ค. 4

แพทยศาสตร์ศิริราช

# สารศิริราช
# SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๗ กรกฎาคม ๒๔๙๖ | Volume 5, Number 7 July 1953.

ลิมโฟเอบีธีลิโอม่าของเนโซฟาริงซ์ – สำราญ วังสพ่าห์ พ.บ. .....๓๓๙

การรักษาอิดิโอปาธิคธร์อมโบซัยโตปี้นิคเปอร์เปอร่าโดยตัดม้าม – สุดสาคร จงเจริญสุข พ.บ. .....๓๔๘

บทความพิเศษ : โฟรเซ่นเซ็คชั่น – ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ. .....๓๖๓

บทบรรณาธิการ : บัจฉิมภาคของอาจารย์ .....๓๖๘

ปกิณกะ : ๑. จดหมายเปิดผนึก ๒. พร้อมพริบตังมือเดียว .....๓๘๓

หน้าสำหรับนิสสิต : เสื้อคลุมแพทย์ .....๓๘๘

ย่อเอกสาร ข่าว ศิษย์เก่า บันทึกท้ายสมุด

* LYMPHO – EPITHELIOMA OF NASOPHARYNX–Samran Wangsbhah, M.B. .....348

* IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA TREATED BY SPLENECTOMY–
Soodsakon Chongcharoensook, M.B. .....360

SPECIAL ARTICLE: FROZEN SECTION – Tinaratna Sathitnimankarn, M.B. .....361

EDITORIAL: THE LAST DAYS OF A TEACHER ** OBITUARY: DR. A.G. ELLIS .....370

MISCELLANY: 1. AN OPEN LETTER 2. ALL AS ONE .....383

ABSTRACTS NEWS THE ALUMNI STUDENT'S CORNER EPILOGUE

(* With English abstracts. ** Article in English)

คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล เจ้าของ ... ราตุลานี พ.ด. บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา ... วิชิตชัย เตชสิต ผู้จัดการ สำนักงาน แผนกสิริวิทยาศิริราชพยาบาล ... ฉบับละ ... บาท ทั้งปี (12 เล่ม) ... บาท ค่าส่งต่างหาก ...

Publication of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, Univ. of Medical Sciences, Bangkok. Hon. Editor: O. Ketusinh, M.D. Hon. Manager: Vichit Tejasit. Annual Subscription (12 Nos.) ... Bahts. Postage extra.

มอบให้หอสมุด
คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพ

สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๗ กรกฎาคม ๒๔๙๖ | Volume 5, Number 7, July 1953

# ลิมโฟเอปิธิลิโอม่าของเนโซฟาริงซ์

สำราญ วังศพ่าห์
พ. บ.
( แผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตศอนาสิกลาริงซ์ )

ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์

มะเร็งของเนโซฟาริงซ์มี ๒ เปอร์เซ็นต์ของมะเร็งของศีรษะและคอ.[1,2] พบเสมอว่าเป็นในผู้ชาย, และเป็นกับคนที่มีอายุน้อยกว่ามะเร็งของระบบหายใจและระบบย่อยอาหาร. มะเร็งของเนโซฟาริงซ์มีสองอย่าง, คือคาร์ซิโนม่าและซาร์โคม่า. ลิมโฟเอปิธิลิโอม่านี้จัดอยู่ในพวกคาร์ซิโนม่า.

ลิมโฟเอปิธิลิโอม่าพบน้อย.[3] มักปรากฏว่าพบย่อยในบริเวณฟาริงซ์, ที่ฟาริงซ์เกิดจากซิลของ Waldeyer's ring, ประกอบด้วยส่วนใหญ่ของ immature anaplastic epithelial cells และ lymphoid cells. ลักษณะของมันทำให้เกิดเมตาสะเตสิสเร็วเมื่อโรคเริ่มก่อตัว, และมันเป็นเนื้องอกพวกที่ร้ายมากแต่ไวต่อรังสีมาก. ตัวของมัน[8] โตช้า ๆ และแทรกเข้าไปในอวัยวะใกล้เคียงช้า. ก่อนที่เราจะพบโรคนี้ในเนโซฟาริงซ์มักมีเมตาสะเตสิสไปที่อวัยวะอื่นแล้ว. เพราะฉะนั้นอาการแรกที่พบคืออาการของอวัยวะที่ถูกเมตาสะเตสิส, และบางคนจึงถูกถอนฟันก่อน, หรือทำผ่าตัดมัสต์อยด์หรือเจาะไซนัส, ก่อนที่จะได้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง[3,12,13]. อาการอีกข้อหนึ่งซึ่งจะทำ

ให้เราเข้าใจผิดเสมอและมักจะเข้าใจว่าเป็นอาการของโรคอื่นคืออาการทางประสาทและตา.[14]

สมุฏฐานและอุบัติการ. โรคนี้เหมือนกับมะเร็งทั้งหลายคือไม่ทราบสาเหตุ. พบว่าลิมโฟเอปิธิลิโอม่าของเนโซฟาริงซ์มีประมาณ ๑๑ เปอร์เซ็นต์ของมะเร็งของเนโซฟาริงซ์.[3,8] เป็นได้ทุกเพศทุกวัย,[4] ยิ่งอายุน้อยยิ่งมีความร้ายแรงมาก. พบมากในคนอายุระหว่าง ๓๐ ถึง ๖๐ ปี. มักเป็นกับผู้ชายมากกว่าผู้หญิง, ในอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ ๙ ต่อ ๑. Ewing[15] กล่าวว่าเป็นกับผู้ชายถึง ๘๐ เปอร์เซ็นต์.

พบมากกับจีนกวางตุ้ง.[7,11] จีนพวกอื่นไม่ค่อยพบ. ตามรายงานของ Hickey (1951) ทำที่ไชน่าทาวน์ในซานฟรานซิสโก,[10] พบว่าลิมโฟเอปิธิลิโอม่าเป็นในคนจีน ๒๐ เท่าของคนผิวขาว. รายงานของ Diato และพวก[2] ทำที่เกาะฟอร์โมซาพบลิมโฟเอปิธิลิโอม่า ๖ รายในคนไข้มะเร็งของเนโซฟาริงซ์ ๖๘ ราย.

คนไข้ในโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๔ ถึง ๒๔๙๕ เป็นมะเร็งของเนโซฟาริงซ์ที่ได้ตัดเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา ๒๓ ราย, พบ ๑ รายเป็นหญิง.

พยาธิวิทยา. ลิมโฟเอปิธิลิโอม่ามักพบอยู่แถวเยื่อเมือกของเนโซฟาริงซ์, ขมูกและฟาริงซ์.[9] ที่เนโซฟาริงซ์มักพบบริเวณรูเปิดของหลอดยูสเตเคี่ยน,[3] Rosenmüller fossa, และบริเวณต่อมท็อนซิล. J.E. Whiteleathe พบว่าในลิมโฟเอปิธิลิโอม่าของเนโซฟาริงซ์ ๑๖ ราย, ส่วนมากมีแหล่งตั้งต้นที่ Rosenmüller fossa.

เนื้องอกนี้เมื่อดูด้วยตาเปล่าเห็นเป็นก้อนแขน ๆ, เล็ก ๆ, หรือเป็นพวงคล้ายพวงองุ่นเล็ก ๆ, มีหลายขนาด. อาจจะพบแผลที่ก้อนเนื้อนี้ได้. ต่อไปมันกระจายโดยตรงแทรกไปตามเนื้อรอบตัวและไปทางน้ำเหลือง สู่ต่อมน้ำเหลือง บริเวณคอเป็นส่วนมาก, ทำให้ต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นโตขึ้นโดยไม่เจ็บปวด. แล้วเข้าสู่ทางเดินโลหิตและกระจายไปทั้งตัว. โดยมากพบที่ตับ, และมักจะพบในระยะหลังของโรค.

อาการ. อาการของโรคนี้เหมือนกับอาการของมะเร็งของเนโซฟาริงซ์ทั้งหลาย,

คือไม่มีอาการในระยะแรกๆ ของโรค, จะเกิดอาการขึ้นเมื่อโรคนั้นไปไกลจากที่เนโซฟาริงซ์แล้ว. Godtfredson[3] ศึกษาอาการของโรคนี้พบว่าอาการของเมตาสะเตสิสไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอมี ๗๐ เปอร์เซ็นต์, อาการทางหู ๔๙ เปอร์เซ็นต์, อาการของเนโซฟาริงซ์ ๔๐ เปอร์เซ็นต์, อาการทางประสาทและตา ๓๘.๗ เปอร์เซ็นต์.

อาการสำคัญของโรคเรียงตามลำดับมีดังต่อไปนี้ :

๑. อาการของต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต. น้ำเหลืองบริเวณเนโซฟาริงซ์ไหลลงสู่ lateral และ medial retropharyngeal nodes. บางท่อเลยไปที่ upper deep cervical lymph node ซึ่งรวมกลุ่มกันในบริเวณส่วนบนของหลอดโลหิตดำอินเทอร์นัลจูกูล่าร์. เราพบว่าต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้ปุ่มกระดูกมัสตอยด์และกล้ามเนื้อสะเตอร์โนมัสตอยด์คลำพบได้. มันจะโตเร็วโดยไม่เจ็บปวด, จะโตข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้. บางคนรายงานว่าพบอาการนี้ ๘๐ เปอร์เซ็นต์[5]. ตามรายงานของ William C. Matourek[6] จากการตรวจศพพบว่ามะเร็งที่มีแหล่งต้นที่เนโซฟาริงซ์ให้เมตาสะเตสิสไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอก่อนมี ๑๒ เปอร์เซ็นต์ของมะเร็งทั่วร่างกาย. บางที่พบว่าต่อมน้ำเหลืองบริเวณนี้โตมากจนคอโตออกมาข้างหนึ่ง. ต่อมที่โตอาจมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๖ ถึง ๑๐ ซม. และเป็นปุ่ม ๆ หรือกลีบ.

๒. อาการทางหู. มีอาการหูตึงข้างเดียว (hypoacuosia) และเวียนศีรษะ. อาการนี้พบเสมอ, โดยเฉพาะในลิมโฟเอปิธิลิโอม่าของเนโซฟาริงซ์. เกิดขึ้นเพราะมะเร็งอุดรูเปิดของท่อยูสเตเคี่ยน, ทำให้อากาศในหูชั้นกลางถ่ายเทไม่ได้จึงเกิดความดันต่ำลง. ส่วนอาการที่เกิดจากประสาทสมองเส้นที่ ๘ ถูกทำลายนั้นพบน้อยที่สุด.

๓. อาการพูดเสียงขมูกขี้. เกิดจากการอุดตันของรูขมูกทางด้านหลัง, ทำให้เสียงก้องขึ้นขมูกไม่มี. อาการนี้พบน้อย.

๔. อาการขมูกตัน. เกิดขึ้นน้อย, เพราะตามกายวิภาควิทยาจะเห็นว่ามะเร็งต้องมีขนาด ๓ ถึง ๔ ซม. จึงจะอุดรูขมูกด้านหลังได้สนิท. ถ้ามีอาการนี้, ก็เป็นในระยะหลังของโรค.

๕. อาการเลือดออกทางขมูก. มีน้อย.

๖. อาการเกิดจากมะเร็งลุกลามเข้าสู่สมอง. Titrud[11] และ Peyton พบว่าถ้าเปรียบเทียบชนิดของมะเร็งแล้ว พบว่า squamous cell carcinoma มีอาการทางประสาท ๖๓ เปอร์เซ็นต์, แต่ลิมโฟเอยิธิลิโอม่ามีถึง ๗๓ เปอร์เซ็นต์.

๗. อาการที่เกิดจากตาและประสาทสมอง. ดังกล่าวแล้วว่าลิมโฟเอยิธิลิโอม่าของเนโซฟาริงซ์มีแหล่งตั้งต้นที่ Rosenmüller fossa, และฟอสซ่านี้อยู่ใต้ foramen lacerum, ห่างจากหัวเอ็กซ์ตราดิวรัล ๑ ซม. เพราะฉะนั้นมะเร็งจากโรเซ็นมิลเล่อร์ฟอสซ่าจะขยายตัวออกไปที่ petrosphenoid space เข้าฟอราเม็นลาเซอรัม, โดยไม่ต้องทำลายกระดูกฐานของสมอง. จากการถ่ายภาพกระโหลกศีรษะพบว่า ๕๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้มีอาการทางประสาทสมองไม่มีกระดูกกระโหลกถูกทำลาย.[4]

ก่อนจะมีอาการทางสมอง, ขณะที่มะเร็งผ่านฟอราเม็นลาเซอรัม จะทำลายประสาทซิมพะเธติครอย ๆ หลอดเลือดแดงอินเทอร์นัลคาโรติด ทำให้มีอาการที่เรียกว่า Horner's syndrome, คือมีตาปรือ, ตาบุ๋ม (enophthalmos) และรูม่านตาเล็ก (miosis).

เมื่อมะเร็งผ่านฟอราเม็นลาเซอรัมเข้าไปแล้วจะพบประสาทสมองเส้นที่หกซึ่งข้ามผ่านบนช่องนี้, ซึ่งถูกทำลายก่อนประสาทสมองเส้นอื่น. ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการทางลูกตาคือมองเห็นเย็นสอง, หรือตาเหล่, แสดงว่าโรคกินเข้าสมองแล้วและไปไกลแล้วด้วย.

อาการพาราลิย์ซิสของประสาทสมองเกิดน้อยในระยะแรกของโรค, แต่พบเสมอในระยะหลัง. ยกเว้นในเด็กจะพบอาการนี้ในระยะแรกของโรค. อาการทางนี้มีกลุ่มอาการ ๒ กลุ่ม:

๑. Petrosphenoidal syndrome of Jacod. เกิดจากการลุกลามโดยตรงของมะเร็งเข้าไปในช่องระหว่างปลายของ petrous part ของกระดูกเท็มปอรัลและ body ของกระดูกสฟีนอยด์, ทำลายประสาทสมองอันที่ ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ทำให้มีอาการปวดประสาทสมองอันที่ห้าข้างใดข้างหนึ่งและมี ophthalmoplegia ข้างเดียว. อาการเริ่มจากมีตาเหล่เข้าข้างในเนื่องจากประสาทเส้นที่ ๖ ถูกทำลาย. ปวดบริเวณกระบอกตาข้างบนและปวดเหนือบริเวณแม็กซิลล่าเพราะประสาทสมองเส้น

ที่ ๕ ถูกทำลาย. ถ้าไม่ได้รักษาตั้งแต่ต้นจะมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นคือ: หนังตาบนตก, ตากลอกไม่ได้และตาจะบอดในที่สุด. อาการปวดประสาทเส้นที่ ๕ แขนงออปทัลมิคและแมกซิลลารี่ตอนแรกจะปวดร้าวตามแขนงนี้. ต่อไปจะมีความรู้สึกไวกว่าปรกติ. รู้สึกปวดมากที่กระบอกตา. ในปาก, ปวดและชาลิ้นข้างใดข้างหนึ่ง, ที่พื้นของปาก, และตามเยื่อในปาก. ถ้าแขนงแมนดิบิวล่าร์ถูกกดจะทำให้กล้ามเนื้อเท็มปอรัล, ปเทอริย์ก็อยด์ทั้งสอง, และแมสซิเตอร์มีพาราลิย์ซิส, ทำให้อ้าปากได้น้อย, และหน้าทั้งสองข้างไม่เท่ากัน.

๒. Syndrome of Retroparotid Space of Villaret. เกิดจากเมตาสะเตซิสตามต่อมน้ำเหลืองเข้าไปในช่องริโทรฟาริงเยียลหรือริโทรพารอติด, กดประสาทสมอง ๙, ๑๐, ๑๑, ๑๒, และระบบซิมพะเธติคส่วนคอ. มีอาการกลืนอาหารลำบาก, เพราะมีเฮมิพาเรซิสของกล้ามเนื้อซุปีเรียร์คอนสะตริคเตอร์ของฟาริงซ์. การรู้รสทาง ๑/๓ ด้านโคนของลิ้นผิดไป, เพราะประสาทเส้นที่ ๙ ถูกกด, ถ้ากดประสาทเส้นที่ ๑๐ ทำให้มีความรู้สึกมากขึ้นหรือชาบริเวณเพดานอ่อน, ฟาริงซ์และลาริงซ์, หายใจลำบาก, และมีความผิดปรกติเกี่ยวกับน้ำลาย. ถ้ากดประสาทที่ ๑๑ พบว่ามีพาราลิย์ซิสและมีการลีบของกล้ามเนื้อทราพีเซียสและสะเตอร์โนมัสท์อยด์. ถ้ากดประสาทเส้นที่ ๑๒ จะมีเฮมิพาราลิย์ซิสหรืออะโตรพีย์ของลิ้นข้างใดข้างหนึ่ง.

ส่วนประสาทเส้นที่ ๗ และ ๘ ไม่ค่อยถูกทำลายเพราะว่ามีส่วนเปตรัสของกระดูกเทมปอรัลกั้นไว้.

การวินิจฉัยโรค. การวินิจฉัยอาศัยความชำนาญของผู้ตรวจพิเศษและเครื่องมือดี. เราใช้ Nasopharyngoscopy และ posterior rhinoscopy. เนื่องจากกายวิภาควิทยาของเนโซฟาริงซ์มีสภาพซับซ้อน, ยากแก่การตรวจ, จึงให้การวินิจฉัยโรคยากขึ้น. ยิ่งในผู้ใหญ่ผนังด้านหลังของเนโซฟาริงซ์มีลักษณะไม่แน่นอน. มีการหดและยุบตัวของต่อมแอดีนอยด์, เพราะฉะนั้นถ้ามะเร็งเริ่มเป็นเพียงตุ่มเล็กๆ ไม่เป็นแผล, ทำให้ดูแยกจากแอดีนอยด์ได้ยากมาก. มะเร็งที่บริเวณนี้ไม่มีอาการและโตช้า ๆ. ดังนั้นเวลาตรวจเนโซฟาริงซ์ต้องตรวจดูให้ละเอียด. ถ้าเห็นโร-

เซ็นมิลเล่อรฟอสซ่าสองข้างโตไม่เท่ากัน, ควรตัดเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา. ถ้าได้ผลว่าไม่ใช่มะเร็งก็ควรตัดตรวจซ้ำอีก.

การตรวจทางรังสีวิทยาช่วยในการวินิจฉัยโรคไม่ได้มาก. อาจเห็น "large soft tissue" ที่เนโซฟาริงซ์, และกระดูกกระโหลกศีรษะถูกละลายไป, หรือไปที่เมดิอาสตินัมและกระดูก.

เราอาจอาศัยอาการและประวัติช่วยในการวินิจฉัยโรค.

"Trotter triad" หมายความถึงอาการ ๓ ประการของลิมโฟเอปิธิลิโอม่าที่รูเปิดของหลอดยูสเตเคียน, คือ:

๑. หูตึงข้างเดียว.

๒. การผิดปรกติของการเคลื่อนไหวของเพดานอ่อน.

๓. ปวดประสาทเส้นที่ ๕ แขนงแมนดิบูล่าร์, เพราะมะเร็งลุกลามเข้าไปใน Maxillopharyngeal space (infra-temporal space).

ข้อสังเกตเกี่ยวกับผู้ป่วยในรายที่เป็นลิมโฟเอปิธิลิโอม่าของเนโซฟาริงซ์ คือ:

๑. อาการที่พบบ่อยที่สุดคือต่อมน้ำเหลืองโตข้างเดียว.

๒. หูตึงข้างเดียวมานาน, พบบ่อย.

๓. มีการลุกลามโดยรวดเร็วสู่เนซัลฟอสซ่า, เอ็กซ์อยด์, ออร์บิต. พอบ่อย.

๔. ประสาทสมองถูกกด. พบไม่เสมอ.

๕. ปวดประสาทสมองเส้นที่ ๕. พบไม่บ่อย.

๖. เลือดออกทางจมูก. พบไม่บ่อย

๗. เมตาสะเตซิสกระจายไปทั่วตัว, ที่บ่อด, ตับ, และกระดูก, พบเสมอในระยะหลังของโรค.

การรักษา. โรคนี้แพ้ต่อการฉายรังสีมาก. ในเวลานี้เข้าใจกันว่าการรักษาด้วยรังสีได้ผลดีที่สุด, โดยฉายที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอและเนโซฟาริงซ์.

การรักษาโดยผ่าตัดไม่ได้ผล.

การพยากรณ์โรค. เนื่องจากกายวิภาควิทยาของบริเวณนี้สลับซับซ้อนมาก, ยิ่งในผู้ใหญ่ยิ่งตรวจยาก, และอาการของโรคที่เนโซฟาริงซ์ไม่มี, มีแต่ในระยะหลัง, หรือมีอาการของเมตาสะเตซิสไปที่อื่น, และกระจายไปทั่วตัวเร็วมาก, ฉะนั้นการพยากรณ์โรคมืดมนธ์มาก, แต่ผลทันทีในการรักษาดี.

Lenz พบว่าในคนไข้เยื่อลิมโฟเอปิธิ

ลิโอม่า ๑๗ คน, ๖ คนมีอายุต่อไปได้อีก ๕ ปี. Nielson ที่เดนมาร์คว่าในพวกลิมโฟเอปิธิลิโอม่า ๑๕ คน, ๔ คนมีอายุต่อไปได้อีก ๕ ปี. Martin 1940[3] ว่าคนที่อยู่ต่อไปได้อีก ๕ ปีมี ๔๒ เปอร์เซ็นต์. สถิติของเมโยคลินิคว่าอายุยืนไปอีก ๕ ปีมี ๒๙.๓ เปอร์เซ็นต์, และ ๑๐ ปี ๑๓.๒ เปอร์เซ็นต์. Godtfredson พบว่ามีอายุอีก ๕ ปีมี ๒๒.๒ เปอร์เซ็นต์.

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงจีนอายุ ๕๑ ปี. (เลขที่ทั่วไป ๓๙๕๖๑.๙๕, เลขที่ภายใน ๒๑๑๘๔.๙๕) อาชีพทำทอง. มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๔๙๕ ด้วยอาการคัดจมูกและมีเลือดออกบ่อย ๆ.

**ประวัติครอบครัว.** ผู้ป่วยเป็นคนแข็งแรงดี. มีบุตร ๓ คน, ชาย ๒ หญิง ๑. บุตรทุกคนแข็งแรง. สามีคนแรกตายด้วยมะเร็งในช่องท้อง ๘ ปีมาแล้ว. ในครอบครัวไม่มีใครเป็นเช่นผู้ป่วย. ผู้ป่วยมาจากทางใต้ของประเทศจีนตั้งแต่เด็ก. อาชีพไม่ใช่งานหนัก. โดยมากนั่งเข้าแล่นทำทอง.

**ประวัติอดีต.** ระดูหมดมาหนึ่งปี. อย่างอื่น ๆ ไม่สำคัญ.

**ประวัติปัจจุบัน.** หนึ่งปีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหูอื้อโดยหาสาเหตุไม่ได้. ไม่เคยปวดหัวมาก่อน. ไม่เคยมีหนองหรือน้ำไหลจากหู. ต่อมารู้สึกว่าหูขวาฟังอะไรไม่ได้ยินเลย. ใช้ได้แต่หูซ้ายข้างเดียว. ไปหาหมอตรวจ, หมอว่าไม่พบอะไรผิดปรกติ. ต่อมารู้สึกปวดฟันบนทางขวาและร้าวไปทางซ้าย. ให้สามี (คนที่สอง) ตรวจเพราะสามีเป็นหมอฟัน. ได้ถอนฟันหมดและใส่ใหม่, ก็ยังไม่หายปวด.

หกเดือนต่อมาเลือดออกทางจมูกมากและหยุดเอง. ต่อมาก็ออกกระปริดกระปรอย, ๗ ถึง ๑๐ วันต่อครั้ง. ปวดร้าวฟันบนเสมอ. บางครั้งมีแต่มึน ๆ.

ห้าเดือนก่อนมาโรงพยาบาล. มีก้อนขึ้นข้างขวาของคอและโตอย่างรวดเร็ว. ไม่เจ็บ. ก้อนแข็ง. ต่อมาอีก ๒ เดือนก็มีก้อนข้างซ้ายอีก, โตเร็วเหมือนทางขวาและไม่เจ็บ. ตลอดเวลาหนึ่งปีนี้ไม่เคยมีไข้เลย. ไม่ปวดตามตัวและกระดูก.

วันที่มาโรงพยาบาลมาด้วยอาการคัด

จมูก, จามบ่อย ๆ, มีน้ำมูก. เมื่อตรวจพบเลือดในจมูกจึงตรวจเนโซฟาริงซ์พบก้อนเนื้อที่โรเซ็นมิลเล่อร์ฟอสซ่า.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณภูมิ ๓๖.๕° ซ. ชีพจร ๙๐/ นาที. หายใจ ๒๐/ นาที. ความดันโลหิต ๑๓๖/๙๐. ร่างกายทั่ว ๆ ไปสมบูรณ์, แข็งแรง, ไม่ซีด, ไม่เหลือง. ปอด, หัวใจ, ท้องตรวจไม่พบสิ่งผิดปรกติ. เพดานอ่อน, ปาก, ลิ้น, ลาริงซ์เป็นปรกติ, ไม่มีอาการชา. หน้าไม่เขียว. ชายริเวณแก้มและคิ้วขวา. ฟันใส่ใหม่หมดทั้งปาก. ระบบประสาทไม่พบอะไรผิดปรกติ รีเฟล็กซ์เข่าปรกติ. คลำได้ต่อมน้ำเหลืองตามกล้ามเนื้อสเตอโนมัสต์อยด์ข้างขวา, มีสองก้อนขนาดเท่าไข่เป็ดและไข่ไก่. ทางซ้ายพบหนึ่งก้อนขนาดไข่เป็ด. ทั้งสองข้างไม่ปวดเจ็บเลย. ต่อมทางขวาติดแน่นกับอวัยวะใกล้เคียง. ในท่อนคลำไม่พบ.

ในเนโซฟาริงซ์พบก้อนเนื้อขนาดปลายนิ้วก้อยที่รูเปิดของท่อยูสเตเคียนและโรเซ็นมิลเล่อร์ฟอสซ่าทางขวา. ลักษณะเป็นตุ่ม ๆ ไม่มีแผล, ถูกต้องเจ้าเลือดออกง่าย.

ผลของการตัดเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา แจ้งว่าเป็น ลิมโฟเอพิธิลิโอม่าของเนโซฟาริงซ์.

ผลการตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์. ฮีโมโกลบิน ๘๔ เปอร์เซ็นต์ (ซาห์ลี). เม็ดเลือดแดง ๔.๓๕ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๖๘๕๐. โปลิมอร์ฟ ๕๒ เปอร์เซ็นต์. ลิมโฟซัยต์ ๔๐ เปอร์เซ็นต์. อิโอสิโนฟีล ๘ เปอร์เซ็นต์. เวลาเลือดแข็ง ๒ นาที. น้ำตาลในเลือด (อดอาหาร) ๘๐ มก./๑๐๐ ล.ซม. เวลาเลือดออก ๓½ นาที. มาลาเรียไม่พบ. หมู่เลือด B (Landst.) ปัสสาวะและอุจจาระไม่พบผิดปรกติ.

ตรวจทางรังสีรายงานว่าในเนโซฟาริงซ์มีต่อมน้ำเหลืองโตหรือเนื้องอก; ไม่มีหลักฐานแสดงเมตาสะเตสิสในปอดหรือกระดูกละลายในฐานของกระโหลกศีรษะ.

การดำเนิน. ตลอดเวลาผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ๑๐ วันไม่ปวดศีรษะเลย, มีแต่มึน ๆ เท่านั้น. เลือดออกปนกับน้ำมูกบางครั้ง. ออกเล็กน้อย. ไม่มีไข้. หายใจทางจมูกได้ดี.

การรักษา. รักษาอาการและปรึกษาแผนกรังสีวิทยาซึ่งให้รักษาด้วยเอ็กซเรย์ลึก.

ผล. ภายหลังรักษาครบ ๒ ชุด, อาการดีขึ้นมาก. ต่อมติ่งคอเล็กลงจนคลำเกือบไม่พบ. แผลเบื่อยกดีขึ้น. ผู้ป่วยเลยไม่มาให้รักษาอีก.

## สรุป

๑. เสนอรายงานผู้ป่วยเป็นลิมโฟเอ-ปิธิลิโอม่าของเนโซฟาริงซ์ ๑ ราย, มาให้รักษาในระยะหลังมากแล้ว.

๒. ผู้ป่วยเป็นหญิง, อายุ ๕๑ ปี, มีอาการหูตึงข้างเดียว, เลือดออกทางจมูก, ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโตอย่างเร็วทั้งสองข้าง, ไม่เจ็บปวด. เคยถูกถอนฟันหมดปากเพราะมีอาการปวดฟันก่อนมาโรงพยาบาล ๖ เดือน. ถอนแล้วก็ไม่หายปวด.

๓. การรักษาด้วยรังสีนั้นว่าทำให้อาการดีขึ้นมาก.

## เอกสาร


1. Ballenger: Diseases of the Nose. Throat and Ear (1949).

2. Toshizo, et al: Neoplasm of the Nasopharynx. (1952).

3. Errol A. Thompson: Arch. Otolaryng. 4:390 (1951).

4. R. Scott Stevenson: Recent Advances in Otolaryngology (1949).

5. Jackson and Jackson: Diseases of the Nose, Throat, and Ear. (1947).

6. William C. Matousek. Am. Practitioner 1:8 (1952).

7. L.V. Ackerman, and L.A. Regato: Cancer; Diagnosis, Treatment and Prognosis (1947).

8. Roy H. Parkinson: Tonsil and Allied Problems (1951).

9. Eggston and Wolff: Histopathology of Ear, Nose and Throat (1947).

10. Hickey: A.M.A. Arch. Otolaryng. 53:1 (1951).

11. Gordon B. New and Edward L. Foss: Arch. Otolaryng. 38:5 (1943).

12. R.E. Cloward: Otolaryng. 32:3 (1940).

13. Gordon B. New and John B. Erich. Arch. Otolaryng. 32:5 (1940).

14. Douglas Gutherie and John P. Stewart: Logan Turner's Diseases of the Nose, Throat, and Ear (1952).

15. J. Ewing. Neoplastic Diseases (1940).

( Abstract of the preceding Report )

# LYMPHO-EPITHELIOMA OF NASOPHARYNX

Samran Wangsbhah

M. B.

( Dept. of Ophthalmology and Oto-rhino-laryngology )

Lympho-epithelioma is comparatively rare. It attacks men much more frequently than women; of the 23 cases encountered in the Siriraj Hospital between the years 1951 and 1952, and proven by biopsy, only one was a woman. She was Chinese, 51 years old, a goldsmith. The first symptom was progressive deafness in the right ear, beginning about one year before admission. There was no discharge. Then followed severe toothache, also on the right, unrelieved even after total extraction of the teeth. Six months later there was bleeding from the nose, self-limiting and recurrent. Toothache also recurred frequently. One month later a mass appeared on the right side of the neck, growing rapidly; it was hard but not tender. Two months later a similar mass appeared on the left side. The patient sought relief for nasal obstruction. Blood in the nostrils led to the discovery of a mass in the nasopharynx. There was an area of numbness on the right cheek and around the right eyebrow. Two lymph nodes were palpable along the right sterno-cleidomastoid, about the size of a hen's egg and a duck's egg respectively, fixed but not tender. A single mass, about the size of a duck's egg was found on the left side. The growth in Rosenmueller fossa was as large as the tip of the little finger, lobulated, not ulcerated but bled easily on contact. Biopsy revealed the lympho-epitheliomatous nature of the growth. Roentgen examination failed to reveal any evidence of metastasis. After two courses of deep x-ray therapy the glands receded remarkably in size, becoming nearly impalpable. Thereafter the patient disappeared.

( Fifteen references )

# การรักษาอิดิโอปาธิคธร็อมโบซัยโตปีนิคเปอร์เปอร่าโดยการตัดม้าม

รายงานผลในผู้ป่วยห้าราย

สุดสาคร จงเจริญสุข

พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

---

นับตั้งแต่ Werlhof ได้อธิบายโรค Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (I.T.P.) ไว้เป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. ๑๗๗๕ จนกระทั่งบัดนี้, ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและกลไกของโรคนี้ก็ยังไม่มีใครอธิบายได้แน่นอนหรือให้เป็นที่ยอมรับเชื่อถือกันทั่วไปได้.

ในปี ๑๘๘๗ Denys ได้ค้นคว้าต่อจาก Werlhof และพบว่าในโรคนี้มีจำนวนเกล็ดเลือด (blood platelets) ต่ำลง. เก้าปีต่อมา Hayem ได้พบว่าลิ่มเลือดหดตัวได้น้อยกว่าปรกติด้วย. ในปี ๑๙๑๒ Duke ก็ได้แสดงว่ามีเวลาเลือดออก (bleeding time) นานขึ้นและ Hess ได้พบว่าการที่ผนังของหลอดเลือดฝอยไม่แข็งแรงเป็นเหตุให้ได้ผลบวกเมื่อทำการทดลองรัดแขน (tourniquet test).

ทฤษฎีของ Wright ที่กล่าวว่าเกล็ดเลือดได้กำเนิดจากเมกาคาริโอซัยต์ (Megakaryocytes) ของไขกระดูกนั้น, ในปัจจุบันนี้เป็นที่รับรองกันทั่วไป. สำหรับโรค I.T.P. นี้ก็ปรากฏว่ามีซัยเปอร์เปลเซียของเนื้อพวกเมกาคาริโอซัยต์ในโพรงกระดูก, พร้อมทั้งมีจำนวนเกล็ดเลือดในหลอดเลือดลดลง. ได้มีผู้อธิบายถึงกลไกของโรคนี้ไว้ต่าง ๆ กัน. อาจสรุปความเห็นได้เป็น ๒ อย่างคือ: พวกหนึ่งเห็นด้วยกับ Frank ว่าการสร้างเกล็ดเลือดจากเมกาคาริโอซัยต์ในไขกระดูกไม่เป็นไปตามปรกติ, เนื่องจากการเจริญหยุดชะงักเพราะพิษต่อไขกระดูกซึ่งเกิดจากม้าม (myelotoxin), Frank จึง

เรียกชื่อโรคนี้ว่า Essential Thrombocytopenia; ส่วนทาง Kaznelson เข้าใจว่ามีการทำลายเกล็ดเลือดโดยม้ามมากเกินสมควร, ทำให้เมกาคาริโอซัยต์ในไขกระดูกเกิดฮัยเปอร์เปลเซียเพื่อเป็นการแก้กัน, และยังมีความเห็นไม่ตรงกับ Frank ว่าถ้ามีการหยุดยั้งเมกาคาริโอซัยต์ในการสร้างเกล็ดเลือดแล้ว, ก็น่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในเซ็ลล์ชนิดอื่น ๆ ของไขกระดูกด้วย, และถ้ามีพยาธิสภาพที่ไขกระดูกจริงแล้ว, ทำไมการตัดม้ามออกจึงปรากฏผลดีทันที. ลักษณะของเกล็ดเลือดเปลี่ยนไป, โดยมีรูปร่างใหญ่ขึ้น, แสดงว่ามีการกระตุ้นไขกระดูก, และในผู้ป่วยบางรายที่เป็นโรคนี้ตรวจพบว่ามีม้ามโต. ดังนั้นเขาจึงอ้างว่าม้ามเป็นแหล่งที่เกล็ดเลือดถูกทำลาย.

ในการศึกษาใหม่, ของ Harrington, Minnich และ Moore โดยการฉีดเลือดของผู้ป่วยโรค I.T.P. เข้าในคนปรกติ, สามารถทำให้เกิดอาการเกล็ดเลือดน้อย (thrombocytopenia) และมีการเปลี่ยนแปลงของเมกาคาริโอซัยต์, ก็ย่อมแสดงว่าในเลือดของผู้ป่วยโรคนี้มีสารอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งทำให้เกิดอาการอิร็อมโยบีเนียได้. ในปี ๑๙๕๑ Evans กับพวกได้รายงานว่าเขาสามารถแสดง thrombocyte-agglutinating factor ในเซรุ่มของผู้ป่วยโรคที่กล่าวนี้, ซึ่งสนับสนุนว่าโรคนี้เกิดโดยมีแอนติบอดีย์ในตัวเอง (auto-antibody) ซึ่งทำลายเกล็ดเลือด.

ในปี ๑๙๑๖ Kaznelson ได้แนะนำให้ทำการรักษาโรคนี้โดยการผ่าตัดเอาม้ามออก. ศาสตราจารย์ Schloffer แห่งกรุงปรากได้ทำการตัดม้ามออกเป็นครั้งแรก. ผลปรากฏว่าเลือดหยุดออกทันทีทุกทางและตรวจพบว่าจำนวนเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว. ต่อมาได้มีรายรายงานผลของการตัดม้ามออกในการรักษาโรคนี้จากที่ต่างๆ ทั้งในยุโรปและอเมริกา. ในปี ๑๙๒๖ Whipple ได้รวบรวมรายงานจากที่ต่าง ๆ ๘๑ ราย, รวมกับของตนเองด้วย ๓ ราย. เขากล่าวว่ามีอัตราตายจากการผ่าตัด ๑๖ เปอร์เซ็นต์. ในปี ๑๙๓๒ Eliason และพวกรวบรวมรายการต่าง ๆ ๒๑๓ ราย, และกล่าวว่าการผ่าตัดม้ามในโรคนี้ได้ผลดีมาก, หายเลย (cured) ๗๓ เปอร์เซ็นต์, ค่อย

ทุเลาขึ้น ๘ เปอร์เซ็นต์, อัตราตายจากผ่าตัด ๑๓ เปอร์เซ็นต์.

Griffin ได้รายงานว่าในผู้ป่วย ๔๔ รายของเขาที่เมโยคลินิค, อัตราตายในการผ่าตัด ๗ เปอร์เซ็นต์. ในปี ๑๙๓๔ Pemberton ได้เสนอคนไข้ ๑๓ รายและจากเมโยคลินิคอีก ๕๗ ราย, มีอัตราตาย ๗ เปอร์เซ็นต์, หายขาด ๖๓ เปอร์เซ็นต์, ทุเลาขึ้น ๓๕ เปอร์เซ็นต์, และมีอยู่ ๑ รายที่โรคกลับกำเริบรุนแรงขึ้นอีก.

ปัญหาการรักษาโรค I.T.P. โดยการตัดม้ามออกยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ทั่วไป. เวลานี้ก็ยังไม่มีหลักฐานอันใดที่จะพิศูจน์ได้อย่างแน่นอนว่าม้ามเป็นตำแหน่งที่ก่อให้เกิดโรคแห่งเดียว. บางทีอาจจะมีความผิดปรกติในหน้าที่(dysfunction)ของระบบสร้างเลือดทั้งหมด. ถึงอย่างไรก็ตาม, ในขณะนี้ผลที่รวบรวมจากผู้รายงานหลายแห่งและความเห็นส่วนใหญ่โดยทั่วไปยอมรับว่าการรักษาโดยวิธีตัดม้ามออกนี้ได้ผลดี. ข้อสำคัญต้องวินิจฉัยโรคให้ได้แน่นอนและผู้ป่วยต้องมีภาวะเหมาะสมสำหรับการผ่าตัดด้วย. นอกจากนี้ระยะของโรคก็เป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง. ผู้ควรเชื่อถือได้ส่วนมากมีความเห็นว่าทำในระยะเรื้อรังจะได้ผลดีมาก. มีผู้สนับสนุนความเห็นนี้, เช่น Wintrobe, Fitz, Whipple เป็นต้น. Wintrobe ยังให้คำแนะนำต่อไปอีกว่าควรจะเลือกทำในรายที่เป็นหญิงมากขึ้นเพราะมีโอกาสที่จะเสียเลือดได้มาก. เช่นในระยะมีประจำเดือนหรือระหว่างคลอดบุตร.

ส่วนการตัดม้ามในระยะโรคปัจจุบันมีผู้คัดค้านหลายคนด้วยกัน. Williamson ว่าเป็นข้อห้ามกระทำเลยทีเดียว. Griffin, Doan, Litchfield และอีกหลายท่าน, รวมทั้ง Wintrobe ด้วย, มีความเห็นว่าไม่เป็นการปลอดภัยเลย; อัตราตายก็สูงกว่าในรายเรื้อรังมาก. เว้นแต่ในรายที่อยู่ในระยะปัจจุบันแล้วให้เลือดซ้ำ ๆ ไม่ได้ผล, ก็จำเป็นจะต้องตัดม้าม. นอกจากนี้ Wintrobe ยังได้เตือนอีกว่าโรคนี้อาจเป็นแล้วหายไปเองได้, โดยเฉพาะในเด็ก.

ต่อไปนี้เป็นรายงานผู้ป่วยโรค I.T.P. ๕ รายซึ่งได้รักษาโดยการตัดม้าม.

## รายที่ ๑

เด็กหญิงไทย, อายุ ๖ ปี. รับไว้ ๑๐ มี.ค. ๒๔๙๓, ด้วยอาการสำคัญว่ามีเลือดกำเดาไหลออกไม่หยุดมา ๑ วัน. มี

ประวัติว่าเมื่อ ๓ เดือนก่อนนั้นเคยมีเลือดออกตามไรฟันอยู่หลายวัน. ผู้ป่วยไม่เคยมีตัวร้อนและไม่มีอาการอื่นผิดปรกติในขณะนั้น. พบรอยพรายย้ำเป็นจ้ำ ๆ ตามตัว, แขน, ขา, และหน้าซึ่งต่อมาก็ค่อย ๆ จางหายไปเอง. ไม่ปรากฏประวัติของการเลือดออกในครอบครัว.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๓° ซ. ชีพจร ๑๒๐/นาที, หายใจ ๒๔/นาที. ร่างกายเติบโตสมบูรณ์. ซีดเล็กน้อย. มีเอ็คคัยโมสิสและจุดเปอร์เปอร่าเล็ก ๆ กระจายทั่วตัว, แขน, ขาและหน้า. ตาข้างซ้ายมีเลือดออกใต้ต่อนจังติวา. จมูกข้างซ้ายมีเสก็ดเลือดแห้ง ๆ ติดอยู่, ข้างขวามีเลือดไหลรินอยู่ตลอดเวลา. ต่อมน้ำเหลืองทั่วตัวไม่โต. ตับ, ม้ามคลำไม่พบ. ปอด, และหัวใจปรกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง. ฮีโมโกลบิน ๖๐ เปอรเซ็นต์. เม็ดเลือดแดง ๓.๙๕ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๑๕,๕๐๐. เกล็ดเลือด ๔๙,๕๐๐. เวลาเลือดออก ๑๐ นาทียังไม่หยุด. เวลาเลือดแข็งอยู่ในเกณฑ์ปรกติ. การหดตัวของลิ่มเลือดน้อย. ทูรนิเกต์เท็สต์ให้ผลบวกใน ๕ นาที.

ในวันแรกที่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล, ได้ถ่ายเลือดให้ ๑๕๐ ล.ซม. และทำ anterior packing จมูกขวา, เลือดหยุด. แต่วันรุ่งขึ้นมีเลือดซึมออกจากจมูกอีกเล็กน้อย. พบว่ามีจุดเปเทียเคีย (petechia) ขึ้นใหม่อีกที่หน้าท้อง. และต่อมาก็ค่อย ๆ จางลง. เมื่ออยู่ใน ร.พ. ครบ ๑๓ วันผู้ป่วยขอกลับบ้าน.

ครั้งที่ ๒ ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ ร.พ. เมื่อ ๒๕ ก.ย. ๒๔๙๔ โดยมีเลือดออกตามไรฟันติดต่อกันมา ๖ วัน, และมีรอยจ้ำพรายย้ำขึ้นทั่ว ๆ ไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเช่นเดียวกับครั้งก่อน.

การตรวจร่างกาย. ได้ผลคล้ายเดิม, และพบว่ามีเลือดไหลซึมจากไรฟันอยู่ตลอดเวลา.

การตรวจทางห้องทดลอง. ฮีโมโกลบิน ๙.๓ ก. (๖๔ เปอร์เซ็นต์). เม็ดเลือดแดง ๔.๓๘ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๑๒,๐๕๐. เกล็ดเลือด ๑๒,๐๐๐. เวลาเลือดไหลออก ๑๕ นาทียังไม่หยุด. ทูรนิเกต์เท็สต์ผลบวกใน ๕ นาที.

เมื่อเข้าอยู่ในโรงพยาบาลแล้วได้ถ่าย

เลือดให้ ๒๐๐ ล.ซม., แต่เลือดที่ออกตามไรฟันก็ยังคงไหลอยู่เช่นเดิม.

ได้ตรวจไขกระดูก. ได้ผลสนับสนุนข้อวินิจฉัยว่าเป็นอีดีโอปาธิคธร็อมโบซัยโต้ปีนิคเปอร์เปอร่า. คือส่วนที่เจาะได้เป็น cellular marrow มี myeloid-erythroid elements ปรกติ, มีเมกาคารีโอซัยต์มาก. จึงได้ย้ายไปแผนกศัลยศาสตร์และได้ตัดม้ามออกเมื่อวันที่ ๑๐ ต.ค. ๒๔๙๔, เวลา ๘.๒๐ น. หลังจากผ่าตัด ๑ ช.ม. ครั่งเกล็ดเลือดสูงขึ้นเป็น ๑๒๖,๐๐๐. ต่อมาอีก ๕ ช.ม. ครั่งนับเกล็ดเลือดได้ ๔๖๗,๐๐๐. จำนวนเกล็ดเลือดสูงขึ้นทุกวันจนสูงสุดถึง ๖,๗๔๐,๐๐๐ ในวันที่ ๑๔ หลังผ่าตัด. ในระยะนี้ไม่มีเลือดออกที่ใดเลยตั้งแต่นำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด. ต่อมาเกล็ดเลือดค่อย ๆ ต่ำลงจนถึงปรกติในวันที่ ๓๐ หลังผ่าตัด. ผู้ป่วยได้มารับการตรวจทุกสองสามเดือน เป็นเวลา ๑๖ เดือน. พบว่าทุกสิ่งปรกติทั้งที่ตรวจพบทางคลินิคและในห้องทดลอง.

## รายที่สอง

เด็กหญิงไทย, อายุ ๒ ปี. รับไว้วันที่ ๑๗ ก.ค. ๒๔๙๔ ด้วยอาการสำคัญว่ามีรอยพรายย้ำเขียวตามลำตัว, แขนและขา, พร้อมกับมีเลือดออกตามไรฟันและถ่ายอุจจาระมีเลือดสดออกมาด้วย, ๖-๗ วันก่อนมาโรงพยาบาล. ในระยะนี้ผู้ป่วยตัวร้อนเล็กน้อย. มีน้ำมูกไหลและไอไม่มาก. ไม่มีประวัติเลือดออกง่ายในครอบครัว.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๔° ซ. ชีพจร ๑๒๐/นาที, หายใจ ๒๘/นาที. เด็กเติบโตปรกติ. ซีดปานกลาง. มีก้อนเลือดโน (hematoma) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๒ ซม. ที่หน้าผาก. มีจุดเปทีเคียและเอ็คคัยโมสิสทั่วลำตัวและแขน, ขา. มีเลือดซึมออกตามไรฟันล่าง. คอแดงเล็กน้อยและเยื่อทุ่ม ๆ. ตับ, ม้ามคลำไม่พบ. ต่อมน้ำเหลืองไม่โต.

ผลการตรวจเลือด. ฮีโมโกลบิน ๙.๖ ก. (๖๐ เปอร์เซ็นต์). เม็ดเลือดแดง ๓.๖๓ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๑๕,๐๐๐. เกล็ดเลือดไม่พบ. เรติคิวโลซัยต์ ๖ เปอร์เซ็นต์. นับแยกชนิดได้แบนต์ ๕ เปอร์เซ็นต์, เซ็กเม็นต์ ๔๕ เปอร์เซ็นต์, อีโอสิโนฟีล ๑ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟซัยต์

๔๔ เปอร์เซ็นต์, โมโนซัยต์ ๕ เปอร์เซ็นต์.

เวลาเลือดออก ๒๐ นาทียังไม่หยุด. เวลาเลือดแข็ง ๔ นาที. การหดของลิ่มเลือดน้อย. ทูรนิเกต์เท็สต์ (Tourniquet test) ผลบวก.

ผลการตรวจไขกระดูกได้สนับสนุนการวินิจฉัยโรค I.T.P., คือไขกระดูกเยื่น cellular marrow มี myeloid-erythroid elements ปรกติ, มีเมกาคาริโอซัยต์มาก.

ระหว่างที่อยู่ใน ร.พ. ผู้ป่วยไม่มีไข้. ได้ถ่ายเลือดให้ ๒ ครั้ง ๆ ละ ๑๔๐ ล.ซม. และได้รักษาอาการอื่น ๆ, แต่ก็ยังมีเลือดออกตามไรฟันเช่นเดิม. กลับมีจุดเปอร์เปอร่าเล็ก ๆ ขึ้นใหม่ที่แขนและหน้า. จึงได้ส่งไปผ่าตัดเอาม้ามออกที่แผนกศัลยศาสตร์เมื่อ ๑๓ พ.ย. ๒๔๙๔. ๓ ช.ม. ภายหลังผ่าตัดพบว่าเกล็ดเลือดขึ้นถึง ๑๕๗,๐๐๐ และเพิ่มขึ้นทุกวันจนวันที่ ๑๒ หลังผ่าตัดขึ้นสูงสุด. วันที่ ๓๑ หลังผ่าตัดกลับลดลงถึงปรกติ. เลือดหยุดออกจากทุก ๆ ทาง. รายนี้ได้ติดตามอยู่ ๓๙ วัน, ไม่พบอาการกลับอีกเลย.

## รายที่สาม

เด็กชายไทย, อายุ ๑๐ ปี. รับไว้วันที่ ๑๙ ต.ค. ๒๔๙๔, โดยมีอาการปวดศีรษะมากติดต่อกันมา ๗ วัน. ไม่มีไข้หรืออาการป่วยอย่างอื่นมาก่อน. ๒ วันต่อมาเริ่มมีอาการชัก, มือกำ, เท้ากำ, คอและตัวบิดไปทางซ้าย, หลังแอ่น, ตาเอียงไปทางซ้ายทั้ง ๒ ข้าง. ชักเย็นพัก ๆ ในระยะเวลา ๒ วัน. หลังจากนั้นแขนและขาข้างซ้ายเคลื่อนไหวไม่ได้เลย. ตาซ้ายปิดไม่สนิท.

ผู้ป่วยเคยมาอยู่แผนกจักษุ ฯ ครั้งหนึ่งเมื่อ ๓ เดือนก่อนนั้น. เนื่องจากเลือดกำเดาออกมาก. ตรวจพบว่ามีแผลเยื่อยุตื้น ๆ ที่ Little's area. ไม่มีประวัติเลือดออกง่ายในครอบครัว.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗° ซ. หายใจ ๒๘/นาที. ชีพจร ๑๑๐/นาที. การเจริญเติบโตปรกติ. ซีดเล็กน้อย. ซม. พูดจาไม่ค่อยรู้เรื่อง. มีอาการพาราลีย์ซิสที่หน้าข้างซ้าย, และเฮมิพลีเจียซ้าย. ตามลำตัว, แขน, ขาและหน้ามีจุดเปอร์เปอร่าเล็ก ๆ ทั่วไป. ต่อมน้ำเหลืองไม่โต. ภายในปากปรกติ. หัวใจ,

ปอด, ม้ามปรกติ. ตับพอคลำได้. คอแข็ง. Kernig's sign บวก.

การตรวจเลือด. ฮีโมโกลบิน ๘.๒ ก. (๕๖ เปอร์เซ็นต์). เม็ดเลือดแดง ๓.๖๘ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๙,๒๕๐. เกล็ดเลือด ๕,๐๐๐. เรติคิวโลซัยต์ ๒.๒ เปอร์เซ็นต์.

เวลาเลือดออก ๓๐ นาทียังไม่หยุด. เวลาเลือดแข็ง ๙ นาที. ทูรนิเกต์เท็สต์ บวกใน ๕ นาที.

การตรวจน้ำไขสันหลัง. มีลักษณะ xanthochromia. ความดันตั้งต้นสูงขึ้นเล็กน้อย. มีเม็ดเลือดแดงเล็กน้อย. Pandy's test บวก. Na Cl ๗๕๐ มก./๑๐๐ ล.ซม. น้ำตาล ๗๑ มก./๑๐๐ ล.ซม. N.P.N. ๑๔.๘ มก./๑๐๐ ล.ซม.

การตรวจไขกระดูก. มีสิ่งที่สนับสนุนว่าเป็นโรค I.T.P., คือไม่พบความผิดปรกติอื่น ๆ นอกจากมีจำนวนเมกาคารีย์โอซัยต์เพิ่มขึ้นเท่านั้น.

ผู้ป่วยได้รับการถ่ายเลือด ๓ ครั้ง ๆ ละ ๒๐๐ ล.ซม. ยังมีจุดเปทีเคียขึ้นใหม่อีกตามลำตัว. ผู้ป่วยซึม. อ่อนเพลีย, เบื่ออาหาร. ได้ปรึกษาศัลยแพทย์และได้ตัดม้ามออกเมื่อวันที่ ๒๓ ก.ค. ๒๔๙๕. ๒ ซ.ม. ภายหลังผ่าตัดพบว่าเกล็ดเลือดมากเพียง ๒๘,๐๐๐; หนึ่งวันต่อมาเพิ่มขึ้นเป็น ๒,๐๔๕,๐๐๐; วันที่ ๓ ลดลงเหลือ ๖๑๒,๐๐๐; วันที่ ๔ มี ๘๐๖,๐๐๐; วันที่ ๗ มี ๕๗๖,๐๐๐ แล้วลดลงเรื่อยจนถึงระดับปรกติในวันที่ ๑๖ หลังผ่าตัด; ต่อจากนั้นลดต่ำลงอีกและขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่ระหว่าง ๔๐,๐๐๐ ถึง ๙๐,๐๐๐. ในระยะหลังนี้พบว่าเวลาเลือดออก ๘ นาที, การหดของลิ่มเลือดดี. ไม่พบเลือดออกที่ใต้ผิวหนังหรือทางอื่น. สิบแปดวันหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ ๓๙.๖° ซ., หนาวสั่น. ตรวจพบ P. vivax ในเลือด, เม็ดเลือดขาว ๔,๙๐๐, เกล็ดเลือด ๗๑,๐๐๐. ได้ให้พาลูดรีน. ไข้หายไปหลัง ๔ วัน. ได้ติดตามผู้ป่วยอยู่ ๑ เดือน ๑๗ วัน. อาการเฮมิพลีเจียและพาราลีย์ซิสที่หน้าดีขึ้น. ไม่มีเลือดออกอีกเลย.

## รายที่ ๕

เด็กหญิงจีน, อายุ ๑๑ ปี. รับไว้วันที่ ๑๑ พ.ย. ๒๔๙๔, โดยมีอาการสำคัญว่ามีรอยจ้ำและพรายย้ำสีเขียว ๆ แดง ๆ ขึ้นตามลำตัว, หน้าและแขนขามา ๑๐

วัน. ไม่มีไข้หรืออาการผิดปรกติอย่างอื่น. ๓ วันต่อมาผู้ป่วยหกล้มเข่ากระแทกพื้น, มีแผลเลือดไหลอยู่เป็นเวลานานจึงได้หยุด. และเริ่มมีเลือดซึมออกตามไรฟันล่างและบนเป็นพัก ๆ; ตอนหลังซึมออกไม่หยุดเลย.

**การตรวจร่างกายแรกรับ.** อุณหภูมิ ๓๗.๒° ซ. หายใจ ๒๔/นาที. ชีพจร ๑๒๐/นาที. ความดันเลือด ๑๐๐/๖๐ มม. ปรอท. ซีดมาก. เตี้ยโตสมอายุ. ท่าทางอ่อนเพลีย. ซึม. พูดจารู้เรื่องดี. มีเลือดไหลออกจากไรฟันมากตลอดเวลา. ตามตัวมีเอ็คคัยโมสิสหลายแห่งทั่วๆ ไป, รวมทั้งแขน, ขาและหน้าตา. เลือดออกใต้ผ้อนขังตาทั้ง ๒ ข้าง. ทั่วลิ้นมีจุดเปทีเคียหลายจุด. ต่อมน้ำเหลืองที่คอทั้ง ๒ ข้างโตขนาดปลายนิ้วก้อยเด็ก. หัวใจ, ปอดปรกติ. ตับและม้ามคลำไม่ได้.

**การตรวจทางห้องทดลอง** ฮีโมโกลบิน ๗.๕ ก. (๕๒ เปอร์เซ็นต์). เม็ดเลือดแดง ๒.๙๗ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๑๖,๐๐๐. เกล็ดเลือดตรวจไม่พบ, เรติคิวโลซัยต์ ๘ เปอร์เซ็นต์. เวลาเลือดออก ๑๕ นาทียังไม่หยุด. เวลาเลือดแข็ง ๘ นาที. การหดของลิ่มเลือดช้า. ทูรนิเกท์เท็สต์บวกใน ๕ นาที.

**การตรวจไขกระดูก.** ลักษณะอื่นปรกติ, นอกจากเมกาคาริโอซัยต์เพิ่มขึ้นมากกว่าปรกติ.

ได้ให้เลือดทันที ๓๐๐ ล.ซม. ผู้ป่วยมีอาการสั่น, ไข้ขึ้น ๓๘.๖° ซ. มีเลือดไหลออกมากตามไรฟันตลอดเวลา. จึงได้ส่งไปผ่าตัดเอาม้ามออกเมื่อวันที่ ๑๓ พ.ย. ๒๔๙๔. ๒ ช.ม. หลังผ่าตัดนับจำนวนเกล็ดเลือดได้ ๑๙,๐๐๐. ยังมีเลือดไหลซึมอยู่เรื่อย ๆ ตามไรฟัน. ได้ให้เลือดซ้ำอีก ๔๐๐ ล.ซม. ในวันรุ่งขึ้นมีจุดเปอร์เปอร่าเล็ก ๆ ขึ้นใหม่ทั่วหน้าท้องและบริเวณแผลผ่าตัดมีเลือดซึมออกมาเรื่อย. นับจำนวนเกล็ดเลือดได้ ๙,๐๐๐. วันที่ ๒ หลังผ่าตัด, เลือดที่ปากและแผลผ่าตัดยังไหลและถ่ายย์สสาวะเป็นเลือดสด ๆ. เกล็ดเลือดนับได้ ๔,๐๐๐. ได้ให้เลือดซ้ำอีก ๓๕๐ ล.ซม. และฉีดคอร์โตนแอซิเตท ๑ ล.ซม. ทุก ๖ ช.ม. วันที่ ๔ หลังผ่าตัด, เลือดในปากหยุด. ผู้ป่วยสบายขึ้น. ในวันต่อมาสีของเปทีเคียและเอ็คคัยโมสิสตามตัวจางลงและยาง

ส่วนหายไป. ระยะนี้ได้ทำการถ่ายเลือดให้วันเว้นวัน. ผู้ป่วยลุกนั่งเองได้, กินอาหารได้มากขึ้น. ปัสสาวะสีปรกติ. สิบวันหลังผ่าตัด, จำนวนเกล็ดเลือดกลับขึ้นเป็น ๑๗๓,๐๐๐ และขึ้นไปเรื่อยจนถึง ๑,๐๓๐,๐๐๐. ในวันที่ ๑๗ ลดลงเหลือ ๓๗๒,๐๐๐. หลังจากผ่าตัดได้ ๑ เดือน นับเกล็ดเลือดได้ ๑๐๐,๐๐๐, ต่อมาลดลงอีกจนเหลือ ๗,๕๔๐. เริ่มพบจุดเปท-เคียขึ้นอีกที่หน้าและที่ขาทั้ง ๒ ข้างเป็นจำนวนมาก. เริ่มมีเลือดซึมออกตามไรฟันอีก. ได้ถ่ายเลือดให้อีก ๒๕๐ ล.ซม. วันเว้นวัน, และเริ่มให้คอร์โตนอีก. เลือดหยุดและอาการต่าง ๆ ดีขึ้นอีกครั้งหนึ่ง. ในระยะนี้พบว่าเกล็ดเลือดนับได้ระหว่าง ๑๘๐,๐๐๐ ถึง ๕๖,๐๐๐. จนกระทั่งถึงวันที่ ๑๑ ก.พ. ๒๔๙๕ เริ่มพบมีจุดเปท-เคียขึ้นใหม่ที่หน้าและต่อมาตามหน้าท้อง, แขนและขา. นับเกล็ดเลือดได้ ๘,๐๐๐. อาเจียนมีสายเลือดปน. ซึม. เลือดออกใหม่ใต้ผิวหนัง. ทั้ง ๆ ที่ให้เลือดอยู่ทุกวันเว้นวัน, ผู้ป่วยซึมมากขึ้น. วันที่ ๑๓ ม.ค. ๒๔๙๕ ไข้ขึ้นสูง ๔๐° ซ. ตรวจพบ P. **vivax**, เม็ดเลือดขาว ๑๗,๐๐๐, โปลีมอร์ฟ ๘๘ เปอร์เซ็นต์. ลิมโฟซัยต์ ๑๒ เปอร์เซ็นต์. อาเจียนเป็นเลือดสด ๆ ออกมา ๑๐๐ ล.ซม. ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก. ชีพจรเบา, เร็ว, หายใจหอบตื้น, หน้าเขียว, และถึงแก่กรรม. รวมเวลาหลังจากผ่าตัด ๑ เดือน ๓ วัน. เกล็ดเลือดครั้งสุดท้ายนับได้ ๒๕,๐๐๐. เวลาเลือดออก ๑๕ นาทียังไม่หยุด.

<u>การตรวจศพ.</u> พบว่ามีเลือดออกอยู่จำนวนมากในกระเพาะและลำไส้. มีเลือดออกเป็นจุดเล็ก ๆ ทั่ว ๆ ไป. มีเลือดคั่งและบวมน้ำในสมอง, ปอด, ตับ, และไต. หัวใจและตับมีแฟตดีย์ดีเจเนอเรชั่น. ที่ปอดพบเป็นบรองโคป์นิวโมเนีย. แต่สิ่งตรวจพบที่น่าสังเกตก็คือเด็กมีม้ามเกินจำนวน (accessory spleen).

## <u>รายที่ห้า</u>

เด็กชายไทย, อายุ ๑๐ ปี. รับไว้วันที่ ๑๑ ก.ค. ๒๔๙๕ เนื่องด้วยมีรอยพรายย้ำเป็นจ้ำเขียว ๆ ตามตัวและมีเลือดออกตามไรฟันมา ๑ วัน, พร้อมกับถ่ายปัสสาวะเป็นโลหิตสดๆ ด้วย. ไม่มีอาการอื่น. ผู้ป่วยเพิ่งมีอาการเช่นนี้เป็นครั้งแรก. ไม่มีประวัติเลือดออกง่ายในครอบครัว.

การตรวจร่างกาย. อุณหภูมิ ๓๗° ซ. ชีพจร ๑๐๔/นาที. หายใจ ๒๒/นาที. รูปร่างสมบูรณ์. ตามตัว, หน้าและแขนขามีจุดเปที่เคียและเอ็คคัยโมสิสทั่วไป. เหงือกและฟันสกปรก, มีคราบหินปูนเกาะ, มีเลือดซึมตลอดเวลา. ต่อมน้ำเหลืองไม่โต. ตับคลำไม่พบ. ม้ามคลำได้ ๑ ผ่ามือ. ระบบอื่นปรกติ.

การตรวจเลือด ฮีโมโกลบิน ๙ ก. (๖๒ เปอร์เซ็นต์). เม็ดเลือดแดง ๓.๔๗ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๑๑,๙๐๐. เกล็ดเลือด ๓๔,๐๐๐. เรติคิวโลซัยต์ ๒.๔ เปอร์เซ็นต์, เวลาเลือดออก ๑๘ นาทียังไม่หยุด. เวลาเลือดแข็ง ๔ นาที. การหดของลิ่มเลือดช้า. ทูรนิเกต์เท็สต์บวก.

ปัสสาวะสีแดงจัดและมีเม็ดโลหิตแดงจำนวนมาก.

การตรวจไขกระดูกได้ผลเช่นเดียวกับรายอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้ว.

หลังจากให้เลือดครั้งละ ๒๐๐ ล.ซม. ๓ ครั้ง, ไม่ปรากฏผลดีขึ้น, ยังคงมีเลือดซึมออกจากเหงือกและถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดสด ๆ, จึงได้ส่งไปตัดม้ามที่แผนกศัลยศาสตร์เมื่อ ๒๓ ก.ค. ๒๔๙๕. หลังการผ่าตัด. เลือดที่ออกใต้ผิวหนัง, เยื่อเมือกและอวัยวะภายในหยุดทันที. วันรุ่งขึ้นนับเกล็ดเลือดได้ ๕๕๖,๐๐๐, และขึ้นสูงสุด, แล้วกลับมาถึงระดับปรกติหลังจากการผ่าตัดประมาณ ๑ เดือน. เวลาเลือดออกเหลือเพียง ๔ นาทีครึ่ง. ได้ติดตามอยู่ ๑ เดือน ๒ วัน, ไม่มีอาการกลับเป็นอีกเลย.

## สรุป

(๑) ได้รายงานผู้ป่วยโรคอิดิโอปาธิคธร็อมโบซัยโตพีนิคเปอร์เปอร่า ๕ ราย ซึ่งรักษาโดยตัดม้ามออก.

(๒) เป็นชนิดบ่อยขึ้น, มีอาการเกิดขึ้นครั้งแรก ๓ ราย, ชนิดเรื้อรังและมีอาการกำเริบโดยบ่อยขึ้น ๒ ราย.

(๓) ผู้ป่วยอายุ ๒ ปี ๑ ราย, ๖ ปี ๑ ราย, ๑๐ ปี ๒ ราย, ๑๑ ปี ๑ ราย. เป็นหญิง ๓ ราย, เป็นชาย ๒ ราย.

(๔) อาการสำคัญ อาการซีด, มีจุดเปอร์เปอร่าที่ผิวหนังทุกคน. มีเลือดออกจากเยื่อเมือก ๔ คน, ออกจากอวัยวะภายใน ๓ คน. คลำม้ามพบ ๑ คน, คลำไม่พบ ๔ คน. ไม่มีโรคของต่อมน้ำเหลืองทั่วตัว. สี่คนไม่มีประวัติของการติดเชื้อก่อนเกิดอาการ, ๑ คนเป็นฟาริงโก-ท็อน

ซิไลติสก่อน. ทุกคนไม่มีประวัติเลือดออกง่ายในครอบครัว.

(๕) การตรวจเลือดพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกันหมดทุกราย. มีโลหิตจางปานกลาง, ได้สัดส่วนกับการเสียเลือด. เม็ดเลือดขาวปรกติหรือสูงกว่าปรกติเล็กน้อย. จำนวนเกล็ดเลือดพบต่ำมาก, ตั้งแต่ตรวจไม่พบจนถึง ๑๕,๐๐๐. เวลาเลือดแข็งปรกติ. เวลาเลือดออกนานกว่าปรกติทุกราย. การหดตัวของลิ่มเลือดช้า. ทูรนิเกต์เท็สต์ได้ผลบวก.

(๖) การตรวจไขกระดูกทุกรายได้ผลคล้ายคลึงกัน. มีจำนวนเมกาคารีโอซัยต์เพิ่ม, และส่วนมากเป็นชนิดอายุน้อย. ลักษณะอื่นไม่เปลี่ยนแปลง.

(๗) ทุกรายไม่ได้ผลจากการให้เลือดแล้วจึงได้ตัดม้าม. หลังจากผ่าตัด, จำนวนเกล็ดเลือดสูงขึ้นทันที ๓ ราย, และขึ้นสูงสุดในระยะ ๑๓ ถึง ๑๔ วัน, แล้วลดลงมาเป็นปรกติใน ๑ เดือน. มี ๑ รายที่จำนวนเกล็ดเลือดขึ้นไปแล้วกลับลดต่ำกว่าปรกติ, แต่ไม่มีอาการเลือดออกทางใด. อีกรายหนึ่งจำนวนเกล็ดเลือดหลังผ่าตัดขึ้น ๆ ลง ๆ และลงต่ำอย่างมากจนในที่สุดถึงแก่กรรม.

(๘) การรักษาโดยตัดม้ามได้ผลดี ๔ ราย. มีตาย ๑ ราย.

(๙) มีผู้ป่วยเพียงคนเดียวที่ได้มาติดต่อภายหลังจำหน่ายไปแล้ว. ยังไม่พบอาการโรคกลับในระยะ ๑๖ เดือน. ส่วนอีก ๓ คนอยู่ต่างจังหวัด, ไม่ได้มาติดต่ออีกเลย. ๑ รายถึงแก่กรรมตรวจศพพบมีม้ามเกินจำนวน (accessory spleen) ด้วย.

ขอขอบคุณท่านหัวหน้าแผนกฤมารเวชศาสตร์ที่ได้อนุญาตให้รายงานเรื่องนี้, และขอขอบคุณนางสาวเวอร์จิเนีย มินนิค และแพทย์หญิงสุภา ณ นครที่ช่วยในการตรวจเลือด.

## เอกสาร

1. E.L. Eliason, and L.K. Ferguson: Ann. Surg., 96:801 (1932).

2. H.W. Jones, and L. Tocantins: J.A.M.A. 100:83 (1933).

3. M. Morrison, M. Lederer, and W. Z. Frankin: A.J. Med. Sc., 176:672 (1938)

4. B.K. Wiseman, C.A. Doan, and S.J. Wilson: J.A.M.A. 115:8 (1940).

5. S.E. Robert, Kazuyuki Takahashi, T. Rose. A.B. Duane, P. Rose, and Chi–Kong Liu: Arch. Int. Med., 87:48 (1951).

6. S. Mclean, K. Kreidel, and J. Caffey: J.A.M.A. 982: 387(1932).

7. N. Rosenthal: J.A.M.A. 112:101 (1939).

8. Maxwell M. Wintrobe: Clinical Hematology.

9. L.R. Limarzi, and E.M. Schleicher: J.A.M.A. 114:12 (1940).

( Abstract of the fore–going article )

# IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA TREATED BY SPLENECTOMY

Report of Five Cases

Soodsakorn Chongcharoensook
M. B.
( Dept. of Pediatrics )

Notwithstanding the controversy about the etiology, splenectomy seems to be the only one mode of treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura which seems to be hopeful, especially in chronic cases. Experience with five recent cases in this department appears to support this conviction. All cases were admitted between March 1950 and July 1952. Three were acute; two, chronic with acute exacerbation. Three were girls; two, boys. The ages ranged from two to eleven years. The chief symptoms were anemia and purpuric spots in all cases. Four patients had bleeding from mucous membranes; three, from internal organs, The spleen was palpable only in one case. There was no generalised lymphadenopathy, no history of bleeders in the family. The symptoms were preceded by pharyngo-tonsillitis in one patient; in none other was a history of previous infection established. Typical blood findings were seen in all cases: anemia, marked thrombocytopenia ( from 0 to 19000), prolonged bleeding time, normal clotting time, poor clot retraction, positive tourniquet test. The sternal marrow showed increased proportion of megakaryocytes, chiefly immature, while other elements were normal. In all cases splenectomy was resorted to after repeated blood transfusions had proved useless. After operation the number of platelets rose immediately in three cases. Usually the peak of the rise was reached on the thirteenth or fourteenth day; the count then declined gradually to normal in about the fourth week. In one case the count fluctuated greatly after the operation, falling very low just before death; in this case an accessory spleen was found at autopsy. In the other four cases the splenectomy was remarkably successful: all were discharged relieved of symptoms, and the one case which could be contacted during sixteen months showed no signs of relapse.

( Nine references )

# บทความพิเศษ

## โฟรเซ่นเซ็คชั่น

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ

พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

**คำนำ.** เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปแล้วว่าการทำไบออปซี่ก่อนผ่าตัดเพื่อให้การวินิจฉัยโรคถูกต้องแน่นอนตามหลักวิทยาศาสตร์, เป็นของจำเป็นที่จะต้องกระทำกันในสมัยปัจจุบันนี้. การทำไบออปซี่นิยมทำกันมากกว่าสมัยก่อนทั้งในต่างประเทศและในประเทศเรา, ดังปรากฏจากสถิติของ Haagensen และ Stout.(1) ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๓๕ ถึง ๑๙๔๒, ที่โรงพยาบาลเพรสไบเทอเรียน, ในจำนวนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของเต้านม, ได้มีการทำไบออปซี่ประมาณสองในสามของผู้ป่วยทั้งหมด. ในระหว่าง ค.ศ. ๑๙๑๕ ถึง ๑๙๓๔ มีผู้ป่วยได้ทำไบออปซี่เพียงหนึ่งในสามเท่านั้น. ตามสถิติของแผนกพยาธิวิทยา, ร.พ. ศิริราช, ปรากฏว่าจำนวนของการทำไบออปซี่เพิ่มขึ้นทุกปี. ใน พ.ศ ๒๔๙๓ มีการตรวจเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด ( **surgical sections** ) ๘๘๑ ราย; พ.ศ. ๒๔๙๔ ตรวจ ๑,๕๒๖ ราย และเมื่อปีที่แล้ว (พ.ศ. ๒๔๙๕) ตรวจถึง ๔,๙๔๓ ราย.(2) จะเห็นได้ว่าจำนวนการตรวจในปี ๒๔๙๕ ได้เพิ่มมากกว่าเมื่อปี ๒๔๙๓ กว่าเท่าตัว. จริงอยู่เหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้มีจำนวนมากขึ้นนั้นอาจเป็นเพราะมีผู้ป่วยมารับการรักษาใน ร.พ. มากขึ้น. แต่อีกส่วนหนึ่งก็คือศัลยแพทย์ได้เห็นความสำคัญของการทำไบออปซี่ก่อนทำการผ่าตัด, จึงมีการส่งเนื้อมาตรวจมากขึ้น.

วิธีปรกติที่แผนกพยาธิวิทยาทำการตัดและย้อมเซ็คชั่นนั้น, ทำแบบฝังเนื้อลงในพารัฟฟิน, โดยใช้วิธีไดออกแซน, ซึ่งสามารถทำให้เสร็จได้ภายในสองวันตามวิธีของศาสตราจารย์สุด แสงวิเชียร และคุณสุข มีสินฟู.(3) วิธีนี้ทำให้เสร็จเร็วกว่าการฝังเนื้อลงในพารัฟฟินโดยใช้วิธีคลอโรฟอร์ม. อย่างไรก็ดี, ยังมีวิธีที่เร็วกว่านี้อีก, คือวิธีทำโฟรเซ่นเซ็คชั่น (method of making rapid frozen sections), สำหรับใช้เฉพาะรายที่ต้องการทราบผลอย่างรีบด่วน.

แผนกพยาธิวิทยาได้เคยทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นมานานแล้ว, นับเป็นเวลาสิบกว่าปีก่อนสงครามโลกครั้งที่แล้ว. แต่ระหว่างสงครามก็งดทำชั่วคราว. ภายหลังสงครามได้เริ่มทำใหม่มาในบัดนี้.

ถึงแม้ว่าการทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นจะมิใช่ของใหม่และแปลก, ข้าพเจ้าก็ยังเห็นว่าน่าจะได้เขียนเรื่องนี้ขึ้นสำหรับผู้ที่สนใจหรือผู้ที่ไม่เคยเห็น. ความประสงค์เพื่อชี้แจงว่าทางแผนกพยาธิวิทยามีวิธีทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นอย่างไร. ทั้งนี้จำกันอย่างไร, โฟรเซ่นเซ็คชั่นมีข้อดีและข้อเสียอย่างใด, และท้ายที่สุดคือเมื่อไรจึงควรทำโฟรเซ่นเซ็คชั่น, เมื่อไรไม่ควรทำ.

วิธีทำเซ็คชั่น. โดยทั่วไป, วิธีทำเซ็คชั่นนั้นมีอยู่ ๓ วิธี, คือ:

๑. วิธีพารัฟฟิน, ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากกว่าวิธีอื่น.

๒. วิธีเซ็ลลอยดิน, ซึ่งเป็นวิธีที่มิได้ใช้กันเป็นประจำ, เพราะเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายมาก. อย่างไรก็ดีวิธีนี้มีประโยชน์และใช้เมื่อทิสชิวนั้นมีขนาดใหญ่หรือแข็งมากเช่นลูกตาทั้งลูก, กระดูกหรือกระดูกอ่อน.

๓. วิธีทำโฟรเซ่นเซ็คชั่น, ซึ่งมีประโยชน์อยู่มากเพราะทำได้รวดเร็ว, รู้ผลของการวินิจฉัยโรคเร็วมาก. แต่ไม่สู้จะทำกันบ่อยเพราะมีความยาก ลำยากในเทคนิคการทำอยู่บ้าง, และมีข้อเสียอื่น ๆ อีกดังจะได้วิจารณ์ต่อไป.

วิธีทำโฟรเซ่นเซ็คชั่น. ตามวิธีของ Krajian,(4) เอาทิสชิวชิ้นบาง ๆ ใส่ลงไปในหลอดแก้วพยีเร็กส์ขนาด ๕๐ ล.ซม. ซึ่งมีน้ำยาฟอร์มาลิน ๑๐ เปอร์เซ็นต์อยู่ ๒๐ ล.ซม. เสร็จแล้วต้มให้เดือดทันทีเป็นเวลานาน ๑๕—๓๐ วินาที. เทน้ำยาฟอร์มาลินทิ้ง, เอาทิสชิวออกล้างน้ำ. แล้ว

เอาไปวางบน freezing microtome, ตัดเซ็คชั่นเอาเซ็คชั่นวางบนกระจกสไลด์ แล้วย้อมสี, ชะเย็น Harris' หรือ Delafield's hematoxylin ก็ได้, โดยจุ่มสไลด์ลงไปและเอาขึ้นมาสลับกัน. เอาออกมาล้างน้ำโดยเร็ว. ล้างสีออก (decolorize) ในแอซิดแอลกอฮอล, จุ่มลงในน้ำแอมโมเนีย, ดูดน้ำออก (dehydrate) โดยเอาแอ๊บโซลูทแอลกอฮอลราดหรือใช้แอนฮัยดรัสไอโสโปรปานอลราด. เอามาย้อมตัดสี (counterstain) ด้วย eosinol ประมาณ ๑๕—๒๐ วินาที. ซับให้แห้งด้วยกระดาษกรองอย่างละเอียด. แช่ให้ใส (clear) ในซัยลอล ๒ – ๓ วินาที, แล้วติด (mount) ใน gum dammar.

วิธีนี้ Krajian กล่าวว่าได้ผลดีเนื่องจากสีย้อมติดเห็นชัดดี, ทำให้การวินิจฉัยโรคแน่นอนกว่าวิธีอื่น. เซ็คชั่นก็เก็บไว้ได้ถาวร. แต่มีข้อเสียที่กินเวลานานกว่าวิธีอื่น.

วิธีนี้ข้าพเจ้าได้ทราบจาก Dr. Paul D. Rosahn ว่าเป็นวิธีที่ใช้อยู่ที่ห้องทดลองของ New Britain (Connecticut) General Hospital ในสหรัฐอเมริกา.

การทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นควรใช้ท่อคาร์บอนไดออกไซด์ ๒ ท่อต่อกับไมโครโทม, เพื่อเวลาท่อหนึ่งหมดขณะกำลังทำจะได้ใช้อีกท่อทันที.

วิธีทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นอาจทำโดยการใช้ dry ice (Janvier W. Lindsay, M.D., E. Clarence Rice, M.D., and M.A. Selinger, M.D., Pathological Laboratory, Garfield Memorial Hospital Washington, D.C.), ซึ่งไม่มีในเมืองไทยเรา. วิธีนี้มีประโยชน์เพราะราคาถูก, ขนไปไหน ๆ ได้, ขณะทำไม่มีเสียงดัง (จากเสียงของแกสคาร์บอนไดออกไซด์เวลา เปิดท่อเพื่อให้แก๊สมาทำให้ทิสชิวแข็ง), ทำให้ทิสชิวแข็งได้เร็ว.

นอกจากนี้วิธีทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นก็แตกต่างกันไปอีกแล้วแต่สถานที่.

## วิธีทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นของแผนกพยาธิวิทยา (ร.พ. ศิริราช).

เมื่อได้รับเนื้อมาจากห้องผ่าตัด, ก็ตรวจเนื้อนั้นด้วยตาเปล่าเสียก่อน, เช่น ก้อนเนื้องอกนั้นมีแคปซูลหุ้มชัดเจนหรือไม่, ถ้ามีก็น่าจะเป็นเนื้องอกธรรมดา, มิใช่เนื้องอกชนิดร้าย. การดูลักษณะของ

เนื้องอกด้วยตาเปล่าสำหรับผู้ที่ชำนาญอาจบอกการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องมากกว่า ๕๐ เปอร์เซ็นต์. อย่างไรก็ดี, ต้องทำเซ็คชั่นเสมอ. ตรวจแล้วฝานเนื้อออกเป็นชิ้นบางๆ, ขนาดไม่เกินครึ่งเซ็นติเมตร์. เอาเนื้อใส่ในหลอดแก้วทนไฟ, ซึ่งมีน้ำยาฟอร์มาลิน ๑๐ เปอร์เซ็นต์. ต้มให้ร้อนแต่พอมีไอออกมา (ไม่ใช่เดือดจริง ๆ) เป็นเวลา ๑ นาที. เทน้ำยาฟอร์มาลินทิ้งหมด. เอาเนื้อมาล้างน้ำ, แล้ววางบนแป้นของ freezing microtome, มีน้ำ ๑-๒ หยดใส่ลงไปด้วย. เปิดท่อแกสคาร์บอนไดออกไซด์. ใช้ถ้วยแก้วปากจิ้มครอบเพื่อให้เนื้อแข็งเร็ว ๆ. เมื่อเนื้อแข็งขาวเย็นน้ำแข็งแล้วก็ตัด. ขนาดตัดหนาไม่เกิน ๑๕ ไมครอน. ถ้าตัดบางยิ่งดีแก่การตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์. เขี่ยเนื้อที่ตัดแล้วซึ่งติดอยู่บนใบมีด, ลงมาลอยในอ่างน้ำ. เอาแท่งแก้วช้อนเนื้อออกมาย้อมสี ๑ นาที. ใช้สี Goodpasture's Acid Polychrome Methylene Blue.(5) เสร็จแล้วเอาล้างในอ่างน้ำอีก. แผ่เนื้อให้กระจาย, พยายามอย่าให้พับ, ช้อนใส่ลงบนสไลด์. หยดกลีย์เซอรีน ๑ หยด. เอากระจกครอบ (cover slip) ปิด. นำไปดูได้ทันที. ทั้งหมดกินเวลา ๕-๑๐ นาที.

ชิ้นเนื้ออาจต้องตัดหลาย ๆ ชิ้น, เพื่อเลือกอันที่ดีที่สุดตรวจและให้การวินิจฉัยโรค.

ชิ้นเนื้อที่เหลือเก็บฟิกส์ในฟอร์มาลิน ๑๐ เปอร์เซ็นต์, เอาไว้ทำแบบฝังในพาราฟฟิน, ตัดและย้อมตามวิธีปรกติ, เพื่อสอบการวินิจฉัยโรคให้แน่นอน.

ข้อดีของการทำโฟรเซ่นเซ็คชั่น. ข้อดีอันเดียวที่สำคัญของโฟรเซ่นเซ็คชั่น คือความรวดเร็ว, ทำให้การวินิจฉัยโรคทางพยาธิวิทยาสามารถทำได้เกือบทันที, แล้วแจ้งผลไปยังแพทย์ทางฝ่ายรักษา. แพทย์ผ่าตัดอาจรอคอยผลอยู่ในห้องผ่าตัด. เมื่อทราบผลแล้วก็ตัดสินใจทำการรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องและไม่เสียเวลา. โดยเฉพาะการผ่าตัดลงไปในช่องท้อง, หรือทรวงอก, การที่จะผ่าหนหนึ่งเพื่อเอาเนื้อออกมาดูว่าเป็นอะไรแล้วหลายวันต่อมาผ่าลงไปอีกครั้งหนึ่งเพื่อการรักษาย่อมเสียเวลาและเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย.

การทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นยังมีผลดีทางเศรษฐกิจ, กล่าวคือทุ่นเวลาและค่าใช้จ่าย, เพราะผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลานอน

อยู่ใน ร.พ. นาน, การผ่าตัดทำครั้งเดียวเสร็จ.

**ข้อเสียของการทำโฟรเซ่นเซ็คชั่น** โฟรเซ่นเซ็คชั่นไม่อาจเก็บไว้ได้ถาวร. ดังนั้นจึงต้องเก็บเนื้อที่เหลือเอามาตัดอีกด้วยวิธีธรรมดาเพื่อจะได้เก็บได้ถาวรและเป็นหลักฐาน. การวินิจฉัยโรคจากโฟรเซ่นเซ็คชั่นทำได้ยากกว่าวิธีทำเซ็คชั่นปรกติ, ทำให้แพทย์ทางพยาธิวิทยาให้การวินิจฉัยโรคผิดบ่อย ๆ อันเป็นผลร้ายต่อคนไข้, เพราะทำให้ศัลยแพทย์เข้าใจผิดและรักษาผู้ป่วยไม่เหมาะสมตามความเป็นจริงไปด้วย. ข้าพเจ้าเอง แน่ใจว่าเคยให้การพิเคราะห์โรคผิดโดยดูโฟรเซ่นเซ็คชั่นมาแล้วมากกว่าหนึ่งครั้ง. ข้อนี้จะเห็นได้ว่าต้องมีการตัดเนื้อรายนั้นอีกด้วยวิธีธรรมดาเพื่อสอบการวินิจฉัยโรคให้แน่.

การดูโฟรเซ่นเซ็คชั่นนั้นไม่อาจบอกข้อวินิจฉัยได้ละเอียดถี่ถ้วนแน่นอน. บางรายบอกได้แต่เพียงว่าเป็นเนื้องอกหรือไม่ใช่. ถ้าเป็นเนื้องอก, อาจบอกได้แต่เพียงว่าเป็นชนิดร้ายแรงหรือไม่ใช่, แต่ไม่อาจบอกได้ว่าเป็นเนื้องอกอะไร, เหล่านี้เป็นต้น. อนึ่ง, บางโรคอาจบอกไม่ได้เลยจากการทำโฟรเซ่นเซ็คชั่น, เช่นต่อมน้ำเหลืองในรายที่เป็นลิมโฟซาร์โคม่ากับรายเป็นลิวคีเมีย. สองโรคนี้อย่าว่าแต่โฟรเซ่นเซ็คชั่นเลย, แม้แต่พารัฟฟินเซ็คชั่นซึ่งมองเห็นได้ดีกว่ามาก, ก็อาจแยกกันไม่ได้.

ข้อเสียอีกข้อหนึ่งของการทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นคือความยากลำบากในเทคนิคการทำ. เนื้อเมื่อตัดแล้วมักย่น, คลี่ไม่ค่อยออก, แม้ว่าจะเอามาลอยคลี่ในน้ำ. ทำให้เนื้อพับเวลาวางลงบนสไลด์. ขณะทำให้เนื้อแข็ง, ต้องรอสักเล็กน้อย, ไม่ควรรีบตัดทันทีถ้อนเนื้อเย็นจัดหรือแข็งมาก,(6) เพราะถ้าตัดถอนนี้เนื้อเปราะ, จะแตก, ไม่ติดเป็นแผ่นบางตามต้องการ. เมื่อกะว่าตัดได้ก็ต้องรีบ ๆ ตัดหลาย ๆ ชิ้น, ถ้าทิ้งไว้นานไปเนื้อก็จะอ่อนเสียเพราะความเย็นระเหยไป. แต่ข้อนี้เราแก้ได้โดยใช้แก๊สมาทำให้แข็งใหม่, ซึ่งทำให้เปลืองแก๊สมากชิ้น.

**เมื่อไรจึงควรทำโฟรเซ่นเซ็คชั่น.** เมื่อทราบว่าโฟรเซ่นเซ็คชั่นมีประโยชน์ดีอยู่มาก, แต่ก็มีข้อเสียหลายอย่างเช่นนี้ ปัญหามีว่าเมื่อไรจึงมีความจำเป็นต้องทำโฟรเซ่นเซ็คชั่น.

การพิจารณาเรื่องนี้นับว่ายาก. ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป, และแต่ละคนอาจมีความเห็นไม่เหมือนกัน. แต่ส่วนมากคงจะยอมรับว่าโฟรเซ่นเซ็คชั่น มิใช่การทำเป็นประจำ (routine). จะทำกันแต่ในรายที่ต้องรีบด่วน, เพื่อความถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เท่านั้น. มิใช่เพื่อทางอื่น. ตัวอย่างเช่นคนไข้มีก้อนที่กระเพาะอาหาร. ศัลยแพทย์อยากทราบว่าเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาหรือชนิดร้าย. การทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นในรายนี้นับว่าควรทำ, เพราะศัลยแพทย์และคนไข้เสียเวลาคอยอยู่ในห้องผ่าตัด ๕-๑๐ นาทีก็ทราบผล, ไม่ต้องเสียเวลาเยี่ยมหน้าท้องผู้ป่วยสองครั้ง.

การที่ผู้ป่วยมีก้อนที่เต้านม, โฟรเซ่นเซ็คชั่นก็น่าจะทำได้, โดยแพทย์ผ่าตัดรอคอยผล. ถ้าเป็นเนื้องอกธรรมดาไม่ร้ายแรงก็ทำ simple mastectomy หรือตัดแต่ก้อนเนื้องอกออก. ถ้าเป็นเนื้องอกชนิดร้ายก็ทำ radical mastectomy เลย. แต่ในรายเช่นนี้ไม่ต้องทำโฟรเซ็นเซ็คชั่นก็ได้, เพราะผู้ป่วยรอได้. การผ่าตัดช้าไป ๑—๒ สัปดาห์มิได้มีผลร้ายแก่ผู้ป่วยประการใด. เพื่อจะยืนยันความเห็นนี้, ขออ้างสถิติของ Haagensen และ Stout[1] ว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของเต้านม ทำไบออปซี่พร้อมกับผ่าตัดนั้นมิได้มีผลดีทางการรักษา (5-year clinical cures) มากไปกว่าพวกทำไบออปซี่ก่อนผ่าตัดหลาย ๆ วันเลย; ตรงกันข้ามพวกทำไบออปซี่ก่อนผ่าเอาเต้านมออกกลับมีเปอร์เซ็นของการหายสูงกว่าพวกทำไบออปซี่ขณะกำลังผ่าตัดเสียอีก.

อนึ่ง, ได้กล่าวมาแล้วว่าการดูโฟรเซ่นเซ็คชั่นแล้วให้การวินิจฉัยโรคนั้นมีโอกาสผิดพลาดได้ง่ายกว่าวิธีธรรมดา. ขอให้นึกดูว่า, เมื่อผู้ป่วยมีก้อนที่เต้านม, ก้อนขนาดไม่ใหญ่นัก, เป็นก้อนเนื้องอกชนิดธรรมดาไม่ร้ายแรง, การรักษาเพียงแต่ตัดเอาก้อนนั้นออกก็พอแล้ว. แต่แพทย์ทางพยาธิวิทยาให้การวินิจฉัยผิดว่าเป็นมะเร็ง, ต้องทำ radical mastectomy, ย่อมเสียประโยชน์หลายประการ. การผ่าตัดกลายเป็นผ่าตัดใหญ่. ศัลยแพทย์เสียเวลาไปเปล่า ๆ. คนไข้เสียเต้านมข้างนั้นไปโดยไม่จำเป็น. ถ้าคนไข้เป็นหญิงสาวย่อมมีปัญหาตามหลังเกิดขึ้นหลายประการ.

ในที่สุดข้าพเจ้าเห็นว่า, โฟรเซ่นเซ็ค

ชั้นนั้นควรทำ, แต่ต้องพิจารณาเสียก่อนว่าอย่างใดควรทำ. ส่วนปัญหาเรื่องเทคนิคการทำก็อาจแก้โดยผึกหัดให้เกิดความชำนาญ, เซ็คชั่นก็จะออกมาดีขึ้น. สำหรับแพทย์ทางพยาธิวิทยาก็เช่นเดียวกัน, ต้องหัดอ่านบ่อย ๆ จนเกิดความชำนาญการวินิจฉัยโรคจากโฟรเซ่นเซ็คชั่นจะได้ผิดพลาดน้อยลง. ผลสุดท้ายโฟรเซ่นเซ็คชั่นจะมีประโยชน์สมบูรณ์ตามความมุ่งหมายทางวิทยาศาสตร์การแพทย์.

ข้าพเจ้าขอขอบคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์สุด แสงวิเชียร และ Dr. Paul D. Rosahn ในการค้นหาเอกสารและแนะนำข้อความอันมีประโยชน์.

## เอกสาร

1. C. D. Haagensen and A.P. Stout: Ann. Surg. 2:151-172 (1941).

๒. ทินรัตน์ สถิตนิมานการ: สถิติของเนื้องอกทางพยาธิวิทยาในระยะ ๓ ปี (จะตีพิมพ์ในสารศิริราช).

๓. สุด แสงวิเชียร และ สุข มีสินฟู สารศิริราช, 11: 543-548 (1950).

4. Aram A. Krajian and R.B.H. Gradwohl: Histopathological Technic, 2nd Edition (1952) p. 82.

5. E. V. Cowdry: Laboratory Technique in Biology and Medicine, 2nd Edition (1948) p. 102.

6. F.B. Mallory: Pathological Technique(1938) p. 33.

# บทบรรณาธิการ

## บัญชิมภาคของอาจารย์เก่า

---

ศาสตราจารย์ เอ.จี. เอ็ลลิส, อาจารย์เก่าของศิริราชพยาบาล, ถึงแก่กรรมเสียแล้ว, เมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๔๙๖, ด้วยโรคหลอดเลือดในสมองแตก, ศิริรวมอายุได้ ๘๕ ปี.

ศาสตราจารย์เอ็ลลิสเป็นที่รู้จักดีของแพทย์และพยาบาลเกือบทุกคนในประเทศไทยที่เรียนสำเร็จไปจากศิริราชพยาบาลก่อน พ.ศ. ๒๔๘๔. ผู้ที่สำเร็จหลังจากนั้นหลายคนอาจรู้จักท่านแต่ชื่อ. แม้ผู้ที่มิใช่แพทย์, หากได้ติดต่อกับศิริราชก่อนเวลาดังกล่าวนั้นสักสามสี่ปี, ก็อาจได้รู้จักท่านศาสตราจารย์ผู้นั้นในฐานะ "หมอใหญ่" ของศิริราช, ซึ่งท่านได้เป็นอยู่นับเวลาร่วมยี่สิบปี.

ศาสตราจารย์เอ็ลลิสมาสู่ศิริราชเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๒ เพื่อเข้ารับตำแหน่งหัวหน้าแผนกพยาธิวิทยา (สมัยนั้นเรียกว่าปาโถโลยี), ในโครงการปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ตามพระดำริห์ของเสด็จในกรมหมื่นชัยนาทนเรนทร (ต่อมาได้เฉลิมพระอิสริยยศเป็นกรมพระยา). นอกจากการปรับปรุงการศึกษาพยาธิวิทยาให้เข้าสู่ขั้นมาตรฐาน สำหรับโรงเรียนแพทย์ที่ทันสมัยแล้ว, งานชิ้นหนึ่งในด้านนี้ที่ท่านศาสตราจารย์ได้นำเข้ามาสู่ประเทศไทยก็คือการตัดเซ็คชั่น, เพื่อศึกษาเนื้อและอวัยวะที่เป็นโรค. เมื่อทำงานได้ครบสองปีตามสัญญาแล้ว ศาสตราจารย์เอ็ลลิสก็ได้เดินทางกลับ, ไปทำงานที่มหาวิทยาลัยเจ็ฟเฟอร์สันในสหรัฐอเมริกา, ซึ่งเป็นโรงเรียนเดิมของท่าน. ใน พ.ศ. ๒๔๖๖, ขณะที่ท่านกำลังจะได้รับแต่งตั้งเป็นศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกพยาธิวิทยา ณ มหาวิทยาลัยนั้น, ก็พอดีได้รับคำเชิญจากรัฐบาลไทยให้กลับมายังศิริราชอีกครั้งหนึ่ง, เพื่อช่วยปรับปรุงการศึกษาแพทย์ให้เป็นไปตามแผนใหม่, เป็นการเตรียมรับความร่วมมือของร็อคคีเฟ็ลเล่อร์มูลนิธิ. ตลอดสิบห้าปีต่อจากนั้น,

เวลาของท่านศาสตราจารย์เต็มเพียบไปด้วยการสร้างเสริม, ทั้งในด้านสถานที่, บุคคลและงาน. ผลที่ได้ปรากฏทันตาเห็นก็คือการแปรสภาพของศิริราช, ทั้งโรงเรียนแพทย์และโรงเรียนนางพยาบาลผดุงครรภ์, จากสถานที่ซึ่งไม่ค่อยมีใครอยากย่างเข้าสู่, กลายเป็นที่ซึ่งต้องแข่งขันกันเพื่อได้เข้า. การที่การเปลี่ยนฐานะแพทย์ศิริราชจากแพทย์ประกาศนียบัตรเป็นแพทย์ปริญญาได้สำเร็จลงอย่างดีนั้นสมควรยกให้ว่าส่วนใหญ่เป็นผลแห่งความพยายามของท่านศาสตราจารย์เอ็ลลิส, ในการติดต่อกับทางการฝ่ายไทยและกับฝ่ายร็อคคิเฟ็ลเล่อร์มูลนิธิ, และในการสร้างเสริมอุปกรณ์การศึกษาและคณาจารย์ให้ได้จังหวะที่เหมาะสมกันในทุก ๆ ด้าน.

การปฏิบัติงานของท่านศาสตราจารย์เอ็ลลิสได้เป็นไปอย่างละมุนละม่อม, แต่อยู่ในแนวของอุดมคติอย่างเคร่งครัด. พฤติการณ์ข้อหนึ่งของท่านที่เราจะลืมเสียมิได้ก็คือการที่ท่านได้คัดค้านอย่างเปิดเผยและแข็งขันในเมื่อสมัยหนึ่งรัฐบาลได้ริเริ่มที่จะตั้งโรงเรียนแพทย์หลักสูตรสั้นขึ้น, เรียกว่าแพทย์ชั้นสอง, เพื่อเร่งผลิตแพทย์ให้พอแก่ความต้องการ. แม้ท่านศาสตราจารย์จะอยู่ในฐานะข้าราชการ, เป็นลูกจ้างของรัฐบาลไทย, ท่านก็ไม่ได้คล้อยตามแผนการที่ท่านได้พิจารณาเห็นว่าขัดกับหลักวิชาและเหตุผล. ในฐานะเจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคนิคท่านได้ยืดมั่นในหน้าที่ของท่านในการที่จะให้คำปรึกษาที่ตรงไปตรงมาแก่ฝ่ายบริหาร. การปฏิบัติของท่านทั้งนี้สมควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้อื่น ๆ ซึ่งอยู่ในฐานะเช่นเดียวกัน.

หลังจากที่ได้หมดสัญญาจ้างของรัฐบาลไทยแล้ว, ใน พ.ศ. ๒๔๘๑, ท่านศาสตราจารย์ได้กลับไปพำนักโดยสงบอยู่ในมลรัฐโคโลราโด, โดยอาศัยเบี้ยบำนาญที่ได้รับจากรัฐบาลไทย. ท่านยังสนใจในความเป็นอยู่ของศิริราชเรื่อยมา. โอกาสใดมีแพทย์ไทยผ่านเข้าไปในเขตของท่าน, จะเคยเป็นศิษย์หรือไม่เคยก็ตาม, โอกาสนั้นท่านก็ได้แสดงทั้งไมตรีจิตและเมตตาจิต, ซึ่งยังความปลาบปลื้มให้แก่ผู้ได้ประสพเป็นอย่างยิ่ง. ระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง, การติดต่อกับคนไทยซบเซาไปชั่วคราว. แต่พอสงบศึกแล้ว, ท่านก็ได้มีโอกาสทราบข่าวคราวของเมืองไทยและของศิริราชอีกต่อ

มา. ท่านได้แสดงความห่วงใยในความผันแปรหลายประการที่ได้บังเกิดแก่ศิริราช, โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกระทบกระเทือนซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในฐานะเศรษฐกิจของพวกอาจารย์ทั้งหลาย. ความปรารถนาข้อหนึ่งที่ท่านพร่ำบ่นอยู่เสมอๆก็คืออยากกลับมาเห็นประเทศไทยอีกสักครั้ง. แต่ความหวังของท่านไม่สำเร็จไปได้, เพราะใน พ.ศ. ๒๔๙๓ ท่านได้ล้มป่วยลงด้วยอาการหลอดเลือดในสมองแตก, ทำให้เป็นอัมพาต, เดินไม่ได้, และต่อมานัยน์ตายอด. อาการหลังนี้ได้ก่อความทรมานให้แก่ท่านเป็นอันมาก, เพราะทำให้ไม่สามารถอ่านหนังสือได้, เป็นการตัดความเพลิดเพลินประการสุดท้ายของท่านไปเสีย. ภายหลังที่ได้ป่วยอยู่ประมาณสามปี, ร่างกายทรุดโทรมลงไปมาก, และฐานะเศรษฐกิจของท่านก็ตกต่ำตามค่าน้ำเงินของเงินยาทไปด้วย. ในต้นเดือนกุมภาพันธ์ ๒๔๙๖ ท่านได้ย้ายจากบ้านที่เคยพำนักอย่างมีความสุขไปสู่มลรัฐนิวเจอร์ซีย์. เข้าอยู่บ้านใหม่ได้ไม่กี่เวลาท่านก็ถึงแก่กรรมด้วยโรคเก่าลุกลามต่อไป. วาระสุดท้ายของท่านได้มาถึงในท่ามกลางความสงบ, ไม่มีความทุรนทุรายอย่างใด. ผู้อยู่หลังในครอบครัวของท่านมีภริยาซึ่งอายุแปดสิบปีเศษแล้ว, กับบุตรชาย ๑ คน, บุตรหญิง ๑ คน. บุตรทั้งสองนี้แยกอยู่ต่างหากมาเป็นเวลานานแล้ว.

ดังนี้เป็นฉากสุดท้ายในชีวิตอันยืนยาวและเต็มไปด้วย คุณประโยชน์ ของท่านศาสตราจารย์เอ.จี. เอ็ลลิส, อดีตผู้นำและผู้สร้างคนหนึ่งของศิริราช. เราหวังว่าในไม่ช้าจะมีโอกาสบรรยายเรื่องของท่านผู้นี้โดยละเอียดละออและครบถ้วนยิ่งกว่านี้ในหน้ากระดาษของสารศิริราช.

# OBITUARY

## DR. ALLER G. ELLIS

We deeply regret to announce the demise of Dr. Aller G. Ellis, M.Sc., M.D. (Jefferson), M.D. hon. (Chulalongkorn), Professor emeritus of Pathology, formerly Dean of the Faculty of Medicine, and sometime Rector of Chulalongkorn University, Bangkok. He passed away peacefully on February the ninth, 1953, at his home in New Jersey, U.S.A., at the ripe old age of eighty-five, after repeated seizures of cerebral hemorrhage. Thus ended the life of another foreigner whose name will be inscribed forever on the honour list in the annals of medical education in Siam. For nearly twenty years Dr. Ellis held the helm and directed the Medical School, the School of Nursing and the attached Siriraj Hopital through difficult passages and countless obstacles to a stage of perfection far beyond the expectation of even the greatest optimist. His period of office may not have been as long as that of some others, but it was certainly the most fruitful and the most significant. For it was during those years that Siam's only Medical School metamorphosed from a backward and unknown place into an institution up-to-date in every way and respectable to everybody. In his eulogy delivered before a mass meeting of the faculty members and students of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital on July the fourth, 1953, Dr. Luang Pynpakya Bidyabhed, the ruling Dean, pronounced with conviction that there was no exaggeration in stating that what Dr. Ellis had done for Siriraj ranked second in importance only to the deeds of our great benefactor, His Royal Highness the late Prince Mahidol of Songkla. The assembly could only corroborate the Dean's statement.

For lack of space and lack of accurate data, we are not in a position right now to enumerate all the doings of the late Dr. Ellis; but we hope in the near future to give a full account of his life and work in these pages. For the present, let us conclude in repeating that old wise saying: "He came well, he lived well, he went well."

# แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., ตระกูล กิติสิน พ.ด., อัญเชิญ ศาลยาชีวิน พ.บ., ฉวีวรรณ เชี่ยวพิทยาการ พ.บ., ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ., ประภัสสร รพิพันธุ์ พ.บ., สุนอง อุนากูล พ.ด., M.S., สวัสดิ์ สกุลไทย พ.บ., D.T.M. and H., D.C.H., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., อาวุธ ศรีสุกรี พ.บ.

---

๑. William F. Windle and William W. Chambers: Regeneration in the Spinal Cord of the Cat and Dog. (การฟื้นคืนตัวของไขสันหลังในแมวและสุนัข.) J. Comp. Neur. 2:241-257 (1950).

ประสาทจะฟื้นคืนตัวได้ต่อเมื่อมี substrate เหมาะที่จะนำประสาทให้เจริญผ่านไปได้. เซ็ลล์ที่เย็นอันตรายต้องมีความสามารถในการฟื้นตัวพอควร. ไม่มีเนื้อเยื่อพังผืดมาขวาง. มีเลือดไปสู่พอเพียง, และมีการสัมพันธ์ซิมบิโอสิสระหว่างแอ็กซ็อนและเซ็ลล์ซึ่งไม่ใช่เซ็ลล์ประสาทเช่นนิวริเล็มม่า. ที่ระยะประสาทส่วนกลางมีสาเหตุขัดขวาง ๒ อย่าง: หนึ่ง, คือมีเกลียเซ็ลล์มาขวาง; สอง, ไม่มีนิวริเลมม่าเซ็ลล์สำหรับสัมพันธ์กับเส้นใยประสาทที่จะเกิดใหม่.

Chambers, Koenig, Koenig และ Windle ได้ตัดไขสันหลังในแมวและสุนัขในระดับต่าง ๆ แล้วฉีดน้ำสะกดแย็คที่เรียเย็นเวลาตั้งแต่ ๔ วัน ถึง ๑๓๙ วัน. พบว่ามีการฟื้นตัวของไขสันหลังในสัตว์บางตัว. การตรวจใช้ท้าซีเรียลเซ็คชั่นแล้วย้อมโดยวิธี Ranson pyridine-silver. พบว่ามีสัตว์ ๔ ตัวที่มีชีวิตอยู่ตั้งแต่ ๒๐ ถึง ๕๙ วัน, มีการเจริญของเส้นใยประสาทเข้าไปในรอยตัดหรือทอดข้ามรอยตัด. ที่รอยตัดคงมีแผลเย็นแต่ไม่ใช่ชนิดเกลียเซ็ลล์. แต่มีการประสานระหว่างเนื้อของไขสันหลังกับเนื้อเยื่อที่ไม่แน่นประกอบด้วยเซ็ลล์ที่ไม่ใช่เซ็ลล์ประสาทและเย็นเซ็ลล์ที่มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงน้อย. เส้นใยประสาทเจริญเข้าไปในเนื้อเยื่อชนิดที่กล่าวนี้ได้. มีเส้นใยประสาทหลายเส้นผ่านทะลุแผล

เย็นและยื่นเข้าถึงอีกปลายหนึ่งของรอยตัด, โดยทอดไปตาม reticulum-like cells. โดย การ ติด ตามในซีเรียลเซ็คชั่นพบว่า เส้นใยประสาทที่เจริญไปได้นี้ มา จาก ขั้ว เส้นใย ประสาท ที่ถูกตัดมา จาก ประ สาท หลอดเลือด, และมาจากเซ็ลล์ประสาท ที่อยู่ในไขสันหลังเอง. การฟื้นตัวแบบนี้ไม่ปรากฏว่าประสาททำหน้าที่ได้.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๒. Ronald K. Deig, M.D., Steward Wolf, M.D., and Harold G. Wolff, M.D.: Study of Gastric Function in a "Decorticate" Man with Gastric Fistula (การศึกษาหน้าที่ของกระเพาะอาหารในคนที่ไม่มีสมองใหญ่, และมีรูที่กระเพาะอาหาร) Gastroenterol. 1:40-44 (Jan. 1953).

ทดลองในคนไข้ชายอายุ ๓๑ ปี ซึ่งได้รับอันตรายที่เปลือกสมอง ใหญ่ ถึง กับหมดสติ, ไม่รู้ตัวตลอดเวลา. ได้เจาะหลอด คอ (เทรเคีย) และ เจาะ ช่อง เข้ากระเพาะอาหาร. คนไข้ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เอง

ใช้ซิสโตสโคปส่องดูเยื่อกระเพาะอาหารและบันทึกการเคลื่อนไหวของมันด้วยบัลลูน. ตรวจการหลั่งน้ำย่อยโดยดูดออกมา. ปรากฏว่าการทำงานของกระเพาะดำเนินไปคล้ายในคนปรกติ. ที่น่าสนใจก็คือเมื่อฉีดอินสุลินเข้าหลอดเลือดดำ, หรือกระตุ้นเว็สติบูล (vestibule) ก็ดี, กระเพาะอาหารไม่ตอบสนอง (respond). ข้อแตกต่างที่สำคัญจากคนปรกติคือไม่แสดง การโต้ต่อการ กระ ตุ้น ประเภทรบกวน (noxious) และไม่มี conditioned reactions. ส่วนผลต่อยาบางอย่างเช่นอะโตรปีน, ฮิสตะมีน, อะเซติลโคลินยังแน่นอนดีมาก.

ตระกูล กิตติสิน พ.ด.

๓. A.J.M. Butter M.D.: Mysoline in the Treatment of Epilepsy (การใช้มัยโซลินรักษาโรคลมบ้าหมู) Lancet. 21:1024 (1953).

ผู้รายงานทำตาม Handley และ Stewart (๑๙๕๒), และได้รักษาคนไข้โรคลมบ้าหมูด้วยมัยโซลินติดต่อกันถึง ๑๕ เดือนที่ ร.พ. ของ David Lewis Epileptic Colony. คนไข้ที่เลือกมารักษาเป็นชายซึ่งเป็นโรคลมบ้าหมูอย่าง

แรงรวม ๕๘ คน. อายุเฉลี่ย ๒๐-๖๖. ทุกคนไม่สามารถระงับการชักได้ด้วยยาพวก phenobarbitone, soluble phenytoin, "Mesantoin", phenyl-methyl-malonyl urea, bromide, belladonna, amphetamine sulphate, หรือยาอื่น ๆ ที่มีสารเหล่านี้ปนอยู่.

ปรากฏว่า ๕๐ เปอร์เซ็นต์ของคนไข้ได้ผลดีขึ้น. ส่วนมากมีอาการมึนอยู่ ๒-๓ วันแรก. แต่รายยังมึนอยู่ในระยะต่อมาจึงเลิกใช้ยา. นอกจากนี้มีอาการแข้งหรืออาการแสดงที่เป็นพิษแต่เพียงเล็กน้อย.

ในรายที่เป็นอย่างอ่อน. (เปอติต์มาล) ลดอาการชักลงมากกว่าครึ่งหนึ่งใน ๒๓ เปอร์เซ็นต์ของคนไข้. และในรายที่มีผลทางร่างกายต่อเนื่องจากจิตใจด้วยนั้น กลับมีอาการดีขึ้นมาก.

(Mysoline = 5-phenyl-5-ethyl-hexahydropyrimidine - 4:6-dione).

อัญเชิญ ศาลยาชีวิน พ.บ.

๔. William G. Bannon, M.D. Charles A. Owen, Jr., M.D., and Nelson W. Barker, M.D.: The Comparative Effects of Menadione Sodium Bisulfite and Vitamin K on the Hypoprothrombinemia Induced by Dicumarol. (เปรียบเทียบผลของเมนาดิโอนโซเดียมไบซัลไฟท์และวิตะมิน $K_1$ ต่อสภาพโปรธรอมบินต่ำในเลือด, ที่เกิดจากดูมารอล.) J. Lab. and Clin. Med. 3:393 (1953).

ผู้รายงานได้ศึกษาในผู้ป่วย ๖๔ คน, มีเวลาโปรธรอมบินระหว่าง ๑๗—๒๐ วินาที. ทำให้เกิดฮัยโปโปรธรอมบินเมีย, มีเวลาโปรธรอมบิน ๒๗—๕๘ วินาที. ขนาดไดคูมารอลที่ใช้ให้อย่างเม็ด ๕๐—๓๐๐ มก. กินวันละครั้ง, เมนาดิโอนโซเดียมไบซัลไฟท์ให้ ๗.๒ มก., ละลายน้ำ ๑๐๐ ล.ซม. ฉีดเข้าเส้นช้า ๆ, หรือขนาด ๒๕๐ มก. ใส่แค็ปซูลกิน. วิตะมิน $K_1$ ให้ ๕๐ หรือ ๒๕๐ มก. ใส่แค็ปซูล.

ผลปรากฏว่า วิตามิน $K_1$ ดีกว่าเมนาดิโอน. ๒๕๐ มก. ของวิตะมิน $K_1$ ทำให้เวลาโปรธรอมบินกลับเป็นปรกติใน ๒๔ ช.ม., ไม่ว่าเวลาโปรธรอมบินจะสูงมากเพียงใดหรือให้ไดคูมารอลมานานเพียงใด. เมื่อให้กินวิตามิน $K_1$ ๒๕๐ มก.

แล้วจะไม่เกิดซัยโปโปรธรอมบินิเมียอีก เมื่อให้ไดคูมารอลในขนาดรักษา.

ฉวีวรรณ เชี่ยวพิทยาการ พ.บ.

๕. Garrett E. Deane, M.D.: The Successful Treatment of C. Diptheriae Acute Bacterial Endocarditis with Chloramphenicol, Penicillin and Streptomycin (การรักษาแบ็คทีเรียลเอ็นโดคาร์ไดติสบ่าขุบันเยื่นผลสำเร็จด้วยคลอร์แอมเฟนิคอล, เพนิซิลลิน และสะเตร็ปโตมัยซิน). J. Ped. 41:473-478 (1952).

ผู้รายงานได้ทดลองใช้คลอร์แอมเฟนิคอล (คลอโรมัยเซติน), เพนิซิลลิน และสะเตร็ปโตมัยซินรักษาผู้ป่วยอายุ ๑๑ ปี, เยื่นโรคแบ็คทีเรียลเอ็นโดคาร์ไดติสบ่าขุบันจากเชื้อดิฟทีเรีย, โดยมีอาการ, การตรวจร่างกายและผลของการเพาะเชื้อจากเลือดสนับสนุน. ได้เริ่มให้เพนิซิลลิน ๒๐๐,๐๐๐ หน่วยเข้ากล้ามทุก ๓ ชั่วโมง, ตั้งแต่วันที่ ๘ ใน ร.พ. สองวันต่อมาเกิดเจ็บปวดที่หลอดเลือดแดงเรเดียลข้างขวา. มีอาการเขียวและหลอดเลือดแดงแขนนั้นไม่เต้น. มือข้างนั้นสีเทา, เย็น. ในวันเดียวกันเจ็บปวดมากที่ขาหนีบขวา. ขาข้างนั้นเย็นและหลอดเลือดแดงไม่เต้น. ได้เริ่มให้ไดคูมารอล. การเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลลบภายหลังรักษาด้วยเพนิซิลลิน. แต่ผู้ป่วยยังมีไข้และเชื่อมซึม. จึงได้ให้กินคลอร์แอมเฟนิคอล ๑๐๐ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ต่อวัน. อาการดีขึ้นมากหลังให้ยา ๒ วัน. ไข้ไม่สูงเกิน ๑๐๑°ฟ. วันที่ ๑๘ ใน ร.พ. มีเลือดออกทางจมูกมาก. ได้งดคลอร์แอมเฟนิคอลและถ่ายเลือดให้. วันที่ ๒๓ มีจุดเลือดออกใต้หนัง (petechia) อย่างมากที่เยื่อค็อนจังติวา. วันที่ ๒๗ เริ่มให้สะเตร็ปโตมัยซิน ๑ ก. ฉีดเข้ากล้ามทุกวัน. วันที่ ๒๙ อาการดีขึ้น, ไข้ลดเยื่นปรกติ. วันที่ ๔๐ ต่อมไข่ดันข้างขวาโตขึ้น. ได้ตัดออก. งดเพนิซิลลิน, คลอร์แอมเฟนิคอล และสะเตร็ปโตมัยซิน ในวันที่ ๕๐, ๕๕ และ ๖๒ ของการอยู่ ร.พ. ตามลำดับ. ผู้ป่วยกลับบ้านหลังจากมาอยู่ ร.พ. ๙๕ วัน. มาติดต่อทุก ๆ ๓ เดือน, ครบ ๑๕ เดือน, ยังเยื่นปรกติดี.

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ.

๖. Leroy S. Wolfe, M.D., and Arthur J. Geiger, M.D.: Urticaria due to Drugs of Digitalis Series (ผื่นลมพิษเนื่องจากยาพวกดิจิทาลิส). New England J. Med. 248: 148 (1953).

รายงานผู้ป่วยโรครูมาติคของหัวใจซึ่งมีลิ้นไมตรัลตีบ, รักษาด้วยยาหลายชนิดในพวกดิจิทาลิส. ภายหลังให้ยาติดต่อกันจนอาการทั่วไปดีขึ้นใน ๔๘ ชั่วโมง, ก็ลดขนาดยาลงมาให้ขนาดใช้ประจำ (maintenance dose) ๕ วัน, จึงเกิดอาการผื่นคันขึ้นที่บริเวณหน้าอก, หน้าท้องและต้นแขน. ผื่นเหล่านี้มีสีชัด, นูนสูงเหนือผิวหนัง, แขนและเย็นวงกลม ๆ, มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๒ ซม. ตรวจเลือดไม่พบอีโอสิโนฟิลเพิ่มขึ้น. ให้ยาพวกแอนติฮิสตะมิน, ผื่นไม่หาย, แต่อาการคันหายไป. ผื่นคันเหล่านี้หายไปเองเมื่อหยุดยา.

การแพ้และเกิดผื่นคันนี้เชื่อว่าเกิดจากกลุ่ม Cyclopentanophenanthrene ซึ่งมีในกลัยโคไซด์ ซึ่งเป็นยาบำรุงหัวใจทุกชนิด.

ประภัสสร รพิพันธุ์ พ.บ.

๗. British Medical Research Council.: Isoniazid in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis. (ไอโซไนอะซิดในการรักษาวัณโรคปอด) B.M.J. 1:521-536 (1953).

นี่เป็นรายงานฉบับที่ ๒. (รายงานฉบับแรกดูย่อเอกสาร, สารศิริราชปีที่ ๕, ฉบับที่ ๑, มกราคม ๒๔๙๖.) รายงานฉบับนี้เป็นผลของการใช้สะเตร็ปโตมัยซินร่วมกับไอโซไนอะซิด (SH) เปรียบเทียบกับการใช้สะเตร็ปโตมัยซินร่วมกับ P.A.S. (SP), และไอโซไนอะซิดแต่อย่างเดียว (H) ผู้ป่วยทั้งหมด ๗๖๔ คน. ได้รักษาอยู่เป็นเวลา ๓ เดือน.

การคัดเลือกผู้ป่วยและขนาดยาที่ใช้เป็นเช่นเดียวกับในรายงานฉบับที่หนึ่ง.

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๓๖๔ คน, ๑๐๒ คน รักษาด้วย SP, ๑๒๐ คนด้วย H, และ ๑๔๒ คนด้วย SH. ตลอดการทดลอง ๓ เดือนปรากฏผลต่อไปนี้.

ไอโซไนอะซิดมีพิษน้อยมาก. เช่นเดียวกับในรายงานแรก.

มีผู้ป่วยถึงแก่กรรมรวมทั้งหมด ๔ คน (๑.๑ เปอร์เซ็นต์), ๒ คนจาก ๑๐๒ คน คนในพวก SP, ๑ คนจาก ๑๒๐ คนใน

พวก H, และ ๑ คนจาก ๑๔๒ ในพวก SH. แต่คนหนึ่งในหมู่ PS ที่ตายภายหลังเริ่มการรักษาได้ ๑๔ วัน, มีบร็องไคติสเรอรังและเอ็มพีย์ซีม่าด้วย. ผู้ที่ตายในพวก H เป็นหัวใจล้มเพราะเลือดคั่งในวันรุ่งขึ้นหลังจากเริ่มรักษา. ฉนั้นผู้ถึงแก่กรรมทั้งสองคนนี้จะนำมาร่วมพิจารณาไม่ได้. ส่วนผู้ตายอีก ๒ คนนั้นตายด้วยวัณโรคจริง ๆ, คือผู้หนึ่งในพวก SP และอีกผู้หนึ่งในพวก SH ตายในวันที่ ๓๒ และ ๒๒ หลังจากเริ่มการรักษาตามลำดับ. ทั้งสองคนป่วยหนักตั้งแต่เริ่มรับไว้ทดลอง.

ภายหลัง ๓ เดือน, ผู้ป่วยส่วนมากดีขึ้น. น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ๑๓ ปอนด์ (๕.๙ กก.) ในพวก SH, ๖ ปอนด์ (๒.๗ กก.) ในพวก SP, และ ๑๓ ปอนด์ (๕.๙ กก.) ในพวกที่ให้ H แต่อย่างเดียว.

ไข้ลดลงสู่ระดับปรกติ, ๘๒ เปอร์เซ็นต์ ในพวก SH, ๗๖ เปอร์เซ็นต์ ในพวก SP, และ ๖๘ เปอร์เซ็นในพวก H. ผู้ป่วยที่อัตราเลือดนอนก้น (E.S.R.) เร็วกว่า ๒๑ เมื่อเริ่มรักษา, ลดต่ำเหลือ ๑๐ หรือน้อยกว่า, ๔๕ เปอร์เซ็นต์ ในพวก SH, ๒๑ เปอร์เซ็นในพวก SP, และ ๒๕ เปอร์เซ็นต์ ในพวก H.

ตรวจทางรังสีพบที่ดีขึ้น ๒+ และ ๓+, ๓๘ เปอร์เซ็นต์ ในพวก SH, ๓๑ เปอร์เซ็นต์ในพวก SP และ ๒๓ เปอร์เซ็นต์ ในพวก H. ความแตกต่างระหว่าง SH, และ SP มีน้อยมาก.

ตรวจไม่พบเชื้อภายหลัง ๓ เดือน, ๖๗ เปอร์เซ็นต์ ในพวก SH, ๕๕ เปอร์เซ็นต์ ในพวก SP และ ๓๗ เปอร์เซ็นต์ ในพวก H.

ความทนทานของเชื้อต่อยาภายหลัง ๓ เดือน, H อย่างเดียวพบ ๖๒ เปอร์เซ็นต์เปรียบเทียบกับหมู่ SH ทนต่อ H เพียง ๑๓ เปอร์เซ็นต์, และทนต่อ S เพียง ๑๑ เปอร์เซ็นต์.

สรุปผลว่าโดยการทดลองในเวลา ๓ เดือน, สะเตร็ปโตมัยซีนรวมกับไอโซไนอะซิดในขนาดที่ใช้, เป็นยาที่ได้ผลมากที่สุด, แม้ว่าจะดีกว่าสะเตร็ปโตมัยซีนผสม P.A.S เพียงเล็กน้อย.

การใช้ไอโซไนอะซิดทำให้เชื้อทนต่อสะเตร็ปโตมัยซีนน้อยลง. แต่ถ้าหากว่าเชื้อได้ทนต่อยาอย่างหนึ่งอยู่แต่ก่อนรักษาแล้ว, การให้ยาอีกอย่างหนึ่งควบไปด้วยก็จะไม่ได้ผลดีไปกว่าใช้ยาที่ให้เพิ่มไปนั้น

แต่อย่างเดียว.

รายงานนี้จึงแนะนำไม่ให้ใช้ยาคู่ใดก็ตามในเมื่อเชื้อได้ทนต่อยาหย่างหนึ่งอย่างใดในคู่นั้นแล้ว.

การใช้สะเตร็ปโตมัยซินและ P.A.S ในขนาดยาที่แตกต่างกัน ๒ ขนาด, ซึ่งแต่ละขนาดให้ควบกับไอโซไนอะซิด, กำลังอยู่ในระหว่างการทดลอง.

สวัสดิ์ สกุลไทย พ.บ., D.T.M. and H., D.C.H.

๘. V. Ursula Lutwyche: Successful Lactation in Addison's Disease (ผู้ป่วยด้วยโรคแอ็ดดิสันรายที่ประสพผลในการให้น้ำนมบุตร). B.M.J. 4805: 313 (1953).

หญิงที่ป่วยโรคแอ็ดดิสันแล้วตั้งครรภ์จนถึงคลอดได้เคยมีรายงานไว้, แต่รายที่สามารถจะให้น้ำนมเลี้ยงบุตรมีน้อย. ต่อไปนี้เป็นรายงานรายที่สามารถให้น้ำนมเลี้ยงบุตรได้. ผู้ป่วยอายุ ๒๐ ปี, เชื้อชาติอิตาเลียน, ไปที่โรงพยาบาลด้วยอาการอ่อนเพลียและผิวหนังมีสีคล้ำทั่ว ๆ ไป. ขณะนั้นตั้งครรภ์ได้ ๓๒ สัปดาห์. อาการเป็นมากเริ่มเมื่อตั้งครรภ์ได้ ๔ เดือน, เมื่อ ๒ ปีก่อนเคยป่วยเป็นโรคแอ็ดดิสัน. ได้รับการรักษาด้วยน้ำสะกัดเปลือกต่อมแอดรินัลอาการดีขึ้น. ประวัติระดูปรกติ. เมื่อ ๓ ปีก่อนป่วยคราวนี้เคยแท้งเมื่อตั้งครรภ์ได้ ๖ สัปดาห์. ในการป่วยคราวนี้ตรวจพบว่าเป็นโรคแอ็ดดิสัน, รักษาด้วย D.C.A. และเกลือ. คนไข้อาการดีขึ้น. ตรวจพบว่าเด็กอยู่ท่ากัน. กลับเด็กไม่สำเร็จ, จึงได้ผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องเมื่อก่อนครบกำหนด ๑ สัปดาห์. แม่และเด็กสบายดี. ได้ให้เด็กดูดนมในวันนั้น. แม่มีน้ำนมและเด็กดูดได้ดี. ๑๒ วันหลังคลอดได้ทำการปลูก D.C.A. ๓๐๐ มก. ให้ที่ผนังหน้าท้อง. ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ ๑๗ หลังผ่าตัด. ผู้ป่วยสบายดี, ทำงานบ้านได้และเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมตนเองต่อมาจนอายุได้ ๔ เดือน. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก, จึงให้เด็กหย่านมและกินนมผสม. ผู้ป่วยอาการดีขึ้น. ได้รับเกลือและอยู่ในความควบคุมของแพทย์จนอายุเด็กได้ ๑ ขวบ. อาการมืดมากขึ้นและผิวหนังเริ่มคล้ำอีก, จึงได้ทำการปลูก D.C.A. ให้ใหม่. ต่อมาเด็กอายุได้ ๒ ขวบได้ปลูกอีกเป็นครั้งที่สาม. ผู้ป่วยอาการปรกติต่อมาและเด็กแข็งแรงดี.

หมายเหตุ: ในรายงานมีรายงานย่อของผู้ป่วยอันทั้งครรภ์และคลอดปรกติ, และรายงานการรักษารายนั้นอย่างละเอียด.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ.

๔. Emmerson Ward. M.D., M.S., Charles H. Slocumb, M.D., M.S., Howard F. Polley, M. D., M. S., Edward W. Lowman, M.D., M.S., and Philip S. Hench M.D., M.S.: Clinical Effects of Cortisone Arthritis administered Orally to Patients with Rheumatoid Arthritis (ผลของการรักษาโรคข้ออักเสยชนิดรูมาต็อยด์โดยให้กินคอร์ติโซน) Proc. Staff Meet. Mayo Clinic, 26:361-370 (1951).

ผู้รายงานพบว่า ในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคข้างบนนี้โดยให้กินคอร์ติโซน ๑๐๐ ราย, ได้ผลดีถึง ๙๙ ราย.

ในผู้ป่วย ๑๐๐ รายนี้, ๒๗ รายเริ่มต้นด้วยการฉีดเข้าเนื้อกล้ามก่อน, แล้วจึงให้กินต่อไป; ๗๒ รายได้กินอย่างเดียว. ส่วนอีกหนึ่งรายให้กินก่อน, แล้วเมื่อเห็นไม่ได้ผลจึงฉีดเข้าเนื้อกล้าม (ปรกติคอร์ติโซนที่ให้กินทำเป็นเม็ดขนาด ๒๕ มก.). ผู้รายงานได้เปรียบเทียบผลการให้กินและฉีดเข้ากล้ามเนื้อดังนี้:

๑. ผล. ในการรักษาโรคข้ออักแสยชนิดรูมาติค, ได้ผลดีเท่ากัน.

๒. ขนาดยา. พบว่าในขนาดยาที่เท่ากัน, ได้ผลดีเท่ากันใน ๕๐ ราย, ส่วนอีก ๕๐ รายขนาดที่ให้กิน, ซึ่งจะให้ผลเท่ากับฉีดนั้น, จะมากกว่าขนาดที่ใช้ฉีดประมาณ $\frac{1}{3}$-$\frac{1}{4}$.

มีอยู่ ๒ รายที่ปรากฏว่าการให้กินได้ผลดีกว่าฉีดขนาดที่เท่ากันเสียอีก. ทั้งนี้เข้าใจว่าเนื่องจากการดูดซึมในตำแหน่งที่ฉีดนั้นเป็นไปไม่ใคร่ดี.

๓. ฤทธิ์ของยา. พบว่าในการให้กินได้ผลเร็วกว่า, แต่คงอยู่ไม่นานเมื่อเปรียบเทียบกับการฉีด. คือพบว่าอยู่นานระหว่าง ๖-๑๒ ช.ม. ส่วนในการฉีดคงอยู่นาน ๒๔-๔๘ ช.ม. หรือมากกว่านั้น.

๔. การให้ยา. เนื่องจากการกินให้ผลเร็วแต่ไม่อยู่นาน, ฉะนั้นจึงจำต้องแบ่งให้วันละ ๓-๔ ครั้ง. ส่วนการฉีดเพียงวันละครั้งก็พอ, หรือบางรายฉีดวันเว้นวันก็ได้.

๕. การดัดแปลง. ในรายที่ผู้ป่วย

รู้สึกดีขึ้ง, ปวดข้อมาก, ในตอนเช้ายิ่งกว่าตอนบ่าย, การกินจะให้ผลดีกว่า, โดยที่สามารถแบ่งให้กินยาตอนเช้าขนาดมากหน่อย, และลดลงให้น้อยในตอนบ่ายได้. หรือในรายที่คอร์ติโซนทำให้นอนไม่ใคร่หลับก็เช่นกัน, เราอาจลดขนาดกินลงในตอนเย็นก็ได้. แต่การเปลี่ยนขนาดเหล่านี้ทำไม่ได้ในรายที่ฉีด.

๖. ความสะดวกและแง่เศรษฐกิจ ราคายาเท่ากันทั้งในการให้กิน และฉีด. แต่ทว่าการกินง่าย กว่า และ สะ ดวก กว่าการฉีด.

๗. อาการแทรก. ผลเช่นกันทั้งสองวิธี.

ปรากฏว่าไม่พบอาการแทรกใน ๔๖ ราย. ส่วนอีก ๕๔ รายมีอาการแทรกเล็กน้อย, และไม่มีอันตรายแต่อย่างใด. อาการแทรกนี้พบน้อยในผู้ชาย, พบมากในผู้หญิงซึ่งยังคงมีระดู, และมากที่สุดในผู้หญิงที่หมดระดูแล้ว. อาการแทรกที่อาจพบได้คือ: สมองถูกกระตุ้น, มีการเปลี่ยนที่ของไขมัน (เช่นทำให้หน้าอูมขึ้น), บวม, เหงื่อออกมาก, ระดับโปแตสเซียมในเลือดลดต่ำ, ผื่นขึ้นตามผิวหนัง, รู้สึกร้อนที่หน้า, อ่อนเพลีย, ระดูผิดปรกติ, ปวดศีรษะ, เย็นต้น.

สนอง อูนากูล พ.ด., M.S.

๑๐. R. Wartenberg: Knee-dropping Test (การทดสอบเข่าตก) J.A.M.A. 14:1194 (1953).

ผู้รายงานได้พบพาราลิย์สิสแข็ง (สปาสติค) ที่เย็นน้อยจนตรวจโดยวิธีธรรมดาได้ผลปรกติ, ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองซีกซ้ายรายหนึ่ง. ในที่สุดได้วิธีทดสอบดังนี้: ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่แข็งและลื่นเพื่อให้ขาเท้าไถลไปตามเตียงได้ง่ายที่สุด. ไม่บอกผู้ป่วยว่าจะทดลองอะไร, เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่สนใจกับขาของเขามากนัก. เพียงแต่บอกให้ผู้ป่วยยกขาขึ้น, หรือยกขาผู้ป่วยขึ้น, ให้มุมที่ขาพับมากกว่า ๔๕ องศาเล็กน้อยเท่ากันทั้งสองข้าง, แล้วไม่ต้องบอกหรือแนะนำอะไรต่อไป, นอกจากคอยดูเวลาที่เข่าของขาข้างที่มีพาราลิย์สิสจะต่ำลงกว่าอีกข้างหนึ่งจนลงมานอนราบกับพื้นเท่านั้น. เข่าจะตกลงเร็วหรือช้าก็แล้วแต่ความรุนแรงของพาราลิย์สิส.

ถ้าเย็นน้อยผู้ป่วยอาจฝืนไว้ได้นาน. ถ้าเย็นมากเข้าก็ตกเร็ว.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๑๑. A. H. El Ramli: Chloramphenicol in Typhoid and Paratyphoid Fevers, New Lines of Treatment (แนวใหม่ในการรักษาไข้ทัยฟ็อยด์และพาราทัยฟ็อยด์ด้วยคลอร์แอมเฟนิคอล) Lancet, 6767:927 (1953).

ผู้รายงานได้เคยรายงานผลการรักษาไข้ทัยฟ็อยด์ ๒๐๐ รายด้วยยานี้โดยใช้เริ่มต้นขนาด ๕๐ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. แล้วตามด้วย ๒๕ มก. ต่อ ๑ กก. ทุก ๑๒ ช.ม. และลดขนาดลงอีกครึ่งหนึ่งหลังไข้ลดแล้ว, ให้ต่ออีก ๑๔ วัน.

ครั้งนี้ได้ทดลองรักษาไข้ทัยฟ็อยด์และพาราทัยฟ็อยด์ ๓๙๔ รายด้วยคลอร์แอมเฟนิคอลของ ๔ บริษัท เพื่อศึกษา ๔ ประการคือ (๑) เพื่อลดขนาดยาจากเดิม (๒) ศึกษาผลแตกต่างของการรักษาในระยะพักฟื้นเกี่ยวกับการไข้กลับ. (๓) เปรียบเทียบผลของยาของบริษัทต่าง ๆ. (๔) ทดลองผลการให้ยาโดยวิธีเหน็บทวารหนัก.

ขนาดในครั้งนี้ใช้ ๑๒.๕ มก. ต่อ ๑ กก. ทุก ๑๒ ชั่วโมงโดยไม่ใช้ขนาดเริ่มต้นพิเศษ. จำนวนวันที่เย็นไข้ก่อนรักษาเฉลี่ย ๓.๗ วัน (ที่รายงานครั้งก่อน ๓.๕ วัน). อายุผู้ป่วยที่ทดลองครั้งนี้ ๐-๕ ปี ๔๕.๕ เปอร์เซ็นต์, ๖-๑๐ ปี ๑๘.๘ เปอร์เซ็นต์, ๑๑-๑๕ ปี ๑๓.๘ เปอร์เซ็นต์.

ผลของการให้ยาทุก ๑๒ ช.ม.: (๑) ผู้ป่วยได้พักมากขึ้น. (๒) ระดับของยาในเซรุ่มสูงกว่าที่ใช้ขนาดน้อย ๆ ให้ถี่ ๆ, โดยขนาดประจำวันเท่ากัน. (๓) ผลของการรักษาเหมือนกับการทดลองครั้งก่อนซึ่งให้ยาระยะถี่กว่า (๒-๔ ช.ม.)

ระยะเวลาที่ให้ยาในระยะพักฟื้น, ได้ผลดีที่สุดในรายที่หยุดยาภายหลังไข้ลดแล้ว ๑๒ วัน, ซึ่งตรงกันกับครั้งก่อนนี้. การหยุดยาเร็วกว่านี้ทำให้อัตราไข้กลับสูงขึ้น.

ยา ๓ ชนิดที่ใช้ทดลองให้ผลใกล้เคียงกัน.

การให้ยาทางทวารหนักใช้ขนาด ๕๐

มก. ต่อ กก. ต่อวัน, ทดลองแบ่งให้ทุก ๒, ๓ และ ๔ ช.ม. ตามลำดับ. ได้ผลคล้ายคลึงกับที่ให้ทางปาก. A.W. El Borolossy เย็นผู้ตรวจคลอร์แอ็มเฟนิคอลในเซรุ่มและพบว่าขนาดยาเพียง ๑๗ มก. ให้ทางทวารหนักจะมีความเข้มในเลือดในระดับให้ผลคงอยู่ได้นานเกิน ๑๒ ช.ม.

อาวุธ ศรีศุกร์ พ.บ.

---

in vitro ในแก้ว
in vivo ในกาย
relatively resistant ทนทานโดยเทียบ
absolutely resistant ทนทานโดยแท้
relative value ค่าเทียบ
absolute value ค่าแท้
enzyme เอ็นซัยม์, ตัวย่อย

aorta เออออร์ต้า
artery หลอดเลือดแดง
arteriole อาร์เตอริโอล
capillary หลอดเลือดฝอย
venule เวนูล
vein หลอดเลือดดำ
vena cava วีนาคาวา

# ปกิณกะ

## ๑. จดหมายเปิดผนึก

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๔๙๖

เรียน ท่านสมาชิกแห่งศิริราช

ด้วย ดร. เอ. จี. เอ็ลลิส, อดีตศาสตราจารย์ หัวหน้าแผนกพยาธิวิทยา, คณบดีคณะแพทยศาสตร์และอธิการบดีจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย, ได้ถึงแก่กรรมเสียแล้วด้วยโรคอัมพาตภายหลังหลอดเลือดแตกในสมอง, เมื่อวันที่๔กุมภาพันธ์ศกนี้, ในจังหวัดนิวเจอร์ซีย์, สหรัฐอเมริกา, สิริรวมอายุได้แปดสิบห้าปี. ภริยาและบุตรได้จัดการเผาศพและบรรจุอัฐิไว้ที่สุสานในจังหวัดนั้นโดยเรียบร้อย, ตามความปรารถนาของท่าน.

ดร. เอ็ลลิสได้ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศไทยเป็นอันมาก. นอกจากสอนและอบรมแพทย์ไปหลายต่อหลายรุ่นแล้ว, ยังได้มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการแพทย์ทั่ว ๆ ไปด้วย, เช่นเกี่ยวกับความร่วมมือของร็อคคิเฟ็ลเล่อร์มูลนิธิเป็นต้น. โดยเฉพาะศิริราชเป็นสถานที่ซึ่งท่านได้อุทิศทั้งกำลังกายและความคิดให้อย่างสุดกำลังเพื่อนำเข้าสู่ทางก้าวหน้าซึ่งช่วยให้เจริญต่อมาจนถึงขั้นปัจจุบันได้. แม้เมื่อก่อนจะถึงมรณกรรมไม่นาน, ท่านก็ยังใจจดจ่อและบ่นถึงศิริราชอยู่เสมอ. เชื่อว่าหากท่านอยู่ในประเทศไทย, บรรดาสานุศิษย์ทั้งหลายคงจะตั้งอกตั้งใจแสดงความกตัญญูกตเวทีต่อท่านโดยการไปร่วมชุมนุมให้เกียรติในงานศพของท่านอย่างพร้อมเพียง. แต่ถึงแม้ ดร. เอ็ลลิส จะได้ถึงแก่กรรมลงในที่ไกลมากก็ตาม, ก็ยังมีโอกาสที่เราจะแสดงความสำนึกในบุญคุณของท่านได้. ภายหลังที่ ดร. เอ็ลลิสกลับไปจากประเทศไทยแล้วก็ได้อาศัยแต่เบี้ยบำนาญซึ่งได้รับจากรัฐบาลไทย. แต่โดยที่เงินบำนาญจ่ายให้เป็นเงินบาทและค่าแลกเปลี่ยนของเงินไทยตกลงมากหลังสงคราม, ประกอบกับท่านป่วยเป็นอัมพาตอยู่ถึงสามปี, จึง

ทำให้ทรัพย์สินที่สะสมไว้นั้นลดน้อยลงไปเป็นอันมาก. ขณะนี้แหม่มเอ็ลลิสอยู่คนเดียวในนิวเจอร์ซี่ย์. บรรณาธิการสารศิริราชได้มีโอกาสพบท่านที่กรุงวอชิงตัน, ในระหว่างที่ท่านเดินทางไปหาเอกอัครราชทูตไทย. สังเกตว่าท่านชรามากไม่ค่อยแข็งแรง, และจิตใจมีวิตกกังวลมาก. ศิษย์ของ ดร. เอ็ลลิส, ในศิริราชหลายคนได้ปรึกษากันและเห็นร่วมกันว่าหนทางหนึ่งที่จะแสดงความกตัญญูต่อ ด.ร. เอ็ลลิสก็คือให้ความช่วยเหลือแก่ภริยาของท่านในทางการเงิน, ซึ่งท่านในฐานะสุภาพสตรีชราผู้อยู่โดดเดี่ยวคงจะยินดีรับด้วยความปลาบปลื้มในกตเวทีของสานุศิษย์แห่งสามีของท่าน, และเงินก้อนที่รวบรวมได้นี้คงจะช่วยให้ชีวิตในบั้นปลายของท่านดำเนินไปด้วยดียิ่งขึ้นเป็นแน่. เพื่อการนี้ได้ตั้งกรรมการขึ้นสามนาย, คือ (๑) นายแพทย์ชัชวาล โชติกานนท์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช. (๒) นายแพทย์สนอง ยูนากูล, เลขาธิการแพทยสมาคมฯ. (๓)นายแพทย์อวย เกตุสิงห์, บรรณาธิการสารศิริราช. กรรมการนี้มีหน้าที่รวบรวมเงินและจัดการส่งไปให้แหม่มเอ็ลลิสในโอกาสอันสมควร. ในขณะหมายนี้ก, มีข้อความคล้ายคลึงกับจดหมายฉบับนี้, ที่บรรณาธิการสารศิริราชได้ส่งโดยตรงถึงศิษย์เก่าศิริราชผู้เป็นสมาชิกของสารศิริราช, และผู้อื่นเท่าที่ทราบตำบลที่อยู่. ทั้งที่เป็นศิษย์และไม่เคยเป็นศิษย์ ดร. เอ็ลลิส. ได้ขอร้องให้ท่านผู้ต้องการจะร่วมมือในการสงเคราะห์นี้, จัดส่งเงินไปยังกรรมการผู้หนึ่งผู้ใดภายในสิ้นเดือนกรกฎาคมนี้, เพื่อจะให้รวบรวมได้เงินก้อนใหญ่ในเวลาเร็ว. แต่ต่อมาปรากฏว่ามีสมาชิกของศิริราชหลายท่าน, รวมทั้งที่เป็นสมาชิกของสารศิริราช, ไม่ได้รับจดหมายแจ้งข่าวนั้น, จึงเห็นสมควรที่จะยืดเวลาต่อไปอีกหนึ่งเดือน. เป็นอันกำหนดเวลาภายในเดือนสิงหาคม. พร้อมกันนี้คณะกรรมการใคร่ขอร้องท่านสมาชิกของศิริราชที่ทราบข่าวนี้ให้โปรดช่วยกระจายข่าวต่อไปยังเพื่อนฝูงของท่านด้วย. หากท่านผู้ใดไม่ได้รับข่าวโดยตรงจากกรรมการ, ก็ขอได้ให้อภัยด้วย, เพราะมีเหตุหลายประการที่อาจทำให้ข่าวไปไม่ถึงท่าน.

พึงสังเกตว่าเงินก้อนนี้สำหรับช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ของแหม่มเอ็ลลิส โดยเฉพาะ. หากท่านผู้ใดประสงค์จะให้เงิน

เพื่อจัดตั้งเป็นอนุสรณ์อย่างใดอย่างหนึ่งแก่ ดร. เอ็ลลิส, ก็คงจะต้องจัดเป็นอีกส่วนหนึ่งต่างหาก.

รายนามผู้ส่งเงินสมทบ พร้อมด้วยจำนวนเงิน จะได้นำลงพิมพ์ใน สารศิริราช และจดหมายเหตุฯ ของแพทยสมาคมโดยครบถ้วน

เพื่อประโยชน์ของท่านที่ต้องการติดต่อโดยตรงกับแหม่ม เอ็ลลิส, ขอแจ้งตำบลที่อยู่ของท่านไว้ต่อไปนี้:

Mrs. A.G. Ellis

710 Huntington Avenue

Plainfield, N.J., U.S.A.

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

ชัชวาล โอสถานนท์ กรรมการ

สนอง อูนากูล กรรมการ

อวย เกตุสิงห์ กรรมการ

## ๒. พร้อมพรียดังมือเดียว ฯ

"พร้อมพรียดังมือเดียว ยามยากเย็นเห็นง่าย บ่หน่าย บ่วาง". คำนี้หลายท่านคงจำได้ว่าถอดมาจากยท ประพันธ์เทอดทูนความสามัคคี ของท่านเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี, ร้องทำนองโอลด์แลงก์ซายน์ใช้เป็นเพลงชุมนุมของสามัคยาจารย์สมาคม. เรานำมาเป็นหัวข้อก็เพราะได้บังเกิดความรู้สึกเหมือนคำนี้จริง ๆ ในเมื่อได้รับการสนองต่อข้อเสนอดังในจดหมายข้างต้นนี้. จดหมายของเราลงวันที่ ๑๒ มิ.ย. กว่าจะพิมพ์เสร็จ, ทำหน้าซอง และส่งถึงไปรษณีย์ก็ตกวันที่ ๑๗ (มีเสาร์อาทิตย์มาแทรก). กว่าจะออกจากไปรษณีย์ก็คง วันที่ ๑๘. พอ ๕ น. วันที่ ๒๐ ก็ได้รับเงินจำนวนที่หนึ่ง, จากท่าเตียน (ศิษย์ศิริราชรุ่น ๒๔๗๔). ตอนสายวันที่ ๒๖ มิ.ย. ได้รับเงินจำนวนที่ ๖ จาก ชลบุรี (ศิริราช ๒๔๗๒). วันที่ ๒๙ ได้รับจำนวนที่ ๗,๘,๙,๑๐ จากสมุทรสงคราม (ศิริราช ๒๔๖๖), นครราชสีมา (ศิริราช ๒๔๘๐), มหาสารคาม (ศิริราช ๒๔๙๔) และเชียงราย

(ศิริราช ๒๔๘๗) ต่อจากนั้นก็มาจากราชบุรี, นครสวรรค์, สุราษฎร์, ตาก, เขตง, เชียงใหม่, ฯลฯ, กล่าวได้ว่ามาจากทุกมุมเมืองในขณะที่เขียนตอนนี้, ก็ยังมีเงินมาเรื่อย ๆ. มิหนำซ้ำกรรมการยังถูกต่อว่าและถูกโกรธจากสมาชิกศิริราชบางท่านว่า "ไม่เห็นบอกให้รู้บ้าง, หรือจะไม่นับว่าเป็นลูกศิษย์หมอเอ็ลลิส", ซึ่งกรรมการก็ได้แต่ขออภัยและขอความเห็นใจ ศิษย์ของศิริราชในเวลานี้ก็มีนับสองพัน. สารศิริราชทรายตำบลของท่านที่เป็นสมาชิกเท่านั้น, นอกจากที่รู้จักกันเป็นส่วนตัว, ได้พยายามส่งข่าวให้ทราบทุก ๆ ท่านที่สามารถติดต่อได้. ถ้าท่านผู้ใดควรจะได้รับแจ้ง, แล้วไม่ได้รับ, อาจเป็นเพราะความพลั้งเผลอของเจ้าหน้าที่ (สมัครช่วย) ผู้จำหน้าซองก็ได้, หรืออาจเป็นเพราะเหตุอื่นอีกหลายเหตุก็ได้. อย่างไรก็ดี, เราหวังว่าท่านที่ได้ทรายข่าวคงจะกรุณาช่วยบอกกันต่อ ๆ ไปด้วย. หรือถ้าจะให้ดียิ่งขึ้น, ถ้าหากจะมีใครในรุ่นหนึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าจัดการรวบรวมเงินส่งให้กรรมการอีกทีหนึ่ง, ก็จะเป็นการทุ่นเวลาและได้ผลเต็มเม็ดเต็มหน่วยยิ่งขึ้นอีก.

เป็นที่น่าสังเกตว่าใน บรรดาศิษย์ศิริราชที่ได้ส่งเงินมาแล้วนั้น, มิใช่เพียงแต่ผู้ที่เคยเป็นศิษย์ของ ดร. เอ็ลลิสเท่านั้น, มีผู้ที่เรียนรุ่นหลัง ๆ ด้วยอีกเป็นจำนวนมากที่เต็มอกเต็มใจช่วยเหลือโดยเห็นแก่อาจารย์เก่าของโรงเรียน. เราขอตัดตอนจดหมายที่เราได้รับจากศิษย์รุ่น ๒๔๗๓ ผู้หนึ่งมาลงพิมพ์ดังต่อไปนี้.

"ผมได้รับใบชักชวนให้ร่วมการบริจาคเงินสำหรับช่วยการครองชีพของแหม่มเอ็ลลิสแล้ว. ผมมีความยินดีมากที่จะได้มีโอกาสช่วยเหลือภริยาของอดีตศาสตราจารย์ของเรา. และขอขอบคุณคณะกรรมการที่ได้มีกุศลจิตจัดการขึ้นเป็นการแสดงกตเวทีต่อท่านอาจารย์ที่ล่วงลับไปแล้ว. ผมได้ส่งธนาณัติเลขที่ ๑๔๐๒ สั่งจ่ายเงิน ๓๐๐ บาท (สามร้อยบาทถ้วน) ณที่ทำการไปรษณีย์หน้า พระลานมาพร้อมด้วยจดหมายฉบับนี้. ในการช่วยเหลือการครองชีพของแหม่ม เอ็ลลิสนี้ ผลบุญทั้งหลายผมขออุทิศให้แก่วิญญาณ ดร. เอ็ลลิสทั้งสิ้น."

อีกฉบับหนึ่ง, จากผู้หนึ่งในรุ่น ๒๔๙๒.

"ผมได้รับหนังสือเวียน ของท่านบรรณาธิการสารศิริราชเรื่องเรี่ยไรเงินสำหรับ

ช่วยเหลือแหม่มเอ็ลลิสแล้ว. พร้อมกันนี้ ผมได้ฝากเงินมาสำหรับส่วนตัวผม ๑๐๐ บาท, และสำหรับ..... อีก ๑๐๐ บาท, รวมเป็นเงิน ๒๐๐ บาท. ถึงแม้จะเป็นเงินจำนวนน้อยสำหรับคนอื่น, แต่ผมก็ภูมิใจที่เป็นจำนวนที่เหมาะสำหรับผม. และผมขออวยพรให้การกระทำของคณะกรรมการสำเร็จไปด้วยดี, เป็นการตอบแทนคุณต่ออาจารย์เก่าซึ่งมีต่อศิริราช."

อีกฉบับหนึ่ง, จากรุ่น ๒๔๙๔.

"ผมได้รับการบอกเล่าเรื่องการบอกเล่าเรื่องแหม่มเอ็ลลิสแล้ว. ผมมีความเห็นพ้องด้วยเป็นอย่างยิ่ง. และยินดีที่จะได้มีโอกาสแสดงกตัญญูกตเวทีต่อ "อาจารย์ของอาจารย์" ของผมอีกด้วย. ข้อนี้ผมทำด้วยความเชื่อมั่นเหลือเกินว่าคนเราที่ทำกรรมดีไว้นั้น, กรรมดีย่อมต้องสนอง, เว้นแต่ว่าจะช้าหรือเร็วเท่านั้น. สำหรับกรรมดีของท่านอาจารย์ คร. เอ.จี. เอ็ลลิสนั้นรู้สึกว่าจะสนองให้ท่านช้าไปสักหน่อย. จึงเป็นเพียงให้ภริยาของท่านเห็นเท่านั้น. ผมคิดว่าบรรดาสมาชิกศิริราชทุกคนคงยินดีศรัทธา. สำหรับผมได้ส่งมาทางเช็คไปรษณีย์เป็นเงิน ..... บาทถ้วน, รับได้ที่ ป.ณ. หน้าพระลาน ผมเองก็เพิ่งย้ายมาจาก ร.พ..... จึงยังขลุกขลักอยู่สักหน่อย."

ในระยะเวลาที่ผ่านไป หลายต่อหลายปีนี้, ศิริราชอาจได้มีอะไรต่ออะไรเปลี่ยนไปหลายอย่าง, เจริญขึ้นบ้าง, เสื่อมลงบ้าง. อย่างหนึ่งซึ่งพอจะพูดได้เต็มปากว่ายังคงเส้นคงวาอยู่ดังเดิมเห็นจะได้แก่ "น้ำใจ"

# แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ด.พ.)

## ข่าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

### สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนพฤษภาคม ๒๔๙๖

๑. จำนวนผู้ป่วย (นอก ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก. ใน รับไว้รักษาในโรงพยาบาล)

| | | อายุร | ศัลย | สูติ ฯ | จักษุ | กุมาร | ทันต | รวมทุกแผนก |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| นอก | ใหม่ | ๑,๓๖๘ | ๘๖๑* | ๘๖๐ | ๕๐๐ | ๘๕๘ | ๑๕๕ | ๕,๐๘๖ |
| | เก่า | ๑,๑๔๕ | ๑,๑๑๘ | ๑,๑๖๕ | ๘๕๑ | ๑,๐๗๗ | ๒๑๔* | ๕,๖๑๔ |
| | รวม | ๒,๕๑๓ | ๑,๕๗๕ | ๒,๐๒๕ | ๑,๗๕๑ | ๑,๕๗๕ | ๔๑๓ | ๑๗,๐๐๐ |
| ใน | | ๑๓๓ | ๒๔๕ | ๖๓๘* | ๑๒๗ | ๑๗๔ | — | ๑,๓๒๑ |

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๓๐๐* จักษุ ฯ ๒๓๐ สูติ-นารี ฯ ๑๒๐ รวม ๖๕๐ ราย

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๒๐๖, หญิง ๑๘๐, รวม ๓๘๖ คน. คลอดตายชาย ๑๐. หญิง ๑๐ รวม ๒๐.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๐๕ คน (๘.๓ ป.ช. ของที่รับไว้) ได้ตรวจศพ ๑๗ (๑๕.๖ ป.ช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๒๕๗ ครั้ง. ข้างนอก ๑ ครั้ง. รวม ๒๕๘ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา ก. รังสีเอกซ์ ตรวจ ๑,๘๕๗ คน. รักษาใหม่ ๑๕ คน. รวมรักษาใหม่และเก่า ๗๖๑ ครั้ง.

ข. ราเดียม รักษา ๑๔ คน รวมรักษาใหม่และเก่า ๕๒ ครั้ง. ค. ไดอะเธอร์มีย์ รักษาใหม่ ๑ คน รักษาใหม่และเก่า ๑๐ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตะบอลิสม์ ๗๗ ครั้ง. วิเคราะห์เลือด, ปัสสาวะ, น้ำไขสันหลัง, น้ำย่อยรวม ๓,๒๔๕ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๗. ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๖๗๕ (จากภายนอก ๑๗). แอ็กกลูติเนชั่น ๗๖. วัสเซอร์แมนและคาห์น ๑,๔๕๗. หมู่เลือด ๖๑๗ นับเม็ดเลือด ๖๐ พี่ลมเลือด ๗๐ น้ำไขสันหลัง ๔๐ อุจจาระ ๒๖๓. ปัสสาวะ ๘๒. เสมหะและอื่น ๆ ๑๐๒. ปฏิกิริยาตัวจี๊ด ๒๕. เพาะเชื้อในเลือด ๗๔. ฉีดสัตว์ ๒๗ รวมตรวจต่าง ๆ ๓,๖๓๓ ครั้ง. ศพญาติรับไป ๕๐, ถายวิภาครับไป ๓, สัปเหร่อรับไป ๘๖, รวม ๑๓๕ ศพ.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ เจาะท้อง — ครั้ง, เจาะน้ำสันหลัง — ครั้ง. เจาะตับ — ครั้ง. เจาะช่องปอด — ครั้ง. อัดลมเข้าช่องปอด — ครั้ง อัดลมเข้าช่องท้อง — ครั้ง. ผ่าตัดเล็กโรคผิวหนัง — ครั้ง. ฉีดยาซิฟิลิส — ครั้ง.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๕๔ คน. ถอนฟัน ๑๒๕* คน. อุดฟัน ๕๕* ซี่. ผ่าตัดช่องปาก ๒๑ คน.

* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของ นายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

**อนุโมทนา** มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงินและทรัพย์สิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลดังต่อไปนี้ (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป)

๑. บริษัทไทยพาณิชยการ จำกัด ถนนสีลม จังหวัดพระนคร บริจาคเงินจำนวน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่ออุดหนุนการศึกษาแพทยศาสตร์ เรียกเงินนี้ว่า "ทุนอารีย์ ลีวีระอนุสรณ์" โดยมอบให้ คณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล พิจารณาคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๔๙๖, ๒๔๙๗ และ ๒๔๙๘ ปีละ ๑ นาย ที่ฐานะยากจนแต่ตั้งใจเรียนจริง และมีหวังเรียนสำเร็จ ทั้งนี้ให้จ่ายเงินอุดหนุนให้คนละ ๔,๐๐๐.๐๐ บาท แต่แยกจ่ายเป็นรายปี ๆ ละ ๑,๐๐๐.๐๐ บาท

๒. นางพึ่ง จงเจริญสุข เลขที่ ๔๑ ราชคักดิ์ ถนนบำรุงเมือง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐,๐๔๓.๐๐ บาท เพื่อเป็นทุน "สมพงศ์ จงเจริญสุข" เก็บดอกผลอุดหนุนนักศึกษาแพทย์ที่ขัดสน

๓. คุณหญิงสิน ภักดีนรเศรษฐ บ้านซอยสมคิด ถนนเพลินจิต จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท โดยมอบให้นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชจะเห็นสมควรใช้จ่ายบำรุงโรงพยาบาลในทางใด

๔. บริษัทไทยอินดัสตรีส์ (๑๙๓๒) จำกัด จังหวัดพระนคร บริจาคเงินจำนวน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อเป็นค่าตอบแทนในการที่โรงพยาบาลศิริราชได้ให้การดูแลรักษาพยาบาล แก่พนักงานและคนงานของบริษัท ฯ

๕. นายทองคำ คุณากร บ้านเลขที่ ๔๖๖ ถนนทรงวาด จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้ซื้อเตียง "ซินมอน" ๒ เตียง สำหรับผู้ป่วยสามัญตึกอัษฎางค์ชั้นบนและชั้นล่าง และจารึกชื่อเตียงว่า "นายทองคำ คุณากร"

**พิธีพระราชทานปริญญาบัตร และอนุปริญญาบัตร**

ในปีนี้มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้กำหนดวันพฤหัสบดีที่ ๑๘ มิถุนายน เป็นวันพระราชทานปริญญาบัตร และอนุปริญญาบัตร แก่ผู้ที่สอบไล่ได้สำเร็จตามหลักสูตร ประจำปีการศึกษา ๒๔๙๕-๙๖ มีกำหนดการสังเขปดังนี้

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พร้อม

ด้วยสมเด็จพระบรมราชินี เสด็จพระราชดำเนินโดยทางสถลมารค ถึงหอประชุมราชแพทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล เวลา ๑๕.๐๐ น. มีนักศึกษาแพทย์ชาย, หญิง, พยาบาล, แพทย์ และคณะกรรมการมหาวิทยาลัย ยืนเรียงรายคอยรับเสด็จพระราชดำเนิน

เมื่อเสด็จถึงสถานพิธี เรียบร้อยแล้ว ทรงจุดธูปเทียนถวายนมัสการพระศรีรัตนตรัย พระสงฆ์สมาทานศีลเสร็จแล้ว นายกกรรมการมหาวิทยาลัยกราบบังคมทูลถวายรายงานการศึกษา และกิจการของมหาวิทยาลัย หลังจากนั้น ผู้ชัญชาการมหาวิทยาลัยทูลเกล้า ฯ เสนอรายชื่อผู้ได้รับปริญญา แพทยศาสตร์ คุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ แล้วคณบดีแห่งคณะสาธารณสุขศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ และคณะเภสัชศาสตร์ ทูลเกล้า ฯ เสนอรายชื่อ ผู้รับปริญญาบัตร ตามลำดับ ระหว่างนี้ พระสงฆ์ ๗ รูป สวดชัยมงคลคาถา แล้วหัวหน้าแผนกวิชาโรงเรียนทันตนามัย, หัวหน้าแผนกวิชาพยาบาลผดุงครรภ์ ทูลเกล้า ฯ เสนอรายชื่อผู้รับอนุปริญญาบัตร ตามลำดับ ซึ่งนายกกรรมการมหาวิทยาลัย รับพระราชทานแทน เมื่อเสร็จการพระราชทานแล้ว บัณฑิตใหม่กล่าวคำปฏิญญา หลังจากนั้น พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระราชทานรางวัลแก่ผู้ที่เรียนดีเยี่ยมในวิชาแขนงต่าง ๆ แล้วพระราชทานพระบรมราโชวาทแก่บัณฑิตใหม่ เป็นเสร็จพิธี

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เสด็จพระราชดำเนินกลับเมื่อเวลา ๑๖ นาฬิกาเศษ เหตุการได้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

จำนวนนักศึกษาที่เรียนสำเร็จตามหลักสูตรปริญญา และอนุปริญญาในปีนี้ รวมทั้งสิ้น ๓๒๗ คน จำแนกประเภทได้ดังนี้

สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต ๕ คน เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต ๒ คน แพทยศาสตร์บัณฑิต (ศิริราช) ๑๑๓ คน แพทยศาสตร์บัณฑิต (ร.พ. จุฬา ฯ) ๔๖ คน ทันตแพทยบัณฑิต ๗ คน สัตวแพทยศาสตร์บัณฑิต ๙ คน เภสัชศาสตร์บัณฑิต ๓๕ คน วิชาทันตนามัย ๓ คน วิชาพนักงานสาธารณสุข ๓๐ คน วิชาพยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัย ๙๔ คน

อนึ่ง ในปีนี้มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้อนุมัติปริญญาแพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ แด่ผู้ทรงคุณวุฒิสมควร ๑ ท่าน ได้แก่หลวงอายุรกิจโกศล (กิ่ม ภมรประวัติ) หัวหน้ากองมาลาเรีย กรมอนามัย

**ผู้ได้รับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต** คณะสาธารณสุขศาสตร์ คือ (๑) นายแพทย์พิชัย สังฆสุบรรณ พ.บ. (๒) นายแพทย์บุรพา จันทสูตร พ.บ. (๓) นายแพทย์ไพโรจน์ กิจเภาสงค์ พ.บ. (๔) นายแพทย์อุดม เทียนจวง พ.บ. (๕) นายแพทย์ประกอบ มิสมบูรณ์ พ.บ.

**ผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล คือ**

๑. นายกมล กวยาวงศ์ ๒. น.ส. การุณ แม้นสุวรรณ ๓. น.ส. กัลยา โรจนวิภาต ๔. นายกำลูน ยียะเกศิน ๕. น.ส. คัชรินทร์ณี ภวนันทน์ ๖. นายจิตร วารินิล ๗. นายจิระ ขารุเสน ๘. น.ส. จุรี อินทรัมพรรย์ ๙. น.ส. จำลอง แพ่งสภา ๑๐. นายจำนง วัฒนสุข ๑๑. นายฉลอง ณ สงขลา ๑๒. น.ส. เฉลา ตรีเนตร ๑๓. น.ส. เฉลย ศิวะสมบูรณ์ ๑๔. นายเฉลิม นิยมะวนิช ๑๕. ม.ร.ว. หญิง เฉลิมสุข สุขสวัสดิ์ ๑๖. นายชนะ คำบุญรัตน์ ๑๗. นายชลิต ถิระวนิช ๑๘. นายชุมพล อินทรลักษณ์ ๑๙. นายชูชาติ ทองชัช ๒๐. น.ส. ชูศรี พานิชเกษม ๒๑. นายเชษฐ อิศรางกูร ณ อยุธยา ๒๒. นายชัยสิทธิ์ วัชรากร ๒๓. นายชัชวาล วิรพันธุ์ ๒๔. นายโชติ พานิชกุล ๒๕. นายเชื้อ พัฒนเจริญ ๒๖. นายดาราภาพ บุลยเลิศ ๒๗. นายดิเรก วังวิวัฒน์ ๒๘. น.ส. ทิพาพรรณ วงศ์กนิษฐ ๒๙. นายทินวัชน์ ทรงธนศักดิ์ ๓๐. น.ส. ทวิยุญ พรหมบัทมะ ๓๑. น.ส. เทียมจันทร์ เจียมประเสริฐ ๓๒. นายทรงฉัตร โตษะยานนท์ ๓๓. ม.ร.ว. ทรัพย์ สมบูรณ์ เกษมสันต์ ๓๔. นายธงไชย เดชกำแหง ๓๕. นายธำรง ธิรานุตร์ ๓๖. น.ส. นิตยา สุนทรพานิช ๓๗. นายนกุล ปริญญานุสสรณ์ ๓๘. นายนันทวัน พรหมผลิน ๓๙. นายบุญจันทร์ เอียการนา ๔๐. นายบุญส่ง แก้ววิจิตร ๔๑. น.ส. บุษกร วรารุณ ๔๒.

น.ส. ประชุมพร วรรณสาย ๔๓. น.ส. ประทีป ศรีสุวรรณกาฬ ๔๔. นายประพนธ์ ศรีสวัสดิ์ ๔๕. น.ส. ประไพศรี สุวรรณิน ๔๖. นายประมุข สรรกำเนิด ๔๗. นายประเสริฐ ทุมวิภาต ๔๘. น.ส. ปราณีต เทวาหุดี ๔๙. นายปรีชา โง้วศิริ ๕๐. น.ส. ปรีชา โลหนานนท์ ๕๑. นายปรีชา วิทยาสารรณยุต ๕๒. นายพิเชียร จารุพันธ์ ๕๓. นายพิเชฏฐ์ สวัสดิ์-ชูโต ๕๔. น.ส. พิศวาส จุลเสวก ๕๕. น.ส. พูนศรี อัมระเกตุ ๕๖. น.ส. เพทาย ศิริการุณ ๕๗. นายพงศ์ชัย สุคนธวายัคฆ์ ๕๘. นายพงศ์พันธุ์ ปรีดาสวัสดิ์ ๕๙. นายโพโรจน์ ประเสริฐ-ศราวุธ ๖๐. นายไพโรจน์ นิงสานนท์ ๖๑. นายภักดี ลิ้มสุวรรณ ๖๒. น.ส. ภิเษก ยรรยง ๖๓. น.ส. มะลิ ปทุมมาลย์ ๖๔. นายมนู สาริกะภูติ ๖๕. นายมนัส ประพัสสรกุล ๖๖. นายยรรยง ภูตระกูล ๖๗. นายยุคนธ์ เหมะจุฑา ๖๘. น.ส. เยาวลักษณ์ โมกขะเวส ๖๙. น.ส. รายทองเหรียญ ภูอภิรมย์ ๗๐. นายวิเชียร เทศชูกลิ่น ๗๑. นายวิชัย ฐีระเวช ๗๒. น.ส. วัชรี สถิรกุล ๗๓. น.ส. วัฒนา รัตนประทีป ๗๔. น.ส. วัณรุณี คมกฤส ๗๕. นายศศิโรจน์ สุดสว่างวงศ์ ๗๖. นายศิริชัย สุวรรณมณี ๗๗. น.ส. ศรีพธู ชูบุญญา ๗๘. น.ส. สงบ ฤกษ์เกษม ๗๙. นายสว่าง จตุพร ๘๐. นายสงวน ไคละสูต ๘๑. นายสนั่น บุญญานิตย์ ๘๒. นายเสนอ ชินสมบูรณ์ ๘๓. น.ส. เสร่ ปวนะฤทธิ์ ๘๔. นายสฤษดิวงศ์ วงศ์ถ้วยทอง ๘๕. นายสวิช รายฎร์จำเริญ-สุข ๘๖. นายสุพจน์ อ่างแก้ว ๘๗. นายสุพจน์ หลักทอง ๘๘. น.ส. สุภรณ์ มั่นสกุล ๘๙. นายสุเวทย์ สุจินัย ๙๐. นายสุนทร บุญญานิตย์ ๙๑. นายสุรพล ทวีศรี ๙๒. น.ส. สำรวย ทองโสภิต ๙๓. นายสมจิตต์ เอี่ยมสอาด ๙๔. นายสมทรง กาญจนะหุต ๙๕. นายสมบัติ ผดุงจันทร์ ๙๖. นายสมบัติ อินทราวัลย์ ๙๗. นายสมพงษ์ ตันติสิระ ๙๘. น.ส. สมศรี โอศิริ ๙๙. นายสมศักดิ์ นอง-บุญนาก ๑๐๐. นายสมศักดิ์ สีบแสง ๑๐๑. น.ส. สมสงวน สุขพิศาล ๑๐๒. นายสังสิทธิ ชินพงศ์ ๑๐๓. น.ส. แสน-สุข หังสพฤกษ์ ๑๐๔. นายหทัย ชิตานนท์ ๑๐๕. น.ส. อรุณี นาคอะคร้าว ๑๐๖. น.ส. อาภรณ์ เต็กโสภณ ๑๐๗. นายอาริย์ เจริญพงศ์ ๑๐๘ น.ส. อุไร

กาญนัยฐิติ ๑๐๕. น.ส. อังสนา อัมพะวัต ๑๑๐. นายเอี่ยด ณ นคร ๑๑๑. นายเอก ตาดทอง ๑๑๒. นายเอนก ยุวชิตติ ๑๑๓. นายอำนวย ชูโต

ผู้ได้รับเกียรตินิยมชั้นสอง คือ:—

(๑) น.ส. เทียมจันทร์ เจียมประเสริฐ

(๒) น.ส. นิตยา สุนทรพานิช

**ผู้ได้รับอนุปริญญาพยาบาล — ผดุงครรภ์และอนามัย คือ**

๑. น.ส. กรุณา กิจสิพงษ์ ๒. น.ส. กุลยา เตชพันธ์ ๓. น.ส. กัลยา โกรวัฒนา ๔. น.ส. เข็มเพ็ชร ศิริสังข์ไชย ๕. น.ส. คมสัน สนธยานนท์ ๖. น.ส. เครือวัลย์ สันทัดการ ๗. น.ส. ฆรณี สุทธิเส่งยม ๘. น.ส. งามจิตต์ วรรณพงษ์ ๙. น.ส. จรูญศรี รุ่งสุวรรณ ๑๐. น.ส. จำนงค์ ไกรทองสุข ๑๑. น.ส. จิตรา ชมชื่น ๑๒. น.ส. จินดา เรืองกาญน์ ๑๓. น.ส. จิรา โกศลยุทธการ ๑๔. น.ส จิรา ตันตั้งกุล ๑๕. น.ส. ฉัตรมณี ธนังกูร ๑๖. น.ส. ชนิดา พุ่มอิ่มผล ๑๗. น.ส. ดารา ธรรมนิยม ๑๘. น.ส. ถาวร ทองประเสริฐ ๑๙. น.ส. ทองมี คชทิน ๒๐. น.ส. ทองอยู่ เจริญครวล ๒๑. น.ส. นริ ประภัสสร ๒๒. น.ส. นารถอนงค์ บุญชื่น ๒๓. น.ส. นงเยาว์ ข่มไพริ ๒๔. น.ส. บรรจง สัตยากร ๒๕. น.ส. บุญส่ง บัวทอง ๒๖. น.ส. ประชุมทอง งามจริง ๒๗. น.ส. ประทิน รัตนไพศาล ๒๘. น.ส. ประไพ ปานทองเสม ๒๙. น.ส. ประไพ สงกุมาร ๓๐. น.ส. ประไพวรรณ เจียมเจริญ ๓๑. น.ส. ปราณีต ฉายะบุตร ๓๒. น.ส. พะเยีย นรินทรกุล ณ อยุธยา ๓๓. น.ส. พรรณาวิการ์ บุญช่วยเสริม ๓๔. น.ส. มณี พลเรือง ๓๕. น.ส. มานี มากคุณ ๓๖. น.ส. มาลี สุทธิอารมย์ ๓๗. น.ส. มาลัย ศิริบุญ ๓๘. น.ส. ยี่ภู่ อิศรางกูรณอยุธยา ๓๙. น.ส. เยาวดี พุนกะคุปต์ ๔๐. น.ส. ยุพเรศ จุลกะเศียร ๔๑. น.ส. ยุพิน เนตรสีทอง ๔๒. น.ส. เรณู คงอุทัย ๔๓. น.ส. รำพึง สลายแผ้ว ๔๔. น.ส. ละม่อม สบายใจ ๔๕. น.ส. ลิเวียน นา ผลาวันน์ ๔๖. น.ส. วิไลวรรณ เติมบ่ระยูร ๔๗. น.ส. วิรวรรณ ทับทิม ๔๘. น.ส. วุฒิวรรณ โรจน์วิจิตร ๔๙. น.ส. วรรณา วิสุทธิธรรม ๕๐. น.ส. วัลลภา พัทรชนม์ ๕๑. น.ส. วัฒนา ศิริคุปต์ ๕๒. น.ส. ศิริลักษ์ วรรณพุฒ ๕๓. น.ส. ศรีไร ซั่งน้ำใจ ๕๔. น.ส. ศุภณิยา วัฒน-

รัตน์ ๕๕. น.ส. สมเจตต์ นรรัตน์ ๕๖. น.ส. สมจงเจตนา อินทรกำแหง ๕๗. น.ส. สมศรี แข้งมิชัย ๕๘. น.ส. สมศรี สุวรณสถิตย์ ๕๙. น.ส. สมศักดิ หาระยุตร ๖๐. น.ส. สุโข กลิ่นสุวรรณ ๖๑. น.ส. สุคนธ์ สุวรรณชัฏ ๖๒. น.ส. สุนีย์ รัตนวิจิตร ๖๓. น.ส. สุนทรี มธุราสัย ๖๔. น.ส. สุพร มณีใส ๖๕. น.ส. สุพรรณี นิลเพ็ชร ๖๖. น.ส. สุมล เมืองแมน ๖๗. น.ส. สุมนัส ณ ตะกั่วทุ่ง ๖๘. น.ส. สุวีร์ สุคนธรักษ์ ๖๙. น.ส. สารี นุกูล เชาน์ ๗๐. น.ส. อัมพร มุญจนจิตต์ ๗๑. น.ส. อำนวย ประจง ๗๒. น.ส. อำไพ สวาสดิญาติ ๗๓. น.ส. อภิญญา เชิดในเมือง ๗๔. น.ส. อมรา วิเศษจิตต์

## ผู้ได้รับรางวัลประจำปีการศึกษา๒๔๘๕

๑. มหาวิทยาลัย: เหรียญทองสำหรับผู้ได้คะแนนเยี่ยมที่ ๑ ในวิชาแพทยศาสตร์ ได้แก่ (๑) น.ส. เทียมจันทร์ เจียมประเสริฐ (๒) น.ส. นิตยา สุนทรพานิช และ (๓) น.ส. สมจิตต์ พงศ์สุพัฒน์ (เภสัชศาสตรบัณฑิต)

๒. คณะแพทยศาสตรและศิริราชพยาบาล: เหรียญทองสำหรับผู้ได้คะแนนเยี่ยมที่ ๑ ตลอดหลักสูตร ได้แก่นายนุกูล ปริญญานุสสรณ์ เหรียญเงินสำหรับผู้ได้คะแนนเยี่ยมที่ ๒ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ นายสวิช รายฎร์จำเริญสุข เหรียญทองแดง สำหรับผู้ได้คะแนนเยี่ยมในวิชาต่างๆ สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา ได้แก่ น.ส. เทียมจันทร์ เจียมประเสริฐ พยาธิวิทยาได้แก่ น.ส. สุวัจนา เวทย์วิศิษฐ กายวิภาคศาสตร์ได้แก่ นายสุริยะ ผลากรกุล

๓. แผนกพยาบาล—ผดุงครรภ์ ฯ เข็มรางวัลสำหรับผู้ได้คะแนนเยี่ยมที่ ๑ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ น.ส. ประไพวรรณ เจียมเจริญ สำหรับผู้ได้คะแนนเยี่ยมที่ ๒ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ น.ส. อัมพร บุญจนจิตต์

สารศิริราชขอถือโอกาสนี้ แสดงความยินดีแก่บัณฑิตใหม่ และผู้ได้รับอนุปริญญาพยาบาล-ผดุงครรภ์ ฯ ตลอดทั้งผู้ได้รับรางวัลต่าง ๆ ด้วย หวังว่าทุกท่านคงจะได้ช่วยกันบรรโลงอาชีพแพทย์และพยาบาล ให้คงศักดิ์ศรีเยี่ยงที่นับถือและอนุโมทนาของบุคคลทั่วไป สมดังที่ท่านได้กล่าวคำปฏิญญาไว้แล้วนั้น.

# ข่าวศิษย์เก่า

**อุปสมบท** (๑) น.อ. ประกอบ จักษุรักษ์ ร.น. วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๔๙๖ ณ พัทธสีมา วัดโสมนัสวิหาร, พระนคร. (๒) นายแพทย์สมหวัง สมใจ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๔๙๖ ณ พัทธสีมา วัดจันทนาราม, จันทบุรี. (๓) นายแพทย์ มาลา พักตรพันธานนท์ วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๔๙๖ ณ พัทธสีมา วัดเบ็ญจมบพิตร พระนคร (๔) นายแพทย์ ม.ล. จินดา สนิทวงศ์ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๔๙๖ ณ พัทธสีมา วัดพระศรีรัตนศาสดาราม (๕) นายแพทย์เทียนชัย วิรกุล วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๔๙๖ ณ พัทธสีมา วัดตะโกทอง (กลาง), สมุทรปราการ. (๖) ร.ท. พิชัย จุมพล วันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๔๙๖ ณ พัทธสีมา วัดบวรนิเวศวิหาร, พระนคร. (๘) นายแพทย์เกษม อิศรางกูร ฯ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๔๙๖ ณ พัทธสีมา วัดท่าถนน, อุตรดิตถ. เราขออนุโมทนาด้วย.

**พ.ด. กิตติมศักดิ์** ในปีการศึกษา ๒๔๙๕-๙๖. ศิษย์เก่าได้รับพระราชทานปริญญาบัตร คือ, หลวงอายุรกิจโกศล (กิ่ม ภมรประวัติ) ปริญญากิตติมศักดิ์แพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต. (ดูข่าวพระราชทานปริญญาบัตร)

เราขอแสดงความยินดีด้วยเป็นอย่างมาก.

**ย้ายไปรับราชการ** นายแพทย์ชลอ จันทร์สุวรรณ ย้ายไปรับราชการ ณ จังหวัดเชียงใหม่ ในตำแหน่ง อนามัยจังหวัด.

**ไปศึกษาต่อต่างประเทศ** ๑. แพทย์หญิง เสริมศรี กฤษณามระ ๒. นายแพทย์เสริมศักดิ์ เพ็ญชาติ ๓. นายแพทย์อารี วัลยเสวี ๔. นายแพทย์ สำราญ วังศพ่าห์ ๕. แพทย์หญิง บุณเอนก กัลป์วิทย์ ๖. นายแพทย์ร่มไทร สุวรรณนิก ทั้งหกท่านนี้ไปศึกษาต่อยังสหรัฐอเมริกา. ตามรายงานเลขที่ ๑ ถึง ๔ ไปโดยทุนส่วนตัว, หมายเลข ๕ และ ๖ ไปโดยทุนฟูลไบรท์.

## ข่าวนักศึกษา

**ชวนเชิญแต่งเรียงความประกวด** ในปีการศึกษานี้ คณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล กำหนดเรียงความสำหรับประกวดใน "วันมหิดล" ๒๔ กันยายน ศกนี้ ให้หัวข้อว่าความ "สำคัญของวิชาโรคเด็กต่อประเทศไทย" ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สำหรับประชาชนทั่ว ๆ ไปด้วย. กำหนดหมดเขตรับในวันที่ ๒ กันยายน ส่งโดยตรงต่อคณบดี ต้นฉบับเรียงละ ๕ ฉบับ บรรจุคำประมาณ ๕๐๐ คำ. เรียงที่ชนะการประกวดจะได้รับเงินรางวัลจำนวนเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท. จึงขอเชิญชวนนักศึกษาโดยทั่วกัน.

**อนุสาสก**

โดยมติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลอนุมัติให้ น.พ. สาโรจน์ ปรปักษ์ขาม พ้นจากตำแหน่งตามที่ขอลา และแต่งตั้งให้ น.พ. สุพร เกิดสว่าง รักษาการในตำแหน่งอนุสาสกแทน แต่วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๔๙๖.

## ข่าวพยาบาล

**มอบของที่ระลึกแก่คณบดีพยาบาล**

วันอังคารที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๔๙๖ แผนกพยาบาล-ผดุงครรภ์ศิริราช ได้มอบของที่ระลึกให้แก่ น.ส. หลุยส์แนปส์ คณบดีพยาบาล แห่งโรงเรียนพยาบาล มหาวิทยาลัยวอชิงตัน เมืองเซ็นต์หลุยส์ฯ ในโอกาสที่จะต้องจากไป หลังจากได้มาช่วยให้การศึกษาอบรมคณะครูและหัวหน้าตึกและนักเรียนพยาบาลฯ ได้มอบขันเงิน ฝากไปให้แก่สมาคมนักเรียนพยาบาลแห่งโรงเรียนพยาบาล มหาวิทยาลัยวอชิงตัน เมืองเซ็นต์หลุยส์ฯ ด้วย

อนึ่ง ในวันพฤหัสที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๔๙๖ เวลา ๗.๐๐ น. หัวหน้าแผนก

วิชาพยาบาล–ผดุงครรภ์ ครูและหัวหน้าตึกได้ไปส่ง น.ส. หลุยส์แนปส์ ซึ่งได้เดินทางกลับสหรัฐอเมริกา ที่ท่าอากาศยานดอนเมืองโดยเครื่องบิน P.A.A.

## งานฉลองอนุปริญญาบัตร

คณะพยาบาล–ผดุงครรภ์และอนามัย ปี ๒๔๙๕ ได้จัดงานฉลองอนุปริญญาบัตรที่สมาคมพ่อค้าไทย ในค่ำวันเสาร์ที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๔๙๖ โดยเชิญท่านผู้หญิงละเอียด พิบูลสงคราม เป็นประธาน มีการแสดงรีวิวโดยนักเรียนพยาบาล สลับเต้นรำและรำวง งานสิ้นสุดลงเมื่อเวลา ๒.๐๐ น. ของวันใหม่ด้วยความสนุกสนานโดยทั่วกัน

## พระราชทานอนุปริญญาบัตร

วันพฤหัสบดี ที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๔๙๖ เวลา ๑๕.๐๐ น. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ ได้ทรงพระกรุณาเสด็จมาพระราชทานปริญญาบัตร แก่ผู้ที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ฯลฯ รวมทั้งอนุปริญญาบัตร แก่ผู้ที่สำเร็จการศึกษาวิชาพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ในปี ๒๔๙๕ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย

## เลี้ยงส่งพยาบาล M.S.A.

แผนกพยาบาล–ผดุงครรภ์ศิริราช ได้จัดงานเลี้ยงน้ำชาส่ง น.ส. แมรี่ โรเยอร์ส ที่หอประชุมราชแพทยาลัย ในวันพฤหัส ที่ ๒ กรกฎาคม ๒๔๙๖ เวลา ๑๖.๐๐ น. หัวหน้าแผนกวิชาพยาบาล–ผดุงครรภ์ ได้มอบของที่ระลึกของคณะพยาบาล-ผดุงครรภ์ และนักเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ และ น.ส. แมรี่ โรเยอร์สได้แจกหนังสือ **Operating room Technigue** แก่พยาบาล–ผดุงครรภ์ประกาศนียบัตรแห่งศิริราชทุกคน ในระหว่างเวลาน้ำชามีการแสดงนาฏศิลป์ไทยด้วย

และในวันเสาร์ที่ ๑๑ กรกฎาคม เวลา ๑๕.๐๐ น. น.ส. แมรี่ โรเยอร์สได้เดินทางกลับสหรัฐอเมริกาโดยเครื่องบิน P.A.A. คณะพยาบาล–ผดุงครรภ์ และนักเรียนพยาบาลได้ไปส่งที่ท่าอากาศยานดอนเมืองอย่างคับคั่ง

## พระราชทานเงินอุดหนุน

เมื่อวันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๔๙๖ สม-

เด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์ ได้พระราชทานเงินจำนวน ๓๖๒๔.๗๕ บาท ให้แก่โรงเรียนพยาบาล-ผดุงครรภ์ศิริราช เพื่อจัดหาดอกผลสำหรับจ่ายให้แก่ นักเรียนพยาบาล ผู้มีความประพฤติดี แต่อัตคัดขัดสน

ทั้งนี้ นับว่าเป็นพระกรุณาธิคุณอย่างสูง ซึ่งโรงเรียนพยาบาลฯ ขออนุโมทนาในพระราชกุศลครั้งนี้ และขอให้พระองค์ท่านจงทรงพระเจริญด้วยจตุรพิธพร มีพระราชประสงค์สิ่งใดขอจงได้สำเร็จดังพระราชประสงค์ทุกประการ.

## จำนวนนักเรียนรับใหม่

จำนวนนักเรียนผดุงครรภ์พยาบาล พ.ศ. ๒๔๙๖ มีจำนวน ๘๙ คน

สอาดศร เสมรสุต

---


## ค่าบำรุงสารศิริราช

| | | |
|---|---|---|
| เป็นสมาชิก ๑ ปี รวมทั้งค่าส่ง | : | ๑๕.๐๐ บาท |
| ส่งเงินทางธนาณัติสั่งจ่ายที่ | : | ป.ณ. หน้าพระลาน พระนคร |
| ผู้รับเงิน | : | ผู้จัดการสารศิริราช |

# หน้าสำหรับนิสสิต

## เสื้อคลุมแพทย์

เสื้อคลุมแพทย์, หรือจะเรียกว่าเสื้อคลุมสำหรับแพทย์ก็ตาม, เป็นอุปกรณ์สำคัญสิ่งหนึ่งสำหรับแพทย์. แม้จะไม่ใช่ของจำเป็นแท้ทีเดียว, อย่างเช่นเครื่องพัง, แต่ก็เป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก, และในบางกรณีก็เป็นของจำเป็นทีเดียว. ประโยชน์ของเสื้อคลุมคือป้องกันเปื้อน, ซึ่งนำเลยไปถึงการป้องกันการนำเชื้อต่อไปอีกด้วย. แพทย์ใส่เสื้อคลุมในเมื่อจะเข้าไปในห้องพักรักษา (วอร์ด), ในเมื่อต้องการตรวจคนไข้, หรือทำการรักษาซึ่งจะต้องคลุกคลีกับคนไข้. ในโรงพยาบาลบางแห่งเขามีธรรมเนียมแขวนเสื้อคลุม, หรือที่แขวน, ไว้ข้างประตูเข้าห้องคนไข้, เพื่อความสะดวกสำหรับแพทย์ที่จะสวมเสื้อคลุมเพื่อเข้าไปดูคนไข้ และถอดออกแขวนไว้เมื่อออกมา. ความมุ่งหมายของเสื้อคลุมในที่นี้คือป้องกันไม่ให้สิ่งโสโครก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อโรคจากคนไข้, ไปเปื้อนเครื่องแต่งกายของแพทย์, ซึ่งจะกลายเป็นสื่อนำเชื้อหรือความสกปรกนั้นไปเผยแผ่ในที่อื่น ๆ, ให้คนอื่น ๆ, หรือในบางโอกาสก็ให้แพทย์นั้นเอง. ด้วยเหตุนี้วิธีปฏิบัติที่ถูกเหตุผลที่สุดคือการมีที่แขวนไว้ตามประตูห้องพักรักษาดังกล่าวแล้ว, และแพทย์สวมเสื้อเฉพาะเวลาเข้าในห้องนั้น, เมื่อออกมาแล้วก็ถอดเสื้อออกแขวนไว้, สิ่งโสโครกที่อาจติดออกมาบ้างก็จะแขวนค้างอยู่ที่ข้างประตูนั้นเอง, ไม่กระจายไปไหน. แต่ในการปฏิบัติ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงเรียนแพทย์ซึ่งมีนักเรียนต้องสวมเสื้อกันหลายคนและคนหนึ่ง ๆ ต้องทำงานในห้องพักรักษาหลายแห่ง, วิธีนี้คงปฏิบัติลำบาก, และจำต้องมีการดัดแปลงกันบ้าง. เพราะฉะนั้นระเบียบที่ใช้ในห้องคลอดและห้องผ่าตัดจึงจัดเสื้อคลุมพิเศษไว้ให้ผู้ประสงค์จะเข้า. พึงสังเกตว่าในกรณีนี้ความมุ่งหมายส่วนใหญ่ของเสื้อคลุมนั้นเป็นการห่อหุ้มเสื้อผ้าของผู้เข้า

ห้อง, ป้องกันไม่ให้เชื้อโรคที่ติดเข้าไปนั้นร่วงหล่นหรือหลุดไปก่อการปนเชื้อหรือติดเชื้อขึ้น.

เพราะเสื้อคลุมมีประโยชน์มุ่งหมายดังกล่าวนี้, รูปร่างลักษณะของมันจึงเป็นไปในทำนองที่เหมาะ. เพราะมันคลุมเครื่องแต่งกายปรกติ, มันจึงต้องกว้าง; เพราะมันป้องกันเย็นเวลานั่งและยืน, มันจึงต้องยาวลงไปคลุมถึงหน้าแข้ง, ฯลฯ. เพราะมันจะต้องกันสิ่งโสโครกไม่ให้ลอดเข้าไปข้างในได้, มันจึงต้องมีเนื้อแน่น, และเพราะมันจะต้องซักบ่อย ๆ, จึงต้องเย็บด้วยผ้าที่ทนทาน. เสื้อคลุมที่ถูกลักษณะจึงกว้างใหญ่, หลวม ๆ, ยาวลงไปถึงหน้าแข้งหรือเกินกว่า, แขนยาวถึงข้อมือ, ด้านหน้ายึดมิดชิด, ด้านหลังมีผ่าตอนล่างเพื่อให้สะดวกคล่องแคล่วในการลุกและนั่ง. ในต่างประเทศ, เสื้อคลุมเป็นจำพวก "เสื้อโหล", คือเป็นเสื้อสำเร็จรูป, ทำให้ราคาถูก, เพื่อเหมาะกับการที่จะต้องหมดเปลืองเร็วเพราะซักบ่อย ๆ ดังกล่าวแล้ว.

ในศิริราชสมัยก่อนสงครามมีระเบียบบังคับว่านักเรียนแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับคนไข้ต้องสรวมเสื้อคลุม. ในระหว่างสงครามผ้าแพง, ระเบียบนี้ก็ได้งดใช้. บัดนี้ทางการได้สั่งให้ปฏิบัติเช่นเดิมอีก, เราจึงได้เห็นเสื้อคลุมจำนวนมากในบริเวณโรงพยาบาล. คงจะเย็นเพราะการใช้เสื้อคลุมขาดตอนไปหลายปี, ระเบียบแบบแผนที่ถูกต้องลบเลือนไปเสียแล้ว, จึงปรากฏเสื้อแบบต่าง ๆ และได้ยินอาจารย์บางท่านบ่นว่านักเรียนแต่งตัวไม่เรียบร้อย, เช่นเดินเย็ดอกฉิยฉาย, ฯลฯ. ความจริงเท่าที่ได้ฟังมานั้นเสื้อของหลายคนตัดฟิตเกินไปจนใส่กระดุมไม่ได้. บางคนตัดมาแล้วไม่กล้าใส่กระดุม, เพราะเกรงจะรัดรูปจนน่าเกลียด. บางคนใส่กระดุมแล้วนั่งไม่ลง. เสื้อคลุมซึ่งมีหน้าที่ดังกล่าวจึงกลายเป็นเครื่องประดับหรือเครื่องหมายเท่านั้น. ทั้งนี้ด้วยเหตุที่เข้าของเสื้อไม่ทราบว่าเสื้อคลุมนั้นควรจะมีรูปร่างและขนาดอย่างไร, ก็ต้องแล้วแต่ช่าง. ช่างตัดเสื้อของเรา, โดยเฉพาะช่างตัดเสื้อสตรี, ถืออรรมเนียมว่าตัดก็ต้องสรวยงาม, จึงตัดเสื้อคลุมแพทย์เช่นเดียวกับเสื้อคลุมหรู ๆ ที่ใช้สรวมไปเที่ยวงานฤดูหนาว, หรือเสื้อคลุมของช่างสตรีตามร้านส่งเสริมความงามต่าง ๆ, ซึ่งย่อมต้องมองดูแง่สรวยงามก่อนอื่น. ถ้าหาก

เจ้าของเสื้อจำไว้ว่าเสื้อคลุมมีหน้าที่กันเย็นอน, เย็นของใช้, ไม่ใช่เครื่องตบแต่ง, ดังนั้นจึงควรมีลักษณะที่เหมาะกับการใช้งาน, เช่นกว้าง ๆ เพื่อเคลื่อนไหวได้สดวกว่องไว, หลวม ๆ เพื่อความร้อนถ่ายเทได้สดวกไม่อยอ้าว, ใช้ผ้าหนา ๆ เพื่อทนทาน, ฯลฯ, ดังนี้ต่อไปเราคงจะได้เห็นเสื้อคลุมแพทย์ที่ทำประโยชน์ได้สมกับหน้าที่ของมัน, และผู้ที่เคยรำคาญนั้นก็คงหายรำคาญเสียที.

นักเรียนเก่า

---

kidney ไต

renal pelvis กรวยไต

renal tubule หลอดฝอยของไต. ทิ้วบูล

ureter หลอดไต

urinary bladder กระเพาะปัสสาวะ (กระเพาะเบา)

urethra หลอดปัสสาวะ

renal calculus นิ่วไต

ureteric stone นิ่วหลอดไต

vesical calculus นิ่วกระเพาะเบา.

# บันทึกท้ายสมุด

◎ สารศิริราชของเราล่าช้ามาหลายเดือนแล้ว คราวนี้จึงหาหนทางพิเศษแปลกกว่าธรรมดา ให้ออกทันภายในเดือนกำหนดเสียครั้งหนึ่ง ต่อไปก็จะได้พยายามเร่งทะยอยออกให้เร็วขึ้นเป็นลำดับ จนกว่าจะถึงระดับที่เราได้เคยตั้งต้นไว้.

◎ ความมุ่งหมายสำคัญของการเร่งออกสารศิริราชฉบับนี้ก็เพื่อเสนอข่าวด่วนเกี่ยวกับศาสตราจารย์เอ็ลลิส ซึ่งเชื่อว่าคงเป็นที่สนใจของสมาชิกส่วนมาก ชั้นเดิมเราได้ตั้งใจจะเสนอประวัติของท่านโดยละเอียด แต่จำต้องดัดแปลงเป็นเพียงเสนอเพียงส่วนเดียว เพราะเรายังขาดข้อความรู้เกี่ยวกับชีวิตในตอนต้น ๆ ของท่าน ซึ่งได้มีผู้รับจะรวบรวมให้แล้ว แต่ยังไม่มาถึงมือเรา เราหวังว่าจะมีโอกาสเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับบุคคลสำคัญผู้นี้ภายในไม่ช้า

◎ สารศิริราช มีความยินดีที่ได้ทำหน้าที่เป็นปากเสียงของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง ในการร่วมมือกับแพทยสมาคม จัดการรวบรวมเงินเพื่อช่วยส่งเสริมการครองชีพของภริยาของท่านอดีตศาสตราจารย์ เราหวังว่าจะไม่มีผู้ใดมองไปในแง่ร้าย สำหรับการชักชวนคราวนี้ ซึ่งเป็นหนทางหนึ่งสำหรับศิษย์-และผู้คุ้นเคย-ของท่านศาสตราจารย์จะได้แสดงออกซึ่งความเห็นอกเห็นใจและกตัญญูกตเวที ผลที่ปรากฏตั้งแต่เริ่มการจนถึงขณะเขียนนี้เป็นที่น่ายินดียิ่ง การเสนอของคณะกรรมการได้รับการสนองอย่างรวดเร็วและพร้อมเพรียงจากสมาชิกศิริราชในที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ น่าสังเกตว่าแม้ผู้ที่มิได้เคยเป็นศิษย์ของท่านศาสตราจารย์เอ็ลลิสโดยตรง แต่ในฐานศิษย์ของศิริราชและทราบว่าท่านมีพระคุณแก่ศิริราชก็ได้มีแก่ใจช่วยบริจาคเงินช่วยเหลืออย่างเต็มอกเต็มใจ แม้นักเรียนแพทย์ยังขยันเพิ่งย่างเหยียบเข้ามาสู่ร่มเงาของสถานศึกษาที่ท่านศาสตราจารย์ได้มีส่วนสร้างเอาไว้ ก็มีน้ำใจเสียสละตามส่วนสัดมรณกรรมของท่านศาสตราจารย์ดูจะเป็นเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง สำหรับการชัก

ซ้อมความพร้อมเพรียงของสมาชิกศิริราช ทั้งอดีตและปัจจุบัน

◎ ในด้านวิชาการ สารศิริราชฉบับนี้เสนอเรื่องซึ่งน่าจะเป็นที่สนใจของท่านสมาชิกถึงสามเรื่อง ลิมโฟเอบีซิลโอม่าของเนโซฟาริงส์อาจเป็นโรคพบไม่บ่อยนัก แต่เป็นเรื่องร้ายแรง ต้องรักษาแต่ต้นมือ ซึ่งหมายความว่าต้องวินิจฉัยได้แต่เนิ่น ๆ แต่อาการของโรคนี้ดูไม่มีอะไรสักอย่างที่จะบ่งให้นึกถึงสาเหตุอันถูกต้อง ตัวอย่างคนไข้ที่คุณหมอสำราญ วังศพ่าห์เสนอในรายงานนั้น แสดงให้เห็นความสำคัญของการตรวจละเอียดละออออย่างชัดเจน ถ้าหากไม่ได้ตรวจเนโซฟาริงก์ เพราะเห็นมีเลือดในโพรงจมูก แพทย์ก็คงไม่ได้ทราบโรคที่แท้จริงเป็นแน่ น่าจะอาศัยคนไข้รายนี้เป็นอุทาหรณ์ว่า ถ้ามีเลือดออกจากจมูกต้องตรวจเนโซฟาริงส์ด้วย

◎ เรื่องของคุณหมอสุดสาคร จงเจริญสุข น่าสนใจในฐานที่ชี้ให้เราเห็นหนทางแจ่มใสพอใช้สำหรับการรักษาโรคหนึ่งรับกันมานานแล้วว่า "ไม่มีหนทาง" แม้ว่ามีคนไข้เพียงห้าราย แต่ผลที่ได้การเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคอย่างเกือบพลิกหน้ามือ เป็นหลังมือย่อมชวนให้นึกว่า วิธีรักษาโดยตัดม้ามนี้น่าจะช่วยคนไข้ได้อีกมาก ในรายที่ตายนั้นก็น่าจะต้องสงสัยเหตุที่ม้ามเกินจำนวน ปรกติเอาไว้ก่อน อย่างไรก็ดีแม้การผ่าตัดนี้อาจช่วยชีวิตหรือต่อชีวิตคนไข้ไว้ได้ ตรายใดที่ยังไม่ทราบสมุฏฐานแน่นอน และยังไม่เข้าใจกลไกของการรักษา ตรายนั้นก็ยังต้องศึกษาค้นคว้าหาความรู้ในเรื่องนี้ต่อไปอีก

◎ เรื่องของคุณหมอทินรัตน์ สถิตนิมานการ มีความสำคัญในด้านปฏิบัติโดยที่แพทย์ทุกคน ย่อมมีโอกาสที่จะต้องเกี่ยวข้องกับวิธีปฏิบัติแบบที่บรรยายไว้นั้นได้ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นศัลยแพทย์ ดังนั้นความเข้าใจหลักการและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการทำโฟรเซ่นเซ็คชั่นของเนื้อเรื่องที่ควรทราบอย่างยิ่ง

◎ เป็นการยังเอิญที่เราเพิ่งสังเกตว่าท่านเจ้าของเรื่องที่นำลงพิมพ์ในฉบับนี้ทั้งสามเรื่อง กำลังจะเดินทางไปศึกษาเพิ่มเติมในต่างประเทศด้วยกันทั้งสามท่าน คุณหมอสำราญจะไปเรียนโรคหู ฯลฯ ในครึ่งหลังของเดือนกรกฎาคมนี้ คุณหมอทินรัตน์จะไปศึกษาเพิ่มเติมในพยาธิวิทยาในประมาณกลางเดือนสิงหาคม และ

คุณหมอสุดสาครก็คงจะไปในเวลาไล่เลี่ยกัน (ถ้าไม่เปลี่ยนใจ) เราเชื่อว่าความคุ้นเคยที่ท่านเหล่านี้ได้ มีกับสารศิริราช - เรา หมายความถึง การคิดค้น และ เขียนเรื่อง-คงจะอำนวยประโยชน์ให้แก่ท่านทั้งสามอย่างมากในเมื่อท่านไปถึงต่างประเทศ แม้เพียงฝรั่งจะถามว่า "ท่านเคยทำงานวิทยาการบ้างหรือเปล่า" หากจะตอบว่าเคยเขียนเรื่องนั้น ๆ ลงในสารศิริราช แม้หนังสือนี้จะเป็นวิทยาสารเล็ก ๆ ที่ฝรั่งอาจไม่เคยได้ยินชื่อเลย แต่ก็ยังคงเป็นหน้าตา และคงจะดีกว่าที่จะตอบว่า "เปล่า" เป็นแน่ที่เดียว เราขออวยพรให้ทั้งสามท่านไปดีมาดี, หาความรู้ได้มาก ๆ, และนำกลับมาแจกจ่ายพวกเราทางสารศิริราชต่อไปอีก.

---

## ท่านสมาชิก

---

ท่านสมาชิกไม่ได้รับหนังสือ เพราะหายหรือย้ายที่อยู่ โดยไม่ได้แจ้งให้ทราบ โปรดสอบถามไปยังแผนกจัดการสารศิริราช.