถ้าหากว่าให้การช่วยเหลือเช่นในโรงพยาบาลได้ทันที. ผู้รายงานให้ความเห็นว่า การผ่าเซซาเรียนควรใช้แบบต่ำ.

สาโรจน์ ประยุกต์ข้าม พ.ศ.

๖. David Pecora, Enrico Pete, and Philip Cooper: Acute Intestinal Obstruction caused by Meconium (ถ้าใส่ลูกกันอย่างขี้ขี้ขึ้นเนื่องจากมดลูกโรน) New Engl. J. Med. 18: 702 (1952).

การอุดตันในลำไส้เนื่องจากอาหารเป็นโรนหยาบ. ผู้ป่วยชาย, อายุ ๓๗

ย, รัยไว้ใน Veterans' Administration Hospital. ในประวัติ ๑ ยักอนันเคย ผ่าคักซัยโตเทิลแกัสเตร็คโตมัย, แลวกั สยายคัเวอยมา. วันมา ร.พ. นมีปวกท็อง และอาเจียน. ตรวจแรกรัย, พยว่าไม่ สยายมาก. ปวกท็อง. อุณหภูมึ ๙๗.๖ ฝั ซัพพร ๗๒. หายใจ ๒๐. ความดันเลือด ๑๔๔/๙๐. กคเข็เล็กน็อยท็ขวิเวณหน้า กะเพาะ. เสียงกลอกกกลงในท็องคังมาก. ทางรังสีพบล้าไล้เล็กพอง, ซังมากซันอึก ในวันต่อมา.

รัยไว้แล้วยังอาเจียนอึก. ไล้หลอก Harris เข้ากะเพาะทเลาปวกได้ขัง. ให้น้ำตาลและน้ำเกลือเข้าหลอกโลหิต. รุงเข้าอาการไม่คัซัน. ปวกท็องมากซัน, อุณหภูมึและซัพพรเพิ่ม. ได้ทำการผ่าคัก พยค้ำแห่งอुकตันท็อเลอิม, มึกอนันม็อย ภายใ. ผ่าเข้าไปพยเข็นอึกอนันมึกะโรนั, ซังผู้ช่วยแจ้งว่ากินเข้าไปก่อนมาโรงพยาบาล ๔ วัน. หลังผ่าคักเร็ยบร็อยคั, ไม่มีอาการแทรก. การผ่าคักกัาสโตรเอ็น เทอโรสโตมัยคังเข็นเหตุซวนให้เก็กการ อुकกัันในรายน.

สุจินต์ จารุจินดา พ.บ.

๗. James R. Cantrell, Mark M. Ravitch: Transmission of Disease by Transfusion of Blood and Plasma (การถ่ายโรคไปยังผู้อื่น โดยการถ่ายเลือดและพลาสมา): Am. J. Med. 6: 345-356. (1952).

อันตรายสำคัญที่สุดจากการถ่ายเลือด คือการให้เลือดผิดหมู่, แต่เรายังงักัน ได้โดยการปรับคู้ (แม็ทซ์) อย่างระมัด ระวัง. อันตรายรองลงไปคือการถ่ายโรค คักท็องจากผู้ให้ไปยังผู้รัยเลือด; โรคท็พย บ็อย ๆ คือซิฟิลิส, มาลาเร็ยและ Homologous serum hepatitis. ผู้ราย งานได้พยายามหาวิธีขัจันอันตรายเหล่านั, และแนะนำการ บ็องกัันเท่าท็าะ ปฏิบัตัได้ ไว้คังนั :-

๑. Homologous serum hepatitis พยในการให้พลาสมามากกว่าให้ เลือด.

ก. พยว่า icterogenic agent แม็ เพียง ๐.๐๑ ล.ซม. ก็จะทำให้เก็กโรค ได้. คังนัันในการเตร็ยมไม่ควรปนพลาสมาเกิน ๖-๘ คน. โดยวิธีนัลคัจำนวน ผู้รัยซังค็องเส็ยงท็อโรคนัให้น็อยเข้า.

ข. การแยกส่วนพลาสมา, โดยใช้ ส่วนแอลบูมินหรือกลีโบลิน, ก็หลีกเลี่ยงโรคนี้ได้, เพราะ ioterogenic agent เพียง ๐.๐๑ ต.ชม. ถูกทำลายระหว่างการแยก.

๒. ซีพีลิส

ก. ให้ใส่ซีพีลิสวารูซานหรือนีโอซีลวารูซานในความเข้มข้น ๑:๑๐,๐๐๐; ซึ่งไม่เป็นพิษ.

ข. เกี่ยเลือดไว้ที่อุณหภูมิ ๔°ซ. นาน ๔ วันก่อนนำไปใช้, ทำให้อำนาจการติดเชื้อหมดไป.

ค. เลือกที่รู้แน่ว่ามีซีพีลิสเอาไปทำเป็นพลาสมาใช้ได้โดยปลอดภัย, เพราะอำนาจการนำโรคหมดไปโดยการทำให้เย็นแข็ง ๑ สัปดาห์ในระหว่างการเตรียม. แต่ผู้รับพลาสมาอาจมีปฏิกิริยาเลือดขวกสำหรับซีพีลิสได้ชั่วคราว, และจะกลับให้ผลลบในเวลา ๑-๒ สัปดาห์.

๓. มาลาเรีย

การเกี่ยเลือดไว้ ๔ วันจะไม่ทำให้เกิดมาลาเรียชนิดเทอร์เชียน. แต่เชื้อชนิดอื่นยังกันไม่ได้. การป้องกันที่ดีที่สุดคือให้ยามาลาเรียหลังจากการถ่ายเลือด.

เลือดที่มีเชื้อมาลาเรียอาจแยกเอาพลาสมาใช้ได้โดยปลอดภัย

นันทา เกตุทัต พ.บ.

๔. W.E. Mashiter: Haemothorax following Artificial Pneumothorax Refills (ซีโมโทแรกซ์ภายหลังการเติมอากาศเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด) Lancet, 4: 188 (1925).

รายงานคนไข้สามคนซึ่งเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังอัดปอด. สองรายแรกอัดปอดทั้งสองข้าง. ปรากฏอาการคั่งหน้าอกและหายใจสั้น ๆ. หายใจลำบากในรายแรก. หายใจลำบากและเจ็บซี่โครงในรายที่สอง. เอ็กซเรย์เห็นน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดทั้งสองราย. เมื่อคุดอกมาพบว่าเป็นน้ำปนเลือด. ภายหลังเจาะแล้วอาการดีขึ้น. เมื่อเจาะคุดน้ำออกหมดแล้ว ก็อัดปอดต่อไปได้.

รายที่สามได้ทำออร์โทโคพลาสติกข้างหนึ่ง, และอัดปอดอีกข้างหนึ่ง. ในการแทงเข็มตรงที่เคยอัดปอด, มีเลือดออกมา. ได้เอาเข็มออกและอัดอากาศใหม่ในช่องซี่โครงเดียวกันได้เรียบร้อย. ภายหลังปรากฏมีน้ำปนเลือดในช่องเยื่อ

หุ้มปอด. กุดออกยากมาก. คนไข้หายใจลำบากมากและมีอาการเขียว. จึงได้กุดออกโดยใช้ธอร์นาโคสโคบาย์แคณินิวลา และได้พบว่าเลือดออกจากแขนงข้างของหลอดเลือดแดงอินเทอร์นัลแมมมารีเรีย.

สาเหตุย่อยที่สุดที่ทำให้เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังการฉีกปอดคืออันตรายต่อหลอดเลือดแดงอินเทอร์นัลแมมมารีเรียแขนงข้าง, ซึ่งอยู่ในที่ ๆ มักจะสอดเข็มสำหรับฉีกปอดเข้าไป. อันตรายมีมากเมื่อใช้เข็มที่ค่อนข้างคม, โดยที่เข็มที่จะไปคั้นมากกว่าไปแทงเส้นเลือด. สาเหตุอื่น ๆ ก็คือเยื่อเย็ด (แอคซิซัน) ซากซึ่งทำอันตรายต่อเส้นเลือดอินเทอร์คอสทัลกับพลโมนารีเรีย.

การรักษาส่วนมากคือกุดออกอย่างธรรมดา. หากกุดยากก็ใช้ธอร์นาโคสโคบาย์แคณินิวลา, ซึ่งช่วยให้เห็นช่องเยื่อหุ้มปอด, ดังนั้นอาจทำการห้ามเลือดก็ได้. หากวิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผลก็ควรตัดซี่โครง, แต่ไม่แนะนำหากเลือดออกไม่รุนแรงเพราะเสียโอกาสที่จะฉีกปอดต่อไป. ในรายมีลิ้มเลือดออก, การฉีดสเตรปโตคินเนส (Streptokinase) เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังกุดก็ได้ผลดี.

พนิต เกยานนท์ พ.บ.

๕. Herman J. Moersch: Clinical Significance of Hemoptysis. (ความสำคัญของกรไอเป็นเลือด) J.A.M.A. 17: 1461 (1952).

การไอเป็นเลือดทำให้คนไข้ตกใจเสมอและทำให้แพทย์ต้องรีบค้นหาสาเหตุ, เพราะมันแสดงถึงความร้ายแรงของโรค. เมื่อมีเลือดออกทางปากและแพทย์รู้แน่ว่าไม่ใช่มาจากทางเดินอาหาร, ต้องนึกถึงวัณโรค หรือ มะเร็งของปอดไว้ก่อนทันที. ความรุนแรงของการตกเลือด ไม่จำเป็นจะเป็นส่วนสักกับความร้ายแรงของ ความพิการที่อยู่ภายใน.

ผู้รายงานเสนอคนไข้ที่ได้รับตรวจวัณโรคโคสโคบาย์ ๖๖๐ ราย, ที่เมโยคลินิก. มี ๒๐๐ ราย (๒๙.๘%) ที่มีอาการไอเป็นเลือด, เป็นชาย ๑๒๓ คน, หญิง ๗๗ คน, อายุตั้งแต่ ๑๖ ถึง ๗๔ ปี, เฉลี่ย ๔๘ ปี. อาการ ไอเป็นเลือดพบบ่อยในคนไข้อายุระหว่าง ๕๐ ถึง ๕๕ ปี. อายุที่สูงขึ้นไปหรือต่ำกว่านี้พบน้อยลงเป็นลำดับ.

สาเหตุของการไอเป็นเลือดที่พบบ่อยที่สุดก็คือเนื้องอกอย่างร้ายของกระบอกเสียง, หลอดลมและปอด. ในคนไข้ที่ไอเป็นเลือด ๒๐๐ รายพบ ๕๕ ราย

(๒๕.๕%), และพบว่ามะเร็งของหลอดลมมีมากที่สุดใ้พวกนี้. ใน ๖๗๐ รายที่ทำการตรวจร่องโคสโคบิย์พบเป็นมะเร็งของหลอดลมเสีย ๕๑ ราย, ในจำนวนนี้มีอาการไอเป็นเลือด ๔๘ ราย. การไอเป็นเลือดในมะเร็งของหลอดลมมักเกิดขึ้นเมื่อความพิการลามไปถึง หลอดลม ใหญ่มากกว่าส่วนปลายในเนอซอด. เลือดที่ออกจากแอกทีโนมาออกอยู่นานกว่าคาร์ซีโนมา. ผู้รายงานพบว่าในแอกทีโนมาเลือดออกมากกว่าคาร์ซีโนมา, และมักร่วมไปกับการคึกเซอหนอง, และพบในคนที่อายุน้อยกว่าคาร์ซีโนมาด้วย. ถ้าคนไข้อายุเกิน ๔๐ ปีขึ้นไปไอเป็นเลือดควรสงสัยเนื้องอกอย่างร้ายไว้ด้วยเสมอ.

สาเหตุที่พบบ่อยรองลงมา คือ หลอดลมบ้อง (ร่องคิเอ็คเตสิส). ใน ๖๗๐ รายที่ไ้ตรวจพบ ๕๗ ราย (๑๔.๕%). ในผู้ที่ไอเป็นเลือด ๒๐๐ รายพบ ๕๓ ราย (๒๖.๕%). หลอดลมบ้องที่มีอาการไอเป็นเลือดควยควยพบในคนที่อายุ (เฉลี่ย ๔๐ ปี), สูงกว่าหลอดลมบ้องที่ไม่มีอาการไอเป็นเลือด (เฉลี่ย ๒๔ ปี). โดยมากมีการอักเสบอย่างรุนแรงของระบบหายใจควยควย. หลอดลมบ้องที่ไม่มีเสมหะ

วินิจฉัยยาก. การวินิจฉัยที่ถูกต้องอาศัยร่องโคกราวพ็.

นอกจากนี้พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยร่องโคเจนิคคาร์ซีโนมา สูงกว่าร่องคิเอ็คเตสิส.

มี ๑๕ ราย (๗.๕%) ในผู้ป่วย ๒๐๐ รายที่หาสาเหตุไม่ได้. พวกที่ไอเป็นเลือดแล้วหาสาเหตุไม่ได้, ทั้ง ๆ ที่ไ้ตรวจละเอียดทุกอย่าง (รวมทั้งเอ็คซเรย์), เขาเชื่อว่ามีโอกาสน้อยที่จะเกิดโรคปอดร้ายแรงขึ้นในภายหลัง.

อำภาศรี ขจรบุญ พ.บ

๑๐. Edwin J. Paulaski, Cutis P. Artz. Terramycin and Aureomycin in Surgical Infections. (เทอร์รามัยซินและออเรโอมัยซินในโรคคึกเซอทางคัลลีย์) J.A.M.A. 1: 35 (1952).

มีเชื้อหลายอย่างที่ทนต่อเพนิซิลลิน และในโรคคึกเซอที่มีเชื้อผสมเพนิซิลลินก็ให้ผลน้อยมาก. ผู้ป่วยบางคนก็แพ้เพนิซิลลิน. ผู้รายงานจึงได้ลองใช้เทอร์รามัยซินและออเรโอมัยซินในผู้ป่วยคัลลีย์ ๒๐๐ คน, เป็นโรคต่าง ๆ กัน เช่น ฝ, เซลลิวไลติส, ออสติโอมัยอีไลติส, แผลคึก

(๒๕.๕%), และพบว่ามะเร็งของหลอดลมมีมากที่สุดคนในพวกนี้. ใน ๖๗๐ รายที่ทำการตรวจบร็องโคสโคปด้วยพบเป็นมะเร็งของหลอดลมเสีย ๕๑ ราย, ในจำนวนนี้มีอาการไอเป็นเลือด ๔๘ ราย. การไอเป็นเลือดในมะเร็งของหลอดลมมักเกิดขึ้นเมื่อความพิการลามไปถึง หลอดลม ใหญ่มากกว่าส่วนปลายในเนอพออด. เลือดที่ออกจากแอกทีโนมาออกอยู่นานกว่าคาร์ซีโนมา. ผู้รายงานพบว่าในแอกทีโนมาเลือดออกมากกว่าคาร์ซีโนมา, และมักร่วมไปกับการคึกเซอหนอง, และพบในคนที่อายุน้อยกว่าคาร์ซีโนมาด้วย. ถ้าคนไข้ชายเกิน ๔๐ ปีขึ้นไปไอเป็นเลือดควรสงสัยเนอพออดอย่างร้ายไว้ด้วยเสมอ.

สาเหตุที่พบบ่อยรองลงมาคือ หลอดลมบ้อง (บร็องคิโอเอ็กเทสิส). ใน ๖๗๐ รายที่ไต่ตรวจพบ ๕๗ ราย (๘.๕%). ในผู้ที่ไอเป็นเลือด ๒๐๐ รายพบ ๕๓ ราย (๒๖.๕%). หลอดลมบ้องที่มีอาการไอเป็นเลือดควบด้วยพบในคนที่อายุ (เฉลี่ย ๔๐ ปี), สูงกว่าหลอดลมบ้องที่ไม่มีอาการไอเป็นเลือด (เฉลี่ย ๒๔ ปี). โดยมากมีการอักเสบอย่างรุนแรงของระบบหายใจควบด้วย. หลอดลมบ้องที่ไม่มีเสมหะ

วินิจฉัยยาก. การวินิจฉัยที่ถูกต้องอาศัยบร็องโคสโคป.

นอกจากนี้พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยบร็องโคเจนิกคาร์ซีโนมา สูงกว่าบร็องคิโอเอ็กเทสิส.

มี ๑๕ ราย (๗.๕%) ในผู้ป่วย ๒๐๐ รายที่หาสาเหตุไม่ได้. พวกที่ไอเป็นเลือดแล้วหาสาเหตุไม่ได้, ทั้ง ๆ ที่ไต่ตรวจละเอียดทุกอย่าง (รวมทั้งเอ็กซเรย์), เขาเชื่อว่ามีโอกาสน้อยที่จะเกิดโรคปอดร้ายแรงขึ้นในภายหลัง.

อำภาสรี ขจรบุญ พ.บ

๑๐. Edwin J. Paulaski, Cutis P. Artz. Terramycin and Aureomycin in Surgical Infections. (เทอร์รามัยซินและออเรโอไมซินในโรคติดเชื้อทางศัลย์) J.A.M.A. 1: 35 (1952).

มีเชื้อหลายอย่างที่ทนต่อเพนิซิลลิน และในโรคติดเชื้อที่มีเชื้อผสมเพนิซิลลินก็ให้ผลน้อยมาก. ผู้ป่วยบางคนก็แพ้เพนิซิลลิน. ผู้รายงานจึงได้ลองใช้เทอร์รามัยซินและออเรโอไมซินในผู้ป่วยศัลย์ ๒๐๐ คน, เป็นโรคต่าง ๆ กัน เช่น ฝี, เซลลิวไลติส, ออสติโอไมัยอ์ไลติส, แผลคึก

เชื่อต่าง ๆ, เย็บช่องท้องอีกเสียและมิเชื่อในเลือดเป็นต้น. ๔๗ รายรักษาด้วยออเรโอมัยซินไม่ได้ผล. ๑๒ รายเชื่อไม่แพ้ยา. อีก ๑๕๓ รายรักษาด้วยเทอรัมาัยซินได้ผลดีเป็นส่วนมาก; ได้ผลดีถึง ๕๒ ใน ๕๖ รายของผู้ช่วยเย็บช่องท้องอีกเสีย (๔ รายที่ไม่ได้ผลแสดง การทนยาในหลอดทดลอง). ยังได้ผลดีอีก ๒ รายในผู้ป่วยที่เป็นโรคแอนติโนมัคโคสิสของกระดูกขากรรไกร; แต่ในพวกที่เป็นแผลไฟไหม้และติดเชื้อมาก ๆ ๑๐ รายไม่ได้ผลเลย.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๑๑. Helmut Graef. Leber und Hyperemesis Gravidarum (ตับกับซัยเปอร์เอเมสิสกราวิดารุม) Dtsch. med. Wschr. 13: 398 (1952).

สมุญฐานของการอาเจียนเกินควรในหญิงมีครรภ์ (ซัยเปอร์เอเมสิสกราวิดารุม) ยังไม่ทราบเกิดจากอะไรแน่. ผู้รายงานเห็นด้วยในความเห็นว่า โรคนี้มีความผิดปกติเกี่ยวกับตับ, ซึ่งมีส่วนหนักมากขึ้นในเมตะบอลิซึมของโปรตีน. เกี่ยวกับ ทารกที่กำลังเจริญ อยู่ในครรภ์,

ประกอบด้วยการที่หญิงพวกนี้ มักได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ, ทั้งยังต้องเจ็ทโปรตีนอื่นให้แก่ลูกอีกด้วย, ทั้งหมดคนรวมกันทำให้ตับเกิดพิษารจน. ความจริงนี้เห็น

ได้จากผลการตรวจทางห้องทดลองหลายอย่าง (เช่นฟลอคคคิวเลชันไรแอคชัน, ธิมมอลรีแอคชัน, และโรซินเทสต์) และข้อสังเกตเกี่ยวกับการ ขวมน้ำ, ซึ่งบ่งถึงความผิดปกติในตับไต (เช่นเกี่ยวกับในไต). ผู้รายงานถึงวิธีรักษาแบบใหม่ที่ใช้กันอยู่ในรายที่เนอตับได้รับอันตราย, และได้ผลดีมาแล้ว, คือการรักษาด้วยยาสะกัตตัย (ลิเวอร์เอ็กสแทรกต์), จึงได้ลองนำวิธีนั้นมาใช้ในหญิงมีครรภ์ที่มีอาการอาเจียนเกินปรกติ, รวม ๑๘ คน. แบ่งเป็นค็อนโทรล (รักษาด้วยยาระงับประสาทเท่านั้น) ๓ คน, ๓ คนใช้แอดรีแนลคอร์เทกส์, ๓ คนใช้สะกัตตัยอย่างเดี่ยว, ๓ คนใช้สะกัตตัยกับแอดรีแนลคอร์เทกส์, ๓ คนใช้สะกัตตัยกับวิตามินบีค็อมเพลกส์, ๓ คนใช้สะกัตตัย, แอดรีแนลคอร์เทกส์กับวิตามินบีค็อมเพลกส์. เขาสังเกตว่าพวกที่ให้สะกัตตัยอาการดีขึ้นทั้งนั้น, ดีกว่าที่ให้ยาระงับประสาทอย่างเดี่ยว, และการให้สะกัตตัยผสมแอดรีแนลคอร์เทกส์

ผะสมวิฑะมินบี ค้อมเปิ้ล็กส์ ได้ผลคัทสค. เขาเห็นว่า จำนวนคนไข้ที่ ทคตลง ยงน้อย เกินไป และ เสนอให้ ทคตลง เพิ่ม เกิม อิก. (สะกัทขัยไ้ ๑-๒ ล.ชม. นึกเข้ากล้ำม, แอครี แนล คอรั เต็กส์ไ้ซนิก รวม หมค (ไม้ไ้ค้แบกบวิสุทธี) นึก ๑-๒ หลอกเข้า กล้ำม, วิฑะมินบีค้อมเปิ้ล็กส์นึก ๑ ล.ชม. เข้ากล้ำมหรือกิน ๒ หลอก. ขนาดเหล้า นคตหนึ่งวัน).

ม.ร.ว. สงศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med.

๑๒. Waltman Walters, H.H.

Belding. Clinical Studies on 130 Patients One to Four Years after Vagotomy (การศึกษาผู้ช่วย ๑๓๐ คน หลังจก คัทเวกัส เป็นเวลา หนึ่ง ถึง สี่ปี). Proc. Staff Meetings of the Mayo Clinic 26: 199 (1951).

ระหว่าง ๑๙๔๖ ถึง ๑๙๔๙ ไ้คัทคัท ประสาทเวกัส ๓๓๑ ราย; ในจำนวน นั้น ๑๓๐ รายไ้คัทคัทอ้อยเสมอ. จากพวก นั้นสังเกตผลของการผ่าคัทไ้คัทงค่อไป:-

ในทางสรีรวิทยา (๑) กรคเกลือเสวี (ฟรี)ลคนอ้อยลง, พยใน ๙๓.๕ เปอรเซนต์ ของราย. มีแอนแอซิกคิตัยใน ๓๘.๗

เปอรเซนต์. (๒) กรคเกลือลคนค้อย ๆ มากขึ้นหลังผ่าคัท. ภายหลง ๑-๔ ปี มี ๒๓.๗ เปอรเซนต์ของรายที่กรคลคนค้อย เก้าก่อนผ่าคัท. (เทียบกัยในรายที่คคท กระเพาะอาหาร, มี ๗ เปอรเซนต์เท้านน ที่กลคยเป็นเช่นนี้). (๓) การเคลืออนไหว ของกระเพาะลคนอ้อยลงมากใน ๗๓.๓ เปอร เซนต์ของราย(เทียบกัย ๕๔.๘ เปอรเซนต์ ในรายที่คคทกระเพาะ). ภายหลง ๑-๔ ปี ยังกพบเช่นนี้อยู่ใน ๒๖.๔ เปอรเซนต์ของ ราย (เทียบกัย ๓.๖ เปอรเซนต์ในพวกคคท กระเพาะ). (๔) อินสูลินเทีสท์ (Hollander) ใ้ผลลคยใน ๗๐ เปอรเซนต์ของราย. ในลคยหกรายมีผลลคนใหม่, การทคตลง นี้ใ้ผลลคยใน ๑๐ ราย, บวก ๓ ราย, ไม้ แนนอน ๓ ราย.

ในทางคลินค. (๑) แผลกระเพาะ อาหาร ๑๑ ราย. ผลค้เลค ๒๗.๒ เปอร เซนต์, ไม้พอใจ ๔.๖ เปอรเซนต์, เลว ๒.๗ เปอรเซนต์. (๒) แผลคิ้วโอคีนัม ๒๕ ราย. ผลค้เลค ๖๔ เปอรเซนต์, ไม้ พอใจ ๒๘ เปอรเซนต์, เลว ๘ เปอรเซนต์. (๓) แผลคิ้วโอคีนัม ซึงคัทเวกัสและคัท แผลออกค้ว, ๖๒ ราย. ผลค้เลค ๖๕ เปอรเซนต์, ไม้พอใจ ๒๒.๖ เปอรเซนต์,

เลข ๘.๐ เปอร์เซนต์. (๔) แผลกะเพาะ และคิวโอตินัม. (ก) ตักเวกัสและตักกะเพาะบางส่วน, ๑๖ ราย. ผลเกิด ๗.๐ เปอร์เซนต์, ไม่พอใจ ๑๒ เปอร์เซนต์, เลข ๑๘ เปอร์เซนต์. (ข) ตักเวกัส, ตักกะเพาะอาหารและตักกบิล่าได้ ๗ ราย. ผลเกิด ๗.๑ เปอร์เซนต์, ไม่พอใจ ๑๔.๕ เปอร์เซนต์ เลข ๑๔.๕ เปอร์เซนต์. (ค) ตักเวกัส, ตักกะเพาะอาหารตักกบิล่าได้ และทำอย่างอื่น ๆ อีกด้วย, ๑๒ ราย. ผลเกิด ๖๖ เปอร์เซนต์, ไม่พอใจ ๕ เปอร์เซนต์, เลข ๒๕ เปอร์เซนต์.

(ผลเกิด คือไม่มีอาการแผลเหลือเลย, และไม่มีโรคแทรก. ผลไม่พอใจก็มีโรคแทรกหรือยังมีอาการแผลเหลืออยู่, แต่พิสูจน์ไม่ได้อีก. ผลเลขคือแผลเกิดใหม่อีก.)

สนอง อุนากุล พ.ด., M.S. (Minn.)

๑๓. Walter Dick. Die Hautreizquaddel als Diagnostikum bei akuten abdominellen Erkrankungen. (การช่วยวินิจฉัยโรคช่องท้องปัจจุบันโดยวิธีทำให้เจ็บที่ผิวหนัง) Dtsch. Med. Wschr. 20: 637 (1952).

ผู้รายงานสนใจการวินิจฉัยแยกแหว่งไส้ติ่งอักเสบปัจจุบันกับโรคอื่นในช่องท้องที่ทำให้ปวดคล้าย ๆ กัน (ปวดท้องโต, ปวดท่อน้ำดี, ฯลฯ). หมอชาวบ้านมีวิธีบรรเทาอาการปวดเนื่องจากกรวยไต, ท่อไต และท่อน้ำดี, โดยทำให้เจ็บอย่างรุนแรงและทันที ในบริเวณผิวหนังที่คนไข้รู้สึกปวด (คือหน้าท้อง, สำหรับโรคเหล่านี้). แพทย์ที่มีชื่อเสียงหลายคนได้พิสูจน์ความจริงข้อนี้ (Stejskal, Riese, Hutter). ความปวดเนื่องจากท่อไตอาจทำให้หายใจเกือบทันทีโดยการทำให้เจ็บที่ผิวหนังตามทางของท่อไต; ความเจ็บจากท่อน้ำดีทำให้หายใจทำนองเดียวกันโดยทำให้เจ็บตามโค้งซี่โครง. ผู้รายงานได้เคยทดลองในคนไข้ท่อน้ำดีของเขาเองและเห็นว่าวิธีนี้ทำให้หายใจแน่นนอนกว่าฉีดยา - อดโรยีน, และปลอดภัยกว่าด้วย, เพราะไม่กลายเกิดอาการอื่น ๆ.

การที่เราอาจใช้วิธีวินิจฉัยแยกแหว่งไส้ติ่งอักเสบกับเหตุเจ็บปวดอื่น ๆ (เช่นนี้) ได้ ก็เพราะว่าวิธีทำให้เจ็บแก่ปวดได้โดยรีเฟล็กซ์ (ทำให้การหดเกร็งหายไป, เลือดไหลดีขึ้น, ฯลฯ), ไม่ใช่

เพราะโดยกตสมอง, ดังนั้นจึงไม่ระงับ
ความปวดที่เกิดจากการอักเสบ.

ผู้รายงานได้ทดลองเกี่ยวกับข้อเท็จจริง
นี้, โดยลองการทำให้เจ็บในคนไข้ใช้สิ่ง
อักเสบพวกที่มีการปวดรุนแรง เช่น จำนวน
มากรายนก่อนการผ่าตัด, และไม่พบเลขที่
การปวดหายไป, แม้ที่ทุเลามากก็ไม่มี.

ผู้รายงานเสนอวิธีวินิจฉัยแยกกันโดย
อาศัยข้อเท็จจริงสองประการ, คือ (๑)
ความปวดในโรคนี้มักทำให้หายได้โดย
วิธีทำให้เจ็บที่ผิวหนัง. (๒) ความปวดใน
โรคนี้ถึงอักเสบทำให้หายโดยวิธีอื่นไม่ได้.

วิธีทำให้เจ็บคือฉีดยา สองสาม หยด
เข้าในผิวหนัง (อินทราคิวเทเนียส), ไม่ใช่
ใต้ผิวหนัง (สังเกตได้จากอาการที่เกิด "ดวง
นูน" (Wheal) ชนตรงที่ฉีด). ควรทำ
ห้าหกแห่งใกล้เคียงกัน. ยาที่ฉีดนั้นจะ
เป็นยาอะไรไม่สำคัญ, สำคัญว่ามันต้อง
ทำให้เจ็บแปลบคล้ายถูกผึ้งต่อย. ข้อที่
ให้ผลคือความเจ็บนั่นเอง, ไม่ใช่ว่ายา
ชนิดใด. (ยาที่ผู้รายงานใช้เป็นประจำคือ
คาร์ทีอาโซล, ๒-๓ หยด, ซึ่งทำให้เจ็บ
อยู่นาน ๒๐-๓๐ วินาที. น้ำกลั่นก็เคย
มีคนใช้.) ข้อสำคัญคือตำแหน่งที่ฉีดต้อง
อยู่ในบริเวณหนังที่เลี้ยงด้วยประสาท เซ็ก

เมนต์ร่วมกับอวัยวะที่ปวด. การระงับความ
ปวดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลของความเจ็บที่ทำ
ขึ้น, ไม่ใช่ฤทธิ์ยา, เห็นได้จากการใช้
อะไร ๆ ฉีดก็ได้ (หรือทำให้เจ็บรุนแรงโดย
วิธีใด ๆ ก็ได้) และการทุเลานั้นเกิดขึ้น
เกือบทันที, บางครั้งยังฉีดไม่เสร็จเสียอีก.
ถ้าฉีดโดยไม่ทำให้เจ็บ, ก็ไม่ได้ผล. ดังนั้น
นี้เข้าใจว่าเป็นผลทางรีเฟล็กซ์.

จากการทดลองในคนไข้ของเขา, ผู้
รายงานเห็นว่า: (ก) ถ้าฉีดแล้วความปวด
หายหมดสิ้นในทันที, เกือบแน่ใจได้ว่า
ไม่ใช่สิ่งถึงอักเสบ, อย่างน้อยก็ยังไม่
ต้องผ่าตัดในทันที, มีเวลาทำการตรวจ
ช่วยวินิจฉัยทางอื่นอีก. (ข) ถ้าฉีดแล้ว
เพียงแต่ทุเลา, ยังมีเหลือปวดอยู่, ตาม
ที่เขาได้พบมักเป็นนิ้ว (ไตหรือน้ำค) ซึ่งม
การอักเสบ (ของกรวยไตหรือถุงน้ำค) แทรก
ซ้อนด้วย. (ค) ความปวดเนื่องจากเหตุ
อื่น, เช่นลำไส้อักเสบ, เขาเพิ่งได้สังเกต
น้อยราย, พบว่าความปวดไม่หายไปดัง
เช่นนี้. สำหรับโรคภัยอื่นอักเสบปัจจุบัน
(แอกิวท์แพนเครอาไทติส) ซึ่งได้ทดลอง
หลายราย, พบว่าบางรายความปวดหาย

ไปในสองสามนาที; ในโรคนั้นหากจะตัด
 สนิตไปข้างและผ่าตัดเข้าไป, ผลร้ายก็
 คงไม่มากมายนัก.

(หมายเหตุของผู้ย่อ. รายงาน^{นี้}ทำ
 ให้นักถึงวิธีของเงิน^{นี้}ที่รักษาการเจ็บปวดภายใน
 ในตัวการเอาชุป^{นี้}, หรือหยิกแรง ๆ.

สังเกตว่าวิธี^{นี้}ใช้รักษาอาการปวดเนื่อง
 จากนิ้วได้ด้วย).

(ผู้รายงานเป็นศาสตราจารย์หัวหน้า
 แผนกศัลยศาสตร์. มหาวิทยาลัยเคอลัน
 ประเทศเยอรมนี).

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

ท่านสมาชิกที่ไม่ได้รับหนังสือ

ท่านสมาชิกสารศิริราชไม่ได้รับหนังสือ เพราะหายหรือย้ายที่อยู่โดยไม่ได้แจ้ง
 ไปรศกติดต่อยังสำนักงานโดยด่วน เพราะมีหนังสือเพียงจำนวนจำกัด มิฉะนั้นทาง
 สำนักงานจะไม่มีหนังสือจ่ายให้ได้.

ทางสำนักงานไม่ได้จัดส่งหนังสือแก่ท่านสมาชิกผู้ใด แม้จะยังไม่ได้ชำระค่า
 ยำรุง.

ปกิณณกะ

๑. ข่าวดี

ฟีลาเต็ส เพีย

๒๘ มิถุนายน ๒๔๕๕

ท่านบรรณาธิการ

ผมขอโทษที่ไม่ได้ส่งข่าวต้งแก่ท่าน. มันยุ่งเหลือเกิน..... ไม่มีเวลาได้เตรียมตัว. ไปโดยรีบร้อนเข้าด้วยเลขงงววยขณะถึงนิวยอร์ก. รุ่งขึ้นก็เข้าประชุม. เลยต้องอยู่ถึง ๑ ถึง ๒ เพื่อเตรียมตัวให้พอ กับที่เขาจะพูดกันในวันรุ่งขึ้น. ส่วนแรกได้แต่นั่งฟังเขาเท่านั้น. ค่อยมาจึงได้วิพากษ์วิจารณ์และให้ความเห็นเขาไปบ้าง. ในวันสุดท้ายเขาเชิญผมเป็นประธานร่วมกับ ดร. Washburn. ได้พยายามทำดีที่สุดที่ที่มีความรู้และความสามารถ. รู้สึกว่าจะสอปลั้ได้. ทุกคนดูเขาพอใจในความคิดเห็นของผมเสนอ, แต่คำพูดบางคำก็ทำให้ฝรั่งหนุ่ม ๆ ไม่พอใจไปหลายคนเหมือนกัน.....ที่ฟีลาเต็ส เพีย ได้ทำงานก็มาก. ได้ทำอย่างถึงกลางคืน.

มีข่าว ๒ อย่างที่จะแจ้งให้ทราบ :

(๑) เมื่อวันพฤหัสบดี ฯ ไปเยี่ยม ดร. Paff ที่เคยทำงานกับผมที่ เวสต์เทอร์นริสเซอรัช. ขณะนั้นมาเป็นศาสตราจารย์รองที่ Hahneman Hospital. ได้ข่าวว่าหมอคองคือนยังมีชีวิตอยู่ เขาได้พบเมื่อสองเดือนก่อนเอง.

(๒) ได้ไปพบ ดร. Bachman เมื่อวาน. ให้ข่าวว่าหมอเฮ็ลลิสมาฟีลาเต็ส เพีย เมื่อวันพฤหัสบดี ฯ มาตรวจตา. ยังคงเห็นได้ข้างทางขอบ ๆ มีอาการเลือดออกในสมองบ้าง แต่ไม่ร้ายแรง อายุแกถึง ๘๓ ปีแล้ว..... เรื่องการเงินไม่ได้ข่าวว่าหมอเฮ็ลลิสมีชีวิตของ.....

คิดถึง

สุด แสงวิเชียร

(เชื่อว่าทุก ๆ คนคงเห็นด้วยว่าเป็นข่าวดีสองชั้น, คือความสำเร็จของท่านศาสตราจารย์ สุด แสงวิเชียร, กับความ

จริงที่ศาสตราจารย์ของคือนยังมีชีวิตอยู่
ชาวตั้งแก่กรรมของท่านเราได้รับจากศิษย์
ของท่านที่ไปทำงานที่อเมริกา, จึงเข้าใจ

ว่าคงไม่คลาดเคลื่อน. ^{๒๕๖} ทงนของชออภย
ค่อท่านเจ้าตัวและผู้อื่น ๆ ที่ของพลอยเสย
ใจด้วย).

๒. ชาวดีอีก

เช่นตหลยส์

๑๕ มี.ย. ๕๕.

เรียน ท่านบรรณาธิการ

.....มีข่าวที่น่าขบคิดยิ่งที่จะเรียนให้
ทราบคือหมอสุขุม ภักธาคมได้ Fh. D.
แล้ว, ภายในเวลา ๑๕ เดือนเท่านั้น. เร็ว
กว่าฝรั่งส่วนมาก. เมื่อ ๑๑ มี.ย., เช่นวัน
รับปริญญา, พวกเขาได้ไปร่วมในงานนี้
ด้วย. แดสอบได้ Grade A. ทุกครั้งและ
ทุกวิชา. ขณะนี้กำลังเตรียมตัวไปงาน

.....
ทอนแล้วก็จะกลับบ้าน. หวังว่าพวกเขาที่
ศิริราชก็คงยินดีด้วย.

โดยความเคารพ

ตระกูล กิติสิน

(แน่ที่เดียว, พวกที่ศิริราชทุกคนยินดี
ดีด้วยอย่างมาก, ที่ลคศิริราชได้ไปฝาก
ลายไว้ให้ปรากฏในต่างแดนว่าหมอไทย
นั้นไม่จำเป็นจะต้อง “ฟังเล็กเซอร์ไม่รู้
เรื่อง” ทุกคนไป. สารศิริราชขอยินดี
ด้วยอย่างยิ่ง อีกต่างหาก, สำหรับข้อ
หลังนี้.)

๓. เข็มฉีดยา

๑๕๖๖ ข้างสถานีรถไฟคลองสาน.
วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๕.
ท่านบรรณาธิการ ที่ควรวเคารพรัก.
ข้าพเจ้าได้อ่านแผนกย่อเอกสาร ใน

สารศิริราชปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ กุมภาพันธ์
๒๕๕๕ ซึ่งคุณหมอนันทา เกตุทัต เสนอ
เรื่องเข็มฉีดยาที่วิธีปฏิบัติในการฉีดยา
แก่คนจำนวนมาก. โดยใช้น้ำมันพาราฟ

(ตามที่ท่านกล่าวในตอนที่สอง) เชื้อที่
ติดอยู่ในเข็มนั้นก็จะถูกทำลายในน้ำมัน
เคี้ยว, ก่อนที่จะถูกกดต่อเข้าไปในกระ
บอกลูก, ทั้งนี้วิธีหลังย่อมปลอดภัยก็
กว่าวิธีแรก (โปรดดูย่อเอกสารเกี่ยวกับ
เรื่องนี้, ข้อ ๑.).

ส่วนการทศยาไว้ในกระบอกลูกที่เคี้ยว
สำหรับหลาย ๆ คน, แม้จะเป็นการทุ่น
เวลาว่าคุณเอามาฉีดทีละคน, แต่ก็ไม่ใช่
เป็นการปลอดภัยพอ เพราะทำให้เกิด
ความคันบดได้ง่าย (ดูย่อเอกสารเกี่ยว
กับเรื่องนี้, ข้อ ๒. นันทา เกตุทัต)

การส่งเงินค่าบำรุง

ท่านสมาชิกที่ส่งเงินค่าบำรุงไปยังสำนักงานสารสิริราชโปรดปฏิบัติดังนี้
ผู้รับ : ผู้จัดการสารสิริราช
ที่ส่งจ่าย : ป.ณ. หน้าพระลาน
ทงน เพื่อความสะดวกรวดเร็ว และความเรียบร้อยแก่การปฏิบัติ.

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ส.จ.)

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนพฤษภาคมพ.ศ.๒๔๘๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	(ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	อายุร	ศัลย	สูติ-นารี	จักษุ	กุมาร	รวมทุกแผนก															
ก. (นอก) ใหม่		๑,๓๗๓	๗๗๑	๗๓๑	๘๖๕	๘๔๓	๔,๕๖๓															
เก่า		๑,๑๘๓	๑,๒๔๕	๑,๑๕๘	๖๖๘	๑,๕๘๘	๕,๘๕๕															
รวม		๒,๕๕๖	๒,๐๑๖	๑,๘๘๙	๑,๕๓๓	๒,๔๓๑	๑๐,๒๑๘															
ข. (ใน)		๑๔๒	๒๓๘	๕๕๔	๑๒๐	๑๘๒	๑,๒๕๖															
๒. จำนวนการผ่าตัด	ศัลย ๑ ๒๗๑	จักษุ ๑ ๒๑๑	สูติ-นารี ๑ ๘๘	รวม ๕๘๑																		
๓. จำนวนเด็กเกิด	ชาย ๑๕๗	หญิง ๑๘๔	รวม ๓๔๑	คน																		
๔. จำนวนเด็กคลอดตาย	ชาย ๑๑	หญิง ๘	รวม ๑๙	คน																		
๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย	๑๔๔ คน (๑๑.๔๖ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด)	ได้ตรวจศพ ๑๗ ราย																				
	(๑๐.๑๒ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)																					
๖. จำนวนการถ่ายเลือด	ในโรงพยาบาล ๓๑๖	ราย	ข้างนอก ๑๓	ราย	รวม ๓๒๙	ราย																
๗. แผนกรังสีวิทยา																						
ก. รังสีเอกซ์	ตรวจ ๑,๕๕๖ คน	รักษา (ใหม่) ๒๗ คน	จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๕๖๑	ครั้ง																		
ข. รadium	รักษา ๑๔ คน	จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๓๘	ครั้ง																			
ค. ไดอะเทอร์มี	รักษา (ใหม่) — คน	จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) —	ครั้ง																			
๘. แผนกศรัวิทยา	ตรวจเบรซิลเมตะบอลิซึม ๘๐ ครั้ง	วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๒,๐๖๒ ครั้ง																				
๙. แผนกพยาธิวิทยา	ตรวจศพ ๑๗	ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๓๗๐ (จากภายนอก ๒๗)	แอ็กกูตึเนชัน ๑๓๓	วีสเซอร์แมนและคาห์น ๑,๘๓๑	หมู่เลือด ๗๐๗	นับเม็ดเลือด ๑๐๐	ฟิล์มเลือด ๕๕	น้ำไขสันหลัง ๗๘	อุจจาระ ๓๕๗	บัสสาวะ ๑๒๘	เสมหะและอื่น ๆ ๗๔	ตรวจทดลองตัวจิ๋ว (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๑๒	เพาะเชื้อในเลือด ๘๒	ฉีดสัตว์ ๒๔	รวมตรวจต่าง ๆ ๓,๘๘๘	อย่าง ศพญาติรับไป ๗๘	ศพ ภาควิภาครับไป ๗	ศพ สปีหรือรับไป —	ศพ รวม ๘๖	ศพ		
๑๐. หน่วยทันตกรรม	ผู้ป่วยใหม่ ๑๕๖	เก่า ๑๓๒	รักษาโรคในปาก ๔๕	อุดฟัน ๕๘	ซี	ถอนฟัน ๑๕๑	ซี	ผ่าตัดในช่องปาก ๒๒	คน													

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สมาน สมานวณิช และแผนกสถิติ)

**พิธีเปิดหอประชุมราชแพทยาลัย และ
ประสาทปริญา**

เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๑๕ มิถุนายน ค.ศ.นี้, พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ได้ทรง พระกรุณาโปรดเกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนิน โดยทางสถลมารคไปยังโรงพยาบาลศิริราช, ประทับยังกระโจมพิธีหน้าหอประชุมราชแพทยาลัย, ทรงจุดธูปเทียนพุทธบูชา. พระยาบริรักษ์เวสการ, ในนามนายกกรรมการสภามหาวิทยาลัยและนายกกรรมการจัดงานฉลองหกลีบขี้รีราช, อ่านรายงานการก่อสร้างหตุลเกล้าถวาย, แล้วพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงยกข้อมไฟฟ้า เบิกแพรคลุมป้ายชื่อหอประชุมราชแพทยาลัย, พระสงฆ์สวดชัยนโศ, ท่ามกลาง คณะกรรมการมหาวิทยาลัย, กรรมการประจำคณะต่าง ๆ, กรรมการจัดงานฉลองหกลีบขี้รีราช, อาจารย์คณะต่าง ๆ, ผู้ปกครองนักศึกษาปัจจุบัน, แพทย์, แขนกผู้มีเกียรติและศิษย์เก่าศิริราช อย่างพร้อมเพรียง. เสร็จแล้วเสด็จพระราชดำเนินเหยียบหอประชุมฯ เป็นปฐมฤกษ์, ทรงทอดพระเนตรทวแล้ว เสด็จขึ้นประทับพระราชอาสน์บนเวทีหอประชุม. นายกกรรมการ

มหาวิทยาลัยอ่าน รายงาน การศึกษา แล้วกราบบังคมทูลอัญเชิญให้ทรงพระราชทานปริญญาบัตร และอนุปริญญาบัตรแก่ผู้สำเร็จ การ ศึกษาและบัณฑิตกิตติมศักดิ์, รวมทั้งสิ้น ๓๔๔ คน. ขณะนั้นพระสงฆ์สวดชัยมงคลคาถา. เสร็จแล้วพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ พระราชทานรางวัลแก่ผู้เล่าเรียนดี, แล้วพระราชทานพระบรมราโชวาท. เสด็จพระราชดำเนินกลับเมื่อเวลาประมาณ ๑๖.๓๐ น. นับว่าเป็นพระมหากุณาธิคุณอย่างยิ่ง.

ในชั้น มีชื่อนำบัณฑิตเป็นพิเศษ, คือมีผู้สอบไล่ได้ปริญญา แพทยศาสตรบัณฑิตเพิ่มเติมขึ้นอีกหนึ่งท่าน, คือนายแพทย์เชิธร อุตยานัง, อาจารย์แผนกกายวิภาคศาสตร์ (ศิริราช). ท่านได้ทำการค้นคว้า และ เสนอ วิทยานิพนธ์ เกี่ยวกับการศึกษากะโหลกศีรษะของคนไทยและจีน (รับรองและนำเสนอโดยศาสตราจารย์ สุก แสงวิเชียร), พร้อมกับสอบไล่ได้ตามหลักสูตร. ทั้งนี้ นับว่าท่านเป็น แพทยศาสตรบัณฑิตคนที่ ๑๕ ของประเทศไทย. เราขอแสดงความยินดีด้วยเป็นอย่างยิ่ง.

อนึ่งในชั้นมหาวิทยาลัยได้ลงมติให้

ปริญญา กิตติมศักดิ์แก่อาจารย์และแพทย์
ชั้นผู้ใหญ่อีก ๕ ท่าน, ซึ่งสารศิริราชขอ
แสดงความยินดีด้วยเป็นอันมาก.

รายนามผู้ได้รับปริญญาและอนุปริญญา
ต่าง ๆ มีอยู่ในตอนต่อไป.

(ต.อ.)

Inauguration of the "Royal Medical College" Assembly Hall and Graduation Exercises.

Thursday, June 19th, 1952 was Graduation Day at Siriraj. His Majesty the King was pleased to be personally present at the exercises. On the auspicious occasion he also graciously performed the inauguration ceremony for the $1\frac{3}{4}$ million Bahts Assembly Hall, named "Raj Baedyalai" (Royal Medical College) after the name given to the present Faculty of Medicine by King Chulalongkorn, the Founder of the School, sixty-three years ago. The Hall was built with funds obtained by public subscriptions, chiefly through the activity of former students, supplemented with a gift from the government, and has accommodation for about 1800. After the ceremonies the King took his royal seat inside the Hall and kindly handed over diplomas to 344 graduates of the University of Medical Sciences, including ten honorary Doctors of Medicine. Dr. Thiara Udhayanang, Assistant Professor of Anatomy, won his M.D. as a result of his thesis "Study of Capacity, Cranial Module, Dimensions and Indices in Thai and Chinese Crania." There were 7 M.P.H. from the School of Public Health, 139 M.B. from the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, 64 from the

Faculty of Medicine, Chulalongkorn Hospital; 8 B.S. in Dental Medicine; 47 B.S. in Pharmacy; 68 nurses and 9 dentists. Gold medals for distinction throughout the course were awarded to Duangsuda Pinkaswasdi, M.B., Tongchandr Hongsladaromp, M.B., Avudh Srisukri, M.B., Kornkich Mutirangkul, M.B., Bhusanee na Thalang, B.D.S., Thavorn Swasdironpakdi, B.S. Phar. and Capt. Banyong Thavaramor, M.B., M.P.H. Silver medals were won by M.R. Dhanyasobhak Kasemsant, M.B., Prabhondh Piyaratna, M.B., Thavalayat Suvarnadhatt, B.D.S., Chongrak Vachanakupt, B.S. Phar., and Prakas Chaovanapricha M.B., M.P.H. The following won bronze medals for distinction in separate subjects: Duangsuda Pinkaswasdi, M.B. Paibul Euathavikul, M.B., Nukul Prinyanussorn, Rasmee Varnissorn, Anant Lauhasiri, M.B., Chaveng Dechakaisaya, Virun Khaoborisudhi, Iam Pisishtkul, Bhusanee na Thalang, B.D.S., Chamlong Kitivej, Thavorn Swasdironpakdi, B.S. Phar. Badges of distinction were awarded to nurses Payao Sathiya and Aree Vadhanavicharn, and to dentists Lamun Dibyadas and Manee Takrudthong.

The ceremony concluded with the royal speech, at about 16.30 o'clock.

รายนามผู้รับพระราชทานปริญญาบัตร
และอนุปริญญาบัตร สวรรคิรราชสมัย
 เกอนเมษายน คกน ได้เสนอรายนาม
 บัณฑิตของคณะแพทยศาสตร์และศิริราช
 พยาบาลไปแล้ว ในฉบับนี้เราขอเสนอ
 รายนามผู้รับพระราชทานปริญญาบัตรและ
 อนุปริญญาบัตรเพิ่มเติมอีกคือ

ก. ปริญญาเกิตติมศักดิ์แพทยศาสตร์
คุณวุฒิบัณฑิต ๑. หลวงพยอมเวชศาสตร์
 ๒. นายแพทย์สวัสดิ์ แดงสว่าง ๓. พล.
 ร.ท. สงวน วุจิราภาร.น. ๔. หลวงพรหม
 ทักทเวที ๕. พ.อ.หลวงประภิตเวชศักดิ์
 ๖. พ.ท.หลวงประจักษ์เวชสิทธิ์ ๗. นาย
 แพทย์ชูป ไชยศึกเสถียร ๘. นายแพทย์
 ผ่น แสงสิงแก้ว ๙. นายแพทย์บัณฑิต
 ทวีพัฒน์

ข. ปริญญาแพทยศาสตร์คุณวุฒิบัณฑิต.
 นายแพทย์เชียร อุกษานัง

ค. ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต.
 ๑. นายแพทย์รุ่ง เจริญพิทักษ์ ๒. ร.อ.
 บรรยงก์ ถาวรามร ร.น. ๓. นายแพทย์
 ประกาศ เชาวน์ปรีชา ๔. นายแพทย์
 ศิริพร วณิเกียรติ ๕. นายแพทย์สกล มี
 กังวาฬ ๖. นายแพทย์สมมาส มีตรอารีย์
 ๗. นายแพทย์สุเทพ สิงทโกวินท์.

ง. ปริญญาแพทยศาสตร์บัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬา
ลงกรณ์ ๑. นายกมล สังขวาลี ๒. นาย
 กรณ์กิจ มุทิตางกูร ๓. นายกิจชัย ส
 สวัสดิ์ ๔. นายขจร ประนิช ๕. น.ส.
 ขนัย ซาคิยานนท์ ๖. น.ส.จำนอง วิทยา
 นนท์ ๗. นายจำนง คันทิกุล ๘. นาย
 จำนง สุกนธสรพร ๙. นายจำลอง แจ่ม
 ไพบุลย์ ๑๐. นายจิตต์ ภัทรวาณิชน์
 ๑๑. น.ส.จันทร์ฉาย เกษะโกสยะ ๑๒.
 น.ส.เจริญ บัณฑสันต์ ๑๓. น.ส.ชรินทร์
 ชนกำไร ๑๔. นายชลิต เกษมสุพัฒน์
 ๑๕. นายชวลิต ภมรศิริ ๑๖. นายเชิด
 คีตะจิตต์ ๑๗. น.ส.ชูศรี มนะระ ๑๘.
 นายโชคที อินทสว่าง ๑๙. นายไชย
 ยันตร์ กัมปนาทแสนยากร ๒๐. นายอง
 ไชย ประภัสทราทร ๒๑. นายทวีป นพ
 รัตน์ ๒๒. น.ส.ทวิศิริ บำรุงสวัสดิ์ ๒๓.
 นายทรง กรองทอง ๒๔. นายทองจันทร์
 ทงส์ลคารมภ์ ๒๕. น.ส.น้อม ยุทธะนันท์
 ๒๖. น.ส.นิตี ผลขันธ์ ๒๗. น.ส.นงเยาว์
 เขื่อนแย้ม ๒๘. น.ส.นงลักษณ์ ปาละศิริ
 ๒๙. นายบุญเกตุ เหล่าวานิช ๓๐. นาย
 บุญเกียรติ ประภาประเสริฐ ๓๑. น.ส.
 บุญเย็น สุวรรณอัคร์ ๓๒. นายบูรพา

จันทสุทร ๓๓. นายประกอบ มีสมบุรณ์
 ๓๔. น.ส.ประคอง มงคลสมัย ๓๕. นาย
 ประพันธ์ วรรณศุภ ๓๖. นายประพันธ์
 บัณฑิต ๓๗. นายประสิทธิ์ พลาณเวช
 ๓๘. น.ส.ปรีดา นรการบริรักษ์ ๓๙. นาย
 ปรีชา ทาปสนันท์ ๔๐. นายไพบูลย์
 เพ็ญธระ ๔๑. นายไพโรจน์ กิจเภาสงค์
 ๔๒. นายไพโรจน์ เกาพิจิตร ๔๓. นาย
 พิชัย สังฆสมบุรณ์ ๔๔. น.ส.พันทิพย์
 ทนติรัตน์ ๔๕. นายมานิต วัชรานันท์
 ๔๖. น.ส.มนัสวาศกี วารรังสี ๔๗. น.ส.
 เฉอญ รวคเร็ว ๔๘. นายวิวัฒนา สาตรา
 นนท์ ๔๙. นายวิจิตร บุษยะไพฑระ
 ๕๐. นายวินิจ อัครเสนา ๕๑. น.ส.วิมล
 พุ่มประกอบศรี ๕๒. น.ส.วิไลลักษณ์
 กนิษฐสุต ๕๓. น.ส.ศรีนาค สุริยะ
 ๕๔. นายสว่าง พรเรืองวงศ์ ๕๕. นาย
 สัญญา บัณฑศิริ ๕๖. นายสุจินดา อุดม
 ศักดิ์ ๕๗. นายสุชาติ เจตนเสน ๕๘.
 นายหัตถ์ สัตยบุตร ๕๙. นายอนันต์
 เลาหศิริ ๖๐. น.ส.อรุณ กุลกำมัธ ๖๑.
 นายอุดม เชนพานิชย์ ๖๒. นายอุดม
 เทียมจวง ๖๓. น.ส.อัมพร ชนไมตรี
 ๖๔. นายอารี สมบุรณ์สุข.

จ. ปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

๑. นายจำลอง กิติเวช ๒. น.ส.
 ถวัลย์รัตน์ สุวรรณทัต ๓. น.ส.ขัติ เอี่ยม
 สุภา ๔. น.ส. ภูษณี ณ ถลาง ๕. น.ส.
 มาลัย ธารีสาร ๖. น.ส. ศรียา วัชรสาร
 ๗. น.ส. สรรวสุตา สุกุมลจันทร์ ๘.
 น.ส. สุนันท์ จารุจันต์

ฉ. ปริญญาสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต

นายประสิทธิ์ โพธิ์เกษย์

ช. ปริญญาเกษตรศาสตรบัณฑิต

๑. น.ส. กำไลทอง คณิตคาราพร ๒. น.ส.
 โกสุม วิมุกตายน ๓. น.ส. คุณศรี หุตา
 ยน ๔. น.ส. จงรัก วัจนะคุปต์ ๕. น.ส.
 จำนง เวชรังษี ๖. น.ส. ฉวีวรรณ พลทอง
 ๗. น.ส. ชลิตนทร ของอาจ ๘. นายชูชีพ
 จริยะพันธ์ ๙. นายถาวร สวัสดิ์กรณภักดิ์
 ๑๐. น.ส. ทองทิ ปฏีรูปานุสร ๑๑. น.ส.
 ทศนา ทนติวัฒน์ ๑๒. น.ส. บังอร
 ฉำฉิวกุล ๑๓. น.ส. บุณสรพร ฤ
 ชาติ ๑๔. น.ส. ประจวบ อิศรางกูร ณ
 ออยุธยา ๑๕. นายประเจียด ชูจันทร์ ๑๖.
 น.ส. ประทีน สี่หะไชยติ ๑๗. น.ส. ประ
 พาฬ พิศาลบุตร ๑๘. น.ส. ประไพ
 บุณยนิทย์ ๑๙. น.ส. ประโยชน์ แผลม

ทอง ๒๐. น.ส. ปราณี จารพาสน์ ๒๑.
 น.ส. ปรีดา เลิศคำวิทีการ ๒๒. นาย
 ปัญญา วรรณสถิตย์ ๒๓. น.ส. ผ่องศรี
 เกษกฤษธร ๒๔. น.ส. พิไลวัน สีนอุโ
 ภณ ๒๕. นายไพโรจน์ ทรัพย์านนท์
 ๒๖. นายวิญญู กัดยานมิตร ๒๗.
 น.ส. น.ส. ลักษณา จารมลินท ๒๘. น.ส.
 วัฒนา ปัญจพรรค ๒๙. น.ส. ศิวรัตน์
 ทับมณี ๓๐. น.ส. ศิวสง่า สาริกภู
 ๓๑. น.ส. ศรีไล ชุนงาม ๓๒. น.ส.
 ศิริลักษณ์ วัฒนานุกูล ๓๓. น.ส. สมศิริ
 สำเร็จประสงค์ ๓๔. น.ส. สายฉันท์ เสม
 ณรงค์ ๓๕. น.ส. สุมาลย์ ชื่นหา
 รงกู ๓๖. น.ส. สวิตมา วิวกิติ ๓๗. นาย
 เสถียร สุทธิเชื่อนาค ๓๘. น.ส. เสริม
 พันธุ์ ชัยกสรรพโรค ๓๙. น.ส. ไสว
 รัตนสุนทร ๔๐. น.ส. อโณทัย งามประ
 วัติ ๔๑. น.ส. อัมพร งามเอก ๔๒. น.ส.
 อัมพร งามพรักษ์ ๔๓. น.ส. อารมณ ไกร
 โรจน์ ๔๔. น.ส. อารมณ อนุากุล ๔๕.
 น.ส. อารมณ คัจฉินคา ๔๖. น.ส. อุกม
 ลักษณ์ สุวรรณมณีศรี ๓๗. น.ส. อุไร
 ศาสตราศรีย์.

ช. อนุปริญาทันตานามัย ๑. น.ส.
 จินตนา นิลวิเศษ ๒. น.ส. นวลพรรณ

ปานิกบุตร ๓. น.ส. บุญพราว ประกาย
 จันทร์ ๔. น.ส. มณี ตะกรุดทอง ๕.
 นางลมน ทิพทัส ๖. น.ส. ลักษมี พุท
 รัญชิต ๗. น.ส. วิไล ธรรมสุวรรณ
 ๘. นางสมพร ภูมิจิตร. ๙. น.ส. เสาว
 ภาคย์ พรหมเดช

ณ. อนุปริญาพยาบาล-ผดุงครรภ์
และอนามัย ๑. น.ส. เกษมสุข มีจิตต์
 ๒. น.ส. กุสุมา ยากอปป ๓. น.ส. จารวรรณ
 ศุขะบุตร ๔. น.ส. จงจิตต์ พัทธชนม์ ๕.
 น.ส. จำเนียร ชูทัย ๖. น.ส. จินตนา ถาวร.
 นันท์ ๗. น.ส. ุไร คัดฑ์วรวงศ์ ๘. น.ส.
 เจิมศรี ศรีสนิท ๙. น.ส. ฉวีลักษณ์
 สวัสดิทิท ๑๐. น.ส. เฉลียว หิรัญเนตร
 ๑๑. น.ส. เขาวนีย์ นวลศรี ๑๒. น.ส.
 ชลช กิจฤกษ์ไทย ๑๓. น.ส. เก่น โคม
 เกษประคิยัทธ ๑๔. น.ส. นิยม ชมเดช
 ๑๕. น.ส. นงราม รมยานนท์ ๑๖. น.ส.
 นงลักษณ์ แดงสว่าง ๑๗. น.ส. บุญสม
 ศาสตราจริ ๑๘. น.ส. เปรมจิตต์ กังสิม
 ฤทธิ ๑๙. น.ส. ประมวล เกษแก้ว ๒๐.
 น.ส. ประภาศรี สุวรรณวงศ์ ๒๑. น.ส.
 ประวิตร ระเบียบ ๒๒. น.ส. ปราณี ฉายะ
 บุตร ๒๓. น.ส. ปราณี ช่วยบุญชูบุ ๒๔.
 น.ส. ปราณี เกละกุล ๒๕. น.ส. ปรีดา วิ

วานิช ๒๖. น.ส. ผุสดี อินทะกนก ๒๗.
 น.ส.พนอ พิเศษบุรณกร ๒๘. น.ส.
 เพียว สาดิยะ ๒๙. น.ส.พัชนี สุนทรพะลิน
 ๓๐. น.ส.พวงศรี งามละออ ๓๑. น.ส.
 พูนศรี ประคองวงศ์ ๓๒. น.ส.พรณางค์
 กาญจนโพธิ์ ๓๓. น.ส.มัลลิกา ศรีวณิช
 ๓๔. น.ส.มณฑา สกฤษสังข์ ๓๕. น.ส.
 มาลี จันทร์อ่อน ๓๖. น.ส.ยาจิตต์ คันย
 วรวิณะ ๓๗. น.ส.เขาวภา โพธิ์รังสียา
 กร ๓๘. น.ส.ยุภา วิศุภกาญจน์ ๓๙.
 น.ส.ราตรี ร่องเมืองศาสตร์ ๔๐. น.ส.
 ระจิต ภูมรัช ๔๑. น.ส.รัชณี กุฎไกรเวส
 ๔๒. น.ส.ลักขณา บุญยานนท์ ๔๓. น.ส.
 ลักดา นุทรวลี ๔๔. น.ส.ลักดา เหล็ก
 กล้า ๔๕. น.ส.วิภา ทิมารัตน์ ๔๖.
 น.ส.วรวรรณ พุกกระพันธ์ ๔๗. น.ส.วิวัฒนา
 ศรีวัฒนกุล ๔๘. น.ส.ศรีผ่อง ลิมขัติย
 ๔๙. น.ส.ศรีแพร สัตยเจริญ ๕๐. น.ส.
 สว่าง ทองรัตน์ ๕๑. น.ส.สมทิพย์ บุญ
 ลาก ๕๒. น.ส.สมบุรณ์ ทันจิตต์กุล
 ๕๓. น.ส.สมพร สถานานนท์ ๕๔. น.ส.
 สำราญ วงศ์พรหม ๕๕. น.ส.สำอังก
 ทิมเทียมเพชร ๕๖. น.ส.สุจิตรา บุรณะ
 ผลิน ๕๗. น.ส.สุนีย์ วงศ์ประสิทธิ์ ๕๘.
 น.ส.สุภาพ ถิ่นพนม ๕๙. น.ส.สุมล ประ

คัยวงศ์ ๖๐. น.ส.สุมาลี เวชกิจ ๖๑.
 น.ส.สุวิณ ศรีศิลป์นันท์ ๖๒. น.ส.สร้อย
 สุภา รัตนพานิช ๖๓. น.ส.สังศรี โพธิ
 กระนุช ๖๔. น.ส.เสวิมศักดิ์ จุลทัศน์ ๖๕.
 น.ส.อนงค์ รัตนผล ๖๖. น.ส.อาวี บุญ
 ฤทธิ ๖๗. น.ส.อาวี วัฒนวิจารย์ ๖๘.
 น.ส.อุษา เหมศรีชาติ

รายนามผู้ได้รับพระราชทานรางวัล
ประจำปี ๒๕๕๔ - ๕๕

๑. มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เทรียนู
 ทอง: นายอาวุธ ศรีสุกรี (ศิริราช) และ
 นายกรณกิจ มุทิวากร (จุฬาฯ)

๒. คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราช
 พยาบาล. เทรียนูทอง น.ส. ดวงสุภา
 พิงคสวัสดิ์ เทรียนูเงิน ม.ร.ว.ฉันทโส
 ภาคย์ เกษมสันต์ เทรียนูทองแดง น.ส.
 ดวงสุภา พิงคสวัสดิ์ (อายุรศาสตร์) นาย
 ไพบูลย์ เอศวักุล (สตี - นาวิเวช) นาย
 นกุล ปริญาอนุสรณ์ (พยาธิวิทยา) นาย
 รัชมี วรณิสสร (กายวิภาคศาสตร์)

๓. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
 จุฬาลงกรณ์ เทรียนูทอง, นายทองจันทร์
 หงส์ลการมภ์ เทรียนูเงิน นายประพนธ์
 บัยะรัตน์ เทรียนูทองแดง นายอนันท์

เลาหศิริ (อายุรศาสตร์) นายเซวง เศษะ
โกศยะ (พยาธิวิทยา) นายวิรุฬ ขาวบริ
สุทธิ (กายวิภาคศาสตร์) นายเอี่ยม พิ
สิษฐ์กุล (สรีรวิทยา)

๔. คณะทันตแพทยศาสตร์ เหยี่ยญ
ทอง น.ส.ภษณี ฅกลาง เหยี่ยญเงิน
น.ส.ถวิลย์รคน สุวรรณทัต เหยี่ยญทอง
แดง น.ส.ภษณี ฅกลาง (กายวิภาค
ศาสตร์, สรีรวิทยาและชีวเคมี, คัลย
ศาสตร์) นายจำลอง กิตติเวช (ทันตกรรม
ประดิษฐ์)

๕. คณะเภสัชศาสตร์ เหยี่ยญทอง
นายถาวร สวัสดิ์ศิริณภักดิ์ เหยี่ยญเงิน
น.ส.จงรัก วัจนะคุยต์ เหยี่ยญทองแดง
นายถาวร สวัสดิ์ศิริณภักดิ์ (เภสัชกรรม,
เภสัชเคมี, เภสัชเวท, เภสัชวิทยา)

๖. คณะสาธารณสุขศาสตร์ เหยี่ยญ
ทอง ร.อ.บรรยงค์ ถาวรามร ร.น. เหยี่ยญ
เงิน นายแพทย์ประกาศ เชาวณปรีชา

๗. โรงเรียนทันตนาหมย เข้มรางวัล
ที่ ๑ นางถมนุ ทิพทัส, ที่ ๒ น.ส.มณิ
ทะกรุกทอง

๘. แผนกพยาบาล-ผดุงครรภ์ เข้ม
รางวัล ที่ ๑ น.ส.เพยาว สาถิยะ ที่ ๒
น.ส.อารี วัฒนวิจารย์

เปิด การศึกษาประจำปี ๒๔๕๕ - ๕๖
เมื่อวันที่ ๒ มิถุนายน ซึ่งเป็นวันเปิดการ
ศึกษาประจำปีนี้ ท่านคณบดีฯ ได้จัดให้มี
การประชุมนักศึกษาแพทย์และอาจารย์ใน
คณะฯ ฅหอประชุมราชแพทยาลัย ในการ
ประชุมนี้ท่านได้ปราศรัยถึง ประวัติการศึกษ
ษาแพทย์ ประวัติโรงเรียน ตลอดจน
ความก้าวหน้าแต่ละยุคมาจนถึง สมัยปัจจุ
บันนี้ จากนั้นได้กล่าวเปิดการศึกษาประจำ
ปี เสร็จแล้วมีการแจกรางวัลการศึกษา
ประจำปี ๒๔๕๔ - ๕๕.

รางวัล และ เงินทุน การศึกษา ประจำปี
พ.ศ. ๒๔๕๔ - ๕๕ ในชั้นการศึกษา พ.ศ.
๒๔๕๔-๕๕ มีผู้ที่สอบไล่ได้คะแนนเยี่ยม
ประจำชั้นและในวิชาต่าง ๆ ซึ่งได้รับรางวัล
และเงินทุน ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ที่ได้รับเหยี่ยญทอง รางวัล
ของนายแพทย์ ร.ท. ขวย เกตุสิงห์ ร.น.
บัตรชอหนึ่งสิ้อราคา ๑๐๐.๐๐ บาท ได้
แก่ น.ส.ทองสุคา พิงคสวัสดิ์

๒. ผู้ที่ได้คะแนนเยี่ยมสรีรวิทยา รางวัล
ของนายแพทย์ ร.ท. ขวย เกตุสิงห์ ร.น.
บัตรชอหนึ่งสิ้อราคา ๑๐๐.๐๐ บาท ได้
แก่ นายรัศมี วรรณิสสร

๓. ผู้ที่ไ้กระแนนเยียม พยาธิวิทยา
สำหรับนักศึกษาแพทยบทย ๒ ของนาย
แพทย์โรเบิต เองมัวร์ คณบดีโรงเรียน
แพทย์แห่งมหาวิทยาลัยวอชิงตัน เงิน
๒๐๐.๐๐ บาท ไ้แก่นายเฉลิมชาติ
รัตนเทพ

๔. ผู้ที่ไ้กระแนนเยียมปวาราสถิตวิทยา
รางวัลของนายแพทย์ประกฤษฐ์ คณบดีศิริราช
เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ไ้แก่น.ส. แน่งน้อย
วิศิษฐศรี

๕. ผู้ที่ไ้กระแนนเยียมอายุรศาสตร์
สำหรับนักศึกษาแพทยบทย ๓ รางวัลของ
นายแพทย์จำลอง และแพทย์หญิงตระหนัก
จิตต์ ทรวิมลุต เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ไ้
แก่น.ส. วิชัย สติรกุล

๖. ผู้ที่ไ้กระแนนเยียม สติศาสตร์
สำหรับนักศึกษาแพทยบทย ๓ รางวัลของ
นายแพทย์ธระ สุขวิจน์ เงิน ๕๐.๐๐ บาท
ไ้แก่น นายสถิตย์วิงษ์ วงศ์ถ้อยทอง

๗. ทน มหาวรรณ มันทาภรณ์ รางวัล
ใน ประเภทอัตราค่าธรรมเนียม แก่นัก
ศึกษาแพทยชนบทย ๒ ที่สอบไล่ไ้กระแนน
เยียม ในกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา
รวมกัน ของนายแพทย์สมาน มันทาภรณ์

เงิน ๑๗๐.๐๐ บาท ไ้แก่นายรัศมี
วรรณิสสร

๘. ทนประสาร บุรณศิริ ของพระยา
อเทนเทพโกสินทร์ ให้เป็นรางวัลแก่นัก
ศึกษาแพทยที่สอบไล่ไ้สูงสศ ประจำชั้น

๔ คน กังมัยรายการ คือ

๕๕๕
ชนบทย ๔ ไ้แก่นายพงศ์พันธ์ ปริ-

ศาตวิมลุต เงิน ๓๐๐.๐๐ บาท

๕๕๕
ชนบทย ๓ ไ้แก่นายรัศมี วรรณิสสร

๓๐๐.๐๐ บาท

๕๕๕
ชนบทย ๒ ไ้แก่น.ส. ศิวาลัย เยียม

บทย เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท

๙. วิชาอายุรศาสตร์บทย ๒ รางวัลของ
นายแพทย์เวช วุฒิภุมิ ให้แก่นักศึกษา
แพทยผู้ซึ่งสอบไล่ไ้กระแนนเยิมที่ ๑ และ
๒ คือ

ที่หนึ่ง เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ไ้แก่น

นายออกฤษ เพล่งวานิช

ที่สอง เงิน ๕๐.๐๐ บาท ไ้แก่น.ส.

สาคร ธนมิตร และนายเหมื่อนหมาย
สรรประกฤษฐ์

๑๐. ที่ไ้กระแนนเยิมในคัลยศาสตร์
๕๕๕
ชนบทย ๓ รางวัล ของแผนกคัลยศาสตร์
เงิน ๒๕๐.๐๐ บาท ไ้แก่นางพงศ์พันธ์
ปริศาตวิมลุต

๑๑. ผู้ที่ไต่คะแนนเยี่ยมในศิลาศาสตร์
ชั้นบท ๒ รางวัลของแผนกศิลาศาสตร์
เงิน ๑๕๐.๐๐ บาท ไต่แก่ นายศิริเว
การงค์ศักดิ์

ไปต่างประเทศ นายแพทย์ ม.ร.ว. พิชัย

สถาน ชุมพล อธิบดีแพทย์ประจำบ้าน ฮาวาโฮ
ในแผนกอายุรศาสตร์ ไต่เดินทางไป
ศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อ วันที่
๑๕ มิถุนายน ศกนี้ เราขออำนาจพรให้
ท่านประสบความสำเร็จทุกประการ.

ข่าวนักศึกษา

งานต้อนรับน้องใหม่ เมื่อวันที่ ๒๑ มิถุน
ายน ศกนี้ นักศึกษาแพทย์ได้จัดให้ม้งาน
ต้อนรับน้องใหม่ขึ้น ณ หอประชุม ราช
แพทยาลัย งานได้เริ่มในตอนประมาณ
๑๔.๐๐ น. หลังจากที่ได้รับนักศึกษา
ใหม่ข้ามฟากจากท่าพระจันทร์มาแล้ว ไต่
พาไปถวายบังคม อนุสาวรีย์ สมเด็จพระ
ราชบิดา แล้วพาไปสักการะพระพุทธรูป
ประจำหอ ต่อจากนั้นก็มาร่วมชุมนุมกัน
ที่หอประชุม มีการเล่นกีฬาเบ็ดเตล็ด

ร่วมกัน เช่น เกาฮอกันควิ, แข่งการหัวเราะ
ที่นานที่สุด ฯลฯ เป็นต้น เวลาประมาณ
๑๗.๓๐ น. ท่านคณะที่ไต่กล่าวให้โอ
วาทแก่นักศึกษาใหม่ ต่อจากนั้นก็เป็น
การ กล่าว ของ ท่าน อาจารย์ผู้ ปก ครอบง.
ก่อนรับประทานอาหารได้มีการแจกเครื่อง
หมายคณะให้นักศึกษาใหม่. หลังจาก
รับประทานอาหารเป็นการแสดงเบ็ดเตล็ด
ของนักศึกษา งานไต่สิ้นสุดลงเมื่อเวลา
ประมาณ ๒๔.๐๐ น.

ข่าวศิษย์เก่า

ไปต่างประเทศ นายแพทย์อุทัย รัตนิน
ไปศึกษาในต่างประเทศออสเตรเลีย เมื่อ
วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๔๕๕ เราขออำ

นวยพรให้ท่านจงประสบความสำเร็จความ
ปรารถนาทุกประการ
มรดกกรรม ๑. พ.ท. หลวงจำรัสฤทธิ

แพทย์ (จรัส พรหมินทโรจน์) (วันที่ ๒๖ พ.ศ. ๒๕๖๓) ท่านศิษย์เก่าของเรา ผู้ซึ่งปัจจุบันเป็นอาจารย์ในแผนกจิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ ท่านได้เข้ารับราชการในสภากาชาดไทย ประจำแผนกผ่าตัด ใน พ.ศ. ๒๔๖๔ และต่อมาใน พ.ศ. ๒๔๗๓ ได้ไปศึกษาวิชาจิตวิทยาเพิ่มเติม ณ ประเทศอินเดีย หลังจากนั้นก็ได้เข้าประจำในแผนกจิตวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนถึงแก่กรรม ๒ วันท่านได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เนื่องจากความดันโลหิตสูง และเส้นโลหิตในสมองแตก และถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๕. นายแพทย์กอบชัย พรหมินทโรจน์, บุตรของท่าน, ก็เป็นศิษย์เก่าศิริราช; ขณะนี้ศึกษาเพิ่มเติมอยู่ในประเทศอังกฤษ

สารศิริราช ขอแสดงความเสียใจต่อครอบครัวและญาติมิตรของท่านในโอกาสที่ล่วงลับไปแล้ว

๒. ขนสวรรค์ชำนาญ (เชื้อ เทศกุล) (วันที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๕), ได้ถึงแก่กรรมเมื่อต้นเดือนมิถุนายน เนื่องจากโคโรนาไวรัส ออซคูลชัน ท่านเคยเป็น

สาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี, สิงห์บุรี, ระยอง, ชลบุรี. เมื่อท่านถึงเกษียณอายุแล้ว ได้ไปประกอบอาชีพส่วนตัวอยู่ที่จังหวัดระยอง เป็นที่รักใคร่ของบรรดาชาวเมืองทั่วไป รวมอายุได้ ๗๑ ปี.

สารศิริราชขอเสนอข่าวด้วยความเสียใจอย่างมาก ในการจากไปของท่านศิษย์เก่ารุ่นพี่ของเราผู้

ข่าวมรณกรรมของท่านขุนสรรค์ชำนาญานัน, เราต้องขอแสดงความขอบคุณต่อนายแพทย์เล็ก สุวรรณกุล แห่งโรงพยาบาลประจำจังหวัดระยอง, ซึ่งได้ส่งข่าวตรงมายังสำนักงานของเรา, เป็นตัวอย่างสำหรับศิษย์เก่า "ศิริราช" ทั้งหลายด้วย, ดังที่เราเคยขอร้องไว้แล้วในสารศิริราชฉบับก่อน ๆ ให้ช่วยเสนอข่าว เพื่อความสัมพันธ์อันดีกับศิริราชและศิษย์ด้วยกัน

ฉายนกิจ คุณนายละออ อภันตรา พาชพิศาล คุณพระอภันตราพาชพิศาล, อภิศาสตร์จารย์และผู้บัญชาการมหาวิทยาลัย, ได้จัดการฉายนกิจศพคุณนายละออ อภันตราพาชพิศาลที่วัดมกุฏกษัตริ

ขาราม เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ศกนี้ เวลา ๑๖.๓๐ น. มีญาติมิตรและศิษย์ ของ คุณพระ และ คุณนายไปร่วม ประชุม เพลิงเป็นจำนวนมาก. คุณนายละออ

สำเร็จวิชาพยาบาลจากฟิลิปปินส์ และ ก่อนสมรสได้เป็นครูรุ่นแรกใน โรงเรียน พยาบาลของสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ศิริราช

ข่าวพยาบาล

สมรส

๑. น.ส. ฮารี แก้วอัมพร กับ นาย ยงศักดิ์ จันทร์ศิริ เมื่อวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๔๕๕

บรรจุ

วันที่ ๑ เมษายน ๒๔๕๕ ๑. น.ส. เกษมสุข มีจิตร ๒. น.ส. ลำอังก์ ทิม เทียมเพชร ๓. น.ส. ผุสกี อินทกนก

วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๔๕๕ ๔. น.ส. รัชณี กุลไกรเวส

วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๕. น.ส. วัฒนา ศรีวัฒนกุล ๖. น.ส. นง - ลักษณ์ แดงสว่าง ๗. น.ส. เฉลียว ทิรัญ เนตร

ลาออก

๑. น.ส. มาลินี วิมลสิท ๑ เมษายน ๒๔๕๕ ๒. น.ส. ทวีติ แสงคำสุข ๑๕ พฤษภาคม ๒๔๕๕ ๓. น.ส. ปราณี เพ็ชรภัก ๘ มิถุนายน ๒๔๕๕ ๔. น.ส. แม้นเดือน จุฑาศรี ๑ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๕. น.ส. วิมลวรรณ วัฒนถนอม ๑ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๖. น.ส. สุมลมาลย์ สาคร วาสี ๑ สิงหาคม ๒๔๕๕

ทุนสุวรรณประจำปี

ผู้ได้รับทุนสุวรรณ ประจำปี ๒๔๕๕ ได้แก่ น.ส. สุนันท์ ช่างวรพันธ์ นักเรียนพยาบาล ปีที่ ๓

(เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์)

หน้าสำหรับนิลลิต

พยัญชนะของกรีก

ทางวิทยาศาสตร์นิยมใช้อักษรกรีกเป็นเครื่องหมายแทนค่าหรือจำนวนเลขต่าง ๆ บ่อย ๆ. การรู้ชื่ออักษรเหล่านี้, และรู้ว่ามันตรงกับอักษรอังกฤษตัวใด, ช่วยให้เราจำได้ง่ายขึ้นว่าอักษรนั้น ๆ ใช้แทนอะไร. ตัวอย่างเช่น “เด็ลต้า” (ใหญ่) ตรงกับตัว “d”, ใช้เป็นเครื่องหมายของ

“depression of boiling point” “แก้มม่า” (เล็ก) ตรงกับตัว “g”, ใช้แทน “microgram”; “แอลฟา” (เล็ก) ตรงกับตัว “a”, ใช้แทน “angle of rotation”, เป็นต้น. ข้างล่างนี้จึงได้ลงพิมพ์อักษรกรีก, ชื่อของมัน, และพยัญชนะอังกฤษที่ตรงกันไว้ด้วย.

อักษร	ชื่อ	เทียบอังกฤษ	อักษร	ชื่อ	เทียบอังกฤษ
A α	แอลฟา	a	N ν	นู	n
B β	เบต้า	b	Ξ ξ	ซี	x
Γ γ	แกมม่า	g	O ο	โอไมครอน	o
Δ δ	เด็ลต้า	d	Π π	พาย	p
E ε	เอปซิลลอน	e	Ρ ρ	โร	r, rh
Z ζ	เซต้า	z	Σ σ	ซิกม่า	s
H η	เฮต้า	ē	T τ	เทตา	t
Θ θ	เทต้า	th	Υ υ	อียู	y
I ι	ไอโอต้า	i	Φ φ	ฟาย	ph
K κ	แคปซิม่า	k	X χ	ซี	ch
Λ λ	แลมบ์ดา	l	Ψ ψ	ซี	ps
M μ	มิว (μ)	m	Ω ω	โอเมก้า	ō

การออกสำเนียงภาษาละติน

ศัพท์วิชาการของฝรั่ง, ที่เกี่ยวกับ แพทย์, มีคำภาษาละตินหรือที่ดัดแปลงจาก ละตินอยู่มาก. ในบางแห่งมีการใช้ภาษา ละตินโดยเฉพาะก็มี, เช่นในการเขียน ชื่อยาตาม ฟาร์มาโคเปียหรือ ในใบสั่งยา. ถึงแม้ว่าในสมัยหลัง ๆ นี้มีการเสนอแนะ ให้เปลี่ยนจากภาษาละตินเป็นภาษาอังกฤษ เสียทั้งหมด, เพื่อถ่ายแก่นักศึกษา, แต่ก็ยังมีผู้เห็นควรสงวนไว้เพื่อผลต่างๆ. ใน วิชาเช่นกายวิภาคศาสตร์ก็คง จะเลือกภาษา ละตินเสียไม่ได้. ภาษาละตินมีประโยชน์ มาก สำหรับการอธิบายโรค และการพยากรณ์โรคต่อหน้าคนไข้, เพื่อป้องกันมิให้เขารู้เรื่อง, มีประโยชน์มากกว่า ภาษาอังกฤษ. แพทย์ใหญ่ผู้หนึ่งเขียน แนะนำไว้ท้ายคำที่เคียวว่า "ต่อหน้าคนไข้

ใช้ภาษาละติน."

การออกเสียงภาษาละตินมีหลายตำรา, ซึ่งแตกต่างกันเล็กน้อย. ทั้งนี้เพราะ พวกโรมัน, เจ้าของภาษาละตินแต่ดั้งเดิม นั้นส่ายศูนย์ไปเสียหมดแล้ว, เหลืออยู่ แต่หนังสือ. ไม่มีใครรู้ความจริงว่าพวก โรมัน อ่านหนังสือ ของ เขา ด้วยสำเนียง อย่างไร. ที่สอนกันอยู่ก็อาศัยเทียบเคียง และขึ้นไปตามอาจารย์แต่ละคนหรือแต่ละ โรงเรียน. ดังนั้นจึงมีการออกเสียงหลาย วิธี, แม้ในประเทศเดียวกัน. วิธีที่จะเสนอต่อไปนี้เป็นวิธีที่ใช้ทั่วไปในยุโรป ภาคกลาง, และอาจมีความบกพร่องเล็กน้อย ๆ เนื่องด้วยการใช้อักษรไทยแสดง เสียงไม่ได้ตรงแท้จริงทีเดียว.

ก. สระ

a	=	อะ หรือ อา	ia	=	อิ-อา หรือ เอีย
e	=	เอะ หรือ เอ	ie	=	อี-เอ
i	=	อิ หรือ อี	io	=	อิสไอ
o	=	โอ หรือ ออ	iu	=	อี-อู
u	=	อุ หรือ อู	oe	=	เอ หรือ เออ

* ae =	เอ หรือ แอ	oi =	โอ - อี หรือ ออย
ai =	อา - อี หรือ อัย, หรืออาย	ou =	โอ - อู
ao =	อา - โอ หรือ อาว	ua =	อู - อา หรือ อัว
au =	อา - อู หรือ อาว	ue =	อู - เอ
ea =	เอ - อา	ui =	อู - อี หรือ อุย
eo =	เอ - โอ	uo =	อู - โอ
eu =	เอ - อู	y =	อึ

(*ae บางคนอ่าน อา - เอ, หรือ อี, หรือ อาย)

(อา - อี, อา - โอ, อา - อู ฯลฯ เป็นเสียงกล้ำ)

ข. พยัญชนะ

มีเสียงเหมือนภาษาอังกฤษ, นอกจากต่อไปนี้

c =	ค (ถ้าตามด้วย i หรือ e บางคนออกเสียงเป็น ช.)
g =	ก (ถ้าตามด้วย i หรือ e บางคนออกเสียงเป็น จ.)
ch =	ค (บางคนอ่านเป็น ช)

โปรดแก้คำผิด

ในสารศิริราชฉบับมิถุนายน ๒๔๕๕ ในแผนกข่าวหน้าสถิติ, หัวข้อ ๑. แผนกรังสีวิทยา, ข. ราคียม - รักษา ๑๕๒๕ คน โปรดแก้เป็น ๑๓ คน, และ จำนวนครั้งที่ให้การรักษา ๒๐๕๒ ครั้ง โปรดแก้เป็น ๓๖ ครั้ง.

เราขออภัยในการผิดพลาดครั้งนี้นด้วย.

บันทึกท้ายสมุด

๑ คุณหมอเสนา อิศรสุขศรี เจ้า
จำนำผู้หนึ่งในหน้ากระดาษของสารศิริราช
คราวนั้นอีกในเรื่องซึ่งนานๆหาได้ เกี่ยว
ด้วยความผิดปกติซึ่งมีไม่บ่อย แต่ถ้ามี
เมื่อไรก็หมายความว่าอาจยุ่งมาก มี
โอกาสถึงตายไม่น้อย ข้อสำคัญที่คุณ
หมอเสนาต้องการเน้นคงเกี่ยวกับการวินิจฉัย
ซึ่งอาจปะปนกับไส้ติ่งอักเสบได้ง่ายๆ
เพราะอาการคล้ายกันมาก อย่างไรก็ตาม
ก็คือ ผลของการวินิจฉัยก็จะต้องทำการผ่า
เหมือนกัน และผลของการรักษาก็คงอยู่
ที่ท่าเร็วหรือช้า คล้ายกับไส้ติ่งอักเสบ
ขยทเรียนทรายงานของคุณหมอเสนานำมา
กานัดคราวนี้ คงสำคัญ ที่การค้นใน เวลา
ผ่าตัด หากเมื่อกี้แล้วสไตเวอรัคคิวลิ้มที่
มีอยู่จะหลงตาไปบ้าง!

๒ รายงานเรื่องที่สองในฉบับนี้ ของ
คุณหมอไพบูลย์ เอศวภูฏ, คุณหมอ
ประชา พิเศษสุรฤทธิ และคุณอุคม นิละ-
คานวงษ์ ซึ่งได้ทำขึ้นในแผนกสรีรวิทยา
เป็นการเพิ่มเติมรายงานที่เคยรายงาน
ไว้แล้ว เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่น่าเชื่อถือ

มากขึ้นไปอีก ทั้งนี้เป็นผลของความ
พยายามอย่างมาก เพราะโอกาสที่ทำ
นั้นมันน้อย และต้องเคอะคร้อในเรื่องเสาะ
หาผู้สมัครเป็นผู้ ทดลองเพื่อให้ได้ จำนวน
มากพอ ซึ่งก็หาได้ไม่่ง่ายนัก เพราะ
ผู้สมัครจะต้อง ถูกเจาะเส้นเลือด และ เสีย
เลือด นั้นว่างานช่นนี้สำเร็จลงได้ด้วย
ความเสี่ยสละทั้งผู้ทำการตรวจค้น และ
ความเสี่ยสละของผู้ถูก ทดลองเป็น อย่าง
มาก การตรวจค้นทำนองนี้เป็นเรื่องสำคัญ
ทั้งจากแง่ของวิชา การปฏิบัติ และเกียรติ
ของชาติ ถึงแม้เวลานี้จะไม่ค่อยมีใคร
นึกถึง เพราะวิชาของเรายังเป็นแผนโย-
ราณอยู่มาก คืออยู่อย่างไรก็อย่างนั้น
ไม่มีการเพิ่มพลชั้น แต่ก็เชื่อได้ว่าต่อไป
ในภายหน้าคงจะมีสักวันหนึ่ง ซึ่งความ
กระตือรือร้นที่จะ “รู้อะไร ๆ ของเราเอง”
เกิดขึ้น แล้วรายงานต่าง ๆ เช่นเรื่องนี้
ก็จะได้เป็นหลักสำหรับความรู้และเป็นต้น
ต้นของการค้นคว้าต่อไปอีก เวลานี้วิชา
ยังไม่มีค่าเป็นเงินเป็นทอง, แม้เพียงเป็น
เกียรติลุ่ม ๆ แล้ง ๆ ก็หายาก แต่ต่อไป

คงจะต้องเปลี่ยนแปลงเป็นแน่ ขึ้นเขียนอยู่อย่าง
 เคียงวันเรื่อยไป ก็คงหมดโอกาสและ
 หมดท่าที่จะโต้เถียงในเมื่อ (สมมุติว่า) มี
 หนังสือพิมพ์ ต่างประเทศเขา เขียนข่าวว่า
 “การแพทย์ของไทย เป็นการแพทย์ แผน
 โบราณ” เหมือนเช่นที่เขาเขียนรายงาน
 กันในข่าวยุนี้ว่า “การค้นคว้าเป็นเรื่อง
 ไม่มีตัวตนในโรงเรียนแพทย์ (ของไทย)”

๑ บรรณาธิการ ได้รับจดหมาย จาก
 ท่านสมาชิกผู้หนึ่ง ถามมาเรื่องพดคติ
 อ่าง อ่านคุณแล้วก็เห็นว่า เป็นปัญหาที่ท่าน
 ผู้อื่น ๆ ก็คงสนใจด้วย เห็นว่าไม่ควรจะ
 คอยช่วย ๆ ไปตามตำรา ควรจะขอความรู้
 จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะวิชามากกว่า จึง
 ได้ติดต่อขอความช่วยเหลือไปยังคุณหมอ
 อรุณ ภาคสุวรรณ พร้อมกับส่งคำถาม
 ไปให้ ซึ่งท่านก็โศกเออเพื่อจัดการให้ตาม
 ความประสงค์ทุกประการ แม้เงินกระทั่ง
 กำหนดเวลานี้ว่าเป็นบุญคุณต่อสาร-
 ศิริราชเป็นอันมาก เชื่อว่าบทความนั้นคง
 จะแก้ความข้องใจของท่านผู้ถามตั้งเต็มได้
 หมด และคงจะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่าน
 อื่น ๆ ด้วย ขอขอบคุณคุณหมออรุณเป็น
 อย่างมาก

๑ ในฉบับนี้เราได้ส่งพิมพ์ย่อเอกสาร

รวม ๑๓ เรื่อง เพื่อใช้หนี้ ที่ในฉบับ
 “ศิษย์เก่า” เรามีสงเพียง ๑ เรื่อง ทั้งนี้
 เราต้องการให้ท่านได้อ่านย่อเอกสารครบ
 จำนวน ๑๒๐ เรื่องในรอบปี และไม่ยาก
 ให้ขาดประโยชน์ไป

๑ ได้มีศิษย์เก่าหลายท่านติดต่อกัน
 ไปเรื่องงานฉลองหอประชุมราชแพทยาลัย
 ขอเรียนว่า คณะกรรมการยังไม่ตกลง
 ว่าจะจัดขึ้นเมื่อใดแน่ ความต้องการคือ
 ให้ได้โอกาสเหมาะสำหรับ หารายได้จาก
 งานได้มาก ๆ และให้ศิษย์เก่าทั้งหลาย
 มีโอกาสไปร่วมงานด้วยให้มากที่สุด ได้
 มีการปรึกษากันถึง ระหว่างหยุด ขึ้นปีใหม่
 เพราะเห็นว่าทุก ๆ คนได้หยุด แต่ก็ถึงเด
 คอนที่ใคร ๆ ก็ทำงานปีใหม่กัน และที่
 ต้องสนามหลวงก็ มีงานให้ทำโดยไม่เสีย
 ทรัพย์สิน อาจขัดต่อประโยชน์ในด้านการ
 เงินก็ได้ จึงยังรวบอยู่ ถ้าท่านสมาชิกผู้
 ใดมีความเห็นจะออกช่วยแนะนำ สาร-
 ศิริราชก็ยินดีที่จะเสนอต่อไป

๑ เราตั้งใจจะพิมพ์ภาพในงานเย็บ
 หอประชุมฯ ในเล่มนี้ด้วย แต่ยังมีเหตุก
 ขัด จึงจำต้องเลื่อนไปก่อน บางทีจะลง
 ได้ในฉบับหน้า ท่านที่อยู่ไกล ยังไม่ได้
 เห็นของจริง โปรดคอยใจอีกหน่อยจะได้

เห็นภาพถ่าย หวังว่าในงานฉลองคงมีผู้
ไปดูให้เห็นของจริงด้วยตาเป็นจำนวนมาก

๑ ตามที่ผู้แสดงความจำนงไปร่วม
งานเข็ดหอประชุม ฯ (ตามกำหนดเดิม)
และได้ส่งเงินค่าเลี้ยงอาหารไป ด้วยแล้ว

นั้น โดยที่กว่าจะมีงานก็อีกนาน กรรม
การโฆษณาและติดต่อจึงได้จัดการส่งเงิน
คืนกลับไปทางธนาคารแล้ว โดยไม่ได้
คิดหักค่าอะไร ๆ ทั้งสิ้น จึงเรียนให้ทราบ
ทางสารคดีราชด้วย.

ของแถมมีในหน้าต่อไป

ของแถม

เอ.ซี.ที.เอช. และ คอर्टิโซน

แพทย์บางคนเคยถูกถามถึงยาใหม่ซึ่งสามัญชนเข้าใจกันว่าสามารถรักษาโรคไตที่ทหนัก, แม้แต่ทำคนแก่ให้กลับเป็นหนุ่มก็ได้. ทั้งนี้ผู้ถามคงหมายถึง เอ.ซี.ที.เอช. และคอर्टิโซน, ซึ่งได้รับการโฆษณามากมายว่ามีสรรพคุณมหัศจรรย์, อันเป็นการเกินความจริงไปเป็นอันมาก. ทั้งสองอย่างเป็นฮอร์โมน. คอर्टิโซนได้จากส่วน "เปลือก" (คอर्टิเคซ) ของต่อมแอดรีนัล; เอ.ซี.ที.เอช. ได้จากฮัยโปฟิซีส (ปีทูอิทารี) และเป็นชื่อย่อจาก Adreno-corticotropic hormone, โดยที่มีนอออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งของคอर्टิโซน. ดังนั้นบางครั้งก็เรียก เอ.ซี.ที.เอช. ว่า "คอर्टิโอโทรปิน" (Corticotropin).

ฮอร์โมนทั้งสองนี้อาจช่วยผู้ป่วยโรครมาที่อาศัยอาร์ทิสให้อาการทุเลาลงได้, เช่นข้อบวมและหายใจปวด, แต่มันไม่ได้รับรักษาโรคให้หาย. หากหยุดให้ยานี้, อาการก็กลับมาอีก. ถ้าใช้เกินขนาด, ก็อาจเกิดผลร้าย. ดังนั้นในการใช้จึงต้องระวังให้เพียงขนาดน้อยกว่าที่จะได้ผลดีที่สุด (ขับอ้อมติมล).

ในโรครมาตีคฟเวอร์, ฮอร์โมนทำให้ไข้ลดลง, บางทีภายใน ๑-๔ วัน, ปวดบวมหาย, อาการทั่วไปดีขึ้น. ข้อสำคัญที่ยังไม่ทราบแน่ชัดคือยานี้จะสามารถป้องกันแผลที่อาจเกิดแก่ลิ้นหัวใจได้หรือไม่. ในโรคลิควิเมียปัจจุบัน, ยานี้ช่วยระงับอาการได้ชั่วคราว. ในโรคปอดอักเสบยาช่วยให้อาการทั่วไปดีขึ้น. ผลทำนองเดียวกันได้พบในโรคเบ็ดเตล็ดต่างๆ, เช่นปรีไซริเอสซิส, หืด, เอ็คซัม่า, เบ็มฟักส์, คีอนจันติไวติส, เคราไตติส, เนโฟริติส, ซิลิโคสิส, พิชแมลง, เด็กเกิดก่อนกำหนด, ฯลฯ. มีผู้อ้างว่ายานี้ทำให้พวกคิตัสราไม่รู้สึกลอยตามดื่มน้ำไป. ประโยชน์สำคัญมากประการหนึ่งคือในคนถูกไฟไหม้, ซึ่งยาทั้งสองนี้ช่วยป้องกันช็อค, ลดความเจ็บปวด, และช่วยการงอกของหนัง, แม้แต่การปลูกหนังใหม่ก็ช่วยได้. เข้าใจว่าจะเป็นประโยชน์มากในการรักษาแผลสงคราม.

แต่ก็มีโรคหลายอย่างซึ่ง เอ.ซี.ที.เอช. และคอर्टิโซนช่วยไม่ได้เลย, คือแอลกอฮอล์เรื้อรังมีฮัยโปไลติส, โรคหัวใจ, เนื้องอกในสมอง, กล้ามเนื้อลีบฝ่อ. วันโรคที่กำลังสงบอยู่อาจกลับลุกลามขึ้นได้ถ้าใช้ยานี้.

ข้อพึงสังเกตคือฮอร์โมนทั้งสองนี้ไม่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรค, และไม่ได้รับรักษาต้นเหตุของโรคซึ่งมันช่วยให้อาการทุเลา. ความจริงเปรียบเทียบได้ว่ามันเพียงช่วยสร้างเกราะป้องกันให้แก่อวัยวะที่เป็นโรคร้ายเท่านั้นเอง. การค้นพบฮอร์โมนทั้งสองนี้ช่วยเปิดฉากการศึกษาเกี่ยวกับความต้านทานโรคของร่างกาย, ซึ่งในสมัยก่อนเราไม่มีความรู้เลย.

วันดี ไวสำรวจ พ.บ.

(เก็บความจาก ทุเคย์'ส เฮลท์ ม.ย. ๑๙๕๑)