



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๕, ฉบับที่ ๒, กุมภาพันธ์ ๒๕๐๖ Volume 15, Number 2, February 1963.

มะเร็งของระบบกระเพาะและลำไส้

๑. มะเร็งหลอดอาหาร

อุดม ไปชะกฤษณะ W.B., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig)

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม ไปชะกฤษณะ)

มะเร็งของกระเพาะอาหารและลำไส้เป็นโรคที่ร้ายแรงโรคหนึ่งซึ่งทำอันตรายแก่ชีวิตมาก, เพราะนอกจากจะร้ายแล้วยังอยู่ในที่ๆ ไม่อาจเห็นได้โดยตาเปล่าเหมือนมะเร็งในตำแหน่งอื่น, เช่นริมฝีปากหรือเต้านม. มะเร็งในตำแหน่งหลังนี้ผู้ป่วยอาจจะเห็นได้เองหรือคลำพบเอง, และถ้าเป็นผลจากการศึกษาบ้างก็อาจจะไปหาแพทย์โดยเร็วและได้รับการรักษาที่ถูกต้อง. เมื่อมะเร็งของกระเพาะอาหารและลำไส้อยู่ภายในช่องอกหรือช่องท้องซึ่งทำให้มองเห็นไม่ได้, ผู้ป่วยกว่าจะรู้

เรื่องย่อ ไปชะกฤษณะ, อุดม. มะเร็งของทางเดินอาหาร. ๑. มะเร็งหลอดอาหาร. สารศิริราช ๒๕๐๖ (ค.ศ. ๑๙๖๓), ๑๕: ๕๕-๗๐ ใน ๑๕ ปี (๒๔๘๘ ถึง ๒๕๐๒) แผนกศัลยศาสตร์ ได้รับ คนไข้มะเร็งทางเดินอาหาร ๑,๑๓๑ คน (๒.๖๖ ปช. ของคนไข้ที่รับทั้งหมด). เฉพาะมะเร็งหลอดอาหารมี ๓๕.๑ ปช. ของมะเร็งทางเดินอาหาร, อุบัติการณ์สูงสุดระหว่างอายุ ๔๐ กับ ๗๐ ปี. ในชายมากเป็น ๕.๓ เท่าของหญิง. สเตวมัสเซลล์คาร์ซิโนมามีมากที่สุด. ได้บรรยายกายวิภาคศาสตร์, อาการ, การดำเนินของโรค, โรคแทรก, การตรวจ, พยาธิวิทยาและการรักษาด้วยศัลยกรรม. มีที่ผ่าตัดได้เพียง ๓๐.๘ ปช. อัตราตาย ๕๓.๒๕ ปช. ได้เปรียบเทียบสถิติกับต่างประเทศด้วย.

สังเกตว่ามีอาการผิดปกติทาง ระบบ ทางเดินอาหารก็สาบสูญไปเสียแล้ว. มะเร็งนั้นส่วนมาก ไค้ล็ก ลาม ไป ไกล เกิน ขอบ เขต ของอวัยวะนั้น, จนการรักษาให้ผลไม่เป็นทางพอใจ.

ในเมืองไทยมะเร็งของ กระเพาะอาหาร และลำไส้มีใช้น้อย. แต่การที่จะรู้ได้ว่ามีมากเท่าใดนั้นย่อมเป็นการยาก. ชั้นแรกจะต้องทายโรคให้ได้เสียก่อน. แพทย์ผู้ที่จะทายโรคได้ถูกต้องจะต้องอยู่โรงพยาบาล, มีเครื่องมือเครื่องมอพอเพียง. การเก็บสถิติโดย

วิธีเช่นย่อมคลาดเคลื่อนผิด จาก ความจริงมาก, เชื่อไม่ได้. สถิติที่ต่อไปนี้เป็นความพยายามที่จะแสดงให้ทราบว่าในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของเมืองไทยมี มะเร็งต่าง ๆ มากน้อยเท่าใด.

ใน ๑๔ ปีที่ผ่านมา, คือกตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๕ ถึง ๒๕๐๒, โรงพยาบาลศิริราช ได้รับผู้ป่วยไว้ ๔๒,๔๐๑ คน. ในจำนวนนี้ มะเร็ง ของ กระเพาะ อาหาร และ ลำไส้ ๑,๑๓๑ คน, คือ ๒.๖๖ ต่อร้อย. มะเร็งในที่ต่าง ๆ นั้นท่านจะเห็นได้จากตาราง ๑.

	<u>จำนวนรวม</u>	<u>ชาย</u>	<u>หญิง</u>	<u>ประช.</u>
หลอดอาหาร	๓๕๗	๓๓๔	๒๓	๓๕.๑
กระเพาะอาหาร	๒๕๓	๒๕๑	๑๔๒	๓๔.๗
ลำไส้เล็ก	๒	๑	๑	๐.๑๗
ซีกัมและโคโลอัน	๑๕๐	๑๑๕	๗๑	๑๖.๕
เร็คตัมและทวารหนัก	๑๔๕	๘๕	๖๐	๑๓.๑๓
รวม	๑,๑๓๑	๗๕๔	๓๓๗	๑๐๐

มะเร็ง ของ หลอด อาหารมี มาก ที่สุด. ต่อมามะเร็งของกระเพาะอาหาร, มะเร็งของลำไส้ใหญ่, มะเร็งของลำไส้ตรง, เรียงตามลำดับ. มะเร็งของลำไส้เล็กหายาก.

เมื่อเทียบกบสถิติของคนอื่นแล้วเห็นว่า

มีความแตกต่างกัน. เช่นของนากายามา เมื่อปี ๒๔๘๕-๒๕๐๐ มีผู้ป่วยด้วยโรค มะเร็งของกระเพาะอาหารและลำไส้ ๖,๐๔๔ ราย, แบ่งได้ดังต่อไปนี้:

มะเร็งของหลอดอาหาร	๒,๓๘๒	(๓๕.๔ ปช.)
มะเร็งของกระเพาะอาหาร	๓,๖๕๖	(๔๔.๖ ปช.)
มะเร็งของส่วนอื่น ๆ	๕๖๖	(๑๕.๐ ปช.)

สถิติของ Balfour แห่ง เมโย คลินิก ในเวลา ๑ ปี ได้ผลดังต่อไปนี้.

	<u>จำนวนผู้ป่วย</u>	<u>จำนวนต่อร้อย</u>
มะเร็งหลอดอาหาร	๕๗	๑๑.๖
มะเร็งกระเพาะอาหาร	๔๑๕	๕๐.๓
มะเร็งลำไส้เล็ก	๑๐	๑.๒
มะเร็งลำไส้ใหญ่	๕๑	๑๐.๕
มะเร็งลำไส้ตรง (เรคตัม)	๒๑๖	๒๕.๕
<u>รวม</u>	๘๓๓	๕๕.๕

จากสถิติจากต่างประเทศทั้งสองจะเห็นว่า มะเร็ง ของ กระเพาะ อาหาร มี มาก ที่ สุก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน สหรัฐอเมริกา ซึ่งสูง ล้ว, มากกว่า มะเร็ง ชนิดอื่นหลายเท่า. การ เทียบ สถิติ แต่ละ ประเทศ นั้น เป็น ของยาก เพราะต้องอาศัยความรู้, ความละเอียด ลอด, ความแม่นยำเป็นสำคัญ. ถ้าจะ เทียบได้, คุณสมบัติเหล่านี้ต้องมีเหมือนกัน, และทราบทั่วโลก ของ เรายัง เป็น อยู่ ดังนี้, คือมีความสูง ต่ำ ในคุณ ธรรม ต่าง กันมาก, การเทียบก็ไม่น่าแน่นอน.

ต่อไปนี้ เป็น การ ขรรยาย มะเร็ง แต่ละ ชนิด ตามลำดับเท่าที่ปรากฏในเมืองไทย.

มะเร็งของหลอดอาหาร

จากตารางที่แสดงแล้ว ท่านจะเห็นว่า มะเร็งของหลอดอาหาร มีมากที่สุด ในเมือง ไทย. ถ้ามองดู เฝิน ๆ ตลอดเวลา ๑๔ ปี นี้ มะเร็ง ของ หลอด อาหาร ๓๕๒ ราย, มะเร็ง ของ กระเพาะ อาหาร ๓๕๓, ไม่มี ความแตก ต่างกัน เท่าไร. แต่ถ้าดูสถิติ ประจำ และ เทียบ กับ มะเร็ง ของ กระ เพาะ

อาหารจะเห็นว่า การ แยก ต่าง เหล่านี้ ^{ทุกปี} อาหารมากกว่า มะเร็ง ของ ภาวะ อาหาร
ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๕, มะเร็งของหลอด ^{ทุกปี} ทกข.

<u>ปี</u>	<u>มะเร็งหลอดอาหาร</u>	<u>มะเร็งกระเพาะอาหาร</u>
๒๔๘๘	๑	๘
๒๔๘๙	๕	๑๔
๒๔๙๐	๖	๑๔
๒๔๙๑	๑๘	๑๕
๒๔๙๒	๑๓	๒๒
๒๔๙๓	๒๒	๒๓
๒๔๙๔	๒๒	๓๒
๒๔๙๕	๓๖	๑๘
๒๔๙๖	๓๒	๓๑
๒๔๙๗	๔๖	๓๗
๒๔๙๘	๔๑	๓๐
๒๕๐๐	๔๖	๓๕
๒๕๐๑	๕๐	๔๕
๒๕๐๒	๕๕	๕๐

ไม่ทราบว่าจะอธิบายอย่างไรถูก. อาจ
จะเป็นเพราะว่า มะเร็งของหลอดอาหารทำให้
เกิดอาการซัดเจนนกลืนไม่ลงเลย, ผู้ป่วย
จำต้องชวนหาแพทย์ช่วยเหลือให้จึงได้.
ผิดปกติที่กระเพาะอาหาร ซึ่งผู้ป่วยอาจ
จะอยู่ได้จนถึงแก่กรรมโดยอาหารไม่ติด.

กายวิภาคศาสตร์ของหลอดอาหาร

อีโซเฟกัส, หรือหลอดอาหาร, ต่อมา
จาก ฮัยโปฟาริงซ์ ตรง ระดับ กระดูกอ่อน
ครีคอยด์ หรือกระดูก คอชั้นที่ ๖, ผ่าน
เมดิอัสติเนียม ส่วนหลังและกระบังลมมาต่อ
กับกระเพาะอาหารที่ คาร์เดีย ตรงระดับของ

กระดูกสันหลังที่ ๑๐ หรือ ๑๑ ข้างซ้าย.
ความยาวของหลอดอาหารนั้น ระหว่าง
๒๔-๒๘ ซม. ความยาวจากพื้นหน้าขึ้นมา
ถึงปากของหลอดอาหารประมาณ ๑๕ ซม.
ถึงระดับโค้ง เอออร์ตา ๒๒ และ คาร์เดีย
๔๐ ซม..

หลอดอาหารมีที่แคบอยู่ ๔ แห่ง คือ :

๑. ส่วนแคบตรง ครีโคฟาริงซ์
(Cricopharyngeal constriction)
๒. ส่วนแคบตรง โค้ง เอออร์ตา
(Aortic constriction)
๓. ส่วนแคบตรงหลอดลมใหญ่
(Bronchial constriction)
๔. ส่วนโค้งทรงกระบังลม
(Diaphragmatic constriction)

หลอดอาหาร เป็น อวัยวะ ซึ่งมี เส้นผ่า
ศูนย์กลางต่างกันมาก. บางแห่งแคบ, บาง
แห่งกว้าง. หลอดคั้นยัดไต่มา, แแต่กแตก
ไต่ง่าย, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้า มีพยาธิ
สภาพอยู่แล้ว, เช่น ตกค้าง, กวัก, เป็น
แผลเป็น, หรือเป็นมะเร็ง. เพราะฉะนั้นเวลา
ตรวจวัดด้วยกล้อง อาจจะทำให้หลอดอาหาร
ทะลุเหนือที่แคบหรือออกต้น. พกทางคลี-
กรรมแล้วหลอดอาหารเปื่อยมาก, เย็บติด
ไต่ยาก, และถ้าใช้มีดตัดและไม่ระวังอาจ
จะขาดวันไต่มา.

การหล่อเลี้ยงทางโลหิตของหลอด อาหาร

ส่วนในคอ (cervical) ซึ่งอยู่ระหว่าง

กระดูกอ่อน คีริคอยด์ กับกระดูกสันหลังอัน
ที่ ๑ ได้รับโลหิตมาจากหลอดเลือด ฟาริง-
เจียล, อีโซฟาเจียล (Luschka) (มาจาก
ซับเคลเวียน), และมากที่สุดจาก อินฟเรयर
อิชรอยด์. (รูป ๑๖ หน้า ๒๒ Terracol,
Sweet).

ส่วนทรวงอก (Thoracic) เริ่มแต่

กระดูกสันหลัง อันที่ หนึ่ง มา หมก เหาะกับ
กระดูกสันหลัง อันที่ ๑๑, คือกระบังลม.
แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน, คือเหนือหลอดลม
(suprabronchial). และใต้หลอดลม
(subbronchial). ส่วนบนเหนือ โค้ง
เอออร์ตา ได้รับโลหิตมาจาก เส้นโลหิต
ที่ลงมาจากคอโดยเฉพาะจากเส้นโลหิตของ
Luschka. ส่วนกลางทรวงอก ที่อยู่หลังโค้ง
เอออร์ตา และหลอดลมใหญ่ข้างขวา ได้
รับโลหิตจากหลอดเลือดแดง ขรวงเฉียง,
ซึ่งมีทั้งซ้ายและขวา, และยังแบ่งออกเป็น
หลอดเลือด แอสเซ็นติงก์ อีโซฟาโกเทร-
เมียล. ส่วนนี้เป็นส่วนที่ได้รับโลหิตมากที่สุด.
หลอดอาหารส่วนทรวงอกตอนล่าง ได้รับ
โลหิตโดยตรงจาก เอออร์ตา ส่วนลง, ซึ่งมี

ซอเป็นหลอดเลือด เลสเซอร์ อีโซฟาเจียล. แอคนเซสซอเรีย อีโซฟาเจียล, และ เกรทเตอร์ อีโซฟาเจียล.

ส่วนช่องท้อง (abdominal) ใ้รับโลหิตมาจากหลอดเลือด แอนทรีเรียร์ และ โพลีทีเรียร์ คาร์ดิโอพ่นคิก ซึ่งมาจาก หลอด กัสตริก ซ้าย, จาก อินพีเรียร์ เฟอริค ซ้าย และจาก ซับเรียร์ ซปรารินัล.

ปกติโดยทั่วไปแล้วโลหิตที่มาจากหลอดอาหารนั้นมาเป็นช่วง ๆ, ซึ่งมีความสำคัญเกี่ยวกับทางคัลยกรรม. ถ้าตัดเส้นโลหิตเสียมาก ๆ แล้ว, การหล่อเลี้ยงของหลอดอาหารก็เป็นการยาก.

การไหลกลับของโลหิตดำ ส่วนคอและส่วนบนลงไปสู่หลอดเลือดดำ อินนอมิเนต และ ซับเรียร์ วนา คาวา ทาง อินพีเรียร์ ซับเรียร์, บร็องเซียล และ อินเตอร์คอสทัล สูงที่สุด.

ส่วนกลางทรวงอก ลงไปสู่ อะซัยโกส และ เฮมิอะซัยโกส.

ส่วนล่างของ หลอด อาหาร เข้าระบับปอร์ทัล โดยแขนงของหลอดเลือดดำ กัสตริก ซ้าย, แขนง พาราคาร์เคียล และ วาซา เบรเวีย ของหลอด สเปลิค. ใน

ตำแหน่ง นี้ มี ข่าย หลอดเลือดดำ ซึ่งในโรคความดัน ปอร์ทัล สูงจะพองมากและเป็นเหตุสำคัญในการตกเลือดในโรคตับแข็งและการอุดตันของหลอดเลือดดำ สเปลิค.

การไหลกลับของน้ำเหลือง

ทาง ของ น้ำเหลืองใน หลอด อาหารนั้น แบ่งออกเป็นสองพวก, คือพวกที่อยู่ในเยื่อ และพวกอยู่ในชั้นกล้ามเนื้อ. การไหลของน้ำเหลือง ทาง ส่วน สอง ส่วนสาม บนไปทางบน, และส่วนหนึ่งส่วนสามต่างลงล่าง. จาก ท่อ รวม น้ำ เหลือง ก็ ลง ไป ใน ท่อ ม น้ำ เหลือง : เซอรัคัล, พาราเทรเชียล (ซับเรียร์ เมคิสตีนิ่ม), เพอริพรีองเซียล, และ ซับคาร์นิล (มิกซอราซิก), เปอริอีโซฟาเจียล (เมคิสตีนิ่ม ส่วนล่าง) และ พาราคาร์เคียล (ใต้กะบังลม).

ปกติโดยทั่วไป มะเร็งส่วนไหนก็เข้าไปในท่อมน้ำเหลืองที่ใกล้เคียงส่วนนั้น, แต่เพราะเหตุที่หลอดน้ำเหลืองมีการประสานกันมาก, มะเร็งอาจจะกระจายไปสู่ท่อมน้ำเหลืองที่อยู่ห่างไกลไปได้.

กายวิภาคศาสตร์ส่วนละเอียด

หลอดอาหาร ประกอบด้วย เนื้อ ๓ ชั้น,

ชนเยอบ, ชนไคเยอบ และชนเนอกลาม. ไม่มี เซโรซ่า. ข้อสำคัญที่ควรระวังคือเยอบที่อยู่เนอกระบังลมนั้นเป็นชนิด สตราทิไฟต์ สเควมัส เอบีธเลียม เหมือนกับเยอบของปาก. ส่วนที่อยู่ใต้กระบังลมนั้นเป็นชนิด คอสมันาร์ เอบีธเลียม อย่าง กระเพาะอาหาร.

วิทยาคลินิก

ทั้งได้กล่าวแล้วข้างต้น, มะเร็งของหลอดอาหารในเมืองไทยมีมากที่สุดคในขบวน มะเร็งของระบบทางเดินอาหาร, ซึ่งผิดปกติอันมาก. โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา มีประมาณ ๕ ของมะเร็งของ กระเพาะอาหาร (Ingelfinger) (1) หรือ เป็นที่ สอง ของมะเร็ง

ของ กระเพาะอาหาร (Ackerman). (2) Terracol แห่งฝรั่งเศส (3) กล่าวว่าอุบัติการของมะเร็งของหลอดอาหารเมื่อเทียบกันส่วนอื่น ๆ ของระบบทางเดินอาหารไม่มีใครทราบ, อาจจะเป็นระหว่าง ๔-๑๘ ต่อร้อย. สถิติจากเยอรมนี ระหว่างปี ๑๙๒๕-๑๙๓๓ จากการผ่าศพ ๑๒๔,๘๒๗ ราย, คอว์แมน แสดงให้เห็นว่า มะเร็ง ของ หลอด อาหาร มีตำแหน่ง เป็นที่ ๔ รองลงมา จาก กระเพาะอาหาร, ปอด, และไส้ทรวง.

อายุ มะเร็งของหลอดอาหารเป็นในมัชฌิมวัยและปัจฉิมวัย. แต่ในเด็กที่มีอายุเพียง ๑ ขวบก็เกิดได้. (4) อายุของผู้ป่วย ๓๕๗ คนแสดงให้เห็นในตารางต่อไปนี้:

	อุดม (๓๕๗ ราย)	Shedd (๑๘๐ ราย) (5)	Mustard (๓๘๑ ราย) (6)
๒๑-๓๐ ปี	๒	—	—
๓๑-๔๐ ปี	๒๕	๑	๒
๔๑-๕๐ ปี	๘๒	๑๑	๓๕
๕๑-๖๐ ปี	๑๗๒	๕๗	๕๕
๖๑-๗๐ ปี	๕๐	๖๕	๑๓๘
๗๑-๘๐ ปี	๒๐	๔๐	๘๗
๘๑-๙๐ ปี	๒	๒	๒๒

ในคนไทยมะเร็งของหลอดอาหารเริ่มแต่ชายน้อย. ชาย ๓๐ กว่าก็มีไม่น้อย, ผิดกับพวกตะวันตกซึ่งหายาก. คนไทยระหว่าง ๕๐—๖๐ ปีเป็นอายุที่มากที่สุด. แต่ในพวกตะวันตกไปมีมากเอาเมื่ออายุเลย ๖๐ ปี, ซึ่งของเราชั้ก็จะซาลงแล้ว.

เพศ มะเร็งของหลอดอาหาร เป็นในชายมากกว่าหญิง, ทั้งสถิติต่อไปนี้:

Mustard	ชาย : หญิง	เท่ากับ	๒ : ๑
Udom	,, : ,,	เท่ากับ	๕.๓ : ๑
Shedd	,, : ,,	เท่ากับ	๗ : ๑
Buchner ⁽⁷⁾	,, : ,,	เท่ากับ	๑๐ : ๑

อาชีพ เกยวกับอาชีพเราแบ่งผู้ช่วยออกได้ดังต่อไปนี้:

	ไทย	จีน
๑. ชายของ (ทนาย, พายเรือชาย)	๒๔	๑๐๐
๒. ชาวนา, ชาวสวน	๔๑	๑๒
๓. คนงาน	๑๑	๔๕
๔. ทำงานบ้าน	๒๖	๑๓
๕. ข้าราชการ (แพทย์ ๑)	๑๗	—
๖. พระสงฆ์	๑๓	—

ตามอาชีพเห็นว่าส่วนมากเป็นคนงาน, ทำงานลำบากตรากตรำ, ตากแดด. พวกทนายเริ่มมาก. แปลกที่มีพระสงฆ์ค่อนข้าง

เชื้อชาติ มีคนไทย ๑๘๔ คน, จีน ๒๑๓ คน, เท่ากัน ๑ : ๑.๑๗. ตัวเลขนี้มีความสำคัญเมื่อเราทราบว่าพลเมืองของเรามี ๒๔ ล้านคน, มีคนจีนอยู่ประมาณ ๒ ล้านคน. แสดงว่ามะเร็งชอยเป็นในคนจีนมาก. ถึงแม้ยอมสนับสนุนความเห็นที่ว่าชาวจีนชอยรับประทานข้าวต้มร้อนหรืออาหารที่ร้อน ๆ เป็นเนื่องนี้. (8) สถิติจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ก็คล้ายกับของเรา, คือ ไทย : จีน เท่ากัน ๑ : ๑.๖.

มาก. ในจำนวนนี้มีแพทย์ชาวโศ ๑ คน, เป็นบิดาของผู้มชอในปัจจุบัน.

มะเร็งของหลอดอาหารแบ่งตามตำแหน่ง

ผู้เขียน		อุดม	นากายามา	สมายา	มัสตาร์ด
ส่วนคอ		๓ (๐.๗%)	๔ (๑.๓%)		๑๒๔ (๓๒.๕%)
ส่วน	ต้น	๔๘ (๑๒.๐%)	๒๗ (๗.๗%)	๒๖๖ (๑๖.๑%)	๑๕ (๕.๐%)
	กลาง	๒๐๖ (๕๔.๕%)	๘๐ (๒๖.๗%)	๕๕๖ (๓๔.๓%)	๑๒๒ (๓๒.๐%)
อก	ปลาย	๑๑๘ (๓๑.๕%)	๑๕๓ (๖๔.๓%)	๗๐๐ (๔๒.๕%)	๑๑๓ (๒๘.๗%)
รวม		๓๗๕ ราย	๓๐๐ ราย	๑,๖๔๖ ราย *	๓๘๑ ราย
ไม่มีบ่งส่วนไหน		๒๒ ราย		๔๖ ราย	๓

* ตลอดหลอดอาหาร ๖ ราย

จากตารางข้างบนเห็นว่ามะเร็งเป็นทั้งส่วนต่าง ๆ ของหลอดอาหารไม่เหมือนกัน, แล้วแต่ประเทศ. ใน โทรอนโท, คานาดา, มีมะเร็งหลอดอาหารส่วนคอกมากไม่แพ้ส่วนอื่นหรือมากกว่า, เทียบกับประเทศอื่นไม่ได้เลย. เช่นของเมืองไทยและญี่ปุ่นมีอยู่ไม่กี่ราย. มะเร็งส่วนกลางของหลอดอาหารและส่วนปลายนั้นที่ไหนจะมีมากกว่ากันบอกได้ยาก. เทียบกันหลายสถิติจากญี่ปุ่น, จากเยอรมนี (9) และอเมริกาแล้วรู้สึกส่วนล่างจะมากกว่า. แต่ในเมืองไทยนั้นส่วนกลางมีมากที่สุด, ทั้งสถิติข้างบนและสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (10)

อาการ แบ่งได้ออกเป็น ๓ ระยะ, คือ ระยะเริ่ม, ระยะเป็นเต็มที, และระยะสุดท้าย. การแบ่งนี้เพื่อประโยชน์ในการบรรยายและตามใจชอบ. ผู้สนใจจะไม่เห็นชอบด้วยก็ได้. ระยะแรกเริ่มอาจจะไม่มักได้.

ระยะแรกเริ่ม อาการแรกคือกลืนอาหารติดเล็กน้อย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรับประทานอาหารไปคำใหญ่, เช่นกินข้าวต้มผัด, หรือกลืนเม็ดกระท้อนอาจจะเป็นอาการแรกที่ทราบว่าติด. ถ้ากินน้ำตามไปจะค่อยสะดวก. อาการจะค่อย ๆ มากขึ้นจนประมาณ ๓ ของวงหลอดอาหารเป็นมะเร็ง,

อาหารแข็งจึงผ่านไม่ได้.

ระยะเป็นเทมท การกลืนอาหารลำบาก

นนมากจนเป็นลำคัมและไม่อ่อนคลายเลย. ที่แรกก็เป็นเฉพาะอาหารแข็ง. ต่อมาอาหารเหลว, อาหารคั้น, และในที่สุดก็ได้น้ำใส ๆ. ผู้ป่วยจะบอกได้ว่าอาหารติดอยู่ที่ตรงระยะไหน. มักจะชหรือบอกตำแหน่งบนหน้าอกที่ตรงกับการอุดตันของกระเพาะอาหาร.

อาการอย่างอื่นมีน้ำตาลายมากและลำารอก, กลืนเหนียวน้อย.

อาการผอมเป็นอาการสำคัญและเห็นได้ชัดเจนมาก. ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงมาก, ๕-๑๐ กก. เป็นอย่างน้อย.

อาการเจ็บมีสองอย่างคือ (๑) เจ็บหลังอาหารเจ็บเป็นพัก ๆ, เกิดเพราะการบีบเกร็งของหลอดอาหาร, และ (๒) เจ็บเรอ ๆ, ตรงหลังบริเวณที่เห็น, เกิดเพราะการอักเสบรอบ ๆ หลอดอาหารหรือใน เมคิอัสติเนียม, และโดย การแทรกซึม ของมะเร็งไปกระดูกสันหลัง.

อาการอาเจียนเป็นรเฟล็กซ์ บ่อยกับการพองเกินขนาดของหลอดอาหาร. สิ่งที่อาเจียนออกมานั้นน้อย และเป็นอาหารทวียประทานปนกับน้ำตาลายเห็นขว ๆ. เศษของ

มะเร็งอาจจะหลกออกมาด้วย. อาเจียนเป็นเลือดก็มิได้บ่อย.

ระยะสุดท้าย ภายในเวลาครึ่งชั่วโมงก็ช่วยผอมจนหนังหุ้มกระดูก, อ่อนเพลียงอย่างรวดเร็วและในที่สุดก็ถึงแก่กรรมเพราะเหตุหลายอย่าง, เช่นจากปอดซึ่งมีช่องติดต่อยุ่ระหว่างหลอดอาหารกับหลอดลม, การแตกของเอออร์ตา, หรือเยื่อหุ้มหัวใจและ เมคิอัสติเนียม อักเสบ.

ต่อไปขอยกตัวอย่างเพื่อแสดงอาการต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว.

พระภิกษุ, อายุ ๖๑ ปี (ล.น. ๕๕๕๓.๕๒), มา ร.พ. ด้วยอาการสำคัญว่ากลืนอาหารไม่สะดวกมา ๔ เดือน. ๔ เดือนก่อนมา ร.พ. รู้สึกว่าเวลาฉันข้าวสวกลืนไม่ค่อยสะดวก, คล้ายอาหารค้างอยู่ในคอประมาณระดับห้วงกระดูกไหปลาร้า. ต้องรออยู่สักครึ่งถึงรู้สึกโล่งและฉันอาหารคำใหม่ได้. ไม่รู้สึกเจ็บคอ. ยังกินอาหารได้มากเท่าเก่า, แต่ต้องกินช้า ๆ, เป็นเวลานานจึงจะอม. บางครั้งต้องคมนาตามไปด้วย. รู้สึกว่าโล่งคอเร็วกว่าเวลาไม่คมนา. อาการกลืนไม่สะดวกนั้นค่อย ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ.

หนึ่งเดือนครึ่งก่อนมา ร.พ. รู้สึกปวด
หน่วง ๆ ที่คอตรงบริเวณที่รู้สึกว่าการกิน,
แต่ต่ำลงมาเล็กน้อย. อาการกลืนไม่สะดวก
มีมากจน, แต่ยังคงกินข้าวสวยได้. ต้องกิน
น้ำตามทุกคำและต้องคอยนานกว่าจะรู้สึก
โล่งคอ. จำนวนอาหารที่ฉันมีอยู่หนึ่ง ๆ ยัง
มากเท่าเดิม.

แปดวันก่อนมา ร.พ. ฉันข้าวสวยไม่ได้.
ฉันน้ำตามมาก ๆ ก็รู้สึกว่าไม่ค่อยลง, จึง
เปลี่ยนเป็นข้าวต้ม. กลืนลงไปได้แต่รู้สึกติด
มาก. คำหนึ่ง ๆ ต้องคอยนานมาก. ข้าวต้ม
หนึ่งชามต้องใช้เวลานานราว ๑ ชั่วโมง.

สามวันก่อนมา ร.พ. ฉันข้าวต้มก็ไม่ลง,
ต้องฉันแต่น้ำอย่างเดียว. รู้สึกว่าติดคอ
เช่นกัน, แต่ยังไม่ลงได้ข้าง. นาน ๑ ชั่วโมงแล้ว
ต้องใช้เวลานานราวครึ่งชั่วโมงจึงหมด.

ใน ระยะที่ กลืน อาหาร ไม่ สะดวก นม
อาการแน่นท้องข้างข้างคราว. ไม่ปวดท้อง
ไม่อาเจียน. ท้องไม่ผูก. รู้สึกว่าผอมซบซัด
ลง. อ่อนเพลียมาก, ไม่มีกำลัง. จึงมา ร.พ.
(ผู้จรรยาณ น.ศ.พ. ม.ร.ว. สถาพร
เกษมสันต์.)

การ เปลี่ยน แปลง ของ อาการ แล้วแต่

ตำแหน่งของมะเร็ง

ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญเกี่ยว

กับอาการมาก. พวกมะเร็งตรงส่วนคอของ
หลอดอาหารมักมีอาการเจ็บและเสียดเวลา
กลืนอาหารร่วมกับการกลืนลำบากด้วย. รั
สึก ติด บริเวณ คอ หอย และ ลก กระเดือก,
คล้ายมีอะไรมาขยี้ไว้ (สมโพธิ พกกระเวส
ล.น. ๘๕๑๔.๕๑). ทั้งนี้จะเป็นเพราะ
ว่าส่วนบนของหลอดอาหารนั้นมีประสาทมา
เลียงมาก. นอกจากนั้นมีอาการไอและเสียด
แสบด้วย. บางครั้งก็มีอาการเหมือนอกข้าง
ปลาไปติดอยู่ (ผ.ป. ๑๒๗๕๔.๐๓). ถ้าเอา
มือล้วงอาจจะพบก้อน (ภ.ท. ๕๕๖๕.๕๐).

มะเร็งของส่วนกลางของหลอดอาหารมี
อาการดังตัวอย่างที่ได้อธิบายมาแล้วข้างต้น.

มะเร็งของส่วนล่างของ หลอด อาหารมี
อาการสำคัญคือรู้สึกว่าการกินไปติดจนแน่น
อยู่ตรงล้น. ถ้ามีอาการมากถึงนั้นและทำ
ให้อาเจียนออกมา, อาการจะเสียดจะหายไปทันที. อาการบางพวกอาจจะเหมือนแผล
ในกระเพาะอาหาร. การติดไม่ใช่อาการ
สำคัญ, แต่มีอาการปวดท้องหลังอาหาร
แถมด้วย, มีลมวุ้นในท้อง, อุจจาระเป็นสีดำ.

อาการแทรกซ้อน

๑. การอุดกั้นหลอดอาหาร เป็น อาการ
สำคัญอย่างหนึ่ง. เกิดเพราะกินอาหารคำ

โตเกินไปถึงไต่กล่าวแล้ว, เช่นกินข้าวต้ม ผักหรือกลั่นเม็ดกระท้อนเข้าไป.

๒. การอักเสบของเมดิอัสตินัม ถ้าโรค เป็นนานและมีแผลใหญ่ ก็อาจจะลุกลามเข้า เมดิอัสตินัม ทำให้เกิดการ อักเสบ ลุกลาม ทั่วไป (phlegmonous) หรือเป็นหนองเฉพาะ ฑิ (abscess).

๓. ต่อมน้ำเหลืองโต ที่คอถ้าโตชิดจนคอท คอเหนือไหล่ลาร้า. เป็น ไท่ทั้งสองข้าง, ข้าง ซ้ายมากกว่าข้างขวา. อาจจะมาจกหลอด อาหารส่วนไหนก็ได้. เพราะฉะนั้นเมอพบ ต่อมน้ำเหลืองโตแถวไหล่ลาร้า, ควรจะ ถามเรื่องการกลั่นควยว่าลำยากหรือเจ็บหรือ เยล่า. อย่าคิดว่าเป็น ลียมโฟซาร์โคมา หรือ อะคีโนปาลิยี่ อิน ๆ. นอกจากอาการ โตแล้วยังทำให้มี อัมพาต ของ ประสาท รี- เคอร์เร็นท์, ฟรีนิก, และ เวกัส.

๔. กล่องเสียงและหลอดลม เป็นโดยเฉพาะ ในพวกมะเร็งของ ส่วนบนของ หลอดอาหาร, ทำให้ มี การโต ที่คอ บริเวณ ต่อม ธัยรอยด์, ทำให้หลงผิดว่าเป็นโรค ธัยรอยด์ โต, ทำให้หายใจลำบาก, โดยหลอดลมตีบและตัน.

๕. แผลซอณฑล (ฝีสดูลา) มีอยู่ระหว่าง หลอดอาหารและหลอดลม, ซึ่งทำให้มีการ แทรกแซงอย่างรุนแรงเกี่ยวกับยอด. มัก เป็นระยะสุดท้ายของโรค.

๖. ระบบหัวใจและหลอดโลหิต การกด ของ ซุปเรอรั วนา คาวา โดยต่อมน้ำเหลือง ที่โต, ทำให้มีอาการอย่างที่เรียกว่าการอุดตันของหลอดโลหิตดำใน เมดิอัสตินัม อัน สูง.

การกร่อนของ เอออร์ตา โดยการแทรก ซึมของมะเร็งทำให้มี เลือดออกไซกโซจน ถึงชีวิต. การร่วของ เอออร์ตา อาจจะได้ โดยใช้กล้องตรวจ หรือโดยการผลทของ มะเร็งภายหลังการฉายรังสี เรินทเกิน.

การตรวจพิเศษ

(๑) การตรวจทางรังสี เป็นการตรวจ ที่สำคัญที่สุด และบอกได้ว่าเป็นมะเร็งเกือบ ร้อยเปอร์เซ็นต์ เมื่อได้รวมเอาประวัติเข้า มากด้วย.

(๒) การตรวจด้วยเครื่องตรวจหลอด อาหาร

การใส่ เครื่อง ตรวจ นั้น ลำยาก ทั้ง ผู้ได้

และผู้ถูกใส่ ท้องอาศัยความชำนาญพิเศษ, แม้กระนั้นก็ยังไม่วายมีการทะลุบ่อย ๆ. ที่จริงเครื่องนี้ มีประโยชน์ มากใน ระยะแรก ซึ่งมีความสงสัยไม่แน่นอน. การตัดเนื้อมาตรวจใน ระยะแรกให้ผลบวก มากกว่าใน ระยะหลัง ๆ เมื่อเห็นจากรังสี ชัดเจนแล้ว. ในรายที่แน่ชัด แล้วว่า เป็นมะเร็งไม่จำเป็นจะต้องทำการตรวจด้วยกล้อง, ควรทำการผ่าตัดเลย. การตรวจนี้ไม่ควรทำสำหรับมะเร็ง หลอดอาหารทุกราย (Terracol).

(๓) การตรวจทางซีโตโลยี การตรวจให้ผลบวกถึง ๕๘ ๒๕.. ในรายที่การตัดเนื้อลำยากไม่ไ้ผลอาจจะช่วยพิสูจน์ได้. การตรวจเซลล์นี้อาจจะทำโดยใช้การป้ายธรรมดาหรือชะล้างด้วยน้ำเกลือ.

พยาธิวิทยา

ขนาดของมะเร็ง อาจจะเล็กน้อยหรือกระจายไปทั่วทั้งหลอดอาหาร. โดยมากขนาดระหว่าง ๓-๖ ซม.

รูปร่างที่เห็นด้วยตาเปล่า มี ๓ อย่างด้วยกัน:

- (๑) ขานเหมือนคอกกะหล่ำปลี (Fungating)
- (๒) แผลกินลึก (Ulcerating)
- (๓) แทรกซึมไปในไตเยอบุ (Scirrhou)

พวกที่เป็นแผลกินลึกมีมากที่สุด. ตามพยาธิวิทยา ส่วน ละเอียก เรา แบ่ง ออกเป็น:

- ๑. Epidermoid หรือ epithelioma
- ๒. Basal cell หรือ atypical epithelioma, มาจาก เบซัล เซลล์, ไม่มี เคราติไนเซชัน.
- ๓. Transitional, มีลักษณะอยู่ระหว่าง ๒ อย่างแรก.

- ๔. Adenocarcinoma
 - ๕. Anaplastic carcinoma
 - ๖. Lympho-epithelioma
- ส่วนมากเป็น เอพิเคอร์มอยด์ คาร์ซิโนมา และอยู่ส่วน ๒/๓ ข้างบน. มะเร็งในส่วน ๑/๓ ล่างอาจจะเป็น สความัส เซลล์ หรือ อะดีโนคาร์ซิโนมา. ที่เข่นคิงนักเพราะส่วนล่าง ของ หลอด อาหารมี เยอบุ ของกระเพาะอาหารปะปนอยู่บ่อย ๆ.

แบ่งตามจุลกายวิภาควิทยา, มะเร็งหลอดอาหารของเรามีดังต่อไปนี้:

- ๑. Squamous cell carcinoma ๑๘๖ ราย
- ๒. Anaplastic ,, ๒๑ ราย
- ๓. Adeno-carcinoma ๑๑ ราย
- ๔. ไม่ได้วินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ๑๗๕ ราย

การรักษา

เราแบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๔ พวก:

๑. ไม่ได้รับการรักษาทางศัลยกรรมเลย มีอยู่ ๑๐๐ ราย. คนไข้พวกนี้มาในภาวะที่หนักเต็มทีจนไม่มีประโยชน์อะไรจะทำการผ่าตัด, หรือบางพวกไม่ยอมรับการผ่าตัด.

๓. การทำผ่าตัดเพื่อรักษา

Trans-thoracic esophagectomy	๕๗ ราย
Abdomino-thoracic esophagectomy	๖๓ ราย
Yudin's operation	๓๔ ราย
Esophagectomy using graft	๑๒ ราย
Woockey's operation	๓ ราย
รวม	๑๖๗ ราย

๒. ได้รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตไปชั่วคราว

ก. ผ่าระบายกระเพาะ ๑๐๔ ราย
 ข. ผ่าระบายเจจุน้มน้ ๑๒ ราย
 รวม ๑๑๖ ราย

ในขั้นแรก ๆ นั้นไม่มีการพยายามที่จะทำการผ่าตัดใหญ่โต. เกือบทุกรายทำการผ่าระบายกระเพาะ. มีบางรายเท่านั้นที่ไ้รับทำการผ่าระบายเจจุน้มน้.

การผ่าตัดได้

ผู้รายงาน	ปี	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	ที่ผ่าตัดได้
Garlock, Mt. Sinai Hosp.	1936-1952	457	42.9%
Puestow, V.A. Hosp.	1939-1954	489	13.3%
Watson, Memorial Hosp.	1931-1955	1250	11.1%
Nakayama	1946-1956	1886	41.3%
Mustard, Toronto G.H.	1937-1953	381	34.9%
อดม, ศิริราช	1946-1959	397	30.9%

เปรียบเทียบผลการรักษาทางศัลยกรรม

	Mustard	Sweet lower esophagus	Sweet Midthoracic	Nakayama	อุดม
ผู้ป่วยทั้งหมด	381			1886	397
รับการผ่าตัด	100	147	107	739	169
อัตราการตายใน ร.พ.	48 (36.1%)	17 (11.6%)	26 (24.3%)	35 (4.7%)	53.25%
มีชีวิตรอยู่หลัง ๕ ปี	—	—	—	—	171 (43%)
	19.4%	17.5%	4%	2.5%	?

จากผลข้างบนนี้เห็นว่า การผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหารของเราก็ดูไม่ค่อยดี แต่อัตราการตายจากการผ่าตัดนั้นสูงมาก. ทั้งนี้ด้วยเหตุหลายประการ. ประการที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยที่มาหาเรานั้นเป็นมาแต่แล้ว, และเราก็คงพยายามจะเอาออก. ถ้าจะเลอะเพี้ยนกันจริงๆ เขาแต่ที่มันไม่ดีเลย, อัตราตายอาจจะลดน้อยลงกว่านี้มาก. นอกจากนี้เรื่องของอุปกรณ์และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของเรา ยิ่งต่ำลงมาก, ซึ่งไม่สามารถจะแก้ไขได้, เพราะหากคนสนับสนุนไม่ได้.

๔. การรักษาทางรังสี

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางรังสีทั้งหมดมี ๕๐ คน. แบ่งออกได้เป็นพวกๆ ดังต่อไปนี้: พวกหนึ่งได้รับแตรรังสีเท่านั้น ๑๓ คน, พวกหนึ่งได้รับรังสี ภาย หลัง ผ่าตัด เพื่อให้อาหารมี ๓๗ คน, พวกหนึ่งได้รับการตัด

หลอดอาหารออกและได้รับรังสีต่อไปมี ๔๐ คน. ผลของการรักษายังไม่ได้รวบรวมไว้. แต่ตามคำบอกเล่าของนายแพทย์โรจน์ สุวรรณสิทธิ์ ผลนั้นไม่เป็นที่น่าพอใจนัก. ส่วนมากอยู่ได้ไม่เกิน ๑ ปี. มีคนเคียวที่อยู่ได้เกิน ๓ ปี.

การที่จะเปรียบเทียบผลของการรักษาด้วยการผ่าตัดและการรักษาทางรังสีนั้นเป็นการยาก, เพราะส่วนมากการผ่าตัดเป็นการรักษาขั้นแรก. เมื่อผ่าตัดไม่ได้จึงใช้รักษาด้วยรังสี. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเลยจะตายภายใน ๒ ปี. การรักษาโดยรังสีแบบใหม่ทำให้ผู้ป่วยประมาณ ๑๐ เปอร์เซ็นต์ อยู่ได้เกิน ๒ ปี. ที่อยู่เกิน ๕ ปีมีไม่ถึง ๑ เปอร์เซ็นต์.

สรุป

๑. มะเร็งของหลอดอาหารที่ศิริราช พยายามใน ๑๔ ปี มี ๓๕๗ ราย. นับว่า

มีมากที่สุด^๕ ในขบวนการมะเร็งของระบบกระเพาะลำไส้^๕ ซึ่งผิดปกติ^๕ มาก. แม้แต่ในประเทศญี่ปุ่น^๕ ที่อยู่ในเอเชียเหมือนกับเรา, สถิติของมะเร็งของหลอดอาหารยังน้อยกว่า^๕ มะเร็งของกระเพาะอาหาร. ในสหรัฐ^๕ มีเพียง^๕ ๑ ของมะเร็งของกระเพาะอาหาร.

๒. มะเร็งของหลอดอาหารเป็นในคนไทยหรือจีนที่อายุน้อย, เริ่มแต่อายุ ๓๐ ปี, และมีมากที่สุด^๕ ในอายุระหว่าง ๕๐-๖๐ ปี. ในพวกผิวขาวเริ่มแต่อายุ ๕๐ ปี, แล้วไปมีมาก^๕ เหนือระหว่าง ๕๐-๗๐ ปี. เป็นในชายมากกว่าหญิงประมาณ ๕ เท่า. เป็นในจีนมากกว่าไทยเกือบ ๒ เท่าตัว, และมักเป็นในพวกคนจน.

๓. ตำแหน่งของมะเร็งของหลอดอาหารที่เราพบส่วนมากอยู่ตรงส่วนกลางของหลอดอาหาร. ส่วนล่างพบรองลงมา.

๔. อาการที่สำคัญมักกินอาหารแล้ว^๕ ทึบ, ทึบอยู่ในตำแหน่งซีกเงินหลังกระดูกหน้าอก. อาการนอกนั้นมีเจ็บเวลากินหรือ^๕ เจ็บเรื่อย ๆ ไป, อาเจียน, น้ำลายมาก.

๕. ตามพยาธิวิทยาส่วนละเอียดมะเร็ง^๕ แบ่งออกเป็น สควมัส เซลล์ คาร์ซิโนมา,

ซึ่งมีมากที่สุด^๕, ต่อมา^๕ อนุบาลาสติก คาร์ซิโนมา และ อีโนคาร์ซิโนมา.

๖. ในจำนวนมะเร็งของหลอดอาหาร ๓๕๗ ราย, ทำผ่าตัดได้ ๑๖๕ ราย. การผ่าตัด^๕ คนนี้มีหลายแบบแล้วแต่ตำแหน่ง. มีอัตราการตายถึง ๕๓.๒๕ เปอร์เซ็นต์.

เอกสาร

1. Ingelfinger, F.J. : Malignant Neoplasms of Esophagus, Textbook of Medicine, by Cecil and Loeb, Saunders, Pa., 1959.
2. Ackerman, L.V. : Epidermoid Carcinoma of Esophagus, Surg. Pathol., Mosby, St. Louis, 1953.
3. Terracol, J. and R.H. Sweet : Diseases of the Esophagus, Saunders, Pa., 1958.
4. Hoffman, F.L. : New Engl. J. Med. 211 : 769, 1934.
5. Shedd, D.P. et al : Surg., Gyn. Obs. 101 : 55, 1955.
6. Mustard, R.A., O. Lobberson : Ann. Surg. 144 : 927, 1956.
7. Büchner, F. : Spez. Pathol. Urban., Wien, 1956.
8. ต้นสุรัตน์, ประดิษฐ์ : จ.พ.ส.พ. ๔๔ : ๑, ๒๕๐๔.
9. Nissen, R. : Carzinom des Cesophagus, Lehrb. d. Chirurgie, Thieme, Stuttgart, 1958.
10. ปิยะรัตน์, ป. และ พิศมัย อร่ามศรี : จ.พ. ส.ท. ๔๓ : ๑, ๒๕๐๓.

(Summary of the fore-going Article)

CARCINOMA OF THE GASTRO-INTESTINAL TRACT

I. Carcinoma of Oesophagus

Udom Poshakrishna, M.B., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig)

(Dept. of Surgery)

(Head of Dept. : Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

In 14 years (1946-1959) the Dept. of Surgery admitted 1131 cases of carcinoma of the gastro-intestinal tract; of these, oesophageal cases amounted to 35.1 percent (397 cases). The age of highest incidence was 40 to 70 years, the male being involved more than the female in the proportion of 5.3 to 1, and Chinese slightly more than Thai (1.17 to 1). The working classes were more frequently affected. The chief symptoms were progressive difficulty in swallowing, salivation, regurgitation, pain - postprandial or constant, and wasting. Complications beside obstruction included mediastinitis, cervical lymphadenoma, compression of trachea, oesophago-tracheal fistulae, pressure on the superior

vena cava, and erosion of aorta. Roentgenology was the most useful aid in diagnosis; next came cytology, while oesophagoscopy was deemed dangerous. Histologically squamous cell carcinoma was most frequent (186 cases), followed with a big margin by the anaplastic type (21 cases). One hundred cases came too late for help. As palliative measure 104 gastrostomies and 12 jejunostomies were performed, while 169 curative operations were attempted, giving an operability of 30.9 percent. The mortality rate was 53.25 percent. A fairly complete review of anatomy and clinical features is given, together with comparison of statistics.

(Ten references)

กายวิภาคศาสตร์ในสหรัฐอเมริกา

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ข้อความที่จะเสนอต่อไปนี้ได้มาจากการ
ฟังปาฐกถา สอง เรื่องที่ แสดง ในการ ประ-
ชุม ครึ่งที่ เจ็ด ของ นัก กาย วิภาค ศาสตร์
ระหว่างชาติที่เมืองนิวยอร์กเมื่อเดือน
เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๓. เรื่องแรกชื่อว่า
“The Past of Anatomy in the United
States” โดยศาสตราจารย์ George W.
Corner ซึ่งเคยเป็นผู้อำนวยการสถาบันที่
ชื่อเสียงในการค้นคว้าทางเอมบริยอโลยี
ของโลกคือ Carnegie Institute of Embry-
ology ที่เมืองปิตต์สเบิร์ก. เรื่องที่สองคือ
“The Future of Anatomy” โดยศาสตราจารย์
H. Stanley Bennett, ศาสตราจารย์
กายวิภาคศาสตร์แห่ง University of
Washington, Seattle, Washington, และ
เป็นผลจากการฟังการ ประชุมและการดูงาน
หลังการประชุมแล้ว.

ปรากฏว่าวิชากายวิภาคศาสตร์ของ
อเมริกาฟัง จะมี การเจริญ ก้าว หน้า ภายใน
๘๐ ปีนี้เอง. ก่อนหน้านั้นคือในราวกลาง
ศตวรรษที่ ๑๘ การสอนกายวิภาคศาสตร์
ต่อผู้ที่ต้องการเรียนแพทย์แต่ชาติที่นุรอนจะ

ออกไป คึกคักที่ ยุโรป คือ อาศัย การเรียน
จากการฟังปาฐกถา, คุยวิวะจากแผ่นภาพ
และหุ่นจำลองเท่านั้น, แยกเกี่ยวกับการ
สอนกายวิภาคศาสตร์ แก่นักศึกษาแพทย์
ของประเทศไทยในสมัยแรกเริ่ม. ตาม
ประวัติกล่าวว่า Abraham Chovet ได้เป็น
คนแรกที่คิดทำการ สอน แยก ณ เมืองฟลา
เดลเพียในปี ค.ศ. ๑๗๖๒, เป็นเวลา ๑๔
ปีก่อน อเมริกาถือ สงคราม แยก ตัวออกจาก
อังกฤษเป็นอิสระ. Chovet ได้รับการฝึก
ฝนมาจากลอนดอนและปารีส. ถัดมากมี
การสอนแยก ณ เมืองปิตต์สเบิร์กและเมืองอื่นๆ
ด้วย. จนกระทั่งในปี ๑๘๒๖ การสอนที่
คานาดา, นิวอิงแลนด์และนิวยอร์กก็คง
เป็นแยกเดียวกัน. สถานการสอนที่กล่าว
แล้วเปรียบเทียบกับไม่ได้กับการ สอนที่ ดำเนิน
โดย William และ John Hunter ใน
ลอนดอน. ฉะนั้นเมื่อ มหาวิทยาลัยใน
อเมริกากลางมี สร้าง โรงเรียน แพทย์ ของ
สถานการสอนส่วนตัวเหล่านั้นก็ค่อยหมดสิ้น
ลง. คงเหลือแต่ที่ฟลาเดลเพียซึ่งเป็นโรงเรียน
แพทย์แห่งแรก ของ อเมริกา และได้ แต่งตั้ง

อาจารย์พวกนี้คนหนึ่งคือ William Shippen
 ชน เป็น ศาสตราจารย์ ภาย วิภาค คาสตร์คน
 แรกในปี ค.ศ. ๑๗๖๕. นอกจากจะมี
 ตำแหน่งในทางกายวิภาค คาสตร์ แล้ว ท่าน
 ผนึกไต่เป็นศาสตราจารย์ทางสัตติกรรมด้วย.

ในระหว่าง ระยะเวลา ตั้งแต่ปลาย ของ
 ศตวรรษที่ ๑๘ ถึงต้นศตวรรษที่ ๑๙ การ
 สอนกาย วิภาค คาสตร์ ของ เอคิน เบอเรอห์
 และลอนดอนมีอิทธิพลต่อการสอนวิชาใน
 อเมริกามาก. แนวการสอนทางทฤษฎีได้
 มาจาก เอคินเบอเรอห์และ การ ฝึก ฝน งาน
 ปฏิบัติกับศพได้จากทางพันของ Hunters ที่
 กรุงลอนดอน.

ในต้น ของ ศตวรรษที่ ๑๙ อเมริกามี
 ความต้องการแพทย์มากขึ้น. โรงเรียน
 แพทย์ ๓ แห่งคือที่มหาวิทยาลัยเพนซิล
 เวเนีย, โคโลัมเบียและฮาร์วาร์ดผลิตออกไป
 ทัน, ทำให้เกิดโรงเรียนแพทย์ส่วนตัวขึ้น
 หลายแห่ง. โรงเรียนแพทย์เหล่านี้บางแห่ง
 ก็มีโรงพยาบาลรวมอยู่ด้วย. แต่ถึงกระนั้น
 ก็เทียบไม่ได้กับโรงเรียนแพทย์ในลอนดอน.
 ปรากฏว่าส่วนมากของโรงเรียนแพทย์เหล่านี้
 ไม่มีมีโรงพยาบาลเอง, การศึกษาแพทย์
 จึงมีแต่เพียงเข้าฟังปาฐกถา. ห้องชำแหละ
 หมดกขาดการดูแลเอาใจใส่. โดยมากมี

คัลย แพทย์ เป็น ผู้สอน ภาย วิภาค คาสตร์.
 การขาดการเอาใจใส่และสนใจในวิชาขึ้น
 เพราะมีงานส่วนตัวต้องทำมาก. นอกจาก
 นั้นปรากฏว่า การ ใ้รับ ตำแหน่ง ศาสตราจารย์
 ภายวิภาคศาสตร์ยังเป็น ทาง ให้เข้าไป
 หากินเป็นศาสตราจารย์ทางคัลยกรรมด้วย.
 ตำแหน่งศาสตราจารย์ทางกายวิภาคศาสตร์
 จึงกลายเป็น ตำแหน่ง ทัมไว ซอ ชาย กน,
 หรือมีฉะฉานผิดของ การ ตำแหน่ง นี้ก็จะต้อง
 แสวงความ งามที่จะ บริจาค เงิน ก้อนหนึ่ง
 สมทบทุนของโรงเรียน, แยกเข้าเป็นนัก
 เรียน ของโรงเรียน บาง แห่ง ใน การ ศึกษา
 ปัจจุบัน. ศาสตราจารย์ Corner ได้เล่าว่า
 มีคัลยแพทย์ที่ เมือง ซานฟรานซิสโกสาร-
 ภาพกับท่านเมื่อ ค.ศ. ๑๘๘๕ ว่าเพื่อจะ
 เข้าไป มี ตำแหน่ง ใน วิชา คัลย ศาสตร์,
 คัลย แพทย์ผู้นั้น ได้เสียเงินไป ๑,๐๐๐
 ดอลลาร์ ซอ ตำแหน่ง ศาสตราจารย์ภาย
 วิภาคศาสตร์. วิชาภายวิภาคศาสตร์ของ
 อเมริกาจึงมี ลักษณะ เป็น แยก น อยู่ จน ถึง
 ค.ศ. ๑๘๘๐.

ระหว่าง ค.ศ. ๑๘๐๐ ถึง ๑๘๘๐
 เป็น ระยะเวลา ของวิชาภาย วิภาคศาสตร์
 ของ อเมริกา, ถึง จะมี คน เก่ง บ้างเช่น
 Morton ผู้แต่ง Crania Americana และ

Horner ผู้พบกล้ามเนื้อ tensor tarsi, Joseph Heidy ผู้ซึ่งได้เสนองานไว้หลายชิ้นทางกายวิภาคศาสตร์และสัตวศาสตร์ก็ไม่มีคนเห็นคุณค่า. แมตทิวอาร์คจะได้นำการสร้างพิพธิภักซ์โดย Warren สองคน ซึ่งเป็นศิษย์แพทย์คนหนึ่งและนักกายวิภาคศาสตร์คนหนึ่ง, ซึ่งต่อมาได้ชื่อว่า Warren Museum, ก็ไม่สามารถแก้ไขฐานะของวิชา หรือทำให้เจริญทัดเทียมกับที่เยอรมนี, เมอโรท, ลอนดอนและปารีสได้.

การแก้ไขมาเป็นผลจนเมื่อมหาวิทยาลัยบางแห่งของอเมริกา ตั้งต้นสนใจกับการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ในราวปี ๑๘๗๐. มหาวิทยาลัยเช่นฮาร์วาร์ด, เพนซิลเวเนีย, มิชิแกน, ได้ขยายหลักสูตรการศึกษาแพทย์ให้ยาวออกไป, แก้ไขวิชาสอนและวางหลักเกณฑ์แน่นอนในการรับนักศึกษา, เป็นผลทำให้เกิดห้องปฏิบัติการในสาขาต่างๆขึ้น นอกจากห้องชำแหละศพ, เช่นห้องปฏิบัติการทางสัตววิทยา, ทางจุลกายวิภาคศาสตร์และอื่นๆ. การเคลื่อนไหวนี้ทำให้เกิดโรงเรียนแพทย์ตัวอย่างขึ้นที่จอห์นส ฮอปคินส์ ในปี ค.ศ. ๑๘๘๓. นับเป็นโรงเรียนแพทย์แห่งแรกที่มหาวิทยาลัยมีอำนาจควบคุมโดยสมบูรณ์, และมีงบประมาณพอดำเนินการ

ต่างๆ ที่เขาใจว่าจะปรับปรุงให้กิจการแพทย์เจริญขึ้น. ห้องปฏิบัติการทางฝ่ายปรัลินิกก็มีผู้อำนวยการที่ชำนาญ ทั้งการสอนและการค้นคว้า. เป็นสมัยของผู้ยิ่งใหญ่ทั้งสี่คือ Welsh, Osler, Halstead และ Kelly. นอกจากนี้ก็มีผู้ชื่อเสียงในสาขานี้ เช่น Mortin, Abel, Mall, Lewellys, Barker, Warren Lewis และ Florence Sabin ก็ติดตามด้วย George Blumer, James Hurd และ Harvey Cushing, Flexner, Abraham และ Simon. จากตัวอย่างที่ฮอปคินส์เองทำให้อเมริกาในปี ค.ศ. ๑๘๐๐ ได้มีโรงเรียนแพทย์กว่า ๑๒ โรงเรียนขึ้น นอกจากมีการสอนวิชาแพทย์เป็นหลักฐานแล้ว, ยังมีห้องสำหรับค้นคว้าที่ควบคุมโดยผู้ที่ได้รับการฝึกฝนมาจากยุโรป, ทำให้เกิดการค้นคว้าของตัวเอง ทั้งในทางกายวิภาคศาสตร์, สัตววิทยา, สรีรเคมี, พยาธิวิทยาและวิทยาขั้เศร.

คนหนุ่มรุ่นนี้มีสองคนที่สมควรได้รับการยกย่องว่าได้ช่วยทำให้การศึกษากายวิภาคศาสตร์ของอเมริกาเจริญก้าวหน้าอย่างมาก. ผู้หนึ่งคือ Charles Sedgwick Monot ซึ่งไม่ได้เป็นแพทย์แต่เป็นนักธรรมชาติวิทยา ลูกศิษย์ของ Louis Agassiz, ชาวสวิส. นอกจากนั้นได้เล่าเรียนในยุโรปกับ Ludwig

Leuchart, His และ Ranvier. เมื่อกลับมา
 ขอสันในปี ค.ศ. ๑๘๘๐ ได้เข้าทำงานใน
 คณะทันตแพทย์ของ มหาวิทยาลัยฮาวาร์ด,
 เพราะ ขณะนั้นโรงเรียนแพทย์ของฮาวาร์ด
 ไม่ยอมรับผู้ที่ไม่ใช่แพทย์เช่นอาจารย์สอน
 ในโรงเรียนแพทย์. แต่ต่อมาด้วยความ
 สามารถของท่าน ๆ ก็ได้เป็นศาสตราจารย์
 ทางกายวิภาคศาสตร์ และวิชาเอ็มบริย
 โยของโรงเรียนแพทย์. ท่านได้ฝึกคน
 ออกไปเป็นนักกายวิภาคศาสตร์ที่มีชื่อเสียง
 หลายคน.

อีกผู้หนึ่งคือ Franklin P. Mall. ท่านผู้นี้
 เป็นแพทย์, ไปเรียนต่อที่เยอรมันเพื่อฝึกฝน
 ทางโรคตา, แต่ไปถูกอิทธิพลของ Ludwig
 และ His จึงหันไปชอบทางกายวิภาคศาสตร์.
 ได้รับแต่งตั้งเป็น ศาสตราจารย์ กายวิภาค
 ศาสตร์ที่จอห์นส ฮอปคินส์ เมื่อ ค.ศ.
 ๑๘๘๓. ในเวลา ๒๔ ปีต่อมาศาสตราจารย์
 Mall ได้ฝึกสอนนักกายวิภาคศาสตร์ขนาด
 เข้มมออกไปกว่า ๒๐ คน, ไปเป็นหัวหน้า
 แผนกกายวิภาค ศาสตร์ในโรงเรียน แพทย์
 ตั้งแต่บัลติมอร์ฝั่งตะวันออกถึงคาลิฟอร์เนีย
 ฝั่งตะวันตกของอเมริกา.

ฉะนั้น เห็นได้ว่าวิชากายวิภาคศาสตร์
 ของอเมริกาฝึกนักประเทศอื่น ๆ, เพราะผู้

ให้กำเนิดวิชาตามแผนใหม่แตกต่างกันใน
 อาชีพเดิม, แต่ได้มาประสมประสานกัน,
 ทำให้เกิด เป็น ลักษณะ เฉพาะ ของ วิชา ใน
 อเมริกาขึ้น. นอกจากอิทธิพลจากท่านทั้ง
 สองที่กล่าวมาแล้ว, วิชากายวิภาคศาสตร์
 ของประเทศนี้ยังได้รับจากแห่งอื่นบ้าง, เช่น
 จากมหาวิทยาลัยคอร์เนลล์ ซึ่งเป็นแหล่งที่ม
 การ สอน และ คึก ษาทาง morphological
 zoology อย่างเข้มแข็ง, จากมหาวิทยาลัย
 ซิกาโกและมิชิแกน ซึ่ง มีการ ทด ลอง ทาง
 แพทย์มาช่วยเสริม. แนวการเจริญก้าวหน้า
 ทางวิชาจึงแตกต่างไปจากแนวเดิมที่ยังคง
 ทำ อยู่ในยุโรปในเวลาเดียวกันซึ่งยังคง
 ศึกษานักอยู่แต่ทาง มหะกายวิภาคศาสตร์
 และทางกายวิภาคศาสตร์เปรียบเทียบ, ทำ
 ให้เกิดการขัดแย้งกันขึ้นบ้าง. นอกจากนั้น
 Minot และ Mall ยังได้ติดต่อร่วมงานกับ
 นักสัตวศาสตร์ ทำให้การศึกษานักไปทาง
 การทดลองค้นคว้ามากกว่าจะเป็นการศึกษา
 ภาวรูปวิทยาที่ตายตัว. โดยอาศัยอิทธิพล
 ของ Mall ทำให้โรงเรียน แพทย์ ของ มหา
 วิทยาลัยคอร์เนลล์แต่งตั้ง Charles R.
 Stockard ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของ Thomas
 Hunt Morgan, ผู้เชี่ยวชาญทางพันธุ-
 ศาสตร์, ขึ้นเป็นหัวหน้าแผนกกายวิภาค

ศาสตร์. ถอดกันว่าผู้เป็นหัวหน้าแผนกของวิชานักคนแรกของอเมริกาที่ไม่ได้รับการฝึกฝนทางแพทย์เลย.

คนอังกฤษที่ไปดู วิชากายวิภาคศาสตร์ของอเมริกา ถึง ก็บอกปากทีว่าจะทำให้คนอเมริกันรู้ วิชาที่ไม่ดีพอ ที่จะไปเป็นแพทย์. สำหรับคนอังกฤษเองคิดว่าถ้าลองใช้ชิ้นสักคอกหนึ่ง ยิงผ่าน เข้าไปไม่ว่าที่ ส่วนใดของร่างกาย, เขาสามารถจะบอกส่วนของร่างกายและอวัยวะจะ ถูกถูก ฉะนั้น ๆ ได้โดยไม่ผิดพลาด. เขาสงสัยนักกว่านักกายวิภาคศาสตร์ชาวอเมริกันจะทำเช่นนั้นได้หรือไม่. ชาวอเมริกันได้ตอบตามแบบ ชาวอเมริกันว่า “ท่านถ้าจะล้มเสียแล้วกระมังว่าอเมริกาในขณะนี้ไม่ได้สู้กันด้วยคนและคนสัตว์อีกต่อไปแล้ว.” การแปลกใจของคนต่างชาติในการศึกษาวิชา กายวิภาคศาสตร์ ของ อเมริกาที่ได้มีอยู่จน ค.ศ. ๑๘๓๐ โดยมีศาสตราจารย์ชาวเยอรมัน ที่ไป เยี่ยม ศาสตราจารย์ Corner ที่ โรเซสเตอร์ ถึง ก็บอกท่านว่า “Eine ganz besondere Anatomie!” เมื่อเห็น เครื่องมือ ทางเคมี ที่ ศาสตราจารย์ Corner มีอยู่ในห้องปฏิบัติการ, เพราะ ศาสตราจารย์ผู้ศึกษาออร์โมนในวิชากายวิภาคศาสตร์.

การเปลี่ยนแปลง ดัง กล่าวใน ขณะนี้ไม่ใช่เป็น ของ แผลง ปรุผลาด อีก ต่อไป แล้ว, เพราะได้กระจายไปทั่วโลก. การมีการทดลองในวิชากายวิภาคศาสตร์ เป็น สิ่งที่จะพบเห็นได้ทั่วไปในเยอรมัน, อังกฤษและทั่วทุกแห่งของอเมริกา. เป็นผลให้วิชากายวิภาคศาสตร์ ซึ่งคน ส่วนใหญ่ เข้าใจว่าตายแล้ว, ก็ศึกษาคนควากันจนสิ้นสลดแล้ว, มีโอกาสแทรกซึม ถ้าเข้าไปในงาน ของ วิชาแขนงอื่น ๆ ยิงชน. อาจพูดได้ว่าในวิชาเอ็นโดครินโโลยี และ สรีรวิทยาการสืบพันธุ์ความรู้ส่วนใหญ่เป็นผลงานของนักกายวิภาคศาสตร์.

พอผ่านเข้าระยะ นออเมริกา ก็ไม่ต้อง พึ่ง ความรู้ความสามารถจากทางยุโรป. การ พังพาสันลงเมื่อเสร็จสงครามโลกครั้งที่สอง. ขณะความก้าวหน้าของวิชาการใน สาขาของบาง แห่ง ใน อเมริกา กลับ ถึงจุด นักกายวิภาค ศาสตร์ อายุ น้อย จากยุโรป และ จากประเทศต่าง ๆ ให้กลับเข้าไปศึกษาในอเมริกา มากขึ้น. นอกจากวิชาการแล้วเขาพิจารณา คิดว่าทุนรอนในอเมริกาที่ทุ่มเท ให้กับวิทยาศาสตร์ ทุก แขนง ก็ จะ เป็น สาเหตุ สำคัญ ประการ หนึ่ง ที่ ทำให้ คนหนุ่ม ๆ มุ่ง ไป สู่ อเมริกา.

โดยอาศัยเครื่องมือ และ วิธีการใหม่ๆ
พร้อมทั้งความรู้จากวิชาแขนงอื่น ๆ ที่เข้าไป
ประสมประสานกัน, ทำให้วิชากายวิภาค
ศาสตร์ของ อเมริกาใน ขณะนี้ได้ เหลื่อมล้ำ
เข้าไปในวิชาแขนงอื่น ๆ เป็นอันมาก. แทน
ที่จะมีแต่ห้องเก็บศพ, ห้องเรียนชำแหละ
ศพ, ห้องเรียนทางจุลกายวิภาคศาสตร์
ห้องเรียนทางวิทยาเอ็มบริยอ, ห้องเรียน
ทาง กาย วิภาค ศาสตร์ ของ ระบบ ประ สาท,
ห้อง ค้นคว้า ทาง มนุษยวิทยากายภาพ และ
พันธุศาสตร์, แผนกกายวิภาคศาสตร์ของ
โรงเรียนแพทย์หลายแห่งของอเมริกามีห้อง
เลียงสัตว์ไว้ทดลองทางจุลกายวิภาคศาสตร์,
ทดลองทางการเจริญเติบโต, ทางระบบ
ประสาท, ทางอาหาร, ทางฮอว์โมน, ทาง
แคนเซอร์, ไม่แพ้ห้องเลียงสัตว์ของแผนก
อื่น ๆ. ห้องปฏิบัติการบางแห่งจะเป็นห้อง
ทดลองทางสรีรวิทยาของระบบประสาทก็ได้,
เพราะมี เครื่องมือเครื่องใช้ทาง อิเล็กตรอน-
นิคส์ ไว้ทดสอบ การ เปลี่ยนแปลงทางระบบ
ประสาท, และจะทำได้เปรียบกว่าห้องทดลอง
ของ สรีร วิทยา ของ บาง แห่ง คือ เมื่อ ทราบ
หน้าที่หรือการ ติดต่อกันแล้ว ก็มีคน คอยศึกษา
ทางกายรปวิทยาควบคู่ไปด้วย. จะคเป็นห้อง
ปฏิบัติการทางชีวเคมีก็ได้แต่ทำหน้าที่ไปทาง

ฮิสโตเคมี และ ชีวเคมี. จะคเป็นห้อง
ปฏิบัติการ ทาง รังสีเอกซ์ ก็ได้ เพราะ มีการ
ศึกษา ค้นคว้า ทงภาพนิ่ง และ ที่ถ่าย ทำเป็น
ภาพยนตร์. จะคเป็นห้องปฏิบัติการทาง
วาคิโอไฮโซโทป ก็ได้เพราะมีการปฏิบัติการ
เกี่ยวกับ ไฮ โซโทปรังสี แยก แยะ ออกไป
หลายอย่างหลายชนิด. จะคเป็นห้องปฏิบัติ
การทางพยาธิวิทยาก็ได้ เพราะไม่ใช่ มีการ
ทดลองศึกษาเฉพาะแต่ทางมะเร็งเท่านั้น. ใน
บางแห่งยังรกล้ำเข้าไปใช้ ยักษ์เทรี และ ต่อไป
อาจถึงไวรัสด้วยก็ได้. จะคเป็นห้องปฏิบัติ
การ ทาง สัตวศาสตร์ สาขา พันธุศาสตร์ ก็ได้
เพราะ มีการ เลียง สัตว์ ไว้ ทด ลอง ทาง
กรรมพันธุ์. นอกนั้นยังมีห้องปฏิบัติทางการ
เพาะเลี้ยงเนื้อ, ทางการศึกษาโชมโมโซม,
และในขณะนั้นสนใจกันมาก และ แข่งขันกัน
เป็นจริงจึงก็คคือการศึกษารายละเอียดใน ส่วน
ประกอบของร่างกาย ทง ใน มนุษย์ และ สัตว์
ด้วยทดลอง จด ทด ค้น อิเล็กตรอน. บางแห่งมี
เครื่อง น มาก อย่าง ไม่น่า เซอ คอ มี ถึง ๔
เครื่อง. แบ่งออกเป็นหน่วยย่อย ๆ ตั้งแต่
การฟิชเชอ, การตัดเนื้อ, การดู, การ
ถ่ายจนออกมาเป็นภาพ, สำเร็จเป็นห้อง
ปฏิบัติการของแต่ละหน่วย. พยานในเรือนนี้

กคออเรื่องที่น่าไปแสดงในการประชุม ครองที่
 เจ็ด ของ นักกาย วิชาศาสตร์ นานาชาติที่
 กล่าวแล้วซึ่งมีเรื่องเสนอกันกว่า ๖๐๐
 เรื่อง, ประมาณ ๑๐๐ เรื่อง
 เป็นการศึกษากจากกล้องจุลทัศน์แบบน, ใน
 สังกแสดง ๑๒๕ รายการนประมาณ ๕๐
 ปรช. เป็นผลจากการศึกษาโดยวิธีเดียวกัน.
 ผลจากการศึกษาโดย ฮาศัย เครื่อง มอนได้
 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างใหญ่หลวง
 ต่อความเข้าใจในส่วน ประกอบของ ร่างกาย
 มนุษย์, และทำให้การสอนวิชาจุลกาย
 วิชาศาสตร์แก่นักศึกษาแพทย์ ต้องเปลี่ยน
 แปลง ไปให้ ทัน กับ ความ ก้าว หน้า น.
 ศาสตราจารย์ Bennett ถึงกับทำนายว่า
 ต่อไปภายหน้า แพทย์ ที่ ทำการรักษา ก็อาจ
 จะต้องใช้ เครื่อง มอน ช่วย ในการ ทำนาย
 โรค และ เพื่อดู ศึกษาให้ เข้าใจในการเปลี่ยน
 แปลงทางพยาธิสภาพด้วย. การก้าวหน้า
 ทาง กาย วิชาศาสตร์ โดย ฮาศัยกล้อง
 จุลทัศน์ อเล็ก ทรอน นั้น ศาสตราจารย์
 Bennett จึง ให้ เป็น ระยะเวลาขยัระยะเวลา
 ที่ ๓ ของวิชาแขนงนี้, โดยนัระยะเวลาที่ ๑
 เป็นการเจริญ ใน ศตวรรษที่ ๑๖ ซึ่งมี
 การ ซ้ำ แหะ และ การ สังกโดยละเอียด

ถถวนตามแนวของเวซาลิอัส (Vesalian
 method), ระยะเวลาที่ ๒ เจริญขึ้นในศตวรรษ
 ที่ ๑๕ โดยฮาศัยกล้องจุลทัศน์แบบใช้แสง
 สว่าง, และระยะนี้เป็นระยะที่สามการก้าว
 หน้าเกิดขึ้น เป็นส่วน ใหญ่ โดยฮาศัย กล้อง
 จุลทัศน์อเล็กทรอน.

การใช้คำว่า การเจริญ ในระยะ นี้ของ
 วิชากายวิชาศาสตร์เกิดเป็นส่วน ใหญ่จาก
 กล้อง จุลทัศน์ แบบ ใหม่ นี้เป็น ความ จริง,
 เพราะยังมีวิธีการ และเครื่องมืออื่น ๆ ช่วย
 ผลักดันวิชากายวิชาศาสตร์ให้ก้าวหน้าไป
 ด้วย. เช่นการปฏิบัติโดยวิธี ฮิสโตเคมี
 และซัยโตเคมี, โดยการใช้กล้องแบบ เฟล
 คอนทราสต์, แบบอินเทอเฟร้นซ์, กล้อง
 โปลาไรซิงก์ แบบใหม่ซึ่งได้ดัดแปลงแก้ไข
 ให้เป็น ประโยชน์ ยิ่ง ขึ้นโดย ศาสตราจารย์
 Inoué แห่งมหาวิทยาลัย Dartmouth ทำให้
 ศึกษาเซลล์ที่ยังมีชีวิตอยู่ได้, โดยการใช้
 เครื่องมือ ไมโครสเป็คโตรสโคปียั, ภาติโอ
 ออโตกราฟฟั, และ ฮิสตราไวโอเลต ไม
 โครยิม อีร์ราดิเอชัน, และการใช้เครื่อง
 เอ็กซเรย์ คีฟแฟร์คชัน ซึ่งจะทำให้เข้าใจใน
 โมเลกุลาร์ คอนสทิติวชันต์ ยิ่งขึ้น.

เท่าที่กล่าวแล้วจะเห็นว่าอนาคตของวิชา
 นี้กำลังจะ รุกกล้าเข้าไป ในวิชาต่าง ๆ เช่น

ชีวเคมี, ไบโอฟิสิกส์ และ โมเลกุลาร์ ฟิสิกส์โดยี. นับเป็นการรุกรานที่น่ากลัว และน่าสนใจอย่างยิ่งเกี่ยวกับฐานะความเป็นอยู่ของวิชาในภายหน้า. เพราะการรุกรานไปจนเกิน ขอบเขตนั้น ในบาง ครั้งก็ ได้ทำให้นักกายวิภาคศาสตร์ลอบตัวกลายเป็นสมาชิกของสาขาอื่นไป, แขนงชาติที่มารุกรานประเทศจีน ภายหลังก็ ถูกกลืนหาย เป็นชาวจีนหมด. ถ้าเหตุการณ์เช่นนี้ไปเช่นนี้วิชากายวิภาคศาสตร์ ก็จะ ผึ่ง ตัวเอง ให้สาบสูญไปจากการเป็นสาขาหนึ่งของวิทยาศาสตร์. ในขณะนี้ก็มีผลเล็กน้อยปรากฏขึ้นมาบ้างแล้ว. เท่าที่ ผู้เขียน ได้ผ่านมา มีความรู้สึก ว่า ในอเมริกามีคนสนใจทางมหะกายวิภาคศาสตร์ น้อยลงมาก. ในการประชุมที่กล่าวแล้วมีเรื่องเกี่ยวกับวิชาน้อยกว่า ๑๐ วิชา. นักกายวิภาคศาสตร์ชาวอเมริกาเองก็ออกปากว่าคนรู้จริง ๆ ในวิชาของอเมริกาขณะนี้ยี่สิบวัน. โรงเรียนแพทย์บางแห่งของอเมริกา กำลังรับคนต่างชาติเช่นชาวอังกฤษ, ชาวสก๊อต และคานาเดียนเข้าไป เป็นอาจารย์ในวิชา. อาจารย์กายวิภาคศาสตร์ที่มณฑลแพทย์ มีจำนวน ลดลงจน บางแห่ง ไม่มีเลย.

หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ของบางแห่ง ไม่แสดงความสนใจใด ๆ ในความรู้ทางมหะกายวิภาคศาสตร์ จนเกือบพูดได้ว่า ไม่ทราบจะสอนอย่างไรในวิชา. พิพิภพทางกายวิภาคศาสตร์หมดความสำคัญ. สิ่งของบางอย่างที่น่าคน่าศึกษา ซึ่งเป็น ผลงานของนักกายวิภาคศาสตร์รุ่นก่อน ๆ ถูกทอดทิ้ง. ทางการของบางแห่งเมื่อหัวหน้าแผนกว้างลงก็มีการเลือกโดยอาศัยเป็นผู้ที่มีโครงการค้นคว้าที่ทุกคนกำลังสนใจ, เพื่อที่จะได้สามารถหาทุนค้นคว้ามาสนับสนุนแผนก. ท่านผู้นั้นจะสนใจในการสอนอบรมนักศึกษา ออกไปเป็นแพทย์หรือไม่ ๆ คำนี้ถึง. ถ้าคิดในแง่ที่ว่าเราจะฝึกคน ออกไปเป็นแพทย์ โดยใช้อวัยวะที่มอยู่ประจำตัว, เช่นตาเห็นเท่าที่จะเห็นได้, หูได้ยินเท่าที่จะได้ยินได้, มีกลิ่นได้เท่าที่จะสัมผัสได้, ความก้าวหน้าในวิชาจะไปทำให้การฝึกฝนตนออกไปเป็นแพทย์ให้ตกต่ำลงไปหรือไม่จึงเป็นเรื่องที่น่าคิดอย่างยิ่ง.

เพื่อกัน การสาบสูญ ของ วิชาที่นักกายวิภาคศาสตร์ จะต้องยึดปรัชญาของ Vesalius และของ Müller ไว้ให้มั่น, ว่าจุดมุ่งหมาย

กว้าง ๆ ของเราคืออะไร. จุดมุ่งหมายของ
เราคือ การศึกษาที่จะทำให้เราเข้าใจถึง
โครงสร้างทางชีววิทยา. การก้าวหน้า
ใหม่ ๆ เป็นแต่เครื่องช่วยเราให้เข้าใจโครง
สร้าง ในทุกระดัยเท่านั้น, คือช่วยตาเปล่า

จนถึง โมเลกุลาร์ อนาโตมีย์. ข้อนี้บางที
จะทำให้วิชานี้จะยังคง เป็นรากฐาน ในการ
อบรมนักศึกษาแพทย์และเป็นเครื่องมือช่วย
เราให้เข้าใจส่วนประกอบและโครงสร้างของ
มนุษย์สืบต่อไป.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

วารสารการแพทย์ภาษาไทย

กาญจน โสภโณตร อ.บ.

(แผนกห้องสมุด)

วารสารการแพทย์ภาษาไทยนั้นจะมี
มากจนทกที. แต่ละชัณคักพยายามปรับ-
ปรังให้คียงชนเรื่อยไป, ทังในคานเนอเรื่อง
และการจัทรปล่ม. หน้งสอหรือวารสารแต่
ละเล่ม, นอกจากหน้าปกแล้วจะต้งประกอบ
ควยส่วนที่สำคญคือหน้าปกใน (Title page),
สารบัญเรื่อง, เนอเรื่องและครรชณ. ใน
ทนจะกล่าวแต่เฉพาะในเรอของวารสาร
ภาษาไทยเท่านั้น.

หน้าปกใน มีรายละเอียดที่สำคัญคือ
ชอวารสาร, เล่ม, ตอน, เดือน, ปี, สถาน
ที่พิมพ์, และสำนักพิมพ์. หน้าปกในจะ
พิมพ์เฉพาะตอน (Number) สดท้ายของแต่ละ
เล่ม (Volume), พร้อมควยครรชณ. มี
ประโยชน์เมอเวลาจะรวมเย็บแต่ละตอนเข้า
เป็นเล่ม, จะได้เอาไว้เป็นหน้าปกในของแต่ละ
เล่ม. วารสารภาษาไทยยังไม่มีฝจพิมพ์
หน้าปกในคังกล่าวนเลข. เวลาจะเย็บเล่มก็
คงใช้ปกหน้าแทน.

สารบัญเรื่อง วารสารบางชณคักมี
สารบัญละเอียดคอยู่หน้าปก, บางชณคัก

พิมพ์ไว้คานใน. เมอเวลาจะเย็บเล่มก็เอา
ปกหน้าหรือหน้าสารบัญของวารสารแต่ละ
ตอนมาไว้ข้างหน้าเป็นสารบัญรวมของเล่ม
นั้น. แต่บางชณคักก็พิมพ์สารบัญรวมให้
ใหม่แนบมาในตอนสุดท้ายของเล่ม, เช่น
วิทยาสารเสนารกษ. ขอนเป็นประโยชน์แก่
ผู้ที่รวมเย็บเป็นเล่ม. บางชณคักก็ทำเช่น
นี้แต่ไม่คเขตนทหน้าแรกของแผ่น. (แผ่น
หน้งมี ๒ หน้า, คอหน้าแรกและหน้าหลัง.)
เอาไปรวมกับข้อความอนเสีย จึงจะแยกเอา
มาไว้ที่คานหน้าไม่ได้. แต่ของต่างประเทศ
ส่วนมากมีสารบัญรวมแยกให้ต่างหาก
เสมอ.

เนอเรื่อง ส่วนใหญ่ก็ใช้ต่อหน้าแต่ละ
ตอนเข้าด้วยกัน จนจบเล่มตามลำดับนิยม.
ข้อปลักย่อย ก็คือ บางชณคักมีชอเรื่องอยู่
บรรทคยบสนสดของแต่ละหน้า (running title)
หรือมีชอผู้แต่งเรอเนน, ออกมมหน้งเป็นชอ
วารสาร, เล่ม, ตอน, เดือน, ปี. ขอนมี
ประโยชน์สำหรับช่วยให้ทราบรายละเอียด
ใช้เขียน เอกสารอ้างอิงได้ใน ทนที่โดยไม่
ต้องเสียเวลาค้นหา.

ครรชน ส่วนประกอบที่สำคัญและจำเป็นที่สุดของวารสารโดยเฉพาะทางวิชาการก็คือครรชน. แต่วารสารภาษาไทยยังไม่มีการรวบรวมทำจนเลย. เมื่อต้องการค้นหาเรื่องใด ก็ต้องอาศัยจากสารบัญซึ่งเป็นการเสียเวลามาก, ทำให้เกิดความเขินอายหรือย่อท้อก่อนที่จะค้นพบ. ฉะนั้นจึงเห็นได้ว่าครรชนที่ดีย่อมมีความสำคัญมากและเป็นการยกระดับคุณค่าของการพิมพ์หนังสืออีกด้วย.

ครรชนที่นิยมทำกันมี ๒ ชนิดคือ :

๑. ครรชนผู้แต่ง (Author index)
๒. ครรชนหัวเรื่อง (Subject index)

ครรชนผู้แต่ง กล่าวโดยย่อได้แก่การเอาชื่อผู้แต่งกำกับด้วยเลขหน้าของเรื่องที่จะพิมพ์ในวารสารนั้น ๆ แล้วเรียงตามลำดับอักษร. ผู้แต่งในภาษาต่างประเทศนิยมใช้ชื่อสกุลของตน, ตามด้วยอักษรย่อตัวแรกของชื่อตัว. ส่วนในภาษาไทยเรานิยมเรียกชื่อตัวมากกว่านามสกุล. ฉะนั้นผู้แต่งในหนังสือสมควรที่จะใช้ชื่อตัวตามด้วยนามสกุลอันเป็นแบบฉบับของไทยมากกว่าจะอนุโลมใช้ตามแบบของต่างประเทศโดยกลับเอานามสกุลของตน.

วิธีการทำครรชนผู้แต่งมีหลายแบบด้วยกันคือ:

แบบที่ ๑ เรียงตามผู้แต่งคนเดียว, ใช้ชื่อผู้แต่งกำกับด้วยเลขหน้า.

ถ้ามีผู้แต่ง ๒ คน, ใช้ชื่อผู้แต่งทั้งสองกำกับด้วยเลขหน้า.

ถ้ามากกว่า ๒ คน, ใช้ชื่อผู้แต่งคนแรก, เติมคำว่า “และคณะ” แล้วกำกับด้วยเลขหน้า

ส่วนผู้แต่งร่วมกัน มีชื่อโดยบอกให้ไปตัดชื่อผู้แต่งคนแรก (cross reference) และกำกับด้วยเลขหน้า. วิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมทำกันมาก, เพราะเป็นการให้เกิดประโยชน์แก่ผู้แต่งคนแรก และยังแยกให้ทราบชนิดของผู้แต่ง, สะดวกแก่การค้นหาในกรณีที่ยกบุคคลคนเดียวเขียนหลาย ๆ เรื่องลงในวารสารเล่ม (volume) เดียวกัน.

แบบที่ ๒ ใช้ชื่อผู้แต่งทุกคนที่เขียนกำกับด้วยเลขหน้า. เป็นการสะดวกในกรณีหาชื่อผู้แต่งร่วม, จะได้เลขหน้าในทันที. แต่จะไม่สะดวกถ้าคน ๆ เดียวเขียนหลาย ๆ เรื่อง.

แบบที่ ๓ ใช้ชื่อผู้แต่งขั้นต้น (ใส่ทุกคนที่ร่วม), ตามด้วยชื่อเรื่องในวงเล็บ, แล้วกำกับด้วยเลขหน้า.

บรรณานุกรม มีความสำคัญมาก.

สำหรับวารสารการแพทย์ใช้หลักการทำ โดยแบ่งตามอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผสมด้วยชื่อโรค, และมีข้อความช่วยขยาย หัวเรื่องให้ชัดเจนด้วยก็ได้. การทำบรรณานุกรม ประจำเล่มวารสารต่างกับบรรณานุกรมรวมวารสารหลายชนิด (Cumulative subject index), คือถ้าเป็นบรรณานุกรมประจำ เล่มเราสามารถให้หัวเรื่องตามคำที่ใช้ใน เรืองนั้น ๆ หรือคำที่เป็นภาษาพูดได้. เช่น คำว่า "มะเร็ง" (cancer) ถ้าเป็นบรรณานุกรม หัวเรื่องรวมมักจะใช้คำว่า "เนื้องอก"

(Neoplasm) แทน, เพราะกินความไวกว้าง กว่า. วิธีนี้จะช่วยให้เรื่องชนิดเดียวกันแต่ เรียกคนละอย่างโดยย่อกัน. แล้วจึง ทำบรรณานุกรมโยง (cross reference) คำนั้นให้ ไปค้ที่ออกคำหนึ่ง.

บรรณานุกรมหัวเรื่องที่นิยมทำกันมี ๒ แบบ คือ:

แบบที่ ๑ ใช้หัวเรื่องซึ่งถ้าจะมีข้อ

ความอธิบาย ขยายหัวเรื่องนั้นให้ชัดเจนออกไปอีกก็ได้, แล้วกำกับด้วยเลขหน้า. หาก หัวเรื่องใดที่ไม่เป็นที่นิยมใช้ก็จะทำหัวเรื่อง โยงให้ไปค้ที่ออกหัวเรื่องหนึ่ง. ทั้งหมดคนเรียง ตามลำดับอักษร.

แบบที่ ๒ ทำเช่นเดียวกับแบบที่ ๑

แต่จะบอกชื่อผู้แต่งไว้ในวงเล็บท้ายหัวเรื่อง. วิธีนี้เปลืองแรงงานและหน้ากระดาษมากจน แต่ช่วยให้ทราบชื่อผู้แต่งได้ทันทีในกรณี หัวเรื่องเดียวกันมีผู้เขียนมากมาย. แล้วเขา ทั่งหมดเรียงลำดับอักษรตามคำแรกที่ขึ้นต้น เช่นเดียวกัน.

วารสารบางชนิดจะเอาบรรณานุกรมผู้แต่งและ บรรณานุกรมหัวเรื่องปนกันเรียงตามลำดับอักษร. แต่ที่สะดวกที่สุด, รวดเร็ว, ง่ายและเป็นที่ นิยมก็คือแยกออกเป็น คนละชนิด เรียงตาม ลำดับตัวอักษร.

สารศิริราชได้เริ่มต้น ทำสารบัญฉบับนี้ เรื่องในแบบของบรรณานุกรม — ตั้งแต่เล่มที่ ๑ พ.ศ. ๒๔๕๒, คือ — ขัดเส้นใต้คำที่สำคัญที่สุดของเรื่อง, ซึ่งมักทั้งชื่อโรคและชื่อ อวัยวะ, ใช้เรียงลำดับอักษรตามคำที่ขัด เส้นใต้ซึ่งรวมอยู่ในชื่อเรื่องด้วย. น่าเสียดายเป็นอย่างยิ่งที่ได้ล้มเลิกไป. หากได้ ปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมา, ในปัจจุบันคงจะถือเป็นมาตรฐานได้แล้ว. ผู้เขียนไม่ทราบว่า ได้มีผู้ใดคิดทำอย่างไรบ้าง. การที่เขียน เรื่องนิตยสารและทดลองทำบรรณานุกรมผู้แต่งและ บรรณานุกรมหัวเรื่องของสารศิริราชปีที่ ๑๔ ตอน ๑-๑๒ มกราคม-ธันวาคม ๒๕๐๕ ถึง

มาให้ท่านบรรณาธิการพิจารณา คงจะเป็นประโยชน์ได้บ้าง. บรรณานุกรมและบรรณานุกรมที่ท่านใช้ตามแบบที่ ๑ ของที่ ๒ ชนิดที่ได้อธิบายมาแล้วข้างต้น. ผู้เขียนเข้าใจว่าหากท่านผู้ทรงหลายได้ร่วมมือกัน ปรับปรุงและแก้ไข ข้อบกพร่องเหล่านี้คนละเล็กละน้อย, ในไม่ช้าเราก็จะมีบรรณานุกรม จากวารสารการแพทย์ภาษาไทยอย่างสมบูรณ์เช่นเดียวกับ Index Medicus ของห้องสมุดแพทย์แห่งชาติอเมริกัน. ผู้

เขียนจะถือเป็นเกียรติอย่างสูง หากจะมีผู้ใดเสนอความเห็น หรือทักท้วง ข้อบกพร่องที่ควรแก้ไข. ขอได้โปรดส่งมาที่ท่านบรรณาธิการสารคดีราช หรือจะส่งตรงมายังผู้เขียนเองที่ ห้องสมุด คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาลก็ได้. ผู้เขียนขอขอบพระคุณล่วงหน้าไว้ ณ ที่นี้ด้วย.

ต่อไปนี้เป็นบรรณานุกรมและบรรณานุกรมของสารคดีราช ปีที่ ๑๔, มกราคม—ธันวาคม ๒๕๐๕.

บรรณานุกรมผู้แต่ง (Author index)

กันยิกา เทวกล, ม.ร.ว.	๓๐
กัลยาณกิติ กิตยากร, ม.ร.ว. (คู่ที่ วราห์ ตันตโสภาส)	๓๖๕
กาญจนา กศลาศัย (คู่ที่ ร่มไทร สุวรรณิก และคณะ)	๒๔๕
กาญจนา สิบสงวน (ก.ส.)	๗๑๘
เกษร หทัยธรรม (คู่ที่ ร่มไทร สุวรรณิก และคณะ)	๒๔๕
คัมภีร์ มลลิกะมาส	๓๐๒
เจียมจิตต์ กัลยาศิริ (คู่ที่ ร่มไทร สุวรรณิก และคณะ)	๒๔๕
เฉลิมชาติ รัตนเทพ	๑๒
ชัคคิต เวชแพศย์	๖๖, ๑๓๑, ๔๑๑, ๕๔๒, ๖๕๑
ณัฐ ภามประวัต	๒๓๓
คำรง กิจกุล	๒๒๗, ๕๕๘
ศิริเรก คำรงค์กิต	๘๑
ศิริเรก คำรงค์กิต (คู่ที่ ร่มไทร สุวรรณิก และคณะ)	๒๔๕

ศิเรก พงศ์พิพัฒน์	๖๗๘
แดง กาญจนารณย์	๕๕๖
ทัช ชัยวัฒน์	๓๕๕
ฉนวนอมฤต ภูมิภักดิ์	๕๘๓
ทองดี เรืองไฟโรจน์	๑๘
ทองนอก นิตยสัทธ	๗๓๕
ทองปลิว เปรมปรี (กฐ์ ร่มไทร สุวรรณิก และคณะ)	๒๔๕
ชิวะ ถิมศิลา	๕๒, ๑๕๓, ๒๐๘
ชิวะ ถิมศิลา (กฐ์ ทัช ชัยวัฒน์)	๓๕๕
เชียร อทยานัง	๒๔๐
นท รัชพลเมือง	๑๖๕
นรา แววศร (กฐ์ ร่มไทร สุวรรณิก และคณะ)	๒๔๕
นิตยเวชชวิสิสท์	๕๖๓
นิตยา สมิตานนท์ (กฐ์ ร่มไทร สุวรรณิก และคณะ)	๒๔๕
บริรักษ์เวชชการ, พระยา	๒๗๗
บัญญัติ ปรัชญานนท์	๓๗๒
บุญเรือง นิยมพร (กฐ์ ฉิว ถิมพิทยอม)	๓๑๐
ประทีป ทัศนสุรทัต	๒๕๖
ประเวศ วัช	๒๖๐
ประเวศ วัช และคณะ	๕๑๓
ประสงค์ ทัชจินดา	๗๐๓
ประสงค์ ทัชจินดา และคณะ	๖๘๕
ประเสริฐ กังสตาลย์	๑๒๕, ๕๕๓
ประเสริฐ นิลประภัสสร	๖๐๗
ประหยศ ทัศนากรณ์	๕๕๕

ปรัชญา คัมภีร์จักร	๗๒๒
ผิว ลิมปพยอม	๓๑๐
พลภักท คาสะลักษมณ	๒๐๔
พิศักก สุ่มสวัสดิ์ (คหิ์ แคง กาญจนารณย์)	๕๕๖
เพญูแข วัคคะขุตร (คหิ์ ร่มไทร สุวรรณิก และคณะ)	๒๔๕
ภูกต วาจนนท	๓๒, ๕๘๒
ร่มไทร สุวรรณิก และคณะ	๒๔๕
ร่มไทร สุวรรณิก (คหิ์ ทิเวก พงศ์พิพัฒน์)	๖๗๘
ร่มไทร สุวรรณิก (คหิ์ ประสงค์ คุ้มจินดา และคณะ)	๖๘๕
รจิต ปริ	๒๑๗
ลักษณ บัญศิริ	๒๕๕
ลิม คุณวิศาล และคณะ	๕๕๘
วราห์ คณทโสภาส	๓๖๕
วิจารณ์ พพัฒนินติ (คหิ์ ลิม คุณวิศาล และคณะ)	๕๕๘
วิเชียร ทิลกสัมพันธ	๕๒๕
สงกรานต์ นิยมเสน	๑๐๔
สมโพธิ พกกระเวส	๗๑๗
สวัสดิ์ แคงสว่าง	๒๘๒
สำราญ วัคพะาท	๕๕, ๑๒๑, ๒๔๕, ๕๐๒, ๕๕๖, ๖๕๕, ๗๕๖
สุค แสงวิเชียร	๕๕๖, ๕๖๘, ๕๗๘, ๗๕๗
สุค แสงวิเชียร (คหิ์ บัญญัติ ปริชญาณนท)	๓๗๒
สุค แสงวิเชียร (คหิ์ ลิม คุณวิศาล และคณะ)	๕๕๘
สุภา ณ นคร (คหิ์ ประเวศ วัสสิ และคณะ)	๕๑๓
เสนอ อินทรสุขศรี	๓๑๗
เสนอ อินทรสุขศรี (คหิ์ ประสงค์ คุ้มจินดา และคณะ)	๖๘๕

อนงค์ ช่งคำรง (ดูที่ ประเวศ วะสี และคณะ)	๕๑๓
อรุณ เนตรศิริ	๖๖๗
อวย เกตุสิงห์ ๕๐, ๗๑, ๑๐๕, ๑๓๔, ๓๒๔, ๓๘๔, ๕๐๐, ๕๘๕, ๕๒๕, ๕๔๕, ๕๗๑, ๕๘๗, ๖๓๓, ๖๕๗, ๗๒๔, ๗๕๒.	
อภัย หะลิตเวช	๒๗๑
อำนาจ เสมอสุต	๒๕๒
อำภาศรี ขจรบุญ (ดูที่ กัญญา เทวกุล, ม.ร.ว.)	๓๐
อุคม ไพบรรณ	๑, ๑๔๓, ๑๗๘, ๑๙๗, ๖๑๖

ดรรชนีหัวเรื่อง (Subject index)

กระดูกพีเมอร์ (ดูที่ กระดูกหัก)	
กระดูกหัก	
การรักษากรดที่ล่าช้าของโคนขาหัก	๑๖๕
การเพาะอาหารคยเนื่องจากกลืนกรด	๘๑
กะเทย, รายงานผู้ช่วยชนิดแท้ ๑ ราย	๕๕๘
กะบังลม	๑๕๓
กายวิภาคศาสตร์	๒๕๐
การตกจากที่สูง (ดูที่ ขาดเจ็บ)	
การแพทย์	๒๕๐
การแพทย์ไทย, ประวัติ	๕๕, ๑๒๑, ๕๐๒, ๕๕๖, ๖๕๕
การศึกษาคู่ต่างประเทศ	๑๗๘
ข้ออักเสบ, รุห์มาตอยต์ (ขทบรณการ)	๑๐๕
ซาเทียม, การเตรียมผู้ช่วยหลังจากตกขาแล้ว	๒๒๗
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, แผนกศัลยศาสตร์	๖๑๖
ครรภ์ไขปลือก—การศึกษาคู่ผู้ช่วย. ๑๐๘ ราย	๑๕

ครุแพทย์	๓๒
คลอแรมเฟนิคอล, การทดสอบความแรงต่อเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดเลือดจางชนิดอะพลาสติก	๔๕๕ ๕๑๓
คลอโรควิน	๑๐๕
ความกระหาย, สรีรวิทยาและเภสัชวิทยา	๖๕๑
ความหิว, สรีรวิทยาและเภสัชวิทยา	๖๕๑
คอปอกเป็นพิษ, การรักษาผู้ป่วย ๑๐๖ รายด้วยไฮโดรคิน ๑๗—คีโตสเทอรอยด์	๑๓๑ ๒๔๕ ๔๑๑
เรนทีคัลในมนุษย์ (ดูที่ มนุษย์พันธุศาสตร์)	
ซินโคป (ดูที่ หมกสติ)	
ซีสเตรีย (ดูที่ ยีสต์สภาวะกึ่ง)	
เมกกกาพรา	๑๐๔
คอเนอ	๕๕๖
คอสนหมา (ดูที่ คอเนอ)	
คอสมิซรอยด์, การตรวจสอบสมรรถภาพด้วยการวัดระดับ พี.บี.ไอ. ในเซรัม เนองอก	๖๗๘ ๑๔๓
คอมน้ำเหลืองจากกลีบข้างของปอดข้างซ้าย	๔๖๘
คา, อาการแก้งทำ	๗๔๖
ไค, ทดลองความคงทนเมื่อขาดเลือดเพียง	๓๕๕
ไคเทียม	๒๑๗
ถวายบังคมครั้งแรกในวันมหิดล	๕๘๒
ขาดเจ็บ	๑๕๗
เขรค, การใส่ช่วยผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้ออ่อนหลังโปลิโอ	๕๕๘
ประวัติการแพทย์ไทย (ดูที่ การแพทย์ไทย, ประวัติ)	
ประเสริฐ กังสกาลย์, ศาสตราจารย์, ประวัติ	๔๐๐

ยวคัศจรรย์, สาเหตุจากเนื้องอกในสมอง	๑
, ในเด็ก	๖๖๗
ยัสสาวะติดขัด เนื่องจากหมอนกระดูกสันหลังชำรุด	๑๒
ยักมกลูกอึกเสบ	๓๖๕
โพลิโอมัยอิลิติส, การทดลองหาฤทธิ์ต่อต้านโรค	๗๒๒
ผิดปกติแต่กำเนิด	๗๑๘
ผู้ช่วย	๑๒๕
พระพุทธรูป, หล่อในงานฉลอง ๗๒ ปี ศิริราช	๕๘๗
พี.บี.ไอ., การศึกษาค่าปรกติในคนไทย	๖๗๘
เพศ, สาเหตุที่ทำให้เกิดการผิดปกติ	๔๕๖
แพทย์, การศึกษาในสหรัฐอเมริกา	๗๕๗
แพทย์ฝึกหัด	๒๕๖
มนุษยพันธุศาสตร์	๒๖๐
มหัศจรรย์ของเลข, สมเด็จพระเจ้าฟ้า (กษัตริย์ สงฆสถานครินทร์, สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมหลวง)	
มะเร็งของต่อมธัยรอยด์	๑๔๓
มะเร็งของต่อมธัยรอยด์ในเด็ก	๖๘๕
มัลลอรี่—ไวส์ส, กลุ่มอาการ	๒๐๘
มานทะเลสุน (ยทบรรณาธิการ)	๔๐
เมกะโคลิอัน, รายงานผู้ช่วย ๑ ราย	๖๐๗
ยา, ข้อควรระวังในการใช้พวกแอนติไบโอติก (ยทบรรณาธิการ)	๕๒๕
ยาอมไคลินและเหน็บทางทวารหนัก	๑๓๑
เยื่อหุ้มอะลินของปอด	๒๓๓
รังไข่, การเจริญเติบโต	๔๘๓
รู่ห์มาคอบด์ อารีเรอติส (กษัตริย์ ชัยอิกเสบ, รู่ห์มาคอบด์)	
โรคหมอกทำ (กษัตริย์ ไออะโทรเจนิก, โรค)	

โรงพยาบาลศิริราช (บทบรรณาธิการ)	๖๓๓
โรงพยาบาลศิริราช, ประวัติ ๒๗๑, ๒๗๖, ๒๘๒, ๒๘๕, ๒๘๘, ๓๐๒, ๓๑๐, ๓๑๗, ๓๒๔.	
, งานฉลองครบรอบ ๗๒ ปี	๓๘๔
, แผนกศัลยศาสตร์	๖๑๖
ลำไส้ใหญ่ทะลุเพราะเมล็ดส้ม	๗๓๕
ลำไส้อุดตัน	๓๖๕
เลือด, เวลาไหลเวียน	๓๐
เลือดจาง, อะพลาสติก	๕๑๓
วิตามิน บี ๑๒	๗๑๗
วัชกรวโรค, การแยงควัยปลายนิ้ว (ตอน ๒)	๕๕๓
ศัพท์แพทย์	๗๑, ๑๓๔, ๔๘๕, ๕๔๕, ๖๕๗, ๗๒๔, ๗๕๒
สงฆสถานครินทร์, สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมหลวง	๕๖๓
สงฆสถานครินทร์, สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมหลวง (บทบรรณาธิการ)	๕๗๑
สงฆสถานครินทร์, สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมหลวง การถวายบังคมพระรูปครั้งแรก	๕๘๒
สงฆสถานครินทร์, สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมหลวง การหล่อพระรูปในงานฉลอง ๗๒ ปี ศิริราช	๕๘๗
สมอง—เนื้องอก	๑
— เลือดออก, สับคริล ซีมาโตมา (บันทึกคนไข้ศัลยกรรมรายที่ ๕)	๕๒
, เฮปคริล ซีมาโตมา (บันทึกคนไข้ศัลยกรรมรายที่ ๖)	๕๘
สมาคมศัลยแพทย์เยอรมัน, การประชุมครั้งที่ ๗๘	๒๐๔
สุขภาพนักศึกษาแพทย์	๓๗๒
หนองใต้กระบังลม (กท กะบังลม)	
หมกสติ	๖๖
หมอนกระดูกสันหลัง	๑๒
หลอดเลือดแดง, การศึกษาการกระจายของหลอดเลือดแดงของมนุษย์ ๒๐๐ หัวใจ	๕๒๕
หลอดอาหาร	๒๔๕

กาญจน โสภโณดร

91

ไหว้ครู

๔๗๘

อะพลาตติคอะนิเมีย (กฏ เลือกวาง, อะพลาตติค)

อินเตอร์เวอรทิบรัล คิสต์ (กฏ หมอนกระตุกสันหลัง)

แอนติไมโครบิก

๕๔๒

ไฮอะโทรเจนิค, โรค

๗๐๓

ซัยคาติคิฟอร์ม, โมล (กฏ ครรวไช้ปลาอก)

เซอร์ซสปรุงก์, โรค (กฏ เมกะโคล์ซอน)

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

ประทับใจ

ประทับใจสำคัญดวงหนึ่งของ “ศิริราช” ได้เข้าไปพร้อมกษัตริย์มรดกกรรมของพันตรี หลวงวิมเนศวร์ประสิทธิ์วิทย์ (อภัย หะสิทธิ์เวช) เมื่อนายอภัยที่ ๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๐๖ ณ โรงเรียนศิริราชพยาบาล. ท่านผู้นี้ได้เป็นอาจารย์ชั้นสูง, มีได้เป็นผู้ปลุกปั้นที่สำคัญของโรงเรียนแพทย์, มีได้เป็นแม่แพทย์ชั้นผู้ใหญ่, แต่ถึงกระนั้นกษัตริย์มรดกกรรมหลายประการที่ทำให้ท่านสมควรจะได้รับการยกย่องเป็น “ประทับใจ” —คือบุคคลตัวอย่าง — ดวงหนึ่งของโรงเรียนแพทย์, ทั้งจะได้เฉลยโดยสังเขปต่อไปนี้.

นายอภัย หะสิทธิ์เวช เป็นชาวจังหวัดอยุธยา, ถือกำนัดในครอบครัวกสิกร ณ บ้านตำบลไผ่ลิงเมื่อวันพุธเดือนเจ็ดขีวอก, ตรงกับวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๑๕. ต่อมาได้เข้ามาเล่าเรียนหนังสือในกรุงเทพฯ กับพระภิกษุตามวัดหลายแห่ง, และเมื่ออายุ ๑๖ ปี ได้เข้าทำงานโรงพิมพ์ไปรษณีย์ โทรเลขในหน้าที่คนเรียงพิมพ์. ครั้นถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๓๓ ทางกรมเป็ด

รับนักเรียนสำหรับ “โรงเรียนแพทยากร” เพื่อผลิตแพทย์ไว้ใช้ในราชการ, นายอภัยได้สมัครเข้าเป็นนักเรียนคนแรก, ได้เลขประจำตัว ๑. เมื่อเรียนจบหลักสูตรสามปีแล้วนายอภัยก็สอบสำเร็จ, ได้คะแนนเป็นเยี่ยมและได้ประกาศนียบัตรชั้นสูงเพียงคนเดียวในจำนวน ๕ คนที่สอบได้ในวันแรก. ขณะนั้นท่านอายุย่างเข้า ๒๑ ปี. พอถึงกรมยุทธนาธิการได้ขอไปบรรจุเป็นแพทย์ในกองทหารเพื่อยกไปตั้งขีตดาทัพ ณ ชายแดนบ้านแม่น้ำโขงซึ่งกำลังเป็นดินแดนวิวาทกับรัฐบาลฝรั่งเศส, โดยให้มียศเป็นนายสิบเอกพยาบาล. หลังจากราชการทหารอยู่ ๑๕ เดือนได้รับการปลดปล่อยท่านได้เข้ารับราชการในกรมพยาบาลจนได้เป็นแพทย์ผู้ช่วยผู้อำนวยการโสตศาคาการรัฐบาล, และได้รับพระราชทานบรรดาศักดิ์เป็น หลวงวิมเนศวร์ประสิทธิ์วิทย์. ระหว่างนี้ได้ไปทำงานเกี่ยวกับการทำหนังสือและเข้าร่วมทำกรมนิลา (เข้าใจว่าเป็นแพทย์ที่สำเร็จในประเทศไทยคนแรกที่ได้ไปปฏิบัติงานในต่างประเทศ).

กลัย มาได้รับมอบหมาย ให้ไปตั้ง กองผลิต
 เซรามิกที่ตำบลห้วยจรเข้มะ, จังหวัดนครปฐม.
 ต่อมาได้ย้ายไปรับราชการในกรมแพทย์,
 กระทรวงกลาโหม, ได้รับพระราชทานยศ
 เป็นนายพันตรีตั้งแต่อายุยังไม่ถึง ๓๘ ปี.
 นับว่าเป็น ผู้ที่มีความเจริญก้าวหน้ารวดเร็ว
 มากผู้หนึ่งในสมัยนั้น. แต่ซาตากรรมได้นำ
 ให้ท่านต้องพ้นจากหน้าที่ราชการไปอย่างน่า
 เสียหาย. (๑) หลังจากที่ได้ใช้กรรมอยู่เป็น
 เวลา กว่า สิบปี ท่านก็ได้ทำงานเป็น แพทย์
 รักษาทั่วไปอยู่ในพระนครและทอน ๆ อีก
 หลายแห่ง, จนในที่สุดได้ยกเอาหน้าที่
 แพทย์ ชนบท เป็นทาง ประกอบวิชาชีพ อันมี
 เกียรติของท่านในตำบลนาเกลือ, อำเภอ
 บางละมุง, จังหวัดชลบุรี. ท่านได้หว่าน
 เกียรติคุณ ของ ท่านใน หมู่ชาวไร่และชาว
 ประมงผู้ยากไร้จนกระทั่งเป็น ประหนึ่งพระผู้
 โปรดของชาวละแวกนั้น. แม้ท่านจะเป็น
 “หมอรุ่นเก่า” แต่ท่านก็ได้ปรับปรุงตนเอง
 อยู่ตลอดเวลา, และการประกอบวิชาชีพ
 ของท่านเป็นที่นิยมของชาวบ้านไม่น้อยกว่า
 การปฏิบัติของหมอรุ่นใหม่ ๆ. แม้จะมีบุตร
 หลานบางคนพยายามชักชวนและวิงวอนให้
 ท่านย้ายเข้ามาอยู่ในกรุงเทพฯ เพราะท่าน

ชรามากแล้ว, ท่านก็ถือว่าท่านมีหน้าที่อยู่
 ที่นั่นเพราะยัง ทำงาน ไหว และไม่ยอมย้าย
 ภูมิลำเนา ครอบงำจนล้ม เจ็บ ใน ครึ่งสุดท้าย.
 ความยึดมั่นในหน้าที่ของท่านต่อประชาชน,
 โดยยอมเสียสละความสุขส่วนตัวแม้จน
 กระทั่งความปลอดภัย, เป็นคุณลักษณะ
 ประการหนึ่งของท่านซึ่งแพทย์อื่น ๆ สมควร
 จะยกเป็นตัวอย่างได้.

ลักษณะที่เด่นอีกประการหนึ่งของท่านผู้
 นี้คือความกตัญญูกตเวที. บพการีของท่าน
 ทั้งหมดท่านมิได้หลงลืมหรือละเลย, ต้อง
 กล่าวถึงด้วยความเคารพนับถืออยู่ทุก โธ-
 กาส. โดยส่วนรวมท่านแสดงความกตัญญู
 วัคณ ของ สถานศึกษาของท่าน อย่างเต็ม
 เข้ม. แม้จะออกจากโรงเรียนไปเป็นเวลา
 นานมาแล้ว, ทุกครั้งที่งานสลักสำคัญ
 ท่านเป็นต้องหาทางมีบทบาทร่วมด้วยเสมอ.
 เมื่อมีการฉลองห้าสิบปีของโรงเรียนแพทย์
 ใน พ.ศ. ๒๔๘๓ ท่านมาร่วมงานด้วยทุก ๆ
 วาระ. ในคณงานสโมสรสันนิบาตซึ่งมีศิษย์
 เก่าหลายร้อยมาชุมนุมกัน, ท่านเป็นคน
 แรกที่ปรากฏกายขึ้นบนเวทีซึ่งจัดไว้แสดง
 การละเล่น, และแนะนำตัวให้แพทย์รุ่น
 หลัง ๆ ได้รู้จักโดยกล่าวสั้น ๆ ว่า “นี่เลขที่

(๑) โปรดอ่านประวัติละเอียดในจดหมายเหตุฯ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย.

หนึ่ง... หมออภัย”, และได้เล่าเรื่องตลกขบขันให้เขยทศนครเครงของผู้นอนอยู่เป็นเวลานาน. ตั้งแต่นั้นมาท่านก็ได้รับสมญาใหม่ว่า “เลขที่หนึ่ง”. ในงานฉลองหกลีขยศิริราช ท่านก็ได้มาร่วมงาน และเล่าเรื่องเก่า ๆ ให้แพทย์รุ่นลูกหลานฟังอีก. ความสำคัญของท่านในค่านประวัติศาสตร์เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับเพราะคนรุ่นเก่าเหลือน้อยลงทุกที. ไม่เพียงแต่เพื่อนร่วมรุ่นของท่านเท่านั้นที่ได้หมดไป, แม้รุ่นหลัง ๆ อีกหลายรุ่นก็ไม่มีคนเหลือแล้ว. บังเอิญท่านเป็นผู้ที่มีความทรงจำแม่นยำเป็นพิเศษและมีศิลปะในการเล่า, ทำให้ฟังเข้าใจได้ง่ายและเพลิดเพลิน, การเล่าของท่านจึงเป็นที่พอใจของผู้ฟังทุกคน. ครั้นมาถึงวาระการฉลองเจ็ดสิบสองขยศิริราชเมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๐๕ ท่านก็ได้มีบทบาทที่สำคัญยิ่งจนกว่าที่เคยมา. เริ่มต้นด้วยออกสำห้เดินทางเข้ามาจากบางละมุงเพื่อพบกับกรรมการบางคนและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์หลายอย่าง. ครั้นท่านกลับไปแล้วไม่ช้าก็ได้รับเชิญจากคณะกรรมการเผยแผ่ให้เข้ามาช่วย, ท่านก็เดินทางเข้ามาอีก, เพื่อร่วมรายการโทรทัศน์, ทั้ง ๆ ที่ท่านอายุแปดสิบเก้าขยแล้ว. ใน

รายการ “ความคิดตรงกัน” ซึ่งท่านเสนอคนต่อหน้าผู้ชมโทรทัศน์ร่วมกับหลานชายของท่านเอง(๒) ท่านได้บรรยายความรู้สึกของท่านที่มีต่อโรงเรียนแพทย์อย่างซาบซึ้ง, เป็นที่ตรงใจแก่ผู้ใดเห็นและได้ฟังอย่างมาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนักว่าท่านผู้นอกจากโรงเรียนไปแล้วเกือบเจ็ดสิบขย, ความรักโรงเรียนยังหนักแน่นไม่ย่อหย่อนกว่าคนรุ่นหลัง ๆ. คุณก็จะมากเสียกว่าหลายคนด้วยซ้ำไป. ความกตัญญูมีวิจางขึ้นเป็นคุณลักษณะที่เด่นอีกประการหนึ่งของท่าน “เลขที่หนึ่ง”. ในการฉลองครบวงโรงเรียนเก่ามีโอกาสให้เกียรติท่านเป็นครั้งสุดท้ายด้วยการขอพระราชทานเข็มสมนาคุณชั้นพิเศษให้แก่ท่าน โดยรับจากพระราชหัตถ์, กระทำความปลาบปลัมิให้แก่ท่านเป็นที่ยัง.

ท่าน “เลขที่หนึ่ง” เป็นแพทย์อย่างแท้จริง. จิตใจของท่านเปี่ยมไปด้วยความเมตตากรุณาอย่างกว้างขวาง. นอกจากลกขยท่านมีใจเผื่อแผ่ไปถึงคนอื่น ๆ อีกด้วย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกแพทย์รุ่นหลัง ๆ ซึ่งท่านถือว่าเป็นมิตรสหายร่วมอาชีพและญาติร่วมสถานศึกษา. ในโอกาสแรกที่คณะ

(๒) คือนายบัญชา ไม่เกตุ, ในปัจจุบันเป็นนักศึกษาแพทย์ปีที่สอง.

แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตกลงให้
จัดการออกสารศิริราชเป็นวิทยาสารของ
คณะฯ, ท่านได้มีหนังสือมาแสดงความ
ยินดีและขอรับเป็นสมาชิก. แล้วตั้งแต่นั้น
มาท่านก็ได้ใช้เวลาเขียนเรื่องส่งมาให้ลง
พิมพ์อยู่เสมอๆ, เป็นเรื่องชีวประวัติของ
อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์บาง, เรื่องเกี่ยว
กับความจำต่างๆ ในสมัยก่อนนียง, ตลอดจน
จนความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการแพทย์
และวิชาแพทย์ทั้งในสมัยก่อนและสมัยนี้.
แทบทุกครั้งที่สารศิริราชจัด “ฉบับพิเศษ
เก่า” เป็นต้องมีเรื่องของท่านลงพิมพ์ด้วย.
ขอนึกถึงความเมตตาของท่านที่มีต่อ
เพื่อนร่วมวิชาชีพทั้งหลาย. ท่านอยากให้คน
รุ่นหลังๆ ได้รู้จักความเป็นมาของโรงเรียน
และการแพทย์ตั้งแต่สมัยของท่านจนใน

ปัจจุบันนี้, จึงใช้เวลาว่างเขียนหนังสือด้วย
มือของท่านเองเพื่อส่งความรู้ — ซึ่งผู้อื่นใด
ไม่มีเหมือนท่าน — มาแจกจ่ายให้ได้อ่าน.
ท่านมองเห็น “ชาวศิริราช” ทั้งหลายเป็น
เสมือนลูกหลานในครอบครัวเดียวกับท่าน
ทั้งนั้น. มีอะไรพอจะให้ได้ท่านก็ให้. แม้
เมื่อเดือนเศษๆ ก่อนหน้าถึงแก่กรรม,
เมื่อท่านช่วยมากจนต้องเข้ารับการรักษาตัว
ในโรงพยาบาล, มีความลำบากเกี่ยวกับ
อาการของโรคร้าย, ท่านก็ยังนั่งลงลูก
หลานในศิริราชก่อนนอน, และได้ส่งให้
หลานชายจดคำระลึกของท่านส่งให้แก่
บรรณาธิการสารศิริราชเพื่อเผยแพร่แก่ชาว
ศิริราชต่อไป. เราขอนำคำระลึกนั้นมาลง
พิมพ์ไว้ต่อไปนี้ :

“คำระลึกของ พ.ต. อภัย ทะสิตะเวช

ในวันที่เจ็บหนัก ที่ ศิริราชพยาบาล

ได้ระลึกถึงมิตรสหายแพทย์ ลูกหลานศิริราชพยาบาลทั้งหมด นับ
ว่าเป็นครอบครัวเดียวกันแท้ ได้เข้ามาอยู่ในที่นี้อายุ ๑๑ ปี ศึกษามาแล้ว
ออกไป แลติดต่อดูแลกันตลอดจนกาลบัดนี้ มีน้ำใจรักใคร่ถึงทุกคนที่เราได้
เกิดมาช่วยกันทำประโยชน์โดยแท้

มีสิ่งหนึ่งที่ได้ระลึกเห็นโดยความเล่าเรียน ว่าธรรมชาติของโลกนี้
เป็นไปโดยเคมีทั้งสิ้น เคมีที่เราเห็นอยู่โดยมนุษย์ โดยอาหารและหยาบกา
อย่างหนึ่ง แลยังมีเคมีนอกพิภพโลกอีกอย่างหนึ่งครอบอยู่เหนือเคมีส่วน
เล็กน้อยทั้งปวง พระพุทธเจ้าที่บรรดาไทยเรานับถือยังมีพระโอวาทว่า “สิ่ง
ทั้งหลายได้เป็นมาโดยเวียนตายเวียนเกิดทั้งนั้น” นี้แหละเป็นหัวข้อเคมี

สารศิริราช

สำคัญ พระโบราณของชาวอิสราเอล ถวายนามว่าพระยะโฮวา หรือพวก
อิสลามถวายนามพระอะลลอห์ ชาวญี่ปุ่นใช้คำเดียวว่า God of Parents
หรืออีกคำเรียกสั้น ๆ ว่า สิ่งซึ่งเป็นใหญ่เป็นประธานสถิตเหนือสากลโลก
ทั้งหลาย หรือพวกชาวตะวันตกเรียกว่า God of Nature นี้แหละเป็น
ความหมายพระนามแห่งพระเจ้า ตามแต่ท่านผู้ใดจะชอบใช้ไคร่พจน์นับถือ
ได้เป็นผู้ทรงสร้าง และทรงรักษา ให้เป็นไปตามธรรมชาติ นับแต่บังเกิด
โลกได้อุปติมา

สรรพสิ่งทั้งหลายที่เรามองเห็นได้ด้วยตา เป็นของชั่วคราวทั้งนั้น
อยู่ชั่วสมัยหนึ่ง ๆ สิ่งที่มีนัยคงก็คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ

ข้าพเจ้าขอสกลใจท่านพี่น้องทั้งหลาย โดยความรู้สึกลึกเพียงเล็กน้อย
เท่านั้น เพื่อศึกษาเคมีให้ก้าวหน้าขึ้น

พ.ด. อภัย ทะสิทธิ์เวช

๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๕”

ความมาก ด้วยเมตตา เป็นคุณ ลักษณะ
ที่สำคัญประการหนึ่งของท่าน “เลขที่
หนึ่ง”, ดงน.

คุณธรรมที่เด่นออกประการหนึ่ง ของท่าน
ผู้เป็นที่แพทย์ทั้งหลายพึงยกเป็นตัวอย่าง, คือ
ความใฝ่วิชาอย่างไม่วางมือ. แม้ท่านจะ
เรียนแพทย์ตั้งแต่สมัยเริ่มตั้งโรงเรียน, ทั้ง
หลักสูตรและอาจารย์ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ
เปรียบเทียบกับอะไรไม่ได้กับสมัยนั้น, แต่ท่าน
ก็ไม่ได้ยอมปล่อยใจตัวเองเป็นหมอโบราณ
ไปด้วย. ท่านศึกษาอยู่เสมอจากวารสาร
และตำรับตำราต่าง ๆ. ถ้าหากมีเรื่องใหม่
เกินไปสำหรับท่าน, ท่านก็ซักถามแพทย์รุ่น
หลัง ๆ อย่างตรงไปตรงมา. ไม่ได้เกรง
ว่าจะเป็นการเสียเกียรติ, เพราะท่านถือว่า

การเสาะหาวิชามิใช่เป็นเรื่องที่น่าอับอายแต่
ประการใด. เพราะเหตุนี้จึงไม่น่าประหลาด
ใจว่า ทำไมท่านเรียนแพทย์คงเจ็ดสิบห้า
แล้ว, ยังมีความคิดอ่านในด้านวิชาการถูก
ต้อง และตรงตาม แนวที่นิยม กันอยู่ในเวลา
นั้น. มีหน้าซ้ำในบางครั้งท่านยังมีความคิด
เห็นที่อาจจะนำหน้าคนรุ่นหลังเสียอีก, ทั้ง
ปรากฏ จากเรื่อง บางเรื่อง ที่ท่านได้ เขียนชน
ไว้. การที่ท่านยังมีความจำเริญยำและ
ความคิด อ่านสถิติสตราบาย จนกระทั่งขั้น สด
ท้ายแห่งชีวิตอันยืนยาวถึงเก้าสิบปี, อาจ
จะเป็นเพราะท่านใช้และฝึกฝนสมองของท่าน
อยู่เป็นนิจนั่นเอง. หากเปรียบเทียบกับโอกาสที่
คนสมัยท่านอาจมี เพื่อการศึกษา หากความรู้
กับทุกคนในสมัยนั้นมอยู่, ย่อมเห็นได้โดยง่าย

ว่าคนสมัยใหม่ไม่มีโอกาสดีกว่ามากมาย. ความพากเพียรโดยไม่ท้อถอยที่ท่านได้แสดงแล้วพึงเป็นตัวอย่างสำหรับคนรุ่นหลังได้เป็นอย่างดี.

นอกจากข้อที่ยกขานอ้างของท่าน “เลขที่หนึ่ง” ยังมีความเด่นอีกหลายอย่าง, ซึ่งคนรุ่นหลังอาจอาศัยเป็นบทเรียนได้. เช่น ชาติชีวิตอันประหลาดของท่าน ซึ่งถอยกำเนินจากบ้านนอก, เข้ามาเรียนแพทย์เป็นคนแรกในรุ่นแรก ของโรงเรียนแพทย์แห่งแรก, สอบสำเร็จเป็นที่หนึ่งในแพทย์รุ่นที่หนึ่ง, มีชีวิตการเป็นแพทย์ฟุ้งรังโรจน์, แล้วถวิลวนตกอย่างไม่น่าหนักใจ. แต่แม่เมื่อนเรนเทศตนเองไปอยู่ในป่าในดงก็ยังคงรักษาอุดมคติของแพทย์แท้ไว้ได้ตลอดเวลาสืบ ๆ ไป, มีความทรงจำแม่นยำไม่หลงไหล, มี

จิตใจเยือกเฉยและมั่นคงในชาตขณ, ไม่ทุกข์ร้อนแม่เมื่อไขหนัก และไว้ตัวแน่ว่าจะตองตาย. เหล่านเป็นคุณธรรมที่หาได้ไม่่ง่ายนักในคนใดคนหนึ่ง. แต่ถึงแม่หากว่าท่าน “เลขที่หนึ่ง” จะไม่มีคุณธรรมเยือกเฉยดีด เหล่านเขาประกอยอยู่ด้วย, เพียงแต่ความมั่นในหน้าที่, ความกตัญญู, ความเมตตา และ ความใฝ่วิชา ก็เป็นคุณลักษณะที่เด่นและสำคัญเพียงพอแล้วที่จะสั่งท่านขึ้นเป็น “ประทีปดวงเด่น” ดวงหนึ่งของศิริราช.

ขอให้คุณความดีของท่านที่ได้กระทำไว้ในโลกนี้สั่งท่านให้ไปสู่สุคติในโลกหน้า, และขอให้คุณความดีทั้งนั้น ทรงพลังเป็นเครื่องชักนำจิตใจ ของชาวศิริราชทั้งปวงให้ดำเนินตามรอยของท่านใน ทางที่ถูกที่ควรประการ.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่างๆ เกี่ยวกับกาการแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพชชงความคลลคล้ายของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนี้ โปรดติดต่อแผนกสรวรวิทยา.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ.
มานี วิสกุล พ.บ., ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา พ.บ., สมชัย บวรกิตติ พ.บ.
บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med., กรุงไกร เจริญพาณิชย์ พ.บ.

๑. Polgar, G., R. Deuton: ซึ่ยัสติก
ไฟโบรลิส ในผู้ใหญ่. Am. Rev. Resp.
Dis. 1962, 85 : 319-327.

ผู้เขียนได้รายงานการตรวจสมรรถภาพ
ของปอดในผู้ช่วยผู้ใหญ่, อายุระหว่าง ๒๐
ปี ถึง ๒๖ ปี, เป็น ซึ่ยัสติก ไฟโบรลิส
รวม ๔ คนดังนี้ : (๑) การตรวจความ
จุปอดและการหายใจ. พบว่าความจุปอด
ทั้งหมดไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก, ความจุ
ปอดลดลงมาก และ อากาศที่ค้างอยู่เพิ่ม
ขึ้น. อัตราส่วนระหว่างอากาศที่ค้างอยู่
ใน ปอด และ ความจุ ปอด ทั้งหมด สูง มาก.

(๒) การตรวจ การกระจายของ แก๊ส ใน
ปอดพบว่าการ กระจายไม่เสมอกัน เมื่อใช้
วิธีล้างด้วยไนโตรเจน. ความสามารถในการ
กระจายโดยวิธีใช้ คาร์บอนไดออกไซด์
ปรกติ, ความยืดหยุ่นของปอดมีน้อย,
ความต้านทาน ของทางเดิน อากาศสูงมาก.

(๓) การตรวจ แก๊ส ของเลือดแดง พบว่า
อิมคว ออกซิเจนต่ำกว่าปรกติ ๓ รายใน
ผู้ช่วยชาย, ในผู้ช่วยหญิงต่งครรภ์ ๑ ราย
พบว่าค่าเพียงเล็กน้อยและหลังจากคม ออก-
ซิเจน บริสุทธิ์แล้วความอิมคว ออกซิเจน
ขึ้นมาถึงปกติได้. ผู้ช่วย ๒ รายแสดง
ว่ามีทางลัดจากซ้ายไปขวา ๑๐ ปร., และ
๑๗.๖ ปร. (คนปรกติ ๓ ถึง ๕ ปร.).
ส่วน คาร์บอนไดออกไซด์ นิ่งสูงขึ้น.

(๔) การตรวจเสมหะพบว่าเสมหะไหลยาก
กว่าปรกติถึง ๑๐๐ เท่า.

จากผลของการตรวจสรุปได้ว่าการอุด
กั้นของทางเดินอากาศ, ปอดลดความยืด
หยุ่นมากกว่าการแสดงว่ามี ไฟโบรลิส โดย
ทั่วไปในปอด. การอุดกั้นส่วนใหญ่เกิดที่
หลอดลมขนาดเล็กและอาจเนื่องมาจากการ
ที่เสมหะไม่ไหลก็ได้.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๒. Holsinger, D.R., P.J. Osmundson, J.E. Edwards : หัวใจในโรค เพอริอาร์เทอโรไตติส โนโคสา, *Circulation*, 1962, 25 : 610-618.

ในการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่ เมโย คลินิก ระหว่างปี ๑๙๒๖ ถึง ๑๙๕๘ มีผู้ป่วยเป็นโรค เพอริอาร์เทอโรไตติส โนโคสา ๖๖ ราย. ๗๑ ปช. เป็นผู้ชาย, อายุระหว่าง ๘ สัปดาห์จนถึง ๗๕ ปี, พบย่อยที่สุดระหว่างอายุ ๔๐ ถึง ๔๕ ปี. ผู้ป่วย ๕๑ คนมีอาการแสดงทางคลินิก เกือบทุกอาการของหัวใจ. ความดันเลือดสูงพบราว ๖๗ ปช., หัวใจเต้นเร็วไม่ได้ สักส่วนกับใช้ ๖๖ ปช., หัวใจล้มประมาณ ๖๒ ปช., หัวใจโต ๕๐ ปช., มี เมอร์เมอร์ ๓๗ ปช., เจ็บหน้าอก ๒๖ ปช., แต่มีเพียง ๓ รายเท่านั้นมีอาการ อ.เค.จี. บ่งว่าเป็น อินฟาร์คชั่น ของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างปัจจุบัน. อาการเขียวคล้ำพบในระยะท้าย ๆ ของโรค ๕ ปช. การถของเยื่อหุ้มหัวใจพบราว ๕ ปช. ครึ่งหนึ่งของพวกนั้นมี ยूरเมียม ร่วมด้วย. ไม่พบว่ามึนในเยื่อหุ้มหัวใจ. อ.เค.จี. ผิดปรกติ ๘๕ ปช. ที่พบย่อยที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงในคลื่น "ที", โดยมากมักเป็นการเปลี่ยน

แปลงแบบไม่มีลักษณะเฉพาะแต่บางรายอาจแสดง เพอริคาร์ไตติส, ฮัยเปอร์โทรฟี่ของ เว้นทรีเคิล ซ้ายหรือมี อินฟาร์คชั่นของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างปัจจุบัน.

๔๔ ปช. ของผู้ป่วยตายเนื่องจากหัวใจ, ราว ๑ ใน ๔ เนื่องจากไต. ๖๒ ปช. มีการอักเสบของหลอดเลือดแดง โคโรนารีและ ๖๒ ปช. แสดง อินฟาร์คชั่น ของหัวใจ. ๓๓ ปช. แสดงว่ามี ไฟบรินัส เพอริคาร์ไตติส อย่างปัจจุบัน. ๖๔ ปช. แสดงว่ามี ฮัยเปอร์โทรฟี่ ของกล้ามเนื้อหัวใจ (หัวใจหนักกว่าที่คาด ๕๐ ปช.ขึ้นไป). เกือบทุกการให้ สเตอรอยด์ รักษาผู้รายงาน เชื่อว่าไม่มีผลในการต่ออายุผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๓. Tolezynski, B., H. Crossley : ความสำคัญของการต่อม ธิรอยด์ หย่อนหน้าที่ในโรค อัลเลอร์จิก ไรท์ในไตติส. *E.E.N.T. Monthly*. 1962, 41 : 39-44.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยด้วยโรคจากอักเสบเนื่องจาก ภูมิแพ้ เป็นเวลาสองปี และได้พบว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างโรคนี้กับภาวะต่อม ธิรอยด์ หย่อนหน้าที่. จากจำนวนผู้ป่วย ๕๐ ราย, พบว่า ๓๔ ราย

ต่อม ฉัยรอยค้ ทำหน้าทีปรกติ, อึก ๑๕
รายต่อม ฉัยรอยค้ หย่อนหน้าที. ในพวก
หลังนี้ การรักษาโดยวิธีต่าง ๆ ไม่ได้ผล,
แต่เมื่อได้ให้ ฮอร์โมน ของต่อม ฉัยรอยค้
รักษาอาการ จุก อึกเสบไตค้ ขน อย่าง ผิด
สังเกต.

แม่ในผู้ช่วยที่ต่อม ฉัยรอยค้ ทำหน้าที
ปรกติแต่ผล การ ตรวจ อัตร่า เมตะบอลิสม์
ให้ผลเป็นลบ. ถ้าให้ ฉัยรอยค้ ฮอร์โมน ก็
พบว่าได้ผลเป็นที่พอใจ.

การ ตรวจ หน้าที ของ ต่อม ฉัยรอยค้ ผู้
รายงาน อาศัย ผล ของ อัตร่า เมตะบอลิสม์,
พี.บี.ไอ., และ โชมเลสเตอรอล ใน เซรัม
เป็นเครื่องค้ค้สิน. ผู้รายงานพบว่าแม่ในผู้
ช่วยที่ผลของอัตร่า เมตะบอลิสม์ ปรกติแต่
ถ้าตรวจครวร ต่อไป ผลของ อัตร่า เมตะบอลิ-
สม์ นมการเปลี่ยนแปลงก็อาจ จะช่วยบอก
ความผิดปรกติได้.

Hilger (๑๙๕๗) เชื่อว่าปฏิกริยา
ภูมิแพ้, ภาวะประสาท ฮอโตโนมิค หย่อน
หน้าที, และต่อม ฮอร์โมน ทำหน้าทีน้อย
กว่าปรกติ, ย่อมก้อให้เกิดอาการจุกอึก
เสบไต จาก การที่ มี สาร นำ ผิด ปรกตินอก
หลอดเลือด. ผู้รายงานได้เน้นว่าแม่ในผู้ช่วย
จุกอึกเสบไตเนื่องจาก ภูมิแพ้ ทรรักษาด้วยวิธี

ต่าง ๆ ไม่ได้ผล, ควรนึกถึงภาวะผิดปรกติ
ใน เมตะบอลิสม์ ข้าง.

ปรีชา เจตนะศิลป์ ป.บ.

๔. Cantoni, A., E. Rasori: การผ่าเอา
เด็กออกทางหน้าทีอง หลังจาก มารดาถึงแก่
กรรมและลูกรอด. Ann. Obst. Gynec.
1960, 82.

ได้รายงานกรณีทีหายาก ๑ ราย,
มารดาอายุ ๒๔ ปี, ถึงแก่กรรมเนื่องจาก
เลือดออกไตชน เยอหุ้มสมอง อวัยวะน้อยค้.
ได้ใส่ ท่อเข้า หลอดคอ และให้ ออกซิย้เงิน
ทางหลอดค้. ทำการผ่าค้ค้เด็กออกทาง
หน้าทีองได้หลังจากมารดาถึงแก่กรรม ๔๕
นาที. เด็กเกิดมามีชีวิตรอดได้. ทงนเชื่อ
ว่า เนื่อง มาจาก การใส่ ท่อ อากาศ และ ให้
ออกซิย้เงิน ไค้ทันทวงที.

มานี้ วิสกุล ป.บ.

๕. Colomer, L.A.: การตงครรภ์ขก
มดลูกทงสองข้าง. Rev. espan. Obstet.
Gynec. 1959, 18: 203.

ผู้เขียนได้รายงานการตงครรภ์ขกมด
ลูกทงสองข้าง, ข้างขวาทำใหขกมดลูก

แตก. ข้างซ้ายแท่ง. การทรงครวณเริ่มเมื่อใช้ตกครั้งแรกภายหลังคลอชดปรกติได้สองเดือน. ผู้รายงานได้กล่าวถึงพยาธิสภาพ, การวินิจฉัย, การรักษาและมีภาพแสดงต่าง ๆ พร้อมทั้งรายชื่อเอกสารอย่างครบถ้วน

มานี วิสกุล พ.บ.

๖. Erlenborn. J.W., C.G. Pilz: พาร็อกซีสมัล มัยโอโกลบินูเรีย ร่วมกับคาร์ทีโอเมกาลี และความผิดปกติของฮีเล็คโตรคาร์ทีโอแกรม J.A.M.A. 1962. 181: 1111-1114.

พาร็อกซีสมัล มัยโอโกลบินูเรีย จัดเป็นกลุ่มอาการหนึ่งซึ่งมีอาการสำคัญคือปวด, กตเจ็บ, และขวมตามกล้ามเนื้อ, ถ่ายัสสภาวะมีสี มะฮ็อกกาน เนื่องจากมีมัยโอโกลบิน (สีของกล้ามเนื้อ) ในัสสภาวะภาวะเช่นนี้พบได้ใน ครช ซีนโครม (กลุ่มอาการที่เกิดขนมอกกล้ามเนื้อถูกขบขย), เนอกล้ามตายเนอจากขาดเลือด, โรคของฮาร์พ, ภายหลังไข้สูง ซัก, และจากพิษของ บารบิเตรต. นอกจากนี้ยังพบได้ในโรคกล้ามเนื้ออ่อนลือ, นักเล่น สะเกต และนักวิ่งแข่งทางไกล.

ผู้เขียนได้รายงานคนไข้หนึ่งคนซึ่งเป็นโรคร่วมกับการมีหัวใจโตและมีความผิดปกติของ ฮีเล็คโตรคาร์ทีโอแกรม. อาการยังเกิดขนมรุนแรงภายหลังการดม แอลกอฮอล์ มาก ๆ, ซึ่งนับว่าแปลกกว่ารายอื่น ๆ ที่ผู้เคยรายงานมาแล้ว. ผู้ป่วยเป็นนี้โกร, ชาย, อายุ ๓๓ ปี, มีอาการสำคัญว่าแขนขาปวดและแข็ง; ถ่ายัสสภาวะสีแดงเข้ม. ก่อนการช่วยขรงน ๓ และ ๑ ปีตามลำดับเคยได้รับการรักษาอาการ เช่น เกี่ยวกันมาแล้วและหายได้เองโดยไม่ได้รับการรักษาเฉพาะแต่อย่างใด. ทุกครั้งผู้ช่วยให้ประวัติว่าอาการปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงเกิดขนมภายหลังดมแอลกอฮอล์ มาก ๆ. ผู้ป่วยมีรูปร่างผอมสูง, แขนและขาเป็นรูปคล้ายกระสวย. กล้ามเนื้อในบริเวณที่ปวดคือน่อง, ขาอ่อน, และทข็อคอกขวามีลักษณะอ่อน, แข็ง, ขวมและกตเจ็บมาก. จากการตรวจอี.เค.จี. พบว่าหัวใจโตและมีความผิดปกติหลายอย่าง. (นอกจากนี้ได้มีรายงานการตรวจอย่างละเอียด) หลังรับไว้รักษา ๓ วันอาการปวดและความแข็งของเนื้อกล้ามเนื้อได้ขรรเทาหลง. ๘ วันแรกัสสภาวะน้อยมาก, วันละประมาณ ๑๐๐ มล. ขวเรีย ในโตเงินในเลือดเพิ่มจาก ๖๐ มก. เป็น ๑๕๐ มก.

ภายใน ๓ วัน. โปแตสเซียม ใน เซรัม ๑๗.๒ มิลลิกรัม/ลิตร. ได้ให้ โซเดียม ไบคาร์บอเนต เพื่อช่วยให้ปัสสาวะเป็นด่างและกันการตกตะกอนของ มัยโอโกลบินในทบัลของไต. เมื่อปัสสาวะน้อยมากจึงเปลี่ยนเป็นให้ กลูโคส ๑๐ ปร. ร่วมกับ อินซูลิน ๓๐ หน่วย/ลิตรทางหลอดเลือดแทน. ภายใน ๑๓ วันผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นถึง ๔,๖๐๐ มล./วัน. ระดับของสารต่าง ๆ ในเลือดกลับสู่ปกติ, แต่ภาพอิเล็กโทรคาร์ดิโอแกรม ยังให้ผลเช่นเดิม.

ประไพศรี ศรศาสตร์ปริชา พ.บ.

๗. Najarian, J.S., J.D. Feldman: การถ่ายทอก ทเบอร์คลิน เช่นซีทิวตี้ โดยใช้ ลียมฟอยด์ เซลล์ ที่ทำเครื่องหมายไว้ด้วย ทริทีเอตต์ ธียมคีน. *J. Exper. Med.* 1961, 114: 779-789.

ผู้รายงานทำการทดลองถ่ายทอก ทเบอร์คลิน เช่นซีทิวตี้ ในหน้ะเภา, โดยฉีดเข้าหลอดเลือดด้วย ลียมฟอยด์ เซลล์ ซึ่งทำเครื่องหมายเอาไว้ด้วย ทริทีเอตต์ ธียมคีน, ซึ่งทำจากหน้ะเภาที่ฉีดด้วย บี.ซี.จี. วัคซีน และแสดงผลทดสอบ ทเบอร์คลิน, ทางผิวหนังเช่นขวก. การทดสอบ

ด้วย พี.พี.ที. ทเบอร์คลิน, ในทันทีหลังฉีด เช่นซีทิวตี้ เซลล์, แสดงปฏิกิริยาขวก เมอ ๒๔ ชั่วโมงต่อมา. การศึกษาทางผลกายวิภาคศาสตร์และ ออโตราทีโอกราฟีค เซ็คชัน ของผิวหนังตำแหน่งทดสอบแสดงว่า, เช่นซีทิวตี้ เซลล์ ซึ่งทำเครื่องหมายไว้ เริ่มปรากฏที่ผิวหนังในตำแหน่งที่ทดสอบเมอ ๖ ชั่วโมงหลังฉีด พี.พี.ที., และเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยในระยะ ๑๔ ชั่วโมงต่อมา. การศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้ ลียมฟอยด์ เซลล์ ที่ทำเครื่องหมายไว้จาก หน้ะเภาที่ไม่ได้ฉีด บี.ซี.จี., ฉีดเข้าหน้ะเภาปกติ, ไม่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาขวกต่อการทดสอบ พี.พี.ที., และ เซลล์ ที่ทำเครื่องหมายไว้ ก็ไม่เข้าไปปรากฏในตำแหน่งที่ทดสอบเลย. นอกจากนั้นการฉีด คอคซิติ-โออิติน เข้าผิวหนังหน้ะเภาที่ได้รับการถ่ายทอกด้วย เช่นซีทิวตี้ เซลล์, ก็ไม่ทำให้ เซลล์ ที่ทำเครื่องหมายไว้ไปปรากฏในตำแหน่งทดสอบ. ทเบอร์คลิน เช่นซีทิวตี้ ที่เกิดขึ้น โดยการถ่ายทอกด้วย เซลล์ ในการทดลองของรายงานนี้คงถูกข้อยู่เพียง ๓ วันหลังฉีด เซลล์ เท่านั้น.

ผู้รายงานสรุปว่า เซลล์ จำพวก ลียมฟอยด์ ทุกชนิดเป็นตัวสำคัญในการถ่ายทอก

ภาวะ ทูเบอร์คูลิน ซัยเปอร์เซ็นซิวิตี. และในกลไกของการเกิดปฏิกิริยา ทูเบอร์คูลิน, โดยเห็นได้จากการที่พบ เซลล์เหล่านี้เข้าไปปรากฏอยู่ในตำแหน่งที่มีปฏิกิริยาด้วยเสมอ. อย่างไรก็ตามก็เขากเชื่อว่า ทัว โสสต์ เองก็มีการเกี่ยวข้องกับกลไกของการเกิดปฏิกิริยา ทูเบอร์คูลิน ด้วย.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๘. อะลี, ประเวศ, M. Block: โปเลียซัย
ธิเมีย เวรา ในนิโกรหญิงคนหนึ่ง. Arch.
Int. Med. 1961, 107:260-263.

ได้รายงานผู้ป่วยโรค โปเลียซัยธิเมีย เวรา ในหญิงเลือด นิโกร แท้หนึ่งราย. นับได้ว่าเป็นรายที่ ๑๑ ที่เคยมีรายงานไว้ว่าเกิดขึ้นใน นิโกร. การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายนี้อาศัย (๑) การศึกษาด้วย ราวติโอ โนรมิเมียม, พบมีการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดแดงทั้งหมด, (๒) มีการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดด้วย, เนื่องจากมีแพนซัยเปอร์พลาเซีย ของไขกระดูก, ซึ่งใน เซคันคาร์ย โปเลียซัยธิเมีย จะมี ซัยเปอร์พลาเซีย ของไขกระดูกเฉพาะ ส่วนที่ ให้กำเนิดเม็ดเลือดแดงเท่านั้น, (๓) หลักฐานอื่นที่สนับสนุนการวินิจฉัยโรคนี้ ได้แก่ การ

เกิดอาการของโรคเมื่ออายุมาก (ผู้ป่วยอายุ ๕๘ ปี), และมี ธีร้อมโบสิส, มีการตกเลือด, ม้ามโตและแสดงการขาดเหล็กจากการขยายตัว มากของเม็ดเลือดแดงทั้งหมด และจากการตกเลือด, (๔) การตรวจพบค่าของความอิมทัว ออกซิจีเจน ของเลือดแดงปรกติทำให้ช่วยแยก เซคันคาร์ย โปเลียซัยธิเมีย ออกไปได้.

ผู้รายงาน ไม่สามารถ อธิบาย ถึงการที่โรคนี้พบไม่บ่อยในชาว นิโกร, และสาเหตุของโรคนี้เองก็ยังไม่เป็นที่ทราบกัน.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๘. Thölen, von H., et al.: การรักษาโคมา เพราะทัยคัวย โคเอ็นซัยมี เอ, กรดแอลฟา-ไลโปอิค, และ ไคฟอสโฟเพอริคีน นุกลิโอไทด์. Dtsch. med. Wschr. 1962. 87:2488-2494.

ตยเป็นอวยวะททำงานหลายหน้าที่. เมอทัยคาร์คหนาทอย่างหนึ่งทเสียไปก็คอหนาททเกี่ยวกับ เมตะบอลิสม์ ของสาร คาร์โบซัยเกรต. กรดพัยรวิค คงมากในเลือดและในน้ำหล่อไซสั่นหลัง. กรด พัยรวิค ไม่สามารถถูก ออกซิไดส์ ไปได้พอเพียงเช่นปรกติและบางส่วนได้ถูกเปลี่ยนแปลงไปเป็น

อะเซโทอิน กับ ๒,๓-บเทนทีออล มากกว่าปรกติมาก, ซึ่งสารทั้งสองนี้ทำให้เกิดการหมกสคิซันในสัตว์ทดลอง. การขจัดของของ เมตะบอสิสมี ต่อไปของกรก พัยรวิกจนทำให้เกิด เฮปาทิก โคมา นั้นอาจเนื่องมาจากขาดสารจำเป็นที่ช่วยในการนคอ โคเอ็นซัยม์ เอ, ไคฟอสโฟพัยริคีน นคลีโอไทด์ (ค.พี.เอ็น.) และ/หรือ กรก แอลฟา-ไลโปอิก ก็ได้. Rausch (๑๙๕๕, ๑๙๕๖) และ Thompson (๑๙๕๖) ได้รายงานการรักษา เฮปาทิก โคมา ด้วยกรก ไลโปอิก ได้ผลดีหลายคราว. แต่ก็มีผู้รายงานว่าใช้กรกนรักษาแล้วไม่ได้ผลดี.

ผู้รายงานได้ทดลองรักษาผู้ป่วย เฮปาทิก โคมา ๘ รายโดยการให้ โคเอ็นซัยม์ เอ, กรก ไลโปอิก และ คี.พี.เอ็น. ในจำนวนโมลาร์ เท่ากันเพื่อช่วยเร่ง เมตะบอสิสของกรก พัยรวิก ต่อไปให้เร็วขึ้น, ซึ่งจะเป็นการทำให้ อะเซโทอิน และ ๒,๓-บเทนทีออล ไม่เกิดขึ้นและอาการ โคมา ก็อาจจะดีขึ้นถ้าอาการ โคมา นั้นเนื่องมาจากสารทั้งสองดังกล่าว.

เขาได้ตรวจเลือก คนไข้ก่อนการรักษา, ระหว่าง, และหลังการรักษาเพื่อกและติดตามผลของการรักษา. เมื่อได้ผลดีสารทั้ง

สามนี้เข้าหลอดเลือดแล้วทำให้คนไข้ ๖ คนพ้นคนสติได้, ๑ ใน ๖ คนนั้นความรู้สึกตัวกลับเลวลงอีกใน ๑๓ วันต่อมาและก็แก้ไขให้รู้สึกได้ ด้วยสารทั้งสามนี้ แต่คนไข้ก็ไม่รอด. ผู้ป่วยรายที่ ๗ อาการดีขึ้นเล็กน้อยแล้วตายในวันที่ ๖. รายงานเห็นว่าอาการดำเนินโรคร้ายลง เมื่อตรวจเลือดพบว่า กรก พัยรวิก และ แอมโมเนีย ในเลือดลดลง. รายที่ ๘ อาการไม่ดีขึ้นแต่ผลเลือดแสดงว่า อะเซโทอิน และ ๒,๓-บเทนทีออล ลดลงและมี บิลิรูบิน และ ยูเรีย เพิ่มขึ้นมาก. จากการตรวจศพทั้งสามรายไม่พบเนื้องอก ส่วนที่ยังก็เหลืออยู่เลย, ซึ่งเป็นข้ออธิบายว่าทำไมการรักษาจึงไม่ได้ผล.

การพ้นคน สติกินเวลาสองสามวัน หลังการรักษาด้วยสารทั้งสามนี้และยังไม่ทราบแน่ชัดว่าทำไมจึงต้อง ใช้เวลานาน ถึงเพียงนี้ ขนาดที่ใช้ได้จากการ คำนวณและ ประมาณจากการใช้ โคเอ็นซัยม์ เอ ของคนไข้ว่าช่วยมานานเท่าใด. โดยปรกติให้ประมาณ ๗๐๐ ถึง ๑๐๐๐ มก. โดยแบ่งให้วันละครั้ง. บางรายได้ผลดีมาก, ให้ โคเอ็นซัยม์ เอ เพียงวันละ ๕ มก., กรก ไลโปอิก และ คี.พี.เอ็น. ในจำนวน โมลาร์ เท่ากันอยู่เพียง ๔ วันก็หาย, ซึ่งได้พิจารณา

ให้เป็นราย ๆ ไป.

ในตอนท้ายที่สุดผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วย ๑ รายที่เขาได้ติดตามการรักษาอยู่เป็นเวลานาน. ผู้ป่วยเป็นหญิงอายุ ๔๕ ปี, บ่อยอยู่ ๓ เดือนจากโรคตับอักเสบที่ไม่มีการติดเชื้อ, ตับมีเนื้องอกและผู้ป่วยมีอาการไอมา. อาการหนักลง โดยการรักษาธรรมดา. เมื่อมา ร.พ. อยู่ในภาวะทรุดต. ๓ วันหลังให้การรักษาด้วยสารทั้งสามอย่างนี้ผู้ป่วยก็ฟื้น. ๕ วันหลังรักษาได้ทำ ไบออปซีย์ ของตับพบว่าตับอักเสบเรื้อรังและมีเซลล์ตายเป็นหย่อม ๆ, จึงให้สารทั้งสามนี้ต่ออีก ๕ วันแล้วทำ ไบออปซีย์ ของตับอีกในวันที่ ๓๔ และ ๕๓. พบรอยโรคตับอักเสบของปัจจุบันที่หายแล้ว, เนื้อตายเป็นหย่อม ๆ ก็หายไป. โปรตีน ในเลือดกลับสู่ระดับปกติทั้ง ปริมาณ และสัดส่วน แยก. การทสารทั้งสามนี้ทำให้ตับดีขึ้นและ โปรตีน ในเลือดกลับสู่สภาพปกตินี้ยังต้องทำการศึกษาคือว่าเป็นเพราะเหตุใด.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๑๐. Stern, H.F.: การรักษาตะคริวในผู้สูงอายุ. *Geriatrics* 1962,17:243-245.

ผู้รายงาน ได้ทำการบำบัด อาการปวดขา

จากตะคริวในผู้ป่วยสูงอายุด้วยยา Carisoprodol, (ชื่อเคมีคือ N-isopropyl-2-methyl-1,3-propanediol dicarbamate) ซึ่งเป็นยาระงับปวดและยาหย่อน กล้าม เนื้อ ลาย. ในการนี้ใช้ผู้ป่วยสูงอายุ ๖๑ คนเป็นชาย ๑๗ คน, หญิง ๔๔ คน อายุ ๕๖ ถึง ๘๓ ปี. แบ่งได้เป็น ๒ พวก. พวกหนึ่งเป็นโรคปวดขาเป็นพัก ๆ, มี ๑๔ คน. พวกที่สองมีอาการปวดกลางคืนมี ๔๗ คน. ผู้ป่วยทุกคนต้องอดยาบรรเทา อาการ มาอย่างน้อย ๗ วัน. ขนาดยา คาร์โอสโพรดอล คือ ๑ เม็ด สามเวลาหลังอาหารและก่อนนอน (๑ เม็ดเท่ากับ ๓๕๐ มก.) ในตอนแรก, แล้วเพิ่มขนาดจนได้ผลจึงค่อยลดขนาดมาสู่ขนาดเริ่มแรก. สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดกลางคืนคงให้ยาตอน นอนครั้งเดียวในขนาด ๑ วัน. ขนาดยาที่ใช้มีตั้งแต่ ๔ ถึง ๑๐ เม็ดต่อวัน.

การตัดสินใจผล ถือว่าได้ผลเล็กเมื่อหายปวดโดยสิ้นเชิง. ได้ผลพอใจ, ถ้าความช่วยและความรุนแรงของการปวดลดลงอย่างมาก, และไม่เป็นที่พอใจถ้ามีอาการทเลาเพียงเล็กน้อย. ได้ผลดังนี้: ได้ผลเล็ก ๑๕ ราย (๒๕ ปช.), ได้ผลเป็นที่พอใจ ๔๓ ราย (๗๐ ปช.), ส่วนอีก ๓ ราย (๕ ปช.)

เป็นพวกไม่เป็นที่พอใจ. อาการปวดรุนแรง กลับมาใน ๑๐ ถึง ๑๕ วันหลังจากหยุดยาคาโรโล โพรทอล ซึ่งได้ให้ติดต่อกันมา ๒ สัปดาห์, และถ้าให้ยานี้ไป ๓ สัปดาห์แล้วหยุดจะมีอาการรุนแรงเช่นเดิมใน ๑๗ ถึง ๒๓ วัน. ทั้งสองพวกนี้จะทะเลาะกันทันทีให้ยาอีก. ผลข้างเคียงมีอาเจียนรุนแรง ๑ ราย เมื่อให้ยา ๑๐ เม็ดต่อวันจนต้องเลิกยา, ผู้ป่วย ๔ รายได้รับยา ๑๐ เม็ดต่อวันมีอาการง่วงเหงา และจิตสับสน เมื่อลดขนาดเป็น ๔ เม็ดต่อวันอาการหายไป, แต่ยังมีผลการรักษาเป็นที่พอใจอยู่. ขนาด ๔ เม็ดต่อวัน,

พบ ๑ รายมีผื่นขึ้นในวันที่ ๕ และ ๑ รายมีอาการร้องไห้เป็นพัก ๆ ในวันที่ ๕, ทั้งสองรายต้องหยุดยา.

นอกจากนี้ไม่พบอาการเลือดจาง, เม็ดเลือดขาวน้อย, เม็ดเลือดคน้อย, การทนยา หรืออาการต่าง ๆ เนื่องจากหยุดยา. สรุปว่าคาโรโล โพรทอล เป็นยาที่ปลอดภัยและให้ผลดีในการบรรเทาอาการของอาการปวดขาเป็นพัก ๆ และอาการปวดเวลากลางคืนในผู้ป่วยสูงอายุ. แต่การรักษาที่แท้จริงนั้นต้องหาสาเหตุของกระดูกให้ได้, และรักษาเสีย.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

คือมีอายุแต่ ๕ } ขวบขึ้นไป แล้วเป็นลักษณะ
๖ }

แห่งท่านโจรนั้นด้วยบริโภคอาหารอันเป็น
อิริยวัตรคือสำแดง ที่มีได้เคยบริโภคมาแต่
ก่อนจึงให้บังเกิดโรคต่างต่าง โดยจัดจาก
แลตรัสสมุณานให้วิปริต แล้วบังเกิดก็มีชาติ
๔๐ จำพวก อันจะให้เยือกเย็นจนทกตัวสัตว์
มิได้เว้น ซึ่งกล่าวมานั้นเป็นแต่สังเขปแจ้ง
วิธานอยู่ในคำภีร์ปฐมจินตนาฎ ๕ นั้นเสวย
แล้ว ๗ ถ้างแก่เอา ข้า กชาย กทอ ไพล
หอม เปลือกสนุ่น เปลือกไข่เห่าน้ำ ลูก
ชกา มกรต รากเลื่อมอนาง ใคร์หอม
พริก ๗ ขิง ๗ คีปี้ ๗ ขมิ้นอ้อย ๗

ขราเพชร ๗ เล้า } ครั้งต้ม ๓ เอา ๑ ให้
น้ำ }

กินแก้สรรพทานโจรหาย ๗ ขนานหนึ่งเอา
ลูกชกาแดงเท่าอายุกุมาร เอาเลคออกเสียบ
มกรต ๒ ลูก ผาลูกละ ๔ ชก ทั้งเสียบชก
๑ เอาแต่ ๗ ชก ไพล ขมิ้นอ้อย รากเลื่อม
อนาง เปลือกไข่เห่าน้ำ สิ่งละพอควร
ขราเพชร ๗ องคสิทธิ์ ๓ เอา ๑ ให้กินขับ
โทษร้ายทานโจรทุกสิ้นเชิง แก้กานโจรตก
เสมหะโลหิตก็หาย ๗ ขนานหนึ่งเอาขราเพชร
๓ ค่านวมือ ขมิ้นอ้อย ๗ ชิ้น ไบกพิงโหม
กำมอหนึ่ง เปลือกสนุ่น ๓ คีบคนไข่ ต้ม

๓ เอาหนึ่งให้กินแก้ทานโจรให้ลงแลตก
เสมหะโลหิตก็หายวิเศษประเสริฐนัก ๗

(ศีลาจารึกแผ่นดินที่ ๒๕)

สิทธิการียะ

ยาลงเลือก ผาง ๑ รากกล้วยคียบ ๑
ฝนต้น ๑ ที่มี ๓ เอา ๑ กินหายแล ๗
แก้บิดรศดวงเลือกตกใน คอ } บุก ๑ กลอย
อก }
๑ น้ามนาว ๑ พริก ๑ ขิง ๑ สารส้ม ๑
เกลือ ๑ ตำมกไว้คั้น ๑ กินวันละชั้นหอย
หาย แก้บิดลงเลือก แญกเมง ๑ ตำเอา
น้ำ ๑ เอาลูกข่าพล ๑ คีปี้ ๑ พริก ๑
กเทียม ๑ เทียนคำ ๑ ตำใส่น้ำกเมง แล้ว
เผาสุกพอชย เสกด้วยสักกัถวา กินหาย ๗
ขนานหนึ่งเอาใบกท่อม ๑ ขมิ้นอ้อย ๑
ไพร ๑ พรรณักกษ ๑ กพิงโหมทั้ง ๒
ตำใส่กระบอกไม้หาลามให้สุก เอาเถ่าเป็น
กระสายแซรกฝนกินหาย ๗ แก้รศดวง
เลือกหนองสเลคเลือน้ำ เอารากส้มกั้ง ๑
ญานาง ๑ พริก ๑ ขิง ๑ กเทียม ๑
กินประสิวขาว ๑ คีปี้ ๑ หอม ๑ สารส้ม
๑ เทียนคำ ๑ เทียน แดง } ยาทางนึ่ง
ขาว }

แล้ว คือกำเริบเพื่อสรณียาตังนี้ เป็น
 ขติไสยะ ว่าโรคนี้หนัก แพทย์อย่าพึง
 รักษาเลย เป็นอาการตกให้แก้ตามบุญ ฯ
 ถ้าจะแก้เอารากสามสิบ รากมทราง ราก
 มพือ รากคา วันทั้ง ๒ ขิงแห้ง กล้วย
 เขมจะเสี้ยนยก ลูกจัน การพลู พิมเสน
 เอาเสมอภาคทำเป็นจุล เอาน้ำเปลือกข่อย
 เป็นกระสายชกทำแท่งไว้ลายน้ำ โทคหวิวั
 ฑมกนแกรรคตะบัตตะ เพื่อสรณียาตหาย ฯ

ขนานหนึ่งเอา แฝกหอม ใคร์หอม
 ใคร์น้ำ ใคร์ขก กระจวาร ขรเพช การบุน
 แก่นกนเตรา สุรามฤท เจตมลเพลิง เอา
 เสมอภาค ทำเป็นจุล เอาน้ำขิงเป็นกระสาย

ชกทำแท่ง ไว้ลายน้ำเทพทโรฑมกนแก
 รัตตะบัตตะ เพื่อสรณียาตนั้นหายมหาวิเศศ
 หนัก ฯ

ขนานหนึ่งเอาเปลือกโลก เปลือกกน
 เควา การพลู ขิงแห้ง พญามือเหล็ก เอา
 เสมอภาค ฑม ๓ เอา ๑ กนแกรรคตะบัตตะ
 โรคเพื่อสรณียาตหาย ฯ

ขนานหนึ่งเอาขระเพศ เจตพงค์ เปลา
 นอย กระจวาร การพลู ขิงแห้ง เอาเสมอ
 ภาค ฑมสามเอาหนึ่ง กนแกรรคตะบัตตะแล
 แก่ซึ่งโรคยังเกิด เพื่อสรณียาตนั้นหาย
 หนัก ฯ

๒๑. เงินทุนช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์

ที่ ๔๔๐/๒๕๐๖ กระทรวงสาธารณสุข

๓๑ มกราคม ๒๕๐๖

เรื่อง เงินทุนช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์
 เรียน ท่านบรรณาธิการ "สารศิริราช"
 อ้างถึง บทความเรื่อง "ปัญหาการผลิต
 แพทย์ข้อหนึ่งของอเมริกา" ใน
 สารศิริราช ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๑๒
 ธันวาคม ๒๕๐๕

ตามบทความที่อ้างถึงซึ่งเขียนโดย

ศาสตราจารย์ สก สแตงวิเชียร คอนหนึ่ง
 (หน้า ๗๖๕-๗๖๖) กล่าวถึงทุนของ
 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้เป็นการช่วย
 เหลือนักศึกษาแพทย์ว่าเป็นจำนวนน้อยมาก
 จึงให้ประโยชน์น้อยไม่สมกับควมปรารถนา
 ของกระทรวงสาธารณสุข ความละเอียด
 แจงอยู่แล้วนั้น

ผมใคร่ขอโอกาสข้แจ้งด้วยความยินดี
 ว่า บัดนี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลงโดย

แล้ว คือกำเริบเพื่อสรณียาตังนี้ เป็น
 ขติไสยะ ว่าโรคนี้หนัก แพทย์อย่าพึง
 รักษาเลย เป็นอาการตกให้แก้ตามบุญ ฯ
 ถ้าจะแก้เอารากสามสิบ รากมทราง ราก
 มพือ รากคา วันทั้ง ๒ ขิงแห้ง กล้วย
 เขมจะเสี้ยนค ลูกจัน การพลู พิมเสน
 เอาเสมอภาคทำเป็นจุล เอาน้ำเปลือกข่อย
 เป็นกระสายชกทำแท่งไว้ลายน้ำ โทคหวิวั
 ฑมกนแกรรคตะบัตตะ เพื่อสรณียาตหาย ฯ

ขนานหนึ่งเอา แผลงหอม ใคร้หอม
 ใคร้หน้า ใคร้ขก กระจวาร์ ขรเพช การบูน
 แก่นกนเตรา สุรามฤท เจตมลเพลิง เอา
 เสมอภาค ทำเป็นจุล เอาน้ำขิงเป็นกระสาย

ชกทำแท่ง ไว้ลายน้ำเทพทโรฑมกนแก
 วรรคตะบัตตะ เพื่อสรณียาตนั้นหายมหาวิเศค
 หนัก ฯ

ขนานหนึ่งเอาเปลือกโลก เปลือกกน
 เควา การพลู ขิงแห้ง พญามือเหล็ก เอา
 เสมอภาค ฑม ๓ เอา ๑ กนแกรรคตะบัตตะ
 ไรคเพื่อสรณียาตหาย ฯ

ขนานหนึ่งเอาขระเพค เจตพงค์ เปลา
 นอย กระจวาร์ การพลู ขิงแห้ง เอาเสมอ
 ภาค ฑมสามเอาหนึ่ง กนแกรรคตะบัตตะแล
 แก่ซึ่งไรคยังเกิด เพื่อสรณียาตนั้นหาย
 หนัก ฯ

๒๑. เงินทุนช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์

ที่ ๔๔๐/๒๕๐๖ กระทรวงสาธารณสุข

๓๑ มกราคม ๒๕๐๖

เรื่อง เงินทุนช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์
 เรียน ท่านบรรณาธิการ "สารศิริราช"
 อ้างถึง บทความเรื่อง "ปัญหาการผลิต
 แพทย์ข้อหนึ่งของอเมริกา" ใน
 สารศิริราช ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๑๒
 ธันวาคม ๒๕๐๕

ตามบทความที่อ้างถึงซึ่งเขียนโดย

ศาสตราจารย์ สก สแตงวิเชียร ตอนหนึ่ง
 (หน้า ๗๖๕-๗๖๖) กล่าวถึงทุนของ
 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้เป็นการช่วย
 เหลือนักศึกษาแพทย์ว่าเป็นจำนวนน้อยมาก
 จึงให้ประโยชน์น้อยไม่สมกับควมปรารถนา
 ของกระทรวงสาธารณสุข ความละเอียด
 แจงอยู่แล้วนั้น

ผมใคร่ขอโอกาสข้แจ้งด้วยความยินดี
 ว่า บัดนี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลงโดย

ได้เพิ่มวงเงินที่ให้ความช่วยเหลือ เป็น ปี ละ ๖,๐๐๐ บาท แล้ว เนื่องจากกรมอนามัย ได้พิจารณาเห็นว่า การหานายแพทย์ไปประจำตามสถานอนามัยชั้นหนึ่ง ของอำเภอ ในต่างจังหวัดเป็นเรื่องที่หาผู้สมัคร ไปยาก หรือในบางอำเภอที่มีสถานอนามัย ชั้น สอง แต่การคมนาคมไม่สะดวก ก็ควรจะไ้มี นายแพทย์ประจำเพื่อช่วยเหลือ ประชาชน กรมอนามัยจึงได้พิจารณาว่าจะให้ มีทุน การศึกษาแก่นักศึกษาแพทย์ชั้น โดยความ ร่วมมือจากอำเภอเจ้าของท้องที่ให้จัดหาทุน การศึกษาให้ปีละ ๑,๐๐๐ บาท และกรม อนามัย จะ ตั้ง งบประมาณ ออก สม ทย อีก ๕,๐๐๐ บาท รวมเป็นปีละ ๖,๐๐๐ บาท ซึ่งจะจ่ายให้นักศึกษาผู้ได้รับทุนนี้เดือนละ ๕๐๐ บาท เมื่อนักศึกษาผู้ได้รับทุนเรียนสำเร็จ แล้วก็มี เงินใจว่าจะต้องมารับราชการ ใน กรมอนามัยและให้อยู่ประจำทำงาน ใน เขต อำเภอของอำเภอเจ้าของทุนเป็นเวลา ๒ เท่า ของเวลาที่ได้รับทุน สำหรับสถานอนามัย ชั้นสอง ถ้าจังหวัดพิจารณาเห็นสมควรจะ ให้นายแพทย์ประจำ นอกจากทางอำเภอ จะหาทุนการศึกษาให้ปีละ ๑,๐๐๐ บาทแล้ว จะต้องรับรองว่าจะจัดหาบ้านพักให้นายแพทย์ ด้วย

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำเรื่องเสนอ คณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา และคณะรัฐมนตรีได้พิจารณาแล้ว ลงมติอนุมัติใน หลักการตามที่กรมอนามัยเสนอ แต่ถ้า หากผู้รับทุนไม่ปฏิบัติตามสัญญา คือไม่ไป รับราชการในท้องที่ที่กรมอนามัย บรรจุ ตาม ที่สัญญาไว้ จะต้องถูกปรับเป็น ๕ เท่าของ เงินที่ได้รับทุน

สำหรับงบประมาณ ๒๕๐๖ นี้ กรม อนามัยได้รับเงินงบประมาณ สำหรับ เป็นทุน ช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ ดังกล่าว เป็น จำนวน ๓๕ ทุน และในการให้ทุนนี้ กรม อนามัยได้ พิจารณาให้ทุนเฉพาะ นัก ศึกษา แพทย์ปีที่ ๔ และ ๓ ก่อน ตามลำดับ เพื่อ ได้นายแพทย์ไปประจำอำเภอเจ้าของ ทุน ได้เร็วขึ้น ปรากฏว่าตั้งแต่ได้ประกาศให้นัก ศึกษาแพทย์ทราบจนถึงขณะนี้ มีนักศึกษา แพทย์มาติดต่อขอรับทุน ช่วยเหลือ ไป แล้ว ๑๗ คน ยังมีทุนช่วยเหลืออยู่อีก ๑๘ ทุน ทั้งนี้ถามนักศึกษาแพทย์ผู้ใดสนใจที่จะ ขอ รับทุนช่วยเหลือภายในเงื่อนไขดังกล่าว ก็ ขอให้ไปติดต่อขอทราบรายละเอียด เกี่ยวกับ ท้องที่ที่ ต้อง การ ผู้สมัคร กับ คณะบดี คณะ แพทย์ศาสตร์ของแต่ละโรงพยาบาลที่นักศึกษา แพทย์ศึกษาอยู่ได้ โดยกรมอนามัยได้

แจ้งรายละเอียดไปให้คณบดีแต่ละคณะทราบ
แล้ว หรือจะติดต่อกับสำนักงานเลขานุการ
กรมอนามัยโดยตรงก็ได้

เพราะฉะนั้น จึงขอเรียนมายังท่าน
บรรณาธิการได้โปรดทราบ หากจะพิจารณา
นำหนังสือลงพิมพ์ใน สารศิริราช เป็นการ
ให้ความร่วมมือช่วย กระ ทรวง สาธารณสุข

ประกาศให้นักศึกษาแพทย์ได้ทราบ อีก ทาง
หนึ่งได้ก็จะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง.

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

นายแพทย์ สงัด เปล่งวานิช

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. จดหมายจากศิษย์เก่า

โรงพยาบาลสุรินทร์ จ. สุรินทร์

๑ มกราคม ๒๕๐๖

กราบเรียนท่านอาจารย์ที่เคารพอย่างสูง

ผมรู้สึกตันตันใจหลายครั้ง ที่ได้อ่าน
ปกิณกะจากสารศิริราช ที่ได้ยินได้ฟังถึง
คุณงามความดีของแพทย์รุ่นพี่ๆ ซึ่งเป็นตัว
อย่างและเราเตือนใจรุ่นน้องๆ ให้กระทำ
ความดีเพื่อนำชื่อเสียงมาสู่ โรงเรียน อันเป็น
ที่รักยิ่ง ผมและเพื่อน ๆ มีโอกาสช่วยเหลือ
โรงเรียนน้อยมาก และรู้สึกนับวันจะห่าง
ไกลออกไปทุกที เพราะความจำเป็นในค่าน
การงานและหน้าที่บังคับ แต่พวกเราทุกคน
ยังระลึก นึกถึง พระคุณ ของ ท่านอาจารย์ ทั้ง
หลายที่ได้อบรม สั่งสอน ให้ความรู้ และ

เมื่อมีโอกาส ก็พยายาม ช่วยกัน ตามความ
สามารถ เช่น คราวฉลอง ๗๒ ปี ศิริราช
ทุกคนก็ได้เอาใจใส่ช่วย และได้ช่วยบริจาค
ตามกำลัง แม้จะเป็นเพียงส่วนน้อยมาก ก็
ยังปลื้มใจ ผมเองก็ได้ พระรปลมเด็จพระ
ราชบิดาฯ ไปสักการะท่วย พวกเราทุกคน
ปลาบปลื้มยินดีในงานฉลอง ที่ล่องไปด้วยดี
และมีผู้มีจิตเมตตาช่วยเหลือเป็นอย่างดี

โอกาสนี้ ผมใคร่จะเสนอเรื่องให้อาจารย์
พิจารณา ลงในสารศิริราช เพราะผมคิด
มานานแล้ว ที่อยากเห็นพวกน้องๆ มี
ความรู้ความสามารถ เพื่อชื่อเสียงของ
โรงเรียน เพราะผมได้ยินได้ฟังมาหลาย
ครั้งหลายหนว่า แพทย์รุ่นหลังๆ ไม่เอาใจ

แจ้งรายละเอียดไปให้คณบดีแต่ละคณะทราบ
แล้ว หรือจะติดต่อกับสำนักงานเลขานุการ
กรมอนามัยโดยตรงก็ได้

เพราะฉะนั้น จึงขอเรียนมายังท่าน
บรรณาธิการได้โปรดทราบ หากจะพิจารณา
นำหนังสือลงพิมพ์ใน สารศิริราช เป็นการ
ให้ความร่วมมือช่วย กระ ทรวง สาธารณสุข

ประกาศให้นักศึกษาแพทย์ได้ทราบ อีก ทาง
หนึ่งได้ก็จะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง.

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

นายแพทย์ สงัด เปล่งวานิช

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. จดหมายจากศิษย์เก่า

โรงพยาบาลสุรินทร์ จ. สุรินทร์

๑ มกราคม ๒๕๐๖

กราบเรียนท่านอาจารย์ที่เคารพอย่างสูง

ผมรู้สึกตนสนใจหลายครั้ง ที่ได้อ่าน
ปกิณกะจากสารศิริราช ที่ได้ยินได้ฟังถึง
คุณงามความดีของแพทย์รุ่นพี่ๆ ซึ่งเป็นตัว
อย่างและเราเตือนใจรุ่นน้องๆ ให้กระทำ
ความดีเพื่อนำชื่อเสียงมาสู่ โรงเรียน อันเป็น
ที่รักยิ่ง ผมและเพื่อน ๆ มีโอกาสช่วยเหลือ
โรงเรียนน้อยมาก และรู้สึกนับวันจะห่าง
ไกลออกไปทุกที เพราะความจำเป็นในค่าน
การงานและหน้าที่บังคับ แต่พวกเราทุกคน
ยังระลึก นึกถึง พระคุณ ของ ท่านอาจารย์ ทั้ง
หลายที่ได้อบรม สั่งสอน ให้ความรู้ และ

เมื่อมีโอกาส ก็พยายาม ช่วยกัน ตามความ
สามารถ เช่น คราวฉลอง ๗๒ ปี ศิริราช
ทุกคนก็ได้เอาใจใส่ช่วย และได้ช่วยบริจาค
ตามกำลัง แม้จะเป็นเพียงส่วนน้อยมาก ก็
ยังปลื้มใจ ผมเองก็ได้ พระรปลมเด็จพระ
ราชบิดาฯ ไปสักการะทวย พวกเราทุกคน
ปลาบปลื้มยินดีในงานฉลอง ที่ล่วงไปด้วยดี
และมีผู้มีจิตเมตตาช่วยเหลือเป็นอย่างดี

โอกาสนี้ ผมใคร่จะเสนอเรื่องให้อาจารย์
พิจารณา ลงในสารศิริราช เพราะผมคิด
มานานแล้ว ที่อยากเห็นพวกน้องๆ มี
ความรู้ความสามารถ เพื่อชื่อเสียงของ
โรงเรียน เพราะผมได้ยินได้ฟังมาหลาย
ครั้งหลายหนว่า แพทย์รุ่นหลังๆ ไม่เอาใจ

ใส่งานค่านับปฏิบัติ ยิ่งพวกที่เป็นแพทย์ผูกค
 ้วยแล้ว ยิ่งไม่เอาใจใส่มาก เพราะถือว่า
 พันขอบเขตการบังคับแล้ว ผมเกรงว่าจะไป
 มีผลสะท้อน มาถึง โรงเรียน ในภาย หลัง
 เพราะเวลานี้มีโรงเรียนหลายแห่ง ถ้าค้อย
 กว่าเขา ซอเสียดและคุณความดีที่ร่นพ ๆ
 ใ้ช่วยกันทำมา๑๒ปี ก็ะพลอยเกิดร้อน
 ไปค้วย ถ้าหากอาจารย์เห็นว่า พอเป็น
 ประโยชน์แก่น้อง ๆ และโรงเรียนได้บ้าง
 ผมก็จะปลายปลมใจมากครับ ที่มีส่วนช่วย
 โรงเรียน แม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อยมากก็ตาม
 หนึ่ง ผมรู้สึกปลมใจมากครับ ที่มชาว
 ต่างประเทศผู้หนึ่ง มาช่วยเหลือในค่านงาน
 ในห้องทดลอง ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ฝน
 ใ้ปริญา วท.บ. ทางชีวเคมี ตามความ
 รู้สึกของผม ก่อนเขามาเขาคงเข้าใจว่า
 เมืองไทยเราคงล้ำหลังมาก แต่มาเห็นเข้า
 จริง ๆ เขารู้สึกว่าเขาเข้าใจผิด เพราะงาน
 ในค่านห้องทดลองของเราแม่จะเป็นหัวเมือง
 เล็ก ๆ ก็พยายามทำกันพอใช้การได้ ทำ
 เคมีหลอดใ้เกือบครบ เมื่อมาถึงใหม่ ๆ เขา
 ต้องมาเรียนจากเร่อีกที่ จึงจะลงมือทำงาน
 ได้ เขาอ้างว่าเขาเรียนมาคนละแบบ เครื่อง
 มือก็มีคกัน อย่างการเทียบส้เขาก็ใช้เครื่อง
 ไฟฟ้า มาเห็นของเราเขาใช้ใ้ไม่ถูก ตกลง

เลยต้องมาเรียนรูจากเรา แต่รู้สึกว่าคุณ
 นิสัยก็พอใช้ครับ ไม่ค่อยเหมือนอย่างที่เรา
 เข้าใจกัน พวกนี้ออกช่วยตามโรงพยาบาล
 ยางแห่งเท่านั้น เท่าที่ผมทราบก็มักจะเป็น
 โรงพยาบาล ขนาด กว่ ๑๐๐ เตียง ขึ้นไป
 เช่น สุรินทร์ ขอนแก่น ราชสีมา อุบลฯ
 พระพุทธบาท ฯลฯ พวกเราเลยมีผลพลอย
 ใ้ ใ้ฝึกพูดภาษาอังกฤษกับเขาบ้าง และ
 เขาฝึกเรียนภาษาไทยจากเรา เขามีความ
 ตั้งใจว่า จะเรียนแพทย์ต่อที่ประเทศเรา เขา
 คยว่าพวกแพทย์เราที่ไปอเมริกา ทำงานได้
 คมาก ผมรู้สึกคใจที่พวกเราส่วนมากไป
 ทำซอเสียด และความดีใ้กับโรงเรียน
 ประกอบกับใ้ข่าวว่า ยางท่านทำงานคั้น
 ฝรังไม่ยอมใ้กลับ คั้นข้ว่าเราไม่ยอมหน้า
 ใคร เป็นห่วงแต่ในอนาคตอาจจะมียางคน
 ไปทำซอเสียดเสียหาย หรือทำให้ฝรังตก
 เขาก็ใ้
 สุกท้ายนี้ ผมขออาราธนา คุณพระศรี
 รัตนตรัย ช่วยคุ้มครอง ท่านอาจารย์ทั้ง
 หลายที่เคารพยั้ง และโรงเรียน อันเป็นท
 รกยั้ง ประสพแต่ความเจริญรุ่งเรืองยั้ง ๆ
 ขึ้นไป.

ด้วยความเคารพนับถ้อยอย่างสูง
 สุจริต วินโกมินทร์

๕. แนะนำหนังสือ

หนังสือ Arthritis and allied conditions:

A text book of rheumatology

ผู้เขียน Joseph Lee Hollander, M.D.

โรงพิมพ์ Lea & Febiger, Philadelphia
Edition 6th 1960

ขนาด 9" x 6" x 1285, Bibliography and index

มทของสมาคมคณะแพทยศาสตร์ศิริราช

ตำราโรคข้อต่อและกระดูกเล่มนี้ลงมาแล้วจะเคยปรากฏแก่สายตาผู้อ่านมา เป็นเวลานานยี่, แต่ก็ได้เปลี่ยนโฉมหน้าไปมากในการพิมพ์ครั้งที่ ๖ นี้.

โรคปวดข้อเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด. เกือบจะกล่าวได้ว่าคนทุกคนจะต้องเป็น. บ้างหนึ่ง ๆ จะต้อง มีผู้พิการ หรือ หายต งานนาน ๆ บ้างมาก ๆ, เป็นสาเหตุอีกประการหนึ่งที่ยกย่องนครราชสีมาของประเทศไทยทุกประเทศในเวลานี้. วิชาวิมาโตโลยียี่ จึงมีความสำคัญไม่น้อยกว่าวิชาหลักอื่น ๆ.

เมื่อผู้อ่านผ่านบทต้น ๆ ทกล่าวถึงความวิพนซึ่งให้ความกระจ่างอย่างย่ง สำหรับผู้ที่เริ่มศึกษาวิชานี้แล้ว, ก็จะมีข้อสงสัยอยู่

ประการหนึ่งที่ว่าโรค ปวด ข้อที่ เราเห็นตาษคนในบ้านเรานั้นเป็นกลุ่ม โรคที่แพทย์เรามโอกาส ทราย สมบูรณ์ น้อยที่สุด. ทั้งนี้เพราะอาการ แสดงทาง กระตัก นน อาจเป็นอาการ ของ โรค ระบุอื่น ๆ เกือบทุกระบุ. การดำเนินของโรคมักจะช้า. บางครั้งเป็น ๆ หาย ๆ โดยที่โรค กำลัง ลก ลาม อยู่ก่อนให้ เกิดความพิการที่ยากจะกลบคืนได้. ผู้เขียนจึงมุ่งที่จะเน้น ความ สำคัญ ของการวินิจฉัยโรค แต่เน้น อันเป็นหนทาง เกี่ยว ที่รักษาโรคข้อใดคที่สุด. ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยความรู้ทาง คำน ห่อง ทคลง การ ตรวจทางรังสีพิเศษ และ การ ตรวจเนื้อ ทาง พยาธิเป็นเครื่องประกอบ.

ยาที่ใช้ในการ รักษา โรคข้อ ทั้งหลายมีน้อยชานาน. ส่วนมากเป็นยาระงับปวดพ่น ๆ ทั่วจกกันอยู่. ความสำเร้งในการรักษาจึงขึ้นกับกาหนดเวลาและการเลือกการรักษา โดยเล็งผลหนักไปในทางข้องกัน อันเป็นวิธีจะให้ผู้ป่วยได้ผลดี และนานที่สุด. การพักข้อที่เจ็บจึงมคณค่าที่สุดไม่ว่าจะเนองจากสาเหตุใด. แต่ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษาจะต้องศึกษาวิชาการ เขาเผอกประเภทต่าง ๆ และ

สามารถที่จะเลือกใช้ให้เหมาะ กับ ผู้ช่วยแต่
ละคน ซึ่งมี กิจวัตร ประจำวัน ใน การประกอบ
อาชีพไม่เหมือนกัน.

ยาพวกคอร์โตน, ที่เริ่มใช้ใน ปี ๑๙๔๕
ซึ่งเคยให้ความหวังแก่ผู้ป่วยมาตอยด์, ใน
ปัจจุบันมีที่ใช้น้อยลงไป, เพราะให้ผลไม่
ถาวรและในผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาจำพวกนั้นนานๆ
กลับมีผลไม่พึงประสงค์ที่แก่ยากกว่าตัวโรค
ตนเอง. การรักษาโรค มาตอยด์จึง
หนักไปในทางป้องกันด้วยการพักผ่อน และให้
ยาปน ๆ ประกอบการบำรุงทั่วไป มากกว่าที่
จะโหมยาพวกคอร์โตนซึ่งราคาแพง. ความ
เห็นตรงกับ Kelly (1)

การฉีด ฮัยโครคอร์ติโซน เข้าข้อนั้นผู้
เขียน เป็นผู้หนึ่งที่เริ่มใช้ และมีความ
ชำนาญมากกว่าผู้ใด. แต่ถึงกระนั้นก็ยอม
รับว่าให้ผลเพียงเป็นการรักษาอาการเท่านั้น.
โรคปอดอักเสบในคน สูงอายุ โดยเฉพาะที่เข้า
ยังเป็นปัญหาที่ แพทย์จะต้อง ขบ คัด หาทาง
รักษาหรือป้องกันต่อไปอีก.

ในบทที่ ๔๕ ผู้เขียนบรรยายกลุ่มอาการ
ซึ่งเริ่มรู้จักกันในนามของ “เพอร์ริอาร์เทอ-
ไรติส โนโคซา,” โดยรายละเอียดคลอ

มากกว่าเดิม และเรียกชื่อใหม่ว่า “โปลี-
อาร์เทอไรติส.” กลุ่มอาการนี้กำลังเป็นที่สน
ใจยิ่ง ๆ ขึ้น มีอาการแสดงออกในอวัยวะ
หลาย ๆ ระบบ, ซึ่งผู้เขียนได้รวบรวมไว้
ละเอียดพร้อมทั้งให้แนว ทางศึกษาต่ออย่าง
น่าสนใจยิ่ง. ถึงแม้จะไม่ทำให้เราทราบ
สาเหตุของโรคในขณะนี้, แต่ก็ทำให้ใกล้
เข้าไป, เพราะได้ทราบเรื่องราวมากกว่า
เดิม.

สำหรับโรคปอดหลังอื่นเนื่องจากหมอน
กระดูกอักเสบ, ถึงแม้จะเป็นสาเหตุที่พบบ่อย,
ผู้เขียนก็ได้รวบรวม วัสดุให้สั้นลง กว่าเล่ม
ก่อนๆ. (2) ทั้งนี้เพราะในระยะสี่ปีหลังนี้
รู้จักกันแพร่หลาย และ อาจหาอ่านได้จาก
ตำราออร์โธปิดิกส์โดยตรง. (3)

โดยสรุปแล้ว, ด้วยความอุตสาหะของผู้
เขียนแต่ละบท, ด้วยความคิดใหม่ๆ ประกอบ
กับบรรดาอธิบายที่แจ่มแจ้ง, หนังสือเล่มนี้
คงจะต้องแพร่หลายในหมู่แพทย์ทั่วไป,
เพราะเป็นไต่ตงคู่มือในการตรวจรักษาตาม
คลินิก, และแนวทางในการศึกษาชั้นวิจัย,
อันเป็นจุด ประสงค์ อีก ประการ หนึ่งของผู้
เขียนชุดนี้.

หนังสืออ้างอิง:

1) Kelly, M. : Prevention and treatment of polyarthritis : Acta Rheumatologica J.R. Geigy S.A., Basle Switzerland, September 1959.

2) Hollander, J.L. : Comree's Arth-

ritis and Allied Conditions; Lea & Febiger, Edition, 5th, Philadelphia 1953.

3) Wiles P. : Essentials of Orthopedics; Little, Brown & Co., Boston. Edition 3rd 1959.

เนติมาชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๕. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๙)

- | | |
|---|---|
| ๓๘๐๑. neostmy การเจาะทำช่องใหม่ | ๓๘๒๒. nephrology วิทยา |
| ๓๘๐๒. nephralgia อาการปวดไต | ๓๘๒๓. nephrolysis ละลายเนื้อไต, การละลายไตจากเยื่อยึด |
| ๓๘๐๓. nephrauxe ไตโตเกิน | ๓๘๒๔. nephroma เนื้องอกในไต, เนื้อไตงอก |
| ๓๘๐๔. nephrectasia ไตพองเกิน | ๓๘๒๕. nephromalacia ไตนุ่ม |
| ๓๘๐๕. nephrectomize ตัดไตออก | ๓๘๒๖. nephron หน่วยไต |
| ๓๘๐๖. nephrectomy การตัดไต | ๓๘๒๗. nephroparalysis อัมพาตไต |
| ๓๘๐๗. nephrectomy, abdominal, anterior การตัดไตผ่านหน้าท้อง | ๓๘๒๘. nephropathic เกี่ยวกับโรคไต |
| ๓๘๐๘. nephrectomy, lumbar, posterior การตัดไตผ่านเอว | ๓๘๒๙. nephropathy โรคไต |
| ๓๘๐๙. nephrelcosis แผลเปื่อยในไต | ๓๘๓๐. nephropexy การเย็บตรึงไต |
| ๓๘๑๐. nephric เกี่ยวกับไต | ๓๘๓๑. nephroptosis, nephroptosia ไตย้อย |
| ๓๘๑๑. nephritic เกี่ยวกับไตอักเสบ, เป็นโรคไตอักเสบ | ๓๘๓๒. nephrorrhagia การตกเลือดในไต |
| ๓๘๑๒. nephritis ไตอักเสบ | ๓๘๓๓. nephrorrhaphy การเย็บซ่อมไต |
| ๓๘๑๓. nephro-abdominal ไตร่วมผนังท้อง | ๓๘๓๔. nephrosclerosis ไตแข็ง |
| ๓๘๑๔. nephrocardiac ไตร่วมหัวใจ | ๓๘๓๕. nephrosplenopexy การเย็บตรึงไตและม้าม |
| ๓๘๑๕. nephrogenic, nephrogenous เกิดจากไต, ให้เนื้อไต | ๓๘๓๖. nephrostomy การเจาะไต |
| ๓๘๑๖. nephrohemias เลือดคั่งในไต | ๓๘๓๗. nephrotomy การผ่าไต |
| ๓๘๑๗. nephrohypertrophy ไตงอกเกิน | ๓๘๓๘. nephrotoxic เป็นพิษต่อไต |
| ๓๘๑๘. nephroid รูปไต, คล้ายไต | ๓๘๓๙. nerve, accelerator ประสาทเร่ง |
| ๓๘๑๙. nephrolith นิ่วในไต | ๓๘๔๐. nerve, acoustic ประสาทรับเสียง |
| ๓๘๒๐. nephrolithiasis โรคนิ่วในไต | ๓๘๔๑. nerve, centrifugal ประสาทนำออก |
| ๓๘๒๑. nephrologist นักวิทยา | ๓๘๔๒. nerve, centripetal ประสาทนำเข้า |
| | ๓๘๔๓. nerve, cranial ประสาทสมอง |
| | ๓๘๔๔. nerve, exciter ประสาทเร้า |

หนังสืออ้างอิง:

1) Kelly, M. : Prevention and treatment of polyarthritis : Acta Rheumatologica J.R. Geigy S.A., Basle Switzerland, September 1959.

2) Hollander, J.L. : Comree's Arth-

ritis and Allied Conditions; Lea & Febiger, Edition, 5th, Philadelphia 1953.

3) Wiles P. : Essentials of Orthopedics; Little, Brown & Co., Boston. Edition 3rd 1959.

เนติมาชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๕. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๙)

- | | |
|---|---|
| ๓๘๐๑. neostmy การเจาะทำช่องใหม่ | ๓๘๒๒. nephrology วิทยา |
| ๓๘๐๒. nephralgia อาการปวดไต | ๓๘๒๓. nephrolysis ละลายเนื้อไต, การละลายไตจากเยื่อยึด |
| ๓๘๐๓. nephrauxe ไตโตเกิน | ๓๘๒๔. nephroma เนื้องอกในไต, เนื้อไตงอก |
| ๓๘๐๔. nephrectasia ไตพองเกิน | ๓๘๒๕. nephromalacia ไตนุ่ม |
| ๓๘๐๕. nephrectomize ตัดไตออก | ๓๘๒๖. nephron หน่วยไต |
| ๓๘๐๖. nephrectomy การตัดไต | ๓๘๒๗. nephroparalysis อัมพาตไต |
| ๓๘๐๗. nephrectomy, abdominal, anterior การตัดไตผ่านหน้าท้อง | ๓๘๒๘. nephropathic เกี่ยวกับโรคไต |
| ๓๘๐๘. nephrectomy, lumbar, posterior การตัดไตผ่านเอว | ๓๘๒๙. nephropathy โรคไต |
| ๓๘๐๙. nephrelcosis แผลเปื่อยในไต | ๓๘๓๐. nephropexy การเย็บตรึงไต |
| ๓๘๑๐. nephric เกี่ยวกับไต | ๓๘๓๑. nephroptosis, nephroptosia ไตย้อย |
| ๓๘๑๑. nephritic เกี่ยวกับไตอักเสบ, เป็นโรคไตอักเสบ | ๓๘๓๒. nephrorrhagia การตกเลือดในไต |
| ๓๘๑๒. nephritis ไตอักเสบ | ๓๘๓๓. nephrorrhaphy การเย็บซ่อมไต |
| ๓๘๑๓. nephro-abdominal ไตร่วมผนังท้อง | ๓๘๓๔. nephrosclerosis ไตแข็ง |
| ๓๘๑๔. nephrocardiac ไตร่วมหัวใจ | ๓๘๓๕. nephrosplenopexy การเย็บตรึงไตและม้าม |
| ๓๘๑๕. nephrogenic, nephrogenous เกิดจากไต, ให้เนื้อไต | ๓๘๓๖. nephrostomy การเจาะไต |
| ๓๘๑๖. nephrohemia เลือดคั่งในไต | ๓๘๓๗. nephrotomy การผ่าไต |
| ๓๘๑๗. nephrohypertrophy ไตงอกเกิน | ๓๘๓๘. nephrotoxic เป็นพิษต่อไต |
| ๓๘๑๘. nephroid รูปไต, คล้ายไต | ๓๘๓๙. nerve, accelerator ประสาทเร่ง |
| ๓๘๑๙. nephrolith นิ่วในไต | ๓๘๔๐. nerve, acoustic ประสาทรับเสียง |
| ๓๘๒๐. nephrolithiasis โรคนิ่วในไต | ๓๘๔๑. nerve, centrifugal ประสาทนำออก |
| ๓๘๒๑. nephrologist นักวิทยา | ๓๘๔๒. nerve, centripetal ประสาทนำเข้า |
| | ๓๘๔๓. nerve, cranial ประสาทสมอง |
| | ๓๘๔๔. nerve, exciter ประสาทเร้า |

๓๘๔๕. nerve, inhibitory ประสาทรั้ง
๓๘๔๖. nerve, mixed ประสาทผสม
๓๘๔๗. nerve, pilomotor ประสาทดึงขน
๓๘๔๘. nerve, pressor ประสาทเพิ่มความดัน
๓๘๔๙. nerve, secretory ประสาทหลั่ง
๓๘๕๐. nerve, sensory ประสาทรับรู้สิ่ง
๓๘๕๑. nerve, spinal ประสาทไขสันหลัง
๓๘๕๒. nerve, vasoconstrictor ประสาทบีบ
หลอดเลือด
๓๘๕๓. nerve, vasodilator ประสาทขยายหลอดเลือด
๓๘๕๔. nerve, vasomotor ประสาทบังคับ
หลอดเลือด
๓๘๕๕. nervosity โรคประสาทอ่อนไหว
๓๘๕๖. neural เกี่ยวกับเส้นประสาท
๓๘๕๗. neuralgia, cardiac อาการปวดหัวใจ
๓๘๕๘. neuralgia, cranial อาการปวดประสาท
สมอง
๓๘๕๙. neuralgia, inter costal อาการปวด
ประสาทระหว่างซี่โครง
๓๘๖๐. neuralgia, mammary อาการปวดประ-
สาทเต้านม
๓๘๖๑. neuralgic เกี่ยวกับอาการปวดประสาท
๓๘๖๒. neuritic เกี่ยวกับประสาทอักเสบ
๓๘๖๓. neuritis ประสาทอักเสบ
๓๘๖๔. neuritis, alcoholic ประสาทอักเสบ
เพื่อสุรา
๓๘๖๕. neuritis, ascending ประสาทอักเสบ
ลามขึ้น
๓๘๖๖. neuritis, descending ประสาทอักเสบ
ลามลง
๓๘๖๗. neuritis, diabetic ประสาทอักเสบเพื่อ
เบาหวาน
๓๘๖๘. neuritis, malarial ประสาทอักเสบเพื่อ
ไข้จับสั่น
๓๘๖๙. neuritis, peripheral ประสาทปลาย
ทางอักเสบ
๓๘๗๐. neuritis, pressure ประสาทอักเสบ
เพราะกด
๓๘๗๑. neuritis, radicular รากประสาทอักเสบ
๓๘๗๒. neuritis, senile ประสาทอักเสบเพื่อชรา
๓๘๗๓. neuritis, syphilitic ประสาทอักเสบ
เพื่อซัยฟิลิส
๓๘๗๔. neuritis, toxic ประสาทอักเสบเพื่อพิษ
๓๘๗๕. neuritis, traumatic ประสาทอักเสบ
เหตุบาดเจ็บ
๓๘๗๖. neuro-anastomosis การต่อประสาน
ประสาท
๓๘๗๗. neurodynia อาการปวดประสาท
๓๘๗๘. neurogenic เกิดจากประสาท, ให้กำเนิด
เนื้อประสาท
๓๘๗๙. neurogenous เกิดในระบบประสาท
๓๘๘๐. neurologist นักประสาทวิทยา
๓๘๘๑. neurology ประสาทวิทยา
๓๘๘๒. neurolues ซัยฟิลิสประสาท
๓๘๘๓. neurolymph น้ำหล่อสมองไขสันหลัง
๓๘๘๔. neurolysis การละลายประสาท, การเลาะ
เยื่อยึดติดเส้นประสาท
๓๘๘๕. neurolytic เกี่ยวกับการละลายประสาท
๓๘๘๖. neuroma เนื้ออกแห่งประสาท, เนื้อประ-
สาทงอก
๓๘๘๗. neuromalacia, neuromalakia ประ-
สาทนิ่ม
๓๘๘๘. neuron หน่วยประสาท
๓๘๘๙. neuronosis โรคเกิดจากประสาท
๓๘๙๐. neuroparalysis อัมพาตประสาท
๓๘๙๑. neuropathist แพทย์โรคประสาท, ประ-
สาทแพทย์
๓๘๙๒. neuropathology ประสาทพยาธิวิทยา
๓๘๙๓. neuropathologist นักประสาทพยาธิ
วิทยา
๓๘๙๔. neuropathy โรคเส้นประสาท
๓๘๙๕. neurophthisis เนื้อประสาทเหี่ยว
๓๘๙๖. neurophysiology ประสาทสรีรวิทยา
๓๘๙๗. neuroregulation การกำกับประสาท
๓๘๙๘. neurorrhaphy การเย็บซ่อมเส้นประสาท
๓๘๙๙. neurosclerosis เส้นประสาทกระด้าง

๓๕๐๐. neurosurgeon ประสาทศัลยแพทย์
 ๓๕๐๑. neurosurgery ประสาทศัลยกรรม, ประสาทศัลยศาสตร์
 ๓๕๐๒. neurosuture การเย็บเส้นประสาท
 ๓๕๐๓. neurosyphilis ซิฟิลิสประสาท
 ๓๕๐๔. neurotherapeutics, neurotherapy การรักษาโรคเส้นประสาท
 ๓๕๐๕. neurothlipsis การกดเส้นประสาท, การระคายเส้นประสาท
 ๓๕๐๖. neurotonic บำรุงประสาท
 ๓๕๐๗. neurotoxic เป็นพิษต่อประสาท
 ๓๕๐๘. neurotrauma บาดแผลที่เส้นประสาท
 ๓๕๐๙. neurotripsy การบีบเส้นประสาท
 ๓๕๑๐. neurovascular ประสาทร่วมหลอดเลือด
 ๓๕๑๑. nevus, naevus ฝ้า, ปาน
 ๓๕๑๒. newborn เด็กเกิดใหม่
 ๓๕๑๓. new growth เนื้องอก
 ๓๕๑๔. nictation, nictitation ตากระพริบ
 ๓๕๑๕. nidation การฝังตัวของไข่
 ๓๕๑๖. nidus จุดเริ่มโรค, จุดรวมโรค
 ๓๕๑๗. nit ไข่เหา
 ๓๕๑๘. nitre ดินประสิว
 ๓๕๑๙. noasthenia ความห่อนปัญญา
 ๓๕๒๐. nocturia อาการปัสสาวะกลางคืน
 ๓๕๒๑. nocturnal แห่งกลางคืน
 ๓๕๒๒. nocuity ภาวะให้โทษ
 ๓๕๒๓. node บวม, รอยโปน
 ๓๕๒๔. nodose, nodulous มีปุ่ม
 ๓๕๒๕. nodosity ความมีปุ่ม, ความบวมปุ่ม
 ๓๕๒๖. nodular บวมปุ่ม
 ๓๕๒๗. nodulation การมีปุ่มเล็ก ๆ
 ๓๕๒๘. nodule บวมเล็ก, บวมย่อย ๆ
 ๓๕๒๙. noematic เกี่ยวกับการคิด
 ๓๕๓๐. nomadic ไม่อยู่เป็นที่, เที่ยวย้ายไป, พเนจร
 ๓๕๓๑. nonadherent ไม่ยึดติด
 ๓๕๓๒. nonconductor สิ่งไม่สื่อน้ำ
 ๓๕๓๓. nonigravida หญิงตั้งครรภ์ที่เก่า
 ๓๕๓๔. noninfectious ไม่ติดเชื้อ, ไม่แพร่เชื้อ
 ๓๕๓๕. nonipara หญิงคลอดครั้งที่เก่า
 ๓๕๓๖. nonparous ไม่ได้ตั้งครรภ์
 ๓๕๓๗. nonunion กระดูกไม่ต่อติด
 ๓๕๓๘. nonus ประสาทเส้นที่ ๕
 ๓๕๓๙. nonviable ไม่อาจทรงชีวิต
 ๓๕๔๐. normotonic มีความตึงตัวปกติ, มีความดันปกติ
 ๓๕๔๑. normotopia ตำแหน่งปกติ
 ๓๕๔๒. normotopic อยู่ในตำแหน่งปกติ
 ๓๕๔๓. nose, saddle, saddle-back, sway-back จมูกแพบ
 ๓๕๔๔. nosebleed เลือดกำเดา
 ๓๕๔๕. nosocomium โรงพยาบาล, สถานพยาบาล
 ๓๕๔๖. nosogenesis, nosogeny กำเนิดพยาธิสภาพ
 ๓๕๔๗. nosography พยาธิวรรณนา
 ๓๕๔๘. nosohemia, nosohaemia โรคเลือด
 ๓๕๔๙. nosonomy การจัดประเภทโรค
 ๓๕๕๐. nosophobia โรคกลัวโรค
 ๓๕๕๑. nostalgia, nostalgia โรคคิดถึงบ้าน
 ๓๕๕๒. nostology เวชศาสตร์วัยชรา
 ๓๕๕๓. nostril รูจมูก
 ๓๕๕๔. nostrum ขาเถื่อน, ขากลางบ้าน
 ๓๕๕๕. notal เกี่ยวกับหลัง
 ๓๕๕๖. notalgia อาการปวดหลัง
 ๓๕๕๗. notch หยัก, รอยบาก, รอยบุม
 ๓๕๕๘. notomyelitis ไขสันหลังอักเสบ
 ๓๕๕๙. noxa สิ่งระคาย, การระคาย, สิ่งให้โทษ
 ๓๕๖๐. noxious ระคาย, รบกวน. ให้โทษ
 ๓๕๖๑. nubility วยสมรสได้
 ๓๕๖๒. nucha ต้นคอ, หลังคอ
 ๓๕๖๓. nuchal เกี่ยวกับต้นคอ
 ๓๕๖๔. nudomania บ้าเปลือยกาย, ลัทธิเปลือยกาย
 ๓๕๖๕. nudophobia โรคกลัวเปลือยกาย
 ๓๕๖๖. nullipara ผู้ไม่เคยคลอด
 ๓๕๖๗. nulliparity ภาวะไม่เคยคลอด
 ๓๕๖๘. nulliparous ซึ่งไม่เคยคลอด

๓๕๖๕. numbness อากาธา
 ๓๕๖๖. oaric เกี่ยวกับรังไข่
 ๓๕๖๗. nummiform รูปีแปะ
 ๓๕๖๘. obduction การชันสูตรศพ
 ๓๕๖๙. nummular รูปีแปะ, ประกอบด้วยแผ่น
 ๓๕๗๐. obese อ้วนเกิน
 ๓๕๗๑. nuptiality อัตราสมรส
 ๓๕๗๒. nurse นางพยาบาล, ผู้พยาบาล, ผู้ดูแล
 ๓๕๗๓. nurse, dry คนเลี้ยงเด็ก
 ๓๕๗๔. nurse, wet แม่มม
 ๓๕๗๕. nursery, day สถานเลี้ยงเด็กกลางวัน
 ๓๕๗๖. nutritious มีค่าเป็นอาหาร
 ๓๕๗๗. nutrix แม่มม
 ๓๕๗๘. nyctalopia ตาบอดกลางคืน
 ๓๕๗๙. nyctaphonia เสียงแห้งกลางคืน
 ๓๕๘๐. nyctepine เกิดกลางคืน, ลึกลับ
 ๓๕๘๑. nyctophobia โรคกลัวความมืด
 ๓๕๘๒. nyctophonia เสียงแห้งกลางวัน
 ๓๕๘๓. nyctophonia เสียงแห้งกลางวัน
 ๓๕๘๔. nystaxis อากาธากระตุก
 ๓๕๘๕. nyxis การเจาะ
 ๓๕๘๖. oaric เกี่ยวกับรังไข่
 ๓๕๘๗. obduction การชันสูตรศพ
 ๓๕๘๘. obese อ้วนเกิน
 ๓๕๘๙. obligate จำเป็น, จำต้องกระทำ
 ๓๕๙๐. oblique เฉียง, เอียง
 ๓๕๙๑. obmutescence เสียงแห้ง
 ๓๕๙๒. obstetrician สูติแพทย์
 ๓๕๙๓. obstipation อาการท้องผูกติดอตัน
 ๓๕๙๔. obstruction การขัดขวาง, การอุดกั้น
 ๓๕๙๕. obstruction, intestinal การอุดกั้น
 ๓๕๙๖. obstructent ทำให้ขัดขวาง, สิ่งอุดกั้น
 ๓๕๙๗. obtund ทำให้ตื้อ, ทำให้มัว, ทำให้มึนชา
 ๓๕๙๘. obtundent ทำให้มึนชา, ขาบรเทาปวด
 ๓๕๙๙. obturation การปิด, การอุดกั้น
 ๔๐๐๐. obturator แผ่นปิด, ฝา

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๓,๓๒๔	๑,๕๔๔	๒,๑๔๐	๒,๐๔๕	๓,๓๗๐	๗๕๔	๑๓,๖๒๑
	เก่า	๖,๓๒๕	๓,๖๖๐	๔,๕๒๒	๒,๕๒๔	๕,๘๔๗	๑,๒๒๕	๒๔,๕๐๗
	รวม	๙,๖๔๙	๕,๒๐๔	๖,๖๖๒	๔,๕๖๙	๙,๒๑๗	๒,๐๗๙	๓๘,๑๒๘
ใน		๒๕๗	๓๕๔	๑,๕๘๕	๒๕๑	๗๐๗	-	๓,๒๓๔

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๒๓, จักษุฯ ๖๕๒, สูติ-นารีฯ ๗๖๔, รวม ๒,๐๓๙ ราย.
๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๕๗๗, หญิง ๕๖๘, รวม ๑,๑๔๕. คลอดตาย, ชาย ๑๓, หญิง ๘, รวม ๒๒.
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๕ คน (๖.๖๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๙๐ ราย (๓๗.๒๐ ปช. ของที่ตาย).
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๕๕ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากญาติ ๑๔๑ ครั้ง, เจาะจากโลหุโทษ ๓๖๓ ครั้ง, รวม ๕๕๕ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๔๓๗ คน, รักษาใหม่ ๙๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๐๗ คน. รวดเข็มรักษา ๑๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๗ คน, ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ ๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕ คน. รัตไอไอโซโทป รักษาใหม่ ๑๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๖๗ คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๕๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๕๕ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๑๔๑ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๔๕๗ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๙๐ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๕๕๖ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๓๑๓ ราย (จากภายนอก ๕๗๑ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๓๕ ราย. แอ็กกูตินเนชั่น - ราย. วัชเชอร์แมน และคาห์น ๒,๕๓๖ ราย. หมู่เลือด ๑๖๔ ราย. น้บเม็ดเลือด - ราย. วัตฮีโมโกลบิน ๒๒ ราย. ตรวจความแปรของเม็ดเลือด - หาเช็อบคเตรี - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๕๐, อุจจาระ ๓, บัสสาวะ ๒๒, เสมหะ และอื่น ๆ - เพาะเชื้อจากเลือด ๔๔๗, อุจจาระ ๑๑๗, บัสสาวะ ๑๒๑, น้ำไขสันหลัง ๕๗, เสมหะ และอื่น ๆ ๖๙๖. เพาะเชื้อวัณโรค ๔๘. นิ้ดสัตว์ทดลอง - เพาะเช็อบิต ๑๖. ตรวจทดลองตัวจิ้ด ๔๖. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี่ - การทดสอบความไวของเช็อบิต ๑๕ ราย, การตรวจวิธีคุมบี่ ๕ ราย, การตรวจอาร์.เอช. ๒ ราย, การตรวจวิธีพอลบันเนิ้ล ๖ ราย, ตรวจศพนิติเวช ๔๒ ราย. ตรวจของกลาง ๑๔ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๔๒. ราย ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๑๕. ราย
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๐. เจาะน้ำสันหลัง ๑๔. เจาะตับ ๘. เจาะน้ำช่องปอด ๑๑. อัคลมเข้าช่องปอด - อัคลมเข้าช่องท้อง - ผ่าตัดผิวหนัง ๔๗. นิ้ดยาหัวไป ๑,๕๒๒. นิ้ดยาเช็อบฟีลิส ๖๖. ทึบี่. คลีนิก ๓๓๕.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๔๓. ถอนฟัน ๑๒๐๐. อุดฟัน ๔๑๗. ผ่าตัดช่องปาก ๖๒.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ)

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล ได้มีการประชุมทางวิชา
การประจำเดือนมกราคม ๒๕๐๖ สามครั้ง,
ณ ห้องบรรยายของแผนกพยาธิวิทยา คือ:

วันศุกร์ ที่ ๔ มกราคม เริ่มเวลา ๑๕.
๑๐ น. เรื่องที่เสนอ:

(๑) กระดกสะบ้าแตก, รักษาโดยศัล
ยกรรม. น.พ. นที รัชพลเมือง แห่งแผนก
ศัลยศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

(๒) การศึกษาเมตาบอลิซึมของไอโอ
ดินในหมู่บ้านคอปอก, จังหวัดแพร่, พ.ศ.
๒๕๐๕, น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก แห่ง
แผนกรังสีวิทยา, ศาสตราจารย์ Russell
Fraser วิทยาลัยสัตวแพทย์, ลอน
ดอน, Alice Dimitriadou วิทยาลัยสัตว
แพทย์, ลอนดอน, และ น.พ. ประ
สาร นิลประภัสสร แห่งแผนกรังสีวิทยา
เป็นผู้เสนอ.

วันศุกร์ ที่ ๑๑ มกราคม เริ่มเวลา
๑๕.๑๐ น. เรื่องที่เสนอ:

(๑) เหตุวิสามัญ อันหนึ่งที่ทำให้เกิด
อัมพาตครึ่งล่าง, น.พ. เฉลิมชาติ รัตนเทพ
แห่งแผนกศัลยศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

(๒) การปฏิบัติรักษา โรค ตาสามัญ
ในการประกอบโรคศิลปะทั่วไป, น.พ.

พิศกดิ์ สุ่มสวัสดิ์ แห่งแผนกจักษุวิทยา
เป็นผู้เสนอ.

วันศุกร์ ที่ ๑๘ มกราคม เริ่มเวลา
๑๕.๑๐ น. เรื่องที่เสนอ:

(๑) โรคเรื้อรังที่ตา, น.พ. สำราญ
วงศ์พำห้ และ พ.ญ. ผิว ลิ้มพยยอมแห่ง
แผนกจักษุวิทยา เป็นผู้เสนอ.

(๒) ภาวะอันตรายที่เกิดกับเส้นประ
สาท, น.พ. นที รัชพลเมือง แห่งแผนก
ศัลยศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

ข่าวอาจารย์

บำเพ็ญกรณ

๑. พ.ญ. เพทาย ศิริการณ อาจารย์
ประจำแผนกกายวิภาคศาสตร์ ได้รับเชิญ
จากคณะ กรรมการสำรวจ เรือรวางก่อนประ
วัติศาสตร์ไทย—เต็มมาร์ค, ไปร่วมปฏิบัติ
งานศึกษา โครงกระดูก ที่นำไป จาก จังหวัด
กาญจนบุรี, ณ กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศ
เดนมาร์คมีกำหนดเวลา ๓ เดือน. ได้เดินทาง
โดยเครื่องบินออกจากกรุงเทพฯ เมื่อ
กลางเดือนมกราคม.

๒. ศาสตราจารย์ น.พ. พร วราเวชช์,
น.พ. บรรจงศักดิ์ นะมาตร และ น.พ.
สำราญ วงศ์พำห้ ได้รับเชิญให้ไปบรรยาย

วิชา ศึกษ โสตนาลีกการิ่งซ์ ทคณะ แพทย-
ศาสตร์ ร.พ. นครเชียงใหม่ในเดือนมกราคม
คณ เป็นเวลา ๑ สัปดาห์.

๓. น.พ. วิเชียร ศิลกสัมพันธ์ แห่ง
แผนกกายวิภาคศาสตร์ ได้รับเชิญให้ไป
บรรยายวิชากายวิภาคศาสตร์ “ระบบต่อม
ไร้ท่อ” ทคณะแพทยศาสตร์ ร.พ. นคร-
เชียงใหม่, ระหว่างวันที่ ๑๔ ถึง ๑๕
มกราคม คณ.

กีฬา — แพทยศาสตร์สามัคคี เมื่อ
บ่ายวันเสาร์ ที่ ๑๕ มกราคม คณ กีฬา
ลงกรรมมหาวิทยาลัยได้จัดงาน “กีฬา —
แพทยศาสตร์สามัคคี” ขึ้นเป็นการส่งเสริม
ความสนิทสนมกลมเกลียว ระหว่างมหา-
วิทยาลัย นันกับ คณะ แพทยศาสตร์ และ ศิริ
ราชพยาบาล, ดังที่เคยผลัดกันจัดมาเป็น
การประจำปีหลายปีแล้ว. มีการเล่นกีฬา
ต่าง ๆ ระหว่างอาจารย์ทั้งสองฝ่าย, เช่น
ฟุตบอล, เทนนิส, แคมมินตัน, เน็ตบอล,
บิงปอง, ยิงปืน, ปาเป้า, บริคจ์ ฯลฯ แล้ว
เลี้ยงอาหารค่ำ และชมการแสดงเย็บเต็ลค.
อธิการบดีทั้งสองฝ่ายได้ร่วมงานอยู่ด้วยโดย
ตลอด. มีอาจารย์ไปร่วมงานเป็นจำนวน
มาก. นับว่าเป็นผลสำเร็จอย่างงาม. ปี

ต่อไปนี้เป็นแนวของคณะแพทยศาสตร์, เป็น
ที่หวังว่า บรรดาอาจารย์คงจะช่วยกันจัดงาน
และทำการต้อนรับวิชาคณตกะอย่างเต็มที่.

อาคณตกะ

น.พ. วิชชิตเคจิ, ศึกษแพทยบัณฑิต, ได้
แวะเยี่ยมแผนกศึกษวิทยาฯ เมื่อวันที่ ๓
มกราคม ๒๕๐๖.

ศาสตราจารย์ น.พ. แบล็คเชอร์นแห่ง
มหาวิทยาลัยชิคาโก ออสเทรเลีย, ได้
แวะเยี่ยมแผนกอาชยศาสตร์ เมื่อวันที่ ๔
มกราคม ๒๕๐๖.

พ.ญ. วลัยส แห่ง ร.พ. เต็ก, มหา-
วิทยาลัยฮัมบูร์ก, เยอรมันนี, ได้แวะเยี่ยม
แผนกกุมารเวชศาสตร์ เมื่อวันที่ ๑๐
มกราคม ๒๕๐๖. ในโอกาสนี้ได้แสดง
ปาฐกถาเรื่อง “โรคจิตในเด็ก” ณ
สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยด้วย.

ศาสตราจารย์ อี. ฮุสเฟิสท์, หัวหน้า
กองกาชาดเต็นมาร์ค ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ
คัลยกรรมทางอก, ได้แวะเยี่ยมคณะฯ เมื่อ
วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๐๖. โอกาส
คณฯ ได้จัดเลี้ยง อาหาร กลางวัน เพื่อ เป็น
เกียรติด้วย.

พ.ญ. เขอริล คอนเนอร์ แห่งมหาวิทยาลัยบริสตอล ไค้ แวะ เยี่ยม แผนกกุมารเวชศาสตร์ เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๐๖, และได้บรรยายเรื่อง “ปัญหาการวินิจฉัยโรคในเด็กเกิดใหม่” ในโอกาสนั้น.

ข่าวเกียรติคุณ

ศาสตราจารย์ น.พ. แดง กาญจนารัตน์, หัวหน้าแผนกวิชาจักษุ โสตนาสิก ลาริงซ์, ได้ รัยเชิญ ให้เป็น บรรณาธิการ สมทบ ของวารสาร Oriental Archives of Ophthalmology ประจำปี ค.ศ. ๑๙๖๓.

ข่าวพยาบาล

กลับจากต่างประเทศ

น.ส. จุฑาภรณ์ โขมศิริ, ครรพยาบาล ผู้ช่วย ตรวจการ พยาบาล แผนก ห้อง ผ่าตัด ศัลยกรรม กลับจากฝ่งงานเกี่ยวกับการ ผ่าตัดและการพยาบาลโรคทางประสาทและสมองที่ ร.พ. ซิกาโก เวสต์เลย์ เมมอเรียล, เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๐๖.

มรณกรรม

น.ส. อลิส พิตซ์เจอร์ราดท์, อดีตหัวหน้าแผนกพยาบาล, โรงเรียนพยาบาล ฯ

ศิริราช ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๖๕-๗๑, ได้ ถึงแก่กรรมเสียแล้วที่นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๐๕ ศิริรวมอายุได้ ๔๕ ปี

อาคันตุกะ

นักเรียนพยาบาลขท ๔ แห่ง ร.ร. พยาบาลพระพุทธรชินราช, จังหวัดพิษณุโลก จำนวน ๕๐ คนก็ยครผู้ควยคุมอีก ๕ คน, เข้าชมกิจการของโรงเรียนพยาบาล ฯ เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๖.

พ.ญ. เขอริล คอนเนอร์ แห่งมหาวิทยาลัยบริสตอล ไค้ แวะ เยี่ยม แผนกกุมารเวชศาสตร์ เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๐๖, และได้บรรยายเรื่อง “ปัญหาการวินิจฉัยโรคในเด็กเกิดใหม่” ในโอกาสนั้น.

ข่าวเกียรติคุณ

ศาสตราจารย์ น.พ. แดง กาญจนารัตน์, หัวหน้าแผนกวิชาจักษุ โสตตนาสิก ลาริงซ์, ได้ รัยเชิญ ให้เป็น บรรณาธิการ สมทบ ของวารสาร Oriental Archives of Ophthalmology ประจำปี ค.ศ. ๑๙๖๓.

ข่าวพยาบาล

กลับจากต่างประเทศ

น.ส. จุฑาภรณ์ โขมศิริ, ครรพยาบาล ผู้ช่วย ตรวจการ พยาบาล แผนก ห้อง ผ่าตัด ศัลยกรรม กลับจากฝ่งงานเกี่ยวกับการ ผ่าตัดและการพยาบาลโรคทางประสาทและสมองที่ ร.พ. ซิกาโก เวสเลีย์ เมมอเรียล, เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๐๖.

มรณกรรม

น.ส. อลิส พิตซ์เจอร์ราดท์, อดีตหัวหน้าแผนกพยาบาล, โรงเรียนพยาบาล ฯ

ศิริราช ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๖๕-๗๑, ได้ ถึงแก่กรรมเสียแล้วที่นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๐๕ ศิริรวมอายุได้ ๔๕ ปี

อาคันตุกะ

นักเรียนพยาบาลขท ๔ แห่ง ร.ร. พยาบาลพระพุทธรชินราช, จังหวัดพิษณุโลก จำนวน ๕๐ คนก็ยครผู้ควยคุมอีก ๕ คน, เข้าชมกิจการของโรงเรียนพยาบาล ฯ เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๖.

ข่าวศิษย์เก่า

มรณกรรม

พันตรี หลวงวิมเนศประสิทธิ์วิทย์ (อภัย
หะสิทธิ์เวช), ศิษย์เลขประจำตัว ๑ ของราช
แพทยาลัย, ได้ถึงแก่มรณกรรมด้วยโรค
มะเร็ง เมื่อวันอาทิตย์ที่ ๖ มกราคม ๒๕๐๖
เวลา ๑๖.๐๐ น. ที่ตึกอิมพิเรียล, ศิริราช
พยาบาล, ด้วยอาการสงบ, ศิริรวมอายุ
ได้แก่อายุ ๕๖ ปี, ก่อนถึงแก่มรณกรรม
ท่านได้ ทำหนังสือมอบ ศพของ ท่าน ให้แก่
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เพื่อ
ใช้ประโยชน์ ในการ ศึกษาต่อไป ซึ่งคณะ-
แพทยศาสตร์ จะได้จัดให้ เป็นไปตามความ
ประสงค์.

ท่านเป็น “ศิษย์ตัวอย่าง” ของ
ศิริราชโดยแท้จริง. แม้จะออกจากโรงเรียน
ไปแล้วกว่า เจ็ดสิบปี ยังมีน้ำใจระลึก ถึงอยู่
เสมอและพยายามมีส่วนร่วมด้วยอย่างแข็ง
ขันทุกครั้งที่โรงเรียนมีงานพิเศษ. การรับ
ใช้ โรงเรียน ครั้ง สุดท้าย คือ เมื่อ ก่อนงาน
ฉลองเจ็ดสิบสองปี ซึ่งท่านอดสำหัดเดิน
ทางเข้ามาจากจังหวัดชลบุรีเพื่อร่วมรายการ
โทรทัศน์เผยแพร่งาน. เป็นที่ตรงใจของ
คนทั่วไป. ในการล้มป่วยครั้งหลังนี้ซึ่งท่าน

ทราบล่วงหน้าว่าเป็นครั้งสุดท้ายท่านได้เขียน
จดหมาย ร่ำลา และสั่ง ลูกหลาน ร่วม สถาน
ศึกษา ฝากไว้ กับบรรณาธิการ สาร ศิริราช
ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๐๕ และเมื่อใกล้
จะถึงแก่ มรณ กรรม ก็ยัง ยกศพ ให้แก่โรง
เรียนเก่าของท่านอีก.

คณะแพทยศาสตร์ ฯ ในฐานะผู้รับมอบ
หมาย จัด การ ฌาปนาศพ ในวัน จันทร์ ที่ ๗
มกราคม ๒๕๐๖ ตั้งแต่เวลา ๑๕.๐๐ น.
เสร็จแล้วนำศพไปตั้งบำเพ็ญกุศลที่วัดมกุฏ-
กษัตริยาราม. ในคืนวันจันทร์คณะแพทย-
ศาสตร์เป็นเจ้าภาพ, คืนวันอังคารมหาวิทยาลัย
แพทยศาสตร์, และคืนวันพุธกระทรวง
สาธารณสุข. ในคืนวันพฤหัสบดี ที่ ๑๐
สารศิริราชรับเป็นเจ้าภาพ เพื่อแสดงกตเวทิต์
ต่อท่านผู้มรณะ ซึ่งได้มีอุปการคุณแก่สาร
ศิริราชตลอดมาตั้งแต่ต้น, และในคืนวัน
เสาร์ที่ ๑๑ สโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริ-
ราชรับเป็นเจ้าภาพ, เป็นการแสดงความ
เคารพและอาลัยในศิษย์ร่วมสำนัก ฯ ผู้เป็น
แบบฉบับตลอดมา.