



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๒ Volume 11, Number 2, February 1959.

SARCOIDOSIS (1)

A Report of Two Cases

Somechai Bovornkitti, M.B., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

and

Prasert Kangsadal, M.D., F.C.C.P.

(Dept. of Internal Medicine)

Sarcoidosis was originally described by Hutchinson (1868), (1) and later by Besnier (1889) (2) and Boeck (1899) (3) as a dermatologic disorder. The last named was the first to call the condition sarcoidosis, because the histologic changes resembled sarcomatous lesions. However, it was not until 1914 that Schaumann (4) first expressed the view that Boeck's sarcoid was a systemic affliction, which may involve various organs and tissues of the body. A host of synonyms other than those named after the above authors, have also been used for different clinical manifestations

including Darier-Roussy's disease (subcutaneous sarcoid) (5), Heerfordt's syndrome (uveo-parotid fever) (6), and Jungling's disease (ostitis tuberculosa multiplex cystica) (7).

Sarcoidosis is nowadays recognized as a common disease (8-11). Cases have been reported from practically every country in Europe, especially the Scandinavian countries, from Australia, Japan, Latin-America and in increasing numbers from the United States and Canada. The distribution seems to be world-wide, with an apparent predilection for the cooler countries. In Thailand,

(1) Paper presented at the Monthly Meeting, Siriraj Hospital, February 21, 1959.

it has been mentioned, but there has not yet been a published report.

According to Rubin (10) in his recent writing on the subject: "Sarcoidosis affects chiefly adults of the third and fourth decades of life but infants and the aged are not spared. The disease is found with about equal frequency in the two sexes, possibly more often in females. In Scandinavian countries, England and on the Continent, nordics are mainly affected. In the United States, negroes are particularly vulnerable, especially those born in the Southeastern States."

It is almost universally established that sarcoidosis which is a distinct clinical entity should be distinguished from the "sarcoid-like granulomas" which have been demonstrated in a variety of conditions including tuberculosis, fungous infections, brucellosis, dust-inhalation disease, and several others (12-24). In England, Scadding (12), on the other hand, strongly advocates the use of the term "sarcoidosis" for any condition exhibiting histologic pictures of "sarcoid reaction" and names each according to its etiologic nature, e.g., tuberculous sarcoidosis, beryllium sarcoidosis, etc.

The concept held by the Conference on Sarcoid of the U.S. National Research Council on February 11, 1948, quoted by Ricker and Clark (25), is as follows:

"Sarcoidosis is a disease of unknown etiology. Pathologically it is characterized by the presence in any

organ or tissue of epithelioid cell tubercles with inconspicuous or no necrosis and by the frequent presence of refractile or apparently calcified bodies in the giant cells of the tubercles. The characteristic lesions may be replaced by fibrosis, hyalinization or both.

"Clinically, the lesions may be widely disseminated. The tissues most frequently involved are lymph nodes, lungs, skin, eyes and bones, particularly of the extremities.

"The clinical course usually is chronic with minimal or no constitutional symptoms; however, there may be acute phases characterized by a general reaction with malaise and fever. There may be signs and symptoms referable to the tissues and organs involved.

"The intracutaneous tuberculin test is frequently negative; the plasma globulins are often increased.

"The outcome may be clinical recovery with radiographic evidence of residue or impairment of function of organs involved, or a continued chronic course of the disease."

We are in favour of the above definition and description.

Case Reports

Case I: Miss P.T., a seventeen year old Thai girl from a tuberculous family was admitted to the Medical Service of Siriraj Hospital on July 28 th, 1958 with the diagnosis of acute miliary tuberculosis and malnutrition

The illness began over three months

before when the patient developed frequent cough with scanty white tenacious sputum. Fever with chills and headache occurred 2 or 3 times a week, usually relieved by ordinary antipyretics. Gradual weight loss and marked anorexia were noted.

About one month prior to admission the patient began to experience generalized sharp pain in the abdomen. This was continuous and occasionally associated with vomiting after meals. Bowels moved 3 or 4 times a day with almost diarrheic stools.

Twenty days before admission all the symptoms became worse. From another hospital the patient obtained some medicine which gave temporary relief, but all symptoms recurred after 10 days and there was swelling of feet and abdomen.

On her first visit to our outpatient clinic (25.7.58), she was diagnosed as a case of pulmonary tuberculosis and malnutrition. A posteroanterior chest radiograph taken on 26.7.58 (Figure 1) showed densely diffuse, fine reticulonodular mottling of both lungs. The right hilar shadow was slightly prominent. The costal pleural shadow on the right was thickened.

Physical examination on admission (28.7.58) revealed a very thin, pale and acutely ill-looking girl. The temperature was 40.4°C., pulse rate 130 per minute and respiration rate 26 per minute. The systolic blood pressure of the right arm was 90 mm. Hg. and the diastolic 70 mm. Hg. The patient was lying with both

thighs and both legs markedly flexed, apparently due to pain in the abdomen. There was slight pitting edema of feet and legs. There was no clubbing of the digits. Pharynx and tonsils were slightly injected. The abdomen was tense and slightly tender. Shifting dullness was positive, but there was no fluid thrill. Palpation of the abdomen for masses was unsatisfactory. On percussion, the liver was found to be enlarged, 3 fingerbreadths from the costal margin. Movement of the chest was diminished on both sides. Percussion note was markedly impaired over the lower one-third of the chest on both sides. Vocal fremitus and resonance were markedly diminished over the same areas, where breath sounds were almost inaudible. There were occasional sibilant rhonchi over both upper portions of the lungs. Other systems were within normal limits.

Results of blood examination (28.7.58): hemoglobin 6.6 gm. per cent, red corpuscles 3.2 millions, white cells 10,700 per cu.mm., neutrophils 94 per cent and lymphocytes 6 per cent; blood sedimentation rate was 27 mm. in one hour. Total serum proteins were 4.9 gm. per cent. Urine and feces were negative. Intradermal test with 5 T.U.P.P.D. tuberculin (28.7.58) was negative.

The patient was immediately put on an antituberculous regime (30.7.58) with streptomycin 1 gm. and isoniazid 450 mg. per day. Subsequently (31.7.58) prednisone (meticorten) 40 mg. per day was added according to a program of study in the treatment of the acute phase of

tuberculosis. The patient showed rapid improvement: abdominal pain disappeared entirely within 10 days; general condition was excellent, appetite was voracious and the body weight increased. Improvement was also shown by physical signs and the follow-up chest radiographs taken on 5/8, 14/8 and 21/8

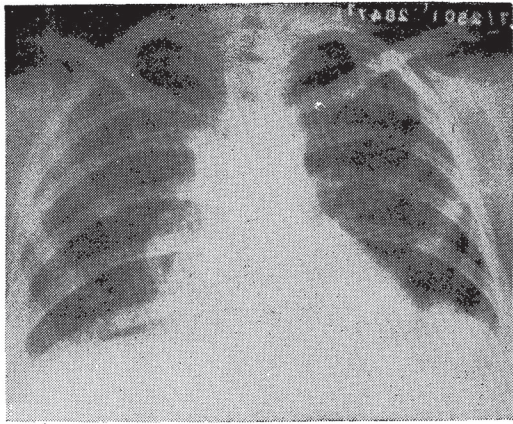
Prednisone was withdrawn (31.8.58) as a routine after administration for one full month. The fever promptly shot up and remained remittent. There occurred deterioration of general condition, of physical signs in the chest and also of the chest radiograph. This peculiar behavior of the disease immediately after withdrawal of corticosteroid while still under adequate antituberculous drugs prompted one of us (SB) to make a full review of the patient's entire case and eventually the possibility of sarcoidosis came into mind.

On additional questioning, the following history was obtained. The patient denied previous skin lesion, joint pain and eye disease. She had mumps when 10 years old. Her paternal grand-mother and an uncle had tuberculosis and both died two years ago after profuse hemoptysis. Another uncle is being treated for bilateral advanced pulmonary tuberculosis. The rest of her family were tuberculin tested and chest radiographed. Seven adults and ten children were tuberculin positive to 10 T.U. old tuberculin, six children were negative. Two tuberculin positive children and an eight year old tuberculin negative girl showed evidence of primary pulmonary tuber-

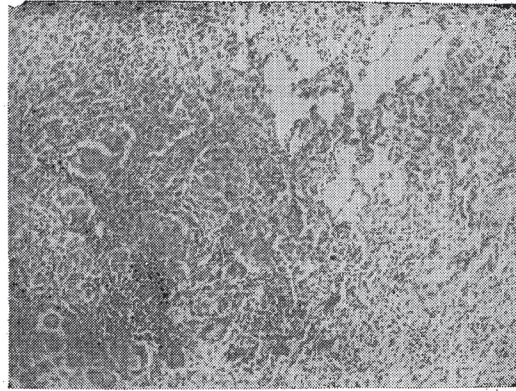
culosis.

The patient's total serum proteins, by this time, varied from 7.2 to 9.3 gm. per cent (6/10-16/12), albumin-globulin ratio was reversed. Electrophoresis of the serum showed persistent hypergamma globulinemia with only slightly increased alpha-two globulin fraction. Liver function tests gave thymol turbidity 7 units, cephalin-cholesterol flocculation 3 plus, zinc turbidity 20 units and iodine test 3 plus. Alkaline phosphatase was 6.9 Bodansky units. Non-protein nitrogen and creatinine were within normal limits. Blood calcium ranged from 10.4 to 15.3 mg. per cent while phosphorus was 4.5 mg. per cent. Sulkowitch test for urine calcium was 4 plus on two occasions. Mosenthal and urea clearance tests were within normal limits. Tuberculin tests were repeatedly negative up to the strength of 1000 T.U. old tuberculin. Histoplasmin test was negative. Examination for lupus erythematosus cells was negative twice. Electrocardiogram was normal. Radiographs of hands and feet were negative for bone changes and plain K.U.B. film revealed no abnormal calcification. Thoracotomy lung biopsy (22.10.58) and needle liver biopsy (8.12.58) disclosed the presence of epithelioid cell tubercles consistent with sarcoidosis (Figures 2,3). Tubercle bacilli were not demonstrable in biopsy and gastric fluid specimens.

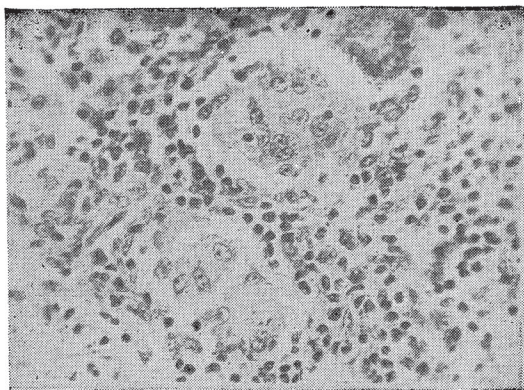
The patient continued under the same treatment. The fever came down after nearly 5 weeks. General condition improved and chest radiograph on 4.12.



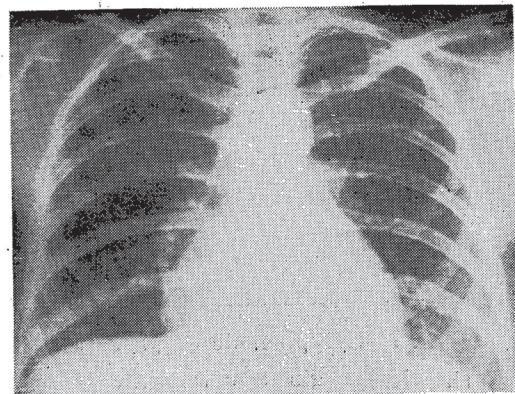
(Fig. 1) P.A. film (26.7.58) showing densely diffuse, fine reticulo-nodular mottling of both lungs, with prominent hilar shadow (right) and thickening of costal pleura (right).



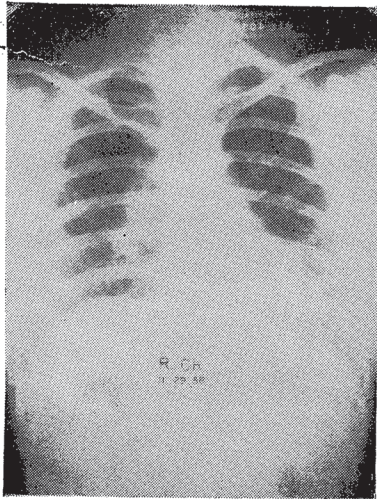
(Fig. 2) Lung biopsy, showing epithelioid cell tubercles. ($\times 100$)



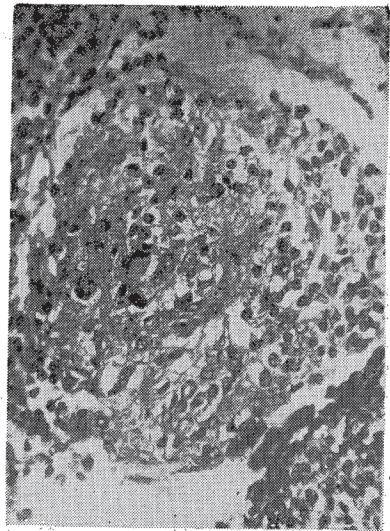
(Fig. 3) Lung biopsy, showing giant cells, epithelioid cells and lymphocytes. ($\times 400$)



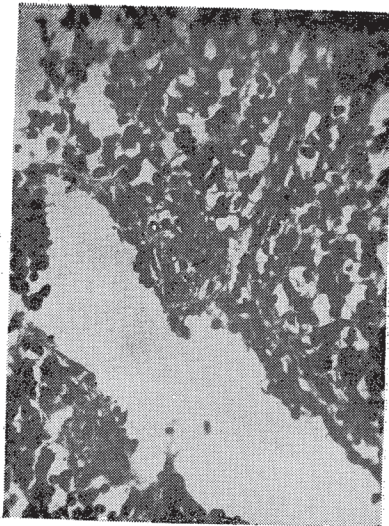
(Fig. 4) P.A. film (23.1.59) showing spontaneous improvement.



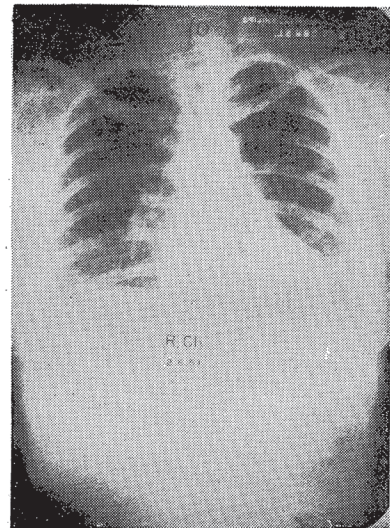
(Fig. 5) P.A. film (29.11.58) revealing enlarged hilar shadow, more marked on the right.



(Fig. 6) Lymph node biopsy, showing epithelioid cell tubercle.



(Fig. 7) Lymph node biopsy, showing a giant cell with crystalloid bodies inside. ($\times 400$).



(Fig. 8) Follow-up film, showing decrease in size of hilar and mediastinal lymph nodes.

58 (Figure 4) showed marked clearing of both parenchymal and pleural lesions. The patient was discharged on 20.12.58 without any medication and was advised to report for follow-up at the lung clinic. On her last visit (23.1.59) she appeared well and a chest radiograph taken on the same day revealed complete clearing of the parenchymal and pleural shadows except for a small linear scar from biopsy in the right lower lung field. The right hilar shadow remained somewhat prominent. The blood calcium came down to 9.4 mg. and the urine calcium to 1 plus by Sulkowitch test.

Comment: The clinical features and radiographic findings of this patient on admission were compatible with acute hematogenous tuberculosis. Aggravation of the disease on withdrawal of corticosteroid, while adequate antituberculous therapy was still on, triggered the thought of sarcoidosis as a probable cause. Laboratory data of elevated total serum proteins, reversed albumin-globulin ratio, hypergamma-globulinemia, hypercalcemia, and hypercalciuria strengthened the diagnosis of sarcoidosis. The sarcoid granulomas in the biopsy specimens of the lung and liver, the absence of tubercle bacilli and negative histoplasmin test established the diagnosis of sarcoidosis. Exclusion of conventional tuberculosis was further correlated by persistent negative tuberculin reaction to a high strength while the patient was in good condition. Berylliosis and pneumoconiosis are excluded by the negative history.

Case II: R.Ch., a 30 year old Sino.

Thai house-wife from a tuberculous family was admitted to the Medical Service on December 29 th, 1958 for further investigation of her lymphadenopathy.

About 6 years previously the patient noticed a pea-sized nodule on the right side of her neck. It gradually became bigger and finally reached the size of a big thumb. This was always movable and not tender. There was no other associated symptoms. The lump, however, annoyed her and she often rubbed and squeezed it until it softened. Four months later it ruptured and developed into a small shallow ulcer discharging watery pus. The ulcer healed within a few months without specific treatment. No more lump was palpable thereafter.

Two and a half years later, there occurred a chain of discrete lumps on the same side of her neck, increasing rapidly in size, movable and not tender. There was no other symptom. The patient first came to the outpatient clinic on 21.11.55. She was found to be healthy and afebrile. A lobulated mass of matted lymph nodes about the size of a hen's egg and a few scattered smaller ones were palpable along the right side of her neck. They were rubbery firm, movable and not tender. White cell count yielded 6800 per cu.mm., with 48 per cent neutrophils and 16 per cent lymphocytes. Intradermal test with 1 T.U. old tuberculin gave positive result. A postero-anterior chest radiograph taken on the same day revealed a calcified primary complex in the right middle

lung field with a faint haziness at the extreme right apex, later interpreted to be of extra-pulmonary origin. The patient had an elder brother who died of tuberculosis a few years previously. She was then diagnosed as a case of tuberculous lymphadenitis. Para-aminosalicylic acid 12 gm. and isoniazid 300 mg. per day were given (24.11.55). Subsequently because of intolerance to PAS, streptomycin 1 gm. daily was substituted (16.3.56). Biopsy of cervical lymph nodes on the right side (15.11.56) disclosed only chronic inflammatory reaction. The antituberculous drugs were continued for one year (24.11.55 to 7.12.56) without benefit and new swellings appeared. Chemotherapy was stopped and roentgen therapy started (8.12.56). Three courses of deep x-rays gave considerable improvement for several months. After the last dose of x-rays (21.5.58) the masses on the right side of her neck were found to be much reduced in size and had since remained the same.

Nine months before admission there developed another new swelling on the left side of the neck, movable and not tender. The patient noticed frequent palpitation, anorexia and undue fatigue, which became more severe 3 months later.

Two months before admission, there were frequent irregular fevers, pain in the lower part of the neck, flanks and at the left costal margin, referring to the left shoulder during deep inspiration. The patient was prostrated and increasingly pale. Radiograph (29.11.58)

of the lumbosacral region showed no abnormality, but that of the chest (Figure 5) showed bilateral enlargement of the hilar shadows, more marked on the right; the previously seen calcified primary complex of the right lung remaining the same. The previous apical cloudiness was not visible. The patient was referred to our lung clinic. Intradermal test was repeated with 1 T.U. P.P.D. tuberculin which yielded negative reaction. A preliminary treatment with streptomycin 1 gm. and isoniazid 400 mg. daily was started (1.12.58). Subsequently the patient was admitted for study, sarcoidosis being kept in mind as a possible cause.

Physical examination on admission (29.12.58) revealed a strikingly pale-looking, sthenic young female adult. The temperature was 37.7°C., pulse rate 115 per minute and respiration rate 20 per minute. The systolic blood pressure of the right arm was 120 mm. Hg. and the diastolic 70. On the right side of her neck two completely healed linear scars were seen, one in the upper part of the neck and the other in the supraclavicular fossa. There were three thumb-sized masses of matted lymph nodes on the right side, and one lobulated lump, the size of a small hen's egg, in the left supraclavicular fossa. These were rubbery firm, freely movable, not fixed to the skin and not tender. There was also some soft tissue swelling of both sides of the neck especially overlying those lumps, giving the appearance of bull neck. The heart and lungs were clear to

percussion and auscultation. The liver was enlarged 3 finger-breadths below the right costal margin, soft and not tender. The spleen was also enlarged 3 finger-breadths below the left costal margin, firm in consistency and not tender. Other systems were within normal limits.

The blood showed 10.2 gm. per cent hemoglobin, red corpuscles 4.95 millions, white cells 10,950 per cmm., neutrophils 85 per cent, lymphocytes 14 per cent and eosinophils 1 per cent. Estimation of total serum proteins yielded 8.5 gm. per cent, albumin 3.9 gm. and globulin 4.6 gm. per cent. Electrophoresis showed hypergamma-globulinemia with slightly increased alpha-two globulin. Alkaline phosphatase was 3.12 Bodansky units. Liver function tests gave thymol turbidity 3 units, cephalin-cholesterol flocculation 2 plus, zinc turbidity 12 units and iodine test 1 plus. Serum calcium ranged from 13.8 to 15.3 mg. per cent and phosphorus 4.1 per cent. Sulkowitch test for urine calcium gave 2 plus on two occasions. Mosenthal and urea clearance tests were within normal limits. Radiographs of hands, feet and plain K.U.B. were all negative. Antero-posterior and right lateral tomograms of hilar regions on 5.1.59 confirmed the moderate enlargement of the right hilar and both paratracheal lymph nodes. Intradermal tests were repeatedly negative up to the strength of 1000 T.U. old tuberculin. Histoplasmin test was negative. Lupus erythematosus cells were not detected on two successive examinations. Biopsy of

the left supraclavicular lymph nodes on 30.12.58 showed epithelioid cell tubercles without visible necrosis. (Fig. 6) Subsequent liver biopsy (7.1.59) and bone marrow aspiration (22.1.59) were negative. Tubercle bacilli were not demonstrable in all biopsy specimens and in gastric washings.

During hospitalization the patient continued taking antituberculous drugs prescribed at the lung clinic since 1.12.58. With the diagnosis of sarcoidosis established, she was put on prednisolone (di-adreson F) on 19.1.59. On the second day of corticosteroid treatment, she for the first time since the onset of the present illness felt a sense of well-being. She is now steadily improving, feels strong, is frequently hungry and the colour has returned to her cheeks. The lymph nodes on both sides of the neck have definitely decreased in size. Follow-up chest radiographs taken on 26/1, 6/2 and 21/2 showed progressive decrease in size of the hilar and mediastinal lymph nodes. Blood calcium was estimated again on 27/1, 7/2 and 21/2 It has returned to normal levels and urine calcium to 1 plus by Sulkowitch test.

At our lung clinic, all members of The patient's family were investigated. They all gave positive reaction to 1 T.U. P.P.D. tuberculin. Chest radiograph of the mother showed minimal pulmonary lesions and that of each of her two older children showed hilar lymphadenopathy. All her three children have palpable chains of enlarged cervical lymph nodes.

They are now being treated as cases of tuberculosis.

Comment: The past history of rupture of the cervical mass with spontaneous healing and occurrence of other masses in a chain suggested the possibility of tuberculous lymphadenopathy. Her initial chest radiograph of 21.11.55 exhibited with little doubt the picture of an old calcified primary pulmonary tuberculosis. A positive tuberculin reaction to a weak strength at that time and the presence of heavy tuberculous infection in the family gave strong support of tuberculosis.

The recent appearance of the left cervical and intrathoracic lymphadenopathy suggested the possibility of sarcoidosis, because in tuberculosis, especially in adults, a postprimary enlargement of intrathoracic lymph nodes is uncommon. Definite reversion of tuberculin reactions cast further doubt to the tuberculous nature. The failure to demonstrate tubercle bacilli by bacteriological studies of biopsy and gastric fluid specimens excluded conventional tuberculosis. Histoplasmin test was negative. Berylliosis and pneumoconiosis were excluded by the negative history. Demonstration of sarcoid granulomas in the lymph nodes with compatible laboratory data established the diagnosis of sarcoidosis. This was well supported by the prompt and dramatic response of the disease to corticosteroid therapy.

Discussion

There are two popular views on the concept of sarcoidosis. One view regards the condition as being of unknown etiology. The other leans toward tuberculosis as the cause which awaits confirmation. The biochemical work of Nethercott and Strawbridge⁽²⁶⁾ which showed evidence of bacterial residues from *Mycobacterium tuberculosis*-free sarcoid tissues has added weight in support of the latter hypothesis. All that can be said of our two patients is that each gave a strong history of contact.

Most patients with this condition exhibit a characteristic picture and the diagnosis can be made with a high degree of accuracy with clinical features alone. Nevertheless, the final diagnosis should rest on a composite of findings. Besides the demonstration of consistent histologic changes, the diagnosis of sarcoidosis requires in addition clinical, laboratory, and radiological evidences, as well as careful exclusion of conditions producing sarcoid reaction. The wide range of percentage of positive reactions in different hands indicates that the Kveim test is not dependable. Furthermore, the tedious procedures make it impractical.

The evaluation of therapy in sarcoidosis is difficult because of the frequency of spontaneous remission. Reports on the treatment of this disease with antituberculous drugs have been disappointing. (27-29) Scadding (12) pointed out that the antituberculous treatment is most effective in the acute

exudative types of tuberculosis and relatively little, if at all, effective in the most productive types; and the lesions of sarcoidosis are the perfect example of the productive non-exudative reaction. The use of corticotrophin and corticosteroids with or without antituberculous drugs has been shown to be beneficial. (30-44) In cases with hypercalcemia and hypercalciuria, renal damage may be prevented; (39-44) but those with pre-existing pulmonary fibrosis apparently do not benefit from hormonal therapy. (45) The combined therapy is preferred because antituberculous drugs given concomitantly with corticosteroids are effective against possible activation of tuberculous foci. The two cases reported here responded promptly and well to the combined therapy.

Summary

A short account of sarcoidosis is given followed by a report of two cases.

Acknowledgements

The authors wish to express their sincere thanks to the Departments of Radiology, Pathology and Surgery, and the School of Medical Technology for close co-operation in the investigation of the patients. Drs. Sood Sangvichien and Nanthawan Bhromapalin kindly prepared all illustrations.

References

1. J. Hutchinson, : Illustrations of Clinical Surgery, London: J.A. Chur-

chill, 1875, p. 42.

2. E. Besnier, : *Ann. de dermat. et syph.*, 10:333-336, 1889.

3. (a) C. Boeck, : *Norsk. mag. f. laegevidensk* 60:1321-1334, 1899.

(b) do. *J. Cutan. & Genito-Urin. Dis.*, 17:543-550, 1899.

4. J. Schaumann, Privately reprinted from a thesis, Stockholm:1934.

5. J. Darier, and G. Roussy, : *Ann. de dermat. et syph.*, 5:144-149, 1904.

6. C.F. Heerfordt, : *Arch. f. Ophth.*, 70:254-273, 1909.

7. O. Jüngling, : *Fortschr. a.d. Geb. d. Rontgenstrahlen*, 27:375-383, 1919-1920.

8. D.G. Freiman, : *New Eng. J. Med.*, 239: 664-671, 709-716, 743-749, 1948.

9. B.R. Gendel, J.M. Young, and D.J. Greiner, : *Am. J. Med.*, 12:205-218, 1952.

10. E.H. Rubin, *Lung As a Mirror of Systemic Disease*. Charles C. Thomas, 1956, p. 147-166.

11. H.L. Israel, and M. Sones, : *A.M. A. Arch. Int. Med.*, 102: 766-776, 1958.

12. J.G. Scadding, : *Brit. Med. J.*, 1: 745-752, 1950.

13. H. Pinkerton, and L. Iverson, : *Arch. Int. Med.*, 90: 456-467, 1952.

14. W.W. Spink, F.W. Hoffbauer, W.W. Walker, and R.A. Green, : *J. Lab. Clin. Med.* 34:40-58, 1949.

15. F.R. Dutra, : *Am. J. Path.*, 24: 1137-1165, 1948.

16. D.A. Nickerson, : *Arch. Path.*, 24: 19-29, 1937.

17. V. Pardo - Castello, and F.R. Tiant,: J.A.M.A., 121: 1264-1269, 1943.
 18. A. Dupont,: Bull. Soc. franc., de dermat. et syph., 41:1291-1294, 1934.
 19. W.M. German,: Am. J. Clin. Path., 10: 245-250, 1940.
 20. C.O. King,: South. M.J., 39:122-125, 1946.
 21. B. Newman, and R.H. Pope,: Gastroenterology, 11: 120-126, 1948.
 22. E.M. Nadel, and L.V. Ackerman,: Am. J. Clin. Path., 20: 952-957, 1950.
 23. R.L. Engle, Jr.: Am. J. Path., 29: 53-69, 1953.
 24. M. Michael, Jr.: Am. J.M. Sc., 235:148-153, 1958.
 25. W. Ricker, and M. Clark,: Am. J. Clin. Path., 19: 725-749, 1949.
 26. S.E. Nethercott, and W.G. Strawbridge,: Lancet, 2: 1132-1134, 1956.
 27. E.J. Pulaski, and T.T. White,: Arch. Int. Med., 82: 217-228, 1948.
 28. J. Brun, J. Viallier, and L. Perrin,: J. franc. Med. et Chir. thorac., 6:278-283, 1952.
 29. H.L. Israel, M. Sones, D. Harrell,: Am. Rev. Tuberc., 67: 671-673, 1953.
 30. M. Sones, H.L. Israel, M.B. Dratman, and J.H. Frank, New Eng. J. Med., 244: 209-213, 1951.
 31. M.J. Small, J.A.M.A., 147: 932-937, 1951.
 32. F.J. Lovelock, and D.J. Stone,: J.A.M.A., 147: 930-932, 1951.
 33. L.E. Siltzbach, Am. J. Med., 12: 139-160, 1952.
 34. L.E. Shulman, E.H. Schoenrich, and A.M. Harvey,: Bull. Johns Hopkins Hosp., 91: 371-415, 1952.
 35. J.H. McClement, A. Renzetti, A. Himmelstein, and A. Cournand, Am. Rev. Tuberc., 67: 154-171, 1953.
 36. F.J. Lovelock, and D.J. Stone,: Am. J. Med., 15: 477-483, 1953.
 37. H.L. Israel, M. Sones, and D. Harrell,: J.A.M.A., 156: 461-466, 1954.
 38. C. Hoyle, J. Dawson, and G. Mathe,: Lancet, 1: 638-643, 1955.
 39. C.E. Dent, F.V. Flynn, and J.D. N. Nabarro,: Brit. Med. J., 2: 808-810, 1953.
 40. J. Anderson, C. Harper, C.E. Dent, and G.R. Philpot,: Lancet, 2: 720-724, 1954.
 41. K.W. Berger, and A.S. Relman,: New Eng. J. Med., 252: 44-49, 1955.
 42. W.J. Glecklar,: Ann. Int. Med., 44: 174-179, 1956.
 43. R.W. Phillips, and D.P. Fitzpatrick,: New Eng. J. Med., 254: 1216-1222, 1956.
 44. P.H. Henneman, E.F. Dempsey, E.L. Carroll, and F. Albright,: J. Clin. Invest., 35: 1229-1242, 1956.
 45. D.J. Stone, A. Schwartz, J.A. Feltman, and F.J. Lovelock,: Am. J. Med., 15: 468-476, 1953.
-

การแสดงภาพของอะคิโนมาทส์ไปลีย์ไปเดี่ยว ๆ
ในลำไส้ใหญ่ส่วนลงและส่วนซีกมอยต์ ด้วยรังสีเรินท์เก้น

ร่วมไทร สุวรรณิก

คุษฎี ประภาสวัต

W.B., M.Sc. Med. (Penn.) F.I.C.S.

พ.บ.

ทวี บุญโชติ

พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา)

ไปลีย์ไปเดี่ยว ๆ ของลำไส้ใหญ่หรือของเร็คคัมพบได้ไม่บ่อยนัก, โดยเฉพาะที่เป็นมัลติเพล็กซ์ไปลีย์ไปลีส ผู้เขียนยังไม่เคยพบในคนไทยเลย. อะคิโนมาทส์ไปลีย์ไปเดี่ยว ๆ นั้น ถ้าอยู่ในเร็คคัมก็น่าจะตรวจพบโดยการใช้ซีกมอยต์สโคปมากกว่า. แต่ถ้าอยู่บริเวณเหนือขึ้นไป ก็อาจจะแสดงได้โดยการตรวจด้วยเอกซเรย์. มีหลักสำคัญอยู่ที่ต้องแสดงยืนยันการมีหรือไม่มีไปลีย์ไป, รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับขนาด, รูปร่าง, และตำแหน่ง ซึ่งคงจะไม่เปลี่ยนแปลงจากการตรวจซ้ำ ๆ อย่างน้อยสองครั้ง. เหตุที่ต้องตรวจซ้ำ ๆ จึงจะเชื่อถือ, และต้องอดทนในการตรวจมากกว่าอย่างอื่น ๆ ก็เพราะว่า มีหลาย ๆ ครั้ง, ตามรายงานของผู้ที่เชื่อถือได้ที่มีความชำนาญมาแล้ว, ที่ประสบว่าแม้แต่จะยืนยันการตรวจว่าเป็น อะคิโนมา, แต่

ผลของการผ่าตัดพบว่าเป็นก้อนอุจจาระ, และในหลายครั้งก็ได้ผลกลับในทางตรงกันข้าม. ดังนั้น จึงควรถือเป็นหลักว่า สำหรับ อะคิโนมาทส์ไปลีย์ไปเดี่ยว ๆ ควรได้ผ่านการตรวจและการยืนยันอย่างน้อย ๒ ครั้ง, มิฉะนั้นการตรวจไม่พบโดยเอกซเรย์นั้นก็ไม่สามารถยืนยันว่าไม่มีไปลีย์ไปได้.

วิธีตรวจ ใช้การสวนด้วยแบริยม.

๑. ในการเตรียมก่อนตรวจ, ต้องสวนอุจจาระออกให้หมด. การใช้น้ำมันละหุ่งถ่ายด้วยจะช่วยได้มาก. ก่อนตรวจควรงดหนึ่งชั่วโมงสวนด้วยน้ำสบู่อื่น ๆ. วิธีนี้จะล้างเมือกภายในลำไส้ใหญ่ได้หมด.

๒. แสดงเยอบภายในลำไส้ใหญ่โดยใช้แบริยมจำนวนน้อย ๆ และไม่ขึ้นจนเกินไป, มิฉะนั้นอาจจับเป็นก้อนได้. แบริยมที่

มีขนาดของผนังเป็นโพเคซ, เช่น BORO-TRAST, ไซโคคัล. จะผสมผงกรดแทนนิกข้างพอสมควรก็ได้.

๓. พยายาม เกลี่ยแบ่ง แขนเวียนทสวนเข้าไปบนให้ผ่านส่วนโค้ง ไคมีม ของ ลำไส้ใหญ่ด้วยมือและช่วยโดยการเปลี่ยนท่าของของคนไข้โดยให้หันอนตะแคงให้แขนเวียนไหลไปโดยน้ำหนักของมันเป็นเองจนถึงซคิม.

๔. ใช้สับลมด้วยลูกยาง. กระจำนวนอากาศให้พอก็คือโดยคนในฟลออโรสโคปี่ ว่าก่อนของไปสปีป ที่แรกเป็นเงาคำ, เมื่อได้แขนเวียนให้กระจายไปโดยอากาศแล้ว, ส่วนของแขนเวียนจะเกาะทาบกับก้อนเนอ, ทำให้เกิดเป็นเงาขาว, เห็นเป็นก้อนเด่นขึ้นมา.

๕. ใช้สับข้อฟิล์มแสงคงเฉพาะก้อนในทาทเห็นโคซคทสค, และให้เห็นในรายทมก้อนว่าก้อนอาจยาว หรือยคโคเพียงไร.

๖. ภายหลังวินิจฉัยเบิลคอนทราสต์ ให้ผู้ช่วยถ่ายแขนเวียนข้างส่วนออก. ในฟิล์มถ่ายหลังจากนั้นจะเห็นเงาของก้อนซึ่งมีเงาทบมากจน.

รายงานผู้ป่วย

ค.ช. ไทย, อายุ ๑๒ ปี, รัยไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช เมอวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๔๕๕ โดยมีอาการสำคัญว่ามเลือด

ออกเวลาถ่ายอุจจาระมา ๘ ปี.

ประวัติความป่วยปัจจุบัน. เมอ ๘ ปีก่อน

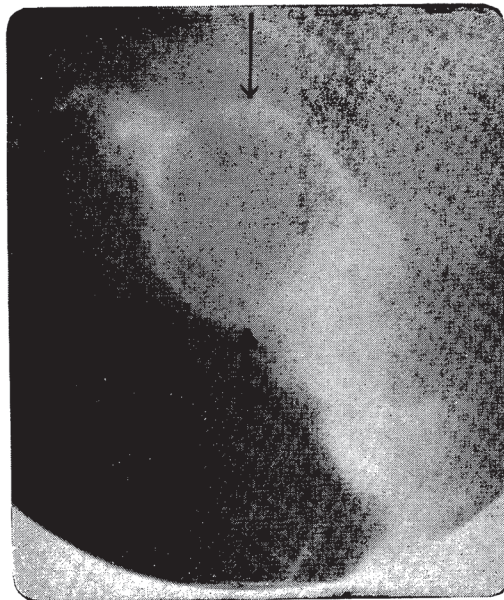
คนไข้ถ่ายอุจจาระมีเลือดสด ๆ ปนออกมาตอนปลายอุจจาระ. บางครั้งเป็นเลือดเก่าสดคลา. เป็นเช่นนี้ทุกคร้ง. ไม่ปวดท้อง, ไม่ปวดเบ่ง, และไม่รู้สึกถ่วงทวารหนัก. มออยู่คร้งหนึ่งผวยถ่ายอุจจาระ และมารคาผู้ช่วยสังเกตเห็นว่ามก้อนเนอยื่นออกจากทวารหนัก, มีสีแดง, รูปร่างยาว ๆ, ปลายมน, ขนาดโตเท่านิ้ว. ผู้ช่วยได้ใช้นิ้วจับคพบว่ามีเจ็บ, แต่มีเลือดพอซม ๆ. คคลายกขมิแผลทก่อน. หลังจากนั้นก้อนเนอออกมาอีกประมาณ ๗-๘ คร้ง. มารคาสังเกตเห็นว่ามสดคลามากจนและก้อนโตกว่าเดิมเล็กน้อย.

๒ ปีก่อนมาโรงพยาบาล มารคาได้พาไปโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. แพทย์ได้ใช้เครื่องมือถางทวารหนัก, แต่ไม่พชอะไร. แพทย์เขาใจว่าเป็นบคเรอจริง จึงให้ยาแกบคมารรัยประทาน. หลังจากนั้นมารคาได้พาไปให้แพทย์ตรวจอีกหลายแห่ง. แพทย์บอกว่าเป็นโรครคสดทวารหนัก, แต่ไม่ได้ให้การรักษาย่างใด.

๑ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ช่วยถ่ายอุจจาระมีเลือดปนออกมาเล็กน้อย, ไม่มากขึ้นกว่าเคย. มารคาได้พาไปหาแพทย์อีก



รูปที่ ๑. แบริมอีนี่มา, ใช้อากาศช่วยคั่นทราสท์,
แบริมเกาะโปลิยิปเป็นเงาขาว.



รูปที่ ๒. แบริมอีนี่มา, ใช้อากาศช่วยคั่นทราสท์,
เห็นแบริมลุ่มก้อนโปลิยิปเป็นเงาดำ,

โรงพยาบาลหนึ่ง. แพทย์ได้สวนแวนเรียม
เข้าไปทางทวารหนักและเอ็กซเรย์ค. แพทย์
แจ้งว่าพบก้อนเนื้อ ๒ ก้อนในลำไส้ใหญ่,
ก้อนหนึ่งอยู่สูง, อีกก้อนหนึ่งอยู่ต่ำกว่าทวาร
หนัก.

๑๐ วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยได้มา
ตรวจที่โรงพยาบาล, ทแผนกวงศวิทยา.
แพทย์แจ้งว่ามูก้อนเนื้อที่ทวารหนัก ๒ ก้อน.
ในขณะที่มเลือดปน อูจาระ ออกมา ทดครั้ง
แต่ออกไม่มาก, ร่างกายทั่วไปไม่ทรุดโทรม
และผิดปกติแต่อย่างใด.

ประวัติความป่วยชั้ค. เคยเป็นบิดเมือ
อายุ ๘ เดือน และได้รับการรักษาหายเป็น
ปรกติ.

ประวัติครอบครัว. ผู้ป่วยเป็นบุตรคน
สุดท้องในจำนวนพี่น้อง ๘ คน. ไม่มีใครมี
อาการเช่นผู้ป่วย

การตรวจร่างกาย. ผู้ป่วยเติบโตสม
อายุ, ซักเล็กน้อย. การตรวจทางหน้าท้อง
และทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ, ไม่พบสิ่งผิด
ปรกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง พบเม็ดเลือด
แดง ๓.๘ ล้าน, ฮีโมโกลบิน ๗๕ ป.ช.
การตรวจอื่น ๆ ไม่พบสิ่งผิดปรกติ.

การตรวจด้วยเอ็กซเรย์ ๒ ครั้งพบว่า
ก้อนกลม, ขนาด ๒.๕ ซม., อยู่ในลำไส้
ใหญ่ส่วนลง, และอีกก้อนหนึ่งขนาด ๑
ซ.ม. อยู่กึ่งกลางของลำไส้ใหญ่ส่วน
ซีกมอียด, ห่างประมาณ ๑๔ ซม. จากรู
ทวารหนัก.

ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโปลีปี.

การรักษา. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอา
ก้อนโปลีปีโดยผ่านลำไส้ใหญ่. ผู้ป่วยหาย
เป็น ปรกติและ ออกจาก โรงพยาบาล ภาย
หลังผ่าตัดได้ ๕ วัน.

ขณะผ่าตัดตรวจพบโปลีปี ๒ ก้อน.
ก้อนบนอยู่ทลำไส้ใหญ่ส่วนลง, รูปร่าง
เหมือนกระของปลายโต, ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง
ประมาณ ๓ ซม. สีแดงคล้ำ. มีเลือด
ออกเล็กน้อยที่ก้อน. ก้อนล่างอยู่ที่ซีกมอียด
โคล้อน, เป็นรูปแท่ง, สีแดงสด, ไม่มี
เลือดออก, ยาวประมาณ ๓ ซม.

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา อะดีโน-
มาตัสโปลีปี, มีการอักเสบ.

อภิปราย

ก้อนเนื้องอกเดี่ยว ๆ ของลำไส้ใหญ่,
เช่นอะดีโนมา, นานาน ๆ จะพบสักครั้ง
หนึ่ง. โดยมากก้อนยื่นเข้าไปในรูของลำไส้.



ฉีกก่อนใหญ่ทำให้เกิดการออกกันหรือลำไส้
กลั่นกัน. โดยมากมักเป็นแผลตรงปลายที่
เคลื่อนไหวได้. ต้องแยกเงาที่ตรวจพบทาง
เอ็กซเรย์ ออกจากภาวะต่อไปนี้:

๑. ก้อนอวัยวะ. บางครั้งถ้าของผูก
มาก ๆ เกิดคยัสเมเซียจากกล้ามเนื้อหน้า
ท้องอ่อนกำลัง. ในผู้หญิงมีครรภ์หลาย ๆ
ท้อง, หรือมีอันตรายต่อกล้ามเนื้อหรือของ
ทวารหนักหรือลิวเอเตอร์เอเน, ริดสีดวง
ทวาร, แผลทวารหนัก, หรือในโรคทาง
กาย เช่นเทปัสคอรซาลิส, อาจเกิดก้อน
อวัยวะซึ่งไว้ที่เรคตัมหรือซิกมอยด์เคลื่อน
เป็นก้อนอวัยวะแข็งหรือฟลาคิด. อาจเกิด
ขึ้นที่ส่วนใดของลำไส้ใหญ่ก็ได้. แต่ถ้าเป็น
ฟลาคิดก็อาจพบต่อเอ็กซเรย์ได้เช่นกัน. การ
แยกออกจากไปลึบไปไม่ส่งายนัก, ถ้าหาก
ทำการตรวจเพียงครั้งเดียว.

เนื่องจากต้องระมัดระวังวินิจฉัยแยกจาก
ก้อนอวัยวะนั่นเอง, การตรวจทางเอ็กซเรย์
โดยการสวนแบเรียมเข้าลำไส้ใหญ่, จึง
สำคัญต่อการเตรียมคนไข้.

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ผู้รายงาน ได้ทำไม่
สำเร็จมาคราวหนึ่ง. แม้ว่าจะพยายามใช้
แบเรียมซึ่งเป็นกรดแทนนิกแล้วก็ตาม. ผล
สุดท้ายก็ได้รับบทเรียนว่าการให้นมมันละหึ่ง
ในคนนอนก่อนตรวจเพื่อล้างเมือกออกให้หมด

นั้นสำคัญที่สุด, และก่อนตรวจครั้งถึงหนึ่ง
ชั่วโมงต้องสวนล้างควายนาสย่อน ๆ อีกด้วย.

เพื่อจะแสดงให้เห็นชัดจนควรรู้ใช้แบ-
เรียมจำนวนน้อย ๆ และไม่ขึ้นจนเกินไป,
เพราะหากขึ้นมากอาจจับเป็นก้อนได้ และใน
ทันตกรรมการคยเบลดคอนทราสต์โดยใช้ลมสลับ
เข้าไป, กระจำนวนอากาศให้พอดีโดยเห็นใน
ฟลออโรสโคปย์ ว่าก่อนนั้นครั้งแรกเป็นเงา
ดำก่อน, จนกระทั่งไล่แบเรียมกระจายไป
ควยอากาศให้เงาของก้อนนั้นเด่นขาวขึ้นมา.
ถึงนั้นการควยควมควยฟลออโรสโคปย์ จึง
นับว่าสำคัญมาก. ทงยังทำให้ถ่ายสะบือต-
พลมได้โอกาสและถูกท่าที่จะแสดงรอย-
โรคให้เห็นได้ชัดที่สุดควย. เนื่องจากมักจะ
พบเนื้องอกเป็นก้อนเล็ก, การตรวจซ้ำอย่าง
น้อย ๒ ครั้งจึงเป็นสิ่งจำเป็นยง.

๒. ต้องแยก ออกจาก เนื้องอก ไม่ร้าย
อย่างอื่น ๆ, เช่นไฟโบรมา, มัยโอมา,
ไลโปมา, ปาซิโลมา. การตรวจชั้นเนื้อ
ทางพยาธิวิทยาจะบอกชนิดได้ถูกต้อง.

๓. ต้องแยก ออกจาก เนื้องอก ร้ายใน
ลำไส้ใหญ่, ซึ่งพบน้อยมากในเด็ก.

สรุป

๑. ได้รายงานผู้ป่วย ๑ ราย. เป็นเด็ก
ชายอายุ ๑๒ ปี, วินิจฉัยว่าเป็นไปลึบไป

หลายก้อนทล้าไส้ใหญ่ ๒ แห่ง.

๒. ได้เน้นถึงความสำคัญของการเตรียมผู้ช่วยก่อนตรวจด้วยเอกซเรย์ และการตรวจเอกซเรย์ โดยวิธีคัมเบลก่อนทวารสทอนมา.

๓. จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตรวจด้วยเอกซเรย์อย่างน้อย ๒ ครั้งในรายที่เป็นเช่นนี้.

๔. ได้ผ่าตัดเอาก้อนไปปล่อยออกและผู้ช่วยหายเป็นปรกติ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the fore-going Report)

ROENTGEN DEMONSTRATION OF ISOLATED ADENOMATOUS POLYPI

in Descending and Sigmoid Colon

Suwarnig
Romsai Suwarnig

M.B., M.Sc. Med. (Penn.), F.I.C.S.

Prabhasvat
Dusdee Prabhasvat

M.B.

✓ *Boonyachoti*
Thawee Boonyachoti

M.B.

(Dept. of Radiology)

A boy of twelve years sought treatment for passage of fresh blood with stool of eight years' duration. By using the double contrast enema technique coupled with strict regime of preparation (castor oil in the evening, S.S.E. shortly before the examination) it was possible to demonstrate one

rounded mass (2.5 cm. in diameter) in the descending colon and a smaller one (1 cm. diameter) in the sigmoid. Operative removal gave complete cure of the ailment. Repetition of radiographic examination in such cases is strongly emphasized.

โทษจำคุกตั้งแต่สองถึงสี่ห้าปี, และปรับ
 ตั้งแต่ห้าบาทถึงสามหมื่นบาท. ถ้าถึงแก่
 ความตาย, ผู้กระทำความผิดระวางโทษจำคุก
 ตลอดชีวิต, หรือจำคุกตั้งแต่สองถึง
 ห้าปี, และปรับตั้งแต่สองหมื่นถึงสาม
 หมื่นบาท.”

“มาตรา ๒๔๑. การกระทำผิดตาม
 มาตรา ๒๗๖ ฯลฯ นั้นถ้ามิได้เกิดก่อนหน้า
 การก่อกบฏ, ไม่เป็นเหตุให้ผิดกฎหมาย
 อันตราไว้สำหรับหรือถึงแก่ความตาย, มิได้
 เกิดขึ้นโดยร่วมกระทำความผิดด้วยกันอันมี
 ลักษณะเป็นการโทรมหนี้ยิง, หรือมิได้เป็น
 การกระทำผิดอันระบือไว้ใน มาตรา ๒๔๕,
 เป็นความผิดอันยอมความกันได้.”

“มาตรา ๒๔๕ ถ้าการกระทำผิดตาม
 มาตรา ๒๗๖, ๒๗๗, ๒๘๐ ฯลฯ เป็นการ
 กระทำแก่ผู้สืบสันดาน, คิษย์ซึ่งอยู่ในความ
 คุกแล, ผู้อยู่ในความควบคุมตามหน้าที่
 ราชการ หรือผู้อยู่ในความปกครอง, ใน
 ความพิทักษ์, หรือในความอนญาต, ผู้
 กระทำต้องระวางโทษหนักกว่าทนายผู้ใดไว้ใน
 มาตราอื่น ๆ หนึ่งในส่วน.”

จะเห็นได้ว่ากฎหมาย ได้บัญญัติโทษไว้
 เป็นการสมควรแล้ว สำหรับผู้ใดที่กระทำ
 ความผิดจริง, แต่อย่างกรณีที่มีการกลั่น

แกล้งย้ายความผิด, เป็นหน้าที่ของพนักงาน
 สอบสวนและตุลาการที่จะวินิจฉัยตามข้อเท็จ
 จริงและตามหลักฐานที่ได้นำมา.

ในเรื่อง ช่มชู้ กระทำชำเราใน แพทย์ มี
 หน้าที่เกือบของควยมาก, เช่น หน้าที่ตรวจ
 ร่างกายฝ่ายหญิงผู้ถูกกระทำ, และอาจต้อง
 ตรวจฝ่ายชายควย. สำหรับแพทย์ฝ่ายนิติ-
 เวชวิทยานาน นอกจากจะปฏิบัติเช่นแพทย์,
 ธรรมดาแล้วยังมีหน้าที่พิเศษ, คือการ
 ชักถามประวัติหาข้อเท็จจริงประกอบ, และ
 ไปเป็นพยานศาลในเรื่องที่ใดปฏิบัติไป. บาง
 ครั้งอาจต้องไปเป็นพยานโจทก์และบางครั้ง
 ก็อาจต้องไปเป็นพยานจำเลย, แล้วแต่กรณี.

ในค่านการปฏิบัติ ที่ใดทำอยู่ เป็นประจำ
 นั้นกล่าวได้เป็นชน ๆ.

การชักถามฝ่ายโจทก์และจำเลยมีมาก,
 จะบรรยายที่สำคัญ :

วัน, เวลาและสิ่งแวดล้อม, ย่อมเป็น
 เครื่องช่วยในการพิสูจน์. โอกาสอันเหมาะ
 สมของผู้กระทำความผิด ที่จะ ทำการ ช่มชู้
 ชำเรามากจะเป็นเวลาเย็น, พลบค่ำ หรือ
 กลางคืน, แต่ก่อนแล้วแต่สถานที่และสิ่ง
 แวดล้อมซึ่งมีความสำคัญ ใน การพิจารณา
 คดีช่มชู้มาก. ในสถานที่เปลี่ยวและเวลา
 กลางคืน ย่อมสะดวก ในการ ดำเนินงาน มาก

กว่า สถานที่ คึกคักมีบุคคล ไกลเคียง มาก, หรือสะดวกกว่าที่ซึ่งมีโอกาสที่ผอนจะมาพบ เข้าโดยง่าย, เช่นในร้านค้า, ในสำนักงาน (ขณะอยู่ในระหว่างปฏิบัติงาน). ถ้าโจทก์ให้การว่า ถูกข่มขืน ข้ำเราในบ้าน, ในเวลา กลางวัน, ซึ่งสืบทราบว่าตามปรกติบ้านนั้นมี คนอยู่หลายคนและมีบ้านข้างเคียง อีกมาก, เป็นการนำคิดว่าอาจแจ้งความเท็จ, เพราะ ถ้ามีการ ข่มขืน กระทำ ข้ำเรา เกิด ขึ้น จริง, หญิงควรต้องชกชน หรือร้องแต่ในตอนแรก. คนไกลเคียงควรจะได้ยิน. การข่มขืนก็ไม่ น่ากระทำได้จนสำเร็จใน สถานที่เช่นนั้น. คงเป็นเรื่องสมยอม, แต่เพราะ มีเหตุบาง ประการจึงต้องเอะอะโวยวายจนภายหลัง.

การร้องขอความช่วยเหลือ, การชกชน ต่อสู้, ฝ่ายโจทก์ได้กระทำให้ไปอย่างไบบ้าง. ขอนเป็นข้อยุทธสำคัญ. การข่มขืนไม่ใช่จะ กระทำได้ง่าย ๆ หากฝ่ายหญิงต่อสู้อย่าง เต็มที่ และฝ่ายชาย เพียงคนเดียวและมีแต่ เพียงมือเปล่า. ควรระวังว่าจะเป็นเรื่องสม ยอม. มีข้อยุทธฝ่ายหญิงเพียงข้อยุทธของอยู่ชั่ว ครู่แล้วก็บอกว่าสู้ไม่ไหว. ต้องศุหลักฐาน ว่าเธอได้ชกชนอย่างเต็มที่แล้ว แต่ไม่สำเร็จ จริงหรือไม่. หากโจทก์บอกว่าเธอไม่ สามารถจะร้องขอความช่วยเหลือและชกชน ได้, ต้องพิจารณาอย่างหนักว่าเพราะเหตุ

ใด, และเหตุหนักใหญ่เพียงพอหรือ. การท จะอ้างว่ากลัวมารดาจะดู หรืออายนั้น หาเป็น เหตุผลอันเพียงพอไม่.

สถานที่และท่าที่ถูกกระทำ, เป็นเครื่อง ประกอบในการพิจารณาว่า ในท่าเหล่านั้น และในสถานที่เช่นนั้น, การข่มขืนน่าจะทำ ไปได้โดยง่ายสมควรค่าบอกเล่าหรือไม่. เช่น เจ้าทักขกล่าวว่าการข่มขืนในท่าขืน, ในรณ ยนต์ทศกษและ, ขนเคียงตรวจคนไข้ซึ่งมี ความกว้างเพียง ๒ ฟุตกว่า, ต้องคว่าหาก มีการชกชนจะกระทำได้สำเร็จ หรือไม่ ในท่า และสถานที่เช่นนั้น.

จำนวนครั้ง, ระยะเวลาระหว่าง ครั้ง, และเวลาในครั้งหนึ่ง ๆ ควรซักถาม. บาง ที่อาจมีหลักฐานจนมาได้ว่า เจ้าทักขเคยถูก ข่มขืนมาแล้ว ๖-๗ ครั้งภายใน ๓-๔ วัน, แต่เพิ่งมาแจ้งความ, ต้องซักว่าทำไมไม่ แจ้งความแต่แรก, หรือเร็วที่สุดหลังจาก ใ้ได้รับการข่มขืน. คำถามละเอียดเช่น อาจเผยให้เห็นข้อเท็จจริงได้โดยง่าย.

อาชีพของ ทั้งสองฝ่าย พร้อม ทั้งประวัติ การรู้จักกันมาก่อนเป็นข้อสำคัญ. มิใช่บ่อย ราชของคดีข่มขืน ที่ปรากฏว่า ฝ่ายหญิงและ ชายรู้จักกันมาก่อน. บางคนเคยรู้จักจนถึง ขันซอพอไปเที่ยว ด้วยกันสอง ต่อสอง ก็มี.

เมื่อเกิดเรื่องว่าการข่มขืนกันขึ้น, บุคคล
 พวกนี้ ควร ได้รับการ พิจารณา มากกว่า คน
 อื่นๆ. การมอมเหลาหญิงเพื่อข่มขืนมีความ
 ผิด, แม้จะแก้ว่าการที่คนทำการข่มขืนนั้น
 ทำไปโดยไม่รู้สึกตัวเพราะถูกหลอกรักไม่ได้.
 แต่ ถ้าปรากฏว่า ทั้ง โจทก์ และ จำเลย ต่างก็
 สวมครีโงนงคิมสวรายช่วยกัน, แล้วเกิดม
 เรื่องข่มขืนขึ้น, นาหนักของโจทก์ ที่จะให้
 เชื่อว่ามีการข่มขืนจริง, ก็คนน้อยเต็มทน.

ควร นมาถง เรื่องสำคัญที่ แพทย์ มีบท
 บาทมากที่สกัดกั้นการตรวจร่างกาย. การ
 ตรวจร่างกายนั้นหากทำได้ควรตรวจทั้งหญิง
 และชายครครณ.

การตรวจร่างกายฝ่ายชาย โดยละเอียด
 มีความสำคัญไม่น้อย เพราะจะช่วยเหลือใน
 การพิจารณามาก.

ควรตรวจคว่ำสภาพจิต ของจำเลย สม-
 บูรณ์เพียงใด. พวกจิตทรมานและกามวิปริต
 มักก่อคดีข่มขืนขึ้นเสมอ ๆ. บางรายก็เป็น
 เรื่องเศร้าเพราะ ถึงกับ มีการล้มตายกัน ขึ้น.
 ดังนั้น ก่อน อน จำเลย ทุกคน ควร ได้รับ การ
 ตรวจจิตเพื่อตัดขบถุหาคคซึ่งเกิดจากคนพวก
 นออกไป.

อายุและขนาด ของร่างกาย มีความสำ-
 คัญมาก. เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่า

ลำพังชายและหญิง ที่มีขนาดร่างกายไล่เรี่ย
 กันแล้ว, หากไม่ใช้การข่มขืนอย่างอื่น, จะ
 กระทำการ ข่มขืน ซ้ำเวา ให้สำเร็จ ลง ไปน
 ย่อมไม่ได้, หรือแม้จะเพียงการผ่านอวัยวะ
 สืบพันธุ์ของชายเข้าไปยังฝ่ายหญิงก็ทำไม่ได้
 เช่นกัน, ถ้าหญิงนั้นโตชดชอนอย่างเต็มที
 และไม่ยินยอม. ดังนั้นการตรวจเปรียบ
 เทียบอายุ, ขนาดร่างกายโจทก์ และจำเลย,
 จึงเป็นสิ่งสำคัญ.

รอยขาดแผลตามร่างกาย, รอยกัด,
 รอยหยิกข่วน, ซึ่งเกิดจากการต่อสู้ชดชอน
 ของฝ่ายหญิง, ถ้ามีปรากฏอยู่ก็จะช่วยสนับสนุน
 ว่าเป็นเรื่องจริง. ถึงแม้จะนาน ๒-๓
 ัน, รอยเหล่านี้ก็จะปรากฏเป็นแผลเป็นให้
 เห็นได้.

รอยเลือดที่เขื่อนคคคคตามเส้นผ่าแควอง
 แต้งกาย, โคนขาและอวัยวะสืบพันธุ์, ต้อง
 ค้นหา, เพราะการข่มขืนบางครั้งรุนแรงจน
 เกิดเป็นขาดแผลต่อผู้ถูกกระทำ. หรือบาง
 ครั้งผู้กระทำเองก็อาจมีแผล. การตรวจ
 หาหมู่เลือด ถ้า ทำ ได้ ก็ จะ ช่วย สนับสนุน,
 เพราะอาจพบว่าเป็นเลือด หมู่เดียวกับ โจทก์,
 พยานหลักฐานก็จะผูกมัดแน่นขึ้น.

รอยเขื่อนของนาอสีจตามเส้นผ่าแควอง
 แต้งกายก็ควรตรวจเช่นเดียวกันด้วยวิธีต่างๆ

ซึ่งจะกล่าวต่อไป.

ในการตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ของชายโดย เฉพาะ, เราอาจพบขาดแคลน. บางครั้งอาจ พบว่าชายผู้ถูกกล่าวหา อวัยวะ สืบ พันธุ์- การงานไม่สามารถจะไปชุ่มชื้นใคร่ได้. เมื่อ เรืองไปถึงศาลจะไต่ไต่ใช้เป็นเครื่องยืนยันว่าไต่ มี การตรวจอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้ว.

นอกจากการตรวจฝ่ายชายโดยละเอียด แล้ว, การตรวจฝ่ายหญิงผู้ถูกกระทำก็ต้อง ปฏิบัติเช่นเดียวกัน.

อายุและขนาดของร่างกายตรวจเช่นเดียวกับ กนกยฝ่ายชาย. แต่มีขกกรณีหนึ่งซึ่งอาจมี ปัญหาที่ยากในเรื่องอายุเกิด ขึ้นในการ พิ- จารณาโทษเพราะตามประมวลกฎหมาย อา- ญามาตรา ๒๗๗ กล่าวไว้ว่าหญิงอายุยังไม่ เกินสิบสามปี, แม้ส่มยอม, หากฝ่ายชาย กระทำชำเราแก่มีความผิด. ดังนั้นแพทย์อาจ ต้องตรวจยืนยันหญิงผู้ถูกกระทำว่ามีอายุเกิน ๑๓ ปีหรือไม่. หญิงบางคนไม่ทราบอายุแน่- นอนและบางครั้งหลักฐานในเรื่องอายุที่หญิง นำมาเชื่อถือไม่ได้. ศาลจึงต้องขอความ ช่วยเหลือ จาก แพทย์ ให้ เป็น ผู้ ตัก สิ้น ตาม หลักวิชา. การตรวจอายุเป็นที่ทราบกันคืออยู่ แล้วว่าเราต้องตรวจการเจริญเติบโตทั่วไป, ส่วนสูง, น้าหนัก, การเจริญของฟัน, ถ่าย ภาพ รัง สี เอกซเรย์ เพศ ตรวจ คณนย์ สรีระ

กระดูกของกระดูกส่วนต่าง ๆ.

รอยขาดแผลตามตัว มักตรวจ พบ เสมอ ในหญิงที่ถูกข่มขืนซึ่งได้ ทำการต่อสู้ ขัดขืน แล้วอย่างเต็มความสามารถ, เป็นหลักฐาน ช่วยพิสูจน์ให้เห็น ว่าเรื่อง ทกล่าวนั้นอาจเป็น เรื่องจริง. รอยที่พบอาจเป็นรอยเขียวช้ำรอยๆ ปากและแก้มซึ่งเกิดจากการทำ เลเย ใช้ มือ ขี้ตักปากกันการ ร้อง ขอ ความ ช่วย เหลือ, รอยเขียวช้ำตามคอ, แขน, และขาจากการ ถัดให้นอนลง. นอกจากนั้นอาจพบรอยช้ำ และรอยถลอกตามร่างกายส่วนต่าง ๆ ซึ่ง เกิดจากการดิ้นรน.

บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ต้อง ตรวจ ให้ ละเอียด เพศตรวจตรวจรอยฟกช้ำ และขาดแผลอื่น เกิดจากความรุนแรงของการกระทำ. ตรวจ ดูเยื่อหุ้มเมื่่นว่ามีรอยฉีกขาดเก่าใหม่เพียงใด. ทำการข้ายน้ำในช่องคลอดมาตรวจหาน้ำอสุ- จิ. การตรวจหาน้ำอสุจินั้นเราอาจตรวจหา ได้หลายวิธีเช่น (๑) ตรวจทางกล้องจุล- ทศน์ เพศค ตรวจดูสีตามปรกติ, (๒) ย้อม ด้วยสีเมธิลบลู, (๓) ตรวจดูคราบอสุจิต ตามเส้นเลือดดำโดยใช้แสงอุลตราไวโอเล็ต, (๔) ตรวจทางเคมีโดยใช้วิธีฟลอรินส์เพื่อ ตรวจการตกผลึก, (๕) ตรวจทางเคมีโดยใช้ วิธีบาร์เบรโอเพื่อตรวจการตกผลึก, (๖) ตรวจ ทางเคมีโดยใช้วิธีแอซิดฟอสฟาเทสเพื่อหา

แอซิคฟอสฟาเทสซึ่งมีอยู่ในน้ำอสุจิ.

วิธีตรวจเหล่านี้นิยมกันมากในน้ำอสุจิ หรือตัวอสุจิที่อยู่ในช่องคลอดหรือตามเสื่อผ้าของหญิงผู้ถูกกระทำหรือไม่. หากหญิงนั้นถูกนำมาหาแพทย์ ในระยะเวลาอันควร การตรวจก็ไ้ผลดี. แต่ถ้ามาหาแพทย์ภายหลังถูกข่มขืนซ้ำเราหลายวันมานัก, การตรวจอาจคลาดเคลื่อนจนอาจตรวจไม่พบได้. ขอนเป็นหลักฐานรวมคา.

นอกจากนการตรวจขนหัวเห่หน้าท หล่นอยู่ตามเสื่อผ้าหรือสถานท เกิด เหตุอาจ เป็นประโยชน์บ้างใน เมื่อก่ กรรมมี ขน หัวเห่หน้า ลักษณะแตกต่างกันมาก.

การทกล่าวมาทหมดคนความมุ่งหมาย กเพื่อยากจะให้มีการพิจารณากันอย่างละเอียดในเรืองข่มขืนกระทำซ้ำเรา. หญิงทสมยอมแต่ภายหลังกลับเปลี่ยนนรปคคเป็นข่มขืน มีไม่นอยซึ่งจากการ สอข ส่วน โดย ละเอียคของพนักงานสอขส่วนและการตรวจโดยละเอียดของแพทย์จะช่วยให้ความยุติธรรมแก่จำเลยและเป็นเครื่องช่วยกันขจัดเหตุการณอันหลอกลวงให้หมดสิ้นไปได้.

เมื่อเร็ว ๆ น ข้าพเจ้าใครบปรึกษาคค ข่มขืนรายหนึ่งเกยวควยเรือง อายของ ผู้ถูกกระทำ. ข้าพเจ้าจึงไ้ซักถามเรืองราวจาก โจทก. เธอเล่าว่าเวลาเช้ามค, ขณะทเธอ

กำลังหลับอยู่ในมุ้ง, เคียงข้างคค ๆ กันกับน้องชาย, พี่สาวและน้องสาว, รวมอยู่ด้วยกันถึง ๕ คนในมุ้งเดียว. ทวีเธอนอนริมฝา. คคองตกใจคเพราะมีชายหนึ่ง (ชายผู้นี้เคยรู้จักและพคคยกัน) ขึ้นฝามาเข้คมุ้ง, ตรงมายังเธอ, ใช้มือหนึ่งกคคค, กมือหนึ่งกระชากกางเกงจันทเธอหนึ่ง หลคคออก, ทำการข่มขืนซ้ำเราจนสำเร็จแล้วกผละจากไป. เธอไม่กล้าร้องขอความช่วยเหลือเพราะความกลัวและเธอก่ไม่ไ้ปลกให้ใครในมุ้งคนขนมาเลย. จนกระทั่งเวลาบ่ายมารคคกลับจากการไปขายของคแต่เพียงคน, ฐี เรืองจากน้องชายทนอนร่วมมุ้ง (ปรากฏว่าน้องชายไม่ไ้คนอนหลับ และเห็น เหตุการณโดยคคคค), จึงพาลูกสาวมาแจ้งความฐีฐานข่มขืนกระทำซ้ำเรา.

ข้าพเจ้าจะไม่ออกความเห็น. แต่ขอให้พิจารณาเองกแล้วกนว่าเรืองจริง เช่น น เป็นข่มขืนแน่หรือ. จำเลยควรมีความผิดฐีฐานข่มขืนซ้ำเราหรือไม่, หากโจทกมีอายุเกิน ๑๓ ปี.

การดำเนินคคข่มขืนกระทำซ้ำเราไม่ใช้ของง่าย. การพิจารณาโดยละเอียดและความยุติธรรมเท่านั้นทจะช่วยเหลือผู้บริสุทธิ์ไว้ได้.

บทบรรณาธิการ



จากเด็กถึงผู้ใหญ่

การเติบโตจากสภาพของทารกที่เกิดขึ้นใหม่ไปตามลำดับจนถึงสภาพของผู้เต็มวัยนั้นเป็นกระบวนการที่ยาวนาน ต้องกินเวลาเฉลี่ยถึงยี่สิบปี. ตลอดเวลาของการเปลี่ยนแปลงดำเนินไปเรื่อย ๆ. บางอย่างก็เห็นได้โดยง่าย, เช่นที่เกี่ยวกับรูปร่าง. บางอย่างมองไม่เห็น แต่พอ กำหนดได้ โดย ทดสอบ, เช่นการเปลี่ยนแปลงทางการงานของอวัยวะต่าง ๆ เป็นต้น. การเปลี่ยนแปลงประเภทหนึ่งในจำพวกหลังนี้ ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรสังขาร (คืออนาสติคชัน), ซึ่งเป็นเรื่องที่จะได้หยาบยกลักษณะพิจารณาในตน.

สรีรสังขารเป็นคำที่มีความหมายถึงลักษณะการของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายโดยส่วนรวม, ทำให้เกิดเป็นลักษณะจำเพาะขึ้น สำหรับบุคคล หรือหมู่ ของ บุคคล, เช่นเกี่ยวกับคนในวัยต่าง ๆ เป็นต้น. ความแตกต่างระหว่างสรีรสังขารของผู้ต่างวัยเป็นผลรวมของความแตกต่างในหลายด้านประกอบกัน, เช่นเกี่ยวกับขนาด, ความแข็งแรง, ความชำนาญ, และระยะของความ

คลคลายในด้านการงาน. การเจริญของโครงกระดูก, กล้ามเนื้อ, ระบบประสาท, และความ คลคลาย ในหน้าที่ ของอวัยวะ โมนต่าง ๆ มีบทบาทที่สำคัญเป็นพิเศษในเรื่องนี้. ผู้ที่เคยใกล้ชิดกับทารกเกิดใหม่เป็นเวลานาน ๆ คงจะได้เกิดมีความรู้สึกขึ้นมาว่าเด็กในวัยนี้เหมือนจะไม่มีเวลาอยู่นิ่งเลยเลยนอกจากในเวลาอนหลับ. ตลอดเวลาที่ตนเคยมีการเคลื่อนไหวอย่างไม่มีหยุดแม้กระนั้นเหมือนจะไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย. ถ้าหาก จะลองกดแขนหรือขาไว้ ให้ต้องอยู่นิ่ง ๆ, เด็กก็จะแสดงอาการว่าไม่สบาย, และถ้าปล่อยมือเมื่อใดก็จะกระทำการเคลื่อนไหวอย่างคึกคักต่อไปดังเดิม. ความต้องการเคลื่อนไหวเป็นลักษณะประจำอย่างหนึ่งของวัยต่าง ๆ. ในวัยทารกความต้องการนี้มีมากที่สุด, ซึ่งตรงกับระยะที่การเจริญเติบโตมีรวดเร็วที่สุด. เมื่ออายุมากขึ้นความต้องการเคลื่อนไหวลดน้อยลง, แต่ยังคงมีมากอย่างเห็นได้ชัดจนตลอดชั่วชีวิต. เมื่อเข้าวัยรุ่นความผลึกคึกในต้นนั้นลดลงอย่าง

ค่อนข้างจะชวยชวย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิง. ในวัยชราความต้องการเคลื่อนไหวเหลืออยู่เพียงส่วนน้อย. โดยมากมีความต้องการพักผ่อนเคลื่อนไหวเข้ามาแทนที่. ความผิดปกติภายในให้ต้องการเคลื่อนไหวในวัยเรียน เช่น เหตุผลสำคัญที่ขยให้โรงเรียนต้องจัดเวลาพักผ่อน ๆ ให้เด็กมีโอกาสเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ระหว่างการเรียน, และมีสนามและเครื่องเล่นให้พอแก่ความต้องการในระหว่างหยุดพักและหลังจากการเรียนด้วย.

ตรงกันข้ามกับความต้องการเคลื่อนไหวคือความต้องการพักผ่อน. ขอนกเป็นลักษณะประจำของทารกอีกเหมือนกัน. เด็กอายุภายในขวบแรกต้องการนอนวันละประมาณ ๑๖ ชั่วโมง. ที่เหลืออีก ๘ ชั่วโมงเป็นเวลาสำหรับการเคลื่อนไหว. เมื่อโตขึ้นความต้องการนอนน้อยลงเป็นลำดับ, แต่เปลี่ยนไปอย่างช้า ๆ. ในวัยก่อนเข้าโรงเรียนเด็กยังต้องการนอนวันละ ๑๓ ถึง ๑๕ ชั่วโมง. ในวัยเรียนต้องการระหว่าง ๑๐ ถึง ๑๑ ชั่วโมง. แม้คนวัยรุ่นก็ยังต้องการนอนมากกว่าคนเต็มวัย. คนชราต้องการนอนน้อยกว่าในวัยอื่น ๆ. พงสังเกตว่าทชอยกล่าวกันกว้าง ๆ ว่าในวันหนึ่ง ๆ คนเรา

ควรทำงาน ๘ ชั่วโมง, กินและพักผ่อน ๘ ชั่วโมง, และนอนอีก ๘ ชั่วโมงนั้น, ไม่ตรงกับความจริงโดยส่วนมาก, และคงคิดว่าใช้ไม่ได้สำหรับเด็กที่ยังเติบโตไม่เต็มที่.

ในเรื่องของโรคภัย ความแตกต่างในสัตว์สังขาร เนื่องจากอายุ ปรากฏให้เห็นชัดเจนในหลายกรณี. ประการหนึ่งเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรค, ซึ่งมีแตกต่างกันในหมู่คนในวัยอ่อนกับคนวัยแก่, เช่นโรคไส้ติ่งอักเสบเกิดแก่คนในวัยฉกรรจ์น้อยกว่าคนในวัยเด็กหรือวัยชรา, โรคคอค้ำเป็นบ่อยในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่, เป็นต้น. ประการที่สองเกี่ยวกับกาำเนินของโรคที่แตกต่างกันเมื่อโรคเกิดในคนต่างวัย, เช่นการพยากรณ์ของโรคป็นวิโมเนียบในคนวัยฉกรรจ์ดีกว่าในคนแก่และเด็ก, แต่การพยากรณ์ของวัณโรคในคนแก่กลับดีกว่าในคนหนุ่มสาว. ประการที่สามคือการที่โรคนางโรคค้เหมือนจะชอยเกิดแก่คนขางวัย มากกว่าคน ในวัยอื่น ๆ, เช่นโรคขาดอาหารมักเป็นแก่เด็ก, ส่วนโรคความดันเลือดสูงมักเป็นแก่ผู้ใหญ่, เป็นต้น.

ในด้านการทำงานของเนอกล้ำมหาคูเผิน ๆ อาจเข้าใจว่าเด็กมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ใหญ่, ดังที่คนส่วนมากมีค้ออกความ

เห็นว่าเด็กไม่รู้จักเหนื่อย, เพราะเห็นว่าเด็กสามารถเดินหรือวิ่ง, หรือกระโดดโลดเต้น คึกคักกันไปไ้เป็นเวลานาน ๆ. ความเห็นนี้ไม่ตรงกับข้อเท็จจริงที่ได้จากการสอบสวนอย่างละเอียด. การที่เด็กเดินหรือวิ่งไ้ นาน ๆ ก็เพราะน้ำหนักตัวของเขาน้อย, เขาจึงต้องการพลังงานไม่มาก. โดยการเปรียบเทียบพลังของกล้ามเนื้อในระหว่างออกกำลังกายชนิดที่อาจวัดปริมาณได้โดยสะดวก, เช่น การยกน้ำหนัก, มีผลพบว่าพลังของกล้ามเนื้อ เทียบกับน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นไปตามอายุ จนถึงวัยชรา. เด็กอายุ ๑๐ ถึง ๑๔ ปีมีพลังกล้ามเนื้อเปรียบเทียบเฉลี่ยเพียง ๕๕ เปอร์เซ็นต์. ของผู้ใหญ่เท่านั้น. แม่เมื่ออายุ ๑๖ ถึง ๑๘ ปีก็มีพลังน้อยกว่าผู้ใหญ่ถึง ๒๐ เปอร์เซ็นต์. การที่เด็กจะมีพลังมากกว่าหรือแม่เพียงมากเท่าผู้ใหญ่ขึ้นอยู่กับว่าเขาร่างกายมาก. สาเหตุประกอบของเรื่องนี้อาจเป็นข้อเท็จจริงที่ปรากฏว่าปริมาณทั้งหมดของฮีโมโกลบินในร่างกาย, ปริมาตรรวมของเลือด, และปริมาตรเลือดที่หัวใจฉีดแต่ละครั้ง, เพิ่มขึ้นไปตามลำดับของอายุในทำนองเดียวกับพลังของกล้ามเนื้อ. ความสามารถที่จะปรับการไหลเวียนของเลือดให้เหมาะกับการออกกำลังกายกำลังของเด็กก็น้อยกว่าของผู้ใหญ่มาก.

โดยเปรียบเทียบเด็กอายุ ๑๐ ถึง ๑๒ ปีมีสมรรถภาพในการวิ่งเพียง ๔๐ เปอร์เซ็นต์. ของผู้ใหญ่, และเด็กอายุ ๑๕ ถึง ๒๐ ปีก็ยังมีสมรรถภาพต่ำกว่าผู้ใหญ่ถึง ๑๐ เปอร์เซ็นต์. เรืองชวนให้สนใจเด็กวัยสิบหกสิบเจ็ดปี, ซึ่งเรียนจบมัธยมวิษรณ (มัธยมปีที่หก) และต้องเข้าประกอบอาชีพในฐานะเป็นผู้ใหญ่, เพราะ “จบการศึกษาแล้ว.” แท้จริงนั้นเขายังน้อยกว่าคนเต็มวัยทั้งในด้านกำลังความคิด, กำลังกาย, และประสบการณ์. ข้อสังเกตที่น่าจะเป็นปัญหาชวนขยสำหรับนักกฎหมาย, นักเศรษฐกิจ, และนักสาธารณสุขร่วมกัน.

ความสามารถในอณึ่งหนึ่งทีแสดงความสามารถต่างอย่างชัดเจนระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ คือสมรรถภาพในการต่อต้านโรค, ซึ่งจะถือว่าเป็นความสามารถในการปรับตัวเข้ากับภาวะแวดล้อมที่แปลกไปจากปรกติก็คงได้. ความสามารถนี้ได้ง่าย ๆ จากอัตราตาย, โดยเป็นปฏิภาคของอัตรานั้น. สถิติโดยทั่ว ๆ ไปแสดงว่าอัตราตายสูงที่สุดในเด็กเกิดใหม่, ซึ่งในแห่งหนึ่งมีสูงถึง ๑๑ ใน ๑,๐๐๐. อัตราตายลดน้อยลงเรื่อยตามอายุที่มากขึ้น, จนถึงถึงระดับต่ำสุดระหว่างอายุ ๑๐ กับ ๑๖ ปี, ซึ่งสถิติในแห่งเดียวกันแสดงอัตรายาน้อยกว่า ๑ ใน

๑,๐๐๐. ต่อจากชนอายุนอกตราคาดิบเพิ่ม
 มากขึ้นเรื่อย ๆ, จนถึงขีดสูงสุดออกครึ่งหนึ่ง
 ที่อายุ ๖๐. ในวัยนอกตราตายเฉลี่ยมีถึง
 ๑๒ ต่อ ๑,๐๐๐. สถิตที่อาจมานแสดงว่า
 สมรรถภาพในการปรับตัวเข้ากัยภาวะเป็น
 โคร, หรือความสามารถในการต้านทาน
 โคร, มีค่าที่สุกเมอคอด, เพิ่มมากขึ้น

เรื่อยไปตามอายุจนถึงวัยรุ่น, แล้วกลับลด
 ลงใหม่เมื่ออายุเกินกว่าาน, จนถึงชนคาที่
 สุกออกครึ่งหนึ่งในวัยชรา.

ระหว่างความเป็นเด็กกัยความเป็นผู้ใหญ่
 มีการชน ๆ ลง ๆ ในลักษณะที่น่าสนใจ
 หลายอย่าง, ดังที่ยกมาแสดงเพียงบางส่วน
 ในทน.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา พ.บ., สลิล สุขโรจน์ พ.บ.,
รงฉัตร โคละทัต พ.บ., Dr. med., ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.,
ปรีชา เจริญลาภ พ.บ., ประเสริฐ ทองเจริญ พ.บ., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., ชุศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑. H. Ivan Sippy, Edward J. Fitzsimons: การวัดจำนวนกรดเสวี ในกระเพาะอาหารโดยใช้กระต่ายอินคิเคเตอร์. J.A.M.A. 170:1157-1158, 1959.

ผู้รายงานได้ทดลองหาจำนวนกรดเสวีในน้ำหลังกระเพาะรวมทั้งสิ้น ๖๒ ตัวอย่าง, โดยการใส่กระต่ายอินคิเคเตอร์ "ฮัยทริออน". เขาแสดงตารางเปรียบเทียบกับการหาโดยวิธีไตเตรทตามมาตรฐาน และการหาพีเอชของน้ำหลังกระเพาะด้วยเครื่องพีเอชมิเตอร์. ปรากฏว่ากระต่ายนบออกค่าได้ใกล้เคียงเป็นทศอตรได้ โดยมีสเกลลีสออกค่าของพีเอชไต่จาก ๑ ถึง ๖. ตามตารางแสดงการเปรียบเทียบพบว่าเมื่อไม่มีกรดเสวีมีค่าพีเอช ๔ ขึ้นไป. ถ้ามีความเป็นกรด ๐-๑๐, ๑๐-๓๐ หน่วยมพีเอชระหว่าง ๓-๔ และ ๒-๓ ตามลำดับ. ถ้าเกิน ๓๐ หน่วยขึ้นไปพีเอชอยู่ระหว่าง ๑ และ ๒. (๑ หน่วยความเป็นกรดเท่ากับ น/๑๐ โซเคียมฮัยดรอกไซด์๑ล.ซม. ต่อหน่วย๑๐๐ล.ซม.)

การทำจำนวน กรดเสวี โดยวิธีนี้ นับว่าเป็นวิธีง่ายและสะดวกต่อแพทย์มาก. ควรจะกระตุ้นให้คนไข้ที่ทดลองหาค้นเอง, เช่น เคี้ยวกับคนไข้เบาหวานซึ่งทดลองหานาตาลในปัสสาวะของตนเองได้.

ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา พ.บ.

๒. W.T. Irvine, H.L. Duthie, N.G. Waton: การขับฮีสตามีนเสวีออกจากปัสสาวะหลังจากกินอาหารเนอส์ตัว. Lancet 1: 1061-1064, 1959.

อาหารจำพวกเนอส์ตัวมีแอล-ฮีสตามีนอยู่ด้วย, ซึ่งเป็นสารที่ถูกลดกล่มคาร์บอกซิลโดยแม่คที่เร็วในลำไส้ให้เป็นฮีสตามีนได้. ผู้รายงานได้ทดลองในคนและสุนัขโดยเปรียบเทียบปริมาณของฮีสตามีนในปัสสาวะในผู้ถูกลดกล่มที่กินเนอส์ตัว, และกินฮีสตามีนบริสุทธิ์ก่อนและหลังให้ยาทำลายเชื้อในลำไส้ (ซัคซินีลซัลฟาไรอะโซน, ฌลอร์เตตราซัยคลิน). ผลการทดลองแสดงว่าการ

กินเนอส์ตัวหรือแอล - ฮีสติกคนบริสุทธิทำให้มีการขับถ่ายฮีสตะมันในขี้ส้วมมากจน, และแยกที่เร็วมีส่วนทำให้มีการขับถ่ายฮีสตะมันมากจนควย.

นอกจากนี้ยังพบว่ายาทำลายเชื้อในลำไส้ไม่สามารถทำลายฤทธิ์ของคาร์บอกซีแลคในลำไส้และไม่อาจขัดขวางการดูดซึมฮีสตะมันจากลำไส้. ฮีสตะมันในขี้ส้วมลดลงจากการที่คาร์บอกซีแลคชันโดยแยกที่เร็วลดลงแต่อย่างเดียว.

สถิต ศุขโรจน์ พ.บ.

๓. W.D. Erdmann, F. Sakai, F. Scheler: การรักษาแก๊พพิษของอี ๖๐๕ ด้วยยาเฉพาะ. Dtsch. med. Wschr. 83:732-733, 1958.

ผู้ป่วยชาย, อายุ ๒๕ ปี, ไทคมยาม่าแมลง E 605 เข้าไป ๑๒ ล.ชม. (ในจำนวนนม ๖ กรัมของไทเอธิลสพาราในโทรฟนียลไฮโอฟอสเฟต). ขนาดคนเป็น ๑๒ เท่าของขนาดตาย. หลังจากคมยานเข้าไป ๑๕ นาทีเขาก็ได้เข้าไปอยู่ใน ร.พ. โดยมีอาการอาเจียน, หมกสติ, หายใจน้อย, อาการเขียว, และมีการกระตุกของเนอกแลม. ภายในเวลา ๑๕ นาทีได้ฉีดอะโทรปีนให้ผู้ป่วยครึ่ง

ละ ๒ มก. เข้าหลอดโลหิตถึง ๗ ครั้ง. ทุก ๆ ครั้งฉีดทำให้มีการหายใจดีขึ้น. นอกจากนี้อาการเขียวและการกระตุกหมดไป. หลังจากนั้นอีก ๑ ชม. ให้อะโทรปีนอีก ๒ มก. อีก ๒ ชม. จึงได้ให้ P.A.M. (๒-ฮัยดรอกซีอิมโนเมธิล-เอิน-เมธิลพิร์ริคเนียมไฮโอโคค) ทางหลอดเลือดเป็นจำนวน ๐.๕ กรัม ในน้ำ ๕๐ ล.ชม. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น, รู้สึกตัว. หลังจากนั้นอีก ๒ ชม. ได้ให้ P.A.M. อีกครึ่ง.

การให้อะโทรปีนร่วมกับ P.A.M. นับเป็นการรักษาพิษของพวกแอลคิลฟอสเฟต ที่ดีที่สุด. สำหรับ E 605 นี้ออกฤทธิ์โดยเป็นควรงของโพลีนเอสเตอเรส.

ธงฉัตร โคละทัต พ.บ., Dr. med.

๔. E. Bauer: ปฐมพยาบาลสำหรับผู้ที่รับพิษอันตรายจากไฟฟ้า. German Med. Monthly 3:230, 1958.

ในปี ๑๙๕๕ ได้มีชาวสวิสส์ประสบภัยทางกระแสไฟฟ้าแรงสูงถึง ๒๖๖ คน. สิ่งแรกที่ควรทำคือเอาผู้เคราะห์ร้ายออกจากบริเวณอันตราย. การทรมกระแสไฟฟ้าเข้าร่างกายนั้นจะทำให้มีอาการเกร็งของเนอกแลมลาย, หัวใจมีไฟบริลเลชัน, และ

อาการช็อค. ต่อไปจะมีอาการที่เป็นผลของความร้อน, เช่นที่สซิบบริเวณนั้นใหม่. ในระยะที่สามจะมีอาการเคลื่อนไหวเนื่องจากไฟฟ้า, ซึ่งเป็นผลทำให้เนื้อบริเวณนั้นหลุดออก.

การรักษาในระยะแรกควรจะให้โซเดียมไบคาร์บอเนตเร็วที่สุดที่จะเร็วได้, เพื่อจะแก้ฤทธิ์ของมัยโอซีโมโกลบินชนิดกรดให้กลับเป็นค่า, ซึ่งจะถูกขับถ่ายออกจากร่างกายโดยปัสสาวะ.

ธงฉัตร โคละทัต พ.บ., Dr. med.

๕. W. Rozner, J. Lloyd: โรคสะเก็ดด้วยที่แสดง อาการตกเลือด ในช่องเยื่อหุ้มปอด. Lancet 2:393-394, 1958.

ผู้ป่วยหนึ่งราย, อายุ ๖๒ ปี, มีแผลในกระเพาะอาหารบริเวณโค้งน้อย. ภาพรังสีของปอดปรกติ. ได้รับการรักษาด้วยค้างและแนะนำเรื่องอาหาร. ต่อมาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อีกครั้งหนึ่ง ด้วยเรื่องหอบและอาการเขียว. ตรวจพบมีน้ำตาลเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย, ทำให้หนักถึงการกระจายของ เนอรัย จากกระเพาะอาหาร ไปยังปอด.

อีก ๑ ปีต่อมาพบว่ามีน้ำตาลเลือดในช่อง

เยื่อหุ้มปอดข้างขวาอีก. มีจุดเลือดออกใต้เล็บและตามบริเวณผิวหนัง. จากการศึกษารายทาง ห้องปฏิบัติการ ไม่พบกรดแอสคอร์บิกในเลือดจึงได้ให้การรักษาด้วยกรดแอสคอร์บิกขนาดมาก. ปรากฏว่าน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดแห้งหมด.

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ.

๖. F.P. Smith, E.A. Clere: โรคติดเชื้อซึ่งแทรกซ้อน การรักษาด้วย คอร์ติโซน. New Engl. J. Med. 256: 104-108, 1957.

มีรายงานผู้ป่วย ๖ ราย ที่มีการติดเชื้อแทรกซ้อนการใช้คอร์ติโซนรักษา. ๓ รายถึงแก่กรรม, อีก ๓ รายเป็นข้ออักเสบรูมาตอยด์. ๑ คนเป็นไข้ร้มาติก. ๑ คนเป็นโรคโลหิตจางชนิด เม็ด เลือด สลายที่ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด.

ในผู้ป่วย ๑ รายมีอาการเหมือนภัยพิบในสัตว์ทดลอง, คือพวกเชื้อโรคที่ไม่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ที่มีอยู่เป็นปรกติในร่างกายสามารถ ทำให้เกิดโรค และฆ่าสัตว์นั้นได้เมื่อ ความต้านทาน ของตัวมัน ต่ำลงโดยฤทธิ์ของคอร์ติโซน.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.



๗. Ian R. Mackay: บิลิอาร์ยเซอโรไวรัสชนิดไปรมาเรีย. *New Engl. J. Med.* 258: 185-188, 1958.

รายงานผู้ป่วยหญิง, อายุ ๓๘ ปี, มีอาการคลื่นไส้, คัด, และกษานแบบออกันมาหลายเดือน. การตรวจพบมีแซนโรมาใต้ผิวหนังและระยะไข่มเลสเซอร์อลในเลือดสูง. การทดสอบทางห้องปฏิบัติการสัรวเคมีและทางจุลกายฯ แสดงว่าการออกันของน้ำค. ไคเตอร์คอมปลีเมนต์ฟักเซชันสูง (๑:๑๐๐๐) ต่อแอนติเจนจากเนอมนุษย์, โดยเฉพาะคัยและไต. ได้ให้การรักษาด้วยเปรีคินโซโลน. พบว่าไคเตอร์นตาลงข้าง. ผู้ป่วยมีอาการสหายค. แต่ยังไม่มีอาการที่แสดงว่าโรคสงบลง.

ยศวร สุกุมาลจันทร์ พ.บ.

๘. R.O. Gillespy: นิโคตินียลคาร์เตรคในการรักษาอินเทอร์มีตเต้นท์ คลอคเคชัน. *B.M.J.* 207-208, 1957.

ผู้ป่วย ๕๐ คน มีอาการปวดขาเป็นครั้งคราวอย่างรุนแรงเนื่องจากหลอดโลหิตแข็งทั่วไป, ได้ให้นิโคตินียลแอลกอฮอล์คาร์เตรค ๒๕ มก. วันละ ๔ ครั้งเป็นเวลา ๑๕ เดือน. เมื่อครบกำหนดมีผู้ป่วยเหลือ ๓๐

คน, ตาย ๑๕ คน. อีก ๕ คนรักษาไม่ครบกำหนด.

ในพวกแรก ๑๗ คนรักษา ๑๐ คนอาการดีขึ้นปานกลาง, ๓ คนดีขึ้นเล็กน้อย, ๔ คนไม่ได้ผล. ในพวกหลัง ๑๓ คนเป็นค้อนโทรล, ๔ คนดีขึ้นเล็กน้อย, ๓ คนอาการไม่เปลี่ยนแปลง.

ยศวร สุกุมาลจันทร์ พ.บ.

๙. H.H. Pinkerton, T.E. Van Metre: การรักษาหิคระยะบุงุ่น. *New Engl. J. Med.* 258: 363-366, 1958.

ผู้รายงาน ได้ทำการ ทดลอง กับ ผู้ป่วย ๕๐ ราย ซึ่งมีอาการ หอบหืด ตั้งแต่ปานกลางจนมาก. ผู้ป่วย ๑๓ ราย ได้รับการฉีดแอกรีนอะลินะลีนเขากลาม. ๑๓ รายได้รับเปรีคินโซโลน ๓๓.๕ มก. เขาหลอกเลือดครึ่งเดียว. ๑๔ รายได้รับเปรีคินโซโลน ๓๓.๕ มก. ทางปากครึ่งเดียว. รายที่ได้รับเปรีคินโซโลน ๑๑ รายต่อมาอีก ๒-๓ ช.ม. ให้แอกรีนอะลินะลีนครึ่ง. การตัดสินผลอาศัยการซักถาม, การตรวจร่างกาย และหาไวทัลแคแปชิตัย. ปรากฏว่าแอกรีนอะลินะลีนสามารถบรรเทาอาการ ได้เร็วและดีกว่าเปรีคินโซโลน. การใช้เปรีคินโซโลน

ทั้งสอง วัณโรค ไทฟอยด์ คล้ายคลึง กันและยาทาง
สอง (คือปรินทิโซโลนกับแอกทีวีนลิน) ไม่
เสริมฤทธิ์กัน.

ปรัชญา เจริญลาภ พ.บ.

๑๐. R. Louwette, A. Lambrechts :
“ฟรามัยซิน” ในการรักษาการติดเชื้อ
ต่อโรติสในทารก. B.M.J. 1: 868-869,
1958.

ฟรามัยซินซัลเฟต (Soframycin) เป็น
ปฏิชีวนะที่ได้จากเชื้อราสเตรปโตมัยซิส
ชนิดหนึ่ง. ถ้าบริหารโดยการฉีดเข้าร่างกาย
จะเป็นพิษต่อไตและประสาทสมอง คู่ที่แปด,
จึงทำให้การใช้ยานี้ไม่แพร่หลาย. แต่ถ้า
ให้กินในขนาดรักษา ยาจะไม่ถูกดูดซึมจาก
ลำไส้, และไม่ปรากฏอาการเป็นพิษถึงกล่าว
แล้วเลย. ในการทดลองในแก้วยานี้จะมี
ฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตและทำลายเชื้อ
E. Coli สังกว่า ๗ ลอว์ แอมเฟนิ คอล และ
เตตราซัยคลิน

ผู้รายงานได้ใช้ฟรามัยซินชนิดผง,
ละลายในน้ำรักษาเด็กที่มีอาการท้องเดิน
เนื่องจากเชื้อ อี. โคลิ. เชื้อที่ทำให้เกิด
โรคในเด็กคือเชื้อ ๐๕๕: บี ๕ ซึ่งแยกได้
จากอุจจาระของเด็กที่จะให้ยานี้ ทูกราย.

เด็กทั้งหมด ๒๕ คน, อายุตั้งแต่ ๗ วัน
ถึง ๗ เดือน. น้ำหนักตัวตั้งแต่ ๑,๕๐๐ ถึง
๖,๕๐๐ กรัม. ๑๔ คนเป็นเด็กคลอดก่อน
กำหนด, อีก ๘ คนเป็นเด็กที่โภชนาการ.
เด็กทุกคนมีอาการหนัก. ขนาดยาที่ให้ใช้
ขนาด ๕๐ มก. ค่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม
ต่อวัน, แบ่งให้เช้าและเย็น. ให้ยั้งตั้งแต่
๓ ถึง ๑๒ วัน. คัดโดยเฉลี่ยให้ ๕ วัน
ก็พอเพียง. เมื่อได้รับการรักษาแล้วตรวจ
อุจจาระไม่พบเชื้อ อี. โคลิ ที่ทำให้เกิดโรค,
ภายใน ๓ วันในเด็กจำนวน ๒๒ คน, และ
ภายใน ๕ วันในเด็ก ๒ คน. มีเด็กคน
เดียวที่ยังตรวจพบเชื้อหลังการรักษา ๕ วัน.

เกือบทุกรายได้รับการทดแทน การขาด
น้ำโดยการคัม. มี ๕ รายเท่านั้นที่ให้น้ำ
ทางหลอดเลือดดำ. อาการท้องเดินดีขึ้น
อย่างรวดเร็วหลังให้ยา. เด็ก ๑๘ คน
อุจจาระเป็นปรกติใน ๔๘ ชม. ที่เหลือเป็น
ปรกติใน ๗๒ ชม. อาการอาเจียนหยุด
ภายหลังให้ยา ๔๘ ชม. ไม่มีผู้ช่วยแม่
แต่คนเดียวที่มีอาการท้องเดิน กลับมาอีก.
ได้ตรวจบัสติลลาระเด็กเพื่อค้นหาอาการของ
การเป็นพิษต่อไตทุกราย. ปรากฏว่าไม่พบ
สิ่งผิดปกติแต่อย่างใด.

ประเสริฐ ทองเจริญ พ.บ.

๑๑. Harold Plotnick, Santo Cerri : การ
รักษาฮิสโตพลาสโมซิสในปากโดยวิธีฉีด
นีสแตแตนติน. J.A.M.A. 165 : 346-347,
1957.

ผู้รายงานทั้งสองได้รายงานผู้ป่วยหนึ่ง
ราย, เป็นชายอายุ ๗๘ ปี, ได้รับการ
วินิจฉัยว่าเป็นฮิสโตพลาสโมซิสในช่องปาก,
โดยมีโนคลแข็งๆ, ไม่เจ็บอยู่ใต้ชั้นมู-
โคซาหลายอันทรมลปากบน, ล่าง, ในช่อง
ปากและลิ้น. การวินิจฉัยได้จากการตัดเนื้อ
ไปตรวจและการทดสอบฮิสโตพลาสโมซิสที่
ผลบวก. ภาพรังสีไม่มีการเปลี่ยนแปลงใน
เนอปอดและม้าม. หน้าที่ของตับเป็นปกติ.
ได้รับการรักษาโดยการ คัดออก สำหรับอนท
ออยู่ริมฝีปากบน. ส่วนทอนๆ ได้ฉีดนีส-
แตแตนติน (Nystantin) ใน ๕ ๒๕. กลูโคส
เข้าใต้เยื่อโคซาจนเห็นโป่งชัดเจน. ใน
วันที่ ๓ สังเกตเห็นว่าโนคลนั้นเล็กลง. ใน
วันที่ ๔ ได้ฉีกเยื่อซาออก. ในที่สุดก็อ่อนค้อยๆ
หายไป. ได้ให้ผู้ป่วยมารับการตรวจทุกๆ
เดือน. ไม่ปรากฏว่ามีอาการของฮิสโต-
พลาสโมซิสอีกเลย. จนกระทั่งอีกหนึ่งปีต่อ
มาผู้ป่วยถึงแก่กรรมด้วยวัณโรคปอด. จาก
การตรวจศพไม่พบว่าฮิสโตพลาสโมซิสใน
ตำแหน่งใดเลย.

ประเสริฐ ทองเจริญ พ.บ.

๑๒. L.G. Goodwin, O.D. Standen :
บีเปอรราชัน กับ เมลเฟอรัน ในการ ขับควักค.
B.M.J. 1 : 133-136, 1958.

ผู้รายงานได้รายงานการทดลองในผู้ป่วย
ด้วยพยาธิควักค ชนิดที่เนยซาจินาตาที่มีไซ
ในอจจาระเป็นจำนวนมาก, ๒ หมู่มากด้วยกัน.
หมูกหนึ่งได้รบยาบีเปอรราชัน ซีเตรท เท่ากับ
๓ กรัมของบีเปอรราชัน เอ็กซาชัยเตรทในวัน
แรก, แล้วในวันรุ่งขึ้นตอนเช้าโดยยังไม่ได้
กินอาหารเลย, ให้ยาสกัดจากเมลเฟอรัน
๕.๓ ด.ซม. แล้วต่อมาอีก ๒ ซม. ให้ ๖๐
กรัมของคิเกลอ. ถ้ายังไม่ถ่ายใน ๒ ซม.
ให้คิเกลอออก ๖๐ กรัม. ทั้งหมดมี ๑๕ ราย.
หมูกที่สอง, ให้แต่ยาสกัดจากเมลเฟอรันกับ
ยาถ่ายอย่างเคียวเช่นหมูกแรก. มีทั้งสิ้น
๑๔ ราย.

ปรากฏว่าผลไม่แตกต่างกัน. หมูกแรก
มีพยาธิถูกขับออกมา ๕ ใน ๑๕ ราย,
หมูกที่สอง ๘ ใน ๑๔ ราย. ผู้รายงานให้
ความเห็นว่าเป็นเพราะระยะเวลาห่าง
ยาบีเปอรราชันกับเมลเฟอรันนานไป. แม้
บีเปอรราชัน จะทำให้ควักค้ออ่อนกำลังลง,
แต่เมื่อเวลานานไปควักค้อจะกลับพันตัวจน
มาได้ (จาก รายงาน ของผู้รายงานคนหนึ่ง
Standen : B.M.J. 2, 20, 1955). เขาทั้ง

สองเสนอว่า ถ้าจัดให้ระยะเวลาห่างกันน้อยลง, การใช้ยาทั้งสองร่วมกันอาจเป็นผลดี, โดยใช้ยาซีเปอราซีนเป็นยานำก่อนแล้วตามด้วยเมลเฟอรัน. ข้อสังเกตที่น่าสนใจที่พบในผู้ป่วยโดยพยาธิศรัทธาในรายงานนักศัลยกรรมช่วยรายหนึ่ง ๆ อาจมีพยาธิได้มากกว่า ๑ ตัว (พบ ๕ ตัวใน ๒ ราย, ๔ ตัว ๑ ราย, ๒ ตัวใน ๕ ราย).

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๑๓. A.G. Huckler, F.D. Schofield: ยาประเภทซีเปอราซีนในการรักษาพยาธิแฮมมา. B.M.J. 2: 1159-1160, 1956.

เรื่องนี้เป็นรายงานการทดลองศึกษาเปรียบเทียบฤทธิ์ของยาซีเปอราซีนในรูปแบบเกลือต่าง ๆ ในผู้ป่วยด้วยพยาธิแฮมมา (T. Trichiura). ยาที่ใช้มีเกลือซิงค์ฟอสเฟต, อธิเปต, เซบาเคต และ ซิเตรตของซีเปอราซีน. ให้ในขนาด ๕๐๐ มก. (คิดเทียบเป็นซีเปอราซีนไฮดรอกไซด์) วันละ ๓ เวลาติดต่อกัน ๗ วัน, ซึ่งเป็นขนาดที่ให้ผลดีในพยาธิไส้เดือนและพยาธิเส้นด้าย. ไม่ได้เตรียมอะไรทั้งสิ้น. การศึกษินใช้ตรวจอุจจาระดูไข่พยาธิก่อนและ ๒ สัปดาห์หลังให้ยา. ผลปรากฏว่าซีเปอราซีนในรูปแบบเกลือ

ต่าง ๆ ที่ใช้นั้นไม่มีผลต่อพยาธิแฮมมาเลย (ซึ่งแย้งกับรายงานของ Dunn, Lancet 1: 592, 1955).

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๑๔. Alexander Marble: ยาถิ่นดินน้ำตาลในโรคเบาหวาน. Med. Clin. N. Am. 42: 1163-1177, 1958.

ผู้เขียนได้ให้ความเห็นและหลักการใช้ยาถิ่นดินน้ำตาลซึ่งสรุปได้ว่า

(๑) ยาที่ใช้ (ก) สารพวกซัลโฟนิลยูเรีย (๑) ซัลฟาไอโซโพรบิซิล ไฮโดรอะโซล (2254 RP). (๒) คาร์บูตาไมด์ (B.Z. 55). (๓) ทอลบูตาไมด์ (โอริเนส) และ (๔) ผลิตโพรปาไมด์. (ข) เฟเนทิลโซลิวไนต์. ในจำพวกยาที่กล่าวมาทั้งหมดนี้, ทอลบูตาไมด์เท่านั้นที่ยังใช้กันทั่วไปในอเมริกาและแคนาดา.

(๒) ทอลบูตาไมด์. จากการใช้อย่างกว้างขวางพบว่าทอลบูตาไมด์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะของผู้ป่วยอายุกลางคนและอายุมากที่เข้มนานและคงที่, ทั้งผลแทรกซ้อนและพิษก็น้อย, หลักสำคัญในการใช้มีอยู่ว่า

(๑) ต้องจำกัดอาหารอย่างเคี้ยว ก่อนที่จะ
 ใช้น้ำ, (๒) ในผู้ป่วยที่ไตรัยอินสุลินอยู่
 แล้ว, การเปลี่ยนเป็นทอลบูตามิอาจ
 เกิดคีโตสิสและโคมาได้, (๓) ช่วยคว
 คุมเมอระคัยน้ำตาลใกล้ปรกติ, (๔) เปลี่ยน
 เป็นอินสุลิน เมอระคัยน้ำตาลในเลือดสูงและ
 ออกมาในปัสสาวะ, เช่นมีการทิกเซอ, คีโต
 สิสและผื่นตกใหญ่, (๕) เมื่อใช้น้ำคยา
 น้อย, เช่น ๐.๕ กรัม/วัน, ก็ควรเปลี่ยน
 เป็นการจำกัดอาหารอย่างเคี้ยวได้.

(๓) ผลอโปรปาไมค์ นำมาใช้ลดระดับ
 น้ำตาลในเลือด, แต่การใช้ยังอยู่ในวง
 จำกัด.

(๔) เฟเนทิลไบกัวไนค์ สามารถลดระดับ
 น้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนมาก
 รวมทั้งเด็กด้วย. ในคนอายุมากไม่ต้งใช้
 อินสุลิน. ในผู้ใหญ่และเด็กความต้องการ
 อินสุลินน้อยลงไป. เชื่อว่าอาจลดความ
 แปรปรวนของระดับน้ำตาลในผู้ป่วยบางราย
 ได้, เมื่อพยายามให้ขนาดที่โตผล. จะมี
 ผลแทรกซ้อนเช่นเบื่ออาหาร, คลื่นไส้, อาเจียน
 และท้องเดิน. กลไกและการออกฤทธิ์ไม่

เกี่ยวข้องกับซัลโฟนิลยูเรีย.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๕. Niel Wald, Tokashi Hoshino, Mary

E. Scaps: การรักษาโปลีซัยธิเมียเวร่า
 ด้วยมัยอเลอราน. Hemat. 13: 757-762,
 1458.

ผู้เขียนได้รายงาน การรักษาผู้ป่วยโรค
 โปลีซัยธิเมียเวร่า ๕ ราย ซึ่ง เป็น รวม ๕
 ครั้งด้วยมัยอเลอราน, ขนาด ๒๒-๔๐
 มก./สัปดาห์ (เฉลี่ย ๒๙.๔ มก.). ได้ผล
 โรคสงบอย่างสมบูรณ์ ๗ ครั้ง, ซึ่งอาการ
 และข้อตรวจพบผิดปกติหายไป, เช่นความ
 คับเลือดสูง, ม้ามโต. ส่วนการตรวจทาง
 เลือดปกติ. อีก ๒ ครั้งของการรักษามี
 การสงบชั่วคราว, ซึ่งอาการทางคลินิกค
 ้น, แต่การตรวจทางเลือดพบว่าเม็ดเลือด
 ขาวและธรมโบซัยท์น้อยลง, เม็ดเลือด
 แดงไม่เปลี่ยนแปลงมาก.

ผู้รายงานได้กล่าวว่าเนื่องจากยานมราคา
 ถูก, การให้ง่ายและพิษน้อย, จึงอาจจะใช้
 แทนยาอย่างอื่นได้. แต่เป็นรายงานขงคน
 ต้องรอผลการรักษาต่อไป.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

มีมติจิตใจ เป็นเอกฉันท์ อย่างเดียวกัน ที่จะพยายามทะนุบำรุงชีวิตประชาชนให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บจนปรากฏจำนวนทวมกานชน.

ใน นานา ประเทศ นาย แพทย์ก็ กำลังพยายามค้นหาโรคที่เกดชนเกยวกับอวัยวะสำคัญ, เช่นหัวใจ, ปอด, ตับ, ไต, กระเพาะอาหาร, ลำไส้, กระทำการผ่าตัดรักษาไตเหมือนอวัยวะภายนอก. เชื้อโรคที่เป็นตัวประมาณอย่างเล็ก, พวกไมโครเบีย, ไวรัสเล็กขนาด ๑ ใน ๑,๐๐๐ เท่าของเส้นผม, ก็พยายามค้นหาจนพบด้วยเครื่องส่องจุลทัศน์

ที่ยังไม่สำเร็จากพวกมะเร็ง, หรือแคนเซอร์, โรคเรื้อน, แลทางโรคจิต ซึ่งอยู่ในพวกกำลังค้นคว้าอยู่. เป็นที่แลเห็นว่าทางวิทยาการแพทย์ในศตวรรษนี้ได้ก้าวหน้ามามากแล้ว. รวมความว่าเป็นเหตุที่จะให้ประชาชนหายจากความ ทรมาน บ่อยเจ็บแลทว ชนเป็นสำมะโนครัวของ แต่ละ ประเทศ แลของโลกมากชน.

เมื่อ พ.ศ. ๑๙๕๒ สหประชาชาติได้สำรวจสำมะโนครัวของโลก, ได้ตัวเลขมีจำนวนถึง ๒,๔๖๙,๐๐๐,๐๐๐ คน, แลที่เกิดใน ๒๔ ชั่วโมงได้จำนวนถึง ๖๘,๐๐๐ คน. จำนวนนี้แก่ความตายไม่ปรากฏ.

แต่คงประมาณไม่ถึง ๑ ใน ๕ ของจำนวนที่เกิดขึ้นมา.

การคุมกำเนิด, ถ้าเป็นการฆาตกรรมอย่างแท้จริงแล้ว, ก็เป็นการสมควรจะหาหนทางแก้ไขชีวิตประเทศ, อย่างยิ่งควรไหมเลย. เมื่อพิจารณาถึงการแพทย์แล้วย่อมเป็นศัตรอย่างร้ายแรงที่สุด, ที่ฝ่ายหนึ่งพยายามจะให้มาก, อีกฝ่ายหนึ่งจะให้น้อยหรือหมดไป.

มีปรากฏเรื่องหนึ่งที่จะนำเสนอมให้ท่านอ่านพิจารณา, ที่ได้อ่านหนังสือพิมพ์สารเสรีฉบับวันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ. นี้ นำข่าวมาลงว่า

คุมกำเนิด มลายุเอา อย่าง อินเคีย แลญปูน

นางโก๊ะคอกกั, ประธานกรรมการมูลนิธิสวัสดิภาพ ครอบครัว แห่ง ประเทศ ชาติตะวันออกไกลออสเตรเลียเอเซียออกแถลงการณ์ถึงสภโพรโปเริง, เรียกร้องให้รัฐบาลสิงคโปร์เฟ่งเล้ง ให้ความร่วมมือในโครงการคุมกำเนิดแลจัดสรรครอบครัวเสียแต่บัดนี้. ถือเอาวิปฏิบัติกาของอินเคียแลญปูนเป็นบรรทัดฐาน. ไม่ควรปล่อยให้สมาคมหรือเอกชนปฏิบัติกันเอง, ดังที่เป็นกันอยู่. ทางราชการควรร่วมมือด้วย

เพื่อให้ได้ผลดีมั่นคงยิ่งขึ้น, เนื่องจากการ
 ททางมหาวิทยาลัยมลายูไครเจ็ดผู้เชียวชาญ
 ออกแนะนำประชาชน, ชักชวนโดยเฉพาะ
 หลวงทออยู่กับสามี, มีบุตรกว่าสามคนแล้ว
 มาสมัครรับการผ่าตัดคัมกำเนิดเสีย, โดย
 ทางมหาวิทยาลัยม แพทย์ผู้เชียวชาญคอย
 บริการอยู่แล้ว. เพื่อบุใหม่บุตรมากจนเกิน
 กำลังที่จะเลี้ยงดู. ปรากฏว่าทอვნ้องไม่มี
 ใครมาผ่าตัดคัมกำเนิดมากเท่าที่คาดไว้,
 เพราะยังมีความขงใจสงสัยกันอยู่มาก.

นางโกะคอกก ฯลฯ แถลงว่าถ้าทาง
 ราชการสนับสนุนร่วมมือด้วย, อาจมีประ
 ชาชนสนใจ กล่าวมารับการ ผ่าตัดคัมกำเนิด
 มากขึ้น.

ข้าพเจ้า ขอ ความ กรณา ท่าน ผู้เจ้า ของ
 หนึ่งสื่อ พมพ สารเสวกคเระอง นนามาลงใน
 สารศิริราชเพื่อให้ท่านนายแพทย์ผู้มเกยวต
 ะหลายพิจารณาว่าจะเป็นการอย่างไร.

สวัสดิ์ท่านผู้อ่าน

พ.ต. อภัย หะสีตะเวซ

(ท่าน พ.ต. อภัย หะสีตะเวซ (หรือคุณหลวง
 ภิกเนศ ฯ), ศิษย์เก่าหมายเลขหนึ่งของศิริราช,
 แม้จะมีอายุแปดสิบเศษและสำเร็จออกไปจากโรงเรียน
 เกือบเจ็ดสิบแล้ว, สมองยังสดใส่คึกคักในการเสาะ
 หาความรู้ให้ทันสมัย, และจิตใจยังอบอุ่นอยู่ด้วยความ
 รักและระลึกถึงโรงเรียนเก่าเสมอ, หากศิษย์เก่าทุก
 คนเอาใจใส่กับศิริราช และกิจการของ ศิริราชเช่นท่าน
 อยู่น, ไม่ต้องสงสัยว่าโรงเรียนของเราจะเจริญอย่าง
 ยาวต้ง. ขอให้พวกเราช่วยกันอธิษฐานให้ท่าน "เลข
 ที่หนึ่ง" อายุมันชั่วอยู่น, ดำรงอยู่เป็นศิษย์ตัวอย่าง
 อีกนาน ๆ. บ.ก.)

(๒) สถิติเกี่ยวกับอุบัติเหตุบนท้องถนนในประเทศไทยเมื่อวันที่

(ค.ศ. ๑๙๕๕)

ศาสตราจารย์ K.H. Bauer, ผู้อำนวยการ
 คลินิกศัลยศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยไฮเคิล
 เบอร์ก, ได้เขียนบทความลงในหนังสือพิมพ์
 ไปเซิมของชิบา (ค.ศ. ๑๙๕๗) เกี่ยว
 กับสถิติของอุบัติเหตุบนท้องถนนในประเทศไทย
 เยอรมันตะวันตก. เป็นรายการที่น่าสนใจ

มากและน่าจะเป็นแนวทางสำหรับความคิด
 แก้ไขหรือลดหย่อนอันตรายแบบเกี่ยวกันที่
 กำลังเกิดมากขึ้นทุกทีในย่านแวนได. จึง
 ขอเสนอสถิติบางประการจากบทความนั้นต่อ
 ไปนี้.

(๑) อุบัติเหตุ อุบัติเหตุบนถนน, ใน ๑ ปี, ๕๗๖,๒๘๘ ราย เฉลี่ยวันละ ๑,๕๗๕ ราย

บาดเจ็บ	๓๕๐,๔๐๘	๕๖๐
ตาย	๑๒,๒๕๕	๓๔

(๒) จำนวนคนเดินเท้า, จักรยาน, รถยนต์, และจักรยานยนต์, ที่เกิดอุบัติเหตุบนถนนในปี ๑๙๕๓.

รายการ	อุบัติเหตุ	บาดเจ็บ	ตาย
คนเดินเท้า	๑๕.๒ ปช.	๖๐.๐ ปช.	๕.๐๕ ปช.
จักรยาน	๑๓.๕ ,,	๖๐.๐ ,,	๒.๗๓ ,,
รถยนต์และจักรยานยนต์	๖๖.๕ ,,	๑๘.๕ ,,	๐.๗๓ ,,

(๓) อายุของผู้ตายและผู้บาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุในถนนในบาเดิน, เวอร์เทิมเบอร์ก, ในปี ๑๙๕๕.

คนเดินเท้าบาดเจ็บสาหัสมากที่สุด	คือพวกที่มีอายุ ๑๐ ขวบแรก และคนชรา ๖๐-๘๐ ปี
ผู้ขี่จักรยาน	๑๐ ถึง ๒๐ ปี
ผู้ขี่รถยนต์, จักรยานยนต์	๑๕ ,, ๔๐ ,,
ผู้ขี่รถสวนคว	๒๐ ,, ๔๐ ,,

(๔) สาเหตุของการตายในอายุระหว่าง ๑๕ ถึง ๒๕ ปี

ค.ค. ๑๙๕๒	ชาย	ตายจากอุบัติเหตุมากที่สุด, สาเหตุอื่น ๆ	ถัดมาเป็นการฆ่าตัวตายและ
	หญิง	ตายจากสาเหตุอื่น (นอกจากอุบัติเหตุ) มากที่สุด. ถัดมาเห็นอุบัติเหตุและวัณโรค.	

ค.ศ. ๑๙๕๓ ชาย ตายจากอุบัติเหตุมากที่สุดและมากกว่าปี ๑๙๕๒ เสียอีก. ถัด
 มาตายจากสาเหตุอื่น ๆ, และฆ่าตัวตาย, ตามลำดับ.
 หญิง ตายจากสาเหตุอื่นมากที่สุด. ถัดมาตายจากอุบัติเหตุ (มาก
 กว่าปี ๑๙๕๒)

(๕) ก. ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุบนถนนเปรียบกับ
ในโรงงาน

ส่วนของร่างกาย	ในโรงงาน	บนถนน
หัว	๑๓.๒ ปช.	๔๐.๕ ปช.
คอ	๓.๕ ,,	๓.๒ ,,
แขน ๒ ข้าง	๔๔.๐๒ ,,	๑๔.๘ ,,
อก	๒.๕ ,,	๗.๗ ,,
ช่องท้อง	๑.๐๒ ,,	๑.๗ ,,
ตะโพก, ท้องน้อย	๑.๒ ,,	๒.๖ ,,
ขาทั้ง ๒ ข้าง	๓๔.๒ ,,	๒๕.๔ ,,

ข. อัตราตายที่เนื่องมาจากอันตรายต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย, เทียบกับจำนวน
ตายทั้งหมด.

ส่วนของร่างกายที่ได้รับอันตราย	อัตราตายในโรงงาน	อัตราตายบนถนน
หัว	๕๓.๐๗ ปช.	๗๐.๘ ปช.
คอ	๖.๕ ,,	๓.๖ ,,
แขน ๒ ข้าง	๖.๒ ,,	๑.๑ ,,
อก	๕.๗ ,,	๑๒.๔ ,,
ท้อง	๗.๖ ,,	๓.๘ ,,
ตะโพก, ท้องน้อย	๒.๐๘ ,,	๓.๔ ,,
ขา ๒ ข้าง	๑๔.๒ ,,	๔.๗ ,,

จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในโรงงาน มี ๕,๑๖๐ จำนวนตาย ๒๘๘
 ,, ,, ,, ในถนน มี ๔,๑๖๐ ,, ๔๔๒

(๖) เปรียบเทียบอุบัติเหตุการของอันตรายต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้จ้กรย
ยนต์, และอัตราตายจากการบาดเจ็บของส่วนต่าง ๆ

<u>ส่วนของร่างกาย</u>	<u>บาดเจ็บ</u>	<u>ตาย</u>
หัว	๕๕.๖ ปช.	๗๕.๒ ปช.
คอ	๑.๘ ,,	๐.๕๕ ,,
แขน ๒ ข้าง	๑๒.๕ ,,	๐.๕๕ ,,
อก	๕.๕๕ ,,	๗.๕ ,,
ท้อง	๑.๗ ,,	๓.๕ ,,
ตะโพก, ท้องน้อย	๑.๕ ,,	๒.๕ ,,
ขา	๒๖.๘ ,,	๓.๕๖ ,,

บาดเจ็บทั้งหมด ๖๘๖ ราย, ตาย ๑๐๑ ราย.

(๗) เปรียบเทียบการตายจากอุบัติเหตุในถนนและในโรงงานอุตสาหกรรมในคน
อายุต่าง ๆ กัน

<u>อายุระหว่าง</u>	<u>อุบัติเหตุในโรงงาน</u>	<u>อุบัติเหตุในถนน</u>
๑๐ - ๑๕ ปี	๕.๗ ปช.	๑๔.๗ ปช.
๒๐ - ๒๕ ,,	๓.๔ ,,	๑๔.๗ ,,
๓๐ - ๓๕ ,,	๓.๑ ,,	๑๖.๖ ,,
๔๐ - ๔๕ ,,	๔.๓ ,,	๑๓.๒ ,,
๕๐ - ๕๕ ,,	๓.๕๕ ,,	๑๗.๑ ,,
๖๐ - ๖๕ ,,	๖.๒ ,,	๑๗.๕ ,,
๗๐ - ๗๕ ,,	๑๐.๒ ,,	๑๕.๔ ,,
๘๐ - ๘๕ ,,	-	-

(๘) อัตราตายของผู้จักรยานในการชนกับรถชนิดต่าง ๆ

	จำนวนครั้งที่ชนกัน	อัตราตาย
รถจักรยาน+รถจักรยาน	๖๒	๑ = ๑.๖ ٪
,, +จักรยานยนต์	๔๕	๕ = ๑๐.๒ ,,
,, +รถยนต์	๒๕๘	๖๕ = ๒๓.๒ ,,
,, +รถวาง	๑๗	๑ = ๕.๕ ,,

(๙) อุบัติเหตุของอันตรายต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของผู้จักรยานยนต์, ผู้ขับรถยนต์

ส่วนของร่างกาย	จักรยานยนต์	รถยนต์
หัว	๔๕.๖ ٪	๔๕.๘ ٪
คอ	๑.๘ ,,	๔.๕ ,,
อก	๕.๕ ,,	๑๐.๓ ,,
ท้อง	๑.๗ ,,	๒.๒ ,,
ตะโพกและท้องน้อย	๑.๕ ,,	๒.๓ ,,
แขน ๒ ข้าง	๑๒.๕ ,,	๑๓.๕ ,,
ขา ๒ ข้าง	๒๖.๘ ,,	๑๖.๖ ,,

จักรยานยนต์มี ๖๘๖ ราย. รถยนต์มี ๕๗๐ ราย.

(๑๐) ความบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้ขับรถยนต์และผู้โดยสาร

สาเหตุ	กลไกของการบาดเจ็บ	ชนิดของการบาดเจ็บ
เข้าถูกกดกับแผ่นติด หน้าบัลต่าง ๆ	กระดูกพีมอร์กระดูกข้อ หลังของอะเซตาบูลัม	ข้อตะโพกเคลื่อนและข้อของอะ เซตาบูลัมหลุด
ถูกระแทกอย่างแรง	ตกจากที่นั่ง	(ก) กระโหลกศีรษะแตกชนิด ฟรอน-โต-เบซัล



สารศิริราช

สาเหตุ	กลไกของการบาดเจ็บ	ชนิดของการบาดเจ็บ
	(ก) ชนขอบหน้าต่างหรือหลังคารถ (ข) หัวชนกัน	(ข) กระดูกก้านคอหักและเคลื่อน, อันตรายต่อลิแกเมนต์, แผ่นระหว่างกระดูกและไขสันหลัง.
ถูกระแทกหรือชนกัน	ผู้นั่งตกออกไปนอกรถ	หน้าและกระดูกหน้าแตกหัก, กระโหลก ศีรษะ ส่วน บน หรือฐาน และส่วนอื่น ๆ แตก
ชนกัน	คนขับถูกลกกับพวงมาลัย	หน้าอกถูกระแทก, กระดูกสันอกหักดันเข้าข้างใน, ซี โครงหัก.

(๑๑) ความบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้ขับขี่รถยนต์

สาเหตุ	กลไกของการบาดเจ็บ	ชนิดของการบาดเจ็บ
ล้มหรือตกจากรถ	ก) ตัวลอยไปและตกลงมา, หัวกระแทกกับสิ่งต่าง ๆ	ก) อันตรายต่อหน้าและกระดูกของหน้า, หัวกระโหลก (ส่วนบนและส่วนฐาน)
	ข) ตกลงมาบนแผ่นแชนกาง	ข) กระดูกเรเดียสหักชั้น
ไหลพุ่งไปชนต้นไม้	การกระแทกโดยตรง	กระดูกไหปลาร้าหัก, ข้อไหล่และไหปลาร้าเคลื่อน, แชนท่อนบนหัก.
ชนพาดกับสิ่งต่าง ๆ	ชนพับหรือหมุนแรง	แขน หักแห่ง เดี่ยว หรือ หลาย แห่ง (โดยมากเป็นข้างเดียว)
ผู้ขับถูกระแทกลงไปกับคันบังคับเบรค	มือถูกรีบ	กระดูกฝ่ามือหัก, บาดเจ็บที่ข้อมือ
ชนพาดกับสิ่งต่าง ๆ	ชนพับหรือหมุนอย่างแรง	กระดูกเรเดียสหักในบางราย.
ชนพาดกับของแข็งในด้านข้าง	การกระแทกโดยตรง	ฟิเมอร์และทิวเบียหักแห่งเดียวหรือหลายแห่ง. โดยมากเป็นข้างเดียว.
ชนกระแทกสิ่งของข้างหน้า	ก) กระดูกสะบ้าแตก ข) ฟิเมอร์ตอนล่างและทิวเบียตอนบน กระชากไปข้างหน้าอย่างแรง ค) ฟิเมอร์ถูกรีบอัดตามยาว.	บวมกระดูกฟิเมอร์หรือทิวเบียแตก. ก) กระดูกสะบ้าแตก ข) ฟิเมอร์ส่วน ล่างและ ทิวเบีย ส่วนบนหักพร้อมกัน ค) ข้อตะโพกหักและเคลื่อน.
ชนพาดสิ่งต่าง ๆ	ปลายเท้าถูกลกกดลงอย่างแรง.	ข้อหักและ เคลื่อน ในส่วน เมดิโอ - ทาร์ซัลหรือทาร์โซ - เมตาทาร์ซัล.

(๑๒) เทียบกำลังของห้ามล้อกับอัตราความเร็วของรถ, และระยะที่รถยังวิ่งต่อไปหลังจากห้ามล้อแล้ว.

กำลังของห้ามล้อ	ความเร็วของรถ	ระยะทางที่รถยังวิ่งต่อไปหลังจากห้ามล้อแล้ว
๒.๕ ม./วินาที/วินาที	๒๐ กม./ชม.	ประมาณ ๑๗ ม.
”	๔๐ ”	” ๓๘ ”
”	๖๐ ”	” ๗๕ ”
”	๘๐ ”	” ๑๒๐ ”
”	๑๐๐ ”	” ๑๗๕ ”
๕ ม./วินาที/วินาที	๒๐ ”	” ๑๐ ”
”	๔๐ ”	” ๒๐ ”
”	๖๐ ”	” ๔๐ ”
”	๘๐ ”	” ๗๐ ”
”	๑๐๐ ”	” ๑๐๐ ”
”	๑๒๐ ”	” ๑๓๕ ”

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ P.U. Dr. med. (Leipzig)

๓. การประชุมผู้ได้รับรางวัลโนเบลในสาขาเคมีประจำปี ๑๙๕๘

ผู้ได้รับรางวัลโนเบลทางเคมีจำนวนมากจากยุโรปและอเมริกาได้ไปร่วมสังสรรค์กันในการประชุมประจำปี ที่ลนเคาเซินทะเลสาบค็อนสแตนส์, ประเทศเยอรมันนี. ณ ที่นั้นได้จัดให้เป็นที่ประชุมประจำปีของบรรดา

ผู้ได้รับรางวัลโนเบลในสาขาต่าง ๆ. มหาวิทยาลัยหลายแห่งก็ได้ส่งผู้แทนไปร่วมประชุมครั้งนี้. นอกจากมหาวิทยาลัยในเยอรมันแล้วก็มีจากอังกฤษ, ฝรั่งเศส, กรีก, สวีตเซอร์แลนด์, ออสเตรเลีย,

เดนมาร์ก, และเบลเยียม. บันทึกลงคราวประชุมทางฟิสสิกซ์บ้าง.

การประชุมทลันเตา นีโคเวเรมคองชอนเมอส์สงครามโลกครั้งที่สองยุติลง, และครั้งนเช่นครั้งที่ ๓ ของการประชุมในสาขาเคมี.

ศาสตราจารย์ Arne Tiselius อปนายกของมูลนิธิโนเบล, ได้เป็นผู้กล่าวเปิดประชุมในนามของสถาบันและสคคิอัสเฟร์คโนเบล. ท่านได้กล่าวว่าทุก ๆ บกัการงานที่ใดกระทำกันอย่างกว้างขวาง ตามสถาบันต่าง ๆ ได้ถูกคัดส่งมาให้คณะกรรมการพิจารณาเลือกผู้ใดสมควรเป็นผู้ได้รับรางวัลโนเบลในแต่ละสาขา. ข้อเท็จจริงปรากฏว่าในระยะหลัง ๆ ในการค้นพบใหม่ ๆ มักสำเร็จลงด้วยความร่วมมือของนักวิทยาศาสตร์หลายคนด้วยกัน. แต่ทว่าอัสเฟร์คโนเบลได้เขียนไว้ในพินัยกรรมว่ารางวัลควรได้กับผู้หนึ่งผู้ใดเพียงคนเดียวที่ใดประสพผลสำเร็จอันยิ่งใหญ่. รางวัลโนเบลยังคงเป็น สัญลักษณ์ แห่งความ คิคนกที่เหนือกว่าชาติ, และจะต้องคงอยู่เช่นนี้ต่อไปในอนาคต.

Von Hevesy จากกรุงสต็อกโฮล์มได้บรรยายถึงวิธีใหม่ ๆ ที่ใช้ในการค้นคว้าธรรมชาติและหน้าที่ของเม็คเลอคโดยการ

ใช้สารกัมมันตรังสี. พบว่าเม็คเลอคแดงของคนมีอายุ ๑๒๐ วัน. ส่วนเม็คเลอคขาวแตกต่างกันไ้มาก ๆ. บางเซลล์มีชีวิตเพียง ๒-๓ วัน, และบางเซลล์อยู่นานนับเป็นเดือน ๆ. นอกจากนี้ยังสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นชั้น ๆ, และระยะเวลาของการเกิดเม็คเลอคได้อย่างถูกต้อง.

ศาสตราจารย์ Richard Synges ชาวอังกฤษ, ได้รายงานถึงการค้นคว้าที่ใดกระทำเกี่ยวกับสารแอลบูมินเทียม, รวมทั้งเพนิซิลลินด้วย. รายละเอียดของธรรมชาติแห่งสารเหล่านี้ซึ่งเรียกเป็ยคิตส์ จะช่วยให้อนาคตของการใช้สารเคมีรักษาโรคได้ผลดียิ่งขึ้น.

Virtanen แห่งฟินแลนด์ได้กล่าวถึงงานค้นคว้าใหม่ ๆ ของเขา, คือการค้นพบว่าพวกพืชชั้นสูงก็สามารถผลิตสารแอนติไบโอติกได้ด้วย, เช่นพวกข้าวไรย์บางชนิดผลิตสารแอนติไบโอติกเพื่อใช้ป้องกันกาเรน่าในในฤดูหนาว. นอกจากนี้ยังพบในหัวแครอท, มันฝรั่ง, และหัวหอมด้วย. ท่านได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า การสังเกตกักและการตรวจพบกัก, แสดงว่าพวกพืชเหล่านี้พร้อมที่จะป้องกันตัวเองจากโรคได้, ซึ่งสถาบันชีวเคมีในกรุงเฮลซิงกิได้สนใจและกำลังทำการค้นคว้าอยู่ในระยะ ๒-๓ ปีมาน.

ศาสตราจารย์ Kuhn แห่งมหาวิทยาลัยไฮเดลเบิร์ก, เยอรมัน, ได้พบเกี่ยวกับ Amadorie compounds, คือสารที่ประกอบด้วยน้ำตาลและกรดอะมิโน. การพิจารณาอย่างละเอียดถึงสารเหล่านี้ช่วยให้เห็นทางที่เร่งกลวิธของการหมักในแอลกอฮอล์และการขจัดสารที่มีมันตรงสีออกจากร่างกายได้.

Karrer จากสวิสได้รายงานถึงการค้นคว้าที่ใคร่จะทำเมือเร็ว ๆ นี้เกี่ยวกับพิษของควาเว, ซึ่งชาวบ้านนิยมใช้ยาขลกครว, และในปัจจุบันได้นำมาใช้เป็นยารักษาความวิตกกังวลช่วยในการผ่าตัดยาก ๆ โดยทมนพาราลยัสกลามเนอ. แต่ก่อนนเราคงใช้ยาขนาดมาก, อันทำให้เกิดผลเสียต่อระบบไหลเวียนเลือด. แต่ในระยะ ๒-๓ ปีหลังนี้พบว่าขนาดของประภคย แอลคาลอยดกว่า ๖๐ อย่าง, ซึ่งเพียงกรรมเคียวของยาพิษนี้ก็สามารถฆ่ากองทัพหนหนกถึง ๓๐๐ คนได้แล้ว. ศาสตราจารย์ Frederic Joliot-Curie แห่งฝรั่งเศสได้รายงานถึงค้นกกลางแห่งใหม่สำหรับการวิจัยทางธรรมชาติ, ซึ่งกำลังอยู่ในระยะก่อสร้างที่ Orsay ใกล้กรุงปารีส. Sir Alexander Todd แห่งอังกฤษได้พบถึงผลการค้นคว้าใหม่ ๆ ในเรื่องเอ็นไซม.

ศาสตราจารย์ Von Euler-Chelpin แห่งสวีเดนได้กล่าวถึงต้นตอของมะเร็ง. ท่านผู้นเชื่อว่ามะเร็งเกิดขึ้นเนื่องจากการผิดปกติในเมตะบอลิซึมของเซลล์, และสนับสนุนทฤษฎีของศาสตราจารย์ Warburg แห่งกรุงเบอร์ลิน. เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าสารเคมีบางอย่างสามารถเปลี่ยนเซลล์ปกติให้กลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ในช่วงระยะเวลาอันสั้น. แสดงว่าสารซึ่งทำให้เกิดมะเร็งนั้นคงออกฤทธิ์ต่อเซลล์. ท่านผู้นได้ชี้ให้เห็นว่าส่วนที่ทำการเปลี่ยนแปลงนั้นคือวเคลียสของแอลบมินนเอง, ซึ่งสามารถทำให้ขนาดโตขึ้นโตเท่าตัว. ภัยเหตุผลนจึงเรียกมันว่าเป็น "duplicant." ปัจจุบันที่สำคัญที่สุดในการค้นพบนกคอกปติแคนท์เหล่านี้มีธรรมชาติเป็นเอ็นไซม. วิศวกรรมาการขนใหม่ที่สุดในวงการค้นคว้าเรื่องมะเร็งก็ยอมรับว่าการเกิดมะเร็งเนื่องจากการกระทำของสิ่งทีเล็กในเซลล์. Euler ได้รายงานต่อไปว่าสารที่ทำให้เกิดมะเร็งได้นกม คณสม ยึดตรงกันข้ามได้ในช่วงภาวะการณ, อาจสามารถหยคยการเจริญของเซลล์มะเร็งได้. การค้นควาจะมีส่วนช่วยในการควบคุมมะเร็งหรือไม่เป็นเรื่องทีจะต้องกกันต่อไป.

(จาก Universitas 2:317, 1958)

สนอง อุนากุล พ.ด., M.S. (Minn.)

๔. บทความสำหรับอาจารย์

บพพการี

คนทเกิดมาและเป็นอยู่ในโลก เมื่อ
 แยกออกเป็น ๒ ฝ่าย ฝ่ายหนึ่งต้องเป็น
 บพพการี อีกฝ่ายหนึ่งกมหนาทเขนกตญญ
 กตเวท เราเองเมื่อแรกยงเป็นเคกเล็ก ๆ
 ก็ไครบอุปการคุณของ ท่านท ไคทำ มาแล้ว
 คชจากบพพการี เรากมหนาทเขนกตญญ
 กตเวท ครนคตมาเมื่อมกกลางแกกลาเจริญว
 กมหนาทเขนบพพการีอก ผทไครบอุปการ
 คุณของ เรา คอ ไป ก มี หนาท เขน กตญญ
 กตเวท สบเนองกนไปเซ่นนแหละ.....

ในทางสอนความรู อาจารย์กมหนาท
 เขนบพพการี คอคงใจสอนศิษย์ให้ไคความรู
 ในคิลปวิทยาตามสามารถของกน ค้วย
 เมตตาปรวารณาสุข ค้วยกรุณาปรวารณาให้
 พันทกซ์ ไคไคคคิดหวังการคตยแทนหรือสัง
 ของคตยแทนจากศิษย์ นเขนบพพการี ศิษย์
 มหนาทเขนกตญญกตเวท คอิรพระคุณของ
 ท่าน เขนกตญญ แลวคตย แทน พระคุณท่าน
 เขนกตเวท นอกสายหนง.....

ในทางศึกษา อาจารย์ทสงสอนศิษย์
 ค้วยใจมุงสินจ้างไคเซิงเขนบพพการีไคโดยตรง
 เพราะมุงสินจ้าง แต่จะว่าไคเซิงบพพการีเลย

ทเคยวกไคไค เพราะคนเรากตองเลียงชวต
 กตองมยจยสำหรับเลียงชวต เมื่อไคไค
 บจยสำหรับเลียงชวต จะเอาอะไรมาเลียง
 ชวตกตองมการเรยกคาสอนจากศิษย์ แต่ถึง
 เซ่นนถามุงแต่เพียงคาสอนจากศิษย์ ไคมี
 เมตตากกรณามุงจะให้ศิษย์ ไคความรูจริง ๆ
 จิง ๆ ไคไคเซิงเขนบพพการีไคโดยตรง คตองมี
 เมตตากกรณามุงจะให้ศิษย์ไคความรูคิรชอ
 จนถงปฏิบคคปฏิบคชอ จิงจะเขนบพพการี
 ไค แต่เคมอาจารย์ของเราสอนศิษย์ไคไค
 มุงคางจ สอนให้เปลว ๆ แต่เมอขานเมอง
 เจริญชน การหากนลำยากชน จิงมเงิน
 เดือนสำหรับครอาจารย์ หรือครอาจารย์
 เรยกจากศิษย์ นเขนไปตามกาลสมัย.....

รวมความว่า ผู้มหนาทเขนบพพการีใน
 ทางคาสนากก็ตาม ในทางสกลกตาม ใน
 ทางคักษากก็ตาม ในทางปกครองกตาม ถ้า
 ทำให้ลคตองตามหนาท จิงจะเขนบพพการี
 ทหายาก ฝ่ายผกตญญกตเวทกเห็นอกกน
 เมื่อไครบอุปการคุณของท่านมาแลว ไคไค
 ถึงคุณท่าน ก้ชากการเขนกตญญ แมเขน

กตัญญู แต่ไม่คอยแทนพระคุณท่าน ก็ขาด
กตเวทิต้องมีทั้งกตัญญูกตเวทิตำให้ถูก
ต้องตามหน้าที่เช่นน้แหละ จึงจะเป็นผู้หาได้
โดยยาก ทั้งสองฝ่ายที่หาหนาทถูกต้องของ

กันและกันเป็นผู้หาได้โดยยาก.....
(จาก พระโอวาทธรรมบรรยาย เล่ม ๑
สมเด็จพระวชิรญาณวงศ์ พระสังฆ
ราชเจ้า ๗ วัดบวรนิเวศวิหาร)

หน้าสำหรับนิสิต

วิธีแก้ง่วงของพระพทธเจ้า

เมื่อพระโมคคัลลานะไขว่ขวสในพระพทธ
ศาสนาแล้ว ท่านได้ปฏิบัติความเพียรเพื่อ
สลกิเลศอยุที่บานกลลวาลมคคคาม, จนมี
ความเหนอยอ่อน, นิ่งวังโงกอย. พระสัม-
มาสัมพทธเจ้าทรงทราบโดยฉฉาน, จึงเสด็จ
ไปโปรดจนถึงท, ทรงสอนวิธีแก้ง่วงโดย
อชายต่าง ๆ, ซึ่งพอจะปรับเข้ากับภาวะของ
คนปัจจุบันได้ดังต่อไปนี้:

- ๑. หาก ระวังถึงเรื่องใดแล้ว ยัง เกิด
ความง่วง, ให้พยายามระวังถึงเรื่องนั้น ให้
มาก.
- ๒. ให้ไตร่ตรอง ในวิชาที่เรียนมาแล้ว
ตามความเข้าใจของตน.

- ๓. ให้ท่องบ่นและทบทวนวิชาที่เรียน
มาแล้วโดยละเอียด.
- ๔. หากมีความง่วง, ให้ยอนหงัสอง
ข้าง, และใช้ฝ่ามอลบตัวให้ทั่วทงตัว.
- ๕. ควรลกขณยณ, ใช้น้ำล้างหน้า,
หันมองไปมาในที่คทงหลาย, แหงนมองค
คววต่าง ๆ ในท้องฟ้า (ให้นย้นตาสว่าง).
- ๖. ให้นกถึงแสงสว่าง, ทำความเข้า
ใจว่าเป็นเวลากลางวัน, ให้จิตใจแจ่มใส,
ไม่มีคมัว.
- ๗. ให้อธิษฐานจงกรม, คือก้าวเดิน
ไปมาพร้อมค้วยตงสตรระลักไว้คตลอดเวลว่า
ขณะนั้น ๆ กำลังทำอะไรอยู่ (เช่นนึกตาม

การเคลื่อนไหวว่า “ขณะนยกเท้า, ก้าวเท้า, เขยิบยกลงพน,” ฯลฯ). ระหว่างนั้นนกดงแต่อาการทกระทำ, ไม่ให้ใจออกแวกไปนึกถึงสิ่งอื่น ๆ.

๘. (หากทำตามข้อต่าง ๆ เหล่านี้แล้ว ยังไม่หายง่วง) ให้นอนแบบที่เรียกว่า “สี่เหลี่ยม”, คือนอนตะแคงข้างขวา, เท้าซ้อนกัน, แล้วกำหนดในใจว่าเมือหายง่วงแล้วจะลุกขึ้น. เมือตื่นแล้วให้รีบลุกขึ้นโดยทันที.

พระ โมค คัลลานะ ได้ปฏิบัติตาม อายาย เหล่านี้, พร้อมกับพิจารณาสาสนอน ๆ ที่ พระพุทธองค์โปรดประทาน, จนได้สำเร็จ พระอรหัตผลในวันนั้นเอง.

พิจารณาวิธีต่าง ๆ ตามที่พระพุทธเจ้า โปรดประทานไว้, เห็นได้ว่าเป็นวิธีที่มหัศจรรย์ ผลตามหลักสรีรวิทยาและจิตวิทยา. หากผู้ใดปฏิบัติตาม, ก็ย่อมจะได้ผล, คือหายง่วง, เพราะคำสอนของพระพุทธองค์นั้น, ไม่ว่าจะ รรรมะข้อใด, ล้วนเป็นสัจจะ, จริงแท้ทุกเมื่อไม่มีพินสมิย์, และผู้ปฏิบัติตามย่อมได้ผลทุกครั้ง, ไม่มีที่ไม่ได้ผล, เว้นแต่จะมากหรือน้อย, แล้วแต่ความเข้มแข็งที่ปฏิบัติ.

วิธีเหล่านี้คงจะมีประโยชน์สำหรับสมิย์ สบายได้.

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๑

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลยกรรม	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๓,๑๓๗	๑,๒๕๖	๑,๔๗๖*	๑,๓๐๑	๓,๕๐๗	๓๕๔	๑๑,๐๗๑*
เก่า	๔,๓๗๕*	๒,๔๐๐	๒,๕๘๐*	๑,๕๒๕*	๔,๖๔๘	๗๒๕*	๑๗,๔๕๖*
รวม	๗,๕๑๒	๓,๖๕๖	๔,๐๕๖*	๓,๘๒๖	๘,๑๕๕	๑,๐๗๙	๒๘,๕๒๗*
<u>ใน</u>	๒๕๔	๓๖๗	๑,๒๑๔*	๑๓๘	๖๑๓	—	๒,๖๑๓

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยกรรม ๕๑๒*. จักษุ ๔๒๔. สูติ - นารี ๒๕๓. รวม ๑,๒๒๕* ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๔๕๐, * หญิง ๔๓๕, รวม ๘๘๕, * คลอดตาย, ชาย ๒, หญิง ๘, รวม ๑๐

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๓๗ (บ.๑ ๑๗. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๕ ราย (๔๒ ๔ ๑๗. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๒๓* ครั้ง. ข้างนอก ๓๕๖ ครั้ง. (เจาะจากโลหุโทษ) รวม ๗๖๕* ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๓๓๘ คน, รักษาใหม่ ๖๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๒๓๑ ครั้ง. ระเบิดรักษา ๑๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๘ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ - ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๕๒ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๑๕๒* ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๕ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๔๔๘ ราย (จากภายนอก ๒๐๕ ราย). แอ็กกูติ เนชั่น ๓๗. วัสดุเซอร์แมนและคาร์บอน ๒,๓๕๐. หมู่เลือด ๓๕๕. น้บเม็ดเลือด ๕. หาเชออบักเทรี - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๖, อูจจาระ -, บัสตาระ ๑๗, เสมหะและอื่น ๆ -. เพราะเชอจากเลือด ๑๕๑, อูจจาระ ๖๕, บัสตาระ ๑๖, น้ำไขสันหลัง ๑๘, เสมหะและอื่น ๆ ๘๑. นิดส์ตัวทดลอง ๒, เพราะเชอ บัด ๑๒. ตรวจทดลองตัวจิต ๕๔. ตรวจศพนิติเวช ๒๔. ตรวจของกลาง ๒๓.*

๙. แผนกอายูรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๔. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๕, น้ำช่องปอด ๖. อัดลมเข้าช่องปอด ๖. อัดลมเข้าช่องท้อง -. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๕, นิดยาริชย์ฟัส ๒๕.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๐๓. ถอนฟัน ๖๓๘*. อุดฟัน ๒๒๑. ผ่าตัดช่องปาก ๓๗.

(โดยความเออเพอของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

ประชุมทางวิชาการ ได้มีการประชุมทาง
วิชาการประจำเดือนของคณะฯ เมื่อวันเสาร์
ที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๐๒ เวลา ๑๐.๓๐ น.
ณ ห้องปาฐกถาของแผนกพยาธิวิทยา เรือง
ทนายแสงคงคือ:

๑. การศึกษาเม็ดเลือด ปกติ ใน คน
ไทย. แผนกสรีรวิทยานำเสนอ. คณะผู้
แสดงประกอบด้วย พ.ญ. พันทิ อธิสุข,
พ.ญ. กาญจนา ชรณลักษณ์, พ.ญ. เสริมศรี
สินธวานนท์, น.พ. สพร เกศสว่าง และ
น.พ.ชาวิช ศรีสกวี.
๒. การศึกษาผลของการปลูกเนื้องอกไข
ซัง ไคไลยงไว โดยวิธี เพาะเนื้อ ในหนู คอน.
พ.ญ. อรุณ สันตคุสิศ แห่งแผนกกายวิภาค
ศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

เสด็จพระราชดำเนิน ประ กอบ พิธ เบ็ด
ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ เมื่อวันที่ ๒๕
มกราคม ๒๕๐๒ พระบาทสมเด็จพระเจ้า
อัยหวิ และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรม
ราชินีนาถ ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ
เสด็จพระราชดำเนินมาทรง ประกอบพิธี เบ็ด
ตึกธนาคารไทยพาณิชย์. ในพิธีการนี้
มีรัฐมนตรีว่าการ กระทรวง สาธารณ สุข,
บรรดาอาจารย์ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

และในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล,
เจ้าหน้าที่ใหญ่แห่งธนาคารไทย
พาณิชย์, แยกผสมเกยวต, นักศึกษาแพทย์
และนักเรียนพยาบาล ผู้ทูลละ ของฉัตร พระ
บาท และรับเสด็จพระราชดำเนินอย่างพร้อม
เพียบ

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอัยหวิ และสม
เด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ เสด็จ
พระราชดำเนินถึงที่ประทับ ณ กระทรวง
เมื่อเวลา ๑๖.๓๐ น. รัฐมนตรีว่าการกระทรวง
สาธารณสุข สุข เข้า เฝ้า กรวยบัง คม ทล
ถวายรายงานการก่อสร้าง. จบแล้วทรงม
พระราชดำรัสตอบ ทรงกดปุ่มไฟฟ้าเปิดแพร
คลุมป้ายช่อดอก. พระสงฆ์ ๙ รูปเจริญชัย
มงคลคาถา. เสด็จพระราชดำเนินไขกุญแจ
ตึก. แล้วทั้งสองพระองค์เสด็จเข้าทอดพระ
เนตรตึก. เสด็จพระราชดำเนินกลับเมื่อเวลา
ประมาณ ๑๗ น.เศษ.

ปาฐกถาพิเศษ เมื่อวันที่ ๑๖ มกราคม
๒๕๐๒ เวลา ๑๓.๑๕ น. Dr. Allen Stoller
ผู้อำนวยการคลินิก, กองสุขภาพจิต, แห่ง
จังหวัดวิคตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย, ได้
มาแสดงปาฐกถาเรื่อง โรคทางเดินอาหาร
จากแง่ของอายุร ศาสตร์รัชชีย์ โฆโซมาติก,
ณ ห้องบรรยายของแผนกพยาธิวิทยา. ใน

โอกาสนี้ ทางคณะฯ ได้เชิญปราชญ์ประ
ทานอาหารกลางวัน ณ หอประชุมราชแพทย
บาลย์ในฐานะแขกผู้มีเกียรติด้วย.

อาคันตุกะ วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๐๒

Dr. Morris Schaeff, นายแพทย์ผู้อำนวยการแผนกไวรัส และโรคเค้กเซี่ย. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ, มอนต์โกเมอริย์ฮิลลามา, สหรัฐอเมริกา ได้เข้าพบผู้บัญชาการ และเยี่ยมคณะแพทย์ ศาสตราจารย์และคณาจารย์พยาบาล. เข้าพบคณบดี. ขอเข้กแผนกมารเวชศาสตร์เกี่ยวกับสถิติผู้ช่วยโรคไขเลือกออก และขอคู่มือต่าง ๆ. นอกจากนี้ยังขอเข้าชมห้องปฏิบัติการ ทดลองไวรัส ของแผนกพยาธิวิทยาอีกแห่งหนึ่งด้วย.

วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๐๒ Miss Margaret Grainger และ Miss Margery Low, ศาสตราจารย์วิชาพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมินเนโซตา, ได้มาแวะเยี่ยมคณะฯ และร่วมรับประทานอาหารกลางวัน กับ ผู้บัญชาการ, คณบดี, นายแพทย์ผู้อำนวยการ และครูพยาบาล. ศาสตราจารย์วิชาพยาบาลทั้งสองนี้เคยทำงานช่วยฝ่ายวิชาการของ ประเทศเกาหลีใต้ ๒ ปี ตามสัญญาของมหาวิทยาลัยมินเนโซตา

วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๐๒ คณะผู้เชี่ยวชาญของทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ ได้แวะเยี่ยมและขอชมกิจการของคณะฯ ทางคณะได้จัดการต้อนรับและสนองความประสงค์อย่างเป็นที่พอใจ

ศิษย์เก่า

มงคลสมรส พิศมงคลสมรสของศิษย์เก่าซึ่งกระทำในเดือนมกราคม ๒๕๐๒ และเราได้รับข่าว มี: (๑) นพ. จรูญ ไชยโรจน์ กับ น.ส. พรพรรณเพ็ญ นิโรคม ภ.ย. ประกอบพิธี ณ กรมประชาสัมพันธ์ เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๐๒. (๒) เรืออากาศโท น.พ. ประสาน จรรยาวิจิตร กับ เรืออากาศโทหญิง พ.ญ. ศรีลักษณ์ เนียมทัน, ประกอบพิธี

ณ สโมสรกรมช่างทหารอากาศ เมื่อวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๐๒. (๓) เรืออากาศเอก น.พ. สนั่น สุขแสงยม กับ พ.ญ. ส้ารวยทองโสภิต, ประกอบพิธี ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๐๒

เราขออำนวยการให้เจริญด้วย ทรัพย์พร และสมความปรารถนาจงทุกประการ.

บันทึกท้ายสมุด

๑) สารคดีราชฉบบนจะเป็นฉบับสุดท้ายที่พิมพ์ออกมาในรูปปรกติ. ตั้งแต่ฉบับมีนาคม ๒๕๐๒ เป็นต้นไปเราจะไปปฏิบัติตามคำแนะนำและรับเราจากผู้หวังดีจำนวนมาก. ที่เห็นว่าสารคดีราชฉบบนออกล่าช้ากว่ากำหนดปรกติจนครบรอบแล้ว, สมควรรวมเป็น ๒ เดือนต่อฉบับเสียชั่วคราวก่อน, เพื่อจะได้สามารถเร่งการผลิตขึ้นได้. เราไม่ค่อยจะเต็มใจในการกระทำแบบนี้, เพราะเกรงว่าท่านสมาชิกจะเห็นว่าเป็นการเอาเปรียบ. แต่เมื่อคิดออกทางหนึ่งตามความจริงว่าสารคดีราชฉบบนจ่ายแก่สมาชิกในราคาต่ำกว่าที่ตนตลอดมา, พวกเราช่วยเสียเปรียบขอยุ่เรื่อย, คราวนี้ความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขภาวะชั่วคราว, เพื่อประโยชน์ของท่านสมาชิกเองที่จะได้อ่านข่าวสารได้ทันเวลาขึ้น, เห็นจะไม่กระไรนัก. ในที่สคนใจตักสินใจรวมหนังสือเป็นฉบับละ ๒ เดือนไปชั่วคราว, จนกว่าจะไล่นานมาทันหรือเกือบทันเวลา, จึงจะออกในรูปปรกติต่อไป. ทั้งนี้เราหวังว่าท่านสมาชิกคงให้ความเห็นใจ.

๒) เป็นเวลานานมาแล้วที่เราไม่ได้พิมพ์เรื่องในภาษาต่างประเทศ. เพราะ

ฉบบนเรื่อง “ชาวค้อยโคสตี” ของคุณหมอสัมชาย ขวรงค์ดี และศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ กังสาคาลัย จึงเป็นเครื่องช่วยให้มีความเปลี่ยนแปลงขึ้นบ้าง. แม้จะมีความยาวมากสักหน่อยก็เช่นเพราะความละเอียดลออ, ไม่ใช่เพราะนำท่วมท้น, จึงหวังว่าท่านสมาชิกจะอ่านด้วยความสนใจ. ครองนี้เป็นครั้งแรกที่มีการรายงานโรคชาวค้อยโคสตี, แต่คงไม่ใช่ครั้งแรกที่โรคโรคนั้นในประเทศไทย. เข้าใจว่าก่อน ๆ นั้นคงจะวินิจฉัยโรคผิด, เขาไปปนกับวัณโรคเสียหมด. หวังว่าเรื่องของคุณหมอสัมชายและอาจารย์ของท่านในสารคดีราชฉบบนจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคนั้นมีความถูกต้องยิ่งขึ้น, และต่อไปเราคงได้ยินเรื่องชาวค้อยโคสตีบ่อยขึ้น.

๓) เรื่อง “อะคีโนมาตัสโปลีปี” ของคุณหมอ ร่มไทรและคณะ เป็นเรื่องทางรังสีวิทยาโดยเฉพาะ. แต่ก็มีประโยชน์สำหรับผู้อ่านด้วย, เพราะนอกจากจะแสดงถึงความก้าวหน้าในวิชานั้นแล้ว, ยังบอกให้ทราบด้วยว่าเคยวนรังสีแพทย์มหาวิทยาลัยจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคนั้นได้ความแน่นอนมากยิ่งขึ้นแล้ว. แต่ก่อนการวินิจฉัยเรื่อง

โปลีปปิน่าได้ใหญ่จะเป็นเรื่องของการตก
สิ้นจากอากาศ. หลังจากหาเหตุอันไม่ได
แล้วลงความเห็นว่าโปลีปป. แล้ว
ก็ไม่อาจทำอะไรต่อไปได้ เพราะไม่ทราบ
ตำแหน่งที่แน่นอน. บุคคลโดยวิธี "คอบเบล
คองทราสต์" ดังที่แสดงในรายงานของเรา
อาจทราบความแม่นยำของการวินิจฉัยได้,
ชายังทราบตำแหน่งของโรคได้อย่างแม่น
ยำอีกด้วย, ซึ่งย่อมจะเป็นประโยชน์อย่าง
ยิ่งในการรักษาทางคลีนิคกรรม.

๑๐ บท ความ นิตี เวช คราว นี้ ไม่ ได้ มา
จาก ปาก กา ของ คำ ส ตรว จารย สัง กรานต์
นิยมเล่น, ขาประจำของเรา, แต่มาจาก
ลูกศิษย์และผู้ช่วยของท่าน, คือคุณหมอ
ทรงฉัตร โทษะยานนท์, ผู้กำลังสร้างชื่อ
เสียงดังตามหลังอาจารย์มาทเคียว. เรื่อง
"ชิมซัน" ของคุณหมอตรงฉัตรนั้นขวาทัน
สมัยดีมาก, เพราะหมูนุ่มคึกคักกล่าวหาใน
เรื่องนอกรีต. บางครั้งก็เป็นเรื่องจริง, บาง
ครั้งก็เป็นเรื่องสร้างชน, ซึ่งทำความเคียด
ร้อนให้แก่ผู้บริสุทธิ. ในฐานะที่แพทย์อาจ
ต้องเป็นพยานในบางกรณี, ความบริสุทธิ์จาก
บทความ เรื่อง นคงจะเป็น ประโยชน์ แก่การ
ปฏิบัติเพื่อความยุติธรรมได้เป็นอย่างดี.

๑๑ คุณหมอดอกย หะสิทธิ์เวช, หรือที่
ใคร่ขบสัมภาษณ์ ตั้งแตงานฉลอง หกสิบปีครีวราช
ว่า "หมายเลขนึง" ของโรงเรียนนี้,
เวลานอนหลับศิษย์เคยแล้ว. แต่ยังไม่กระปร-

กระเปร่า, เห็นเห็นคล่องแคล่วมาก. คงจะ
เป็นผลสะท้อนจากการที่ โปลีปปิน่าเพื่อ
ช่วยคนอันควยจิตใจบริสุทธิตลอดมา. ข้อ
สำคัญที่ทำให้ท่าน ผันแปรลดกว่าคน สูงอายุ
อื่น ๆ ก็คือท่านยังมีความสนใจในความ
ก้าวหน้าทางวิชาการแพทย์, และสามารถ
ติดตามความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้
ได้อย่างดีเสมอ. บทความเรื่อง "คน
กำเนิด" ของท่านในฉบับนี้เป็นหลักฐาน
สนับสนุนได้อย่างดี. เราหวังว่านอกจากเป็น
การแสดงความคิดเห็นของหมอ ผู้เฒ่าแล้ว,
บทความนี้ คง จะเป็น เครื่อง กระ ตัน หมอ
หนุ่ม ๆ ให้ช่วยกันทำงานตามหน้าที่เพื่อ
ความเจริญของโรงเรียนเก่าของตนบ้าง.

๑๒ เรื่อง "อุบัติเหตุบนท้องถนน" ๆ"
ของ ม.ร.ว. สงศวี เกตสิงห์ คงจะเป็นที่สน
ใจของคลีนิคแพทย์ผู้ต้องรพหน้าที่เกี่ยวข้องการ
รักษาผู้ถูกอุบัติเหตุ, และเป็นเรื่องเหมาะ
กับสมัยที่ ประเทศเรากำลังมีสถิติอุบัติเหตุ,
บนถนนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ. เรื่อง "การ
ประชุมผู้ได้รับรางวัลโนเบล" ของคุณหมอ
สนอง อนุบาลให้ความรู้แก่เราหลายข้อ.
เรื่อง "ขบถการ" ซึ่งคัดจากหนังสือพระ
โอวาท ๆ ของสมเด็จพระสังฆราชเจ้าใน
พระโกษฐ, ควรจะเป็นเครื่องเตือนใจ
สำหรับอาจารย์ได้เป็นอย่างดี, และเรื่อง
"วิถีกังวของพระพทธเจ้า" ก็เหมาะกับ
สมัยสอขได้มาก.

ของแถม

พยาธิใบไม้ปอดเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีอาการไอเป็น โลหิต และเจ็บอก ซึ่ง คล้ายวัณโรค ปอดมาก ไก่พบแหล่งที่เกกแพะหลายแล้ว, คือที่อำเภอหนองหม, จังหวัดสระบุรี. จาก การสำรวจของคณะรายงานตั้งแต่ ๒๔๕๕ พบว่าในจำนวนประชาชน ๓,๐๐๐ คนของ ท้องถิ่นเป็นโรคนี้น ๓๘ ราย, คือเป็นอัคราเป็นโรค ๑.๓ ๒๕. ทั้งหมดมีอาการเรื้อรังตั้งแต่ ๑-๖ ปี. เสมหะเหนียว, มีเลือดคั่งสีน้มน้ำเหลืองหรือเลือดคั่งปนกับเสมหะเสมอ. เมื่อทำงานหนักปรากฏไอมีเลือดคั่งๆ ออกเป็นจำนวนมาก. ร่างกายทั่วไปโดยมากเป็นปกติ. อุจจาระ พบไข่พยาธิเพียง ๑๘ ราย. เด็กวัยพบสิ่งผิดปกติในปอด ๓๖ ราย, อายุที่พบระหว่าง ๑๑-๕๕ ปี. อัคราที่เป็นชายต่อหญิงเท่ากับ ๕ ต่อ ๓.

ในการสำรวจแหล่งที่เกิดโรคพบว่าอำเภอหนองหมตั้งอยู่ที่เชิงเนินเขา, มีสภาพ ทาง ๆ เหมาะสมสำหรับหอยที่เป็นโฮสต์กึ่งกลางแรกของพยาธิใบไม้ปอด.

ในการสำรวจคราวปี ๒,๒๑๑ ตัวพบลักษณะคล้ายเมตาเซอรคาเวีย ของพาราโก- นิมัสในไข่ ๑๑ ตัว. ในหอยยังมีไข่พยาธิระยะต่าง ๆ ของพยาธิเลย. กำลังศึกษาค้นคว้าต่อไป.

- ปัจจัยที่ทำให้เกิดและแพร่หลายโรค, คือ
- (๑) นิสัยรับประทานอาหารและกิจวัตรต่างๆ สุกๆ, เช่นปลาร้า, ปลาคอง, และปลากุ้ง.
 - (๒) นิสัยขวนและถมนาลาย หรือเสมหะ ไม่เลือกทิ้งและการ ถ่าย อุจจาระบนพื้นดิน เนื่องจากไม่มีส้วม.

ในฤดูฝนฝนชะอุจจาระแปดเขื่อนน้ำในลำธาร, หรือเมื่อน้ำท่วมชาวบ้านก็ถ่าย อุจจาระลงนาเลย.

(๓) โฮสต์กึ่งกลางคือปล, กุ้งและหอยซึ่งมีมาก, เพราะสิ่งแวดล้อมและพืชน้ำเหมาะ, ช่วยทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ปอดเป็นไปให้ครบ.

ผลของการศึกษาและสอบสวนบ่งว่าโรคพยาธิใบไม้ปอดคนอาจถูกนำเข้ามายังท้องถิ่น นี้โดยทหารผ่านศึกเกาหลีเมื่อประมาณ ๗ ปีมาแล้ว.

ยังไม่มียาใดที่สามารถรักษาพยาธิใบไม้ปอดได้. อีเมคติน, ซัลฟาไดอะซีน, และ ฆลลโรควินเพียงแต่ช่วยรักษาอาการและทำให้ไข่พยาธิในเสมหะหรืออุจจาระลดน้อยลงหรือ หายไปชั่วคราวเท่านั้น. การป้องกันและควบคุมโรคนี้ไ้เริ่มกระทำกันแล้ว.

สมชัย บวรภักดี พ.บ. ฯลฯ

(จากสุวัชร วัชรเสถียร, จำลอง หาริณสุต, เจดน์ ไม้พุ่ม, จ.พ.ส.ท. ๔๑: ๓๘๗-๔๐๕, ๒๕๐๑)