



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๐๘ Volume 17, Number 7, July 1965.

พิษคางคก

รายงานผู้ป่วย ๓ ราย

สุจริต วินโกมินทร์ พ.บ.

(ร.พ. สุรินทร์. ผ.อ.ก.: น.พ. ปุ่น ปิยะศิลป์)

พิษของคางคกพบได้ทั้งในและในเลือก
ของคางคกทั่วไป (*Bufo vulgaris*) และ
ของคางคกชนิดใหญ่ (*Bufo aqua*). ท่อม
ที่หนึ่งของมันสามารถขับสารที่เป็นพิษออก
มาหลายชนิดด้วยกันคือ, (๑) กิจิตาลอยด์,
เป็นพวกอนุพันธ์ ซัยโคลเพนตาโน—เฟ-
นันธรีน, ได้แก่ บิวโฟโทอกซินส์, บิวฟาจินส์
และ บิวโฟตาลินส์ ซึ่งเชื่อว่าสังเคราะห์
มาจาก โฆเลสเทอรอล และ มีความ
สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับ กลัยโคไซด์ ของ
กิจิตาลิส ทั้งในโครงสร้างและการออก
ฤทธิ์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับ สะคิลลาวิทิน

เรื่องย่อ. วินโกมินทร์, สุจริต: พิษคางคก.
รายงานผู้ป่วย ๓ ราย. สารศิริราช ๒๕๐๘
(ก.ศ. ๑๕๖๕), ๑๗:๓๗๕-๓๗๕.

เด็กหญิง ๓ ปีนี้เอง, แบ่งกันกินคางคก
ย่าง ๑ ตัว, เกิดอาการถูกพิษขึ้นภายใน ครึ่ง
ถึง หนึ่ง ชม. ผู้มีเพียงอาการคลื่นไส้ อาเจียน
และอ่อนเพลียเล็กน้อย, น้องคนกลางมีอาการ
อาเจียนรุนแรง, ท้องเดิน และ เพลียมาก และ
น้องคนเล็ก มีอาการรุนแรงเกิด คอแล็บัส
และเสียชีวิต. ในบทนี้ได้ทบทวนความรู้ราก
ฐานของพิษคางคก โดยเปรียบเทียบกับพิษ
กิจิตาลิส.

(เชน และ เชน, ๑๕๓๓). ในหนังสือของ
กษัตริย์เหล่านั้นเช่นกัน, แต่มีฤทธิ์อย่าง

อ่อน ๆ (ฟัทเนอร์, ๑๙๑๐). สำหรับใน
คางคกใหญ่ต่อมน้ำลายยังขับ ยิวฟาลิน
ออกมาด้วย.

(๒) อัลคาลอยด์ อื่น ๆ; ได้แก่ ยิว-
โพเตนิน (Handovsky, 1920), ยิวโพเตนิน-
คิน และ ยิวโพไลโอนิน. คางคกบางชนิด
มี เอ็มเฟร็น ด้วย, แต่เนื่องจากมีปริมาณ
น้อย จึงไม่ทำให้เกิดอาการ.

(๓) สารที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดการระคาย
เคืองเฉพาะที่หลายชนิด.

คางคกมีความทนทานต่อพวก กลัย-
โคไซด์ ต่อหัวใจทนทานมากกว่ากบหลาย
เท่า. การต้านทานอยู่ที่เนื้อหัวใจโดยตรง.
คางคกยังมีความทนทานต่อ บีโครท็อก-
ซิน, สตรีคนิน, โคคาอิน และ เฟินโต-
บาร์บิตล มากกว่ากบแต่มีการสนองต่อยา
ที่มีฤทธิ์ที่ประสาทส่วนกลางและระบบ ฮอ-
โมนมิก และต่อ คุราเว เท่ากับกบ. การ
ที่คางคก มีความทนทานต่อ สารบางอย่าง
ได้คั้น คงเป็น เพราะในกาย ของคางคกมี
สารพิษที่ออกมาซึ่งเป็นสารประ-
เภทเดียวกับสารบางอย่างเหล่านั้น.

จะเห็น ได้ว่า ส่วนใหญ่ของ สารพิษใน
คางคกคือพวก ทิจิตาลอยด์. ดังนั้นจึงขอ
ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวกับ ทิจิตาลิส, และ

สาร ประเภท เดียวกันพอเป็นสังเขปดังต่อไปนี้:

(๑) ในกรณีหัวใจล้ม ทิจิตาลิส จะ
เพิ่มอำนาจการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ,
เป็นการเพิ่ม ประสิทธิภาพ การทำงานของ
หัวใจโดยการเพิ่ม ปริมาตร เลือดที่สูบฉีด,
ลดความดันใน เอเทรียม ซวา, ลดความ
ดันเลือดดำในไต, เพิ่มการขับถ่าย
โซเดียม และน้ำ, แก้อาการวิปริตทาง ฮี-
โมคัยนามิกส์ และ เมตาบอลิซึม. การ
เพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดทำให้ความ
ดันเลือดต่ำลง, แต่ผลโดยตรงต่อระบบ
ยังคลุมเครือเลือกคำยังไม่ทราบแน่นอน.

(๒) ใน รายที่ หัวใจ เต้นเสียจังหวะ
(อาร์เรธเมีย), โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน
เอเทรียล ฟลัตเตอร์ และ ไฟบริลเลชัน,
ทิจิตาลิส จะช่วยทำให้การล่อไฟฟ้า
ระหว่าง เอเทรียม และ เวเนทริเคิล ช้าลง
และกด เซลล์-เอ และ เอ-วี โนดส์. ทั้ง ๒
แห่งนี้ ทิจิตาลิส ออกฤทธิ์โดยตรงและ
โดยการกระตุ้นประสาท เวกัล.

อาการถูกพิษ ทิจิตาลิส แบ่งได้เป็นชั้นๆ
ดังนี้.

- (๑) พิษอ่อน. มีเพียงอาการคลื่นไส้.
- (๒) พิษปานกลาง. มีอาการคลื่นไส้,

อาเจียน, ปวดศีรษะ, และวิงเวียน.

(๓) พิษมาก. มีอาการท้องเดิน, เอ็คโตซีก บัทส์ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งจาก เว็นทริเคิล), นัยน์ตาพร่า, ความกดโลหิตต่ำ และมันง.

(๔) พิษรุนแรง. ท้องเดินอย่างมาก, ปวดท้อง, มีการขัดขวางการลึ่นำของ หัวใจ และ เอเทรียล หรือ เว็นทริคูลาร์ ไฟบริลเลชัน.

ความสัมพันธ์ระหว่าง ดิจิตาลิส กับ โปแตสเซียม ไอออน: เขาพบว่า การถูกพิษ ดิจิตาลิส จะเพิ่มความรุนแรงขึ้น เมื่อมีการลดค่าของ โปแตสเซียม ใน เซลล์ หรือใน เซรุ่ม, ซึ่งอาจพบได้ในรายที่มีการขับถ่ายของ โปแตสเซียม มากจากการใช้ยาประเภทสารปรอท, ผลิตโรโอะ-อะไซค์, หรือ คอร์ติโซน, หรือในสภาวะที่ขาด โปแตสเซียม ในเลือด. ในรายเหล่านี้ควรให้ ดิจิตาลิส ในขนาดลดลง หรือให้ โปแตสเซียม ร่วมด้วย.

การรักษาอาการถูกพิษ ดิจิตาลิส ขึ้นรุนแรง: การรักษา เว็นทริคูลาร์ ทาซีคาร์เดีย จากการถูกพิษ ดิจิ-

ทาลิส: ชั้นแรกให้ โพรเนสตีล (โปรคาอิน อะไมด์) เข้าหลอดเลือดดำ (๑๐๐ มล. ในเวลา ๓ นาที). จำนวนที่ใช้ทั้งหมดไม่เกิน ๒ กรัม. ต้องคอยวัดความดันเลือดและตรวจด้วย อี.เค.จี. เป็นระยะ ๆ. ถ้าไม่ไ้ผลจึงใช้ ไคโซเทียม เวอร์เสเนต (EDTA) ในความเข้มข้น ๓๐๐ - ๖๐๐ มก. ใน ๕ ปช. เทกซ์โตรส ในน้ำ ๕๐๐ มล. ให้เข้าหลอดเลือดในเวลาไม่น้อยกว่า ๓ - ๔ ชม. ขนาดทั้งหมดไม่ควรเกิน ๓ ก. พร้อมกันตรวจด้วย อี.เค.จี. เป็นระยะ ๆ. การให้ โปแตสเซียม อาจให้ผลดีในรายเช่นนี้. ในการรักษา เอเทรียล ทาซีคาร์เดีย จากการถูกพิษของ ดิจิตาลิส ร่วมด้วย เอตรีโอ-เว็นทริคูลาร์ บล็อก ให้กิน โปแตสเซียม ขนาด ๔๕ - ๖๐ มิลลิกรัม. (โปแตสเซียม ผลิตโรต ๑ ก. เท่ากับ ๑๓ เอ็มอี.ว. ของโปแตสเซียม.) ให้กินซ้ำได้ใน ๔ ชม. ถ้าไม่ไ้ผลหรือไม่มีลักษณะอาการถูกพิษของ โปแตสเซียม ใน อี.เค.จี. ควรให้ โปแตสเซียม ต่อเป็นระยะ ๆ. สำหรับในรายที่ตัวไม่สามารถให้กินได้, ให้ โปแตสเซียม ๔๐ เอ็มอี.ว. ในเทกซ์โตรส ๕ ปช. ในน้ำ ๕๐๐ มล. เข้าหลอดเลือด

ในเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ชม. การบริหารทาง
หลอดเลือด อาจทำให้รู้สึก ชักแขนข้างที่
ให้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าให้เร็ว ๆ.

รายงานผู้ป่วยถูกพิษคางคก ๓ ราย

รายที่ ๑ เด็กหญิงไทย, อายุ ๗ ปี. (เลขที่
ทั่วไป ๐๐๒๔๕/๐๘ เลขที่ภายใน
๐๐๘๔/๐๘).

ผู้ช่วยเป็นบุตรคนที่ ๒ ในจำนวน ๕ คน.
พี่ชายคนโตอายุ ๕ ปี ได้ย่ำคางคก ๑ ตัว
แบ่งให้น้อง ๆ ๓ คน, คือตัวผู้ช่วยและน้อง
สาวอีก ๒ คน, อายุ ๕ และ ๓ ขวบตาม
ลำดับ. หลังจากกินคางคกย่างได้ประมาณ
๑ ชม. ผู้ช่วยอาเจียนเล็กน้อยและอ่อน-
เพลีย. แพทย์ได้ฉีดยาให้ ๒ ครั้ง, และ
หลังจากได้สังเกตอาการอยู่ประมาณ ๕
ชม. จึงส่งผู้ช่วยมาโรงพยาบาล.

ตามประวัติผู้ช่วยแข็งแรง, ชุกชน, ไม่
เคยเจ็บป่วยร้ายแรง.

การตรวจร่างกาย : อุณหภูมิกาย ๓๖.๕.
(วัดทางรักแร้), ชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที,
เต้นสม่ำเสมอ, หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที.

ลักษณะทั่วไปเด็กโตสมอายุ, ทำทาง
อ่อนเพลีย, ซึม, ชักเล็กน้อย, ไม่เหลือง.

ตรวจระบบอื่น ๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ซีโมโกลบิน
๘.๔ ก.ปช., เม็ดเลือดแดง ๓.๓๗ ล้าน
ต่อ ล.มม., เม็ดเลือดขาว ๑๑,๒๕๐ ต่อ
ล.มม., นิวโทรฟิล ๗๓ ปช., ลิมโฟไซต์
๒๖ ปช., โมโนไซต์ ๑ ปช., ไม่พบเชื้อ
มาลาเรีย.

บัสสาวะมี ฮีโมโกลิน พบตรวจพบไต,
น้ำตาล ๒ บวก (ตรวจหลังจากให้ เด็กช-
โรตรสเข้าหลอดเลือด). ในอุจจาระพบไข่
พยาธิปากขอ.

การวินิจฉัยโรค: การถูกพิษจากการกิน
คางคก.

การรักษาและการดำเนินของโรค: ในวัน
แรกที่รับไว้ใน ร.พ. มีอาเจียนและท้องเดิน
เล็กน้อย. ได้ให้น้ำเกลือทางหลอดเลือด
และให้ยาพวก ฟีนobarbิโทน ระงับ
อาเจียน. วันรุ่งขึ้นมีไข้หนาวสั่นจากการให้
น้ำเกลือ. อาการทั่วไปค่อยดีขึ้นเหลือแต่
อาการเบื่ออาหาร, อ่อนเพลีย. อยู่ ร.พ.
ได้ ๓ วันก็กลับบ้าน. ๒๕ วัน ต่อมาผู้ช่วย
ได้มารับการตรวจยังคงมีอาการอ่อนเพลีย
และเบื่ออาหารอยู่บ้าง.

รายที่ ๒ เก๊กหญิงไทย, อายุ ๕ ปี. (เลขที่
ทั่วไป ๐๐๒๔๖/๐๘ เลขที่ภายใน
๐๐๐๘๓/๐๘). เป็นน้องสาวของผู้ป่วย
รายแรก.

หลังจากกินคางคกอย่างประมาณครึ่ง-
ตัวโม่ มีอาเจียนมาก, น้ำลายเหนียว,
ท้องแข็งอย่างแรง, พยคายนไต, ไม่พค
จา. เมื่อถามพคได้ ๒-๓ คำเสียงก็เงียบ
หายไป. หน้าซีด, ตัวอ่อนปวกเปียก, ไม่
ล้มตา, ไม่ค่อยรู้สึกตัว. เศษอาหารที่
อาเจียนออกมา มีทั้งหนังและไขคางคก.
แพทย์ให้การรักษาและสังเกตผู้ป่วยอยู่
ประมาณ ๕ ชม., เมื่อไม่ทุเลาจึงส่ง ร.พ.

การตรวจร่างกาย: อดหนักมีกาย ๓๗.๕
ซ., ชีพจร ๕๔ ครั้งต่อนาที, เต้นไม่สม่ำเสมอ.,
หายใจ ๒๔ ครั้ง ต่อนาที, ความ
ดันเลือด ๗๐/๖๐ มม.ปรอท. ลักษณะ
ทั่วไปเคยโตสมอายุ, ไม่ค่อยรู้สึกตัว, ไม่
ล้มตา, ไม่พคจา, ทำทางอึโรยมาก,
นั่งไม่อยู่. ทำท่าขย้ออาเจียนบ่อย, ตัว
ไม่เขียว, ตาไม่เหลือง. ตรวจหัวใจพบ
อาร์ริธเมีย, ไม่มี คิฟพิวส์ ฟลิเสชั่น,
ไม่พบ เมอร์เมอร์. ระบายอื่น ๆ ตรวจไม่พบ
สิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ซีโมโกล-
บิน ๑๐.๔ ก.ปซ., เม็ดเลือดแดง ๔.๗๕/
ล้านต่อล.มม., เม็ดเลือดขาว ๑๒,๕๕๐/
ล.มม., นิวโทรฟิล ๗๒ ปซ., ลียมโฟไซท์
๒๖ ปซ., โมโนไซท์ ๒ ปซ., ไม่พบ
เชอมาลาเรีย. ชีสสาวะ มีไข่ขาวพคตรวจ
พบ, น้ำตาล ๒ บวก (ตรวจหลังจากให้
เท็กซโตรส เข้าหลอดเลือด).

การวินิจฉัยโรค: การถูกพิษจากคางคก
คางคก.

การรักษาและการดำเนินของโรค: ได้ให้
การรักษาประคับประคองเช่นเดียวกับราย
แรก, และได้ให้ เพนิซิลลิน. หลังจากรับ
ไว้ใน ร.พ. ได้ ๑๐ ชม. ความดันเลือด
วัดได้ ๕๒/๐ มม.ปรอท, ชีพจรเต้นไม่
สม่ำเสมอ. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว, แขนขาไม่
กระดกกระดิก. มีไข้ต่ำตลอดเวลา. มี
หายใจหอบเป็นบางครั้งและมีกระตักเป็น
ครั้งคราว. จึงได้ให้ ซัยโตรอะครีสน เข้า
หลอดเลือด.

ในวันรุ่งขึ้นอาการยังไม่ทุเลา, ชีพจร
และความดันเลือดยังคงเป็นเช่นวันแรก.
ตกกลางคืนตัวเย็นจัด, หายใจช้า, ทำทาง

อ่อนเพลียมากจน. อาเจียนอีก ๒ ครั้ง
เป็นน้ำสีเขียว ๆ. ความดันเลือดลดลง
เหลือ ๖๐/๐ มม.ปรอท. การรักษายัง
คงให้ตามเดิม.

ในวันที่สามอาการเริ่มดีขึ้น, ไม่
อาเจียน, ค่อยรู้สึกตัวแต่ไม่ยอมกินอะไร.
ชีพจรยังคงเต้นไม่ปกติ. ความดันเลือด
๕๐/๐ มม.ปรอท.

ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ ๔ วัน จึงกลับ
บ้าน. ๒๕ วันต่อมาตรวจพบว่ามีอ่อนเพลีย,
เบื่ออาหาร, ไม่ค่อยรำเริง.

รายที่ ๓ เด็กหญิงไทยอายุ ๓ ปี, เป็น
น้องของผู้ป่วยรายที่ ๑ และ ๒. อาการ
ต่าง ๆ เป็นแบบเดียวกันกับรายที่ ๒ โดย
เริ่มมีอาการหลังจากกินคางคกประมาณ
๓๐ นาที. แต่อาการรุนแรงมาก, ถ่าย
กะปริบกะปรอยตลอดเวลา. และได้ถึง
แก่กรรมในระหว่างทางขณะส่งไป ร.พ.
หลังจากกินคางคกประมาณ ๕ ชม.

วิจารณ์

เรื่องคางคกมีพิษเป็นที่ทราบกันมานาน
แล้ว, แต่มักไม่ค่อยได้พบบ่อยนัก. ก่อน
หน้านั้นเคยมีข่าวในหนังสือพิมพ์ฉบับหนึ่งว่า

มีผู้เสียชีวิตจากการนำเอาคางคกมาฝัก
พริกกินเพื่อรักษาโรคหืด สำหรับเหตุ-
การณ์เกิดขึ้นในรายงานนี้, เนื่องจากทั้ง
แพทย์ผู้ให้การรักษาในตอนแรก และ
แพทย์ที่โรงพยาบาลต่างก็ไม่เคยมีประสพ
การณ์มาก่อน, ผู้ป่วยจึงเสียชีวิตไป ๑ ราย,
เพราะส่งผู้ป่วยไป ร.พ. ซ้ำเกินไป, ด้วย
คิดว่าไม่มีอันตรายร้ายแรง. ผู้ป่วยรายที่ ๒
ก็เกือบเสียชีวิต เพราะได้รับการรักษาที่
ไม่ถูกต้อง. ทั้งหมดนี้เป็นเพราะแพทย์ขาด
ความรู้เกี่ยวกับความร้ายแรงของพิษจาก
คางคกและที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินของโรคนี้
อย่างแท้จริง. อาการต่าง ๆ เป็นอาการ
คล้ายการถูกพิษ ดิจิจาลิส. รายแรก
มีอาการอื่นอื่น ๆ เพียงคลื่นไส้อาเจียน
และท้องเดินเล็กน้อย. ส่วนรายที่ ๒ มี
อาการรุนแรงมาก. แต่เนื่องจากผู้ป่วยเป็น
เด็กเล็กมากจึงไม่อาจแจ้งอาการบางอย่าง
ให้แพทย์ทราบได้, เช่น อาการปวดศีรษะ,
ความคิดสับสน, ปวดท้อง, นัยน์ตาพว้า,
เหล่านี้ ซึ่งควรพบได้เช่นในการถูกพิษ
ดิจิจาลิส. การตรวจไม่ได้ทำตามแผน
ที่ถูกต้องเช่น ไม่ได้ทำ อี.เค.จี., และไม่ได้
ใช้วิเคราะห์สารเคมีในเลือด.

สรุป

ได้รายงานผู้ช่วย ๓ รายซึ่งถูกพิษจากการกินคางคก. อาการต่าง ๆ คล้ายคลึงกับการถูกพิษจาก กิจิตาลิส มากและทุกรายมีอาการเกิดขึ้นหลังจากกินคางคกแล้วครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง. ผู้ช่วย ๑ รายเสียชีวิตหลังจากกินแล้วประมาณ ๕ ชั่วโมงเศษ. อีกหนึ่งรายมีอาการท้อเลาซ์มากเพราะการรักษาไม่ถูกต้อง. อาการเบื่ออาหารและอ่อนเพลียคงมีอยู่นานในรายที่ท้อเลา.

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ทิศรณาแนะนำส่งเสริมและแก้ไขข้อบกพร่องให้. ขอขอบคุณ น.พ. ยืนยิมะศิริย์, ผู้อำนวยการ ร.พ. สุรินทร์, ที่อนุญาตให้รายงานเรื่องนี้.

เอกสาร :

1. Sollmann, T. : A Manual of Pharmacology and Its Applications to Therapeutics and Toxicology. 7th ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1948, pp. 451, 476.
2. Sollmann, T. : A Manual of Pharmacology and Its Applications to Therapeutics and Toxicology. 8th ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1957, p. 665.
3. Poulson, E. : Lehrbuch der Pharmakologie. 11th ed., 1937, p. 157.
4. Chatton, M.J., S. Margen, H. Brainerd (Ed.) : Handbook of Medical Treatment. 8th ed., Lange Medical Publications, California, 1962, p. 195.
5. Conn, H.F. (Ed.) : Current Therapy-1961. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1961, p. 139.

หนังสือลดราคา

หนังสือดีที่แผนกกายวิภาคศาสตร์ : (๑) รวมเรื่องพันฟูทางวิชาการ ครั้งที่สิบ พ.ศ. ๒๕๐๖. ราคาเดิม ๓๕ บาท ลดเหลือ ๓๐ บาท (๒) เวชนิสิต ๒๕๐๗. ราคาเดิม ๑๐๐ บาท ลดเหลือ ๓๐ บาท. รายได้ทั้งสิ้นสมทบทุนประชุมวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ ฯ.

(Summary of the preceding Report)

POISONING FROM INGESTION OF A TOAD

Report of Three Cases

Sucharit Vingomintr, M.B.

(Surindr Provincial Hospital)

In Surindr Province 3 sisters aged 7, 5 and 3 ate a baked common toad and developed within $\frac{1}{2}$ to 1 hour symptoms of poisoning, varying from mild vomiting and muscular weakness in the first sister, to severe vomiting with diarrhea and prostration in the second, and fatal collapse in the third. A review of existing knowledge on toad poisons is given in the introduction.

(Five references)

MALARIAL HEPATITIS *

Sriwatana Chitchang, and Capt. Sylvanus W. Nye, USAF, MC

(From the Department of Pathology of the Royal Thai Army Institute of Pathology and U.S. Army Component of the SEATO Medical Research Laboratory, Bangkok, Thailand.)

Although acute attacks of malaria are associated with severe red cell destruction, clinical jaundice is not common. Exceptional cases with moderate jaundice have been thought to be due to malarial hepatitis, however, there is a paucity of pathological findings in such cases.

Seventeen patients with malaria were admitted to the Department of Medicine, Royal Thai Army Hospital, Bangkok, Thailand from August 1964 to January 1965. Diagnosis was based on the clinical picture and demonstration of parasites in the peripheral blood. All patients were males, 14 of whom were soldiers between 21-28 years of age. The remaining three, civilians, were 15, 21 and 45 years old. Thirteen cases had no complications. The other four cases had jaundice. The patients lived in Pramburi, Nakornpathom, Pratumdhane, Parkchong, Saraburi, Lopburi, Nonburi and Choburi. All patients remained in the hospital during the study of their cases.

Liver biopsies were done with Menghini needles by a transthoracic

Abstract. Chitchang, Sriwatana, Capt. Sylvanus W. Nye: Malarial Hepatitis. *Siriraj Hosp. Gaz.* 1965, 17:387-390.

Results of liver biopsies from 17 patients with malaria (13 uncomplicated and 4 jaundiced) reveal constant histological pictures of liver cell unrest and abundance of lipofuscin in Kupffer and liver parenchymal cells, which are suggestive of significant liver cell damage. The study is not conclusive and further work is required.

approach. The time between first clinical attack and liver biopsy varied from 2 days to 45 days. The liver tissue was fixed in 10 % buffered formalin and sections were stained with Hematoxylin-Eosin, for iron, with PAS after digestion and for reticulum.

Generally, the liver sinusoids were congested, but no parasites were seen in erythrocytes within the vessels. The Kupffer cells in all cases contained dark-brown, refractile granules of pigment and appeared hyperplastic. Generally, hepatic cells were polygonal of equal size and formed regular cords. The portal areas contained slightly increased numbers of leukocytes. In some cases, the liver cells contained

* Reported at the Annual Meeting of International Academy of Pathology, Thailand Chapter, 12th Feb. 1965, at the Institute of Pathology, Phra Mongkut-Klao Hospital, Bangkok.

iron pigment and brown granular pigment, lipofuscin, which was not stained by the PAS technique.

In cases of *P. falciparum* malaria, malarial pigment was more abundant than in cases with *P. vivax* infections and *P. falciparum* cases showed more Kupffer cell hyperplasia than the *P. vivax* cases. Mitotic figures were found most often in cases biopsied during treatment which were resistant to Aralen and Primaquine.

The following 3 cases of malaria with jaundice demonstrate the important anatomic changes.

CASE REPORTS

Case No. 1

A 15 year old boy from Pratumdhane was admitted to the hospital with chief complaints of pyrexia and headache. On physical examination he was found to have mild jaundice with a liver enlarged 2 F.B., Temperature 37.3°C, Pulse 80/min., Respiration 20/min., Blood pressure 110/70 mm Hg., Hemoglobin was 6 gm%, WBC 14,300 with 38% neutrophils, 60% lymphocytes, 2% monocytes. *Ascaris* ova were found in the stool specimen. The CCF was 4+. *P. falciparum* was demonstrated in peripheral blood.

The patient was treated with Aralen and Primaquine. His temperature fell to normal in 4 days. Liver biopsy was performed 19 days after admission, and malarial parasites were

not found on that day. Jaundice disappeared on the 24th day.

Abundant malarial pigment was present in Kupffer cells (fig. 1). Very minor disruption of the lobular pattern was present. The portal areas showed proliferation of fibroblasts and fibrous connective tissue and the reticulum stain showed slight condensation of the reticulum fibers in these areas. Iron containing pigment was present in Kupffer cells and in the liver cells. A small to moderate amount of lipofuscin was present in liver cells.

Case No. 2

A 22 year old male from Lopburi was admitted to the hospital with a chief complaint of pyrexia with shaking chills. On physical examination, he was found to have marked jaundice, Blood pressure 120/70 mm Hg., Pulse 86/min., Respiration 30/min., Temperature 38.0°C. There was generalized abdominal tenderness, most marked at the right hypochondrium. The liver was enlarged 1 F.B. below right costal margin. The spleen was not palpable. Hemoglobin was 15.3 gm%, WBC 10,300 with 73% neutrophils, 19% lymphocytes, 8% monocytes. Liver function tests showed CCF 2+, Iodine test negative, Thymol turbidity 12.5 units, Thymol flocculation negative, SGOT 159.5 units, SGPT 119 units. Bilirubin was 2.55/4.80 mg%, Bromosulphalein 28.5%, Albumin 3.69 gm%,

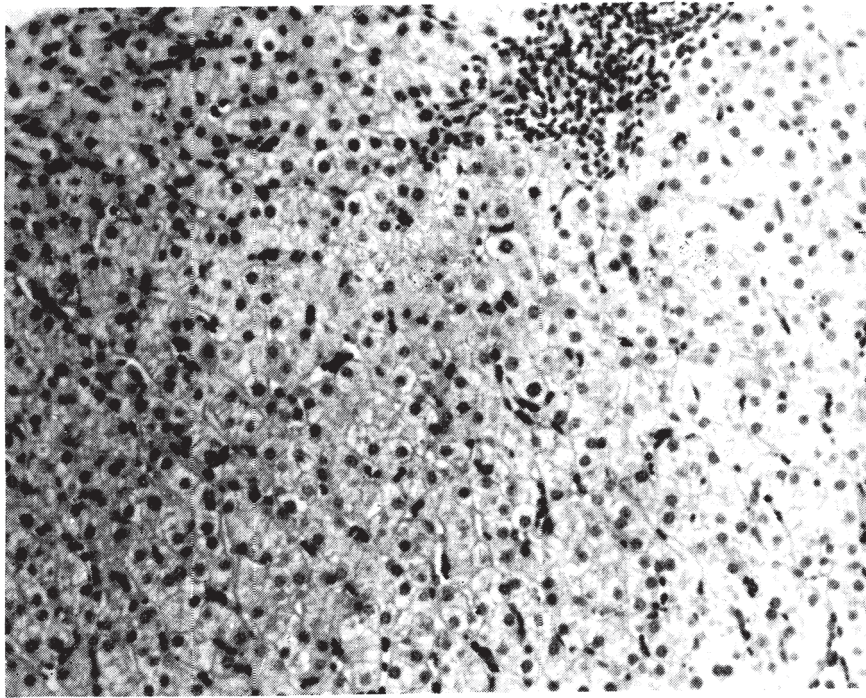


Figure 1. Heavy deposits of black granules birefringent malarial pigment in Kupffer cells were present in Case No. 1.

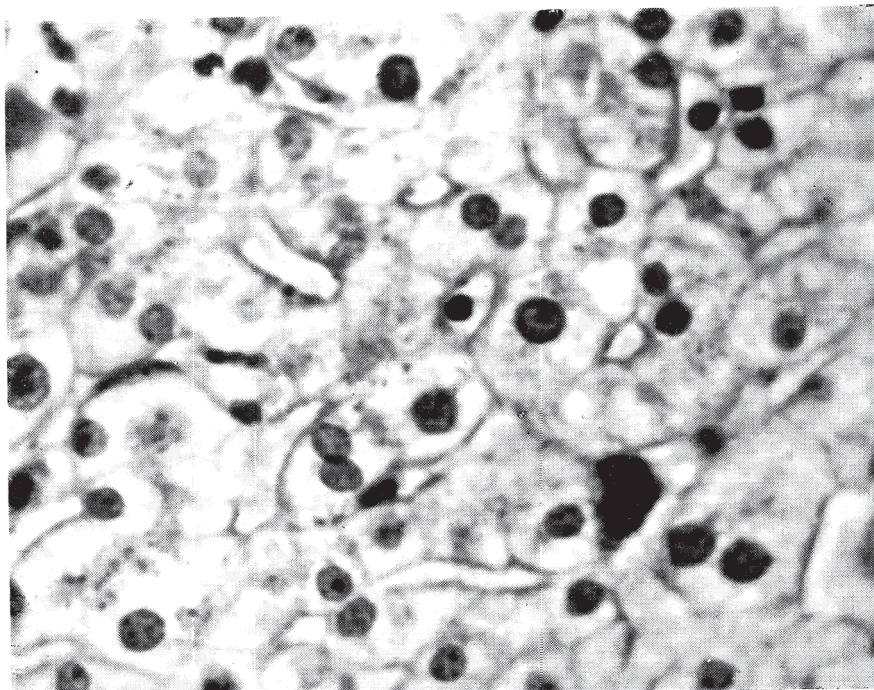


Figure 2. In Case No. 2, striking deposits of lipofuscin were present in liver cells in the third biopsy specimen, Lipofuscin and malarial pigment can also be seen in Kupffer cells.

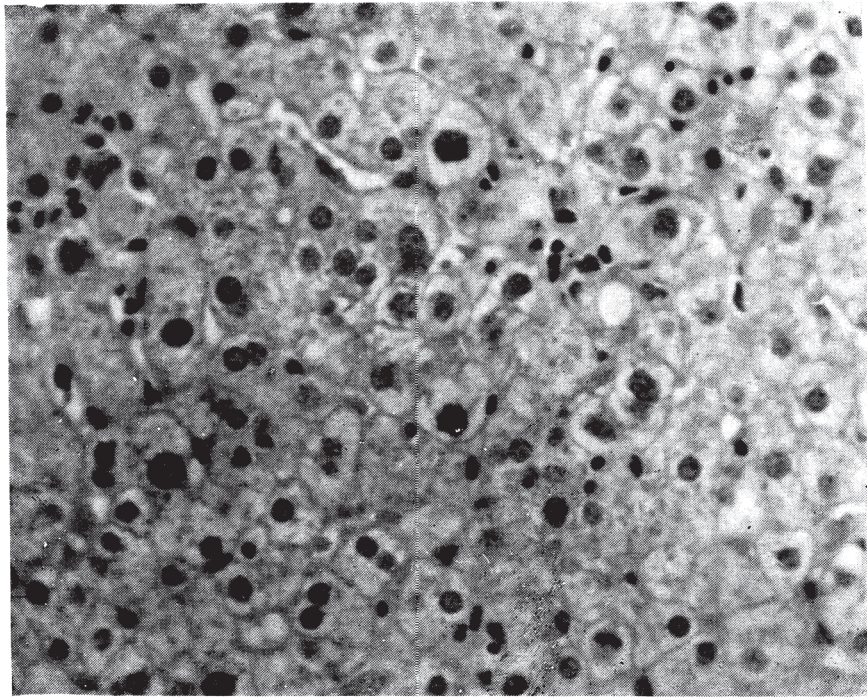


Figure 3. In Case No. 3, large numbers of mitotic figures were present in liver cells in the first biopsy and Kupffer cells were filled with PAS staining material.

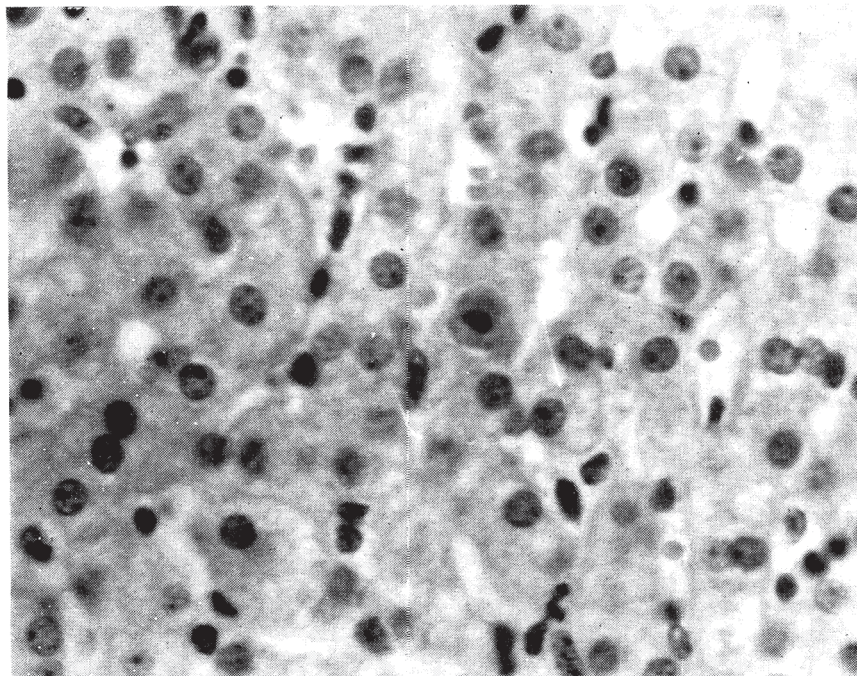


Figure 4. The necrobiotic liver cell in the second biopsy from Case No. 3 illustrates continuing cell damage. Kupffer cells are hyperplastic and parenchymal cells contain abundant lipofuscin.

Globulin 1.44 gm%. *P. falciparum* was demonstrated in the peripheral blood.

The patient was treated with Aralen and Primaquine and his temperature fell to normal in 5 days. However, jaundice was still present on the 14th hospital day and the liver was 3 F.B. below the costal margin. Liver biopsies were performed on the 18th, 38th and 58th hospital days. After 31 days of treatment with Aralen and Primaquine, malarial parasites were still present in the peripheral blood. After quinine therapy malarial parasites were not found.

The first biopsy specimen showed dilated sinusoids, malarial pigment in Kupffer cells and portal areas and binucleated liver cells. In central areas, there were swollen liver cells with 2-3 nuclei.

The second specimen showed changes very similar to those seen in the first specimen but in the specimen taken on the 58th day more lipochrome pigment was present in liver cells and especially in Kupffer cells. Figure 2 shows large masses and small granules of malarial pigment which appear very black, and less densely stained droplets of PAS positive material in Kupffer cells. In the cytoplasm of the liver cells, granular lipofuscin is very abundant.

Case No. 3

A 21 year old male from Pranburi was admitted to the hospital with chief

complaint of pyrexia. On physical examination, he was found to have moderate jaundice with just palpable liver. Blood pressure was 110/70 mm Hg., Pulse 120/min., Respiration 20/min., Temperature 37.8°C, Hemoglobin 13.4 gm %, WBC 5,400 with 53 % neutrophils, 45 % lymphocytes, 2 % monocytes. Liver function tests showed CCF 4+, SGOT 88.6 units, SGPT 57.4 units. *P. vivax* was demonstrated in peripheral blood.

The patient was treated with Aralen and Primaquine. His temperature fell to normal on the 4th day. On the 25th hospital day, Quinine was started. Jaundice disappeared on the 32nd hospital day. After the 35th day of treatment, malarial parasites were not found. Liver biopsies were performed on the 8th and 42nd hospital days.

In the first specimen, numerous mitotic figures were present in liver cells and Kupffer cells (fig. 3). Kupffer cells were prominent and contained large amounts of lipochrome and abundant malarial pigment. The liver cells near central veins were swollen and contained brown pigment (lipofuscin) which was not stained by the PAS technique. No iron was demonstrated by the Prussian blue reaction.

Kupffer cell hyperplasia was still very prominent at the 42nd hospital day (fig. 4). Liver cells still showed some unrest and one acidophilic cell

was seen but liver cell cords were in orderly arrangement. Lipofuscin deposits in parenchymal cells were very striking.

DISCUSSION

The study of liver tissue in malaria indicates that there are minor nonspecific histologic changes in most cases. Certain changes such as Kupffer cell hyperplasia and mitotic figures in liver cells were seen in many cases. Malarial pigment could be demonstrated easily in the liver as early as 6 days after the beginning of the clinical attack but was difficult to find in 4 cases biopsied before the 6th day. The abundance of lipofuscin in the four jaundiced cases and most other cases, both in liver cells and in Kupffer cells, suggests that significant liver cell damage occurs. As many of the biopsies in this study were post-treatment, it is difficult to be certain what changes were due to malaria and what changes were due to hepatotoxic effects of drugs. In view of our findings of liver cell unrest and cellular damage, it would be interesting to obtain serial biopsies of liver and liver function tests on a larger series of patients before, during and after treatment.

Acknowledgement: Major Sompone Punyagupta and Major Pipat Juttijudate of the Department of Medicine of the Royal Thai Army Hospital collected

the material for this study and performed the clinical studies.

REFERENCES:

1. Spitz, S.: The Pathology of Acute Falciparum Malaria. *Military Surgeon* 1946, 99:555.
2. Corcoran, T. E., G. J. Hegstrom, S. J. Zoekler, and P. G. Keil: Liver Structure in Nonfatal Malaria. *Gastroenterol.* 1953, 24:53.
3. Andrews, W.H.H.: The Liver Lesions in Malaria. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1948, 41:699.
4. Davies, J.N.P.: The Essential Pathology of Kwashiorkor. *Lancet* 1948, 1:317.
5. White, L.G., and A.A. Doerner: Functional and Needle Biopsy Study of The Liver in Malaria. *J.A. M.A.* 1954, 155:637.
6. Kean, B.H., and J.A. Smith: Death due to Estivo-Autumnal Malaria. A Resumé of One Hundred Autopsy Cases, 1925-1942. *Amer. J. Trop. Med.* 1944, 24:317.
7. Ash, J. E., and S. Spitz: Pathology of Tropical Diseases. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1945, pp. 206-227.
8. Srichaikul, T.: A Study of Pigmentation and Other Changes in the Liver in Malaria. *Amer. J. Trop. Med. Hyg.* 1959, 8:110.

วัตถุคุมกำเนิดหลอดเข้าช่องท้อง

นิยม เกษจำรัส พ.บ.

(ร.พ. อุดรธานี. ผ.อ.ก. : น.พ. เกษม จิตยะโสธร)

สิ่งแปลกที่ในช่องท้อง และ อวัยวะสืบพันธุ์พบได้บ่อยๆ เสมอ, เช่น เมล็ดคุมกำเนิดหลอดใส่ใหญ่ส่วน ซิกมอยด์ ไปอยู่ในช่องท้อง, (1) กินสอคาอยู่ในหลอดขยัสสาวะผู้ชาย, (2) หลอดขยัสสาวะอยู่ในมดลูก. (3) ส่วนวงแหวนคุมกำเนิดหรือลึปลาสติค คุมกำเนิดทะเลหนึ่งมดลูกเข้าช่องท้องยังไม่มีผู้ใดรายงานไว้ในบ้านเรา. เห็นว่าเป็นเรื่องแปลกจึงขอเสนอรายงานย่อ ๆ เกี่ยวกับวงแหวนคุมกำเนิดพร้อมก็ขารายงานผู้ช่วยหนึ่งราย.

Oppenheimer (4) แห่งอิสราเอลเป็นผู้ที่แนะนำและสนับสนุน ตั้งแต่ปี ๑๙๓๐ ให้คุมกำเนิดโดยใส่แหวนโลหะที่ ทำด้วยเงินเข้าไปในโพรงมดลูก, โดยใช้หลักที่ว่าวงแหวนคุมกำเนิดอยู่ในโพรงมดลูก มีสภาพคล้ายวัตถุแปลก ที่ซึ่งคอยขัดขวางมิให้เกิดการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว และคอยทำลายไข่ที่ฝังตัวแล้วให้หลุดออกมา มิให้เจริญเติบโตมีชีวิตต่อไปได้. การใช้วงแหวนคุมกำเนิดนี้ได้ผลในการ คุมกำเนิดดีกว่าวิธีอื่น ๆ, เช่น ไม่ต้องใส่บ่อยๆ เหมือน

เรื่องย่อ. เกษจำรัส, นิยม : วัตถุคุมกำเนิดหลอดเข้าช่องท้อง. สารศิริราช ๒๕๐๘ (ค.ศ. ๑๙๖๕), ๑๗ : ๓๕๑-๓๕๕.

วิธีคุมกำเนิดโดยการใส่ของแปลกที่เข้าไปในโพรงมดลูกอาจก่ออันตรายได้ต่างๆ. ผู้เขียนได้รายงานผู้ช่วยหนึ่ง ราย ที่ ได้รับ การ ใส่ ลึปลาสติค เข้าในโพรงมดลูกแล้วลึปนีได้เคลื่อนหลุดเข้าท่อ ไช่ ข้าง ขวา ไป ติด อยู่ ที่ ปลาย บั ก มดลูก.

ยางคลุมปากมดลูก ซึ่ง เป็น ภารกิจ ที่จะต้องทำก่อนหลยบนอนด้วยกันซึ่งอาจมีผลเกี่ยวกับความรู้ สึกทางเพศ. การใช้วงแหวนคุมกำเนิดใส่เข้าไปในโพรงมดลูกใส่เพียงครั้งเดียวขึ่งกันมีบุตรได้หลายปี. ถ้าต้องการจะมีบุตรก็เอาวงแหวนออก. ในปัจจุบันนี้ยังคงมีหลายแห่งที่นิยมใช้การคุมกำเนิดโดยวิธีดังกล่าว. ในระยะหลังนี้ได้มีผู้คิดแปลงใหม่โดยใช้ลึปลาสติค เล็ก ๆ มีหลายแบบแล้วแต่ผู้ใช้. ในญี่ปุ่น (5) มี Ota ring นิยมใช้กันอยู่ทั่วไป. บางแห่งก็เป็นลึปลาสติค. ลักษณะเป็นลึกลึเป็นซ ๆ และมีคมตรงกลาง, รูปร่างเหมือนพวงมาลัยเรือ. มีหลายขนาดตั้งแต่เส้นผ่าศูนย์กลาง

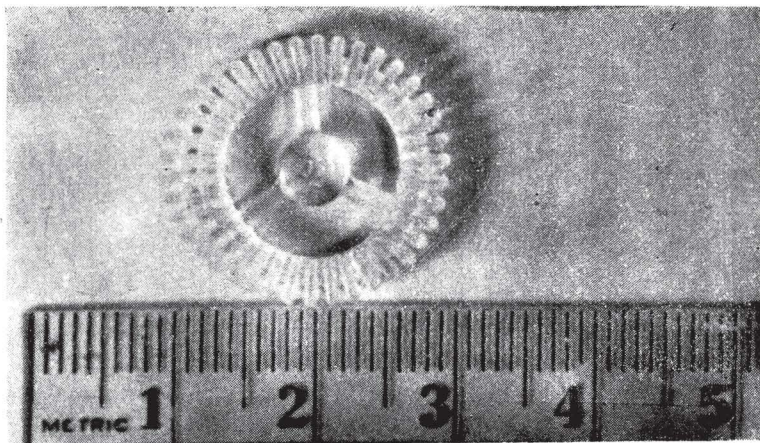
๑ ซม. จนถึง ๓.๕ ซม., แต่ที่ใช้กันทั่วไปขนาด ๒ ถึง ๒.๕ ซม. ถึงแม้ Oppenheimer เองก็ตามในระยะหลัง ๆ นี้ ได้คัดแปลงโดยเลิกใช้วงแหวนโลหะเงิน ที่เรียกว่า "แหวนเงิน Graefenberg." หันมาใช้วงแหวนทำด้วยซิลค์เวอร์ม กัดแทนหมด. เหตุที่เลิกใช้ก็เพราะว่าวงแหวนกัดเนื้องมดลูกก่อนจนบางครั้ง ทะลุเข้าไปอยู่ในช่องท้องได้. แคว้งแหวนซิลค์เวอร์ม กัด แขนงใหม่ของเขานี้ไม่มีอันตราย เช่นนั้นเกิดขึ้นเลย. เขาเอาเอ็นสามเส้นขึ้นมาข่วนให้เหมือนเชือกยาว ๆ ทบไปมาจนเป็นวงแหวนแล้วใช้ลวดเงินมัดเป็นปล้อง ๆ ออกทีหนึ่ง. ลวดเงินมีประโยชน์เพื่อไว้ตรวจสอบหาตำแหน่งที่อยู่ของวงแหวนเวลาต้องการจะเอาออกโดยให้ถ่ายเอ็กเซอร์เจกก่อนเอาออกทุกครั้ง. จากรายงานการคุมกำเนิดโดยวิธีนี้ ๘๖๖ รายไม่พบว่ามีผลเสียอะไรเกิดขึ้นเลย, (4) แม้แต่การอักเสบของเยื่อมดลูก, ซึ่งตรงกันข้ามกับรายงานของ Jessen และคณะ (10) ผู้พบว่ามีการอักเสบของเยื่อมดลูกอย่างชัดเจน ๑๑ ราย ในทั้งหมด ๑๐๘ รายที่ตรวจจนเนอด้วยกล้องจุลทัศน์. ส่วนผลทางคุมกำเนิดใน ๘๖๖ รายได้ผลสูงมาก ; มี ๑ รายตั้งครรภ์,

๕ รายวงแหวนหลุดหายไป, ๒๑ รายวงแหวนโผล่มาจากอยู่ที่ปากมดลูก. อาการแทรกซ้อนทางอื่นมิได้รายงานไว้.

จากรายงานของ Murphy (6) พบว่าวงแหวน เกรฟเฟินเบอร์ก ทะลุเนื้องมดลูกมาอยู่ในช่องท้อง. ผู้ช่วยให้ประวัติว่าหลังจากแพทย์ใส่วงแหวนให้แล้ว ๑ สัปดาห์ก็เริ่มมีอาการปวดหลังและปวดท้องอย่างรุนแรง. ได้รับการตรวจทางรังสีในเวลาต่อมา, ยืนยันว่าวงแหวนอยู่ในช่องท้อง. ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเอาวงแหวนเงินออก. ผู้ป่วยหายเป็นปกติ และ ตั้งครรภ์ใหม่แล้วคลอดเป็นปกติ. Bowles (7) พบผู้ช่วยรายหนึ่งทวงแหวน เกรฟเฟินเบอร์ก กัดเนื้องมดลูกก่อนจน ทะลุ เข้า ช่อง ท้อง และ เกิดเซ็ปติสซึส ปัจจุบันในอู่เชิงกราน. Clark (8) ก็พบอีกหนึ่งรายทวงแหวน ทะลุ ออก มา ในช่อง ท้อง และ เกิด เป็น ฝี ใน อู่ เชิง กราน. Price (9) รายงานผู้ช่วยหนึ่งรายทวงแหวนคุมกำเนิดหลุดมาอยู่ในช่องท้อง และมี ซดลำไส้ อีเลอมี ขตรกัถันรอบ ๆ วงแหวน จนเกิดอาการลำไส้เล็กอุดตัน. จากรายงานของ Jessen และคณะ (10) ที่รวบรวมผลเสียของวงแหวน เกรฟเฟินเบอร์ก พบว่ามีมดลูกทะลุ ๓ รายเกิดขึ้นในขณะที่พยายาม

จะเอววงแหวนคมกำเนิดออกจากโพรงมด-
ลูก, และมีรายหนึ่งทวงแหวนทะเลผนังมด-
ลูกออกมาครึ่งวง, อีกครึ่งวงยังฝังอยู่ใน
ผนังมดลูก. ส่วนที่โผล่มาออกชนเยื่อเลเยิน
(เซโรซา) ของมดลูกนั้นมีปลายขกมดลูก
กับ โอลิเมนต์ หุ้มอยู่รอบวงแหวน. ผู้
รายงานได้แสดงความเห็นว่าอาจเป็นเพราะ
ตอนใส่วงแหวนใส่แรง คันใส่ เข้า แรง เกิน

หมั้น. การตรวจร่างกายโดยทั่วไปไม่พบ
สิ่งผิดปกติทั้งก่อนคลอด และ หลัง คลอด.
การคลอดดำเนินไปอย่างปกติ. คลอด
เด็กชายมีชีวิตแข็งแรงดี, เป็นบุตรคนที่ ๔.
ประวัติอดีต. เมื่อสามปีก่อนมาโรง
พยาบาลผู้ป่วยได้ไปทำการคุม กำเนิด โดย
หม้อเงินขอกว่าใส่ล้อ พลาสติก ไว้ในมดลูก,
ขณะที่ใส่อยู่จะไม่มีอาการตั้งครรภ์เกิดขึ้น, ถ้า



ภาพล้อ พลาสติก ได้จากการผ่าตัดผู้ป่วยในรายงานนี้

ควร, คันเอววงแหวนทะเลเข้าฝังในผนัง
มดลูก.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงจีนอายุ ๒๘ ปี, เลขที่ภายใน
๓๕๑๒/๐๖, รับไว้รักษาในโรง
พยาบาลเรองมาคลอดบุตร และต้องการทำ

ต้องการอยากมีลูกเมื่อใดก็ให้ ไปหาเอาล้อ
พลาสติก ออกก็จะมีลูกได้. หลังจากใส่ล้อ
พลาสติก เข้าในมดลูกแล้ว ๑ ปีผู้ป่วยจึง
เริ่มมีอาการ ปวดท้องน้อยข้างขวาอย่าง
ปัจจุบัน. ผู้ป่วยได้ไปหาแพทย์ ซึ่งให้การ
วินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบและได้รับการ
รักษาโดยการผ่าตัด ๗-๑๐ เข็มก็หายไป.

แต่อาการปวดท้องน้อยข้าง ขวา ยัง ไม่ หาย
ขาด. ยังกมีอาการปวดเล็กน้อยเป็นบาง
ครั้งบางครั้งตลอดมา. ผู้ช่วยนักสงฆ์ว่า
อาจจะปวดจากมดลูกที่ไปทำหน้าที่ไว้, จึง
ได้กลับไป หาหมอ จีนคนเดิมเพื่อต้องการ
ให้เอาลือ ปราสติก ออก. หมอจีนคนนั้น
บอกผู้ช่วยว่าลือ ปราสติก หาไม่พบ, คง
จะตกหายไปแล้วโดยหลุดออกมา ทางช่อง
คลอด. ผู้ช่วยปฏิเสธเด็ดขาดว่าเป็นไปไม่
ได้ที่จะหลุดออกมาโดยตัวเองไม่รู้. หลัง
จากนั้นมาอีก ๑ เดือนผู้ช่วยก็เริ่มตั้งครรภ์.
จนกระทั่งครบกำหนดจึงมาคลอดบุตรที่ โรง
พยาบาล. ขณะตั้งครรภ์ก็มีอาการปวด
เจ็บท้องน้อยข้างขวานาน ๆ ครั้งหนึ่ง แต่
ปวดไม่มากเรื่อยมา.

ประวัติปัจจุบัน. ท้องครบกำหนด. เริ่ม
เจ็บท้องคลอดหนึ่งชั่วโมง. ผนังแตกแล้ว
รับมา ร.พ. ไม่มีประวัติอื่น ๆ อีก.

การตรวจร่างกายทั่ว ๆ ไป พบว่า แข็ง
แรง, ไม่ซีด, ไม่บวม, ไม่หอบ. หัวใจ,
ปอดปรกติ. คับ, ม้ามคล้ำไม่พบ. หน้า
ท้องไม่มีจุดกดเจ็บที่ใด. ไม่มีการแข็งตึง
เกร็งของผนังหน้าท้อง. มดลูกหดตัวเป็น
ระยะ ๆ ทุก ๕ นาที. เสียงหัวใจเด็กปรกติ.
เด็กทำห้วยถ่ายทอยอยู่หน้าเป็นปรกติ. ขัส-

สาวะไม่มี อัสบูมิน, ไม่มีน้ำตาล. เม็ดเลือด
ขาวแดงจำนวนปรกติ. วินิจฉัยว่า "ครรภ์
ครบกำหนด, คลอดปรกติ". หลังคลอด ๑
วันทำหน้าที่โดยการผูกมดลูก โดยใช้ยา
สลย อีเธอร์.

ในการผ่าตัดพบว่ามดลูกซ้ายปรกติ.
มดลูกขวาที่ปลายสุดมีก้อนของ โอเมน-
ตัม ขนาดเท่าลูกมะนาววัดติดแน่นกับปลาย
มดลูก. หลังจากที่ได้พยายามเอา
โอเมนตัม ออกจากปลายมดลูกก็พบวัตถุ
แปลกที่เป็นลือ ปราสติก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง
๑.๕ ซม. ติดอยู่ที่ปลายมดลูก
ข้างขวา. ได้เอาลือ ปราสติก ออกและได้
ผูกมดลูกทั้งสองข้าง. มีไตพบสิ่งผิด
ปรกติอื่น ๆ อีก.

หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ
เกิดขึ้น. ผู้ช่วยหายเป็นปรกติ, กลับบ้าน
ในวันที่ ๗ หลังผ่าตัด. การติดตามผู้ช่วย
๑ ปีหลังผ่าตัดไม่มีอาการปวดท้องน้อยข้าง
ขวาเหมือนคราวก่อนอีกเลย.

สรุป

ได้กล่าวย่อ ๆ ถึงการใช้รังแหวนหรือ
ลือ ปราสติก คุมกำเนิดโดยวิธีใส่เข้าไปใน
โพรงมดลูกและอันตรายที่จะเกิดขึ้น, พร้อม

ด้วยรายงานผู้ช่วยหนึ่งรายตลอด ปลาสติก
คุมกำเนิดหลุดจากโพรงมดลูกเข้าช่องท้อง
ตกอยู่ที่ปลายขมมดลูกซึ่งพบโดยบังเอิญใน
ขณะผ่าตัดช่องท้อง เพื่อทำหมัน.

รายงานนี้ได้รับการสนับสนุน และ อนุ-
ญาติให้ตีพิมพ์โดยท่านผู้อำนวยการ วั
พยาบาล อัครธานี, นายแพทย์เกษม
จิตยะโสธร.

เอกสาร

1. นิตยสุทธิ์, ทองนอก: ลำไส้ใหญ่ส่วนคด
ทะลุเพราะเม็ตัสตมอ. รายงานคนไข้หนึ่งราย. สารศิริ-
ราช ๒๕๐๕, ๑๔: ๑๓๕.
2. Schloss, W.A.: Pencil in the
Penis. Conn. Med. 1962, 26:484.
3. Zakin, D., W.H. Godsick, and
B. Segal: Foreign Bodies Lost in the
Pelvis during Attempted Abortion with
Special Reference to Urethral Cath-
eters. Amer. J. Obst. Gynec. 1955, 70:
233.
4. Oppenheimer, W.: Prevention

of Pregnancy by the Graefenberg Ring
Method. A Re-Evaluation after 28
Years' Experience. Amer. J. Obst.
Gynec. 1959, 78: 446.

5. Ishihama, A.: Clinical Studies
on Intrauterine Rings Especially the
Present State of Contraception in
Japan and the Experiences in the Use
of Intrauterine Rings. Yokohama Med.
Bull. 1959, 10:89.

6. Murphy, M.C.: Migration of a
Graefenberg Ring. Lancet 1933, 2:1369.

7. Bowles, H.E.: Graefenberg Ring,
Its Use and Abuse, with Case Report.
Jap. J. Obst. Gynec. 1938, 21: 2.

8. Clark, H.C.: Foreign Bodies in
the Uterus. Amer. J. Surg. 1938,
39: 631.

9. Price, C.W.: An Unusual Cause
of Intestinal Obstruction. Med. J.
Australia 1955, 42: 106.

10. Jessen, D.A., R.E. Lane, and
R.R. Greene: Intrauterine Foreign
Body. A Clinical and Histopathologic
Study on the Use of the Graefenberg
Ring. Amer. J. Obst. Gynec. 1963,
85:1023.

(Summary of the preceding Report)

CONTRACEPTIVE PLASTIC RING IN PERITONEAL CAVITY

Niyom Keschumras, M.B.

(Udonthani Provincial Hospital)

After discussing the advantages and disadvantages of contraceptive rings the author reports the case of a Chinese woman 23 years old, admitted into Udonthani Provincial Hospital for delivery and tubal sterilization, during which a plastic ring applied as

contraceptive by a practitioner about two years earlier was found embedded in a roll of omentum adherent to the right salpinx. This development explained the pain felt on and off in the right inguinal region.

(One figure. Ten references.)

การผ่าตัดแก้หูกาง*

วสันต์ จงเจษฎ์ พ.บ.**

หูกางเป็นลักษณะที่พบบ่อย ๆ ในบ้าน
เรา, แต่ไม่มีใครมีใครสนใจว่าหูกางออก
มามากจนผิดปรกตินั้นเป็นของน่าเกลียด.
ตรงกันข้ามกลับถือว่าคนที่มีหูกางและยาว
เป็นคนมีบุญวาสนาและอายุยืน. ในต่างประเทศ
มีเหตุผลหลายอย่างที่จะต้องทำการ
ผ่าตัดแก้หูกาง, โดยเฉพาะเด็กที่เริ่มเข้า
โรงเรียน: ๑. อากาศหนาว อาจทำให้
หูกางออกจนเป็นแผลเนื่องจากขาดเลือด
ไปหล่อเลี้ยง. จึงอยู่อากาศหนาวปาน
กลางทำให้มีเลือดไปหล่อเลี้ยงมากกว่า
ปรกติ, โดยผลของ ริแอนด์คีฟว์ ฮัยเปอ-
ริเมีย, แต่ความหนาวจัดกลับทำให้เกิดการ
หดเกร็งของหลอดเลือดและติดตามด้วย
แองกีริน และ นิโคโรสิส ของ ทิสซิว.
๒. ทางด้านจิตวิทยา เด็กที่มีหูกางมัก
ถูกเพื่อนฝูงล้อเลียน. เด็กอาจทนไม่ได้
และเกิดมีปมด้อย. ๓. ความสวยงาม ทงน
ก็รู้สึกแต่แต่ใจชอบ. ยิ่งเป็นสตรีด้วยแล้ว
ก็รู้สึกแต่ทรงผมของแต่ละคนว่าจะรั้งกับใบ
หน้าหรือไม่.

เรื่องย่อ. จงเจษฎ์, วสันต์: การผ่าตัดแก้หูกาง.

สารศิริราช ๒๕๐๘ (ก.ศ. ๑๕๖๕), ๑๗: ๓๕๗-
๔๐๒.

ผู้รายงานได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ
หูกาง, กายวิภาคศาสตร์ และหน้าที่ของใบหู,
ความจำเป็นในการแก้ไขลักษณะที่ผิดปรกติ,
และวิธีการ. พร้อมกันนั้นได้เสนอวิธีผ่าตัด
ที่ดัดแปลงใหม่. ผลของการผ่าตัด ๓๕ ราย เป็น
ที่น่าพอใจมาก. ไม่ปรากฏภาวะแทรกซ้อน
รุนแรง. วิธีการโดยละเอียดมีในรายงาน.

สาเหตุของหูกาง: เกิดจากการเจริญเติบโต
โตของส่วนนอกผิดปรกติมาแต่กำเนิด.
ส่วนมากเนื่อง จากไม่มี แอนติเฮลิซซ์,
ค็อนชา โทไป, หรือใบหูยื่นออกมากไป
ทำให้มีมู เซฟาโล-ออริคูลาร์ เกือบเป็นมูม
ฉาก.⁽¹⁾ ผู้ปกครองเด็กส่วนมากเข้าใจว่า
หูกางเกิดจากเด็กนอนพับใบหู. บางคนถึง
กับเอา แอ็คซีส์ฟว์ ปลาสเตอร์ ช่วยยึดไว้
ให้เข้ารูปปรกติ.

กายวิภาคศาสตร์: ส่วนใหญ่ของใบหู
เจริญมาจาก แบริงเชียล อีอาร์ช ที่ ๒, นอก

* เสนอในที่ประชุมวิชาการ, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๐๘.

** ๑๒๔, ถนนมิตรพันธ์, พระนคร.

จากส่วน ทวารกัส เท่านั้นที่เจริญจาก แขนง
เฉียงล อีวรัส ที่ ๑. (2)

โครง สร้าง สำคัญของ ไบหคือกระดูก
อ่อนนัยคหุยน (อีลาสติค คาร์ทีเลจ), ซึ่ง
โดยปรกติแล้วจะไม่มี แคลซิฟิเคชัน เกิด
ขึ้นเลย, นอกจากรอยที่ไทรยอินทรายบ่อยๆ,
เช่นหนักมวยและหนักกรักยกองหน้า.

ไลยบล ของไบหประกอบด้วย ทีลชีว
ชนิด ไฟโบร-แพคตีย์. หนักของไบหทั้ง
สองด้านติดกับกระดูกอ่อนนัยคหุยนค่อนข้าง
แน่น. ค่อมเหง้อมีมากทางด้านกะโหลก
ศีรษะ. ส่วนทางด้านนอกมีค่อมน้ำมันมาก
กว่า, โดยเฉพาะที่ ค่อมขา และแอง
สแคฟอยด์. (3)

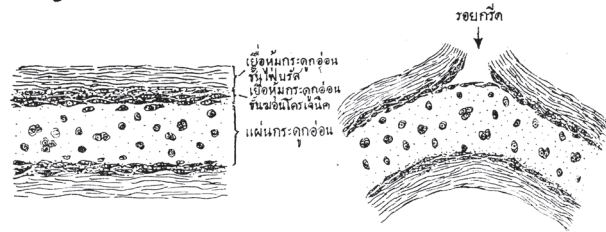
ไบหทั้งสองข้างมักไม่เท่ากันเลยทีเดียว.
ความยาวของหูปกติประมาณ ๖.๕ ซม.
และกว้าง ๓.๕ ซม. มุมเซฟาโล-ออริคูลาร์
ประมาณ ๓๐ องศา. (4) ในเด็กเกิดใหม่
ขนาดของหุโตเพียง ๑/๓ ของผู้ใหญ่และ
เมื่ออายุได้ ๘ ขวบหุจะเริ่มหยุดเจริญ. ใน
วัยกลางคนหุอาจจะยาวขึ้นเนื่องจาก ไลยบล
หุยอน.

หน้าที่: ไบหมีหน้าที่สำคัญในการค้อน
คลื่นเสียงในอากาศให้ผ่านเข้าสู่หูส่วนนอก

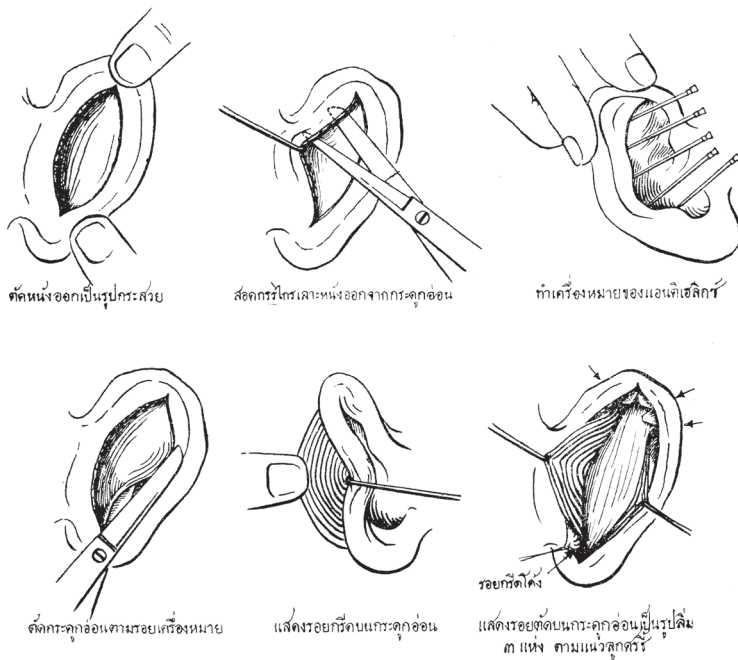
และกระทบกยเยื่อแก้วหุ. สัตว์ทหุไวส่วน
ใหญ่สามารถเคลื่อนไบหไปทางทิศของ
เสียงได้อย่างว่องไว. สำหรับคนเรานั้น
กล้ามเนื้อของไบหุไม่เจริญพอที่จะเคลื่อนไบ
หุได้, มีบางคนที่สามารถจะกระทบ
ไบหุได้.

การรักษา: การผ่าตัดแก้หูกางมีการราย
งานครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. ๑๘๑๐ โดย
ลคเค็คต์. (5) เขาได้พยายามสร้าง ชูบ-
เรียร์ คริส ของ แอนติเฮลิกซ์ โดยทำแนว
ผ่ารปพระจันทร์เสี้ยวทหุกระดูกอ่อน, แล้ว
เย็บรอยคัตให้นูนออกโดยวิธีเย็บแบบ เล็ม-
เบอร์ด์. (6) แอนติเฮลิกซ์ ที่สร้างขึ้นจะ
ทำให้ลักษณะของหุทกาทักเข้ามาหากระ
โหลกศีรษะทำให้ไบหูกางน้อยลง, แต่
แอนติเฮลิกซ์ ชนิดนี้ไม่เหมือนของธรรม
ชาติคือค่อนข้างแหลม. ต่อมาปี ๑๘๖๑
สตรอมเบ็คค์ ได้ทำการตรวจและศึกษา
ผู้ที่ได้รับการ ผ่าคัต โดยวิธีนี้ และ วิชคค
แปลงแล้วปรากฏว่า ๒๕ ปีช. ยิ่งค่น่า
เกลียดเพราะ สัน พิช ของ แอนติเฮลิกซ์
แหลมและไม่เป็นธรรมชาติ.

ผู้รายงานไค้อาศัยหลักของ กยสัน และ
เทวิส (๑๘๕๘) (7) ที่ว่ากระดูกอ่อนช



รูปที่ ๑ แสดงกระดูกอ่อนปกติและภายหลังกรีดเยื่อหุ้มทำให้กระดูกอ่อนโค้งงอ



รูปที่ ๒ แสดงการผ่าตัดแก้หูกลางเป็นระยะๆ

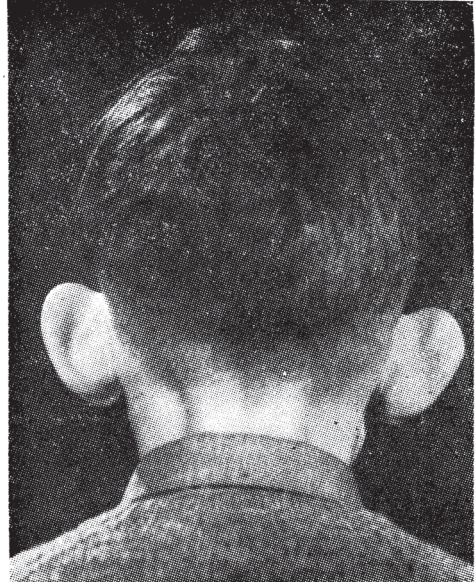
โครงสามารถทรงรูปร่างอยู่ได้เพราะความค้ำยัน ของโคโรเจนิค ตอนรอยนอกของกระดูกอ่อนสัมผัสกันพอดี. จึงอนุมานว่ากระดูกอ่อนยืดหยุ่นของหูดงทรงรูปร่างของมันด้วยแรงสัมผัสของชั้น โชมอนโคโรเจนิค ทั้งสองด้าน (ด้านกระโหลกศีรษะ และด้านนอก) เช่นกัน. ฉะนั้นถ้าชั้น โชมอนโคโร

เจนิค ข้างหนึ่ง ถูกกรีดออกความค้ำยันของค้ำยันนั้นจะน้อยลง, และกระดูกอ่อนก็จะเบนไปยังด้านที่ไม่ได้ถูกกรีดเพราะมีความค้ำยันสูงกว่า (สรุป).

ผู้รายงานได้เริ่มทดลองทำการผ่าตัดใน ปี ค.ศ. ๑๙๖๐ และได้ตีพิมพ์ผลงานในประเทศอังกฤษเมื่อปี ๑๙๖๓.⁽⁸⁾ ใน



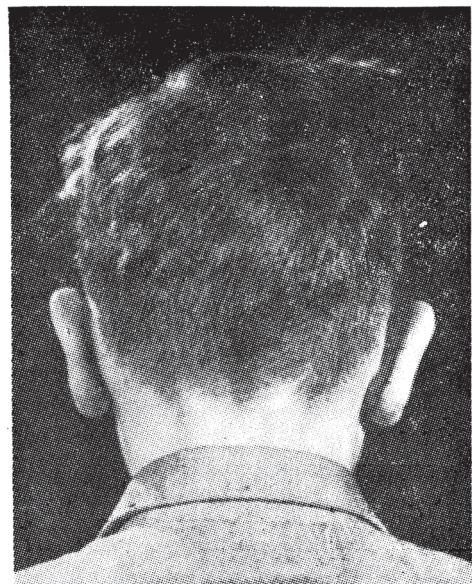
รูปที่ ๓
ก่อนผ่าตัดด้านหน้า



รูปที่ ๔
ก่อนผ่าตัดด้านหลัง



รูปที่ ๕
หลังผ่าตัดด้านหน้า



รูปที่ ๖
หลังผ่าตัดด้านหลัง

ตอนแรก, ปฏิบัติโดยทำรอยผ่าที่กระดูก
 อ่อนตามแนวโค้งของ แอนติเฮลิกซ์ และ
 กวักกระดูกอ่อนทางค้ำนอก. กระดูกอ่อน
 ค้ำนอกที่ถกกวักจะม้วนกลบไปยังอีกค้ำนอก,
 รอยผ่าจะคงที่อยู่และกลายเป็น แอนติ-
 เฮลิกซ์ ที่มีลักษณะเหมือนธรรมชาติมาก.
 ต่อมาจึงได้ คัดแปลง โดยตัด กระดูก อ่อน
 ออกเป็นรูปสี่เหลี่ยม ๓ แห่ง, คือ: ทวีบริเวณ
 ซับเรียร์ ครอส โกลกขิม ของ เฮลิกซ์, ท
 บริเวณส่วนยอดของ เฮลิกซ์, และทวีบริเวณ
 ทเซอร์เคิล ของ คาร์วิน.

วิธีทำ

อาจใช้การฉีกยาสาเฉพาะที่หรือคมยา
 สลบกก็ได้. เมื่อใช้นวคใบให้แนบกับกระ
 โหลกระดูกจะเห็นว่า มีสันพับของ แอนติ-
 เฮลิกซ์ ปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน. ต่อไปก็ใช้สี
 เขียนตามรอยของ แอนติเฮลิกซ์. มักใช้
 อีกรีนาลีน เจือจาง ๑ : ๑๐๐,๐๐๐ ฉีด
 เข้าใต้หนังทั้งสองค้ำนอกเพื่อให้เลือดออกน้อย
 และเกาะหนังง่าย. คัดหนังค้ำนอกกระดูก
 ครอบออกเป็นรูปพระจันทร์เสี้ยว, แล้วใช้
 เข็มแทงจากค้ำนอกของใบ หให้ทะลุอีก
 ค้ำนอกตามรอยที่เขียนไว้, แล้วใช้สีเขียน
 ตรงปลายเข็มนอกค้ำนอกเพื่อให้อายุปรากฏ

ที่กระดูกอ่อน. การทำเช่นนี้หลาย ๆ ครั้ง
 ทำให้ที่รอยค้ำนอกของ แอนติเฮลิกซ์ บน
 กระดูกอ่อน. ต่อไปตัดกระดูกอ่อนตามรอย
 ของ แอนติเฮลิกซ์ แล้วพยายามตัดเกาะ
 หนึ่งทางค้ำนอกออกจากกระดูกอ่อน. ตัด
 กระดูกอ่อนบริเวณ ซับเรียร์ ครอส, ส่วนยอด
 ของ เฮลิกซ์, และบริเวณ ทเซอร์เคิล ของ
 คาร์วิน ออกเป็นรูปสามเหลี่ยม. ทงนี้จะทำ
 ให้ใบหุบได้ค้ำเข้า. ถ้า ค้อนมา โทมาก
 ควรต่อแนวผ่าลงมาถึงหางของ แอนติ-
 เฮลิกซ์ แล้วเข็นเข้าไปทางค้ำในคล้ายไม่
 เล่น ฮ็อคคีย์.

วิธีการกระดูกอ่อน, ใช้ข้อจับปลายค้ำ
 หนึ่ง แล้วกวัก เป็น รอย ให้ ลึก ผ่าน ถึง ชั้น
 ผนอนโคโรเนติก. รอยกวักควรขนานกันและ
 กวักหลาย ๆ เส้นตามความ ต้อง การ ของ
 ขนาดของ แอนติเฮลิกซ์. และเพื่อลด
 ค้อนมา ให้เล็กลงอาจตัดส่วนเกิน กระดูก
 อ่อนออกไต่ข้าง, โดยเฉพาะที่บริเวณหาง
 ของ แอนติเฮลิกซ์ ซึ่งมักหนาและแข็ง.
 กวักกระดูกอ่อนบริเวณริมของ เฮลิกซ์
 ให้เป็นรอยลึก ๒-๓ รอยก็ได้. ต่อมาก็เย็บ
 ผิวหนังยึดเฉย ๆ. แอนติเฮลิกซ์ ที่เกิดขึ้น
 จะทรงตัวอยู่เช่นนั้น, ซึ่งต่อมาจะมี ไฟบริล
 ทิสซิว เข้ามาแทนที่อย่างถาวร.

ข้อสำคัญที่ทำให้โค้งของ แอนติเฮลิคซ์ ทรงตัวในระยะแรกจำเป็นมาก, ต้องใช้วัสดุ เขี่ยยึดตามแองเงาของ ห แล้วพันผ้าให้ แน่นเพื่อยึดกัน ชีมาโตมา. เขี่ยผิวหนัง ้วยเอ็นแมว, จึงไม่ต้องห่วงเรื่องตักใหม่ และไปเขี่ยแผลเอาไว้วันที่ ๗. ต่อไปก็แนะนำผู้ปกครองให้เอาผ้ารัดหูในเวลา นอน สัก ๒-๓ สัปดาห์.

ผลของการผ่าตัด

ได้ทำการผ่าตัดตามวิธีที่บรรยายข้างต้น น ๓๕ ราย, ในขณะที่ปฏิบัติงานที่หน่วย ศัลยกรรมตกแต่งที่ ร.พ. เฟรนเชย์, เมือง บริสตอล, ประเทศอังกฤษ. ผลปรากฏว่า แอนติเฮลิคซ์ ที่สร้างใหม่นั้นมีโค้งเหมือน ธรรมชาติมาก. ความกว้างของหอยาเล็ก กลงเล็กน้อยแต่ถ้าไม่สังเกตเห็น. มี ๓ รายเกิด ชีมาโตมา ทางค่านกระโหลก ศีรษะ, แต่ได้เขี่ยเอาออกทันทีโดยใช้เข็มรู โดแทงเข้าตามรอยเขี่ย. นอกนั้นไม่พบ ภาวะแทรกซ้อนอื่น. ข้อควรระวังที่สำคัญ คือการติดเชื้อ. ถ้ามี ชีมาโตมา ร่วมด้วย แล้วอาจจะทำให้แผลแตกและทำให้กระดูก อกเกิดการอักเสบเรื้อรังและมี แคลซิฟิเคชัน ได้. แต่ผู้รายงานยังไม่เคยพบเลย.

ขอขอบคุณ อาจารย์ น.พ. นันทวัน พรหมผลิน ที่กรุณาเขียนรูปให้.

เอกสาร :

1. Farina, R., R. Baroudi, B. Colman, and O. de Castro : Otoplasty. Brit. J. Plast. Surg. 1962, 15 : 194.
2. Arey, L.B.: Developmental Anatomy. 6th ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1958, p. 551.
3. Johnston, T.B., D.V. Davies, and F. Davies : Gray's Anatomy. 32nd ed., Longmans, Green & Co., London, 1958, p. 1265.
4. Rubin, L.R., B.E. Bromberg, R.H. Walden, and A. Adams : An Anatomic Approach to the Obstrusive Ear. Plast. Reconstruct. Surg. 1962, 29, : 360.
5. Lockett, W.H. : A New Operation for Prominent Ears Based on the Anatomy of the Deformity. Surg. Gynec. Obst. 1910, 10 : 635.
6. Strömbeck, J.O. : Results of Surgery for Protruding Ears. A Follow-up Study of Two Series, one Treated with a modification of Lockett's Operation and one with a "New" Technique. Acta Chir. Scandinav. 1961, 122 : 138.
7. Gibson, T., and W.B. Davis : The Distortion of Autogenous Cartilage Grafts : Its Cause and Prevention. Brit. J. Plast. Surg. 1958, 10 : 257.
8. Chongchet, V. : A Method of Antihelix Reconstruction. Brit. J. Plast. Surg. 1963, 16 : 268.

(Summary of the preceding Article)

SURGICAL CORRECTION OF BAT EARS*

Vasant Chongchet, M.B.

The author describes the indications for correcting bat ears, and gives a short account of anatomy, development and functions of the external ears. In 1962 he presented a paper, "a method of antihelix reconstruction", and since then he has operated on other 35 cases with a new modified technique: 1) By removing three wedges of cartilage at the free border of helix, i.e., the termination of superior crus, the upper most part of helix, and Darwin's tubercle region. Then scoer

the cartilage anteriorly in the same manner. 2) The large concha present in some ears can be reduced by a hockey-stick incision round the tail of the antihelix with removal of excess of hard cartilage.

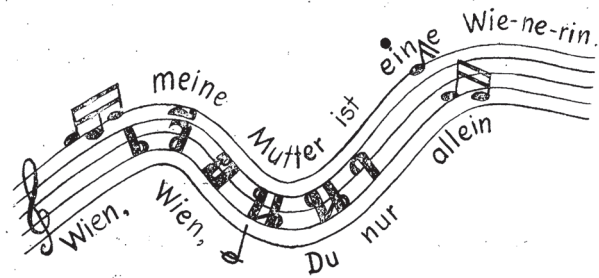
The results have been satisfactory. The author comments on some possible complications such as hematoma, chronic chondritis and calcification.

(Six figures. Eight references)
(V.Ch.)

* Report at the Siriraj Hospital Clinical Meeting, June 11, 1965.

จดหมาย

จาก



๘ เมษายน ๒๕๐๘

กราบเรียนอาจารย์ที่เคารพ

เมื่อคราวกระผมกราบลาอาจารย์ไป
 เวียนนานนั้นอาจารย์เคยปรารภกับผมว่าให้
 กระผมเขียนเรื่องของเวียนนามาลง “สาร
 ศิริราช” ข้าง. กระผมก็นึกอยู่นานก็ไม่ทราบ
 ว่าจะเขียนเรื่องอะไรดี เพราะแต่ละเรื่องก็
 ใหม่ ๆ และน่ารู้ทั้งนั้น. สำหรับในแขนงของ
 กระผมทางประสาทวิทยาและจิตวิทยานั้น
 เรื่องที่เป็นหลักและสำคัญยิ่งคือวิชา ปรี
 คลินิค ของประสาทสรีรวิทยาและประสาท
 กายวิภาคศาสตร์, เพราะนับได้ว่าเป็นหัวใจ
 ที่จะก้าวต่อไปยัง จิตวิทยา หรือ ประสาท
 วิทยา ที่เคี้ยว. ตัวอย่างเช่น เรื่องของ
 ซิกมันต์ ฟรอยด์ จิตแพทย์ผู้ยิ่งใหญ่ซึ่ง
 เป็นที่รู้จักกันดี. เดิมทีเคี้ยวท่านผู้นี้ได้
 ทำงานทางประสาท สรีรวิทยา มาก่อน.
 ฟรอยด์ เชื่ออย่างมากว่าสมองมีการ
 เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้วจึงทำให้เกิด
 กลไกทางจิตเช่น Sublimation, repression,

และ substitution ตอนหลังจึงหันมาสนใจ
 ทางจิตวิทยา. นอกจากน้เองการทดลองยา
 สงบประสาท (ทรานสควิลเซออร์) ต่าง ๆ ก็
 ต้องอาศัยหลักเภสัชวิทยา, หรือถ้าจะตรวจ
 ความเปลี่ยนแปลงในโรค ส์ซิโซฟรีเนีย
 ก็ต้องอาศัยวิชาชีวเคมีเป็นต้น. กระผมได้
 คิดหัวข้อที่จะเขียนอยู่เสมอจนกระทั่งคิดออก
 เมื่อคราวที่พระบาท สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
 และสมเด็จพระบรมราชินีนาถเสด็จประพาส
 ประเทศออสเตรียเป็นทางการระหว่างวันที่
 ๒๕ กันยายนถึง ๒ ตุลาคม ๒๕๐๗.

ก่อนอื่นกระผมใคร่ขอเล่าเหตุการณ์
 ตอนนั้นสักเล็กน้อย, ถึงแม้ว่าจะเข้าไป
 สักหน่อยแต่ก็หวังว่าคงยังไม่ผิด. คือแต่
 เดิมทีเคี้ยวชาวเวียนนารู้จักประเทศไทยแต่
 ในนามว่า “ลิริกิต แลนด์” เท่านั้นและ
 รู้ว่าที่เมืองนั้นมีพระราชินีงามพระนามดัง-
 กล่าว. ครั้นต่อมาหลังจากการเสด็จเยือน
 ออสเตรียแล้วเป็นที่น่ายินดีว่าชาวออสเตรีย
 ได้รู้กว้างขวางขึ้นอีกว่า อันพระนาม

“สิริกิต” นั้นเป็นพระนามของพระบรมราชินีนาถประมุขของประเทศไทยนั่นเอง. และจนบัดนี้กระผมอยากจะเรียนอาจารย์ว่าถึงแม้ระยะเวลาได้ผ่านไปหลายเดือนแล้วก็ตาม ก็จริง แต่หนังสือพิมพ์รายสัปดาห์ของเวียนนาก็หลายฉบับก็ยังลงพระบรมฉายาลักษณ์ของลันเกล้าฯ อยู่. ไม่แต่ในเวียนนาเท่านั้นแม้แต่ในเมืองออกไปชาวบ้านก็ยังไม่ลืมพระนามของลันเกล้าฯ เลย. กระผมทราบได้จากการไปเที่ยวนอกเมืองเมื่อไม่นานมานี้ คือที่เมืองเคิร์มสันเป็นเมืองที่ปลูกองุ่นและทำเหล้าองุ่นมีชื่อซึ่งใคร ๆ รู้จักกันดี. เขาปลูกไว้นองุ่นเป็นทิวไปตามไหล่เขาที่ลาดลงมายาวจรดกับลำน้ำคานยเบียงล่าง. พอใกล้ฤดูใบไม้ร่วงพวกชาวบ้านเขาจะเก็บองุ่นและเริ่มทำเหล้าองุ่นกัน. ในระยะนี้เองที่พวกคนเมืองหลวงจะออกมาหาเหล้าองุ่นหรือน้ำองุ่นสด (เทราเป็นโมสต์). สถานที่ที่ทำการซื้อขายคือโรงทำเหล้าองุ่นซึ่งเขาสร้างเป็นบ้านหลังย่อม ๆ มีห้องใต้ดิน. บ้านเหล้านี้มออยู่เป็นแถวตามเชิงเขาติดกับลำน้ำคานย. กระผมได้ไปลองชอนน้ำองุ่นคนนั้นก็ช่วยเหมือนกัน. ตอนสนทนของเรื่องมาอยู่ที่ว่ากระผมตกลงจ่ายเงินตามอย่างที่เขาจะทำกัน, แต่ยังไม่ทันตกลงเรียบร้อยตาเจ้าของไร่ก็ถาม

กระผมว่าเป็นใคร, มาจากไหน. ผมก็ตอบว่ามาจากเมืองไทย. คราวนี้แกไม่ฟังเหมือนทุกครั้งที่กระผมบอกใคร ๆ ว่ามาจากเมืองไทย. แกร้อง อ้อ แล้วก็เข้ามาจับมือเป็นการเอิกเกริก. บอกว่ารู้แล้วละว่าคุณมาจากไหน, สิริกิตที่เสด็จมานเอง, งามมาก, งามมาก, งามจริง ๆ, แล้ว คิงก็ยิ่งหนุ่มมาก. ว่าแต่เคยเห็นองุ่นที่นั่นไหมละ, มานซีพ่อคุณจะไปชม. แล้วแกก็พากระผมไปไร่องุ่นพร้อมทั้งแจกอองุ่นสด ๆ กับน้ำองุ่นคนมา. บอกว่าเขาไปเด็ด, เราชอบคนไทย, เราชอบ สิริกิต. กระผมพยายาม ยักเยียด สดต่าง ๆ แกก็ไม่วายชม, ทั้งหมดที่กระผมเล่าเป็นเรื่องนอกกรุงเวียนนาออกไป. สำหรับในเวียนนาเองนั้น พระราชกรณียกิจที่สำคัญยิ่งของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ คือการนำเพลงพระราชนิพนธ์มาบรรเลง ณ กรุงเวียนนา ท่ามกลางชาวเวียนนา ซึ่งเกิดมาในเมืองคนตรีอันยิ่งใหญ่, เคยฟังเสียงคนตรีเช่นเคยมาตั้งแต่เล็กแต่น้อย. ครั้นเขามาได้ฟังเพลงพระราชนิพนธ์ของลันเกล้าฯ แล้วเขาก็ได้ยกย่องว่าทรงเป็นนักแต่งเพลงชั้นหนึ่งออกพระองค์หนึ่งที่เคย. นอกจากนั้น

เขายังได้ทดลองนำถวายปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต กิตติมศักดิ์ทางดนตรีซึ่งเขาหวังไม่ได้ให้ใครง่าย ๆ, กัซซังยังได้จารึกพระนามของลันเกล้าฯ ไว้ ณ สถาปนทางดนตรีอันยิ่งใหญ่ของเวียนนาต่อจากนักดนตรีผู้ยิ่งใหญ่อื่น ๆ นับเป็นอันคืบ ๒๑ อีกด้วย. ลันเกล้าฯ ทั้งสองพระองค์ได้ทรงทำให้ชาวออสเตรเลีย และชาวโลกได้รู้จักประเทศไทยดีขึ้นและพวกเราชาวไทยในออสเตรเลียต่างก็ได้รับคามยกย่องนับถือจากประชาชนเหล่านั้นเป็นอย่างดีและสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณลันเกล้าฯ อยู่เสมอตลอดมา.

ฉะนั้นในโอกาสนี้กระผมจึงใคร่ขอเล่าเรื่องการรักษาโรคจิต-โรคประสาทด้วยดนตรี เป็นการเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ. กระผมเห็นว่าบทความของศาสตราจารย์ เอคิคา โคฟเฟอร์ อุลส์ทริค แห่งกรุงเวียนนาที่ได้นำไปบรรยายในที่ประชุม ณ กรุงลอนดอนในการประชุมระหว่างชาติครั้งที่๗เมื่อวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๐๗ เป็นบทความที่น่าสนใจมาก, จึงได้ขออนุญาตจากท่านเจ้าของเรื่องมาแปลลง (ตั้งคำอนุญาตต่อท้ายนี้) ดังนี้:

ดนตรีในการบำบัดหมู่

โรงพยาบาลโรคประสาทโรคจิตมหาวิทยาลัยเวียนนาได้ใช้ดนตรีเพื่อบำบัดผู้ป่วยมาเป็นเวลา ๕ ปีแล้ว. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งนี้คือ ศาสตราจารย์ ฮอฟฟ์ ซึ่งเป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ของสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. ทางโรงพยาบาลได้ถือว่าดนตรีเป็นเครื่องมือรักษาทางจิตอย่างหนึ่ง. ผู้ทำการรักษาทางดนตรีนั้นถือว่าเป็นคณะหนึ่งของการรักษาทั่ว ๆ ไปด้วย. ผู้บรรยายได้สรุปหัวข้อสำคัญไว้ด้วยกัน ดังนี้:

๑. ผู้รักษาได้มีส่วนช่วยในการออกความเห็นในเรื่องผู้ป่วยซึ่งมีการประชุมกันทุกสัปดาห์.
๒. ผู้รักษามีโอกาสที่จะอธิบายการเปลี่ยนแปลงและทำที่ผู้ป่วยที่ได้แสดงออกในระหว่างทำการรักษา.
๓. สำหรับเวลาที่เหมาะในการรักษาคือตอนบ่ายระหว่าง ๑๕.๐๐ ถึง ๑๖.๐๐ น., เพราะในตอนเช้าเป็นเวลาแพทย์มาเยี่ยมผู้ป่วยและให้การรักษาอื่น ๆ. ห้องที่ใช้รักษาเป็นห้องโถงใหญ่เพื่อความเหมาะสมสองประการคือ ก. เกี่ยวกับระยะเสียงที่

และ ข. ห้องใหญ่เหมาะแก่ผู้ช่วยที่จะมา
เข้าฟัง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องดนตรีที่
ระฆังสำหรับเล่นนันทนาการสถานที
มากพอ.

๔. บางท่านกล่าวว่าห้องดนตรีควร
จะให้บรรยากาศสักหน่อย. อย่างไรก็ตาม,
ผู้บรรยายเชื่อว่าในเนื้อหาของดนตรีเองรวม
ทั้งผู้ฟังและผู้เล่นนั้นแหละที่จะทำให้เกิด
บรรยากาศเช่นนั้น. ผลของการที่ความ
โน้มเอียงที่เด่นชัดสำคัญขั้นแรกและเป็น
ส่วนที่จะพิจารณาว่าเป็นข้อยกเว้นหนึ่งของการ
รักษา.

ผู้ช่วยในโรงพยาบาลที่นำมารักษาเป็น
พวกที่มีอาการทางประสาท. พวกจิตเภท
ที่แสดงอาการชัดซึ่งแพทย์เป็นผู้เลือกส่งมา
ให้อายุระหว่าง ๑๘ ถึง ๓๐ ปี. แขนง
การรักษาออกเป็นหมู่ ๆ ละ ๘ ถึง ๑๒
คนซึ่งเหมาะแก่การรักษาที่จะควบคุม. นอก
จากการที่ผู้ช่วยปะปนกันทั้งชายหญิงเป็น
ผลคืออย่างยิ่งเพราะเป็นการทำให้เกิดกลุ่ม,
เป็นสังคมที่เป็นเพื่อนกันได้หรือ เข้ากัน ได้
อย่างดี. ประสิทธิภาพที่จะเกิดขึ้นนั้นคือมี
การกระตุ้นให้แต่ละคนมีการแข่งขันที่จะทำ
ให้ดีกว่าคนอื่นเสียด้วย. การรักษาจึงกล่าว
ถึงจุดประสงค์ของการฟื้นฟูผู้ช่วย. คือให้

ผู้ช่วยสามารถจัดตัวปรับปรุงตัวเองใหม่ให้
เข้ากับสังคมได้นั่นเอง.

๕. เมื่อผู้ช่วยได้รับการรักษาทางจิต
แล้วไม่ช้านักผู้ช่วยก็จะสามารถออกจากโรง
พยาบาลและดำเนินชีวิตอย่างคนอื่น ๆ ได้
ตามปรกติ.

ในระหว่างที่พบผู้ป่วยจิตให้ผู้ช่วยด้วย
การรักษาแบบผู้ช่วยจะกินเรื่อยๆ ด้วย
การทำให้เขามีความเข้มแข็ง, เขื่อนที่ที่จะ
กำจัดความวิตกกังวลใจหรือความรู้สึกที่
เครียดต่าง ๆ ออกไป. ระยะเวลาที่ผู้ช่วย
ได้รับการฝึกหัดให้มีการปรับปรุงตัวเองเข้า
กับสิ่งแวดล้อม. ให้มีการฝึกสมาธิได้นาน
ขึ้น, รวมทั้งมนุษยสัมพันธ์ก็จะดีมากจน
รวมทั้งความรู้สึกหรือท่าทีต่อชีวิตจะเป็นผล
ดีที่คิดตามมา.

นอกจากคนที่มีส่วนช่วยให้เกิดผลดัง
กล่าวแล้วผู้ช่วยจะได้รับการชักจูงมุ่งไปสนใจ
กับเรื่องของคนอื่น. จากความชำนาญ
ของผู้บรรยายซึ่งได้ทำมาในระหว่าง ๕ ปี
นั้นได้พบวิธีการต่าง ๆ อีกมากมาย. ในที่
นี้จะขอแนะนำคำพูดของศาสตราจารย์ ฮอฟฟ์มา
กล่าวในที่นี้. ท่านได้ให้คำจำกัดความที่
สั้น ๆ ของการรักษาด้วยดนตรีที่เข้าใจง่าย
และแจ่มแจ้งว่า

“การรักษาคด้วยดนตรีเป็นผล สำเร็จใน ทางที่ไม่ต้องใช้คำพูดเป็น เครื่อง คัด ต่อใน การที่จะนำผู้ช่วยกลับเข้าสู่สังคมอีก.”

อีกสิ่งหนึ่งที่น่าประหลาดใจคือ ในกรณี ที่ผู้ช่วยซึ่งแม้จะมีอาการไม่สงบอย่างมาก, เมื่อนำมารักษาคด้วยดนตรีแล้วเขาสามารถ หายดีและกลับเข้าสู่สังคมได้. ข้อนี้เป็น เหตุผลอันหนึ่งว่าทำไมดนตรีจึงมีประสิทธิภาพ เหมือนการรักษาคเป็นหม้ออย่างอื่น ๆ หนึ่ง หลาย.

มีเครื่องดนตรีที่ผู้บรรยายใช้ชนิดหนึ่ง เป็นเครื่องดนตรีพิเศษ ต่าง จากชนิด ที่ เรา เล่นกันอยู่ประจำวัน. เหมาะกับการรักษาค มาก. ผู้ช่วยสามารถเล่นได้โดยสบายแม้ จะไม่ใช่ นักดนตรีหรือไม่เคยเล่น ดนตรี มา ก่อน. นอกจากนั้นแม้ผู้ช่วยที่ไม่สงบก็จะลด เสียงของดนตรีซึ่งทำให้สงบลงได้. (ผู้ บรรยายได้แสดงเครื่องดนตรีต่อ ที่ ประชุม ซึ่งเรียกว่า “Carillon” เป็นเครื่องดนตรี ที่มี ๑๒ เสียง ในขั้นใดเสียงดนตรี “เคีย- โตนิก (Diatonik)” และแย้งออกเป็น ๑๐ เสียงซึ่งอยู่ในขั้นใดเสียง C-Major และอีก ๒ เสียงอยู่ในขั้นใดเสียง G-Major และ F-Major).

เมื่อผู้ช่วยเล่นพร้อมกันก็ จะทำให้ เกิด เสียงที่สามารถชักจูงให้ผู้ช่วยมีความรู้สึกดี ขึ้นได้อย่างประหลาด. เครื่องดนตรีอีกชนิด หนึ่งที่ผู้บรรยายกล่าวถึงคือเครื่อง ดนตรี ที่ ประดิษฐ์ ขึ้นโดยใช้ระบยเสียง “เพ็นตะ- โตนิก (Pentatonik)”.

๖. ในการเล่นปฏิบัติโดยให้ผู้ช่วยนั่ง บนม้าเล็ก ๆ ล้อมเป็นวงกลม. ผู้รักษาค จะชักจูงด้วยเสียง ไว โอลิน หรือ ขลุ่ย หรือ เครื่องดนตรีชนิดใดชนิดหนึ่งร่วมกับผู้ช่วย. ใน การเล่นดังกล่าวเราจะไม่ให้ผู้ช่วยมีความ เคร่งเครียดด้วยการใช้ความจำเลย. แต่ ให้ผู้ช่วยคอยทำตามที่ผู้รักษาคจะนำไป.

ขอบทความที่ผู้บรรยายกล่าวย่อ ๆ เพียง เท่านั้น.

สรุป

กระผมได้เล่าให้ฟังถึงเรื่องงานที่เขาทำ กันในเวียนนา ซึ่ง เป็น เรื่อง ที่ อยู่ใน งาน ที่ กระผมมาศึกษาอยู่ด้วย. แม้ว่าจะงานชิ้นนี้ จะเริ่มทำในกรุงเวียนนาซึ่งถือว่าเป็นสถาน ทางดนตรีที่ยิ่งใหญ่ของโลกแห่ง หนึ่ง ใน ปี ค.ศ. ๑๙๕๕ และเขื่องานใหม่มากก็ตาม, แต่ก็นับว่าเป็นความพยายามของมนุษย์เป็น อย่างมากที่ได้พยายาม นำ ดนตรี ซึ่งนอก

จากจะให้ความบันเทิงแก่คน ปรกติ แล้วยังสามารถนำมาใช้กับคนที่ไม่สบายทางจิตได้ ด้วย. การนำคนตัวมาช่วยผู้ช่วยพวกนั้นนี้ว่าได้นำประโยชน์อย่างใหญ่หลวง หรือความหวังมาให้กับผู้ช่วยที่น่าสงสาร เหล่านี้เป็นอย่างมาก.

สำหรับบ้านเรากระผมคิดว่าคงนำมาใช้กับผู้ช่วยของเราได้เป็นอย่างดี และ คง ได้

ประโยชน์มาก ในการช่วยผู้ช่วยของเรา เหมือนกยททางนโคปฎิบัติ มา ตลอด ระยะเวลาดังกล่าว.

กระผมขอจบจดหมายของกระผม เพียงเท่านี้

ด้วยความเคารพ

มงคล ม. ศรีโสภาด, D.N.P.

EDITHA KOFFER-ULLRICH
PROFESSOR AN DER AKADEMIE
FÜR MUSIK UND DARSTELLENDEN KUNST
MUSIKTHERAPEUTIN

WIEN, 5 April 1965.
13, JAGDSCHLOSSGASSE 61
TELEFON 82 58 854

FREIGABE FÜR DEN NACHDRUCK.

Ich bestätige hiermit, Herrn med. Dr. M.M. Srisopark die Bewilligung erteilt zu haben, die von ihm angefertigte thailändische Übersetzung meines am VII. Internationalen Kongress für Psychotherapie am 27 August 1964 gehaltenen Vortrages unter dem Titel 'Musik in der Gruppentherapie' in der 'Siriraj Gazette' seines Heimatlandes zum Wiederabdruck zu bringen.

Ich hoffe, dass dieses Thema für Thailand von Nutzen sein wird.

E. Koffer Ullrich

(Prof. Editha Koffer-Ullrich,
Musiktherapeutin an der
Psych.-Neurol. Universitäts-
klinik in Wien, Professor an
der Akademie für Musik u.
darstellende Kunst in Wien)



ประกาศของกรมการศึกษา

บุญเรือง นิยมพร พ.ม.
ดำรง เบียร์พสาย พ.บ.
นันทน์ พรหมผลิน พ.บ.
ทวี บุญโชติ พ.บ.
สมอัย ปรกิตติ พ.ต.
ประนิตย์ หัตถนาครณ์ พ.บ.

เจ้าของศิริราช

โชติศรี ท้าราบ พ.บ.

เป็นครั้งที่สองที่ข้าพเจ้าได้พบ “เชิญ” แกมบังคับให้เขียนบทความลงในสารศิริราช ฌยัคคิย ก่าจาก ท่าน บรรณาธิการ, โดย ท่าน ดังซอ เรืองมา ให้เสร็จ เช่นนี้ที่ แล้ว. คราวนี้คืออยู่อย่างหนึ่งที่ท่านกรณา อธิบายเนื้อหาของเรื่อง ที่ควรจะเขียนมาให้เสร็จ. แต่ที่ไม่ตกคอกท่านให้เวลาข้าพเจ้า เพียง ๓ วัน, และก็เผอิญเป็นเวลาที่ ข้าพเจ้ากำลังเห็นคเห็นอยู่่นววยอยู่กับการ ใ้รับ “เชิญ” แขนงจากหนังสืออื่นอีก ๓ ฌยัคคิย, ซึ่งแปลว่าข้าพเจ้าต้องเนรมิต “เรื่อง” ให้ทุกท่านที่มา “เชิญ” ไว้ให้ ครบตามกำหนดเวลา.

เหตุที่ทำให้ข้าพเจ้าไม่ปฏิเสธ “สาร-ศิริราช” ก็คือความรู้สึกคล้ายกับว่าเป็น หน้าที่ อย่าง หนึ่ง ของ ข้าพเจ้า ที่ จะต้อง ทำ

อะไรให้กับศิริราชบ้าง, แม้เพียงเล็กน้อยก็ ยงคิ. ความรู้สึกเช่นนี้จะเป็นความรู้สึกของ คนที่ เป็น “เจ้าของศิริราช”, อย่างที่ท่าน บรรณาธิการได้กรณาอธิบายมาให้ฟังหรือ อย่งไร, ข้าพเจ้าก็ไม่ทราบแน่ชคคณัก.

เนื้อหาของเรื่องที่ท่านอาจารย์ชแจงแก ข้าพเจ้านนเกยวกับ “ความสัมพันธ์ระหว่าง คิยัคคิย (เก่าและปัจจุบัน) กับศิริราช. คิยัคคิยที่ ควรรู้สึกเป็นเจ้าของบ้าง; ไม่ควรรู้สึกว่ มาเป็นผู้อาศัยอยู่, เรือนเสร็จแล้วก็เลิกกัน ไป, ไม่มีเยอโย; ควรเคือคอรอนแทนบ้าง. ะหว่างยังเรือนอยู่, ถ้าเห็นเหตุการณ์อะไร จะเป็นผลเสียห้ายแก่ศิริราช, ก็ต้องรีบขง กันหรือร้องเรียนผู้สามารถแก้ไขได้. ถ้า เห็นใครจะทำ ความเสียหาย, กชแจงฯลฯ ผู้ที่เรียนจบไปแล้ว, ควรระลึกถึงและสอค

ล่องข่าวคราวจากศิริราชบ้าง. (สารศิริราช เป็นสื่อที่ดีในเรื่องนี้. แต่มีศิษย์เก่าเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้เป็นสมาชิก, ทั้ง ๆ ที่ เป็นอัคราภคทัสคในโลกสำหรับหนังสือราย เดือนไม่ว่าแนวใด ๆ). ถ้าได้ยินได้ฟังการ กล่าวขวัญที่ตลกตลกก็ควรบอกเล่าให้เพื่อน ในศิริราช, หรือกรรมการ, หรืออาจารย์ ผู้ใหญ่รู้ไว้บ้างจะได้แก้ไข. ถ้าการ กล่าวโทษเป็นการไม่ยุติธรรมก็ควรช่วยแก้ บ้าง ฯลฯ. ขอให้ทุก ๆ คนที่เป็นศิษย์พึง รู้สึกว่ามีส่วนเป็น “เจ้าของ” ศิริราชอยู่ ด้วย, แม้จะนึกเดี๋ยวก็ตาม. อาจารย์ก็พึง รู้สึกเช่นเดียวกัน, มีเพียงแต่มาหาผล ประโยชน์อย่างเดียว, หรือคิดว่าเป็นเจ้า บัญชาคน.

คำขแรงนเปรียบประคจเทศนัถษที่สน ๆ ว่าด้วยสามัคคีธรรมกับกตัญญูถกตเวทิตา- ธรรม. ในส่วนตัวข้าพเจ้าเองไม่คิดว่าจะมี ผู้ใดที่เรียนเสร็จแล้วก็เลิกกันไป, ไม่มีเยอ ใย. ข้าพเจ้าเชื่อโดยบริสุทธิ์ใจว่าศิษย์เก่า ทุกคนมีเยอใยกับสถาบันของตนไม่มากนัก น้อย, แต่ทุกคนก็หาได้มีโอกาส, เวลา, และช่องทางที่จะแสดงออกให้ศิริราชรู้ว่า เขายังมีเยอใยอยู่เหมือนกันไม่. ตัวอย่าง ง่าย ๆ ก็ได้แก่การขอเรื่องลง “สารศิริ-

ราช” นขยศิษย์เก่าขลละควง, ถ้าท่าน บรรณาธิการไม่ให้ โอกาสแก่ข้าพเจ้า, ศิริราช หรือจะรู้ว่าข้าพเจ้ายังมีเยอใยอยู่. “สารศิริราช” เป็นสื่อที่ดีในเรื่องนี้จริง อย่างที่ท่านอาจารย์ว่า, (มีเหมือนกันบาง คนรับมาแล้วเอามาทิ้งไว้เฉย ๆ, แต่จะไม่เคยเขี่ยออกอ่านเลย) เพราะฉะนั้น “สารศิริราช” จึงน่าจะให้โอกาสศิษย์เก่า คนอื่น ๆ ผลัดเปลี่ยนกันแสดง “ความมี เยอใย” ของเขาออกมาบ้าง.

ข้าพเจ้าคิดว่าคงไม่มีอาชีพใดที่จะให้ ความชื่นใจ, ความภาคภูมิใจ, เกือบจะสุข ยอด, เมื่อทำงานได้ผลอย่างงดงาม, เท่า อาชีพแพทย์; และก็ไม่มีอาชีพใดที่เมื่อ พลาตพลัง, ก็ทำให้เศร้าสลดและรู้สึก ว่า ตัวเองต่ำต้อยอย่างที่สุด, เท่าอาชีพแพทย์ เหมือนกัน. ความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นน นย่อมมีส่วนเกี่ยวพันไปถึงสถานศึกษาที่ประ- สาทความรู้ให้แก่คนอย่างแน่นอน; และ เช่นเดียวกัน, เมื่อพลาตพลัง, ก็คงจะนึก เสียใจที่ตนนำความเสื่อมเสียมาหมองมา สู่สถานศึกษา. เชื่อว่าลูกศิริราชทุกคนคง จะเคยมีความรู้สึกเช่นนั้นไม่อย่างใดก็อย่าง หนึ่ง.

การกล่าวขวัญเชิง คติคุณ หรือ การกล่าวอย่างไม่ยุติธรรมนั้น, อย่าว่าแต่จะมุ่งถึงศิริราชหรือโรงเรียนแพทยอนโคโดยเฉพาเลย, ถ้าหากคำกล่าวนั้นกระทบกระเทือนถึงเกียรติภูมิของแพทย์ไทยทั่วกันหมด, เราก็คงได้เคยเคอครอนและเจ็บร้อนกันมาแล้วมากมาย. เช่น เมื่อครั้งหนังสือพิมพ์โคโรนัต ฉบับเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๕ ลงบทความเรื่อง "ทศแพทย์ ณ ประเทศไทย" ซึ่งเสียดสีความสำเร็จของนายแพทย์ต่างประเทศผู้หนึ่งในประเทศไทยอย่างเพื่อเจ้อ, พร้อมทั้งใส่ร้ายคุณหมันการแพทย์ของไทยอย่างเหลวไหลไร้สาระที่สุด. ข้าพเจ้าได้ทราบว่า, ด้วยความเจ็บแค้นเหลือขนาด, แพทย์อิสระรุ่นน้องผู้หนึ่งถึงกับขย้อหนังสือโคโรนัตเล่มนั้นไปหาท่านบรรณาธิการ สารศิริราช ที่บ้านของท่าน, โดยนีกว่า, ถ้าหากบทความนั้นยังไม่ได้ผ่านสายตาของอาจารย์, ก็จะได้เรียนให้ท่านทราบ, เพื่อจะได้หาทางจัดการอย่างใดกับหนังสือเล่มนั้นต่อไป. แต่เมื่อได้ทราบว่าท่านอาจารย์เขียนบทความประท้วงโต้แย้งรุนแรงทันควันลงใน "สารศิริราช,"^(๑) ซึ่งกำลังจะออกอยู่แล้ว, เขาก็พอใจและโล่งใจ.

หรือเมื่อได้ข่าวเพื่อนแพทย์คนใด, ไม่ว่าจะเพื่อนรุ่นพี่, รุ่นเดียวกัน, หรือรุ่นน้อง ๆ, ไปทำชื่อเสียงในต่างประเทศ, ข้าพเจ้าเองเคยรู้สึกดีใจ, ชื่นใจ, รวบรวมว่าชื่อเสียงเกียรติภูมินั้น ๆ ตกแก่ญาติพี่น้องของตนในสกุลเดียวกัน. และเมื่อได้ทราบข่าวการกระทำผิดร้ายแรงของแพทย์บางคนจนถึงกับต้องโทษทัณฑ์ตามกระบิลเมือง, ก็ไม่เคยรู้สึกสงสาร, เสียใจในเคราะห์กรรมของเพื่อนแพทย์ผู้นั้น, ทั้งที่ไม่เคยรู้จักกันเลย.

ความรู้สึกทั้งปวงดังนั้นพอจะอนเคราะห์เข้าอยู่ในความรู้สึกเป็น "เจ้าของศิริราช" ได้หรือไม่, ข้าพเจ้าไม่ค่อยแน่ใจนัก. ที่ไม่แน่ใจก็เพราะว่า, เวลาใดก็ตามที่ได้กลับมาเดินอยู่ในบริเวณศิริราชอีก, จะมีความรู้สึกอย่างใหม่เกิดขึ้น. เป็นความรู้สึกของคนที่เคยกิน, เคยอยู่, เคยเรียน, เคยเล่น, เคยรู้สึกเป็นเจ้าของเต็มทีในสถานที่แห่งนี้; แต่ว่าบัดนี้ตัวเองกลับกลายเป็นคนแปลกหน้า, เป็นคนต่างถิ่นที่พลัดเข้ามาในบ้านเดิมของตนเอง, ได้พบแต่ผู้คนหน้าตาใหม่ ๆ เป็นส่วนมาก, หน้าเก่า ๆ ที่เคยคุ้น, เคยเคารพนับถือและรักใคร่ชอบพอ, ถึงจะยังมีอยู่, ก็เหลือน้อยเต็มที, และนับ

๑. สารศิริราช, เมษายน ๒๔๕๕, บทบรรณาธิการ.

วันจะหมดไป.

ศิษย์เก่าของศิริราช, ไม่ว่าหญิงหรือชาย, ย่อมได้เคยหวนกลับมาศิริราชอีกครั้งหนึ่ง (บางคนก็หลายครั้ง), หลังจากสำเร็จออกไปแล้ว, ไม่ในฐานะหมอมาร่วมประชุมวิชาการ, มาศึกษาเพิ่มเติม, มาหาเพื่อนฝูงครหาอาจารย์, มาทวยเรื่องสิ่งผู้ช่วยของตนหรือญาติพี่น้องมารับการตรวจพิเศษบางอย่างหรือมารับการรักษาในโรงพยาบาล, หรือไม่ก็มาในฐานะผู้ช่วยเหลือเอง. การกลับมาในฐานะหมอนำผู้ช่วยมา, หรือตนเองเป็นผู้ช่วยมาเองเช่นนั้น, ได้เคยมีปรากฏเรื่องไม่งามเกิดขึ้น,^(๒) ซึ่งนำความเสียนำใจมาสู่ศิษย์เก่าทั่วไป, ผู้เคยรู้สึกว่าคุณเองมีส่วนเป็นเจ้าของศิริราชอยู่ไม่น้อย. ที่น่ามากแล้วเช่นนี้มิใช่จะพินฝอยหาตะเข็บ, และมีใช่จะเรียกร้องสิทธิ—แม้เพียงความสะดวกรวดเร็ว—เป็นพิเศษกว่าผู้ช่วยอื่นทั่วไป, อันจักเป็นการปฏิบัติเห็นอกเห็นใจและระเบียบของโรงพยาบาล. ข้าพเจ้าเชื่อว่าศิษย์เก่าส่วนมากไม่ต้องการการปฏิบัติพิเศษอะไรทำนองนั้น, เพราะการปฏิบัติแก่กันเป็นพิเศษในหมู่เล็ก ๆ ไปก่อนตนเองย่อมเป็นหนทางนำไปสู่ความเคยชิน

ในเรื่องอภิสิทธิ์และการฉ้อราษฎร์บังหลวง เป็นเรื่องใหญ่ต่อไป. สิ่งที่เขาต้องการเห็นสิ่งอื่นใดทั้งหมดคือการยอมรับรู้และให้เกียรติแก่ผู้ที่เคยรู้สึกเป็นเจ้าของศิริราชมาก่อนอย่างเท่ากัน. กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ, บางคนที่ทำท่าเป็นเจ้าของศิริราชอยู่ในปัจจุบันมีส่วนกีดกันความรู้สึกเป็นเจ้าของศิริราชของบรรดาศิษย์เก่าให้เสื่อมถอยลงไป.

จริงอยู่, ผู้ที่สำเร็จออกไปแล้วนานย่อมหาคนรู้จักยาก, และบางคนก็มีความสงบเสงี่ยมมากจนไม่ปรารถนาจะแสดงตน. แต่การเคารพต่อผู้อาวุโสกว่านั้นไม่แต่จะถือเป็นประเพณีอย่างหนึ่งในหมู่แพทย์ด้วยกัน, หากยังเป็นมารยาทและประเพณีที่ดีของสังคมไทยแต่ไหนแต่ไรมา. แต่ทุกวันนี้ประเพณีดี ๆ ของเราเสื่อมโทรมลง; และมีมันเป็นสมัยที่คำขวัญทร ๆ ปรากฏอยู่แต่ตามแผ่นป้าย, มิได้มีการปฏิบัติตามอย่างจริงจัง, ดังนั้น “เย็นเย็น, สบิวิต, ออร์เคอร์, ซันเนอริตี้” หนักเรียนแพทย์สมัยก่อนเขาจารึกกันไว้ในใจ, สมัยหลังนี้จึงปรากฏว่าเขาจารึกกันไว้แต่เฉพาะที่ข้างฝา.^(๓)

๒. สารศิริราช ฉบับศิษย์เก่า, กรกฎาคม ๒๕๐๗, บทบรรณาธิการ.

๓. สารศิริราช ฉบับศิษย์เก่า, พฤษภาคม ๒๔๕๕, หน้าสำหรับนิต.

ศิริราชเรื่องนาม
เราถือความสามัคคีขี้ดมั่น
เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวเหมือนดังเกลียวเชือกควั่น
เราต้องรักกันฉันพี่น้อง

เพื่อชื่อเสียงของศิริราช
ถิ่นประสาความรู้แก่เรา
หนักหรือเบาเราต้องสู้ให้จนเข็ดตา
เพื่อชื่อเสียงของศิริราช

เพลงเชยรักฟ้าพายทั้นของเราไม่ทราบว่ามี
ผู้ชายคนใดเป็นผู้แต่งบทร้องและทำนอง
ไว้, แต่เรารู้สึกกันว่าเป็นเพลงที่ไพเราะ
ทั้งสำเนียง, ทำนองและเนื้อความโดย

เฉพาะในวรรคที่ว่า “เป็นน้ำหนึ่งใจเดียว
เหมือนดังเกลียวเชือกควั่น”. เราคงไม่
ต้องการให้มันกังวานไพเราะ แต่ในเวลา
เชยรักฟ้าเท่านั้น, ทำนองเดียวกับคำขวัญ
หรือ ๆ บนแผ่นป้ายค้ายคนแต่ไม่มีความ
หมายในการกระทำ. จึงสมควรที่ผู้เป็น
เจ้าของศิริราชทั้งในอดีต, ปัจจุบัน, และ
อนาคตจะได้ช่วยกันผดุงกระชับเกลียวน้ำ
ใจกันไว้, อย่าปล่อยให้มันคลายเกลียว
ไปเสียจนขาดหลุด, ซึ่งจะเป็นเรื่องเศร้า
และน่าเสียดาย.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกยอเอกสาร

รายนามผู้ยอในฉบับนี้: ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.,
ประยัด ทศนากรณ์ พ.บ., บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ., โสภณ คงสำราญ พ.บ., สมฤทธิ์ เสนาแพทย์ พ.บ.,
จำลอง อังสุสิงห์ พ.บ., ม.ร.ว. วีรพันธ์ ทวีวงศ์ พ.บ., M.Sc., สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

๑. Duke, H.M., W.H. Abelman: ผลทางสรีรวิทยานำมาซึ่งของการให้เลือดในผู้ช่วยโรคเลือดจางเรื้อรัง. New Eng. J. Med. 1964, 217: 975.

การศึกษาค้นคว้าของระยะไขว้เวียนของผู้ช่วยที่มีโรคเลือดจางเรื้อรัง, ก่อนและหลังการให้เลือด, ในผู้ช่วย ๘ คน, โดยให้เม็ดเลือดแดงในปริมาณ ๓๗๕ ถึง ๑,๓๐๐ มล. ด้วยอัตราเร็ว ๒.๖ ถึง ๑๙.๕ มล. ต่อนาที, ปรากฏผลว่า, ผู้ช่วย ๖ คน, ที่มีอัตราการสับฉีดเลือดออกของหัวใจสูงและมีความดันเลือดต่ำปรกติ, หลังให้เลือดแล้ว อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง, อัตราการสับฉีดเลือดออกต่อการเต้นหนึ่งครั้งเพิ่มขึ้น, อัตราการสับฉีดเลือดออกของหัวใจเพิ่มขึ้น, ความดันเลือดแดงสูงขึ้น แต่ความดันเลือดต่ำปรกติ, และฮีมาโตคริตเพิ่ม; ส่วนผู้ช่วยอีก ๒ คน, ที่มีอัตราการสับฉีดเลือดออกของหัวใจและความดันเลือดต่ำสูง, หลังให้เลือด

อัตราการเต้นของหัวใจลดลง, อัตราการสับฉีดเลือดออกของหัวใจลดลง, แต่ความดันเลือดแดงและความดันเลือดต่ำเพิ่มขึ้น, และฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้น. ผู้รายงานจึงสรุปว่า ผู้ช่วยโรคเลือดจางเรื้อรังที่มีความดันเลือดต่ำสูงกว่าปรกติ อาจมีอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว (คอนเจสทีฟ). ฉะนั้นการวัดความดันเลือดต่ำเป็นครั้งคราว ระหว่างการให้เลือดจะช่วยป้องกันการเกิดหัวใจล้มเหลวได้.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๒. Bumbalo, T.S., H. Geist: การรักษาโรคพยาธิเข็มหมัดในโรงเรียนอนุบาล. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1964, 13: 822.

การศึกษาค้นคว้าของพยาธิวิทยาในผู้ช่วยด้วยโรคพยาธิเข็มหมัด ๔๐๕ รายของโรงเรียนอนุบาลอันซึ่งมีอายุระหว่าง ๕ ถึง ๗๕ ปีด้วยยา ๓ ชนิดคือ บีเปอราซีน

ซีเตรต ขนาด ๔ กรัม ครึ่งเดียว, สตีล-
ยาเซียม ไอโอไดด์ หรือ โมโนพาร์ ขนาด
๓ มก./กก. ครึ่งเดียวและ บีเปอรราชัน
ฟอสเฟต ขนาด ๔ กรัมร่วมกับมะขามแขก
ในขนาดซึ่งมี เซนโนไซด์ เอ และ บี อยู่
๓๐ มก. ครึ่งเดียว, บริหารยา ๓ ชั่วโมง
ภายหลังอาหารเย็นโดยไม่ได้เตรียม
ผู้ช่วยแต่อย่างใด. ตรวจใช้ในอาการระคาย
วิธี เซลลูลอส เทป ในตอนเช้าตรู่ก่อน
อาบน้ำ. ตรวจติดตามกันนาน ๗ วัน, ถ้า
ไม่พบไข้พยาธิถึงลงความเห็นว่าหาย. ผล
ปรากฏว่ายา บีเปอรราชัน อย่างเดียวหาย
๒๓.๕ ปช., ยา สตีลยาเซียม หาย
๗๖.๓ ปช., และ บีเปอรราชัน ร่วมกับ
มะขามแขกหาย ๔๑.๐ ปช.

ผู้รายงานได้สรุปว่า ยาที่บริหารทั้ง ๓
อย่างนี้ไม่สามารถขับพยาธิเข็มหมุดออก
ได้หมดเมื่อใช้ยาเพียงครึ่งเดียว. ยา
บีเปอรราชัน ร่วมกับมะขามแขกช่วยทำให้
การขับพยาธิเข็มหมุดดีขึ้น, แต่มีผลเสีย
คือ ทำให้ผู้ช่วยถ่ายอุจจาระเหลวผิดปรกติ.
เขาลงความเห็นว่ายาทั้ง ๓ ชนิดนี้อาจใช้
ได้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคบิดอุน.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๓. Hutchison, J.C., W.B. Kinlaw, B. Kravitz: ปาร์จียลิน ซัยโครมลอไรด์
และ อะมัน ซัยเปอร์เทนชัน. Angiology
1965, 16:187.

ผู้รายงานได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ
ผลการรักษาผู้ช่วยความดันเลือดสูงชนิด
อะมัน ซัยเปอร์เทนชัน ๓๘ ราย ซึ่งมี
ความดันเลือดสูงตั้งแต่ ๑๕๐/๑๐๐ มม.
ปรอท ขึ้นไป, ระหว่างการใช้ยาหลอกนาน
๔ สัปดาห์, ยาซัยบัสสวาระ เมธิลคลอ-
ไรอะไซด์ ขนาดเฉลี่ย ๘ มก./วัน นาน
๕ สัปดาห์, ยา ปาร์จียลิน ขนาดเฉลี่ย
๖๐ มก./วัน นาน ๑๑ สัปดาห์, และ
เมธิลคลอไรอะไซด์ ขนาดเฉลี่ย ๕ มก.
ร่วมกับ ปาร์จียลิน ขนาดเฉลี่ย ๔๕ มก./
วัน นาน ๑๐ สัปดาห์. ผลการศึกษา
แสดงว่า วิธีใช้ยาร่วมกัน ๒ ชนิดตาม
แบบหลังให้ผลดีกว่าวิธีอื่น.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๔. Schumacher, H.R., D.A. Ginns,
W. Warren: การติดเชื้อราแทรกซ้อน
โรค ลิวคีเมีย. Amer. J. Med. Sci. 1964,
247:313.

เมอบ ค.ศ. ๑๙๕๐ ซิมเมอร์แมน

ได้ทำนายไว้ในที่ประชุมมีพยาธิแพทย์ว่า, การใช้ยาจำพวก แอนติไบโอติก และแอนติเมตาโบไลต์ เพิ่มมากขึ้นจะเป็นสาเหตุทำให้มีผู้ป่วยโรคราत्वมากขึ้น. นับแต่นั้นมาก็ปรากฏเป็นจริงขึ้น โดยพบว่าได้มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคราत्वมากขึ้น, และงานวิจัยค้นคว้าในเรื่องนี้ก็เพิ่มมากขึ้น. ทำนองเดียวกัน, การใช้ยาจำพวก สเตอรอยด์ มากขึ้น ก็พบว่าทำให้มีผู้ป่วยด้วยโรคราत्वเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและโรคที่ความรุนแรงมากขึ้นด้วย. ต่อมาเบเกอร์ (๑๙๖๒) ได้รายงานว่าร่าวมักเป็นโรคแทรกที่ทำให้ผู้ป่วย ลิวคีเมีย เสียชีวิต. คณะผู้รายงานนี้จึงได้ทำการสำรวจผู้ป่วย ลิวคีเมีย ของโรงพยาบาล เจ้เฟอรัสสัน จำนวน ๒๐๕ ราย, ซึ่งผลปรากฏว่ามีโรคราत्वแทรก ๒๘ ราย (๑๓.๖ ปร.): แยกได้ชนิด แคนดิดา ๒๕ ราย (๘๙.๓ ปร.), โมเนลิเอสซิส ๖ ราย (๒๑.๐ ปร.), อัสเปอร์จิลโลซิส ๒ ราย และ คริปโตค็อกโคซิส ๑ ราย. สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคราत्वแทรก เชื่อว่ามีหลายอย่าง อาทิ: การใช้ยา แอนติเมตาโบไลต์, แอนติไบโอติก, หรือ สเตอรอยด์, การมีนิวโทรบีนี และจาก

ภาวะขนส่งถ่ายของผู้ป่วยเอง. สาเหตุสำคัญในราย ลิวคีเมีย อย่างปัจจุบัน คือ การใช้ยาจำพวก แอนติเมตาโบไลต์; ส่วนในราย ลิวคีเมีย เรอริงเชื่อว่าจากใช้ สเตอรอยด์.

ประหยัด ทศนากรณ์ พ.บ.

๕. Mulvaney. W.P., C.W. Beck. M.A. Qureshi: การเกาะตัวของเตตระซัยคลิน ในก้อนเนื้อของทางเดินปัสสาวะ. J.A.M.A. 1964, 193:1074.

เตตระซัยคลิน เมื่อเข้าไปในร่างกายแล้ว, บางส่วนอาจไปรวมกับ แคลเซียม เป็น อินโซลเบิล คอมเพล็กซ์ อยู่กับมีเนราไลต์ที่ทิสซึส ต่าง ๆ, โดยไปรวมอยู่กับโครงสร้าง อะปาไทต์ (apatite structure) (คาร์โบเนต แคลเซียม ฮัยดรอกซัยฟอสเฟต).

คณะผู้รายงานได้ทำการวิเคราะห์ก้อนเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดผู้ป่วย ๑๖ คน, ซึ่งได้รับการรักษาด้วย ออกซัยเตตระซัยคลิน (กิน ๒๕๐ มก. วันละ ๔ ครั้ง นาน ๒-๗ วัน หรือฉีด ๕๐๐ มก. ๑ หรือ ๒ ครั้ง ก่อนผ่าตัด) ระหว่าง ๒๔ ชม. ถึง ๘ ปี ก่อนผ่าตัด. ก้อนเนื้อทั้งหมดได้รับ

การตรวจโดยใช้แสงธรรมดา, แสง
 อุลตราไวโอเล็ต, เอกซเรย์ ทึบแฟร็คชั่น
 และ ฟลูออโรเมทรี. ผลปรากฏว่า ก้อน
 นีวทกก้อนมีแสงเรือง (ฟลูออเรสเซนต์),
 ยกเว้นรายเดียวที่ก้อนนี้ประกอบด้วยกรด
 ยิวรีค ล้วน ๆ. ความเข้มของแสงเรืองเป็น
 อัตราส่วนกับ อะปาทิต ที่เป็นส่วนประกอบ.
 ผู้ที่ได้รับยาเพียง ๒-๓ วัน ก่อนผ่าตัด
 พบว่ามีแสงเรืองอยู่ตามผิว ๆ ก้อนนี้
 เท่านั้น. ส่วนผู้ที่ได้รับยามาเป็นเวลา
 นาน ๆ จะพบอยู่ภายในก้อนนี้ด้วย.

จากผลการวิเคราะห์ทำให้ทราบว่า
 เติตระซึคคิน ที่ขับถ่ายออกทางไตจะจับ
 กับ แคลเซียม ในก้อนนี้ได้อย่างรวดเร็ว.
 ความรู้ข้อนี้ น่าจะมีประโยชน์ที่จะนำไปใช้
 ในการศึกษาค้นคว้าเรื่องนีว, ทั้งในค่าน
 กลไกของการเกิด, อัตราการเจริญของ
 ก้อนนี้ว. นอกจากนั้น การให้ยานี้ในผู้ป่วย
 ธรรมดา หรือผู้ที่มีความโน้มเอียงที่จะ
 เป็นนีว, แล้วนำตะกอนยีสสารมาตรวจ
 โดยแสงอุลตราไวโอเล็ต อาจช่วยตัดสิน
 ข้อขัดแย้งในการใช้ยาและช่วยประเมินคุณค่า
 ของยายับยั้งการเกิดนีวได้ด้วย. การทดลอง
 ครั้งนี้ไม่แสดงข้อสันนิษฐานว่ายานี้เป็น
 สาเหตุหรือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดนีวได้.

บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ.

๖. Davies, A.H., J.A. McFadzean, S. Squires: การรักษาโรค วินเซนต์ สโต-
 มาไตติส ด้วย เมโทรไนคาโซล. Brit.
 Med. J. 1964, 1:1149.

เมโทรไนคาโซล ที่ใช้รักษาโรคคิด
 เชื้อ ทริโซโมนาส นั้น, ได้มีผู้สังเกตว่า
 ใช้ได้ผลกับการติดเชื้อ วินเซนต์ ด้วย.
 ผู้รายงานนี้ ได้รักษาผู้ป่วยชาวแอฟริกาที่
 เป็นโรค วินเซนต์ ๑๕ ราย, ซึ่ง ๑๔
 ราย มีการอักเสบที่เหงือก, และ ๑ ราย
 มีผลที่ต่อม ทอนซิล, ด้วย เมโทรไน-
 คาโซล ในขนาด ๒๐๐ มก. วันละ ๓
 ครั้ง นาน ๗ วัน. ผลปรากฏว่า เชื้อ
 สไปโรซีต หดหายไปในระยะเวลาเพียง ๒๔
 ชม.; ส่วนพวก พีวสิฟอร์ม บาซิลโล
 ได้ผลช้ากว่า. การทดลองในแก้วพบว่า
 ขนาดยาเพียง ๔ มก. ต่อ ล.ชม.
 สามารถหยุดการเคลื่อนไหวของ สไปโร-
 ซีต ในเวลา ๑๕ นาที, และสามารถ
 ยับยั้งการเจริญของเชื้อ ทริโซโมนา พัลลิ-
 ตัม เชื้อสาย ไวเตอร์ ด้วยขนาดเพียง
 ๐.๐๒ มก. ต่อ ล.ชม. และเชื้อ แบค-
 ทีรอยคัส นิโครฟอร์ส ด้วยขนาด ๔ มก.
 ต่อ ล.ชม. ผู้ที่กินยานี้ ๒๐๐ มก. จะมี
 ความเข้มของตัวยาในเลือดสูงถึง ๔.๘
 มก. ต่อ ล.ชม., และในน้ำลายระหว่าง

๑.๒-๕ มคก./ล.ชม., ซึ่งอยู่ได้นานถึง
๗ ชม.

โสภณ กงสำราญ พ.บ.

๗. Laubach, J.B., W.J. McGanity :

การคัดมดลูกภายหลังทำโคไนเซชันของ
คอมมดลก. Amer. J. Obst. Gynec. 1965.
91 : 437.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ช่วยจำนวน ๘๖
ราย, ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกหลังทำ
โคไนเซชัน ของคอมมดลก, ระหว่างช่วง
เวลาห่างกัน ๒ ถึง ๑๓๔ วัน. ผลปรากฏ
ว่า การคัดมดลูกหลังทำ โคไนเซชัน ของ
คอมมดลกเพียง ๒ สัปดาห์หรือน้อยกว่า,
ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนสูง, ผู้ช่วยมีไข้
และมีอาการแทรกซ้อนสำคัญ, ทำให้ต้อง
อยู่โรงพยาบาลนานเกินควร : ถ้าทำ
ระหว่าง ๑๐-๑๔ วัน พบภาวะแทรก
ซ้อน ๒๕ ٪.; ระหว่าง ๒-๕ วัน พบ
๒๖ ٪.; เวลาที่เหมาะสมคือทำหลัง โค-
ไนเซชัน ๒-๔ สัปดาห์ ; แต่ถ้าจะให้
แน่นอนจริงๆ ควรทำหลัง ๖ สัปดาห์. ข้อ
สันนิษฐานสาเหตุที่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม
ขึ้น ว่าเป็นเพราะมีการคัดเชื้อภายหลัง
โคไนเซชัน เนื่องจากยังคงมี พาราเซอรั-
ไวซิติส หรือ พาราเมไทรซิติส อย่างอ่อนๆ,

เพราะว่าระยะเวลาที่การอักเสบเหล่านี้จะ
หายหมดไปจริง ๆ แตกต่างกันมาก.

สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์ พ.บ.

๘. Gunning, B.E., K. Imaichi, S.D.

Splitter, L.W. Kinsell : อาหารไขมัน
ชนิดต่าง ๆ และระดับไขมันในพลาสมา.
Lancet 1964, 2:336.

คณะผู้รายงานได้ทำการศึกษาอาหาร
ไขมันหลายชนิดทั้งจากพืชและสัตว์ โดย
ทำการทดลองแบ่งเป็น ๒ ตอนด้วยกัน.
ตอนแรก : ให้ผู้ถูกทดลองกินอาหารไข-
มันชนิดต่าง ๆ ในขนาด ๓๖ ถึง ๕๒ ٪ช.
ของจำนวน คาลอรีทั้งหมด, เป็นเวลา
นาน. ในระหว่างการทดลอง, ได้วิเคราะห์
หาปริมาณ โคลเลสเตอรอล, ฟอสโฟไลปิด
และ กลีเซอไรด์ ในเลือดเป็นระยะ ๆ.
ผลแสดงว่า ระดับของ โคลเลสเตอรอล
ใน พลาสมา มีความสัมพันธ์กับปริมาณ
ไอโอกีน ของไขมันแต่ละชนิด, และไขมัน
ที่ได้จากพืช ให้ระดับไขมันในเลือดสูง
น้อยกว่าไขมันจากสัตว์. ตอนที่สอง : ให้
ผู้ถูกทดลองกินอาหารผสม ๒ แบบ คือ
แบบหนึ่งมีแข็งมาก, ไขมันน้อย, อีกแบบ
หนึ่งมีแข็งน้อย, ไขมันมาก. อาหารทั้งสอง
ชนิดมีส่วน โปรตีน เท่ากัน. ผลแสดง

ว่า การกินอาหารชนิดที่เข้มแข็งน้อย, ไขมันมาก, ทำให้ระดับ กลีเซอไรด์ ในเลือดต่ำ, แต่การกินอาหารชนิดที่เข้มแข็งมาก, ไขมันน้อย กลีเซอไรด์ ทำให้ระดับ กลีเซอไรด์ ในเลือดสูง. กลไกนี้ยังอธิบายไม่ได้.

จำลอง อังศุสิงห์ พ.บ.

๕. Moffett Jr., B.C. et al. : การเปลี่ยนรูปของผิวข้อต่อขากรรไกรในผู้ใหญ่ Amer. J. Anat. 1964, 115:119.

จาก เซ็คชั่น ของข้อต่อขากรรไกรของพวกนิโกร ๓๒ ศพ และพวกผิวขาว ๒ ศพ, อายุระหว่าง ๔๕ ถึง ๘๑ ปี, พบว่าผิวข้อต่อไม่มีกระดูกอ่อน ชัยอะดิน คลุมเลย, แต่กลับมี ไฟบรัส ทิสซุ คลุม. ในบางบริเวณ ไฟบรัส ทิสซุ นี้เปลี่ยนแปลงไปเป็น ไฟโบรคาร์ติเลจ. อาร์ติคูลาร์ ทิสต์ ก็ประกอบด้วย ไฟบรัส ทิสซุ เช่นเดียวกัน โดยมีบริเวณตอนกลางบางมากและเป็นไฟโบรคาร์ติเลจ.

โดยการวิเคราะห์ร่วมกันจากศพที่ทำทั้งหมด พอสรุปได้ว่าทางค้ำหน้าของค้อนดัยล์ ของขากรรไกรล่าง, แมนดิบิลาร์ ฟอสตา และส่วนใกล้กลางของ อาร์ติคูลาร์ เอมีเนนซ์ มีการเปลี่ยนรูปแบบ โปรเกรสซีฟ. ส่วนทางด้านหลังของ ค้อนดัยล์ และส่วนใกล้ริมของ อาร์ติคูลาร์ เอมีเนนซ์

มีการเปลี่ยนรูปแบบ รีเกรสซีฟ. การเปลี่ยนรูปของผิวข้อต่ออื่นไม่ขึ้นอยู่กับอายุ, แต่สัมพันธ์กับหน้าที่ของข้อต่อ. ถ้าทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวผิดไปจากเดิม จะมีการเปลี่ยนแปลงรูปของผิวข้อต่อทั้งในสองแนวในเวลาที่ยังคงเร็วคือเพียง ๔ สัปดาห์เท่านั้น.

ม.ร.ว. วัชรพันธ์ ทวีวงศ์ พ.บ., M.Sc.

๑๐. Najarian, J.S., J.D. Feldman : ความจำเพาะ ของการถ่ายทอควมมิไวเกินแบบล่าช้า. J. Exper. Med. 1963, 118: 341.

การถ่ายทอควมมิไวเกินแบบล่าช้าในหนูตะเภา โดยวิธีฉีด ลียมโฟซัยต์ ที่หมายไว้ด้วย เอ็น — อิมิติน, จากสัตว์ที่มีภูมิไวเกินต่อแอนติเจนจำเพาะ ๒ ชนิด (ทูเบอร์คูลิน และ ไคโนโทรฟลออกโรเบนซิน), เข้าทางหลอดเลือด แสดงว่าที่ตำแหน่งปฏิบัติการผิวหนังที่ทดสอบหลังถ่ายทอ มี ลียมโฟซัยต์ ที่ไวต่อ แอนติเจน ชนิดเดียวกัน ไปปรากฏอยู่มากกว่าตำแหน่งที่ทดสอบด้วย แอนติเจน อื่น. การศึกษานี้ยืนยันว่าภูมิไวเกินแบบล่าช้าที่เกิดขึ้นโดยวิธีถ่ายทอด้วย เซลล์ เป็นอุปการณ์จำเพาะ.

สมชัย บวรภิตติ พ.ด.

ปกิณกะ

๑. บทคัดย่อ : การเจาะหลอดคอทำนึ่ง

การเจาะหลอดคอ (Tracheostomy) เป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่หายใจไม่สะดวก โดยสาเหตุต่าง ๆ, เช่น

๑. มีการอุดตันของทางเดินอากาศ (เหนือกว่าระดับทึ่เจาะ) จากการติดเชื้อ, จากเนื้องอก, จากสิ่งแปลกทึ่, จากอัมพาตของสายเสียง, เป็นต้น.

๒. ความสามารถในการหายใจลดลง, เช่นในรายทึ่กำลังจะมีหรือมีอัมพาตของกล้ามเนื้อหายใจ. เจาะคอเพื่อใช้เครื่องช่วยการหายใจ.

๓. ผู้ป่วยทึ่ไม่รู้สึทึ่ตัว.

๔. หายทึ่หายใจเพราะศูนย์ควบคุมการหายใจเสีย, เจาะคอเพื่อใช้เครื่องช่วยการหายใจ.

๕. ความสามารถของปอดในการใช้ออกซิเจนลดลง, เจาะคอเพื่อช่วยลดเนื้อที่เสียเปล่า (Anatomical dead space) ในการหายใจลง.

๖. ในรายทึ่จำเป็นต้องทำให้ช่องทางหายใจโล่ง, เช่นโดยการกดคอกเสมหะเสมอ ๆ ฯลฯ.

แม้จะถือกันว่าการเจาะหลอดคอเป็นเรื่องฉุกเฉินแต่ก็ควรมีเวลาสำหรับให้เจาะได้ ประมาณ ๑๐ นาที. จึงอยู่ผู้ชำนาญอาจจะเจาะได้ภายในเวลา ๑ ถึง ๒ นาที, ถึงกระนั้นก็ไม่มีควมจำเป็นใด ๆ ทึ่จะเกียผู้ช่วยไว้จนผู้ช่วยกำลังจะตายแล้วจึงคิดเจาะหลอดคอ. ในการเจาะหลอดคอโดยวิธีปรกติผู้ช่วยทึ่จะเจาะควรมีแต่อาการหายใจไม่สะดวกเท่านั้นและควรรู้สึทึ่ตัวทึ่พอควร. ไม่ควรรอจนผู้ช่วยเขียว, มีอาการของสมองขาด ออกซิเจน หรือกำลังจะเลิกหายใจแล้ว. ก่อนลงมือเจาะต้องแน่ใจว่ามีเครื่องมือเครื่องใช้ครบ. ต้องจัดทึ่ของผู้ช่วยให้ถูกต้องคือ ผู้ช่วยนอนหนุนไหล่สูงให้หน้าหงายและคอเหยียดมากที่สุดเท่าทึ่จะทำได้ จะทำให้หลอดคอมาอยู่ระดับทึ่หนึ่งมากขึ้น, ทำให้เจาะได้สะดวก. ใน ร.พ. ศิริราชส่วนมากเจาะต่ำ, คือบริเวณวงกระดูกอ่อนของหลอดคออินทึ่ ๕-๖ หรือ ๖-๗, ต่ำกว่าส่วนกลางของต่อมธัยรอยด์. ในผู้ใหญ่ใช้ตำแหน่งสูงกว่ารอยหว้าเหนือกระดูกสันอก ๒ นิ้ว

มือ. ทำคิงกล่าวเป็นท่าที่เหมาที่สก
ในการเจาะคอ, แต่การเหยียดของคอจะ
ทำให้เพิ่มความไม่สะดวกในการหายใจขึ้น
อีกเล็กน้อย. ฉะนั้น ผู้ช่วยที่เขยวอยู่แล้ว
หรืออาการหนักมาก ๆ อาจจะตายเสียก่อน
ที่จะเบ็ดหลอดคอสำเร็จ.

ในปี ๒๕๐๗ ได้มีความจำเป็นต้อง
จำใจเจาะคอผู้ช่วยโดยวิธีการใหม่, คือ
เจาะคอในท่านั่ง เป็นจำนวน ๓ ราย. ทั้ง
นี้เพราะไม่สามารถจะให้ผู้ช่วยนอนในท่า
มาตรฐานได้. ๒ รายแรกให้ผู้ช่วยนั่งบน
เตียงชนิดยกทางหัวได้. ผู้ช่วยนั่งตรงหลัง
พิงและเงยหน้าขึ้น. รายที่ ๓ เจาะบนรถนั่ง.
ผู้ช่วยรายแรกเป็นผู้ช่วยที่แผนกอายุร-
ศาสตร์รับเข้ามาและมีอาการมากอยู่แล้ว.
รายที่ ๒ และที่ ๓ เป็นมะเร็งของกล่อง
เสียง, รายที่ ๒ กำลังรักษาด้วยรังสี.
โดยเหตุที่ทางรังสีหวังผลการรักษาทาง
รังสีสูงมากจึงพยายามไม่ให้เจาะคอผู้ช่วย
ประเภทนี้. ผู้ช่วยทั้ง ๒ รายนี้มีพยาธิสภาพ
อยู่บริเวณกล่องเสียง. ทางเดินของอากาศ
เหลือเป็นช่องเล็ก ๆ และคคเคี้ยวมากไม่
สามารถช่วยให้การเจาะคอง่ายขึ้นโดย
การใส่หลอดเอ็นโคทราาเชื่อมได้. เมื่อผู้
ช่วยไม่สามารถจะทนนอนเหยียดคอได้จึง

ต้องเจาะโดยทำคิงกล่าวแล้ว.

แม้ว่าผลการเจาะคอของทั้ง ๓ รายนี้
จะดีมากก็ตาม, คณะผู้เขียนยังมีความเห็น
ว่าเช่นวิธีการที่ไม่ดีและไม่ควรจะนำไปใช้
ต่อไป, เพราะเป็นการปฏิบัติที่ผู้ทำการผ่า
ตัดต้องยืนในท่าที่ผิดปกติ, โอกาส
ที่จะก่ออันตรายต่อส่วนสำคัญ ๆ ที่อยู่ใกล้
หลอดคอก็ค่อนข้างมาก.

จึงขอเตือนไว้ว่า

๑. ข้อชี้บ่งในการเจาะหลอดคอก็คือ
“หายใจไม่สะดวก” ไม่ใช่ “หายใจไม่
ได้” หรือ “ไม่หายใจแล้ว”.

๒. ถ้าแน่ใจว่าควรเจาะหลอดคอผู้
ช่วยรายใดก็เจาะเสีย, ไม่ควรรื้อขอให้ผู้ช่วย
ทรมาณ, เพราะหายใจขัดอยู่จนวาระสุดท้าย.

๓. อย่าชักถอทฤษฎีใด ๆ เป็นการ
ตายตัว, โดยไม่พิจารณาสถานการณ์
ปัจจุบันของผู้ช่วยเพราะคนอื่นจะเกิดอันตราย
กันหลายคน.

อคม วุฒิกักดี ภ.บ., พ.บ.

ประวิทย์ สิ้นไชย พ.บ.

สรโรจ แสงวิเชียร พ.บ.

(อดีตแพทย์ประจำบ้านแผนกจักษุฯ, โสตนาสิก
และวิทยาการหูรังกษ์, พ.ศ. ๒๕๐๗ - ๒๕๐๘)

๓. โปสต์ดีเอ็กซตราซิชต์โตลิก โปเต็นซีเอชั่น

เป็นที่ทราบมานานแล้วว่าถ้ามี เอกซ-
 ตรีซิชต์โตลิก, การเต้นของหัวใจทรงทด
 ไปจะเต้นแรงขึ้น, แล้วหลังจากนั้นจะกลับ
 เป็นปรกติอีก. ผลเพิ่มกำลังหัวใจ (Inotro-
 pism) นี้เรียกว่า "Postextrasystolic Po-
 tentiation" (Hoffmann: Amer. J. Physiol.
 1956, 185:95.). การเพิ่มกำลังของการบีบ
 ตัวของหัวใจนี้ไม่ขึ้นกับความดันภายในหัวใจ
 ในระยะ ไคอัสโตลิก, ปริมาตรเลือด, หรือ
 ความยาวของ กล้ามเนื้อหัวใจ และ ระยะ
 ไคอัสโตลิก (Siebens: Amer. J. Physiol.
 1959, 197:971.). ถ้าการเต้น เอกซตรา-
 ซิชต์โตลิก เกิดใกล้กับการเต้นครั้งสุดท้าย
 ของหัวใจที่ปรกติเพียงไร, การบีบตัวของ
 หัวใจหลังจาก เอกซตราซิชต์โตลิก จะแรง
 ขึ้นเท่านั้น, แต่ตัวการเต้น เอกซตราซิชต์-
 โตลิก เองจะกลับค่อยลงจนเกือบไม่มีการ
 เต้นบีบตัวเลย. ในตอนนั้นการบีบตัวหลัง
 จาก เอกซตราซิชต์โตลิก จะแรงที่สุด. ผล
 ขอนี้แสดงได้ทั้งในหัวใจสัตว์ทดลองที่อยู่ใน
 ในตัวและที่แยกออกมาข้างนอกแล้ว. เช่น
 ในการทดลอง แยกหัวใจและ ปอดหรือใน
 กล้ามเนื้อ ปลายลิลาเรีย ที่แยกไว้โดยเดี่ยว.

จากการทดลองเหล่านี้ดูเหมือนว่าผลเหล่านี้
 เป็นผลจากการเพิ่มอำนาจหดตัวของ
 กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง.

ผลข้อนี้ได้นำมาใช้ในก้านคลินิกโดย
 Chardack (Amer. J. Cardiol. 1964,
 1:374.) และ Braunwald (Amer. J.
 Cardiol. 1964, 14:385.) ได้นำมาใช้ใน
 การลดความเร็วของอัตราการเต้นของหัวใจ
 ในรายที่มี ทาซิมิคาร์เดีย. ผลปรากฏ
 ว่าเขาสามารถลดอัตราการเต้นของกล้ามเนื้อ
 หัวใจลงได้อย่างพอใจ. แต่ต้องเป็นที่
 เข้าใจว่าผลนี้เป็นผลทาง เมแชนนิค เท่านั้น.
 แต่สภาพบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้า
 ของหัวใจยังไม่เปลี่ยนแปลง.

Cranefield (Bull. N.Y. Acad. Med.
 1964, 40:903.) ได้ทดลองรักษาสุนัขซึ่งทำ
 ให้เกิดอาการหัวใจล้มเหลวครั้งโดยการรัค
 หลอดเลือดแดงส่วน เอออร์ตา (ผลเช่น
 เดียวกับ โคอาร์คเทชั่น) เขาพบว่าหลังกระ
 ตุนหัวใจโดยอาศัยหลักการ โปสต์ดีเอ็กซ-
 ตรีซิชต์โตลิก โปเต็นซีเอชั่น. สัตว์ที่ค
 ลองมีอัตราเลือดสูบฉีดออกจากหัวใจเพิ่ม
 ขึ้น ๓ ถึง ๘ เท่า. ความดันตอนปลาย

ไตอัสโตลิก ในเว็นทริเคิลซ้ายลดลงและ
ความดัน ซียส์โตลิก เพิ่มขึ้น. อัตราการ
เพิ่มความดัน ซียส์โตลิก ก็สูงขึ้นด้วย.
Braunwald (Amer. J. Med. 1964, 37:700.)
ได้ทดลองในคนโดยใช้การกระตุ้นเป็นคู่ๆ
ด้วยไฟฟ้า, พบว่าผลทางปริมาณเลือดสลับ
ผิดออกจากหัวใจไม่แน่นอน, แต่คนเหล่านี้
ไม่มีอาการหัวใจล้มเหลวแต่อย่างใด

ในขณะศึกษาผลของการกระตุ้น.

ปรากฏการณ์ข้อนี้ น่าสนใจมาก. กล
ไกการเพิ่มอำนาจหดตัวยังไม่ทราบแน่.
แต่จะมประโยชน์ในทางคลินิกไม่น้อย.

ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

Dept. of Medicine, Albert Einstein
College of Medicine, New York City.

๓. ธรรมชาติร่างเสริมสุขภาพ

ก่อนจะไข่พดถึงธรรมชาติร่างเสริม
สุขภาพข้าพเจ้าใคร่จะพดให้เข้าใจกันถึงคำ
ว่าร่างเสริมสุขภาพเสียก่อน, ซึ่งหมาย
ถึงการทำให้ร่างกายนสมบูรณ์, แข็งแรง
และสามารถทำงานหรือทำหน้าที่ให้สำเร็จ
ประโยชน์ได้, สามารถจะอยู่ในสังคม
ของโลกนี้ได้เป็นอย่างดี. เราอย่า
ได้คิดถึงสุขภาพในความหมายที่แคบ, เช่น
เห็นใครอ่อนสมบูรณ์หน้าตาสวยแล้วจะคิด
ว่าคนนั้นสุขภาพดีไม่ได้, เพราะคนนั้นอาจจะ
ไม่แข็งแรง, ไม่สามารถทำงานให้สำเร็จ
ประโยชน์ได้. แม้กระทั่งนักเพาะกายหรือ
นักมวยที่ แข็งแรง บางคน ต้อง กลาย เป็น

บุคคลอันธพาล, ต้องติดคุก, ติดตะรางไป
ก็มี. เช่นนี้กล่าวได้ว่าเขาเป็นคนมีสุขภาพ
ดีได้เพียงครั้งเดียว, คือมีสุขภาพของร่าง
กายก็เท่านั้นเอง, ส่วนสุขภาพจิตนั้นไม่ดี
เลย. ถ้าเราคิดแต่เสริมสร้างสุขภาพให้
แก่ร่างกายอย่างเดียว, จิตใจไม่ดีขึ้นหรือ
กลับต่ำลง, อย่างนี้เท่ากับว่าสร้างอาคาร
ที่สวยงามไว้ให้โจรผู้ร้ายอาศัย.

เรื่องต่อไปที่จะขอยกมากล่าวอีกก่อนก็
คือความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ.
มนุษย์เราแบ่งได้เป็นสองส่วนคือร่างกาย
และจิตใจซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกัน,
จะแยกออกจากกันไม่ได้. แต่ร่างกายและ

จิตในผู้ศึกษาวรรณะทั้งหลายหรือผู้เข
 ดงวรรณะ, มองเห็นความจริงตามธรรม-
 ชาติแล้ว, จะเห็นได้ว่าจิตใจเป็นเรื่อง
 สำคัญ, เป็นนายหรือผู้บังคับบัญชาของ
 ร่างกาย. ขอให้ท่านทั้งหลายสังเกตพัฒนา
 ไฟฟ้าที่กำลังหมุนให้ ความ เย็น แก่เรา.
 โดยเฉพาะข้าพเจ้าเองอยู่บ้านนอก
 ใต้รั้วแต่ไฟฟ้ามืดแสงวิบหรืออย่างดวงเทียน
 และมีไฟฟ้าไม่สม่ำเสมอ, บางครั้งก็สว่าง
 เป็นครั้งคราวทำให้พัฒนาหมุนเร็วอย่างช้า
 ช่าง, บางครั้งไฟอ่อนจนไม่หมุนไปเลย.
 ตัวพัฒนาที่เข็นวัตถุ ซึ่งแต่ละบริษัทได้ออก
 แบบ ประดิษฐ์กัน อย่าง สวยงาม นั้นเปรียบ
 เหมือนร่างกายเราและกระแสไฟฟ้าเปรียบ
 เหมือนกับจิตใจมนุษย์เรา. เราจะเห็นได้
 ว่าจิตใจของเรานั้นสำคัญเพียงไร. ตัวพัค
 ลมจะสวยงามใหญ่โตมีราคาแพงเพียงไร
 ก็ตาม, ถ้ากระแสไฟไม่พอพัฒนานั้นก็
 หมุนไม่ให้เป็นประโยชน์อะไรเลย. หรือถ้า
 ยังเอื้อใช้พัฒนา นั้นกับ กระแสไฟ คนละ
 ชนิด, อาจทำให้พัฒนาเสียไปเลยก็ได้.
 เช่นเดียวกัน มนุษย์เราจิตใจ เป็นผู้ควบคุม
 ร่างกายและผู้ที่มีจิตใจสูงมีคุณธรรมเท่า
 นั้นจึงจะ อยู่ใน โลกนี้ โดย ไม่ต้อง ทนทุกข์
 ทรมาน, และเป็นผู้ที่ทำงานให้สำเร็จ
 ประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้.

เรื่องต่อไปที่ข้าพเจ้าขอกล่าวไว้ก่อนก็
 คือวรรณะคืออะไร. วรรณะนี้มีความหมาย
 กว้างขวางมาก, แต่จะขอกล่าวเพียงย่อ ๆ
 พอจะเข้าใจได้. การศึกษาธรรมหรือ
 ปฏิบัติธรรมนั้นเรากล่าวแต่ธรรมที่
 จะช่วยให้มนุษย์เราได้หลุดพ้นจากความ
 ทุกข์เท่านั้นเอง. วรรณะในที่นี้มีความหมาย
 อยู่สามอย่างคือ (๑). หมายถึงธรรมชาติ
 ทุกสิ่งทุกอย่างที่มองเห็นได้ หรือมองเห็น
 ไม่ได้ด้วยตาก็ตาม, จะมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต
 ก็ได้, (๒). หมายถึงกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของ
 ธรรมชาติที่เป็นไปตามธรรมชาติของมัน, ไม่
 มีใครสามารถจะเปลี่ยนแปลงบังคับมันได้,
 เช่น ธรรมชาติทั้งหลายต้องเกิด, ต้อง
 เจริญ, ต้องเสื่อม, แล้วดับไป, เป็นทุกข์,
 เป็นอนัตตา, ไม่สามารถจะยึดถือเป็นตัวตน
 ของใครได้ และเป็นไปตามเหตุผล, ตาม
 กฎแห่งกรรม, เป็นต้น, (๓). หมายถึง
 หน้าที่ของปฏิบัติของธรรมชาติทั้งหลาย
 คือตัวเองและระหว่างธรรมชาติด้วยกัน,
 ต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง. ทั้งสามความหมายนี้
 รวมเรียกว่า “วรรณะ” ทั้งหมด. ฉะนั้นขอ
 ให้ท่านทั้งหลายอย่าได้เข้าใจวรรณะในวง
 แค่ว่าเป็นแต่เพียงคำสอนขององค์สมเด็จพระ

พระสัมมาสัมพุทธเจ้าที่มอยู่ในพระไตรปิฎก
เท่านั้น.

ธรรมะส่งเสริมสุขภาพของร่างกายและ จิตใจได้อย่างไร.

ท่านทั้งหลายได้ทราบความหมายของ
คำว่า “ธรรมะ” ได้ดีแล้วก็พอจะเข้าใจได้
ว่าการศึกษาและปฏิบัติธรรมะนั้นเราต้อง
ศึกษาและปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา, ไม่ใช่เก็บ
ธรรมะไว้ในวัด. เราต้องเข้าไปถึงธรรมะ
จริง ๆ และปฏิบัติจริง ๆ ผลสุดท้ายจะได้
สุขภาพของจิตที่ดี, เป็นจิตที่ละกิเลสให้
หมดไป, เรียกว่ามีความสะอาดในจิตใจ,
มีความสว่างคือปัญญาเกิดขึ้น, เป็นจิตที่ไม่
มีทุกข์ร้อน, เป็นจิตที่สงบ. ฉะนั้นธรรมะ
เป็นสิ่งที่ดีที่ส่งเสริมสุขภาพของจิตโดยตรง
อย่างไม่มีปัญหา. เมื่อจิตใจซึ่งเป็นผู้บังคับ
บัญชาและอาศัยอยู่ในร่างกายมีสุขภาพดี,
ย่อมทะนุบำรุงร่างกายให้มีสุขภาพดีตามไป
ด้วย. แต่มนุษย์เราเคยวนเวียนกับธรรมะและ
ห่างเหินไม่สนใจต่อธรรมะ, ไม่เข้าใจว่า
อะไรเป็นอะไรในโลกนี้. กฎเกณฑ์ของ
ธรรมชาติเป็นอย่างไรก็ไม่รับรู้ด้วย. หลง
ผิดอยู่ใน รูป, รส, กลิ่น, เสียง, สัมผัส,
ธรรมารมย์. หรือพูดง่าย ๆ ว่าเป็นพวกวัตถุ

นิยม, มีความโลภ, โกรธ, หลงอยู่มาก.
ต้องมีปัญหาแย้งกันทำมาหากินและดำเนิน
ชีวิต, ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม, จึงเป็นโรค
จิตกันมาก. เมื่อจิตใจไม่ดี, เป็นโรคก็ทำ
ให้ร่างกายต้องเป็น โรคและสุขภาพเสื่อม
เสียตามไปด้วย. ตัวอย่างเช่นคนที่มีความ
โกรธมากหรืออารมณ์ฉุนเฉียวมาก, ทุก
ครั้งที่โกรธหรือโมโห, ทำให้เกิดความ
ผิดปกติขึ้นในระบบประสาทของ ร่างกาย,
กระตุ้นให้ร่างกายต้องทำงานมากขึ้น, ต้อง
ใช้พลังงานมากขึ้น, มีความผิดปกติเกิด
ขึ้นในกระเพาะอาหารและลำไส้. คน
ประเภทนี้มัก จะเกิดโรคกระเพาะอาหาร
อักเสบเป็นแผลได้ง่ายหรือเป็น โรคความ
ดันเลือดสูง, เป็นต้น. หลังจากอารมณ์
โกรธอย่างแรงได้ผ่านพ้นไปแล้วก็จะรู้สึก
อ่อนเพลีย, อาหารการกินก็จะรับประทาน
ไม่ได้. เพราะฉะนั้นทุกครั้งทีโกรธย่อมมี
ทอนสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ. ค่อยไป
นาน ๆ เข้าถ้าหากไม่เป็นโรคที่รุนแรง, ก็
จะต้องเป็นผู้ที่แก่เกินวัย.

นอกจากนี้ยังมีโรคอื่นอีกหลายอย่าง
เกิดขึ้นแก่ร่างกาย, อันมีสาเหตุมาจาก
อารมณ์ของจิตใจ, เช่นบางคนต้องการได้
สิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างรุนแรง, แต่ไม่สามารถ

จะได้รับสมประสงค์, ก็เกิดอาการทางร่างกายออกมาเพื่อขอความเห็นใจหรือประท้วง, เป็นต้นว่าชักหรือชาบริเวณมือและเท้า, เป็นต้น. เมื่อเกิดข้อยกนั้นทำให้เสียสุขภาพทางร่างกายจริง ๆ ได้.

มนุษย์ในโลกนี้เป็นทาสของสุราและสิ่งเสพติดอื่น ๆ อยู่เป็นจำนวนมาก, โดยเฉพาะสุราและเฮโรอีน, ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ที่พวกเราต้องแก้ปัญหานั้นอยู่, อันค้ำบองลงไปก็คือขอยุทธมนษย์ค่อนโลกกำลังหลงไหล. สิ่งเสพติดเหล่านี้ล้วนแต่ทำลายสุขภาพทั้งนั้น. เช่นสุราทำให้เกิดโรคตับแข็ง, บุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งในปอด, เป็นต้น. เฮโรอีนก็คิดแล้วผอมจนตาย และเสียบุคลิกลักษณะ. แต่มนุษย์เราทั้งที่รู้โทษของมันก็ยังเข้าไปยุ่งกับมัน, เพราะมนุษย์เราไม่ถึงธรรมะ, ยังเป็นทาสของกิเลสอยู่, จึงยอมตัวเป็นนักเลงสุราและบุหรี่, เท่ากับว่าตนเองเป็นผู้เบียดเบียนตนเอง, ทำให้สุขภาพของตนเองเสื่อมลงทุกวันและในที่สุดเป็นภัยต่อสังคม.

กามโรคเป็นอีกโรคหนึ่งที่ขบถอนสุขภาพแก่มนุษย์เราไม่ใช่น้อย. มนุษย์เราร่วมกับเซอเนได้ตั้งแต่ในครรภ์, คลอดออกมาก็เป็นคนพิการได้. พอขวนขวายหนุ่มสาวก็

แสวงหาโรคนี้กันเอง, และโรคจะให้ผลได้จนเราแก่ตาย. ถ้าเชื้อโรคนี้เข้าสู่หัวใจและสมอง จะกลายเป็นคนพิการไปเลย. โรคนี้มีความรุนแรงมากจนทางการได้ตั้งกองควบคุมกามโรคกันมานานแล้ว, แต่โรคนี้ยังไม่มิต่างจะสงบ, เพราะเรายังไม่สามารถจะตัดต้นเหตุอันแท้จริงของมันได้. ข้าพเจ้าขอกล่าวในฐานะเป็นพุทธศาสนิกชนคนหนึ่งว่า โรคนี้คือคอกและแพร่หลายทางเดียวเท่านั้น, คือการร่วมประเวณี. เพราะฉะนั้นเราต้องพยายามตัดต้นเหตุของมันให้ได้. ยิ่งพยายามใช้ยาฆ่าเชื้อโรคด้วยแล้ว, โรคก็คอกยาคือสักขียา, ต้องเปลี่ยนยากันอยู่เรื่อย. ยิ่งออกกฎหมายปราบปราม โสเภณี รุนแรง ขึ้นก็มี โสเภณีมากขึ้น. การตัดต้นเหตุของมันเป็นคือการเผยแพร่ธรรมะ, สอนให้มนุษย์เราไม่หลงคิดในกามราคะ, สอนให้รู้ความหมายของการร่วมประเวณีว่าเป็นอย่างไร. โดยธรรมชาติจริง ๆ แล้วการร่วมประเวณีหรือการสืบพันธุ์ก็เพื่อแพร่พันธุ์มนุษย์ให้มีชีวิตต่อ ๆ ไปในโลกนี้ไม่ใช่ขาดพันธุ์เสียเท่านั้นเอง. ชีวิตทุกชีวิตต้องแพร่พันธุ์กันอย่างนั้น. แต่มนุษย์เอามาคิดปรุงแต่งหาความสนุกสนานเพลิดเพลินในการร่วมประเวณี

จนมากเกินไป, ไม่ใช่ความสุขอย่างแท้จริง, กลับเป็นผลร้ายคือความสุขอย่างนั้นจะเป็นอาหารไปเลี้ยงกิเลสทำให้เราหลงติดในกามตัณหาอย่างไม่รู้จักพอ. มนุษย์สมัยนี้นอกจากไม่พยายามเข้า ถึงธรรมะ แล้ว, ยังพยายามสร้างสิ่งยั่วยวนให้มีความรู้สึกในทางเพศเป็นอาหารต่อกิเลสยิ่งขึ้น, เช่น การแต่งกายสตรีในชุดนุ่งน้อยห่มน้อยเป็นต้น. ผลที่ใครบอกเตือนภัยหนุ่มพยายามหาความสุขในทางเพศจนเกิดขุณฺหาภามาโรครแพร่หลายกันทุกวันนี้.

ความโลภ เป็นกิเลสที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง. เมื่ออยู่ในจิตใจของผู้ใดยอมทำความวุ่นวายให้แก่ผู้อื่นตลอดเวลา. มนุษย์ที่ทำงานด้วยความโลภมักจะทำงานเกินกำลังและไม่ค่อยคำนึงถึงอาหารการกินและสุขภาพของตัวเอง. ผู้ที่มีความโลภมาก ๆ จะทำงานทั้งกลางวันและกลางคืนไม่มีเวลาพักผ่อน. กลางวันทำงานโดยร่างกาย, กลางคืนก็นอนคิดทำด้วยใจต่ออีก. ในที่สุดร่างกายก็สู้ไม่ไหว, สุขภาพเสื่อมโทรม, แก่เกินวัยเช่นเดียวกัน. บางคนมีอาชีพที่ต้องทำงานกลางคืนจึงเที่ยวแสวงหายามารับประทานแก้ง่วงเพื่อจะได้ทำงานให้มาก. เมื่อใช้ยาประจำทุกคืนในที่

สุดท้ายมีอาการแพ้อาหารไม่สามารถทำงานได้. ถ้าหากว่าจิตใจไม่โลภจนเกินไปแล้ว, เมื่อเราทำงานกลางคืนเราก็พักผ่อนในเวลากลางวัน, และเราก็จะสามารถดำเนินชีวิตไปได้โดยปลอดภัย. การศึกษาธรรมะอีกเช่นเดียวกันจึงจะลดความโลภให้น้อยลงได้. ผู้ที่เข้าถึงธรรมะแล้วพอจะเข้าใจได้ว่า มนุษย์เราไม่ได้เกิดมาเพื่อกิน, กาม, เกียรติ, หรือเพื่อจะกอบโกยเอาแต่เงินอย่างเดี๋ยวเท่านั้น. เรามีหน้าที่อันที่สำคัญกว่ามาก และสิ่งจำเป็นต่อชีวิต มนุษย์คือ การปฏิบัติตนให้กิเลสน้อยลงเพื่อเดินทางไปสู่ความพ้นทุกข์ได้.

ความไม่รู้ของมนุษย์เราในสิ่งที่ควรรู้, หรือความหลงผิดเข้าใจผิด, ความมึนงงต่าง ๆ นั้น, ก็เป็นต้นเหตุอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้มนุษย์เราต้องเป็นโรคนั้นนอนสุขภาพกันได้มากมาย. ตัวอย่างเช่นโรคขาดอาหารเกิดเพราะไม่เข้าใจว่าอาหารมีประโยชน์แก่ร่างกายอย่างไร, ควรจะเลือกอาหารชนิดไหน, มีคุณสมบัติอย่างไร. บางคนก็เชื่อมาแต่โบราณ, ไม่กล้ารับประทานอาหารที่ ๆ หลังคลอดบุตรกลัวจะแสดง, จึงทำให้เป็นโรคขาดอาหารขาดวิตามินได้ง่าย. บางคนกลับตรงกันข้าม, ไปหลงติด

ในรส, สี, และร้านที่ขายอาหาร. ต้องการอาหารที่มีรสต่าง ๆ ตามเครื่องปรุงแต่งที่มีอยู่เท่านั้น, และต้องการเข้าไปรับประทานในร้านที่สวยงามใหญ่โตซึ่งมีราคาแพงแต่คุณภาพของอาหารไม่มีอะไรจะดีขึ้นได้เลย. แม้แต่ข้าวก็ต้องเลือกที่ขาว, ซึ่งเป็นส่วนที่มีแต่คาร์โบไฮเดรตเท่านั้น. ส่วนเนื้อสัตว์สัตว์ที่มีประโยชน์, มีวิตามิน, กลัยเซอเทอ์เสีย, เพราะหลังคิดแต่สิ่งของข้าวอย่างเดียว. ถ้าเราจะพิจารณาการกินอาหารแบบชาวพุทธแล้ว จะเห็นว่าเป็นของง่าย. กินเพื่อดำรงชีวิต, ไม่ได้กินเพื่อความอร่อย, ไม่ได้ติดอยู่ในรสและสีของอาหาร. กินมากน้อยตามความต้องการของร่างกายที่เสียกำลังงานไปวันหนึ่ง ๆ. การกินอาหารก็ตรงตามเวลาเสมอ. ขอให้มาพิจารณาการกินอาหารของมนุษย์เราที่ตกอยู่ในอำนาจกิเลส. ถ้าวันไหนอาหารมีรสชาติดีก็กินจนเกินความต้องการ, จนมีอาการแน่นท้อง, ท้องเฟ้อ. บางครั้งร่างกายไม่หิว, ไม่ได้ต้องการ, ก็พยายามซื้ออาหารชนิดต่าง ๆ กินกันเพราะเพ้อจนกระทั่งอาหารไม่มีเวลาจะพังก่อน, เกิดโรคทางกระเพาะอาหารและแน่นท้องอยู่เสมอ.

ความไม่รู้ต่อสิ่งที่ควรรู้หรือความงม

งายอีกอย่างหนึ่ง, คือการไม่รู้กฎวิชัยของกันโรค, ไม่สนใจต่อการติดต่อของโรค. ถึงแม้จะรู้แล้วก็ไม่พยายามปฏิบัติตาม เช่น คำแนะนำของทางราชการให้ฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรคให้รักษาความสะอาดเหล่านี้ของออกกฎหมายบังคับกัน. เท่ากับว่าทางราชการต้องบังคับให้ประชาชนรักษาสุขภาพของตนเอง. คิดให้ซึ่งแล้วก็เป็นเรื่องที่น่าละอายมากสำหรับมนุษยชาติเจริญแล้วยังต้องใช้กฎข้อบังคับอย่างนี้ด้วย.

นอกจากนี้แล้วมนุษย์เรายังเจ็บป่วยเนื่องจากความสะเพร่า, ความเผอเรอ, ทำอะไรไปตามอารมณ์, ไม่มีสติคอยควบคุม, เช่นตกต้นไม้, เดินหกล้ม, ขับรถคว่ำ, เหล่านี้ล้วนแต่ตัวเองเป็นผู้ทำลายสุขภาพตนเองทั้งสิ้น. แม้แต่การกินอาหาร, ผู้ที่ไม่มีธรรมะในใจ, ขาดความรอบคอบระมัดระวัง, กินด้วยความอยากในรสชาติของอาหาร, มักจะตกค้างหรือระคายเคืองที่ลำคอ, จนต้องไปหาหมอก็มีอยู่บ่อย ๆ.

เท่าที่ได้ยกตัวอย่างมาทั้งหมดนี้จะได้เห็นว่าโรคต่าง ๆ เป็นส่วนมากที่บันทึกตอนสุขภาพของเรานั้นเกิดได้จากขาดธรรมะ, ขอมตัวเป็นไปตามกิเลสเป็นทาสของอารมณ์, ไม่ได้เป็นตัวของตัวเอง, ไม่รู้ในสิ่ง

ทศวรรษ, ตกอยู่ในความมั่งงายหลงเชื่อใน
สิ่งผิด ๆ ซึ่งเชื่อกันแต่สมัยโบราณ. เป็น
ผลให้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ถูก ต้องจนเป็นอัน-
ตรายแก่สุขภาพของตนเองอย่างไม่รู้ สึก
ตัว. ในฐานะที่เรากคนไทยนับถือพุทธ-
ศาสนา, ควรจะใช้ธรรมะขององค์สมเด็จพระ
สัมมาสัมพุทธเจ้าให้เป็นประโยชน์, โดย
การศึกษา ธรรมะ ให้รู้แจ้ง และ พยายาม

ปฏิบัติตาม. เข้าให้ถึงธรรมะได้แล้ว,
ธรรมะจะเป็นผู้คุ้มครองเรา, จะทำให้เรา
ในสิ่งทศวรรษต่าง ๆ และปฏิบัติตนโดยชอบ
และถูกต้องอยู่เสมอ. ผลสุดท้ายจะเป็นผู้มี
สุขภาพดี, ทงทางร่างกายและจิตใจ.

ประยูร กงวิเชียรวัฒนะ พ.บ.

(สถานีอนามัยชั้น ๑ อ. ไชยา, สุราษฎร์ธานี)

๕. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๕๕)

- | | |
|---|--|
| ๑๑๐๐๒. uterosacral เกี่ยวกับมดลูกร่วมกระดูก
เหนือก้นกบ | ๑๑๐๑๕. uterus, duplex มดลูกคู่ |
| ๑๑๐๐๓. uterosclerosis มดลูกกระด้าง | ๑๑๐๑๖. uterus, gravid มดลูกตั้งครรภ์ |
| ๑๑๐๐๔. uteroscope กล้องตรวจภายในมดลูก | ๑๑๐๑๗. uviform รูปคล้ายผลองุ่น |
| ๑๑๐๐๕. uterotome มีดตัดมดลูก | ๑๑๐๑๘. uvula ลิ้นไก่ (เพดาน) |
| ๑๑๐๐๖. uterotomy การตัดมดลูก | ๑๑๐๑๙. uvula, bifid ลิ้นไก่แฉก |
| ๑๑๐๐๗. uterotonic เพิ่มกำลังมดลูก, ยาบำรุง
มดลูก | ๑๑๐๒๐. uvular เกี่ยวกับลิ้นไก่ |
| ๑๑๐๐๘. uterotubal เกี่ยวกับมดลูกร่วมหลอด
มดลูก | ๑๑๐๒๑. uvulotomy การผ่าลิ้นไก่ |
| ๑๑๐๐๙. uterovaginal เกี่ยวกับมดลูกร่วมช่อง
คลอด | ๑๑๐๒๒. uvulectomy การตัดลิ้นไก่ |
| ๑๑๐๑๐. uteroventral เกี่ยวกับหลอดมดลูกร่วม
ช่องท้อง | ๑๑๐๒๓. uvulitis ลิ้นไก่อักเสบ |
| ๑๑๐๑๑. uterovesical เกี่ยวกับมดลูกร่วม
กระเพาะปัสสาวะ | ๑๑๐๒๔. uvuloptosis ลิ้นไก่อย้อย |
| ๑๑๐๑๒. uterus arcuatus มดลูกยอคหว้า | ๑๑๐๒๕. uvulotome มีดตัดลิ้นไก่ |
| ๑๑๐๑๓. uterus bicornis มดลูกสองเขา | ๑๑๐๒๖. uvulotomy การผ่าลิ้นไก่ |
| ๑๑๐๑๔. uterus bilocularis, bipartitus
มดลูกสองห้อง | ๑๑๐๒๗. vaccinable นีตวัคซันได้ผล |
| | ๑๑๐๒๘. vaccinate ปลูกฝี, นีตวัคซัน |
| | ๑๑๐๒๙. vaccinationist ผู้นิยมนีตวัคซัน |
| | ๑๑๐๓๐. vaccinator ผู้นีตวัคซัน, เครื่องนีต
วัคซัน |
| | ๑๑๐๓๑. vaccinifer ต้นตอวัคซัน |
| | ๑๑๐๓๒. vaccinogen ต้นตอวัคซัน |
| | ๑๑๐๓๓. vaccinogenous ซึ่งเป็นต้นตอวัคซัน |

๑๑๐๓๔. vaccinoid วัคซีนแปร
๑๑๐๓๕. vaccinophobia โรคกลัวฉีดวัคซีน
๑๑๐๓๖. vaccinotherapeutics, vaccinothe-
rapy การรักษาด้วยวัคซีน
๑๑๐๓๗. vacuolar มีช่องว่าง (ในเซลล์), เกี่ยว
กับช่องว่าง (ในเซลล์)
๑๑๐๓๘. vacuolated มีช่องว่าง
๑๑๐๓๙. vacuolation การเกิดช่องว่าง (ใน
เซลล์), การมีช่องว่าง (ในเซลล์)
๑๑๐๔๐. vacuole ช่องว่าง (ในเซลล์)
๑๑๐๔๑. vacuolization การเกิดช่องว่าง (ใน
เซลล์)
๑๑๐๔๒. vagabondage นิสัยพเนจร
๑๑๐๔๓. vaginallectomy การตัดช่องคลอด, การ
เย็บปิดช่องคลอด, การตัดปลอกหุ้มอวัยวะ
๑๑๐๔๔. vaginalitis ปลอกหุ้มอวัยวะอักเสบ
๑๑๐๔๕. vaginapexy การเย็บตรึงช่องคลอด
๑๑๐๔๖. vaginate มีปลอก
๑๑๐๔๗. vaginectomy การตัดช่องคลอด, การ
ตัดปลอกหุ้มอวัยวะ
๑๑๐๔๘. vaginitis ช่องคลอดอักเสบ
๑๑๐๔๙. vaginoabdominal เกี่ยวกับช่องคลอด
ร่วมช่องท้อง
๑๑๐๕๐. vaginocele ใต้เลื่อนลงช่องคลอด
๑๑๐๕๑. vaginodynia อาการปวดช่องคลอด
๑๑๐๕๒. vaginofixation การเย็บตรึงช่องคลอด
๑๑๐๕๓. vaginogenic เกิดจากช่องคลอด
๑๑๐๕๔. vaginopathy โรคช่องคลอด
๑๑๐๕๕. vaginoperineal เกี่ยวกับช่องคลอด
ร่วมฝีเย็บ
๑๑๐๕๖. vaginoperineorrhaphy การเย็บซ่อม
ช่องคลอดและฝีเย็บ
๑๑๐๕๗. vaginoperineotomy การผ่าช่องคลอด
และฝีเย็บ
๑๑๐๕๘. vaginoperitoneal เกี่ยวกับช่องคลอด
และช่องท้อง
๑๑๐๕๙. vaginopexy การเย็บตรึงช่องคลอด
๑๑๐๖๐. vaginoplasty ศัลยกรรมตกแต่งช่อง
คลอด
๑๑๐๖๑. vaginoscope กล้องตรวจภายในช่อง
คลอด, เครื่องถ่ายภาพช่องคลอด
๑๑๐๖๒. vaginoscopy การตรวจดูภายในช่อง
คลอด
๑๑๐๖๓. vaginotome มีดผ่าช่องคลอด
๑๑๐๖๔. vaginotomy การผ่าช่องคลอด
๑๑๐๖๕. vaginovesical เกี่ยวกับช่องคลอดร่วม
กระเพาะปัสสาวะ
๑๑๐๖๖. vaginovulvar เกี่ยวกับช่องคลอดร่วม
วิถุ
๑๑๐๖๗. vaginitis (ประสาท) เวกส์อักเสบ
๑๑๐๖๘. vagolysis การเลาะ (ประสาท) เวกส์
๑๑๐๖๙. vagomimetic เลียน (ประสาท) เวกส์
๑๑๐๗๐. vagotomy การตัด (ประสาท) เวกส์
๑๑๐๗๑. vagotonia ภาวะเวกส์
๑๑๐๗๒. vagotonic เกี่ยวกับภาวะเวกส์ข้าม
๑๑๐๗๓. vagotomy ภาวะเวกส์ข้าม
๑๑๐๗๔. vagotrope แสดงฤทธิ์ต่อเวกส์
๑๑๐๗๕. vagotropic แสดงฤทธิ์ต่อเวกส์
๑๑๐๗๖. vagtropism ความโน้มสู่เวกส์
๑๑๐๗๗. vagrant พเนจร, ผู้พเนจร
๑๑๐๗๘. valval, valvar เกี่ยวกับลิ้น (เปิดปิด)
๑๑๐๗๙. valvate มีลิ้นเปิดปิด
๑๑๐๘๐. valve ลิ้นเปิดปิด
๑๑๐๘๑. valve, cardiac ลิ้นหัวใจ
๑๑๐๘๒. valve, pyloric ลิ้นท้ายกระเพาะ
๑๑๐๘๓. valved มีลิ้นเปิดปิด
๑๑๐๘๔. valveless ไม่มีลิ้นเปิดปิด
๑๑๐๘๕. valviform รูปร่างคล้ายลิ้นเปิดปิด
๑๑๐๘๖. valvotomy การตัดลิ้นเปิดปิด
๑๑๐๘๗. valvular เกี่ยวกับลิ้นเปิดปิด, มีลักษณะ
เป็นลิ้นเปิดปิด
๑๑๐๘๘. valvulitis ลิ้นเปิดปิดอักเสบ, ลิ้นหัวใจ
อักเสบ
๑๑๐๘๙. valvulotomy การตัดลิ้นเปิดปิด
๑๑๐๙๐. varicella โรคอีสุกอีใส

๑๑๑๕๑. variciform คล้ายหลอดเลือดโป่งขด
๑๑๑๕๒. varicose เกี่ยวกับหลอดเลือดโป่งขด, ลักษณะเป็นหลอดเลือดโป่งขด
๑๑๑๕๓. varicosis ภาวะหลอดเลือดโป่งขด
๑๑๑๕๔. varicosity ภาวะหลอดเลือดโป่งขด, ความโป่งขดของหลอดเลือด
๑๑๑๕๕. varicotomy การตัดหลอดเลือดโป่งขด
๑๑๑๕๖. variola ฝีดาษ, ไข้ทรพิษ
๑๑๑๕๗. variolar เกี่ยวกับฝีดาษ, เกี่ยวกับไข้ทรพิษ
๑๑๑๕๘. variolate ลักษณะเป็นฝีดาษ, ปลูกฝีดาษ
๑๑๑๕๙. varix หลอดเลือดโป่งขด, หลอดน้ำเหลืองโป่งขด
๑๑๑๖๐. vas หลอด, หลอดเลือด, หลอดน้ำเหลือง
๑๑๑๖๑. vasal เกี่ยวกับหลอด
๑๑๑๖๒. vasalgia อาการปวดหลอดเลือด, อาการปวดหลอดน้ำเหลือง
๑๑๑๖๓. vascularity ความมีหลอดเลือดมาก, ความมีหลอดน้ำเหลืองมาก
๑๑๑๖๔. vascularization การเกิดหลอดเลือดมาก
๑๑๑๖๕. vascularize ทำให้มีหลอดเลือด
๑๑๑๖๖. vasculature ระบบหลอดเลือด, ระบบหลอดน้ำเหลือง
๑๑๑๖๗. vasculogenesis กำเนิดหลอดเลือด, กำเนิดหลอดน้ำเหลือง
๑๑๑๖๘. vasculolymphatic เกี่ยวกับหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง
๑๑๑๖๙. vasculomotor บังคับหลอดเลือด, บังคับหลอดน้ำเหลือง
๑๑๑๗๐. vasectomized ตัดหลอดอสุจิออกแล้ว
๑๑๑๗๑. vasectomy การตัดหลอดอสุจิ
๑๑๑๗๒. vasitis หลอดอสุจิตอักเสบ
๑๑๑๗๓. vasoconstriction การบีบหลอดเลือด, การบีบตัวของหลอดเลือด
๑๑๑๗๔. vasoconstrictive ทำให้หลอดเลือดบีบ
๑๑๑๗๕. vasoconstrictor ประสาทบีบหลอดเลือด, ยาบีบหลอดเลือด, ชั่งบีบหลอดเลือด
๑๑๑๗๖. vasodepression หลอดเลือดอ่อนกำลัง
๑๑๑๗๗. vasodepressor ทำให้หลอดเลือดอ่อนกำลัง
๑๑๑๗๘. vasodilatation การขยายหลอดเลือด, การขยายตัวของหลอดเลือด
๑๑๑๗๙. vasodilation การขยายหลอดเลือด, การขยายตัวของหลอดเลือด
๑๑๑๘๐. vasodilative ทำให้หลอดเลือดขยาย, ชั่งขยายหลอดเลือด
๑๑๑๘๑. vasodilator ทำให้หลอดเลือดขยาย, ขยายหลอดเลือด, ประสาทขยายหลอดเลือด, ยาขยายหลอดเลือด
๑๑๑๘๒. vasohypertonic เพิ่มกำลังหลอดเลือด
๑๑๑๘๓. vasohypotonic ลดกำลังหลอดเลือด
๑๑๑๘๔. vaso-inhibitor รังการบีบหลอดเลือด
๑๑๑๘๕. vaso-inhibitory เกี่ยวกับการรังการบีบหลอดเลือด
๑๑๑๘๖. vasoligation การผูกหลอดอสุจิ
๑๑๑๘๗. vasoligature การผูกหลอดอสุจิ
๑๑๑๘๘. vasomotion การขยับหดของหลอดเลือด (หลอดน้ำเหลือง)
๑๑๑๘๙. vasomotor บังคับหลอดเลือด, ประสาทบังคับหลอดเลือด, ยาบังคับหลอดเลือด
๑๑๑๙๐. vasomotorial, vasomotory เกี่ยวกับการบังคับหลอดเลือด (หลอดน้ำเหลือง)
๑๑๑๙๑. vasomotoricity อำนาจบังคับหลอดเลือด (หลอดน้ำเหลือง)
๑๑๑๙๒. vasomotorium ระบบบังคับหลอดเลือด (หลอดน้ำเหลือง)
๑๑๑๙๓. vasoneuropathy โรคประสาทหลอดเลือด
๑๑๑๙๔. vasoneurosis โรคประสาทหลอดเลือด
๑๑๑๙๕. vasoparesis ประสาทหลอดเลือด อัมพาตบางส่วน
๑๑๑๙๖. vasopuncture การเจาะหลอดอสุจิ
๑๑๑๙๗. vasoreflex รีเฟล็กซ์หลอดเลือด
๑๑๑๙๘. vasorelaxation ภาวะหลอดเลือดคลาย, การคลายหลอดเลือด

๑๑๑๓๙. vasoresection การตัดหลอดเลือดในพาด
ตอน
๑๑๑๔๐. vasorrhaphy การเย็บซ่อมหลอดเลือด
๑๑๑๔๑. vasosection การตัดหลอดเลือด
๑๑๑๔๒. vasosensory เกี่ยวกับประสาทสัมผัส
หลอดเลือด
๑๑๑๔๓. vasospasm การบีบเกร็งของหลอดเลือด,
ภาวะหลอดเลือดบีบเกร็ง
๑๑๑๔๔. vasospastic เกี่ยวกับการบีบเกร็งของ
หลอดเลือด
๑๑๑๔๕. vasostimulant กระตุ้นการบังคับหลอดเลือด
๑๑๑๔๖. vasostomy การผ่าระบายหลอดเลือด
๑๑๑๔๗. vasotomy การตัดหลอดเลือด
๑๑๑๔๘. vasotonia ความตึงตัวของหลอดเลือด
๑๑๑๔๙. vasotonic เกี่ยวกับความตึงตัวของหลอดเลือด
๑๑๑๕๐. vasotribe เครื่องบีบหลอดเลือด
๑๑๑๕๑. vasotripsy การบีบหลอดเลือด
๑๑๑๕๒. vasotrophic เกี่ยวกับการหล่อเลี้ยง
หลอดเลือด, เกี่ยวกับการหล่อเลี้ยงทาง
หลอดเลือด
๑๑๑๕๓. vasotropic โนมัสหลอดเลือด
๑๑๑๕๔. vault ยอดโค้ง
๑๑๑๕๕. vection การนำ (เชื้อ) โรค
๑๑๑๕๖. vector ผู้นำ (เชื้อ) โรค, พาหะของ
(เชื้อ) โรค
๑๑๑๕๗. vectorial เกี่ยวกับผู้นำ (เชื้อ) โรค,
เกี่ยวกับพาหะของ (เชื้อ) โรค
๑๑๑๕๘. vegetarian ผู้กินอาหารผัก
๑๑๑๕๙. vegetarianism ลัทธิกินอาหารผัก
๑๑๑๖๐. vegetative เกี่ยวกับเติบโตการอาหาร,
ทำงานนอกบังคับจิตใจ
๑๑๑๖๑. vegeto—animal เกี่ยวกับพืชร่วมสัตว์
๑๑๑๖๒. vehicle สิ่งนำ
๑๑๑๖๓. velamen แผ่น, แผ่นห้อย
๑๑๑๖๔. velamentous เป็นแผ่นห้อย
๑๑๑๖๕. velamentum แผ่น, เยื่อ, เยื่อหุ้ม,
เยื่อคลุม, เยื่อห้อย
๑๑๑๖๖. velar เกี่ยวกับส่วนห้อย
๑๑๑๖๗. veliform มีลักษณะเป็นแผ่นห้อย
๑๑๑๖๘. vellication อาการกล้ำเนื้อกระดูก
๑๑๑๖๙. velum แผ่นห้อย, ส่วนห้อย
๑๑๑๗๐. venation ลักษณะกระจายของหลอดเลือด
ดำ, การแผ่ของหลอดเลือดดำ
๑๑๑๗๑. venectasia การขยายของหลอดเลือดดำ
๑๑๑๗๒. venectomy การตัดหลอดเลือดดำ
๑๑๑๗๓. venenation การถูกพิษ, การวางยาพิษ
๑๑๑๗๔. veneniferous นำพิษ
๑๑๑๗๕. venenific สร้างพิษ
๑๑๑๗๖. venenosa งูพิษ
๑๑๑๗๗. venenosalivary คัดหลังน้ำลายมีพิษ
๑๑๑๗๘. venosity สภาพเป็นพิษ
๑๑๑๗๙. venous เป็นพิษ
๑๑๑๘๐. venenum พิษ
๑๑๑๘๑. venepuncture การเจาะหลอดเลือดดำ
๑๑๑๘๒. venereal เกี่ยวกับกามกิจ, แพร่ทาง
กามกิจ
๑๑๑๘๓. venereologist ผู้ชำนาญกามโรค
๑๑๑๘๔. venereology วิทยาการโรค, กามโรค
วิทยา
๑๑๑๘๕. venereophobia โรคกลัวกามโรค
๑๑๑๘๖. venerology วิทยาการโรค, กามโรค
วิทยา
๑๑๑๘๗. venery การสังวาส
๑๑๑๘๘. venesection การผ่าหลอดเลือดดำ

- | | |
|---|---|
| ๑๑๑๙๙. venesuture การเย็บหลอดเลือดดำ | ๑๑๑๙๖. venom พิษ, พิษงู, พิษสัตว์ |
| ๑๑๑๙๐. veniplex ข่ายหลอดเลือดดำ | ๑๑๑๙๗. venomosalivary คัดหลังน้ำลายมีพิษ |
| ๑๑๑๙๑. venipuncture การเจาะหลอดเลือดดำ | ๑๑๑๙๘. venomotor บังคับหลอดเลือดดำ |
| ๑๑๑๙๒. venisuture การเย็บหลอดเลือดดำ | ๑๑๑๙๙. venomous หลั่งพิษ, เป็นพิษ |
| ๑๑๑๙๓. venoclysis การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ | ๑๑๒๐๐. venopressor บีบหลอดเลือดดำ |
| ๑๑๑๙๔. venogram ภาพบันทึกหลอดเลือดดำ
เด่น, ภาพรังสีหลอดเลือดดำ | ๑๑๒๐๑. venosclerosis ภาวะหลอดเลือดดำ
กระด้าง |
| ๑๑๑๙๕. venography การบันทึกภาพรังสีหลอดเลือดดำ | |

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

CLINICO - PATHOLOGICAL CONFERENCE *

Edited by Somchai Bovornkitti, M.D.,

Sararat Yongchaiyudha, M.B.,

and Chirane Viseskul, M.B.

Case 1-1965

Presentation of Case

Dr. Prawase Wasi:** This was the case of a sixty-two-year-old Chinese widow who was admitted for the first time on November 22nd, 1964, re-admitted on January 22nd, 1965 and expired on 18th February 1965.

Four or five years before admission she developed frequent vomiting with pain in the epigastrium. The vomitus was in most cases watery. All along the years the frequency of vomiting was such that approximately on 5 days out of the month she did not vomit. The attacks were clearly precipitated and aggravated by emotional disturbances to which the patient was very prone. Constipation was habitual and black stools were often seen during those years. There were also attacks of fever with shaking chills and profuse sweating, particularly in the night during the cold season. For these she always took acetylsalicylic acid tablets; it was estimated that five hundred tablets (0.325 gm.) must have been used up

in the last two years. Pain in the knees, sometimes with stiffness, had been present for some years. Swelling of the terminal interphalangeal joints of both hands had been noted. About one month before hospitalization she became pale, and also edematous in the extremities. Ten days before admission she developed stiffness of the left shoulder. Five days later she had attacks of fever, severe vomiting, weakness, and frequent fainting spells.

Past history was non-contributory. Her husband had died supposedly of tuberculosis thirty years previously. When young she carried water for a living but later had given it up and then lived with her niece in Bangkok.

Physical examination revealed body temperature to be 37.0° c., pulse rate 88/min. irregular, resp. rate 24/min., and blood pressure 140/90. The patient was well developed, slightly obese, and appeared chronically ill. She was markedly anemic but without jaundice. There was slight pitting edema in all extremities. No lymphadenopathy was detected. Movement of the left shoulder joint was

* Under participation of the Dept. of Internal Medicine (Head of Dept.: Prof. Dr. Chitt Tuchinda) and the Dept. of Pathology (Head of Dept.: Prof. Dr. Pradit Tansurat).

** Assist. Prof., Div. of Hematol., Dept. of Int. Med.

limited in all directions. Swelling with deformity of all terminal interphalangeal joints in both hands was observed. The lungs showed no abnormal findings. The heart was not enlarged and no murmur was heard, but there was auricular fibrillation. There was slight tenderness at the epigastrium; no mass was palpable. No abnormal neurological signs were noted.

Laboratory data revealed hemoglobin 4.6 gm. per cent; rbc 1.39 million per c.mm. with slight microcytosis; hematocrit 13 per cent; wbc 4,400/c.mm. with 9 per cent stab, 41 per cent segmented neutrophils, 31 per cent lymphocytes and 19 per cent monocytes. Platelet count was normal. Urinalysis showed numerous wbc. Blood chemistry showed albumin 3.4 gm. per cent; globulin 4.3 gm. per cent; NPN 30 mg. per cent; creatinine 1.7 mg. per cent; cholesterol 223 mg. per cent; alkaline phosphatase 1.37 B.U.; Na 141 mEq/lit.; K 3.5 mEq/lit.; Cl 114 mEq/lit.; CO_2 - combining power 21.85 mEq/lit, fasting blood sugar 75 mg. per cent; serum iron 44 mcg. per cent and unsaturated iron binding capacity 232 mcg. per cent. Thymol turbidity test gave 3 units; zinc turbidity 15 units, and iodine test 1+. Roentgenograms showed cardiac enlargement with pulmonary congestion; nodular right dome of the diaphragm, possibly from irregular

enlargement of liver; right renal calculi; left supraspinatus tendinitis. Electrocardiogram showed auricular fibrillation.

Hospital course. Digitalization and diuretic therapy were begun on the day following admission. Alkali and an anticholinergic were given for the abdominal pain. In spite of successive treatments with tetracycline (Nov. 23-30), penicillin (Nov. 30-Dec. 6) and seclomycin (Dec. 6-22), an intermittent fever was present all the time. Urine examination on November 27th showed no white cells. Vomiting continued. A single-meal g.i. roentgen examination showed achalasia of the esophagus. Esophagoscopy revealed the same, and biopsy of the esophagus revealed no malignancy. During 4 weeks the patient received 7 units of blood transfusion. On December 22nd the hematocrit was 35 per cent and white cell count 2,800/c.mm.

She was transferred for Heller's operation on December 23rd. Post-operative hypotonia was treated with fluid and blood transfusion, which raised the blood pressure to 180/120 and kept it high for 3 days. She was also given penicillin, and subsequently Pyrrolidinomethyl tetracycline (Reverin^(R)). She ran low-grade fever all along and was discharged 13 days after the operation.

At home she did poorly, having fever with chills, cloudy urine and

vomiting. She was re-admitted to the medical ward on January 22nd, 1965. There were more severe anemia, anasarca and tachycardia (114/min.). The blood pressure was 140/80. Opacity of the lens in both eyes was noted. Urine had numerous wbc. Hematocrit was 17 per cent and white cell count was 2,100 with low platelet count. Bone marrow smear disclosed aplasia with hemosiderosis. Blood analysis gave albumin 3.4 gm. per cent; globulin 3.9 gm. per cent; NPN 26.5 mg. per cent; creatinine 1.3 mg. per cent. Roentgenogram of the chest showed persistent nodularity of the right dome of the diaphragm. The patient was given blood transfusions, tetracycline, anti-diuretic and methyltestosterone. Fever continued. Urine culture was twice positive for *E. coli communis*. Thereupon azo-gantrisin and dihydrostreptomycin were given. Vomiting was frequent, and roentgen examination of the esophagus revealed tortion spasm with almost complete obstruction at the cardiac end. On February 15th she lapsed into unconsciousness, with drop in blood pressure. Lumbar puncture, made on February 17th, showed high pressure (180 mm. H₂O initial) and yielded bloody fluid with xanthochromic supernatant. The patient expired on February 18th, 1965.

Clinical Discussion

Dr. Ukrist Plengvanit:* The history of chronic abdominal pain with occasional black stools and progressive anemia in this case led to the provisional diagnosis of chronic peptic ulcer. In a neurotic person, vomiting of watery fluid without food residue with little deterioration in general condition after prolonged illness, should warrant ruling out an obstructive complication. The use of anticholinergic is contraindicated in achalasia but the diagnosis was established only after roentgen examination. The presence of renal calculi with pyuria and episodic attacks of fever probably constituted one clinical entity—nephrolithiasis with irritative inflammation of the urinary tract. Considering the patient's age and the negative evidence of organic heart defect, the only explanation for auricular fibrillation is arteriosclerotic heart disease.

Dr. Priya Khanjanasthiti:** Esophagogram showed dilatation of proximal portion of esophagus with marked tortuosity. The smooth, tapering appearance and complete obstruction at the lower end are characteristic for achalasia or cardiospasm. In benign stricture such as caused by corrosion, the lower end usually shows some irregularity. There was no evidence of

* Assist. Prof., Div. of Gastroenterol., Dept. of Int. Med.

** Assoc., Dept. of Radiology.

malignancy. The nodular right dome of the diaphragm may reflect pathologic conditions within the ipsilateral hemithorax, diseases of the diaphragm, or subdiaphragmatic lesions; but in this case, weakening of the diaphragmatic muscle was most likely the cause.

Prof. Dr. Rojana Suvannasuthi:* The esophageal impression at the aortic level may be a pressure defect caused by either double aorta or aneurysm. It is unlikely that the nodular diaphragm in this case was due to subdiaphragmatic abscess, because there was no sign of inflammatory process above the diaphragm.

Dr. Kasem Limwongse:** The diagnosis of achalasia in this patient was straight forward. History that she often choked at night from regurgitation of fluid is the classical complaint in this condition. Cardiomyotomy was considered necessary because the patient was suffering from heart disease, had pronounced weakness and was troubled by the nightly choking. She seemed to have benefited a lot from the operation, although no remarkable change was detected in the follow-up roentgenogram. As a rule, post-operative roentgenological improvement may be expected only in about 50 per cent of cases with subjective improvement.

The drop in blood pressure during and after operation was due to poor general condition and frail heart. This conjecture was supported by the prompt recovery after fluid therapy.

Prof. Dr. Vikit Viranuvatti:***

This is definitely a case of achalasia of esophagus. Contortion of the elongated gut caused the sigmoid configuration which is uncommon, and gave the impression of pressure at the level of aortic knob. The co-incidence of osteoarthritis, Heberden's nodes, fever, supraspinatus tendinitis and auricular fibrillation might all be allotted to rheumatoid arthritis. Unfortunately, the rheumatoid factor was not determined in this case.

Prof. Dr. Rojana Suvannasuthi: The multiple concavities seen along the esophagus in the roentgenograms were not defects but were due to inadequate filling with barium with the patient in the recumbent posture. The aorta and its knob further exaggerated the depression on the esophagus.

Dr. Tongnok Nityasuthi:**** Achalasia is a diffuse pathological process. The surgical attack at the sphincter only was therefore not adequate.

* Prof., Dept. of Radiology.

** Assist. Prof., Dept. of Surgery.

*** Prof., Chief of Gastroenterol. Div., Dept. of Int. Med.

**** Assoc. Prof., Dept. of Surgery.

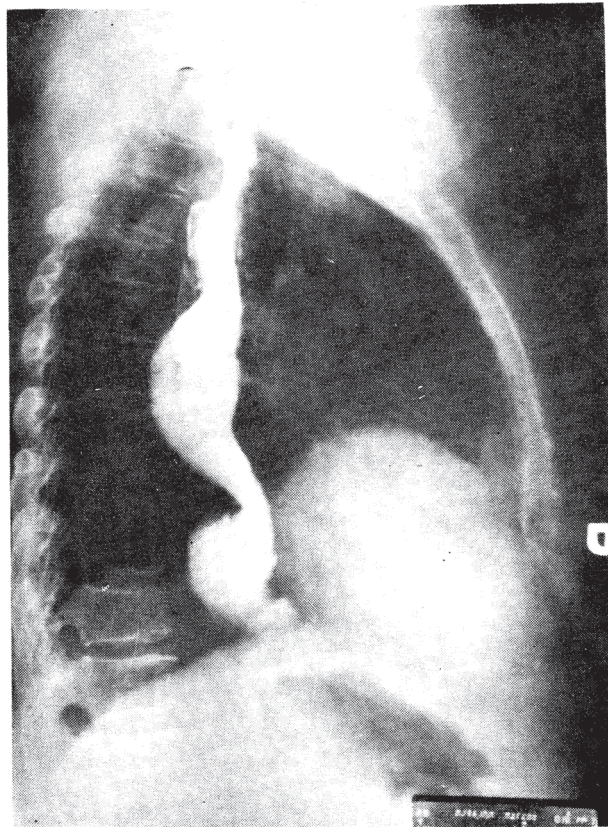


Fig. 1. A single-meal g.i. examination showing dilatation of esophagus with tortuosity. Localized elevation of the right hemidiaphragm is visualized.

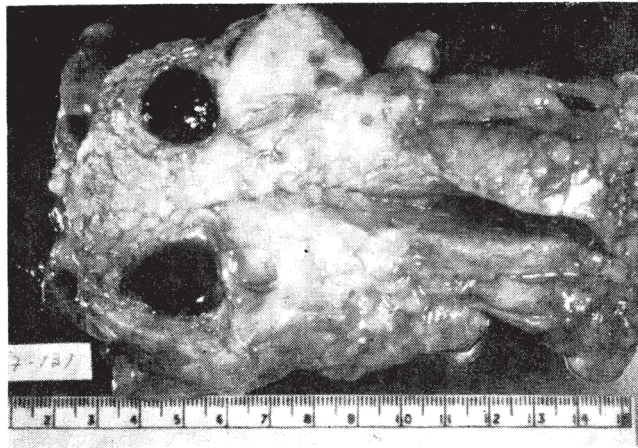


Fig. 2. A small hemorrhagic nodule in the head of pancreas.

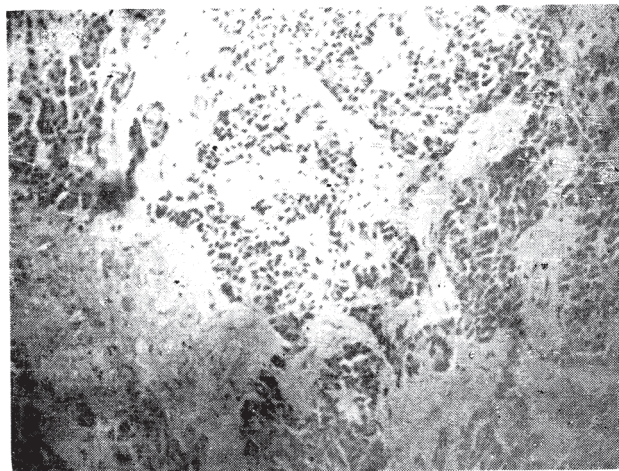


Fig. 3. The tumour cells showing islet-like pattern of arrangement. $\times 66$.

Dr. Kasem Limwongse: Roentgenological findings distinctly showed that the defect was confined to the lower portion of the esophagus; therefore the surgical correction extending about 10 cm. was considered ample.

Dr. Prawati Hongsaprabhas:* Since aplasia or hypoplasia of the myenteric plexus is generally believed to be the cause of achalasia, symptoms should begin early in life; but why is this condition seldom seen in children?

Prof. Dr. Vikit Viranuvatti: The symptoms of achalasia usually appear between the 40th and 60th years of life and are common in psychoneurotics. Although aplasia of Auerbach's plexus is the basic cause of the condition, the motility pattern of the esophagus greatly influences the functional disturbance. While in young persons the muscle tone is strong enough to counteract the defect, in the elderly it is weak and hence easily overcome.

Dr. Prawase Wasi: The morbid conditions associated with the manifold symptoms and signs in this case may be discussed under three headings. I. *Definite:* (1) Esophageal achalasia or cardiospasm, based upon typical clinical history, roentgenological finding, and surgical proof. (2) Renal calculi with urinary infection, a cli-

nico-radiological diagnosis. The chronic pyrexia with chills were most probably due to pyelitis. (3) Senility with osteoarthritis of knee joints, supraspinatus tendinitis, Heberden's nodes, cataract and presumably arteriosclerosis. (4) Aplastic anemia, diagnosed from pancytopenia and bone marrow picture. Prolonged use of aspirin may be responsible for this malady, according to the Semi-annual Report of the Council on Drugs of the American Medical Association. (5) Hemosiderosis, based upon the large amount of iron seen in the bone marrow. It may have been the result of long-standing anemia and repeated blood transfusion. (6) Cerebral hemorrhage, from C.S.F. findings. This was the cause of death. II. *Probable:* (1) Peptic ulcer, from classical history of chronicity and periodicity of epigastric pain with melena. In severe cases of achalasia esophageal ulcer may occur, giving rise to bleeding. This, however, should result in hematemesis rather than melena. If peptic ulcers were really present in this patient, they might escape being visualized roentgenologically because of the inadequacy of the barium. III. *Dubious:* (1) Hypertension, which appeared postoperatively; this could be a preexistent condition which had been masked by severe anemia and cardiac weakness, or might result from pheochromocytoma, or from over-

* Assist. Prof., Dept. of Surgery.

hydration. The condition was too transient to be explained by the rise in hemoglobin level alone. On the other hand, if pheochromocytoma was responsible, it should have occurred during or immediately after operation and not much later. Considering the fact that the patient received 2,000 ml. of saline solution and one pint of blood during and soon after surgery, overhydration seems to be the most probable cause of the transient hypertension. (2) Auricular fibrillation. Clinically, this could not be attributed to any organic disease except arteriosclerosis. (3) Nodular right dome of the diaphragm. This could be due to several pathologic conditions in and about the diaphragm, but differential diagnosis is impossible for lack of investigation. Carcinoma of the liver is unlikely, in view of normal serum alkaline phosphatase activity. (4) Intractable pyrexia. This, in the face of intensive antibiotic therapy and even after clearing up of pyuria, must have been due to other causes beside urinary infection. May be the condition that caused nodularity of the diaphragm was also responsible for the fever. Bitter experience has taught that one should not forget SBE in cases of unexplained pyrexia.

Hemosiderosis in aplastic anemia sometimes gives rise to hemochromatosis. It is mentioned here in passing because it may explain some of the

findings in this patient. Carcinoma of the liver is frequent, and deposition of iron in the heart muscle may induce arrhythmias and heart failure. However, hyperpigmentation of the skin and hyperglycemia were not present.

Pathological Description

Dr. Natth Bhamarapravati:* The body was that of a woman of medium build. Petechial hemorrhages were noted over the anterior chest and abdominal walls and in many visceral organs.

Esophagus was dilated with slight pouching on the left side, diverticulum-like. No muscular hypertrophy was observed. An operative scar was seen on the anterior aspect. There were 2 ulcers in the stomach, one, 1.5 cm. in diameter, on the lesser curvature and the other, 1 cm. in diameter, on the anterior wall between the lesser and greater curvatures. Both had characteristics of chronic gastric ulcers with evidence of hemorrhage. Other areas of mucosa showed hypertrophic gastritis.

A single, 1.5 cm. — broad, well encapsulated and hemorrhagic nodule was seen at the head of the pancreas. Tumour cells were polygonal in shape or elongated but with round nuclei; the cytoplasm was abundant, finely granular and acidophilic. Numerous vascular spaces between clusters of tumour cells were noted. This made

* Assist. Prof., Dept. of Pathology.

the tumour look hemorrhagic grossly. The tumour cells showed islet-like pattern of arrangement in places. Whether this was an "ulcerogenic tumour of Zollinger-Ellison syndrome" or not could not be ascertained by morphologic observation alone. From the clinical and laboratory data this tumour most likely did not produce insulin. The findings of multiple gastric ulcers, one of which was in atypical location, strongly suggests that the tumour is ulcerogenic.

Section of bone marrow revealed dense fat replacement. Marrow elements were markedly reduced. Necrosis of endothelial cells, which were believed to be stem cells, was conspicuous. In some places macrophages contained yellowish pigment. This picture is compatible with aplastic or hypoplastic marrow with hemosiderosis.

The spleen weighed 140 gm. and was not enlarged. Atrophy of lymphoid tissue was noted with proliferation of sinusoid-lining cells which contained yellow pigment of hemosiderin. There was no evidence of extramedullary hemopoiesis. The liver contained a small amount of hemosiderin in Kupffer cells but not in parenchymal cells. Again there was no extramedullary hemopoiesis.

The right kidney appeared enlarged and weighed 300 gm., about 2 times heavier than normal. There was evidence of pyonephrosis with

stag-horn stone. The left kidney appeared granular, consistent with nephrosclerosis. Section of the right kidney showed chronic pyelonephritis, e.g., findings of casts and infiltrations in tubules and interstitial tissue with periglomerular fibrosis.

The heart weighed 380 gm. which is about 80 gm. more than the normal weight. Slight hypertrophy of left ventricle, and arteriosclerosis of aorta and coronary vessels were noted. These findings, coupled with hyperplasia of adrenal glands (which weighed 35 gm.) with hypertrophy of glomerulosa and fasciculata and nodular hyperplasia, suggest that the patient had been suffering from essential hypertension. The lungs showed evidence of hypostatic pneumonia with areas of pulmonary fibrosis. This may be due to old unresolved pneumonia.

Thyroid and parathyroid glands showed no significant changes.

Cerebral hemorrhage, particularly more marked on the right side, and conal herniation of the cerebellum were the most probable causes of death.

Anatomical Diagnoses

1. Chronic gastric ulcers.
2. Islet-cell adenoma of pancreas (? Zollinger-Ellison's syndrome).
3. Hypoplasia of bone marrow.
4. Petechial hemorrhage, skin and visceral organs.

5. Intracerebral hemorrhage, right.
6. Hemosiderosis of spleen.
7. Nephrolithiasis and chronic pyelonephritis, right kidney.
8. Chronic cystitis.
9. Conal herniation of the cerebellum.
10. Arteriosclerotic cardiovascular renal disease, moderate.
11. Hypostatic pneumonia.

Final Remarks

Prof. Dr. Chitt Tuchinda: There is one point I should like to stress. In geriatric medicine, diseases that developed during younger age may be carried through into later life.

Prof. Dr. Vikit Viranuvatti: Achalasia of the esophagus should be included in the anatomical diagnoses. Zollinger-Ellison syndrome implies multiple, recurrent, bleeding gastric ulcers which defy medical and surgical treatments. A non-insulin-producing islet-cell tumour or tumours of the pancreas or accessory pancreas is believed to produce an "ulcerogenic factor" which gives rise to peptic ulceration in the upper g.i. tract, usually with atypical locations. Diag-

nosis is based on findings of increased nocturnal gastric secretion; the hyperacidity must exceed 1,000 units, and the amount of urinary pepsinogen must reach 8 to 10 times that of normal secretion. Whether the present case belonged to the "Zollinger-Ellison syndrome" or not cannot be established with certainty, since there was no pertinent investigation.

Dr. Ukrist Plengvanit: Was there any change in the liver that could explain the nodular right dome of the diaphragm? Do the pathologic findings of peptic ulcers in Zollinger-Ellison syndrome present acute or chronic features?

Dr. Prawase Wasi: Was there any lesion at the right hemidiaphragmatic leaf?

Dr. Natth Bhamarapavati: There was no change in the liver that could contribute to the diaphragmatic hump; and there was no gross defect of the right hemidiaphragm, but histological examination of the diaphragm was not done. The ulcers in Zollinger-Ellison syndrome show a picture of chronicity.

ประสพการณ์ในการรักษาโรครูมาติก ด้วยไอซาทรินขนาดมาก

โดย Dr. Med. Werner Beckschaefer

หัวหน้าอายุรแพทย์แห่ง Bethanien Hospital,
Dortmund—Hoerde Germany

ย่อจาก Muenchener Medizinische Wochen-
schrift, vol. 103, No. 7, 1961

Pyrazole compounds ซึ่งนำเข้ามาใช้
ในการรักษาโรครูมาติกนั้น ปรากฏว่าทำให้
เกิดการเป็นพิษขึ้นได้ และบางรายก็รุนแรง
เพราะการรักษาต้องให้ยาอยู่เป็นเวลานานและ
อาจต้องใช้ขนาดมาก ผู้รายงานจึงหันมาสนใจ
Osadrin ซึ่งมีการกล่าวถึงไว้ในรายงานหลาย
ฉบับว่าเป็นพิษน้อย และได้ทดลองรักษาใน
ผู้ป่วย 58 ราย โดยให้ยาขนาดสูงในระยะ
3 วันแรกเพื่อหวังผลในการระงับปวดและการ
อักเสบอย่างรวดเร็ว ในระยะรุนแรงของโรค
ซึ่งจะทำให้สามารถรักษาต่อด้วยวิธีกายภาพได้
เร็วขึ้น การให้ยาได้ใช้วิธีฉีด กิน และเหน็บ
ทางทวารหนัก

ผู้ป่วย 58 ราย ได้แบ่งออกเป็น 2 พวก
ตามลักษณะและความรุนแรงของโรค

พวก (1) มี True rheumatic diseases 26 ราย
ซึ่งมีอาการชัดเจน คือมีไข้ข้อบวมแดงหรือมี
ลักษณะผิดปกติ เจ็บปวดเมื่อเคลื่อนไหว มี

น้ำในข้อในบางราย บางรายมีอาการปวด
ประสาทมาก และมีอัตราการตกตะกอนของ
เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น

พวก (2) มีอาการแบบ rheumatoid มี 27
ราย มีอาการของข้ออักเสบเรื้อรัง ไม่มีไข้
ข้อมีรูปร่างผิดปกติชัดเจน เจ็บปวดเมื่อเคลื่อนไหว
ไหว บางรายมีน้ำในข้อ อัตราการตกตะกอน
ของเม็ดเลือดแดงไม่เพิ่มมาก ในพวกนี้มี 21 ราย
ที่มีอาการปวดประสาท และมักพบว่าเกี่ยวข้องกับ
กับรูมาทอยด์ เช่นมี Laseque's signs ประ-
สาทกดเจ็บ กล้ามเนื้อตึง เคลื่อนไหวเจ็บปวด
ความรู้สึกทางประสาทเสีย ไม่มีรีเฟล็กซ์ และ
บางรายมีกล้ามเนื้อลีบและมีการเปลี่ยนแปลงที่
พบทางเอ็กซเรย์ด้วย มีอยู่อีก 5 ราย ที่ไม่รวม
อยู่ในพวกที่กล่าวเพราะการรักษาต้องเลิกก่อน
ถึงกำหนด

ขนาดของไอซาทรินที่ให้ คือ ตามความ
รุนแรงของโรค และได้ทดลองเป็นพิเศษเกี่ยวกับ
ขนาดสูงในระยะเริ่มให้ยา ขนาดสูงสุดที่
ให้ใน 3 วันแรกในรายที่มีอาการรุนแรง คือ
ฉีดวันละ 1—2 แอมพูล และกินครั้งละ 3 เม็ด
วันละ 3—4 ครั้ง หรือ 2 เม็ด วันละ 3—4 ครั้ง
ต่อไปลดขนาดลงเหลือ 2—1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง
เป็นเวลา 2—4 อาทิตย์ ในรายไม่รุนแรง
ไม่ต้องฉีด แต่กินขนาด 1—2 เม็ด วันละ

3—4 ครั้ง ควบคุมเห็นทางทวารวันละ 1—2 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน ต่อดีดขนาดลง เป็นกินครั้งละ 1—2 เม็ด วันละ 3—4 ครั้ง

ตัวยาใน 1 แอมพลู มี phenopyrazon (diphenyl dioxopyrazolidine) diethylamino ethanolate 0.75 gm., aminophenazone 0.75 gm., and procaine Hcl 0.035 gm.

ตัวยาใน 1 เม็ด มี phenopyrazon 0.125 gm., aminophenazone 0.125 gm., and p-aminobenzoic acid 0.025 gm.

ยาเห็น 1 แท่ง มี phenopyrazon 0.2 gm., aminophenazone 0.25 gm. and ethyl ester of p-aminobenzoic acid 0.1 gm.

ผลของการรักษา แสดงไว้ในตาราง ข้างล่างนี้

ผล	พวก (1)	พวก (2)	รวม
ดีมาก	8	8	16
ดี	13	15	28
ปานกลาง	5	3	8

ความทนต่อยา ในผู้ป่วย 58 ราย พบมีอาการข้างเคียงชนิดปฏิกิริยาเฉพาะที่ (เนื้อเป็นไตและเจ็บเล็กน้อย) เพียง 1 ราย คือ ผู้ป่วยหญิงอายุ 69 ปี ซึ่งฉีดยาวันละ 2 ครั้ง ไม่พบการรบกวนกระเพาะเพียงแต่ผู้ป่วย 3 รายมีอาการแน่นท้อง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีประวัติ

เป็นโรคกระเพาะมาก่อน อาการแพ้แบบ Allergic exanthema พบ 5 ราย แต่ส่วนมากบำบัดหายด้วยการฉีดแอนติฮีสตามีนผสมแคลเซียม ผู้ป่วยที่เหลือนอกจากนี้ทนต่อยาได้ดี ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในเม็ดเลือดแดง หรือขาว พวกที่ใช้ยาเห็นก็ไม่พบการระคายเคืองแต่อย่างใด

สรุป สรรพคุณระงับปวดและแก้ไอเสบของโอซาดรินจะเริ่มขึ้นช้าหรือเร็ว ดูฤทธิ์จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ให้ ผู้ป่วยทนยาขนาดสูงได้ดีมาก แม้ว่าจะให้เป็นเวลาหลายสัปดาห์ การฉีดโอซาดรินทำให้เกิดเป็นไตแข็งบริเวณที่ฉีด 1 รายนั้น ก็ทำให้หายไปได้ง่ายเมื่อประคบเย็น การให้กินชนิดเม็ดนี้ทำให้รู้สึกแน่นท้อง 3 ราย อาการผื่นแบบแพ้ที่พบ 5 รายนั้น 3 รายมีอาการคัน ในจำนวนนี้ 3 รายพิสูจน์ได้ว่าแพ้มีโนเฟนาโซน

อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง และพบเห็นเพียงน้อยครั้งในการใช้โอซาดรินรักษาโรคข้อนี้ไม่เป็นอุปสรรคในการรักษาในเมื่อการรักษาได้ผลดีน่าพอใจ โดยเลือกขนาดยาที่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคได้

(เอกสารอ้างอิง 9 ฉบับ)

โอซาดริน (OSADRIN) เวชภัณฑ์ของคอนอลด์ ลูควิกซ์ฮาเฟิน/โรนีย์ เฮอธนี่ แท่ง บี. กริมแอนโก เป็นผู้แทนในประเทศไทย

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลยกรรม	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก ใหม่	๓,๑๗๑	๒,๒๗๒	๑,๘๒๘	๑,๕๐๖	๑,๕๘๔	๖๘๘	๑๑,๘๗๕
เก่า	๕,๕๓๓	๓,๗๘๕	๔,๓๐๗	๒,๕๕๕	๔,๐๓๕	๑,๑๑๑	๒๒,๑๗๕
รวม	๘,๗๐๔	๖,๐๖๑	๖,๑๓๕	๔,๐๖๑	๖,๐๒๓	๑,๘๐๐	๓๔,๐๕๐
ใน	๒๓๘	๔๑๔	๑,๖๓๑	๓๒๓	๔๒๕	—	๓,๐๓๑

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยกรรม ๕๔๐, จักษุ ๗๑๐, สูติ—นารี ๗๕๑, รวม ๑,๘๓๑ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๓๓, หญิง ๕๕๒, รวม ๑,๑๘๕. คลอดตาย, ชาย ๑๔, หญิง ๕, รวม ๒๓.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๓ คน (๖.๓๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๗๕ ราย (๓๘.๕๖ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลั่งเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๔๒๒ ครั้ง, บางขวาง ๑๐๘ ครั้ง, ฤๅไน ๑๓๕ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๕๖ ขวด, จากญาติ ๔๓ ราย.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๖,๖๔๐ คน. รักษาใหม่ ๕๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๘๘ คน. รักษาเดิมรักษา ๑๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๕ คน. วิทยุไอโซโทป รักษาใหม่ ๕๑ คน, วิทยุไอโซโทปวิจัย รวมรักษาใหม่เก่า ๒๒๗ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่—คน, รวมรักษาใหม่เก่า—คน. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๖๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๕๐๓ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเวชเคมีตะบอกลิสม์ ๕๘ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๘,๐๒๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๕ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๘๑๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๑๐๒ ชิ้น (จากภายนอก ๒๐๔ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๔๔ ราย. การตรวจเขม่วิวัดาล ๑๐๓ ราย, วัชเชอร์แมนและคานัน ๒,๖๕๑. การตรวจไวรัสพอลิบีนเนล ๕. หมู่เลือด ๘. น้มน้ำเหลือง ๑๗๓. วัชชีโมโกลบิน ๑๗๑. ตรวจบัสสภาวะ ๒๕๒ ราย. ตรวจอุจจาระ ๗๐ ราย. การตรวจไวรัสคัมบี ๔ ราย. ตรวจความแปรปรวนของเม็ดเลือด—. การตรวจไวรัส อาร์.เอ. ๑๕. เพาะเชื้อบิด ๕. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด ๑๐. ตรวจสพนติเวช ๓๕. ตรวจวัชภูพยาน ๔๕. ตรวจวิเคราะห์ ๖๕. ตรวจผู้ป่วยคดี ๓๓๓.

๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๗๕. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๖๕. เพาะเชื้อจากบัสสภาวะ ๒๒๓. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๖๑๓. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๗๘. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๔. น้ดสีตัวทดลอง—. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๖๓. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๔.

๑๐. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๐. เจาะน้ำสันหลัง ๑๓. เจาะตับ ๕. เจาะน้ำช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องปอด—. อัดลมเข้าช่องท้อง—. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๓. จี้ ๓. น้ดยาทั่วไป ๕,๐๐๘. เบาหวาน ๓,๖๕๔. คลินิกวัณโรค ๒๓๘. คลินิกความดันเลือดสูง—.

๑๑. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๕๔. ถอนฟัน ๑,๐๒๕. อุดฟัน ๒๑๗. ผ่าตัดช่องปาก ๔๖.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติฯ)

ประชุมวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำเดือน แห่งการศึกษา ๒๕๐๘-๒๕๐๙, เริ่มต้นเดือนมิถุนายน ณ ห้องบรรยายศึกษาศาสตร์ วิทยา เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. คือ:

วันศุกร์ ที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๐๘

๑. การตรวจหน้าที่ต่อมธัยรอยด์ด้วย I¹³¹ (๒๓๑ ราย), ผู้เสนอ: ศาสตราจารย์ น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก, พ.ญ. ฤทิ ปลื้หจินดา, พ.ญ. วิยะดา คมนามูล และ น.ส. สมลักษณ์ โหมยคารวม.

๒. การรักษากะตักหลังหัก, ผู้เสนอ: น.พ. นชั รัชพลเมือง และ น.พ. เจริญ โชติกะวันช.

วันศุกร์ ที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๐๘

๑. ยากินคุมกำเนิดในขนาดใช้มาก และน้อย: ประสิทธิภาพทางคลินิก, ผู้เสนอ: น.พ. สาโรจน์ ประักษ์ขาม และ น.พ. สุพร เกิดสว่าง.

๒. การผ่าตัดแก้ห้ทาง, ผู้เสนอ: น.พ. วสันต์ จงเจริญ.

วันศุกร์ ที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๐๘

๑. การศึกษาการแพร่กระจายของ มะเร็ง: การพิจารณาโดยทั่วไป ผู้เสนอ: น.พ. ทินรัตน์ สติตนิมานการ.

๒. กลุ่มอาการ มิคเคิลเชออร์ติค ใน ผู้ใหญ่ การศึกษาร่วมระหว่างคลินิก- พยาธิวิทยา, ผู้เสนอ: น.พ. เปรม บุรี และ น.พ. ธีร ภูมรประวัต.

วันศุกร์ ที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๐๘

๑. ลี้มโฟซาร์โคมา ของช่องท้อง ในเด็ก ผู้เสนอ: น.พ. เกษม วรทรัพย์ และ น.พ. พลภัทร ตาละลักษมณ์.

๒. การศึกษาการกระจายของ ฮีโม- โกลบิน อี และ ฮาลัสซีเมียทางภาคอีสาน ผู้เสนอ: น.พ. ประเวศ วัระสี, พ.ญ. สุภา ณ นคร และ พ.ญ. อนงค์ ชงค่าง.

พิธีไหว้ครูประจำปีการศึกษา ๒๕๐๘ - ๕

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดพิธีไหว้ครูประจำปีการศึกษาใหม่ เช่นเคยปฏิบัติมาในปีก่อน ๆ, เมื่อวันที่ พฤษหัตถี ที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๐๘ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย ระหว่างเวลา ๗.๐๐-๙.๐๐ น. มีกำหนดงานพิธีดังนี้: ๑) ถวายภัตตาหารบิณฑบาตแก่พระสงฆ์ ๑๐๐ รูปและถวายภัตตาหารแก่พระสงฆ์ ๑๐ รูป, แสดงกตัญญูกตเวทิต์ระลึกคุณ อาจารย์และบุคลากร, ทอดผ้าสัปทกัณฑ์และ ยังสุกถ, กล่าวคำบูชาอาจารย์; เสร็จแล้ว

คณะที่ให้ออวาท. งานพิธีได้ดำเนินไป ด้วยความเรียบร้อยโดยมีอาจารย์และนักศึกษามาร่วมกันอย่างพร้อมเพรียง.

บำเพ็ญกุศลถวายสมเด็จพระสังฆราช

เมื่อคืนวันที่ ๘ และเช้าวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๐๘ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดงานบำเพ็ญกุศลอุทิศถวายแด่สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ, สมเด็จพระสังฆราช ๓ พระตำหนักทั้งพระศัพ, วัดสระเกศราชวรมหาวิหาร. ในงานมีคณะที่, อาจารย์, แพทย์, พยาบาล, ข้าราชการ, นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลได้ไปร่วมงานกันอย่างพร้อมเพรียง.

พระราชทานอนุปริญญาบัตร

เมื่อวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๐๘ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ได้เสด็จพระราชดำเนินมาทรงเป็นประธานในงานพิธีพระราชทานอนุปริญญาบัตรพยาบาลและอนามัย และประกาศนียบัตรคงครุภ, จำนวน ๑๕๘ คน ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์เป็นผู้กราบบังคมทูลเสนอราย

งาน, ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลเสนอนามผู้สำเร็จการศึกษา, พระราชทานอนุปริญญาและประกาศนียบัตรโดยลำดับ, ผู้รับกล่าวคำปฏิญาณ, พระราชทานรางวัลและพระราโชวาทแล้วเสด็จกลับเมื่อประมาณ ๑๖.๓๐ น. ในงานนี้มีบรรดาอาจารย์, ครู, นักศึกษาแพทย์และพยาบาลตลอดจนแขกผู้มีเกียรติมาเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทเป็นจำนวนมาก.

ข่าวอาจารย์

๑) ศาสตราจารย์ น.พ. อวย เกตุสิงห์ ไปอบรมวิชา ไบโอมेटิกส์ อีเล็กทรอนิกส์ที่แผนกสิริวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเบย์เลอร์ (เท็กซัส เมติกัล เซ็นเตอร์) โดยทุนของสถาบันอนามัยกระทรวงสาธารณสุข แห่งสหรัฐอเมริกา เป็นเวลา ๖ สัปดาห์. หลังจากนั้นได้ขอมอบหมายให้ทำงานเกี่ยวกับการวิจัยนักกีฬาโดยวิธีวิทยาศาสตร์แพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา, สหราชอาณาจักรและประเทศเยอรมันนี, ประเทศละหนึ่งสัปดาห์. ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๐๘.

๒) น.พ. นรา แววศรี แห่งแผนกรังสีวิทยาและ น.พ. สมพร บุขราทิจ แห่ง

แผนกอาคารศาสตร์เดินทางไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๐๘.

๓) พ.ญ. สุวินัย วิมลศิริ แห่งแผนก สัตวเวชวิทยา ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา, ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๐๘.

๔) พ.ญ. ขวัญเรือน นิยมพร แห่งแผนกสัตววิทยา ไปศึกษาต่อ ณ เชนซีย์มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน เมคิสัน, มลรัฐวิสคอนซิน, สหรัฐอเมริกา, เป็นเวลา ๑ ปี ด้วยทุน เชน.ไอ.เอส. ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๐๘.

๕) ศาสตราจารย์ น.พ. สนั่น อุนากุล แห่งแผนกสัตววิทยา อุปถัมภ์ ณ พิษณุโลกวิทยานิสิตวิทยาลัย เมื่อวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๐๘.

รางวัลสำหรับผู้สอบไล่ได้คะแนนเยี่ยม และที่สองประจำปีการศึกษา ๒๕๐๗-๒๕๐๘

๑. ผู้ได้รับเหรียญทอง ได้แก่ น.พ. ศักดา สุวรรณศิริกุล (บัตรขอหนังสือราคา ๑๐๐ บาท ของ ศ.จ. น.พ. อวย เกตุสิงห์)

๒. ผู้ได้คะแนนเยี่ยมวิชาสัตวศาสตร์ ชั้นปีที่ ๔ ได้แก่ น.พ. ศักดา สุวรรณศิริกุล (บัตรขอหนังสือราคา ๑๐๐ บาท ของ ศ.จ. ม.ร.ว. สังกวี เกตุสิงห์)

๓. ทุน พระอภันตราพาธพิศาล ของพระอภันตราพาธพิศาล สำหรับผู้ได้คะแนนเยี่ยมวิชาอาคารศาสตร์ ได้แก่ พ.ญ. เจริญขวัญ รัตนคิลก ณ ภูเก็ต (เงิน ๘๗๕ บาท) และ น.พ. ศักดา สุวรรณศิริกุล (เงิน ๘๗๕ บาท)

๔. ทุน ประสาร บุรณศิริ ของพระยาอเทนเทพโกสินทร์ สำหรับผู้เป็นทนาย ชั้นปีที่ ๔ ได้แก่ น.ส. วลี หุญญาจักร (เงิน ๘๕๗.๕๐ บาท) ผู้เป็นทนายชั้นชั้นปีที่ ๓. ได้แก่ นายสมเกียรติ โจรนสถิตย์ (เงิน ๘๕๗.๕๐ บาท) ผู้เป็นทนายชั้นชั้นปีที่ ๒ น.ส. จินตนา ศิรินาวัน (เงิน ๖๘๒.๕๐ บาท) ผู้เป็นทนายชั้นชั้นปีที่ ๑ น.ส. นลิน มาลากุล ณ อยุธยา (เงิน ๖๘๒.๕๐ บาท)

๕. ทุน “คุณแม่แห้ว รดีศรี” ของคุณอัมพร รดีศรี ให้นักศึกษาแพทย์ที่

ได้คะแนนสูงสุดประจำชั้น ชั้นปีที่ ๔ นพ.
ศักดิ์ สวรรณศิริกุล (เงิน ๑๘๐ บาท)
ชั้นปีที่ ๓ น.ส. วลี หฤษฎางค์กร (เงิน
๑๘๐ บาท) ชั้นปีที่ ๒ นายสมเกียรติ
โรจนสถิตย์ (เงิน ๑๘๐ บาท) ชั้นปีที่ ๑
น.ส. จันทนา ศิรินาวิน (เงิน ๑๘๐ บาท)

๖. ผู้ได้คะแนนเป็นเยี่ยมวิชาสุติ-
ศาสตร์ ชั้นปีที่ ๓ ของศาสตราจารย์นาย
แพทย์ธระ สขวัจน์ ได้แก่น.ส. นีวรรณ
ศยามล (เงิน ๒๐๐ บาท).

๗. ผู้ได้คะแนนเยี่ยมในวิชากุมาร
เวชศาสตร์ รางวัลของ ศจ. น.พ. อรุณ
เนตรศิริ ได้แก่นายวิจารณ์ ฟานิช (Nelson
Text Book of Pediatrics).

๘. ผู้ได้คะแนนเป็นเยี่ยมวิชาอายุร-
ศาสตร์ ชั้นปีที่ ๓ รางวัลของ ศจ. นพ.
จำลอง และ ศจ. พญ. ตระหนักจิต หะริณสุต
ได้แก่น.ส. วลี หฤษฎางค์กร (เงิน ๒๐๐
บาท).

๘. ทุน “ทองอยู่—อวย” สำหรับผู้
ได้คะแนนเป็นเยี่ยมในวิชาพยาธิวิทยาชั้น

ปีที่ ๓ ได้แก่น.ส. วลี หฤษฎางค์กร
(บัตรชอหนังสือราคา ๑๐๐ บาท).

๑๐. ทุน “ทองอยู่—อวย” สำหรับผู้
เป็นที่หนึ่งในวิชากายวิภาคศาสตร์ ได้แก่น
นายสมเกียรติ โรจนสถิตย์ (บัตรชอหนังสือ
ราคา ๑๐๐ บาท).

๑๑. ผู้ได้คะแนนเยี่ยมวิชาสรีรวิทยา
ได้แก่น.ส. อัญญา ชนวนพงศ์ รางวัล ศจ.
นพ. อวย เกตุสิงห์ ได้แก่น.ส. อัญญา
ชนวนพงศ์.

๑๒. ทุน “มหาวรรณ มันทาภรณ์”
ของ ศจ. นพ. สมาน มันทาภรณ์ สำหรับ
ผู้ได้คะแนนเป็นเยี่ยมในวิชากายวิภาค-
ศาสตร์และสรีรวิทยารวมกัน ได้แก่นาย
สมเกียรติ โรจนสถิตย์ (เงิน ๓๒๐ บาท)

๑๓. ผู้ได้คะแนนเยี่ยมในวิชาเภสัช
วิทยา รางวัลของ นพ. สุจินต์ จารุจินดา
ได้แก่นายชกเพ็ญ แซ่เอ็ง (เงิน ๑๐๐
บาท).

๑๔. ผู้ได้คะแนนเยี่ยมวิชาพยาธิ
วิทยา ชั้นปีที่ ๒ รางวัลของ ศจ. นพ.

ประคิษฐ์ คณสุรทั ไต้แก่ นายสมพงศ์ สหพงศ์ (เงิน ๑๐๐ บาท).

๑๕. ผู้ใดคะแนนเยี่ยมวิชาปริสตี-วิทยา ^{๕๙๘} ชนบัท ๒. รางวัลของ ศจ. นพ. ประคิษฐ์ คณสุรทั ไต้แก่ นายโชติชัย ศรีสุโร (เงิน ๑๐๐ บาท).

๑๖. รางวัลของแผนกศัลยศาสตร์ ให้แก่ผู้ใดคะแนนเยี่ยมในวิชาศัลยศาสตร์ ^{๕๙๘} ชนบัท ๓ ไต้แก่ น.ส. จันทพงษ์ ประกอบผล (เงิน ๒๕๐ บาท) ชนบัท ๒ ไต้แก่ น.ส. กรทอง ตัญญาเกยร (เงิน ๑๕๐ บาท).

๑๗. ทุน "เออน พึ่งเกยรติ" ของ นพ. สหัท พึ่งเกยรติ ให้แก่ผู้สอบวิชา ศัลยศาสตร์ไต้เขนเยี่ยมชนบัท ๔ ไต้แก่ นพ. ศักดา สุวรรณศิริกุล (เงิน ๔๐๐ บาท) ชนบัท ๓ ไต้แก่ น.ส. จันทพงษ์ ประกอบผล (เงิน ๔๐๐ บาท)

๑๘. รางวัลของ นายแพทย์เวช วุฒิกุม ให้สำหรับวิชาอากรวิทยา และ การตรวจร่างกาย ที่หนึ่งไต้แก่ นายสมพงศ์ สหพงศ์ (เงิน ๒๐๐ บาท) ที่สองไต้แก่ น.ส. หวานจิตต์ หิรัญวัค (เงิน ๑๐๐ บาท)

๑๙. ทุน "อำนาจทิพย์" ของ ศจ. นพ. อำนวย และคนเอนทิพย์ เส็มรสค. สำหรับผู้ใดคะแนนเยี่ยมวิชารังสีวิทยาชน บัท ๓. ไต้แก่ น.ส. วลี หฤญางค์กร (เงิน ๘๐๐ บาท).

๒๐. ทุน "วรรณ สมบูรณ์สิน" ของ นายวรรณ สมบูรณ์สิน. สำหรับผู้เป็นที่สอง รังสีวิทยาชนบัท ๓ ไต้แก่ น.ส. จันทพงษ์ ประกอบผล (เงิน ๔๐๐ บาท) นายธงวัช อนุकरणันท์ (เงิน ๔๐๐ บาท) ท่าน คณบดีไต้มอบรางวัลเหล่านี้ไปแล้วในพิธี เขตย์การศึกษานใหม่เมื่อ ๒๔ พค. ๐๘.