



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

พ.พ. ฐิตกร ตันตพหัชชา

มอบให้ห้องสมุด
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๗-๘ ก.ค.-ส.ค. ๒๕๐๓ Volume 12, Number 7-8, July-August 1960.

อะคิ โนมาของบีคิคาริย์

รายงานผู้ช่วย ๒ ราย

กฤษณกิจ มติวางกูร

W.U., D.C.H. (Eng.), D.T.M. & H. (Eng.)

(โรงพยาบาลตำรวจ)



อะคิโนฟีลิกอะคิโนมาของบีคิคาริย์ เป็นโรคที่ค่อนข้างหายาก, ต่างกับโรคไฮโปมาไฟอะคิโนมาซึ่งพบบ่อยกว่ามาก. ด้วยเหตุนี้จึงกล่าวถึงกรณีนี้จึงควรนำเรื่องของรายโรคแรกมาแสดง.

โรคนี้แบ่งได้เป็น ๒ ชนิด, คือบีคิคาริย์ไฮแอนติสม์ (Pituitary giantism) และอะโครเมกาลี (Acromegaly), ซึ่งมีอาการโดยทั่วไปคล้ายกัน, ต่างกันเพียงว่าบีคิคาริย์ไฮแอนติสม์นั้นโรคเริ่มต้นตั้งแต่ก่อนหรือขณะเข้าวัยวัยรุ่น, คือก่อนที่จะมีการบีคิของไฮโปฟิสิส. เพราะฉะนั้นอาการส่วน

ใหญ่ของบีคิคาริย์ไฮแอนติสม์ก็ค่อนข้างมาก และตัวค่อนข้างใหญ่โต. ส่วนอาการอื่น ๆ มีน้อยกว่าอะโครเมกาลี, หรือไม่มี. ด้วยเหตุนี้จึงทำให้วินิจฉัยโรคได้ยาก, เพราะอาการแสดงอย่างเคียวซึ่งเป็นที่น่าสังเกตก็ค่อนข้างใหญ่เท่านั้น. ส่วนอะโครเมกาลีนั้นให้การวินิจฉัยง่ายเพราะมีอาการแสดงหลายอย่างเนื่องจากโรคนี้เป็นภายหลังที่เส้นไฮโปฟิสิสโตแล้ว. มีลักษณะสำคัญคือกระดูกคางยื่นยาวออกมาและศีรษะโตขึ้น.

ประวัติของโรคนี้เริ่มเมื่อ Marie ได้รายงานผู้ช่วยที่มีอาการของอะโครเมกาลีไว้

๒ ราย เมษ ค.ศ. ๑๘๘๖. ต่อมาในปีเดียวกัน Minkowski ก็ได้รายงานผู้ป่วย ๑ ราย และได้แสดงว่ามีเนื้องอกของขั้วต่อท้ายร่วมด้วย.

อาการของโรคแบ่งได้เป็น ๒ อย่าง, คือ:

๑. อาการของต่อมเช่นโคครินต่าง ๆ.

๒. อาการเนื้องอกจากการกดของอะดรีนัลมาต่อประสาทต่าง ๆ ในกระโหลกศีรษะ.

ผู้ป่วย อาจมีอาการของฮัยเปอร์บีทีอิทาร์ริซึม, ฮัยโปบีทีอิทาร์ริซึมและการผันผวนของฮัยโปธาลามัส. อาการที่พบย่อยคือโครงกระดูกใหญ่โตขึ้นในใจแอนติสซึม. กระดูกยาวกี่ยวขึ้น. ส่วนในอะโครเมกาลีนั้นกระดูกศีรษะและมือเท้าใหญ่หนาขึ้น, กระดูกสันหลังค้ำคองค่างหนานอกมา, กระดูกสันหลังกว้างขึ้น. อาจมีหลังโก่ง. ผิวหนังและเยื่อใต้ผิวหนังหนาขึ้น. ลิ้นและอวัยวะภายในต่าง ๆ ก็ใหญ่ขึ้นด้วย. เมตาบอลิซึมมักจะเพิ่มขึ้น. ต่อมน้ำนมขยายตัว. การเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรตเปลี่ยนแปลง. อาจ มีน้ำตาลในเลือดมาก หรือ มีน้ำตาลในปัสสาวะ, หรือการทนกลูโคสแบบผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ผู้ป่วยโรคนี้แสดงอาการของโรคเบาหวานมี ๒๕ ปช. นอกจากนั้นอาจมีอาการกระหายน้ำมาก, รับประทานอาหาร,

ถ่ายปัสสาวะมากและมีเหงื่อออกมาก. ในชายเมื่อเริ่มเป็นใหม่ ๆ อวัยวะสืบพันธุ์อาจโตเร็ว, แต่ต่อมาลดอวัยวะนี้อาจฝ่อลงไป. หญิงมักจะมีอาการผิดปกติของระดู. ทั้งหญิงและชายมีขนตกขน (Hypertrichosis). จากผลการศึกษาของ Cushing ๑๐๐ รายซึ่งเรียบเรียงไว้โดย Davidoff มีรายการดังนี้:

การโตขึ้นของส่วนปลายแขนและขา (ใจแอนติสซึม ๑๔ ราย)	๑๐๐ เปอร์เซ็นต์
ระดูผิดปกติ	๘๗ เปอร์เซ็นต์
ไม่มีระดู	๗๓ เปอร์เซ็นต์
อัตราเมตาบอลิซึมเพิ่ม	๗๐ เปอร์เซ็นต์
เหงื่อออกมาก	๖๐ เปอร์เซ็นต์
ขนตก	๕๓ เปอร์เซ็นต์
ผิวหนังเป็นสีน้ำตาลเข้ม	๔๖ เปอร์เซ็นต์
น้ำหนักเพิ่ม	๓๕ เปอร์เซ็นต์
ขาดความรู้สึกทางเพศ	๓๘ เปอร์เซ็นต์
ผอมและอ่อนแอ	๓๗ เปอร์เซ็นต์
ความดันเลือด	
(ต่ำกว่า ๑๒๐ มม. ปรอท)	๓๐ เปอร์เซ็นต์
กินอาหารจุ	๒๘ เปอร์เซ็นต์
ผิวหนังเป็นตุ่ม (ไฟโบรมา)	
มอลลัสคา)	๒๗ เปอร์เซ็นต์
กระหายน้ำมาก	๒๕ เปอร์เซ็นต์
ต่อมน้ำนมโต	๒๕ เปอร์เซ็นต์

เป็นเบาหวาน ๒๕ เปอร์เซ็นต์
 ขนตามร่างกายน้อย ๗ เปอร์เซ็นต์
 มีน้ำตาลในเลือด ๔ เปอร์เซ็นต์
 นมไม่โตตามขนาด ๔ เปอร์เซ็นต์
 อาการที่เกี่ยวกับอาการกดของเนื้องอกมี
 ปวดศีรษะ, สายตาเปลี่ยนแปลง, มองด้าน
 ข้างไม่เห็น, อาเจียน, และมีอาการทั่วไปของ
 การเพิ่มความดันในสมอง.

สาเหตุของการตายของผู้ป่วยมีดังนี้ :

๑. การขยายโตขึ้นของก้อนเนื้องอก,
 เลือดออกและการเสื่อมของเนื้องอก.
๒. โรคเบาหวาน.
๓. หัวใจล้ม.
๔. โรคติดเชื้อต่างๆ.
๕. ผลจากการผ่าตัด.
๖. ผลจากการขาดฮอร์โมน (ฮัยโป-
 พิตูอิทารีสม).

รายงานผู้ป่วย

รายที่หนึ่ง (ถ.น. ๒๖๕๕.๐๑) ผู้
 ชาย, ไทย, คู่, อายุ ๒๘ ปี. รั่ว
 ในโรงพยาบาลตำรวจเมื่อ ๒๕ สค. ๐๑ มี
 ความสูงขณะนั้น ๑๘๐ ซม., หนัก ๘๐ กก.
 ประวัติครอบครัวไม่แสดงว่ามีใครป่วยหรือ
 เสียชีวิตเช่นนี้. มีพี่น้อง ๕ คน. บิดามารดา
 เสียชีวิตมานานแล้ว, ไม่ทราบว่าด้วยโรค

อะไร. มีบุตร ๑ คนภายหลังแต่งงาน ๒ ปี.
 เริ่มรู้สึกหงุดหงิดมากเมื่ออายุ ๑๕ ปี. ในตอน
 นั้นสูง ๑๕๒ ซม. ต่อมากิ่งขึ้นเรื่อยๆ จน
 ถึง ๑๗๘ ซม. เมื่ออายุ ๒๐ ปี. ระยะเวลา
 การปวดศีรษะบ้าง. การเติบโตของอวัยวะ
 สืบพันธุ์ปกติ. มีขนหัวหน้าขึ้นเมื่ออายุ
 ๑๕ ปี. รู้สึกมีการแข็งตัวของอวัยวะสืบพันธุ์
 และหลังนากามเองเมื่ออายุ ๑๕-๒๐ ปี. ผู้
 ช่วยไม่ได้สังเกตว่ามือเท้าใหญ่กว่าคนอื่น
 เท่าไร. ผู้ป่วยมาขอรับการรักษาด้วยอาการ
 สำคัญว่าปวดตามข้อแขน, คอและเข้ามา
 ๑๐ วัน.

การตรวจร่างกายทั่วไป จากการตรวจร่าง-
 กายทั่วไปก็รู้สึกสะอึกตาพร่าสูงใหญ่กว่า
 ชายไทยทั่วไป. แต่การเติบโตได้ส่วนลัด
 สูง ๑๘๐ ซม. (ภาพ ๑). คางไม่ยื่น. ฟัน
 ไม่ห่าง. การพุงจาค่อนข้างซ้าย, ลิ้นโต
 (ภาพ ๒). ความจำและความคิดอ่านช้ากว่า
 คนปกติ. มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย. ต่อมาหัย-
 รอยค้ำดำไม่พบ. อวัยวะส่วนทรวงอกและ
 ช่องท้อง, เช่นหัวใจ, ม้าม, ตับ, ไม่แสดง
 ว่าโตผิดปกติ. ขนที่หัวหน้ามีน้อยและเป็น
 แขนงของหญิง (ภาพ ๓). อวัยวะสืบพันธุ์
 ปกติ. ลูกอัณฑะค้ำดำได้ขนาดเท่าหัวแม่มือ,

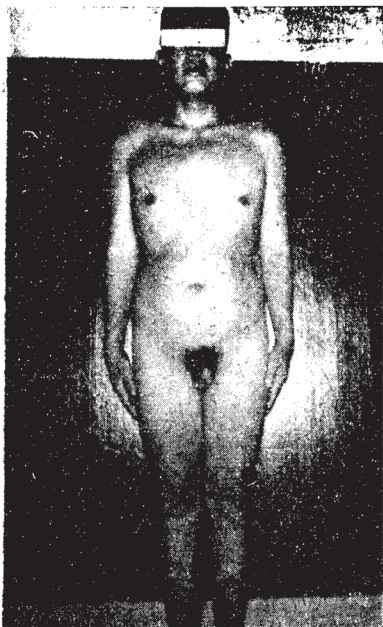




ภาพ ๑. เปรียบเทียบความสูงใหญ่ของผู้ป่วยใจแอนติสม์สูง ๑๘๐ ซม. กับชายไทยปกติซึ่งสูง ๑๖๖ ซม.



ภาพ ๒. แสดงลักษณะหน้า, จมูกใหญ่, ลิ้นใหญ่และออกกลม.



ภาพ ๓. แสดงลักษณะขนหัวหน้าเป็นแบบหญิง

ไม่มีลักษณะของการผิดปกติ. กล้ามเนื้อโตกว่าธรรมดาแต่ไม่ค้ำแข็ง. ระบบประสาทปกติ, เว้นแต่มี bitemporal hemianopsia, และมีสายตาสั้น. สายตาขวา ๖/๒๔, ตาซ้าย ๖/๑๒, พื่นกัศของตาค่อนข้างซีก, ขอบซีกกว่าธรรมดา. ความดันเลือด ๑๒๐/๘๐ มม.ปรอท.

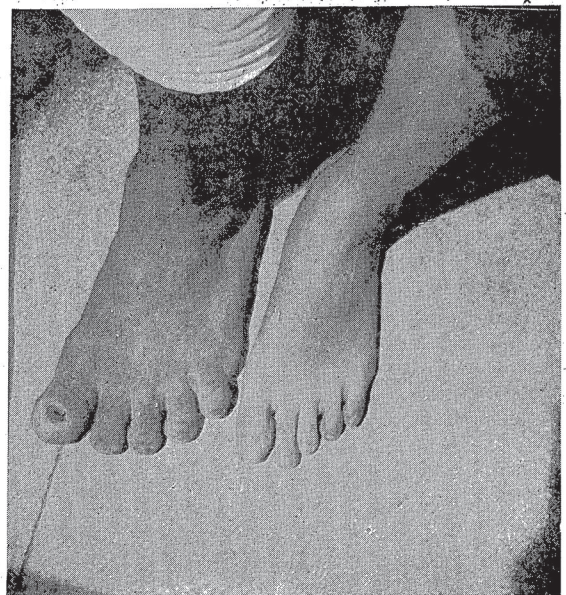
การตรวจทางห้องทดลอง ชบ. ๗๐ ปีช.
 ม.ล.ท. ๓.๒๒ ล้าน/ล.มม. ม.ล.ช. ๑๑,
 ๒๕๐/ล.มม. โปไลยม. ๔๑ ปีช., ลิยมฟ.
 ๕๕ ปีช. ปัสสาวะและอุจจาระตรวจไม่พบ



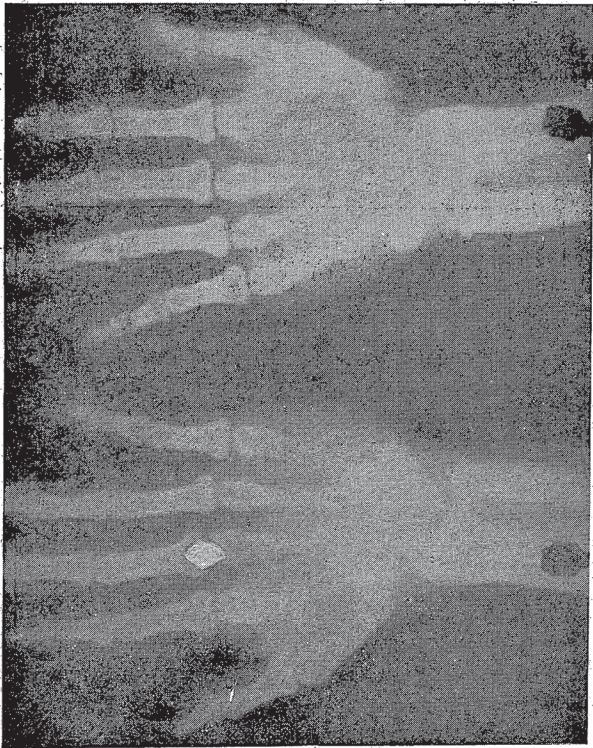
ภาพ ๔. แสดงเนื้องอกในเซลล์าเทอร์ซิกา (โตขนาด ๕ ซม.) ในคนไข้รายที่หนึ่ง.



ภาพ ๕. แสดงเซลล์าเทอร์ซิกา (ขนาด ๒ ซม.) และก้อนเนื้อ ในคนไข้รายที่สอง.



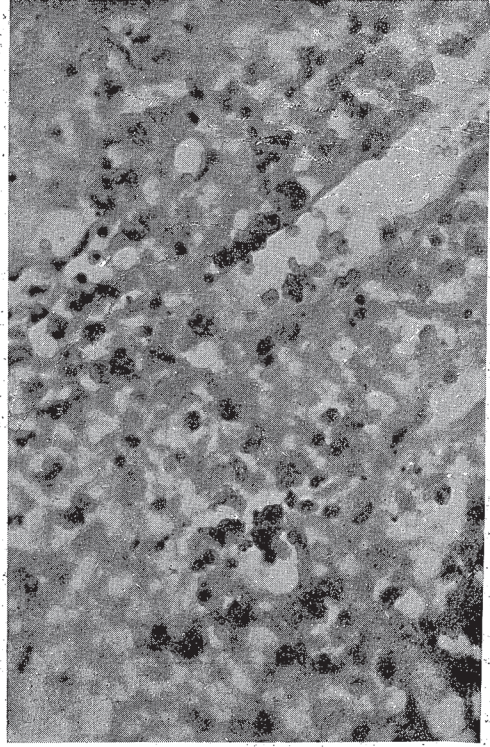
ภาพ ๖. เปรียบเทียบขนาดมือและเท้าของอะโครเมกาลีกับของหญิงไทยปกติ



ภาพ ๘. แสดงปลายนานุของกระดูกมือและเท้า



ภาพ ๑๐. แสดงเนื้ออกของบีตูลิตาร์บีในผู้มวยราษทหนึ่ง



ภาพ ๑๑. แสดงลักษณะจุดที่ศษของเมองอก (X ๔๐๐)

สิ่งผิดปกติ. อีตราเบซัลเมตของออสโตรมากรัง
แรกเมื่อ ๑๐ ก.ย. ๒๕๐๑ เท่ากับ—๑๓ ปช.
และอีก ๑๔ วันต่อมาเท่ากับ—๘ ปช. ฟอส-
ฟอรัสอินทรีย์ในซีรัม ๕.๑ มก.ปช., แคล-
เซียมในซีรัม ๑๑ มก. ปช., การทดสอบ
แพนคียให้ผลบวก. น้ำดีหลังมีเมือกเลือด
ขาว ๕/ล. มม., โปรตีน ๒๘.๗ มก.ปช.,
น้ำตาล ๕๓ มก. ปช. การทดสอบค่าห
ให้ผลลบ. น้ำตาลในเลือด ๘๗ มก. ปช.
การทดสอบการทนกลูโคสแสดงว่าปกติ.

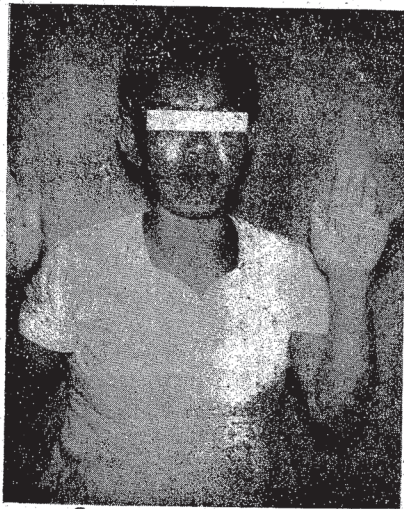
การตรวจทางรังสี ทับบริเวณกระดูกสันหลัง
พบว่า Sella Turcica ใหญ่มาก, ขนาด ๕
ซม. (ภาพ ๔). การถ่ายภาพมือและเท้า
แสดงการโตของกระดูกนิ้วมือและเท้า. ภาพ
หัวใจไม่โต.

เนื้อของนิ้วออกก้อนใหญ่ไม่เหมาะแก่
การผ่าตัด จึงได้ส่งคนไข้ไปรับการรักษา
ด้วยรังสี (โคบอลต์ ๖๐) ที่โรงพยาบาลแห่ง
หนึ่ง. อาการดีขึ้นชั่วคราวแล้วกลับเลวลง.
คนไข้ถึงแก่กรรมเมื่อ ๑๗ กพ. ๒๕๐๓
ตรวจศพได้ผลสำคัญคือ (๑) อะคีโนมา
ผสมของบีคือนิวโรซีส. มีเซลล์ไมโร-
โมไฟบรอส (ภาพ ๑๐, ๑๑). (๒) อะคีโน
มาของต่อมแอดรีนัลทั้งสองข้าง.

รายที่สอง (น.ส.จ.บ.) ผู้ป่วยหญิง, ไทย,
โสภ, อายุ ๓๔ ปี. รัยไว้ใน ร.พ. ศิริราช
เมื่อ ๑๐ มค. ๐๑ โดยมีอาการสำคัญ
ว่ามักมีอาการคอโตมารวมด้วย, และขณะ
เคี้ยวกระดูกที่หน้าต่ำกว่าค่อย ๆ เปลี่ยน
ไป, คอหน้าใหญ่และผิวหนาขน, มือและ
เท้าใหญ่, รวมทั้งเสียงก็เปลี่ยนไปด้วย.
เมื่อ ๒ ปีก่อนมา ร.พ. รู้สึกว่าตาขวามวกว่า
ตาซ้ายและมีอาการปวดศีรษะ. เมื่อ ๖ เดือน
ก่อนเคยได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีจาก
โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. ระวังเริ่มเมื่อ
อายุ ๑๖ ปี. ในระยะที่คอโตประจำเดือน
ไม่ค่อยปกติ. ๒ ปีก่อนเริ่มรักษาไป ๑๓
เดือน. มารดายังมีชีวิตอยู่, อายุ ๗๐ ปี.

การตรวจร่างกายทั่วไป หน้าใหญ่และผิว
หนากว่าหญิงปกติ. จมูกแบน. ฟันห่าง
(ภาพ ๕). เสียงห้าว. มือเท้าใหญ่กว่า
ปกติ (ภาพ ๖). ผิวหนังหนาและหยาบ.
ต่อมธัยรอยด์โตทั้งสองข้าง (ภาพ ๗), มี
ขนาด ๑๓x๔ ซม. ลักษณะนุ่มและเรียบ,
กดไม่เจ็บ, ไม่ติดกับผิวหนัง. วัตรอบศีรษะ
ได้ ๕๔ ซม. ความสูง ๑๕๖ ซม.

ตรวจสายตาพบ Bitemporal hemi-
anopsia, สายตาขวา ๖/๖, ซ้าย ๖/๑๒,
ข้อพับคิศักดิ์ชัด ขาวกว่าปกติทั้งสองข้าง.



ภาพ ๕. แสดงลักษณะอะโครเมกาลี, ใบหน้า, คอพอก และมือใหญ่กว้าง.



ภาพ ๖. แสดงลักษณะของผิวหนังหน้าและหยาบ คอพอก.

การตรวจระยะข้อมือ ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ชีพจร ๘๐/นาที, หายใจ ๒๒/นาที, ความดันเลือด ๑๒๔/๘๐ มม.ปรอท, อุณหภูมิกาย ๓๗.๕.

การตรวจทางห้องทดลอง ฮิบ. ๔๕ ปช. มลค. ๓.๕ ล้าน/ล.มม. มลข. ๗๑๐๐/ล.มม. โปไลยม. ๔๐ ปช. ลิยมฟ. ๖๐ ปช. เคราตินิน ๑.๔ มก.ปช. เอ็น.พี.เอ็น. ๓๕.๗ มก.ปช. ในเลือดพบน้ำตาล ๑๑๐ มก.ปช., แอลบูมิน ๑.๒ กรัม ปช., โน-เลสเทอรอล ๑๖๓.๕ มก.ปช. การตรวจ

อูจจาระและปัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ. การจับไอโอดีนของต่อมธัยรอยด์ใน ๔๘ ชั่วโมง เท่ากับ ๓๘.๕ ปช., พี.บี.ไอ. ค้อนเวอร์ชัน เวโซ ๕๓.๕ ปช.

การตรวจทางรังสี การตรวจโดยการถ่ายภาพบริเวณกระดูกสันหลังคervical อย่างธรรมดา และป็นิวโมเอินเซฟาโลแกรมแสดงว่ามีก้อนที่มีขอบเขตชัดเจนขนาดใหญ่เห็นชัดที่คาร์ย-ฟอสฟา, ค้นเว้นตรีเคิลที่สามไปทางบนและหลังรวมทั้งมีเซลล์ต่ำ เทอร์ซีค่าโคซัน (ภาพ ๘). กระดูกปลายนิ้วมือและนิ้วเท้าเป็นขรุขระ

บ้าน. (ภาพ ๕)

ไตทำการผ่าตัด. พบก้อนเนื้องอกของ
ยี่ตือตารีย์และเอาออกได้สำเร็จ. ผู้ป่วยพ้น
จากการผ่าตัด. (ต่อมาไตทำการตัดขั้ว-
รอยต่อ) ขณะนี้เป็นปรกติ, นอกจาก
ลักษณะของอะโครเมกาลี.

วิจารณ์

คนปรกติมีฮอร์โมนเร่งการเติบโต ใน
ยี่ตือตารีย์ประมาณ ๓.๗-๖.๐ มก., แต่ไม่
มีการเติบโตอีกเนื่องจาก ทารกเกิดเซลล์ของ
ทิสซิวไม่มีการสนองตอบต่อฮอร์โมนเร่งการ
เติบโตขนาดนี้. ส่วนพวกไจแอนติสม์กับ
อะโคร เมกาลีนั้น ฮอร์โมน เร่งการ เติบโต
ของยี่ตือตารีย์มีมากกว่าปรกติ เนื่องจากอิ-
โอสิโนฟิลิกอะคิโนมาของต่อมนี้.

ผู้ป่วยโรคไจแอนติสม์จากยี่ตือตารีย์ต้อง
แยกจาก Primary Eunuchoid Giantism,
โดยดู ขนาดของ เซลล์ทาร์ซีค่าและปริ-
มาณของยี่ตือตารีย์โกนาโดโทรปินที่ขับถ่าย
ออกมาในปัสสาวะ. ในโรคไจแอนติสม์
ของยี่ตือตารีย์มีมากกว่า ในยี่ตือตารีย์ไจ
แอนติสม์, ซึ่งมีเซคันตารีย์ฮัยโปโกนาติสม์
สำหรับผู้ป่วยรายแรกซึ่งมีขนาดสูง ใหญ่กว่า
ชายไทยโดยทั่วไปนั้น, ถ้าเปรียบเทียบกับ
ของชาวตะวันตกแล้ว, ของเรายังสูงใหญ่

ไม่เท่าของเขา, ซึ่งสูง ๗ ฟุตขึ้นไป. ผู้ป่วย
รายนี้เซลล์ทาร์ซีค่าถูกทำลายหายไป, ผู้
รายงานเข้าใจว่าอาจเป็นเพราะก้อนเนื้องอก
มีขนาดใหญ่มาก และเป็นมานาน แล้วกว่า
แพทย์จะตรวจพบ. ตามปรกติในระยะแรกๆ
ของยี่ตือตารีย์ไจแอนติสม์ จะยังไม่มีการ
ถดถอยของเซลล์ทาร์ซีค่า, จะมีเพียงการ
ไย่งเท่านั้น, ซึ่งเห็นได้ชัดในผู้ป่วยรายที่
สอง. ส่วนโพรโมโไฟอะคิโนมานั้นนอก
จากเซลล์ทาร์ซีค่าจะถูกทำลายให้แบนไป
แล้ว, ผู้ป่วยต้องมีอาการของฮัยโปยี่ตือตา-
ริสม์ด้วย.

อิโอสิโนฟิลิกยี่ตือตารีย์อะคิโนมาจะมี
การดำเนินโรครุนแรงหรือไม่นั้น, นอกจาก
จะดูเอาสายตาเสียเป็นเกณฑ์แล้ว, เราดู
เอาการตรวจอัตราเบซิลเมตอะคิโนสม์, การ
ทดสอบการทนกลูโคส, และฟอสฟอรัสอิน
ทรีย์ในซีรัมช่วยในการวินิจฉัยด้วย.

การรักษาโรคนี้มี ๓ วิธีคือ การผ่าตัด
เอาออก, ไซริงส์, และการรักษาด้วยฮอร์-
โมน. ทงนย้อมแล้วแต่ภาวะของผู้ป่วย, ซึ่ง
ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป.

การวินิจฉัยสำหรับรายที่สองไม่สามารรถ
ยืนยันธรรมชาติของเนื้องอกด้วยลักษณะ
จุลทัศน์, เนื้องอกก่อนเนอหายไป, ไม่
ได้ศึกษาทางพยาธิวิทยา.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้คือคาร์ยแอกโนมา ๒ ราย. รายแรกเป็นชายมีลักษณะของไทรแอกติสม์. รายที่สองเป็นหญิงมีลักษณะของอะโครเมกาลีและมีแอกโนมาของอวัยวะร่วมด้วย. จากการตัดต่อมธัยรอยด์บางส่วนพบคาร์ยโนมา ที่มีขอบรอบที่ขอบนของกลีบหนึ่ง. ทั้งสองรายปรากฏว่ามีเลือดจางร่วมด้วย.

ผู้เขียนขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ อุดม โปษะกฤษณะ, นายแพทย์ พล ต.จ. แสง วัจนะสวัสดิ์, และนายแพทย์ พ.ต.ต. บรรจง สติรแพทย์ ที่ได้ร่วม

มือให้ความช่วยเหลือและ อนุญาตให้ นำเรื่อง ผู้ป่วยทั้งสองมารายงาน, และขอขอบคุณแพทย์หญิงอัมพร โล่ห์สุวรรณ ที่ช่วยทำการตรวจทางห้องทดลองให้.

เอกสาร

1. Gemzell Carl, Frank Heijkensk-jold: J. Endocrin. No.6, 1956.
2. Gersh Berg, Herberg: J. Endocrin. No. 2, 1957.
3. Lovis T. Soffer; Diseases of the Endocrine Gland, 2nd. ed., 1956.
4. Cecil; Textbook of Medicine 9th. ed., 1955.
5. John Conybeare, W.A.Mann: Text-book of Medicine, 12 th. ed., 1957.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Article)

ADENOMA OF THE PITUITARY

Report of Two Cases

Kornkitch Mutirangura

M.B., D.C.H. (Eng.), D.T.M. & H. (Eng.)

(Police Hospital)

This is a report of two cases of pituitary adenoma, one in a man of twenty-eight, and the other, a woman of thirty-four, both Thai. The man came with complaint of pain in joints, but investigation revealed mild gigantism, bitemporal hemianopsia, and markedly enlarged sella turcica. Treatment with Cobalt 60 gave only temporary relief. Autopsy malignant mixed adenoma of pituitary body with chromophobe components predominating. The woman complaint of mass in the neck with gradual and progressive change in voice, facial

features, size of hands and feet, with dimness of vision and menstrual irregularity. Examination revealed bilateral enlargement of the thyroid, bitemporal hemianopsia and, roentgenologically, the presence of a well defined, fairly large mass above the pituitary fossa, pushing the third ventricle superiorly and posteriorly, and enlargement of sella turcica. The mass was successfully removed by operation, and the patient fully recovered, although signs of acromegaly persist.

(Five references, Eleven figures.)

77-501

มะเร็งของ ตา, หู, คอ, จมูก ในโรงพยาบาลศิริราช
พ.ศ. (๒๔๙๙-๒๕๐๐)

สุนทร ทวีพานิชย์

พ.บ.

(แผนกจักษุวิทยาฯ หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์แดง กาญจนารัตน์)

เนื่องจากผู้ช่วยมะเร็งได้มารับการตรวจและรักษาในโรงพยาบาลศิริราชมีจำนวนที่มากขึ้นเป็นลำดับ, เช่นในปี พ.ศ. ๒๔๙๔-๒๔๙๕ มีจำนวนผู้ช่วยมะเร็งของ นาโซฟาริงซ์เพียง ๒๓ คน, แต่ในปี พ.ศ. ๒๔๙๕-๒๕๐๐ มีจำนวนผู้ช่วยของนาโซฟาริงซ์ถึง ๕๓ คน, เพิ่มขึ้น ๔ เท่า, จึงขอรายงานผู้ช่วยใหม่ที่เป็นมะเร็งในแผนกตา, หู, คอ, จมูก, ซึ่งได้ส่งชันเนอตรวจว่าเป็นมะเร็งแน่นอนแล้ว, ดังต่อไปนี้.

มะเร็งของตา		มะเร็งของหู	
หนังตา	๑๔ คน	ไขหู	๕ คน
เยื่อตาขาว	๔ คน	ช่องหูชั้นนอก	๓ คน
ลิมฟ์และตากำ	๔ คน	ช่องหูชั้นกลางและโพรงมาสคอบด์	๘ คน
เรติโนบลาสต์	๑๖ คน	รวม	๑๖ คน
รวม	๓๘ คน		
มะเร็งของจมูก		มะเร็งของคอ	
จมูกด้านนอก	๔ คน	นาโซฟาริงซ์	๕๒ คน
โพรงจมูก	๖ คน	ออโรฟาริงซ์, บวล่า	๑ คน
โพรงอากาศข้างจมูก	๑๐ คน	พาลาทินท่อนซิล	๓๕ คน
รวม	๒๐ คน	เพอริกลีอติส	๑๓ คน
		กลองเสียง	๑๓.๘ คน
		รวม	๒๑๔ คน

รวมจำนวนมะเร็งของตา, หู, คอ, จมูก ๓๕๓ คน ในระยะเวลา ๒ ปี.

๑. มะเร็งของตา

มะเร็งของหนังตา มะเร็งของหนังตามีลักษณะ เช่นเดียวกับมะเร็งของผิวหนังส่วนอื่น, แต่มักเป็นทชอยของหนังตา, จึงเป็นปัญหาใหญ่ในการรักษา. ถ้าตัดออกก็ต้องทำศัลยกรรมตกแต่ง. ถ้ารักษาด้วยการฉายรังสีของระวางของกนลูกตา.

มะเร็งของผิวหนังของหน้าพบที่หนังตาได้มากกว่าตำแหน่งอื่น. สำหรับโรงพยาบาลศิริราชในระยะ ๒ ปีพบ ๑๔ ราย, มากกว่าที่จมูกและใบหูซึ่งพบเพียงแห่งละ ๔ ราย. ตำแหน่งที่เป็นโรคนี้อาจเปรียบเทียบกับสถิติของ มาร์ตินไคผลใกล้เคียงกัน ดังนี้:

	<u>มาร์ติน</u>	<u>ศิริราช</u>	
หนังตาล่าง	๕๔ ปช.	๕๗.๑ ปช.	(๘ คน)
แคนธัสค่านใน	๒๘ ปช.	๑๔ ปช.	(๒ คน)
หนังตาบน	๑๓ ปช.	๒๑.๕ ปช.	(๓ คน)
แคนธัสค่านนอก	๕ ปช.	๗.๕ ปช.	(๑ คน)

พยาธิสภาพ ใน ๑๔ รายเป็นเบซิลเซลล์คาร์ซิโนมา ๑๑ ราย (๗๘.๓ ปช.), เป็นชนิดสะเกวมัสเซลล์ ๑ ราย, เป็นชนิดอะนาปลาซติก ๒ ราย. สถิติของ มาร์ตินว่า เป็นชนิดเบซิลเซลล์ ๘๕ ปช. และสะเกวมัสเซลล์ ๑๐ ปช.

สะเกวมัสเซลล์:
เชื้อชาติ เป็นคนไทย ๑๒ คน, จีน ๒ คน.

น่าสังเกตว่ามะเร็งของหนังตาบนเป็นสะเกวมัสเซลล์ ๑ ราย, เป็นอะนาปลาซติก ๑ ราย และอีก ๑ รายเป็นเบซิลเซลล์. ส่วนตำแหน่งอื่นเป็นเบซิลเซลล์ทั้งหมด, ยกเว้นหนังตาล่างเพียง ๑ คน, ซึ่งเป็นชนิด

เพศ เป็นชาย ๗ คน, หญิง ๗ คน, มาร์ตินกล่าวว่า เป็นในชายมากกว่าหญิง.
อายุ อายุต่ำที่สุด ๔๐ ปี, สูงที่สุด ๗๐ ปี. มาร์ตินกล่าวว่าพบมากระหว่างอายุ ๕๐ ถึง ๕๕ ปี.

มะเร็งของเยื่อหุ้มตาขาว

มะเร็งในตำแหน่งนี้พบได้ไม่บ่อยนัก

ส่วนมากเป็นชนิดสะเควมัสเซลล์. วิลเคอร์ รายงานเนื้องอกของเยื่อหุ้มตาขาว ๕๒ ราย, เป็นคาร์ซิโนมา ๔๘ ราย, ปาซิลโลมา ๒๘ รายและปริเคอร์เซอรั ๑๗ ราย. มะเร็งมักเริ่มที่ลมยัสแล้วแผ่เข้าตาขาวและเยื่อหุ้มตาขาวของลูกตา. ที่เกิดเริ่มที่เยื่อหุ้มตาขาวที่เคียวมัน้อย.

พยาธิสภาพ ก. มะเร็งเริ่มที่เยื่อหุ้มตาขาวโดยไม่ลามเข้าตาขาว. มี ๔ ราย. เป็นชาย ๓, หญิง ๑. เกิดที่เยื่อหุ้มลูกตา ๑ ราย, เป็นเมลาโนมาชนิดร้าย. เกิดที่เยื่อหุ้มหนังตา ๓ ราย, เป็นสะเควมัสเซลล์ ๒ ราย, อนาปลาซติก ๑ ราย. อายุทำที่ สก ๒๕ ปี. สูงสก ๕๘ ปี.

ข. มะเร็งเริ่มที่ลมยัสแล้วลามเข้าไปในตาขาว. พบ ๔ ราย. เป็นชาย ๓, หญิง ๑. อายุทำที่สก ๓๘ ปี, สูงสก ๖๓ ปี. ลักษณะเป็นชนิดสะเควมัสเซลล์ทั้งหมด และทุกคนเป็นคนไทย.

เรตินอบลาสโตมา

ชนิดนี้พบในคนผิวขาวมากกว่าคนผิวดำ. การงอกเริ่มตั้งแต่องอยู่ในครรภ์. แม้นัยน์ตาข้างที่เป็นโรคที่หลังก็เชื่อกันว่าเริ่มตั้งแต่ออยู่ในครรภ์เหมือนกัน. เวลเลอร์รายงานว่าเป็นประเทศเนเธอร์แลนด์พบ ๑ รายต่อจำนวนเด็กเกิดใหม่ ๓๕,๐๐๐ คน. ในสหรัฐอเมริกาพบ ๑ ต่อ ๓.๕ ล้านคน. นาเวนทอสถึงที่รายงานเมื่อปี ๑๙๕๐ ว่าในระหว่างปี ๑๙๒๕ ถึง ๑๙๕๗ (๓๒ ปี) ในโรงพยาบาลตา-มัวร์พลด์ (ลอนดอน) มีโรคนี้ ๕๕ ราย, เฉลี่ยได้ปีละ ๔.๕ คน.

ในศิริราชระหว่าง ๒ ปีที่รายงานนี้มี ๑๖ คน.

อายุ ที่พบน้อยที่สุดคือต่ำกว่า ๒ ปี. วัสต์พวยอายุน้อยที่สุด ๑ เดือน, สูงที่สุด ๑๑ ปี. วินเคอร์สไตเนอร์พวยอายมากที่สุด ๑๖ ปี. สถิติของเราอายสูงที่สุด ๗ ปี.

ร.พ. ศิริราช

ร.พ. มัวร์พลด์

อายุ ๑ ปี
อายุ ๒ ปี
อายุ ๓ ปี

๒ ราย
๓ ราย
๕ ราย

๔๖ ราย
๒๕ ราย
๑๖ ราย

สุนทร ทวีพานิชย์

	ร.พ. ศิริราช	ร.พ. มหารพัตร์
ชาย ๔ ปี	๒ ราย	} ๑๒ ราย
ชาย ๕ ปี	๒ ราย	
ชาย ๖ ปี	๑ ราย	
ชาย ๗ ปี	๑ ราย	
รวม	๑๖ ราย	รวม ๕๕ ราย

ตำแหน่งที่เป็น

	ร.พ. ศิริราช	ร.พ. มหารพัตร์
คหบดี	๕๐ ปช. (๘ คน)	๓๓ ปช.
คหบดี	๓๘ ปช. (๖ คน)	๒๕ ปช.
สองตา	๑๒ ปช. (๒ คน)	๓๗ ปช.

การรักษา ในศิริราชที่ทราบได้คือรักษาออกแล้วตามด้วยการฉายรังสีเรินทเก็น.
 การพยากรณ์โรค ขึ้นอยู่กับเวลาที่มารับการรักษา. ส่วนใหญ่ของคนไข้ของเรา
 มาในระยะที่มะเร็งอยู่ในลูกตาหรือลามะออกมาจากลูกตาแล้ว. ไม่มีในระยะเริ่มต้นเลย.

	ร.พ. ศิริราช	ร.พ. มหารพัตร์
ที่รับรักษาแล้ว	๑๘ ปช. (๓ คน)	๒.๖ ปช.
ที่ยังมีชีวิตอยู่	๔๒ ปช. (๗ คน) (ใน ๒ ปี)	๕๑.๒ ปช. (เกิน ๕ ปี)
ที่ไม่มาติดต่อ	๔๐ ปช. (๖ คน)	๔๘.๗ ปช.

๒. มะเร็งของหู

ก. ไบโท สาเหตุเช่นเดียวกับมะเร็งของ
 ผิวหนังส่วนอื่น ๆ. ในระยะสองปี ที่ศึกษา

ได้พบในผู้ป่วยใหม่เพียง ๕ ราย, เป็น
 สเควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา. อายุเฉลี่ยที่สุด
 ๓๒ ปี, มากที่สุด ๖๔ ปี. ทุกคนได้รับ

การรักษาค่ายวังสีเวนต์เกิน.

ข. ช่องหูชั้นนอก, ชั้นกลาง, และ

โพรงมาสเตอร์ค็อก ส่วนมากของผู้ป่วยของเรา เป็นมะเร็งของส่วนทั้งสามรวมกัน. มะเร็งที่เกิดที่ช่องหูชั้นนอกมักลามเข้าช่องหูชั้นกลาง, แล้วเข้าโพรงมาสเตอร์ค็อกชั้นนอก. มะเร็งที่คงทนในหูชั้นกลางที่เคียว, ซึ่งเรียกว่าอินทรีนีสติกคาร์ซิโนมาของส่วนนี้, พบน้อยมาก. พวกนี้เยื่อแก้วหู, ไม่มีรอยฉีกขาด. ของเราก็ค่อยได้พบ. อาการสำคัญมีปวดหูอย่างมาก, มีน้ำหนอง, บางทีปนเลือด, หรือมีแผลในหูโดยหาเหตุไม่ได้. อาจมีไปลิบปหรือแกรวนเลชัน. อาจหูตึงหรือหูอื้อ, เวียนศีรษะ, และกดเจ็บบริเวณมาสเตอร์ค็อก. พยาธิสภาพส่วนมากเป็นสะเก็ดมะเร็งเซลล์คาร์ซิโนมาหรือเบซิลเซลล์. ตามสถิติของเราที่มีมะเร็งของหูชั้นนอก ๓ ราย, เป็นชาย ๒, หญิง ๑, อายุ ๔๑, ๖๑, และ ๖๒ ปี. เป็นชนิดสะเก็ดมะเร็งเซลล์ทั้ง ๓ ราย. ให้การรักษาค่ายวังสีทั้งหมด. เราพบมะเร็งของส่วนทั้งสามรวมกัน ๘ ราย, ซึ่งได้ทำการผ่าตัดมาสเตอร์ค็อกโตมัยชนิดถอนราก (แร็คคัล) แล้วฉายรังสี. ตรวจเนื้อไตสะเก็ดมะเร็งเซลล์คาร์ซิโนมาทั้งหมด. เข้าใจว่าคงทนจากหูชั้นนอกเพราะทุกคนมีน้ำหนอง

และหูชั้นนอกอีกเลข. มีผู้ชาย ๕, หญิง ๓. อายุน้อยที่สุด ๒๘ ปี, มากที่สุด ๗๕ ปี. ห้าคนมีอายุมากกว่า ๕๐ ปี. พวกนี้ในขณะที่เขียนรายงานยังไม่มีใครถึงแก่กรรม.

๓. มะเร็งของจมูก

ก. จมูกด้านนอก เป็นชนิดเบซิลเซลล์คาร์ซิโนมาเหมือนที่ผิวหนังส่วนอื่น. ใน ๒ ปี พบ ๔ ราย. เป็นชาย ๑, หญิง ๓. อายุ ๕๘ ถึง ๗๗ ปี.

ข. ช่องจมูก พบน้อย. แม็คโคมบ์รายงานว่าใน ๑๓ ปีเขาพบ ๖๕ ราย. ของเราพบ ๖ รายใน ๒ ปี. ชนิดของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดคือเอปิเคอร์มอยด์คาร์ซิโนมา. ส่วนมากเริ่มที่กระดูกเทอร์บินตอนกลางหรืออินด่าง. ส่วนน้อยเริ่มที่เอมมอยด์หรือเซ็ปตัม. ลักษณะของมะเร็งเป็นไปลิบปและป้ายีลล่า. มักแพร่เข้าตาข้างเดียวหรือสองข้าง. อาจลามเข้านาโซฟาริงซ์หรือส่วนฐานของกระดูกคี่ระยะ. ชนิดลิมโฟซาร์โคมาพบบ่อยรองลงไป. อาจเกิดจากชนิดลิมโฟมัยด์ในแถวไซนัส, หรืออาจเป็นการแพร่กระจายมาจากนาโซฟาริงซ์ก็ได้. ตัวมันเองอาจกระจายเข้าเข้าตาและโพรงกระดูกแม็กซิลลารีย์.

อาการสำคัญมีมากคน, น้ำมูกไหล, เลือดกำเดาออก. เชื้อปดิมอาจโคง. สันจมูก อาจแพบ. เนื่องอกอาจทะลออกมาข้างนอก ทำให้เป็นแผล. ถ้าตามเขาเข้าตาอาจมีขี้ตาไปน.

ในคนไข้ ๖ รายของเรา, มีอายุน้อยที่สุด ๑๓ ปี, เป็นมะเร็งชนิดเรติคูลัมเซลล์. ส่วนมากอายุ ๓๓ ถึง ๕๖ ปี, เกตส์ ๕๘ ปี. ชนิดอะนาปลาสติกมีมากที่สุด, คือ ๓ ราย. มีชนิดมคอบคักบัสเซลล์เซลล์อย่างละ ๑ ราย. ทุกรายได้รับการรักษาด้วยรังสีเรินทเก็น.

ค. โพรงอากาศข้างจมูก มีไม่บ่อยนัก. ซึ่งถ้ารวบรวมจากเอกสารต่าง ๆ ถึงปี ๑๙๔๕ ได้เพียง ๔๑๕ รายเท่านั้น. ของเราใน ๒ ปีมี ๑๐ ราย, เป็นไทย ๘, จีน ๒. เทียบส่วนระหว่างเพศได้ชาย ๔ ต่อหญิง ๑. อายุน้อยที่สุด ๑๒ ปี, มากที่สุด ๗๐ ปี. กรออสส์แมนรายงานว่าระหว่าง ๑๒ กับ ๕๘ ปี.

พยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นเอพิเคอร์มอยด์หรือสเควมัสเซลล์. แต่ขบัยรายงานไว้ ๖๐ ราย, เป็นอะคิโนคาร์ซิโนมา ๘ ราย, แทรนซิซันต์เซลล์ ๒, ชนิดผสม ๑ ราย, สเควมัสเซลล์ ๔๕ ราย. ของเรา ๑๐ ราย,

เป็นสเควมัสเซลล์ ๔ ราย, อะนาปลาสติก ๔ ราย, เรติคูลัมเซลล์ซาร์โคมา ๑ ราย, ลิมโฟเอปธิลีโอมา ๑ ราย.

อาการสำคัญมีแน่นจมูก, น้ำมูกมาก, ปวดศีรษะ, ซาบรีเวณแก้ม. อาจมีกลิ่นเหม็นหรือจมูกไม่ไต่กลิ่น, เสียงเปลี่ยนไป; หรือหน้าวม. มะเร็งอาจลามไปทตา, ทำให้ตาโปนหรือตาค, หรืออาจกระจายไปไกลๆ, เช่นที่ปอดและท้อง.

การพยากรณ์โรคนี้ร้าย. เวลซ์และนาธานสันรายงานว่าในจำนวนผู้ป่วย ๑๐๖ คน ๗๕ ปช. ตายภายใน ๓๒ เดือน. โดยเฉลี่ยอยู่ได้เพียง ๑๗ เดือนหลังการรักษา. ผู้ป่วยของเราทั้ง ๑๐ คน ไม่มีใครตายระหว่างที่อยู่ใน รพ., แต่หลังจากจำหน่ายไปแล้วไม่มีใครมาติดต่ออีกเลย.

๔. มะเร็งของคอ

ก. นาโซฟาริงซ์ มะเร็งของส่วนนี้ที่ จะพบมากจนกว่าแต่ก่อน. ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๕๔-๒๔๕๕ มี ๒๓ ราย, แต่ระหว่าง ๒๔๕๕-๒๕๐๐ มีถึง ๕๒ ราย. เปรียบกับทอนเห็นว่าของเรามีมากกว่า, คือที่ ฮ็องกงพบ ๑๑๔ รายใน ๘ ปี, ในอินเดี พพบ ๑๖ รายใน ๓ ปี. ใน ๕๒ คนเป็นคน

ไทย ๕๒ คน, ที่เหลือเป็นจีน. ทั้งหมดเป็นชาย ๗๓ คน (๗๘.๑ ปช.), เป็นหญิง ๑๕ คน (๒๑.๙ ปช.). อายุน้อยที่สุด ๑๘ ปี, มากที่สุด ๗๗ ปี. ๗๒.๖ ปช. มีอายุระหว่าง ๓๐ กับ ๕๕ ปี. อายุเฉลี่ยน้อยกว่าคนไข้มะเร็งของกลองเสียง.

พยาธิสภาพของมะเร็งมดงัน.

อะนาปลาติคคาร์ซิโนมา	๖๖ คน (๖๘.๘ ปช.)
สแควมัสเซลล์	๑๐ คน (๑๐.๑ ปช.)
ลึยมโฟซาร์โคมา	๑ คน (๑.๔ ปช.)
แทรนสิชันนัลเซลล์	๔ คน (๕.๒ ปช.)
เรติคูลัมเซลล์ซาร์โคมา	๒ คน (๒.๑ ปช.)
ลึยมไฟเอบริลีโอมา	๒ คน (๒.๑ ปช.)
อะดีโนคาร์ซิโนมา	๑ คน (๑.๐ ปช.)

อาการสำคัญได้แก่เลือดกำเดาออกบ่อยๆ โดยหาเหตุไม่ได้ (พบบ่อยที่สุด), คอมน้ำเหลืองที่คอโต, ปวดประสาทและปวดศีรษะข้างเดียวโดยไม่พบเหตุ. อาจมีอาการตาเหลืองเนื่องด้วย การกักประสาทมอง, หรือหอบเหนื่อยด้วยหลอดยัสเต้เพิ่มขึ้น, ฤกษ์อก, หรือตาโปนเนื่องด้วยมะเร็งลามเข้าเยื่อตา.

การรักษาทกรายใช้รังสี, ซึ่งคามหลักวิชาให้ผลดีมากที่สุดสำหรับมะเร็งชนิดต่างๆ ในชนิดนี้.

ช. ออโรฟาริงซ์ แยกออกได้เป็น ๔ พวกตามตำแหน่ง, คือ (๑) ยิวล่า, มี ๑

ราย, (๒) พาลาทินทอนซิล, มี ๓๕ ราย, (๓) เพอริกลีอติคัส, มี ๑๓ ราย. ส่วนมะเร็งของโคนลิ้นได้ส่งไปรักษาในแผนกคัลยศาสตร์.

มะเร็งของยิวล่าพบบ่อยมาก. สะเก็ดรวบรวมจากวารสารระหว่างปี ๑๘๕๘ กับ ๑๘๑๕ ได้เพียง ๑๓ ราย, และฮาร์เนนส์ทเมโยคลินิควรรวมได้เพียง ๗ รายระหว่างปี ๑๘๑๕ กับ ๑๘๕๒. ของเราที่พบ ๑ รายเป็นในผู้ชายไทย, อายุ ๕๘ ปี. ตักชันเนื้อตรวจทรายว่าเป็นชนิดอะนาปลาติคคาร์ซิโนมา. ผู้ช่วยไม่ได้มาติดตามต่อเลยหลังจากนั้น.

มะเร็งของพาลาทินทอนซิลพบบ่อยมากที่สุดในพวกนี้, นับเป็นสามในพวกมะเร็งของทางเดินอากาศส่วนต้น, คือรองจากมะเร็งของกลองเสียงและนาโซฟาริงซ์. อายุน้อยที่สุดในคนไข้ของเราคือ ๓๘ ปี, อายุมากที่สุด ๘๑ ปี. ระหว่างอายุ ๕๐ ถึง ๖๕ ปี พบ ๒๕ คน, เท่ากับ ๗๖.๕ ปช. เป็นในผู้ชาย ๓๑ คน, เท่ากับ ๘๘.๕ ปช., ในผู้หญิง ๔ คน, เท่ากับ ๑๑.๖ ปช.

พยาธิสภาพอาจเป็นคาร์ซิโนมา, ลึยมไฟเอบริลีโอมา, หรือลึยมโฟซาร์โคมา. ในผู้ช่วยของเรา ๓๕ คน, ๒๔ คนเป็นชนิด

สะเควมัสเซลล์ (๖๕.๖ ปช.), ๕ คนเป็น
ชนิดอะนาปลาสติกคาร์ซิโนมา (๑๖.๑
ปช.), ๑ คนเป็นลิมโฟมาชนิดร้าย (๒.๘
ปช.), ๑ คนเป็นเนื้องอกชนิดผสม (๒.๘
ปช.). อาการสำคัญอาจเกี่ยวกับการอุดตัน
ของการหายใจหรือการกลืนอาหาร, หรือ
การอักเสบเรื้อรังในคอ, หรือการแพร่กระจาย
ของมะเร็งไปสู่ส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย,
โดยที่ มะเร็ง พวก นมมักแพร่เร็วมาก.

สำหรับการพยากรณ์โรคตามสถิติของ
ทอน, หลังการรักษาคัยรังสีจำนวนคนที่มี
ชีวิตอยู่เกินกว่า ๕ ปี ในจำพวกคาร์ซิโนมา
มี ๓๒ ปช., พวกลิมโฟเอปธิโอมา ๖๑
ปช. ส่วนพวกลิมโฟซาร์โคมาเป็นพวก
ที่รักษาได้ผลดีที่สุด.

ค. เพอริกลีอติส อีเคอร์แมนและ
เวกาโตอ้างว่ามะเร็งพวกนี้พบประมาณครึ่ง
หนึ่งของมะเร็งในออร์โฟรีนซ์. แต่ของเรา
คงน้อยกว่านั้นมาก, เพราะมีเพียง ๑๓ ราย,
เป็นชาย ๑๐ ราย, หญิง ๓ ราย. อายุ
น้อยที่สุด ๓๒ ปี, มากที่สุด ๖๘ ปี. ส่วน
มากมีอายุเกินกว่า ๕๐ ปี. คนไข้ของอี-
เคอร์แมน เกือบทั้งหมด เป็นเอปทีเคอร์ มอยด์
คาร์ซิโนมา. ของเราเป็นสะเควมัสเซลล์
คาร์ซิโนมา ๕ คน (๖๕.๓ ปช.) อะนา

ปลาสติกคาร์ซิโนมา ๓ คน (๒๓.๑ ปช.),
ชนิดผสม ๑ คน (๗.๖ ปช.). ทั้งหมดได้
รักษารักษาคัยรังสีเรื้อรัง.

๕. มะเร็งของกล่องเสียง

มะเร็งของอวัยวะ นพยมก ขนเรอข ๗-
ระหว่าง สองข ของ การ คักขาน (๒๔๕๕-
๒๕๐๐) พบถึง ๑๓๘ รายโดยการคักขาน
เนอไปตรวจ. ส่วนใหญ่เป็นประเภทเอกล
ทรินลิต. ประเภทอินทรินลิตมีเพียง ๕ คน
เท่านั้น. ในจำนวนทั้งหมดเป็นคนไทย
๑๐๘ คน (๗๗.๗ ปช.), คนจีน ๓๐ คน.
(๒๒.๒ ปช.), เป็นชาย ๑๒๑, หญิง ๑๗,
เทียบส่วนเท่ากับ ๗ ต่อ ๑. อายุ น้อยที่สุด
๑๘ ปี, มากที่สุด ๘๐ ปี. ระหว่างอายุ
๕๐ กับ ๖๕ ปีมี ๑๐๒ คน, เท่ากับ ๗๗.
๘๘ ปช.

ลักษณะ ของ พยาธิภาพ เป็น ชนิด อะนา
ปลาสติกคาร์ซิโนมาเพียง ๑๕ คน (๑๑.๕
ปช.). อีก ๑๒๓ คน (๘๘.๖ ปช.) เป็น
ชนิดสะเควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา, อยู่ใน
ระยะเจริญชั้เงิน (ดีเฟอเรนซีเอเต้ค) มาก
๕๒ คน, ปานกลาง ๒๑ คน, ไม่ชั้เงิน
๔๕ คน, และไม่เจริญ (อันดีเฟอเรนซีเอ
เต้ค) ๕ คน. แยกชนิดตามวิธีของเคอร์ช

ขาเบอร์ และ อิชิม เบอร์ค เป็น ชัย กล้อต คิส ๓ ราย, อินทรินสิค ๕ ราย, เฮกสทรินสิค ๑๓๐ ราย.

การรักษาที่ใช้กันอยู่ในเวลานี้มีการผ่าตัด และการฉายควายรังสีเร็นคเกน. แจ็คสันทำ ลาริงโกพีชีเซอร์ ๑๘๑ ราย (ค.ค. ๑๕๓๐-๑๕๔๗) ได้ผลมีคนที่อยู่ย่นานเกิน ๕ ปี ๘๗ ปช. ชัลลิตทกลาริงซ์ทั้งหมดในคนไข้ ชนิดเฮกสทรินสิค ๑๖๕ คน, ได้ผลมีคนที่อยู่ย่นานกว่า ๕ ปี ๖๑ ปช. แม็คคอดและ พิสเซอร์ทกลาริงซ์ ทั้งหมดในคนไข้ ๑๐๔ คน, ได้ผลมีผู้รอดชีวิตเกิน ๕ ปี ในพวก อินทรินสิค ๕๐ ปช. และในพวกเฮกสทรินสิคเพียง ๒๑ ปช. สำหรับการรักษาควายรังสีเร็นคเกนชัลลิต รายงาน ผลค้ในพวก อินทรินสิค ๘๒ ปช., พวกเฮกสทรินสิค ๑๘ ปช. มอรัทส์และเล็นส์ได้ผลสำหรับพวก เฮกสทรินสิคตั้งแต่ ๒๖ ถึง ๓๗ ปช., แล้ว

แต่ลักษณะของพยาธิสภาพ.

ผลการรักษาสำหรับ คนไข้ของเราจะได้ เสนอ รายงาน ละเอียด แยก ไว้ต่าง หาก ใน ภายหลัง.

ผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์แดง กาญจนารัตน์, หัวหน้าแผนกจักษุวิทยาฯ ที่อนุญาตให้ เสนอรายงานนี้. และขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ พร วราเวช, นายแพทย์ชุด อยู่สวัสดิ์ และนายแพทย์ โรจน์ สุวรรณสุทธิที่ได้ให้คำแนะนำที่มีค่าหลายประการ.

เอกสาร

1. Algernon B. Reese: Tumour of the Eye, New York, Paul B. Hoeber, Inc., 1951.
2. Thomas A. Maguda et al.: Laryngol. 65:108-115, 1956.
3. Fred Z. Havens: Ann. Oto-rhinolaryngol. 65:793-798, 1956.
4. Ackermann, Regato: The Cancer, 2nd ed., 1954, C.V. Mosby Company.
5. J.R. Lindsay, W.M.S. Ironside: The Laryngoscope 65:1117-1128, 1955.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Study)

CARCINOMATA IN THE EENT DEPARTMENT
(1956-57)

Sunthorn Thaveepanich
M.B.

(Department of Ophthalmology and Oto-rhino-laryngology)

During the years 1956 and 1957 there were 323 cases of carcinomata admitted into the Department, divided as follows: eye cases 38, ear 16, nose 20, pharynx 279. In the first category the most frequent affection was retinoblastoma (16 cases); next in frequency was basal cell carcinoma of the eye-lids (14 cases). Squamous cell carcinoma was found in all cases in the second group, in which the ear concha was involved in 5, the external ear in 3 and the inner ear and mastoid antrum in 8 cases. In the third group the paranasal air sinuses were afflicted in 10 cases, with 4 cases of squamous cell carcinoma, 4 of anaplastic type, and 1 each of

reticulum cell sarcoma and lympho-epithelioma. In the fourth class laryngeal carcinoma held the top place with 138 cases, of which 88.6 percent belonged to the squamous cell type, and 11.4 percent to the anaplastic. Nasopharyngeal carcinomata ranked second in frequency with 92 cases. The incidence of this affection appears to be rising rapidly. In about 70 percent of cases the growths presented the microscopic picture of anaplastic carcinoma. Squamous cells were identified in about two-thirds of the number of cases of cancer of the tonsils (total 35 cases) and of the periglottis (total 13 cases). Description of pathological and clinical features was also given.

29-58 2

ข้อสังเกตบางประการในโรคกรรมนอกมดลูก

วิฑูร โอสถานนท์

พ.บ.

(แผนกสูติศาสตร์ ๖)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ชัชวาล โอสถานนท์)

โรคกรรมนอกมดลูก พบได้บ่อย ในประเทศเรา. นับว่าเป็นโรคที่มีอันตรายมากถ้าทำการรักษาไม่ถูกหรือไม่ทันที่. การรักษาไม่ยาก ถ้าวินิจฉัย ใ้ถูกและ รวดเร็ว. ในรายที่มี ประวัติและการ ตรวจอย่างแน่ชัด การวินิจฉัยไม่ยาก. ในบางรายการวินิจฉัยยากเพราะประวัติและการตรวจ ไม่แสดงชัดเจน, อาจทำให้วินิจฉัยผิดหรือกว่าวินิจฉัยได้กินเวลานาน. ตามที่เคยมีในรายงาน, การวินิจฉัย โรคนี้ ผิดก่อน ผ่าตัดมิได้หลายเปอร์เซ็นต์, ตั้งแต่ ๑๐ ถึง ๒๕.๖ เปอร์เซ็นต์. (1,2,3,4,5,11) จากการพบเห็นผู้ป่วย และจากรายงาน ผู้ช่วยที่เคย รักษาใน แผนกสูติศาสตร์ ร.พ. ศิริราช, มีข้อสังเกตอย่าง ประการ ซึ่งเห็นสมควร ขรรยายไว้ต่อไปนี้:

๑. ประวัติระดู

ผู้ป่วยมีประวัติระดูได้ทั้ง ๆ กัน. มีอาการสำคัญอยู่ ๓ อย่าง, คือความผิด

ปกติในเวลาของระดู, เลือดออกทางช่องคลอด, และความเจ็บปวด. ในอาการ ๓ อย่างนี้ ความเจ็บปวด นับว่าเป็น อาการที่สำคัญที่สุด, และพบได้เสมอ. Ware (10) ได้ศึกษาผู้ป่วย ๑๒๕ ราย, พบว่ามีอาการเจ็บปวดทุกราย. ผู้ช่วยบางรายอาจไม่ให้ประวัติการเจ็บปวดชัดเจน. แต่ถ้าถามให้ละเอียดลงไป, ผู้ช่วยจะให้ประวัติว่าครั้งหนึ่งเคยเจ็บ หรือมี เพียงเสียด ๆ หรือปวดถ่วง ๆ ที่ท้องน้อย. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เป็น ชนิดปัจจุบัน ผู้ช่วยช็อค และให้ประวัติไม่ใด, ผู้ช่วยอาจบอกเพียงรู้สึกปวดเสียด ๆ ที่ท้องน้อย, หรือรู้สึกเพียงแน่น ๆ และเสียดขมยอกอก. ในรายปัจจุบันที่มี เลือดในช่องท้อง ผู้ช่วยมัก จะให้ประวัติว่ามี การปวดหรือเสียดร้าวไปที่บริเวณไหล่หรือสะบักซ้าย. ในรายงานของ Ware (10) พบว่า ๑๑.๓ เปอร์เซ็นต์มีการเจ็บปวดไปที่ไหล่.

อาการเลือดออกทางช่องคลอดพบบ่อย รองลงมาจากอาการเจ็บปวด. Miller⁽⁷⁾ พบว่ามี ๘๑ เปอร์เซ็นต์. Beacham⁽¹⁾ พบว่ามี ๘๕ เปอร์เซ็นต์ ที่มีเลือดออกทางช่องคลอด. จากการตรวจสอบรายงานผู้ป่วยที่เป็นโรคครรภ์นอกมดลูก ๓๘๕ รายพบว่ามีประวัติเลือดออกทางช่องคลอด ๘๓ เปอร์เซ็นต์. เลือดที่ออกมีจำนวนน้อย. ไม่เคยพบที่มีเลือดออกแบบไหลเป็นจำนวนมาก ๆ. ส่วนมากไม่มีเลือดก่อน. สีดเลือดมักเป็นสีเทา ๆ. บางรายมีเศษเนอปนออกมาด้วย.

ความผิดปกติในเวลาระก อาจเป็นได้ ๓ อย่าง, คือมีระกขาด, หรือเลือดออกตรงเวลาระก, หรือเลือดออกเร็วกว่ากำหนดระก.

ประวัติระกเท่าที่ เคยพบ และได้ตรวจสอบในรายงานผู้ป่วย ๓๘๕ ราย, จำแนกออกได้เป็น ๕ แบบ, คือ:

แบบที่ ๑. มีอาการช็อคเจน. คือมีระกขาดส่วนมาก ๑-๓ เดือน. มีเลือดออกทางช่องคลอดและปวดท้องน้อย. แขนพบได้บ่อยประมาณ ๖๐ เปอร์เซ็นต์.

แบบที่ ๒. มีระกขาด, ปวดท้องน้อย, ไม่มีเลือดออก. พบได้ประมาณ ๑๗ เปอร์เซ็นต์.

แบบที่ ๓. เลือดออกตรงเวลาระก. มีปวดท้องน้อย. ระกครั้งก่อนอาจมีเหมือนปรกติหรืออ่อนกว่าปรกติได้. แขนพบ ๑๔ เปอร์เซ็นต์.

แบบที่ ๔. เลือดออกเร็วกว่ากำหนดระกและปวดท้องน้อย. พวกนี้ถ้าถามประวัติระกครั้งก่อน, จะมีประวัติว่าระกครั้งก่อนน้อยกว่าปรกติมาก. ความจริงเลือดที่ออกครั้งนี้ไม่ใช่ระกแท้จริง, เช่นแต่เพียงเลือดที่ออกตรงเวลาระก ในคนที่มีการตั้งครรภ์. แขนพบ ๗ เปอร์เซ็นต์.

แบบที่ ๕. อยู่ในระยะหลังคลอดยังไม่มีระก. แลวมมีปวดท้อง. จะมีเลือดออกหรือไม่ก็ได้. เรามักพบ ๕-๖ เดือนหลังคลอด. แขนพบน้อยมาก, ประมาณ ๒ เปอร์เซ็นต์.

๒. ชีพจรและความดันโลหิต

ในโรคครรภ์นอกมดลูกชนิดเรื้อรัง, ชีพจรและความดันโลหิตไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ. แต่ในชนิดปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมาก. เริ่มแต่มีการเปลี่ยนที่ไม่ช็อคเจนจนมีการเปลี่ยนแปลงมากกระทั่งช็อค. ทั้งนี้แล้วแต่จำนวนของเลือดที่เสียไปซึ่งขึ้นอยู่กับหลักของสรีรวิทยา.

ครั้งแรก ทมการทะเล ของหลอด มกลก และเม็ดกเล็กในช่องท้อง, ผู้ช่วยจะมีอาการเป็นลมชั่วคราว. ต่อไปผู้ช่วยจะดีขึ้น โดยมีการปรับตัวเอง. จากนั้นเป็นผลของการปรับตัวเองกับการตกเลือด. จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถปรับตัวเองได้อีกมีอาการช็อค. จะกินเวลานานมากน้อยแค่ไหนแล้วแต่บุคคล. ฉะนั้นในผู้ช่วยชนิดปัจจุบันที่มีเลือดตกในช่องท้อง, เราอาจพบลักษณะผู้ช่วยได้ต่าง ๆ กัน, ตั้งแต่มีการเปลี่ยนแปลง ของชีพจร และ ความดัน โลหิต เพียงเล็กน้อยจนกระทั่งช็อค, แล้วแต่เราพบผู้ช่วยเร็วช้าแค่ไหน.

เท่าที่เคยสังเกตในผู้ช่วยพบว่าขณะที่มีอาการทะเลของหลอดมกลก, ผู้ช่วยจะมีอาการเป็นลมชั่วคราว, โดยมีชีพจรเบาเร็ว, ความดันโลหิตลด. ต่อไปชีพจรช้าและแรงขึ้น. ชีพจรอาจเท่าปรกติหรือเร็วกว่าปรกติเล็กน้อย. ยิ่งกว่านั้นพบว่าบางรายชีพจรอาจช้ากว่าปรกติเล็กน้อยด้วย. ความดันโลหิตในระยะสูงเท่าคนปรกติ. ในระยะต่อไปชีพจรค่อย ๆ เบาลงและเร็วขึ้น. ความดันโลหิตค่อย ๆ ลด. แต่ระยะนี้อาจกินเวลาได้นาน. บางรายพบว่ากินเวลาถึง ๑๒ ชั่วโมง. ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนเลือดที่เสียไป, อัตราการเสีย

เลือด, และความสามารถในการปรับตัวเองของผู้ช่วยแต่ละคน. จนในระยะสุดท้ายผู้ช่วยก็มีอาการช็อค.

จากการตรวจ สอขรายงาน ผู้ช่วยที่เป็นโรคครวร์นอกมกลกอย่างปัจจุบัน, มีเลือดก่อนและ เลือดคาน่าสคในช่องท้อง ซึ่งมากพอถ่ายให้ผู้ช่วยเองได้ตั้งแต่ประมาณ ๑๕๐ ถึง ๑,๖๐๐ ล.ซม. ในผู้ช่วยเหล่านี้ ๑๒ ราย, พบว่ามี ๓๒ เปอร์เซ็นต์ที่ชีพจรต่ำกว่า ๑๐๐ ต่อนาที, มี ๒๒ เปอร์เซ็นต์ที่ชีพจรอยู่ ๖๕-๘๐ ต่อนาที, และ ๖๘ เปอร์เซ็นต์ที่ชีพจรเกิน ๑๐๐ ต่อนาที. มี ๒ รายที่ชีพจรนับไม่ได้.

ความดันโลหิต มีการเปลี่ยนแปลงช้ากว่าการเปลี่ยนแปลงของชีพจร. ในบันทึก รายงาน ผู้ช่วยที่เป็นโรค ครวร์นอก มกลก และมีเลือดคาน่าในช่องท้อง ๒๗ ราย, ก่อนผ่าตัดพบว่าความดันซิสโตลิกสูงสุด ๑๓๐ มม.ปรอท, ค่าสค ๗๖ มม.ปรอท, ความดันซิสโตลิกสูงกว่า ๑๐๐ มม.ปรอทมี ๑๕ ราย, ต่ำกว่า ๑๐๐ มม.ปรอทมี ๘ ราย. เมื่อเปรียบเทียบกับชีพจรและความดันโลหิตในผู้ช่วยคนเดียวกัน, ส่วนมากพบว่าชีพจรมีการเปลี่ยนแปลงเร็วกว่า. เช่นชีพจรอยู่ระหว่าง ๑๐๐-๑๓๐ ต่อนาที,

ความคนชียส์โตลิกส่วนมากยังอยู่เกิน ๑๐๐ มม. ปรอทชนไป.

ทกล่าวมานเพื่อเป็นข้อสังเกตว่าผู้ช่วยที่เขียนโรคกรรมนอกมดลูกอย่างปัจจุบันมีเลือดก่อนและเลือดสดในช่องท้องมากพอที่จะทำการถ่ายเลือดได้นั้น, ไม่จำเป็นต้องแสดงอาการช็อคเสมอไป. ผู้ช่วยที่อยู่ในภาวะเช่นนั้นอาจทำให้เรานิฉัยผิดพลาดได้ง่ายถ้าการตรวจอื่น ๆ ไม่ชัดเจน. แม้เรานิฉัยได้แล้ว, แต่ยงสังเกตการเปลี่ยนแปลงของชีพจรว่าจะเร็วช่นมากแค่ไหนเพื่อเป็นการตัดสินใจการทำผ่าตัด, ก็เท่ากับเป็นการทำให้เสียเลือดของผู้ช่วยโดยไม่จำเป็น, เพราะผู้ช่วยเช่นนั้น, แม้ยงไม่มีอาการแสดงถึงอันตรายชัดเจน, ก็ยงทำการรักษาอย่างรีบด่วน.

๓. อุณหภูมิเมื่อแรกจับ

ในโรคกรรมนอกมดลูกโดยทั่วไปอุณหภูมิไม่น่ามีการเปลี่ยนแปลง, นอกจากในรายที่มีการช็อคชง ทำให้อุณหภูมิต่ำกว่าปรกติ. Ware⁽¹⁰⁾ พบว่า ๕๖ เปอร์เซนต์ของผู้ช่วย มีอุณหภูมิต่ำกว่า ๑๐๑ ฟ. MacFarlane⁽⁶⁾ พบว่าใน ๘๐ เปอร์เซนต์อุณหภูมิต่ำกว่า ๙๙.๓ ฟ. แต่กมีไม่นอวยรายผู้

ที่ช่วยด้วยโรคนี้มีอุณหภูมิต่ำกว่าปรกติ. Crawford⁽³⁾ พบว่า ๑๕ เปอร์เซนต์ในผู้ช่วย ๓๐๐ รายมีอุณหภูมิต่ำเกิน ๓๗.๘ ซี. จากการตรวจ สอบ รายงาน ๓๘๐ รายพบว่ามีอุณหภูมิต่ำเกิน ๓๗.๘ ซี ใน ๑๒๔ ราย (๓๓ เปอร์เซนต์).

ในรายที่เป็นเรอริงและมีไข, อาจเป็นเพราะมีการอักเสบติดเชื้อก่อนเลือด, หรืออาจเป็นเพราะการกดขี่มสังเป็นพิษ, หรืออาจมีไขเพราะโรคอื่นร่วมด้วย. บางครั้งไม่สามารถหาสาเหตุของไขได้แน่นอน.

ในรายที่เป็นอย่างปัจจุบันและมีเลือดน้ำในช่องท้อง, อุณหภูมิโดยทั่วไปควรต่ำกว่าปรกติหรือปรกติ. แต่มีบางรายอุณหภูมิต่ำกว่าปรกติ. จากรายงานผู้ช่วยที่เป็นชนิดปัจจุบันและมีเลือดน้ำในช่องท้อง ๗๔ ราย, มีอุณหภูมิต่ำสุด ๓๕.๗ ซี. สูงสุด ๓๘.๕ ซี. อุณหภูมิต่ำกว่า ๓๗.๘ ซี. มี ๒๓ เปอร์เซนต์. เหตุที่ไขสูงนอาจเพราะมีโรคอื่นชงมีไขร่วมอยู่ด้วย หรือเหตุอื่น ๆ ที่พิสูจน์ไม่ได้.

ทกล่าวมาเพื่อเป็นข้อแสดงว่าคนที่เขียนโรคท้องนอกมดลูกและมีเลือดน้ำในช่องท้องนั้น, ไม่จำเป็นต้องมีอุณหภูมิต่ำเสมอ

ไป, อุณหภูมิสูงก็ได้. การที่ผู้ป่วยมีอุณหภูมิสูงไม่ใช่เป็นข้อแสดงว่าไม่เป็นโรคท้องนอกมดลูกอย่างปัจจุบัน. เราต้องใช้ประวัติและผลการตรวจอื่น ๆ ร่วมวินิจฉัยด้วย. บางรายให้การวินิจฉัยยาก และตัดสินใจรักษาลำบาก.

๔. การขุดมดลูกเพื่อวินิจฉัย

ในโรคตั้งครรภ์นอกมดลูก, เยื่อมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเศษตัวกรวยวิคิตาติส. เราไม่ถือผลการขุดมดลูกเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัย. ส่วนมากทำการขุดมดลูกเพื่อวินิจฉัยในรายเรื้อรัง เพื่อหาสาเหตุของเลือดออกในโพรงมดลูก. Novak⁽⁸⁾ ได้ตรวจสอบผลการขุดมดลูกในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก ๒๗ ราย, พบว่า ๗ รายทำการเปลี่ยนแปลงเป็นเศษตัว และมดลูก ๑๑ รายเป็นเยื่อมดลูกปรกติภายหลังระบุ.

จากการตรวจสอบรายงานผลการขุดมดลูก ๖ ราย, พบว่ามี ๒ รายทำการเปลี่ยนแปลงเป็นเศษตัว.

ดังนั้นจะเห็นว่า การขุดมดลูกช่วยการวินิจฉัยได้ประมาณ ๓๐ เปอร์เซ็นต์เท่านั้น. แต่มีข้อสังเกตเกี่ยวกับการขุดมดลูกในโรค

ตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ ภายหลังจากแล้ว, เลือดไม่หยุด. มีก้อนออกกะปริบกะปรอยอยู่เสมอ.

๕. การตัดหลอดเลือดมดลูกหรือปีกมดลูกข้างหนึ่งกับการตั้งครรภ์ต่อไป.

ผู้ป่วยที่ ถูกตัดเอาหลอดเลือดหรือปีกมดลูกออกไปแล้ว, โอกาสที่จะมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกในอีกข้างที่เหลือไว้ยังมีได้อีก. เท่าที่พบในรายงานมี ๓.๕, (7) ๓.๘, (9 และ 4) และ ๕ เปอร์เซ็นต์. สำหรับผู้ที่ทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย, จะเอาหลอดเลือดข้างที่เหลือออกด้วยหรือไม่, จะต้องพิจารณาดูหลอดเลือดข้างที่เหลือว่ามีพยาธิสภาพมากน้อยแค่ไหน, ปลายหลอดเลือด (fimbria) เบียดหรือยึด, ตัวผู้ป่วยเองมีความประสงค์จะมีบุตรหรือไม่, และมีบุตรที่รอดมากน้อยแค่ไหน, ต้องนึกไว้เสมอว่าเมื่อถึงท้องมดลูกอีกข้างหนึ่งไว้โอกาสตั้งครรภ์ต่อไปมีได้ทั้งในและนอกมดลูก.

จากการตรวจ สอบรายงานผู้ป่วยที่เป็นโรคท้องนอกมดลูก และที่ถูกตัดเอาปีกมดลูกหรือหลอดเลือดออกข้างหนึ่งเพื่อการ

รักษา ๑๓๘ ราย, พบว่ามี ๑๕.๒๒ ๒๕.
 ทดง ครรภ์ ใน มดลูก และ มาคลอดที่ โรง
 พยาบาล, มี ๑๒.๓๓ ๒๕. เป็นโรคตง
 ครรภ์ นอก มดลูก ครวงที่ ๒ และ มาทำการ
 รักษาในโรงพยาบาล จากรายงานการผ่า
 ทัดปรากฏว่าท่อมดลูก ที่เหลือไว้ไม่มีพยาธิ
 ธิภาพที่เห็นด้วยตาเปล่าชัดเจน, และปลาย
 ท่อมดลูกแยกทกราย. นำสังเกตว่าจำนวน
 ทดงครรภ์ในและ นอกมดลูกที่แสดงนบนเป็น
 จำนวนที่น้อยที่สุด, เพราะผู้ช่วยทดงครรภ์
 แล้วไปคลอดหรือไปรักษาที่อื่น, อาจมีได้
 อีกเพราะไม่ได้ติดตามผู้ช่วยทกราย.
 เห็นได้ว่าการ ทดงครรภ์นอกมดลูกครวงที่
 ๒ ของเราสูง กว่าที่มในรายงานอื่น ๆ มาก,
 ซึ่งเห็นขอแนะให้เห็นว่าควรตัดเอาหลอดมด
 ลูกออกข้างหนึ่งออกด้วย, อาจจะช่วยให้อ
 บัวยรอดพ้นจาก การเป็นทงนอกมดลูก ครวง
 ที่ ๒ ได้ถึง ๑๒.๓๓ เปอร์เซ็นต์เป็นอย่าง
 น้อย. แต่การที่จะตัดเอาหลอดมดลูกข้างค
 ออกด้วยนั้น, จำเป็นต้องพิจารณาถึงเหตุผล
 หลายประการ. และความสมัครใจของผู้

ช่วยเองด้วย.

ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญที่
 ได้รวบรวมและเรียบเรียง สลิตีรายงานผู้ช่วย ซึ่งทำให้มี
 โอกาสตรวจสอบได้สะดวก.

เอกสาร:

1. D.W. Beacham, C.G. Collins and E.P. Thomas: J.A.M.A. 136: 365, 1948.
2. R.M. Campbell: Am. J. Obst. and Gyn. 63: 54, 1952.
3. E. Crawford, and H. Hutchinson: Am. J. Obst. and Gyn. 67: 568, 1954.
4. D.N. Henderson and J.L.M. Bean: Am. J. Obst. and Gyn. 59: 1225, 1950.
5. L. Langman and M. Coldblatt: Surg., Gynec. and Obst. 69: 65, 1939.
6. K.T. MacFarlane and D.W. Sparling: Am. J. Obst. and Gyn. 51: 343, 1946.
7. H.E. Miller: Am. J. Surg. 48: 47, 1940.
8. E. Novak: Textb. of Gyn. and Obst. Path. 3rd ed., p. 470.
9. R.R. Smith: Am. J. Surg. 48: 47, 4640.
10. H.H. Ware and W.C. Winn: South M.J. 39: 44, 1946.
11. B. Word: Surg., Gynec. and Obst. 92: 333, 1951.
12. S. Wright: Applied Physiology, 9th ed., p. 81.

(Summary of the preceding Article)

CERTAIN OBSERVATIONS IN CONNECTION WITH
ECTOPIC GESTATION

Vithoon Osathanondh

M.B.

(Dept. of Obstetrics and Gynecology)

Based on departmental records the following observations have been made:

(1) Of 385 cases, 60 percent gave classical menstrual history, with short term amenorrhea, vaginal bleeding and low abdominal pain. Bleeding was absent in 17 percent of cases. Three other variations may be found in the menstrual history.

(2) Among 72 patients, 32 percent had pulse rate lower than 100 per minute.

(3) Nineteen out of 27 cases with fluid blood in the abdominal cavity had

a systolic blood pressure above 100 mm.Hg. Shock may be absent in a proportion of the cases.

(4) Of 74 cases 23 percent had body temperature above 37.8°C without any identifiable complication.

(5) Diagnostic curettage was helpful only in about 30 percent of cases.

(6) After excision of one uterine tube for ectopic pregnancy, the condition recurred in the remaining tube in 12.33 percent of cases.

77-503

บทความนิติเวชวิทยา

แพทยกับกฎหมายประกันชีวิต

สังกรานต์ นิยมเสน

พ.บ., ธ.บ., Dr. med. (Hamburg)
(แผนกพยาธิวิทยา)



ในหน้าที่ของแพทย์มีการเกี่ยวข้องกับ
การประกันชีวิตอยู่หลายประการ. แพทย์
เป็นคนกลางที่ต้องให้ความยุติธรรมต่อผู้เอา
ประกันและต่อบริษัทประกันชีวิต. ฉะนั้น
ถ้าแพทย์ได้ศึกษาข้อกฎหมายเกี่ยวกับการ
ประกันชีวิตก็จะเป็นแนวทางที่จะปฏิบัติหน้าที่
ได้ถูกต้อง.

การที่แพทย์จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับ
การประกันชีวิตนั้นอาจเป็นได้หลายกรณี,
เช่นเป็นแพทย์ประจำบริษัทประกันชีวิตมี
หน้าที่ตรวจร่างกายผู้เอาประกัน, หรือใน
ฐานะเป็นแพทย์ผู้รักษาส่วยซึ่งได้เอาประกัน
ไว้แล้วและได้ตายลง, หรือผู้ประกันได้ตาย
ลงแล้วเป็นปัญหาว่าตายเพราะโรค, หรือทำ
ตนเองหรือเป็นอุบัติเหตุ.

การประกันชีวิตคืออะไร

การประกันชีวิตคือสัญญาระหว่างบุคคล
สองฝ่าย, เรียกว่าผู้เอาประกันฝ่ายหนึ่งและ
บริษัทผู้รับประกันอีกฝ่ายหนึ่ง. มีข้อตกลง
กันว่าถ้าผู้เอาประกันถึงแก่กรรมบริษัทประกัน
จะจ่ายเงินจำนวนหนึ่งให้, และผู้เอาประกัน
สัญญาส่งดอกเบี้ยประกันแก่บริษัท เป็น
รายเดือนหรือรายปีแล้วแต่ตกลงกัน. หลัก
การประกันชีวิตตามกฎหมายรับรองไว้คือ
ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ
๓, ว่าด้วยเอกเทศสัญญา, ลักษณะ ๒๐
ว่าด้วยประกันภัย, หมวด ๓ ประกันชีวิต,
ซึ่งมีตัวบทอยู่ ๕ มาตราตั้งแต่มาตรา ๘๘๕
ถึง ๘๘๙.

ตัวอย่าง. นาย ก. อายุ ๒๕ ปี, ประกัน
ชีวิตไว้เป็นเงินห้าหมื่นบาทกับบริษัทประกัน.

ชีวิต ข. เป็นเวลา ๑๕ ปี, โดยนาย ก. ต้อง
 เสียเปรียบประกันประมาณปีละสามพันบาท. ถ้า
 นาย ก. ตายภายในเวลา ๑๕ ปี, ทายาท
 ของนาย ก. ก็ได้รับเงินคืนห้าหมื่นบาทเช่น
 กน. ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าได้มีการเสี่ยงภัยต่อ
 ชีวิตนาย ก. อยู่เป็นอันมาก. ฉะนั้นจึงต้อง
 มีการตรวจร่างกายนาย ก. โดยแพทย์จนแน
 ใจว่าไม่มีโรคใดที่จะทำให้ นาย ก. ตาย.
 นอกจากนั้นยังมีสิ่งอื่นอีก, เช่นมีข้อ
 สัญญาเพิ่มว่าถ้า นาย ก. ตายโดยอุบัติเหตุ,
 ทายาทจะได้รับเงินเพิ่มขึ้นสองเท่า โดยนาย
 ก. เสียเปรียบประกันเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อย.

หน้าที่แพทย์ในการตรวจผู้เอาประกัน

ก่อนที่บริษัทจะรับประกันผู้ใดนั้น, บริษัท
 จะให้แพทย์ ตรวจร่างกายผู้เอาประกันภัย
 หรือผู้ประกันชีวิตนั้นเสียให้เป็นที่พอใจ. แน
 นอนที่เคียวบริษัทคงไม่รับประกันชีวิตของผู้
 บัวย ซึ่ง กำลัง เจ็บ หนัก หรือ กำลัง จะ ตาย,
 เพราะถ้าเช่นนั้นบริษัทคงล้มในไม่ช้า.

ในการตรวจร่างกายนั้นผู้เอาประกันต้อง
 แจ้งโดยจริงว่าเคยเจ็บป่วยเป็นโรคใดหรือ
 เคย ผ่า ตัด อย่างไร โดยบัง เพื่อ ประ กอบ การ
 พิจารณา. ถ้าผู้เอาประกันภัยขบขังไม่แจ้ง
 ความจริงในสาระสำคัญสัญญานั้น, อาจ

ถูกเพิกถอนหรือเมอตายแล้วไม่ได้รับเงิน,
 เพราะเป็นการโกงบริษัทประกันชีวิต. เช่น
 คัดควอย่างร้ายแรง. ผู้บัวยได้มาอยู่โรง
 พยาบาลเป็นโรคลิวคิเมีย. พอค่อยยงชัว
 สักพักหนึ่งก็กลับขานแล้วรีบทำการประกัน-
 ชีวิต. การตรวจของแพทย์บริษัทรับประกัน
 ไม่ละเอียดพอ, ซึ่งอาจเป็นเพราะประมาณ
 หือองใจหรือไม่มีการตรวจเลือด, จึงได้รับ
 ประกันชีวิต. ต่อมาอีกหนึ่งเดือนผู้เอาประ-
 กันได้เจ็บหนักและเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล
 และตายด้วยลิวคิเมีย.

ในฐานะแพทย์ของบริษัทรับประกันชีวิต
 หรือแพทย์ผู้ตรวจให้แก่บริษัทประกันชีวิต,
 การตรวจควรละเอียดพอสมควร, ซึ่งโดย
 มากบริษัทมีแบบฟอร์มไว้ให้กรอก, รวมทั้ง
 การวัดความดันเลือด, ชีวสภาวะ, ฯลฯ. ถ้า
 แพทย์ทำการทจริต, คือเจตนาออกเอกสาร
 ทางแพทย์เท็จ, อาจต้องโทษตามมาตรา
 ๒๖๕ ของประมวลกฎหมายอาญา, ซึ่งมี
 โทษจำคุกไม่เกิน ๒ ปีหรือปรับไม่เกิน ๕๐๐
 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ.

หน้าที่แพทย์ซึ่งรักษาผู้ประกันชีวิต

หน้าที่แพทย์ผู้รักษาผู้ประกันชีวิต
 สองกรณี.

ในประการแรกบริษัทประกันชีวิตอาจถามมายังแพทย์ประจำตัวหรือแพทย์ที่โรงพยาบาลว่าได้เคยรักษาหรือไม่, เพื่อว่าจะได้ไม่รับประกันชีวิตหรือบอกเลิกสัญญาประกันชีวิต. ข้อนี้เป็นความลับของผู้ช่วยซึ่งแพทย์เปิดเผยไม่ได้. คำตอบของแพทย์ควรเป็นว่าไม่สามารถเปิดเผยความลับของผู้ช่วยได้และแนะนำให้ไปถามผู้ช่วยเอง, หรือต้องใคร่ขออนุญาตผู้ช่วย. ถ้าเป็นเรื่องจนถึงศาลก็ควรบอกศาลว่าเป็นความลับของผู้ช่วยบอกไม่ได้. แต่ถ้าถึงศาลบังคับให้บอกก็ต้องบอกตามจริงจะบอกกับศาลไม่ได้.

ประการที่สอง, เมื่อผู้ประกันชีวิตตายแพทย์นั้นเป็นผู้รักษา, ถ้าญาติของผู้ตายขอใบรับรองแพทย์ก็ออกให้ได้, เพื่อจะได้ไปรับเงินประกันชีวิตได้, เพราะถือเป็นผู้รักษา. แต่ถ้าบริษัทประกันชีวิตมาขอทราบเหตุตายหรือขอทราบว่าครั้งก่อนได้มาเจ็บที่โรงพยาบาลด้วยเหตุใด, เช่นนั้นต้องถือว่าเป็นความลับของผู้ช่วย, ให้ไม่ได้. ถ้าให้เป็นการผิดมารยาทและผิดกฎหมายฐานเปิดเผยความลับ. แต่ถ้าตำรวจหรือศาลถามต้องบอกทันที, เพราะเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่.

หน้าที่ของแพทย์ในแง่นิติเวชวิทยา

ในการตรวจศพคดีเกี่ยวกับประกันชีวิต

นั้น, มีเรื่องขอยกยอื่นและข้อข้องใจเป็นจำนวนมาก, จนเกือบจะเขียนเป็นตำราได้เล่มหนึ่งทีเดียว. วิธีการข้อข้องบริษัทประกันชีวิตทำได้ง่าย, เพราะบริษัทพยายามเอาใจลูกค้า. การสอบสวนอย่างถ่วงไม่คอยได้ทำโดยที่เห็นใจญาติผู้ตาย, จึงกลายเป็นเหยื่อของผู้ทุจริต.

วิธีข้อข้องทางทศกตกคือให้ผู้ตายแทน, ตัวอย่างเช่นไปขอยกยบริษัทประกันชีวิตว่าผู้ประกันได้ตายแล้ว, โดยเอาเหรียญปลอมไปให้ดู, หรือทำพิธีฝังหรือเผาศพคนอื่นโดยผู้แทนบริษัทไม่รู้จัก. มีคดีหนึ่งคนทุจริตไปเอาศพคนอื่นมาใส่รถยนต์, ผลักให้ตกลงไปข้างถนนแล้วเอาไฟเผารถยนต์, คล้ายกับว่าผู้ประกันขบรถยนต์ตกถนนแล้วไฟระเบิดออกมาไหม้, เพื่อเอาเงินประกันสองเท่าฐานอุบัติเหตุ. การตรวจศพปรากฏว่าไม่ใช่ศพของผู้นั้น, เป็นศพของคนอื่น, ซึ่งตายด้วยโรคปอดควมไม่ใช่การตายในไฟคังที่อ้าง.

การ โกงบริษัทประกันชีวิตด้วยการฆ่าตนเองเพื่อเอาเงินให้ลูกเมีย, และการที่ประกันชีวิตคนอื่นไว้แล้วฆ่าให้ตายเพื่อเอาเงินประกันก็มีบ่อยจนต้อง ออกกฎหมายป้องกันไว้ตั้งแต่ตรา ๘๘๕ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์:

“มาตรา ๘๘๕ เมื่อใดจะต้องใช้จำนวนเงิน ในเหตุมรณะของบุคคลหนึ่งบุคคลใด, ท่านว่าผู้รับประกันภัยจำต้องใช้เงินนั้น ในเมื่อมรณะภัยอันนั้นเกิดขึ้น, เว้นแต่:

- ๑. บุคคลผู้นั้นได้กระทำวินยาคด้วยใจสมัครภายในหนึ่งวันนับแต่วันทำสัญญา,
- หรือ ๒. บุคคลผู้นั้นถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา”

จากมาตรานี้ทำให้มีการตรวจพิสูจน์ในทางนิติเวชวิทยาว่าการตายนั้นเป็นการทำตนเอง, อุบัติเหตุ, หรือผู้อื่นทำ.

การทำตนเอง ถ้าผู้ประกันชีวิตฆ่าตัวตายภายในหนึ่งปีจะมีไต่เงินประกัน. ฉะนั้นจึงต้องมีการตรวจยืนยัน.

มีคดีตัวอย่างต่อไปนี้. ฝรั่งเศสหนึ่งทำการค้าขายขาดทุน, จึงกินยานอนหลับให้ตาย, แล้วเขียนจดหมายส่งตำรวจไทยไว้ว่าห้ามมิให้มีการตรวจศพ, ให้จัดการเผาให้ละเอียดไป. แต่ทางการตำรวจปฏิบัติตามคำสั่งอันสุดท้ายของผู้ตายไม่ได้, เพราะผิดกฎหมาย. เมื่อได้ตรวจศพจึงพบเหตุว่ากินยานอนหลับเพื่อฆ่าตัวตาย.

บางครั้งการตัดสินระหว่างฆ่าตัวตายกับอุบัติเหตุก็ยากมาก. แต่ก็ยังเป็นประโยชน์ใน

ความยุติธรรมอย่างยิ่ง. มีคดีตัวอย่างคือชายผู้หนึ่งมีความวิปริตทางเพศชนิดเมโซ-นิซึม (คือชอบทรมานตนเองเพื่อสำเร็จความใคร่), ได้เอาลวดขมขมขึงมาขยอไว้ระลึบฟันแล้วเอาสายไฟฟ้าล้ามเพื่อให้กระตุกด้วย. บังเอิญไฟฟ้าแรงเกินไขจึงช็อคตาย, จึงเกิดปัญหาว่าเขาฆ่าตัวเองด้วยไฟฟ้าหรือตายเพราะอุบัติเหตุด้วยไฟฟ้า. รายงานการตรวจทางนิติเวชวิทยาแสดงว่าไม่ใช่การฆ่าตัวตาย, จึงได้จ่ายเงินประกัน.

อุบัติเหตุ มีเหตุตายบางประการที่แสดงชัดแจ้งว่าเป็นอุบัติเหตุโดยแท้, จะเป็นอย่างไรไปไม่ได้เป็นอนฆาต, คือฟ้าผ่า. ฟ้าผ่าจะเป็นการทำตนเองหรือผู้อื่นทำไม่ได้. ฉะนั้นหากการตรวจบ่งไปว่าเป็นการตายโดยฟ้าผ่าก็เพียงพอแล้ว.

ส่วนอุบัติเหตุอื่น ๆ เช่นรถชนกัน, รถไฟตกราง, บันลื่น, จมน้ำตาย ฯลฯ นั้นต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป.

การฆ่าคนเพื่อเงินประกันชีวิต การฆ่าคนเพื่อเอาเงินประกันชีวิตเช่นอาชญากรรมที่รุนแรงเพราะแสดงเจตนาและได้กระทำ

ไทยใคร่ครองไว้ก่อน, กฎหมายจึงลงโทษหนักและมีสถานเคี่ยวคือประหารชีวิต.

คดีตัวอย่างมีในอังกฤษ, ผู้ร้ายสมิได้ฆ่าภรรยาของเขาสามคน โดยเจตนาให้เจ้าหน้าที่ควรวินัยกโทษจนสูงให้ศีรษะแช่อยู่ในถังอาชญา. เขาประกันชีวิตภรรยาของเขาอีกคนแล้วจึงฆ่า.

ในเมืองไทยคดีฆ่าคนเพื่อเงินประกัน

ชีวิตเริ่มมีบ่อย ๆ ขึ้น. เช่นมีคดีหนึ่งนายจ้างประกันชีวิตลูกจ้างไว้ด้วยเงินจำนวนสูง, คอเงินค่าจ้างที่โตมากไม่พอส่งเมียประกันชีวิต. ภายหลังส่งเมียประกันงวดแรกลูกจ้างเป็นโรคปัจจุบัน, ปวดท้องตาย. การตรวจศพพบสารหนูเป็นจำนวนมาก.

เรื่องนคงเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกอบโรคศิลป์ทั่วไป.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

สารห้ามกำเนิด

การห้ามกำเนิด (แอนติเฟอริลิตี) หรือ "คุมกำเนิด" (คอนทราเซ็ปชัน) โดยใช้สารเคมีกำลังเป็นที่สนใจมากทั้งในแง่เศรษฐกิจ และแง่การแพทย์.⁽¹⁾ ในแง่เศรษฐกิจนั้นผมมีความกังวลใจว่าภายในอีกไม่กี่ปีมนุษย์จะไม่มีที่พอกอยู่และไม่มีอาหารพอกิน, เนื่องจากจำนวนพลโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก. ส่วนในทางการแพทย์นั้นการห้ามกำเนิดเป็นที่สนใจไม่เพียงแต่ในแง่ของการคุมกำเนิดเท่านั้น, แต่ในแง่ของการค้นคว้าเกี่ยวกับโรคมะเร็งด้วย. ทั้งนี้ เพราะเซลล์มะเร็ง มีปฏิกิริยาหลายอย่าง, โดยเฉพาะต่อสารเคมี, คล้ายคลึงกับปฏิกิริยาของตัวอสุจิ (สเปิร์ม), หรือไข่, หรือซัยโกต. ดังนั้นการค้นคว้าได้สารซึ่งมีฤทธิ์ห้ามกำเนิด, โดยการฆ่าเซลล์ประเภทใดประเภทหนึ่งในสามประเภทนี้, ก็อาจเป็นการค้นพบสารที่อาจฆ่าเซลล์ของมะเร็ง และมีประโยชน์ในทางการแพทย์ด้วย, เท่ากับเป็นการยิงนกตกไข่สองตัว.

นอกจากนี้วิธีการในเรื่องนี้หาสารห้ามกำเนิดนั้นนั้นน่าจะทำได้ง่ายกว่าวิธีค้นคว้ามะเร็งมาก, เพราะส่วนใหญ่ที่ทดลองกับสัตว์, เช่นหนูขาว, หนูดำ, หนูตะเภา, หรือกระต่าย, และใช้วิธีศึกษาสถิติเกี่ยวกับจำนวนครอกตางหรือจำนวนลูกที่เกิดขึ้นมาเท่านั้น. อย่างไรก็ตาม, ผลที่ได้จากการทดลองในสัตว์อาจแตกต่างกันมากจากที่อาจได้ในคน, เพราะแม้ว่าในสัตว์ต่างชนิดกันบางทีผลก็ไม่เหมือนกัน, และอาจต่างชนิดกันมาก่อนหรือหลังมดลูกได้. การนำผลการทดลองในสัตว์มาประยุกต์ในคนจึงเป็นเรื่องใหญ่ต่างหากออกไปอีก.

คำนึงตามหลักวิชา, การห้ามกำเนิดอาจทำได้หลายเพศหรือเพศเมียก็ได้. แต่ในเพศนั้นช่องทางที่กระทำให้เกิดผลมีความจำกัดอยู่เพียงที่เกี่ยวกับตัวอสุจิเท่านั้น. ส่วนในเพศเมียอาจกระทำต่อรังไข่, ต่อไข่ที่ยังไม่โตผสมเชื้อ, ต่อไข่ที่ผสมเชื้อแล้ว, หรือต่อเยื่อมเยียวหรือห่อฟอสทีทกลางเจริญเติบโต

(1) H. Jackson : Pharmacol. Rev. 11 : 135 - 172, 1959.

โตอยู่ในมดลูกก็ได้, ซึ่งหมายความว่ามีโอกาสกระทำมากกว่าและนานกว่าในเพศผู้เป็นอันมาก. สิ่งที่จะใช้เพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการนี้อาจแบ่งได้เป็นพวก, คือฮอร์โมน, แอนติเมตาโบไลต์, แอนติไบโอติก, สารที่เป็นพิษต่อเซลล์ (ซัยโททอกซิก), และพวกเบ็คเตอเรีย. ในการทดลองใช้สารเหล่านี้, แต่ละพวกก็มีที่ให้ผลทำให้เป็นหมันได้, เว้นแต่ว่าส่วนมากไม่เหมาะสำหรับที่จะใช้กับมนุษย์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่จะต้องให้คนที่ไม่มีความรู้ทางแพทย์เป็นผู้ใช้แก่ตนเอง. กล่าวโดยทั่วไปไปเหตุที่ทำให้ไม่เหมาะได้แก่ (๑) ผลแทรกแซงในทางที่ไม่พึงประสงค์, ซึ่งเกิดแก่ผู้ใช้. (๒) ความไม่แน่นอนของผลที่ได้. (๓) ผลแทรกแซงซึ่งอาจเกิดแก่ลูกที่คลอดออกมา, ในเมื่อการห้ามกำเนิดล้มเหลว. ผลเช่นนั้นในส่วนมากมีลักษณะเป็นความพิการทางกาย. เป็นได้ว่าอาจมีความพิการทางใจด้วย, แต่ยังไม่มีการแสดงทางการทดลอง. (๔) อาการพิษซึ่งอาจเกิดแก่ผู้ใช้เนื่องจากสารนั้นๆ โดยตรง.

ในเพศผู้, สารที่ตามทฤษฎีควรจะให้ผลคือและมีผลแทรกแซงน้อย, ได้แก่ฮอร์โมน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอสโตรเจนซึ่งกีดขวางหน้า

ที่ของลูกอสุจิโดยตรง. การบริหารเอสโตรเจนในขนาดน้อย ๆ ก็ได้ผลอย่างเดียวกัน, แต่กลไกต่างกับเอสโตรเจน, คือเอสโตรเจนห้ามการหลั่งโกนาโดโทรฟิคฮอร์โมนของยาคือตารี, ซึ่งกักขังหน้าของลูกอสุจิ. อย่างไรก็ตาม, การใช้ฮอร์โมนเพื่อประโยชน์ในการห้ามกำเนิดไม่เหมาะสำหรับการปฏิบัติจริงจัง, เพราะต้องการเวลามาก, การฉีดขนาดใหญ่ลำบาก, และผลแทรกแซงแม้จะมีน้อยและไม่รุนแรงก็อาจเป็นที่รำคาญได้. สารอีกประเภทหนึ่งที่ทำทางจะมีประโยชน์คือโทรเอธิลีนเมลาซีน, หรือเตตระมิน, หรือ TEM, ซึ่งจัดอยู่ในหมวดวัตถุเคมีที่ใช้รักษาเนื้องอกบางชนิด. สารนี้ออกฤทธิ์ต่อสเปอิร์มาโตซัยต์, ทำให้เกิดเป็นหมันชั่วคราว. เมื่อหยุดบริหาร, อาการขัดข้องนั้นก็ค่อย ๆ หายไปและสัตว์ทดลองนั้นกลับสามารถให้กำเนิดต่อไปได้อย่างปกติ. ข้อที่อาจขัดขวางการทดลองใช้สารนี้ในคนได้แก่ผลแทรกแซง, ซึ่งยังไม่แน่ที่เดี๋ยวนี้อาจจะก่ออันตรายอย่างไรหรือไม่. สำหรับสารเคมีอื่นๆ ซึ่งได้ทดลองกันไปแล้ว, เช่นพวกไนโตรฟราน, อะมิโนไนโตรโซอะซอล, คอลชิซิน (แอนติไมโทติก), และเอไอโอนิน (แอนติเมตาโบไลต์), ส่วนมาก

ให้ผลในสัตว์ทดลอง, แต่ก่อนอันควายคือ สัตว์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อลูกอ๊อดตะ. การทดลองเกี่ยวกับยาที่ฆ่าตัวอสุจิโดยตรง (สเปออร์มาไซด์) แปลผลยากและเชื่อถือไม่ค่อยได้, เพราะภาวะแวดล้อมในหลอดแก้วกับในกาย, ตามภาวะที่จะเป็นจริงๆ, แตกต่างกันมาก. เคยมีผู้อ้างว่าเฮสเปอร์ดิน (แอนติฮัยอะลูรอนิเดส) มีฤทธิ์ห้ามกำเนิดในหนู, หนูถีบจักร, และคน, แต่ยังไม่มีการสนับสนุน.

ในเพศเมีย, มีโอกาสห้ามกำเนิดได้หลายระยะ, ดังกล่าวแล้วในตอนต้น, เริ่มตั้งแต่ไข่ยังอยู่ในรังไข่, จนถึงกลายเป็นฟอสแล้ว. จากแง่ของความสะดวกและความปลอดภัย, รวมทั้งแง่ของพุทธศาสนาคด้วย, การห้ามกำเนิดในระยะแรกที่สุดควรจะเป็นข้อที่ถูกต้องมากกว่าอย่างอื่น. ทางที่จะทำได้แก่การกีดหน้าทกระตุ้นโกแนดของบีโอดีทาร์รี่โดยอาศัยฮอร์โมน, ซึ่งอาจใช้เอสโตรเจน, แอนโดรเจนหรือโปรเจสเตอโรน. ในด้านปฏิบัติโปรเจสเตอโรนควรจะเหมาะสมที่สุดเพราะมีผลแทรกแซงน้อย. ปรากฏว่าสารในจำพวกสเตียรอยด์ก็ให้ผลเช่นกัน. เรืองนี้เป็นที่น่าสนใจที่สุดในปัจจุบัน, เพราะมีท่าทางจะให้ความสำเร็จ

มากกว่าวิธีอื่น ๆ. สารสำคัญในหัวกวาว (พเออราเวีย มิวพิคา) ซึ่งเคยมีข่าวปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์ว่าห้ามกำเนิดได้, ก็มีฤทธิ์ทางเพศคล้ายสเตียรอยด์, และคงจะมีผลในการห้ามกำเนิดแบบเดียวกัน. นอกจากนี้ยังมีสารอื่นอีกหลายอย่าง, ซึ่งมีฤทธิ์กีดหน้าทโกนาโดโทรฟิคของบีโอดีทาร์รี่ และขัดขวางต่อการเจริญของไข่หรือการตกไข่ (โอวูเลชัน). บางอย่างเป็นพวกสเตอรอยด์, เช่น ๑๕-นอร์-โปรเจสเตอโรน. บางอย่างมิใช่สเตอรอยด์, เช่น เอ็ม-ซัยโลซัย-โทรควิโนน. บางอย่างเป็นสารที่มีอยู่ในพืช, เช่น โบราโก ออฟฟิซินาลิส, รมส อีแคอัส, บีสม สาคูม, เป็นต้น. ผลที่ได้อาจมีหลายอย่างไม่ว่าจะเป็นที่แน่นอน, ซึ่งอาจเป็นเพราะการแทรกแซงจากหลายทาง. มีหวังว่าหากการศึกษาได้กระทำให้ละเอียดและลึกซึ้งกว่านี้, ผลอาจดีขึ้นไปอีกได้. สำหรับสารที่อาจแสดงฤทธิ์ต่อไข่โดยตรงนั้น, ในขณะนี้ยังไม่ปรากฏอย่างใดที่ใช้ได้.

เมื่อไข่ได้รับการผสมเชื้อ (เพอร์ติไลเซชัน) แล้ว, ยังมีโอกาสที่จะขัดขวางการเจริญต่อไปได้ โดยยั้งกันมิให้ไข่เดินทางไปถึงมดลูก. ในกระต่ายและหนูถีบจักรอาจทำได้โดยการฉีดเอสโตรเจนซ้ำๆ, เริ่มต้น

หลังจากการผสมเชื้อเล็กน้อย. เอสโตรเจน ทำให้หลอดมดลูกบีบตัวจนบีบตัน, ไข่ลงไป ในมดลูกไม่ได้, และไม่ซึกที่เหี่ยวและหายไป. เอสโตรเจนทำให้ผลเช่นเดียวกัน. แต่ถ้านักเอสตราดิออลจะได้ผลอีกอย่างหนึ่ง, คือไข่จะเดินทางลงไปถึงมดลูกเร็วกว่าธรรมดา มาก, จนกระทั่งขาดการหล่อเลี้ยงที่ถูกต้องและตายไปในเวลาไม่ช้า. การบริหาร โพรเจสเทอโรนไม่เกี่ยวกับการเดินทางของ ไข่, แต่มีผลขัดขวางไข่ที่ลงไปถึงมดลูก แล้ว, ไม่ให้ฝังตัวลงในเอ็นโดเมทริอัม, จนกว่าจะมีเอสโตรเจนเข้ามาต่อเติม. ทางนี้ น่าจะเป็น อีก ทางหนึ่ง ที่อาจใช้ด้วยกันให้ไข่เจริญต่อไปหลังจากการผสมแล้ว. สาร อีกอย่างหนึ่ง ที่อยู่ในความสนใจในแง่เดียวกันคือเออร์โกท็อกซิน, ซึ่งขัดขวางไม่ให้ เซ็กซ์เจริญขึ้นต่อหุ้มไข่. ยังไม่มีใคร ทราบดีว่ากลไกของการนี้เป็นอย่างไร.

หลังจากที่ไข่ได้ฝังตัวลงในเยื่อมดลูก และเจริญขึ้นโดยลำตัวยแล้ว, การที่จะหยุดยั้งการตั้งครรภ์ต่อไปก็เป็นเรื่องยากยิ่งกว่าโดย ลำตัวย. ข้อที่เพิ่มความยุ่งยากคืออันตราย ต่อแม่, และการที่มดลูกขยายเข้ามาอีกอย่าง หนึ่ง. สารที่อาจทำลายเอ็มบริโอในระยะ นานหลายชนิด, แต่ทุกๆชนิดมีข้อบกพร่อง.

บางอย่างก็อันตรายร้ายแรงแก่แม่. เช่น ไฮโดรคอลลีซิน มีฤทธิ์แน่นอนคือสำหรับลูก, แต่ทำให้แม่เกิดลิวโคไฟเนียและฮัยโปโพร- ธีรอมบินเมีย. อะมีนอปปิเตอร์ินทำอันตราย ต่อระบบสร้างเลือดของแม่, และมีกลไกให้ รกตกค้างอยู่, ทง ๆ ทุกลูกตายไปแล้ว. สาร บางอย่างให้ผลข้างข้าง, ไม่ดีบ้าง, ซ้ำยังทำให้ ลูกที่ รอดตาย เกิด ลักษณะ วิกฤต อีกด้วย, เช่นอะซาเซอวิน (แอนติไบโอติกที่ได้จาก สเตรปโตมัยซิสชนิดหนึ่ง), มัสติน (สาร จำพวกไนโตรเจนมัสตาร์ท), และไทโรเธีย ลีนฟอสฟอรัสไมค์ (TEPA). เพราะฉะนั้น ในแง่ของการปฏิบัติการห้ามกำเนิดหลังจาก ไข่ได้ฝังตัวลงในเยื่อมดลูกแล้ว, เป็นเรื่อง ที่ยากและมีอันตรายมาก.

สรุปได้ว่าตามความรู้ในขณะนี้วิธีที่อาจ ใช้ได้สำเร็จสำหรับห้ามกำเนิด, โดยมีผล เช็ดอโคโพสมควรร, ง่ายพอปฏิบัติได้โดย บุคคลธรรมดา, และมีผลแทรกแซงเพียง เล็กน้อย, ไคแกวอิไซฮอร์โมนหรือสารที่ แสดงฤทธิ์คล้ายฮอร์โมน. การใช้สารพวกนี้ ในเพศผู้ให้ผลดีน้อยกว่าในเพศเมีย. ความ หวังสำหรับการคลคลายต่อไปน่าจะขึ้นอยู่กับ การใช้สารฤทธิ์ คล้ายฮอร์โมนแก่หญิงมากกว่าใช้แก่ชาย.

แผนกยอเอกสาร

รายนามผู้ยอในฉบับนี้: สุมณา วิษณุพันธ์ พ.บ., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ., ทองปลิว เปรมปรี พ.บ., อัมพร เกตุธรรม พ.บ.

ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ., สรรเสริญ หาสตะนันท์ พ.บ., ดวงพันธ์ โทณะวณิก พ.บ.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ.

๑. สมชัย ขวรงค์ศิริ, ประเสริฐ กงสกาลย์,
สังข์ กาญจนกฤษ, สุนทร ตัญจนันท์.
อิลวีโอลาร์เซลล์ คาร์ซิโนมาของปอด.
Tubercle (Lond.) 41:286-271,1960.

รายงานผู้ช่วย ด้วยโรค มะเร็ง ของปอด
ชนิด "อิลวีโอลาร์ เซลล์" ซึ่งรับไว้รักษา
ในแผนกอายุรศาสตร์, โรงพยาบาลศิริราช
รวม ๓ ราย (พ.ศ. ๒๔๙๕-๒๕๐๑,
ปีละ ๑ ราย). การวินิจฉัยโรคอาศัยลักษณะ
ทางคลินิกโดยผู้ช่วยทั้ง ๓ รายให้ประวัติ
การเจ็บป่วย, อาการแสดงและขอตรวจพบ
ทางคลินิก, รวมทั้งการดำเนินโรคคล้าย
คลึงกัน, คือ (๑) ผู้ป่วยเป็นเพศชาย. (๒)
อยู่ในเกณฑ์มะเร็ง (๕๑, ๕๔ และ ๖๑ ปี)
(๓) มีประวัติการสูบบุหรี่ (ซีกาเรต) จำนวน
มวนต่อวันค่อนข้างมาก และติดต่อกันเป็น
เวลานานถึง ๒๐ ปี. (๔) อาการสำคัญที่นำ
ผู้ช่วยมาโรงพยาบาลคือการเจ็บหรือแน่นอก

อกที่ ทรวงอกและมีการหายใจผิดปรกติ.
(๕) สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เมื่อเริ่มรักษา
ไม่ทรุดโทรมถึงขนาดที่พบจากโรคที่เกดขึ้น
ปัจจุบันหรือจากโรคเรื้อรัง. (๖) ภาพรังสี
ของปอดแสดงเงาที่บวมเล็กน้อยกระจาย
ทั่วไปในปอดขวาคล้ายคลึงกับที่พบในวัณ-
โรคปอดมิลิอารี, ร่วมกับเงาของเหลวใน
ช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย ขนาดปานกลางถึง
ขนาดมาก. (๗) สีของเหลวจากเยื่อหุ้ม
ปอดเจอเลือดชัดเจน. (๘) ตรวจพบเซลล์
มะเร็งในของเหลวจากช่องเยื่อหุ้มปอด. (๙)
ทุกรายถึงแก่กรรมเนื่องจากถุงลมส่วนมาก
ถูกอกด้วยมะเร็ง.

การเรียกชื่อโรค อาศัยเรียกตามหลัก-
ฐานของตำแหน่งของ เซลล์ที่ให้กำเนิดของ
เนื้อร้าย. ผู้ที่เชื่อว่าเกิดจากเซลล์ของ
หลอดลมส่วนปลายสุดให้ชื่อว่า มะเร็ง
"บร็องชิโอลาร์." พวกที่เชื่อว่าเกิดจาก
เซลล์ของถุงลมปอด เรียก มะเร็งปอดของ

เซลล์ถุงลม (Pulmonary "alveolar cell" carcinoma). ผู้รายงานปัจจุบันสนับสนุนการเรียกวิธีหลัง.

ผู้รายงานอ้างว่าจากการพบภาพรังสีของปอดแสดงพยาธิสภาพกระจุกกระจายในระยะตอนต้นของโรค, ทำให้เข้าใจว่ามะเร็งชนิดนี้มีกำเนิดกตงคนหลายจุด (multicentric origin)

สุนนา วิชพันธุ์ พ.บ.

๒. D. Greenbaum, H.F. Hope Stone:

อันตราย ของ การ ขยับถ่าย กรด ยูริก ระหว่าง การรักษา ลิวคิเมียและ ลิ้ม โฟซาร์ โคมา.

Lancet 1:73-75,1959.

ผู้รายงานได้เสนอผู้ช่วยสองราย. รายหนึ่งเป็นลิ้มโฟซาร์โคมาของซัคิมและโคลอนส่วนชนและกรายหนึ่งเป็นลิวคิเมียเรอริง. ทั้งสองรายมีอาการของโรคเกาท์มาก่อนการรักษา. ผู้ช่วยได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี. ในเวลาต่อมา มีข้อสภาวะน้อยและพบผลของกรดยูริกในข้อสภาวะกับกรดยูริกและยเรียมมากในเลือด. ภาวะนี้เกิดอย่างรวดเร็วหลังได้ รัยรังสี แต่จะ หาย เป็น ปกติ เมอหยค, และจะกลับเป็นออกเมอได้รัยการฉายรังสีซ้ำอก.

สาเหตุของการเกิดกรดยูริกมากกเนื่อง จากแสงทำลายเซลล์, ซึ่งแพคต่อแสงมาก, ทำให้เกิด กรดคนและ กรด ไปตก ตะกอนตาม ส่วนต่างๆ ของทางเดินข้อสภาวะ, อันเป็นเหตุ ให้ผู้ช่วยรายแรกถึงแก่กรรม. ผู้รายงานได้ เตอนลง อินตราย ที่จะเกิด ในการ รักษาโรค พวกนี้โดยกรฉายรังสี. ควรนถงความ สำคัญของความเย็นกรดของข้อสภาวะ, การ ให้นำและโรคไตกรก่อน ๆ. โดยเฉพาะผู้ ทมอาการของ โรคเกาท์ และผู้ทมกรดยูริก ในเลือดมาก, ต้องระวังให้มาก.

อาการเตอน สำคัญคือกร อาเจียนขณะ ให้การรักษและอาการปวดในบริเวณที่ไม่ใช่ ม้าม. เมอมอาการเช่นนี้ต้องหยุดการฉาย รังสีและให้ค่างบยามาก ๆ, ซึ่งจะทำให้ผู้ ช่วยกลับเป็นปกติได้. การให้ค่างและน้ำ มาก ๆ ขณะกร ฉายรังสี อาจช้อง กันอาการ แทรกได้.

ดำรง เพ็ชรพลาย

W.B., M.S.

๓. A.T.H. Marsden: พยาธิวิทยาของ มะเร็งตามภูมิศาสตร์ในมลายู. Brit. J. Cancer 12:161-176,1958.

ใน มลายู มีชาวมลายู มาก กว่า ชาวจีน

๔๕.๓๘ ปช., แต่ไม่ชอบไปโรงพยาบาล. จากผลของการตรวจชิ้นเนื้อมะเร็ง ๔๖๕๐ ราย (ชาย ๒๓๕๐ ราย, หญิง ๒๒๙๙ ราย), พบ ๕๘๖ รายเป็นชาวมะลายู, ๒๕๘๘ รายเป็นจีน, ๑๐๗๖ รายเป็นชาวอินเดีย. อายุส่วนมากอยู่ระหว่าง ๓๐ ถึง ๖๐ ปี. มะเร็งมดลูกมีมากกว่ามะเร็งเต้านม และส่วนมากเป็นในคนจีนและอินเดีย. การที่ชาวมะลายูเองมีการเป็นมะเร็งน้อยกว่านั้น น่าจะเนื่องมาจากการชลอปลายเป็นลำดับตามทิศทางค่าสัณฐานของเขา, เพราะมะเร็งของรังไข่พบมากในชาวจีน, และยิ่งมากขึ้นในชาวอินเดีย แต่พบน้อยมากในชาวมะลายู. มะเร็งของช่องปากเป็นมากแถวร่องเหงือกของชาวอินเดียเป็นส่วนมาก, ไม่พบในจีนเลย. คงเป็นเพราะคนอินเดียชอบกินหมาก. มะเร็งของหลอดอาหารพบมากในชาวจีน, ซึ่งคงเนื่องมาจากสุรา. มะเร็งของนาโซฟาริงซ์มีมากในจีนและชาวมะลายูเป็น ๗ เท่าของชาวอินเดีย. เป็นชนิดที่เจริญไม่ซึบเงินและส่วนมากกระจายไปที่ต่อมมน้ำเหลืองก่อนทอน. มะเร็งของตับมีมาก, ซึ่งพบมากในชาวจีนอายุค่อนข้างน้อย, ซึ่งเข้าใจว่าตับแข็งเป็นสาเหตุสำคัญ. มะเร็งของผิวหนัง, ชนิดเบซิลเซลล์ คาร์ซิโนมาไม่ม่น้อย, แต่ชนิดสความัสเซลล์ คาร์ซิโนมาไม่ม่น้อยมากเนื่องจาก

การอักเสบติดเชื้อ. พบเป็นมากที่ขาในชาวมะลายูและที่ตะโพกในชาวจีนและอินเดีย. เมลาโนมาเป็นในชาวอินเดียมากกว่า, และเป็นที่สัน. มะเร็งของปอดพบในชาวจีนมากกว่าและมักเป็นในคนที่อยู่ในเมือง. มะเร็งกระเพาะอาหารมีน้อยกว่าชาวตะวันตก. มะเร็งของลำไส้ เป็นบ่อยไม่ต่างกัน ในระหว่างเชื้อชาติ. ซาร์โคมาไม่ม่น้อย ๗ ปช. และที่สำคัญคือโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๔. G.S. Sarin, N.G. Gadekae: ช่องระหว่างกระเพาะอาหารกับกระบังลม.

J. Radiol. India 12:111-114, 1958.

พื้นที่ระหว่างปอดกับลมในพื้นคัสของกระเพาะอาหาร อาจเพิ่มขึ้นโดยการมีลม, น้ำ, หรือก้อนเนื้อออกไปแทรก, ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของกระเพาะอาหารส่วนพื้นคัส. นอกจากนั้นมักมีชายของตับโต, ฝด, ฝดาคติ ซึบสี, หรือตับมดลูกเกิน, ม้ามโต, ฝดซึ่งเกิดจากซีโรรง, และมะเร็งของต่อมแอดรีนัล. เออร์ตาโตกอาจแสดงลักษณะนี้ได้. เนื้องอกในส่วนหางของตับอ่อนหรือของไตส่วนบนก็แสดงลักษณะนี้เช่นกัน. เหตุที่ทำให้บุคคลย้ายระยะระหว่างปอด

กัลมในกระเพาะเพิ่มกว้างขึ้นกคอกนาในช่อง
ปอดซึ่งเป็นกระเปาะเฉพาะในส่วนล่างเหนือ
กระบังลม, หรือเวนครีเคิลซ้ายโตทำให้
คุดลายได้.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๕. E. Rimbach, A. Bonow: การเปลี่ยน

ความแรงในฤทธิ์ ของ ทรานส์อะมีเนส
ระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด.

German Med. Monthly 5: 85-89, 1960.

ผู้รายงานได้ทำเอ็นไซม์ซิมมิลิตามิก
ออกซาลอะซีติก ทรานส์อะมีเนส (เอส.จี.
ไอ.ที.) และซิมมิลิตามิก พัยวีก ทรานส์
อะมีเนส (เอส.จี.พี.ที.) เกี่ยวกับการมี
ครรภ์. พบว่าในหญิงปกติที่มีตั้งครรภ์
มีเอส.จี.พี.ที. ระหว่าง ๓ ถึง ๑๐ หน่วย,
เฉลี่ย ๕.๕ หน่วย; ในหญิงตั้งครรภ์ปกติ
ตั้งแต่ ๓ เดือน ถึง ๖ วันก่อนคลอดมีค่า
ระหว่าง ๒.๕ ถึง ๑๔ หน่วย, ค่าเฉลี่ย
๖.๒ หน่วย; ในหญิงที่อยู่ในระยะหลัง
คลอด เอส.จี.พี.ที. มีค่า ๕ ถึง ๑๐๒ หน่วย,
เฉลี่ย ๑๓.๒ หน่วย; ในหญิงมีครรภ์เป็น
โรค, เช่นตับอักเสบหรือรกเกาะต่ำ, ค่า
ของความแรงฤทธิ์ ของเอ็นไซม์ทั้งสองสูง
มาก, เอส.จี.ไอ.ที. อาจขึ้นถึงกว่า ๕๐๐

หน่วย และ เอส.จี.พี.ที. ถึง ๓๐๐ หน่วย.
ในรายที่ไ้รับการผ่าตัดเอาลอกออกจากหน้า
ท้องใหม่ๆ, ค่าของเอ็นไซม์นี้อาจสูงกว่า
ปกติบ้าง แต่จะกลับสู่ระดับปกติใน ๔ ถึง
๑๐ วันหลังผ่าตัด. ค่าของเอ็นไซม์ที่พบ
ว่าสูงมากในรายที่รกเกาะต่ำนั้นเข้าใจว่าเป็น
เพราะรกปล่อยเอ็นไซม์นี้ออกมากได้.

ทองปลิว เปรมปรี พ.บ.

๖. R.F.A. Dean: การรักษาโรคควา-
ซีออริกอร์คิวโปรเทอีนจำนวนพอประมาณ.

J. Ped. 56: 685-689, 1960.

ได้มีการทดลอง เกี่ยวกับการให้อาหาร
โปรเทอีน ชนิดต่าง ๆ กันในการรักษาโรค
ควาซีออริกอร์. ความมุ่งหมายเพื่อจัดหา
วัตถุดิบบางชนิด ที่หาง่าย และมีคุณค่าทาง
อาหารสูงตามแหล่งและเศรษฐกิจของแต่ละ
ภูมิภาค. ทั้งนี้เพื่อให้ไ้รับประโยชน์
มากที่สุดในการรักษา. ผู้รายงานได้คัดเลือก
มา ๑๓๑ คน, อายุตั้งแต่ ๑๒ ถึง ๓๖
เดือน. แบ่งเป็นสามพวกตามระยะรุนแรง
ของโรค, ซึ่งใช้ผลทางห้องทดลองเป็น
เกณฑ์ตัดสิน. ตลอดระยะเวลาทดลอง,
เด็กได้รับการชั่งน้ำหนักทุกวันและเจาะเลือด

สปีคาห์ละครองเพอหาโปรเทอีนรวม, โพลีเลตเตอร์อล, อะมีนเลส, โพลีเนเอสเทอเวส, และโปรเทอีนชนิดต่างๆ, ทงนเพอใช้เป็นเกอช้กัค้สึนผลในการรักษา.

เด็กทุกคนได้รับอาหารต่างชนิดกัน, ซึ่งมีจำนวนโปรเทอีน ๔-๕.๕ กรัม/น้ำหนักตัว ๑ กก./วัน. ผลของการรักษามีดังนี้ (๑) อาหารจำพวกนมและนมขมซึ่งประกอบด้วยหางนมที่มีโคตม ๑๕ ปช. ให้ผลคล้ายกัน. ส่วนนมขมซึ่งประกอบด้วยนมที่ต้มแล้ว ๘ ปช. ให้ผลดีกว่า. (๒) เด็กที่อยู่ในพวกเป็น มากจะ ขยบขวม ซ้ำกว่าพวกที่เป็นปานกลางหรือเป็นน้อย. (๓) น้ำหนักตัวที่ เพิ่มขึ้นในระยะขยบขวมไม่ เป็น สัคส์ส่วน โดยตรงกับจำนวนโปรเทอีนที่ได้รับ. อาหารนมที่มีโปรเทอีนมากให้ผลดีที่สุด. (๔) การมีโรคแทรก ทำให้ การ รักษาได้ผลไม่เท่าที่ควร. การใช้ผลเคมิเลอิคช่วยค้สึนความรุนแรงของโรคได้. สำหรับผลสึนของต่อ การรักษาของแต่ละรายย่อมแตกต่างกันไป.

อัมพร เถาสวรรณ พ.บ.

๗. F.H. Epstein, L.R. Freedman, H. Levitin: ซึยเปอร้แคลซีเมีย, เนโฟรีแคลซีโนลิส, และไตหย่อนสมรรถภาพชนิด

กลัยคิได้ร่วมกับซึยเปอร้ซึยรอยคิสม์. New England J. Med. 258 : 782-785, 1958.

ซึยเปอร้ซึยรอยคิสม์มักพบร่วมกับซอส-คิโพอโรลิสซึยๆ. มีการซึยถ่ายแคลซีเมียมทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น, แต่ซึยรายท จะทำให้แคลซีเมียมในเลือดมาก. รายงานผู้ขยบขวมหนึ่งราย, อายุ ๒๕ ปี, ขยบขวมโรคซึยเปอร้ซึยรอยคิสม์. มีระดับแคลซีเมียมในเลือดสูง, เนโฟรีแคลซีโนลิส, และหน้าทไตเลอิมสึง. การตรวจทางห้องทคของพบซึวม ฟอสฟอรัสและซึวมฟอสฟาเทสปรกติ. ปัสสาวะวันละ ๒,๕๐๐ ถึง ๔,๕๐๐ ล.ซม. และความถ่วงจำเพาะคงที่เท่ากับ ๐.๐๑๐, เอ็น.พี.เอ็น. เพิ่มขึ้นน้อย. การซึยถ่ายฟอสฟอรัสในปัสสาวะเพิ่มขึ้น. พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ, เม็ดเลือดขาวสองสามตัว, ซึยอะลีนและแกรนูลาร์คาสท์. การเพาะเชื้อจากปัสสาวะ ๓ ครั้ง ให้ผลลบ. หลังจากการรักษาโดยค้ค้ค้ซึยรอยคิออกเสียเกอช้ทงหมค, ระดับแคลซีเมียมในเลือดที่เคยสูง และ หน้าทไต ทเคย เลอิม กลัยมาปรกติได้.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๘. R.T. Manning; M. Delp: การรักษาภาวะสมองวิปริตจากพิษเนื้องอกจากโรคตับ: *New England J. Med.* 258: 55-56, 1958.

การรักษาภาวะเฮปатоซีรับรัล อินทอกซิคเคชั่นมีหลักใช้ในการรักษา ดังนี้: (๑) ลดการสร้างแอมโมเนียจากลำไส้ โดย (ก) ควบคุมสารในโตรเจนที่เกิดขึ้นจากการตกเลือดโดยทำให้เลือดหยุด, การสวนล้างลำไส้ใหญ่บ่อย ๆ และการลดอาหารโปรตีนอื่น. (ข) ฆ่าเชื้อโรคที่สร้างแอมโมเนียโดยนิตโรซิมินหรือเตตระซัยคลิน. (๒) แก้พิษแอมโมเนียในเลือดโดยใช้ แอล-อาร์จินินหรือกรดแอล-กลูตามิก. (๓) รักษาสมดุลน้ำและอิเล็กโตรลัยท์. (๔) ให้แอนติไบโอติกอื่น ๆ ในรายที่จำเป็น. (๕) รักษาข้าง.

การให้แอล-อาร์จินิน รักษา เขาให้ ๑๐ กรัม ละลายใน น้ำกลั่นรวมกับกลูโคส ๑๐ กรัม เข้าหลอดเลือด, ฉีดเข้าได้ทุก ๒-๓ ชั่วโมง, แต่ต้องระวังเพราะว่ามากเกินไปจะทำให้เกิดพิษได้; ให้ในขนาด ๕๐ กรัม ต่อวันไม่พบว่าเกิดพิษ. รายงานผู้ช่วย ๒๔ รายมีอาการทางสมองเนื้องอกพิษของแอมโมเนียโดยคัยเสียหน้าที่. ในรายที่ไทรบ การรักษาด้วยอาร์จินิน, การรักษาได้ผลดีกว่า

กว่าในรายที่ไม่ไทรบ. ผู้ช่วย ๑๕ คนมีอาการทางสมองหายไปหลายอย่างในทันที, ๕ คนหายในเวลาต่อมา, และ ๑๑ คนมีอาการทางสมองหายไปทั้งหมด.

การรักษาด้วย กรดกลูตามิก และ สารอินพินธิเช่น เฮน-คาร์บามิยัล และ เฮน-เอซัลกไดผลเช่นเดียวกัน.

ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๙. K.J. Powell, F.S.W. Brimbel Combe, M.E.R. Stoneman: การรักษาผู้ช่วยโรคขาดตะกุกอย่างหนักด้วยการใช้คาร์บารและเครื่องช่วยหายใจเป็นพัก ๆ. *Lancet* 5: 4, 1958.

ผู้เขียนได้ให้ความเห็นว่าผู้ช่วยโรคขาดตะกุกมักตายจากอะน็อกเซียของสมอง, ซึ่งเนื่องมาจากเทคนิคสับสนและการหายใจถูกพาราลัยส์.

พาราลัยส์ ของ การหายใจนั้น ผู้เขียนกล่าวว่า เนื่องจากการให้ยาจำพวกที่ทำให้กล้ามเนื้อหดร่อนตัว, หรือพวกยาระงับประสาทมากเกินไป. จึงทำให้มีอัมพาตของกะบังลมและกล้ามเนื้อ ของการหายใจอื่น ๆ. เขาได้แก้ปัญหานี้โดยอาศัยผลงานของ Lassar และ Ibsen ซึ่งใช้ท่อใส่หลอดลม

ชนิดของไค้ในการ แก้วพาราลิซีส ของ การ หายใจได้ เป็นผล สำเร็จ และ ผู้ อื่น อีกหลาย ท่านที่ทำได้ผลคล้ายกัน.

ผู้รายงานได้ รักษาผู้ช่วยหนัก ด้วยโรค ขาดที่ยักสองราย, ซึ่งจำเป็นต้องให้คว่ำเร่ ระวังอาการชักเป็นเวลา ๑๒ และ ๑๕ วัน. ทั้งสองรายนี้ได้ช่วยการหายใจอยู่ ๔๐ และ ๑๖ วันตามลำดับ และพร้อมกันนั้นก็ให้การ รักษาตามแบบการรักษาโรคคนและการรักษา บำรุงต่าง ๆ. เครื่องช่วยหายใจที่ใช้คือ

Radcliffe Intermittent Positive-Pressure Respirator, ให้ ออกซิเจนได้ ๑ ลิตร/นาที, ปริมาตร อากาศ เท่ากับ ๔-๕ ลิตร/นาที. การรักษาได้ผลทั้งสองราย. ผู้เขียนได้ สรุปรายข้อซึ่งในการรักษาแบบนี้ (๑) ให้ เมื่อไม่สามารถกลดสยัสม์ได้ก็พอทั้ง ๆ ที่ให้ ยาระงับ ประสาท ขนาด สูง ๆ แล้วก็ตาม. (๒) ให้ในรายที่มีไข้สูง เช่นจากปอดอักเสบ, เพราะ การให้ความเย็นมาก ๆ จะยิ่งทำให้ผู้ ช่วยหนาวสั่นมาก, ซึ่งเป็นการรบกวนผู้ช่วย ยิ่งขึ้น.

สรรเสริญ หาสดะนันท์ พ.บ.

๑๐. L.O.S. Poidevin: วิทยแยกของผิว หนึ่งเนื่องจากการตั้งครรภ์. Lancet 11: 436-439, 1959.

ผู้รายงานได้ ทดลองหาสาเหตุ ของการ เกิดรอย แยกของ ผิวหนึ่ง เนื่อง จาก การ ตั้ง ครรภ์ (Striae gravidarum) ในหญิง ๑๑๖ คน. เขาพบว่ากรรมรอยแยกนี้ไม่มี ความสัมพันธ์กับการเพิ่มขนาดของท้อง, หรือการ ทนผิวหนังหน้าท้องตึงตึงมากจน. เขา เชื่อว่าจะต้องมีแฟคเตอร์อื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง. ซึ่งเขาให้ชื่อว่า "Striae-factor".

เขาได้ทดลองต่อไป โดยการทำการทศ สอดการทนกลโคสและ เปรียบเทียบกับรอย แยกชนิดนี้คนทีเตานม, ซึ่งเขาอ้างว่าคือการใช้ รอยแยก ทนผิวหนังหน้าท้อง เพราะ ไม่มี การ ชิงตึงของผิวหนังเขาเกี่ยวข้อง. จากการ ทดลอง ในหญิง เหล่านี้ เมื่อ ครรภ์ อายุครบ ๓๔-๓๖ สัปดาห์, พบว่าหญิงที่มีรอยแยก ๕๐ ใน ๖๐ คนแสดงระดับน้ำตาลลงไม่ถึง ระดับปกติ หลังการกิน น้ำตาลสอง ชั่วโมง, ซึ่งภาวะนี้พบเพียง ๑๑ จาก ๓๔ ในหญิง ที่ไม่มีรอยแยก. จากหลายรายงานยืนยันว่า ในหญิงมีครรภ์แสดงการทนกลโคสแบบนี้, ซึ่งเป็นที่รับรองกันทั่วไปว่าเนื่องจากการเพิ่ม หน้าที่ของแอดรีนัลคอร์เทกซ์.

การมีสิ่ว แสดงว่ามีค็โคเจ นิค สะเทอ รอยค้มากเกินพอในเลือด. หญิงมีครรภ์ มักมีสิ่วมากกว่าปรกติ. นอกจากนการเกิด รอยแยก ของผิวหนัง ยัง สัมพันธ์ กับ อาการ อื่น ๆ อีก, เช่นการมีสิ่วก่อนตงครรภ์, น้ำ หนักเพิ่มเร็วผิดปกติขณะตงครรภ์, อาการ เป็นพิษแห่งครรภ์, สีของผิวหนัง, ฯลฯ.

การนวดหน้าท้อง ด้วยน้ำมัน มะกอกไม่ สามารถป้องกันกาเกิดรอยแยกนได้. ผู้ รายงานยังมี ความเห็นว่า เป็นเหตุ ส่งเสริม ให้เกิดมากขึ้นด้วยซ้ำ, แต่ไม่ทราบแน่แนว่า เพราะผลของ น้ำมันมะกอก หรือจากผล ของ การนวด.

ดวงพิชนี โทณะวณิก พ.บ.

๑๑. Bret Ratner: ข้อคิดและข้อเสียของ ยารักษาหัดในเด็ก. Pediatrics 23: 781-790, 1959.

โรคหัด เป็น โรค ทรุนแรง ซึ่ง ต้องการ บำบัดควน. เนื่องจากความเรอริงและการ เป็นช้ำบ่อย ๆ, จึงใ้มีผู้พยายามค้นหการ รักษาให้ไ้ผลค้. มียาเป็นจำนวนมากที่นำ มาใช้, ซึ่งมีทั้งประโยชน์และโทษค้งน.

๑. แอนทิสตีสมัน. ถึงแม้ว่ายานจะ บรรเทาอาการน้ำมูกและน้ำตาไหลได้แต่อาจ

ทำให้ง่วงนอน, เสมหะแห้ง, และมีการ อดกนของหลอดลมมากขึ้น. พืชมากโดย เฉพาะในเด็ก. อาจมีอาการระตคและชัก ใต้. มีข้อควรค้งที่ทาให้อาการของหัดมาก ขึ้นจนถึงกับบางคนถือเป็นข้อห้ามใช้.

๒. อะมิโนพยลลัน. อาการเป็นพิษ ในเด็กพยได้บ่อยจากอุบัติเหตุหรือการรักษา เกินขนาด. มีอาการระตคกระส่าย, อาเจียน อย่าง รุนแรงจนถึงกับ มีเลือด ออกมา. อาการตัวสันและชักพยได้ไม่บ่อยนัก. ถ้า ให้รวมกับเฮฟตรินอาการจะมากขึ้น. ฉะนั้น ในการใช้อะมิโนพยลลัน, ต้องให้ขนาด น้อย, อย่าส่งให้ช้ำได้ถ้าไม่จำเป็น. เด็ก เล็กให้ ๑๐๐ มก., เด็กโตให้ ๒๕๐ มก., และไม่ควรรให้รวมกับเฮฟตริน.

๓. ยาระงับประสาท, เช่นบาร์บิตเรต. มีประโยชน์มากเมื่อให้ขนาดน้อยเช่น ๕ ถึง ๒๒ เกรน, แต่ถ้าให้มากอาจเกิดอันตรายได้.

๔. แอตรินะลินในเด็กไม่ควรฉีดเกินกว่า ๐.๑-๐.๒ ล.ซม. ของน้ำละลาย ๑/๑,๐๐๐, และควรฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือใน ผิวหนัง. ไม่ควรฉีดเข้ากล้ามเนื้อ, และไม่ ควรช้ำภายใน ๒๐-๓๐ นาที. ยาขนาด น้อยทำให้หลอดลมขยาย, แต่ขนาดมาก อาจทำให้หลอดลมค้ยได้. แอตรินะลิน ละลายในน้ำมันไม่ควรใช้ในเด็ก, เพราะ

อาจเกิดอันตรายรุนแรง จากการเกิน ขนาด. แมครันเดลินไม่ใช่ยาที่ออกฤทธิ์นาน; จะออกฤทธิ์เมอพอเซซเป็นกรก, อาจออกฤทธิ์ในโพเซซเป็นค้างได้. แต่ระยะเวลาสั้น.

๕. ไชรบีอียแคค. อาจทำให้อาเจียน. ช่วยขับเสมหะที่เหนียวและออกหลอกลมอยู่. ทารกและเด็กเล็กให้ ๑/๒-๑ ช้อนชา. ถ้าไม่อาเจียนให้ ๒ ช้อนชา, เด็กโตอาจให้ช้อนโต๊ะได้ผล.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๒. C.A. Wall: ประโยชน์และโทษของยาขับพิษซากที่ยักในการเจ็บไข้. Am.J. Surg. 95: 664-666, 1958.

ผู้เขียนรายงานว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน และได้รับยาต่อต้านพิษซากที่ยัก ๑,๕๐๐ หน่วย เมื่อได้รับยาเจ็บ, ไม่ได้ลดพยาธิสภาพหรืออัตราการตายลงเลย. ผู้ป่วยเหล่านั้นเกิดอาการขาดที่ยักชนิด. ผู้รายงานเสนอว่า ต้องใช้ ๕๐,๐๐๐ - ๑๐๐,๐๐๐ หน่วย จึงจะป้องกันได้แน่นอน, และก็ไม่ได้ลดผลแทรกแซงซึ่งอาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน. ในรายเช่นนั้น, ผู้รายงานได้แนะนำ ให้ถ่ายเลือด ครบจากผู้ที่ ภูมิคุ้มกันแอนติท็อกซินสูงเมื่ออาการอยู่ในขั้นสงสัย.

ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันการฉีดท็อกซอยด์ซ้ำเมื่อได้รับยาแคค, จะให้ระดับแอนติท็อกซินที่ของกันภายใน ๓-๗ วัน. ถ้าต้องการผลทันที, การใช้แอนติท็อกซินร่วมกับท็อกซอยด์จะให้ระดับแอนติท็อกซินสูงใน ๑ วัน, และสูงขึ้นไปใน ๔-๖ วัน. ทกรายจะต้องตัดเนื้อตายออกและทำให้ผลติดต่อกับภายนอก โดยทำอันตรายต่อเนื้อน้อยที่สุด.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๓. Chaim Rapoport: การใช้ทรีปซินในการรักษาวัณโรคคอตีบนำเหลืองและพิศุตลาจากวัณโรค. Dis. Chest. 34 : 154 - 159, 1959.

ผู้เขียนได้รักษาวัณโรคคอตีบนำเหลือง ๗ รายและกระดูก ๒ ราย, ซึ่งมีผลติดต่อกับภายนอก. ทกรายได้รับการรักษาด้วยยาแอนติไบโอติกเป็นระยะเวลา ๔ เดือนถึง ๕ ปีมาแล้วไม่ได้ผล.

ผู้เขียนใช้ทรีปซิน ๕ มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ, วันละ ๒ ครั้งเป็นเวลา ๖ สัปดาห์ร่วมกับวิตามินฟอนและพี.เอ.เอส เป็นเวลา ๖ เดือน, และในระยะปลายเดือนทกรายได้ให้ทรีปซินอีก ๓ สัปดาห์. ทกรายไม่มีผลแทรกแซงเลย. ผลการรักษามีปรากฏว่าทาง

คลื่นคลัตชันใน ๓ - ๖ สัปดาห์ ขนาดของ
ต่อมเล็กลงหรือหายไปเลย. รุททคตอขบค
เหลือเป็นแผลเป็นเท่านั้น, และวัดโรค
กระดูกหายไ้เร็วมาก. จากการตรวจด้วย
กล้องจุลทรรศน์ พบว่าค ้น มาก หรือ หายไป
เลย, และมีทลชวยคตค้อยมาก, ส่วนของ
ต่อมท คคเอาออก มาก เมอรักษาแล้ว ไม่พบ
เชอวณโรคโดยการขอม, เพาะเชอ, และ
ฉีดเขาหนตะเกา.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๔. Sun Makidono : การสังเกตพยาธิ
ไส้เดือนกลมค้วยจอร์จสี. Am. J. Trop.
Med. Hyg. 5 : 699 - 702, 1956.

ผู้เขียนได้เสนอการสังเกตพยาธิไส้เดือน
กลมจากจอร์จสีในผู้ป่วยโดยใช้แบเรียมซัล-
เฟตเป็นวัตถุทขรังสี. เขาได้พบว่าพยาธิ
เกาะนิ่ง ๆ ที่ผนังของลำไส้ ในขณะที่มีการ
บีบรัดหรือแรงกดจากนว. ท่านพบถึง ๕๒
ปซ., ซึ่งนับเป็นท่าปรกติของพยาธิ. ในอีก
๕ ปซ. พยาธิ้วยทวนคลื่นบีบรัดและทวน
การเคลื่อนไหวของอาหารในลำไส้. พยาธิ
เคลื่อนไหวแยกเกลียวส่วน. การเคลื่อนไหว
ไหวอกแบบหนึ่ง, ซึ่งพบได้น้อยกว่า ๓ ปซ.,

คือเมื่อมันจะเคลื่อนไหวลงกลางจะโค้งพยตัวเอง
และ เอาหัวเคลื่อนไหวลงกลาง. ภายหลังจากที่ไ้
ปล่อยตัวจากเยอเมอถทขรังสีได้แล้ว. หลัง
จากการให้ยาถ่ายพยาธิ, พยาธิจะพยตัวให้
หัวและหางอยู่ในระคยเคียวกันและขไปทาง
ส่วนหลัง. จากนั้นพยาธิจะถกขยับออกโดย
แรงบีบรัด. พยาธิทพนจากอุทขของยาถ่าย
พยาธิจะกลบเขาสท่าปรกติกอนแล้วจึงมีการ
เคลื่อนไหวอย่างว่องไวขนไปยงส่วนของลำ-
ไส้ที่มันชอบ. นอกจากนั้นเขายังสามารถแยก
เพศของพยาธิที่เจริญเต็มทไ้ในลำไส้ส่วน
ต้นของเจนนัมโดยคลักษณะเฉพาะเกยวกับ
รูปร่างและส่วนโค้งของท่อนหางของตัวผู้.

กรงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๕. B. McConkey, P. Cellaphan :
ธัยรอยไตติสกับโรคคยแข็ง. Lancet 937
- 941, 1960.

ผู้รายงานได้ตรวจในผู้ป่วยหญิงสองราย
ที่มีอายุเกิน ๕๐ ปีขึ้นไป. ทั้งสองรายมี
อาการของธัยรอยด์อีกเสบเรอวังชนคชาติ-
โมโตมาก่อน. หลังผ่าตัดมีอาการของธัย-
โรยธัยรอยด์ติสมี. ไ้ให้การรักษาด้วยสกลัก
ต่อมธัยรอยด์. สามขต่อมาพยว่าเป็นโรคคย

แข็ง. ทัชโศกล้ำไคกว่าสองนิ้วมือ, ทัช
เหลือง, หน้าที่ของทัชเลวลง, และต่อมา
ถึงแก่กรรมด้วยภาวะทัชล้ม. ตรวจศพพบ
น้ำในช่องท้อง, เลือดจำนวนมากในทางเดิน

อาหารจากการแตกของกลุ่มหลอดเลือดดำ
ของหลอดอาหาร, และทัชโศกเต็มไปทัช
ไฟบริสชีว.

ปรีชา เจตนะศิลป์ ป.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. คำปราศรัย

ในการเริ่มปีการศึกษาใหม่ (๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๓)

ท่านคณบดี, ท่านอาจารย์, และนักศึกษา
ทั้งหลาย.

ข้าพเจ้ารู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มี
โอกาสมาปราศรัยกับนักศึกษาทั้งหลายใน
วาระเนื่องในการเปิดภาคการศึกษา, ซึ่งได้
กระทำมาเป็นประจำทุกปี, เพื่อให้บรรดา
นักศึกษาได้ทำความเคารพและฟังโอวาทจาก
อาจารย์, อันถือเป็นประเพณีสืบต่อกันมา.
นอกจากนี้นักศึกษาใหม่จะได้รู้จักอาจารย์
ในแผนกวิชาต่าง ๆ และจะได้พบปะรู้จักนัก
ศึกษารุ่นพี่และรุ่นเคียงกัน, ซึ่งในวันต่อไป
จะได้ทักทายปราศรัยซึ่งกันและกันทำให้เกิด
ความสนิทสนมกันยิ่งขึ้น.

นักศึกษาทั้งหลาย, การได้มาอยู่ร่วมใน
สถานศึกษาเดียวกันก็เปรียบเหมือนว่าเราได้
เข้ามาอยู่ร่วมเป็นครอบครัวเดียวกัน, ซึ่ง
เป็นครอบครัวใหญ่. สมาชิกในครอบครัว
จะต้องมีความรักเคารพซึ่งกันและกันตามวัย
และวุฒิซึ่งจะทำให้เกิดอบอุ่นเป็นอันหนึ่ง
อันเดียวกัน. ในการที่นักศึกษาทั้งหลาย

ได้เข้ามาอยู่ในสถานแห่งนี้ข้าพเจ้าเชื่อมั่น
ว่าทุกคนคงมีความยินดี, เพราะเป็นสถาบัน
ที่ให้การศึกษาชั้นสูงและมีชื่อเสียงมานาน
หลายสิบปีแล้ว. อาจารย์ของสถาบันนั้น
มากก็เป็นผู้ที่ได้สำเร็จจากสถาบันแห่งนี้.
ข้าพเจ้าก็เช่นผู้หนึ่งที่เคยเป็นนักศึกษา
และสำเร็จจากสถาบันเคียงกับท่าน, และ
เมื่อ ๓๕ ปีมาแล้วได้เคยมารับฟังโอวาทของ
อาจารย์เช่นท่านทั้งหลาย. พวกเราทุกคน
ต่างมีความภูมิใจในคำสั่งสอนเป็นอันมาก.

การอยู่ร่วมกันในสถาบันใหญ่ ๆ เป็น
หน้าที่ของพวกเราทุกคนที่จะช่วยกันรักษา
ไว้ซึ่งชื่อเสียงอันดีและเสริมสร้างความคิด
มื่ออยู่แล้วให้ขยายวงกว้างขวางสืบไป, ถึง
แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ไม่ยากแต่ก็ไม่ยาก
จนเกินกำลังของพวกเรา. สิ่งทีควรระวัง
ฝังอันตรายแรกก็คือการมีจิตใจรักหมั่นรักคณะ.
เราจะต้องหวงแหนและทะนุถนอมสถาบันของ
เราไม่ให้เกิดการทรยศโทรมและเสื่อมเสีย,
ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งประการหนึ่ง. อันที่สอง

คือวินัย. ทุกคนจะต้องมีวินัย. สมเด็จพระ
 สยามสมพุทธเจ้าโตตรัสไว้ว่าเมื่อศึกษาและ
 ปฏิบัติตาม วินัยได้จะเป็น มงคล อุดม แก่ผู้
 ปฏิบัตินั้น. การฝึกหัดกายวาจาใจให้อยู่ใน
 วินัยอย่างเคร่งครัดจนเคยชินเป็นนิสัยจะนำ
 ให้เกิดมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยดีงาม.
 แม้จะ อยู่ รวมกัน จำนวน มากมายเพียงใด,
 เมื่อทุกคนประพฤติตนมีขอบเขตตามระเบียบ
 ของบังคับ, ไม่ทำให้ผู้ใดเดือดร้อน, ก็จะทำให้
 สถานนั้น มีแต่ความ สงบ และ ความเจริญ
 รุ่งเรืองตลอดไป. วินัยเป็นรากฐานแห่ง
 ความสุข และความเจริญของสังคมอย่าง
 หนึ่งทั้งที่มหาวิทยาลัยกล่าวไว้ว่า :

อนวินัยเปรียบได้คล้ายรากแก้ว

ขาดรากแล้วกิ่งใบไม้ไฟศาล

จะอยู่คงมีสุขชั่วชีวิตกาลนาน

เพราะรากฐานประพฤติกมีวินัย.

อันคณทั้งหลาย, ขอทบทวนศึกษาทั้งหลาย
 ควรจะยึดถือไว้ปฏิบัติเพื่อ เกิดศิริมงคลแก่
 ตนเองคือ บุษบาผู้ทมิฬพระคุณต่อเรา, ซึ่ง
 ข้าพเจ้าไม่จำต้องกล่าวมากมายเพราะทราบดี
 กันดีอยู่แล้ว, คือบิดามารดาและครูอาจารย์.
 ครูอาจารย์เป็นผู้มีอุปการคุณต่อเรา, ช่วย
 แนะนำสั่งสอนวิทยาการต่าง ๆ นำทางให้เรา

ไปสู่ความสำเร็จความรุ่งเรืองในชีวิต, เรา
 จึงจำเป็นต้องครองเคียวพยับถ่อ.

ในชีวิตของนักศึกษาวันข้าพเจ้า, ถึงแม้
 ว่าจะเป็นเวลาอันนานมาแล้ว, แต่พวกเขาก็ยัง
 ภูมิใจอยู่ตลอดเวลาในการที่ได้รับคำชมเชย
 จากรุ่นพี่และอาจารย์อยู่บ่อย ๆ. ทำให้พวก
 เราปลื้มใจและพยายามที่จะกระทำแต่ในสิ่ง
 ที่งดงามอยู่ตลอดมา.

คนเราคงตนมาเหมือน ๆ กันทั้งนั้น.
 ข้าพเจ้าแต่ก่อนนั้นก็ไม่ผิดอะไรกับท่านใน
 ขณะนั้น. ความเพียรและพยายามเท่านั้น
 ที่ทำให้เรามีสถานะแตกต่างกันไป. ข้าพเจ้า
 ยังจำได้คำวาทันของข้าพเจ้าคนหนึ่ง
 ขณะศึกษายอนนิงส์ลงมแห่งอยู่, นอก
 จากจะเป็นผู้มีความขยันหมั่นเพียรในวิชา
 แล้วก็ยังเอาใจใส่ช่วยเหลืองานต่าง ๆ ของ
 รุ่นพี่เสมอ, และเป็นผู้มีความรวิญญูต่อ
 รุ่นน้อง, ทำให้พวกเรารักใคร่กันทุกคน. แม้
 แต่เวลาจะผ่านมาสามสี่ปีเศษแล้ว, ท่านก็
 ยังปฏิบัติตนอยู่ตามเดิม. ในปัจจุบันท่านก็
 ได้เป็นศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกวิชาสำคัญ
 มาหลายปีแล้วและได้รับความยกย่องนับถือ
 จากอาจารย์และนักศึกษาทั่วไป. นี่เป็น
 อุทาหรณ์อันดีแก่ท่านทั้งหลายและเป็น
 มงคลแก่ผู้ปฏิบัติ. อีกที่จะนถนองชาย

อีกฝั่งหนึ่งไม่ได้. เวลาข้ามฟากมาใหม่ๆ รูป
ร่างชาวเล็กๆ, สายตาสนใจจนถอกแวน
แล้วคงจะจำใครไม่ได้. ไม่นักว่าจะเป็นผู้
มานะนัก, แต่กลับเป็นผู้ที่เสียเหลือเกิน.
ในค่านั่งชมกบเพื่อนฝูงก็ไม่ยกพร้อง. เล่น
ฟุตบอลในสนามเล็กๆ ข้างหอครวไตของ
ถอกแวนตา. ท่านอธิศหนักแข็งของท่านเข้า
บุกอย่างไม่กลัวใคร. ในปัจจุบันรูปร่างของ
ท่านก็ยังข่าง ๆ อยู่. (แม้ว่าอายุท่านจะมาก
จนจนลูกก็เข้าศึกษาแพทย์ถึงสองคนแล้ว)
แต่คำราก็ยังมีตามเคย. การกีฬาท่านก็ยัง
สู้เสมอ. ท่านเป็นผู้ที่คิดตัวอย่างที่คมมาก
อีกคนหนึ่ง, และด้วยความคั่งงามของท่าน
ก็ได้เป็น คาสตราจารย์ หัวหน้าแผนกวิชา
สำคัญแผนกหนึ่งมานานแล้วเช่นกัน. นัก
ศึกษาใหม่ ๆ ทุกท่านจะต้องมีความมานะ
เช่นท่านทั้งสองต่อไป.

เมื่อข้าพเจ้าข้ามฟากมาศิริราชในสมัย
นั้น, ศิริราชยังไม่โอนหน้าผากังไปด้วยตก
งามและเจ้าหน้าที่คงเคยวน, มีตึกสมัยใหม่
อยู่เพียงสองหลัง, คือตึกมหิตลบำเพ็ญและ
ตึกพยาธิวิทยา. ส่วนตึกบัญชาการ, ตึกกาย
วิภาคศาสตร์และศิริวิทยานันกำลังก่อสร้าง
อยู่. นอกถนนมีตึกเก่าเล็กๆ และเรือน
ไม้ชนเคี้ยว.

พวกเราสองขงเสงยมักกันในระยะแรกๆ.
ต่อมาครนคนเคยกันกับรุ่นพี่เขา, เวกชก
จะเก่งกลาซนข่าง. เช่นรุ่นพี่ของเราคนหนึ่ง
ชอบสวมถุงเท้าแ่งแ่งตัวแยกก็พามาคุย
กับพวกเราเสมอและยังสอนให้พวกเราตะโกน
เรียก "โก" (ผู้หญิงซึ่งแ่งแ่งของแยกขาว)
กึ่งๆ, ภายหลังพวกเราหลายคนก็ทำได้เก่ง
กว่า, คือตะโกนได้แ่งกึ่งๆ กันแยกกระสัน
ขึ้นกล. ไม่กล้าเอ่ยนามพัฒนาพวกเรา
เพราะท่านก็เป็นคาสตราจารย์หัวหน้าแผนก
วิชาแล้ว, ท่านก็ยังชอบใช้สีแ่งๆ อยู่เสมอ.

พวกเราชกซนกันแปลก ๆ แต่ก็ไม่เกิน
ขอบเขตให้เขินทตาหนีได้, ซึ่งเป็นมงคลดี
ของพวกเราประการหนึ่ง. พวกเราคนหนึ่ง
ซึ่งขณะนั้นเป็นผู้ช่วยการกองสุขภาพไป
แล้ว, ชอบใช้เวลาว่างนั่งฝนสตาแ่งทำ
ตัวทอยล้อยู่เสมอ, แล้วก็ชวนเพื่อนๆ มา
เล่นหาค่ากาแ่งกันได้ทุกวัน. ขวงคนก็ชอบ
ไปเดินแ่งแ่งระวัชเขตฝ่ายในที่ "โก" อยู่,
แต่ก็ไม่กล้าที่จะเลยเขตเข้าไปได้เพราะมี
ระเบียบห้าม. คำสั่งทนาถลวกคือคำสั่ง
"มึงลอย", หมายความว่าถ้าเกบ์ทนอน
หมอนมึงไล่ไม่ให้อยู่ในหอ.

แม้ว่าพวกเราจะแยกย้ายกันไป ๓๑ ปี
เศษแล้วแต่เมื่อมีโอกาสเราก็กพบปะกันเสมอ.

เมื่อครบ ๒๕ ปี เราฉลองกันเป็นการใหญ่. เชิญอาจารย์ของพวกเรามาทำความเคารพ เชิญเพื่อนรุ่นพี่และรุ่นน้องมาร่วม, และรวบรวมเงินหนึ่งหมื่นบาท, ให้สถานศึกษาของเราเก็บคอกผลเป็นทุนช่วยนักศึกษาแพทย์. แล้วเราฉลอง ๓๐ วันนอกครึ่งหนึ่ง. เรารวบรวมทุนได้สองหมื่นบาทเศษ.

การรำลึกถึงและช่วยสถานศึกษานี้ว่าเป็นมงคลออกประการหนึ่งที่เรากระทำ, จึงนำมาเป็นอุทาหรณ์เพราะเป็นสังกต.

การช่วยสร้างอนสาวรีย์ของสมเด็จพระราชบิดา, พวกเราซึ่งถือว่าเป็นศิษย์รุ่นแรก เราก่อรวมด้วย, และทุกปีพวกเราได้มาร่วมกันทำการเคารพบูชาไม้ฉาก, พร้อมด้วยร่วมสมทบทุน "มหิศล" เสมอมา.

เมื่อพวกเราศึกษาอยู่ในชั้นเตรียมแพทย์ ปีที่สอง ณ วิทยาลัยเกษตรมหาวิทาลัยในปี พ.ศ. ๒๔๖๖, โชคประเสริฐของพวกเรา ก็คือ สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ได้สละเวลาของพระองค์มาเป็นพระอาจารย์พวกเรา, ทำให้พวกเรามีความปลื้มปิติเป็นที่ยิ่ง. พระองค์เป็นผู้อยู่การคุณแก่การแพทย์อย่างมากมาย. ได้ทรงเสียดสละทั้งพระกำลังความคิด, และกำลังพระราชทรัพย์, ซึ่งคิดว่าพวกเราทราบ

กันแล้วเป็นส่วนมาก. ข้าพเจ้ายังจำได้ใน การ ประทานโอวาท แก่ พวกเราในวัน เย็ด เทอม, แม้จะเป็นเวลาที่ผ่านมาถึง ๓๕ ปี เศษแล้วก็ตาม. คือพระองค์ได้ตรัสว่า "ขอให้พวกเธอจงเข้าใจไว้ว่าฉันไม่ต้อง การให้ พวกเธอมีความรู้ทางแพทย์อย่างเคียว, ฉันต้องการให้เธอเป็นคนดีด้วย." หมายความว่า พระองค์ท่านต้องการ ให้พวกเราเป็นแพทย์, และ เป็น ผู้ที่อยู่ในสังคม และศีลธรรมอันดีงาม, ซึ่งเช่นมงคลอย่างสูงที่พระบาท- องค์ได้ทรงแสดงไว้.

สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้แสดง มงคลไว้ว่าเป็นขวัณวัชัตถ์ถึง ๓๘ ประการ. ใครปฏิบัติได้เพียงใดก็ชื่อว่ามีมงคลที่ทำให้ เกิดความสุขกายสบายใจ.

มงคลทั้ง ๓๘ ประการนั้นเมื่อประมวล โดยย่อแล้ว, ก็คือการทำตนให้เข้ากับคนดี โดยรู้จักคบคนดี, บชาคคนดี, มีสัมมาคารวะ อ่อนโยน, เสด็จฟัง, ซื่อสัตย์, กตัญญูรศณ, เผอแผ่เจอจอน, เหาญาคีเอาพวกพอง, เเทน แก่พระแก่เจ้า, และการสร้างตนให้ดี, โดย สร้างหลักรฐานแห่งตนให้มีหลักรฐานที่อยู่อาศัยอันสมควร, มีศีลปเลียงตัวรอด, มีการ ศึกษาดี, มีศีลธรรม, เป็นคนอ่อนหวาน, ปากกัใจตรงกัน, ขำรุงครอบครัวให้เป็นยัก

แผ่น, จักกียานเรือนให้เรียบร้อย, ไม่ประ-
 พฤติเสเพล, ระวังสิ่งทศวรรณ, ไม่ประพฤติ
 คนเป็นนิกเลงสุรา, ไม่ประมาทต่อหน้าท, วั
 จักพอกัมพอ, และพอเท่าทศวรรมี, อกท
 สงขเสงขมเจียมตัว, เพียรเอาชนะความชั่ว
 ทกวิถทาง, ประพฤติแต่ธรรมอันประเสริฐ,
 มีทศนะเลิศรู้แจ้งจริงใส่มอ, วัจักกยวเอง
 วัอนใจต่าง ๆ. รวมความแลวกคอกการท
 คนให้ เป็น ประโยชน์ แก่ ทัว เอง โดยธรรม.
 ต้องนกวไ้เสมอว่า ทัวเองเท่านั้น ทจะชัวท
 เราได้.

นกกศึกษาทั้งหลาย, ข้าพเจ้าได้นำม
 มังคลแห่งชีวิตมาอมให้ท่านปฏิบัติ, ตาม

เวลาอันสมควร, และก็เชื่อ ว่าท่านคงจะ
 พยายามจกจำไว้และทบทวนระลึกอยเสมอ.
 จงสำรวจอยเสมอกอนทจะกระทำสิ่งที่ไม่ค
 งามลงไป.

ในทสคนข้าพเจ้าขออวยพรให้นกกศึกษา
 ทงหลายจงมีแต่ความสุขความเจริญ, จง
 มีแต่มั่งมยคลประจำ. ทวขอให้การคศึกษา
 ของท่านจงสำเร็จผลสมตามปรารณาทกประ
 การ.

ศาสตราจารย์

นายแพทย์อำนาจ เสมรสุต
 (หัวหน้าแผนกรังสีวิทยา)

๒. จดหมายจากฝรั่งเศส

๑๐๑ บุลวารคิราสไปล์
 ปาร์ส ๖.

วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๐๒

กราบ อาจารย์ทศเคารพ

ผมได้ค้อยโอกาสเหมาะที่จะเขียนจค-
 หมายขบยนถึงอาจารย์ตลอดคมา. บคณผม
 อยในฝรั่งเศสได้เกือบ ๖ เดือนแล้ว. ได้พบ

เห็นเหตุการณ์และคศึกษาความเป็นไปต่าง ๆ
 หลายอย่างพอที่จะเล่ามาได้บ้าง, ตามทวั
 รองไว้กับอาจารย์ก่อนผมออกเดินทาง.

เริ่มแรกผมขอเล่าถึงความเป็นไปของ
 ทัวเองอย่างย่อ ๆ ก่อน. คคือ เมื่อผมไปถึงวัน
 แรก ๆ ก็ประจวบกับเป็นวันชาติของประเทศ
 ฝรั่งเศสพอดี, จึงได้มีโอกาสไปชมงาน

ฉลองซึ่งมีการสวนสนาม. ตอนกลางคืนมีการเต้นรำตามหน้าบริเวณสถานที่สำคัญ และมีการจุดพลุสีขึ้นไปในท้องฟ้าซึ่งสวยงามมากทีเดียว. พอถึงวันเย็นผมถูกส่งไปเรียนการสนทนาภาษาฝรั่งเศสอยู่เป็นเวลา ๒ เดือนครึ่ง. หลังจากนั้นจึงได้เข้าทำงานและศึกษาวิชาโรคทรวงอกที่โรงพยาบาลเลนเน็คเป็นเวลา ๒ เดือนเต็ม. หลักสูตรนทางมหาวิทยาลัยปารีสจัดขึ้นปีละครั้งสำหรับผู้ชำนาญเฉพาะโรคทรวงอก. ในวันนี้มีแพทย์มาร่วมเรียนด้วยกันเกือบ ๖๐ คน. ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ฝรั่งเศสเองที่ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มประเทศบริวาร. ในวันสุดท้ายของการศึกษา, ศาสตราจารย์ เอเตียน เบรนาเรต์ ไคแจกไซรยรอง (เซอร์ทิฟิเกต์) ของคณะแพทยศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยปารีส ซึ่งทำเสียหรวดเดียว. ตลอดเดือนธันวาคมผมได้ไปศึกษาและงานที่สถานีน ปาสเตอร์. งานที่ชนหน้าชนตาของสถานีนคือการผลิตทเซอร์คูลิน และวัคซีนบี.ซี.จี. ซึ่งเขาอธิบายกับผมว่าผลิตได้มากที่สุดในโลก. สถานีนแห่งนี้เคยกั้นนมีการศึกษาค้นคว้าหนักไปทางแบคทีเรียวิทยาและอิมมูโนโลยี.

ตลอดเวลาที่ผมอยู่ในปารีส ผมได้ไปห้องสมุดแพทย์สัปดาห์ละหลายครั้ง, เพราะ

ผมกำลังรวบรวมเอกสารอ้างอิง บทความที่เตรียมไปแสดงในที่ประชุมแพทยนานาชาติที่กรุงเวียนนาในปีหน้า. ห้องสมุดแพทย์ใหญ่ ๆ ในปารีสมีอยู่สองแห่งด้วยกัน, คือ คณะแพทยศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยปารีส, และอีกแห่งหนึ่งที่ห้องสมุดแห่งชาติ. ผมรู้สึกภูมิใจเหลือเกินที่ได้เห็นชื่อ "สารศิริราช" ของเราในทำเนียบหนังสือของห้องสมุดทั้งสองแห่ง. ผมยังมีโอกาสได้ยืมสารศิริราชเล่มที่ ๒ เพื่ออ่านเรื่อง "อเว็นเตรชันของกะบังลม" ของอาจารย์นายแพทย์สวัสดิกลุกลไทย และอาจารย์ศาสตราจารย์นายแพทย์สค์ แสงวิเชียร. ห้องสมุดเล็ก ๆ ที่หนังสือแพทย์บางมอก ๒-๓ แห่ง, คือห้องสมุดของบริติชเคาน์ซิล และห้องสมุดของศูนย์เผยแพร่วัฒนธรรมอเมริกัน.

ในฝรั่งเศสมีนักเรียนไทยและคนไทยน้อยมากเมื่อเทียบกับในประเทศอังกฤษและในอเมริกา. แต่พวกเราได้พยายามมาร่วมสนทนากันเสมอ. ทุกคืนเดือนมีการรับประทานอาหารร่วมกัน ทักทายคาร "มังกรทอง" ที่โอเปร่า. เมื่อคืนวานนี้ (๓๐ ธค.) ทางสมาคมนักเรียนไทยได้มีการประชุมใหญ่ประจำปีเพื่อเลือกกรรมการสมาคมชุดใหม่. นายกสมาคม ปี ๒๕๐๓ นี้ได้แก่

ศิษย์เก่าศิรราชของเรา, คือนายแพทย์
บุญสว ย เช็กเกียรติคุณแห่งโรงพยาบาลสม-
เด็จเจ้าพระยา, ซึ่งกำลังศึกษาวิชาเฉพาะ
ทางโรคจิตในปารีส. นอกจากนั้นทางสมา-
คมนักเรียนไทยใน ฝรั่งเศส ได้ออกวารสาร
“ส.น.ท.ฝ.” บัลดหลายฉบับ. ทง ๆ ทัม
ไม่ค่อยมี เวลาเหลือ มากนัก. เนื่องจากตลอด
เวลาต้องเรียนภาษาฝรั่งเศสและเยอรมันวัน
ละหลายชั่วโมง, ผมยังได้ช่วยเขาเขียน
เรื่องลงในวารสารดังกล่าวถึง ๒ เรื่อง, คือ
ในฉบับเดือนพฤศจิกายนเรื่อง “ไม่รักเขม-
ชาติ”, ในฉบับมกราคม ๒๕๐๓ เรื่อง
“Autopsie d'un Foyer.”

ในฐานะที่ผมเป็นผู้ไต่รับทุนของรัฐบาล
ฝรั่งเศสในการไปศึกษาและทำงาน ต่อคราวนี้
ผมจึงอยากจะกล่าวถึงทุนบ้างเพื่อประโยชน์
แก่ผู้ที่ขอรับทุนในวันต่อไป. ผมขอแบ่งพวก
เป็นหัวข้อสั้น ๆ.

ก. ความมุ่งหมายของเจ้าของทุน จาก
หลายเสียงด้วยกันรวมทั้งความรู้สึกของผม
เองด้วย, การที่รัฐบาลฝรั่งเศสให้ทุนแก่ข้า-
ราชการและนักเรียนไทย ที่เรียกว่า “การ
ช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ” นี้ จุดมุ่งหมาย
ส่วนใหญ่ก็คือผลทางการเมืองระหว่างประ-

เทศมหาอำนาจด้วยกัน, เพราะเป็นการตกลง
ระหว่างประเทศในองค์การโลก ซึ่งจะต้องให้
ความช่วยเหลือแก่ประเทศ ทิงล่า หลังทาง
เศรษฐกิจ. ความมุ่งหมายอีกอย่างหนึ่งก็คือ
เป็นการ รักษาหน้า ของประเทศ เพื่อให้อยู่ใน
ระดับใกล้เคียงกับประเทศ มหาอำนาจอื่น ๆ.
ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าวิธีให้ทุนของรัฐบาลฝรั่งเศส
ไม่มีหลักการตายตัว. การให้ทุนก็เพื่อ
ต้องการจำนวนผู้ไต่รับทุนให้ได้ตัวเลขตาม
ที่ต้องการเพื่อสถิติขององค์การโลก. การ
เลือกผู้ไต่รับทุนไม่ได้อยู่ในหลักเกณฑ์ที่ตง
ไว้.

ข. ความเพียงพอของเงินที่ไต่รับ เงินที่
รัฐบาลฝรั่งเศสให้แก่ผู้ไต่รับทุนระยะสั้นเท่ากับ
๗๕,๐๐๐ ฟรังก์ซ์ (๗๕๐ ฟรังก์ซ์ใหม่)
ต่อเดือน. ค่าครองชีพในฝรั่งเศสโดยเฉพาะ
ในกรุงปารีสในปัจจุบันสูงมาก, เทียบได้กับ
เมืองใหญ่ ๆ ในอเมริกาทีเดียว. แต่เงินที่
ไต่รับ ระหว่าง ผู้ไต่ ทุนของ ทั้ง สอง ประเทศ
แตกต่างกันมาก. ผู้ไต่รับทุนฝรั่งเศสส่วน
มากอยู่ในสภาพ “ชักหน้าไม่ดึงหลัง” และ
ต้องใช้เงินส่วนตัวเพิ่มเติมแทบทุกเดือน.

ค. บุคคลที่ควรขอทุนฝรั่งเศส
๑. ผู้ที่มีความรู้ภาษาฝรั่งเศสอย่างดี,



สามารถฟังเข้าใจและอธิบายความเห็นใน
ขณะศึกษาและทำงานโดยไม่มี ความลำบาก.
ในขั้นตอนนี้ส่วนใหญ่ของผู้วิทนพภาษาฝรั่ง
เศษแทบไม่ได้เลย. ขณะศึกษาและทำงานก็
ฟังอะไรไม่รู้เรื่อง. เนื่องจากกระยะของทุนสั้น
มากบุคคลประเภทนี้จึงได้รับประโยชน์แต่
เพียงส่วนน้อย, แม้แต่ในด้านภาษา.

๒. ผู้ที่ต้องการจะไปศึกษาอย่างจริงจัง
เป็นเวลานานพอสมควร, โดยอาศัยทุน
ส่วนตัวหรือทุนส่วนอื่น ๆ ต่อจากทุนรัฐบาล
ฝรั่งเศสเมื่อสิ้นสุดลง.

๓. ผู้ที่ต้องการเพียงไปพักผ่อนหรือ
ทัศนจาร, อาศัยทุนที่ไม่คำนึงถึงประโยชน์
โดยตรงของตน, เพราะเท่ากับได้เงิน
กินเปลามาช่วยสมทบทุนไปเที่ยวต่างประ-
เทศแทนที่จะต้องใช้เงินส่วนตัวทั้งหมด.

ก่อนจะผมขอเล่าถึง สภาพความเป็นไป
ของประเทศฝรั่งเศสสักเล็กน้อย. ใครก็ตาม
ที่สนใจในด้านการเคลื่อนไหวของโลก
จะทราบได้คือว่า ประเทศฝรั่งเศสปัจจุบันอยู่ใน
สถานะเช่นไร. ฝรั่งเศสเคยเป็นชาติที่
รุ่งเรืองมากในสมัยหนึ่ง. แต่หลังจากได้
ผ่านสงครามโลกด้วยความขมขื่นอย่างมาก
ถึงสองครั้งในระยะเวลาอันสั้น, จึงทำให้
ประเทศฝรั่งเศสต้องตกอยู่ในฐานะที่ลำบาก

ตกต่ำ. เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศ
อื่นที่เรียกว่ามหาอำนาจด้วยกัน, ฝรั่งเศส
แทบจะไม่เหลือสิ่งใดที่จะนำไปเปรียบเทียบกับ
ได้เลย. ทกอย่างที่เราเห็นคือทรวาสสงคราม
และโบราณวัตถุที่เหลือค้างจากสมัยยังรุ่ง
โรจน์, เปรียบได้กับผู้ที่เก่าตกยาก. ที่
พยายามประคับประคองรักษาสถิติที่สร้าง
สมไว้ตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษ. ผู้ที่ได้ผ่าน
ประเทศฝรั่งเศสจะเห็นว่าสิ่งสวยงามต่าง ๆ
ซึ่งเป็นสัญลักษณ์เชิงหน้าซุตาของประ-
เทศฝรั่งเศสในขณะนั้น, ส่วนใหญ่มีกำเนิด
ขึ้นมาตั้งแต่ในศตวรรษที่ ๑๘ หรือก่อนนั้น
แทบทั้งสิ้น.

เมื่อเล่าถึงความ เป็นไปทั่ว ๆ ไป ของ
ประเทศเขาแล้ว กอตกจะพุดถึงนิสัยใจคอ
ของชาวฝรั่งเศสด้วยไม่ได้. จากความ
สังเกตของผมซึ่งชอบเปรียบเทียบสิ่งต่าง ๆ
ซึ่งได้พบเห็น, ภายหลังจากที่ได้มีโอกาส
เรียนรู้นิสัยใจคอของชาวอังกฤษและอเมริ-
กันตั้งแต่สมัยที่ได้ผ่านไปศึกษาใน ประเทศ
ของเขา, ผมเห็นว่าชนของแต่ละประเทศมี
นิสัยแตกต่างกันเห็นได้ชัด. ทกคนที่ผ่าน
ประเทศดังกล่าว ถ้าได้ใช้เวลาพอสมควร
ศึกษา นิสัยใจคอของชนเหล่านั้น คงจะมี

ความเห็นพ้องด้วยกับผม. ยกตัวอย่าง
ง่าย ๆ ระหว่างชาวอังกฤษและอเมริกันทั่ว ๆ
ไป. ชาวอเมริกันขณะอยู่นอกประเทศของ
เขาจะเป็นมิตรที่ดี, ให้ความสนิทสนมอย่าง
รวดเร็วกับคนต่างชาติ. สำหรับชาวอังกฤษ
นั้นไม่สู้จะให้ความสนิทสนม และ มักแสดง
อาการขึงชา. ในทางตรงข้ามถ้าเราเข้าไป
อยู่ในบ้านเมืองของเขาเอง, จะเห็นว่าการ
แสดงอุปนิสัยใจคอของชนทั้งสองชาติ
เปลี่ยนไปเกือบตรงข้ามทีเดียว. คนอังกฤษ
จะให้ความเป็นมิตร และการช่วยเหลืออย่าง
อบอุ่นด้วยความจริงใจ. ถึงแม้ว่าผมจะเพิ่ง
อยู่ในประเทศฝรั่งเศสเพียงชั่วระยะสั้น, แต่
ก็ได้พบบกกับการแสดงออกของนิสัยใจคอของ
ชนฝรั่งเศส พอควรที่จะนำมากล่าวได้บ้าง.
นิสัยทั่วไปของคนฝรั่งเศสแตกต่างกับชาว

อังกฤษหรืออเมริกันมาก. ในฝรั่งเศสเรา
ยังเห็นการขีดขั้นระหว่างผิว. ในหอพักบาง
แห่งมีการแยกอาหารสำหรับชาวยุโรปและ
ชาวตะวันออกไกล. เมื่อใดเราแสดงความ
สัพภาพต่อคนฝรั่งเศส, เขามักเฉยเมย,
คล้ายกับเห็นเป็นของธรรมดา ประหนึ่งว่าเรา
เป็นพวกอินโดจีนเมืองขึ้นของเขาในสมัย
ก่อน. ชาวเอเชียในประเทศฝรั่งเศสที่ได้
เพื่อนเป็นชาวฝรั่งเศสมีเพียงส่วนน้อย. เมื่อ
เทียบกันในประเทศอังกฤษหรืออเมริกา.

ในที่สุด ผม ขอ ถิ่นโอกาส ขอบ จดหมาย
ฉบับนี้ ด้วย การ ส่ง ความ สุขขีใหม่ สำหรับ
อาจารย์ ทุก ๆ ท่าน และ เพื่อน แพทย์ และ
ข้าราชการทั้งหลายในศิริราชด้วย.

ด้วยความเคารพอย่างสูง
สมชัย บวรภิตติ

๓. การทดสอบหน้าที่ของตับด้วยน้ำตาลละลายไอโอดีน

วิธี ทดสอบ ด้วย ไอโอดีน เป็น วิธีง่าย ๆ
สำหรับทดสอบหน้าที่ของตับ. ใช้ น้ำยาผสม
ของ ไอโอดีน เข้มกับ โปแตสเซี่ยมไอโอไดด์
ผสมกับขมิ้นที่ไม่ใช่โมลัสส์และปราศจาก
ไขมันอย่างละ ๑ หยด, ผสมให้เข้ากันบน

แผ่นกระจกที่สะอาด. นำผสมซึ่งใส่ปราศ-
จากตะกอนแสดงผลลบ. ผลบวกอ่านเป็น
จำนวนบวกจากหนึ่ง ถึงสี่ตามความมากน้อย
ของตะกอน.

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคต่างๆ ให้ผลดังนี้ :

โรคของผู้ป่วย	ราย	ให้ผลบวก ปช.	หนึ่งบวก ปช.	สองบวก ปช.	สามบวก ปช.	สี่บวก ปช.
บวมจากการขาดอาหาร	๒๕	๑๐๐.๐	๒๐.๐	๑๒.๐	๒๔.๐	๔๔.๐
ฝีบิดอะมีบาที่ตับ	๕๑	๕๔.๕	๑๒.๐	๑๕.๗	๑๕.๔	๕๘.๔
ตับแข็ง	๑๑๕	๗๓.๕	๖.๑	๑๘.๓	๑๑.๓	๓๘.๒
ตับอักเสบจากมาลาเรีย	๔	๗๕.๐	๒๕.๐	๒๕.๐	—	๒๕.๐
มะเร็งตับ	๕๕	๕๖.๔	๗.๒	๑๑.๐	๑๒.๗	๒๕.๕
ไตอักเสบ	๔๘	๕๖.๓	๑๔.๕	๑๘.๘	๑๖.๗	๖.๓
หัวใจล้ม	๒๖๑	๔๑.๔	๑๗.๗	๑๐.๗	๖.๑	๖.๕
ไวล์ (Weil's Disease)	๑๐	๔๐.๐	๒๐.๐	—	๒๐.๐	—
ฝีบิดอะมีบาที่เยื่อหุ้มสมอง	๑๒	๓๗.๕	๖.๓	๑๒.๕	๖.๓	๑๒.๕
ฝีบิดอะมีบาที่เนื้อเยื่อ	๓๓	๓๓.๓	๑๒.๑	๕.๐	—	๖.๑
เยื่อหุ้มปอดอักเสบ	๓๘	๒๖.๓	๑๘.๔	๗.๕	—	—
บิดอะมีบา	๑๒	๑๖.๗	๑๖.๗	—	—	—
ปอดอักเสบ	๖๑	๘.๒	—	๓.๔	๔.๘	—
ฝีบิดอะมีบาจากพิษ	๕	—	—	—	—	—
คนปรกติ	๑๔๓	—	—	—	—	—

จากการทดสอบในคนปรกติ ๑๔๓ คน ให้ผลลบทั้งหมด. ดังนั้นเมื่อทดสอบได้ผลบวกควรถือเป็นผลปรกติ. สรุปผลของการทดสอบได้ดังนี้ :

๑. จากผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ขนาดของฝี ทดสอบกับความน้อยของผลบวกที่ได้ วยจากวิธีทดสอบด้วย ไอโอดีน. ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างวิธี เชฟาลิน ไนเลส เตอโรล ฟลอคคิเลชั่น, วิธี ธิยมอล ฟลอคคิเลชั่น. วิธี ธิยมอล เทอรับคิต คัย, และวิธีทดสอบด้วย ไอโอดีน ในการท

สอบโรคฝักในตับ, โรคตับแข็ง, มะเร็ง ักตับ, และโรคตับอักเสบคิกเซอ.

๒. ในโรคฝักอะมีบาที่ตับ, วิธีทดสอบด้วย ไอโอดีน ให้ผลไวกว่าวิธี เชฟาลิน ไนเลส เตอโรล ฟลอคคิเลชั่น, วิธี ธิยมอล ฟลอคคิเลชั่น, และวิธี ธิยมอล เทอรับคิต คัย. สำหรับโรคตับแข็ง, จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา ยังไม่มากพอที่จะสรุปผลได้. ในโรคตับ อกเสบคิกเซอ, วิธี เชฟาลิน ไนเลส เตอโรล ฟลอคคิเลชั่น, วิธี ธิยมอล ฟลอคคิเลชั่น, และวิธี ธิยมอล เทอรับคิต คัย ไวกว่าวิธีทดสอบ

ควัยไอโอดีน.

๓. เนื่องจากไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดสอบต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้เข้าใจว่ากลไกของแต่ละวิธีนั้นต่างกัน.

๔. จากการศึกษาในโรคเรอรังทพยาธิสภาพคงที่พบว่าวิธีทดสอบควัยไอโอดีนให้ผลสม่ำเสมอ, จะเปลี่ยนแปลงกคอเมอสมิ การเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของตับเกิดขึ้นเท่านั้น.

๕. ในการศึกษาซีรัม ๒๐๐ รายโดยวิธีอิเล็กโทรฟอริสิส พบสรุปได้ว่าวิธีทดสอบควัยไอโอดีนมีส่วนสัมพันธ์ไปกับปริมาณของแกมมาโกลบูลินที่สูงขึ้น. การเปลี่ยนแปลงทางคุณภาพของ แอลบูมินในซีรัมอาจเกี่ยวข้องกับควัยเหมือนกัน.

๖. วิธีทดสอบควัยไอโอดีนไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของตับในโรคตับแข็ง, ตับเสื่อม, และตับอักเสบ.

๗. วิธีทดสอบควัยไอโอดีนนี้มีความสำคัญและให้ประโยชน์มากในการตรวจค้นพยาธิสภาพที่อาจเป็นสาเหตุของโรค. แยกอาการที่ชานจากพยาธิสภาพในและนอกตับ. แยกอาการตกเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น, โรคตับที่ตับ, โรคปอดอักเสบ, ฝในปอด. นอกจากนี้ยังช่วยบอกการเปลี่ยนแปลงของระยะโรคควัย.

๘. วิธีทดสอบควัยไอโอดีนควรนำมาใช้ให้บ่อยขึ้นโดยใช้ร่วมกับวิธีทดสอบหน้าที่ของตับอื่น ๆ ในการวินิจฉัยโรคตับต่างๆ. เพราะเป็นวิธีที่ง่าย, ทำได้ในทุกสถาน, โดยเฉพาะที่ซึ่งมีอุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์น้อย.

(จาก วีกิล วิจารณ์ัด; Am. J. Gastroenterol. 31: 264-301. 1959.)

สมชัย บวรภักดี พ.บ.,

D.T.M. &H., T.D.D., F.C.C.P.

๔. ไปด้อยเวีย

ไปด้อยเวียคือภาวะที่มีการขับถ่ายปัสสาวะมาก. เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าปัสสาวะจะเข้มข้นเมื่อมีฮอว์โมนต่อต้านการ

ขับปัสสาวะจากปิตูทารี (เอ.ค.เอส.) ในเลือด, และถ้าไม่มีหรือมีไม่พอปัสสาวะจะจางโดยที่ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า เอ.ค.เอส. ทำให้

ไต ขยับขึ้นสู่ภาวะ ฮัยเปอร์ โทนิค ได้อย่างไร. จากการค้นคว้าต่อมาอีกมากมาย จึงได้มีผู้เสนอความเห็น ว่า เอ.ค.เฮช. ทำให้ไตขยับขึ้นสู่ภาวะ ฮัยเปอร์ โทนิค โดยการเพิ่มการให้ผ่านของน้ำของทубูลของไตตอนปลายส่วนที่สองและทูลรวบรวมข้สสาร. เมื่อข้สสารถูกกรองออกจากขาวแมนส์แคปซูลใหม่ๆ มีความเข้มข้น และเป็น ฮัยโปโทนิค กับสารน้ำในส่วนอินเทอร์สติกเซียล. ครั้นเมื่อไหลลงมาในทูล ก็เพิ่มความดันออสโมติกขึ้นโดย การที่ น้ำ ถูกดูดกลับเข้าไปเรื่อยๆ ภายใต้อิทธิพลของ เอ.ค.เฮช. สารน้ำในทูลตอนปลายส่วนที่สองกลายเป็นไฮโซโทนิคและในทูล รวบรวม เป็นฮัยเปอร์ โทนิค. จำนวนข้สสาร ที่ออกมาภายนอก จึงน้อยลงตามจำนวนน้ำที่ถูกดูดกลับคืน. ในทางตรงกันข้าม, เมื่อไม่มี เอ.ค.เฮช., การให้ผ่านของทูลตอนปลาย และส่วนรวบรวมสำหรับนาน้อยลง, ทำให้น้ำไม่ผ่านจากรของทูลไปยัง ช่อง อินเทอร์สติกเซียล ซึ่งเป็น ฮัยเปอร์ โทนิค, เป็นผลให้สารน้ำฮัยเปอร์ โทนิค ในทูลตอนปลาย ส่วน ที่หนึ่งจาง ลงเรื่อยๆ จาก การที่ เกลือ ถูกดูดกลับ ตามทูล ตอนปลาย และ ส่วน รวบรวม ตาม ปกติ ภายใต

ความ ควบคุม ของ ฮอร์ โมน ของ เป็ด็อก แอกรีนัล.

สาเหตุของโปลียูเรีย

โดยที่ไตควบคุมอัตราการหลังข้สสาร โดยการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้น, เพราะฉะนั้นโปลียูเรีย จึงเกิดจากการ ผิดปกติในกลไกเหล่านี้, ซึ่งแบ่งได้ดังนี้:

(๑) โปลียูเรียเนื่องจาก เอ.ค.เฮช. ในเลือดไหลเวียนลดลง, โดย:

(ก) การ หลัง เอ.ค.เฮช. ลดลง หรือ เสียไป, อาจเป็นการเสียอย่างถาวร, เช่น มีพยาธิสภาพ ที่ สปร้า ออปติโคฮัยโปอาลา มีสในโรคเบาโรค, หรือเป็นการเสียไปอย่างชั่วคราว, เช่นคมีน้ำมากเกินไป.

(ข) ความ ค้อง การในการหลัง เอ.ค.เฮช. ลดลง เนื่องจาก การ เพิ่มน้ำหนักไตจากการระหาย, ซึ่งมีสาเหตุมาจาก (๑) คมีน้ำมากเกินไป, (๒) ขาดโปแตสเซียม, ซึ่งทำให้มีข้สสารมากไตหลายทาง, แต่ทางสำคัญคือเพิ่มการระหายน้ำ, (๓) คุนยการระหายเสื่อมสมรรถภาพ, (๔) โปแตสเซียมในเลือด และในข้สสาร มากเกินไป, เป็นเหตุให้ไตไม่สามารถทำให้ข้สสารขึ้นไต, เนื่องจากมีแคลเซียมไฮ

นอนผ่านทขลเพิ่มจำนวนขึ้น, ถ้าภาวะนี้เป็น
อยู่นาน จะมีแคลเซียมไปติดอยู่และทำลาย
เนื้อไต, ทำให้ไตเสียบกลออกไป.

(๒) ไปลี่ย้วยเร็วเนื่องจากไตไม่สามารถทำ
ขี้สสารให้ขุ่นไตแม้มเอ.ค.เอส.พอ, เนื่องจาก:

(ก) ผนังของทขลไม่สนองต่อ เอ.ค.
เอส., ซึ่งอาจเป็นมาแต่กำเนิด, เช่นกลุ่ม
อาการฟานโคนัน, หรือเกิดภายหลัง, เช่น
มีแคลเซียมในเลือด และในขี้สสาร มาก,
การขาดไปแคลเซียม, ภูมุน้ำมากเกินไป,
และในโรคเบาหวาน.

(ข) กลไกเกี่ยวกับการสร้างสารนำ
ฮัยเปอร โทนิคใน ส่วน อินเทอรัสติเซียลใน
เมกัลลาของไตผิดปกติไป, ไตแก่การออกกันของ
หลอดเลือดแดง รันล ทำให้เลือดไหล ผ่าน
เมกัลลามากขึ้น. ในรายที่กรวยไตกับเนื้อ
ไตอ็อกเสบเรอริงก็เช่นเดียวกัน, มีการทำ

ลายเนื้อเมกัลลามากกว่าทคอร์เทกซ์ จึงมี
เลือดไหลผ่านวาสาเรคตาเพิ่มขึ้น.

(ค) แต่ละเนฟรอนขี้สสารละลายเพิ่ม
ขึ้นโดย (๑) สารละลายผ่านจำนวนเน-
ฟรอนเท่าเดิม, เช่นในโรคเบาหวาน. ใน
กรณีนี้ในไตในเลือดมากกว่าปรกติ, น้ำ
ตาลจึงถูกกรองออกมามาก, ซึ่งทำให้น้ำที่
เป็นตัวทำละลายตาม ออกมามากกว่าปรกติ
ด้วย. (๒) สารละลายผ่านจำนวนเนฟรอน
ลดลง, เช่นผู้ป่วยที่มีไตล้มเรอริง, ซึ่ง
ถือได้ว่าการขับตัวถูกละลาย จำนวนเท่าเดิม
แต่จำนวนเนฟรอนลดลงเพราะถูกทำลายไป.
ฉะนั้นแต่ละเนฟรอน จึงมีสารละลายเพิ่มขึ้น
กว่าในเนฟรอนปรกติ, ทำให้น้ำถูกดึงไว้ใน
ทขลเพิ่มขึ้น. ทั้งนี้เป็นการอธิบายไปลี่ย้วยเร็ว
ในโรคไตล้มเรอริงได้.

(จาก H.E. de Wardener : J. Chron. Dis.
2: 199-212, 1960.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

หน้าสำหรับนึลึค

ผู้ชำนานญึวิชาแพทยึและวิชาที่เกยวช้ง

alienist	จิตแพทยึ
anatomist	นึคกายวึภาคคาสตรึ
anaesthesiologist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) ฝ่ายวึชานาสถ
anaesthetist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) ฝ่ายวางชานาสถ
anthropologist	นึคนนุษยวึทยา
botanist	นึคพฤกษคาสตรึ
cardiologist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) ฝ่ายโรคหวัใจ
chemist	นึคเคมึ
dermatologist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) ฝ่ายโรคผิวหนัง
dermatopathologist	นึคพยาธิวึทยาผิวหนัง
embryologist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) ฝ่ายวึชานาเชมบรึยึโอ
endocrinologist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) ฝ่ายวึทยาเอนโดครึน
epidemiologist	ผู้ชำนานญึฝ่ายวึชานาโรคระบาค
gastrologist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) ฝ่ายโรคกระเพา
gastro-enterologist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) ฝ่ายโรคกระเพาและลำไ้
gynaecologist	นวิแพทยึ
haematologist	ผู้ชำนานญึฝ่ายโลหิตวึทยา
hepatologist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) ฝ่ายโรคตับ
histologist	นึคจุลลกายวึภาคคาสตรึ
hydropathist	ผู้ชำนานญึ (แพทยึ) การรึรักษาโรคค้วยน้ำ

immunologist	ผู้ชำนาญฝ่ายอิมมูโนโลยี
internist	ผู้ชำนาญ (แพทย์) ฝ่ายโรคภายใน, อายุรแพทย์
laryngologist	ผู้ชำนาญ (แพทย์) ฝ่ายโรคคอหอย
malariaologist	ผู้ชำนาญ (แพทย์) ฝ่ายโรคมาลาเรีย (ไข้จับสั่น)
microbiologist	นักจุลชีววิทยา
microscopist	ผู้ชำนาญการใช้กล้องจุลทรรศน์
mycologist	ผู้ชำนาญ (แพทย์) ฝ่ายโรคเกิดจากเชื้อรา
neurologist	ผู้ชำนาญ (แพทย์) ฝ่ายโรคประสาท
nosologist	ผู้ชำนาญการแยกประเภทโรค
nutritionist	นักอาหารวิทยา
obstetrician	สูติแพทย์
ophthalmologist	จักษุแพทย์
orthopedist	ผู้ชำนาญ (แพทย์) ฝ่ายโรคกระดูก
osteologist	ผู้ชำนาญวิชากระดูก
otolaryngologist	ผู้ชำนาญ (แพทย์) ฝ่ายโรคหูและคอหอย
otologist	ผู้ชำนาญ (แพทย์) ฝ่ายโรคหู
oto-rhino-laryngologist	ผู้ชำนาญ (แพทย์) ฝ่ายโรคหูคอจมูก
pathologist	พยาธิแพทย์
pediatrician	กุมารแพทย์
pediatrist	กุมารแพทย์
pharmacist	เภสัชกร
pharmaceutist	เภสัชกร
pharmacologist	นักเภสัชวิทยา (ผู้ชำนาญเภสัชวิทยา)
physiotherapist	นักกายบำบัด (ผู้ชำนาญกายบำบัด)
phytochemist	นักพฤกษเคมี
psychiatrist	จิตแพทย์

radiobiologist	นักชีววิทยาฝ้ายรังสี
radiologist	รังสีแพทย์
rhinologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายโรคจมูก, นาสิกแพทย์
roentgenologist	รังสีแพทย์
splenologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายโรคม้าม
statistician	นักสถิติ
stomatologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายโรคปาก
surgeon	ศัลยแพทย์
symptomatologist	ผู้เชี่ยวชาญฝ้ายอาการวิทยา
syphilologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายโรคซัยฟิลิส
therapeutist	ผู้เชี่ยวชาญการรักษาโรค
threpsologist	ผู้เชี่ยวชาญอาหารวิทยา
toxicologist	ผู้เชี่ยวชาญพิษวิทยา
typhlogologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายโรคตาบอด
urinologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายโรคอวัยวะขับัสสาวะ (และเพศ)
urologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายโรคอวัยวะขับัสสาวะ (และเพศ)
uronologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายโรคอวัยวะขับัสสาวะ (และเพศ)
uterologist	สตรีนารีแพทย์
venereologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายกามโรค
virologist	ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์) ฝ้ายวิชาไวรัส
vitaminologist	ผู้เชี่ยวชาญฝ้ายวิชาวิตามิน
zoochemist	นักเคมีสัตว์
zoologist	นักสัตววิทยา
zoopathologist	นักสัตวพยาธิวิทยา
zoopharmacologist	นักสัตวเภสัชวิทยา
zoopharmacist	เภสัชกรฝ้ายสัตว์แพทย์
zoophysiological	นักสัตวสรีรวิทยา

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๓

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
<u>นอก</u>	ใหม่	๒,๕๖๐	๑,๖๑๕	๑,๘๘๖	๑,๕๗๒	๒,๐๕๔	๕๗๕	๑๐,๗๐๖
	เก่า	๕,๕๑๓	๒,๕๒๐	๓,๕๕๔	๒,๒๔๕	๓,๖๗๕	๘๕๕	๑๕,๒๐๖
	รวม	๘,๐๗๓	๔,๑๓๕	๕,๔๔๐	๓,๘๑๗	๕,๗๒๙	๑,๔๓๐	๒๕,๙๑๒
<u>ใน</u>		๓๐๗	๓๕๑	๑,๓๗๘	๑๖๗	๔๘๗	—	๒,๖๗๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๒๒. จักษุฯ ๖๐๐. สูติ-นารีฯ ๓๐๕. รวม ๑,๔๓๑ ราย
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๔๕๕, หญิง ๔๕๕, รวม ๙๑๐. คลอดตาย, ชาย ๑๓, หญิง ๑๐, รวม ๒๓.
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๐๖ คน (๗.๕๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๑๖ ราย (๓๖.๘๕ ปช. ของที่ตาย)
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๘๑ ครั้ง. ข้างนอก ๘ ครั้ง. เจาะจากญาติ-ครั้ง. เจาะจากโลหไทย ๓๔๐ ครั้ง. รวม ๗๒๙ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๕๕๗ คน. รักษาใหม่ ๖๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๕๐ ครั้ง ราเดียมรักษา ๑๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๘ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่-ครั้ง, รวมรักษาใหม่และเก่า-ครั้ง. รัดไอไอโซโทปรักษาใหม่ ๑๕ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๓๕ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๔๒ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๓๐ ครั้ง.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๔๘ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๔๕๑ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๖ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ-ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๐๒๘ ราย (จากภายนอก ๒๘๐ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๔๒ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น- . วัลเซอร์แมนและคาห์น ๓,๐๑๖. หมู่เลือด ๕๕๗. นับเม็ดเลือด ๒. วัตสันโกลบิน- . ตรวจเวลาโปรทรอมบิน ๑๘. หาเชอปปักเตอร์- . ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๕, อูจจาเร- . บัสสวาระ ๑๒, เสมหะและอื่น ๆ - . เพาะเชื้อจากเลือด ๓๘๖, อูจจาเร ๑๕๕, บัสสวาระ ๘๐, น้ำไขสันหลัง ๕๑, เสมหะและอื่น ๆ ๕๗๑. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๔. นีดส์ตัวทดลอง ๑. เพาะเชอปปัก ๒๒. ตรวจทดลองตัวจิต ๔๒. การทดสอบเซ็นซิวิตี ๔๖. ตรวจศพนิเวศ ๔๐. ตรวจของกลาง ๖๐.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๕. เจาะน้ำสันหลัง ๕. เจาะตับ - . เจาะน้ำช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องปอด - . อัดลมเข้าช่องท้อง ๕. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๖. นีดยาทั่วไป ๒,๑๐๔. นีดยาซีฟฟัส - .
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๗๔. ถอนฟัน ๘๕๖. อดฟัน ๓๑๓. ผ่าตัดช่องปาก ๕๐.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

๘. ทน หม่อมขาว เกษมศรีณชยา
 ๙. ทน หม่อมเขียน สนิทวงศ์ ณ
 ชยา
 ๑๐. ทน พระศรีสมุทรโภค และลินจ
 ยมจินดา
 ๑๑. ทน พระบริรักษ์โกศกัณฑ์ (ชม
 กิตสิน)
 ๑๒. ทน นางสังวาล ชุทธิเกษ
 ๑๓. ทน นางเมือก ขวบูรณ์
 ๑๔. ทน ยศของกูร
 ๑๕. ทน น.ศ.พ. หึงบำรุง ฮันตระ-
 กุล
 ๑๖. ทน ขุนไธสถรรวม (เชอม
 รัตน์กนก)
 ๑๗. ทน พระยาอนบาลคิตถรรวม
 ๑๘. ทน ม.ร.ว. ชัน เกษมศรี
 ๑๙. ทน คิษย์ และ ญาติมิตรของ
 ศาสตราจารย์ นายแพทย์เต็ม ขนนาค
 ๒๐. ทน หลวงและนางประทีปเวชศักดิ์
 (แก้ว-สุดสงวน ประทีปเวชศักดิ์)
 ๒๑. ทน นางเอิบ เรียมประเสริฐ
 ๒๒. ทน พระอาวิทยาคม
 ๒๓. ทน แพทยศาสตร์บัณฑิต วัน
 พ.ศ. ๒๔๗๑
 ๒๔. ทน แพทยศาสตร์บัณฑิต วัน
 พ.ศ. ๒๔๗๒
 ๒๕. ทน แพทยศาสตร์บัณฑิต วัน
 พ.ศ. ๒๔๗๓
 ๒๖. ทน แพทยศาสตร์บัณฑิต วัน
 พ.ศ. ๒๔๗๔
 ๒๗. ทน แพทยศาสตร์บัณฑิต วัน
 พ.ศ. ๒๔๗๕
 ๒๘. ทน พระอาจารย์บุญชู คชเส็น
 ๒๙. ทน นางเทียบ วงศ์แข
 ๓๐. ทน ชม เนาวรัตน์
 ๓๑. ทน มั่นศิลป์ สีนาคโยธารักษ์
 ๓๒. ทน ทองคำ ขยู่สวัสดิ์
 ๓๓. ทน วิต ขยู่สวัสดิ์
 ๓๔. ทน ประถม ขยู่สวัสดิ์
 ๓๕. ทน พระองค์เจ้าศกโยคเกษม
 ๓๖. ทน นางทองคำ กิลกสัมพันธ
 ๓๗. มลนธอชจอเหลียงให้ทน ๒ ทน
 ๓๘. เงินช่วยเหลือของศาสตราจารย์
 นายแพทย์พร วราเวชช์



บันทึกท้ายสมุด

๑ สารคดีวิชาฉบับนี้มิใช่ฉบับพิเศษ, แต่ก้คล้ายพิเศษ, เพราะมีเรื่องพิเศษ, คือ เรื่องอะคิโนมาของบ๊อติจารย์ของคุณหมอกรณกิจ มติราษฎร แห่งโรงพยาบาลตำรวจ, ซึ่งได้อธิบายเพื่อจัดทำส่งให้แก่สารคดีวิชาด้วย มิตรจิต, และเราก้ได้รับไว้และนำลงพิมพ์ให้ด้วยมิตรใจอย่างสมกัน. เรื่องของคุณหมอเป็นรายงานคนไข้โรคที่ออกจะหายาก, และ ได้ ใช้ ความ พยายาม รวบรวม มาก. แม้รายงานรายที่สองจะขาดตกบกพร่องไปบ้างเนื่องด้วยความจำเป็น, ก็นับว่ามีความค่ามากอยู่. เราขอขอบคุณคุณหมออย่างมาก สำหรับความเอื้อเฟื้อครวณ.

๑ คุณหมอสุนทร ทวีพาณิชย์ ได้ใช้ความพยายามมากอีกเหมือนกันในการรวบรวมสถิติคนไข้มะเร็งในแผนกตา, หู, คอ, จมูกมาแสดงเพื่อให้เห็นว่าหลายชนิดของโรคนก้างเพิ่มความบ่อยมากขึ้น. นอกจากนั้นการอ่านเรื่องนี้จะให้ความรู้ใหม่ๆ อีกหลายประการ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับมะเร็งของกล่องเสียง, ซึ่งมอขีดการที่น่าตกใจและชวนให้เกิดความสนใจที่จะศึกษาหาทางป้องกันต่อไป. เราหวังว่าคุณหมอกงจะรวบรวมสถิติในแง่อื่น ๆ มาเสนอให้ได้รับ

ความรักน้อก.

๑ เรื่องที่สามในฉบับนี้เป็นผลของสถิติแพทย์หนุ่ม, คุณหมอวิฑูโรธสถานนท์, ซึ่งให้ข้อสังเกตอย่างน่าอ่านมากเกี่ยวกับการตั้งครรภันอกมดลูก, โดยอาศัยสถิติของแผนกสูติศาสตร์ฯ เองเปรียบเทียบกับสถิติของต่างประเทศตามที่ปรากฏในวิทยาสาร: นานับค้มากที่สุดอาจารย์หนุ่มผู้นี้แสดงให้เห็นความสามารถในการวิจารณ์และเปรียบเทียบ, ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของอาจารย์. ในเรื่องสั้น ๆ นี้คุณหมอได้ชี้ให้เห็นลักษณะบางประการของคนไข้ตั้งครรภันอกมดลูกซึ่งต้องรับว่าเป็นหลักในการวินิจฉัยโรคนี้. นับว่าเป็นความมร้ที่มประโยชน์มาก. ในขณะเดียวกันก็ให้เห็นประโยชน์ของการบันทึกสถิติคนไข้อย่างเรียบร้อยอีกด้วยว่าช่วยให้นำมาประยุกต์ได้ค้เพียงใด.

๑ คุณหมอสงกรานต์ นิยมเสน ให้เรื่องน้ตเวชที่น่าสนใจตามเคย. สำหรับครวณต้องนับว่าทันสมัยมาก, เพราะการประกันชีวิตเป็นเรื่องที่กำลังมีผลสนใจ, เป็นเหตุให้พวกนายหน้าหากคนเอาประกันว่ารวยไปตามๆ กัน. เมื่อมีการประกันชีวิต, ความทจริตเกี่ยวกับเรื่องน้ตเกิดขึ้นตามมา. ไม่

ต้องสงสัยว่าต่อไปคงมีมากขึ้น. ดังนั้นจึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่แพทย์จะต้องรับแจ้งสำคัญ ๆ ของกฎหมายและเล่ห์เหลี่ยมของผู้ทุจริตไว้, เพื่อจะมีต้องตกเป็นเครื่องมือของนักประกอบมีจลาจลโดยไม่ทันรู้.

๑ แผนกปฎิบัติในฉบบนมีเรื่องพิเศษคือคำปราศรัยของศาสตราจารย์นายแพทย์อำนาจ เสมรสุต ซึ่งแสดงต่อที่ประชุม

อาจารย์และศิษย์ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลในวาระเริ่มภาคต้นในปีการศึกษา. ฟังสังเกตว่าท่านสามารถนำหลักพุทธธรรมบางประการมาสอดคล้องกับภาวะทางโลกย์ได้เป็นอย่างดีและน่าชมมาก. นอกจากนั้นเรื่องวิชาการ (โปลีคลินิก, การทดสอบไอไอทีน) และกิ่งวิชาการ (สัตวแพทย์, จักษุวิทยา) ตามเคย.

การส่งเงินค่าบำรุง

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