

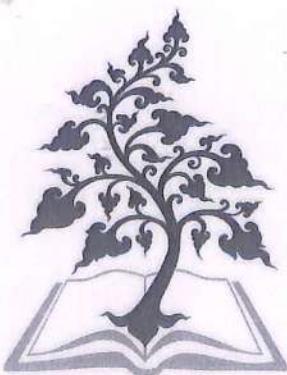
(14) วันที่ 1.2/3.1 - 3.9

จำนวน 119 หน้า

เอกสาร

- Pancreatic Cysts
- รายงานการคุยงานที่โรงพยาบาลโรคปอดนนทบุรี กรณีความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคนี้ในไทย
- Geographic pathology of Choriocarcinoma
- Mesenteric Thrombosis
- Spiradeuo Cacinoma
- Adeno – carcinoma of rectum
- Pneumoperitonitis Diverticulum
- Bronchogenic Carcinoma

พ.ศ. 2494 - 2497



องค์กรน้ำยาเนต
และพิพิธภัณฑ์ภาษาไทย
National Health Archives and Museum

เอกสารส่วนบุคคล ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว

๘๙ ๑

๒/๓.๑ Pancreatic Cysts (ชื่อเรื่อง)

พ.ศ. ๒๔๙๔ - ๒๔๙๗

จำนวน ๒๕ แผ่น

แฟ้มที่ ๖

กล่องที่ ๑

Pancreatic Cyst

O. mucous

O. gallbladder - 110 g.
14 May 94 → 95 97 - 4 cases

PANCREATIC CYSTS

โดย

นายแพทย์ ประดิษฐ์ เจริญ M.B.F.I.C.S.

นายแพทย์ กีเรก วงศ์วัฒน์ M.B.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แม้ว่า Pancreatic Cysts จะไม่พบได้บ่อยนักทั่วไปในปกติ แต่เป็นที่รู้จักมา

200 ปีเศษแล้ว ภายนอกที่ Morgigni ให้การตรวจในเพศ ท่อจากนั้นก็ไม่มีรายงานไว้ในวรรณคดีทั่วไป

ตลอดมา

เนื่องจาก Pancreatic cysts ในมี Characteristic clinical picture ดังนี้

ในสัญญาณ ซึ่งเป็นการลามากที่จะในการวินิจฉัย หรือไม่มีเครื่องมือช่วย อาทิ เร้น X - Ray เป็นต้น

Cysts อาจจะให้ร้าบริอเร็วเกิด ในการที่ต้องไปกดดันน้ำที่ทำให้เกิดเป็น Jaundice

ซึ่ง Cysts จะเป็นที่ล่วงไปทางของพัมพ์อย่างกีด head, Body หรือ Tail ในทางรายละเอียดเป็นชนิด

Multilocular type ก็มี

ในโรงพยาบาลทั่วโลก พบว่าเป็น Pancreatic cysts เพียง ๐ - ๖ %

เท่านั้น รายงานจาก Mayo clinic รายงานให้รับไว้ ๔ แสนคนเศษ พบว่าเป็น Cysts เพียง

๘๘ รายหรือประมาณ ๐.๐๒๒ % ส่วนในอังกฤษนั้น รายงานจาก Guy's Hospital, London พบเพียง

๘ รายในการตรวจทั่วไปประมาณ ๒๐๐๐ ราย ก็คือเพียงประมาณ ๐.๐๔๖ %

สำหรับในเรื่องแพทย์ เป็นได้ทั้งชานและหญิงทั่วโลกไม่ใช่กับ คังเจ่น Korte ให้รายงานไว้ ๑๗๖ ราย พบเป็นชาย ๑๐ ราย หญิง ๑๖ ราย

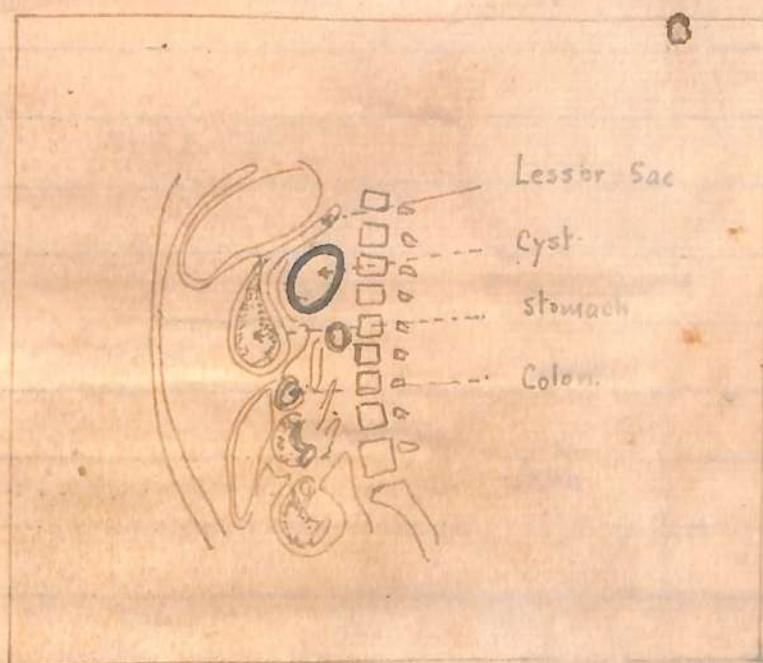
อายุ อาจจะพบได้ทุกอายุ ทั้งแฝกเด็กจนชาว เอกมีผู้รายงานไว้ อายุมากที่สุด ๙๖ ปี

สาเหตุที่จะทำให้เกิด Cysts นี้ ยังไม่เป็นที่ทราบกันแน่นอน แต่ที่ถูกทราบว่า Trauma นี้ เป็น

สาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง ที่นี้เป็นเพราต์ที่มีอยู่ในตัวกระดูกที่ติดต่อ ซึ่งไม่มีความขัดขืนเอง (ทูด้าที่ +)

ยกเว้นในกรณี Trauma เกิดร้าวให้การแตก (Bursting) ของเยื่อในพัมพ์ (Acinar

cell groups คือ เป็นผลให้ tissue ของ tissue เนื่องจาก enzyme ในระบบ
ท่อไป จึงเกิดมี Accumulation ของ fluid ซึ่งอาจจะเกิดร้าห์หรือเร็วๆ ก็
จากสอดคล้องปะเทศ Case พบร้า ๒๐ % ของ Cyst เป็นผลมาจากการ Trauma Korte
พบร้าในจำนวน ๑๖% รายมีประวัติของ trauma ที่แน่นอน ๓๓ ราย ก่อตัวเป็นประมาณ ๒๕ %



ภาคที่ ๑ แสดงการเกิดเดียงของพื้นอ่อน และกระดูกสันหลัง

ระยะระหว่าง เวลาที่ถูก trauma กับ เวลาที่ cyst เกิดขึ้นนั้น ไม่แน่นอนเสมอไป เนื่องจาก
ระหว่าง ๗ วัน ถึง ๒ ปี

ชนิดของ Pancreatic cyst แบ่งออกได้เป็นอย่างง่าย ๆ คือ True cyst และ
False หรือ Pseudo cyst ซึ่งอาจพบว่า Wall ของ cyst ไม่หนาทาง
Microscopic examination, cyst ให้ผิวที่มีเยื่อบุภายใน Epithelial lining
ที่ซึ่งเป็น True cyst คือ cyst ที่ไม่มี Epithelium ให้ผิวมากเป็น
fibrotic tissue ที่เป็น Pseudo cyst ที่มีผิวเป็นชนิด Pseudo cyst เป็น^{มาก}

การจำแนกชนิดของ cyst หรือ Classification นี้ได้แบ่งกันออกไปตามแบบ

ทาง ๆ ตามแบบของ Mayhorner และ Mattson ไก่ที่ไว้อาจจะมี

๑. Cysts resulting from defective developments.

ในพอกนิรนามดึง Cysts ในเด็ก ๆ Dermoid cyst และ Cysts ที่มีสภาพเสื่อม
ในเม็ด poly cystic disease ของ Kidney

๒. Cysts resulting from trauma

๓. Retention cysts

๔. Neoplastic cysts ซึ่งไก่ Cystadenoma และ Cystadenoma
carcinoma, Teratomatous cyst เป็นต้น

๕. Cysts resulting from Parasites parasites ที่จะหาย

เกิด cyst ไก่ เห่าที่ทราบมี 2 ชนิดคือ Echino - coecus และ Cysticercus
cellulosae.

คำแนะนำของ cysts นั้น เกิดได้ทุกส่วนของทั้งอ่อน ท่อจะเป็นที่ Head Body
หรือ Tail ไก่ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรวม ๆ cyst ก็แคล้วคลาดคำแนะนำของ
cyst เช่น

Cyst ที่เกิดที่ Head of pancreas จะหายใน duodenal loop
ก้าง มี pressure on 1 st - 2 nd part ของ duodenal

และขาไก่หาก็จะดัน pyloric portion ทำให้แนบลงกว้างปกติ Transverse colon
อาจจะถูกดันพากเพียรไปทางซ้ายขวา

Cyst ที่เกิดที่ Body ของ Pancreas จะดัน Posterior Wall
ของกระเพาะอาหารและกระเพาะ Transverse colon ไปทางซ้าย

ส่วน cyst ที่เกิดที่ Tail นี้ จะทำให้ pressure ที่

greater curvature ของ Stomach upper portion ของ jejunum

ถ้าหากว่าใหญ่มาก ๆ จะ displace Splenic flexure ของ colon ด้วย

อาการและสิ่งที่ตรวจพบ อาการสำคัญคือ มีก้อนในส่วนบนของช่องท้อง ลักษณะของก้อนมักจะกลม
ก็ไม่ค่อยเจ็บ เกิดขึ้นไปมาไม่ถาวรจะอยู่กลางช่องท้อง หรือข้างใดข้างหนึ่งก็ได้ ขนาดแคล้วกว้าง
cyst จะเป็นมานานเท่าไหร่ การค้น查จะช่วยให้มาก

นอกจากนี้แล้ว น้ำหนักตอก อ่อนเพ้อ คลื่นไส้ อาเจียน ห้องอีก และตัวเหลือง
(Jaundice) การเจ็บปုံสูตรหายใจไม่ค่อยมี แทบจะหายใจเจ็บมาก อาการทั่วเหลืองก็เร่งกัน
ไม่ได้เป็นทุจริต พนักงานเป็นประมาณ ๙-๑๔% ซึ่งเจ้าไข้ร่างกาย Cyst ไปกด
common bile duct นอกจากนี้อาจมี cholecystitis อีกด้วย

การวินิจฉัย ในเมือ cyst เพิ่งเป็น อาการอาจจะไม่มีอะไรร้ายแรง และจะมีมากก็ต่อเมื่อขนาด
ของ cyst ใหญ่ไปก่ออวัยวะให้เกิดเส้น ตั้งที่เกิดลำบากแล้ว

หน้าในการวินิจฉัย ก็องอาจใช้การตรวจโดยทางรังสีมาก เริ่มทั้งแบบ Plain film
ของ abdomen Barium meal. Barium Enema. และ Intravenous Pyelogram
และที่มั่ว่าจะเป็น และช่วยเหลือการวินิจฉัย ทั้งนี้ก็คือ การทำ Barium Meal .

ที่ในนี้เป็นรายงานของผู้ป่วย ภายในโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลเมือง
พ.ศ. ๒๕๖๘ ชนิด เกิน ศุลกากร พ.ศ. ๒๕๖๘ พนทั้งหมด ๔ รายคือ พ.ศ. ๒๕๖๘ + ราย
พ.ศ. ๒๕๖๘ + ราย และพ.ศ. ๒๕๖๘ ๒ ราย

เมือก็คือเด็กกับชายนานผู้ป่วยที่รับไว้ ภายในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๑๐,๐๘๘ คน (ไม่ได้รวม
ผู้ป่วยทางสูติกรรมอีก ๗๔,๗๖๘ คน) うちก็คือเป็นเมืองร์เซนท์ที่มีประมาณ ๐.๐๙๘% ซึ่งก็มั่ว่าเกิดเส้น
ก์เมือง Mayo clinic คือ ๐.๐๙๘% ซึ่งแสดงว่า ไม่เกินจะเกิดภัยมากก็ ติดเชื้อแล้ว
เพียงเล็ก ๆ รายเท่านั้น

รายที่ ๑ หญิงไทย อายุ ๒๕ ปี รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อ วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๔๔๔
โดยมีอาการสำคัญว่า ปวดในท้องอย่างร้าว แน่นหน้าอกมาประมาณ ๑ เดือน มีคลื่นไส้ อาเจียนกวย
ในการตรวจร่างกายพบว่า มีก้อนขนาดใหญ่ปอดประมาณ ໃเมริเมตรลึบ กดไม่เจ็บระคนอน ๆ ปกติ
การตรวจทางห้องปัสสาวะ การ พิษวานี Anemic Hb. ๕.๗% RBC 2400000
อุจจาระไม่พบ parasite

ทาง X - Ray	ให้ทำ Barium Meal . I.V. Pyelogram	และ
Barium Enema	ให้การวินิจฉัยว่า เป็น Pancreatic cyst	บริเวณ Body
และ Tail	ของ pancreas	กระเพาะ



ให้เปิดหน้าท้องลงไปพบว่า มี Pancreatic cyst ขนาดใหญ่ในกระเพาะ Stomach

ถุง content	ออกให้ประมาณ ๒๐๐๐ มิลลิลิตร. ให้ใส่ Tube drain	ไว้ระบายน้ำ
ออกเมื่อ ๘ วันที่มา หยุดนิ่งพักผ่อน ผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายในหลังจาก ๙ วัน		

ผลของการตรวจทางพยาธิวิชา ปุรากวาร เป็น Pseudo cyst of Pancreas ในราย

น้ำไม่ใส Amylase ใน fluid

รายที่ ๒ หญิงไทย สีด อายุ ๓๐ ปี รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อ ๑๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๖
โดยมีประวัติว่าร้อนท้องนั่งไปปานกัน ไกร้มการกระแทกในบริเวณชายโครงซ้าย ท้องเจ็บในบริเวณนั้น^ๆ
และเรื้อรังคล่องตัวไม่ได้ก่อนในบริเวณด้านนี้ เจ็บในบริเวณท้องน้ำมากหน้าห้องถัง และเจ็บท้องๆ ไป

ในระหว่างน้ำไม้ Barium Meal และ Pyelogram มาจากภายนอก
และไม่พบสิ่งผิดปกติ

การตรวจร่างกายพบว่า ยอม มี tenderness ในท้องท้องซ้ายไป มากที่ Left
hypochondrium และคล่องตัวไม่ได้ก่อนซักเจน ระยะอ่อนๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ การตรวจทางห้องปอดที่
การ ไม่มีอะไรผิดปกติ นอกจาก Serum Amylase สูง คือ ๒๖๐ units พอ ๑๐๐ มิลลิ.ซี.ซี.
ของเลือด (ระดับปกติ ๒๐ - ๙๖๐ units)

ไก่ต้มบุบบ่วงรานนี้ พบว่า มี cyst ของ pancreas ขนาดใหญ่ ๑ ติ่กขัม
ตื้นและกระเพาะอาหาร ไก่ต้ม内容 มาตรวจ มีลักษณะใส ขาว พวยาม Amylase
๒๖๐ units พอ ๑๐๐ มิลลิ.ซี.ซี. ของ fluid

ไก่ต้ม tube drain ไว และเอาออกเมื่อ ๒๕ วัน หลังน้ำคัด บุบบ่วงกลับมานำไก่และ
พยายามดูแลบุบบ่วงอย่างดี

รายที่ ๓ หญิงไทย สีด อายุ ๓๐ ปี รับไว้ในพื้นที่โรงพยาบาล เมื่อ ๑๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖
โดยมีประวัติว่า แน่น ชูก เสียบกันต่อ กะซ้อนเพลี้ยมา ๒ เดือน ไม่มีประวัติของ trauma
มาก่อน การตรวจร่างกายพบว่า มีผื่นไฟปะ嘛 ๕ นิ้ว มี ชาช้ำบริเวณซ้าย บ้ามคล่องไก่ต้ม ท้องและท้า
เหลือง ระยะอ่อนๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ การตรวจทางห้องปอดที่การ ปุรากวาร Icterus index

34 units, Serum amylase ๑๑๐ mg. ^{๑๖๗} พอ ๑๐๐ c.c.

ไก่ X-Ray chest, plain abdomen, Barium Meal

- e) -

แล้วในการวินิจฉัย Tumor of Head of pancreas เร้าใจว่าเป็น pancreatic
cyst (คุณปีที่ ๑)



รูปที่ ๑ ภาพ Barium Meal ก้อนเนื้าตื้ก

จากการน้ำตื้กพบว่า ศัมพ์ไข่และอักเสบเรียบร้อยรุนแรงไม่มี cystic mass ขนาดเท่าผลแตงในขนาดเด็ก อยู่บริเวณ head ของศัมพ์ข้อนอกที่ ๑ เจร้าไก่น้ำ

สืบเนื่องจาก cyst ประมาณ ๒๕๐๐ มิลลิเมตร ได้ tube drain ໄ้

การตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่า Wall ของ cyst นี้ เป็น pancreatic tissue & fibrotic change ได้ครึ่ง cystic fluid ที่เจาะออกมานามว่า

Amylase ๙๖๐ มก. ต่อ ๑๐๐ มิลลิลิตร.

ภายนอกตื้ก ก้อนเนื้าห้องมีขนาดเด็กอย่าง (คุณปีที่ ๔)



รูปที่ ๔ Barium Meal ภายในกระเพาะอาหาร

เน่าในรูปนี้ บังกล่องไข่ tube drain ไว้ใน cyst อยู่ เพราะถ้าเอาออก

จะเก็บมี Accumulation ของ fluid ทำให้พิษเข้ม Jaundice และ cyst

โภชินอัก

(ในกระเพาะอาหารมีไข่ติดอยู่)

รูปที่ ๕ ใหญ่ ใหญ่ ตุ่น ตุ่น ๖๙ ปี รักษาในโรงพยาบาลเมือง ๗๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑
โดยมีประวัติว่ามีก้อนที่ชายโครงขาวนานประมาณ ๒ ปี และเป็นกรงของก้อน เมื่อก้อนนี้โภชินเรื้อรัง เก็บ
น้ำประคบรดูก้อนก็จะบวมตืบกางออกหลัง เมื่อยังเป็นเด็ก ๆ จากการตรวจร่างกายพบว่า รูปต่อไปนี้ก้อนที่เมืองต่อ

น้ำริเวณ epigastric region นี่ bulging ก่อให้ก้อนก่อขึ้นหัวลงแข็ง kok เจ็บเรื้อรัง ตัวพอ

คลายได้ ระยะลับๆ ไม่เกินสี่เดือนหนึ่ง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มี Anemia เอเชนซ์ Serum Amylase ๘ mg

ก้อน ๑๐๐ มิลลิเมตร (ทำก้อนปักกิเดือนหนึ่ง) ให้ X - Ray chest, Barium Meal

พวยวาม definite widening

๗๘๓ duodenal loop

กังรูปที่ ๕



กังรูปที่ ๕ 钡餐圖 Barium Meal .

ในรายนี้ บุบผื่นในข้อของไข้ยั่งคืด และกลับมานำไปเสียก่อน จึงไม่ทราบผลการตรวจอ้างทางพยาธิวิทยา
แท้หรือไม่แท้ แต่จากผลที่ได้ เกิดในมีน้ำเหลือง อะไม่ไส้ cyst ๗๘๔ pancreas เว็บเดียว
แท้ๆ ไม่ทราบว่าเป็น True cyst หรือ False cyst เห็นนี้
(กองไปต่อไปการรายงาน case report)

ผลการ

เนื่องจากบุบผื่นที่รับไว้ในโรงพยาบาล ยังไม่มากนัก โภณฑ์ระบบเดินด้วยสันคง จึงห้ามให้
สิ่งใด pancreatic cyst ท่าไม่ถูก ท่าไม่ถูก ท่าไม่ถูก cases มาเพิ่มเพิ่มอีก
สาบุช่องบุบผื่น ที่ห้ามสูดในระหว่าง ๗๘๕ ปี สูดสูด ๑๐ ปี ส่วนในเด็กนั้นไม่พบเลย
ประวัติครอง trauma ที่รายงานแผนกนี้ ๒ ราย และรายที่ ๒ นี้ รักษาหาย

ศื่อฉุกรดกระแทก ในอวัยวะที่น้ำ ยังเป็นบุ้งฯ เหราฯ เศษๆ Trauma มากทั้งแทรก

จากการผ่าตัด ๔ รายใน ๔ รายนี้ พวฯ เป็น pseudo cyst เสีย ๒ ราย
และเป็น True cyst อีก ๑ ราย ส่วนรายที่ ๔ นั้น เป็นพ่น้ำเสียหายที่บุ้งฯ ไม่ยอมให้ผ่าตัด
เมื่อเทียบกับพ่นในท้องปัสสาวะ ก็คงคล้ายกัน พวฯ ส่วนใหญ่เป็น Pseudo Cyst.

Serum Amylase ทำเพียง ๑ ราย แสดงสูงกว่าปกติอยู่เป็นรายเดียว
ชนน์ในเรื่อง Serum Amylase นั้นจะเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยไม่ได้ นอกจากจะไกคันควร
ในรายที่ ๑ ไปอีก

สรุป

ไตรายงานบุ้งฯ เป็น Pancreatic Cyst ๔ ราย ซึ่งพบในระบบ ๔ ปี ๖๐
ไตรายงานบุ้งฯ ๒ รายเป็น Pseudo cyst ซึ่งไกค้าตัด และหายเรื้อรังดี กลับบ้าน
ໄ้อเป็นปกติ อีก ๑ ราย เป็น True cyst แพทย์บังคับด้วย Tube drain ให้
เหราฯ Fluid เกิดขึ้นอยู่เรื่อยๆ

ดูทั้งนี้ บุ้งฯ เรียนเรื่องของไอกาโน่ อาจารย์พระครุฑ์ นายแพทย์สม พรัชพวงแก้ว
นุชานุวาระ โรงพยาบาลภูมิ ซึ่งไกคุณหันหือกิค และให้คำแนะนำด้วย ฯ เกี่ยวกับเรื่องนี้

เอกสารที่อ้างถึง

1. Modern Surgical Techniques - Max Thorek
 2. Surgical Pathology - Boyd
 3. Text Book of x-ray Diagnosis by British Authors.
 4. G.I. X-ray Diagnosis - Max Ritro.
-



บันทึกข้อความ

แผนก (หนังสือ)

เรื่อง

ฉบับที่

ในราชการ แผนก กอช; กรม

วันที่

/ /

รายงานการรักษา

ภายหลังการผ่าตัดครั้งแรกแล้ว ยังจำเป็นต้องใส่ tube drain. ไว้ใน

Cyst. อยู่ตลอดเวลา ให้หดลงโดย tube drain. ออก ผู้ป่วยเกิดมี Jaundice.

ขึ้นอีก และ Cyst. กลับมีขนาดใหญ่ขึ้นอีกทุกๆ ไกวัสดุจำนวน flatus. ที่ออกจาก tube drain.

วันนี้ ฯ ประมาณ ๔๐๐ - ๕๐๐ มิลลิเมตร อาการทั่วไปของผู้ป่วยคือไข้ตามลำดับ จนผ่าตัดครั้งที่ ๒ ได้เมื่อ ๕ วันก่อน ๒๔๖๗. ภายหลังการผ่าตัดครั้งแรกถึง ๑๓ วัน (ผ่าตัดครั้งแรกเมื่อ - วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๔๖๗.)

ในการผ่าตัดครั้งที่ ๒ นี้ พบร้า cyst wall หนามาก มี Adhesion.

ถอนฯ บริเวณที่ใส่ tube drain. ไว้เดินและเลือกอ่องขาย ภายใน cyst. ยังคงเป็น cavity.

ขนาดใหญ่ จึงให้ทำ Cysto - jejunostomy. และได้ใส่ Rubber tube drain.

drain. ไว้ในช่องท้องกันทุกๆ ภายหลังผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยคงสมัยที่ ไม่มี Jaundice. หรือ mass. เกิดขึ้นอีก ตอนที่จะอนุญาตให้กลับไปบ้าน ให้ถ่ายภาพ X - Ray. ถูกอกรังพบร้า tube drain. คงอยู่ในช่วงเดือนเดิม ไนท์ใหญ่ป่วยกลับมาโรงพยาบาลอีก ในเมื่อแข็งแรงดีกว่านี้ เพื่อจะได้ เอา Rubber tube drain. ออก.

Pancreatic Cyst.

Jan. 13, 1998

CASE: PANCREATIC CYST.

សំខាន់	បានកូរ	លេខ ២០៦	នាក់កញ្ចប់ 83.00
			ពាណិជ្ជកម្ម 24/53
សំខាន់	លេខ ៧៨	ពាណិជ្ជកម្ម 2497	
សំខាន់		លេខ ៩៦ (៣០ ពាណិជ្ជកម្ម 2497)	229 នគ.

របាយការណ៍: នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម

ប្រវត្តិការណ៍របាយការណ៍:

ប្រវត្តិការណ៍ និង ពាណិជ្ជកម្ម និង នាក់កញ្ចប់
របាយការណ៍ និង ពាណិជ្ជកម្ម និង នាក់កញ្ចប់
នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម

នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម

នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម

ប្រវត្តិការណ៍របាយការណ៍

លេខ ២០៦ នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
លេខ ៩៦ នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម

នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម

- នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
- នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម
- នាក់កញ្ចប់ និង ពាណិជ្ជកម្ម

and this is the promise.

ဝါရီန မိဂုံသာ ဝါရီ ပျော်မြတ်

Up to 189

- នានា ៤០ ១៥ ៩.

ມັນ 16 ສ. ແກສະກິນດີ. ລິ້ນລາວ ດີບ ສະກິນດີ.
ຕົກລົງ ກົວມາ 1500 ປູໂພນ. (Cycle 28-30 days) ພົມສະເໜີ
ແລ້ວ ວິທີ.

Physical Examination 12/01/1934 (19 mo 2497) T. 99.6°F P. 96/min. R. 25/min.

B.P. 120/70 mm Hg.

General Appearance

- Jaundice, sclera yellow

- slightly anaemic

- not toxic.

A.S.

- Tongue - fair

Abdomen. Liver 5^f F.B palpable

Spleen - just palpable

Other Systems.

Normal

Provisional Diagnosis

Hepatomegaly & jaundice

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Condition No.: Misleading differential diagnosis - Signs & Symptoms often alike.

1. ~~Cholecystitis~~ Cholelithiasis + biliary obstruction - Jaundice, pain in epigastrium, right hypochondrium, shoulder, back.
2. Biliary colic - pain in right hypochondrium, epigastrium, shoulder, back, vomiting.
3. Malaria - Jaundice, slight anaemia
- Liver & F.B.
- Tumours of epigastric region

~~Diff. Diagnosis~~ S.

1. Abnormal lobes of liver.
2. Dilatation of the stomach due to obstruction to the pylorus
- cicatrical stenosis - peristaltic wave on the N.R., X-ray shows
3. Tumours of the stomach - usually carcinomatous
- rarely sarcomatous
- Ba meal & X-ray, gastroscopy, electrotomy.
4. Transverse colon - 10% ch. intestinal obstruction - tumour, peristaltic wave on right side (involved stomach)
- Tumours of transverse colon
- Investigation on X-ray & Electrotomy
5. Tumour in connection with the omentum - polypoid colon + the anti-abd. wall
- T.B. peritonitis - peritoneal Paroxysms
- chronic peritonitis - palpitations
- cyst of omentum - very rare in whom no other abdominal condition
6. Swelling in pancreas - may be confused with stomach & stomach in colon disease - fixed to part of abdominal wall more than liver respiration - tumour on spleen & kidney - tumours
- swelling of abdomen
- carcinomatous - wasting → anaemia → jaundice → death in few months
- chronic pancreatitis - course with no. of epigastric tenderness + pain with glycosuria
- acute pancreatitis - confusion no. of days ac. epigastric pain, vomiting, constipation, fever + collapse - may be after lithotomy

obstruction n^o pancreatic in diag. In me n^o 1000 n^o 1000 m^o o pague yellow patches of fat necrosis n^o 1000

- Pancreatic cyst - in body of pancreas 1st the cyst upon pancreas ^{irregular} fibrous T.B. n^o non-acute peritonitis vs local omental sac within closure of Foramen of Winslow 1st encysted ascites.

- pancreatic cyst proper 1st single n^o multiple retention cyst n^o chronic pancreatitis
1: form n^o deeply seated smooth rounded tumours n^o fluctuation 1: 1000
2: epigastric or hypochondriac region n^o 1000
3: n^o 1000 1000

OMS Dr. pancreatic Disease n^o chronic indigestion,
mopps: of fat, glycerase, jaundice 1000 n^o pancreatic
calculi n^o 1000 colic n^o

4. Retroperitoneal cyst 1000 residue n^o Wolkman body n^o peritoneal
n^o diag. 1000 to avoid a. Nodular n^o.

5. T. of duodenum. n^o 1000 rt side n^o epigastric + umbilical area
n^o malignant n^o of th: an^o 1000 1000 n^o 1000
Ca. n^o stomach, pylorus, pancreas, bile duct, & portal fissure be
n^o 1000 1000: progran reaction.

- growth of 1st part - organic Ca. of pylorus n^o - wasting, anaemia, progressive
dilatation of stomach i visible peristalsis, copious vomiting + haematemesis
n^o 1000 secondary growth n^o 1000 jaundice.

- Ca. of 2nd part involving biliary papilla n^o 1000 obstructive jaundice
& dilatation of GB. \rightarrow cholangitis. See Ca. of head of pancreas n^o 1000
n^o 1000 jaundice n^o 1000 & suppuration n^o 1000 panage

- Ca. of 3rd part about bile papilla n^o 1000 duodenal stenosis &
dilatation of duodenum & stomach, n^o 1000 of bile n^o
pancreatic enzymes. n^o 1000 biliary stenosis n^o 1000-2000
bile OMS n^o 1000 Ca. of pylorus n^o 1000 n^o diag. n^o 1000

Laparotomy 18th post mortem.

No significant findings except those described above.
Pancreas small & non-nodular. Investigation has shown no evidence of
Laparotomy was at pathologic section 20 N.

PROGRESS > INVESTIGATIONSLABORATORY FINDINGSBlood Examination

Date	Hb. g.	R.B.C. mil/mm ³	W.B.C. /mm ³	Diff. Counts			Coag. time	Blotting time	B.P. platelets
				P.y.	L.	E%			
18 M.O. 2497	48	2.62	5,000	49	48	3	—	—	—
24 M.O. 2497	—	—	4,650	79	20	1	—	—	—
28 M.O. 2497	—	—	—	62	34	4	—	—	432,600
31 M.O. 2497	40	2.14	—	—	—	—	—	—	—
4 D.E. 2497	64	—	6,850	58	48	—	—	—	—
30 D.E. 2497	—	—	—	—	—	—	3'45"	2'10"	—
1 N.O. 2497	36	2.30	18,800	92	8	—	—	—	—
6 N.O. 2497	68	—	—	—	—	—	—	—	—
22 N.O. 2497	48	—	—	—	—	—	—	—	—
23 N.O. 2497	68	—	—	—	—	—	—	—	—
13 D.O. 2497	61	3.24	5,150	66	34	—	—	—	—
29 D.O. 2497	48	3.96	11,170	91	9	—	—	—	—
2 N.E. 2497	44	3.72	9,000	70	28	—	—	—	—
2 D.O. 2497	—	—	—	—	—	—	3'35"	3'	—
8 D.O. 2497	68	—	5,700	40	28	—	—	—	—

CYST FLUID

Date	B.I.C.	Amylase	Cytologic smear on 6/6/97
21 M.O. 97	+	—	—
25 M.O. 97	—	1240	—
28 M.O. 97	—	1066	+ve for Staph, Strept., B.Coli
3-4 N.E. 97	—	1124	+ve for E. Coli & saprophytic bacter.

BLOOD CHEMISTRY.

Date	Icterus Index (Serum) unit/100	Serum Bilirubin		Serum Albumin gm%.	Serum Globulin gm%.	Serum Cholesterol mg%.	Plasma Amylase Unit/100cc	N.P.N. mg%.	Sugar mg%.
		Direct	Indirect mg%.						
19 W.E. 2497	34	—	—	6.70	0.45	170	—	—	—
24 W.E. 2497	33	prompt.	0.40	5.00	0.20	—	—	—	—
31 W.E. 2497	24.9	biphasic	0.80	—	—	—	—	—	—
3 D.E. 2497	—	—	—	—	—	—	110	—	—
11 D.E. 2497	23.3	—	—	3.09	1.90	152	—	—	—
15 D.O. 2497	—	biphasic	0.80	—	—	115	—	38	—
21 D.O. 2497	—	prompt	2.30	—	—	—	—	—	—
6 W.E. 2497	—	—	—	—	—	—	110	—	—
10 W.E. 2497	37.1	—	—	—	—	—	—	—	—
6 R.O. 2497	31.2	prompt.	4.35	—	—	—	—	36	86
8 R.O. 2497	68.2	—	—	—	—	—	98	—	—
21 R.O. 2497	—	prompt	1.15	—	—	—	196	—	—
22 R.O. 2497	85	—	—	—	—	—	—	—	—
4 W.O. 2498	26.5	—	—	—	—	—	190	—	—

URINE.

Date	Reaction	Albumin	Sugar	Bile
19 W.O. 97	Acid	Neg.	Neg.	—
2 D.E. 97	Acid	Trace	Neg.	—
18 D.E. 97	Acid	1+	Neg.	—
23 R.O. 97	—	Neg.	Neg.	Trace
30 R.O. 97	—	—	—	2+
7 M.O. 97	Acid	Neg.	Neg.	—
10 M.O. 97	—	—	—	3+
1 W.E. 97	Acid	Neg.	Neg.	3+
2 W.E. 97	Acid	Neg.	trace	2+
8 R.O. 97	—	Neg.	Neg.	—

X-RAYS

I. 29 Mar. 2497 No. 2055

P.A. projection of the chest

No bony defect of the thorax is noted. Trachea is in midline. There is slight increase of density in the lung markings in both lung fields. Hilus shadows are not enlarged. Both costophrenic angles are clear. Heart is slightly enlarged, the diameter of which is 12 cm. and that of chest is 22.5 cm. Domes of diaphragm appear smooth.

Impression: 1. slight cardiac enlargement
2. Negative for chest.

II 31 Mar. 2497 No. 2072

Flat plate of abdomen

Big soft tissue mass is noted in the right flank overlying the underlying structure. Both renal outlines are not well visualised. No opacity is seen in the gall bladder region as well as along urinary collecting system.

Impression: Big soft tissue mass - right flank.

III 9 Dec. 2497

No. 2190. G.I. series.

3 films for upper G.I. series.

Esophagus : No intrinsic or extrinsic disease of esophagus is noted. Barium passes freely into the stomach.

Stomach : Stomach is slightly displaced to the right and upward. Peristalsis is active and no filling defect is visualized.

Duodenum : Duodenum is displaced also to the right and there is marked widening of duodenal loop. The length of duodenum is lengthening.

Small intestine : There is no evidence of intestinal loop in the right upper flank which seems to be occupied by the soft tissue mass. The peristalsis of intestine is also active. There is some barium left in the stomach and also upper part of small intestine.

Cecum : The head of barium is at cecum and reveals normal appearance. No defect is noted in cecum.

Impression : Carcinoma of head of pancreas.

IV

8 P.M. 2497

No. 2462

3 films of I.V. pyelogram.

After administration 20 c.c. Pyelestan S. intravenously, the dye is seen in both pelvis at the end of 5 min. The outline of both kidneys is bigger than the left. The ureter is well visualised but on the left side only the lower portion is seen. There is no relation between the right kidney and the mass in the R. flank. Bladder is partially filled at the end of 30 min. and no definite defect is noted.

Impression 1. Enlarged right kidney - cause?

2. Normal function - both kidneys.

3. Soft tissue mass - right flank nature ??

V. 9 Nov 1947.

No. 3657

3 films for upper g.I. tract.

Pancreatic cyst (false cyst) 35 days after operation.

Swelling in that region again.

Oesophagus: Deglutition is prompt and no defect is noted.

Stomach: Stomach is of normal size and again reveals active peristalsis. No barium is left in stomach after 3 hrs.

Duodenum: Duodenal cap is not well exposed but as seen under fluoroscopy there is no defect noted. There is again widening of the duodenal loop but less than previous examination. The diameter of the loop in this examination is only 7.5 cm. while in the previous film is 13 cm. The tube drain is seen in place in the pancreatic region.

Small intestine: No definite pathology can be noted in the small intestinal loop. At the end of 6 hrs. barium is collected in the terminal ileum. No haustrulae is visualised.

Colon: Colon is not filled with barium yet even at the 6 hr. film.

Impression: P.O. condition of pancreatic cyst & tube drain in place.

Decrease in widening of duodenal loop.

Normal motility of g.I. tract.

VI. 22 January 1947.

No. 5625

Plain abdomen film.

13 days after cysto-jejunostomy.

Less jaundice; gen. condition improved.

A tube drain is noted in the rt. upper quadrant of abdomen. Area of thin opacity is visible overlying the region of rt. 12th rib, but the outline is not well defined. No other abdominal findings to note.

Impression. Post. cysto-jejunostomy condition of pancreatic cyst & tube drain in rt. upper quadrant of abdomen.

VII. 22 Jan 1947

No. 5645

Plain abdomen film.

Re-exam. Re-prior history.

A tube drain about 1 cm. in length is visualised in the rt. upper quadrant of abdomen about 7 cm. from the mid line and almost parallel to it. Area of thin opacity without definite outline is still ~~visible~~ visible overlying the region of rt. 12th rib.

Impression: As before

- Post cysto-jejunostomy condition of pancreatic cyst & Tube drain in rt. upper quadrant of abdomen.

PROGRESS

3 pmol/L mmol/L 100-102°F. Blood 100,105
 First base line Bl. exam 11.03.00 w/ Acanthia (Hb. 48%)
 leucopenia (WBC. 5000 P 49% L 48% E 3%) Urine & feces
 Yerbalalv. Bl. chemistry w/ Fetus Index 34 units / 100µg Serum.
 Serum albumin 6.70 g/dL Serum globulin 0.25 g/dL Cholesterol 170 mg/dL
 Mission Regd - Antibiotics P.D.H. 2 caps o.d. 11 days
 - D.H.S. 1/2 gr. b.i.d. 5 days.

- Symptomatic treatment

Oral Nausea & Vomiting 750mg Metoclopramide 3x Q.D.

Yeast Oral Yeast.

Oral 4. Yeast Vomiting No. 8. 1/2oz

Oral 8 1/2oz 100-102°F fever w/ no infection.

No oral No. 1000ml 100-105 to investigate hemi dray q.i serum

Hb. w/ widening of duodenal loop Barium X-ray to Diagnosis

10H Carcinoma of head of pancreas.

1000ml 100-105 w/ c. s. sigmoidoscopy

See in Bl. transperitoneal gas lumbar [No. 10 5 n.o. 97 100-105

Hb. 7.5% 64% No. 10 16 n.o. 97, No. 24 n.o. 97.]

Enteral 100 27 n.o. 2497.

Operation - Manipulation

Anaesthesia - General. Ether d. + Ether

Position - Dorsal recumbent.

Procedure. In R.L. upper paramedian incision on Junc. 100-105

In Epigastric region. 100-105 abdominal cavity w/ liver Spleen.

100-105 liver appearance normal on R. Costal margin normal 3 F.B. 100-105

100-105 touch no cystic mass from fund (mission 11.03.00) 100-105 w/

100-105 normal ovary no 2nd spleen & kidney normal. 100-105

100-105 retroperitoneal mass to clamp L. gastric artery 100-105

100-105 omentum 100-105 loss sac w/ head of pancreas 100-105

100-105 Head cystic mass 100-105 of w/ head of pancreas 100-105

trocar No. 16. 100-105 cystic mass w/ suction go 100-105

ONION DOM. Cervix rectal mucin gamoönom cyst 15 kg 15000
Hepatic veins drain Yomegash. cystic mass 2^d bleed No 200
Liver wall vs cyst 2 cm biopsy 35000 in wall vs cyst
Mesenteric peritoneum (mesapialization) peritonitis 100-150
Hepatomegaly s.c. 500 cc. + pt. transfusion
1 unit a.v. 1000 ml

are Pathologic sections

Pancreatic tissue is fibrotic change

as. megalom. Masupialization

10 ft rubber tube drain 10,75 12 ♂

ස්ථානයේ මුදල් සෙවකීම් පාඨ: 250 - 400 C.C. එතුන්
වැනි තොහූරුගාම මුදල්

ស្នើសារនៃតម្លៃ 15 សេ. (≈ ២០០ន. R.O.)
 សិរីស៊ីវិសាទ ឬសិរីស៊ីវិសាទ និងសិរីស៊ីតាមបាន
 តម្លៃក្នុង អាមេរិក 1500\$. និងតម្លៃក្នុង ការពារ 1500\$ ក្នុងការ
 និងសំណង់សំណង់ និងការពារ 1500\$

10-12 tube drain of fluid discharge coming from bottom of
10-12 tube drain to nos 3 & 4 (line 97)

ករអំពុំ ត្រូវបាន បាន តាម តម្លៃ នៅលើខាងក្រោម៖ 200 - 400 រៀល

ຄວາມ ភ່ອນ້າສົດສະພາບ ຖໍາມາດ ກູງກຳນົດ ເພີ້ມກົມພາ ເອນັດເຕືອນໂດຍ

fair cyst fluid Nason w/ white 4+ (21n.e. 94)

- Amylose 1240 units (250-0.97)

கால்பாதி முனிசிபாலிடி ஜில்லா அ.ஏ. எம்.எஃப்.ஓ.பி.வெள்ளு

10: 30 AM, 1969. Top tube drawn to 10.15 mm. 2,100 m.s.n.m.

July 25 1960 in Leonore take train 300-800 cc. \$800.

សំគាល់ និង សំគាល់ និង សំគាល់ និង

9284 meadow Mariposa (280-0.97)

to draw on cyst of foul smelling ochreous

an organism such as *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *E. coli*

Sein bei cysticis connect no bowel most one no NODS

15% lact 103°F. 8 epoxies 200'. 10 ft Penicillins 115.

D.H.S. 100% sucrose 700 ml. 80.0% St. amylose ~~100~~. 110 (6 w.e.)
 Teters index 37.1 unit. (10 w.e. 93) 10 min Cyst fluid in
 amylose to 1240 unit.
 132.0% sucrose in masupialization to sucrose 60%
 No. 20 9.3.2492. M Cysto-jejunostomy 80% sucrose & 10% w.e.
Anesthesia - general - ethyl d. induction
 " closed method

Position Dorsal recumbent

ຄົກສົກເຈົ້າ ດັວຍກົດຕະຫຼອດ (Cysto-jejunostomy)

ก่อน 0700 น. ผิวน้ำ Ganglion sounds negative
และ เห็น ก้อนเล็กๆ ของ 5 คู่ ต่ำๆ ที่ fluid diet.
ตรวจ ออกูโน่ ต่ำ glucose 3% ที่ 11.55 1800 น. + Glucan 5% ที่ 1800
1800 น. ยังคง ผิวน้ำ Ganglion sounds negative 2.
1100 น. Ganglion sounds ที่ 11.00 น. 3 P.O. off
take drain ที่ 1100 น. 2011 3 P.O. 20 stitch abscess ที่ 1100
1100 น. stitch ที่ 2011 4. Hemostatic dressing ที่ 1100 น. massive abscess

on 1100 N 200.

in ~~Muscicapula~~ Icterus rufus 120 22.3.1997
1000 25 mtr. (= 1000. Planimetry in 120 8.3. = 68.2 mtr.)
no' bl. amylase 1000. 196 mtr. (1000 29.3. mtr. 2000.)

in Plain abdeven filer. 23.3.97 No. 2645

g filer.

Discharged 120 7.3.98

PANCREATIC CYSTS.

Pancreatic Cyst Disease

1. Congenital anomalies. - Wur' pancreas persistent - Morris steatorrhoea
- intramural cystic liver & kidneys.
most common asymptomatic No communication with biliary duct 10mm
laparoscopy. no tumor.
 2. True cyst or retention cyst. - anterior cyst wall \approx 1mm low cuboidal
80% columnar epithelium with mucus clear yellow fluid w/
cholesterol crystal w/o lining \approx 1mm locules w/ mucus
true cyst \approx 1mm blockage w/ main pancreatic
duct by calculus, fibrosis, parasites (most) w/o calculus
in common bile duct 20% congenital cyst in R. hepaticum
head w/ 21 mm.
 3. Pseudo-cyst 100% accumulation w/o fluid w/ pancreas too: At
nearby N w/o infection w/o H_2O_2 accumulation w/o fluid
50% wall off by fibrous exudate w/o: organize w/
fibrous capsule, overlie surface w/ S.I., stomach
10: liver w/o muscle w/ diaphragm w/ scarring Granular pseudocyst in
w/o microscopic section w/o: new epithelial lining w/
granulation tissue w/o w/ nearly infiltrated dense
connective tissue.

Quesada. Ch. cholecystitis is repeated exacerbation
of pseudocyst ^{var paroxysm} or crisis. Intra; chronic cholecystitis
is the chronic form of exudative bursitis following in-
tra; pseudocyst. Sclerosing oedematous form of pseudocyst.

July 19th, 1900 100,5% Trauma in the right side
pseudo-cyst, located No. 28. A large force was direct trauma
into penetrating wound of pancreas lesser No. 100 trauma
in mesent. 100 mm deep No. 100 100 sudden constrictions - very
upper abdomen 100 mm above the 100 mm mesenteric 100 mm
deep 100 No. 100 deep. 100 A lot - hard - yellowish
yellow & yellow. A white cyst 100 mm. In the center of the cavity

rob pancreatic tissue with loss of accumulation of fluid & due to
wall of 10-12 mm. deep clean fluid without

anatomical or pathological haemorrhagic pancreatitis
due to external trauma with or without pseudocyst
present.

Pain cyst amenable of removal of no. 10 pseudocyst
within true cyst no. 10-12 mm. trauma known.

Symptoms now acute man of abdomen
dyspepsia & severe pain & severe pressure of neck
actual pain is constant & intermittent & fluctuates
to respiratory movement & loss of appetite & epigastric fullness
nausea loss of weight constipation In advanced case with
asthenia & general malaise.

Phys. Exam. Mr. smooth rounded mass in epigastric region.
abdomen in epigastric region with transverse fold
of skin midline & aemia & loss of weight 10' x ray of stomach
cyst in epigastric region of stomach of liver transverse colon of midline
of transverse colon no transverse colon granular nodules
of liver 10' x ray of abdomen no evidence of cyst on liver &
lesser curvature of stomach & transverse colon upper ileum loop
in small bowel at mid lower quadrant of stomach abdomen

Mr. pancreatic cyst dimensions 10' x 10' x 10' mm.
no evidence of infection or suppuration in cyst wall no purulent discharge
no evidence of aspiration into cyst collapse no evidence
of pseudocyst formation no evidence of mesenteric lymphadenopathy
no drain to abdominal wall for cyst drainage no evidence of gauze in abdomen
for 24-48 hr. 10' in stab wound in cyst wall & decompression done
with pack pack cyst cavity packed gauze 10' x 10' 24-48 hr.
cystic fluid removed by methionine washes done in internal drainage
no cyst fluid anestomosed to stomach 10' jejunum no resection
no ligation of tube 10' tube is of multiple separate location with drainage

20% of cysts do not undergo recurrence &

Rare type of pancreatic cyst is

- Echinococcus cyst often has laminated wall in metaplasia
content of cyst includes cholesterol which may disseminate
via infection.

- Dermoid cyst (very rare) often in Ca. W. A. x-ray negative
material in wall is sebaceous material often remove cyst wall contains
metaplasia often persistent sinus.

เอกสารส่วนบุคคล ศาสตราจารย์นายแพทย์สม พริงพวงแก้ว

แบบ 1

..... 2/3.2 ชื่อของผู้ต้องหาคือ ไม่มีชื่อในหนังสือ呈狀 (ชื่อเรื่อง)
..... ที่อยู่บ้าน ๗๙๗ ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ ๑๐๑๖๐๑

พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๐๑

จำนวน ๑๕ แผ่น

แฟ้มที่ ๖

กล่องที่ ๑

Anesthesia..... Ins'rument.....

✓=Normal; X=Abnormal; O=Not visu- etc... abilities

Larynx (cords).....

A detailed anatomical diagram of the tracheal system in a leech. It shows the central trachea branching into a complex network of tracheoles that penetrate the body wall and reach the muscle layers. The diagram is labeled with 'Trachea' at the top left and 'tracheole' with an arrow pointing to a specific branch at the top right.

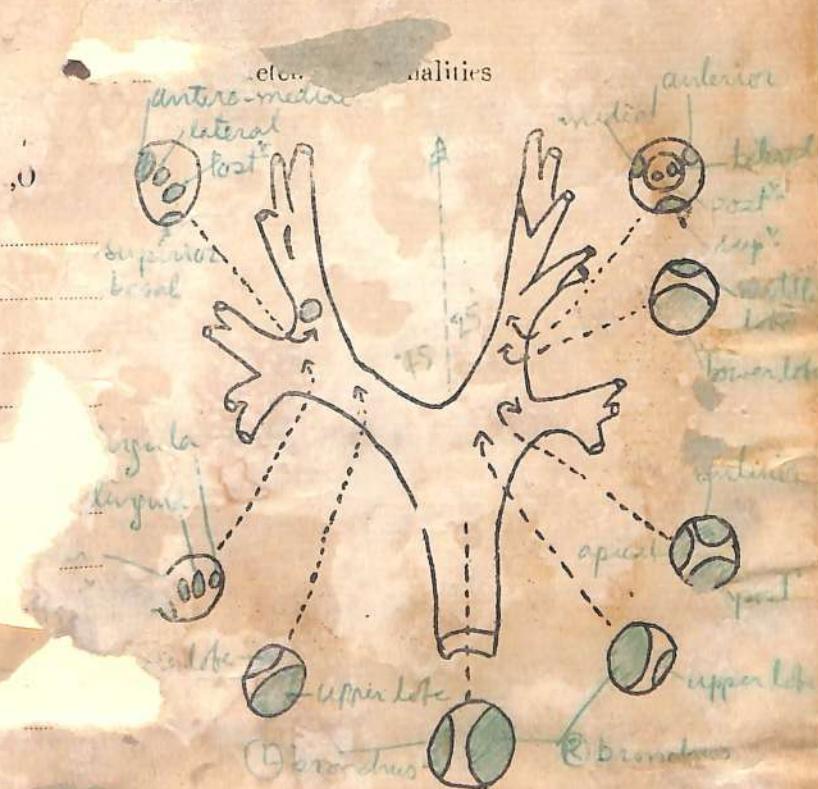
Carina —

Right Main Bronchus.....

RUL Bronchi

RML Bronchi.....

RLL Bronchi



(cont. on other side) ..

Remarks _____

Signed _____

รายงานการติดตามและประเมินผลกิจกรรมที่๑

โรงพยาบาลโรคปอดฯ แผนงานคุณการรักษาออกเป็น แผนกตรวจโรคคอมไกยนอก
แผนกอยุธารกรรม หุ้งและชาญ ชั่งหนังสามัญและพิเศษ แผนกศัลยกรรม หุ้งและชาญ ชั่งหนัง
สามัญและพิเศษ และห้องผ่าตัด ห้องเลือด(ให้เลือดจากโรงพยาบาลในเรือนจำบางช่วง)
แผนกทั่วไป แผนกภัณฑ์สามเณร แผนกรัตน์ มี Tomogram และไม่มี X-rays Therapy มีเวรี่คอกน
ไวรอน ๒๐ แหง และมีห้องสำหรับคนไข้หลังผ่าตัด I . . . Operative ward รวมอยู่กับเรือน
คนไข้เด็ก แผนกตรวจโรคภัยนกบันดาลเพาะคนไข้ที่มีถ่านมะโนคัตติ้วอยู่ในจังหวัดนนทบุรี แต่
การรับไว้วัสดุภัยในอาจเป็นคนไข้ที่ส่งมาจากสถานพยาบาลโรคชื่อค่อนหัวประเทศไทย ซึ่งส่วนมากเป็น
คนไข้ต้องการรับการผ่าตัด บุคคลนวยการต่อ นักแพทย์ ไทย บินะ โซกิ หัวหน้าแผนกศัลยกรรม
ศิรินาถแพทรีย์ ศรีพร วนิจเกียรติ และนีแพทรีย์ประจานัน ๓ นาย ประจำแผนกศัลยกรรม
อยุธารกรรม และคุณยาสกุล

การน้ำทั้งส่วนมากเป็นการผ่าตัดเกี่ยวกับบรรเทาโรคปอด นอกนั้นก็มีการนาทั้ง บรรเทาโรคกระดูก
Bronchoscope, Bronchogram และการนำ ขวักบดด้วยกรรมทั่วไป เช่น ไอส์คิ้ง ริสสิกวงทัวร์
แมลงคระเพาะอุจจาระ ฯลฯ

ก่อนจะรับน้ำรอมไฟกปอกที่จะห้ามให้คนเป็นคนไปที่ไร่บันการรักษาท่างามาแล้ว
มีความแห้งกรากพอควร และมีการแสงด้วยไฟฟ้าในบ้านเดือน—

- ๑๒๘๙

ก. mó 21. รูปนี้ คือ Bronchial Deformity

Collapse

๑๖๒

การตรวจสอบโดยไม่เป็นอย่างๆ ในการรักษาทางยานน้ำอาจเป็นภัยให้กับเด็ก

- ๙ การกระจายไปยังทวารหนัก Spreading
 - ๑๐ ส่วนที่ล่องบ้าไปก็มีลักษณะอีก Reactivation
 - ๑ รับเชื้อในน้ำใจจากภายนอก Set up new lesion
 - ๔ อาจเรียรเป็นโรคต้อหงายรุนแรง Severe Hemoptysis

Digitized by srujanika@gmail.com

Bronchoscopy

Conferen-

Set for operation

การห้า Bronchoscopy เพื่อตรวจ Bronchial tree ว่ามีการอักเสบอยู่ในนั้น เท็จกิ ถ้ามีน้ำเหลืองมากอาจห้าไว้แบบนี้ด้วย Bronchial fistuly, Empyema และโรคกระดอง นอกนั้นบังควร การรักษาทางเดินหายใจในเด็กในนี้การรักษาเรื่องการกระชับภายในหลอดลม

1725 M. Pectoralis May

ท่อกรงค์คัทเตอร์ - ท่ามกลางความ Rib Retractor + sect, cutter.

Blood transfusion 5 units

การท่า Conference คือการประชุมแพทย์ทางแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม เพื่อพิจารณา
ร่วมกันว่าคนไข้มีน้ำคาย สมควรหรือไม่ที่จะรับการผ่าตัด โดยพิจารณาดัง —

- ให้รับการรักษาทางยาเฉพาะอย่าง โรคอยู่ในภาวะสงบหรืออยัง
- ปลูกท่าเหลือห้องผ่าตัดและน้ำท่อน้ำที่จะใช้หายใจให้ประกบกัน.

๓. อาการท่าว่าไปป่องด้วย อายุคงไม่สูงนัก ภูริตรวจเลือกเบรคติ หรือให้รับการรักษาเป็นประกบ
แล้ว ตามที่โรคอยู่รวมๆ เรน เบานวน ก็จะง่ายในการรักษาอ่อน

๔. ทองนิ Potential Antituberculous Drug ไว้ ในรายที่มีการค่อยๆ หรือโรคถูกตาม
มากทั้งในยาเดือนที่ ๑ จึงมาตัด เพื่อทั้งรักษาไว้ต่อไป ให้หลังผ่าตัด เพราะว่าในระหว่างการผ่าตัด
นั้นอาจเกิดมี — การรับของรุ่นเรืองมากเกินไป

- การรักษาโดยในและการรักษาสลบ
- ตัดส่วนเป็นมีรากอกไม้ไก่หนด
- ให้ยารักษาไว้ตามกามาดลักษณ์ผ่าตัดนัดอย่าง ซึ่งหงหงนี้จะทำให้โรค
ถูกดามหรือกลับเป็นมากขึ้นจากส่วนที่ยังเหลือไว้ แนะนำสั่งการหดคลองยาใหม่ ๆ ซึ่งคุณแพทย์
ในโรงพยาบาลอนุญาติรักษาไว้รวมกับปฏิบัติงานอยู่บางที่ก็ได้

Set for Operation หมายเหตุที่สำคัญที่ต้องเก็บไว้ในห้องน้ำไว้ให้พร้อม แขนดึงริมฝีมือเลือด การหัว
โน้ม หัวโน้มโดยมีน้ำในน้อยหน่อย หัวลงที่สำคัญคือคนไข้อยู่ในสภาพที่จะทนต่อความสูบไฟ
โดยที่หัวหน้าที่ให้ก็พอ และดำเนินการอย่าง ให้ความเห็นว่าไม่ควรทำนาตัด ก็เป็นอันว่าไม่ได้หัวไป
หัวไป แพทย์คุณยาจะบังกระเป็นอย่างใดๆ บนนิ่มๆ หรือจะให้รอไว้ตอนเพื่อให้ก้ม^{ก้ม}
การตรวจสอบระยะเดียวกันกับ หัวลง หัวลงที่เป็นอย่างนั้น

๒. ศ. ๙๘ คนไข้ชาย อายุ ๔๖ ปี เป็นวาระโรคปอดทั้งสองข้างมีน้ำทึบปอด ทางช่วย
ปอดบกบบเนื่องที่มา

การผ่าตัด (L) Pneumonectomy
Position (R) LAT. position

- การใช้ยาสลบ
— Pethilorfan
— Thiopentone
— Detubocurarine
— Gordon - green (R) Endobronchial tub (One lung anest)
— N₂O : O₂ = 3.5 : 3.5 L/min

Emergency Needle — Mitchell's

Procedure

incision ตัดเนื้อไขกระดูก หลังจาก infiltrate ยา ๐.๕% pantocaine และ
castor oil ด้วยผ้าเดือด Drape บน ตัดก้อน cauterize บน M. Latissimus, seratus
Emergency needle Mitchell Perosteal of rib ท่าทางที่คนไข้กระดูก ใบไม้

Procedure incision ตามแนวกระดูกที่มี Infiltrate ยา ๐.๕% epi-sponge บุกทั่วทุกที่ด้วย
1:200,000 Adape ท่า cauterize บน M. Latissimus ท่า M. Pectoralis Maj
Serratus Sup. Anat. rib ท่าทางที่มี Adhesion มากที่สุดที่สุด
identify pulm Art. ท่า Vein ท่า pericardium หา กันพบ เนื้อหัว
vein ท่าทาง adhesion ท่า cauterize ท่า bronchial stump ท่า stitches
wire figure of 8, esophageal bleeding ท่าทางที่มีเส้นเลือด

๖ พย. ๐๒ คณิฯ บริษัทฯ อายุ ๘๙ เป็นกรรมการโภคภัณฑ์ฯ

ການປາກັດ Lt. upper lobectomy.

Position Rt. lateral.

การรักษาตัว - Pethilorfan 10 mg. I.V.

- Pentothal 200mg. I.V.

- Detubocurarine 27mg. I.V.

Procedure — Endotracheal tube

- N_2O , O_2 in circloalveolar sinusoids in pocket

Procedure ท่า Lat. incision บนเคย์ cautery ห่องปีปันถึงแก้ pleural cavity,
dissect adhesion และเร่ง upper lobe ออกจาก lower lobe ตัก pulm. art.

vein แล้วถัก bronchus, เย็บควย wire และใส่น้ำงำไป และ inflate ลมครู่รอบข้าม
มีหล้ายแหงท่านอนปอกกระอง lower globe, เย็บ simple stitches ด้วย cat gut, check
bleeding และ drain ห้อน จำกต่อเนื่องและค่อนบานาของ pleural cavity, อันนั้น-
transfixed ด้วย cat gut ไว้กับ chest wall ท้านใน, มีกับดักความล่าด้วย ไม้เดือด
๓ ห้องวาย (drains หักขันหอย under water ในราก sterile)

๗๗ พย. ๓๔ กันวิชาชีพ อายุ ๕๔ เป็นวาระนี้โรคปอดก็มีหวาน นา.. ปกติ ความคัน
ไอหืดหอบหัวไม่ได้ ลอกไข้ก่อน คุณหมอ บริการให้อธิบายว่าการห้า caudal block ก็ (มีคนใช้
หัวมาตั้งแต่เด็กคงหัวไว้) และถ้าห้าไม่ได้ ก็ห้า trans-sacral block เป็นการยกไข้
โดยใช้ ๐.๒ เบสิร์เรนก Xylocaine ผสม adrenaline ๑:๑๐๐๐ (๑ cc. ใน ๕๐ cc.

Posterior inferior iliac spine landmark , medial នៃកុងនៃ F.B. នានា

spinal foramen 194 S₁, 194 S₃₋₅ อุบัติภัยมาออกประมาณครึ่งละ 1 F.B. หรือมาก
เข้าใจว่าสักไก่หนึ่งชิ้นอาจได้เลือด แบ่งเป็น 15cc, 10cc, 5cc, 4cc. และ 3 cc. ความกว้างที่บ
อก S₁₋₅

การ Block อาจฯ นั้นจะทำให้มีอุปกรณ์เพียงอย่างเดียว จนถึงกับความเนื่องบอนคดิ แล้วแต่ความต้องการของผู้ใช้

DRS Block Thoracoplasty block

Brachial plexus

Parasternal

② Post. intercostal

Line of incision

Subscapular

↳ Towel chips

DEFORMITY HYPERLORDOSIS SCOLIOSIS Lt.

0732 200 rt. Decortication.

แก้ไขกระดูกหอย มีช่องทางเดินหายใจที่ริบบิ้งไวอันหนึ่ง ที่ bronchoscope , ตรง carina เป็น
ก่อนที่ sensitive มาก สามารถสเปรย์ anaesthetic ยาชาอีกด้วย

การใช้ไฟใน Bronchoscope ก่อน ที่ เที่ยวที่กระดังงาในที่ส่วนบนก็เกินไป เพราะ
หลอดอากาศคายๆ (๓๐-๔๐ มมท กอ = หลอด)

Bronchoscope ก่อนใช้ควรหาคราบ Xylocaine oint. ก่อน

การถอดการเป็นทาง bronchus หลังก่อน เพื่อไม่ให้เป็นการกระจาดโดยคราบของไขมันที่
การใส่ทางเดินหายใจต้องเสียไปอักเสบ คุ้มครองความสะอาดก็หรือไม่

Rt. bronchus จะทำมุมประมาณ ๒๕° จากแนวของ trachea ไปทางขวา

Lt. bronchus จะทำมุมประมาณ ๗๕° จากแนวของ trachea ไปทางซ้าย

" ជំនាញទៅការ គម្រោង ដឹកការណ៍បន្ទាន់ វិនិច្ឆ័យ "

7

เรื่องของการเก็บน้ำเขอกัน ไม่เพรากความไม่สมดุลยกันระหว่างสาร Colloid และ Crystalloid
พวก Colloid ที่ true protective mucus converting เป็นปกติของน้ำนมส่วนมาก
เป็นพวก แคลเซียม ในรูปของ calcium phosphate ซึ่งจะออกช้าๆ เวลา แอนโภเนี่ย
ยริคแอกซิด - เมธีน และซีลีฟ

เนคซั่งช่วยให้นุ่มนิ่วในการเดินทาง

- ๔ การอุดกัณฑ์ไข้ในทางเดินอาหารระบบปัสสาวะ รวม $\frac{1}{2}$ Diverticulum ของกระเพาะปัสสาวะ
 - ๕ การติดเชื้อม้าที่โคจานไม่มีอาการร้าวชา แสดงถึง เชื้อพาก Staphylococcus
น้ำมูกเป็นเหลว พ่อสเปค เชื้อพาก E.Coli. น้ำมูกเป็น ออกซ่าเลท ยูเรต ยูริค.
 - ๖ เน่ายักษ์อาหาร เนื้อห่านไม่มียูริคและยูริกมาก วิตามิน ที่ กันน้ำพาก ออกซ่าเลท และชีวิต
วิตามิน เอ ขาวให้เกิดน้ำได้ในหมู ~~หมู/เนื้อ/ไก่/ไก่ต้มตุ๋น~~
 - ๗ การเสียระเบี่ยบใน Metabolism $\frac{1}{2}$ เช่น โรคเก้ามิยูริคสูง ,Hyperparathyroidism

รักษาด้วยยาขับน้ำนมและพอกสีเพทสูง

๘. วัสดุเปลกปลอมฯน ตกค้างอยู่ในกระ

อาการและภาระสำคัญ อาจไม่มีอาการรุนแรง
ไม่มีการเคลื่อนที่ ส่วนใหญ่การเคลื่อนไหว
กระดายลงมาลงไป ให้หลอกใจจะมีการไหว
ตัวอย่างเดียว มากับเม็ดเคลือบแดงไว้

ເຄືອກ ອັກເສບຖານເມີນໃນໂຮງໝວຍ
ໃນໄກກະນົມປອດວິເວາມໄຕແລະ
ເຮັດວຽກ ປັກກະຈາຍໄປເປັນໄຕ
ໄດ້ເນີຍ ເກົ່າໄກຫຼາມີກາຣົກຕົກເຊົ້າຂອງ

โรคหัวใจ จากการติดเชื้อ บทกวีราบ กุล yellowonephritis มีป่วย ไข้และคลื่นไส้

อาการวิริจัย์โรค จากประวัติ ป่วย มีเลือกในปัสสาวะ มีหนองในปัสสาวะ คลื่นไส้ถอนหน้าหรือเจ็บมาก
ที่บริเวณปัสสาวะ เอ็กซ์เรย์ กดกราร่วนหน้าที่การทำงานของไต ชีสโคซโคป ไฟเซอร์โลแกร์น
อาการวินิจฉัยโดยแพทย์ ที่ด้านในท้องมี บัวในถุงน้ำดี ป่วยจากการบีบคัดของลำไส์ Intestinal colic
การบีบคัดของถุงน้ำดี ทำให้เกิดความปวดร้าว หัวใจบุบบุบ กัดดึงเยกร้าว ใส่คงอักเสบ โดยการรักษา เม็ดเลือดขาว
การป่วยและหากเจ็บหนาหรือเจ็บท้อง และการมี ~~ปัสสาวะ~~ เลือกในปัสสาวะ

การรักษา ให้ยาและรับประทานอย่างการเก็บ อย่างก่อนเนื่อง การยาดัก และการรักษาเนื่องจากช่องท้องในนิวมีโภคภัย

การบำรุง ผ้าเชอนิวออลกีน Ephrolithotomy.

การตัดไตNephrectomy. กรณีของร้ายที่ควรทราบหากหน้าที่ของไต งานค ทำແນະ
องนิว เอ็นิวาร์ท์ ไม่ดูดซึมหน้าที่ศักดิ์อกรกษา

- 2 -

- Investigation P.6.
- NPH 35, creatinine 0.85, sugar 90 mg %
 - Alb 4.8% globulin 3.09 gm %
 - Bi - AB-2 calcified lymph gland R costal
 - SECRET
 - S. log.
 - Urine culture

Thorek ໄກເຈີນກວມບົດພາດໃນກາຣວິນຈັຍໄຮຄນ້າໄວແລ້ວເປັນອັນນາກ ເຊັ່ນເອົາຫຼີ່ຢ່າງໄວ
ໃນໄຕ ທ່າກາຣນາຄັກໄຕ ພາຍເປັນສິ່ງໃນຖຸນໍາໄດ້ ອ້ອນິກເປັນ ຄວມນໍາເນັດລອງໃນຂອງທອງຊື່ນິ້ນບູນ
ນາເກະກະ

ກາຣປັງຈາກໄຄມາງທຶກອາຈທ່າໄຟຝຶກຍ່າງຈ່າຍຄາຍ ໄປເວົາໃຈເປັນກາຣອັກເສບໂອງຄຸງນໍາກີ ກາຣອັກເສບ
ໂອງໄສຕິງ ອ້ອນແລດກະເພະວາຫາຮາ

ກາຣອາເຈີຍທັນທີ ປັກຄະຈາຍໄປຫາງະເພະປັສສາວະ ແລະວິວະສົບພັນຫຼຸ ຕົ້ນຈາ ເປັນຄັດແນະ
ນະເພະ ໂອງປັກຈາກໄຕ ຂຶ່ງອາຈະພົມເນັດເລືອດແຄງໃນປັສສາວະໄກກ່າຍ ກາຣມື່ນວໃນໄຕໃໝ່ໄໝກາຣປັກ
ຈາກໄຕເສມອໄປ ແລະເຫັນກັນ ກາຣປັງຈາກໃດກີໃນໄກ່ໝາຍດີຈະເປັນນິວເສມອໄປ ປັກນັນຂົນຍູ້ກາຣອັກເສບ
ກາຣອຸດັນໃນທາງເຄີນປັສສາວະ ຂຶ່ງອາຈໂກຍກົນເລືອດ ມັນອັງ ອ້ອນ ພອດເນັດ.

ກາຣມື່ນເລືອດໃນປັສສາວະ ອາຈເປັນຈັກໄຮຄນ້າໃນໄຕ ໃນຫດອົດໄຕ ໄກດອຍ ວຽນໂຄດຫິກ ແລະ
ໄຮຄໄຕເປັນໄຫວ່າ ຂຶ່ງມີເລືອດອອກມັນຄົງ ຈາກ ໄຮຄເນື້ອງອອກ ກາຣອັກເສບ ແລະເປັນຄຸງນໍາໃນໄຕ ນັ້ນຈະ
ພບມີເລືອດອອກໄກມາກ່າ

ກາຣກວາກວູຍັງນີ້ເຄົາຫຼີ່ຢ່າຍ ດັກ
ຢູ່ເຮັດ ອ້ອນ ຂີສົກົນ ກ້ວາຈານເຫັນເລືອດໄກ
ໄກທີ່ໄມ່ນິ່ນວິໄນເຄົາຫຼີ່ຢ່າຍ (Reflex int

ຄວາມຮັນກ່າວໃນກາຣຕັກສິນໃຈນຳທັກທັງ
ເພະວະອາງເນີນນິ່ນວັ້ນສອງຮ່າງ ແລ້ວປົງ
ໄຕເສີຍໄປແລ້ວ ກາຣມື່ນວະດະໄນມີປັສສາວະຈາກໄຕ ແມ່ນແລ້ວ ໃນກວຽກກາຣນາດັກໄຄຄອງໄປ

Priestley ແລະ Schulte ພບ ۹۵% ເປັນນິ່ນວິອອງໄກທັກສອງຮ່າງ ແລະຫຼາມ ລາງຮອງໄຄຄອງ
ແຍກກາຣຜ່າທັກ ແລ້ວແກ້ທັນທີ ກາຣດີກເຂົ້ອ ຄວາມນຳກັນຍອງເນື້ອໄຕທີ່ເສີຍໄປແລ້ວ ສາມາດຮັນນິ່ນ
ຈ້ານວັນ ຮົນກວອງນິ່ນວິ ກາຣນາກນຸ່ມໃນກາຣອຸດັນ ຕໍາແໜ່ງ ແລະຄວາມຮັນແງງຈາກອາຄາກ

ກາຣນໍານິ່ນວັ້ງທີ່ສູງອອກ ກາຣທ່ານີ່ ۰۰-۹۸ ວັນ ບາງຮາຍທີ່ມີກາຣເຕີຣີມົດ ອາຈທ່າພ່ອມກັນສອງ
ຮ່າງໄຕ ແຕ່ໃຫ້ຫຼັກແລ້ວໃນຄວາມກ່າວພ່ອມກັນ

ກອນຈະໄໝກາຣວິນຈັຍກວານນີ້ໄວ້ວ່າ ໄສົກົດເລັກກ້ອາຈນີ່ເລືອດໃນປັສສາວະໄກ ກາຣປັກໄກທັກທັງນັ້ນ
ອອກເປັນຈັກໄຮຄຂອງໄຕອີກ້າງກີໄກ ນິ່ນໆຊັ້ນທັບໄກຍັງນີ້ເຂົ້າຍັນ ດັບພັນໃນທອນນັນຂອງທອງຫອງ ກ້ອາຈເປັນ
-ນິ້ນວິໃນໄຕ
-ນິ້ນິ້ນວິຄຸງນໍາກີ

ໃນຄອນວາງໂອງຂອງທອງ ເປັນໄກຕົອ

- ນິ້ນວິໃນຫດອົດໄຕ
- ນິ້ນິ້ນວິທະຫຼາກປັສສາວະ
- ຖຸນູ້ນິ້ນເສັນເຖິກກ່າ Phlebolith
- ຄວມນໍາເນັດລອງໃຈນິ້ນບູນເກະກະ
- Fibroclia ຂອງນຸກຂົງນິ້ນບູນເກະກະ
- ນິ້ນິ້ນໃນຄອນນຸກໝາກ

ກາຣນອນນາງາ ທຶກຈາຈເປັນນິ່ນວັ້ງໄຕ ຂຶ່ງທົດອງຮະວັງໃນແງກງໝາຍຄົວ

ເງົາທີ່ກ່າຍນິ່ນວັນໃຈເວົຍໄຕກາຈນີ່
- ຄວມນໍາທະຫຼາກທີ່ນິ້ນບູນ
- ບຸນູ້ນິ້ນໃນເສັນເຖິກກ່າ Phlebolith
- Concretion ໃນໄກຕົອ
- ບຸນູ້ນິ້ນໃສ້ມູນ ທີ່ກ່າຍແກ້ໄຂໃຫ້ແນກ
- ພິບປຸນໃນເຂົາ Sacculo-iliac.

- 2 -

- Investigation P.6.
- H.P.N. 35, creatinine 0.85, sugar 90 mg %
 - Alb 4.10 globulin 3.09 gm %
 - Plain KUB ? calcified lymph gland R costal margin
 - Cholecystogram
 - Pyelogram
 - Urine culture.

ลักษณะการวินิจฉัยโรค เป็นสิ่งสำคัญ นิ้วหรือคั้งคอไปปืนดือ

- ๑. ประวัติท้าวไป ที่สำคัญนี้ ถกมະการอุจจาระ ลักษณะของปัสสาวะที่ถ่าย และอาการทั่วไป.
- ๒. ประวัติคอกด เกี่ยวกับการคิดเห็น อันตรายที่ไกรับอื่นๆ ประวัติความบกพร้าว เกี่ยวกับ การเป็นนิ้ว และการเป็นโรคเลือดออก Haemophilia.
- ๓. การตรวจร่างกายโดยทั่วไป ตรวจในทุกรอบ Genito-urinary system
- ๔. การตรวจร่างกายเฉพาะในระบบ Genito-urinary system.
- ๕. การตรวจทางด้านการเพ้อคุณ anus, sphincter, rectum.
prostrate & seminal vesicle
post. urethra
bladder
viscera
cervix
uterus & adnexa
cal de sac

ฯลฯ

แล้ว

- ๖. การตรวจโดยการใส่สายยางสวน ให้ห้องน้ำในผู้ใหญ่จะได้เม็ดดือ ให้ชีบีเก่ากัน ๘ ชม.
- ๗. ดูการด้อยส์สภาวะเพศชายสอง (testicular test)
- ๘. การตรวจปัสสาวะ (Catherization) ทางทางหกเหลือง(Urinalysis)
- ๙. การตรวจสมรรถภาพของไต Test of kidney function test
- ๑๐. เอกซเรย์ Plain KUB.

ลักษณะการวินิจฉัยโรคทันสกุลทาย -

Endoscopy- cystoscopy

-urethroscopy

Pyelography - rétrograde (12% 6-10 cc. 25cm.)

- intravenous (40%)

Cystoscopy (6% 200 cc. iodide)

Urethrography (2% iodide)

Siminal vesicography.

- Investigation P.6.
- NPN 35, crea. 1.65, sugar 90 mg %
 - Alb 4.10 globul. 3.49 gm %
 - Plain XU3 ? calcified lymph gland R costal margin
 - Cholecystogram
 - Pyelogram
 - Urine culture.

IV

การแยกโรคและรักษาภัยมาก ให้มาก ห้องผ่าตัดควรจะเป็นประ予以ชั้นมากในการแยกโรค และให้การรักษาทางยาไว้ก่อนจนขบดีเจนถึงการทองท้าวศีล สรุนการจะคัดไก่เลย หรือ นา เจ้าที่กราชย์ให้ ในระหว่างที่กวนนั้น การเจาะเอ่าจะเพาะนิ่วออกก็ถาวา ไม่เสียส่วนของไข้ที่ทำงานได้ แค่กทองระวังความผิดปกติของเส้นเลือด ซึ่งอาจทำให้มีเลือดออกໄก์มากจนทองมาระเบิดตัวไปอีกที ก็ฉันนั้น การระเบิดในเห็นชักและ thorough mobilization จึงสำคัญยิ่ง การรายรอยเนื้อที่กรวยไตและเนื้อไต จะจำเป็น ในส่องทาง เพื่อรับน้ำหนักอาจไปเจอกับ Posterior renal artery. เท่าไก่ การผ่าเนื้อไตเฉียงๆ ทองนักให้ก่อน เพื่อจะเส้นเลือดจะวิ่งอยู่ระหว่าง Calices , Pyramids และบนกลางของ pyramids (Brodel's white line) การระเบิดก็ไม่ควรให้กว้างเกินไป กะพอดีกับ ก้อนนิ่วในรูปเข็มเรียว เพื่อไม่ให้เลือดออกมาก

“มีอยู่คนที่ล้วนหาเรื่องเรื่องด้วย

- Investigation P.0.
- NPN 35, creatinine 0.85, sugar 90 mg %
 - Alb 4.10 g %
 - Plain XUE ? lymph gland, R costal margin
 - Cholecyst
 - Pyelonephritis
 - Urine

รายงานบุปผายหนงราย หญิง ไทยคุ อายุ ๓๓ ปี รับไว้วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๑๙๐๖ เด็กชายใน
๑๐-๒๐ นิ่มอาการบวมตื้น เนื่องจากเป็นไข้ หายา มาก ๔ ปี บุปผายเดินทางมากรุงเทพฯ ควบคุมรักษา
แค่คราวๆ ๕ วันหาย จึงมาขอรับการผ่าตัด แตะนั้นไม่มีอาการใดๆ

ประวัติชุบัน ปี ๑๗ เดือน กันยายน พ.ศ. ๑๙๐๖ บุปผานี้มีรุขภัยต้องไปทำงานไกลต่างจังหวัด
๒๐-๒๐ กม. นั่งห่ายรถจักรยานยนต์ไปกลับอยู่ร้าว ๓ เดือน กินน้ำนมประมาณ ๑๐ กรัม

คอมากก็ป่วยส่วนเป็นเด็กน้ำหนัก ไม่มีอาการไข้ ๗๗ จึงไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด
อยู่ร้าว ๒ อาทิตย์ ลักษณะเด็กกัน ๑๐ วัน กินยาเม็ดเหลือง และนำค่าฯ ระหว่างนั้นไปพบบริเวณเอวคน
ขวาเล็กน้อยไม่เป็นเวลา บุปผายเกินไปโรงพยาบาลเสมอ ไปรักษา ๘๐๐ เมตร ยังไม่หายก็จึง
เปลี่ยนไปรักษาแพทย์สุวนคืออึก ๔ เดือน คืนน้ำมากๆ ชื้อยาเข้าเส่น กินยาหลอดแดงฯ
ยาเม็ดเหลือง และยาน้ำหนอนที่ เป็นน้ำที่ขาว อาการหายเป็น๓

คงแรงจนตัวงอ จึงไปรักษาที่

ก่อนเย็นกลับบ้าน ระยะทางประมาณ

๑๐๐ กม. เดือนต่อไปหาย และลดยาลงเป็น

บุปผาอึกเดือนน้อย ให้เด็กนุ่มไม่หัด

๕ วัน ตรวจบุปผายมีเลือกเดือนอย

ท้องน้ำอึก เดือน น้ำออกเดือนอย

เดือนต่อไป การป่วยไม่หาย ไปท่อน ปี ๑๙๐๖

ประวัติเดือน หมั่นดูความบุกคุย หัวใจ

ควรจะร่างกาย อุบัติภัย ๑๓ วัน ๔๐/๘๐

ลักษณะทั่วไป หวานๆ มีเลือกเดือน

ระบบทางส่วน กดเจ็บเมื่อไถ่หัวหรือเท้า

ระบบถ่าย ในพนborne ไร้มีคปรกติ

เลือก ดีในไอกับน ๑๔% เนื้อเลือกต่าง ๖๖%

๑๐๐% ๑๗๙% ๑๗๙% ๑๗๙%

อีนสีโน๊ด ๑%.

อุจจาระและปัสสาวะ ในพนเดือน ๑๔% รักษา

ยาพนบัว N.P.N. ๓๐ mg% Cretini ๑๔% ๑๔% ๑๔%

Albumin ๕.๖๔ gm% Glo. Lin 2.๑๖

เชือดเรือนที่ ๑๓ กก. ๑๕๕๒ นิ่มพนิกปั๊ก ๑๔% ของหอยสัตว์และหอยดูด หัวอึกกระดอง ๑๔% ๑๔%

พนน้ำในตัว

การวินิจฉัยโรค น้ำในตัว Hydronephrosis R.

การตรวจเพิ่มเติม กก. ๑๔% เลือดไข้ IVP. พนน Caliectasis Rt. lower calyces

ซึ่งอาจเป็นสาเหตุ กับน้ำอุ่น

การดำเนินโรคและรักษา หัวผ่าตัด ๑๔% ๑๔%

พนหัวใจและรักษา IVP.

บุปผานี้มีรุขภัยต้องไปทำงานไกลต่างจังหวัด

๒๐-๒๐ กม. นั่งห่ายรถจักรยานยนต์ไปกลับอยู่ร้าว ๓ เดือน กินน้ำนมประมาณ ๑๐ กรัม

คอมากก็ป่วยส่วนเป็นเด็กน้ำหนัก ไม่มีอาการไข้ ๗๗ จึงไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

อยู่ร้าว ๒ อาทิตย์ ลักษณะเด็กกัน ๑๐ วัน กินยาเม็ดเหลือง และนำค่าฯ ระหว่างนั้นไปพบบริเวณเอวคน

ขวาเล็กน้อยไม่เป็นเวลา บุปผายเกินไปโรงพยาบาลเสมอ ไปรักษา ๘๐๐ เมตร ยังไม่หายก็จึง

เปลี่ยนไปรักษาแพทย์สุวนคืออึก ๔ เดือน คืนน้ำมากๆ ชื้อยาเข้าเส่น กินยาหลอดแดงฯ

ระหว่างนั้นได้ไปเอกสารเรียกที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด แพทย์ว่า

แพทย์อึก กดหอยสูญประมาณ ๔ วัน มีปวดมากเป็น

ร้าวในจังหวัดนั้น นั่งรถจักรยานยนต์ไปนอนที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

กินยาเม็ดหอยสูญ ๑๖๘% เม็ด ๓ เวลา อยู่

ห้องน้ำรักษาอยู่ ๔ เดือน แพทย์ไปทำงานอีก ก

๑๗๙% รักษาหัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำจังหวัด

17. Histological Grading

18. Spread

Women's Hosp.	Cervix	1 cases
	Lungs	3 "
	Ovaries	1 "
	Parametrium	1 "
	Abd. viscerac	1 "

5. Classification

Editor Committee

Sta	0	Nearly Ga. Nature
Sta	1	Confined in Uterus
"	2	Outside Uterus

Rickford

Group	A	Confined in End & uterine wall
"	B	To Cervical canal
"	C	To adnexae
"	D	To pelvic wall & distance metastasis.

16. Symptoms

17. Diagnosis

18. Prognosis

19. Treatment

20. Recurrence.

- HPI 65, creatinine 0.85, sugar 90 mg %
 - Alb 4.10 globulin 3.09 gm %
 - Plain UB ? calcified lymph gland R costal margin
 - Cholecystoren
 - Pyelogram
 - Urine culture.
-
- 11/1977

การกรุว่าเพิมเกินหลังผ่าตัด - NPN. 35mg% Creatinine 0.85 mg% Sugar 90 mg%

- Alb min 4.10 gm% Globulin 3.09 gm%

- เอกซเรย์ท้อง ยังคงเห็นเงาเดินอยู่อีก สงสัยเป็นต่อมน้ำเหลือง

ระคับให้หายใจลงมือหนากระดก

- Cholcystogram ปกติ

- Pyelogram ปกติ (ต้องห้ามการรับประทาน)

- สงปัสสาวะเพาะเชื้อวารณ์โรค ไม่พบ

- 2 -

5, creatinine 0.85, sugar 90 mg %

.10 globulin 3.09 gm %

VUE ? calcified lymph gland R costal

1000

ture.

ed lymph gland R costal

9.09 gm %

calcified lymph gland R costal

ລາຍລະອຽດ	ວິທະຍາ	ຈຳນວດ	ຈຳນວດ	ຈຳນວດ	ຈຳນວດ	ຈຳນວດ						
2494	4	3	-	-	-	1	-	-	3	-	-	-
2495	4	2	1	1	-	-	-	-	2	-	-	-
2496	8	4	3	1	-	-	-	-	⑩ 4	-	1	-
2497	14	9	3	3	1	2	-	2	4	-	1	2 ^①
2498	16	10	4	-	-	-	-	⑩ 5	-	2	-	-
2499	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1 ^②	-
									3 ^③ - ^④	2	-	2 ^⑤ - ^⑥
										7	5	

ԱՐԴՅՈՒՆԱԿ

၇. ជំពូកទាហាន៖ ហេង: ចុរាប់ ៩៥
 លាបដែលកណ្តាលបាន។
 ៨. អស់ចំពោះភោគេ: ចុរាប់ ១៤
 នឹងរាយ, ជំពូកកំសមុទ្រ និងតំ
 ជាតិតាល់នឹងរាយ。
 ៩. ឯកវិធាន៖ អនុគតិកចាញ់ ឃុំបុណ្យ
 ដែលកណ្តាលបាន។
 ១០. សីឡុក: ជំពូក: ចុរាប់ ១២: ថ្មី
 v.v. fistula នឹងរាយ. ឲ្យការការពេក
 ពេក ឱ្យការសាលបាន។
សម្រាប់:
 ការចំពោះភោគេ ៦០.៥៣%
 អាលុយសំបៀត់ ៦.៥២%
 អាលុយកំបុង ៦.៧៤%
 ① ខ្សែក ២ រាយ កណ្តាលបាន ១៤៦០៣
 ១០ ឈើករាងការចុរាប់

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	9	1	9	1	9	1	9	1
2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	3	4	5	6	7	8	9
4	3	4	5	6	7	8	9	10
5	4	5	6	7	8	9	10	11
6	5	6	7	8	9	10	11	12
7	6	7	8	9	10	11	12	13
8	7	8	9	10	11	12	13	14
9	8	9	10	11	12	13	14	15
10	9	10	11	12	13	14	15	16

14 ស៊ុគ្រា

סְבִּירָה וְעַמְּדָה

二二八

simile 4

เอกสารส่วนบุคคล ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว

สม 1

2/3.3 Geographic pathology of (ชื่อเรื่อง)

Choriocarcinoma

พ.ศ. 2496

จำนวน 2 แผ่น

แฟ้มที่ 6

กล่องที่ 1

PLAN FOR STUDY OF GEOGRAPHIC PATHOLOGY OF CHORIOCARCINOMA :

This plan was formulated by representatives attending the International Cancer Research Commission, Bombay, India, January 1-2, 1953.

Purpose : To accumulate all available data on choriocarcinoma in women and to attempt to correlate factors responsible for the relatively high incidence in Pacific countries.

Part I. 1948-1952, inclusive.

A. Contributors will :

1. Collect all cases possible, slides, paraffin blocks, or tissue for the five year period from January 1, 1948 to December 31, 1952.
2. A case abstract on each case should, if possible, include data mentioned on the accompanying questionnaire. If not, the case abstract should be as complete as possible within the limitations of time and clinical facilities of the contributor.
3. By June 1953, contributors in each country will have completed the above five year collection. For his own purposes he will then tabulate the available data and plot a map showing the geographic incidence. He will then mail or give to Dr. Lalla Iverson, Univ. of Philippines College of Medicine, Herran Avenue, Manila, Phil. the following :
 - (a) Slide or, preferably, paraffin block of all available material on each case.
 - (b) Case abstract in accordance with item 2 above on each case.
 - (c) Duplicate copies of his total tabulations, map, and tentative ideas he may have formed concerning the factors responsible in his own country.
4. Between June-September, 1953, Dr. Iverson will act as secretary or co-ordinator. She will collect the total material received from all countries and attempt to correlate in tentative final form the contributors' findings. She will forward the total material to the American Registry of Pathology, Independence Avenue and 7th St., SW, Washington 25, D. C., where USA consultants in gynecologic pathology will also study the material and attempt to unify the histologic and clinical findings. These will then be compared to similar studies in Western countries.
5. By January, 1954, a tentative final report will be sent to each of the contributors for his further suggestions, ideas, and corrections. When finally approved by all, the report will be jointly published by all contributors in an approved journal. If length is impractical for journal publication, assistance will be secured for its publication in monograph form.
6. The final discussion should include the mass data from each country indicated on the accompanying questionnaire. If these mass data are not available by June 1, 1953, cases should be forwarded promptly with individual patient data so that the study may proceed on schedule. During the following half-year the pathologist, in association with clinicians in his area, may accumulate the mass statistics and forward them to the secretary of the project. (See paragraph D)

B. Lessons included in the study should be :

syncytial endometritis and syncytioma
chorioadenoma destruens and all cases of doubtful diagnosis of choriocarcinoma
hydatidiform mole
choriocarcinoma or chorioepithelioma without metastasis
choriocarcinoma or chorioepithelioma with metastasis

Every case should be reported, whether diagnosed by curettings, expulsion of tissue, biopsy, hysterectomy, or autopsy.

C. Contributing workers from the following countries are already agreeable to the project :

Ceylon
Thailand
India (W.)
Indonesia (including Sumatra, Java, S. Borneo, Celebes)
New Zealand
Philippines
Japan
Turkey
Egypt

Dr. Iverson will solicit co-operation from pathologists in the following additional areas:

N. India
S. India
Burma
French Indo-China
Hongkong
Formosa
N. Borneo
Hawaii

Data from the countries should establish the boundaries of incidence of the tumor to be studied. Tentatively, it is believed that Hawaii, Mid-China, India, and possibly New Zealand represent areas of transition to low incidence from areas of high incidence.

Data from all of the above countries will also represent a largely Moslem country (Indonesia), a largely Catholic country (Philippines) and Hindu and Buddhist mixtures. Pure and mixed racial groups will also be included.

D. Mass statistics aimed at correlating the above factors together with economic factors will be submitted from each area, preferably by June 1, 1953; if not, by December 31, 1953. These statistics will include:

Obstetric admissions : percentage ward patients, percentage private patients and total number

Gynecologic admissions: " " " " " and total number

Distribution of cases of tumor in question (syncytial endometritis, hydatidiform mole, chorioadenoma destruens, questionable cases, chorioepithelioma or choriocarcinoma) between ward and private patients.

History of abortions in ward and private admissions, obstetrics and gynecologic.

Ave. hemoglobin (stated in percentage or grams), ward and private admissions.

The above data should be tabulated for each year, 1947-1952, inclusive. Other factors which local pathologists consider important should also be included in these data.

QUESTIONNAIRE : Geographic Pathology of Choriocarcinoma :

Contributors will kindly complete questionnaire for each case of syncytial endometritis, hydatidiform mole, chorioadenoma destruens, chorioepithelioma or choriocarcinoma. Doubtful cases should also be included. This form should accompany the slide or, preferably, the paraffin block, and should be mailed to Dr. Lalla Iverson, Registry of Geographic Pathology, Univ. of Philippines College of Medicine, Herran Ave. Manila, Philippines. It is hoped that all possible cases from the years 1948-1952, inclusive, will be submitted. Since it is anticipated that many of the questions included below cannot be answered, contributors are urged to include as much information as possible in their case abstracts and to forward these to Dr. Iverson. If these or similar forms are kept routinely on cases from 1953-1957, it will greatly facilitate a more complete study at the end of the next five year period.

Name of Contributor _____ Institution _____ Address _____

Patient's Name _____ Date admitted _____
(Surname in block capitals) Age at above date _____

Village or province _____ Racial group _____ Religion _____

Economic status _____

Service (check one) Obstetrics ward private ; outpatient inpatient

Gynecologic ward private ; outpatient inpatient

Other ward private ; outpatient inpatient

PERSONAL DATA: State of nutrition of patient (weight; fat, thin, etc.) _____

Hemoglobin (approximate dates) _____

Serologic group, if known _____

MENSTRUAL HISTORY: Age of onset _____

Frequency of periods _____

Length and flow of periods _____

Iregularities _____

Previous curettings _____

Other factors of possible significance _____

PREVIOUS OBSTETRICS HISTORY: Number of pregnancies _____

(give dates, if possible) Number of abortions _____

" stillborns _____

" normal pregnancies _____

History of postpartem bleeding _____

" retained placenta _____

History of expulsion of mole _____

Other factors of possible significance _____

PRESENT ILLNESS : (This should include the date of onset, if known; history of present pregnancy; duration of amenorrhoea; type of bleeding and dates; history of abortion, retained placenta, curettage, etc. If possible, give dates and type of instrumentation to which patient may have been subjected.

ACCESSORY DATA : Roentgenograms _____

Blood studies (hemoglobin) _____ Urine _____

Others (hormone tests, if any) _____

COURSE and TREATMENT : (If this space is insufficient please attach an additional sheet with pertinent information).

PATHOLOGIC EXAMINATION :

Tissue	How Obtained	Date	Gross Description and Microscopic Diagnosis
--------	--------------	------	---

POSTOPERATIVE FOLLOW-UP OR AUTOPSY FINDINGS

FACTORS OF SPECIAL INTEREST IN THIS CASE ARE :

Contributor

เอกสารส่วนบุคคล ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว

แบบ 1

..... 2/3.4 Mesenteric Thrombosis (ชื่อเรื่อง)

พ.ศ. 2497

จำนวน 14 แผ่น

แฟ้มที่ 6

กล่องที่ 1

MESENTERIC THROMBOSIS

2499.

MESENTERIC THROMBOSIS

Aug. 26 2493.



Janet Dwyer.

~~1950~~ 1950 Dec 6 by H. S. L. 2492 Horn S.W. 100.

କୌଣସିଲ୍ ରେଗ୍ରାମ୍ ନାମ ଶ୍ରୀ ମହିଳା ପାତ୍ର । ୧୪ ଫ୍ରେଡେମ୍ବର ୨୦୨୨-

Sent to Prof. Dr. W. B. Abbott 10 p.m.

Windmills & wind.

- Tidings from London

Yours for ever faithfully

Local account.

- Infusarial regeneration associated with intestinal obstruction.
- Stool - 1 per day & only 1 liter passed.
- Diarrhoea since 10 days with loss of weight.
- Abdomen 35 cm. from oxy 32 cm.
- Orbicularis - no tenderness or pain.
and rectal fistulae & fistula in ano.

Neonatal examination.

T. 104.8°F P. 40/min. R. 42/min.

General Appearance

Dehydrated and toxic with vomiting.

C.V.S.

No enlargement of the heart.

Normal heart rate, no murmur at any bivalvar area.

R.S.

Normal breath sounds in all areas.

A.S.

White blood count.

Abdominal examination - distended.

Peristalsis slightly active.

R.E.

1. Pharynx - tonsillitis & g.i. disturbance.
2. Intestinal parasite & obstruction.

Lab findings

Blood. Hb. 68% R.D.C. 3.68 mil/mm³ W.B.C. 8200/mm³

P. 89% L. 44%.

U.T.E.

Sugar 1%

W.B.C. 1 / H.D.

Feces.

Ascaris ova. positive. A few.

ຄ້າມີສົດ ດີເລີດນິມ໌ແກ້ວ່າ ນີ້ບໍ່ ອັດວຽດ ນີ້ເອົາ
ພຸກເງິນ ຊົກເປົາ ເຊື້ອເຮົາວັດທຶນອາໄຫາ ພິຈຳນົມ ປົກ
ພູມຕົວຕະຫຼາດ ລົດ.

Trichophyton mentagrophytes P. Tinea (104.8°F) P. & R
dehydrate ອົບ ເວັນ ນິກສາ ເຊັ່ນຕະຫຼາມ ເຊັ່ນຕະຫຼາມ
ແລງວິນ ໂດຍໃຫ້ຮັບຮັດ ພົມ ດັກ ລົກທຳ ສູງ
ພົມ ພົມ ປົກຕະຫຼາມ ສູງ

En el momento de nacimiento que diste
yo te diré: La vida

1. General peritonitis cause von peritonitis proaktiv nach perforation

you gastric ulcers appendicitis etc typical symptoms

W. onset of life - acute pain & epigastrum - then subsides
into chronic no perforation of gastric wall - not very much care

último dia com dor peritoneal intensa e abdominal distensão com náuseas e vômitos e dor epigástrica paroxística intensa.

which is continuing to collapse. Unfortunately, the
local waterfalls and numerous vegetations

not to get involved + interpretation of the last few shock too
misleading. But this has led us to another - perhaps much better +

normal W.B.C. with non-exudative bowel obstruction

3. Megacolon aka Hirschsprung's disease = Diverticular distension
no colon tone leads to sigmoid colon dilation - infants - infant
in early childhood - S. enlargement vs. abdominal wall -
hypertrophy - rectal vs. recto elongation - no rectal tone
K cardinal symptoms rectal & abdominal distension - constipation
and abdominal distension - associated with megacolon
none in 1st 5 years - childhood to adult life - abdominal
rigid - Nutrition - Vomiting: 10-15% no 3-4 weeks 10-15% ileocecal
transit time - peristalsis normal - rectal dilation - stooling - straining
with rectal dilation - abdominal wall - no rectal tone
abdominal distension - constipation - megacolon
symptoms - associated with megacolon - includes megacolon

4. Intestinal obstruction
(Strangulated hernia, adhesions, new growth)
) - primary or secondary - mechanical
- primary - congenital - adhesions - hernia - adhesions - chronic
- secondary - postoperative - fecal volvulus - adhesions - hernia
- postoperative - no large gut from adhesions and
postoperative adhesions - general peritonitis - bowel -
abdominal wall obstruction - adhesions - rigid vs. abdominal wall -
visible gurgling sounds, vs. visible peristalsis - vs. absolute
constipation - pain vs. mild - vs. general endotoxin in blood
and cellular necrosis - death
transient to intestinal obstruction - nine
plain film of abdomen - no distended intestinal loop
without gas - fistulae in vs. ladder pattern

Gastric and liver size normal. Bowel sounds few & constipated. Tenderness to abdomen. Shallow respiration. Temperature 103° & 1/2°. Worst nausea & vomiting around noon. Stool examination 150 gm. no Ascaris ova. Abdominal X-ray. No findings except in kidney against right intestinal obstruction. Abdominal X-ray findings on the contrary to those found in X-ray examination. 100 lb S. A. 97

Plain abdomen film:-

There is marked dilatation of the stomach and intestinal loop & gas, but no definite ladder pattern is noted. No abnormal shadow can be visualised in the abdomen.

Impression: Possibly intestinal obstruction.

Lab. findings.

Date	H.b. g.c.	<u>Blood</u>			<u>Diff. Count.</u>			<u>Urine</u>	<u>Feces</u>
		R.B.C.	W.B.C.	%	L.	E.			
16 Jan 92	68.4	3.68	8,200	89	11	-	-		Ascaris ova.
18 Jan 92	-	-	-	-	-	-	Sugar + W.B.C. // H.O.	Neg.	
20 Jan 92	57.1	2.73	9,150	52	48	-	-		
23 Jan 92	59.1	2.56	9,200	79	21	-	-		

104.6° F P. 140/min. R. 42/min.

Normal heart rate. Moderate increase in dehydrated patient

- Synthrogenine 1 cap. 1/2 hr.

- M. Pot Gt Ca 1/2 c. 1/4 hr.

- Magnesite tab - 0.0.

- Oral hygiene.

- Hyp. tab. 1/2 pr.

- cold saline enema

- aspirin 1 tab. 1/2 hr. 2 doses.

- glucose saline 1000 cc. ① below rectum

Glucose 1000 ml. 10%

Glucagon 10 mg. via rectum abd expl. rectum no. 25
order anti-shock measures to 95

- Penicill. 250,000 U. i.v. 1/2 hr. 3 hr.

- D.A.S.

- Vaso. v. 1/2

- Catecholamine

- Retain rectal tube

- Glip. phenothiazine 1/2 hr.

- 5% glucose in abd 1000 cc. ①

- Luminal 1/2 c. 1/2 hr.

Promote a mild increase venous return with a pulse
no. 10, rectal exp. rectum moderate. Give rectal 1000 cc. glucose saline 1000 cc. ①
Glucagon 1000 cc. administration to abd. transfusion 300 cc.

Mechanism - Intestinal motility much enhanced ileum more distended
no. 100 non-viable non-living part of gangrene main autointestines
wall non living tissue yes, yes. No fibrin deposits this
united. Mesenteric lymph glands can contract yes. Lymphatic
vessels don't penetrate. Lymphatic fluid doesn't accumulate
on 1000 cc. water. Non-living tissue which is viable anterior to the layer
seromuscular layer can have interrupted stoma. The continuous lymph

and through stitches no. 80. cat gut No. 00. on one end you will find
one more size: take 100 mm round wire-mesh larger than intended
stitches from 100 mm. 100 mm. Take rubber tube diam. 75 mm.
to give immersion bath.

ଅକ୍ଷୁଣ୍ଣାର ନିଃପ୍ରକଳ୍ପିତ

- D.H.S. $\frac{1}{3}$ gm P 6 hrs.
 - Penicill. G. Sod. 100,000 deep P 3 hr. 2nd - 60% or more P.D.
 - O₂ Inhalation
 - Retain rectal tube
 - 5% glucose saline 100 c.c.

Received 3-29-58 P. R. 1 hr. T. 37.2°. No change.

about 10 cm. & 6 mm. (23 sec.) Arched to fluid medium
above 10 cm. & 6 mm. (1st time, 10 sec. after injection)

But's *univoca* 18th Qu' Oultine var 6th 1850.
and 18th Qu' 1850. 18th Qu' 1850.

Alimentado de suelos de aguacate (14-2-97) muestra actividad en las
semillas y en las raíces dando 98% de germinación y 85% de establecimien-
to de raíces por cada mil semillas. La germinación es más rápida
que la de los cultivos convencionales en 14-15 días.

Gastric

mesenteric vein varicosities, ligation done 3 months
ago. Cardiac dilatation no Cardiograph in now
available 1 cu. ft. 4 hr., 5% glucose saline 500 cc. + St. transfusion
1 unit + 5% glucose dext. 250 cc. (1000 ml. total)
metronidazole 1 cu. ft. 6 hr. 2 dose 1/2 cu. cu. done 17 u.
RBC 1 cu. ft. (2.8 gm.) creatinine 100 mg. 15 min 2 hours 54%.
Retain rectal tube

Pathological findings.

ເລີ້ມຕົກລົງທີ່ເກີດວິນດີ 16 ຊົ່ວໂມງ ຮອດການມາຮັດວຽກລົງ

ମୁଦ୍ରଣ ଶତାବ୍ଦୀ

Section of the small intestine received reveals polymorphonuclear infiltration throughout the entire coat. The blood vessels are engorged with white and polymorphonuclears. In some areas the blood vessels show fibrin clot work and red cells finally adhere to the interior but not occlude the lumen of the blood vessels.

Section of the lymph nodes show hyperplasia and inflammatory reaction.

Diagnosis Mesenteric thrombosis with lymphadenitis

Disturbances of Mesentery - Thrombosis & Embolism.

Etiology.

Trotter (1913) has shown numerous mesenteric thrombosis & embolism cases with 60% due to arterial occlusion, 20% thrombosis vs mesenteric vessels & 20% with venous thrombosis. 10% have embolism vs mesenteric arteries. Superior mesenteric artery with embolus follows superior mesenteric artery which arises from branch common artery from abdominal aorta. Embolism vs inferior mesenteric a. occurs in 10-15% of cases. Infarction vs distal to origin of mesenteric arteries. Grossly protruding embolus to small thromboses.

Mesenteric venous thrombosis will occur in infections vs abdominal organs & appendicitis, other infections like streptococci or staphylococci, etc. It is rarer vs mesenteric thrombosis. Thrombosis & embolism vs veins occurs with infection due to adult rubella 20-70%.

Pathology.

Marked distension vs intestinal obstruction involves accumulation of bloody fluid in peritoneal cavity. Involvement segment usually goes involve with bloody reflux of contents of bowel which leads to gangrene. Line of demarcation vs embolism starts at approximately 200 meters away from site of occlusion & infarction.

Clinical Features

Causing vs mesenteric thrombosis involving human patients is seen in 1st. Half of worms grows fibrosis, causing vs 1st cause mechanical obstruction which leads to intestinal obstruction. sudden onset vs abdominal pain after 200 m of diarrhea. Then another 2nd factor - intestinal shock. Intestinal obstruction causes intestinal dilation, intestinal gas & abdominal pain, periumbilical pain, abdominal

Visible peristalsis with infarctions visible without infiltration

Prognosis Intraoperative histology is the most important prognostic factor. The prognosis is excellent if the resection margin is free of tumor. The prognosis is poor if the resection margin is positive.

TREATMENT: In adult patients the initial treatment is to remove the causative factor.

Causes.

Intestinal Obstruction :-

- ① Dilatation of intestine
- ② Ladd's patency
- ③ Fluid level thoracic.

Intestinal obstruction1. Surgical obstruction Intestinal.

① Mechanical obstruction - bring about leaves no intestine

- Benign tumor - myoma.
- Malignant tumor - carcinoma
- Foreign body (colon), calculi visible within ileo-caecal.
- Ascaris.

② Extramural causes.

- Adhesive bands - most common
- Strangulated hernia
- Volvulus
- Intussusception - most rare.
- Impaction.

2. Medical obstruction

Paralytic ileus or overwhelming infection - peritonitis, appendicitis, perforated ulcer, ruptured abscess, typhoid, gastritis etc.

Diag: ① History

② Palpation

③ Auscultation - ileus & ileostomy. (gas sounds) when air bubbles in the stomach. Ben. Metallic tinkling (high pitch) in ileum. Tones are soft & weak & variable, tubular resonance produces rhythmic soft metallic tinkling & bell-like.

Treatment of Intst. obstruction

1. Decompression -
 - Stomach tube, Intestinal tube
 - gas & fluid abdomen - bacteria & gas
 - swallowed air
 - bl. vs. Gastric & enteric microfauna

Methods of decompression

1. Remove air
2. Dec faecal roentgen.
faecal roentgen & inversely proportional to the decompr. time.
3. Sigmoid rhinomanometry - Surg. technique
4. intro antibiotics in N &
S. guamidene, S. Savidene, S. Phaladine

2. Correct Fluid loss & electrolyte loss.

most common electrolyte失衡是氯化物
common alkalosis in U.S.S.

3. Antibiotics.

In massive dose

Penicillin & Streptomycin - Intra Expl. lyp.

4. Explor. lyp. with Surg. case.

most Med. case No explor.

* abdominal tenderness Silent abdomen 無聲

Pathology of Mesenteric Thrombosis

- Danger bl. vs. 風險 - Embolus - granular
(a) Thrombosis - 99 veins

motion in the loop of intestine with gangrene

Complicated vs Intestinal resection

More info terminal ileum seen Novartis 1995
mechanism with diarrhoea common is rapid loss of
osmotic cholera one autopsy was Pseudomembranous
enteritis & gaspore was duodenum, jejunum, ileum
positive

H2O administration terms

Intravascular fluid = 2% body wt.

15.2.97. T. 104.8°F. P. 140/min R. 42/min. Sputum

General appearance dehydrated Hb° underneath 150.0 mm .

C.V.S. - No enlargement of the heart but tachycardia.

Normal heart sounds, no murmur at any particular area

R.E. - No right Babinski at any area

Normal breath sounds no adventitious sounds.

A.G. - Paroxysms of pain in tongue & mouth.

Diarrhoea - 3-4 motions per hour.

Anaemia - Hb 100% no anaerobic lactate

peristalsis normal +

Rectal examination - No tenderness or rectal distension.

Urine - Normal

Ornithine.

15.2.97.

R. - Hypothyroidism - goitre, exophthalmos, constipation, cold intolerance.

- M.I. est. 2.

- Multinodular goitre

- Oral hygiene

- Hep.

- Cold pack

- Aspirin

- Glucuron salivary

test

16.2.97.

11.15. 37° 40' F.

Bilirubin - Total 0.6.

- Specimens

- Urine - normal and retained rectal debris.

- stool

16 Feb. 97.

Plain abdominal film. No gas in the abdomen.

No stomach. There is marked dilatation of the stomach and intestinal loop (gas), but no definite ~~water~~ ladder pattern is noted. No intestinal contents can be visualized in the abdomen.

Impression: Possibly voluntary constipation.

2. Penicill G. Sol. 50,000 I.D. depth 3.5 m.

After 3 hr. 1.000 ml.

- Glucose 100 gm.

- Calcium gluconate 10 ml. followed by 2 ml.

Retain metal tube.

- O₂ Glucose sol. 100 ml. 10% 3.5 m.

After 1 hr. 1.000 ml. followed by 2 ml. glucose.

17 Feb. 97.

Plain abdominal film.

10 ml. calcium gluconate 10 ml.

After 1 hr. 1.000 ml. 2.5 m.

After 2 hr. 1.000 ml.

After 3 hr. 1.000 ml. glucose 100 gm. 300 mg.

metronidazole

After 3 hr. 1.000 ml. 3.5 m.

metronidazole.

Retain metal tube.

Penicill G. Sol. 100,000 I.D. depth 3.5 m.

After 3 hr. 1.000 ml. 3.5 m.

O₂ inhaler.

5% Glucose sol. 100 ml.

Lectin w/N Roent S.P., P.V.R. 27
Symptomati lo 1st Old sponge. 702.

18. ♀ f. saline. 500 + 200 + 100.
D.H.S 3/7m. 50 hr.

19. ♂ f. saline. 300 + 200 + 200 + 200 + 100. 27 T. Tawangin 100g

20. ~~Amaya~~. 200 + 50. 200 + Tawangin 200 + 100. 200.

Combined Clinical & Pathologic classification of R. of Intestinal Obstruction

Clinical Classification

Pathologic classification

Treatment

I. MECHANICAL OBSTRUCTION

A. Narrowing of lumen.

1. Strictures of intestinal wall

2. Congenital { atresia
imperforate anus

3. Acquired { inflammatory

{ traumatic

{ vascular

{ neoplastic ^{worm}

FB.

B. Occlusion (1. Gall stone w/ obstruct. g.t.)

(2. End ^{6th} 6th peritoneum - Fecal)

3. Compression from outside
(esp. pelvis - retroperitoneal
duodenum)

B. Obstruct due to adhesions (Band)

- Coags.

- Tumors.

- Traumatic

- neoplastic

C. Ileus

1. Vol.

2. Int.

D. Volvulus

E. Developmental errors which
give rise to intst. obt.

(Meckel's diverticulum, stenosis)

Simple except neoplasm

disease of the colon.)

Operation preceded

by section

for decompression

In late cases

except in

occlusion of colon

Simple or strangulated

Sect², op² for
persistent obstruct
and in strangulated

Strangulated

Early op²

II. INTEST. OBSTRUCT DUE TO NEUR.

Sect²

IMBALANCE

A. Inhibit- (paralytic) ileus

B. spastic or hyperactive tone

III. VASCULAR OBSTRUCTION.

A. Intst. ob. due to Mesenteric throm-

Strangulated

early operat²

- embolism

เอกสารส่วนบุคคล ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริงพวงแก้ว

สบ 1

• 2/3.5 Spirradeuo Caecinoma (ชื่อเรื่อง)

พ.ศ. 2497

จำนวน 5 แผ่น

แฟ้มที่ 6

กล่องที่ 1



Spiradeuo Cacinoma
of Rt. Lacrymal duct.

ก ร ร ມ

ແພນກ

ເຮືອນ

ວິທະຍາ ວິໄລ 2497

ធនករណីរួមទាំង និងវិរេច្ចកប់សម្រាប់ ពេលដែលត្រូវ គ្រប់ប្រជាធិបតេយ្យ និង
ការណិតក កែចករីនឹង ឬ ឯ ធម៌បន្ទាត់ក្នុង នាមវិសាលានី មក ៣៨៥ ឯ ការ
ភណ៌ត ឱ្យមាននូវប្រជាពលវត្ថុ ឬ កំណើន ០ និងនឹងស្ថាបន្ទាត់ក្នុង និង
- ឈ្មោះដើមីឱ្យបានរាយដោយ ៩ កំណើន ឬ ការណិតក និងការណិត ឬ ឯ ធម៌
- និងការណិតក និងការណិត ឬ កំណើន ០ កំណើន ឬ ការណិត ឬ កំណើន ឬ ឯ ធម៌
- និងការណិតក និងការណិត ឬ កំណើន ០ កំណើន ឬ ការណិត ឬ កំណើន ឬ ឯ ធម៌
- និងការណិតក និងការណិត ឬ កំណើន ០ កំណើន ឬ ការណិត ឬ កំណើន ឬ ឯ ធម៌

ପ୍ରମାଣିତ ହେଲା
କିମ୍ବା କିମ୍ବା

一一一

卷之三

卷之三

卷之三

— ५ — विजयवार्षी

תְּמִימָה וְעַמְמָה

1800 GRAM

卷之三

卷之三

卷之三

44-1189-T 11000

卷之二十一

185 186 187 188 189

卷之三

- ๒ -

Spiradenoma

Pharynx

pharynx เม้า tonsils ในโพก

Heart

ไม่มีคร No murmur at any valvular area

Lung

No diminish of chest movement.

เครา ใบพับ

ฟัง No adventitious sound

Abdomen

Normal contour, no sup^{er} dilated vein

No visible peristalsis

脉搏 No palpable puls:

เครา Normal tympanitic note

ฟัง Normal gurgling sound

Progress & Rx in

อาการ เวลาเดินทางอยู่ต่างประเทศ หายดี

อาการ และในปัจจุบัน ที่คงอยู่ต่อมา 2 ปี ไม่พบมีไข้ ไอ

mass ออก และศรีษะ มีเสียงหัวใจ

Mass นักนลักษณะ

เข้าหากัน

ผด Biopsy Spiradenoma carcinoma

เป็นแผลหายดีแล้ว ๑๒ วันหลังนี้ หาย Deep หายดี

1500 r. เก็บ ๓ เก็บมาก progress

Lab findings

R.B.C. 3,7  Hb 74%

W.B.C. 4300 R 79%, L 20%, E 1%

Bl Kahn 4+ Urine exam neg. Stool exam neg.

วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๓๗ อาการทั่ว ๆ ไปดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถ

Vision 6/6, 6/6 จึง discharge กลับบ้าน

กับ tissue

เอกสารส่วนบุคคล ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริงพวงแก้ว

สม 1

..... 2/3.6 Adeno-carcinoma of rectum (ชื่อเรื่อง)

พ.ศ. ๒๔๙๗

จำนวน ๘ แผ่น

แผ่นที่ ๖

กล่องที่

Pull thru'
Ca. of Rectum

Adeno-carcinoma of Rectum

Jan. 25, 2498

CASE: ADENO-CARCINOMA OF RECTUM

OPERATION: ABDOMINO-PERINEAL RESECTION.

(PULL THROUGH.)

Patient սօվոն աւ 30 ց.

H. N. 68576

A.N. 19718 24649

Bout 950 m Dec. 21, 96 - Feb. 26, 97

0502 Sept. 18, 92 - Nov. 27, 92

รายการสืบค้น เมธอดีร์: โนเคน 20 พ.ศ.

ပန်စောများမြတ်ရမှု

4-5 ខែ នីវត្សន. កំពង់ខាងក្រោម ឃុំសៀមរាប សង្កាត់ ក្នុង ភ្នំ
សង្កាត់ នៅ ឱ្យការបិទសុំ ជាមួយ
20 ខែ នីវត្សន. (ក្រោម) ក្នុងដែលសំណើនៅ នឹងក្រុង សៀមរាប
សង្កាត់ នៅក្នុង បុរាណធម្មនៃ ក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង
សង្កាត់ នៅក្នុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង
ក្នុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង នឹងក្រុង

บริษัทสหผลิตภัณฑ์

15418 18th Aug 1900.

କୋମିନ୍‌ବେଳେ ୧୯୦ ୧-୩ ମରୁଷାହିତ.

120 Dzenn 15 Gant ခုနှစ်မြောက်မြောက် ၁၁၂၀။ ၁၁၃၀။
၁၁၄၀။ ၁၁၅၀။ ၁၁၆၀။ ၁၁၇၀။ ၁၁၈၀။ ၁၁၉၀။ ၁၂၀၀။

Neon Bowls No: around

— නිර්මාණ සංඛ්‍යා දෙ මුද්‍රා සංඛ්‍යා ඇ වූ අනුකූල යුතු නේ —

- 1100 3.56 กองที่ 2-3 ลุ่มน้ำห้วยน้ำตก อ.แม่สอด จ.เชียงราย

1000000000

- nach b. Mai
Königswinter Wim Auer Konzert 5.10.

- තිබුණ් විවෘත මාලින් නිවැරදි ප්‍රංශය නිවැරදි ප්‍රංශය
- ගැටුණු තීව්‍ය මෙහෙයුම් නිවැරදි ප්‍රංශය.
- ආරක්ෂා ප්‍රංශ නිවැරදි ප්‍රංශය.
- රුදු ප්‍රංශ මෙහෙයුම් ප්‍රංශ නිවැරදි ප්‍රංශය.
- ගැටුණු තීව්‍ය මෙහෙයුම් ප්‍රංශ නිවැරදි ප්‍රංශය $k=4^+$

PHYSICAL EXAMINATION.

ପ୍ରକାଶ ମେ ଦିନ ଅଧିକ ୧୫୯ ମିନ୍ (୨୧ ଜୁଲାଇ ୨୪୯୦)

T. 99.2°F P. 90/mm. R. 20/min. S.P. 120/100 mm. Hg.

General Appearance 50.

Affected part. - Right breast. 2 F.B. In mid line, no guarding, no palpable mass.

- Rectal Examination - sphincter tone +ve

- What's your man like now?

Son wall yrs sigmoid colon 3 layers admit I.B. nod

Now return now stool of mucous & bloody discharge notice.

LABOURATORY FINDINGS.

12th Nov 5th adult female:-

1. Blood. Hb 74% RBC. 4.03 mil/mm³

WBC. 4400/mm³ P. 85%. L14%. E1%.

2. Urine. ✓ Feces. = Negative findings.

3. W.v.R = Regaloae

X-RAYS FINDINGS.

1.

2. Ba. enema Film No. 4263. Oct. 4, 1997.

2 films for Barium Enema.

Barium is introduced into the colon under fluoroscopic examination. There is stricture of rectum as barium is hardly passed rectum but there is no any obstruction noted along colonic tract. Caecum is well filled as well as the appendix. The position of hepatic flexure is rather low than normal.

In the post evacuation film, stricture of rectum is well demonstrated. Again no defect can be noted in the colon.

Impression:

1. Stricture of rectum
2. No defect of sigmoid and colon.

P.V. EXAMINATION.

No. Normal genital organs.

No gynaecologic condition.

PROCTOSCOPY

Report 18.10.96., 8.10.97. & 10.10.97 (H.M.Neuro)

Findings:-

Mucosa normal friable 11x6 mm² non definite growth involvement

BIOPSY

Report 23.10.96. (Received 20.10.97. S.H.O. 92)

Section of the nodular growth around the anal canal represents well differentiated glands of uniform size and shape like normal structure.

Pathological Diagnosis Adenomatous polyp.

CYSTOSCOPY

80, 80 14 D.W. 97.

Yarrowaynd.

$\text{^{180}Nb}$ admix $\text{^{187}W}$ synchrotron meh.s.w. 39 s

જાહેરાની જીવન વિધો આણાસો.

Mrs. Mrs. R.S.W. 150 admit 150 m:-

Symptomatic

- stool exam. 11th - Neg finding no 4 m.
 - Antibiotic P.O.M.
 - Dilate rectum 0.1% Metoclopramide.
 - Nitrofurantoin 100 mg tab N.D.C. twice daily.
 - Oxytetracycline 250 mg tab n.o.r. n.i.d.

monot Stockage 250 m² 100 cijkoës o'morosimisno
 o'cijkoës noo, s'cijkoës k'k'as k'k'as n' O.P.D. n'mahmarru n'st
 s'isont'k'k'as m'w K = 4⁺ l'k'su m'so Procaline paracell. 2 c.c.
 10 m².

ເຖິງ ເນັ້ນ ການທຶນຂອງ ດັວກ ດັກ ແລະ ດັກ ດັກ
ເຫດຜົນ: ພູມການຄົວ ໂດຍ ເນັ້ນ ຕີ ດອງກຳ ຊ' O.P.D. ສັນ 29 ລວມ 97.
ອົບອົບຕົວກົດ ກົດຕົວ.-

ను మాన విన్కోస్టిలెక్షన్‌నా ఏపీ లెక్సా
ప్రతిబంగి మొర్సల్ లెక్సా లోగ్ మాన లెక్సా ఫ్రెం కస్టమ్
యిస్ బ్లెడింగ్ లిస్ ట్రిక్యూ లెక్సా లెక్సా లెక్సా లెక్సా లెక్సా

សេវាទី ការបង្កើតរឹងចាំបាច់ និងការបង្កើតរឹងចាំបាច់
សម្រាប់ សំណង់ អាមេរិក ក្នុង សាស្ត្រ និង ការបង្កើតរឹងចាំបាច់
សម្រាប់ សំណង់ អាមេរិក ក្នុង សាស្ត្រ និង ការបង្កើតរឹងចាំបាច់
សម្រាប់ សំណង់ អាមេរិក ក្នុង សាស្ត្រ និង ការបង្កើតរឹងចាំបាច់

H.R.O. 2497. *Sugihara Tomio* *The 5th June 1945*
 1st name *Tomio* *YOSHINO* *Matsuura* *10: AM - American* *British*
Hanayashiki *3 August 2497* *The 5th June 1945* *10 AM*

(A.N. 27649) Unprovoked S. Carcinoma of Rectum.

20 November 1997. Tissue Biopsy of rectum done.

Treatment:-

Mucosa of large bowel - Chronic inflammatory reaction. No evidence of malignancy.

Normal site area to no abnormal to follow up
Conservative Nourish diet

- Bl. transfusion $\frac{1}{2}$ unit.

- Antibiotic P.A.M.

- Tabs S. gramicidin

- enox - Multivitamin

- M. Feni Ammon GL

- C. L.O.

- Supper bee.

12.00 am 24/11/97 - Stool of bleeding from rectum
metabolic studies - Normal Metabolism
urine + 5% sugar. Normal. Urine test
normal no stool exam or negative findings
metabolic - S. gramicidin tabs. 1 tab. / day.

- m. Bi & Soda 1/2 g. p. q. 4h. 1000 ml

- 5% glucose saline 1000 ml daily.

- Vit K. 10 mg. O.D.

- in bleeding time = 3 min.

Coag. time = 3' 50"

18.11.97 - Tuberculin test cno =

19.11.97 -

18.11.97 - Blood transfusion done

- D.H.S. $\frac{1}{2}$ gav. normal 16 c.c. 8 min. 1.8 p.c. } 300
} Normal

- Tab. S. gramicidin 2 tab. f. 9 p.m.

- Fluid diet

- Gastric continuous suction. 100 ml. 10 min. 100 ml.

22.9.01 m 2498.

Operation Abdomino-perineal resection
mobilization of sigmoid colon (pull through)

Position of the Patient

Stage I. Dorsal recumbent

Stage II Lithotomy position

Stage III Dorsal recumbent.

Procedure

Stage I In left paramedian incision 6" on ant-abdominal wall. Enter peritoneal cavity. Pack small intestine. Retract rectum. Identify sigmoid colon. Cross rectum. Rectum crosses sigmoid colon 5". Sigmoid colon crosses rectum. Free from peritoneum. Cross rectum 5".

Stage II Continue in lithotomy position. In incision. Sigmoid colon dissected free from rectum. Mobilize sigmoid colon from rectum. Sigmoid stricture. Open anal opening for sigmoid colon. Connect to rectum. Drenoc. Vaseline gauze.

Stage III Abdominal walls in Tidal sterilization. 10% iodine bath. 5% carbolic acid.

48 h. open on Rectum on 1st day.
Electric cauterization 10: repair posterior vaginal wall 10: Bladder tear. 10: 10: rectum open.

Yodine bath to Bl. transfusion 2 unit +
H.S.S. 1000 cc. 5% carbolic acid.

Post-Operative Care.

- Vag. dress 10:10 4 days.

Gastric continuous suction 10:10

- Penicillin G. Sodium 100,000 IU Q as initial dose
next 50,000 IU Q 3 hr. for 2,000,000 IU.
- 5% glucose Saline 1000 cc. + 5% Glucose in dext. HO 1500 cc Q D.S.
- In Sedation - Luminal 300 mg
- Morphine 1/2 gr

1st day P.O. Temperature 102°F. Venous pressure 16 mm

Alcoholic sponge

2nd day P.O. - W resection of rectum. Bowel mobility good
Q.D. take drain to lower rectum. No rectum.

- Repair perineum. 18 Vac. packing to 48 hr.
- 1/2 Nitrofurantoin
- 0.5% Neosporin

4th day P.O. (26.9.97)

- 1/2 Nutr. Fluid diet since

5th day P.O. (27.9.97)

- Bl. transfusion - 1 unit + 5% Glucose saline 500 cc.

7th day P.O. (29.9.97)

- Transanal S.A. 100/50 mm Hg.

8th day retain urethral catheter, no abdominal gass.

- Bl. transfusion 1 unit + 5% Glucose saline 500 cc.

Prophylactic 5% glucose saline 1000 cc + Glucose

In dext. HO 1000 cc. now

9th day P.O. (31.9.97)

- 600 Penicillin G. Sod. 60,000 IU Q 6 L X 1 week.

- S.H.S. 1 gm bid x 5 days.

next Boston 4600 cc A/S:0.0.

- Nutr. Light soft diet 2/3/100 + Fl. diet. 1/3/100

Note Light soft diet 2/3/100 1/3/100

- 1/3/100 fl. dressing & 1/3/100 Vaseline

Gauze 10. 1/3/100 P.K.P.

Li enzys - Mucilant

- M-Ten A.R.

C.L.O.

一

LABORATORY FINDINGS.Blood Count.

Date	Hb. %	RBC. /mm ³	WBC /mm ³	Diff. Count.			Coag. Time	Blood time.
				P. %	L. %	E. %		
22.8.96.	44	4.03	4,400	85	14	1	-	-
30.8.96.	44	-	-	-	-	-	-	-
8.9.96.	48	-	-	-	-	-	-	-

Admission								
20.9.97.	48	3.70	5,100	84	16	-	3'20"	2'30"
21.9.97	44	-	-	-	-	-	-	-
13.9.97	44	3.03	9,350	76	24	-	-	-
14.9.97	-	-	-	-	-	-	3'50"	3'
25.9.97	26	-	-	-	-	-	-	-
26.9.97	27	1.08	8,600	88	12	-	-	-
28.9.97	39	-	-	-	-	-	-	-
29.9.97.	54	3.26	6,950	76	23	-	-	-

Blood Chemistry

Date	Serum Albumin	Globulin	N.P.N.
21.9.97	4.41 mg%.	1.75 mg%.	-
26.9.97.	3.56 mg%.	1.89 mg%.	20 mg% bp.

เอกสารส่วนบุคคล ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริงพวงแก้ว

สม 1

3/3. ๗ Pneumoperitonitis Diverticulum (ชื่อเรื่อง)

พ.ศ. ๒๔๙๗

จำนวน ๒๖ แผ่น

แฟ้มที่ ๖

กล่องที่ ๑

① Preauroperitoneum
(Causes?)

② Diverticulum of Bladder
Incontinence of Urine

① Perforatus T. B. ulcer of intestine.

Precursus pentituum

Confidence of Home

~~Bladder dice Fr. alema~~

ญี่ปุ่น เด็กชายนิย 7 ต. รัฐวิสาหกิริ 14 ต.ค. 2492 บ.ว.100.
เด็กชายนิย กองทัพเรือ ร.ช. 26 ธ.ค. 97
เด็กชายนิย กองทัพเรือ ร.ช. บ.ช. 80 บ.น.
เด็กชายนิย มนต์ 5-6 บ.น. 1
เด็กชายนิย กองทัพเรือ 3 บ.น.

នគរបាល

Mr. G. A. Johnson

ລົມເລີນ ພູນສົກ. 8 ປ. ສະຫຼວງ ນໍາ 8 ປ.

anha idu q wo 31 7.

March 11th 1924.

March 1st 9 AM 22° F.

much the o^t mo^o 267.

Mon 5 Aug 1979

Aug 9 1914

ANT 110 ♂ SW 128.

and 8 in 7 875 ~~the~~ ~~in~~ of ~~see~~ no

និងចាន់ នៅសម្រាប់ ទីតាំងនៃខ្លួន

10 cm over 50°. 10 cm over 50°.

Widöm Miss V.O. verhört

ວິສອນ ຊົວໃຈ ອານຸມະນີ. ຮູ່ເຄື່ອນ ກ່ອດັບດົກ ນຳ ປົກກະບົງ.

၁၇၂၃ ၁၇၂၄ ၁၇၂၅ ၁၇၂၆ ၁၇၂၇ ၁၇၂၈

on 7 May 1965.

070 + 0. 8615

ធនការណ៍ នាយកដ្ឋាន នគរបាល/សាស្ត្រ នៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

Mr. A. M. Poerwono.

- នាមអាជីវកម្មសាស្ត្រ និងបុរី. នានាគំខាន់

- 1100000000. 100-300 км.

- ## - Telling the geographical region

- Nine Dots in Line

- οντοτητούς, και τούς συνέπους σιστημάτων

ເປັນທີ່ ດົກລະຄອດ ຖໍ່ມີ ດົກລະຄອດ ສະບັບ ຕົວ

- នានាឡេខា: ៦២ ខែ មីនា ឆ្នាំ ២០១៩ លេខា: ៩៣៩ សៀវភៅ រាជធានីភ្នំពេញ

incisivos: molares: caninos: molar superior: cíngulo: los tres

- Yāra-lāññus ña Vaccin uññayññu.

Sixty nine year old man.

T. 100° F. P. 120/min. R. 32/min.

General Appearance

	TOxic	Anæmia.	respiratory	53.0 mm.
<u>Heart</u>	Negative	findings.		
<u>Lungs</u>	Negative	findings.		
<u>Abdomen</u>	distended			
	Low & plan no rööls.			
	hyper tympanic note			
	No ascites			
	no icterus			
	no tenderness			
	no guarding			
	no mass.			

Laboratory findings

Hb. 47%.	Rbc. 3.81	mil./cu. mm.
Wbc. 7,900	P. 65%	L. 35%.

Urine - few wbc., few epith.

albumin } negative.
sugar. } negative.

Feces - *Entero bius vermicularis* ova

Provisional Diagnosis

Enteric fever & perforation

II

Prognosis & Treatment Dr. Ward.

11 M.S. 17 S.A. 97.

- Glucose saline 1000 cc. ①
- Bl. urine stool exam.
- Turpentine enema or Stippe's retained rectal tube
- Vaseline 1/2 lb. 1/2 oz.
- Kavectin w/o Synthoacetyl 1 cap. q 4 h. (Dr. 265.0.)
- Plenty of fluid by mouth
- Maltitol tab 3 O.S.
- Liquid diet.

18 S.A. 97.

- Paracaine 100 mg. ⑩ as rectal rect 75 mg q 8 h.
- X-ray chest. No findings.

No. 3258

A-P view of the chest.

Fever 6 days, abdominal distension

There is marked elevation of both leaves of diaphragm. There is accentuation of lung markings in both lung fields, with also reduced capacity of both chest. Heart is moderately enlarged.

There is collection of gas in the abdomen especially around the liver and right subdiaphragmatic region. The intestinal organs are well outlined.

Report - 1. Pneumoperitoneum.

2. Enlargement of both diaphragm due to

3. No definite pulmonary pathology.

At 10:30 A.M. no consciousness lost reflexes

pm: on abd. wall of the hypochondriac region he has respiration 30/min. in 10 sec. 1500 cc. No

In 5% Glucose saline 500 cc. + 5% Glucose in dext. H₂O 500 cc.

19 Feb. 1947.

Onmission No. 100. Hospital Name ~~100~~ F. 103 N
not normal. On roads and 100^o

Mother is Leucorrhea go $\frac{1}{2}$ @ 36 h.
- O₂ inhalation.

Examination of chest & abdomen. Abdomen.

No. 3269 A.P. view of abdomen, P.A. views of chest.

This examination is taken after aspiration
of 1000 cc of air from peritoneal cavity.

Abdomen: Only small amount of free air is noted in the
peritoneal cavity. There is no abnormal shadow noted
in abdomen. Congenital abnormality of coccyx
is noted.

Chest: This film is underexposed and should be repeated
if clinically warranted.

Suspicion: 1. Previous-pentothal marked decrease in
amount of gas.
2. Deferred for chest.
3. Congenital abnormality of coccyx.

Open with conservative treatment on 100^o Hg, Re-
duce salin ① p.o.: 1000 cc. or more.

21 Feb. 1947 10 day chest X-ray.

No. 3312 A.P. view of the chest.
Re-examination.

There is no free air in the subdiaphragmatic
region of both sides as previously. There is slight increase
in density of lung markings in the right lung fields.
Enlargement of the heart to the left is visualized which
may represent left ventricular hypertrophy. Only small
amount of possibly free gas is noted in the mid abdomen.
Suspicion: 1. No pulmonary infiltration.

- (Observation)
2. No subdiaphragmatic collection of air.
 3. Normal amount of peritoneal fluid.
 4. Cardiac enlargement.

No. 3389 N to Synthomycin treatment. At

Glucose 5% 500 cc + Amigra 1000 cc.

Given 12 h. now await.

L.S.A. 2497. - Found free gas in abdomen.

- 10% glucose in dist H₂O + Amigra 1000 cc.

- Gastro continuous suction no. 8 mm.

- Abdomen opened with Synthomycthi 1/2 Tevaycin 5% 50cc
to R.N. Kray Shafte. No. 3389.

No. 3389 A.P. view of the chest.

Re-examination

The film reveals free air collected in the subdiaphragmatic space. Right dome of diaphragm is elevated. Small amount of air is also noted in the lt. lower abdomen. No emphysema change is visualized in the lung parenchyma and heart.

Impression. - Subdiaphragmatic collection of air

- Cardiac enlargement.

- No pulm. infarction.

Operation

Abdominal exploration. The abdomen contains no free air. 3000 cc. (Urine)

In the abdominal compartment no. 4% Mannitol 1000 cc. was instilled per rectum in volume 1000 cc. 75 min. after instillation the abdomen was explored. Anti-peristalsis + squish. Re-dilation.

No. 3389 At N. St. transfert - 300 cc (2)

- 10% Glucose in H₂O 500 cc + Amigra 500 cc.

26 A.M. 2897

encysted lymphadenosis leprosy.

Moraxameleotican. T. 102°F P. 120 R. 28/min. B.P. $\frac{100}{70}$ mm Hg
min.

Gen. appearance.

Normal skin. mottled red spots gethi (Sarkoidoh)

A.S.

Abdomen - All over - ~~abdominal~~ no tenderness No tenderness

Pharynx Normal Tongue Yell. Normal

Abdomen. S swelling at Rt. hypochondriac reg.

Transverse lobe & one toe depression less swelling 0.5 cm

gen. abd. wall abd. wall not stiff, bulge no

No tenderness in right hypochondriac reg. or in toe depres.

Rectum normal. Tend. rect. abd. wall no visible peristalsis

abd. abdominal wall no, N distended no

Tend. guarding transm. in right hypochondriac reg.

abdom. wall no tenderness on guarding Liver spleen

no tenderness abd. wall no tenderness

10m: Hyper sympathetic note ~~no~~ N

Stetho. Rt. hypochondriac 10m. No's soft low duller.

No ~~diminute~~ quefis sent. negative.

R.S.

{ No positive findings.

C.V.S.

L.S. abd. regional lymph glands - both sides firm non tender, white. No: 4-6 wh.

N.S.

Sicca part toe talk.

Knee pk very sluggish most neg. 1 sec.

- Motor sensory funct. not impaired

Intelligent a.

May 10th 1905.

- Penicill. G.S.V. 100,000 N.R. 130. } 130.

- D.H.S. $\frac{1}{3}$ gr. } 8L. a grm. } 130.

- Worms & mites.

- Vom. & m. Magn. off Syphomyces 100: Tawamycin.

1000: 100: Nitro. Nitro Bileg 100: 100: 100.

- Gastric content suct. for gastric content can
no 5-10 cc. /day. 10cc. 10cc. 10cc. 10cc.

abdomen 5% Glucose soln 200cc + Ringer 250cc + Tawamycin
200 mg. O. 100. (100.)

D.H.S. $\frac{1}{2}$ gr. 100: 100: 100.

29. 3. 1905 Am Bl. agglutination test. 1000.

Widal's test for E. typhosus +ve granular O. $\frac{1}{320}$
para A, B negative.

Yam Gastric. suct. 10 100. no sign
vom. no vom. R. Hypochondriac. No. 100. signs.
off gastric suct.

vomits 10:10 off 100. 10:10 to Typhoid diet.

C.L.O. Multif. Lederace. 100:100 60

Stool light soft diet 60

off stool 100:100 100:100 100:100 100:100
Stool 100:100 (No. 100:100) 100:100 100:100

Off 100:100 100:100 100:100 100:100 100:100
100:100 100:100 100:100 100:100 100:100

Off 100:100 100:100 100:100 100:100 100:100

abdomen 10 100. 100:100 100:100 100:100

no sign anal (Am Tuberculin test for no reaction)

Menses with no response to 100:100. At 100 specific
Treatment off

gap. sand + ve

25.04.1992 In the bulging pt. Lt. hypochondriac regi.
Nasogastric bulging seen in abdomen. 10.00. Pulse 100. Respiratory 20.
There were 50-60 small swellings like hypochondriac region in
abdomen around the abdominal wall no, N 1st distend soon
Dr. Ajith Kumar (M.B.B.S) (Dr. L. Jayalakshmi Drk.) said
that abd. wall distend occasionally due to liver sept. vein to
liver. At hypotympanum note white nasal ganglion nodes.
splashing sounds neg. RL thrill neg. common dtl neg.
R. H. 11.9 mm. 15-13 mm. P.D. 10.0 mm. S. D. 10.0 mm.
G.R. 10.0 mm. Q.I.V. monosaccharide.

Onset & Progress.

In early morning temp. was normal
11.00 A.M. 99° - 101 - 102°F Temp. 103-104
26.04.1992 Nausea continuous.
35.04.1992 Faint early in the morning, less
10.05.1992 Abdominal pain.

12.00 30.4.92 At Kray glass. Acute pain from 11.00 to 11.30
stomach. No haemorrhage. Pain from gas in abdominal cav.

31.04.92 Tuberculin test. 200 + + + ve.

30.04.92 M. I.V.P. M.C. Cystography

M&S

1. Normal function of upper U.R.T system
2. Possibly big detrusor of bladder

1. 1. 0. 9. 9. 2. M. Cystogram shows high tone of bladder
with atony of bladder.

Misisono me 04/12/31 0.7. 2497 T. 98.6°F P. 98/₁₂ R. 20/min. S.P. 110/₆₈ mmHg.

Gen. appearance

110 lb. Liso

Abdomen water on abdomen no gas visible. S. sup. veins not hoo

no N

no m - distended abd. wall

- Liver ante. & P.B. from Rt. costal margin

- Spleen ante. hoo m'g. & hypocondriac reg. a few mass of m'g. no thickening. York notch

- w. S.P. region. 100g no: no, no, no

mass m'g. m'g. mass of fat above no
signs. no thickening, red, skin m'g.
no adhesions. m'g. skin no thickening
liver no. (no: skin m'g, no: skin m'g, no: skin m'g
no: skin m'g, no: skin m'g)

100: to hypertympanic note Liver dull - m'g. 4th I.C.S.
no to normal gurgling sound. m'g. 6th I.C.S.
m'g. 2FB. < Costal m'g.

Lymphatic system

to inguinal lymph gland no palpable varicosities
No m'g. skin no: 4-5 lbs

Neurological System

Big toe +ve.

Knee jerk - sluggish - both m'g. 100

Systolic

no reactive pulse.

g.m.o. 92 m. Ba. meal

- Impression ① No definite pathology of the upper G.I. tract
② Hypermotility of G.I. tract

E.S.R. 84 mm./hr.

10

ຕາມນີ້ ມາຮອງຮັບເປົ້າການພູດທະນາ ແລ້ວ ນັ້ນແລ້ວ ສັນຍາກົດ.

1. ອົງລົບ ອຸນທານ ສີ-ບົນ ພິຈີ: ດາ: ດອນເນື້ອໃນກະຕົວ
ນັດງາງໃຫຍ່ ຢູ່ຕັ້ງປະຕິບັດ ປົນ ທີ່ຈີ, ດີນ ດັບຕົກປົກປົກ
ເຄີຍມີ ຕົກຕົກ ດັກ ນຳ.

2. ອົງລົບ ແກ້ວກີບ ເກະໂກນປິດ ສົນ ອົມສິຫນເວລະ ຜົນເມື່ອ^{ກີບ}
ປົກປົກ ພົມ: ປິວຕິວດີ

3. ແມ່ນ toxic ໂດຍ ກົບຜົວມ ອອດລົງ, N ຢູ່ຈີ guarding

4. ຢີ prolonged ໂດຍ swing ໄກສະເຫຼີດ ເກົ່າ
ພິຈີ: ວິຊາມ ອຸນທານ ອຸນທານ ອຸນທານ ອຸນທານ ອຸນທານ
ກົດກົດ ອຸນທານ ອຸນທານ ອຸນທານ ອຸນທານ ອຸນທານ

5. Lab findings

 - Sp. Hb. 74%. Rbc. 3.8 mil/mm³.
 - W.B.C. - N&W leucopenia (7,900)
 - Increased lymphocyte (35%).
 - Urine negative.
 - Stool ອຸນທານ ລັກທີ່ ລັກທີ່

6. Drug findings

 - widely used? Osm Negative +ve 1/20295n/a 2.18-1000 +ve 1/20
 - Negative findings + chart.
 - Pneumo peritonitis. Organ file in the generalized
pathology section at 7.2. Case 3 pneumoperitoneum

Silvius in his pneumo-pertacum No.

1. Perforated gastric ulcer.
 2. Perforated typhoid ulcer of the intestine.
 3. Perforated tuberculous ulcer of the intestine.
 4. Perforated Ca. of the colon.
 5. Production of gas by the *Bacillus coli* communis either in a local area (e.g. appendicular & subdiaphragmatic) ~~area~~ or in the gen. peritoneum.

Perforated gastric ulcer. Diagnosis to exclude life threatening complications.

Incidence vs. gastric ulcer & male, middle aged

11a: 100% perforation and severe epigastric pain, nausea & shock, weak pulse, prostration, skin cold & clammy, tachypnoea

11b: 8 sign of diffuse peritonitis occurs. X-ray to gas in diaphragma. Distinctive signs of symptoms. Life threatening. G.I series to be confirmed.

Perforated Ca. of the colon Now exclude Yōmei
Ca. with morgagni I know this rare now in Mr. Ca. 102100005
Yōmei still pain no bloody stool etc up blood
loss fat with dehydration etc.

Production of gas by the *Bacillus coli* communis 10² h
appendical abcess into subdiaphragmatic abcess mortal: 0/66
O'meara vs appendix 10² O'meara 80% mortal
Wright 100% mortal

1. Perforated typhoid ulcer of the rectum, also
perforated tuberculous ulcer of the intestine associated
with mesenteric lymphadenitis. No laboratory findings
of tuberculosis present.

Q. Typhoid perforation at 11:00 a.m. Typhoid
fever do & gradual onset like Noonan's disease
Noonan's anorexia diarrhea & epistaxis No constipation
pulse 110 per min high continuous fever 105
No 30 Q. 1st wh. 11:00 a.m. 10:00 a.m. 2nd wh. 11:00 a.m.
spleen in left iliac crest 11:00 a.m. perforation outside
iliac crest 2 faeces sudden sharp pain in right
abdominal quadrant 11:00 a.m. diffuse & nausea vomiting
pulse 100 N.B. 1 local rigidity of abdominal wall

mid gas in abdominal cavity over liver darker & obliterated
W leukopenia Hb: hypoglycemia Widal reaction O: 1/16 +ve
H: 2 w/ wk.

Diphtheria Clinical signs & symptoms 112
 W.B.C. Normal or low. Widal's reaction positive (IgM) 1:320
 also positive granules O. $\frac{1}{320}$ para A.B. negative [IgG]
 Antitoxin 1st Military T.B. negative Widal's reaction
 +ve to indigo] (Cecil p. 229, 7th edition.)

Fig. 1. ^{10P} *distended* *sinus* *l₁*: *WuN* *to* *S* *lungs*
1. Perforates *typical* *area* *of* *the* *interstitium*.
2. Perforates *abnormal* *area* *of* *the* *interstitium*
Widens *anterior* *posterior* *lungs* *space* *between* *them*. ^{10S}
WuN *and* *lungs*.

TUBERCULOSIS OF THE SMALL INTESTINE

Tuberculosis often invade wall vs. outside the peritoneal with mucosal surface first. In Tuberculous peritonitis there penetrate infiltration with exudate causing peritoneal adhesions. Adhesion can occur between T.B. tissue & mucosa or between lymph follicles. Typhoid fever causes infiltration of fibrosis into tissue along with lymphatic vessels to drain the area. These lymph vessels usually become thickened. Fibrosis can cause intestinal constriction resulting from magnified constriction leading to intestinal obstruction and peritonitis.

Intestinal obstruction with peritonitis may lead to complications such as perforation. Perforated intestine is due to gangrene (inactive) or necrotic intestine. Intestinal perforation leads to peritonitis, diarrhea, nausea, pain in intestinal obstruction into peritonitis. Gangrenous wall results from intestinal perforation. Gangrenous perforation leads to obstruction in the bowel. Medical treatment of intestinal obstruction is peritonitis.

Late findings

Blood

Date.	Hb.	RBC.	W.B.C.	P.	L.	E.	Urine
18.2.92	74%	3.81	7,900	65	35	-	
30.2.92	61%	3.26	8,200	86	14	-	
3.3.92	68%	3.54	12,650	8.6	14	-	
22.3.92	54%	2.98	10,600	79	21	-	
6.4.92			11,150	80%	20	-	
14.4.92	42%	3.80	9,300	73	25	-	

Urine

18.2.92 } few W.B.C
28 } few epith

Stool. 28.2.92 }
 20.3.92 } Neg.

Bile. AB

B agglutinins

31.2.92 - Widal's test for E.Typhom +ve granular $\frac{1}{320}$
para A0 neg.

F.S.R. 3.4.92

F.S.R. = 84 mm./hr

X-rays.

Aug. 18, 1992. No. 3258

A. P. View of the chest
Fever 6 days. Abdominal distension—
There is marked elevation of both leaves of diaphragm.
There is accentuation of lung markings in both lung fields
is also reduced in capacity of both chest. Heart is moderately
enlarged.

There is collection of gas in the abdomen
esp. around the liver and right subdiaphragmatic region—
The soft organs are well outlined.

Impression: 1. Pneumo-peritoneum.
2. Elevation of both diaphragm due to,
3. No definite pulmonary pathology.

Aug. 19, 1992 No. 3269

A.P. view of abdomen, P.A. view of chest.

This examination is taken after aspiration of
1500 cc. of air from peritoneal cavity.
Abdomen: Only small amount of free air is noted in the
pelvic cavity. There is no abnormal shadow noted
in abdomen. Congenital abnormality of coccyx is noted.

Chest: This film is underexposed and should be repeated if
clinically warranted.

Impression: 1. Pneumo-peritoneum is marked decrease in
amount of gas.
2. Deferred for chest.
3. Congenital abnormality of coccyx.

Aug. 2, 1947

No. 3312

A.P. view of the chest.

Re-examination

There is no free air collected in the subdiaphragmatic region of both sides as previously. There is slight increase in density of lung markings in the right lung fields. Enlargement of the heart to the left is visualized which may represent left ventricular hypertrophy. Only small amount of free gas is noted in the mid abdomen.

Impression: 1. No pulm. infiltration

2. No subdiaphragmatic collection of air.

3. Minimal amount of pneumo peritoneum.

4. Cardiac enlargement.

Aug. 28, 1947

No. 3389

A.P. view of the chest.

Re-examination

The film reveals free air collected in the subdiaphragmatic space. Right dome of diaphragm is elevated. Small amount of air is also noted in the lt. lower abdomen. No essential change is visualized in the lung parenchyma and heart.

Impression: Subdiaphragmatic collection of air.

- Cardiac enlargement.

- No pulm. infiltration

Aug. 30, 1947

No. 3470

2 films of abdomen c. ft. lies on the side.

With the ft. lies @ A. & lt. side up respectively, the films are taken. There is no evidence of free air in the abdominal cavity as previously. The gas is collected in the distended colon. Small intestinal loop is filled w/ gas also.

Stomach tube is seen in place.
Impression. No evidence of free gas in the abdominal cavity.

Oct. 30, 1947

I.V.P. & Cystogram.

Impression = ① Normal function of upper KUB. system.
② Poss. big dilatation of bladder.

Report 1.

Bladder. — Int. Sphincter.
— Ext. Sphincter

Nervs. — Parasympath. — Motor. to Bladder.
— Sympathetic. — Inhibit Bladder. Bell's m.
+ ur. trigone + protuber. urotra.
— Chiefly sensory fibers.

Int. pudendal \rightarrow ext. sphincter + pineal m.
(S₃, S₄) (Symp. pineal m. + m. levatorani)

Reflex contract + emptying of Bladd. — defensory stretch reflex.
of w. fibres.

Micturition \rightarrow Aff. + Eff. m. Sympath. +
Motor fibers supply detrusor

Sympath. fibers control activity in trigone + bladder neck.

Micturition = micturate the contract = m. detrusor m. l. Bladd
 \rightarrow relaxing of Bladd neck \rightarrow opening ext. sphincter (relaxing perineum has to open d/r.)

Sympath. N. m. T₁₂ - L₃. from Symp. hypogastric plexus.
(presacral nerve) \rightarrow Symp. hypogastric ganglion \rightarrow bladder
Parasympath. m. S₂, S₃, S₄ via m. cauda equina
+ pelvic nerve \rightarrow hypogastric ganglion.

Bladd m. reflex. aq. micturit = reflex. by
stretch reflex of Bladd wall

Parasympath. (m. Sacral segment) is essential pathway
for micturition.

Sympath. m. Thoracolumbar \rightarrow contract tone of Bladd. outlet
Destruction of the sacral cord or section of the
fibres of the reflex arc abolishes voluntary + reflex micturition
and Bladder sensation

The visceral sensory of detrusor and contractile have not been proven to be transmitted by the sympathetic fibres.

Sympathetic fibres → relaxes of detrusor they inhibiting other

Incontinence

Normal

True continence - sphincter control - partial { paralysed
complete }

False incontinence - due to overdistension of the bladder

Types. ① Incontinence due to overflow. such

- hypotonic, neurogenic bladder.
+ more permanent

② Incontinence due to loss of sphincter control neurogenic bl.
↳ hypertonic type. others patient + complete loss of control
of injury or disease.

③ Incontinence due to traumatic injury of sphincter

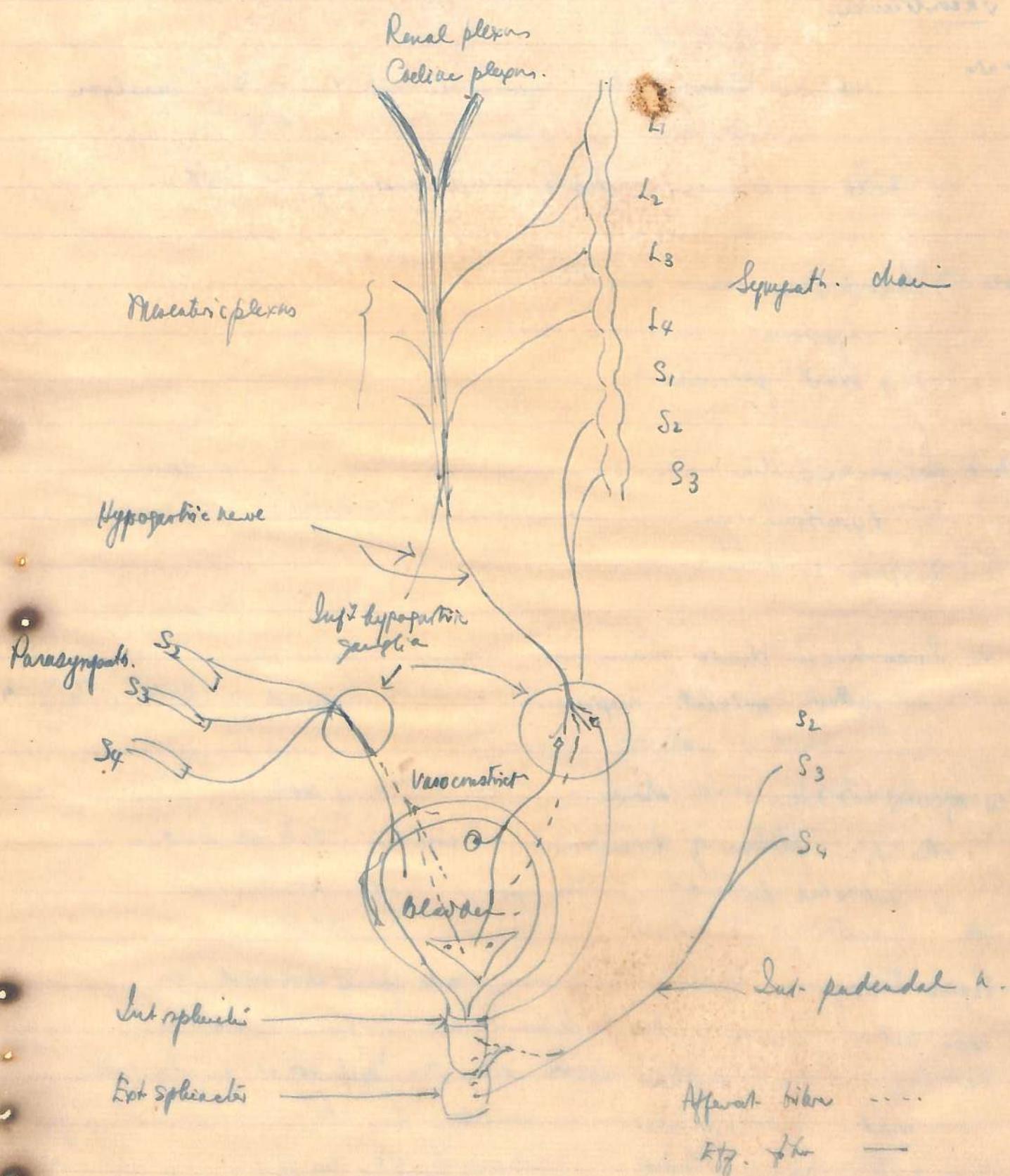
- follow perineal, suprapubic & transurethral prostatectomy, child birth.

Neurogenic bladder - there is lack of control which may be due to failure of development, unilateral cortical disease & subtotal destruction of the spinal cord pathway.

1. Reflex Neurogenic bladder. - reflex arc goes through the upper motor neuron in the brainstem or cortex, spinal and pathways & can complete reflex arc. Midbrain is purely reflex arc bypass & pre-oligodendroglial segment is abolished.

2. Autonomous Neurogenic bl. - from nucleus supra-motor - less the normal reflexes except voluntary & reflexes & attempt to void - e.g. when it is absent vs normal voluntary & reflex activity. Sensation is abolished.

3. Atomi Neurogeni bl. W. crux port² sural
root. C. rilawphi vs off. fibre. No reflex arc. V reflex
mechanism sense² is abolished.



เอกสารส่วนบุคคล ศาสตราจารย์นายแพทย์สม พริงพวงแก้ว

สม 1

2/3.8 Branchogenic carcinoma (ชื่อเรื่อง)

พ.ศ. 2497

จำนวน 22 แผ่น

แฟ้มที่ 6

กล่องที่ 1

Bromeliaceous Ca. ♀
Metastasis to Orbit and
Chest Wall.

Brachiopterus *Q. & M. Martini* to Mr. L. Clark - wall

5

16

7.

On inspection skin over left chest wall mass in lower part & lateral surface
of rib. Chest wall mass in 1156 fixed to underlying tissue 112
high. Yellowish skin smooth $3 \times \frac{1}{2}$ " along rib V₁₁ & V₁₂
of tenderness. DNN on exclude lesion in skin along side
of

2. Inflammation of skin. In case of Walk about :: Inflammation
skin - a: ~~obnoxious~~ & swelling b: Worm No. 105. In case of N. obnoxious
idea. IN WORM WHO OCCURS AMONGST IS NOT skin.

2. Sebaceous cyst. និមួយនេះ គឺ duct រាល់ sebaceous gland
នៅលើខ្សោយនៃ secretion ក្នុងខ្សោយ cystic និងនៅ skin តាម
ការសម្រេច ឬការសម្រេច នូវ area នៃ ការសម្រេច
ដែលជាផ្លូវការនៃ និមួយនេះ គឺ duct រាល់ sebaceous gland .

9. Lipoma នៅក្នុងពារ lobular នៃសាងគេ និងក្នុង underlying tissue ដែលមិនអាចស្វែងរកឡើង បាន ជាបន្ទី នៅក្នុងក្រុង និងក្នុងក្រុង ពារ ឬ សាងគេ ដែលមិនអាចស្វែងរកឡើង បាន ជាបន្ទី នៅក្នុងក្រុង

4. Fibroma tissue often involves skin underlying tissue
Tumors with no relation to skin.

exclude last vs spine ventralis mandib 1150 nos. above rib VIII -
Manubrium on no 16mm structure unchanged

1. On rib. minute mss. man 120 lbs. f.x. leg'ous

gastro. d. Mr. Upset No chst 184
1. Mr. pulmonary tumor no plaques no bone lung tumor
Many tumors in rib bones. No direct extension - now metastasis and its
2. Mr. Metastatic carcinoma non structure bronchus larynx.
lung branches aerophagus, larynx.

bottom X-ray findings vs. chest m/s 20 Nov. 2497

Comments: P.A. of the chest and A.A. view of ribs. No calcification seen in chest. Trachea is in midline. There is homogeneous dense shadow overlying the right lower chest up to the level of 2nd I.C.S. anteriorly. No fluid level is noted.

In the left costo-phrenic sinus region, there is radio-opacity & sharp outline which may represent the soft tissue mass.

Ribs: No definite destruction of left lower ribs is noted.

Overlying the lower ribs laterally there is soft tissue mass & possibly calcification.

- Impression:
1. Pleural effusion - right.
 2. Soft tissue mass & possibly calcification
 3. No destruction of ribs

Second X-ray finding: No internal viscera. No internal organs. No chest wall. No calcification.

Symptoms & signs: No history of pain or fever.

Physical examination: No abnormalities found. G.I. series

Date: Dec. meal 180 14 L.A. 2497. Total 600.

5 films for upper G.I. series

Under fluoroscopy, no intrinsic disease of esophagus is noted. Bar passes freely directly into stomach. No filling defect is noted along gastric walls. Duodenal cap is sharply visualized and appears to be within normal limits. In 3-6 hr. films, metallic shadow is noted in the right flank. There is no abnormality noted in the upper G.I. series. At the end of

on our visit found no evidence of an ulcer

6 hrs. the head of Sa. column is at ileo-caecal junction, which reveals normal function of G.I. tract.

Impression: Negative findings for upper G.I series.

On second day main x-ray signs in abdomen in esophagoscopy (esophageal) tumor exclude mass of 2.5 metastatic lesion in esophagus.

Normal larynx of the normal larynx on indirect laryngoscopy (laryngoscopy) tumor exclude mass of 2.5 metastatic lesion in larynx.

Normal larynx & normal trachea do. x-ray 2.5. No evidence of primary tumor in larynx. No primary lesion from structure visible.

metastasis 1. in Tumor to pleura 1.5% direct invasion 1.5% rib & chest wall
2. in Tumor to Bronchus 1.5% Lung

Pl. effusion of rt. side on x-ray plus diagnosis of 1.5% Lab. findings normal except W.B.C. 18,600/mm³ P. 64% L. 95% E. 1% O. 10% S leucocytosis (normal lab values) 2.5 normal 2.5 normal 2.5 normal 3-4 megalocytes T. 100°F. (26-27 mm. Hg) 25.010 N.L.

Normal pl. effusion vs normal 2.5

Pl. effusion 1.5% M. 100% from M. 100% 2.5

1. Pulmonary T.B. 90% vs pl. effusion. 100% from T.B. 100% confirm by the 100% acid-fast stain. 100% acid-fast stain 100% x-ray finding. 100% acid-fast stain - negative 100% X-ray film pulm. infiltration normal. T.B. 100% routine 100% caseous 100% Posterior 7.5 mm. 100% normal acid-fast stain (27.9.92) Normal: exclude T.B. 100%

promote into pleural effusion. As mentioned earlier there are
two types:

2.) Rheumatic fever ~~involving~~ w.s. e. 86 Stein U/pain r

E.S.R. ~~50~~ 52% with Case of U.S.N. ~~11~~ 12% with ~~U.S.N.~~ ~~U.S.N.~~

1/2: On E.S.R. 11m below confluence (n.o. 97) 1 m. (60 mm/hr) = prolonged.

~ Don't exclude COVID-19 despite symptoms & signs of sinusitis.

3) Tumor no lung llo: pleura prominent pl. effusion
lindendri mizi m h position staining few Ca. cells.
biops A 18.5 x 1.5 cm 3.5

aff. *Asplenium* 100 sp. 27 No. 9.7 (H.M. 2857) is brownish. Not stain
able.

980 ft. 120 14 Nov. 97 100-200 m. *Phragmites* 1993.

1993. 10 5 n.n. 97 10' from W. end 6 cm.

Primary Tumor of chest wall obscured by chest film Nodules.

In Hodgkin's disease of pleura to rare seen. Of progressive enlargement to lymph nodes no N involved. No clinical history. Some moderate anaemia. No ascitic effusion. In pleura consists rare form with milky nodule, nodule $1 \frac{1}{2}$ to 2 cm. No large tumour mass. B diffuse pleural thickening. No massive effusion.

Two^o lymph. gland by N & M in right A. So
no肿块 in supra-clavicular b. No other mass &
mobile Tenderness no effusion N & R. . . exclude
osteitis.

2. Mesothelioma of pleura or peritoneum. This is
more like diffuse, ~~more~~^{than} pleural cavity lining.
pleural effusion, ~~or~~^{more} often lung tumor gives most to
the microscopic picture. It is solid ~~and~~^{more} like
cancerous mesothelioma of pleura, metastasize to liver, breast.

~~Overhangs without glandular & papillary appearance & no villous structures
will call it simple. No glandular complex & no papillae are called villous.~~

5. Bronchogenic carcinoma (NS Lung tumor), with pleural effusion involving the right side. No tumor cells in sputum or broncho-pulmonary system. A solid mass in chest X-ray with atelectasis & rib erosion with direct invasion of ribs to ~~metastasis~~ metastasis. Involvement of chest wall mandibular metastasis N.Y.

In Case of Liver Biopsy 3 notes: — (See H.N. N.R.C.O. 8730)

ດីស៊ី សេរី នៃលោក សារ សេរី និង លោក សេរី នៃលោក សេរី
chest wall តែបីនៅ ន.ន. សេរី តាម Diagnosi នឹង
necrotic tissue យុទ្ធភាពអនុញ្ញាតថា Nodular និង tumor នៅក្នុង
tissue និង នៅក្នុង ឈាន់ការពាក់ការណ៍
asst. កី. សេរី នៃលោក សេរី និង លោក សេរី នៃលោក សេរី
និង chest wall តែបីនៅ ន.ន. សេរី និង Diagnosi
N. Malignant tumor of unknown origin យុទ្ធភាព
Identify epithelial cell ហើយ សូមរាយ និង នាយករដ្ឋមន្ត្រី
asst. និង asst.

to him and now symptomatic treatment. (3701928-97)

Section of Tumorous tissue from the chest wall present dense fibrous connective tissue traversed by islands of well solid masses of large elongated or spindle shape cells. In some areas the cells are large, concentrically arranged with intense eosinophilic staining cytoplasm suggestive keratinization. Some of these form pseudo-glandular structures due to central necrosis. Numerous minute bone lamellae are found among the supporting connective tissue. There are ductal metaplastic changes to the latter.

5:00 A.M. 20 Nov 1947 10 min X-ray

chest X-ray 11:00 A.M. 20 Nov 97. (Chest X-ray & Right chest.)

Normal findings - lungs and heart.

P.A. projection of the chest. - Re-examination. Again uniform density which is described previously. The right chest is noted without any change in the liver. The left lung appears no clearer as before. There is no change in dense shadow noted at the left costo-phrenic region.

- Impression. 1. As before
2. Pneumonia - right.
3. Soft tissue mass - left lower chest.

20 Nov 97 11:00

11:00 A.M. 20 Nov 97 At X-ray chart 11:00 A.M. 20 Nov 97 8-6 A.M. 10:00 A.M.

11. 20.0 cm Thoracatum Thoraco-parectheri 20.0 cm 20.0 cm
with 10.0 cm on 10.0 cm lymph nodes. On 20.0 cm venous 20.0 cm

12. 20.0 cm 15.0 cm X-ray P.A. view of skull 15.0 cm

P.A. view of skull 15.0 cm
The calvarium is symmetrical in both

floor of left orbit there is bony growth noted from the lateral side. Bony defect is also noted in the inferior part of the left orbit. The frontal and ethmoidal sinuses appear to be within normal limits.

Impression: Possibly metastatic neoplastic process involving
lat. wall of orbit.

12 Dec 2009 X-ray chrs. 1 week
(Post chest.) Henry Howard.

P.A. projection of the chest.

Sixth examination.

On comparison with the film taken on May 11-97 the density noted in the right lower half lung field is noted as before. There is increase in size of the mass at the right mediastinum. Soft tissue mass in the left base is observed as previously.

Tumors: 1. Enlarged tumor mass - right mediastinum.
2. Lobar consolidation - right lower
Pulm. atelectasis to be excluded.

Mr Kray 55 has tumors of skin bilaterally
long. Similar to microscopic picture of metastatic lesion
at chest wall. ^{Same as} ^{skin} squamous cell carcinoma 605

ჩივი ბრიან ლეიას უირამი დოკომ
ლონგერი კაციონე ბეიტს რ. უედართ
არ ხრა ქართველი

On either side Mr. Bronchogenic ca. 2 with metastasis
to chest wall both sides and to left orbit.

morphone 0.43.

T. 97.4° F. P. 46/min. R. 20/min. B.P. 140/100 mm Hg.

Gen. App. down on anterior and Exophthalmos 3mm
Chest wall - Lt. of man & his rum in the 8th rib 8-9
cm $3 \times 1\frac{1}{2}$ in skin below underlying tissue
- Lt. side of oval mass cm 10 x 8 mm 8th rib.
A long axis Nervous rib near Larynx or laryngoscopy
fixes. Lt. Tenderness skin indurated Lt. signs of
inflammation
- right upper chest Lt. resonance Lt. resonance

R.S. Chest movement - Lt. < Lt.

Dim. vocal fremitus equal tactile fremitus of Lt. side

Ab dom. with 0.00 deg. angle of scapula

Dime. b. s. vs rt. side. vocal resonance vs vs
no difference.

Syst. by palp.

X-ray chest. ♀ 1.1.92

- results
1. Possibly distract of 8th post. of the 2 sides
2. Lobar consolidation - right lower lobe change

Date	Hb.	R.B.C.	W.B.C.	P.	L.	E.	Urine	Feces
22 Nov. 92	61%	3.46	13,600	64	35	1	neg.	neg.
22 Dec. 92	61%	-	-	-	-	-	-	-
9 Dec. 92	74%	3.94	6,500	73	27	-	-	-
22 Dec. 92	68	-	-	-	-	-	-	-
21 Dec. 92	78	3.65	6,950	73	26	1	-	-
30 Nov. 92	68	3.62	9,850	83	13	4	-	-

Sputum - for ac. fast stain

26 Nov. 92 neg.
26 Dec. 92 neg.

E.S.R.	9.15	- 0
	9.25	- 1
	9.35	- 12
	9.45	- 26
	9.55	- 40
	10.05	- 48
	10.15	60 mm.

APPENDIX

THEORY.

TUMOURS OF THE LUNGS & BRONCHI

Primary lung cancer vs lungs
fibrosis
tobacco smoke
mining
tar dust
predisposing cause
pulmonary tuberculosis
predisposing factor
smoking

CLASSIFICATION.

Gross appearance vs bronchiogenic carcinoma
Local tumor won't divide at bifurcation vs main bronchus
metastasis to periphery vs lung to main bronchus obstruction
vs bronchus
metastasis to hilar lymph node
gross appearance in ulcer like granular vs solid carcinoma
size 1 cm. in diameter up to 8-9 cm.

Classification vs Bronchiogenic carcinoma
cell type

1. Squamous cell carcinoma vs solid tumour
well defined scanthosis with intercellular bridges
keratinization with epithelial pearls
poorly defined squamous cells downward keratinization
grow in solid mass vs invade alveoli

2. Adenocarcinoma vs mucous Adeno-carcinoma
mucus vs secrete from parabronchial mucous glands vs duct
microscopic picture of cylindrical
cuboidal cells bronchial gland mucus secretion
lumen vs acini vs colloid of mucus

3. Undifferentiated type Anaplastic type
all malignant growths non specific fibrotic

now fusiform type and blunt fusiform. On Cattell type
type of metastasis 1/5 to 2/5 secondary.

METASTASIS OUTSIDE

Carcinoma of lung to metastasis 1/3 to 1/2 minimum
route of metastasis 7 to 8 months.

1. Lymphatic route to bronchial or mediastinal lymph
nodes then secondaries in metastasis of chest wall bone.

2. Haemogenous route of brain, liver, adrenal
kidneys, bone.

3. Aerogenous route by spread from respiratory tract
Nodules on lung.

4. Direct extension of mediastinum to heart and
pericardium and great vessels, & diaphragm

metastasis on peritoneal surface of dome of liver.

SYMPOTOMATOLOGY.

Carcinoma of lung and types to non-airtight
respiratory

acute respiratory infections acute respiratory infections
of lungs due to partial obstruction to airways through infect
by fungi.

Direct tumor in pleura with pleural effusion
Pleural dry pleurisy when infection with bacteria
blood vessels contain serous fluid maximum bloody fluid
most occasions of pleura over tumor wall has now been in direct
contact with parenchyma no other obstruction in lungs
but tumor the routine ray examination
will reveal local metastasis & lymph nodes.

not obstruction to bronchi Ray 2000
obstruction to lung now 10000 others formation of
of pneumonitis will result in physical signs & voice

8. Various breath sounds. Note: No rales. No crep. into trachea
tactile fremitus absent.

minu turns at extreme apical regions into
invasion of structures. It referred pain of invasion
One is invasion into posterior root into brachial plexus to
more open invasion via ribs.

Direct tumor of the mediastinum - or involvement
by recurrent laryngeal nerve obtuse.

metast. partial obstruct w bronchus Pow, 103
met 9.5.2 whistling sound air no no

Wormian ulceration was bronchial mucous membrane with bl. streak sputum shows Haemoptysis oligocytic TB. Non-toxic T.B. skin +ve sputum for acid fast stain.

more & central necrosis no tumor in
bronchial fistula the right & left side of the mediastinum
the diaphragmatic pleura with normal lymphoid tissue

primary care can help one decide esophagoscopy
in this obstruction into ulcerations also demonstrate them
esophagoscopy.

DIAGNOSIS.

1. History, physical signs.
 2. X-ray.
 3. Bronchoscopy (use of bronchoscope to examine tracheobronchial tree)
 4. Microscopic section → see primary tumor maximum information in biopsy vs metastatic lesion

TREATMENT.

1. Open thoracotomy 12th rib lobe resected.
2. Deep pray therapy 1000 Rads. Now non-infective.
No amnio membrane.

รายงานผลการตรวจทางพยาธิ

เลขที่พยาธิ 5877/๗๗ รพ. หดใหญ่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓
 ช ๐ นางนุน, เรียนรุ๊ อายุ ๕๗ ปี เลขที่ที่ไว้ ๑๐๘๔๙
 คำนำหน้า ทารก อ.บ้านราม เที่ยวบุรี เลขที่ภายใน ๒๙๕๗๗
 วันส่งตรวจ ๒๒ เม.ค. ๖๖ แผนก
 แพทย์ผู้รักษา น.พ. บรรยง
 การวินิจฉัยโรคทางผู้ป่วย Growth from left side of chest.

การวินิจฉัยทางพยาธิ Bronchogenic carcinoma.

รายงานการตรวจ

Section of tumour tissue from the chest wall presents dense fibrous connective tissue traversed by islands of solid masses of large elongated or spindle shape cells. In some area the cells are large concentrically arrangement with intense eosinophilic staining cytoplasm suggestive ~~keratinization~~. Some of these form pseudoglandular structure due to central necrosis. Numerous minute bone lamellae are found among the supporting connective tissue. ~~These~~ are due to metaplastic changes of the latter.

28 minutes 1497
110784.5 W. 41° 27' N.
136

ពិនិត្យ នាមឈូង ចំណាំ 50 ត. សំណង់ល. ឯករាជ 22 មីនា 1997
និង សំណង់ល. ឯករាជ 50 មីនា 1997 និង 136

Mr. John W. Beale & Co.

பிரேரணை வாசனை.

குத்துமலை - பாலூர் போகி 20/2. 100% கீழ்வீது நிறைவே
நிலை நிலை நிலை நிலை நிலை நிலை நிலை

- முடி வீது 600. மீட் 3 மீ. 3. அதிகம் ஏதாவது

நிலை நிலை நிலை நிலை நிலை நிலை நிலை நிலை

Dinner movement R

Rt. down, tactile fremitus no Nissl neuron & Men

Rt. down 7th I.C.S. area Lt. 10th nerve

Rt. down breath sounds "S. D. S. " resonance

no adventitious sounds Rx. in it

no adventitious sounds Rx. in it

A.S. V.C.V.S.

negative Rx. no signs of obstruction

adventitious sounds Rx. in it

adventitious sounds Rx. in it

X-ray non Rx.

20.9.1972 No. 7210000000

Impression: 1. Neural effusion - Right. Rx.

2. Soft tissue area with pro. edema =,
Lt. lower rib laterally

3. No destruction of ribs.

Misison 2nd week normal results

Blood exam: Hb. 61% R.B.C. 3,460,000/mm³

W.B.C. 13,600/mm³ R. 64%, L. 35%, E. 1%

Urine exam: yellow, Turbid & alkaline reaction

Leukocytes 200 Alb., Sugar + bile no neg.

Micro: w. epith. cells.

Feces. Exam. Soft, brown mucus + parasites neg.

Provisional Diagnosis

1. Osteoma of Rib. Lt.
2. Pleural effusion Rt.

X-rays.

5801 11

87/2a

No. 1.

No. 721.

20 A.M. 2497 under my service 3

P.A. of the chest. A.P. view of ribs.

Chest: Trachea is in mid-line. There is homogeneous dense shadow overlying the right lower chest up to the level of 2nd I.C.S. anteriorly. No fluid level is noted. In the left costo-phrenic region, there is radio-opacity with sharp outline which may represent the soft tissue mass.

Ribs: No definite destruction of left lower ribs is noted. Overlying the lower ribs laterally there is soft tissue mass with some calcification.

Impression: 1. Pleural effusion - right.

2. Soft tissue mass c poss. calcifcat., left lower rib laterally.

3. No destruction of ribs seen. No evidence of white glands anywhere.

No. 2.

No. 947. under my 8 D.O. 2497

P.A. view of the chest. Pre-examination.

On comparison w/ the previous examination taken on Feb. 20, 97, there is no essential change noted in both lung fields. The dense shadow in the right lower chest is active as before as well as the dense shadow in the lateral left chest.

Impression:

As before.

Pleural effusion - right.

Soft tissue mass - left lower ribs.

No. 1893

No. 1893

15 Nov. 2492

5 films for upper G.I. series.

Under fluoroscopy, no intrinsic disease of

esophagus is noted. Ba passes directly into stomach.

Stomach is dilated but there is active peristalsis. No filling

defect is noted along gastric walls. Mucosal cap is sharply

visualized and appears to be within normal limits. In

3 & 6 hr. film, metallic shadow is noted in the right flank.

There is no abnormality noted in the upper G.I. series. At

end of 15 hr., the head of Ba column is at ileocecal junction which reveals normal function of

G.I. tract.

Impression Negative finding for upper G.I. series.

No. 1894.

No. 1894.

15 Nov. 2492.

P.A. projection of the chest. Re-examined.

Again uniform density which is described previously in the right chest is noted without any change in the level. Left lung appears as clear as before. There is no change in dense shadow noted at the left costophrenic region.

Impression 1. As before.
2. Pleural effusion on right.
3. Soft tri. mass in left lower chest.

Hospital No. 109 30 V. 1931 5 PM/1241 30 AM 92

to the P.A. film of the Chest

There is no essential change noted as compared to the film taken previously on the 1st instant. Uniform density in the rt. Chest still persists without change in the level. Left lung remains clear. Dense shadow in the left base is again noted, size unchanged.

impressions.

1. As before.

2. Pleural effusion - rt.

3. Soft tissue mass - left lower chest.

Nov 6' 8.

No 1941. & 30 Nov. 2491.

PM

India

Date of 1950. 09

very well as far as the thorax is concerned and
looked at very short time past in with X-ray of
giving report with certain side it hasn't past also
mentioning nothing with either all right up to
short time mention as of course
found among subsequent individuals with : ~~nothing~~
mention of these all

seen also

PM

India

Date of 1950. 09

mentioning PM

Nov 6.

No 1839.

" Nov. 2492.

P.A. projections of the chest. 19-2 well
examined. Re-examination of what I think past that

Again on this examined uniform dense shadow
is noted in the right lower half lung field. No displacement
of the trachea or heart is noted. Left lung appears clear.
Soft tissue mass in the left base is again noted and
decrease in size.

Impression: 1. As before, Pleural effusion? right.

Lobular consolidation to be excluded.

2. Decrease in size of soft tissue mass -
left base.

Prov. diag: Primary C. of lungs. metastasis to bone

10% iron in ac. phosphate ^{alt.}

Biopsy Supra clav. l.

T. aspiratio fl. produce bone)

an id. & bone condition

In Mycetoma b.

No. 1908 Feb 20, 1911

P.A. view of skull.

The calcaneum is symmetrical. In the floor of left orbit, there is bony growth noted from the lateral side. Bony defect is also noted in the inferior part of the left orbit. The frontal and ethmoidal sinuses appear to be within normal limits.

Impression: Poss. Metastatic neoplastic process involving lat. wall of left orbit.

No. 2243. Feb 20, 1911.

P.A. projection of the chest.

Sixth examination.

On comparison of the film taken on May 11, 1911 the density noted in the right lower half lung field is noted as before. There is increase in size of the mass at the right mediastinum. Soft tissue mass in the left base is observed as previously.

Impression: 1. Enlarged tumor mass right mediastinum.
2. Lobar consolidation - right lower.

Pulmonary atelectasis to be excluded.

Hyperemic heart enlarged with consequent elevation of carotid pulse and maximum systole often 80-90 mm Hg.

Cardio-thoracic ratio 0.65 with no cardiomegaly or no dilation.

Abdomen soft

Rectum non distended. Liver not enlarged. No enlarged lymph nodes.



1.W. 88

trovare - 802 2386

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

Right lateral and right anterior oblique view of the chest

Rt. lateral view is technically unsatisfactory and should be repeated. In the oblique views, possible destruction of the 8th rib anteriorly down to the base, there is homogenous dense shadow as described previously. No definite pathology noted in the left upper lung fields. Soft tissue mass in the left base has not exposed in this examination.

Impression. 1. Poss. Destruction of 8th rib in the right side.

2. Lobar consolidation right lower without any change.

T. & produce bone.

1. Breast
2. Thyroid
3. Thymus gl.
- 4.
- 5.

yearn Frozen fetus

Toad test.

4 C.E.	+ve	+ normal prep.
0.5 C.E.	+ve	+ molar prep.
0.05	+ve	1/16 + molar prep.