



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๐๐ | Volume 8, Number 5, May 1956

เยื่อหุ้มสมองอักเสบไลบลาเหตุจากหุ

พร้อมทั้งรายงานคนไข้ ๔ ราย

พร วราเวชช์

พ.บ., พ.ด. (กิตติม.)

(แผนกโรคหุวิทยา ฯ)

โรคหุน้ำหนวกซึ่งเด็กและผู้ใหญ่เป็นกันโดยมากอาจทำให้เกิดโรคแทรกที่สำคัญและเสียชีวิตได้. นอกจากนั้นยาแอนติไบโอติกหรือยาสารเคมีอีกหลายชนิด, แม้จะมีประโยชน์ในโรคอื่น ๆ แต่จะไม่ช่วยเลยในโรคนี้. มีหน้าซ้ำบางครั้งมันอาจลดอาการของโรคทำให้แพทย์ไม่ทราบถึงความร้ายแรงที่จะตามมาในภายหลัง, เป็นเหตุให้ทำการผ่าตัดสายเกินไป. โรคแทรกของโรคหุน้ำหนวกและหุมักกหุอีก-

เสบที่สำคัญคือชรัมโบลิสของละเทอริสไซนัส, ชรัมโบเฟลไบคิส, เมนิงไจคิส และฝัในสมอง.

ในปี ๑๙๔๕ Tello และ Cohn รวบรวมได้ ๕๓ รายที่เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อต่าง ๆ และพบว่าหุห้องกลางอักเสบปัจจุบัน (ไฮโคคิสเมเกีย) เป็นเหตุบ่อยที่สุด. คนทั้งสองได้ย้ำถึงอาการสำคัญอย่างหนึ่ง, คือปวดหัวที่หน้าผากและที่ท้ายทอยอย่างรุนแรง, ประคบ

กับมีไฮโดทิสเมเกีย. ถ้าเจาะน้ำไขสันหลัง ในระยะนี้มักจะพบความผิดปกติเสมอ, แม้เมื่อข่มกุกหรือที่หลังหะไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง. ในปี ๑๙๔๕ Meneely รวบรวม เมินังโกลิสจากเชอรันิวโมค็อก คัส ๒๕ ราย, มีอัตราตาย ๒๘ ปร. ; พวกที่เชอมาจากปอกอกอีกเลขตาย ๓๘ ปร., ที่มาจากหน้าทวนกตาย ๒๑ ปร. เขาย้ำว่า การผ่าตัดอย่างรีบด่วนเห็นของจำเป็นอย่างยิ่งในรายที่เชอมาจากหน้าทวนหรือข่มกุกอีกเลข. ในปี ๑๙๔๘ Novotny แห่งเวียนนารวบรวมผู้ข่มเยื่อหุ้มสมอง อีกเลขได้ ๑๐๐ รายภายใน ๕ ปี. ใน ๖๖ รายวินิจฉัยได้ง่าย, มีตาย ๑๕ ราย. อีก ๓๔ รายอาการไม่ชัดเจนต้องเจาะน้ำสันหลังช่วยวินิจฉัย. ในจำนวนนี้ ๒๓ ราย เชอผ่านทางหูชั้นใน, ๕ รายเชอเข้าทางเปทริสขั้วรามิก, ๓ รายเกิดโรคภายหลังผ่าตัดข่มกุก, และ ๓ รายเชอเข้าทางช่องเยื่อแก้วหู. นอกจากนี้ยังมีผู้รายงานจากประเทศต่าง ๆ อีกหลายรายด้วยกัน.

Singer กล่าวว่าในภาวะเมินังจิตมีส, ถ้าน้ำไขสันหลังไม่ผิดปกติ, การทดสอบแพนคีย์ให้ผลลบ, และนับจำนวนเซลล์ได้ปกติ, เป็นข้อแสดงเพียงพอว่าไม่มีการ

อีกเลขของเยื่อหุ้มสมอง.

การตรวจค้นให้ทราบว่าเชอโรคเข้าสู่เยื่อหุ้มสมองทางไหนเป็นเรื่องสำคัญ. Kopetzki กล่าวว่า ทางที่เชออาจเข้าไปได้คือ :

๑. จากนี้โครลิสของคิวว่าเพลต, หรือการข่มเยื่อของอินเนอร์เพลตที่ tegmen tympani, หรือแอนทรมและซีวี เบิล ลาร์ คิวว่าเพลต แถว Trautmann's triangle.

๒. ทางรของประสาทในท้องหูชั้นใน, หรือผ่านทางเวสทิคิวลาร์ อะควีคักท์ หรือโคเคลียอะควีคักท์.

๓. เป็นจากฝี่ในสมอง, เช่นเมื่อเยื่อหุ้มสมองอีกเลขเป็นหนอง.

๔. เป็นโดยทางกระแสเลือด, โดยมีการติดเชอในหลอดเลือดแดงเล็ก (อาร์เทอร์โอด) ในหูชั้นกลาง, หรือส่วนใดของกระดูกขมับ, หรือจากอริอัมโยเฟสไบคิส, เช่นที่เกิดในข่มมาสคอยค็อกอีกเลข, มีเลือดออกอย่างข่มขั้วหรือไซนัสอริอัมโยสิส.

ในปี ๑๙๓๓ Boemer รายงานผลจากการศึกษาโดยคัตซ์เวียลเช็คชั้นของกระดูกขมับว่าถึงแม้เยื่อแก้วหูเป็นปกติ,

เชือกก็อาจเข้าทางหลอดยัสเตเลียน, ไปทำให้เกิดการติดเชือกขึ้นในหัวใจ. ในบางคนซัยอาร์คเฮตฟอสซ่าอาจเป็คอยู่จนถึงอายุ ๔๘ ปี, และอาจเป็นช่องให้เชือกโรคผ่านจากมาสตอยค้เข้าสู่สมองได้.

Brunner และ Atkinson เห็นว่าเชือกอาจผ่านเข้าสู่สมองโดย ๔ ทาง, คือ (๑) ละเทอวัล ไชนัสเกิดหรือมโบลิสเนื่องจากอยู่ชิดกับมาสตอยค้; ต่อไปเกิดฝักรอบ ๆ ไชนัสหรือเยื่อหุ้มสมอง, แล้วจากนั้นเชือกก็เข้าสู่สมองโดยตรง, หรือทางหลอดเลือดดำและรอบ ๆ หลอดเลือด, หรือโดยการทะลุผ่านเยื่อคิวิว่า. (๒) เชือกอาจเข้าทางหลอดเลือดดำซึ่งอยู่ทางตอนหน้าของโปสทีเรียร์ฟอสซ่า. (๓) เข้าทาง Trautmann's Triangle, ซึ่งเป็นบ่อ ๆ. (๔) โดยผ่านทางหลอดฟีลโลเบียน, ซึ่งมีน้อยมาก.

การรักษา ปฏิบัติเช่นเดียวกับการรักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบโดยทั่วไป. จุดประสงค์ข้อใหญ่คือทำให้ค้ำมคั้นน้ำไซสันหลังลดต่ำลงโดยเร็ว, เพราะความคั้นสูงอาจทำอันตรายต่าง ๆ ของสมอง; ตรวจหาเชือกที่เป็นเหตุและเลือกสรรค้ำยาที่

สามารถทำลายเชือกนั้น; และต้องผ่าตัดเพื่อเอาเชือกหรือต้นเหตุของการติดเชือกให้หมด. Plippin กล่าวว่าในรายที่ให้แค่แอนติไบโอติก, ไม่ได้ทำการผ่าตัดนั้นอัตราการตายประมาณ ๘๐ เปอร์เซ็นต์.

Enrique de Lucchi, จากการศึกษาคนไข้ ๒๑ ราย, ย้ำว่าการผ่าตัดเป็นการจำเป็นอย่างยิ่ง, เพราะนอกจากจะช่วยให้รอดชีวิตแล้วยังช่วยให้คนไข้พ้นจากการที่จะตามหลังกมา, เช่น ตายอก, หูหนวก, ซัยโคโรเซฟาลิส และอิกิโอสัย, เป็นต้น. Elsen กล่าวว่า แอนติไบโอติกเป็นของจำเป็น, แต่การผ่าตัดอย่างทันเวลาจึงจำเป็นกว่า, เพราะว่าเฉพาะยาเท่านั้นไม่ทำให้หายโรคได้.

รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑ หญิงไทยอายุ ๓๔ ปี, วัณโรควัณโรค ๑๐ พ.ย. ๒๔๕๘ วัณโรคสำคัญว่าเจ็บในหูข้างขวาและมีหนองไหลออกมาประมาณ ๕ วัน, และไม่รู้สึกรักตัวมาประมาณ ๑๐ ชั่วโมง. เมื่อประมาณ ๘ ปีมาแล้วเคยปวดหูข้างขวาและมีเลือดออก. หูไม่อกรักยากันเองก็หายไป. เมื่อ ๓ เดือนก่อนมามีอาการปวดในหูข้างขวา. เวลาใช้

ลำไส้แยงหุ้มเลือดสด ๆ ออกมา, ไม่มี
หนองเลย. ไม่มีอาการอักเสบข้างหลังหุ
หุไม่ขอ. เป็นอยู่ ๒-๓ วันก็หายแต่แล้วก็
เป็นใหม่. รักษาตามแผนโบราณ. จน ๕
วันก่อนมาปวดในหมากซัน. ไม่มีอักเสบ
ข้างหลังเลย. มีหนองขุ่นสีขาว, ไม่มี
กลิ่น, ไหลออกมา. ต้องเช็ดวันละ ๒-๓
ครั้ง. ไม่มีไข้. คงทำงานได้เป็นปกติ. ๑
วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดในหมากจนต้อง
นอนควาง. สามีว่าผู้ช่วยชิมไปเล็กน้อย,
แต่ยังพกรูเรอง. ตอนบ่ายวันนั้นเริ่มมีอาการ
คอแข็งและอาเจียนโดยไม่เกี่ยวข้องกับ
อาหารเลย. อาเจียนหลายครั้งติด ๆ
กัน. คิวเย็นและเหงื่อออกมาก. ประมาณ
๒ ยามเริ่มเพ้อ. เป็นอยู่ประมาณครึ่งชั
โมงแล้วหลับไป. รุ่งเช้าสังเกตว่าผู้ช่วย
สลับจึงนำมา ร.พ.

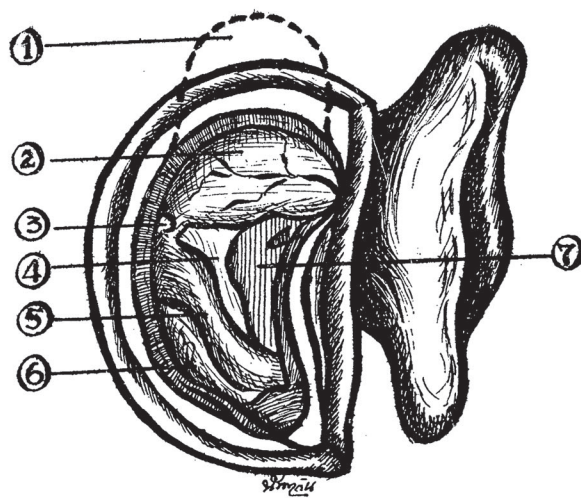
การตรวจร่างกาย ผู้ช่วยไม่รู้สึกตัว.

ในหุขวามีหนองเต็ม, มองไม่เห็นเยื่อแก้ว
หุ. บริเวณหลังหุไม่ปวด. คอแข็ง. อาการ
แสดงขยับสลับขวก. อาการแสดงเคอร์นิก,
ขวก. อุณหภูมิ ๓๘.๓°ซ. อัตราชีพจร ๘๕.
อัตราหายใจ ๒๔. ตรวจทางรังสีรายงาน
ว่าโพรงมาสต์คอยด์ข้างขวาอักเสบเรื้อรัง.
เจาะน้ำสันหลังได้น้ำขุ่น, มีเซลล์มาก,

ส่วนใหญ่เป็นโพลีมอร์ฟ; การทดสอบ
แพนคัยได้ผลขวก. ตรวจเลือดได้ ฮบ.
๘๐ ปร., ม.ล.ค. ๔.๐๘ ล้าน, ม.ล.ช.
๑๓๕๕๐ ต่อ ล.มม., โปลัย. ๘๘ ปร.
ลิพโฟ ๑๐ ปร. ซีโอ. ๑ ปร.

ได้วินิจฉัยว่าเป็นมาสต์คอยด์ทิสเรื้อรัง
และมีเมนิงเจิติสแทรก. ได้ทำการผ่าตัด
ในบ่ายวันนั้นเอง (โดยนายแพทย์ บรรจง
ศักดิ์ นระมาตร์).

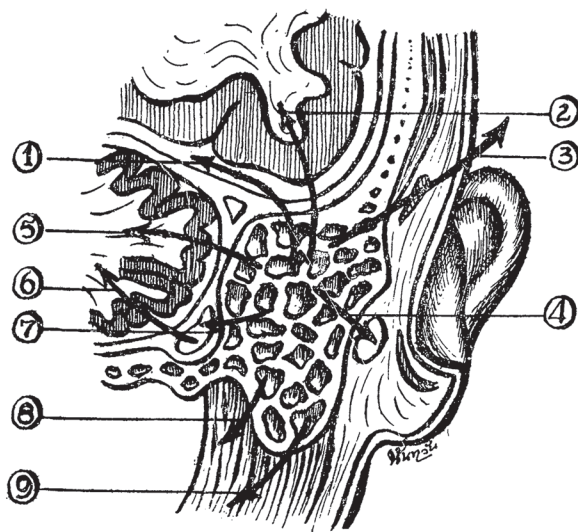
เมื่อเจาะลงไปถึงโพรงของมาสต์คอยด์
สังเกตเห็นหนองสีเหลืองพุ่งออกมา, แสดง
ว่ามีความดันสูงอยู่ภายใน. หนองไหล
ออกมาประมาณ ๓ ล.ซม. จึงได้หยุด. ต่อ
ไปได้ขูดคอร์เท็กซ์จนสะอาดแล้วตรวจหุ.
ไม่พบลักษณะพยาธิของกระดูกเลย. ภายในโพรงของมาสต์คอยด์พบมีไขเลสเตอมา
โตมา (Cholesteatoma) อยู่เต็ม. ได้
เอาออกจนหมด. ล้างโพรงจนสะอาด. ตรวจ
โดยละเอียดไม่พบรูออกจากโพรง, และ
ไม่พบว่าส่วนใดมีลักษณะบ่งว่าจะมีหนอง
ออกมาได้, เนื่องจากกระดูกไม่ขบละลาย
เลย. ไม่ได้เจาะเข้าไปในห้องหูชั้นกลาง,
แต่ได้เจาะลึกลงไปทาง รากของกระดูก
ชัชโกมา. ไม่พบลักษณะพยาธิในห้องหูชั้น
กลาง.



วิธีผ่าตัดในการรักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบเหตุจากหู (จาก Morrison)

แสดงส่วนต่าง ๆ ที่จะต้องผ่าเข้าไปให้เห็น:

1. เยื่อคิวิรา ที่หุ้มสมองใหญ่
2. เยื่อคิวิรา ที่คลุมมาสตอยด์
3. ซุปเรียร์เปโตรซัลไลนัส
4. เยื่อคิวิรา ที่สามเหลี่ยม Trautmann
5. ละเตอร์ลัไลนัส
6. เยื่อคิวิรา ที่อยู่หลังละเตอร์ลัไลนัส
7. กระดุกล้อมรอบห้องหูชั้นใน



แสดงทางที่หนองจากเซลล์อากาศมาสตอยด์ อาจกระจายไปได้ (จาก Morrison)

1. เข้าสู่เยื่อหุ้มสมองโดยทะเลทางเช็ดิวราที่อยู่บนมาสตอยด์
2. เข้าสู่สมองกลีบขมับ (เท็มปอรัล)
3. แยกผ่านกระดูกชั้นนอกของมาสตอยด์ ไปเป็นฝักไตเยื่อหุ้มกระดูก
4. แยกเข้าสู่รูหู
5. เข้าสู่สมองน้อย (ซีรีเบลลัม) โดยทางสามเหลี่ยม Trautmann
6. เข้าสู่สมองน้อยโดยทางละเตอร์ลไชนัสหลังจากไชนัสเกิดอุดตัน
7. เข้าสู่ละเตอร์ลไชนัส
8. แยกเข้าสู่ร่องไคแกสตริก
9. แยกผ่านด้านในของปลายของมาสตอยด์เข้าไปเป็นฝัก Bezold

เมื่อทำความสะอาดภายในโพรงแล้ว ถ้างและใส่ผงซัลฟาโฟนาไมค์เต็ม, แล้ว เย็บปิดแผลสองชั้นโดยใส่หลอดระบาย ยางบาง ๆ ไว้.

หลังผ่าตัดไคฉีกเพนิซิลลิน ๕๐,๐๐๐ หน่วยเข้าช่องสันหลัง.

ในวันรุ่งขึ้นผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว. ต่อ ในวันที่สองจึงได้รู้สึก. ในวันที่สามได้ เจาะสันหลังอีกใต้น้ำไม่มัส, มีเซลล์ ๓๐๐/ล. มม. ซึ่งเป็นโพลีมอร์ฟและลิม โฟซัยท์. ส่งเพาะเชื้อไม่ขึ้นและย้อมสีไม่ พบยักเทรี. ได้เจาะสันหลังวันเว้นวันจนถึงวันที่ ๘ หลังผ่าตัด. ผู้ป่วยยังมีไข้อยู่, คอแข็ง, จำนวนเซลล์ในน้ำสันหลังเพิ่มขึ้นเป็น ๘๘๐, ความกันน้ำสันหลัง ๑๖๘ มม. น้ำ. ได้เปลี่ยนยาเป็นเทอรัรามัยซิน ๒๕๐ มก. วันละ ๓ เวลา. ใช้ลดและ จำนวนเซลล์ในน้ำสันหลังก็ลดแต่ไม่ถึง กับหมด. อาการทั่วไปปกติ. ในวันที่ ๒๒ หลังผ่าตัดได้ทดลองความไวของหู (ออกิ โอเมตรี). พบว่าการนำเสียงทางอากาศ เสียไปประมาณ ๕๐ เดซิเบล, ส่วนการ นำทางกระดูกยังปกติ. ในวันเดียวกันได้ ตรวจลานสายตา (พลักซ์อ็อพวิชัน) ไม่พบ ข้อผิดปกติ. ตรวจก้นตา (พังก์ส) พบว่า

ปกติ. ตรวจปอดทางรังสี, ไม่พบลักษณะ พยาธิ. แผลผ่าตัดหายเรียบร้อย. เยื่อ แก้วหาคเฉพาะส่วนเสี้ยวล่างและหลัง. ในหูยังมีน้ำเยื่อ ๆ.

รายที่ ๒ เด็กชาย จีน, อายุ ๒ เดือน, รัยไว้ด้วยอาการสำคัญว่าชัก, แขนขาข้างซ้ายกระตุก. ผู้ปกครองให้ประวัติว่าเมื่อ ๒ สัปดาห์ก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วย ทั่วร้อนเป็นหวัด, ทกกหูข้างขวาวม, ไข้กินและฉึดยา, อาการรวมยุบไปภายใน ๒-๓ วัน. ๑ สัปดาห์ก่อนมา ร.พ. ข้างหลังหูขวาวมขึ้นมาอีกและมีน้ำใส ๆ ไหลออกจากหู, เป็นอยู่ ๔-๕ วัน. ระหว่างนี้อาเจียนเสมอภายหลังกินนม. ๑ วันก่อนมาแพทย์ได้ฉึดยาให้ ตกกลางคืนก็มีอาการชัก, แขนซ้ายและขาซ้ายกระตุก. เป็นอยู่สองครั้งก็มา ร.พ. เด็กซึม แต่ดูอาการไม่ร้ายแรงมาก. อุณหภูมิ ๓๗.๘° ซ. อัตราหายใจ ๔๔. อัตราชีพจร นัยไม้ได้, คอหอยปกติ. มีบวมที่หน้าหู และขมับข้างขวา. ทนึ่งตาข้างขวาวม เล็กน้อยทั้งข้างบนและล่าง ข้างหลังหูไม่ ขวม. มีหนองในหูขวามากพอประมาณ. ไม่แสดงอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ.

วิเฟล็กซ์เข้าปกติ. ตรวจเลือดได้ ชบ. ๘๐ ปช., ม.ล.ก. ๔.๑ ล้าน, ม.ล.ช. ๒๐๒๐๐ ต่อ ล.ม.ม., โปไลย์. ๗๐ ปช. ลิยม์โพ ๓๐ ปช. เจาะน้ำสันหลังได้น้ำขุ่นเล็กน้อย, ความคันไม่สง. ตรวจน้ำสันหลังวิธีแพนดีย์ได้ผลบวก. วิธีเบนเดคค์ได้ผลบวก, มีเซลล์ ๕๕๒ ต่อ ล.ม.ม. ซึ่งเป็นโปไลย์มอร์ฟประมาณ ๒ เท่าของลิมโฟซัยท์.

สำหรับการศึกษาเมื่อแรกวิจัยไว้ได้ให้ซัลฟาไดอะซีน ๑.๕ กรัมทุก ๖ ชั่วโมง, เพนิซิลลิน จี. โซเคียม ๑๐๐,๐๐๐ หน่วยทุก ๓ ชั่วโมง. อาการไม่ดีขึ้น. ผู้ป่วยช้ำมากและค่อนข้างหอบมากจนเข้าพบเข้ารับการปรึกษา. ได้ตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นชัยโกมาติก มาสคอยด์-ไตติสและเมนิงไจติส. ได้แนะนำผ่าตัดในวันนั้นแต่ญาติไม่ยอม. ต่อรุ่งขึ้นจึงได้เจาะโพรงมาสคอยด์แบบราติคัลมาสคอยเค็คโตมัยแบบกักแปลง.

เจาะน้ำสันหลังทุกวัน, ใต้น้ำใส, แต่ยังมีเซลล์. ส่งข้อมัสและเพาะเชื้อไม่พบยักเทรี.

เจาะผลทบบริเวณชัยโกมา ได้เชื้อชนิดสภาพ. ออเรอัส. ขอให้แผนกพยาธิท

ลองความไวต่อยาได้ผลว่าไวมากที่สุดต่อผลอโรมัยซิติน (๑๐ ไมโครกรัม), ไฮโลทัยซิน (๑๐ ไมโครกรัม), ไคชัยโคโรสเตร็ปโตมัยซิน (๑๐๐ ไมโครกรัม).

เมื่อผ่าเข้าไปในโพรงมาสคอยด์พบเนื้อขี้มฝอย (แกรนูลชัน) เต็ม, รวมทั้งส่วนอะคิตัสและห้องหูชั้นกลาง, มองไม่เห็นหนอง. ทารเย็บเข้าดมอไม่พบ. ได้ผ่าและระบายหนองจากผลทบบริเวณชัยโกมา, ใต้หนองประมาณ ๕ ล.ช.ม. ผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อยหลังผ่าตัด.

ได้เปลี่ยนจากเทอรัวามัยซินและเพนิซิลลินเป็นชัยนโรมัยซิติน (๕๐ มก. ทุก ๖ ชม.). ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเป็นลำดับ.

รายที่ ๓ หญิงไทยอายุ ๗๔ ปี

(ล.ท. ๗๕๑๗๑.๕๕, ล.น. ๑๕๔๕๕.๕๕) มีอาการสำคัญว่าปวดหู, เป็นไข้และไม่ได้สติมาประมาณ ๑๒ ชม. เมื่อสามวันก่อนมาโรงพยาบาลคนไข้รู้สึกหูอื้อมาก, ครั่นทิว, มีน้ำมูกไหล. ต่อมาปวดหูขวา. ต่อมาอีกสองวันในตอนเช้าไข้ขึ้นสูง; ปวดหูขวามากจนร้องไปทั้งคืน. หูอื้อมากขึ้นจนต้องพักตะโกน. บางครั้งแขนขากระตุก. จึงนำมาโรง

พยายาม.

เมื่อแรกรับอุณหภูมิ ๓๘.๒° ซ. อัตราชีพจร ๑๕. อัตราหายใจ ๒๒. ตรวจพบเห็นเยื่อแก้วหูข้างขวาแดงและโป่งออกมา. มองไม่เห็น “แสงรูปกรวย” และลักษณะอาศัยสังเกตอื่น ๆ เลย. คอแข็ง, มีอาการแสดงของเคอร์นิก. ก้นคา (พื่นคัส) ปกติ. เจาะน้ำสันหลังพบความดันสูง, มีเซลล์มากแต่ขอกชนิดไม่ได้เพราะมีเม็ดเลือดแดงปน. น้ำสันหลังมีโซเดียมคลอไรด์ ๖๘๐ มก.ปช., น้ำตาล ๔๕.๕ มก.ปช., โปรตีน ๒๒๖.๗ มก.ปช. ตรวจเลือดได้ ฮบ. ๖๐ ปช., ม.ล.ค. ๓:๒ ล้าน, ม.ล.ข. ๒๐๕๐๐. โปไลย์. ๕๒ ปช., ลิมโฟ. ๘ ปช.

วินิจฉัยว่า “มาสต์คอยต์อักเสบเรื้อรังร่วมกับเยื่อหุ้มสมองอักเสบ”.

ได้ผ่าตัดภายในสองชั่วโมงหลังจากรับไว้, โดยทำการเจาะมาสต์คอยต์อย่างธรรมดา. พบกระดูกมาสต์คอยต์อยู่ในสภาพกำลังสลายโรส, แอนทรีมอยู่ลึกประมาณ ๑ ซม. มีน้ำใสปนเลือดออกมาทางรูเจาะประมาณ ๑ ล.ซม., ฟุ้งแรงคล้ายมีความดันข้างใน. ทั้งยังมีเลือดฟุ้งออกเป็นจังหวะ ๆ ด้วย. ได้เปิดกระดูกให้

กว้างขึ้น. พบในแอนทรีมมีเนื้องอกฝอยเล็กน้อย. ได้ขูดออกจนหมด. ในอะคิ-คัสก็มีเนื้องอกฝอยบ้าง. ได้ทำความสะอาดทั้งอะคิคัสและแอนทรีมจนถึงกระดูกดีแล้วจึงปิดแผล. ใส่หลอดระบายยางบางไว้. ผู้ช่วยทนผ่าตัดได้ดีมาก. เมื่อรู้สึกตัวในเช้าวันรุ่งขึ้นบอกว่าไม่รู้เลยว่าต้องมาผ่าตัด.

ในวันแรกรับได้ให้โคซัยไตรอะเทอรัปโตมัยซิน ๐.๕ ก. วันละ ๒ ครั้ง, กัยซัลฟาไตรอะซิน ๑ ก. วันละ ๓ ครั้ง. หลังผ่าตัดให้เพนิซิลลิน จี. โซเดียม ๕๐๐,๐๐๐ หน่วยทุก ๖ ชม.

ผู้ช่วยกลับบ้านได้ในวันที่ ๕ หลังผ่าตัด. แผลหายเร็วเรียบร้อย. อาการทั่วไปเป็นปกติ.

รายที่ ๔ ชายไทยอายุ ๑๗ ปี (ล.ท. ๗๕๑๒๓.๕๘, ถ.น. ๑๕๔๔๕.๕๘) มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดหัวและเป็นไข้มา ๓ วัน. มีประวัติปวดหัวมาตั้งแต่เด็ก ๆ มีหนองไหลออกเสมอ. รักษาไม่หาย.

เมื่อแรกรับอุณหภูมิ ๓๗.๕° ซ., อัตราชีพจร ๘๐, อัตราหายใจ ๒๒. ผู้ช่วยซึค, ซึม. มีหนองเต็มหู. กลิ่นเหม็น. คอไม่

แข็ง. ตรวจเลือดได้ ม.ล.ช. ๒๑,๑๐๐, โปลัย. ๕๖ ปช. น้ำสนหลังใส, ไม่มีสี, มีเซลล์ ๑๔ ต่อ ล.มม. ก้นตา (พนักัส) ปกติ. วินิจฉัยว่าเป็นหนองในท (โอคอร์-เรีย) เรอริงและมาสตอยต์อักเสบเฉียบพลัน. ได้ทำการผ่าตัดเจาะมาสตอยต์แบบสมบรูณ์ในวันนั้นเอง. พบกระดูกเป็นชนิดกำลังสะเคลอโรส. ผนังหนาประมาณ ๑ ซม. เมื่อเจาะแอนทรมีหนองปนเลือดไหลออกมาค่อนข้างแรง. ได้ขยายช่องเจาะและขูดทำความสะอาด, รวมทั้งอะคิตัสและห้องหุ้มชั้นกลาง. เอากระดูกอ่อน (มีล-เลียส) และทัง (อินคัส) ออกด้วย. ได้ขูดลอกเยื่อที่เชื่อมแล้วด้วยเจลโฟม. กระดูกรอบๆ เป็นปกติ. ผู้ป่วยทนการผ่าตัดได้ดี. หนองที่เจาะได้ส่งตรวจและเพาะเชื้อ. ใ้รับรายงานว่าเป็น *Bacterioides fragilis* ในวันที่ ๒ หลังผ่าตัด มีไข้สูงและซึม. เจาะน้ำสนหลังได้ชุ่ม. ทดสอบแพนคีย์ไคบวก. มีเซลล์ ๔๗๐ ต่อ ล.มม., โปลัย ๕๗ ปช., ลิมโฟ. ๒๑ ปช. ผู้ป่วยสทิก, คอไม่แข็ง. อาการแสดงเคอร์นิกบ. ได้ให้ซีนโรมัยซีทิน ๒๕๐ มก. วันละ ๓ ครั้ง. รุ่งขึ้นคอแข็ง, อาการแสดงเคอร์นิกบวก, ใช้

แกว่ง. ในวันที่ ๕ เจาะน้ำสนหลังอีกพบความคืบหน้าเล็กน้อย, ยังชุ่มข้าง, แพนคีย์บวก, เซลล์ ๑๓๑๖ ต่อ ล.มม., โปลัย. ๕๘ ปช., ลิมโฟ. ๒ ปช. คอแข็ง. อาการแสดงเคอร์นิกบวก. เปลี่ยนยาเป็นเพนิซิลลิน ๕๐๐,๐๐๐ หน่วย ทก ๔ ชม. และไคยโคโรสเทรียปโตมัยซีน ๐.๕ ก. วันละ ๒ ครั้ง. ไข้สูงถึงปกติ. ในวันที่ ๑๐ ไข้กลับขึ้นอีก, มีลักษณะคล้ายมาลาเรีย. ได้ให้อาหารเส้นได้ ๒ วันก็ลง. ในวันที่ ๑๘ หลังผ่าตัดคนไข้กลับบ้านได้.

วิจารณ์

จากรายงานผู้ป่วยที่เสนอข้อเห็นได้ว่าห้องหุ้มชั้นกลางอักเสบ (โอโตทิสเมเดียม) หรือมาสตอยต์ อักเสบเรอริง อาจทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบชั้นเมื่อใดก็ได้. เพราะฉะนั้นหากพบคนไข้มีไข้สูง, มีอาการเกี่ยวกับโรคลายในกระโหลกศีรษะ, และในหุ้มน้ำหนวกหรือมีประวัติโรคหูมาก่อน, ต้องตรวจเกี่ยวกับหูให้ละเอียด, เพราะการผ่าตัดเจาะโพรงมาสตอยต์อาจช่วยผู้ป่วยได้, ทั้งใน ๔ รายที่เสนอ.

การค้นหาลำโพงผ่านทางกระดูกคอ

จากที่ไปสู่สมองเห็นเรื่องยากที่จะทำในระหว่างผ่าตัด. ในผู้ป่วยของเราอยู่ที่ ๑ พอจะบอกได้เพียงว่าเชื่อไม่ได้เข้าทางห้องหูชั้นใน, เพราะภายหลังผ่าตัดเราได้ตรวจด้วยออกซิโอมิเตอร์ ไม่พบลักษณะของห้องหูชั้นในอีกเลย.

เยื่อหุ้มสมองอักเสบเหตุจากหูอาจเกิดในคนทุกอายุ. เราพบตั้งแต่อายุ ๒ เดือนจนถึง ๗๔ ปี. ในผู้ป่วยรายที่ ๓ โรคภายในกระดูกศีรษะไม่ได้เกิดจากห้องหูชั้นกลางอักเสบเป็นหนองเรอริง, แต่เกิดจากการอักเสบปัจจุบันที่ไม่มีหนองในห้องหูชั้นกลางซึ่งเป็นอย่างรวดเร็วก่อนและพอจะสันนิษฐานได้ว่าเชื้อคงมาจากจมูกหรือนาสฟาริงค์, โดยผ่านหลอดคอสเตรนเชีย, ทำให้เกิดซีสต์ไฮโดคิสต์เมเยอปัจจุบัน. จากนั้นเชื้อเข้าไปทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลัน. ในรายงานการตรวจก่อนผ่าตัดพบเยื่อแก้วหูมีลักษณะโป่งเล็กน้อยและเลือดคั่งเท่านั้น.

ในรายที่ ๔ การอักเสบของเยื่อหุ้มสมองเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดแล้ว, จึงเป็นข้อเตือนใจว่าการทำมาสคอยด์เทคโตมียก็อาจเป็นเหตุของเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้เหมือนกัน.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นหนอง ๔ ราย. สองรายเกิดจากห้องหูชั้นกลาง อักเสบ เป็น หนอง เรอริง และมาสคอยด์อักเสบ, หนึ่งรายเกิดจากห้องหูชั้นกลางอักเสบปัจจุบันไม่เป็นหนอง, และอีกหนึ่งรายเกิดภายหลังการผ่าตัดมาสคอยด์เทคโตมียแบบสมรรถ. ผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นเด็กอายุ ๒ เดือน, ซึ่งน่าจะเป็นคนไข้มาสคอยด์อักเสบและต้องทำมาสคอยด์เทคโตมียที่อายุน้อยที่สุด. การผ่าตัดเป็นวิธียุคใหม่จำเป็นสำหรับโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่เกิดจากหู.

เอกสาร

1. Enrique de Lucchi : Otolaryngol. 12:54, 1952.
2. J.N. Appleton: J. Laryngol. 65: 437, 1951.
3. J. Elsen et al.: A.M.A. Arch. Otol. 54:409, 1951.
4. L.C. Boemer: Arch. Otolaryngol. 50:669, 1949.
5. R. Rossi: Oto-rhino-laryngol. 17: 428, 1948.
6. H. Menamin et al.: Arch. Otolaryngol. 52:650, 1950.
7. J.H. Foersch and A.J. Fisher: Ibid, 49:637, 1949.
8. R. Rudberg and A. Sjoeborg: J. Laryngol. and Otol. 63:446, 1949.
9. พร วราเวชช์ และ บรรจงศักดิ์ นະมาตร์, จ.ม.ท.พ.ท. มีนาคม ๒๕๕๑.

(Summary of the preceding Article)

OTOGENIC MENINGITIS

With Report of Four Cases

Porn Varavej

M.B., M.D.

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

Commenting on the high incidence of otitis media the author stresses the significance of the ear providing the starting point of intracranial infections. Four cases are cited for illustration. The first patient was a man of 34 with an 8-year history of otitis media who was admitted in an unconscious state after a brief illness with vomiting, stiff neck and delirium. The right ear was found blocked up with pus. Signs of meningeal irritation were positive. The spinal fluid was cloudy with numerous polymorphs. Mastoidectomy yielded about 3 cc. of pus under pressure. Under further chemotherapy and antibiotic therapy the patient regained consciousness on the second postoperative day. Re-examination revealed a perforation in the inferior posterior quadrant of the tympanic membrane. The second patient was a baby of 2 months (Chinese) brought for the treatment of convulsions following two weeks of fever with colds and swelling behind the right ear. When seen the swelling had spread over the right zygomatic and temporal regions and involved the eye-lids. There was pus in the ear. The leucocyte count was 20,200. The spinal fluid was cloudy and contained 952 cells per cu. mm. Medical treatment was of no avail. With diagnosis of zygomatic mastoiditis with meningitis the

patient was submitted to modified radical mastoidectomy. Five cc. of pus (Staph. aureus) were evacuated from the zygomatic region. The patient improved rapidly under antibiotic treatment. The third case was that of a woman, 74 years old, with a prolonged history of purulent discharge from the ear. She developed severe earache with fever and became unconscious. On admission there was a fever of 39.2°C. The right tympanic membrane was congested and bulging. Kernig's sign was positive. The intraspinal pressure was increased, and the fluid contained numerous cells. The white cell count was 20900 per cu. mm. Simple mastoidectomy was at once undertaken. The antrum contained a sero-sanguinous discharge but no pus. The patient became conscious on the following day and was discharged on the ninth postoperative day. The fourth patient was a boy of 17 who had had earache with fever for 3 days before admission. There was no meningeal symptom. Diagnosed as chronic otorrhea with acute mastoiditis the patient was operated upon for complete radical mastoidectomy. Seropurulent fluid discharged with pressure from the antrum. The surrounding bones appeared uninvolved. On the second postoperative day the patient developed high fever. Spinal puncture yielded slightly

cloudy fluid with 470 cell per cu. mm. (97 per cent neutrophiles). Synthomyce-
tin was given. The following day signs
of meningeal irritation appeared and the
fever was swinging. Spinal fluid on the
fifth day contained 1316 cells. Medication
was changed to penicillin and dihydro-
streptomycin and the patient quickly im-
proved. On the tenth day there was an-
other bout of fever, brought down with
aralen. After a stormy time the patient

was discharged on the eighteenth day.
Medical treatment for the four cases in-
cluded penicillin, dihydrostreptomycin,
Synthomycetin and sulphadiazine.

In none of the cases could the point
of entry of infection into the cranial
cavity be identified. In the fourth case
the meningitis evidently developed after
mastoidectomy.

(Nine references. Two figures.)

โชมรมัยโคซีส

รายงานผู้ช่วยหนึ่งราย

วิจิตร พานิช

W.B., Cert. in Derm. (Penn.)

(แผนกอายุรศาสตร์)

โชมรมัยโคซีสเป็นโรคเชื้อราชนิดหนึ่งของผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนัง, มีผลทำให้ผิวหนังมีลักษณะเป็นตุ่ม, ก้อนทุมหรือคล้ายคอกกกล้าปัด. ในระยะหลังอาจมีแผลเกิดขึ้นได้. โรคนี้เป็นเรื้อรังอยู่เป็นเวลาแรมปี.

สาเหตุ เชื้อราที่ทำให้เกิดโรคนี้มีอยู่ ๓ ชนิด, คือฮอร์โมเคนคริมเพโครซอซ. โพลีฟอรา เวอร์รัคโคซา, ฮอร์โมเคนคริม คอมแพคตัม.

โรคนี้เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย. เท่าที่ค้นได้จากวารสารการแพทย์มีผู้รายงานไว้ประมาณ ๒๑๗ ราย. ส่วนใหญ่เป็นรายงานของผู้ช่วยจากกลุ่มประเทศอเมริกาใต้.

ประวัติ ในปี ๑๙๑๑ เพโครโซ, ในประเทศบราซิล, เป็นคนแรกที่พบโรคนี้และเรียกชื่อว่า "ยลาสโตมัยโคซีสชนิด

ดำ." แต่เพโครโซไม่ได้รายงานไว้เป็นหลักฐานแต่แรก. เขาเพิ่งมารายงานเมื่อปี ๑๙๒๐. เลนและเมคดาในเมืองบอสตันเป็นผู้รายงานโชมรมัยโคซีสเป็นรายแรกเมื่อปี ๑๙๑๕. ในปี ๑๙๒๒ เทรา, ทอเวส, ฟอนซึคาและเลียว ได้ร่วมกันรายงานผู้ช่วย ๑ รายและเปลี่ยนชื่อโรคนี้เป็น "โชมรมัยโคซีส", แต่ชอนเป็นชื่อที่เรียกไม่ถูกต้อง, เนื่องจากเชื้อราที่ทำให้เกิดโรคนี้ไม่ได้มีการแบ่งตัวโดยยัดตั้งกันอย่างพวกยัสต์ทั้งในสภาพที่อยู่ในเนื้อเยื่อและในสภาพที่เพาะเลี้ยงไว้, จึงมีผู้ตั้งคำว่า "ยลาสโต" ออกเสียและเรียกเสียใหม่ว่า "โชมรมัยโคซีส". นับแต่ปี ๑๙๒๒ เป็นต้นมามีผู้รายงานโรคนี้เพิ่มเติมมากขึ้นเรื่อย ๆ. เท่าที่ค้นได้จากวารสารการแพทย์ มีรายงานจากประเทศญี่ปุ่น ๒ ราย, และอีก ๔ รายจากคซัสส์อินคัส. สำหรับในพื้นที่นี้ใหญ่ทวีป

ฮาเซมิมีรายงานไว้เพียง ๑ รายจากประเทศจีน.

เชื้อราของโรคนี้มีอยู่ในกิน, และคนก็ติดเชื้อได้โดยเชื้อเข้าทางปากแผล. โรคนี้ไม่ปรากฏว่าติดจากคนไปคน. ๘๐ ปช. ของผู้ช่วยที่รายงานไว้มีอายุอยู่ระหว่าง ๒๐—๕๐ ปี. ๕๖ ปช. ของผู้ช่วยเป็นเพศชาย, และ ๘๒ ปช. ของผู้ช่วยที่เป็นโรคนี้อาชีพทำไร่นา.

โรคนี้นพบว่าเป็นที่บริเวณเท้าและขาบ่อยกว่าที่อื่น. มักจะเป็นเพียงข้างเดียว. ตำแหน่งอื่น ๆ ที่เคยพบแต่ไม่บ่อย, ได้แก่ ข้อมือ, มือ, หน้า, ศีรษะ, และลำตัว. ผู้ป่วยในระยะแรกมีลักษณะเป็นตุ่มเล็กคล้ายหูก, เกิดขึ้นที่เท้าหรือบริเวณขา. ผู้ป่วยในระยะหลัง, คือหลังจากที่เป็นอยู่หลาย ๆ ปีแล้ว, มีลักษณะได้หลายอย่าง, เช่นเป็นตุ่ม, เป็นก้อนกลม, เป็นขุ่น, และอาจมีลักษณะเป็นก้อนกลม ๆ รวมกันเป็นกระจุกคล้ายพวงองุ่น. บางระยะอาจมีแผลเกิดขึ้น. ขนผิวของผู้ป่วยมีสะเก็ดสีขาวปนเทาคลุมอยู่. ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อถูกต้องมีเลือดออกง่ายและเมื่อถูขูดขูด, บางแห่งมีหนองสีคล้ำ ๆ คล้ายข้าวสุกขดกลิ่นเหม็นเน่า. การแพร่เชื้อทางน้ำเหลืองและทางกระแสโลหิตพบได้

น้อยมาก. สุขภาพของผู้ป่วยมักจะไม่ทรุดโทรม, กินได้, นอนได้, ไปไหนมาไหนได้. กว่าผู้ป่วยจะมาหาแพทย์โดยมากมีประวัติเป็นโรคมาหลาย ๆ ปีแล้ว.

การวินิจฉัยโรค (๑) โดยอาศัย

ลักษณะของผื่น, ลักษณะที่ผื่นลามซ้ำ โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยมาหาแพทย์ในระยะหลัง ๆ จากที่เป็นโรคมาหลายปีแล้ว.

(๒) โดยการตรวจพบเชื้อราซึ่งมีลักษณะเฉพาะในหนองที่ได้มาจากตำแหน่งที่เป็น.

(๓) โดยการตรวจพบเชื้อราในชิ้นผิวหนังที่ตัดออกมาตรวจ.

(๔) โดยการเพาะเลี้ยงเชื้อรา.

การวินิจฉัยโรคโดยการตรวจพบเชื้อราจากในหนองก็ดีหรือจากชิ้นผิวหนังที่ตัดตรวจทางพยาธิวิทยาที่ดี, สามารถบอกได้แต่เพียงว่าเป็นโมโรโมมายโคซิส, แต่ไม่สามารถบอกชนิดของเชื้อราที่ทำให้เกิดโรคในรายนั้นได้โดยแท้. ทั้งนี้เพราะเชื้อราทั้งสามชนิดที่กล่าวแล้ว, ไม่ว่าจะอยู่ในหนองหรือในเนื้อที่เป็นโรค, ต่างก็มีลักษณะเหมือนกันหมด. เราจำเป็นต้องทำการเพาะเลี้ยงเชื้อราในซาโบโรกต์เตกส์

โทรศอกการ จึงจะสามารถบอกชนิดของ เซอรานันไค.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย, ทนาย, อายุ ๕๕ ปี (ต.ท.๖๔๖๑๘.๕๘,ต.น.๑๖๗๓๖.๕๘), รัยไว้ในแผนกอายุรศาสตร์ เมื่อวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๔๕๘, โดยมีอาการสำคัญ ว่ามีตุ่มและผื่นคัน เกิดขึ้นที่ขาขวาเป็นมา ๘ ปี.

ประวัติการป่วย

๘ ปีก่อนมา ร.พ. อยู่ๆ ผู้ป่วยสังเกตเห็นมีตุ่มเนื้อคล้ายหูดขนาดโตประมาณหัวไม้ขีดไฟเกิดขึ้นที่กลางหน้าแข้งขวา. ตุ่มเนื้อคล้ายตุ่มที่สีกสาบมือ, และบนตุ่มมีสะเก็ดสีขาวปนเทาคลุมอยู่. เมื่อลองขูด, ไม่มีน้ำเหลืองหรือหนองไหลออกมา. มีอาการคันแต่ไม่เจ็บ. ตุ่มโตขึ้นช้าๆ โดยลามออกที่ขอบ. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้ใบไม้ตำพอก, แต่อาการไม่ดีขึ้น.

๕ ปีก่อนมา ร.พ. ตุ่มลามกว้างออกเป็นขุ่นนูนสูงจากผิวหนัง, มีขนาดโตเท่าฝ่ามือ. สะเก็ดสีขาวปนเทา ยังคงเกิดขึ้นเรื่อย ๆ. ผิวหนังบริเวณที่เป็นมีสีแดงปนม่วงและเมื่อคลำครู่รู้สึกว่ามีก้อนกว่าผิวหนังธรรมดา.

มาถึงระยะนั้นนอกจากผื่นจะลามกว้างออก โดยรอบแล้วยังมีตุ่มเนื้อเล็ก ๆ เกิดขึ้นรอบ ๆ และตุ่มเหล่านี้ค่อย ๆ กว้างออกจนมารวมกันจนเก่า, ทำให้กว้างขึ้นอีก.

สามปีก่อนมา ร.พ. ผื่นลามกว้างขึ้นมากโดยลามลงมาข้างล่างถึงสันเท้า, ลามขึ้นบนจนถึงหัวเข่า, และยิ่งลามออกไปโดยรอบมากขึ้น. ผู้ป่วยได้ไปหาแพทย์ที่สุโขศาลา, ใ้รับการฉีดยาเข้าที่หลอดเลือด ๒ เข็ม (ไม่ทราบว่ายาอะไร); แต่อาการไม่ดีขึ้นเลย.

ห้าเดือนก่อนมา ร.พ. มีแผลเกิดขึ้น แผลหนึ่งที่กลางหน้าแข้งขวา. มีหนองสีขาว ๆ กลิ่นเหม็นไหลออกมาเรื่อย ๆ. แผลลุกลามกว้างออกโดยเร็ว. ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการแสบร้อน และปวดที่แผลเป็นบางครั้ง. เมื่อแตะที่ขอบบริเวณแผลมีเลือดออกง่าย.

สามเดือนก่อนมา ร.พ. มีแผลลักษณะคล้ายกับแผลแรกเกิดขึ้นอีกหนึ่งแผลต่ำลงไปจากแผลเดิมเล็กน้อย. มาถึงระยะนี้ผื่นได้ลามขึ้นบนถึงประมาณกึ่งกลางตะโพก, พร้อมทั้งลามออกไปโดยรอบด้วย, ทำให้เหยียดขาไม่สะดวกเพราะคั้งที่หัวเข่า, แต่ผู้ป่วยก็ยังเดินไปไหน ๆ ได้.

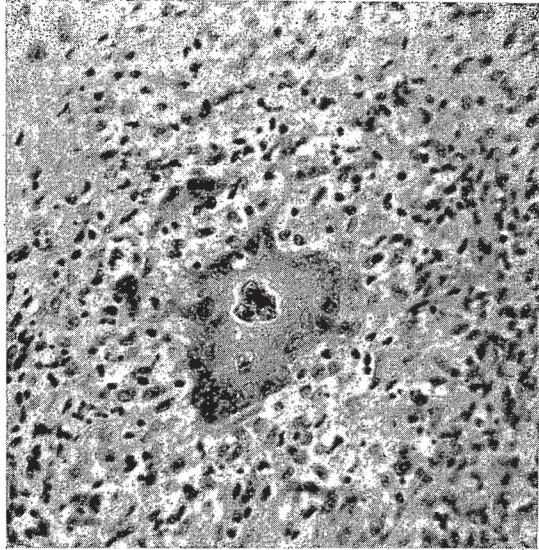


รูปที่ ๑
แสดงต้นผิวหนังและแผลบริเวณขาขวา

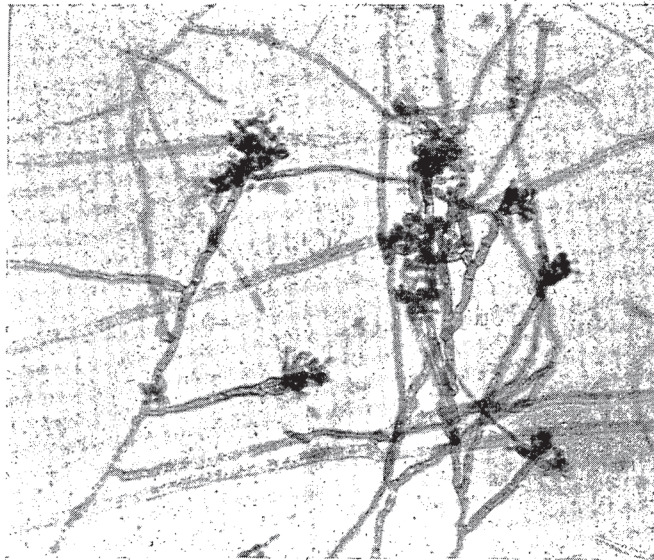


รูปที่ ๒
แสดงกลุ่มเซลล์ที่ตรวจพบในหนองจากต้นผิวหนัง





รูปที่ ๓
แสดงเซลล์ในเซลล์พืช จากส่วนของต้นถั่วหนึ่งทีตัดตรวจ



รูปที่ ๔
แสดงฮอร์ไมเด้นครัลและอะโครทีคัลสปอร์ของ ฮอร์ไมเด้นครัม
เปโตรชอยที่เพาะได้จากหนอง

กินอาหารไก่เป็นปกติ. แต่เนื่องจากฉัน
ลามกว้างออกเรื่อยๆและทำท่าจะลามออก
เร็วกว่าแต่ก่อนด้วย, ผู้ช่วยจึงมีความ
กังวลใจมาก. เพื่อนบ้านคนหนึ่งได้แนะนำ
ให้ผู้ช่วยมารักษาตัวที่กรุงเทพฯ จึงได้มา
ตรวจที่ ร.พ. น.

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว: ผู้ช่วย
มีอาชีพทำนา. มีบุตร ๔ คน. ทุกคนแข็งแรงดี. ทั้งบุตรและเพื่อนบ้านไม่มีใครเป็น
เช่นผู้ช่วย.

การตรวจร่างกายแรกพบ

ผู้ช่วยไม่มีไข้. รูปร่างสมบูรณ์, เกิน
ไ้เอง แต่ท้อง เกลี้ยง ปลายเท้าขวา
เพราะตั้งบริเวณข้อเข่าและเหยียดขาไม่ได้
เต็มที่. ตรวจบริเวณขาขวาพบว่ามีผื่นผิว
หนังตั้งแต่ประมาณ ๗.๕ ซม. เห็นอก
กลางตะโพกขวา ลงมาจนถึง โคนนิ้วเท้า
ก็เกือบจะไม่มีผิวหนังก็เหลืออยู่เลย. ผื่นที่
เห็นมีลักษณะหลายอย่าง. ส่วนใหญ่มี
ลักษณะเป็นขนนจาก ผิวหนังเห็น ได้ชัด.
มีสีแดงปนม่วง และมีสะเก็ดแห้ง ๆ สีขาว
ปนเทาคลุมอยู่เป็นแห่ง ๆ. สะเก็ดลอก
ออกได้ค่อนข้างง่ายและเมื่อลอกออกแล้ว
แผลเห็นเนื้อสีแดง. มีเลือดซึมออกเป็น

ทุก ๆ. ขอบของขนนหายไปทุกมา. มีตุ่ม
เนื้อเล็ก ๆ อยู่ใกล้กับขอบ อยู่หลายตุ่ม,
แยกออกจากขนนใหญ่ ด้วยผิวหนัง ซึ่งแตก
เป็นปกติ. ที่บริเวณกลางหน้าแข้งขวามี
แผลใหญ่ขนาด ๑๒x๑๐ ซม. อยู่หนึ่ง
แผล. ทำลงไปอีกเล็กน้อยอีกหนึ่งแผล
ขนาด ๕x๗ ซม. นอกจากนี้ยังมีแผล
เล็ก ๆ อีก ๒ แผลที่บริเวณข้อเท้าด้านหน้า.
ขอบแผลนูน และคล้ายแข็งกว่า ขรรพมา.
พื้นแผลมีหนองสีเหลืองอ่อนกลิ่นเหม็น
คุดมอยู่และมีน้ำเหลืองไหล ซึม อยู่ เสมอ.
เวลาถูกต้องแผลมีเลือดออกง่าย. ที่บริเวณ
ข้อเท้า โดยรอบผิวหนังมีลักษณะเป็น
ตุ่มกลม ๆ ย่นออกมาเป็นจำนวนมาก. ที่
เท้าด้านมีขนาดประมาณ ปลายนิ้วหัวแม่มือ
และแตกเป็นกระจุกคล้ายพวงอุ้งน.

ต่อมาเท้าเหลือง โคนขาขวาคำได้โต
๖-๗ ค่อม, ขนาดประมาณปลายนิ้ว,
กระจุกกระจายอยู่ใกล้เคียงกัน. ความ
อ่อนแข็งคล้ายยางลบ. เวลาถูกต้องไม่เจ็บ.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเลือด, อุจจาระและปัสสาวะ
ไม่พบสิ่งผิดปกติ. การตรวจกระดูกก็เฉย
และพื้ล้าด้วยรังสีเอกซ์พบว่ามีการอักเสบ

เรอริงของเยอบุกระดูกทั้งสอง. การตรวจ
ตรวจออกด้วยรังสีเอกซ์ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจอื่น ๆ

เมื่อขยผิวหนังบริเวณที่เห็นโรคมีหนอง
ลักษณะคล้ายข้าวสุกขยค สีสน้ำตาลอ่อนและ
มีกลิ่นเหม็นเน่าที่ลอกจากออกมา. เมื่อนำหนอง
ไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชอราจำนวนมาก,
ลักษณะเป็นเชลล์กลม ๆ อยู่เป็น
กลุ่ม ๆ. เชอราไม่มีสีน้ำตาลหากุได้ง่าย,
ถึงแม้จะตรวจดู โดยใช้เส้นช้ขยายขนาด
ต่ำ. เมื่อตรวจด้วยเส้นช้ขยายขนาดสูงเห็น
เชอราที่มีลักษณะเป็นเชลล์กลม, ขนาด
วัดไ้ระหว่าง ๑๒-๑๕ ไมครอน. มีสี
น้ำตาลและมีลักษณะที่สำคัญ คือในเชลล์
มีการแบ่งตัวโดยมีผนังกั้นกลาง, บาง
เชลล์มากกว่าหนึ่งผนัง. ต่อไปได้กักหนัง
ที่เห็นโรคส่งตรวจทางพยาธิวิทยา.

รายงานการตรวจทางพยาธิวิทยา (S-
982909, โดย น.พ. ทินรัตน์ สถิตนิมาน-
การ, ๑๕ พ.ย. ๒๕๕๘)

การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

เช้คชั้นข้อมด้วยสีซีมาที่ออกซีลีนและ
อีโอซินอย่างธรรมดา, ตรวจพบว่าเป็นผิว

หนังมีการเปลี่ยนแปลง คือชั้นเอพิเคอร์มิส
แสดงซีเปอโรเคอราโทซิสและอะแคนโท-
ซิส. ชั้นเคอร์มิสแสดงการอักเสบ. พบ
เชลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบจำนวนมาก, และ
ส่วนใหญ่เป็นโพลีมอร์โฟนิวเคลียลิวโค
ไซต์. มีเชลล์ขนาดใหญ่ทั้งแบบล้างาน
และแบบพอรินออกัย. พบตัวเชอราว่าง
กลมและรูปไข่, สีสน้ำตาล, มีผนังหนา.
บางตัวมีผนังกั้นกลาง. อยู่กันเป็นกลุ่ม,
กลุ่มละหลายตัว, กระจุกกระจายทั่วไป
ในชั้นเคอร์มิส. มีหลายกลุ่มที่ปรากฏอยู่
ภายในเชลล์ขนาดใหญ่. ลักษณะที่พบ
เช่นนี้นับว่าเป็น ลักษณะ เฉพาะที่จะให้การ
วินิจฉัยโรคได้ว่าเป็นโรคเกิดจาก เชอรา
โพรโมมายโคซิส.

ในการศึกษาขั้นต่อไปได้เพาะเลี้ยงเชอ
ราโดยนำหนอง ที่ได้จาก ตำแหน่งที่เห็น
โรคมาเลี้ยงในซาโบโรค้เทกส์ ไทรสตา-
การ. ปรากฏว่าได้ผลบวกทุกครั้ง. เชอรา
ที่เลี้ยงได้ขึ้นช้ามาก. พอสังเกตเห็นเป็น
โคโลนียี่ลีค่าเล็ก ๆ เท่าปลายเข็มหมุด,
เมื่อเพาะเลี้ยงไ้ประมาณ ๑๐ วัน. โตขึ้น
ช้ ๆ. มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางหนึ่งเซนติ-
เมตรเมื่อมีอายุไ้ ๕ สัปดาห์. ลักษณะ
กุก้วยคาเปล่าเห็นเป็นยุลีค่า. มีส่วนที่

งอกขึ้นไปในอากาศสี่เหลี่ยมไปทางเท่าไม่
มาก. ด้านหลังของโคโลนีมีสี่คำเช่น
เดียวกัน. เมื่อได้เลี้ยงต่อไปอีกประมาณ
๒ สัปดาห์ ได้เชื้อออกมาชนิดของสะ-
ปอร์ในกล่องจลทัศน์. พบว่ามีสะปอร์อยู่
๒ ชนิด. คือชนิดสปอร์โมเคนครัลและ
ชนิดอะโครทิกัล. พยายามหาสะปอร์ชนิด
ไฟโลพอร์ลไม่พบ. ต่อมาได้เลี้ยงเชื้อใน
กระบอกโกล์, ย้อมด้วยสีค็อคติอนบลูก็
ได้ผลเช่นเดียวกัน. จากลักษณะของการ
ที่เติบโตช้า, ลักษณะของสีเชื้อราที่ขึ้น
และจากชนิดของสะปอร์ ที่กล่าวแล้วช่วย
ในการวินิจฉัยเชื้อราที่ถือว่าเป็น สปอร์โม-
เคนครัม เพโครซอย.

การรักษา

หลังจากวินิจฉัยโรค ได้แน่นอนแล้ว,
ได้เริ่มการรักษา โดยให้น้ำยา ชนิดอิมทัว
ของโปแตสเซียมไอโอไดด์, โดยเริ่ม
ขนาดครึ่งละ ๑๐ หยด, วันละ ๓ ครั้ง
หลังอาหารและค่อยเพิ่มขนาดทีละ ๕ หยด
ทุก ๆ ๓-๕ วัน, จนถึงขนาด ๓๐ หยด,
วันละ ๓ ครั้ง, และให้ในขนาดนี้เรื่อยไป.
สำหรับกร รักษาแผล ใช้น้ำยาต่างที่ม
๑:๘,๐๐๐ ล้างแผล, และใส่ผงฉลอร์

แอมเฟนิคอล. นอกนั้นเป็นการรักษาตาม
อาการ.

การเปลี่ยนแปลงหลังการรักษา

ผู้ช่วยทนยา โปแตสเซียมไอโอไดด์
ได้, ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน. หลังจากให้
โปแตสเซียมไอโอไดด์กินไปประมาณ ๒
สัปดาห์สังเกตเห็นผิวหนังทั่วไปมีอาการเห่อ
และหนาขึ้น. แผลซึ่งแห้งและสะอาดขึ้น
แล้วกลับมีน้ำเหลืองไหลซึมออกมาอีก,
และมีอาการเจ็บๆคันๆมากขึ้น. แต่อาการ
เห่อและ คั้นๆค้อยๆที่ลดลงทีละน้อย ๆ.
หลังจากให้การรักษาด้วยโปแตสเซียมไอ
โอไดด์ได้ ๓ สัปดาห์เศษผู้ช่วยมีความจำ
เป็น เกี่ยวกับ ครอบครัวยิ่ง ขออนุญาตกลับ
บ้านไปชั่วคราว, และรับว่าจะมารับการ
รักษาเพิ่มเติมโดยเร็ว. แต่เป็นที่น่าเสียด
ายที่ ผู้ช่วยไม่ได้กลับมาติดต่อบริการ
รักษาต่อไปอีกเลย, จึงไม่สามารถติดตาม
ผลการรักษาได้.

สรุป

ได้รายงานผู้ช่วยโรคโพรโมมัยโคซิส
หนึ่งราย. การวินิจฉัยโรคอาศัยประวัติ
และลักษณะของผิวหนัง, การตรวจพบ

เชื้อราในหนองและในชั้นผิวหนัง โดยการตรวจทางพยาธิวิทยา, ผลจากการเลี้ยงเชื้อ. ฮอร์โมเคนคริม เพโครชอย เป็นสาเหตุของโรคในรายนี้. การรักษาได้ให้น้ำยาไปแทสเซียมไอโอโคดีกิน. ผลการรักษาไม่สามารถลงความเห็นได้ในขณะนี้ เพราะการรักษานานพอ.

ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์ สร เมศติวงศ์ที่ได้กรุณาแนะนำ และถ่ายภาพ ซึ่งใช้ในการประกอบรายงานนี้, นายแพทย์สมาน วนภุชที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยว

กับเชื้อราที่เลี้ยงไว้, และอาจารย์ นายแพทย์ ทินรัตน์ สลัตนิมานการที่ได้อ่านผลการตรวจเนื้อทางพยาธิวิทยา.

เอกสาร

1. Weidman: Arch. Dermat. Syph. 43 : 62, 1941.
2. Moore: J.A.M.A. 122: 1237, 1943.
3. Moore : Arch. Dermat. Syph. 41 : 42. 1940.
4. Carrion : Ibid, 61 : 996, 1960.
5. French and Russel: Ibid, 67: 129, 1953.
6. Binford : Ibid, 49 : 398, 1953.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ชื้อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the preceding Report)

A CASE OF CHROMOMYCOSIS

Vichitr Phanich

M.B., Cert. in Derm. (Penn.)

(Dept. of Internal Medicine)

Some of the clinical aspects of chromomycosis are reviewed and the case of a male Thai farmer reported. The patient was 55 years old and had had the disease for 8 years. The disease, starting as a papule the size of a match head, slowly progressed to involve nearly the whole of the right lower extremity. The affected part showed many types of lesions, mainly plaque-like with crustation and scales. Other lesions were nodular, tumorous and papillomatous. There were three large ulcers which bled easily on touch.

The diagnosis was established by microscopic demonstration of the typical dark brown, oval, septate bodies in the pus obtained from the lesions. The characteristic fungus cells were seen also in biopsied skin. Culture of the pus on Sabouraud's medium gave slow growing, black fungus, which was identified as *Hormodendrum pedrosoi*.

Potassium iodide by mouth was the therapy given, but the result could not be evaluated since the patient asked to be discharged after four weeks of treatment.

(Four figures. Six references.)

2



สมองกลีบข้างกระหม่อมกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

วันดี ไวลาร์วจ

พ.บ.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

เมื่อพูดถึง “สมองใหญ่” (ซีรีบรัม) คนโดยมากมักนึกไปถึงสมองกลีบหน้าผาก (ฟรอนทัลโลบ) ซึ่งเชื่อว่าเป็นแหล่งของความพิการทางจิต, หรือทำให้เกิดอาการ อัมพาตและอาการอื่น ๆ อีกได้. ถัดลงไปจากกลีบหน้าผากก็มักนึกถึงกลีบขมับ (เทมโปรัลโลบ) ซึ่งในขณะนั้นเชื่อว่าเป็นแหล่งสำคัญอีกแห่งหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการชัก. ส่วนสมองกลีบข้างกระหม่อม (พาริเอทัลโลบ) และกลีบท้ายทอย (อ็อกซิพิตัลโลบ) นั้น พยาธิสภาพที่เราพบเห็นบ่อย ๆ ไม่ค่อยมีมากเท่าสมองกลีบแรก, จึงรู้สึกว่าคุณค่าสำคัญมีน้อยไป.

ตามความจริงแล้วสมองกลีบข้างกระหม่อมมีความสำคัญอยู่ไม่น้อยเหมือนกัน, เพราะว่าเมื่อมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่นั่นก็ก่ออาการคล้ายคลึงพยาธิสภาพที่เกิดในส่วนอื่น, เช่นคล้ายกับที่เกิดในไซสั่นหลังหรือที่ระยิบพัยรามิกัล, ซึ่งถ้าตรวจไม่ถี่ถ้วนหรือไม่ตรวจซ้ำหลาย ๆ หนก็อาจวินิจฉัย

โรคในชั้นต้นผิดไปได้.

สมองกลีบข้างกระหม่อมตามวิชาประสาทกายวิภาคศาสตร์มีส่วนที่ทำหน้าที่สำคัญ ๆ อยู่หลายส่วน, เช่นมี “บริเวณสำหรับกายสัมพันธ์” (โซเมสทีเซีย) อยู่หลัง “รอยแยกของโรลันโด”, ทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกของร่างกาย. ทางด้านหลังของกลีบนี้มีส่วนสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการพูด, ซึ่งเมื่อเป็นโรคชักรักทำให้เป็นไขชนิดที่เรียกว่า “ไขเพราะไม่รับ” (รีเซ็ปทีฟ หรือ เซ็นซอรี ออเฟเซีย). เมื่อมีการทำลายหรือการเสื่อมที่เปลือกของสมองกลีบข้างกระหม่อมก็จะมีอาการพิการเกี่ยวกับการรับรู้สึก, แต่ไม่เป็นที่แน่นอนเหมือนเมื่อมีโรคในส่วนที่ต่ำลงไป. พวกความรู้สึกในส่วนลึกของกายจะถูกระทบกระเทือนมากกว่าพวกความรู้สึกในส่วนชั้น. ดังนั้นที่พบบ่อยจึงมักเป็นการเสียความรู้สึกเกี่ยวกับตำแหน่งและความรู้สึกสะท้อน, กิสคริมิเนชันและอะสทีริอิก

โนติสแน่นอนกว่าพวกสัมผัสแตะต้อง, ความเจ็บและความร้อนเย็น. นอกจากนี้ Dejong ยังได้กล่าวไว้ว่าพยาธิสภาพที่สมองกลีบข้างกระหม่อม หรือ โปสท์เซ็นทรัลยิวรัส อาจทำให้มีการปล่อย (อะโทรฟีย์) ในด้านตรงกันข้าม.

พยาธิสภาพของกล้ามเนื้อปล่อยไม่ใช่เป็นความวิใหม่, แต่ความสัมพันธ์ของมันกับสมองกลีบข้างกระหม่อมนี้ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างถ่องแท้ในแผนกรักษา. ได้มีผู้รายงานเรื่องนี้ไว้มากมายในวารสารต่างประเทศเช่น Chatin ในปี ๑๙๐๐ และ Steinert ในปี ๑๙๐๖. ยังมีผู้อื่นอีกหลายคน. บางคนลงความเห็นว่าลักษณะปล่อยอาจเกิดได้โดยไม่มีพยาธิสภาพในไขสันหลังหรือในนิวโรนปลาย. Pattelar ได้รายงานผู้ช่วยที่กระดกข้างกระหม่อมแตกและมีอาการเฮมิพาราลิซิสในคันทรงข้าม. Guthrie ได้รายงานผู้ช่วยที่ได้รับอันตรายที่ศีรษะในบริเวณโปสท์เซ็นทรัล, มีกล้ามเนื้อปล่อยในคันทรงข้าม, ฮีไปโทเนีย, ความรู้สึกผิดปกติและมีการสำคัญอีกคือผิวหนังผิดปกติ, มี "มือคนนาย" (มือนุ่มและเล็กเรียว). พวกนี้ไม่มีความพิการเกี่ยวกับอาการเคลื่อนไหว.

ไหว. Head ก็ได้รายงานผู้ช่วยคล้ายคลึงกัน, และมีผู้อื่นอีกหลายคน. ลงความเห็นกันว่าหน้าที่หล่อเลี้ยง (โทรฟิค) ของสมองใหญ่ไม่มีในบริเวณโมเตอร์แต่มีอยู่ในส่วนลิมบัสและกลีบข้างกระหม่อม.

Christiansen ชี้ให้เห็นว่าเอมัยโอโทรฟีย์เป็นอาการสำคัญที่ใช้วินิจฉัยพยาธิสภาพที่เกิดจากสมองกลีบข้างกระหม่อม. ในผู้ช่วย ๒๑ รายซึ่งมีเนื้องอกในสมอง, ๗ ใน ๘ รายที่มีเนื้องอกในกลีบข้างกระหม่อมมีอาการเอมัยโอโทรฟีย์. เขาได้เน้นว่าการปล่อยของเนื้องอกเป็นอาการแรก ๆ และอาจปรากฏก่อนอาการทางการเคลื่อนไหว. เขาเชื่อว่าอาการกล้ามเนื้อปล่อยมากในกล้ามเนื้อของพวกที่เป็นที่ตรงกันของการชักกระตุก.

Silverstein ได้แยกผู้ช่วยที่เขารวบรวมออกเป็นสามพวก. พวกที่หนึ่งมีผู้ช่วย ๑๐ ราย, เป็นโรคเนื้องอกในกลีบข้างกระหม่อม, มีอาการสำคัญ ๓ ประการ, คืออะโทรฟีย์, แพลคซิกติก, และความรู้สึกชาเหตุจากเปลือกสมอง. ทั้ง ๑๐ รายมีอาการที่กล่าวที่แรกเป็นสำคัญ. พวกที่สองมีผู้ช่วยเกี่ยวกับสมองที่เริ่มเป็นใหม่ ๆ จำนวน ๓๐ ราย. ส่วนใหญ่เป็นข้อเรื้อน

เซฟาโลย, มีอาการเซมิปลัเจีย, อะโทรฟีย์, เสียความรู้สึกลมสัมผัสและซึกเป็นสำคัญ. พวกนี้แสดงความแตกต่างของการฝ่อลีบ (อะโทรฟีย์) กับการเทียบโตลดน้อยลง, ตามตำแหน่งของพยาธิสภาพ. พวกที่สาม มีผู้ช่วย ๕๐ คนเป็นเซมิปลัเจียซึ่งแยกได้เป็นสองพวกเล็ก. พวกหนึ่งมักล้มเนอฝ่อลีบที่แขนขาข้างที่เป็นโรค, มีชัยโปโทเนียและเสียความรู้สึกลมสัมผัส, โดยเฉพาะอะสตีร็อกโนซิส. อีกพวกหนึ่งมีแต่พาราเลียลิสซซนิกแข็งทึง.

ต่อไปนี้เป็นรายงานผู้ช่วยตัวอย่างสองราย.

รายแรกเป็นหญิงอายุ ๓๑ ปี. มีประวัติว่าขาข้างขวามีเหงื่อออก, เย็นและชยุโทรม (เวสต์ติงก์), เกิดตามหลังไข้หวัดใหญ่. เมื่อตรวจเวลาห้าเดือนหลังเริ่มอาการพบว่าขาขวาเคลื่อนไหวไม่ค้, และข้างซ้ายมีอาการเท้าห้อย (ทร้อป ฟุต). อาการแสดงที่สะกดทามากก็คือการชยุโทรมของขาขวา. ผิวหนังของขาและเท้าข้างนี้มีลักษณะเลี่ยนเป็นมัน. ได้วินิจฉัยโรคเบื้องต้นว่าเป็นผลเหลือจากโปลิโอ. สองสัปดาห์ต่อมาเกิดอาการซึกกระดูกเฉพาะส่วน ๆ, พร้อมทั้งอาการเปลี้ยของขาขวา

กำเรียวขึ้น. สิบสามเดือนหลังจากเริ่มมีอาการมีพาราเลียลิสซซนิกแข็งเหยียดที่ขาขวา, รีเฟล็กซ์เข้าไว, โคลนัสที่ข้อเท้า, และอาการฝ่อลีบมีมากขึ้น. มีอาการแสดงขาบินสะก้. เท้าซ้ายเป็นปกติ. ในครั้งนี้ได้วินิจฉัยว่าเป็นพาราซาริติกัล เมนิงจิโอม่าของกัลบพาราเซ็นทรัลข้างซ้าย, และเมื่อผ่าตัดก็ไคพบเนื้องอกจริง ๆ. ภายหลังผ่าตัดแล้ว ๖ เดือนยังมีอาการเหลืออยู่เพียงนิ้วเท้าข้างขวาอและเหยียดไค่อนกว่าปกติเล็กน้อย.

ผู้ช่วยรายที่สองเป็นชายอายุ ๓๐ ปี. มีประวัติซึกลมบ้าหมูแบบแจคโซเนียนและ "ซึกใหญ่" เกี่ยวกับซึกขวาของร่างกายมาประมาณสองปีครึ่ง. ตอนแรกซึกทุกสามสัปดาห์. ต่อมาเพิ่มขึ้นเรื่อย, จนถึงวันละ ๑ ถึง ๓ ครั้งทุก ๆ วัน. หลังจากซึกมีอาการชาและแขนขวาเปลี้ย. ตรวจพบเซมิพารีลีสทางซึกขวาเล็กน้อย. ผิวหนังมีลักษณะผิดปกติ. มี "มือคุณนาย". แขนขวาฝ่อลีบ. มีความพิการเกี่ยวกับความรู้สึกเนื่องจากเปลือกสมองเล็กน้อย. ไม่มีอาการแสดงถึงความดันเพิ่มในกระโหลกศีรษะ. ในการผ่าตัดพบกลิโอมาลิวสโตมาเกือบเต็มสมองกัลบข้างกระหม่อม.

จากรายงานนี้เห็นได้ว่าพยาธิสภาพซึ่งเกิดที่สมองกลีบข้างกระหม่อมมีก่อก่ออาการกล้ามเนื้อฝ่อลีบและการเปลี่ยนแปลงทางการหล่อเลี้ยง (โทรฟิค) เกิดขึ้นในคันทรงข้ามของร่างกาย. การฝ่อลีบเป็นอาการแสดงที่ช่วยการวินิจฉัยซึ่งเชื่อถือได้. ความปกติในเวลาตรวจผู้ป่วยช่วยเรามากจะละเอียดการตรวจลักษณะของผิวหนังและกล้ามเนื้อเสียเสมอ ๆ.

ลักษณะที่เราพบในผู้ป่วยพวกนี้ก็คือผิวหนังที่มือช้ำ, และมีอ่อนนุ่มเป็นมัน. ฉายพิมพ์นิ้วมือเห็นไม่ชัด. มือเย็นกว่าอีกมือหนึ่ง. ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในเนื้อพังผืดที่ผิวหนังทำให้มือเล็กลง, มีลักษณะ "มือคุณนาย". หากคลำกล้ามเนื้อก็พบว่ากล้ามเนื้ออ่อน, กดขยุ้ม, คลำกระดูกได้ชัด. ยิ่งในพวกที่เป็นมาก ๆ แล้วลักษณะของโรคก็ยิ่งคล้ายกับโรคของไขสันหลังหรือนิวโรนปลาย. กล้ามเนื้อของไหล่และมือมักจะมีอาการก่อนเพื่อนและเย็นมากที่สุด. ในบางครั้งก็มีอาการขวมตามไปด้วย. แต่ถ้ายกมือขึ้นอาการขวมก็หายไป.

โดยมากลักษณะของการฝ่อลีบมักเป็นปานกลาง. แต่ข้อนิ้วก็อยู่กับชนิดของ

พยาธิสภาพ. ในพวกที่เกิดจากการชอกช้ำ (ทรม่า) อาการชยุโทรมของกล้ามเนื้อมักเกิดเร็ว, ถึงขีดสุดในระยะสั้นแล้วก็คงตัวอยู่เช่นนั้น. ในพวกที่เกิดจากโรคของหลอดเลือดสมองอาการนั้นน้อยกว่า, และอาการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและความรู้สึกมักจะกระเตื้องขึ้นได้. ในพวกที่มีพยาธิสภาพที่ขยายโตขึ้นเรื่อย ๆ (เช่นเนื้องอก) ที่เปลือกสมอง, ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในบริเวณข้างกระหม่อมและทางเดินของประสาทโมเคอร์มีการชยุโทรมของกล้ามเนื้อมาก. ในรายเช่นนี้ลักษณะจะเหมือนกับโรคของไขสันหลัง.

มีข้อน่าเกี่ยวกับระยะเวลาอันที่เริ่มมีอาการฝ่อลีบให้เห็นได้หลังจากที่พยาธิสภาพเกิดขึ้นในสมองแล้ว. ในรายของเฮมิปลีเจียบางคนกล่าวว่าประมาณสองสัปดาห์จากการตั้งต้นของโรคของหลอดเลือด. Borgherini ได้เคยพบการฝ่อลีบเกิดในสามวัน. บางคนก็พบว่าเกิดภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังจากการชอกช้ำเนื่องจากผ่าตัดที่กลีบข้างกระหม่อม. ในพวกที่เห็นอะไปเซลล์ช่วยการฝ่อลีบอาจเกิดให้เห็นได้ในวันที่สี่.

จุดประสงค์ของการเสนอเรื่องนี้ก็เพื่อ

ให้เห็นความสำคัญของอาการมือลืบที่เกี่ยวข้องกับสมองกลีบข้างกระหม่อม. โดยมากเรามักจะนึกว่าเป็นโรคของไขสันหลังหรือประสาทส่วนปลายเสียก่อนเสมอ. เมื่อมีผู้ช่วยเป็นอัมพาตมากก็มักจะคิดว่าเป็นโรคของระบบพัยรามิดัล, และมีกละเลเยที่จะตรวจลักษณะของผิวหนังและกล้ามเนื้อให้ละเอียดละออตามที่ควร. ข้อนี้ในต่างประเทศก็เกิดขึ้นบ่อย ๆ. เพราะฉะนั้น

ถ้าเราได้ยึดถือลักษณะของการมือลืบ (อะโทรฟีย์), อ่อนและหย่อน (แฟลคซิบิลิตี) และอาการชาเนื่องจากเปลือกสมอง (คอร์ติคัล เช่น ซอร์บี ลอสส์) ประกอบกับความเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังไว้อย่าง, ยางที่เราอาจช่วยผู้ช่วยให้พ้นจากความทรมานของโรคอัมพาตได้บ้างไม่มากนักน้อย.

(รวบรวมจาก A. Silverstein: Neurology 1: 30-54, 1955)

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

ปัญหาเรื่องการศึกษาแพทย์ของประเทศอินเดีย

หลวงพิณพาทย์พิทยาเกท

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

(คณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล)

ในการประชุมเรื่องการศึกษาแพทย์ของประเทศไทยเมื่อเดือนพฤศจิกายนที่แล้วมานี้ ได้มีการพิจารณาข้อปัญหาอย่างกว้างขวางมาก. ปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการศึกษาแพทย์เหล่านี้มีส่วนละม้ายคล้ายคลึงกับของเราในประเทศไทย, จึงเป็นการเหมาะสมที่จะศึกษาเรื่องของอินเดียไว้บ้างตามสมควร, ว่าเขาพิจารณาแก้ไขข้อขัดข้องต่าง ๆ เช่นประการใดบ้าง. ประเทศอินเดียเป็นประเทศเก่าแก่มาแต่โบราณกาล, ได้เคยมีวัฒนธรรมพร้อมทั้งศิลปะวิทยาของตนเองมาเป็นระยะเวลาหลายพันปี. ในการที่จะให้เกิดความเข้าใจในเหตุการณ์ปัจจุบันจึงจำเป็นต้องทราบถึงเรื่องเบื้องต้น.

ในด้านการแพทย์นั้นชาวอินเดียโบราณได้พัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ขึ้นแขนงหนึ่งมีชื่อว่า "อายุรเวท" อันเป็นวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับชีวิต, มีรากฐานอยู่ตามหลักเกณฑ์สามประการ, คือการสังเกต,

การปฏิบัติทดลองและการคาดคะเน, ประกอบด้วยปรัชญาของตนเองโดยเฉพาะ. ในแผนอายุรเวทนี้มีการใช้ต้นไม้โยธา, แร่ธาตุต่าง ๆ และสิ่งอื่น ๆ มาประกอบเป็นยารักษาโรค. แผนนี้มีทั้งกายวิภาคและศัลยกรรม. ได้เจริญรุ่งเรืองขึ้นจนสุดขีด. ต่อมาอยู่คงที่. แล้วค่อย ๆ เสื่อมลง. ไม่มีใครทราบแน่ ๆ ว่าเป็นเหตุของการเสื่อมโทรม. ศิลปะและวิทยาของอายุรเวทได้มีการสืบเนื่องต่อ ๆ กันมาตามหลักเกณฑ์ของการศึกษาในสมัยนั้น, คือจากอาจารย์มายังศิษย์โดยตรง.

เมื่ออิสลามแผ่อำนาจเข้ามาในอินเดีย, อายุรเวทก็ได้รับความกระทบกระเทือนอย่างหนัก, โดยการแพทย์แผนอารบิกได้ถูกนำเข้ามาเป็นคู่แข่งและได้ชื่อว่า "ฮานานี". แต่อย่างไรก็ตาม, อายุรเวทและฮานานียังคงเป็นแผนการแพทย์ที่คู่เคียงกันตลอดระยะเวลาที่มุสลิมเดลีอำนาจอยู่ในประเทศ. บรรดาอาจารย์ยังคงให้การศึกษา

แก่ศิษย์อยู่เรื่อยมา. แต่การชำแหละร่าง
กายมนุษย์เพื่อศึกษากายวิภาคศาสตร์ได้
ถูกห้ามอย่างเด็ดขาด. การสั่งสอนก็ค่อย ๆ
ลดลง, เหลือแต่ทฤษฎีเข้าทุกที ๆ, และใน
ที่สุดการประกอบโรคศิลปะก็เหลืออยู่แต่
เพียงการใช้ยารักษาโรคเท่านั้น.

นอกจากแผนการแพทย์สองประเภท
ดังกล่าวแล้วยังมีจำพวกยากกลางบ้านซึ่ง
คุณย่าคุณยายเคยใช้และส่งต่อมาให้ลูก
หลานในครอบครัวของตนเอง, และยังมี
จำพวกยาผีบอก, เครื่องรางและสิ่งศักดิ์-
สิทธิ์อื่น ๆ อีกด้วย. เมื่ออังกฤษเริ่มเข้า
ครอบครองอินเดียได้มีแพทย์แผนตะวันตก
จากอังกฤษเข้ามาในประเทศไทยเพื่อดูแล
ความป่วยไข้ของชนชาวอังกฤษโดยเฉพาะ,
ซึ่งต่อมาได้เกิดเป็น Indian Medical
Service ขึ้น. มีหน้าที่ให้การรักษาพยาบาล
ทั้งทหารและพลเรือน. เมื่อกิจการได้
ขยายตัวกว้างขวางยิ่งขึ้นจึงเกิดความต้อง
การแพทย์แผนใหม่จำนวนมากขึ้นจากชน
ชาวพื้นเมือง. เป็นเหตุให้เกิดการจัดตั้ง
โรงเรียนแพทย์และวิทยาลัยแพทย์ในส่วน
ต่าง ๆ ของประเทศอินเดียขึ้น. ที่เก่าแก่ที่
สุดมีอายุกว่า ๑๐๐ ปี, คือที่เมืองคัลคัตตา,
มีทราสและบอมเบย์. บางแห่งให้การ

ศึกษาแพทย์คนต่ำแก่นักศึกษาที่มีพิน
ความร่ำรวย. บางแห่งมีฐานะเท่าเทียม
มหาวิทยาลัย, ให้การศึกษาอันมีมาตรฐาน
สูงถึงขั้นปริญญา, วิทยาลัยศึกษาที่มีพิน
ความร่ำรวยจนสภาการแพทย์แห่งประเทศ
อังกฤษยอมรับวิทยาลัยฐานะเพื่อจดทะเบียน
ประกอบโรคศิลปะ.

ถึงนั้นในตอนปลายของศตวรรษที่ ๑๙
และตอนต้นของศตวรรษที่ ๒๐ มีบุคคล
หลายประเภททำการประกอบโรคศิลปะใน
อินเดีย, คือ (๑) ผู้ใหญ่ในครอบครัวใช้
ยากกลางบ้าน, (๒) หมอเถื่อน, พวก
เฟเตอร์และสาธุ. (๓) พวกเวทให้การ
รักษาแบบอายุรเวท. (๔) พวกชาคิมรัก
ษาแบบฮอนานี. (๕) พวกประกาศนียบัตร
จากโรงเรียนแพทย์ชั้นต่ำ, และ (๖)
พวกปริญญาจากมหาวิทยาลัย. สองพวก
หลังนี้ทำการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน.
ในระยะต่อมาเกิดมีพวกที่ ๗ ขึ้นอีก,
คือพวกโฮมีโอพาธ (Homeopaths) ให้
การรักษาแบบโฮมีโอพาธิ์ (ใช้ยาขนาด
น้อยที่สุดในการรักษาโรค).

ในระยะ ๕๐ ปีที่ล่วงแล้วมานี้ได้เกิด
มีโรงเรียนแพทย์ชั้นสูงขึ้นมหาวิทยาลัย
ขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก, และในปัจจุบัน

โรงเรียนแพทย์ชั้นต่ำได้ล้มเลิกไปเกือบหมดสิ้นแล้ว. บางแห่งได้รับการปรับปรุงให้มีมาตรฐานเข้าชั้นมหาวิทยาลัย. โรงเรียนแพทย์ชั้นสูงของประเทศอินเดียขณะนั้นรวมทั้งสิ้น ๓๕ แห่ง. มีแพทย์เรียนสำเร็จหลักสูตรออกไปปฏิบัติหน้าที่อยู่ ๑,๗๐๐-๒,๐๐๐ คน.

แต่สถานการณ์ยังมีความยุ่งยากอยู่อีกด้วยเหตุผลหลายประการ, คือ:

(๑) ยังมีโรงเรียนสอนวิชาแพทย์ชั้นต่ำอยู่อีก.

(๒) ในบางแคว้นของประเทศ, โดยที่แพทย์ผู้สำเร็จจากโรงเรียนชั้นสูงไม่สมัครใจที่จะออกไปปฏิบัติหน้าที่ในชนบท, จึงเกิดความจำเป็นต้องผลิตแพทย์คนต่ำออกไปทำงานแทน, โดยมีข้อตกลงที่แน่นอนเด็ดขาดว่าจะต้องทำหน้าที่อยู่ในชนบทไม่น้อยกว่า ๕ ปี. แต่ในขณะนั้นพวกนี้กำลังวางแผนที่จะให้ได้รับสิทธิชนบทเยียนประกอบโรคคิดปะเท่าเทียบเท่ากับแพทย์ชั้น ๑, และเมื่อครบกำหนด ๕ ปีในชนบทตามข้อสัญญาแล้วส่วนมากของพวกเขาจะกลับเข้ามาในเมือง, ทำการแข่งขันกับพวกแพทย์ชั้น ๑ อย่างไม่มีปัญหา.

(๓) พวกเวทและพวกฮาคิมก็กำลัง

ตั้งโรงเรียนของตนเองหรือโรงเรียนให้รัฐบาลของแต่ละรัฐจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ประเภทชั้นใหม่, หรืออย่างน้อยก็ขอเงินช่วยเหลือโรงเรียนเก่าที่มีอยู่แล้ว. ทั้งขอรับรองให้รัฐบาลรับรองปริญญาและประกาศนียบัตรของโรงเรียนเหล่านั้นและให้ยอมขึ้นทะเบียนประกอบโรคคิดปะเท่าเทียบเท่ากับแพทย์แผนปัจจุบันชั้น ๑.

(๔) มีข้อนำสังเกตเกี่ยวกับโรงเรียนแพทย์ใหม่ ๆ ของระบบอายุรเวทและฮานา ซึ่งหนึ่งก็คือนักเรียนในโรงเรียนเหล่านั้นได้รับการสอนในวิชาวิทยาศาสตร์ปัจจุบันอยู่บ้าง. ทั้งได้รับการสอนในวิชากายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, มาเตเรียเมดิกา, ศัลยศาสตร์, สูติศาสตร์ ฯลฯ ในบางแห่งมีการสอนวิชาแพทย์แผนปัจจุบันแทบทั้งสิ้นและสอนแผนโบราณน้อยที่สุด. เมื่อเรียนสำเร็จแล้วบุคคลเหล่านั้นก็ออกไปทำการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน. มีการให้ยาสมัยใหม่จำพวกแอนติไบโอติก และฉีดยากันอย่างเต็มที่. การเรียนแผนโบราณขึ้นชื่อไว้ว่าเป็นวิธรวมแผนเก่าและแผนใหม่.

(๕) พวก โฮมิโอพาธ ของอินเดียขณะนี้มีอยู่ประมาณ ๓๐๐,๐๐๐ คน. เป็น

หมอเถื่อนแทบทั้งสิ้น. มีน้อยคนที่สำเร็จ
หลักสูตรของ โฮมิโอพาธี อย่างแท้
จริง. มีหลายร้อยคนที่สำเร็จจากโรง-
เรียน โฮมิโอพาธ อันเกิดขึ้นมาราวกับ
ดอกเห็ด. มีประกาศนียบัตรและปริญญา
ให้อย่างหรรษา เช่นกับโรงเรียนแพทย์
แผนปัจจุบัน. แต่ส่วนมากเป็นหมอเถื่อน
โดยตรง, ไม่เคยได้รับการศึกษามาแต่
ประการใด, ชั่วแต่มีตำราอยู่เล่มหนึ่งและ
หีบยาอยู่หีบหนึ่งก็ทำการรักษาโรคได้.

พวกโฮมิโอพาธนั้นก็กำลังขอสติขีจน
ทะเยอียนประกอบโรคศิลปะอยู่เช่นเดียวกัน
และขอให้รัฐบาลจัดตั้งโรงเรียนขึ้นให้เป็น
หลักฐาน. โดยที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่
เพียงพอ, โดยเฉพาะในชนบท, และโดย
ที่ไม่มียงบประมาณเพียงพอ, รัฐบาลกลาง
และรัฐบาลของรัฐจึงจำต้องยินยอมตาม
ข้อมติที่ได้ชื่อว่า เป็นมติของประชาชน ใน
การจัดตั้งโรงเรียนแพทย์แผนอายุรเวท,
อนานิและโฮมิโอพาธี, หรืออย่างน้อยก็
ให้เงินช่วยเหลือ, จะเป็นเพราะเหตุผล
ทางการเมืองหรือเพราะความหวังที่จะให้
มีแพทย์สำหรับชนบท, หรือในบางราย
อาจเป็นเพราะต้องการสนับสนุนปรับปรุง
การแพทย์แผนโบราณของประเทศก็ตาม.

จากอุปการณ์ดังกล่าวแล้วในข้างต้นจะ
แลเห็นได้ว่าผู้ทำการประกอบโรคศิลปะ
ในประเทศอินเดียขณะนั้นนี้อยู่หลายหมู่
หลายเหล่า. ให้การรักษายาบาลด้วย
วิธีการต่าง ๆ กัน, ตั้งแต่แผนปัจจุบัน
สมัยใหม่ที่สัจจนกระทั่งถึงหมอเถื่อนที่ไม่
มีความรู้อะไรเลย. แพทย์แผนปัจจุบันทั้ง
ปริญญาและประกาศนียบัตรมีจำนวนรวม
ทั้งสิ้นประมาณ ๖๐,๐๐๐ คน, แต่สำหรับ
ประเภทอื่นมีรวมทั้งสิ้นถึง ๖๐๐,๐๐๐
คน. ในการที่หมอเถื่อนหากินได้เช่น
อย่างนี้ ก็ด้วยเหตุผลหลายประการ.
เหตุที่สำคัญคือด้วยความยากจนของประ-
ชาชนเป็นส่วนมาก, ซึ่งเป็นผู้ไร้การศึกษ
า, ยังมีศรัทธาเชื่อมั่นอยู่ในวิธีการแผน
โบราณ, และเนื่องจากชอบกพอ่องบาง
ประการในระบอบแผนปัจจุบันอีกด้วย. นี้
เราต้องไม่ลืมว่าการแพทย์แผนปัจจุบันนี้
ทั้งในด้านการตรวจและในด้านการรักษา
มีราคาสูงมาก, สูงจนกระทั่งผู้ยากจนไม่
สามารถจะสู้ได้, และวิธีการแพทย์แผน
โบราณนี้ไม่ใช่จะทำให้ผู้เจ็บป่วยหายขาดจากโรค
ภัยไข้เจ็บได้เสมอไปทุกคน. ผู้เจ็บป่วย
ถึงจะเป็นโรคที่ร้ายแรงสักเท่าใดก็ตาม,
ก็ไม่ยอมหมกหมองอย่างง่าย ๆ, ต้องกระ

เลือกกระสุนหาวิธีช่วยตนเองอยู่เรื่อยไป. เมื่อมีใครรับว่าจะทำให้หายได้, ก็ต้องวิ่งไปหาผู้นั้น, เป็นเหตุให้หมอเถื่อนมีทางทำมาหากินโดยไม่มีที่สิ้นสุด.

สำหรับประเทศอินเดียมีอยู่สองรัฐเท่านั้นซึ่งมีกฎหมายควบคุมการประคบโรคศิลปะ. เหลือออกนั้นไม่มีกฎหมายควบคุมแต่ประการใด. ใครก็ตามจะเคยเรียนวิชาแพทย์มาหรือไม่ก็ตาม, ถ้าอยากตั้งตัวเป็นหมอรักษาโรคแล้ว ก็ทำได้อย่าง

เข็ดผุย, ไม่มีใครห้ามปราม. ทำการรักษารักษาแข่งขันกันผู้มีปริญญาทางแพทย์เสียด้วยซ้ำไป. ยิ่งในส่วนใหญ่ของประเทศไม่มีข้อบังคับในการจดทะเบียนเกิดและตายด้วยแล้ว, ยิ่งไม่มีวิธีการอะไรเลยที่จะควบคุมพวกหมอเถื่อนเหล่านี้ได้แม้แต่น้อย.

ดังนั้นสถานะการแพทย์ของอินเดียในปัจจุบันนี้ นับว่ายังมีความสับสนอลหม่านอยู่ไม่ใช่น้อย.

โปรดทราบ

ท่านผู้สั่งซื้อสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือโปรดติดต่อ
กับแผนกจัดการของสารศิริราช.

บทบรรณาธิการ

ยาเกินแก้ไขหวาน

นับตั้งแต่แบนติง (Banting) และ เบสต์ (Best) ค้นพบอินซูลินและประโยชน์ของมันเมื่อ ค.ศ. ๑๙๒๑ คนส่วนมากก็ได้เข้าใจกันว่าปัญหาเรื่องโรคเบาหวานคงจะได้สิ้นสุดลงแล้ว. แต่ก็ได้ปรากฏความจริงว่ายังมีข้อที่ยังไม่กระจ่างอีกมากมายทั้งในค่านิยมฐานและการรักษา. ความเข้าใจแต่เดิมว่าโรคเบาหวานเกิดจากความพิการของเซลล์จำพวกเบต้าในไฮสเลตของตับอ่อนที่ขยับตัวในตับอ่อนนั้นจำต้องถูกแปลงไป, เมอซุสแซย์ (Houssay) ทำให้สัตว์ทดลองเป็นเบาหวานได้โดยฉีดน้ำสกัดบีตาอิคารียกลีบหน้าจำนวนมาก ๆ, และทำให้อาการเบาหวานของสัตว์ที่ตัดตับอ่อนออกแล้วทลายลงไปได้โดยการสกัดต่อมบีตาอิคารีย. ต่อจากนั้นลองก์ (Long) ก็ได้ใช้วิธีเดียวกันแสดงบทบาทของต่อมแอดรีนัลในโรคเบาหวาน. ซูเธอร์แลนด์ (Sutherland) และเดอคูฟว์ (de Duve) พบว่าเซลล์

จำพวกแอลฟาในไฮสเลตของตับอ่อนนั้นเองหลั่งฮอร์โมนอีกอย่างหนึ่ง, เรียกกันว่า "เอซจีแฟกเตอร์", "ฮัยเปอร์กลัยซีมิกกลัยโคเจโนลียติคแฟกเตอร์" หรือ "กลูคากอน", ซึ่งแสดงฤทธิ์ตรงข้ามกับอินซูลิน. เห็นได้ว่าภาวะเกินปกติของบีตาอิคารียกลีบหน้า, ของแอดรีนัลกลัย, หรือของแอลฟาเซลล์กลัย, อาจทำให้เกิดอาการเบาหวานได้เช่นเดียวกับภาวะหย่อนของเบต้าเซลล์ของตับอ่อน. นอกจากนี้ยังมีผู้พบสารบางอย่างในร่างกายซึ่งมีฤทธิ์ลดล้าง หรือ ชัก ขวาง ฤทธิ์ ของอินซูลิน. บอร์นสไตน์ (Bornstein) และปาร์ค (Park) แยกได้สารประเภทลิโปโปรตีนอย่างหนึ่งในซีรัม, ซึ่งทำให้ฤทธิ์ของอินซูลินลดน้อยไป. (1) เมอร์สกี (Mirsky) พบสารอย่างหนึ่งในตับ, ซึ่งมีลักษณะเป็นเอ็นไซม์และยับยั้งการแสดงฤทธิ์ของอินซูลิน; เขาให้ชื่อว่า "อินซูลิ-

(1) J. Biol. Chem. 205: 503. 1953.

เนส". (2) หากคนใดมีสารอย่างใดอย่าง
หนึ่งในสองอย่างนี้มาก, ก็เท่ากับมีอินสุลิน
น้อย, และอาจเกิดอาการเบาหวานขึ้นได้.
โรคที่เกิดขึ้นจากเหตุนี้คือกลุ่มเซลล์เบต้า
เหล่านี้มีผู้เรียกว่า "เบาหวานเนื่องจาก
การต่อต้านเกินขีด", ซึ่งในที่นี้หมายถึง
ความถึงการต่อต้านอินสุลิน.

ข้อเสียสำคัญของอินสุลินประการหนึ่ง
คือความจำเป็นที่ต้องบริหารโดยวิฉิษ,
ทำให้เกิดความไม่สะดวกในผู้ที่ต้องใช้เป็น
ประจำ. การกินอินสุลินไม่มีผลก็เพราะมัน
เป็นสารประเภท โปรตีนและถูกย่อยทำ
ลายโดยเป็ปซินในน้ำย่อยของกระเพาะอา
หาร. มีผู้คิดทำยาสะกัดคัตยอ่อนเป็นเม็ด,
เคลือบด้วยวัตถุกันน้ำย่อย, เพื่อให้ได้ผล
ของอินสุลินโดยการกิน. แต่ผลที่ได้ไม่
สม่ำเสมอแน่นอน. เมื่อสามสิบปีเศษมา
แล้วว่าทานาเบ (Watanabe) ทดลองพบ
ว่าถั้วนินทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงได้,
และนำเข้ามาใช้เป็นยาถิ่นรักษาเบาหวาน.
แต่ไม่ช้าก็ไปพบข้อไปว่าถั้วนินนั้นลดน้ำ
ตาลในเลือดได้ก็เพราะไปทำอันตรายต่อ
คัตย, ทำให้ไม่สามารถเก็บกลัยโคเจนไว้
ได้. การใช้ถั้วนินจึงเลิกกันไป. ข้อนี้

เป็นขทเวียนที่คิดว่าสิ่งที่ทำให้น้ำตาลใน
เลือดลดต่ำลงได้นั้น ใช่ว่าจะเป็นยารักษา
เบาหวานได้เสมอไป. ข้อสำคัญยานั้น
ต้องช่วยแก้ความผิดปกติในเมตะบอลิซึม
ได้, จึงจะมีประโยชน์อย่างแท้จริง.

ในปี ๑๙๔๒ จึงบ็อง (Janbon)
และคณะได้ทดลองยาจำพวกซัลโฟเน-
ไมก์ใหม่ชานหนึ่ง, ชื่อเคมีว่าพาราอะ-
มิโนเบนซอลซัลฟามิกไอโซโปรบิยัลไอ
โอโคอะซอล, เรียกสั้น ๆ ว่า IPTD.
เขาพบว่ามันทำให้น้ำตาลในเลือดลดต่ำ
ลงได้อย่างรุนแรง, จนบางคนมีอาการ
เลือดหย่อนน้ำตาล (ฮัยโปกลัยซีเมีย),
และถึงกับตายก็มี. (2) ลูบาติแอร์ (Lou-
batiere) ทดลองในสัตว์พบว่า IPTD
ทำให้กลัยโคเจนในคัตยเพิ่มมากขึ้นขณะ
เดียวกับที่ทำให้น้ำตาลในเลือดน้อยลง.
ถ้าให้ IPTD แก่สัตว์ที่คัตยอ่อนออก
หมดแล้ว, มักไม่ได้ผล. แต่ถ้าหากยังมี
คัตยอ่อนเหลืออยู่บ้าง, แม้เพียงเศษหนึ่ง
ส่วนหก, ก็ยังได้ผลชัดเจ. (2) ทั้งนี้แสดง
ว่าการแสดงฤทธิ์ของ IPTD ต้องอาศัย
บางส่วนของคัตยอ่อนด้วย. ลูบาติแอร์มี
ความเห็นเห็นว่า IPTD กระตุ้นการหลั่งอินสุ

(2) จาก H. Maske: Dtsch. med. Wschr. 21:823, 1956.

ลินโดยคัยอ่อน. ซ็อนส์นัยสนุนโคยงานของลาบาร์ (La Barre) และ เรอส์ (Reuse) ผู้ทดลองแบบเกี่ยวกับลูบาคีแอร์, หากแต่ใช้แอลกอฮอล์แทนการคักคัยอ่อน.⁽²⁾ ในปี ๑๙๕๔ ฟอนฮอลต์ (von Holt) และคณะได้ทดลองบริหาร IPTD ขนาดมาก ๆ ในกระต่ายและหนูพุก, และได้พบว่ามันแสดงฤทธิ์ทำลายเซลล์จำพวกแอลฟาของไฮสโตไลต์ของคัยอ่อน.⁽²⁾ ครั้งนั้นกลไกที่ IPTD ทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงจึงไม่ใช่การกระตุ้นการหลั่งอินสุลิน, แต่เป็นการรบกวนหรือขัดขวางการผลิตกลูคากอน, ซึ่งมีฤทธิ์ต่อต้านกับอินสุลิน. ลูบาคีแอร์เองก็ยืนยันข้อนี้โดยการทดลองเพิ่มเติมขึ้นอีก. นำประหลาดใจที่มีใครก็นำเอา IPTD ไปทดลองรักษาโรคเบาหวานให้เป็นเรื่องเป็นราวขึ้นบ้าง. อาจเป็นด้วยอุบัติเหตุร้ายแรงที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลองของรังบี๋อง ได้ทำให้คนครั้งนั้นคร้ามเสียวก็ได้.

ในประมาณปี ๑๙๕๓ เอ.ฮาซัค (E. Haack) และคณะได้สังเคราะห์ยาจำพวกซิลโฟเนะไมค์ขึ้นหลายขนาน. ขนานหนึ่งในจำพวกนั้น, ซิลฟานิลล์บิวคัยลคาบา-

ไมค์, เรียกย่อ ๆ ว่า BZ 55, ปรากฏว่ามีคุณสมบัติเป็นยาระงับเซออย่างแรง, และมีคุณสมบัติพิเศษ, คือเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วคง ระวังสูงพอ ระวังเซออยู่ในเลือดเป็นเวลานานมาก. ฟรังเก้ (Franke) และฟูคส์ (Fuchs) ได้นำยานี้ไปทดลองใช้. ในการทดลองกับตัวของเขาเอง ฟูคส์ รู้สึก มีอาการ อ่อน เพลียมาก, เหนื่อยแตก, รู้สึกหิว, หัวสั่นและจิตใจเคลิบเคลิ้ม. อาการเหล่านี้ยังไปในทางภาวะเลือดซาคน้ำตาล (ฮัยโปกลีซีเมีย), และเมื่อวิเคราะห์เลือดก็ได้ผลเช่นนั้นจริง. ภายหลังที่ได้ศึกษาสรรพคุณของยานี้ในคนปกติจำนวนมากพอสมควรแล้วเขาก็ได้ทดลองในคนไข้เบาหวาน. หลังจากที่ได้สังเกตผลในคนไข้ทำสีกว่าคนแล้วเขาสรุปผลว่า BZ 55 สามารถลดน้ำตาลในเลือดได้ทั้งในคนปกติและคนไข้เบาหวาน. การลดของน้ำตาลมิใช่เป็นผลแห่งพิษของยา, หากแต่เป็นผลของการแสดงฤทธิ์จำเพาะของยานี้ต่อ เมตาบอลิซึมของน้ำตาล. เขาเข้าใจว่า BZ 55 ไปก่อกวนหรือขัดขวางเซลล์ซินิกัลฟาในไฮสโตไลต์ของลันเกอร์ฮานส์, ทำให้เซลล์จำพวกเข้ทำงานได้ผลก็งั้น.⁽³⁾ ด้วยเหตุนี้ BZ 55

(3) Dtsch. med. Wschr. 80: 1449, 1955.

จึงให้ผลดีแต่เฉพาะในโรคเขาคางที่เกิดจากภาวะเกินขีดในกลไกของการต่อต้านอินสุลิน, ทั้งที่กล่าวไว้แล้วในตอนต้น. ยา BZ 55 ย่อมไม่ให้ผลในรายเขาคางที่เกิดจากการขาดอินสุลินโดยแท้, เพราะมันไม่มีสรรพคุณที่จะทดแทนอินสุลินได้โดยตรง. มันเพียงแต่ช่วยต่อต้านกับปฏิบัติการของอินสุลิน, เปิดโอกาสให้อินสุลินแสดงฤทธิ์ได้มากขึ้น, แต่หาได้เพิ่มปริมาณของอินสุลินขึ้นไม่.

อะเชลิส (Achelis) และฮาร์เดเบ็ค (Hardebeck) ได้ศึกษาเภสัชวิทยาของ BZ 55 โดยละเอียด. (4) คนปกติที่ได้รับ ๑ ถึง ๒ ก. มีน้ำตาลในเลือดลดลงประมาณ ๓๐ ปร. และคงอยู่เช่นนั้นหลายชั่วโมง. สุนัขมีปฏิกิริยาต่อยานี้คล้ายคนมาก; ยาขนาด ๐.๒๕ ก. ต่อ กก. ให้ผลชัดเจนเช่นเดียวกับในคน. ฤทธิ์ต้านต่อยามากกว่าสุนัข, ต้องได้ยา ๑ ก. ต่อ กก. จึงจะมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงถึง ๔๕ มก. ปร. ถ้าให้ ๑.๕ ก. ต่อ กก. กลับมีน้ำตาลในเลือดเกินปกติ. ถ้าให้ ๑.๕ ถึง ๓ ก. ต่อ กก. ทำให้เกิดฮัยโปกลีซีเมียอย่างมาก. ขนาดพอดู

ครึ่งจำนวน (MLD 50) สำหรับหนูถีบจักรเท่ากับ ๒.๕ ก. ต่อ กก. หนูที่ตายเพราะยานี้ไม่แสดงพยาธิสภาพที่สมอง, ตับ, หัวใจ, ไต, แอกรีนัล, หรืออวัยวะเพศให้ปรากฏแต่อย่างใด. แต่ต่อมธัยรอยด์แสดงการเจริญเกินขีด (ฮัยเปอร์โทรฟี).

เฟร์เนอร์ (Ferner) ได้บริหาร BZ 55 ในขนาดมากแก่กระต่ายและหนูตะเภา. เขาพบว่าในประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนสัตว์ทดลองเซลล์พวกแอลฟาในตับอ่อนมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม. เซลล์พวกเบต้าไม่แสดงลักษณะผิดปกติกรรมคาวอย่างใด. (3)

เบร์ทรม (Bertram) และคณะ (4) รายงานผลการทดลองใช้ BZ 55 ในคนไข้เขาคาง ๘๒ คน. เขาใช้ขนาดให้กิน ๕ เม็ดในวันแรก (เม็ดละ ๐.๕ ก.), ๓ เม็ดในวันที่สอง, แล้ววันละ ๒ เม็ดในวันต่อ ๆ ไป. ในรายที่ได้ผล เขาพบว่าผลก็ค่อย ๆ ปรากฏขึ้นและคงอยู่เป็นเวลานานมาก. ในคนไข้เด็ก ๑๐ คนเขาเห็นว่าไม่ได้ประโยชน์เลย. ยาให้ผลแต่ในบางส่วนของคนไข้ผู้ใหญ่เท่านั้น, คือคนที่เขาเข้าใจว่าโรคเขาคางเกิดจากกลไกต่อ

(4) Dtsch. med. Wschr. 80: 1452, 1955.

(4) Ibid, 80: 1455, 1955,

ท่านอินสุลินของร่างกายมีมากเกินไป. คนพวกนี้อาจต้องรักษาด้วยอินสุลินมาก่อนแล้ว, หรือไม่ก็ไม่ได้. ผู้ทดลองลงความเห็นว่า BZ 55 มีประโยชน์สำหรับคนไข้เบาหวานที่อายุเกินกว่า ๔๕ ปี, ไม่ว่าจะเป็นอย่างรุนแรงเพียงไร, ถ้าหากเป็นมาไม่เกินกว่าห้าถึงสิบปี, และถ้าหากเคยต้องฉีดอินสุลินมาแล้วก็ต้องไม่นานกว่าหนึ่งหรือสองปี. สำหรับคนไข้เด็ก, ไม่ว่าจะ เป็นโรคชนิดไหนก็ตาม, และคนไข้ที่อายุสูงกว่า ๔๕ ปีซึ่งเป็นโรคนานกว่าสิบปี, หรือได้ฉีดอินสุลินมาแล้วนานกว่าหนึ่งหรือสองปี, ทั้งสองพวกนี้ BZ 55 มีโอกาสน้อยที่จะทำประโยชน์ให้ได้.

ตามการทดลองของแบร์ทรมัและคณะคนไข้ส่วนมากไม่แสดงอาการแพ้ยาแต่อย่างใด. ในจำนวน ๘๒ คนมี ๖ คนแสดงอาการทางผิวหนัง, มีคันและเป็นผื่น. ไม่พบอาการช้ำไปกลีบขี้เมื่อยเลย, นอกจากในรายที่ใช้อินสุลินด้วย. คนที่ไ้รักษาขนาดมาก ๆ บางคนแสดงอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร. คนที่เปลี่ยนยาจากอินสุลินเป็น BZ 55, เมื่อเปลี่ยนกลับไปใช้อินสุลินอีกครั้งหนึ่งก็ไม่แสดงอาการที่ช้ำแต่ประการใด. การใช้ BZ 55 เป็นเวลานาน

ไม่ทำให้ทันทานยามากขึ้น, ชักกักกันน้ำตาลของไต (รีนัลเทร็สซโซลด์) ไม่สูงขึ้น. BZ 55 มีในโตรเจนเป็นองค์ประกอบด้วย, เอนไฟเอนในเลือดจึงเพิ่มขึ้นระหว่างใช้ยานี้. เนื่องด้วยการแสดงฤทธิ์ของ BZ 55 ต้องการเวลาสองถึงห้าวันกว่าจะเห็นผล, ยานี้จึงไม่เหมาะสำหรับรายที่จำเป็นต้องแก้ไขโรคเบาหวานโดยรีบด่วน, เช่นมีอาการโคมาหรือใกล้โคมา (ปริโคมา), อะสติโคสิส, หรือที่จำเป็นต้องทำการผ่าตัด. ในรายที่มีโรคเกี่ยวกับตับหรือระบบน้ำดีร่วมอยู่ด้วยเขาเห็นว่าไม่ควรใช้ยานี้. ในรายที่ผิวหนังเป็นผื่นหรือมีความโน้มเอียงในทางนั้นก็เช่นกัน. หากมีการคิดเช้อเกิดขึ้นในระหว่างรักษา ด้วย BZ 55, ซึ่งทำให้เกิดความแปรปรวนในเมตะบอลิสม์อย่างมาก, จำเป็นต้องใช้อินสุลินช่วย, โดยจะหยุด BZ 55 เสียเลยและใช้อินสุลินทดแทนทั้งหมด, หรือยังคงใช้ BZ 55 อยู่ต่อไปและเพิ่มอินสุลินขึ้น อีกอย่างหนึ่ง เพื่อช่วยแก้ภาวะค้ำขังก็ได้. โดยที่อินสุลินให้ผลได้เร็วกว่า BZ 55, จึงสมควรใช้อินสุลินในภาวะเช่นนี้.

ในการรักษาด้วย BZ 55 ก็มีความจำเป็นต้องจำกัดและควบคุมอาหาร เช่น

เกี่ยวกับรักษาด้วยอินสุลิน. ถ้าหากหยุดใช้ BZ 55, ผลักของยานี้จะหมดไปอย่างช้า ๆ, กินเวลาประมาณสามถึงห้าวัน.

ในระหว่างรักษาด้วย BZ 55 มีความจำเป็นต้องตรวจน้ำตาลในเลือด และในปัสสาวะอยู่เสมอ ๆ. เมื่อหยุดใช้ยานี้เป็นการชั่วคราวก็ต้องกระทำเช่นกัน. ในคนที่เคยใช้อินสุลินมาก่อนแล้ว, หากจะเปลี่ยนเป็น BZ 55 จำต้องควบคุมการเปลี่ยนแปลงทั้งในเลือด และในปัสสาวะ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับอะซิโกลิสและฮัยโปกลัยซีเมีย. โดยที่อินสุลินแสดงผลเร็วและสั้น, ส่วน BZ 55 แสดงผลช้าและยาวนาน, การที่จะเปลี่ยนยาโดยรวบรัด, ไม่ให้มีอาการเกินหรือหย่อน ในทางใดทางหนึ่งนั้นจึงเป็นเรื่องยากมาก. เพื่อความปลอดภัยควรให้คนไข้เข้าอยู่ในโรงพยาบาลชั่วคราวในระหว่างนั้น.

สรุปสั้น ๆ ว่า BZ 55⁽⁵⁾ เป็นยาที่ใช้รักษาเบาหวานได้, แต่โดยข้อจำกัดหลายประการ. ประการที่หนึ่งเกี่ยวกับคนไข้, ยานี้ให้ผลดีแก่ในคนที่สูงอายุและเป็นโรคมาไม่นานมากนัก, คือภายในห้าถึงสิบปี.

ประการที่สองเกี่ยวกับความสะดวกในระหว่างใช้ยานี้ จำต้องควบคุมอาหารและตรวจเลือด และปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลง ในน้ำตาล และอาการแสดงของอะซิโกลิสโดยใกล้ชิด. ประการที่สามเกี่ยวกับข้อห้ามใช้ซึ่งมีหลายประการ, ได้แก่คนไข้อายุน้อย, อะซิโกลิส, การติดเชื้อและโรคแทรกอื่น ๆ ซึ่งทำให้เมตาบอลิซึมแปรปรวนอย่างมาก. สำหรับผลแทรกแซง, เท่าที่มีรายงานในเวลานี้ยังไม่พบอย่างใดที่ร้ายแรง. แต่โดยที่ BZ 55 เป็นซัลโฟเนอไมด์โดยลักษณะทางเคมี, ความอาจเป็นได้จึงมีอยู่เสมอว่า มันอาจแสดงพิษแทรกแซงเช่นซัลโฟเนอไมด์อื่น ๆ. เกยเกี่ยวกับการตกผลึกในปัสสาวะนั้นเห็นจะมีน้อยหรือไม่, เพราะการขับถ่ายเป็นไปโดยช้า ๆ และผลึกผลที่เกิดจาก BZ 55 นั้นละลายได้ค่อนข้างดี. ในแง่ของผิวหนังก็มีรายงานแล้ว. พิษต่อการสร้างเลือดยังไม่พบ, แต่ก็ยังมีคำหยาบความว่าไม่มี, เพราะจำนวนคนไข้ที่ใช้ยานี้ยังไม่มากนัก. ดังนั้นจึงเป็นการสมควรที่จะหมั่นตรวจเลือดและการเปลี่ยนแปลงในลักษณะอยู่เสมอ ๆ ไปด้วย.

(5) BZ 55 และ D 860 ได้ถูกสังเคราะห์ขึ้นและศึกษาโดยความร่วมมือระหว่างบริษัทฟาร์มแวร์คเฮดสท์และบริษัทเบอห์ริงเงอร์ และผลิตจำหน่ายโดยบริษัทแรกในนามของ "อินเวโนล" และ "ราสตีโนน" ตามลำดับ, โดยบริษัทหลังในนามของ "นาดิซาน" กับ "อาโตรซิน" ตามลำดับ.

เนื่องจาก BZ 55 มีความจำกั้กหลายประการดังกล่าวแล้ว, ประกอบกับอันตรายที่อาจเกิดจากการกินซิลิโพนะไมค์ในจำนวนมาก ๆ, จึงได้มีการผลิตยาชนิดใหม่อีกขนานหนึ่งในประเภทเดียวกัน, ใช้ชื่อระหว่างทดลองว่า D 860.⁽⁵⁾ ในทางเคมียานี้แตกต่างจาก BZ 55 และ IPTD ในแง่สำคัญที่ว่ามิใช่ซิลิโพนะไมค์, โดยไม่มีกลุ่มอะมิโน ในมุมตรงข้ามกับกลุ่มซิลิโพนะลักษณะในทางเคมีเป็นเมธิลเป็นไฮดรอกซิลฟีนีลคาร์บะไมค์. ยานี้ได้รับการศึกษาทั้งทางวิทยาการและทางค่านุรักษ์ด้วยความร่วมมือของสถาบันและสถานพยาบาลสำคัญ ๆ ในประเทศเยอรมันถึง ๘ แห่ง (คลินิกอายุรศาสตร์และโรคประสาทแห่งโรงพยาบาลประจำจังหวัดฮือคสบูร์ก, ศาสตราจารย์สเทอทเทอร์; คลินิกอายุรศาสตร์ที่หนึ่งแห่งมหาวิทยาลัยฟรังค์ฟวร์ท/ไมน์, ศาสตราจารย์แฟร์คินานท์ฮ็อฟฟ์; คลินิกอายุรศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยไฟรบวร์ก, ศาสตราจารย์ไฮล์มัยเออร์; โรงพยาบาลโรคเบาหวานและสถาบันคันทาและรักษา

โรคเบาหวานแห่งคาร์ลสบูร์ก, ศาสตราจารย์คัทซ์; คลินิกอายุรศาสตร์ที่หนึ่งและที่สองแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิก, ศาสตราจารย์โยเค็คซ์เท็ล; แผนกคันทาและกรรมของบริษัทฟาร์บแวร์คเฮิสท์, ศาสตราจารย์แอร์ฮาร์ท). ภายหลังการศึกษาทางเภสัชวิทยาโดยละเอียด^(6, 7) ก็ได้นำไปทดลองในคนไข้แห่งสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่กล่าวแล้วรวม ๑๘๑ คน.⁽⁸⁾ D 860 แตกต่างจาก BZ 55 โดยไม่มีฤทธิ์ระงับหรือฆ่าเชื้อโรคเลย. ข้อนี้อธิบายได้จากฤทธิ์ที่ไม่มีกลุ่มอะมิโนดังกล่าวแล้ว. ฤทธิ์ของ D 860 ต่อเมตะบอลิซึมคล้ายคลึงกับของ BZ 55, คือทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงได้ในสัตว์ปกติ. สุนัขที่ได้รับยาในขนาด ๑๐๐ มก./กก. ครึ่งชั่วโมงมีน้ำตาลในเลือดลดลงประมาณ ๓๐ ปร. ภายในสองสามชั่วโมงและอยู่นานถึง ๑๒ ชั่วโมง. ถ้าให้ขนาดวันละครั้งติดต่อกันถึง ๖ เดือน ทำให้น้ำตาลอยู่ในระดับ ๓๐ มก. ปร. ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีอาการร้ายแรงอื่น ๆ. แต่ถ้าให้ ๒๐๐ มก./กก. วันละครั้งติดต่อกัน

(6) J. Scholz u. A. Bänder : Dtsch. med. Wschr. 81: 825-826, 1956. (7) A. Bänder u. J. Scholz : Ibid, 81: 889: 891, 1956. (8) G. Mohnike u. G. Stoetter, Ibid., 81: 826-846, 887-906, 1955.

กันสัปดาห์วันเกิดอาการช็อคเนื่องจากน้ำตาลน้อย. ทัว D 860 เองไม่ละลายในน้ำ, แต่เมื่อกินเข้าไปแล้วตกกับค่างในลำไส้ก็ละลายและถูกดูดซึมได้ก็. ภายในร่างกายมันถูกทำลายโดยตับและไต. ขนาดน้อยๆ ของ D 860 ทำให้กลัยโคเจนในตับเพิ่มขึ้น. ฤทธิ์ต่อระบบอื่น ๆ นอกจากเมตาบอลิซึมไม่มีอะไรสำคัญ. ขนาดพอฆ่าครั้งจำนวน (LD 50) สำหรับหนูถีบจักรเท่ากับ ๒.๕ ก./กก., สำหรับหนูพุกเท่ากับ ๔.๐ ก./กก. ความตายเกิดจากอาการทางสมอง. มีอาการชักรุนแรงก่อนตาย. ในตอนท้ายนี้เลือดมีน้ำตาลเกินปกติ. การที่น้ำตาลตกต่ำลงภายหลังบริหาร D 860 ไม่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของปิตูอิทารีหรือของแอดรีนัล. ในสัตว์ที่ตัดตับอ่อนออกหมดหรือฉีกแอดรีนัลออกขนาดมาก ๆ, D 860 ไม่ให้ผล. ข้อนี้แสดงว่าการแสดงฤทธิ์ของมันต้องอาศัยเซลล์จำพวกเบต้าในตับอ่อน. แต่มาสเค (Maske) ผู้ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงในตับอ่อนของกระต่ายภายหลังฉีด D 860 ขนาดมาก ๆ, ไม่พบลักษณะอย่างใดที่แสดงว่าพวกเบต้าเซลล์ถูกกระตุ้น. เขา

มีความเห็นว่าต้นเหตุที่ทำให้น้ำตาลในเลือดตกลงไปนั้นน่าจะอยู่ที่ก่อนนอกไฮสเล็คของลิ่งเกอร์ฮานส์.⁽⁹⁾ ครอยสเฟิลดท์ (Creuzfeldt) ก็ได้ผลทำนองเดียวกัน.⁽¹⁰⁾ โมห์นิเค (Mohnike) และคนิทซ์ (Knitsch) พบว่า D 860 ทำให้การสลายกลัยโคเจนของตับลดน้อยลง. ข้อตรวจพบในการตรวจศพคนไข้ ๖ คนที่ได้รับการรักษาด้วย D 860 และตายด้วยโรคแทรกก็ไม่มีอะไรแสดงว่าเซลล์พวกเบต้าของตับอ่อนถูกกระตุ้น, หรือเซลล์พวกแอลฟาถูกทำลาย.⁽⁸⁾ ทั้งนี้กลไกของการแสดงฤทธิ์ของ D 860 จึงอาจไม่เหมือนกับของ BZ 55 ก็ได้. แต่ในเรื่องนี้ก็ยังไม่มีอะไรแน่นอนสำหรับยาทั้งสองขนานนี้.

ในระหว่างการทดลองรักษาในคนไข้ได้มีการศึกษาผลของ D 860 ต่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ โดยละเอียด.⁽⁸⁾ ข้อสังเกตได้คล้ายคลึงกับในสัตว์ทดลอง, นอกจากในข้อปลัดขี่ย่อยบางประการ. ผลต่อเมตาบอลิซึมมีชัดเจนแต่เพียงการที่น้ำตาลในเลือดน้อยลง. ความทนต่อน้ำตาล, การสนองต่อแอดรีนาลินและต่อกลูคากอนคงเป็นไปตามปกติ. RQ ใน

(9) Dtsch. med. Wschr. 81: 899-890, 1956.

(10) Ibid. 81: 892-895 (1956)

คนไข้เบาหวานเพิ่มจาก ๐.๗๒ เป็น ๐.๘ ถึง ๐.๙, ซึ่งแสดงว่าร่างกายใช้คาร์โบไฮเดรตได้มากขึ้น. การขับถ่ายกรดแลคติกในปัสสาวะนั้นน้อยลง, ส่วนกรดยูริกมากขึ้น. สารลิกนินรวมแลโกลอสเทอรอลในเลือดลดน้อยลง, ซึ่งแสดงถึงความท้อของโรค. การขับถ่ายฮอร์โมนของเปลือกต่อมแอดรีนัลไม่เปลี่ยนแปลง. ต่อมน้ำนมและต่อมเพศเป็นปกติ. การสร้างเลือด, สร้างเกล็ดเลือด (หรือมโบริน) และการแข็งเส้นลึ้มของเลือดไม่ถูกรบกวนกระเทือนแต่อย่างใด. ไม่มีข้อตรวจพบอะไรที่แสดงว่าตับได้รับผลร้ายจากยา, แม้ในรายที่ตับพิการ อยู่ข้างแล้วเนื่องจากเบาหวาน, นอกจากมีแก้มม่าไกลบูลินในซีรัมมากขึ้นเล็กน้อย. หัวใจ, หลอดเลือด, อีเล็กโตรลิตซ์ของซีรัม, และสมดุลย์น้ำของร่างกาย ไม่แสดงลักษณะผิดปกติแต่อย่างใด. การตรวจปัสสาวะด้วยน้ำยาวิเคราะห์โปรเทอินให้ผลบวก, แต่ซีรัมมีโปรตีนเพราะแอลบูมินยูเรีย, หากแต่กระดอนที่พบนั้นเกิดจากผลผลิตผลของ D 860 ซึ่งถูกขับออกมาทางปัสสาวะเท่านั้น. ไม่มีข้อตรวจพบอื่นใดที่แสดงว่าไตพิการ. สรุปว่าการบริหาร D 860 เกือบไม่ทำให้มีการ

เปลี่ยนแปลงในร่างกายที่สำคัญอย่างใดเลยนอกจากในเมตะบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต.

จากการรวบรวมผลการทดลองในค้ำคลินิกโมตันเค⁽⁸⁾ ลงความเห็นว่าเป็น D860 ไม่สามารถรักษาโรคเบาหวาน โดยเกิดขาดไต, แต่อาจใช้แทนอินสุลินได้ในคนไข้บางส่วน, คือพวกซึ่งยังสามารถผลิตอินสุลินของตนเองได้อยู่บ้าง, หรือสามารถผลิตไตเพียงพอเมื่อถูกกระตุ้นด้วยการบริหารน้ำตาล. กล่าวโดยกว้าง ๆ พวกนี้ได้แก่คนไข้ที่อายุมากและค่อนข้างอ้วน. ยังไม่ทราบว่ามีการใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานานมาก ๆ ะให้ผลอย่างไร. ข้อจำกัดต่าง ๆ ของยานี้ก็มีเช่นเดียวกับของ BZ 55. โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน, ตรวจปัสสาวะและการควบคุมอาหาร, ถึงแม้ว่าจะยังไม่ได้พบผลร้ายจากการใช้ยานี้เลย, หากใช้ในขนาดที่กำหนด. เปรียบเทียบกับ BZ 55 เห็นว่า D860 ให้ผลคล้ายคลึงกับยานี้มาก, และอาจใช้ยาสองอย่างสลับกันของคนไข้คนเดียวกันได้. ผลแทรกแซงของ D860 มีน้อยกว่า BZ 55. กล่าวโดยทั่ว ๆ ไป D860 เป็นยาที่ปลอดภัยมากกว่าและอาจ

ใช้ได้ใ้ในคนไข้นอกโรงพยาบาล.

ขนาดไข้ของ D860 ตามที่บ่งไว้ข้าง
ส่วนมากเริ่มในวันแรกด้วยครั้งละ ๒ เม็ด
(เม็ดละ ๐.๕ ก.) วันละ ๓ ครั้ง, กิน
ระหว่างอาหารหรือหลังอาหาร. เมื่อได้ผล
ก็กินค่อย ๆ ลดลง, จนถึงขนาดไข้ประ
จำ, คือ ๑/๒ ถึง ๑ เม็ดต่อวัน, ภาย
ในประมาณสองสัปดาห์. ระหว่างนี้ต้อง
สำรวจผลโดยใกล้ชิดด้วยการตรวจเลือด
และปัสสาวะ, และในเวลาต่อไปก็ต้อง
ตรวจเป็นระยะ ๆ โดยสม่ำเสมอ.

ยา D860 นี้ต้องนับว่าเป็นยากินแก้
เบาหวานที่ใหม่ที่สุดและมีสรรพคุณที่
ดีที่สุดในทางนี้. อย่างไรก็ตาม, การศึกษา
ทดลองที่ได้กระทำยังหาพบเพียงที่จะสรุป

ผลโดยเด็ดขาดไม่. แม้แต่คณะแพทย์ผู้
ได้ทดลองและรายงานเป็นกลุ่มแรกนั้นก็
ยังเน้นหลายต่อหลายครั้งว่าผลที่แท้จริง
ของยานี้ยังจะต้องรอดต่อไปอีก. ข้อที่
กล่าวได้ค่อนข้างแน่นอนในทันทีคือ, ยานี้
ใช้ยาแทนอินซูลินและทำเป็น "ยารักษา
เบาหวาน" ที่ศักดิ์สิทธิ์อย่างสมบูรณ์หรือ
แม้ใกล้เคียงได้ไม่. การค้นคว้ายาที่
ดีกว่านี้คงยังจะต้องทำกันต่อไปอย่างขมุก
ขมมัน. ผลที่ได้จากยาทั้งสองนี้ได้เปิดให้
เห็นช่องทางของการศึกษาแนวใหม่ ๆ
อีกหลายประการ, และสนับสนุนข้อที่เรา
ได้เคยเขียนไว้เมื่อหกข้อมาแล้วว่าซิลโฟ-
นะไมด์ยังมีได้หุยก้าวหน้า (สารศิริราช
๒:๖๒๕-๖๒๙, ๒๔๕๓).

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : พัทธา วิสุตกุล พ.บ., สุขุม ภัทราคม พ.ด., Ph.D., อวย เกตุสิงห์ พ.ด.,
รงฉัตร โคละทัต พ.บ., วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., สฤยดิวงษ์ วงษ์ด้วยทอง พ.บ.,
ชาญ สถาปนะกุล พ.บ., สำราญ วังสพาท พ.บ., C.Oph., C.Oto., วิฑูร โอสถานนท์ พ.บ.

๑. A. C. Kerr: ผลของความคับแคบทางจิต ต่อจำนวน นัยเม็คเล็อก ชาว ชนิด อี โฮ สตี โน พิล. Quart. J. of Exper. Physiol. 1: 18-23, 1956.

ผู้รายงาน ได้ทำการนัยเม็คเล็อกชาวชนิดอีโฮสตีโนฟิลทุกชั่วโมงในตอนบ่าย, ในนักเรียน ๕ คน, ซึ่งกำลังสอบไล่วิชาผ่าตัดทัศนกรรม. พบว่าใน ๔ คน, จำนวนอีโฮสตีโนฟิลลดลงมากกว่า ๘๐ ปร. พวกนี้มีท่าทางวิตกกังวลอย่างเห็นได้ชัด. ส่วนคนที่ ๕ มีจำนวนอีโฮสตีโนฟิลคงที่. คนนี้ทำทางปกติ, มิได้มีความกังวลอย่างใด.

ในการศึกษาในผู้ถูกทดลอง ๕ คนซึ่งกำลังฝึกหัดงานทางด้านทำฟันตามปกติ และอีก ๕ คนซึ่งกำลังทำการผ่าตัดทัศนกรรมโดยมิใช่การสอบไล่, พบว่าจำนวนอีโฮสตีโนฟิลลดลงเล็กน้อย, แต่ไม่มีใครสม่ำเสมอ. แต่ก็ไม่เกิน ๓๕ ปร.

ความแตกต่างในจำนวนลดของอีโฮสตี

โนฟิลระหว่างพวกที่กำลังสอบไล่, กับพวกที่ทำงานตามปกติ, มีน้ำหนักในทางสถิติ.

สรุปว่าความคับแคบทางจิตระหว่างการสอบไล่ที่เคร่งเครียดนั้นสามารถทำให้เกิดจำนวนอีโฮสตีโนฟิลลดลงอย่างชัดเจน. อิทธิพลอันเกี่ยวกันนี้อาจเกิดขึ้นได้กับคนไข้บางคนซึ่งมีความกดดันทางจิตใจ, หรือวิตกกังวลและอาจทำให้ผลการตรวจเลือกผิดไปจากความจริงได้.

พัทธา วิสุตกุล พ.บ.

๒. K. M. Price and Y. Kneeland: แคปซูลสเตาฟิโลคอคคัสออริสซินิกเป็นมูกพองเมื่อผสมกับอิมมูนิซีรัมจำเพาะ. J. Bact. 67: 472-475, 1954.

เชื้อสเตาฟิโลคอคคัสออริสซินิกเป็นมูกหรือมีแคปซูลไม่ใคร่พองย่อนัก, และยังมีผู้ใดเคยแสดงให้เห็นการพองของแคปซูล. นี่เป็นครั้งแรกที่ผู้รายงาน

สามารถแสดงให้เห็นการพองของแคปซูล, เมื่อเค็มอิมมูนซีรัมจำเพาะลงไป.

เชอนแบกไค้จากคอกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และให้ผลบวกกับการทดสอบโคอะกูวเลส. หลังจากเลี้ยงถ่ายในอาหารธรรมดา, ทั้งชนิดแข็งและเหลวสัปดาห์แล้ว, ผู้รายงานได้ฉีดเชื้อเข้าไปในไข่, พร้อมกับอินฟูลเอนซ่าไวรัส. ยีสบัสตัวโม่งต่อมาได้เจาะน้ำจากไข่มาเพาะ, แยกไค้เชื้อสตาฟิโลคอคคัส, ซึ่งมีลักษณะผิดไปจากเดิม, กล่าวคือเป็นมูกมาก. แม้จะถ่ายเชื้อเลี้ยงในอาหารธรรมดาประมาณยีสบัสครั้ง, มูกก็เพียงแต่เริ่มจางไป. หากเอาเชอนนั้นกลับฉีดเข้าไปในไข่, ก็กลับเป็นมูกอีก. ผู้รายงานกล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นการบังเอิญโดยแท้, เพราะผู้รายงานได้พยายามทำให้เกิดมูกซ้ำอีกหลายครั้ง, ด้วยเชื้อที่แยกไว้จากคนไข้แต่แรก, ก็ไม่เป็นผลสำเร็จ. กลับได้ชนิดมีลักษณะเหนียวแทนชนิดเป็นมูก. เชื้อที่มีลักษณะเป็นมูก. เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับเชื้อชนิดที่มีลักษณะเหนียว; และเชื้อที่แยกไว้แต่แรก, ในการทดสอบโคอะกูวเลส, การไวต่อแอนติไบโอติก, ปฏิกริยาต่อเฟจ, รวมทั้งความร้ายแรงของเชื้อ,

ปรากฏว่าไม่มีผิดไปจากกันแต่อย่างใดเลย. ส่วนที่ผิดแปลกเกิดขึ้น, จากคอกอยู่เพียงแคปซูล, คือพวกเป็นมูกมีแคปซูลใหญ่มาก, พวกมีลักษณะเหนียวมีแคปซูลใหญ่ปานกลาง. แคปซูลนี้เห็นได้ชัดโดยเอาเชื้อผสมอิมมูนซีรัม, ซึ่งได้มาจากการฉีดกระทำด้วยเชอน, และหยดสีเมธิลีนบลลงไป, เห็นแคปซูลพองทั่ว. แต่ทั้งนี้ขึ้นไปซ้ำมาก, และซ้ำว่าการพองของแคปซูลเชื้อยีสบัสตัวโม่คือคอคคัส. คุณสมบัติแปลกอีกอย่างหนึ่งก็คือ เชอนสามารถทำให้ เม็ดเลือดแดง ของ ไก่จับกลุ่มกันได้.

สุขุม ภัทราคม พ.ด., Ph. D.

๓. M. Wachstein, A. Godaitis : ความวิปริตในเมตะบอลิซึมของวิตามินบี๖ ในระหว่างตั้งครรภ์ J. Lab. Clin. Med. 40: 550, 1952.

ผู้ที่ขาดวิตามิน บี ๖ จะเกิดความยุ่งยากในเมตะบอลิซึมของทริย์ปโตเฟน, ซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารผิดปกติบางอย่างหนึ่ง, คือกรดแซนธูริก, ออกมาในปัสสาวะเป็นจำนวนมาก. ผู้รายงานทดลองให้ทริย์ปโตเฟนจำนวน ๑๐ ก. แก่คนปกติ ๑๐ คน

และคนไข้โรคต่าง ๆ กันอีก ๒๒ คน, แล้วตรวจปัสสาวะ, พบว่ามีกรดยูริกออกมาเพียงพอตรวจพบเท่านั้น. เมื่อทดลองเช่นเดียวกันในหญิงตั้งครรภ์พบว่าบางคนมีกรดยูริกออกมาเป็นจำนวนมาก, ซึ่งจะแก้ไขได้โดยการฉีดพิริค็อกซิน. เขาถือว่าการทดลองนี้แสดงว่าหญิงมีครรภ์บางคนขาดวิตามินบี ๖.

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๔. R.J. Fitzpatrick et al. : ยาแอนติฮิสตามีน ใช้เป็นยาชาสำหรับหลอดปัสสาวะ. J.A.M.A. 150: 1092, 1952.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้น้ำละลายไทรบิเลนอะมีน (๒-๔ ปซ.) ฉีดเข้าหลอดปัสสาวะของคนไข้ชาย ๑๐๐ คน เพื่อให้เกิดการชาสำหรับตรวจหรือผ่าตัด. น้ำยา ๔ ปซ. ทำให้มีอาการแสบร้อนในตอนแรกที่ใส่, หลังจากนั้นต่อมาได้ใช้แต่น้ำละลาย ๒ ปซ. เท่านั้น. น้ำยานี้ทำให้เกิดการชาที่เท่าหรือดีกว่าน้ำละลายเมทิลเคน ๔ ปซ. ในการทดลองต่อมาพบว่าแอนติฮิสตามีนอื่น ๆ, เช่นเฟเนอร์แกนและไคเฟนฮัยกรามีน, ก็มีฤทธิ์ทำให้ชาเหมือนกัน. ยาพวกแอนติฮิสตามีนนี้ควรจะใช้ประโยชน์

ก็สำหรับคนไข้ที่แพ้ยาชาธรรมดา.

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๕. L.B. Horowitz, David Salkin and John Gilrane. : ปัสสาวะเป็นเลือดกลวงตา (Pseudohaematuria) ซึ่งเกิดจากกรดยูริกในชาลิซัลลิก, ซัลโฟนาไมด์, และกรดยูริกในเบนโซอิก. J.A.M.A. 8: 676-677, 1954.

ผู้บันทึกได้สังเกตว่าปัสสาวะของผู้ป่วยที่กินยาพวกกรดยูริกในชาลิซัลลิก, ซัลโฟนาไมด์และกรดยูริกในเบนโซอิกนั้นเมื่อตกกับสารเคมีบางอย่างที่ใช้ฆ่าเชื้อโรคในห้องส้วมหรือโถอุจจาระ, ปัสสาวะนั้นเกิดมีสีแดงคล้ายเลือด, ซึ่งครั้งแรกทำให้เข้าใจผิดคิดว่าผู้ป่วยนั้นมีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด. สารเคมีพวกนี้ได้แก่พวกที่มีแคลเซียมหรือโซเดียมซัลไฟด์ไปคลอไรท์.

ฉนั้นในรายที่พบปัสสาวะลักษณะคล้ายมีเลือดปนอยู่ในโถอุจจาระ, และโดยเฉพาะในรายที่กำลงใช้ยาจำพวกดังกล่าวแล้วนั้น, ควรคำนึงถึงว่าสีแดงที่เกิดขึ้นนั้นอาจเกิดจากปฏิกิริยาของแคลเซียม

หรือไซเคียมซัยโปคลอไรท์ไว้ด้วย.

รงนัตร์ โคละทัต พ.บ.

๖. Burton L. Baker and Rita M.

Bridgeman : รุกกายวิภาคของเยื่อ
เมือกของกระเพาะและลำไส้หลังการ
ตัดต่อมแอดรีนัลหรือการใช้แอดรีนาคอร์
ติคัลฮอร์โมน. *Am. J. Anat.* 3 :
363-367, 1954.

ผู้รายงานศึกษาในหนูซึ่งแบ่งเป็น ๓
พวก ; พวกหนึ่งตัดเอาต่อมหมวกไตออก ;
พวกที่สองฉีดคอร์ติโซนแอซิติคหรือฮัย-
โครคอร์ติโซนขนาดสูงทุกวัน, นาน ๑๐-
๒๑ วัน ; พวกที่สามเป็นหนูธรรมดาเพื่อ
การเปรียบเทียบ. แล้วฆ่าหนูในระยะ
ต่าง ๆ กันและศึกษาเยื่อของกระเพาะ
อาหาร, ทิวโอคินัมและลำไส้ใหญ่. ที่
กระเพาะอาหารในพวกที่หนึ่ง, ซัยโมเจ-
นิกเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด,
ขนาดเล็กลงมาก, แกรนูลน้อยลง, เฮ-
โซฟีเลี่ยน้อยลง, ไมโทคอนเดรียน้อย
ลง. ส่วนพวกสอง, ซัยโมเจนิกเซลล์
มีจำนวนมากขึ้น, ขนาดเล็กลง, แก่นิว-
เคลียสและนิวคลีโอลโตขึ้น, เฮโซฟี-
เลีย มากขึ้น, จำนวนแกรนูลน้อยลง,

ไมโทคอนเดรียไม่เปลี่ยนแปลง. นอก
จากนั้นพบว่าทั้งพวกหนึ่งและสอง, จำนวน
ของมิวคัส ใน มิวคัสเน็ค เซลล์น้อยลง.
พาริเอทัลและเอพิทีเลียลเซลล์ของกระ
เพาะอาหารมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก,
ส่วนของกระเพาะอาหารส่วนต้นไม่เปลี่ยน
แปลงเลย.

ที่ทิวโอคินัม ในพวกแรก, เพนนิช
เซลล์โตขึ้นหลายเท่า, แกรนูลมากขึ้น.
ลักษณะกลมใหญ่และมีแกรนูลของกลัย
โคเจนเล็กตึกลีม่วงจืดกระจายทั่ว ๆ ไป.
ในพวกที่สอง, เพนนิชเซลล์และแกรนูล
ก็โตขึ้นแต่ไม่เท่าพวกแรก. ยังพบว่า
ในพวกที่หนึ่งวิลโลของทิวโอคินัมสั้นและ
กว้าง กอบเบล์ทเซลล์เล็กลง, มีมุก
น้อย, ไมโทคอนเดรียน้อยลง. แต่พวก
ที่สอง, ไม่พบการเปลี่ยนแปลง. นอก
จากนั้นในสองพวกนี้มีการแบ่งตัวที่ครีพท์
ของลิเบอร์คิน น้อยลง

ที่ลำไส้ใหญ่ ของหนูทั้งสองพวกนี้มี
การเปลี่ยนแปลงน้อยมาก. ทั้งที่กระเพาะ
อาหาร, ทิวโอคินัมและลำไส้ใหญ่, อาร์-
บียีโรฟิลิกเซลล์เกือบไม่มีการเปลี่ยนแปลง
เลย.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๗. L. Weinstein, M. Goldfield and T. W. Chang : การศึกษาระหว่างเคโมเธอราปี. New Engl. J. Med. 7: 247-255, 1954.

ผู้รายงานได้พบว่า ๒.๑๕ ปี. ของผู้ป่วย ๓,๐๕๕ รายซึ่งกำลังได้รับแอนติไบโอติกอยู่ได้เกิดเชื้อแทรกซ้อนขึ้น. อวัยวะที่ได้รับการศึกษาเชื่อแทรกซ้อนนั้นมักจะเป็นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาอยู่เดิม. เชื้อที่เป็นสาเหตุของการแทรกซ้อนมักมีลักษณะคล้ายแอนติไบโอติกที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่ได้ผล.

กลไกของการเกิดเชื้อแทรกซ้อน, เข้าใจว่าแอนติไบโอติกไปแยกเอาส่วนประกอบบางอย่างของเชื้อเดิมออกไป, ซึ่งส่วนประกอบนั้นมีฤทธิ์ต้านทานเชื้ออื่นที่อยู่ร่วมด้วย, เมื่อขาดไปจึงเป็นสาเหตุให้เชื้ออื่นกำเริบขึ้น.

เหตุช่วยในการเกิดเชื้อแทรกซ้อน คือ ผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า ๓ ปี, เป็นโรคของระบบหายใจส่วนล่าง, โรคหืดกลางและการใช้ยาหลายอย่างโดยต้องการผลกว้าง. การเกิดเชื้อแทรกซ้อนมักจะเกิดขึ้นในวันที่ ๔ หรือ ๕ ภายหลังจากการรักษา, และ

อาจเป็นเหตุให้ถึงตายได้. เพื่อเป็นการป้องกันจึงจำเป็นต้องหาตัวเชื้อที่เป็นสาเหตุของการแทรกซ้อนย่อย ๆ และจะได้ให้แอนติไบโอติกที่สามารถทำลายเชื้อนั้นโดยเฉพาะได้. การใช้ยารักษาโรคนั้น, แม้ไม่อาจป้องกันการเกิดเชื้อแทรกซ้อนได้ทุกรายก็จริง, แต่ก็สามารถลดจำนวนการเกิดเชื้อลงได้หลายราย.

สถิตย์วงศ์ วงศ์ถวัลย์ทอง พ.บ.

๘. Israel G. Epstein, K.G.S. Nair, and Linn, J. Boyd : การรักษาวินโรคปอดด้วยไซโคลเซอริน Dis. Chest, 29: 241-257, 1956.

ได้ทดลองใช้ไซโคลเซอริน (Cycloserine) รักษาโรค ๕๖ ราย. ๒๕ รายเป็นพวกที่เพิ่งเป็นและยังไม่เคยรักษามาก่อน, อีก ๓๑ รายเป็นพวกเรื้อรังที่เคยรักษามากและทนต่อยาอื่นแล้ว. ได้ติดตามผลใน ๕-๕๐ สัปดาห์, ปรากฏผลพอสรุปได้ดังนี้ :

๑. ไซโคลเซอรินเป็นแอนติไบโอติกที่ให้ผลดีในการรักษาวินโรคปอดที่เพิ่งเป็นและยังไม่เคยรักษามาก่อนเลย. มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเรื้อรังและทนยาอื่นมา

แล้วและไม่เหมาะต่อการผ่าตัด.

๒. ผลแทรกแซงน้อย. มีเพียง ๕ ราย ที่ต้องหยุคยาเพราะมีอาการของการกระตุ้น หรือการขยายประสาทกลาง. ๓ รายมีผื่นขึ้น ๒-๓ วันก็หายไปโดยไม่ต้องหยุคยา.

๓. ยังไม่ปรากฏว่าเชื้อวัณโรคทนยาขึ้นทั้งในกายและในแก้ว.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

๕. R. Sysi ผลของมัยอะเนซีน (My-anesin) ต่อความดันภายในลูกตา Brit. J. Ophth. 39 : 619-620, 1955.

ยานี้ใช้แทนควิราเร่ไค้, เพื่อทำให้กล้ามเนื้อลูกตาหย่อนตัว, ไม่มีฤทธิ์แทรกซ้อนที่น่ากลัว, มีแค่เวียนหัวและรู้สึกร้อน ๆ ตามผิวหนัง. หลังจากฉีดเข้าหลอดโลหิตดำแล้ว ปรากฏว่าความดันภายในลูกตาลดลงอย่างทันที. ยานี้เหมาะสำหรับใช้ในโรคต้อหินชนิดมุมแคบและชนิดเกิดต้อหินหลังจากโรคอื่น ๆ. แต่ฤทธิ์ของยานี้จะอยู่ได้ประมาณ ๒๐-๒๕ นาที. ถ้าไปเรากวรีให้ยาทำให้มี่านตาหด, เพื่อจะทำให้ความดันในลูกตาอยู่ในระดับปกติ. (เอกสารอ้างอิง ๕ ฉบับ)

สำราญ วงศ์พำห้ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๑๐. Michael Klein et al.: การคัดเลือกหลังคลอดเนื่องจากเลือดขาดไฟบริโนเจน Am. J. Obst. and Gynec. 1: 51-56, 1956.

ผู้รายงานกล่าวว่าสาเหตุของการที่มีไฟบริโนเจนน้อยหรือไม่มีเลยในเลือดในขณะตั้งครรภ์มี ๓ ประการ, คือ (๑) ไฟบริโนลิติกเอ็นไซม์จากเพศตัวที่ตายเข้าสู่เลือดแม่และทำลายไฟบริโนเจน. (๒) สารรีอมโบพลาสตินจากรกหรือจากน้ำหล่อเลี้ยงเข้าสู่ช่วงจรวงเลือดแม่, ทำให้มีการแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือด, ซึ่งเป็นเหตุให้ขาดไฟบริโนเจน. (๓) มีสารซึ่งเป็นพิษจากเด็กหรือแม่ไปก่อกการสร้างไฟบริโนเจนในคัย. เขาได้กล่าวถึงเหตุที่น่าที่พวกร่วมกับภาวะดังกล่าวขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอดคือ: รกคลอดตัวก่อนกำหนด, เอ็มโบลีสม์จากน้ำหล่อเลี้ยง, เด็กตายในครรภ์, เศษรกค้าง, ครรภ์เป็นพิษและการชัก.

การรักษาภาวะไฟบริโนเจนน้อยนี้, ในรายที่ไม่มีไฟบริโนลิซินมากเกินไปเขาให้ไฟบริโนเจน ๔ ก. เข้าหลอดเลือดและให้เลือดทดแทนเลือดที่เสียไป, ถิ่นนี้ว่าเพียงพอ. ส่วนในรายที่มีไฟบริโนลิซิน

อยู่มากเขาแนะนำให้ใช้โทลูอิดีนบลู (Toluidin blue) ฉีดเข้าหลอดเลือดเพื่อไป
 ลบล้างไฟบริโนไลซิน, เพิ่มขึ้นอีกด้วย.

เขาได้เสนอรายงานผู้ช่วยที่มีภาวะทั้ง

กล่าวโดยมีอาการตกเลือดหลังคลอดรวม
 ๓ ราย. ผลการรักษาทาย ๒ ราย, ทาย
 ๑ ราย.

วิฑูร โอสถานนท์ พ.บ.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

ปกิณกะ

๑. ประวัติของโรคเบาหวาน (โดยสังเขป)

ปี ๑๕๕๒ ก่อนคริสตกาล ใน "ปาย์ยรัส เอแบริส" บันทึกไว้ในสมัยของ โมเซส, ปรากฏการบันทึกครั้งแรกเกี่ยวกับโรคเบาหวาน. อาการสำคัญคือ "ปัสสาวะมาก".

ปี ๒๗๐ ก่อนคริสตกาล เทเมตรีอัส, และในปี ๒๖๔ ก่อนคริสตกาล ฮิปโปครีตัส ได้ใช้ชื่อ "ดีอาเบเตส" หรือ "ไดอะบีทีส" (แปลว่า 'การไหลผ่าน'. หมายความว่าปัสสาวะมาก) หรือ "ซาร์วี" เป็นครั้งแรก.

ปี ๓๐ ก่อนคริสตกาลถึง ค.ศ. ๕๐ มีการรักษาเบาหวานโดยวิธีอาบและกินน้ำแร่.

ค.ศ. ๓๐ ถึง ๕๐ ฮาเรเตอัส (สมัยจักรพรรดิเนโร) บรรยายอาการโรคอย่างเข้าแบบฉบับ.

ค.ศ. ๑๒๔ ถึง ๒๐๑ กาเดินบรรยายอาการโรค, ซึ่งเขาเรียกว่า "ซาร์วีหวาน",

และ "โรคกระหายน้ำ".

ค.ศ. ๔๐๐ มีบันทึกแพทย์อินเดียบ่งว่าปัสสาวะของคนไข้เบาหวานนั้นมักมีมดและแมลงค่อม.

ประมาณ ค.ศ. ๑๐๐๐ ฮะวีเซินนำบรรยายแก๊งกรินเนื่องจากเบาหวานเป็นครั้งแรก.

ประมาณ ค.ศ. ๑๕๐๐ พาราเซ็ลซุสพยายามอธิบายสมมูลฐานของโรคในทางเคมี. เขาเห็นว่าเบาหวานเป็นโรคของกายโดยส่วนรวม, มีไข้เกี่ยวกับไตโดยเฉพาะ, และแนะนำให้ลดอาหารอย่างเคร่งครัด.

ประมาณ ค.ศ. ๑๖๕๐ วิลลิสใช้ชื่อโรคว่า "ดีอาเบเตส อังกลีคัส". เขาสังเกตว่าปัสสาวะมีรสหวาน, และแนะนำการรักษาโดยการจำกัดแป้งและอาหารโดยทั่วไป.

ค.ศ. ๑๖๒๔ ถึง ๑๖๘๕ ชีวี้เคินแฮมพิ-
สจนว่าน้ำตาลในขี้สวาระน้อยลงเมื่อให้กิน
อาหารประเภทเนอส์ตัว.

ค.ศ. ๑๖๕๓ ถึง ๑๗๒๗ ชีวระสมัยของ
ค็อนรอก บรุนเนอร์, ผู้ทดลองผูกปากท่อ
ของคัมบ็อนในสุนัข, ทำให้มีอาการกระหาย
น้ำและขี้สวาระมาก.

ค.ศ. ๑๗๐๕ ถึง ๑๗๕๐ คัลเลินให้คำจำ
กติกความหมายของคำว่า "ไคอะบิทัส เม็ด
ลิตัส" อย่างถูกต้อง.

ค.ศ. ๑๗๘๘ คอว์ลีย์ พบความวิการในคัม
บ็อนของคนเป็นโรคเบาหวาน.

ค.ศ. ๑๗๕๒ บ็ีเคอร์ แฟรงค์ แยก "เบา
หวาน" จาก "เบาจิก" (ไคอะบิทัส อินซึบิ
ทัส).

ค.ศ. ๑๗๕๖ รอลโล พบค็อกระจกในโรค
เบาหวาน.

ค.ศ. ๑๗๕๘ มาร์แชล สังเกตว่าขี้สวาระ
ของคนไข้เบาหวานมักมี "กลิ่นผลไม้"
(อะซีโตน).

ค.ศ. ๑๘๓๘ บูชาร์กัท ทรวจได้ว่าน้ำ
ตาลในขี้สวาระคือกลูโคส.

ค.ศ. ๑๘๔๕ บูชาร์กัท และ มีอาเกล
ใช้ค่างรักษาอะซีโกลิส.

ค.ศ. ๑๘๕๑ คัลลอก แบริ่นาร์ค แห่งสมอง
ทำให้เกิดกลัยโคซูเรีย.

ค.ศ. ๑๘๕๗ เบ็คเคอร์ส พบอะซีโตนใน
ขี้สวาระของคนไข้โคมา.

ค.ศ. ๑๘๖๕ ลังเกอร์ฮานส์ พบ "ไอส์เล็ท
เซลล์".

ค.ศ. ๑๘๗๗ ลังเชอโรซ์แยกเป็น "เบา
หวานผสม" กับ "เบาหวานอ้วน".

ค.ศ. ๑๘๘๖ ฟอน เมริงก์ ทำให้เกิดเบา
หวานด้วย ฟลอรินซิน.

ค.ศ. ๑๘๘๕ ฟอน เมริงก์ และ มินคอฟ
สกี บรรยายเบาหวานเนื่องจากคัมบ็อน.

ค.ศ. ๑๘๕๕ เลเยิน บรรยาย "เบาหวาน
เนื่องจากไต" (รีแนล ไคอะบิทัส).

ค.ศ. ๑๕๐๑ โยบี พบความสำคัญของ ไอ
เล็คส์ของลึงเกอร์ฮานส์ ในฐานะเหตุของ
เขாதวาน.

ค.ศ. ๑๕๐๕ ซิลเซฟ พบสารสกัดจาก
คีย์อ่อนซึ่งมีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด (ซึ่ง
ทราวยในภายหลังว่าเป็นอินสุลิน).

ค.ศ. ๑๕๐๗ เณ แยกเซลล์ซินิก แอล
ฟ้า และ เบต้า ในไอเล็คส์ของลึงเกอร์-
ฮานส์.

ค.ศ. ๑๕๒๑/๑๕๒๒ แบนคิงก์ และเบ็ลท์
กันพบอินสุลิน.

ค.ศ. ๑๕๓๑ ชุสเซย์พบว่าการทักบีคิคา
วีย์ ทำให้ อาการทางเมตะบอลิซึม ในเขา
ทวาน^๕คชน.

ค.ศ. ๑๕๓๖ ลองก์ และ ลักเคินส์ พิสูจน์
ว่าการทักแควกรีนลักทำให้ อาการเขาทวาน
คชน^๕ใกล้เคียงกัน.

ค.ศ. ๑๕๔๓ กุนส์ และคณะทำให้เกิด
เขาทวานโดยกรรมวิธี แอลล์อกซาน.

(จาก "ดี เรราบี เดส โมนาทส์ ๔, ๑๕๔๖)

ป.ม.

๒. ผู้ริเริ่มฉีควโคโคมีย์ถึงแก่กรรม

ศาสตราจารย์ A.E. Moniz แห่งกรุง
ลิสบอน, ประเทศโปรตุเกส, ผู้ริเริ่มวิธี
ฉีควโคโคมีย์ของสมองและการผ่าตัดลิ
โคโคมีย์เพื่อรักษาโรคจิตบางอย่าง, ได้

ถึงแก่กรรมเสียแล้วเมื่อเดือนเมษายนศก
นี้. ศิริรวมอายุได้ ๘๑ ปี. ท่านผู้นี้ได้รับ
รางวัล โนเบล ในทางแพทย์ สำหรับงานที่
ท่านได้ก่อตั้งขึ้น.

๓ บันทึกลับ

๑. การเรียงเป็นอักษรในเครื่องพิมพ์
ดีด ในการประชุมของสมาคมเยอรมัน
 เพื่อสวัสดิภาพกรรมกรครั้งล่าสุดที่สก็อตแลนด์
 การเสนอให้เปลี่ยนแปลงการเรียงเขียนอักษร
 ในเครื่องพิมพ์ดีด (ภาษาเยอรมันและ
 อังกฤษ) เสียใหม่, เนื่องด้วยแบบที่ใช้
 อยู่ในปัจจุบันทำให้พิมพ์ดีด (สิบนิ้ว)
 ต้องใช้มือซ้ายทำงานถึง ๕๗ ๒๕. ของ
 งานทั้งหมด. ส่วนมือขวาที่แข็งแรงกว่า
 นั้นทำงานเพียง ๔๓ ๒๕. เท่านั้น. ใน
 การพิมพ์ดีดประจำวัน ๆ ละประมาณ ๑๐๐,
 ๐๐๐ ครั้ง, มือซ้ายต้องคึกมากกว่ามือ
 ขวาเกือบหนึ่งหมื่นห้าพันครั้ง, และนิ้วขย
 ก็ต้องทำงานมากกว่านิ้วหัวแม่มือมากมาย.
 การเรียงเขียน (ภาษาอังกฤษ) ที่ใช้อยู่ใน
 ปัจจุบันเริ่มใช้มาตั้งแต่ปี ๑๘๘๘. ถ้า
 หากแก้วิธีเรียงเสียใหม่ให้ถูกหลักเหตุผล
 ขึ้น, คาดหวังว่าจะได้ผลงานเพิ่มมากขึ้น
 ประมาณ ๓๕ ๒๕.

๒. โคโรนารี้อยร้อมโบสถ์กับการโดย
สารเครื่องบิน ผู้ที่เคยผ่านโรคโคโรนา

รี้อยร้อมโบสถ์มาแล้ว, ส่วนใหญ่อาจเดิน
 ทางโดยเครื่องบินเป็นเวลาสี่ห้าชั่วโมงได้
 โดยปลอดภัย, ถ้าหากว่า (๑) เดินได้
 ๑๐๐ หลา หรือขึ้นยวโรโคได้ ๑๒ ชั้น
 โดยไม่มีอาการผิดปกติ, (๒) โดยสาร
 เครื่องบินที่ออกอากาศได้ให้ความดันเท่า
 กับที่มีความสูงไม่เกินกว่า ๘,๐๐๐ ฟุต. คน
 พวกนี้ต้องนอนอยู่ในเครื่องบิน, และมี
 ซ็อกชัวยเงินเตรียมไว้พร้อม. คนไข้ที่มี
 อาการเล็กน้อยเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ
 จะควรเดินทางไกล ๆ ด้วยเครื่องบินก็ต่อ
 เมื่อเขาไม่ได้มีอาการมาเลยสามถึงหก
 เดือนก่อนหน้านั้น, และต้องให้แพทย์
 ของบริษัทการบินตรวจร่างกายเสียก่อน.
 (Wilttingham, Practitioner 1052 :
 179, 1955).

๓. การบริหารเหล็กแก่แม่ เพิ่มเหล็ก
ในน้ำนมเพียงเล็กน้อย Ekman, Ka-
 sanen และ Peltonen (Kinderaerztl.
 Praxis 529, 1955.) รายงานว่ามีความ
 สัมพันธ์เพียงเล็กน้อยระหว่างปริมาณ
 เหล็กในซีรัมของมารดากับปริมาณของ

เหล็กในน้ำนม. มีเพียงน้อยรายเท่านั้นที่
การบริหารยาผสมเหล็กแก่มารดา, กิน
หรือฉีดก็ตาม, ทำให้จำนวนเหล็กในน้ำ
นมเพิ่มขึ้นบ้าง. ในส่วนมากนั้นการให้
เหล็กแก่แม่ไม่ทำให้น้ำนมมีเหล็กมากขึ้น.

๔. วิธีแก้การบัสสาวะรดที่นอน Ohn-
sorge แนะนำให้กำขี้ขี้คามาารคาให้จัก
การให้เด็กถ่ายขี้สวาระทุก ๆ สิบนาทีตลอด
เวลาหนึ่งชั่วโมงก่อนเข้านอน. เขาได้ใช้
วิธีนี้มาเจ็ดปีแล้วและถ้าพ่อแม่ตั้งใจร่วม
มืออย่างจริงจังก็ได้ผลเด็กขาดและยั่งยืน
ในส่วนใหญ่. โดยมากเห็นผลภายในสาม
สัปดาห์. (Muensch. med. Wschr.
47:1594, 1955).

๕. ผลอร์โปรมาซินทำให้เกิดอาการตี
ช้ำ ผลอร์โปรมาซิน (หรือโอโรมาซิน)
ก่ออาการตีช้ำเหลืองคล้ายตีช้ำชนิดออกัน
ในคนไข้บางคน. การทดลองในสุนัข
แสดงว่ายานี้ทำให้มีการคั่งของน้ำค้ำใน
แขนงต่าง ๆ ของต่อมน้ำค้ำ, โดยเพิ่มความ
ต้านทานที่กล้ามเนื้อหรือที่ปากช่องต่อมน้ำ
ค้ำเข้าคิวโอคินัน, ซึ่งเข้าใจว่าเกี่ยวข้อง
กับการที่ยาทำให้คิวโอคินันมีการเคลื่อนไหว

น้อยลง. (Menguy et al. Proc. Staff
Meet. Mayo Clin. 30:601 - 606,
1955).

๖. การทำไบอ็อปซีย์ของไตด้วยเข็ม
เจาะ Leonardi และ Ruod (Minerva
nephrol. 2:106 - 111, 1955, ย่อลง
ใน J.A.M.A. 3:281, 1955.) บรรยาย
การเจาะไตด้วยเข็มกลวงชนิดที่ใช้เจาะตับ
และชนิดพิเศษ, เพื่อเอาเนื้อไตออกมา
ตรวจทางพยาธิกายวิภาค. เทคนิคนี้ไม่
ยากนัก. เขาว่าถ้าทำดี ๆ คนไข้ไม่เจ็บ
เลยหรือเจ็บก็เพียงเล็กน้อย. ผลร้ายที่
ปรากฏจากการเจาะ ๖๐ ครั้งในคนไข้ ๕๐
คน (ได้ผลดี ๓๐ ครั้ง) ได้แก่การตรวจ
พบเม็ดเลือดในขี้สวาระด้วยจุลทัศน์ (มี ๒
รายเท่านั้นที่เห็นเลือดด้วยตาเปล่า). อา-
การไตพิการไม่กำเริบขึ้น. โดยมากเจาะ
ไตช่วยน้อยกว่าไตซ้าย. พอเจาะแล้วต้อง
ฉีดยาช่วยเลือดแข็ง, ให้แอนติไบโอติก
เป็นการป้องกัน, ให้คนไข้นอนสงบและ
ตรวจตรวจภาวะทั่วไป อย่างละเอียด ตลอด
เวลาจนเห็นว่าฟื้นอันตราย.

(ผ.บ. รวบรวม)

๔. การบริหารคนไข้เกือบบีแคลล์มีเซีย

ในการประชุมประจำปีของสมาคมสูตินารีแพทย์แห่งบริเตน ฯ ศาสตราจารย์ Robert J. Keller แห่งมหาวิทยาลัยเอกินเบอร์ได้แสดงปาฐกถาในหัวข้อข้างบนนี้, ซึ่งสมควรจะคัดคำบรรยายและอภิปรายมาแล้วสู่กันฟังโดยสังเขป.

“ภาวะเกือบบีแคลล์มีเซีย” คือ “ภาวะใกล้บีแคลล์มีเซีย” (ปรีบีแคลล์มีเซีย) ที่มีอาการนำของบีแคลล์มีเซียปรากฏขึ้นแล้ว. สาเหตุเข้าใจว่าเนื่องจากความผิดปกติทางเอ็นโดคริน, ทำให้หลอดเลือดแดงเล็กเกิดฮัยเปอร์โทนิซึคัซึโดยทั่วไป, ฮัยวะต่าง ๆ จากเลือด, เกิดการเสื่อมสมรรถภาพ.

ความบกพร่องของการไหลเวียนเลือดในสมองเกิดจากการที่หลอดเลือดค้ำยตัวทำให้ความต้านทานมากขึ้น. ในครรภ์ปกติต้องการความดัน ๑.๖ มม. ปรอทเพื่อค้ำยเลือดจำนวน ๑ มล. (มิลลิลิตร) ให้ไหลผ่านเนอสมอง ๑๐๐ ก. ในเวลา ๑ นาที. ในภาวะใกล้บีแคลล์มีเซียต้องการความดัน ๒.๒ มม. ปรอท. ในบีแคลล์มีเซีย

ต้องการถึง ๒.๕ มม. ปรอท. การที่สมองขาดเลือดหล่อเลี้ยงทำให้เมตาบอลิซึมผิดปกติและเกิดอาการชักขึ้น.

เช่นเดียวกัน, การขาดเลือดที่ไตทำให้กลอเมอร์โลสโตสิส. การกรองของกลอเมอร์โลในครรภ์ปกติ (ระยะ ๓๐ สัปดาห์) ใต้น้ำ ๑๗๐ มล. ต่อนาที, ในภาวะใกล้บีแคลล์มีเซียได้เพียง ๕๐ มล. ต่อนาที. จำนวนพลาสมาที่ไปสู่ไตลดลงเหลือเพียงครึ่งเดียวของปกติ. ทั้งสองอย่างนี้ทำให้บัสสาวะน้อยและมีแอลบูมิน. หลอดซอกของไตเสื่อมสมรรถภาพ. อนึ่ง, รกในภาวะใกล้บีแคลล์มีเซีย ชัยเอ็นชัยม์ซึ่งซัดขวางฮอร์โมนต่อต้านการชัยบัสสาวะ (ของบัตอิทาร์รี่) น้อยกว่าในครรภ์ปกติ. ชัยนทำให้ น้ำถูกกักไว้มากจนเกิดการบวมเปลือกต่อมแอดรีนัลทำงานเกินกว่าปกติ, ทำให้มีการกักเกลือ. เหตุต่าง ๆ เหล่านี้ส่งเสริมให้ไตเสื่อมหน้าที่ยิ่งขึ้น. ในที่ออกซิเมียอย่างแรงไตอาจล้มโดยข้รุษันและเป็นเหตุแห่งความตายได้.

ในภาวะเกือบบีแคลล์มีเซียเลือดไหล

ไปสู่มดลูกและร่นน้อยกว่าปกติ. เมื่อเป็น
อยู่นาน ๆ รกก็เสื่อมหน้าที่. การสร้าง
เอสโตรเจน, โพรเจสเตอโรน, ซีสทีน
และเอ็นซีเอ็มมีบางอย่างกันน้อยลง. ทั้งเด็ก
ในครรภ์ก็ได้รับออกซิเจนน้อยลงด้วย.

การตกตัวของรกออกนอกแคงเล็กทำ
ให้ความดันเลือดสูง, ทั้งยังมีเหตุประกอบ
ทางประสาทมาเพิ่มเติมอีกด้วย. ดังนั้น
คนไข้ในภาวะเกือบอัมพาตมีเสียชีวิตความ
ดันเลือดสูงมาก.

จากความรู้ทางพยาธิสรีรวิทยาทั้งนี้
การรักษามีแนวที่จะป้องกันมิให้คนไข้
เกิดการชักขึ้น; กล่าวคือประคบประครอง
คนไข้ให้อยู่ในภาวะใกล้เคียงกับสภาวะที่
รุนแรงเรื่อยไป, มิให้กลายเป็นอัมพาต-
เสียชีวิต, จนกระทั่งระยะคลอด. การรักษา
ให้หายขาดนั้นไม่มีหวัง, นอกจากจะใช้วิธี
เอาเด็กออก. การให้ยานอนหลับและยา
สลบเพื่อระงับการชักนั้นใช้ได้เพียงชั่ว-
คราว. เมื่อพ้นระยะ ๒๔ หรือ ๔๘ ชั่วโมง
ก็ต้องลงยาและหยุด. ผลของการใช้
ยาพวกนี้ก็มีเพียงระงับอาการชัก. ส่วน
ความดันเลือดสูง, แอลบีมินูเรียและการ
ขวมไม่เปลี่ยนแปลง. คนไข้จึงอาจกลับ
เข้าสู่ภาวะเกือบอัมพาตเสียชีวิตได้อีกเมื่อ

ศึกษา, นอกจากจะไ้เร่งให้คลอดเสีย
ในระหว่างนั้น. แต่ข้อหลังนี้ก็ทำไม่ได้
เสมอไป.

สำหรับลดความดันเลือดต้องเลือกใช้
ยาที่ช่วยเพิ่มการไหลเวียนในสมอง, ไต,
และมดลูกให้ดีขึ้น, และต้องไม่เป็นพิษต่อ
ลูกในครรภ์ด้วย. เฮกซามีนโซเนียม
สะกิดกันแก๊งเกลียน, ทำให้อานาบีย
หลอดเลือดของระบบซีเอ็มพะเรคิคลดลง,
มีผลให้ความดันเลือดลด. แต่เลือดที่ไหล
ไปสู่สมอง, ไตและมดลูกก็น้อยลงด้วย.
ยารักษาจึงไม่เหมาะ. ยารักษาหัวใจพวกเวรา-
ทรม์ทำให้หลอดเลือดปลายทางขยายและ
หัวใจเต้นช้าลง, และความดันเลือดลด.
แต่เนื่องด้วยหัวใจสับสนน้อยลง, เลือด
ที่ไปสู่สมอง, ไต, และมดลูกก็น้อยลงด้วย.
ประภอยกัยยานี้มีผลแทรกแซงมาก, และ
คนไข้ชินต่ออย่างง่าย, ทำให้ใช้ในโรคที่
กล่าวถึงนี้ไม่กั.

ซัยตราซีนโพธาธาซีน (อะเปอร์โซ-
ลัน) ไปกดศูนย์ยับยหลอดเลือดโดยตรง,
ทำให้เลือดไหลไปสู่สมองและไตมากขึ้น,
บีบสภาวะมากขึ้น, แต่ไม่ลดความดันเลือด
มากเท่ายาอีกสองขนาน. มีผู้ใช้นานกว่า
กับเฮกซามีนโซเนียมหรือเวราทรม์, ว่าไ้

ผลดีมาก. แต่แม้กระนั้นผู้บรรยายก็เห็นว่าหายวธาอากาศทั้งหมดของภาวะใกล้ฮีแคลัมป์เซียได้ไม่.

การควบคุมการขวมอาจทำได้โดยการจำกัดเกลือในอาหาร, ใช้ไอออนแอ็กสเซนจ์เรซิน, และให้น้ำทางหลอดเลือดในจำนวนไม่เกินปริมาณน้ำที่ระเหยออกทางผิวหนัง, ทางอากาศหายใจออกและทางปัสสาวะรวมกัน.

การเร่งให้คลอดเป็นการจำเป็นในภาวะเกือบฮีแคลัมป์เซีย. แม้ครรภ์จะอยู่ในระยะก่อนกำหนด, ถ้าหากการรักษายังไม่ได้ผลก็จำเป็นต้องเร่งให้คลอด. สำหรับครรภ์ที่ใกล้คลอดนั้น, นอกจากการผ่าเอาเด็กออกทางหน้าท้อง, การเจาะถุงน้ำทันทันให้ผลดี. ผู้บรรยายนิยมการเร่งคลอดโดยใช้ปีโตซิน (Pitocin) หยกเข้าหลอดเลือดเป็นเวลาสองสามชั่วโมง, เพื่อลดชกก่อน. หากไม่ได้ผลจึงทำเซซาเรียนเซ็คชัน.

ในการอภิปราย S.L. Townsend (เมิลเชอร์น, ฮอสเทรเลีย) กล่าวว่าการรักษาที่ทำเป็นประจำ คือให้นอนพัก, ให้อาหารโปรตีนมาก, ให้แข็งและน้ำตาลน้อย, ท้ามเกลือ, ให้อาหารแคลอรี

น้อย (ประมาณ ๑๗๒๔ แคลอรี), ให้แอมโมเนียมซัลเฟตโรคและบาร์บิโตรีค. ในรายเกือบฮีแคลัมป์เซียใช้วิธีบริหารมอร์ฟีน, พาราคลิซัยคและแมกนีเซียมซัลเฟตเข้ากล้ามเนื้อ. ตอนหลังได้ลองใช้เฮกซาเมโทเนียมร่วมด้วย. ผลที่ได้ไม่ค่อนแน่นองการรักษาระหว่างตั้งครรภ์ได้ผลดีเป็นส่วนมาก. ในขณะคลอด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่สอง, ได้ผลไม่เสมอไป, ถึงแม้ใช้ยาในขนาดมาก. ผลที่ได้มักมีความคันช้ำสโตลิคมากกว่าโคอิสโตลิค, และอัลบิวมินยเวียไม่เปลี่ยนแปลง. การเร่งคลอดนั้นเห็นว่าวิธีเจาะถุงน้ำทันทันเป็นวิธีที่ดีและปลอดภัยมากกว่าผ่าหน้าท้อง. ในรายที่ครรภ์อ่อน (ประมาณ ๒๘ สัปดาห์) ควรเจาะถุงน้ำทันทันหัวและหยกปีโตซินเข้าหลอดเลือดด้วย.

Norman Morris (ลอนดอน) กล่าวว่าการศึกษาโดยใช้ราดิโอไอโซเคียมฉึกเข้าที่ผนังมดลูกแสดงว่าในภาวะใกล้ฮีแคลัมป์เซียนั้นเลือดไหลผ่านมดลูกช้ากว่าปกติ. เข้าใจว่าที่สมอง, ทับและไตก็เช่นกัน. การออกกำลังกายทำให้เลือดไหลสู่มดลูกน้อยลง. ดังนั้นการนอนพักจึงมีประโยชน์. การรักษาก็ใช้หลักเคียว

กับผู้บรรยาย. แต่เนื่องจากการเร่งคลอด
ในครรภ์ก่อนกำหนดนั้นเด็กมักไม่รอด,
จึงได้ลองใช้ยาลดความดันเลือดช่วยบรร
เทาอาการและประคองคนไข้ไว้จนเกือบถึง
กำหนดคลอด. เข้กซาเมโซเนียมให้ผล
ไม่พอใจ, เกิดขึ้นง่าย, และข้อสำคัญ
คือยาผ่านเข้าไปในน้ำหล่อเด็กได้มาก,
อาจทำให้เด็กเป็นไอเลื้อสและป็นิวโมเนีย
ได้. เขาเห็นว่าโปรโตเวอรากวินให้ผลดี.
ถ้าฉีดเข้ากล้ามเนื้อความดันเลือดค่อย ๆ ลด,
มีอาการแทรกแซงน้อย, และเลือดไหล
ไปสู่มดลูกได้ดี.

A.P. Barry (กัมลิน, ไอร์แลนด์)
เห็นว่าข้อสำคัญในการรักษาภาวะเกือบ
อัมฤกษ์คือข้อป้องกันการชักซึ่งมักเป็น
เหตุให้มารดาตาย. ต้องจำกัดกันเหตุคือ
การตั้งครรภ์, โดยเร่งให้คลอด. วิธีที่
ใช้เร่งต้องไม่กระตุ้นให้เกิดการชัก. ควร
ทำตั้งแต่ครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป. ควร
ใช้ยาลดความดันเลือดด้วย, จะได้ประ
โยชน์มากกว่าใช้ยาระงับสมองแต่อย่าง
เดียว. เขาใช้เข้กซาเมโซเนียมร่วมกับ
มอร์ฟีน, เพริดีนและมัลอร์โปรมาซีน,
และเร่งการคลอดโดยเจาะถุงน้ำทนต์.
ถ้ายังไม่ได้ผลก็ให้บีโทซินโดยการหยด,

หรือผ่าหน้าท้อง.

ศาสตราจารย์ Gordon Douglas
(นิวยอร์ก) เห็นว่าการรักษาภาวะเกือบอ
ัมฤกษ์เข้กมีอยู่วิธีเดียว, คือเอาเด็กออก.
การเร่งคลอดด้วยบีโทซินได้ผลดี. ในวัน
แรกจะทำให้ปากมดลูกนุ่มและค่อย ๆ
ขยายขึ้นได้ง่าย. ในวันที่สองก็ขยายพอที่
จะเจาะถุงน้ำทนต์ได้. แต่คนไข้ต้องอยู่ใน
ความดูแลตลอดเวลา.

R. Bryce-Smith (ฮ็อกสฟอร์ด) ได้
ทดลองรักษาโดยทำ "คอนคักชั่นลอค"
ในบริเวณลัมบาร์. ทำให้ความดันเลือดลด
และระงับการชัก. ทั้งยังช่วยให้เด็กไม่ต้อง
ถูกกดโดยฤทธิ์ยาระงับสมองและยานอน
หลับ, และช่วยเร่งการขับปัสสาวะด้วย.

W.K. Sutton (ลอนดอน) ใช้อะ-
เปรสโซลินรักษาคนไข้ ๑๖ คนได้ผลพอ
ใจ. มี ๑ รายที่เด็กตายเพราะยังอ่อนอยู่,
และ ๒ รายเด็กหยุดคืบมาก่อนรักษา.
ความดันเลือดซีสโตลิกไม่ลดต่ำกว่า
๑๐๐ มม. ปรอทและความดันชีพจรไม่ต่ำ
กว่า ๓๐ มม. ปรอท. ทั้งปัสสาวะก็ออก
มากดี.

R. de Soldenhoff (แอรเซียร์, อัง
กฤษ) ถือว่าผู้ตั้งครรภ์อยู่ในภาวะเกือบอ

แคลมป์ เช็บถ้ามีความกันเลือดซึบสโกลิค ๑๖๐ มม. ปรีทและโกธัสโคลิก ๑๐๐ มม. ปรีทและมีอาการต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน, คือปวดศีรษะ, บวม, แอตนิวมิเนียเรีย, เจ็บที่หน้าท้อง, หรืออาเจียน. เขาให้โบรเมอล (Bromethol) เป็นยาระงับและให้กลูโคส ๕๐ ปช. เข้าหลอดเลือดทันที, ก่อนพาไปโรงพยาบาล. เขาเร่งการคลอดด้วยซีโคซิน (๑ ท่อ ๒๕๐๐) ทยกเข้าหลอดเลือด. ถ้าไม่คลอดภายใน ๔๔ ชั่วโมงก็ทำเซซาเรียนเซ็คชั่น.

J.R.E. James (คาร์มาร์เชน, เวลส์) ได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองในคนไข้เกือบอแคลมป์เช็บ. บางคนมีจังหวะคลื่นผิดปกติ (คีย์สรัยอเมีย). แม้การศึกษานี้จะไม่ช่วยอะไรในการรักษาก็ควรใช้ศึกษาไว้เสมอ ๆ.

J. Gardiner (บริสตอล, อังกฤษ) พบว่าสารเพิ่มความกันเลือด ในเลือดของคนไข้ที่ออกซิมียมีปฏิกริยากลายนอร์แอกรินะลิน, จึงได้ลองใช้โคเคนียลินลดความกันเลือด. ได้ผลดีและไม่มีผลแทรกแซง.

C.J.Dewhurst (เซฟฟิลด์, อังกฤษ) แสดงความเห็นที่ว่าสำหรับคนไข้ครรภ์ระหว่าง ๓๑ ถึง ๓๔ สัปดาห์การผ่าเอาเด็กออกทางหน้าท้องให้ประโยชน์มากกว่าวิธีรักษาอื่น ๆ. อัตราตายของทารกมีประมาณ ๕๐ ปช.

ศาสตราจารย์ J. Loevse (เบอร์ลิน, นอร์เวย์) เข้าใจว่าที่ออกซิมียเกิดจากอินฟาร์คต์ของรก, จึงได้ทดลองใช้โคเคนียลิน (ยากันเลือดแข็ง) ในคนไข้ ๖ คนซึ่งเคยเป็นโรคนี้มาครั้งหนึ่งแล้วและลูกไม่เคยรอดเลย. ผลปรากฏว่า ๓ คนมีแอตนิวมิเนียในขั้นสภาวะน้อยลง. สองคนมีความกันเลือดสูงเล็กน้อย. เด็กมีชีวิตอยู่จนครบกำหนดทุกราย. เขาได้ทดลองใช้โคเคนียลินกับที่ออกซิมียในคนไข้อีก ๔๔ คน, โดยให้ในระหว่างสามเดือนสุดท้ายของครรภ์. ปรากฏว่าไม่มีที่ออกซิมียเลย. เด็กมีชีวิตจนครบระยะคลอดทุกราย. และไม่มี การตกเลือดหลังคลอดด้วย.

(จาก J. Obst. and Gynec. of the Brit. Emp. 5:683-709, 1955)

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med..

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๔๕๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๔๔๕	๘๒๔	๑,๐๖๓	๘๓๑	๑,๓๒๒	๒๒๓	๕,๗๑๒
เก่า	๓,๑๑๘	๑,๓๕๕	๑,๗๗๒	๑,๑๒๘	๒,๖๓๕	๒๑๐	๑๐,๒๖๒
รวม	๔,๕๖๓	๒,๑๗๙	๒,๘๓๕	๑,๙๕๙	๓,๙๕๗	๔๓๓	๑๕,๙๗๔
<u>ใน</u>	๑๗๕	๑๕๕	๘๗๗	๘๕	๒๖๔	—	๑,๖๐๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๒๘๑. จักษุ ฯ ๒๓๗. สูติ-นารี ฯ ๑๘๕. รวม ๗๐๓ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๒๕๒. หญิง ๒๕๖. รวม ๕๐๘. คลอดตาย ชาย ๕. หญิง ๗ รวม ๑๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๔๕ คน (๕.๑ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๗๗ ราย. (๕๓.๑ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๓๔ ครั้ง. ข้างนอก ๓ ครั้ง. รวม ๔๓๗ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๔๒๐ คน. รักษาใหม่ ๓๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๐๘ ครั้ง. ไรเดียม รักษา ๑๔ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๓๗ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ ๓ คน, รักษาใหม่และเก่า ๑๕ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจแบบซัดเมตบอลิสม์ ๖๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๐๔๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๒,๕๒๕* ราย. (จากภายนอก ๕๑๐ ราย). แอ็กกลูตินเนชั่น ๑๒๒. วัตเซอร์แมนและกาห์น ๑,๗๒๓. หมู่เลือด ๓๑๑. น้บเม็ดเลือด ๓๕๕. หาเชอปปี้เทรี ๕๑. ตรวจน้ำไขสันหลัง — อูจจาระ ๒๗๔, บัสสวาระ ๒๓๕, เสมหะและอื่น ๆ ๒๖. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๗๔. อูจจาระ ๘๗, บัสสวาระ ๓๕, น้ำไขสันหลัง ๑๕, เสมหะและอื่น ๆ ๑๐๖. น้ดัสต์ที่ทดลอง ๑. เพาะเชื้อบีด ๒๑. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๓๘, ตรวจศพนิเวศ ๑๓, ตรวจของกลาง ๑.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๐. เจาะน้ำสันหลัง ๑๑. เจาะตับ ๕. น้ำช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องปอด ๑. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๒. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๐. น้ดียวฟีลิส ๓๓.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๘๑. ถอนฟัน ๓๐๐. อุดฟัน ๖๐. ผ่าตัดช่องปาก ๒๗.

(โดยความ^{ผู้}เื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติขอยอดเยี่ยม

อาคันตุกจากเมืองไกล เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๔๕๕ นายแพทย์ F.J. Pinkerton, M.D. ผู้อำนวยการทั่วไปแห่งแพน-แปซิฟิก แอสโซซิเอชันแห่งฮอนโนลูลู, ฮาวาย พร้อมด้วยภรรยา ได้เดินทางมาสู่ประเทศไทยและแวะเยี่ยมคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ในโอกาสนี้คณะได้เชิญนายแพทย์ Pinkerton ก็ภรรยาไปยังประทานอาหารกลางวัน ซึ่งจัดขึ้นที่หอประชุมราชแพทยาลัยชั้นสอง มีผู้แทนจากแผนกวิชาต่าง ๆ ไปร่วมรับประทานอาหารตามหนังสือชวนเชิญของท่านคณะที่หลายท่าน

ขอบรรจุอาจารย์ใหม่ แผนกศิริวิทยา ได้เสนอไปยังสมุหราชาราชการเป็นอาจารย์ของนายแพทย์มนตรี กันตะบุตร ต่อคณะที่เมื่อวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๔๕๕ ทรงเพื่อขออนุมัติบรรจุเข้ารับราชการตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๔๕๕ เป็นต้นไป

แพทย์ประจำบ้าน แผนกศัลยศาสตร์ ด้วยนายแพทย์ พลภัทร ตาละลักษณได้รับทุน Deutscher Akademischer Austauschdienst ของรัฐบาลเยอรมัน

ได้ลาออกจากหน้าที่แพทย์ประจำบ้านเพื่อเดินทางไปศึกษาวิชาแพทย์ในประเทศเจ้าของทุนดังกล่าวนี้ หัวหน้าแผนกวิชาศัลยศาสตร์ได้เสนอนายแพทย์เนาวรัตน์ เชื้อสาสน์เข้ารับราชการในตำแหน่งซึ่งว่างอยู่ตั้งแต่วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๔๕๕ เป็นต้นไป

คณะที่โรงเรียนโรคเมืองร้อนลิเวอร์พูล เยี่ยมประเทศไทย ศาสตราจารย์ B.G. Maegraith คณะที่โรงเรียนโรคเมืองร้อนลิเวอร์พูล ผู้เชี่ยวชาญโรคมาลาเรียและบิก ซึ่งมีแพทย์ไทยหลายคนเป็นศิษย์จะได้เดินทางมาและเยี่ยมประเทศไทยตามคำเชิญของกระทรวงการสาธารณสุข ในระหว่างวันที่ ๓๐ พ.ค. กับ ๑๑ มิย. ในระหว่างนั้นท่านจะได้แสดงปาฐกถาที่ ร.พ. ฟ้าดงกรณ์, ร.พ. ศิริราช และคณะสาธารณสุขศาสตร์ และจะไปชมกิจการทั้งสามแห่งนี้ และที่หน่วยควบคุมมาลาเรียพระพุทธรบาท, และโรงพยาบาลทหารเรือสัตตคหีบและหน่วยควบคุมมาลาเรียนั้นด้วย

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์

ชุมนุมวิชาการในแผนก : แผนกไค
จิกให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และความ
คิดเห็นทางวิชาการ ระหว่างแพทย์ประจำ
บ้านกับแพทย์ประจำบ้านอาวุโส ตามหัวข้อ
ต่อไปนี้ :

๑๐ พ.ค. ๕๕ (๑) การรักษาผู้ป่วย
หลอดเลือดโคโรนารีอุดตันปัจจุบัน (๒)
การรักษาผู้ป่วยเป็นแผลในกระเพาะอาหาร.

๑๔ พ.ค. ๕๕ (๑) การรักษากระเพาะ
อาหาร อักเสบ (๒) ประโยชน์ของ
Polymyxin B.

๓๑ พ.ค. ๕๕ (๑) กลไกของการ
เกิดท้องมานในโรคตับแข็ง (๒) Human
Rich syndrome.

ร่วมชุมนุมวิชาการนอกคณะ ใน
โอกาสที่แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยได้
จัดให้มีการประชุมวิชาการแพทย์ภาคใต้
ในวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๕ ณ จังหวัด
สงขลานั้น อาจารย์ในแผนกหลายท่านได้
เดินทางไปร่วมการบรรยายและการประชุม

ด้วย. ทางแผนกไคเสนอเรื่อง "การบำบัด
ก่อนต่อผู้ป่วยโรคแรงดันเลือดสูง" ผู้
บรรยาย คือ: ศาสตราจารย์ ประเสริฐ
กิจศาลย์, น.พ. มุกดา ทฤษฏานนท์,
พ.ญ. ตระหนักจิต ทรวิณสุต.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

สมรส น.ส. สมจิต แสงลำอาง พนักงาน
วิทยาศาสตร์ ประจำแผนกสรีรวิทยาไค
เข้าสู่พิธีมงคลสมรสกับ ร.ท. ประเวศ
เขี้ยวลงยา ร.น. เมื่อวันที่ ๒๑ เมษายน
๒๕๕๕ ประกอบพิธี ณ อาคารราชนาวิ
สโมสร์ เราขออำนวยการให้คู่บ่าวสาว
จงเจริญศิริสวัสดิ์พิพัฒน์มงคลทุกประ
การ.

ฉลองปริญญาบัตร แพทยศาสตร์บัณฑิต
รุ่นใหม่ ซึ่งได้รับพระราชทานปริญญาบัตร
เมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๕ นั้น ได้ร่วม
กันจัดงานฉลองขึ้น ณ หอประชุมราชแพท
ทยาลัย เมื่อวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๕๕.
ปรากฏว่างานได้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย
และรื่นเริงสมความปรารถนา.



ข่าวนักศึกษา

การพบกันระหว่าง น.ศ.พ. บั๊ ๔ และ

บั๊ ๓

หลังจากทราบผลการสอบแก้ตัว ซึ่ง
ส่วนมากได้ทำความพอใจมาให้ผู้สอบแล้ว
เหล่า น.ศ.พ. ชั้นบั๊ ๓ และ ๔ ก็ได้จับ
งาน "พบกัน" ที่หาควอนนภา ซึ่งคุณนาย
วอน นภาศัพท์ เออเพอในเรื่องให้ใช้
สถานที่และเรื่องอื่น ๆ เต็มที่ นอกนั้นยัง
ได้รับความช่วยเหลือจากกองทัพอากาศให้
เยี่ยมรถยนต์ ซึ่งอำนวยความสะดวกให้มาก.

รอดออกจากท่าพระจันทร์ ๐๗.๓๐ น.
ไปรับท่านอาจารย์ผู้ปกครองที่ประตูน้ำ จาก
นั้นก็ตรงไปข้างแสน ที่ ร.พ. ชลบุรี ได้รับความ
ช่วยเหลือเครื่องคัมและสัปรสหวานจาก
จากท่านผู้อำนวยการ ซึ่งใจดีมากเหลือเกิน
จากนั้นก็ตรงไปหาควอนนภา ระหว่างทาง
ก็มีครึกครื้นกันตามธรรมเนียม เมื่อไปถึง
ก็ลงเดินเล่นชายหาด บางพวกก็จับกลุ่ม
ถ่ายรูป บางพวกก็จับปู บางคนก็ชวนกัน
ชมทะเลและคลื่น โดยไม่โยกมือใคร ๆ
ทั้งนั้น บางพวกก็นั่งจับกลุ่มกันมาตั้งแต่
รอดออกจากท่าพระจันทร์จนรถกลับ โดย
ไม่สนใจมือใคร ๆ นอกจากพวกของตัว

สั๊ หาคคน.

ต่อมาได้มีการแนะนำตัว น.ศ.พ. บั๊ ๓

ให้ท่านอาจารย์ผู้ปกครองได้รู้จัก และ
อ่านคำขวัญที่พิมพ์มอให้ คำขวัญนั้นยาวคำ
ก็ดีมาก บางคำก็ซ้ำ ๆ ก็ แต่บางคำก็ใช้
ไม่ได้เลย นอกจากนั้นยังไม่ได้อ่านคำ
แนะนำต่าง ๆ ที่พิมพ์ไว้ให้แก่น้อง ๆ ใน
การที่จะขึ้นทำงานบนตึก การสัมพันธ์กับ
ผู้ร่วมงาน ข้อควรปฏิบัติ และข้อควรระวัง
ต่าง ๆ เช่นทุก ๆ บั๊ ซึ่งเหล่านี้เป็นจุด
ประสงค์สำคัญของการพบปะ เพราะพวก
น.ศ.พ. ชั้น ๓ แม้จะข้ามฟากมาได้ ๒ บั๊
หรือบางคน ๓ หรือ ๔ บั๊ก็ตาม แต่บนตึก
คนใช้แล้วยังใหม่อยู่มาก.

นอกจากที่กล่าวงานอื่น ๆ ก็เรียบร้อย
เรียบร้อย กิจกรรมการสโมสรวางงานกัน "ตัว
เป็นเกลียว" ที่เคี้ยว การเดินทางสวด
อาหารอร่อย และอิมหน้าสำราญกันทั่ว
ทุกคน.

ซากลับแวะยึกเส้นยึกสายกันที่ข้างแสน
บางคนก็ลงเรือซึ่งมีใบสีต่าง ๆ เทียวขึ้นที่
สำราญ จากนั้นก็ยกชวอนกลับถึงกรุงเทพฯ
เวลา ๒๐.๐๐ น. ด้วยความเรียบร้อย.

ม.ก.

ศิษย์เก่า

ต้อนรับบัณฑิตใหม่ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ได้จัดงานเลี้ยงต้อนรับแพทยศาสตรบัณฑิตรุ่นใหม่ของสมาคม ตำบลศาลาแดง เมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๔๙๕ งานต้อนรับได้สิ้นสุดลงด้วยความเรียบร้อยและปึกแผ่นดีโดยทั่วกัน.

มงคลสมรส แพทย์หญิง ศิริวัฒนา คีตะจิต เข้าสู่วินิจฉัยสมรสกับ นาวาอากาศตรี บุญดิ่ง ชิตช่วง เมื่อวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๔๙๕ ประกอบพิธี ณ หอประชุมแห่งกระทรวงวัฒนธรรม เราขออำนวยพรให้คู่

ข่าวสาวจงประสบสุขสมความปรารถนาจงทุกประการ.

ไปศึกษาเพิ่มเติม ๑. นายแพทย์ เชิด คีตะจิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ๒. นายแพทย์สมพงษ์ ทัศนสิระ แห่งโรงพยาบาลเชียงราย ประจวบคีรีขันธ์ ๓. แพทย์หญิง เสริมศรี สุวนิช แห่งโรงพยาบาลพุทธชินราช ๔. นายแพทย์สมศักดิ์ สืบแสง แห่งกรมการแพทย์ ทั้ง ๔ ท่านนี้ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารคดีวิชา

หน้าสำหรับนิสิต

เข้าพรรษา

เนื่องจากชาวไทยส่วนมากนับถือพระพุทธศาสนา, ในเทศกาลเวลานี้มีเหตุการณ์สำคัญในพระพุทธศาสนาอย่างหนึ่ง, คือการเข้าพรรษา. ในเทศกาลนี้ภิกษุสงฆ์เป็นศาสนิกชนผู้มีใจเลื่อมใสศรัทธา มักจะเข้าวชิระถือเพศเป็นพระภิกษุแสวงบุญ. ดังนั้นจึงเป็นการเหมาะสมที่จะแนะนำนักศึกษาทั้งหลายซึ่งส่วนใหญ่ นับถือพระพุทธศาสนาให้มีความรู้และเข้าใจในคำว่า "เข้าพรรษา" อย่างกว้างขวางต่อไป.

คำว่า "เข้าพรรษา" นี้เป็นคำใช้กันโดยทั่วไป, หมายถึงเทศกาลอันเป็นฤดูฝน, เป็นกาลที่พระภิกษุมักจะจำพรรษาตามพระวินัยบัญญัติที่จะต้องปฏิบัติกิจข้อหนึ่งคือการจำพรรษา. การจำพรรษานี้หมายถึงการที่พระภิกษุกล่าวคำอธิษฐานใจและหยุดอยู่ ณ เสนาสนะแห่งใดแห่งหนึ่ง, ไม่ต้องเที่ยวจาริกไปแรมคืนก่อนในกาลอันเป็นฤดูฝนเป็นเวลากำหนดตลอด ๓ เดือนเต็ม.

เหตุที่พระภิกษุจำพรรษานี้ คือแต่เดิมมา

ในสมัยปฐมพุทธกาล พระพุทธเจ้ายังไม่ทรงอนุญาตให้ภิกษุอยู่จำพรรษา, โดยเทศสมัยนั้นพระภิกษุยังมีจำนวนน้อยอยู่. เมื่อถึงฤดูฝนก็หยุดพักเพื่อหลีกเลี่ยงฝน เช่นเดียวกับกับชาวเมือง. ตามปกติเป็นธรรมเนียมสืบมาชาวเมืองในสมัยนั้นมักจะไปมาหาสู่ค้าขายในต่างบ้านต่างเมืองในฤดูฝน, โดยเหตุที่ฝนชุกทำให้ถนนหนทางเป็นหล่มเป็นโคลน, ไม่สะดวกในการเดินทางด้วยประการทั้งปวง, ทั้งอาจจะประสบภัยจากธรรมชาติโดยน้ำฝนอากรมากจนกลายเป็นน้ำขุ่นไหลหลากท่วมทัน, ทำความเสียหายได้ในขณะเดินทางต่อคนหรือสัตว์พาหนะตลอดจนเกวียนต่างที่บรรทุกสินค้ารวมทั้งสรรพสินค้าให้เป็นอันตรายเสื่อมศรัทธาเสียหายได้. จึงมักหยุดพักชั่วคราว. ต่อมาฤดูฝนแล้วจึงดำเนินการค้าขายไปมาหาสู่ต่อไปเช่นเดิม. พระภิกษุก็หยุดอยู่ไม่จาริกไปพักอยู่ ณ ที่หนึ่งใด, แต่ยังเป็นไปตามลำพังไม่มีภิกษุเฝ้าคุ้มกัน ต่อมาจำนวนพระภิกษุมีเพิ่มมากขึ้น,

พระ พทธ ของคิง ไททรง ตั้ง เป็น พระ วินัย บัญญัติขึ้น โดยพิจารณาเห็นว่าในฤกษ์กาล อันเป็นหน้าฝนนี้ นอกจากฝนตกชุกไม่ เหมาะแก่การที่จะเที่ยวจาริกแล้ว, ยังเป็น ฤกษ์ที่ชาวเมือง ประกอบการ ทำนาตกกล้า การจาริกไปย่อมจะต้องเกินทางเข้าในทุ่ง นา, อาจจะต้องเหยียบย่ำลงไปบนคันข้าวหญ้า ไร่บัก, รวมทั้งสัตว์เล็กสัตว์น้อยต่าง ๆ ใน ทุ่งนั้น ๆ ให้เป็นอันตรายเสียหายถึงชีวิต ไท, อันเป็นเหตุที่ชาวเมืองจะยกมากล่าว คำหนักใจเตือนพวกพระภิกษุได้เป็นประการ สำคัญ. อนึ่งในสมัยนั้นผ้าไตรจีวรเป็นของ หายาก. เมื่อจาริกไปท่ามกลางฝนย่อมจะ ขำรुकทุกไตรมาสคร่ำทมองไคโดยง่ายกว่า ธรรมดา. ทั้งโรคภัยไข้เจ็บย่อมจะบังเกิด ขึ้นได้ง่าย. จึงไคทรงบัญญัติขึ้นเป็นพระ วินัยให้มีการจำพรรษาตลอดฤกษ์กาลอัน เป็นหน้าฝนนี้, ต่อเมื่อพ้นฤกษ์ฝนนี้แล้วจึง จะอนุญาตให้จาริกเที่ยวไปได้เช่นเดิม.

กติกากำหนดวันเข้าพรรษานั้นตามพระ วินัยกำหนดเป็นสองระยะ คือ “เข้าพรรษา คัน” (ปริมพรรษา) ซึ่งตรงกับวันแรม ๑ ค่ำ เดือน ๘ (ประมาณกลางเดือน กรกฎาคม), และ “เข้าพรรษาหลัง” (ปัจฉิมพรรษา), ถัดต่อมาอีก ๑ เดือน.

เมื่อถึงกาลกำหนดแล้วพระภิกษุจักต้อง หยคอยู่ ณ ที่หนึ่งใดเพื่ออยู่จำพรรษา.

เสนาสนะที่จะพักจำพรรษานั้นบัญญัติ ไว้ว่าจะต้องเป็นถ้ำอันเป็นที่มุงบัง, มีฝารอบขอบซิดและมีบานประตูปิดเปิดได้. ชั้น เดิมผู้มีใจศรัทธาสรางขึ้นถวายเป็นพระ ภิกษุจำพรรษา. ครั้นต่อมามีจำนวนมาก เข้าจนกลายเป็นวัดวาอารามขึ้น, มีพระ ภิกษุผู้ใหญ่ปกครองอยู่, ก็มีสมมติสงฆ์จัก เสนาสนะให้แก่พระภิกษุที่จะเข้าพรรษา ณ วัดวาอารามนั้น ๆ. เมื่อพระภิกษุได้รับ เสนาสนะนั้น ๆ แล้วก็จำพรรษา ณ ที่นั้นๆ ต่อไปตลอดพรรษา.

การเข้าพรรษานั้น เดิมไม่มีพิธีการ ไค ๆ, เป็นแต่อธิษฐานใจว่าจะจำพรรษา ณ ที่นั้น ๆ เป็นเวลาตลอด ๓ เดือน, เรียก ว่ากล่าวคำอาลัย ต่อมาพิธีการเข้าพรรษา มีธรรมเนียมขึ้น. มีการประชุมกล่าวคำ อธิษฐานใจพร้อม ๆ กัน, โดยมีพระภิกษุ ผู้ใหญ่เป็นประธานกล่าวประกาศวันเข้า พรรษาและบอกกำหนดเขตอาวาส. แล้ว พร้อมใจกันกล่าวคำอธิษฐานใจดังนี้ว่า “เราเข้าจำพรรษาในอารามนี้ตลอดเวลา ๓ เดือน” ๓ ครั้ง. เป็นอันว่าจะจำพรรษาใน อาวาสนั้น ๆ. ต่อจากนั้นจะได้รับแจกเสนา

สนะสำหรับจำพรรษา. พระภิกษุผู้ที่ได้รับเสนาสนะแล้วจักแข็งแรงทำความสอาดต่อเสนาสนะนั้น ๆ ให้เรียบร้อยตลอดจนจักเตรียมน้ำฉัน, น้ำใช้. เสริ้งแล้วกล่าวคำอธิษฐานใจอีกครั้งหนึ่งว่า “ข้าพเจ้าเข้าจำพรรษาในกุฏินี้ตลอด ๓ เดือน” ๓ ครั้ง. เป็นการเข้าพรรษาในกุฏินั้น ๆ ในอาวาสนั้น ๆ ตลอด ๓ เดือนไม่หลีกพ้นไปเสีย. ถ้าหลีกพ้นไปแม้คืนหนึ่งจักว่าเป็นการขาดพรรษา, เป็นอาบัติเพราะเสียดัสสัจจะทั้งไว้เว้นไว้แต่มีกรณีอันจำเป็น, หลีกไปได้ ๗ วัน, อันเรียกว่า “สัตตทาหกรณีย์,” หรือมีเหตุอันควรอันจำเป็นต้องหลีกไปก็พ้นอาบัติได้. เมื่อเข้าพรรษาแล้วเป็นสมัยที่พระภิกษุหยุดอยู่ไม่หลีกไปที่ใด ๆ ท่านมักจะบำเพ็ญสมณกิจแสวงหาสมณธรรมในกาลนี้. สมณกิจนั้นจำแนกได้เป็น ๓ อย่าง, คือ:

๑. ศึกษาเล่าเรียนพระธรรมและพระวินัย, อันเป็นการฝึกฝนให้บังเกิดมีความรู้ความเข้าใจในพระธรรมและพระวินัยมากขึ้น, เพื่อจะไต่ไขปฏิบัติและสั่งสอนให้ผู้อื่นรู้ด้วย, อันจักเป็นคันถระ.

๒. บำเพ็ญอุทกต์โดยตั้งใจเป็นแน่วแน่, เป็นสัจจะว่าจะกระทำการอย่างหนึ่ง

อย่างใดตลอดไปในพรรษานั้น ๆ เพื่อเป็นการบำเพ็ญความเพียรสัจจขารมี, เช่นตัวอย่างจะฉันอาหารเพียงวันละ ๑ ครั้งเท่านั้น เป็นต้น; และเจริญสมณกรรมฐานเพ่งกสิณอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นอารมณ์เพื่อให้อใจสงบจากนิวรณ์ทั้ง ๕, มีกามฉันทะ, พยาบาท ฯ เป็นต้น.

๓. บำเพ็ญสมณธรรมชั้นสูงสุด, คือเจริญวิปัสสนากรรมฐาน. ได้แก่การเจริญภาวนาสติปัฏฐาน ๔ เพื่อแสวงหาความสงบสุขละกิเลสทั้งปวง, เพื่อให้บรรลุถึงธรรมอันประเสริฐ, คือพระนิพพาน. จักเป็นวิปัสสนาธระ.

เมื่อกาลเวลาล่วงไปพ้นกำหนด ๓ เดือนเต็มเป็นการพ้นจากการเข้าจำพรรษา ก็สามารถจะจาริกไปได้เช่นเดิมอีกเป็นการออกพรรษา.

ดังนั้นก็จะเห็นได้ว่าการเข้าจำพรรษานั้นพระภิกษุเข้าถึงโดยกล่าวคำอธิษฐานใจว่าจะอยู่จำพรรษา ณ ที่ใดที่หนึ่งแล้วเข้าถึงการจำพรรษา, และตั้งใจปฏิบัติตามนั้นโดยเคร่งครัดเป็นสัจจา, ไม่ล่วงละเมียดจากคำอธิษฐาน, พร้อมทั้งบำเพ็ญสมณธรรมความดีอันเป็นสมณกิจตลอดกาลเข้าพรร-

ษานัน ๆ เป็นอทาพรณ์ในทางที่คักทงาม.
 ึ่งเห็นสมควรที่จะชักชวนให้นคศึกษาทง
 หลายอนเป็นผู้ปรารณาที่จะทำคักวยกนทง
 สัน, กล่าวคำอธิษฐานใจของตนเองในฤก
 กาลอันเป็นการเข้าพรรษานว่าจะเพียรกระ

ทำแต่ความคักและจำทงใจเล่าเรียนคักษา
 ให้คักทงคัก, แล้วประพฤติตามคำอธิษฐาน
 นั้นตลอดเทศกาลเข้าพรรษานพร้อมกัน
 ทุก ๆ คน.

ดำรง เพ็ชรพลาญ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรคเขียนชื่อและนามสกุลให้ชคเคน
๒. ส่งเงินถึงผู้คักการสารคิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

บันทึกท้ายเล่ม

๑ โรคหน้าทวนก็มีในบ้านเรา มากเพียงไรย่อมเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้ว. ผลตามหลังของมันหนักถึงกันอยู่โดยทั่วไปก็คือหูตึง. แต่การที่ผลตามหลังอาจร้ายแรงจนถึงกับเสียชีวิตนั้นคงไม่ค่อยมีใครนึกถึง. คนไข้คนที่คุณหมอมพร วราเวชช์รายงาน ในบทต้นของหนังสือเป็นเครื่องแสดงอย่างที่ดีถึงความร้ายแรงของโรคตามหลังโรคหน้าทวน. การที่ในสัปดาห์นั้นมีผู้ที่รอดชีวิตได้ย่อมแสดงถึงประสิทธิภาพของวิธีรักษาที่ใช้, ซึ่งสนับสนุนคำกล่าวของคุณหมอมพรว่าการผ่าตัดเป็นการจำเป็น. ถึงแม้ว่าในแง่ของทฤษฎีปัญหาทางเข้าของเชื้อสู่โพรงกระดูกศีรษะเป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก, แต่ในการปฏิบัติเห็นว่าคงเป็นการยากที่จะพิสูจน์ให้เด็กขาดลงไปได้, เพราะคนไข้ที่มีอาการแทรกซ้อนดังกล่าวย่อมอยู่ในภาวะคับขัน, การที่จะเสาะหาช่องทางผ่านของเขาคงจะทำได้ยาก, และคงจะไม่ใคร่มีใครเต็มใจกระทำโดยละเอียดละออนัก. ที่จะทำได้ละเอียดก็เห็นจะต้องเป็นในตอนตรวจศพ. ทั้งนี้คงจะต้องรวบรวมรายการอีกนานมาก

กว่าจะได้รายละเอียดที่ถูกต้องและละเอียดละออเพียงพอ.

๑ คนไข้ของคุณหมอมพรวิจิตร พานิชทองนี้ว่าเป็นผู้เคราะห์ร้ายมากคนหนึ่ง, เพราะนอกจากจะเป็นโรคซึ่งไม่ค่อยจะมีใครเขาเป็นกันแล้ว, ยิ่งคนที่รักษาไม่ได้เสียด้วย. อาจเป็นไปได้ว่าการที่รักษาไม่ได้ผลนี้เป็นด้วยความผิดของคนไข้ที่ไปหลงรักษาอย่างไม่ถูกต้องเสียจนโรคลุกลามมาก และหมอไม่มีทางจะช่วยอย่างใดเสียแล้ว. สังเกตว่าจิตใจของคนไข้คงจะเสื่อมโทรมไปตามสภาพของขาซึ่งเป็นโรคอันมีลักษณะชวนรังเกียจนั้นด้วย. ไม่น่าจะเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วคนไข้ผู้นั้นจะปฏิบัติอย่างไรแก่ตัวเอง. ข้อนี้เป็นเรื่องที่ควรระวังถึงในการปฏิบัติวิชาชีพของแพทย์ทั่วไป, ว่าจะทำอย่างไรกับคนไข้ที่โรคอยู่ในขั้นรักษาไม่หาย. เราขอขอบคุณคุณหมอมพรวิจิตร พานิชที่เสนอรายงานของโรคแปลก ๆ มาให้ได้อ่าน, แต่เราคงจะขอขอบคุณท่านมากขึ้นอีกมากที่เคียวถ้าหากสามารถติดตามต่อไปให้ได้ทราบว่าผลสุดท้ายคนไข้ท่านทำอะไรหรือได้รับ

การรักษายังไง.

๑ วิชาเกี่ยวกับโรคของสมองและประสาทต้องนับว่าเป็น "วิชาใหม่" สำหรับส่วนมากของพวกเรา, เพราะมีผู้ศึกษาโดยเฉพาะอยู่น้อยและไม่ค่อยได้มีการบรรยายหรือเสนอรายงานเกี่ยวกับพวกโรคเหล่านี้บ่อยนัก. ความพยายามของคุณหมอวันดี ไวสารวัณในการรวบรวมเรื่องเกี่ยวกับโรคของประสาทและของสมองมาเสนอในสารคดีราชบัณฑิตยสถาน เป็นการกระทำที่น่าชมเชยมาก, เพราะนอกจากจะเพิ่ม "ความสนใจ" ของผู้อ่านแล้วยังจะช่วยเพิ่ม "ความเข้าใจเรื่อง" ให้อีกด้วย. สำหรับเรื่องที่น่าสนใจในสารคดีราชบัณฑิตยสถานนี้มีประโยชน์ทั้งในทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ. หวังว่าอย่างน้อยก็คงเป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้อ่านหลายท่านหันมาเอาใจใส่กับโรคของสมองและประสาทมากขึ้นอีก.

๑ ท่านคณะบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลกรุณาเราอีกครั้งหนึ่งในการส่งเรื่อง "ปัญหาการศึกษาแพทย์ของอินเดียน" มาให้เราตีพิมพ์. เรื่องนี้ถือได้ว่าเป็นตอนต่อมาจากเรื่อง "การประชุมพิ-

จารณาเรื่องการศึกษาแพทย์แห่งชาติของอินเดียน" ที่เราได้ลงพิมพ์ไปแล้วเมื่อเร็ว ๆ นี้. เมื่อได้อ่านเรื่องใหม่นี้ตลอดแล้วก็จะเกิดความเข้าใจหลายประการเกี่ยวกับสถานการณ์แพทย์ของอินเดียนในปัจจุบัน. ถ้าหากเปรียบเทียบกันอินเดียนเราย่อมเห็นได้โดยง่ายว่าฐานะของเรายังยากน้อยกว่ามาก. อย่างน้อยเราก็ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาแพทยศาสตร์อย่างแผนอื่น ๆ นอกจากแผนปัจจุบัน. ทั้งนี้จำกัดวงถึงพระคุณของท่านผู้ครองบ้านครองเมืองในสมัยเปลี่ยนแปลงที่ได้เลือกทางปฏิบัติด้วยวิจรรณญาณและความสุจริตสัมฤทธิ์ภาพ, ไม่ที่ใครคนแผนเก่าและไม่เร่งรัดแผนใหม่จนเกินกว่ากำลังของบุคคลและบ้านเมือง. ปัญหาของเราที่น่าเอาใจใส่ในขณะนี้ก็คือในการขยายการศึกษาวิชาแพทย์ของเราในปัจจุบันนี้ทำอย่างไรจึงจะไม่เกิดผลแทรกแซงให้กลายเป็นแพทย์หลายแผนชั้นมา.

๑ เนื่องด้วยท่านผู้จัดการยืนยันว่าหนังสือฉบับนี้ค่อนข้างบาง, เราจึงได้บรรจุเรื่อง "การรักษาภาวะเกือบช็อคแลมปีเซย์" ของ ม.ร.ว. สวัสดิ์ เกตุสิงห์ เข้าในแผนกปิดผนึก

อีกเรื่องหนึ่ง, ในฐานะเรื่องทรวรรณขึ้น
จากวิทยาสาร. หวังว่าอย่างน้อยคงจะแก้ไข
ข้อตำหนิที่เราได้เคยรับย่อย ๆ ว่า “สาร
ศิริราชไม่ค่อยมีเรื่องเกี่ยวกับสุติกรรมและ

นาวิเวชกรรม”. ความขาดแคลนที่ทำให้
ถูกตำหนิเช่นนี้ก็มิแต่อาจารย์และแพทย์ใน
แผนกสุตินาวิเวชวิทยาเท่านั้นที่จะช่วย
แก้ไขได้.

โปรดทราบ

ท่านผู้ส่งข้อสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือโปรดทักต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.