



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ฉบับที่ ๒๓ ฉบับที่ ๙ กันยายน ๒๕๓๓

Volume 2, Number 9, September 1950

A PHOTOMICROGRAPHIC STUDY OF INCLUSION BODIES

Sangad Garnchana Goonchorn

M.R.C.S. (Eng.), L.R.C.P. (London), D.T.M. (Liverpool)
(Dept. of Pathology)

Although modern equipments and more accurate methods are available for studying virus diseases, the detection of inclusion bodies still holds an important place among laboratory methods of diagnosis of virus conditions. The following is a photomicrographic study of certain types of inclusion bodies, as they may appear to the student of pathology, whose connection with the case is probably only through the medium of microscopic slides. The title of the subject is an acknowledgement of my deep gratitude to Dr. Sood Saengvichien, whose skill and industry in producing these extremely fine photographs will be apparent to keen observers. To M. R. Chananvat Devakul I am much indebted for a large amount of material obtained in animals. Tissues received for biopsy from responsible officers of various institutions are indicated in their proper

places with many thanks.

Matters of particular importance concerning the preparation of this study are the technical aspects of photomicrography and of staining methods. Chapters might be read and valuable time spent on these matters. I can only recommend those interested to the expert attention of the Head of the Department of Anatomy, whose practical help is to be valued more than all the books combined.

With regard to section staining, it is my opinion that, for diagnostic purpose and where material other than experimental is dealt with, special measures have little advantage over routine methods. What little superiority might be obtained is hardly worth the extra care and trouble. Specimens here provided are prepared exclusively in the simple laboratory routine; whether good, bad, or indifferent, they speak for themselves.

After entry and multiplication of virus in susceptible cells, degenerative changes develop with the formation of complex structures in the cells. These structures are a characteristic feature of many virus diseases, and are called inclusion bodies or virus inclusions. The bodies were known long before virus was dreamt of, for over a hundred years ago molluscum bodies were described by Henderson. In 1836 Loeffler and Pfeiffer demonstrated minute bodies in smallpox which they thought resembled protozoa. Following the report of Guarnieri in 1892, these smallpox inclusions have taken on his name. Negri, in 1903, described intracytoplasmic bodies in the central nervous system of animals dying from rabies. Prowazek and Halberstaedter, in 1907, described inclusion bodies of trachoma, which were seen to contain elementary bodies. At a later date, Lindner observed large swollen forms of trachoma elementary bodies, the so-called initial bodies of Lindner. Thus in the same epithelial cell affected by the trachoma virus, inclusion bodies may show both the initial and the elementary bodies.

The exact nature of inclusions is not known. That they are associated with many of the diseases of filterable virus is now an established fact. Indeed in many diseases they are regarded as pathognomonic. However, many virus diseases do not cause inclusions in the host cells. Cowdry remarks that inclusions are the fingerprints of a special and limited group of viruses; and virus, like human beings, may act without fingerprint. According to Lipschütz inclusion bodies consist of the

virus itself and are found within the affected cell as a result of the infectious agent. Smith, Goldstein, and others regard them as the product of a reaction between the virus and the cytoplasm of the cell. It will be seen that both views are correct.

The chemical nature of virus inclusions is not known; undoubtedly it varies from type to type. Study of inclusions by various methods has shown them to be infective. "It is probable that the most feasible explanation of the composition of the majority of inclusions is that elementary bodies first enter the cell, sometimes reaching the nucleus, and then proliferate to form a colony. The cell itself reacts and produces a covering which gives the inclusion a more or less homogeneous appearance." Certain types of inclusions, for example trachoma, contain mucoid non-staining material, which surrounds elementary bodies. This produces the halo zone effect seen in stained films or sections.

Not only does the composition of inclusions vary, but their location, shape, size and staining reaction may be quite diverse. Inclusions that appear in the cytoplasm of cells are called intra-cytoplasmic; those that appear in the nucleus are known as intranuclear. Inclusions are eosinophilic or basophilic in their staining reaction. The morphology of inclusion bodies is summarised according to van Rooyen and Rhodes as follows:—

Intracytoplasmic :—

1. Eosinophilic inclusions. These may be spherical, oval, elongated or triangular, measuring from 5 to 20 micra. Early forms are smaller and appear granular

or clumped together to form amorphous bodies. These bodies usually appear more or less homogeneous. The Guarnieri inclusions of variola-vaccinia group, the Negri bodies of rabies, etc., belong to this group.

2. Basophilic inclusions are usually formed by large numbers of minute elementary bodies, which may fuse together to form a large circumscribed compact basophilic structure, or be distributed evenly as discrete blue granules in the cytoplasm. Examples are given in granuloma inguinale, and sarcoidosis.

Another type of inclusions occurs in certain diseases such as trachoma and lymphopathia venereum, in which there is a change in staining property in the process of development. In the early stages the young inclusions assume basophilic character, but later become acidophilic.

Intranuclear Inclusions:— According to Cowdry this type of inclusions possesses the following characteristics: eosinophilic staining; presence of unstained halo between inclusion and nuclear membrane; and margination of basichromatin on the nuclear membrane. He classifies intranuclear lesions into types A and B. Type A inclusions are either amorphous, granular, or occur in rounded masses. The nuclear material is severely disorganised, and the basichromatin collects on the nuclear membrane. Tissue reaction is rather severe in

the neighbourhood of type A bodies. In type B tissue reaction is less and there is no margination of basichromatin.

Inclusions, or structures resembling virus inclusions, have been found in tissues of persons in good health, or sometimes in tissues in diseases for which no virus is responsible. Pseudoinclusions are met with in inflammatory conditions, in which phagocytes are observed containing in their cytoplasm necrotic debris, bacteria, fragments of red blood corpuscles or even lymphocytes. Apart from these, it is said that certain chemical substances when inoculated into experimental animals produce inclusions. Prolonged electrical stimulation of nerves has been known to cause intranuclear inclusions in nerve cells.

In the sections demonstrated, inclusions might be arranged in the following classification:—

Intracytoplasmic

- (A) Eosinophilic: (1) Rabies.
(2) Experimental rabies.
- (B) Basophilic: (1) Granuloma inguinale.
(2) Sarcoidosis.
(3) Elementary bodies of fowl pox.

- Special group: (1) Trachoma.
(2) Lymphopathia venereum.

Intranuclear: Infectious canine hepatitis.

Intracytoplasmic and intranuclear:

- (1) Vaccinia in buffalo.
- (2) Vaccinia in
developing chick
embryo.
- (3) Distemper.

Summary

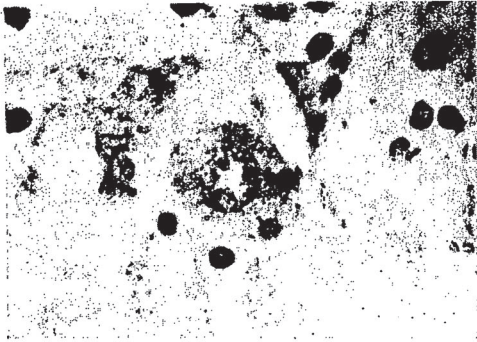
Inclusion bodies are intracellular structures which vary in their location, shape, size and staining reaction. Some appear in the cellular cytoplasm, others intranuclear. A combination of these two types is found in few diseases. Granular or amorphous forms are seen, staining either eosinophilic or basophilic. Certain types possess a peculiarity in changing their

staining property in the process of development.

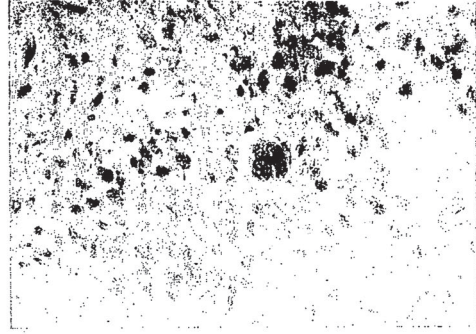
It is known that virus causes the formation of these bodies; yet, in some virus conditions, they are conspicuous by their absence. They may sometimes be found in normal healthy tissue, or in tissue which suffers from non-virus disease. Furthermore, structures resembling inclusions could be produced experimentally by physical or chemical means. Pseudoinclusions also contribute to the confusion.

It may be said, without fear of contradiction, that such a complex subject deserves special study, and that facilities and equipments might be made available for men to be trained in this branch of pathology.

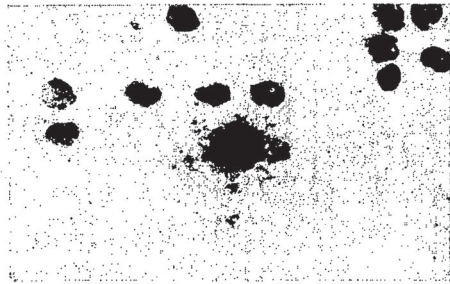
ท่านสมาชิกที่ของ "สมุทรวรเรื่องวิชาการฯ" และ "สมุทที่ระลึก
ฉลองหกสิบปี ศิริราช" แต่ยังไม่ได้ชำระเงิน ขอโปรดรีบส่งด่วนด้วย



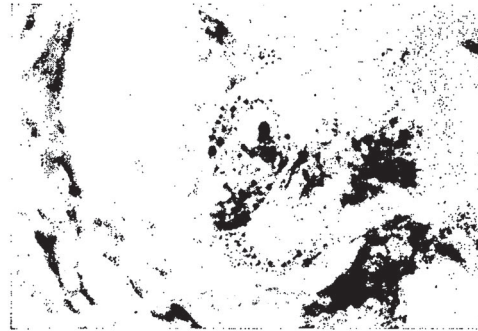
1. Rabies, Spotted deer
Intracytoplasmic (Negri bodies)



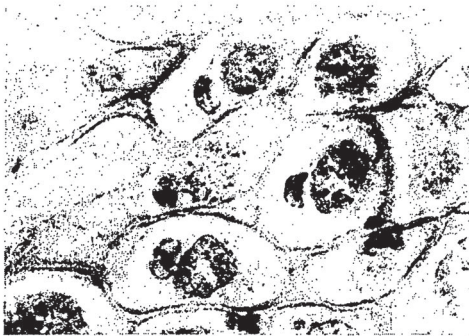
4. Lymphogranuloma inguinale
Intracytoplasmic inclusions



2. Experimental rabies, Rabbit
Intracytoplasmic inclusions



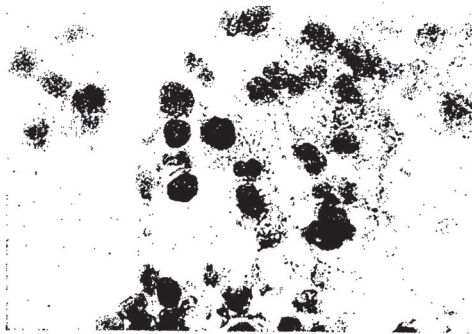
5. Sarcoidosis
Intracytoplasmic elementary bodies



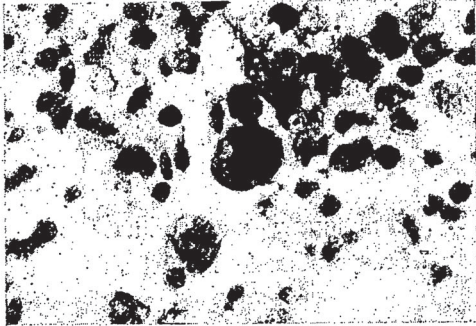
3. Pigeon Pox
Intracytoplasmic inclusions



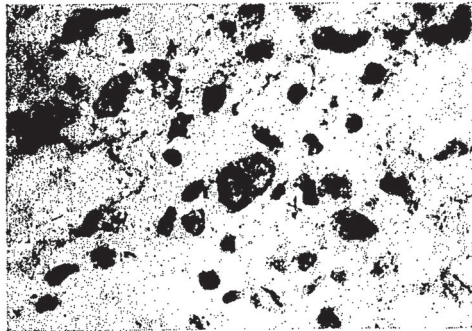
6. Fowl Pox
Borrel bodies



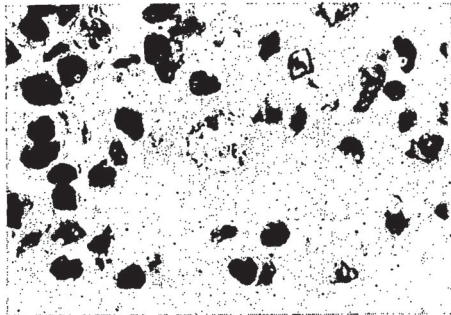
7. Trachoma
Prowazek-Halberstaedter bodies



8. Lymphopathia venereum
Intracytoplasmic inclusions
(Gamma-Favre and Miyagawa)



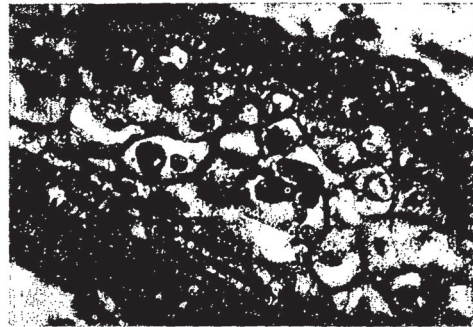
9. Same as No. 8



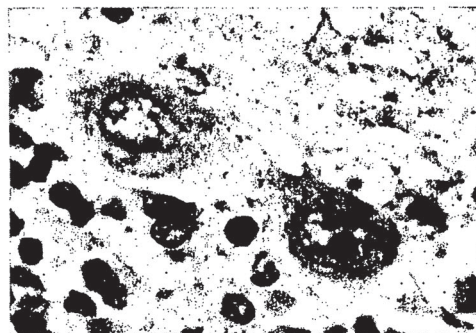
10. Infectious hepatitis canis
Intranuclear inclusions



11. Vaccinia
Intracytoplasmic and
intranuclear inclusions
(Guarnieri bodies)



12. Experimental, vaccinia
Nasal septum, chick embryo.



13. Distemper
Intracytoplasmic and Intranuclear
inclusions

(พากย์ไทยสำหรับเรื่องข้างหน้า)

การศึกษาอินคลิวชันบอดี้ โดยภาพถ่ายจุลทัศน์

สังคีต กาญจนกฤษกร

M.R.C.S. (Eng.), L.R.C.P. (London), D.T.M. (Liverpool)

(แผนกพยาธิวิทยา)

แม้จะมีเครื่องมือทันสมัยและวิธีปฏิบัติ
อื่น ๆ ซึ่งช่วยวินิจฉัยโรคไวรัสแล้วก็ตาม
แต่การตรวจอินคลิวชันบอดี้ (inclusion
bodies) ก็ยังสำคัญมากในการวินิจฉัย
การศึกษาซึ่งจะบรรยายต่อไปนี้อาศัยการ
ถ่ายภาพจุลทัศน์อินคลิวชันบอดี้ ชนิด
ต่าง ๆ ซึ่งในการนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความ
ขอบคุณอย่างสูงต่อ นายแพทย์ สุก แสง
วิเชียร ซึ่งได้แสดงความชำนาญและ
ความชัดเจนของท่านในการถ่ายภาพเหล่านี้
ไว้อย่างชัดเจนดีมาก ข้าพเจ้าขอขอบ
คุณ ม.ร.ว. ชนาญวัตร เทวกุล ที่ได้
เพื่อให้สัทิวจำนวนมากสำหรับงานนี้ และ
ขอขอบคุณ อีกหลายท่านซึ่งส่งเนื้อมาให้
ข้าพเจ้าตรวจ

ยังจำเป็นสำคัญยิ่งใหญในการปฏิบัติของ

นี้อยู่ในความชำนาญในการถ่ายภาพและ
การย้อมสี ข้าพเจ้าใคร่แนะนำผู้สนใจให้
ไปหาผู้ชำนาญ คือท่านหัวหน้าแผนก
กายวิภาคศาสตร์ ซึ่งการช่วยเหลือของ
ท่านจะมีประโยชน์ยิ่งกว่าหนังสือที่จะหา
อ่านได้มากเล่ม

เรื่องย้อมสีนี้ข้าพเจ้าเห็นว่าถ้าต้อง
การเพียงวินิจฉัยโรค วิธีย้อมอย่างธรรมดา
ก็เพียงพอแล้ว ส่วนวิธีอื่น ๆ นั้นมี
ประโยชน์มากกว่าบ้างก็จริง แต่ไม่คุ้ม
กับความยากลำบากที่เพิ่มขึ้น ภาพที่
อย่างทั้งหมดที่แสดงไว้นี้ทำตามวิธี
ธรรมดา จะดี เลว หรือชด ๆ ก็ประโยชน์
อยู่เอง

หลังจากที่ไวรัส เข้าไปเจริญเพิ่มจำนวน
ในเซลล์ก็ทำให้เกิดการเสื่อมชน และ

เกิดเม็ดแปลก ๆ ภายในเซลล์ ซึ่งเม็ดนี้ มีลักษณะจำเพาะสำหรับโรคหลายชนิด เม็ดเช่นนี้เรียกว่า “อินคลิวชันบอดี” หรือ “ไวรัสอินคลิวชัน” และได้มีผู้สังเกตเห็นมานานแล้วก่อนที่จะมีใครวินิจฉัยโรคไวรัส ประมาณร้อยปีเศษมาแล้ว Henderson ได้บรรยาย molluscum bodies ใน ค.ศ. ๑๘๘๖ Loeffler และ Pfeiffer ได้แสดงเม็ดเล็ก ๆ ในโรคไข้ทรพิษ ซึ่งเขาคิดว่าเป็นโปรโตซัว หลังจาก Guarneri ได้รายงานเม็ดเหล่านี้ใน ค.ศ. ๑๘๙๓ มันจึงได้รับชื่อว่า “เม็ดของการ์นารี” ใน ค.ศ. ๑๙๐๓ Negri ได้แสดงเม็ดที่อยู่ในซัยโตพลาสซึมของเซลล์ในระยะยบประสาทกลางของสัตว์ที่ตายด้วยโรคกลัวน้ำ ใน ค.ศ. ๑๙๐๗ Prowazek และ Halberstaedter ได้บรรยายอินคลิวชันบอดีในโรคทราโคมา ซึ่งมี “เฮเลเมนต์บอดี” (elementary bodies) ต่อมา Lindner ได้สังเกตเห็นเม็ดซึ่งบวมใหญ่ เรียกว่า “อินเชียลบอดีของลินด์เนอร์” (initial bodies of Lindner) ในโรคเดียวกัน ดังนั้นเซลล์เฮลิโธเลียในโรคทราโคมาอาจมีเม็ดทั้งสองชนิดนี้

เม็ดเหล่านี้ เป็นอะไร ยังไม่ทราบแน่ แต่เป็นที่รับรองกันแล้วว่ามันเกี่ยวกับโรคไวรัสโดยตรง และเป็นสิ่งซึ่งขาดในการวินิจฉัยโรคหลายโรค อย่างไรก็ตามก็มีโรคไวรัสอื่น ๆ อีกที่ไม่พบอินคลิวชันบอดี Cowdry เปรียบเม็ดเหล่านี้เสมือนเป็นลักษณะของไวรัส และไวรัสบางชนิดอาจไม่ทิ้งรอยนิ้วมือไว้ก็ได้ Lipschütz เข้าใจว่าอินคลิวชันบอดีเป็นตัวไวรัสเอง Smith, Goldstein และคนอื่น ๆ ถือว่ามันเป็นผลเกิดจากปฏิกริยาระหว่างไวรัสและซัยโตพลาสซึมของเซลล์ ต่อไปจะเห็นว่าความเห็นทั้งสองนี้ต่างก็ถูกด้วยกันทั้งคู่

ลักษณะเคมีของอินคลิวชันบอดียังไม่ทราบ ไม่ต้องสงสัยว่ามันเปลี่ยนแปลงไปตามชนิดของเชื้อโรค การศึกษาแสดงว่ามันเป็นต้นเหตุให้เกิดโรคได้ “คำอธิบายที่น่าเชื่อถือที่สุดอาจเห็นว่าเฮเลเมนต์บอดีแทรกเข้าไปในเซลล์บางที่จนถึงนิวเคลียสแล้วออกมาและรวมเป็นกลุ่ม ส่วนเซลล์ก็ต่อต้านโดยสร้างสิ่งหุ้มห่อไว้ ทำให้เม็ดเหล่านี้มีลักษณะเป็นเนื้อเดียวกัน” อินคลิวชันบางอย่าง เช่นทราโคมามีสารมีวค็อยค ซึ่งย้อมสีไม่ติด หุ้มเฮเลเมนต์บอดีอยู่และทำ

ให้เห็นคล้ายรังสีรอบ ๆ เม็ดเหล่านั้นใน เซ็กชัน

เม็ดเหล่านี้ไม่ เปลี่ยน แปลก แต่เพียง ส่วนประกอบเท่านั้น ตำแหน่งที่พบ รูปร่างขนาด และการติดสี ก็อาจผิดแผก ไปได้มาก อินคลิวชันซึ่งปรากฏอยู่ในชั้น โทพลาสซึมของเซลล์ เรียกว่าพวกอินทรา ซัยโทพลาสซึม ที่อยู่ในนิวเคลียสเรียกว่า อินทรานิวเคลียร์ เม็ดเหล่านี้อาจติด สีออสีโนฟิลิกหรือเฮโซฟิลิกก็ได้ van Rooyen และ Rhodes สรุปรูปร่างของเม็ด เหล่านี้ไว้ดังต่อไปนี้

พวกอินทราซัยโทพลาสซึม

๑. พวกออสีโนฟิลิก อาจมีรูปกลม รูปไข่ ยาวหรือสามเหลี่ยม มีขนาด ประมาณ ๕ ถึง ๒๐ ไมครอน พวกที่ เพิ่งเกิดใหม่ ๆ เล็กกว่า ขนาดครึ่ง กล่าว และเป็นลายๆ หรือรวมเป็นกลุ่ม ไม่มีทรวงทรงเฉพาะ เม็ดเหล่านี้มักจะมี เนื้อสีน้ำตาลอมกันตัวอย่างเช่น เม็ดของ การ์นีเอรีในไข้ทรพิษ (Variola - vaccinia group) และ เม็ดของเนกรินโรคกัลวันน้ำ

๒. พวกเฮโซฟิลิก มักประกอบด้วย เฮลเม้นต์หรือขดสีเม็ดเล็กๆ จำนวนมาก ซึ่งอาจรวมกันเป็นเม็ดกลมใหญ่เนื้อแน่น

หรืออาจกระจาย อยู่ทั่วซัยโทพลาสซึม เป็น เม็ดๆ ตัวอย่างเช่นใน, granuloma ingu- nale และ sarcoidosis

อินคลิวชัน อีกอย่างหนึ่งพบ ใน โรค บางอย่าง เช่นทราโคมาและ lymphopa- thia venereum ซึ่งติดสีย้อมแปลกไปตาม ระยะเวลาเจริญ ในระยะแรก ๆ เม็ด อ่อนๆ ติดสีเฮโซฟิลิก ต่อมาติดสีออสี โนฟิลิก

พวกอินทรานิวเคลียร์

Cowdry กล่าวว่าเม็ดเหล่านี้มีลักษณะ คือ ติดสีออสีโนฟิลิก มีส่วนรอบที่ติด สีจางใสระหว่างเม็ดกับเยื่อหุ้มนิวเคลียส และเวกเบสิโคร มาตินแยกไปติดตามขอบ เยื่อหุ้มนิวเคลียส คาวคีย์แบ่งออก เป็นชนิด เอ และ บี ชนิดเออาจมีทรวง ทรงไม่แน่นอนและดูเหมือนเม็ดลายๆ หรือ อยู่รวมกันเป็นก้อนกลมๆ วัตถุภายใน นิวเคลียสเปลี่ยนรูปอย่างมากและเวสิโคร มาตินรวมอยู่บนเยื่อหุ้มนิวเคลียส ปฏิ กิริยาใน เนื้อ รอยๆ เม็ด ชนิดนี้มักจะมี รุนแรงมาก ในเม็ดชนิด บี นั้นปฏิกริยา น้อยกว่า และเวสิโครมาตินไม่ไปรวมที่ ขอบนิวเคลียส

อินคิลิวชันหรือสิ่งตกคล้าย ๆ กับมัน
อาจพบได้ในทิสซิวของคนที่มีสุขภาพปกติ
หรืออย่างที่ในเนื้อคนที่เป็โรคที่ไม่ได้เกิด
จากไวรัส อินคิลิวชันหลอก (pseudo-
inclusions) พบได้ในภาวะอักเสบต่าง ๆ
โดยพวกฟาโกไซท์ กลืนเอาซากเซลล์ที่
ตาย แยกที่เร็ว เศษของเม็ดเลือดแดง
และเม็ดเลือดขาว นอกจากนั้นผู้กล่าว
ว่าสารเคมีบางอย่างเมื่อฉีดเข้าในสัตว์ทดลอง
ก็ทำให้เกิดอินคิลิวชันได้ การกระ
ตุ้นประสาทด้วยไฟฟ้า นาน ๆ ปรากฏว่า
ทำให้เกิดอินคิลิวชันชนิดอินทรานิวเคลียร์
ในเซลล์ประสาท

ในเซลล์ชั้นที่แสดงในรายงานนี้ เม็ด
อินคิลิวชันแบ่งออกได้เป็นพวกต่อไปนี้

พวกอินตราซัยโตพลาสซึม

ก. อีโอสิโนฟิลิก

- (๑) โรคกัวโน
- (๒) โรคกัวโนที่ทดลองทำขึ้น
- (๓) ฝักขามพิราบ (pigeon pox)

ข. เบโซฟิลิก

- (๑) กรานโลมา อินกวินาเด
- (๒) ชาร์โคอิโคซิส
- (๓) เฮเล เม็น แครบซอกัส ในโรคฝัก

คายไก่อ

พวกพิเศษ

- (๑) ทราโคมา
- (๒) ลิมโฟยาเลีย เวเนเรอุม

พวกอินทรานิวเคลียร์

ทักซ์อัสเมอซีอ ในสุนัข

อินตราซัยโตพลาสซึมและอินทรานิว เคลียร์

- (๑) ฝักขามในกระบือ
- (๒) ฝักขามในเอ็มบริโอไก่
- (๓) กิสเต็มเปอร์

สรุป

อินคิลิวชันชนิดนี้เป็นสิ่ง ที่พบภายใน
เซลล์ มีตำแหน่ง รูป ขนาด และการ
ติดสีข้อม แตกต่างกัน บางชนิดอยู่ใน
ซัยโตพลาสซึมของเซลล์ บางชนิดอยู่ใน
นิวเคลียส บางอย่างก็อยู่ทั้งสองที่ เม็ด
เหล่านี้ อาจมีตายทุกหรือไม่มีตายในทิว
จากทิสซิวอีโอสิโนฟิลิกหรือเบโซฟิลิก บาง
ชนิดมีลักษณะพิเศษคือเปลี่ยนการติดสีได้
ในระหว่างการเจริญ

เราทราบว่าไวรัสเป็นต้นเหตุของเม็ค
เหล่านี้ แต่ในโรคไวรัสบางอย่างก็ไม่
พบมัน บางทีก็พบในทิสชีวปรกติหรือที่
เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากไวรัส โดยการ
ทดลองเราอาจทำให้เกิดสิ่ง ที่คล้ายอิน
คลิวชันของสีกได้ และยังมีอินคลิวชัน

หลุดซึ่งทำให้ยุ่งเหยิงมากขึ้นอีก

อาจกล่าวได้โดยไม่ต้องเกรงการขัด
แย้งว่าวิชาที่สลับซับซ้อนเช่นนี้ควรมี
การศึกษาเป็นพิเศษ และควรมีคน มี
อุปกรณ์ และ ความ สดวกพิเศษ สำหรับ
การนี้.

ชรอยผู้ที่เป็นแพทย์คนเคมนจะเป็นคนไม่มีวิชาอะไร จะรู้แต่เครื่อง
ยาเช่นและเป็นคนพอใจลงนั่นแก่นชกชอนอยู่เสมอ ครนเมื่อมีใครเจ็บไข้จะไป
แก่นนลงน เมื่อเห็นกเห็นหายก็ยกยงทำหนกชน เพราะเห็นเป็นคุณเป็นผลก
แล้วจะมีคนทอามณอย่างเคยวกันรยมรดก การที่ทำเช่นนต่อมาทกที จนถึง
เป็นวิชาสำคัญ...และแพทย์ที่จะกใดทองอาศัยทงคค่ากรเป็นหนทาง แล้วได้เคย
พยาบาลไซทหายกยมือ คายกยตามามาก และไม่มีการคอดงถอดนถอดคร ต้อง
สืบสวนจกจำและไหวพริบจึงจะสมควร....

พระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์
(จากสารศิริราชฉบับพิเศษ ฉลองหกสิบปีศิริราช)

ตาบอดชั่วคราวเนื่องจากควินิน

จำลอง หะริณสต

พ.บ., D.T.M. (Calcutta).

(แผนกอายุรศาสตร์)

ในคนที่แพ้ หรือ ได้รับยาขนาดมาก ควินินมักทำให้เกิดอาการ ซินโคนิสม์ (cinchonism) เช่นปวดศีรษะ ห้อตา ลายตามัวและวิงเวียน ในขั้นต่อไปอาจมีหูหนวกและตาบอดได้ ควินินอะมาโรซิซ (quinine amaurosis) คือตาบอดเนื่องจากควินิน อาจเป็นชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ เรืองนไคเคยมีผู้รายงานไว้บ้างและไม่บ่อยมากนัก เช่น Evan (1) พบว่า ผู้ช่วยบางคนที่ได้รับควินินเกิดตามัวและข้างกึ่งมองไม่เห็นเลย Harnack (2) พบว่าควินินขนาดมากทำให้เส้นเลือดของเรติน่าขยับเกร็งและเรติน่าขวม Druauld (3) พบว่า เซลล์ในเรตินาแก๊ง เคลียน และประสาทข้อปลายมีการสลายอย่างรวดเร็ว Rollet (4) รายงานผู้ช่วยที่ตามัวเนื่องจากยาควินิน (5) Mc Gregor และ Loewenstein รายงานผู้ช่วยหนึ่งรายที่กินยาควินินเพื่อ

รักษามาลาเรียครึ่งละ ๓๐ เกรน ทุก ๒ ชั่วโมง ๑๒ ครั้ง มีอาการตาบอดและหูหนวก ผู้รายงานได้พบผู้ช่วยหนึ่งรายที่มีอาการของอะมาโรซิซ โดยได้รับยาควินินนานเกินควร จึงขอเสนอประวัติและการดำเนินโรคต่อไปนี้

รายงานผู้ช่วย

ผู้ช่วยชายไทย คู่ อายุ ๓๒ ปี บ้านอยู่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อาชีพรับราชการเป็นผู้ตรวจการสาธารณสุข ตรวจสุขภาพชั้นสองส่วนภูมิภาค รัยไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๔๕๒ ด้วยอาการสำคัญว่า เป็นไข้มา ๒ เดือน ครั้ง และเมื่อ ๑๔ วันก่อนมาโรงพยาบาลไข้สูงตามัว ห้อตา ประวัติปัจจุบันมีว่า หลังจากผู้ช่วยเดินทางไปตรวจราชการตามเขตที่ย่านนอกอยู่ ๑๐ วัน และกลับ

มาในเมืองจังหวัดอยุธยาแล้วได้วันหนึ่ง
 ในตอนค่ำรู้สึกหนาว เข้าใจว่าเริ่มเป็น
 ไข้มาลาเรีย จึงได้กินยาพาลูกรีน ๑ เม็ด
 สองสามวันต่อมาเป็นไข้หนาวสั่น จึงได้
 วานเพื่อนผู้ช่วยแพทย์ฉึก ยาควินินเข้า
 สะโพก ๑๐ เกรน ในระยะอีก ๑๗ วันต่อ
 มาได้รับการฉึกยาควินินอีก ๓ ครั้ง ๆ
 ละ ๑๐ เกรนและอะเคบริน ๒ ครั้ง ๆ ละ
 ๐.๑ กรัมมี นอกจากนั้นแล้วในระหว่าง
 วันที่ไม่ได้ฉึกก็กินควินินเม็ดครั้ง ละ ๑๐
 เกรนวันละ ๓ ครั้ง และในสัปดาห์แรกได้กิน
 ยาพาลูกรีนครั้งละ ๑ เม็ด (๐.๑ กรัมมี)
 วันละ ๓ เวลาอีกด้วย เมื่อพ้นระยะการ
 รักษาทั้งหมดนี้แล้ว ไม่มีไข้อยู่ประมาณ
 ๕ วัน แล้วก็กลับรู้สึกคล้ายมีไข้อีก จึง
 กินยาควินินเม็ดวันละ ๑๐ เกรนเรื่อยไป
 อีก ๑๕ วัน แต่อาการไข้ไม่ทุเลาลงเลย
 ทุกข่ายังมีไข้ประมาณ ๓๕ ช. ในระยะที่
 ไปเข้าใจว่าเป็นมาลาเรียอยู่อีก จึงได้
 วานให้แพทย์ (ชั้นหนึ่ง) ฉึกยาควินินให้
 อีก ฉึกครั้งละ ๑๐ เกรน วันเว้นวันหรือ
 เว้นสองวันอยู่แปดครั้งในระยะเวลา ๒๔
 วัน และช่ายอะเคบรินอีก ๒ ครั้งติด ๆ
 กัน ๒ วัน (ครั้ง ละ ๐.๑ กรัมมี) ระยะที่
 ไปอีก ๑ วันอาการไข้ไม่ทุเลาจึงฉึกควินิน

อีก ๒ วันติด ๆ กันวันละ ๑๐ เกรน ตอน
 นี้รู้สึกไม่สบายมาก ไข้ไม่หาย ท้องผูก
 จึงกินยาคาโลเมต ๒ เกรนในตอนกลาง
 คืน พอรุ่งเช้ากินยาถ่าย สาย ๆ ถ่าย
 อูจจาระ แล้วจึงกินยาควินินน้ำอีกหนึ่ง
 ช้อนโต๊ะ หลังจากรับประทานยาควินิน
 สักครึ่งใหญ่ เริ่มรู้สึกใจสั่นวิง ๆ ซึ่ง
 ค่อย ๆ เป็นมากขึ้นทุกที พร้อมก็มี
 อาการห่อ ใจหวิว ๆ คล้ายจะขาดใจ
 ตาเริ่มมัวแดงออกมาก สันแข็งพูดไม่
 ออก ได้ตามแพทย์ (ชั้นหนึ่ง) มา ซึ่ง
 ได้ฉึกยาบำรุงหัวใจ กลูโคสและวิตามินบี
 หนึ่งให้ พอถึงเย็นอุณหภูมิร่างกายต่ำ
 มาก ตัวเย็นซีด ตกคำผู้ช่วยมองไม่
 เห็นเลย หักไม่ได้ยิน ตาไม่เห็นอยู่ถึง
 ๕๒ ชั่วโมง จึงเริ่มเห็นตาง ๆ และห
 เริ่มหายอ้อ แต่อาการไข้ยังคงมีอยู่
 แพทย์ได้ฉึกพาลูกรีนให้อีก ๔ วันติด ๆ
 กัน สองวันแรกวันละ ๐.๑ กรัมมี สอง
 วันหลังวันละ ๐.๒ กรัมมี แต่ไข้ไม่ทุเลา
 ลงเลย อีก ๒ วันต่อมา แพทย์ได้รักษา
 ทุกอย่าง แล้วเจาะเลือดไปตรวจหาเชอ
 มาลาเรียก็ไม่พบ แต่ในเย็นวันนั้นเอง
 แพทย์ได้ฉึกแอกเรเนลินให้ ๑ ครั้ง แล้ว
 จึงฉึก อะเคบริน ๐.๑ กรัมมี เข้า หลอด

เลือดและ ๐.๒ กรัมมีเขาในอกล้ำตาม
รุ่งขึ้นมีเลือดกำเอนออกเล็กน้อย วางหน้า
แข่งก็หาย แต่มีอาการปวดตาและเคลื่อนไหว
ที่วุ้นนัยน์ตา เห็นออกมาก มือเท้าชา
แพทย์ได้ฉีดยาบำรุงหัวใจ กลูโคสและ
วิตามินบีหนึ่งแล้วแนะนำให้มารักษาตัวที่
กรุงเทพฯ จึงได้เดินทางมาโรงพยาบาล
ศิริราชเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๔๕๒ เมื่อ
แรกเริ่ม ตรวจร่างกายสมบูรณ์ ๓๘.๕๗-
ซีพีอาร์ ๑๔๐ หายใจ ๒๖ ต่อหน้าที่ แรง
กันโลหิต ๑๑๖/๘๐ มม. ปอดทนม
ปานกลาง ทำทางอ่อนเพลียมากซึม
พูดพรูเรื่องบ้าง บอกว่าตามัว มองสิ่ง
ของเห็นพัวๆ หออย่างเล็กน้อย ตา
เหลืองเล็กน้อย คับคล้ำได้ ๕ นิ้วมีจาก
ชายโครงขวา ค่อนข้างแข็งขอบเรียบ
กดไม่เจ็บ กดแรงๆ เลี้ยว คล้าม้าม
ไม่พบบอกและหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปรกติ
เมื่อกเลือดแดง ๑.๗๔ ล้าน ซีโมโกลบิน
๓๘ เปอร์เซนต์ (ซาลัท) เมื่อกเลือดขาว
๕,๕๐๐ นิวโทรฟิล ๘๔ เปอร์เซนต์ ลิม
โฟไซต์ ๑๖ เปอร์เซนต์ เลือดคายนเป็น
ลย ไม่พบเชื้อมาลาเรียในฟิล์มเลือด
อิกเทอริสอินเท็กซ์ ๕.๒ น้ำตาลในเลือด

๕๗ มก. คอ ๑๐๐ ล. ชม. ซีรัม แอล
บิวมินและโกลบูลิน ๓.๕ และ ๒.๕ เปอร์
เซ็นต์ตามลำดับ บัสสภาวะมีแอลบิวมินเล็ก
น้อย อูจภาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ การ
วินิจฉัยโรคเบื้องต้นว่า อะมอโรซิซจาก
พิษยาควินิน และฝักในคัย ได้รักษา
อาการทั่วไปและสังเกตอาการอยู่ ๒๕ ชั่วโมง
แล้วพักลงเจาะคัยได้หนองสีโก
โก้ ต่อมาได้รับการฝักในคัยโดยใช้ยา
อะราเลน* พอสู้ช่วยเริ่มมีอาการทเลา
ส่งตรวจค่าที่แผนกจักษุ (๑๘ วันหลังเริ่ม
ทายอดหรือหลังจากให้ควินินมอดสุดท้าย
แล้ว) รายงานว่าสายตา ๖/๒๔ ทั้งสอง
ข้าง ลานสายตา (field of vision) แคบ
เป็นจุดเดียว (one point) eye-ground มี
post neuritic atrophy ของประสาทออปติก
ทุปรกติ เจาะสันหลัง ไม่พบสิ่งผิดปกติ
และน้ำไขสันหลังก็เย็นปรกติ ตรวจกะ
โหลคี่ระยะด้วยรังสีเรินต์เกิน ไม่พบข้อ
ผิดปกติ หลังจากอยู่โรงพยาบาลได้
๑๕ วัน สายตากก็กลับเป็นปรกติคือ ๖/๖
แต่ลานสายตายังคงเป็นจุดอยู่ ผู้ช่วยอยู่
ในโรงพยาบาล ๓๘ วัน อาการต่างๆ
ทุเลามากแล้วจึงขอลดกลับบ้าน ลานสายตา

* อะราเลน (aralen) คือ chloroquinic diphosphate

กว้าง ชนเล็กน้อย ประมาณ เท่าปลายนิ้ว
ก้อย (๐.๕x๐.๕ ซม.) eye-ground แสดง
ข้อปติกคิสต์ชันเล็กน้อย

ผู้ช่วยได้มาศึกษาการตรวจสอยตา
เรื่อยมา หลังจากออกจากโรงพยาบาล
ได้ ๒ เดือนครึ่ง ข้อปติกคิสต์ชันปรกติ
ตามสายตาค่อย ๆ กว้างขึ้น เพราะ
อย่างยังออกไปทางข้าง ๆ แต่ยังไม่เท่า
คนปรกติ แม้ขณะเขียนรายงานอยู่น
(เป็นเวลาเกือบสี่เดือนต่อมา) ตามสาย
ตาวัดได้ ประมาณครึ่งหนึ่งของคน ปรกติ
เท่านั้นเอง

อภิปราย

ผู้ช่วยรายงานให้รักษาตนเองโดยเข้าใจ
ว่าเป็นมาลาเรียเรื่อยมา แต่ความจริง
ปรากฏว่าเป็นผิดปกติ

ยาควินินที่ไว้รักษาทั้งกิน และ ฉีด เป็น
เวลากว่าสองเดือน กินครั้งละ ๑๐ เกรน
วันละ ๓ ครั้งอยู่ ๑๔ วัน และวันละ ๑๐
เกรนอีก ๑๘ วัน รวมทั้งครั้งสุดท้าย
เป็นยาน้ำผสมควินินอีก ๑๕ ล. ซม. สำ
หรับฉีด ครั้งละ ๑๐ เกรนรวม ๑๓ ครั้ง
รวมเป็นยาควินินทั้งหมดประมาณ ๗๓๐
เกรน (ประมาณ ๔๘.๗ กรัม) ส่วนยา

อื่นที่ได้คือ พาลูคิรันทังกินและฉีด อะเท
บรินด์อย่างเดียว เปรียบเทียบแล้วทั้ง
สองอย่างมีจำนวนน้อย

ควินิน ขนาด ที่ให้ กิน อย่าง ธรรมดา
อย่างกินครั้งละ ๕-๑๐ เกรนวันละ ๒-๓
ครั้ง ประมาณ ๗ ถึง ๑๐ วันก็เพียงพอ
แล้ว ขนาดฉีดครั้งละ ๕ ถึง ๑๐ เกรน
และให้ใน รายที่จำเป็นต้องฉีด ให้เพียง
หนึ่งหรือสองครั้ง ถ้าผู้ช่วยพอกินได้ก็
เปลี่ยนเป็นวิธีกินทันที ทั้งนี้เพราะถือว่า
ในผู้ช่วยส่วนมาก การกินยาควินินก็ได้
ผลเพียงพอแล้ว ในคนที่แพ้หรือได้รับยา
ขนาดมากเกินไป อาจมีอาการผิดปกติ
หลายอย่างดังกล่าวไว้แล้ว บางครั้ง
อาจถึงตายได้ ขนาดที่กินครั้งเดียวถึง
ตายคือ ๘ กรัมมีอาการตามืด ตาบอด
คืออะมอโรซิสนั้นเกิดขึ้นโดยตามสายตา
ค่อย ๆ แคมเข้าและม่านตาขยายตัวภายใน
ในขั้นตามืดเรติน่า และข้อปติกคิสต์
ชัดเจนของเส้นเลือดเรติน่าขยับเกร็ง ใน
ที่สุดอาจมีข้อปติกอะโทรฟีได้ ผู้ช่วยราย
นี้ได้รับยาพาลูคิรันทังกิน และฉีดข้างเด็ก
น้อยอยู่ในขนาด ใช้รักษาอย่าง ธรรมดา
เท่านั้น ยาอะเคบรินด์เข้ากล้ามเนื้อ
ครั้งละ ๐.๑ กรัม ๔ ครั้ง ๐.๒ กรัม

หนึ่งครึ่ง และเข้าหลอดเลือดดำ ๐.๑ กรัมหนึ่งครึ่ง พืชของยาทั้งสองนี้ไม่ได้เคยมีรายงานว่าทำให้เกิดหนองหรือตาบอดตามัวเลย(๖,๗) ดังนั้นอาการทางสายตาของผู้ช่วยคนคนึงเนื่องมาจากควินินอย่างเคียวทั้งหมด ผู้ช่วยนี้ไม่ได้ยินเลย และตามัวมองไม่เห็นถึง ๔๒ ชั่วโมง เคราะห์ที่ตัดที่ตมและไม่ได้รักษาอีกเลย มีฉะนตาอาจจะบอดเลยก็ได้ เมื่อรักษาไว้ในโรงพยาบาลก็ยังมีอาการของอะมอโรซิสเหลืออยู่ซึ่งตรวจพบว่ากูไกลไม่เห็น ลานสายตาแคบเป็นจุดเคียว และมี post neuritic atrophy ของประสาทออปติก อาการค่อยๆดีขึ้นอย่างช้าๆ แม้เมื่อออกจากโรงพยาบาล ลานสายตาก็ยังแคบมาก (๐.๕x๐.๕ ซม.)

สรุป

๑. ได้เสนอรายงานผู้ช่วยอะมอโรซิส เนื่อง จากรักษาควินิน นานเกิน ควรหนึ่งราย

๒. อาการตามัวมองไม่เห็นเป็นรุนแรงอยู่ ๔๒ ชั่วโมงแล้วกลับตมและ สาย

ตาตมและฟื้นค่อนข้างเร็ว ออปติกอะโทรฟิที่เกิดขึ้นหายภายในสี่เดือน แต่ลานสายตากว้างขึ้นช้าๆ แม้สี่เดือนหลังจากหยุดยาควินินแล้ว ก็ยังกว้างเพียงครึ่งเดียวของคนปรกติ

ผู้รายงานขอแสดงความขอบคุณนายแพทย์ประเสริฐ กังสกาลย์ หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผู้ช่วยรายนี้ และแพทย์แผนกจักษุศาสตร์ ศอนาสีกลาวริงซ์ที่ช่วยทดลอง ตรวจสายตาและหุ ฉะเพาะอย่างยิงนายแพทย์สำราญ วิงส์พาท ที่ช่วยเหลือให้ความสะดวกทุกอย่าง

เอกสาร

1. Evans, J.N.: Amer. J. Ophth 271 (1923).
2. Harnack: from ref. 6.
3. Druauld: From ref. 6.
4. Rollet: U.S. Dispensatory, 1947. A.: Lancet, 2, 566, 1944.
5. Mc Gregor, I.S.; and Loewenstein,
6. Sollmann, T.: A Manual of Pharmacology, 1948 (Saunders, Philadelphia).
7. จำลอง ทรวิณสุต. สารศิริราช พ.ศ. ๒๔๕๓

(Abstract of the fore-going report)
TEMPORARY QUININE AMAUROSIS
A CASE REPORT

Chamlong Harinasuta
M.B., D.T.M. (Calcutta)
(Dept. of Internal Medicine)

A thirty-two year old man was admitted into the Siriraj Hospital on Sept. 23rd 1949, complaining of blurring of vision and partial deafness for fourteen days. The illness started two and a half months previously and consisted of persistent fever with occasional chills. Diagnosing himself to be suffering from malaria he began taking ten to thirty grains of quinine daily. He also requested a friend, an unqualified medical assistant, to inject quinine repeatedly, thus receiving thirteen doses of ten grains each. The treatment lasted nearly two months during which 730 grains (about 48.7 gm.) were administered. The patient also took paludrine and atabrin, but only in therapeutic doses. After the last dose of quinine he developed symptoms attributable to cinchonism, viz. palpitation, tinnitus, disturbed vision, perspiration, difficult speech, subnormal temperature and finally deafness and blindness. The amaurosis and anacusis were complete during about forty-two hours, then began to improve slightly under supportive

treatment. Fever and other general symptoms persisted until admission. Physical examination revealed slight icterus, with the liver enlarged four fingerbreadths below the right costal margin. Vision was still blurred, but tinnitus was only slight. There was moderate fever. Blood, urine and fecal findings were not significant. The diagnosis was amoebic liver abscess with quinine amaurosis. Later, creamy chocolate pus was obtained by liver puncture. Eighteen days after the onset of blindness the vision was found to be 6/24 for both eyes; the visual field was punctiform, and the eye-ground revealed post-neuritic optic atrophy. The ears were essentially normal. Kahn test, lumbar puncture and roentgenography of the skull yielded negative results. Eleven days later the vision improved to 6/6, but the visual field remained unchanged. The liver abscess was treated with aralen. The patient was discharged, improved, on the thirty-eighth day of hospitalization, when the field of vision had enlarged to 0.5x0.5 cm. On re-examina-

tion two and a half months later the optic disc was found to be normal and ten months later still the visual field embraced an area half as wide as a normal person.

The author believes that the amauro-

sis was attributable to the prolonged administration of quinine which in this case was entirely unnecessary, as the patient was suffering from amoebic liver abscess and not malaria.

(Seven references.)

การงานทั้งปวงสำเร็จได้ด้วยความสามารถพร้อมเพียงกัน แม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย, เส้นหญ้าคว้นเข้าเป็นเชือกเกลียว อาจผูกข้างสารอันเฝ้ามั่นได้.

ความมีสามัคคีในระวางญาติมิตร แม้เขาจะน้อยวาสนาบรรคาศักดิ์ก็กว่า ย่อมมีเป็นการเจริญรุ่งเรืองแก่มนุษย์, เมล็ดเข้า ถ้าเขาเปลือกออกเสียก็งอกไม่ได้

การผูกมิตร — หิโตปเทศ

การศึกษาสมุนไพร

๓. บันทึกเรื่องราวระย้อมกับการเจริญอาหาร

ตระกูล กิตติสิน

พ. บ.

(แผนกสัตววิทยา)

รากของต้นระย้อม (*Rauwolfia serpentina*) เป็นสมุนไพรที่แพทย์แผนโบราณรู้จักทั้งไทยและเทศ ในอินเดียใช้เกี่ยวกับโรคประสาทและโรคจิตต์ หมอไทยใช้เป็นยาแก้ไข้ ได้เคยมีการศึกษายานตามแผนวิทยาศาสตร์ซึ่งสรุปได้ว่า รากไม้มีแอลคาลอยด์หลายอย่างซึ่งแสดงฤทธิ์สำคัญคือออกฤทธิ์ประสาทกลางและกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบ เช่นในลำไส้ และมดลูก เวลานี้ในอินเดียมีอารังยประสาทขนานหนึ่งจำหน่ายซึ่งแจ้งว่าประกอบด้วยยาสกัดจากรากระย้อม อย่างไรก็ตามปรากฏว่าในประเทศเรามีการใช้ยานซึ่งแปลกกว่าที่อื่น ๆ คือใช้เป็นยาเจริญอาหาร ถึงแม้มีขายอยู่หลายขนานในซ้อต่าง ๆ กัน และเป็นการใช้ที่อธิบายตามหลักวิทยาการได้ยาก

นายแพทย์อวย เกตุสิงห์⁽¹⁾ ซึ่งได้เคยทำการตรวจค้นเภสัชวิทยาของรากระย้อมในระหว่างปี ๒๕๘๗-๘๘ ได้แจ้งเป็นส่วนตัวว่าเคยทดลองให้ผู้อาสาสมัครจำนวนน้อยกินราก ระย้อมและ สังเกตจำนวนอาหารที่กินได้ ผลดูเหมือนว่าจะกินอาหารได้มากขึ้น แต่ถ้ากินนาน ๆ มีผลข้างทำให้คลื่นไส้และนอนไม่หลับ เป็นการยากที่จะตัดสินว่าการกินได้มากขึ้นนี้เป็นผลของยาหรือเป็นผลทางจิตต์ใจ ผู้ถูกทดลอง บางคนมีความเห็นว่า ที่กินได้มากขึ้นมิใช่เพราะรู้สึกอร่อยหรืออยากกินมากขึ้น หากแต่เพราะไม่ค่อยรู้สึกอิ่มซึ่งอาจอธิบายในทางเป็นผลของการระย้อมประสาทอ่อน ๆ ก็ได้

อย่างไรก็ตามเมื่อพูดถึงกินมากขึ้นก็ย่อมต้องนึกถึงผลทางภาวะอาหาร เช่น

กะเพาะขยายออกมากขึ้น หรือเคลื่อนไหว
ว่องไวขึ้น โดยที่ยังไม่ปรากฏรายงาน
เกี่ยวกับฤทธิ์ ของ ภาวะระย่อมต่อ กะเพาะ
อาหาร ผู้รายงานจึงได้ทำการทดลอง
ดังต่อไปนี้

การสะกิดยา ใช้วิธีของ Chopra(2) ได้
แอลคาลอยด์ ออกมา เป็นผง สีขาว แกรม
เหลืองอ่อน มีรสขมจืดคล้ายควินิน ได้
ใช้แอลคาลอยด์รวมนี้ในการทดลอง

ฤทธิ์ต่อกะเพาะอาหาร ก. กะเพาะ
กบ ใช้วิธีตัดกะเพาะออกแขวนแช่ใน
น้ำยาริงเงอร์ และบันทึกการหดตัวและ
สังเกตการเปลี่ยนแปลงเมื่อใส่ยาลงไป
สรุปผลที่ได้จากการทดลองหลายครั้งคือ
ในขนาดน้อยที่สุดที่มีผลระย่อมทำให้การ
หดตัวแรงขึ้น (ช่วงกว้างขึ้น) แต่ความ
ถี่ลดลงเล็กน้อย ความถี่ตัว (โทนัส)
ไม่เปลี่ยนแปลง เมื่อใส่ยาในขนาดเหมาะ
ที่สุดช่วงหดตัวอาจเพิ่มกว่าปรกติสองถึง
สามเท่า จึงหวั่นไหวมากขึ้นแต่ยังเรียบ
ส่วนโทนัสไม่เปลี่ยน ถ้าให้ขนาดมาก
เกินไปความถี่ของ การหดตัวอาจลดลง
เหลือเพียงครึ่งเดียวของปรกติ ถึงแม้จะ
ใส่อะโทรปีน เสียก่อน ก็ยังคงได้ผลเช่น
เดียวกัน ซึ่งทำให้เข้าใจว่าระย่อมออก

ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อโดยตรง

ข. กะเพาะสุนัข ใช้สุนัขปรกติซึ่ง
ได้หัดให้กลืนลูกยางบาง ๆ ผลคือคลาย
หลอดส่วนกะเพาะอาหาร เมื่อกลืนลงไป
ไปถึง กะเพาะ แล้วใส่ ลมให้ ลูก ยาง โย่ง
และบันทึก การเปลี่ยนแปลง ความ ตันใน
หลอดยาง ซึ่งแสดงถึงการเคลื่อนไหว
ของกะเพาะอาหาร เมื่อการเปลี่ยนแปลง
นี้สม่ำเสมอแล้วก็ฉีดยาเข้าหลอด
เลือดและสังเกตผล จากการทดลอง
หลายครั้งสรุปผลได้ว่าให้ยาต่ำกว่า ๒ มก.
ไม่มีผลอย่างไรปรากฏ ให้ ๕ มก. มี
ความถี่ตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ให้ ๕ ถึง ๑๐
มก. ได้ผลชัดเจน คือการบีบรัดของกะ
เพาะอาหารเพิ่มขึ้น (หรือเกิดคลื่น ถ้า
หากแต่เดิมไม่มี) ความถี่ตัวก็มากขึ้น
ด้วย อาจเพิ่มมากขึ้นเท่าตัวก็ได้ ผล
หายไปภายใน ๑๐ ถึง ๑๒ นาที ถ้า
ขณะที่ กำลังเห็นผลก็อยู่นิ่งๆ อะโทรปีน
ซีลเฟต (๑.๐ มก.) เข้าหลอดเลือด จะ
ทำให้โทนัสลดลงอย่างรวดเร็วและอาจลด
ต่ำกว่าปรกติก็ได้ ถ้าในตอนนั้นฉีดแอลคา
ลอยด์ของระย่อมเข้าไปใหม่ โทนัสจะ
ค่อย ๆ กลับขึ้นไปใหม่ และคงอยู่ได้นาน

เท่าๆ กันก่อนฉีดอะโทรปีน ทั้งนี้โดย
ไม่มีการขยับวุ้นเกิดขึ้น

ดังนั้น ในข้อที่เกี่ยวกับภาวะอาหาร
น้ำจะลงความเห็นได้ว่าในกบและสุนัขแอล
กาลอยด์ของรากระย่อมกระตุ้นภาวะ
อาหาร ทำให้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น
และโตนัสสูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการ
กระตุ้นที่กล้ามเนื้อโดยตรงและอาจผ่าน
ทางประสาทด้วย

ฤทธิ์ ต่อ น้ำ หนัก ตัว และ จำนวน
อาหารในสัตว์ทดลอง ได้ทำการทดลอง
เป็นการเบื้องต้น โดยใช้หนูถีบจักร ๓๐
ตัวเลี้ยง ด้วยอาหารมาตรฐานซึ่งมีส่วน
ประกอบสมบูรณ์ ซึ่งน้ำหนักตัวสัปดาห์
ละสองครึ่งเป็นเวลาสี่สัปดาห์ แล้วเริ่ม
ให้ยาระย่อมใน ๒๐ ตัว ใช้ผงรากระย่อม
ทำเป็นเม็ดเล็กๆ เม็ดละ ๑.๐ มก. ให้
หนูกินตัวละ ๑ เม็ด ต่อวัน ซึ่งน้ำหนัก
อาหารที่หนูกินไปทุกๆ วันด้วย ได้ทดลอง
อยู่เป็นเวลาสามเดือนเต็ม สรุปผล
ได้ว่า ไม่มีความแตกต่างในน้ำหนักตัว

ที่เพิ่มขึ้นและน้ำหนักอาหารที่กินได้ในหนู
ทั้งสองพวก

ดังนั้นการทดลองนี้แสดงว่า ในหนู
ถีบจักร ระย่อมไม่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม
ผิดปกติและไม่ทำให้กินอาหารได้มาก
กว่าปรกติ

การศึกษาทั้งสองชนิดยังไม่สามารถ
ทำความเข้าใจในเรื่องที่เชื่อกันว่าระย่อม
ทำให้กินอาหารได้มากขึ้น ถึงแม้ว่าใน
ข้อที่เกี่ยวกับ ภาวะอาหาร ผลที่ได้อาจ
สนับสนุนบ้าง แต่การที่ภาวะขยับวุ้นแรง
ขึ้นหรือความตึงตัวมากขึ้นนั้นก็ไม่มีการ
ผูกมัดว่าจะต้องกินอาหารได้มากขึ้นด้วย
ยังมีปัญหาแง่อื่นอีกมากที่จะต้องกระทำต่อ
ไป โดยละเอียดอย่างยิ่งการทดลองใน
มนุษย์

เอกสาร

(1) อวย เกตุสิงห์ จากหมายเหตุ
แพทยสมาคมฯ เล่ม ๒๘ ตอน ๒ (พ.ค.
๒๔๘๘) หน้า ๔๗ - ๗๗

(2) R.N. Chopra, J.C. Gupta, B.Muk-
herjee: Indian J. Med. Res., v. 21, No. 2,
Oct. 1933, pp. 261-271

(Abstract of the fore-going article)
PHARMACOLOGICAL STUDIES
3 NOTE ON RAUWOLFIA SERPENTINA

Trakul Kitisin

M. B.

(Dept. of Physiology)

The root of *Rauwolfia serpentina* is a well known indigenous drug, being employed in India as a sedative and in Siam as antipyretic. The chemistry and pharmacology have been studied by a number of workers in India and also in Siam. In this country the drug is reputed to be highly effective in increasing the body weight by stimulating the appetite, for which there seems to be no plausible reason from the pharmacological standpoint. The author undertook to clarify this by means of two series of experiments. The first concerned action on gastric motility. Isolated frog stomach responded with increase in amplitude and decrease in frequency, the tonus being unaffected; the effects were unaltered by previous addition of atropine. In unanesthetized trained dogs intravenous injec-

tion of 5 to 10 mg. of the total alkaloids briefly but definitely increased the tonicity and peristalsis of the stomach (balloon method); atropine abolished the effect on the peristalsis but not on the tonus. The second series of experiments dealt with amount of food ingested and rise in body weight. The experiments were made on young mice, kept on a basal diet. The powdered drug was made into small pills each containing 1.0 mg., and fed to a group of twenty mice. The food intake and change in body weight were compared with those of a control group; the result was essentially negative.

The author concludes that the experiments are not sufficient to account for the particular use of the drug, and further investigation is indicated.

(Two references)

บทบรรณาธิการ

ศัพท์วิชาการ

เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าภาษาไทยเรายังขาดแคลนศัพท์วิชาการ, ทั้ง ๆ ที่เราได้มีการศึกษาวิทยาการสมัยใหม่มาหลายสิบปีแล้ว. ข้อนี้เป็นเพราะแต่เดิมเราไม่เห็นความจำเป็นที่จะพูดเรื่องวิชาการเป็นภาษาของเราเอง และมีกนิยมิใช้คำต่างประเทศที่เข็นต้นตำรา, ซึ่งโดยมากเป็นภาษาอังกฤษ. จนกระทั่งเมื่อสิบปีเศษมานี้เอง จึงได้เกิดความต้องการขึ้น, เนื่องจากทางราชการต้องการให้ทำการสอน และเขียนตำราเป็นภาษาไทย อย่างกระตือรือร้น; นับเป็นการเปิดศักราชใหม่ที่มีทั้งคุณและโทษอยู่ในตัว. ที่เห็นคุณก็คือได้ก่อให้เกิดความต้องการศัพท์วิชาการเป็นภาษาไทยขึ้นมา, ซึ่งได้มีการสนองโดยการบัญญัติศัพท์ ซึ่งถึงแม้จะมีปนกันทั้งดีและไม่ดี, เหมาะและไม่เหมาะ, แต่ก็มีไม่น้อยคำที่ได้รับนิยมนิยมอย่างแพร่หลาย. โทษของการบังคับให้ใช้

ภาษาไทยในการสอน ก็มีไม่น้อยเหมือนกัน, นับตั้งแต่ความสับสนในการสอน, ซึ่งเกิดจากการที่อาจารย์ไม่ทราบว่าจะใช้คำอะไรแทนคำต่างประเทศ, จนกระทั่งนักเรียนไม่มีตำราจะใช้ และในที่สุดไม่สามารถจะอ่านหนังสือต่างประเทศให้เข้าใจแจ่มแจ้ง, และรวมทั้งความไม่สามารถจะเข้าใจซึ่งกันและกันในระหว่างนักเรียน รุ่นเก่า กับนักเรียน รุ่นใหม่ ๆ อีกด้วย.

การก่อตั้งศัพท์วิชาการในภาษาของเราเองเป็นการทำคุณ, เพราะเป็นวิธีอย่างหนึ่งที่จะช่วยเผยแพร่วิทยาการชั้นสูงให้กระจายกว้างขวางออกไปในหมู่ประชาชน, ซึ่งในสมัยนี้นับว่าเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง. ไม่เพียงแต่ในเรื่องวิทยาศาสตร์ทั่วไปซึ่งมีส่วนสำคัญในชีวิตประจำวันของทุก ๆ คน, และซึ่งเขาควรจะทราบเพื่อเข้าใจและสามารถรับประ

โยชน์ได้เต็มที่, แต่โดยละเอียดอย่างยิ่ง ในการแพทย์ย่อมมีความต้องการเป็นพิเศษที่จะให้ประชาชนมีความรู้พอสมควร, เพื่อให้ปฏิบัติตนและให้ความร่วมมือกับทางการได้อย่างถูกต้อง. ในการเผยแพร่ ถ้าหากจะใช้ศัพท์วิชาการเป็นภาษาต่างประเทศ ก็ย่อมจะได้ประโยชน์น้อยเต็มที่.

มีบางท่านไม่เห็นด้วยกับการที่ใช้ภาษาไทยในวิชาการแพทย์, เพราะในบางครั้งอาจต้องการพูดหรือเขียนข้อความที่คนทั่วไปไม่ควรทราบ; ถ้าใช้ภาษาต่างประเทศก็เป็นการจำกัดผู้เข้าใจอยู่ในตัว. เรื่องนี้ควรนับเป็นกรณีพิเศษ, และอาจถือตัวอย่างของต่างประเทศเป็นหลักก็ได้. ตำราแพทย์ต่างประเทศก็ใช้ภาษาสามัญของเขาเองเป็นพื้น. ทอนิกที่ไม่ต้องการให้สามัญชนรู้เรื่อง เขามักใช้ศัพท์วิชาการโดยละเอียด, หรือถ้าเป็นการบรรยายก็มักใช้ภาษาละตินในทอนิกนั้น, ซึ่งละเอียดผู้มีการศึกษาสูงเท่านั้นจึงจะอ่านได้. ในการพูดต่อหน้าคนไข้ เกี่ยวกับเรื่องที่เขาไม่ควรทราบก็ปฏิบัติทำนองนี้. สำหรับเราถ้าหากจะใช้ภาษาอังกฤษแทนภาษาละตินก็อาจได้

ประโยชน์คล้ายกัน, แต่ต้องไม่ลืมว่าภาษาอังกฤษแพร่หลายมากในหมู่ประชาชน, ดังนั้นละเอียดคำบางคำอาจเลือกใช้ศัพท์เทคนิค หรือแม้คำละตินก็จะยังเป็นการบีบบังคับเกินไปอีก.

ศัพท์วิชาการที่ใช้กันอยู่ไม่ไว้ในภาษาไทยย่อมแบ่งออกได้เป็นสองพวก. พวกหนึ่งเป็นคำแท้หรือคำสมาสซึ่งประกอบขึ้นด้วยคำในภาษาสามัญหรือภาษาพื้นเมือง, และนำมาใช้ในความหมายละเอียด. อีกพวกหนึ่งเป็นคำที่สร้างขึ้นจากศัพท์ต่างประเทศ; ฝรั่งเศสใช้ศัพท์ละตินหรือกรีก, ไทยเราใช้มคอหรือสันสกฤต. ภาษาต่างประเทศคงกล่าววนลอกกันว่าเป็นภาษาของผู้รู้และนิยมใช้เขียนตำราต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ. ในสมัยหลังๆ นี้ในบางประเทศได้มีการดำเนินการที่จะเปลี่ยนศัพท์ต่างประเทศในวิชาการมาเป็นภาษาพื้นเมืองเสียเป็นส่วนมาก. ทั้งนี้ใช้เพราะความสำนึกในชาติ แต่อย่างเดียว, แต่เกี่ยวกับประโยชน์ในทางเผยแพร่ก็ยังไม่กล่าวมาแล้วด้วย. อย่างไรก็ตาม, ศัพท์ละติน, กรีก, มคอ หรือ สันสกฤต มีประโยชน์พิเศษในการใช้, เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ในการสมาสที่เข้กให้สร้างคำ

ขึ้นใหม่ด้วยความหมายลึกซึ้ง และรูปคำ
 กระทบใจ, ซึ่งภาษาปัจจุบันไม่สามารถจะ
 เทียบเทียบได้. ทั้งนี้จึงยังคงเป็นต้นตอ
 ของศัพท์วิชาวากมายที่อยู่ต่อไปอีก, ในบาง
 กรณีที่ ถ้าใช้ภาษาสามัญ จะเย็นเยือกมาก
 เกินสมควร. ตัวอย่างเช่นถ้าจะใช้คำ
 สามัญแทนศัพท์ organism ก็จะต้องใช้ว่า
 an organized body ซึ่งจะไม่ทำให้เกิด
 ความเข้าใจอะไรก็เช่น กว่าคำ เดียวนั้น
 เลย. ถ้าเราจะแปลคำนี้เป็นภาษาไทย
 สามัญก็จะต้องเขียนว่า “สิ่งที่มีชีวิต”,
 ซึ่งก็ยากกว่า “ชีวิต” ซึ่งแปลว่า
 “ผู้เป็นอยู่”, และน่าจะใช้ในความหมาย
 อย่างเดียวกันได้. นอกจากนี้, หากจะใช้
 “ชีวิต” ใช้แทน “organism” เราก็อาจ
 ใช้ “จุลชีวิต” แทน “micro-organism”
 ได้อีกต่อหนึ่งด้วย. อย่างไรก็ตามก็ถ้าใช้คำว่า
 เพราะจนเกินไป, วิชาก็อาจกลายเป็นไร
 เหตุผล. เช่นถ้าจะแปล diabetes mellitus
 เป็น “มธุกรมคร” แทนที่จะใช้ง่าย ๆ ว่า
 “เบาหวาน”, ก็คงเป็นการเสียประโยชน์
 มากกว่าได้, เพราะคำไทยแทนก็กระทบ
 ใจ และกินความลึกซึ้งเพียงพอล้วนแล้ว.

ในหน้าปกปกิณณะของของสารคดีราช
 วิทยาลัยนี้มีความหมายของสมาชิกผู้หนึ่งแสดง

ความเห็นเกี่ยวกับศัพท์ แพทย์ที่ทางการ
 ได้บัญญัติขึ้นไว้. การแสดงความคิดเห็น
 เป็นเรื่องธรรมดาสำหรับผู้ที่มีความรู้และ
 รู้จักคิด; การที่ชมเป็นที่หลบเลี่ยงไม่ได้
 สำหรับผู้ประสงค์ที่จะเห็นทุก ๆ สิ่งดีและ
 งาม, และไม่ยอมปล่อยให้ความไม่
 เหมาะสมให้ลึกลับอยู่เรื่อย ๆ. การ
 บัญญัติศัพท์วิชาการที่เราได้กระทำกันอยู่
 สมัยหนึ่งนั้นได้ใช้วิธีรวบรัด, โดยจัด
 ทั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาต่าง ๆ
 แขนงละสองสามคนรวมกันเป็นคณะ, ให้
 คิดสร้างคำขึ้นเป็นศัพท์ที่ยังคับให้ใช้. ถึง
 แม้ว่าการรวมการทุก ๆ คนเป็นผู้มีความรู้
 สูงในวิชาของท่าน, การที่จะบัญญัติคำ
 ให้ทุก ๆ คนพุดตามโดยไม่มีทางเลือก
 เลยนั้นย่อมเป็นการยากที่จะสำเร็จด้วยดี,
 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมื่อผู้ที่ต้องคำนึง
 นั้นมิใช่แต่เพียงนักเรียน, หากแต่เป็นผู้
 ที่สำเร็จวิชาชีพและต่างก็มีความรู้ความ
 คึกอ่านของตนเหมือนกัน. ขณะนี้ไม่ใช่
 โอกาสที่จะติชมศัพท์ที่ได้ถูกบัญญัติขึ้น,
 ซึ่งแน่นอนที่เดี๋ยวนี้คำที่มีประโยชน์และ
 ใช้ได้เป็นจำนวนไม่น้อย, แต่ก็มีมาก
 คำเหมือนกันที่ต้องแก้ไขแล้ว ๆ เล่า ๆ,
 และหลายคำไม่ปรากฏว่ามีผู้นิยมใช้เลย

ในทันทีของการเพียงแต่แสดงความเห็นว่าวิธีการที่ใช้เป็นวิธีฉันทธรรมชาตินั้นและเพราะฉะนั้นจึงดำเนินไปอย่างลุลกลึกหรือไปไม่ได้.

ภาษาเป็นประหนึ่งสิ่งมีชีวิต, มีการเกิด, การตาย, การเจริญและการเสื่อม. ในช่วงชีวิตเรานี้มีคำไทยเกิดขึ้นใหม่มากมาย, และหลายคำหลายคำหายลับไปไม่มีผู้ใช้. ถ้าอ่านหนังสือเก่า ๆ ก็จะมีคำอีกมากหลายที่ได้เลิกใช้กันไปแล้ว. เป็นธรรมดาว่าคำย่อมเกิดขึ้นโดยคน. ใครคนหนึ่งค้นพบวิธีใหม่ที่จะบรรยายความคิดอ่านหรือสิ่งพบเห็นของเขา: เขาก็ใช้คำนั้นพูดกับผู้อื่น. หากมีผู้เห็นว่าคำใหม่นั้นดี, เหมาะ, สดวก, ชัดเจนหรือเพราะพรึง, คำนั้นก็ถูกใช้ต่อไปเป็นทอด ๆ และแพร่หลายในวงกว้างออกไปทุกที่. คำนั้นเจริญขึ้นตลอดเวลาที่ผู้คนใช้เป็นจำนวนมากขึ้น, และคงชีพอยู่ตราบเท่าที่ยังมีความนิยม. เมื่อใดหมดความจำเป็นหรือความนิยมสำหรับคำนั้น, มันก็เสื่อม, ค่อย ๆ เงียบลง ๆ จนในที่สุดหายไปเลยและตาย. นี่เป็นกำเนิด, ชีวิตและอวสานของคำตามทางธรรมชาติ.

คำวิชาการก็ย่อมมีธรรมชาติเช่นนั้น. ในการเขียนตำรา, หรือรายงานหรือบันทึกอะไรสักเรื่องหนึ่งแพทย์หรือนักวิทยาศาสตร์ผู้เขียนนั้นอาจเกิดขาดแคลนคำที่จะใช้เพื่อบรรยายข้อสังเกตหรือความคิดนึกของเขาประการหนึ่งใดให้แจ่มแจ้ง, ซึ่งทำให้เขาต้องคิดคำขึ้นมาใหม่. เมื่อผู้ได้อ่านหรือได้ฟังคำนั้นเข้าใจซาบซึ้งและเห็นพ้องด้วย, คำนั้นก็มีชีวิตต่อไปและเจริญต่อไปตามความนิยม. ถ้าคำใหม่ที่เขาแสดงออกมานั้นไม่เหมาะสม, ก็ย่อมไม่มีใครใช้ตามอย่าง, มีแต่เจ้าของผู้เดียว, ไม่ข้ามันก็ตาย.

เป็นเรื่องธรรมดาว่าโดยกำเนิดของคำในทำนองนี้ย่อมอาจมีคำใดหลาย ๆ คำสำหรับบรรยายสิ่ง ๆ เดียวหรือความคิดข้อเดียว, เพราะต่างคนต่างคิดคำขึ้นใช้เอง. และอาจทำให้เกิดการสับสนซับซ้อนกันได้. แต่เรื่องเช่นนี้คงเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น, เพราะคำที่เหมาะสมที่สุดคงมีผู้นิยมมากที่สุด, ประกอบกับนักวิทยาศาสตร์ย่อมไม่ถ้อยท้วงโดยไร้เหตุผล, ในไม่ช้าก็คงเหลือแต่เฉพาะคำที่ดีที่สุดเท่านั้น. เช่นนี้จะเรียกว่าเป็นการบัญญัติตามธรรมชาติก็เรียกได้. อาจเห็นได้ว่า

บางทีมีคำหลายคำซึ่งก็เท่า ๆ กันและมีผู้นิยมมากไม่แพ้กัน. คำเหล่านั้นก็คงอยู่ต่อไปด้วยกัน. ถ้าหากมีความจำเป็นที่จะต้องเลือกเอาแต่เพียงคำเดียว, เช่น เกี่ยวกับการร่างกฎหมายหรือการทำสถิติ, ซึ่งต้องมีการตั้งกรรมการ, ซึ่งทำหน้าที่พิจารณา คัดเลือกคำ, มากกว่าจะสร้างคำ.

แต่ก่อนนี้ เราไม่มีศัพท์วิชาการเป็นภาษาไทยเลย, ด้วยเหตุผลธรรมดาว่า เพราะในสมัยนั้นยังไม่มีความต้องการ, โดยที่เราใช้ภาษาต่างประเทศเป็นพื้น. เมื่อไม่มีความต้องการ, ก็ไม่มีการคิด, ไม่มีการสร้าง. เพราะฉะนั้น ถ้าจะให้คำของเราเองเกิดขึ้นมาก ๆ ก็ต้องทำให้มีความต้องการมาก ๆ. เราจะต้องการคำมาก ๆ ก็เพื่อสำหรับเขียนตำรา, เขียนรายงานหรือบทความวิชาการต่าง ๆ. ดังนั้นวิธีที่จะส่งเสริมกำเนิดของศัพท์ก็คือส่งเสริมการพูด การเขียนในทางวิชาการ, ซึ่งรวมความไปถึงการทำงานวิชาการ และการค้นคว้าด้วย.

วิทยาศาสตร์เป็นวิชากว้างขวาง, ไม่มีผู้ใดรู้คนเดียว ลึกซึ้งหมดสิ้นทุกอย่าง. การคิดศัพท์วิทยาศาสตร์จะใช้วิธีแปลเอา

ตามคำของต่างประเทศเสมอไปนั้นคงไม่ได้, เพราะคำแปลที่ก็เพียงพร้อมตามหลักภาษา ศาสตร์อาจไม่ได้ ความหมายถูกต้องหรือครบถ้วนในทางวิชาการ, และคำเดียวกันในวิชาหนึ่งอาจมีความหมายต่างกันในอีกวิชาหนึ่งก็ได้. ดังนั้นผู้ที่สร้างศัพท์ได้ ก็ที่สุดควรเป็นผู้ที่จะต้องใช้ศัพท์นั่นเอง, คือผู้ที่ศึกษาเฉพาะในวิชาแขนงนั้น ๆ, ซึ่งนอกจากจะรู้ความหมายของคำอย่างถ่องแท้แล้ว, ยังมีโอกาสที่จะพิจารณา ทบทวนในระหว่างใช้ซ้ำ ๆ ซาก ๆ, เพื่อจะเปลี่ยนแปลงปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นอีก.

ตามเหตุผลข้างต้นนี้, แหล่งที่เกิดสำคัญยิ่ง แห่งหนึ่ง ของศัพท์ วิชาการคือ โรงเรียน, เพราะครูและนักเรียนย่อมมีความต้องการคำที่จะใช้อยู่เสมอ, และโรงเรียน แพทย์ก็ควรจะเป็นผู้ให้กำเนิดศัพท์ในวิชาแพทย์เป็นส่วนใหญ่. ในขณะนี้ยังไม่เป็นตามเหตุผลดังกล่าว, เพราะอาจารย์หลายท่าน ยังนิยมใช้ ศัพท์ต่างประเทศในการสอนและเกรงว่าถ้าใช้คำไทยอาจเกิดการสับสนเพราะต่างคนต่างใช้. ชื่อนี้จะปล่อยให้ผ่านไปตามกฎหมายธรรมชาติ ที่กล่าวแล้ว, แต่จะเร่งให้

เร็วขึ้นได้โดยการสนใจหาโอกาส แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันให้บ่อยและมากขึ้น, เช่นโดยการประชุมและการตีพิมพ์บทความ เป็นต้น. เหล่านี้เป็นหนทางที่ต่างคนนำศัพท์ของตนออกแสดงเพื่อทดลองความเห็นชอบของผู้อื่น. ถ้าหากทุกคนวางจิตใจเป็นนักวิทยาศาสตร์ที่แท้จริง, ไม่ตั้งข้อถกเถียงแต่ความคิดของตน, ศัพท์วิชาการของเราก็จะงอกงามขึ้นได้อย่างรวดเร็ว, ตามวิวัฒนาการชาติที่

ถูกต้อง, โดยมีพิกัดตั้งกรรมการแต่อย่างใด.

การบังคับให้ใช้ ฉะเพาะคำนั้น คำนี้, นอกจากไม่ ต้องด้วยเหตุผลและ อาจผิดพลาดด้วยแล้ว, ยังเป็นการบีบคั้นทางเจริญของภาษา, และที่สำคัญที่สุด คือผิดหลักการวิทยาศาสตร์, ซึ่งนิยมเสรีภาพในความนึกคิดและเป็นประชาธิปไตยอย่างสมบูรณ์.

ความไม่เที่ยง ความมีวิยเยาว์ ความงาม ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ อีสสระียะ (ความเป็นใหญ่) การอยู่ร่วมกับชนเป็นที่รัก (เหล่านี้) ย่อมไม่เป็นที่หลงใหลแห่งขัณฑทิศเลย.

ความสงบ — หิโตปเทศ

แผนกย่อเอกสาร

(หมายเหตุ การใช้อักษรเล็กเป็นบางตอนก็เพื่อประหยัดเนื้อที่ ไม่เกี่ยวกับความสำคัญ)

๑. M. Abulla, D.K. Rohini: Chemotherapy of Cholera with a New Sulphone Compound (การรักษาท้องร่วงโรคด้วยยาพวกซัลโฟนาไมด์ชนิดใหม่) Indian Med. Gaz., v. 85, No. 5, May 1950, pp. 202-203.

ตั้งแต่สิงหาคม ๑๙๔๙ ถึง กุมภาพันธ์ ๑๙๕๐ ผู้รายงานได้ทดลองรักษาผู้ป่วยท้องร่วง ๔๓ ราย ด้วย Formo-Cibazol โดยให้ครั้งแรก ๔ กรัม มีผลไปให้ ๑ กรัม ทุก ๒ ชม. จนครบ ๑๒.๕ กรัม มีผู้ป่วย ๒ ราย เท่านั้นมีอาการไม่ดีขึ้นและต้องให้ต่อไปอีกจนถึง ๑๕ กรัม นอกจากนี้ก็ให้ผู้ป่วยคนนั้นๆ เช่น น้ำมะนาว (มีมะนาว ๒ ผล น้ำตาล ๕๐-๑๒๐ กรัม) และเกลือ ๒ ช้อนชาพูนๆ ในน้ำ ๕๐๐ ล. ชม.)

ผู้ป่วย ๔๓ รายนี้ ๑๐ เปอร์เซ็นต์มาในระยะแรก ๗๐ เปอร์เซ็นต์มาในระยะที่สอง และ ๒๐ เปอร์เซ็นต์มาในระยะท้าย ผลการรักษา ตาย ๓ ราย เท่านั้น เท่ากับ ๗ เปอร์เซ็นต์ คนหนึ่งเป็นชายชรา

มาในระยะสุดท้ายของโรค ไข้ยาเพียง ๕ กรัม มีเท่านั้นที่ตาย รายที่สองเป็นเด็กอายุ ๓ ปี ตายหลังจากรับไว้ ๕ ชม. รายที่สามเป็นหญิงมีครรภ์แก่ตายหลังจากรับไว้ ๒ วัน โดยจรมโบลีสในหัวใจ

ผู้รายงานพบว่า การรักษาดังนี้ ทำให้อาเจียนและอุจจาระหยุดใน ๖-๘ ชม. ถ้าถ่ายขี้สวะจะได้ใน ๑๐-๑๒ ชม. ไม่พบอาการแพ้ยาเลย

ในเวลาเดียวกันนี้ โรงพยาบาลเทศบาลรับผู้ป่วยท้องร่วง ๑๑๘ ราย ตาย ๔๕ ราย เท่ากับ ๔๑.๐ เปอร์เซ็นต์

ตระหนักจิต หาริณสุต พ.บ.

๒. Arthur C. Curtis and Robert H. Grekin: Sarcoidosis. III. A Review. (ซาร์คอยโดซิส รวบรวมเรื่องจากเอกสาร) The Med. Clin. of N. America, v. 33, No. 1, January 1949, pp. 31-54.

ซาร์คอยโดซิสเป็นโรคที่อาจจะเกิดขึ้นแก่คนทุกชาติทุกเพศและทุกวัย สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนั้นยังไม่ทราบกันแน่นอน แม้ว่าจะมีบางคนสามารถแยกเชื้อทูเบอร์

เกิดแบซิลไลได้จากอวัยวะที่เป็นโรคนั้น แต่ส่วนมากไม่เชื่อว่าเชื้อวัณโรคเป็นสาเหตุรายงานและการทดลองต่าง ๆ ที่ไปในทางที่ว่าโรคนั้นอาจเกิดขึ้นโดยหลายสาเหตุด้วยกัน การทดลองแสดงว่าฟอสโฟไลบีสต์มีส่วนสำคัญก่อให้เกิดเอบีทีลอคัสเซลล์ขึ้น ฟอสโฟไลบีสต์ที่อยู่ในตัวแบคทีเรียหลายชนิดก่อให้เกิดเอบีทีลอคัสเซลล์ได้ แร่ธาตุบางอย่างเช่นซิลิกา ก็ทำให้เกิดได้เช่นเดียวกัน และสามารถแยกฟอสโฟไลบีสต์ได้เป็นจำนวนมากจากอวัยวะที่เป็นโรค ฉะนั้นในการรักษาโรคนั้นจึงมีผู้ใช้แคลซิเฟอรอลหรือไดไฮโดรแทคเคสเตอรอล (Dihydro-tachysterol) ขนาดสูง เพื่อไปช่วยเอาฟอสฟอรัสออกมาจากฟอสโฟไลบีสต์ อย่างไรก็ตามการรักษายังไม่มีความแน่นอน

โรคนั้นอาจเกิดขึ้นเฉพาะที่หรือเป็นทั่วร่างกาย ทุกอวัยวะหรือทุกทิสซิวก็ได้ แม้จะมีความพิการเกิดขึ้นหลายแห่งในร่างกาย แต่นอกจากรายที่มีอาการกำเริบจึงจะมีไข้และอ่อนเพลีย การดำเนินของโรคนั้นเวลานาน เรอรั้ง และมักไม่ทำอันตรายถึงชีวิต นอกจากรายมีโรคแทรก อวัยวะที่มีความพิการเกิดขึ้นน้อย ๆ

คือ ท่อน้ำเหลือง ปอด ผิวหนัง ทา และกระดูก ม้ามมักโตขึ้นเสมอ ความพิการในอวัยวะเหล่านี้เหมือนกันหมด มีเป็นกลุ่มๆ เบอริ์ เกิดประกอยด้วยเอบีทีลอคัสเซลล์เรียงเป็นวงกลม ตรงกลางมีเซลล์ยักษ์ถึงฐานซึ่งมีรูปร่างไม่ตรงแบบ (atypical) ในตัวเซลล์ยักษ์มีนิวเคลียสโตยอกติขนาดและรูปร่างต่าง ๆ กัน ลิ้มโฟซียที่มีน้อย เคชเชอซันนี้โครสิสเกือบไม่มีเลย อย่างไรก็ตามต้องยอมรับว่าทิวแอซิกฟาสท์แบซิลไลเพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากวัณโรคและโรคเรอสนิกทเบอริ์คูลอคัส

การตรวจทางห้องปฏิบัติ การพบว่าโมโนซัยโทลิส ซัวร์มโปรเทอินสูงกว่าปกติ โดยเพาะโกลบิวลิน นีออนโปรเทอินในโครเจิน ซัวร์มแคลเซียมและฟอสฟอรัสก็มีระดับสูงขึ้น ยูเรียเคลียร์วานส์เทสต์ต่ำลง อีตราเซคิเมนเตชันของเม็ดเลือดแดงมักสูงขึ้นเมื่อโรคกำเริบ

การวินิจฉัยโรค อาศัยประวัติ การตรวจทางห้องรักษา และการตรวจทางพยาธิวิทยา การทำสกินเทสต์โดยใช้แอนติเจนของ Kreim อาจช่วยได้มาก

หมายเหตุของผู้ย่อ ทางแผนกพยาธิวิทยา ไค รม ชน เณ และท่อน้ำเหลืองมา

ตรวจสอบราย ซึ่งให้การวินิจฉัยว่าอาจเป็นโรคซาค้อยโคสิส โดยมี การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาคล้ายคลึงกับวัณโรค แต่ย้อมสีไม่พบแอซิกฟาสต์แบซิลไล และในควีเซิลล์ย้อมย้อมด้วยทูลูคีนน้ำเงิน

ทินรัตน์ สถิตินิมาณการ พ.บ.

๓. Steven O. Schuvartz and Sherman R. Kaplan: The Prognostic and Therapeutic Value of the Eosinophil Index in Thrombocytopenic Purpura. (คุณค่าของอีโอสิโนฟิลอินเด็กซ์ เกี่ยวกับการรักษาและพยากรณ์โรคของ thrombocytopenic purpura) Amer. J. Med. Sc., v. 219, No. 5, May 1950, pp. 528-533.

ต้นเหตุของพยาธิสภาพของ primary thrombocytopenic purpura ยังคงมีอยู่ในเวลานี้ ตั้งแต่การรับรองของ Kaznelson ว่ามีม้ามขยายตัวอยู่ ซึ่งอยู่ด้วยแล้ว การตัดม้ามก็กลายเป็นวิธีที่ขอใช้รักษาในวิธีหนึ่ง นอกจากจะเป็น secondary thrombocytopenia (อันเนื่องมาจากไขกระดูกแทนที่หรือถูกทำลาย) การเข้าถึงตัวไขกระดูกสามารถทำให้เราแยกไปรแมร์จาก เซกันแคร์ รอมโบไซโตพินิคเปอราไปรแมร์ได้ง่ายมากขึ้น แต่งานที่รายงาน

อาจก่อประโยชน์เล็กน้อยในการที่จะแยกไปรแมร์ รอมโบไซโตพินิคเปอราไปรแมร์ไปในการวินิจฉัยหรือพยากรณ์โรค

ผู้รายงานเคยกล่าว (Amer. J. Med. Sc., 209, 579, 1945) ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคชนิดไปรแมร์ที่มีอีโอสิโนฟิลในไขกระดูกสูงมักจะพ้นจากโรคได้เอง โดยอาศัยผู้ป่วย ๓๐ ราย และอนสุจน์จากงานครั้งนั้น ผู้รายงานได้รวบรวมเพิ่มเติมอีกเป็น ๑๐๐ ราย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอีโอสิโนฟิลอินเด็กซ์ กับการพยากรณ์โรค

อีโอสิโนฟิลอินเด็กซ์ (E. I.) หมายถึงอัตราเปรียบเทียบกับไขกระดูกระหว่างจำนวนของอีโอสิโนฟิลต่อจำนวน ๑๐๐๐ ของนิวโทรฟิลในระยะ metamyelocyte หรือระยะที่ต่ำกว่า

โดยอาศัย E. I. = 50 เป็นเส้นแบ่งแยก เขาแบ่งไปรแมร์ รอมโบไซโตพินิคเปอราไปรแมร์ออกเป็นสองพวก

ก. E. I. สูง คือพวกที่มีจำนวนอีโอสิโนฟิลในไขกระดูกเพิ่มขึ้น

ข. E. I. ต่ำ คือพวกที่ไม่มีจำนวนอีโอสิโนฟิลในไขกระดูกเพิ่มขึ้น

เขาพบว่าการพยากรณ์โรคแตกต่างกันมากในระหว่างสองพวกนี้ ใน ๖๕ ราย

ซึ่งมี E.I. สูง ๕๕ ราย (๘๓ เปอร์เซ็นต์) หาย (๕๕ เปอร์เซ็นต์) และไม่มีผู้ทำการตัดม้ามแล้วตายเลย แต่ในจำนวน ๓๕ ราย ที่มี E.I. ทำ ๑๖ ราย (๕๖ เปอร์เซ็นต์) หาย (๒๓ เปอร์เซ็นต์) หายเอง และ ๘ ราย (๕๕ เปอร์เซ็นต์) ของผู้ช่วยที่ทำการตัดม้ามแล้วตาย (โดยมิได้มีสาเหตุมาจากการผ่าตัด) ถ้าคิดอัตราตาย พวกที่มี E.I. สูงตายเพียง ๕ เปอร์เซ็นต์ แต่พวก E.I. ทำตายถึง ๕๓ เปอร์เซ็นต์

ผู้รายงานได้สรุปว่า ผู้ช่วยที่มี E.I. สูงมีความโน้มเอียงที่จะพ้นจากโรคได้เอง และถ้าตัดม้ามก็เกือบแน่ที่เชื่อว่า จะหาย แต่ผู้ช่วยที่มี E.I. ทำจะมีโอกาสเล็กน้อยเท่านั้นที่จะพ้นจากโรคได้เอง การตัดม้ามในพวกนี้ให้ผลไม่แน่นอน อีกประการหนึ่ง จะผ่าตัดหรือไม่ก็ตามพวก E.I. ทำนั้นอัตราตายสูง

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

๔. J. Henning Magnusson, G. Laurell, E. Frisell, B. Werner.: Aureomycin Treatment of Infantile Diarrhoea and Vomiting. การรักษาโรคท้องร่วงและอาเจียนในเด็ก

ด้วยออโรโอมัยซิน) Brit. Med. J., June 17, 1950, pp. 1398.

มีเชื้อ B. Coli strain ใหม่ที่ทำให้เกิดโรคท้องร่วงและอาเจียนในเด็ก เชื้อชนิดนี้คือ Bac. Coli neapolitanum (B.C.N.) พบอยู่ในอุจจาระและบางคราวพบในทางเดินหายใจของเด็กที่กำลังเป็นโรคท้องร่วงและอาเจียน ได้ลองรักษาด้วยยาต่างๆ เช่น เพนิซิลลินกับซัลโฟนาไมด์ก็ไม่มีผล บางรายลองใช้สเตรปโตมัยซินก็ไม่ได้ผล มี ๘ รายลองรักษาด้วยออโรโอมัยซิน ปรากฏว่าได้ผลดี โดยให้กินขนาด ๒๕ มก. วันละ ๖ ครั้ง พบว่าเมื่อให้กินไปได้เพียงสอง สามครั้งเท่านั้นก็ตรวจเชื้อ B.C.N. ในอุจจาระไม่พบแล้ว ส่วนเชื้อในทางเดินหายใจกินเวลาหลายวันหน่อย แต่ไม่เกิน ๘ วันจึงตรวจ B.C.N. ไม่พบ คนไข้มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว นับว่าได้ผลดีเป็นที่พอใจ

ตระกูล กิติสิน พ.บ.

๕. J. E. Markec and Charles H. Sawyer.: Copper Acetate Induces Ovulation in the Rabbit by Direct stimulation of the Adenohypophysis. (คือยอปเปอร์แอซีเตททำให้ไข่

ตกในกระต่าย โดยกระตุ้นโดยตรงที่
 ค่อมฮัยโปฟัยซีส) Proc. of the Soc. for
 Exper. Biol. and Med., v. 72, No. 1, Oct.
 1949, pp. 174 - 175

เกล็ดของทองแดงทำให้ไข่ตก (ovu-
 lation) ในกระต่ายในระยะเอสตรัส ตาม
 ปกติกระต่ายมีการตกไข่ต่อภายหลังการ
 ทบัสตัวเท่านั้น การกระตุ้นนี้ผ่านฮัยโป
 ซาลามัส และประสาทของก้าน ค่อมฮัย
 ทเวรี่ ไปกระตุ้นฮัยโปฟัยซีสให้หลั่งลูเทอ
 นัยซิงฮอร์โมน Bischoff มีความเห็นว่า
 ผลดังกล่าวนี้เกิดจากพิษของทองแดงต่อ
 ระบบประสาทและมีบางคนเห็นพ้องด้วย

ผู้เขียนรายงานสงสัยข้อที่ว่าทองแดง
 กระตุ้นผ่านทางประสาทไปยังฮัยโปฟัยซีส
 เพราะถึงแม้ว่าจะบล็อกประสาทไม่ให้การ
 กระตุ้นจากการทบัสตัวไปถึงฮัยโปฟัยซีส
 แล้ว คือไฮเปอร์แอซีเตทก็ยังทำให้เกิด
 ผลดังเคยได้ เขาคิดว่าทองแดงอาจไป
 กระตุ้นโดยตรงที่ฮัยโปฟัยซีสส่วนหน้าใกล้
 ึ่งทกลอง โดยใช้ กระ ต่ายสาวน้ำหนัก
 ๒.๕ - ๔.๓ กก. ฉีด ๘๕ ไมโครกรัม
 oestradiol benzoate เสีย ๒ วันก่อนทกลอง
 เพื่อให้เข้าอยู่ในระยะ เอสตรัส ค่อมมาได้
 ฉีด ๐.๑% คือไฮเปอร์แอซีเตทเข้า pars
 distalis ของฮัยโปฟัยซีส (โดยฉีดเข้า

ทางข้างคอ) ๔ ครั้งห่างกัน ๕ ถึง ๑๐
 นาที

ในจำนวนกระต่าย ๒๐ ตัว ๑๒ ตัว
 ซึ่งมีชีวิตอยู่ภายหลังฉีดยาแล้ว ๔๘ ชั่วโมง
 นั้น ปรากฏว่าทองแดงไม่เข้าไปถึง
 ฮัยโปฟัยซีส สัตว์พวกนี้ไม่มี haemor-
 rhagic follicles เลย

อีก ๘ ตัวที่เข้าไปถึงฮัยโปฟัยซีส
 นั้น ๖ ตัวมีการตกไข่ ๒ ตัวในจำนวน
 นี้ได้ถูกเข็มฉีดยาทิ่มแทงขยอกของฮัยโป
 ฟัยซีสซึ่งทองแดงอาจผ่าน ไปถึงฮัยโป
 ซาลามัส ได้ นอกจากนี้ ได้ ค้อน โทรวล
 เพื่อเปรียบเทียบอันตรายกระทบกระเทือนใน
 กระต่าย ๗ ตัว โดยใช้ไฮโปลาร์อีเล็ก
 โทรวกแทงเข้าไป และอีก ๒๓ ตัวฉีด
 acetyl choline-esterine ทุกตัวไม่มีการตก
 ไข่ ผลของการทดลองแสดงว่า เมื่อนัก
 เกล็ดของทองแดงเข้าไปในฮัยโปฟัยซีส
 ทำให้ค่อมหลังลูเทอนัยซิงฮอร์โมนได้ ถึง
 แม้ว่าการติดต่อกับประสาทจะถูกบล็อก
 โดยยาจำพวกที่เป็น anticholinergic และ
 antiadrenergic จึงสรุปว่า ทองแดงไป
 กระตุ้น adenohipophyseal cells โดยตรง
 ไม่ใช่ไปทางประสาท

อนึ่ง Harris ได้ทดลองฉีกเกล็ดของ
แดงเข้าไปใน third ventricle ทำให้ตกไข่
และเลยเชื่อเอาว่าทองแดงไปกระตุ้นฮัย
โปฟัยซิส โดยผ่านทางประสาท ผู้เขียน
เชื่อว่าทองแดงที่คนนกกुकชิมเข้าไปใน
เส้นเลือดและถูกนำไปสู่ฮัยโปฟัยซิส

ม.ร.ว. ส่งศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med.

b. David G. Welton: Exfoliative Dermatitis and Hepatitis due to Phenobarbital.
(หนังสือออกเสียบลอกและตับอักเสบเนื่องจาก
ฟีนอบาร์บิทัล) J. A. M. A., v. 143, No.
3, May 20, 1950, pp. 232-234

ฟีนอบาร์บิทัลเป็นยาที่ใช้กันมาก ผู้
ใช้ไม่ควรลืมว่ายานี้อาจทำให้เกิดปฏิกิริ
ยาที่ร้ายแรงขึ้นได้แม้ว่านาน ๆ จะพบสัก
ครั้ง ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วย ๑ รายทั้ง
ครรภ์ ๓ เดือนซึ่งมีปฏิกิริยาไวผิทธรรวมคา
ต่อฟีนอบาร์บิทัลจนเกือบถึงตาย อาการ
และผลการตรวจมีดังนี้คือ ผิวหนังอัก
เสียบลอกทั่วทั้งตัว ลิวโคซัยโตซีสอย่าง
มากซัดเจน ดีซ่านอย่างแรง และมีเซรัม
แอลบิวมินลดลง พร้อมทั้งการ กลัษของ
อัตราส่วนระหว่างแอลบิวมินและโกลบูลิน
ลีนคัว

ปฏิกิริยาที่เกิดจากฟีนอบาร์บิทัลที่มี
ผู้รายงานไว้พอรวบรวมได้ดังนี้คือ

๑. ที่หนัง มีผื่นไคหลายชนิดรวมทั้ง
morbilliform หรือ scarlatiniform ทั่ว
ตัว bullous erythema multi-forme และ
discrete coin-sized violaceous macules
ผื่นลมพิษและผื่นหนังอักเสบบอก ทั่วตัว
ซึ่งอาจทำให้ถึงตายได้

๒. ที่เยอบุ พบว่ามีการ ลอก หลก
ของเยอบุ หลอกอาหาร, หลอกเสียง,
หลอกคอ, หลอกลม, กรวยไต และ
หลอกไต

๓. อวัยวะภายใน พบแพทคิกิเจเนอ
เรชั่นของตับ การอักเสบข้จุนรอบ ๆ
ปอร์ทัลแคแนล เคลาติยัสเว็ลลิ่งของไต
และเซลล์สเตรวมัส เมตาเพลเซียของ
ตับอ่อน เกี่ยวกับตับมีผู้ลงความเห็น
ว่าการที่ตับมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นนั้น มี
ใช้เนื่องจากการคิกิเซอหรือสิ่งพิษ แต่
เป็นส่วนหนึ่งของการแพ้

คามธรรมชาติ การตายของผู้ป่วยที่มี
ผื่นหนังอักเสบบอกหลกเนื่องจากฟีนอบาร์
บิทัลมักเป็นเพราะ (๑) ไม่คงยาทันท่วง

ที่ภายหลังเกิดขึ้น (๒) ไม่สังเกตเห็นแต่
แรกและไม่รักษาโรคที่เกิดแก่อวัยวะภายใน
ให้ถูกต้องคือ

โรคแซกซันที่บ่อยที่สุดคือ บร็อง
โคชินัวโมเนีย เฮโมราจิกเอ็นเซฟาไล
ติสก็มีผู้รายงานไว้ ผู้รายงานได้แนะนำ

ว่า เมื่อได้มีการสั่งใช้ยาฟีโนบาร์บิทัล
แล้ว ควรแนะนำผู้ช่วยให้หยุดยาทันที
เมื่อมีผื่นเกิดขึ้นที่ผิวหนังและรีบรายงาน
แพทย์ แพทย์ควรสั่งเลิกใช้ยาจนกระทั่ง
แน่ใจว่าผื่นที่เกิดขึ้นไม่ใช่เนื่องจากยา

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

“โรงพยาบาลซึ่ง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรง พระกรุณา ให้คอมมิชชัน
ปรึกษาการบริหาร ขึ้นเป็นมหาทานแก่ อเนกชนนิกรที่ อาศรัยอยู่ใน พระราชอาณาเขต
ประเทศไทยนั้น บัดนี้ ได้จัดการตั้งปวงแล้วเสร็จพอสมควรที่จะเปิดรักษาโรคในชั้นแรก
นี้ได้แล้ว.... ถ้าผู้ใดป่วยไข้จะมาอยู่ในโรงพยาบาลนี้..... ก็รับรักษาให้ไม่ต้อง
มีค่าธรรมเนียมอันใด..... โรงพยาบาลนี้เป็นส่วนพระราชกุศล ทรงสละพระราช
ทรัพย์ให้ตั้งขึ้นเป็นทานในการรักษาโรคและป้องกันความทุกข์ยากของชนทั้งหลายที่
จะเกิดจากพยาธิ มิให้หมอหรือคนพยาบาลเรียกค่ารักษาแก่คนไข้เลย
เป็นอันขาด ยกเว้นแต่ผู้ที่มีศรัทธาในส่วนพระราชกุศลอนันต์ หรือมีจิตกรุณาแก่
เพื่อนมนุษย์ด้วยกัน จะออกเงินเข้าในส่วนพระราชกุศลมหาทานนี้ ได้ไม่ห้ามปราม
และเป็นที่ยินดีอนุโมทนาด้วย.....”

(ประกาศเปิดโรงพยาบาลวังหลัง พ.ศ. ๒๔๓๑)

ปกิณณกะ

พระนคร

๑๕ สิงหาคม ๒๔๕๓

เรียน บรรณาธิการ สารคดีราช

คำอังกฤษ urology มาจากภาษากรีก

ouron = urine และ logia = a discourse หรือ science แปลตามศัพท์ว่า the science of the urine หรือวิทยาว่าด้วยปัสสาวะ ปัจจุบันหมายถึงแขนงหนึ่งของสัตวศาสตร์ที่ว่าด้วยโรคแห่งระบบปัสสาวะ

เมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๑ คณะกรรมการพิจารณาบัญญัติศัพท์ (ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง บัญญัติศัพท์ ฉบับที่ ๓) แปล urology ว่าวิทยาอุโร หรือในปัจจุบันบางที่เรียกว่า ยูโรวิทยา โดย

เอาคำสันสกฤต วิทยา ผสมกับคำมาจากกรีก

ศัพท์ที่แปลว่า urine หรือ น้ำเยียว, น้ำเขา, ขังคนเขา ในฝ่ายภาษาอื่นเป็นที่มาของภาษาไทยเรามีหลายคำเช่น ปัสสาวะ (มคอ), ปุรศราว (สันสกฤต), และ มุคต (มคอ)

มทรวิทยา เป็นคำไทยที่เหมาะสมที่สุดสำหรับแปลคำอังกฤษ urology ไม่ควรเอา คำสันสกฤตไป ผสมกับคำ ที่มาจากกรีกให้เป็นพันทาง ในเมื่อคำสันสกฤตมีอยู่แล้วและเหมาะที่ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

สมัย จันทวิมล พ.บ.

นางเกตุ จันทวิมลบุรี

วันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๕๓

คำนี้ ท่านนายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ทราบ.

ผม เขียน เรื่อง หมอฝรั่ง มาขอความ

กรุณาแทรกลงใน สารคดีราช ตอนนั้น ส่งมากับนายรศมี คงถึงมือคุณหมอลแล้ว ผมส่งมาโดยตรงต่อคุณหมอลอีก

ตอนหนึ่ง แต่ทักความแต่เพียงย่อ ๆ จะให้ละเอียดจะกลายเป็นเรื่องประวัติศาสตร์พงศาวดารไป แลเห็นว่าพอจะยกกันได้ก็

ต่อไปก็มีเข็ญ ร.ร. แพทย์ หมอพลาย แลนายแพทย์ต่างประเทศเข้ามากันเรื่อยๆ มีผู้ทราบกันอยู่ทั่วแล้ว ก็เห็นจะจบเพียงเท่านั้น

แลผมจะเขียน เรื่องธรรมนิยม ให้อำนาจของแพทย์ โบราณ ให้นายแพทย์แผน

โดยความนับถือ

พ.ต. อภัย หะสีตะเวช

(บทความของท่าน "เลขที่หนึ่ง" ที่กล่าวถึงนี้เราจะได้นำลงในโอกาสต่อไป)

เรียน บรรณาธิการ สารคดีราช
 ผมในฐานะลูกศิษย์คนหนึ่ง อยากจะขอออกกันล้มข้อครหาถึงเรื่องการรักษาโดยไม่มีการตรวจว่ามีผลร้ายต่อคนไข้เพียงไร เรื่องที่ผมจะขอเล่าให้ฟังมีอยู่ว่า คนไข้คนหนึ่งได้เข้าไปในร้านแพทย์ ปรึกษา รานหนึ่ง ในกรุง เทพ ฯ บอกอาการว่าเป็นก้อนขึ้นในบริเวณที่สืบแพทย์ที่ร้าน ได้สั่งการรักษาโดยให้ฉีดยาทุกวัน เว้นวันอาทิตย์ คนไข้ได้ปฏิบัติตามอย่างดี รักษาอยู่นานประมาณ ๒ เดือน หมกเปลืองเงินไปหลายร้อยบาท

ก้อนนั้นก็ยังไม่ยุบ คนไข้จึงได้มาหาผมเล่าให้ผมฟัง และบอกว่าเคยบอกให้หมอตรวจดู แต่หมอบอกว่าไม่เป็นไร ฉีดยาเสียแล้วกัน เมื่อตรวจศพว่าเป็น Indirect Inguinal Hernia ซึ่งจะหายไม่ได้โดยการฉีดยา เรื่องที่ไม่น่าเป็นไปได้เกิดขึ้นแล้ว และเป็นตัวอย่างที่ไม่ควรกระทำกันต่อไป เพียงแต่การตรวจง่าย ๆ ก็จะทำให้ คนไข้ไม่ต้อง เสียทั้งเวลาและเงิน รายนี้ยังเดือดร้อนแต่เพียงใส่เลือนซึ่งไม่มีผลร้ายแรงอะไรนักในเวลา

ที่ผ่านไป ถ้าเป็นโรคที่เขื่อนอันตรายร้าย อยากย้ำคือว่า--- ไม่ควรรักษาโดยไม่
 แรงผลร้ายจะต้องมีมากกว่านี้อีก ผมจึง ทำการตรวจเสียก่อน
 เจริญ วัฒนจินดา

๑๒ สิงหาคม ๒๕๕๓

เรื่อง นิติเวชวิทยา

เรียน ท่านบรรณาธิการ หนังสือพิมพ์
 สารศิริราช

ผมใคร่จะขอความกรุณาเรียนหาหรือ
 ว่า ความรู้ซึ่งเกี่ยวกับนิติเวชวิทยานั้น
 สำหรับนายแพทย์สาธารณสุขที่ดี หรือ
 นายแพทย์ที่ประจำอยู่ตามโรงพยาบาล
 และสุขศาลาต่าง ๆ ซึ่งเข็รับคนไข้ทั่วไป
 ก็ดี บรรดานายแพทย์ตามทักล่าวนี้ มัก
 จะมีกิจการเกี่ยวข้องกับการตรวจพิจารณา
 และลงความเห็น ในการเจ็บตายของ
 บุคคลซึ่งมี กรณีเกี่ยวข้อง กับ พระราช
 กำหนดกฎหมายของบ้านเมืองอยู่เสมอ ๆ

เมื่อพูดถึงความรู้ในทางนิติเวชวิท
 ทยาแล้ว รู้สึกว่านายแพทย์รุ่นก่อน ๆ
 บางรุ่นอาจไม่ได้รับการศึกษาเลย บาง
 รุ่นอาจได้รับการศึกษาบ้าง แต่ก็ไม่ใช่
 จะเต็มปากพูนนัก การที่สามารถตรวจ
 วินิจฉัย และลงความเห็นในกรณีต่าง ๆ

ตลอดรอดฝั่งมาได้ นั้น ส่วนมากได้อาศัย
 หลัทธิวิชาประกอบกับเหตุผล และปฏิภาณ
 ของแต่ละคนรวมอยู่ด้วย จึงสามารถ
 ประคองประกอบให้กิจการดำเนินมาได้เป็น
 เรือง ๆ ไป ถึงกระนั้นก็ตาม ก็ยังรู้สึก
 หวั่นวิตก ว่าบาง ครั้งบาง คราว อาจเกิด
 ความผิดพลาดอย่างหน้ามือเป็น หลังมือ
 ไปเลยก็เคียวก็ได้ ถ้าเป็นไปได้ใน
 ลักษณะนี้แล้ว ความเสียหายย่อมจะต้อง
 เกิดขึ้น นอกจากนั้นข้อเสีย เกี่ยว
 ทั้งในส่วนตัวและหมู่ คณะก็อาจพลอยได้
 รับความหมองมัวไปด้วย

เมื่อเป็นดังนี้จึงมาคิดเห็นว่า ถ้าท่าน
 บรรณาธิการจะได้กรุณาแผ่ความเมตตา
 ไปยังบรรดานายแพทย์ซึ่งยังอ่อนความรู้
 ในเรื่องนิติเวชวิทยาโดยวิธีที่จะชักชวน
 หรือเชื้อเชิญท่านผู้ทรงคุณวุฒิในทางนี้
 ได้กรุณาเขียนลงในหนังสือพิมพ์ ๑๒
 หมายเลขทางแพทย์ หรือในหนังสือ
 สารศิริราชเป็นคราว ๆ ไป หรือระกั

พิมพ์ เป็นเล่มโดยเฉพาะเพื่อให้ บรรดา
นายแพทย์ผู้สนใจได้มีโอกาสได้อ่านประ
คัมภ์ศึ ปัญญาเป็น ความรู้ ซึ่งอาจใช้เป็น
แนวทางประกอบการพิจารณาและวินิจฉัย
เสมือนเป็นหลักให้พอยึดถือได้ ย่างแล้ว
เชื่อว่าคงจะได้รับผลดีกว่าวิธีการดั้งซึ่ง
ได้ปฏิบัติมาแล้วเป็นอันมาก.

อนึ่ง ผมขอถือโอกาสเรียนเพิ่ม
เต็มว่า เรื่องที่ได้เรียนมานั้นเป็นเพียงข้อ
หารือของผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ ถ้าท่าน
บรรณาธิการจะกรุณาแนะนำหรือให้ความ
คิดเห็นประการใด ผมพร้อมที่จะรับฟัง
ด้วยความยินดี และขอขอบคุณมา ณ
โอกาสนี้ด้วย

ขอให้ความนับถืออย่างสูง

ส. ช.

เราไม่มีความขัดข้องที่จะพิมพ์เรื่อง
ที่สมาชิกเห็นว่า เป็นประโยชน์ เพราะ
จุดประสงค์ของสารศิริราช คือการเผยแพร่
ความรู้ เราได้ส่งจดหมายข้างบนนี้ไป
ให้ นายแพทย์ สงกรานต์ นิยมเสน
อาจารย์ผู้บรรยาย วิชานิติ เวชชวิทยา
ของคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล

และท่านได้ตอบมาว่า ยินดีที่จะ
เขียนบทความในเรื่องที่สำคัญ ๆ ในวิชา
นั้นออกเผยแพร่ แต่ใคร่อยากทราบเสีย
ก่อนว่าจะมีสมาชิกสนใจมากน้อยเพียงใด
เพราะ บทความเช่นนั้น เป็นการ เขียนขึ้น
ตามตำรา เราจึงขอเสนอเรื่องเพื่อสมาชิก
อื่น ๆ ช่วย แสวง ความ คิดเห็นด้วย

แผนกข้าว

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กรกฎาคม ๒๕๕๓

๑. จำนวนผู้ป่วย (ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

| | อาชุรฯ | ศัลยฯ | สูติ-นารีฯ | จักษุฯ | กุมารฯ | รวมทุกแผนก | |
|-----------------------|---|----------|------------|--------|--------------|------------|----------|
| ก. (นอก) ใหม่ | ๑๓๔๑ | ๓๐๓ | ๓๘๘ | ๓๓๕ | ๓๖๓ | ๔๓๓๓ | |
| เก่า | ๒๒๒๓ | ๕๐๓ | ๑๑๑๖ | ๔๒๓ | ๑๑๖๐* | ๕๘๒๕ | |
| รวม | ๓๕๖๔ | ๑๖๐๖ | ๑๕๐๔ | ๑๑๕๓ | ๑๕๒๓* | ๑๐๕๕๘ | |
| ข. (ใน) | ๑๑๘ | ๒๕๔* | ๔๖๖ | ๑๑๘* | ๑๔๑ | ๑๐๕๓* | |
| ๒. จำนวนการผ่าตัด | ศัลยฯ ๑ | ๒๖๓* | จักษุฯ ๑ | ๑๕๐* | สูติ-นารีฯ ๑ | ๑๒๔* | รวม ๕๘๑* |
| ๓. จำนวนเด็กเกิด | ชาย ๑๕๕ | หญิง ๑๓๐ | รวม ๒๘๕ | | | | |
| ๔. จำนวนเด็กคลอดตาย | ชาย ๘ | หญิง ๘ | รวม ๑๖ | | | | |
| ๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย | ๑๑๒* คน (๑๐.๒ ในร้อยของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๒๓* ราย (๒๐.๕ ในร้อยของที่ตายทั้งหมด) | | | | | | |
| ๖. จำนวนการถ่ายเลือด | ในโรงพยาบาล ๑๕๓ ข้างนอก ๖ รวม ๑๕๙* | | | | | | |
| ๗. แผนกรังสีวิทยา | <p>ก. รังสีเอกซ์ ตรวจ ๑๓๖๒ คน รักษา (ใหม่) ๑๐ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๑๖๘ ครั้ง</p> <p>ข. รöntgen รักษา ๑๑ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๖๒* ครั้ง</p> <p>ค. ไอโซโทป รักษา (ใหม่) ๔ คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) ๑๒ ครั้ง</p> <p>รวมตรวจและรักษา ๑๓๘๓ คน — จำนวนครั้งที่ให้การรักษา ๒๐๐๔ ครั้ง</p> | | | | | | |
| ๘. แผนกสรีรวิทยา | ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๕๘ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๑๑๐๕ ครั้ง | | | | | | |
| ๙. แผนกพยาธิวิทยา | ตรวจศพ ๒๓* ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๔๐๖ (จากภายนอก ๒๓) แอ็กกลูติน-ซัน ๑๑๑ วัณโรค ๑๑๑ และคานัน ๑๕๐๓ หมู่มเลือด ๕๘๖ นับเม็ดเลือด ๒๐ ฟิสิคัลเลือด ๕๐ น้ำไขสันหลัง ๓๔ อูจจาระ ๒๘๘ บัสสาวะ ๖๒ เสมหะและอื่น ๆ ๖๕ ตรวจทดลองตัวจิต (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๓๒ เพาะเชื้อในเลือด ๖๓ จิตสัตว์ ๗ รวมตรวจต่าง ๆ ๓๖๖๐ อย่าง ศพญาติรับไป ๕๘ ศพ กายวิภาครับไป ๘ ศพ สปีเฮอร์รับไป ๓๖ รวม ๑๔๔ ศพ (โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และ แผนกสถิติ) | | | | | | |

* สถิติยอดเข็มน

อนุโมทนา มีผู้เชื้อเพื่อบำรุงคณะแพทย
 ศาสตร์และศิริราชพยาบาล (ตั้งแต่มูลค่า
 ค่า ๑๐๐ บาทขึ้นไป) ดังต่อไปนี้ (๑) นาง
 พูล บุญศิริ และนางกัญญา บุญศิริ จัง
 หวัดระยอง บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท
 ทั้งเป็นทุนให้ชื่อว่า "พระศรีสมทโภก
 (อิม) และเงินให้ ยมจินดา" เพื่อเก็บ
 ดอกผลอุดหนุนนักศึกษาแพทย์ที่มีทุนเล่า
 เรือนไม่พอ และอุทิศส่วนกุศลให้แก่
 ท่านทั้งสองที่ล่วงลับไปแล้ว ส่วนสิทธิ
 พิเศษต่าง ๆ มอบให้นายแพทย์บรรพต
 บุญศิริ ผู้เป็นบุตร (๒) นางสุภัทรา มี
 ชูชน จันทวิคชนบุรี บริจาคเงิน ๑,๒๐๐.
 ๐๐ บาท (๓) พระปลัดอินทร เกสโร
 จังหวัดชุมพร บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท
 บำรุงคัมภีร์คัลยาเพื่อผู้ ชนชั้น (๔) นาย
 ชิม แซ่ตั้งจังหวัดเพชรบุรี บริจาคเงิน
 ๓๐๐.๐๐ บาท (๕) นางทองเหรียญ
 อักษรทอง จังหวัดลพบุรี บริจาคเงิน
 ๓๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสุติศาสตร์
 นารีเวชวิทยา (๖) พระครูสมณกิจพิศาล
 จังหวัดสุพรรณบุรี บริจาคเงิน ๒๖๗.๐๐
 บาท (๗) นายบงเกียรติ แซ่เต๋ย จัง
 หวัดนครราชสีมา บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐
 บาท (๘) นายกิมฮุ้น แซ่ฮ้อ บริษัทไทย

เสรี จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.
 ๐๐ บาท (๙) พระภิกษุพร พศกบุตร
 วัดลาดบัวขาว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนก
 จักษุวิทยาและวิทยาไสตร์คือนาสิกการังซ์
 (๑๐) น.ส. ชมอัย แสงสว่าง จังหวัด
 สระบุรี บริจาคเงิน ๑๕๐.๐๐ บาท บำ
 รุง แผนก จักษุวิทยาและวิทยา ไสตร์คือนา
 สิกการังซ์ (๑๑) นางพริ้ง คันศิริ จัง
 หวัดพระนครศรีอยุธยา บริจาคเงิน ๑๕๐.
 ๐๐ บาท บำรุงตึกคัลยากรรมหญิง ชั้น
 ล่าง (๑๒) น.ส. สมศรี พิษิตยัญชา
 การ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.
 ๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยาและวิท
 ทยาไสตร์คือนาสิกการังซ์ (๑๓) ก.ช. เกียง
 ชูย แซ่เกียง จังหวัดพระนคร บริจาค
 เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกจักษุวิทยา
 และวิทยาไสตร์คือนาสิกการังซ์ (๑๔)
 นางบุญรอก สังฆะจาตะกิ จังหวัดพระ
 นคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนก
 จักษุวิทยาและวิทยาไสตร์คือนาสิกการังซ์
 (๑๕) น.ส. เทียมจันทร์ เจียมประเสริฐ
 จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
 บาท สมทบทุนศรีนาวาพล เกตุสิงห์
 "อุทิศส่วนกุศลให้แก่ นางเทียม เกตุสิงห์

ผู้วายชนม์ (๑๖) คุณหญิงพร้อม สาร
ภักษ์วิสุทธิ จังหวัดพระนครบริจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท เนื่องในการทำบุญวัน
เกิด (๑๗) นางเอี่ยมฯ แซ่ตั้ง จัง
หวัคชนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
บำรุง แผนกสุกาศาสตร์—นารี เวช วิทยา
(๑๘) นางเอี่ยม กล้ากล่อมจิตต์ จัง
หวัคเพ็ชรบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐บาท
บำรุง แผนก สุกาศาสตร์—นารี เวช วิทยา
(๑๙) นางชานเย็น ขัวท่า ร้านเวชภัณฑ์
จังหวัดลพบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐บาท
เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้แก่ พระยาสาคร
วิสัย ผู้วายชนม์ (๒๐) นายเจิว
แซ่จิว จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกคัลยศาสตร์
(๒๑) นายช่อจิว แซ่ท้อ ยี่ห้อซุ่นเฮง
จังหวัดชนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐ บาท
(๒๒) นายกุนแจ็ก แซ่ไคว้ จังหวัด
พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐. บาท(๒๓)
นายกิมจิว แซ่ตั้ง จังหวัดพระนคร บริจ
จาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๒๔) ชุนคักกี
ไชยภิก จังหวัดชัยนาท บริจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท (๒๕) นางเหวียน โท
ใหญ่ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน

๑๐๐.๐๐ บาท (๒๖) นางเอียง จัง
ประภา จังหวัดชนบุรี บริจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท อุทิศส่วนกุศลให้แก่
ค.ช. บรรลือที่ล่วงลับไปแล้ว

สมทบทุนฉลองหกลสิบศิริราช ราย
นามผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงินสมทบทุน
งานฉลอง ๖๐ ปีศิริราชเพิ่มเติมจากที่ได้
นำลงแล้ว (๑) ห้างขายยาวิคสามจีน
สามแยก จังหวัดพระนคร เงิน ๖,๑๖๐.
๕๐ บาท (๒) นางทองอยู่ ที่โรทัย โรง
ทำน้ำแข็งวัดเลียบ พระนคร เงิน ๕,๐๐๐.
๐๐ บาท (๓) มูลนิธิ ชั่งเคียวช่อเต็ก
เซียงกั้ง แห่งประเทศไทย เงิน ๕,๕๐๐.
๐๐ บาท (๔) นายแพทย์สรรพค์และนาย
แพทย์หญิงสมพร ศรีเพ็ญ เงิน ๒,๐๐๐.
๐๐ บาท (๕) นายอิน ท่วงหลี่ เงิน ๒,
๐๐๐.๐๐ บาท (๖) นายสุเทพ ใจเย็น
ห้างขายยาจีนง่วนเฮง พระนคร เงิน ๒,
๐๐๐.๐๐ บาท (๗) โรงพิมพ์ภักดีประ
ภิชญ์ ข้างศาลาเฉลิมกรุง พระนคร เงิน
๑,๕๒๐.๐๐ บาท (๘) นางบุญเรือน
ศิริระภิชญ์ ถนนสมเด็จเจ้าพระยา ชนบุรี
เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๙) นางผลสม
ทรัพย์สุมาน เลขที่ ๕๗๔ สี่แยกศิริราช

ธนบุรี เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๐) ชุน
ทรงสุภาพเลขที่ ๑๕๖ ถนนตระนาว พระ
นคร เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๑) คุณ
ไมตรี เปรมโยธิน เลขที่ ๒๒๐๕ ถนน
เจริญกรุง เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๒)
นายไล่เส็ง แซ่ลิ่ม เลขที่ ๒๒๐๕ ถนน
เจริญกรุง เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๓)
นางเลือน เพ็ญชาติ เลขที่ ๑๐๗๘ ข.
วงเวียนใหญ่ ธนบุรี เงิน ๑,๐๐๐.๐๐
บาท (๑๔) นายแพทย์และนางพยาบาล
กองแพทย์กรมรถไฟ เงิน ๑,๐๐๐.๐๐
บาท (๑๕) นายบุญมี บุญเสนอ เลขที่
๔๒ ตรอกวัดสุนทรธรรมทาน เงิน ๑,
๐๐๐.๐๐ บาท (๑๖) บริษัทเซริง (กรุง
เทพฯ) จำกัด เลขที่ ๒๒๓-๒๒๕ ถนน
ราชวงศ์ เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๗)
คุณพึ้ง จงเจริญสุข เลขที่ ๑๕๑ ถนน
บำรุงเมือง พระนคร เงิน ๑,๐๐๐.๐๐
บาท (๑๘) แพทย์ศาสตร์บัณฑิต รุ่น
๒๕๕๐ เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (๑๙)
ยี่ห้อไค้ว่งใต้ เลขที่ ๕๘-๑๐๐ ถนน
นานา เงิน ๕๐๐.๐๐ บาท (๒๐) นาย
เฉลิม บึงตระกูลเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท (๒๑)
นายแพทย์บุญของ ศิริวงษ์ ร้านนายแพทย์
บุญของ สงขลา เงิน ๓๐๐.๐๐ บาท (๒๒)

คุณณรงค์ อธิพิงษ์ บริษัทรถเทรคมี
เงิน ๓๐๐.๐๐ บาท (๒๓) คุณไพศาล
ตระกูล บริษัทรถเทรคมี เงิน ๓๐๐.
๐๐ บาท (๒๔) นางชงเม้งขอ เลขที่
๑๒๖ ถนนสีพระยา บางรัก เงิน ๓๐๐.
๐๐ บาท (๒๕) นายคำรที รัตกิจ เลขที่
๑๘๕ หลังวัดพญาบัง พระนคร เงิน ๓๐๐.
๐๐ บาท (๒๖) นายบุญรอดและนาง
แจ้ว อินทมณี บางคอแหลม พระนคร
เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๗) นายหว่าง
และนางอิสยิว แซ่เตี้ย บ้านอำเภอคลัง
ชั้น เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๒๘) นางสุขุม
พงษ์กร บริษัทเบอร์ลี่ยุคเกอร์ เงิน ๒๐๐.
๐๐ บาท (๒๙) นายเทพศิริ โชติประ
สิทธิ์ นักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท
(๓๐) นายงเอียด แซ่คัง เลขที่ ๕๐๐
ตลาดพลู ธนบุรี เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท
(๓๑) นายชุนซอ แซ่คัง สะพานเหลือง
พระนคร เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๓๒) นาย
แพทย์เบนทูล บุญอิต โรงพยาบาลพุทธ
ชินราช พิษณุโลก เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท
(๓๓) ร.ท. เสถียรและคุณนารี เมืองแมน
เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๓๔) หลวงไกร
ธามาศย์ เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท (๓๕) นาง

ของที่ระลึก
ซึ่งได้สร้างขึ้นในงานฉลองทศสิบบัณฑิตศิริราช



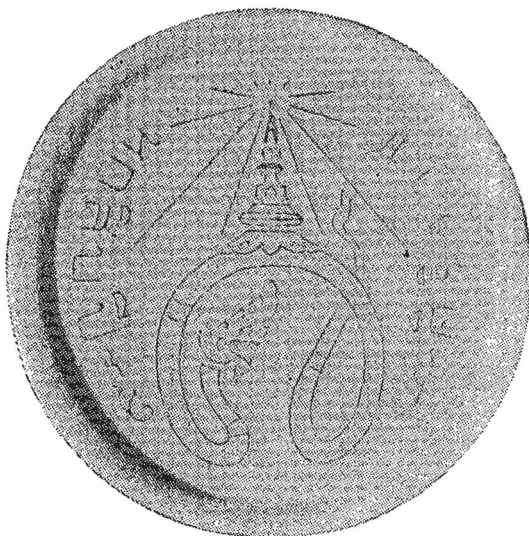
← ภาพขยาย



ภาพเท่าของจริง

๑. เข็มศิริราช เครื่องหมายของชาวศิริราช (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร)
ทั้งเก่าและใหม่ ราคาเข็มละ ๕ บาท (ทำด้วยเงิน กอไหลทอง)

๒. งานรองถ้วยแก้ว (ทำด้วย
พลาสติก) ระหว่างงานขายงานละ
๑.๕๐ ถึง ๒.๕๐ บาท หลังงาน
ขาย ๑.๐๐ บาท



(หมายเหตุ: ทั้งสองอย่างยังสั่ง
ซื้อได้จากแผนกศิริวิทยา ศิริราช
สำหรับเข็มคิกค่าสั่ง ๒.๐๐ บาท (ลง
ทะเบียน) ขายเฉพาะ "ชาวศิริราช"
ส่วนงานรองถ้วยแก้วขายทั่วไป ต้อง
สั่งอย่างน้อยครั้งละ ๖-๑๒ งาน ค่า
สั่ง ๒.๕๐ บาท (ลงทะเบียน)

ประการวุฒิสถิตี เงิน ๑๕๐.๐๐ บาท
 (๓๖) นายแพทย์มนู แมนมนตรี โรงพยาบาล
 มาตแมคคอมมิค เชียงใหม่ เงิน ๑๕๐.๐๐
 บาท (๓๗) ท้างชายยาเต่งเน่ยยี่ ถนน
 เจริญกรุง พระนคร เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท.
 (๓๘) นายเซาว์ ชัยศิริ เลขที่ ๒๖๗/๒๓
 บ้านชัยศิริโฮสเทล เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
 (๓๙) นายจุงซัง เลขที่ ๑๙๖ บ้านชาย
 ยาเจริญเภสัช เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๐)
 นายโค้วไฉ่เซียง ยี่ห้อไฉ่เอี่ยมชวต ทำ
 คินแกง อนุบุรี เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๑)
 คุณวูทธิ อยู่วิทยา เลขที่ ๑๐๙ บ้านชาย
 ยาไทยเจริญ เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๒)
 บริษัทเวลแมนเภสัช จำกัด เลขที่ ๙๕
 ทรอกน้ำแสด เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๓)
 ท้างชายยาขี้ปลึก เลขที่ ๗๔๘ สามแยก
 พระนคร เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๔) ท้าง
 ชายยาราชวงศ์ เลขที่ ๑ ถนนราชวงศ์
 พระนคร เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๕) นาย
 ชันเต็ก แซ่ฟู ทักขาว อนุบุรี เงิน ๑๐๐.
 ๐๐ บาท (๔๖) น.ส. จิตติมา บุญยสิงห์
 แผนกเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์และ
 ศิริราชพยาบาล เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๗)

พระพิพัฒน์ธนกิจ เลขที่ ๑๗๒ รongเมือง
 ซอย ๔ เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๘) นาง
 ชิว สัยศิริ บ้านถนนประชาธิปไตย อนุบุรี
 เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๔๙) คุณเทิม
 กล้วยไม้ ณ ซอยยา เลขที่ ๘ ถนนราชินี
 เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๐) นายเป็งกั
 แซ่แท้ ทรอกหม้อ เสาชิงช้า พระนคร
 เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๑) นางแจ็ก
 กนกกุล เลขที่ ๓๙ หัวเมียด พระนคร
 เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๒) บริษัทโทกัง
 เลขที่ ๒๔๐ พระนคร เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
 (๕๓) นางมีจู แซ่ตั้ง เลขที่ ๒๙ บ้าน
 หม้อ ซอยโรงเรียนเสาวภา เงิน ๑๐๐.
 ๐๐ บาท (๕๔) นางทิพพร เทพสิทธิ์า
 เลขที่ ๑๐๕ ท่าพระจันทร์ พระนคร เงิน
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๕) นายชิวเซ็ง แซ่ตั้ง
 เลขที่ ๑๓ อำเภอคลองตัน อนุบุรี เงิน
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๖) นายทงวน ช่าง-
 ไม้ไทย ถนนวิสุทธิกษัตริย์ พระนคร เงิน
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๗) คุณสุนทร เสริม
 สวรรค์ บ้านเสริมลำปางค์ ท่าเตียน เงิน
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๕๘) คุณสาคร กลิ่น
 ผกา เลขที่ ๓๗๕ ซอยของครุฑ บาย
 กระบี่เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

ข่าวพยาบาล

กลับจากต่างประเทศ น.ส. อังคณา เหมินทร์ และ น.ส. สุรณี กาญจนภมล ซึ่งได้ไปศึกษาวิชาการพยาบาล ทาง สาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์จากประเทศอังกฤษโดยทุน UNICEF ได้กลับถึงกรุงเทพฯ เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม เวลา ๑๑.๐๐ น. ที่สถานีคอนเมือง มีญาติมิตรไปคอยรับอยู่มาก ตลอดจนหัวหน้าแผนกพยาบาลผดุงครรภ์และครูพยาบาล ในวันที่ ๑๕ สิงหาคม เวลา ๑๕.๐๐ น. หัวหน้าแผนกพยาบาลได้เชิญให้ทั้ง ๒ คน มาเข้าประชุมของแผนกพยาบาลซึ่งมีเขียนประจำอาทิตย์ แต่ในโอกาสนี้ได้เปิดให้นักเรียน ทุกชั้น และเชิญนายแพทย์ทุกแผนกมาร่วมด้วย น.ส. อังคณา เหมินทร์ และ น.ส. สุรณี กาญจนภมล ได้เล่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ได้ประสบมาในระหว่างที่ไปและกลับ แสดงถึงชีวิตต่างประเทศ ผิดกฏการเป็นอยู่ในประเทศเราอย่างไร ลักษณะของบ้านเมือง การปกครอง แขนงธรรมเนียมและอื่น ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์มาให้พยาบาลและนักเรียนได้รับความรู้พิเศษเพิ่มขึ้นทั้งในด้านฝ่าย วิชาการและ

ความรู้ทั่วไป นอกจากนียบางคราวยังมีเรื่องขบขันและเรื่องที่ยากลำบากซึ่งครั้งสองก็ได้จัดการให้ผ่านพ้นไปด้วยดี หลังจากนี้หัวหน้าแผนกพยาบาลก็ได้พูดคุยให้เห็น จุดสำคัญต่าง ๆ ที่พยาบาลจะต้องเตรียมตัวของตัวเองให้พร้อมอยู่เสมอที่ระก้าวหน้าในทางวิชาการ และในการเป็นผู้ที่จะช่วยกันทำให้ประเทศชาติรุ่งเรืองในวันข้างหน้า ความสำคัญที่จะต้องฝึกตนคือในด้านการประหยัดและความอดทนต่างๆ ในวันนี้มีนายแพทย์ ผู้ใหญ่มาฟังด้วยหลายท่าน หลังจากนั้นแล้วมีการรับประทานน้ำชา

ทั้งสองท่านนี้ ต้องย้ายไปประจำกรมสาธารณสุข เพราะได้ไปต่างประเทศ โดยทุนขององการณสงเคราะห์มารคาและเด็กในยามคัยขัน นับว่าศิวิราชต้องเสียดผู้ที่เป็นอาจารย์ได้ไปอีกสองคนในคราวนี้

ทำบุญประจำปี เมื่อวันที่อาทิตย์ที่ ๖ สิงหาคม ๒๔๕๓ คณะนักเรียนพยาบาลปีที่ ๓ ได้จัดให้มีการทำบุญโดยถวายอาหารเพลแก่พระภิกษุ ๕ รูป และมี

พระธรรมเทศนาในคอนบ้าย โดยท่าน เสรีสันตงเมื่อเวลา ๒๓.๐๐ น. เศษ ทุก
เจ้าคุณพระพิมลธรรม คนได้รับความขรรเทิงทั่วหน้ากัน
ในคอนค้ำมีภาพยนต์ฉาย แต่เนื่อง
ด้วยไฟฟ้า คับจึงเริ่มฉายเอา ๒๑.๐๐ น. (นางพินพากย์พิทยาเกท)

ข่าวศิษย์เก่า

สมรส

๑. นายแพทย์สุวรรณค์ เลิศฤทธิ พ.บ.
กับ น.ส. ทิพวัลย์ เศษประทุม ป. พยาบาล
เมื่อวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๔๕๓

๒. นายแพทย์ฉายแสง ณ นคร พ.บ.
กับ น.ส. พิลาส สาริกฤติ เมื่อวันที่ ๒๕
สิงหาคม ๒๔๕๓

๓. น.ส. นุ่มอนงค์ มหัทธนะกาญจนะ
พ.บ. กับ นายจิตติ ตีระแพทย์ เมื่อวันที่
ที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๔๕๓

๔. นายแพทย์ทองนอก นิตยสุทธิ พ.บ.
กับ น.ส. กิ่งทอง เศวตศิลา เมื่อวันที่
๑ กันยายน ๒๔๕๓

เราขอแสดงความยินดีด้วยอย่างมาก

ไปต่างประเทศ

แพทย์หญิงสลวก ชุณหวัต ร.พ. ศิริ
ราช ไปศึกษาวิชายาสลบ ณ สหรัฐ

อเมริกา โดยทุนของสมาคมสตรีอุคม
ศึกษา เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๔๕๓

แพทย์หญิง กัลยา วิเศษแพทยา ร.พ.
บางรัก ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริ
กาโดยทุนองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่
๑๖ สิงหาคม ๒๔๕๓

นายแพทย์บัญญัติ ปวีชญาณนท์ ร.พ.
ศิริราช นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ
ร.พ. ศิริราช และ นายแพทย์ศิระ ศิริ
สัมพันธ์ ร.พ. รุฟาดงกรณ ไปศึกษาเพิ่ม
เติม ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุนขององค์
การอเมริกัน เมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม
๒๔๕๓

นายแพทย์เสด็จ พลากร และ นาย
แพทย์ ม.จ. อำนวยสวัสดิ์ สวัสดิวัฒน์
ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษ โดย
ทุนส่วนตัว เมื่อวันที่ ๓ กันยายน ๒๔๕๓

แพทย์หญิง สุภา ศิริวิทย์โนภาส ร.พ.
โรจจิตต์ ธนบุรี ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ
สหรัฐอเมริกา โดยทุนของสมาคมสตรี
อุดมศึกษา เมื่อวันที่ ๓ กันยายน ๒๔๕๓
นายแพทย์วราภรณ์ อิศรางกูร ณ
อยุธยา ร.พ. โรงงานยาสูบ ไปศึกษา

เพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษโดยทุนส่วน
ตัว วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๔๕๓
สารศิริราชขอแสดงความยินดีต่อท่าน
เหล่านี้ และขอพรให้ประสบความสำเร็จ
และนำความรู้ที่เป็นประโยชน์มาสู่
บ้านเมืองในโอกาสต่อไป.

ผู้ใด ถือน้ำที่เป็นใหญ่, เมินการชอบหรือชังของนายเสี้ย, กล่าว
เหตุผลอันสมควร ไม่ค่อยชอบใจนาย, ผู้นั้นนับว่าเป็นสหายพระราชฯ.
ความสงบ — หิโตปเทศ

บันทึกท้ายเล่ม

๑) วิทยาลัยนสารศิริราชได้มีอายุมา ครบยี่สิบเอ็ดเดือนแล้ว นับว่าเวลาได้ ผ่านไปอย่างรวดเร็วยิ่ง โดยเฉพาะ สำหรับพวกเจ้าหน้าที่สมัครเล่นทั้งหลาย ซึ่งกล่าวได้ว่าไม่ได้มีเวลาว่างเว้นเลยนับ ตั้งแต่กลางเดือน พฤศจิกายน ๒๕๕๑ ซึ่ง สารศิริราชเริ่มพักตัวเป็นปฐมฤกษ์ เรา ไม่ทราบว่าในสายตาของท่านสมาชิกกิจ การของสารศิริราชจะได้ดำเนินมาอย่าง ราบรื่นเพียงใด แต่สำหรับคนวงในรู้จักัน ทั่วได้มีระยะเวลาขลุกขลักหลายต่อหลายตอน บางคราวจนถึงขั้นที่เรียกว่าโกลาหล อย่างหมดหวังก็ว่าได้ แต่อาจเป็นเพราะ เคอะขงูญ ที่พวกเรากำลังใจ ทำงาน กันด้วย จิตที่กุศล คิดแต่จะเผยแพร่ความรู้ให้ผู้ที่ ต้องการทั้งหลายและแพร่เกียรติคุณของ สถานศึกษา ไม่ได้คำนึงถึงความดีเด่นส่วน ทั่ว หรือถึงวลต่อความยากลำบากใด ๆ ด้วยกันทั้งสิ้น เหตุร้ายก็กลายเป็นดีได้ใน ระยะขอกสุดสุดเสมอ ๆ มา

๒) เรื่อนำในฉบับนี้เขียนพากย์อังกฤษ เขียนโดยคุณหมอสงัด กาญจนกฤษ

ผู้ฝึกปากเป็นที่ยกย่องในหมู่ศิษย์และเพื่อน ของท่านโดยทั่วไป เรื่องของท่านผู้ น “หายาก” อย่างยิ่ง ยากทั้งในแง่กระ บวนความ ซึ่งเป็นเรื่องที่หาคนเขียนไม่ ค่อยพบ และยากในแง่การได้มา เพราะ ตั้งแต่ลาสิกขาบทออกมาแล้วก็ปรากฏว่า ท่านผู้เขียนสูงเด่นด้วยสมณะยิ่งขึ้นไปกว่า เติมเสียอีก บรรณาธิการต้องขอร้อง แล้วก็คัดค้นและในที่สุดขู่เชิญจึงได้เรื่อง มา และเพราะเป็นเรื่องหายากจริง ๆ จึง ได้ยอมลงทุนทำภาพประกอบให้อย่างเต็ม ทั่ว โดยไม่ต้องรำพึงถึงต้นทุน เราหวัง ว่าท่านเจ้าของเรื่องคงมีความพอใจเท่าๆ กับท่านผู้อ่าน และคราวต่อไปคงจะให้ เรื่องง่ายขึ้น ไม่ถึงกับต้องให้เราจ่ายค่า ภาพแรงเท่าคราวนี้อีก

๓) พุดถึงภาพเชื่อว่าท่านสมาชิกคง ได้สังเกตเองแล้วว่า สารศิริราชไม่เคย ใช้นเรื่องภาพประกอบ สองฉบับติด ๆ กัน มานเรามีภาพลาย สระวันพิมพ์ ด้วยกระ ดาษมัน ฉบับที่แล้วลงทุนเพราะภาพก็ ร่วมทร้อยบาทแล้ว คิดเฉลี่ยเล่มละ

สามสี่สทางค์เกือบครึ่งหนึ่ง ของราคา
 ขาย ฅบยบยงแพงซนไปอีก ที่เรายอม
 ทำให้ก็เพราะเห็นแก่คุณค่าของเรื่องและ
 ประโยชน์ที่จะบังเกิดแก่ผู้อ่าน ถ้ามองใน
 แง่เศรษฐกิจของหนังสือแล้วก็เป็นสิ่งที่ทำ
 ไม่ได้ คึงนั้งหวังว่าท่านเจ้าของเรื่อง
 ที่จะให้เราก่อไปนั้นจะช่วยโดยจำกัดภาพ
 ณะเพราะทำเป็นเท่านั้น คึงเช่นท่านเจ้า
 ของเรื่อง “ไวรัส” ในคราวนี้ได้ช่วยคัก
 ภาพที่ท่านทำเตรียมไว้ แล้วนั้น ออกเสีย
 ประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งเราขอขอบคุณ
 อย่างยิ่ง

๑ คุณหมอมอระกูด กิติสิน สละเวลา
 ที่กำลังยุ่งอยู่ด้วยการค้นคว้าและสอนมา
 ช่วยผลิตเรื่องสั้น ๆ ให้เราได้อ่านกันอีก
 เรื่องหนึ่ง คงมีหลายท่านที่รู้เรื่องราว
 ระย้อมคึกว่าเป็นยาที่หมอมอแผนโบราณของ
 เรา รู้จักดีและยกย่องว่ามีสรรพคุณศักดิ์
 สิทธิ์มาก สัตว์แพทย์ที่ใช้เป็นยาถ่าย
 ระบาย ของคุณหมอมอ ระกูด คราวนี้เป็น
 เพียงบันทึกสั้นๆ เกี่ยวกับการสืบสวนฤทธิ์
 อย่างหนึ่งที่น่าทึ่งมาก ซึ่งยังไม่ปรากฏ
 ว่ามีการใช้ประโยชน์กันในที่อื่นนอกจาก
 ประเทศไทย คือฤทธิ์ทำให้กินอาหารได้
 และเป็นรากฐานของ “ยาอ้วน” หลาย

ขนานในตลาด แม้ยู่หาจะยังไม่สุกสัน
 ว่ายานทำให้กินอาหารได้มากขึ้นโดยกล
 โกลอย่างใด แต่ก็พอทราบแล้วว่ามันมี
 ฤทธิ์ที่อกระเพาะอาหาร แต่ในหนูถีบจักร
 มันไม่ทำหน้าที่เป็น “ยาเจริญอาหาร”
 เลย เราหวังว่าคุณหมอมอระกูดคงจะทค
 ลองต่อไปและให้ความรู้มาแจกจ่ายกันอีก

๑ คุณหมอมอจำลอง ทรวิณสุต เป็น
 อาจารย์หนุ่มอีกผู้หนึ่งที่มีศรัทธาอดทน
 สารศิริราชเสมอๆ ทั้งด้วยเรื่องและ
 ทั่วยย่อเอกสาร คราวนี้ถือค่าที่เรียบ
 เรียงรายงานคนไข้ที่น่าทึ่งมากมาเขียนกำ
 นัล รายงานเรื่องนี้ นอกจากจะเป็นตัว
 อย่างการ แสดงพิษของยาควินินที่นานๆ
 ใ้พบสักครั้งหนึ่งแล้ว ยังเป็นอุทาหรณ์
 ที่คักตรึงใจยิ่งสำหรับผลร้ายของการที่คน
 ไข้รักษาตัวเอง และการใช้ยาโดยมิได้
 ทรวจให้ได้ การวินิจฉัยโรคที่ถ่องแท้เสีย
 ก่อน นับว่าคนไข้มิใช่คดีอย่างหนึ่งที่ไมคา
 บอคเหตุหนักไปจนตลอดชีวิต และไม่ตาย
 เพราะโรคซึ่งเป็นจริงแต่ไม่ได้รักษาเลย
 เชื้อว่าเหตุการณ์รายนี้จะเช่นบทเรียนที่ดียิ่ง
 สำหรับคนไข้เองและผู้คนที่อยู่ในฐานะที่จะ
 ให้การรักษาแก่ใครๆ ได้

๑ แผนกย่อเอกสารของเรา ยังแสดง

เช่นเคยว่าหมอของเรา สนใจในเรื่องยา และการรักษามากกว่าในแง่อื่น ในฉบับนี้ มีเรื่องยาสามเรื่อง (ตระหนักจิต หรวินสุต ชัลโฟนกับยหิวาตกโรค, ทรูกลูกิตินิน ออเรโอมัยซินกับท้องร่วง, บัญเรื่อง นิยมพร ฟิโนบาร์บิทัลกับพิษ) เรื่องที่เรียกได้ว่าวิชาการแท้ ๆ มีสองเรื่อง ของคุณหมอทินรัตน์ สถิตนิมานการ (ชาร์ค้อยโตลิส) กับ ม.ร.ว. ส่งศรี เกตุสิงห์ (ทองแดงกับการตกไข่) นอกจากนี้ก็มีเรื่องเกี่ยวกับเครื่องช่วยการทำนายโรค คือ ฮีโอสติโนฟิลอินเด็กซ์ของคุณหมอสมโพธิ พุกกระเวส ซึ่งน่าสนใจมากเหมือนกัน

๑ เรามีความยินดีที่สังเกตเห็นว่า การร่ำร้องของเราเกี่ยวกับการช่วยทำขออกสารให้แก่สารศิริราชนั้นดูเหมือนจะได้ผล เพราะในระหว่างเดือนที่แล้วมานี้ ได้มีขยับจากผู้อยู่หน้าใหม่ ๆ หลายท่าน ซึ่งทำให้รู้สึกขอบคุณเขื่อนอันมาก และมีความยินดีเป็นพิเศษที่เห็นว่า ส่วนใหญ่ของหน้าใหม่ ๆ นั้นเป็นหมอใหม่ ๆ หรืออาจารย์หนุ่ม ๆ เพราะการน้อมแสดงว่าศิษย์รุ่นใหม่ๆ ของศิริราชเริ่มปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิชาและการบำเพ็ญเพื่อสาธารณ

ประโยชน์ และขอมทราษกันอยู่แล้วว่า ความเจริญยั่งยืนของสถานที่แห่งใด ๆ ก็ตามย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถและจิตใจของเขาวชนผู้ที่ระวัยทอศท้อไป มากกว่าผู้ซึ่งกำลังนำอยู่เสียอีก

๑ แผนกยพิณณะของเราสมชอมากในคราวนี้ บรรจกทหมายเข้าไว้ถึงสี่ฉบับ จกทหมายเหล่านี้เนอความต่าง ๆ กันก็จริง แต่ทั้งหมดค้องกันอยู่ในข้อหนึ่ง คือมีจุดประสงค์เพื่อประโยชน์และความคิงามของส่วนรวมทั้งสิ้น ออกจะเป็นการบังเอิญที่หายากสักหน่อยที่ชาวศิริราชสี่คน อยู่คนละทิศละทาง เกิดคิดขำเพ็ญประโยชน์ขึ้นมาในเวลาไล่เรี่ยกัน นำศรัทธาในการอบรมที่ท่านอาจารย์แต่เก่าก่อนได้ปลุกจิตจิตใจของศิษย์ไว้ที่ยังเราอดไม่ได้ที่จะกล่าวขวัญเป็นครั้งที่เท่าใดจำไม่ได้เสียแล้วถึงจิตต์ใจรักโรงเรียนเก่าของท่าน "เลขที่หนึ่ง" ซึ่งคราวนี้ก็ได้แสดงออกมาอีกทั้งวาจาและปฏิบัติ ถ้าหากท่านยังเป็นเด็ก ๆ ก็เห็นจะต้องเรียกว่าเป็นคน "ยุจีน" แต่ที่ท่านเป็นคนคราวคุณปู่คุณตาแล้ว ก็พอจะเข้าใจได้ว่าการกระทำที่เป็นตัวอย่างของท่านทั้งนี้มิใช่ ะไรอื่น นอกจากผลของการที่

ใจศอกใจง้ออยู่กับสถานศึกษาเก่าของท่าน
นั่นเอง

๑ อีกครั้งหนึ่งเราต้องขอขอบคุณ
เวลาของท่านสมาชิก ด้วยเรื่อง หนังสือที่
พิมพ์ขึ้นในงานฉลองหกสิบปีศิริราช โดย
ที่ปรากฏว่ายังมีผู้ไม่เข้าใจ และทวงถาม
มากด้วยความเข้าใจผิดบ่อยๆ เป็นการ
เสียเวลาของท่านโดยเปล่าประโยชน์ ขอ
เรียนว่าเนื่องในงานนี้มีหนังสือกำหนดไว้
สามเล่ม ล้วนแต่เป็นคนละเรื่อง คือ (๑)
สารศิริราช ฌบัยพิเศษ จัดทำขึ้นโดย
“คณะสารศิริราช” ด้วยความมุ่งหมาย
ที่จะหากำไรส่งสมทบทุน หนังสืออื่นใดทำ
สำเร็จและออกจำหน่ายแล้ว ตั้งแต่เดือน
พฤษภาคม ผู้ที่จองไว้ควรได้รับแล้วทุก
คน ถ้ายังไม่ได้รับโปรดทวง แต่โปรด
ตัดใบรับเงินให้แน่ว่าท่านจอง หนังสือเล่มนี้
จริง ไม่ใช่อีกสองเล่มอื่น (๒) สมุด
รวมเรื่องวิชาการ ที่แสดงในการประชุม
วิชาการระหว่างสัปดาห์ในงานฉลองฯ มี
รวมทั้งสิ้นประมาณสามสิบเรื่อง หนังสือ
นี้กำลังจัดพิมพ์และคงจะออกจำหน่ายได้
ในปลายเดือนหน้า ฉะเพาะสำหรับผู้จอง

ไว้ ผู้ที่ไม่ได้จองอาจมีโอกาสซื้อได้บ้าง
เท่าที่เหลือ แต่คงไม่มากนัก โดยที่
เราพิมพ์จำกัดและค่าพิมพ์แพง มีรูป
ประกอบนัยร้อยรูป (๓) สมุดที่ระลึกหก
สิบปีศิริราช เป็นเรื่องทำนองประวัติศาสตร์
เกี่ยวกับชีวิตของศิริราชในระหว่างหกสิบ
ปีที่ผ่านมา มีภาพประกอบมาก หนังสือ
นี้ยังอยู่ในระหว่างรวบรวม และคงจะ
พิมพ์จำนวนจำกัดเหมือนกัน เพราะไม่
อยากขาดทุนเองด้วยหนังสือค้าง แต่
ใครแนะนำ ชาวศิริราช ทั้งอดีตและปัจจุบัน
ว่าทุกคนควรมี อาจไม่ใช่หนังสือค
วิเศษอะไรก็ได้ แต่อย่างน้อยก็เป็นที่ระลึก
สำหรับวารพิเศษนี้ ซึ่งต่อไปคงหาอีกไม่
ได้ หนังสือสองเล่มหลังนี้จัดพิมพ์โดย
“แผนกโฆษณาและเอกสารงานฉลองหก
สิบปีศิริราช” ซึ่งด้วยบุคคลที่ “ยังเอื้อ”
เช่นชุกเกี่ยวกับ “คณะสารศิริราช” นั้น
เอง ประกอบกับราคาหนังสือทั้งสามเล่ม
นี้ตั้งไว้ยี่สิบบาท ค่าส่งสองบาท เหมือน
กันทุกเล่ม จึงยังทำให้สั่งสนกันใหญ่
จึงขอชี้แจงอีกครั้งหนึ่ง เพื่อความกระจ่าง

ของแถม

ความแน่นอนของการนับเม็ดเลือดแดง

วิธีที่ใช้ในการนับเม็ดเลือดแดงตามปกติ (คือนับช่องเล็กที่สุด ๘๐ ช่อง
ช่องหนึ่ง ๆ มีเนื้อที่ ๑/๔๐๐ ตารางมิลลิเมตร แล้วคูณด้วย ๑๐,๐๐๐ ถือเป็นจำนวน
เม็ดเลือดแดงใน ๑ ลูกบาศก์มิลลิเมตร) นั้น อาจมีความผิดพลาดได้อย่างมาก ๆ
แม้ว่าผู้นับจะเป็นผู้มีความชำนาญอย่างยิ่งก็ตาม อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ตั้งแต่ ๔
เปอร์เซ็นต์ จนกระทั่งถึง ๑๖ เปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ในการแปลผลจึงควรระมัดระวัง
ไว้บ้างสำหรับกรนับเม็ดเลือดไว้ก่อนเสมอ ตัวอย่างเช่นในการตัดสินผลของยารักษา
มะเร็งโรค เช่น ยาสะกัตติยหรือยาพวกเดียวกันที่ใช้รักษาโรคเพอร์นิเชียสอะนีเมีย
ที่จะลงความเห็นทำให้ผลดีขึ้น อาจผิดพลาดได้ เพราะการที่ให้นับเม็ดเลือดแดงซึ่ง
ความจริงมีสองล้านเม็ดให้คลาดเคลื่อนเป็นสองล้านห้าแสนไปนั้น อาจเกิดขึ้นได้ง่าย ๆ
และในทุกโอกาส

โดยเหตุนี้จึงได้มีผู้พยายามคิดวิธีที่ดัดแปลงการนับ เช่นโดยใช้ถ้ำรูปสี่เหลี่ยม
ข้าง ใช้กล้องเลนส์และเครื่องนับ (เซมเบอร์) พิเศษบ้าง แม้กระนั้นอย่างดีที่สุดก็ยัง
อาจผิดพลาดได้ถึง ๒.๑ เปอร์เซ็นต์ (เม็ดเลือดจำนวนจริงสองล้าน นับได้ระหว่างหนึ่ง
ล้านเก้าแสนสองหมื่นกับสองล้านแปดหมื่น) มีหลายคนที่หันไปใช้วิธีทางอ้อม เช่น
หาฮีโมโกลบินหรือวัดด้วยฮีมาโตคริตแล้วคำนวณหาผลเฉลี่ยความเข้มข้นฮีโมโกลบินใน
เม็ดเลือด (mean corpuscular Hb concentration หรือ M.C.H.C.) ซึ่งยุ่งยากกว่าการนับเม็ด
เลือดโดยตรงมากมาย

(จาก Lancet, v. 2, July 15, p. 101)

สวัสดิ์ สกฤตไทย พ.บ.