



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๐๐

Volume 8, Number 12, December 1956

เฮมิเพิลเว็คโตมีย์

พร้อมด้วยรายงานผู้ป่วยสักราย

พิศิษฐ์ วิเศษกุล

W.M., F.A.C.S.

และ

เกษม ลีมวงษ์

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

เฮมิเพิลเว็คโตมีย์ (hemipelvectomy) หมายความว่า การตัดเอาครึ่งกระดูกเชิงกราน (เพิลเว็คเทอเรียล) ออกเสียครึ่งหนึ่ง, พร้อมทั้งส่วนตะโพกและขาข้างนั้นด้วย. แม้ว่าการผ่าตัดคนจะก่อผลที่น่าหวาดเสียวแก่คนไข้, แต่ก็เป็นวิธีเดียวที่อาจช่วยให้คนไข้บางคนรอดชีวิตไปได้และเป็นผลประการหนึ่งของความพยายามที่จะช่วยยับยั้งโรคมะเร็งให้ได้ผลมากที่สุดที่จะทำได้. กอร์ดอน (Gordon), เทย์เลอร์ (Taylor) และวิลลิส (Willis) ได้รายงานความพยายามของ

บิลล์รอธ (Billroth) ที่จะทำการผ่าตัดคนไข้ในปี ๑๘๕๑ แต่ไม่เป็นผลสำเร็จ. ต่อในปี ๑๘๕๕ จีร์ราร์ด (Girard) จึงได้ทำสำเร็จเป็นคนแรก. แต่การผ่าตัดคนไข้ตกไปจากความสนใจจนกระทั่งในปี ๑๙๑๖ ปริงเกิล (Pringle) ได้รายงานผลในคนไข้ ๔ ราย และบรรยายวิธีการทำไว้ด้วย. กอร์ดอนและคณะได้รายงาน ๔ รายในปี ๑๙๓๕, และอีก ๒๑ รายในปี ๑๙๔๖, ซึ่งนับว่าเป็นการเสนอรายงานคนไข้จำนวนมากที่สุดสำหรับการผ่าตัดคน.

ให้คลุมแผลไว้ทั้งหมด, ก็อาจตัดเอาผิวหนัง ส่วน ๓๕ ของขาที่ตัดออกไปนั้นมาปิดแผล, เป็นแบบปลอกหนังบางส่วนของความหนา, แล้วพันผารค (เพรสเชอร์เทรอสซิงก์), หรืออาจเก็บหนังไว้อย่างไรเชอ ในที่เย็น, เอาไว้ปิดท่อนต่อเมื่อแผลเริ่มแกรนเล็ดแล้วก็ได้.

ในการผ่าตัดทั้งหมดคนถวาระมีตระวังคักจะเสียเลือดไม่มากนัก.

จ. การระวังรักษาหลังผ่าตัด ในสองสามวันแรกควรวีให้หลุดสวน ขี้ส้ววะ และอุจจาระเพื่อป้องกันการเประะเขอนที่แผล. การให้เลือดในระยะนี้เป็นกร จำ เป็น อย่าง ยิง. | นอกจากเพื่อชดใช้เลือดที่เสียไปแล้ว, ยังเป็นการรักษาอาการชกชังอาจมอยู่ก่อน, และช่วยให้การหายของแผลและการพันตัวของคนไข้ดำเนินไปเร็วขึ้นอีกด้วย.

แอนติไบโอติกในขนาดมาก ๆ มีประโยชน์ในการป้องกันการติดเชอที่แผลและที่ในทางหายใจด้วย, ชังในระยะนมโอกาสที่จะเกิดไ้มากเนื่องด้วยคนไข้ไม่ค่อยชอบพลิกตัวเพราะความเจ็บปวด. ต้องคอยหมั่นจับพลิกให้บ่อย ๆ.

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีน้อยกว่าที่นาจะคิดเห็นมาก. ทพยแตกต่างไปจากภายหลังการผ่าตัดอื่น ๆ คือ :

๑. ความผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระและขี้ส้ววะน่าจะพบบ่อยมาก, เนื่องจากการรบกวนระหว่างผ่าตัด และการที่ติดคักกลามเนอเกี่ยวกับการกลนอุจจาระออกไป. แต่ตามประสพการณ์ปรากฏว่าคนไข้ถ่ายอุจจาระได้คักหลังจากเอาหลอดขยายที่สวนไว้ออกไปแล้ว. การถ่ายขี้ส้ววะก็เช่นกัน. อาการท้องอืดอาจมีบ้าง, แต่รักษาได้ง่ายด้วยการดูดอากาศออกจากกระเพาะอาหารตลอดเวลา. ทงนี้อาจงดการดูดอากาศจากกระเพาะ เป็นการ บังคับ ให้อ่อนทุก ๆ รายก็ได้.

๒. ไล่เลอนอาจเป็นไ้มในรายที่แผลแยกมาก ๆ. แต่ในรายที่แผลติดคักตามปกติไม่มีอาการนเกดชนเพราะผนังตรงส่วนนมม ทงกลามเนอ และ พงผคมาช่วยเพิ่มความแข็งแรงไว้.

๓. อาการ "ขาหลอน" (phantom limb) อาจมีบ่อยและทำให้เจ็บปวดมาก. แก้ได้ด้วยการหมั้นขอกคนไข้ให้ไว้ตัวอยู่เสมอ. ค้อไปเมื่อคนไข้เริ่มเคลอนไหวได้

อินเตอร์อินน้อมมิโนแอบโตมินัลแอมป์เต-
ชัน, อินเตอร์เฟลวิกแอบโตมินัลแอมป์เต-
ชัน, และไฮนคควอร์เทอร์เรคชัน.

ข้อบังคับปฏิบัติ เฮมิเฟลเว็คโตมัยใช้ใน

รายทมะเรงลูกตามถงข้อตะโพกหรือกระดูก
เชิงกราน, และมะเรงนนี้อาจเกิดจากกระดูก
หรืออวัยวะรอยๆ กระดูก, ซึ่งไม่สามารถ
ชักออกได้มากพอโดยวิธีอื่น ๆ.

๑. มะเรงของกระดูกเชิงกรานเอง,
เช่นออสตีโอเจนิคซาร์โคมาและเพรือออส
เทียลไฟโบรซาร์โคมา.

๒. มะเรงของกระดูกขาที่อนบนซึ่งลูก
ตามถงข้อตะโพก.

๓. มะเรงของเนื้อหนังของส่วนต้นของ
ขาที่อนบน, ขาหนีบหรือตะโพก, ซึ่งลูก
ตามถงข้อตะโพกหรือลูกตามผ่านรูอ้อยตุเร
เทอร์ไปถงกระดูกเชิงกราน.

๔. มะเรงที่แพร่กระจาย มาส์ กระดูก
เชิงกรานหรือข้อตะโพก, ซึ่งได้แก่ (ก)
พวกที่มาจากไปรมาร์ยเอบีเคอร์มอยคคาร์
ติโนมาหรือซาร์โคมาของขา, (ข) พวกที่
มาจากเมลาโนมาชนิดร้ายซึ่งไม่อาจรักษา
โดยการทำการตัดข้อตะโพกหรือผ่าตัด
บริเวณขาหนีบอย่างชคราก, (ค) พวกที่มาจาก
มะเรงของอวัยวะสืบพันธุ์ซึ่งได้จากการ

กับมะเรงในตำแหน่งแรกเรียบร้อยแล้ว, เช่น
จากปากมดลูกหรืออวัยวะสืบพันธุ์ชาย.

๕. พวกเนื้องอกไม่ร้ายอื่น ๆ ของกระดูก
เชิงกรานหรืออวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งไม่
อาจชักออกได้หมดโดยวิธีอื่น ๆ.

๖. ทำเป็นการรักษาแบบ ประทั้ง ของ
มะเรงที่โตมีการกระจายทั่วไปแล้ว, เช่น
เมลาโนมา, คาโปซีส, เฮมอร์รายิคซาร์
โคมา, สี่ซินเกลเซลล์ซาร์โคมา.

๗. พวกที่มีการตัดเชื้อจากขาดแผล
อย่างรุนแรงและไม่อาจรักษาได้โดยวิธีอื่น ๆ.

การปฏิบัติ ก. การเตรียมก่อนผ่าตัด

ระบุเนื้องอกมีความสำคัญยิ่งและมักมีความ
ร้ายกานานาประการ, โดยเฉพาะการตัด
สิ้นใจของคนไข้, ซึ่งมักทำให้เสียเวลา
มาก, จนบางครั้งพบระยะที่จะผ่าตัดได้
ทั้งนี้แพทย์จำต้องอธิบายให้เขาเห็นความ
จำเป็นและได้สำนึกว่าเป็นหนทางสุดท้ายที่
จะดำรงชีวิตของเขาไว้.

๑. การบำรุงร่างกายทั่วไป. ได้แก่
การแก้อาการโลหิตจาง, กำจัดการติดเชื้อ,
โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่แผลและในทาง
เดินปัสสาวะ.

๒. การสำรวจ การแพร่กระจาย ของ
มะเรง, ซึ่งต้องอาศัยการตรวจร่างกาย

อย่างละเอียด, การถ่ายภาพรังสีส่วน
ต่าง ๆ, และการตรวจระบบขี้ส้วมซึ่งรวม
ทั้งการส่องกล้องตรวจภายใน (เอ็นโดส-
โคปี) ด้วย.

๓. การใช้แอนติไบโอติก. โดยมาก
ให้เพนิซิลลิน ๑ สัปดาห์ก่อนผ่าตัด, และ
สเตรปโตมัยซิน ๒ วันก่อนผ่าตัด.

๔. ในวันผ่าตัดจำเป็นต้องสวนอุจจาระ
อย่างสะอาดและสูดออกหลอดสวนขี้ส้วมคา
ไว้.

ข. การให้ยาสลบ การให้ยาสลบโดย
วิธีเอ็นโดเทรเมซัลเป็นวิธีที่สะดวกและปลอดภัย,
ทั้งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
ได้มากอีกด้วย.

ค. ท่าของคนไข้ คนไข้ต้องอยู่ในท่า
นอนตะแคงเอียงข้างที่จะผ่าตัดอยู่ข้างบน,
ให้แกนของเชิงกรานเอียงขึ้นประมาณ ๔๕
องศา. มักจะใช้หมอนทรายหนุนส่วนบน,
คือใต้ศีรษะไว้. ต้องคลุมผ้าตลอดขา
ข้างบน.

ง. การผ่าตัด ตอนที่ ๑. การเข้า-
แผลทางด้านหน้า ตั้งคนกรีดแผลตั้งแต่
ข้อประสาทรพวิคจนถึงแอนทเรย์รชูปเรย์-
อิล็อคส์ไปน้, แล้วลากไปตามขอบบนของ
อิล็อคส์ครีส์ตประมาณ ๕ ถึง ๖.๕ ซม.

ตัดส่วนเกาะยกทางด้านข้างของเอ็นอินไกว
น้ลออกจากแอนทเรย์รชูปเรย์อิล็อคส์-
ไปน้, และตัดส่วนเกาะยกทางด้านใกล้
กลางออกจากขุมกระดูกพวิค. จากนั้น
เลาะส่วนเกาะยกของกล้ามเนื้อเร็คตัสและ
พวิคมาลิสซีกนออกจากข้อประสาทรพวิค
ได้. แยกเอาเยื่อช่องท้องออกไปทางใกล้
กลางได้โดยง่าย. เส้นสะเปอรัมาติก,
กระเพาะขี้ส้วมและเร็คตัมก็แยกเอาออก
จากบริเวณผ่าตัดและหลบไปอีกข้างหนึ่งได้
โดยง่าย. หากหลอดไตข้างบนและกันออก
ไปเสียอีกข้างหนึ่ง. ในบริเวณหลอดเลือด
ที่คองผูกและตัดคือหลอดอิล็อค. อาจตัด
ตามทรวงท่อมท่อนาเหลืองขึ้นไปจนถึงกลุ่ม
เอออร์ติกได้โดยง่าย. การท่อนองจะ
กระจายต่อไปจากการจับของหลอดเลือด
ดำทำให้ซ้ำซ้อนกันถูกสะกดกันไว้ได้ตรง
แต่ในระยะแรก. โดยมากผูกหลอดเลือด
อิล็อคทใกล้ๆ กับง่ามแยก (ไบเฟอร์เคชัน)
ของมัน.

ต่อไปเลาะกล้ามเนื้อออกจากอิล็อค-
เครีส์ต, โดยตัดกล้ามเนื้ออิลโยไซอาส
ให้สั้นมาก ๆ, และตัดควอควาตัสลัมบอร์ม
จากรอยเกาะกระดูก. เมื่อเลาะกล้ามเนื้อ
เล็กๆ ใกล้ๆ นั้น, คือ กเมลล, พิวฟอร

มีส, และลิเวเตอร์เอในออกแล้ว, ก็เห็น
ข้อต่อเซโครลิคโคได้ชัดเจน.

ทางคานหน้าคักข้อประสาธพวิคได้
ง่ายโดยใช้เลื่อยของจิ๊ด หรือออสต์ไอ-
โตม. แต่ต้องคักให้อยู่ในแนวกลางจริงๆ,
มิฉะนั้นจะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลัง
ผ่าคักได้มาก. ในการคักนอยมมเลอคอก
ข้างจากรอยคักและจากกลุ่มหลอคเลอคค้ำ
ในคานหลังของข้อประสาธพวิค, ซึ่งต้อง
จัดการให้หยุดโดยเรียบร้อยก่อนทำคักไป.

โดยการผ่าทางคานหน้าอาจคักข้อต่อ
เซโครลิคโคได้เลย, โดยใช้เลื่อยจิ๊ดลอค
รอยเว้า (notch) ไชอะคิกขึ้นไปข้างบน.
แต่ถ้ายากกว่ารอไว้คักทางคานหลัง, เพราะ
ช่องแคบและมีเลอคอกได้มากจากการคัก
บนกระดูก, ซึ่งห้ามได้ยาก. Ariel รวย
งานว่าความคักเลอคอกอาจคักค้ำมากจนต้อง
ถ้ายเลอคให้โดยเร็ว.

ตอนท ๒. การชำแหละทางคานหลัง.

การกระทำทางคานน ง่าย ซนมาก โดยการ
เปลี่ยนท่าของคนไชเพียงเล็กน้อย, คือจับ
ขาคนไชงอชนนคักนอย. ขอนประคอกกับ
ทำเอียงของคนไชทมอยแล้วจะได้ผลคล้าย
พลิกคนไชตะแคง. แล้วคอรอยผ่าจากคาน
หน้าให้ผ่านระดับเหนือ ไทรแคนเตอร์ใหญ่

นคักนอยไปตามร่องโค้งของกัน (กลุ่คัยล
โพลด์), อ้อมรอยไปพยกกับปลายล่างของ
แผลคานหน้าทข้อประสาธพวิค

จากแผลนคักกลุ่คัยลแม็กสมีส, เอ็น
ยัก (ลิกาเมนต์) เซโครทเบอโรซิม, อิลี
โอดัมยาร์, และเซโครสปีนาลิสออก.
ตอนนคองหาหลอคเลอค ออยคเวเตอร์ และ
กลุ่คัยลเพอฝกและคคเคยก่อน, ซึ่งจะทำ
ให้เสยเลอคนอยลงมาก. คักไปเมอโยกขา
ไปมาเล็กน้อย ก็ จะ เห็นประสาททั้งหมดใน
บริเวณนั้นได้ชัดเจน, ได้แก่มยาร์เปล็ก
ซัสและเซครลเปล็กซัส. คักออกทงหมด
จนกระทั่งประสาทไชอะคิก. ในระยะนี้ก็จะ
คักข้อต่อเซโครลิคคคคาง อย่นให้ ขาค
ออกไคโดยง่าย, แล้วขาและเซงกรวนข้าง
นคักจะหลอคออกไป.

ระยะสคท้ายคคือการขคแผล. เราอาจ
เย็บคงกลามเนอขางส่วน มาขค ปลาย กระ
คูกและปลายประสาทไว้ไค. หรือแม้เพียง
แต่เย็บผวหนงเข้าทากนคพอ เพียง ท จะ ทำ
ให้หนงส่วนล่างมาคอคคักกันไค. คววใส่ทื่อ
ระยาย (เกรน) ไว้จากส่วนลคค, ให้ปลาย
ทื่อโผล่ออกทงปลายล่างของแผลหรือออก
ทงช่องทเจาะใหม่ทงส่วนล่าง.

ถ้าหากไม่สามารถเย็บหนง ทเหลอค นน

และได้หักทรงตัวอาการดังกล่าวนี้ก็จะหาย
ไป.

๔. อาการที่พบได้เสมอคือแผลแยก,
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ท้องตึงหนึ่งตั้ง
เกินไป. อาการนแ้กและกันไ้โดยการ
ปลุกผิวหนัง.

๕. ออสติโอไมยอไลติส มักเกิดแก่
ปลายกระดูกที่เคลื่อนไหวไม่ได้ซึ่งต้องการ, เช่น
คอกข้อประสาทรกระดูกหัว หนาไม่ตรงกลาง
จริง ๆ. กระดูกที่เคลื่อนไหวไม่ได้ที่นี้มีโอกาส
มากจนที่จะไ้รับการตัดเชอ. ข้อข้ของกัน
คอระวงคกให้ถกต้องเสมอ. ข้อแทรกซ้
ซอน Pack และ Ehrlich ถอเ็นเรองที่ตอง
ระวงอย่างมาก.

รายงานคนไข้

รายที่หนึ่ง

หญิงไทย, โสภ, อายุ ๑๕ ปี (ล.น.
๒๖๕๕/๕๘), มีอาการขวมทขาขวามา
๑๐ เดือน, ค่อย ๆ มากจนเรอ. ภายใน
๕ เดือนก็เดินไม่ได้. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น
มะเร็งของกระดูกขาส่วนต้น, แต่คนไข้ไม่
ยอมผ่าตัด. สามเดือนก่อนมาโรงพยาบาล
ก้อนโตเร็วขึ้นและแตกเป็นแผล. ในการ
ตรวจขณะเข้ามาโรงพยาบาลครวณพบว่า

ใช้ปานกลาง (๓๘.๗ ซม.), ชีพจร ๑๕๐
ต่อนาที, หายใจ ๒๒ ต่อนาที, ความดัน
เลือด ๑๐๐/๕๐ มม.ปรอท. คนไข้ผอม
และซีดมาก. ขาขวาโตมาก. มีก้อนเนอ
งอกต้งแต่ส่วนบนของขาอ่นลงไ้จนไ้หัว
เข่า, เป็นรูปรี ๆ. วัดโดยรอบไ้ ๕๐ ซม.
ผิวหนังบาง, เป็นมัน. หลอดเลือดดำบน
กอนเนอขยายกว้าง. คนไข้เจ็บปวดมาก.
มีแผลแตกออกหลายแห่งที่กอน. ต่อม
นำเหลืองไข้คัน (อินโกวณล) โต.

ให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่าออสติโอเจนิค-
ซาร์โคมาของปลายล่างของกระดูกต้นขา
ขวา.

ตรวจทางรังสีไ้รายงานว่าเป็นออสติ-
โอเจนิคซาร์โคมาของกระดูกต้นขาขวาและ
กระดูกหักเพราะพยาธิ. ไม่พบการแพร่กระ
บายที่ในปอด. ตรวจเลือดไ้โดย โมโกลบิน
๒๐ ปร. , เม็ดเลือดขาว ๑๒๕๐ ต่อ
ล. มม. พยอโกลกราพยวินิจฉัยเขาหลอด
เลือดแสดงว่าหน้าทของไตเป็นปกติทงสอง
ข้าง.

ก่อนผ่าตัดมีไข้แบบเซ่ปติกทุกวัน. ภาย
หลังทำแผลไว้คโตมัยไซลคและหายไ้ภาย
ใน ๒ วัน. ระหว่างผ่าตัดพยว่ามีมะเร็งไ้
ลุกลามไ้ถึงต่อมน้ำเหลืองบางต่อมของ

กลุ่มอินไกวน์. อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคัม (๑) อวัยวะเพศภายนอกขยุมนำ, (๒) แผลเป็นหนอง, (๓) สามเดือนหลังผ่าตัดคัม ความเนื้องอกแพร่กระจายไปทปอด. แต่คนไข้สับสนว่าเร็งและมีอาการกษณ โดยทั่วไป. ตรวจก้อนเนื้องอกทางพยาธิพบว่า เป็นออสติโอเจนิกซาร์โคมา.

รายที่สอง

หญิงไทย, อายุ ๕๐ ปี, เมื่อ ๘ เดือนก่อนมาเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ ๓. ใ้รับการรักษาคอยรักษา ๒ เดือน, คอยรังสีลอก ๑๔ วัน. สามเดือนก่อนมามีอาการชั้ตะโพก, เค้นไม้ถนัดและผอมลง.

เมื่อแรกตรวจร่างกายพบอณูกลม ๓๗.๕ ซม., อัตราชีพจร ๑๒๐, อัตราหายใจ ๒๐, ความดันเลือด ๑๑๐/๗๐ มม.ปรอท. ร่างกายผอมชั้และขวม. ตะโพกซ้ายงอ, เคลื่อนไม้ได้. เจ็บมากทบริเวณขาหนีบ. วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งแพร่กระจายที่ตะโพกซ้าย. เอกซเรย์พบการทำลายกระดูกที่เข้าตะโพก (อะเซตะบิวล์) ซ้าย, ไม่พบการแพร่กระจายทปอด. ตรวจทางช่องคลอดพบว่า ส่วนบนของ ช่องคลอดคืบแคบจนมองไม่เห็นปากมดลูก.

ได้ทำเคมีเพ็ดเว็คโตมัยข้างซ้าย. การผ่าตัดทำได้, แต่มะเร็งได้ลุกลามไปทกลามเนอและกระดูกเชิงกรานมาก. กระดูกข้างซ้นแตกระหว่างผ่าตัด. การแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคัม (๑) อวัยวะเพศภายนอกขยุมนำ, (๒) แผลเป็นหนอง.

การตรวจทางพยาธิพบว่า เป็นสัเควมัสเซลล์คาร์สิโนมา, แยกซันคเซลล์ไม่ซัคเจน, และมีการแพร่กระจายไปตามปลอกของประสาทและหลอดเลือด. คอยเห็นจึงใ้รักษาด้วยเอกซเรย์ลกดตรงฐานแผลตั้งแต่ ๓ สัปดาห์หลังผ่าตัด.

รายที่สาม

ชายไทย, คู้, อายุ ๔๖ ปี, แจ้งว่าหนึ่งปีก่อนมาพบก้อนโต ผิวหนังทโคนขาขวา. พอกันโตเท่ากำปั้นโตไปให้หมอผ่าออก. ไม่ปรากฏผลการตรวจทางพยาธิ. หกเดือนต่อมาก้อนเกิดซันใหม่ในทเค็ม. ใ้ใช้ยาพอก. ก้อนแตกออกและมีเลือดไหล.

การตรวจร่างกายแสดงว่าคนไข้แข็งแรงพอใช้. ไม่ซัคมาก. ขาขวามีก้อนมะเร็งซุขระรอยขา, โทขนาดลูกมะพร้าว, และแตกเป็นแผลลึก. เนอแผลยุบ, เลือดออกง่าย, ปากแผลขาน. ผิวหนังรอบๆ ก้อนขวงเป็นมัน, มีหลอดเลือดทอกระเถ

ระกะ. ขาส่วนล่างขวมมากและกดย้ม.
วินิจฉัยว่าเป็นมียไอซาร์โคมาของตน
ชาชวา.

ตรวจทางรังสีพบว่ากระดูกไม้ได้เป็นโรค
ด้วย. ปอดขวาถูกลบลงมวอยโรคเป็นรูป
กลมแบน (คอบน ลชัน), และมนาชมขง
ในช่องปอดข้างนั้น. ตรวจเลือดพบว่าม
โลหิตจางและมีเม็ดเลือดขาวมากเล็กน้อย.

ได้ทำเคมีเฟลเวคโตมัย. ไซเซปตคทม
อยู่ก่อนผ่าตัดคนหายไ. อาการแทรกซ้อน
ที่เกดชนไตแก่: (๑) อวยวะสขพนธภาย
นอกขวมนำ, (๒) แผลเป็นหนอง. ต้อง
รักษาต่อด้วยเอกซเรย์ลกลงผดคค เพราะ
พบว่าเป็นเรตคควมเซลล์ซาร์โคมา.

รายทล

ชายไทย, ค, อายุ ๔๒ ปี, ให้ประวัติ
ว่าเมอหายกอนมกอนเกดชนทตะโพกซาย.
โคชนเวอยๆ. ห่าเคอนกอนมาโคหกลม
กนกระแตก. หลังจกนนกอนกโคชนอยาง
รวคเร็ว. แพทย์โคผดคคเอากอนออก, แต่
อาการคชนเพยงชวครว. เมอสองเคอน
กอนโคหกลมอก. ครววนกอนเกดและโค
เร็วมากจนคินไมถนค.

เมอแรกรวบไมมีไซ. คนไซผอม, ซค,
คินลากซาซาย. มกอนทตะโพกซายขนาด

เส้นผ่าศูนย์กลาง ๑๘ ซม. ผิวหนังขาง
เป็นมันรอยๆ กอน. เห็นหลอดเลือดโค.
มวอยแผลเป็นรูปกากะขาคและมีแผลลท
รอยผวน. ซอตะโพกเคลอนไหวคั่นอย
มาก. ซอเทาคเคลอนไมได้. เทาคค.

วินิจฉัยว่าเป็นเนองอกอยางรวช, ลาม
ถึงประสัทไซอะคคคด้วย.

การตรวจรังสีแสดงว่าเนองอกไม้โค
ลามถึงกระดูกและไม่กระจายไปทปอด.
ตรวจเลือดพบว่าชคเพยงเล็กน้อย. ทำไซ-
อชปชชโดยเจาะควยเคมีโคผลว่าคินนวิโร
ไฟโบรซาร์โคมา.

ได้ทำเคมีเฟลเวคโตมัย. ทำยาก,
เพราะมะเร็งลามถึงจคตงตนของประสัท
ไซอะคค. คนไซเสยเลือกมมาก, มีไซสง
และซอคคตลอดเวลา. ๒๔ ชั่วโมงหลังผ
คคถึงแก่กรรมด้วยหัวใจล้ม. โคตรวจคพ.
พบว่ามะเร็งลกลามไปไกลมาก. ลักษณะ
เป็นเนองของประสัทไซอะคคเอง. พบเน-
ไฟโรสะเคลอโรสิคด้วย.

อภิปราย

การผดคคในคนไซทงสรายทโคเสนอน
นยว่าไมมีความยุ่งยากมากนัก, ยกเว้น
เสยแต่ในรายทล, ซงเนองอกโคลกลาม

เข้าไปลึกมากจนไม่สามารถติดตามให้ถึงที่
ได้. ความชำชอกจากการผ่าตัดได้ทำให้
คนไข้ช็อคและถึงแก่กรรมภายใน ๒๔ ชั่วโมง.
นี่เป็นรายเดียวที่การผ่าตัดไม่สามารถช่วยคนไข้ได้.
ส่วนในรายอื่นๆ
นั้นต้องนับว่าอย่างน้อยก็ได้ทำให้คนไข้
สลายจนชั่วคราว. แม้ในรายที่สองที่โรค
ได้กลายไปไม่น้อยแล้ว, การผ่าตัดก็ได้
ทำให้หมดความทรมานไปได้มาก. การ
พยากรณ์ผลสุดท้ายของโรคต้องนับว่าเลว
ในทุกๆ ราย, เนื่องจากคนไข้มาถึงเราใน
ระยะที่โรคกลายมาเสียแล้ว. การผ่าตัด
จึงขึ้นแต่เพียงการผ่อนบรรเทา, ไม่ใช่
การรักษาที่ให้เกิดผลแต่ประการใด.
เราเชื่อว่าหากได้พบคนไข้ในระยะต้น ๆ,
การทำเคมีเพลเวคโตมัยคงจะเป็นการรักษา
ที่ให้ประโยชน์จริงจริงใดวันหนึ่ง.

สรุป

๑. ไคบรียาของการผ่าตัดเคมีเพลเวคโตมัย,
และได้รายงานคนไข้ ๔ ราย ซึ่ง
มีจุดต่างกัน.

๒. ทกกรายต้องนับว่าการผ่าตัดได้
กระทำสายเกินไป. ทงนยอมเขียนทเรียน
ที่ชี้แจงสำหรับรายต่อไป.

๓. อาการแทรกซ้อนที่ปรากฏ, ยก
เว้นแต่ในรายที่ ๔, นับว่าเล็กน้อย.

๔. การติดตามผลภายหลังผ่าตัด
กระทำไต่ยาก. ใน ๓ รายที่รอดพ้นอันตราย
จากการผ่าตัดนั้นติดตามได้เพียงรายที่ ๑
รายเดียว. แม้ว่ารอยโรคที่ขอกจะโตขึ้น
เรื่อย ๆ. แต่คนไข้ก็ยังคงแข็งแรงโดยทั่วไป.
ส่วนอีกสองรายไม่มาติดตามเลย.

๕. อัตราตายเนื่องจากการผ่าตัดโดย
ตรงนับว่าน้อยในรายที่คัดเลือกได้เหมาะสม.

เอกสาร

1. Mark M. Ravitch : Surg. 26 : 199-214, 1949.
2. I.M. Ariel, F.W. Hark : Ann. Surg. 130 : 1, 1949.
3. Sugarbaker, Ackerman : Surg., Gynec., Obst. 81 : 36, 1945.
4. Gordon, Taylor : Brit. J. Surg. 22 : 671, 1935,
5. Pringle : Ibid, 4 : 283, 1916.
6. Morton : Ann. Surg. 115 : 628-646 1942.

(Summary of the preceding Report)

HEMIPELVECTOMY

With Report of Four Cases

Pisisth Viseskul
M.B., F.A.C.S.

and

Kasem Limwongse
M.B.

(Dept. of Surgery)

B 9 9

After a brief review of the history, indication and technique of hemipelvectomy the authors report the result of their own cases. The first was that of a Thai girl of fifteen who had had a swelling on the right thigh for ten months, diagnosed clinically and pathologically as osteogenic sarcoma of the femur. At first the patient refused operation. When she finally submitted to treatment the neoplasm had spread to the inguinal group of lymph nodes. The operation was completely successful; but three months later metastasis to the lung was detected. The second case was a woman of 50, who had been treated radiologically for cervical carcinoma. Five months after the end of the treatment she noticed pain in the left thigh with difficulty in walking. She only sought treatment three months later. The diagnosis was metastatic carcinoma of the left femur. Roentgenography revealed destruction of the acetabulum. There was no sign of pulmonary infiltration. At operation advanced involvement of muscles and pelvic bones was seen. Examination of the specimen identified the growth as squamous-celled carcinoma, with metastasis along the sheath of nerves and blood vessels. Deep X-ray

treatment of the stump was subsequently given. The Third patient was a man, 46 years old, who had had a growth removed from the right thigh 6 months previously. The growth recurred and erupted with bleeding. By the time of admission the mass had attained the size of a coconut. There was no bone involvement. Coin lesion was detected in the right lung with some pleural effusion. After operation the patient had to be given deep X-ray therapy since the growth had been identified as reticulum-celled sarcoma. The fourth case was that of a man of 42 who had had a mass on the left thigh for five years, which recurred after operative removal. A growth 18 cm. in diameter was found on admission. There were limited hip movement and foot-drop. Biopsy findings suggested neuro-fibrosarcoma. The operation was difficult as the growth had spread as high up as the origin of the sciatic plexus. There was much hemorrhage and the patient succumbed to shock 24 hours after the operation. Autopsy revealed marked involvement of the sciatic nerve, and also the presence of nephrosclerosis.

(6 references)

พาร็อกซัยสมัล น็อคเทอร์นัล ฮีโมโกลบินูเรีย

มงคล เกร็ดตราฐ
W.B., D.T.M. & H. (L'pool)

และ
ประเวศ วะสี
พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

พาร็อกซัยสมัล น็อคเทอร์นัล ฮีโมโกลบินูเรีย (Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria, P.N.H.) เป็นโรคหายาก, เกิดเนื่องจากการสลายตัวของเม็ดเลือดแดงในหลอดเลือด, และส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเวลากลางคืน. เราจักโรคนี้เข้าอยู่ในกลุ่มของ ฮีโมลิติก อะนเมีย ชนิดที่มีการผิดปกติในเม็ดเลือด (อินตราคอร์ปัสคิวลาร์เฟคท์).

โรคนี้พบได้ทั้งสองเพศ. พบในคนสูงอายุมากกว่าในเด็ก. เริ่มต้นด้วยอาการค่อยเป็นค่อยไป. มักจะเป็นแรมบ. ผู้ป่วยชดลงและมีอาการกำเริบของโรคเป็นระยะๆ โดยที่ฮีโมโกลบินูเรียเกิดขึ้น. ในระหว่างนั้นผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้องหรือปวดหลัง, บัสสาวะเป็นสีคล้ำ, โดยเฉพาะที่ถ่ายตอนคืนนอนเข้า. ในตอนกลางวันสีของบัสสาวะอาจปกติ.

การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยชด. มีม้ามโตขนาดปานกลางในประมาณ ๕๐ ปีช.

ของผู้ป่วยทั้งหมด. (1)

การตรวจเลือดพบการเปลี่ยนแปลงเป็นแบบเคียวกนกพบในโรคฮีโมลิติก อะนเมีย ชนิดอันตรายการทำลายของเม็ดเลือดแดงอย่างรวดเร็ว, ซึ่งมักจะเป็น อะนเมียชนิดเม็ดเลือดแดงโต, เรติคิวโลซัยท์สูง. มีไปลัยโซมมาเซีย. อาจพบธนอร์โมบลาสท์ในเลือดตามผิวกาย (เพอริเฟอรัล). มีลิธูรินเพิ่มในน้ำเหลือง. การตรวจแวนเคินเยอร์ก็ ให้ผลบวกอินโคเรคท์, และออกัสโมติก แพรูสิลิตี้อยู่ในเกณฑ์ปกติ.

สิ่งที่ผิดปกติจากฮีโมลิติก อะนเมีย ชนิดอันตรายว่าเป็นเครื่องช่วยที่สำคัญให้เราแยกโรคนี้ออกจากโรคอื่นคือ มีธรรอมโบไซท์โคบายเนย และลิโวโคบายเนย, ซึ่งในฮีโมลิติก อะนเมียชนิดอื่น ๆ พวามี ลิโวโคซัยโทสิสซึ่งอาจสูงได้มาก ๆ. ฉะนั้นถ้าพบฮีโมลิติก อะนเมียชนิดธรรอมโบไซท์โคบายเนยและลิโวโคบายเนย, ก็ต้องนึกถึงโรคนี้ไว้บ้าง. ในระยะกำเริบของโรคเราพบสีของฮีโมโกลบินในบัสสาวะและ

ในน้ำเหลือง.

สำหรับการวินิจฉัยแยกโรค, เราต้องแยกโรคนี้จากพวก ซี โมลย์คค อะนิเมยที่มีสาเหตุนอกเม็ดเลือดแดง, และโรคที่มีสาเหตุภายในเม็ดเลือด.

การทดสอบที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคนี้มีหลายชนิดด้วยกัน. การทดสอบที่แน่นอนเชื่อถือได้และรับรองกันทั่วไปว่าเป็นการทดสอบที่เฉพาะสำหรับโรคนี้คือ แฮม'ส แอซิด ซีรัม เทสต์ (Ham's acid serum test), โดยที่ซี โมลย์คค จะเกิดขึ้นเมื่อใส่เม็ดเลือดแดงที่ล้าง (เฮพลาสมาออก) แล้ว, ลงไป

ในน้ำเหลืองของคนปกติและเค็มกรดลงไป, จะมิซี โมลย์คค เกิดขึ้นในหลอดทดสอบ. แต่อย่างไรก็ตาม, การทดสอบนี้จะต้องมีคอนโทรลให้เพียงพอ.

เราใช้การทดสอบของแฮมและม็คอนโทรลที่เพียงพอดังต่อไปนี้: ใช้หลอดแก้วทดสอบขนาดที่ใช้ในการทดสอบวัชเชอร์-แมนกลางสี่ภาคและแห้ง ๕ หลอด, และเค็มสิ่งต่าง ๆ ลงไปตามลำดับเลขที่ในตารางที่แสดงไว้ข้างล่างนี้. (ตัวเลขธรรมดา คือจำนวนหยด.)

ลำดับเค็มสิ่งต่าง ๆ

- ๑ น้ำเหลืองคนปกติ
- ๒ น้ำเหลืองผู้ป่วย
- ๓ ๕๐ ปร. เม็ดเลือดแดงผู้ป่วยที่ล้างแล้ว
- ๔ ๕๐ ปร. เม็ดเลือดแดงของคนปกติที่ล้างแล้ว
- ๕ น/๕ กรดเกลือ

หลอดที่	๑	๒	๓	๔	๕
๑๐ หยด	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐*	—
—	—	—	—	—	๑๐
๑	—	—	๑	๑	—
—	—	๑	—	—	๑
๑	๑	—	—	๑	๑

(*ทำให้ร้อนถึง ๕๖ ซี° นาน ๑๕ นาที)

วิธีทดสอบจะให้ผลว่าเป็นโรคนี้คือเมื่อหลอดที่ ๑ เกิดซี โมลย์คค ภายหลังอบให้อุ่นถึง ๓๗ ซี° อยู่ประมาณ ๓๐-๖๐ นาที, และซี โมลย์คค ในหลอดที่ ๓ ไม่เกิดขึ้น,

หรือเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย.

รายทมัสพีโรซัยทามากโดยกรรมพันธุ์, หรือซี โมลย์คค อะนิเมยชนิดเป็นภายหลังกำเนิด, หลอด ๑, ๓ และ ๔ จะเกิดซี โมลย์-

สี่สัปดาห์กัน.

เนื่องจากวิธีทดสอบต้องใช้คอนโทรลหลายหลอด, และการทำละเอียดมากและอาจจะมีผลลบเกิดขึ้นได้ ในบางรายของโรคนี้, ถ้าการทดลองไม่ดีพอ, (2) Crosby ได้ใช้วิธีทดสอบโดยใช้ร็อมบินลงในน้ำเหลืองคนปกติที่ทำให้ปฏิกิริยาเป็นกรดกับเม็ดเลือดแดงของคนไข้ (Patient cells), พบว่าซีโมลีย์สี่สเกิดมากกว่าในหลอดที่ไม่ได้ใส่ร็อมบิน. เขากล่าวว่าการทดลองให้ผลจำเพาะโรคนี้.

การเกิดพยาธิสภาพของ P.N.H.

สาเหตุของโรคนี้ใคร่รู้อันโดยทั่วไปแล้วว่าคุณสมบัติอยู่ที่เม็ดเลือดแดง. คนแรกที่อธิบายถึงความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงนี้คือ Hijman van den Bergh ในปี ๑๙๑๑. เนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีการสลายตัวมากในระหว่างนอนหลับ, จึงมีความเห็นเกิดขึ้นว่าเป็นเพราะการหายใจลดลงกว่าในขณะตื่น, ทำให้คาร์บอนไดออกไซด์ค้างเหลืออยู่มากขึ้นในเลือดก่อให้เกิดอะซิโดสิสขึ้น จึงทำให้เกิดซีโมลีย์สี่ส.

Ham (4) ในปี ๑๙๓๕ สามารถแสดงให้เห็นชัดเจนว่าซีโมลีย์สี่สเป็นผลจากการ

นอนหลับ, โดยให้คนไข้เปลี่ยนกิจวัตร, คือนอนในเวลากลางวันและตื่นอยู่ตลอดเวลากลางวัน. พบว่าซีโมลีย์สี่สในซีโมลีย์สี่สจะเกิดขึ้นในเวลากลางวันแทนกลางวัน.

Crosby (5) ในปี ๑๙๕๓ พิสูจน์ว่าการหายใจที่เขาและซาลงในเวลานอนหลับไม่เป็นส่วนสำคัญในการเกิดซีโมลีย์สี่ส, เพราะถึงแม้จะให้คนไข้นอนในเครื่องควบคุมการหายใจถึง ๑๐ วัน โดยจำกัดการหายใจจนและลึกจนกว่าเมื่อคนไข้ตื่น เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด, ก็ปรากฏว่าซีโมลีย์สี่สยังเกิดมากในเวลานอน. ผลการทดลองนลยถึงความเห็นของ แวนเคินเบอร์กข้างต้น.

แต่อย่างไรก็ดี, การที่ซีโมลีย์สี่สเกิดขึ้นต้องอาศัยองค์ประกอบบางชนิดในพลาสมา หรือในน้ำเหลือง. Jordan (3) แนะนำว่าองค์ประกอบอื่นนี้อาจจะเป็นค่อมพลีเมนต์. จากผลงานของ Dacie (6) ก็พบว่า ในค.ศ. ๑๙๓๓ ปรากฏว่าองค์ประกอบในพลาสมาหรือในน้ำเหลือง เป็นชนิดที่ ถูกทำลายโดยความร้อน, เพราะเมื่อเอาในน้ำเหลืองไปทำให้ร้อนจะไม่เกิด ซีโมลีย์สี่ส, ถึงแม้จะเติมค่อมพลีเมนต์ (ในน้ำเหลืองสดของหน้ตะเภา) ลงไปด้วยก็ตาม. จนกระทั่งบัดนี้ยังไม่

ได้ตกลงกันแน่นอนว่าองค์ประกอบในพลาสติก
 มาหรือนาเหลองนเช่นอะไร. Ham และ
 Dingle (7) สรรพยาองค์ประกอบนใกล้เคียง
 มากกขค้อมพลเมณฑ หรืออะเล็กซันของนา
 เหลองคนปกติ, และแยกจากค้อมพลเมณฑ
 ไม่ได้. Crosby และ Dameshek (8) ลงความ
 เห็นว่า องค์ประกอบน ใกล้เคียงและคล้าย
 กับแอคเซลดเลอเวเตอร์โกลบิวลิน, แต่
 Hinz และพวก (9) ลงความเห็นว่ ฮีโมลีย์
 สีสต์เกิดขึ้นในโรคนทของอาคัย โปเรเทอน
 ชนิดหนึ่งทเรียกว่าโปเรเปอรคิน, และต้อง
 อาคัยค้อมพลเมณฑ และแมกนเซียมควย.

ผู้เขียนพบคนไข้ที่เป็นโรคน ๑ ราย ท
 รัยไว้ในแผนกอายุรศาสตร์ เมื่อเดือนเมษา
 ยน ๒๔๕๕. แม้ว่าโรคนจะไ้พบเป็น
 ครั้งแรก เมื่อประมาณ ๕๐ ปี มาแล้ว, แต่
 เอกสารในต่างประเทศกัมรายงานไว้ น้อย
 ราย. สำหรับในเมืองไทยยังไม่มผู้ไ้ไ้
 รายงานไว้ก่อน, จึงเห็นสมควรจะรายงาน
 ไว้.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย, ไทย, คู่, อายุ ๔๕ ปี. บ้าน
 เกิมอยู่จังหวัดสงขลา. รัยไว้ในโรงพยา
 บาลควยอาการสำคัญว่าอ่อนเพลยมาสองปี.

ประวัติปัจจุบัน สองปีก่อนมา ร.พ. ผู้

ป่วยรู้สึกว่เริ่มอ่อนเพลยลง, เหนื่อยง่าย,
 ใจเต้นรว, และค่อยๆ ซดลงเรื่อย. ไ้ไปหา
 แพทย์ท ร.พ. ทางจังหวัดแห่งหนึ่ง และได้
 รัยการตรวจเลือดบอกว่เป็นโรคโลหิตจาง.
 ไ้ให้กิน วิตามินบีรวม. ในระหว่างสองปี
 นผู้ป่วยสังเกทว่ข้สสาวะในตอนเช้ามืดดำ
 แทบทกว้น, แต่ไม่สนใจ, เพราะเข้าใจว่
 เนื่องจากยาทกินเข้าไป. ข้สสาวะดำมาก
 ในตอนเช้า. ตอนกลางวัน และตอนเย็น ส
 ้างลง, และกลยดำออกในตอนเช้ามืดรุ่ง
 ื่น. อาการข้สสาวะสีค่านไม่เกยวขอา
 หาร, อากาศ, และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ. อา
 ภารเพลยและเหนื่อยง่ายเป็นมาชุน
 เรื่อยๆ, จึงไ้ไปหาแพทย์อก. ไ้รัยการ
 ฉดยา. อาการไม่คชนเลยจนกระทั่งผู้ป่วย
 มาท ร.พ. น.

ประวัติอดีต ไม่เคยเป็นโรคร้ายแรง
 ไ้ๆ และไม่เคยเป็นไข้จับสัน.

ประวัติครอบครัว พันธองไม่มีไ้ใครเป็น
 เช่นผู้ป่วย. ไม่คัมนายอ.

การตรวจร่างกายแรกรัย อณหลุมมี
 ๓๗.๓ ซม. ช้พจร ๖๔/นาที หายใจ ๒๐/
 นาที ความคั้นเลือด ๑๔๘/๕๐ มม.
 ปรอท. ซดค่อนข้างมาก. ม้ตาเหลองเล็ก

น้อย. ไม่ยอม. เล็บมือและเล็บเท้าปกติ.

ในระบอบทางเดินอาหาร, คับและม้าม
คล้ำไม่พบ. ระบอบอื่น ๆ ปกติ.

การตรวจทางวิทยาศาสตร์ อูจจาระไม่
พบสิ่งผิดปกติ. ขี้ส้วม, ในตอนเช้าพบว่า
มีสีน้ำตาล, พบแอลบูมิน ๓+. ต่อมาสี
ค่อย ๆ จางลงจนเกือบเหมือนปกติ, และ
กลายเป็นสีขาวแก่ในตอนเย็น. ตรวจน้ำ
เหลืองและขี้ส้วมทางสเปกโตรสโคป พบ
ออกซีสซีโมโกลบิน (โดยแพทย์หญิงพนิต
อิทธิสุข).

การตรวจเลือด ๔ เมษายน ๒๔๕๕
ซีโมโกลบิน ๕.๕ กรัม ๒๕. เม็ดเลือด
แดง ๑.๖๕ ล้าน, เติลควิลิตซ์ที่ ๓.๕
๒๕. ร้อยมโยชัยที่ ๘๓,๐๐๐, เม็ดเลือด
ขาว ๓,๓๐๐; นิวโทรฟิล, เซ็กเมนต์ ๓๑
๒๕., แบนด์ ๕ ๒๕., ลิมโฟไซต์ที่ ๕๒๒๕.,
โมโนไซต์ที่ ๓ ๒๕., อีโอสิโนฟิล ๕ ๒๕.
เม็ดเลือดแดงมี ปอยคิโลไซโตสิส ๑ ขวก,
และฮัยโปโครเมีย ๑ ขวก. ไม่พบสเฟโร
ไซต์.

๗ เมษายน ๒๔๕๕: เติลควิลิตซ์ที่
๗.๕ ๒๕. ร้อยมโยชัยที่ ๕๕,๐๐๐.

๑๖ เมษายน ๒๔๕๕: ซีโมโกลบิน
๕.๗ กรัม ๒๕. เม็ดเลือดแดง ๑.๕๒ ล้าน

เรติคิวไลตซ์ที่ ๐.๖ ๒๕. ร้อยมโยชัยที่
๕,๒๐๐. เม็ดเลือดขาว ๒,๖๐๐. นิวโทร
ฟิล, เซ็กเมนต์ ๒๗ ๒๕., แบนด์ ๒ ๒๕.,
ลิมโฟไซต์ที่ ๖๒ ๒๕., โมโนไซต์ที่ ๓ ๒๕.,
อีโอสิโนฟิล ๗ ๒๕. เม็ดเลือดแดงมี อีนิ
ไซท์โตสิส ๑ ขวก, ปอยคิโลไซโตสิส
๑ ขวก, ฮัยโปโครเมีย ๑ ขวก, โปเลีย
ไซโตมาเซีย ๒ ขวก. มีเม็ดเลือดแดงมีนิว
เคลียส ๒ ตัว ต่อ ๑๐๐ เม็ดเลือดขาว.

นับเม็ดเลือดขาวออก ๓ ครั้ง. ให้ผล
๒,๕๐๐, ๕,๘๐๐ และ ๓,๘๐๐.

ออสโมติก แฟรจิลิตี้อยู่ในเกณฑ์
ปกติ.

แวน เคน เบอร์ก อินไคเร็คท์ ๐.๓๕
มก. ๒๕., ไคเร็คท์ ๐.๓๒ มก. ๒๕.

ยูโรบิลิโนเจนในขี้ส้วม ให้ผลบวก
๑: ๕๐.

ทดสอบคัมบัสทั้งไคเร็คท์ และ อินไค-
เร็คท์ ให้ผลลบ.

ทดสอบแอลคิซรมของแฮม ๓ ครั้ง,
ห่างกันครึ่งละสัปดาห์, ให้ผลบวกซีกทั้ง
สามครั้งในหลอดที่ ๑, แต่หลอดอื่น ๆ ให้
ผลลบ.

แอกกลูตินินเย็น (๒๕) ในน้ำเหลือง
๑ ต่อ ๘ ให้ผลบวก.

การทดสอบ Donath-Lansteiner,

อีโมลย์ซินเย็น และอีโมลย์ซินอุ่น ในน้ำ
เหลือง, ให้ผลลบ.

อีโมโกลบินของคนไข้เป็น ชนิด A.

การตรวจไขกระดูก มีเซลล์เฉพาะ

พวกที่จะเป็นเม็ดเลือดแดงมากและเป็นนอร์
โมยลาสติค.

วิจารณ์

การพบออกซีสอีโมโกลบินในน้ำเหลือง
และพบเรติคิวโลซัยท์มาก, แสดงว่าเม็ด
เลือดแดงถูกทำลายมาก. การตรวจในส
สภาวะแสดงซัยท์ว่า ผู้ป่วยรายนี้ อยู่ในจำพวก
ของอีโมลย์ คิค อะ นิเมยท์ มก้าเรบรุนแรง
เป็นพัก ๆ.

สาเหตุของอีโมลย์ คิค อะ นิเมยท์อยู่นอก
เม็ดเลือดแดง, เราแยกออกไปได้, โดย
ไม่สามารถหาแอนติบอดีชนิดใด ๆ ได้เลย
ในน้ำเหลือง, จากการทดสอบด้วยส ทง
ไคเร็คท์และอินไคเร็คท์, อีโมลย์ซินเย็น,
อีโมลย์ซินอุ่น และ แอ็กกลูตินินเย็น ให้ผล
ลบทั้งหมด.

สำหรับสาเหตุในเม็ดเลือดแดง ที่เกิด
จาก สเฟโรไซท์โตสิสชนิดเป็นแต่กำเนิด
แยกออกได้โดยไม่พบ สเฟโรไซท์ในเลือด
ตามผิวหนัง, ทงเลือดยังมีแฟรจิลิตี๋ ปกติ.

โรคที่เกิดจากอีโมลย์ คิค อะ นิเมยท์จากกรรม
พันธุ์ เนื่องจากอีโมโกลบินโนปาลีธีย์ต่าง ๆ
ไม่น่าจะใช่, เพราะ อีโมโกลบินรายนี้เป็น
ชนิด A, กัยทง แฟรจิลิตี๋ ปกติ.

สรุปจากประวัติและการตรวจพบต่าง ๆ
ที่กล่าวมาแล้ว, ประกอบกับ ลิวโคซัยเนีย,
ธรีอมโบซัยโทซัยเนีย, และการทดสอบ แอสม
แอสิคซิม ให้ผลลบวกลง ถึง ๓-๕ ครั้ง, จึง
ลงความเห็นว่า ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรค พา-
รอกซัยส์มี น็อคเทอรันล อีโมโกลบินยู-
เรีย.

การดำเนินของโรค และการรักษา

อาการขี้ส้วามสีเข้มเจือ เป็นอยู่ตลอด
วันแรกที่เขาอยู่ในโรงพยาบาล. ต่อมาสี
ค่อยจางลงทกที. เว้นแต่ขี้ส้วามตอนท
ตอนนอนเขายังมีสีเข้มอยู่บ้าง. ระหว่างท
ขี้ส้วามสีจางลงน, อาการของผู้ป่วยคน
มาก. แต่เนื่องจากผู้ป่วยชดมาก, จำนวน
เม็ดเลือดแดงน้อย จึงได้ให้เลือดแยกให้แต่
เม็ดเลือดแดง (packed red cells).

ตลอดระยะเวลาเคอนครั้งที่อยู่ในโรง
พยาบาล, มีอีโมโกลบินยูเรียสามครั้ง,
ครั้งหนึ่ง ๆ นาน ๓-๕ วัน.

สรุป

ได้รายงานผู้ช่วยหนึ่งรายที่เป็น Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria ซึ่งเท่าที่ค้นวารสารในประเทศไทยยังไม่พบผู้รายงานไว้ก่อน.

ผู้เขียนขอแสดงความขอบคุณ อาจารย์แพทย์หญิง สุภา ฌ นคร ผู้ใดให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำในการเตรียมเรื่อง, และศาสตราจารย์ ประเสริฐ กังสกาลย์ หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ ผู้ตรวจต้นฉบับ และแก้ไขบางแห่ง.

เอกสาร

1. I.V. Dacie : The Hemolytic Anemia, Congenital and Acquired. Grune & Statton, New York, 1954, page 414.
2. W. H. Crosby : Blood 5: 843, 1950.
3. F. L. J. Jordan : Studie over hamoglobinuria, Thesis, University of Utrecht: quoted by Dacie (1), page 427.
4. Tr. H. Ham : Arch. intern. Med. 64: 1271, 1939.
5. W.H. Crosby: Blood 8: 769, 1953.
6. J.V. Dacie, Israills and Welkinson; Lancet 1: 390, 1938.
7. T.H. Ham and J.H. Dingle: J. Clin. Invest. 18: 657, 1939.
8. W.H. Crosby and Damshek: Blood 5: 822, 1950.
9. C.F. Hinz, Jr. et al.: Clin. Invest. 35: 453, 1956.

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สำนักงานสารศิริราชได้จัดพิมพ์สารศิริราชที่ ๘ เพิ่มจำนวนเล็กน้อย หากท่านสมาชิกผู้ใดได้รับหนังสือไม่เรียงอันดับที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘ และ ๙ (ซึ่งตีพิมพ์เสร็จและส่งสมาชิกในเดือนธันวาคม) โปรดแจ้งให้แผนกจัดการสารศิริราชทราบด้วย เพื่อจะได้ส่งให้ครบ.

(Summary of the preceding Report)

PAROXYSMAL NOCTURNAL HEMOGLOBINURIA

A Case Report

Mongkol Kruatrachu
M.B., D.T.M. & H. (L'pool)

and

Praves Vasi
M.B.

(Dept. of Internal Medicine)

A Thai man, 45 years old, was admitted with chief complaint of progressive weakness for two years. He had been treated elsewhere for anemia with no avail. During the treatment the patient noticed that his morning urine was often darkly coloured; but thought it was due to the medicines. He denied having had malaria. All laboratory findings, including Ham's acid serum test, gave the features of a typical case of

chronic hemolytic anemia. During 1½ months' hospitalisation the patient had nocturnal hemoglobinuria on 3 occasions, each lasting 3 to 5 days. As far as can be ascertained, this is the first case of the affection reported in this country.

The incidence, physical and laboratory findings and the pathogenesis of the disease are briefly reviewed.

(Nine references)

ยี่สิบสองปีของข้าพเจ้าในบ้านนอก

เบ็นทูล บุญอิต

M.D., F.I.C.S.

(โรงพยาบาลพุทธชินราช, พิษณุโลก)

ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ใครบางคนจะมาพบกับท่านในย่านวณน. ข้าพเจ้าไม่คิดที่จะมาปรากฏตัว, เป็นแต่เพียงอยากจะมาสนทนากัน, เล่าเรื่องเกี้ยวของด้วยการแพทย์ในทางชนบทบ้างเล็กน้อยเพื่อให้ท่านมีความคุ้นและรู้จักการแพทย์ในชนบทชนบางเท่านั้น. ศิริราชไม่ใช่เป็นแหล่งใหม่สำหรับข้าพเจ้า, แต่ที่ว่างกลับมาเห็นเขาแล้วแปลกหูแปลกตาไปหมดเหมือนสถานที่ใหม่. ของเก่าเกือบไม่มีเหลือเลย. ครั้งหนึ่งเมื่อพบกับลูกศิริราช และทราบว่าข้าพเจ้าเคยผ่านศิริราชมาเหมือนกัน, ข้าพเจ้าถูกถามว่าข้าพเจ้าเป็นแพทย์รุ่นไหน. ข้าพเจ้าไม่ทราบว่า จะตอบอย่างไรถูก, จึงบอกว่าข้าพเจ้าขามฟากเมอย ๒๔๗๐ และออกจากโรงพยาบาลศิริราชเมือ ๒๔๗๗. เป็นเวลา ๗ ปีเศษที่ข้าพเจ้าได้อยู่กับโรงพยาบาลศิริราชมา. นานพอที่จะทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนหนึ่งได้เป็นลูกศิริราช เพราะใน

๗ ปีที่ข้าพเจ้าได้มาอยู่กับข้าพเจ้าได้เรียนและฝึกทางศัลยกรรมเป็นการวางรากชีวิตแพทย์ของข้าพเจ้าเป็นอย่างดี, ซึ่งข้าพเจ้าต้องระลึกถึงพระองค์แห่งสถานศึกษาอันเยี่ยม. เพราะฉะนั้น ข้าพเจ้าจึงรู้สึกเหมือนหนึ่งได้เรียนจบ, ได้ศึกษามาจากสถานศึกษาเช่นเดียวกับลูกศิริราชทั่วไป. เมื่อข้าพเจ้าได้ลาออกจากศิริราชแล้วข้าพเจ้าได้ไปยังจังหวัดพิษณุโลก. เคยมีผู้ถามข้าพเจ้าว่าเหตุใดข้าพเจ้าจึงตัดสินใจออกไปทำงานอยู่ในชนบท, เหตุใดข้าพเจ้าจึงไม่อยู่ที่ศิริราชต่อไป. เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ยาก. แต่ความจริงมีว่าข้าพเจ้ามีความสนใจเกี่ยวกับชนบทมานานแล้ว. เมื่อข้าพเจ้าจบแพทย์กลับมาถึงบ้านใน พ.ศ. ๒๔๖๘ นั้น, สิ่งแรกที่ข้าพเจ้าทำคือออกไปยังเชียงใหม่, ไปยังโรงพยาบาลแมคคอร์มิค, สมัครที่จะเข้าทำงานที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค. แต่ในขณะนั้นไม่มีตา-

* บรรยายในที่ประชุมของคณะแพทยศาสตร์ เมื่อ ๑๐ พ.ย. ๒๔๘๘

แห่งว่างสำหรับข้าพเจ้า. ข้าพเจ้าจึงได้
 กลับมากรุงเทพฯ. เลยได้ตำแหน่งในโรง
 พยาบาลกลาง. แล้วต่อมาจึงย้ายมาศิริราช.
 ในสมัย ๒๐ ปีมาแล้วการแพทย์แผนปัจจุบัน
 ของเรายังไม่ก้าวหน้านัก. ยิ่งในชนบท
 ทั่วแล้วหาแพทย์แผนปัจจุบันได้ยากมาก.
 สถานพยาบาลหรือก็มีเขตรักษาประชาชน
 ไม่กี่แห่ง. เมื่อโอกาสเปิดให้แก่ข้าพเจ้าโดย
 ทางโรงพยาบาลของคณะมิชชันนารี
 ชาติแพทย์, และคณะใดที่ตามข้าพเจ้า.
 ประจวบกับมิชชันนารีเป็นบ้านเกิดของข้าพ-
 เจ้าด้วย, ข้าพเจ้าจึงได้ลาออกจากศิริราช
 และเดินทางไปยังมิชชันนารี, รับตำแหน่งงาน
 ของโรงพยาบาลเซนต์แมรี, ช่วยเหลือ
 ประชาชนชาวมิชชันนารีตั้งแต่ ๒๔๗๗ มา.
 เมื่อแรกไปถึงมิชชันนารีเราไม่ค่อยสบาย
 ใจเลย. แต่กระนั้นเราก็อดคิด
 ไม่ได้, เพราะทุกสิ่งทุกอย่างแปลกตา.
 เราใหม่ต่อทุกสิ่งในมิชชันนารี. แต่ไม่นาน
 เราก็กายชิน, และจนถึงขั้นมิชชันนารีก็
 เป็นบ้านของเราที่ติดต่อมา ๒๒ ปีแล้ว, และ
 ตลอดเวลา ๒๒ ปีนั้นเราไม่รู้สึกเสียใจหรือ
 เสียหายแต่อย่างใดที่เราจะพระนครออกไป
 อยู่มิชชันนารี. จังหวัดมิชชันนารีในปี ๒๔๗๗
 นั้นคงมีสถานพยาบาลของคณะอเมริกัน
 เพรสไบทีเรียนมิชชันนารีแห่งเดียวเท่านั้น,

คือโรงพยาบาลเซนต์แมรี. โรงพยาบาล
 เซนต์แมรีเป็นสถานพยาบาลที่มีเครื่องมือ
 ผ่าตัด, มีห้องผ่าตัดทันสมัย, และตัว
 โรงพยาบาลก็เหมาะสมกับชนบท. มีห้อง
 สำหรับคนไข้พักประมาณ ๑๕ ห้อง, คนไข้
 มาโรงพยาบาลก็มาทั้งครอบครัว, และ
 ญาติพี่น้องอยู่กับคนไข้ในห้องคนไข้ห้องนั้น,
 ทำการพยาบาลและหุงหาเลี้ยงคนไข้และ
 ครอบครัวไปด้วย. แพทย์และเจ้าหน้าที่ของ
 โรงพยาบาลก็ให้การรักษา, ละคร, นก
 ยานและให้ยารักษาไปตามความจำเป็น.
 ในขณะที่เราไปตั้งโรงพยาบาลเซนต์
 แมรีมีคนไข้อยู่ในโรงพยาบาลสี่ห้าคนเท่า
 นั้น. คนไข้ส่วนมากเป็นจำพวกขาดแคลน,
 เพราะประชาชนชาวยุโรปแพทย์แผนปัจจุบัน
 ในทางศิโยนธรรมเท่านั้น. จึงเป็นที่เชอ
 ดถอกันทั่ว ๆ ไปว่า หมอฝรั่งเก่งทางแผล
 เท่านั้น. ไข้ทางยาจะมาหาเราก็คือเมื่อ
 หมอชาวยุโรปเราไม่ไหวแล้ว, หนักเพียบ
 แล้วจึงมาโรงพยาบาล, และเมื่อมาถึง
 เราแล้วเราก็ให้ความช่วยเหลืออะไรก็ไม่
 ได้เช่นกัน. เราจึงถูกเขาว่า "ไม่เก่ง".
 ทางศัลยกรรมก็เช่นเคยถนัดก็จะมีคนมา
 โรงพยาบาลหรือถูกเรียกออกไปทำการช่วย
 เหลือกก็จะเป็นรายที่ผิดปกติและถูกทำ
 การแก้ไขต่าง ๆ นา ๆ จนคนไข้ย่อยแล้ว

ทั้งนั้น. เราแพทย์แผนปัจจุบันได้รับการ
แข่งขันที่เสียเปรียบมาก. แต่ด้วยหมอ
โบราณไม่สามารถทำการผ่าตัดได้, ใน
ทางศัลยกรรมข้าพเจ้าจึงสามารถทำคนให้
เป็นต้อกระจกและไวเนอเซอโรซินข้าง. เมื่อคน
กึ่งคนไข้เข้าข้างแล้วในบ่อ ๆ มา, คนไข้
ทางยา, ทางคลอจก็ยอมตามมา. ประชา
ชนก็ค่อย ๆ คุ้นกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
จนเช่นလာคืบมา. ในปี ๒๔๘๓ กรม
สาธารณสุขภายใต้กระทรวงมหาดไทยได้
เริ่มขยายกิจการทางการแพทย์, โดยตั้ง
งบประมาณสร้างโรงพยาบาลทางจังหวัดขึ้น
สามจังหวัดด้วยกัน, คือจังหวัดจันทบุรี,
จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดพิษณุ
โลก. ได้เริ่มลงมือก่อสร้างอาคารโรงเรือน
๕ หลังเป็นสถานพยาบาลประจำจังหวัดพิษ
ณุโลกเมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๔๘๓,
และข้าพเจ้าได้ถูกชักชวนให้กลับเข้ารับ
ราชการใหม่ในตำแหน่งนายแพทย์ผู้อำนวยการ
การของโรงพยาบาลที่กำลังสร้างขึ้น.
โรงพยาบาลเชลแมนในขณะนั้นอยู่ในฐา
นะไม่สามารถจะดำเนินการต่อไปได้และ
หมดความจำเป็นที่จะให้ความช่วยเหลือใน
การรักษายาบาลแก่ประชาชนต่อไปแล้ว
เพราะทางจังหวัดได้สร้างโรงพยาบาลขึ้น
แล้ว. คณะอเมริกันเพรสไบทีเรียนมิชชัน

จึงพิจารณาปิดโรงพยาบาลเชลแมน. แต่
การก่อสร้างโรงพยาบาลของจังหวัดลำปาง,
ไม่เสร็จตามสัญญาที่เดิม ๒๔ มิถุนา
ยน ๒๔๘๔. กรมได้ตั้งงบประมาณและ
แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพร้อม
ด้วยแพทย์พยาบาลแต่ ๑ มิถุนายน ๒๔๘๔
แล้ว, แต่เรายังไม่มีสถานที่ทำงาน, การ
ก่อสร้างก็ยังอกไม่น้อยกว่า ๔ เดือนจึงจะ
เสร็จ, ข้าพเจ้าเลยเป็นนายแพทย์ผู้อำนวยการ
ที่ไม่ได้เงินเดือน. ข้าราชการสามัญ ๕
และวิสามัญอีก ๑๖ คนก็จะนั่งกินนอนกิน
เงินเดือนฟรีไปอย่างน้อย ๔ เดือน. เมื่อ
ข้าพเจ้าไม่มเงินเดือนก็อยากจะหานางชน.
ขณะนั้นโรงพยาบาลเชลแมนของคณะอเม
ริกันเพรสไบทีเรียนมิชชันได้ขยับ. ข้าพ
เจ้าจึงทำการติดต่อขอคณะมิชชันนารีขอเช่า
สถานที่พร้อมด้วยของเครื่องมือเครื่องใช้ที่
หมดของโรงพยาบาลเชลแมน. คณะ
มิชชันนารีก็ยินยอมให้เช่าได้โดยเสียค่า
เช่าทางสิ้นเดือนละหนึ่งร้อยบาท. จังหวัดจึง
ได้สถานที่ทำงานและโรงพยาบาลพหุชน
วิมลโลกก็ได้เปิดทำงานรับใช้ประชา
ชนชาวพิษณุโลกเป็นทางการตั้งแต่วันที่ ๑๕
มิถุนายน ๒๔๘๔ โดยสรวมครองโรง
พยาบาลมิชชันนารีดำเนินการต่อไป. งาน
ก่อสร้างก็ยังคงดำเนินการต่อไปจนเสร็จเรียบร้อย

มอบให้แก่งหวัด ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๔๘๔. สถานที่โรงพยาบาลพชรชินราช น้อยที่สระแก้วทางฝั่งตะวันออกของแม่น้ำ น่านห่างจากสถานีเขาชะครวซึ่งอยู่ทาง ฝั่งตะวันตกประมาณ ๓ กม. เมื่ออาคาร ของโรงพยาบาลพชรชินราชเสร็จและไคร้รับ มอบมาเรียบร้อยแล้ว, เราจึงไต่ย้าย คลังเวชภัณฑ์และคนไข้ชายไปยังโรงพยาบาล ดาวร, และข้าพเจ้าก็ย้ายตามมาอยู่ ในบริเวณโรงพยาบาล. ส่วนทางสถาน พยาบาลชั่วคราวข้างค่ายทหารนั้น, แพทย์หญิงสัชชี ไปตระหนักที่ อยู่ควบคุมคนไข้หญิง. ต่อมาในวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๔๘๔ โรง พยาบาลพชรชินราชจึงเปิดทำการตรวจคน ไข้นอกสถานที่ ณ ท้องถาวรและต่อมาใน วันที่ ๑ เมษายน ๒๔๘๖ จังหวัดจึงได้ ยกเลิกเข้าสถานพยาบาลเซลล์แมนและ ย้ายคนไข้หญิงทั้งหมดไปรวมอยู่ที่ตัวโรง พยาบาลดาวรต่อไป. ในวาระอันเกี่ยว กันนั้นคณะผู้แทนอเมริกันเพรสไบทีเรียน มีชชันไตทำการมอบพัสดุเวชภัณฑ์เครื่อง มือเครื่องใช้และตัวอาคารทั้งหมดของโรง พยาบาลเซลล์แมนให้เป็นสมบัติแก่จากแก่ โรงพยาบาลพชรชินราชต่อไป. เป็นอันว่า โรงพยาบาลเซลล์แมนยกตัวโดยเข้าร่วมกับ โรงพยาบาลพชรชินราช ณ เมษายน

๒๔๘๖. โรงพยาบาลเซลล์แมนเกิด พร้อม ๆ กับข้าพเจ้าที่พิษณุโลกและรับใช้ ประชาชนชาวพิษณุโลกเป็นเวลา ๔๕ ปี จึง ไต่ขี้ก. โรงพยาบาลพชรชินราชมีอาคาร ๒ หลังที่มชอเซลล์แมนตั้งอยู่. หลังหนึ่งใช้ สำหรับคนไข้พิเศษ, มีชื่อว่า "เซลล์แมน", และอีกหลังหนึ่งเป็นเรือนคนไข้สตรีกรรม, มีชื่อว่า "เซลล์แมนอนุสรณ์". สองหลังนี้ เป็นที่แสดงว่าโรงพยาบาลเซลล์แมนมีส่วน ช่วยเหลือในงานเริ่มต้นของโรงพยาบาล พชรชินราช. เรือนคนไข้พิเศษนี้ไต่ชื่อว่า "เรือนเซลล์แมน" ก็เพราะเราได้รื้อเรือน หลังนี้ซึ่งก่อสร้างที่เซลล์แมนด้วยเงินของ ประชาชนชาวพิษณุโลกย้ายมาสร้างชนบท โรงพยาบาลพชรชินราช. แต่ส่วนเรือน คลอด "เซลล์แมนอนุสรณ์" ก็ให้ชื่อไว้เพื่อ เป็นที่ระลึกแก่โรงพยาบาลเซลล์แมนซึ่งโรง พยาบาลพชรชินราชได้รับความช่วยเหลือ มา. เมื่อโรงพยาบาลพชรชินราชได้กำเนิด ขึ้นนการแพทย์แผนปัจจุบันในพิษณุโลกก็ ไต่เป็นที่รู้จักกันค้อย่างแล้ว. คนไข้คู้้น ก็การผ่าตัด, คู้้นก็การโรงพยาบาล. แต่กระนั้นก็คนไข้ยังรู้สึกว่าเป็นของใหม่ ของแปลกที่จะเข้ามาอนในเรือนคนไข้, ใกล้ชิดกับเตียงคนไข้อนๆ ที่เป็นโรคหลาย อย่างค้อยกกัน. นอนบนเตียงเรียงกันเป็น

แถวไป. คนไข้ยังมีความกลัว, เพราะต้องแยกจากญาติพี่น้องตามมารดา. เมื่อมีคนไข้หนักกักหรือคนไข้ถึงแก่กรรมมาก, คนไข้เตียงข้าง ๆ นั้นมักจะกลบขี้กันเสียหมด, เพราะความกลัว, ความไม่เข้าใจ และความไม่เคยชินนั่นเอง. เรือนคนไข้หญิงยิ่งลำบากมาก. แรก ๆ หากคนไข้หญิงมาอยู่ในโรงพยาบาลไคยอก, เพราะสาว ๆ เขาก็กลัวโรงพยาบาล. เพราะฉะนั้นคนไข้ที่มาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งแรก ๆ นั้นโดยมากเป็นคนไข้ที่มอดายมาแล้วทั้งนั้น. แต่ทว่าความเคยชินก็ค่อยมาทีละน้อย. ต่อมาภายหลังการที่จะมานอนรวมกันกับคนเจียน ๆ หลายอย่างด้วยกันนั้นไม่ใช่ของแปลกประหลาดอะไรแล้ว. ในขณะการมานอนรักษาในแผนกนี้ค่อย ๆ เคยชินกันเรื่อย ๆ มา. โรงพยาบาลพุทธชินราชเมื่อแรกก่อสร้างมีเรือนคนไข้เพียง ๒ หลัง, สำหรับชายหลังหนึ่ง, สำหรับหญิงหลังหนึ่ง. หลังหนึ่งจคนได้ราว ๒๕ คน. สองหลังก็มี ๕๐ คน. บคนโรงพยาบาลพุทธชินราชมีเตียงที่สามารถจะรับคนไข้ได้ ๒๑๐ เตียง. ตามสถิติปี ๒๔๘๘. เรามักคนไข้ที่อยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ ๘๐ เปอร์เซ็นต์ของจำนวนเตียงที่มีอยู่ตลอดปี. คนไข้ภายนอกเฉลี่ยวันละ

๘๐ คน. ผ่าตัดเดือนละ ๕๐. คลอดเดือนละ ๕๐. สถิติงานเตียงขกงานของศิริราชแล้วจะเห็นว่าน้อยมาก. แต่ก็พอให้เห็นได้บ้างว่าในชนบทงานการแพทย์แผนปัจจุบันก็พอมคนเลื่อมใสศนและงานกมพอทำอยู่เหมือนกัน. พิชณโลกเป็นเมืองเล็ก, เงียบ, ไม่หรูหรา. แต่เราเป็นกันเองโดยทั่ว ๆ ไป. ข้าพเจ้าขอว่าข้าพเจ้าไม่รู้สึกเสียใจเลยที่ข้าพเจ้าได้ทิ้งพระนครและออกไปเป็นชาวบ้านนอกเช่นนั้น. ข้าพเจ้าอดนึกไม่ได้ว่าทำไมแพทย์สมัยนี้จึงกลัวและไม่อยากออกไปทำงานอยู่ต่างจังหวัดกัน. พอทราบว่า จะต้องออกไปประจำอยู่ต่างจังหวัดต่างคนต่างย้ายหน้าไปตาม ๆ กัน. ถ้าเป็นสมัยเมื่อ ๒๐ ปีมาแล้วก็พอจะหาเหตุได้ง่าย. เพราะแม้แต่ข้าพเจ้าเองก็ต้องออกไปตสงานที่เครื่องใช้, เครื่องมือเสียก่อนจึงได้ตกลงใจ. แต่การแพทย์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในสมัยนี้ผลคกขสมัยเมื่อ ๒๐ ปีมาแล้วไกล, จึงทำให้หนักตรองหาเหตุทั่ว ๆ ไป. ก็พอจะมองเห็นได้บ้าง. คงเป็นเพราะ "ไกล" นั่นเอง. ความ "ไกล" ทำให้เกิดกลัวหลายไกลด้วยกัน, ไกลบ้าน, ไกลรัก, ไกลอาจารย์, ไกลงาน, ไกลนาย, ไกลเงิน, ไกลสนกและไกลอื่น ๆ อีกกระมัง. ความจริงก็เป็นเรื่องที่น่าคิด. เพราะไกล

มานยอมทำให้วิตกเกี่ยวกับการเดินทาง.
 คมนาคมสะดวกหรือไม่ก็ไม่ทราบ. จะไป
 อยู่อย่างไร, ล้ำยากยากเย็นประการใด.
 ไกลรักก็ยอมเป็นห่วงกังวลอยู่มาก. ต้องทง
 บิคาสามารถเอาตักพ้องตลอดจนคู่รักไปและ
 ไปอยู่ในหมู่ชนที่ไม่รู้จักมักคุ้นและรักใคร่
 ชอบพอกันเลย. ทำให้อ่าวเหว. ไกลอาจารย์,
 แหล่งให้ความรู้, อาจจะทำให้สิ่งที่ดี
 แล้วเสื่อมทรามลงไป. ตึกซัดไม่รู้จะไป
 ปรึกษาผู้ใด. ย่อมทำให้ใจวุ่นวุ่นไม่แน่.
 ไกลงานยอมทำให้เกรงใจว่าไปอยู่ต่างจ้ง-
 หวัดอยู่โรงพยาบาลเล็ก ๆ, เครื่องใช้ไม่
 สบายไม่เพียงพอจะทำไม่ได้. คนไข้อาจ
 จะมึนอ้อย, งานจะไม่พอมือกระมัง. ไกล
 นายทำอะไรที่นายก็มองไม่เห็น. นายนาน ๆ
 จะไปเยี่ยมสักครั้ง, จะได้เห็นงานการอะไร.
 ย่อมทำให้เกรงใจจะไม่มืทางก้าวหน้า. ไกล
 เงินเพราะประชาชนในชนบทส่วนมากจนขัด
 สิ้น. ออกไปทำงานหาลำไพ่ส่วนตัวบ้างก็
 จะไม่ได้เงินเพิ่มเติม. เข้าใจว่าคงจะทำงาน
 ให้แก่ตัวเองไม่ได้เพียงพอความต้องการ,
 ก็ยอมทำให้ไม่อยากจะออกไป. ไกลสนุก,
 โรงภาพยนตร์, มหรสพความสนุกสนาน
 ไม่มี, หรือมีแต่น้อย. การสมาคม
 สโมสรสันนิบาตก็หายาก. คงเจียขงอ้อย
 เหลือจะทน. และอื่น ๆ. “ไกล” เหล่านี้

จึงเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์ใหม่ ๆ
 กลัวการออกไปอยู่ต่างจังหวัดอยู่บ้างไม่มาก
 ถิ่นน้อย. ท่านอกไม่ก็เตือนก็จะออกจาก
 สถานศึกษา, ไปประกอบอาชีพของเรา
 ช่วยเหลือประชาชนด้วยกันแล้ว. ข้าพเจ้า
 ใคร่ขอใช้โอกาสนี้เชิญชวนท่านให้ออกไป
 บ้านนอกด้วยกัน. อย่าไปกลัว “ไกล”
 เลย. ก่อนนี้อาจจะไกลจริง. แต่เดี๋ยวนี้
 ไม้มาลัยมันเสียแล้ว. นอกนั้นยังมีไม้โท
 ครอบครองอยู่อีกด้วย. “ไกล” จึงกลายเป็น
 “ใกล้” ไปแล้ว. ในปัจจุบันรัฐบาล
 ได้สร้างถนนตัดต่อระหว่างจังหวัดต่าง ๆ
 สดวกรวดเร็วกว่าแต่ก่อนมาก. นอกนั้น
 สายการบินก็ได้เปิดเดิน, ทำให้เวลาเดิน
 ทางตามสายการบินหดสั้นลงไปอีกมาก.
 ในปัจจุบันกรมการแพทย์ได้สร้างโรงพยาบาล
 ชนบททุกจังหวัดแล้ว. บางจังหวัดมีโรง
 พยาบาลมากกว่า ๑ แห่ง. โรงพยาบาลแต่ละ
 แห่งมีบ้านพักสำหรับแพทย์, พยาบาล,
 มีแพทย์แห่งหนึ่งไม่น้อยกว่า ๒ คน. ทาง
 โรงพยาบาลทุกแห่งจะช่วยแพทย์, พยา-
 บาล, เจ้าหน้าที่ของตนให้อยู่กันไม่ต้อง
 ลำบากนัก. ให้ความสะดวกทุกอย่างเท่าที่
 โรงพยาบาลสามารถจะทำได้. นั่นเป็น
 เครื่องประกันทำให้ไกลบ้านกลายเป็นใกล้
 บ้าน. เรืองที่อยู่อาหารการกินไม่ต้องวิตก.

มเพื่อนทั้งแพทย์และพยาบาลคอยต้อนรับ
 อยู่พร้อมแล้ว. ไกลรักหรืออาจกลายเป็น
 ไกลรักก็ได้. แต่นั่นเป็นเรื่องส่วนตัวจำเป็น
 ต้องแก้ไขเฉพาะตัว. ไกลงานหรือไม่ไกล
 นั่น. โรงพยาบาลแต่ละแห่งของกรมการ
 แพทย์มีเครื่องมือเครื่องใช้ทันสมัยให้ไว้พอ
 แก่งานสามัญธรรมดาทั่ว ๆ ไป. ฉะนั้นไม่
 น่าจะไกล "งาน." คนไข้อาจจะน้อย. แต่
 คงมีเวลามากพอที่จะตรวจตราคนไข้ได้
 อะเอียดละออ, เรียบรู้ใคร่มาจน. จึงเชื่อ
 ว่างานมีพอ. ผู้ที่ทำไมไม่มาทำงานโดยมาก
 เป็นผู้ที่ไม่ทำงาน. ไกลอาจารย์เป็นของ
 จริงอยู่บ้าง. เพราะแต่เดิมมาคณะอาจารย์
 มหาวิทยาลัยแพทย์ไม่สนใจในความเป็นไป
 ของนักศึกษาที่พ้นออกไปแล้ว, หรืออาจจะ
 มีก็คงมีแต่น้อย. แต่มาใน ๕-๖ ปีนี้
 ปรากฏการเปลี่ยนแปลงขึ้นบ้าง. ด้วย
 ปรากฏว่ามีอาจารย์หลายท่านด้วยกันได้ไป
 ร่วมประชุมทางวิชาการกับแพทย์ต่างจังหวัด,
 ปรากฏทำให้ความรู้เพิ่มเติมแก่แพทย์
 ที่อยู่ตามชนบท. นอกนั้นบางท่านยังได้
 ปรึกษาออกไปเยี่ยมเยียนตามโรงพยาบาล,
 ตรวจและให้คำปรึกษา, และยังมีคณะ
 แพทย์และอาจารย์ออกไปให้การอบรมเช่น
 ครงคราวออกด้วย. เหล่านี้ก็เป็นที่น่ายินดี
 แก่แพทย์ที่ทำการอยู่ตามชนบทเป็นอย่างดี

มาก. เราไกลอาจารย์, แต่ท่านอาจารย์
 ก็ได้ช่วยโดยเอาคนเข้าไปใกล้กับแพทย์
 ต่างจังหวัดเขาบ้างแล้ว. แต่นั่นก็ยังเป็น
 ความกรุณาของอาจารย์แต่ละบุคคลเท่านั้น
 หาใช่เป็นไปทางการไม่. ข้าพเจ้ายังหวัง
 อยู่เสมอว่ามหาวิทยาลัยคงจะส่งนักศึกษา
 สักวันหนึ่งว่าหน้าที่ของคณะครุฑอาจารย์
 ของมหาวิทยาลัยแพทย์หาได้ อยู่แต่เพียง
 การสอนวิชาและฝึกไปวันหนึ่ง ๆ, ใน
 สถานศึกษาเท่านั้นไม่. แม้แต่แพทย์
 ที่ออกไปแล้วก็ยังต้องการความช่วยเหลือ
 จากคณะอาจารย์ ของมหาวิทยาลัยอยู่
 เสมอ. ฉะนั้นข้าพเจ้าจึงเห็นว่ามหา-
 วิทยาลัยแพทย์ยังมีหน้าที่ที่จะส่งเสริมสนับสนุน
 ช่วยเหลือลูกศิษย์ของมหาวิทยาลัยนั้นได้
 มีความรู้เพิ่มเติมและได้ใช้วิชาความรู้
 ความชำนาญของตนให้ยังประโยชน์แก่สังคม
 ยิ่ง ๆ ขึ้นไป. ใน ๓-๔ ปีมานี้ข้าพเจ้า
 ก็เห็นชมเชยเป็นอย่างมากที่คณะอาจารย์ทาง
 ศิริราชได้จัดให้มีการอบรมพัน วิชาที่ โร-
 พยาบาลศิริราชตอนปลายการศึกษาขึ้น.
 ช่วยให้แพทย์ตามชนบทมีโอกาสได้
 ความรู้เพิ่มเติม, พบพความรู้เดิม, ซึ่ง
 นับได้ว่าเป็นการสนับสนุนลูกศิษย์เป็นอย่างดี
 มาก. ข้าพเจ้าใคร่เห็นการสนับสนุนช่วยเหลือ
 แพทย์ในต่างจังหวัดนั้นได้ทั่วถึงขึ้น

กว่านต่อไปอีก, เช่นการส่งคณะอาจารย์
ออกไปเยี่ยมเยียนตามจังหวัดต่างๆ, จะ
แยกทัศนจักรเพื่อทัศนศึกษา, โดยมอจารย์
พานักเรียนแพทย์ชนสูงหม่หนึ่งออกไปเยี่ยม
พักอยู่กับโรงพยาบาลในจังหวัดคนจังหวัดนั้น
แห่งละ ๓ วัน ๕ วันตามแต่สะดวก. เทียว
ข้าง, ทำงานตรวจข้าง, ป่าจุกถาดถกถกเถียง
และมีการชุมนุมหรือเกวกับคนไข้ต่าง ๆ
ที่พขตามโรงพยาบาลเป็นการสอนนักเรียน
แพทย์และในขณะเดียวกันก็เป็นการสอน
แพทย์ที่ประจำอยู่ด้วย. จะเป็นการช่วย
เหลือแพทย์ ในชนบทเป็นอย่างมากทีเดียว.
หรือจะแยกแยกคณะอาจารย์หลายแขนงรวม
กันไปเยี่ยมเยียนให้ความรู้ใหม่ๆ, ช่วย
แก้ปัญหาคความข้องใจในการแพทย์, ช่วย
ผ่าตัด, ก็จะทำให้แพทย์ในชนบทได้เรียนรู้
เพิ่มเติมจนอก. ทชวาพเจาคังมหาวิทยาลัย
มานักเป็นการรักษารภาพอยู่ในตัวแล้ว.
ไกลอาจารย์มีความจริงอยู่มาก. แต่การ
ไกลนั้นกำลังจะกลายเป็นไกลเข้ามาแล้ว.
การไกลอาจารย์นักมทางผอนผนได้ออกทาง
หนึ่ง โดยการไกลจัดหมายเหตุทางแพทย์.
ในปัจจุบันนมหงสือเอกสารการแพทย์ภา-
ษาไทยของเราหลายฉบับที่ สามารถใช้ เป็น
อาจารย์ได้บ้าง. สารคิรราชกเป็นงานชั้น
หนึ่งของคณะอาจารย์ทนเขียนเผยแพร่วิชา

การให้แก่แพทย์ทั่วไป, ซึ่งกันขได้วาคณะ
อาจารย์ของเราได้ทำตนให้ "ไกล" แพทย์
ในชนบทไปคนหนึ่งแล้ว. นอกนั้นตามโรง
พยาบาลทั่วไปก็มักจะขอกรขจัดหมายเหตุ
ทางวิชาแพทย์จากต่างประเทศไปไว้ประจำ
ตามสถาน, ซึ่งแพทย์ที่ออกไปจะสามารถ
ใช้อ่าน, ใช้เป็นอาจารย์ได้ด้วย. ฉะนั้น,
ในชนบทไม่ "ไกลอาจารย์" นกแล้ว. การ
ไกลนายนั้นเป็นของแน่นอน. แต่หากควร
เอามาวิตกไม่, เพราะการไกลนายนั้นทำให้
เราได้อยู่ไกลประชาชนคนไข้, ซึ่งเป็นหน้า
ที่โดยตรงของเรา. ไกลเงินก็เป็นข้อท
ควรคก็อยู่ข้าง. แต่ "เงิน" นั้นมักจะทำ
ให้เรา "งอ", เฉพาะอย่างยิ่งในอาชีพ
แพทย์ของเรา, และสำหรับพวกท่านซึ่งจะ
เริ่มงานในอาชีพนคด้วยแล้ว ยิ่งหากควรคำนง
ถึงเรื่องเงินไม่. ผู้ทงตนควบชีวิตอาชีพ
ของตนด้วย "เงิน" เป็นเข้า, วิทยาการ
ยอมเสียมลง. คุณลักษณะแห่งอาชีพซึ่ง
ประกอบไปด้วยความเมตตากรณาและการ
เสียสละ ก็ยอมจะหคหายค้ำไปด้วย. ท่าน
ผู้ที่จะไครับปริญญาเป็นแพทย์ ในไม่ชาน,
จิตของท่านกำลังเบยมลนไปด้วยความ
เมตตากรณาและใจทยอมเสียสละ. ขอ
ท่านไคใช้ชีวิตภายหน้าของท่านให้เป็น
ประโยชน์แก่ประชาชนอย่างเต็มที่. ขออย่า

ให้ "เงิน" ไปลดคุณค่าของท่านเลย. และ
ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างมากกว่าประโยชน์จาก
ท่านนั้นจะได้แผ่ออกไปตามชนบทด้วย.

ประการสุดท้าย, แพทย์ใหม่ไม่ค่อย
อยากจะออกไปต่างจังหวัดเพราะไม่ทราบ
นิสัยใจคอของ นายแพทย์ ผู้อำนวยการและ
แพทย์ โทอื่น ๆ ที่ประจำอยู่ในโรงพยาบาล
นั้น ๆ. เกรงจะไปขัดแย้งทำให้เกิดขาดความ
ใจกันขึ้น. เกิดความยุ่งยากใจเป็นอย่างมาก.
ข้อนี้เป็นข้อที่ควรคำนึงอย่างยิ่ง, และที่เคย
มีปรากฏความแตกร้างยุ่งยากเช่นนี้ตาม
โรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดมาแล้ว, จึง
เป็นข้อที่ควรคิดอย่างยิ่ง, คิดเพื่อหาทาง
ป้องกันเสียก่อน. ถ้าตรึกตรองคิดให้ดีแล้ว
ก็พอจะเห็นสาเหตุของการแตกร้างนี้ได้ว่า
มักจะเป็นความผิดด้วยกันทั้งสองฝ่าย.
ฉะฉาน, เพื่อมิให้มีความยุ่งยากเช่นนี้เกิด
ขึ้น, ข้าพเจ้าขอแนะนำว่าอย่าทำให้ตัวของ
ท่านผิด. ทำผิดอย่างไร, เมื่อใด, ข้าพเจ้า
ขอให้ขอแนะนำแก่ท่าน, เฉพาะอย่างยิ่งท่าน
ผู้มีความสนใจในการ แพทย์ต่างจังหวัดสัก
สามสี่ข้อ, เป็นข้อที่ปฏิบัติได้ไม่ยากนัก.
ข้อแรกคือท่านต้องเป็นผู้ใหญ่. ในขณะที่
ท่านยังอยู่ในมหาวิทยาลัย ท่านอาจจะทำ
หลายอย่างผิด, เช่นหนอยน, หลงงาน,
แต่กึ่งใจใคร่ขบถ. แต่เมื่อท่านออกไปจาก

สถานศึกษา, ไปประจำงาน, ไม่ว่าจะเป็นผู้
ลูกจ้าง, ข้าราชการ, หรือส่วนตัว, ท่าน
ไม่ใช่เด็กแล้ว, ท่านต้องเป็นผู้ใหญ่, เป็น
ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในหน้าที่การงานที่ได้
รับมอบหมายมา. ในเรื่องนี้ ผู้ที่ออกไป
ปฏิบัติงานใหม่ ๆ มักจะผิดพลาดบ่อย ๆ,
เช่นเวลาราชการ ๕.๐๐ ถึง ๑๖.๐๐ น.,
ก็ขันท่างสาย ๑๐ นาทีหรือครึ่งชั่วโมง
หรือกว่า, หรือกลับก่อนเวลา, หรือใน
ระหว่างเวลาออกไปจากโรงพยาบาลไปใน
กิจการส่วนตัวเสีย ครึ่งชั่วโมงหรือหนึ่งชั่วโมง.
เหล่านี้ถูกหรือผิด. แพทย์ใหม่ ๆ
มักจะเห็นการผิดกระเบื้องเล็ก ๆ น้อย ๆ นี้ไม่
สำคัญ. แต่เล็ก ๆ น้อย ๆ เหล่านี้แหละมัก
เป็นเหตุให้เกิดความแตกร้างกับผู้
การ, และอาจจะลุกลามเป็นเหตุใหญ่โต
ต่อไปได้. เพราะขบถพองในเรื่องเล็กเคย
ชินเสียแล้ว, ก็มักลามไปใหญ่ขึ้นต่อไป.
ตอนแรกสายเล็กน้อย. ต่อไปอาจจะไม่
เสียครึ่งวัน. มีหน้าที่ตรวจก็ให้คนไขรอ
ไปก่อน, หรือไม่กล้าปล่อยให้แพทย์อื่นทำ
แทน. เวลาอยู่เวรก็ตามไม่พบบ, หลงไป
เสียบางเวลา. หรือเวลาใครบรรยายตาม
ก็สั่งแบบวิทย์โทรภาพ. สั่งการรักษาโดย
ไม่ต้องเห็นคนไข้เช่นนี้, ผู้อำนวยการมัก
เห็นว่าควรมุ่งจำเป็นต้องวางตัวตักเตือน

ฉัน, และการว่ากล่าวก็เช่นการกระทบ
กระเทือนจิตใจ, มีทางให้เกิดการแตก
ร้างได้. ถ้าหากแพทย์เราต่างคนต่าง
ทำหน้าที่ในความรับผิดชอบของเราให้
ตรงไปตรงมาตามระเบียบองค์, การ
เสทือนจิตใจ, การว่ากล่าวก็จะขงกันได้.
ฉะนั้น ท่านที่จะออกไปบ้านนอกจึงควรทำ
ตนให้เป็นผู้ใหญ่, เป็นผู้มีความรับผิดชอบ
ไว้ใจได้. แต่ในขณะที่เคยวงนกดองเป็นผู้
น้อยออกควย. การเบ่งไม่มีใครชอย. ใน
มหาวิทยาลัยท่านกมประเพณี ทางยกย่อง
อาวุโสกันอยู่แล้ว. แพทย์เม่อออกไปจาก
สถานศึกษาแล้วก็มีเรื่องอาวุโสอยู่เสมอ.
มีอาวุโสแตกต่างกัน. ผู้เข้าใหม่จึงจำเป็นต้อง
เป็นผู้น้อย, ผู้น้อยต่อผู้อำนวยการ, ต่อ
แพทย์โทของจังหวัด. จึงอยู่แพทย์เรา
เฉพาะอย่าง ยงเม่อออกไปอยู่หัวเมืองกันย
เขาเป็นกลุ่มเดียวกัน, สักเดียวกัน. เรามัก
ถือเสมอว่าเท่ากัน. แต่ผู้นอนอาวุโสใน
ราชการก็ ยงควรระลึกอยู่เสมอว่า ยง เป็นผู้น้อย.
ในหมู่เดียวกันอาจจะไม่ต้องแสดง
ออก. แต่ในกลุ่มทมขาราชการแผนกอื่นๆ,
ในสังคมทมแขกหรือคนแปลกหน้า, การ
แสดงตนเป็นผู้น้อยต่อแพทย์พวกเดียวกันท
อาวุโสกว่านั้น, มีความสำคัญต่างกัยใน
พวกเรากันเองมาก. แพทย์ใหม่มักจะผลอ

ในเรื่องเช่นนั้น. แม้แต่ในการงานประจำวัน
กิด, การแสดงต่อผู้อาวุโสกว่าก็เป็นสิ่งท
ควร. ข้าพเจ้าเชอว่านายแพทย์ผู้อำนวย
การเกือบ ทกคน คงไม่ต้อง การให้ แพทย์ผู้น้อย
โค้ง คำนับทก ครองท ฃ่านพย กันในโรง
พยาบาล. แต่การทำ ความเคารพต่อผู้
อำนวยการในตลาทหรือชมรมชนนแสดง
ให้ผู้นทเขาเห็นเขานกชม. ในเวลาทำ
งานเม่อมีธุระจำเป็นต้องออกไปนอกบริเวณ,
ก่อนออกไปควร บอก กล่าว ลาผู้ อำนวยการ
เสียก่อน. การลาเกือบจะไม่จำเป็น. ผู้
อำนวยการทัว ๆ ไปก็ไม่ขัดข้อง. แต่การ
ลาเช่นนั้นเป็นการแสดง ความเคารพต่อผู้บังคับ
บัญชา. การออกไปโดยไม่ลาเช่นนั้นเป็นการ
แสดงถึงความไม่เคารพเช่นกัน, และนั่น
แหละเป็นการเบ่ง, อาจโดยไม่ตั้งใจ. แต่
แล้วก็จะเกิดความขาดหมางกัน ในภายหน้า.
ฉะนั้นเรื่องอาวุโสคงมีอยู่ในวงงาน. ท่านไป
ใหม่ควรเป็นผู้น้อย, แล้วท่านจะไม่ทำตนให้
เกิดแตกร้างแน่. นอกนั้นท่านต้องเป็นผู้น้อย
ควย. ประกอบไปควยมรรยาทและจรรยาอน
คิงาม. เรื่องนข้าพเจ้าจะไม่พูดอะไรมาก
เพราะเป็นเรื่องททราบายกันคอยู่แล้ว. มรรยาท
และจรรยาอนคิงามนมาจากจิตใจ. จิตท
เบี่ยมไปควยความเมตตากรุณาปราณ, และ
จิตทมแต่ความเล็ย สละข้อมปฏิบัติทอคนใช้

ไต่ถามเสมอ. เราทุกคนมีข้อบกพร่องทาง
 นิสัยและจิต. แต่เราอาจจะแก้ไขข้อบก
 พร่องได้. ผู้ที่ออกไปใหม่ควรฝึกและระวังข้อ
 บกพร่องเหล่านั้น. ประการสุดท้ายท่านควร
 ต้องเป็นผู้รักวัย. ท่านเป็นผู้เป็นนักศึกษา, ไม่
 ซ้ำท่านก็จะขบไขปริศนา, เป็นผู้รอบรู้
 ต่อไป. ไต่เป็นแล้ว, เหตุใดเขาพาเราจึง
 เตือนให้ท่านเป็นผู้รัก. ถูก, ท่านอาจจะ
 เป็นผู้รักในวิชาแพทย์, ท่านอาจจะรู้ถึงโรค
 ต่างๆ, อาจรู้ถึงสมุฏฐาน, ถึงการ
 เปลี่ยนแปลง, ถึงการรักษามีออกมา
 มาก, อาจรู้มากกว่าแพทย์ผู้ช่วยการ
 ซึ่งอาจจะเป็นแพทย์รุ่นเก่า, แต่นั่นไม่ได้
 หมายความว่าท่านผู้รู้. วิชาไปทุกอย่าง
 รอบคอบไม่. ท่านรู้ถึงจิตใจของคนไข้เท่าๆ
 กับผู้ช่วยการหรือ. ภาวะแวดล้อมทาง
 บ้าน, ทางจังหวัด, ผู้ช่วยการคงคิด
 กว่า. ฉะนั้นจำเป็นต้องศึกษาให้เรียนรู้อีก
 ชน. อย่าถือว่าท่านรู้แล้ว, เพราะอาจจะ
 ทำให้ท่านประมาท, ประมาทจนกลายเป็น
 ยะโส, หรืออาจจะกลายเป็นคนหมั่น, ไม่
 เคารพใคร. ผู้ที่จริงขอมไม่ใครจะแสดง
 เพื่อดอก. ผู้ที่ไม่จริงขอมก็จะอวดด้วยการตี
 โน่นตน. มขอยๆ ผู้ที่ออกไปใหม่ๆ มักจะ
 ทำหน้าที่การกระทำโน่น. การปฏิบัติของ
 แพทย์โทหรือแพทย์ผู้ช่วยการ. คำหน

ระเขียบเค็ม, ตีการไต่ยา, ตีการรักษ
 อื่น ๆ, โดยหาได้สำนักไม่ว่าการตีนั้นเป็น
 การตีโดยรู้ไม่ถนัด, ไม่รอบคอบ. อาจจะมี
 เพราะการปฏิบัติไม่ตรงกบที่ใด เรียบรบบจาก
 อาจารย์. แต่หาได้รู้ไม่ว่าความเห็นของ
 อาจารย์นั้นอาจจะเห็นแต่ความเห็นหนึ่งเท่า
 นั้น. ยังมีแพทย์และอาจารย์ออกมาทมิ
 ความเห็นแตกต่างกันและปฏิบัติไปเป็นอย่าง
 อื่น. การตีโดยขาดความรอบคอบมักจะเป็น
 ชะนวนแห่งการแตกร้างได้. ผู้รอบคอบ
 คอบ, พิจารณาหาเหตุและผลให้แน่นอน
 ก่อนที่จะลงความเห็น. ผู้รอบคอบไม่คิดถแม
 แต่ผู้ที่ไม่มีความรู้, เพราะบางสิ่งบางอย่าง
 ผู้มากอาจจะเรียนได้จากผู้อื่น. ผู้รอบคอบ
 รู้จักเลือกรับความรู้ที่เหมาะสมและทาง สังก
 ไม่ต้องการ. ผู้รอบคอบศึกษาเรียบอยู่เสมอ,
 ค้นคว้า, อ่านเรื่องทางวิชาการแพทย์
 อยู่เสมอ. ท่านจบการศึกษาแล้ว, แต่ท่าน
 กยังต้องศึกษาต่อไปอีก, เพื่อท่านจะได้เป็น
 ผู้ที่จริง. ผู้ที่จริงขอมไม่เป็นสาเหตุให้ผ
 ันผิดใจได้. ฉะนั้นผู้ที่ออกไปต่างจังหวัด
 ไม่ควรทำตนให้ผู้อื่นผิดใจ, ควรทำตนเป็น
 ผู้ใหญ่ในตำบลผิดชอบ, แต่เป็นผู้ยอมทค
 ต่อผู้อาวุโส, และเป็นผู้ถ่อมบรรยาทบรรยา
 ทเหมาะสม. ทางเช่นผู้รอบคอบ. แล้ว
 การผิดใจขาดหมางกบผู้บังคับบัญชาขอมจะ

ไม่เกิดขึ้น, และการทำงานก็ยอมจะรายน,
ไม่น่าจะมีอะไรที่ควรวิตก.

เมื่อทบทวนเหตุเหตุต่าง ๆ แล้ว, ข้าพเจ้า
จึงเห็นว่าทางจังหวัดไม่ไกลแล้ว, และการ
งานก็คงรายนค. ฉะนั้น, จึงขออนุญาต

เชิญชวนให้ท่านนายแพทย์และแพทย์หญิง
ในอนาคตอันใกล้ได้พิจารณาว่าควรจะ
ออกไปทำงานช่วยเหลือประชาชนคนไข้ใน
ชนบทได้หรือไม่. ชนบทต้องการความช่วยเหลือ
เหลือจากท่าน. ท่านจะช่วยเขาได้ไหม?

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

การรักษาแก้พิษบาร์บิตูเรต

ยานอนหลับจำพวกบาร์บิตูเรตเป็นยา
ที่มีผู้ใช้สำหรับฆ่าตัวตายบ่อยที่สุดชานาน
หนึ่งในเวลานี้. ในประเทศเราไม่อาจทราบ
สถิติที่แน่นอนได้. ในสวีตเซอร์แลนด์
ปรากฏว่ามากกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์ของผู้
ที่กระทำอัตวินิบาตกรรมใช้ยาจำพวกนี้;
ในสหรัฐฯ มีประมาณยี่สิบเปอร์เซ็นต์. (1)
วิธีรักษาอาการถูกพิษบาร์บิตูเรตที่ใช้อยู่
ทั่วไปในขณะนี้แบ่งออกได้เป็นสองแนว
ตามหลักที่คิดในการปฏิบัติ. การรักษา
ในแนวที่หนึ่งถือว่าบาร์บิตูเรตเป็นยากด
สมอง. อาการร้ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผล
ของการกดคนทั้งนั้น, เช่นการหลับอย่าง
ปลุกไม่ตื่น, การหายใจไม่พอเพียง, อาการ
ขาดออกซิเจน, ความดันเลือดต่ำ, ร่าง
กายเย็น, เป็นต้น. เพราะฉะนั้นการรักษา,

นอกจากความพยายามที่จะกำจัดยาออกไป
จากร่างกาย, จึงต้องกระทำโดยการให้ยา
กระตุ้นสมอง, ซึ่งต่อต้านฤทธิ์กดส่วน
ต่าง ๆ ของระบบประสาทกลาง, หรือแม้
ปลุกคนไข้ให้ตื่นขึ้นมาได้. ยากระตุ้น
ที่ได้รับคานิยมยกย่องมากในขณะนี้
แก่คาร์ทีอาซอล (เพ็นตทเมธิลีนเต-
ตราซอล, เมตราซอล, หรือเล็ปตาซอล)
และฟิโครทีออกซิน. (2) บางคนใช้แอม-
เฟตามีน (เบ็นซอีทริน) ควบกับคาร์ทีอา
ซอลด้วย. (3) ในการใช้ยาเหล่านี้เห็น
กันว่าต้องให้ขนาดมาก ๆ, มากกว่าขนาด
ใช้เฉลี่ยตามปกติบ้าง ๆ เท่า, เพื่อจะ
ให้ผลล้างและต่อต้านฤทธิ์กดของบาร์บิตู-
เรตในขนาดเป็นพิษได้. โดยมากถือว่า
ต้องให้ยากระตุ้นจนกระทั่งคนไข้ตื่นขึ้นมา
หรือแสดงอาการใกล้เคียงปกติ, จึงจะเป็นการ

(1) G. Taubmann : Dtsch. med. Wschr. 81; 416, 1956.

(2) Koppanji and Fagekas: Am. J. Med. Sc. 244: 577, 1952.

(3) Goodman and Gillman: Pharmacol. Basis of Med. Practice, Macmillan, 1955 (New York)

พอเพียง. (4) วิธีการรักษาแบบกระตุ้นนั้นนิยมใช้ในอเมริกาและหลายประเทศในยุโรปมาเป็นเวลานาน, และมีอัตราการตายเฉลี่ย ๑๓ ถึง ๑๖ เปอร์เซ็นต์. (5) การรักษาในแนวที่สองดำเนินตามแนวความคิดเห็นว่าการใช้ยากระตุ้น, แม้ในขนาดมาก ๆ, ไม่อาจจะลดล้างฤทธิ์ของยารักษาโรคได้. พิษของยานั้นจะหมดไปได้ก็โดยการทำลายภายในร่างกาย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตับ, และโดยการขับถ่ายออกทางปัสสาวะ, เท่านั้น. การใช้ยากระตุ้นในขนาดมาก ๆ นอกจากไม่สามารถเร่งการทำลายและการขับถ่ายแล้ว, ยังอาจให้ผลร้ายโดยการกระตุ้นเกินสมควรอีกด้วย. (5) ได้มีผู้แสดงโดยการทดลองว่ายารักษาโรคในขนาดสลบออกฤทธิ์กดสมองทำให้การใช้ออกซิเจนของของอวัยวะนั้นลดลงประมาณ ๔๐ เปอร์เซ็นต์ของจำนวนปกติ. การใช้ยากระตุ้นในขนาดมาก ๆ อาจทำให้การไหลเวียนเลือดและการหายใจดีขึ้นได้, แต่ไม่อาจทำให้สมองใช้ออกซิเจนมากขึ้น, เพราะเมตาบอลิซึมของสมอง

ถูกขัดขวางเสียแล้ว. (6) การที่เราให้สมองทำงานมากขึ้นในภาวะที่ใช้ออกซิเจนได้น้อยน่าจะเกิดผลร้ายมากกว่าผลดี. การรักษาในแนวที่สองนี้ดำเนินตามความคิดเห็นว่ายารักษาโรคเป็นยานอนหลับ; เมื่อกินเข้าไปมันก็ทำให้หลับ หากกินมากก็หลับนาน. หากปล่อยให้คนไข้นอนไปเรื่อย ๆ จนหมดฤทธิ์ยา เขาก็จะตื่นขึ้นมาเอง. ดังนั้นการรักษาจึงควรกระทำแต่เพียงการประคับประคองให้คนไข้คงอยู่ในสภาพที่โดยทั่วไป, ให้อวัยวะของเขาสามารถขับถ่ายยาออกได้; และป้องกันโรคแทรกซ้อน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งปневโมเนีย, ซึ่งเป็นเหตุตายที่ใกล้ชิดที่สุดในส่วนมากของคนไข้ประเภทนี้. การปฏิบัติตามแนวนี้ประกอบด้วยการรักษาช่องทางเดินอากาศหายใจให้เปิดอยู่ตั้งปกติโดยการหมั่นล้างเช็ดเสมหะและระวังมิให้ลิ้นอุดคอหอย; รักษาอุณหภูมิของร่างกายมิให้ลดต่ำจนเป็นอันตราย; ให้สารน้ำเพื่อกระตุ้นการขับถ่ายและทดแทนส่วนที่เสียไป; และบริหารแอนติไบโอติกเพื่อป้องกันการแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อ. นอกจากนี้ก็ปล่อยให้

(4) Sollman: Manual of Pharmacol., Saunders, 1949 (Phila.)

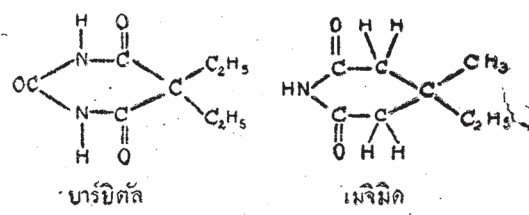
(5) H. Gaus: Dtsch. med. Wschr. 81: 1162, 1956

(6) Bernsmeyer (อ้างถึงใน 5).

คนไข้นอนหลับไปเรื่อย ๆ. (5,7) ได้มีผู้ทดลองเปรียบเทียบผลของการรักษาสองแบบที่กล่าวมาในคนไข้จำนวนมากระหว่างเวลาสองปี, โดยรักษาแบบกระตุ้นกับแบบประคับประคองสลักันไปตามจำนวนคนไข้ที่เข้าโรงพยาบาล. เขาแสดงความเห็นว่า การรักษาแบบหลังให้ผลดีกว่าแบบแรก, และให้เหตุผลว่าเป็นด้วยต้นเหตุสำคัญที่ทำให้คนไข้ฟื้นขึ้นจากฤทธิ์ของยานอนหลับคือการที่ยาถูกทำลายและถูกขับถ่ายออกไปจากร่างกาย, ซึ่งยากระตุ้นไม่อาจทำได้. ตรงกันข้าม, ยากระตุ้นในขนาดมากเกินไปอาจทำให้เกิดความยุ่งยากแทรกซ้อนอีกหลายอย่าง และบางทีก็เป็นต้นเหตุแห่งอันตรายเสียเอง. (5) ทงนคล่องจึงไปกับที่มีผู้ลงความเห็นว่าเป็นส่วนไม่น้อยของคนไข้ที่กินยานอนหลับเกินขนาดนั้นตายเพราะการรักษาเกินต้องการ. (3,4)

อย่างไรก็ดี, ความเห็นขัดแย้งระหว่างผู้ยึดถือการรักษาสองแนวตามทกล่าวมาคท่าทางจะเล็กรากันไปได้, โดยการเสนอยาใหม่ขนานหนึ่งซึ่งได้มีการเผยแพร่เมื่อเร็ว ๆ นี้. เมื่อกกลางปี ค.ศ. ๑๙๕๔ ชอว์

(Shaw) และคณะได้รายงานการค้นพบสารเคมีซึ่งแสดงฤทธิ์เป็นปฏิบัตินัย (แอนตะโกนิสต์) ของบาร์บิตเรตโดยตรง. (8) สารนี้มีชื่อทางเคมีว่า เมธิลเอธิลกลูตาอิมิด (Methyl-ethylglutarimide), ชื่อสามัญว่า เมจิมิด (Megimid) หรือ NP 13. มีสูตรใกล้เคียงกับบาร์บิตัลมาก. (ตรป.) เข้าใจว่ากลไกของการแสดงฤทธิ์ของสารนี้เป็นแบบ "การยับยั้งโดยแย่ง" (competitive inhibition) คือไปแย่งที่ของบาร์บิตเรตในเซลล์ที่มันแสดงฤทธิ์, ทำนองเดียวกับการแข่งขันแย่งระหว่าง PAB กับซัลโฟนาไมด์, หรือระหว่างฮิสตะมีนกับแอนติฮิสตะมีน. เมื่อบริหารเมจิมิดเข้าไปมันจะไป



ยับยั้งบาร์บิตเรตออกจากตำแหน่งที่มันแสดงฤทธิ์, และผลของยาพิษนั้นก็หมดไป. ในการทดลองชอว์ได้แสดงว่าถ้าฉีด

(7) E. Nilson: Acta med. Scand. Suppl. 253, 1951 (อ้างใน 1)
 (8) F.H. Shaw et al.: Nature 173: 402, 1954

เมจิมีคินขนาด ๑๕ มก. ค่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ให้แก่หนูพวก, หนูถีบจักรและกระต่าย, จะเห็นผลเป็นปฏิกิริยาต่อเพนโทคาร์บิซิล, ไฮโอเฟนโทนและบาร์บิซิล, โดยเวลาที่สัตว์นอนหลับจะสั้นลงประมาณครึ่งหนึ่ง, และอัตราการหายใจถูกกดอยู่นั้นจะเร็วขึ้นมากกว่าสองเท่าตัว. ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าสมองของสุนัขที่ได้รับเพนโทคาร์บิซิลอยู่ก่อนจะกลับเป็นปกติเมื่อให้เมจิมีค. ซอร์ว็ทท์ทดลองใช้ยานในคนไข้รุ่นแรกรวม ๓๐ คน, ซึ่งเป็นพวกที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยบาร์บิทเรต. เขาพบว่าเมจิมีคทำให้ระยะโคมาผ่านพ้นไปเร็วขึ้นอย่างชัดเจน. เมจิมีคเป็นสารที่มีพิษน้อย, แม้บางครั้งต้องใช้ในขนาดมากก็ไม่ปรากฏอันตรายแต่อย่างใด. แฮร์ริส (Harris) ได้ทดลองใช้ยานในคนไข้รวม ๗๓ คนที่วางยาสลบด้วยไฮโอเฟนโทน, เพื่อทำให้ภาวะสลบหดสั้นเข้า. เขาพบว่าได้ผลดีในทุก ๆ ราย. ภายหลังบริหารเมจิมีคในขนาด ๕๐ มก. เข้าหลอดเลือดในคนไข้ที่กำลังสลบอยู่, รีเฟล็กซ์หนังตากลับปรากฏขึ้นภายใน ๓๐ ถึง ๖๐ วินาที,

คนไข้ก็ฟื้นได้ภายใน ๖๐ ถึง ๘๐ วินาที, ฟันที่อ้าค้างออกจากรากฟันได้ภายใน ๒ นาที, พดพล่ามภายใน ๓ ถึง ๔ นาที, และหายชาภายใน ๔ นาที. (9) ช่วงระยะเวลาหนึ่งหลังจากนั้นคนไข้กลับหลับไปใหม่, แต่เป็นการหลับอย่างธรรมชาติ, มิใช่การสลบ. วิธีใช้ยาแบบนี้อาจมีประโยชน์ในการช่วยให้คนไข้กลับบ้านได้เร็วขึ้น, หลังจากวางยาสลบด้วยบาร์บิทเรต.

หลังจากการเผยแพร่ครั้งแรกของซอร์ว็ทท์ได้มีรายงานเพิ่มเติมจากคณะของเขาเองและสนับสนุนจากคณะอื่นอีก, ซึ่งชวนให้เห็นว่าการใช้เมจิมีครักษาการถูกพิษบาร์บิทเรตนั้นให้ผลเป็นที่น่าพอใจมาก. แม้ในบางรายที่ไคทินยานอนหลับเข้าไปเป็นจำนวนมาก ๆ, เมจิมีคก็อาจช่วยให้กลับฟื้นเป็นปกติและกลับบ้านได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง. (10,11)

เมจิมีคเป็นผลึก, ละลายยากในน้ำ (เพียง ๐.๕ เปอร์เซ็นต์). บรรจุจำหน่ายเป็นหลอดสำหรับฉีด, ๑หลอดละ ๑๐๐ ล.ซม. (เท่ากับยา ๐.๕ กรัม). วิธีใช้คือฉีด ๑๐ ล.ซม. ทุก ๑๐ นาที จนกระทั่ง

(9) T.A.B. Harris: Lancet 268: 181, 1955
 (10) F.H. Shaw: B.M.J. 1: 1238, 1955
 (11) Bingle et al.: B.M.J. 1: 1340, 1955.

คนไข้ฟันหรืออาการพืชมกไป. ถ้าหาก
ต้องการจะใส่ยาปลูกให้ทัน (อะนาเลสติก),
เช่นคาร์ดิอาซอล, ประกอบด้วยอาจ

ใช้ได้, แต่ต้องคิดแยกกัน, จะผสมใช้ใน
หลอดเดียวกันกับเมจิมีคไม่ได้. ฤทธิ์แทรก
แซงของเมจิมีค มีน้อยมากหรือไม่มีเลย.

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สำนักงานสารศิริราชได้จัดพิมพ์สารศิริราชปีที่ ๘ เพิ่มจำนวนเล็กน้อย หาก
ท่านสมาชิกผู้ใดได้รับหนังสือไม่เรียงอันดับที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘ และ ๕
(ซึ่งตีพิมพ์เสร็จและส่งสมาชิกในเดือนธันวาคม) โปรดแจ้งให้แผนกจัดการสาร
ศิริราชทราบด้วย เพื่อจะได้ส่งให้ครบ.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: รัศมี วรรณิสสร พ.บ., ดุษฎี ประภาสวัต พ.บ.,
ประยุทธ์ ฐิตะสุด พ.บ., สำราญ วงศ์พาทย์ พ.บ., C. Oph., C. Oto.,
สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., ประภัสสร จุลกะรัตน์ พ.บ., โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.

๑. B. Fust, E. Bohnc, A. Zbinden,
Studer การทดลองศึกษาโอเลอันโดมัยซิน.
Schw. Med. Wschr. 86: 1245, 1956.

โอเลอันโดมัยซิน (Oleandomycin)
หรือ Remicil ที่ Sabin และคณะได้สกัด
ได้จากสเตรปโตมัยซิน แอนติไบโอติกส์
ในปี ๑๙๕๔ และให้ชื่อไว้ว่า P.A. 105
เป็นแอนติไบโอติก ซึ่งมีพิษน้อยกว่าเอริธ-
โรรมัยซินและมีฤทธิ์เท่าเทียมกับเพนิซิลลิน
เอริธโรรมัยซิน, คาร์โบมัยซินและซัลโฟ-
นอะไมด์บางพวก (ในหลอดแก้ว). สัตว์ทดลอง
ที่ไทรบเซอ์บีนัวโมค็อกโค, สเตรป-
โตค็อกโค, สตาฟิโลค็อกโค, เอ็นเทอ-
โรค็อกโค, ซัลโมเนลล่า ทัยฟิ มูรัม,
โอเลอันโดมัยซินแสดงฤทธิ์ฆ่าเชื้อโคโค
จำเพาะ.

รัศมี วรรณิสสร พ.บ.

๒. Hans Freidenfelt การใช้วัตถุทรงสี่
สองอย่างควบ กันเพื่อตรวจการคอกของ

หลอดอาหาร. Acta Radiol. 46: 499-505,
1956.

ความมุ่งหมายในการตรวจคน
หาความยาวของหลอดอาหารในส่วนที่มีการ
กักขวาง, และขนาดของมะเร็งที่เกี่ยวกับ
หลอดอาหาร. ในการตรวจตามปกติ
ใช้แบเรียมแต่อย่างเดียว นั้นเรารู้แต่เฉพาะ
ตำแหน่งของสิ่งกักขวางเท่านั้น, แต่ขนาด
และความยาวของมันเราไม่รู้, เพราะ
ว่าแบเรียมจะผ่านเป็นเส้นเล็ก ๆ ลงไปจาก
ตำแหน่งที่มีการกักขวางไปจนถึงปลายล่าง
ของหลอดอาหาร.

การกระทำของผู้เขียนใช้ผงโซเดียมไบ-
คาร์บอเนตผสมกับกรวดทาร์ทาริกในสัดส่วน
เท่ากันอมไว้ในปาก. แต่ก่อนจะให้อม,
ต้องเตรียมถอดด้วยแกวทมแบเรียมผสมกับ
น้ำอย่างจาง ๆ ไว้. พออมผงทั้งสองดังกล่าว
แล้วกรวยคมนาในด้วยทันที. ขณะเดียวกัน
ผู้ทำก็ควรตรวจด้วยฟลูออโรสโคปโดย
เร็วด้วย, แล้วถ่ายสะป๊อคพลมไว้.

๕. Julio V. Rivera, Hector F. Rodriguez, E. Perez-Dantiago กรูอมโบซัยโต-
บุนค เปอร์เปอร่าเนองจากฟุอาคิน (สละคิโย
เฟน) Amer. J. Trop. Med. 5: 863-868,
1956.

ผู้รายงานได้เคยรายงานผู้ช่วยหนึ่งราย
ซึ่งเกิดขึ้นไปเพลเซซของไขกระดูกหลังจาก
ใช้นั โอสติ โปซาน, และสองรายซึ่ง
วินิจฉัยว่าเป็นกรูอมโบซัยโตบุนคเปอร์เปอร่า
จากการใช้ฟุอาคิน.

ผู้รายงานให้ความเห็นว่า การเกิดปฏิ-
กริยานแม่พบได้น้อยแต่ก็ควรสนใจ, เพื่อ
ได้ศึกษากลไกของการเกิดปฏิกริยา. ต่อ
ไปนี้เป็นรายงานผู้ช่วย ๑ ราย, ซึ่งได้รบ
การวินิจฉัยว่าเป็นซิลโตโซมิเอสสิแมนโซน
และรักษาโดยใช้ฟุอาคินแบ่งคิดเป็นชุด (ชุด
ละ ๔๐ ล.ซม.), ห่างกันชุดละประมาณ
๑ เดือน. หลังจากผู้ช่วยได้รบยาเข็มที่ ๔
ในชุดที่สาม, ก็มีอาการมึนงงและอ่อน
เพลย. ๒-๓ ชั่วโมงต่อมามีอาการเป็น
โลหิต, เสียยแหยและเกิดจาเลือดท่ว ๆ
ไปตามร่างกาย. ผู้ช่วยให้ประวัติว่าไม่เคย
ได้รบยาอย่างอื่นมาก่อนเลยที่จะทำให้เกิด
พิษจากยานัน ๆ. ผลจากการตรวจร่างกาย
และตรวจในห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยาได้

รับการวินิจฉัยคนสุดท้ายว่าเป็นกรูอมโบซัย
โตบุนคเปอร์เปอร่าเนองจากฟุอาคิน.

ผู้รายงานได้ทดลองต่อไปโดยใช้พลัง
มาของผู้ช่วยรายอื่น (ซึ่งเข้าใจว่ามีสาร
ชนิดที่ทำให้เกิดปฏิกริยา) อิมมไนส์ในผู้
ช่วยอีกรายหนึ่ง ทรักษาด้วยฟุอาคินในระยะ
เวลาต่าง ๆ กัน. ผลปรากฏว่าในผู้ช่วย
รายหลังนี้เป็นกรูอมโบซัยโตบุนคเปอร์เปอร่า
ซึ่งทำให้เข้าใจว่าในผู้ช่วยราย
แรกที่เกิดกรูอมโบซัยโตบุนคเปอร์เปอร่า
เนองจากแอนติบอดีคอมเพลกส์ต่อยาชนิด
หนึ่งซึ่งสามารถทำลายเพลตเล็ต หรือทำ
ให้เกิดแอ็กกลูติเนชันของเพลตเล็ตและ
ก่การทำงานของเมกะคารัยโอซัยต์

ประยุทธ์ ฐิตะสุต พ.บ.

๕. H.E. Rose, D.V. Brown, V.A. Byr-
nes, P.A. Cibis. โชมริโอเรติไนติสในนัยน์
ตาคนเนองจากระเบิดปรมาณู. A.M.A.
Arch. Ophth. 55: 206-210, 1956.

อันตรายที่เรติน่าและโชมรอยด์อันเกิด
จากการระเบิดของระเบิดปรมาณูนั้นเป็น
อันตรายถาวรและลักษณะของแผลก็เป็น
แบบ eclipse blindness. ความร้ายแรงของ
แผลที่เรติน่าและโชมรอยด์นั้นขึ้นอยู่กับขนาด

และ อดทนของ ดวงไฟ จาก การระเบิด, และ เกยวดยาระยะทางและบรรยากาศในขณะนั้น. นอกจากนี้ยังเกยวดยความนานของการระเบิด, ขนาดของรูمانةตา, ความใสของเนื้อในลูกตาและการกดขี่ของชั้นทมัสของลูกตา.

การหลับตาในเวลาการระเบิดประมาณระเบิดไม่สามารถจะป้องกันอันตรายในได้.

ผู้รายงานได้เสนอผู้ช่วยทั้งหมด ๖ รายที่มอันตรายที่เรตินาและโชมรอยค้ำจากผลของระเบิดประมาณ. (เอกสารอ้างอิง ๔ ฉบับ) สำราญ วัศพาหุ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๖. M.M.L. Prichard, P.M. Daniel
อะนาสโตโมสิสระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำในไขหูคน. J. Anat. 90 : 309, 1956.

ผู้รายงานได้ตรวจไขหูจาก ๘ ศพของคนอายุต่าง ๆ กันโดยการทำให้แข็งชันและฉีดน้ำไอปรินลาเทกซ์กยเบอร์ลินขลุ เข้าไปในหลอดเลือดแดงของไขหูแล้วนำมาตรวจดูปหล่อ (คาสท์) ภายหลังแช่ให้เนื้อเยื่อแล้ว. พบว่าอะนาสโตโมสิสระหว่างหลอดเลือดกับหลอดเลือดดำมากมายทั้งในและใต้ผิวหนังกยเยื่อกระดูกอ่อน. ลักษณะไม่คด

เคียวอย่างทพยในนมมอและนวเทา. ผนงของหลอดเลือดเหล่านี้ไม่หนา, มีเซลล์เพียง ๒-๓ ชั้น, ลักษณะเป็นเอปิตลอยคและเซลล์ของกลามเนอเรียบทมการแปรรูปไป.

รัศมี วรรณีสสร พ.บ.

๗. André J. Bruwer ภาพรังสีหน้าอกถ่ายจากหลังไปหน้า (พี-เอ) ในลักษณะสัมพันธ์ศรียาของหลอดเลือดค้ำพุลโมนารย์สองแบบ. J. Thor. Surg. 32 : 119-135. 1956.

การถ่ายเอ็กซเรย์ด้วยวิธีปกติช่วยในการทำนายโรคของหัวใจโตน้อย. แต่มโรคหัวใจบางชนิดที่การถ่ายโดยวิธีปกติก็อาจจะทายโรคได้ถึง ๑๐๐ ปช. เช่น (๑) ชนิดทมการผิดปกติโดยเลือดจากปอดทงทงสองไหลเข้าสู่หลอดควานาคาวาหลอดขนม โดยมีหลอดนทางซ้ายเหลืออยู่. ภาพรังสีจะมีลักษณะเป็นรูปเลข 8 หรือ "college loaf." ได้มีผู้รายงานความพิการแบบนมาก่อนประมาณ ๓๐ ราย. ผู้รายงานนี้ได้เสนอก ๕ ราย. ผู้ช่วยแบบนอาจมีชีวิตอยู่ได้เกือบปกติ, ถ้าการคิดต่อระหว่างเอคริมทงสองเป็นไปโดยสะดวก. อายุมาก

ศึกษา รายงาน ๕๒ ข. ภาพรังสีมักแสดง
เมือกอาศัยที่มีส่วนขยายใหญ่จนบางครั้ง
ทายว่าเป็นเนื้องอกและมีลักษณะเป็นรูปเลข
8. คุกวัยฟลูโอไรสโคปบริเวณที่เป็นหลอด
ควานาคาหลอดบนทั้งซ้ายและขวาจะมีการ
เตนเล็กน้อย. ที่หลอดเลอดแกงพลโม-
นารย์และแขนงจะมีการ เตนมากกว่าปกติ.
(๒) ชนิดที่มีการผิดปกติโดยเลือกจากปอด
ทั้งสองไหลเข้าสู่หลอดควานาคาหลอดล่าง
ในบริเวณที่จะเบ้เข้าสู่เอคริมิขวา. ใน
เอกซเรย์จะปรากฏหัวใจข้างขวาใหญ่. ใน
บางรายปอดข้างนั้นมีการเจริญน้อยกว่า
ปกติ, ทำให้หัวใจเคลื่อนไปอยู่ทางทรวงอก
ข้างขวา. โดยอาศัยวิธีโทโมกราฟีจะทำให้
ให้เห็นหลอดที่ผิดปกติชัดเจน. ขณะนศัลย-
กรรมอาจแก้ไขความพิการนี้ได้.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๘. F.C. Edwards, J.H. Edwards การ
คมนาซากยโรคกระเพาะอาหารอักเสบ.
Lancet, 9: 543-545, 1956,

ผู้รายงานมีความเห็นว่าอาหารและ
เครื่องมรอนอาจจะทำอันตรายต่อระบบ
ทางเดินอาหารส่วนต้นได้, เพราะว่าความ
ร้อนแม้ไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด, ก็ไม่

ได้หมายความว่าไม่เป็นอันตรายเสมอไป.
ถึงนั้นเขาจึงได้สำรวจในผู้ป่วยที่มีอาการธาตุ
พิการ (อินโคเจสชัน) ๑๕๕ คน. เป็นชาย
๑๐๕, และหญิง ๕๐. ผู้ป่วยเหล่านี้ถูกตัด
เยอบกระเพาะอาหารออกมาตรวจ (แกส-
ตริกไบออปซีย์) และวัดอุณหภูมิของน้ำชา
ที่ดื่มเป็นประจำ. ปรากฏผลว่าความร้อน
ของเครื่องมรอนทำให้เกิดพยาธิสภาพของเยอ
บกระเพาะอาหารได้. อาจแบ่งตามความร
แรงออกเป็น ๓ ชนิดด้วยกัน, คือ (๑) มีการ
อักเสบของเซลล์ทั่วๆ ไป ๓๒ รายที่คมนา
ซาอุณหภูมิประมาณ ๕๕.๐ ซ. (๒) มีการ
อักเสบของกระเพาะอาหารในส่วนต้น ๕ ราย,
ที่คมนาซาอุณหภูมิประมาณ ๕๕.๘ ซ.
(๓) มีการอักเสบแบบอะโทรฟิกแกสโตรติคัส
๓๖ ราย, ที่คมนาซาอุณหภูมิ ๕๗ ซ. ที่
เหลือนอกนั้นเป็นปกติ. ทั้งนี้ไม่เกี่ยวกับ
เพศและอายุ.

ประภัสสร จุลกระรัตน พ.บ.

๕. Arnold. D. Piatt: การหักของกระ
คกสันเท้า (คัลคาเนียส) ส่วนสัน (โปร
มอตนอริย). Radiol 3: 386-390, 1956.

สันกระดูกเล็กย่นจากด้านหน้าบนของ
คัลคาเนียส, ซึ่งเห็นชัดเจนได้จากภาพ

เอกซเรย์ในท่าข้างหรือเฉียง, เรียกว่า คัลคาเนียสไปรมอนทอรัย. มีเอ็นเล็กโยง ไปยังกระดูกคิ้วขอยก, นาวีคลา, และเอ็น คัลคานีโอคิ้วขอยก, นาวีคลาร์, และเอ็น คัลคานีโอคิ้วขอยก.

กลไกการหักของสันกระดูกนคอ ขณะเหยียบของกลิ้งไค้เต็มเท้าโดยแรง, ทำให้

(๑) ฝ่าเท้าพลิกเข้าพร้อมข้อมข้อเท้า พยลง, หรือ (๒) ฝ่าเท้าพบบนพื้นทันทันใด. กระดูกหักเพราะแรงดึงของเอ็นคัลคานีโอคิ้วขอยกอ่อนนบน, ขณะที่เอ็นโค้งของฝ่าเท้า ยกดออกเต็มแรง, หรือจากการกระแทกจากกระดูกคิ้วขอยกในรายที่ข้อเท้าพบบน.

ในภาพเอกซเรย์พบสันหักซخمขอยกไม่ เรียบ. จะต้องแยกจาก:

- (๑) คัลคาเนียส เซคันคาร์อิမ်,
- (๒) กระดูกหักเก่าต่อไม่ติดและมีเศษกระดูกเล็กเพิ่มชน, (๓) เอ็มพิยัสส์ทไม่ติด. โคเลอรักล่าวว่กระดูกเซสมีออยก จะกลมหรือเข้มนรูปไข่มคอรัเทกซเป็นเปลลอกซก. จะต้องค้แยกจากกระดูกหักต่อไม่ติด และมีออสส์ลิเคิลรวม, ซึ่งมักเป็นรูปสามเหลี่ยม. คอรัเทกซรวบ ๆ ซกเซ่นกน. ต้องคว่าเข้ารอขยกคัลคาเนียสหรือไม่.

รายงาน ๓ รายจาก ๑๐ รายมีหักแยบ ๓ ทสอง, ต่อไม่ติดและเข้บขอย ๆ. หักแยบ

ทหงนหายใน ๔ เดือน และไม่ติด. อีก หนึ่งรายกระดูกติดกับมีกระดูกเล็กเกิด รวม. ทกรายแรกตรวจพบเข้บมากตรง กลางฝ่าเท้า, และขวมมาก.

กระดูกหักจะติดใน ๗ สัปดาห์ครึ่งถึง ๖ เดือน ผลภายหลังเกิดเศษกระดูกรวม ๕ ปช., ต่อไม่ติด ๑๕ ปช., ไม่ติด และมีกระดูกเล็กเกิดรวม ๑๐ ปช.

โชติ ชรรมาสถิตย์ พ.บ.

๑๐. J.M. Dennis, R. Mereado: โรค ลักกะบีคัลกักระเบค. ซึ่งเกิดภายหลังรักษา คิ้วขอยะมินอพเทอริน. Radiol 3:412-415. 1956.

เด็กหญิง อายุ ๑๖ เดือน มีอาการตา โปนมากสองข้าง, คับโตและเหเป็นน้ำหนก ข้างขวา. เอกซเรย์พบนิวโรบลาสโตมา ลกลามในกระดูก. ได้เจาะไขกระดูกแล้ว ให้กินคอรัทีโซน ๕๐ มก. ทก ๘ ชม. นาน ๑ เดือน แล้วลดขยา. เปลี่ยนให้ ๐.๕ มก. อะมินอพเทอรินทุกวันจนกลับไปกินต่อขยา. ได้ให้วิตามินซี ๑๐๐ มก. ต่อวันขณะอยู่ ข้านคิ้ว. อาการค้มาก. คับเล็กลง. ตา โปนน้อย. ๒ เดือนต่อมาเอกซเรย์กระดูก ไม่พบมะเร็ง, แต่พบลักษณะโรคลักกะบีค

เด็กกระเป๋ (สะเคอร์วีย์) ชักเจน. ๒ เดือน
 ต่อมา มีแผลในปาก. ไ้คงคยา ๓-๔ วัน,
 อาการทุเลา. ให้อาต้อและเอ็กซเรย์แสดง
 ว่าโรคคัลกกระเป๋คัลกกระเป๋คังเพิ่ม. ให่วิตะ
 มินซ์ ๕๐๐ มก. ต่อวัน. ๔ วันต่อมา
 เอ็กซเรย์แสดงผลคณมาก. ต่อมาไ้คงค
 ยา. ๖ วันพบโรคคัลกกระเป๋คัลกกระเป๋คังน้อยลง
 แต่มีแรงเพิ่มขณ. เปลี่ยนยาให้คอร์ติ
 โซน ๓ เดือนเศษ. พอกลับไ้ไ้ขยบ้าน ๖
 วันขวมมากและพบกัอนในท้อง, โตมากมี
 หินปนร่วม. ๑ เดือนต่อมาคังคอก. ผล
 เป็นไ้ปรมารยนิวโรบัสลาโตมาจากเหนอไต
 ขวา. ให้อเอ็กซเรย์รักษามะแรงตามกระดูก.
 ๒ เดือน หลังผ่าคังคนไ้ไต.

มีรายงานน้อยรายทกกล่าวถึงการทไฟ
 ลีคอะซิค แอนทะโกนิสที่มีผลต่อเมตอะบอ

ลีสมีของวิตะมินซี. รายงานแสดงว่าอะมิ
 นอพเทอรินทำให้เกิดโรคคัลกกระเป๋คัลกกระเป๋คัง
 ชงคณเมื่อไ้โรบวิตะมินซ์เพียงพอ. ยังไ้
 ผลคังมากเมองคยา. เมื่อให้หนที่สามาร
 สังเคราะห์วิตะมินซ์ไ้เองกนิยาน, พบว่า
 วิตะมินซ์ในคัลคณน้อยลงมาก. คังมีการ
 ขัคขวางการสังเคราะห์ของคัลค. เมื่อให้หน
 คะเกาซังสังเคราะห์วิตะมินซ์ไ้ไ้, กนิยาน
 นกขวิตะมินซ์, ไ้พบวิตะมินซ์ในคัลค.
 รายงานนผู้รายงานรยว่าขาดการคังรจหา
 วิตะมินซ์ในเลือดของคังคนไ้. แต่จากผล
 ของเอ็กซเรย์คัลคัลกกระเป๋คัลกกระเป๋คังเทียบ
 กับการรักษายอมแสดงไ้ไ้ว่า คังเกิดโรค
 นนเนองจากการไ้ใช้อะมิ นอพเทอรินรักษา.

โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไ้รคเขียนชื่อและนามสกุลให้ชักเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จคการสารคังราช
๓. ส่งจ่ายเงินท ป.ณ. หน้าพระลาน

ปกิณกะ

๑. พบเห็นและฟังมาจากการประชุมการศึกษาแพทย์ฯ

การประชุมพิจารณาการอบรมศึกษา แพทย์ศาสตร์ของชาติไทยครั้งที่ ๑ (๒๖-๓๐ พ.ย. ๒๔๙๕) ได้ผ่านพ้นไปด้วย ความเรียบร้อยและบรรลุผลดี, สมดังความปรารถนาของทุกคนซึ่งมุ่งหวังที่จะนำความเจริญมาสู่วงการแพทย์ของประเทศชาติ. นับว่าเป็นผลงานที่สำเร็จจากความสามัคคีของหมู่แพทย์, อันจะเป็นแบบอย่างที่ดีของแพทย์รุ่นหลังต่อไป. ทุกคนที่ไปร่วมประชุมต่างรู้สึกขอบคุณต่อองค์การไอ.ซี.เอ.และไซน่าเมติกัลเลอร์, ซึ่งให้ความช่วยเหลือการประชุมนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีทั้งทุนทรัพย์และแรงคนผู้ซึ่งเต็มใจและร่วมมือทำงานอย่างไม่เห็นแก่ความเห็นคเห็น้อย, โดยไม่หวังผลตอบแทนใด ๆ.

ในการเตรียมงานของคณะกรรมการที่จะเสนอรายงานต่อที่ประชุม, ต่างได้รับความเห็นคเห็น้อยไปตาม ๆ กัน เนื่องจากมีเวลาเตรียมตัวน้อย. บางคณะต้องประชุมหลายครั้งและไปทำงานต่อที่

บางแสน เพื่อให้เสร็จทันวันที่จะเสนอรายงานต่อที่ประชุมใหญ่. สถานที่ประชุมทางการจัดให้ไปประชุมกันที่บางแสนซึ่งห่างไกลจากที่ชุมนุมชน, เงียบสงบและอากาศดี, เพื่อให้ทุกคนได้พักผ่อนและเปลี่ยนอากาศ (โชคไม่ดีที่ตรงหน้าจัต) จะไต่ลมความยุ่งยาก, กังวล, หรือภาระกิจต่าง ๆ ทางบ้านเสีย. จะได้ช่วยกันออกความคิดเห็นอย่างเต็มที่. มีหลายเสียงที่เห็นว่า ไกลเกินไปไม่สะดวกต่อการเดินทาง, หรือมีเรื่องต้องห่วงกังวล, หรือห่วงคนไข้. แต่พอประชุมจริงก็สามารถสะดวกต่าง ๆ ได้, เนื่องจากสนใจในเรื่องที่อภิปรายและเห็นความสำคัญของการประชุม. บางคนกลับใจอยู่ต่อเพิ่มขึ้น. นับว่าเป็นการเสียสละอย่างมากควรสรรเสริญ.

ทางการพยายามจะอำนวยความสะดวกต่าง ๆ, ให้ที่พัก, อาหาร, รถรับส่งและมีเบาะเตียงในอัตราสูง. ชั้นแรกให้ทุกคนแจ้งความจำนงก่อนเพื่อความสะดวก

ในการจัดที่พักและเตรียมอาหาร.

ที่พักมีไฮเต็ลทันสมัยและยังกาโลใหญ่ ๆ ไร่รับรอง. นับว่าที่พักสบายมากแต่การเข้าพักอาจจะไม่ทันใจบ้าง, หรือจำเป็นต้องนอนร่วมกับคนอื่น. ทั้งนี้เพราะว่าเช่าแพ่งไม่เหมาะต่อการพักเดี่ยว. เนื่องจากไฮเต็ลเป็นที่ประชุมภาคเช้า, ส่วนย้ายไฮเทลมแทน, เพื่อไม่ให้บุคคลภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องกับทางการจึงเช่าไฮเต็ลทั้งหมด. การจัดทำที่พักจึงยุ่งยากที่จะให้ห้องเต็มตลอดเวลาและโดยที่คนมาวันไม่ตรงกัน, จึงทำให้มีห้องว่างในบางวัน. มีผู้ให้ความเห็นว่าไม่ควรให้ผู้พักแจ้งความจำนงอยู่ยังกาโล (เสียรายวัน) แล้วจัดให้คนที่อยู่ตลอดการประชุมพักในไฮเต็ลทั้งหมด. ส่วนเกินจึงให้พักยังกาโล. การพักในที่รวมกันหลาย ๆ คนเป็นผลดีสมดังเจตนาของทางการที่จะให้การประชุมได้ผลดีเลิศ. คือมีการพบปะสนทนากันสะดวก, ได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น. เรื่องที่นำมาถกหรือคุยกันนั้นส่วนมากเป็นเรื่องของการประชุมที่ได้จบลงไปแล้ววันหนึ่ง ๆ, หรือปรึกษาหารือกันถึงเรื่องที่จะมีในวันต่อไป. มีความเห็นบางข้อที่ทางการควรคำนึง คือ การ อำนวย

ความสะดวกแก่แขกผู้มีเกียรติ, ซึ่งเป็นต่างชาติและทำงานเพื่อเรา. ควรให้เขาได้พักอย่างสบาย, ไม่ใช่อยู่กันอย่างอัดแอ.

ทุกคนที่ไปประชุมยอมรับว่าที่ทางการจัดหาอาหารแพ่ง ๆ เลียงคตง ๓ มอเป็นการลงทุนที่แพงมากเกินไป, คือไม่สมกับค่าหรือราคาจริงของอาหารนั้น. มีผู้ให้ความเห็นว่าจากค่าอาหารโต๊ะเล็กที่มี ๔ คน, ถ้าไปซื้ออาหารตามร้านที่มีฝีมือดี, จะได้อาหารมากกว่านั้นมาก. ถ้าจากค่าโต๊ะใหญ่สี่คนกว่าคนนั้นเปลี่ยนเป็นเลียงตามเหลาได้สบายแถมเครื่องคิมให้ด้วย. ทางการพยายามที่สุดแล้วที่จะให้ความสะดวกแต่ย่อมจะไม่ดีถึงที่สุด. ชั้นแรกก่อนการประชุมได้มีการแจ้งความจำนง, แล้วจ่ายคูปองอาหารให้เพื่อจะได้ทราบจำนวนที่สั่งอาหารเลียง. ผลปรากฏว่าในวันแรกของการประชุมภายหลังเสร็จภาคเช้า จำต้องเลียงเป็นสองผลัดเพราะคนมากเกินไปและอาหาร. วันต่อมามีปัญหาเกิดขึ้น, บางคนขอคืนบัตรอาหาร, แต่ไม่มีการรับคืนเพราะจะยุ่งยากเกินไป. นับว่าต้องเสียประโยชน์ถูกหักเขยเลียง. ทั้งนี้เพราะทางการได้เหมาอาหารเป็นจำนวนเต็มตามที่จะแจ้งความจำนงตอนแรก. ข้อควรคำนึง

บางประการคือการเลี้ยงอาหารชาวต่างชาติที่ไม่เคยกับอาหารไทยด้วยอาหารไทยแท้ ๆ แม้แต่คนไทยก็ต้องกินอย่างอดทนนิดหน่อย, ควรจะได้รับการพิจารณาแต่แรกที่จะบริการต่อเขาให้จริงจัง ๆ, คือไม่ให้หอค.

ทุกคนคงจะไม่ล้มรสชาติอาหารครั้งนี้เป็นแน่. มือเช้าเป็นอาหารฝรั่งอร่อยสมคำ. มือกลางวันและเย็นเป็นแบบเคี้ยวกัน, คือมีอาหารฝรั่งหนึ่งจาน, ข้าว, แองหรือแองจืดหนึ่งสิ่ง, และผักหนึ่งจาน. ทั้งสองมือแพงกว่าตอนเช้า. ถ้าโฮเต็ลเลี้ยงหมไวคเล่น, คราวนี้คงจะอ้วนพีไปตาม ๆ กันเพราะได้เศษเหลือทิ้งที่ไม่มีคนกินวันละมาก ๆ, ซึ่งมักจะเป็นมือเย็น. เห็นได้ว่าบางเย็นมีแต่โต๊ะว่าง ๆ. อาหารวางรอจนผักผักมันหมเหี่ยวแห้งหมด, แองจืดเย็นชืด, หากคนนั่งโต๊ะยาก. คัดังไม่มีคนพัก. ถ้าเป็นร้านขายอาหารในเมืองคงจะล้มแน่. แต่ที่นัตรงข้ามกับที่คิดไว้. กลางวันคนแน่นเพราะเลิกประชุมเข้าได้เวลาอาหารพอดี.

มีบางความเห็นคิดว่าควรให้ร้านในเมืองจัดเรื่องนี้. ส่วนบนโฮเต็ลให้แขกผู้มีเกียรติหรือจ่ายคูปองให้โฮเต็ลคิดเงิน

ภายหลัง. ใครไม่พอใจจะไปในเมืองหรือมีก็จำเป็น ต้อง กลับ จะ ได้ ไม่ เสีย เปล่า. ความจริงเรื่องนี้ทางการหวังจะให้ความสะดวกจึงใช้วิธีเหมา, ซึ่งทางโฮเต็ลอ้างว่าต้องทำเตรียมอาหารไทยและเป็นการผูกมัดให้ทางการจ่ายเต็มอัตรา.

เขี่ยเลี้ยงทำให้พบกับปัญหายุ่งยากมาก. เพราะถ้าจ่ายอย่างตรงไปตรงมาตามที่แจ้งความจำนงไว้จะไม่เป็นการยติธรรม, เนื่องจากบางคนมีก็จำเป็นไปไม่ได้, หรือไม่ได้แจ้งแต่ไปหรือไปกิน. ถ้าหากเขี่ยเลี้ยงจ่ายไปในการพักและอาหารไม่ให้เหลือก็จะหมดปัญหา. จากการมีเขี่ยเลี้ยงเหลือทำให้โดยทเวียนอันมีค่า, คืออาจแยกประเภทสมาชิกได้ดังนี้:

๑. เจ้าหน้าที่ประจำ. เห็นได้ง่าย เพราะต้องอยู่ตลอดเวลา.
๒. แจ้งความจำนงอยู่เต็มและไม่ขาดเลย, ใต้แก่อาจารย์ผู้ใหญ่.
๓. ประเภทขอส่วนตัวทุกอย่าง, ซึ่งยากต่อการตรวจสอบ. นอกจากใช้การลงทะเบียนเป็นหลักฐาน. มีข้อแย้งได้ตรงไม่เห็นมีสมุดให้เซ็น. ความจริงมีอยู่ตลอดเวลา.
๔. ให้ทางการจัดทุกอย่าง. ไปจริง,

กินอาหารทุกมื้อ, ลงทะเบียนทุกครั้ง, แต่ไม่พบว่าเข้าประชุมเลย. ประเภทนี้ไม่ควรมี, โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นแพทย์, และทางการจะไม่พิจารณา.

๕. ประเภทแจ้งความจำนง, แต่มีเหตุขัดข้องไปไม่ได้, ย่อมจะไม่มีนามในสมุดลงทะเบียน.

๖. แจ้งความจำนงมาวันแต่ไปไม่ครบเพราะมีกิจธุระ, จำเป็นต้องอาศัยการลงทะเบียนเช่นกัน, และมีข้อแย้งใด ๆ กัน.

๗. ประเภทอยู่เกินกว่าที่แจ้งเพราะติดใจในการประชุม. ทางการพิจารณา.

๘. ประเภทไปประชุมแต่ไม่ได้แจ้งความจำนงก่อน. ไปประชุมด้วยความเต็มใจ. นับว่าเป็นแบบอย่างที่ดี. ทางการ

พิจารณา.

๙. สมาชิกบางท่านมักจำเป็นต้องขาดการประชุมบางภาค, อาจจะเป็นเข้าหรือเย็นก็ตาม. ทางการพิจารณาขอลงประโยชน์ให้.

๑๐. ประเภทพิเศษ, คือได้รับเชิญเป็นกรรมการ.

๑๑. บุคคลภายนอกที่เข้าร่วมการประชุม, จัดเป็นผู้สังเกตการณ์.

เท่าที่พบเห็นและฟังมา, ซึ่งมีใช้เป็นความคิดของคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะนี้, คงจะให้ประโยชน์แก่ผู้อ่านบ้างไม่มากนัก. ข้อความใดที่ไม่ดีหรือไม่เป็นที่พอใจโปรดอภัยและพิจารณาถึงความจริง.

ช.ธ.

๒๑. บันทึกสั้น

๑. การสืบพันธุ์ของโรคเบาหวาน ถ้าทั้งพ่อและแม่ไม่มีประวัติเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานเลย (คือตัวเองไม่เป็นโรค, และไม่ได้เป็นลูกของคนที่เป็นเบาหวาน), ลูก

ที่เกิดมาก็ไม่มีโอกาสเลยที่จะเป็นเบาหวาน (ตามทฤษฎี). ถ้าแม่และพ่อไม่เป็นเบาหวาน, แต่แม่หรือพ่อของคนทั้งสองเป็นเบาหวาน, ลูกของเขามีโอกาสเป็น

เขากวามหนึ่งในสี่. ถ้าทั้งแม่และพ่อมีทั้งพ่อและแม่เป็นโรคเขากวาม, ลูกของเขาก็มีโอกาสเป็นเขากวาม ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์. ถ้าพ่อเป็นโรคเขากวามคนเดียว, ส่วนแม่ไม่เป็นและไม่ได้อาศัยอยู่กับลูกของคนที่เป็นเขากวาม, ลูกก็จะไม่เป็นเขากวาม, แต่จะส่งพันธุของโรคนี้ต่อไปยังลูกของเขาได้. เช่นเดียวกัน, ถ้าแม่เป็นเขากวามคนเดียว, ส่วนพ่อไม่เป็นเขากวามและไม่ใช้ลูกของคนที่เป็นเขากวาม, ลูกก็จะไม่เป็นแต่เพียงคนส่งพันธุโรคเขากวามต่อไป, ตัวเองไม่เป็นเขากวาม. (เจ.เอ.เอ็ม.เอ. ๑๕๐:๒๕๖, ๑๕๕๒)

๒. เวลาที่คงชีวิตภายหลังการตัดไต

โกลด์สไตน์ (เจ.ย.โร. ๗๖.๓๑ - ๔๑, ๑๕๕๖) ศึกษาคนไข้ ๓๕๑ คนที่ตัดไตออกระหว่าง ๑๙๑๘ กับ ๑๙๕๔, และรายงานว่ามีผลเฉลี่ยสำหรับเวลาคงชีวิตภายหลังตัดไตที่เป็นวัณโรคมากกว่า ๑๓๖ เดือนสำหรับผู้ที่ย้ายมาในปี ๑๙๕๕; แต่สำหรับผู้ที่ย้ายมาก่อน ๑๙๕๕, ความยืนยาวของชีวิตมีเพียง ๒.๗ ปีเท่านั้น. คนที่ตัดไตเพราะเนื้องอกมีอายุยืนยาวได้ ๔.๗ ปี สำหรับผู้ที่ตายภายหลัง ๑๙๕๕;

ผู้ที่ตายก่อน ๑๙๕๕ มีอายุยืนได้ ๔.๑ ปี. คนที่ตัดไตเพราะเหตุอื่นอาจมีชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติ.

๓. การใช้จ่ายค่าบริการจักษุชนิดแบ่งใช้

ยาคับบริบทจักษุชนิดแบ่งใช้ (มัลติเฟลโคส ไวแอล) โดยทางทะเลจกขางคัวยเข้มคึกยา, มีโอกาสที่จะรับเชื้อโรคเข้าไปจากเข็มที่ใช้เจาะอยู่เสมอ. ผู้ผลิตยาคับบริบทจักษุชนิดแบ่งใช้ (เจอร์มิไซค์) หรือ ยาระดับเชื้อ (แอนติเซ็ปติก) ไว้ในยาคัวย, แต่ประโยชน์ของยาคับบริบทจักษุชนิดแบ่งใช้หากมีการเจาะจกขางคัวยและได้รับเชื้อเข้าไปมากๆ ประโยชน์ของยาคับบริบทจักษุชนิดแบ่งใช้หรือระดับเชื้อที่ใส่ไว้ก็หมดสิ้นไป. ดังนั้นจึงไม่เป็นการสมควรที่จะใช้ยาจากจกขางคัวยเช่นนี้เข้าๆ อย่างยึกเยอ, เพราะโอกาสติดเชื้อมีมาก. ถ้ามีความต้องการยาคับบริบทจักษุชนิดแบ่งใช้เพียงนานๆ ครั้ง, ก็ควรใช้ยาคับบริบทจักษุชนิดแบ่งใช้, ซึ่งเป็นการปลอดภัยกว่า.

๔. ธนาคาร ใน เจ.เอ.เอ็ม.เอ. ฉบับ

๖ คค. ๑๙๕๖ หน้า ๑๑๒ (แผนกหย่อนอารมณ์) มีการ์ตูนเขียนเป็นรูปประตูเปิดแง้มไว้. ที่บานประตูมีแผ่นป้ายเขียน

หนังสือตัวโตว่า "บลัด แแบ็งก์" และได้
 ใช้นหนังสือเพิ่มเติมไว้ว่า "ที่นี้ไม่รับ
 แลกเช็ค". บางทีในบ้านเราก็อาจจะต้อง
 ทำเช่นนั้นเหมือนกันถ้าจะยังเกาะอยู่กับคำ
 ว่า "ธนาคาร" สำหรับแปลคำว่า "แบ็งก์"
 ใน "บลัด แแบ็งก์", "โยนแบ็งก์" ฯลฯ
 และใช้ว่า "ธนาคารเลือด", "ธนาคาร
 กระตัก", "ธนาคารนัยน์ตา" และอื่นๆ,
 โดยไม่นึกถึงความหมายแท้จริงของภาษา
 ของเราเอง.

๕. ยาสะกัดจากหัวใจเพื่อรักษาโรค

หัวใจ โคนท์และโลส (มีนช. เมท. โวช.
 ๒๗: ๕๑๖, ๑๕๕๖) รายงานการทดลอง
 ใช้ยาสะกัดทำขึ้นจากหัวใจสัตว์ที่ร่างกาย
 สมบูรณ์ (ผลิตโดยวิธีที่หนึ่งในสวีต-
 เซอร์แลนด์) รักษาคนไข้โรคหัวใจ, โดย
 เฉพาะอย่างยิ่งพวกที่สูงอายุ (เฉลี่ย ๖๒ ปี)
 และเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. ในเคส
 สามส่วนห้าของคนไข้ที่ทดลองพบว่ามีผล
 ซึ่งยืนนานกว่าเวลาทดลอง. โดยเฉพาะ
 อย่างยิ่งอาการเอ็กสตราซีสโตลียหรือ
 น้อยไป. เข้าใจว่ายาที่ใช้นี้มีผลที่ข้อ

เมตะบอลิสม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ. การ
 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (อี.เค.จี.) สนับสนุน
 การเปลี่ยนแปลงที่ตรวจพบ. อย่างไรก็ตาม,
 ผู้ทดลองเห็นว่าผลที่ส่วนหนึ่งคงเกิดจาก
 จิตใจด้วย.

๖. การฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลก

ได้สำรวจสถิติคนฆ่าตัวตายใน ๒๕ ประเทศ,
 ซึ่งรวมกันมีพลเมือง ๕๐๐ ล้านคน, ได้
 ตัวเลขว่าในปีหนึ่ง ๆ มีคนฆ่าตัวตายทั้ง-
 ชายหญิงระหว่าง ๗๑,๐๐๐ ถึง ๗๒,๐๐๐
 คน. ในจำนวนนี้มีผู้ชายมากกว่าผู้หญิง.
 ประเทศที่มีอัตราการตายเนื่องจากอัตวินิบาต-
 กรรมมากที่สุดสำหรับทั้งสองเพศ ได้แก่
 ญี่ปุ่น, เดนมาร์ก, ออสเตรเลียและสวีตเซอร์-
 แลนด์. ประเทศที่มีอัตราการตายจากการ
 ฆ่าตัวตายได้แก่ไอร์แลนด์, ไอร์แลนด์เหนือ,
 ซิลี, สก็อตแลนด์, และเสปญ. สำหรับ
 ในสหรัฐอเมริกาอัตราการตายเพราะการฆ่า
 ตัวเองมีในคนผิวขาวประมาณ ๓ เท่าของ
 อัตราในคนที่ผิวไม่ขาว.

ผ.ม.

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๔๕๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติ ฯ	จักษ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๘๑๐	๑,๐๓๒	๑,๑๘๑	๑,๑๑๖	๑,๑๓๑	๒๘๐	๖,๕๕๐
<u>เก่า</u>	๓,๒๑๗	๑,๘๘๔	๒,๔๘๓*	๑,๕๘๕	๑,๘๘๔	๓๖๖	๑๑,๔๓๘
<u>รวม</u>	๕,๐๒๗	๒,๙๑๖	๓,๖๖๔	๒,๗๐๑	๓,๐๑๕	๖๔๖	๑๗,๙๘๘
<u>ใน</u>	๑๖๑	๒๕๖	๑,๐๕๖*	๑๐๘	๒๕๔	—	๑,๘๓๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๒๘๒. จักษ ฯ ๓๗๑. สูติ-นารี ฯ ๒๔๖. รวม ๘๙๙, ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๓๘๘*. หญิง ๓๔๘. รวม ๗๓๖*. คลอดตาย, ชาย ๘. หญิง ๕. รวม ๑๓
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๒๐ คน (๖.๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๔๖ ราย. (๓๘.๓ ปช. ของที่ตาย)
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๕๒* ครั้ง. ข้างนอก — ครั้ง. รวม ๕๕๒ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๔๑๓ คน. รักษาใหม่ ๓๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๗๗๒ ครั้ง. ระบาย, รักษา ๑๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๖๖ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย, รักษาใหม่ — ครั้ง รักษาใหม่และเก่า ๑๐ ครั้ง.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๐ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๒๘๘ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๖ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๑๑๑ ราย. (จากภายนอก ๓๘ ราย). แอ็กลูติเนชัน ๑๕. วัตเซอร์แมนและคาห์น ๑,๗๐๖. หมู่เลือด ๓๔๐. นับเม็ดเลือด ๔๓๓. หาเชื้อบักเตรี ๑๕๘. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๑๗. อูจจาระ ๓๔๘. บัสสาวะ ๒๘๘. เสมหะและอื่นๆ ๑๗. เพาะเชื้อจากเลือด ๘๐. อูจจาระ ๑๕. บัสสาวะ ๒๕. น้ำไขสันหลัง ๕. เสมหะและอื่นๆ ๑๕๕. นิ้ดสัตว์ทดลอง ๑. เพาะเชื้อปัส ๒๘. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๕. ตรวจศพนิติเวช ๑๐. ตรวจของกลาง ๑.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะทอง ๓๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๒. เจาะตับ ๗. นำช่องปอด ๖. อัดลมเข้าช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๗. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๑. นิ้ดยาซีฟิสิก ๕๒*.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๖๘. ถอนฟัน ๓๘๘. อุดฟัน ๑๔๘. ผ่าตัดช่องปาก ๒๘.

(โดยความสั่ง สั่ง ของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาท ขึ้นไป) คือ:

๑. นายแพทย์ชุต อยุธยาสวัสดิ์ อาจารย์เอกแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตประสาทลาริงซ์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท โดยแบ่งตั้งเป็นทุน "วิท อยุธยาสวัสดิ์" ๔,๐๐๐ บาท, ทุน "ทองคำ อยุธยาสวัสดิ์" ๓,๐๐๐ บาท, และทุน "พ.ญ. ประทม (นตกุล) อยุธยาสวัสดิ์" ๓,๐๐๐ บาท, ทั้งนี้เพื่อเกื้อหนุนการบำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตประสาทลาริงซ์ และอุดหนุนนักศึกษาแพทย คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

๒. นางประไพ อมาตยกุล แห่งบริษัทวิทยาสถาภัณฑ์, สามยอด, ถนนเจริญกรุง, จังหวัดพระนคร, พร้อมด้วยนางประพิศตรี สกลรัตน์, นายเอกเพ็ชร กนกกุล, แพทย์หญิงประพิศ กนกกุล, นายมนตรี กนกกุล, นางบุญจรัส อังค์ตระกูล, และ น.ส. พนศรี กนกกุล, ซึ่งเป็นบุตรชายกิจจา กนกกุล ได้ร่วมใจกันบริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท เพื่อสมทบทุนตั้ง

เปลี่ยนชื่อใหม่ว่า "กิจจา กนกกุล" ตั้งอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๓. คุณหญิงสิน ภักดีนครเศรษฐี แห่งบริษัทนายเลิศ จำกัด, สี่พระยา, ถนนเจริญกรุง, จังหวัดพระนคร, บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท เนื่องในวันทำบุญครบรอบปีแห่งวันถึงอนิจกรรมของพระยาภักดีนครเศรษฐี (เลิศ เศรษฐบุตร) วันที่ ๑๕ ธันวาคม ค.ศ.นี้, เพื่อสมทบทุน "พระยาภักดีนครเศรษฐี (เลิศ เศรษฐบุตร)", ซึ่งตั้งอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๔. คุณหญิงสัจจาภิรมย์ (เหลียมศรีเพ็ญ), บ้านเลขที่ ๕๕ ถนนศิริพงษ์, เสาชิงช้า, จังหวัดพระนคร, บริจาคเตียง ๓ เตียงราคา ๗,๐๐๐ บาท, สำหรับผู้ป่วยแผนกสรีรศาสตร์นรีเวชวิทยา, โรงพยาบาลศิริราช, เนื่องในการทำบุญอายุครบ ๖ รอบ, เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้บิดามารดา และญาติผู้ล่วงลับไปแล้ว.

การประชุมวิชาการประจำเดือน คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดการประชุมวิชาการประจำเดือนของคณะ ในเดือนธันวาคม ๒๔๙๕ ดังนี้:

วันเสาร์ที่ ๒๒ ธันวาคม เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ ห้องปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยา
 เรื่องที่น่าสนใจคือ: ผลของการใช้เครื่อง
 อีเล็คตรอนิค ต่อลูกตาและกล้ามเนื้อหัวใจ

๑. บทนำ: คุณสมบัติทางฟิสิกซ์และ
 อันตราย. น.พ. เพ็ญ สัตย์สังวน แห่ง
 แผนกศัลยศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

๒. ผลก่อนยื่นคำกระทาย. น.พ. สำราญ
 วัชรีพาทย์ แห่งแผนกจักษุวิทยา ฯ เป็นผู้
 เสนอ.

๓. การใช้รักษาและการทดลองใน
 สุนัข. พ.น. น้อย อยู่ยี่ยะ แห่งแผนก
 ศัลยศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

แต่งตั้ง ประธาน กรรมการ ห้องสมุด

โดยมติคณะกรรมการ ประจำคณะแพทย-
 ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้แต่งตั้งให้
 ศาสตราจารย์ สุก แสงวิเชียร, หัวหน้า
 แผนกวิชากายวิภาคศาสตร์, เป็นประธาน
 กรรมการห้องสมุดแห่งคณะแพทยศาสตร์
 และศิริราชพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๑๑ ธันวาคม
 ๒๔๕๕.

ศาสตราจารย์ สุก แสงวิเชียร เคย
 รักษาการแทนประธานกรรมการห้องสมุด
 มาเป็นเวลานาน. ปรากฏว่าท่านได้ปฏิบัติ

หน้าที่ของท่านด้วยความสนใจยิ่ง. การที่
 คณะได้แต่งตั้งให้ท่าน เข้าดำรงตำแหน่ง
 ประธานกรรมการครั้งนี้เราหวังว่าบรรดา
 อาจารย์และนักศึกษาคงจักได้รับประโยชน์
 และ ความ สดวก ในการ ใช้ห้อง สมุดของ
 คณะยิ่งขึ้น.

ปาฐกถาของผู้ทรงคุณวุฒิ ในระหว่าง

เดือนพฤศจิกายนและธันวาคม ๒๔๕๕ มี
 ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะวิชา
 จากต่างประเทศ ได้มาแสดงปาฐกถาที่
 คณะแพทยศาสตร์ และศิริ พยาบาลหลาย
 ท่านด้วยกัน:

๑. Dr. Paulsen แห่งมหาวิทยาลัย
 ยอนส์ ฮอปกินส์ ปาฐกถาเรื่อง "ลำไส้
 ใหญ่อักเสบเป็นแผลเรื้อรัง" ณ ห้อง
 ปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยา วันพุธที่ ๑
 พฤศจิกายน ๒๔๕๕ เวลา ๑๓.๓๐-
 ๑๔.๓๐ น.

๒. ศาสตราจารย์ L.J. Witts, M.D.,
 F.R.C.P. ผู้เชี่ยวชาญทางเลือดจากมหา
 วิทยาลัยออกซฟอร์ด, ปาฐกถาเรื่อง
 "ลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลเรื้อรัง," ณ
 ห้องปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยา วันอังคาร
 ที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๔๕๕ เวลา ๑๓.๓๐

ถึง ๑๔.๓๐ น.

๓. คาสตราจารย์ Lauren V. Ackerman, คาสตราจารย์วิชาพยาธิวิทยา คัลยกรรม แห่งมหาวิทยาลัยวอชิงตัน, เซนต์หลุย, สหรัฐอเมริกา ปรากฏการณ์เรื่อง "ความรับผิดชอบของพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยและรักษามะเร็ง." ณ ห้องปรากฏการณ์พยาธิวิทยา วันเสาร์ที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.

๔. คาสตราจารย์ C. Fraser Brockington, คาสตราจารย์วิชาอายุรศาสตร์สังคมและป้องกัน แห่งมหาวิทยาลัยแมนเชสเตอร์ ปรากฏการณ์ "วิชาโรคมะเร็งเกี่ยวกับมะเร็งของปอด" ณ ห้องปรากฏการณ์พยาธิวิทยา วันพฤหัสบดีที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๔.๐๐ น.

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์

พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕.

เนื่องจากอาจารย์ในแผนกต้องเตรียมงานเพื่ออภิปรายในการประชุมเรื่องการศึกษาแพทยศาสตร์ที่บางแสนจึงไม่มีการประชุมรายงานผู้ช่วยในแผนก.

การประชุมสมมนาวิชาการระหว่าง พ.ป. และ พ.ป. อาวุโส คนที่ ๘ พ.ย.: ศึกษา

รายงานผู้ช่วยที่ไค้ตรวจศพ. หญิงอายุ ๒๕ ปี. ๒ ปีก่อนแพทย์ศึกษาชายเพราะเป็นออสติโอเจนิคซาร์โคมา. ๒ เดือนก่อนมา ร.พ. ครงนมอาการแน่น, เจ็บอก, ไขมีเสมหะ, มีไข้เล็กน้อย. ภาพรังสีมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย, มีจุดในปอดขวาบน, และน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ.

ตรวจศพพบการกระจายของซาร์โคมาที่ปอด, ตับ, ไต, และเยื่อหุ้มหัวใจ. คนที่ ๑๕ พ.ย.: ศึกษารายงานผู้ช่วยที่ไค้ตรวจศพ. หญิงอายุ ๔๔ ปี. เป็นโมโนซัยติกคิลลิกเมีย. ภาพรังสีแสดงว่ามีอีกเสบที่ปอดขวาคล้ายบน, มีเลือดคั่งทั้งสองข้าง, และข้างซ้ายมีลักษณะของไฟโบรซิส. ตรวจศพพบเลือดคั่งในปอดมาก. ปอดซ้ายมีไฟโบรซิสมากแห่ง. บางแห่งยึดติดแน่นกับเยื่อหุ้มปอด.

อาคันตุกะผู้มาเยี่ยมแผนก

๗ พ.ย. นายแพทย์ Paulsen ผู้ชำนาญโรคระบบทางเดินอาหารจากมหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์ได้มาเยี่ยมแผนก, และอาจารย์ในแผนกได้เชิญตรวจเยี่ยมผู้ช่วย. ได้มีการแลกเปลี่ยนความเห็นกัน.

๑๒ พ.ย. คาสตราจารย์ L.J. Witts

สารศิริราช

ผู้อำนวยการทางโลหิตวิทยาและโรคของระบบทางเดินอาหารจากมหาวิทยาลัยออกซฟอร์ด, ได้มาเยี่ยมแผนก, ซึ่งแจจวายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตรใหม่ (หกปี) ของ

โรงเรียนแพทย์ในอังกฤษ. ต่อจากนั้นอาจารย์ในแผนกได้เชิญไปตรวจผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนความเห็นกัน.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ. รวบรวม

ข่าวศิษย์เก่า

สมรส ๑. ร้อยโท นายแพทย์ อโณทัย แยมี่ยม กับ แพทย์หญิงพลทรัพย์ วีระเวชชพิสัย เข้าสู่วินิจฉัยมงคลสมรส เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๔๙๕ ประกอบพิธี ณ หอประชุมกระทรวงวัฒนธรรม สนามเสือป่า.
๒. เรืออากาศเอก นายแพทย์ ล้วน วนาค้าง กับ นางสาวจางังคิ์ ตั้งตรงจิตร

ภ.บ. เข้าสู่วินิจฉัยมงคลสมรส เมื่อวันที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๙๕ ประกอบพิธี ณ สโมสรวัฒนธรรมหญิง ถนนพิษณุโลก. เราขออำนวยพรให้คู่สมรสทั้งสองนี้ จงเจริญด้วยศิริสวัสดิพิพัฒนามงคลตลอดชั่วกาลนาน.

เปิดการฟื้นฟูทางวิชาการแพทย์

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จะเปิดการฟื้นฟูทางวิชาการแพทย์ ครึ่งที่ ๕ ในวันจันทร์ที่ ๒๕ ถึงเสาร์ที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๐๐ มีกำหนด ๕ วัน ครึ่ง รายละเอียดขอทราบได้จาก น.พ. สุก แสงวิเชียร.

หน้าสำหรับนิสิต

๑. เซ็มเม็ลไวสส์ผู้พิชิตสันนิบาตหน้าเพลิง

อิกนาซ ฟิลิปป์ เซ็มเม็ลไวสส์ (Ignaz Philipp Semmelweis) เป็นแพทย์ชาวฮังการี ผู้ได้ริบสมญาว่าเป็นผู้กำจัดโรคสันนิบาตหน้าเพลิง (อีวเออร์เปอรลิ-เซ็ปติส) ไปเสียจากการแพทย์แผนปัจจุบันด้วยวิธีง่าย ๆ. เซ็มเม็ลไวสส์เกิดที่เมืองบูดา (Buda) เมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ค.ศ. ๑๘๑๘ และได้ศึกษาวิชาแพทย์ที่ในมหาวิทยาลัยกรุงเพ็สต์ (Pest) และมหาวิทยาลัยกรุงเวียนนา. ระหว่างอยู่ที่เวียนนาปรากฏว่าโยเซ็ฟสโกด้า (Joseph Skoda) และคาร์ลโรกิตานสกี (Karl Rokitansky) ได้พอใจในความสามารถของเขา. เขาสอบได้ปริญญาเอกทางแพทยศาสตร์ที่เวียนนาในปี ๑๘๔๔ และในชั้นนั้นเองก็ได้รับตำแหน่งศาสตราจารย์ผู้ช่วยในแผนกสรีรศาสตร์, ซึ่งมีโยฮันน์ไคลน์ (Johann Klein) เป็นหัวหน้า. ในสมัยนั้นมีจำนวนคนไข้ที่ตายด้วยโรคสันนิบาตหน้าเพลิงเป็นจำนวนมากมาย, และไม่มี

ใครทราบดีว่าต้นเหตุของโรคนั้นมาจากไหน. ต่อมาคราวหนึ่งมีเพื่อนร่วมงานคนหนึ่งของเซ็มเม็ลไวสส์ตายลงเนื่องด้วยการติดเชื้อที่แผลซึ่งเกิดระหว่างการผ่าและศพ. เซ็มเม็ลไวสส์สังเกตเห็นความคล้ายคลึงระหว่างโรคที่เกิดขึ้นนี้กับโรคสันนิบาตหน้าเพลิง, จึงได้เริ่มต้นทำการศึกษาดังพยาธิวิทยาของโรคหลังนี้อย่างละเอียดละออ และลงความเห็นว่ามี ความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดระหว่างโรคทั้งสอง. ในสมัยนั้นนักเรียนแพทย์มักจะออกจากห้องผ่าและศพไปเข้าห้องคลอดโดยเพียงแต่ล้างมือด้วยน้ำยาสบูเท่านั้น. ในเดือนพฤษภาคม ๑๘๔๗, เซ็มเม็ลไวสส์ได้กำหนดว่าผู้ที่เข้าห้องคลอดต้องล้างมือด้วยน้ำละลายปูนพลอรินเสียก่อนทุกครั้ง. ในเดือนนั้นอัตราการตายจากโรคสันนิบาตหน้าเพลิงเป็น ๑๒.๒๔ เปอร์เซ็นต์. แต่ภายในสิ้นปีนั้นเองก็เหลือเหลือ ๓.๐๔ เปอร์เซ็นต์, และเหลือเพียง ๑.๒๗ เปอร์เซ็นต์

ในปีที่สี่ของ สโกทส์และแพทย์อื่น ๆ ต่างก็ศรัทธาและเชื่อถือในผลที่ปรากฏนั้น. แต่โคลนคิงจะมีความริษยาประกอบกับความอวดดี, จึงไม่พอใจการกระทำของเซ็มเมิลไวสส์, และได้อาศัยความร่วมมือจากอาจารย์บางคนที่ไม่พอใจ, ถู้อโอกาสที่ความวิตกกังวลเกิดขึ้นแก่ประเทศซึ่งการทำการขยับไล่เซ็มเมิลไวสส์ไปเสียจากเวียนนาในปี ๑๘๕๕. โชคยังดีที่เขาได้รับตำแหน่งสูติแพทย์ในแผนกสติกกรรมของมหาวิทยาลัยแพ็สท์ในปีต่อไป. ที่นั่นก็ได้มีโรคสันนิบาตหน้าเพลิงระบาคอย่างรุนแรงเหมือนแผนกของโคลนคิงเหมือนกัน. เซ็มเมิลไวสส์ได้ใช้วิธีของเขาต่อสู้กับโรคนี้จนกระทั่ง. ช่วงเวลาหกปีที่เขาสรรวมตำแหน่งถึงกล่าวอยู่นั้นเขาก็ได้สามารถลดอัตราการตายจากโรคที่กล่าวนี้ลงเหลือ

เพียง ๐.๘๕ เปอร์เซ็นต์เท่านั้น.

เซ็มเมิลไวสส์ตายเมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ค.ศ. ๑๘๖๕ เนื่องด้วยการติดเชื้อมีผลที่มือ. นับว่าในที่สุดเขาก็ต้องตายด้วยโรคอย่างเดียวกับที่เขาได้ปราบปรามได้สำเร็จในหญิงคลอดบุตร, ด้วยการเสียสละอย่างใหญ่หลวง. ถึงแม้ระหว่างทรงชีวิตอยู่เขาจะได้รับความยุติธรรมและการกตัญญูในการงานของเขาเพียงไรก็ตาม, การกระทำที่ไม่ถูกต้องของนั้น ๆ ก็ทำให้บุคคลยังมีแห่งความสำเร็จของเขาไว้ได้ไม่, และการแพทย์ในทุกวันนี้ก็ยอมรับนับถือโดยทั่วไปว่าเขาเป็นแพทย์คนแรกที่เขาชนะสันนิบาตหน้าเพลิงไว้.

พระพล สุนทรพลิน

๓. เรื่องของแมลงวัน

ในจำนวนแมลงต่าง ๆ ชนิดที่จับได้ในบ้านแห่งหนึ่งรวม ๒๕๔ ตัว, ปรากฏว่าเป็นแมลงวันเสีย ๒๐๒ ตัวหรือ ๘๔ เปอร์เซ็นต์.

ปรากฏตามการคำนวณว่าแมลงวันตัวเมียตัวเดียวซึ่งออกไข่ ๑๒๐ ฟองในวันที่ ๑๕ เมษายนจะสามารถมีลูกหลานที่โตเต็มที่แล้วได้รวมถึงสี่ล้านห้าแสนเก้า

หมื่นแปดพันเจ็ดร้อยยี่สิบสาม (๕,๕๕๘, ๗๒๐,๐๐๐,๐๐๐) ตัวภายในวันที่ ๑๐ กันยายน. ผู้ตรวจคนอีกคนหนึ่งคำนวณว่าแมลงวันผู้เมียคู่เดียวจะมีลูกหลานได้มากกว่าสามร้อยยี่สิบห้าล้านล้าน (๓๒๕, ๕๒๓,๒๐๐๐๐๐,๐๐๐) ตัวภายในหน้าอื่นหน้าเดียว.

ดร. ชิงแนร์, ผู้อำนวยการสาธารณสุขแห่งอาณานิคมของฝรั่งเศส, ให้การคำนวณต่อไปเกี่ยวกับแมลงวัน. แมลงที่โตเต็มที่แล้วมีชีวิตต่อไปได้ ๓๐ วัน. แมลงวันตัวเมียออกไข่ถึง ๑๕๐ ฟองทุกๆ ๔ วัน. ถ้าหากลูกที่เกิดออกมานั้นมีชีวิตต่อไปอีกและออกลูกต่อไปเรื่อยๆ, ภายในหกเดือนลูกหลานของแมลงวันคู่แรกจะมีจำนวนเท่ากับ ๑๕๑×๑๐^{๑๗} ถ้าหากแมลงวันตัวหนึ่ง ๆ มีปริมาณเท่ากับ ๒๕ ลูกขาศก์มีลลิเมตร, ลูกหลานของแมลง

วันคู่เดียวนี้จะมากพอที่จะปกคลุมพื้นผิวของโลกเราทั้งหมดให้มีความหนาถึง ๑๔ เมตร.

ในแมลงวันตัวเดียวอาจพบยุงเคเร็กซ์มาจากอูจาระของคนได้ถึง ๑๐๐,๐๐๐ ตัว.

กระทรวงเกษตรของสหรัฐอเมริกาได้ทดลองเปรียบเทียบน้ำหนักของตัวที่มีแมลงวันตอมมากกับตัวที่โตใช้ยาฆ่ายุงป้องกันการตอมของแมลงวัน, และพบว่าเฉลี่ยแล้วตัวพวกหลังมีน้ำหนักมากกว่าพวกแรกถึงร้อยละ ๕๐ ปอนด์.

มหาวิทยาลัยอิลลินอยส์ได้พิสูจน์โดยการทดลองว่าวันมที่ไม่มีแมลงวันตอมให้น้ำนมมากกว่าวันที่มีแมลงวันตอม ๑๐ ถึง ๒๐ เปอร์เซ็นต์.

(จาก เวิร์ลด์ เฮลท์ ฉบับ ๑, ๑๙๕๑)

พ.ม.

เขตการฟื้นฟูทางวิชาการแพทย์

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จะเขตการฟื้นฟูทางวิชาการแพทย์ ครั้งที่ ๕ ในวาระจันทร์ที่ ๒๕ ถึงเสาร์ที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๐๐ มีกำหนด ๕ วัน ครึ่ง รายละเอียดขอทราบได้จาก น.พ. สุก แสงวิเชียร.

บทกทหายลุมุด

๑ เซมิเพ็ลเว็คโตมึยหรือการคัก
คองชกกระตอกเช็งกรวน เป็นการผ่าคัก
ชนคทฝรงเรียกว่า "ฮโรอิค", คือการ
เลียงทุกอยาง, เพือผลลคทหายชงในทน
หมายควมถึงชวิตของคนไข. รายงาน
คนไขสรายของคณหมอพิคษชู วิเศษกล
และคณหมอเกษม ลิมวงษ, นอกจากให
ควมกระจางในการผ่าคักชงพงคนนำเลียง
ไ้, ยังเป็นหลกฐานแห่งควมก้ำวหน้า
ของคัลยกรรมในบ้นเราอยางคียง. ควม
ก้ำวหน้า ในทนเห็น ไ้จากควม สามารถ
ของแพทยผู้ทำการผ่าคัก, และจากควม
เชือถือของคนไข ที่ยินยอมให แพทยทำ
การไ้. ถ้าหากเป็นเวลาก่อนหน่นสีก
ลียบ, แม้มือคนคทที่สามารถทำเซมิ-
เพ็ลเว็คโตมึยไ้, ก็คงหาคนไขที่จะยอม
ใหผ่าคักไมไ้. คนไขค้งยินคิตายด้วย
โรคมากกว่าที่จะยอมรับการผ่าคัก, ชง
นอกจากอาจะลัมเหลวลงไ้แล้ว, ยังจะทำ
ใหเขา ต้องเป็น คนชวเคียวอยู่จนชวิต.
แต่ ใน สมัยนี้คนไข เต็มใจ ใหหมอ ทำทุก
อยาง, เพราะมีความศรัทธาในควม
สามารถและเพราะเชือคำของหมอว่าไม่มี

ทางอื่นที่อาจช่วยเขาไ้. ความศรัทธาและ
ควมเชือค้งเป็นหลกฐานคทที่สุดสำหรับ
ควมเจริญชงการแพทย, และเป็นตัว
กระตุ้น สำคัญ สำหรับจิตใจของแพทยเอง
ด้วย.

๑ คณหมอมงคล เควือตราช และ
คณหมอประเวศ วรสีเสนคนไขโรคชโม
โกลบิณยเรียชนคทที่แปลก และสมควทจะ
ไ้รับการคักษา. แม้จะทราบวาทันเหตุ
ชง อาการ ที่ ปรากฎ คือ การ ทำลายเม็ค
เลือค, ก็ยังหาคำอธิบายไมไ้ว่าทำไม
การทำลายจึงเกิดเป็นคร้งคราว, และทำ
ไมจึงเกิดแต่ในเวลากลางคิน. คำอธิบาย
ที่คองการนียงที่จะเสาะหาไ้จากการคัก-
ษาทางชีวเคมีหรือทางอิมมโนโลยี, ชง
ค้งจะ คองการ ควมร่วมมือระหว่างแผนก
รักษากับแผนกวิทยาการโดยไ้ลชิต. เรา
หวังวาท่อไปเมื่อมีคนไขแบบน้มาอีกค้งจะไ้
รับการตรวจคินทางวิชาการโดยละเอียด
ละอเพื่อการเพิ่มพลควมรูที่อาจเป็นประ-
โยชนแก่การแพทยโดยทั่วไป.

๑ คณหมอเป็นทล บัญอิต, อคิต
อาจารย์อวโสในแผนกคัลยศาสตร์, คีวิ

ราช, ในปัจจุบันผู้อำนวยการโรงพยาบาล พทธรชินราช, พิษณุโลก, ได้กรุณาให้ เรื่องที่ท่านได้ปราศรัยแก่คณะอาจารย์และ นิสิตแห่งคณะแพทยศาสตร์และศิริราช พยาบาลเมื่อเร็ว ๆ นี้, ด้วยจุดมุ่งหมายที่จะ กระตุ้นความสนใจของหมอใหม่ในการออกไป ประกอบวิชาชีพในต่างจังหวัด (กบท บรรณาธิการ “แพทย์ชนบท” ในสารศิริ ราชฉบับ ๔ พ.ศ. ๒๔๙๔) เมื่อได้อ่านเรื่องของท่านผู้นี้ตลอดแล้วเราก็เห็นจริงตามที่ท่านว่า, คือ “แพทย์ชนบท” สมัยนี้มีอะไร ๆ ไปได้เปรียบสมัยก่อนเอนก ประการ, และ “ความไกล” ต่าง ๆ ตามที่ท่านจาระนัยไว้นั้นก็เท่ากับว่าไม่มีอยู่ต่อไปอีกแล้ว. เราเชื่อว่าผู้อ่านแทบทุกคนคง มีความรู้สึกว่าบทความของท่านผู้อำนวยการผู้นี้เป็นคำสอนไม่เพียงแต่แก่นักเรียนแพทย์เท่านั้น, แต่แก่อาจารย์ของโรงเรียนแพทย์ด้วย, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในข้อความจริงว่าอาจารย์ควรจะติดตาม สอนศิษย์ต่อไปอีกหลังจากที่เขาเหล่านั้นได้ออกไปจากโรงเรียนแล้ว. สำหรับผู้ที่ไม่ทราบขอเรียนว่าท่านอดีตอาจารย์ผู้นี้ได้เรียนสำเร็จวิชาแพทย์ที่ศิริราช, แต่เรียนจบหลักสูตรแพทยศาสตร์ได้รับปริญญา

ญาศษฎบัณฑิต (M.D.) จากมหาวิทยาลัย ในประเทศฟิลิปปินส์. การที่ท่านถือ ศิริราชเป็นเสมือนหนึ่ง “บ้านเก่า” ของท่านจึงนับว่าเป็นการให้เกิดแก่สถานศึกษาของเราซึ่งท่านได้มีส่วนช่วยเหลือ ในความ ก้าว หน้า โดย วิทยาสอนวิชาศัลย- ศาสตร์ให้ช่วงเวลาสองสามปี, ก่อนที่ท่าน จะต้องออกไปด้วยเหตุผลทางส่วนตัว. ผู้ที่เคยเป็นลูกศิษย์ท่านในสมัยนั้นทุกคนยัง จำได้ว่ามีความเลียดายท่านเพียงใด. เคยรู้ว่าแล้วว่าถ้าหากท่านไม่ออกไป เลียดในตอนนี้, บ้านนี้ “การแพทย์ชน บท” ของประเทศอาจยังไม่มีตัวอย่างที่ดี เถ่นดังที่ปรากฏอยู่ที่โรงพยาบาลพทธรชิน- ราชในขณะนี้. เราเลียดายที่ท่านมิได้อยู่กับเราที่ศิริราช, แต่เราก็ยังตั้งใจ ท่านมิได้สูญหายไปไหน, หากแต่ไปช่วย บรรเทาทุกข์เพื่อนมนุษย์และอบรมเพื่อน ร่วมวิชาชีพในแบบที่ใคร ๆ ต้องยกย่องอยู่ แค่พิษณุโลกนี้เอง. กิจกรรมที่เด่นอีก ประการหนึ่งของท่านผู้หนึ่งที่วงการแพทย์ ของเราจะต้องจารึกไว้คือการริเริ่มงาน “ประชุมแพทย์ภาคเหนือ” ซึ่งได้มีบทบาท สำคัญในการกระตุ้นความสนใจของแพทย์ เราในเรื่องการประชุมวิชาการ, ทำให้

การประชุมแบบขนานระบาศะพัดไปทั่วคงที่
เป็นอยู่ในขณะนี้.

๑๐ บทความทำนองขันทกประวัตติ-
ศาสตร์, ของ ช.ธ., เกี่ยวกับการประชุม
พิจารณาการอบรมศึกษาแพทย์ของชาติ
ครั้งแรกที่บางแสนเมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน,
คงจะมีประโยชน์ในการทำ
เข้าใจหลายข้อแก่ผู้ที่สงสัยการปฏิบัติบาง
อย่างที่ปรากฏในการประชมนั้น. แต่
ประโยชน์ที่สำคัญกว่านั้นคงจะมีขึ้นใน
อนาคต, เมื่อมีการจัดการประชุมครั้งที่
สอง. คณะกรรมการจัดงานคราวต่อไปจะ

ได้มีข้อสังเกตต่าง ๆ ที่ ช.ธ. รวบรวมไว้
เป็นแนวทางสำหรับการปรับปรุงกิจการให้
ดีกว่าครั้งแรกนั้นขึ้นไปอีก.

๑๑ การฆ่าตัวตายด้วยยานอนหลับจำ
พวกบาร์บิตเรตยังคงมีบ่อยในบ้านเราเช่น
เดียวกับในประเทศอื่นอีกหลายประเทศ.
เราหวังว่าทบวงวิชาการในสารศิริราช
ฉบับนี้จะเป็นที่สนใจของนายแพทย์ผู้มี
โอกาสต้องทำการรักษาเพื่อต่อสู้พิษของ
ยาพวกนี้อยู่เสมอ ๆ, และบางทีอาจให้แง่
คิดสำหรับการปรับปรุงการรักษาของท่าน
ให้ได้ผลดียิ่งขึ้นก็ได้.

เบ็ดการฟื้นฟูทางวิชาการแพทย์

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จะเบ็ดการฟื้นฟูทางวิชาการแพทย์
ครั้งที่ ๕ ในวันจันทร์ที่ ๒๕ ถึงเสาร์ที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๐๐ มีกำหนด ๕ วัน
ครั้ง รายละเอียดขอทราบได้จาก น.พ. สุต แสงวิเชียร.