



# สารศิริราช

## SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๔๙๕

Volume 4, Number 11, November 1952.

ผู้ป่วยไม่มีม่านตา—แดง กาญจนารักษ์ พ.ด., สำราญ วงศ์พาทย์ พ.บ. และ สุต แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด. ....	๕๘๗
บทความพิเศษ : การระบาดของโรคโปลิโอ - เฉิดฉลอง เนตรศิริ พ.บ. ....	๖๐๘
บทบรรณาธิการ : ๑. ภายหลังโปลิโอ ๒. บัญหาของแพทย์ .....	๖๑๔
ปกิณณกะ : ๑. ข้อควรรู้เรื่องนิ้วน้ำ ๒. การผลิตยารักษาโรค .....	๖๒๘
หน้าสำหรับนิสิต : แอลกอฮอล์ในเลือด .....	๖๓๗

ย่อเอกสาร ข่าว ศิษย์เก่า บันทึกท้ายสมุด

* ANIRIDIA - Daeng Kanchanaranya, M. D., Samran Wangsabha, M. B. and Sood Sangvichien, M.B., M.D. ....	607
SPECIAL ARTICLE: POLIO EPIDEMICS - Cherd-Chalong Netrasiri, M.B. ....	608
EDITORIAL: 1. AFTER POLIO - 2. PROFESSIONAL ARGUMENTS .....	614
MISCELLANY: 1. BILIARY CALCULUS- 2. PRODUCTION OF PHARMACEUTICALS	629

ABSTRACTS NEWS THE ALUMNI STUDENT'S CORNER EPILOGUE

(\* With English abstract.)

คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล เจ้าของ :: นาย เกตุสิงห์ พ.ด. บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา :: วิจิตร เจริญดี ผู้จัดการ  
 สำนักงาน แผนกศิริวิทยาศิริราชพยาบาล :: ฉบับละ บาท ทั้งปี (12 เล่ม) บาท ค่าส่งต่างหาก ::  
 Publication of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, Univ. of Medical Sciences, Bangkok.  
 Hon. Editor: O. Ketusingh, M.D. Hon. Manager: Vichit Tejasit. Annual Subscription (2 Nos.): Bahts. Postage extra.



**สารศิริราช**  
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๔๙๕ Volume 4, Number 11, November 1952

**ผู้ป่วยไม่มีม่านตา\***

รายงาน ๓ ราย

แดง กาญจนารัตน์ พ.ด.                      ล้ำราญ วังศฟ้า พ.บ.  
(แผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตศอนาสิกларิงซ์)

และ

สุค แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.  
(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

การผิดปกติที่ทำให้ม่านตา (iris) มีน้อยจนเกือบไม่เห็น, ที่เรียกว่า Irideremia หรือ Aniridia, นั้นเป็นเรื่องที่ไม่ค่อยจะได้พบ. ในปี พ.ศ. ๒๔๙๔ และต้น พ.ศ. ๒๔๙๕ แผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตศอนาสิกларิงซ์ของโรงพยาบาลศิริราชได้รับคนไข้ไว้เพื่อศึกษาและรักษา ๓ ราย. สองรายเป็นพี่น้องที่

เดียวกัน, คนพี่เป็นชาย, คนน้องเป็นหญิง. ได้ผ่าตัดเอาแก้วตา (lens) ซึ่งผิดปกติออก, แล้วประกอขแว่นให้ใส่, จนผู้ป่วยเห็นได้เกือบเป็นปกติ. อีกรายหนึ่งเป็นหญิง, มาโรงพยาบาลด้วยอาการตามัวและเยื่อหุ้มตาอักเสบ. ได้รักษาจนหายและประกอขแว่นให้ใส่มองเห็นได้

\* บรรยายในการประชุมทางวิชาการของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๔๙๕.

เกือบเท่าสายตาคนธรรมดา. จึงเห็นสมควรเสนอเป็นรายงานไว้.

### รายที่ ๑ และที่ ๒

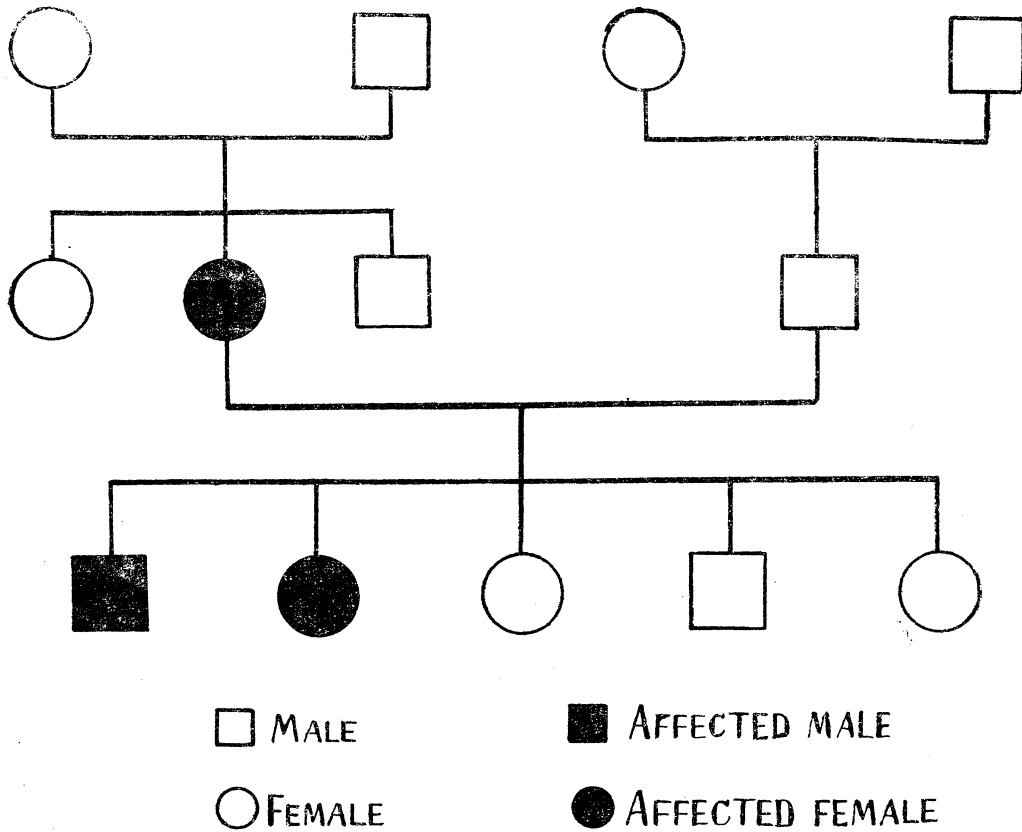
ผู้ช่วยสองรายแรกเป็นคนไทย. พี่ชายมาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญว่าตามัวมา ๖ ปี, และมัวมากจนช่วยตัวเองไม่ได้มา ๖ เดือน. รัยไว้เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๔๕๔. น้องสาวมาด้วยอาการตามัวมา ๑ ปี, และมัวมากมาประมาณ ๓ เดือน. รัยไว้เมื่อวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๔๕๕.

ประวัติครอบครัว. (ได้จากผู้ช่วยทั้งสองและบิดา (พี่สาวแม่)) บิดและย่าของผู้ช่วยเป็นคนแข็งแรง, ไม่มีประวัติการผิดปกติทางตา. ตาและยายเป็นคนแข็งแรงเหมือนกัน; ทั้งสองคนไม่มีการผิดปกติทางตา. พ่อไม่มีประวัติการผิดปกติทางตา. แม่มีพี่น้องสามคน. คนโตเป็นหญิง อายุ ๕๒ ปี, ตาเป็นปกติทั้งสองข้าง (ตรวจโดย น.พ. สรรวัญ วงศ์พำห้), มีบุตร ๗ คน, คนโตอายุ ๒๕ ปี, คนเล็กอายุ ๑๖ ปี, ตาคือหมททุกคน. คนที่สองคือแม่ของผู้ช่วย, มีประวัติตามัวมา ๑๐ ปี. ผู้ช่วยกล่าวว่าตาของแม่มีลักษณะเหมือนตาของเขา. คนที่สามเป็นชาย

(น้องของแม่), ไม่มีอาการผิดปกติทางตา, ลูกทุกคนตาเป็นปกติ. ผู้ช่วยมีพี่น้อง ๕ คน. ทุกคนมีร่างกายแข็งแรง, สบายดี. ผู้ช่วยชายเป็นลูกคนโต, อายุ ๒๗ ปี, ยังเป็นโสด. ผู้ช่วยหญิงเป็นลูกคนที่สอง, อายุ ๒๔ ปี. ลูกคนที่สามเป็นหญิง, อายุ ๑๘ ปี, ตาเป็นปกติ. คนที่สี่เป็นชายนี้ยื่นตาเป็นปกติ (ตบ ๑). อาหารการกินที่บ้านสมบูรณ์. ทั้งสองมีอาชีพทางจับปลาทะเลเป็นส่วนมาก, ทำนาเป็นส่วนน้อย. ประวัติได้รับอันตรายเวลาमारुคาคังครรภ, ไม่มี. ปฏิเสธกามโรคในครอบครัว.

ประวัติของผู้ช่วย. การเจ็บป่วยในอดีต: ไม่มีความสำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้ง. เคยเป็นมาเลเรื่อยเมื่ออายุ ๑๓ ปี. สังเกตว่าตามองเห็นดำตงแต่เด็ก. เวลาอ่านหนังสือพิมพ์ หรือหนังสือเรียนต้องวางห่างประมาณ ๓๐ ซม. เวลาอ่านไปนาน ๆ ไม่มีอาการปวดหรือเวียนศีรษะ.

ประวัติการเจ็บป่วยครั้ง: เมื่ออายุ ๒๑ ปี, รู้สึกว่าตาข้างซ้ายมัวมาก. มองอะไรต้องเอียงศีรษะจึงจะเห็น. ตามัวลงทุกที. เพื่อนสังเกตเห็นมีจุดขาวขึ้นที่ตาตา. พ่อ



### รูป ๑ แสดงการสัมพันธ์ของโรคนี้ตามพันธุกรรม

อายุ ๒๔ ปี, ตาขวาเริ่มเป็นเหมือนอย่าง  
ตาซ้าย, และมองไม่เห็นอะไรเลยจนมา  
โรงพยาบาล.

การตรวจร่างกายทั่วไป. แข็งแรง.  
อุณหภูมิ ๓๖.๕°ซ., ชีพจร ๘๐, หายใจ  
๒๐. ความดันโลหิต ๑๑๐/๘๐. ไม่

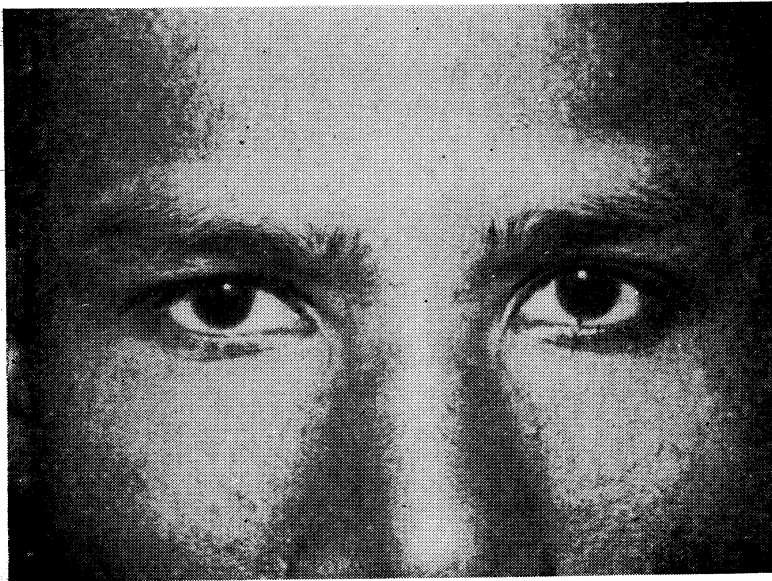
พบการผิดปกติของร่างกายส่วนอื่น. ปอด,  
หัวใจไม่พบสิ่งผิดปกติ. ทับ, ม้ามคล้ำ  
ไม่พบ. ระบายประสาท, ระบายน้ำเหลืองไม่  
พบสิ่งผิดปกติ. ระบายที่พิการ: เย้าตา, ท่อ  
และถุงน้ำตาปกติทั้งสองข้าง. ลูกตาโต  
ขนาดปกติ. ไม่มีตากระตุก. หนังตา, เยื่อ

หุ้มตา, สะเคลอราปรกติทั้งสองข้าง. ตาคำกว้าง ๑๐ มม., รูปร่างปรกติ, ใส. แอนที่เรียวเชื่อม เบอปรกติทั้งสองข้าง. ม่านตาตรวจไม่พบทั้งสองตา. รูม่านตาใหญ่เท่ากับตาคำทั้งสองตา. แก้วตาขุ่นและเลื่อนขึ้นไปอยู่ทางส่วนบนและส่วนหลังของลูกตา. มองเห็นแก้วตาเฉพาะครึ่งตาบนทั้งสองตา (รูป ๒) (ผิดปกติพบในหนังสือของ Duke - Elder (1938) ซึ่งแก้วตาของทั้งสองตามักเคลื่อนไปคนละทาง, ไม่เหมือนกันทั้งสองตา). ความดันในลูกตา (ocular tension) ๒๕ มม.ปรอททั้งสองตา. ลองสายตาเห็นแต่มือโยกไหวไปมาทางหนึ่ง ฟุตทั้งสองตา (Vision Hm. 1ft. B.E.). เอกซเรย์กระโหลกศีรษะปรกติ. การตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์: ซีโมโกลบิน ๕๐ เปอร์เซ็นต์, เม็ดเลือดแดง ๔.๕ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๗๒๐๐, นิวโทรฟิล ๗๐ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟไซต์ ๒๐ เปอร์เซ็นต์, อีโอสิโนฟิล ๑๐ เปอร์เซ็นต์. ไม่พบเชื้อมาเลเรีย. ปฏิกริยา Kahn ลบ. น้ำตาลในเลือด ๕๑ มก. ต่อ ๑๐๐ ล.ซม. บัสสาวะและอุจจาระไม่พบสิ่งผิดปกติ.

หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล, เมื่อ

ตาสอดคล้องแล้ว, ได้ทำการผ่าตัด simple lens extraction, extracapsular. ผ่าตัดตาขวาก่อน (๒๘ กค. ๕๔). หายเป็นปรกติเหมือนการผ่าตัดต้อกระจกทั้งหลาย. ผ่าตัดตาซ้ายเมื่อ ๒๒ สค. ๕๔, เช่นเดียวกับตาขวา. เมื่อหายทั้งสองตา (รูป ๒) ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ดีกว่าเก่า, 6/60 B.E. ใส่แว่นขนาด + 10.00 D.S. distance + 13.00 D.S. reading แล้วเห็นได้ชัดเจน (6/9 B.E.). ได้ตรวจภายในลูกตา (อัลตราโมสโคปี) พบว่าไม่มีสิ่งผิดปกติที่ตาขวา, แต่ข้อผิดปกติของตาซ้ายชัด. แก้วตาทั้งสองข้างไม่สามารถตรวจได้เพราะว่าเหลวหมด.

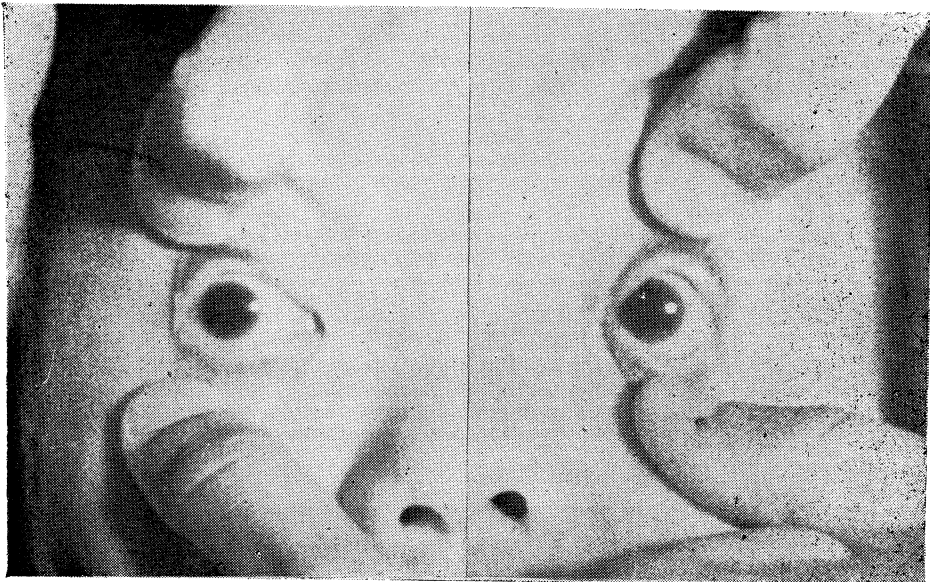
ประวัติของน้องสาว. ประวัติอดีตไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยครั้งเมื่อสองปีก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มรู้สึกตาข้างขวามัวลงและปวดศีรษะข้างขวาย่อยๆ ขณะทำของละเอียดหรืออ่านหนังสือ. ไม่เคยเจ็บตาหรือเป็นตาแดงเลย. ตามัวลงทุกที. ๑ ปีก่อนมาโรงพยาบาลตาซ้ายเริ่มมัวลง. ญาติสังเกตเห็นตอนขึ้นที่สวนบนของตาคำ. พืชอายุมารักษาที่โรงพยาบาลนทหายกลับไป, จึงแนะนำให้น้องมา,



รูป๒ ผู้ป่วยชายรายที่๑  
รูปบน ก่อนผ่าตัด  
รูปล่าง หลังผ่าตัด



รูป ๓ ผู้ป่วยหญิง รายที่ ๓



รูป ๔ ผู้ป่วยหญิง รายที่ ๓

การตรวจร่างกายทั่วไป: สมบูรณ์, ไม่พบสิ่งผิดปกติของร่างกายที่ใด. อุณหภูมิ ๓๖.๖°ซ., ชีพจร ๕๕, หายใจ ๒๐, ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๐. ปอดและหัวใจไม่พบสิ่งผิดปกติ. คับและม้ามคลำไม่พบ. ระบายประสาท, ระบายน้ำเหลืองไม่พบสิ่งผิดปกติ. ระบายที่พิการ: เข้าตา, ท่อและถุงน้ำตาปกติทั้งสองข้าง. ลูกตาโตขนาดปกติ, ไม่มีตากระตุก (nystagmus). หนังตา, เยื่อหุ้มตา, สะเคลอราปกติทั้งสองข้าง. ตาคำกว้าง ๕ มม., รูปร่างปกติ, ใสทั้งสองข้าง. แอนที่เรียวยูเซมเบอร์ปกติทั้งสองข้าง. ม่านตาตรวจไม่พบทั้งสองตา. รูม่านตาใหญ่เท่ากับตาคำทั้งสองข้าง. แก้วตาขุ่นและเลือนขึ้นไปอยู่ทางส่วนบนและส่วนหลังของลูกตา, มองเห็นแก้วตาเฉพาะครึ่งตาบนทั้งสองตา (รูป ๓). ความดันในลูกตา (ocular tension) ๒๒ และ ๒๕ มม.ปรอท. สายตา  $Fc \frac{1}{2} ft., 1/60$ . เอ็กซเรย์กระโหลกศีรษะปกติ.

การตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์: ซีโมโกลบิน ๘๐ เปอร์เซ็นต์, เม็ดเลือดแดง ๔.๘๗ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๖,๘๐๐,

นิวโทรฟิล ๖๘ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟไซต์ ๓๒ เปอร์เซ็นต์, เซอมาเดเรียไม่พบ, ปฏิกริยาแคห์นลย, น้ำตาลในเลือด ๕๔ มก. ต่อ ๑๐๐ ล.ซม. ปัสสาวะ, อูจจาระไม่พบสิ่งผิดปกติ.

**การรักษา.\*** ใต้ผ่าตัดตาขวา ก่อน, แล้วจึงทำตาซ้าย, แบบ simple lens extraction, extracapsular ทั้งสองตา. หายเป็นปกติเหมือนการผ่าตัดอีกกระจก. แก้วตาที่นำออกมายังคงมีเนื้อแก้วตาอยู่แต่แตกเป็นชิ้นไม่แข็งและไม่คงรูปเป็นแก้วตาสมบูรณ์. การตรวจภายในลูกตาไม่พบการผิดปกติ. หลังจากประคบยว่นขนาด +10D. ให้ผู้ป่วยเห็นได้เพียง ๖/๓๖ ทั้งสองตา, ไม่ดีเหมือนกัยพี่ชาย.

รายที่ ๓

หญิงไทย, โสภ, อายุ ๒๒ ปี, รั้วไวเมอวนท์ ๒๖ พย. ๒๔๕๔. มีอาการสำคัญคือตากระตุก, ตาสั่น, และตาแดงมาตั้งแต่เด็ก ๆ.

**ประวัติครอบครัว.** คนทางบ้านไม่มีใครลูกตาผิดปกติเลย. ผู้ช่วยต้องทำงานหนักตลอดเวลา. อาหารการกินสมบูรณ์

\* ใต้ทำการผ่าตัดหลังจกแสดงในที่ประชุมแล้ว.

ก. ไม่มีประวัติอันตรายระหว่างที่มารดาตั้งครรภ์. ปฏิเสธการโรคในครอบครัว. เคยตาเจ็บเมื่อเด็กจนเกิดกระดูกสันหลังสองข้าง.

ประวัติการเจ็บป่วยครั้งนี้. ผู้ป่วยเป็นคนแข็งแรงปกติตลอดมา. รู้สึกตัวว่ามีตาขึ้นและมองเห็นไม่ชัดมาตั้งแต่เด็ก. เวลาอ่านหนังสือเห็นคำแต่ต้องมองจนเกือบชึคตา. ประวัติโรคปรกติ. ก่อนมาโรงพยาบาลสามวันมีอาการเคืองตา, น้ำตาไหล, ลืมตาไม่ขึ้น, จึงมาโรงพยาบาล.

การตรวจร่างกายทั่วไป. แข็งแรง, สมบูรณ์, ไม่พบสิ่งผิดปกติที่ใด. อุณหภูมิ 37.0°ซ., ชีพจร 80, หายใจ 18. ความดันโลหิต 112/70. ปอดและหัวใจ, ทับ, ม้าม, ระบบประสาทและระบบน้ำเหลืองไม่พบข้อผิดปกติ. ระบบที่พิการ: เบ้าตา, ท่อและถุงน้ำตาปรกติทั้งสองตา. ลูกตาโตขนาดปรกติ. มีตากระดูกทั้งสองตา. ทนแสงสว่างมากไม่ใคร่ได้, มีน้ำตาไหล. หนังตาปรกติทั้งสองข้าง. เยื่อหุ้มตามีเม็ดใส ๆ ของวิคส์ดวงตาทั้งสองตา. สะเคลอราปรกติทั้งสองข้าง. ตาคำกว้าง 5 มม. รูปร่าง

ปรกติ, ใสทั้งสองตา. แอนทรีเรียเซมเบอร์ปรกติทั้งสองตา. ม่านตาตรวจไม่พบทั้งสองตา (รูป ๔). รูม่านตาใหญ่เท่ากับตาคำทั้งสองตา. แก้วตาปรกติทั้งสองตา. ความดันในลูกตา ๓๕ มม. ปรอททั้งสองตา. สายตา ๓/๖๐ B.E. การตรวจภายในลูกตาพบลักษณะของสายตาสั้น.

การตรวจในห้องวิทยาศาสตร์: ซีโมโกลบิน ๘๐ เปอร์เซ็นต์, เม็ดเลือดแดง ๔.๕ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๖,๑๐๐, นิวโทรฟิล ๗๒ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟไซต์ ๒๓ เปอร์เซ็นต์, อีโอสิโนฟิล ๕ เปอร์เซ็นต์, ปฏิกริยา Kahn ลบ, เชอมาเลเรียไม่พบ, น้ำตาลในเลือด ๘๑ มก. ต่อ ๑๐๐ ล.ซม., บัสสาวะ, อุจจาระไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ได้ให้การรักษาตามอาการ. ให้ยาพวกแอนติไบโอติก. ตาหายเป็นปรกติในหนึ่งสัปดาห์. ต่อมาได้แว่นขนาด -4.00 D.S. ผู้ป่วยก็เห็นได้ชัด ๑๕ B.E.

### อภิปราย

การผิดปกติของม่านตาตามที่ได้รายงานไปแล้วมักมีการผิดปกติของส่วนอื่นของตารวมอยู่ด้วย. ตาคำ (Cornea)

อาจมีขนาดเล็ก, มีรูปผิดปกติ, หรือบนชั้นเส้นรอบรกหรือม้วน. แขนที่เรียวเช่นเบอร์อาจเล็กหรือตื้นกว่าปกติ. แก้วตาอาจหลุดไปอยู่ผิดที่ (ectopia), หรือเกิดเป็นค้อนกระจก, เช่นกับรายที่ ๑ และที่ ๒. ในรายงานนี้. แก้วตาอาจขุ่นทางด้านหน้าหรือด้านหลังหรือเป็นรู. ซีเลียรีโยโปรเซสส์และโฟเวียอาจเจริญไม่เต็มที่หรือไม่ปกติ, ทำให้มองไม้ได้ชัดถึงจะประกอบแว่นให้ใส่ก็ตาม. อาจมี Pupillary membrane เหลืออยู่. หลอดเลือดแดงขั้วอะล้อยกหรือเยื่อพังผืดอาจเหลืออยู่ในวิเทรียส. ตาอาจจะเล็กหรือใหญ่กว่าปกติ. อาจมี secondary glaucoma (ค้อนหิน) แฉกซ้อนการผิดปกตินี้.

เนื่องจากการผิดปกติในส่วนอื่นของตาประกอบการพิจารณาด้วย, กรวมพันธ์จึงนับเป็นสาเหตุสำคัญ. Gutbier รายงานในปี ๑๙๓๗ ว่าในสี่ชั่วคนมีการผิดปกติ ๑๐ ราย. Risley รายงานในปี ๑๙๑๕ ในสี่ชั่วคนมีถึง ๑๑๔ คน หรือมีผิดปกติถึง ๕๖% ของคนของตระกูลนั้น. ที่เคยมีติดต่อกันถึง ๕ ชั่วคนก็เคยมีผู้กล่าวถึง. Beattie (๑๙๔๗) ใกล้เคียง

รายงานพร้อมทั้งฝังที่สอบสวนได้ใน ๓ ชั่วคน.

การผิดปกติในส่วนองศาที่เป็นสาเหตุของการพิการขณะยังไม่เห็นตกลดกัน. Duke Elder (๑๙๓๘) กล่าวว่ามามีถึง ๑๖ ทฤษฎี, แต่ที่สำคัญมีอยู่ ๒ ข้อ, ๓ จะกล่าวต่อไป.

๑. สาเหตุเดิมอยู่ที่ neural ectoderm, ทำให้ริมของ optic vesicle ไม่เจริญไปตามปกติ, มีหลักฐานอื่นที่ช่วยยืนยัน, คือมักมีการผิดปกติของส่วนของลูกตาที่เจริญจากเอ็คโทเดอรั่มร่วมอยู่ด้วย, เช่นการผิดปกติของเรตินา, ไม่มีโฟเวีย, ตามองอะไรไม่ได้ชัดเจน (amblyopia), ซีเลียรีโยโปรเซสส์ มักเจริญไม่เต็มที่, ไม่มีกล้ามเนื้อ่านตา, มีการผิดปกติในแก้วตา.

การที่จะเข้าใจสาเหตุว่าเป็นเพราะนิ่วราลเอ็คโทเดอรั่มจำเป็นต้องทบทวนถึงการเจริญของตาค้วย.

บริเวณที่จะเกิดเป็นลูกตาปรากฏในเอ็มบริโอที่ไฮมาโตมา ๘ ก่อน, อายุประมาณ ๒๐ วัน. ส่วนของนิ่วราลทิวบีที่ต่อไปจะเป็น fore-brain เกิดแยะขาน (evagination) เป็น Primary Optic

Vesicle, มีขั้ว (optic stalk) ติดต่อกับผนังของสมอง. เห็นชัดในเอ็มบริโอขนาด ๑๖ โซไมท์, อายุประมาณ ๒๔ วัน. ต่อไป primary optic vesicle มีการเปลี่ยนแปลง. ส่วนของเวสิเคิลโตขึ้น, แต่ส่วนขั้วคงเท่าเดิม. การขยายเป็นที่ยื่นของเวสิเคิลมากกว่าที่ส่วนล่าง, ทำให้ขั้วของเวสิเคิลไปติดกับส่วนฐานของเวสิเคิลมากกว่าติดที่ตรงกลาง. นอกจากการขยายในส่วนยื่นของเวสิเคิลแล้วพบว่าส่วนล่างและส่วนนอกของเวสิเคิล, คือส่วนที่ติดกับ lens plate, แบนลง. เป็นลักษณะที่เห็นได้ในเอ็มบริโอขนาด ๔.๕ มม. ในระยะนี้ผนังของเวสิเคิลที่ติดกับ lens plate มีเซลล์เพิ่มมากขึ้นกว่าส่วนอื่น. นับเป็นระยะสำคัญที่ทำให้เกิดการม้วนเข้า (invagination) หรือเว้าบุ๋มลง (indentation) ของ primary optic vesicle, เปลี่ยนเป็นออปติคัลคัพ, มีผนังชั้นเป็น ๒ ชั้น. การเว้าบุ๋มไม่ได้เกิดตรงกลาง, แต่เกิดที่ทางด้านล่างของเวสิเคิล. มีผลทำให้เกิดเป็นร่องตื้น ๆ ทอดจากออปติคัลคัพผ่านไปยังทางด้านล่างของขั้ว, จนถึงผนังของโพรวีออน, เรียกกันหลายชื่อว่า

foetal fissure, foetal ocular cleft หรือ choroidal fissure. ข้อหลังใช้กันมากที่สุด, แต่ไม่ค่อยเหมาะ, เพราะมักจะไปเข้าใจผิดว่าร่องนี้สัมพันธ์กับ choroid coat.

หลังจากที่เอ็มบริโอมีความยาวเกิน ๑๐ มม. (อายุราว ๖ สัปดาห์) ขอบของพัตล หรือ choroidal fissure จะเข้ามาใกล้กัน, มาชนและประสานกันที่ตรงกลางของร่องก่อน, แล้วรอยประสานแผ่ไปทางข้างบนและข้างล่าง, จนเมื่อเอ็มบริโอมีขนาด ๑๓ มม. ร่องจะปิดเกือบหมดคนอกจากที่ปลายทั้งสอง. ปลายบนเจริญเป็นทางผ่านของ เมโซเดอรัม รอบหลอดเลือด ฮัยอะล้อยด์ เข้าไปใน ออปติคัลคัพ. ปลายล่างเป็นรอยบากที่ขอบของรูม่านตา.

ในระยะเอ็มบริโอขนาด ๑๓ มม. นี้, ขอบของ ออปติคัลคัพ ไม่ยื่นไปเกินกว่ากึ่งกลางของแก้วตา, คือยังไม่มีม่านตา และซีเลียรีบอคัล, ต้องรอจนกว่าเอ็มบริโอมีขนาดถึง ๕๐ มม., อายุเข้า ๓ เดือน, จึงจะมีการเจริญเกิดขึ้นที่ขอบของออปติคัลคัพ. ปรากฏเป็นรอยจีบขึ้นในตำแหน่งที่ต่อไปจะเป็น ซีเลียรีบอวีส. รอยจีบ

มีขนาดและจำนวนเพิ่มมากขึ้น. ขอบยื่น  
ไปคลุมค้ำหน้าของแก้วตา, มีเยื่อ  
เลี่ยมเป็น ๒ ชั้นประกอบเป็นส่วน เอ็คโต  
เคอร์มของม่านตา, ซึ่งจะเจริญเต็มทเมื่อ  
เด็กมีอายุในครรภ์เข้าเดือนที่ ๘.

จากคำอธิบายข้างต้น, อาจกล่าวได้ว่า  
การที่ไม่มีม่านตานั้นเกิดเพราะไม่มีการ  
เจริญของขอบของออปติคคัพขึ้นไปคลุม  
แก้วตา.

แต่ม่านตาไม่ได้ประกอบด้วยเอ็คโต-  
เคอร์มเท่านั้น, ยังมีเมโซเคอร์มเสริม  
เป็นโครงของม่านตาค้วย; และจากการ  
ศึกษาการเจริญของลูกตาก็ปรากฏว่าเมโซ  
เคอร์มของม่านตามาก่อนส่วนเอ็คโต-  
เคอร์ม, ฉะนั้น Duke-Elder (๑๙๓๘),  
ฮาคัยงานของ Hess (๑๙๔๘), จึงกล่าว  
ว่าเหตุสำคัญข้อที่ ๒ ของการไม่มีม่านตา  
คือการมีวัตถุอะไรขัดขวางจาก fibro-  
vascular sheet ของแก้วตา, ซึ่งเกิด  
จากเมโซเคอร์ม, ขวางไม่ให้ส่วนของ  
ม่านตา, ซึ่งเกิดจากเอ็คโตเคอร์ม, เจริญ  
ไปได้เช่นปรกติ. ฉะนั้นการพิการที่มี  
fibro-vascular sheet เหลืออยู่จึงมัก  
ปรากฏร่วมกับอาการไม่มีม่านตาค้วย; และ  
เคยปรากฏมีท่อนโคน (stump) ของม่าน

ตามีรูปเป็นรูปสามเหลี่ยมมีปลายพุ่งเข้าสู่  
ภายในลูกตา. เชื่อว่าเกิดเพราะเมโซ-  
เคอร์มกักขวางไม่ให้ม่านตาขึ้นไปข้างหน้า  
เช่นปรกติ.

ในการเจริญของลูกตาพบว่าขอบของ  
ออปติคคัพหรือ pupillary rim นั้นหยุด  
การสัมพันธ์กับเอ็คโตเคอร์ม ที่คลุมภาย  
นอกเมื่อ lens vesicle เกิดขึ้น, และเมื่อ  
lens vesicle แยกตัวออกจากเอ็คโต-  
เคอร์มที่ผิว, ตัวแก้วตาจะเคลื่อนลึกเข้า  
ไปในออปติคคัพ. เมโซเคอร์มที่หุ้มรอบ  
ออปติคคัพจะเจริญโดยรวดเร็ว, แม้ไป  
ทางข้างหน้า, ล้อมรอบค้ำหน้าของออป  
ติคคัพ, และแทรกเข้าไปอยู่ระหว่างเอ็ค  
โตเคอร์มที่ผิวกับออปติคคัพ, และ lens  
vesicle ปิดรูเปิดทางข้างหน้าของ cup,  
ซึ่งตรงกับม่านตา, ของระยะต่อไป.  
ฉะนั้นจึงต้องถือว่าส่วนของเมโซเคอร์ม  
ของม่านตาเกิดก่อนส่วนเอ็คโตเคอร์มของ  
ม่านตา, และอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการ  
ผิดปรกติก็ได้, เพราะชนทั้งสองนั้นมีการ  
เจริญสัมพันธ์กันโดยใกล้ชิด. ใต้เคย  
ปรากฏว่า (Mann 1928) จะโดยสาเหตุ  
ใดก็ตาม เกิดไม่มี pigment เอ็คโตเคอร์ม  
ชั้นบนผิวคอนไตคอนหนึ่งของออปติคคัพ,

ชั้น choroid (เมโซเทอรัม) ของบริเวณนั้น ไม่ปรากฏด้วย. ตัวอย่างเช่นในราย coloboma ของ choroid, intercalary membrane ที่พบนของ coloboma จะมีลักษณะเหมือนชั้นในของออปติคัล, และไม่มี pigment. เนื่องจาก coloboma iridis อาจเกิดในตำแหน่งใดก็ได้, Mann (๑๙๒๘) จึงถือว่าเมโซเทอรัมเป็นเหตุสำคัญในความพิการเหล่านี้, อาจเนื่องจากมีความเหนียวแน่นเกินไปจนกันไม่ให้ขอบของ cup, ซึ่งบาง, ไม่สามารถเจริญไปตามปกติไปประกอบขึ้นเป็นม่านตาได้.

### สรุป

เสนอรายงานผู้ช่วย ๓ ราย ที่มีม่านตาน้อยจนเกือบมองไม่เห็น. สองรายเป็นพี่น้องท้องเดียวกัน, มีแก้วตาอยู่ผิดปกติไปทางเดียวกันทั้งสองคน, ทั้งสตา. และแก้วตาได้กลายเป็นต้อกระจกทั้งหมด. สองรายนี้ผ่าตัดเอาแก้วตาออกและประกอบแว่นให้ใส่แล้วตาเห็นดีขึ้น. รายที่สามมีตากระตุก (nystagmus) และมีความดันในลูกตาส่งเล็กน้อย. ไม่พบสิ่งผิดปกติในระยขยอนทั้งสามคน. เพื่อหาสาเหตุของการพิการนี้ได้อธิบายการเจริญของลูกตาประกอบด้วย. การผิดปกติ

อาจเนื่องจากการผิดปกติใน neural ectoderm, คือไม่มีการเจริญของขอบของออปติคัลขึ้นไปคลุมแก้วตา, หรืออาจเป็นเพราะเมโซเทอรัมที่เกิดก่อนส่วนเอ็คโตเทอรัมของม่านตามีความเหนียวแน่นมากเกินไป, จนกันขอบของออปติคัลซึ่งบาง, ไม่ให้สามารถเจริญไปได้ตามปกติ. สองรายแรกมีประวัติทางกรรมพันธุ์ด้วย.

### เอกสาร

1. Beattie, P.H. (1947). Brit. J. Ophthal., 31:649 (from Sorby).
2. Duke-Elder, W.S. (1938). Text-book of Ophthalmology, vol. 2. (Henry Kimpton, London).
3. Gutbier (1837). Ammon's Z., V. 78 (from Duke-Elder).
4. Hess (1888). A.F.O. XXXLV (3), 147. (from Duke-Elder).
5. Mann, I.C. (1928). The Development of the Human Eye (Cambridge U. Press, London).
6. Risley (1915). J. Am. Med. Ass. 64, 1310 (from Duke-Elder).
7. Sorby, A. (1951). Genetics in Ophthalmology (Butterworth, London).

( Abstract of the preceding report )

## ANIRIDIA

Report of Three Cases

Daeng Kanchanaranya, M.D. Samran Wangsabha, M.B.

( Dept. Ophthalmology and Oto-rhino-laryngology )

and

Sood Sangvichien, M.B.,M.D.

(Dept. Anatomy)

---

Between June 1951 and January 1952, the Dept. of Ophtalmology encountered 3 cases of aniridia. Two patients were brother and sister. The brother, now 27, first noticed dimness of vision in the left eye at the age of 21, followed 6 years later by similar development in the other eye. On admission his vision was Hm 1 foot, B.E. The only abnormal findings were complete absence of the iris and upward displacement of the lens, B.E. ( Fig. 2). Intra-ocular pressure was 25 mm,Hg. B.E. After operation for simple extracapsular lens extraction the vision became 6/60 B.E. and was 6/9 B.E. with correction ( +10.00 D.S. distance, +13.00 D.S. reading). The sister, 24, began to suffer from indistinct vision in the right eye 2 years before admission. The left eye was affected one year later. Findings were essentially similar to those in the first case. Vi-

sion was Fc  $\frac{1}{2}$  foot, 1/60; intra-ocular tension 22 and 25 mm. Hg. (Fig. 3). Postoperatively, with +10.00 D. correcting lenses the vision was 6/36 B.E. It was revealed in a thorough investigation of the family history that the patients' mother, the only daughter in a family of three, exhibited a like defect (Fig. 1). The third patient, a woman of 22, complained of dimness of vision, jerking and redness of the eyes since childhood. Trachoma, photophobia, nystagmus and complete absence of the iris were found on examination. The lenses were normal. (Fig. 4) Vision was 3/60 B.E. The inflammation quickly subsided under local treatment. With -4.00 D.S. correction the vision became 6/18 B.E.

A discussion of the etiology in the light of embryonic development concludes the report.

(Four figures. Seven references.)

---

# บทความพิเศษ

## การระบาดของโรคโปลิโอสมัยอีไลติส และการป้องกัน

เชิดฉลอง เนตรศิริ

พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

ขณะนี้โรคแอนติเจนที่เรียกว่าโปลิโอสมัยอีไลติส (ซึ่งต่อไปจะเรียกสั้น ๆ ว่า “โปลิโอ”) กำลังทำความตื่นตัวหวาดกลัวให้แก่คนจำนวนมาก, ในหลายส่วนของโลก, รวมทั้งคนไทยเราด้วย. ก่อนหน้านั้นเรามีโรคนี้เพียงประปรายเท่านั้น. ในขั้นหนึ่ง ๆ ที่แผนกกุมารเวชศาสตร์, โรงพยาบาลศิริราช, ได้รับความช่วยเหลือเป็นโรคโปลิโอในระยะที่กำลังมีไข้ไว้รักษาเพียงรายหนึ่งหรือสองราย, บางครั้งก็ไม่ได้รักษาเลย. หมายความว่าไม่มีผู้ช่วยในระยะกำลังมีไข้มาหาเราเลย. ส่วนพวกที่มาเมื่อไข้หายนานแล้ว, เหลือแต่อัมพาตอยู่ก็มีบ้าง, แต่ไม่เกินสิบราย. ครั้นมา

ในระหว่าง พ.ศ.๒๔๕๓-๒๔๕๔, ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเมษายน, มีผู้ช่วยเป็นโรคนี้ในระยะกำลังเป็นไข้มารับการรักษาในโรงพยาบาล ๗ ราย, มาในระยะที่ใช้เพียงลดไข้และไม่ได้รับไวรัสดีก ๔ ราย. ท่านหัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์จึงได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่าการระบาดย่อย ๆ ของโรคโปลิโอได้เกิดขึ้นแล้วในเมืองเรา.<sup>(1)</sup>

มาขึ้นการระบาดใหญ่ได้เริ่มต้นมาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม. จนบัดนี้ก็ยังไม่สิ้นสุดลงทีเดียว. เคยมีเพื่อนแพทย์ถามว่าโรคนี้เป็นภัยแก่คนชาติไหน, มีหนทางป้องกันแน่นอนหรือยัง, และอย่างอื่น ๆ อีก. อันที่จริงแม้จะทราบว่าโรคนี้มีอยู่ในโลก

มาตั้งแต่หนึ่งพันหรือยี่ ก่อนคริสตกาล, ทั้งปรากฏหลักฐาน ในรูป หิน สลัก สมัย อียิปต์ โบราณ, แล้วก็ตาม, แต่ความรู้อันเรื่องโรคยังไม่แจ่มกระจ่าง, ยังไม่ถึงขั้นที่จะยึดถือเอาเป็นกฎเกณฑ์แน่นอนที่เคียวได้.

ประเทศที่มีโรคนี้ชุกชุมมากที่สุดคือกลุ่มประเทศสะแคนดิเนเวีย, ยุโรป ภาคตะวันตก, อังกฤษ, ออสเตรเลียและอเมริกา. แต่ละประเทศได้มีการระบาดมาแล้วหลายครั้ง. ในประเทศที่ใกล้เคียงกับเรา, อินเดียมีโรคนี้ประจำถิ่น (เอ็นเคมิก), เช่นกับเด็กแทบทั้งนั้น, ผู้ใหญ่เป็นน้อยเต็มที. ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง, ในปี ค.ศ. ๑๙๔๒-๑๙๔๔, ทหารอังกฤษและอเมริกันที่มาประจำการที่อินเดีย เป็นโรคโปลิโอมากกว่าทหารที่อยู่ทางบ้าน. ส่วนทหารอินเดียเองไม่ค่อยเป็น. ที่ญี่ปุ่นก็เหมือนกัน, มีโรคโปลิโอเป็นโรคประจำท้องถิ่น, และเป็นแก่เด็กอายุต่ำกว่าห้าขวบเป็นส่วนใหญ่. เชื่อกันว่าในประเทศเหล่านั้นจะมีเชื้อไวรัสกระจายอยู่ทั่วไป, ทำให้คนส่วนมากติดเชื้อโรคโดยไม่มีอาการ, และไวรัสนั้นก็คงเป็นพันธุ์ที่ติดต่อกันได้ง่ายแต่มีฤทธิ์ทำให้เกิดอัมพาตได้น้อย.

พออายุราว ๕ ขวบคนในประเทศโดยมากก็มีภูมิคุ้มกันต่อโรคแล้ว. Howe กล่าวว่าคนที่แสดงอาการของโรคนี้ ๑ คน, มีคนที่เข็นโรคแต่ไม่แสดงให้ทราบประมาณหนึ่งร้อยคน. ในระหว่างปี ๑๙๔๕ และ ๑๙๔๖ ได้มีการระบาดของเกิดขึ้นที่สิงคโปร์. มีผู้ช่วยทั้งหมด ๘๕ ราย; ๖๐ รายเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ. ในการระบาดของเราครั้งนี้ ตั้งแต่เริ่มระบาดจนถึงปลายเดือนตุลาคม ๒๔๙๕, มีผู้ช่วยอายุต่ำกว่า ๕ ปีถึง ๕๗ เปอร์เซนต์, เป็นเด็กระหว่าง ๑ ถึง ๓ ปี เสีย ๕๘ เปอร์เซนต์. เมื่อครั้งระบาดที่เฮลซิงลวาทัวร์ในอเมริกาใต้ก็เหมือนกัน, ๘๐ เปอร์เซนต์เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ. แต่ตรงกันข้าม, ในการระบาดที่เซนต์เฮเลนาเมื่อสงครามโลกครั้งที่สองระหว่างปี ๑๙๔๕-๑๙๔๖ มีผู้ช่วยอายุต่ำกว่า ๕ ขวบไม่กราย: ส่วนมากอายุระหว่าง ๑๐ กับ ๒๕. เข้าใจกันว่าเหตุที่เป็นเช่นนั้นเพราะมีเชื้อโปลิโอพันธุ์ใหม่จาก นอกหมู่เกาะ เข้าไปเป็นเหตุของการระบาด, ซึ่งในขณะนั้นน่าจะได้รับจากพวกทหารแอฟริกาใต้. เด็กโตและผู้ใหญ่ไม่มีความคุ้มกันต่อไวรัสพันธุ์ใหม่นี้จึงติดโรคเป็นส่วนมาก, ส่วน

เด็กอายุต่ำกว่าห้าขวบนั้นแม้จะไม่มีควม  
 คึกคักกันเช่นเดียวกัน, แต่มีโอกาสดูรับ  
 เชื้อน้อยลง, จึงเป็นกันน้อย. การที่ทหาร  
 อังกฤษและอเมริกัน มาเป็น โรคนั้น ขณะที่  
 ประจําการอยู่ในอินเดียมากกว่า ทหารที่อยู่  
 ทางบ้าน, และทหารอินเดียเองไม่มีใครเป็น  
 นั้น, ก็อาจอธิบายได้ว่าเป็นเพราะการได้  
 รับเชื้อไวรัสพันธุ์ที่ไม่คุ้นกัน.

สำหรับประเทศที่มีการระบาด มาแล้ว  
 หลาย ๆ ครั้ง, เช่นประเทศที่ไค้กล่าวถึง  
 ในตอนต้น, ในการระบาดครั้งแรกๆก็เช่น  
 กับการที่อายุต่ำกว่าห้า ขวบเป็น ส่วน มาก  
 เหมือนกัน. มาในระยะสามสี่ปีหลังนั้นเหตุ  
 การณ์เกี่ยวกับอายุได้เปลี่ยนแปลงไป. คือ  
 แทนที่จะเป็นกับเด็กอายุก่อนเข้า โรงเรียน  
 มาก, ก็เป็นในเด็กวัยเล่าเรียนและผู้ใหญ่  
 มากขึ้น. เช่นที่นิวยอร์คในปี ๑๙๓๑  
 Laidlaw พบว่ามีผู้ บ่วยอายุเกิน ๕ ขวบ  
 เป็นสองเท่าของศพในปี ๑๙๑๖. ที่เคิน-  
 มาร์ก Horstmann พบว่าในปี ๑๙๔๔  
 โรคเป็นกับคนอายุเกิน ๑๕ ปีถึง ๕๓  
 เปอร์เซนต์, เทียบกับ ๓๑ เปอร์เซนต์  
 ในปี ๑๙๓๔, และ ๑๐ เปอร์เซนต์ในปี  
 ๑๙๑๑-๑๙๑๔. ที่ ฮอสเตอเลีย, อังกฤษ  
 และสวิทเซอร์แลนด์ ก็มีผู้รายงานทำนอง

เดียวกัน. การที่เด็กโตและผู้ใหญ่เป็น  
 มากขึ้น, บางท่านลงความเห็นว่าอาจ  
 เป็นเพราะประเทศเจริญขึ้น, ทำให้การ  
 อุนามัยดีขึ้น, เด็กเล็กจึงมีโอกาสดูรับ  
 เชื้อน้อยลง. บางท่านก็ว่าน่าจะเป็นเพราะ  
 มีไวรัสพันธุ์ใหม่. แต่ที่จริงนั้นอาจมี  
 แผลกเตอร์อื่น ๆ อีกก็ได้ที่ทำให้อายุผู้บ่วย  
 เปลี่ยนแปลงไปเช่นนั้น.

เกี่ยวกับพันธุ์ ต่าง ๆ ของเชื้อไวรัส  
 โปลิโอมัยอีไลติส, Morgan ได้ลองปลูก  
 ความคึกคักให้แก่สิ่งด้วยไวรัสพันธุ์ต่างๆ,  
 โดยการฉีดด้วยไวรัสมีชีวิต. ถึงตัวหนึ่ง ๆ  
 ใช้ไวรัสพันธุ์เดียว. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือ  
 เข้าใต้ผิวหนังหลาย ๆ ครั้ง, แล้วฉีด  
 ไวรัสพันธุ์เดียวกันนั้นเข้า สมอง ในขนาด  
 ๑๐,๐๐๐ หน่วยทิกเชอ(อินเฟ็คชันยูนิต).  
 ถ้าปรากฏว่าถึง นั้นเกิดความ คึกคักแล้ว,  
 ก็ฉีดไวรัสพันธุ์อื่นเข้าสมอง. เขาใช้ไวรัส  
 ๔ พันธุ์ด้วยกัน, คือพันธุ์ Lansing,  
 Brunhilde, Kotter และ Frederik.  
 ผลที่ได้คือ ถึงที่มี ความ คึก คักต่อ พันธุ์  
 บรุนฮิลด์หรือค็อคเตอร์หรือเฟรเดอริกแล้ว  
 เมื่อฉีดไวรัสพันธุ์ใดพันธุ์หนึ่ง ในสามนี้เข้า  
 สมอง, ไม่มีอาการอะไรเกิดขึ้น, คือหมาย  
 ความว่าถ้ามีความคึกคักต่อพันธุ์บรุนฮิลด์

แล้วก็จะมีความ คุ่มกันต่อพันธุ คือคเตอร์ และเฟรเทอริคด้วย. หรือถ้ามีความคุ่มกันต่อพันธุคือคเตอร์แล้ว, ก็จะมีความคุ่มกันต่อพันธุ บรูนซิลด์และเฟรเทอริคด้วย. แต่ทั้งนี้จะไม่มีความคุ่มกันต่อพันธุแลนซิงก์. ในทำนองเดียวกันสิ่งซึ่งมีความคุ่มกันต่อพันธุแลนซิงก์ก็จะไม่มีความคุ่มกันต่อพันธุบรูนซิลด์, คือคเตอร์หรือเฟรเทอริค.

Bodian, Ender และ Howe ได้แยกพันธุต่าง ๆ ของไวรัสโปลิโอไว้ ๑๔ พันธุ. พบว่าเป็นพันธุแบบบรูนซิลด์เสีย ๕ พันธุ, แบบแลนซิงก์ ๔ พันธุ. อีกพันธุหนึ่งไม่ใช่ทั้งสองแบบนี้, เรียกว่าแบบ Leon.

Robbins, Morgan และ Woller ได้แยกพันธุไวรัสโปลิโอในทิสซิวคัลเชอร์ไว้ ๑๑ พันธุ. พบว่าเป็นแบบบรูนซิลด์ ๑ พันธุ, และแบบลืออน ๑๐ พันธุ.

นอกจากนี้ยังมีผู้แยกพันธุต่าง ๆ ไว้อีก. เท่าที่ทราบในเวลานี้ยังรวมได้ในแบบหรือพันธุใหญ่ ๓ พันธุ, คือแลนซิงก์, บรูนซิลด์และลืออน.

ในทำนองเดียวกันการแพร่ของไวรัสในร่างกายคนเรานั้น, ในเร็ว ๆ นี้ความเห็น

บางประการได้เปลี่ยนแปลงไป. ที่แรกเข้าใจกันว่าไวรัสแทรกซึมจากทางเดินอากาศเข้าสู่ประสาทโดยตรง, โดยที่ไม่ผ่านเข้ากระแสโลหิตก่อน. แต่เดี๋ยวนี้กลับเชื่อกันว่าส่วนมากของไวรัส ผ่านเข้า กระแสโลหิตก่อนแล้วจึงไปสู่ระบบประสาทกลาง. ถ้าเป็นเช่นนั้นจริงก็จะทำให้ การป้องกันโรคง่ายเข้า, เพราะถ้าในชั่วระยะเวลาหนึ่งมีเชื้อไวรัสไหลเวียนอยู่ในกระแสโลหิตแล้ว, ก็เป็นโอกาสที่จะหาวิธีหนึ่งวิธีใดหยุดยั้งเชื่อนั้นไม่ให้เข้าสู่ระบบประสาทกลาง, เช่นใช้ยาหรือเซรุ่มทำลายหรือยับยั้งเชื้อเสียก่อน.

Morgan ได้แสดงว่าโดยการฉีดไวรัสโปลิโอที่มีชีวิตอยู่เข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อของลิงหลายๆ ครั้ง, ลิงจะมีนิวทราไลซิงก์แอนติบอดีในซีรัมมีระดับสูงซึ่งสามารถป้องกันตัวไม่ให้เกิดโรคจากไวรัสพันธุเดียวกันนั้นได้. หากทดลองฉีดด้วยไวรัสที่ทำให้อ่อนฤทธิ์เสียก่อนแล้วด้วยฟอร์มัลลิน, ก็ปรากฏว่าทำให้มีนิวทราไลซิงก์แอนติบอดีในซีรัมและมีความคุ่มกันในสมองได้เหมือนกัน, แต่ต้องฉีดซ้ำมากกว่าใช้ไวรัสที่มีชีวิตจึงจะได้ระดับแอนติบอดีในซีรัมสูงเท่าๆกัน. อย่าง

โรคที่คิดการที่จะนำความรู้นี้มาใช้ในมนุษย์นั้น มีอุปสรรคใหญ่อยู่สองประการ. ประการแรกคือยังไม่สามารถแยกไวรัสบริสุทธิ์ออกจากทิสชีวประสาทได้. ถ้าคิดอย่างไม่มีบริสุทธิ์ก็อาจทำให้เกิดแอลเลอร์ยิกเช่นเซฟาไลทิสได้. ประการที่สองเป็นการยากที่จะหาสัตว์อะไรมาใช้ในการเตรียมไวรัสวัคซีนให้เพียงพอกับความต้องการของมนุษย์ได้. แต่เมื่อไม่นานมานี้ได้มีรายงานว่าอาศัยวิธี การเพาะเนื้อ (ทิสชีวคัลเชอร์) สามารถขจัดอุปสรรคทั้งสองข้อนี้ได้. ปัญหาสำคัญจึงน่าจะมีเหลือแต่ว่าจะต้องใช้วัคซีนซึ่งมีไวรัสของโปลิโอทุก ๆ พันธุ์, หรือทุก ๆ พันธุ์แสดงฤทธิ์การกระตุ้นการสร้างแอนติบอดี (แอนติเจนิกสเตรน). จึงจะสามารถป้องกันโรคได้อย่างสมบูรณ์.

ในก้านการใช้ไวรัสมีชีวิตที่ได้ทำให้พิษน้อยลงแล้วสำหรับ สร้างความ คุ่มกันนั้น, Howe และ Bodian ได้ทำให้ลิงชิมแปนซีเป็นโรคโดยกินเชื้อไวรัสเข้าไป. Melnick และ Horstmann ได้แสดงว่าสัตว์เหล่านี้จะมีสภาพเป็นพาหะเพาะเชื้อโรคไว้ในลำไส้, และปล่อยเชื้อออกมากับอุจจาระ, จะมีแอนติบอดีในเลือด, และมีความคุ้มกันต่อโรคสำหรับ ไวรัสพันธุ์

เดียวกัน. Koprowski ได้ลองให้เด็ก ๒๐ คนกินไวรัสโปลิโอพันธุ์ที่มีฤทธิ์อ่อนเข้าไป. ทั้ง ๒๐ คนไม่มีใครเกิดอาการโรคเลย. แม้แต่อาการไข้ หรืออาการทางกระเพาะและลำไส้ก็ไม่มี. แต่ทุกคนกลายเป็นพาหะเพาะเชื้อไว้ในลำไส้, และทุก ๆ คนมีความคุ้มกันต่อไวรัสพันธุ์แลนซิงก์, ซึ่งให้กินเข้าไป, แต่ไม่มีความคุ้มกันต่อพันธุ์บรุนซิลด์. วิธีนี้ถ้าจะให้ได้ผลสมบูรณ์จะต้องทำโดยใช้ไวรัสทุก ๆ พันธุ์ที่แสดงฤทธิ์กระตุ้นการผลิแอนติบอดี.

เวลานี้ ในอเมริกา กำลังทดลองฉีดแกมม่าโกลบิวลินเพื่อป้องกันโรคโปลิโอ. แต่ทว่าการฉีดครั้งหนึ่งมีผลป้องกันได้ไม่นานนัก. ดังนั้นจึงจำเป็นจะต้องฉีดป้องกันหลาย ๆ ครั้งในระหว่างการระบาคครั้งหนึ่ง ๆ, ซึ่งเป็นการไม่สะดวกในทางปฏิบัติ.

แกมม่าโกลบิวลินนี้ Bahlke และ Perkins ได้แสดงว่าไม่มีประโยชน์ในการรักษา. เขาได้ทดลองกับผู้ป่วยของเขาจำนวน ๑๑๑ คน, โดยให้แกมม่าโกลบิวลินแก่คนหนึ่ง, เว้นคนหนึ่ง, และให้แพทย์ผู้ซึ่งไม่ทราบว่าคนไหนได้รับแกมม่าโกลบิวลินและคนไหนไม่ได้รับ, เป็นผู้คัด

ตามคุณแลผู้ช่วย. เขาสรุปว่าไม่มีความแตกต่างในระหว่างผลการรักษาผู้ช่วยสองพวกนั้น.

เอกสาร

1. ชรณ เนตรศิริ “อินแพ้นไทล์พาราไลซิส” สารศิริราช 11:648 (2494).
2. F.H. Top. Communicable Diseases, p. 541.
3. Van Booyen. Virus Diseases of Man, pp. 948-951.
4. I.M. Morgan. Immunity in Poliomyelitis. Am.J.Med.,6: (1948).
5. D. Bodian, I.M. Morgan, H.A. Howe. Differentiation of Typing of Poliomyelitis Viruses. Am. J.Hyg., 49:234-245 (1949).
6. F.C. Robbins, J.E.Enders, T.B.

Weller. Boston Isolation and Typing of Poliomyelitis Viruses in Tissue Cultures. Am.J.Dis. Child., 83:68 (1952).

7. I.M. Morgan. Am. J. Hyg., 48: 394 (1948).
8. K.S. Landauer. Recent Developments in Poliomyelitis. J. Lancet, 71:360-363 (1951).
9. H.A. Howe, D. Bodian. J. Exper.Med., 81:247 (1945)
10. H.Keprowski, G.A.Jervis, T.W. Norton. Am.J. Hyg., 55:108(1952).
11. A.M. Bahlke, J.E. Perkins. Treatment of Paralytic Poliomyelitis with Gamma Globulin. J.A. M.A., 129:1146 (1945).

# บทบรรณาธิการ

## ๑. ภายหลังโปลิโอ

การระบาดของโรคโปลิโอในขณะนี้คงจะ  
ต้องจารึกลงในประวัติศาสตร์ของประเทศ  
ไทยว่าเป็นการระบาดของครั้งแรกที่ใหญ่พอ  
ใช้, และนำผลสะท้อนหลายประการตาม  
มาด้วย. ข้อที่หนึ่ง, พนักงานสาธารณสุข  
สุขคงจะต้องเริ่มเอาใจใส่กับวิธีที่จะต่อสู้  
กับการระบาดครั้งต่อไป, ซึ่งคงจะมีมา  
อีก, และตามเหตุผลคงจะใหญ่กว่าครั้งนี้,  
เพราะจำนวนคนที่เป็นแหล่งเพาะเชื้อมี  
มากขึ้นและการสัญาภิบาลของเรายังคง  
พร่องมาก. ข้อที่สอง, ประชาชนเริ่มรู้จัก  
โรคนี้และ, ด้วยเหตุของการโฆษณา,  
มีความหวาดกลัวเป็นอันมาก, เพราะได้  
รับทราบว่ามีวิธีป้องกันด้วยวัคซีนและ  
ไม่มีวิธีรักษาอย่างเด็ดขาด. ข้อที่สาม, มี  
การเรียกหา "ปอดเหล็ก" เป็นครั้งแรก  
และเป็นการใหญ่, เพราะคนส่วนมากเข้าใจ  
ผิดคิดว่าปอดเหล็กรักษาโรคโปลิโอ  
ได้, ซึ่งความจริง, ตามที่แพทย์ทุกคน  
ทราบ ปอดเหล็กเป็นเพียงเครื่องมือชั้น

หนึ่ง, และมีประโยชน์โดยจำกัดเท่านั้น.  
คนจำนวนมากเข้าใจจากการประกาศครึก  
โครมมานานแล้วว่า ปอดเหล็ก เป็น ของ  
ประหลาดมหัศจรรย์, ซึ่งสามารถช่วยคน  
ไข้ไว้ไม่ให้ตาย, ต่ออายุไว้ได้เป็นเวลา  
หลาย ๆ ปี. เมื่อพบว่าไม่มีการรักษาโดย  
เฉพาะ, ก็มองเห็นท่วงแต่ที่ปอดเหล็ก  
เท่านั้น. เป็นธรรมดาที่คนยอมกลืนตาย  
ก่อนอื่น, แต่ผู้ที่ช่วยด้วยโรคโปลิโอ,  
แม้ไม่ตาย, ก็อาจเป็นอัมพาตและพิการ  
ไปตลอดชีวิต, ซึ่งมองในข้างแฉ่งแล้วก็  
หนักกว่าตายเสียอีก.

ตามสถิติของต่างประเทศ, ซึ่งมีราย  
ผลมากมาย, โรคโปลิโอมีอัตราตาย  
เฉลี่ย ๓ เปอร์เซ็นต์, ไม่ตายแต่เป็นอัม-  
พาตอย่างมาก ๑๘ เปอร์เซ็นต์, เช่นเด็ก  
น้อย ๒๕ เปอร์เซ็นต์, และที่หายเป็น  
ปกติเพียง ๕๐ เปอร์เซ็นต์. ความสถิติ  
ของแผนกกุมารเวชศาสตร์, โรงพยาบาล  
ศิริราช, ที่รวบรวมจากคนไข้ ๑๗๖ ราย,

ในปีนั้น (ก.ค. ถึง ต.ค.) มีอัตราการตาย ๖.๑ เปอร์เซ็นต์, และที่รอดแล้วเป็นอัมพาต ๒๐.๑ เปอร์เซ็นต์. ยังไม่ทราบว่าในพวกหลังนี้จะพบเป็นปรกติได้สักกี่มากน้อย. ความที่สังเกตได้จากท่อน, อาการอัมพาตรุนแรงที่สุดในตอนที่เริ่มปรากฏ. ถ้าไม่ตาย, อาการก็ค่อย ๆ ดีขึ้น, แต่อาจหยกชะงักในท่อนไหนก็ได้. ถ้าจะอาศัยสถิติของต่างประเทศ, ที่ออกค่าใช้จ่าย ๑๐๐ คน, เราคาดหมายได้ว่าจะมีคนที่เห็นอัมพาตถาวรประมาณ ๒๐ คน. ความพิการสำคัญมักจะมีแก่แขน, หรือขา, หรือทั้งแขนและขา. อีกส่วนหนึ่งที่ของอันตรายย่อยคือกระดูกสันหลัง. ในคนไข้เด็ก, ซึ่งเป็นส่วนมาก, อวัยวะส่วนที่เป็นอัมพาตจะเล็กและสั้นกว่าส่วนที่เป็นปรกติ, เนื่องด้วยกล้ามเนื้อไม่ได้ทำงานและกระดูกไม่งอก, เพราะขาดการรับของเนื้องอกกล้ามเนื้อเป็นตัวกระตุ้นให้เจริญขึ้น. ดังนั้นผู้เป็นอัมพาตจึงมีแขนหรือขาสั้นไป, หรือมีสันหลังคด, เป็นความพิการซึ่งทชดมเพิ่มเติมการเป็นอัมพาตเข้าอีกชั้นหนึ่ง.

ความพิการ เนื่องจากโปลิโออาจรุนแรงจนทำให้ทุพพลภาพ, ปรกอบการอาชีพอย่างใด ๆ ไม่ได้, เช่นพวกที่บางครั้ง

เราเห็นขอทานอยู่ตามข้างถนน. บางคนอาจเป็นเพียงเล็กน้อย, เกือบสังเกตไม่ได้, นอกจากแขน หรือขา เล็กและ เล็ก ไปบ้าง. บางคนอาจพิการเห็นได้ชัด, แต่ไม่ถึงทุพพลภาพ, ยังทำมาหาเลี้ยงชีพหรือครอบครัวได้. คนพิการเหล่านี้, จะเห็นมากหรือน้อยก็ตาม, มักมีความผิดปรกติทางจิตจิตใจปรกอบอยู่ด้วยเสมอ. โดยมากมักมีอาการมึนเศร้าหมอง, หรือมีการซึมเศร้ามาก, หรือน้อยออกน้อยใจง่าย. ทั้งนี้เป็นผลทางอ้อมของความที่ลำบากอยู่เสมอว่าตนเป็นผู้พิการ, ไม่ทักเทียมผู้อื่นในทางกาย. ผู้ยกเว้นมีบ้าง, แต่เป็นส่วนน้อย.

เมื่อโรค โปลิโอ ระบาด ย่อย ครั้งเข้า, จำนวนผู้ทุพพลภาพย่อมมีพอกพูนขึ้น, จนเหลือ กำลัง ทศวรรษ คราว จะเลี้ยงดู กันเอง. รัฐหรือ องค์การ กศลจำ ต้อง ให้ความอุปการะ, ทำให้เกิดเป็นภาระอย่างใหม่ขึ้นแก่ส่วนรวม. เพื่อจำกัดภาระนี้ให้อยู่ในขอบเขตที่น้อยที่สุดเท่าที่ จำ เป็น จริง ๆ, แพทย์ย่อม พยายาม อย่าง ยิงที่จะ ช่วยคนไข้ให้ฟื้นตัวมากที่สุดที่จะทำได้. ความช่วยเหลือนอ้าค้ำหลักสรีรวิทยาข้อที่กล่าวแล้วข้างต้น, คือการใช้ งานเป็น การ

กระตุ้นความเจริญ. ระหว่างใช้, เขาพยายามให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำงานน้อยที่สุด, เพื่อรักษาสภาพปกติของมันไว้. เมื่อหมดใช้และระยะอันตรายผ่านไปแล้ว, เขาเริ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อที่พิการด้วยวิธีต่างๆ, เช่นนวดด้วยมือหรือไฟฟ้า, และรักษาแขนให้เคลื่อนไหว, เพื่อสงวนความแข็งแรง (โทนัส) และเพิ่มผลสมรรถภาพ. ถ้าคนไข้อยู่ในสภาพที่พอช่วยตัวเองได้บ้าง. เขาก็ส่งเสริมให้ทำการเคลื่อนไหวด้วยตนเองมากขึ้น ๆ, เช่นการเดินโดยเกาะราวหรือเกาะรถ, กิ่งสปริงหรือโยกคันโยก เป็นต้น. การรักษาทางสกาย (ฟิสิกัลเธอราปี) ให้ผลมากในการแก้และลดหย่อนความพิการ. ในสมัยหลัง ๆ นี้หันไปพึ่งศัลยศาสตร์มากขึ้น, โดยเฉพาะในทาง ออร์โธปิดิก และศัลยกรรมตบแต่ง, มีการเข้าเฝือกและถ่วงน้ำหนักเพื่อแก้ส่วนคอโค้ง, คอเอ็นใหม่แทนเอ็นของเนื้อกล้ามเนื้อที่เสีย เป็นต้น. เมื่อเร็ว ๆ นี้มีผู้พยายาม ต่อประสาทเวกส์ เข้าแทนที่ประสาทเฟรนิค, แต่เป็นการทดลองในสุนัข. ต่อไปอาจทำในคนบ้างก็ได้. เห็นได้ว่าการช่วยเหลือ เหล่านี้ต้องการผู้ทำงานเฉพาะแนว, จึงจะได้ผลดี. สำหรับ

ประเทศที่มีโรค โปลิโอ แพร่หลาย มาก, ย่อมเป็น การคุ้มค่าที่จะมี ผู้ทำงานเฉพาะไว้หนึ่งชุดหรือหลายชุดและมีสถาบันพิเศษสำหรับทดลองและศึกษาผล. สถานะที่เช่น นี้ อาจ มีที่ อาศัยสำหรับ คน พิการที่ทุพพลภาพมาก ๆ, และให้การรักษาแก่คนไข้ซึ่งพอช่วยตัวเอง ได้บ้างอีกต่างหากด้วย.

คามเหตุ ผลที่ว่า การ ระบาด ของโรค โปลิโอคงจะมีมาอีก, และคงจะแพร่หลายมากขึ้น ๆ, เราคงจะคาดหมายได้ว่าต่อไปใน บ้านเมืองเราคงจะมีคนพิการ เพราะโรคนี้มากขึ้นเป็นเงาตามไปด้วย. คงจะมีสักวัน หนึ่ง ซึ่งพวก นี้มีมากจน ต้องการหน่วย พิเศษ สำหรับ ให้ความช่วยเหลือ, อย่างที่มีในประเทศอื่น ๆ. อย่างน้อยก็คงต้องมีที่ให้อาศัย, มีอุปกรณ์ให้ประกอบอาชีพ, อย่างเช่นคนตาบอด. อาจต้องมีผู้เชี่ยวชาญ เป็นชุด ๆ สำหรับช่วยรักษา ผ่อนบรรเทาความพิการให้น้อยลง. ความช่วยเหลือ เหล่านี้ย่อมต้องการ งบประมาณและคน. สำหรับเงินนั้นคงจะหาได้ไม่ยากนัก, เพราะคน ไทยเป็นผู้ มีเมตตา และสรีทธาแรงในการช่วยเหลือผู้พิการ. เวลานี้ก็มี "ทุนโปลิโอสงเคราะห์" เริ่มต้นขึ้นแล้ว,

ซึ่ง คงมี ได้มี จุด ประ สงค์ แต่จะ ช้อช ปอด  
 เหล็ก, อย่างที่คนโดยมากเข้าใจ. ใน  
 เรื่องคน, เรามักมารแพทย์, ศัลยแพทย์  
 และแพทย์ออร์โธปิดิกอยู่แล้ว, ซึ่งหาก  
 บางคน จะอุทิศ ทั่วให้ โรคโปลิโอ มากขึ้น  
 หรือโดยเฉพาะก็คงทำได้ไม่ยากนัก. แต่  
 สำหรับ “การบำบัดทางสกาย” คงจะไม่  
 ฉิคนักถ้าจะ กล่าวที่เรา ยังไม่มีอะไรเลย.  
 หากจะมีการขียนวาทข้าง, อบอุ่นร้อน  
 ข้าง, ไคอะเธอร์มียข้าง, ก็ยังไกลจากที่  
 เรียกว่าการ บำบัดทาง สกายจริง ๆ มาก.  
 วิชานี้เป็นวิชาใหญ่. ในบางประเทศมีสภา

ชั้นสำหรับศึกษาโดยเฉพาะ, และมีบทบาท  
 สำคัญมาก ในการรักษาโรค หลายอย่าง  
 ถ้าหากเรา จะถือ โอกาส การ ระบาด ของ  
 โปลิโอ เริ่มต้นปลูกฝังการบำบัดทางสกาย  
 ขึ้นเสียในครั้งนั้น, ค่อย ๆ เสริมสร้าง.  
 ไปตามกาลเวลา, ก็อาจมีคนมีอุปการะ  
 พร้อมเพรียงสำหรับการช่วยเหลือที่ได้ผล,  
 ในเมื่อมีคนอัมพาตมากจน ถึงขีดตกเป็น  
 ภาระของส่วนรวม. แม้หากว่าความจำเป็น  
 นั้นจะไม่บังเกิดขึ้น, การบำบัดทางสกาย  
 ก็ยังมีประโยชน์สำหรับโรคอื่น ๆ, คงจะ  
 ไม่เป็นการลงทุนไว้เสียเปล่าเป็นแน่.

## ๒. ปัญหาของแพทย์

แพทย์มีอะไร ๆ หลายประการที่แตก  
 จากบุคคลอื่น ๆ ที่มีใช้แพทย์. ผู้ที่ประ  
 กอบวิชาชีพมานาน ๆ มักมีความจริงซื่อ  
 นี้, เลยคิดว่าประชาชนทั่ว ๆ ไปคงจะคิด,  
 จะทำหรือจะเข้าใจอะไรๆเหมือนคนไปด้วย.  
 ซึ่เองทำให้แพทย์บางคนล้มตัว, เช่น  
 โกรธคนไข้เพราะว่าไม่เข้าใจเรื่องของโรค,  
 ของการ รักษาหรือแม้ ของ โรง พยาบาล.  
 ถ้าหยุดคิด สักหน่อย ว่า เขาไม่ใช่ แพทย์,

ก็คงจะระงับโทษะไว้ไว้หรือผ่อนไปได้มาก.  
 สามัญชน (หมายถึงผู้มีไข้แพทย์) ย่อม  
 คิด และเข้าใจ อะไรไปตาม แนว ของเขา,  
 ซึ่ง ในหลาย ประการ แตกต่างกับแนว คิด  
 และเข้าใจของแพทย์. ตัวอย่างที่พบ  
 เสมอ ๆ ก็มีเช่นในการวินิจฉัยโรคของคน  
 ไข้คนเดียวกัน, แพทย์หลายคนอาจลง  
 ความเห็นต่าง ๆ กันไปได้. ซึ่แพทย์  
 ทุกคนรู้ดีว่าเป็นไปได้เสมอ, และไม่รู

ลึกพิศวงแก่ประการใด. แต่ประชาชน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวคนไข้และญาติ ๆ, ย่อมเดือดเนื้อร้อนใจ เป็นอย่างยิ่ง และไม่สามารถ จะ เข้าใจได้ ว่าทำไมคนไข้ คนเดียวกันหมอกัน หนึ่งว่า เป็นโรคหนึ่ง, อีกคนหนึ่งว่าเป็นอีกโรคหนึ่ง. สุภาษิตที่ว่า “มากหมอกี่มากความ” ก็คงจะเป็น เพราะเหตุนี้. ตั้งแต่เริ่มเรียนวิชาเฉพาะ, แพทย์ก็ได้รับคำสอน และได้เห็น ตัวอย่าง พิสูจน์อยู่เสมอ ๆ ว่า “วิชาแพทย์ไม่ใช่ วิทยาการแม่นยำ”, แต่เป็นวิชาของเหตุ ผล. การตัดสินใจ ใน การแพทย์, จึง แล้วแต่ความเข้าใจ, การชั่งน้ำหนักและ การตีความ. ความแตกต่างย่อมมีได้ เสมอ, เช่น เกี่ยวกับการผิดพลาด. เพราะ ฉะนั้นแพทย์ผู้ซื้อตรงต่อตนเองและต่อวิชา ของตนจึงไม่สามารถพูดได้เต็มปากเสมอ ไปใน เมื่อ คนไข้ คาคคน จะให้ รับรอง ว่า “ปลอดภัยร้อยเปอร์เซ็นต์”. อนึ่ง, คำว่า แพทย์มีมากมาย. ผู้เขียนแต่ละเล่มย่อม เขียนตาม ความเข้าใจ และความ คึกเห็น ของตัว, โดยอาศัยหลักวิชาเท่าที่ปรากฏ ประกอบกับเหตุผลของตน, มิได้คัดลอก จากคัมภีร์ที่แก้ไขดัดแปลงมิได้ เล่มเดียวกันทั้งหมด. ดังนั้นตำราหลายเล่มก็เห็น

หลายความเห็น. แพทย์โดยมากมิได้อ่านตำราเล่มเดียว, และไม่ควรรอ่านตำรา เล่มเดียว, ซึ่งจะทำให้ความคิดเห็นแคบ และจำกัดคามผู้ค้นคว้าคนเดียว, อัน อาจมีผิดพลาดได้เสมอ. ในกรอ่านตำรา หลายเล่มซึ่งมีเหตุผลต่าง ๆ กัน, แพทย์ ย่อม ตัดสิน เองว่า จะเชื่อข้อไหน ของใคร และไม่เชื่อข้อไหนของใคร. การตัดสินใจ แผลงเป็นความคิดเห็น โดยเฉพาะตัวของ แพทย์ผู้นั้น, และจะเป็นรากฐานของการ ปฏิบัติของเขา. การฝึกฝนอบรมช่วยให้ แพทย์สามารถตัดสินใจในบรรดาข้อความ วิชาต่าง ๆ ที่ปรากฏในตำราหรือเสนอในวิชา สาร, ว่าข้อไหนน่าจะเชื่อไปได้, ข้อไหนน่าจะ เชื่อไปไม่ได้. ผู้ขาดการฝึกฝนอบรมใน โรงเรียน แพทย์ย่อมไม่สามารถ ตัดสินเช่น นี้ได้. ผู้ใดจะซื้อตำราแพทย์ไปเวียนก๊วย ตนเอง, หากอ่านตำราเล่มเดียวก็อาจเข้าใจเรื่องราวได้, แต่ก็แคบและพลาดบ่อย; หากอ่านหลาย ๆ ตำราก็ย่อมจะถนงสน เท่ห์และเกิดการสับสน. ดังนั้นจึงมีการ ยืนยันว่าวิชาอะไร ๆ เรียนทางไปรษณีย์ได้ ทั้งนี้, แต่วิชาแพทย์ต้องยกเว้น.

เพราะวิชาแพทย์ส่วนมากมิใช่เป็นของ ตายตัว, ไม่มีผู้หนึ่งผู้ใดจะซ้ขาดได้เสีย

หมกทุก ๆ อย่าง, การต่างความเห็น และการโต้เถียงย่อมมีอยู่เสมอ. แพทย์ของรู้ความจริงข้อนี้, จึงทำให้มีสมาคมแพทย์, มีการชุมนุมผู้ร่วมวิชาชีพกันเพื่อให้นำปัญหาต่าง ๆ ขึ้นพิจารณาหรือนำผลการสังเกตหรือค้นคว้าขึ้นเสนอ. การชุมนุมเช่นนี้อาจทำให้ชักใช้โต้เถียงหรือชักแย้งความเห็นกันได้ยิ่งกว่าเดิม. แพทย์ทุกคนย่อมสำนึกว่าในปัญหาส่วนมากนั้น แต่ละคนอาจมีความเข้าใจของตนเอง, และไม่มีใครที่จะอาจยืนยันได้ว่าตนเป็นผู้ถูกโดยแน่นอน. การเถียงกันในที่ประชุมเป็นเพียง การแลกเปลี่ยนความเห็น และความชำนาญ ระหว่างเพื่อนร่วมวิชาชีพ, มิใช่เป็นการหักล้างเกียรติภูมิของกันและกัน. การต่างความเห็นในที่ประชุมมิใช่หมายความว่าต่อไปจะคุยกันไม่ได้. ความเห็นซึ่งใครๆ เข้าใจว่าดี, ว่าถูกต้อง, อาจผิดความจริงก็ได้. เหล่านี้เป็นเรื่องธรรมดาที่แพทย์ทุก ๆ คนย่อมเคยได้รับการอบรมให้เข้าใจอย่างซาบซึ้ง. แต่อาจไม่เป็นเช่นนั้นสำหรับคนอื่น ๆ. สามัญชนโดย

มากไม่อาจเข้าใจได้ว่าทำไมผู้ซึ่งในที่ประชุมโต้เถียงกัน อย่างหักโค้น พ้อออกจากที่ประชุม แล้วจึงไปร่วมโต๊ะอาหารหรือเล่นกีฬาด้วยกันได้. ความความนึกของเขานั้น, คนเช่นนี้คงจะต้องเป็นสำคัญกันตลอดไปทุก ๆ ทาง.

เพราะแพทย์แตกต่างจากสามัญชนในประการต่าง ๆ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิธีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น, การกระทำต่าง ๆ ของแพทย์ที่เกี่ยวข้องวิชาชีพจึงต้องแยกต่างหากออกไปจากประชาชน. แพทย์มีวงสังคมเฉพาะของตน, ซึ่งในที่นั้นจะกระทำหรือพูดอะไรก็ได้อย่างแพทย์ต่อแพทย์. การกระทำหรือพูดเช่นนี้ถ้าไปปฏิบัติกับผู้อื่น ๆ เขาอาจไม่เข้าใจและอาจเห็นเป็นไม่สมควรก็ได้, เพราะเขาย่อมแปลตามความเข้าใจของเขา. เพราะฉะนั้นการโต้เถียงปัญหาในวิชาแพทย์จึงควรกระทำเฉพาะในชุมนุมของแพทย์. ถ้าหากจะมีการเผยแพร่ทั่วไป, ก็ควรเผยแพร่แต่ข้อสรุป, มิใช่รายละเอียดของการโต้แย้ง, ซึ่งรังแต่จะก่อความเข้าใจผิด. ถ้า

แพทย์จะเถียงกันในหมู่แพทย์, ซึ่งทุกคน  
เข้าใจดีว่าเถียงกันตามความเห็น; อาจ  
ผิดทั้งคู่ก็ได้, ถูกทั้งคู่ก็ได้. ถ้าแพทย์ไป  
เถียงกันในที่เปิดเผย, ความเข้าใจผิด  
ย่อมบังเกิด. ประชาชนจะเห็นไปว่า "หมอ  
แตกกัน" เป็นเหตุให้เกิดความขุ่นข้อง.

ประชาชนจะรู้สึกว่าจะช่วยหมคที่ฟัง,  
เพราะเขาจะรู้สึกว่าจะต้องตัดสินว่าฝ่ายใด  
ถูกฝ่ายใดผิด, และเขาย่อมไม่อาจทำได้.  
เพื่อข่มขู่กันเข้าใจผิดเช่นนั้น, ปัญหาของ  
แพทย์จึงควร ถกเถียงกันแต่ในหมู่แพทย์  
เท่านั้นโดยเฉพาะ.

### เงินค่าบำรุงสารศิริราช

ค่าชอกรับหนังสือ ๑ ปี : ๑๒.๐๐ บาท

ค่าส่งทางไปรษณีย์ : ๓.๐๐ บาท

(รวมเป็นเงิน ๑๕.๐๐ บาท)

ส่งเงินทางไปรษณีย์และสั่งจ่ายที่ : ป.ณ. หน้าพระลาน

ผู้รับเงิน : ผู้จัดการสารศิริราช

## แผนกย่อเอกสาร

ผู้ขอในฉบับนี้: ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., สำราญ วงศ์พาทย์ พ.บ., วิเชียร ติลกสัมพันธ์ พ.บ., มงคล โมกขะสมิต พ.บ., พร วราเวช พ.บ., F.I.C.S, บุญเรือง นิยมพร พ.บ., อรุณ สันตดุสิต พ.บ.

๑. A. H. Tuttle, James N. Etteldorf. Molybdenized Ferrous Sulphate (Mol-Iron) in the Treatment of the Anemia of Premature Infants. (โมลิบดีนัมในสัลเฟอร์รัสซัลเฟต ในการรักษาโรคโลหิตจาง ในเด็กคลอดก่อนกำหนด) J. Ped. 41: 170-175 (1952).

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ Molybdenized Ferrous Sulphate (Mol-Iron) ในการรักษาโรคโลหิตจางในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวระหว่าง ๑-๒ กก. เมื่อแรกคลอด, โดยแบ่งทารกพวกนี้ออกเป็น ๓ พวก: (๑) พวกแรก, ๑๕ คน, ให้ Mol-Iron วันละ ๒๐ มก. (๒) พวกสอง, ๑๕ คน, ให้น้ำยาเหล็กและแอมโมเนียมซัลเฟตซึ่งมีเหล็ก ๒๐ มก. ต่อวัน. (๓) ค็อนโทรล ๑๐ คน, ไม่ให้เหล็กเลย. ทั้งสามพวกได้รับวิตามินต่าง ๆ เท่ากันและนมเหมือนกัน. ได้ตรวจ

ฮีโมโกลบิน, ฮีมาโตคริต, น้มน้ำหนักเลือดแดง, น้มน้ำหนักฮีมาโตคริต, คีค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินในเม็ดเลือด (M.C.H.) และปริมาณเฉลี่ยเม็ดเลือด (M.C.V.) ในวันแรกคลอด, วันที่ห้าหลังคลอด, และทุก ๆ สิบวันต่อไป, จนเด็กมีน้ำหนักตัว ๒.๕ กก.

ผล: พวกที่ (๑) และ (๒) มีอาการโลหิตจางรุนแรงน้อยกว่าพวกที่ (๓), และพวกที่ (๑) ดีกว่าพวกที่ (๒). เด็กพวกนี้ทน Mol-Iron ได้ดีกว่าเหล็กแอมโมเนียมซัลเฟต.

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ.

๒. W. A. B. Campbell. Methaemoglobinaemia due to Nitrates in Well-Water (เมธิโมโกลบินีเมียเนื่องมาจากไนเตรตในน้ำขุ่น) B.M.J., 4780: 371 (1952).

เมธิโมโกลบินีเมียจากเหตุเดียวกันนี้ ได้เคยมีรายงานหลายรายจากคานาดา,

อเมริกา, เมลเชื่อมและท่อน ๆ. ผู้รายงาน  
 เข้าใจว่าเป็นรายแรกในไฮวแลนด์เหนือ.  
 ผู้ป่วยเป็นเด็กทารก, กินน้ำนมมารดาได้  
 ๓ เดือนก็เปลี่ยน เป็นกินน้ำนมผสมแทน,  
 โดยใช้ น้ำจากบ่อภายในบริเวณบ้าน. ทำ  
 เช่นนี้ได้ ๑ สัปดาห์ก็เริ่มมีอาการอาเจียน  
 วันละ ๒-๓ ครั้ง, มักเป็นภายหลังกิน  
 น้ำนมผสมได้ ๑-๒ ช.ม., ไม่รุนแรงนัก.  
 ได้กินยา "citrate tablet" เพื่อบรรเทา  
 อาเจียนอยู่ ๑ สัปดาห์, แต่ไม่ทุเลา. ต่อ  
 มาอาเจียนรุนแรงขึ้นและอุจจาระมีสีเขียว.  
 แล้วมีอาการผิวหนังเขียว (ซีอะโนสิส) ทั่ว ๆ  
 ไป. รับไว้ในโรงพยาบาล, วินิจฉัยค้น  
 แรกว่า "ผิวหนังเขียวสาเหตุจากระบบทางเดิน  
 อาหาร". ตรวจเลือดคำพบว่า มีลักษณะ  
 โลหิตทางเล็กน้อย, แต่ที่สำคัญคือเมธิ  
 โมโกบินมีเมียบเกินซัด, ทั้งตาเปล่าและ  
 โดยสเป็คโตรสโคป. น้ำย่อยจาก  
 กระเพาะอาหารนำไปเพาะเชื้อโคลิฟอร์ม co-  
 liform. นำน้ำจากบ่อมาวิเคราะห์ได้สาร  
 ในเตรทอยู่ ๑๑๖ ส่วนในล้าน, เพาะเชื้อ  
 ได้ coliform ๕๐ ตัวต่อ ๑๐๐ ลบ.ซม.  
 จึงลงความเห็นว่าเป็นสาเหตุของอาการ  
 ในเตรท. ได้ทำการรักษาโดยให้กินกรด  
 แอสคอร์บิกขนาด ๕๐ มก. ทุก ๔ ช.ม.

อาการผิวหนังเขียวเริ่มทางลงและหมดไปใน ๔  
 วัน. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น. อยู่ ร.พ. ได้ ๖  
 วันก็กลับบ้านได้. ได้แนะนำให้เลิกใช้น้ำบ่อ.

ผู้รายงานสงสัยว่าเด็กที่ผิวหนังเขียวและ  
 ทาย, อาจเป็นเพราะอย่างนี้มาก, และ  
 เข้าใจผิดว่าเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด.

ดำรง เพ็ชรพลาช พ.บ.

๓. John W. Wall, Norman Shure.  
 Intranasal Cortisone (การใช้คอร์ติ-  
 โซนในจมูก) A. M. A. Arch. Otol.  
 172-176 (1952).

ในการใช้คอร์ติโซน หยอดจมูกคน  
 ใช้ที่เป็นโรคคัดจมูก (allergic rhinitis)  
 ปรากฏว่าไม่ได้ผลเพราะว่ายาถูกต้องเยื่อ  
 จมูกไม่นานพอ, และน้ำมูกยังล้างยาออกไป  
 โดยเร็วอีกด้วย. ถ้าใช้ฉีดเข้าไปใน  
 เทอร์บิเนตอันล่าง, ขนาดยา ๒.๕ ถึง  
 ๒๕.๐ มก. ที่ละข้างห่างกันประมาณ ๖-๗  
 วัน, สลับกันประมาณ ๔ วัน, ผลปรากฏ  
 ว่า ๘๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่เป็นโรคคัด  
 จมูกอาการหายไปนาน ๖ สัปดาห์ ถึง  
 ๑๐ เดือน.

สำราญ วัศพาศ พ.บ.

6. Warren F. Walker, Jr., Jules E. Zessman: A Case of Incomplete Pericardial Cavity in the Cat (ช่องรอยหัวใจไม่สมบูรณ์ในแมว) *Anat. Rec.* 133 : 459-464 (1952).

แมวตัวผู้โตเต็มขนาดตัวหนึ่ง, หัวใจอยู่ในช่องหุ้มปอดข้างซ้าย, ทางหน้ากลีบกลางของปอด. ช่องรอยหัวใจข้างขวาปรกติ, แต่ข้างซ้ายเกือบไม่มีเลย, เหลืออยู่เพียงกะบังเล็ก ๆ ๒ อันที่ข้างหน้าและข้างหลัง. ช่องเปิดของกะบังอันหลังหันไปทางหน้า. กะบังอันหน้าเล็กกว่า, รุ่ยหักหันไปทางหลัง. ขอบบนและขอบล่างของกะบังทั้งสองติดต่อกันด้วย pericardial tissue เป็นสันเตี้ย ๆ, จึงทำให้ปรากฏเป็นรูปร่างใหญ่ทางซ้ายของถุงหุ้มหัวใจ. หัวใจลอกครุนไปอยู่ในช่องหุ้มปอดข้างซ้าย. ขอบของรเวียบและหนากว่าเยื่อหุ้มหัวใจที่มอยู่.

ความสัมพันธ์ของโคโรนารีไซนัส, หลอดเลือดใหญ่ที่เข้าและออกจากหัวใจ, และการพับกลับของเยื่อหุ้มหัวใจ (เป็น visceral pericardium) ปรกติ. ความสัมพันธ์ของอวัยวะอื่นก็ปรกติ.

หัวใจโตกว่าธรรมดาเล็กน้อย. เยื่อหุ้มชั้นนอกหนากว่าธรรมดาประมาณ ๒ เท่า.

นอกจากนี้ไตซ้ายยังมีผิดปกติ, คือมีก้อนของเนื้อไตที่ผิวและหลอดไตออกจากด้านหลังของปลายบน.

ผู้รายงานอธิบายว่าการผิดปกตินี้เห็นแต่กำเนิด, ไม่ใช่เกิดจากบาดเจ็บ. การผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจเชื่อว่าเกิดจากการเจริญของเยื่อพลิวโร-เพอริคาร์เดียมข้างซ้ายไม่สมบูรณ์. แต่ทำไมจึงเกิดและทำไมเป็นข้างซ้าย, ยังไม่รู้แน่. เชื่อกันมากกว่าเนื่องจากหลอดเลือดดำแอนทีเรียร์คาร์ดินัลและ duct of Cuvier เหนียวไปเร็วกว่าธรรมดา. ถ้าความเห็นนี้เป็นจริง, การผิดปกติเช่นนี้จะไม่พบในสัตว์มีสันหลัง, ซึ่งหลอดเลือดดำแอนทีเรียร์คาร์ดินัล duct of Cuvier ยังคงทำหน้าที่อยู่ในวัยโตเต็มขนาด.

เนื่องจากแมวมีชีวิตอยู่ได้จนโต, ดังนั้นช่องหุ้มหัวใจโดยเฉพาะ (separate pericardial sac) ก็ไม่ใช่อวัยวะจำเป็นของชีวิต. จึงเชื่อว่าการมีช่องหุ้มหัวใจนั้นเป็นผลเกิดจากความคลคลายตามพงษ์

พันธ์ของสัตว์ (phylogeny) และความ  
คลี่คลายเฉพาะตัว (ontogeny).

วิเชียร ติลกสัมพันธ์ พ.บ.

๕. James W. Jordon. Cutaneous Allergy from Local Contact with Isonicotinic Acid Hydrazid (อาการแพ้ทางผิวหนังเนื่องจากติดต่อกับไอโซนิโคตินิก แอซิดซัยคราซิด). J.A.M.A. 149:1316 (1952)

รายงานนี้เป็นรายแรกของการเกิดเม็ด  
ผื่นชนิดเคอร์มาโตสิสเวเนนาตาขึ้น. ภาย  
หลังที่ติดต่อกับไอโซนิโคตินิกแอซิดซัย  
คราซิด. ผู้ป่วยเป็นนักเกดส์เคมี, ทำงาน  
ติดต่อกับยานี้ได้ ๑๕ วันก็เกิดผื่นขึ้นที่  
หลังมือ. ต่อมาลามเป็นที่หลังมือทั้ง ๒  
ข้าง, คำนหน้าและหลังข้อมือทั้ง ๒, และ  
บริเวณหน้าและข้าง ๆ คอเล็กน้อยเป็น  
ชนิด acute vesicular confluent  
dermatitis venenata. เมื่อหยุดทำงาน  
ผื่นก็ค่อย ๆ หายไป. ในระหว่างที่เม็ด  
ผื่นได้ทำ patch test โดยใช้สารเคมี  
ต่าง ๆ ที่เขาเคยทำอยู่. ปรากฏว่าได้ผื่น  
เป็นตุ่มเฉพาะเม็ดยาไอโซนิโคตินิกแอซิด  
ซัยคราซิดแต่อย่างใดเท่านั้น. ต่อมา

ได้ทดลอง patch test กับสารไอโซนิ-  
โคตินิกแอซิดซัยคราซิดแท้ ๆ ก็พบว่าให้  
ปฏิกิริยาเช่นเดียวกัน. เมื่อเอาส่วน  
ประกอบอื่น ๆ ในยาเม็ดนี้ (ไม่ใช่ตัวซัย-  
คราซิด) มาลองก็ไม่ได้ปฏิกิริยาเลย.

มงคล โมกษะสมิต พ.บ.

๖. Morris Seigel, Morris Greenberg, M.C. Magee. Tonsillectomy and Poliomyelitis (การตัดทอนซิลกับโรคโปลิโอ ฯ) J. Ped. 5:537-547 (1951)

ในปี ๑๙๔๕ ที่ New York ตัดทอน  
ซิลทั้งหมด ๕๓,๐๐๗ ราย. ปรากฏว่า  
หลังจากตัดแล้ว, มีผู้ป่วยเกิดเป็นโปลิโอ  
ถึง ๕๐ ราย, และผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็น  
โปลิโอหลังจากตัดทอนซิลนี้อายุต่ำกว่า  
๑๐ ขวบ. เกือบที่น่ากลัวอันตรายสำหรับ  
การตัดทอนซิลคือเดือนเมษายน, พฤษภาคม,  
มิถุนายน, กรกฎาคม. เดือนที่ปลอดภัย  
คือ ธันวาคม, มกราคม, กุมภาพันธ์,  
มีนาคม.

สำราญ วงศ์พำห้ พ.บ.

๗. Marvin W. Simmons. Poliomyelitis and the Laryngologist (โพลิโอกับ แพทย์ลาริงซ์) A.M.A. Arch. of Otol. 1: 55-60 (1952).

ความสำคัญของแพทย์ทางวิทยาลา-  
ริงซ์ในการร่วมรักษาโรคโพลิโอกำลังมี  
ผู้รับรองมากขึ้นทุก ๆ ที่, โดยที่ได้เห็น  
แล้วว่า การรักษาของเขาอาจช่วยชีวิตได้.  
ผู้เขียนได้ค้นเรื่องเก่า ๆ มาอย่างมากมาย  
เช่น Wilson (๑๙๓๒) ให้ความเห็นว่  
การเจาะหลอดคอ (เทรเคีย) สามารถ  
ช่วยชีวิตผู้ป่วยได้เมื่อ มีเสมหะ มากใน  
หลอดลม. ในปี ๑๙๓๖ ก็มีผู้แสดง  
ความเห็นว่าการเจาะหลอดคออาจช่วยใน  
ราย bulbar poliomyelitis. ในสหรัฐ  
อเมริกาเมื่อมีการระบาดของโรคโพลิโอ  
แพทย์ไม่ล้มเลิกว่าทางหายใจอาจถูกอุดกั้น  
เมื่อไรก็ได้. การเจาะหลอดคอมีผลช่วย  
ชีวิตได้แน่นอน. Priest, Boies และ  
Goltz (๑๙๔๑) ได้รายงานการระบาดที่  
มินนิอาโพลิส, มีผู้ป่วย ๑๘๓๐ ราย;  
๕๐๐ ราย วินิจฉัยว่าเป็นชนิดบัลบาร์. ได้  
เจาะหลอดคอ ๑๕ ราย, รอดตาย ๒๕  
ราย. ในปี ๑๙๔๘ เกิดระบาดอย่างมาก  
ทางฝั่งแปซิฟิกของอเมริกา. Miller และ

Buck พบ ๓๘๘ รายเป็นชนิดบัลบาร์;  
ได้เจาะคอ ๑๕๘ ราย, ตาย ๑๐๑ ราย.  
ให้ความเห็นว่าตายน้อย. ในปี ๑๙๔๖  
ถึง ๑๙๕๕ มีผู้ป่วยโพลิโอมารับการรักษา  
ที่ลอสแอนเจลิสเจเนอรัลฮอสปิทัลดีกว่า  
๖๐๐๐ ราย; ได้เจาะคอ ๓๕๗ ราย.  
ในปี ๑๙๕๐ ผู้เขียนเรื่องนรายงานว่าได้  
รักษาโพลิโอ ๑๐๑ รายที่เฟรสโนเคาน์  
ตี้เจเนอรัลฮอสปิทัลด. มีชนิดบัลบาร์และ  
บัลโอบะไปนัล. เจาะหลอดคอ ๑๕ ราย,  
ตาย ๖ ราย. เขาให้ความเห็นว่าควรระวัง  
ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกว่ามีอาการ  
หายใจขัดหรือไม่. ถ้ามีแล้วต้องรีบแก้ไข  
ทันที, เพราะอันตรายเกิดเร็วมาก. ต้อง  
คอยดูแลอย่างระมัดระวัง. ควรเจาะ  
หลอดคอทันทีเมื่อไม่แน่ใจว่าทางเดินอากาศ  
จะโล่งอยู่ตลอดไป. การทำ postural  
drainage หรือใช้เครื่องดูดทางปากและ  
จมูกเป็นการไม่เพียงพอ, แม้ผู้ป่วยจะหายใจ  
ชัดเพียงเล็กน้อย. อากาศกลืนไม่ลง  
หรือไอบ่งว่ามีสิ่งมาขัดทางเดินหายใจ,  
ควรทำผ่าตัดทันที. เมื่อมีการเกร็งหรือ  
พาราลิซิสของสายเสียง, ปอดควมน้ำ  
(อิกิม่า) หรือปอดแฟบ, การเจาะหลอด  
คอเป็นของจำเป็นมาก. เด็กที่อยู่ในเครื่อง

ช่วยหายใจที่มีอาการขลิบวาร์, ก็ควรเจาะคอ, เพราะผู้ป่วยอาจคุกเขาเสมหะเข้าปอดได้, ซึ่งเป็นอันตรายมาก.

การเจาะหลอดคอเป็นการช่วยชีวิตเมื่อหายใจขัดโดยมีเสมหะมาก, โดยสารรังสีเสียหายที่ในการบดกัน, หรือโดยสายเสียงหย่อน. แอสโทซิสเนื่องมาจากหายใจไม่พอ, มีคาร์บอนไดออกไซด์มาก, และแอสโทซิสเนื่องมาจากเมตะบอลิซึม, โดยทิสซิ่วจากออกซิเจน, ทำให้เกิดโคมาและตายได้. คนที่เป็นโปลิโอมีอาการกระสับกระส่ายอาจเนื่องมาจากทางหายใจไม่ปลอดโปร่ง, ต้องรักษาโดยเร็ว. การเจาะหลอดคอทำในระยะแรก ๆ มีผลแน่นอนและปลอดภัยยิ่งกว่า postural drainage, หรือการดูดอย่างเคี้ยว.

(ผู้ย่อเอกสารรายนึ่งยังไม่คุ้นกับอาการของโรคโปลิโอมากนัก, แต่ยินดีให้การร่วมมือ, ถ้ามีผู้ต้องการให้ช่วยทางลา-ริงซ์.)

พร วราเวชช์ พ.บ., F.I.C.S.

๘. Hargraves, Mills, Heck: Aplastic Anemia associated with Administration of Chloramphenicol.

(เลือกทางอะพลาสติกเกี่ยวกับการใช้ยาคลอโรมัยเซทิน) J.A.M.A. 14 : 1293 (1952).

รายงานผู้ป่วย ๑๐ รายที่เป็นโรคเลือกทางอะพลาสติกเกี่ยวกับการใช้ยาคลอโรมัยเซทิน. เขาได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับกลไกที่ทำให้เกิดเลือกทางดังนี้:—

(๑) เกี่ยวกับความไวต่อยา. ใน ๔ ราย การให้คลอโรมัยเซทินชดแรกดูเหมือนไม่มีผลร้ายอะไร, ต่อเมื่อให้ชุดที่ ๒ จึงปรากฏอาการ, ทำให้คล้ายกับไขกระดูกไม่ทำงาน. ส่วนอีก ๓ รายได้รักษาด้วยคลอโรมัยเซทินเป็นครั้งคราว, แล้วจึงเกิดอาการขึ้น. (๒) Acute aplasia ของไขกระดูก. เกิดใน ๒ รายที่ได้รักษาเพียงชุดเดียวเท่านั้น. (๓) การกดไขกระดูกซ้ำ ๆ. มี ๑ รายกินยาวันละ ๐.๒๕ ก. ติดต่อกัน ๖ เดือน. จึงเกิดเลือกทางอะพลาสติก, และฟื้นได้ภายหลังหยุดยา.

๕ รายได้ตายภายหลังการรักษาอย่างเต็มที่, โดยอาการเลือกออกไม่หยุด. แสดงว่าวิธีรักษาเลือกทางทั้งหลายไม่ได้ผลเลย. ได้พยายามรักษาด้วยคอร์ติโซน, ACTH และวิตามินบี ๑๒ โดยได้ผล

ไม่แน่นอน. การให้เลือดอาจช่วยบรรเทาอาการได้,

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๕. Rheingold, Spurling: Chloramphenicol and Aplastic Anaemia (คลอโรมัยเซทินกับเลือดจางอะพลาสติก.)-J.A.M.A, 14, 1301 (1952).

รายงานผู้ช่วย ๕ ราย, บัวยักวยโรคเลือดจางอะพลาสติก, ภายหลังรักษาด้วยคลอโรมัยเซทิน. ๔ รายได้หายไปแล้ว. ๑ รายกำลังรักษาอยู่. ผู้ช่วยทั้ง ๕ รายนี้ได้รับคลอโรมัยเซทิน ๒-๔ ซีกเป็นระยะ ๆ, พร้อมกัวยาชนิดอื่นซึ่งไม่น่าจะทำให้เกิดเลือดจางอะพลาสติกได้. เขาให้ความเห็นว่า, คลอโรมัยเซทินอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเลือดจางนี้ได้.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๑๐. I.W. Monie. Double Ureter in two Human Embryos (ท่อไตคู่ในเอ็มบริโอของคน ๒ ราย) Anat. Rec. 2: 195-244 (1949).

รายแรกเป็นเอ็มบริโอขนาด ๕๐ มม. (C. R.) ทำเซ็คชันตามขวางหนา ๒๐

ไมครา, แล้วสร้างควัยขงจากเซ็คชัน. พบว่ามีปลายเบ็ดของท่อไตอยู่ในผนังกระเพาะปัสสาวะ ๕ ร. รูเบ็ดของท่อไตทางขวาอยู่เกือบระดับเดียวกัน. ส่วนทางซ้ายซ้าย, รูเบ็ดอันใกล้กลางอยู่สูงกว่าอันใกล้ริม. ส่วนปลายของท่อไตอันใกล้ริมทั้ง ๒ ข้างโง่งออกมาเล็กน้อย. โดยเฉพาะอันข้างขวารูเบ็ด สอดเข้าไปในผนังของกระเพาะปัสสาวะและชชินบน. จากการตรวจต่อไป พบว่าท่อไตอันใกล้ริม ทอดลงมาจากรวยไตอันล่าง, และท่อไตอันใกล้กลางทอดลงมาจากรวยไตอันบน. ในตอนต้น ๆ ท่อไตอันใกล้ริมทอดอยู่หน้าอันใกล้กลาง. แต่พอมาใกล้กระเพาะปัสสาวะจึงแยกมาอยู่เป็นอันใกล้กลางและใกล้ริม. ท่อไตอันใกล้ริมทอดหย่อนลงไปต่ำกว่าอันใกล้กลาง. การวัดระยะรูเบ็ดของท่อไตเพื่อเปรียบเทียบกับเอ็มบริโออื่น ๆ ได้ผลดังนี้, คือระยะระหว่างท่อเมโสเนฟริกจนถึง

ท่อไตยาวราว ๕๘๐ ไมครา, ระยะจากท่อเมโสเนฟริกถึงยอดของกระเพาะปัสสาวะยาว ๒๐๖๐ ไมครา.

อีกรายหนึ่งเป็นเอ็มบริโอขนาด ๕๕ มม. (C. R.) รายงานไม่ได้ทำเซ็คชันตามขวางแต่ทำโคโรนัลเซ็คชันหนา ๒๐ ไม-

ครา. ปรากฏว่าข้างขวามีท่อไต ๒ อัน, ซึ่งเปิดเข้าสู่ตรงส่วนบนเป็นรูปร่างของกะเพาะปัสสาวะ. รูเปิดอันใดอันหนึ่งมีรูปร่างต่ำกว่าอันใดอันหนึ่ง, และระยะระหว่างรูเปิดทั้ง ๒ นี้ห่างกันราว ๒๐๐ ไมครา.

ผู้เขียน วิจารณ์ว่าท่อไตคู่อาจพบในเอ็มบริโอในระยะเวลาตั้งแต่สัปดาห์ที่ ๓ ถึงที่ ๕. แต่รูเปิดของท่อไตอันใดอันหนึ่งและโกลีรีมจากงานของเขานั้นแย้งกับรายงานของโพห์ลแมนและกฎของไวเกอร์ทเมเยอร์, ที่ว่าท่อไตอันใดอันหนึ่งควรมีตำแหน่งรูเปิดที่กะเพาะปัสสาวะ อยู่สูงกว่าของอันใดอันหนึ่ง. จากงานของผู้เขียนพบว่า. ในเอ็มบริโอขนาด ๕๐ มม. ทางข้างซ้ายมีท่อไต อันใดอันหนึ่งมีรูปร่างต่ำกว่าอันใดอันหนึ่ง, ส่วนทางข้างขวาอยู่ในระดับเดียวกันหรืออันทางใดอันหนึ่งจะสูงกว่าอันใดอันหนึ่งเล็กน้อย. ในเอ็มบริโอขนาด ๕๕ มม. มีท่อไตทางขวาอันใด

อันหนึ่งมีรูปร่างต่ำกว่าอันใดอันหนึ่ง.

ข้อที่แย้งกันอาจเป็นควยสาเหตุดังต่อไปนี้: (๑) ท่อไตอันใดอันหนึ่งอาจมีการพันรอบผนังของท่อเมโสเนฟริกเป็นระยะสั้นกว่าของอันใดอันหนึ่ง. ดังนั้นจึงไปเปิดในกะเพาะปัสสาวะ ในระดับต่ำกว่าอันใดอันหนึ่ง. (๒) กะเพาะปัสสาวะมีส่วนตรงกลางและโกลีรีมเจริญไม่เท่ากัน. โดยทั่วไปส่วนโกลีรีมควรจะเจริญเติบโตเร็วกว่าส่วนตรงกลาง, ซึ่งเป็นผลทำให้รูเปิดของท่อไตอันใดอันหนึ่งมีรูปร่างสูงกว่าอันใดอันหนึ่ง. แต่ในผลงานของผู้เขียนพบรูเปิดของท่อไตอันใดอันหนึ่งมีรูปร่างต่ำกว่าของอันใดอันหนึ่งนั้นอาจเป็นเพราะใน ๒ รายงานมีการผิดปรกติในการเจริญเติบโตของกะเพาะปัสสาวะ, โดยมีส่วนกลางเจริญเร็วกว่าส่วนโกลีรีม.

อรุณ สันตคุสิต พ.บ.

# ปกิณณกะ

## ๑. ข้อควรระวังเรื่องนิ้วน้ำค

นิ้วน้ำค (กอลด์สไตน์) โดยมากพบในหญิงอายุเกินสี่สิบปี. บางรายไม่มีอาการเลย, แต่บางรายก็มีอาการชา, เล็บ, ท้องอืด, และปวดท้องบ่อย ๆ ซึ่งมักเริ่มที่ในท้องตอนใต้ชายโครงขวาและกระจายไปที่สะบักทางค้ำหลัง.

ถ้าก้อนนิ้วน้ำคทำให้ไม่สบาย, ก็ควรเอาออกเสียในโอกาสแรกที่สะดวก, ก่อนที่การอักเสบซึ่งเกิดรอบ ๆ มันจะทำอันตรายต่อค้ำ. การผ่าตัดก็เสียค้ำแต่อาการยังไม่มากเป็นการปลดค้ำดีกว่าที่จะปล่อยให้อักเสบรุนแรง. คนที่รออยู่จนมีอาการที่ช้ำนอาจต้องเสียชีวิตก็ได้.

ยังไม่พบยาหรือของสิ่งใดที่จะสามารถละลายก้อนนิ้วน้ำค. มีคนเชื่อว่าถ้ากินน้ำมันโอลีฟอาจทำให้ก้อนนิ้วหลุดออกมาได้, แต่ความจริงก็อันเล็ก ๆ ที่เขาพบในอุจจาระ นั้นเป็น ก้อนสบูซึ่งเกิดจากน้ำมันโอลีฟนั่นเองตกแปรเปลี่ยนไประหว่างที่ผ่านลงไปตามลำไส้. ยังไม่มีวิธีรักษาด้วยอาหาร วิธีใดที่จะบรรเทาอาการเจ็บปวดจากนิ้วน้ำค. ข้อที่อาจเป็นประโยชน์บ้างคือการกินอาหารครึ่งละน้อย ๆ, และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีมันจก.

สนอง อุณาภูล พ.ศ., M.S.

## ๒. การผลิตยารักษาโรค

นายแพทย์แถบทวีปเอเชียก็มีแพทย์ชาวจีนที่ใ้พยายามเดินแบบคามฝรั่งในการผลิตยารักษาโรคต่างๆ อยู่เสมอ, และนับว่าทำได้ผลสำเร็จค้ำมาก. ไม่ว่าจะมียา

ออกมาใหม่อย่างไร, เขาก็อุตส่าห์พยายามทำตามจนโตเสมอ. ในค้ำนการค้ำค้ำก็เช่นกัน, นายแพทย์จีนก็ทำอะไร ๆ ใ้คล้ายค้ำ. ท่านศาสตราจารย์กิตติฯ

ไต่ก็ยังสามารคค้นพบเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ หลายอย่าง, ไม่แพ้อาจารย์, คือนายแพทย์ คือคนแห่งประเทศไทยขณะนี้. ยาญี่ปุ่นเคยแพร่หลายในบ้านเรามากในสมัยก่อนสงคราม, และเดี๋ยวนี้กำลังเริ่มเข้ามาอีกแล้ว. แต่ในบ้านคุณภาพอาจยังมีข้อต้องระวังกันมาก. เคยมีคนไข้คนหนึ่งนำยานีโอซัลวาร์ซาน ของ ญี่ปุ่น ไปให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ฉีดยา. ข้าพเจ้าไม่เคยใช้ยาญี่ปุ่นเลย, แต่เวลานั้นเป็นเวลาขาดแคลนจึงต้องจำใจฉีดยาให้คนไข้. พอยาหมดหลอด, คนไข้ก็มีอาการต้องวิ่งไปห้องซ่อมทันที. ทิ้งแล้วมีอาการอาเจียนสองสามหน, อ่อนใจจนลุกไม่ขึ้น. ข้าพเจ้าฉีดยาอีกทีให้หนึ่งเข็ม. หนีไปจนถึงหกชั่วโมงจึงลุกขึ้นได้. บอกว่าเซ็ง, ไม่ฉีดยาอีกต่อไป.

ถึงอย่างไรก็ดี, ยาญี่ปุ่นก็มีส่งเข้ามาเสมอ, และก็มีผู้ซื้อใช้, เพราะราคาเขาว.

คนไทย เราควรระวังถึงเรื่อง ผลลิตยาใช้กันบ้าง, เสียแรงที่ไปอบรมงานกันมาก ๆ. มีเดื่อนั้นไปหมอบไทยก็จะมิข้อเพียงว่าซงกาแพ่งเท่านั้น.

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะวิชาก็เหมือนกัน, ยังไม่ค่อยมีผู้ปฏิบัติได้จริงจังเหมือนกันในต่างประเทศ. ที่กรุงโตเกียวมีโรงพยาบาลเฉพาะโรคเป็นอย่าง ๆ. มีโรงพยาบาลคลอดบุตร, สูตินารี, เบาหวาน, ไต, ผิวหนัง, กามโรค, ตา, ฯลฯ. ที่กรุงเทพฯ เห็นมีแต่กุมารเวชและตาหคองมก, เพียงสองแห่ง. ควรจะมีให้มาก, ทุก ๆ สาขา, แพทย์ก็มากพอจะแบ่งแยกกันได้แล้ว. สมัยเมื่อสมัยมาแล้ว, คุมหมอบสันต์อะคิมชัน, พวกนายแพทย์ต่างประเทศในกรุงเทพฯ ได้ประชุมกัน, แบ่งแยกหน้าที่กัน, และต่างแนะนำคนไข้ให้กันและกัน. มีหมอบซ์วก, หมอบอิ. โรเตอร์, หมอบคิ. เฮียววาคเฮยส์, หมอบยอร์ชแมคฟาร์แลนด์, หมอบแคมป์-เฮลล์ชยเฮ็คค, หมอบในทิงเกล, หมอบคิลลิก. การที่ดำเนินไปอย่างเรียบร้อย. มีประโยชน์ทั้งฝ่ายแพทย์และผู้ป่วยเจ็บ, เพราะไม่ต้องใช้วิธีทอคแหโครมอย่างในปัจจุบัน.

ควรดำรงให้

# แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ส.จ.)

## ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

**สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๔๕๕**

๑. จำนวนผู้ป่วย	(ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล					รวมทุกแผนก	
	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ		
<b>ก. (นอก) ใหม่</b>	๑,๔๕๓	๘๘๘	๕๑๐	๘๘๑	๗๕๒	๔,๘๘๔	
<b>เก่า</b>	๑,๖๔๔	๑,๓๐๖	๑,๔๘๕	๘๕๕	๑,๒๗๑	๖,๖๐๑	
<b>รวม</b>	๓,๐๙๗	๒,๑๙๔	๒,๙๙๕	๑,๗๓๖	๒,๐๒๓	๑๑,๔๘๕	
<b>ข. (ใน)</b>	๑๓๖	๒๕๖	๖๒๖	๑๑๗	๑๖๑	๑,๒๙๖	
<b>๒. จำนวนการผ่าตัด</b>	ศัลยฯ	๒๘๑	จักษุฯ	๑๕๖	สูติ-นารีฯ	๑๔๗	รวม ๖๒๔ ราย
<b>๓. จำนวนเด็กเกิด</b>	ชาย	๑๕๓	หญิง	๑๕๔	รวม	๓๐๗	คน
<b>๔. จำนวนเด็กคลอดตาย</b>	ชาย	๑๒	หญิง	๓	รวม	๑๕	คน
<b>๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย</b>	๕๖ คน (๓.๕๑ ในร้อยของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๗ ราย						
	(๑๒.๕๐ ในร้อยของที่ตายทั้งหมด)						
<b>๖. จำนวนการย้ายเลือด</b>	ในโรงพยาบาล ๓๗๒ ราย ข้างนอก ๘ ราย รวม ๓๘๐ ราย						
<b>๗. แผนกรังสีวิทยา</b>							
<b>ก. รังสีเอ็กซ์</b>	ตรวจ ๑,๗๘๘ คน รักษา (ใหม่) ๓๓ คน จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๘๒๕ ครั้ง						
<b>ข. รadium</b>	รักษา ๑๘ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๕๗ ครั้ง						
<b>ค. ไดอะเทอม</b>	รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง						
<b>๘. แผนกศัลยกรรม</b>	ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๘ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๓,๐๘๒ ครั้ง						
<b>๙. แผนกพยาธิวิทยา</b>	ตรวจศพ ๑๗ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๕๓๕ (จากภายนอก ๓๗) แอ็กกูติเนชัน ๕๘ วิสเซอร์แมนและคาห์น ๑,๗๓๕ หมู่เลือด ๖๒๓ นั้มเม็ดเลือด ๑๑๐ ฟั้มเลือด ๖๗ น้ำไขสันหลัง ๖๓ อัจจาระ ๒๓๓ บัสสาวะ ๑๑๘ เสมหะและอื่น ๆ ๗๖ ตรวจทอลองตัวจิ๊ด (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๕๑ เพาะเชื้อในเลือด ๑๐๒ ฉีดสัตว์ ๒ รวมตรวจต่าง ๆ ๓,๘๕๑ อย่าง ศพชาติรับไป ๔๑ ศพ ภายวิภาครับไป ๗ ศพ สปีหรือรับไป ๘๘ ศพ รวม ๑๓๖ ศพ						
<b>๑๐. หน่วยทันตกรรม</b>	ผู้ป่วยใหม่ ๑๗๕ คน เก่า ๑๖๗ คน รักษาโรคในปาก ๕๕ คน ถอนฟัน ๑๖๕ ฟันอุดฟัน ๗๑ ฟันผ่าตัดในช่องปาก ๓๐ คน						

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สมาน สมานวณิช และแผนกสถิติ)

**อนุโมทนา** มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และทรัพย์สินของบำรุงคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาลตั้งต่อไปนี้ (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป)

๑. ร.ท. โทศล กันตะบุตร ร.น. ๔๗ หน้าโรงเรียนชุมพลทหารเรือ จังหวัดสมุทรปราการ บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเงินทุน "กันตะบุตร" อุทิศส่วนกุศลให้แก่คณะครูและอาจารย์ของโรงเรียนแพทย์ที่ล่วงลับไปแล้ว ๒. คณะนักเรียนโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์ บริจาคเงิน ๑,๕๐๐.๐๐ บาท สมทบทุน "มูลนิธิของโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์ เพื่อค้นวิชาแพทย์ ในพระบรมราชูปถัมภ์" เนื่องในวันมหิดล ๓. นางนวล ทองรัช ๕๔๕ ง. ตำบลมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุนเสริมเรือนผ้าตัด แผนกสถิติศาสตร์ ฯ ๔. นายสัจจันต์ ทองปั้งโชติ ๘๑๒ ศรียาน พระนคร บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุน "คุณแม่ท้อ คุปตะวาณิช" เนื่องในการฉาปนกิจศพ นายนิธิ คุปตะวาณิช ๕. คุณชื่น ศรียาภย์ บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท สมทบทุน "ชื่น ศรียาภย์" ๖. น.ส. เขียว

แซ่ตั้ง ๘๒ สำเพ็ง พระนคร บริจาคเงิน ๓๒๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักยวิทยา ฯ ๗. นางบุญยิ่ง กันตะบุตร ๔๗ หน้าโรงเรียนชุมพลทหารเรือ สมุทรปราการ บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท สมทบทุน "กันตะบุตร" อุทิศส่วนกุศลให้นายยุง วีระกุล บิดาผู้ล่วงลับไปแล้ว ๘. นางเฮย แซ่ตั้ง ๘๒ ถนนราชวงศ์ พระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ๙. นายสมบรม วิชพันธ์ ๖๔๘ ตำบลบ้านโชค อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี บริจาคเงิน ๑๒๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักยวิทยา ฯ ๑๐. นายหม้อ แซ่เข ๕๑ วัดสังเวชวิศยาราม พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักยวิทยา ฯ

**การประชุมวิชาการประจำเดือน** เมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ค.ศ. นี้ คณะแพทยศาสตร์ ฯ ได้จัดประชุมวิชาการ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย โดยมีเรื่องที่น่าสนใจ คือ ๑. รายงานน็อนพาราสิติคซีสท์ของคัย โดยนายแพทย์วิกิจ วิจารณ์วัคคี (แผนกอายุรศาสตร์) ๒. รายงานผู้ช่วย ๒ รายงานโรคหัวใจชนิดไอเซ็นเม็งเกอร์

ค้อมเปลlick พร้อมด้วยรายงานการตรวจ  
ศพ ๑ ราย โดย นายแพทย์สวัสดิ์ สกล-  
ไทย (แผนกกุมารเวชศาสตร์) ๓. ราย  
งานผู้ช่วยเป็นซิทัสอินเวอร์ซุส และมีไอ-  
เซ็นเม็งเกอร์ค้อมเปลlick โดย นายแพทย์  
สมโพธิ พุกกระเวส (แผนกกุมารเวช-  
ศาสตร์) ๔. สาเหตุของซิทัสอินเวอร์  
ซุส โดย แพทย์หญิงฉนวนอมฤต ภูมิภักดิ์  
(แผนกกายวิภาคศาสตร์).

การช่วยเหลือบุคคลภายนอกเป็นพิเศษ

โดยมติคณะกรรมกรร ๖ ได้มีคำสั่งให้  
การช่วยเหลือแก่นิสิตที่แห่งจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย, นักศึกษามหาวิทยาลัย  
ธรรมศาสตร์ และเจ้าหน้าที่แห่งราชตฤณ  
มัยสมาคม ให้ได้รับการลดหย่อนค่า  
ธรรมเนียมต่าง ๆ ของโรงพยาบาล. ทั้ง  
นี้เป็นการตอบแทนที่องค์ การทั้ง สามได้  
ช่วย ทารายได้ให้แก่คณะ ๖. เช่นเดียวกับ  
ผู้อุปการะ ๖ ของคณะ ๖. ทั้งนี้ตั้งแต่  
วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๔๕๕ เป็นต้นมา.

อาจารย์กลับจากต่างประเทศ ๑. นาย  
แพทย์เชียร อุตยานัง อาจารย์กายวิภาค  
ศาสตร์ ซึ่งได้ไปปฏิบัติงานเกี่ยวกับกายวิภาค

ศาสตร์ ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน เอ็ม.  
เอส. เอ. ตั้งแต่เดือนตุลาคม ศกก่อน ได้  
กลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่ ๑๑ ตุลาคม  
น ท่านได้ไปปฏิบัติงานที่มหาวิทยาลัย เช่นค้  
หลย จนประมาณกลางเดือนมีนาคมจึง  
ได้ออกเดินทางไปประชุมที่สมาคมกาย  
วิภาคศาสตร์แห่งอเมริกา Providence,  
R.I. และจากนั้นได้เข้าร่วมประชุม Ame-  
rican Association of Physical  
Anthropologists ที่สถานศึกษาทาง  
วิทยาศาสตร์แห่งนิวยอร์ก แล้วได้เข้าฝัก  
งานที่สถาบันสมิทโซเนียน พิพิธภัณฑ์  
ชาติอเมริกา วอชิงตัน เป็นเวลา ๑ เดือน  
แล้วต่อมาได้ทำงานที่มหาวิทยาลัยนอร์ธ  
เวสเทินซีคาโก อีก ๑ เดือน จากนั้นได้  
กลับมาทำงานที่เช่นค้หลยส์ตามเดิม จน  
กระทั่งเดือน กันยายน ศกนี้จึงได้ออกเดิน  
ทางไปปฏิบัติงานที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย  
แล้วเดินทางกลับ.

๒. นายแพทย์ตระกูล กิติสิน อาจารย์  
สรีรวิทยา ซึ่งออกเดินทางจากกรุงเทพ ๖  
เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๔๕๕ เพื่อไป  
ปฏิบัติงาน ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน เอ็ม.  
เอส. เอ. ได้กลับถึงกรุงเทพ ๖ เมื่อวันที่  
๑๖ ตุลาคม ศกนี้ ท่านได้ไปฝักงาน ณ

แผนกศิริวิทยา มหาวิทยาลัยวอชิงตัน เซนต์หลุยส์ เป็นเวลา ๕ เดือน ในระหว่างนั้นได้รับแต่งตั้งให้เป็น Fellow in Physiology และท่านได้ทำการค้นคว้าทดลองเกี่ยวกับผลของอุณหภูมิและการตั้งตัว และหย่อนตัวของกล้ามเนื้อเรียบ และได้ถือโอกาสศึกษาเภสัชวิทยาและสรีรเคมีกับได้ช่วยคุณการปฏิบัติทดลองของนักเรียนแพทย์ที่นั่นด้วย ในระยะ ๓ เดือนหลังท่านได้ออกเดินทางทำงานเพิ่มเติมยังสถานศึกษาในมลรัฐต่าง ๆ อีก ๕ แห่งจนเดินทางกลับ.

๓. นายแพทย์ สนวน บุรณภวรงค์ อาจารย์รังสีวิทยา ได้ออกไปทำงาน ณ สหรัฐอเมริกา ตั้งแต่วันที่ ๑๓ ตุลาคม ศกก่อน โดยทุน เอ็ม. เอส. เอ. ได้เข้าทำงานทาง การวินิจฉัยโรคด้วย เอกซเรย์ที่สถาบันรังสีวิทยา Mallinckrodt โรงพยาบาลบารันส์มหาวิทยาลัยวอชิงตันเซ็นต์หลุยส์เป็นเวลา ๕ เดือน และได้รับแต่งตั้งเป็น Fellow in Radiology ต่อมาท่านได้เดินทางทำงานตามสถานศึกษาในมลรัฐต่าง ๆ อีก ๘ แห่ง รวมทั้ง เมโยคลินิก, มหาวิทยาลัยคาลิฟอร์เนียด้วย เป็นเวลา ๓ เดือน. จึงได้เดินทางกลับถึงประเทศ

ไทยเมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๔๙๕ นี้ ท่านได้รับเกียรติเป็นสมาชิกแห่งอินเตอร์เนชันนัลคอลเลจออฟเซอร์เจอนส์ (F.I.C.S.) ทางรังสีวิทยาทัวนี้ ตั้งแต่เดือนมีนาคม ศกนี้.

ขณะนี้ท่านอาจารย์ทั้งสาม ได้กลับมาสอนตามเดิมแล้ว เราขอแสดงความยินดีและหวังว่าท่านคงจะได้ทำประโยชน์น่าพึงพอใจแก่โรงเรียนและศิษย์ของท่านต่อไปด้วยดี.

โอนอาจารย์ นายแพทย์สนอง กาญจนาลัย อาจารย์รังสีวิทยา โอนไปรับราชการ ณ โรงพยาบาลตำรวจ กรมตำรวจ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ศกนี้ เมื่อสำเร็จการศึกษาท่านได้เป็นแพทย์ประจำบ้านในแผนกศัลยศาสตร์อยู่ ๑ ปี และจากนั้นได้เข้ารับราชการในแผนกรังสีวิทยาเรื่อยมา.

มงคลสมรส นายแพทย์ประเสริฐ ปาจารย์ พ.ย. อาจารย์พยาธิวิทยา กับ นางสาวมณฑา ศกณะสิงห์ ป. พยาบาล เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๙๕ เราขออำนวยพรให้คู่บ่าวสาวจงประสบความสุขความสำเร็จชั่วกาลนาน.

**ไต้บุตร** คุณชะอุ่มศรีและนายแพทย์วิถี  
วิวานุวัตต์ อาจารย์อายุรศาสตร์ ไต้บุตรคน

แรกเป็นหญิง เมื่อวันที่ ๒๔ ตุลาคม ค.ศ. นี้  
เราขอแสดงความยินดีด้วยอย่างมาก.

ข่าวศิษย์เก่า

**กลับจากต่างประเทศ** ๑. นายแพทย์  
บุญรักษา กาญจนะโกคิน ซึ่งได้ออก  
เดินทางไปศึกษาและทำงานทางกายวิภาค  
ศาสตร์ ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน เอ็ม.  
เอส. เอ. ตั้งแต่วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๔๕๔  
นั้น บัดนี้ได้เดินทางกลับถึงประเทศไทย  
แล้วตั้งแต่วันที่ ๔ ตุลาคม ค.ศ. นี้ ท่านได้  
ไปศึกษา และฝึกงาน ที่ แผนก กายวิภาค  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมิชิแกน แอนน์ฮาร์  
เบอร์ และได้ฝึกการสอนมหะกายวิภาค  
ศาสตร์ที่นั่นด้วย เป็นเวลา ๘ เดือน ต่อ  
มาได้ มาทำงาน ที่ มหาวิทยาลัย วอชิงตัน  
เช่นที่ หลุยส์ เป็นเวลา ๑ ปีคาห์ และที่  
มหาวิทยาลัยอินอร์ชเวสเคินอีก ๒ ปีคาห์  
จึงเดินทางกลับ ปัจจุบันรับราชการที่  
แผนกกายวิภาคศาสตร์ คณะแพทย์  
ศาสตร์จุฬาลงกรณ์

๒. นายแพทย์หญิงสุจินต์ ภักธราคม  
ออกเดินทางไปทำงาน ณ สหรัฐอเมริกา

โดยทุน เอ็ม. เอส. เอ. ตั้งแต่เมื่อ ๑๔  
ตุลาคม ๒๔๕๔ ท่านได้ไปฝึกงานทาง  
เภสัชวิทยาที่มหาวิทยาลัยวอชิงตัน เช่นที่  
หลุยส์ เป็นเวลา ๕ เดือน ในระหว่างนั้น  
ได้ทำงานค้นคว้าเกี่ยวกับ ผลของยาออกโต  
โนมิกอย่างอย่างต่อกล้ามเนื้อเรียบ (เออร์  
ต้าของกระต่าย) ได้มีโอกาสศึกษาสรี  
รวิทยาและสรีรเคมีอีก พร้อมกันนั้นได้  
ช่วยคุณการปฏิบัติ ในห้องทดลองของนัก  
เรียนแพทย์ที่นั่น และได้รับแต่งตั้งให้เป็น  
Fellow in Pharmacology ของมหา  
วิทยาลัยวอชิงตันด้วย ในระยะ ๓ เดือน  
หลัง ได้ออกเดินทางตามสถาน  
ศึกษาในมลรัฐต่าง ๆ ๕ แห่งจึงได้เดิน  
ทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่ ๔ ตุล  
าคม ค.ศ. นี้ ขณะรับราชการอยู่ ณ แผนก  
สรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์.

๓. นายแพทย์สระโรช คมสัน ออก  
เดินทางไปทำงาน ณ สหรัฐอเมริกา โดย

ทุน เอ็ม. เอส. เอ. เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๔ ได้เข้าปฏิบัติงานและศึกษาที่โรงพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยวอชิงตัน เซนต์หลุยส์ และปฏิบัติงานในหน่วยคลินิกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลหน่วยละ ๑ เดือน เป็นเวลาประมาณ ๗ เดือน ในระหว่างนั้นได้รับแต่งตั้งเป็น Fellow in Pediatric กับเป็นสมาชิกของ St. Louis. Pediatric Society ด้วย. จากนั้นได้เดินทางกลับไปยังบอสตันเพื่อศึกษากุมารเวชศาสตร์ที่ Massachusetts General Hosp. ของโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด จนได้รับประกาศนียบัตร แล้วได้ออกเดินทางปฏิบัติงานตามสถานที่ต่าง ๆ อีก

๕ แห่ง เดินทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ศกนี้ ปัจจุบันประจำที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มงคลสมรส ๑. นายแพทย์อรรถพร มหานิรันทนธ์ พ.บ. กับ นางสาวสำอาง วินทวามร เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ศกนี้

๒. นายแพทย์วิโรจน์ วรรณสุต พ.บ. กับนางสาวประณม มีตรกล ป. พยาบาล เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ศกนี้

เราขออำนวยการให้ คู่บ่าวสาวจง ประสบความสุขสวัสดีชยยืนยาวกาลนาน.

### หนังสือหายและย้ายที่อยู่

ท่านสมาชิกไม่ได้รับหนังสือ เพราะหายระหว่างทาง หรือย้ายที่อยู่โดยไม่ได้แจ้ง โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราชโดยด่วน

# หน้าสำหรับนิลลิต

## แอลกอฮอล์ในเลือด

ในหลายประเทศที่เจริญแล้ว, เมื่อมี ปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจว่าผู้ใดเมาเหล้า หรือไม่, เช่นเกี่ยวกับอุบัติเหตุด้วยรถยนต์, ตำรวจอาศัยการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด เป็นเครื่องชี้ขาด. โดยมากถือว่าถ้าตรวจ เลือดพบ แอลกอฮอล์ใน ความเข้มข้นสูงกว่า ๐.๒๐ เปอร์เซ็นต์ เป็นการแสดงว่า ผู้นั้น เมาแน่. ข้อสำคัญผลการศึกษาในผู้ขับ รถยนต์จำนวนมากในประเทศต่าง ๆ, ทั้งที่ ได้เกิดอุบัติเหตุและไม่เกิด. เขาพบว่าหาก ในเลือดมีแอลกอฮอล์ไม่เกิน ๐.๐๖ เปอร์เซ็นต์, โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุมีเท่า ๆ กับพวกที่ไม่มีแอลกอฮอล์เลย. แต่ถ้าแอลกอฮอล์สูงกว่านั้น, อุบัติเหตุเกิดบ่อยขึ้น อย่างรวดเร็ว. พวกที่มีแอลกอฮอล์ในเลือด ๐.๑ เปอร์เซ็นต์ทำอุบัติเหตุบ่อยเป็นสองเท่า เท่า ของ พวกที่ไม่มีแอลกอฮอล์; ถ้ามี ๐.๑๓ เปอร์เซ็นต์อุบัติเหตุบ่อยเป็นสิบเท่า, ถ้าถึง ๐.๑๕ เปอร์เซ็นต์บ่อยเป็น ๒๕ เท่า ของพวกที่ไม่มีแอลกอฮอล์. ดังนั้นบางแห่ง

ก็ถือว่าควรตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดถึง ๐.๑๕ เปอร์เซ็นต์ เป็นหลักฐาน เพียงพอ แล้วที่จะตัดสินว่าบุคคลผู้นั้นเมาเหล้า.

จากผลของการทดลอง โดยระมัดระวัง เขาพบว่าแม้มีแอลกอฮอล์ในเลือดเพียง เล็กน้อย (๐.๐๒ เปอร์เซ็นต์) ก็ยังผล ให้บุคคลผู้นั้นมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุในการขับขี่รถยนต์มากขึ้นแล้ว. ความเข้มข้น แอลกอฮอล์เท่านี้ อาจพบได้ ภายหลัง คม วิสัยเพียง ๒ ชั่วโมงโต๊ะ (๓๐ ล. ชม.) ที่เคยเข้าใจกัน แต่ เข็มว่า แอลกอฮอล์ใน ฆนาคน้อย ๆ แสดงฤทธิ์กระตุ้น าระขยประ สาทกลาง, และกลบกดในความเข้มข้น มาก นั้น, บัดนี้เห็นพ้องกันเป็นส่วนมากกว่ามัน กดทั้งแต่ต้น. อาการแสดงต่างๆ ในตอน แรกซึ่งคล้าย ๆ กับผลของการกระตุ้น, เช่นอาการกระปรกระเปร่า, พุกพล้อย, ฯลฯ, อธิบายได้ว่าเป็นผลของการกดสมอง ส่วน ที่เห็นยวรง. ผลของการกดนี้ปรากฏใน หลายทางซึ่งส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุง่าย

เช่น การบังคับข่มขืนเนื้อเดวิด,  
เวลาโต (ริเชคชั่นไทม์) ยืดยาวขึ้น, การ  
เห็นในส่วนขอบ (เพอร์เฟอรัลวิชั่น) ไม่ชัด,  
การตัดสินใจไม่แน่นอนและการเห็นยว  
งตนเองห้อยไป. ในประเทศที่เจริญ  
ทุกครั้งที่อุบัติเหตุรถยนต์ ผู้ขับขี่จะต้อง  
ถูกเจาะเลือดเอาไปตรวจวิเคราะห์ปริมาณ  
แอลกอฮอล์. ถ้าพบมากถึงขีดที่กำหนด  
ไว้ก็ต้องตกเป็นผู้ผิดเสมอ. ถ้าไม่ผิดใน  
การจราจร, ก็ผิดเพราะขับขี่รถยนต์โดย  
ประมาท, คือทง ๆ ทคมเหล่าเข้าไปแล้ว.  
เพราะฉะนั้น พวก ทคม แล้ว ต้องขับ รตจ

พยายาม รมักระวังอย่างยิ่งที่จะไม่ให้เกิด  
อุบัติเหตุขึ้น, เพราะเป็นการขาดทุนเสมอ.

ประเทศไทยเรากำลังมีอุบัติเหตุรถ  
ยนต์ตกคนชนทุกวัน. สิ่งกีดขวางด้าน  
ของรถรู้สึกว่ามีน้อย. ถ้าหากนำ  
ระบบตรวจแอลกอฮอล์ใน เลือดมา ไซข้าง,  
บางที่จะประหยัดชีวิต และช่างของ ประ  
ชาชนลงได้.

คงจะไม่ผิดมากนักถ้าจะกล่าวว่าอุบัติเหตุ  
รถยนต์เพิ่มขึ้นขนานไปกับจำนวนผู้ท  
มเหล่า.

ภ. ย.

### สมุทรวินิจฉัย

ท่านที่ส่งจดสมุทรวินิจฉัย ถ้ายังไม่ได้รับ โปรดติดต่อสอบถามทางจ  
หมายกับแผนกจัดการของสารคดีวิภาษโดยตรง



ถ้าเหตุการณ์ชั่วร้ายอีก, ก็หมายความว่าใน  
 หน้าที่การระบาคงจะใหญ่ยิ่งขึ้น. แต่  
 ท่านผู้รู้บางท่านกล่าวว่าภายหลังการระ  
 บาคใหญ่ครั้งหนึ่งแล้วมักมีการพัก, สงบ  
 ไปสองสามสัปดาห์, จึงระบาคอีกคน  
 หนึ่ง. คงจะมีคนจำนวนไม่น้อยที่ใจห่อ  
 คอยเหตุการณ์ว่าคราวหน้าจะมาเมื่อไร,  
 และแรงเพียงไร. อย่างไรก็ตามเราหวัง  
 ว่าคงจะถึงเมื่อนั้นแพทย์ของเราคงจะเสาะ  
 แสวงและรวบรวมได้ความรู้ในเรื่องโรค  
 โปลิโออีกขึ้นกว่าเคยวัน, จะหาเองหรือรับ  
 มาจากใครก็ตาม. สำหรับคราวนี้เราต้อง  
 ขอขอบคุณคุณหมอเชิดตลอด เป็นอันมากที่  
 ช่วยรวบรวมข้อความที่สำคัญให้ได้อย่างพอ  
 เพียงทั้ง ๆ ที่รีบด่วนเต็มที.

๑ เราได้รับจดหมายจากท่านผู้หนึ่ง  
 ถามมาว่า "ทวนวันมหิดล" นั้นยังจะสมทบ  
 ได้อีกหรือไม่, และเงินที่รวบรวมได้จะใช้  
 ทำอะไร. ขอเรียนตอบเป็นการสาธารณะ  
 เสียเลยว่าการสมทบทุนนั้นทำได้เสมอ,  
 มากน้อยเท่าใดก็ได้ และควรส่งเงินตรง  
 ไปที่นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์, ผู้  
 ช่วยคุณก็ได้. ส่วนการที่จะใช้เงินทำประ-

โยชน์อะไรบ้างนั้นขอเรียนว่าเวลานี้คณะ  
 กรรมการยังไม่ได้ลงมติแน่นอน, เพียง  
 แต่ตกลงกันในหลักกว้าง ๆ ว่าจะใช้ในการ  
 ส่งเสริมการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์  
 และศิริราชพยาบาล, เพราะฉะนั้นอาจใช้  
 ดอกผลข้อหนึ่งซื้อตำราใส่ห้องสมุดก็ได้,  
 ให้อ่างวัดแก่นักเรียนที่เรียนดีก็ได้, ฯลฯ.  
 อย่างไรก็ตาม, เงินของท่านไม่สูญ  
 แน่และคงได้ใช้ประโยชน์ที่สมควรจริง ๆ,  
 เพราะกรรมการทุก ๆ คนได้ฟังเสียงสา  
 รัตถ์ประโยชน์แท้จริง, จึงได้ประหยัดเงิน  
 มาทำทุนเสียบ้าง, แทนที่จะจ่ายหมดไป  
 ในการทำพวงมาลา.

๑ ในแผนกปกิณณะท่านสมาชิกคง  
 จะได้อ่านเรื่องที่ออกจะแปลกจากปรกติทั้ง  
 เนื้อความและสำนวน. หลายคนคงอ่าน  
 ออกว่าผู้เขียนเขียน "คนเก่า". ความจริง  
 ก็เขียนเช่นนั้น, และน่าจะเก่าเกินกว่าท่าน  
 เดาก็ได้. แต่ถึงจะเป็น "คนเก่า", สังเกต  
 ว่าความคิดที่เสนอนั้นไม่เก่าเลย, ทันสมัย  
 เขียวที่เขียว, และน่าจะใส่ใจเอาไว้อย่าง  
 อย่างยิ่ง.