



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๕ พฤษภาคม ๒๔๙๓

Volume 6, Number 5, May 1954

อะทรีเซียของลิ้น ไทรคัสปีด เป็นแต่กำเนิด

รายงานพยาธิวิทยา

ณัฐ ภามรประวัตต์

พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

อะทรีเซีย (atresia) ของลิ้นหัวใจคือ การที่ลิ้นหัวใจไม่มีช่องเปิด. อะทรีเซียของ ลิ้น ไทรคัสปีดที่เป็นแต่กำเนิดนับเป็นความ พิจารณ์ที่หายากอย่างหนึ่ง. Abbott⁽¹⁾ กล่าวว่า ในการตรวจศพ ผู้ป่วยโรคหัวใจ พิจารณ์แต่กำเนิด ๑๐๐ ราย พบ ๑.๖ ปร.ศ. Fell และพวกพว ๕ รายในผู้ป่วย ๑๓๕ คน. ในประเทศ ไทยยังไม่มีผู้ใด รายงานไว้. จากการค้นรายงานการตรวจศพของแผนก พยาธิวิทยา, ร.พ. ศิริราช, ตั้งแต่ พ.ศ.

๒๔๗๐-พ.ศ. ๒๔๘๓, จำนวน ๓๕๒๒ ราย, ไม่ปรากฏมีรายงานความพิจาณ์แยบ ฐัน. ผู้เขียนได้พบหัวใจซึ่งมีพยาธิสภาพที่ ลิ้น ไทรคัสปีด ๑ รายในการตรวจศพเด็ก ตายด้วยโรคบรูซง โชมป์นิวโมเนีย และเห็น สมควรที่จะรายงานไว้, แม้การศึกษา จะไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรเนื่องจากไม่ได้เก็บ ระบายเส้นเลือดใหญ่ของหัวใจไว้โดยครบ ถ้วน, เพราะเป็นการค้นพบโดยบังเอิญ. ความพิจาณ์เกิดจากห้องล่างข้างขวา

ของหัวใจเจริญไม่ถี่หรือไม่เจริญ. เช่น อาจะหายไป, หรือเหลือเป็นห้องเล็ก ๆ ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับส่วนอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด. ในลักษณะ เช่นนี้ มักพบพยาธิสภาพที่ลิ้น ไทรคัสซิค เรลโม, และมักพบพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงพัลโมนารีย์และลิ้นพัลโมนารีย์ด้วย. แต่หลอดเลือดพัลโมนารีย์อาจเป็นปรกติก็ได้.

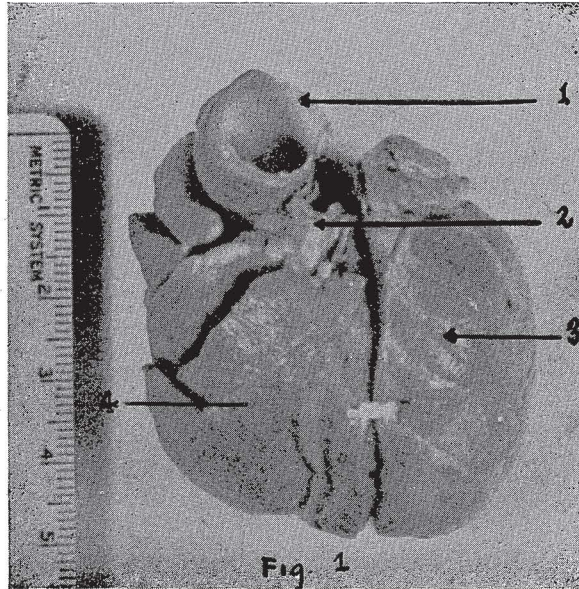
Edward และ Burchell⁽³⁾ แบ่งแยกความพิการของลิ้น ไทรคัสซิคแต่กำเนิดออกเป็น ๒ ชนิด, คือ ๑. ชนิดที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของหลอดเลือดที่ใหญ่. ชนิดนี้แบ่งออกเป็น: (ก) มีอะทริเซียมของหลอดเลือดพัลโมนารีย์ แต่มีผนังระหว่างเว็นทริเคิลอย่างปรกติ, (ข) มีซับพัลโมนารีย์สเตรโนสิส (subpulmonary stenosis). ๒. ชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของหลอดเลือดที่ใหญ่. แบ่งออกเป็น (ก) มีพัลโมนารีย์สเตรโนสิสหรือซับพัลโมนารีย์สเตรโนสิส, (ข) ไม่มีพัลโมนารีย์หรือซับพัลโมนารีย์สเตรโนสิส.

ผู้ป่วยที่จะรายงานต่อไปนี้เป็นกรณีผู้ป่วยอยู่ในชนิด (๑ ก.) ของ Edward และ Burchell ได้.

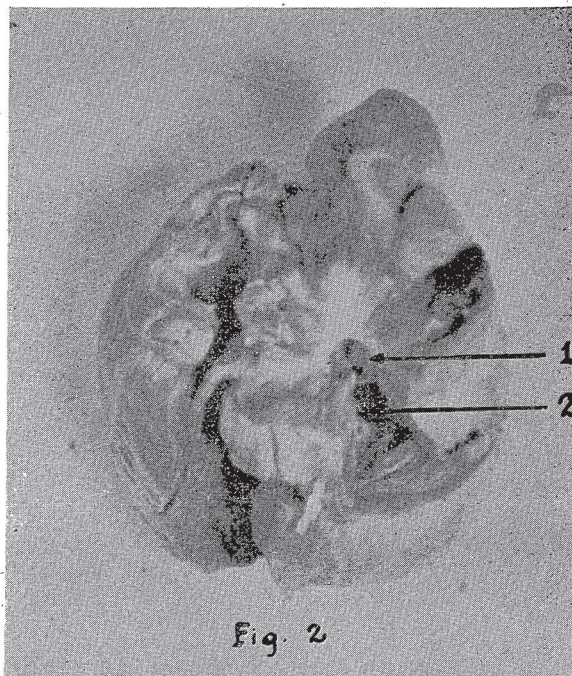
เด็กชายไทย, อายุ ๔ เดือน, เลข

ที่ภายใน ๗๖๑๕.๕๗, รัยไว้ในแผนกกุมารเวชศาสตร์, เมื่อ ๔ กรกฎาคม ๒๔๕๖, โดยมีอาการเป็นไข้, ไอและหอบมา ๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล. มารดาให้ประวัติว่า ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่สามและสุดท้อง. คนอื่น ๆ ในครอบครัวแข็งแรงกทุกคน. มารดาเคยแท้ง ๒ ครั้งก่อนตั้งท้องผู้ป่วย. ผู้ป่วยคลอดครบกำหนด, แข็งแรงดี. ไม่พบความผิดปกติอื่นใดเมื่อเกิด. เติบโตเรื่อยมาโดยเรียบร้อย. จนล้มเจ็บลงครั้งเมื่ออายุ ๔ เดือน, โดยเป็นไข้, ไอแห้งและน้ำมูกมาก ๑ วัน. ต่อมาหอบ, กระสับกระส่าย, ชีพสภาวะน้อย. หอบมากขึ้นจนหน้าเขียว. มารดาจึงพามาโรงพยาบาล. รวมเวลาช่วยอยู่ที่บ้าน ๒ วัน.

การตรวจร่างกายแรกพบว่าอุณหภูมิ ๓๘.๕๐ ซ., ชีพจร ๑๔๐ ครั้งต่อนาที, หายใจ ๔๖ ครั้งต่อนาที. หน้าและตัวเขียว. ในคอแดงจัด. ปอดเคาะทับเป็นหยาบ. ฟังได้เสียงหายใจชนิดร็อง-เมยล. ตรวจหัวใจไม่พบสิ่งปรกติ. คับโต ๑ นิ้วมื่อต่ำจากชายโครง. ม่านตาข้างขวาส่องสว่าง, แต่คอร์เนียลรีเฟล็กซ์หายไป. อย่างอื่นไม่พบอะไรสำคัญมากกว่านี้.



รูป ๑. แสดงหัวใจด้านหน้า. ๑. เอออร์ตา, ๒. หลอดเลือดแดงปัลโมนารี, ๓. เว้นทรีเกลซ้าย, ๔. เว้นทรีเกลขวา.



รูป ๒. หัวใจ (เปิดแล้ว). ๑. ช่องลิ้นไทรคัสปิด ๒. ห้องเว้นทรีเกลขวา.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า
เลือกมิซีโมโกลบิน ๗๐ ๒๕., เม็ดเลือก
แดง ๕.๑๗ ล้านต่อ ล.มม. เม็ดเลือก
ขาว ๒๔๑๐๐ ต่อ ล.มม. เป็นนิวโทร-
ฟิล ๘๐ ๒๕. และลิมโฟซัยต์ ๒๐ ๒๕.

ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นบร็องไชนิว
โมเนีย.

ผู้ช่วยได้รักษาการรักษาด้วยเพนิซิลลิน
ร่วมกับซัลฟาไดออกซินและการรักษาตาม
อาการอย่างอื่น ๆ. แต่ไม่ทุเลาขึ้น. ตาย
หลังรับไว้ ๑๘ ชั่วโมง. แพทย์ผู้รักษา
ให้ความเห็นว่าเพราะหัวใจและระบบหายใจล้ม.

การตรวจศพ เด็กชาย, หนัก ๕๖๐๐
กรัม, ทั่วยาว ๖๐ ซม. มีอาการเขียว
นวมอุนวเทาไม่มีลักษณะช้ำน (คลิบขังก).
พยาธิสภาพของอวัยวะที่สำคัญมีดังนี้:—

ปอด ข้างขวาหนัก ๓๐ กรัม, ข้าง
ซ้าย ๓๐ กรัม, มีหย่อมสีเทาแกมแดง,
ซุงเนอปอดค่อนข้างแข็งกว่าเนอปอดห้อยม
อื่น, เป็นหย่อมเล็ก ๆ กระจายทั่วทั้งสอง
ปอด. เป็นลักษณะของบร็องไชนิวโม-
เนีย. ผ่านศพพหนองปนเลือดในหลอด
ลมเล็ก ๆ.

ตับ หนัก ๑๓๐ กรัม. สีแดงคล้ำ,
นุ่ม, มีเลือดคั่ง.

ไตซ้าย หนัก ๒๐ กรัม, ยังคงมี
ลักษณะเป็นกลีบของพืชสออยู่.

ไตขวา หนัก ๒๐ กรัม. เมื่อดูทาง
ด้านหน้ามีลักษณะคล้ายไตซ้าย. แต่
ปรากฏว่าหลอดเลือดและหลอดไตออกมา
ทางด้านหลังแล้วจึงวกมาทางด้านใกล้
กลาง. เมื่อพลิกดูจึงพบรอยคอดตรงกลาง
คล้ายกับแบ่งเป็นสองไต. เมื่อผ่าซีกพบว่า
การเรียงตัวของคาลิซิกส์ (calyx) ผิด
ธรรมดาเล็กน้อย. คือแยกเป็น ๒ กลุ่ม.
กลุ่มหนึ่งมี ๓ คาลิซิกส์, อีกกลุ่มมี ๒.
ขั้วสวาระเทเข้ากรวยไตอันเดียวกันซึ่งอยู่
ตรงกลาง.

หัวใจ โตกว่าธรรมดา. หนัก ๕๐
กรัม (ปรกติ ๒๗ กรัม, Coppeletta และ
Wolbach ๑๙๓๓). ยอดหัวใจข้านและ
มน. ขอบขวาเป็นเอเทรียมขวาและส่วน
ของเว็นทริเคิลขวา. ขอบซ้ายเป็นเว็นทริ
เคิลซ้าย. ที่ฐานหัวใจมีหลอดเลือดสอง
เส้นคู่กัน. หลอดทางขวามีขนาดใหญ่,
คือ เอออร์ตา. หลอดทางซ้ายเล็ก, คือ
หลอดเลือดแดง พัลโมนารีย์ ซึ่งมีขนาด

ย่อมกว่าธรรมดา, และปรากฏว่าที่โคน
ต้น, ไม่มีลึนพัลโมนารีย์, นอกจากนี้
เส้นเอ็นเล็ก ๒ เส้น, ขนาดประมาณ ๑
มม., โยงจากวงขอบพัลโมนารีย์ไปติดกับ
กล้ามเนื้อผนัง. ไม่มีทางติดต่อระหว่าง
หลอดเลือดแดงพัลโมนารีย์กับเส้นทริเคลิ
ลขวาเลย.

เส้นทริเคลิลขวามีขนาดเล็กมาก. ตอน
กว้างที่สุดมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ๓ มม.
ผนังระหว่างเส้นทริเคลิลกับคัสติก. เส้นทริ-
เคลิลติดต่อกับเอเทรียมขวาทางช่องไทร-
คัสติกซึ่งมีขนาดเล็กเช่นกัน, มีเส้นผ่า
ศูนย์กลาง ๓ มม. ลึนไทรคัสติกประกอบ
ด้วยแฉกเล็ก ๆ ๓ แฉก, กว้างแฉกละ
๑.๕ มม. มีเส้นคอร์ดาเท็นตินาอันเล็ก ๆ
โยงไปติดกับผนัง. ลึนทั้งสามนี้เกือบจะ
เชื่อมเป็นแผ่นเดียวกันหมดและยึดช่อง
ไทรคัสติกมิดชิด. แต่เมื่อหัวใจทำงาน
เลือดอาจผ่านรูเล็กนี้ได้.

ผนังกันระหว่างเอเทรียมขวาและซ้าย
ขาดหายไปบางส่วน. ลึนไมทรัลมีขนาด
และลักษณะปกติ. ความยาวเส้นรอบวง
ของช่องไมทรัล ๓๐ มม.

เส้นทริเคลิลซ้ายโตเล็กน้อย. ผนัง
หนา ๖ มม. ทรงมุมขนค้ำขวาคิดต่อกับ

เอออร์ตาผ่านทางช่องเอออร์ตา ซึ่งเส้น
รอบวงมีความยาว ๒๖ มม. ลึนเอออร์ตา
ประกอบด้วยแฉกเล็ก ๓ แฉก, ลักษณะ
ปกติ. เห็นลึนเอออร์ตาขึ้นไปประมาณ
๓ มม. มีช่องเปิดของหลอดเลือดแดงโค-
โรนารีย์ ๒ ช่อง, อยู่ข้างหน้าหนึ่งช่อง,
และอยู่ข้างหลังอีกหนึ่งช่อง. เห็นอระคีย์
รอยเปิดของหลอดเลือดแดงโคโรนารีย์
ทั้งสองขึ้นมาเล็กน้อยปรากฏว่าเอออร์ตา
โยงออก, มีขนาดโตกว่าตรงโคน.

อภิปราย ในเมื่อมีความพิการดังกล่าว,
การไหลเวียนของเลือดควรจะเป็นดังนี้:—

ระหว่างอยู่ในครรภ์ ฟอราเมนโอวา-
เล่และคัสคัสอาร์เตอร์โอซัสยังเปิดอยู่,
เลือดไหลจากเอเทรียมขวามาเข้าเอ-
เทรียมซ้ายทางฟอราเมนโอวาเล่, ผ่าน
ต่อไปสู่เส้นทริเคลิลซ้าย, เข้าสู่เอออร์ตา
แล้วไปทั่วร่างกาย, และไปสู่ปอดโดย
ผ่านคัสคัสอาร์เตอร์โอซัสเข้าสู่หลอด
เลือดแดงพัลโมนารีย์.

เมื่อคลอดแล้ว, ทางเดินของเลือด
อาจจะเป็นดังนี้: เลือดดำจากวินาคาวา
ต่าง ๆ ไหลเข้าเอเทรียมขวา, ต่อไปผ่าน
เข้าเอเทรียมซ้ายทางช่องโหว่ของผนังกัน

เอเทรียม, ต่อไปยังเว็นทริเคิลซ้าย, แล้วออกทางเอออร์ตา. เลือดมีทางไปสู่ปอดโดยคัทคัสอาร์เทอรีโอซัสยังเหลือเบ็ดอยู่, หรือไปทางหลอดเลือดแดงบร็องเมียลพวกคอลละเทอรัล.

ในแง่อาการแสดง, ผู้ป่วยทุกคนมักจะมีอาการเขียว, อย่างน้อยที่สุดในระยะสุดท้ายของชีวิต, เพราะเลือดดำจากหัวใจข้างขวามีทางทะลุประปนกับหลอดเลือดออกไปสู่ระบบไหลเวียนในไต. Traussig (4) กล่าวว่าบางรายอาจมีอาการเขียวตั้งแต่แรก, แล้วมร่อยไปจนตาย; บางรายมีตอนแรก, แล้วหายไปชั่วระยะหนึ่ง, แล้วกลับมีใหม่ตอนหลัง; บางรายอาจไม่มีอาการเขียวเลยในตอนแรก, เช่นรายหน้า

มารายงานนี้, แต่มาเกิดตอนท้ายของชีวิตเมื่อเด็กโตขึ้น และมีโรคอื่นเช่น โรคคิกเซอของทางเดินลมหายใจเข้าแทรก; ทำให้ภาวะของหัวใจมากขึ้นจนทนไม่ไหว.

ผู้รายงานขอขอบคุณ นายแพทย์ ประดิษฐ์ ตันสุรัตน์, ซึ่งกรุณาให้คำแนะนำในการทำรายงานเรื่องนี้, ศาสตราจารย์สุด แสงวิเชียรกรุณาถ่ายภาพวัยและร่วมกับนายแพทย์ สวัสดิ์ สกุลไทยได้ให้คำอธิบายอันมีค่ายิ่ง.

เอกสาร

1. M.E. Abbott, : Congenital Heart Disease, Nelson's New Loose-leaf Medicine, N.Y., 1920.
2. E.H. Fell et al : Arch. of Surg. 59 : 445, 1949.
3. J.E. Edwards and H.B. Burchell, Med. Clin. of N. America, 33:1177, 1949.
4. H.B. Traussig, : Congenital Malformation of the Heart, N.Y. 1947.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สังฆสมาคมรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

(Abstract of the preceding Report)

CONGENITAL TRICUSPID ATRESIA

Nath Bhamornpravati

M.B.

(Dept. of Pathology)

The author presents a case of congenital tricuspid atresia due to underdevelopment of the right ventricle, conforming to Type Ia of Edward and Burchell's classification. The patient was a four-month old male baby who succumbed to an acute attack of bronchopneumonia. At autopsy the congenital condition in the heart was discovered. The organ was slightly enlarged, weighing 40 gms.; the apex was blunt. Two great vessels were seen to arise from the base of the heart: the aorta on the right and a much under-sized pulmonary artery on the left. The latter ended blindly in the wall of the right ventricle. A few strands of fibrous tissue suggested the undeveloped cusps of the pulmonary valve. The cavity of the right ventricle measured only 3 mm. at its widest portion. The interventricular septum was fully developed. The tricuspid orifice also measured 3 mm. in diameter and was firmly closed by 3 tiny leaflets. Anatomically the passage through the tricuspid orifice appeared sealed, though

functionally some blood might pass through the leaflets. Part of the interatrial septum was absent. The mitral and aortic valves were normal. The left ventricle was slightly hypertrophic. The coronary sinuses opened slightly above the level of the aortic valve. The aorta was somewhat dilated. Unfortunately the great vessels had not been preserved for detailed study. Therefore it can only be surmised that fetal type of circulation probably prevailed; the pulmonary circulation might be maintained through the patency of the ductus arteriosus or dilatation of collateral bronchial arteries. The lungs bore evidence of patchy consolidation. The left kidney was normal. The right had a deep constriction in its inferior surface which nearly divided it into two; the ureter and renal vessels emerged inferiorly through this cleft. On bisecting the kidney the calyces were found to be arranged in two groups, one of two and one of three members.

(Two figures. Four references).

รอยบนผิวของเซลล์บุของเยื่อช่องปาก

สุค แสงวิเชียร

พ.บ., พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ในการศึกษาเซลล์บุของเยื่อช่องปากด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบเฟสคอนทราสต์โดยวิธีง่าย ๆ, คือขูดเยื่อช่องปากด้วยปลายไม้จิ้มฟัน แล้วละเลงลงบน หยดน้ำเกลือ, ยึดด้วยกระจกบางแล้วดูด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ dark phase contrast ซึ่งทำโดยบริษัท Reichert (Austria), ข้าพเจ้าได้พบว่าผิวของเซลล์ที่เห็นใต้ชดเจนด้วย กล้องแบบนั้น ไม่มีลักษณะเรียบอย่างที่เคยเข้าใจ, แต่มีลักษณะเหมือนรอยของลายมือ, คือขนและเป็นร่องสลับกัน, แต่ไม่ติดต่อกันตลอดแบบลายมือ (รูป ๑ ก.). จากการค้นคว้าหมายเหตุดัง ๆ พบว่า Albertini (๑๙๔๖) ได้พบเป็นคนแรก. ต่อมา Ralph ได้ลงพิมพ์ใน Anatomical Record ในปี ๑๙๔๗, โดยไม่ทราบว่าอัล เบอร์ตันได้พบไว้ก่อนแล้ว. ข้าพเจ้าไม่สามารถหารายงานของอัลเบอร์ตันได้. ในรายงานสั้น ๆ ของ Ralph ก็มีบอกแต่เพียงว่าพบในเซลล์ของ

เยื่อชั้นเยื่อเมเยนนิคชั้นซ้อนกัน (stratified squamous epithelium) ที่หลุดจากบริเวณแก้ม, ฝ่าเท้า, ฝ่ามือ, ลิ้น เป็นต้น. เขาให้คำอธิบายการ เกิดรอยนั้นว่าเหมือนรอยที่เกิดบนแผ่นเจลาตินแห้ง. แต่เนื่องจากรอยนั้น มีหลายแบบ จึงอธิบาย ไม่ได้ว่าการแห้งไปทำอย่างไรจึงเกิดเป็นรอยเช่นนั้นขึ้นมาได้. นอกจากนี้ก็ยังมิมีญหาว่าของที่เห็นนั้นเป็น ของธรรมชาติหรือเกิดขึ้นจากการกระทำ (artefact) ซึ่งอาจจะทำให้เห็นใต้ด้วยกล้องแบบใหม่, หรือมีลักษณะนี้เพราะน้ำยาที่เซลล์บุลอยอยู่. เพื่อแก้ไขข้อสงสัยนี้ข้าพเจ้าขอเสนอรายงานเพิ่มเติม, โดยอาศัยการทดลองดังต่อไปนี้:—

๑. ใช้น้ำกลั่นแทนน้ำเกลือ. คงพบรอยนั้นได้เหมือนกัน (รูป ๑ ข.)

๒. ใช้น้ำลายละลายลงบน กระจกใส-ไลต์, แล้วละเลงเซลล์ลงไป. คงพบรอยเช่นเดียวกัน (รูป ๑ ค.).

การทดลองนี้ได้แสดงให้เห็นว่ารอย

ไม่ได้เกิดจากน้ำยา, เพราะน้ำลายเป็น มีซิซึม (มีเคียม) ที่สัมผัสอยู่กับเซลล์ เป็นประจำ.

เพื่อแก้ปัญหานี้ว่ารอยไม่ได้เกิดจาก กล้อง. ก็ควรศึกษาเซลล์ที่คล้ายคลึงกัน ว่ารอยทั้งนี้จะพบได้ในเซลล์ทุกชนิดหรือไม่. ข้าพเจ้าศึกษาเซลล์ที่หลุดอยู่ใน ยีสต์สวาระก็ปรากฏว่ามีรอยเช่นเดียวกัน (รูป ๒ ข.). ต่อมาโดยความเอื้อเฟื้อของแพทย์ ในแผนกสรีรศาสตร์ ณ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์, ข้าพเจ้า ได้ศึกษาเซลล์ของช่องคลอด, พบว่า เซลล์ของช่องคลอดไม่มีรอย (รูป ๒ ค.). เมื่อไม่พบในทกเซลล์ที่มีลักษณะคล้าย คลึงกัน, ก็พอสันนิษฐานได้ว่าสิ่งที่เห็น ไม่ใช่สิ่งที่เกิดจากการกระทำ.

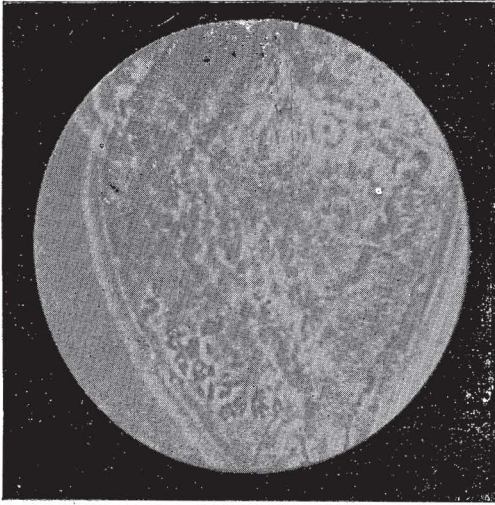
ในขณะยังไม่มีความวิตกกังวลที่จะ พิสูจน์ว่าสิ่งที่พบนั้น เป็นของที่มีอยู่โดย ธรรมชาติหรือเกิดจากการกระทำ, ข้าพ- เจ้าจึงยอมรับว่าเซลล์ช่องปากไม่มีผิว เรียบแต่เป็นรอยเหมือนลายมือ. สันนิษ-

ฐานว่ารอยเหล่านี้ทำให้ผิวของเซลล์ไม่ เพียงไปสัมผัสกันเท่านั้น, แต่ผิวจะสอด เข้าไปแนบกันตาม รอยบนและร่อง, ยึด เซลล์เหล่านี้ให้แน่นจนตั้งรูปสมมุติ (รูป ๓).

(รูป ๓) รูปสมมุติที่ผิวของเซลล์อาจสัมผัสกัน

เอกสาร

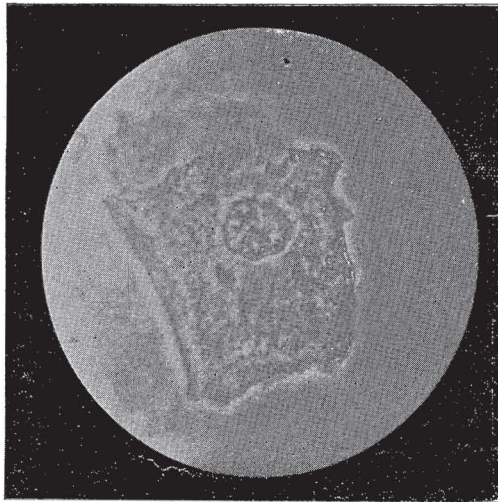
1. A. von Albertini, 1946: Erfahrungen und Ergebnisse mit dem Phasenkontrastverfahren in der normalen and pathologischen Histologie. Praxis, Schweiz. Rund. Med. 35:107-112 (from Bennett et al).
2. A.H. Bennett, H. Osterburg, H. Jupnik and O.W. Richards, 1951: Phase Microscopy, John Wiley and Sons, Inc., New York.
3. O.W. Richards, 1950: Phase Microscopy, in McClung's Handbook of Microscopical Technique, Third ed., Paul B. Hoeber, Inc., New York.
4. P.H. Ralph, 1947: Observation on the Surface of Epithelial Cells. Anats Rec. 98, 219-221, 1947.



ก

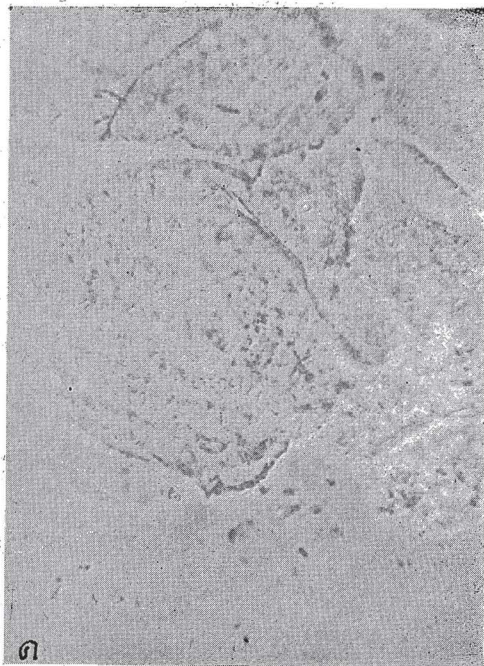
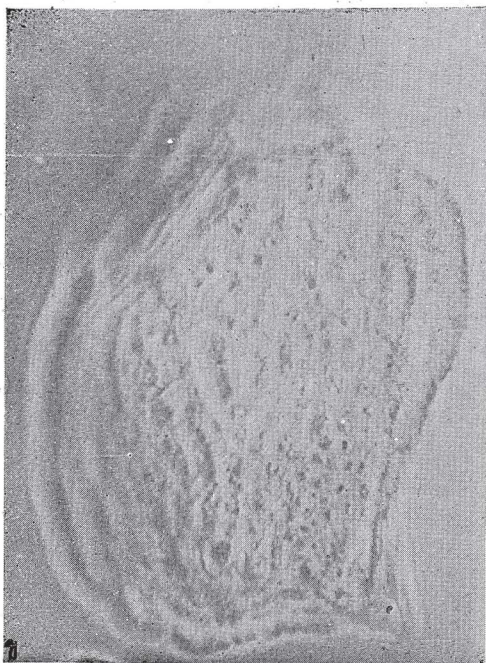


ข



ค

(รูป ๒) เซลล์บุถ่ายผ่านกล้องจุลทรรศน์เฟสคอนทราสต์,
 เพื่อเปรียบเทียบรอยบนผิว. (ก) เซลล์บุช่องปาก.
 (ข) เซลล์ในปัสสาวะ. (ค) เซลล์บุช่องคลอด.



(รูป ๑) เซลล์ของเยื่อช่องปากถ่ายผ่านกล้องจุลทรรศน์เฟสคอนทราสต์, แสดงให้เห็นรอยบนผิวของเซลล์.
(ก) ในน้ำเกลือ. (ข) ในน้ำกลั่น. (ค) ในน้ำตาช.

(Abstract of the foregoing Article)

SURFACE MARKINGS
of the
EPITHELIUM OF THE ORAL MUCOSA

Sood Sangvichien

M.B., M.D.

(Department of Anatomy)

Referring to the surface markings found on epithelial cells, first described by Albertini and later by Ralph, the author examined with the aid of the phase contrast microscope scrapings from the oral mucosa suspended in (a) normal saline, (b) distilled water, and (c) saliva. He found that the markings were constantly seen. Cells found in normal urine

also exhibited like markings. Vaginal mucosal epithelia, however, did not show any lineation. The author concluded that the markings were a natural characteristic and probably arise from corrugations on the surface of epithelia, serving to anchor adjacent cells together.

(Seven figures. Four references.)

บันทึกปฏิบัติ

✓ แบบคัดแปลงการอุดช่องจมูกทางส่วนหน้า

ชุด อยู่สวัสดิ์

พ.บ.

(แผนกจักขุวิทยา ฯ)

แต่เดิมการอุดช่องจมูกทางส่วนหน้า เพื่อห้ามเลือด, ใช้วัสดุอย่างต่างรอ อยู่ในช่องจมูก, แล้วเอาผ้าคัตเป็นชั้น เรียวยาว, ขนาด 1×50 ซม. ชุบวาสลิน อุดแน่น พอควร เพื่อกันไม่ให้ เลือดออก. ใฝ่ผ้าไว้ประมาณ ๑๐—๒๔ ชม. ตลอด เวลาที่อุด ช่องจมูก นี้ผู้ช่วย จะได้รับ ความ ลำบากมาก, คือ:—

๑. ต้องหายใจทางปากซึ่งผิดธรรมชาติ, ทำให้ปากคอแห้งและรำคาญ.

๒. นอนไม่ใคร่หลับ. แม้จะใช้ยา ช่วยให้หลับก็หลับไม่สนิท, เพราะขณะที่ จะหลับสนิทปากก็จะหุบ, ทำให้ผู้ช่วยหายใจไม่ได้. เขาก็จะสั่นคั่นบ่อย ๆ.

๓. ปวดและมันคันศีรษะมาก. เนื่องจาก สารคิงของ เลือดและน้ำเหลือง ที่บริเวณ

หน้าและภายในกระโหลกศีรษะ. มีการ เต้นของหลอดเลือดแดงที่มียอร์ลทำให้ถึง รำคาญ. อนึ่ง โพรงอากาศรอบ ๆ ช่องจมูก อับ, อากาศถ่ายเทไม่ได้. อากาศใน โพรงจะถูกกด ใช้ไปเรื่อย ๆ ทำให้ความ คั้นอากาศในโพรงน้อย. เซลล์ของเยื่อ ที่ โพรงจะขาดอากาศ. ผู้ช่วยจะมีอาการ มึนร้าวรอบ ๆ เข้าตาและจมูก, ซึ่งเรียกว่า แวคคิมเฮคเฮค หรือไซนัส เฮคเฮค. ยิ่งอุดช่องจมูกนานเยื่อจะยิ่งบวม, ปลาย ประสาทที่อยู่ในเยื่อจะถูกกระตุ้น. เมื่อ เยื่อบวมน้ำเหลืองจะซึมไหลออกมา. ถ้า มีเชื้อจุลินทรีย์อยู่ก็จะเกิดการอักเสบ, มี ไอ้ชเคท. คือภายในโพรงกระดกเกิด เป็นหนอง, เรียกว่า “ไซนัสไซติส”. เพราะฉะนั้นไม่ควรอุดช่องจมูกให้นานเกิน

สมควรดังกล่าว, เพราะถ้ามะเมือเอาผ้า
ออกแล้ว, เยื่อจมูกจะยังคงขมต่อไปอีก
๒-๓ วัน. หลังจากเอาผ้าออกต้องรีบทำ
ให้ช่องจมูกโล่ง.

๔. น้ำตาลลอยอยู่เสมอ, เนื่องจาก
ที่น้ำตาลที่เข้คเข้าช่องจมูกถูกเข้ค. ตา
อาจขมเพราะน้ำเหลืองและเลือดคั่ง.

๕. ห้อคั่งขมร่าคาญ. ถ้ากลืนยา
หรือน้ำลายบ่อยครั้ง, ความขมคั่งขมมาก
ขึ้น. ทั้งนี้เนื่องจากอากาศถูกคอกออกจาก
หรงกลางขณะกลืน, แล้วไม่มีอากาศจาก
ช่องจมูกเข้าหเพราะจมูกถูกคอก. กลไกของ
ขอนเป็นไปตามวิถีโปลีทเซอร์ไรเซชัน, คือ
ขณะกลืน ส่วนหน้าของ เพดาน อ่อนจะคั่ง
โดยการหดตัวของกล้ามเนื้อเท็นเซอร์เวลี-
พาลาติน (Tensor veli palatini) และ
จะคั่งปากหลอดยสเดเข้คให้ถ่างเข้ค (ยัง
ค้ำโดยประสาทแมนทิบิลาร์ ซึ่งเป็นแขนง
ของประสาทสมองที่ ๕). ในจังหวะถัดไป
กล้ามเนื้อเลวาเตอร์เวลีพาลาติน (Le-
vator veli palatini), จะหดตัว (ยัง-
ค้ำโดยประสาทแขนงฟาริงซ์ซึ่งแยกจาก
ประสาทเวกัล), ยกเพดานอ่อนขึ้นและคั่ง
ขยายส่วนคอก (Isthmus) ของหลอด
ยสเดเข้ค. ขณะนี้ก็จะเกิดแรงคคทำให้

อากาศของหรงกลางกับที่ปากหลอดยสร-
ยกันหรือถ้ายเทกัน. เมื่อกล้ามเนอทง
สองหย่อนตัวหลอดยคค. ขณะทเพดาน
อ่อนส่วนหน้าคั่งและยกขึ้น, จะคค
อากาศที่อยู่ในเนโซฟาริงซ์ ส่วนมากมา
จากช่องจมูก. ฉะนั้นเมื่อช่องจมูกถูกคค
แน่นย่อมเกิดการแย่งอากาศระหว่างหรง
กลางกับเนโซฟาริงซ์, จึงทำให้มเสียง
คั่งในเวลากลืนและทำให้ห้อ. ถ้าใส่ผ้า
ที่เนโซ ฟาริงซ์ เวลาทำการ อดจมูกทาง
ค้ำหลังจะทำให้ห้อคั่งร่าคาญเก้คง่าย
เข้ค. ด้วยเหตุนี้ผู้ทคเอาผ้าจากช่องจมูก
จะไ้รับความลำบากมาก.

วิธีอุดแบบดัดแปลง

(ก) ของใช้ ๑. ชุดที่ทำให้จมูกขา ใต้
แก้ล้าหรือผ้าแห้งขนาด ๑x๑๐ ซม.,
คีมถ่างจมูกแบบยคคคีม, ยาพานโตเคน
๒ ปซ. ผสมกับแอดเรนาลีน ๑:๑,๐๐๐
(ส่วนผสม ๑ ล.ซ.ม. ต่อแอดเรนาลีน
๑-๒ หยค, ผสมกันในตัวยา). ต้องใส่
ยาชาไว้ประมาณ ๑๕-๓๐ นาที, ก่อนที่
จะแคะค้องเข้คจมูกเสมอ.

๒. ชุดห้ามเลือด แบบเดิมใช้นว
ของถ่มมออย่าง, คีมถ่างจมูกค้ำยาวแบบ

เซนต์แคร์ธอมป์สัน, ผ้าชวาสลินที่มี
ขนาด ๑×๕๐ ซม., ปลาสเตอร์, กรร-
ไกรตัดผ้า.

ตามแบบดัดแปลง ต้องเตรียมเพิ่ม,
คือ หลอดยางยาว ๕-๘ ซม. มีขนาด
ของรูเพื่อ ให้ลม หายใจ ผ่าน โตะ ประมาณ
๐.๓-๐.๕ ซม. (กระเนให้เหมาะกับขนาด
ของรวมก), ตัดก้นถุงนมอย่างชิดข้าง
โตะข้างหนึ่ง, สอดหลอดยางลอรูบนอก
ไปเล็กน้อยแล้ว เอาเชือกมัดนิ้วมือนัด
ไว้กับหลอดนมให้แน่น. แขนบไม่ต้องใช้ที่
ต่างรวมกตามยาว.

(ข) วิธีทำ ๑. เมื่อดึงผ้าที่ชวยซาออก
แล้วให้สอดหลอดยางที่ทำไว้ไปตามพนักของ
ช่องรวมก. ลองบีบรวมกเพื่อให้ลมผ่านเข้า
ออกตามหลอดได้สะดวก. จัดให้นิ้วมือนัด
ที่ผูกกับหลอดยางอยู่ข้างล่าง. สอดเข้า
ลึกประมาณ ๕-๖ ซม. หรือจนกว่าผู้
ช่วยกลืน (บอกให้กลืนน้ำลาย) แล้วไม่
รู้สึกรำคาญที่เพดานอ่อน.

๒. จับปากถุงยางต่างแล้วสอดผ้าที่
ชววาสลินเข้าในถุงยางนั้น. ให้ใส่ทาง
ด้านบนก่อน เพื่อกดปลายในของท่อยาง

ให้แนบกับพนักของช่องรวมก. ค่อย ๆ สอด
ผ้าวาสลินนั้นจนแน่นพอควร. ดึงนเยอรวมก
จะถกผ้าวาสลินเบียดโดยทั่วไปและมีทาง
หายใจได้ตามหลอดยางที่ใส่ไว้. อย่าใส่
ผ้าให้แน่นมากนัก เพราะจะทำให้เนื้อตาย
เพราะแรงกด, เลือดอาจออกได้อีก.

๓. เอาปลาสเตอร์ ยัดหลอดยางกับ
ผิวหนังรอบรวมกเพื่อกันการเคลื่อนที่, ซึ่ง
มักเกิดในเวลากลืนน้ำหรืออาหาร.

๔. ให้ใส่ผ้าไว้เช่นนี้ประมาณ ๑๐-
๒๔ ชม.

๕. ถ้ามาน้ำมูกกรังทั่วก็ให้สิ่ง ออก
หรือใช้หลอดฉีดยาดูดหรือฉีดยาลม, หรือ
ใช้ผ้าเช็ด, แล้วแต่ควร.

ผลดีของวิธีนี้คือ ๑. ทำให้ผู้ช่วยหายใจ
ได้อย่างปรกติ, ไม่รู้สึกรำคาญ.

๒. ทำให้นอนหลับได้ดีกว่าวิธีเดิม.

๓. ไม่เกิดเสียงดังในหู.

๔. ปวดศีรษะลดน้อยกว่าวิธีเดิมมาก.

๕. ใช้ยาต่าง ๆ ลดลงมาก.

๖. การ กลืน อาหาร ทำได้ ดี คล้าย
ปรกติ.

บทบรรณาธิการ

✓ แด่หมอใหม่ — ลำคัญที่งาน

สำหรับผู้เรียนวิชาชีพ, ปัญหาใหญ่ยิ่งประการหนึ่งคือการหางานทำ. ข้อนี้ข้างนี้ทำให้หมกเปลืองความคิดเป็นอันมาก, และอาจเป็นเหตุที่ทำให้ผิดหวังและต้องเสียใจในภายหลังก็ได้. ก่อนที่ตัดสินใจจึงควรไตร่ตรองและชั่งน้ำหนักให้ดีระหว่างข้อดีและข้อเสียของงานที่จะตกลงใจเลือก. สำหรับแพทย์ส่วนมาก, ทางที่ต้องเลือกมักมีระหว่าง “แพทย์รักษาทั่วไป” กับ “แพทย์เฉพาะสาขา”. ในประเทศไทยเวลานี้แพทย์อาชีพส่วนตัวมักอยู่ในประเภทรักษาทั่วไป. มีส่วนน้อยที่ทำเฉพาะโรค. แพทย์รักษาเฉพาะสาขามักทำงานประจำตามโรงพยาบาลต่าง ๆ. แพทย์ประเภทหลังนี้ในกาลต่อไปคงจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น, เพราะการก้าวหน้าของวิชาทำให้แพทย์มีความรู้ที่จะต้องศึกษาระเอียดละเอียดออกมาจนเป็นลำดับ, จนกลายเป็นการบังคับให้ผู้ที่ต้องการจะมีความชำนาญจริง ๆ ต้องเลือกศึกษาและเลือกปฏิบัติอาชีพเฉพาะในสาขาหนึ่งเท่านั้น, มี

ฉะนั้นก็ไม่อาจรู้ได้ลึกซึ้ง, หรือไม่อาจปฏิบัติให้บังเกิดความเชี่ยวชาญในขนาดที่จะแข่งขันกับผู้อื่นได้.

ตามที่เคยมีตัวอย่างมาแล้ว, การที่ “หมอใหม่” จะเลือกทำงานประเภทใดนั้น มักมีเหตุกระตุ้นต่าง ๆ กัน. มีบางคนเท่านั้นที่รู้ล่วงหน้าอยู่แล้วว่าต่อไปจะต้องทำงานประเภทใด, เช่นผู้ที่ถูกของตัวไว้ก่อนแล้วหรือมีกิจการของตนเองหรือของเครือญาติ. มีคนส่วนน้อยที่อยู่ในฐานะที่จะเลือกงานได้ตามใจชอบแท้ ๆ. พวกนี้ต้องเป็นผู้ที่วิชาความรู้หรือทำงานเก่งจนแน่ใจได้ว่าแม้สมัครที่ไหนก็คงมีคนต้องการรับทั้งนั้น. พวกส่วนมากต้องปฏิบัติไปตามโอกาส. มีช่องที่ไหนก็เข้าที่นั้น. คนที่โชคดีได้งานที่เหมาะกับความสามารถก็ก้าวหน้าได้ดีและรวดเร็ว. บางคนที่โชคร้าย, เข้าช่องที่ไม่เหมาะกับตัว, ก็ทำต่อไปไม่ได้หรือบังเกิดความเขื่อหน่าย, ไม่ช้าก็ต้องหางานทำใหม่. พวกหลังนี้ขาดทุนมาก, เพราะทำงานไม่คิดต่อกัน, ต้อง

เสียเวลาทำงานใหม่บ่อย ๆ. ทบครั้งที
เปลี่ยนงานย่อมเป็นการตั้งตนอีกครั้งหนึ่ง.
การก้าวหน้าย่อมจะช้ากว่าผู้ที่ทำงานอย่าง
เดียวไปเรื่อย ๆ. เขาทำนองที่ว่า "ยิ่งทำ
งานนาน, ตำแหน่งยิ่งเล็กลง".

ในฐานะที่เป็นผู้มีวิชาความรู้และได้รับ
การอบรมให้ใช้สติปัญญาประกอบการทำ
งาน, แพทย์ไม่ควรจะปล่อยให้โอกาส
เป็นควัตคตินในการดำเนินอาชีพ, แต่
ควรจะใช้ ความคิดของตนเอง ประกอบใน
การเลือกทางเดินด้วย, จะมากหรือน้อย
ก็ตามที. ในภาวะปัจจุบัน, หมอยังมีไม่พอ
แก่ความต้องการของบ้านเมือง, โอกาส
ที่จะเลือกงานจึงมีอยู่เสมอ. แม้ผู้ที่อาจต้อง
อาศัยโอกาสก็มักพบโอกาสหลาย ๆ ทาง
เสนอเข้ามาพร้อม ๆ กัน, พอที่จะเลือก
เอาข้างที่ตกใจมากที่สุด. การเลือกย่อม
ต้องตัดสินใจตามข้อคิดที่มองเห็นว่าสำคัญ.
ข้อเหล่านี้อาจแยกแยะได้, ความ
สะดวกบางประการ, โอกาสพิเศษบาง
อย่าง, หรือเกี่ยวกับชนิดของงาน. สำหรับ
คนส่วนมากรายได้ดีมักเป็นข้อชักจูงที่สำ
คัญที่สุด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยค่า
ครองชีพสูงเช่นในปัจจุบัน. บางคนอาจให้
ความสำคัญแก่ความ สดวก บาง ประการ

มากกว่า, เช่นที่ทำงานอยู่ใกล้บ้านหรือมี
ที่กินที่อยู่ในที่ทำงานด้วย. แม้จะมีรายได้
น้อยหน่อยก็ยอม. บางคนเพิ่งเล็งโอกาส
พิเศษเช่นสำคัญ, เช่นการไปศึกษาเพิ่ม
เติมในต่างประเทศ, ถึงแม้จะหย่อนใน
ด้านอื่นบ้างก็ไม่ว่า. แต่ถึงแม้ว่า ใครจะมี
เหตุผล เฉพาะ คนเป็นอย่างไรก็ตาม, ต้อง
ไม่ลืมที่จะนึกถึงชนิดของงานเป็นเหตุช่วย
ตัดสินใจสำคัญข้อหนึ่งด้วยเสมอ. เช่นความ
จริงว่าหากมี แต่งงานแล้ว ไม่มีเงิน ก็อยู่ไม่
ได้. หรือมีงานดีแต่ไม่มีความสะดวกสบาย
หรือไม่มีทางก้าวหน้าก็ทำไปไม่ได้. แต่
แม้กระนั้นหากพิจารณาให้ถึงสาระของชีวิต
จริง ๆ ก็จะทำให้เห็นว่า "งาน" เป็นข้อสำคัญ
ที่สุด.

ในวงการแพทย์, ส่วนมากของงาน
ที่ทำงานเป็นงานสาธารณะ. งานที่ให้ผลดี
ย่อมตกเป็นความสำเร็จของผู้กระทำ, ไม่
มีใครแย่งไป. คนใช้ที่เราได้ช่วย
ไว้, การผ่าตัดที่เราได้ทำ, การค้นคว้าที่
เราได้เปิดเผย, เหล่านี้ย่อมปรากฏเป็น
ของเราอยู่ตลอดไป. แม้แพทย์ชั้นเล็ก ๆ,
หากมีความรู้หรือฝีมือดี, ก็อาจผลิตราย
ได้เท่าหรือมากกว่าคนผู้ที่อยู่ในชั้นใหญ่ ๆ
ได้. แพทย์ที่เรียนจบออกไปจากโรงเรียน

ไม่นาน, อาจมีประชาชนนิยมขับต๋อทั่วเมืองก็ได้, เพราะได้ทำงานดีให้ปรากฏ. ตัวอย่างเช่นมีอยู่เสมอ, และควรเป็นข้อสังเกตอย่างดีให้แพทย์ใหม่ ๆ นักถึงงานที่สำคัญ, หรือนักถึงงานอีกด้วย, ไม่เพียงแต่รายได้, ความสวดกสขายหรือการได้ไปนอกเท่านั้น.

รายได้ที่ส่งกัก, ความสวดกสขายหรือสิทธิพิเศษใด ๆ กัก, โดยมากเป็นเรื่องชั่วคราว. รายได้ทั้งงามอยู่ในขณะนั้นต่อไปอาจกลายเป็นน้อยเกินไปเสียแล้วก็ได้. การคิดว่าเป็นความสวดกหรือเป็นสิทธิพิเศษในปัจจุบัน, ในอนาคตอาจกลายเป็นเครื่องขัดขวางเสรีภาพไปก็ได้. แต่

งานเป็นสิ่งถาวร. งานที่เราได้ทำไว้ย่อมเป็นของเราอยู่ตลอดไป. สิ่งใดที่เห็นความสำเร็จ, ทำให้เราภูมิใจ, สิ่งนั้นก็ยังคงให้ความภูมิใจอยู่, แม้ออกสขหรือสข. ยั่งยืนยังมีค่ามากจน, เพราะจะมีค่าของ "ความหลังอันงดงาม" ยวกเพิ่มเข้าด้วยเป็นลำดับ.

บทความนี้ไม่ได้สอนให้คนเป็นฤๅษี, แต่ใคร่แนะคุณหมอมใหม่ ๆ, เวลาจะเลิกงาน, ให้นักถึง "งาน" ด้วย, ไม่เพียงแต่เพิ่งถึงถึง "เงิน" และ "ง่าย" เท่านั้น.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารคดีราช

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ม.ร.ว. จันทรวินัย เกษมสันต์ พ.บ., สำราญ วังศฟ้าห์ พ.บ., ธงฉัตร โคละทัต พ.บ., ไพบูลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ., อรุณ สันตคุสิต พ.บ., สวาท สุนทรภิติ พ.บ., โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ., C.R.

๑. Norman H. Blatt and Mark H. Leppen: ปฏิกริยาที่^๑เกิดจากการใช้^๒วัคซีนป้องกันโรคกลัวน้ำ. *A.M.A.J. of Dis. of Child.* 4: 1953.

ได้รายงานผู้ป่วย ๑๖ ราย ใน ๒๑ ๕๓ ราย, ซึ่งได้รับการฉีดวัคซีนโรคกลัวน้ำ (ทำโดยการฉายแสง อัลตราไวโอเล็ตที่สมองกระต่ายซึ่งมีเรบัสไวรัล) เขากล้ามหรือตีผืนหนัง. ผู้ป่วยอายุ ๔ ปีขึ้นไป. ถ้าถูกกัดที่คอหรือหัวให้ยา ๔ ล. ชม. ทุกวัน, จนครบ ๗ วันหลังจากถูกกัด, และตามด้วย ๒ ล. ชม. ทุกวันอีก ๗ วัน. ถ้าถูกกัดที่ลำตัวหรือแขนขาให้ ๒ ล. ชม. ทุกวันนาน ๑๔ วัน. ในเด็กอายุต่ำกว่า ๔ ปีให้เพียงครึ่งหนึ่ง. ปฏิกริยาที่พบบ่อยมีดังนี้: (๑) มีไข้อยู่ชั่วขณะโดยไม่มีอาการทั่วไปและอาการทางประสาท. (๒) มีไข้อยู่ชั่วขณะโดยมีอาการทางประสาทด้วย: (ก) มีน้ำไขสันหลังผิดปกติอย่างเฉียบ. (ข) น้ำไขสันหลังผิดปกติและมีอาการทางเยื่อหุ้มสมอง. (ค) น.ช.ส.ล. ผิดปกติ และมีอาการมัยอิไลติสด้วย. อาจจะมีอาการทางเยื่อหุ้มสมองหรือไม่มี. (ง) น.ช.ส.ล. ผิดปกติและมีอาการเอ็นเซฟาโลมัยอิไลติสด้วย, ซึ่งเรียกกันว่า Landry ascending paralysis. อาจมีหรือไม่มีอาการทางเยื่อหุ้มสมอง. ทำการทดสอบทางผิวหนังโดยใช้วัคซีนที่เจือ ๑ : ๑๐ ได้ผลบวกในผู้ป่วยทุกคนที่มีปฏิกริยาดังกล่าว. ได้ผลบวกเช่นเดียวกันใน ๗๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่เคยได้รับวัคซีนโรคกลัวน้ำ. ถ้าไม่เคยถูกฉีดวัคซีนได้ผลลบ.

ผู้ป่วย ๘ รายไม่มีอาการทางประสาทแต่อีก ๘ รายมีอาการทางประสาทและตาย ๑ ราย; อีก ๓ รายเมื่อให้กลับบ้านมีอาการทางประสาทเหลืออยู่. อาการที่บ่งว่าควรหยุดให้วัคซีนคือ ไข้, ปวดศีรษะ, อาเจียน, คลื่นไส้, ปวดตามประสาท, อ่อนเพลียหรือขาไม่มีแรงโดยหาสาเหตุอื่น

ไม่ได้.

มี ๓ รายที่อาการหนัก, ได้รับคอร์ติโคไตรซิน. ๒ รายได้ผลดี. อีกหนึ่งรายได้รับยาในระยะท้าย, ไม่ได้ขึ้นและตาย. ดังนั้นผู้รายงานแนะนำให้ใช้คอร์ติโคไตรซินแต่ไม่ยืนยันว่าจะได้ผลดีเสมอไป.

ม.ร.ว. จันทรวินิจฉัย เกษมสันต์ พ.บ.

๒. Park Biehl and Richard W.

Vitter: ผลของไอโซไนอะซีดต่อเมตะบอลิซึมของวิตามินบี ๖. Proc. Soc. Expt. Biol. Med. 3: 389 - 392, 1954.

เมตะบอลิซึมของวิตามินบี ๖ นั้นตรวจโดยการหาจำนวนกรดพิริค็อกซิด, N, methylmicotinamide, วิตามินบี ๖ ที่ถูกขับถ่ายออกมาในปัสสาวะ ๒๔ ชม., และหารกแซนโทเรนิค(XA)ที่ขับถ่ายออกมาในปัสสาวะ ๒๔ ชม. ก่อนและหลังกิน dl-tryptophane ๑๐ กรัม. ถ้ามีการขับถ่าย XA เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๓๐ มก. แสดงว่ามีการขัดข้องเมตะบอลิซึมของวิตามิน บี ๖.

จากการทดลองพบว่าการขับถ่ายวิตามินบี ๖ เพิ่มขึ้นอย่างมากภายหลังจากกินไอโซไนอะซีดยัยควาไซค์ (INH), โดย

เฉพาะในพวกที่ได้รับ ๒๐ มก. ต่อ ๑ วัน แต่การขับถ่ายของกรดพิริค็อกซิด และ N, เมธิลไมโคตินาไมด์ปรกติ. ๕๐ ปร. ของผู้ป่วยมีอาการประสาทอักเสบ, ซึ่งมักเกิดระหว่างสัปดาห์ที่ ๕ ถึง ๗ หลังให้ยา. ใน ๒๐ รายที่ให้พิริค็อกซิดควบกับ INH ตั้งแต่แรก, ไม่เกิดอาการประสาทอักเสบเลย. ๒ รายที่ให้พิริค็อกซิดในระยะต้นของอาการประสาทอักเสบไม่ได้ผล. ในรายที่มีอาการประสาทอักเสบเหลืออยู่จาก INH การรักษาด้วยพิริค็อกซิด, ธิอะมีน และ ไนอะซินไม่ได้ผล.

ผู้รายงานแนะนำว่าการให้พิริค็อกซิดควบกับ INH ในขนาดสูงอาจป้องกันการอักเสบของประสาททรอบนอกได้.

ม.ร.ว. จันทรวินิจฉัย เกษมสันต์ พ.บ.

๓. J.J. Conley การวินิจฉัยและรักษาเสมหะแห้งคึกในหลอดลม. J.A.M.A. 154: 829-832, 1945.

เสมหะแห้งในหลอดลมมักเกิดร่วมเป็นโรคแทรกไปกับการทำผ่าตัดของหลอดลมเช่นการเจาะคอแล้วใส่หลอดอากาศคาไว้หรือผ่าตัดทำทางเดินอากาศใหม่. เสมหะนี้มักทำให้เกิดอันตรายโดย

การหายใจไม่ออก. พบใน ๑๐ ปช. ของคนทั้งเจระคอ. พบมากหลังจากเจระคอแล้ว ๓ ถึง ๑๐ วัน และพบน้อยลงหลังจากผ่าตัดแล้ว ๒ สัปดาห์. โรคนี้มีสาเหตุจากทั้งภายในร่างกายผู้ป่วยเองเช่นเป็นโรคปอดและการอักเสบของทางเดินอากาศอยู่แล้ว, และจากภายนอกเช่นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความชื้นและสิ่งแวดล้อมของบรรยากาศ, หรือเชื้อโรคทำให้เกิดการอักเสบของหลอดลม. การวินิจฉัยโรคนี้ไม่ยากผู้ป่วยจะมีอาการแสดงทางการซักขบวนการหายใจและรบกวนทางเดินอากาศ.

การรักษาที่ควรระวังไม่ให้เกิด. ถ้าเกิดแล้วเอาออกได้ไม่ยาก. ก็อันเล็ก ๆ อาจเอาออกทางจมูกและถ้าก้อนใหญ่ก็เอาออกทางหลอดคอ.

สำราญ วัศพำห์ พ.บ.

๔. J.E. Hawkins and M.H. Lurie. ฤทธิ์ของไคฮัยโครสเตร็ปโตมัยซินและนีโอมัยซินค่อหุ้มแวม. Ann. Otol., Rhino, Laryng. 62: 1128-1148, 1953.

ใช้แวมเป็นสัตว์ทดลอง. ให้ยาขนาดต่าง ๆ กัน และเวลาต่าง ๆ กัน. คอย

สังเกตอาการหลังจากให้ยาแล้ว. ฤทธิ์ของไคฮัยโครสเตร็ปโตมัยซินนั้นรบกวนระบบเวสทิบลาร์หลังจากการให้ยาไม่นาน. การตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์ แสดงว่ามีเซลล์ขนตายเป็นหย่อมๆ ที่คริสต้า (cristae) ของหลอดกึ่งวงกลม, แต่ของมำคล่าปรกติ. การตรวจทางไมโครโฟนิคพบว่าหน้าที่ของโคเคลียเสียไปเล็กน้อย. จากการตรวจเนื้อก็พบว่าเซลล์ขนชั้นนอกหลอดกึ่งวงกลมอันที่ ๒ และ ๓ ตาย, แต่ชั้นในปรกติ. นีโอมัยซินมีผลน้อยต่อระบบเวสทิบลาร์ แต่ออกฤทธิ์ทำลายเต็มทั้งโคเคลียจนทำให้หน้าที่เสียไป. จากการตรวจเนื้อก็พบว่าเซลล์ขนตายหมด. ผู้เขียนเพิ่มเติมว่าคนนั้นแพ้ไคฮัยโครสเตร็ปโตมัยซินมากกว่าแวม, การได้ยินเสียงสูงเสียเพราะเซลล์ขนในซดแรกของโคเคลียตาย. ส่วนนีโอมัยซินนั้นทั้งคนและแวมแพ้ได้มากเท่าๆกัน.

สำราญ วัศพำห์ พ.บ.

๕. M. Toohey วิเคราะห์ ๑ ในการรักษาด้วยยากันเลือดแข็ง. B.M.J. 1020:5, 1954.

ผู้รายงานได้ทดลองกับผู้ป่วย ๗๐ ราย

ที่ใช้อย่างกันเลือดแข็ง. ผู้ช่วย ๖๘ ราย ได้
 รัยผลจากการกินวิตามินเค ๑; อีก ๒ ราย
 คายเนื่องจากหัวใจล้มและมีอินฟาร์คชัน
 ของกล้ามเนื้อหัวใจ. ผู้ช่วยเกือบทุกรายที่
 ได้รัยอย่างกันเลือดแข็งพวกที่ออกฤทธิ์ระ
 ลิ่น ๆ เช่น Phenyldanonedione
 ("Dindevan") หรือ Ethyl biscoum-
 acetate ("Tromexan") ต้องการ
 วิตามินเพียง ๕-๑๕ มก. เท่านั้นที่เพียงพอ
 ที่จะทำให้โปรทรอมบินในเลือดเข้าสู่ระ
 ดับที่ปลอดภัย. มีน้อยรายที่ต้องใช้ถึง ๑๕
 มก. สำหรับพวกที่ใช้อย่างกันเลือดแข็งที่
 ออกฤทธิ์นาน ๆ เช่น Dicoumaron,
 Phenylpropyl — hydroxycoumasin
 และ Cyclocoumaron นั้นต้องการวิตามิน
 เค ๑ มากขึ้นโดยควรได้รัย ๑๐ ถึง ๒๕
 มก. จึงจะพอ. ถ้าผู้ช่วยมีอาการหนักมาก
 หรือมีเลือดออก, โดยเฉพาะมีอาการช็อค
 และหัวใจล้ม, ควรได้รัยวิตามินเค ๑ มาก
 กว่านี้. การใช้วิตามินเค นั้นให้ผลหรือไม่
 อาจทราบได้โดยการตรวจโปรทรอมบินใน
 เลือดภายหลังการใช้วิตามินเค ๑ แล้ว ๖
 ถึง ๘ ชม. ถ้าหากระดับของโปรทรอม
 บินยังไม่สูงขึ้นเช่นที่พอใจก็เพิ่มขนาดให้
 สูงขึ้นอีกได้.

ธงฉัตร โคละทัต พ.บ.

๖. William M.M. Kirby and
 James M. Burnell: ผลของการใช้
 แอนติไบโอติคอื่นร่วมกับเพนิซิลลินต่อการ
 สลายตัวของสตาฟิโลคอคคัสออเรียส.
 J. Bact. 2 : 50-52, 1953.

เท่าที่รู้จักแต่เดิมนั้นเพนิซิลลินทำให้
 เซลล์ของเชออสตาฟิโลคอคคัสออเรียส
 (และเชออบีนิวโมคอคโค) มีการพองตัว,
 และต่อไปก็สลายตัว. การสลายตัว
 อาจเกิดจากออสโตไลซินซึ่งออกฤทธิ์ต่อ
 บัคเทรียซึ่งไม่อาจทรงชีวิตต่อไปได้หรือเกิด
 จากฤทธิ์โดยตรงของเพนิซิลลิน. ในราย
 งานได้กล่าวถึงการทดลองที่แสดงถึงผล
 ซึ่งมีต่อการพองตัวและสลายตัวของสตา-
 ฟิโลคอคคัสออเรียสเมื่อใช้แอนติไบโอ
 ติคอื่น ๆ ร่วมกับเพนิซิลลิน.

วิธีการ ใช้เชออสตาฟิโลคอคคัสออ
 เรียสที่ไวต่อเพนิซิลลินเลี้ยงในน้ำเลี้ยง
 เชอ. เติมสารละลายของเพนิซิลลินและ
 เพนิซิลลินกับแอนติไบโอติคอื่น ๆ ในความ
 เข้มข้นต่าง ๆ กัน, แล้วเทียบดูความชุ่ม
 (เพื่อการพองตัวและการสลายตัวของ
 บัคเทรีย) โดยใช้สเป็คโตรโฟโตมิเตอร์
 (โคลแมน). สังเกตดูความชุ่มในเวลา
 ต่าง ๆ กันเป็นเวลา ๒-๓ วัน ที่ ๓๗°ซ.

และเอามาทำเพลตดูเป็นระยะ ๆ ๔, ๘, ๒๔ ชั่วโมง เพื่อดำเนินการบันทึกซึ่งยังเป็นอยู่.

ผล (๑) เมื่อใส่เพนิซิลลินอย่างเดี่ยว ๐.๑ หน่วยต่อ ล.ซม., ๒ - ๓ ซ.ม. ภายหลังปรากฏว่ามี การพองตัวของเชื้อ, และภายใน ๑๐ ซ.ม. เชื้อได้สลายตัวไปหมด. (๒) เมื่อเติมซัลเฟอร์แอมเฟนิคอลล ๑๐-๘๐ ไมโครกรัมต่อ ล.ซม. รวมกับเพนิซิลลิน ๐.๑ หน่วยต่อ ล.ซม. หรือใช้ออริโอ มัยซิน หรือ ออกซัยเตตราซัยคลิน ๑-๑๐ ไมโครกรัม ผสมกับเพนิซิลลินดังกล่าว, ปรากฏว่าแอนติไบโอติกทั้งสามทำให้มีการสลายตัวของแบคทีเรียช้าลงอย่างเด่นชัด. ขณะเดียวกันจำนวนแบคทีเรียที่เหลืออยู่ในระยะเวลาหนึ่งก็มีมากกว่าเมื่อใส่เพนิซิลลินแต่อย่างเดี่ยว. (๓) การทดลองเติม ๘๐ ไมโครกรัมของซัลเฟอร์แอมเฟนิคอลล ๑/๔, ๑, และ ๒ ซ.ม. หลังจากเติมเพนิซิลลิน, ปรากฏว่ายิ่งเติมซัลเฟอร์แอมเฟนิคอลลเข้าปฏิกิริยาก็ยิ่งเหมือนกับเมื่อใส่เพนิซิลลินแต่อย่างเดี่ยว.

สรุปผล ๑. การทดลองนี้แสดงว่า การสลายตัวของ สตาฟิไลค็อกคัส อีเรียส ในเพนิซิลลินนั้นเกิดจากออโตไลซิซันของเชื่อนั้นไปออกฤทธิ์ต่อเชื้อที่ตายแล้ว

จากเพนิซิลลิน.

๒. พวกซัลเฟอร์แอมเฟนิคอลล, ออริโอ มัยซิน และ ออกซัยเตตราซัยคลิน เมื่อรวมกับเพนิซิลลินทำให้ฤทธิ์ของเพนิซิลลิน น้อยลง. ข้อนี้ตรงตามผลของการทดลอง ในสัตว์ซึ่งทำโดย Jawetz.

ไพบูลย์ เออทวิกุล พ.บ.

๗. K.M. Blackhouse and W.T. Catton.: การทดลองศึกษาหน้าที่ของ กล้ามเนื้อลำบริคัลในมือคน. J. Anat. 88: 133-141, 1954.

ทดลองศึกษากำลึงกล้ามเนื้อที่แฝงอยู่ โดย ๒ วิธี คือ อิเล็กโตรมัยโอกราฟี และกระตุ้นด้วยไฟฟ้า. ใช้คนปรกติ, ไม่ให้ยาชาใด ๆ. (๑) อิเล็กโตรมัยโอกราฟี. ใช้เข็มอิเล็กโตรดที่ทำด้วยลวดทองแดงเคลือบสอกลงในเข็มฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังเบอร์ ๒๐ รวม เป็นก้อนเนื้อบริเวณนี้ค-เกลอิเล็กโตรด. ใช้ เอ. ซี. คัพเบิลแอม-พลิไฟเออร์ กับ หลอดรังสีแคโรดในการบันทึกด้วยการถ่ายภาพ. ผู้เขียนได้ทดลองจนเชื่อมั่นได้ว่าไม่มีกำลังไฟฟ้าจากกล้ามเนื้อใกล้เคียงผ่านมายังตัว. ขณะทดลองให้ผู้ถูกทดลองทำท่าต่าง ๆ ของข้อต่อ

อินเตอร์ ฟาลัง เจียลทั้ง ที่สัมพันธ์ และไม่สัมพันธ์กับท่าต่าง ๆ ของข้อต่อเมตาคาร์ ไปฟาลังเจียลร่วมพร้อมกันไปด้วย.

๒. กระตุ้นด้วยไฟฟ้า. ใช้เข็มอิเล็กโตรดอินเดียม. มีแผ่นอิเล็กโตรดอีกอันวางที่ส่วนปลายแขน ใช้กระแสไฟฟ้าเหมาะที่จะทำให้กล้ามเนื้อลัมบริคัลหดตัว และท่าพอที่จะไม่แผ่ไปยังกล้ามเนื้อใกล้เคียง. เครื่องกระตุ้นมีช่วงเวลา ๑/๒ มิลลิเซคกันต์, ความถี่ระหว่าง ๕๐-๑๐๐ ต่อวินาที, กระแสไฟตรง, แรงไฟ ๖๐ โวลต์, แรงต้านทาน ๖๐๐ โอห์ม, กระตุ้นหนึ่ง ๆ ราว ๑/๓ มิลลิเซคกันต์. ใช้กระตุ้นด้วยกระแสไฟ ๒ พวง, คือด้วยกระแสไฟสูงและกระแสไฟต่ำ (๑/๓ ของกระแสไฟสูง) ขณะทดลองให้ผู้ถูกทดลองทำท่าเช่นเดียวกับ (๑).

ผลการทดลองทั้ง ๒ วิธีสนับสนุนในข้อที่ว่ากล้ามเนื้อลัมบริคัลช่วยเหยียดข้อต่ออินเตอร์ ฟาลัง เจียลไม่ว่าข้อต่อเมตาคาร์ ไปฟาลังเจียลจะอยู่ในท่าใด ๆ ก็ตาม; และเชื่อว่ามันช่วยให้การเหยียดของกล้ามเนื้อเอ็กซ์เท็นเซอร์คิทิคอรุ่มคอมมิวนิสสันเหยียดได้เต็มที่ยิ่งขึ้น, ทั้งยังช่วยไม่ให้เกิดการเหยียดมากเกินไปที่ข้อต่อเมตาคาร์

ไปฟาลังเจียลด้วย. กล้ามเนื้อนภายหลังที่เหยียดข้อต่อ อินเตอร์ ฟาลัง เจียลแล้ว สามารถช่วยของข้อต่อเมตาคาร์ ไปฟาลังเจียล. ผู้เขียนไม่เห็นด้วยว่ากล้ามเนื้อจะมีหน้าที่ช่วยในการนำนิ้วเข้าหาหัวแม่มือหรือช่วยในการบิดหมุน, การเอียงนิ้วไปทางเรเคียล.

สรุป

๑. หน้าที่สำคัญของกล้ามเนื้อลัมบริคัลคือเหยียดข้อต่ออินเตอร์ ฟาลังเจียลของนิ้วมือ.

๒. ช่วยของข้อต่อเมตาคาร์ ไปฟาลังเจียลได้บ้างเล็กน้อยภายหลังที่เหยียดข้อต่ออินเตอร์ ฟาลังเจียลเสียก่อน.

๓. ไม่มีหน้าที่ช่วยหมุนหรือเอียงนิ้วมือไปทางเรเคียล, และไม่ช่วยนำนิ้วเข้าไปหาหัวแม่มือ.

อรุณ สันตคุสิต พ.บ.

๘. S. Sunderland and D.F. Cossar: โครงสร้างของประสาทเฟเซียล. *Anst. Rec.* 2: 147-165, 1953.

การรักษา Bell's Palsy นั้นมีปัญหาเกี่ยวกับสมมุติฐาน และการเลือก เส้นประ-

สาธตามผิวมาทำการเชื่อมต่อ (grafting). ควรเลือกเส้นประสาทซึ่งเมื่อดึงออกแล้ว จะเสียความรู้สึกน้อยที่สุดหรือไม่เสียเลย, และต้องมีขนาดหน้าตัดและโครงสร้างภายในคล้ายคลึงกับประสาทเฟเซียมมากที่สุด เพื่อทำให้ส่วนที่เชื่อมต่อกัน. ผู้รายงาน จึงเสนอการ ค้นคว้า ซึ่งอาจ เป็นประโยชน์ ต่อปัญหา.

ใช้ประสาทเฟเซียม ๑๓ เส้นจากศพ, ทำซีเรียลเซ็คชัน โดยยังรักษารูปร่างของช่องเฟเซียมไว้, นำมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แล้วสร้างรูปจำลองขึ้น, ได้ผล ดังนี้:— (๑) ช่องเฟเซียมเป็นช่องกว้าง สม่ำเสมอตลอดไป, ไม่แคบลงแม้แต่ที่ เบียดสะเตอร์โนมาสทอยด์, ดังที่รายงาน เก่าเคยกล่าวไว้. (๒) การเรียงตัวของ มีดไย ประสาท และเยื่อ ผนึกพัน ต่างกันใน ระดับต่าง ๆ แต่คงที่สำหรับระดับนั้น ๆ คือ:— (ก) ระหว่างสมองกับทางเข้า ช่องเฟเซียมมีเยื่อ ผนึกพัน น้อยและละเอียด ล้อมเป็นปลอกบาง, แล้วแทรกเข้าไป แบ่งไยประสาทออกเป็นหลายมัด. (ข) ระหว่างทางเข้าช่องเฟเซียมถึงขั้วประสาท เจนิกเลท, ไยประสาทรวมกันเป็นมัดเดี่ยว, มีเพอรินิวเรียมเป็นปลอกบางหุ้ม. (ค)

ระหว่างขั้วประสาทเจนิกเลทและระดับหนึ่ง ระหว่างจุดตั้งต้นของแขนงสตาบเคียมและ ฌอร์คาทิมปาน, ประสาทยังคงเป็นมัดเดี่ยว, ล้อมด้วยเพอรินิวเรียมซึ่งบาง แต่เรียงตัวแน่นทึบ. มีปลอกเอปินิวเรียมซึ่งหนากว่า, แต่เรียงตัวหลวมกว่า, หุ้มรอบอีกชั้นหนึ่ง, ซึ่งในที่สลับไปพร้อมกับ เยื่อหุ้มกระดูก. (ง) ต่อจากนี้ไปถึงรู เบียดสะเตอร์โนมาสทอยด์, เส้นประสาท แบ่งเป็นหลายมัด แต่มีการประสานเป็น ร่างแหมากมาย, แต่ละมัดจึงมีไยประสาท ต่อไปสู่แขนงสำคัญของประสาทเฟเซียม เกือบทุกแขนง. มีอยู่เพียงศพเดียวซึ่ง ประสาทรวมกันอยู่เป็นมัดเดี่ยว (๓) ใน เส้นประสาทปรกติ, ต้องผ่าลึกถึงเพอรินิวเรียม ไยประสาท จึงจะโผล่ออก มาซึ่ง คำน กับการรายงานเก่า ๆ. (๔) ประสาทอยู่เต็ม ช่องเฟเซียมโดยตลอด. ไยประสาทจะ กินเนื้อที่ราว ๑๒-๑๕ ปรซ. ของเนื้อ หน้าตัดของช่องในบริเวณชั้นใน. ที่เหลือ เป็นเยื่อ ผนึกพันและหลอดเลือด. บริเวณ ก่อนถึงขั้วประสาทพบ ๓๕-๖๕ ปรซ., ถัด จากขั้วประสาท ๒๕-๕๐ ปรซ.

จากตัวเลขรวมทั้งลักษณะของเพอรินิวเรียมและเอปินิวเรียม แสดงว่าการรวม

ของ มัด ขยประสาท ในระยะ แรก จะถกรักไว้โดยเพอร์นิวเรียม, ไม่ใช่เอบีนิวเรียมหรือช่องกระตัก. อนึ่งบริเวณหูชั้นในมี หลอดเลือด อินเทอร์เน็ตออกคิอริยมาสัมพันธ์อยู่. หลอดเลือดนี้อาจขยายตัวขึ้นในบางโอกาส, นับเป็นความสำคัญ.

(๕) ได้ฉีกสีต่างกันผสมกับเจลาตินเข้าไปในหลอดเลือดแดงเอ็กสเทอร์นัลคาโรติก, อินเทอร์เน็ตคาโรติกและเวอริคัล. พบว่า ประสาท เฟเซียม มีหลอด เลือด มาเลี้ยง ๕ หลอด, คือแขนงสคัยโลมาสคอยท์ของหลอดเลือดโปสท์-ออร์คิวลาร์, แขนงเปโตรซัล ของหลอดเลือด มีกเทิลเมนิงเจียล, อินเทอร์เน็ตคิอริย, แอนทรีเรีย, อินพยเรียชวีเยลลาร์และเบซิลาร์. หลอดเลือดและแขนงของมันจะทอดคอบุ้ตนในเอบีนิวเรียม, แยกออกเป็นแขนงทอดคอบุ้ตนบนและลงล่างตามความยาวของประสาท, เห็นได้ค้วยตาเปล่า. อาจเข้าใจผิดว่าเป็นแนวทมิเลือดออก. ถ้าที่ใดประสาทแบ่งเป็นหลายมัด, หลอดเลือดจะแตกแขนงจนเป็นหลอดเลือดฝอยแทรกเข้าสู่ระหว่างและภายในมัดประสาท. หลอดเลือดเหล่านี้จะประสานกันเป็นร่างแห. ไม่ว่าในระยะใดประสาทจะได้รับเลือดจาก

สองแหล่ง. ถ้าแหล่งหนึ่งถูกออกจะได้รับเลือดจากอีกแหล่งหนึ่งอย่างเพียงพอเสมอ. ขอนจึงคาน งาน เก่าที่ว่า ประสาท ในระยะหนึ่ง ๆ ได้รับหลอดเลือดเพียงทางเดียว, ไม่มีหลอดเลือดข้างเคียงที่จะช่วยลดการขาดเลือด.

สวาท สุนทรภักดี พ.บ.

๕. Alvin C. Wymen: ม้ามแตกเนื่องจากการกระทบกระแทก. Am. Jour. Roent. Rad. 1:51-63, 1954.

การวินิจฉัยม้ามแตกในทางคลินิกบางครั้งมักจะแม่นยำมาก, โดยอาศัยอาการ: (๑) มีอาการ ของตกเลือด ในช่องท้อง. (๒) ช็อค. (๓) จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงเร็ว. (๔) อาการปวดถ่นไปที่ไหล่ซ้าย. (๕) บาลานซ์ไนน์ของม้ามที่เคาะไตคิย, หรือเคาะไตความคิยที่เคลอนทไค้ของของเหลวในช่องท้อง.

แต่ในบางครั้งอาการต่าง ๆ ไม่แน่ชัด, การตรวจทางรังสีอาจจะช่วยเป็นประโยชน์ได้.

หลักฐานทางรังสีเรินคเกิน :

(๑) มีน้ำในช่องท้อง, ส่วนคาร์เดียของกระเพาะอาหารถูกคั้นไปทางขวา. ส่วน

โค้งสเปคนิคของลำไส้ใหญ่ถูกกดลงต่ำ, เห็นเงาของเหลวอยู่ตอนด้านข้างของช่องท้องหรืออยู่ในอุ้งเชิงกราน, ส่วนโค้งใหญ่ของกระเพาะอาหารเป็นรอยจัก ๆ, ในช่องท้องมีเงาที่ขของน้ำหัวใจ, มีน้ำอยู่ในระหว่างขคของลำไส้.

(๒) เงาของม้ามมองไม่เห็น. (ในรายปรกติ, อาจจะไม่เห็นเงาของม้ามได้ราว ๔๒.๔ ปรศ. เห็นเงาของขัวล่างของม้ามได้ ๕๗.๖ ปรศ.) เนื่องจากม้ามแตกหรือมีเลือดออกอยู่โดยรอบม้าม, เงาที่ขบริเวณ ม้ามหนาขึ้น หรือมีเงาที่ขเพิ่มขึ้นมากได้กระบังลมค้ำชันซ้าย.

(๓) เงาของม้ามโตขึ้น, โดยมีเลือดออกคั่งอยู่ใต้เปลือกของม้ามหรือมีเลือดเข้าไปในเนื้อของม้าม, หรือโดยที่ม้ามแตก. มักจะพบว่าเส้นผ่าศูนย์กลางตามขวางเพิ่มขึ้นและขัวล่างของม้ามต่ำลง.

ผู้รายงานได้วิจัยรายงานผู้ป่วยที่มีม้ามแตก ๑๕ ราย, และพบว่ามหลักฐานทางรังสีเรินตเกิน ดังนี้:

- (๑) กระเพาะอาหารพอง ๑๒ ราย.
- (๒) ม้ามโต ๑๑ ราย.
- (๓) ขัวบนของม้ามมองไม่เห็น ๘ ราย.
- (๔) กระบังลมค้ำชันสูงชัน ๕ ราย.

(๕) กระเพาะอาหารถูกดันไปทางขวา, มีรอยจักที่ส่วนโค้งใหญ่ของกระเพาะอาหาร, ส่วนโค้งสเปคนิคของลำไส้ใหญ่ถูกกดลงต่ำและอื่น ๆ มักพบน้อย.

โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ., C.R.

๑๐. Capt. W. Wayne Sands and Capt. W.K. Clark: โคอิสเตมาโตมัยอีเลีย (Diastematomyelia) Am. Jour. Roent. Rad. Ther. 1:64-69, 1954

โคอิสเตมาโตมัยอีเลีย หรือการที่ไขสันหลังส่วนล่างแยกออกเป็นสองอันตั้งแต่กำเนิด, โดยมีแผ่นกระดูกหรือไฟโบรคาร์ทีเลชัน, และอาจจะมี การเปลี่ยนแปลงทางเมโสซิมัลหรือเอ็คโตเคอร์มีลคิสเพลเซียร่วมด้วย, เช่นมีขนยาวที่ผิวหนังส่วนเอว, ไฟโลนิคัลซีสต์, เคอร์-มัลไซนัสที่มีมาแต่กำเนิดและสปีน่ายฟีตา-ออคคัลตา.

ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วยหญิง ๑ ราย, อายุ ๕๒ ปี. มีอาการเดินเปะปะไม่มั่นคงมาตั้งแต่อายุ ๑ ขวบ. ตรวจพบ (๑) ทำถ่างออกจากกัน, เอวคดเล็กน้อย.

(๒) การตรวจทางระบยประสาท: เดินขาถ่าง ๆ, มีอะแทกเซียเล็กน้อย, มี

ร้อมเบอร์กไฮน์; พาเทลลาร์และอาซิล-
 ลิสรีเฟล็กส์น้อยลง. (๓) ความดันใน
 กระโหลกศีรษะไม่เพิ่มขึ้น. (๔) ระยะ
 ของอาการที่ปรากฏเป็นมานาน. การตรวจ
 พยทางรังสีวิทยา: (๑) กระดูกสันหลัง
 ส่วนเอวคดเล็กน้อย. (๒) ช่องของไข
 สันหลังกว้าง เป็นรูปกระสวย และกระดูก
 สันหลังตรงตำแหน่งนั้นกว้างออกตามส่วน

ขวาง. (๓) มีเงาที่ขของชั้นกระดูกเป็น
 เส้นตามตั้ง, ขนาด 1×0.4 ซม., ตรง
 กลางของช่องไขสันหลัง. (๔) การตรวจ
 มัยอิโด กราฟิย์พบว่า ช่องไขสัน หลังตรง
 ตำแหน่งนั้นแยกออกเป็นสองทาง, ไม่มี
 การอุดตัน. (๕) เพกเคิลของกระดูกสัน
 หลังข้างและห่างจากกัน.

โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ., C.R.

เฉพาะท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการ ปกแข็ง	ราคา ๓๕.๐๐ บาท
สมุดรวมวิชาการ ปกอ่อน	ราคา ๒๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ	ราคา ๒๐.๐๐ บาท
คำสั่งไปรษณีย์	เล่มละ ๒.๐๐ บาท

ปกิณกะ

งานที่ระลึก

ถึง

เพาล์ เอห์ลลิช และ เอมีล ฟอน เบริงก์

ระหว่างวันที่ ๑๓ ถึง ๑๖ มีนาคม ๒๔๕๗ ที่เมืองฟรังค์ฟวร์ท-อัม-ไมน์, ประเทศเยอรมนี ได้จัดงานฉลองวันเกิดครบรอบที่ร้อยของนักวิทยาศาสตร์ชั้นเยี่ยมสองท่านผู้ได้ประกอบคุณประโยชน์อย่างใหญ่ยิ่งไว้แก่มวลมนุษยทั่วโลก, คือ เพาล์ เอห์ลลิช (Paul Ehrlich) และเอ-มิล ฟอน เบริงก์ (Emil von Behring)

เพาล์เอห์ลลิชเกิดเมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๑๘๕๔, มีอาชีพชั้นต้นเป็นแพทย์. ต่อมาได้หันไปสนใจในค่านับควาเกี่ยวกับ การใช้สารเคมี, โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารที่สังเคราะห์ขึ้น, เพื่อรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียและยาราสีตต่าง ๆ. การศึกษาของเขาให้ความรู้ในค่านับนี้เป็นอันมากจนทำให้ได้รับรางวัลโนเบลในปี ๑๙๐๘, คู่กับ เม็ทซนิคอฟฟ์, ผู้ค้นพบฟาโกไซโทสิส. ต่อมาในปี ๑๙๐๘ เอห์ลลิชได้เปิดเผย

การค้นพบซัลฟวาร์ซาน ซึ่งเป็นยาขนานแรกที่ใช้รักษาซิฟิลิสได้อย่างศักดิ์สิทธิ์, เป็นการเปิดศักราชของการรักษาโรคด้วยสารเคมี (เคมีบำบัด) ซึ่งนำมาถึงซัลฟอนาไมด์ในภายหลัง. เอห์ลลิช ถึงแก่กรรมในปี ๑๙๑๕ และได้รับการยกย่องจากนักวิทยาศาสตร์ทั่วหน้าว่าเป็นบิดาแห่งเคมีบำบัด.

เอมีล ฟอน เบริงก์เกิดเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๑๘๕๔, ภายหลังเอห์ลลิช๑วัน. เขาเป็นแพทย์ผู้สนใจค้นคว้าใน วิทยาแบคทีเรียและอิมมูโนโลยี และ เป็นคนแรกที่ผลิตเซรุ่มที่ใช้รักษาโรคคิฟิเรียอย่างได้ผลและผลิตแอนติท็อกซินขึ้นป้องกันบาดทะยักได้สำเร็จ. นับว่าเป็นผู้ริเริ่มในการใช้เซรุ่มในทางแพทย์. เขาได้รับรางวัลโนเบลในปี ๑๙๐๑, คู่กับก่อนเอห์ลลิช, และถึงแก่กรรมในปี ค.ศ. ๑๙๑๗.

โดยที่นักวิทยาศาสตร์ชั้นเยี่ยมทั้งคน
ได้ใช้ชีวิตส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในฝรั่งเศส,
เมืองนั้นจึงได้จัดงานฉลองวันเกิดครั้งที่
หนึ่งร้อยของทั้งสองท่านเป็นการใหญ่. มี
การทำพิธีระลึกทางศาสนาในโบสถ์เพาล์ส
คาธิดรัล. ในโอกาสนั้นได้ทำพิธีมอบ
“รางวัลเพาล์เอห์ลลิช” สำหรับปี ๑๙๕๔
ให้แก่ศาสตราจารย์ แอร์นสท โบริสเชน
(Ernst Boris Chain) นักเคมีผู้ร่วมมือ
กับฟลอเรย์ ในการนำเพนิซิลลิน มาใช้ใน

การแพทย์อีกด้วย. ต่อจากนั้นมีการประ-
ชุมทางวิทยาศาสตร์ที่โรงงานเฮ็คส์ท, ซึ่ง
มีนักวิทยาศาสตร์, แพทย์และนักเคมี
จำนวนหลายร้อยจากประเทศต่าง ๆ ทั้งใน
และนอกยุโรปเข้าร่วมประชุมด้วย.

งานฉลองทำนองเดียวกันนี้ ได้จัดขึ้น
พร้อมกันที่เมืองมาร์บวร์ก, ซึ่งเป็นที่ตั้ง
สถานผลิตเซรัมของเบริงก์, อีกแห่ง
หนึ่งด้วย.

ส. ก.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

สารศิริราชพิมพ์จำนวนจำกัดเฉพาะสมาชิก หากท่านสมาชิกไม่ได้รับฉบับประจำ
เดือนใด โปรดทวงถามโดยด่วน มิฉะนั้นท่านจะได้หนังสือไม่ครบตามลำดับ.

แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ช.ค.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๔๘๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๑,๔๗๕	๕๗๓	๘๕๘	๗๑๘	๑,๑๕๐	๒๒๗	๔,๙๙๑
เก่า	๑,๓๓๓	๑,๑๕๘	๑,๑๒๘	๗๗๑	๑,๗๘๐*	๒๑๑	๖,๓๘๑
รวม	๒,๘๐๘	๑,๗๓๑	๑,๙๘๖	๑,๔๘๙	๒,๙๓๐	๔๓๘	๑๑,๓๗๑
ใน	๑๐๘	๒๒๐	๖๔๒	๘๕	๑๘๕	—	๑,๒๔๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๑ ๒๖๒ จักษุ ๑ ๑๘๕ สูติ-นารี ๑ ๑๒๘ รวม ๕๗๖ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๒๐๘ หญิง ๒๐๕ รวม ๔๑๓ คลอดตาย ชาย ๗ หญิง ๖ รวม ๑๓.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๒๘ คน (๑๐.๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๒๘ ราย (๒๑.๑ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๒๗๐ ครั้ง. ข้างนอก ๗ ครั้ง. รวม ๒๗๗ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๑,๗๗๗ คน. รักษาใหม่ ๓๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๐๖ ครั้ง
ราเดียม รักษา ๑๔ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๒ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษา
ใหม่ - ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๗๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๒๘๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๘ ราย ตรวจเนื้อ ๗๒๓ ราย (จากภายนอก ๕๒ ราย). แอ็กกูตูเนชัน

๗๑. วัณโรค ๑,๖๑๘ หมู่นี้เลือด ๕๔๐. น้มน้ำเหลือง ๑๓๒. หาเชื้อบักเตรี ๗๒. ตรวจน้ำ
ไขสันหลัง ๔๓. อุจจาระ ๒๖๐. บัสสาวะ ๑๑๘. เสมหะและอื่น ๆ ๓๘. เพาะเชื้อจากเลือด ๖๐.
อุจจาระ ๗๘. บัสสาวะ ๓๓. น้ำไขสันหลัง ๕. เสมหะและอื่น ๆ ๗๑. นิติสัตวศาสตร์ - เพาะเชื้อบัก ๕๐.
ตรวจทดลองหัวใจ ๓๔. ตรวจศพนิติเวช ๑๓. ตรวจของกลาง ๕.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๘. เจาะน้ำสันหลัง ๔. เจาะตับ ๒. น้ำช่องปอด ๑.

อัครมเข้าช่องปอด - อัครมเข้าช่องท้อง ๑๕. ผ่าตัดผิวหนัง ๘. นิติยาชีพีลิส ๑๕.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๘๑. ดอนฟัน ๒๕๘. อุดฟัน ๕๕. ผ่าตัดช่องปาก ๒๔.

* สถิติขอยืม

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าวอนุโมทนา

เนื่องในวันคล้ายวันประสูติของสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชลงกรณ์ วันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๔๙๗ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท แก่โรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้จัดซื้ออาหารพิเศษให้ เด็กป่วยอนาถาในโรงพยาบาล พร้อมด้วยพระราชทานฟองไข่ ผลไม้และอาหารหวานต่าง ๆ รวม ๑๕ รายการ.

กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้รับเงินและสิ่งของ พระราชทานไว้จัดการให้เป็นไปตามพระราชประสงค์แล้ว ด้วยความรู้สึกลึกซึ้งซึ่งในพระมหากรุณาธิคุณทรงเป็นล้นเกล้า ฯ.

ข่าวโรงเรียน

มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้จัดให้มีการพระราชทานปริญญาบัตรและอนุปริญญาบัตรในวันที่ ๑ เมษายน ๒๔๙๗ โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีเสด็จพระราชดำเนินมายังหอประชุมราชแพทยาลัย เวลาประมาณ ๑๕.๐๐ น. เมื่อเสด็จถึงแล้ว

ได้ทรงจุกคูปเทียบพทุชษา แล้วนายกกรรมการมหาวิทยาลัยกราบบังคมทูลถวายรายงาน การศึกษา และกิจการ ของมหาวิทยาลัย ต่อไปผู้บัญชาการ คณะบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ และคณะเภสัชศาสตร์ เสนอรายชื่อผู้รับปริญญาตามลำดับ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทาน ปริญญา และอนุปริญญาบัตร เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วมีฉัตติใหม่กล่าวคำปฐญา ต่อไปพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทาน รางวัลแก่นักศึกษาที่เรียนดี สุกท้ายได้พระราชทานพระบรมราโชวาทแก่บัณฑิตใหม่ผู้ได้รับปริญญาแล้วเสด็จพระราชดำเนินกลับ.

รายนามผู้ที่ได้รับปริญญาบัตรกิตติมศักดิ์ ปริญญาบัตร และอนุปริญญาบัตร

แพทยศาสตร์ ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์

๑. นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ พ.บ., Dr. Med., D.T.M. (๒) นายแพทย์ระ สขวัน พ.บ., Dr. Med. (๓) นายแพทย์จิตต์ คุ้มจินดา พ.บ., D.T.M. (๔) นายแพทย์หญิงเล็กฉลของ เนตรศิริ พ.บ. (๕) นายแพทย์สวรรค์ ศรีเพ็ญ พ.บ.,

พ.ค. (๖) นายแพทย์เวก เนตรวิเศษ
พ.บ., M.A., Ph. D.

ทันตแพทยศาสตร์ดุฎฐิ บัณฑิตกิตติม
ศักดิ์

ทันตแพทย์ มาร์ติน ฮันพ์.

เภสัชศาสตร์ดุฎฐิ บัณฑิต กิตติม ศักดิ์

๑. นายแหว ผลวัฒน์ ป.ภ. (๒)
นายเกษม บังศรีวงศ์ Ph. G., B.S.
Pharm., M. Sc. in Pharm. (๓)
นายชลอ โสฬัสจินดา ป.ภ., B. Sc. in
Pharm.

ผู้ได้รับปริญญา สาธารณสุขศาสตร์-
มหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์

๑. นายแพทย์คศิริ จิรยศ พ.บ. (๒)
เรือดริ ไชยนิทร์ กัมปนาทแสนยากร
พ.บ. (๓) นายแพทย์ทวีพิย ชูระเวช พ.บ.
(๔) นายแพทย์ทองอยู่ ชนหศิริ พ.บ.
(๕) ร้อยเอก ประสิทธิ์ บัณฑิตคนธิ พ.บ.
(๖) เรืออากาศตรี ไพจิตร ศิริโพธิ พ.บ.
(๗) นายแพทย์ยงลาภ ปัญจวรรณ พ.บ.
(๘) นายแพทย์ศิริพันธ์ จาตุรงค์กุล พ.บ.
(๙) นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน พ.บ.

ผู้ได้รับปริญญาเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต

คณะเภสัชศาสตร์

๑. พยอม ต้นศิริวัฒน์ ภ.บ. (๒)
เพียว ไชยนิทร์ ภ.บ.

ผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต

เกียรตินิยมอันดับ ๒

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

(๑) วัคมี วรรณนิสสร (๒) วิฑู
โอสถานนท์.

ผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๑. เกษม กบัลกาญจน์ ๒. เกษม
พิณสวัสดิ์ ๓. เกษม ลิมวงศ์ ๔. เกษม
แสงพันธ์ ๕. กานดา สงวนโกทัย ๖.
กอบเกียรติ หาญสมบุรณ์ ๗. โทศล
มณจักร ๘. กุณฑล สุนทรเวช ๙.
จัญญ ไชยโรจน์ ๑๐. จัญญ ชัยศิริ
๑๑. จรัส อุกโยภาศ ๑๒. จินดา พวง-
ทอง ๑๓. จิรศักดิ์ เนตราคม ๑๔. จีระ
ศิริโพธิ ๑๕. เฉลิมชาติ รัตนเทพ ๑๖.
เฉลิมพงศ์ โกมารกุล ๑๗. กรุณี
กำรงมณี ๑๘. กำรง บุญเจริญ ๑๙.

ทิเวก คำวงศ์ศักดิ์ ๒๐. ถวิล เรศานนท์
 ๒๑. ถนอมศรี ศรีชัยกุล ๒๒. ทรงศรี
 เกษมสุวรรณ ๒๓. ทรงศรี วุฒิธรเนติ-
 รักษ์ ๒๔. ทวินศรี อุษชิน ๒๕. เทพ
 ทัศน์เสวี ๒๖. ทองท่วม มหาสุวรรณ
 ๒๗. นิตดาเนตร์ บุษยรัตพันธ์ ๒๘.
 นิยม ท่อวงศ์ ๒๙. บังอร คุสกุล ๓๐.
 บุญกรอ ขุนทองแก้ว ๓๑. บุญชวน
 วิชัยกุล ๓๒. บุญทอง วิสกุล ๓๓.
 บุญรัตน์ ปฏิวุฒานุสร ๓๔. บุญส่ง วัฒน
 พานิช ๓๕. บุญเสริม บุญญะสานต์
 ๓๖. บุศรา วิเศษแพทยา ๓๗. บำรุง
 ศรีเปล่ง ๓๘. ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี
 ๓๙. ประทีป สุขสมบัติ ๔๐. ประทีป
 ภิระวัฒน์ ๔๑. ประภัสสร พนวิวัฒน์
 ๔๒. ประยงค์ อธิรัตนัน ๔๓. ประย
 ษฐวิเชียรวัฒน์ ๔๔. ประยุกต์ สุจิตะสุต
 ๔๕. ประภา เลหาไพพลย์ ๔๖. ประถมภ
 ศกุนตนาถ ๔๗. ประวิทย์ สุนทรลิมะ
 ๔๘. ประสาน จรรยาวิจิษณ์ ๔๙. ประ
 สิริห์ สำราญเวทย์ ๕๐. ประสพ นิติ-
 ทัศน์ต์ประภาศ ๕๑. ประเสริฐ สุกุลเจริญ
 ๕๒. ปัญจะ พงษ์สามารถ ๕๓. ปัญญา
 ปรียานนท์ ๕๔. ปรีชา วิชิตพันธ์ ๕๕.
 ปราโมทย์ วิภาณุวัฑ์ ๕๖. ปราโมทย์

โสภาคย์ ๕๗. ปานทิพย์ โลจาพะ ๕๘.
 ม.ร.ว. พวงแก้ว ชมพล ๕๙. พิษิต
 ธิ่งเจริญ ๖๐. พินิจ สันธยานนท์ ๖๑.
 เพ็ชร เชี่ยววานิช ๖๒. ไพพลย์ เวชสาร
 ๖๓. พลทรัพย์ วีระเวชพิสัย ๖๔. พน-
 ศรี แสงขำ ๖๕. ไมตรี เวืองตระกูล
 ๖๖. บุทธนา คุชสมบัติ ๖๗. ลัดดาวลัย
 บรรหารศุภวาท ๖๘. ลัดดาวลัย ศรียา-
 นนท์ ๖๙. วาณี ราชเวชพิศาล ๗๐.
 ม.ร.ว. วงศ์นิวัฑ์ เกษมสันต์ ๗๑. วัชร
 อุตัยเฉลิม ๗๒. วัฒนา ประเสริฐกุล
 ๗๓. วัฒนา สำครินทร์ ๗๔. วินิจ บุษย
 จินดา ๗๕. วิรัช โรจนวงศ์ ๗๖. วิโรจน์
 วิภคิต ๗๗. วิโรจน์ อาชานนท์ ๗๘.
 วิศาล เอี่ยมอร่าม ๗๙. ศิริ หุ่มประดิษฐ์
 ๘๐. ศรีวัฒนา ศิตะจิตต์ ๘๑. เสรี
 วรรณไกรโรจน์ ๘๒. สำคร ธนมิตร
 ๘๓. สมชาย สมบูรณ์เจริญ ๘๔. สม-
 มาตร์ สมภุมิพิชิต ๘๕. สมพงษ์ แสง-
 มิตร ๘๖. สมพันธ์ บุษยคปต์ ๘๗.
 สุกฤ การถาวร ๘๘. สุนันต์ ผลากรกุล
 ๘๙. สุกิตรา นิมมานนิตย์ ๙๐. สุชาติ
 คารามาส ๙๑. สุชาติ บุรพัฒน์ ๙๒.
 สุพาศน์ บุรพัฒน์ ๙๓. สุปล พงษ์สุวรรณ
 ๙๔. สุกัก บัณฑารัตน์ ๙๕. สุรีย์ อังค-

ทรวานิช ๕๖. สรีนทร์ เสรีกุล ๕๗.
 สุวีจนา เวทย์วิศิษฎ์ ๕๘. สุวัฒน์ ทาวารี
 ๕๙. สุวรรณิ สัตยาพันธ์ ๑๐๐. สำราญ
 สันธวณิชย์ ๑๐๑. โสภณ ทัศนันทน์
 ๑๐๒. เหมื่อนหมาย สรรพกระษิษฐ์ ๑๐๓.
 อาทร อาทรธระสุข ๑๐๔. อานันท์ อินทร
 น้อย ๑๐๕. อาวุธ งามระภา ๑๐๖.
 อัมภาร รัตนิน ๑๐๗. ขวพพร หตะเศรณี
 ๑๐๘. อุกฤษต์ เปล่งวานิช ๑๐๙. อุดม
 นิลตานวงศ์ ๑๑๐. อุดม ปาจริยางกร
 ๑๑๑. อุตติค ทัศนจันทร์พงศ์ ๑๑๒. อุดิต
 ลียะวณิช ๑๑๓. อรรคนี มลิณฑานช.

สังคราม ๑๖. มนต์ ศรีสุมาน ๑๗.
 ยินดี สุขเกษม ๑๘. ยุพา อุดิศ ๑๙.
 ยุวดี ศรสงคราม ๒๐. วิชัย ผลานวงศ์
 ๒๑. วิเชียร เคลือบสุวรรณ ๒๒. วิรุฬห์
 ขาวบริสุทธิ ๒๓. วีระ พรหมะวีระ ๒๔.
 ศัลวิท อรรถจินดา ๒๕. สนั่น สิมารักษ์
 ๒๖. สมิตธิ สัทธิพงศ์ ๒๗. สหิต นาคะ
 สิริ ๒๘. สมพงษ์ วงศ์เจริญ ๒๙. สม
 หมาย วิไลรัตน์ ๓๐. สิทธิ คัลยพงษ์
 ๓๑. เสรี วงศ์โรจน์ ๓๒. สุธทธิวิทย์
 อเนกะมัย ๓๓. หิชาชา ฌบางช้าง ๓๔.
 อังนุ เนตะสุต ๓๕. อรุณ เขาวนาคัย
 ๓๖. อัญชัญ อรรถเวที ๓๗. อัคริน
 เทพาคำ ๓๘. อัมพร วิเศษแพทยา ๓๙.
 อุตมพร โรจน์วิภาค ๔๐. เอี่ยม พิสิษฐ
 กุล ๔๑. อัมพร พิพิธโกคา.

ผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุ
ฬงกรณ์

๑. กัญญา ไวทธิรัตน์ ๒. จริญญา
 ศักดิ์ ศึกษาศิลป์ ๓. จารุ สวงนโภาคัย
 ๔. จำลอง บ่อเกิด ๕. ชลิต มิตรกุล
 ๖. ฌรงค์ สุวรรณวิสูตร ๗. ทิลก เป็น
 บุตร ๘. เตือนใจ มิ่งมีสุข ๙. ทวีศักดิ์
 จุลวัจนะ ๑๐. เทพทรุณ กิรินชัย ๑๑.
 บุศรา ชันติสิทธิ์ ๑๒. ประพนธ์ สุวรรณ
 ประทีป ๑๓. พิณิจ ทวีสิน ๑๔. พิสิษฐ
 สัตย์พิทักษ์ ๑๕. พิชญ์ประอร บุรณ-

ผู้ได้รับอนุปริญญาพยาบาลผดุงครรภ์
และอนามัย

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๑. น.ส. กาญจนา จริญญารัตน์ ๒.
 น.ส. กาญจนา โพธิประสาธ ๓. น.ส.
 เกษม พนทอง ๔. น.ส. จำเวียง บียป่า-
 ฌานนท์ ๕. น.ส. ทวี อินทรศิษฐ์ ๖.
 น.ส. นิตย์ กลีบแก้ว ๗. น.ส. แนน้อย

คงสุวรรณ ๘. น.ส. นันทนา สุประกอบ
 ๙. น.ส. บุญทวน เจริญสุข ๑๐. น.ส.
 บุญศรี นวมารค ๑๑. น.ส. บุญยศรี
 สุขโชติ ๑๒. น.ส. ประคอง วิสตรโยธิน
 ๑๓. น.ส. ประคองศรี ทวีศรี ๑๔. น.ส.
 ประชุม สุกฤษ์สังขม ๑๕. น.ส. ประคิบศรี
 อินทรทัต ๑๖. น.ส. ประทวน สวัสดิ์วงศ์
 ๑๗. น.ส. ประยูร เถาว์แก้ว ๑๘. น.ส.
 ปราณี จันทร์เกษม ๑๙. น.ส. พิพัฒน์
 บุญประเสริฐ ๒๐. น.ส. พิมล जातीเกตุ
 ๒๑. น.ส. พนศรี ทองปรีชา ๒๒. น.ส.
 พนทรีพิย ลีลลกะชาติ ๒๓. น.ส. เพ็ชร
 รัตน์ ชะโกทอง ๒๔. น.ส. พันภัย นิล-
 ประไพ ๒๕. น.ส. พัชรา ชิตเครือ ๒๖.
 น.ส. พวงแก้ว จอมคำศรี ๒๗. น.ส.
 พรรณี ปกรณ์ยท ๒๘. น.ส. พรรณี
 เพชรานนท์ ๒๙. น.ส. มัลลิกา สุทธิ-
 มณฑล ๓๐. น.ส. ยพา พลายมาศ
 ๓๑. น.ส. วาศรี ขนยานนท์ ๓๒. น.ส.
 รัตน์ ตันตระกูล ๓๓. น.ส. ลมุล เวชช
 กาวี. ๓๔. น.ส. ลมัย คำบุคย์ ๓๕. น.ส.
 ลมัย कुลณกิต ๓๖. น.ส. วาสนา เหมะ-
 ธิร ๓๗. น.ส. วิไล จันทร์โกศล ๓๘.
 น.ส. วิภา อินวธัฒนา ๓๙. น.ส. ศรี
 พรรณี ภาสบุคร์ ๔๐. น.ส. ศรีสุภา

พงค์น้อย ๔๑. น.ส. สุนันท์ ยิ่งวรพันธ์
 ๔๒. น.ส. สุมล กสิวิวัฒน์ ๔๓. น.ส.
 สุภา นิลพงษ์ ๔๔. น.ส. สุวิทย์ บุญใจ
 ๔๕. น.ส. สุรัตน์ อรุณรัตน์ ๔๖. น.ส.
 สุวดี ศรีเลณวดี ๔๗. น.ส. สุภา กฤษณะ
 สมิต ๔๘. น.ส. สุภา ปานสุวรรณ ๔๙.
 น.ส. สุภา พันธุ์โกมล ๕๐. น.ส. สตรี
 มังคละศิริ ๕๑. น.ส. สุนันท์ มาลีแก้ว
 ๕๒. น.ส. สุนอง รัตนวงษ์ ๕๓. น.ส.
 สมศรี ฌ ระนอง ๕๔. น.ส. สมศรี
 ทัศนจานนท์ ๕๕. น.ส. สมสวย เวือง
 ไททย ๕๖. น.ส. อนช บุญมงคล ๕๗.
 น.ส. อรุณ ลมพิภานนท์ ๕๘. น.ส. อคินี-
 พร ชนชมภ ๕๙. น.ส. อำนวยศิริ ศิริ-
 สัมพันธ์ ๖๐. น.ส. อำไพ เทียสุข.

ผู้ได้รับอนุปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์

๑. นายเกษมสุวรรณ สุทศวาสดี ๒.
- นายเจริญสิทธิ์ มังคละศิริ ๓. นายฉัตร
- ทวีสุข ๔. นายชัยวัฒน์ น้อยแสง ๕.
- นายชุตติศักดิ์ วงศ์สุวรรณ ๖. นายเชาว์
- ดิณธานัน ๗. นายเชาว์ อยู่จำรัส ๘.
- นายคณิน พอสสม ๙. นายศิวาภ คึกษา

- กิจ ๑๐. นายทวี พุ่มนิคม ๑๑. นาย
นภกมล คุ่มประวดี ๑๒. นายนิพนธ์
จันทร์ทาทิพย์ ๑๓. นายบุญทวี อินทวิวัฒน์
๑๔. นายบุญทรง ทองคำใส ๑๕. นาย
บุญธรรม จินวงษ์ ๑๖. นายบุญผ่อง
วรรณภิมย์ ๑๗. นายบุญส่ง เผ่าทรง
๑๘. นายประพัฒน์ จารุจันทร์ ๑๙. นาย
ประพัตร์ โสฬสจินดา ๒๐. นายประ-
สิทธิ์ โชติประคิษฐ ๒๑. นายประเสริฐ
สุทธิแย้ม ๒๒. นายปรีดา แย้มเจริญ
วงศ์ ๒๓. นายปรีชา แก้วนิมิตร ๒๔.
นายไพรัช อีรวดี ๒๕. นายเพชรรัช
บุรุษพัฒน์ ๒๖. นายมงคล ไฉมงาม
๒๗. นายมนัส ขำดีเมฆ ๒๘. นาย
เยี่ยม คันทาเวช ๒๙. นายวิเชียร พร
เจริญ ๓๐. นายวินัย คันทิวานิช ๓๑.
นายวิมล พักตร์วิไลย ๓๒. นายศรีใส
ชูทัย ๓๓. นายสนั่น ณ เชียงใหม่ ๓๔.
นายสมฤทธิ อินทาทิพย์ ๓๕. นาย
สมสวาท สุกส์ตย์ ๓๖. นายสวัสดิชัย
เพื่องกาญจน์ ๓๗. นายสำราญ โพธิ์ปฐม
๓๘. นายสุจินต์ อยู่สวัสดิ์ ๓๙. นาย
สุธน ศรีสข ๔๐. นายสุพิน แสงจันทร์
๔๑. นายสุวิทย์ กาญจนากร ๔๒. นาย
โสภิน จงเรืองศรี ๔๓. นายอนันต์ วรรณ
ศรี ๔๔. นายอุดม เชื้อน้อย.

ข่าวศิษย์เก่า

ศึกษาและดูงานต่อต่างประเทศ

พ.อ. ชม ศรศักดิ์ ได้เดินทางไปศึกษา

วิชากุมารเวชศาสตร์ ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา

เมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๕๗.

ข่าวพยาบาล

งานต้อนรับน้องใหม่
เมื่อวันที่ ๒๘
พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ คณะนักเรียน

พยาบาลที่ ๒ ได้จัดงานต้อนรับคณะนัก
เรียนพยาบาลที่ ๑ ขนทหอประชุมราช-

แพทยาลัย งานแบ่งออกเป็น ๒ ภาคคือ ภาคเขียน และภาคคำ

เหลืออย่างเต็มฝีมือ เพิ่มให้งานครึกครื้นยิ่งขึ้น.

ภาคเขียน เริ่มเวลา ๑๖.๓๐ น. โดยหัวหน้าแผนกพยายามกล่าว คำปราศรัยแล้วท่านคณบดีแจกของพระลูกเขียนเข็มรูปหมวกพยาบาล อันเป็นสัญลักษณ์ว่าหมวกเป็นสิ่งสำคัญของวิชาชีพ และให้เขาพยายามตั้งใจเรียน เพื่อให้ได้มาซึ่งหมวกในเวลาต่อไป และมีการเลียงน้ำชา ต่อจากนั้นมีการแข่งขันเนตบอลระหว่างชั้นปีที่ ๒ และปีที่ ๑ การเล่นได้ดำเนินไปอย่างสนุกสนานและคึกคักตลอดเวลา ปรากฏว่าเสมอกันทั้งสองฝ่าย.

งานทำบุญประจำปี เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม

ค.ศ. ๒๔๕๗ คณบดีนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ ๓ ได้จัดงานทำบุญประจำปี เช่นนักเรียนรุ่นก่อน ๆ ได้ปฏิบัติมา งานทำบุญนั้นถือเสมือนเครื่องยึดเข้าสิ่งง่ายต่าง ๆ ให้กลับกลายเป็นคณบดี เป็นการเรียกขวัญให้เข้มแข็งผ่องใสพร้อมที่จะต่อสู้อุปสรรคต่อไป จะเรียกว่าเป็นหน้าตาของนักเรียนชั้นปีที่ ๓ ทุกรุ่นก็เห็นจะไม่ผิด เพราะเมื่อย่างเข้ามาในระยะ ใกล้จะสำเร็จการศึกษา โดยเฉพาะในแผนกศตยกรรม น.ร. จะรู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้ใหญ่ขึ้น หากมีความลำบากใจ หรือปัญหาต่าง ๆ ที่ยังแก้ไขไม่ออก ก็อาจจะยึดเข้าไปได้โดยการทำบุญ เริ่มงานด้วยพระสงฆ์ ๕ รูปเจริญพระพุทธมนต์ และเลียงอาหารเพล ตอนบ่ายมีเทศน์ ๑ กัณฑ์ ในการนี้ได้มีนายแพทย์ประเสริฐ ทัมวิภาค นายแพทย์สุพร เกิดสว่าง นายแพทย์เสวี วรรณไกรโรจน์ และนายแพทย์อุทัย ศิริขรรุณ จากโรงพยาบาลตำรวจมาช่วย.

ภาคคำ เริ่มเวลา ๑๕.๓๐ น. ด้วยการแสดงเบ็ดเตล็ดและละคร เรื่องที่น่าออกแสดงคือเรื่อง "กามนิท" นักเรียนชั้นปีที่ ๔ และชั้นปีที่ ๓ ยังได้นำการละเล่นของคณะมาแสดงบ้าง เป็นการสลับฉาก ในตอนคำฝนพายุได้ตกลงมาอย่างหนัก ทำให้ผู้รับเชิญบางคนต้องวิ่งฝ่าฝนทางร่มและสวมเสื้อกันฝนมา งานได้ดำเนินไปด้วยความครึกครื้นยิ่งจนถึงเวลา ๒๓.๐๐ น. เศษจึงเสีจสิ้นสุด ในงานนี้คณะคนตรีของนักศึกษาแพทย์ได้มาช่วย

ผู้ช่วยครูไปศึกษาต่างประเทศ น.ส.

สมศิริ ทัยแสง ผู้ช่วยครูพยาบาลแผนก
ศัลยศาสตร์ ได้เดินทางไปศึกษาวิชา
Physio Therapy ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทุน F.O.A. มีกำหนด ๑ ปี
ได้ออกเดินทางจากท่าอากาศยานดอน-
เมือง เมื่อวันที่ ๖ กันยายน พ.ศ. ๒๔๙๗
เวลา ๘.๐๐ น. โดยเครื่องบิน P.A.A.
มีคณะพยาบาลไปส่งหลายคน คุณสมศิริ
เป็นคนที่ถูกคนรักใคร่ และเป็นผู้มีใจเป็น
นักกีฬา ทั้งเป็นหัวหน้ากีฬาของนักเรียน
คุณสมศิริได้หาตัวแทนทางกีฬาไว้ คือ
คุณปรานี สวัสดิการ ศึกษา ทั้งสองคนนม
ความละม้าย คล้ายคลึง กันตอนท หน้าที่ม
เสมอ และใจดี.

มงคลสมรส

๑. น.ส. เขาวภา โพธิ์วังสียากร กับ
นายทองโรจน์ พจนารต เมื่อ ๑ สิงหาคม
๒๔๙๗ ๒. น.ส. ยาจิตต์ ตันยวรรณะ
กับ นายนิยม วุฒิชำรง เมื่อ ๒ สิงหาคม
๒๔๙๗ ๓. น.ส. มาลี มากสุทธपाल กับ
ร.อ. ประสาท วัฒนศิริพันธ์ เมื่อ ๒๐ สิงหาคม
๒๔๙๗.

โอน

๑. น.ส. วาตรี ร่องเมืองศาสตร์ ไป
กรมการแพทย์ เมื่อ ๑ สิงหาคม ๒๔๙๗.

ลาออก

๑. น.ส. สุภารัตน์ เวณโกเศศ เมื่อ ๑
สิงหาคม ๒๔๙๗.

เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

Graduation Day at Siriraj

The University of Medical Sciences held its graduation exercises for the academic year 1953-54 in the Rajabaedyalai (Royal Medical College) Assembly Hall at Siriraj on April the first, 1954. Their Majesties the King and Queen graciously presided over the ceremonies. The King himself handed over the diplomas to the graduates. Altogether 326 persons were

honoured, including 10 who received honorary degrees. In the latter group, the degree of Doctor of Medicine was bestowed upon Dr. Jajaval Osathanondh, M.B. (Chulalongkorn), Dr. med. (Kiel), D.T.M. (Hamburg), Assistant Dean; Dr. Dhara Sukkhavachana, M.B. (Chulalongkorn), Dr. med. (Leipzig), Assistant Professor of Gynecology; Dr. Chitt Tuchinda, M.B. (Chulalongkorn),

D.T.M. (Hamburg), Assistant Professor of Internal Medicine; Dr. Choedchalong Netrasiri, M.B. (Chulalongkorn), Assistant Professor of Pediatrics; Dr. Sarga Sri-ben, M.B., M.D. (Chulalongkorn), F.I.C.S., Assistant Professor of Gynecology, all of Siriraj; and Dr. Vek Netravises, M.B. (Chulalongkorn), M.A., Ph.D. (Washington U.), Assistant Professor of Physiology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn Hospital. Dr. Martin Hanf, after fifteen years of teaching activity at the Dental School, received the honorary Doctor of Dentistry. Nai Waeo Polwatna, a well known pharmacist, was honoured with the Doctor of Pharmacy; so also were Nai Kashem Pangsrivongse, Ph.C., B.S. Pharm., M.Sc. Pharm., and Nai Chälaw Soloschinda, Ph.G., B.Sc. Pharm., special instructor and Assistant Professor respectively in the Faculty of Pharmacy. Nine doctors successfully finished the post-graduate course in Public Health and were awarded the M.P.H. Their names follow: Kati Chirayos, M.B.; Jayant Kampanatsaenyakorn, M.B.; Sab Thiravej, M.B.; Tongyoo Choonhasiri, M.B.; Prasidhi Padhamasukondh, M.B.; Paichitr Siribhodhi, M.B.; Yonglabh Panchavarn, M.B.; Siribhandh Chatunronkukul, M.B.; and Sujati Chetasen, M.B. Two lady instructors won their Master degree in Pharmacy, Nagsao Payom Tantiwatana and Nang Payao Jayanandh. Two gentlemen were granted the degree of Bachelor of Medicine with second class honours: Rasmi Warnnissorn and Vidhun Osathanondh, both of Siriraj. Besides, 83 men and 30 women in the Faculty of Medicine

and Siriraj Hospital, and 30 men and 11 women in the Faculty of Medicine, Chulalongkorn Hospital, received their M.B. From the School of Dentistry there were 8 graduates, all ladies, of whom 4 received the second class honour: Chongolbhandh Dhanabhumi, Charoenbhis Suwarnwisutr, Lilin Hongbhanich and Subhani Prawijai. Six pharmacists, among them four ladies, graduated with second class honours: Kachorn Lekakul, Charoen Walayasa-thiern, Parnpen Nilodom, Sari Wirunbhol, Seri Jolitkul, and Orachorn Arthwedhi. Twenty-seven others also graduated. Four ladies received their diploma in Dental Health. There were besides 60 nurses and 44 sanitation workers. Medals of distinction were also distributed. Gold medallists were Vidhun Osathanondh, Rasmi Warnnissorn, Iam Bhisitkul, Lilin Hongbhanich, Seri Jolitkul, and Jayant Kampanatsaenyakorn. Silver medals were given to Vidhun Osathanondh, Rasmi Warnnissorn, Yindee Sukkashem, Chongolbhandh Dhanabhumi, Sari Wirunbhol and Paichitr Siribhodhi, while bronze medals were bestowed upon Rasmi Warnnissorn, Pradist Charoenthaithavi, Sakorn Dhanamitr, Yindee Sukkashem, Charas Suwarnwela, Sathabhorn Watayanondh, Lilin Hongpanich, Chongolbhandh Dhanabhumi, Kamoldhibya Limpapayom, and Seri Jolitkul.

The ceremony concluded with a royal address of congratulation and advice to the new graduates. A grand banquet was organised later to celebrate the happy event.

หน้าสำหรับนิลลิต

“รู้ไว้ใช้ว่า” (๒)

๑. พวกสัตว์ในสกุล กบ คางคก ปาก เขียด และอึ่งอ่าง จัดว่าเป็นสัตว์ที่มีกระดูกสันหลังชนิดแรกที่มีเสียง แต่ก็เพี้ยนเสียงที่เขินเสียง ชนิดที่ทงทง และทงทงทงทง

๒. การใช้น้ำตาสำหรับล้างตาให้สะอาดและให้ลูกตาช่น เวลาช่นมาอยู่บนบกเท่านั้น นัยว่ายังไม่เจริญพอ คือยังไม่รู้จักใช้น้ำตาให้เป็นประโยชน์ได้เหมือนอย่างพวกที่เรียกกันว่า “ผู้หญิง”

๓. สัตว์ชั้นต่ำทุกชนิด ย่อมมีสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรืออวัยวะพิเศษในการขอกันตัวทงสัน มีฉะนั้นจะต้องสูญพันธุ์ เช่น เลือดมเขยว แมวมมีเลีย โคมี่เข่า ช้างมีงา เม่นมีขน กวางมีมูกไว และผีเท่าเร็ว สำหรับคอยวังหนเอาตัวรอด แม้กระทั่งคางคกก็มีอวัยวะพิเศษ คือต่อมบนผิวหนังสำหรับกลิ่นน้ำพิษสีขาว ๆ ซึ่งใช้เป็นที่เครื่องขอกันตัวใดก็ดี เพราะสุนัขพอเห็นคางคกเข้า มักจะทำไมเห็นเลียเสมอ.

๔. พวกกบ และ สัตว์ เลออย คลานมี

ความประหลาดอยู่อย่างหนึ่งในการออกไข่ คือกบปรกค้อยบนบก แต่เมื่อจะออกไข่จะต้องไปออกไข่ในน้ำ ส่วนพวกสัตว์เลออยคลานปรกค้อยในน้ำ แต่ครั้นจะออกไข่ก็ต้องช่นมาออกไข่บนบก.

๕. พวกสัตว์เลออยคลาน จัดว่าเป็นสัตว์ชั้นต่ำพวกแรก ที่เริ่มมีดวงน้ำคร่ำ.

๖. เป็นธรรมชาติธรรมดาของคนและสัตว์ ที่เมื่อรู้ว่าตัวแก่แล้วอวดวางโตไม่ได้ เช่นงพิษจะค้อย ๆ เลออยช้า ๆ เป็นสง่า อย่างไม่พรั่นใคร ส่วนพวกงพิษเลออยเร็วจนจับไม่ทัน มักจะเป็นชนิดที่ไม่มพิษเสมอ.

๗. เคยจัดว่าเป็นสัตว์แปลกที่สุดในสกุลสัตว์เลออยคลาน พอเขยช้อว่าเขยใคร ๆ ก็พากันสั่นหัว แต่บางแห่งมีผู้นิยมใช้เนื้อของมันเป็นอาหาร ก็เห็นจะเขยทำนองที่ว่า “เกลียดคัว กินใจ”.

๘. ในบ่หนึ่ง ๆ จะลอกคราบหลายครั้ง และขณะลอกคราบมันจะมองไม่เห็นโดยเหตุที่ตามปรกคิมันมีเยื่อใส ๆ บาง ๆ

คลมตา เมื่อเวลาออกคราว เยือนจะแห้ง เป็นคราบคลมตามไปด้วย.

๙. ลักษณะแปลกที่สุดของง ก็คือ กระตักคางครึ่งขวาและซ้ายต่อกันโดยเอ็น ๒ ขั้วได้ จึงทำให้ปากอ้าได้กว้างอย่าง น่าแปลกใจ ฉะนั้นจึงไม่เป็นของประหลาด ที่เห็นงเหลือมสามารถกลืนไก่อ่างๆ ตัวได้ อย่างสบาย.

๑๐. การบินของงเป็นการสั้นเปลื้อง กำลังอย่างมาก ฉะนั้นหัวใจจึงใหญ่ขึ้น ๒ ขั้วตามส่วนเพื่อให้เหมาะแก่สภาวะ การ หายใจ ก็ออกอย่างหนึ่ง ๒ ขั้วที่เรียกว่า เก่งที่สุด ในบรรดาสัตว์ทั้งหลาย คือเมื่อลมหายใจ เข้าไปในปอด มีการแลกเปลี่ยนแก๊ส เสรีแล้ว ลมนี้จะผ่านปอดเลยเข้าไปในง ลมซึ่งเป็นถุงทงอก ออกมาจากปอดแล้ว เทยวซอกแซกอยู่ทั่วไป จนกระทั่งในโพรง กระตักก็เข้าไปถึง แล้วจึงจะถูกขับออก

จากงลมให้ผ่านปอดอีกครั้งหนึ่ง อากาศ ที่ผ่านปอดครั้งหลังนี้ ก็ยังใช้ฟอกเลือด ได้ดีเหมือนเมื่อผ่านเข้า ฉะนั้นอากาศที่ นกหายใจครั้งหนึ่ง จะฟอกเลือดได้ ๒ ครั้ง จึงทำให้มันได้รับออกซิเจนมาก เป็นเหตุให้บินได้เร็วและบินได้ไกล ๆ.

๑๑. เมื่อกเลือดแดงของพวกสัตว์มี นมไม่มีนิวเคลียส นอกจากของอสุ.

๑๒. จิงใจเป็น สัตว์พวก แรกที่มีหัว นม และต่อมหน้านมเหมือนสัตว์ชั้นสูง ส่วนสัตว์ชั้นต่ำกว่านี้ ต่อมที่ไซหลังหน้า นมมีลักษณะเป็นต่อมเหงื่อ แต่เปลี่ยน หน้าที่มาทำการกลั่นนมนม.

๑๓. ค้างคาวเป็นสัตว์มีนมชนิดเดียว ที่บินได้เก่งเกือบเท่านก รองลงมาคือ ย่าง.

สนอง อุณาคุล

โปรดทวงถาม

ท่านผู้ซึ่งขอสมัครรวมวิชาการและสารคดีราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ หนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารคดีราช เพื่อจะได้จัดการสอบสวน.

๖๓๖
บันทึกท้ายเล่ม

๑ การออกล่าช้าที่จะกลายเป็นเรื่องคนพอกหางหมู เสียแล้วสำหรับ สารศิริราช. เป็นโรคที่ติดต่อกันมานานขย, จนเรารดที่จะแกตัวและกระดูกที่จะกล่าวถึงมานานแล้ว. คราวนี้ก็ต้องพดถึงก็เพราะผู้จัดการโคลงครุระบอกว่ “ไม่ไหว ข้าแขนเสียช้หมด”, ซึ่งก็ไคแต่พยักหน้าหงัก ๆ และตอบด้วยความมั่นใจว่ “รออีกหน่อยเถอะน่า. ต่อไปนี้จะดีขึ้นเรื่อย ๆ”. เราเองก็ยังไม่แน่ใจว่การณจะเ็นไปคังน. แต่ที่แน่นอนคือเราพยายามจริง ๆ.

๑ เรื่องนำในฉบับนี้เป็นของหมอหนุ่มอีกผู้หนึ่งกำลังก้าวหน้าอย่างสวย ๆ ที่เด็ว. คุณหมอณัฐ ภูมรประวัติ, ซึ่งในขณะนี้อยู่ในทบวงแห่งที่ในสหรัฐอเมริกา, ได้ให้เรื่องไว้แก่เรานานแล้ว, แต่เราเพิ่งมีโอกาสใช้ควรวนเอง. เรื่องของคุณหมอณัฐอยู่ในประเภทหายาก, มีใช้เพราะเป็นของแปลกแต่อย่างเด็ว, แต่เพราะเรื่องของ แผนก พยาธิวิทยา เป็นเรื่องทีนาน ๆ ครั้งจะปรากฏออกมาด้วย. ถึงแม้ว่การศึกษาจะมีค้อยสมบรมณัก, ถ้ายอม

ยกให้ว่ เพราะเป็นเรื่องแรก ของอาจารย์หม่มนี้, ก็พอจะรับได้ว่ไม่เลว. เราเชื่อแน่วว่ รออีกหน่อยให้ เจ้าของเรอนถลยมาจากการศึกษาเพิ่มเติมเสียก่อน, เราคงจะได้ของที่ดีกว่านี้ออกมา.

๑ เกยวกับ ความหายาก ของเรองจากแผนกพยาธิวิทยาขอกระชบ่วงหน้า ว่ด้วยความร่วมมือของอาจารย์ในแผนกนั้นไม่ช้าเราจะมี “ฉยษ์พยาธิวิทยา” เสนอท่านผู้อ่านเป็นครั้งแรก. โปรดคอยค.

๑ “บันทึกปฏิบัติ” ของคุณหมอชุต อยู่สวัสดิ์, เกยวกับการอดโพรงจุมก, เป็นเรื่องทีมีประโยชน์มิใช่เฉพาะสำหรับนาลิกแพทยเท่านั้น, แม้แพทยรักษาทั่วไปก็อาจมีโอกาได้ใช้ควรวนเป็นประโยชน์ได้สักวันหนึ่ง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมอวิคที่บรรยายนใช้วัตถุที่หาได้ทั่ว ๆ ไป และไม่ต้องการ เครื่องมือพิเศษอย่างใด, แม้จนกระทั่งปากคัย. เราหวังว่จะได้รับเรื่องแขนจากคุณหมอชุตอีกภายในไม่ช้า.

๑ คุณหมอสุต แสงวิเชียรอาจเป็นอาจารย์ชันผู้ใหญ่มากแล้ว, แต่ยังมีควม

คิดค้นและประดิษฐ์เครื่องเล่นบันทึกเสียงในตำนานวิชาการ. เรื่องของท่านในฉบับนี้, แม้จะสั้น ๆ, เป็นพยานหลักฐานอย่างดีสำหรับข้อนี้. ถึงแม้จะเป็นเรื่องเฉพาะวิชาจริง ๆ จนกระทั่งท่านผู้อ่านบางท่านอาจนึกความเกี่ยวข้องหลายข้อไม่ออก, แต่ก็เป็นเรื่องรากฐานและเป็นเรื่องทันสมัยพร้อมกันไปด้วย. คุณหมอสัต ได้ใช้วิธีใหม่เยี่ยม, คือเฟสไมโครสโคป, ศึกษาเรื่องทมิฬการเริ่มต้นมานานแล้วแต่ยังไม่ชัดเจนไม่ได้เพราะขาดผู้ส่งเสริมหรือคิดค้น. ข้อตรวจพบของคุณหมอสัต อาจเป็นก้าวสำคัญอีกก้าวหนึ่งในการศึกษาปัญหาที่มียุคแต่ดั้งเดิม, แต่ขณะเดียวกันคุณหมอสัตก็ได้ตั้งปัญหาขึ้นใหม่โดยความเห็นที่น่าฟังของท่าน. หลักของการ

ศึกษามีอยู่ว่าปัญหาเป็นจุดตั้งต้นของความรู้, เพราะคำถามย่อมเป็นเครื่องกระตุ้นให้ยังเกิดการคิดค้น. เพราะฉะนั้นโดยเรื่องนี้ คุณหมอสัต ทำคนทั้งเป็นผู้ตอบปัญหาและผู้ตั้งปัญหาไปพร้อม ๆ กัน, หรือจะว่าเป็นทั้งผู้สร้างเสริมความรู้เก่าและวางรากความรู้ใหม่ด้วย, ก็ได้. เรายินดีที่ได้รับหน้าที่ลงพิมพ์เรื่องสั้น ๆ เรื่องนี้.

๑ ในภาคข่าวเราขอเตือนให้ท่านสมาชิกไม่ลืมอ่านเรื่องการประกาศปฏิญญา. นอกจากมีรายชื่อผู้ที่เวียนจบหลักสูตรของ มหาวิทยาลัย แพทย์ ศาสตราจารย์ในต่าง ๆ คณะอย่างครบถ้วน, ยังมีรายชื่อแพทย์รุ่นอาวุโสหลายท่านที่ได้รับปฏิญญาเกียรตินิยมอีกด้วย, อันเป็นการยกย่องที่เราทั้งหลายพึงยินดีด้วยอย่างยิ่ง.

ของแถมมีหน้าต่อไป

ของแถม

เมธิโอนินและซีสทีน

เมธิโอนินและซีสทีนเป็นกรดอะมิโนสองอย่างที่มีอะตอมกำมะถันเป็นองค์ประกอบอยู่ด้วย. การค้นคว้าในด้านทดลองและด้านรักษาแสดงว่าสารทั้งสองนี้อาจมีประโยชน์มากในการแพทย์.

เมธิโอนินให้ผลดีในการรักษาความพิการของตับอักเสบ, รวมทั้งโรคตับต่าง ๆ ที่มีหวังหายได้และโรคท่อน้ำอักเสบ หรือท่อน้ำคั่งตันด้วย. ในรายโคมาเฮปาติคัม (อาการหมดสติเนื่องจากตับพิการ) อาจช่วยทำให้อาการดีขึ้น, อย่างน้อยชั่วคราว. ในรายที่ตับถูกพิษต่าง ๆ, รวมทั้งพิษของซิลโฟเนาะไมค์, เมธิโอนินทำหน้าที่แก้พิษได้. ในรายที่เกิดพิษเนื่องจากมีครรภ์ (อีแคลัมพีเซีย, ปรีอีแคลัมพีเซีย) เมธิโอนินก็ให้ประโยชน์มาก, เช่นเดียวกับในรายที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากเกินไป. โรคโลหิตจางหลายชนิดกลับมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อคนไข้ได้รับเมธิโอนิน.

ซีสทีนประกอบและส่งเสริมฤทธิ์ของเมธิโอนิน, ทำหน้าที่ทำลายพิษสารบางอย่างที่เกิดขึ้นระหว่างการสลายของโปรตีนอื่น, ช่วยเมตาบอลิซึมของตับ, และช่วยบรรเทาผลร้ายของการขาด โปรตีนที่ใดเกิดขึ้นแล้ว หรือทำให้ผลร้ายที่กำลังจะเกิดขึ้นนั้นเกิดช้าเข้า.

(จาก Aerztl. Sammelbl. 10, 1954)

อ. ก.