



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ | Volume 7, Number 2, February 1955

CUSHING'S SYNDROME

A Case Report

S. Tandhanand
M.B., F.C.C.P.

and

R. Buri
M.D. (Lond.), D.T.M. & H. (L'pool)

(Department of Internal Medicine)

In 1932 Cushing reported cases of basophile adenomas of the pituitary body and their clinical manifestations making up a syndrome which now bears his name. It will be less controversial to consider this syndrome as panhypercorticalism⁽¹⁾, i.e. hyperfunction of 11-desoxysteroids, 11-oxysteroids and 17-ketosteroids (androgens). The initiating causes of the adrenal cortical hyperfunction may be located in the pituitary⁽²⁾, adrenal glands⁽³⁾ or hypothalamus⁽⁴⁾. The fact that this syndrome can be produced by ACTH or cortisone administration⁽⁵⁾ indicates that the adrenals are the final common pathway.

In 1950 Dr. Udom Poshakrishna of the Surgical Department, reported a case

of Cushing's syndrome in the Thai Medical Journal.⁽⁶⁾ Since then we have come across another case worth reporting.

CASE REPORT

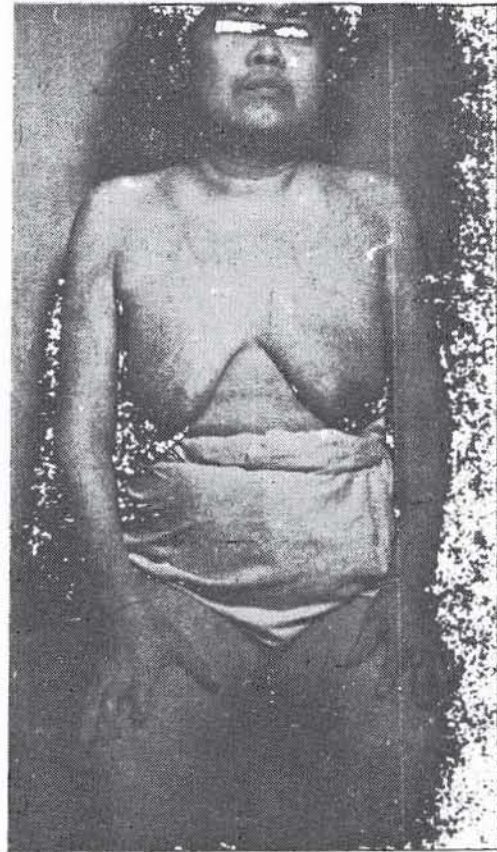
A Thai housewife, N.S., aged 39, HN 24207.97 AN 8373.97, was admitted to the Medical Ward on July 2, 1954 complaining of headache, blurring of vision and impairment of hearing.

About seven months prior to admission the patient felt that her libido steadily declined following the onset of amenorrhoea. Almost concurrently she noticed that the ankles became puffy and very slowly the whole body became oedematous. Shortness of breath on slight exertion soon developed and the patient was unable to secure good night's sleep

because of severe throbbing temporal headache lasting almost throughout the night but completely disappearing during the day. These symptoms became progressively worse and by the end of the third month of illness she was unable to lie flat because of palpitation and shortness of breath. The patient was treated as an

rounded appearance. Several pimples appeared on the cheeks and forehead and by then her friends began to pass remarks that the patient looked like "Kuan Oo". It was not until then that the patient realized that she had become a bearded woman.

Two months before admission blur-



ambulatory case of hypertension at another hospital. After one month of treatment oedema slightly subsided but other symptoms remained the same. Shortly after that the patient began to lose appetite, and became generally weak. At the same time her scalp hair began to fall off and the face gradually assumed a

ness of vision of both eyes and impairment of hearing began to develop. The other symptoms became more severe so the patient came to our hospital for investigations and treatment.

The family and personal history revealed nothing abnormal before the onset of illness. The patient is a mother

of four healthy children. Her menses had been regular until the onset of amenorrhoea.

On admission the respiratory rate was 20 per min., the body temperature 36.9° C., pulse rate 78/min, B.P. 140/100 both arms. In general the patient showed plethoric and moon facies. Oedema was present in both legs. Elsewhere there was deposition of fat, more marked especially on the face, trunk and neck giving rise to the so called moon facies, truncal obesity and buffalo hump. The face was covered with acneform eruptions. The forehead was low and the eyebrows were thick in contrast to the thin and sparsely distributed vertex hair. Several purpuric spots were noticeable in the skin over the trunk and proximal parts of the limbs. Close examination of the beard and mustache areas showed that most of the hair had been pulled off by the patient. On the medial aspects of the thighs several purple striae were prominent.

Systematic examination revealed slight cardiac enlargement with normal heart sounds and no murmur. The respiratory system was normal. In the abdomen the liver was 2f.b. palpable below right costal margin; it was smooth in outline, firm and not tender. Kidneys and spleen were not palpable.

Both lower limbs and upper limbs showed areas of hypoesthesia from distal to proximal parts. Jerks were present but somewhat sluggish. Muscles of the legs showed marked hypotonia.

Both optic fundi were normal. Vision was L. 6/6, R. 6/9. Visual fields were

normal. Both ears showed thickening of the tympanic membrane.

Left elbow joint showed maximum flexibility only to 90° due to old dislocation.

Gynecological examination revealed hypoplasia of genital organs with secondary amenorrhoea and secondary vaginitis.

Laboratory findings :

Hb. 84% r.b.c. 4,000,000, w.b.c. 7,500, N. 81% L. 19%, Serum alb. 2.8% glob. 1.0%, N.P.N. 32.4 mg%. creatinine 1.0 mg%, blood cholesterol 140.3 mg.% calcium 8.4 mg.%, Phosphorus 2.35 mg.%, Blood sugar 125 mg.%. Glucose tolerance test 119 mg.% (urine-neg), 196 mg.% (urine trace), 192 mg.% (urine trace), 192 mg.% (urine neg.), 152 mg.% (urine-neg.), at fasting, half hour, one hour, 1½ hour and 2½ hours respectively. Blood sodium chloride was 327.75 mg.%, potassium 18.4 mg.%. Icterus index was 11.2. Blood Kahn was negative, Basal metabolic rate was -1.69%.

Urinalysis showed transient albuminuria and cylindruria.

X-rays found slight cardiac dilatation with myocardial weakness, slight pleural thickening left lower lobe; normal sella turcica. no abnormal findings in long bones.

Progress and Treatment. During hospitalization the patient was treated as a case of Cushing's syndrome with beriberi. Thiamine hydrochloride was given and hypoesthesia improved. Muscular weakness progressed and the patient complained of backache which was presumably due to pressure on the spine follow-

ing weakening of the back muscles. Stilboestrol⁽⁷⁾ was given but the result could not be ascertained, owing to the refusal of the patient to remain in the hospital.

COMMENTS

The relationship between pituitary and adrenal lesions in 114 autopsied cases (Plotz et al 1952)⁽⁵⁾ revealed the following combinations in order of their frequencies :

(1) Basophilic adenoma with adrenal hyperplasia.

(2) No pituitary lesion other than Crooke's changes with adrenal hyperplasia.

(3) No pituitary lesion other than Crooke's changes with either an adrenal carcinoma, or

(4) A unilateral benign tumour of adrenal or unilateral hypertrophy, and

(5) Chromophobe adenoma of the pituitary with adrenal hyperplasia.

This syndrome is rare. It shows preponderance in the female sex and is most common in the third and fourth decades of life. The youngest reported case is eleven months old⁽⁸⁾.

The classical picture of Cushing's syndrome consists of : obesity 97%, hypertension 84%, amenorrhoea, oligomenorrhoea or impotence in man 73%, hirsutism 69%, purple striae 69%, plethoric appearance 55%, headache 37%, mental symptoms 36%, ankle oedema 33%, poor wound healing or severe infection 32%, acne, skin pigmentation or other rash 30%, purpura or easy bruisability 28%, polyd-

psia, polyuria 27%, neurologic symptoms or signs 20%, exophthalmos 8%, virilism 5%, recalculated from Columbia series of 33 cases and 189 cases previously reported (Plotz et al 1952).

Laboratory data in 33 patients with Cushing's syndrome reported by Plotz et al are as follows : r.b.c. in 48% of cases above 5.0 mil, w.b.c. in 48% above 10,000, eosinophile in 79% below 100, B.M.R. in 7% above + 20 and in 20% of cases below -20, fasting blood sugar in 49% above 100 mg%, diabetic glucose tolerance present in 15%, serum calcium 9.0-11.3, serum phosphorus 2.2-4.4, cholesterol in 39% above 250 mg%, 24 hour 17-ketosteroids excretion in female 0-20.6, in male 15.1-26.2, 24 hour 11-oxysteroids excretion 0.86-6.2, glycosuria present in 27% of cases, albuminuria present in 50%, serum CO₂ content 21.2-46.2 mEq/L.

It is noted that 17-ketosteroid excretion in adrenal cortical hyperplasia is higher than in adrenal cortical adenoma. Osteoporosis or decalcification was the most common finding in roentgenogram and most marked in the spine and the skull.

The clinical course in the series of Plotz et al revealed that 17 of the 33 patients died within 5 years of the known onset of the disease, and 15 were alive after an average of 9 years after the onset. The treatment consists of adrenal operation, pituitary irradiation and administration of sex hormones. Oestrogens have been administered with the idea of suppressing the anterior pituitary, with variable results. The use of testosterone

propionate or methyl testosterone is based on their protein anabolizing properties. Each form of treatment should be administered over a period of at least 3 months in order to permit adequate evaluation of the results.⁽¹⁾

Causes of deaths in 114 cases reviewed by Plotz et al are bacterial infection 46.6%, cardiac failure 27%, cardiovascular accidents or renal insufficiency 13%.

Summary

A case of Cushing's syndrome is reported. In this case the presenting symptoms were those of hypertension. Although loss of libido occurred early the patient failed to realise its importance. Once the disease is fully developed, its recognition is comparatively easy.

References

1. K.E., Paschkis, A.E. Rakoff, and A. Cantarow, *Clinical Endocrinology*, New York, 1954 (Paul B. Hoeber, Inc.)
2. H. Cushing, *Bull, Johns Hopkins Hosp.*, 50 : 137, 1932.
3. (a) E.J. Kepler, and F.E. Keating, *Arch. Int. Med.*, 68: 1010, 1941.
(b) E. Anderson, W. Haymaker, and M. Joseph, *Endocrinology*, 23:398, 1938.
4. P. Heinbecker, *Medicine* 23: 225, 1944.
5. C.M. Plotz, A.I. Knowlton, and C. Ragan, *Am. J. Med.* 13 : 597, 1952.
6. U. Poshakrishna, *J.M.A.T.* 33:25, 1950.
7. A.E. Rakoff, A. Cantarow, and D.E. Paschkis, *J. Clin. Endocrinol.*, 1:912, 1941. (quoted by 1).
8. H.M. Coldstein, *Am. J. Dis-Child.* 78: 260, 1949. (quoted by 1).

(ย่อเรื่องจากพากย์อังกฤษข้างต้น)

คุชชิง ซึ้นโตรม

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย

สุนทร ตันทนันทน์

M.B., F.C.C.P.

รจิต บุรี

และ

M.D. (Lond.), D.T.M. & H. (L'pool)

อาการแสดงและข้อตรวจพบของ "คุชชิง ซึ้นโตรม" ก็เหมือนกับอาการของเปลือกต่อมหมวกไตทำหน้าที่มากเกินไป. รายงานผู้ป่วยหญิง ๑ ราย, อายุ ๓๕ ปี, รั้งไว้ในแผนกอายุรศาสตร์เมื่อวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๔๕๗ ด้วยเรื่องปวดศีรษะ, ห้อและตามัว. ผู้ป่วยเริ่มไม่สบายเมื่อ ๗ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล. เริ่มขาดกระดูกและไม่มีความรู้สึกทางเพศ, เท้าบวม, เหนื่อยง่าย, นอนไม่หลับเนื่องจากปวดศีรษะบริเวณขมับ. สามเดือนต่อมา รู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรง, เหนื่อยง่าย, นอนรายไม่ได้. ผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่ามีความดันเลือดสูง. รักษาอยู่ ๑ เดือน. การขวมลดน้อยลง. เบื่ออาหารและอ่อนเพลีย. ผมงกลางศีรษะน้อยลง. หน้าอ้วนกลม. มีสีผิวและหนวด. จนเพื่อนทักว่าเหมือน "เจ้าพ่อกวนอู". สองเดือนก่อนมาโรงพยาบาลรู้สึกห่อ, คา

ปาง, อาการมากขึ้น.

ผู้ช่วยมีบุตร ๕ คน. ระบุปกติจนกระทั่งขาดกระดูกเมื่อ ๗ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล.

ตรวจร่างกายเมื่อแรกรับพบอุณหภูมิ ๓๖.๕°ซ., หายใจ ๒๐/น., ชีพจร ๗๘/น., ความดันเลือด ๑๔๐/๑๐๐ มม.ปรอท. ผู้ป่วยอ้วน, หน้ากลมแดง, เท้าบวม. หน้ามีสี. คิ้วหนา. ผมงกลางกระหม่อมบาง. มีรอยแตกที่ด้านในของขาทั้งสองข้าง. ผิวหนังมีจ้ำ ๆ แขนพรายขาว.

ตรวจพบหัวใจโตเล็กน้อย. คับแลย ๒ นิ้วมือต่ำจากชายโครง. ขาที่ปลายมือปลายเท้า. รีเฟล็กส์กระดูกน้อย. แรงกล้ามเนื้อน้อย. ตรวจตา พบวงสายตา (Visual field) ปกติ. สายตาซ้าย ๖/๖, ขวา ๖/๕. ตรวจทางนรีเวช, พบอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ, มีช่องคลอดอักเสบ

สุนทร ตันชนันท์ พ.บ.

ชนิกรอง (Secondary). มดลูกเล็ก.
ตรวจทางห้องทดลองได้ฮีโมโกลบิน ๘๔
ปช., เม็ดเลือดแดง ๔ ล้าน ล.มม. เม็ด
เลือดขาว ๗,๕๐๐ ล.มม., น. ๘๑ ปช.,
ล. ๑๕ ปช. น้ำตาลในเลือด ๑๒๕ มก.
ปช. การทดสอบความทน กลโคสให้ผล
เป็นแบบเบาหวาน. บี.เอ็ม.อาร์. -๑.๖๕
ปช. บีเอสอาร์มีแอลบีวมิน และค้ำสท์.

และ รจิต บุรี M.D.

59

ตรวจกระโหลกศีรษะ และกระดูก ยาวทาง
รังสีไม่พบผิดปกติ.

ในการรักษาได้รักษาเห็นช้ำด้วยไอ-
อามีนชัยโคโรมลอไรท์, อากาโรคีน. ผู้
ป่วยอ่อนเพลียมาก, บ่นเจ็บหลัง, และมี
หนาวช้ำ. ได้เริ่มใช้สตีลเบสทรอล, แต่
ผู้ป่วยไม่สมัครอยู่ต่อไป.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

บทความพิเศษ

การศึกษาละเล่นเพื่อทราบความสามารถในการประสมของน้ำอสุจิ

สุด แสงวิเชียร

พ.บ., พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ในสังคมปัจจุบัน, การไม่มีบุตรในสามีภรรยาที่แต่งงานกันมานานพอสมควรจะมีมากขึ้น, ในหมู่คนไทยจะมีมากขึ้นเท่าใดไม่อาจบอกได้. ตามสถิติของอเมริกา Farris (1950) ประมาณคร่าว ๆ ว่ามีถึง ๕ ล้านคู่ในจำนวนพลเมือง ๑๖๐ ล้านคน. ถ้าอาศัยตัวเลขนี้เทียบกับพลเมืองไทย ๑๘ ล้านคน, ก็น่าจะมีคู่เป็นหมั้นราว ๕ แสนคู่. เรื่องนี้เป็นปัญหาทางสังคม และเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจของชาติด้วย. บุคคลแรกที่คู่สามีภรรยา มักจะนำเรื่องไปปรึกษา ก็คือแพทย์. โดยเฉพาะแพทย์ ที่ทำการรักษาอยู่กับครอบครัวจะต้องถูกหารือก่อน. แพทย์บางคนก็ถือเป็นเรื่องไม่น่าสนใจ, กลับพบเป็นที่เล่นที่จริงให้สามีล่อเมียใหม่ดีกว่า, เป็น

การทำหัตถ์สามีภรรยาหรือทำหัตถ์หนักไปทางหญิง. ในประเทศที่ถือการมีภรรยาหลายคนเป็นการผิดกฎหมายและผิดศีลธรรมทางศาสนา, ก่อนจะมีใหม่ต้องทำการหย่าร้าง. แต่การไม่มีบุตรไม่ปรากฏว่าศาลถือเป็นสาเหตุสำคัญให้สามีหย่าจากภรรยาได้. ในการหย่าร้างที่กระทำไปโดยภรรยาไม่มีข้อบกพร่อง, สามีต้องมีภาระให้ค่าเลี้ยงดูก่อนข้างหนัก. ฉะนั้นในต่างประเทศจึงศึกษาเรื่องการไม่มีบุตรกันอย่างจริงจัง, เพื่อหาวิธีบำบัดข้อบกพร่องนี้ในคู่แต่งงาน, และให้บุตรเป็นสายสัมพันธ์ ในการดำเนินชีวิตของครอบครัวให้เห็นไปโดยปกติตลอดไป, และให้สัมพันธ์ความต้องการที่กล่าวว่า "The desire for children is one of man's

most deep-seated emotions”.

สำหรับแพทย์ที่ไต่ประวัติปัญหาจากคนไข้ของตัว, ควรจะเข้าใจว่าการไม่มีบุตรจะโทษฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ได้. จำเป็นที่องค์ศึกษาโดยละเอียดถึงต้นตอทั้งฝ่ายสามีและภรรยา. ในรายที่การไม่มีบุตรเนื่องมาจากการพิการในส่วนของร่างกาย ปรากฏว่า ๒ ใน ๓ พบสาเหตุที่ฝ่ายชาย (Farris, 1950). ในที่นี้จะบรรยายเฉพาะการศึกษาสะเปร์มาโทซัว, ความที่ได้มีโอกาสไปที่ Wistar Institute เมืองฟิลาเดิลเฟีย, เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์ที่ไต่พบปัญหาเรื่องนี้นำไปพิจารณาข้าง.

ในระยะที่ชายจะมีบุตรได้ปรากฏว่าประมาณ ๕๐ ٪. เท่านั้นที่สามารถให้กำเนิดบุตร. ประมาณ ๒๐-๒๕ ٪. ไม่สามารถจะให้กำเนิดได้ถึงจะทำโดยวิธีใด ๆ. อีก ๓๕-๔๐ ٪. ถ้าได้รับการศึกษาและแนะนำวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องอาจให้กำเนิดบุตรได้. พวกหลังนี้นับเป็นพวกที่แพทย์อาจให้ความช่วยเหลือได้.

ทวิสตาร์ อินสติทิวท์ เมื่อมีคู่สามีภรรยา มาขอให้ช่วยให้เกิดบุตร, เจ้าหน้าที่จะทำการเป็นลำดับกัน ๖ ชั้น, เพื่อขอความร่วมมือโดยใกล้ชิดทั้ง ๒ ฝ่าย.

๑. อธิบายให้คู่สามีภรรยาเข้าใจว่าการจะมีบุตรต้องการอะไรบ้าง, เช่นอธิบายกายวิภาคของอวัยวะสืบพันธุ์, การทำหน้าที่และการผสม.

๒. ถ้าประวัติของคู่สามีภรรยาโดยละเอียด, รวมทั้งวิธีร่วมประเวณีด้วย. ปรากฏว่ามีหลายคู่ที่เพียงแต่ไต่ประวัติถึงวิธีร่วมกันก็อาจจะแก้ไขได้. เช่นมีบางคู่อยากได้บุตรมากประกอบก็ขยับเกินไป, จนน้ำอสุจิหย่อนประสิทธิภาพในการผสม. พอแนะนำให้เว้นระยะพอควรก็มีบุตรได้. บางคู่ภรรยาอยู่ในท่าไม่เหมาะเป็นเหตุให้น้ำอสุจิไหลออก, ไม่พอนำไปผสม. บางคู่ใช้ยาบางอย่างที่เข้าใจว่าเป็นการเพิ่มอำนาจการผสม, แต่ความจริงกลับเป็นการทำลาย.

๓. ตรวจรายงานการตรวจร่างกายและผลของการตรวจ จากห้องปฏิบัติการจากแพทย์ที่ส่งคู่สามีภรรยา มาปรึกษา.

๔. ตรวจน้ำอสุจิ.

๕. ตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ของฝ่ายภรรยาว่าทางเดินของไข่เป็นปกติหรือไม่.

๖. ทำการทดลองในหนูเพื่อดูชนิดและเวลาที่ไข่ตก (ovulation).

ในการตรวจน้ำอสุจิตวิสตาร์ อินสติทิวท์

ใช้จำนวนของสเปิร์มที่เคลื่อนไหว ใน น้ำอสุจิที่เคลื่อนไหวออกมาทั้งหมดเป็นเลขชี้ ความสามารถในการประสม. พวกที่มีส่วน เฉลยมากกว่า ๑๘๕ ล้าน, จัดเป็นพวก สามารถในการประสมสูง. ระหว่าง ๘๐ ถึง ๑๘๕ ล้านเป็นพวกปานกลาง. ถ้า น้อยกว่า ๘๐ ล้านเป็นพวกสามารถในการ ประสมต่ำ. พวกที่ไม่มีสเปิร์มมาโตตัว อยู่ในน้ำอสุจิเลยให้เขียนว่าไม่มี ความสามารถในการประสม.

วิธีการมีดังต่อไปนี้.

วิธีเก็บน้ำอสุจิ น้ำอสุจิที่จะตรวจ ต้องเป็นน้ำอสุจิที่ไม่มีการเคลื่อนไหวมาก่อน ๕ วัน. ทั้งนี้เพราะได้พบว่าน้ำอสุจิจากคู่ ที่ประกอบยประเวณทุกคืน จำนวนของสเปิร์มที่เคลื่อนไหวจะลดลงสู่ระดับที่ต่ำกว่าเดิม.

การเคลื่อนไหวน้ำอสุจิอาจทำได้โดยวิธี coitus interruptus, หรือ masturbation. ทั้งสองวิธีให้ผลคล้ายคลึงกัน. ที่ วิธีศรัทธาอันศักดิ์สิทธิ์พอใจในวิธีหลัง. วิธี ช้อนเอามาจากช่องคลอดเช่นที่บางแห่ง ปฏิบัติไม่ได้ผลเป็นที่พอใจ.

น้ำอสุจิที่จะนำมาตรวจต้องเป็นจำนวน ทั้งหมด.

ใช้ขวดปากกว้างขนาด ๑ ออนซ์, ที่แห้งสนิทและทำให้ไร้เชื้อแล้ว. ไม่ควรใช้ ปลอดภัย, เพราะยางมีฤทธิ์ฆ่าสเปิร์ม, ทำให้หมด การ เคลื่อน ไหว ภายใน เวลา ๒-๓ ชม. เมื่อได้น้ำอสุจิแล้ว, ปิดขวด แน่น. ตั้งขวดตรง, ไม่เอียงให้เอียงไปมา ขณะนำส่งตรวจ. ต้องตรวจน้ำอสุจิภายใน ๑-๒ ชม. หลังเคลื่อนไหว.

จำนวน ใช้วัดโดยกระบอกฉีดยา ขนาด ๕-๑๐ ล.ชม. วัดแล้วฉีกคั่นลง ไปในขวด, เหลือประมาณ $\frac{๑}{๕}$ ถึง $\frac{๑}{๒}$ ล.ชม. เก็บในหลอดฉีดยาขนาด ๑ ล.ชม. ที่ปิดสนิท, เพื่อเก็บไว้ทำการเคลื่อนไหว หลัง ๒๔ ชม.

ความชื้น ใช้วิธีประมาณ. คือใช้ไม้ กวนแล้วกระตุกเวลายกไม้ขึ้น. กระเพิ่มเติม เมื่อดูดเข้าขี้เขี้ยวสำหรับขี้.

การประมาณการเคลื่อนไหว ใช้ น้ำอสุจิ ที่กวนแล้ว แต่ยังไม่ได้ ทำให้เจือจางหยดเล็ก ๆ, หยดลงบนสไลด์. ปิด ด้วยกระดาษขี้เขี้ยวขนาด ๘x๘ มม. การ เคลื่อนไหว แล้วประมาณเอวว่ามี สเปิร์ม เช่นนี้.

การนับ คล้ายกับวิธีนับเม็ดเลือด. เขาแนะนำให้ใช้แสงสีเหลือง, เพื่อเห็นส-

เปอร์เซ็นต์เจเนซีน, และเห็นการเคลื่อนไหวได้ง่าย. น้ำยาที่ใช้เป็นน้ำยา Locke (น้ำหนัก ๑๐๐๐ ล.ซม., แคลเซียมผลอไรต์ ๐.๒๔ ก., โปแตสเซียมผลอไรต์ ๐.๔๒ ก. โซเดียมไบคาร์บอเนต ๐.๑๐ ก., โซเดียมผลอไรต์ ๕.๐๐ ก.) นัยทั้งเซลล์ที่เคลื่อนไหว และที่ไม่เคลื่อนไหว, เพื่อหาจำนวนทั้งหมด. หาเปอร์เซ็นต์ของเซลล์ที่เคลื่อนไหวใน ๑ ล.ซม., เซลล์ที่เคลื่อนไหวนับ ๒ ครั้ง. เสร็จแล้วใช้เข็มเย็บคัตหนึ่งผสมน้ำยาที่ทำให้สเปอร่มหมดการเคลื่อนไหวแล้วนับเป็นการตรวจสอบจำนวนทันทีแล้ว. น้ำยาอย่างหลังนี้ใช้น้ำละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต ๑ มล.ผสมพอสล ๑ ปร.ช.

ลักษณะการเคลื่อนไหว ในช่องของเครื่องนี้, นับ ๕ ช่อง. ช่องหนึ่งวัดความเร็ว ๕ ตัว. ใช้นาฬิกาจับเวลาจับเวลาตั้งแต่หัวของสเปอร่มแตะที่ขอบของช่องจนไปถึงอีกขอบหนึ่ง, ซึ่งเป็นระยะทาง ๑/๒๐ มม. แบ่งเป็นพวกเคลื่อนไหวเร็วมาก, ถ้ากินเวลา ๑ วินาทีหรือน้อยกว่า; เป็นพวกเคลื่อนไหวเร็ว, ถ้าอยู่ในเวลา ๑-๑.๕ วินาที; เป็นพวกช้า, ถ้ากินเวลา ๒ วินาทีหรือนานกว่านั้น. การ

ตรวจการเคลื่อนไหวต้องทำเป็นระยะ ๆ, เพื่อจะรู้ว่าเคลื่อนไหวอยู่นานเท่าใด. ถ้าการเคลื่อนไหวลดลงมากโดยรวดเร็ว, ก็ประมาณว่ายังมีเหลือที่เคลื่อนไหวได้อีกเท่าใด. ไม่ต้องนับ.

การศึกษารูปร่าง ใช้ย้อมโดยวิธีของ Greenberg. (Methyl green, dye content 60% 1.0 ก., Pyronine, bluish, certified 0.2 ก., Methyl alcohol. absolute 10.0 ล.ซม. ฟอสฟอรัส ๒ ปร.ช. (ละลายในน้ำ) ๑๐๐.๐ ล.ซม., กลีเซอรอล C.P. ๒๐.๐ ล.ซม. ตรวจด้วยเส้นสีจมน้ำมัน แบ่งออกเป็นชนิดต่าง ๆ ที่วิศวกรอินสตีทิวท์ใช้ตามวิธีของ Hotchkiss. แบ่งออกเป็นชนิดปกติ, คือสเปอร่มที่ตอนหัวมีรูปเป็นรูปไข่, แบนเล็กน้อย, และเมื่อมองข้าง ๆ มีรูปเป็นกระสวย, มีหางปกติ. น้ำอสุจิที่ปกติจะมีชนิดคนราว ๘๘.๐ ปร.ช., นอกนั้นเป็นชนิดผิดปกติ, ซึ่งอาจมีขนาดโตกว่าธรรมดา, หรือเป็นชนิดเรียวยาว, ชนิดหัวเล็กเหมือนเข็มหมุด, ชนิดหัวกลม, ชนิดมีเป็น ๒ หัวหรือ ๒ หาง. ถ้าแยกไม่ออกเป็นชนิดใดเรียกว่าไม่มีรูป (amorphous). น้ำอสุจิปกติพวกที่ผสมได้ดีมาก

มีพวกผิดปกติที่กล่าวมาแล้วราว ๑๒ ปช. ถ้ามีจำนวนสูงกว่า ๑๒ ปช. ถือว่าน้ำอสุจินั้นไม่ปกติ.

จากการศึกษา น้ำอสุจิ ๒๐๐ รายที่ภรรยาตั้งครรภ์, Farris (1950) ได้ผลิตเฉลี่ยดังต่อไปนี้. จำนวนที่น้ำอสุจิเคลื่อนครึ่งหนึ่ง ๔ ล.ชม., จำนวนที่น้อยที่สุดที่ยังตั้งครรภ์ได้ ๒.๕ ล.ชม. ความเร็วในการเคลื่อนระยะทาง ๑/๒๐ มม. เฉลี่ย ๑ วินาที. ๑.๒ วินาทีเป็นเวลาที่ยังอยู่ในระยะตั้งครรภ์ได้. รูปว่างปกติ ๘๗ ปช. น้อยที่สุด ๘๐ ปช. การเคลื่อนไหวส่วน

เฉลี่ย ๔๔ ปช. น้อยที่สุด ๓๘ ปช. สะเปอรมทเคลื่อนไหวใน ๑ ล.ชม. เฉลี่ย ๕๑ ล้าน, น้อยที่สุดที่ยังตั้งครรภ์ได้ ๒๐ ล้าน.

เอกสาร

1. E.J. Farris, 1950 : Human fertility and problems of the male. The Author's Press Inc., New York.
2. B.E. Greenberg, S. Berman, S.L. Gargill, and R.C. Griffin; J. Clin. Endocrin. vol. 3, pp. 179-180, 1943 (จาก Farris).
3. R.S. Hotchkiss, 1944: Fertility in men. J.B. Lippincott, Co., (จาก Farris)

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สังฆชอสมุทรวมิวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

บทบรรณาธิการ

ฮอร์โมน

ความรู้เกี่ยวกับหน้าที่และโรคของต่อม
เอ็นโดไครนนั้นปรากฏอยู่ในตำราและนิยาย
สารต่างประเทศเป็นจำนวนไม่น้อย. ใน
เมืองเรารู้จักกันทั่วไปและพบเห็นบ่อยๆ
ก็แต่โรคคอพอกอันเกิดจากการเจริญโต
ผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ซึ่งสังเกตเห็น
ได้ง่าย. ส่วนโรคหรืออาการอื่น ๆ อันเกิด
จากต่อมเอ็นโดไครนยังรู้จักหรือเอาใจใส่
กันน้อย. คนที่รูปร่างเตี้ยแคระ สมองไม่
เจริญ ก็มักนึกกันเสียว่าเป็นกามพันธุหรือ
เกิดมาสุกแต่แค่น้อยกรรมที่ทำไว้ในปาง
ก่อน. ผู้มีใจคอหงุดหงิด ขี้บ่น อารมณ์
เปลี่ยนง่าย ก็เข้าใจว่าเขาเป็นนิสัยเป็นมา
เช่นนั้นเอง. ต่อเมื่อล้มเจ็บด้วยโรคอื่นหรือ
มีอาการผิดปกติมาก ๆ จึงจะไปหาแพทย์
และได้ทราบความจริง, เช่นในเรื่องคุชชิง
ซินโดรม เป็นต้น.

ที่จริงความรู้ในหน้าที่ของต่อมเอ็นโด-
ไครนได้ก้าวหน้าไปไกล. ศาสตราจารย์
H. Selye กล่าวว่าจะถามเพียงฮอร์โมน

อย่างนั้นอย่างนั้นมฤตหรือมีหน้าตาอย่างไร
ไม่พอ, ต้องถามถึงการเกี่ยวข้องของฮอร์
โมนในปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อสิ่งแวดล้อม
หรือเหตุใด ๆ ด้วย. และไม่เพียงจะ
ทราบว่าเมื่อต่อมเอ็นโดไครนต่อมหนึ่ง
ต่อมใดทำงานเกินปกติหรือถูกทำลายจะ
เกิดโรคอะไรบ้าง, ต้องทราบว่าเมื่อ
เป็นโรคหนึ่ง ๆ การทำงานของต่อมเอ็น
โดไครนจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง.

โดยทั่วไปการเจริญเติบโตของร่าง
กายและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ถูก
ควบคุมโดยต่อมเอ็นโดไครนและประสาท.
การทำงานของต่อมเอ็นโดไครนเองก็ต้อง
อาศัยต่อมเอ็นโดไครนอื่นและอาศัยประ-
สาทควบคุมเหมือนกัน. เท่าที่ทราบแน่
นอนในเวลาอันการหลังฮอร์โมนของต่อม
พิทูอิทารีส่วนหลัง และต่อมแอดรีนัลเม-
ดัลลามีประสาทควบคุมการหลัง (secre-
tory nerve) บังคับ. เมื่อมีการเปลี่ยน
แปลงทางประสาทก็อาจทำให้ต่อมทั้งสอง
นี้ทำหน้าที่ผิดปกติ. เช่นขณะตกใจ

ประสาทชียม์ป้าติดิทำงานมากกว่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงในชัยโปฮาลามัสยังคัยให้ต่อมบีคิตีคาร์ส่วนหลังชัยแอนคไคยริคิซอร์โมนน้อยลง. จำนวนน้ำยัสสาวะเพิ่มขึ้น. และผลต่อแเอคร์นัลเมทิลล้าทำให้ชัยแเอคร์นัลน้ออกมากเป็นเหตุให้หน้าซึกและแรงคันเล็อกสงเป็นคัน.

ต่อมบีคิตีคาร์ส่วนหน้าไม่มีประสาทควยคุมไคยตรง แต่กัพยว่าชัยโปฮาลามัสมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานของบีคิตีคาร์ส่วนหน้าด้วย. เข้าใจกันว่าไคยฮาคัยสารเคมีคัวนำผ่านคามหลอกล้อคจากชัยโปฮาลามัสมาสู่บีคิตีคาร์, แต่สารเคมีคัวนำนั้นจะเป็นอะไรยังไม่ทราบแน่. อย่างไรกัตามแสดงว่าต่อมบีคิตีคาร์ส่วนหน้าอยู่ไคยยังคัยของประสาท. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางประสาทกัอาจเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนที่ถูกชัยจากต่อมบีคิตีคาร์ส่วนหน้าไปยังคัยการทำงานของต่อมเอ็นโคไครน์และฮอวัยวะอื่น ๆ ไค.

การเปลี่ยนแปลงในปรากฏการณ์บริเวณแวกล้ออม, แม้ไม่มีผลต่อฮารมณหรือความนึกคัยกัอาจทำให้การทำงานของต่อมเอ็นโคไครน์เปลี่ยนแปลง, เช่นเมื่อฮอดหมมีคัหรือหน้าหนาว, ความเย็นนั้นจะมีผลทำ

ให้ต่อมฮัยรอยคัทำงานเพิ่มขึ้น, ให้ร่างกายไคยอาหาร และเกิดควมร้อนมากขึ้น, ต่อมแเอคร์นัลคอร์เทกซเจริญหนาหลังคอร์ตโคสเทอรอยคัมากขึ้น. ทั้งนไคยฮาคัยชัยโรโคโรบิคและแเอคร์นคอร์ตโคโคโรบิคฮอร์โมนจากต่อมบีคิตีคาร์ส่วนหน้ายังคัยต่อมฮัยรอยคัและแเอคร์นัลคอร์เทกซให้เปลี่ยนแปลง, เพื่อช่วยให้ร่างกายปรับปรุงตัวให้เหมาะสมกับบริเวณแวกล้ออม.

ในขณะที่เป็นโรคมักการอักษะของส่วนหนึ่งส่วนโค, ต่อมบีคิตีคาร์ส่วนหน้าจะหลังเอซที่เอชมากกระตุ้นต่อมแเอคร์นัลคอร์เทกซให้ชัยคอร์ตโคสเทอรอยคัมากขึ้น. กระตุ้นร่างกายให้คัอสูกัยการอักษะนั้น. หากเป็นเวอรังอยู่เป็นเวลานานต่อมเอ็นโคไครน์ท่เกี่ยวข้องฮองอาจหมคก้าลง, ไม่สามารถชัยฮอร์โมนมาวิจัยสคานะการณ, เป็นเหตุให้ฮากการโรคทรคตลงรวคเร็วยิ่งขึ้นไค. แม้ไม่เป็นโรคอะไร, เพียงชากฮากหรานาน ๆ, ร่างกายกัจะมีการปรับปรุงให้การเผอฮากหรานน้อยลง, ฮุดหมมีร่างกายคั่าลง, หัวใจคั่นซ้า, เป็นไปไค่เช่นนี้กัไคยต่อมฮัยรอยคัทำงานน้อยลง.

ระหว่างต่อมเอ็นโคไครน์คั้วยกันกัมีผลสัมพันธ์กัน เช่น ต่อมบีคิตีคาร์ส่วนหน้า

หลัง โกลนาโตโทรฟิคซอร์โมนกระตุ้นต่อม
เพศให้ หลังซอร์โมน ประจำเพศ มาก ขึ้น.
เมื่อความเข้มข้น ของซอร์โมน ประจำเพศ
สูงจะมีผลสะท้อนไป กดต่อม ปีกติการ ส่วน
หน้า ห้ามหรือลดการหลั่ง โกลนาโตโทร
ฟิคซอร์โมนอีก.

นอกจากกล่าวแล้วยังอย่างก็ทำให้
การ ทำงาน ของ ต่อมเอ็นโดไครน์ เปลี่ยน
แปลง, เช่นยาจำพวกยารักษาโรคที่มีฤทธิ์
เฉพาะที่ขับไปอาตลามัส มีผลทำให้ต่อมปีก
ติการ ส่วนหน้าหลั่ง แอ็คทิโน-คอร์ติโคโทร
ฟิคและลูเทอในซิงซอร์โมนน้อยลง.

จะเห็นได้ว่าการทำงานของต่อมเอ็นโด
ไครน์เปลี่ยนแปลงโดยเหตุหลายประการ,
อาจเป็นทั้งสาเหตุให้หน้าที่ร่างกายเปลี่ยน
และเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย
ส่วนอื่น. ฉะนั้นด้วยความเอาใจใส่ศึกษาทิต
ตามการปฏิบัติงาน ของร่างกาย อย่างใกล้ชิด
ซิค จะช่วยให้รู้จักอาการและโรคจากเอ็น
โดไครน์มากขึ้น. การใช้ซอร์โมนเพื่อ
ประโยชน์ในการรักษาจะได้ผลดียิ่งขึ้น.

ดิถี จิ่งเจริญ พ.ด., Ph.D.

เฉพาะท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการ ปกแข็ง ราคา ๓๕.๐๐ บาท
สารคดีราชชนยพิเศษ ราคา ๒๐.๐๐ บาท
ส่งทางไปรษณีย์ เล่มละ ๒.๐๐ บาท

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: สูด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., อูไร อรุณลักษณ์ พ.ด., Ph.D.
บุญเรือง นียมพร พ.บ., ตีรภ พงศ์พิพัฒน์ พ.บ., ม.ร.ว. จันทน์วิทย์ เกษมสันต์ พ.บ.
จรูญ ไชยโรจน์ พ.บ., จำลอง แผงสภา พ.บ., เทียมจันทร์ เจียมประเสริฐ พ.บ.

๑. G.L. Laqueur: การศึกษา neuro-secretory pathways ระหว่างฮิปโปธาลามัสกับนิวโรฮิปโปฟิซีส. *J. Comp. Neurol*, 3: 543-563, 1954.

โดยการย้อมเซลล์ด้วย chrome-alum-hematoxylin phloxine ตามวิธีของ Gomori, ผู้ศึกษาสามารถตามวิถีทาง ผ่านของ วัตถุที่ขี้ จากเซลล์ของฮิปโปธาลามัสในสุนัขได้. พบว่าทางผ่านนี้เป็นทางเกี่ยว กับทางเดินประสาท ที่ย้อมโดยการใส่เกลือเงิน. ฉะนั้นจึงให้ความเห็นว่า เส้นใยประสาทที่เกิดจากพาราเวนทริคูลันเคลียส และมีความสัมพันธ์กับวัตถุที่ขี้ออกจากเซลล์ จะติดต่อโดยตรงเข้าสู่ นิวโรฮิปโปฟิซีส.

สูด แสงวิเชียร พ.ด.

๒. D.H. Clark and H. I. Tankel: กลไกในกระเพาะอาหารและพลาสมาฮิสตามีนระหว่างการตั้งครรภ์

มีเนสระหว่างการตั้งครรภ์ *Lancet* 18: 886-887, 1954.

เป็นที่เชื่อกันมานานแล้วว่าการตั้งครรภ์ทำให้ อาการของ แผลย่อย ในกระเพาะอาหารทะเลาได้ กลไกของมันไม่เป็นที่ทราบกันแน่. มีรายงานว่าอาการเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจหรือจากการผิดปกติในการทำงานของฮอร์โมน. ผู้รายงานนี้กล่าวถึงอาการเนื่องจากระดับฮิสตามีนในเลือดที่ต่ำลงของฮิสตามีน ในการไปทำให้กรดในกระเพาะอาหารหลังออกมา. ผู้รายงานทั้งสองได้กล่าวถึงการค้นคว้าเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ระหว่างน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและจำนวนฮิสตามีนในพลาสมา ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด. ได้ตรวจศึกษา ว่าการหลัง กรดใน กระเพาะตามธรรมชาติหรือการหลังจากการฉีดฮิสตามีนลงน้อยลงไปหรือไม่ในระยะตั้งครรภ์ และการเปลี่ยนแปลงนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ

จำนวนซิสทามินเนส ในพลาสมา หรือเปล่า. การทดสอบทำในระบะต้งครรรค์อื่น ๆ ไปจนคลอกแล้ว. มีผู้สมัครเป็นผู้ถูกทดสอบหลายสิบคน แต่ผลที่ได้ ครบตาม ต้งการจริง ๆ มีเพียง ๕ คนเท่านั้น. ในพวกนี้ ๒ คนเคยมีประวัติเป็นแผล ในกระเพาะอาหารมาก่อน.

วิธีทำ: ให้ออกอาหาร ๒๔ ชม. แล้วเจาะเลือดจากเส้นเลือดค้ำ ๑๐ ล. ซม. เพื่อนำมาหาจำนวนพลาสมา-ซิสทามินเนส. การเจาะต้งระวังไม่ให้เม็กเลือดแดงแตก. อดน้ำย่อยที่ อยู่ในกระเพาะ อาหารออกท้งให้หมด. ๓๐ นาทีต่อมาจึงอดน้ำย่อยใหม่, เอามาวัดปริมาตรและหากรดเสวี. อดซิสทามินแอสคิฟอสเฟต ๐.๕ มก. เข้าที่ผิวหนัง. แล้วอดน้ำย่อยที่หลังออกมา ในระบะ ๔๕ นาทีต่อมา วัดปริมาตรและหากรดเสวีเหมือนกัน. จำนวนกรดที่ได้คิดเป็น มก. ของกรดเกลือ. การทดสอบนี้ทำทก ๆ ๔ สัปดาห์เริ่มต้งแต่ต้งครรรค์ได้ ๑๔ สัปดาห์ไปจน ๒-๓ เกือนหลังคลอก. การตรวจทดสอบซิสทามินเนสในพลาสมาใช้วิธีของ Kapeller-Adler (1951). สรพผล ที่ได้ว่าไม่มี การลดของ การล้งกรดในน้ำย่อยขณะต้งครรรค์ จำนวนของ

พลาสมา-ซิสทามินเนสเพิ่มขึ้นขณะต้งครรรค์ถึงระดับสูงสคเมื่อครรรค์แก่ ๒๗-๓๐ สัปดาห์แล้วค่อย ๆ ลดลง ถึง ระดับปกติ ภายหลังคลอก. การเพิ่มของพลาสมา-ซิสทามินเนสมิได้มีส่วน เกี่ยวข้องกัการหลังกรดในกระเพาะอาหาร.

อุไร อรุณดิษฐ์ พ.ด., Ph.D.

๓. J. Roskam and V. Cauwenberge: ซาลิซิลีเลทออกฤทธิ์อย่างไร? ควรใช้อย่างไร? *Presse méd.* 62: 165-167, 1954.

การล้ง ๑๗-ฮัยดรอกซัยคอร์ทิโคสเตอรอยด์มากกว่าปกติ, ซึ่งเกิดขึ้นจากการมี เอ.ซี.ที.เอส. เพิ่มขึ้นในเลือดของหนูที่ไทรบโซเคียมซาลิซิลีเลท, ทำให้ adrenal ascorbic acid น้อยลง, อัตราส่วน ระหว่างโฆเลสเตอรอล กับไลปีคค้ำ, ลิยมฟอยค้อร์แกนเล็กลง, อีโอซิโนฟิลในเลือดลดลง.

ถ้าให้หนูที่ตัดต่อมแอดรีนัลหรือต่อมไฮโปฟัยซัสออก, อดซาลิซิลีเลทจะไม่พบอาการต่าง ๆ ดังกล่าวนี้.

ในคนที่กินซาลิซิลีเลท ๔-๖ กรัมพบว่าอีโอซิโนฟิลในเลือดลดลงภายใน

๖-๘ ชม.

การขยับถ่ายซาลิซิลีเลททางไต, และความเข้มข้นของมันในเลือด, จะบอถึงความสัมพันธ์ระหว่างฮัยโปธาลามัส, ฮัยโปฟิซัสและต่อมแอดรีนัล. กรกซิลิซิลีลิก ๗-๘ กรัมหรือแอสไฟริน ๖-๘ กรัมต่อวัน ทำให้การขยับถ่าย ๑๗-ฮัยคร็อกซัยคอร์ทิโคสเตอรอยด์ ทาง บัสสาวะมากขึ้นสามเท่า. ในเวลาเดียวกัน วิถีขิงคอร์ทิโคอยด์เพิ่มขึ้น ๑.๖ ถึง ๒.๓ เท่า.

สารประกอบพวกน ออกฤทธิ์โดยไปกระตุ้นให้ต่อมแอดรีนัลหลั่งฮอร์โมนมากขึ้น.

อุไร อรุณลักษณ์ พ.ด., Ph. D.

๔. W.H. Meroney and R.E. Hershorn : วิถีแก้ไตหย่อนสมรรถภาพเฉียบพลัน J.A.M.A. 10: 877-883, 1953.

ความมุ่งหมายของผู้รายงานก็คือการแสดงระบบการรักษาอย่างหนึ่งที่ใช้ในสมรรถมิเกาหลิโดยสังเขป. ผู้ป่วยทั้งหมด ๔๖ คน เป็นผู้ที่มึสุขภาพดีก่อนไ้รับยาเคเร็บ. ภายหลังกการผ่าตัด ๒-๓ ชม., ผู้ป่วยที่มึความดันเลือดปกติและไ้รับน้ำพอเพียงแล้ว, มึบัสสาวะออกมาน้อยกว่า ๒๐ ล.

ชม. ใน ๑ ชม. ถือว่าไตของผู้ป่วยนั้นหย่อนหน้าที่ในการกรอง. โปแตสเซียม, ซึ่งเพิ่มมากขึ้นในพลาสมาเนื่องจากเซลล์ของร่างกายถูกทำลายหรือจากการกีดเชื้อ, ทำให้ไตหย่อนหน้าที่ลง. โปแตสเซียมทำอันตรายต่อหัวใจซึ่งแสดงไ้โดย E.K.G. และทำให้ผู้ป่วยถึงตายไ้. ฟอสฟอรัสถูกขยับถ่ายไ้้น้อยลงทำให้คั่งในเลือดมาก. เป็นเหตุให้แคลเซียมในเลือดซึ่งเป็นสารแกกฤทธิ์ของโปแตสเซียมน้อยลงไปด้วย. จากการศึกษาสรุปไ้ไ้ว่า: ผู้ป่วยควรไ้รับน้ำเข้าหลอดเลือดค้ำประมาณ ๕๐๐-๘๐๐ ล.ชม. เพิ่มเติมจากจำนวนน้ำที่ถูกขยับถ่าย. สำหรับสารที่สามารถแก้พิษของโปแตสเซียมไ้ไ้ก็คือ แคลเซียม, โซเดียม, และกลุโคสกับอินซูลิน. คั้งนั้นเขาไ้พบว่าน้ำยา, ที่ใช้ไ้ผลดีในการกำจัดพิษของโปแตสเซียมไ้หลายวันหรือนานพอที่จะนำไปรักษาโดยใช้ไตเทียม, มีส่วนประกอบคั้งนี้: แคลเซียมกลุโคเนท ๑๐ ปร. ๑๐๐ ล.ชม., โซเดียมไบคาร์บอเนท ๗.๕ ปร. ๕๐ ล.ชม., และกลุโคส ๒๕ ปร. ในน้ำ ๔๐๐ ล.ชม. (มึอินซูลิน ๕๐ หน่วย) ไอโซโทนิคโซเดียมคลอไรด์ หรือ ๑/๖ โมลาร์

โซเดียมแลคเตทเท่าจำนวนน้ำที่ดูดซับ
ถ่าย และควรเพิ่มพวกวิตามินที่ละลายน้ำ
เข้าไปด้วย. การใช้ iron - exchange
resin ไม่ได้ผลดีไปกว่าการให้น้ำยา.

ถ้าผู้ช่วยมีอาการยูรีเมียก็ต้องใช้รักษา
ด้วยไตเทียม.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๕. Bettina B. Carter: การรักษาอัมพาต
โธโรบลาสโตสิสที่ดิลลิคด้วย Rh. Hop-
ten. Lancet. 25: 1267-1269, 1954.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ Rh. Hopten
ซึ่งเป็นส่วนที่ ได้มาจากเม็ดเลือดแดงที่มี
Rho ขวก. โดยเอามาทำให้โปรตีนตก
ตะกอนด้วยแอลกอฮอล์ และสกัดเอาไข
มันออกด้วย ไขมันละลายในหญิงตั้งครรภ์
Rh ลบ. ที่ถูก Sensitised ขนาด ๔๐๐
มก. ทุก ๔ ชม. จนครบ ๑๘ ครั้ง, ต่อไป
วันละ ๒๐๐ มก. จนคลอด.

ผล: ปรากฏว่าคลอดออกมาเป็น Rh
ลบ ๑๕ ราย. ก. ที่ไม่มีประวัติของอัมพาตโธโร
บลาสโตสิสมาก่อน ๒๕ ราย, มีร่างกาย
ปกติ ๒๗ ราย, ตายหลังคลอด ๒ ราย,
ข. พวกที่มีประวัติของอัมพาตโธโรบลาสโตสิส
ในครรภ์ก่อน ๆ หรือประวัติการถ่ายเลือด

มาแล้ว ๕๖ ราย. คลอดปกติ ๒๐ ราย,
ปกติหลังถ่ายเลือดธรรมดา ๖ ราย, ปกติ
หลังเปลี่ยนเลือด ๒ ราย, ตายหลังคลอด
๘ ราย, ตายคลอดแล้ว ๑๘ ราย.

ผู้รายงานลงความเห็นพร้อมทั้งให้การ
เปรียบเทียบกับพวกที่ให้การรักษาโดยไม่ให้
การเปลี่ยนเลือด (Exchange Transfu-
sion) ว่าโดยการรักษาวินิจฉัยเพิ่มจำนวน
เด็กคลอดปกติมากขึ้น.

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ.

๖. F.G. Gomez, R.R. Calvan, J.
Craviato and Y. Frank: ฤทธิ์ของ
น้ำย่อยในคโธคินัมในเด็กที่เป็นโรคขาด
อาหาร. Pediatrics. 13: 548-552,
1954.

ได้ทำการศึกษา ฤทธิ์ของ น้ำย่อยในผู้
ป่วยที่เป็นโรคขาดอาหารขั้นที่ ๓ (third
degree malnutrition). ผู้ป่วยเหล่านี้
มีอายุตั้งแต่ ๕ เดือนถึง ๗ ปี. ได้ศึกษา
ฤทธิ์น้ำย่อยแข็ง, ทริปซินและไลเปส.
เด็กทุกคนได้รับอาหารโปรตีนสูง, ไขมัน
ต่ำ, คุณค่าความร้อนสูงแต่ไม่ได้ให้วิตะ
มินอื่นเพิ่มเติม. ให้เลือดและพลาสมา
บ้างในบางราย. ปรากฏว่าฤทธิ์ของน้ำย่อย

น้อยลงโดยเฉพาะพวกไลเปส. เมื่อสภาพทางโภชนาการของผู้ช่วยคชชฎุทริของน้ำย่อยเหล่านี้กักคชชฎุทริ. ไม่มีการเกี่ยวข้องระหว่างชฎุทริมีอิลบมินกับจำนวนของน้ำย่อยของคชชฎุทริ, ทั้งไม่มีการเกี่ยวข้องระหว่างชฎุทริของน้ำย่อยกับการอยากอาหารและอาการท้องเดิน. อาหารพวกโปรตีนที่ยังไม่ได้ถูกคชชฎุทริเปลี่ยนแปลงแล้วในผู้ช่วยพวกนี้. พบว่าชฎุทริของน้ำย่อยลดลงทั้งในโรค Kwashiorkor และในโรคขาดอาหารคน ๓ น, ซึ่งเป็นเหตุผลอย่างหนึ่งที่จะพิจารณาว่าโรคทั้งสองนี้อยู่ในกลุ่มอาการเดียวกันและมาจากสาเหตุเดียวกันคือการขาดอาหารอย่างเรื้อรัง.

ม.ร.ว. จันทรวินัย เกษมสันต์ พ.บ.

๗. E.S. Snell: ความสัมพันธ์ระหว่างการโตของ วาโลโมเตอร์ ที่ มีอและ การเปลี่ยนแปลงความร้อนในร่างกายที่เกิดจากการให้น้ำ เล็กชร้อน และ เย็น เข้า หลอดเลือด. *J. Physiol.* 125:361-372, 1954.

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความร้อนของ ร่าง กาย มีผล ต่อการ ขี้ขั้วและขยายตัวของหลอดเลือดโดยรีเฟล็กซ์, ผู้รายงานจึงได้ทำการทดลองฉีดน้ำเกล็ดชร้อน

และเย็นเข้าหลอดเลือด. เพื่อจะหาว่าการเปลี่ยนแปลง อุณหภูมิของเลือดจะมีผลโดยตรงกันกับการเปลี่ยนแปลงในความตึงตัวของหลอดเลือดบริเวณผิวหนังอย่างไร, โดยหวังจะใช้ เป็น แนวทางใน การศึกษา เกี่ยว กับกลไกของการเย็นไข้. ทำการทดลองในผู้ฉกทดลอง ๘ คน. ฉีดน้ำเกล็ดชร้อน ๖๐.๘๕ ปร. ทหารายจำนวน, อุณหภูมิและอัตราเร็วของการฉีดเข้าหลอดเลือด. ผลของการโตของ วาโลโมเตอร์ ทหารายได้จากการเปลี่ยนแปลงความร้อนของมือซึ่งวัดได้โดยเครื่องวัดความร้อน. ผลของการทดลอง ปรากฏว่าน้ำเกล็ดชร้อนทำให้หลอดเลือดขยาย, น้ำเกล็ดชเย็นทำให้หลอดเลือดขี้ขั้ว; และการเปลี่ยนแปลงนี้มีส่วนสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่างจำนวนของความร้อนที่เปลี่ยนแปลงโดยการให้น้ำเกล็ดชเข้าไปกับขนาดของการโตของ วาโลโมเตอร์. การโตนี้เข้าใจว่าส่วนใหญ่จะผ่านทางอวัยวะรับรู้ความรู้สึกร้อนที่อยู่ในส่วนลึก.

จรรยา ไชยโรจน์ พ.บ.

๘. A.I. Friedman and A.A. Alessi: ถ้าได้ใหญ่ทะเลหลังจากกินสารคอล-

ลือยก็อุ่มน้ำ. J.A.M.A. 154 : 1273, 1954.

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย, มีอาการสำคัญว่าปวดท้องมา ๗ ชม. เคยถูกตักไส้ติ่งมาแล้วและเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นแผลในลำไส้ส่วนคโอดินัมแต่ได้รับการรักษาทางยาจนหายก็แล้ว. เมื่อ ๒ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลได้กินยาระบายประเภทที่อุ่มน้ำทำให้อุจจาระมากขึ้น, ซึ่งมีส่วนผสมของกัม เมธิล-เซลลูโลสสังเคราะห์, แต่คงถ่ายอุจจาระเป็นจำนวนน้อยและท้องอีกไม่หายไป. ต่อมาได้กินอีกครั้งหนึ่งเมื่อ ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาลและได้ถ่ายอุจจาระเป็นจำนวนมาก. หลังถ่ายอุจจาระมีอาการปวดท้องเรื่อยมา. จากการตรวจร่างกายวินิจฉัยได้ว่าเป็นการแตกทะลุของคโอดินัม. ทำการผ่าตัดเปิดหน้าท้องพบว่าที่ลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอຍค์แตกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๔.๕ ซม., มีอุจจาระซึ่งเป็นส่วนวัน ๆ ของยาระบาย. หลังจากการเย็บส่วนที่แตกแล้วผู้ป่วยหายเป็นปกติ. การแตกของลำไส้นี้เข้าใจว่าเกิดจากผลของการอุดตันของลำไส้ส่วนที่คอก โดยก่อนอุจจาระซึ่งเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อย ๆ จากคุณสมบัติอุ่มน้ำของยาระบาย, ทำให้เพิ่ม

ความดันภายในลำไส้ให้สูงขึ้นจนทำให้ลำไส้แตกตรงส่วนที่อ่อนแอที่สุด.

จรรยา ไชยโรจน์ พ.บ.

๕. W.B. Danich and F.G. MacMurray: โรคแมวข่วน J.A.M.A. 15: 1247-1251, 1954.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วย ๑๖๐ ราย จากโรคแมวข่วน (cat scratch disease) ซึ่งสำรวจจาก ๒๗ รัฐในอเมริกา และประเทศอื่น ๆ อีก ๗ ประเทศ. อาการต่าง ๆ ของโรคเกิดภายหลังถูกแมวข่วนหรือผิวหนังได้รับอันตรายจากเห็บอื่น ๆ เช่น กระจ่ายข่วน, หนามตำ ฯลฯ เป็นต้น, แต่เป็นภายหลังแมวข่วนถึง ๕๓ ราย. ๘๐ ปช. ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการทั่วไปนำก่อน เช่น ปวดศีรษะ มีไข้ หนาวสั่น ขอนเพลียเมื่อย เบื่ออาหาร. ต่อมามีอาการอักเสบที่ต่อมน้ำเหลืองในบริเวณต่าง ๆ เป็นราย ๆ ไป. และจะคงโตอยู่ประมาณ ๒ อาทิตย์ถึง ๖ เดือน. บางรายมีผื่นขึ้น. ในรายที่ร้ายแรงทำให้อาการสมองอักเสบร่วมด้วย.

ผู้ป่วยทุกรายให้ผลบวกต่อการทดสอบด้วยการฉีดแอนติเจนของโรคแมวข่วนเข้าใต้ผิวหนัง. แอนติเจนนี้สกัดจากต่อมน้ำ

เหลือของผู้อยู่ด้วยโรคนี้

การรักษาให้ออริโอมัยซิน, ฆลอร์-
แอมพนิคอลร่วมกับซัลโฟนาไมด์, ปรากฏ
ว่าได้ผลดี.

จำลอง แพ่งสภา พ.บ.

๑๐ E.J.Poth: ยามาเชื้อในลำไส้เกี่ยวกับทางศัลยกรรม. J.A.M.A. 17: 1516-1523, 1953.

ผู้รายงานได้ทดลองให้ยาพวกซัลโฟนาไมด์ และ แอนติไบโอติก เป็นยามาเชื้อในทางเดินอาหารก่อนผ่าตัดศพว่า, พวกซัลโฟนาไมด์มีเพียง ๓ ชนิดที่ใช้ได้, คือ ซัคซินนิล ซัลฟาไออะโซล, พิวลาซิล ซัลฟาไออะโซล และ พิวลาซิลซัลฟาเซทอาไมด์ แต่ยังมีข้อเสีย ที่ยามาเชื้อได้น้อยชนิด, มีผลแทรกเป็นพิษและต้องใช้เวลา นาน ๆ.

ส่วนพวกแอนติไบโอติกพบว่า สเตริปโตมัยซินฆ่าเชื้อได้น้อยชนิด และเกิดข้อ เก่ง. ออริโอมัยซินและเทอร์รามัยซินก็ได้ผลบางโอกาส และไม่มีฤทธิ์ต่อไมโครคอกคัสปัยโอจีเนส และสเตรปโต-เรียส. นอกจากนี้ถ้าใช้ติดต่อกัน ถึงแม้จะไม่ใช้เป็นยามาเชื้อในลำไส้ จะทำให้เกิดการแพ้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

และอาจเกิด choleraformic syndrome ถึงตายได้. ส่วนนี้โอมัยซินได้ผลดีที่สุด เพราะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อได้รวดเร็วและแรง, ฆ่าได้ทุกชนิด เว้นแต่พวกแอโรแบคเตอร์ แอโรจีเนส. ถ้าใช้นี้โอมัยซินร่วมกับ พิวลาซิลซัลฟาไออะโซลยิ่งได้ผลดีที่สุด.

นี้โอมัยซินไม่ทำให้เกิดพิษ ถึงแม้จะทำให้ yeast เจริญอย่างมากมาย. วิธีให้นี้โอมัยซินอาจแบ่งได้เป็น ๓ อย่าง

(๑) นี้โอมัยซินใช้ร่วมกับยาระบาย. ต้องใช้เวลา ๒๐ ชม. คือให้น้ำมันละหุ่ง ๖๐ ถ. ชม. ๑ ชม. ต่อมาให้ นี้โอมัยซิน ๑.๐ ก. ร่วมกับพิวลาซิลซัลฟาไออะโซล ๑.๕ ก. ทุก ชม. ๓ ครั้ง. หลังจากนั้นให้ทุก ๔ ชม. จนครบ ๒๐ ชม.

(๒) ในรายที่มี partial obstruction ให้นี้โอมัยซิน ๑.๐ ก. ร่วมกับ พิวลาซิลซัลฟาไออะโซล ๑.๕ ก. วันละ ครั้งจนกว่าจะผ่าตัด.

(๓) ในรายรีบด่วน, ใช้น้ำยานี้โอมัยซิน ๑ ปช. ฉีดเข้าไปในลำไส้ครั้งละ ๑ ลิตรบ่อย ๆ ครั้ง.

สุดท้าย ผู้รายงานสรุปว่านี้โอมัยซิน ร่วมกับพิวลาซิลซัลฟาไออะโซลเป็นยามาเชื้อในลำไส้ที่ทศในเวลานี้.

เทียมจันทร์ เจียมประเสริฐ พ.บ.

ปลิงนก

“ปลิง” หรือ “ทาก”

ในภาษาไทย คำว่า “ปลิง” หมายถึง สัตว์ดูดเลือด ลักษณะตัวยืดยาวแบนและชอบอยู่ในน้ำ, แต่ถ้าสัตว์ชนิดเดียวกันนี้อาศัยอยู่บนบก กลับเรียกใหม่ว่า “ทาก”. ความจริงปลิงหรือทากก็เป็นสัตว์พวกเดียวกัน ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Leech” นั่นเอง.

ปลิง หรือ ทากนี้ไม่ปรากฏว่าเป็นพาหะนำโรคใด ๆ สู่คน. อันตรายเกิดจากรอยกัดของมัน และมีเชื้อโรคเข้าแผลเท่านั้น, ตัวมันประกอบด้วยวงแหวนต่อกันมากมาย. หัวและท้ายมีปากดูด ๒ อัน ทางหัวมีปากดูดอยู่ตรงกลางปากดูด ส่วนทางท้ายมีทวารหนักอยู่ตรงกลาง. ปลิงเป็นสัตว์กระเทยวางไข่ โดยมีปลอกหุ้ม. เมื่อฟักเป็นตัวก็มี ลักษณะ ของ ตัว แก่ ที่ เกี่ยว.

ปลิงแบ่งเป็น ๓ ชนิด คือ:

๑. ปลิงควาย (*Hirudinaria manillensis*). ตัวโต สีเขียวคล้ำมีขาคำ ๆ ข้าง ๆ มีขาคีหรือเหล็กส้ม. ยืดเต็มที่

ได้ ๖ นิ้ว แต่อาจมากกว่านั้นก็ได้.

๒. ปลิงบก หรือทาก (*Haemadipsaspp.*) ตัวเล็กกว่า. ตัวเป็นจุกสีน้ำตาล, มีขาคำหรือเหล็ก. ยืดเต็มที่ไม่เกิน ๓ นิ้ว. อาศัยตามพินดินและตามต้นไม้ (ใบ).

๓. ปลิงชนิดเล็กเป็นเส้นด้าย (*Unidentified*). พบบนขอร่นเนี้ยว. อยู่ในน้ำสีน้ำตาลเข้ม. ตัวเล็ก ยืดได้ยาว $\frac{3}{8}$ นิ้ว. พบตามลำธารที่น้ำนิ่ง และเข้าสู่ เนโซ-แฟรียงซ์ ของคนที่กินน้ำในลำธารนั้น.

ปลิงหรือทากนี้ไม่นำโรคสู่คน แต่เป็นพาหะในโรครินเคอร์เปสต์ ของพวกวัวควาย. ความสำคัญในคนอยู่ที่การเสียดูดเลือด แผลเกิดคืดเชื้อ และมีผลทางด้านจิตใจ.

อาการเสียดูด ปรากฏไม่มาก นอกจากเสียดูดทุกวัน. ส่วนใหญ่เกิดเพราะเลือดออกตลอดเวลาเนื่องจาก ปลิง ขนาดใหญ่ เข้าเนโซแฟรียงซ์.

แผลคืดเชื้อ เกิดจากการเกาเพราะคัน แผลที่ถูกกัด.

ผลทางจิตใจ มักพบในคนที่ไม่ชินกับแหล่งนั้น ๆ เช่น ทหารกลั้วเข้าทางปากหรือทวารเบาขณะนอนหลับ เคยพบเข้าทวารเบา ๒ รายต้องผ่าออก ดังนั้นทุกคนต้องสวมถุงยางก่อนนอน.

การเกาะเหยื่อ. ปลิงควายกัดเลือดขณะคนลงน้ำ ว่ายน้ำได้เร็ว หาเหยื่อได้ โดยการสะท้อนของน้ำหรือทางสัมผัสเค็ม มีน้ดกัดเลือดได้ราว ๑๐ ล.ซม. ใน ๑๐ นาที และพอกที่อัม.

หากมีพวกเกาะตามพนักก้นก็พวกที่เกาะตามต้นไม้. ปกติมันเกาะกินโดยใช้หัวและท้าย. พอไต่กลิ้งเหยื่อก็จะหัวตั้งตรง พอเหยื่อผ่านมาก็เกาะแน่น มันใช้วิธีสัมผัสหลายทางในการหาเหยื่อ เช่น อุณหภูมิ กลิ่น ฯลฯ. ส่วนพวกที่เกาะตามใบไม้จะคืบมาถึปลายใบแล้วทิ้งตัวลงบนเหยื่อซึ่งมักไม่พลาด. มันจะกัดเลือดบริเวณแรกที่มีมันเกาะกัดและกินเลือดได้ราว ซม. ละ ๑ ล. ซม.

แผลที่ถูกกัด. ปลิงมีซากกรรไกร ๓ อัน, ทุกอันใช้แบบเลื่อย. ดังนั้นรอยกัดจึงเป็น ๓ แฉก ตรงกลางตัดกันเป็นรูปสามเหลี่ยม ขณะเกาะกัดก็คืบไปด้วยโดยกำลังของกล้ามเนื้อพาริงซ์.

การที่เลือดไหลเพราะ hirudin ในตัวทากทำลายไม่ให้เกิดการแข็งตัว. สารนี้อยู่เฉพาะบริเวณแผลเท่านั้น. ถ้าทากหลุดแล้วกระแสเลือดจะลึกลงไปหมด แต่ตัวทากกัดตัวของเส้นเลือดฝอย คือสารคล้ายฮีปาทามีน ทำให้เลือดไหลต่ออีกนาน.

ถ้าต้องการให้ทากหลุด ห้ามใช้สิ่งออก เพราะจะทำให้เนื้อบริเวณนั้นฉีกได้ เลือดจะหยุดยากเข้า ควรใช้ก้อนเกลือเล็ก ๆ หรือน้ำเกลือซัน ๆ แตะที่ตัวมันให้ระคายมันจะปลอ่ย. ในรายที่เกาะในจมูกหรือทวารเบาไม่ควรใช้ Dimethyl Phthalate (D.M.P.) เพราะระคายมาก แล้วบีบแผลด้วยพลาสติก กันลมเลือดหลุด.

แผลที่ถูกกัดไม่เจ็บ, แต่พวกทากตามต้นไม้มักเจ็บ. น้อยรายที่ระคันขณะถูกกัด แต่จะคันในระยะ ๑๒-๒๔ ชม. ต่อมาคันอยู่ราววันเดียวก็หาย ใช้ทาด้วยพวกขผึ้งกันแพ้ต่าง ๆ.

ที่เกิด. แต่ละชนิดเกิดเกี่ยวข้งกับ host ที่แท้ของมัน คือปลิงควาย. ไข่เลือดจากควายหรือสัตว์ใหญ่อื่น ๆ ที่ลงน้ำ. หากเกิดในบ่ารกและชน คอยคุ้ย

เลือดคนและสัตว์ที่ผ่านไปหลังฝนตกมันจะ
ว่องไวขึ้น, แต่ถ้าอากาศแห้งมันจะแข็งตัว
และอยู่นิ่ง. จากการค้นคว้าเขาพบว่ามัน
ออกอาหารแขนงอยู่ได้ถึง ๕ เดือน.

การรักษาและป้องกัน. เท่าที่ทดลอง
พบว่าใช้ D.M.P. ได้ผลดีเหมือนฆ่า
แมลง. ยาอื่นไม่ได้ผล. วิธีป้องกันที่ดีคือ
ใส่ยานีครั่งอ่อนซึ่งบริเวณกันทางเกง และ
เพียงชันษาเดียวสำหรับด้วงเท่า ๑ คู่.

จุดประสงค์. ผู้รายงานมีความต้อง
การเผยแพร่เพื่อ กระตุ้นความสนใจให้มีผู้

ศึกษาในเรื่องการเกิดของปลิงว่าเกิดที่ไหน
เมื่อไร และอย่างไรโดยละเอียด พร้อมทั้ง
ต้องการ ควบคุมปลิงหรือหากด้วย, โดยแนะนำ
ทำให้ใส่ตัวมันไว้ในหลอดแก้วมีฝาปิดเพื่อ
ให้ตายแล้วจึงนำมาใส่ในแอลกอฮอล์ หรือ
วิธีทำลายที่ดีที่สุด คือใส่ในน้ำโซดา แช่
แอลกอฮอล์แล้วส่งไปยังผู้รายงานเพื่อ
ประโยชน์ในการศึกษา

(เรียบเรียงจาก Med. J. Malaya, 2: 180-185,
1953)

อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ.

ทูตกระหม่อม ๆ ราลึกลับ

สมเด็จพระเจ้าฟ้า กรมหลวงสงขลานครินทร์
เมื่อทรงสำเร็จการศึกษาวิชาแพทย์ แล
เสด็จกลับคืนมายังประเทศไทยแล้ว, ทรง
ประสพความผิดหวัง ในการ ปฏิบัติหน้าที่,
พระองค์ ท่าน พอพระทัย จะปฏิบัติ หน้าที่
แพทย์บำบัดโรค. อยากตรวจวินิจฉัยแล
รักษาโรคด้วยพระองค์เอง. นัยหนึ่งจะ
ทรงใช้วิชาที่ทรงพากเพียรเรียนมานั้น.

ในจังหวัดพระนคร มีไข้ทรงรับโอกาส

นั้น เพราะความเป็นเจ้าเป็นใหญ่กันทาง
เอาไว้, ไม่อาจทรงปฏิบัติคนไข้เพียง
แพทย์พึงกระทำ. จึงทรงชวนช่วยหาทาง
ที่จะทรงรักษาคนไข้ให้ได้ เพราะทรงระลึก
อยู่ว่า นี่เป็นส่วนหนึ่งแห่งการศึกษาภาค
ปฏิบัติ, แลเมื่อทรงถามไปยัง นายแพทย์
อ.ช. คอรัท แพทย์ชาวอเมริกันผู้อาวุโส
ขณะนั้นเป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม็ก
คอร์มิค เชียงใหม่, ก็รับสนองจะจัดถวาย

ตามพระประสงค์. เมื่อสยพระทัยเช่นนั้น จึงตัดสินใจพระทัยขึ้นไปเชียงใหม่, ทรงวางภาระทุกอย่างในพระนครอันมีอยู่เป็นอันมาก.

ผู้เขียนเรื่องนี้ ได้มีโอกาสปฏิบัติภารกิจใกล้ชิดพระองค์ท่าน ในหน้าที่แพทย์ร่วมสำนักนั้น, ได้เห็นลายพระหัตถ์ที่ทรงกำชับกำชาเรื่องทรงประสงค์จะเป็นแพทย์แต่อย่างเดียว มีอาทิ มีให้จัดที่ประทับพิเศษ ขอประทับร่วมกับนายแพทย์ อ. ช. คอรท์ เช่นแขกชาวอเมริกันผู้หนึ่ง. การเสวยร่วมกับนายแพทย์ อ. ช. คอรท์ ตลอดเวลา แต่ไม่โปรดภัตพระกระยาหารไทย. เข้าใจว่าไม่อยากจะเห็นภาระแก่ครอบครัวนั้นเพิ่มขึ้นอีก และให้จัดกิจการรับรองอย่างพระราชวงศ์, ตลอดงานกิจการทางสังคมต่าง ๆ ของทางราชการ ให้คัดออกแทบทั้งหมด. มีทรงยอมให้ข้าราชการหรือผู้อื่นเฝ้าเป็นส่วนพระองค์ ณ โรงพยาบาล หรือบ้านที่ทรงพัก. เป็นแต่เวลาบ่าย ๆ จะทรงรถยนต์ไปยังจวนของสมเด็จพระเทพฯ, เพื่อประทานโอกาสในวันละประมาณชั่วโมงหนึ่ง, สมเด็จพระเทพฯ เวลานั้นคือ พระองค์เจ้าทศศิริวงศ์. เวลาที่ทรงสำราญที่สุด เห็นจะเป็น

เวลาประทับในห้องตรวจโรค แลทรงสนทนากับผู้ช่วยตามลำพัง. เห็นได้ว่าโปรดการแพทย์จริง ๆ, บางครั้งจะทรงพระสรวลด้วยความขบขันเพราะไม่สามารถเข้าใจข้อความที่ผู้ช่วยทูล เป็นภาษาพื้นเมืองเชียงใหม่ ต้องทรงหาลำมแปลบ่อย ๆ.

บางเวลา ไม่มีผู้ช่วยมาตรวจก็ใช้เวลาเดินไปตามตึกคนไข้เพื่อ ทักทาย แลถามไถ่ผู้ช่วย ที่ทรงตรวจไว้ วันก่อนแล ส่งเข้าไป. ทรงระวังมิให้คนคิดคามมาก. แลมิให้คนไข้หวัคเกรง. ที่โรงพยาบาลแม้กคคอร์มีคยังจำกันได้ว่า ยายแก่คนหนึ่งขอให้ ทรงช่วยยกหม้อออกจากระลังจากเตียงให้แก่ แลระก็ทรงยกให้จริง ๆ ค้วย. อยากขแรงในทันที่ว่า มิได้ทรงเป็นแพทย์ประจำบ้านอย่างที่เคยเข้าใจกัน แต่ทรงรับหน้าที่เป็น staff จริง ๆ คือ มีตึกคนไข้ของพระองค์ท่าน. มีคนไข้ที่ทรงรับดูแล ทรงตรวจวินิจฉัยแลรักษาโดยตลอด, เว้นแต่จะปรึกษาหารือกับแพทย์อื่นเท่านั้น. ในระยะเวลาประมาณหกสัปดาห์ที่ทรงปฏิบัติหน้าที่ทรงรับดูแลคนไข้ภายนอก (O.P.D.) ตอนเช้า แลคคตึกคนไข้ตอนบ่าย, ตอนค่ำภายหลังทรง

กระยาหารเย็น มักทรงเยี่ยมคึกคนไข้
เสียก่อนบรรทม. โปรดการตรวจทางระบบ
ประสาทอย่างละเอียด. การทดสอบทาง
รีเฟลกซ์ต่าง ๆ ทรงนำมาใช้มาก. รัชสัง
ว่า เรียนจาก Harvey Cushing ทรง
หวังว่าจะรักษาที่ทางศัลยกรรมต่อมา,
แต่มิได้เป็นดังพระประสงค์.

สุขภาพส่วนพระองค์จะไม่แข็งแรง
ก็มีไข้บ่อย. โรคที่รบกวนอยู่ที่ทรงประ-
ชวรมาตั้งแต่เมืองนอก คือ มี โลหิตจาง
อย่างหนึ่ง ก็ยังมีไตอักเสบเรื้อรังอยู่. นี้
เป็นอีกเหตุหนึ่งที่ไม่ทรงสวยอย่างไทย
ด้วยเหตุที่มีสซิส อี. ซี. คอร์ท เป็น Die-
tician สามารถจัดอาหารที่เหมาะสมกับพระ
อาการนั้นได้ถูกต้อง.

การที่ทรงปฏิบัติ ไม่เป็นการเกินพระ
กำลังเลย, แลเราผู้เคารพพระองค์ท่านก็
ยอมเคารพพระสติปัญญาว่า คงจะไม่ปฏิบัติ
สิ่งใดที่ไม่มีแรงทำให้การขึ้นทอนพระ
ชนม์มายุของพระองค์เอง. ผู้เขียนนี้ได้
สังเกตเห็นว่า ทรงเป็นสุขพอสมควร แล
ทรงว่าเรื่งเมื่อได้ทรรักษาคนไข้ แล
ยังทรงเห็นผลการรักษาว่าคนไข้สบายขึ้น

ก็ทรงเป็นสุขจริง ๆ.

สมเด็จพระเจ้าเสด็จลงมาจังหวัดพระนคร
ในพระราชพิธีพระราชทานเพลิงพระศพ
สมเด็จพระปิยะเกล้าฯ แลรัชสังว่าจะกลับโดย
เร็ว เพราะอยากติดตามอาการไข้ของผู้
ป่วยบางรายที่ทรงรักษาทิ้งไว้. เวลาที่เสด็จ
กลับนั้น พระอาการมิได้แสดงว่าผิดปกติ
อย่างไร ทรงว่าเรื่งอย่างเคย.

เมื่อถึงกรุงเทพฯ จึงประชวร, และได้
ให้แพทย์ในกรุงเทพฯ : ถวายการรักษา.
ขณะนั้นศาสตราจารย์ในโรงพยาบาลศิริ-
ราชเป็นชาวต่างประเทศพวกที่รอคึกิเฟล-
เลอร์ส่งเข้ามา. ผู้ถวายพระอาการมี ที.พี.
โนเบิล ซึ่งเป็นศัลยแพทย์ และเปอร์กินส์
เป็นอายุรแพทย์. โรคซึ่งประชวรเป็นตับ
อักเสบภายหลังเป็นตับเป็นหนอง แลสิ้น
พระชนม์เพราะเหตุนี้. ถึงตอนนั้นผู้อ่านจะ
เห็นความสำคัญที่กล่าวข้างต้นว่า ประทับ
แลเสวยร่วมกับครอบครัวนายแพทย์ อี.ซี.
คอร์ท ตลอดเวลา.

ข้อความนี้เขียนเพื่อส่งเสริมพระเกียรติ
คุณของสมเด็จพระเจ้าฯ อันผู้เขียนได้พบเห็นแต่
ส่วนน้อย. เหตุที่เขียนเพราะพบบทความ

ของคุณหลวงพิณฯ ในสารศิริราชตอนหนึ่ง
ว่า “การเสด็จขึ้นไปปฏิบัติหน้าที่แพทย์
ประจำบ้านในโรงพยาบาลในภาคเหนือ
แห่งประเทศไทยนี้เอง เป็นต้นเหตุให้
พระองค์เสด็จจากเราไปโดยไม่มีวัน

กลับ” (สารศิริราช ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๕
หน้า ๓๕๖) จึงเห็นว่า ควรขยายข้อความ
ให้ทราบในตอนนี้.

จินดา สิงหนตร
โรงพยาบาล แม่จันจรัล เชียงใหม่

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ก.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนพฤศจิกายนพ.ศ.๒๔๕๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๑,๖๖๐	๘๓๖	๑,๑๖๖*	๕๐๗	๑,๓๑๑	๓๑๒	๖,๒๒๓
เก่า	๒,๑๓๓	๑,๖๐๗*	๑,๕๐๒	๑,๐๕๓	๒,๒๘๑*	๒๔๖	๘,๘๑๕*
รวม	๓,๗๙๓	๒,๔๔๓*	๒,๖๖๘	๑,๕๖๐	๓,๕๙๒*	๕๖๑	๑๕,๐๓๘
ใน	๑๖๗*	๒๓๓	๘๔๔	๑๐๑	๒๘๕	—	๑,๖๖๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๓๒๗. จักษุ ๒๗๓. สูติ-นารี ๒๐๗. รวม ๘๐๗ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๒๕๑.* หญิง ๒๘๓. รวม ๕๓๔.* คลอดตาย ชาย ๑๕. หญิง ๕ รวม ๒๐

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๓๐ คน (๗.๗ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๔๗ ราย. (๓๖.๘ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๕๔ ครั้ง. ข้างนอก ๕ ครั้ง. รวม ๔๕๙ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๕๔๑ คน. รักษาใหม่ ๒๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๗๖ ครั้ง.
 ราเดียม รักษา ๒๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๖ ครั้ง. โคอะเธอร์มีย์, รักษาใหม่ - ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๑๑๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๒๔๖ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๗๑๓* ราย. (จากภายนอก ๖๗ ราย). แอ็กทิสตินชิ้น ๑๗๕. วัชเชอร์.เมนและคาร์เน ๒,๐๗๐. หมู่เลือด ๖๑๕. นิมฟ์เกิดเลือด ๒๐๔. หาเชื้อบักเตรี ๑๓๐. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๑๗. อูจจาระ ๓๓๔. บัสสาวะ ๑๗๒. เสมหะและอื่น ๆ ๓๕. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๑๗. อูจจาระ ๑๓๕. บัสสาวะ ๒๘. น้ำไขสันหลัง ๑๒. เสมหะและอื่น ๆ ๕๕๑. นิตัสตัวทดลอง - . เพาะเชื้อบัก ๖๐. ตรวจทดลองตัวจืด ๒๘. ตรวจศพนิติเวช ๑๐. ตรวจของกลาง ๑.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๔. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๑. น้ำช่องปอด ๔. อักลมเข้าช่องปอด ๗. อักลมเข้าช่องท้อง ๔๗. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๕. นิตยาชีพิต ๔๐.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๘๗. ถอนฟัน ๓๑๖. อุดฟัน ๗๕. ผ่าตัดช่องปาก ๒๕.

* สถิติของเข็มน
 (โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

การประชุมวิชาการ ทางคณะแพทย-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้มีการประ-
ชุมวิชาการประจำเดือนมกราคม ๒๔๕๘
ณ หอประชุมราชแพทยาลัย มีเรื่องท
แสดงดังต่อไปนี้

๑. พยาธิสภาพของโรคพยาธิตัวจิ๋ว

ในคน โดย น.พ. ประคิมรัฐ กันสุรัต-

๒. Post-tussis Syncope โดย
น.พ. วิถี วิธานวัฑฒ์ และ น.พ. บัญญัติ
ปรีชญาณนท์

๓. Reconstruction of the nose
โดย น.พ. พิเศษรัฐ วิเศษกุล.

ข่าวนักศึกษา

ทุนการศึกษา ก้าวรรัฐบาลออสเตรเลีย
กำหนดจะให้ทุนการศึกษาหรือทุนตาม
แผนการโคลัมโบ ๒๐ ทุน แก่กระทรวง
สาธารณสุข เป็นทุน Undergraduated
๑๕ ทุน และทุน Post-graduated ๕ ทุน
ทุนสำหรับ Undergraduated นั้นจะให้ทุน
ไปจนตลอดหลักสูตร จนได้รับปริญญา
หรือประกาศนียบัตร ทางคณะแพทย-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาลเสนอขอทุนให้
นักศึกษาแพทย์ ๒ ทุน และนักเรียนพยา-
บาล ๒ ทุน ทั้งนี้ถ้าผู้ใดสนใจก็ให้แสดง
ความจำนงค์ได้ที่ห้องคณะฯ.

กำหนดการสอบไล่ประจำปี ทางคณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ก่า-
หนดการสอบไล่ประจำปีการศึกษา พ.ศ.
๒๔๕๗-๒๔๕๘ ดังต่อไปนี้

๑. วันที่ ๑ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๘.
ถึงวันที่ ๑๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๘

๒. วันที่ ๒ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๘.
ถึงวันที่ ๑๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๘

๓. วันที่ ๓ วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๘.
ถึงวันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๘

๔. วันที่ ๔ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๘.
ถึงวันที่ ๑๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๘ เป็น
การสอบข้อเขียน ส่วนการสอบสัมภาษณ์

ตามแต่หัวหน้าแผนกวิชาการกำหนด.

ตามแต่แผนกวิชาการกำหนด สำหรับขยที่ ๓ และขยที่ ๔ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย การสอบเริ่มเวลา ๙.๐๐ น.

สถานที่สอบ สำหรับขยที่ ๑ และขยที่ ๒

ข่าวศิษย์เก่า

การสอบวิชา Post-graduated คณะ แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล กำหนดให้มีการสอบวิชา Post-graduated ชั้น ณ โรงพยาบาลศิริราช เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑๔

มีนาคม ๒๔๙๘ จนถึงวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๔๙๘ ในวิชาพยาธิวิทยา สติศาสตร์- นรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ร่วมกับ ศึกษาศาสตร์และจิตวิทยา.

ข่าวพยาบาล

เลี้ยงส่งครูพยาบาล เมื่อวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๔๙๘ แผนกพยาบาลได้จัดให้มีการเลี้ยงน้าชา เพื่อเป็นเกียรติแก่นางเป็รียบ ขันยวณิษและ น.ส. วิเชียร ทวีลาภ ซึ่งจะเดินทางไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ ประเทศออสเตรเลีย และ น.ส. ประพันธ์ สามสวัสดิ์ ซึ่งจะเดินทางไปงานแผนกคัลยกรรม ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา งานเริ่มเวลา ๑๖.๐๐ น. ท่านหัวหน้าแผนกพยาบาลฯ กล่าว

คำอวยพรและมอบของที่ระลึกให้ พยาบาลทั้ง ๓ ท่านกล่าวขอบคุณ ในการนี้มีผู้มาร่วมงานด้วยประมาณ ๒๐๐ คน งานเสร็จสิ้นเมื่อเวลา ๑๗.๐๐ น.

ไปต่างประเทศ ๑. น.ส. ประพันธ์ สามสวัสดิ์ หัวหน้าพยาบาลแผนกคัลยศาสตร์ ได้ขอลาออกและได้ออกเดินทางไปงานแผนกคัลยศาสตร์ ณ ประเทศสหรัฐ

สารศิริราช

อเมริกาช่วยทุนส่วนตัว เมื่อวันที่ ๒๕
มกราคม พ.ศ. ๒๔๕๘ โดยเครื่องบิน
P.A.A. ณ ท่าอากาศยานคอนเมืองเมื่อ
เวลา ๑๓.๓๐ น.

๒. นางเปรี๊ยะ ชัยยวณิช และ น.ส.
วิเชียร ทวีลาภ ใ้้ออกเดินทางไปศึกษา
วิชาเพิ่มเติม ณ ประเทศออสเตรเลีย โดย

ทุนแผนการโค ลัมโบ เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์
โดยเครื่องบิน K.L.M. ณ ท่าอากาศยาน
คอนเมือง เมื่อเวลา ๒๑.๐๐ น.

มีผู้ไปส่งเป็นจำนวนมาก เราขออวยพร
ให้เดินทางไปโดยสวัสดิภาพทุกประการ.

เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

สถิติแผนกพยาธิวิทยา

ช่วยความขบพ่องในการจัดค้นฉับย เป็นเหตุให้หนังสือฉับยตุลาคมและ
พฤศจิกายน ๒๔๕๗ ชาติสถิตินิติเวชไป จึงได้พิมพ์เพิ่มเติมไว้ดังนี้

สิงห์ ๕๗. ทรรคพนิตีเวช ๑๓ ราย ทรรคของกลาง ๒ ราย

กันย์ ๕๗. ทรรคพนิตีเวช ๑๑ ราย ทรรคของกลาง ๖ ราย

เราขออภัยในความขบพ่องทั้งนี้ด้วย.

หน้าสำหรับนิสิต

“รู้ไว้รู้ไว้” (๓)

๑. เหตุที่คนมีขาเพียง ๒ ขา ก็โดยเหตุที่มักชอบยืนตัวตรง ทำให้ขาหน้ากลายเป็นมือที่มีประโยชน์กว่า เครื่องมือของกันทั่ว เช่น เกล็ด กีบ เล็บ เกือบเขี้ยว เขา เหล่านี้ทั้งหมดไป เพราะความเฉลียวฉลาดยอมแฝงอยู่ในร่างกายที่อ่อนแอ เนื่องจากการที่สมองได้วิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงเจริญขึ้นจนถึงขีดสูงสุด.

๒. ในจำพวกสัตว์บกทั้งหลายในปัจจุบัน ช้าง จัดว่ามีขนาดใหญ่ที่สุด ทรงข้ามกับปลาวาฬซึ่งเป็นสัตว์น้ำที่มีขนาดใหญ่ที่สุด.

๓. ปลาวาฬทนหนาวได้ดี จึงขึ้นไปถึงขั้วโลกเหนือได้ เพราะมีไขมันใต้หนังเป็นแผ่นหนาคลุมอยู่ทั่วตัว เหมือนผ้าห่มขนสัตว์อย่างดี.

๔. มีเรื่องตลกที่เล่าสู่กันฟังเสมอในประเทศไซบีเรีย เมืองซึ่งปกคลุมไปด้วยน้ำแข็งเกือบตลอดปี ได้มีผู้พบช้างสูญพันธุ์ชนิดหนึ่งในบ่อน้ำแข็ง ยังคงมีรูปร่างที่เหมือนกับเพิ่งตายใหม่ ๆ จนมีผู้เอาเนื้อไปกินกัน ภายหลังจึงได้ทราบว่า

ช้างพันธุ์นั้นได้ตายไปแล้วตั้งหลายพันปี แต่เพราะ หมกอยู่ในน้ำแข็งจึงไม่เน่าไม่เปื่อย.

๕. ที่เรียกว่ากิมม้านั้น ความจริงก็คือ ปลาฉลามกลางน้ำเอง.

๖. ปลาเคยเป็นจ้าวโลกมาแล้วเมื่อ ๓๕๕ ล้านปีก่อน ถัดจากนั้นมาสัตว์เลื้อยคลานก็ได้มาเป็นจ้าวโลกแทน คือเมื่อ ๘๐-๑๑๐ ล้านปีมาแล้ว แต่ปัจจุบันนี้จ้าวโลกก็คือพวกสัตว์คคนมเป็นยุคที่เพิ่งเริ่มต้น เมื่อประมาณ ๑๐ ล้านปีมาแล้วมานเอง ขณะนี้ปัญหาอยู่ที่ว่า มนุษย์เราจะขึ้นจ้าวโลกต่อไปอีกนานเท่าใด? และถัดจากมนุษย์ไป สัตว์ชนิดใดเล่าที่จะหาญขึ้นไปเป็นจ้าวโลกแทน?

๗. นกมีต่อมน้ำมันที่โคนหางสำหรับไว้ใช้กางขน นอกจากนั้นในฤดูสืบพันธุ์ ต่อมน้ำมันในนกบางอย่างก็กลั่นแรงอย่างที่คนเข็ดเข็นคัน เข้าใจว่าเป็นสิ่งหล่อเพศตรงข้าม.

๘. ปลาที่มีต่อมหลังเมื่อกทำให้ตัวลื่นว่ายน้ำผ่านไปไต่สควก และเป็นประโยชน์

ในการปลุกเปลื้องความโลโครกด้วย คือ ของสกปรกที่ติดตัวปลา จะติดอยู่ในเมือก ซึ่งเช่นสิ่งสกปรกหลุดออกจากตัวปลาอยู่เสมอ ๆ.

๙. เหยื่อของฮิปโปโปแตมัส และจิงโจ้บางชนิดเป็นสีแสดอ่อน ของเค็ฟฟาโลปัสเป็นสีฟ้าอ่อน และว่ามีโปรเทอีนอยู่ด้วยเหยื่อจึงเป็นฟอง อย่างเดียวกับที่เห็นไคยันตัวม้าหลังจากที่ไควิ่งจืด ๆ มาแล้ว.

๑๐. มีผู้ลงคำนวณปรากฏว่า คนมีหลอดต่อมเหงื่ออยู่ประมาณ ๒ ล้านครึ่ง ในบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้ามีหนาแน่นกว่าที่อื่น ๆ ฉะนั้นจึงมีเหงื่อชุ่มอยู่เสมอ ส่วนต่อมในช่องรักแร้จึงว่ามีขนาดใหญ่ที่สุด.

๑๑. ชะมดมีต่อมชนิดหนึ่งอยู่ที่บริเวณโคนหาง เป็นต่อมชนิดที่มีกลิ่นซึ่งมิได้ประสงค์มิไว้เพื่อให้คนเก็บเอาไปทำยา แต่ประโยชน์ของมันสำหรับเป็นเครื่องล่อ

เพศตรงข้าม.

๑๒. ขนของคนจะงอกขึ้นมาเป็นครั้งแรกในขณะที่ยังเติบโตอยู่ในมดลูก เมื่อมีอายุประมาณ ๕ เดือน คือตามบริเวณหน้าผากและคิ้วก่อน แล้วจึงค่อย ๆ ลามไปทั่วตัว.

๑๓. ผมเส้นหนึ่ง ๆ มีอายุ ๔-๕ ปี ส่วนขนของคนจะมีอายุเพียง ๔-๕ เดือนเท่านั้น.

๑๔. คนมักผมหงอกที่บริเวณขมับก่อน ส่วนสุนัขแสดงความแก่เป็นครั้งแรกที่ขนบนจมูก สัตว์บางอย่างเช่นกระต่ายชนิดหนึ่ง พอถึงฤดูหนาว มีหิมะปกคลุมแผ่นดิน ขนของมันจะเปลี่ยนเป็นสีขาวด้วย ทำให้สัตว์กลืนหายไปกับสิ่งแวดล้อม ไม่เป็นอันตรายจากศัตรูได้ง่าย.

สนอง อุณาภูล พ.ด.

บทกทหายลุมุด

๑ ในวงการแพทย์ยุคปัจจุบัน ท่านคงสังเกตเห็นแล้วว่า ฮอร์โมนเป็นของสำคัญที่กำลังอยู่ในความสนใจของแพทย์เป็นส่วนมาก ทั้งในด้านการรักษาและประยุกต์ โดยเฉพาะเกี่ยวกับเช็กส์ฮอร์โมน, ยังเป็นปริศนาไขว้อยู่. ทั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา, จะได้พบคนไข้ โดยเฉพาะผู้หญิงเป็นโรคเกี่ยวกับฮอร์โมนมากขึ้น, ทั้งตัวอย่างเช่นโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ, และโรคเส้นประสาททอนอนไม่หลับ, แรกกั้นโลหิตสูง เหล่านี้เป็นต้น. ล้วนแล้วชวนให้เราศึกษาค้นคว้ากันยิ่งขึ้นว่า สาเหตุและความสัมพันธ์อันแท้จริงระหว่างต่อมเอ็นโดไครน์เหล่านี้มีแค่ไหน, และทำอย่างไรจึงจะรักษาให้หายขาดได้.

๑ ในฉบับนี้เราได้้นำเรื่อง कुछชิงชีวัน โตรมรายใหม่มาให้ท่านอ่านเพิ่มเติม. คุณหมอสุนทร และคุณหมอระจิตเป็นผู้รวบรวมรายงานไว้. เมื่อฉบับพฤศจิกายน ๒๔๕๗ เราก็ได้นำเรื่องฮัยโปพาราดัยรอยกิส์มของคุณหมอทั้งสองมาให้ท่านอ่านเรื่องหนึ่งแล้ว. ต่อไปหวังใจว่าคุณหมอ

ทั้งสองคงจะเสนอสอร์โมนจากต่อมอื่น ๆ มาให้พวกเราอ่านกันอีกเป็นแน่.

๑ ที่น่าสนใจอีกเรื่องหนึ่ง คือ การศึกษาสะเปอรัมเพื่อทราบความสามารถในการประสมของน้ำอสุจิ ของคุณหมอสุนทร แสงวิเชียร เป็นผลงานที่คุณหมอสุนทรได้มีโอกาสไปศึกษาจากเมืองนอกเมื่อราว ๓ ปีมาแล้ว. การเป็นหมันนับว่าเป็นปัญหาใหญ่และยุ่งยากมาก. คู่สมรสที่แต่งงานกันแล้วก็อยากมีลูกเพื่อให้เป็นครอบครัวและเลี้ยงดูเป็นหน้าตาอันแก่ครอยครว. บางคนถึงกับต้องเที่ยวขอลูกใครต่อใครมาเลี้ยงเพราะตนเองไม่มี. ส่วนมากมักจะโทษผู้หญิงว่าเป็นหมันเก่ง. สำหรับในเมืองเรา, ส่วนมากการศึกษาเรื่องเพศยังไม่ค่อยจะถือเป็นเรื่องสำคัญ, กลับถือเสียว่าเป็นเรื่องของผู้ใหญ่. เด็ก ๆ ยังไม่ควรจะสอดรู้สอดเห็น. ด้วยเหตุนี้เองจึงติดนิสัยกันเรื่อยมา. ถ้าเป็นโรคเกี่ยวกับฮัยโปพาราดัยรอยแล้วมักจะอายไม่ค่อยจะบอกแพทย์, จนบางทีเหลือทนจริง ๆ จึงยอมให้แพทย์ตรวจ, และมักจะสายเกินไปที่จะเยียวยา เช่นมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น. เรื่องการเป็นหมันก็เช่นเดียวกัน, สมัยก่อนนี้ไม่

ค่อยมีใครมาปรึกษาแพทย์เลยเพราะอายุแพทย์จะตรวจอวัยวะภายใน, มาบัดนี้เป็นที่น่าย่นกตผู้เป็นหมันมีการศึกษาค้นคว้า มักมาปรึกษาและให้แพทย์ตรวจว่าใครจะเป็นหมันกันแน่. เรื่องของคุณหมอสุดเป็นการศึกษาทางฝ่ายชาย. ท่านได้อ่านแล้วก็จะเห็นทางว่าเขาตรวจและปฏิบัติกันอย่างไร. สำหรับทางฝ่ายหญิงขณะนี้คุณหมอมองทางแผนกสตรี ๆ กำลังทดลองกันคว่ำอยู่. หวังว่าคงจะมีเรื่องมาเป็นบรรณาการท่านสมาชิกในไม่ช้าเป็นแน่.

๑) เกี่ยวกับเซอร์โมนซึ่งได้กล่าวแล้วว่าเขียนเรื่องพิศดารบอกอีกอันมาก. คุณหมอคิดิ จิงเจริญ ได้ช่วยกรุณาเขียนเกี่ยวกับทางทฤษฎีย่อ ๆ มาให้อ่าน เพิ่มพูนความรู้ขึ้นอีก. หวังว่าคงจะเป็นที่สัพพารมณท่านทั้งหลาย. เมื่ออ่านจบแรกยังไม่เข้าใจ,

ท่านอย่าเพิ่งท้อใจ. ขอให้อ่านอย่างพิถีพิเคราะห์ใหม่ ความสว่างก็จะค่อยกระจ่างขึ้น แล้วท่านจะเข้าใจจริง ๆ.

๑) นอกจากนั้นเรามีของแถมจากสมาชิกต่างจังหวัดส่งมา, เกี่ยวกับการสิ้นพระชนม์ของสมเด็จพระราชบิดา ฯ เมื่อฉบัยวันมหิดล ๒๔๕๗ ท่านเคยบอกคุณแพทยศาสตราจารย์ศิริราช ได้เขียนเรื่องทดลองหม่อมราชวงศ์ ๆ ดังที่ท่านได้อ่านกันแล้วนั้น, มีข้อเท็จจริงบางอย่างแฝงอยู่ในเรื่องนั้น, คุณหมอมจินดา สิงหนะทิว ซึ่งประจำอยู่ที่ร.พ. แม้คคอมมิคตั้งแต่สมัยหมอคอรท์ยังเป็นผู้อำนวยการอยู่ ย่อมได้ทราบข้อเท็จจริงละเอียดขึ้น, จึงได้เขียนมาเพิ่มเติมบทความเรื่องนั้น. หวังว่าผู้อ่านคงเข้าใจถึงขั้นเหตุที่ทำให้พระองค์ท่านสิ้นพระชนม์ได้ชัดเจน.