



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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



ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๐๑ | Volume 10, Number 5, May 1958.

ฮิสติโอซัยโทสิส “เอ็กซ์”
(กลุ่มอาการชิลเลอร์-คริสเตียน)

ประติษฐ์ คณสูรต

พ.ด., Ph.D. (Washington)

(แผนกพยาธิวิทยา)

การทนายเรื่องนมาบรรยาย กเนื่องจาก มีสถิติจำนวนโรคนี้สูงขึ้นในประเทศไทย. แม้ในต่างประเทศก็ปรากฏว่าจำนวนผู้ช่วยด้วยโรคนี้มีมากขึ้นทุก ๆ ปี. จำนวนคนไข้ที่ส่งไปรักษาที่แผนกรังสีวิทยาและชันเนอที่ส่งไปตรวจที่แผนกพยาธิวิทยาได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับในเวลาสี่ห้าปีที่ผ่านมา. การวินิจฉัยโรคต้องอาศัยรังสีวิทยาและพยาธิวิทยา. ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยโรคนี้จึงไม่ควรวัดมแผนกทั้งสองดังกล่าว.

เรียกวมหมู่ของโรคที่มการเจริญงอกงามของเซลล์ในระยะเรติคโลเอ็นโทอีเลียล ทำให้เห็นก่อนเนอส์เหลือง, ซึ่งประกอบด้วยฮิสติโอซัยต์ (histiocyte), ฮีโอสีโนฟิล, เซลล์ยักษ์หลายนเคลียสและไฟโบรบลาสต์, โดยไม่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางเมตาบอลิซึมของไขมัน. ก่อนเนอส์ออกไปจะเรียกว่าก้อนแซนโทมา (xanthoma).

ข้อโรคเก่า ๆ ที่มีความหมายอยู่ในกลุ่มโรคนี้

คำจำกัดความ ฮิสติโอซัยโทสิสเป็นข้อ

Hand-Schüller-Christian disease or

syndrome

Schüller-Christian disease or syndrome

Xanthomatosis

Lipid granulomatosis

Lipoid histiocytosis

Cholesterol granulomatosis

Normocholesteremic xanthomatosis

Eosinophilic xanthomatous granuloma

Eosinophilic granuloma

Osseous xanthoma

Skeletal lipid granulomatosis

Letterer-Siwe disease

Reticuloendotheliosis

ประวัติ

๑๘๘๓ แฮนค็อก รายงานผู้ป่วยมีอาการไปลิ้มเย้ยและอาการของวัณโรค.

๑๘๐๘ ฟิวเรย์และรอนสเตอร์สัน รายงานผู้ป่วยมีแซนโธมา คิสเสมีนาตา ของผิวหนัง, มีเขาจิกและ พัลโมนารีย์ไฟโบรซิส.

๑๘๑๕ ซิลเลอร์และคริสเตียน รายงานผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่กระดูกเม็มเบรนส์ นัยน์ตาโปนและเขาจิก.

๑๘๓๐ เซสเตอร์พบแกรนโลมาทิส ลีซัน, และเรียกว่า ลิซิดแกรนโลมา.

๑๘๓๓-๓๔ สตีฟและเล็ทเคอเวอรรายงานผู้ป่วย เป็นเรติคูลอ - เอ็นโดทีเลียโอสิส ทวทว.

๑๘๓๔ ฟราเซอร์พบพยาธิสภาพที่กระดูกแห่งเดียว, และเรียกสะเก็ดเกล็ด ลิปอยด์ แกรนโลมา.

๑๘๔๐ โลซเทินส์ไตน์ และเจฟเฟ้ไม่ได้อ่านรายงานของฟราเซอร์, จึงรายงานข้างและให้ชื่อว่า อีโอสิโนฟิลิก แกรนโลมา.

๑๘๔๔ ฟาร์เบอร์พบว่าอีโอสิโนฟิลิกแกรนโลมา เป็นพยาธิสภาพอันหนึ่งซึ่งคล้ายกับอาการของ โรคที่รายงานโดยซิลเลอร์และคริสเตียน.

๑๘๕๓ โลซเทินส์ไตน์ รวบรวมรายงานทั้งหมด และเห็นว่า มีพยาธิสภาพคล้ายคลึงกันควรรวมเรียกว่า ซิสทีโอซัยโตสิส "เอ็กซ์", แล้วแบ่งโรคไปตามระยะต่าง ๆ ตามพยาธิสภาพ.

สาเหตุแห่งโรค

๑. เรายังไม่รู้ว่โรคนี้เป็นเนื้องอก (นีโอพลาสม) หรือการติดเชื้อ (อินเฟกชัน).

๒. การที่เราพบลักษณะแกรนโลมาทิส และมีลิซันรอย ๆ หลอดเลือดทำให้

นักถกการศึกษาค้นคว้า

๓. เราไม่สามารถหาข้อเท็จจริงหรือ
ไวรัสมาแสดงได้.

๔. ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีไข้.

๕. มีเซลล์พวกออสโตรโนฟิลมาก. อาจ
จะเป็นออสโตรโนฟิลก็ได้. แต่ออสโตรโนฟิล
ในเลือดปกติ, และประวัติและอาการไม่
ยุ่งทางออสโตรโนฟิล.

๖. การที่พบ โฟมเซลล์, หรือแซน
โทมา เซลล์, หรือ ลิซซิทเซลล์, ทำให้
ถึงความบกพร่องในเมตาบอลิซึมของไขมัน
เคอโรล. แต่ลิซซิทในซีรัม เช่น ไขมัน
เคอโรล, นิวทริลแพท, ฟอสโฟลิซซิท, อยู่
ในระดับปกติ.

๗. การพบ ไขมันเคอโรล ใน โฟม
เซลล์ ไม่เกี่ยวข้องกับการบกพร่องในลิซซิท
เมตาบอลิซึม. แต่อาจจะเป็นผลจากกระบวนการ
การเมตาบอลิซึม ภายในออสโตรโนฟิลเอง
ก็ได้.

๘. รวมความว่ายังไม่รู้สาเหตุที่แท้จริง
จริงของโรคกลุ่มนี้.

พยาธิสภาพ

จากการศึกษาโดยละเอียดปรากฏว่า
โรคต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วมีพยาธิสภาพ
เหมือนกันหมด. โดยมากจะพบก้อนแซน

โทมาทโดกัได, เป็นก้อนชัดเจน, แต่
ไม่มีแคปซูล. ฝักอกคีมัสเหลือง. คุย้วย
กลอง จลทัศน์จะพบว่าเนื้อ ของ ร่างกาย ถูก
แทรกซึมหรือแทนที่โดยโฟมเซลล์. ซัยโต
พลาสม่า ของ เซลล์ เหล่านี้มีแวคิวโอลใส ๆ,
ขนาดเล็กและทึบเข้ม. ไม่พบไมโทซิส.
เมื่อโฟมเซลล์เหล่านี้เสื่อม และถูกทำลาย,
ไขมัน จะ กระจาย ออก และ ถูก ซัย โคร ลิซซิท,
ผลึกของกรกไขมันสัตว์ที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นให้
มีฟอสเฟอรัส และ ไขมัน และ ไฟ บรุต ที่ สิว
ปรากฏอยู่ทั่ว ๆ ไป.

โรคนี้พบในเด็กมาก. เพราะฉะนั้นการ
ตรวจค้นจึงกระทำ ใน เด็ก เป็น ส่วน มาก.
อวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงเสมอ ๆ คือผิวหนัง,
สมอง, ตับ, ไชสันหลัง, กระดูก,
เยื่อหุ้มหัวใจ, เยื่อหุ้มปอด, ต่อมาน้ำเหลือง,
ม้าม, ตับ. เราอาจจะพบพยาธิสภาพเพียง
ในอวัยวะเดียวหรือหลายอวัยวะก็ได้. โดย
มากอวัยวะที่พบพยาธิสภาพเหล่านี้มีสีเหลือง
เนื่องจากมีโฟมเซลล์, เรียกว่า แซนโท
มาทโดกัได, ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปตาม
อาการของโรคตามระยะดังนี้:

๑. ระยะซัยเปอร์ปลาติค โปรลิเฟอ
เรชัน (Hyperplastic proliferation) เช่น
โตที่เลเยล เซลล์ ที่ขุหลอกเลือดแดงฝอย

จะรวม และหลุดจากผนัง หลอด เลือด แล้ว กระจายไป ในเนื้อเยื่อรอบ ๆ เรติคิวลัม เซลล์. จะเริ่มปรากฏว่ามีสารไลโปยคอยู่ ในซีบีโทพลาสตัม และมีอีโอสิโนฟิล เพิ่ม จำนวนมากขึ้นในบริเวณกลุ่มของ เรติคิว ลัม เซลล์.

๒. ระยะแกรนูโลมาตัส (Granulomatous) ในบริเวณหลอดเลือดมีเซลล์รูป กลมหรือรูปไข่มาแทนหรือกลายเป็นแกรนู เลตซ์ ทิสซิว. มีเซลล์ยักษ์และเรติคิว ลัม เซลล์, และอีโอสิโนฟิล.

๓. ระยะแซนโทมาตัส (Xanthomatous) ในระยะนี้พบว่าเรติคิว ลัม เซลล์ มีสารสีขุ่นอยู่ภายในเซลล์, เรียกว่าแซน โมาโครฟาจ, มีซีบีโทพลาสตัมใส ๆ (โฟม เซลล์).

๔. ระยะไฟบรัส (Fibrous) โฟม เซลล์และ เอ็นโดทีเลียลเซลล์ ถูกแทรกซึม โดยไฟโบรบลาสท์ และค่อนเนคทีฟ ทิสซิว ทั่วไป.

พยาธิสภาพทั้ง ๔ อย่างนี้ไม่มีการชี้ ษณ์ชัดเจนจากระยะหนึ่งไประยะหนึ่ง.

การเกิด พยาธิสภาพ ของ ก้อนแซน โธมา. โฟมเซลล์หรือซีบีโอซัยท์เป็น ฟาโกซัยติก อินเทอร์สทิเชี่ยลเซลล์ ที่ใหญ่ และเป็นส่วนหนึ่งของเซลล์ในระยะเรติคิวโล เอ็นโดทีเลียล.

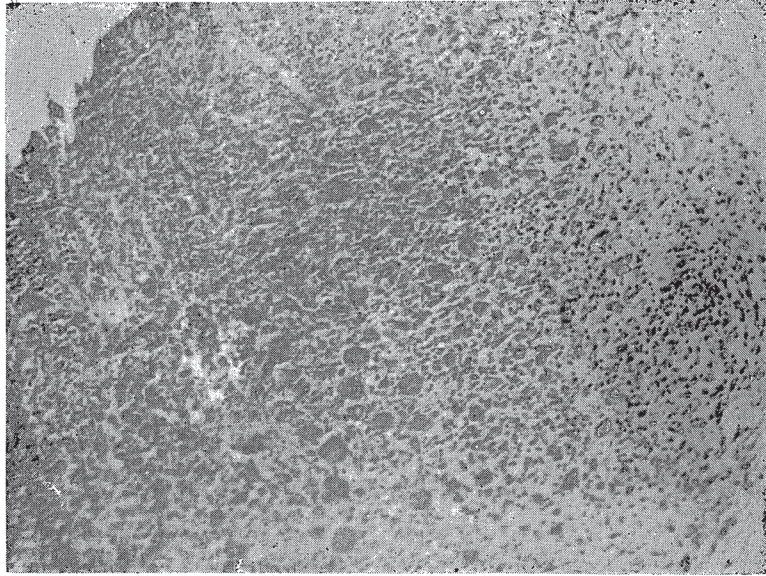
๑๘๗๑ วาลทีเยอร์เรียกโฟมเซลล์ว่า เอ็มบริยโอนัล แพทเซลล์, สามารถผลิต ไขมันชนิดต่าง ๆ และสามารถปลดปล่อย ไขมันได้โดยวิธีฟาเจนออเรชัน.

พิมคัสและพิก พยว่าวัตถุใน แซนโทมา ตัส คือชนิดที่หักแสงสองทาง (double refractile lipid) โนมเลสเทอร์อล, และ โนมเลสเทอร์อลเอสเทอร์, และอาจเกิดใน รายที่เป็นฮัยเปอรโนมเลสเทอร์อลลิเมีย.

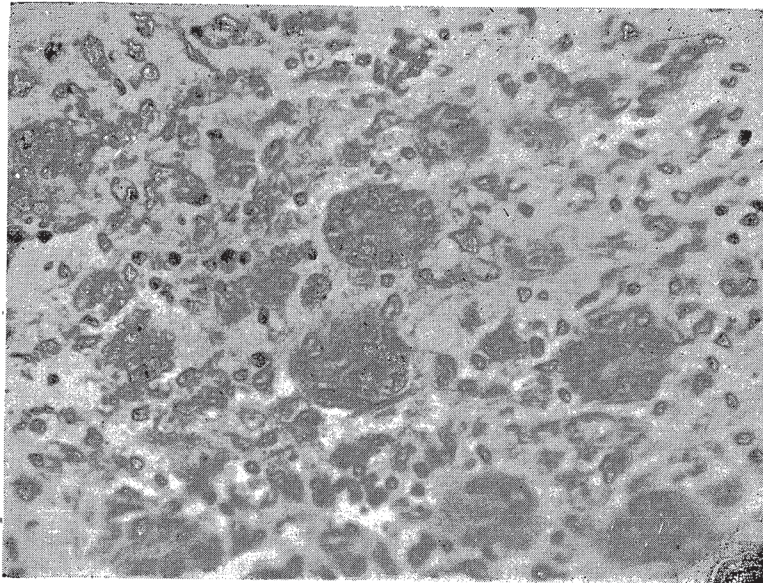
แอสซอพพ์พยว่าเรติคิวโลเอ็นโดทีเลียล เซลล์สามารถเก็บเอาสิ่งต่าง ๆ, รวม ทั้งพวกสารสีขุ่นจากเลือด. วัตถุพวกนี้ขุ่น, เช่น โนมเลสเทอร์อล, มักจะพบในพวกเนื้อ ทื่อมธรรม และในบริเวณที่เซลล์มี โนมเลสเทอร์อลถูกทำลายลง.

แธนนเฮาเซอร์ อธิบายต้นเหตุของการ เกิดโนมเลสเทอร์อลในเซลล์และเนื้อดังนี้:

๑) โนมเลสเทอร์อลสามารถแทรกซึม เข้าไปในเซลล์โดยการที่การคั่งของ โนม เลสเทอร์อลและโนมเลสเทอร์อลเอสเทอร์ใน



รูปที่ ๑ (๑๐๐ ×)



รูปที่ ๒ (๔๐๐ ×) ต่อมหน้าเหลืองจากคอของผู้ป่วยด้วยโรคฮีสตีโอซัยโตสิส. แสดงเซลล์ต่างๆที่เข้ามาแทรก, คือ ฮีสตีโอซัยต์, นิวโทรฟิล, พลาสมาเซลล์และ เซลล์ยักษ์หลายเซลล์. นอกจากนี้มีไฟโบรบลาสต์บ้างเล็กน้อย. ลักษณะสร้างของต่อมหน้าเหลืองถูกทำลายหมด.



ชิม.

๒. การ คัง ของ โชม เลส เทอรอล ใน เซลล์อาจ เกิดจากมีการ สังเคราะห์ เพิ่มขน หรือการ เกย สะสม ของ โชม เลส เทอรอล ใน เซลล์เอง, โดยไม่ต้องมีปริมาณ โชม เลส เทอรอล หรือ โชม เลส เทอรอล เอส เทอร์ ใน กระแสเลือดเพิ่มขึ้น.

๓) การที่เราพบการตกตะกอนหรือการ ตกผลึกของ โชม เลส เทอรอล, อย่างที่ ใน บริเวณที่ มีการ อักเสบ ของ ผนัง หลอดเลือด ในรายที่เป็นอวเรอโรไอสะเกลดโรติส. ก็ ไม่จำเป็นต้องมีการเพิ่มของ โชม เลส เทอรอล ในชิม. แต่โคเลสเตอรอลนั้นเกิดโดยมี การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมทรามของเนอ รอยๆ, ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางฟิสิ- โคเคมีของวัตถุทั้งหลายอยู่ในน้ำหรือชิม โดยไม่แยกไอออน, เช่น โชม เลส เทอรอล และแคลเซียม.

การจำแนกชนิดต่างๆของฮิสติโอซัย-
โตสิส (Lichtenstein 1953)

๑) มีพยาธิสภาพเฉพาะที่กระดูก (หนึ่ง แห่งหรือหลายแห่ง), โดยไม่เกิดที่อวัยวะ ภายในเลย. ชื่อเดิมเรียกกันว่าฮิสติโน- ฟลิคแกรนูโลมาของกระดูก. พบว่าเป็นใน เด็ก ๑-๑๐ ขวบและคนรุ่นหนุ่มสาว. โดย

มากอาการไม่รุนแรง. การพยากรณ์โรค ค่อนข้างดี.

๒) มีพยาธิสภาพหลายแห่งและมีอา- การรวดเร็ว. ชื่อเดิมเรียกว่า "โรคเลท- เทอเวอรัสฟ." พบในเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ขวบ และนาน ๆ จะพบในคนหนุ่มสาว. การ พยากรณ์โรคเลว. แต่อาการของโรคอาจ จะเกิดขึ้นกับกระดูกและเปลี่ยนสภาพไปทาง เรอรังได้.

๓) มีพยาธิสภาพหลายแห่งและมีอา- การแบบเรอรังซึ่งมักเรียกว่า "กลุ่มอาการ ซิลเลอร์คริสเตียน."

ก) เป็นอวัยวะเดียว, ที่ผิวหนังหรือที่ กระดูก.

ข) เป็นสามอวัยวะ, ที่กระดูก, สมอง, คว้า (ซิลเลอร์คริสเตียน ไทรแอด)

ค) เป็นหลายอวัยวะ, ผิวหนัง, กระดูก, คว้า, สมอง, เยื่อหุ้มปอด, เยื่อหุ้มหัวใจ, ติชชอน, ม้าม, ตับ, ท่อมานาเหลือง และ เยื่อเมือก. พบในเด็ก ๆ และคนรุ่นหนุ่ม สาว, และบางทีในผู้ใหญ่ที่อายุมาก.

การพยากรณ์โรคไม่ค่อยดี. โดยเฉพาะ ในเด็กที่มีอาการเป็นเร็ว และมีพยาธิสภาพ ที่ปอดและต่อมมีติชชอน.

ตามทักกล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรค

นมอาการเกิดขึ้นได้หลายอย่าง, แล้วแต่ว่าเกิดพยาธิสภาพในอวัยวะไหน. Lichtenstein ได้เสนอว่าควรใช้คำว่าฮิสติโอซัยโตสิส "เอกซ์" เรียกชื่อโรคที่มีอาการดังกล่าวแล้ว, หากมีอาการและพยาธิสภาพตามทกล่าวแล้วในอวัยวะใดก็ตาม. แต่ในโอกาสที่จะขอกล่าวเพียงพวกที่สามคือพวกที่มีพยาธิสภาพหลายแห่งและมีอาการแยกแยะหรือรังซึ่งเรียกกันว่า "กลุ่มอาการ ซิลเลอร์-คริสเตียน", ซึ่งส่วนมากผู้บรรยายอาการของโรคมักจะกล่าวถึงอาการสามอย่างหรือที่เรียกว่า "ซิลเลอร์คริสเตียน ไทรแอด," คือ: ๑) มีพยาธิสภาพที่กระดูกกระโหลกศีรษะ.

- ๒) มีตาโปน.
- ๓) มีเข่าจิก.

จากรายงานและการศึกษาต่อมาพบว่าการวินิจฉัยโรคซิลเลอร์คริสเตียนไม่จำเป็นต้องให้มีอาการหรือพยาธิสภาพครบทั้ง ๓ แห่งตามที่กล่าว. แม้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงเพียงอย่างหนึ่งอย่างใดที่เป็นอาการของโรคที่ชัดเจน, เช่นทางภาพรังสีหรือการตรวจทางพยาธิสภาพแล้ว, เราก็สามารถให้การวินิจฉัยได้. แต่ถ้ามีอาการครบทั้งสามอย่าง, การวินิจฉัยโรคก็มักจะไม่ค่อยผิด.

พยาธิสภาพของ กลุ่มอาการ ซิลเลอร์-

คริสเตียน การเปลี่ยนแปลงที่กระดูก, ประมาณ ๘๕ เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย มีก้อนเนื้อแซนโธมาเกิดขึ้นในบริเวณกระดูกกระโหลกศีรษะทำให้เกิดกระดูกละลายหมดไป. ซึ่งในภาพรังสีเห็นเป็นรอยบางใส, มีขอบเขตชัดเจนแห่งเดียวหรือหลาย ๆ แห่ง. ถ้าก้อนแซนโธมาเกิดใกล้บริเวณเซลล์าเทอร์-ซิค่า ก็จะกดต่อมขี้ตื้อตารัยและทำให้เกิดอาการเข่าจิก. ถ้าก้อนแซนโธมาลุกลามเข้าทางหลังของกระดูก, ก็ทำให้ตาโปน. นอกจากนั้นพบว่าก้อนแซนโธมาอาจจะกระจัดกระจายไปตามอวัยวะภายในใดที่ทุกแห่ง, เช่นปอด, ตับ, ม้าม, ต่อมน้ำเหลือง, ตับอ่อน, ผิวหนัง, เยื่อหุ้มปอด และเยื่อหุ้มหัวใจ. ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยโรคซิลเลอร์คริสเตียน เราไม่จำเป็นต้องรอหรือหาอาการให้ครบทั้งสามอย่างเลย.

การวินิจฉัยโรค ต้องอาศัยสิ่งเหล่านี้

- ๑. ประวัติและอายุ.
- ๒. ภาพรังสีเอกซ์เรย์.
- ๓. การตัดก้อนเนื้อมาตรวจ, จากหนึ่งศีรษะ, ต่อมน้ำเหลือง, จากการเจาะตับ, ม้าม, ไชกระดูก, ผิวหนัง.
- ๔. การตรวจเคมีเลือด.

๕. การแยกโรคที่คล้าย ๆ กันออก,
เช่น วัณโรค, ฮีตาคิน, ลิ้มโฟมา, ลิวกี-
เมีย, อินเฟคเซียม โมโนนิวคลีโอสิส, การ
ศึกษาเชอเวอริง.

เอกสาร

1. Thannhauser: Lipidosis (second
edition), 1950.

2. Louis Lichtenstein: Arch. Path.
56:84, 1953.

๖. การตรวจศพ.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอรับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ



ฮิสทอรีโอซัยโทสิส "เอ็กซ์" การวินิจฉัยด้วยรังสีเอ็กซ์เรย์

สรวน บุรณภวงค์

W.B., F.I.C.S.

(แผนกรังสีวิทยา)

นอกจากอาการทางคลินิกและสิ่ง
ตรวจพบของโรคนี้ ซึ่งมี ๓ อย่าง (Clinical
Triad) คือ (๑) ตาโป้น, (๒) เบ้าอก,
(๓) การเปลี่ยนแปลงทางกระดูก, แกรน-
โลมาตัสลึซัน ของ โครวงกระดูก, ภาพ
เอ็กซ์เรย์ยังช่วยการวินิจฉัยโรคนี้ให้แน่นอน
ยิ่งขึ้นโดยการถ่ายภาพกระดูกส่วนต่าง ๆ.

อายุ โรคนี้ส่วนมากเป็นในเด็ก ๆ, แต่ก
อาจจะพบในผู้ใหญ่ได้. ตามรายงานปร่า-
กฏว่าแอนนเฮาส์เซอร์ และแมเจนแตนท์
(Thannhauser, Magendantz) เคยพบราย
หนึ่ง, ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ อายุ ๕๑ ปี. ตาม
รายงานของฮอดจสัน, เคนเนดี้และ
แคมป์ (Hodgson, Kennedy, Camp) แห่ง
เมโยคลินิก, เมอบ ๑๙๕๑, พบว่าเป็น
ในเด็กอายุอย่างต่ำที่สุด ๖ เดือนและสูงท
สุด ๑๓ ปี. เซสเตอร์ และเคเกลกล่าวไว้ว่า
๕๐ เปอร์เซ็นต์มักเป็นในเด็กต่ำกว่า ๕ ปี.
สำหรับโรงพยาบาลศิริราช, ตามรายงาน

ที่นำมาแสดงนี้มีเพียง ๗ รายในระยะ ๓ ปี
หลังน (คือ พ.ศ. ๒๔๙๖-๒๔๙๘).

เป็นเมื่อ อายุแรกเกิด ๑ ราย, เพศ
ชาย.

เป็นเมื่อ อายุ ๑ ปี ๑๐ เดือน ๑ ราย

เพศชาย

เป็นเมื่อ อายุ ๒ ปี ๑ ราย เพศหญิง

เป็นเมื่อ อายุ ๓ ปี ๑ ราย เพศหญิง

เป็นเมื่อ อายุ ๔ ปี ๑ ราย เพศหญิง

เป็นเมื่อ อายุ ๕ ปี ๑ ราย เพศชาย

เป็นเมื่อ อายุ ๑๔ ปี ๑ ราย เพศชาย

เพศ สำหรับเพศ, เซสเตอร์และเคเกล
ได้กล่าวไว้ว่าเป็น ในชาย มากกว่าหญิงเป็น
๒ เท่า. ตามรายงาน ๗ รายนี้เป็นชาย ๔
หญิง ๓.

การตรวจภาพรังสี ภาพเอ็กซ์เรย์กระดูก
ในส่วนต่าง ๆ มีลักษณะเปลี่ยนแปลงจำ-
เพาะ, ช่วยในการวินิจฉัยได้แน่นอน. เรา

จะพบว่า กระดูกถูกทำลาย แห่งเดียว หรือหลาย ๆ แห่ง, และเช่นแก่กระดูกอื่นเดี่ยวหรือหลายอันก็ได้. โดยมากพบที่กระดูกสันคี่เมี่ยมเบรนต์, เช่นกระดูกกระดูกโหลกและเชิงกราน.

ตาม รายงานน พบ การ เปลี่ยนแปลง ที่กระดูกกระดูกโหลกศีรษะทั้ง ๗ ราย, ดังที่แสดงข้างล่างนี้ :

กระดูกโหลกศีรษะ	๗ ราย
กระดูกขากรรไกร	๒ "
กระดูกไหปลาร้า	๑ "
ปอด	๒ "
กระดูกสันหลัง	๒ "
กระดูกซี่โครง	๑ ราย
กระดูกแขน	๖ "
กระดูกขา	๓ "

กระดูกโหลกศีรษะ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกโหลกศีรษะ เป็นลักษณะจำเพาะและช่วยในการวินิจฉัยได้ค่อนข้างแน่นอน. ตามที่พบในรายงานนี้มีทุกราย. เราเห็นตำแหน่งของกระดูกถูกทำลาย มีขอบเขตชัดเจนพอใช้, ที่ขอบเป็นเส้นโค้งไปมาคล้ายเปลือกหอยแครงซึ่งค่อยๆ กลืนเข้าที่กระดูกปรกติ. เนื้อกระดูกแน่นทั้งด้านนอกและด้านในของกระดูกโหลก มักถูกทำลาย ไปด้วย

กัน. เมื่อการทำลายลุกลามเรื่อยไป, กระดูกในแห่งนั้นจะหายไปหมดเป็นบริเวณใหญ่. ไม่มีกระดูกเหลือตรงกลางเลย, และที่ขอบไม่มีการงอกของกระดูกขึ้นทดแทน. โรคนี้มัก จะ มี การ เปลี่ยนแปลง ที่ กระดูกกระดูกโหลกศีรษะก่อน, และบ่อยกว่าที่อื่น ๆ. ฉะนั้นการทำลาย มัก จะ ใหญ่ ก่อน ที่เราจะตรวจพบ. การทำลายที่ใหญ่มักจะมีเป็นหย่อมๆ, และอาจรวมอยู่กับที่การทำลายเล็กกว่า.

การทำลายใหญ่ที่มีลักษณะของภาพคล้ายแผนที่ (Map-like appearance), หรือที่เรียกว่า "กระดูกโหลกภูมิศาสตร์" (geographic skull) เป็นลักษณะที่บังถึงโรคโดยตรง (pathognomonic) ที่เดียว. ถ้าเห็นลักษณะเรียวออกได้ทันที. การเปลี่ยนแปลงที่กระดูกอื่น ๆ, เช่นกระดูกเชิงกราน, ไหลปลาร้า, และขากรรไกร, ก็มีลักษณะคล้าย ๆ กัน.

กระดูกขากรรไกร เราเห็นกระดูกถูกทำลายรอบ ๆ โคนฟัน. ฟันล้อมรอบด้วยเนื้อแกรนโลมาตัส, คุกคล้าย ๆ กับลอยอยู่ในปาก. ตามที่พบในรายงานนี้มีฟันหลุด, โยง, และเก. บางรายอาจพบว่าฟันหลุด

ไปเกือบหมดทั้งปาก. อาจเป็นโรคทั้งฟันแท้และฟันน้ำนม. การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ช่วยในการวินิจฉัย ได้ค่อนข้างแน่นอนเหมือนกัน.

กระดูกแขนขา ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของกระดูกขาวที่ปรากฏในภาพเอกซเรย์ (รูปที่ ๑) คือ :

๑. การทำลายช่องเมทัลลารีอ์ของกระดูกอย่างไม่มีมาเสมอ. อาจพบลักษณะเป็นทราเบคูลี (trabeculae), คล้ายคลึงกับซี่ซี่ของกระดูก. แต่มักจะพบทางส่วนปลายหรือโคนของกระดูก.

๒. อาจจะมีการโป่งอ้าออกของท่อนกระดูกเมื่อการทำลายใหญ่ขึ้น. พบในของเนื้อแข็ง (คอร์เทกซ์) ถูกทำลายข้างไป, อาจจะทำให้กระดูกหักได้.

๓. มักไม่พบการพอกของกระดูกตามขอบ (นอกจากในรายที่ได้รับการรักษาแล้ว).

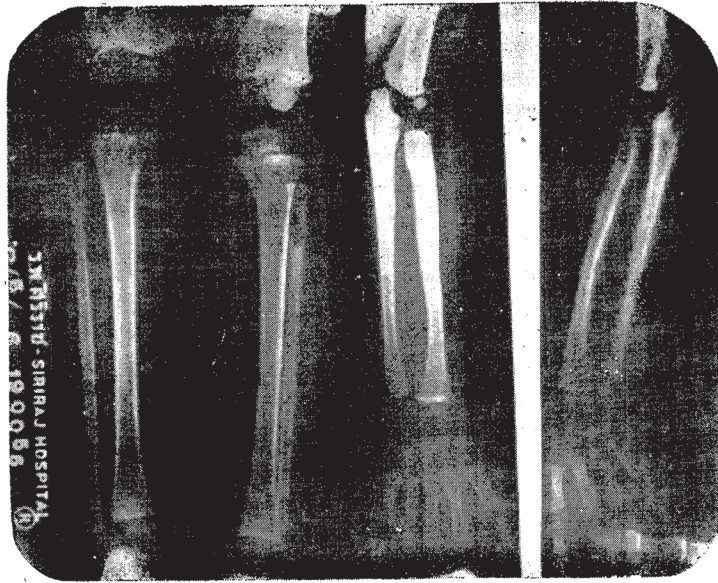
๔. ปฏิกริยาของเยื่อหุ้มกระดูก (เพอริออสทีเตียล รีแอคชัน) อาจจะมีได้และแตกต่างกันมากมายในปริมาณ. ในบางรายที่พบในออสติโนฟัสติก แกรนโลมา ปฏิกริยาในกระดูกที่ติดต่อกัน, เกิดเป็นชั้นซ้อน ๆ กัน (lamellation).

๕. เยื่อพังสีสโคโดยมากไม่ถูกทำลาย.

กระดูกสันหลัง การเปลี่ยนแปลงที่กระดูกสันหลังคือมีการอ่อนตัวและเกิดหักกุด. บางครั้งแบนลงไปมากแต่แผ่นแทรกกระดูกสันหลังยังคงมีอยู่ เป็นลักษณะแผ่นกลม, เป็น Vertebra plana เช่นเดียวกับที่พบในโรคของ Calve ซึ่งเกิดจากออสติไมคินโครลิซิส, มีตัวกระดูกสันหลังยุบและเกิดสะเคลอโรสิส.

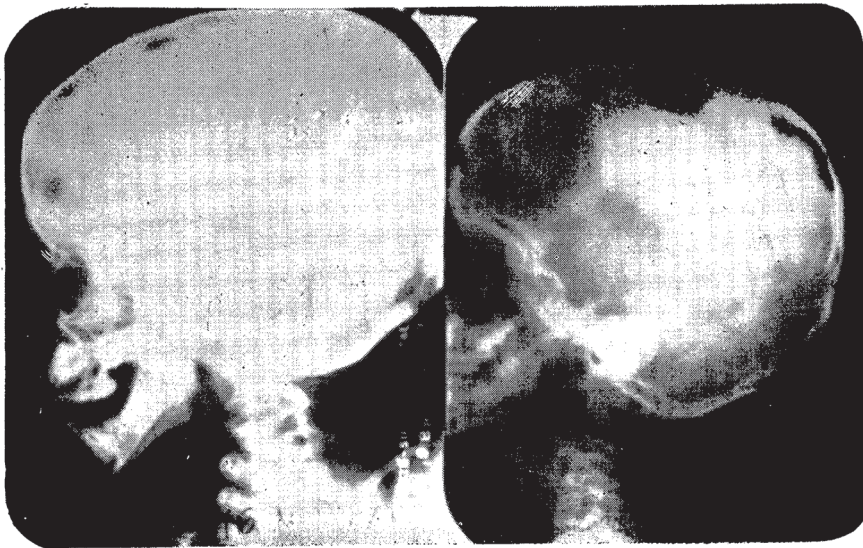
ปอด สำหรับปอดเราพบลักษณะแน่นอนเป็นมีมีก้อนข้างละเอียดกระจายไปทั่วเนื้อปอด, ความรอยของหลอดเลือดและหลอดเล็ก. บางทีเป็นมีมีเล็กข้างโตข้าง, ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ ๐.๕ ถึง ๒ ซม. บางทีพบอินฟัลเตรชัน ลักษณะเป็นแกรนโลมากระจุกกระจาย. ในระยะหลังพบเป็นไฟโบรสิสเส้นยาว ๆ. บางทีเป็นแบบจุด ๆ (mottling) ขอบมี ๆ, ความทึบเท่า ๆ กัน, คล้าย ๆ เลือดคั่ง. มีต่อมทรวงอกและข้างหลอดคอ (เทรเชีย) โต.

การวินิจฉัยแยกโรค การวินิจฉัยแยกจากโรคอื่น ๆ ไม่สู้จะยากนัก, เพราะโรคนี้เห็นในเด็กและเป็นได้ทั่วร่างกาย. ฉะนั้นเราต้องแยกออกจากพวกที่เป็นแก่ร่างกายทั่วไปเช่นเดียวกัน.



รูปที่ ๑ ภาพเอ็กซเรย์ของกระดูกแขนและขา. เห็นกระดูกถูกทำลายเป็นรอยขอบชัดเจน. ที่กระดูกเรเดียส, อัลน่าและฟีบูล่า ไม่มีปฏิกิริยาของกระดูกบริเวณใกล้เคียง.

(ภาพประกอบของเรื่องที่ ๓)



ก.

ข.

รูปที่ ๑ ภาพเอ็กซเรย์กะโหลกศีรษะของผู้ป่วยรายที่ ๒ ก่อนทำการรักษา.

ก. มีกระดูกถูกทำลายที่กระดูกหน้าผากและที่กระดูกท้ายทอย.

ข. หลังการรักษาด้วยเพนซิลลินและสเตอโรยด์, ต่อม้าน้ำเหลืองที่คอยุบหายไป, แต่ที่กะโหลกศีรษะกลับเป็นมากขึ้น.

กระโหลกศีรษะ ตามที่ไคกล่าวไว้แล้วว่า ถ้าม รอย พิกาว ที่ กระโหลก เป็น รูป แผลนที่ แล้ว, บอ กไค แน่นอน. แต่ข้าง ครังไม่แน ชติ ก่ ของน ก ถึง โโรค คงจะ กล่าว ต่อ ไปใน วั ย่าง, คอ

- ๑. มัลติเปิล มัยอิลโลมา.
- ๒. คาร์ซีโนมาแพร่กระจาย.
- ๓. โชมเลสท์อาโตมา.

เพียงอาศัย อายุ, ประวัติ, อาการ, และข้อตรวจพบก็จะช่วยแยกไค้มาก. ส่วน ลักษณะที่พบทาง เอ็กซเรย์ ในโรคอื่น ๆ ก แตกต่างกัน.

๑. คาร์ซีโนมาแพร่กระจาย. มีลักษณะ เหมือนถูกแมลงแทะ (moth-eaten) เป็น แผลกลม ๆ เล็ก ๆ หลายแผลในกระดูก, ในช่องซี่ปลีอก. ส่วนกระดูกแข็งข้างบน ข้างล่างไม่เป็นอะไร.

๒. มัลติเปิล มัยอิลโลมา. ลักษณะคล้าย คาร์ซีโนมาแพร่กระจาย. ใช้แยกด้วยวิธี ตรวจทางห้องทดลองและไบออปซีย์.

๓. โชมเลสท์อาโตมา หรือ เอบีเคอร์มอย-โตมา. ลักษณะเป็นเนื้องอก. เป็นเคียวๆ, มีการทำลายของกระดูก, แสดงการจับของ แคลเซียมที่ขอบ ๆ, หรือมีบริเวณกระดูก แน่นเกินขอบ.

กระดูกแขนขา เมื่อมีโรคเกิดที่กระดูก ยาว, มักจะยากในการวินิจฉัยแยกจากโรค อื่น ๆ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไม่มีโรคที่ กระโหลกศีรษะด้วย. โรคสำคัญที่จะต้อง แยก คือ:

๑. ซาร์โคมาของเอวังก์ (Ewing). อีโอสิโนฟิลิกแกรนูโลมา อาจดูคล้ายกับ ซาร์โคมาของเอวังก์, โดยเฉพาะในเมื่อมี โรคเป็นแห่งเดียวในราย ที่เขอหุ้มกระดูกมี ปฏิกริยาด้วย, แต่ไม่มีการลุกลามเข้าเนอ รอย ๆ.

๒. มัลติเปิลมัยอิลโลมา. ลักษณะ เป็นแผลในกระดูกหลายแห่ง, ขนาดค่อนข้างเท่า ๆ กัน, ขอบมัว ๆ, ไม่ชัดเจน.

๓. เนื้องอกแพร่กระจาย. ลักษณะ เหมือนแมลงแทะ. ไม่ค่อยพบในกระดูก ยาว.

๔. อีออสต์โอมัยอิลไลทิส. กระดูกถูก ทำลายพร้อมกักระดู กงอกเกินปรกติ, มี ซีเควสตรัมและอินไวลครัม.

๕. ซีสต์ในกระดูก. ลักษณะเป็น ถู่งว่าง, แผลเคียว ๆ ตามส่วนลำ (ซัพท์) ของกระดูกยาว, ส่วนคอเรเทกซ์ขยายและ ขาง.



ปอด สำหรับโรคที่ปอดส่วนมากมักไม่มี
แต่ลำพัง. มักจะร่วมกับโรคที่โครงกระดูก.
ถ้าเป็นทปอดอย่างเดียว, วินิจฉัยแยกได้
ยาก. แต่ในโรคคนมักจะมีท่อน้ำเหลืองที่
ขั้วปอดและข้างหลอดทรวงอกโตด้วย.

Hodgson, Kennedy และ Camp แห่ง
เมโยคลินิกกล่าวว่า ตามธรรมดาไม่มีการ
เกิด โรค แก่ ปอด นอกจากจะเห็นที่กระดูก
ค้ำย, และโดยมากโรคที่เป็นกับกระดูกอยู่
ในชั้นแรก. ถ้าในเด็กคนใดพบรอยแห้ว
ขรุขระที่กระดูกค้ำยของกระดูกสันหลังไว้.

ผู้ช่วยที่ส่ง มา ตรวจ ทาง แผนกรังสี
วิทยานมี ๗ ราย. ทกรายพบบริเวณกระดูก
ตกทำลายที่มีลักษณะจำเพาะที่กระดูก
ค้ำย. แต่เป็นการถ่ายภาพโดยการทำการ
สำรวจกระดูกทั่วไปเสียเป็นส่วนมาก. นอก
จากรายเดียวซึ่งมีผลที่หนึ่งค้ำย จึงได้ส่ง
มาถ่ายภาพกระดูกค้ำยโดยตรง. ถ้า
หากว่าแพทย์ผู้รักษาได้ทำการ ตรวจ ค้ำย
เด็กเสมอทุกโอกาสแล้ว, ก็คงจะมีโอกาส
พบโรคนี้ได้มากขึ้น.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

การรักษาโรคไข้เลือดดำ คริสเตียน ด้วยรังสีเร็นทเกน

โรจน์ สุวรรณสุทธิ

พ.บ., C.R.

(แผนกรังสีวิทยา)

โรคไข้เลือดดำ-คริสเตียนหรืออีตีโอ-ซัยโทสิส "เฮกซ์" ปรากฏกระจายในระยะเรื้อรัง, เป็นโรคที่พบบ่อยมากในประเทศไทย. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๐ จนถึง ๒๔๘๕ แผนกรังสีวิทยาได้ให้การวินิจฉัยโรคนี้ไป ๓-๔ รายเท่านั้น และยังไม่เคยมีรายใดที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีเร็นทเกน. อาจจะเป็น

เพราะเข้าใจกันว่าการรักษาด้วยรังสีเร็นทเกนไม่ได้ผล. จึงเห็นสมควรเสนอผลของการรักษาโรคนี้ด้วยรังสีเร็นทเกนในผู้ป่วย ๔ ราย จากทั้งหมด ๗ ราย ที่ได้พบ ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๔๘๖ ถึง ๒๔๘๘ จากแผนกต่างๆ ดังต่อไปนี้.

ตารางที่ ๑. จำนวนผู้ป่วยที่พบรายปี,

และที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีเร็นทเกน

พ.ศ.	แผนก	จำนวนที่พบ	รักษาด้วยรังสีเร็นทเกน	หมายเหตุ
๒๔๘๖	อายุรศาสตร์	๑	๑	ตาย รักษาด้วย คอร์ติโซน ๑
	กุมารเวชศาสตร์	๑	๑	
	ศัลยศาสตร์	๑	๑	
๒๔๘๘	กุมารเวชศาสตร์	๒	--	
	ศัลยศาสตร์	๒	๑	
	รวม	๗	๔	

การรักษาด้วยรังสีเร็นทเกน ซอสแมน(1) ใน ค.ศ. ๑๙๓๐ และ ๑๙๓๒ ได้รายงานผลดีของการรักษาโรคไข้เลือดดำคริสเตียน

ด้วยรังสีเร็นทเกนในผู้ป่วย ๖ รายและชี้ให้เห็นว่าการรักษาทางรังสีเร็นทเกนที่กระทำเป็นการได้ผล. กระจกที่หายจากโรคมอง

ดูไม่ออกจากกระดูกๆ ที่อยู่โดยรอบ. คือ
มากมีผู้รายงานถึงประโยชน์ของรังสีเรินท-
เกินในการรักษาโรคเนื้องอกชนิดต่างๆ, เช่น
เซลล์อก, (2) วิลเลส, (3) ฮอกสัน, (4) และ
ไซลด์.

การเปลี่ยนแปลงทางราดิโอไอโอดี

รังสีเรินทเกินไปกระทำอย่างใดต่อเซลล์ของ
โรคเนื้องอก, จึงได้ผลในการรักษา. ฮอกสัน
อธิบายว่ารังสีเอกซ์ไปทำลายเซลล์พวกอี-
พิโทซัยต์ที่เบียดแทรกเข้ามาแทนที่เซลล์
ปกติ, ปล่อยให้เซลล์ปกติได้มีโอกาสงอก
ออกมาซ่อมแซมส่วนที่เสียหายไป. กระดูก
ที่ถูกทำลาย จะหาย ไป ตาม กระบวนการ
ธรรมชาติ. เซลล์จำพวกเรติคูลอซัยต์และ
อีพิโทซัยต์ใน ไข้ คอ รังสี เรินท เกิน มาก.
ขนาดเพียง ๓๐๐ ร.ก. เพียงพอที่จะไปทำลาย
เซลล์พวกนี้ได้.

วัตถุประสงค์ ๑. เพื่อจะหยุดการลุกลาม
ของโรคและช่วยให้กระดูกที่ถูกทำลายกลับ
หายคืนคืออย่างเดิม, เรวกว่าที่จะปล่อยให้
โดยไม่รักษา.

๒. ป้องกันความพิการถาวรที่จะเกิด
ขึ้นเนื่องจากกระดูกหัก, หรือมีพังผืดเกิดขึ้น
ในข้อ, หรือที่ต่อมขี้ตูดารยในรายที่โรค.

กระจายไปอยู่ที่อวัยวะนั้นๆ, อาจจะทำให้
ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ด้วยหัวใจชกขาดล้มใน
รายที่เป็นที่ปอด, หรือถ้าเป็นที่ต่อมขี้ตูดารย
ร้ายก็ อาจจะทำให้ร่างกาย ไม่ เติบโต และมี
ชัยไปจนเนคาลิสมี (เช่นในรายที่ ๓).

๓. โดยหวังว่าอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยมี
อายุยืนยาวออกไปอีกและสุขภาพดีขึ้น.
เพราะฉะนั้นจึงเห็นสมควรที่จะใช้รังสี
เรินทเกินรักษาในรายดังต่อไปนี้:

- ๑. ในทุกรายที่มีการทำลายของกระดูกอย่าง
มากและรวดเร็ว.
- ๒. ในรายที่มีโรคเข่าหรือข้อหลุดคาไปน.
- ๓. ในรายที่มีโรคกระจายเข้าไปใน
ปอด, ก่อนที่จะกลายเป็นแผลเป็นและพังผืด.
- ก. การรักษาโดยทั่วไป โดยเหตุที่โรคเนื้องอก
เป็นกับอวัยวะหลายแห่งของร่างกายเช่นที่
กระดูกกระดูก โหลก, อังเชิงกราน, กระดูก
แขน, ขา, และอื่น ๆ, รวมทั้งที่ปอด, สมอง,
ตับ, ม้าม, ต่อมาน้ำเหลืองที่คอ, และที่เมก-
แอสติไนมี. ดังนั้นการรักษาโดยการบำรุง
ผู้ป่วยให้แข็งแรง, โดยให้อาหารบำรุง,
วิตามินและรักษาแหล่งที่มเชื้อโรค, เช่นห
นำหนอง, ฟันผุและแผลที่ผิวหนัง, ให้หาย
ด้วย. สิ่งเหล่านี้จำเป็นอย่างยิ่ง, เพราะเมื่อ
ร่างกายแข็งแรงก็มีโอกาสกลับหายได้เร็ว
และไม่ใคร่แพร่รังสีด้วย.

ข. เทคนิคในการรักษาด้วยรังสีเร็นคเก็น
๒๐๐ เค.วี. ๐.๘ มม. ทองแดง เอส.วี.แอล.
ระยะจากหลอดเอกซเรย์ถึงตัวผู้ป่วย ๕๐ ซม.
เนื้อที่ ๆ จะฉายแล้วแต่โรคเป็น มากน้อยแค
ไหน. ขนาดของรังสีททเมอร์ประมาณ
๓๐๐ ร. ใน ๑ สัปดาห์.

รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑ (ดูรายงาน ของ น. พ. บัญญัติ
ปรีชญาณนท์)

สภาพของผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยรัง
สีเร็นคเก็น :

๑. ผู้ป่วยเป็นโรคเรอริงมา ๕-๖ ปี
แล้ว. กระจายไปที่กระดูกหลายแห่ง, คือ
ที่กระดูกกระดูกไหปลาร้า, กระดูกคาง (ภาพเอกซ-
เรย์ รูปที่ ๑ เรืองที่ ๔), และไปที่ต่อมมีถุ-
ธิดารยส่วนหลังด้วย. เมื่อ ๒ เดือนก่อนมา
ร.พ. ได้เริ่มเป็นทปอก (รูปที่ ๓ เรืองที่ ๔).

๒. ผู้ป่วยคมนามาก, วันละ ๘๐๐-
๒,๐๐๐ ล.ซม. ถ่ายปัสสาวะวันละ ๑,๒๐๐-
๒,๒๐๐ ล.ซม., ความถ่วงจำเพาะ
๑,๐๐๕.

การรักษาคด้วยรังสีเร็นคเก็น: ตรงกระดูกหม่อม
และกระดูกคาง, แห่งละ ๒๗๐ ร. ใน ๕ วัน. ที่
ปอก ๓๘๘ ร. ใน ๗ วัน.

ผลและการติดตาม.

๑. ที่กระดูกกระดูกไหปลาร้า. เริ่ม
ปรากฏกระดูกงอกออกมาตาม ขอบใน ๔
สัปดาห์. ใต้ชายซ้าอกครึ่งหนึ่งในระยะ ๒
เดือน, ๔๓๒ ร. ใน ๔ วัน. กระดูกกระดูกหม่อม
และกระดูกคางหายเกือบหมดใน ๘ เดือน (รูป
ที่ ๒, เรืองที่ ๔), และอกยครึ่งต่อมากหาย
เกือบสนิท.

๒. ทปอก. อาการแน่นหายไปภายใน
๑๐ วัน. จุดกระจายของโรคในเนื้อปอก
และต่อมน้ำเหลืองที่ขวปอกขวาหายไปเกือบ
หมดใน ๕ เดือน (รูปที่ ๓ เรืองที่ ๔). จุด
ในเนื้อปอกกลบขวาล่างและซ้ายบน, ที่ไม่
ได้ถูกรังสีก็พลอยหายไปด้วย.

๓. อาการคมนามากและมีสภาวะมาก
ค่อย ๆ ลดลงเท่าปรกติในเวลา ๗ เดือน.

รายที่ ๒ (เลขที่ผู้ป่วยนอก ๑๑,๑๕๑.๕๖,
แผนกกุมารเวชศาสตร์) ค.ญ. ไทย, อายุ
๑ ปี ๕ เดือน. บุตรคนที่ ๔ (สุดท้อง).

สภาพของผู้ป่วย ก่อนได้รับ การ รักษาด้วย
รังสีเร็นคเก็น :

๑. ผู้ป่วย มี อาการ ตั้งแต่ อายุได้ ๘
เดือน. มีไข้. ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตทั้ง
สองข้าง, และมีความพิการที่กระดูกหลาย

แห่ง. ตามรูปมือนพลเคราะห์ที่ปกคลุม ขวายนเล็กน้อย. ภายนอกเป็นในระยะ ร่องขี้จูน.

๒. ผู้ป่วยได้รักษาด้วยเพนิ- ซิลลินและสเตรปโตมัยซิน. ต่อมน้ำเหลือง ที่คอบหายไปเกือบหมด. ความพิการที่ กระดูกเชิงกราน, แขน, ขา, พร้อมทั้งที่ ปกคลุมหายไปด้วย. แต่ที่กระดูกสัน- ทับเป็นมากขึ้น. ผู้ป่วยจึงถูกส่งตัวมารับ การรักษาด้วยรังสีเรนต์เกนในเวลา ๑ ปี ต่อมา.

การรักษาด้วยรังสีเรนต์เกน: ที่กระดูก

กระดูกสันทาบ (๗ ก.ค. ๕๖)

ก. ที่กระดูกพาไรเอตลขวา เนื้อที่

๑๕x๑๕ ซม.

ที่กระดูกพาไรเอตลซ้าย เนื้อที่

๑๕x๑๕ ซม.

ขนาดรังสี ๒๕๐ ร. ใน ๕ วัน.

ข. ๒ เดือนต่อมาฉายที่ ฟรอนโตพา- ไรเอตลขวาและซ้าย, เนื้อที่ ๑๐x๑๐ ซม.

ขนาดรังสี ๓๐๔ ร. ใน ๕ วัน.

ผลและการติดตาม.

กระดูกกระดูกสันทาบเริ่มงอกหนาขึ้น ใน ๒ เดือน (รูปที่ ๒ ก.) และคอบคขึ้น

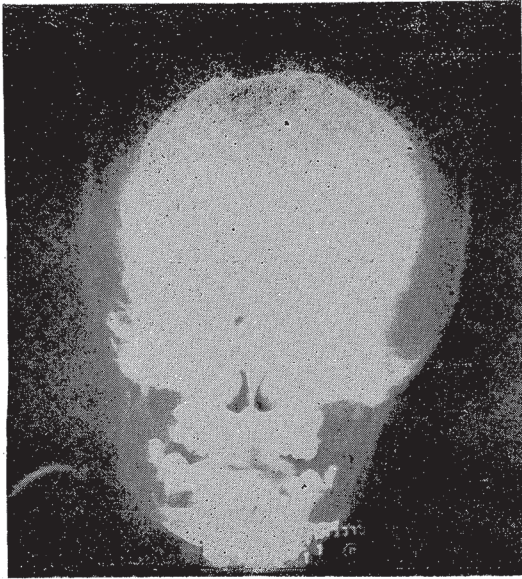
เป็นลำดับ. กระดูกที่อ่อนหายเร็วร้อย. ๑๘ เดือนต่อมา (รูปที่ ๒ ข.) กระดูกที่ กระโหลกศีรษะงอกคขึ้นมาก, ยังคงเหลือ กระดูกที่ ถูกทำลายเป็นหย่อมเล็ก ๗-๘ แห่ง. มีโรคเกิดขึ้นใหม่อีก ๑ แห่งที่ปลาย กระดูกไหปลาร้าซ้าย, และเริ่มมีขี้สวะ มาก. เวลาที่กำลังได้รับการรักษาอยู่ใน แผนกกุมารเวชศาสตร์ (๒ ปี).

รูปที่ ๓ (เลขที่ผู้ป่วยนอก ๗,๘๐๐.๕๖) ก.ญ. จิน, อายุ ๔ ปี, บุตรคนที่ ๖. พันธ ๗ คน.

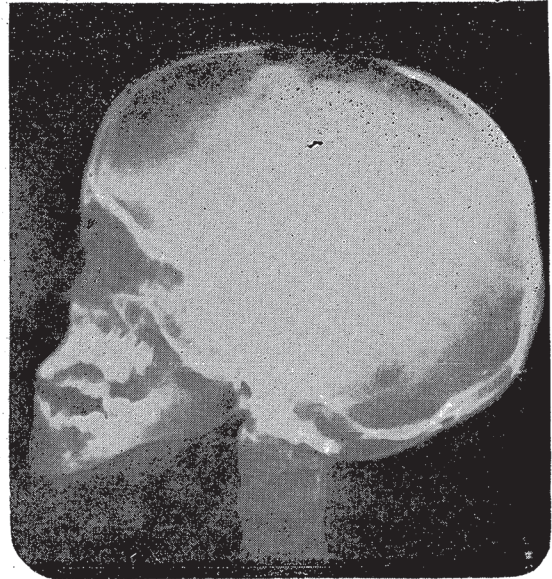
สภาพของผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสี เรนต์เกน:

๑. ผู้ป่วย เป็นแผลที่ศีรษะมา ๑ ปี และขมที่หัวไหล่ซ้ายมา ๖ เดือน. ได้รับการรักษาแผลที่ศีรษะและขมที่กระดูกที่แขน เมื่อ ๖ ม.ค. ๕๖. อาการคขึ้น.

๒. ก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสี เรนต์เกนมีแผลที่ขมบนตาซ้าย, ขนาด ๑.๕x๐.๕ ซม., และมีก้อนนุ่มๆโต ขนาด ๔ ซม. ที่ท้ายทอย, ๓ ซม. ที่ มาสคอบคขวา, และก้อนนุ่มเล็กๆอีก หลายก้อนที่กระดูกพาไรเอตลทางซ้าย. หัว

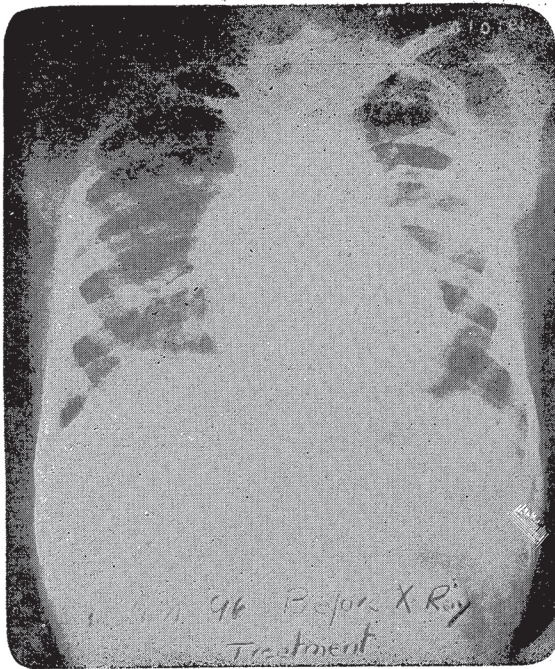


ด้านตรง



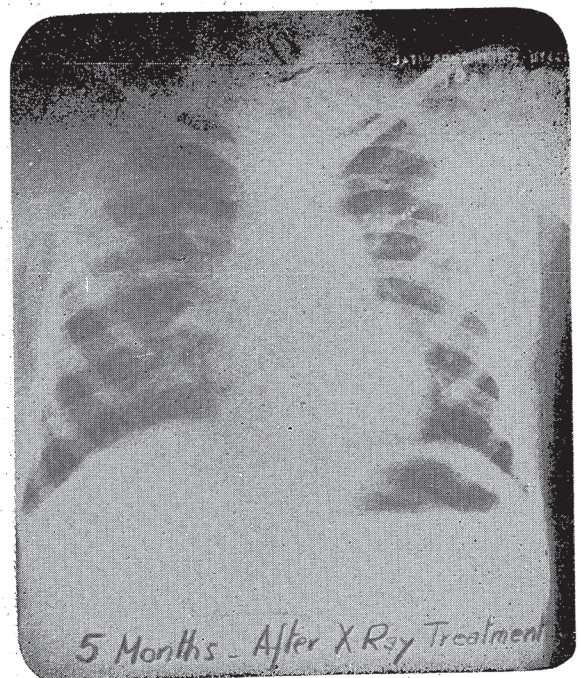
ด้านข้าง

รูปที่ ๒ ภาพเอกซเรย์กระดูกศีรษะของผู้ป่วยรายแรกหลังการรักษาด้วยรังสีเรินตเก็น (๒๓๐ ร./๕ วัน) ๘ เดือน. แสดงให้เห็นการทำลายของกระดูกเล็กน้อยมากจนเกือบเป็นปกติ. อาการของโรคเบาใจหายไป. ปริมาตรของน้ำที่ดื่มเป็นปกติ.



ก.

ก. ภาพเอกซเรย์ของทรวงอกของผู้ป่วยรายแรก. ก่อนการรักษาแสดงให้เห็นต่อมหน้าเหลืองที่ขั้วปอดขวาโต. มีมอดติลิกที่เนื้อปอดส่วนบนทั้ง ๒ ข้าง.



ข.

ข. ภาพเอกซเรย์ของทรวงอกหลังการรักษา (๓๘๘ ร./๗ วัน) ๕ เดือน. แสดงให้เห็นต่อมหน้าเหลืองที่ขั้วปอดขวาเล็กลงมาก. มอดติลิกที่ปอดทั้งสองข้างหายไปเกือบหมด.

ไหลซ้ายยังมีแผลขนาด ๑x๒ ซม. และ
ยังมีขมเล็กน้อย. ต่อมาเหลืองทคอไม้โต.

ทกระโหลกศีรษะ. หัวไหลซ้ายและทกระดูก
แขน, หายไปหมด.

การรักษาควรวงศ์เรณู

- ๑. ทกระดูกกระโหลกศีรษะ. บริเวณ:
 - ก. ท่ายทอย เนื้อ ๗x๗ ซม.
 - ข. มาสคอตชวา เนื้อ ๗x๗ ซม.
 - ค. กระดูกพาไรเอตลซ้าย เนื้อ
๑๕x๑๕ ซม.
 - ง. กระดูกหน้าผาก เนื้อ ๗x๗ ซม.
- ขนาดรังสี ๔๑๖ ร. ใน ๔ วัน.
- ๒. ทหัวไหลซ้าย. เนื้อ ๗x๗ ซม.
- ขนาดรังสี ๔๑๖ ร. ใน ๔ วัน.

ผลและการติดตาม.

- ก. ก่อนที่ศีรษะเริ่มยุบใน ๒ สัปดาห์
หลังจากฉาย. เริ่มสังเกตเห็นว่ากระดูกงอก
ออกมาจากขอยและแผลเล็กลงใน ๔
สัปดาห์, คืบมากใน ๒ เดือน.
- ข. ทหัวไหลซ้ายขมยุบและแผลหาย
ใน ๒ เดือน. แขนยกขึ้นได้. กระดูกหน้า,
คืบเล็กน้อย.
- ค. สามสัปดาห์ต่อมา ผู้ป่วยรูปร่างเล็กบาง,
เคี้ยวไม่สมอายุ. บั๊สสภาวะค่อนข้างมาก
กว่าปรกติ. รอยทกระดูกถูกทำลายที่

รายที่ ๔ (เลขที่ผู้ป่วยนอก ๕๓,๕๕๔.๕๘)

ค.ช., จีน, อายุ ๕ ขวบ.

สภาพของผู้ป่วยก่อนเริ่บการรักษาควรวงศ์
เรณู

๑. ผู้ป่วยมี ต่อมาเหลืองที่ ไตขวา
กรรไกรโกตทั้งสองข้างมา ๒ ปี. แพทย์
ข้างนอก ร.พ. เข้าใจว่าเป็นเนื้องอกของต่อม
น้ำเหลือง. ใ้รับการฉีดยาหลายเข็ม, ไม่
ดีขึ้น.

๒. เมื่อมา ร.พ. ทกระโหลกศีรษะพบ
รอยกระดูกถูกทำลายหลายแห่ง, ทเวอร์-
เท็กซ์, พาไรเอตลซ้ายและที่ท้ายทอย, ท
กระดูกเชิงกราน, ฟีมอร์ทั้งสองข้าง, ฮี-
เมอร์ส และ ทีบีเย่ ข้างซ้าย. ต่อมาเหลือง
ที่คอซ้ายโต ๒x๓, ๑x๑ ซม. ข้างขวา
พอค้ำได้.

การรักษาควรวงศ์เรณู

- ทกระดูกกระโหลกศีรษะ:
- ก. ทกระดูกพาไรเอตลขวา เนื้อ
๒๐x๒๐ ซม.

สารศิริราช

- ข. ทกระดุกพาไรเอคัสซาย เนอท ผลและการติดตาม. ทกระโหลกคัรยะ
 ๒๐x๒๐ ซม. ทกระดุกเริ่มงอกออก มาตามขอบ ของบริเวณ
 ค. ทกระดุกเวอร์เทกซ์ เนอท ทถกทาลาย, คชเห็นได้ชัดเจนใน ๔
 ๑๐x๑๕ ซม. สปีคาคี. ความพิการทกระดุกอึ่งเชิงกราน,
 ขนาดรังสี ๓๕๐ร. ใน ๓๕ วัน. แขนและขาหายไปเองใน ๑ เดือน. ผู้ช่วย
 สบายค.

ตารางที่ ๒. สรุปผลของการรักษาด้วยรังสีเร็นตเก็น

รายที่ ๑ อายุ ๑๔ ปี. เพศชาย. เป็นมา ๕-๖ ปี. ระยะเรอริง.

ตำแหน่งโรค:

- กระโหลกคัรยะ. ขนาดรังสี ๒๕๐ ร./๕ วัน. ผล: หายเกือบสนิท.
 ขากรรไกร. ขนาดรังสี ๒๗๐ ร./๕ วัน. หายเป็นปรกติ.
 เชิงกราน, ฟันเมอ์ หายเอง.
 ทอมบ์ค็อคาร์ย ขนาดรังสี ๒๗๐ ร./ ปรกติใน ๗ เดือน
 ปอด ขนาดรังสี ๓๔๔ ร./๗ วัน. หายเกือบหมดใน ๕ เดือน

รายที่ ๒ อายุ ๒ ปี. เพศหญิง. เป็นมา ๒ ปี. ระยะรอนงปัจจุบัน.

ตำแหน่งโรค:

- ทอมบ์นำเหลองทคอ. ขนาดรังสี ... ผล: หายเองเกือบหมด.
 กระโหลกคัรยะ. ขนาดรังสี ๒๕๐ ร./๕ วัน. หายเป็นส่วนมาก.
 ครวงท ๒ ขนาดรังสี ๓๐๔ ร./๕ วัน.
 ทกระดุกเชิงกราน, แขน, ขา, ปอด. หายเอง.
 สองปีครึ่งหลังจากการฉายเริ่มมีขัสสาวมามากและเป็นแห่งใหม่ทกระดุกใหญ่ลารัว.

โรจน์ สุวรรณสุทธิ

283

รายที่ ๓ อายุ ๕ ปี เพศหญิง. เป็นมา ๑ ปี. ระยะเรื้อรัง.

ตำแหน่งโรค:

กระโหลกศีรษะ. ขนาดรังสี ๔๑๖ ร./๕ วัน.

กระดูกขมับซ้าย. ขนาดรังสี ๔๑๖ ร./๕ วัน.

กระดูกเชิงกราน.

คชนมากใน ๒ เดือน.

แผลหาย. ขวมขบ. กระดูก
คชนเล็กน้อย.

หายเอง.

รายที่ ๔ อายุ ๕ ปี เพศชาย. เป็นมา ๒ ปี. ระยะเรื้อรัง.

ตำแหน่งโรค:

ต่อมหน้าเหลืองโตซ้าย ขนาดรังสี

กรวยไทร

กระโหลกศีรษะ. ขนาดรังสี ๓๕๐ ร./๓๕ วัน.

กระดูกเชิงกราน, แขน, ขา

คงเดิม.

คชนมากใน ๑ เดือน

หายเองใน ๑ เดือน

ตารางที่ ๓ ผลของการรักษาเปรียบเทียบกับของต่างประเทศ

ผลของการรักษา ด้วยรังสีเร็นตเก็น	เมโยคลินิก Childs	บเตอร์เบนท์ Sosman	ศิริราช	หมายเหตุ
หาย ๑๕ ปี	๑			
๑๐ ปี	๑			
ไม่ทราบเวลา	๖			
คชนมาก ๒-๓ ปี		๖	๓	
โรคหทัยคชะงัก คชน (กำลังรักษา)	๑		๑	
รวม	๙	๖	๔	

วิจารณ์

๑. การ เกยว ของ ระหว่าง ระยะเวลา ของ โรคและผลของการรักษาด้วยรังสีเร็นตเก็น.

ก. ในระยะเรอริง, ถึงแม้จะพบว่ามี ความพิการในกระดูกหลายแห่ง รวมทั้งที่ ต่อมน้ำนมและท่อน้ำนมด้วย, ก็ยังได้ผล ดีจากการรักษาด้วยรังสีเร็นตเก็น. ดังจะ เห็นได้จาก ในผู้ช่วย รายที่ ๑, ๓ และ ๔. ส่วนในรายที่ ๒ นั้นคงทนอยู่ในระยะ ร่องขี้- จูบั้น, ความพิการที่กระดูกกระดูกโหลกคี่ระยะ หายไม่สนิท, โรคยังคงดำเนินอยู่เรื่อย ๆ. มีความพิการใหม่เกิดขึ้นที่กระดูกไหปลาร้า ซ้ายและท่อน้ำนม ต่อมน้ำนมด้วย ในปัจจุบัน.

ข. ในระยะปัจจุบัน (เล็ดเตอเรอริงชีวเอ) การรักษาด้วยรังสีเร็นตเก็นไม่ได้ผล, เช่นเดียวกับในโรคลิควีเมียชนิดปัจจุบัน. (มีราย งาน ๑ ราย ในผู้ช่วย ๓ รายจากแผนกกุ- มารเวชศาสตร์ โดย น.พ. ประสงค์ ทัจินดา.)

ค. ในระยะที่เป็นเดี่ยวๆหรือแรกเป็น, ซีโอซีโนฟีลิกแกรนูโลมา ของ กระดูกเป็น ระยะที่ไดผลดีที่สุดในการรักษา, อาจจะ รักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด (คูเร็ค- ทาจ) หรือรักษาด้วยรังสีเร็นตเก็น.

๒. ตำแหน่งที่เป็น. ผู้ช่วยทกรายเป็นท

กระดูกกระดูกโหลกคี่ระยะ, ซึ่งเป็น ตำแหน่ง ทั่วๆไปมากกว่าที่แห่งอื่นและไม่ควรหายไป เอง, ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ ที่ หนักมาก, เช่นในรายที่ ๒, ต่อมน้ำนมเหลือง ทั่วคอกขยายไปเกือบหมด, ความพิการที่ กระดูกแขน, ขา, อังเชิงกรานก็หายไป โดยเร็วรอย, แต่ที่ศีรษะกลับเป็นมากขึ้น, ต่อเมื่อได้รักษาด้วยรังสีเร็นตเก็นจึง ทุเลาดีขึ้น. แต่ถึงกระนั้นก็ตาม, การ ดำเนินของโรครักก็ไม่หยุดลง, มีเป็นทแห่ง ใหม่ดังใดกล่าวไว้แล้ว.

ที่กระดูกแห่งอื่น ๆ, ถ้าเป็นไม่มากนัก, มักจะหายได้เอง.

ที่ต่อมมีผู้ใช้ รังสีเร็นตเก็นรักษาเป็น ส่วนน้อย, เพราะเข้าใจกันโดยมากว่าเป็น ไฟโบรสิสของต่อม ซึ่งรักษาด้วยรังสี เร็นต- เก็นไม่ได้ผล. Curren และ Popp⁽⁷⁾ ได้ รายงานผลของการรักษาด้วยรังสีเร็นตเก็น ที่ต่อม ๑ ราย, โดยฉายไปที่ต่อมข้างขวา ข้างเดียว (๒๗๐ ร), ข้างซ้ายไม่ได้ฉาย, เพื่อเปรียบเทียบ, ปรากฏว่าได้ผลดีขึ้นเล็กน้อย. ต่อมาข้างซ้ายไม่ได้ผล. ส่วน Imler⁽⁸⁾ กล่าวว่าไม่เคยปรากฏว่า ผู้ช่วย ที่มี อนุพล- เทรชันในต่อมแล้วจะหาย ไปได้เอง โดยไม่

ไ้รับการรักษา. ในรายงานนมผู้ช่วยทีม
อินฟิลเตรชันที่ปอด ๒ ราย. ในรายที่ ๑
อินฟิลเตรชันที่ปอดกลีบขวาหายไปเกือบ
หมด. ค่อมานาเหลืองที่ขวยปอดขวาและข้าง
หลอดลมก็หายไป. อินฟิลเตรชันที่ปอด
ขวาล่างและซ้ายบน, ที่ไม่ไ้รับการรักษา
ด้วยรังสีเร็นคเก้น ก็หายไป เกือบหมดด้วย.
แสดงว่ามผลทางอ้อมจากรังสีเร็นคเก้น. ใน
ผู้ช่วยรายที่ ๒, อินฟิลเตรชันในปอดกลีบ
ขวาบนเล็กน้อยได้หายไปเอง ในเวลา ๔
เดือน.

ผู้ช่วยรายที่ ๑ (ดูรายงาน ผ.ป. เลขที่
ผ.ป. นอก ๕๖.๕๖ น.พ. บัญญัติ ปรีช-
ณานนท์) โรคได้กระจายไปที่ค่อมขี้ตอตา-
วีย์. เข้าใจกันว่า เกิดแกรนโลมาไปกดที่
ทเบอร์ชเนอเวียมหรือส่วน หลังของค่อมขี้-
ตอตาทำให้พิการ, จึงทำให้เกิดอาการ
ขี้ตอตาเป็นโรคน้ำขี้ตา. ผู้ช่วยรายนี้
ไม่ไ้รับการรักษาโดยฉายรังสีเร็นคเก้นไป
ที่ค่อมขี้ตอตาโดยตรง. แต่ไ้รับรังสี
ทางค่าน้ำไขสันหลังทั้งสองข้าง และทเวอร์-
เตกซ์. คำนวณจำนวนรังสีเร็นคเก้นที่ค่อม
ขี้ตอตาไ้รับประมาณ ๒๗๐ ร./๒ เดือน,
อาการขี้ตอตาดีขึ้น ค่อย ๆ ค. ขนเป็น ลำค้วย
และหายเป็นปรกติใน ๖ เดือนหลังจากการ
ฉายชุดที่ ๒ ทเวอร์เตกซ์.

๓. ขนาดของรังสีเร็นคเก้น ด้วยเหตุที่
โรคนี้ไม่ใช่โรคเนอรัยและเซลล์ พวกเร-
คิคโลซัยต์และ ฮิสติโอซัยต์ เหล่านี้ ไว ต่อ
รังสีเร็นคเก้น, จึงไม่ต้องการขนาดสูง.
ในรายงานนี้รังสีเร็นคเก้นได้ว่า ถ้าให้ขนาด
ต่ำกว่า ๒๕๐ ร./๑ สัปดาห์มักจะต้องฉาย
ซ้ำใน ๒ เดือน. ถ้าไ้รับขนาด ๓๐๐-
๔๐๐ ร. ฉายครั้งเดียว, ก็ไ้รับผลดีขึ้น
เร็ว. Chamberlain (5) ได้ทดลองรักษาผู้
ช่วยโรคนี้ด้วยขนาดรังสีต่างๆ กันในผู้ช่วย
คนเดียวกัน. พบว่าขนาดรังสี ๓๐๐ ร.,
คำนวณที่ตำแหน่งโรค, เป็นขนาดที่พอ
เหมาะ, ซึ่งเป็นกวางตรวงกัน. ขนาดที่สูง
เกินกว่า ๔๐๐ ร. ไปย่อมจะทำอันตราย
ต่อผิวหนังและผม ของผู้ช่วย โดยไม่จำเป็น.

๔. อันตรายจากรังสีเร็นคเก้น รังสีเร็นค-
เก้นที่ฉายขนาด ๓๐๐-๔๐๐ ร. ๐.๘ มม.
ทองแดง เอช.วี.แอล. น, ผิวหนังเกือบจะ
ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย. ผมร่วงตรง
ตำแหน่งที่ฉายที่ปรากฏภายใน ๒๑ วัน, และ
กลับงอกใหม่อย่างเต็มที่ในเวลาประมาณ ๒
เดือน. นอกจากนั้นไม่มีอาการแพ้รังสีแต่
อย่างใด.

๕. การแปลผล โวคนมักจะกลายเปลี่ยนใหม่ได้เร็วและหายเองได้. การแปลผลของการรักษาจึงควรต้องใช้ความระมัดระวัง. เป็นที่เห็นได้ ชัดเจนว่ารังสีเรนต์เกนในขนาด ๓๐๐-๕๐๐ ร. ช่วยให้กระดูกเกิดการซ่อมแซมและหายรวดเร็วยิ่งขึ้น, และถึงแม้ที่ปอดและที่ต่อมขี้ตาวัย ก็คงได้ผลดีเช่นเดียวกัน.

๓. การรักษาที่กระดูกและที่ปอดให้ขนาดรังสีประมาณ ๓๐๐-๕๐๐ ร. ที่ต่อมขี้ตาวัย ก็คงได้ผลอย่างเดียวกันในขนาดเท่ากัน.

๔. ผลของการรักษาคือดีขึ้นมากใน ระยะ ๒-๓ ปี ๓ ราย, ดชน (กำลังรักษาต่อไป) ๑ ราย.

ในที่สุดนี้ขอขอบคุณศาสตราจารย์ น.พ. สด แสงวิเชียร ที่ช่วยทำกระดูกหายให้โดยตลอด.

สรุป

๑. ได้รายงาน การรักษาผู้ป่วยด้วยโรคซัลเลอร์คริสเตียน หรือ ฮิสทีโอซัยโทสิส "เร็กซ์" ในระยะเรอรั้ง ๔ ราย, อายุ ๑๔ ปี ๑ ราย, ต่ำกว่า ๕ ขวบ ๓ ราย, เพศชาย ๒, หญิง ๒, ระยะเวลาที่เป็นประมาณ ๑-๕ ปี.

๒. การรักษาคือ รังสีเรนต์เกน เป็นการรักษาเฉพาะแห่ง. การรักษาโดยทั่วไป, โดยการบำรุงร่างกายผู้ป่วยให้แข็งแรงและให้แอนติไบโอติก, จำกัดเชื้อโรค, ก็สำคัญไม่น้อยไปกว่าการรักษาคือ รังสีเรนต์เกน. ความพิการในกระดูกเพียงเล็กน้อยและต่อมน้ำเหลืองที่โต อาจหายไปเอง.

เอกสาร

1. M.C. Sosman: J.A.M.A. 98: 110-116, Jan. 1932. Am. J. Roentgenol. & Rad. Ther. 23:581-597, Jun. 1930.
2. D.S. Kellogg: Am. J. Roentgenol & Rad. Ther. 44:396-400, Sept, '40.
3. W.I. Wallace: Am. J. Roentgenol. & Rad. Ther. 62:189-207, Aug. '49.
4. J.R. Hodgson et al.: Radiology 57: 642-651, Nov. '51.
5. D.S. Childs, R.L. Kennedy: Radiology 57: 653-658, Nov. '51. Chamberlain: Ibid (Discussion).
6. C.V. Portman: Therapeutic Radiology p. 512.
7. Curren & Popp: Am. J. Med. Sc. 205: 780-785, Jun. '43.
8. A.E. Imler: Am. J. Roentgenol & Rad. Ther. 56: 343-353, Sept. '46.

อิทธิพลของโรค "เอ็กซ์"

หรือ

โรคซัลเลอร์-คริสเตียน

(รายงานผู้ช่วยหนึ่งราย)

บัญญัติ ปริชญา นนท์

พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)



เอ. ซัลเลอร์ (๑๕๑๕-๑๖) และ
เอช. เอ. คริสเตียน (๑๕๑๕) ได้รายงาน
งานผู้ช่วย ที่มอการ ของ โรคอิทธิ โอสซี่-
โตลีส "เอ็กซ์" ไว้เป็นครั้งแรก. ในครั้ง
นั้นเชื่อว่า จะต้อง มี ลักษณะสาม ประการ คือ
พยาธิสภาพที่กระดูกแบน, อาการตาโปน,
และอาการของโรคเบาใจ. ต่อมาได้มีผู้
รายงาน เกี่ยวกับโรคนี้ไว้อีกหลาย คนด้วย
กัน, พร้อมทั้งได้กล่าวถึงพยาธิสภาพที่พบ
ในอวัยวะอื่น ๆ ด้วย. เข้าใจกันว่าโรคนี้เกิด
จากการผิดปกติของลิปอยด์ เมตะบอลิซึม.
โรแลนด์ (๑๕๒๘) (๒) รายงานผู้ช่วยสอง
ราย, ทั้งได้กล่าวถึงลักษณะของพยาธิ
สภาพที่พบ ในอวัยวะต่าง ๆ ของ โรคนี้.
ชอส์แมน (๑๕๓๐, ๑๕๓๒) (๓) รายงาน
ผู้ช่วย ๖ รายและกล่าวว่า ได้รักษาด้วยรังสี
เร็นทเจนได้ผลดี. วอลเกรน (๑๕๔๐) (๔)
รายงานผู้ช่วยสองรายซึ่งให้การวินิจฉัยโรค

ว่าเป็นซีสเต็มิก เวทิก-เอ็นโตอิเลียล
แกรนโลมา. วอลเกรนได้อธิบายถึงความ
สัมพันธ์ของ โรค เวทิกโล-เอ็นโตอิเลียล
แกรนโลมากับ โรค ซัลเลอร์ - คริสเตียน.
เค็ลลิ่ง (๑๕๔๐) (๕) รายงานผู้ช่วย
หนึ่งรายซึ่งมีพยาธิสภาพเฉพาะที่กระดูก
ศีรษะ, และได้รับการรักษาได้ผลดีโดยรังสี
เร็นทเจน. แอ็คเคอร์แมน (๑๕๔๗) (๖)
รายงานผู้ช่วย หนึ่งราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัย
โรคว่าเป็นอี โอสิ โนฟีลิกแกรน โลมา ของ
กระดูก, พร้อมทั้งมีพยาธิสภาพในปอดและ
กระบังลมด้วย. แอ็คเคอร์แมนได้กล่าว
ถึงข้อ เกี่ยว ข้องระหว่าง โรคอีโอสิ โนฟีลิก
แกรนโลมา; เล็ทเทอเวอ์ชิวเอและซัลเลอร์
- คริสเตียน.

ต่อจากนั้นก็มีผู้รายงานเกี่ยวกับโรค
ของระบบเวทิกโล-เอ็นโตอิเลียลนี้มากราย
ด้วยกัน. ในปัจจุบันนี้ผู้ที่สนใจเกี่ยวกับโรค

กลุ่มหลายคนเช่น วอลเกอร์ (4) กรีน และเฟเบอร์, (7) มัลลอรี่ (8) เจฟ และ ลีซเต็นสไตน์. (9) (10) เชื่อกันว่าโรคคือ โอสตินฟลิคแกรนโลมา, เล็ดเคอเลอร์ชีวเอ และซิลเลอร์—คริสเตียนควรวัดรวมไว้เป็น โรคเดียวกันและใช้ชื่อย่อว่า ซิสติโอซัยโทสิส “เอ็กซ์”, เนื่องจากพบมีพยาธิสภาพในอวัยวะต่างๆ โดยทั่วไปเป็นแบบ การอักเสบซิสติโอซัยโทสิส โดยจำเพาะ. สาเหตุที่แท้จริงของโรคนี้ยังไม่ทราบและไม่ เกี่ยวข้องโดยตรงกับยีนด้อยดิสมิ.

ลีซเต็นสไตน์ (๑๙๕๓) (10) มีความ เห็นว่าควรแบ่งซิสติโอซัยโทสิส “เอ็กซ์” เป็นแบบเฉพาะแห่งและแบบกระจาย.

(๑) แบบเฉพาะแห่ง. ได้แก่โรคคือโอสตินฟลิคแกรนโลมาในกระดูก.

(๒) แบบกระจาย. แบ่งเป็น ระยะปัจจุบันและระยะเรื้อรัง. ระยะปัจจุบัน ได้แก่ โรคเล็ดเคอเลอร์ชีวเอ, ซึ่งส่วนมาก พบในเด็กทารกหรือเด็กเล็ก, มีพยาธิสภาพ ในอวัยวะหลายแห่ง, มีการพยากรณ์โรค เลว. ส่วนระยะเรื้อรังได้แก่ โรคซิลเลอร์—คริสเตียน ซึ่งพบในเด็กทารก, เด็กเล็ก หรือในผู้ใหญ่, มีการพยากรณ์โรคดีกว่าระยะปัจจุบัน. โรคซิลเลอร์คริสเตียน มักพบ ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง. สำหรับการ

พยากรณ์โรคมีอัตราตายไม่แน่นอน. บาง รายงานให้อัตราตายไว้ประมาณ ๓๐ เปอร์เซ็นต์. โดยมากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอายุ. ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีการพยากรณ์โรคเร็วกว่าผู้ป่วยอายุมาก.

ในแผนกอายุรศาสตร์ ร.พ. ศิริราชเรา ได้เคยพบโรคที่จัดอยู่ในระยะเรื้อรัง โอสตินฟลิคแกรนโลมา น้อยบ้าง, เช่นพวก แซนโธมาโทสิส ของผิวหนังหรือที่เรียกว่า แซนโธมาโทสิส เสมีนาตา นอกจากนั้นก็มีพวก แซนโธมาโทสิส ของผิวหนังที่เกิดร่วมกับ บิลิอารีเซอโรสิส. พวกที่จัดอยู่ในกลุ่มซิสติโอซัยโทสิสกระจายเรื้อรังมัก จะพบในผู้ป่วยเด็ก. ทั้งจะเห็นในรายงานของ แผนกกุมารเวชศาสตร์ และแผนกศัลยศาสตร์. ในปี พ.ศ. ๒๔๙๖ เราได้พบผู้ป่วย คนหนึ่งอายุ ๑๔ ปี, มีพยาธิสภาพที่กระดูก, ปอด, ต่อมธนาหรงและมีการของโรค เบาจิต. ได้ให้การวินิจฉัยโรคว่าเป็น โรคซิลเลอร์—คริสเตียน ที่พบในเด็กค่อนข้าง มาก. จึงเห็นสมควรนำมารายงานไว้.

รายงานผู้ป่วย

เด็กชายจีน, อายุ ๑๔ ปี (เลขที่ภายใน ๓๙๖.๕๖), รัยไว้ในแผนกอายุรศาสตร์ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๔๙๖

ด้วยอาการสำคัญว่าแน่นหน้าอก, หายใจ
ไม่สะดวก, และไอบ่อย ๆ มา ๒-๓ ปี.

ประวัติ ประมาณ ๕ ปีก่อนมา ร.พ. ผู้
ป่วยเริ่มมีอาการ กระจายน้ำมากผิดปกติ,
วันหนึ่ง ๆ ต้องดื่มน้ำประมาณ ๘-๙ ครึ่ง,
ครึ่งละประมาณหนึ่งซันขนาดกลาง (ประ-
มาณ ๖๐๐ ล.ซม.). มีอาการถ่ายขี้สภาวะ
บ่อยและมีปริมาณของขี้สภาวะมากกว่าปรก
ติด้วย. บางครั้งผู้ป่วยต้องลุกขึ้นมาถ่ายขี้-
สภาวะถึง ๕-๖ ครั้ง. ขี้สภาวะมีลักษณะใส,
ถ่ายออกได้สะดวก. ทุกครั้งที่ลุกมาถ่าย
ขี้สภาวะตอนกลางคืนผู้ป่วยมักดื่มน้ำด้วย
เสมอ. เวลานั้นผู้ป่วยคงแข็งแรงดี, ไม่เป็น
ไข้, ไม่มีอาการอื่น, คงช่วยบิดาทำนาได้
อย่างปรกติ.

๒-๓ ปี ก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยมีอาการ
อ่อนเพลีย, แน่นหน้าอก. บางวันมีอาการ
ไอแห้ง ๆ และมีอาการหายใจลำบาก. ส่วน
อาการ ถ่าย ขี้ สภาวะ มาก และ กระจาย น้
าบ่อย ๆ ก็คงมีเช่นเดิม. บิดาผู้ป่วยได้จัดหา
ยาต้มพบนเมืองมาให้รับประทาน, แต่อาการ
ก็ไม่ทุเลา.

๒-๓ เดือนก่อนมา ร.พ. อาการแน่น
หน้าอก, หายใจลำบากและอาการไอกำเริบ
มากขึ้น. บางครั้งไอมีเสมหะสีขาวออก

มาเล็กน้อย. เริ่มมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัว
คล้ายจะเป็นไข้ด้วย. บิดาจึงนำผู้ป่วยมา
ตรวจที่ ร.พ. นี้ และได้รักษาไว้รักษา
ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ ๑๑ ของพี่น้อง ๑๕
คน. เกิดในครอบครัวชาวนาทิงหวัดชล
บุรี. พี่น้องทุกคนแข็งแรงดี. ไม่มีใครใน
ครอบครัวมีอาการเหมือนผู้ป่วย. ไม่มีประวัติ
วัณโรคในครอบครัว. ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติ
ป่วยเจ็บป่วยแรงอย่างใดมาก่อนเลย, นอก
จากเคยเป็นหัดครึ่งหนึ่งเมื่ออายุน้อยๆ. บิดา
ของผู้ป่วยกล่าวว่าผู้ป่วย เป็นเด็กที่เติบโต ซ้ำ
กว่าปรกติเมื่อเทียบชกบ้นองของผู้ป่วย. เรียน
หนังสือได้ชามาก. อายุ ๑๔ ปีเพิ่งเรียนได้
ชั้นประถมปีที่ ๒.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม ไม่มีไข้. ชีพจร,
หายใจปรกติ. ความดันเลือด ๑๐๐/๖๘
มม.ปรอท. ผู้ป่วยมีรูปร่างค่อนข้างเล็ก, ไม่
สมอายุ. ผอม. บริเวณส่วนเวร้ตักซ์ ของ
ศีรษะคล้ายไครอยนูนนุ่มขนาด ๕/๕ เซนติ
เมตร, กดไม่เจ็บ. ถ้ากดลึกพบสันกระดูก
แข็งเป็นลอน ๆ. ทรวงอกเคาะไม่ทึบที่ใด.
เสียงหายใจปรกติ. ฟังไตซอเนอร์สองใบ
เป็นบางครั้งพบบริเวณทรวงอกข้างขวาในค่าน
หน้าส่วนบน. หัวใจไม่โต. เสียงหัวใจปรกติ.

คัมมัคค์ลำไม่พย. คล้ำไค้ค้อมน้ำเหล็อง
ขนาดเท่าเมล็ดถั่วเขียว สองค้อม ที่บริเวณ
คอค้ำนซำยส่วนหน้า, ลักษณะค้อมข้างแข็ง,
เคลอนไหวไค้, กคไม่เจ็ย. การทววจอย่าง
อินไม่พยสังผิตปรกคิ.

การทววจทางหังปฏิบัติการ ฮิมโกลบิน,
เม็คเล็อกแกง, เม็คเล็อกขาวอยู่ในระคัย
ปรกคิ. การทคสอยค้ำนให้ผลลย. การ
ทคสอยทเบอคคู้นให้ผลลย (โฮ.ที. ๑๐
ที.ยู.). ทววจข้สสำวะพยวำมีควมถ่วงจำ
พะวะ ๑.๐๐๕, อย่างอินปรกคิ. ทววจ
อจจวะพยไซ้ของ พยาริปากขอ ไม่มำกนัค.
ทววจเสมหะโคยวิธิ ย้อม หลย ครัง ไม่พย
เซอวัณโรค. ส่งไปพะวะเซอหลยครังไค้
ผลลย. ทววจเล็อกพยวำโม่ เลสเทอวอด
๑๖๕ มก.เปอรูเซนต์, นาคาล, เฮน.พ.เฮน.,
และบเร็ยในเล็อกมีระคัยปรกคิ.

การทววจทางรังสีวิทยา ทกระตคกระ
โหลคคัระพยวำมีกกระทำลยของกระตคกระ
หม้อมขนาดใหญ, มีลักษณะไม่เ็นระเบ็ย.
รูปร่างคล้ายแผนท (ภาพรังสีรูป๑). ทกระ
ตคขากรรไกรกัพยมีลักษณะผิต ปรกคิ เช่น
กน. ททววจอกพยวำมเบอหุ่มปอดหนา,
ข้วปอดโตกวำปรกคิและมีจุดเล็ค ๆ ปร
ปรำยในเนอปอดส่วนบนทงสองซำง (ภาพรัง

สีรูป ๓ ก.).

การค้ำเนนของโรค เมอริบเขำมำรคักำใน

ร.พ. ผู้บ้วยคมนำนวณะประมำณ ๖๐๐-
๒๐๐๐ ล.ซม. ข้สสำวะวันณะประมำณ

๗๐๐-๒๒๐๐ ล.ซม. การทววจข้สสำวะ
ไม่พยสังผิต ปรกคิอย่าง ไคนอกจาก มีควม
ถ่วงจำพะวะท้ำระหวำง ๑๐๐๕-๑๐๐๖ และ
พยวำไค้เสอมีอำนำทควมเข้มข้น. เมอ
ทำการทคสอยควมเข้มข้นควยข้คอทรินพย
วำควมเข้มข้นของข้สสำวะระคัยน ไค้ขำงเล็ค
น้อย. เรอลงควมเห็นวำรายนเ็นโรค
เขำกอย่างอ้อน. เนอจกผู้บ้วยไม่มีอกำ
รนเรงอย่างไค้, ข้สสำวะมีมำก เ็นขำงวัน,
ไม่มีอกำรขำกน่ำ, จึงไม่ไค้ให้การรคักำ
ทำยำเกยวกับโรคเขำกคิ. หลงจกรคักำ
รคักำควยรังสีเรนคเกนลคทกระโหลคคัระ
ครวาท ๒ แล้ว อกำรของโรคเขำกคัค
ทเลอลงอย่างมำก (๖ เคเอนเค็ชหลงจก
เร็มรคักำครังแรก). ปริมำตรของข้สสำวะและ
คัมนำอยู่ในเกณท่ปรกคิตลคคมำ. เจอพย
ธิสภำทกระ โหลค คัระลค น้อย ลง อย่าง
ซ้คเจน (ภำยใน ๘ เคเอนหลงจกเร็ม
รคักำ). (ภำยรังสีรูป ๒).

พยธิสภำทใน ทววจอกซ้ง ครังแรก ส้ง
สัยวำเ็นวัณโรค, แต่เมอทววจเสมหะโคย

การข้อมและเลียงเซอหลายครั้งได้ผลลย, การทดลองทเบรคลินก็ได้ผลลย, ประกอบกับลักษณะทางคลินคอย่างอนควย, ทำให้เราลงความเห็นว่าเป็นพยาธิสภาพของโรคซิลเลอริคเรสเทียบ. ภายหลังทวขการรักษาควยรังสีเรนต์เกินลก ในบริเวณทรวงอกซีกขวาส่วนบนแล้ว, อาการแน่นหน้าอกทเลาลงภายใน ๑๐ วันต่อมา. อาการเหนื่อย, และอาการไอค้อย ๆ ทเลาลงจนปรกติ. จุดในภาพรังสีของบริเวณปอดขวาส่วนบนและซวปอดทโทหายไปเกือบหมด ภายใน ๕ เดือนหลังจากเริ่มรักษา. จุดในบริเวณปอดขวาส่วนล่างและทปอดซ้ายส่วนบนซึ่งไม่ได้รับรักษาด้วยรังสีเรนต์เกินลก ก็หายไปด้วย (ภาพรังสีรูป ๓ ข.)

พยาธิสภาพทกระคกซากรวไกรล่างได้รับการรักษาด้วยรังสีเรนต์เกินลกหายเป็นปรกติภายใน ๕ เดือน.

แผนกคัลยศาสตร์ได้กรุณาตัดทรวจกระคกกระโหลกศีรษะและกระคกคางล่าง. ผลการทรวจจากแผนกพยาธิวิทยาได้ผลลย. นอกจากนั้นได้ทำการตัดทรวจต่อมน้ำเหลืองทคอและตัดทรวจทขี้ควยเข้ม, ก็ได้ผลลยเช่นกัน.

ผู้ช่วยคนนี้ได้รับการรักษาติดตามในห้อยรักษาอยู่เป็นเวลาประมาณ ๒ ปี. การ

เปลี่ยนแปลงโดยทั่วไป. ไม่เคยแสดงว่าจะมีลักษณะกำเริบของโรคอย่างไร. มีไข้ต่ำ ๆ บ้าง บางครั้ง, แต่ส่วนมากไม่มีไข้. อาการต่าง ๆ คชนภายหลังทวขการรักษาควยรังสีเรนต์เกินแล้ว. แข็งแรงจนมาก. วิ่งเล่นได้อย่างปรกติ. นำหนักตัวเพิ่มขึ้น ๑๐.๕ กก. หลังจากผู้ช่วยกลับบ้านแล้วเราได้นำมาให้มา ร.พ. อีกเพื่อติดตามต่อไป, แต่ไม่สามารถติดต่อกันได้.

วิจารณ์

ผู้ช่วยรายนี้เป็นชายอายุ ๑๔ ปี, มีประวัติของโรคมา ๕ ปีเศษ, มีพยาธิสภาพในอวัยวะหลายแห่งด้วยกัน. มีอาการของโรคเบาจืด, และมีการเจริญเติบโตของร่างกายช้ากว่าปรกติ. การทรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อททำการตัดทรวจมาจากกระคก, ต่อมน้ำเหลือง, และขี้ควยได้ผลลย. ดังนั้นการวินิจฉัยโรคในรายนี้จึงต้องอาศัยลักษณะทพยทางรังสีวิทยาและทางคลินคเป็นหลัก.

อาการทหน้าผู้ช่วยคนนี้มาทรวจใน ร.พ. คืออาการขี้ส้สวระมากและคมน้ำขอย. เราแยกโรคเบาหวานออกไปได้ควยการทรวจขี้ส้สวระ. ไม่พบลักษณะทางคลินคของโรคไตอีกเสอเรอวัง. จากประวัติและการดำเนิน

ของโรคทำให้แยกอาการ ของ ฮีป ส ที เรีย ออกไปได้. คงเหลือแต่โรคเบาใจซึ่งอาจ เกิดจากสาเหตุได้หลายประการ. แต่ในผู้ บัวยรายนเราพบพยาธิสภาพที่อวัยวะอื่นด้วย. ดังนั้นจึงทำให้คิดว่าอาการของโรคเบาใจ คงเกิดร่วมกับโรคซิลเลอรืคริสเตียน.

สำหรับพยาธิสภาพในทรวงอกในระยะ แรกต้องแยกจากวัณโรคที่ง่าแล้ว. นอกจาก จากนั้นก็ของนักถึงโรคเรื้อรัง ของ ปอด อัก หลายโรคด้วยกัน, เช่น ฮอคจกิ้นส์, ซาร์- ค็อยโคสิส, ฯลฯ. แต่เมื่อพิจารณาถึงลักษณะทางคลินิกโดยรวมทั้งลักษณะทาง รังสีวิทยาในกระดูก, ประกอบกับการรักษา ได้ผลดีด้วยรังสีเรนต์เกินเล็กน้อยแล้ว, ทำให้เราเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลง ใน ทรวง ออก น่าจะเป็นพยาธิสภาพร่วมกับโรคซิลเลอรื คริสเตียน.

สำหรับพยาธิสภาพในกระดูก ที่ เห็น ใน ภาพรังสีอาจจะต้องแยกจากโรคอื่นบางชนิด, เช่น มัลติเบิ้ลมีอึโลมา, ซึ่งอาจพบมีการ เปลี่ยนแปลงได้มากในกระดูก. แต่โรค มัลติเบิ้ลมีอึโลมา มัก จะพบในคน สงอายุ. ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงในภาพรังสีนี้ ก็ แตกต่างกัน. นอกจากนั้นจะพบบ่อยมีมา- โกลยลินในเลือดมากและพบพลาสมาเซลล์

ในไขกระดูก. ในโรคซอกกิ้นส์การเปลี่ยนแปลง ทกระดูกมักพบเฉพาะที่ นวมอ, นว เท้า, แยกกันได้ด้วยการตัดตรวจต่อหน้า เหลืองและการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่าง อื่น. โรคอื่นเช่น เกาเซอร์, คลิสต์อะเนเมีย, และออสติโอติสซึบัสติกากิสเสมีนาตา, ก็ อาจมีการเปลี่ยนในกระดูกได้. ซึ่งเราอาจ แยกจากโรคนี้โดยอาศัยลักษณะทางคลินิก อย่างอื่นประกอบ, รวมทั้งการตรวจในห้อง ปฏิบัติการอื่น.

ผู้ป่วย ของ เรารายนี้ อายุ ค่อนข้างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เคยมีรายงานไว้. การดำเนินของโรครุนแรงและเร็ว. วัณโรค รักษาได้ผลดีด้วยรังสีเรนต์เกิน. การ พยากรณ์โรคในขณะนั้นและกาลข้างหน้า ยังไม่แน่นอน. เคยมีผู้รายงานการรักษา โรคนี้ด้วยแอนติไบโอติก ถ้าสงสัย จะมีการ ตัดเชื้อร่วมอยู่ด้วย, และเคยมีผู้รายงาน การรักษาด้วยคอร์ติโซนว่าได้ผลดี. ใน รายของเรานี้เอง จากอาการโดยทั่วไปไม่รุนแรงจึงไม่ได้ทดลองใช้.

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้พบเห็นครั้งแรก ชาย จีน, อายุ ๑๔ ปี, มา ร.พ. ด้วยอาการไอ,

เหนียวหอย, และมีอาการของโรคเบาหวาน
อย่างอื่น. ตรวจพบพยาธิสภาพในทรวงอก,
ในกระดูกกระดูกโหลกระดูกซี่โครง, กระดูกคางและ
ต่อมหน้าเหลือง. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรค
ซิลเลอริสคริสเตียน. วิชาการรักษาได้ผลดี
ด้วยรังสีเรินทเก้น. พยาธิสภาพในปอดและ
ในกระดูกลดน้อยลงอย่างชัดเจน. อาการ
ของโรคเบาหวานหายไปด้วย. ได้ติดตามใน
ห้องรักษาเป็นเวลา ๒ ปี.

ผู้รายงาน ขอขอบคุณท่าน หัวหน้าแผนกอายุร-
ศาสตร์ที่ได้กรุณาช่วยแนะนำและแก้ไขรายงานผู้ป่วย
นี้

เอกสาร

(1) S.J. Thannhauser : Lipoidoses, Disease of the cellular lipid metabolism, 214 (343-344), 1950.
(2) R.S. Rowland : Xanthomatosis and the reticuloendothelial system. Arch.

Int. Med. 42, 611, 1928.
(3) M.C. Sosman; Xanthomatosis, J.A.M.A. 98, 110-116, 1932.
(4) A. Wallgren; Systemic reticuloendothelial granuloma. Am. J. Dis. Child. 60, 471-500, 1940.
(5) D.S. Kellog; Xanthomatosis (Lipoidosis, Schüller-Christian type). Am. J. Roent. 44, 396-400, 1940.
(6) A.J. Ackerman; Eosinophilic granuloma of bones associated with involvement of the lungs and diaphragm. Am. J. Roent. 58, 330-340, 1947.
(7) W.T. Green, and S. Farber; Eosinophilic or Solitary granuloma of bone. J. Bone and Joint Surgery 24, 499-526, 1942.
(8) T.B. Mallory; Pathology, Diseases of Bone. New England J. Med. 227, 955, 1942.
(9) H.L. Jaffe, and L. Lichtenstein; Eosinophilic Granuloma of Bone. Arch. of Path. 37, 99-118, 1944.
(10) L. Lichtenstein; Histiocytosis "X". Arch. of Path. 56, 84-102, 1953.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอกรวยเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อกับแผนกกิจการ

อิทธิพลของโรค "เอ็กซ์" ในเด็ก

รายงานผู้ช่วย ๔ ราย

ประสงค์ ตูจินตา

พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

อิทธิพลของโรค แกรนโลมา, โรค-
แฮนค-ฮิลเลอร์-คริสเตียน, และโรค
เล็กเตอร์-ซีเว่ เวลาส่วนมากเชื่อว่า
เกี่ยวเนื่องกัน. สมมุติฐานของโรคยังไม่ทราบ
แน่นอน. สำหรับโรคเล็กเตอร์-ซีเว่
อาการทางคลินิก และข้อตรวจพบทางพยาธิ
คล้ายกับการอักเสบ ทำให้บังการคิด
เชื่องเหต. แต่การค้นหาก็ยังไม่ได้ผล
แน่นอน. นอกจากนั้นบางคน, เช่นซีเว่,
ยังมีความเห็นว่า โรคเล็กเตอร์-ซีเว่กับ
โรค ฮิลเลอร์-คริสเตียน เป็นคนละโรค,
โดยมีลักษณะทางพยาธิต่าง กันและ อาจพบ
ในคนอายุต่างกันด้วย. สำหรับโรคเล็ก
เตอร์-ซีเว่ มักพบในทารก, เริ่มต้น
ด้วยอาการไข้, ผื่น, มีจุดเลือดออกตาม
ผิวหนัง, ซีด. ตับและม้ามมักโต. ผู้ป่วยมัก
อาการทรุดโดยเร็วและถึงแก่กรรมในที่สุด.
พบการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิ ในต่อมน้ำ
เหลือง และไขกระดูก. ภาพเอกซเรย์ของ

กระดูกเป็นหลักอาศัยวินิจฉัยโรคนี้. ส่วน
ในโรคแฮนค-ฮิลเลอร์-คริสเตียน แต่เดิม
อ้างอาการสำคัญ ๓ ประการเป็นแบบฉบับ,
คือ กระโหลกศีรษะแหงนงั่ว, ตาโปน,
และเขาจิก (โคอะบิตัสอินสปีคัส). ในปัจจุบัน
นี้ความเห็นเปลี่ยนแปลงไปบ้าง และเห็นว่า
ไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทั้ง ๓ อย่าง. พบ
รวม รายงานผู้ช่วยที่ โรงพยาบาล จอห์นส์
ฮอปกินส์ รวบรวมรายงานผู้ช่วย ๒๕ ราย
พบว่าเพียง ๓ รายเท่านั้นที่แสดงอาการครบ
ทั้ง ๓ อย่าง. ข้อตรวจพบย่อยที่สุดคือการ
เปลี่ยนแปลงที่กระดูกศีรษะ. มี ๒๗ ราย
ใน ๒๕ ราย. นอกจากนั้นม้เขาจิกซึ่งมัก
เกิดขึ้นช้าๆ และค่อยเป็นค่อยไป, โอดิตัส
มีเคียบ, อาการตาโปน, ลักษณะโรคที่เหงือก
และฟันหรือกระดูกขากรรไกร, ลักษณะโรค
ที่กระดูกเมมเบรนสันๆ เช่น กระดูกเชิง
กราน, กระดูกซี่โครง. ลักษณะเปลี่ยนแปลง
ที่ผิวหนัง และลักษณะโรคที่ปอด เช่น

อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้บ่อย. ส่วนการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่อาจมีได้แก่คิ้วและม้ามโต, ต่อมมน้ำเหลืองโต, โดยเฉพาะที่คอ, อาการช้ำ, และต่อมธัยรอยด์โต. การตรวจเลือกทางเคมีไม่แสดงผลอะไรจำเพาะโรค. เด็กมักมีอาการเจ็บท้องกว่าปรกติ, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระหว่างที่โรค กำลัง ก้าวหน้า. สำหรับฮิสทีโนฟิลิก แกรนโลมา มักจะเกิดที่กระดูก, เป็นจุดเดี่ยวหรือหลายจุด, ทำให้บริเวณนั้นบวมและเจ็บ. บางครั้งอาจแตกออกมีคัสซาร์สีเหลือง ๆ. ผู้ป่วยพวกนี้โดยมากถูกส่งไปรักษาทางศัลยกรรม.

รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑ เด็กหญิง, อ.ก., เชื้อชาติจีน

อายุ ๑ ปี ๒ เดือน วัณโรค ๓ ครั้ง. ครั้งแรกวัย ๓๑ อ.ค. ๒๔๕๗, จำหน่าย ๑๒ ม.ค. ๒๔๕๘. ครั้งที่ ๒ วัย ๘ ก.พ. ๒๔๕๘, จำหน่าย ๕ มี.ค. ๒๔๕๘. ครั้งที่ ๓ วัย ๒๕ เม.ย. ๒๔๕๘, จำหน่าย ๕ ก.ย. ๒๔๕๘ ด้วยเหตุที่หมกกรรม.

ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล ครั้งแรกด้วยอาการช้ำมาเป็นเวลา ๔ เดือน. ประวัติอดีตและประวัติครอบครัวไม่มีอะไรสำคัญ. ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๘ เดือนบิดาสั่งเกณฑ์ว่า

หน้ากาช้ำลงเรื่อย ๆ จนเหลือง และท้องบวม. ต่อมาก้อนโตแกงกลาขนตามตัว, โดยเฉพาะที่หน้าท้อง. ไม่มีไข้.

ตรวจร่างกายพบว่าเด็กมีขนาดเล็กกว่าปรกติ (น้ำหนักตัว ๗.๕ กก.), ช้ำ, มีผื่นมาตุโลปลาปลิวทั่ว ๆ ไป (เส้นผ่าศูนย์กลาง ๐.๑ ถึง ๐.๕ ซม.). ที่ท้องพบบวมกว่าที่อื่น. ต่อมมน้ำเหลืองในส่วนต้นค้ำไม่พบบวม. ตรวจเลือกพบลักษณะอะนิเมียชนิดนอร์โมไซติก นอร์โมโครมิก. เจาะไขกระดูกหลายครั้งไม่ได้นำมาตรวจ. ตรวจทูเบอร์คูลิน (วิรมิงทักซ์) ๑:๑๐ ได้ผลลบ. เอ็กซเรย์อกไม่พบลักษณะของโรค.

วินิจฉัยว่าเป็นโรคอะนิเมียชนิดนอร์โมไซติก นอร์โมโครมิก. เหตุไม่ทราบ.

ได้รับการโดยการถ่ายเลือด. อาการดีขึ้นและผู้ป่วยกลับบ้านได้. แต่แล้วกลับมาด้วยอาการเดิม. รักษาถึงเก้า, พอตแตกกลับบ้าน. ๒๐ วันหลังจากกลับบ้านไปครั้งที่สองมีอาการช้ำมากขึ้นและบวม, จึงกลับมาเป็นครั้งที่สาม. คราวนี้ตรวจพบว่าช้ำมาก, มือและเท้าบวม, ตามตัวมีผื่นเช่นคราวก่อนทั่ว ๆ ไป, โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ท้อง. คล้ำต่อมน้ำเหลืองท้ายท้องพบบวมโตขนาดปลายนิ้วก้อย, ต่อมมน้ำเหลืองที่ขา

หน้าโทขนาคหัวแม่มือ. ตรวจเลือดได้ผล เช่นเดิม. เอกซเรย์หน้าอกได้ผลปกติ, แต่ทกกระตักยาวพบลักษณะข้งไปทางเนอรายประเภทโปรลิเฟอเวคัฟ เวคโคโลสิส (น.พ. รัมไทโร สุวรรณิก). ทำไบออปซึชย์ต่อมา เหลืองท่ายทอยและซาห็นบไ้กรบรายงานว่า เวคโคโลเ็นโทลิดีโอสิส (น.พ. ประภิชฐ์ ทัศนสุต).

ระหว่าง ทรมัไวไ้กรรักษาด้วยการ ถ่าย เลือดซ้ำ ๆ. ผู้ป่วยเกิดมีผื่นทกระตักสัน หน้าอก (สะเกอรณัม). รักษาด้วยเพนซิลลินไม่ไ้ผล. เพาะเชื้อไ้สะเกาฟัยโล. ออเวียส, ฌนิกที่แพค้อไอโลทัยฌน, จึง ไ้ไ้เปลี่ยนให้ยานัน. แต่อาการทัวไปก็ยังไม่ ักฌน. หลังจากทรมัไวไ้ไ้ ๕๓ วันเกิดมีจุก เลือดออกทามผิวนัง, ท่อมนาเหลืองใน ระคยตันโททัวทัว, ม้ามโตคล้าไ้ ๑ นิ้ว มื่อ. ตรวจเลือดไ้ลักษณะร้อมโบซัยโต- ยเนย. การถ่ายเลือดไม่ไ้ให้ประโยชน์อันใด. ผู้ป่วยลงแก่กรรมในวันที่ ๑๒๖ ของการวรั ไ้ไ้ครังสุทท่าย.

การตรวจศพไ้รายงานว่าเป็นโรคคิส- เสมิเนคัค ฮิสทิโอซัยโตสิส ฌนิกขั้ฌน, เป็นแก่กระโหลกคัระ, ทับและต่อมหน้า เหลือง.

รายท ๒ ผู้ป่วยเด็กหญิง, ข.ค., ชาติ ไทย, อายุ ๒ ปี, วัชไวเมอ ๑๗ เม.ษ. ๒๔๕๖ ทวยอาการสำคัญคือมีก้อนโตฌน ทคอเป็นเวลา ๕ เดือน. จำหน่ายเมอ ๑๖ ก.ย. ๒๔๕๖ เพราะทเลาฌน.

ประวัติ อคิตและ ประวัติครอบครัว ไม่ มีอะไรสำคัญ. ๕ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีผสังเกทว่าเกิดก้อนโตฌนทคอทงสองข้าง, กคไม่เจ็บ, ไม่ร้อน, ไม่แดง, อย่างอน สบายคั. ต่อมาประมาณ ๒ สัปดาห์หน้าของ ไ้ไหลออกจากหุข้างซ้าย. บางวันออกมาก, บางวันกนอย. หลังจากกนเป็นไ้ไ้นอย ๆ อยุ่เสมอ.

เมื่อแรกวัชอดหลุมิร่างกาย ๓๘.๐ ซม., การหายใจ ๒๘ ครั้งทอนาที, อคธาชัฟจร ๑๒๔. ร่างกายมีขนาดเล็กกว่าปรกติ (น้ำหนักทัว ๘.๒ กก.). คล้าพท่อมนาเหลือง กลุ่มเซอรวิคัล, ปรีออริคูลาร์, ไ้สัค้อ- วิคูลาร์และออกซัปคัลโตฌนาคปลายนิ้วทอย ันถึงนิ้วหัวแม่มือ, อยุ่แยกกัน, ไม่รวม เป็นก้อน. ไม่มีลักษณะอกเสบ. ทางซ่อง หุข้างซ้ายมีน้ำเหลืองปนหนองไหลออกมา. วัชบอย ๆ เป็นปรกติ.

ตรวจเลือดจาก ส่วนเพอริ เพอริลไ้ผล ปรกติ. พลาตัมมาเอลดุมิน ๒.๕ ปรช.,

ไกลบูลิน ๒.๓ ปช. โคลเลสเทอรอลใน เลือด ๑๑๐ มก.ปช. ตรวจทูเบอร์คูลิน (วีรุมักซ์) ๑:๑๐ ได้ผลลบ. ตรวจไข กระดกได้ผลปรกติ. เอกซเรย์หน้าอก รายงานว่าเห็นมีอินฟลิวเอนซันนอยทสท์ทปอก กลีบขนขวา, และต่อมาเห็นหลอดพาราเทร- เมียลข้างขวากับต่อมไฮลัสทั้งสองข้างโต. เอกซเรย์กระดูกยาวและกระดูกเชิงกรานพบ ลักษณะแกรนโลมา, ซึ่งขยับไปถึงแซนโท- มาโตสิสอย่างหนักแน่น. ไปออสซี่ต่อม น้ำเหลืองทคอ (๒๔ เม.ย. ๒๔๕๖) ใค รายงานว่าแกรนโลมาชนิดคิกเซอ (แบบ ๓, ไม่ทราบเหตุ), ต่อมปรืออริคลาร์ (๒๑ ส.ค. ๒๔๕๖) เป็นเรติคโลเอ็นโดทริลไอสิส, ต่อม ออกซิปทัล (๒๑ ส.ค. ๒๔๕๖) มีการอก- เสียบำจวนและเรอริง.

ได้ให้การรักษาค่าย แอนติไบโอติกส์สำหรับการศึกษาทห. อาการทั่วไปดีขึ้นมาก. น้ำหนักตัวเพิ่มจาก ๘.๒ กก. เป็น ๑๑.๕ กก. ภายใน ๕ เดือน. ต่อมน้ำเหลืองโตกลับ ยบลง แต่การเปลี่ยนแปลงทางกระดูกที่เห็น ค่ายเอกซเรย์กลับเลวลง.

ได้ให้ผู้ป่วย กลับบ้าน แล้วมารักษากระ- ดุกด้วยรังสีเรนต์เกน. ปรากฏว่าอาการที่ ฐน. ร่างกายเจริญเป็นปรกติ. หลังจาก

ออกจากโรงพยาบาลไปเป็นเวลา ๒ ปี ๒ เดือน ผู้ปกครอง สังเกตว่าไข้สวาระบ่อย และ มากกว่าปรกติ และมี การ กระจาย น้ำมาก, จึงนำมารับการ รักษาในโรงพยาบาลอีกเมื่อ วันที่ ๑๐ ม.ค. ๒๔๕๕.

ตาไม่โปน. ต่อมน้ำเหลืองเซอรัคัล และอินไกวรูลโตขนาดเม็ดถั่วเหลือง. คลำ พบตับโตประมาณ ๑ นิ้วมอ. ม้ามคลำ ไม่ได้. ระบายอุจจาระ. ใน ๒๔ ชั่วโมง ถ่ายขี้สวาระ ๒๔๐๐ ถึง ๓๐๐๐ ล.ซม., ความถี่จำเพาะ ๑.๐๐๑. คมมา ๑๕๐๐ ถึง ๒๐๐๐ ล.ซม. ใน ๒๔ ชั่วโมง. ได้ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาจัด. แล้วได้ให้ ผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อรักษาต่อไปด้วยรังสีเรนต์- เกน. หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่ได้มาติดต่ออีก.

รายที่ ๓ เด็กชาย, ค.ป., ชาตไทย, อายุ ๑ วัน. รัยไว้เมื่อ ๑๓ ก.ย. ๒๔๕๔ ด้วยอาการ สำคัญว่าตาทะลักตั้งแต่คลอด. ผู้ป่วยเป็นเด็กคนที่สอง, โดยมารดาแท้งคน แรกเมื่อตั้งครรภ์ได้ ๖ เดือน. ไม่มีประวัติ เป็นโรคคิกเซอระหว่างตั้งครรภ์. บิดาปฏิ- เสธกามโรค. การคลอดเป็นปรกติ. คลอด เองที่บ้าน.

ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัว ๒.๒ กก. ตาโปน อย่างมากทั้งสองข้าง. กระจกตา (คอว์เนย)

และม่านตาปรกติ. คับแฉับคล้ายไต ๒ นิ้ว
มอ. ม้ามคล้ายไม่พบ. ตรวจเลือดมาตรวจ
ได้ปฏิกิริยา คาห์น ๓ ขวบ.

ถ่าย เอกซเรย์กระโหลกศีรษะ เห็นรอย
กระดูกแหวง ที่บริเวณเหนือ ควตงสองข้าง,
ทางขวามากกว่าทางซ้าย. ที่กระดูกอัลนา
ข้างขวามีลักษณะกระดูกบางกว่าปรกติอย่าง
ไม่สม่ำเสมอ. รังสีแพทย์แสดงความ
เห็นว่าลักษณะข้งไปในทางแซนโรมาโตสิส.

ไตให้แอนติไบโอติกเพื่อยก้นการติดเชื้อ
เชอตันยนต์. ทากระดูกตาด้วยพารฟีน.
แต่อาการไม่ดีขึ้น. เกิดแผลเย็บเพราะหลับ
ตาไม่ได้, และมีการติดเชื้อ. อาการทั่วไป
เลวลง. ผู้ช่วยถึงแก่กรรมด้วยร่องโม่-
ป็นิวโมเนียหลังจากรับไว้ได้ ๒๐ วัน.

ตรวจศพได้รับรายงานว่าติสเสมีเนตต์
ซิสติโอซัยโตสิส, เป็นที่กระโหลกศีรษะ,
ลูกนัยน์ตา, และปอด, ตาโปนทั้งสองข้าง,
ร่องโม่ป็นิวโมเนีย ๒ ข้าง.

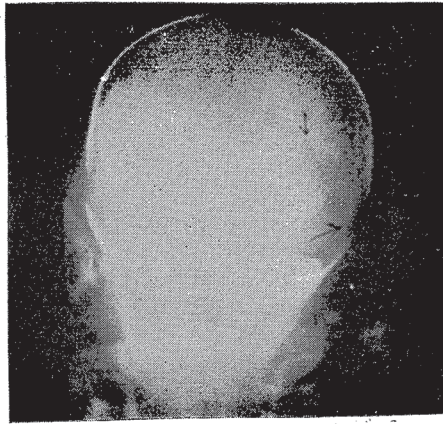
รายที่ ๔ เด็กหญิง, ก.ห., ชาตจีน,
อายุ ๗ เดือน, รับไว้เมื่อ ๑๔ ก.ย. ๒๕๐๐
เพราะ คอขวมสองข้าง มาเค่อนกว่าและมีไข้
บางวัน. ผู้ช่วยเป็นบุตรคนแรก. ประวัติ
อดีตและประวัติครอบครัวไม่มีอะไรสำคัญ.
เมื่อหนึ่งเดือนเศษก่อนมารับการรักษาได้เป็น

ไข้อยู่ ๓ วัน. หลังจากนอนมีเมตเล็ก ๆ เกิด
ขึ้นที่ไตคางข้างซ้ายและหลัง, ขนาดเท่า
ลูกหินเค็กเล่น, ไม่เจ็บ. ต่อมาไม่ซำก่อน
เกิดอกทางข้างขวาและโตขึ้นเรื่อย ๆ. ระวัง
หว่างนมไขเป็น ๆ หาย ๆ. รักษาด้วยยาเงิน
ไม่ได้ผล. หนึ่งสัปดาห์ก่อนมามีน้ำเหลือง
ใส ๆ ออกจากหูขวา, เป็นอยู่สองสามวัน
ก็หาย.

เมื่อรับไว้ตอนหมีร่างกาย ๓๗.๘ ช.,
อัตรชีพจร ๑๕๘, อัตราหายใจ ๓๘. รูปร่าง
ร่างเล็กกว่าปรกติเล็กน้อย (น้ำหนักตัว ๕.๘
กก.). ไม่มีผื่น. ตาไม่โปน. ต่อมน้ำเหลือง
เซอโรวิคัลโตขนาดไซ่ห่านและยักตักกัน, กด
เจ็บเล็กน้อย, ไม่แดง. ในหขวามือหแข็ง
ข้งเยอแก้วห. หซ้ายปรกติ. คลำคัยได้ ๑ นิ้ว
มอ. ม้ามคล้ายไม่พบ. ตรวจเลือด, ชัสสวาระ,
อุจจาระได้ผลปรกติ. โม่เลสเทอร์อลันเล็ค
๒๐๐ มก. ปช., แอลคาไลนฟอสฟาเทส
๕๘ หน่วยไบเคนสคัย, ฟอสฟอรัสในเล็ค
๔.๕ มก. ปช., แคลเซียม ๘.๗ มก. ปช.,
ซีรัมแอลบูมิน ๕.๐ ปช., โกลบูลิน ๒.๒ ปช.,
คาห์นลบ. ตรวจทูเบอร์คูลิน (วิมิงคักซ์)
๑:๑๐ ได้ผลลบ. ตรวจไขกระดูกได้ผล
ปรกติ.

เอกซเรย์หน้าอกไม่พบอินฟิเลเตรชันใน

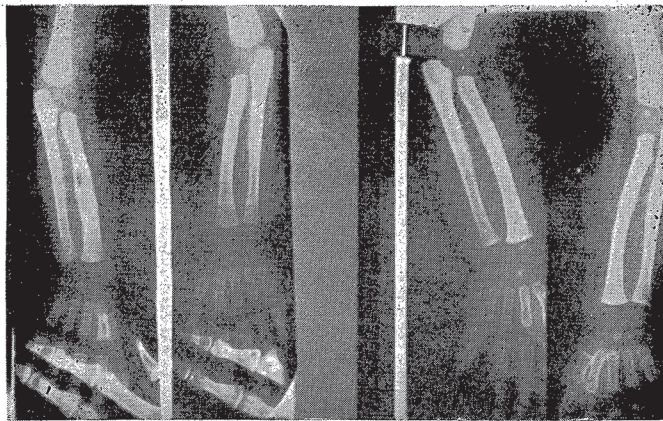
ผู้ป่วยรายที่ ๓.



การเปลี่ยนแปลงที่กระดูกกะโหลกศีรษะ

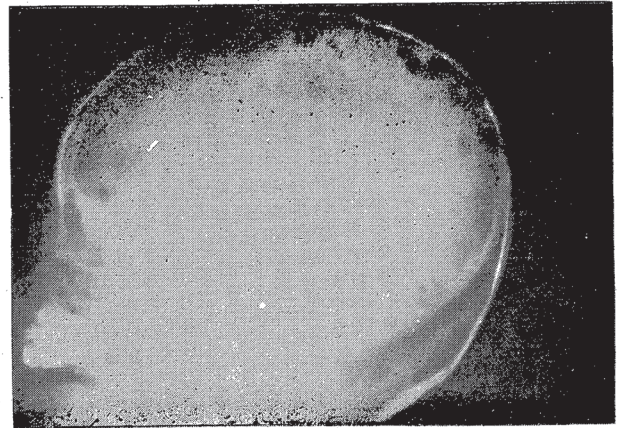
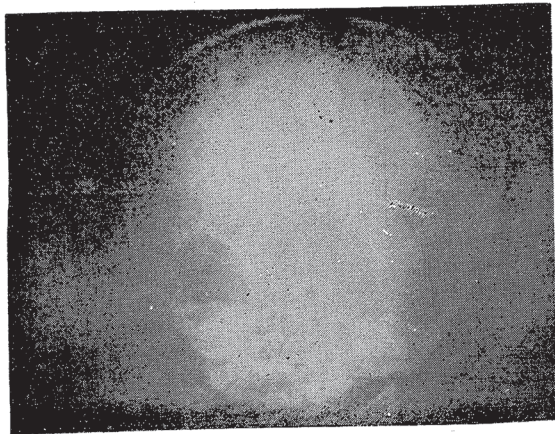
ผู้ป่วยรายที่ ๔

การเปลี่ยนแปลงของกระดูกแขน

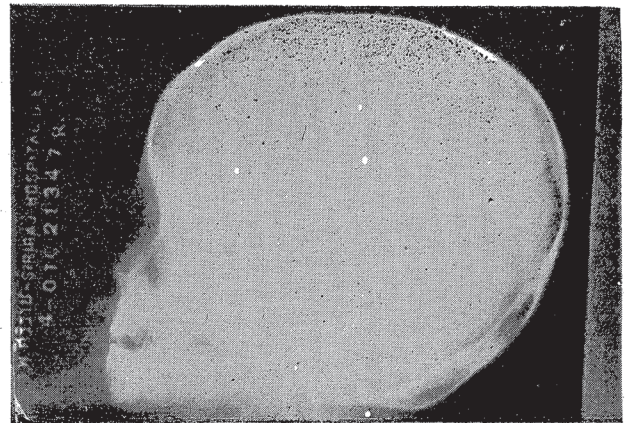
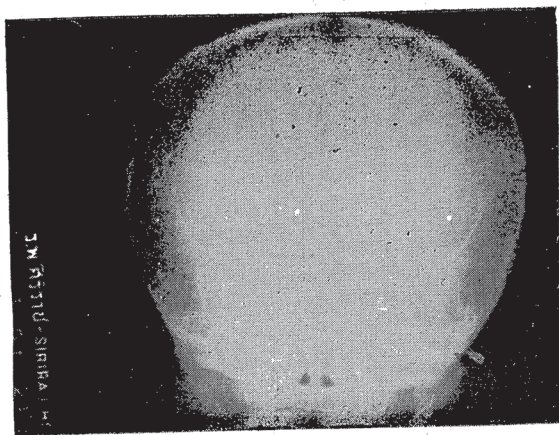


เมื่อแรกจับ

ภายหลัง ๗ เดือน
การเปลี่ยนแปลงของกระดูก
หายไป



การเปลี่ยนแปลงที่กระดูกกะโหลกศีรษะเมื่อแรกรับ



การเปลี่ยนแปลงที่กระดูกกะโหลกศีรษะหายไปภายหลัง ๘ เดือน

เริ่มตนควยต่อมาเหลืองทคอบวมและม่นา
เหลืองออกจากห. นำเหลืองนี้อาจเนื่องจาก
การทำลาย กระจก ในห้องห ษนกลางก็ได้.
การเปลี่ยน แปลงทาง กระจกที่ เห็น ได้ด้วย
เอกซเรย์ช่วยการวินิจฉัยมาก. คิคคการ
คิคเซออาจจะเกี่ยวข้องกั้เหตุของ โรคในผู้
ป่วยสองคนน. ในรายที่สองนั้นสามารถทำ
ให้การอักเสบ ของหตเลาอง ได้ด้วยแอนติ-
ไยโศคค, และอาการทั่วไ้ก็ดีขึ้น, แต่การ
เปลี่ยนแปลง ในกระจกยังคง คำนเนน ต่อไป.
ในตอน หลัง ผู้ป่วยก เกิดการ เบาจิต ชนออก.
ในผู้ช่วยคนที่สี่เราไม่อาจหาจุดที่เกิดการคิค
เซอได้, จึงได้ให้ยาต่อต้านเซอ (แอนติไม
โครเบียล) อยู่ ๗ วัน, ไม่ได้ผลอะไรเลย,
ร่วมทั้งทคอบวมเหลืองด้วย. เพราะฉะนั้น
การ ที่คิค ว่าการ คิค เซอเป็น เหตุ นั้นน่าจะมี
เหตุผลน้อย. แต่การคิคเซออาจแทรกซ้อน
ไ้ได้ง่ายในผู้ช่วยพวกนี้, และการระงับการ
คิคเซออาจช่วยให้ผู้ ช่วยมีอาการทั่วไ้ดีขึ้น
ได้.

ผู้ช่วย ราย ที่สาม แสดง อาการ ตั้ง แต่
คลอดค, คคือตาโปน, และมี การเปลี่ยนแปลง
ทางกระจกเห็นได้ด้วยเอกซเรย์. นี้ข้ว่าเป็น
โรคที่เกิดแก่เด็กแรกเกิดรายแรก, เท่าที่
ค้นพบตามวารสาร. การพบปฏิกิริยาคล้ายกัน

ขวกที่มารดาไม่น่าจะถือว่า ซึ่ขพลสเป็นเหตุ
ของโรคในเด็ก, เพราะไม่มีลักษณะอย่าง
อื่นของซึ่ขพลสแต่กำเนิดเลย. แต่น่าจะ
ค่านังถึงข้จยทางกรรมพันธุ์ไว้ข้.

เกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค, ต่อมน้ำ
เหลืองทคอบโตทำให้ถึงถึงวัณโรค, แต่การ
ตรวจทเชอคลินช่วยแยกออกไปได้. การ
ตรวจทาง รังสีนอกจาก ช่วยคคปัญหาเรื่อง
วัณโรค ของปอด ยังช่วย แสดง ให้เห็นรอย
โรคทกระจกช โครง ช่งชขุค สงสข้ ไป ทาง
โรคที่ถูคคองด้วย. การตรวจเลือด, การ
ตรวจไขกระดูกและ คึกษา พยาธิสภาพ ของ
ต่อมน้ำ เหลืองช่วยวินิจฉัยแยกคล้ายมโพซาร์
โคมาและลิวคีเมียได้.

การคำนเนนของโรคและการพยากรณ์
ผู้แสดงไว้แตกต่างกันมาก. Gross และ Jacox
กล่าวว่าประมาณ ๓๐ ปรช. ถึงแก่กรรม,
๗๐ ปรช. กลับเป็นปรกติ. แต่ Schafer ว่า
ตรวจกันข้ขม, คคือ ๓๐ ปรช. หายและ ๗๐
ปรช. ตาย. Avery มีผู้ช่วย ๑ คนที่เริ่มเป็น
โรคตั้งแต่อายุ ๔ ข้และอยู่จนถึงอายุ ๔๖
ข้, และในจำนวนผู้ช่วยของเขา ๔๐ คนมี
อัตราตาย ๑๕ ปรช. โรคอาจหยุดเองโดย
ไม่ค้องรักษา, หรืออาจเปลี่ยนลักษณะไป
ทางโรคเล็ดเตอเรอร์—ซีเวก็ได้. (3,4,10,11)

การติดเชื้อ แทรกซ้อน อาจเป็น เหตุของการ
ตายได้, เช่นผู้ป่วยที่สาม. ในผู้ป่วยรายที่
๒ และ ๔ ของเรานี้ว่าโรคดำเนินไปใน
ทางดี.

เกี่ยวกับการรักษา, ส่วนใหญ่กระทำไป
ตามอาการ, เพราะโรคนี้อาจค่อยยั้งชั่ง
เอง หรือลุกลามมากขึ้นเป็นครั้งคราวก็ได้.
การรักษาที่ไค้ประโยชน์ในเวลา นี้ก็มีการ
ฉายรังสีและการ ใช้ยาประเภทสะเตอรอยด์.
เอกซเรย์ทำให้ต่อมน้ำเหลืองที่โตกลับยุบลง
ได้ภายในสองสามสัปดาห์. ส่วนกระดูก
แห่งเว้า มักต้อง การ เวลา สาม ถึงสี่เดือน,
แต่แล้วก็อาจเกิดขึ้นในส่วนอื่นของกระดูกได้
ใหม่. การฉายเอกซเรย์ที่ต่อมขั้วคอด้วย
อาจรักษาอาการเบาใจได้ ในบางราย, ไม่
เสมอไป. สำหรับรายที่ไม่ได้ผล, อาจใช้
ยี่เตรสลินช่วยได้. การรักษาคด้วยสะเตอ-
รอยด์ต้องนับว่าเป็นวิธีใหม่, และยังมีทดลอง
กันมาไม่มากนัก, เพราะโรคนี้นาน ๆ
จึงมีครั้งหนึ่ง. ยังไม่มีใครกล้าสรุป
ว่าผลจะเป็นอย่างไรแน่. เมื่อปี ๑๙๕๑
Blahd รายงานว่าคอร์ติโซนทำให้ผู้ป่วย
โรคแอนคิลโลสเรอริสเทียบมมีอาการดีขึ้น.
ในปี ๑๙๕๗ Avery ใช้ เอชทีเอส. ขนาด
๘๐ มก. ต่อวัน นาน ๓ หรือ ๔ สัปดาห์

ในผู้ป่วย ๔ คน, ไม่พบผลที่ชัดเจนในทาง
ดีขึ้น. เขามีคนไข้หนึ่งคนที่ไค้รักษาด้วย
ในโตรเงินมีสคาร์ค, ไทรเอธิลีนเมลามีน
และเอกซเรย์แล้วอาการกลับเลวลง. ต่อ
มาให้คอร์ติโซนวันละ ๘๐ มก. อยู่ ๕ เดือน,
ผลที่กระดูกก็ดีขึ้นหายและอินฟิเลเทรชัน
ที่ปอดน้อยลง. อีกคนหนึ่งอายุเพียง ๒ ปี
ครึ่ง, มีก้อนที่หน้าผากขวา, ไค้รับคอร์ติ-
โซน ๓๐๐ มก. ก้อนเล็กลงภายใน ๔๘
ชั่วโมงและหายไป ใน ๕ วัน.

ผู้ป่วยของเรา รายที่ ๔ ไค้รับเปรีคินิโซน
๑๐๕ มก. ใน ๑๔ วัน. พอรักษาได้ ๗
วันต่อมที่คอกลับลงครึ่งหนึ่งแล้วหายไปภายใน
สามสัปดาห์. เด็กสบายขึ้นและการ
เจ็บโตก็ดีขึ้น. เมื่อตรวจกระดูกก็ดีขึ้น
ต่อมาก็พบว่ารอยโรคหายไปหมด. รายงาน
นี้จะสนับสนุนการใช้สะเตอรอยด์รักษาโรค
ทรวงอก.

สำหรับ ยาต่อต้านเชื้อโรค ทั่ว ๆ ไปอาจ
มีประโยชน์ ทำให้การ ติดเชื้อ ที่แทรก ซ้อน
หายไป และ อาจทำให้ ผู้ป่วย มีลักษณะ ทาง
คลินิกดีขึ้น, แต่ไม่มีผลโดยตรงต่อโรค.

สรุป

(๑) ไค้รายงานผู้ป่วยโรค เล็กเคอ-

เรื่อร์ชีเว่ ๑ รายและโรคเยื่อค้ำซัดเลื่อร์-
คริวส์เคียน ๓ ราย.

(๒) ใน ๓ รายหลัง, ๑ รายมีค้อม
นำเหลืองโต, โรคทกระคก, และเขาหวาน,
อีก ๑ รายมีตาโปนและโรคทกระคก. คน
หลังน แสดง อาการโรคตั้งแต่ แรกคลอด,
นขว่าเป็นผบวยทอายุนอยทสุดและทำใหนัก
ถึง ความเกวยของของกรรมพนธ กยสมฐ-
ฐานของโรค. รายทสามมีค้อมนำเหลือง
โตและโรคทกระคก, ไทรบการรักษาควย
เป็รคินไซน, ใตผลค้อย่างมาก.

ผู้รายงานขอขอยคณทานค้ำศตราจารย์
อรณ เนทรคิวิ, หัวหน้าแผนกกุมารเวช-
ค้ำศกร, ทอนญาคให้เสนอรายงานน, และ
ขอยคณ ค้ำศตราจารย์ประคิษฐุ คณสูรค ผู้
ทำการตรวจศพและอ่านชันเนอ.

เอกสาร

1. A.F. Abt and E.J. Denenholtz :
Am. J. Dis. Child. 51 : 499, 1936.
2. M.A. Goldzieher and O.S. Hornick:
Arch. Path. 12 : 733, 1931.

3. A. Wallgren : Am. J. Dis. Child.
60 : 471, 1940.

4. L. Lichtenstein : Arch. Path. 56 :
84, 1953.

5. A.J.M. Reese and E. Levy : Arch.
Dis. Child. 26 : 578, 1951.

6. H.L. Jaffe and L. Lichtenstein :
Arch. Path. 37 : 99, 1944.

7. H. Agress and S.H. Gray : Am.
J. Dis. Child. 57 : 573, 1939.

8. A. Christie et al.: Acta. Pediat.
43 : 65, 1954.

9. S.A. Siwe : Advances in Pedia-
trics, New York, Interscience Publisher-
Inc., 1949, vol. 4., p. 117.

10. T.B. Malloy : New England J.
Med., 227 : 955, 1942.

11. P. Freud : J. Pediat. 38 : 744,
1951.

12. R. Batson et al.: Am. J. Dis.
Child. 90 : 323, 1955.

13. M.E. Avery et al.: Am. J. of
Med. 22 : 637, 1957.

14. P. Gross and H.W. Jacox : Am.
J.M. Sc. 203 : 673, 1942.

15. E.L. Schafer : Am. J. Path. 25 :
49, 1949.

16. W.H. Bland et al.: Ann. Int.
Med. 35 : 927, 1951.

SYMPOSIUM ON HISTIOCYTOSIS "X"

(Summary)

1. HISTIOCYTOSIS "X" Pradit Tan-surat, M.D., Ph.D. (Dept. of Pathology)

The pathology of histiocytosis "X" is described.

2. HISTIOCYTOSIS "X", ROENTGEN DIAGNOSIS Sanuan Burnabhavanga M.B., F.I.C.S. (Dept. of Radiology)

The author describes the diagnostic features of the disease, including differential diagnosis. Clinical examination of the scalp is recommended in suspicious cases.

3. ROENTGENOLOGICAL TREATMENT OF SCHÜLLER-CHRISTIAN DISEASE Rofjana Suvarnasuthi, M.B., C.R. (Dept. of Radiology)

From 1953 to 1955 seven cases of histiocytosis "X" were admitted. Of these 4 were subjected to roentgen therapy. In all cases the skull was involved; all responded very well. Bone lesions in other sites sometimes healed spontaneously. Lung lesions in two patients were indirectly benefitted. The only important manifestation of toxicity was loss of hair. In general the dose was about 300 r in one week. The significance of general supportive measures was emphasized.

4. HISTIOCYTOSIS OR SCHÜLL-CHRISTIAN DISEASE, CASE REPORT Banyati Prichayanondh M.B. (Dept. of Internal Medicine)

A Chinese youth of 14 complained of chest oppression, difficulty in breathing and frequent cough of few years' duration. Other symptoms included excessive urination and frequent feverish attacks. A soft, painless tumour mass 5 x 5 cm. in extent was palpated on the vertex. X-ray examination revealed typical geographic markings of the skull with local bone destruction, and bilateral pulmonary infiltration with thickening of pleura and hilar enlargement. The mandible and pituitary were also involved. There was moderate polyuria with low specific gravity of urine. After 270 r in 5 days on the vertex and chin, and 388 r in 7 days on the chest, there was distinct improvement, generally as well as locally. The benefit continued during 2 years' stay in the ward. There was no sign of aggravation or of relapse.

5. HISTIOCYTOSIS "X" IN CHILDREN. REPORT OF FOUR CASES Prasong Tutchinda, M.B. (Dept. of Pediatrics)

The first case, a Chinese girl of fourteen months, presented the features of Letterer-Siwe disease with progressive anemia and skin rash. There was some benefit from blood transfusions, but there were two relapses. On the third admission there were complicating sternal abscess and thrombocytopenia which proved fatal. Autopsy revealed acute disseminated histiocytosis involving skull, liver and lymph nodes.

The second patient was a Thai girl

of two complaining of mass on the neck of two months' duration. This was followed by purulent discharge from the left ear. There was some low fever most of the time. Enlarged lymph nodes were found in the cervical, pre- and post-auricular and occipital groups. The bone marrow was normal. Laboratory findings were not suggestive. Tuberculin test gave negative result. X-rays revealed minimal infiltration of right upper lobe of lung with enlarged right paratracheal and hilus nodes. Typical granulomatous features were seen in the long bones and pelvis. Biopsy of lymph nodes gave impressions of infections granuloma (cervical), reticulo-endotheliosis (preauricular) and acute and chronic inflammations (occipital). Antibiotics were given for the ear condition, and X-ray for the bones. There was definite improvement. Two years and two months later the patient reappeared with complaints of excessive urination and thirst. Diagnosis of diabetes insipidus was made and further radiological treatment was prescribed. Later, contact was lost.

The third case was that of a Thai new-born baby, brought for hospitalisation because of prolapse of both eyes at birth. The liver was enlarged. The diagnosis was clinched by X-ray findings of bone defects in the skull around the supra-orbital regions and decrease in bone density in the right ulna. Exposure ulcers developed in the eyes in spite of prophylactic measures, and the

patient died of bronchopneumonia after 20 days in the ward. Necropsy revealed disseminated histiocytosis involving the skull, eyeballs and lungs, with bilateral exophthalmos and bilateral bronchopneumonia. This was probably the youngest patient ever reported, and might be cited in favour of hereditary trend in connection with histiocytosis.

The fourth patient was a Chinese girl of seven months brought for the treatment of swellings on both sides of the neck, beginning about one month previously. The illness started with 3 days of fever, followed by appearance of a small nodule under the chin, on the left side, and behind the left ear. Similar masses then appeared on the right side. They progressively enlarged. Tuberculin test was negative. The bone marrow was normal. X-ray revealed multiple areas of diminished density of bone involving ribs, right humerus, and cranial vault. Penicillin and sulphonamide were given with no avail. Prednisone was then given, 7.5 mg. daily in three-divided doses. After one week the swelling had become smaller by about one-half. Contact was then lost for seven months. When the patient was then brought for treatment of a cold she was again examined. All glandular enlargements had disappeared, so also the bone defects as seen by roentgenography. The general health was much improved. The patient had received 105 mg. of prednisone in two weeks.

บทบรรณาธิการ

การทำงานเฉพาะวิชา

ลักษณะหนึ่งทีถือว่เป็นเครื่องหมายของความก้าวหน้าในการแพทย์แผนปัจจุบันคือการเลือกทำงานเฉพาะอย่าง หรือ เฉพาะวิชา. ในสมัยโบราณหมอคนเดียวกี่ยววิชาใช้ไต่ทักชนิก, ไม่ว่าจะเป็นโรคของคัย, ไต, ปอด, ไข้ป่า, ไข้ชัษระค, หรือผประค้ำร้อย. ต่อมามีการแยกเป็นแพทย์ทางยา, ทางผ่าตัด, และแพทย์คลอดบุตร. สำหรับประเทศเรากล่าวไต่ว่าสภาพเช่นนี้เป็นมาจนกระทั่งถึงสงครามโลกครั้งที่สอง. ระหว่างระยะเวลาสั้นในประทศอื่น ๆ ในภาคตะวันตกได้มีการแยกอบรมแพทย์เฉพาะโรคกันอย่างมากมาแล้ว. เหตุผลที่ประทศเรายังไม่ได้กระทำเช่นนั้น คงเป็นความขาดแคลนของแพทย์. แม้จะมีบางคนไต่ไปรับการอบรมเฉพาะอย่างในต่างประเทศ, เมื่อกลับมาแล้วก็จำต้องทำงานทุกอย่าง, ไม่อาจเลือกทำเฉพาะไต่. ต่อเมื่อสงครามสงบลงแล้ว, การผลิตแพทย์มีมากขึ้น, จำนวนแพทย์ทั้งหมดเขยิบไต่ละคัยความค้งการ, ประกอบกับมีการให้ทุนศึกษาเพิ่มเติมแพร่

หลาย, ผู้ที่ไต่ไปต่างประเทศในตอนหลังนี้มีโอกาสไต่ศึกษาเฉพาะอย่างเป็นจำนวนมาก. เมื่อกลับมาแล้วก็มีโอกาสจำกัดวงการทำงานของตนให้ตรงกับที่ไต่เรียนมา. จึงนับไต่ว่าการมีผู้ชำนาญเฉพาะวิชาในการแพทย์ของเราเริ่มอย่างจริงจังขึ้นหลังจากสงครามโลกครั้งที่สองเสร็จสิ้นลง.

การทำงานเฉพาะวิชาเป็นเครื่องหมายของความก้าวหน้าด้วยเหตุผลหลายประการ. ข้อที่สำคัญที่สุดคือผู้ทำงานเฉพาะวิชาหรือเฉพาะโรคย่อมมีโอกาสมากขึ้นที่จะศึกษาให้ละเอียดลึกซึ้งลงไปในแขนงวิชาหรือโรคนั้น ๆ, โดยการอ่านตำรับตำราหรือวารสาร, หรือโดยการศึกษาค้นทดลอง, มากกว่าผู้ทำงานหลาย ๆ ด้านไปพร้อม ๆ กัน. ต่อเนื่องกับข้อนี้คือโอกาสที่จะฝึกฝนให้บังเกิดความชำนาญในค้ำนปฏิบัติก็ มีมากขึ้นด้วย. ข้อหลังนี้เพิ่มพูนทงสมรรถภาพและประสิทธิภาพ. ในปัจจุบันนี้กล่าวไต่โดยไม่ต้องเกรงเกินความจริงว่าแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะของเราทำงานไต่ในระคัยไต่เคียง

กษัตริย์ผู้ชำนาญใน ประเทศอื่น ๆ ทุก ประเทศ, ต่างกษัตริย์เมอส์ซยักอนนอย่างมาก มาย. ในค่านวิชาการศึกษาโดยเฉพาะเราที่มี ผู้ที่สามารถทำการตรวจคนและคนควาในชั้น ที่สามารถ นำเสนอ ต่อ ที่ ประชุม นานาชาติ ได้. ความคลลคลายเหล่านี้เป็นผลกั ของการมีผู้ทำงานเฉพาะวิชาโดยตรง. การ ขรรยายร่วมที่ นำลง พิมพ์ ใน ตอน ต้น ของ หนังสือนี้เป็นหลักฐานที่ดี สำหรับประโยชน์ ของการทำงานเฉพาะอย่างในขณะนั้น.

แต่การนี้ก็มีข้อเสียอยู่หลายข้อ, เช่น เคยกขการอื่น ๆ ซึ่งมทั้งดและเสีย. ใน เบื้องต้นมีความหมคเปลืองมากในการอบรม ผู้ชำนาญเฉพาะ, เพราะต้องการเวลานาน และแทบทุกคนต้องไปต่าง ประเทศ. ต่อมา เป็นการเปลืองคนสำหรับงานหน่วย หนังสือ, เพราะหากแต่ละคน ทำงานเฉพาะแ่งเดียวๆ, ก็ต้องมีคนหลาย ๆ คนสำหรับงาน ที่พบเป็น ประจำ. ข้อนี้ทำให้ขลกขลกเสมอสำหรับ ประเทศที่มีพรจางนวนน้อย, เช่นประเทศ เรา. หากมีผู้หนึ่งเจ็หรือคคหระ, ผู้อนอาจ ทำงานแทนไม่ได้, ทำให้งานค้ำเนนไปไม่ สะดวก. อีกข้อหนึ่งคือการมองแคบหรือเห็น แคบ, ดังที่เราได้อ่านย่อๆ ในเรื่องชวน หัวซึ่งกล่าวถึงผู้ชำนาญโรคปอกที่เห็นคนไข

ทุกคนเป็นโรคปอกไปหมด, ผู้ชำนาญโรค คชกัเห็นแต่คนไขโรคคช; หรือที่เล่าถึง คนไขที่มี อาการ อาการ ปวคคัระต้องไปหา แพทย์โรคประสาท, แพทย์โรคตา, โรค จมก, กามโรค, คัลยแพทย์สมมอและ อื่น ๆ อีกหลายคน, และลงท้ายหายโรค เพราะภรรยาให้กินแอสไพรีนและยาถ่าย.

ผลของการทำงานเฉพาะอย่างนี้ ต้องนับ ว่าร้ายมากคือการที่ผู้ชำนาญคนหนังสือ ๆ ต้อง ทำงานมาก เสียเงิน ไม่มีเวลาที่จะทำงานอื่น หนึ่ง ๆ ให้ได้ผลที่เท่าที่ควร. ขอนม อื่นตราย มาก ในประเทศ ที่มี คน มีความรู้ จริง ๆ น้อย, เช่นในประเทศเรา, และยัง นำผลร้ายขึ้นต่อไปมาให้อีกด้วย, คือการที่ ไม่มีเวลาว่างสำหรับการ ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อ รักษาระดับความรู้ ให้คงสูงและ ทันสมัยอยู่ เสมอ. ผู้ที่สำนึกในความสำคัญของการ ศึกษาเพิ่มเติมย่อมพยายามที่จะจากการ ทำงานของตนเองให้มีเวลาว่างไว้บ้างสำหรับ หรือการ อ่าน วารสาร หรือร่วม ประชุม วิชาการ, เพื่อมิให้ความรู้เผื่อหรือล้าสมัย. แต่ คงไม่ใช่ทุกคนที่อาจทำเช่นนั้นได้. ส่วนมาก คงไม่สามารถ ปลีกตัวจาก ความขบคนที่จะ ให้อุทิศเวลาทั้งหมดให้แก่งาน, โดยเฉพาะ เมื่อมีประโยชน์ตอบแทนอย่างงตงาม. ทั่ว

ฐานมัน คงก็ เพราะมี ผู้ชำนาญ งานมาก ๆ. ความคิดในทำนอง “เสอสองตัวในถ้ำเคียวกัน” นั้นใช้ไม่ได้สำหรับวงการแพทย์, เพราะ แพทย์มีประเพณีเล็ก เปลี่ยนความรู้ และไม่แยกพวก. ถ้าให้ความรู้แก่กลุ่มอื่นไม่ได้, ทำไมจะให้แก่กลุ่มเดียวกันไม่ได้. ถ้าช่วยหมอนได้, ทำไมจะช่วยเหลือของคนไม่ได้. โดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ไม่ควรกักกันผู้ที่มี ความรู้ใหม่ โอกาสแสดงความสามารถ. การเข้โอกาสจะช่วยให้

คนรุ่น หลังเสริม สร้างตนเอง ขึ้นมา เพื่อรับช่วงหรือรับช่วยงานเฉพาะอย่างได้, และอาจเป็นเหตุให้พหุมีความเหมาะสมพิเศษสำหรับงานแต่ละอย่างๆ, ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการก้าวหน้าของสถาบัน.

การอบรมเฉพาะวิชาและการมีผู้ชำนาญเฉพาะอาจให้ทั้งคุณและโทษ. การจำกัดขอบเขตให้อยู่ในระดับสมควรกับการยกมันในประโยชน์ของส่วนรวม จะช่วยให้ได้รับประโยชน์เต็มที่ได้จากการทั้งสองน.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. บอกรับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกกิจการ

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๐๒

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๒,๐๐๗	๑,๑๔๑	๑,๒๐๐	๑,๒๐๐	๑,๖๓๐	๓๒๖	๗,๕๐๔
เก่า	๓,๖๐๗	๑,๙๖๑	๒,๒๔๕	๑,๗๖๘*	๒,๖๕๕	๔๘๘	๑๒,๖๖๘
รวม	๕,๖๑๔	๓,๑๐๒	๓,๔๔๕	๒,๙๖๘	๔,๒๘๕	๘๑๔	๒๐,๑๗๒
<u>ใน</u>	๒๖๖	๓๑๘	๕๗๗	๑๐๗	๓๔๕	—	๒,๐๑๓

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๔๔๒. จักษุฯ ๓๗๔. สูติ-นารีฯ ๒๒๕. รวม ๑,๐๔๑ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๕๓, หญิง ๓๔๔, รวม ๖๙๗. คลอดตาย, ชาย ๖, หญิง ๑๑, รวม ๑๗.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๗๒ คน (๘.๕% ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๕ ราย (๓๒.๐% ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๑๘๘ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. รวม ๑๘๘ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๙๒๗ คน, รักษาใหม่ ๕๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๓๒๔ ครั้ง. รadium, รักษา ๑๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๐ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๒ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๔๕๗ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๕ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๐๖๖ ราย (จากภายนอก ๖๔ ราย). แอ็กคลูติ-เมชัน ๘๖. วัณโรคและคาหิ์น ๑,๘๘๑. หมู่เลือด ๒๔๗. น้บเม็ดเลือด ๖๕๑.* หาเชื้อบักเตรี ๑๓๕. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๘, อุจจาระ ๔๒๕, ปัสสาวะ ๓๘๐,* เสมหะและอื่น ๆ ๒๗. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๕๒ อุจจาระ ๗๔, ปัสสาวะ ๒๔, เสมหะและอื่น ๆ ๑๗๕. เพาะเชื้อบักเตรี ๑๑. ตรวจทดลองตัวโรค ๔๕. ตรวจศพนิติเวช ๒๔. ตรวจของกลาง ๒๒.*

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๔. เจาะน้ำสันหลัง ๖. เจาะตับ ๓. น้ำช่องปอด ๑. อัดลมเข้าช่องปอด ๑๓. อัดลมเข้าช่องท้อง ๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๒. นิติเวชคดี ๓๒.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๗๐.* ถอนฟัน ๔๘๐. อุดฟัน ๑๑๕. ผ่าตัดช่องปาก ๔๕.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเข้มน

แต่งตั้งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านและ
แพทย์ประจำบ้าน

โดยมติกรรมการคณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาล ให้แต่งตั้งหัวหน้า
แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้าน ใน
แผนกต่าง ๆ ดังต่อไปนี้:—

หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน

พยาธิวิทยา ๑. นายแพทย์ อร่าม อรมณัฐ

อายุรศาสตร์ ๑. แพทย์หญิง บุญหลง

ดิธินันท์ ๒. แพทย์หญิง พันศรี สติร-

แพทย์ ๓. นายแพทย์ วรวิทย์ วงศ์ทองศรี

๔. แพทย์หญิง จันทระ เกษม โพธิ์ทัก

๕. แพทย์หญิง มณรัตน์ อรรณสวัสดิ์

วิชาโรคจิต ๑. นายแพทย์ สมภพ เรือง
ตระกูล

ศัลยศาสตร์ ศัลยกรรมทั่วไป ๑. นาย

แพทย์ เกษม ลิมวงศ์ ๒. นายแพทย์ สีระ

บุญขจรวิเศษ ๓. นายแพทย์ เกษียร ภัจ-

คานนท์ ๔. นายแพทย์ วสันต์ จงเกษม

๕. นายแพทย์ ชีระ ลิมศิลา ๖. นาย

แพทย์ วังธรรม ลัดพลี ๗. นายแพทย์ นิตย

ศุภพงศ์ ๘. นายแพทย์ สุวิทย์ เกียรติเสวี

๙. นายแพทย์ ดำรง กิจกุล ๑๐. นาย

แพทย์ ชวิศชัย เพ็ญวุฒิราญ

วิสัญญีแพทย์ ๑. แพทย์หญิง รัตนา

นาควัชรระ ๒. แพทย์หญิง กัลยงศา ภวะกล

๓. แพทย์หญิง ม.ร.ว. อภากร สุกันย์

๔. นายแพทย์ เมืองคี เตชะอินทร์ ๕. นาย

แพทย์ สัทธี เตชะกัมพูช

กายบำบัด ๑. แพทย์หญิงอุสา ตารานนท์

๒. แพทย์หญิง น้อย อภัยชัย ๓. แพทย์

หญิง บุญสม เพ็ญศิริพันธ์

สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ๑. นายแพทย์

ประวิติ โสภาคย์ ๒. แพทย์หญิง อมร

กาญจนสุต ๓. แพทย์หญิง เพ็ญแซ พิทักษ์-

ไพรวิน ๔. นายแพทย์ วรวิทย์ สุมาวงศ์

๕. นายแพทย์ วรินทร์ เล็กประเสริฐ

๖. แพทย์หญิง สุนันท์ วิมลสุต

รังสีวิทยา ๑. นายแพทย์ ท้องพูน

วัฒนวิทย์

จักษุวิทยา ๑. แพทย์หญิง สุกสวาท

สินเจิมสิริ ๒. นายแพทย์ ชวิศ โลพันธ์

ศิริ ๓. นายแพทย์ สุรัตน์ ธนยศิริ

กุมารเวชศาสตร์ ๑. นายแพทย์ ชวลิต

ปรียาสมขัติ ๒. นายแพทย์ อรุณพล บุญ-

ประกอบ ๓. นายแพทย์ กัมปนาท
พลากร

แพทย์ประจำบ้าน

พยาธิวิทยา ๑. นายแพทย์ มาเรียว
วิกันตี ๒. นายแพทย์ นิวัฒน์ จันทรวงศ์
๓. นายแพทย์ ถวิล แสงศรี ๔. นาย
แพทย์ พิษณุ จงเจริญ

อายุรศาสตร์ ๑. นายแพทย์ ปรีชา
เจริญลาภ ๒. นายแพทย์ โสภณ คง-
สำราญ ๓. นายแพทย์ นรา แววงศ์
๔. แพทย์หญิง จีรวรรณ โค้วตระกูล
๕. นายแพทย์ ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ
๖. นายแพทย์ ประสงค์ เสวีรัตน์ ๗. นาย
แพทย์ ประพาฬ ขงไชยทร ๘. แพทย์
หญิง นิภา จรุงเวสม์ ๙. นายแพทย์
ชรัส ชำนาญวนกิจ ๑๐. แพทย์หญิง
เจียมจิตต์ กลยาศิริ ๑๑. นายแพทย์
วิศิษฐ์ เข้มพงษ์

ศัลยศาสตร์, ศัลยกรรมทั่วไป ๑. นาย
แพทย์ ทองปลิว เปรมปรี ๒. นาย
แพทย์ อานาจ สุนันท์ ๓. นายแพทย์
วิจิต เทพรัตน์ ๔. แพทย์หญิง ทศนยานัน
จันทรวงศ์ ๕. นายแพทย์ สมหมาย
ยาสมุทร ๖. นายแพทย์ วุฒิกิจ ธนะภูมิ

๗. นายแพทย์ เชิดชัย เจริญไชยศรี
๘. นายแพทย์ สวรรเสริญ หาสนะนันท์
๙. นายแพทย์ เกชา กิจประยูร ๑๐. นาย
แพทย์ ปรีชา เหลืองสุวรรณ ๑๑. นาย
แพทย์ สมบัติ ศุภระจันทร์ ๑๒. นาย
แพทย์ ทรง วงศ์พานิช

วิสัญญีแพทย์ ๑. แพทย์หญิง จินคา
รัตนสาขา ๒. แพทย์หญิง พนิกา เกษ-
นันท์ ๓. แพทย์หญิง สวาท จันทรวงศ์
๔. แพทย์หญิง สุนณา ไชยสุต

กายบำบัด ๑. แพทย์หญิง อาริจิต
สุวรรณมานิต ๒. นายแพทย์ วรวัฒน์
ชุมสาย ณ อยุรยา

สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ๑. นาย
แพทย์ ประหยศ ทศนากรณ ๒. นาย
แพทย์ สุวัฒน์ สิงห์โกวิท ๓. นาย
แพทย์ พนม ศวินต์ ๔. นายแพทย์
ลำเพ็ญ นาทิพย์ ๕. แพทย์หญิง อุ่นใจ
เจียมประเสริฐ ๖. แพทย์หญิง จินตนา
สาละศิลป์ ๗. แพทย์หญิง มานี วิสกุล
๘. แพทย์หญิง สว่าง วิงแก้ว

จักษุวิทยา ๑. แพทย์หญิง ญานัน วิง-
วิวัฒน์ ๒. แพทย์หญิง สุรภา ศิริพันธ์
๓. นายแพทย์ เสนาะ สถิตยวงศ์ ๔. นาย

แพทย์ ปรีชา วัฒนวิจารณ์

กุมารเวชศาสตร์ ๑. นายแพทย์ ชุมพล

วงศ์ ประทีป ๒. นายแพทย์ วินัย สุวักดิ์

๓. แพทย์หญิง ศรัทธา ฌ. บางช้าง

๔. นายแพทย์ วิสุทธิ วุฒิพุกภัย ๕. นาย

แพทย์ สวัสดิ์ สีนุเสถน ๖. แพทย์หญิง

ลดาวัลย์ อรรถธรรมสุนทร ๗. นาย

แพทย์ อัมพร เกตุสุวรรณ ๘. แพทย์หญิง

พรรณี บุณยะผลิก ๙. แพทย์หญิง

วารณี อมรทัต

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ในตอนท้ายของเรื่อง. เรื่องที่สามของคุณหมอโรจน์ สุวรรณสุทธิไม่จำเป็นต้องพรรณนามากมาย, เพราะท่านฝันเห็นจริงกตแล้วในคำของความละเอียดละออรอบคอบ และเชื่อถือได้. ตามแบบอย่างที่ดี, คุณหมอโรจน์ได้ชี้ให้เห็นว่ารังสีที่ใช้โดยประโยชน์อย่างมากในการรักษาโรคมะเร็งโดยใช้โทสส์สั้นกึ่งเป็นมีดสองคมเช่นเดียวกับยาที่ใช้รักษาโรคทั่ว ๆ ไป, แม้ “คมที่ขาด” จะไม่ทำความร้ายแรงมากนักก็ตาม.

๑ คุณหมอบัญญัติ ปริญญาพันธ์, ผู้กำลังก้าวสวย ๆ เข้ามาสู่แถวหน้าของการแพทย์ของเรา, ยึดแบบฉบับการบรรยายรายงานผู้ช่วยไว้อย่างเคร่งครัด. การบรรยาย

ขยายหน้ารายงานของท่านเพียงพอที่เกี่ยวข้องที่จะคล้ายคลึงในเรื่องข้อและความเห็นเกี่ยวกับโรคที่ท่านรายงาน ในขั้นต่อไป. เรื่องสุดท้ายในชุดนี้ของคุณหมอประสงค์ ตจินดา, กุมารแพทย์อาวุโสผู้กำลังก้าวหน้าในสายตาของเพื่อนแพทย์และของคนไข้. ในการรวบรวมรายงานคนไข้ถึงสี่คน, ท่านได้เสนอผลของการรักษาโดยวิธีซึ่งต้งนับว่า “ยังใหม่” อยู่นั่นเอง, และซึ่งให้ผลที่น่าเอาใจใส่มากที่สุดทีเดียว. เราต้องขอขอบคุณท่านผู้เป็นพิเศษในการที่ไต่พยายามอย่างมากในการรวบรวมรายงานคนไข้รายสุดท้ายเพิ่มเติมเข้ามาเพื่อให้ได้เรานำลงพิมพ์ได้พร้อมกันในฉบับนี้.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ซองและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงิน ป.ณ. หน้าพระลาน