



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๔๙๓ Volume 6, Number 1, January 1954

การรักษาโรคมะเร็งด้วยราเคียม

สรุปผลและรายงานผู้ป่วย

อำนาจ เสริมสุด

พ.บ., พ.ด., D.M.R.E. (Camb.)

(แผนกรังสีวิทยา)

การใช้ราเคียมรักษาโรคในแผนกรังสีวิทยา, โรงพยาบาลศิริราช, ได้เริ่มขึ้นเมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๘๑, ในเมื่อได้รักษาโรคเคียมมาเป็นจำนวน ๐.๓๓๐ กรัม. ใน พ.ศ. ๒๔๘๔ แผนกฯ ได้จัดซื้อราเคียมมาอีก ๐.๕๐๕ กรัม. ในปัจจุบันจึงมีราเคียมอยู่รวม ๐.๘๓๕ กรัม. ในวันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๘๖ เป็นเวลาครบ ๑๕ ปีบริบูรณ์นับแต่ได้เริ่มใช้ราเคียมรักษาโรค. ระหว่างนี้ได้ทำการ

รักษาผู้ป่วยรวม ๑,๕๗๐ ราย, ซึ่งส่วนมากเป็นโรคมะเร็ง. ในปีแรกได้รักษาผู้ป่วยเพียง ๓๔ ราย. ในปีที่ต่อ ๆ มา มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ; แต่เนื่องจากมีราเคียมจำกัดจำนวน, ผู้ป่วยจึงมีมากขึ้นพอควร. ในปี พ.ศ. ๒๔๘๕ ได้ทำการรักษาถึง ๑๖๓ ราย.

ผู้ป่วยที่ได้ทำการรักษาใน ๑๕ ปีแรกประเภทดังนี้ :—

ผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดร้าย :

๑. มะเร็งปากมดลูก ๘๘๖ ราย.
๒. มะเร็งปากมดลูก, ภายหลังผ่าตัด ๓๗ ราย.
๓. มะเร็งทวารมดลูก ๑๖ ราย.
๔. มะเร็งมดลูก, ภายหลังผ่าตัด ๗ ราย.
๕. มะเร็งในช่องคลอด ๕ ราย.
๖. มะเร็งปากช่องคลอด (วัลว่า) ๒๒ ราย.
๗. มะเร็งเต้านม ๕ ราย.
๘. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และองคชาติ ๘ ราย.
๙. มะเร็งเรื้อกัม ๖ ราย.
๑๐. มะเร็งที่เพดานปาก ๑๓ ราย.
๑๑. มะเร็งที่จมูก ๑๕ ราย.
๑๒. มะเร็งที่เนโซฟาริงค์ ๒๐ ราย.
๑๓. มะเร็งที่ริมฝีปาก ๒๓๗ ราย.
๑๔. มะเร็งที่กระพุ้งแก้ม ๑๘๒ ราย.
๑๕. มะเร็งที่ลิ้น ๑๐๘ ราย.
๑๖. มะเร็งที่ต่อมทอนซิล ๕ ราย.
๑๗. มะเร็งที่ผิวหนัง ๑๓ ราย.
๑๘. มะเร็งที่ผิวหนังชนิดโรเคินท์ฮอลเชอร์ ๑๒ ราย.
๑๙. มะเร็งที่ช่องหู ๓ ราย.
๒๐. มะเร็งที่ตำแหน่งอื่น ๆ ๖๐ ราย.

รวม ๑,๖๖๗ ราย.

ผู้ป่วยไม่ใช่มะเร็งและเนื้องอกชนิดไม่ร้าย

๑. ปานแดง (ซีแม็งจิโอม่า) ๗๗ ราย.
๒. หูด ๔๑ ราย.
๓. คีลีสซัยค์ ๓๗ ราย.
๔. คาปลา ๘ ราย.
๕. เนื้องอกในจมูก

(โพลีซีส) ๔ ราย. ๖. แผลเรื้อรัง (อีโรชั่น) ปากมดลูก ๔ ราย. ๗. แผลวัณโรคปากมดลูก ๓ ราย. ๘. เนื้องอก (แกรนิวเลชัน) ในหู ๖ ราย. ๙. ท้องไข่ปลา-ชุก (โมลาร์) ภายหลังซุค ๒๓ ราย. ๑๐. แกลนติวาลาร์ซัยเปอรเพลเซีย ๗๐ ราย. ๑๑. เอ็นโดเมทริโอสิส ๑ ราย. ๑๒. โรคอื่น ๆ ๑๒ ราย.

รวม ๓๐๓ ราย.

ในจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด ๑,๖๖๗ ราย, เป็นมะเร็งปากมดลูก ๘๘๖ ราย หรือ ๕๕ ๒๕. ของทั้งหมด, มะเร็งริมฝีปาก ๒๓๗ ราย หรือ ๑๕ ๒๕. ของทั้งหมด, มะเร็งที่กระพุ้งแก้ม ๑๘๒ ราย หรือ ๑๑ ๒๕. ของทั้งหมด, มะเร็งที่ลิ้น ๑๐๘ ราย หรือ ๗ ๒๕. ของทั้งหมด. ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้ป่วยมะเร็งที่ตำแหน่งเหล่านี้เป็นจำนวนมาก, และเป็นตำแหน่งที่ใช้รักษาได้ผลดี.

โรคที่ไม่ใช่มะเร็ง, ในจำนวน ๓๐๓ ราย, ได้ทำการรักษาซีแม็งจิโอม่า ๗๗ ราย, และโรคแกลนติวาลาร์ซัยเปอรเพลเซีย ๗๕ ราย, ซึ่งเป็นโรคที่รักษาด้วยรักษาได้ผลดี. ซีแม็งจิโอม่าซึ่งมีโอกาสขยายใหญ่ได้มาก ๆ จะหยุดและแห้งหาย

ไปในหนึ่งเดือน, เมื่อรักษาเสียแต่ขนาด เล็กภายใน ๑ ถึง ๒ ซม. ส่วนโรคเกล็ด ติวลาร์ซีบเปอร์เพลเซียได้ผลดีมากทุกราย, โดยเลือดที่ออกมา มาก ๆ หลาย ครั้ง จะ หยุดหายขาด, ทำให้หายจากความรำคาญ และการซุดโทรมของร่างกาย, ทั้งนี้ช่วย ได้สำหรับรายที่มีอายุมากใกล้ระตหยก.

โรคมะเร็ง มีโอกาสรักษาหายได้ใน เมื่ออยู่ในระยะเริ่มเป็น. เมื่อเป็นมากขึ้น โอกาสหายก็น้อยลง. ขอยกตัวอย่าง สถิติของ **Christie Hospital** และ **Holt Radium Institute**, ที่แมนเชสเตอร์ ประเทศอังกฤษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชั้นนำ แห่งหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งด้วยรา-เดียมและเอกซเรย์, ดังต่อไปนี้ :

มะเร็งปากมดลูก, รักษาระหว่างห้าปี ค.ศ. ๑๙๔๐ ถึง ๑๙๔๔, ด้วยรามีเดียม :

- ก. ระยะ ๑ (ระยะแรกเป็น), ภายหลัง หายยังมีชีวิตอยู่ ๗๑ ปช.
- ข. ระยะ ๒, ภายหลังหายยังมีชีวิตอยู่ ๔๗ ปช.
- ค. ระยะ ๓, ภายหลังหายยังมีชีวิตอยู่ ๓๐ ปช.
- ง. ระยะ ๔, ภายหลังหายยังมีชีวิตอยู่ ๗ ปช.

มะเร็งควมดลูก, รักษาระหว่างห้าปี, ค.ศ. ๑๙๔๐ ถึง ๑๙๔๔, ด้วยรามีเดียม :

- ก. ระยะที่ทำการผ่าตัดได้, ภายหลัง หายยังมีชีวิตอยู่ ๕๖ ปช.
- ข. ระยะที่ทำการผ่าตัดไม่ได้, ภายหลังหายยังมีชีวิต อยู่ ๑๕ ปช.

มะเร็งกระพุ้งแก้ม, รักษาระหว่างห้า ปี, ค.ศ. ๑๙๔๐ ถึง ๑๙๔๔, ด้วย รามีเดียม :

- ก. ระยะ ๑ (ระยะแรกเป็น), ภาย ภายหลังหายยังมีชีวิตอยู่ ๕๕ ปช.
- ข. ระยะ ๒, ภายหลังหายยังมีชีวิตอยู่ ๓๖ ปช.
- ค. ระยะ ๓, ภายหลังหายยังมีชีวิตอยู่ ๑๕ ปช.
- ง. ระยะ ๔, ภายหลังหายยังมี ชีวิตอยู่ ๓ ปช.

สำหรับสถิติ ของโรงพยาบาล ศิริราช นั้นขัดข้อง, ไม่สามารถติดตามได้ทุกราย. ผู้ช่วย ส่วนมากไม่มาติดตามตามที่แนะนำ. การติดตามทางจดหมายไม่สะดวกเนื่องจากให้ คำขอลที่อยูไม่แน่นอน. อีกประการหนึ่ง แผนกติดตามผู้ช่วยในโรงพยาบาลยังไม่มี, ฉะนั้น การทำสถิติผู้ช่วย และการติดตาม ทราบผล ภายหลังการรักษาจึงไม่ได้ผล. ได้พยายามตามผู้ช่วย, ซึ่งรักษาไว้ใน ตอนแรก ๆ, เป็นโรคมะเร็งในตำแหน่ง ต่าง ๆ กัน และยังมีชีวิตอยู่เป็นเวลากว่า ๑๐ ปี, สักราย, เพื่อแสดงว่าผู้ช่วยที่สหาย

คือภายหลังรักษาด้วยราเคียมบนันมีอยู่หลายราย. ในงานผลของหกสิบปีศิริราช พ.ศ. ๒๔๕๓; ข้าพเจ้าและนายแพทย์ ร่มไทร สุวรรณิก ได้เคยติดตามผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ๒๐ ราย ซึ่งสลายตัวภายหลังรักษาด้วยราเคียมระหว่าง ๕ ถึง ๑๒ ปี, มาแสดงในที่ประชุมครั้งหนึ่งแล้ว.

มีผู้ป่วยรายซึ่งข้าพเจ้าขอเสนอรายงานผลของการรักษาต่อไปนี้.



รายที่ ๑ นาง ส.ณ., อายุ ๓๖ ปี, บ้านเลขที่ ๑๓๓ ต. บางลำภู, จังหวัดระนอง. (เลขที่รักษาด้วยราเคียม ๖).

การวินิจฉัย: มะเร็งปากมดลูก, ระยะ

แรก. (เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายที่ ๕ ที่ได้รักษาด้วยราเคียม).

ประวัติ: สืบก่อนจะมาทำการรักษามีโลหิตออก กระปรืดกระปรอย อยู่เรื่อย ๆ มา, และมีระคาย, มีกลิ่น, ปนออกมาด้วย. เบื่ออาหาร. ผอมลงเล็กน้อย. เจ็บบริเวณหัวเหน่าเล็กน้อย.

ตรวจร่างกายทั่วไป: สมบูรณ์พอควร. ตรวจหน้าท้องไม่พบก้อนผิดปกติ.

ตรวจภายใน: มีแผลเย็บอย่างออกอยู่รอบปากมดลูก. พาราเมตริอุมนุ่ม. มดลูกไม่โต.

ตรวจทางจุลทัศน์: สะควมดีเซลล์คาร์สิโนมา.

การรักษาด้วยราเคียม: ใส่ราเคียม,

ครั้งแรก, ระหว่าง ๑๕.๕.๕๑ ถึง ๒๘.๕.๕๑, จำนวน ๖๕๖๐ มิลลิกรัม ชั่วโมง.

ครั้งที่สอง (๒ ปีครึ่งหลังครั้งแรก), มีแผลเริ่มเป็นอีก, ใส่ราเคียมระหว่าง ๒๐.๒.๕๔ ถึง ๘.๓.๕๔ จำนวน ๑๐๘๐๐๐ มิลลิกรัม ชั่วโมง.

ภาวะปัจจุบัน: ส่งข่าวทางจดหมายพร้อม
ด้วยภาพถ่าย, แจ้งว่าสบายดี. ไม่มีตก
เลือดหรือ ตกขาว. ไม่มีก้อนในช่อง.
รวมเวลา ๑๕ ปี ภายหลังกการรักษาครั้งแรก.



รายที่ ๒. นาง ท.ค., อายุ ๔๕ ปี, บ้าน
ถนนสันติภาพ, ใกล้ ร.ร. สายปัญญา
อำเภอป้อมปราบ, พิษนคร. (เลขการรักษา
ด้วยราเคียม ๔๐)

การวินิจฉัย: มะเร็งกระพุ้งแก้มซ้าย (เอ
พิซิลิโอมา), ระยะ ๓ (เป็นผู้ป่วยมะเร็ง
ในกระพุ้งแก้ม รายที่ ๓ ที่ได้ทำการรักษา
ด้วยราเคียม).

ประวัติ: มีแผลที่กระพุ้งแก้มซ้าย มา ๔
เดือน. เริ่มเป็นฝ้าขาว ๆ มาก่อนประมาณ
สองเดือน. แล้วต่อมาเป็นตุ่ม ๆ. เคยจับ
ด้วยไฟฟ้าเมื่อ ๔ เดือนมาแล้ว ๓ ครั้ง,
ตุ่มนั้นกลึบกลายเป็นแผลคัน. ไม่เจ็บ.

ตรวจร่างกายทั่วไป: สมบูรณ์พอควร.
ที่กระพุ้งแก้มซ้ายเป็นฝ้าขาวทั่วไป, และ
มีตุ่ม ๆ (แปซิลาเรีย) กระจายอยู่เกือบ
ทั่วกระพุ้งแก้ม, เนื้อที่ ๓.๕x๓.๕ ซม.
ต่อมาเหลือองโตเล็กน้อยที่ใต้ขากรรไกร
ล่าง.

ตรวจทางจุลทัศน์: เอพิซิลิโอมา.

การรักษาด้วยราเคียม: ผังราเคียม (เริ่ม
๑๑.๑๐.๘๑) รวม ๒๑๘๕ มิลลิกรัม
ชีวโมง. ได้ทำการผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง
ออกด้วย.

ภาวะปัจจุบัน: ส่งข่าวทางผู้ติดต่อบอกว่าสบาย
ดี, ไม่มีแผลในปาก, และมอขภาพมาให้
ด้วย. ตั้งแต่รักษาจนถึงบัดนี้เป็นเวลา ๑๔
ปีครึ่งมาแล้ว.

สารคดีราช



รายที่ ๓ นาง น.ช. อายุ ๓๕ ปี, บ้านเลขที่ ๓๑๑; ตำบลสวนจิตรลดา, อำเภอคลองเตย, จังหวัดพระนคร. (เลขที่รักษาด้วยราเคียม ๑๐๗)

การวินิจฉัย: มะเร็งตัวมดลูก (เป็นผู้ช่วยมะเร็งตัวมดลูกรายที่ ๓ ที่ทำการรักษาด้วยราเคียม).

ประวัติ: ตกโลหิตจากช่องคลอดเป็นมากเป็นพัก ๆ, เป็นเวลา ๓ เดือน. ระดูไม่ปรกติ, มีกระปริดกระปรอยมา ๓ ปี. ออกเรอช ๆ. มาสามเดือนหลังนี้ออกมาก

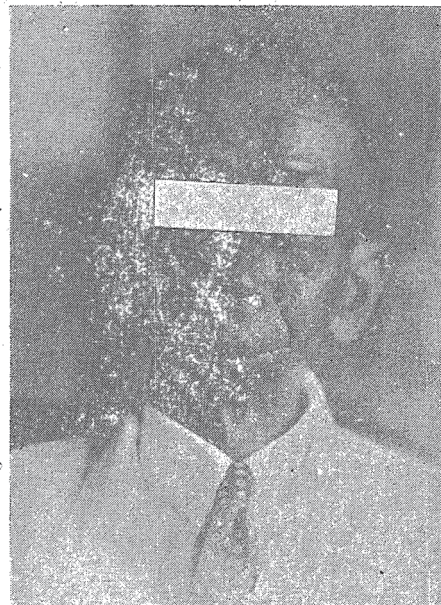
ตรวจร่างกายทั่วไป: ค่อนข้างซีด, ชบ. ๕๕ ปช. เมื่อกัดแกง ๒,๘๗๐,๐๐๐.

ตรวจภายใน: คอมดลูกมีชัยเปอร์โตรพี. มดลูกโตกว่าปรกติ.

ตรวจทางจุลทัศน์: อะดีโนคาร์สิโนมา.

การรักษาด้วยราเคียม: ใสร่าเคียม, ระหว่างวันที่ ๑๓.๕.๕๒ ถึง ๒๑.๕.๕๒, จำนวน ๘๘๘๐ มิลลิกรัมชั่วโมง.

ภาวะปัจจุบัน: ร่างกายสมบูรณ์ดี. ไม่มีอาการตกเลือดหรือตกขาว. ใต้ม่าพบและให้ถ่ายภาพไว้. ถึงขั้นเป็นเวลา ๑๔ ปีภายหลังจากที่ได้ทำการรักษา.



รายที่ ๔ นาย ป.พ. อายุ ๕๕ ปี, บ้านเลขที่ ๕๐, ตำบลคลองเตย, อำเภอ

พระโขนง; จังหวัดพระนคร. (เลขที่รักษา
ควยวาคึกยม : ๒๗๕)

การวินิจฉัย: มะเร็งทอน (เอชอีโอมา),
ระยะสาม (เป็นผู้ป่วยมะเร็งทอนรายที่ ๑๕
ที่ทำการรักษาควยวาคึกยม).

ประวัติ: ประมาณสองเดือนมาแล้วสังเกตเห็น
ว่ามีแผลเกิดขึ้นที่ด้านซ้ายของลิ้น. ไม่
เจ็บ, แต่ปวดเสียวข้าง. แผลค่อยๆ โตขึ้น.

ตรวจร่างกายทั่วไป: ค่อนข้างผอม.

ที่ลิ้น: แผลโตมาก, ที่ด้านซ้ายของลิ้น
และที่พบนของปาก, ทอดไปทางโคนลิ้น,
ยาว ๓.๕ ซม. ต่อมาน้ำเหลืองได้เข้ากรร-
ไกรคล้าย.

ตรวจทางจุลทัศน์: สะเควมัสเซลล์คาร์
ลีโนมา.

การรักษา: ๒๑.๗.๕๓, เริ่มฉีควยวาคึกยม,
รวม ๒๒๕๑ มิลลิกรัมชั่วโมง. ตัก
ต่อมน้ำเหลืองออกในส่วนใต้คางและใต้ขา
กรรไกรซ้าย.

๑๘.๘.๕๓. รักษาควยวาคึกยม

๒๐ ครั้ง, ๓๑๐๒ r.

๒๐.๑๑.๕๓ ถึง ๒๖.๑๑.๕๓ มี
เนื้องอกเกิดใหม่, ขนาด ๑.๕ ซม. ได้
ควยวาคึกยม ๘๕๐ มิลลิกรัมชั่วโมง.

๒๕.๒.๕๔ ถึง ๓๐.๒.๕๔. ควยวาคึกยม
อีก ๖๓๐ มิลลิกรัมชั่วโมง.

๒๒.๔.๕๔ ถึง ๒๕.๔.๕๔, แผล
เกิดใหม่เล็กน้อย. ควยวาคึกยมอีก ๑๓๗๕
มิลลิกรัมชั่วโมง.

๓.๗.๕๔ มีแผลเกิดใหม่อีก, รักษา
ควยวาคึกยม ๓,๐๐๐ r.

อีกประมาณสองปีต่อมา, ที่ใต้คาง
ขวามีแผลแตกออก, มีเศษกระดูกหลุด
ออกมาชิ้นใหญ่สองชิ้น. ได้รักษาโดยแต่ง
แผลตามธรรมชาติจนหาย, เหลือแต่รูเล็กๆ
ขนาดปลายดินสอ. มีน้ำลายไหลเสมอ.

ภาวะปัจจุบัน: ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และ
สบายดี, ทำงานได้. เป็นเวลา ๑๓ ปี
สองเดือนภายหลังจากเริ่มรักษา.

(หมายเหตุ: รายงานนี้ได้รับรายงานร่วม
กับ น.พ. สอนอง กาญจนาลัยครั้งหนึ่งแล้ว
เมื่อ พ.ค. ๒๔๕๔).

(Abstract of the preceding Article)

RADIUM TREATMENT OF CARCINOMA

Amnuay Samerasuta

M.B., M.D., D.M.R.E. (Camb.)

(Dept. of Roentgenology)

Radium therapy in the Siriraj Hospital had its start on June 6th, 1938, when 300 mg. of radium were acquired. In 1951 an additional 505 mg. became available. Up to June 6th, 1953, after a period of fifteen years, 1970 patients have been treated, the majority being cases of carcinoma. In the first year there were 34 treatments; in the fifteenth year the number rose to 163. Out of a total of 1667 cases of malignancies by far the largest number was carcinomata of the cervix (55

per cent); next came the lip (15 per cent); the cheek (11 per cent); and the tongue (7 per cent), in descending order of frequency. As follow-up facilities were limited the survival of the treated patients could not be accurately assessed. The author quotes four cases of histologically proven carcinomata (cervix, cheek, corpus uteri, tongue) which have survived thirteen to fifteen years, as examples of the good results of radium.

PULMONARY OSTEO-ARTHROPATHY

in

BRONCHOGENIC CARCINOMA

Sanuan Purnabhavanga

M.B., C.F.R. (W.U.), F.I.C.S. Rad.

(Dept. of Roentgenology)

Pulmonary osteo-arthropathy or hypertrophic osteo-arthropathy received its name from Pierre Marie in 1890, but was first described by Eugene Bamberger in 1889. The syndrome consists of clubbed fingers, ossifying periostitis, and mild chronic arthritis. It is associated in most instances with suppurative pulmonary lesions, such as chronic bronchiectasis and chronic empyema. This definition clearly differentiates pulmonary osteo-arthropathy from simple clubbing of the fingers and toes. Clubbing is a proliferative change of the soft tissues about the terminal phalanges with no constant osseous changes. It is believed by some to be the early stage of pulmonary osteo-arthropathy.

It is the purpose of this paper to emphasize the occurrence of pulmonary osteo-arthropathy in bronchogenic carcinoma, in which it may form the earliest symptoms, which are numerous. These most commonly consist of aching pains and tenderness in the joints and along the shafts of the long bones, transient increase in joint fluid, usually not associated with local inflammatory signs, muscular weakness, edema and hypertrophy of the subcutaneous tissues of the extremities, burning sensations and increased sweating in the hands and feet

and other evidences of endocrine imbalance.

There have been many hypotheses as to the cause of pulmonary osteo-arthropathy but the mechanism is unknown.

It has long been known that pulmonary osteo-arthropathy is a complication of pulmonary disease. It is most frequently associated with chronic empyema, purulent bronchiectasis and chronic pulmonary abscess. Not infrequently it accompanies bronchogenic carcinoma and in some instances the first symptom of this lesion will be those resulting from osteo-arthropathy. It is found sometimes in early bronchogenic carcinoma and associated with benign tumor of the lung. It rarely occurs with pulmonary tuberculosis. It has been reported as occurring in cases of chronic jaundice due to cirrhosis of the liver. It has been guessed that since it accompanies suppurative diseases of the lungs, the changes in the bones and soft tissues result from the absorption of an unknown toxic substance. Also it has been claimed, in those rare cases attributed to malignancies (sarcoma and carcinoma), that the tumor produces a toxin which causes the osteo-arthropathy.

It is significant that by far the greater number of reported cases of osteo-arthropathy has occurred in connection

with pulmonary lesions, whereas the only successful reproduction of the characteristic bone lesions in animals was secured by Mendlowitz and Leslie who established an artificial communication between the pulmonary artery and the left auricle in a dog, duplicating as nearly as possible the oxygen unsaturation present in congenital malformation of the heart with cyanosis. An autopsy eight months later showed the changes typical of pulmonary osteo-arthropathy.

The case which Myron G. Means and N. Worth Brown describe gives neither history, physical sign nor roentgenologic signs of pulmonary disease, but presents the classical picture of the tetralogy of Fallot with cyanosis, polycythemia, bulbous fingers and toes, soft tissue deformities about the wrists and ankles and roentgenologic evidence of a pulmonary osteo-arthropathy.

OSSEOUS CHANGES

Description of the bone changes as given by Hodges, Phemister, and Brunschwig cannot be improved upon. In well developed cases, thick layers of sub-periosteal bone are seen, principally along the shafts of of the long bones in fore-arms and legs, about carpals, tarsals, meta-carpals and meta-tarsals and proximal phalanges. The changes are less frequent in the humeri and femora. Rarely, almost the entire skeleton may be involved.

MICROSCOPIC EXAMINATION

This reveals that the layers are made up of osseous tissue, normal except for the

fact that it is laid down more loosely than ordinary cortical bone. This looseness of structure explains the sharp differentiation between cortex and subperiosteal bone in X-ray films. If the patient lives, this loose bone gradually becomes as dense as neighbouring cortex, so that the two can no longer be differentiated, and in X-ray films the bones simply appear broad and irregular. On the other hand, in the exceptional cases where the underlying lung condition can be cured by operation, the abnormal subperiosteal bone may be completely absorbed so that the skeleton regains its normal appearance.

Almost invariably, there are no bone changes in the terminal phalanges at the site of soft tissue clubbing. Whether this clubbing is due to an increase in the connective tissue with dilatation of blood vessels or to curling of the finger nails incident to some unrecognized interference with their nutrition is not understood. According to Crump, microscopic examination of the joints shows round cell infiltration of synovia and in some cases cartilage necrosis, but these changes are not demonstrated in X-ray films.

ROENTGENOGRAPHIC CHANGES

Brailford in discussing the roentgenographic aspects of this condition states: "The periostitis, which in some cases can be demonstrated in all the long bones of the skeleton, is often associated with increase in the size of the cancellous tuft at the extremity of the terminal phalanges though in some cases terminal and mid-

dle phalanges and their joints appear to remain free."

In cases in which the pulmonary lesions can be removed, the symptoms of pulmonary osteo-arthropathy disappear with great rapidity.

CASE REPORTS

During one and a half months, 20 cases of suspected bronchogenic carcinoma were collected at Barnes Hospital (St. Louis, Mo.), of which 10 were histologically proven.

There were only two proven cases having pulmonary osteo-arthropathy and one questionable case.

Case 1: PROVEN BRONCHOGENIC CARCINOMA, CLUBBING OF FINGERS, PULMONARY OSTEO-ARTHROPATHY

The patient was 58 years old, white male, having chief complaints of

Dyspnea 1 year,
Weight loss 1 year, (11-15 lbs.),
Poly-arthritis 7-8 months.

The patient was indefinite about his symptoms and the date of onset. He had a winter cough for many years, always clearing in the summer, until this past year. The cough was productive (2-3 tablespoons of sputum every day) and he had not noticed hemoptysis until 8 months ago when occasional blood-streaking was noted.

Also about 3-10 months ago he noted acute onset of swelling and tenderness of knees, ankles and wrists. He had dys-

pnea on exertion for a number of years and this had not increased remarkably in recent months. His swollen joints had been treated in a variety of ways, including antibiotics and A.C.T.H. therapy, by several doctors.

A recent routine chest film at another hospital showed a shadow in the right lower lobe and the patient was referred for diagnosis and treatment.

There was a history of 15 lbs. weight loss in 10 months. He smoked less than a pack of cigarettes every day for 10 years, and stopped smoking 25 years ago.

The arthritis was bothering him more than his pulmonary symptoms.

X-ray Examination and Diagnosis.

1. January 21, 1952.

P.A. and right lateral views of the chest and spot film with barium-filled oesophagus. These films are read with reference to outside films dated November 13, 1951 and bronchograms of January 9, 1952. The bony thorax reveals a compression fracture of the 9th thoracic vertebra but is otherwise intact. Calcification is seen in the arch of aorta. In the right paravertebral area inferiorly there is a $4\frac{1}{2} \times 4$ cms. rounded soft tissue mass which was seen on the earlier films and on November 13, 1951, measuring 2.5×3.5 cms. The bronchogram reveals the slight spread of bronchial tree in the region of this lesion with a block of one of the subsegmental divisions of the posterior basilar bronchus. There is no deviation of the column of barium in the oeso-

phagus to indicate the presence of mediastinal nodes.

X-ray Diagnosis: Carcinoma of the lung, right lower lobe.

2. January 25, 1952:

*A.P. both feet, P.A. both wrists, AP. both ankles:

Periosteal new bone formation can be visualized along the shafts of the distal right and left tibia and fibula. Similar changes are present along the distal right and left radius and ulna and involves many of the phalanges of the hands and feet as well. There is some demineralization of the bones of feet and hands. These findings are those of a pulmonary osteo-arthropathy.

X-ray Diagnosis: Hypertrophic pulmonary osteo-arthropathy.

OPERATION :

January 22, 1952 : Bronchoscopy.

Sputum and bronchial washings positive for carcinoma cells.

No acid-fast bacilli.

January 24, 1952 : Right lower lobectomy.

8 days post-operation, revealed no bone change.

10 days after operation, symptoms of arthritis entirely clear.

PATHOLOGICAL REPORT

Epidermoid carcinoma of lung.

Vein invasion.

Regional lymph nodes hyperplasia.

Comment : Symptoms of hypertrophic pulmonary osteo-arthropathy entirely disappeared within 10 days after lobectomy, while the lesions in bones showed no change.

CASE 2: PROVEN BRONCHOGENIC CARCINOMA, CLUBBING OF FINGERS, PULMONARY OSTEOARTHROPATHY

Patient, 51-year old male, colored laborer, was admitted to Barnes Hospital on December 5, 1951 with chief complaint of "cough" of 2 months' duration. He had been a heavy smoker all his life. Two years before, a routine chest film had been negative. One year before, a chest X-ray showed "Nothing wrong with his lungs." Four months ago, another film of chest was said to show "Pneumonia in the right lung."

Two months before entry, the patient had onset of cough which became progressively worse, productive of 4-5 cups of white, frothy sputum a day. Patient was hospitalized for 16 days at another hospital, where no evidence of tuberculosis was found.

Three weeks before entry, the patient had intermittent blood-streaked sputum. He had increasing paroxysmal nocturnal dyspnea and orthopnea at this time. For one month, patient had noted pain in the ribs, knees and ankles. There was some swelling with tenderness in the knees.

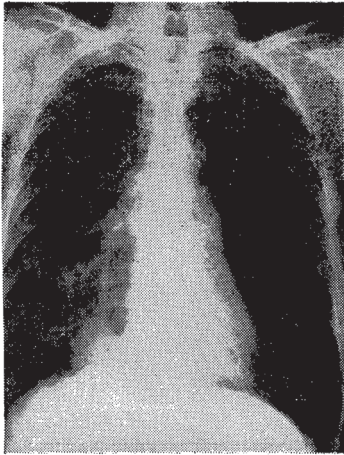


Fig. 1 (Case 1). Bronchogenic carcinoma, (before operation). Right lower lobe.

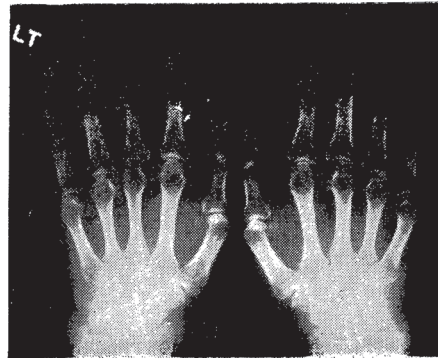


Fig. 2 (Case 1). Pulmonary osteoarthropathy of proximal phalanges in bronchogenic carcinoma (before operation).



Fig. 3 (Case 1). Bronchogenic carcinoma after right lower lobectomy.

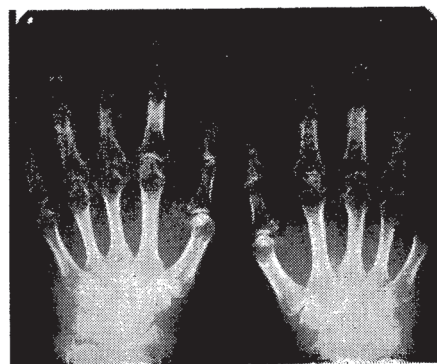


Fig. 4 (Case 1). Pulmonary osteoarthropathy. 8 days after operation. Shows no bone changes.



Fig. 5 (Case 2). Bronchogenic carcinoma of the right upper lobe.

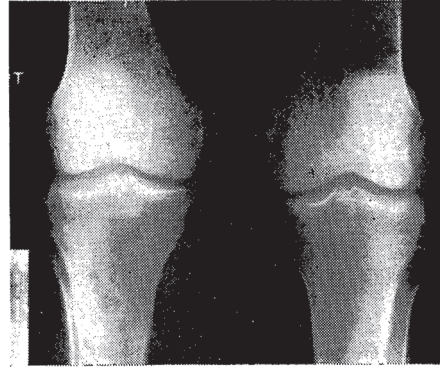


Fig. 6 (Case 2). Pulmonary osteoarthropathy of femora, tibiae and fibulae bronchogenic carcinoma.

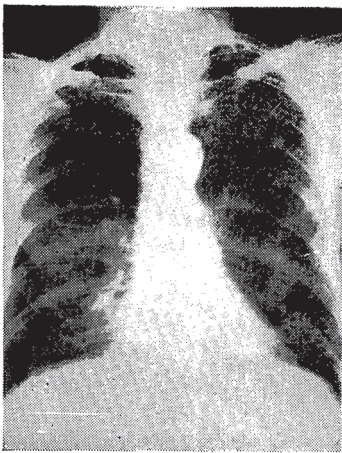


Fig. 7 (Case 3). Questionable between bronchogenic carcinoma and bronchiectasis.

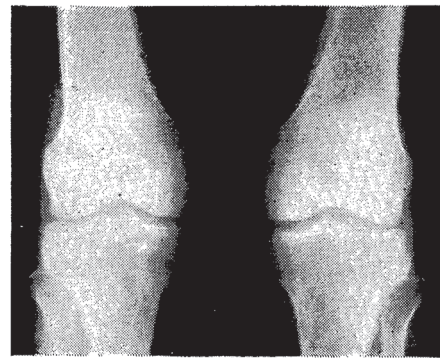


Fig. 8 (Case 3). Pulmonary osteoarthropathy of femora, tibiae and fibulae.



Fig. 9 (Case 5). Bronchogenic carcinoma, right upper lobe.

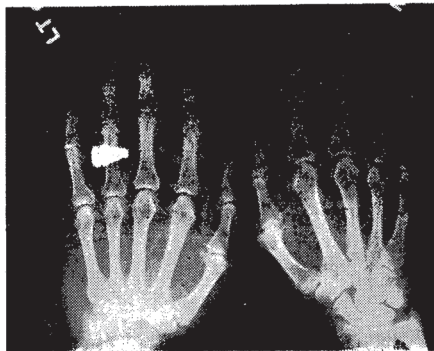


Fig. 10 (Case 5). Negative hands.

X-ray Examination and Diagnosis

1. December 3, 1951 :

P.A. view taken in inspiration and expiration and left lateral view of the chest:

The bone and soft tissues are normal. The trachea is in the mid-line. The cardio-vascular silhouette is essentially normal. There is an absence of movement of the right diaphragm. The anterior portion of the right upper lung field is obscured by a homogeneous shadow of increased density with a convex lower border. In the right hilar area, there is a large homogeneous increased density suggesting enlarged lymph nodes. There is sparing of extreme right apex on this total increased density. The right lower lung field shows an increase in radiolucency as compared to the left, which with absence of diaphragmatic movement, suggests emphysema which is either compensatory or due to partial bronchial obstruction. These findings are extremely suggestive of bronchogenic carcinoma of the right upper lobe with hilar involvement. The left lung-field is clear.

X-ray Diagnosis: Bronchogenic carcinoma, right upper lobe.

2. December 5 and 6, 1951.

A.P. and lateral views of all long bones.

There is a definite periosteal reaction along the shafts of both radii, both ulnae, both femora, tibiae and fibulae and also meta-carpals of both hands. There is no definite reaction along the humeri. These findings together with the obvious

pulmonary tumor by X-ray are characteristic of hypertrophic pulmonary osteoarthropathy of a rather advanced degree. X-ray Diagnosis: Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy involving all the long bones with exception of the humeri.

The patient was treated with deep X-ray therapy to the primary tumor from December 17, 1951 to January 12, 1952 under the factor of:—

200 KV 1 Cu 1Al 20cm T.S.D.

P.A. right chest = 1850 r. (air dose)

A.P. right chest = 2150 r. (do.)

There was evidence of little improvement. Course of the disease was gradually downhill. Patient became more dyspneic, lost weight and got weaker, and expired on January 15, 1952.

OPERATION Nil.

AUTOPSY REPORT: Bronchogenic carcinoma, right upper lobe.

CASE 3: QUESTIONABLE BETWEEN BRONCHOGENIC CARCINOMA AND BRONCHIECTASIS. MARKED CLUBBING OF FINGERS. PULMONARY OSTEO-ARTHROPATHY.

The patient, 66 years old, male, white, was admitted into Barnes Hospital on February 9, 1952, having history of chronic cough without hemoptysis, malaise, anorexia, weight loss; once positive sputum for carcinoma cells.

His health had been good until August 1951. Rather suddenly he noticed that his hands and feet began to swell, especially the fingers and toes. He soon develop-

ed rather severe pain in his legs. Since that time he had gone to several doctors but he continued to lose weight and strength. Chronic cough had not become worse. The patient had marked clubbing of fingers and toes.

He smoked 1-2 packs of cigarettes for 50 years.

X-ray Examination and Diagnosis:

1. January 30, 1952:

X-ray of chest, wrists, knees.

The bony thorax is symmetrical and negative. The trachea occupies its usual position. The cardio-vascular silhouette is not abnormal. There is an increase in radiolucency throughout both lung-fields, together with flattening of the diaphragm and cystic lesions throughout the lungs, all suggesting bullous emphysema. In addition there is a diffuse honeycombing present in the left lower lobe, in the right lower lobe, and questionably in the right middle lobe and lingula division of the left upper lobe. Also there is some mottled infiltration present in the left lower lobe suggesting pneumonitis. These findings are bullous emphysema together with honeycombing and chronic pneumonitis; all suggests bronchiectasis superposed on the bullous emphysema. There is periosteal new bone formation present in several of the phalanges bilaterally and several of the metacarpal bones bilaterally. In addition, distinct periosteal new bone formation is visualized in the distal ends of the radius and ulna bilaterally. Otherwise no abnormality of the bones

and joints can be visualized. Similar periosteal new bone formation can be visualized along the femora, tibia and fibula, about the knee joints bilaterally. There is suggested periosteal new bone formation on the lateral aspect of the proximal end of right femur in addition.

X-ray Diagnosis: Bullous emphysema.

? Bronchiectasis and pneumonitis.

Pulmonary osteo-arthropathy.

2. February 11, 1952: Laminagraphy of the chest.

It is difficult to detect any area with in either lung field as representing the primary site of the bronchogenic carcinoma. The somewhat lobulated soft tissue density along the left lateral chest wall; a rounded soft tissue opacity at the lower pole of the right hilus; a diffuse, indistinct haze apparently within the sub-apical segment of the left upper lobe or the apical segment of the left lower lobe and visible in lateral laminagrams, all represent possibilities of primary site of carcinoma. In addition, on the plain films of the chest in the frontal projection, there is a suggestive rounded soft tissue density overlying the first anterior intercostal space on the left which also must be considered as a possible primary site.

In addition, on the plain films of chest, multiple linear reticulated densities are seen throughout both lung fields and appear reminiscent of lymphangitic carcinoma. The possibility exists that all of the lesions described above may be secondary metastases and the primary be located at some distant point. In either

case, it is not possible to localize the site of the primary carcinoma.

X-ray Diagnosis: ? Bronchogenic carcinoma (Primary localization cannot be determined), with mass at the inferior pole of the right hilus, along the left lateral chest wall and within the subapical segment of the left upper lobe.

? Lymphangitic infiltration both lower lobes.

OPERATION: Nil.

Comment: This case shows that the diagnosis is questionable.

The symptoms of pulmonary osteoarthropathy are said to bother the patient more than those of the lung lesions.

CASE 4: PROVEN BRONCHOGENIC CARCINOMA, CLUBBING, OF FINGERS, NEGATIVE HANDS.

The patient was 68 years old, white male, with the history of pneumoconiosis in 1936 and cough with sputum since that time; hemoptysis March 1, 1950; increased sputum with change to muco-purulent material, progressive exertional dyspnea, and clubbing of fingers.

X-ray Examination and Diagnosis

January 12, 1951:

P.A. and left lateral views of the chest.

The bony thorax is asymmetrical with narrowing of the intercostal spaces on the right. The trachea and mediastinal structures are deviated to the right. The right hemi-thorax is obscured by a ho-

mogeneous radio-opacity. These findings are those of a massive atelectasis of the right lung, probably due to bronchogenic carcinoma.

X-ray Diagnosis: Atelectasis, right lung.

? Bronchogenic carcinoma, right.

February 16, 1952:

X-ray of the chest and hands 1 year after X-ray therapy, approximately 2,000 r. (air doses) to each 3 portals of right lung.

X-ray Diagnosis: As before.

Bronchogenic carcinoma of right lung.

Negative for hands.

Comment: This shows chronic, long-standing case of bronchogenic carcinoma, having clubbing of fingers; but there is no evidence of pulmonary osteoarthropathy and the patient survives for a pretty long period of time.

OPERATION: Nil.

PATHOLOGICAL REPORT

Biopsy: Epidermoid carcinoma of right lung.

CASE 5: PROVEN BRONCHOGENIC CARCINOMA, NO CLUBBING OF FINGERS, NEGATIVE HANDS.

The patient was 60 years old, male, white, having history of chronic cough, tumor in the right upper lung lobe, and atelectasis.

X-ray Examination and Diagnosis

February 11, 1952:

P.A. and lateral views of the chest, P.A. view of both hands.

There is a large triangular area of opacity, involving the entire apical and a portion of pectoral segments of the right upper lobe and associated with deviation of the trachea towards the right. This is characteristic of the atelectasis of the right upper lobe which in a patient in this age group suggests the diagnosis of bronchogenic carcinoma with bronchial obstruction. The remainder of the lung fields is clear. The cardio-vascular silhouette is within normal limits. The bony thorax appears intact. Both hands reveal no evidence of pulmonary osteo-arthropathy.

X-ray Diagnosis: Atelectasis of the right upper lobe, due to bronchogenic carcinoma.

Negative for hands.

Comment: This also shows that there may be no evidence of clubbing of fingers or pulmonary osteo-arthropathy in a case of bronchogenic carcinoma.

CASE 6: CLUBBING OF FINGERS IN PULMONARY TUBERCULOSIS, NEGATIVE HANDS.

Patient was 23 years old, white, male, giving the history of chronic cough with 4-6 oz. of purulent sputum per day for 9 years; blood-streaked sputum and fever for past 6 months.

X-ray Examination and Diagnosis:

February 9, 1952.

P.A. and right lateral views of the chest.

The bony thorax is symmetrical. The trachea and cardiac silhouette are displaced towards the right. The right diaphragm is slightly elevated. There is diffuse patchy infiltration throughout the entire right lower lobe with very evident honeycombing in both frontal and lateral projections. The latter indicates the presence of bronchiectasis of cystic disease with some atelectatic component to account for the shift of the mediastinum to ipsilateral side. In addition, there is a diffuse exudative type of infiltration throughout the apical and subapical segments of the right upper lobe. The latter infiltration seems to have a different character than that previously described in the basilar segment of the right lower lobe and may well represent a second etiological process. Because of its exudative character, it is felt that this may represent tuberculosis in this area. The left lung field appears clear. No other significant abnormalities are apparent.

X-ray Diagnosis: Tuberculosis, right upper lobe, moderately advanced.

Bronchiectasis, right lower lobe.

February 11, 1952:

P.A. film of both hands.

This reveals no significant bone or joint abnormalities.

There is no evidence of pulmonary osteo-arthropathy.

Comment: This is a case of tuberculosis, also having clubbing of fingers but without evidence of pulmonary osteo-arthropathy.

SUMMARY

1. Pulmonary osteo-arthropathy is found in twenty per cent of proven cases of bronchogenic carcinoma, collected in 1 1/2 months at Barnes Hospital.

2. The symptoms of pulmonary osteo-arthropathy, consisting of aching pains and tenderness in the joints and along the shafts of the long bones, may be entirely relieved within a few days after operation, that is, after removal of the cause, while the bony lesions take longer time to disappear.

3. Pulmonary osteo-arthropathy may also be present in cases of bronchiectasis.

4. Soft tissue clubbing is frequently present in chronic pulmonary diseases.

5. The symptoms of pulmonary osteo-arthropathy may cause more suffering than those of the pulmonary lesions; from this it should be noted that the finding

of pulmonary osteo-arthropathy is of great importance since it may be the first symptom of an unrecognized and asymptomatic bronchogenic carcinoma.

REFERENCES

1. Craig: Brit. Med. J. 1: 750, 1937.
2. Brooks, H.: Tr. A. Am. Physicians, 28: 275, 1913.
3. Locke, E.: Arch. Int. Med., 15: 629-713, 1915.
4. Mauer, E.P.: Am. Heart J. 34: 852-859, 1947.
5. Means, M.G.: Am. Heart J. 34: 262-271, 1947.
6. Pattison, Beck, Miller: J.A.M.A.: 146: 785-787, 1951.
7. Mendlowitz, M. and Leslie, A.: Am. Heart J. 24: 141-152, 1942.
8. Fried, B.M.: Arch. Int. Med. 72: 565-580, 1943.

(ย่อจากพากย์อังกฤษข้างต้น)

ฟิลโมนาร์ย้ออสเตโออาร์โทรปาธีย์ ในบริ่องโคเจนิคคาร์ลีโนมา

สนวน บุรณะภวังก์

พ.บ., C.F.R. (W.U.), F.I.C.S. Rad.

(แผนกรังสีวิทยา)

ฟิลโมนาร์ย้ออสเตโออาร์โทรปาธีย์เป็นกลุ่มอาการ (ซีเอ็นไทรอม) ประกอบด้วย “นิ้วขาน” (คลัยซิงก์), เพอริออสไตติสชนิดกลายเป็นกระดูก, และข้ออักเสบเรื้อรังอย่างอ่อน; โดยมากพบควบไปกับโรคปอดที่มีอาการเกิดหนอง. รายงานนี้เสนอตัวอย่างคนไข้ ๖ คน, เป็นบริ่องโคเจนิคคาร์ลีโนมา และมีกลุ่มอาการ ดังกล่าวนี้, ซึ่งพบในยี่สิบเปอร์เซ็นต์ของรายที่เป็นคาร์ลีโนมาของปอด, และอาจเป็นอาการชุด

แรกที่ปรากฏในโรคมะเร็งชนิดนี้. ฟิลโมนาร์ย้ออสเตโออาร์โทรปาธีย์มีอาการปวดและกดเจ็บ ในข้อและตาม ลำกระดูกยาว, และอาจหายไปหมดสิ้นภายในสองสามวัน ภายหลังจากตัดเอาปอดออก, แม้ลักษณะโรคในกระดูกยังคงอยู่ต่อไปอีกนาน. กลุ่มอาการนี้อาจพบได้บ่อยเหมือนกันในโรคบริ่องคิเอ็คตะสิส. ในรายงานนี้ได้เสนอข้อตรวจพบทางรังสีโดยละเอียด.

HIATUS HERNIA

Rojana Suvanasuthi

M.B., C.R., M.A.C.R.

(Dept. of Roentgenology)

ANATOMY The lower end of oesophagus passes obliquely, slightly anteriorly and towards the left side through the oesophageal hiatus of the diaphragm to a varying extent of 0.5–1.5 cms. before it ends into the cardia. The hiatus, located slightly anterior and to the left of the aortic orifice, is bound posteriorly by the decussating bands of both diaphragmatic crura, passing around the oesophagus to insert into the central tendon of the diaphragm. This ring is usually incomplete over the front of the hiatus. The oesophagus is loosely attached to the hiatus by the phrenico-oesophageal membrane, an elastic fiber which allows mobility of the oesophagus and the stomach to a certain extent during the act of respiration and swallowing. Thus in any condition that causes weakening or widening of the oesophageal opening and relaxation of the phrenico-oesophageal membrane, hiatus hernia is prone to occur.

ETIOLOGY

1. Congenital defect; laxity of the hiatus, widening of the oesophageal opening.
2. Acquired defect:
 - a. Old age; the tone of muscles is less and elastic tissues are loose.
 - b. Increase in intra-abdominal pressure, e. g. in pregnancy.
 - c. Upward traction of the oesophagus due to cicatricial contraction.
 - d. Traumatic injury.

CLASSIFICATION OF TYPES

1. **Congenital Short Oesophagus.** The stomach is held in suspension in the posterior mediastinum above the diaphragm. It is in a true sense ectopic stomach or thoracic stomach and not herniation at all.

2. **Acquired hiatus hernia.**

Type 1: Para-oesophageal type. The oesophagus is of normal length and its lower end is not elevated above the diaphragm; but a portion of the gastric fundus is herniated into the posterior mediastinum beside the oesophagus. It is usually small and tends to progress into the next.

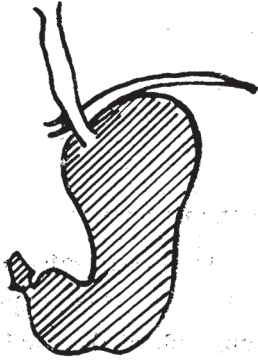
Type 2: Also para-oesophageal type. The oesophagus is normal in length but the lower end is elevated above the level of the diaphragm and the herniated stomach is in the posterior mediastinum. The whole of the stomach with a portion of the greater omentum and a portion of the colon may herniate and usually carry the peritoneal sac with them.

Type 3: Pulsion or traction type. A portion of the stomach is herniated through an incompetent hiatus, or "hiatus insufficiency" as it has been called by Templeton, through the opening, and the oesophagus enters at its highest point.

RELATION TO SYMPTOMS Usually the early stages of herniation are symptomless.

TYPES OF HIATUS HERNIAS

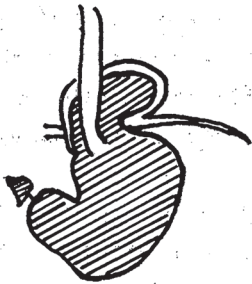
(After S.O. Shanks, Textbook of X-ray Diagnosis)



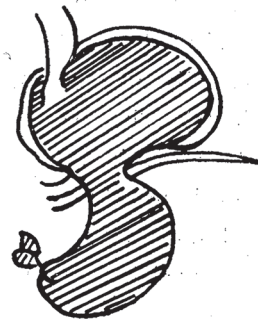
Normal



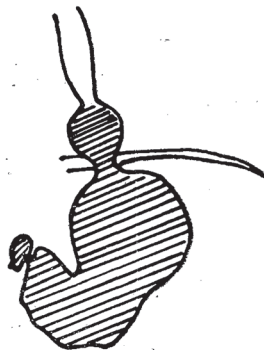
Congenital Short Oesophagus



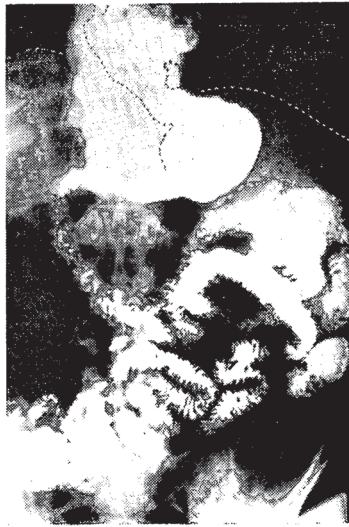
Para oesophageal Type 1



Para-oesophageal Type 2.



Pulsion or Traction Oesophageal Hernia



Hiatus Hernia, "Para-oesophageal" Type



Congenital Short Oesophagus

The symptoms produced by herniation are very variable and may be divided into 2 main groups.

1. Gastric group, comprising epigastric discomfort, flatulence, distension, belching, regurgitation and vomiting, usually due to pressure on and displacement of the stomach. There may be some epigastric pain, hematemesis, melena and anemia due to ulceration.

2. The pressure group, usually due to the pressure effect of the hernia on the neighbouring organs, heart and lungs, producing the symptoms of palpitation, anginal pain, dyspnoea and hiccough.

COMMON COMPLICATIONS Peptic ulcer may develop on the lower end of the oesophagus or gastric fundus due to constant bathing of the oesophageal mucosa with the gastric juice and to pressure erosion at the hiatal ring. Hemorrhage is liable to occur.

ROENTGEN DIAGNOSIS In well established cases, routine fluoroscopy may detect the following signs of hiatus hernia:

1. Gas bubbles or a column of air.
2. Two or more fluid levels in the dilated coil of bowels or in the stomach.
3. The shadow of a soft tissue mass in the posterior mediastinum, behind the cardiac shadow. This shadow may extend outward into one or both lung-fields.

4. If the patient is asked to swallow one mouthful of barium, the condition will be readily recognised. Then the location of the cardiac orifice, the widening of the hiatus opening, the position of the gastric fundus and the contents of the sac are noted.

In the early stage, only a small portion of the stomach is herniated, e.g. the gastric fundus; the condition must be differentiated from phrenic ampulla. The latter is present only on deep inspiration and disappears when the oesophagus contracts.

In the intermittent type or sliding hernia, the condition is easily overlooked, because the herniated portion can slide down to its usual position, especially in the standing position. Careful examination in supine, oblique-supine or Trendelenburg position when the patient's stomach is partially filled with barium, may bring out the condition. Valsalva's test which causes an increased intra-abdominal pressure, usually accentuates the herniation so that it may be easily detected.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

1. Congenital short Esophagus is not a true herniation. It is of great importance in choosing the line of treatment if differentiation is accurately made, because congenital short oesophagus cannot be repaired surgically while herniation can be well repaired. The differential points are:

	<u>Hiatus Hernia</u>	<u>Cong. Short Oesophagus</u>
Length of oesophagus	Normal	Short
If the oesophagus is elevated, it appears	Tortuous	Straight

สารศิริราช

	<u>Hiatus Hernia</u>	<u>Cong. Short Oesophagus</u>
Cardiac constriction	Not seen	Present
Other cong. conditions	—	Present, e.g. diverticulum

2. Other diaphragmatic hernias may be recognised by its location, e.g. herniation through the Foramen of Morgagni lies anteriorly on either side of the sternum, while herniation through the pleuro-peritoneal hiatus (Foramen of Bochdalek) is situated posteriorly or may extend forward, occupying the mid-portion of the lung field:

3. Eventration of diaphragm; usually

the barium meal settles the diagnosis.

4. Mediastinal pleurisy or infection containing gas and fluid level e.g. mediastinal abscess from perforation of oesophagus. Barium meal will usually differentiate the condition.

5. Lung abscess, from early hiatus hernia; using the barium meal, the condition will easily be recognised.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้

๒. ย้ายสถานที่

๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

(ย่อจากพจนานุกรมอังกฤษข้างต้น)

ไฮอะตัสเซอร์เนีย

โรจน์ สุวรรณสุทธิ

พ.บ., C.R., M.A.C.R.

(แผนกรังสีวิทยา)

ไฮอะตัสเซอร์เนียคือการที่อวัยวะไต
อวัยวะหนึ่งลอดผ่านเข้าไปใน ทรวงอก
ทางช่อง (ไฮอะตัส) ที่ลอดอาหารผ่าน
กะบังลม. อาจเป็นก่อนกำเนิด, หรือภายหลังก็ได้. ที่เรียกว่า “หลอดอาหารสั้น
ตั้งแต่กำเนิด” (คือเนื้องอกที่คอคือไฮฟา
กัส), ภาวะอาหารอยู่ในช่องอกส่วน
หลัง, เห็นอวัยวะกะบังลม, ที่ถูกควรเรียกว่า
“ภาวะอาหารนอกช่องท้อง” (เอ็คโต-
ปิเคสโตมิก) หรือ “ภาวะอาหารใน
ช่องอก” (เออราซิคสโตมิก); ไม่ใช่
เซอร์เนียแท้ ๆ. พวกที่เกิดเป็นภายหลัง
กำเนิดแยกได้เป็นสามชนิด: (๑) ชนิด
พาราไฮฟาเจียล: หลอดอาหารยาว
อย่างปรกติ, แต่ภาวะอาหารแทรก
ตามข้าง ๆ หลอดอาหารเข้าไปในทรวงอก.
(๒) ชนิดพาราไฮฟาเจียลอีกแบบหนึ่ง;
หลอดอาหารยาวอย่างธรรมดา, แต่ปลาย
ล่างอยู่เหนืออวัยวะกะบังลมและภาวะอาหาร

ลอดเข้าไปอยู่ในเมดิออสติเนียม ส่วนหลัง,
อาจหมกทั้งภาวะเฉยเลย, หรือรวมทั้งโอ-
เม็นตีมีใหญ่และส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ก็
ได้. (๓) ชนิดถกตั้งหรือคั่น; ภาวะ
อาหารคั่นลอดช่องไฮอะตัสเข้าไป, หลอด
อาหารมาต่อตรงส่วนสูงที่สุดของภาวะ
อาหาร.

ในระยะแรก ๆ มักไม่มีอาการ. ต่อมา
อาจเกิดอาการเกี่ยวกับภาวะ (แน่น,
อึด, อาเจียน, ฯลฯ, อาจอาเจียนเป็นเลือด,
อาจระคาย, และเสียเลือดจากแผล), และ
เกี่ยวกับ ความกดดัน ต่ออวัยวะข้างเคียง
(หัวใจ, ปอด). แผลเย็บเย็บคิมเป็นโรค
แทรกที่พบบ่อย.

การวินิจฉัยโดยรังสีในรายที่เป็นมาก
แล้วเป็นของไม่ยาก, อาศัยลักษณะ (๑)
ฟองอากาศ (๒) เห็นระดับน้ำสองชั้นหรือ
มากกว่าในภาวะอาหารหรือลำไส้ที่พอง

โท. (๓) เงาก่อนนอนนุ่มในเมตติอาสตินัม ส่วนหลัง. (๔) เมื่อให้กลืนยาเร็วชม, เห็นตำแหน่งของคาร์เดีย, ฟันคัส, ไฮอะ- ตัสทักวางชน, ฯลฯ. เซอร์เนียชนิดเป็น ๆ หาย ๆ (อินเตอร์มิตเต้นท์) หรือที่เรียกว่า "เลื่อนเข้าออกได้," อาจตรวจไม่พบใน บางขณะ, ต้องอาศัยการตรวจในท่าเทิร์น

เทเล็นบวร์ก และทดลองแขยวัลชัลวา.

ในการวินิจฉัยต้องแยกกระหว่างไฮอะ- ตัสเซอร์เนียอย่างแท้กับหลอดอาหารสั้น แต่กำเนิด, และต้องแยกจากเซอร์เนีย อย่างอื่น ๆ ที่ผ่านกระบังลม, อีเว้นเตรชัน ของกระบังลม, การคิกเซอหรืออ๊กเสย ในเมตติอาสตินัม, และผู้ในปก.

เงินค่าบำรุง

ค่าบำรุงหนังสือรวมทั้งค่าส่ง ๑ ปี: ๑๕.๐๐ บาท

ที่ส่งจ่ายเงิน: ป.ณ. หน้าพระลาน พระนคร

ผู้รับเงิน: ผู้จัดการสารศิริราช

อีโซฟาเจียลวาริกซ์

รายงานผู้ช่วยสองราย

คุษฎี ประภาสวัต

พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา)

อีโซฟาเจียลวาริกซ์ เป็นผลของการดูดกลืนในระบบปอร์ทัล, หรือท่อนาคาเวียนหรือล่าง. ส่วนมากมักจะเริ่มต้นแถวปลายล่างของหลอดอาหาร, ในรายที่เป็นมาก ๆ อาจลามไปตลอดความยาวของอวัยวะนั้นก็ได้. เมื่อวาริกซ์ถูกกระตุ้นทำให้ซ้ำชอกบ่อย ๆ ก็อาจมีเลือดออก, จนอาจถึงตายก็ได้ในบางราย.

โรคที่พบอีโซฟาเจียลวาริกซ์ได้บ่อยๆ มีโรคตับแข็ง (เซอร์โรสิส) และซิรันโคโรมของ Banti.

ข้อตรวจพบทางรังสี

๑. ขนาดของหลอดอาหารอาจปกติ, หรือขยายใหญ่ขึ้นเล็กน้อย.

๒. รูปด้านนอกเป็นหยัก ๆ หรือเว้าเป็นคลื่น.

๓. รอยย่นของมิวโคซ่าใหญ่ขึ้น, และคดไปมาคล้ายตัวหนอน.

๔. ตำแหน่งที่เส้นโรค, ส่วนมากตรงปลายล่างของหลอดอาหาร, แต่บางรายอาจลามขึ้นไปทางข้างบน จนถึงคอ, หรือขยายลงข้างล่างจนถึงส่วนต้นของกระเพาะอาหาร.

การวินิจฉัยแยก

๑. ฟองอากาศหรือเศษอาหาร. แยกได้โดยให้คนไข้ทรงตัวในท่าต่าง ๆ กัน. ถ้าเป็นอากาศหรือเศษอาหาร,เงาที่ปรากฏจะเปลี่ยนที่ได้; แต่ถ้าเป็นอีโซฟาเจียลวาริกซ์จะคงเดิม.

๒. การที่หลอดอาหารอ, โค้งหรือพับ, หรือหย่นในคนแก่, จะให้ภาพทางรังสีคล้ายอีโซฟาเจียลวาริกซ์, แยกได้โดยในรายอื่น ๆ ภาพนั้นเกิดขึ้นและหาย

ไปในเวลาเร็ว; ส่วนในอิโซฟาเจียลวา-
ริกซ์ภาพคงที่เสมอ.

๓. คาร์สิโนมา ของหลอดอาหาร
แยกได้ดังต่อไปนี้:

คาร์สิโนมา

วาริกซ์

๑. รูปเงาแห้ว ขอบชัดเจน เยื่อเมือกแห้ว
(ฟิลลิ่งกักเพ็คท์) เว้า, พบอยู่เรื่อย ๆ ไป.

ขอบเขตไม่ชัดเจน, เยื่อเมือก
เรียบร้อย, เห็น ๆ หาย ๆ.
ยักไ้ระหว่างการขยุบและ
หายใจ, ไล้ยาเรียนมากก็
กว้างขึ้น.

๒. ความยืดหยุ่นของผนัง

ไม่มี. การผ่านของอาหารอาจ
ช้าลง.

๓. การอุดกั้น มี.

๔. ตำแหน่งโรค มักจำกัดเฉพาะแห่ง

อาจลามสูงขึ้นไป, เป็นแก่ส่วน
ใหญ่ของหลอดอาหาร.

๕. อาการกลืนยาก มี.

ไม่มี.

๖. อาเจียนเป็นเลือด ไม่มี (ส่วนมาก).

มี (ส่วนมาก).

รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑ ชายไทย, อายุ ๖๘ ปี. มา
โรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญว่าอาเจียน
เป็นเลือดมา ๑๐ วัน. เคยกินเหล้าเสมอ.
มาหยุดกินเมื่อ ๒ ปีก่อนมาโรงพยาบาล,
เพราะเริ่มเจ็บชายโครงทางขวา. อีก ๒
เดือนต่อมาเริ่มท้องโตขึ้นเรื่อยโดยไม่มี
อาการอื่นเลย. หัวค้อนต่อมาเริ่มมีขวมที่
ขาทั้ง ๒ ข้าง, มีกึ่งเส้นหลังจากเดิน

มาก ๆ. แน่นท้อง. กินอาหารไม่ค่อยได้.
ผู้ป่วยจึงมาหาหมอให้เจาะท้อง. สิบวัน
ก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยเป็นลม. พอรู้สึกตัวก็
อาเจียน และมีเลือด ออกมาจำนวนมาก.
อุจจาระสีดำ. ท้องผูก. ปัสสาวะสีแสดจืด.

การตรวจร่างกาย ร่างกายสมบูรณ์.
ท้องโตมาก. ไม่พบหลอดเลือกลายขาวที่
หน้าท้อง. คับและม้ามคล้ำไม่พบ. ปอด

มีเสียงกร๊อบแกร็บขนาดกลางทั้ง ๒ ข้าง.
หัวใจปรกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง ชย. ๓๘ ปช.
ม.ล.ค. ๑.๕๖ ล้าน. ม.ล.ช. ๑๕๐๐; ป.
๗๘ ปช.; ล. ๑๘ ปช.; อ. ๒ ปช. อุจจาระ,
ขัสสาวะปรกติ.

การตรวจทางรังสี ตรวจหลอดอาหาร
ด้วยวิธีกินยาเรียมชนิดชั้น ๆ พอกลิ้นได้.
พบว่าหลอดอาหารขยายใหญ่กว่าธรรมดา,
รอยย่นของเยื่อเมือกโตและขดไปมา, เห็น
ได้ชัดจนขณะให้คนใช้สูดหายใจเข้าเต็ม
ที่, แล้วกลืนน้ำ (Valsalva). ลักษณะ
ของเยื่อเมือกเป็นเช่นนี้ตั้งแต่ปลายล่างขึ้นไป
จนถึงระดับประมาณ ๒.๕ ซม. เห็น
ง่ามของหลอดคอ (เทรเคีย).

รายที่ ๒ หญิงไทย, อายุ ๔๔ ปี. มา
ร.พ. ด้วยอาการสำคัญว่าอาเจียนเป็นโล-
हितมา ๕ ปี, ท้องโตมา ๑ ปี. ตามปรกติ
ผู้ช่วยเป็นคนแข็งแรงและสลายดีเรื่อยมา.
หายก่อนมา ร.พ. ผู้ช่วยอาเจียนเป็นเลือด
๑ ครั้งโดยไม่มีอาการอะไรมาก่อน. เลือด

ออกมาประมาณ ๕๐ ล. ซม. อาการหาย
ไปเองโดยไม่ได้รับการรักษา. หลังจากนั้นมา
อีก ๑ บกมาเจียนอีก ๒-๓ ครั้ง. หนึ่ง
ก่อนมา ร.พ. เริ่มท้องโตทางซ้ายของหน้า
ท้อง. มีก้อนคลำได้ชัด. ก้อนนั้นโตขึ้น
เรื่อย ๆ, จนกระทั่งผู้ช่วยมา ร.พ.

การตรวจร่างกาย สมบูรณ์. ชก. ท้อง
โต และเท้าขมเล็กน้อย. ตรวจหน้าท้อง
พบว่าม้ามโตมากจนเกือบถึงขอบยอดกระดูก
อกซี่ซี่, ส่วนที่ยื่นประมาณ ๑๕x๑๐
ซม. มีน้ำในช่องท้อง. ตับคลำไม่พบ. ปอด,
หัวใจ ปรกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง ชย. ๓๕ ปช.
ม.ล.ค. ๑.๗๑ ล้าน. ม.ล.ช. ๓๗๐๐; ป.
๕๐ ปช.; ล. ๘ ปช.; ม. ๒ ปช. อุจจาระ
มีเลือดเก่า ๆ ปนออกมาเล็กน้อย. ไม่มี
มูก, ไม่พบไข่พยาธิ. ขัสสาวะปรกติ.

การตรวจทางรังสี ตรวจหลอดอาหาร
โดยวิธีกินยาเรียมเช่นเดียวกับรายแรก.
พบว่ารอยย่นในเยื่อเมือกของหลอดอาหาร
โตไม่มากนัก, ขดไปมา, เริ่มตั้งแต่ประ-
มาณ ๒.๕ ซม. ใต้ง่ามของหลอดคอ

(เทรเคีย) ลงไปจนถึงส่วนกะพุง (พ่นคัส)
ของกระเพาะอาหาร. ลักษณะเช่นนี้เห็นได้
เมื่อคนไข้กลืนใจนิ่งอยู่นาน ๆ, และแย่ง
ยาเริ่มที่ไซ้ไม่เหลวจนเกินไป.

สรุป

อ.ไซ้ ฟาเจียล วาริช เป็นลักษณะ
พิการที่พบได้ยาก. ผู้ช่วยที่รายงานทั้ง ๒
รายนี้เป็นตัวอย่างครั้งแรก. ใน ร.พ. ศิริราช.

 ท่านสมาชิกโปรดทราบ

สารศิริราชพิมพ์จำนวนจำกัดเฉพาะสมาชิก หากท่านสมาชิกไม่ได้รับฉบับประจำ
เดือนใด โปรดทวงถามโดยด่วน มิฉะนั้นท่านจะได้อ่านหนังสือไว้ไม่ครบตามลำดับ

(Abstract of the fore-going Report)

OESOPHAGEAL VARIX

Report of Two Cases

Dusdee Prabhaswat

M.B.

(Dept. of Roentgenology)

After a brief introductory comment on roentgenological diagnosis of oesophageal varix the author presents summaries of two cases, the first to be reported in this hospital. The first patient was a 68-year old man suffering from portal cirrhosis with ascitis, who sought hospitalisation because of hematemesis. Physically there was no suggestive finding. The barium meal revealed enlargement of the oesophagus, of which the mucosal folds were

exaggerated and tortuous; the abnormality involved the lower end of the oesophagus and extended as far as 2.5 cm. above the tracheal bifurcation. The second case was one of splenomegaly in a woman of 44; the chief complaint was again hematemesis, with abdominal mass in association. The spleen was found extending nearly to the iliac crest. Ascitis was present. The liver was not palpable. Roentgenological findings were very much alike those in the first case.

บทบรรณาธิการพิเศษ

หลวงพัฒนาการพิทยาเกท

M.D. (Jefferson), C.R. (Harvard), พ.ด.

(ศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกรังสีวิทยา)

(คณบดีคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล)

รังสีวิทยา

รังสีวิทยา เป็นวิชาแขนงใหม่อื่นหนึ่ง
ของวิทยาศาสตร์การแพทย์, มีอายุมาได้
เกือบ ๖๐ ปีเท่านั้นเอง. ตั้งแต่ศาสตราจารย์
เรินทเก็น แห่งมหาวิทยาลัยเวอตซ
บอร์ก พบรังสีชนิดใหม่ซึ่งท่านให้ชื่อว่า
รังสีเอกซ์ เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๓๘ และมาตาม
คริ พบว่าเคมี ๓ ปีต่อมา, วิทยาการอัน
เกี่ยวข้องกับการใช้รังสี ทั้งสองชนิดนี้ในการ
ตรวจและรักษาโรค จึงได้ชื่อรวมกันว่า
รังสีวิทยา และได้เจริญก้าวหน้าขึ้นอย่าง
รวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น, กลายมาเป็น
ประเภทวิชาทางแพทยศาสตร์ประเภทหนึ่ง
ซึ่งมีความสำคัญยิ่งในปัจจุบัน. นอกจากนี้
รังสีทั้งสองดังกล่าวแล้ว วิชาที่เกี่ยวข้อง
พื้นไปถึงพลังงานปรมาณูในการใช้แสง

ของอิเล็กตรอน และ นิวตรอน, ตลอดจน
รังสีไอโซโทปในการรักษาโรค, โดย
เฉพาะโรคมะเร็ง. ซึ่งรวมเรียกว่า **Nu-
clear Medicine** อีกด้วย. วิชาจึงมีขอบ
เขตกว้างขวางยิ่งขั้นทุกที, จนกระทั่งงาน
ทางรังสีวิทยาในต่างประเทศหลายแห่ง
ต้องแย่งแยกออกเป็นแผนกต่าง ๆ เช่น
แผนกตรวจด้วยเอกซเรย์, แผนกรักษา
ด้วยเอกซเรย์, แผนกรักษาด้วยวาเคียม
และแผนก **Nuclear Medicine** เป็นต้น.
แต่ละแผนกมี หัวหน้ารับผิดชอบโดยตรง
เพื่อความเจริญก้าวหน้าของแผนกวิชานั้นๆ.
โดยที่งานของแต่ละฝ่ายมีวิธีการละเอียด
ละออยยิ่งขั้น, บุคคลคนเดียวไม่สามารถ
รับผิดชอบและรอบรู้ในกิจการทุก ๆ อย่าง

ได้. ถึงแม้งานในค้ำรักษาด้วยเอกซเรย์หรือร่าเคียม โดยเฉพาะในขณะ นี้ ก็ตามรังสีแพทย์ในต่างประเทศต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดจากนักฟิสิกส์ (Physicist) ในการวิชันาคของรังสีที่จะได้กับผู้ป่วยตลอดจนค้ำนวนปริมาณของรังสีที่ไปตกค้ำแหน่งที่เป็นโรคเป็นต้น, อันเป็นงานทคองอาศัยความรู้และความละเอียดละอออยู่มาก และเป็นงานที่กินเวลามาก. รังสีแพทย์ผู้มีความรู้ในทางนี้ ก็ไม่มีเวลาพอที่จะปฏิบัติงานนี้ได้, จึงจำเป็นต้องแบ่งงาน ค้ำนั้น ให้ นักฟิสิกส์เป็นผู้ปฏิบัติ. บุคคลผู้หนึ่งจึงเป็นผู้มีความสำคัญยิ่งในแผนกรังสีวิทยาชนอีกผู้หนึ่ง, นอกจากจะมีหน้าที่ดังที่กล่าวแล้ว ยังเป็นผู้ทำการอบรมสั่งสอนนักศึกษาเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลของแผนกเรื่อง Radiation Physics อีกด้วย.

แผนกรังสีวิทยาของคณะแพทยศาสตร์และศิริราช พยาบาล ได้มีการวิวัฒน์การและคลี่คลาย เป็นลำดับมาคล้ายคลึงกับที่ได้เคยเป็นมาแล้วในต่างประเทศ. กล่าวคือ ได้เริ่มกิจการเป็นแผนกเล็กของคณะ ฯ ในปี พ.ศ. ๒๔๗๑, ค้ำเนินงานในค้ำ การ ตรวจ ค้ำย เอก ซเรย์ ก่อนอื่น

และค้ำย ๆ เพิ่มงานในค้ำการรักษาด้วยเอกซเรย์ และการรักษาด้วยร่าเคียมมาเป็นลำดับ. อาจารย์ในแผนกได้มีโอกาสดูไปศึกษาต่อในต่างประเทศ ตามความต้องการของ แผนก เรื่อยมาจนกระทั่งบัดนี้. แผนกได้มีโอกาสดำเนินกิจการอย่างเต็มที่, เกี่ยวกับการตรวจและรักษาผู้ป่วยทางรังสีวิทยา. สถานที่ซึ่งนับว่าใหญ่โตพอเมื่อ ๑๐ ปีก่อนโน้น ก็กลายเป็นสถานที่อันคับแคบไม่เพียงพอกับความต้องการเสียแล้ว, จำเป็นจะต้องทำการขยายขยายต่อไปโดยค้ำวน. ส่วนในค้ำ Nuclear Medicine โดยเฉพาะเกี่ยวกับรังสีไอโซโทป, อาจารย์ผู้หนึ่งก็ได้รับ มอบหมายให้ศึกษาอยู่ในต่างประเทศขณะนั้น. จึงเป็นที่หวังได้ว่า ภายในระยะเวลาอีก ๒-๓ ปีข้างหน้าแผนก จะได้มีโอกาสดำเนินกิจการอย่างเต็มที่ในทุก ๆ แขนงของวิทยาการอันนี้.

ความ ต้องการ ของ แผนกในค้ำการรักษา ยังมีอยู่อีกอย่างหนึ่ง, คือ อาจารย์ในวิชา Radiation Physics. อาจารย์ผู้หนึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์, แต่จะต้องเป็นผู้ได้ รับการฝึกฝน อบรม มาในค้ำฟิสิกส์ของรังสีวิทยาเป็นอย่างดี. สามารถ

ทำการตรวจสอบและวัดปริมาณของรังสีได้
อย่างแน่นอน, ทำการคำนวณถึงปริมาณ
ของ รังสี ที่ร่างกายของผู้ป่วย ได้รับ จริง
เหล่านั้นเป็นต้น, เพราะผลของการรักษาอยู่
ที่ขนาดอันแท้จริงของรังสีที่ใช้. ส่วนการ
จัดตำแหน่งของร่างกายผู้ป่วย เพื่อรับรังสี
ให้มากที่สุดที่จะทำได้นั้น เป็นหน้าที่ของ
รังสีแพทย์โดยตรง, โดยอาศัยความรู้ทาง
กายวิภาคศาสตร์มาใช้. นอกจากนี้แล้ว
อาจารย์ใน วิชาฟิสิกส์ ผู้นี้จะต้องมีความ
สามารถ ทำการ สอนและการวิจัยอีกด้วย.

จริงอยู่อาจเป็นบุคคลที่หาได้ยากในขณะนี้
แต่ถ้าความต้องการของแผนกอันนี้ได้เป็นที่
ทราบกันทั่วไปแล้ว, ก็เป็นที่หวังว่า
จะหาบุคคลผู้สนใจ ในวิชาประเภทนี้ได้ใน
โอกาสต่อไป.

ความเจริญ ก้าวหน้าของรังสีวิทยาก็
เหมือนแขนงอื่น ๆ ของวิทยาศาสตร์ทั่วไป,
ไป, ก็จะต้องเป็นไปตามหลักของการ
วิวัฒนาการ, จึงจะได้รากฐานอันมั่นคง
เป็นประโยชน์อันยิ่งใหญ่ต่อผู้ป่วยไข้ต่อไป.

โปรดทราบ

ท่านผู้ซึ่งสมัครรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษรุ่นใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ
หนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช เพื่อจะได้จัดการส่งมอบ

แผนกย่อยเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้; ไพบูลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ., นิตยา สุนทรพานิช พ.บ., สำราญ วังศพำห้ พ.บ.
อรุณ สันตคุสิต พ.บ., พนิต เกยานนท์ พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., นันทา ตีตณะสิริ พ.บ.,
สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., นที รัชกุลพลเมือง พ.บ.

๑. G.F. McKenna and A. Taylor:
ประโยชน์ของการใช้ยัคเทรซงเลี้ยงในถุง
ไข่แดงเพื่อการศึกษา **Texas Rep. 2:**
283-286, 1953,

ความสัควก และ ความมีขยัสถ์เป็นข้อ
สำคัญอันหนึ่งในการทดลองฤทธิของเคโม
เอร่ายิวติค และแอนติไบโอติคต่อ ยัคเทร
ในกาย, ฉะนั้นผู้รายงานจึงได้ทดลองเลี้ยง
เชอในถุงไข่แดง (yolk sac) ของไก่เพื่อ
การศึกษา, โดยเรียนแบบการเลี้ยงเซลล์
ของเนองอก.

ในการทดลองนี้ใช้ยัคเทรที่ต่าง ๆ กัน
๕ ชนิด. เทรียมโดยเลี้ยงเชอตามวิธี
ปกติ ๒๐ ชม., แล้วมาทำให้เจือจาง
๑/๑,๐๐๐,๐๐๐ โดยเติมน้ำเกลือ
๐.๘๕ ปรซ. (มียกเว้นยาซิลลัส ซับติลิส,
พบว่าต้องใช้ความเข้มข้น ๑/๑๐๐,๐๐๐
จึงจะเหมาะ).

ไข่ไข่ที่ฟักอายุ ๔-๑๐ วัน. ฉักเชอที่
เจือแล้ว ๐.๑ ล.ชม. ผ่านถุงลมเข้ายังถุง

ไข่แดง. เก็บไว้ที่ ๓๗.๒ °ซ. ๑ ชม. แล้ว
จึงฉักสารที่ทดลองเข้าทางหลอดเลือดของ
เยื่อโคริโอแอลแลนโตอิก. เจาะเปลือก
ไข่ให้เป็นรูโดยเยื่อชั้นในเปลือกไข่ต้องไม่
ขาด, แล้วใส่ฉักด้วยเข็ม เบอร์ ๒๒ ยาว
๑ ๑/๔ นิ้ว.

การแปลผลใช้ศักรการรอดอยู่ของ
เอ็มบริโอของไก่ภายหลังระยะเวลาต่าง ๆ
กัน. เทียบผลของการที่ทดลองกับน้ำเกลือ
๐.๘๕ ปรซ. ในรายงานฉบับนี้ได้ใช้แอนติ
ไบโอติคหลายอย่างซึ่งแสดง ผลแตกต่าง
กันในเชอต่าง ๆ กัน. เชอที่มีความไวต่อ
แอนติไบโอติคชนิดใดก็มี ศักรการรอด
อยู่สูงในลกไก่ที่ฉักเชอชนิดนั้น.

จุดอ่อนของวิธีนี้ คือผลที่ได้เป็นการ
เปรียบเทียบศักรการรอดอยู่เท่านั้น; ไม่
เห็นการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่นที่อาจเห็น
ได้ในการผ่าศพสัตว์ทดลองอื่น ๆ. อีก
ประการหนึ่งระบบการหายใจของเอ็มบริโอ

ของไก่ กับสัตว์ ทดลองธรรมดาที่ใช้ ก็ไม่เหมือนกัน.

การทดลอง นมขอดี คือมีขี้สัตว์ เพราะไม่เปลืองค่าสัตว์ทดลอง, ค่าเลี้ยงสัตว์ ฯลฯ. ทั้งมีความสะดวก, ทดลองสารมากขึ้นก็ได้ในเวลาอันสั้น.

การทดลอง แบบนี้ไม่ใช่ แบบ สมบูรณ์, เพราะใน คั้นสุดท้าย ของ การ ทดลองฤทธิ์ของสารต่าง ๆ ต่ออวัยวะในกายเราต้องใช้สัตว์ทดลองอื่น ๆ, แต่เป็นวิธีการขั้นแรกในการทดลองในกาย. ถ้าผลไม่ดี, ก็ไม่จำเป็นต้องทดลองในสัตว์อื่น ๆ.

ไพบูลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ.

๒. May G. Wilson, Helen N. Helper, Rose Lubshetz, Katharine

Hain and Nathan Epstein: ผลของการใช้คอร์ติโคโทรปินในระยะเวลาสั้นในโรครุมมาติคคาร์ไตติส. *Amer. J. Dis. Child.* 85: 131-146, 1953.

ผู้รายงานได้ ใช้คอร์ติโคโทรปินในระยะเวลาสั้น (๔-๑๒ วัน, เฉลี่ย ๗ วัน) รักษาคนไข้ได้ ๒๘ คน, อายุระหว่าง ๓ ๑/๓-๑๘ ปี, ซึ่งมีอาการของคาร์ไตติสในระยะกำลังเป็น, รวมทั้งหมด ๓๒ ครั้ง.

ขนาดใช้, ๑-๕ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ต่อ ๑ วัน. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ, โดยแบ่งฉีดทุก ๖ ชั่วโมง, ๘ ชั่วโมง, หรือฉีควนละครึ่ง. คนไข้พวกนี้ทุกคนได้ให้แอนติไบโอติกควไปด้วย, เพื่อกันโรคแทรกซ้อน. อาหารจำกัดเกลือ. น้ำจำกัดวันละ ๕๐๐-๑๕๐๐ ล. ซม. และให้กรดแอสคอร์บิกวันละ ๑๕๐ มก.

พบว่าได้ผลดีในรายที่เริ่มเป็น, โดยไปหยุดการอักเสบของหัวใจ. ทัศนคติโดยถือหลักการตรวจพบต่อไปนี้, คือ (๑) การตรวจทางรังสีวิทยา, พบขนาดของห้องหัวใจเปลี่ยนไป. (๒) เสียงเมอร์เมอร์และเสียงเยื่อถักกันหายไป, พร้อมทั้งกำลังของหัวใจกลับมาสู่ปรกติ (๓) อีเล็กโตรคาร์ดิโอแกรมปรกติ.

ข้อดีของคอร์โมนนี้ คือ บรรเทาความรุนแรงของโรคและทำให้ระยะของโรคสั้นเข้า.

ผู้รายงานให้ข้อสังเกตว่าคอร์ติโคโทรปินไม่สามารถ ลด อัตราการกลับของโรค. คนที่เคยได้รักษาด้วยคอร์โมนนี้เข้ามา ๒-๓ ชุดแล้วก็ตาม, เมื่อกลับเป็นขึ้นอีก, คอร์ติโคโทรปินก็ยังให้ผลดีเช่น

ครั้งแรกและไม่พบว่ามีการทันทานต่อยาน
เกิดขึ้นเลย.

นิตยา สุนทรพานิช พ.บ.

๓. W.B. Anderson. การเปลี่ยนแปลง
ภายในลูกตาก่อนและ หลังกิน อาหารข้าว.
Trans. Amer. Acad. of Ophth.
Otolaryng. 65: 627-629, 1953.

จากการตรวจภายในลูกตาของผู้ป่วย
ที่เป็นโรคไตเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด
และ มีความดัน เลือดสูง ติดต่อกัน
๑๐๐๐ ราย, แล้วรักษาโดยให้กิน
“อาหารข้าว”, พบว่าการเปลี่ยนแปลงใน
ลูกตาดังนั้น. ผู้เขียนรายงานว่าชาวอินเดียให้
กินเพียงพอแล้ว, จะให้ความร้อนแก่ร่างกาย
พอสพอและ ยังมีโปรตีนและไขมันน้อย
ด้วย. โปรตีนนั้นเป็นชนิดที่เหมาะสม
กับการเผาผลาญของร่างกาย. การรักษาดัง
นั้นเขาให้ผลไม้และผักขบไปด้วยเป็นคณๆ
ไป. ในคนไข้ ๓๑๐ รายที่มีเลือดออก
และอักเสบในลูกตา, บางคนก็มีปลาย
ประสาทอักเสบด้วย. ผู้รายงานพบว่าคน
ที่เป็นโรคไตอาการทางตา ๗๕ ปช.
ภายหลังการรักษาด้วยข้าว.

สำราญ วัจศพ้าห์ พ.บ.

๔. Sydney Sunderland ประสาท
เลี้ยงของ กล้ามเนื้อ เฟล็กซอร์ ดิจิตอรัม
โพรพีนคัสและลัมบริคัล. (Anat. Rec.
4: 317-321, 1945.

ผู้เขียนศึกษาการสัมพันธ์ของประสาท
เลี้ยงระหว่างกล้ามเนื้อเฟล็กซอร์ ดิจิตอรัม
โพรพีนคัสและลัมบริคัล, ในผู้ป่วย ๒๓
รายที่ประสาทอัลนาถูกตัด ในส่วนต้นแขน,
และศึกษาประสาทเลี้ยงของกล้ามเนื้อเฟล็ก
ซอร์ ดิจิตอรัม โพรพีนคัสในผู้ป่วย ๓๘ ราย,
ซึ่ง ๒๓ รายได้จากพวกต้นนั้นและอีก ๑๕
รายมีประสาท มีเค้นพิกการ เห็นข้อศอก,
และจากการชำแหละ ๕๕ แขน, เพื่อ
ศึกษาประสาทที่เข้าสู่ กล้ามเนื้อเฟล็กซอร์
ดิจิตอรัม โพรพีนคัส.

ผลงานที่ได้, ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมี
ประสาทส่วนปลายที่เข้าสู่กล้ามเนื้อลัมบริ
คัลไปเข้าเลี้ยง เฟล็กซอร์ โพรพีนคัสของ
นิ้วเดียวกันด้วย (๑๔ จาก ๒๓ รายแรก).
ในรายที่ประสาท๒ เส้นเข้าสู่เฟล็กซอร์
โพรพีนคัสนั้นมี ๕๐ ปช. ที่ ๒ นิ้วทาง
ด้านใกล้ริมเลี้ยงด้วย ประสาท อินเตอร์ออส
เซียสอันหน้า (แขนงของประสาทมีเค้น)
และ ๒ นิ้วทางด้าน ใกล้กลางเลี้ยงด้วย
ประสาทอัลนา. อีก ๕๐ ปช. เป็นพวกที่

แตกต่างกันออกไป, เป็นต้นว่ามีการเหลื่อม
ล้าระหว่างประสาท ๒ เส้นซึ่งอาจก้าวกาย
กันเพียงบางส่วน, หรือแทนที่ประสาทอีก
เส้นหนึ่งทั้งหมด, เช่นพบประสาทที่มีเคียน
รูก้านเนื้อที่ของประสาทอัลนาเสมอ.

เฟล็กชอร์ติจิตอรัม โปรพีนคัสของนิว
ซีเบนกล้ามเนื้อส่วนเฉพาะที่มีประสาทเส้น
เคียนมาสู่และคงที่เสมอ, ซึ่งแสดงว่าประ
สาทเลี้ยงนั้นแยกต่างหากเฉพาะตามกล้ามเนื้อ
เนื้อส่วนนั้นด้วย. การรูก้านของประสาท
ที่มีเคียนเข้าไปทางใกล้กลางมีผลส่วนใหญ่
ต่อเฟล็กชอร์ โปรพีนคัสและส่วนน้อยต่อ
ลัมบริคัล. การรูก้านเห็นได้ว่าเป็นการ
ย้อนหลัง, เพราะอาณาเขตที่เลี้ยงโดย
ประสาทที่มีเคียนแต่เดิมกว้างกว่าที่พบในคน.

สรุป. กล้ามเนื้อเฟล็กชอร์ติจิตอรัม
โปรพีนคัสและลัมบริคัลที่อยู่ร่วมกันนี้เกี่ยวข้อง
กันนั้นไม่จำเป็นต้องมีประสาทเลี้ยงร่วมกัน
เสมอไป, แม้ผลงานที่ได้ส่วนใหญ่ (๑๔
จาก ๒๓ รายแรก) แสดงว่ากล้ามเนื้อ
ทั้งสองมีประสาทร่วมกันก็ตาม.

อรุณ สันตคุสิต พ.บ.

๕. E. M. Farrington, Wattar W.

Jettar. น้ำยาย้อมสีสำหรับนัยเม็คเล็อก

อีโอสีโนฟิลในสุนัข. Am. J. Clin.
Path. 8:826, 1953.

เม็คเล็อก อีโอสีโนฟิลของสุนัขมีขนาด
เล็กและแตกง่ายกว่าของคน. ใช้น้ำยาอีโ
ซีนและอะเซโทนต้องรีบ นัยทันทีภายหลัง
การผสมมีฉะนั้นเม็คเล็อกจะแตกและนับได้
ผลต่ำไป (๓๓ ถึง ๕๐ ปช. ใน ๑ ถึง ๓
ชม.). น้ำยาฟล็อกซินเมธิลบลูคัลคัส
และเม็คเล็อกไม่ค่อยแตก, แต่สังเกตชนิด
ยากเพราะไม่ค่อยเห็นเมล์คัสแดง (แกลน
ยล) ในเม็คเล็อกอีโอสีโนฟิล. น้ำยา
ฟล็อกซินในโปรบียลินกลัยคอลลช่วยให้เห็น
ชัดเจนและเม็คเล็อกแดงไม่ปรากฏ. ผู้
รายงานพบว่าหากใช้อีโอสีนผสมกับฟล็อก
ซินทำให้เม็คเล็อกอีโอสีโนฟิลทนทานอยู่
หลายชั่วโมงและเห็นได้ชัดเจน, แม้ผู้
ชำนาญน้อยก็ค้อออก.

การผสมน้ำยาใช้อีโอสีน ๐.๒๕ ก.
และฟล็อกซิน บี ๐.๒๕ ก. ละลายในน้ำ
กลั่น ๕๐ ล.ชม. เสียก่อนแล้วเติมลงใน
โปรบียลินกลัยคอลล ๕๐ ล.ชม. ใส่ฟอร์
มะลิน ๐.๕ ล.ชม. และพินอล (๘๕ปช.)
๐.๕ ล.ชม. เป็นยากันเสีย. ผสมแล้ว
ใช้ได้ทันที.

วิจิตร, เม็อคคเล็อกเข้าใช้ตัด และ

ทุกคนเข้าไประวมแล้ว, ตั้งทิ้งไว้นาน ๕ ถึง ๑๐ นาที ก่อนจึงเขย่า, เพื่อให้ทึบสนิท. เขย่าซ้ำ ๆ เป็นเวลา ๒ นาที. เมื่อบรรจุในเครื่องนับเม็ดเลือดแล้ว รออีก ๑๐ นาที เพื่อให้เซลล์นอนกันก็เสียก่อนแล้วจึงนับ.

พนิต เกษานนท์ พ.บ.

๖. A.C. Witham, J.W. Remington.

E. A. Lombard: ปฏิบัติการของระบบไหลเวียนต่อพิษงู Am. J. Physiol. 173: 535, 1953.

ผู้ทดลองได้ฉีดพิษงู Crotalus horridus เข้าหลอดเลือดสุนัข ๑๑ ตัว, ใช้ฉีดขนาด ๐.๓ มก./กก./นาที, เป็นเวลา ๒๐ ถึง ๓๐ นาที หรือเมื่อเห็นผลชัดแล้วจึงหยุดชั่วคราว. อาการที่บันทึกต่อพิษจำนวนน้อยนั้น คือ หลอดเลือดขยายทำให้ความดันเลือดแดงต่ำลงโดยรวดเร็ว, หัวใจเร็วขึ้น และจำนวนเลือดที่หัวใจฉีดเพิ่ม, ซึ่งหมดไปโดยเร็ว, และแสดงถึงพิษโดยแรงต่อหัวใจ. ม้ามหดตัว, เพิ่มจำนวนเม็ดเลือดและความถ่วงจำเพาะของเลือด. การตรวจด้วย EKG แสดงว่าหัวใจถูกทำลายและกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนเพลีย. ความ

ต้านทานในหลอดเลือดต่ำลง. เมื่อหยุดฉีดแล้วมีการคืนค่าช้า ๆ. เมื่อฉีดต่อไปทำให้ความดันเลือดแดงต่ำลง, มีจุดเลือด (เปเทเคีย) ปรากฏขึ้น. เยื่อเมือกของลำไส้ส่วนล่างมีเลือดคั่งและมีเลือดออกในช่องลำไส้. มีการหายใจอึดอัดและคืนเต้นเกินปรกติ. กลไกที่ทำให้เลือดแข็งเสียไป. หัวใจฉีดเลือดได้น้อยลง, และในที่สุดเกิดอาการ ค็อลแลปส์ เนื่องจากหลอดเลือดขยาย, เลือดน้อย, หัวใจอ่อนและการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในเลือดรวมกัน, ไม่ใช่เกิดจากการเสียเลือดเข้าสู่ลำไส้แต่อย่างเดียว.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๗. W.H.O. Expert Committee on Venereal Infections and Treponematoses. (การรักษารโรคที่เกิดจากทริโพนีมาตวัวยแอนติไบโอติก.) Fourth Report of W.H.O. Expert Committee, etc.

แม้ว่ายาออโรมัยซิน, คลอโรมัยเซทิน, และเทอร์ราไมซินจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อทริโพนีมาได้, แต่ยาที่ให้ผลดีที่สุด ในเวลานี้ก็ยังคงได้แก่เพนิซิลลิน, ซึ่ง

เมื่อคิดในแง่ประสิทธิภาพของยา, การเป็นพิษและความสทก ในการบริหารยาแล้ว, ก็สรุปได้ว่าดีกว่ายาพวกสารหนูและบิสมีท. การจะให้เพนิซิลลินร่วมกับยาพวกโลหะก็ไม่ให้ประโยชน์อะไรมากขึ้น.

ฤทธิ์ของเพนิซิลลินขึ้นอยู่กับแฟกเตอร์หลายข้อ, เช่นการกระจายของยาในร่างกาย, ขนาดใช้, ตัวทำละลายและความเข้มข้นในเลือด. วิธีให้ยาที่แนะนำกันมีดังนี้:

๑. ซิย์ฟิสิสตอนแรก. ในซิย์ฟิสิสระยะที่หนึ่งให้ ๒,๔๐๐,๐๐๐ หน่วย, และซิย์ฟิสิสระยะที่สองให้ ๔,๘๐๐,๐๐๐ หน่วย. ครั้งแรกให้ฉีดไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของขนาดทั้งหมด. ฉีดครบชุดภายใน ๑,๓,๕,๗,๙,๑๓ วัน (สำหรับระยะที่หนึ่ง) และ ๑,๓,๕,๗,๙,๑๓,๑๗ วัน (สำหรับระยะที่สอง).

๒. ซิย์ฟิสิสระยะแฝงและระยะล่า. รายละเอียดในการให้ยังไม่เป็นที่ตกลงกันในเวลานี้, แต่ก็ควรได้รับยาไม่น้อยกว่า ๔,๘๐๐,๐๐๐ หน่วย.

๓. ซิย์ฟิสิสในระยะตั้งครรภ์. ให้ยาไม่น้อยกว่า ๔,๘๐๐,๐๐๐ หน่วย. ควรให้ทันทีเมื่อตรวจพบ, และในครรภ์ต่อไปก็ต้องให้ด้วย.

๔. ซิย์ฟิสิสแต่กำเนิดในเด็ก. ให้ ๒๐๐,๐๐๐ หน่วยค่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ถ้าให้สลึบกับเพนิซิลลินละลายน้ำก็ได้ประโยชน์.

ซิย์ฟิสิสแต่กำเนิดในระยะล่า, ให้เช่นเดียวกับซิย์ฟิสิสหลังกำเนิดในระยะล่าและให้การรักษายาอย่างอื่นประกอบด้วย, เมื่อจำเป็น.

(เพนิซิลลินที่ใช้คือ Procaine-Penicillin G in oil with 2% Aluminum Monostearate, PAM.)

นันทา ติตตะศิริ พ.บ.

๕. John W. Erwin, James Macdonald, II. การไหลเวียนเลือดภายในตัวของหนูตะเภาขณะมีชีวิต, สังเกตโดยจุลทัศน์. *Anat. Rec.* 1:1-16,1953.

การศึกษากการไหลเวียนของเลือดในตับเป็นของยากเพราะตับเคลื่อนไหวไปกับการหายใจ. ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีดังต่อไปนี้. ใช้ออกซิเจนบริสุทธิ์แทนอากาศธรรมดาผ่านเข้าปอดทางแคนนูล่าซึ่งสอดไว้ในหลอดลมโดยไม่ลึกถึงง่าม (ไบเฟอร์เคชัน). มีช่องว่างเล็กน้อยระหว่างแคนนูล่าและผนังหลอดลม, พอให้อากาศผ่าน

ออกจากปอดได้โดยสะดวก. วิธีนี้ทำให้สัตว์หยุด การเคลื่อนไหว หายใจแต่มีชีวิตอยู่ต่อไปได้เป็นเวลานานถึง ๒๔ ชม. ขูดสลับใช้โซเดียมเพนโทบาร์บิทัล. แสงสว่างสำหรับกล้องจุลทรรศน์ใช้น้ำโดยแท่งแก้วตามวิธีของ Knisely. วิธีนี้ทำให้เห็นหลอดเลือดดำเล็ก (เวนบูล) ของหลอดเลือดดำปอร์ทัล, หลอดเลือดแดงเล็ก (อาร์เทอร์ริโอล) ของหลอดเลือดแดงเซปติก, เห็นการติดต่อกับหลอดเลือดดำ (อาร์เทอร์ริโอวินัสอะนาสโตโมซิส) ระหว่างหลอดปอร์ทัลและหลอดเซปติก, เห็นไซนัสซอกัลที่มีรูโดยตลอด เป็นรูปกระบอก และมีเซลล์หลุดออกไป. พบหูด (สปิงก์เตอร์) ที่ส่วนปลายทางที่เลือดไหลสู่อัฟเฟอเรนซ์ และส่วนปลายที่เลือดคั่งกลาง (เซ็นทรัล). ได้พบว่าหลอดเลือดทั้งหมดในกลีบของตับหูดตัวโดยไม่มีความสัมพันธ์กัน, และกระแสเลือดที่ไหลในหลอดเหล่านี้เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๕. K.C. Bradley, S. Sunderland.

ขอบเขตจำกัดของการเคลื่อนไหวที่ข้อมือ.
Anat. Rec. 2: 139-145, 1953.

ผู้รายงานมีโอกาสพิเศษเพื่อศึกษาการเคลื่อนไหวที่ข้อมือโดยไม่มี การเคลื่อนไหวของข้อที่อยู่ใกล้เคียงเข้าปะปนด้วย, คือได้คนไข้ซึ่งมีอาการข้อติด (แอนคีย์โลสิส) ที่ข้ออินเทอร์คาร์ปัลและคาร์โปเมตาคาร์ปัล (พิสูจน์โดยเอกซเรย์ว่าข้อเรติโอคาร์ปัลไม่พิการเลย). อาการข้อติดนี้เป็นที่แขนซ้ายข้างเดียว, ดังนั้นอาจอาศัยแขนขวาเป็นเครื่องเปรียบเทียบได้.

อาศัยภาพซึ่งเขียนโดยทาบกระดาษกับฟิล์มเอกซเรย์, ลากแกนตามยาวผ่านกระดูกเรเดียส, แคปิตัลและลูนეტ, ถูแกนผ่านเรเดียสเป็นเกณฑ์สำหรับเปรียบเทียบขณะงอหรือเหยียดข้อมือ ฯลฯ, และวัดระหว่างแกนที่เขียนนกับแกนที่ลากผ่านกระดูกลูนეტและแคปิตัลและมุมระหว่างแกนที่ลากผ่านกระดูกสองชิ้นหลังนี้, สำหรับวัดแสดงขอบเขตของการเคลื่อนไหว. วัดมุมระหว่างแกนที่ผ่านเรเดียสและกระดูกเมตาคาร์ปัลชิ้นที่สามเพื่อทราบการเคลื่อนไหวไปทางข้าง ๆ ของข้อมือ. ผลปรากฏว่าระยะระหว่างการงอเต็มที่กับการเหยียดเต็มที่ของข้อมือข้างที่ติดนั้นแคบกว่าข้างปรกติ ๗๑ องศาหรือ ๕๔ ปช.;

การงอเข้า (แอ็คคักชั่น) เท่าปรกติ; แต่การกางออก (แอ็บคักชั่น) ทำไม่ได้เลย.

สรุปผลว่าการงอและเหยียดข้อมือกระทำที่ข้อเรติโอคาร์บิลและมิตคาร์บิล, โดยส่วนใหญ่เป็นที่ข้อหลังนี้. การกางออก (แอ็บคักชั่น) เกิดที่ข้อมิตคาร์บิลเท่านั้น, ส่วนการงอเข้า (แอ็คคักชั่น) กระทำที่ข้อเรติโอคาร์บิลโดยข้อมิตคาร์บิลไม่มีส่วนร่วมด้วย. ขณะงอข้อมือเต็มที่, มุมเรติโอไลเนตของมือข้างพิการกว้างกว่าปรกติมาก. แสดงว่าเมื่อข้อติดต่อกันไม่อาจเคลื่อนไหวได้, ข้อที่อยู่อาจมีการเคลื่อนไหวได้มากขึ้นเป็นการชดเชย.

เชียร อุทยานัง พ.บ., พ.ด.

๑๐. J.I.P. James. การติดข้อนิ้วโรค โดยผ่านกระดูก ที่สะสมไว้ ในคลังกระดูก J. Bone and Joint Surg. 4: 578, 1953.

การใช้กระดูกที่เก็บไว้ในคลังอาจเกิด

โรคแทรกซ้อนได้. โดยมากเกิดจากกระดูกที่ไต่จากการทำออร่าโคปลาสติก. เฮาส์แมนน้อยอม และเลียง เซอกระดูกข้อที่ไต่โดยวิธีนี้ ๖๕ ครั้ง, ได้ผลลดทุกครั้ง. มาร์ชและบาร์ตันตรวจไขกระดูกของข้อโครง ๖๖ ชิ้น, ไม่พบเชื้อ.

ผู้รายงานเก็บกระดูกข้อโครงไว้ ในตู้เย็น (ลบ ๑๕ ถึง ลบ ๒๐ °ซ.) แขนในน้ำละลาย เบนซิลลิทิน และสเตรปโตมัยซิน, แล้วนำไปใช้ในการหลายอย่าง. เขาพบว่าเกิดผลโรค ๔ ราย. ได้ทำสไปนัลฟิวชันทั้งสี่ราย. รายที่หนึ่งแผลแยกภายหลังสองสัปดาห์, ต่อมน้ำเหลืองรักแร้โต, ตรวจเนื้อพบว่าเป็นวัณโรค. รายที่สอง, เกิดรูไชนัส, ขูดเนื้อตรวจพบวัณโรค. รายที่สาม, แผลไม่หาย, มีน้ำเหลืองไหล, ต่อมน้ำเหลืองรักแร้โต, พบเชื้อวัณโรคที่แผล. รายที่สี่, เกิดที่แผล, ตรวจเนื้อพบลักษณะวัณโรคชัด. ทั้งสี่รายหายที่ภายหลังเอาชิ้นกระดูกออกและขูดแผล.

นที รัชพลเมือง พ.บ.

แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ค.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนตุลาคม ๒๕๕๖

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๑,๔๘๑	๓๒๓	๕๓๕	๓๕๒	๘๕๕	๑๕๑	๕,๐๒๑
เก่า	๑,๔๔๘	๘๓๕	๑,๖๐๐	๓๕๖	๑,๑๓๐	๑๕๑	๖,๐๐๔
รวม	๒,๙๒๙	๑,๑๖๒	๒,๑๓๕	๗๐๘	๑,๙๘๕	๓๐๒	๑๑,๐๒๕
ใน							
	๑๓๕	๒๑๕	๓๓๘	๕๘	๑๕๒	—	๑,๓๐๘

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๓๐๖ จักษุ ๒๐๐ สูติ-นารี ๑๓๕ รวม ๖๘๕ ราย

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๒๖๐ หญิง ๒๔๕ รวม ๕๐๕ คลอดตาย ชาย ๑๑ หญิง ๑๐ รวม ๒๑

๔. ผู้ป่วยตาย ๘๘ คน (๖.๓๘ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๘ ราย (๕๐.๕ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๕๕ ครั้ง. ข้างนอก ๒ ครั้ง. รวม ๓๕๗ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๐๖๓ คน. รักษาใหม่ ๒๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๘๕ ครั้ง
ราเดียม รักษา ๒๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๒ ครั้ง. ไดอะเทอร์มี, รักษาใหม่ - ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา (ตรวจเวชเคมีตะบอกลิสต์ ๖๖ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๓๑๕ ครั้ง)

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๘ ราย ตรวจเนื้อ ๓๐๒ ราย (จากภายนอก ๕๗ ราย). แอ็กกูตินเนชั่น

๗๖. วัชเชอร์แมนและคาร์น ๑,๕๕๑ หมู่เลือด ๕๓๔. น้มน้ำเหลือง ๑๕๔. หาเชื้อแบคทีเรีย ตรวจน้ำ
ไขสันหลัง ๓๕, อูจจาระ ๒๕๘. บัสสาวะ ๑๒๕. เสมหะและอื่น ๆ ๕๕. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๑,
อูจจาระ ๓๕, บัสสาวะ ๑๑, น้ำไขสันหลัง ๑๐ เสมหะและอื่น ๆ ๕๕. นิติสัต์วัดคลอง - เพาะเชื้อบิด ๒๘๘.
ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๕๕. ตรวจศพนิติเวช ๒๔ ตรวจของกลาง ๘

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๑, เจาะน้ำสันหลัง ๑๓, ตับ -, น้ำช่องปอด ๕
อัครลมเข้าช่องปอด-, อัครลมเข้าช่องท้อง ๒๐ ผ่าตัดผิวหนัง ๒๒ นิติยาชีพีส ๕๒

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๕, ถอนฟัน ๒๒๗, อุดฟัน ๕๒, ผ่าตัดช่องปาก ๒๕

สถิติขอต่อเชื่อม

(โดยความ^ขเอื้อ^ขเฟอของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

การประชุมวิชาการ คณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำปี เดือน หอประชุมราชแพทยาลัย เดือนมกราคม มีเรื่องที่น่าสนใจต่อไปนี้

๑. เอร์รี่โรบบลาสโตซิส เฟทาลิส รายแปลก ๑ ราย เนื่องจาก **Rh Incompatibility**. โดย น.พ. สมศักดิ์ พันธุ์สมบุญ.

๒. ฤทธิ์ของไนโตรเจน มีสาคค่อเซลล์ของร่างกายและมะเร็ง โดย น.พ. ประดิษฐ์ ศันตสุทธิ.

๓. วัณโรคต่อมน้ำเหลืองเรื้อรังทั่วไป (รายงานผู้ป่วย ๑ ราย) โดย น.พ. ประเสริฐ กังสกาลย์ และ น.พ. ชาญสถาปนกุล.

งานปีใหม่ งานขึ้นปีใหม่ซึ่งเป็นงานประจำปีของโรงพยาบาล ในขั้นทางคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล มอบให้แผนกอายุรศาสตร์ เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงาน ซึ่งได้มีขึ้นเมื่อวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๖ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย เริ่มเมื่อเวลา ๑๖.๐๐ น. ด้วยการแข่งขันกีฬาในระหว่างแผนกต่างๆ ของคณะ ต่อจากนั้นในตอนค่ำมีการร่วมรับประทานอาหาร และการแสดงวิวซึ่งแผนกต่าง ๆ จัดมาร่วม เหตุการณ์ได้ผ่านไปด้วยความเรียบร้อย เช่นที่นาชื่นชมและสนุกรื่นครื้นยิ่ง งานได้ยุติลงเมื่อเวลาประมาณ ๐๑.๐๐ น.

ข่าวนักศึกษา

ข่าวกีฬา แบดมินตัน สโมสรฯ ได้เปิดสนามแบดมินตันที่สร้างขึ้นใหม่ ณ บริเวณหลังตึกตรวจโรคใหม่ เมื่อวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๖ และได้เปิดการแข่งขันประจำปี ระหว่างแผนก และระหว่าง

นักศึกษา การแข่งขันเริ่มแต่วันที่ ๒๑ ธันวาคม และชิงชนะเลิศเมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม รายงานผู้ที่ชนะเลิศประจำปีมีดังต่อไปนี้,

ระหว่างแผนก ประเภทสามคน รางวัล

ของ ศาสตราจารย์ เต็ม ขุนนาค ไต่ถาม
แผนกอายุรศาสตร์

ประเภทสองคน รางวัลของ สโมสร
นักศึกษาแพทย์ ไต่ถามแผนกกุมารเวช
ศาสตร์

ระหว่างนักศึกษา ประเภทชายคู่ รางวัล
ของ น.พ. ชัชวาลย์ โอสถานนท์ ไต่ถาม
ชั้นปีที่ ๔.

ประเภทหญิงคู่ รางวัลของ น.พ. สมาน
สมานะวณิช ไต่ถามชั้นปีที่ ๔.

ประเภท ชาย-หญิง รางวัลของ น.พ.
อรุณ เนตรศิริ ไต่ถามชั้นปีที่ ๔.

ประเภทชายเดี่ยว (จำกัดมือ) รางวัล
ของ น.พ. ประเสริฐ กังสตาลย์ ไต่ถาม
นายทวศักดิ์ เจ้าสกุล นักศึกษาชั้นปีที่ ๑.

เทนนิส ได้จัดให้มีการแข่งขันในระหว่าง
ชั้นและทั่วไป ปรากฏผลดังต่อไปนี้

ระหว่างชั้น ชนะเลิศ ไต่ถาม ชั้นปีที่ ๒.

รองชนะเลิศ ไต่ถาม ชั้นปีที่ ๔.

ประเภททั่วไป เดี่ยวแต้มเท่า ชนะเลิศ
ไต่ถาม น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ
รองชนะเลิศ ไต่ถาม นายบัณฑิต
เลขาวิท

คู่แต้มต่อ ชนะเลิศ ไต่ถาม นาย
สมถวิล สุกัญหเทศ กับ นายนิยม ค้อวงศ์
รองชนะเลิศ ไต่ถาม น.พ. กัมพล
ประจวบเหมาะ กับ นายกำธร ปริญญา
นสรณ์

งานฉบับใหม่ คณะนักศึกษาที่อยู่หอทั้ง
ชายและหญิงได้ร่วมมือจัดงานฉลองปีใหม่
ชั้น ณ บริเวณลานหน้าหอหญิง เมื่อวันที่
๓๑ ธันวาคม เริ่มแต่เวลา ๒๒.๐๐ น. มี
การแข่งขัน และการแสดงวิจิตรเล่ห์น้อยๆ
ระหว่างการแสดง มีการเลี้ยงอาหารชนิด
กันเอง งานดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย
จนถึงเวลาประมาณ ๐๒.๐๐ น.

ข่าวศิษย์เก่า

มงคลสมรส ๑. นายแพทย์กิตติ คยัค-
ตานนท์ กับ น.ส. กรองทอง ทัพยัติน

เมื่อวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๔๙๖.
๒. แพทย์หญิงวิไล วิรานวิฑิต กับ

สารศิริราช

นายแพทย์เอก ฉนะสิริ เมื่อวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๔๕๖.
ฉนะสิริ ๒๔๕๖.

๓. แพทย์หญิงอโร ยั่งยืน กับ นายแพทย์ฉิศรพงศ์ อุตมศิริ เมื่อวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๔๕๖. เราขอแสดงความยินดีด้วยเป็นอย่างมาก และขออำนวยความสะดวกแก่ความสุขสำราญตลอดกาลนาน.

ข่าวพยาบาล

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระบรมราชินีเสด็จพระราชทานผ้าห่มนอน

เมื่อวันศุกร์ที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๔๕๖ เวลา ๑๐.๓๐ น. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระบรมราชินี ได้เสด็จมายังโรงพยาบาลศิริราช เพื่อทรงพระราชทานผ้าห่มนอนแก่คนไข้สามัญ และเด็กที่หมกตบช่วยในวันนั้น รวมเป็นผ้าห่มนอนทั้งสิ้น ๕๔๐ ผืน และผ้าสำลี ๓๕๕ ผืน ภายหลังมีราษฎรมาเข้าชมขบวนกันอย่างคับคั่ง และคนไข้ที่ได้รับพระราชทานก็รู้สึกดีมีตนในพระกรุณาธิคุณอย่างยิ่ง ทรงเสด็จกลับเมื่อเวลาประมาณ ๑๑.๐๐ น.

โครงการอบรมข้าราชการในแผนกพยาบาล-ผดุงครรภ์

แผนกพยาบาล-ผดุงครรภ์ ได้กำหนดโครงการอบรมข้าราชการในแผนกเพื่อ:

- ๑. ปรับปรุงหลักสูตรวิชาพยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัย
- ๒. วิธีการสอนนักเรียนพยาบาลในชั้นผู้ช่วย
- ๓. วิธีปฏิบัติและควบคุมงานทางชั้นผู้ช่วย

ในการดำเนินงานนี้ ได้ขอให้ นางสาว McIntosh จาก F.O.A. เป็นผู้บรรยายเกี่ยวกับวิชาการในต่างประเทศให้แก่ครูผู้ตรวจการ และหัวหน้าพยาบาลฟัง โดยแบ่งเป็น ๓ แขนง แขนงที่ ๑ สำหรับครูวันจันทร์เวลา ๑๐-๑๒ น. แขนงที่ ๒ วันพุธเวลา ๑๐-๑๒ น. สำหรับผู้ตรวจการ แขนงที่ ๓ วันจันทร์เวลา ๑๕-๑๖ น. สำหรับผู้ตรวจการ หัวหน้า และ ป.ก.

รวมเป็นสัปดาห์ละ ๕ ชม. ทั้งนี้เพื่อให้แต่ละคนรู้หน้าที่ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร และตรวจสอบว่าจะปรับปรุงโรงเรียนและการปฏิบัติได้โดยวิธีใด ส่วนการปรับปรุงหลักสูตรทั้ง ๓ แผนงนั้นได้แบ่งแยกกันทำเป็นพิเศษ

น.ร. พยาบาลที่ ๑ สรรวมหมวก

วันอังคารที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๔๕๖ เวลา ๑๐.๐๐ น. หัวหน้าแผนกพยาบาล ผดุงครรภ์ ได้มอบหมวกแก่นักเรียนพยาบาลปริคณิศาที่สอบไล่ได้รวมทั้งสิ้น ๔๔ คน มีผู้ปกครองของนักเรียนมาร่วมเป็นเกียรติด้วย นับเป็นครั้งแรกที่ผู้ปกครองได้มาร่วมเป็นเกียรติในงานนี้ งานเสร็จสิ้นลงเมื่อเวลา ๑๐.๓๐ น.

งานปีใหม่ของ น.ร. พยาบาล

วันพฤหัสบดีที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๔๕๖

เวลา ๑๗.๐๐ น. คณะนักเรียนพยาบาล ได้จัดงานรื่นเริงปีใหม่ขึ้นที่สนามหน้าคอกนอนพยาบาล เริ่มโดยการประกวดแฟนซีการเลี้ยงอาหารระหว่างกันเอง การสอยลูกกอล์ฟพุกฤษ์ การเล่นเกมเช็กเตล็ดท และการร้องงานเสร็จสิ้นลงเมื่อเวลา ๒๔.๐๐ น. พร้อมทั้งได้รับชมความรื่นเริงสนุกสนานโดยทั่วกัน

สำเร็จการศึกษา

๑. น.ส. บุญศรี นวมารค
๒. น.ส. สุกนธ์ มาลีแก้ว
๓. น.ส. ประยูร เถาว์แก้ว
๔. น.ส. พิมล จาติเกตุ
๕. น.ส. วิชนี ตันตระกูล
๖. น.ส. ศรีสุดา พงษ์น้อย
๗. น.ส. สัมศรี ตันจนาพันธ์

เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

หน้าสำหรับนิลลิต

๑. ปฏิทินแบบถาวร

ปฏิทินแบบข้างล่างนี้อาจทำใช้เองได้ โดยเสียเวลาเพียงเล็กน้อย, และแบบเกี่ยวนใช้ได้ตลอดไปไม่มีจำกัด, เพียงแต่เปลี่ยนตำแหน่งของชื่อเดือนในซีกขวาทุก ๆ ปีเท่านั้น. ซีกซ้ายของตารางคงเดิม

อยู่เรื่อยไป. ดังนั้นหากจะใช้วัดที่ถาวรเป็นพันเขียนตารางซีกซ้าย, แล้วทำซีกขวาให้เปลี่ยนได้, ก็จะได้ปฏิทินแบบถาวรอย่างแท้จริง. วิธีใช้ปฏิทินนี้บอกย่อๆไว้ในภาพแล้ว.

ปฏิทินพุทธศักราช ๒๕๓๖

อ	จ	ช	พ	พฤ	ศ	ส	ส.ค.,
จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ก.พ., มี.ค., พ.ย.,
อ	พ	พฤ	ศ	ส	อ	จ	มิ.ย.,
พ	พฤ	ศ	ส	อ	จ	อ	ก.ย., ธ.ค.,
1	2	3	4	5	6	7	วิธีใช้: หาชื่อเดือนที่ตรงการว่าอยู่ช่องใด, แล้วดูตารางตามช่องนั้น ตรงกับวันทีไรสำพกลางนี้
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
พ	พฤ	ศ	ส	อ	จ	อ	เม.ย., ก.ค.,
ศ	ส	อ	จ	อ	พ	พฤ	ม.ค., ต.ค.,
ส	อ	จ	อ	พ	พฤ	ศ	พ.ค.,

แผนของวชย เกตุสังข์ ๒๕๓๕

ขอความร่วมมือเกี่ยวกับขอมติปฏิทิน, ไว้เช่นพิเศษ.
เดือนกุมภาพันธ์มี ๒๘ วัน, ซึ่งต้องสังเกต

อ.ก.

๒. แด่เพื่อนนักศึกษา

ตัวอย่างคนใช้ที่นำมานี้ได้จากห้องรัก
ยาข้าง, จากหนังสือข้าง. นำมาตั้งเป็น
โจทย์ให้ท่านคิดเล่นในใจ. คำตอบมีอยู่
ในกองท้ายของบทความนี้แล้ว.

รายที่ ๑ ผู้ช่วยชายไทย, อายุ ๒๐ ปี
เศษ. อាកาศสำคัญ, เป็นไข้และเจ็บหน้า
อกมา ๑๐ วัน.

ประวัติปัจจุบัน. ลีวันก่อนมารู้สึกเป็น
ไข้, หนาว ๆ ร้อน ๆ. ซออยากกินทุเลา.
รุ่งขึ้นตอนเช้ามีไข้สูง, ปวดศีรษะเล็ก
น้อย, เจ็บหน้าอกซ้ายระดับเห็นอววม,
อยู่เฉย ๆ ก็เจ็บ, ถักคเจ็บมากขึ้นเล็ก
น้อย. เวลาหายใจแรง ๆ รู้สึกเจ็บทั้ง ๒
ข้าง. แต่เจ็บคอ ๆ ไม่ใช่แปลบปลาย.
ไม่เสียวหรือปวดร้าวไปที่ใด. ไม่ไอ. ไม่
มีเสมหะ. นอนกระแคงซ้ายไม่ได้เพราะ
เจ็บ. นอนราบรู้สึกหายใจไม่ค่อยออก.
ครั้งหนึ่งนอนเป็นท่าทสบายที่สค. มี
คลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย. วันค่อ ๆ มาเจ็บ
หน้าอกซ้ายมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล.

ประวัติอดีต. ไม่เคยเป็นเช่นนี้มาก่อน.

เมื่อ ๑๔ ปีเป็นไข้หนาวสั่น, เมื่อลียขเป็น
ปีค. ปฏิเสธกามโรค. ไม่เคยไอเรอรั้ง.
ไม่เคยไอเป็นโลหิต. ไม่เคยขวม.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๕°
ซ. ชีพจร ๑๒๐/นาที. หายใจ ๓๒/นาที.
ความดันเลือด ๑๐๔/๖๘.

ลักษณะทั่วไป. หน้าซีด. ไม่ไอ. ไม่มีนิ้ว
ข้าน (คลิบขัง).

ระบบหายใจ. ค. หายใจหอบคั้น. หน้า
อกซ้ายเคลื่อนไหวน้อยกว่าปรกติ.

คลำ. กดเจ็บที่อกซ้ายคานหน้า. กำ
แห่งช่องซโครงที่ ๒,๓,๔, จาก ๒ นิ้วมือ
ถักขอบของสเคอร์นัมไปจนถึง M.C.L.
ข้างซ้าย.

เคาะ. เคาะใต้ข้อมากตรงตำแหน่ง
ถักคเจ็บ. ข้างหลังเสียงโปร่งเป็นปรกติ.

ฟัง. เสียงหายใจและเสียงพคที่อก
ซ้ายคานหน้าตรงตำแหน่งถักคเจ็บเบากว่า
ธรรมดา. ข้างหลังเสียงหายใจและ
เสียงพคเกือบปรกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง. ซีโมโกลบิน ๖๐ ปซ., เม็ดเลือดขาว ๑๕๐๐๐, นิวโทรฟิล ๖๔ ปซ. ลิมโฟซัยต์ ๓๖ ปซ. ไม่พบเชื้อไข้จับสั้น. คาห์นลบ.

หนึ่งวันต่อมา, เจาะตรงตำแหน่งที่เคาะตบ, กดได้หนองสีเหลืองคอกบานปร. มีเม็ด ๆ สีเหลืองทองมากมาย. เม็ดนมลพิษณะและขนาดคล้ายขมอด (ขนาดประมาณ ๐.๕x๐.๕x๑.๕ มม.) ลอยอยู่ข้างบนของหนอง. กดไปสักครู่ปรากฏว่ามีมดกคอกออกมาหลายเส้น, สีดำก็มีสีขาวก็มี. เจาหนองไปตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์ก็ไม่ออกว่าเป็นอะไร. ย้อมสีได้ยาซิลไลซนิกแกรมลบ.

ท่านทราบหรือยังว่าเป็นอะไร?

รายที่ ๒ ผู้ป่วยชายอายุ ๓๕ ปี. อาการสำคัญเป็นไข้มา ๓๓ วัน.

ประวัติปัจจุบัน ระหว่าง ๓๓ วันก่อนมา, เป็นไข้. ระหว่าง ๙๙°-๑๐๓° ฟ. มีสั้นบ้าง, ไม่เป็นเวลา. เยื่ออาหาร. ปวดศีรษะเห็น้อย่าง. น้ำหนักลดลง ๑๕ ปอนด์. แพทย์ตรวจพบเชื้อไข้จับสั้นในเลือด, ให้ยารักษาไข้จับสั้นจนเต็มขนาด, แต่ไข้ก็

ไม่หาย. กลับผอมและอ่อนเพลียลง, จึงไปหาแพทย์อีกคนหนึ่งซึ่งแนะนำมา ร.พ.

ประวัติอดีต. เคยเป็นไข้รากสาคน้อย (ทัยฟอยด์) ๒ ครั้ง, เมื่ออายุ ๖ ปีและ ๒๑ ปี. สืบสืบหลังนี้มีปวดท้องบ่อย ๆ แขนงิ้วทางเดินน้ำดี (?). เคยเป็นซัยฟิไลต์เมื่อ ๗ ปีก่อน.

การตรวจร่างกาย. คลำพบตับและม้าม. ตับคลำได้ ๓ นิ้วต่ำกว่าชายโครงขวาแนว M.C.D., ขอบซีกเจน, แข็ง, ผิวขรุขระมาก. ม้ามแข็ง, ผิวเรียบ, กดไม่เจ็บ. ไม่มีน้ำในช่องท้อง. อื่น ๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง. ซีโมโกลบิน ๕๕ ปซ., เม็ดเลือดแดง ๓.๑ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๔๕๐๐, นิวโทรฟิล ๗๐ ปซ. ลิมโฟซัยต์ ๓๐ ปซ. ไม่พบเชื้อมาเลเรีย.

ถกปัญหา. ไข้จับสั้นควรพินัยปัญหาไปได้, เพราะไข้ไม่เป็นตามแยก. และรักษามาแล้วโดยแพทย์ด้วยยาครบขนาดแต่อาการไม่ดีขึ้นเลย, กลับเลวลงไปอีก.

ไข้จากนี้วน้ำดีควรนึกถึงบ้าง. แต่ว่า

ขณะนี้ไม่มีปลวกทองแบบนี้แล้วเลย, และ
ไม่ปรากฏว่าตัวเหลืองภาเหลืองแม้แต่ขณะ
เคี้ยว ไม่พบน้ำคาวในขี้สสาวะ.

การที่ผิวของตัวชรชระมาก เป็นสิ่ง
สำคัญ. ที่พบย่อยมีอยู่ ๒ โรค คือ มะเร็ง
และ ชัยพัลล์. ทั้ง ๒ โรคนี้ทำให้เกิด
ไข้ได้. จากประวัติผู้ป่วยรับว่าเคยเป็นชัย
พัลล์เมื่อ ๗ ปีก่อน. ฉนวนแพทย์จึงลอง

ให้ยารักษาชัยพัลล์. ผู้ป่วยหายวันหาย
คืน, หายไข้. ไม่ซำกักกลั่นยานได้.

ท่านทราบคำตอบแล้วหรือยัง ?

คำตอบ วิทย ๑. เคอร์มอซอซิดท, ดีค
เฮอ.

วิทย ๒ ชัยพัลล์.

น.ศ.พ. ดิเรก ดำรงศักดิ์.

ท่านสมาชิกที่ยังไม่ได้ส่งเงินค่าบำรุงปีก่อน ๆ ไปชำระ โปรดได้จัดการ
ส่งไปชำระตามระเบียบ เพราะทางสำนักงานมีความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายเงิน
อยู่เป็นประจำ

บทกท่ายลุมด

๑ ในโอกาสขึ้นปีใหม่, สารศิริราช ขอส่งความปรารถนาดีมายังท่านสมาชิก โดยทั่วกัน. ขอให้ท่านมีความสุขกาย สบายใจและได้รับแต่โชคที่ตลอดชีพพุทธศก ๒๔๘๗ นี้เทอญ.

๑ บนเบนนยททกของสารศิริราช. ถ้าจะเปรียบกับคน, หนังสือก็ยิ่งเป็นเด็กเล็ก ๆ, กำลังเรียนจากสิ่งแวดล้อมหรือเพิ่งเริ่มเข้าโรงเรียนอนุบาล, ยังมีอะไรที่อะไรที่จะต้องชวนช่วยหาใส่ตนอีกมาก. ถ้าจะเปรียบกับนักศึกษาวชิการอื่น ๆ ในโลก, ซึ่งบางฉบับมีอายุมาครบรอบแล้ว, สารศิริราชก็ยังมีอยู่ในสภาพอ่อนเยาวะ, ยังไม่พ้นจากความคึกคักของโรคเด็กอ่อนทั้งหลายได้เลย. ด้วยความคิดเช่นนี้เราจึงใคร่เรียนเตือนท่านทั้งหลายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความ เป็น อยู่ของหนังสือนี้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านที่ดำเนินวิชาชีพของท่านอยู่ในศิริราช, ผู้เป็นเจ้าของโดยตรง, มิให้มองข้ามความจริงข้อนี้ไปเสีย และหลงละเมอว่าหนังสือของเรานั้นหลักฐานมั่นคงหรือแม่แก่แล้ว. การเตือนนี้เป็นกรจำเป็น, เพราะนิสัย "คินง่ายหน่าย

เร็ว" เป็นสัทรสำคัญของความยั่งยืนของนิตยสาร. ถ้าหากท่านผู้อ่านก็ดี, ท่านผู้เขียนก็ดี, มองเห็นเสี้ยวสารศิริราชนี้แล้วและหันไปสนใจแต่สิ่งที่ยิ่งอ่อน ๆ เสียมด, สารศิริราชก็คงถึงอายุขัยเป็นแน่.

๑ ด้วยความสำนึกในข้อนี้เราจึงพยายามปรับปรุงตัวเองอยู่เสมอ, จนกว่าจะลงรอยที่นับว่าพอใจโดยทั่ว ๆ ไป. การปรับปรุงข้อแรกในขั้นตอนนี้ในแผนกย่อเอกสาร. ได้แก่การคัดหัวข้อเรื่องภาษาอังกฤษออก, และการแก้ไขเล็กน้อยในวิแจงตนต่อเอกสาร. ทั้งนี้เพื่อให้เข้ามาตรฐานที่นิยมกัน, และเพื่อประหยัดเนื้อที่. ข้อหลังนี้เป็นส่วนหนึ่งในความพยายามที่จะเพิ่มจำนวนเรื่องย่อเอกสารให้มากขึ้นอีก. เมื่อวางโครงการเราจะไว้ว่าจะจัดให้มีฉบับละ ๒๐ เรื่อง. ทำจริง ๆ เราเริ่มด้วย ๖, แล้วก็เพิ่มเป็น ๘, และฉบับมาหยุดอยู่เพียง ๑๐, ครึ่งเดียวของที่กำหนดไว้. มีท่านสมาชิกหลายท่านที่ยืนยันว่าย่อเอกสารเป็นส่วนที่ให้ประโยชน์มากส่วนหนึ่งในสารศิริราช, และเราก็ยังมีความตั้งใจอยู่ที่จะเขยิบจำนวนขึ้นไป

เรือบ. ๗ อุปสรรคสำคัญคือน้ำกระตาคม, ซึ่งเราพยายามแก้ไขโดยการตัดความร่วมมือต่าง ๆ ให้น้อยลง. ผลจะได้เพียงไรต้องรอดูไปก่อน.

๑ การจัดทำ “ฉบับร่างสี่” นั้นเริ่มมานานแล้ว. เพิ่งสำเร็จลงในคราวนี้, และก็เป็นขอที่ควรพอใจมาก. เราได้รับความร่วมมืออย่างดีจากแผนกนั้น, นับตั้งแต่ท่านหัวหน้าแผนก (และคณะ) ผู้กรุณาเขียนบท บรรณาธิการ พิเศษให้ โดยได้รับขอกกล่าวล่วงหน้าไม่กี่วัน, หลังจากที่ท่านกลับจากการ เดินทางไป ราชการต่างประเทศยังไม่ทันหายเหนื่อยก็. บทความของท่าน เกริ่น ให้เรา ได้ทราบ ล่วงหน้าว่า โคมินาของแผนกรังสี่วิทยาในเวลาต่อไป จะต้องแปรไปอย่างไรและมีโอกาสอะไรบ้าง สำหรับผู้ที่สนใจในวิชา. เราหวังว่าทางการคงจะ สนับสนุน ให้การ ก้าวหน้าได้เป็นไปสมจริงตาม ความต้องการ ของท่านหัวหน้าแผนกในเวลาข้างหน้า, เพราะความก้าวหน้าของรังสี่วิทยาย่อมหมายถึงความก้าวหน้าของการแพทย์แขนงอื่น ๆ ด้วย.

๑ คุณหม่อำนวย เสมรสค์เป็นเจ้าหนี้บุญคุณแก่เราเป็นพิเศษ, ในการทำให้เรื่องแล้วยังมีหน้า, อดคำให้ทำปลอกให้

อีกโดยพร้อมสรรพ. เรื่องสั้น ๆ ของท่าน เป็นการสรุปให้เห็น ประโยชน์ และความก้าวหน้าในการใช้ยาเคมีในโรงพยาบาลของเรา, ซึ่งนอกจากเป็นที่ควรสนใจสำหรับแพทย์แล้วยังจะเป็นการกระตุ้นคนทั่วไปให้ช่วยกันสนับสนุน วิทยุศึกษาที่ได้ผลดีเป็นพิเศษด้วย.

๑ คุณหม่อสนวนรวบรวมผลการสอบสวนที่ได้กระทำในระหว่างศึกษาเพิ่มเติมที่ต่าง ประเทศ ส่งมา กำนัล แก่สาร ศิริราช. เรื่องของท่านมีความสำคัญเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็งของปอด, ซึ่งกำลังทำความ ตกอกตกใจให้แก่ ประชาชนและแพทย์ในหลายประเทศซึ่งพบว่าโรคนี้อากำลังทวีความบ่อยมากขึ้น. เท่าที่ได้ฟังจากข่าว, รู้สึกว่าในประเทศเราเองโรคนี้อาจแสดงตนบ่อยขึ้น. รายงานของคุณหม่อสนวนช่วยแนะให้เห็นความสำคัญของอาการ “ฮีสเตโออาร์โอราฟี” ในการชี้แจงความสงสัยมาสู่โรคแท้จริงในรายที่อาการของมะเร็งในปอดไม่ชัดเจนน.

๑ เรื่อง “ไฮอะตัสเซอร์เนีย” ของคุณหมอโรจน์ สุวรรณสุทธิ แสดงให้เห็นความ จำเป็นที่จะต้อง ตรวจทางรังสีในรายที่มีอาการอาเจียนเป็นเลือด. จะไป

เหมาเอาว่าเป็นผลของแผลในกระเพาะหรือ "ลำไส้คืบ" (คิวโอคีนัม) เรื่อยไปอาจมี มีทผลาคได้. ถึงแม้ว่าเซอร์เนียแมนจะเป็นของค่อนข้างหายาก, แต่จะไม่หนักถึง เสียเลยหนักไม่ได้. บางทีความหายาก เป็นผลของความไม่รู้จัก, เช่นความหายากของโรคไส้ติ่งอักเสบที่เชื่อกันในสมัย ก่อนเป็นต้น. ตัวอย่างสค ๆ ร้อน ๆ ได้แก่ "ไอโซฟาเจียลวาริกซ์" ซึ่งคุณหมอโรจน์ นีเอง เขียน ให้แก่ สารศิริราชเมื่อ ปีกลาย. ในบันทึกท้ายสมุดครั้งนั้นก็ได้บ่งไว้ว่าเป็น โรคหายาก. แต่ในสารศิริราชฉบับนี้เอง

เรามีรายงานของคุณหมอคุษฎี ประภาสวัต เสนอคนไข้ไอโซฟาเจียลวาริกซ์ถึงสองคน ที่ได้พบ ในช่วงระยะเวลาห่างกัน ไม่กี่มาก น้อย. น่าจะเป็นได้ว่าบทความเก่าของคุณ หมอโรจน์ ได้เป็น เครื่อง กระตุ้นเตือน ให้คุณหมอคุษฎี ตงอกตั้งใจเสาะหาคนไข้ โรคที่ว่าหายากนั้นอยู่เสมอ, เมื่อผ่านมาก็สามารถจับได้ อย่างมั่นใจ. ถ้าเป็นจริง เช่นนั้น, เราก็หวังว่าไม่ช้าจะได้ อ่านเรื่อง คนไข้ ไอโซคัสเซอร์เนียจากแผนกรังสีวิทยาต่อไปอีก.