



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๕, ฉบับที่ ๗, กรกฎาคม ๒๕๐๖

Volume 15, Number 7, July 1963.

การชำแหละสมองโดยวิธีง่าย ๆ

รัศมี วรรณิสสร พ.บ., Dr. med. (Tübingen) และ วิจิต เลี่ยมทอง พ.บ.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์สด แสงวิเชียร)

ย่อมเป็นที่รู้กันโดยทั่วไปว่าการศึกษากายวิภาคศาสตร์ของสมองให้เข้าใจโดยถ่องแท้เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก. ในสมัยเริ่มแรกที่จะได้รายละเอียดต่าง ๆ ของสมอง, ท่านผู้ที่มีความปราดเปรื่องทั้งหลายได้พยายามศึกษาและชำแหละสมองด้วยความพากเพียรอดทนอย่างขอกเขย่ม, เช่น Meyers และ Gratiolet สามารถชำแหละทางเดินของเส้นประสาทออปติกเป็นต้น. ต่อมาการศึกษาค้นคว้ารุดหน้ามากขึ้น, มีวิธีการต่าง ๆ ที่ทำให้สามารถติดตาม การ เชื่อมโยง ส่วน ของ สมอง ได้

เรื่องย่อ: วรรณิสสร, รัศมี, วิจิต เลี่ยมทอง: การชำแหละสมองโดยวิธีง่าย ๆ. สารศิริราช ๒๕๐๖ (ก.ศ. ๑๕๖๓), ๑๕ : ๓๘๕-๓๘๘.

บรรยายการชำแหละสมองเพื่อดูลักษณะละเอียดตามวิธีของ Klingler, โดยแช่ไว้ในฟอร์มาลิน ๕ ปช. เป็นเวลานานจนแข็งดีเสียก่อนลงมือชำแหละ. อาจใช้ร่วมกับวิธีฉีดพลาสติก เข้าหลอดเลือดก็ได้. สมองที่ชำแหละแล้วเก็บไว้ในน้ำเชื่อม ๘๐ ปช.

หลายวิธี, อาทิการทำ เซ็คชั่น ของสมองด้วยวิธี Weigert คั้นที่มียอดกมยอลิน หรือเอาสมองของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมด้วยโรคของสมองมาศึกษาติดตาม

โยประสาทที่เสื่อมไป หรือโดยการทำให้ เกิดรอยโรค และ อาศัยคุณสมบัติทางชีว-เคมีของ เซลล์ ประสาททำให้สามารถคิด ตามทางเดิน ของโยประสาทได้. ต่อมา Glee ยืนยันปลาย (Terminal button) ของ แอ็กซิส ซีย์ลินเคอร์ โดยวิธี ซิลเวอร์ อิมเพร็กเนชัน ทำให้การศึกษากาการเชื่อม โยงของโยประสาทสะดวกขึ้น, แต่ก็มิขอ เสียอยู่ตรงการเปลี่ยนแปลงภายหลังการ ตายของ เซลล์. ในปัจจุบันวิธีที่ได้ผลดี และใช้กัน กว้าง ขวาง เป็น วิธีทาง สรีระ (ฟิสิโอโลจิคัล นิวโรโนกราฟี). แต่วิธี การยุ่งยากต้องอาศัยอุปกรณ์หลายอย่าง.

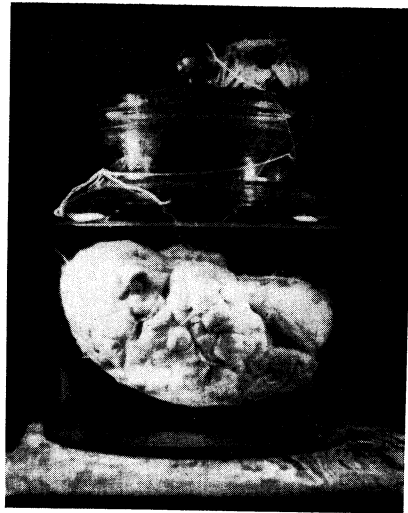
วิธีการต่าง ๆ ดัง กล่าว นั้นนับว่าในแง่ การศึกษาค้นคว้า รายละเอียดทั้งหลายมี ผลคืออย่างยิ่ง, นักประสาทวิทยาจึงหันมา ศึกษากันทางนี้เป็นส่วนใหญ่. การชำ-แหละสมองก็เลย หยต ชงกไป เพราะ เป็น งานหนักและไม่ใคร่ได้ผลดี.

ต่อมา Klingler ในฐานะผู้สอนประ-สาทกาย วิทยา คาสต์ร ได้ มอง เห็น ความ สำคัญ ในอันที่จะให้นักศึกษาได้เห็นส่วน ต่าง ๆ ของสมองตลอดจน ทางเดินของโย ประสาทในทัศนะ ที่เป็น ๓ มิติ, เพื่อนัก ศึกษาผู้เริ่มต้นจะได้ทราบ ชง เข้าใจในวิชา

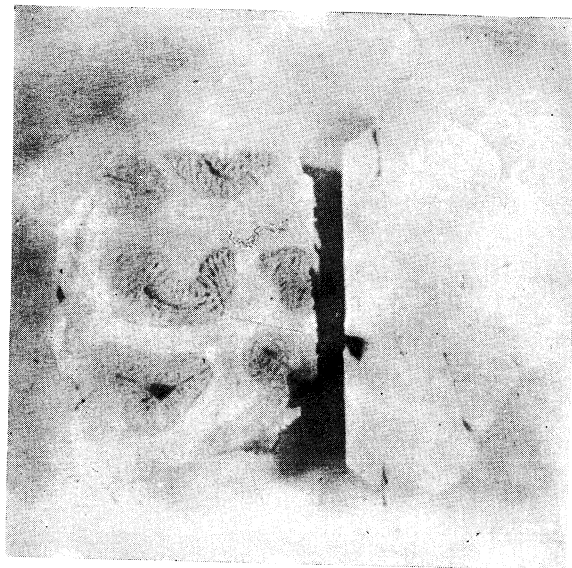
นี้โดยแจ่มแจ้งและไม่เขื่อน่าย. อันจะ เป็นประโยชน์ในการที่จะนำเอาความรู้ทาง ประสาทกาย วิทยา ไปสัมพันธ์ กับประสาท วิทยาแขนงอื่นโดยง่าย.

ในปี ๑๙๓๕ เขาได้นำเสนอการทำ การชำแหละ สมอง อย่าง ง่าย โดย การแช่ แข็ง, แต่งานของเขายังไม่ทันแพร่หลาย ก็มสัง คราม โลก ครังที่ ๒ มา ชัดขวาง, ทำให้ต้องหยุดชงกไปเป็นเวลานาน. ในปี ๑๙๕๖ เขาจึงได้มี โอกาสรวบรวมผลงาน ชง มา อธิกรงหนง, อันนับว่ามีประโยชน์ อย่าง ย่ง แก่นัก ศึกษาผู้เริ่มต้น และผู้ที่ต้อง การทบทวน, แม้แต่ผู้ค้นคว้าอย่าง อื่นด้วย.

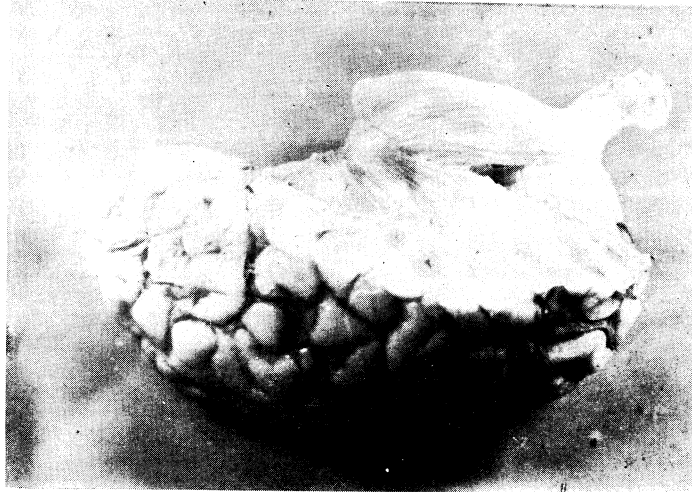
ผู้รายงาน ได้เคย พยายาม ชำ แหละ สมอง ที่ตอง คว้า ฟอ์มาลิน โดยวิธี ธรรมดา, พบว่าทำได้ยากมากจนเกือบจะ กล่าวได้ว่าเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้เลย. แต่ เมื่อได้ติดตามศึกษาผลงานของ Klingler แล้ว พบว่า การชำ แหละ นั้น ทำได้ ง่าย และ สิ่ง แสดง ที่ ทำ ได้ ก็ ถูก ต้อง สมบูรณ์ อย่าง ย่ง. เมื่อเป็นเช่นนี้ จึงคิดว่าน่าจะเป็น ประโยชน์ แก่ผู้ที่ สนใจ ทง หลาย ย่างตาม สมควร.



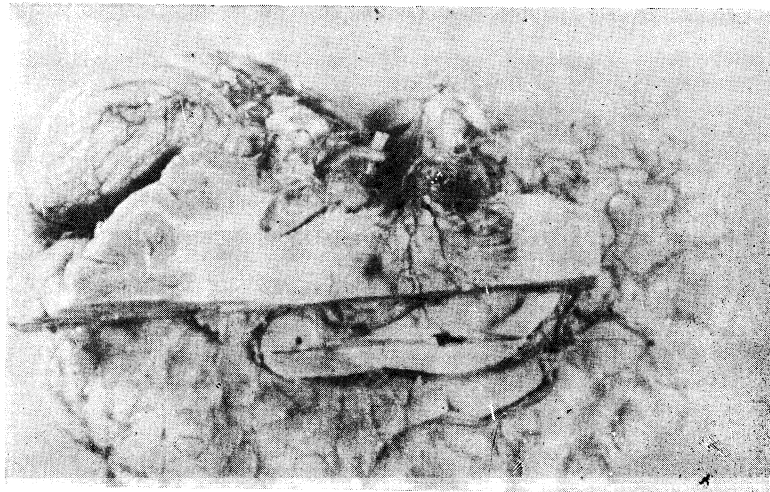
รูปที่ ๑. แสดงวิธีแขวนสมองแชไว้ในน้ำ
ยาระหว่างครึ่งเนื้อสมอง เพื่อ
ไม่ให้เสียรูป



รูปที่ ๒. แสดงเปรียบเทียบสมองที่แช่แข็ง (สมองชิ้นข้าง
ซ้ายในภาพ) กับสมองที่ไม่ได้แช่แข็ง



รูปที่ ๓. แสดง “ออปติก เรดิเอชัน” ที่ชำแหละได้



รูปที่ ๔. แสดงหลอดเลือดขนาดย่อยใน เบซัล แก็งเกลีย

วิธีทำ

การเตรียมสมองเพื่อชำแหละ

การทำชำแหละเพื่อให้ได้ สมอง สดใส
ทสวยงาม นั้นจำเป็นต้องเอาสมองที่ได้มา
ใหม่ ๆ. ถ้ามีเลือดคั่งมากก็จะเป็นผลดี,
เพื่อจะได้แยกชั้น ระหว่าง เนื้อเทา และเนื้อ
ขาวได้ชัดเจนมากขึ้น. โดยที่สมองเป็นของ
เสียบง่าย, การจัดการเกี่ยวกับสมอง
จำเป็นต้องทำด้วยความพิถีพิถันอย่างยิ่ง.
เมื่อได้สมองมาแล้ว ผกหลอดเลือดที่ฐาน
สมอง, ห้อยแขวนแช่ไว้ในน้ำยา ฟอรัมา-
ลิน ๕ ปรส. จำนวน ๕ ลิตรโดยประมาณ.
การใช้ยา ๕ ปรส. ก็เพื่อที่จะได้ให้
การตรึงเนื้อสมองค่อย ๆ เป็นไป, และนา
ยาจะได้แทรกซึมเข้าไปใน สมองได้ทั่วถึง
โดยตลอด, และการตรึงเนื้อจะได้อ่อนนุ่ม.
ถ้าใช้น้ำยา ๑๐ ปรส. มันจะตรึงเนื้อสมอง
ส่วนผิวก่อน, และทำให้ ฟอรัมาลิน เข้า
ไปในส่วนลึกให้ได้ช้า, หรือไม่เข้าเลย.

ในการแช่แขวนเราก็ต้อง ระวังไม่ให้
สมองไปตก ส่วนใด ส่วนหนึ่งของ ภาชนะ
เลย (รูป ๑), มิฉะนั้นจะทำให้เสียบไป
ได้มาก.

ภายหลังแช่ไว้ ๒๔ ชั่วโมงแล้ว, ถ้าย
น้ำยาเก่า ออก เอา น้ำยาใหม่เติมเข้าไป

แทน. แช่ไว้เช่นนี้นาน ๒ สัปดาห์ และ
เปลี่ยนน้ำยาอีกแช่ไว้ครบ ๑ เดือน, จึง
นำไปทำต่อไป.

การแช่แข็ง

เมื่อแช่ ฟอรัมาลิน ครบเดือนแล้วเอา
สมองออกมาล้าง ด้วยน้ำไหล เพื่อชำระให้
ฟอรัมาลิน ออกไปบ้าง, ตอนนั้นสมองจะ
แข็งตัวดีมาก. เมื่อล้างแล้วก็เอาไปแช่
แข็งในตู้เย็นอุณหภูมิระหว่าง ๘ ถึง ๑๐ องศา.
เป็นเวลานาน ๘ วัน. ผลของการแช่
แข็ง จะช่วยในการ แยก เยื่อ ประสาท และ
เซลล์ ประสาทที่ยึดกันแน่นให้คลายลง
(รูปที่ ๒).

ผลของแช่แข็งเนื่องจากน้ำยา ฟอรั-
มาลิน ที่อยู่ระหว่างเยื่อประสาทตรึงเนื้อ
แล้ว, เมื่อแข็งตัวมีปริมาตรเพิ่มขึ้นประ-
มาณ ๑๐ ปรส. การเพิ่มขึ้นของปริมาตร
ขณะที่เยื่อประสาทแข็งตัวก็จะเป็นการช่วย
การชำแหละในระยะแรก, ทำให้การชำ
แหละจริงในตอนหลังง่ายมาก. เมื่อแช่
แข็ง ครบกำหนดก็เอาสมอง มาทำให้อ่อน
ด้วยน้ำไหลอีก, และเก็บไว้เพื่อทำการ
ชำแหละชิ้นสุดท้ายในน้ำยา ๕ ปรส.
ฟอรัมาลิน ซึ่งอาจเก็บรักษาไว้เช่นนี้ได้
นานถึงหนึ่งปี.

การชำแหละสมอง

ตั้งโต๊ะกล้าวมาแล้วข้างต้น การชำ-
แหละสมองที่โตเตรียมไว้แล้วนั้นทำใ้ง่าย
มาก. เราสามารถลอกเอาเส้นใยประสาท
ออกได้เป็นเส้น ๆ คืดต่อกัน, แต่มีขอที่
ควรคำนึงอยู่ว่า

๑. การจะทำได้สวยงามสมบูรณ์เพียง
ใดนั้นอยู่ที่การไ้หมั่นฝึกฝน, เหมือนกับ
งานที่ของอาศัยฝีมือและปัญญาทั่วไป,

๒. นอกเหนือไปจากพื้นฐานความรู้
ทางกายวิภาคศาสตร์ของระบบประสาท,
ความอดทนและความเพียรก็เป็นสิ่งที่ไม่
ได้เช่นกัน,

๓. เครื่องมือเป็นเพียงส่วนประกอบ
ปลีกย่อยเท่านั้น. เราใช้คีมปลายเล็กของ
ช่างนาฬิกา, พายกววน (Spatula), และมีด
ผ่าคัตเล็ก ๆ เท่านั้น. แต่บางครั้งในการที่
จะต้องติดตามรอยละเอียดของใยประสาท
เราจำเป็นต้องใช้สาล์ปลายไม้ขนาดเล็ก
ค่อย ๆ เขยิบเหมือนกัน, และในกรณี
ที่ต้องจลที่ชำแหละก็จำเป็น.

ประโยชน์อันพึงได้

๑. โดยคุณสมบัติของการแช่แข็งตั้ง
กล่าวข้างต้น, เราสามารถติดตามใยประ-
สาทต่าง ๆ ในสมองได้อย่างสะดวกและ
ถูกต้อง. มองเห็นได้ในที่คั่นที่เป็น ๓ มิติ,

เช่นทางเดินของ อ้อปติก เรกิโอเซน. (รูป
ที่ ๓).

๒. โดยการรวมกรรมวิธีฉีด พลาส-
ติก เข้าไปในหลอดเลือดของสมองกับการ
แช่แข็ง, ทำให้สามารถติดตามราย
ละเอียดของหลอดเลือดที่เกี่ยวกันกับใยประ-
สาทใ้ได้อย่างสวยงาม. Bassett ได้ทำ
สมองชำแหละที่ไมได้แช่แข็งใ้สวยงาม,
แต่ในตอนที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดของ
สมองปรากฏว่าเห็นใ้, แต่ไม่ได้รายละเอียด
ชัดเจน. อย่างไรก็ตามงานของเขา
นับว่าเป็นงานที่ประณีตเรียบร้อยยิ่งนัก. ผู้
รายงานเคยลองทำดเหมือนกันปรากฏว่า
ทำใ้ไม่เท่าเทียมกับ Bassett. ทั้งนี้เนื่อง
จากเนื้อสมองแช่แข็ง, การชำแหละยาก,
ประกอบกับผู้ทำไม่มีความใ้เป็นพอ, หลอด
เลือดและ พลาสติก ฉีกขาดและหักไปเกือบ
หมด. แต่เมื่อใ้เอาสมองที่ฉีด พลาสติก
ไปแช่แข็งตามกรรมวิธีข้างต้น, ปรากฏว่า
ทำใ้ง่ายมาก, ใ้ได้รายละเอียดปลีกย่อย
ของหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับทางเดินของ
ใยประสาทต่าง ๆ อย่างสวยงาม, และเชื่
ว่าดีกว่างานที่ Bassett ได้ทำใ้. ทั้งนี้
เนื่องจากเนื้อเทาของสมองถูกทำให้ย่อย
มาก, จึงใ้ทำให้การชำแหละง่ายขึ้น.

การเก็บสมองที่ชำแหละแล้ว

การเก็บสมองที่ชำแหละแล้วมีความสำคัญมาก. สมองพวกนี้เปราะ, ฉีกขาดง่ายมาก. เคยเอาไปให้นักเรียนได้ลองคลำสัมผัสดูปรากฏว่าบอบสลายเสียหายโดยรวดเร็ว. เมื่อเอาเก็บแช่ไว้ในน้ำยา ฟอร์มาลิน ภายหลังชำแหละ, ปรากฏว่ามีเมือกเกาะกมอยู่โดยรอบ, ทำให้ไม่น่าดู. การเก็บจึงต้องเก็บแช่ไว้ในน้ำเซอม ๘๐ ๒๕. ซึ่งได้ผลดีมาก.

ขอขอบคุณหัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ที่สนใจและสนับสนุนให้ทำงานชิ้น

นี้จนเป็นผลสำเร็จ, ทั้งยังให้คำแนะนำปรึกษา. ขอขอบคุณ คุณหมอสวาทสุนทรภักดี, ที่ช่วยทำ เซกชัน ของสมองที่แช่แข็งแล้วเพื่ออธิบายถึงกลไกของการแช่แข็ง.

เอกสาร:

1. Ludwig, E., J. Klinger: Atlas Cerebri Humani, 1956, Boston, Little Brown & Co., Toronto.
2. Tandler T.: Über die Konservierung anatomischer Präparate in Zucker. Anat. Anz. 60:62, 1922-1962.
3. Klinger J.: Erleichterung der makroskopischen Präparation des Gehirns durch den Gefrierprozess. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. 1935, 30:247.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

การผ่าตัดวิธีใหม่เพื่อรักษาโรค เซอร์ซสปรุงก์

พลภัทร ตาละลักษมณ์ พ.บ., Dr. med., D.T.M. (Hamburg)

และ

กำธร ศุขโรจน์ พ.บ.

(หน่วยศัลยกรรมเด็ก แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์นายแพทย์อดม โปษะภุชณะ)

โรค เซอร์ซสปรุงก์ หรือ ค็อนเจนิทัล อะแก็งกลีโอนิก เมกะโคลิออน นั้น H. Hirschsprung แพทย์ชาวเดนมาร์กได้ รายงานไว้เป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. ๑๘๘๘.

สำหรับพยาธิสภาพ, อาการและ อาการแสดงของโรค ฯลฯ นั้นทุกคนคงจะ รู้จักแล้ว, (และคงไม่จำเป็นต้องกล่าว กันอีก (โปรดงานของ น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี ในสารศิริราช ปี ๒๕๐๑). จุดประสงค์ของเรื่องนี้เกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะวิธีผ่าตัดเท่านั้น.

โรค เซอร์ซสปรุงก์ เป็นโรคซึ่งมี อาการสำคัญคือท้องผูกและมีความรุนแรง ตึงแต่บ่อยไปจนถึงมากที่สุด, ขนาดทวาร คนใช้คำเรียกว่า “โรค เซอร์ซสปรุงก์ ชนิดร้าย.”(3) ในรายที่ไม่รุนแรงนัก, การ รักษาทางยาอาจให้ผลบ้าง, นอกจากนั้น ต้องอาศัยการผ่าตัดทั้งสิ้น. (5)

๑. การรักษาแบบประคับประคอง. ประกอบด้วย (ก) การระวังเรื่องอาหาร, (ข) การให้น้ำมันแร่หรือยาระบายเพื่อไม่ให้ท้องจุก, และ (ค) การสวนอุจจาระ, ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นวันละ ๒ ครั้ง.

ตามที่กล่าวมาทำที่บ้านก็ได้, แต่ ในบางครั้งก็จำเป็นต้องนำเด็กเข้าโรงพยาบาล เหมือนกับเมื่อมีอาการอื่นอยู่บ่อย ๆ หรือ เด็กมีท้องอืดมาก ๆ.

สำหรับยาพวกกระตุ้น พาราซีทึม-เพเรติก นั้นบางคนชอบใช้, แต่บางคนก็ว่า ไม่ได้ผล. ในรายที่เป็นอย่างอ่อนมีบางคน แนะนำว่า เมโพลีล โบรมิด ใช้ได้ผลดี ที่สุด. (5) แต่จากการพบเห็นของเราไม่มี อะไรดีกว่า โพรสติกมิน. การรักษาแบบ ประคับประคองจะกระทำอยู่นานเท่าใดนั้น ต้องตัดสินใจแต่ละรายไป. โดยทั่วไปเรา ควรจะลอง การ รักษา แบบ ประคับประคอง ก่อนเสมอ, เพื่อให้บิดามารดา หรือผู้

ปกครอมองเห็นความจำเป็นในการที่จะใช้
วิธีคล้ายกรรมในภายหลัง, ถ้าการรักษา
แบบแรกไม่ได้ผล.

๒. การรักษาทางคล้ายกรรม. เท่าที่
เคยทำกันมา มีดังนี้ (๑) การตัดประสาท
ซึ่มพะเรติก, (๒) ซึคอสโตมีย์ หรือ
โคลอสโตมีย์, (๓) การตัดลำไส้ส่วนที่
พองหรือตัด โคล็อน ออกทั้งหมด, แต่
เก็บ เร็คตัม ไว้. (๔) การผ่าตัดแบบ
ม็อบโตมิโนเพอริเนลโดยตัดส่วน เร็ค-
โตซิกมอยด์ ซึ่งเป็นตอนที่มีประสาทยก
พองและการเคลื่อนไหวผิดปกติเอาออก
เสีย.

(๑) การตัดประสาท ซึ่มพะเรติก.
แต่ก่อนมีคนทำกันมาก, เช่น Riedel แห่ง
ไลปซิก (๑๙๓๘) เป็นต้น. แม้ในระยะ
หลัง Grob (ซวีค)⁽⁴⁾ ก็เคยใช้เป็นวิธีรักษา
ของเขาอยู่พักหนึ่ง แต่แล้วก็เลิกไปและไม่
ค่อยมีคนทำกันอีก.

(๒) ซึคอสโตมีย์ หรือ โคลอสโตมีย์.
มีประโยชน์มากในรายที่มีการคั่งอูจจาระ
อย่างปัจจุบันหรือผู้ป่วยมีอาการแน่นอึดอัด
มาก, ทำให้ลดความอึดของ โคล็อน
ส่วนต้นและลำไส้เล็กอย่างรวดเร็ว. นอก
จากนั้นยังเป็นอีกทางหนึ่ง ซึ่งเราจะใส่

มันแร่หรือสารน้ำอย่างอื่นเข้าไปละลาย
อุจจาระที่อึดแน่นอยู่ใน โคล็อน ครึ่งซ้าย
ให้อ่อนตัวออกมาได้ง่าย ๆ. การทำ
โคลอสโตมีย์ หรือ ซึคอสโตมีย์ จะช่วย
ผ่อนการคั่งกัน, ทำให้เด็กไม่อึดอัด, กิน
อาหารได้ดี, เด็กเจริญเติบโตได้. แต่ก็
เป็นไปเพียงชั่วคราวเท่าที่เรายังคงทิ้งให้
เปิดอยู่เท่านั้น. เมื่อไรที่ครบเลย, อาการ
ต่าง ๆ ของโรคนี้ก็กลับมามีอีก.

ทั้งนี้การทำ ซึคอสโตมีย์ หรือ
โคลอสโตมีย์ จึงใช้ในสองสามกรณีเท่า
นี้คือ

๑. ในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๖ ถึง ๘
เดือน. ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดในอุ้งเชิงกราน
ของเด็กเล็ก ๆ ทำได้ลำบากมาก,

๒. ในรายที่ทำการสวนแล้วไม่ได้ผล,

๓. ในเด็กโตที่ทำเหมือนกัน, ถ้า
หากต้องการให้มีการปรับปรุงภาวะโภชนา
การเสียก่อน.

การผ่าตัดทางหน้าท้อง

(๑) ตัดเฉพาะส่วนของ ซิกมอยด์ ที่
ขยายตัวมาก ๆ ออกไป. อาจตัดส่วนของ
โคล็อน ออกด้วยก็ได้, แต่พบว่าลำไส้ส่วน
ที่เหลือจะเกิดมีพยาธิสภาพเหมือนเก่าต่อ

ไปได้อีก.

๒. ตัก โคโล้น ออกหมด. คือ ไอลีเยม ส่วนปลายเข้ากับโคนตักของ เร็คโต-ซิกมอยด์ โคโล้น เพียงเหนือ พนช่องท้อง. วิธีนี้ไม่มีใครทำแล้ว เหมือนกัน.

เหลือวิธีผ่าตัดอยู่อีก ๒ วิธีที่ยังนิยม ใช้กันมากในการรักษาโรคนก่อนที่จะได้นำวิธีใหม่มาใช้. วิธีทั้งสองได้แก่วิธีของ Swenson และวิธีของ Rehbein (๑) วิธีของ Swenson (๙) คือ ทรานส์แอ็บโดมิโน-เพอริเนล พูลล์-ธรูห์ โอเปอเรชัน (Transabdomino-perineal pull-through operation). ตักเอา เร็คโต-ซิกมอยด์ และ เร็คตัม เกือบทั้งหมดออก. การทดลองของ Swenson และคณะ (๕) ทำให้เราทราบว่า ความพิการ พื้นฐานของโรค เซอร์ซัสปรังก์ นั้นอยู่ที่ท่อนสั้น ๆ ของ ลำไส้เท่านั้น, ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือ เร็คโต-ซิกมอยด์ โคโล้น ขาด แก่งเกลียน เซลล์ ทำให้เกิดการขัดข้องในการขับรดของ โคโล้น. ส่วนของ โคโล้น ที่พองออก (เมกะโคโล้น) นั้นไม่จำเป็นต้องถูกตัดออกไปด้วยเพราะเป็นส่วนซึ่งจะกลับเล็กลง และทำงานได้เป็นปรกติอีกเมื่อส่วนที่เป็น

ตัวก่อความพิการได้ถูกตัดออกไปเสีย. จาก ความรุนแรงเกิดความคิดที่จะตัดออก เฉพาะส่วนที่มีประสาทหล่อเลี้ยงบกพร่อง. หลังจาก ที่ Swenson ได้รายงานเกี่ยวกับการผ่าตัดคนเมื่อปี ๑๙๕๐ แล้ววิธีนี้ก็เป็นที่นิยมสำหรับรักษาการ เซอร์ซัสปรังก์. หลักการง่าย ๆ ก็คือหลังจากการตัดเอาส่วนที่ไร้ แก่งเกลียน ออกไปแล้วก็เอา โคโล้น ลงมาต่อกับ เร็คตัม ซึ่งเหลือไว้น้อยที่สุด, โดยปลิ้นออกมาต่อกันภายนอกวงรีทวารหนัก, แล้วจึงดึงจึงยัดกลับเข้าไปอย่างเก่า. เมื่อปี ๑๙๕๗ Swenson ได้รายงานผู้ช่วยซึ่งเขาได้ผ่าตัดเองถึง ๒๐๗ รายและได้ผลดีเป็นที่พอใจ.

อย่างไรก็ตาม ทุกคนก็ยอมรับกันว่า การผ่าตัดของ Swenson นั้นเป็นการผ่าตัดที่รุนแรงมาก, ทำได้ยาก, โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ๆ, นอกจากนี้ยังจะเป็นการทำลายกลุ่มใยประสาทใน อัง เซิง กรานส่วนล่างด้วย, ทำให้เด็กเสียพลังทางเพศเมื่อโตขึ้น.

วิธีของ Rehbein (๘) (๑๙๕๒) เป็นการผ่าตัดโดยอาศัยข้อคิดของ Hiatt (๖) เรียกว่า Intra-abdominal resection with end-to-end anastomosis. คือเอา ซิก-

มอยต์ โคลิออน ส่วนใหญ่และ คีเซ็นดิงก์ โคลิออน ซึ่งพองมาก ๆ ออกหมัก. ข้อดีของวิธีนี้คือ ส่วนใหญ่ของ ไร่คัมม รวมทั้ง อวัยวะต่าง ๆ ในอึ่งเชิง กรานส่วนล่างไม่ถูกรบกวนเลย. ส่วนที่ตอกันอยู่ต่ำกว่า คีกลาส-เพอริโตเนียล ไร่เฟล็คชัน ประมาณ ๑ ซม. ถ้าตรวจทางช่องทวารหนักจะพบว่า รอย ต่อย เห็น อวง ไร่ทวารหนัก ๕-๘ ซม. ส่วนของ Swenson นั้น อยู่สูงกว่าประมาณ ๒ ซม. แต่มีหลายคนแย้งว่าการที่เหลือส่วนของ ไร่คัมม ไว้มากเกินไป, จะทำให้เกิดโรคกลับขึ้นได้.

ในเดือนมิถุนายน ๒๕๐๒ (๑๙๕๙) ข้าพเจ้ามีโอกาสไปเสนอรายงานผู้ช่วยในการประชุมประจำปีครั้งที่ ๖ ของ British Association of Pediatric Surgeons ณ เมือง ลิวอร์พล, ได้ฟังเรื่องสำคัญของ ศาสตราจารย์ Bernhard Duhamel (ปารีส) ซึ่งได้รายงานวิธีผ่าตัดของเขาเองในการรักษาโรค เซอร์ซัสปรุงก์ ซึ่งก็เป็นการผ่าตัดแปลงจากแบบของ Swenson. จุดหมายของการผ่าตัด คือการ เชื่อมต่อส่วนของไร่คัมม ซึ่งเกิดมาผิดปกติ. (หลังจากที่ตัดส่วนไร่ แก็งเกลียน ส่วนใหญ่ออกไปแล้ว) เขาก็บำไส้ส่วนที่ตัดโดยไม่ตัด

ไร่คัมม ออก, ทำให้ไม่ต้องลงไปเกี่ยวข้อกับช่องเชิงกรานส่วนล่างเลย.

วิธีผ่าตัด โดยคร่าว ๆ มีดังต่อไปนี้. เริ่มตั้งแต่การทำ ผ่าหลอดเลือดดำซึ่งควรทำที่แขน เพื่อสะดวกแก่วิสัญญีแพทย์ในการให้ยา, ไม่เกาะเกาะในขณะผ่าตัด. ทาแก้ปวด ยาฆ่าเชื้อ ตั้งแต่ ส่วนบนของช่องท้องลงไปจนตลอดถึงเท้า. วางเตียงไปบนผ้าไร้เชื้อและห่อขาทั้งสองข้างเสีย.

ก. การผ่าเข้าทางหน้าท้อง (ทรานส์แอ็บโดมินัล)

๑) เมื่อเบียดช่องท้องแล้ว (ผ่าในเส้นกลางท้องหรือเส้นขนานกลางท้อง) ตัดไร่คัมม ตรงระดับประมาณระดับของ คีกลาส เพาซ์ (เฟลวิก เพอริโตเนียม) แล้วเย็บปิดเสีย. ทางปลายส่วนบนตัดออกตั้งแต่ โคลิออน ซึ่งพองมาก ๆ ลงมาซึ่งก็รวมทั้งท่อนที่ไร่ แก็งเกลียน ไปด้วย. ปลาย โคลิออน ที่เหลือเย็บปิดชั่วคราวด้วยค้ายาวยาว ๆ.

๒) เลาะ โคลิออน ที่เหลือออกจากเยื่อคัม, ปล่อยให้พอดที่จะลงมาถึงวงรีทวารหนักได้โดยไม่รัง. ใช้เครื่องมือทุกอย่างแยกออก (นิ้วมือเป็นดีที่สุด) จนถึงทวารหนัก. เอาผ้าคลุมหน้าท้องไว้.

ข. การผ่าตัดเข้าทางผิวยับ (ทรานส์ เพอร์เนียล)

ให้ผู้ช่วยคนหนึ่ง จับเด็กไว้ในท่า “ขบนิ้ว” (ลิโธโตมีย์).

๑) ลงมีดผ่าที่ครึ่งหลังของผิวยับตรง รอยต่อ เอโนคิวเทเนียส ก็จะเข้าไปถึง ช่อง เรโทรเร็คทัล ซึ่งเราเตรียมแยกไว้ แล้ว.

๒) ใช้ แคล็มป์ โค้งใหญ่ สอดเข้าไปทางช่อง เรโทรเร็คทัล นั้น, รั้งเอาค้ำย ซึ่งเย็บปลายล่างของ โคล็อน ที่ตัดไว้, ด้ึงลอกลงมาให้ดี.

๓) เปิดปลาย โคล็อน ออก. เย็บ ขอบด้านหลัง ของมัน เข้ากับ ขอบด้านหลัง ของรอยผ่า เรโทรเอนัล.

๔) ใช้ แคล็มป์ ค็อคเคอร์ ชนิด ตรง ๒ ตัวใส่เข้าโดยให้ปากล่างอยู่ที่ ผนังหน้าของ โคล็อน ที่ด้ึงลงมา, ส่วน ปากบนให้ขยับบนผนังหลังของ เร็คตัม ซึ่ง เราแยกออกจากรอย ต่อกับ ผิวหนังในตอน แรก. ให้ปลาย แคล็มป์ ค็อคเคอร์ ทั้ง ๒ อันไปจกกันเป็นรูปตัว วี, โดยมีฐานอยู่ที่ ทัพหมก้านข้างของ โคล็อน และทวาร หนัก. บีบ แคล็มป์ ให้แน่น, แล้วเอาทั้งสองอันมาผูกรวมเข้าไว้ด้วยกัน (ผลดีของ

การใช้ แคล็มป์ ค็อคเคอร์ ก็คือ โคล็อน จะไม่หกลบไป, และจะทำให้เลือดหยุด ด้้วย).

๕) ตามวิธีดั้งเดิมของ Duhamel นั้น ใน ๒-๓ วันต่อไปเขาจะผ่าลำไส้ตามยาว ตรงที่ใส่ แคล็มป์ ไว้ (คือแบ่งครึ่งรูปตัว วี ออก), แต่ของเราไม่ต้องทำเลย เพราะ มันเน่าหลุดไปก่อน แคล็มป์ จะหลุดไปใน วันที่ ๕-๗.

เร็คตัม ที่เกิดขึ้นใหม่ก็จะประกอบด้วย ผนังหน้าไว้ แก็งเกลียน และผนังหลังมี แก็งเกลียน, ซึ่งพอเพียงที่จะให้ลำไส้ เคลื่อนไหวอย่างปรกติทีเดียว. โคล็อน ที่ด้ึงลงมาจะ ผ่าน ออกมาตาม ทางเดิน ปรกติ (คือช่อง เรโทรเร็คทัล) ซึ่งทำให้ ไม่ต้องแคะ ต้อง ระบาย ประสาทใน ช่องเชิง กรานส่วนล่างและของหรงทวารหนักเลย. ส่วนใหญ่ของอวัยวะที่อาศัย เอโนเร็คทัล ริเฟล็กซ์ จะยังคงอยู่โดยเรียขรอย.

วิจารณ์

๑. แม้ว่าโรค เซอร์ซัสปรังก์ เป็นโรค ที่รักษาลำบากมาก, แต่ก็ไม่ใช่วโรคร้าย แรงอย่างเนองอกชนิดร้าย. ดังนั้นการผ่า ตัดที่จะทำ ก็ไม่ควรจะ ยากจน เกินไปนัก, และ ก็ ไม่ ควร จะ ผ่า อันตราย มาก ด้้วย.

มีฉะนั้น แทนที่ผู้ป่วยจะมีแต่เพียงความผิดปกติในหน้าที่อย่างเดียวกับ โคล็อน ที่ไว้ แก้งเกลียน, กลับกลายเป็นมีเรื่องใหญ่กว่าเดิมอีก, เช่นการขัดข้องในหน้าที่ของหลอดทวารหนักหรือของระบบ ยีโร เจนิตัล. การผ่าตัดแบบของ Swenson คอนข้างยาก, และทำโรคแทรกซ้อนได้มาก, จะให้ผลดีก็ต่อเมื่ออยู่ใน มือ ของศัลย แพทย์ผู้ชำนาญจริง ๆ. ตัวเด็กเองก็จะต้องอยู่ในภาวะที่เหมาะสมอีกด้วย.

๒. การขบพร่อง แก้งเกลียน เซลล์ ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของโรคนั้น, มักจะมีตั้งแต่ รัศมีโตซิกมอยท์ หรือตลอดลงมาทั้ง รัศมี รวมทั้งหลอดอื่นในด้วย. ดังนั้นการผ่าตัดตามแบบของ Swenson จึงต้องเลาะเอา รัศมี ออกให้มากที่สุด, ซึ่งมักจะ มาก เกินไปโดย เฉพาะในทารก, ทำให้เกิด ซ็อค จากการผ่าตัด.

๓. อีก ประการ หนึ่ง การที่เลาะเอา รัศมี ทั้งหมดออกจากที่เป็นการทำลายซ้ำประสาท เพ็ลวิค ไปด้วย, ซึ่งประสาทเหล่านี้ มีหน้าที่เกี่ยว ข้อง กับ ภาวะ ยัสสาวะหรือหน้าที่ เกี่ยวข้องอวัยวะสืบพันธุ์โดยตรง. นอกจากนั้นความรู้สึกจำเพาะ

ของหน้าที่ตัดโนมิตของหลอดทวารหนักที่ยังเหลืออยู่ก็จะถูกทำลายไปด้วย.

๔. ถ้าตัดส่วนของ รัศมี ออกไม่หมด, คือเหลือไว้มากเกินไป (เพราะต้องการรักษาหลอดทวารหนักไว้), ก็จะทำให้เกิดโรคนั้นขึ้นอีกได้.

๕. ตามแบบของ Swenson เมื่อเรายัดลำไส้ที่ทำการต่อกันไว้กลับเข้าไปในช่องท้องทันทีนั้นอาจจะหลุดออกจากกันได้เป็นบางส่วนหรือทั้งหมดก็ได้, ในเมื่อโคล็อน ซึ่งดึงลงมามีสภาพที่ไม่เพียงพอหรือเมื่อ เทคนิค ของการต่อไม่ดีพอ. โรคแทรกที่เรพยเสมอ ๆ ก็คือ จะมีการรั่วตรงรอยต่อ, เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ, ฝีในช่องเชิงกราน, พิศัล ฟิสตุล่า. แม้กระทั่งเซ็ปติซีเมีย ก็พบได้.

๖. ข้อสุดท้ายที่พบย่อยที่สุดคือการที่ตรงรอยต่อทำให้เกิดมีการกลับเป็นขึ้นอีก. แต่ข้อเสียอันนี้พอจะแก้ไขได้โดยการถ่าง รัศมี ต่อไปอีกเป็นเวลาพอสมควร.

Duhamel ได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยก่อนที่จะมารายงาน ๕ ราย. ไม่มีโรคแทรกที่กล่าวมาแล้วเลย. การดำเนินโรคหลังผ่าตัดเรียบร้อยดีมาก. มีการบับรดและถ่ายอุจจาระได้หลัง ๒-๔ วัน. แคล็มป์

หลุดในวันที่ ๗, แผลหายดี, หน้าที่ต่าง ๆ ก็มาก. การตรวจทาง เอ็กซเรย์ เห็น โคโลอัน กลับเข้าสู่สภาพปรกติภายใน ๒-๔ เดือน.

Kostia (7) รายงานสถิติของ Children's Hospital of the Helsinki University Clinic (Sweden) เมื่อเร็วๆ นี้ (โดยได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ ๖๒ ราย) ดังนี้คือ (๑) โดยวิธีของ Swenson ๒๘ ราย, ตาย ๓ ราย, มีโรคแทรกจากการผ่าตัด ๑๘ ราย, (๒) โดยวิธีของ Rehbein ๘ ราย, ไม่พบโรคแทรก, (๓) โดยวิธีของ Duhamel ๒๖ ราย, ตายเพียงรายเดียว. ไม่มีโรคแทรกที่สำคัญ.

หน่วยศัลยกรรมเด็กแผนกศัลยศาสตร์ศิริราชฯ ได้ทำการผ่าตัดโรค เฮอร์ซส-ปรังก์ โดยวิธีของ Duhamel ไปแล้ว ๓ ราย, รายแรกเป็นเด็กหญิงอายุ ๒ ปี, รายที่สองเด็กชายอายุเพียง ๔๒ วันเท่านั้น, และรายสุดท้ายเด็กชายอายุ ๑ ปีกับ ๔ เดือน. ทุกรายได้รับผลเป็นที่น่าพอใจ. ไม่พบโรคแทรกจากการผ่าตัด. เด็กอายุ ๑ ขวบได้ในวัน ๒-๔.

ผลที่เห็นได้ชัดจากการผ่าตัดของ Duhamel นั้นคือ

๑. เป็นการผ่าตัดอันเดียวที่จะแก้ไขโรคกลับจากการผ่าตัดโดยวิธีของ Swenson ได้.

๒. การผ่าตัดนี้ทำได้ตั้งแต่เมื่อเด็กอายุน้อย ๆ, ซึ่งวิธีของ Swenson เกือบจะพูดได้ว่าทำไม่ได้. Swenson เองแนะนำให้ผ่าตัดเมื่อเด็กอายุ ๑๒-๑๘ เดือนเสียก่อน, ระหว่างนั้นให้ทำ โคลอสโตมีย์ไว้.

ผู้ป่วยของ Duhamel ๗ คน มีอายุน้อยกว่า ๖ เดือน. จากจำนวนนี้ ๔ คน ตากว่า ๓ เดือน, จากประสบการณ์ของเขาพบว่ายิ่งผ่าตัดอายุน้อย ๆ ผลยิ่งดี.

ผู้ป่วยของเรารายที่ ๒ ได้รับการผ่าตัดเมื่ออายุเพียง ๔๒ วันเท่านั้น. ผู้ป่วยหายเรียบร้อยดี, ตัดปัญหาเรื่อง โคลอสโตมีย์ไปได้.

๓. ข้อสำคัญที่สุดคือ การผ่าตัดแบบ Duhamel เป็นการผ่าตัดซึ่งไม่ยากอะไรนัก, และไม่ต้องอาศัยความชำนาญมากเท่ากัวิธีของ Swenson.

ถ้าหากเราจะนึกอยู่เสมอว่าการดำเนินโรคของผู้ป่วยในโรค เฮอร์ซสปรังก์ โดยเฉพาะในทารกนั้นลำบากยากเย็นเพียงใด และการที่จะทำ โคลอสโตมีย์ ไว้ในเด็ก

ขายนเป็นสิ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากเพียงใด, เราก็จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดที่เริ่มต้นไ้เร็วที่สุดและได้ผลดีนั้นจะทำให้เราช่วยชีวิตความเป็นอยู่ของเด็ก ๆ ที่เป็นโรคนี้ไว้ได้มากทีเดียว.

แม้จำนวนผู้ป่วยที่เราได้ทำการผ่าตัดไปแล้วจะน้อย, แต่ผลที่เราได้รียกกันว่าพอเพียงที่จะสนับสนุนและเป็นแนวทางให้พวกเรากล้าพอที่จะก้าวไปสู่วิธีการรักษาชนิดใหม่ ๆ ใหม่นพวอม ๆ กับคนอื่นเขาบ้าง.

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปษะภฤณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์ทอนูญาติให้นำเรื่องนี้ขึ้นมารายงาน. ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์เสนอนิทรสุขศรี, หัวหน้าหน่วยศัลยกรรมเด็กที่เป็นกำลังใจให้เรำทำงาน, และขอบคุณนายแพทย์นนทวัน พรหมผลิน แห่ง

หน่วยถ่ายภาพการแพทย์, แผนกกายวิภาคศาสตร์ วิชา ๓ ทนด้วย.

เอกสาร

1. ส. นิทรสุขศรี: สารศิริราช ๒๕๐๑, ๑๐: ๔๒๕-๔๔๑.
2. Duhamel, B.: Arch. Dis. Child. 1960: 35.
3. Duhamel, B.: Langenbeck's Arch. f. Klin. Chirurgie 1960, 296: 384-388.
4. Crob. M.: Lehrbuch d. Kinderchirurgie, 1957 [Georg Thieme Verlag, Stuttgart]
5. Gross, R.E.: The Surgery of Infancy and Childhood [W.B. Saunders Co.]
6. Hiatt, R.B.: Ann. Surg. 1951, 133: 321.
7. Kostia, J.: Arch. Dis. Child. 1962, 37: 167-168.
8. Rehbein, F.: Der Chirurg. 1958, 29: 366-369.
9. Swenson. O.: Surgery. 1950, 28: 371.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

THE EFFECT OF SYSTEMATIC ADMINISTRATION
OF INH ON PRIMARY TUBERCULOSIS IN CHILDHOOD*
PRESENTATION OF A "5-YEAR TRIAL"

R. Mande and A. Herrault

(Centre International d'Enfance and University of Paris)

The importance of primary tuberculosis in the general history of tuberculosis has not always been properly appreciated. For a long time, only the paediatricians have been interested in this subject and they have been concerned above all with the serious forms of the disease, mainly those resulting in miliary tuberculosis, tuberculous meningitis and severe thoracic varieties. Besides these severe forms of the disease, primary tuberculosis has long been considered a minor manifestation. The opinion has even widely circulated, among physicians and a fraction of the educated public, that primary tuberculosis, which is likely to appear at one moment or another in the life of a child, living in a tuberculized country, is, after all, an advantageous accident, allowing the development of allergy and immunity. To this accident, the subject would owe his future resistance to new attacks of the tubercle bacillus.

In recent years, many studies have shown the frequency of tuberculous manifestations during the years following primary tuberculosis (British Medical Research Council, P. FREOUR, J. LE MELLETIER). It has thus been possible to measure more exactly the actual importance of this episode in the life of a subject and, therefore, its consequences upon the public health of a country.

A recent study, undertaken in France in 1953 and carried on up to 1958,

enables us once more to give some up-to-date figures on this point. 1093 young subjects, affected by untreated primary tuberculosis, have been followed up during five years. The frequency of the evolutive tuberculous manifestations has been 8% among small children under 5, 7% among school children from 5 to 9, and 15% among subjects from 10 to 24. It is interesting to note that the ratio of evolutive tuberculous manifestations observed during the course of this work is closely comparable to that reported some years earlier in Norway by NISSEN-MEYER.

As it may be seen, the ratio of tuberculous accidents among those three groups of subjects having suffered from primary infection during childhood or youth varies from 8 to 15% during the five years which follow the first tuberculous episode. For this reason, the accepted notion that primary tuberculosis is benign needs to be seriously reconsidered. Now that we dispose of an efficient chemotherapy with INH, it becomes tempting to use it at the first stage of the tuberculous infection. Is it not, indeed, a basic rule of the treatment of infectious diseases to try to stop their development as soon as possible? Why should tuberculosis be an exception to this rule?

In fact, there is no theoretical reason that it should be. The arguments against chemo-prevention (or Mc Dermott's primary chemo-prophylaxis) are that it prevents the development of

* Lecture delivered at the Siriraj Hospital Clinical Meeting, Dec. 1962.

immunitary mechanisms by stopping the multiplication of germs as soon as they enter the organism. These arguments do not hold true here since, at the stage of development of tuberculous infection at which primary tuberculosis appears, immunity processes are already active and many experiments on animals have demonstrated that INH does not alter them.

Now that we have at our disposal a drug of great effectiveness, which is easy to handle and has no dangerous side effects, it is logical to consider a systematic treatment of primary tuberculosis as soon as possible after the conversion of the tuberculin reactions.

The use of INH at this period no longer presents a risk of halting the development of immunity, since the immunity mechanisms are already at work. The danger of developing a strain of resistant tubercle bacilli is, if not completely excluded, at least very slight at this stage of evolution of the tuberculous infection.

The theoretical merits of an early treatment of the initial episode is therefore unquestionable. The results of the surveys undertaken have confirmed its value and its efficiency.

The first large survey of this type was undertaken in France in 1953 on R. Debré's instigation, under the auspices of the "Institut National d'Hygiène" which is directed by Pr. Bugnard, with the cooperation of the "Sécurité Sociale".

The survey included young subjects, mainly children, whose recent primary tuberculosis dated back to no more than one year. The first results of this survey, after a follow-up period of 5 years, have been reported in 1959, at

the Istanbul Congress, by R. DEBRE J. GERBEAUX A. LOTTE and H. NOUFLARD.

A. LOTTE and A. ROUILLON have recently given a new and very complete analysis of this survey.

The study has covered 4,557 subjects, some of whom have undergone treatment while the others, untreated, have been considered as controls. These two groups of subjects were comparable as to their origin, their socio-economic background, the date of the finding of their tuberculous infection, the duration of their stay in sanatorium.

The subjects surveyed were divided into three age-groups: under 5, from 5 to 9 and from 10 to 24. In each group, four categories were defined according to the clinical type of the primary infection. Category number 1 corresponds to latent primary infections without symptoms either clinical or radiological; categories 2-3-4 correspond to clinical cases with radiological signs, or clinical symptoms or the association of both, and are grouped under the general heading of patent primary infections.

1,267 of the subjects involved in the survey belong to category 1; of these, only 116 have received treatment, and 1,151 have not.

3,290 belong to the patent cases (categories 2-3-4) and are divided into 1,702 treated and 1,588 untreated.

The treated subjects received INH in doses varying according to age; 20 mg per kg under 2 years of age and 10 mg per kg over 2 years but the dose of 400 mg has never been exceeded. In most of the cases, INH has been associated with PAS in doses of 30 mg per kg without exceeding 15 g a day.

The treatment has been uninterrupted during a minimum period of 6 months. It has often been extended up to twelve months and sometimes longer. Untreated subjects have received the same general care and were sent to preventorium in the same way as those who received specific drugs.

Figures given hereafter show the compared frequency of tuberculous manifestations observed during the first four years among treated subjects and controls belonging to the three age-groups and to categories 2-3-4 (patent primary infections).

Tuberculous manifestations among children under 5

<u>In the course of the 1st year</u>	
controls (208)	7%
treated subjects (603)	1%
<u>In the course of the 2nd year</u>	
controls (176)	1%
treated subjects (468)	0.2%
<u>In the course of the 3rd year</u>	
controls (134)	0
treated subjects (307)	0
<u>In the course of the 4th year</u>	
controls (98)	0
treated subjects (167)	0

Tuberculous manifestations among children aged 5 to 9

<u>In the course of the 1st year</u>	
controls (909)	5%
treated subjects (808)	1%
<u>In the course of the 2nd year</u>	
controls (780)	1%
treated subjects (618)	0
<u>In the course of the 3rd year</u>	
controls (623)	0.2%
treated subjects (420)	1%
<u>In the course of the 4th year</u>	
controls (456)	0.2%
treated subjects (191)	0

 Tuberculous manifestations among subjects aged 10 to 24

 In the course of the 1st year

controls (466)	7%
treated subjects (291)	1%

 In the course of the 2nd year

controls (399)	2%
treated subjects (233)	0.4%

 In the course of the 3rd year

controls (326)	1%
treated subjects (164)	0

 In the course of the 4th year

controls (230)	2%
treated subjects (80)	0

If we examine the results, no longer according to year, but according to the total morbidity for the whole of the observation period, they stand as follows:

 Tuberculous accidents in children under 5

9% in untreated subjects
1% in treated subjects

 Tuberculous accidents in children from 5 to 9

9% in untreated subjects
2% in treated subjects

 Tuberculous accidents in subjects from 10 to 24

13% in untreated subjects
2% in treated subjects

The difference is striking for all age-groups. The treatment of those patent primary tuberculosis cases has therefore allowed us to obtain a real prophylaxis of further tuberculous manifestations, at least for all the duration of the observation period. Will this effect lead to a similar reduction in late pulmonary tuberculosis when the subjects have reached adult age? For

the moment, nothing permits us to assert it and only a long follow-up of these subjects will allow us to answer this question. But, in so far as ulterior tuberculous localizations are but reactivations, after a variable period of time, of foci constituted in the course of the stage of hematogenous dissemination which comes with primary tuberculosis, we are entitled to think

that the prophylactic effect will last throughout the life of the subject:

The results of the surveys undertaken in the U.S.A. by the "Public Health Service" and in Italy by O. ZORINI are comparable to those of the French survey.

The results of the American survey have been reported after an observation period of two years by S.A. FEREBEE, F.W. MOUNT and A. ANASTASIADIS.

By 1957, the survey undertaken in 1955 involved 2,750 children distributed among 21 pediatric clinics. In order to be included in the survey, the children had to have a positive Mantoux test, with a cutaneous reaction attaining at least a diameter of 5 mm. to 5 units of tuberculin. At the beginning of the survey, all 3 year old children with a positive reaction were admitted, no matter how old was the conversion of their reaction. But later, only these subjects whose conversion was recent were retained. Older subjects were admitted only if they had at the same time a positive Mantoux test and a radiological picture of active primary tuberculosis.

The treatment applied was a daily dose of INH, 4 to 6 mg. per kg. for the treated children and an equivalent dose of placebo for the controls. The subjects of the two groups were selected at random. There were 1,394 treated subjects and 1,356 controls.

During the course of the first year, 5 cases of active tuberculosis were observed in the treated subjects and 26 in those who received the placebo. The protection obtained by INH during this period was around 80%.

During the course of the second year, after interruption of the treatment,

576 treated subjects and 574 controls were followed up. The frequency of the tuberculous localizations was of 2 in the treated subjects and of 3 in the controls.

Therefore according to this survey, INH also had a good influence on the general evolution of the tuberculous infection. Still, its effects, which were quite evident during the period when the drug was administered, were less obvious during the following year. This partial failure may be due to the moderate doses administered, 4 to 6 mg. per kg. These doses, which are possibly sufficient in older children, are insufficient in younger ones, whose body surface is comparatively far more important.

The survey undertaken in Italy by O. ZORINI is posterior to the two we have mentioned since it was only started in 1956 and its results up to now concern only a small number of subjects. It bore simultaneously upon children with a positive or negative tuberculin reaction. Contrasting with the French and American surveys, in which children received INH every day, the administration of INH in doses of 10 mg. per kg. and per day was here interrupted by periods of therapeutic rest intentionally arranged by O. ZORINI to let the natural immunity develop. If we consider all the cases followed up during the three year period, there were 19 cases of pulmonary and extra pulmonary tuberculosis in the control group, i.e. 1.13 %, and 5 cases among subjects receiving INH, i.e. 0.21%. Thus here again appears the prophylactic effect of INH on the hematogenous dissemination of bacilli in the course of primary tuberculosis.

The same favourable effects have been related by Y. CHIBA in Japan among children and adults treated soon after the conversion of their tuberculin reactions. Whereas, among school children, 22 cases of tuberculosis were observed out of 313 untreated subjects, i.e. 7.3%, this number was only 6 out of 313, i.e. 1.9% among subjects treated for six months with a dose of 5 to 10 mg. per kg. per day. Among adults treated for three months only, the frequency was 2.1% against 6.3% among controls.

However interesting the results of these different surveys, they represent a small part of the problem, since they concern only those subjects affected by a patent primary tuberculosis. Indeed it is well known that, among older children especially, primary tuberculosis remains, in most cases, entirely latent and that, usually, it is only found by the systematic study of tuberculosis reactions. It is known also that those subjects, whose primary tuberculosis could have gone unnoticed without the tuberculin tests, are not protected against further tuberculous accidents. Among the children suffering from tuberculous meningitis hospitalized in his department, J. GERBEAUX has found a proportion of 50% whose primary tuberculosis had not been diagnosed. Furthermore, in their statistics, on the 1,151 subjects they had been able to follow up regularly, A. LOTTE and A. ROUILLON have observed 4% of tuberculous accidents during the three years following an isolated conversion of the tuberculin reactions.

The influence of early treatment on this group of subjects cannot be clearly deduced from the first survey undertaken by the "Institut National d'Hygiène", due to the small number of

subjects of this category submitted to treatment. Yet, when 4% of accidents were observed in the 1,151 untreated subjects, none has occurred during the same period among the 116 treated subjects.

A new survey is now being undertaken by the "Institut National d'Hygiène": It concerns only the subjects with latent primary tuberculosis among which treated subjects and controls have been selected at random. Only when the results of this second survey are available will it be possible to measure accurately the benefit to be expected from systematic treatment of all cases of primary tuberculosis, even of those which have been revealed only by an isolated tuberculin sensitivity.

E.M. LINCOLN and P.G. VERA-CRUZ have recently reported the first results of a controlled trial of systematic treatment of latent primary tuberculosis. The survey was undertaken in July 1952; 45 children were treated for one year with INH combined with PAS or a sulphone while 53 control children received no specific treatment. There were 3 times less accidents in the treated group than in the controls.

Three tuberculous accidents (one meningitis, one coxalgia and one cervical adenitis) occurred in the control group during the course of the first observation year. During the course of the fourth year, another child of this group developed tuberculosis in the shoulder. During the same period of observation, three years after the end of the treatment, only one accident was observed in the group of treated subjects. And even in this case, its tuberculous character was not demonstrated since the incident in question was a phlyctenular conjunctivitis.

The results of the different surveys we have just summarized and which all include reference groups are concordant and enable us to conclude that INH secures a good protection against new tuberculous manifestations, at least during the first years following the conversion of the tuberculin reactions.

The influence of this early treatment upon the distant future of the subjects is unknown at the moment since the observation period has never exceeded five years. Thus it is difficult to specify the exact place that the systematic treatment of latent or patent primary tuberculosis will occupy in the years to come among other weapons in the fight against tuberculosis.

Nevertheless it is possible that this place might differ from one country to another according to the economic level and the importance of the tuberculous endemia.

All the results we have reported have been observed in well equipped countries where a regular recession of tuberculosis has been observed in the last half-century. In these countries, the systematic detection of new cases of tuberculosis, their treatment in specialized clinics for a certain period, and their regular follow up, are possible and generally achieved. As a result, the sources of contagion are disappearing and will tend more and more to do so. This factor will act in a propitious way by lessening the dangers of reinfection in subjects who will thus have been treated at the time of their primary tuberculosis and will thus have acquired a durable immunity under the protection of INH. The high standard of living and well balanced diet of the population of these countries give reason to believe that

these subjects will, with a minimum of damage, pass through the puberal period of proteinic catabolism which so highly favors the extension of tuberculous infection. For this reason, it appears desirable to promote as much as possible the early and systematic treatment of primary tuberculosis in such countries.

In countries where the economic standards are not so high and where tuberculosis is often making progresses, where the number of hospital beds is always tragically insufficient, where there is no possibility to insure that children receive a sufficient ration of protein, the conditions are, of course, quite different and it is conceivable that the prophylactic effect of the treatment of primary tuberculosis is not as evident or lasting as in more wealthy countries, where the above reported surveys have been conducted.

It is also possible that in countries where tuberculous morbidity is still high, the cost of INH would weigh so heavily on the budget that a plan of systematic treatment of all primary tuberculosis cases could not even be faced.

Therefore, the place to be given to this systematic treatment in planning the fight against tuberculosis depends upon many unknown factors and it is possible that this place will vary from one country to another. The results of the surveys undertaken by W.H.O. concerning the possibilities of chemoprophylaxis on the scale of large groups of population will bring very useful information on this point which are to date almost completely missing.

But before considering the use of systematic treatment on a large scale, we must dwell upon two important

points concerning the toxicity of the drug and the danger of developing germ resistance. INH toxicity to children presents no problem at the usual dosage. During the course of the French survey, the results of which have been reported, no serious accident has been observed. Minor incidents in a proportion of 0.5% have occurred but usually have not called for an interruption of the treatment.

The problem of the development of resistance is far more intricate. It appears quite differently, at least in theory, in the course of primary infection and in the common type of pulmonary tuberculosis.

The danger of seeing INH resistance develop is, indeed, strictly related to the number of bacilli harboured by the treated subject. When the case is one of simple primary tuberculosis in which there are only a small number of Koch bacilli, the danger of a development of resistance can be considered as practically nonexistent (CANETTI). On the contrary, it is appreciable in a subject with cavitary tuberculosis whose bacilli can be numbered by hundreds of thousands and sometimes more.

The study of J. GERBEAUX and H. NOUFFLARD on 2,343 children suffering from primary tuberculosis treated with INH and regularly tested every two months during their stay at the Brevannes hospital for tuberculous children, gives an idea of the present danger of development of resistance in cases of pathological primary tuberculosis.

On the whole, 321 strains have been isolated in children with ganglio-pulmonary tuberculosis. Of 89 strains isolated before any treatment, 6 were

initially resistant proving the relative frequency, at the moment, of infection by resistant Koch bacilli.

214 strains have been isolated during the course of the first three months of treatment: 8 were definitely resistant and 2 partially so.

Out of 7 strains isolated after three months and 11 after six months, 3 were definitely resistant.

For some years, this notion of the danger of resistance to INH developing was in a way balanced by the notion that those bacilli which became INH resistant lacked virulence or had very slight virulence. The last two or three years, experience has shown that in humans at least, INH resistant bacilli can cause very serious tuberculous infections: among 12 students suffering from pulmonary tuberculosis with Koch bacilli initially resistant, R. THIBIER and G. CANETTI have found 7 cavitary forms, while in children, severe tuberculous meningitis with INH resistant bacilli have also been observed. H. NOUFFLARD recently related 7 observations of tuberculous meningitis of this type; their evolution was severe, leading to the death of 5 of these children. We must note that, in 2 of these cases, the children had been infected by a Koch bacillus already INH resistant. Besides, it is very much noticeable that some of the strains isolated in this series have proved to be very slightly virulent in the guinea-pig while they caused fatal meningitis in children.

The most important problem is therefore not so much the development of resistance which occurs very rarely during the course of the treatment, but the danger of having more and more frequently to face primary tuberculosis due to initially resistant bacilli.

This danger is outside the actual scope of the fight against tuberculosis in children. It stresses the great importance of an early and correct treatment of pulmonary tuberculosis in adults.

CONCLUSION

Among subjects with recent primary tuberculosis, practically everybody agrees—and it appears reasonable to me—to recommend a systematic treatment of at least nine months for the following:

- children under 3, even if they do not show clinical or radiological symptoms;

- children of all age-groups, who have had an invasion fever, an erythema nodosum, a radiological picture of primary tuberculosis.

In the light of the results of the "Institut National d'Hygiène" survey reported in the preceding pages, it seems justified to recommend also the systematic treatment of all subjects of pre-pubertal age and of adolescents for whom the danger of a quick tuberculous evolution is great.

Now in regard to the systematic treatment of all latent primary tuberculosis detected for less than 3 months, even when such primary infection occurs between the ages of 3 and 12 (where the danger of later recurrence is slight), it would seem logical to undertake such a treatment in countries having sufficient resources and where a satisfactory solution has been found to the other big problems of the fight against tuberculosis. But in many countries where tuberculous mortality is still high, it may well be beyond material and budgetary possibilities. However, in those countries where a follow-up of tuberculin reactions can be assured, it is recommended that treatment be given when possible to subjects showing the strongest reactions.

Many recent studies (British Medical Research Council, Ch. GERNEZ-RIEUX, C.E. PALMER) have, indeed, shown that further manifestations of tuberculous disease are much more frequent in subjects showing a strong tuberculin sensitivity without any other symptom.

บทบรรณาธิการ

๒๒๒
๒
๒

เมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๐๖ คณะแพทย์ศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดพิธีไหว้ครูสำหรับนักศึกษาแพทย์ ซึ่งเป็นครั้งที่ ๕. มีนักศึกษาไปในงานนี้อย่างพร้อม และมิ อาจารย์ไปร่วม พิธีเป็นจำนวนมาก จนกระทั่ง ทนง ช่าง ทาง การ จัดไว้ไม่เพียงพอ. นับว่าเป็น เครื่องหมาย แสดง ความพร้อมเพียงอย่างน่ายินดี. เป็นที่สังเกตว่า ทักษะ และ อาจารย์ ใน วันนั้น มี สันติภาพ เป็นพิเศษ, ซึ่งคงเป็นผลสะท้อนของความ รู้สึกว่าต่างคนต่าง กำลังทำหน้าที่สำคัญของตน. ความหมายของการไหว้ครู สำหรับนักศึกษา คง เป็น ทช่าย ซึ่ง อยู่ โดยทั่วไป, ไม่พิกต้องบรรยาย. แต่ที่จริง การไหว้ครูก็มีความ สำคัญสำหรับอาจารย์ด้วย, ดังจะบรรยายต่อไป.

การที่ ทาง การ ได้ กำหนดให้ ใช้ คำ ไหว้ครู ของ เจ้าพระยาพระ เสด็จสุเรนทราธิบดี สำหรับพิธีไหว้ครูของ นักศึกษา แพทย์ นั้น มิได้เป็น โดยบังเอิญ, แต่เป็นไปตามเหตุผล. ประการหนึ่งคือท่านเจ้าพระยาผู้นอก

จากจะเป็น “บรมครู” ผู้หนึ่งของประเทศไทยสมัยปัจจุบันแล้ว, ท่านยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับโรงเรียนแพทย์อย่างมาก. กล่าวคือในฐานะเสนาบดีกระทรวงธรรมการท่าน เป็นผู้บังคับบัญชา ชั้นสูงของราชแพทยาลัย, และท่านได้ให้ความเอาใจใส่เป็นพิเศษ, มีการเยี่ยมเยียนโดยสม่ำเสมอ ทั้ง ใน และ นอก เวลา ราชการ, และ สนิท มาทำ การ สอนศีลธรรมแก่นักเรียน แพทย์ด้วย ตนเอง จนได้มีการตีพิมพ์หนังสือ “จรรยาแพทย์” ขึ้นไว้. ประการที่สอง, คำไหว้ครูของท่านมิได้มีเพียงคำแสดงความกตัญญูหรือความเคารพนับถือ, แต่มีคำบรรยาย พระคุณของ อาจารย์ อยู่ด้วย, ดังต่อไปนี้: “ข้าพเจ้าขอประนมน้อมสิริวันทาการ แต่ท่านอาจารย์ผู้ทรงปกติ การณภาพใน ศิษย์สาม ศิษย์ทั้งปวงว่าโดยย่อเป็นสามประการคือ เมตตาคุณ มิจิตปรารภณาและพยายาม เพื่อชักนำให้ศิษย์ประพฤติดี มีสันดานมั่นอยู่ในทางที่ชอบ และ ประจบ แต่ล้วน คุณประโยชน์

ได้...เมตตา คือความเอ็นดูหรือความ
รักอย่างหนึ่ง อันไม่เจอปนด้วยราคะเช่น
ความกำหนัดยินดี เป็นความมีใจเอ็นดู
อยาก จะให้อีก จะเห็น เขา ได้ ได้ความ
สุขสบาย ดวงจิตเช่นนั้นเป็นปกติ เพราะ
เหตุว่าเกิดด้วยจิตอันเยือกเย็นหมายดีให้
แก่เขา และผู้อื่นซึ่งได้รับเมตตาต่อกันคือ
และผล อันใด ซึ่งผู้อื่นจะ ได้รับ จาก ความ
ช่วยเหลืออันเกิดแต่เมตตาอันนี้ ก็ย่อมทำ
ให้เป็นทปถมอกปถมใจทางผู้ที่มีเมตตาช่วยเหลือ
และผู้ที่ได้รับความเมตตาช่วยเหลือ
อันเคราะห์นั้น..... ธรรมดาคือความเอา
ใจช่วย รู้สึกเวทนาสงสารในคนที่เรารู้เห็น
ว่าเขาได้ทุกข์ เป็นความรู้สึกทุกข์ด้วยผู้
อื่นอันไม่เจือด้วยความโทมนัสเสียใจซึ่งจะ
เกี่ยวข้องอะไรแก่ตน ดวงจิตเช่นนั้นเป็นปกติ
เพราะเหตุว่าเกิดด้วยจิตอันปรารถนาจะให้
เขาพ้นทุกข์ภัย ส่วนผู้ที่ได้รับความกรุณา
ช่วยเหลือ อันเคราะห์ก็ย่อม ชุ่มชื่นเบิกบาน
ใจ ผลอันใดซึ่งจะสำเร็จด้วยความกรุณา
ช่วยเหลืออันเคราะห์แต่ฝ่ายข้างหนึ่ง ก็จะมี
เป็นทชนสมยนิคทั้งสองฝ่าย.... เมตตา
อยาก ให้เขาได้สุข โดยความสุขที่เขาจะ
ได้ก็ไม่ได้ทำให้ตนได้ทุกข์ ทางปฏิบัติ ช่วย
ให้เขาได้สุข. กรุณา ไม่อยาก ให้เขาได้

ทุกข์ โดยความทุกข์ที่เขาจะได้ ตนก็
ไม่เสียด้วย ทางปฏิบัติ ช่วยให้เขาพ้น
ทุกข์.....”

อาจารย์ จำต้องมีเมตตาอยู่ในดวงจิต,
เพื่อจะได้คอยกระตุ้นเตือน ตนให้หมั่นพิจารณา
พิจารณาหาทางที่จะอบรมศิษย์ให้เป็นคนดี,
มีจิตใจเป็นปกติ, โดยไม่เห็นแก่ความ
ยากลำบากในส่วนตน. อาจารย์ จำต้องมี
กรุณาประจำใจ, ชวนให้มีความเคารพอัน
เมื่อรู้ เห็นว่าศิษย์กำลังจะ หลง ไปในทางที่
ไม่ชอบ, จะได้จับการตกเตือนท้วงติง,
หรือหาทางทำให้ศิษย์เห็นความผิดของตน
และกลับใจเสียใหม่. ทั้งนี้โดยไม่ครน
คราม หรือ กริ่งเกรง ว่า ศิษย์จะ กลับยศซึ่ง
เพราะเป็นผู้ ชัก ขวาง ความ พอใจ ของเขา.
คุณธรรม ทั้ง สอง ประการนี้ แม้จะเป็นไป
เพื่อความดีของอีกฝ่ายหนึ่ง, แต่ก็มีบ่อยๆ
ที่ผู้ ปฏิบัติ กลับได้รับ การตอบแทนที่เป็นไป
ในทางที่ไม่สมควร, เพราะความเข้าใจ
ผิดหรือความมั่งงายของผู้รับ. แม้กระนั้น
อาจารย์ก็ ต้อง กระทำตน เป็นผู้ หนักแน่น,
ยึด มั่น อยู่ใน ธรรม ซึ่งเป็น ธรรมแท้จริง
ของอาจารย์, และไม่คลอนแคลนต่อหน้า
ผลสะท้อนอันไม่พึงพอใจ.

คุณธรรมประการที่ สามของอาจารย์, ตามที่ท่านเจ้าพระยาพระเสด็จ ฯ เรียบเรียงไว้ในคำไหว้ครู, คือ “อนฺสิญฺจฺคณฺ”, ได้แก่ความ ปรารถนา และ พยายามที่จะพร่ำสอน ศิษย์ให้เป็นผู้มี ความรอบรู้ โดยสมควรแก่ฐานะ. ขอนิยามถึงการให้วิชาโดยตรง. อาจารย์ต้องตั้งใจถ่ายทอดวิชาให้ โดยเต็มที ศิษย์สามารถจะรับได้. ไม่ขัดบังอำนาจ, และต้องครุ่นคิดหาทางและวิธีที่จะทำการสอนของตนเป็นประโยชน์แก่ศิษย์ให้มากที่สุดที่จะทำได้, ด้วยเหตุนี้อาจารย์ต้องเป็นผู้ คึกษาอยู่เสมอ, คือ คึกษาหาความรู้เพิ่มเติมให้ทันสมัย, และ คึกษาหาวิธีการ ที่จะสอนให้ศิษย์ได้ความรู้โดยชน. ในเรื่องนี้ผมครุ่นคิดว่าอย่างที่น่าจะยกขึ้นมาอ้างได้, คือสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าผู้ ทรงเป็นพระบรมศาสดาของเรา. พระพุทธเจ้าทรงมีวิชาสอนซึ่งให้ผลเลิศ. ปรากฏในพระสูตรเสมอ ๆ ว่าบุคคลบางท่านได้ฟังพระพุทธเจ้าเทศน์โปรดเพียงครั้งเดียวก็สำเร็จเป็นพระอรหันต์, ซึ่งเป็นเรื่องของคนสมัยนั้นส่วนมาก มองไม่เห็นว่าจะเป็นไปได้. แต่ถ้าหากคิดคิดว่าบุคคลเหล่านั้นอาจจะมีความรู้ในค่านิยมปฏิบัติสงมากอยู่แล้ว, หากติดขัดอะไรอยู่นิดเดียว.

พระพุทธเจ้าท่านมีญาณวิเศษสามารถหยั่งรู้อุปสรรคนาน ๆ, เพียงทรงชี้แจงตรงข้อที่สงสัยก็ทำให้ถึงขั้นสำเร็จได้. ในคำสรรเสริญพระพุทธคุณมีปรากฏอยู่ว่าการสอนของ พระสัมมาสัมพุทธเจ้า นั้นเป็นมหัศจรรย์โดยสามประการ, คือประการที่หนึ่ง, ทรงแสดงธรรมเพื่อให้รู้, ไม่ทรงแสดงธรรมเพื่อไม่ให้รู้; ประการที่สอง, ทรงแสดงธรรมมีเหตุมีผล, ไม่ทรงแสดงโดยไร้เหตุไร้ผล; ประการที่สาม, ทรงแสดงธรรมมีปฎิหาริย์, คือถ้าปฏิบัติตามแล้วย่อมได้ผล, ที่จะไม่ได้ผลนั้นไม่มี. ทัยกับการสอนของพระพุทธองค์มาเป็นตัวอย่างนี้ก็เพราะเห็นว่าวิธีสอนของพระองค์ กังสรูปในสามข้อนี้, เป็นแบบอย่างที่ดีเลิศ, สมควรที่อาจารย์จะยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ. ถ้าพิจารณาโดยผิวเผินก็จะรู้สึก ว่าไม่มีอะไรแปลกประหลาดนัก. บางข้อก็ก็เป็นเรื่องธรรมดา ๆ, เช่นที่ว่า “ทรงสอนเพื่อให้รู้, ไม่ทรงสอนเพื่อไม่ให้รู้”. ผู้สอนทุกคนก็สอนเพื่อให้รู้ทั้งนั้น, แต่ทว่าวิธีสอนอาจไม่ให้เกิดผลถึงที่พอใจ. ดังนั้นจึงมีเสมอ ๆ ที่นักศึกษายืนยันว่าอาจารย์ผู้สอนแล้วไม่รู้อะไร. ขอนอนอาจเป็นความบกพร่องของนักศึกษาก็ได้, แต่

อาจารย์ที่คนเมื่อทราบว่าสอนแล้วผู้ฟังไม่รู้เรื่อง, ย่อมจะไม่ปลงใจเอาง่าย ๆ ว่าเพราะผู้ฟังไม่ฟัง, ย่อมจะพิจารณาการสอนของตนเอง ด้วยว่าเหมาะสมแล้วหรือยัง. โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากการสอนของพระพทธองคชขอแรกถึงทอองไวซางตั้นน, จะต้องสนใจว่าตนได้ “สอนเพื่อให้รู้หรือเปล่า”. หลักสำคัญคือ “การสอนต้องเหมาะสมกับผู้รับ”. จะมีประโยชน์อะไรที่จะยึดอคตมคคิตว่าจะต้องสอนในระดับนั้น ๆ, ถ้าหากผู้เรียนไม่อยู่ในระดับดังกล่าว. ถ้าหากยกไว้, ความพยายามทั้งปวงก็จะเสียเปล่า, เพราะผู้เรียนไม่อาจรับความรู้ที่ตนเขี่ยคให้. การสอนของพระพทธเจ้าทำให้ผู้รับยังเกิดความรู้แจ่มกระจ่างใส, “เสมือน พลิกของ ที่คว่ำอยู่ให้หงาย, เหมือนนำดวงประทีปเข้าไปในทมิฬ ฯลฯ”, ก็เพราะพระองค์ทรงสอนธรรมะที่เหมาะสมกับผู้รับ. ถ้าผู้รับเป็นผู้มีความรู้สูง, ก็ทรงสอนในชั้นสูง, ฟังแล้วก็สำเร็จพระอรหัตตผลที่เคี้ยว. ถ้าผู้รับอยู่ในระดับกลาง ๆ, ก็ทรงสอนในชั้นกลาง, ทำให้เกิดความเข้าใจซาบซึ้งจนสำเร็จในชั้นกลาง. ถ้าผู้ฟังอยู่ในระดับต่ำ, ก็ทรงสอนในชั้นต่ำ, เพียงให้ได้สัมผัสมาทิจฐิ, คือมีความคิดเห็น

ในทางที่ถูกต้องตามคำสอนของพระองค์. นอกจากนี้ถ้ามีใครทลถามเรื่องซึ่งทรงเห็นว่าถึงทรงตรัสให้ฟัง, ก็คงจะไม่สามารถเข้าใจซาบซึ้งได้, เช่นมีผู้ถามถึงเรื่องการสร้างโลก, ก็ไม่ทรงตอบ. มีพระคำรัสว่าเรื่องเช่นนั้นไม่ช่วยให้หลุดพ้น, ไม่ควรจะไปเสียเวลา, ควรเอาใจใส่ในเรื่องที่จะช่วยให้พ้นทุกข์ดีกว่า. สำหรับพระพทธเจ้านั้นท่านทรงมีพระญาณ, สามารถหยั่งใจของบุคคลได้. อาจารย์ทั่วไปไม่มีใครมีญาณเช่นนั้น, คงจะทำเอาอย่างไม่ได้. แต่ถ้าหากเอาใจใส่สังเกต, จากการหยั่งเสียงหรือหยั่งผลสอบ, ก็พอจะรู้ได้ว่าศิษย์ของตนนั้นมีความรู้แค่ไหนและอาจปรับระดับการสอนไปในระดับใด, แล้วอาจปรับระดับการสอนของตนให้เหมาะสมกับระดับความสามารถรับของศิษย์, ซึ่งคงจะให้ความรู้แก่ศิษย์ได้มากกว่าที่จะสอนโดยมุ่งยึดระดับอคตมคคิตแต่ถ้ายเคี้ยว, โดยไม่คำนึงว่าผู้รับจะได้ประโยชน์เพียงใด.

ประการที่สอง, พระพทธเจ้าทรงแสดงธรรมมีเหตุมีผล, ไม่ทรงแสดงโดยไร้เหตุไร้ผล, คือทรงสอนให้มีความเข้าใจ, โดยทรงแสดงถึงความเกี่ยวโยงโดยเหตุและโดยผลด้วย, ทำให้เกิดความรู้ซาบ

ซึ่ง, ไม่เหมือนกับการสอนโดยวิธีบอกให้
 ระบุหรือจำไว้แต่ถ่ายเดียว, ซึ่งทำให้เกิด
 ความรู้แต่ผิวเผินเท่านั้น. เช่นทรงห้ามมิ
 ให้เล่นการพนัน, ก็ใ้ทรงแจ่มผลร้ายของ
 การพนันไว้ว่ามีอย่างนั้น ๆ, มิได้บอกแต่
 เพียงว่าไม่ดี, ไม่ให้เล่น. หรือทรงสอน
 ให้ฝึกทำจิตเป็นสมาธิ, ก็ทรงอธิบายว่า
 จิตที่เป็นสมาธิย่อมมีอิทธิ, สามารถ
 หยั่งรู้อะไรต่าง ๆ ได้ดีกว่าจิตที่วอก
 แวก, ทำนองเดียวกับเปลวไฟที่นิ่งย่อมให้
 แสงสว่าง มากกว่าเปลวไฟที่แกว่งไกว
 เพราะกระแสลมฉะนั้น. วิธีของพระพุทธ
 องค์นี้อาจารย์อาจนำมาประยุกต์ได้, โดย
 เวลาสอนพยายามชี้แจงเหตุผลแก่ผู้ฟัง
 เสมอ ๆ, ไม่เพียงแต่บอกข้อเท็จจริงให้
 ทราบเท่านั้น. โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับ
 นักเรียนชั้นสูง, การเข้าใจเหตุผลมีความ
 สำคัญมากกว่าและเป็นเรื่องยากกว่าการรู้
 ข้อความ, เพราะในการนำความรู้ไปใช้
 นั้นจำต้องอาศัยความสัมพันธ์โดยทางเหตุ
 ผลเป็นหลักอยู่เสมอ.

ประการที่สาม, พระพุทธองค์ทรง
 แสวงธรรมมีปฎิหาริย์, คือปฏิบัติตาม
 แล้วได้ผล, เช่นทรงสอนให้ทำงาน, เพื่อ
 จะได้มีความสุข, ให้มีเมตตาต่อคนและ

สัตว์ทั้งปวง, จะได้ไม่มีศัตรู. เช่นผู้
 กระทำตามก็ได้ผลจริงตามนั้น. ทั้งนี้ก็
 เพราะเรื่องทพระองค์ทรงสอนนั้นเป็นความ
 สัจจริงทั้งสิ้น, ไม่มีทางที่จะเป็นอย่างอื่น
 ไปได้, ผู้ปฏิบัติจริงจึงได้ผลจริง. ที่พระ-
 องค์สามารถสอนเช่นนั้นได้ก็เพราะพระองค์
 เองได้ทรงศึกษาจนทรงรู้แจ้งเห็นจริงโดย
 ด่องแท้แล้ว. เมื่อทรงนำความรู้นั้น ๆ มา
 สอนจึงไม่มีการผิดพลาด. เพราะฉะนั้น
 อาจารย์ที่ประสงค์จะให้ การสอนของตนมี
 ปฎิหาริย์บ้าง, ก็จำต้องศึกษาและคิดค้น
 ให้ตนเองมีความรู้ที่ลึกซึ้งแท้จริงเสียก่อน.
 หากรู้แต่เพียงผิวเผิน, การสอนก็จะมี
 ความผิดพลาด, และศิษย์ที่รับความรู้นั้น
 นั้น ๆ ไปก็อาจไม่ได้ผลตรงตามที่สอน, เป็น
 อันไม่มีปฎิหาริย์.

“อนุสติจตุคณ” ได้รับการขยายความ
 มากมายกว่าสองข้อแรกก็เพราะเป็นเรื่อง
 เกี่ยวกับการให้ความรู้, ซึ่งเป็นหน้าที่โดย
 ตรงของอาจารย์. ส่วนอีกสองข้อนั้นนับว่า
 เป็นเครื่องประกอบ, ซึ่งจะช่วยให้อาจารย์
 มีแนวความคิดและการปฏิบัติโดยถูกต้อง
 สมบูรณ์. อย่างไรก็ตาม, ยังมีองค์ประกอบ
 อื่นๆประการที่จะส่งเสริมให้อาจารย์เพียบ
 พร้อมด้วยคุณสมบัตินั้น, เช่น ความ

ขยันขันแข็ง, ความเอาใจใส่ในการทำงาน, ความสนใจคิดค้น, ความรักในหน้าที่ (ซึ่งรวมกันเป็น "อิทธิบาท" — ทางแห่งความสำเร็จ), ความยุติธรรม, ความมีขยันขันแข็ง จักคิดเลือกและคิดค้น, เป็นต้น. อาจารย์ที่พึงศึกษาและอบรมคนให้มีคุณธรรมเหล่านี้ไว้ให้พร้อม, เพื่อจะได้เหมาะสมแก่ฐานะที่ไ้รับการยกย่องเป็นบุพการีในอันดับที่สองรองจากบิดามารดา.

พึงสังเกตว่าแม่คุณธรรมเหล่านี้จะได้ชื่อว่าเป็นสมบัติของครุอาจารย์โดยตรงก็ตาม, ถ้าหากว่า "ผู้ใหญ่" คนใดมีอยู่ในตน, ผู้นั้นย่อมจะเป็นผู้ใหญ่ที่พร้อมไปด้วย.

เป็นการดีไม่น้อยที่อาจารย์ทั้งหลายได้มานั่งในที่ประชุมให้วิเคราะห์ครั้งเพื่อจะไ้รับทราบเตือนจากศิษย์ให้กระทำตนสมกับที่เป็น "ผู้รับไหว".

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ., บุญเจือ ธรรมินทร์ พ.บ.
บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., อคูลย์ วิริยเวชกุล พ.บ.
ดำรง เพ็ชรพลาช พ.บ., M.S., สมชัย บวรภักดี พ.บ., พ.ด.

๑. Roessler, Robert: ความสัมพันธ์
ระหว่างสุขภาพจิตกับความต้านทานโรค.
Geriatrics 1963, 18: 93-97.

ผู้รายงานได้ศึกษางานของผู้ทำการ
ทดลองหลายคนเกี่ยวกับความสัมพันธ์
ระหว่างสุขภาพจิตกับโรคต่าง ๆ เช่นการ
ติดเชื้ ุบรเชลโลสิส, วัณโรค, อินฟิเ-
เซียมส โมโนโนคลีโอสิส และอื่น ๆ. สรุป
ว่าผู้ป่วยที่มีสุขภาพจิตไม่ดีจะมีความรู้สึก
ไม่สบายง่ายกว่าคนปรกติ, รู้สึกว่าเป็น
มากและเป็นนานกว่าด้วย. แม้ในการให้
ตอบคำถามก็ปรากฏว่าผู้มีความกังวลจะ
ตอบว่าตนเองช่วยทางร่างกายเกินกว่าที่
แพทย์ตรวจพบ. อนึ่งผู้ที่ได้รับการผ่าตัด,
ถ้ามีความวิตกกังวลอยู่ด้วยจะรู้สึกว่าร่า
กายอ่อนเพลียและเกิดมีโรคแทรกซ้อนได้
มากกว่าที่ควร. แต่รายงานนี้มีได้มุ่งหวัง
ที่จะแสดงว่า สาเหตุทางจิตก่อให้เกิดโรค
ทางกายหรือบ่งว่ากลไกทาง สรีรจะเป็นข้อ
เกิดของการรบกวนทางจิต, หากยืนยันว่า

ความไม่สบายทั้งหมดเป็นเรื้อรังของกาย-
จิต และเน้นถึงความสำคัญทางจิตใจ
ของผู้ช่วย ควบคู่ไปกับการรักษาโรค ทั้ง
ช่วง.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๒. Rockey, E.E., และคณะ: การ
ศึกษาฤทธิ์ของสังรวมหยดจากควนขจร.
J.A.M.A. 1962, 182: 1094.

ผู้รายงานได้ทดลอง ฤทธิ์ของ สังรวม
หยดจากควนขจร ต่อเยื่อหลอดลมของ
สุนัข. เขาใช้สุนัข ๑๘๒ ตัว. ทุกตัว
ได้รับการ ตรวจพยาธิสภาพของปอด ก่อน
ทดลองโดยการถ่ายภาพรังสีปอด, บร็อง-
โชมสโคปี้, และ ไบออปซี้.

ได้แบ่งสุนัขออกเป็น ๓ พวก. พวกที่
หนึ่ง ๑๓๒ ตัว, ทุกตัวได้รับการป้ายสัง
รวมหยดจากควนขจร $\frac{1}{10}$ ถึง $\frac{1}{5}$ มล. ที่
ผนังด้าน ใน ของ หลอด ลม ใหญ่ ข้าง ซ้าย
สัปดาห์ละ ๓ ถึง ๕ ครั้ง. พวกที่สอง ๒๕

ตัว ได้รับการตรวจหลอดลมบริเวณเดียวกัน
ด้วย บร็องโฆสโคป; สัปดาห์ละ ๓ ถึง
๕ ครั้ง. พวกที่สาม ๓๒ ตัวใช้เป็น
คอนโทรล. ได้ทำการทดลองอยู่ประมาณ
๕ ปี.

ผลการทดลองพบว่า การอักเสบของ
หลอดลม, ซัยเปอร์พลาเซีย, ซัยเปอร์-
พลาเซีย ชนิดไม่ตรงแบบ, สควอมัส
เมตาพลาเซีย, และสควอมัส เมตาพลาเซีย
ชนิดไม่ตรงแบบ, เกิดขึ้นได้ในสุนัขทั้ง ๓
พวก. ส่วนลักษณะของ ป้ายโลมา (๒ ตัว),
การเปลี่ยนแปลงไปทาง คาร์ซิโนมา (๒
ตัว), คาร์ซิโนมา เฉพาะที่ (๓ ตัว),
คาร์ซิโนมา ชนิดกรรณ (๑ ตัว) เกิด
เฉพาะในพวกที่ ข่าย คอยส่ง รวมหยดจาก
ควินบรแทน.

บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ.

๓. Theilre, K.: ท่อน้ำคิเป็นแต่ทางนำ
น้ำคิโดยแท้หรือ. *Dtsch. med. Wschr.*
1963, 88: 190.

การฉีดหมึกเข้าหลอดเลือดคิของ
กระต่าย, แมวและคนแสดงว่ามีตาข่าย
หลอดเลือดฝอยชนิดละเอียดมากอยู่รอบ ๆ
ท่อ เฮปาทิก. สันนิษฐานว่าท่อน้ำคิมีหน้า

ที่ "ตกกลับคิ" และตาข่ายฝอยละเอียด
นั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับกัยการนี้ด้วย. หลัก
ฐานทางจุลกายวิภาคคิคล้ายจะสนับสนุน
การสันนิษฐานนี้.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๔. Schwartz, R.S., F.B. Lewis, W.

Dameshek: อะนาพัยแล็กซีส แบบเลือด
ออกที่ผิวหนังเนื่องจาก ฮอโตเซ็นซิไทเซชัน
ต่อกรด เกสออกซัยโรโยนคลอิด. *New*
Engl. J. Med. 1962, 267: 1105-1111.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ช่วย ๑ รายอายุ
๓๕ ปี, รับเข้าโรงพยาบาลด้วยอาการ
เลือดออกเป็นจ้ำที่แขนและขา. ประวัติเริ่ม
ราว ๑ ปีก่อนเข้าใน ร.พ. ว่ามีเม็ดเลือด
ออกโดยบังเอิญและไม่เกี่ยวข้องกับกัยการถูก
กระทบกระแทก. ขณะเกิดอาการตกเลือด
เป็นจ้ำ ผู้ช่วยมีอาการปวดอย่างมากคิ้วย,
และผิวหนังในบริเวณนั้นมีความไวต่อความ
ปวดมากกว่าธรรมดา. อาการของโรคไม่
ทเลาเมื่อให้ คอรัทีโคสเทอรอยด์. ประวัติ
อดีตแสดงว่าผู้ช่วยมีความไวผิดปกติต่อ
แสงอาทิตย์. การตรวจทางห้องปฏิบัติเช่น
การนับเม็ดเลือด, เกสคิเลือด, การเจาะ
ไซกระคูกมาตรวจ, โพรเทอีน ในเลือด,

หน้าทของตบ, การทดสอบแบบ คมบ, แอล—อี เซลล์, และรวมาตอขค แพคเตอร์ ให้ผลปรกติ. ความเปราะของหลอดเลอก ฝอยเพิ่มขั่นเล็กน้อย. การตรวจ แพคเตอร์ ที่ทำให้พลาสมา แข็งเป็นลิมให้ผลปรกติ. ผู้ช่วยตอขคสองคิต่อ ฆลอโรควิน. การ ทอดสอบตอไปพบว่าคนไข้ให้ปฏิกิริยาขวกที่ ฝวหน่งตอ DNA. ปฏิกิริยา antinuclear antibody ให้ผลลย. นำสนใจว่าในการ ทคองปลอกฝวหน่งคปฏิกิริยานี้เกิดที่ขน และขาเท่านั้น; แต่ไม่เกิดที่หลัง.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๕. บวรกิตติ, สมชัย, ประเสริฐ กังสาคาลัย,

สภา ลิมพาณิษฐ์การ, จีรา อินทนิยม:

การ ถ่าย ทอด ภูมิไว เกิน ของ ฝวหน่ง ตอ ทเซอร์คลิน ซนิตลา. *Dis. Chest* 1963, 43: 394—396.

คณะผู้รายงานได้ทำการทดลองถ่าย ทอดภูมิไวเกินต่อ ทเซอร์คลิน โดยใช้ เซรัม จากผู้ช่วยวัณโรคที่กำลังเป็น, ซึ่ง ให้ผลทดสอบ ทเซอร์คลิน ฝวหน่งขวรณ แรง, ฉิคเข้าใน หน่งขคคคสขภาพ สมบรณ, ซึ่งให้ผลทดสอบ ทเซอร์คลิน ฝวหน่งลยจำนวน ๒๖ คน, เป็นหน่ง ๑

คนและชาย ๒๕ คน. การถ่ายทอดให้ผล สำเร็จทกราย. การศึกษาเปรียบเทียบโดย ฉิค เซรัม จากขคคคสขภาพสมบรณ, ซึ่ง ให้ผลทดสอบ ทเซอร์คลิน ฝวหน่งลย ๗ ราย, ไม่แสดงผลการถ่ายทอดเช่นในการ ทคองตอขนต้นแม่แต่รายเดียว.

ผลการศึกษาสรรปได้ว่าในวัณโรคขณะ นี้การดำเนินอย่าง แอ็คทีฟ มีสารขาง อย่างเกิดขั่นใน เซรัม, ซึ่งมีฤทธิ์ถ่ายทอด ภูมิไวเกินต่อ ทเซอร์คลิน ไปสู่ขคคคที่ไม่ มีภูมิไวเกินได้. สารถ่ายทอดนี้เข้าใจว่า อยู่ใน โปรตีน ของเลอกส่วน แอลฟา ๒ โกลบูลิน, และเชื่อว่าเกิดขั่นเป็นผลจาก การมีปฏิกิริยาไวเกินต่อ ทเซอร์คลิน ใน วงจรเลอกระหว่ง แอนติเจน จำเพาะ (ทเซอร์คโล โปรตีน) กับ เซลล์ เมคเลอก ขาวที่มีภูมิไวเกิน.

อดุลย์ วิริยเวชกุล พ.บ.

๖. Wagner, E.D.: พียรวินนิยม พาโมเอต ในการรักษา สตรีองกิลอยคิเอสสิส. *Am. J. Trop. Med.* 1963, 12: 60—61.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ยา *Pyriwinium pamoate* (ชื่อท้องถิ่นว่า *Povan*) ใน ผู้ช่วย ๓๔ รายที่พบพยาธิ สตรีองกิลอยคิ

โดยวิธีตรวจตัวอ่อนในอุจจาระ และใช้ยาขนาดต่าง ๆ กันระหว่าง ๑๐ ถึง ๓๕ มก./กก./วัน ในระยะเวลา ๓ ถึง ๕ วัน (ส่วนใหญ่ ๑๕ มก./กก./วัน). ได้ผลดี ๑๕ ใน ๑๘ ราย.

หลังให้ยาคิดตามผลโดยตรวจอุจจาระอีก ๓ ครั้งในระยะเวลา ๓ สัปดาห์. ผลการทดลองรักษาปรากฏว่าใน ๒๖ รายตรวจอุจจาระไม่พบตัวอ่อนเมื่อให้ยาเพียงชุดเดียวและอีก ๓ ราย ในพวกที่เหลือตรวจอุจจาระไม่พบตัวอ่อนเมื่อให้ยาซ้ำอีก ๑ ชุด. อาการแทรกแซงที่ไม่ดีพบ ๓ ราย คืออาการปวดท้อง.

ผู้รายงานเสนอว่าควรจะได้มีการทดลองเพิ่มเติมต่อไปอีก.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๗. Shivpuri, D.N., K.L. Dua: ภูมิแพ้คอตีบระลอก. Ann. Allergy. 1963, 21: 139-144.

การมีภูมิแพ้ต่อ ภาระกอด พย ไม่ย่อย. วิลเลียมส์ รายงานครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๐๕ ว่ามีผู้ป่วย เคอร์มาไตคิส เฮอร์เปติฟอร์มิส เนื่องจากแพ้พิษภาระกอด. หลังจากนั้นไม่ปรากฏมีรายงานเป็นหลัก

ฐานอีกเลย.

รายงานปัจจุบันกล่าวถึงผู้ป่วยด้วยอัลเลอร์ยี โดยการหายใจ ๑๖ รายซึ่งมีบันทึกของขงถึงการแพ้ภาระกอดแน่นอน. ผู้ป่วยเป็นชาย ๑๐ คน, หญิง ๖ คน, อายุอยู่ระหว่าง ๑๔ ถึง ๕๗ ปี. อาการสำคัญคือมีหอบหืดร่วมจุมกอีกเสบ ๑๐ ราย.

หอบหืดอย่างเดี่ยว ๔ ราย, และจุมกอีกเสบเพอภูมิแพ (อัลเลอร์ยีค ไรท์ในคิส) อย่างเดี่ยว ๒ ราย. อาการเกิดขึ้นหรือรุนแรงมากขึ้นในฤดูภาระกอดตกคอก (พฤศจิกายนถึงมีนาคม). ระยะเวลาของโรคมี่ไม่ถึง ๒ ปี ๕ ราย, ๒ ถึง ๕ ปี ๒ ราย, ๕ ถึง ๑๐ ปี ๓ ราย, ๑๐ ถึง ๑๕ ปี ๑ ราย, ๑๕ ถึง ๒๐ ปี ๒ ราย, และเกิน ๒๐ ปี ๓ ราย. การรักษาด้วยวิธี ฮัยไปเซ็นซีไตเซชัน ให้ผลดีมากข้างหรือน้อยข้าง

ทุกราย. เนื่องจากผู้ป่วย ๒ รายมีอาการรุนแรงและมีผนลมพิษเมอกิน หรือ สัมผัสกับภาระกอด, คณะผู้รายงานจึงสรุปว่าอัลเลอร์ยีเงินไม่ได้อยู่ที่เกสรเท่านั้น, หากยังอยู่ในทุกส่วนของต้นภาระกอดด้วย.

สมชัย บวรภักดี พ.บ., พ.ค.

๘. Abdullah, A., M. Saif: ผลของการรักษาพยาธิปากขอด้วยกาวิให้ยา เบพเนียม ซัยครอกซัย แนฟโธเอต เพียงครั้งเดียว. *J. Trop. Med. Hyg.* 1963, 66: 45-47.

การศึกษาเปรียบเทียบผลของยา *Be-phenium Hydroxynaphthoate* ต่อการกำจัดพยาธิปากขอในผู้ป่วยชาว อียิปต์ ๓๕๐ คนกับยา *Carbon tetrachloride* และ *tetrachlorethylene* โดยแบ่งออกเป็น ๓ พวก, แต่ละพวกให้ยาครั้งต่อไป: พวกที่ ๑ จำนวน ๑๑๗ คนให้ยา คาร์บอนเตตระคลอไรด์ ขนาด ๑ มล. ค่อน้ำหนักตัว ๑๕ กก. พวกที่ ๒ จำนวน ๑๑๐ คนให้ยา เตตระคลอโรเอธิลีน ขนาด ๑ มล. ค่อน้ำหนักตัว ๒๐ กก. พวกที่ ๓ จำนวน ๑๒๓ คนให้ เบพเนียม ซัยครอกซัย แนฟโธเอต ขนาด ๕ ก. ตลอดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่สถานพยาบาลเพื่อคัดแลทัว ๆ ไปและตรวจนับไข่พยาธิในอุจจาระ (ใช้วิธีของสตอลล์). ผลปรากฏว่าพวกที่ ๑ หายขาด ๒๕.๖๔ ปช., พวกที่ ๒ หายขาด ๒๕.๐๕ ปช., พวกที่ ๓ หายขาด ๗๘.๘๖ ปช. ในพวกที่ไม่หายขาดจำนวน ไข่ที่นับได้เฉลี่ยลกลงดังนี้: พวกที่ ๑ ลกลง ๒๓.๕ ปช., พวกที่ ๒ ลกลง ๒๖.๗ ปช., และ

พวกที่ ๓ ลกลง ๖๕.๘๖ ปช.

อาการแทรกแซงของ เบพเนียม ซัยครอกซัย แนฟโธเอต มีเพียงคลื่นไส้ ๑ ราย, คลื่นไส้และอาเจียน ๑ รายและถ่ายอุจจาระเหลวมาก ๑ รายเท่านั้น. ส่วนยาอีก ๒ ชนิดนั้นมีอาการแทรกแซงมากกว่าและมากกว่ามาก.

ผู้รายงานลงความเห็นว่าย่า เบพเนียม ซัยครอกซัย แนฟโธเอต ในขนาด ๕ ก. ครั้งเดียว, ใช้ได้ผลดีในการกำจัดพยาธิปากขอในคนจำนวนมากเพราะว่าขนาดที่ใช้ในใช้ไต่ทัวไปไม่จำกัดเรื่องอายุและน้ำหนักตัว, และใช้ได้แม้ในรายที่มเลือดจางและอ่อนเพลีย.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๙. Hosen, H.: บทบาทของการติดเชื้อในระบบหายใจในโรคหืดหลอดลม. *Ann. Allergy* 1963, 21: 156-162.

ภูมิแพ้เกี่ยวกับหลอดลมแบ่งออกเป็น "หืดหลอดลม" (บร็องไคเออ อัสธึมา) และ "หลอดลมอักเสบแบบหืด" (อัสธึมาติก บร็องไคอติส) ทั้งสองอย่างนี้บางครั้งวินิจฉัยแยกจากกันได้ยาก. ผู้รายงานเสนอคำนิยามว่า "หลอดลมอักเสบแบบหืด

เป็นกลุ่มอาการทางหลอดเลือดซึ่งมีอาการ
ไอเป็นสำคัญ, ไม่มีการหายใจลำบาก,
และตรวจไม่พบ รื่องไข ชนิดเสียงแหลม
หรือเสียงก้อง, แต่มักพบ ราลส์ ชนิดมี
เสมหะ. ส่วนที่หลอดเลือดมีอาการหายใจ
ลำบากชัดเจนและตรวจพบ รื่องไข ชนิด
เสียงแหลมหรือเสียงก้อง.”

อาศัยหลักฐานที่พอจะรวมปรกติไม่เชื่อ
โรค, ซึ่งจะตรวจพบต่อเมื่อมีการติดเชื้อ
เท่านั้น, ผู้รายงานได้ศึกษานามของผู้
ป่วยที่มีอาการถึงถึงภูมิแพ้ทางหลอดเลือด.
เขาพบว่า ๗๑.๗ ปร. ของผู้ป่วยหลอดเลือด
ลม (ทั้งหมดมี ๓๗๕ ราย) และ ๖๕.๕
ปร. ของผู้ป่วยหลอดเลือดอีกเสบแบบหืด
(ทั้งหมดมี ๒๖๒ ราย) ไม่มีการติดเชื้อ.
ในจำพวกที่มีการติดเชื้อนั้นเป็นพวกที่อายุ
ต่ำกว่าสามปี. บางรายมีไข้โดยไม่มีการ
ติดเชื้อ. ซอนเกิดจากการอุดตันหลอดเลือด
เล็กด้วยก้อนเสมหะแห่งเนื่อง จากภาวะ
ขาดน้ำภายในปอด. ผู้รายงานแนะนำการ
ให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ให้มากขึ้น.

การศึกษานี้แสดงว่าใน โรคภูมิแพ้
เกี่ยวกับหลอดเลือด, การติดเชื้อในทางหาย
ใจมีบทบาทน้อยมาก, ทั้งในตํานคลินิก
และตํานสาเหตุ.

สมชัย บวรภักดี พ.บ., พ.ด.

๑๐. Calina, M.P., N.L. Avnet, A. Ein-
horn: การรักษาคด้วย ไอโอไดต์ ระหว่าง
ตั้งครรภ์. New Engl. J. Med. 1962, 267:
1124-1127.

ได้แบ่งสาเหตุของโรคคอพอกแต่
กำเนิดออกเป็น ๓ พวก, คือ (๑) การขาด
ไอโอดีน ในมารดา, (๒) พวกซึ่งไม่ทราบ
สาเหตุ, (๓) พวกเกิดจากมารดากินสาร
ทำให้เกิดคอพอก, หรือ ไอโอดีน มากไป.

ได้รายงานทารกเกิดใหม่ ๒ รายตาย
จากการหายใจล้มอย่างปัจจุบัน, เนื่องจาก
หลอดเลือดถูกกดโดยต่อม ธิร์รอยด์, ซึ่ง
โตเกินขนาดเพราะเป็นโรคคอพอก, มารดา
ของทารกทั้งสองรายได้รับ ไอโอดีน เกิน
ขนาดเพื่อรักษาโรคหืด.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

ปกิณกะ

๑. การสงบของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน นั้นโดยมากเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว, มักต้องได้รับการรักษาจนตลอดชีวิต. แต่มีผู้ป่วยน้อยรายที่ได้รับการศึกษา ค้นคว้า และ ทดสอบ โดยละเอียด. ในบางรายโรคเบาหวานอาจเป็นอาการส่วนหนึ่ง ของ การทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่ออื่นๆ. โรคเบาหวานอาจพบได้ใน ๒๕ ปีช. ของผู้ป่วยโรค อะโครเมกะเลีย, ๒๕ ปีช. ของผู้ป่วยโรค คushing's syndrome, และ ๑๐ ปีช. ของผู้ป่วยที่เป็นโรค พีโอไมโรไมซัยโตมา. อาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นอธิบายได้โดยมีการผลิตสารที่มีฤทธิ์ต่อต้าน อินซูลินมากเกินไป. อาการของโรคจะหายไปเมื่อเรารักษาโรคต้นเหตุ, โดยเฉพาะในรายที่เกิดร่วมกับ อะโครเมกะเลีย. ในทำนองเดียวกัน เราที่อธิบายได้ถึงการทเลาหรือสงบลงของโรคเบาหวานในผู้ป่วยที่เกิดการหย่อนสมรรถภาพของต่อม ปิตูติทารีหรือเปลือกต่อมหมวกไต. ในระยะที่โรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมี

คีโตสิส อาจทำให้เกิด นิโครสิส ของต่อม ปิตูติทารี. อาการแทรกซ้อนเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งทอธิบายถึงการสงบของโรคเบาหวาน.

โรคเบาหวานที่ไม่ได้มีสาเหตุจากกลุ่มอาการอื่นและเป็นอย่างไม่รุนแรง, อาการของโรคหรือการสงบของโรคอาจทำให้เกิดได้โดยสาเหตุบางอย่าง เช่น การติดเชื้อ, การลดน้ำหนัก, และการจำกัดอาหาร. แต่โดยทั่วไปแม้จะกำจัดสาเหตุเหล่านั้นแล้ว ผู้ป่วยก็มักยังต้องการการรักษาทางยาอยู่ต่อไป.

การวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ถูกต้องของ อินซูลิน มีไม่เพียงพอ, ซึ่งเกิดจากการมีสารต่อต้าน อินซูลิน มากเกินไปร่วมกับการขาดกำลังสำรองในการผลิต อินซูลิน, จากการทดลองในหนูซึ่งอ้วนและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามกรรมพันธุ์, พบว่าไม่รีบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทอลบูตอะไมด์, และการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าต่อมมี ฮัยเปอร์โทรฟี. Wrenshall

และคณะพบว่าในผู้ใหญ่ที่อ่อน, สามารถสกัดเอา อินสูลิน จากตับอ่อนได้, ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของ Madison และ Unger ที่ว่าสาเหตุของพวกนี้ เกิดจากการขาดกำลังสำรองในการผลิต อินสูลิน, ไม่ใช่ไม่มีการผลิต อินสูลิน เลย. ในผู้ป่วยพวกนี้ถ้าเรากำจัดการที่คอและนาหนักเกินไปขนาด, อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผลิตอินสูลิน ได้จำนวนพอเพียงสำหรับรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของเขาได้. แต่อย่างไรก็ตามโดยที่ กำลัง สำรอง ของ เขาค่า, อาการของโรค ก็อาจ กลับ มาได้ อีกเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น. ผู้ป่วยบางรายอาจมีมีอาการของโรค เบาหวาน อย่าง ปัจจุบัน และรุนแรงถึงมี คีโตนัส. อาการของโรคอาจทะเลาะไปจนส่งลงภายหลังหลาย ๆ เดือนได้. อาจหายไปจนแม้แต่การทดสอบความทนต่อน้ำตาลก็ปกติโดยไม่ต้อง การอินสูลิน จากภายนอกเลย. อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเหล่านี้ อาจอธิบายได้ว่า อาจมี สาเหตุหนึ่ง สาเหตุ ใด ทำให้เกิดอาการขึ้นได้ชั่วคราว, แต่ยังไม่ถึงขั้นไม่ได้แน่นอน.

ในปัจจุบันนี้สาเหตุ หนึ่ง ที่อาจ เป็น ไปได้คือ การใช้ น้ำตาลมากเกินไป.

ในการศึกษาผู้ป่วยพวกที่เป็น “ปรีไดอะบีติก” ได้แสดงว่าผู้ป่วยพวกที่มีอาการส่งลง เป็นผู้ป่วยโรค เบาหวาน ระยะที่ไม่แสดงอาการ, และอาการของโรคจะแสดงออกมาเมื่อไรก็ได้, เช่น ขณะตั้งครรภ์, การมีบุตรโตเกินขนาดหรือเมื่อแก่ตัวลง. ในระยะแรก ๆ ของโรคการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ไวพอ, Conn ได้แนะนำวิธี “Cortisone Load Test” เพื่อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เหล่านี้สูงขึ้น. การทดสอบนี้ แสดง ถึงกำลังสำรองการผลิต อินสูลิน ของผู้ป่วย. Stutman และคณะ ได้พบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการโรค เบาหวานมาก่อนและอาการส่งลง, ก็ยังให้ผลผิดปกติต่อการทดสอบนี้. แสดงว่ากำลังสำรองในการผลิต อินสูลิน ยังน้อยกว่าปกติ.

(เรียบเรียงจาก B.J.M. 1960, May 21, 1152-1153.)

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๒. ว่าด้วยจรรยาของแพทย์

๑ ความดีมีกลิ่นฟุ้ง
รุ่งโรจน์โชตนา
ความชั่วประหนึ่งภัย
ซอด้บคืบจากหล้า

โลกา
เงื่อมพ้า
พาลพราก
ลุ่มล้างโลกมลายา

มรรยาทหรือจรรยาแพทย์ที่จะกล่าวต่อไปนี้ ผู้แต่งได้ค้นคว้าจากตำรับตำรา และข้อบัญญัติต่าง ๆ จากข้อความเก่าแก่ จากคำสั่งสอนของอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นปทัสสถาน, ทั้งใต้อาศัยหลักของแพทย์ปรตัยชั้นนี้ประกอบเพื่อให้เหมาะสมกับกาลสมัยแห่งยุคมคตินิยม.

มรรยาทหรือจรรยาแพทย์ เป็นข้อจำเป็นยิ่งแก่ผู้สนใจ หรือมีอาชีพในทางแพทย์จะพึงวิงวอนปฏิบัติ, ด้วยเหตุว่าผู้ที่จะเป็นแพทย์นั้นหาใช่จะเป็นเพียงแต่ "คนเป็นผู้สามารถในวิชาแพทย์" และรู้จักรักษาโรค ฯลฯ อย่างเดียวแล้วก็ไม่พอ, เพราะแพทย์จักต้องเป็นผู้มีมรรยาทและจรรยาเป็นเครื่องประคองค้ำค้ำ. อันมรรยาทหรือจรรยาที่คนเปรียบประดุจอาหารอันมีค่ายิ่งกว่าทรัพย์สินสมบัติใด ๆ ใต้ประคองอยู่ในร่างกายของแพทย์ ๆ ผู้หนึ่งจักได้ชื่อว่า

"แพทยาลังการ" และ "วินัยแพทย์", คือเป็นผู้สูงพร้อมที่จะดำรงชีพเป็นแพทย์ได้อย่างสมบูรณ์.

มรรยาทหรือจรรยาแพทย์นี้ แม้แต่แพทย์ไม่ว่าในสมัยใด ๆ, ถึงในสมัยปัจจุบันนี้, ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเล่าเรียนและอบรมมรรยาทศีลธรรมให้ได้ผลที่จะดำรงตนเป็นแพทย์ได้จริง ๆ ทั่วโลกทุกชาติทุกภาษาย่อมมีการอบรมวิชาแพทย์ ก่อนที่จะออกจากโรงเรียนไป ประกอบอาชีพในทางแพทย์

ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นยิ่งที่แพทย์จะต้องเล่าเรียนและศึกษาอบรมในข้อปฏิบัติตามหลักที่ทานวางไว้ ดังต่อไปนี้

- ๑. เมตตาจิต
- ๒. ไม่เห็นแก่ลาภ
- ๓. ไม่เป็นคนโอ้อวด
- ๔. ไม่ยึดยั้งความเขลาของตน

- ๕. ไม่ขัดขืนความดีของผู้อื่น
- ๖. ไม่ห่วงกังวล
- ๗. ไม่ล่ออำนาจคฤหัสถ์ ประการ
- ๘. ถอดความสันโดษ
- ๙. มีหิริโอตตตัปปะ
- ๑๐. ไม่เกียจคร้าน
- ๑๑. ไม่มั่งง่าย
- ๑๒. มีคุณวิจิตรอันแน่วแน่
- ๑๓. ไม่เสพยาของคฤหัสถ์ เช่น ฝิ่น กัญชา

สุภา การพระนิน

- ๑๔. รักชีวิตคนไข้ชีวิตชีวิตของตน
- ๑๕. ให้เกียรติยศคนไข้เพศหญิงยิ่งกว่าเพศชาย
- ๑๖. ไม่เป็นคนเจ้าชู้
- ๑๗. มีวาจาอันสุภาพอ่อนโยน
- ๑๘. ไม่พูดเท็จ ล่อลวงให้ผู้อื่นหลงเชื่อ
- ๑๙. ไม่หวังวิชาความรู้
- ๒๐. ถิ่นว่าตนเป็นผู้อุปการะคนไข้ไม่จำกัดเวลา

อธิบายจรรยาแพทย์

๑. เมตตาจิต. การมีเมตตาจิตต่อคนไข้เช่นเช่นสิ่งสำคัญยิ่ง กล่าวคือคนไข้ทุกคนย่อมมีความทุกข์เวทนาและมีน้ำใจอันไม่เป็นปรกติใจคือฟุ้งซ่าน, คาค

หวังที่จะยกเหนียวแพทย์เช่นทพหรือเป็นผู้ประกันชีวิตของเขา. ฉะนั้นเมื่อคนไข้เห็นแพทย์เป็นผู้มีจิตเมตตาและมรรยาทที่ดีแล้ว ผู้ป่วยไข้ก็จะภาคภูมิใจเสมือนได้รับยาขนานอันวิเศษ, ย่อมจะทำให้โรคหนักกลับกลายเป็นเบาไปได้, ทั้งจะทำให้หน้าเลี้ยงหัวใจของผู้ป่วยสดชื่น ผ่องใส เกิดศรัทธาคือความเชื่อในแพทย์ยิ่งขึ้น. เมื่อยังเช่นนั้นก็จะได้ผลคือ อากาโรคลายทเลาลง, เท่ากับว่าได้วางยาด้วยอำนาจทางจิตศาสตร์ไว้อย่างหนึ่ง.

๒) ไม่เห็นแก่ลาภ. ลาภผลตกที่นาย่อมปรารถนาด้วยกันทั้งสิ้น, แต่แพทย์จกต้องพึงเล็งเห็นว่าเราจะทำเพื่อทรัพย์หรือเพื่อชีวิตเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน. แน่นอนเราต้องทำเพื่อชีวิตเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน, มิได้ทำเพื่อหลอกลวงโดยอบาย หรือแกเลงหวังเหนียวไขว้เพื่อขวัญข้าวและเงินสินยศ. ทั้งต้องมีจิตเผื่อแผ่, แม้วาคนไข้จะเป็นคนยากจนขี้สันทพพลภาพ. แพทย์พึงทำไปโดยความ เต็มใจไม่เห็น แก่หน้า, ไม่เห็นแก่ทรัพย์, กระทำไปด้วยความเสมอภาคเท่ากัน, ในเมื่อคนไข้ นั้น ๆ ได้ขอความช่วยเหลือ, อดล้าให้พากเพียรมาขอ ความ ช่วยเหลือ, ด้วยความเมตตาจิตของตนเอง.

๓) ไม่เป็นคนโอ้อวด, แพทย์ไม่พึ่ง
โอ้อวดในความสามารถของตน. การโอ้อวด
เป็นทางพิชิตของแพทย์. อาจทำให้
เสื่อมความนับถือจากหมู่ชน, เป็นคนว่าตน
ไต่รักษาไขหาย สักราย หนึ่ง ก็เที่ยวคุยโอ้อวด
คอยรำไป. เมื่อรักษาไขหายใหม่ก็เอา
ไขหายที่ตนรักษาหายคุยให้เขาฟังเป็นจรรยา
อวดภูมิของตน. การเป็นคนพูดโอ้อวดเช่น
นี้แพทย์พึงหลีกเลี่ยงให้ห่างไกล.

๔) ไม่ยึดขึงความเขลาของตน. การ
รักษาไขต่าง ๆ ก่อนที่จะรักษา แพทย์พึง
ตรวจอาการของโรคนั้นก่อน. ถ้าเห็นว่า
ตนไม่มีความรู้ความสามารถที่จะรักษาไข
นั้นได้, ตนจึงต้องแจ้งให้คนไข้ทราบโดย
ไม่มีขึงขัง, ไม่ต้องมี ความละอายหรือจะ
แนะนำให้คนไข้ไปหาแพทย์ที่มีความรู้กว่า
ตน. อย่าพึ่งยึดขึงความเขลาของตนไว้.
การรักษาไขโดยไม่รู้สมุฏฐานของโรค
อาจทำให้คนไข้ได้รับอันตราย หรือถึงแก่
ชีวิต.

๕) ไม่ยึดขึงความดีของผู้อื่น. เมื่อ
ตนได้ยินได้ฟังคำสรรเสริญเป็นขอกณวิชา
ความดีของ แพทย์อื่น ๆ ตนไม่ควรคิด
ริษยา, ตนควรรับยินดีและสรรเสริญตาม
โดยน้ำใจบริสุทธิ์. แพทย์พึงสำรวมใจให้

เป็นผู้ไม่ยึดขึงขึง.

๖) ไม่หวงกันลาภ. แพทย์พึงระมัด
ระวังให้จงหนัก, กล่าวคือเช่นมิใช่ราย
หนึ่งตนไม่สามารถจะทำโดยลำพังได้,
ก็พึงเรียกแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ
เข้ามาช่วยเหลืพร้อมมือ. อย่าพองกว่าถ้า
ตนหาเขามารักษา ด้วยแล้วตนจะได้รับผล
น้อย หรือถูกแบ่งลาภของตนไปเสีย.
แพทย์ที่ม มรรยาท หรือ จรรยาที่ค ่ยอมไม่
กระทำเช่นนั้น.

๗) ไม่ล่อคติ ๔ ประการ คือ

ก. ฉันทาคติ. ความรักใคร่พอใจ, มี
น้ำใจลำเอียง, ทำความรักใคร่ในการ
ใช้ไม่เสมอกันคือความเกลียดชัง, ความ
พยายามมากหมาย

ข. โทสาคติ. มีความโกรธยังเกิด
ขึ้นในดวงจิต, ถือโกรธคนไข้, ไม่เอาใจใส่
ปล่อยปละละเลย.

ค. โมหาคติ. คือความหลง. ถือ
มานะทิฐิ, หลงเชื่อว่าตนดีแต่ผู้เดียว. เมื่อ
ตนรักษาไม่ได้หรือไร้ความรู้ก็ยิ่งถือว่าตน
รู้ตนรักษาได้หลง เชื่อ ความสามารถของ
ตน, รักษาไปโดยขาดความรู้ความ
สามารถ.

ง. ภัยาคติ. คือความกลัว. กลัวในสิ่งที่ไม่ดีทางจรรยา. เช่นกลัวไม่ไ้เงินค่ารักษา, กลัวหมกเปลืองค่าใช้จ่ายของตน.

๘) ถอดความสันโทษ. กล่าวคือไม่ยินดียินร้ายในลาภผล, การนินทา, การสรรเสริญเป็นยอ, เหยียดถาบรรดาศักดิ์, พึงไม่นำตนหลงไปในอกศลกรรมทั้ง ๔ นี้.

๙) มีหิริโอตตตัปปะ. คือละอายต่อบาป พึงละเว้นการอาฆาตพยายาท, จองเวร, อิจฉาริษยา. อกศลกรรมทั้ง ๕ นี้ย่อมไม่พึงบังเกิดในปวงแพทย์ด้วยคุณ.

๑๐) ไม่เกียจคร้าน. คือการหมั่นไปมาหาสู่ต่อคนไข้, ไม่ละเลยต่อหน้าที่โดยไม่ไว้วางใจ.

๑๑) ไม่มักง่าย. คือการทำอะไรไปโดยไม่วิจารณ์, ปราศจากการพิจารณาหรือจรรยาโดย การตรวจไม่รอบคอบ, และใช้ยาไม่ครบตามพิภักแห่งสมุฏฐานของโรค.

๑๒) มีกตพิณิจอันแน่นแน. คือการวิเคราะห์โรคภัยต่าง ๆ โดยถัดวันและละเอียดลออไม่ทำโดยหวัคๆ. พึงใช้ปัญญาสุขุมคัมภีรภาพ.

๑๓) ไม่เสพของติดเช่นฝิ่น, กัญชา, สุรา, เครื่องทองของเมา, การพนัน อัน

เป็นเหตุนำมาซึ่งความหายนะ, ซากความนขถอ. แพทย์พึงพยายามอย่าให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นในดวงจิต.

๑๔) รักชีวิตคนไข้เท่ากับชีวิตของตน. แพทย์พึงถือว่าคนไข้เท่ากับตัวของตัวเรา, จะพยายามรักษาให้ดีที่สุด. พึงถือว่ากำลังพยายามรักษาตัวของเราเอง.

๑๕) ให้เกียรติยศคนไข้เพศหญิงยิ่งกว่าเพศชาย. การให้เกียรติยศและโอกาสแก่เพศหญิงยิ่งกว่าเพศชายนั้น, ก็โดยเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ, กำลังวังชาน้อย, ใจคอไม่หนักแน่น. ถ้าแพทย์ไม่ให้เกียรติยศสุภาพอ่อนโยน, อาจทำให้คนไข้มีอาการหนักทวชน, แพทย์จึงจำต้องให้เกียรติเป็นพิเศษ.

๑๖) ไม่เป็นคนเจ้าชู้. การไม่เป็นคนเจ้าชู้ย่อมทำให้เป็นที่ไวเเนอเชื่อใจคนไข้และคนทั่วไป, โดยไม่ต้องมาเป็นห่วงในเรื่องมิต้มิงาม.

๑๗) มีวาจาอันสุภาพอ่อนโยน. การสุภาพอ่อนโยน, พุดจาไพเราะรู้จักเอาอกเอาใจคนไข้อย่อมเป็นยาขนานหนึ่ง, ซึ่งจะทำให้คนไข้ทุเลาลงได้.

๑๘) ไม่พคเท้จลอลวงให้ผู้อื่นหลงเชื่อ. แพทย์พึงไม่กล่าวเท็จหลอกลวงให้

เขาหลงเชื่อ เพราะ จะ ทำให้หมด ความนับ
ถือ, ไม่มีใครนับถือตน.

๑๕.) ไม่หวังวิชาความรู้. แพทย์พึง
เผยแพร่วิชา ความรู้โดยสัจจริงเสมอ.

๒๐) ถอว่าตนเป็นผู้ปกกระ คนไข้
โดยไม่จำกัดเวลา. เมื่อมีผู้มาหาไปรักษา
ใช้, แพทย์พึงยินดี ต้อนรับคนไข้ไม่ว่าจะ
เป็นเวลาใด ๆ.

รวมความว่าข้อปฏิบัติ หรือจรรยา ของ
แพทย์ที่กล่าวมาโดยย่อ ๆ นั้นเป็นคุณธรรม

อันคียงทแพทย์จะพึงปฏิบัติให้ถูกต้อง เพื่อ
เป็นที่ยอมรับของมวลชนทั้งปวง. เมื่อแพทย์
ผู้ใดปฏิบัติได้ครบถ้วน ดัง กล่าว แล้ว ก็
จะใ้ชื่อว่าเป็น “แพทย์าลังการ” คือเป็นผู้ที่
พร้อมแล้วซึ่งคุณธรรม ๒๐ ประการ.

(คัดจากคัมภีร์สรรพคุณยาไทย และ
ฉันทศาสตร์ โดยพิศดาร

ศ.ส. ผู้เรียบเรียง)
(ร.พ. เลียงเชียง ๒๔๔๔)

๓. ประวัติการแพทย์ไทย

ตำรายาจากศิลาจารึก, วัดราชโอรสาราม (๗)

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๓๗)

สิทธิการียะ

ลักษณะไข้เจ็ดยพระสมทนน เมื่อจะ
จับให้เมื่อยชบทุกข้อกระดูก ให้หนาวสั่น
ให้หอบ ให้อ่อน กระจาย ให้คืนเย็นลง
น่อง ให้เสียวไปทั้งกาย ให้ปวดศีรษะ
กำลัง กินอาหารมิได้ ให้ลอมงคันทันมือ
นั้นชาวโทษเสมหเป็นกำลัง ฯ

ถ้าจะแก้เอาพริกไท ชิงแห้ง กเทียบม

ไพร่ ข่า กชาย พริกเทศ ขระเพชร ขมน
อ้อย ฝักราชพฤกษ์สังลสวน ไบเม็ดกา ๒
ส่วน ต้ม ๓ เอา ๑ กิน ถ้าจะให้ลงแทรก
ยาตำลงกินเถิด แก้จับทุกวันก็ดี เว้นวัน
กิดกินยานหาย ฯ ขนานหนงเอา ขมน
อ้อย ๑๐๘ แวน ขระเพชร ๑๐๘ แวน
ก้านสเดา ๑๐๘ ก้าน ไบมนาว ๑๐๘ ไบ
ฝักราชพฤกษ์ ๓ ฝัก ต้ม ๓ เอา ๑ ให้
กินแก้ไขเจ็ดย ให้จับกินเข้ามได้ให้เมื่อย

เขาหลงเชื่อ เพราะ จะ ทำให้หมด ความนับ
ถือ, ไม่มีใครนับถือตน.

๑๕.) ไม่หวังวิชาความรู้. แพทย์พึง
เผยแพร่วิชา ความรู้โดยสัจจริงเสมอ.

๒๐) ถอว่าตนเป็นผู้ปกครอง คนไข้
โดยไม่จำกัดเวลา. เมื่อมีผู้มาหาไปรักษา
ใช้, แพทย์พึงยินดี ต้อนรับคนไข้ไม่ว่าจะ
เป็นเวลาใด ๆ.

รวมความว่าข้อปฏิบัติ หรือจรรยา ของ
แพทย์ที่กล่าวมาโดยย่อ ๆ นั้นเป็นคุณธรรม

อันคียงที่แพทย์จะพึงปฏิบัติให้ถูกต้อง เพื่อ
เป็นที่ยอมรับของมวลชนทั้งปวง. เมื่อแพทย์
ผู้ใดปฏิบัติได้ครบถ้วน ดัง กล่าว แล้ว ก็
จะใ้ชื่อว่าเป็น “แพทย์าลังการ” คือเป็นผู้ที่
พร้อมแล้วซึ่งคุณธรรม ๒๐ ประการ.

(คัดจากคัมภีร์สรรพคุณยาไทย และ
ฉันทศาสตร์ โดยพิศดาร

ศ.ส. ผู้เรียบเรียง)
(ร.พ. เลียงเชียง ๒๔๔๔)

๓. ประวัติการแพทย์ไทย

ตำรายาจากศิลาจารึก, วัดราชโอรสาราม (๗)

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๓๗)

สิทธิการียะ

ลักษณะไข้เจ็ดยพระสมทนน เมื่อจะ
จับให้เมื่อยชบทุกข้อกระดูก ให้หนาวสั่น
ให้หอบ ให้ร้อน กระจาย ให้คืนเย็นลง
น่อง ให้เสียวไปทั้งกาย ให้ปวดศีรษะ
กำลัง กินอาหารมิได้ ให้ลอมงคันทันมือ
นั้นชาวโทษเสมหเป็นกำลัง ฯ

ถ้าจะแก้เอาพริกไท ชิงแห้ง กเทียบม

ไพร่ ข่า กชาย พริกเทศ ขระเพชร ขมน
อ้อย ฝักราชพฤกษ์สังลสวน ไบเม็ดกา ๒
ส่วน ต้ม ๓ เอา ๑ กิน ถ้าจะให้ลงแทรก
ยาตำลงกินเถิด แก้จับทุกวันก็ดี เว้นวัน
กิดกินยานหาย ฯ ขนานหนงเอา ขมน
อ้อย ๑๐๘ แวน ขระเพชร ๑๐๘ แวน
ก้านสเดา ๑๐๘ ก้าน ไบมนาว ๑๐๘ ไบ
ฝักราชพฤกษ์ ๓ ฝัก ต้ม ๓ เอา ๑ ให้
กินแก้ไขเจ็ดย ให้จับกินเข้ามได้ให้เมื่อย

ขบทั่วสรรพางค์อันนหายคินักแล ฯ ขนาน
 หนึ่งเอาเบญจราชพฤกษ์ เบญจขเหล็ก สมอ
 ทั้งสาม ขมิ้นอ้อย รากทนต์ รากชาพล
 ลูกมะตูมอ่อน แห้วหมู หนุ่ยปากควาย
 สິงละกำมือ ไพล ๗ แว่น พริก ๗ เม็ด
 กะเทียม ๗ กลีบ ก้านสเคา ๓๓ ก้าน คัม
 ๓ เอา ๑ ให้กินแก้ไข้เจ็ดยง ใช้ขี้ครั่ง
 เกรอนนหายคินัก ขนานหนึ่งเอาใบคนที่สอ
 ใบมตูม ใบสเนียด ใบทองหลางใบมน
 กะเทียม ขิง } คีปลี ไพล ขมิ้นอ้อย } สาน-
 ข่า } คีนปลิวขาว } สัม
 สัม เอาเสมอภาค ใบสลอกหนึ่งเท่า
 ยาทังหลาย ทำเป็นจุลยคทำแท่งลาย
 ทำ } ก้โต ให้กินตามกำลัง ผายพิศ
 ษา }
 ใช้เจ็ดยง อันเกิดแต่เสมหะแล ฯ

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๔๐)

สิทธิการวิยะ

อยาแก้หืดเอาเปลือกประยงข่า กุ่ม-
 เพลิง เจตมูลเพลิง เข้าข่า ขุกรอ กลอย
 กะตาศทั้งสอง พริกไท เอาเสมอภาค
 ของควยสุรา ผังเข้าเปลือกไ้ ๓ วัน

เงินผกค้อมือ ๑๑ กินตามกำลัง ให้
 สำรอกเสมหะหืดให้ตกสันแก้หอบหืดก็หาย
 คินัก ฯ

๑ อนึ่งเอาเปลือกแมงดาเผาครึ่ง
 เปลือก พักแพวแดง ๑/๓ พริกไท ห้วยข้าง
 สິงละ ๑/๒ อยาเข้าเยน ๑/๒ อยาสขค
 ๒/๓ ของสุราไว้ ๓ วัน จึงปลุกแก้หืด
 หาย ฯ อนึ่งเอาพริกไท เก็ดอสมท สິง
 ละ ๗ เม็ด ขิงสด ขวขมสด สິงละ ๗
 แว่น กะเทียม ๗ กลีบ ขดควยสุรา กิน
 แต่ฝ่าหอย ๑ แต่ภอกำลังจึงกินทวขนไป
 ทกวัน รุสรรพเสมหะหืดทั้งปวงหาย ฯ
 อนึ่งเอารากสลอด กินลง รากเลบเหยียว
 รากมะกรูด รากมะตูก รากมะขามข้อม
 รากไซ้เน่า รากข่อยหยอง รากกำยปลา
 แดง รากเท้าขายม่อม รากกะดังชาย
 เอาเสมอภาคของก้โตคัมก้โต กินจอกชา
 ๑ แก้จขหืด แก้หอบ ก็หายคินัก ฯ

๑ อนึ่งเอารากส้มกุ้งทั้งสอง ราก
 นมแมวทั้งสอง ขอบขนางทั้งสอง ญา
 หนวดแมว พังงาแดง นานมเสื่อ เอาเสมอ
 ภาค ของควยสุรา ๓ วัน จึงให้กินแก้
 หอยเสมหะหืดทั้งปวง แก้จขก็หายคินัก ฯ

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๕๑)

สิทธิการียะ

จกล่าวลมข่าหมนน บังเกิดมาแต่หทัย
โรคกระทำให้น้ำจตรนนคจวานร เมอจับ
ให้ชักปากเพ็ด นาลายฟค หาสติมิได้
ลัมลงแห่งใดคินไปคุดีปลา ฯ ถ้าจะแก
เอา ตรีกระตูก เบญกุล เข้าช้าโกศ ก้าน-
พร้าว คอกจัน เกษรขณนาก เอาเสมอ
ภาคทำเป็นจณ ขคลายนาสลตโคกได้ นา
คนที่ลอกได้ กินแกลมข่าหมแลลมให้หลัง
โงงกัก ลมขบให้ขวคทองกัก ลมให้ตาย
ไปข้างหนังกัก ลมพพองกัก แกสรพลม
ทังขวงหาย ฯ ขนานหนงเอา กะเทียม
หัดคณ คนที่เขมา สรรพพิศ เปราะหอม
ตรีกระตูก จันเทษ เกษรขณนาก โทศก้าน-

พร้าว โทศกักกรา อชเชย เอาเสมอภาค
ทำเป็นจณขคลายนามงวให้กิน $\frac{1}{16}$ แกลม
ข่าหม แลลมให้หลังโงง แกลมขัตนาฏ
ให้ตายจำหระ ข้างหนังกัก ลมสรณิชาติ
อนกลักกัก ข่าขคหายประเสริฐแท้จริง ฯ
ขนานหนงเอา ใบคนที่ลอส เกลอสินเทา
มะหาหิง ตรีกระตูก เบญกุล เบญไฟเคือนห่า
กะเทียม เอาเสมอภาคทำเป็นจณนคแก
ลมข่าหม แลให้คคระสน ให้ขวคคคระ
ให้หตั้ง และมองครอกรัก ข่าขคได้ทก
ประการหาย ฯ ขนานหนงเอา เข้าสาร
ข้างครก ลอองขวมขม ผลลานแกสังละ
 $\frac{1}{12}$ พริกไท ๗ เมต นคแกลมข่าหม
ประเสริฐคิ ฯ

สำราญ วัศพาท พ.บ.

๕. เส้นอศัพทเพื่อเลือกใช้ (๒๓)

๕๒๐๑. peridental รอบฟัน

๕๒๐๒. periductal, periductile รอบท่อหลัง

๕๒๐๓. periduodenitis เนื้อรอบ ดูโอดินมอักเสบ

๕๒๐๔. periencephalitis ผิวสมองอักเสบ

๕๒๐๕. perienteric รอบลำไส้

๕๒๐๖. perienteritis เชื้อหุ้มลำไส้อักเสบ

๕๒๐๗. periesophageal รอบหลอดอาหาร

๕๒๐๘. periesophagitis เนื้อรอบหลอดอาหาร
อักเสบ

๕๒๐๙. perifistular รอบแผลซอนทะเล

๕๒๑๐. perifocal รอบจุดรวม, รอบจุดรวมเชื้อ

๕๒๑๑. periganglionic รอบแก๊งเกลียน

๕๒๑๒. perigastric รอบกระเพาะอาหาร

๕๒๑๓. perigastritis เชื้อหุ้มกระเพาะอาหาร
อักเสบ

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๕๑)

สิทธิการียะ

จกล่าวลมข่าหมนน บังเกิดมาแต่หทัย
โรคกระทำให้น้ำจตรนนคจวานร เมอจับ
ให้ชักปากเพ็ด นาลายฟค หาสติมิได้
ล้มลงแห่งใดคินไปคจตีปลา ฯ ถ้าจะแก
เอา ตรีกระตูก เบญกุล เข้าช้าโกศ ก้าน-
พร้าว ดอกจัน เกษรขณนาก เอาเสมอ
ภาคทำเป็นจณ ขคลายนาสลตโคกได้ นา
คนที่สอกได้ กินแกลมข่าหมแลลมให้หลัง
โงงกตี่ ลมขบให้ขวคทองกตี่ ลมให้ตาย
ไปข้างหนังกตี่ ลมพพองกตี่ แกสรพลม
ทังขวงหาย ฯ ขนานหนงเอา กะเทียม
หคคณ คนที่เขมา สรรพพิศ เปราะหอม
ตรีกระตูก จันเทษ เกษรขณนาก โกศก้าน-

พร้าว โกศกักกรา อขเซย เอาเสมอภาค
ทำเป็นจณขคลายนามงวให้กิน $\frac{1}{16}$ แกลม
ข่าหม แลลมให้หลังโงง แกลมขตนาฏ
ให้ตายจำหระ ข้างหนังกตี่ ลมสรนนิบาท
อนกลักกตี่ ข่าขคหายขระเสริจู้แท้จรง ฯ
ขนานหนงเอา ใบคนที่สอ เกลขลิ้นเท
มะหาหิง ตรีกระตูก เบญกุล เบญไฟเคือนห่า
กะเทียม เอาเสมอภาคทำเป็นจณนคแก
ลมข่าหม แลให้คคระสน ให้ขวคคคระ
ให้หคัง และมองครอกรกตี่ ข่าขคได้ทก
ประการหาย ฯ ขนานหนงเอา เข้าสาร
ข้างครก ลอองขวมขม ผลลานแกสังละ
 $\frac{1}{12}$ พริกไท ๗ เมต นคแกลมข่าหม
ขระเสริจู้คี่ ฯ

สำราญ วัศพาท พ.บ.

๕. เส้นอศัพทเพื่อเลือกใช้ (๒๓)

๕๒๐๑. peridental รอบฟัน

๕๒๐๒. periductal, periductile รอบท่อหลัง

๕๒๐๓. periduodenitis เนื้อรอบ ดูโอดินมอักเสบ

๕๒๐๔. periencephalitis ผิวสมองอักเสบ

๕๒๐๕. perienteric รอบลำไส้

๕๒๐๖. perienteritis เชื้อหุ้มลำไส้อักเสบ

๕๒๐๗. periesophageal รอบหลอดอาหาร

๕๒๐๘. periesophagitis เนื้อรอบหลอดอาหาร
อักเสบ

๕๒๐๙. perifistular รอบแผลขอนทะเล

๕๒๑๐. perifocal รอบจุดรวม, รอบจุดรวมเชื้อ

๕๒๑๑. periganglionic รอบแก๊งเกลียน

๕๒๑๒. perigastric รอบกระเพาะอาหาร

๕๒๑๓. perigastritis เชื้อหุ้มกระเพาะอาหาร
อักเสบ

๕๒๑๔. periglandular รอบต่อม
๕๒๑๕. periglandulitis เนื้อรอบต่อมอักเสบ
๕๒๑๖. periglossitis เนื้อรอบลิ้นอักเสบ
๕๒๑๗. periglottic รอบลิ้น
๕๒๑๘. periglottis เยื่อหุ้มลิ้น
๕๒๑๙. perihepatic รอบตับ
๕๒๒๐. perihepatitis เนื้อรอบตับอักเสบ, เยื่อหุ้มตับอักเสบ
๕๒๒๑. perihysteria รอบมดลูก
๕๒๒๒. perikeratic รอบกระจกตา, รอบคอร์เนีย
๕๒๒๓. perilaryngeal รอบกล่องเสียง
๕๒๒๔. perilaryngitis เนื้อรอบกล่องเสียงอักเสบ
๕๒๒๕. perilenticular รอบแก้วตา
๕๒๒๖. periligamentous รอบเอ็นแผ่น
๕๒๒๗. perilobar รอบกลีบ
๕๒๒๘. perilobulitis เนื้อรอบกลีบ (ปอด) อักเสบ
๕๒๒๙. perilymphadenitis เนื้อรอบต่อมน้ำเหลืองอักเสบ
๕๒๓๐. perilymphangitis เนื้อรอบหลอดน้ำเหลืองอักเสบ
๕๒๓๑. perimastitis เนื้อรอบเต้านมอักเสบ
๕๒๓๒. perimedullary รอบเมดัลลา, รอบไขกระดูก
๕๒๓๓. perimeningitis เยื่อคร่าอักเสบ
๕๒๓๔. perimeter เส้นขอบ, เครื่องวัดลานสายตา, เพอริมิเตอร์
๕๒๓๕. perimetric เกี่ยวกับเส้นขอบ, เกี่ยวกับเพอริมิเตอร์, รอบ ๆ มดลูก, เกี่ยวกับเยื่อหุ้มมดลูก
๕๒๓๖. perimetritic เกี่ยวกับเยื่อหุ้มมดลูกอักเสบ
๕๒๓๗. perimetritis เยื่อหุ้มมดลูกอักเสบ
๕๒๓๘. perimetrium เยื่อหุ้มมดลูก
๕๒๓๙. perimetry การวัดลานสายตา
๕๒๔๐. perinaeum ส่วนขาหนีบ
๕๒๔๑. perineal เกี่ยวกับส่วนขาหนีบ
๕๒๔๒. perineoplasty ศัลยกรรมตกแต่งส่วนขาหนีบ
๕๒๔๓. perineorrhaphy การเย็บซ่อมส่วนขาหนีบ
๕๒๔๔. perineoscrotal เกี่ยวกับส่วนขาหนีบร่วมถุงอัณฑะ
๕๒๔๕. perineotomy การผ่าส่วนขาหนีบ
๕๒๔๖. perineovaginal เกี่ยวกับส่วนขาหนีบร่วมช่องคลอด
๕๒๔๗. perineovagino-rectal เกี่ยวกับส่วนขาหนีบร่วมช่องคลอดและไส้ตรง
๕๒๔๘. perinephrial เกี่ยวกับเยื่อหุ้มไตและเนื้อรอบไต
๕๒๔๙. perinephric รอบไต
๕๒๕๐. perinephritic รอบไต, เกี่ยวกับเนื้อรอบไตอักเสบ
๕๒๕๑. perinephritis เนื้อรอบไตอักเสบ
๕๒๕๒. perinephrium เนื้อรอบไต, เยื่อหุ้มไต
๕๒๕๓. perineum ส่วนขาหนีบ
๕๒๕๔. perineural รอบเส้นประสาท
๕๒๕๕. perineurial เกี่ยวกับปลอกประสาท
๕๒๕๖. perineuritic เกี่ยวกับปลอกประสาทอักเสบ
๕๒๕๗. perineuritis ปลอกประสาทอักเสบ
๕๒๕๘. perineurium ปลอกประสาท
๕๒๕๙. perinuclear รอบนิวเคลียส
๕๒๖๐. periocular รอบนัยน์ตา
๕๒๖๑. period, ejection ระยะเวลา (เลือด)
๕๒๖๒. period, half-life ระยะเวลาครึ่งชีวิต
๕๒๖๓. period, incubation ระยะเวลาฟักตัว
๕๒๖๔. period, latency, latent ระยะเวลาแฝง, ระยะเวลาแฝง, ระยะเวลาแฝง
๕๒๖๕. period, monthly ระยะเวลาประจำเดือน
๕๒๖๖. period, postsphygmie ระยะเวลาหลังฉีด (เลือด)
๕๒๖๗. period, presphygmie ระยะเวลาก่อนฉีด (เลือด)
๕๒๖๘. period, quarantine ระยะเวลากักโรค
๕๒๖๙. period, refractory ระยะเวลา
๕๒๗๐. period, safe ระยะเวลาปลอดภัย
๕๒๗๑. period, silent ระยะเวลาโรคลับ

๕๒๗๒. period, sphygmie ระยะชนิด (เลือด)
 ๕๒๗๓. periodic เป็นระยะ, ตามคาบ
 ๕๒๗๔. periodicity การมาเป็นระยะ, การมาตามคาบ
 ๕๒๗๕. periodontal รอบฟัน, เกี่ยวกับเยื่อหุ้มฟัน
 ๕๒๗๖. periomphalic รอบสะดือ
 ๕๒๗๗. perioophoritis เยื่อหุ้มรังไข่อักเสบ
 ๕๒๗๘. perioophorosalingitis เนือรอบรังไข่และปีกมดลูกอักเสบ
 ๕๒๗๙. perioothecitis เยื่อหุ้มรังไข่อักเสบ
 ๕๒๘๐. perioothecosalingitis เนือรอบรังไข่และปีกมดลูกอักเสบ
 ๕๒๘๑. periophthalmia, periophthalmitis เนือรอบลูกตาอักเสบ
 ๕๒๘๒. periophthalmic รอบลูกตา
 ๕๒๘๓. perioral รอบปาก
 ๕๒๘๔. periorbit, periorbita เยื่อเบ้าตา
 ๕๒๘๕. periorbital รอบเบ้าตา
 ๕๒๘๖. periorbitis เยื่อเบ้าตาอักเสบ
 ๕๒๘๗. periorchitis เยื่อหุ้มอัณฑะอักเสบ
 ๕๒๘๘. periorchium เยื่อหุ้มอัณฑะ
 ๕๒๘๙. periost เยื่อหุ้มกระดูก
 ๕๒๙๐. periosteal เกี่ยวกับเยื่อหุ้มกระดูก
 ๕๒๙๑. periosteitis เยื่อหุ้มกระดูกอักเสบ
 ๕๒๙๒. periosteo—edema เยื่อหุ้มกระดูกบวม
 ๕๒๙๓. periosteomedullitis, periosteomedullitis เยื่อหุ้มและไขกระดูกอักเสบ
 ๕๒๙๔. periosteomyelitis กระดูกอักเสบทุกส่วน
 ๕๒๙๕. periosteorrhaphy การเย็บซ่อมเยื่อหุ้มกระดูก
 ๕๒๙๖. periosteotome มีดตัดเยื่อหุ้มกระดูก, เครื่องเลาะเยื่อหุ้มกระดูก
 ๕๒๙๗. periosteotomy การผ่าเยื่อหุ้มกระดูก
 ๕๒๙๘. periosteous เกี่ยวกับเยื่อหุ้มกระดูก
 ๕๒๙๙. periosteum เยื่อหุ้มกระดูก
 ๕๓๐๐. periostitis เยื่อหุ้มกระดูกอักเสบ
 ๕๓๐๑. periostotome มีดตัดเยื่อหุ้มกระดูก, เครื่องเลาะเยื่อหุ้มกระดูก
 ๕๓๐๒. periostotomy การผ่าเยื่อหุ้มกระดูก
 ๕๓๐๓. periotic รอบหู, รอบหูชั้นใน
 ๕๓๐๔. periovaritis เยื่อหุ้มรังไข่อักเสบ
 ๕๓๐๕. periovular รอบรังไข่
 ๕๓๐๖. peripancreatic รอบตับอ่อน
 ๕๓๐๗. peripancreatitis เนือรอบตับอ่อนอักเสบ
 ๕๓๐๘. peripatetic เดินไปมาได้
 ๕๓๐๙. peripenial รอบองคชาต
 ๕๓๑๐. periphacitis, periphakitis กุ้งหุ้มแก้วตาอักเสบ
 ๕๓๑๑. peripharyngeal รอบคอหอย
 ๕๓๑๒. peripherad ไปสู่ขอบ
 ๕๓๑๓. peripheral, peripheric ส่วนขอบ, ไกลขอบ, ส่วนต้น, ปลายทางเวียน
 ๕๓๑๔. periphery ขอบ, ส่วนขอบ
 ๕๓๑๕. periphlebitis เนือรอบหลอดเลือดดำอักเสบ, ผนังชั้นนอกหลอดเลือดดำอักเสบ
 ๕๓๑๖. periphrastric พุดอ้อมค้อม
 ๕๓๑๗. periphrenitis เนือรอบกระบังลมอักเสบ
 ๕๓๑๘. peripleural รอบเยื่อหุ้มปอด
 ๕๓๑๙. peripleuritis เนือไตเยื่อหุ้มปอดอักเสบ
 ๕๓๒๐. periphrenitis กระบังลมและเนือรอบ ๆ อักเสบ
 ๕๓๒๑. periportal รอบหลอดเลือดดำปอร์ตัล
 ๕๓๒๒. periproctic รอบทวารหนัก
 ๕๓๒๓. periproctitis เนือรอบทวารหนักอักเสบ
 ๕๓๒๔. periprostatic รอบต่อมลูกหมาก
 ๕๓๒๕. periprostatitis เนือรอบต่อมลูกหมากอักเสบ
 ๕๓๒๖. peripyema มีหนองรอบ ๆ
 ๕๓๒๗. peripylephlebitis เนือรอบหลอดเลือดดำปอร์ตัลอักเสบ
 ๕๓๒๘. peripylic รอบหลอดเลือดดำปอร์ตัล
 ๕๓๒๙. peripyloric รอบพิลลอร์รัส
 ๕๓๓๐. periradicular รอบ ๆ ราก, รอบ ๆ รากฟัน
 ๕๓๓๑. perirectal รอบ ๆ เร็คตัม, รอบ ๆ ไส้ตรง

๕๓๘๔. peritonitis, purulent เยื่อช่องท้อง
อักเสบมีหนอง
๕๓๘๕. peritonitis, septic เยื่อช่องท้อง
อักเสบติดเชื้อ
๕๓๘๖. peritonitis, serous เยื่อช่องท้อง
อักเสบมีน้ำเหลือง
๕๓๘๗. peritonitis, silent เยื่อช่องท้อง
อักเสบไร้อาการ
๕๓๘๘. peritonitis, terminal เยื่อช่องท้อง
อักเสบท้ายโรค
๕๓๘๙. peritonitis, traumatic เยื่อช่องท้อง
อักเสบเพื่อบาดเจ็บ
๕๓๙๐. peritonitis, tuberculous เยื่อช่อง
ท้องอักเสบเพื่อวัณโรค
๕๓๙๑. peritonization การหุ้มด้วยเยื่อช่องท้อง
๕๓๙๒. peritonize หุ้มด้วยเยื่อช่องท้อง
๕๓๙๓. peritonsillar รอบทอนซิล
๕๓๙๔. peritonsillitis เนื้อรอบทอนซิลอักเสบ
๕๓๙๕. peritracheal รอบหลอดลมคอ
๕๓๙๖. perityphlic รอบกระพุงไส้ใหญ่
๕๓๙๗. perityphlitis เนื้อรอบกระพุงไส้ใหญ่
อักเสบ, ไส้ติ่งอักเสบ
๕๓๙๘. periumbilical รอบสะดือ
๕๓๙๙. periungual รอบเล็บ
๕๔๐๐. periureteric รอบหลอดไต
๕๔๐๑. periureteritis เนื้อรอบหลอดไตอักเสบ
๕๔๐๒. periuterine รอบมดลูก
๕๔๐๓. periuvular รอบลิ้นไก่
๕๔๐๔. perivaginal รอบช่องคลอด
๕๔๐๕. perivaginitis เนื้อรอบช่องคลอดอักเสบ
๕๔๐๖. perivascular รอบหลอดเลือด
๕๔๐๗. perivascularitis เนื้อรอบหลอดเลือด
อักเสบ
๕๔๐๘. perivertebral รอบกระดูกสันหลัง
๕๔๐๙. perivesical รอบกระเพาะปัสสาวะ
๕๔๑๐. perivisceral รอบอวัยวะ
๕๔๑๑. perivitelline รอบไข่แดง
๕๔๑๒. perlingual ผ่านทางลิ้น
๕๔๑๓. permeability ความซึมผ่านผ่านได้
๕๔๑๔. permeable ซึมผ่านผ่านได้
๕๔๑๕. permeation การซึมผ่านผ่าน
๕๔๑๖. pernasal ผ่านทางจมูก
๕๔๑๗. pernicious ร้าย
๕๔๑๘. peroneal เกี่ยวกับน่อง, เกี่ยวกับกระดูก
น่อง
๕๔๑๙. peroneotibial เกี่ยวกับกระดูกน่องและ
กระดูกแข้ง
๕๔๒๐. peroral ผ่านทางปาก
๕๔๒๑. per os ทางปาก
๕๔๒๒. perosseous ผ่านทางกระดูก
๕๔๒๓. per rectum ผ่านทางเร็กตัม, ผ่านทาง
ไส้ตรง
๕๔๒๔. perspiration การออกเหงื่อ, เหงื่อ
๕๔๒๕. perspiration, insensible การออก
เหงื่อที่ไม่รู้สึก
๕๔๒๖. perspiration, sensible การออกเหงื่อ
ที่รู้สึก
๕๔๒๗. per tubam ผ่านทางหลอด
๕๔๒๘. perturbation การเบี่ยงหลอดมดลูก
๕๔๒๙. pertussis ไอกรน
๕๔๓๐. perversion ความวิถถาร
๕๔๓๑. perversion, sexual ความวิถถารทาง
เพศ
๕๔๓๒. pervert คนวิถถาร
๕๔๓๓. pervious ซึมผ่านได้
๕๔๓๔. pest กาฬโรค, สัตว์รังควาญ
๕๔๓๕. pest house สถานพยาบาลกาฬโรค
๕๔๓๖. pesticide ยาฆ่าสัตว์รังควาญ
๕๔๓๗. pestiferous ซึ่งนำโรคติดต่อร้ายแรง
๕๔๓๘. pestilence โรคติดต่อร้ายแรง
๕๔๓๙. pestilential ซึ่งติดต่อร้ายแรง
๕๔๔๐. pestle ลูกโกร่ง
๕๔๔๑. petechia กาฬแดง, ดวงเลือดซึมใต้หนัง
๕๔๔๒. petechial ลักษณะเป็นดวงเลือดซึมใต้
หนัง, ลักษณะเป็นกาฬแดง
๕๔๔๓. petrification การกลายเป็นหิน
๕๔๔๔. petrogenous เกิดจากหิน

๕๔๔๕. petrous คล้ายหิน
๕๔๔๖. phacitis แก้วตาอักเสบ
๕๔๔๗. phacocyst ถุงหุ้มแก้วตา
๕๔๔๘. phacocystectomy การผ่าถุงหุ้มแก้วตา
๕๔๔๙. phacocystitis ถุงหุ้มแก้วตาอักเสบ
๕๔๕๐. phacohyemenitis ถุงหุ้มแก้วตาอักเสบ
๕๔๕๑. phacoid คล้ายเส้นสี, คล้ายเมล็ดถั่ว
๕๔๕๒. phacoiditis แก้วตาอักเสบ
๕๔๕๓. phacoma เนื้องอกในแก้วตา
๕๔๕๔. phacomalacia แก้วตาน่วม
๕๔๕๕. phacosclerosis แก้วตากระด้าง
๕๔๕๖. phacoscope กล้องตรวจดูแก้วตา
๕๔๕๗. phacoscopy การใช้กล้องตรวจดูแก้วตา
๕๔๕๘. phacotherapy การรักษาด้วยแสงอาทิตย์
๕๔๕๙. phagocyte เซลล์กลืนทำลาย
๕๔๖๐. phagocytic เกี่ยวกับเซลล์กลืนทำลาย
๕๔๖๑. phagocytize กลืนทำลาย
๕๔๖๒. phagocytolytic ละลายเซลล์กลืนทำลาย
๕๔๖๓. phagocytose กลืนทำลาย
๕๔๖๔. phagocytosis การกลืนทำลาย
๕๔๖๕. phagology วิทยาการกิน, วิทยาการให้อาหาร
๕๔๖๖. phagolysis การละลายเซลล์กลืนทำลาย
๕๔๖๗. phagomania โรคน้ำกิน
๕๔๖๘. phagophobia โรคกลัวการกิน
๕๔๖๙. phagopyrism, phagopyrismus ภูมิแพ้อาหาร
๕๔๗๐. phagopyrosis อาการแสบร้อนท้องหลังกิน
๕๔๗๑. phagotherapy การรักษาด้วยอาหาร
๕๔๗๒. phakitis แก้วตาอักเสบ
๕๔๗๓. phalacrosis อาการผมร่วง
๕๔๗๔. phalangeal เกี่ยวกับกระดูกนิ้ว
๕๔๗๕. phalangectomy การตัดกระดูกนิ้ว
๕๔๗๖. phalanges กระดูกนิ้ว
๕๔๗๗. phalangette กระดูกนิ้วชั้นปลาย, กระดูกปลายนิ้ว,
๕๔๗๘. phalangitis กระดูกนิ้วอักเสบ
๕๔๗๙. phalanx กระดูกนิ้ว
๕๔๘๐. phallalgia อาการปวดองคชาต
๕๔๘๑. phallectomy การตัดองคชาต
๕๔๘๒. phallic เกี่ยวกับองคชาต
๕๔๘๓. phaliform รูปคล้ายองคชาต
๕๔๘๔. phallitis องคชาตอักเสบ
๕๔๘๕. phalldynia อาการปวดองคชาต
๕๔๘๖. phalloid คล้ายองคชาต
๕๔๘๗. phallosus เนื้องอกองคชาต
๕๔๘๘. phalloplasty ศัลยกรรมตกแต่งองคชาต
๕๔๘๙. phalorrhagia การตกเลือดจากองคชาต
๕๔๙๐. phalotomy การผ่าองคชาต
๕๔๙๑. phallus องคชาต
๕๔๙๒. phaneros เห็นได้, ตามที่ปรากฏ
๕๔๙๓. phanic เห็นได้, ตามที่ปรากฏ
๕๔๙๔. phantasia ภาพหลอน
๕๔๙๕. phantom ภาพหลอน, หุ่นส่วนร่างกาย
๕๔๙๖. pharmacal เกี่ยวกับเภสัชกรรม
๕๔๙๗. pharmaceutic, pharmaceutical เกี่ยวกับเภสัชกรรม, เกี่ยวกับยา
๕๔๙๘. pharmacist เภสัชกร
๕๔๙๙. pharmacist เภสัชกร
๕๕๐๐. pharmacchemistry เภสัชเคมี
๕๕๐๑. pharmacodiagnosis การวินิจฉัยโรคด้วยยา
๕๕๐๒. pharmacodynamic เกี่ยวกับฤทธิ์ยา
๕๕๐๓. pharmacodynamics เภสัชฤทธิ์วิทยา
๕๕๐๔. pharmacognosics เภสัชวินิจฉัย
๕๕๐๕. pharmacognosy เภสัชวินิจฉัย
๕๕๐๖. pharmacography เภสัชวรรณนา
๕๕๐๗. pharmacologist นักเภสัชวิทยา
๕๕๐๘. pharmacology เภสัชวิทยา
๕๕๐๙. pharmacomania โรคน้ำยา
๕๕๑๐. pharmacon ยา
๕๕๑๑. pharmacopeia, pharmacopoeia ฟาร์มาโคเปีย, ตำหรับยาหลวง
๕๕๑๒. pharmacophobia โรคกลัวยา
๕๕๑๓. pharmacy เภสัชกรรม, เภสัชกรรมสถาน
๕๕๑๔. pharyngalgia อาการเจ็บคอหอย
๕๕๑๕. pharyngeal เกี่ยวกับคอหอย

๕๕๑๖. pharyngectomy การตัดคอหอย
๕๕๑๗. pharyngemphraxis การอุดกั้นคอหอย
๕๕๑๘. pharyngism คอหอยบีบเกร็ง
๕๕๑๙. pharyngismus คอหอยบีบเกร็ง
๕๕๒๐. pharyngitic เกี่ยวกับคอหอยอักเสบ
๕๕๒๑. pharyngitis คอหอยอักเสบ
๕๕๒๒. pharyngodynia อาการเจ็บคอหอย
๕๕๒๓. pharyngo—esophageal เกี่ยวกับคอหอยร่วมหลอดอาหาร
๕๕๒๔. pharyngoglossal เกี่ยวกับคอหอยร่วมลิ้น
๕๕๒๕. pharyngolaryngeal เกี่ยวกับคอหอยร่วมกล่องเสียง
๕๕๒๖. pharyngolaryngitis คอหอยและกล่องเสียงอักเสบ
๕๕๒๗. pharyngology วิทยาว่าด้วยคอหอย
๕๕๒๘. pharyngomycosis คอหอยติดเชื้อรา
๕๕๒๙. pharyngonasal เกี่ยวกับคอหอยร่วมจมูก
๕๕๓๐. pharyngo—oral เกี่ยวกับคอหอยร่วมปาก
๕๕๓๑. pharyngopalatine เกี่ยวกับคอหอยร่วมเพดานปาก
๕๕๓๒. pharyngoparalysis อัมพาตคอหอย
๕๕๓๓. pharyngopathy โรคคอหอย
๕๕๓๔. pharyngoplasty ศัลยกรรมตกแต่งคอหอย
๕๕๓๕. pharyngoplegia อัมพาตคอหอย
๕๕๓๖. pharyngorhinitis โพรงจมูกร่วมคอหอยอักเสบ
๕๕๓๗. pharyngorrhagia อาการตกเลือดจากคอหอย
๕๕๓๘. pharyngorrhoea อาการเสมหะไหลจากคอหอย
๕๕๓๙. pharyngoscope กล้องตรวจคอหอย
๕๕๔๐. pharyngoscopy การใช้กล้องตรวจคอหอย
๕๕๔๑. pharyngospasm หอคอยหดเกร็ง
๕๕๔๒. pharyngostenosis คอหอยตีบ
๕๕๔๓. pharyngotome มีดผ่าคอหอย
๕๕๔๔. pharyngotomy การผ่าคอหอย
๕๕๔๕. pharynx คอหอย
๕๕๔๖. phasmophobia โรคกลัวผี
๕๕๔๗. phatne หลุมรากฟัน
๕๕๔๘. phatnoma หลุมรากฟัน
๕๕๔๙. phatnorrhagia อาการตกเลือดจากหลุมรากฟัน
๕๕๕๐. phenologist นักชีวอากาศวิทยา
๕๕๕๑. phenology ชีวอากาศวิทยา
๕๕๕๒. phial ขวดเล็ก
๕๕๕๓. philoneism โรคชอบความใหม่
๕๕๕๔. philter, philtre ยาแฝด
๕๕๕๕. philtrum ยาแฝด, ร่องริมฝีปากบน
๕๕๕๖. phimosis หนังหุ้มปลายตีบ
๕๕๕๗. phimotic เกี่ยวกับหนังหุ้มปลายตีบ
๕๕๕๘. phlebectomy การตัดหลอดเลือดดำ
๕๕๕๙. phlebemphraxis การอุดหลอดเลือดดำ
๕๕๖๐. phlebepatitis หลอดเลือดดำของตับอักเสบ
๕๕๖๑. phlebitic เกี่ยวกับหลอดเลือดดำอักเสบ
๕๕๖๒. phlebitis หลอดเลือดดำอักเสบ
๕๕๖๓. phlebocarcinoma มะเร็งหลอดเลือดดำ
๕๕๖๔. phleboclysis การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
๕๕๖๕. phlebogenous เกิดในหลอดเลือดดำ
๕๕๖๖. phlebology วิทยาหลอดเลือดดำ
๕๕๖๗. phlebometritis หลอดเลือดดำของมดลูกอักเสบ
๕๕๖๘. phlebonarcosis การบริหารยาสลบทางหลอดเลือดดำ
๕๕๖๙. phleboplasty การตกแต่งหลอดเลือดดำ
๕๕๗๐. phleborrhagia การตกเลือดจากหลอดเลือดดำ
๕๕๗๑. phleborrhaphy การเย็บซ่อมหลอดเลือดดำ
๕๕๗๒. phleborrhexis หลอดเลือดดำแตก
๕๕๗๓. phlebosclerosis หลอดเลือดดำกระด้าง
๕๕๗๔. phlebostasia เลือดคั่งในหลอดเลือดดำ
๕๕๗๕. phlebostasis เลือดคั่งในหลอดเลือดดำ

๕๕๗๖. phlebostenosis หลอดเลือดดำตีบ
 ๕๕๗๗. phlebotrepsis การบิดหลอดเลือดดำ
 ๕๕๗๘. phlebothrombosis ลิ่มเลือดอุดตันหลอด
 เลือดดำ
 ๕๕๗๙. phlebotome มีดผ่าหลอดเลือดดำ
 ๕๕๘๐. phlebotomist นักผ่าหลอดเลือดดำ
 ๕๕๘๑. phlebotomize ผ่าหลอดเลือดดำ, ผ่าเอา
 เลือดออก
 ๕๕๘๒. phlebotomy การผ่าหลอดเลือดดำ, การ
 ผ่าเอาเลือดออก
 ๕๕๘๓. phlegm เสมหะ, เสมหะธาตุ
 ๕๕๘๔. phlegmatic อ้วนอ้วนอ้วน
 ๕๕๘๕. phlogistic อักเสบ
 ๕๕๘๖. phlogogenic ทำให้อักเสบ
 ๕๕๘๗. phlogosis การอักเสบ
 ๕๕๘๘. phlogotherapy การรักษาโดยเร่งการ
 อักเสบ
 ๕๕๘๙. phlogotic อักเสบ
 ๕๕๙๐. phlycten เมล็ดพอง, เม็ดตุ่มน้ำใส, เมล็ด
 ที่เยื่อหุ้มตา
 ๕๕๙๑. phlyctena เมล็ดพอง, เม็ดตุ่มน้ำใส,
 เมล็ดที่เยื่อหุ้มตา
 ๕๕๙๒. phlyctenar เกี่ยวกับเมล็ดพอง, เกี่ยวกับ
 เม็ดตุ่มน้ำใส
 ๕๕๙๓. phlyctenular มีเมล็ดพอง, มีเม็ดตุ่ม
 น้ำใส
 ๕๕๙๔. phobia โรคกลัว, อาการกลัวผิดธรรมดา
 ๕๕๙๕. phobic เกี่ยวกับโรคกลัว
 ๕๕๙๖. phonal เกี่ยวกับเสียงพูด
 ๕๕๙๗. phonasthenia เสียงแห้ง
 ๕๕๙๘. phonation การออกเสียงพูด
 ๕๕๙๙. phonatory เกี่ยวกับการออกเสียงพูด
 ๕๖๐๐. phonic เกี่ยวกับเสียงพูด

อ.ก.

โปรดแก้คำผิด

ในสารคดีวิราช ฉบับที่ ๖, มิถุนายน ๒๕๐๖ เรื่อง “นวัตประภคยด้วย
 กรคยริคและเกล็อยเวท” ในตารางแสดงผล หน้า ๓๔๖, ผู้บวยที่เป็นเกาท์
 ๒๓ ราย นัน โปรคแก้เลขเป็น ๓๒ ราย ควย.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๐๖

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๒,๖๐๑	๑,๖๔๓	๑,๗๖๗	๑,๔๒๕	๑,๗๕๕	๔๕๓	๘,๗๕๔
เก่า	๕,๐๗๗	๒,๖๘๕	๓,๗๕๒	๒,๓๔๓	๔,๑๑๔	๗๐๗	๑๗,๗๐๒	
รวม	๗,๖๗๘	๔,๓๒๘	๕,๕๑๙	๓,๗๖๘	๕,๘๖๙	๑,๓๖๐	๒๖,๔๕๖	
ใน	๓๑๔	๓๕๓	๑,๔๔๕	๑๗๕	๔๖๒	—	๒,๗๕๑	

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๑๗. จักษุฯ ๖๓๕. สูติ—นารีฯ ๕๓๑. รวม ๑๖๘๓ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๕๓๐, หญิง ๕๒๖, รวม ๑,๐๕๖. คลอดตาย, ชาย ๑๔, หญิง ๘, รวม ๒๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๗๕ คน (๖.๗๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๑๕ ราย (๓๘.๖๗ ปช. ของที่ตาย).

๕. การฉายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๗๗ ครั้ง. ข้างนอก ๑๕ ครั้ง. เจาะจากญาติ ๕๓ ครั้ง. เจาะจาก
 ญาติไทย ๓๒๑ ครั้ง, รวม ๕๑๐ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๗๗๓ คน. รักษาใหม่ ๖๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๖๘ คน.
 รักษาเดิมรักษา ๑๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๑ คน. ไดอะเทอร์มีรี รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่
 เก่า — คน. รادیโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๕๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๔๘ คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษา
 ใหม่ ๓๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๖๖ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๑๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖๗๒๕ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๕ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๘๖๕ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑๕๗๔ ราย
 (จากภายนอก ๒๕๗ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๔๑ ราย, แอ็กกลูตินเนชัน —. วัชเชอร์แมนและกาห์น
 ๒๖๗๗. หมู่เลือด ๓๗. นับเม็ดเลือด ๒. วัตสันโมโกลบิน ๕. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด —. หา
 เชื้อบักเตรี —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๔๕, การตรวจไวรัสคัมบี ๑ ราย การตรวจวิธี พี.บี.ที. ๕ ราย การตรวจ
 อาหาร.เอช ๑ ราย อุจจาระ ๑, บัสสาวะ ๕, เสมหะและอื่น ๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๓๕, อุจจาระ
 ๒๑๗, บัสสาวะ ๕๕, น้ำไขสันหลัง ๕๖, เสมหะและอื่น ๆ ๕๗๗. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๕. นีดสัตว์ทดลอง
 ๓. เพาะเชื้อบิด ๑๖. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๐. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี ๒๐. ตรวจศพนิติเวช ๔๓.
 ตรวจจิวติพยาณ ๘. ตรวจวิเคราะห์ ๓๑. ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๖๓.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะทรวง ๓๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๖. เจาะตับ ๕.
 เจาะน้ำช่องปอด ๕. อัดลมเข้าช่องปอด ๓. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๕. นีดยาทั่วไป
 ๓๔๕. นีดยาซึบฟิลิส —. เบาหวาน ๑,๗๖๑ คลินิกวัณโรค ๓๖๐

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๓๓. ถอนฟัน ๗๔๖. อุดฟัน ๒๖๗. ผ่าตัดช่องปาก ๕๑.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ)

การประชุมทางวิชาการ ในเดือน

มิถุนายน ๒๕๐๖ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้จัดให้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือน ๒ ครั้ง:

ครั้งที่ ๑ เมื่อวันศุกร์ที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๐๖, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “เหตุตายบางประการในศิริราช”, ผู้เสนอ: ศาสตราจารย์ น.พ. สงกรานต์ นิยมเสน แห่งสำนักกนิษฐวิทยา, แผนกพยาธิวิทยา.

ครั้งที่ ๒ เมื่อวันศุกร์ที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๐๖, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “การศึกษาพยาธิวิทยาของโรคตับในประเทศไทย, ตอนที่ ๒, เซอร์โรสิส และมะเร็งของตับ - ทบทวนความเชื่อดั้งเดิมและผลการตรวจของโรงพยาบาลศิริราช”, ผู้เสนอ: น.พ. ฐิติ ภูมรประวัต และ พ.ญ. ประภาศรี นิมสมบรรณ์ แห่งแผนกพยาธิวิทยา.

อนึ่ง, เมื่อวันศุกร์ที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๐๖ เวลา ๑๖.๑๐ น. ได้มีการแสดงปาฐกถาพิเศษเรื่อง “ชนพื้นเมืองในออสเตรเลีย.” ผู้แสดงคือ น.พ. ม.ร.ว.

วีรพันธุ์ ทวีวงศ์, อาจารย์ประจำแผนกกายวิภาคศาสตร์. ปาฐกถาได้เคยไปศึกษาต่อในวิชามนุษยวิทยาทางกายภาพ ณ มหาวิทยาลัย อะคีเลค, ประเทศออสเตรเลีย และได้ร่วมในการสำรวจชนพื้นเมืองของออสเตรเลียที่เบสวิกและยูเอเนคม.

การให้ว่การศึกษานใหม่ เมื่อวันที่

พฤหัสบดีที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๐๖, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กระทำพิธีให้ว่การสำหรับนักศึกษาแพทย์, โดยมีกำหนดการสังเขป คือ: (๑) เวลา ๗.๑๕ น. ตักบาตร (๒) เวลา ๘.๑๕ น. สักการะและบังสกล (๓) เวลา ๘.๓๐ น. เริ่มพิธีให้ว่การ (๔) คณะให้โอวาท (เมื่อพิธีให้ว่การจบ). ปรากฏว่าชน ได้มีนักศึกษาแพทย์และบรรดาอาจารย์เข้าร่วมพิธีอย่างพร้อมเพรียงยิ่งกว่าในปีก่อน ๆ.

สมเด็จพระบรมราชินีนาถเสด็จพระราชดำเนินพระราชทานอนุปริญญาบัตร

เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๐๖ เวลา ๑๕.๐๐ น., สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ ได้เสด็จพระ

ราชดำเนินสี่ หอประชุมราชแพทยาลัย,
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.
ในโอกาสนี้ อธิการบดี, คณบดี และผู้
อำนวยการโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์
และอนามัย พร้อมด้วยบรรดาอาจารย์และ
นักศึกษา ได้เฝ้ารับเสด็จอย่างพร้อม
เพรียง.

อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
เป็นผู้รายงานกราบบังคมทูล, ผู้อำนวยการ
โรงเรียน ฯ กราบบังคมทูลเสนอรายชื่อผู้
สำเร็จตามหลักสูตร, สมเด็จพระนางเจ้า ฯ
พระราชทานอนุปริญาบัตรและประกาศ-
นียบัตร. เสร็จแล้วผู้รับอนุปริญาและ
ประกาศนียบัตรกล่าวคำปฏิญาณ. ต่อจาก
นั้นพระราชทานรางวัลแก่ผู้ศึกษาดี และ
พระราชทานพระราชโขนวาทแล้วเสด็จกลับ.

ข่าวอาจารย์

๑. ศาสตราจารย์ น.พ. แดง กาญ-
จนารัตน์ ได้รับเชิญให้เป็นสมาชิกกิตติม
ศักดิ์ของนิวยอร์กโซไซเอตี้ฟอ คลินิกัล
ฮอฟ อิลโมโลยี.

๒. ศาสตราจารย์ น.พ. อวย เกตุ-
สิงห์ ได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการที่ปรึกษา
ของอินเตอร์เนชันลโซไซเอตี้ฮอฟไอบีโอ-

เมธิโอโรโลยี สำหรับสมัย ๑๙๖๓/
๖๖.

๓. พ.ญ. ม.ร.ว. จันทรวินิจฉัย เกษม
สันต์ แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์ได้รับทุน
เอ็น.ไอ.เอส. เพื่อไปทำการวิจัยเรื่องกลู-
ตาการเนโพรสิสในเด็ก ที่มหาวิทยาลัย
เท็กซัสมีกำหนด ๑ ปี.

๔. พ.ญ. กาญจนา สืบสงวน แห่ง
แผนกกุมารเวชศาสตร์ได้รับทุนของรัฐบาล
สวีเดน เพื่อศึกษาวิชาพันธุศาสตร์ทาง
แพทยมีกำหนด ๑ ปี.

๕. น.พ. อนันต์ ส่งแสง แห่งแผนก
กายวิภาคศาสตร์ เดินทางไปศึกษาวิชา
รังสี - กายวิภาคศาสตร์ และอโศตราดิโอ-
กราฟีเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกาโดยทุน
ส่วนตัว. ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๑๖ มิถุ-
นายน ๒๕๐๖.

๖. น.พ. ดำรง กิจกศล แห่งแผนก
ศัลยศาสตร์ ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้แทน
มูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการ ฯ เข้าร่วมประ-
ชุมการประชุมสากลครั้งที่ ๕ ของสมาคม
นานาชาติสำหรับการอนุเคราะห์คนพิการ
ณ กรุงโคเปนเฮเก้น, ประเทศเดนมาร์ค,
ซึ่งมีการประชุมในวันที่ ๒๓-๒๕ มิถุนายน
๒๕๐๖, ในวันสุดท้ายได้ทำหน้าที่รอง

ประธานของที่ประชุมด้วย. หลังจากนั้นไป
เข้ารับการอบรมตามหลักสูตรอวัยวะเทียม
ในประเทศเคนมาร์ค และปฏิบัติงานช่วยคน
พิการในประเทศเยอรมนี. นายแพทย์ดำรง
กิจกุลได้ออกเดินทางจากกรุงเทพฯ เมื่อ
วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๐๖.

พระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์

น.พ. ประเสริฐ กังสดาลัย เมื่อวัน

๒๖ มิถุนายน ๒๕๐๖ เวลา ๑๘.๐๐ น.,
แผนกอายุรศาสตร์ได้จัดงานขอพระราช-
ทานเพลิงศพศาสตราจารย์ น.พ. ประเสริฐ
กังสดาลัย ท.จ., ป.ม., อดีตหัวหน้าแผนก
วิชาอายุรศาสตร์ ณ วัดมกุฏกษัตริยาราม
โดยมีกำหนดงานสังเขป คือ: วันที่ ๒๖
มิถุนายน ๒๕๐๖ เวลา ๑๘.๐๐ น. กง-
ศพบำเพ็ญการกุศล, เวลา ๑๙.๐๐ น.
สวดพระอภิธรรม. รุ่งขึ้นวันที่ ๒๗ มิถุนา-
ยน ๒๕๐๖ เวลา ๑๐.๓๐ น. พระสังฆ
เจริญพระพุทธมนต์, เวลา ๑๑.๐๐ น.
ถวายภัตตาหาร, เวลา ๑๓.๐๐ น. มีพระ-
ธรรมเทศนาและบังสกุณ, เวลา ๑๖.๓๐
น. พระราชทานเพลิง. ในงานนี้ได้มีบรรดา
อาจารย์, นักศึกษาแพทย์และญาติมิตร
แห่งท่านศาสตราจารย์ผู้ล่วงลับไปแล้ว,

ไปส่งสักการะศพอย่างพร้อมเพรียง.

เนื่องในโอกาสนี้นายแพทย์เวช วชิ-
ภุมิแห่งแผนกอายุรศาสตร์ได้ส่งคำกลอน
สดุดีเกียรติคุณของอดีตอาจารย์และหัว-
หน้าแผนกมาให้สารศิริราชช่วยเผยแพร่
ต่อไป.

แต่ “คุณครู” - ศาสตราจารย์ประเสริฐ
กังสดาลัย

ขอกล่าวกลอน วอนมิตร ศิษย์ศิริราช
สถิตปราชญ์ เบื้องแพทย์ แปรสถาน
อันนามเทอด ประเสริฐ กังสดาลัย
นามนี้สาน นานาราก บาดด้วยตรอง

ประเสริฐสร้าง ทางระบบ ครอบอายุรศาสตร์
เนรมิตรมาตร หลายพินิจ ศิษย์สนอง
ทั้งคลินิก ก่อพลิก กัปปกครอง
สมพ้อง วัฒนา สานศิษย์ไกล

เด่นพิเศษ ที่เวช ไครดิงผอง
คือเด่นตรอง ตรวจโรค โฉลกท่านใส
ท่านสอนศิษย์ ให้คิด หูตาไว
วินิจฉัย โรคความ ขามฉับพลัน

ศิษย์ขออน้อม กล่อมกลอนนี้ อัญชลีสรวง
วิญญาณดวง ได้สู้ คู่สวรรค์
แม้ไม่มีเกิด เลิศหน้า ชะตาพัน
ให้อาถรรพ์ ประเสริฐ เชิดแพทยาลัย

อาคันตุกะ เมื่อวันศุกร์ ที่ ๑๔ มิถุนายน
๒๕๐๖ ศาสตราจารย์ ดร. จอห์น ไบร-
เบ็คค์, หัวหน้าแผนกสรีรวิทยา, มหา
วิทยาลัยเพนซิลเวเนีย, ซึ่งเดินทางกลับ

จากการไปปฏิบัติการพิเศษที่โรงเรียนแพทย์ทหารไทย, ได้เข้าเยี่ยมคณะฯ และชมกิจการของแผนกสรีรวิทยา. คณะก็ได้ให้การต้อนรับและจัดอาหารกลางวันรับรองที่หอประชุมราชแพทยาลัย.

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคสิ่งของบำรุงหน่วยภาพการแพทย์ คือ : น.พ. สมชัย บวรภักดี ให้กล้องถ่ายภาพรังสีเอกซ์แบบ ๒ ๑ เครื่องพร้อมเลนส์ถ่ายภาพ ๑ อัน. น.พ. ทวงพินันท์ โทณวนิก ให้กรอบใส่สไลด์ ๒๔ อัน และหลอดไฟฉายภาพยนตร์ ๑๖ มม. ๑ หลอด.

นายมานิต ทวงทอง ได้มอบเงินจำนวน ๑,๐๐๐ บาท ให้แผนกกายวิภาคศาสตร์

เพื่อใช้สำหรับกิจการของแผนก.

ศาสตราจารย์ น.พ. แดง กาญจนารัตน์ ให้หนังสืออนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพคุณหญิงสงวน วินิจฉัยกุล ๒ เล่ม แก่ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช).

น.พ. ประพันธ์ อารีย์มิตร ให้หนังสือแก่นพุทธศาสตร์ ๑๐ เล่ม, ส่วนสำคัญของพระพุทธศาสนาที่ทุกคนควรรู้ และใจความของพุทธศาสนา ๑๖ เล่ม, การทำบุญการทำความดีที่สูงสุด ๖๒ เล่ม แก่ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช).

สมาชิวงศศิลปนิพนธ์ ให้หนังสือความมหัศจรรย์ในโลก ๑ เล่ม แก่ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช).

ศิษย์เก่า

เกียรตินิยม นายโกวิท พันธมนาวิน, ศิษย์เก่าของศิริราช ซึ่งได้ทุนของรัฐบาลออสเตรเลียไปศึกษาวิชาแพทย์ที่มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ได้สอยได้ไ้เป็นแพทย์

แล้วพร้อมด้วยเกียรตินิยมอันดีหนึ่ง และเวลานี้ได้รับเลือกเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านซันตัน (เจเนียร์ เรสซิเด้นท์) ประจำรอยัลปรินซ์แอลเฟร็ด ฮอสปิเทล, ซิดนีย์.

จากการไปปฏิบัติการพิเศษที่โรงเรียนแพทย์ทหารไทย, ได้เข้าเยี่ยมคณะฯ และชมกิจการของแผนกสรีรวิทยา. คณะก็ได้ให้การต้อนรับและจัดอาหารกลางวันรับรองที่หอประชุมราชแพทยาลัย.

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคสิ่งของบำรุงหน่วยภาพการแพทย์ คือ : น.พ. สมชัย บวรภักดี ให้กล้องถ่ายภาพรังสีแบบ ๒ ๑ เครื่องพร้อมเลนส์ถ่ายภาพ ๑ อัน. น.พ. ทวงพินันท์ โทณวนิก ให้กรอบใส่สไลด์ ๒๔ อัน และหลอดไฟฉายภาพยนตร์ ๑๖ มม. ๑ หลอด.

นายมานิต ดวงทอง ได้มอบเงินจำนวน ๑,๐๐๐ บาท ให้แผนกกายวิภาคศาสตร์

เพื่อใช้สำหรับกิจการของแผนก.

ศาสตราจารย์ น.พ. แดง กาญจนารัตน์ ให้หนังสืออนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพคุณหญิงสงวน วินิจฉัยกุล ๒ เล่ม แก่ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช).

น.พ. ประพันธ์ อารีย์มิตร ให้หนังสือแก่นพุทธศาสตร์ ๑๐ เล่ม, ส่วนสำคัญของพระพุทธศาสนาที่ทุกคนควรรู้ และใจความของพุทธศาสนา ๑๖ เล่ม, การทำบุญการทำกุศลที่สูงสุด ๖๒ เล่ม แก่ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช).

สมาชิวงศศิลปนิพนธ์ ให้หนังสือความมหัศจรรย์ในโลก ๑ เล่ม แก่ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช).

ศิษย์เก่า

เกียรตินิยม นายโกวิท พันธมนาวิน, ศิษย์เก่าของศิริราช ซึ่งได้ทุนของรัฐบาลออสเตรเลียไปศึกษาวิชาแพทย์ที่มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ได้สอยได้ไ้เป็นแพทย์

แล้วพร้อมด้วยเกียรตินิยมอันดีหนึ่ง และเวลานี้ได้รับเลือกเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านซันตัน (เจเนียร์ เรสซิเด้นท์) ประจำรอยัลปรินซ์แอลเฟร็ด ฮอสปิเทล, ซิดนีย์.