



**สารศิริราช**  
**SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE**

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

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๐ Volume 8, Number 11, November, 1956

**มีเดียเลือดสำหรับเพาะเชื้อวัณโรค**

**ไพบลีย์ เออทวิกุล**

พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

การใช้เลือด หรือ ซีรัม สำหรับ การเพาะเชื้อวัณโรคนั้นตามเอกสาร อังอิงปรากฏว่ามีผู้ ทำกันมานานแล้ว, เช่น Koch (๑๘๘๒) ผู้เริ่มทำการเพาะแยกเชื้อวัณโรค สำเร็จ เป็นคนแรกก็ใช้ ซีรัมของวัวเป็นมีเดีย. ต่อมาก็มักมีผู้ประดิษฐ์มีเดียต่างๆ โดยมีเลือดหรือซีรัมเป็นส่วนผสมที่ใช้ ในการนี้. ตัวอย่างเช่นในปี ๑๙๓๒ Minshulow ใช้ Bordet-Gengou base ผสมเลือดม้า ๒๕ ปร. ในการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค, ซึ่งงานนี้ได้รับการ

สนับสนุนจากการทดลองของ Alexander (๑๙๓๔). ในปี ๑๙๔๗ Dunhy, Fousek ใช้มีเดียเหลวซึ่งประกอบด้วยเลือดคนที่ใส่ซีเตรทและทำให้เม็ดเลือดแตกสลายแล้วผสมกับกลีเซอริน.

ส่วนมากของงานเหล่านี้มิได้มุ่งไปในการที่จะใช้มีเดียเลือดเพื่อการวินิจฉัยโรค. ส่วนมากมุ่งหมายไปในการศึกษาค้นคว้าอื่น ๆ เช่น Minshulow ทำการทดลองเพื่อหาความแตกต่างในลักษณะโคโลนีของวัณโรคชนิด มนุษย์, วัว, และนก และไก่ให้

ข้อสังเกตไว้ว่ามีเคี้ยเลือกเหมาะสำหรับการแยกเชื้อวัณโรคในชั้นต้นเหมือนกัน.

การใช้มีเคี้ยเลือกเพื่อการแยกเชื้อวัณโรคในชั้นต้นเพื่อการวินิจฉัยโรคนั้นได้รับการริเริ่มอย่างจริงจังจาก M.S. Tarshis ในประมาณปี ๑๙๕๑ (1) โดยเขาเริ่มทำการทดลองเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค H 37 Rv strain ในมีเคี้ยประจำต่างๆ ผลมักมีเลือกคน. ในงานครั้งต่อๆ มาเขาได้พยายามคัดแปลงหาส่วนผลที่เหมาะสมที่สุดและประหยัดที่สุด, จนตอนสุดท้ายในปี ๑๙๕๓ ได้สูตรที่ทำการซึ่งเขาได้นำไปใช้ทดลองคุณภาพในการทำการแยกเชื้อชั้นต้นจากตัวอย่างตรวจต่างๆ และรายงานผลไว้แสดงว่าได้ผลดีเทียบเท่ามีเคี้ยของ Lowenstein-Jensen. (2) ในระยะ ๒-๓ ปีระหว่างการค้นคว้าของ Tarshis ได้มีผู้อื่น เช่น M.E. Clark ทำการทดลองเกี่ยวกับเรื่องนี้เหมือนกัน. แต่มีรายละเอียดปลีกย่อยต่างกันไป, และงานของ Tarshis ยังมีได้มีผู้ใดทำสนับสนุนหรือคัดค้านผลแต่อย่างไรร.

รายงานฉบับนี้ทำขึ้นตามแนวทางของ Tarshis เพื่อทดสอบผลเปรียบเทียบกัน และปรากฏว่าได้ผลดี, เหมาะสำหรับห้อง

ปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยโรค, โดยเฉพาะห้องปฏิบัติการของเรา คงเหตุผลที่จะได้บรรยายในตอนหลัง.

### วัตถุประสงค์และวิธีการทดลอง

ตัวอย่างตรวจ ตัวอย่างตรวจทั้งหมดเป็นเสมหะ ๔๕๓ ตัวอย่าง. เสมหะเหล่านี้โดยมากเก็บค้างไว้แล้ว ๗๒ ชม. ในตู้เย็น. เสมหะได้จากผู้ป่วยของสถานตรวจโรคปอด, ยศเส. มีทั้งตัวอย่างที่ให้ผลบวกและผลลบสำหรับเชื้อที่คิดส์แอซิด ฟาสต์ (Kinyoun). สำหรับตัวอย่างตรวจที่ให้ผลบวก แสดง ความหนาแน่นของ เชื้อโดยสระเกล็ดของ Gaffky.

เสมหะที่ได้มาได้ผสมให้สม่ำเสมอ และทำให้เข้มข้นขึ้น โดยใช้วิธีไซเคียมยัยตรอกไซค์. ใช้ผลที่ได้นหยดประมาณ ๐.๕ ล. ชม. ใส่ในมีเคี้ย Lowenstein-Jensen ๑ หลอด, และมีเคี้ยเลือก ๑ หลอด. ปิดจุกด้วยพาร์ฟิฟีนแล้วพักไว้ที่ ๓๗° ซ. โดยวางเอียงไว้ ๒๔ ชม. และต่อจากนั้นตั้งทิ้งไว้. หลอดเพาะเชื้อเหล่านี้เอาออกมาตรวจด้วยตาหัดละ ๒ ครั้ง.

เก็บไว้ ๖ สัปดาห์. อ่านผลขวก โดยการค  
ลักษณะ โคลोनีย์ และ การ ย้อม เซอจาก  
โคลोनีย์.

มีเดีย

๑. มีเคียมเลือด มีส่วนประกอบและ

วิธีทำดังนี้ :

ส่วนประกอบ

- อะการ์ ..... ๑.๕ กรัม
- กลีเซอริน ..... ๑.๐ ล. ซม.
- เลือดจากคคังเลือด ..... ๒๕.๐ ล. ซม.
- น้ำกลั่น ..... ๗๔.๐ ล. ซม.
- เพนิซิลลิน (ผลิตภัณฑ์ จี โซ เคียม) ๕๐ หน่วย / ล. ซม.

pH 6.8

วิธีทำ ละลายอะการ์ในน้ำกลั่นโดย  
ใช้ ความ ร้อน ช่วย แล้วเติม กลีเซอริน.  
ส่วนผสมนี้ทำลายเซอโดยใช้ไฮโดรคลอริก  
ความคัน ๑๕ ปอนต์ ๑๕ นาที. แล้ว  
ปล่อยให้เย็นลงถึง ๔๐ ° ซ. จึงเติม  
เลือดและเพนิซิลลินจำนวนที่ต้องการ.

ผสม ให้ เข้า กันดี แล้ว แบ่งใส่หลอดแก้ว  
ประมาณหลอดละ ๕ ล. ซม. แล้ววาง  
หลอดเอียงให้มิดเคียมแข็งเป็นสะพานที่.

๒. Lowenstein - Jensen medium

ใช้สูตรและวิธีทำตามมาตรฐาน.

ผลการทดลอง

ตาราง ๑

ก. การวิเคราะห์ผลโดยทั่วไป

จำนวนทั้งหมด	เพาะเซอชน	เพาะเซอไมชน	ปนเบอน
๔๕๓	๕๕	๒๑๓	๑๘๕

ข. การเปรียบเทียบผลของมีเตี้ยทั้งสอง

ผลรวมทั้งหมดในมีเตี้ยเล็ก . . . . . ๗๕ = ๗๕.๗ %

ผลรวมทั้งหมดใน L.J. . . . . ๘๘ = ๘๘.๘ %

ชันในเล็ก ชันใน L.J.	ชันในเล็ก ไม่ชันใน L.J.	ไม่ชันในเล็ก ชันใน L.J.	ชันในเล็ก ชันใน L.J.	ชันในเล็ก ชันใน L.J.
๕๑ ๓๐.๘ %	๔๐ ๒๓.๕ %	๔๘ ๒๘.๗ %	๑๖ —	๑๒ —

ค. การเปรียบเทียบอัตราการปรากฏของโคโลนี

เฉลี่ยจำนวนวันที่เริ่มเห็นโคโลนีในมีเตี้ยเล็ก . . . . . ๑๕.๔ วัน

เฉลี่ยจำนวนวันที่เริ่มเห็นโคโลนีใน L.J. . . . . ๑๕.๖ วัน

	๑-๗ วัน	๘-๑๔ วัน	๑๕-๒๑ วัน	๒๒-๒๘ วัน	๒๙-๓๕ วัน	๓๖-๔๒ วัน
เล็ก	๒	๑๗	๓๐	๒๓	๕	๒
L.J.	๐	๒๕	๓๓	๑๗	๑๑	๒

ง. การเปรียบเทียบผลของการปนเปื้อน

จำนวนหลอดทั้งหมดของมีเตี้ยแต่ละชนิด . . . . . ๔๕๓

จำนวนหลอดมีเตี้ยเล็กที่มีการปนเปื้อน . . . . . ๑๒๐ = ๒๖.๑ %

จำนวนหลอดมีเตี้ย L.J. ที่มีการปนเปื้อน . . . . . ๑๒๕ = ๒๗.๐ %

สรุปผลของการเปรียบเทียบระหว่าง  
มีเคียบทั้งสองชนิดนี้ปรากฏว่าจากจำนวน  
ตัวอย่างตรวจทั้งหมด ๔๕๓ ตัวอย่าง มีผล  
บวกทั้งหมด ๕๕ ตัวอย่าง. ในจำนวนผล  
บวกนี้ ๑๕.๗ ปช. ได้จากมีเคียบเล็กและ  
๔๔.๘ ปช. ได้จาก L-J, ๔๐ สะเทรนของ  
เชอซันในมีเคียบเล็ก โดยไม่ขึ้นใน L-J,  
และ ๔๘ สะเทรน ขึ้นใน L-J แต่ไม่ขึ้นใน  
มีเคียบเล็ก.

ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่แรกเห็นโค-  
โลนีย์ในมีเคียบเล็ก ๑๕.๔ วัน, และใน  
L-J ๑๕.๖ วัน. ส่วนมากของเชอซันใน  
วันที่ ๘ ถึง ๒๘ ในมีเคียบทั้งสองชนิด.

การปนเขื่อนพบในมีเคียบเล็ก ๒๔.๑  
ปช. และใน L-J ๒๕.๐ ปช. ซึ่งนับว่าไม่

แตกต่างกัน.

อนึ่ง, จากผลการทดลองครั้งนี้ได้  
เปรียบเทียบผลของการย้ายละเลงโดยตรง  
กับผลของการเพาะเชอซัน. ปรากฏว่า  
จากตัวอย่างตรวจทั้งหมด ๔๕๓ ตัวอย่าง  
มีตัวอย่างให้ผลบวก ๑๗๔ ตัวอย่าง. ใน  
ตัวอย่างตรวจซึ่งยอมให้ผลบวกเพาะเชอ  
ซันได้ ๓๑.๖ ปช. ในมีเคียบเล็กและ ๓๐.๐  
ปช. ใน L-J. นอกนั้นทั้ง ๆ ที่ยอมพบตัว  
แต่พบเชอไม่ขึ้นมีจำนวนใกล้เคียงกันทั้งใน  
มีเคียบเล็กและใน L-J. จากตัวอย่างตรวจ  
ที่ยอมให้ผลลบ, ปรากฏว่าเพาะเชอซันใน  
เล็ก ๗.๒ ปช. และใน L-J ๑๐.๓ ปช.  
(ตาราง ๒).

ตาราง ๒

เปรียบเทียบผลของการย้ายละเลงโดยตรงกับการเพาะเชอ  
ให้ผลบวก . . . . . ๑๗๔ ตัวอย่าง

มีเคียบ	ยอม +, เพาะซัน	ยอม +, เพาะไม่ซัน	ยอม +, ปนเขื่อน	ยอมผลลบ, เพาะซัน
เล็ก	๕๕ ๓๑.๖ %	๗๘ —	๔๑ —	๒๓ ๗.๒ %
L. J.	๕๒ ๓๐.๐ %	๗๒	๕๐	๓๓ ๑๐.๓ %

ลักษณะโคโลนีย์ของเชื้อวัณโรคบนมีเคีย  
เลือก งานของ Tarshis ได้แสดงไว้ว่า  
โคโลนีย์ของเชื้อวัณโรคบนมีเคียเลือก  
แบ่งได้เป็น ๕ แบบ:

๑. ขรุขระ, เป็นปุ่มปม, หรือคล้าย  
คอกกระทง.

๒. คล้ายขนิกที่หนึ่ง, แต่มีลักษณะ  
เป็นพุ่มรามิคและตรงกลางมีเม็ดคนคล้าย  
ห้วนม.

๓. คล้ายกับชนิดที่สองมากแต่มี“หวั  
นม” เห็นชัดเจน.

๔. ขรุขระ, ตะปุ่มตะป่ำ, รูปเป็นวง  
กลมมน (คล้ายโคนัท).

๕. โคโลนีย์เล็ก ๆ, เรียบ, แห้ง และ  
และโค้งนูน. มีรูปร่างต่าง ๆ. มักอยู่ติดกัน  
เป็นพืด. ลักษณะนพบในมีเคียซึ่งมีเชื้อ  
ขึ้นหนาแน่น.

จากการทดลองของเราพบว่าส่วนมาก  
ลักษณะโคโลนีย์เป็นแบบ ๕, ๔, และ ๑ ตาม  
ลำดับจากมากมาน้อย.

**วิจารณ์ผล**

จากผลการทดลองในตัวอย่างตรวจ  
๔๕๓ ตัวอย่าง, เราพบว่าการป้ายละเลง  
โดยตรงให้ผลบวกใน ๑๗๔ ตัวอย่าง. ใน

จำนวนนพบว่ามีเชื้อได้เพียงประมาณ  
๓๐.๒ ปร. ทั้งใน L-J และในเลือก. ผลน  
คเพียงผืน ๆ จะรู้สึกว่าเป็นผลที่ค่อนข้าง  
จะเร็ว. แต่ถ้าเรากำหนดถึงหลักการและ  
ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเชื้อวัณโรค  
แล้วจะเห็นได้ว่าค่าที่ได้นั้นเป็นผลที่น่าพอใจ  
เป็นอย่างมาก. เพราะตามหลักทั่วไป  
ยาซิลลิสซินิกแอซิดฟอสเฟตที่พบในเสมหะ  
นั้นถ้าสมมติว่าเป็นเชื้อวัณโรคทั้งหมด, เรา  
ก็จะเพาะเชื้อขึ้นไม่ได้เต็ม ๑๐๐ ปร. ทั้ง  
นั้นเพราะว่าการย้อมพบตัวไม่ได้แสดงว่าเชื  
นั้นมีความสามารถยังชีวิต ที่จะขึ้นได้ใน  
อาหารเพาะเชื้อที่ปรุขุ่นเสมอไป. เชื้อที่  
ตายแล้วเราก็อาจจะย้อมพบได้. ตาม  
รายงานการทดลองของ Jensen และ  
Bindslev อ้างถึงโดย C. R. Smith (3)  
ปรากฏว่าเชื้อวัณโรคที่ย้อมพบในเสมหะนั้น  
มีส่วนที่สามารถจะเจริญขึ้นได้ในอาหาร  
เพาะเชื้อที่ปรุขุ่นเพียง ๐.๗- ๕.๓ ปร.  
(เฉลี่ย ๑.๕ ปร.) เท่านั้น. ทั้งนี้เขาให้  
เหตุผลไว้ว่าอาจจะเป็นเพราะ:

๑. การย้อมพบเชื้อไม่ได้แสดงถึง  
ความสามารถยังชีวิตของเชื้อ. เชื้อที่ย้อม  
พบอาจจะเป็นเชื้อที่ไม่สามารถยังชีวิต  
หรืออ่อนแอมากจนไม่สามารถจะเจริญใน

อาหารได้.

๒. การที่จะแบ่งได้เข้าส่วนที่มีความสามารถยังชีวิตไปเพราะนั้น อาจจะมีน้อยมาก.

๓. การรักษาด้วยสารเคมีและแอนติ-ไบโอติกมีผลสำคัญในแง่ของความสามารถยังชีวิตของเชื้อ.

ที่กล่าวนี้เป็นหลักการที่สัมพันธ์กันระหว่างการย้อมพบเชื้อและการเพาะเชื้อขึ้น, ซึ่งควรจะคำนึงอยู่เสมอในการแปลผล.

ข้อเท็จจริงที่สนับสนุนข้อกล่าวอ้างนี้เราจะพบได้มากมายในรายงานต่าง ๆ ที่แสดงถึงคุณค่าของมีเดียชนิดหนึ่ง ๆ ในการเพาะเชื้อวัณโรค. เช่น Melvin และพวก,<sup>(4)</sup> ในรายงานที่แสดงถึงผลเปรียบเทียบของมีเดียต่าง ๆ ในตัวอย่างตรวจที่เขาทำการทดลอง, ประมาณ ๘๐-๘๕ ปช. ให้ผลบวกในการป้ายละเลงโดยตรง. ผลการเพาะเชื้อขึ้นมีเพียง ๑๕-๔๒ ปช. เท่านั้น. ในรายงานของ Clark<sup>(5)</sup> พบว่า ในตัวอย่างตรวจซึ่งให้ผลบวกในการป้ายละเลงโดยตรงเพาะเชื้อขึ้นประมาณ ๑๑-๑๓ ปช. เท่านั้น.

ในด้านการย้อมของเชื้ออื่น ๆ นั้น, จากการทดลองครั้งหนึ่งพบว่าในมีเดียเลือก

ได้ถึง ๒๔.๑ ปช. และใน L-J ๒๕.๐ ปช.

สถิติการย้อมเช่นนี้นับว่าค่อนข้างจะสูงเมื่อเทียบกับผลของ Tarshis<sup>(2)</sup> ซึ่งในมีเดียเลือกมีเพียง ๕ ปช. และ L-J ๖.๕ ปช.

ดังนั้นอาจจะเป็นเพราะ:

๑. ในการทดลองของ Tarshis เขาใช้มีเดียอย่างละ ๒ หลอด, คือใช้มีเดีย ๔ หลอดต่อหนึ่งตัวอย่างตรวจ. ของเราเองจากความประหยัดเราใช้เพียง ๒ หลอดต่อหนึ่งตัวอย่างตรวจ. เมื่อเขียนถึงจำนวนหลอดที่มีเชื้อปนเขื่อนเมื่อมาคิดเทียบกับจำนวนหลอดทั้งหมดในการทดลองของเรา ย่อมมีความโน้มเอียงไปในทางที่จะมีเปอร์เซ็นต์สูงเป็นธรรมดา.

๒. ภาวะของห้องปฏิบัติการของเราส่วนใหญ่ขณะที่ทำการทดลองครั้งนี้ เป็นห้องปฏิบัติการชั่วคราว. มีลมโกรกเสมอและทำการทดลองบนโต๊ะเคี้ยวกับการเพาะเชื้ออื่น ๆ ด้วย, อันอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการปนเขื่อนเพิ่มขึ้นกว่าที่ควร.

จากผลของตัวอย่างตรวจซึ่งย้อมให้ผลลบเราพบว่าเพาะเชื้อวัณโรคขึ้นถึง ๗.๒ ปช. ในมีเดียเลือก, และ ๑๐.๓ ปช. ใน L-J. ซึ่งอันเป็นเครื่องแสดงถึง

คุณสมบัติของมีเคียเลือกว่ามีคุณค่าที่  
เทียบเท่ากับ L-J, ซึ่งเราถือเป็นมีเคียมาตรฐาน  
ฐานในการเพาะเชื้อวัณโรค.

สรุปผลการทดลองก็เป็นที่น่าพอใจ,  
เพราะทั้ง ๆ ที่อัตราการปนเปื้อนค่อนข้าง  
สูง, แต่อัตราการเพาะเชื้อขึ้นก็ยังอยู่ใน  
เกณฑ์ที่, ทั้งในตัวอย่างตรวจที่ย้อมให้ผล  
ลบและบวก. ถ้าเราลดอัตราการปนเปื้อน  
ลงได้อีกอัตราการเพาะเชื้อขึ้นน่าจะสูงกว่า  
ผลที่ได้ในคราวนี้.

สำหรับการเปรียบเทียบผลระหว่างมี-  
เคียเลือกและ L-J นั้น ปรากฏว่าได้ผล  
ใกล้เคียงกันทั้งในอัตราการเพาะเชื้อขึ้น,  
อัตราการปนเปื้อน, และอัตราจำนวนวัน  
ของการปรากฏของโคโลนี. แสดงให้  
เห็นว่ามีเคียเลือกนั้นเป็นมีเคียอีกชนิดหนึ่ง  
ที่มีคุณค่าในการเพาะเชื้อวัณโรค.

ความหลักทั่ว ๆ ไปในการเพาะเชื้อ  
วัณโรคนั้น เราควรใช้มีเคียอย่างน้อย  
สองอย่างต่อหนึ่งตัวอย่างตรวจ, เพื่อว่า  
ถ้าอย่างสะเตรนของเชื้อไม่ขึ้นในมีเคียชนิด  
หนึ่งแต่อาจจะขึ้นในมีเคียอีกชนิดหนึ่งก็  
ได้, เช่นการใช้ L-J ควบกับ Petroff  
medium, L-J กับ Petraghani medium  
L-J กับ ATS medium เป็นต้น.

มีเคียต่าง ๆ เท่าที่มีผู้ใช้กันมา ถ้าจะ  
ให้ได้ผลดีสำหรับการแยกในชั้นต้นมักจะ  
มีส่วนผสมที่ซับซ้อน, ต้องมีไข่, นม, มัน  
หรือผงมัน, กลีเซอริน, และส่วนผสม  
ประจำอีกหลายอย่าง. จะเห็นได้ว่าล้วน  
แต่ต้องใช้ของมากชนิด, ราคาแพง, และ  
บางอย่างหาได้ยากในบ้านเรา. ฉะนั้นการ  
ที่มีเคียเลือกใช้ได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ  
เช่นนี้เราก็ควรใช้มีเคียเลือกแทนมีเคีย  
อื่นชนิดหนึ่งชนิดใดก็ได้, เป็นการประหยัด  
อย่างยิ่งสำหรับห้องปฏิบัติการวินิจฉัยโรค,  
ซึ่งจะต้องทำการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคจาก  
ตัวอย่างตรวจต่าง ๆ เป็นงานประจำ.

มีเคียเลือกมีข้อดีที่ควรจะได้รับ  
สนับสนุนเพราะ:

๑. ผลใช้ได้ดีเมื่อเทียบเท่ากับ L-J, ซึ่ง  
เป็นมีเคียหลัก.

๒. วัตถุดิบหาง่าย, ราคาถูก, เช่น:

ก. เลือดที่ใช้เป็นเลือดคนซึ่งได้จาก  
เลือดซึ่งหมกอายุของคลังเลือด. อายุ  
ของเลือดไม่เป็นปัจจัยที่ต้องกังวลมาก  
ตามผลงานของ Tarshis (1) แสดงไว้ว่า  
ใช้ได้ทั้งเลือดใหม่ ๆ และเลือดที่หมกอายุ  
๒ เดือน. ขอขึ้นนัยว่าเป็นการประหยัด  
อย่างมาก. เท่ากับเอาของเสียที่ไม่

ราคามาใช้เป็นประโยชน์, คือมาเป็นส่วน  
ผสมที่สำคัญที่สุดของมีเดียน.

ข. ส่วนประกอบอย่างอื่น, คืออะ-  
การ, เพนซิลลิน, และกลีเซอริน ใช้  
เป็นส่วนประกอบเพียงเล็กน้อย, และของ  
เหล่านี้ล้วนแต่หาได้ง่าย, ราคาถูก.

ค. การเตรียมมีเดียนเลือกทำได้ง่าย  
มาก เมื่อเทียบกับการเตรียมมีเดียนอย่าง  
อื่น ๆ สำหรับเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค. แม้  
กระทั่งห้องปฏิบัติการตามชนบท ก็อาจจะ  
ทำขึ้นใช้ได้.

ง. ความคงทนของมีเดียนก็เท่ากับมี  
เดียนอื่น ๆ. คือเมื่อทำเป็นมีเดียนแล้วเก็บ  
ไว้ในตู้เย็นได้ถึง ๓-๔ เดือนโดยไม่เสื่อม  
คุณภาพ.

ด้วยเหตุผลต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น  
เราจึงเห็นเป็นการสมควรที่จะสนับสนุนการ  
ใช้มีเดียนเลือกประกอบกับ L-J หรือมีเดียน  
อื่น ๆ ในการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคในห้อง  
ปฏิบัติการวินิจฉัยโรค.

**สรุป**

๑. ได้รายงานผลการทดลองเปรียบเทียบ  
เทียบคุณค่าของมีเดียนเลือกกับ L-J เพื่อ  
ใช้ในการแยกเชื้อของวัณโรค.

๒. ผลปรากฏว่ามีเดียนเลือกใช้ได้ผล  
ดีเท่าเทียมกับ L-J.

๓. สมควรสนับสนุนการใช้มีเดียน  
เลือกเพื่อการนเพาะเป็นของหาง่าย ทำ  
ง่าย, ราคาถูก, และใช้ได้ผล.

ในที่นี้ผู้รายงานขอขอบพระคุณ  
ศาสตราจารย์ชนเกษตรศาสตร์มหาวิทยาลัย,  
ที่กรุณาอนุญาตให้ทำการทดลอง; อาจารย์  
นายแพทย์ สุขุม ภัทราคม, ที่กรุณาให้  
คำแนะนำและให้คำปรึกษาตลอดการทดลอง;  
นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร, ผู้  
อำนวยการสถานตรวจโรคปอด, ยศเส,  
และแพทย์หญิงประยูร ไชยกาล, ที่กรุณา  
ให้นำเสมหะของผู้ป่วยมาใช้ ในการทดลอง;  
และขอขอบคุณ คุณจวน นุ่มหิ้นต์,  
พนักงานวิทยาศาสตร์ประจำหน่วยบำบัด,  
ช่วยไปนำเสมหะจากสถานตรวจโรคปอด  
ตลอดการทดลอง และมีส่วนช่วยเหลือ  
อย่างมาก ในการเตรียมมีเดียนสำหรับการ  
ทดลองครั้งนี้.

อนึ่ง, ขอขอบคุณหน่วยถ่ายเลือด ร.พ.  
ศิริราชที่กรุณาให้เลือดที่หมดอายุสำหรับการ  
ทดลองครั้งนี้, และสำหรับใช้ต่อไป  
เป็นการประจำด้วย.

เอกสาร

(1) M.S. Tarshis et al. Am. J. Clin. Path. 21:101-113, 1951.

(2) M.S. Tarshis et al. J. Bact. 66: 448-452, 1953.

(3) C.R. Smith. Am. J. Clin. Path. 21:673-700, 1951.

(4) I. Melvin et al. Am. Rev. Tuberc. 63:459-475, 1951.

(5) M.E. Clark. Am. J. Clin. Path. 23:671-675, 1953.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

BLOOD MEDIUM FOR TUBERCLE BACILLI

Paibul Euatavikul

M.B.

(Dept. of Pathology)

---

The author tested the suitability of a blood medium (agar 1.5 gm.; glycerine 1.0 ml.; blood 25.0 ml.; distilled water 74.0 ml.; penicillin G, sodium salt, 50 units per ml.; pH 6.8, Tarshis) for the primary isolation of tubercle bacilli, compared to Loewenstein-Jensen medium. He found the blood medium to be wholly satisfactory, giving

results which were in every way comparable to those of the other medium, and having the additional advantages of convenience and cheapness. He suggested that the blood medium he adopted for routine use in the diagnostic laboratory.

(Five references)

wc 1

---

# มะเร็งเต้านมในชาย

รายงานคนไข้ ๑ ราย

ทวี บุญโชติ

พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา)

มะเร็งเต้านม ในชาย เป็นโรคที่พบบ่อยน้อยนัก. ตามที่ค้นได้ในวิทยาสารและตำราต่างประเทศปรากฏมีกล่าวรวม ๆ ไว้ว่ามีเพียง ๑.๐ ถึง ๑.๕ ๒๕. ของมะเร็งของเต้านมทั้งหมด. (1,2,3) ในประเทศเรา, โรจน์ สุวรรณสถิตและทวี บุญโชติ ได้เคย รวบรวม สถิติ ไว้ว่าพบเพียง ๑.๕ ๒๕. ของมะเร็งที่เต้านมทั้งหมด, (4) ซึ่งนับว่าใกล้เคียงกับในต่างประเทศ. ผู้ช่วยรายหนึ่งในจำนวนที่รวมอยู่ในสถิติที่กล่าวแล้วนี้ ได้รับการ ติดตามต่อมาเป็นเวลาประมาณสามปีแล้ว. ปรากฏว่ายังอยู่ในสภาพดี. โดยที่ยังไม่เคยมีรายงานละเอียดเกี่ยวกับคนไข้รายนี้เลย และมีข้อที่น่าสนใจเกี่ยวกับการรักษา, จึงขอเสนอรายการละเอียดไว้เพื่อเป็นหลักฐานและเพื่อการศึกษาคู่ต่อไป.

ผู้ช่วยเป็นชาย, สัญชาติไทย, อายุ ๕๕, มีภรรยาแล้วและยังอยู่ด้วยกัน. เป็น

ข้าราชการเขียบ้านาญ. บ้านอยู่ที่ตำบลจันทนิมิต, อำเภอเมือง, จังหวัดจันทบุรี. ค้นค้นได้ไป รับการตรวจ และรักษา ที่โรงพยาบาลเมืองจันทบุรี, จังหวัดจันทบุรี (เลขที่ทั่วไป ๒๗๕๓/๕๖, เลขที่ภายใน ๑๓๒๒/๕๖) โดยผู้รายงานเป็นผู้ดูแลรักษา. ให้ประวัติการป่วยว่ามีก้อนเกิดขึ้นที่หัวนมข้างขวา. เป็นมาประมาณ ๒ ปี. ในชั้นแรกพบว่าก้อนโตขนาดปลายนิ้วก้อย. ต่อมาค่อยๆ โตขึ้นโดยไม่มีอาการรบกวนแต่อย่างใด. ไม่เคยมีอะไรไหลออกจากหัวนม. ก้อนนั้นเคลื่อนที่ได้โดยสะดวก, ไม่ติดตึงกับเนื้อ. เมื่อหกเดือนก่อนไปโรงพยาบาลมีเม็ดเกิดขึ้นที่ในรักแร้ข้างขวา ๒ เม็ด, โดยไม่เจ็บปวดแต่อย่างใด. เม็ดทั้งสองนั้นโตขึ้นเรื่อยๆ คุ้ไปกับก้อนที่หัวนม. ในตอนหลังนี้ผู้ช่วยสังเกตว่าก้อนที่นมและที่รักแร้ โตขึ้นเร็วผิดปกติกว่าเคย, จึงมารับ การตรวจ และรักษา ที่โรงพยาบาล.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีอะไรที่  
สลักสำคัญ.

ในส่วนตัวของคน ใช้ตามปกติเป็นคน  
แข็งแรง. ชอบล่าสัตว์มาหลายปี. เป็นคน  
ฉันทิมอขวา. เวลายังขึ้นก็ประทับใจข้าง  
ขวา. ในครอบครัวไม่มีใครอื่นเช่นกัน  
อย่างผู้ป่วย.

ในการตรวจร่างกายเมื่อแรกพบผู้ป่วย  
ป่วยเป็นคนรูปร่างผอมเกร็งแต่แข็งแรง. ที่  
บริเวณหัวนมข้างขวามีผิวหนังมีสีคล้ำ. มี  
ลักษณะคล้ายผิวส้ม. คลำพบก้อนเนื้องอก  
อยู่ข้างใต้. ผิวหนังติดกับก้อน. ก้อน  
โตขนาดประมาณเส้นผ่าศูนย์กลางยาว ๓  
ซม. รูปค่อนข้างกลม. ผิวขรุขระ, แข็ง  
ปานกลาง. ติดกับผิวหนังแต่ไม่ติดกับอวัยวะ  
ภายใต้. ไม่เจ็บปวด. เวลาขยับไม่มีอะไรไหล  
ออกจากหัวนม. ที่รักแร้ขวา, ตรงขอบ  
ด้านหลังของส่วนหลังจับหน้ารักแร้ (แอน  
ทีเรียร์ แอ็กซิลลารีไฟลด์) คลำพบก้อน  
ขนาดนิ้วหัวแม่มือ ๒ ก้อนติดกัน, ขยับไม่  
เจ็บ, ไม่ติดกับผิวหนังหรือกับอวัยวะรอบๆ,  
เคลื่อนไหวได้สะดวก. เต้านมข้างซ้ายเป็น  
ปกติ. ที่บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า  
ทั้งสองข้างคลำไม่พบก้อนอะไรผิดปกติ.  
ระยะอื่นๆไม่พบสิ่งผิดปกติ. ถ่ายภาพปอด

ด้วยรังสีเรินทเก้นไม่พบการกระจายของ  
มะเร็ง. การตรวจนับเม็ดเลือด, ตรวจ  
อุจจาระและปัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ได้ให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่ามะเร็งที่เต้านม  
ข้างขวาในระยะที่สาม (U.V. Portman),  
มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่  
รักแร้ขวา.

ในการรักษาได้ตัดเอาก้อนที่นมขวา  
ทั้งหมดออก, และส่งมาตรวจที่แผนกพยาธิ  
วิทยา, โรงพยาบาลศิริราช. ได้รับความ  
งานผลว่าเป็นมะเร็งชนิดอะดีโนคาร์ซิโน  
ม่า. จึงได้ตัดเต้านมขวาออกอย่างถาวร  
(แรดิคัล มาสเท็คโตมีย์) แล้วส่งผู้ป่วย  
มารับ การรักษา ต่อไปที่แผนก รังสีวิทยา,  
โรงพยาบาลศิริราช. ได้รับความรักษาโดย  
เทคนิคของรังสีเรินทเก้นลึก, 350 Kv,  
5 Ma, H.V.L. 3.3 mm. Cu. ที่บริเวณหน้า  
อกข้างขวา, รักแร้ขวา, และบริเวณ  
กระดูกไหปลาร้าทั้งส่วนล่าง และส่วนบน,  
ได้รับขนาดของรังสีดังนี้, คือ (๑) บริเวณ  
หน้าอก, ขนาดสำหรับเนื้องอก, ๔๓๕๑  
r ใน ๒๑ วัน, (๒) บริเวณรักแร้, ขนาด  
สำหรับเนื้องอก ๔๐๔๔ r ใน ๑๔ วัน,  
(๓) บริเวณกระดูกไหปลาร้า, ขนาดสำหรับ  
เนื้องอก, ๔๐๔๔ r ใน ๑๔ วัน.

หลังจากการรักษาด้วยรังสีเร็นตเก็น  
 ลึกผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปดี. ไม่มีก้อนผิดปกติ  
 เกิดขึ้นในที่ใดอีก. จนกระทั่ง ๒ ปี  
 กับ ๓ เดือนหลังจากการรักษา จึงพบก้อน  
 โตขนาดประมาณ ๑ ซม. เกิดขึ้นที่ใน  
 บริเวณต่ำกว่ากระดูกไหปลาร้าเล็กน้อย.  
 เคลื่อนไหวไม่ได้และติดกับผิวหนัง. ได้  
 รักษาอีกที่เกิดใหม่ด้วยรังสีเร็นตเก็น  
 ลึกโดยเทคนิคเดิม. ได้ขนาดรังสีสำหรับ  
 เนื้องอก, ๔๓๖๐ r ใน ๒๐ วัน. ก้อนนั้น  
 ยับและหายไป. ในปัจจุบันผู้ป่วยยังมี  
 ชีวิตอยู่และเป็นปกติ. ไม่มีก้อนเกิดขึ้นใน  
 ที่ใด. รวมเวลาตั้งแต่ตรวจพบมะเร็งที่  
 เต้านมจนบัดนี้เป็นเวลาประมาณ ๓ ปี.

### สรุป

(๑) ได้รายงานผู้ป่วยชาย ๑ ราย,  
 เป็นมะเร็งที่เต้านมข้างขวาและแพร่กระจาย  
 ไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้.

(๒) ได้ให้การรักษาด้วยการผ่าตัด  
 เอาเต้านมออกอย่างถาวร, ตามด้วยการ  
 ฉายารังสีเร็นตเก็นลึก.

(๓) ผู้ป่วยกลับเป็นมะเร็งขึ้นใหม่อีก  
 ที่ต่อมน้ำเหลือง. ได้ให้การรักษาด้วยรังสี  
 เร็นตเก็นลึกเช่นกัน. ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่  
 อย่างปกติจนถึงเวลาทรายงานนี้, รวมเป็น  
 เวลาประมาณ ๓ ปีนับตั้งแต่ตรวจพบมะเร็ง.

ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ์  
 ที่ได้กรุณาตรวจแก้ไข และให้คำแนะนำในการเขียน  
 รายงานนี้.

### เอกสาร

1. Ackerman-Regato: Cancer, Diagnosis Treatment, and Prognosis, p. 970. C.V. Mosby Co., 1954 (St. Louis).
2. Geschickter: Diseases of the Breast, p. 396. Lippincott, 1948 (Phila.)
3. Ernest M. Daland: Cancer, A Manual for Practitioners, p. 116., 2nd ed., Am. Cancer Soc., Boston, 1950.
4. โรจน์ สุวรรณสุทธิ์, ทวี บุญโชติ. จมท. แพทย์สมาคม ๓๘: ๒๒๕-๒๕๒, ๒๕๕๘

(Summary of the fore-going Report)

A CASE OF CARCINOMA OF THE MALE BREAST

Dhavi Boonyajoti

M.B.

(Dept. of Radiology)

---

In Thailand carcinoma of the male breast is found only in 1.5 per cent of all cases of breast carcinoma. The author describes one such case first seen 3 years ago in a man of 59. The growth was noticed about two years before consultation, as a lump about the size of the tip of the little finger. It grew gradually and was not accompanied by other symptoms. One and a half year later two painless lumps developed in the right axilla. Roentgenogram failed to reveal evidence of metastasis in the chest. The case was diagnosed as carcinoma

of the breast, stage III, and was submitted to radical mastectomy followed by deep roentgen therapy. Thereafter he was well for 2 years and 3 months. Then he noticed a new lump in the subclavicular region, which disappeared after another series of deep roentgen radiation. At the time of reporting three years after the first consultation the patient was in normal and healthy condition.

(Four references)

2

---

# พยาธิสภาพของเรติน่าในโรคความดันเลือดสูง

บรรจงศักดิ์ นะมาตร

พ.บ., D.O.L, D. Oph. (Tulane), C.Br. (Penna.)

(แผนกจักษุวิทยา)

เป็นที่ทราบกันทั่วไปแล้วว่าความดันเลือดสูงนั้นเป็นแต่เพียงอาการอย่างหนึ่งซึ่งพบได้ในโรคหลายอย่างด้วยกัน. อาการนี้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกายได้หลายประการ. การเปลี่ยนแปลงภายในลูกตาก็เป็นส่วนหนึ่งซึ่งนับว่าสำคัญ, โดยอาจประยุกต์ได้หลายทาง และอาจตีความหมายนำไปใช้ประกอบการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคในผู้ป่วยด้วยแสดงอาการความดันเลือดสูงได้. การเปลี่ยนแปลงภายในลูกตานั้นรวมเรียกกันว่า "พยาธิสภาพของเรติน่าเนื่องจากความดันเลือดสูง" (ฮัยเปอร์เทนซีฟ เรติโนพาทีย).

ก่อนที่จะพิจารณาลักษณะเปลี่ยนแปลงภายในตา, จำเป็นต้องมีความเข้าใจหลักบางประการเสียก่อน. ประการแรกคือว่าแขนงของหลอดเลือดเรติน่าที่ตรวจเห็นได้จากนอกลูกตานั้นส่วนใหญ่เป็นชนิดหลอดเลือดแดงรอง (อาร์เตอริโอล). บางส่วนเท่านั้นที่มีลักษณะทางจุลกายวิภาคเป็น

หลอดเลือดแดงแท้ (อาร์เตอริย์). ส่วนนี้ได้แก่หลอดเลือดกลางเรติน่า (เซ็นทรัลเรตินัล อาร์เตอริย์) และบางแขนงของมันใกล้ๆกับดวงอ้อมตึก (อ้อมตึกคิสต์) เท่านั้น. ข้อแตกต่างระหว่างหลอดเลือดแดงแท้และหลอดเลือดแดงรอง (อาร์เตอริโอล) กล่าวโดยย่อคือหลอดเลือดแดงแท้มีผนังส่วนยึดหยุ่นชั้นในและผนังชั้นกล้ำมเนื้อชัดเจน, ส่วนหลอดเลือดแดงรองนั้นไม่มีผนังส่วนยึดหยุ่น, และผนังชั้นกล้ำมเนื้อก็ไม่ติดต่อกันโดยตลอด. Friedenwald กล่าวว่าหลอดเลือดกลางเรติน่าเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อมันลอดผ่านชั้นลามิน่าครีโยซา. ผนังส่วนยึดหยุ่นชั้นในของส่วนที่เลยไปจากนั้นบางลงทุกที่, จนกระทั่งหายไปเมื่อถึงง่ามแยกแขนงอันแรกและอันที่สอง. ผนังชั้นนอกกล้ำมเริ่มบางและเริ่มขาดเป็นห้วง ๆ, และต่อไปก็มีลักษณะของหลอดเลือดแดงรองโดยสมบูรณ์.

หลักประการที่สองที่ควรพิจารณาได้

แก่ความหมายของอาร์เทอร์โอสะเคลอโรสิส. ความจริงคำนี้มาใช้ทั่วไปและหมายถึงการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง. บางชนิดของอาร์เทอร์โอสะเคลอโรสิสเกิดขึ้นเฉพาะในหลอดเลือดแดงใหญ่ ๆ เท่านั้น. บางชนิดพบในหลอดเลือดแดงรอง, และบางชนิดก็เกิดในส่วนอื่นของระบบหลอดเลือด. ฉะนั้นโดยอาศัยหลักที่ได้กล่าวข้างต้น เกี่ยวกับลักษณะของระบบหลอดเลือดแดงของเรติน่า เห็นได้ว่าอาร์เทอร์โอสะเคลอโรสิสที่จะพบได้ภายในลูกตาก็มีแต่เฉพาะที่เกิดแก่หลอดเลือดแดงรองเท่านั้น.

Bell แยกประเภทอาร์เทอร์โอสะเคลอโรสิสเป็น ๖ ชนิด. ในชนิดที่หนึ่งนั้นผนังชั้นใน (อินทิมา) หนาขึ้นเนื่องจากการเกิดขึ้นใหม่ (รีเจเนอเรชัน). ชนิดนี้พบในอวัยวะที่ฝ่อเหี่ยว (อะโทรฟี่) เนื่องจากความต้องการโลหิตลดลงเพียงเล็กน้อย. ผนังชั้นในของหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้ช่องเหลือเล็กน้อย, บางครั้งก็ถึงกับหลอดเลือดตัน. ผนังชั้นในที่เกิดขึ้นใหม่นี้มีลักษณะค่อนข้างโปร่งและเป็นเส้นใยมาก. ในชนิดที่สองการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ผนังชั้นในหนาขึ้นเนื่องด้วยมี

เส้นใยชนิดยืดหยุ่นเพิ่มพูนขึ้น. การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น, แต่เกิดมากขึ้นอย่างผิดปกติในรายที่เป็นโรคความดันเลือดสูงมาก ๆ อยู่นาน ๆ. ผนังชั้นในอาจหนาขึ้นถึงสิบหรือยี่สิบชั้น, โดยที่ตามปกติมีเพียงสองหรือสามชั้น. ชนิดนี้หาขึ้นประกอบด้วยเส้นยืดหยุ่นเป็นส่วนใหญ่. การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้เป็นการตอบโต้ต่อการที่ความดันภายในหลอดเลือดสูงมากกว่าธรรมดา. อาร์เทอร์โอสะเคลอโรสิสชนิดที่สามเป็นชนิดที่เกิดในคนแก่, เรียกว่า “ซีไนล์ไฮคตาเซีย”, และพบเฉพาะที่เอออร์ตาและหลอดเลือดแดงใหญ่ ๆ บางหลอดเลือดเท่านั้น. ลักษณะที่พบคือหลอดเลือดพองออกและมีผนังบางลง, เนื่องจากผนังชั้นยืดหยุ่นมีการขาดตอนออกเป็นห้วง ๆ. ชนิดที่สี่เกิดจากการที่มีหินปูนเกาะที่ผนัง, เรียกว่า “เมืองเคแบร์กัส ส์เคลอโรสิส” (Moenc keberg's sclerosis). เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดในผู้สูงอายุ. มักเกิดแก่หลอดเลือดของขา ก่อน, แล้วต่อไปก็เกิดกับหลอดเลือดของแขน. ชนิดที่ห้าเรียกว่า “อินทิมาอะเธอโรสเคลอโรสิส” (intimal atherosclerosis). เป็นโรคที่เกิดแก่ผนังชั้นในและ

มักเป็นเหตุของอุบัติเหตุลึกลับเกี่ยวกับ หลอดเลือด, เช่น หลอดโคโรนารีอุดตัน เป็นต้น. ลักษณะการเปลี่ยนแปลง ในชั้นต้น คือ การขม่น้ำ (อีดม่า) เป็น หย่อม ๆ. มีเนื้องอกเสริม (ก้อนเนื้องอกที่พ ธิสชีว) เพิ่มขึ้น. มีผลึกของโพลีเอสเตอร์ และวัตถุไขมันมาจับ, ทำให้เกิดเป็น ก้อนสีเหลือง. ก้อนเล็ก ๆ หลายก้อนอาจมา รวมกันเข้าเป็นก้อนใหญ่. นานเข้าก็เกิด การเสื่อมถอย (ดีเจเนอเรชัน) ชนิดชียอะ ลิน, เกิดนิโคโรสิส, และอาจเป็นแผลเปื่อย ชัน, หรืออาจมีแคลเซียมมาเกาะ, เกิด เป็นเม็ดของหินปูนขึ้น ในผนังชั้นในของ หลอดเลือด. สะเคลอโรสิสชนิดที่หก เรียกว่า "อาร์เทอร์โอโลลาร์สะเคลอโรสิส". เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดแก่หลอดเลือด แดงรองและเกิดร่วมกับความดันเลือดสูง, ซึ่งทำให้เข้าใจว่าเป็นผลของโรคนี้.

ตามการแยกประเภทของ Bell นี้เห็น ได้ว่าชนิดที่สอง, สามและสี่นั้นจะไม่พบ ภายใตลกตาเลย. ชนิดที่หนึ่งอาจเป็นเหตุ ของการฝ่อลีบของเรติน่าและประสาทออป ติคได้. ส่วนชนิดที่ห้าและหกนั้นคงพบ ที่เรติน่าได้เสมอ ๆ. ชนิดที่ห้าเป็นเหตุให้ เกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับหลอดเลือด, เช่น

หรือมโยสิสหรือการอุดตันที่หลอดเลือด แดงใหญ่ของเรติน่า, หรืออาจเป็นเฉพาะ แขนงหนึ่งแขนงใดก็ได้. ส่วนชนิดที่หกนั้น เป็นเหตุที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับหัวข้อเรื่อง ที่กำลังบรรยายนี้.

### ความสัมพันธ์ระหว่างสะเคลอโร- สิสของหลอดเลือดแดงรองและความ

ดันเลือดสูง การเปลี่ยนแปลงในหลอด เลือดแดงรองเกิดจากอันตรายที่เป็นผล ของการที่หลอดเลือดต้องต้านทานต่อการ แข็งตัวของความดันเลือดที่สูงกว่าปกติ. ผนังของหลอดเลือดแสดงการเปลี่ยนแปลง ในทุก ๆ ชั้น, แตกต่างจากอะเธโรวะสะ- เคลอโรสิสซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะส่วน เป็นหย่อม ๆ. การเปลี่ยนแปลงของหลอด เลือดแดงรองเริ่มด้วยมีการเกาะของวัตถุ พอก ชียอะลิน และไขมันในชั้นเอ็นโดธิ- เลียม. ต่อไปไม่นานชั้นกล้ามเนื้ออกก็แสดง การเปลี่ยนแปลงบ้าง. แล้วต่อไปก็เปลี่ยน ไปหมดทุก ๆ ชั้น. ด้วยเหตุเช่นนี้หลอด เลือดแดงรองจึงแข็งและมีความยืดหยุ่น น้อยลง ๆ จนกระทั่งหมดไป. การเปลี่ยน แปลงดังกล่าวนี้เกิดขึ้นในทุก ๆ ส่วนของ

ร่างกาย. แต่เราสามารถตรวจเห็นได้แต่  
ที่ในลูกตาเท่านั้น.

ผลของความดันเลือดสูงซึ่งตรวจ  
เห็นได้ด้วยออปัลโมสโคป โดยการ

ตรวจวัดนั้นเราอาจเห็นการเปลี่ยนแปลงใน  
หลอดเลือดได้ตั้งแต่ก่อนเกิดสเคลโรซิส  
ของหลอดเลือดแดงรอง. การเปลี่ยนแปลง  
ต่างๆที่ตรวจพบนี้เกิดขึ้นจากเหตุข้อเดียว,  
คือการบีบตัวของหลอดเลือด. ลักษณะ  
ต่างๆที่พบมีดังต่อไปนี้.

๑. หลอดเลือดแดงรองของเรติน่า  
แคบลง. ลักษณะนี้อาจพบได้ก่อนอื่น  
เห็นได้ชัดในรายพิษแห่งครรภ์, หรือใน  
รายคนหนุ่มที่โรคความดันเลือดสูงเกิดขึ้น  
โดยรวดเร็ว. เพราะความเร็วเองจึงยัง  
ไม่ทันเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายอื่นๆที่  
จะแสดงถึงสเคลโรซิสของหลอดเลือด  
แดงรอง. ความหดแคบของหลอดเลือด  
ขึ้นไปได้ส่วนสำคัญความสูงของความดัน  
เลือด. เพราะฉะนั้นถ้าความดันไม่สูงมาก  
ก็อาจไม่เห็นลักษณะเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้.  
ตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจเน, ถ้ามี, คือที่คอน  
ปลายๆของแขนงเล็ก ๆ.

๒. หลอดเลือดมีขนาดไม่สม่ำเสมอ

กัน. ข้อนี้พบในรายที่หนัก. มีการหดตัว  
และหดเกร็งของผนังหลอดเลือดแดงรอง  
เป็นหย่อม ๆ. การหดเกร็งอาจเกิดขึ้นแก่  
ผนังส่วนที่หดแคบอยู่ก่อนแล้วก็ได้, และ  
อาจคงที่อยู่ต่อไปจนกระทั่งหลอดเลือดตอน  
นั้นกลายเป็นแข็งและมีลักษณะเล็กเหมือน  
เส้นด้าย.

๓. การตกเลือด. ในรายที่หลอดเลือด  
หดเกร็งมาก ๆ, ดังกล่าวแล้ว, เลือด  
อาจไหลผ่านไปสู่วหลอดเลือดฝอยไม่สะดวก,  
ทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยและเรติน่าขาด  
การหล่อเลี้ยง, เกิดความชำรุดขึ้นเนือง  
จากขาดอาหาร, เป็นเหตุให้เลือดไหลออก  
มานอกหลอดเลือดได้.

๔. เอ็กซเตต. เป็นผลของการขาด  
อาหารมาก ๆ, ซึ่งเนื่องมาจากการหดเกร็ง  
ของหลอดเลือดเป็นเวลานาน ๆ. ลักษณะ  
ของเอ็กซเตตอาจเป็นได้สองอย่าง, คือ(ก)  
ลักษณะคล้ายขุยฝ้าย. เกิดจากการลอก  
หลุดของเรติน่า (แก๊งกลีโอฟอร์ม ดีเจ-  
เนอเรชั่น), หรือจากการสะสมของไฟ-  
บริน. ลักษณะเช่นนี้มักเกิดในระยะรุนแรง  
ของโรคความดันเลือดสูงอย่างหนัก. (ข)  
ลักษณะแข็งและเป็นมันวาว. เมื่อความ  
ดันเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน, เรติน่าเกิด

ลึบก็เจเนอเรชันและอินฟิลเตรชัน. ปรากฏลักษณะเป็นเอกซเคตแข็งและเป็นมันวาว, โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บริเวณของแมคล่า, ทำให้เห็นเหมือนกับปรอท, ที่เรียกว่า "แมคล่าร์ สตาร์". เอกซเคตนี้ประกอบด้วยสารลึบฝังอยู่ในชั้นลึกของเรตินา.

๕. การขมวนที่ดวงต้อปติกและเรตินา. มีลักษณะเป็นแป้นลึบดำ. มักพบในรายที่เป็นโรคอย่างรุนแรง. เหตุใหญ่เนื่องจากอันตรายจากการขาดเลือดเฉพาะแห่ง. ในส่วนน้อยอาจเป็นผลของโรคของเนอสมอง (เอ็นเซฟาโลปาทีย), เช่นเนอซอก.

๖. สะเคลอโรสิสของหลอดเลือดแดงรอง. พบได้ในรายที่ความดันเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน ๆ. เกิดในคนที่ป่วยโรคอย่างหนักเร็วกว่าคนที่ป่วยอย่างเบา. แต่แม้ความดันสูงเช่นอย่างเขา, ถ้าหากเป็นอยู่นานก็อาจทำให้เกิดสะเคลอโรสิสอย่างรุนแรงได้.

ตามที่เห็นได้จากที่โดยบรรยายมานี้การเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏในเรตินาในโรคความดันเลือดสูงนี้เป็นผลของการหดแคบของหลอดเลือดแดงรอง. เพราะฉะนั้นการที่จะ

อาศัยข้อตรวจพบด้วยออปติคโมสโคปเป็นเครื่องช่วยวินิจฉัยแยกสาเหตุของโรคความดันเลือดสูงนั้นจึงไม่สามารถทำได้. แม้จะมีบางคน, เช่น Wagener, อ้างว่าในโรคไตอักเสบนั้นที่เรตินามีเอกซเคตมาก, ดวงต้อปติกชนิดนี้เองจากโลหิตจาง, หลอดเลือดแดงฝอยไม่แคบมากนัก, และอาร์เทอริโอลาร์สะเคลอโรสิสมันน้อย, ก็ตามเราก็ยังไม่อาจยึดถือเป็นหลักได้, เพราะลักษณะต่างๆดังกล่าวนี้มีมีการแปรเปลี่ยนในขอบเขตได้มาก ๆ.

ลักษณะที่เห็นด้วยออปติคโมสโคปซึ่งบ่งถึงสะเคลอโรสิสของหลอดเลือดแดงรอง ตามปกติมองเห็นหลอดเลือดแดงรองของเรตินาเป็นเส้นสีชมพูอ่อน ๆ, และตรงกลางหลอดมีแสงสะท้อนเป็นเส้นสีขาวตลอดความยาวของหลอด. ทั้งนี้เกิดจากการสะท้อนแสงของออปติคโมสโคปจากผนังของหลอดเลือดซึ่งโค้งและค่อนข้างโปร่งแสง. ถ้าสังเกตให้ดีก็เห็นได้ว่าแสงสะท้อนจากหลอดเลือดแดงรองนั้นกว้างกว่าและแจ่มกระจ่างกว่าแสงสะท้อนจากหลอดเลือดดำซึ่งมีขนาดใกล้เคียงกัน. Friedenwald กล่าวว่า

ชั้น ในผนังหลอดโลหิตที่ทำให้เกิดแสงสะท้อนได้แก่ชั้นกลามเนอ. ดังนั้นเมื่อผนังของหลอดเลือดหนาขึ้น, วิแฟรคตีฟอินเค็กส์ของผนังมีสูงขึ้น, จึงทำให้มองเห็นแสงสะท้อนจากหลอดเลือดนั้น ๆ กว้างขึ้นและกระจ่างขึ้นกว่าปกติ.

ความเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดแดงรองแย่งออกได้เป็น ๓ ชนิด.

(๑) ความเปลี่ยนแปลงที่ในแสงสะท้อน. เป็นลักษณะที่พบได้ก่อนอื่น ๆ แย่งออกได้เป็น ๓ อย่าง, คือ (ก) ลำแสงสะท้อนกว้างขึ้น. (ข) ลักษณะของหลอดเลือดคล้ายเส้นลวดทองแดง (คือปเปอร์ไวร์ ฮาร์เตอร์รี่). เมื่อลำแสงสะท้อนกว้างขึ้น ๆ, ในที่สุดก็จะปกคลุมค้ำหน้าของหลอดเลือดหมด, ทำให้มองเห็นหลอดโลหิตคล้ายกับเส้นลวดทองแดงที่ถูกไฟ. ลักษณะนี้ Gunn ได้บรรยายเป็นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๘๘๘. (ค) ลักษณะของหลอดเลือดคล้ายเส้นลวดเงิน (ซิลเวอร์ไวร์ ฮาร์เตอร์รี่). ลักษณะนี้เกิดภายหลังที่ผนังของหลอดเลือดหนาขึ้น ๆ เนื่องจากการเกาะของสารลึบและการเปลี่ยนเป็นฮัยอะลีนจนกระทั่งไม่สามารถมองลอดเข้าไปเห็นเลือดที่อยู่ภายในได้,

ทำให้เห็นหลอดเลือดเป็นเส้นสีขาวคล้ายเงิน.

(๒) ความเปลี่ยนแปลงตรงที่หลอดเลือดแดงข้ามหลอดเลือดดำ. เกิดจากหลอดเลือดแดงรองที่แข็งขึ้นนั้นไปกดหลอดเลือดดำซึ่งมีผนังบางกว่า. ลักษณะที่เห็นแย่งออกเป็น ๓ แบบ. (ก) หลอดเลือดดำคอคดลง, หรือแม้ขาดตอนไป, เนื่องจากถูกกดหนักจนถึงขั้นแอควเรินตีเชีย. (ข) หลอดเลือดดำพองเป่ง, เนื่องมาจากถูกกดจนเลือดไหลกลับไม่ได้. ส่วนที่พองเป็นส่วนที่อยู่ปลายทางกว่าตำแหน่งที่ถูกกด. บางที่เรียกว่า Gunn's sign. (ค) หลอดเลือดดำบิดเบนไป, อาจลอดใต้หลอดเลือดแดงลงไปในเอวของเรติน่า, หรืออาจโค้งคร่อมหลอดเลือดแดงก็ได้. ชื่อนี้เรียกว่า Salus' sign.

(๓) ความคึกเคียวของหลอดเลือด. เกิดเนื่องจากหลอดเลือดแดงยาวขึ้นหรือหนามากขึ้น. มักเห็นได้ชัดเจนในบริเวณของม้ามลาลเตอา. อากาโรน de Schweinitz เป็นผู้ซึ่งครั้งแรกในปี ๑๘๐๖.

ส่วนการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ เนื่องจากระบบหลอดเลือดของหลอดเลือดแดงรอง, เช่นอาการเลือดออกหรือเอ็กซูเดก, ตาม

ธรรมดามักไม่มี, นอกจากจะมีเหตุร่วมอื่น ๆ ด้วย, เช่นมีการขัดขวางการไหลของเลือดหรือความดันเลือดสูงมาก ๆ.

### การแบ่งชั้นของโรค เนื่องจากความ

เปลี่ยนแปลงในเรติน่าที่ เกิดจากความดันเลือดสูงกับที่เกิดจากสเคลโรสิสของหลอดเลือดแดงรองนั้นมีความหมายหรือความสำคัญต่างกัน, การแข่งขันของโรคจึงต้องจัดแยกกัน. ความเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความดันเลือดสูงนั้นเป็นผลของการที่หลอดเลือดมีการหดเกร็ง. ส่วนความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากสเคลโรสิสนั้นแสดงถึงความเสื่อมที่ เกิดเพราะความดันภายในหลอดเลือดสูงขึ้น. ความมากขึ้นของ ความเปลี่ยนแปลงอย่างหลังนี้มีประโยชน์สำหรับแพทย์มากกว่าการวัดความดันเลือด, เพราะสามารถบอกให้ทราบได้ว่าความดันเลือดได้สูงมานานแล้วหรือไม่. ความรู้ในชั้นนี้, แม้แต่โดยใกล้เคียง, ย่อมมีประโยชน์มากเกี่ยวกับ การพยากรณ์โรคและการที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา.

วิธีแบ่งชั้นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความดันเลือดสูงอาศัยความแคบของ

หลอดเลือดแดงรองและความขรุขระของมันเป็นใหญ่, โดยเปรียบเทียบกับลักษณะปกติ, หรือลักษณะที่พบในผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันเลือดสูงอย่างอื่น ๆ, ซึ่งอาจไม่พบอะไรผิดแปลกไปจากปกติเลย.

ก. ความผิดปกติชั้นที่หนึ่ง. เพียงสังเกตได้ว่าหลอดเลือดแดงรองมีการหดแคบไปกว่าปกติบ้าง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งแขนงในลำดับที่สอง (เซคันดารี) การเปลี่ยนแปลงในชั้นนี้บางทีบอกได้ยาก.

ข. ความผิดปกติชั้นที่สอง. มีการหดแคบของหลอดเลือด, ซึ่งแสดงถึงความขรุขระ, ไม่สม่ำเสมอ, เห็นได้เป็นหย่อม ๆ. ข้อควรระวังนั้นแสดงถึงการหดเกร็งอย่างมากของหลอดเลือด.

ค. ความผิดปกติชั้นที่สาม. หลอดเลือดแคบลงไปอีก. ความขรุขระมากขึ้น, และมีเลือดออกในเรติน่าหรือมีเอกซุเดต, หรือมีทั้งสองอย่าง.

ง. ความผิดปกติชั้นที่สี่. มีความผิดปกติถึงในชั้นที่สามพร้อมหมดทุกอย่าง, ผสมกับแปปีลลิตีมา.

ส่วนวิธีแบ่งชั้นความเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับสเคลโรสิสของหลอดเลือดแดงรองนั้น ต้องอาศัย การเปลี่ยนแปลงของ

ประการเป็นหลัก, คือการเปลี่ยนแปลงใน ลักษณะแสงสะท้อนจากหลอดเลือดแดง รอง, กับลักษณะที่แสดงถึงการรกของ หลอดเลือดดำโดยหลอดเลือดแดง.

ก. ความผิดปกติชนิดนี้. เป็น ลักษณะที่พบในคนไข้ความดันเลือดสูง, ซึ่งไม่มีข้อตรวจพบย่งไปทางสะเคลอโร- ลีสเลย.

ข. ความผิดปกติชนิดนี้. มีแสง สะท้อนสว่างมากจนพอเห็นได้. ร่วมกับ การรกหลอดเลือดดำน้อยที่สุด.

ค. ความผิดปกติชนิดที่สอง. ความ เปลี่ยนแปลงทั้งสองประการเพิ่มมากขึ้น.

ง. ความผิดปกติชนิดที่สาม. เห็น หลอดเลือดเหมือนลวดทองแดง, และ หลอดเลือดดำถูกกดมากชัดเจน.

จ. ความผิดปกติชนิดที่สี่. หลอดเลือด แดงมีลักษณะเป็นเส้นสีเงิน. ขอนี้แสดง ถึงสะเคลอโรลีสที่หนักที่สุด.

เอกสาร

1. E.T. Bell: Textbook of Pathology, 5th ed., pp. 594-600 (Penna.).
2. R.H. Smithwick: J.A.M.A. 147: 1611, 1951.
3. do.: Symposium, Univ. of Minnesota, 1950 (ed. E.T. Bell).
4. H. Elwyn: Arch. of Ophth. 55:3-8, 1956.

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สำนักงานสารนิเทศได้จัดพิมพ์สารนิเทศปีที่ ๘ เพิ่มจำนวนเล็กน้อย หากท่านสมาชิกผู้ใดได้รับหนังสือไม่เรียงอันดับที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘ และ ๙ (ซึ่งตีพิมพ์เสร็จและส่งสมาชิกในเดือนธันวาคมนี้) โปรดแจ้งให้แผนก จัดการสารนิเทศทราบด้วย เพื่อจะได้ส่งให้ครบ.



เป็นปัญหาต่อไปอีกแล้ว. นอกจากความจริงที่ฮอร์โมนจำพวกนี้เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ในเลือดของมารดาตลอดเวลาตั้งครรภ์, ยังมีหลักฐานจากการทดลองที่สจ๊วต (Stewart) ได้ทำโดยการฝังปลอก (อิมพลานต์) เนอรกเข้าไปในท้องหน้าของลูกตาทะยายที่คลอดไว้อีกแล้ว, และพิสูจน์ได้ว่ามีสารจำพวกเอสโตรเจนเกิดขึ้นในนั้น. (4) อย่างไรก็ตามก็ยังไม่สามารถหาเองที่มีส่วนร่วมในการผลิตเอสโตรเจนที่ตรวจพบในระหว่างการมีครรภ์ด้วย. ฮอร์โมนพวกนี้เป็นตัวกระตุ้นการเติบโตของมดลูกและการเปลี่ยนแปลงของเต้านม, และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปฏิกิริยาของร่างกายด้วย. การศึกษาลักษณะทางเคมีของฮอร์โมนที่กล่าวนี้แสดงว่าส่วนใหญ่เป็นเอสโตรออล (oestriol), ส่วนน้อยเป็นเอสโตรอน (oestrone), และที่มีอยู่น้อยที่สุดได้แก่เอสตราไดออล (oestradiol). (2)

ฮอร์โมนในจำพวกโพรเจสเตอโรน โกลนาโดโทรฟินที่เชื่อว่ารกทำการผลิตขึ้นได้แก่ลูทีไนซิงฮอร์โมน (luteinizing hor-

mone, L.H., หรือ interstitial cell-stimulating hormone. I.C.S.H.) กับฮอร์โมนกระตุ้นฟอลลิเคิล (follicle-stimulating hormone หรือ F.S.H.). สารทั้งสองนี้เคยเรียกกันว่า "โปรแลน บี" กับ "โปรแลน เอ" ตามลำดับ, เพราะเชื่อกันว่าเป็นสารที่หลั่งจากปิตูอิทารีรภัยหน้า, และเป็นตัวสำคัญในการทดสอบการตั้งครรภ์ตามวิธีของอาชไฮม์และซอนเค็ค. คำมายนามเรียกกันว่า L.H. นั้นเป็นผลผลิตของรก, และในตอนหลังที่สุดนักมีหลักฐานขึ้นว่า F.S.H. ก็คงเกิดจากรกเหมือนกัน, หากแต่ว่าในปริมาณน้อยกว่า L.H. มาก. ฟิลลิปป์ (Phillipp) ได้ทดลองฝังปลอกปิตูอิทารีรภัยจากหญิงมีครรภ์เข้าไปในสัตว์และตรวจไม่พบว่ามี F.S.H. เกิดขึ้น; และเดรสเชอร์ (Drescher) ผู้ร่วมงานของเขาก็ได้ตรวจพบ F.S.H. ในโกลนาโดโทรฟินที่แยกได้จากรก. (2) ทั้งสองข้อสันนิษฐานว่าคำมอปิตูอิทารีรภัยมิใช่เป็นผลิตภัณฑ์ฮอร์โมนในระหว่างมีครรภ์, หากแต่รกเองเป็นอวัยวะที่สร้าง F.S.H. นอกจากนั้นการทดลองเพาะเนอรกซึ่งทำโดย โจนส์ (Jones) และพวก, (5) และการฝังปลอก

(4) H.L. Stewart : Am. J. Obstetr. 61 : 990, 1951.

(5) S. Jones, et al. : Bull. Johns Hopkins Hosp. 72 : 29, 1943.

เนอ รก เข้า ใน ห้องหน้า ลกตา ของ สัตว์  
ทดลอง ซึ่ง คีโด (kido) เป็นผู้กระทำ (2)  
ก็สนับสนุนว่ารกเป็นอวัยวะที่ผลิตโกนาโด  
โทรฟินในระยะมีครรภ์.

ปริมาณของ โพรเจสเตอโรน โกลนาโด โทรฟิน  
ที่ตรวจพบ ใน เลือดและปัสสาวะของหญิงมี  
ครรภ์ ขึ้นอยู่กับปริมาณของฮอร์โมนพวก  
นี้ในรกเป็นส่วนใหญ่, และทั้งหมด  
เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการตั้ง  
ครรภ์. อาจตรวจพบฮอร์โมนพวกนี้ได้  
ตั้งแต่วันที่ ๕ ถึง ๑๑ หลังจากการผสม  
เชอกบไข่, ซึ่งตรงกับเวลาที่เริ่มเยื่อ  
ขมกลก. หลังจากนั้นพบฮอร์โมนมากขึ้น  
เป็นลำดับจนถึงยอดสูงระหว่างวันที่ ๓๐  
ถึง ๗๐ ของการตั้งครรภ์. หลังจากนั้น  
ปริมาณลดลงเรื่อย ๆ, จนกระทั่งเหลือ  
เพียง ตรวจพบ ได้ เล็ก น้อย เมื่อ ถึง ระยะเวลา  
คลอด. ตลอดเวลาที่กล่าวนี้จำนวน  
ฮอร์โมนใน ปัสสาวะ มีน้อยกว่าที่อื่นมาก.  
เวลานี้ยังไม่ทราบว่าส่วนนอกจากนี้หายไปไหน. (2)

มีบางคนอ้างว่ารกทำหน้าที่ผลิตฮอร์-  
โมนอีกอย่างหนึ่งซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้น คอร์  
บัส ลูตีอัม อีกด้วย, ซึ่งเรียกว่า ลูตีโอ  
โทรฟิค ฮอร์โมน (L.T.H.) หรือ โพร-

แล็คทิน. แต่ขณะนี้ยังมีการสนับสนุนน้อย.

การสร้างโปรเจสเตอโรน, ฮอร์โมน  
ซึ่งกระตุ้นให้เยื่อขมกลกเปลี่ยนลักษณะ  
จากภาวะหยุดพักเป็นภาวะเตรียมรับเอ็ม-  
บริยอ, และมีฤทธิ์อื่น ๆ ที่คล่องจองกัน  
อีกหลาย ประการรวมทั้ง เร่งการ โตของ  
เต้านมและการปล่อยยรีแล็คซิน, ตาม  
ปกติเป็นหน้าที่ของ คอร์บัส ลูตีอัม. แต่  
พอมีการผสมเชอกบไข่และการเจริญของ  
รกเกิดขึ้นได้ไม่ช้า, คอร์บัส ลูตีอัมก็  
หยุดทำการผลิตในเต้านม, และรกรับหน้าที่  
แทนต่อไป. โพรเจสเตอโรนที่ตรวจพบ  
ได้ในปัสสาวะของหญิงมีครรภ์ ในสภาพ  
ของ เปรีกเนนไดโอดอล (Pregnandiol),  
และสารที่กล่าวชื่อที่หลังนี้ออกมาในปริ-  
มาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ ๑๐ มก. ต่อวัน  
ในเดือวันที่สองของการตั้งครรภ์; จนถึง  
ประมาณ ๘๐ มก. ในระยะใกล้คลอด. (3)

โนออล (Noall) และคณะได้ทำการสกัด  
โปรเจสเตอโรนจากรกได้สารนี้ในสภาพ  
ผลึกบริสุทธิ์เป็นจำนวนประมาณ ๑ มก.  
ก่อนนำหนักรก ๑ กก. โดยที่โปรเจสเตอ-  
โรนมีฤทธิ์ส่งเสริมการเกาะและการเจริญ  
ของรก, การที่รกเองผลิตโปรเจสเตอโรน  
ในระหว่างการตั้งครรภ์จึงเป็นข้อที่น่าทึ่ง

ยิ่งในฐานะที่รกทำหน้าที่รับผิดชอบในความ เป็น อยู่ ของมันเองเป็นส่วนใหญ่ในตอน หลัง ๆ ของการตั้งครรภ์.

ที่กล่าวมาแล้วนี้เห็นฮอร์โมนที่เซอ กัน โดยมากกว่ารก เป็น ฮอร์โมนที่ผลิตใน ระหว่างการตั้งครรภ์. ในจำพวกที่ความ รู้ยังไม่มั่นคงนักยังมีฮอร์โมนจำพวกแอด รีนโคคอร์ติคอยด์, จำพวกแอนโดรเจน, และฮอร์โมนที่กระตุ้นธัยรอยด์และกระตุ้น การเติบโต. เกี่ยวกับแอดรีนโคคอร์ติคอยด์, มีผู้พบว่าในรกมีคอร์ติโซลหรือสารคล้าย คอร์ติโซล, โดยแยกออกมาได้จากสาร สังกะสีของรกด้วยวิธีไซโครมาโตกราฟี.<sup>(2)</sup> สำหรับแอนโดรเจนนั้น ซีบเค (Siebke) ได้เคยแสดงว่ามีในรกของสัตว์ที่ทดลองตั้ง หลายปีมาแล้ว,<sup>(2)</sup> แต่ในรกของคนเพิ่ง ได้สนับสนุนจากงานของ ริสส์ (Riess) เมื่อไม่นานมานี้เอง.<sup>(6)</sup> ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (thyreo- trophic hormone, T.T.H.) และฮอร์โมน กระตุ้นการเติบโตเป็นแต่เพียงมีผู้รายงาน ว่าตรวจพบในรก, แต่ยังไม่ชัดเจนว่าสนับสนุน ที่หนักแน่นพอสมควร. ดังนั้นจึงควรระวัง ไว้พลาง ๆ ก่อน.

การที่รกทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ เหล่านี้เห็นได้ว่าเป็นความรอบคอบของ ธรรมชาติ ในการ ที่จัด ให้ รก ในครรภ์, ภายหลัง ที่ ได้ มี อายุ พอ สม ควร แล้ว, สามารถเลี้ยงตนเองได้ในแง่ของฮอร์โมน โดยที่ผลิตขึ้นเองได้. ฮอร์โมนเหล่านี้ ซึมผ่านรกเข้าไปสู่กระแสเลือดของแม่ ได้. บางอย่างกระตุ้นร่างกายของแม่ให้ เกิดปฏิกิริยาที่เป็นประโยชน์แก่ลูก ใน ครรภ์, เช่นโปรเจสเตอโรน. บางอย่าง ก็แสดงผลโดยทั่วไปแก่ร่างกายของ แม่. ดังนั้นการที่มีผู้กล่าวว่า “ผู้หญิงสาว ชื่นชอบท้องตั้งครรภ์”<sup>(2)</sup> ก็เป็นเรื่องที่ ถูกต้องตามเหตุผล, เพราะในระหว่างตั้ง ครรภ์นั้นในกระแสโลหิตของหญิงย่อมมี ฮอร์โมนเหล่านี้ที่ผลิต ออกมาจาก เต้านม กำลังเติบโตไหลเวียนอยู่ด้วยเสมอ.

ในตำนานผลร้ายที่แม่อาจได้รับจากฮอร์- โมนของรก, มีบางคนแสดงความคิดเห็นว่า อาการแพ้พิษแห่งครรภ์อาจเป็นผลโดยตรง หรือโดยอ้อมของฮอร์โมนของรก, หรือ ของการเสียดลี่ยระหว่างฮอร์โมนเหล่านี้. ข้อนี้แม้ว่ามีเค้าที่น่าจะเป็นไปได้อยู่มาก, แต่อย่างน้อยก็มีหลักฐานการตรวจค้นสนับสนุน

(6) H. Riess: Zschr. Geburtsh. 136 : 1, 1952. (อ้างถึงใน 2)

สิ้นนเพียงพอไม่. ความเห็นที่ว่าต้นเหตุ  
ที่ทำให้เกิดการคลอดขนนคคือการที่โปร-  
เจสเทอโรนของรกมีปริมาณลดน้อยลง,  
ก็เช่นเดียวกัน, ยังไม่มีข้อสันนิษฐานที่จะ  
ให้ถึงความเห็นได้ด้วยความแน่นอน. (2,3)

ดังนั้นอาจสรุปความรู้เกี่ยวกับการผลิต  
ฮอร์โมนของรกในปัจจุบันนี้ได้ว่ารกผลิต  
ฮอร์โมนหลายอย่างที่แสดงฤทธิ์ต่อหน้าที่  
ของลูกในครรภ์และต่อร่างกายของมารดา,

รวมทั้งต่อรกเองด้วย. จุดประสงค์ของการ  
ผลิตฮอร์โมนเหล่านี้ก็เพื่อที่จะสร้างภาวะ  
ที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตของลูก  
ทั้งในส่วนภายนอก — คือเกี่ยวกับการ  
เกาะและงอกงามของรก, การขยายตัว  
และหน้าที่ของมดลูก — และในส่วนภายใน  
— คือในตัวของตัวเอง — เพื่อให้ลูกที่จะ  
คลอดออกมานั้นอยู่ในสภาพที่จะทรงชีวิต  
ต่อไปได้อย่างดีที่สุด.

#### การส่งเงินค่าบำรุง

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

## แผนกย่อยเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้ : วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.; สำราญ วงศ์พาศน์ พ.บ., C. Oph., C. Oto.;  
เกษียร ภักดานนท์ พ.บ.; ธรรมนุญ ประไพพงษ์ พ.บ.; วิจารย์ พัฒนะยินดี พ.บ.;  
ม.ร.ว. วีรพันธ์ ทวีวงศ์ พ.บ.; ลีระ บุณยะรัตเวช พ.บ.; มนตรี กันตะบุตร พ.บ.

๑. Thomas S. Arg yris: ค่อมไขมันไค้หนัง  
หายไปไหนที่ขาดไค้ไขมัน (วิตะมิน บี ๑)  
Science, 3198:634-635, 1956.  
ไค้ศึกษาผิวหนังของหนูโตเต็มขนาด  
ทั้งสองเพศภายหลังให้กินอาหารที่ไม่มี  
ไค้ไขมันเลย. พบว่าในสัปดาห์แรกน้ำหนัก  
ตัวหนูเพิ่มขึ้น. ในสัปดาห์ที่สองคงที่. ใน  
สัปดาห์ที่สามลดลงมาก. ภายหลังขาด  
ไค้ไขมัน ๗ วันผิวหนังยังเป็นปกติ. ภาย  
หลัง ๑๔ วันผิวหนังทั่วไปบางลงเนื่องจาก  
ไขมันข้างไค้หนังลดลง. หนังกำพร้าบางลง  
เล็กน้อย. ค่อมไขมัน (ซีเอซีเอส) เล็ก  
ลงแต่ไม่มากนักและยังคงมีไขมันอยู่ใน  
เป็นจำนวนมาก. ภายหลัง ๒๑ ถึง ๒๕ วัน  
ขนหยายและแห้ง. ผิวหนังบางลงมาก.  
ไขมันไค้หนังหายไปหมด. หนังกำพร้า  
เหลือเป็นเพียงเซลล์ชั้นเดียว. ขนขนเล็ก  
ลง. ค่อมไขมันลดลงมากและไม่มีไขมัน  
ข้างในเลย.

ทั้งนี้เชื่อว่าการขาดไค้ไขมันไปทำให้

กลไกการก่อพลังงานเสียไป, เป็นผลให้  
เซลล์ไม่แบ่งตัวไปแทนที่เซลล์เดิมของ  
ค่อมไขมันที่หลุดไปเนื่องจากเป็นค่อมพวก  
ไฮโดครีน.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๒. J. Landesberg: โสมริโอเรติในคิส  
เนื่องจากกระเป็ดปรมาณ. A.M.A. Arch.  
Ophth. 54: 539-540, 1955.

คนที่ผ่าตัดการกระเป็ดปรมาณและใส่  
แว่นตาหนาที่ขี้ไม่พอ, แม้จะอยู่ไกลมากจน  
กระทั่งอำนาจกระเป็ดนั้นไม่ทำอันตรายต่อ  
ผิวหนังก็ตาม, ยังอาจได้รับอันตรายที่เรติ-  
น่าได้. ทั้งนี้เนื่องด้วยลูกไฟที่เกิดจากการ  
กระเป็ดนั้นมีแสงสว่างแรงกล้ากว่าแสงอา-  
ทิตย์ถึง ๑๐๐ เท่า. มีรายงานทหารหนึ่ง  
คนที่ผ่าตัดผลของการกระเป็ดปรมาณ  
อยู่บนหอคอยสูงแล้วแอบมองคนนอกแว่น.  
ปรากฏว่ามีอันตรายอย่างแรงเกิดแก่เรติน่า.

สำราญ วงศ์พาศน์ พ.บ., C. Oph., C. Oto.



ผู้ช่วยในระยะหลัง. แต่ได้กล่าวถึงการผ่าตัดไว้พอสมควร.

เกษียร ภักดี กานนท์ พ.บ.

ร่วและเป็นหนองในอึ้งเชิงกราน. มี๑รายที่ร่วแล้วเกิดอกเสี้ยวเย็บช่องท้อง.

ธรรมนุญ ประไพวงษ์ พ.บ.

๕. L. P. Gambee, W. Garnjobst, C. E. Hardwick: การประสานลำไส้ใหญ่โดยเย็บชั้นเดียว, ผลของงานตีพิมพ์ Am. J. Surg. 92: 222-227, 1956.

ผู้รายงานได้ใช้วิธีต่อลำไส้ใหญ่โดยการเย็บผนังเพียงชั้นเดียวมาเป็นเวลาสี่ปี. ใช้ไหมหรือด้ายซึ่งไม่ถูกละลายเย็บแบบผูกทุกเข็ม (อินเตอร์วีย์เท็ด) เพียงชั้นเดียวทะลุตลอดผนัง. การต่อเย็บนี้อาจใช้ได้ทั้งในลำไส้เล็ก, ลำไส้ใหญ่, ต่อลำไส้เล็กกับลำไส้ใหญ่, และลำไส้เล็กกับถุงน้ำดี. ผู้รายงานได้ใช้วิธีนี้ในโรคต่าง ๆ เช่นคาร์ติโนมา, อัสเซอร์เรทีฟโคไลติส, วอลวูลัส, ไคเวอร์ติคิวไลติส, เมกะโคลอน, รวมทั้งทั้งหมด ๑๕๓ ราย. เกิดโรคแทรกแต่ไม่ตาย ๕ ราย. สองรายร่วและเป็นหนองในอึ้งเชิงกราน. หนึ่งรายร่วและเกิดฝีคัลพิสต่อลำไส้หน้าท้อง. สามรายมีร่วเล็กน้อยพอเห็นได้ด้วยวิธีแบเรียมอินมา. สามรายมีการตีตันของลำไส้ที่ต่อ. มีตาย ๕ รายเนื่องจากโรคแทรก. ส่วนมากเนื่องจาก

๖. Harold F. Parks: เอ็นโตซีเลียลฟาโกซัยต์ที่ไซนซอยด์ของตับในหนูยักษ์จิ้งกร. Anat. Rec. 125: 1-25, 1956.

ผู้รายงานทดลองความสามารถในการฟาโกซัยโตสิสของเซลล์ที่ไซนซอยด์ในตับของหนู, โดยฉีดสารคอลลอยด์เข้าหลอดเลือดดำในความเข้มข้นต่างๆกัน. ปรากฏอินคลูชันเกิดขึ้นเช่น ๓ ชนิด, คือเป็นเม็ด (แกรนูล), เป็นถุง (เวสิเคิล), และก้อนทรงกลม (สเฟอร). เม็ดเล็ก ๆ นั้นเกิดจากอนุภาคคอลลอยด์ที่เล็กเกินจุลทรรศน์ (อัลตราไมโครสโคปิก) รวมกันเป็นกลุ่มภายในเซลล์. ถุงเล็ก ๆ เกิดจากมีสารคอลลอยด์ไปหุ้มเป็นปลอกครอบเนื้อใสในส่วนกลาง. ส่วนที่เป็นก้อนทรงกลมนั้นพบน้อย, เฉพาะโดยการฉีดสีทริย์แปนบล. ยิ่งใช้คอลลอยด์ที่มีอนุภาคใหญ่ยิ่งพบได้น้อยเข้า. พวกที่เป็นเม็ดนั้นพบได้ภายหลังฉีดไม่กี่วัน. พวกถุงเกิด ๓ หรือ ๔ นาทีภายหลังฉีด, และมีจำนวนมากเห็นชัดเจนหลังจาก ๑๐ นาที. อนึ่ง, ผู้รายงาน

ยังได้พบความแตกต่างในหน้าที่ของเซลล์ที่พบในชั้นชอยล์, และความผิดปกติในปฏิกริยาของเซลล์เหล่านี้ต่อคอลลอยด์กลไกที่ลึกลงเข้าไปหลอดเลือดดำและลึกลงเข้าไปช่องท้องอีกด้วย.

### วิจารณ์ พัฒนยินดี พ.บ.

๗. O. J. Lewis: การเจริญของการไหลเวียนเลือดในม้ามของพอสักระต่าย J. Anat 90: 282-289, 1956.

ผู้รายงานศึกษาเซลล์ชั้นเอ็มบริโอของกระต่ายอายุ ๑๑-๒๘ วัน, และได้ผลการฉีดสีคอลลอยด์โมโนสตรัล ฟาสท์ บลู เข้าหลอดเลือดแดงสายสะดือในเอ็มบริโออายุ ๒๑-๒๗ วันด้วย.

ในเอ็มบริโออายุ ๒๑ วันได้พบช่องว่างระหว่างเซลล์ที่ติดต่อกันเป็นตาข่าย, และมีผนังด้วยเซลล์เมเซนไคม์ของกลุ่มเซลล์ซึ่งให้กำเนิดม้าม. ภายในช่องว่างนี้ยังไม่มีเม็ดเลือด. มีแขนงของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำสะเปอนิคเข้าทางขั้วและติดต่อกับช่องว่างนี้. ในเอ็มบริโออายุ ๒๓ และ ๒๕ วันช่องว่างเหล่านี้ขยายกว้างขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นหลอดเลือดแดงฝอยทางหนึ่งกับไซนชอยล์เลือด

ดำทางหนึ่ง. หลอดเลือดทั้งสองทางขั้วเอ็นโคธิเลียมซึ่งเกิดมาจากเซลล์เมเซนไคม์. ส่วนตอนกลางยังเป็นช่องสำหรับเนอใน (ซัลฟ์) ที่ขั้วเวตทิควิลล์อย่างเดิม. ในระยะนี้เม็ดเลือดแดงอยู่ในช่องว่างนี้แล้ว. ในเอ็มบริโออายุ ๒๖ วันหลอดเลือดแดงภายในม้ามมีลักษณะเป็นห่วง, แล้วจึงให้แขนงแยกออกเข้าสู่ช่องว่างของเนอใน.

รายงานนี้แสดงว่าในระยะต้นของเอ็มบริโอกระต่ายไหลเวียนของเลือดในม้ามเป็นชนิดเปิด.

### ม.ร.ว. วีรพันธุ์ ทวีวงศ์ พ.บ.

๘. G. K. Smelser, D. K. Chen: การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของนัยน์ตาซึ่งเกิดจากการใส่แว่นตีกถกตา. A.M.A. Arch, Ophth. 53:676, 1955.

ผู้ที่ใส่แว่นตีกถกตา (คอนแทคต์เลนส์) เพื่อใช้แทนแว่นตาธรรมดา, อาจไ้รยอันตรายเกี่ยวกับนัยน์ตาได้, เนื่องจากเมตาบอลิซึมผิดปกติ. เขาพบว่าขณะใส่แว่นชนิดนี้มีการเคลื่อนที่ของน้ำขึ้น, ซึ่งอาจเกิดจากผิวหน้าของกระจกตา (คอร์เนีย) ไม่สัมผัสกับออกซิเจนในอากาศตั้ง

ปกติ. นอกจากนพว่ามีน้ำในคอร์เนีย  
 มากจนท้วม. ข้อนี้เข้าใจว่าเป็นผลของ  
 การเพิ่มปริมาณกรดแล็กติก, ขวักกับการที่  
 น้ำระเหยจากผิวด้านหน้าของกระจกตาไม่  
 ไปได้เพราะมีแว่นมากันไว้.

สำราญ วัศพาทย์ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๕. Erminio Cardì: กลุ่มอาการเฮปาโต-  
 ทรินัล A.M.A. Arch. Surg. 73: 224-227, 1956.

กลุ่มอาการ เฮปาโตทรินัล เป็นคำที่  
 Merklen ใช้ครั้งแรกเมื่อปี ๑๙๑๓. สาเหตุ  
 ช่วยให้เกิดกลุ่มอาการนี้เชื่อว่าเป็นการ  
 ผ่าตัดนิ้วนาต, กระจกตาอักเสบ, และการออก  
 กันของทางเดินน้ำตา, รวมทั้งโรคตาต่าง ๆ  
 ท้วม. ผู้รายงานมีความเห็นว่าผู้ช่วยที่มี  
 โรคแทรกหลังการผ่าตัดเกี่ยวกับทางเดิน  
 น้ำตา, ผู้ที่มีชีวิตอยู่จน ๔-๕ วันหลัง  
 ผ่าตัดแล้วอาการกลับเลวลง, และมีข้อ  
 ตรวจพบซึ่งบ่งถึงความบกพร่องของตับและ  
 ไต, ควรนับว่ามีกลุ่มอาการเฮปาโตทรินัล.  
 ผู้ช่วยพวกนี้อาจรอดได้. คนที่ตายนั้น  
 ตรวจศพพบการฉลายของตับและไต. ลักษณะ  
 ของไตเหมือนกับทิวบลาร์เนโฟรสิส  
 ชนิดปัจจุบัน. ได้มีผู้ทดลองสกัดตับของ  
 ผู้ตายด้วยกลุ่มอาการนี้ด้วยแอลกอฮอล์

และด้วยน้ำเกลือแล้วฉีดผลสะกิดเข้าเส้น  
 เขาพบว่าเฉพาะเส้นที่ฉีดผลสะกิดด้วยน้ำ  
 เกลือเกิดอาการและพยาธิสภาพเหมือน  
 กลุ่มอาการเฮปาโตทรินัล (Boyer และ Mc-  
 Petridge).

ผู้เขียนอธิบายว่าเลือดที่ไปเลี้ยงตับนั้น  
 ส่วนใหญ่มาจากระบบพอร์ทัล, ส่วนน้อยมา  
 จากระบบร่างกาย (ซีสต์มิก). ส่วนเลือด  
 ที่ไปเลี้ยงไตนั้นมาจากระบบร่างกายส่วน  
 เดียว. ดังนั้นถ้าหากมีสารที่เป็นพิษ (เช่น  
 จากเนื้องอกทำลาย, การให้เลือด, ฯลฯ)  
 เข้าสู่กระแสเลือดในระบบร่างกาย, มันก็  
 จะเข้าไตเป็นส่วนใหญ่และเข้าตับเป็นส่วน  
 น้อย, และทำให้เกิดทิวบลาร์เนโฟรสิส  
 ปัจจุบันกับการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย  
 ในตับ. แต่ถ้าผู้ช่วยกินสารเป็นพิษเข้าไป  
 (เช่นคาร์บอนเตตราคลอไรด์), หรือมีสิ่ง  
 เป็นพิษเกิดขึ้นภายในร่างกายและผ่านเข้า  
 สู่อวัยวะพอร์ทัลโดยตรง, ตับก็จะได้รับอันตร-  
 ายมาก. สารต้นเหตุของอันตรายนั้น, ผสม  
 กับสารที่เกิดจากการทำลายของตับ, จะไป  
 สู่อวัยวะพอร์ทัลของร่างกาย, และร่วม  
 กันทำให้เกิดภาวะไตล้ม. อาการที่ตับ  
 และไตรวมกันเป็น "กลุ่มอาการเฮปาโต-  
 ทรินัล".

ศิริระ บุณยะรัตเวช พ.บ.

๑๐. S. C. Wang, Herman I. Chin: ความสำคัญของการยับยั้งและเวสต์ทียาลาร์ซีเรียลล์ในการทดลองทำให้สุนัขมีอาการเมากการเคลื่อนไหว (โมชัน ซิคเนส) Am. J. Physiol. 185: 617-632, 1956.

อาการเมากการเคลื่อนไหว (เมากเคลื่อนไหว, เมากเคลื่อนไหว, เมากเคลื่อนไหว) ไม่เกิดขึ้นถ้าทำลายลาร์ซีเรียลล์ทั้งสองข้าง (Sjoeborg). ซอนแสดงว่าลาร์ซีเรียลล์เป็นทรัพยากรกระตุ้นในชั้นแรก. ถ้าหากทำลายส่วนพีรามิดและเวอร์มิสของสมองน้อย (ซีเรียลล์), สัตว์ยังเมากการเคลื่อนไหวได้; แต่ถ้าหากทำลายส่วนโนคลัส, ยวลาและพีรามิด, สัตว์ไม่เมากการเคลื่อนไหวเลย (Bard). เมื่อสองสามปีมานี้ Wang และ Borison ได้พบตำแหน่งของศูนย์อาเจียนในส่วนพาสซีวาลิสโซลิตารีอัส, ไทลัสเทอโรลเรติคิวลาร์-พอร์เมชันของเมดัลลา, และตำแหน่งของส่วนทรัพยากรกระตุ้นทางเคมี, เรียกว่าซีเปอริพีเซียล เคโมเซ็ปเตอร์ อีเมติกทริกเกอร์ โซน.

ในการทดลองที่รายงานคราวนี้ผู้รายงานใช้สุนัข ๓๓ ตัว (๑๐-๑๔ กก.), ให้กินอาหาร ๓๐-๖๐ นาทีก่อนทดลอง, แล้วเอาไว้ในห้องซำพิเศษ. สุนัขที่อาเจียน

ภายใน ๒๕ นาทีใช้เป็นสัตว์ทดลองต่อไป. เขาแบ่งสุนัขเป็นสองพวกใหญ่, พวกแรกคัตลาร์ซีเรียลล์ (ก. ข้างเดียว, ข. สองข้าง, และ ค. ทำลายสมองน้อยส่วนนอกเวสต์ทียาลาร์ซีเรียลล์. เป็น ๓ พวกย่อย.) พวกหลังทำลายสมองน้อยส่วนเวสต์ทียาลาร์ (ก. ทำลายโนคลัส, ข. ทำลายยวลา, ค. ทำลายทั้งสองส่วน). รักษาสัตว์ทั้งหมดไว้ ๓ ถึง ๘ เดือน. ระหว่างนั้นทดลองไกวบนซิงซำ, เว้นระยะ ๑, ๒ หรือ ๓ สัปดาห์ (เพื่อป้องกันความเคยชิน). ทดลองเกี่ยวกับขนาดของอะโปมอร์ฟีนที่พอทำให้อาเจียน, ขนาดของจุนลี (คอปเปอร์ซัลเฟต) ที่ให้ผลอย่างเดียวกัน, อาการตากระตุก (นีสต์แตกมัด), เวลาที่มองเห็นผลของการกระตุ้น, และเวลาที่สัตว์คงชีพอยู่. ถ้าการทดลองผ่านไปเกิน ๖๐ นาทีแล้วยังไม่มีอาการอาเจียนเขาถือว่าเป็นผลลบ. เมื่อเสร็จทดลองแล้วฆ่าสุนัข, ฉีดฟอร์มาลินเข้าสมอง, แล้วคัตเอาสมองออกมาตรวจด้วยตาและด้วยจุลทรรศน์เพื่อพิสูจน์ตำแหน่งที่ได้ทำลายสมองให้แน่นอน. ผลที่ได้กล่าวโดยสังเขปคือ (๑) สุนัขที่คัตลาร์ซีเรียลล์ทั้งสองข้างให้ผลลบต่อการกระตุ้น, ทั้งการอาเจียนและตากระตุก, โดยที่ขนาดได้ผลของอะโปมอร์

พื้นและจุดสีไม่เปลี่ยนแปลง. (๒) สุนัขที่  
 ศึกษาล่าและโนคลัสทั้งหมด, ไม่มีอาการอา-  
 เจียนแต่มีอาการตากระตุก. สุนัขอื่น ๆ  
 ให้ผลแตกต่างกันแล้วแต่การทำลายลาบี-  
 ริง, โนคลัสและยวลาจำนวนมากน้อยอย่างไร.  
 สุนัขที่ทำลายส่วนนอจากเวสทิวัลาร์, ไม่  
 แตกต่างจากสุนัขปกติ. สุนัขทั้งหมดแสดง

ปฏิกิริยาที่ต่ออะโปมอร์ฟีนและต่ออินส์.

ผู้รายงานสรุปว่าการเคลื่อนที่กระตุ้น  
 ปลาขยับในลาบีริงและพลังประสาทจาก  
 ส่วนเวสทิวัลาร์ผ่านโนคลัสและยวลาของ  
 สมองน้อยไปยังเคโมเซ็ปเตอร์อิมิตติกริก-  
 เกอร์โซน, ไปสู่ทัญญาเจียนในเมทัลล่า.

มนตรี กันตะบุตร พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

# ปกิณกะ

## ๑. คำแนะนำในการจัดและรักษาห้องสมุดแพทย์

การศึกษาในยุคนปัจจุบันถือว่าห้องสมุดเป็นสิ่งสำคัญ เพราะว่าเป็นแหล่งสะสมความรู้. ยิ่งสำหรับในค่านวิชาการแพทย์ด้วยแล้วเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง, เพราะมีการค้นคว้าในสิ่งใหม่ ๆ เกิดขึ้นเสมอ, และสิ่งซึ่งจะช่วยให้แพทย์และนักศึกษาได้เรียนรู้ถึงผลการค้นคว้าใหม่ ๆ ได้ก็โดยทางหนังสือ. ด้วยเหตุนี้ห้องสมุดจึงเป็นหัวใจสำคัญ.

ห้องสมุดแพทย์จัดอยู่ในประเภทห้องสมุดพิเศษ. ฉะนั้นวิธีการจัดระเบียบงานย่อมแตกต่างกว่าห้องสมุดโรงเรียนและห้องสมุดประชาชน. กล่าวคือเป็นห้องสมุดซึ่งให้บริการแก่ผู้ที่มีความสนใจในวิชาการแพทย์โดยเฉพาะ. ตำราและวารสารที่มอยู่ในห้องสมุดส่วนมาก ก็เกี่ยวกับ การแพทย์ทั้งสิ้น. จุดประสงค์ที่จะกล่าวถึงในที่นี้เกี่ยวกับหลักการปฏิบัติของห้องสมุดทางแพทย์ว่าควรจะทำปฏิบัติอย่างไรจึงจะทำให้ห้องสมุดเจริญก้าวหน้า, สามารถทำให้บรรดาแพทย์และนักศึกษาได้มีโอกาสแสวง

หาประโยชน์ได้อย่างแท้จริง. จะได้กล่าวถึงรายละเอียดเป็นข้อ ๆ ไป, คือ:

### ๑. การเลือกหนังสือและวารสาร

หนังสือทางแพทย์มีราคาแพง. การที่จะเลือกซื้อจึงเป็นปัญหาอันสำคัญ. ห้องสมุดควรมีหนังสือตำราทางแพทย์ในทุกแขนงวิชาและตามความต้องการของแต่ละแผนก. แต่ถึงนั้นก็ต้องแล้วแต่ว่าห้องสมุดนั้น ๆ มีงบประมาณและสถานที่ ๆ เก็บหนังสือเพียงพอหรือไม่. การเลือกซื้อหนังสือแต่ละเล่มจะต้องคำนึงถึงผู้เขียน, เนื้อเรื่องที่เขียน, และจุดมุ่งหมายที่เขียนขึ้นสำหรับแพทย์หรือนักศึกษา. มีใครชนั้น, บรรณานุกรมสำหรับให้ค้นหรือไม่. ประการสุดท้ายต้องพิจารณาถึงเรื่องสภาพด้วย. ไม่ควรเลือกซื้อหนังสือจากการโฆษณาแต่เพียงอย่างเดียว. ควรจะได้อ่านการวิจารณ์หนังสือเสียก่อน. สำหรับการศึกษาด้านแพทย์นั้นนอกจากตำราแล้วก็มีวารสารซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก, เพราะจากวารสาร

นี้เองที่จะทำให้ได้ทราบถึงการค้นคว้าใหม่ ๆ ได้รวดเร็วกว่าตำรา, ซึ่งกว่าจะมีการคิดเปลี่ยนแปลงชำระแก้ไขก็กินเวลาเป็นปี ๆ สำหรับห้องสมุดเล็ก ๆ ควรจะรับวารสารตั้งแต่ ๓๐-๖๐ รายการขึ้นไป. ส่วนห้องสมุดใหญ่ก็อาจจะรับมากกว่านั้น, สักแต่เพียงประมาณและความต้องการ.

นอกจากตำราและวารสารแล้วจะต้องจัดให้มีบรรณานุกรมสำหรับคนเรองที่ลงวารสารทางการแพทย์ด้วย. แม้ว่าจะไม่สามารถจัดทำไว้ได้ครบตั้งแต่ครั้งแรก, อย่างน้อยที่สุดก็ควรจะมีตั้งแต่ปีที่ทางห้องสมุดเริ่มมีวารสารเล่มนั้น. บรรณานุกรมที่กล่าวนี้คือ Quarterly Cumulative Index Medicus หรือเรียกอย่างย่อว่า Q.C.I.M. สมมติว่าทางห้องสมุดเริ่มรับวารสาร American Heart Journal ตั้งแต่ปี ๑๙๔๕ ก็ควรจัดทำ Q.C.I.M. ซึ่งมีบรรณานุกรมวารสารตั้งแต่ปี ๑๙๔๕ เป็นต้นไป. บรรณานุกรมที่พิมพ์ขึ้นโดยสมาคมแพทย์อเมริกัน, ราคาเล่มละ ๒๐ ดอลลาร์. ขณะนี้ทำบรรณานุกรมมาถึงปี ๑๙๕๔ เท่านั้น. ส่วนวารสารหลังปี ๑๙๕๔ ต้องใช้บรรณานุกรมเล่มหนึ่ง, คือ Current List of Medical Literature ซึ่งทำการพิมพ์โดยห้องสมุดแพทย์แห่งชาติอเมริกา

ริกัน (ห้องสมุดแพทย์ที่ฮาร์วาร์ดอเมริกัน). จะขอรับได้ในราคาเล่มละ ๕ ดอลลาร์. ตั้งแต่เดือนมกราคม-มิถุนายน ๑๙๕๕ บรรณานุกรมเล่มพิมพ์ออกเป็นรายสัปดาห์และมีบรรณานุกรมทางชีววิทยา (Subject Index) ออกเดือนละครั้ง. ตั้งแต่ปี ๑๙๕๐ เป็นต้นมาเริ่มออกรายเดือน.

ลักษณะบรรณานุกรมของ Current List of Medical Literature นั้นแตกต่างกว่า Quarterly Cumulative Index Medicus คือหนังสือเล่มแรกนั้นมีรายชื่อยวารสารมากกว่า, ออกเร็วกว่า, ราคาถูกกว่า, แต่เมื่อเวลาค้นหาเรื่องลำบากเพราะต้องค้นชีววิทยาก่อน, แล้วจึงจะมาค้นหาชื่อยวารสารได้. ก็สำหรับเป็นเครื่องมือค้นหาเรื่องในเมื่อ Q.C.I.M. ยังทำไม่เสร็จเท่านั้น, แต่ไม่สามารถจะใช้เป็นบรรณานุกรมสำหรับค้นหาเรื่องได้รวดเร็วกังเช่น Q.C.I.M.

## ๒. การสั่งหนังสือและการตรวจสอบ

การสั่งหนังสือหรือวารสารควรสั่งจากบริษัทตัวแทนที่เชื่อถือได้, ดีกว่าที่จะสั่งจากบริษัทพิมพ์แต่ละแห่ง. ทั้งนี้เพื่อเป็นการประหยัดรายจ่าย. เมื่อสั่งหนังสือเล่มใดไปแล้ว, ควรจะมีบันทึกแสดงวันที่สั่ง, วันที่รับ, พร้อมทั้งราคาและวันที่ชำระเงินไว้

อย่างเรียบง่าย. ที่ด้านหลังของหน้าชื่อ  
เรื่องหนังสือ ควรจะลงวันที่ขอพร้อมทั้ง  
ราคาไว้ด้วย. สำหรับหนังสือเล่มที่มีราคา  
แพงมากควรตรวจให้ละเอียดทุก ๆ หน้าว่า  
มีอะไรเสียหายหรือไม่, ก่อนที่จะชำระเงิน.

วารสารควรมีบัตรแสดงรายชื่อทุก ๆ  
รายการ, เรียงตามลำดับอักษร. เมื่อ  
ปรากฏว่ามีเล่มใดที่ขาดหายไปจะต้องแจ้ง  
ให้บริษัทตัวแทนทราบทันที. เพื่อที่เขาจะ  
ได้สามารถหามาแทนได้ทันที, ซึ่งจะช่วยไม่  
ให้วารสารขาดตอน.

การประทับตราหนังสือจะต้องกระทำ  
ทันทีที่หนังสือเข้ามาในห้องสมุด. อาจจะใช้  
ตราอย่างซึ่งแสดงเครื่องหมายของห้อง  
สมุดประทับ, หรือจะใช้กระดาษซึ่งมีตรา  
ของห้องสมุดปิดปกในของหนังสือก็ได้.

๓. การจัดหมู่หนังสือและการระวัง

**รักษา** สำหรับห้องสมุดเล็ก, มีหนังสือ  
น้อย, ปัญหาเรื่องการจัดก็ไม่ต้องยากเท่าใด,  
เพราะแพทย์และนักศึกษามักจะจำที่ไว้หนังสือ  
ได้และก็สามารถหยิบใช้ได้ทันที. แต่  
ถ้าห้องสมุดขยายใหญ่ขึ้น, การที่จะให้  
ประโยชน์อย่างแท้จริงในการใช้ก็จะต้องทำ  
การจำแนกหนังสือออกตามวิชาต่าง ๆ. ระวัง

ยบทควรจะนำมาใช้ สำหรับการแยกหมู่  
หนังสือทางการแพทยก็มี; (1) Library of  
Congress Classification (2) Armed Forces  
Classification (3) Dewey Decimal  
Classification. แต่ละระบบเหล่านี้มีหนังสือ  
คำราชซึ่งจะนำมาใช้เป็นคู่มือในการจำแนก  
ได้, หรืออาจจะส่งบัตรหนังสือจากต่างประเทศ  
พร้อม ๆ กับหนังสือได้, เพื่อจะได้ไม่ต้อง  
เสียเวลามาทำการแยกหมู่หนังสือเอง.

ไม่ว่าห้องสมุดจะใหญ่หรือเล็กก็ตาม  
จะต้องมีปัญหาเกี่ยวกับบัตรของหนังสือ. ถ้า  
เป็นสิ่งที่ทำได้ห้องไว้หนังสือควรมีเครื่อง  
ปรับอากาศ. ผลจากการค้นคว้าปรากฏว่า  
ถ้าอากาศชื้นหรือแห้งเกินไปก็สามารถจะ  
ทำอันตรายแก่หนังสือได้. ความชื้นจะทำให้  
ให้เกิดรา. ส่วนความแห้งนั้นจะทำให้  
กระดาษกรอบและทำให้กาวที่เย็บแห้ง. ใน  
กรณีห้องสมุดไม่สามารถมีเครื่องปรับอากาศ  
ใช้ได้, ควรใช้ชั้นวางหนังสือชนิด  
เบค. ถึงแม้จะมีปัญหาเรื่องฝุ่นก็ยังดีกว่า  
ที่จะใช้ดี.

สำหรับปกหนังสือที่เป็นผ้ามวักที่จะ  
ป้องกันและรักษาปกให้แลดูใหม่ได้โดยใช้  
book lacquer แปรงหนังสือ. สำหรับเครื่อง  
ใช้ อาจส่งขอได้จากบริษัทจำหน่าย  
เครื่องใช้ห้องสมุด.

ส่วนปกหนังสือที่เป็นหนังสือเช่นเดียวกัน, เมื่ออยู่ในที่ ๆ อากาศแห้งก็จะทำให้แตก. อาจจะใช้ Leather Vita ขี้ของมันได้.

นอกจากหนังสือแล้วก็มีวารสาร. วิชารักษาวารสารที่ครบเล่มแล้วไม่ให้สูญหายก็โดยนำไปเย็บเล่ม. แต่เนื่องจากราคาเย็บเล่มแพงมาก, ฉะนั้นอาจจะเก็บไว้ในกล่องเล่มหนึ่งต่อหนึ่งกล่องพร้อมทั้งเขียนชื่อก็ได้. แต่มีข้อเสียอยู่คือมีโอกาสหายได้ง่าย. มีวารสารบางเล่ม, เช่น Surgery, Gynecology and Obstetrics, Medical Clinics of North America, Surgical Clinics of North America ซึ่งมักแข็งพิมพ์ออกจำหน่าย. แม้ว่าจะต้องเสียค่ารับแพงขึ้นกว่าปกอ่อน, แต่เมื่อเทียบกับที่จะต้องนำปกอ่อนไปเย็บเล่มแล้ว, ราคาถูกกว่า, และหยิบใช้สะดวก, เพราะเป็นเล่มบาง ๆ เรียงไว้บนชั้นได้สะดวกมาก. นอกจากวารสารแล้วก็มี วิทยุพริ้นต์ และแปมฟเล็ทส์ (pamphlets) ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับห้องสมุดแพทย์. ทั้งสองอย่างนี้อาจจะเก็บไว้ในตู้เหล็กเก็บเอกสาร, หรือไม้กั้นกล่องซึ่งใช้เก็บวารสารที่ยังไม่ได้เย็บ เช่นที่กล่าวแล้ว.

แพทย์ ส่วน มาก ขอ วิทยุพริ้นต์ เองจาก แพทย์ผู้ซึ่งเขียนเอกสารนั้น ๆ. การขอโดยมากก็ทำโดยส่งไปรษณียบัตรพร้อมทั้งเขียนชื่อเรื่องที่ต้องการส่งไป.

เพื่อให้การค้นหาวารสารเป็นไปโดยสะดวกก็จะได้พิเคราะห์การจัดวิทยุพริ้นต์, ซึ่งอาจจะทำได้ ๓ วิธีด้วยกัน, และแต่ละวิธีก็มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน. วิธีแรกเรียงตามลำดับชื่อของวารสาร, โดยยกเล่ม, ตอน, และหน้า, แต่ตัดชื่อผู้แต่งและชื่อวิชาออก. วิธีนี้มีประโยชน์แต่เพียงได้ทราบชื่อวารสารแต่ละอย่างพร้อมทั้งเล่มตอนและหน้าเท่านั้นเอง. วิธีที่สองใช้เรียงตามชื่อผู้แต่งและชื่อเรื่อง, โดยไม่ใช้วันที่และชื่อวารสาร, ซึ่งตีพิมพ์เอกสารนั้น ๆ. การจัดเรียงลำดับตามชื่อผู้แต่งสะดวกในการใช้, เพราะเมื่อทราบชื่อผู้แต่งก็จะค้นหาได้ทันที. วิธีที่สามเรียงตามลำดับชื่อวิชา. การจัดเช่นนี้ทำให้สะดวกในการค้นหาได้รวดเร็ว.

**๔. บริการการให้ยืมระหว่างห้องสมุด** ห้องสมุดบางแห่งถึงแม้จะมีหนังสือมาก แต่ก็ไม่สามารถมีครบทุกอย่างได้เสมอไป. มีอยู่บ่อยครั้งที่แพทย์และนัก

ศึกษาต้องการหนังสือและวารสารซึ่งไม่มีในห้องสมุด, ก็จะเกิดปัญหาต้องหาทางทราบว่ามียุ่ที่ห้องสมุดใดบ้างหรือเปล่า. ปัญหาเช่นนี้จะเกิดขึ้นทุกห้องสมุด. ฉะนั้นเป็นหน้าที่ที่จะต้องจัดให้มีการยืมระหว่างห้องสมุดขึ้น, โดยวางระเบียบในการยืมไว้. มียุ่ที่แสดงรายการที่ห้องสมุดก่อนยืมออกไปพร้อมทงวันที่, ชื่อหนังสือ, ชื่อวารสาร. ที่ต้องทำเช่นนี้เพื่อเป็นเครื่องเตือนความจำ, เพราะหนังสือที่ยืมไปบางเล่มเป็นประเภทวารสารที่ยังไม่ได้เสียเล่ม, ถ้าไม่มีรายการยืมบางครั้งก็อาจจลิม, ทำให้ขาดตอนไปได้.

### ๕. บริการทางถ่ายภาพหนังสือ

#### (PHOTODUPLICATION SERVICES)

ในระยะไม่นานมานี้ได้มีการนำวิธีถ่ายภาพหนังสือต่าง ๆ วิธีมาใช้กับกิจการห้องสมุด. กล่าวคือหากต้องการใช้หนังสือบางเล่มซึ่งหายากและราคาแพงมาก, ไม่สามารถจะยืมได้, ก็จะกระทำได้โดยทำโฟโตสแตต (photostat). ในต่างประเทศมีห้องสมุดหลายแห่งซึ่งมีเครื่องทำโฟโตสแตตและคิดราคาไม่แพง. แต่ถึงแม้ว่าห้องสมุดจะไม่มีเครื่องทำ, อาจจะทำต่อ

ขอได้โดยราคาไม่แพง. เช่นที่ห้องสมุดแพทย์แห่งชาติอเมริกันรับทำโดยคิดราคา ๕ หน้า ต่อ ๑ คอลลัวร์, ถ้าหากต้องการให้ส่งทางอากาศไปรษณีย์.

นอกจากโฟโตสแตต ก็มี ไมโครฟิล์ม (microfilm) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจการห้องสมุดอีกประเภทหนึ่ง. สำหรับไมโครฟิล์ม นึกกว่า โฟโตสแตต และทุนการใช้จ่าย ซึ่งต้องเสียไปในการยืมหนังสือระหว่างห้องสมุดอีกด้วย.

เท่าที่กล่าวมาแล้วนี้เป็นรายการย่อ ๆ ซึ่งควรใช้ในการดำเนินงานของห้องสมุดแพทย์. ยังมีสิ่งซึ่งสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือเจ้าหน้าที่ห้องสมุดหรือบรรณารักษ์ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในกิจการห้องสมุดดี และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเสมอ. ห้องสมุดซึ่งถึงแม้จะเล็ก, แต่อยู่ในความดูแลของบรรณารักษ์ที่ดี, ย่อมดีกว่าห้องสมุดใหญ่ซึ่งมีบรรณารักษ์ที่ไม่เอาใจใส่และรับผิดชอบในหน้าที่การงาน

### อุทัย ทุติยะโพธิ์

(บรรณารักษ์ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล)

๒. บันทึกสั้น

๑. วิธีฆ่าเชื้อกับความคมของเครื่องมือผ่าตัด เคียร์เซ่รายงานการทดลองผลของวิธีฆ่าเชื้อต่างๆต่อความคมของเครื่องมือว่า (ก) การต้มในน้ำเปล่าทำให้เครื่องมือทอเร็วที่สุด, (ข) การนึ่งในออโต-เคลฟว์ (๑๒๐ ๙., ๒ บรรยากาศ, ๒๐ นาที) ทำให้เครื่องมือปานกลาง, บางที่ทำให้เกิดสนิมและลึดำ, (ค) การอบในตู้ออน (แห้ง) (๑๕๐ ๙., ๓๐ นาที) ทำให้เครื่องมือทอเร็ว (ในคอนไซใหม่ ๆ ทำให้คมขึ้นเสียด้วยซ้ำ) และไม่เกิดสนิม. (แอรส์ต. ซัมเมิล. ๔๕:๓๗๗, ๑๕๕๖)

๒. คลินิกกุมารเวชที่ไม่ต้องกลั้วขาด  
น้ำนม เมื่อเร็ว ๆ นี้มีการเปิดคลินิกโรคเด็กแห่งใหม่ในเขตนครซิมบอร์ก (เยอรมันตะวันตก) ซึ่งต้องนับว่าทันสมัยที่สุด. คลินิกแห่งนี้ตั้งอยู่ท่ามกลางสวนกว้างใหญ่ซึ่งเขียวสงบและไม่มีฝุ่น, และที่นับว่าแปลกกว่าคลินิกอื่นใดทั้งหมดคือมีฝูงวัวไว้สำหรับให้นมเพื่อประโยชน์แก่คลินิคถึง ๑๐ ตัว. เป็นวันหนึ่งที่ตรวจแล้วว่าไม่มี

เชอวิตโรค.

๓. การป้องกันฟันผุ เมื่อเดือน พ.ค. ๒๔๕๕ ผู้แทนหน่วยต่างๆ ในสมาคมทันตแพทย์ของประเทศสวีต เซอร์แลนดีได้ประชุมกันที่มาร์ตินญ์และลงความเห็นเกี่ยวกับการป้องกันฟันผุในเด็กตามหลักการใหญ่ๆ คือ (๑) งดกินของหวานนอกเวลาอาหาร, (๒) ส่งเสริมการป้องกันด้วยวิตามิน "ดี" (๓) ระหว่างอายุ ๑ ถึง ๑๖ ปี ใช้วิธีให้กินฟลูออไรด์ในขนาดจำกัด (ในน้ำดื่มหรือเป็นยาเม็ด) โดยสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการผุของฟัน.

๔. คอร์ติโซนในการรักษาโรคตับบาง  
อย่าง อันเกรโอลี (ริฟอร์มา เมก. ๗๐: ๗๐๘, ๑๕๕๖, จาก เจ.เอ.เอ็ม.เอ ๑๖๒: ๖๑๒, ๑๕๕๖) รายงานผลการลงใช้คอร์ติโซนรักษาคนไข้โรคตับอักเสบเรื้อรัง (๒คน) และตับแข็ง (๓คน) ด้วยคอร์ติโซน, เปรียบเทียบกับพวกที่ไม่ได้ใช้คอร์ติโซน, ว่าคอร์ติโซนให้ผลดีโดยทั่วๆ ไปและทำให้อาการดีขึ้นหายไประวด

เร็วมาก. ขนาดของตับและม้ามเล็กลง  
ภายในสามเดือน.

**๕. โทษของบาร์บิตูเรต** ในการประชุม  
ของสมาคมศึกษาการศึกษากองกลางลอนดอน  
เมื่อ กค. ๒๔๕๕ ได้มีผู้รายงานสถิติและ  
ความเห็นเกี่ยวกับอันตรายของการศึกษา  
จำพวกบาร์บิตูเรตหลายคน. สรุปความ  
เห็นส่วนใหญ่เห็นว่ายาพวกนี้เป็นต้นเหตุ  
ของอันตรายมาก, ทำให้คนติดยาเป็นจำ  
นวนมาก, แม้บางส่วนของพวกเขาจะติดยาอย่าง  
อ่อน ๆ และไม่แสดงผลให้ปรากฏชัดแจนก็  
ตาม. คนหลายคนที่ตายทันทีและเข้าใจว่า  
เป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ, ได้ตรวจพบบาร์-  
บิตูเรตจำนวนมากในเลือด. เข้าใจว่ามี  
เด็กตายเพราะยาพวกนี้บ่อย ๆ เป็นจำนวน

ไม่น้อย. ๔ ปช. ของพลเมืองของบริเตน  
ใหญ่กินบาร์บิตูเรตวันละ ๑ เม็ดโดย  
เฉลี่ย. ในยี่หนึ่ง ๆ มีคนถูกพิษบาร์บิตู-  
เรตเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ  
๗,๐๐๐ คน, เท่ากับประมาณ ๐.๑๒๑  
ปช. ของคนไข้ที่เข้าโรงพยาบาลทั้งหมด.  
ประมาณ ๑๐ ปช. ของยาที่มีใบสั่งทง  
หมดเป็นพวกบาร์บิตูเรต. ทั้งหมดมีมูลค่า  
เกือบ ๕๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท. การใช้บาร์-  
บิตูเรตที่ไม่สมควรแบ่งออกเป็น ๔ ประ  
เภท, คือ (๑) ใช้นานเกินสมควร. (๒)  
ใช้เป็นยาเสพติด. บางทีร่วมกับแอลกอฮอล์.  
(๓) การกินขนาดมาก ๆ เพื่อให้นอน  
หลับ. (๔) ใช้เพื่อฆ่าตัวตาย. (เจ.เอ.เอ็ม.  
เอ. ๑๖๒:๕๕๕, ๑๕๕๖)

ผ.ม. รวบรวม

### ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สำนักงานสารศิริราชได้จัดพิมพ์สารศิริราชปีที่ ๘ เพิ่มจำนวนเล็กน้อย  
หากท่านสมาชิกใดได้รับหนังสือไม่เรียงอันดับที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘  
และ ๙ (ซึ่งตีพิมพ์เสร็จและส่งสมาชิกในเดือนธันวาคม) โปรดแจ้งให้แผนก  
จัดการสารศิริราชทราบด้วย เพื่อจะได้ส่งให้ครบ.

# แผนกข่าว

**สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๘๕**

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
<u>ใหม่</u>	๑,๕๓๑	๑,๑๔๔	๑,๓๕๓*	๑,๒๓๕*	๑,๑๐๔	๔๑๘*	๗,๑๙๕
<u>เก่า</u>	๓,๓๓๗	๑,๕๐๖	๒,๔๑๗*	๑,๖๓๘	๑,๘๐๑	๔๕๐*	๑๑,๕๔๕
<u>รวม</u>	๕,๒๖๘	๓,๐๕๐	๓,๗๗๐*	๒,๘๗๓*	๒,๙๐๕	๘๖๘*	๑๘,๓๓๘
<u>ใน</u>	๑๘๓	๒๕๓	๑,๐๓๓*	๑๓๘	๒๓๔	—	๑,๘๔๑*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๔๐๕\*. จักษุฯ ๔๓๔\*. สูติ-นารีฯ ๒๑๘. รวม ๑,๐๖๑\* ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๓๕๕\*. หญิง ๓๖๑\*. รวม ๗๑๕\*. คลอดตาย ชาย ๑. หญิง ๗. รวม ๘

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๑๖ คน (๖.๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๕๔ ราย. (๔๖.๖ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๐๐ ครั้ง. ข้างนอก ๓ ครั้ง. รวม ๕๐๓ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๘๕๐\* คน. รักษาใหม่ ๓๔ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕๘ ครั้ง. ระบาย, รักษา ๑๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๖๑ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ — คน รักษาใหม่และเก่า — ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๔ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๖๘๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๔ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๔๓๘ ราย. (จากภายนอก ๘๘ ราย). แอ็กกลูตินเนชั่น ๘๖. วัชเชอร์แมนและคานัน ๑,๘๔๔. หมู่เลือด ๔๐๖. นับเม็ดเลือด ๕๓๘. หาเชื้อแบคทีเรีย ๑๖๑. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๕๑. อูจจาระ ๓๘๓. บัสสาวะ ๒๖๓. เสมหะและอื่นๆ ๓๓. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๓๘. อูจจาระ ๘๕. บัสสาวะ ๒๑. น้ำไขสันหลัง ๑๕. เสมหะและอื่นๆ ๑๖๔. นิ้ดสัตว์ทดลอง —. เพาะเชื้อบิต ๘. ตรวจทดลองตัวจืด ๓๓. ตรวจสพนิตินเวซ ๑๕. ตรวจของกลาง ๓.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๐. เจาะน้ำสันหลัง ๑๔. เจาะตับ ๒, น้ำช่องปอด ๗. อัลดิมเข้าช่องปอด ๔. อัลดิมเข้าช่องท้อง ๒๗. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๐. นิ้ดยาซีฟัส ๓๐.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๘๑\*. ถอนฟัน ๖๓๘\*. อุดฟัน ๑๓๕. ผ่าตัดช่องปาก ๔๔.

(โดยความ<sup>ผู้</sup>เื้อ<sup>ผู้</sup>ของนายแพทย์สรรค<sup>ผู้</sup> ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

\* สถิติยอดเข้ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ:

๑. คุณหญิงสิน ภักดีนรเศรษฐ์ บ้านเลขที่ ๔ ถนนวิฑูย์ ศาลาแดง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน "พระยาภักดีนรเศรษฐ์ (เลิศ-เศรษฐ์บุตร)" ซึ่งตั้งอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เนื่องในโอกาสวันทำบุญอายุครบ ๘๐ ปี

๒. คุณสังศรี อมาตยกุล บ้านวงศ์อำมาตย์ เลขที่ ๕๓ ริมคลองประปาสามเสน อำเภอคลองสาน จังหวัดพระนคร บริจาคเครื่องอุปโภคบริโภค ความเห็นแก่ประโยชน์ ขนาด ๑๑.๕ คิว ราคา ๑๔,๐๐๐ บาท ให้แก่ตึกศรีเพชรชน ๓ แผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา

การประชุมวิชาการประจำเดือน คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดการประชุมวิชาการประจำเดือนของคณะ ในเดือนพฤศจิกายน ๒๔๕๕ ดังนี้:

วันเสาร์ที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๔๕๕

เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ ห้องปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยาเรื่องที่น่าสนใจ คือ:

๑. การรักษาเด็กป่วยเป็นไข้กลุ่มทัยฟอยด์ด้วยคลอโรแอมเฟนิคอล (รายงานผู้ช่วย ๑๕๘ คน), ผู้เสนอ: น.พ. ปรีชา วิชิตพันธ์ และ น.พ. สวัสดิ์ สกฤตไทย แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์.

๒. เครตินนิสซึม (รายงานผู้ช่วย ๘ ราย), ผู้เสนอ: น.พ. ประสงค์ คุ้มจินดา แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์.

๓. เมกะโบลัสติกโคเนนิเมีย (รายงานผู้ช่วย ๑ ราย), ผู้เสนอ: พ.ญ. สุกสาคร คุ้มจินดา แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์.

วันเสาร์ที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๕๕ เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ ห้องปาฐกถา แผนกพยาธิวิทยา เรื่องที่น่าสนใจ คือ:

๑. ซัยโปกลัยซีเมีย เนื่องออกของไอส์เล็คเซลล์ของตับอ่อน. (รายงาน ๑ ราย พร้อมกับการสืบค้นเอกสาร) ผู้เสนอ: น.พ.เกษม ลิมวงศ์ แห่งแผนกคัลยศาสตร์ (รายงานทางคลินิก), น.พ.สนทร บุญญานิตย์ แห่งแผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา (รายงานผู้ช่วย), น.พ. เจริญ สุวรรณวิไล แห่งแผนกพยาธิวิทยา (รายงานทางพยาธิวิทยา).

๒. ป๋นิวโม-ซีโม โธแรกซ์ เกิดเอง (รายงานผู้ช่วย ๑ ราย) ผู้เสนอ: น.พ. บัญญัติ ปรัชญานนท์ และ พ.ญ.พรรณพิศ พันธุสุวรรณ แห่งแผนกอายุรศาสตร์

พยาธิวิทยา

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์

ตุลาคม ๒๔๕๕

ชุมนุมวิชาการในแผนก

รายงานผู้ช่วยทั่วไป.

“๒๔ ปี ของข้าพเจ้าในบ้านนอก” ด้วยความประสงค์ของผู้ดำเนินการประชุมวิชาการแห่งคณะฯ เพื่อให้หนักศึกษาแพทย์, แพทย์, พยาบาลและอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ มีโอกาสได้ทราบถึงกิจการแพทย์หัวเมือง เช่น ข้อบกพร่อง, ข้อดีและความต้องการของประชาชน ซึ่งถ้าต้องออกไปรับราชการส่วนภูมิภาคแล้ว จะได้ไม่ต้องห่วงใยกังวลเกินกว่าเหตุ จึงได้เชิญนายแพทย์เป็นทูล ขณูอิต ผู้เคยเป็นอาจารย์ศัลยศาสตร์ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธชินราช และได้นำกิจการแพทย์แผนปัจจุบัน ไปเผยแพร่เป็นที่นิยม ยกย่องแก่ประชาชนภาคเหนือ, มาพบกันในเรื่อง “๒๔ ปีของข้าพเจ้าในบ้านนอก”

๓ ต.ค. รายที่ ๑. ผู้ป่วยชาย อายุ ๑๖ ปี กล้ามเนื้อต้นแขน และ ทรวงอก ขวาลีบ. ปอดขวาแฟบ (ฮัยโปเพลเซีย). ได้พิจารณาปัญหาเกี่ยวกับการแฟบของกล้ามเนื้อ ทรวงอก กล้ามเนื้อเหล่านี้ยังคงพอใช้. การแฟบของปอดขวาเข้าใจว่าเป็นที่หลัง, ไม่ใช่เป็นแต่กำเนิด ส่วนกล้ามเนื้ออกขวาที่ลีบน่าจะเป็นผลจากปอดแฟบ (ปฏิกิริยา “อาร์-คิ” ได้ผลลบ).

รายที่ ๒. ผู้ป่วยชาย อายุ ๔๕ ปี. มีลักษณะทั่วไป และ ผิวหนัง ชวนให้สงสัยสะเคลอโรเคอร์มา. ปอดล่างซ้ายมีจุด. ตักชันเนอจากปอดมาตรวจพบมีไฟโบรซิส และบรอนชีเอกเทซิส. ไม่พบลักษณะของวัณโรค.

คณะฯ ได้กำหนดวันและเวลาในการพบเรื่องวันเสาร์ที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๕๕. เวลา ๑๓.๑๕ น. ณ ห้องปาฐกถาแผนก

๑๗ ต.ค. รายที่ ๑. ผู้ป่วยชาย อายุ ๑๗ ปี เป็นเชื้อปติคัยนิวโมเนีย (จากภาพรังสี) และมีลักษณะทางคลินิกของเชื้อปติคัยเมีย. เลียงเซอจากเลือดพบสะแตฟอ-

เรียส. ไม่สนองต่อเพนิซิลลิน, แคลอร์-  
แอมเฟนิคอล, ซัลฟาไคอะซีน, ไอโด  
ทัยซิน, และเทอร์ราไมซิน. มีอาการของ  
เยื่อหุ้มสมองอักเสบในกลางสัปดาห์ที่ ๒  
หลังจากรับไว้. ขณะส่งข่าวนี้กำลังรักษา  
ด้วยคาโธมิซิน.

รายที่ ๒. ผู้ป่วยชาย อายุ ๔๔ ปี  
เสียดแน่นท้องบริเวณชายโครงขวามา ๑  
เดือนและเจ็บบริเวณนั้นมากมา ๑ วัน ไม่  
คัมสุราเป็นประจำ. การตรวจร่างกายและ  
ภาพรังสีพบว่าบริเวณปอดขวาข้างที่  
เจาะไม่ได้. สงสัยมะเร็งของปอดชนิดคึก  
เยื่อหุ้มปอด. ผลไอโอดีนเทสต์ ๔+, ที.  
เอฟ. ผลลบ.

๓๑ ต.ค. ผู้ป่วยชาย อายุ ๓๐ ปี.  
มีไข้เรื้อรัง ๔ เดือน. มีรอยคางคกชมพู  
อ่อนและขาวบริเวณหน้า, หลังและแขน  
ขวา. มีท้องมานและน้ำในช่องเยื่อหุ้ม  
ปอด. (สงสัยจะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ  
ด้วย). ไม่พบแอล. อี. เซลล์. ตรวจชิ้น  
เนื้อจากผิวหนังไม่ช่วยการวินิจฉัยโรค.  
อาจเป็นเคอร์มาโตมัยโอไซติส. ตกกลง  
ให้ตัดกล้ามเนื้อไปตรวจทางจุลระกาย  
วิภาค. แต่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหลังจากเริ่ม  
ให้สเตอรอยด์คอร์โมน ๔ วัน. ไม่ได้

ตรวจศพ.

#### รายงานผู้ป่วยโรคในทรวงอก

๒๐ ต.ค. ผู้ป่วยชาย อายุ ๕๓ ปี.  
เจ็บชายโครงขวาและเหนื่อยง่าย, หายใจ  
ขัดมา ๒ เดือน. ตรวจร่างกายพบผนัง  
อกขวาส่วนล่างเคลื่อนไหวย่นคล้ายถัก  
ครึ่งไว้. เคาะทึบมากทวิบริเวณ. ภาพรัง  
สีคล้ายมีก้อนในปอดขวาส่วนล่างด้านหลัง  
ซีกเยื่อหุ้มปอด. ไอโอดีนเทสต์ให้ผลลบ  
ตรวจศพพบมะเร็งของปอดขวากลับล่าง  
ลามออกมายึดคึกเยื่อหุ้มปอด. รวมทั้ง  
ส่วนฐานที่กระดูกซี่โครงด้วย.

#### ชุมนุมวิชาการเฉพาะโรคผิวหนัง

๕ ต.ค. แพทย์ที่ทำงานทางโรคผิวหนัง  
ของแผนก และจากโรงพยาบาลต่างๆ  
มาร่วมชุมนุม ๑๒ ท่าน. มีการแสดงผู้  
ป่วยคือ

๑. Pyoderma gangrenosum. (สร  
เมตติยวงศ์. ศิริราช)

๒. Pityriasis lichenoides chronicus  
(สมนึก วิบูลยเสช, ร.พ. พระมงกุฎเกล้าฯ)

๓. Purpuric pigmented lichenoid  
dermatitis, (สมนึก วิบูลยเสช, ร.พ. พระ  
มงกุฎเกล้าฯ)

๔. Lichenoid tuberculid (ทองน่าน  
วิภาควณิช, ศิริวิราช)

๕. Subacute disseminated lupus  
erythematosus (เวณู โคตรจรัส, ร.พ.  
หญิง)

ชุมนุมวิชาการระหว่าง พ.ป. และ พ.ป.  
อ่าวใต้

๔ ต.ค. ศึกษาจากรายงานผู้ป่วยที่ได้  
ตรวจศพ. ชาย อายุ ๓๖ ปี, เป็นไข้มา  
๓ วัน. ปวดศีรษะมาก. ชัก, และไคมา.  
ท้องแยกโรคระหว่างมาลาเรีย, สมองอักเสบ,  
และเลือดออกในสมอง. น้ำไขสัน  
หลังมีเซ็นไซโทไซมและเม็ดเลือดแดงนิด  
หน่อย. ตรวจศพพบเลือดออกใต้เยื่อหุ้ม  
กิวว่านิกเดียว.

๑๑ ต.ค. “วารสารสโมสว” เรื่อง  
“เงากลมขอบเรียบ” จากภาพรังสีที่  
คล้ายมะเร็งของปอด, แต่กลายเป็นน้ำใน  
ช่องเยื่อหุ้มปอดและปอดอักเสบ. รักษา  
หาย

ร่วมงานวิชาการนอกคณะ ฯ

๑๑-๑๘ ต.ค. ร่วมในการอบรมผู้  
วิชาการต่อแพทย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๑๘ ต.ค. น.พ. บัญญัติได้ร่วมแสดง  
รายงานผู้ป่วยมีการออกันของซิปเวียร์เว-  
นาคาว่าในการชุมนุมอระแพทย ฌ แพทย  
สมาคม. น.พ. ประเสริฐ กังสาคาลัย ร่วม  
เขียนคำอภิปรายไปแทนตัว.

ชาญ สถาปนะกุล รวบรวม.

ข่าวแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนา  
สิกตารังษ

ตุลาคม ๒๔๕๕

(๑) การอ่านวารสารการแพทย์มีดัง  
นี้คือ:

๑. หลอดโลหิตหลังลูกตาเกี่ยวกับ  
การพยากรณ์โรค โดย น.พ. อเนก  
เพทวนิช

๒. โรคตึกเชื้อเฉพาะแหล่งและความ  
สัมพันธ์กับนัยน์ตา โดย พ.ญ. ปราโมทย์  
โลจนานนท์

๓. การอักเสบอย่างเรื้อรังของต่อม  
ที่อนซิลที่โคนลิ้นโดย น.พ. ชลอรุจิรวัดน์

๔. สิ่งแปลกที่ในทางเดินอากาศ  
โดย พ.ญ. สุกสวาท สนิเจิมศิริ

๕. ปอดแพชอย่างมากเกิดหลังตัด  
ต่อมที่อนซิลและขดแอกันอยค์ โดย พ.ญ.  
อัมพร อรุณินท์

๖. การเจาะคอและการปฏิบัติผู้ช่วย  
ที่ไม่รู้สึกตัว โดย น.พ. อเนก เพทวนิช

๗. อัมพาตของประสาทตาเกิดร่วมกับ  
อาการปวดศีรษะโดย น.พ. สุนทร ทวี-  
พานิชย์

๘. การผ่าตัดหูกในการบำบัดอาการ  
โรคแทรกซ้อนทางสมองหลังจาก เป็นโรค  
น้ำหนวกเรอริง โดย พ.ญ. ฝิว ลิมปพยอม

(๒) เรื่องของแผนกที่เข้าประชุมใน  
การประชุมทางวิชาการของคณะเรื่อง ไล  
โปม่าในทอนซิลลาร์ ไชนัสโดย น.พ.  
สำราญ วังศ์พาศ์และ น.พ. สุนทร ทวี-  
พานิชย์

ฝิว ลิมปพยอม พ.บ. รวบรวม

### ข่าวกีฬา

#### ข่าวแผนกเบดมินตัน

แผนกเบดมินตันได้จัดการแข่งขันขึ้น  
ภายในคณะ ฯ เช่นที่เคยปฏิบัติมาทุก ๆ ปี  
สำหรับปีนี้เริ่มแข่งขันในรอบคัดเลือก  
เมื่อวันจันทร์ที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๕  
การคัดเลือกดำเนินไปเป็นเวลา ๒ สัปดาห์  
จึงเสร็จสิ้น

ในรอบคัดเลือกนี้มีท่านอาจารย์ผู้ใหญ่  
เข้าร่วมแข่งขันด้วยหลายท่าน อาทิ

ศาสตราจารย์สุก แสงวิเชียร, ศาสตราจารย์  
อารีย์อำนาจ เสมรสต์. และศาสตราจารย์  
อวย เกตุสิงห์, ทำให้การแข่งขันในรอบ  
คัดเลือกสนุกครึกครื้นยิ่งขึ้น กำหนด  
การแข่งขันชิงชนะเลิศในวันจันทร์ที่ ๑๕  
พฤศจิกายน ๒๕๕๕ ซึ่งการแข่งขันในวัน  
นี้มีท่านอาจารย์ชั้นผู้ใหญ่ได้ให้เกียรติ  
ไปชมการแข่งขันหลายท่านด้วยกันคือ  
ศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกสรีรศาสตร์,  
พยาธิวิทยา, และกายวิภาคศาสตร์ นอก  
จากนี้ยังมีการแข่งขันเพื่อเชื่อมความสา-  
มัคคีระหว่าง น.ศ.พ. หญิงกับ น.ร.พ. และ  
พยาบาลอีกด้วย

ตลอดการแข่งขันมีผู้ไปชม อย่างคับ-  
คั่ง ต่างฝ่ายต่าง ก็ช่วยกันเชียร์ ฝ่ายของ  
ตนด้วยความตึงออกตั้งใจ การแข่งขันดำเนิน  
ไป อย่างอบอุ่นสนุก ครึกครื้นและเย็น  
กันเองอย่างยิ่ง ระหว่างการแข่งขันได้มีการ  
เลี้ยงน้ำชาแก่อาจารย์และผู้ชมอีกด้วย  
สุดท้ายของการแข่งขันอาจารย์นายแพทย์  
สำราญ ปรักษ์ขามได้กรุณาเป็นผู้มอบ  
ของที่ระลึก ของแผนก เบดมินตัน ให้แก่ผู้  
แทนของพยาบาล การแข่งขันเสร็จสิ้นลง  
ด้วยความมุ่งหมายทุกประการ

ผลของการแข่งขันปรากฏดังนี้คือ

การแข่งขันระหว่างแผนก

๑. ประเภทสามคน, ชนะเลิศได้แก่ แผนกคัลยศาสตร์ (น.พ. นที รัชพลเมือง, น.พ. ประมุข จันทวิมล, และ น.พ. กวี ทังสุขุตร)

รองชนะเลิศได้แก่แผนก พยาธิวิทยา (น.พ. ทินรัตน์ สถิตินิมาการ, น.พ. วิทย์ มินะภนิษฐ, พ.ญ. ลักดาวลัย ชนจิตร์)

๒. ประเภทสองคน. ชนะเลิศได้แก่แผนกคัลยศาสตร์ (น.พ. กวี ทังสุขุตร น.พ. ประมุข จันทวิมล) รองชนะเลิศได้แก่แผนกพยาธิวิทยา (น.พ. ทินรัตน์ สถิตินิมาการ, น.พ. วิทย์ มินะภนิษฐ)

การแข่งขันระหว่างชน

๑. ชายคู่ ชนะเลิศ ได้แก่ชนบทที่ ๓ (น.ศ.พ. อุดม เกียรตินันท์, น.ศ.พ. ทวีศักดิ์ เจ้าสกุล) รองชนะเลิศ ได้แก่ชนบทที่ ๔ (น.ศ.พ. อุดม เอกตาแสง, น.ศ.พ. รัช โลพันธ์ศรี)

๒. หญิงคู่ ชนะเลิศ ได้แก่ชนบทที่ ๓ (น.ศ.พ. เพ็ญพรรณ ชวสันต์, น.ศ.พ. สมบูรณ์ วีระพงษ์)

รองชนะเลิศ ได้แก่ชนบทที่ ๒ (น.ศ.พ. กาญจนา คมนามูล, น.ศ.พ. วาสนา

วายุรกุล)

๓. ชาย-หญิงผสม ชนะเลิศ ได้แก่ชนบทที่ ๓ (น.ศ.พ. ทวีศักดิ์ เจ้าสกุล-น.ศ.พ. สายพิณ เหวาบัตร์)

รองชนะเลิศ ได้แก่ชนบทที่ ๑ (น.ศ.พ. ประทีป จิตะสมบัติ, น.ศ.พ. จำนงค์ ลิลิต)

การแข่งขันชายเดี่ยวจากคัมมื่อ

ชนะเลิศ ได้แก่ น.ศ.พ. อุดม เอกตาแสง ชนบทที่ ๔

รองชนะเลิศ ได้แก่ น.ศ.พ. ชัยยะกุลพงษ์ ชนบทที่ ๑

การแข่งขันเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่าง น.ศ.พ. กับ พยาบาล

คู่ที่ ๑ น.ศ.พ. เพ็ญพรรณ ชวสันต์, น.ศ.พ. สมบูรณ์ วีระพงษ์ กับ น.ร.พ. เกียรติ สงวนวรรณ, น.ร.พ. ประภาศรัย อินทรพราหมณกุล

คู่ที่ ๒ น.ศ.พ. กาญจนา คมนามูล น.ศ.พ. วาสนา วายุรกุล กับ น.ร.พ. คมขำ, น.ร.พ. ธนอมศรี

คู่ที่ ๓ พ.ญ. ลักดาวลัย ชนจิตร์, พ.ญ. วรฉัตร ทิพยอม กับ คุณศรีสง่า สุขวิเศษ, น.ร.พ. ประภาศรัย อินทรพราหมณกุล

## ข่าวศิษย์เก่า

กลับจากต่างประเทศ

ร.อ.ท. สอนอง สุขเสงี่ยม พ.ย. ศึกษาวิชาโรคประเทศร้อนและสุขศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยลิเวอร์พูล กับอายุรศาสตร์ที่โรงพยาบาลแฮมเมอร์สมิธ, ลอนดอน, และวิชาโรคหัวใจที่โรงพยาบาลหัวใจแห่งชาติ.

พ.ญ. พวงน้อย พิทักษ์ไพรวรรณ แห่ง ร.พ. พุทธชินราช ศึกษาวิชาหลังปริญญาในแผนกกุมารเวช ที่แกรนด์เฮลท์สกูลฮ็อฟ เม็กซิกัน, มหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย, ฟิลาเด็ลเฟีย, สหรัฐอเมริกา. หลังจากนั้นเข้าทำงานเป็นเจ้าหน้าที่แอสซิสต์แอนด์เรสิเด้นท์ที่โรงพยาบาลเด็ก, เมืองเซนต์หลุยส์, มิสซูรี. ในปัจจุบันประจำที่ ร.พ. เด็ก.

น.พ. ธานี ศิริยง กลับจากศึกษาและทำงานในวิชา โรคผิวหนังและ ซัยฟิสิสที่นิวยอร์ก โปเลีย คลินิกซอสบัตล แอนเมติกัลสกูลเป็นเวลา ๓ ปี. ได้เป็นเฟลโลว์ฮ็อฟอเมริกาณะคาเคมีฮ็อฟเคอร์มาโคโลยีแอนด์ซัยฟิโลโลยี.

จากนั้นไปเรียนวิชาหลังปริญญาที่โรง

พยาบาลเซนต์จอห์น, กรุงลอนดอน, หนึ่งเดือนครึ่ง.

ขากลับคุณหมอ แวะเยี่ยม รอยัลอินเฟอร์มารีย์, ลีคส์ (อังกฤษ), มหาวิทยาลัยเคกินเยอโรท (สก๊อตแลนด์), และโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์, ปารีส (ฝรั่งเศส) ตามลำดับ

ในปัจจุบันทำงานที่บริษัทวิทยากรมหัศจรรย์.

สาร ศิริราช ขอแสดงความยินดีในความสำเร็จของศิษย์เก่าทั้ง ๓ ท่านหวังว่า คงใช้ความร่ำที่ได้เล่าเรียนมาให้เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนร่วมชาติ อย่างเต็มความสามารถ.

สมรส

ในเดือนพฤศจิกายนนี้ ศิษย์เก่าศิริราช มีความสุขในชีวิตใหม่ ๓ ท่าน คือ (๑) น.พ. รุจิ รุจิรัตน์ กับ น.ส. อารมณ อุนากุล ภ.ย. (๒) น.พ. สวิช ราษฎร์จำเริญสุข กับ น.ส. สาลี่ ชะระไสย์ (๓) น.พ. ขจร มิตรกุล กับ น.ส. กุลจิไร อินทนิยม อ.ย.

โดยเฉพาะคุณหมอมอขจร ทำให้ห้องสมุด  
กลางศิริราชเงียบเหงาไปอย่างผิดสังเกต  
ที่เดียว

เราขอแสดง ความยินดีกับคัมภีร์สมรสทั้ง  
สามมา ณ ที่นี้ด้วย สิ่งใดที่คัมภีร์สมรส  
ปรารถนาสิ่งนั้นจงสมทุกประการ

การส่งเงินค่าบำรุง

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

# หน้าสำหรับนิสิต

## พัฟลิว

ผู้ได้รับรางวัลโนเบลปี ๑๙๐๔

งานสำคัญของท่านผู้เกี่ยวพันกับสรีรวิทยาของการย่อยอาหาร. นับว่าได้ช่วยเปลี่ยนความเข้าใจและช่วยเพิ่มพูนความรู้ในเรื่องนี้ให้กระจ่างออกไป.

**ชีวประวัติ** อิวานเปโตรวิชพัฟลิว (Ivan Petrovich Pavlov) เป็นบุตรพระบ้านนอกเกิดเมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ค.ศ. ๑๘๔๙ ณ เมืองไรเอซัน (Riazan) ประเทศรัสเซีย. ได้ศึกษาที่โรงเรียนวัดเป็นลำดับมาจนกระทั่งจบเป็นพระ. ต่อมาเกิดความสนใจในวิทยาศาสตร์จึงได้ลาบวชในปี ๑๘๗๐ แล้วเข้ามหาวิทยาลัยเซนต์ปีเตอร์สเบิร์ก โดยมีเมนเดเลเยฟ (Mendeleev) และบัทเลอร์ฟ (Butlerov) เป็นอาจารย์. ต่อมาได้ย้ายเข้า Medico-Chirurgical Academy และสำเร็จเมื่อปี ๑๘๗๕. อิทธิพลของศาสตราจารย์ฟอนชยออัน E. von Cyon และชอเลียฟ

ของเซเชนอฟ (Sechenof) ได้ผลักดันให้เขาคัดสินใจทำงานเป็นหัวหน้าห้องปฏิบัติการของศาสตราจารย์บ็อทกิน (S.P. Botkin) ในคลินิกอายุรศาสตร์ที่โรงพยาบาลแพทย์ทหารเมืองเซนต์ปีเตอร์สเบิร์ก โดยใช้เวลาศึกษาสรีรวิทยาและค้นคว้าควบคู่ไปด้วย. ในปี ๑๘๘๔ ได้ไปศึกษาเพิ่มเติม ๒ ปีกับลุดวิก (Ludwig) ที่เมืองไฮล์ชิก, และต่อมาอีกปีไฮเดินไฮน์ (Heidenhain) ที่เมืองเบรสเลา. ได้กลับไปทำงานที่เดิมในปี ๑๘๘๖. ในปี ๑๘๘๘ ได้ค้นพบประสาทที่ควบคุมการหลั่งน้ำย่อยของตับอ่อน. ในปี ๑๘๘๕ ได้บรรยายการทดลองของเขาเรื่องการเลี้ยงหลอดและได้รับแต่งตั้งเป็นศาสตราจารย์ทางเภสัชวิทยาเมื่อปี ๑๘๙๐. ในปีต่อมาได้เป็นผู้อำนวยการแผนกสรีรวิทยาของสถาบันค้นคว้าทางแพทย์. ได้ลาออกจากตำแหน่งทางเภสัชวิทยาและรับเป็นหัวหน้าแผนกสรี-

วิทยาที่ Medico-Chirurgical Academy  
เมื่อปี ๑๘๕๕. ได้ปฏิบัติงานติดต่อกับเรอีย  
มาจนปี ๑๘๖๔.

ในปี ๑๘๖๒ เบย์ลิสส์และสตาร์ลิงก์  
(Bayliss, Starling) ประกาศการค้นพบ  
ชีวิตินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นการหลั่ง  
น้ำย่อยของตับอ่อน. พฟลือฟได้สนใจใน  
เรื่องที่สัมพันธ์กับประสาท. การค้นพบชี-  
ชีวิตินได้ทำให้เขาหมดความสนใจในเรื่อง  
การย่อยอาหารและได้หันไปทำงานเกี่ยว  
กับรีเฟล็กส์เคยชิน (conditioned reflex)  
ซึ่งได้สร้างชื่อเสียงของเขาให้ก้องโลก.  
เขาได้ใช้เวลาสามสัปดาห์ต่อมาศึกษารี-  
เฟล็กส์ของสมองใหญ่, จนกระทั่งถึงแก่  
กรรมในปี ๑๘๓๖, ศิริรวมอายุได้  
๘๗ ปี.

เรื่องที่ได้รับรางวัลโนเบล “ในปี

๑๘๕๒ บิดเคอร์และชมิคท์ (Bidder,  
Schmidt) ได้สังเกตว่าสุนัขจะหลั่งน้ำ  
ย่อยมากขึ้น ถ้าเอาอาหารมาล่อให้เห็น  
เท่านั้น. เมื่อเร็ว ๆ นี้ริเชต์ (Richet)  
นักสรีรวิทยาชาวฝรั่งเศส ได้มีโอกาส  
สังเกตผู้ช่วยซึ่งได้ผ่ากระเพาะเนื่องจาก  
หลุดออกจากรู. ภายหลังที่ผู้ช่วยของเขาของ

หวาน ๆ หรือกรดไล่ปาก, ริเชต์ สามารถ  
เก็บน้ำหลังทวารสิทธิ์ของกระเพาะอาหารได้  
ทันที---การสังเกตเหล่านี้ได้พิสูจน์ -- ว่า  
ต่อมในกระเพาะอาหารถูกควบคุมโดย  
ประสาท, จากปรากฏการณ์ที่อาหารมิได้  
ตกถึงกระเพาะเลย, แต่ก็ได้ผลแน่นอน  
ทุกครั้ง.

เดยวนชาฟเจ้าก็สามารรถที่จะแสดงให้  
เห็นโดยการทดลองได้ว่า ผลันแน่นอน  
และเกิดขึ้นเสมอ, ดังเห็นได้จากสุนัข  
--- ซึ่งมีช่องเปิดติดต่อกับกระเพาะอาหาร  
โดยใส่ท่อเอาไว้, และหลอดอาหารก็ได้  
ตัดออก, เพื่อว่าอาหารที่กินจะไม่ได้ตกลง  
ไปในกระเพาะ. กระเพาะอาหารนี้ได้ล้าง  
สะอาดแล้ว---ขณะที่ไม่มีน้ำไหลออกทาง  
ท่อน้ำแต่หยดเดียว. ข้าพเจ้าให้อาหาร  
แก่สุนัข--- ท่านเห็นสุนัขกินอาหารอย่าง  
ตะกละ, แต่อาหารทั้งส่วนที่กลืนลงไปออก  
มาทางหลอดอาหารซึ่งเปิดออกที่คอ. ภาย  
หลังที่ได้ให้สุนัขกินอาหารหลอด ๆ เช่นนี้  
นาน ๕ นาที, เห็นน้ำย่อยที่บริสุทธิ์จาก  
กระเพาะไหลออกมาทางท่อ, ซึ่งจะค่อย ๆ  
มากขึ้น ๆ. หลังจากที่ได้รับน้ำไหล ๕ นาที  
ข้าพเจ้าเก็บน้ำย่อยได้ ๒๐ ล. ซม. แล้ว  
โดยวิธีนี้, เราอาจให้สุนัขกินอาหารนาน

เท่าที่เราต้องการ. น้ำย่อยจะไหลออกอยู่  
 เรียบ ๆ ในอัตราเดียวกัน, ไม่ว่าจะเป็ ๑  
 ชั่วโมง, ๒ ชั่วโมง, หรือนานกว่านี้ จึง  
 เป็นเรื่องที่เห็นแน่ ๆ ว่าผลแห่งการให้  
 อาหารนั้นคงมีความสัมพันธ์กับประสาทที่  
 ควบคุมการหลั่งกระเพาะอาหาร. ---- ทน  
 เราจะแสดงการทดลองกันต่อไป, โดยตัด  
 ประสาทเวกัส. ในสุนัขตัวหนึ่งเมื่อข้าพเจ้า  
 ผ่าตัดเปิดช่องติดต่อกับกระเพาะอาหาร  
 ข้าพเจ้าได้ตัดประสาทเวกัสข้างขวาตรงใต้  
 แขนงวี เคอร์ เร็นต์ลาริง เจียลและแขนง-  
 หัวใจไว้แล้ว. ท้ายเหตุนี้แขนงของปอด  
 และช่องท้องในข้างนี้เสียหายแล้ว. ก่อน  
 หน้านั้น ๓ ชั่วโมงข้าพเจ้าได้เตรียมประ-  
 สาทเวกัสข้างซ้ายไว้แล้วที่บริเวณคอ.  
 ข้าพเจ้ากำลังตั้งมัน ออกมาและตัดด้วย  
 ตะกร. ตอนนั้น, แขนงเวกัสของปอด  
 และช่องท้องทั้งสองข้างหมดหน้าที่แล้ว,  
 ส่วนทางข้างขวา แขนงกล่องเสียงและ  
 หัวใจยังคงเหลืออยู่. ---- สุนัข  
 ตัวนี้ยังคงแสดงอาการอื่น ๆ เป็นปกติ.  
 ---- ข้าพเจ้าให้สุนัขกินอาหารอีก. มัน  
 กินอย่างตะกรมตะกรามเช่นเคย. ----  
 แต่ตรงข้ามกับเมื่อก่อน --- เราไม่เห็นน้ำ  
 ย่อยไหลออกมาจากกระเพาะเลยแม้แต่

หยดเดียว, แม้จะให้สุนัขกินอาหารนาน  
 เท่าใดก็ตาม, หรือจะทำการทดลองซ้ำ  
 อีกกี่ครั้งก็ได้. --- สุนัขอีกตัวหนึ่งซึ่งอยู่  
 ในสภาพอย่างเดียวกัน, และบ้านปลายล่าง  
 ของประสาทเวกัสข้างซ้ายบริเวณคอได้ผูก  
 เชือกโยงเก็บไว้ใต้ผิวหนัง. ภายหลัง  
 ๓-๔ วันจึงได้ค่อย ๆ แกะเชือกที่เย็บผิว  
 หนึ่งออก. นี้คือประสาทที่กำลังแสดงต่อ  
 หน้าท่านทั้งหลาย. เมื่อกระตุ้นประสาทนี้  
 ด้วยไฟฟ้าเป็นระยะ ๆ ทุก ๑-๒ วินาที--  
 -- เราเห็นน้ำย่อยหลั่งออกมาจากกระ  
 เเพาะอาหาร. ---- ในสุนัขอีกตัวหนึ่ง  
 ซึ่งได้ทำการผ่าตัดเปิดช่องติดต่อกับกระ  
 เเพาะและตัดหลอดอาหารออกเช่นเดียวกัน  
 ---- เพียงแต่ข้าพเจ้าถ้อนเนื้อและไส้กรอก  
 ซึ่ให้มันกินเท่านั้น --- ปรากฏว่าภายหลัง  
 ๕ นาทีน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารก็เริ่ม  
 ไหลออกมาตามท่อและค่อย ๆ มากขึ้น ๆ  
 จนกระทั่งพุ่งออกมาเป็นสายน้ำทีเดียว. --"

**ข้อความเพิ่มเติม** เรืองโรเฟล็กส์เคยชินที่  
 พัลลิสฟได้บรรยายในวันพฤหัสบดีโนเยล  
 ดเหมือนจะเป็นงานชิ้นสำคัญที่สุดที่เขาได้  
 กระทำ. ฝีมือผ่าตัดของเขามีส่วนในความ  
 สำเร็จเป็นอย่างมาก. เขาได้รัยชื่อเสียง

ว่าเป็นคนแรกที่ได้นำการผ่าตัดโดยไร้เชื้อ และการทดลองที่ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ มาใช้ในทางสรีรวิทยา. วิธีการทดลองใหม่ ๆ ของเขา คือการผ่าตัดหลอดอาหารร่วมกับการเจาะกระเพาะ, ทดลองจนวิธีการแย่งแยกกระเพาะอาหารแบบใหม่, โดยให้กระเพาะคงมีเลือดและประสาทมาเลี้ยงอยู่. นอกจากนี้ยังใช้วิธีใหม่ ๆ, ได้แก่ การกระตุ้นประสาทด้วยกระแสไฟฟ้าเป็นต้น. การศึกษาของเขาเกี่ยวกับการหลั่งของต่อมน้ำลาย, กระเพาะอาหาร, ตับอ่อน, และลำไส้, เกี่ยวกับการย่อยก็มีมากมายจนไม่สามารถนำมาสรุปสั้น ๆ ได้หมด. ศาสตราจารย์แบ็บकिन (Babkin) ได้สรุปข้อเท็จจริงที่พหุผลค้นพบ ๑๐ หัวข้อด้วยกัน, คือ:

๑. ได้แสดงให้เห็นโดยปราศจากข้อสงสัยใด ๆ เลยว่าเวกัสเป็นประสาทที่ควบคุมการหลั่งของกระเพาะอาหาร.
๒. ได้แสดงว่าการหลั่งของกระเพาะจากการกระตุ้นทางจิตเป็นความจริงที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง.
๓. การหลั่งของกระเพาะจะถูกกระตุ้นด้วยอาหารนาาชนิด, เป็นต้นว่าเนอ, นม, และขนมปัง.

๔. ได้แสดงให้เห็นประจักษ์เป็นครั้งแรกว่าคุณสมบัติในการย่อยของน้ำหลังจากกระเพาะเปลี่ยนแปลงได้ตามธรรมชาติของอาหารที่กินและระยะเวลาของการหลั่ง.

๕. ได้แสดงให้เห็นว่าความเป็นกรดของกระเพาะอาหารนั้นอยู่คงที่.

๖. ได้แสดงว่าการกระตุ้นการหลั่งของกระเพาะด้วยอาหารที่ใส่เข้ากระเพาะโดยตรงนั้นไม่ใช่เกิดจากการเสียดสี, แต่เป็นการกระตุ้นทางเคมีต่อต่อมของกระเพาะ.

๗. ได้พบสารที่กระตุ้นการหลั่งใหม่ ๆ, เช่นน้ำและน้ำสกัดเนอ.

๘. ได้แสดงว่ายังมีคุณสมบัติกระตุ้นการหลั่งของเป็ปซินไค่มาก.

๙. ได้แสดงให้เห็นว่าไขมันมีคุณสมบัติยับยั้งการหลั่งของกระเพาะได้.

๑๐. ได้เปิดเผยให้ทราบว่า การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะมีอยู่ ๓ ตอน, คือประสาท, พัลลอริก, และลำไส้.

การค้นพบของพหุผลที่เกี่ยวกับประสาทเวกัสันยว่ามีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยให้มีความรู้กว้างขวางไปถึงการควบคุมอวัยวะภายในต่าง ๆ ด้วยประ

สาทอโตโนมิก. วิเฟล็กซ์ที่ไคยบรรยาย  
 ในตอนต้นเป็นวิเฟล็กซ์ธรรมดาซึ่งตรงกับ  
 การหลังจากการกระตุ้นทางจิตของพิฟ-  
 ล็อฟ, ซึ่งได้นำไปสู่ทฤษฎีของเขาเกี่ยว  
 กับวิเฟล็กซ์เคยชินที่ทราบกันในปัจจุบัน.

ความรู้<sup>นี้</sup>ได้นำมาใช้แพร่หลายในสรีร  
 วิทยา, จิตวิทยา, จิตบำบัดและการศึกษา  
 อื่น ๆ ทั่ว.

สนอง อุณาภูล พ.ด.

#### การส่งเงินค่าบำรุง

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

## บันทึกท้ายสมุด

๑ รายงานการทดลองเพาะเชื้อวัณโรค  
ของคุณหมอไพบลีย์ เอศวทกุล เป็นเรื่อง  
ที่น่าสนใจในแง่ของวิชาการและเป็นตัวอย่าง  
ของงานตรวจคนที่เราอาจทำได้, ซึ่งมีใช้  
เป็นงานนำหน้า, แต่ก็เป็นงานซึ่งต้องทำ,  
เพื่อให้ได้ความไวแน่นอนยิ่งขึ้น, และโดย  
เฉพาะอย่างยิ่งเพื่อจะโต้ทราบบัญญัติ  
ที่ใคร่ขการเผยแพร่ไว้อวดนจะเหมาะสม  
กับภาวะในบ้านของเราอย่างไรบ้าง. ใน  
บรรดาสมาชิกของสารศิริราชคงมีไม่กี่คน  
นักที่จะต้องทำการเพาะเชื้อวัณโรคเอง, แต่  
รายงานของคุณหมอไพบลีย์จะช่วยให้ทุก ๆ  
คนทราบว่าถ้าหากส่งเสมหะไปทำการเพาะ  
เชื้อ, แล้วใคร่ขรายงานกลับมาว่า “เชื้อ  
ไม่ชน” นั้นหมายความว่าอย่างไร. หมาย  
ความว่าไม่มีเชื้อวัณโรคเลยในเสมหะนั้น,  
หรือมีใช้. หรือหมายความว่ามักได้, ไม่  
มักได้. อนึ่ง, พงสังเกตุด้วยว่ายาที่ใช้รักษา  
วัณโรค นั้น อาจ มีอิทธิพล คือ การชนหรือ  
ไม่ชนของเชื้อในอาหารเลี้ยงเชื้อโคทงทาง  
ตรงและทางอ้อม. หวังว่ารายงานของคุณ  
หมอไพบลีย์นี้คงจะช่วยชี้ชัด “ความไม่  
ชน” ที่อาจเกิดขึ้นในใจของแพทย์ผู้ส่ง  
เสมหะไปตรวจเชื้อและใคร่ขคำตอบว่า “เชื้อ

ไม่ชน”, ให้หมกสันไปหรือลดน้อยลงได้  
เป็นส่วนมาก.

๑ “ผู้ชายก็เป็นมะเร็งที่เต้านมได้  
เหมือนกัน” เป็นข้อเตือนใจที่ได้รับจากราย  
งานสั้น ๆ ของคุณหมอมอทวี บุญโชติ. เมื่อ  
เกิดมะเร็งขึ้นเช่นนั้นแล้ว, การรักษาก็ต้อง  
เช่นเช่นเดียวกับในกรณีโรคของเต้านมใน  
ผู้หญิง, คือการตัดออกอย่างชครากและ  
ตามติดด้วยการฉายรังสีตามที่เห็นสมควร.  
ตามที่คุณหมอมอทวีได้เขียนไว้แล้ว, ขอนำ  
ถึงเกยวกับคนไข้ที่รายงานนนอกจากเรื่อง  
ของเพศแล้วยังมีเรื่องของระยะเวลาที่คนไข้  
มีชีวิตรอดอยู่ต่อมาหลังจากเริ่มการรักษาทั้ง ๆ  
ที่โตมีการแพร่กระจายของเนื้องอกเกิดขึ้น  
ในระยะหนึ่ง.

๑ “ลูกตากับความคันเลือดสูง” เป็น  
เนื้อหาของบทความของคุณหมอมอประจักษ์  
นระมาตร์, ซึ่งบรรยายให้ทราบการเปลี่ยนแปลง  
ในลักษณะของกันตา, โดยเฉพาะ  
หลอดเลือด, ที่เห็นได้ด้วยการใช้ฮออปัส  
โมสโคป. แม้จะเป็นเรื่องของวิชาเฉพาะ,  
คือมีการใช้เครื่องมือพิเศษ, แต่ก็เป็น  
ปฏิบัติที่ไม่ยากนัก, และผลของการตรวจ  
ก็ประโยชน์มาก, โดยขอให้ทราบลักษณะ

และความเป็นอยู่ของหลอดเลือดอย่างที่ไม่สามารถจะทราบได้โดยวิธีอื่น. ดังนั้นจึงหวังว่าบทความของคุณหมอบรรจงศักดิ์คนจะเป็นที่สนใจของแพทย์ที่มความเกวของภัยโรคความดันเลือดสูงโดยทั่วไป.

๑ ห้องสมุดเป็นอาวุธของแพทย์ที่สำคัญเพียงใดไม่จำเป็นจะต้องสาธยาย. บทความเรื่องการจกห้องสมุดที่เรานำลงตีพิมพ์ในสารศิริราชฉบับนี้เป็นผลแห่งความสนใจของคุณอุทัย ทศิยะโพธิ์, บรรณารักษ์ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ผู้ใดศึกษาและได้รับการฝึกฝนมาในงานของ

ห้องสมุดเป็นพิเศษ. เราเชื่อว่าข้อความในเรื่องนี้คงจะเป็นประโยชน์ไม่เพียงแต่แก่บรรณารักษ์หรือพนักงานห้องสมุดต่าง ๆ เท่านั้น, แม่แก่แพทย์ทุก ๆ คนด้วย, เพราะมีเนื้อหาที่ทุก ๆ คนจะนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งหมด. การที่ท่านผู้เขียนได้เน้นไว้ในตอนท้ายว่าห้องสมุดจะคินนยอมต้องอาศัยบรรณารักษ์ที่ดี, มีใช้อยู่ที่ขนาดของห้องหรือจำนวนของหนังสือแต่ละอย่างเดว, ต้องนยวาเป็นข้อสังเกตที่สำคัญมาก, และเป็นข้อที่ทำให้เราวางใจได้ว่าห้องสมุดของคณะ ฯ ของเรานั่นคงดีแน่.

### ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สำนักงานสารศิริราชได้จัดพิมพ์สารศิริราชปีที่ ๘ เพิ่มจำนวนเล็กน้อย หากท่านสมาชิกผู้ใดได้รับหนังสือไม่เรียงอันดับที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘ และ ๘ (ซึ่งตีพิมพ์เสร็จและส่งสมาชิกในเดือนธันวาคม) โปรดแจ้งให้แผนกจัดการสารศิริราชทราบด้วย เพื่อบริการได้ส่งให้ครบ.