



# สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๓๗ | Volume 6, Number 11, November 1954

## CHRONIC HYPOPARATHYROIDISM

A Case Report

R. Buri, M.C., M.D. (London), D.T.M. & H. (L'pool)

and

S. Tandhanand, M.B., F.C.C.P.

(Department of Internal Medicine)

Of the known endocrine glands the parathyroids are the smallest. They are usually four in number with variations ranging from three in 6 per cent, five in 6 per cent to six in 0.5 per cent of cases. Rarely only one or up to eight are present. These glands are in close proximity to the thyroid and in about 10 per cent of cases they actually lie within the thyroid capsule but rarely buried in the thyroid substance. In few instances the parathyroid glands may lie within the thorax or be embedded in the thymus. Other anatomical variations are uncommon.

Deficiency of the parathyroid secretion occurs as post-operative tetany following thyroid or parathyroid operations and very rarely as spontaneous hypopara-

thyroidism or idiopathic hypoparathyroidism (so far about 70 proven cases in the literature). Another even rarer form of hypoparathyroidism is the so-called pseudohypoparathyroidism described by Albright et al. (1942), which they believed to be due to abnormal resistance to parathormone rather than deficient secretion.

The incidence of hypoparathyroidism after thyroidectomy has been reported as being less than 1 per cent with variations from 0.2 per cent (Cattel 1934) to 3.5 per cent (Lachmann 1941).

### CASE REPORT

MRS. S.C., age 32, HN 36892-95, AN 1274-97; was admitted on January 30,



1954 complaining of repeated attacks of muscular contractions. Partial thyroidec-tomy had been performed elsewhere four years previously for treatment of thyro-toxicosis. Soon after the operation tetanic contractions started in both hands, and the fingers were drawn tight together in a semiflexed position. At the same time spasmodic movements of the eyeballs were noted. The symptoms were relieved by an injection. Since then they occurred periodically at one to five months' inter-vals. Ten days prior to admission the pa-tient complained of hot-and-cold feel-ing, headache, tightness in the chest, numbness and tingling of the hands and feet. The hands began to twitch, the

thumbs were gradually drawn in towards the palms and the fingers were drawn tightly together. The legs became stiff and fully stretched. The lips were somewhat cyanotic and the eyes half-closed. The attack lasted about three minutes, the patient being fully conscious throughout. She was able to feel the pain from the muscular contractions. After subsidence of the attack she felt exhausted. Again the condition improved after an in-jection given by a private practitioner but there was left some feeling of aching pain and numbness in the hands and feet ever since. On the day before admission the patient experienced about four or five similar attacks, each lasting from 2 to 3 minutes.

On examination the patient was afe-brile but appeared slightly offcolour, with normal pulse, respiration rate and blood pressure. There was no oedema. A smooth firm nodule 4x4 cms. in dimension was palpable underneath the transverse thy-roidectomy scar. Examination also reveal-ed slight opacity of the lenses, dry skin, brittle nails with transverse ridges. The hair had a normal, glossy appearance. The lungs and heart were clinically normal but the electrocardiogram showed pro-longed Q-T interval suggestive of a de-lay in the intraventricular conduction. There was nothing abnormal in the abdo-men. Examination of the neuromuscular system revealed sluggish jerks, with ne-gative Babinski's sign; Chvostek sign and Trousseau phenomenon were positive. Psychotic symptoms, including irritability, excitement alternating with depression,

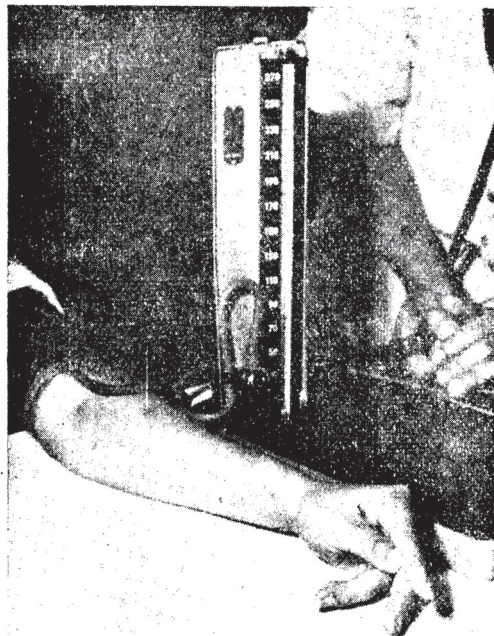
were present at the commencement of hospitalization. X-rays of the skull, long bones, heart and lungs showed nothing abnormal.

Laboratory findings. Hb. 62 per cent. rbc 3.93 million. wbc 6650; P 72 per cent, L 24 per cent, M 2 per cent, E 2 per cent; blood calcium 9.1 mg per cent, cholesterol 95 mg. per cent, phosphorus 6.2 mg per cent, albumin 3.2 gm. per cent, globulin 2.7gm. per cent, CO<sub>2</sub>-combining power 48.6 Vol. per cent, alkaline phosphatase 2.9 Bodansky units, B.M.R. -20.9 per cent. Kahn reaction was negative. Urine analysis was normal; Sulko-vitch's test was not performed.

Treatment and progress. The patient was given calcium gluconate by intravenous route followed by calci-ostelin subcutaneously and calcium lactate orally. Ordinary mixed diet was given with supplement of thiamine. The patient showed marked physical and mental improvement with freedom from tetanic contractions. Numbness and tingling decreased in severity.

#### Discussion

The case presented revealed most of the common features of chronic hypoparathyroidism as described in text books. It is well known that tetany is the leading symptom in acute hypoparathyroidism, it may occur in the symptom complex of the less common chronic hypoparathyroidism. During thyroidectomy even when the parathyroids are not removed some degree of transient tetany is not uncommon through trauma or interference with



the blood supply. According to Means (1937), even after removal of 3 parathyroids the remaining one can compensate by hypertrophy and thus restore normal function.

Chronic hypoparathyroidism, if symptoms of acute attack immediately after operation are mild, may not be readily recognized. The usual clinical features of hypoparathyroidism may be conveniently grouped under 3 headings:—

i. Neuromuscular symptoms. These consist of tetany, acute or latent, with its equivalents such as cramps, spasm of muscles of larynx, paraesthesia, delayed intraventricular conduction as shown in

ECG by prolonged Q-T interval. These findings were present in our case except laryngeal spasm.

ii. Central nervous system manifestations. These may consist of convulsions which may or may not be typical of grand mal. Sometimes tonic rigidity occurs without warning. Mental changes are variable, ranging from frank psychosis to neurotic symptoms, excitement, irritability, fear and anxiety. Papilloedema associated with increased intracranial pressure and visual impairment has been described. In our case frank psychotic symptoms and papilloedema were not present.

iii. Ectodermal changes. These follow a more chronic course. Cataract is the most important and may take months or years to develop. Thinning and loss of hair, various skin and nail changes have also been described. With the exception of hair changes, all symptoms in this group were present in our case.

Other less common findings include cerebral calcifications as punctate or conglomerate densities, usually in the basal ganglia.

Recognition of hypoparathyroidism may be difficult at times, especially when the tetanic manifestations are not present or when they are of minor severity so as to be overlooked, until the appearance of visual damage or epileptic attack demands detailed examination. Therefore the diagnosis of hypoparathyroidism should be considered in any one of the following situations whether or not there has been previous thyroid surgery:—

- a. Tetany or tetanic manifestation.
- b. Appearance of cataract before the age of 45.
- c. Epileptic manifestations.
- d. Calcification of basal ganglia.
- e. Increased c.s.f. pressure with papilloedema.
- f. Chronic skin lesions.
- g. Hyperventilation syndrome.

In the presence of a thyroid scar the possibility of hypoparathyroidism must be seriously entertained upon the appearance of cataract at any age, psychotic or neurotic manifestations and occurrence of muscle spasm.

It will be clearly seen from the above discussion that the diagnosis of chronic hypoparathyroidism depends very much on the awareness of the existence of the disease. This is to be supplemented by careful history taking and evaluation of laboratory findings which incidentally may or may not show gross deviation from the normal.

In treating hypoparathyroidism the use of parathormone seems at first sight the most logical, but in practice it has many disadvantages. During acute tetany its action is too slow, requiring up to 6 hours; intravenous administration does not greatly shorten the interval and also carries risk of protein shock. In a long-term therapy the body soon becomes refractory to the hormone which, besides, may cause undue decalcification of the bones (Martin and Hynes 1948).

The use of high-calcium diet is contraindicated because diet rich in calcium is also rich in phosphorus, and the opti-

imum ratio of 2:1 is not obtained. Hence Anderson and Lyall (1939) advocated a low phosphorus diet supplemented by calcium salts. In more severe cases one may have to use calciferol or dihydrotachysterol as well, because this enhances calcium absorption and increases urinary excretion of phosphorus. It must be emphasised that the use of calciferol, vitamin D and dihydrotachysterol over a long period is not without risk.

#### Summary

A case of chronic hypoparathyroidism after thyroidectomy is reported. The treatment consisted of ordinary diet supplemented with calcium by various routes. Parathormone and high calcium diet were not given for reasons discussed. The immediate response to treatment was good, but we were unable to follow the

progress of the case as the patient failed to turn up on our request.

#### References

1. I.A. Anderson and A. Lyall: Quart. J. Med. 32:209, 1939.
2. R.R. De Mowbray, S.H. Llewellyn Smith and W.J.C. Symonds: B.M.J. 1:903, 1954.
3. L.H. Kyle, M. Schaaf and R.J. Meyer: Clin. Endocrinol. and Metab. 14: 579, 1954.
4. A Levy Herman: M. Clin. North America 31:243, 1947.
5. L. Martin and M. Hynes (1948): Clinical Endocrinology (J. and A. Churchill Ltd. London.)
6. J.H. Means (1937): The Thyroid and Its Diseases (Saunders, Philadelphia and London).

(ย่อเรื่องจากพากย์อังกฤษข้างต้น)

# ✓ สัยโปพาราธิรอยคิลล์เรอริง

รายงานผู้ช่วยหนึ่งราย

รจิต บุรี

และ

สุนทร ตันตน์นัท

M.C., M.D. (London), D.T.M. & H. (L'pool)

พ.บ., F.C.C.P.

(แผนกอายุรศาสตร์)

การหย่อนสมรรถภาพของต่อมพาราธิรอยคิลล์เกิดขึ้นได้หลังจากผ่าตัดเนื่องจากการบวม, การขาดเลือดหล่อเลี้ยงหรือการที่ต่อมถูกตัดออกไป. ได้รายงานผู้ช่วย ๑ รายดังต่อไปนี้.

รายงานผู้ช่วย นาง ส.จ., อายุ ๓๒ ปี, รัยไว้เมื่อ ๓๐ ม.ค. ๕๗, เลขที่ทั่วไป ๓๖๘๕๒/๕๕, เลขที่ภายใน ๑๒๗๕/๕๗, ด้วยอาการสำคัญคือชักกระตุกเป็นพัก ๆ มาหนึ่งวัน.

ประวัติปัจจุบัน สัยก่อนมา, ได้รับการผ่าตัดที่ ร.พ. แห่งหนึ่ง, โดยแพทย์ว่าต่อมธิรอยคิลล์เป็นพิษ. หลังจากผ่าตัดก็มีอาการชักกระตุกถี่, นวเหยียดและเข้ามารวมกัน, ตากระตุก. แพทย์ได้ฉีดยาให้.

อาการได้หายไป. ต่อจากนั้นมามีอาการกลีบอึกเป็นครั้งคราว, และห่างกันเป็นระยะต่าง ๆ, ประมาณ ๑-๕ เดือน.

สัปดาห์ก่อนมา ร.พ. รู้สึกหนาว ๆ ร้อน ๆ, ปวดศีรษะ, แน่นหน้าอก, หายใจลำบาก, ซาตามมือและเท้า. มีกระตุกที่มือ. หัวแม่มืองอเข้า, และนิ้วเข้ามารวมกัน. ขาเหยียดตรง. ปากอ้าไม่ขึ้น. ริมฝีปากซีดเขียว. ตาล้ม. เป็นอยู่ประมาณ ๓ นาที. ขณะนั้นรู้สึกตัวและรู้สึกปวดมาก. หลังจากหายแล้ว, รู้สึกเพลีย. รุ่งขึ้นไปหาแพทย์ แพทย์ฉีดยาเข้าตะโพก ๑ เข็ม, กลับมาบ้านไม่มีอาการชัก. มีแต่ปวดและซาคล้ายเป็นเหน็บตามมือและเท้าเสมอมา. คืนก่อนมา ร.พ. มีอาการมือกระตุกและเท้าแข็งเช่นคราวก่อน. เป็นอยู่ ๔-๕ ครั้ง, ครั้งละ ๒-๓ นาที. วันรุ่งขึ้นจึงมา ร.พ.

ตรวจร่างกาย ไม่มีไข้. ไม่มีอาการเขียว  
ไม่เหลือง. ไม่มีลม. ชีพจร, การหายใจ  
และความดันเลือดปกติ. มีก้อนแข็งเรียบ  
ขนาด ๔x๔ ซม. ที่ใต้แผลผ่าตัดที่คอ. ผิว  
หนังแห้งแต่ผมไม่หยิก. เล็บเปราะและ  
เป็นสัน ๆ. หัวใจและปอดปกติ; ตรวจ ซี.  
ซี.จี. (อี.เค.จี.) พบระยะคิวที่ยาว. ตรวจ  
ทางระบบประสาทพบว่ามีเฟล็กส์เกรตูล  
น้อย, ไม่มีลักษณะของบาบินสกี. มีสไวส  
เท็กและทรสโซไซไนน์. อาการทางจิตใจมี  
ซึมเป็นบางครั้ง, กระจกกระส่าย. เอ็กส-  
เรย์กระ โทลคัสระยะ และกระดูกยาวไม่พบ  
ผิดปกติ.

ผลการตรวจเลือด: แคลเซียม ๕.๑  
มก. ปช., ฟอสฟอรัส ๖.๒ มก. ปช., ไน  
เลสเคอโรล ๕๕ มก. ปช., อัลคาไลน์  
ฟอสฟาเตส ๒.๕ หน่วยโยแคนสกี, อำนาจ  
จับคาร์บอนไดออกไซด์ ๔๘.๖ ปช. ปริ-  
มาตร. เบซัลเมตาโบลิสม์ ลบ ๒๐.๕ ปช.

การรักษา ให้แคลเซียมกลูโคเนท, แคล  
ซियोสเทลลินและแคลเซียมแล็คเตท ไรอะ  
มียชัยโครมลอไรด์. ภายหลังการรักษา,  
อาการชักกระตุกไม่มี, อาการชาน้อยลง.

อภิปราย อาการแสดงของการหย่อน  
สมรรถภาพของต่อมพาราไธรอยด์อาจจะ  
สังเกตยาก, ถ้าไม่มีอาการชัก; เพราะ  
ฉะนั้นถ้ามีอาการดังกล่าวต่อไปนี้, ให้  
วินิจฉัยว่าจะมี การหย่อนสมรรถภาพของ  
ต่อมพาราไธรอยด์หรือไม่, คือ:

- ๑) อาการชักกระตุก ๒) ตามเป็น  
ต้อก่อนอายุ ๔๕ ปี ๓) ชักแบบลมบ้าหมู
- ๔) มีหินปูนในเบซัลแก๊งเกลีย ๕) ความ  
ดันน้ำไขสันหลังสูงชันและมีปัสสาวะ  
อึกมา
- ๖) มีโรคผิวหนังเรื้อรัง ๗) ฮัยเปอร์เว็น  
ติเลชั่นซีเอ็นไอโรม.

เหตุที่ไม่รักษาด้วยฮอร์โมนของต่อม  
พาราไธรอยด์ก็เพราะออกฤทธิ์ช้า, ไม่  
สะดวกในการให้ขณะชัก. ถ้าให้เข้าหลอด  
เลือด, ก็มีอันตรายจากโปรตีนในซีรัม,  
และถ้าให้อยู่นาน, ก็จะเกิดการทนต่อยา,  
หรือคัลซิฟิเคชั่นของกระดูก. อาหารที่มี  
แคลเซียมสูงก็มีฟอสฟอรัสสูงด้วย, จึง  
ไม่เหมาะ.

การติดต่อเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง  
ของผู้ป่วยต่อไปไม่ได้ผล เพราะไม่ได้รับ  
ตอบจากผู้ป่วย.

## CLINICAL TRIAL OF ERYTHROMYCIN\*

IN

### INTESTINAL AMOEBIASIS

Vikit Viranuvatti  
M.B., M.P.H.T.M. (TULANE)

and

Pracha Piseshurarit  
M.B.

(Department of Internal Medicine)

Erythromycin, a new antibiotic, is produced by a strain of *Streptomyces erythreus* isolated from soil from the Philippines by McGuire et al. (1952). Preliminary studies and reports on this antibiotic indicated a wide range of activity against gram-positive and gram-negative bacteria. Recently, McCowen, Callender, Lawlis and Brandt showed that erythromycin has amebicidal property in vivo superior to aureomycin and terramycin. The drug is moreover of low toxicity and no systemic reaction has hitherto ever been observed. From these encouraging results we thought it worthwhile to try the drug in our patients.

**MATERIAL AND METHOD** Owing to the limited supply of the drug, only seven cases of intestinal amoebiasis were treated. The selection of cases was based upon the presence of the symptoms of acute or chronic colitis with the definite identification of trophozoites or cysts of *E. histolytica* in the stools. Six patients were admitted for close observation and study; one case was treated as out-patient (H.N. 33726-96). A control period in the hospi-

tal was maintained from one to ten days before the administration of erythromycin. In all cases, no anti-amebic drug had been given before. Examination of the stools for the presence of organisms was done repeatedly, by plain smear, concentration technic, and culture, before and after therapy. Sigmoidoscopy as a check for clinical cure was performed at varying intervals before and after drug withdrawal. Complete blood counts, urinalysis and blood pressure determination were made almost daily. Special attention was given to appearance of toxicity, especially nausea, vomiting, anorexia, depression, and general weakness. The dosage scheme was to give 500 mg of the drug orally every six hours for seven consecutive days totalling 14 gms. (for adult of average weight). All the patients were followed up as long as possible.

#### CASE REPORTS

**Case 1.** H.N. 26405-96. A 14-year old school boy was first seen and admitted on June 19, 1953 for gripping pain radiating to the right hypochondrium, without nausea and vomiting, followed by fre-

\* Ilotycin, Lilly, kindly supplied by the Department of Research, Eli Lilly and Co., Indianapolis, Indiana, through the courtesy of the British Dispensary, Bangkok, Thailand.

CASE I

PATIENT		C.P. ♂, 14 YRS.																			
HOSPITAL DAY		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
DAY OF DISEASE		22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
TEMPERATURE	39°																				
	38°																				
ERYTHROMYCIN, ORALLY Gm./DAY		1.2 GM./DAY										TOTAL 12 GMS.									
BLOODY-MUCOUS STOOL		+++	+++	+++	+	+++	+++	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
WBC x1000/Cu.mm.		10.4	11.2	15.4	11.9	9.0	8.5	7.2	9.9	9.7	8.0	9.2	9.0	7.5	7.1	6.7	8.9	10.0	9.9	8.5	8.3
BLOOD PRESS.		90/60	88/58	78/56	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60
STOOL	E.hist.	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	CULTURE	+	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIGMOIDOSCOPE																					
BARIUM ENEMA		CHRONIC COLITIS																			

quent bloody and mucous stools and tenesmus. The symptoms had been present for three weeks and got progressively worse upto hospitalisation.

Physical examination on admission revealed a well-nourished boy with acutely ill appearance. T=37.5°C., P=100/min., R=24/min., B.P.=90/60 mm. Hg. The abdomen showed a moderate degree of tenderness around the umbilicus and in the right upper quadrant. Spleen and liver were not palpable.

Laboratory examinations showed Hb. 11.6 gm. per cent, w.b.c. 10,400/cu. mm. with 70 per cent polys. 26 per cent lymphs., r.b.c. 4.64 mil./cu. mm. During the control period of four days, mucous and bloody stools were passed with abundant trophozoites of *E. histolytica*. Therapy consisted of erythromycin 1.2 gm. per day in divided doses of 200 mg. every four

hours for ten consecutive days. Nausea and anorexia were noticed on the second day of administration, but gradually disappeared on continuation of the drug. On the second day of therapy, the stools were negative for *E. histolytica*, and on the following days they were well formed without trace of blood or mucus. There were still some abdominal tenderness and tenesmus. Repeated gross and microscopic examinations of the stools up to the day of discharge (22nd day) gave negative results. Fluoroscopy and roentgenogram of colon after barium enema on July 13th showed rapid filling of the rectum up to caecum with tenderness in the descending, transverse and ascending part of the colon. The patient was inco-operative during sigmoidoscopy, which resulted in failure. The patient was discharged on July 24, 1953, symptom-free, and was

followed up for sixty days after the drug withdrawal.

**Case 2.** H.N. 26562-96. A 20-year old man was admitted on June 20, 1953 because of bloody and mucous stools for one year. The illness began with the onset of pain and tenderness in left lumbar region with passage of frequent mucous and bloody stools lasting several days, and subsided on herbal medication. Later similar episodes developed and the general condition of the patient gradually became worse. He was dull, anorexic and lost weight.

Physical examination on admission revealed a thin man with T.=37.5°C. P.=86/min., B.P. 115/63 mm. Hg. Definite tenderness was present in the left lumbar and iliac regions. Liver and spleen were not palpable.

Laboratory studies showed Hb. 7.3

gm. per cent, w.b.c. 11600/cu. mm. with 66 per cent polys. 33 per cent lymphs, 1 per cent eos., r.b.c. 3.01 million. The stool was mucous and bloody, containing numerous red blood cells, few white cells and trophozoites of *E. Histolytica*. Urine was normal. The first sigmoidoscopic examination on June 22, 1953 revealed small round, and elongated and shallow ulcers with irregular congested edges in the upper part of the rectum. The floors were covered with some necrotic tissue. Erythromycin was given on June 26 (after 6 days control) according to the planned dosage. On the fourth day of administration a striking clinical response was noticed. The stools were well formed, *E. histolytica* disappeared from the stools, and abdominal pain subsided. However, there were still residual tenderness and tenesmus on the seventh day. On July

CASE II

PATIENT		A.S., ♂, 20 YRS.																				
HOSPITAL DAY		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
DAY OF DISEASE																						
TEMPERATURE	39°																					
	38°																					
ERYTHROMYCIN ORALLY Gm./DAY	37°											2 Gm./DAY										
	36°											TOTAL 20 GMS.										
BLOODY-MUCOUS STOOL		+++	+++	+++	++	+++	+++	+++	+++	++	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
WBC 1000 / Cu. mm.		11.6	9.9	14.7	10.0	10.5	12.5	12.7	14.5	10.8	8.1	9.0	8.8	9.5	9.0	10.8	10.0	9.6	8.6	6.2	6.7	
BLOOD PRESS.		102/56	102/54	102/52	114/54	114/54	116/56	116/54	116/56	116/54	116/58	108/52	102/52									
STOOL	E. hist.	+	+	0	0	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	CULTURE	0	0	0	-	-	+	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
SIGMOIDOSCOPE		* SHALLOW ULCERS										* COMPLETE HEALING OF ULCERS										
BARIUM ENEMA		CHRONIC COLITIS (JULY 13, 1953).																				

5th, the drug was withdrawn. The patient was at that time symptom-free and had gained one kilogram in weight. Barium enema on July 13th showed chronic colitis involving caecum and descending colon. On July 25, 1953, 20 days after cessation of therapy, bloody and mucous stools developed. A second sigmoidoscopy was performed on August 7th, showing small irregular ulcers on the posterior wall of the upper part of the rectum. The floor of the ulcers was greyish and was cleaner than seen on the previous examination. Repeated stool examinations during this period showed the presence of *E. histolytica*. Erythromycin was re-administered on September 9th, in the same dosage. The patient became well and *E. histolytica* disappeared from the stools on the third day of administration. A third sigmoidoscopic examination was done on

September 26th, showing complete healing of the ulcers. Two days later, the patient was discharged.

**Case 3.** H.N. 27685-96. A 33-year old barber was admitted on June 29, 1953, complaining of bloody and mucous stools for one month. The disease began with slight pain in the left hypochondrium. During the following days frequent bloody and mucous stools with tenesmus developed, and the symptoms gradually became worse.

Physical examination revealed a moderately toxic, rather thin man with T.= 37.1° C., P.=90/min., B.P. 90/55 mm. Hg. Marked tenderness was elicited in the left lower abdominal quadrant.

Laboratory examination showed Hb. 8.9 gm. per cent, w.b.c. 9,250/cu.mm. with 62 per cent polys., 33 per cent lymphs.,

CASE III

PATIENT	N.L., ♂, 33 YRS.																				
HOSPITAL DAY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
DAY OF DISEASE	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	
TEMPERATURE																					
ERYTHROMYCIN ORALLY Gm./DAY											2 GMS. / DAY										TOTAL 14 GMS.
BLOODY-MUCOUS STOOL	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	
WBC x1000/Cu.mm.	9.2	8.9	9.5	8.9	10.2	13.2	10.3	10.2	10.4	11.3	9.2	8.0	8.5	8.9	8.1	9.1	-	8.5	-	-	
BLOOD PRESS.	104/68	90/50	90/40	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	90/48	
STOOL E.hist. CULTURE	+	+	+	-	+	-	-	+	+	-	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	
SIGMOIDOSCOPI	THREE ULCERS																				
BARIUM ENEMA	CHRONIC COLITIS																				

2 per cent mono., 2 per cent eos., and 1 per cent baso. Stool examination disclosed r.b.c., w.b.c. and trophozoites of *E. histolytica*. Sigmoidoscopy on July 12th, showed three small, shallow, irregular ulcers in the mucosa of the posterior wall of the sigmoid colon, one inch from the anal margin. The floor of the ulcers was congested. On July 9th, (end of ten days control) the patient started on erythromycin in the stated dosage. The bloody and mucous character of the stools, and *E. histolytica* disappeared simultaneously on July 11th. Erythromycin was discontinued on July 15th., X-ray film of the colon after barium enema showed chronic colitis involving the sigmoid and descending parts of the colon. The patient became symptom-free and was discharged in July 27th. On August 17th. another episode of mucous and bloody stools developed. *E.*

*histolytica* trophozoites were again found. A second course of erythromycin in the same dosage schedule was given. Similar striking clinical response was again noted. One month later, however symptoms of frequent mucous and bloody stools reappeared, with *E. histolytica* trophozoites identified in the stool. The patient was then treated with diodoquin instead of erythromycin. He was cured and has been well up to date.

**Case 4** H.N. 28555-96. A 36-year old Chinese man was admitted on July 8th, 1953 with the complaint of pain in the upper abdomen, with mucous and bloody stools for five months. The patient had been in good health until two years ago when abdominal pain developed intermittent, mostly dull but sometimes gripping, without relation to meals. One year later,

CASE IV

PATIENT		K.C., ♂, 36 YRS.																			
HOSPITAL DAY		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
DAY OF DISEASE																					
TEMPERATURE																					
	ERYTHROMYCIN															TOTAL 14 GMS.					
ORALLY	Gm./DAY	2 GMS. / DAY																			
BLOODY-MUCOUS STOOL		+++	+++	+	+++	+++	+++	++	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BLOOD PRESS.		110/78	108/70	108/70	102/50	98/60	98/60	98/60	100/70	86/64	90/56	90/60	90/60								
WBC x1000/Cu.mm.		16.8	10.8	8.8	8.9	9.1	8.7	10.2	9.0	8.2	9.0	6.4	7.2	6.9	6.4	5.8	6.0	7.5	6.6	7.4	8.6
STOOL	<i>E. hist.</i>	+	0	+	+	0	0	+	0	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	CULTURE	-	0	-	-	0	0	0	-	0	-	-	-	0	-	-	-	-	0	0	-
SIGMOIDOSCOPE																				FEW ULCERS	
BARIUM ENEMA																				ULCERATIVE COLITIS	

bloody and mucous stools appeared unaccompanied by tenesmus. The symptoms were on and off until five months before admission, when they increased in severity and frequency. The patient became weak and anorexic. Various medication had been tried without success.

Physical examination revealed a thin man with T. 36.4° C., P.=73/min., B.P.=110/78 mm.Hg., Moderate tenderness was present in the left hypochondriac and lumbar regions.

Laboratory examination revealed Hb. 11.6 gm. per cent, w.b.c. 16,800/cu. mm. with 72 per cent polys., 26 per cent lymphs., 2 per cent mono.; r.b.c. 4.9 million. Microscopic examination of the stools revealed numerous trophozoites of *E. histolytica*, r.b.c. and w.b.c. Erythromycin was given on July 14th, according to the planned dosage (after six days control). The patient showed striking clinical response from the third day of administration; the blood and mucus disappeared, and the stools were well formed. Epigastric fullness was noticed on July 16th, but later disappeared. Sigmoidoscopy was performed on August 8th, showing a few small, discrete shallow ulcers with irregular edges on the posterior wall of the recto-sigmoidal junction about five inches from the anal margin. X-ray examination after barium enema on July 22nd showed the whole colon to be smooth in outline. After evacuation, there was almost complete emptying. The whole colon was tape-like in appearance with some serration in the transverse colon. The impression was extensive coli-

tis. After withdrawal of erythromycin the patient was followed up for one month. Repeated examinations of the stools were negative for *E. histolytica*. The patient has been well up to date.

**Case 5** H.N. 27241-96. A 32-year old man was admitted on July 11th, 1953 with the history of vague pain in lower abdomen radiating to the suprapubic region, of three days' duration. Later the pain was accompanied by tenesmus and passage of mucous and bloody stools, 5 to 6 times a day.

Physical examination revealed T.=37.1° C., P.=92/min., B.P.=100/60 mm. Hg. Tenderness on deep pressure was formed in the left hypochondriac and supra-pubic regions. Other findings were essentially negative.

Laboratory examination revealed Hb. 11.6 gm. per cent, w.b.c. 6,200/cu. mm. with 50 per cent polys., 49 per cent lymphs., 1 per cent eos.; r.b.c. 5.2 million/cu. mm. Microscopic examination of the stool showed numerous red and white blood cells with trophozoites of *E. histolytica*. On July 14th (after 3 days control) erythromycin was given according to the planned dosage. Microscopic examination of the stools on July 16th failed to find *E. histolytica*. Bowel movement became infrequent, with gradual disappearance of blood and mucus from the stools. On July 18th (5th day of drug), the stools were well formed; The patient resumed his normal activity and became symptom-free. Transient mild anorexia and nausea were noticed. Sigmoidoscopy performed on the

## CASE V

PATIENT	A.C., ♂, 32 YRS.																																																													
HOSPITAL DAY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																										
DAY OF DISEASE	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																																										
TEMPERATURE																																																														
ERYTHROMYCIN	TOTAL 14 GMS.																																																													
ORALLY Gm./DAY	<div style="background-color: black; color: white; padding: 2px; display: inline-block;">2 GMS. / DAY</div>																																																													
BLOODY-MUCOUS STOOL	+++	+++	+++	+++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																										
WBC x 1000/Cu.mm.	6.6	6.6	6.2	8.2	8.1	6.4	6.8	6.6	6.4	-	6.9	6.7	-	6.7	6.2	6.7	7.0	6.2	6.5	5.2																																										
BLOOD PRESS.	$\frac{100}{60}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$	$\frac{100}{58}$																																										
STOOL	<table border="0"> <tr> <td>E. hist.</td> <td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>CULTURE</td> <td>-</td><td>-</td><td>+</td><td>0</td><td>0</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>0</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>0</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td> </tr> </table>																				E. hist.	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	CULTURE	-	-	+	0	0	-	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-
E. hist.	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																										
CULTURE	-	-	+	0	0	-	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-																																										
SIGMOIDOSCOPE											AN ULCER					NO ULCER																																														
BARIUM ENEMA											COLITIS																																																			

same day revealed a round, irregular edged, shallow ulcer, the floor of which was covered with fibrin, about 4 inches above the anus. Repeated examination on August 7th showed complete disappearance of the ulcer. On July 21st barium enema and fluoroscopy showed complete filling of the rectum and descending, transverse and ascending part of the colon. The patient was discharged on August 12th (after 32 days' hospitalisation) with one kilogram increase in body weight.

**Case 6 H.N. 3475-96.** A 56-year old salesman was admitted on July 14th, 1953 with the complaint of abdominal pain and bloody and mucous stools for five days. The onset was acute, beginning with dull, gnawing, generalised abdominal pain followed by passage of mucous and bloody stools ten times daily. Later, almost frank

blood was passed during each bowel movement.

Physical examination on admission revealed an acutely ill patient with body temp.=37.6° C., P = 84/min., R.=22/min., B.P.=100/70. Abdomen showed moderate degree of tenderness in the umbilical region.

Laboratory examination showed Hb. 9.2 gm. per cent, w.b.c. 11,760/cu. mm., with 78 per cent polys., 22 per cent lymphs.. Numerous red blood cells, white blood cells and trophozoites of *E. histolytica* were found in every stool specimen. Sigmoidoscopy done on July 18th showed numerous small, irregular shaped ulcers covered with blood in the edematous mucosa of the rectum and sigmoid colon. After control period of six days, erythromycin was given according to the dosage scheme. Transient, mild epigastric full-

CASE VI

PATIENT		U.C., ♂, 56 YRS.																			
HOSPITAL DAY		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
DAY OF DISEASE		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
TEMPERATURE																					
ERYTHROMYCIN		TOTAL 14 GMS.																			
ORALLY	Gm./DAY	2 GMS. / DAY																			
BLOODY-MUCOUS STOOL		+++	+++	+++	+++	+++	++	+++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
WBC x 1000/Cu.mm		11.7	15.8	14.3	13.4	10.0	9.32	8.04	8.64	7.65	7.85	8.40	7.65	6.65	8.6	8.7	8.05	9.10	8.8	—	7.65
BLOOD PRESS.		100/70	90/68	90/68	86/58	88/48	86/66	80/46	82/50	80/66	80/68	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60
STOOL	E. hist.	+	+	+	+	+	+	0	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	CULTURE	-	0	-	0	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-
SIGMOIDOSCOPE		NUMEROUS ULCERS																		NO ULCER	
BARIUM ENEMA		NO COLITIS																			

ness, nausea and anorexia were noted. Symptomatic relief with lessening of bloody and mucous stools occurred on July 22nd; the stools were well-formed and microscopic examination failed to show presence of *E. histolytica* on the fourth day after drug administration. The course of erythromycin ended on July 26th. Sigmoidoscopy on August 22nd revealed no evidence of ulceration; the mucosa appeared normal. The patient was discharged symptom-free 30 days after discontinuation of the drug. During the follow-up period, repeated stool examinations were negative for the parasite.

**Case 7.** H.N. 33726-96. A 22-year old priest was first seen at the medical outpatient department on August 1st, 1953 with the complaint of severe, intermittent, dull pain in the left lower quadrant

of abdomen for 3 days. Pain was later accompanied by frequent passage of bloody and mucous stools. On the following days, these symptoms were aggravated. The patient passed more than ten stools a day with severe tenesmus.

Physical examination on arrival revealed an acutely-ill patient; T.=37.1°C. P.=68/min., B.P.=110/60 mm. Hg. There was definite tenderness in the left lumbar and left iliac regions. Liver and spleen were not palpable.

Laboratory examination revealed Hb. 11.1 gm. per cent, w.b.c. 7500/cu. mm. with 5 per cent polys., 36 per cent lymphs., 8 per cent mono., r.b.c. 4.7 million. Examination of the stools showed a large number of red and white blood cells and trophozoites of *E. histolytica*.

He was treated as an out-patient case (for want of bed), starting immedia-

## CASE VII.

PATIENT	C.V. ♂ . 22 YRS.														
HOSPITAL DAY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
DAY OF DISEASE	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
TEMPERATURE															
ERYTHROMYCIN	ORALLY Gm./DAY <span style="float: right;">TOTAL 14 GMS.</span> <div style="background-color: black; color: white; padding: 2px; display: inline-block;">2 GM./DAY</div>														
BLOODY-MUCOUS STOOL	+++	++	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
WBC x1000/Cu.mm.	7.5	6.0	9.5	9.1	8.6	8.3	8.9	10.3	9.7	8.7	7.6	8.5	9.0	7.5	10.2
BLOOD PRESS.	$\frac{110}{70}$	$\frac{104}{70}$	$\frac{108}{58}$	$\frac{108}{60}$	$\frac{108}{60}$	$\frac{106}{70}$	$\frac{104}{62}$	$\frac{104}{70}$							
STOOL E. hist.	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
STOOL CULTURE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIGMOIDOSCOPE															
BARIUM ENEMA															

tely with erythromycin in the planned dosage. On the second day of treatment he developed nausea with mild epigastric fullness. The acute symptoms of mucous and bloody stools were well controlled by the fourth day of treatment. The stools were well formed, and were negative for *E. histolytica* on August 5th. Subsequent repeated examination twice a week for four weeks failed to disclose any abnormality. Treatment was discontinued on August 8th, and the patient was symptom-free until the twenty-first day of follow-up.

#### DISCUSSION

Trophozoites of *E. histolytica* were demonstrated in fresh smear fluid in all seven cases. Sigmoidoscopy was done in five cases in which the ulcers were characteristic of amoebic colitis. Case 1 fai-

led to co-operate in sigmoidoscopy. In case 7 a priest, an out-patient case, sigmoidoscopy was not performed because of lack of facility. Roentgenologist's reports on film of cases 2 to 6 could give only the added impression of "colitis" in areas inaccessible to the sigmoidoscope. Stool cultures for pathogenic micro-organisms to exclude other probable causes of mucous-bloody stools were repeatedly negative.

Apparent deviation from the planned dosage occurred in case 1, but in reality it was given in proportion to his weight. In this case, and also in case 2, the course of drug was prolonged for three days because of residual tenderness and tenesmus.

Erythromycin in the planned oral dosage of 500 mg. six-hourly for seven days, totalling 14 gm., effected cure in

## SUMMARY CHART

NO. OF CASES	CASES			CONTROL - PERIOD (BEFORE TREATMENT)	ILOTYCIN		TOXICITY	STOOL NEG. FOR E. HIST. (DAYS)	DISAPPEARANCE OF BLOODY - MUCOUS STOOL (DAYS)	RELAPSE (DAYS AFTER DRUG STOPPED)	FOLLOW-UP (DAYS)
	REFERENCE NO.	AGE	SEX		Gm./DAY	DAYS					
1	H.N. 26405	14	♂	4 DAYS	1.2	10	NAUSEA AND ANOREXIA	2	4	—	60
2	H.N. 26562	20	♂	6 DAYS	2.0	10	—	3	4	20 <sup>TH</sup>	90
3	H.N. 27685	33	♂	10 DAYS	2.0	7	—	3	3	1 <sup>ST</sup> ON 21 <sup>ST</sup> 2 <sup>ND</sup> ON 30 <sup>TH</sup>	45
4	H.N. 28555	36	♂	6 DAYS	2.0	7	EPIGASTRIC FULLNESS	2	3	—	35
5	H.N. 27241	32	♂	3 DAYS	2.0	7	NAUSEA AND ANOREXIA	2	4	—	30
6	H.N. 3475	56	♂	6 DAYS	2.0	7	NAUSEA AND EPIGASTRIC FULLNESS	4	4	—	30
7	H.N. 33726	22	♂	IMMEDIATE TREATMENT	2.0	7	NAUSEA, EPIGASTRIC FULLNESS	5	5	—	21

all the seven cases. In four of the five sigmoidoscoped case, no more ulcers were seen on repeating sigmoidoscopy after treatment. In the remaining case (no. 3) only three small shallow ulcers were seen.

Two cases relapsed (cases 2 and 3), so a second seven-day course was given. This time case 2 was definitely cured. Case 3 had a second relapse, and diodoquin was given instead of a third course of erythromycin. Lasting cure was obtained.

Relapse of case 2 after the first course of drug with absence of ulcers on repeated sigmoidoscopy can be explained either by the presence of ulcers higher up the colon inaccessible to the sigmoidoscope or re-infection. The second explanation is unlikely as the patient was still in the hospital. Case 3 had both "relapses" at home, so possibly they might be "re-infectious".

No serious toxic effect of the drug was noticed. Nausea, anorexia or epigas-

tric fullness, or both occurred in a mild degree in five cases. These side effects happened early, mostly on the second day of treatment, and all disappeared spontaneously either before or with cessation of therapy.

#### CONCLUSION

Erythromycin was tried in seven cases of proven amoebic colitis with the duration before beginning treatment varying from 3 days to two years (on-and-off, last attack lasting 5 months). The results are promising and warrant trials on a more extensive scale.

ACKNOWLEDGEMENT The authors wish to thank Prof. Pyn Muangman, the Dean of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, for permission to publish this article; Prof. Prasert Kangsadal, Head of the Department of Internal Medicine, for

giving valuable suggestions and going through the manuscript; and Dr. Okas Blankul of the Department of Surgery, for his assistance in sigmoidoscopy.

#### BIBLIOGRAPHY

1. J.M. McGuire, R.L. Bunch, R.C. Anderson, H.E. Boaz, E.H. Flynn, H.M. Powell, and J.W. Smith: "Ilotycin", A new antibiotic, *Antibiotic and Chemotherapy* : 2:281 (June) 1952.
  2. M.C. McCowen, M.E. Callender F.J. Lawlis, M.C. Brandt: The effects of Erythromycin (Ilotycin) against certain parasitic organisms, *Am. J. Trop. Med. & Hyg.* 2:212-217, 1953.
-

(ย่อเรื่องจากพากย์อังกฤษข้างต้น)

## การทดลองใช้เออร์ยโครมัยซิน รักษาบิดอะมีบิคน้ำลำไส้

วิกิจ วีรานวัตต์  
พ.บ., M.P.H.T.M (Tulane).

และ ประชา พิเศษสุรฤทธิ  
พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

การทดลองใช้ยาเออร์ยโครมัยซิน, ที่  
ได้จากสตรีปโตมัยซิสเออร์ยริอัส ซึ่ง  
แยกได้จากดินจากฟิลิปปิน, รักษาบิด  
ลำไส้ ๗ ราย ทั้งชนิดรุนแรงและเรื้อรัง (จาก  
ระยะ ๓ วันถึง ๒ ปี) ที่ตรวจพบตัวเชื้อบิ  
คในอุจจาระ. ๖ รายรับไว้ใน ร.พ., อีก ๑  
ราย เป็นผู้ช่วยนอก.

หลักการรักษาให้คอนโทรลก่อน ๑๐  
วัน. ตรวจอุจจาระ, เพาะเชื้อ, ทำทั้งก่อน  
และหลังการรักษา. การตรวจเพื่อดูว่าโรค  
หายขาดโดยทำ ซิคมอยโทสโคปี (sig-  
moidoscopy). ยาที่ให้ขนาดรักษาในผู้  
ใหญ่ซึ่งน้ำหนักในระดัยเฉลี่ย ๕๐๐ ม.ก.  
ทุก ๖ ชม. ๗ วัน รวมทั้งหมด ๑๔ กรัม.

ในผู้ช่วย ๗ ราย เป็นชายอายุระหว่าง  
๑๔-๕๖ ปี, ทุกรายมีอาการสำคัญว่าถ่าย  
เป็นมูกเลือด และปวดเจ็บหน้าท้องในตำแหน่ง

ต่าง ๆ คือ สันหลังทางซ้าย, ท้อง  
ซีกขวา, ท้องซีกซ้าย, ท้องส่วนบน,   
ท้องส่วนล่าง ๆ ซึ่งกระจายไปบริเวณหัว  
หน้า. ปวดท้องทั่ว ๆ ไป, ปวดท้องทาง  
ส่วนล่าง. การตรวจพบว่ามีอาการเจ็บใน  
บริเวณ และบริเวณใกล้เคียงที่มีอาการ  
ทุกราย. อุจจาระตรวจพบ เม็ดโลหิตแดง,  
ขาวและตัวเชื้อบิคทุกราย. การทำซิคมอย  
โทสโคปี ๕ ราย (๑ รายทำไม่ได้, อีก ๑  
รายเป็นผู้ช่วยนอก), ทำก่อนให้ยา ๑ ราย,  
และระหว่างให้ยา ๔ ราย, พบมีแผลจาก  
เชื้อบิค. เอ็กสเรย์แสดงการอักเสบของ  
ลำไส้ส่วนนั้น (ทำ ๕ ราย). การเพาะเชื้อ  
เพื่อแยกจากโรคอื่น ๆ ไม่พบเชื้ออื่น ๆ.  
การรักษาทำนอกเหนือจากหลักการ ๒ ราย  
(ราย ๑, ๒) ให้ยาเกินไป ๓ วัน เพราะยังมี  
อาการเจ็บปวดอยู่.

ผลจากการรักษา ๗ ราย ให้ผลดีหมด.  
 ๔ ใน ๕ ราย (หลังการรักษา) ที่ไม่พบแผล  
 เมื่อทำซิคมอยโทสโคปี, อีก ๑ รายเห็น  
 เพียงแผลคน. มีการกลับเป็นใหม่ ๒ ราย  
 (ราย ๒,๓) ใต้ให้ยาซ้ำอีก ๑ ชุดจึงหาย  
 ชาติ ๑ ราย, อีก ๑ รายไม่หายชาติจึงให้  
 ไคโอโดควินแทนเอริย์โรรมัยซินชุด ๓,  
 จึงหายชาติในราย ๒ ที่กลับเป็นอีก, แต่  
 การทำซิคมอยโทสโคปีไม่พบแผล. อาจ  
 จะเป็นเพราะแผลอยู่สูง, หรือมีการกลับ  
 ตีตเชื้อใหม่ ซึ่งไม่น่าเป็นไปได้, เพราะผู้  
 บัญชีอยู่ใน ร.พ.; แต่ราย ๓ น่าจะเป็นเพราะ

การกลับตีตเชื้อใหม่เพราะเป็นผู้ช่วยนอก.  
 การเขียนพินรุนแรงไม่พบ, พยมีคลื่น  
 ใต้ เบื่ออาหาร แน่นจุกยอดอกเล็กน้อย  
 ๕ ราย. มักพบในวันที่ ๒ ของการรักษา  
 ซึ่งอาจหายไปเองโดยหยุดหรือไม่หยุดยา  
 ก็ได้.

จากการทดลองรักษาผู้ช่วยบิโตะมีบิค  
 ในลำไส้ ๗ ราย โดยเอริย์โรรมัยซิน  
 มีผลแสดงทำที่คี่ และมีเหตุผลที่น่าจะ  
 นำไปทดลองใช้ให้มากรายขึ้น.

พ.อ.

### เฉพาะท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการ	ปกแข็ง	ราคา ๓๕.๐๐ บาท
สมุดรวมวิชาการ	ปกอ่อน	ราคา ๒๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ		ราคา ๒๐.๐๐ บาท
ส่งทางไปรษณีย์		เล่มละ ๒.๐๐ บาท

## บทความพิเศษ

สิ่งช่วยวินิจฉัยโรคฝักดอะมีบิกในตับ

จำลอง หารินสุต

พ.ด., D.T.M. (Calc.), Ph.D. (Liverpool)

(แผนกอายุรศาสตร์)

ฝักดอะมีบิกในตับเป็นโรคสำคัญโรคหนึ่งของประเทศอื่น, ตามสถิติพบว่ามีมากที่สุดในประเทศอื่น, จนกระทั่งได้ชื่อออกชื่อหนึ่งว่า "ฝักดอะมีบิก". โรคนี้พบแพร่หลายในดินแดนของประเทศฟิลิปปินส์, ชวา, อินโดนีเซีย, จีน, ไทย, มะลายู, พม่า, อินเดีย, อียิปต์, เม็กซิโก, ตอนเหนือของทวีปอเมริกาใต้และตอนใต้ของทวีปอเมริกาเหนือ.

สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้ช่วยด้วยโรคฝักดอะมีบิกในตับมีมาก, และดูเหมือนจะมีมากกว่าประเทศอื่น. จากรายงานของต่างประเทศในระยะ ๒๐ ปีมานี้ยังไม่มีการแสดงจำนวนผู้ช่วย โรคนี้เกิน ๑๐

รายต่อปี, เมื่อ ค.ศ. ๑๙๒๘ คอร์ทได้รายงานอาการทางคลินิกของผู้ช่วย ๕๐ รายที่เขาพบในเชียงใหม่. หลังจากนั้นก็มีผู้รายงานย่อย ๆ. ยังไม่มีผู้ใดศึกษาโรคนี้อย่างละเอียด. ผู้เขียนได้ศึกษาจากผู้ช่วยที่เข่นโรคฝักดอะมีบิกในตับซึ่งรับไว้ในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๔๕๒ ถึง พฤศจิกายน ๒๔๕๓, เป็นเวลา ๒๐ เดือน, รวม ๘๘ ราย, คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๘ ของผู้ช่วยทั้งหมด.\* ผู้ช่วยได้อยู่ในความดูแลของผู้เขียนโดยใกล้ชิดทุกราย. การวินิจฉัยโรคฝักดอะมีบิกในตับอาศัยอาการและการตรวจ, ผลจากห้องทดลองและการเจาะตับได้หนอง.

\* จากวิทยานิพนธ์เพื่อแพทยศาสตรบัณฑิต, รับรองและนำเสนอ โดย ศาสตราจารย์ ประเสริฐ กังสดาลย์, หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์, อนุมัติโดยคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

สิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคฝีในคัม  
นมอยู่ ๕ ประการด้วยกัน :

๑. เม็ดเลือดขาว.

๒. การตรวจอุจจาระหาตัว อี. ฮิสโต  
ลีสติกกา.

๓. การตรวจบริเวณคัมและใกล้เคียง  
ด้วยแสงเรนทเก็น, โดยวิธีฟลูออโรสโค  
ปีย, และถ่ายภาพคัม.

๔. การทดสอบสมรรถภาพของคัม.

๕. การเจาะหนองออกตรวจ.

### ๑. เม็ดเลือดขาว

ก. จำนวน เกรกดิ้อว่าจำนวนเม็ด  
เลือดขาวมากเป็นเครื่องแสดงที่สำคัญใน  
การช่วยวินิจฉัยโรค, และว่าทุกรายขึ้น  
ประมาณ ๑๕,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐/ล.มม.  
ถ้าเกินกว่านั้นมักจะแสดงว่ามีเชื้อแบคทีเรียอยู่  
ด้วย. คนอื่น ๆ เช่น สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และ  
กาเดินไกล ก็พบว่าเม็ดเลือดขาวขึ้นสูง,  
เฉลี่ยประมาณ ๑๕,๐๐๐ ถึง ๑๘,๐๐๐/  
ล.มม. แมนชันบาร์ กล่าวไว้ในผู้ช่วยบาง  
รายอาจมีเม็ดเลือดขาวปกติก็ได้, สำหรับผู้  
ช่วยของเรา ๘๘ รายพบว่าเม็ดเลือดขาว  
สูงอยู่ระหว่าง ๑๐,๐๐๐ - ๑๕,๐๐๐/ล.  
มม. ๓๖ ราย (๔๑.๑ ปช.), ระหว่าง

๑๕,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐/ล.มม. ๒๒ ราย  
(๒๕ ปช.), ๒๑ ราย (๒๔ ปช.) มีเม็ด  
เลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ปกติ. โดยมากพวก  
นี้มักมีประวัติอาการ และอาการแสดงเกิด  
ขึ้นช้า ๆ, ไม่ร้ายแรงเฉียบพลัน, โดยมาก  
เกิน๑เดือนก่อนจะเข้ามาโรงพยาบาล. อีก  
๕ ราย (๑๐ ปช.) มีเม็ดเลือดขาวสูง  
เกิน ๒๐,๐๐๐/ล.มม.

ข. ไปลียูมอร์ฟ เม็ดเลือดขาวที่สง  
ขึ้นเป็นพวกไปลียูมอร์ฟ. อีโอสิโนฟิล  
ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และไม่มี ความสำ  
คัญเกี่ยวกับโรคนี้. แมนชันบาร์พบว่า  
โดยเฉลี่ยจะมีไปลียูมอร์ฟในเลือด ประ  
มาณ ๗๑ ปช. (ลิมโฟซัยท์ ๒๒ ปช.) โม  
โนนิวเคลียร์ ๖ ปช. และ อีโอสิโนฟิล ๑  
ปช. ไม่ค่อยพบไปลียูมอร์ฟที่สูงเกินกว่า  
๘๐ ปช. เกรกดิ้อว่าไปลียูมอร์ฟไม่มี  
ความสำคัญเท่าจำนวนเม็ดเลือดขาว.  
จากสถิติผู้ช่วยของเราพบว่าไปลียูมอร์ฟ  
สูงระหว่าง ๖๐-๖๕ ปช. ๕ ราย (๖ ปช.),  
ระหว่าง ๗๐-๗๕ ปช. ๑๑ ราย (๑๒.๕  
ปช.), ระหว่าง ๗๖-๗๙ ปช. ๑๑ ราย  
(๑๒.๕ ปช.), ระหว่าง ๘๐-๘๙ ปช. ๕๐  
ราย (๕๖.๕ ปช.) และสูงเกิน ๙๐ ปช.  
๑๑ ราย (๑๒.๕ ปช.)

๒. การตรวจอุจจาระหาตัว อี. ฮีสโตลิย์ติกา

เป็นที่เชื่อกันทั่ว ๆ ไปว่าโรคฝักใน  
ตับเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นหรือเคยเป็นบิดอะ  
มีบิดลำไส้. ฉะนั้นการตรวจอุจจาระหาตัว  
อี. ฮีสโตลิย์ติกา จึงมีความสำคัญอย่าง  
หนึ่งในการช่วยวินิจฉัยโรคนี้. สำหรับการ  
ตรวจอุจจาระนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ  
ดังต่อไปนี้:

ก. วิธีการเก็บอุจจาระ เพื่อส่งห้องทค  
ลอง, หรือเพื่อตรวจเอง. ควรจะเลือก  
เก็บอุจจาระตรงที่เหลวและมีมูก, หรือมี  
มูกปนเลือดด้วยยิ่งดี. ผู้เขียนได้เคยพบมา  
แล้วว่าการเลือกเก็บอุจจาระนั้นสำคัญมาก,  
เพราะตัวอะมีบามักจะอยู่ในส่วนที่เป็นมูก  
หรือเลือด.

ข. ควรตรวจและหรือทำการเพาะเชื้อ  
จากอุจจาระที่ใหม่ ๆ.

ค. เพื่อให้ได้ผลที่เชื่อถือได้, ผู้ตรวจ  
หาตัวอิคด้วยกล้องจุลทัศน์ต้องมีความชำนาญ  
และใช้ความพยายาม.

ง. แม้ผู้ป่วย ทั้งผกหรือไม่ก็ตาม,  
ให้ผู้ป่วยรับประทานเกลือสีกลั่นน้อยเพื่อ  
ให้ท้องถ่าย และเก็บอุจจาระ ครึ่งที่สองเพื่อ  
การตรวจ, จะทำให้ผลของการตรวจดีขึ้น.

จ. การตรวจหาตัวอิคด้วยกล้องจุล-  
ทัศน์มีความสำคัญมากกว่าการเพาะเชื้อ.  
ทั้งนี้เพราะว่าวิธีการเพาะเชื้อเพื่อให้มี  
ชนย้อมมีปัจจัยหลายอย่าง, ซึ่งถ้าไม่มี  
ความรู้ความชำนาญจริง ๆ, ก็ยากที่จะได้  
ผลบวก.

จากอุจจาระที่เหลวหรือเป็นน้ำมักจะพบ  
ตัว อี. ฮีสโตลิย์ติกาในระยะโทรโพซอยต์  
ในอุจจาระที่แข็งจะพบตัวในระยะซิสต์.

ในชุดผู้ป่วย ๘๘ รายที่ผู้เขียนทำการ  
ศึกษา, ตรวจอุจจาระพบตัว อี. ฮีสโตลิย์ติกา  
เพียง ๑๔ รายเท่านั้น โดยแพทย์ประจำ  
บ้านตรวจเป็นส่วนมาก (๑๖ ปช.). เมื่อ  
เปรียบเทียบกับผลของผู้อื่น, เช่นแมนชัน  
บาร์พบตัวอิคในอุจจาระ ๔๖ ปช. ของผู้  
ป่วยทั้งหมด เห็นได้ว่าผลของเราค่อนข้าง  
ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการเก็บ การ  
ตรวจอุจจาระ และวิธีการอื่น ๆ ของเรา  
ยังไม่ดีเพียงพอ. ถ้าได้ทำตามวิธีการทั้ง  
กล่าวแล้วข้างต้นอย่างจริงจัง, เราจะพบตัว  
อี. ฮีสโตลิย์ติกา ในอุจจาระมากขึ้น, และ  
การตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาตัวอิคก็จะเป็น  
วิธีการสำคัญอันหนึ่งที่ช่วยวินิจฉัยโรคฝัก  
ในตับอย่างมาก.

### ๓. การตรวจบริเวณตับและใกล้เคียง ด้วยแสงเรินตเก็น

แสงเรินตเก็นมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรคมากเหมือนกัน. ในรายที่เป็นผกทกลีบขวาของตับ (ซึ่งเราพบ ๔๔ ปช. ของผู้ช่วยทั้งหมด), การตรวจโดยวิธีฟลูออโรสโคปียพบว่ากระบังลมขวาตกกันขึ้นสูง และมีการเคลื่อนไหวน้อย หรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย. ทั้งนี้เพราะผู้ในตำแหน่งกลีบขวาของตับมักอยู่ใกล้ซีกกับกระบังลมขวา. การอักเสบและเลือดคั่งในตับกลีบขวาจะมีผลต่อเนื่องไปถึงกระบังลมขวาอีกด้วย. บางรายอาจพบมีการอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดทาคาดบนกระบังลมขวานั้น. ในรายที่ผกขนาดเล็ก หรืออยู่ในตำแหน่งตอนล่าง ๆ ของกลีบขวาของตับ ก็อาจไม่เห็นกระบังลมขวาผิดปกติ. สำหรับผู้ที่กลีบซ้ายการตรวจบริเวณตับด้วยแสงเรินตเก็นช่วยวินิจฉัยโรคได้น้อย. เพราะมักไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัด.

การถ่ายภาพมัลติภาพตับเป็นการช่วยย้าวิธีฟลูออโรสโคปีย.

จากผู้ช่วยของเราพบว่า มีอาการแสดงผิดปกติ. โดยกระบังลมขวาตกลง. การเคลื่อนไหวน้อยหรือไม่เลย ในจำนวน

๖๗ ปช. ของผู้ช่วยทั้งหมด. มีไม่น้อยรายที่เมื่อแรกรับไว้พบของเหลวอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นจำนวนมาก จนถึง กัดต้องเจาะเอาออก. เนื่องจากผู้ในตับไตแตกทะลุ กระบังลมเข้าไปใน ช่องเยื่อหุ้มปอดแล้ว. เราพบผู้ช่วยประเภทนี้ ๑๓ ปช. ส่วนของเหลวชนิดเป็นน้ำเนื่องมาจากการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มปอดพลอยผสมแทรกเข้าด้วยมี ๕ ปช. ของผู้ช่วยทั้งหมด.

### ๔. การทดสอบสมรรถภาพของตับ

การทดสอบสมรรถภาพของตับในโรคผู้ชดนี้ไม่ได้ช่วยอะไรมากนัก, นอกจากเป็นการช่วยแยกโรคที่เกิดภายนอกตับ. ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีการทดสอบไตเว เพียงพอที่จะบอกได้ว่ามีผู้หัวเล็ก ๆ อยู่ในตับแล้ว. ในขณะที่ผู้หัวยังเล็กอยู่, สมรรถภาพของตับก็จะเป็นปกติ. ทั้งนี้เองด้วยยังมี เนื้อตับ ๆ อยู่อีก เป็นจำนวนมากที่สามารถทำหน้าที่แทนเนื้อตับส่วนเล็กน้อยที่เสียไป. ในรายที่เป็นผู้หัวใหญ่, การทดสอบสมรรถภาพของตับให้ผลลวก. แต่ข้อนี้ไม่ให้ประโยชน์พิเศษอันใดแก่แพทย์มากนัก. เพราะเวลานั้นเราสามารถพิสูจน์ได้ง่ายว่าเป็นผู้ชดในตับด้วย การเจาะ.

อย่างไรก็ดีเพื่อกำหนดค่าผู้เขียนได้ ทดสอบ สมรรถภาพ ของ คับ โดย วิธี ของ คิวคิก, เรียกว่า Quick's Hippuric Acid Synthesis Liver Function Test, ในผู้ป่วย ๒๐ ราย. พบว่า ๑๕ รายแสดงถึงคัยห้อยสมรรถภาพ (ผิวหนังใหญ่ทั้งสัน). ส่วนอีกหนึ่งรายที่คัยยังแสดงมีสมรรถภาพคัย (แม้จะเป็นผิวหนังใหญ่) นั้น, เป็นรายที่เรอริงมาก. อาจมีเนอคัยที่คัยทำหน้าที่ทดแทนได้. คนนก่อนเข้าโรงพยาบาลได้รักษาอยู่ที่แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ๓ เดือน, โดยฉีด อิมิติน ๓ ซีซี, รวม ๒๕ เกรน, และเจาะหนอง ออก ๑๐ ครั้ง.

**๕. การเจาะหนองออกตรวจ.**

เป็นการ วินิจฉัยโรค ที่ แน่นนอนที่สุด, กล่าวคือ เมื่อเรา วินิจฉัยโดย อาศัยอาการ ทางคลินิกและตามเหตุผลต่าง ๆ ดังกล่าว มาแล้วข้างต้น, เชื่อว่าผู้ป่วยเป็นผดอะมีบิคในคัย, เราก็เจาะเอาหนองออกมา, เพื่อเป็นการย้ำการวินิจฉัย. นอกจากนั้น การเจาะยังเป็นวิธีการรักษาอีกด้วย.

ปัญหา มีอยู่ว่าเราจะเจาะ ที่ตรงไหน, ควรเลือกจุดหนึ่งซึ่งพบอาการแสดงว่าผมา

อยู่คัยหรือใกล้ผนังอก, หรือคัยผนังท้อง. โดยมากจคนนั้น เป็นจุดที่คัยเจ็บมากที่สุด. ทอกจุดนั้น มัก จะอยู่ ระหว่าง ช่อง ซีโครงที่ ๗-๘-๙, บริเวณคัยข้างของชายโครง ขวา, การเจาะในตำแหน่งนี้ ปลอดภัย มากและมีอันตรายน้อย. บางรายคัยที่นอน ออกมามากที่สุดอยู่ ที่หน้าท้อง, คัยจาก ชายโครงขวาชวนให้เจาะเหลือเกิน แต่ ไม่ควรเจาะตำแหน่งนี้ในรายที่ ส่วนบนของ ผดส่งขึ้นไปอยู่ถึงใต้ชายโครง, ทั้งนี้เพราะ ภายหลังเจาะ เอาหนองออกมาข้างพอควร. จะทำให้ เชื้อ ที่ กำลัง คา อยู่ เคลื่อนไหว, กระดกชนลง, อาจทำให้เนอผดคัยคัย ขาดได้ เป็นทางให้หนองไหลซึมออก เข้าสู่ช่องท้อง. แต่ในรายที่จำเป็นต้อง เจาะตรงตำแหน่งดังกล่าว (คือหน้าท้อง) เพราะเจาะที่อื่นไม่ได้หนอง, หรือตรวจ ไม่พบท่อนว่าน่าจะมีหนอง ควรให้ผู้ป่วย นอนใน ท่าที่ น้ำหนักของผช่วยกดให้ผอยู่ แนบกับผนังท้อง, เพอกันภาวะแทรกซ้อน ดังกล่าวแล้ว.

ผในกลีบซ้าย ของคัย มักเห็นส่วนน ออกมาเป็นก้อนซีคัยอยู่ที่ใต้ลิ้น, เราก็ เจาะที่ตรงนั้น.

การเจาะคัยแบ่งออกเป็นสองชนิด, คือ

ก. การเจาะเพื่อวินิจฉัยโรค. ต้องการหนองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น. ใช้เข็มขนาด ๒๓ หรือ ๒๔, ยาวประมาณ ๒ นิ้ว, และกระบอกสับขนาด ๒ ล. ซม. ฉีดยาซาเข้าในผิวหนังและใต้ผิวหนังตรงจุดที่เลือกไว้แล้ว, แล้วค่อย ๆ แทะเข็มตรงเข้าไป. เมื่อรู้สึก ว่า เข็ม ทะลุผ่านเข้าโพรง หนอง. ก็กดหนองออกเพียง ๑-๒ ล. ซม. เท่านั้น ก็เพียงพอที่จะเก็บไว้ตรวจแล้ว.

ข. การเจาะเพื่อการรักษา. ในรายที่ผิวหนังใหญ่ควรกดหนองออกให้ มากเพื่อการรักษา. ให้ดึงเอากระบอกสับและเข็มตามข้อ-ก. ออก, แล้วเปลี่ยนเข็มเจาะใหม่เป็นขนาดใหญ่, เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๑ มม. เจาะใส่ทะลุผ่านผิวหนังเข้าโพรงหนองตรงที่ใช้ เข็มเล็ก เจาะ และได้ฉีดยาซาไว้. กดหนองออกให้มากที่สุดที่จะได้. มากที่สุดที่ผู้เขียนเคยได้ ๔๒๐๐ ล. ซม.

หนองของผู้ป่วยจะมีกลิ่นมากสักระยะ, คือสีขำเลือด ขำหนอง หรือ คล้ายสีโกโก้ ใส่นม. ในรายที่เป็นเฉียบพลันพบว่าหนองข้นมาก, เหนียว, กดออกลำบาก และมีเนื้อเยื่อคืบ ๆ. ทั้งนี้เพราะเป็นหนองใหม่ ๆ, เนื้อ เยื่อคืบ เพิ่งถูก ทำลาย. มี การหลัง เลือดเข้าสู่โพรง หนองมาก. สี

จึงค่อนข้างไปทางเลือดสด. ในรายที่อาการไม่เฉียบพลัน, หรือเรื้อรัง, สีเปลี่ยนเป็นคล้ำค่อนข้างไปทางสีน้ำตาลมาก, เป็นแฉก ๆ, หรือซาอ่อน ๆ ใส่นม. แสดงว่ามีเลือด หลังไหล อยู่ในโพรง หนอง น้อย, การทำลายเนื้อเยื่อคืบเป็นอย่างช้า ๆ. คืบมีเวลาชั่งกัน ทั่วไม่ให้เลือดไหลหลังมาก. บางรายหนองอาจเป็นสีขาวนวล. ทั้งนี้เพราะว่าในรายนั้นคืบ มีการชั่งกันตัวเองจากการหลังเลือดได้คืบมาก, หรือไม่ก็เป็นด้วยการดำเนินของโรค เป็นไปอย่างช้า ๆ มาก. หนองที่เย็นสีเหลืองอ่อน ๆ ก็มี. เพราะมีน้ำคืบเข้าไป. ในรายที่หนองสีเหลืองหรือขาวนวลเป็นเพราะมีเชื้อยีสต์แทรกเข้าผสมด้วยก็ได้, ซึ่งจะรักษาด้วยยามีคินอย่างเด็วไม่เพียงพอ. ต้องใช้แอนติไบโอติก, ยาซัลฟาหรือการผ่าตัดเข้าช่วยด้วย. ถ้าตรวจหนองด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะเห็นเชื้อลึกลับชนิดต่าง ๆ ซึ่งโดยมากเป็นเชื้อลึกลับของคืบที่กำลังสลาย. เชื้อลึกลับของเม็ดเลือดขาวมีอยู่เป็นจำนวนน้อย. เม็ดเลือดแดงมีมาก. อาจพบผลึกซาร์โคทเลย์เค็น และตัว อี. ฮิสโตลิย์ติกาในระยะโทรโพโซยต์. ตามปกติ, หนองผู้ที่มีอะมีบิกของคืบเป็นหนองที่ไม่มีเชื้อยีสต์.

จุดประสงค์ในการตรวจหนองก็เพื่อหา  
 ทวั อี. ฮิสโตลยีติกา, แต่มักไม่ค่อยพบ.  
 ความพยาธิสภาพของฝีบักอะมีบิกในคัยคัว  
 อี. ฮิสโตลยีติกาจะอยู่ลึกในผนังของ โพรง  
 หนอง. ทั้งนี้หนองที่เจาะไค้จึงไม่ค่อยมี  
 คัยคัวอยู่. แมนชันบารเองยอมรับว่าหา  
 คัยคัวจากหนองที่เจาะไค้ยากมาก, ต้อง  
 อาศัยการกลัษณะของหนองคัยคัวตาเปล่า  
 เป็นเกณฑ์. สำหรับเรามีเทคนิคในการ  
 เจาะหนองที่ทำให้พบเชอบิกในหนองไค้  
 บ่อยขึ้น. ไค้คักเมื่อหนองออกมาจนเกือบ  
 จะหมดโพรงหรือเกือบจะคักไม่ออกแล้ว,  
 ปลายเข็มอาจไปสกกิดผนังโพรงฝั, ทำให้  
 มีเลือดสคก ๆ ออกมาเล็กน้อย (จะโดย  
 การคคมเข็มไว้ตามทิศทางเดิม หรือเบน  
 ไปทางอื่นก็ตาม) เมื่อพบการเปลี่ยนแปลง  
 เช่นนี้. แสดงว่าปลายเข็มไค้จ่อเข้าไปที่  
 ผนังโพรงฝัแล้ว, เป็นโอกาสที่เจาะไค้เชอ  
 บิก. ให้ใช้แรงคักเกินธรรมดาเล็กน้อย  
 แล้วเอาหนองตรงที่ปนเลือดสคกนี้ไปคันทา  
 ทวั. โดยวิธีนี้เราพบคัยคัวถึง ๕๐ ปช.  
 ในผู้ช่วยของเรา (เปรียบเทียบกัวิธีตรวจ  
 หนองตามธรรมดาพบ ๑๒ ปช.).

จากผู้ช่วย ๘๘ ราย, เจาะไค้หนองที่  
 มีลักษณะข้ำเลือดข้ำหนองหรือสีกระบิ ๑๘

ราย (๕๐ ปช.). สีข้ำอ่อนใส่นม ๕ ราย  
 ๖ ปช. (มี ๑ รายที่มการคักเชอบักเตร).  
 สีข้ำปนเขียวววล ๓ ราย. ๑ รายมีเชอ  
 บักเตรปนคัยคัว. สีเหลืองเนื่องจากน้คัปน  
 ๑ ราย.

ฉะนันหนองของฝีบักอะมีบิกในคัยคัว  
 เป็นสีอื่นนอกจากสีกระบิไค้.

การเพาะทวั อี. ฮิสโตลยีติกาจากหนอง  
 ไม่ได้เป็นเครื่องคักคินว่าในหนองนั้นจะมี  
 คัยคัวคัยหรือไม่. ทั้งนี้เพราะเหตุว่า  
 หนองที่เจาะไค้, ถ้ามีคัยคัวก็จะมีจำนวน  
 น้อยและมัก เป็นคัยคัวคัยที่ จวนจะตายแล้ว  
 เป็นส่วนมาก. คัยคัวที่แข็งแรงมักอยู่ทชอย  
 ผนังของโพรงหนอง. อีกประการหนึ่งการ  
 เพาะทวั อี. ฮิสโตลยีติกาจะให้ไค้ ผลคักเชอ  
 บักไค้, ต้องการความรู้ความชำนาญและ  
 เทคนิคเป็นพิเศษ.

สรุป

ผู้เขียนไค้ คักษาผู้ บั่วยคัยคัวในคัย  
 ๘๘ ราย, พบสิ่งช่วยการวินิจฉัยโรคคัย  
 นี้. คื่อ:

๑. เม็ดเลือดขาว. จำนวนเม็ดเลือด  
 ขาวสูงกว่าปกติ, โดยมากอยู่ระหว่าง  
 ๑๐,๐๐๐-๒๐,๐๐๐/ ล.มม. ประมาณ

๑ ใน ๔ ของผู้ป่วยอาจมีเม็ดเลือดขาวเป็นปกติ. โปลัยมอร์ฟัส, อยู่ระหว่าง ๗๐-๘๕ ปช. พบ ๔ ใน ๔ ของผู้ป่วย.

๒. การตรวจอุจจาระหาตัว อี. ฮีสโตลิย์ติกา พบเพียง ๑๖ ปช. ของผู้ป่วยในชุดนี้ ทั้งนี้เขาใจว่ามีข้อบกพร่อง. ผู้เขียนได้แนะนำวิธีการที่ควรไว้แล้ว.

๓. การตรวจบริเวณตับและใกล้เคียงด้วยแสงเร็นตเก็น. โดยวิธีฟลูโอโรสโคปี้และถ่ายภาพตับ, พบ ๘๕ ปช. ที่แสดงการผิดปกติ.

๔. การทดสอบสมรรถภาพของตับ ได้ตรวจเพียง ๒๐ รายโดยวิธีคิวคิ. พบว่า ๕๕ ปช. มีการหย่อนสมรรถภาพของตับ. ผู้ป่วยเหล่านี้มีขนาดใหญ่มาก.

๕. การเจาะหนองออกตรวจ พบลักษณะที่หรือลิ้นช้างเล็กน้อย ๕๐ ปช. อาจพบลิ้นช้างอื่น ๆ ใต้นม หรือลิ้นช้างปนเขี้ยว นวลก็ได้. การตรวจค้นหาตัว อี. ฮีสโตลิย์ติกาในหนองพบเพียง ๑๒ ปช. แต่ถ้าเจาะหนองโดยใช้เทคนิคพิเศษ อาจพบตัวได้มากขึ้นถึง ๕๐ ปช. จากผู้ป่วย ๘๘

รายมี ๒ ราย ที่มีเชื้อแบคทีเรียอยู่ในโพรงหนอง.

ผู้เขียนหวังว่า ผลจากสถิติที่ได้ศึกษาและจำแนก ออกมานี้จะ เป็นประโยชน์แก่ท่านที่ยังมีความสงสัย และ ช่างใจในการวินิจฉัยโรคนี้ไม่มากนักน้อย. ถ้าถึงผู้ป่วยมีไข้ในตับไว้บ้าง, แล้วค่อย ๆ พิจารณาคำวินิจฉัยเหตุผลต่าง ๆ ตลอดจนใช้เครื่องมือต่าง ๆ ช่วย, การวินิจฉัยโรคก็จะถูกต้อง, อันเป็นทางนำไปสู่การบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยหายได้.

ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณศาสตราจารย์ ประเสริฐ กังสดาลย์, หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ ที่ได้กรุณาแนะนำแจ้งข้อบกพร่องตลอดจนแนะนำแนวทางในการที่ข้าพเจ้าได้เขียนเรื่องนี้. ขอขอบคุณแพทย์หญิงตระหนักจิต หารินสุต ที่ได้ช่วยเป็นกำลังใจให้งานอันนี้ลุล่วงไปด้วยดี.

#### เอกสาร

1. A. G. Biggam Ghalioungni, J. Trop. Med. Hyg. 37: 270, 1953.
2. C.F. Craig, 1944. The Etiology Diagnosis and Treatment of Amoebiasis.
3. P.H. Manson-Bahr, 1944. The Dysenteric Disorders. (Cassell and Co., Ltd., London).
4. Manson-Bahr, 1946. Manson's Tropical Diseases. (Cassell and Co., Ltd.,

London).

5. L. E. Napier, 1946. The Principles and Practice of Tropical Medicine (The MacMillan Co., New York).

6. L. Rogers, & J. W. D. Megaw, 1946 Tropical Medicine. (J. & A. Churchill

Ltd., London).

7. R. P. Strong, 1944. Stitt's Diagnosis & Prevention and Treatment of Tropical Diseases. (The Blakiston Co., Philadelphia).

8. จ. हरिणसुत: การวิเคราะห์กรดฮิปโปวรีด ในการลองหน้ที่ตบ: สารศิริราช ๒: ๖๑๒ (๒๕๕๓).

---

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

# บทบรรณาธิการพิเศษ

## การทดลองยา

### สร เมตติยวงศ์

ในวงการแพทย์ปัจจุบัน การทดลองยานับว่าสำคัญ ไม่น้อยกว่าการศึกษาวิธีอื่น ๆ. ยานานหนึ่ง ๆ เมื่อออกมาสู่ท้องตลาด, หรือออกมาอยู่ในมือของแพทย์เพื่อใช้กับผู้ป่วย, ย่อมได้ผ่านการทดลองยานั้น ๆ มาบ้างแล้ว, แต่จะละเอียดละเอียดรอบคอบหรือมีประสิทธิภาพเพียงใด ก็ย่อมแล้วแต่บริษัทและผู้ทดลองยานั้น. บางครั้งจะพบว่า ยานานอย่างใด บางบริษัทผลิตออกมา, ไม่มีคุณค่าในการรักษาโรคดังที่ได้โฆษณาชวนเชื่อไว้เลย.

สำหรับแพทย์ทางคลินิก, ถ้าคำนึงอยู่เสมอว่าชีวิตมนุษย์มีใช้สักหนึ่ง หรือ สักหนึ่งในห้องทดลองแล้ว, ก่อนจะใช้ยาชนิดหนึ่งชนิดใดรักษาผู้ป่วย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาใหม่ ๆ ในวงการแพทย์ ต้องศึกษาให้แน่ใจเสียก่อนว่ายานั้น ๆ ได้รับความทดลองมาแล้วอย่างไรร่าง, มีสถิติหรือตัวเลขที่ควรเชื่อถือได้เพียงไร, ก่อน

ที่จะนำมาใช้หรือทดลองกับผู้ป่วยของตน.

ที่สำคัญยิ่งเป็นอันดับแรกคือการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน. จะทำสุ่มสี่สุ่มห้าลงตะไปอย่างงมงายจนชาวบ้านทึ่งหวงแนะนำให้ผู้ช่วยลองยานั้นยานี้มิได้. ยาชนิดหนึ่ง ๆ มิใช่สำหรับรักษาโรคใดโรคหนึ่งอย่างยาหมอใหญ่. ยิ่งในยุคคนที่มฤตยูแรง ๆ มากขนานถูกผลิตขึ้นใช้ด้วยแล้ว, ยิ่งต้องระมัดระวังมาก. ยานานหนึ่งอาจใช้ได้ผลเฉพาะโรคหนึ่ง, ไม่ได้ผลในอีกโรคหนึ่ง, หรืออาจกลับกลายเป็นโทษในอีกโรคหนึ่งไปได้. การที่จะอ้างอิงว่ายาชนิด ก. มีคุณภาพรักษาโรค ข. ได้ ต้องแน่ใจหรือวินิจฉัยได้แน่นอนแล้วว่าผู้ป่วยที่ได้รับยานั้นช่วยด้วยโรค ข. จริง ๆ, ย่อมขึ้นอยู่กับ ความชำนาญ, ความรอบรู้, และความละเอียดถี่ถ้วนของแพทย์เป็นขั้นต้น. ถ้าการวินิจฉัยโรคเคลือบคลุมหรือกำกวมก็กล่าวอ้างให้

เต็มปากมิได้ว่ายานั้นมีประโยชน์ในโรค  
นั้น ๆ จริง.

เมื่อมีผู้ช่วยพร้อมแล้ว การทดลอง  
ยากี่จะเริ่มด้วยการวางแผนการศึกษาเป็น  
ลำดับไป. ความรอบคอบในเรื่องนี้เป็น  
ขั้นบังคับคุณค่าของการทดลองนั้น ๆ. ผู้  
ทดลองจะต้องสำนึกอยู่เสมอว่า ผู้ช่วยจะ  
เกิดมี อาการ เปลี่ยนแปลง อะไร ขึ้นบ้าง,  
เช่น ชีพจร, แรงดันเลือด, การหายใจ,  
อุณหภูมิ, ปัสสาวะ, อาการทางระบบต่างๆ,  
การเปลี่ยนแปลงทางห้อง ทดลอง ฯลฯ.  
การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นการแสดงการ  
ออกฤทธิ์ ของยาทำให้ สภาพของผู้ช่วยที่  
ขึ้น, เลวลง, หรือแสดงพิษของยา, หรือ  
จากโรคแทรกซ้อนอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ  
หลายอย่างรวมกัน, แสดงถึงความจำเป็น

ที่จะต้อง ติดต่อกับผู้ช่วย อย่าง ใกล้ชิด,  
คอยติดตามตามอาการ, ตรวจกายภาพ,  
และตรวจด้วย อุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์  
เป็นระยะ ๆ ไป.

บางโอกาสการทดลองเปรียบเทียบก็  
นับว่าจำเป็นมาก, ไม่ว่าจะเป็นการเปรียบเทียบ  
การใช้ยาต่างชนิดใน ผู้ช่วยด้วยโรค  
ใด, การเปรียบเทียบผลของยาต่าง ๆ ใน  
ผู้ช่วยรายเดียวกัน หรือการเปรียบเทียบ  
ของยาชนิดหนึ่งในพยาธิสภาพต่าง ๆ กัน.  
ขั้นสุดท้ายของการทดลองนั้น ๆ ซึ่งจะต้อง  
แยกแยะชี้แจงให้ละเอียดถี่ถ้วน ในตัวเลข  
ต่าง ๆ ที่ได้จากข้อเท็จจริง, จำนวนผู้ช่วย  
ที่ใช้ทดลองและ เปรียบเทียบ, และสรุป  
ผลที่ได้ว่าเป็นเช่นไร.

## แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: วิจารณ์ วิจารณ์วัฑฒ์ พ.บ., M.P.H.T.M., ชาญ สถาปนกุล พ.บ.  
สำราญ สินธุวานิช พ.บ., สิริจันทร์ เสรีกุล พ.บ., อุกฤษดิ์ เปล่งวานิช พ.บ.  
สมพันธ์ บุญอุบลรัตน์ พ.บ., โมตรี เรืองตระกูล พ.บ., จินดา พวงทอง พ.บ., ประไพศรี สุวรรณนิน พ.บ.  
ม.ร.ว. พวงแก้ว ชุมพล พ.บ.

### ๑. M.J. Matzner and C. Windwer:

ผลอันน่าพึงใจในการรักษาคาร์ทีโอส  
ปัสมาด้วยยาพวกแอนติโคลีน. Am. J.  
Gastroenterology. 22:73-74, 1954.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ยา Oxyphen  
omium bromide หรือแอนทรินิล (ซีบยา)  
ในการรักษาคาร์ทีโอสปัสมาในผู้ป่วย ๖  
ราย. ให้กินยานขนาด ๕ มก. ๓๐ ถึง  
๔๕ นาทีก่อนอาหาร. ผู้ป่วย ๑ ราย มี  
ผลลดอาหาร ถ่างมากต้องงดอาหาร  
ออกก่อนนอนทุกคืน. ผู้ป่วย ๓ ราย เคย  
ได้รับการถ่ายลดอาหารมาแล้วเมื่อเริ่ม  
รักษา. ทุกรายมีอาการดีขึ้นตลอดเวลาที่  
ทำการรักษา. อาหารที่กินเป็นอาหารอ่อน,  
กากน้อย, ไม่ร้อนจัดหรือเย็นจัด. ทั้งนี้  
อาศัยจากผลการทดลองของ โรเวนและ  
พวก (๑๙๕๓) ว่าแอนทรินิลสามารถออก  
ฤทธิ์ต้าน เมโคลิลซึ่งเป็นยากระตุ้นการ  
เคลื่อนไหวของหลอดอาหารในผู้ป่วย ๑

รายที่เป็นคาร์ทีโอสปัสมา.

วิจารณ์ วิจารณ์วัฑฒ์ พ.บ.

### ๒. J. W. Alexander and C. E.

porter: การรักษาผู้ป่วยเฮปาติคโคมา  
หนึ่งรายด้วยการฉีด โซเดียมกลูตาเมต  
และ เอ.ซี.ที.เอส. เข้าหลอดเลือด. Gas-  
troenterology. 27:926, 1954.

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย, มีเลือดออก  
มากในทางเดินอาหาร. ตับเสื่อมสมรรถ-  
ภาพ. โคมาลึกอย่างสิ้นหวัง. ในวันนั้น  
ได้เริ่มให้โซเดียมกลูตาเมต ๒๓ กรัม  
เข้าหลอดเลือดตลอดเวลา ๔ ชม. และ  
ในเย็นวันเดียวกันได้ให้ เอ.ซี.ที.เอส.  
๑๐๐ มก. เข้าหลอดเลือดตลอดเวลา ๔  
ชม. รุ่งขึ้นอีกวันหนึ่งมีการหายใจแบบ  
Cheyne-Stoke, และมีการชักแบบแฉึก  
โซเนียน. ได้ให้ เอ.ซี.ที.เอส. ๑๐๐ มก.  
เข้าหลอดเลือดตลอดเวลา ๒๔ ชม. อีก

๒ วันต่อมาเริ่มรู้สึกตัว. ต่อมาอีกวันหนึ่งก็  
สามารถกินอาหารได้. การรักษานอกจาก  
นั้นมีการให้น้ำตามสมควร.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

๓. J.H. Lawson, G. W. Allen,  
A.W. Less and P. McKensie: สเตร็ป  
โตมัยซินและไอโซในอะซิดรักษาวัณโรค  
แพร่กระจายชนิดเฉียบพลัน. M.B.J, 9:  
840,1954.

ผู้รายงานได้เปรียบเทียบผลของการ  
ใช้สเตร็ปโตมัยซินอย่างเกี่ยวกับสเตร็ป  
โตมัยซินรวมกับไอโซในอะซิดและ พี.เอ.  
เอส. ในการรักษาผู้ป่วยเป็นวัณโรคแพร่  
กระจายชนิดเฉียบพลัน. พวกที่ใช้สเตร็ป-  
โตมัยซินอย่างเดียว ๒๔ ราย, อายุ ๓ ปีถึง  
มา ๑๑ ราย ๔ ถึง ๗ ปี ๗ ราย, ๑๖ ถึง  
๒๕ ปี ๕ ราย, ๒๖ ปีขึ้นไป ๑ ราย. ใน  
ผู้ใหญ่ให้ ๒ ก. ต่อวัน, ในเด็กให้ ๔๔  
มก./กก. หาย ๘ รายใน ๒๐.๕ สัปดาห์,  
ตาย ๖ ราย, ด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ  
๓ ราย. ขรองโชนิวโมเนีย ๑ ราย, เยื่อ  
ช่องท้องอักเสบ ๑ รายทั้งนี้ด้วยเชื้อวัณ-  
โรค, และอีก ๑ รายตายด้วยการติดเชื้อ  
อย่างร้าย. ในจำนวน ๒๔ รายนี้เกิดเป็น

เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ๘ ราย. ภายหลังที่  
วินิจฉัยได้ว่าเป็นวัณโรคแพร่กระจายชนิด  
เฉียบพลันแล้ว ๑๔.๘ สัปดาห์และหายได้  
ภายใน ๒๐.๑๖ สัปดาห์ต่อมา. โรคแทรก  
ซ้อนอื่น ๆ ก็คือเป็นฝีพบนึ่งลำตัว ๑ ราย,  
วัณโรคไต ๑ ราย. อีกพวกหนึ่ง ๑๒ ราย  
รักษาด้วยไอโซในอะซิดรวมกับสเตร็ปโต  
มัยซินและ พี.เอ.เอส. (ใช้ในผู้ป่วยอายุ  
เกิน ๑๐ ปี). ๖ รายให้ไอโซในอะซิดอย่าง  
เดี่ยวเฉลี่ยนาน ๑๘ สัปดาห์, ๑๕ สัปดาห์  
หายและไม่มีโรคแทรกซ้อนเลย. สเตร็ป-  
โตมัยซินให้ ๑ ก. ต่อสัปดาห์, ไอโซใน  
อะซิดให้ ๖ ถึง ๘ มก./กก. ผู้รายงานได้  
ให้ความเห็นว่าไอโซในอะซิดน่าจะใช้ป้องกัน  
โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบด้วยเชื้อวัณ-  
โรคได้.

สำราญ สิ้นธวานิช พ.บ.

๔. P.B. Jennings and S.Olansky:  
การใช้โปรเคน อไมด์ในการรักษาและป้องกัน  
ปฏิกิริยาที่เกิดจากเพนิซิลลิน. Ann.  
Int. Med. 40:711, 1954.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงการให้ยาต่าง ๆ  
ในการรักษาปฏิกิริยาที่เกิดจากเพนิซิลลิน  
การใช้โปรเคน อไมด์ ก็เพราะมีสตร-

คล้ายยาจำพวกแอนติฮีสตามีน, ซึ่งบางคนก็ได้อายงานว่าใช้ได้ผลดีในโรคที่เกี่ยวข้องกับการแพ้และการคันบางชนิด.

ผู้รายงานได้ใช้ Pronestyl (ซึ่งเป็นโปรเคน อไมด์) รักษาผู้ป่วย ๒๔ รายที่เกิดปฏิกิริยาต่อเพนิซิลลินในขนาดความรุนแรงต่าง ๆ กัน. ได้ผลดียิ่งใน ๒๒ ราย, ดีพอใช้ ๒ ราย. ขนาดโปรเนสทิลที่ใช้ ๑ ถึง ๑๔ กรัม, ส่วนมาก ๒๕๐ มก. ทุก ๖ ชม. ใน ๑๗ รายใช้ขนาดครึ่งเพื่อเปรียบเทียบ, ปรากฏว่าได้ผลดีหรือดีมาก ๑๑ ราย, พอใช้ ๓ รายและเลว ๓ ราย, ซึ่งกลับได้ผลดีเมื่อใช้โปรเนสทิลแทน. ในการใช้โปรเนสทิล ยั้งกันปฏิกิริยาจากเพนิซิลลินในผู้ป่วย ๑๘ ราย, พบว่ามีปฏิกิริยาเกิดขึ้นเพียง ๔ ราย, และ ๓ รายในจำนวนนี้ปฏิกิริยาเกิดขึ้นภายหลังหยุดโปรเนสทิลแล้ว. ในผู้ป่วยทั้งหมดมีเพียง ๕ รายที่แพ้โปรเนสทิล. มีอาการมีนงง, เยื่ออาหารและง่วงนอน. ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทาง ECG. และทางเลือดที่สำคัญ, นอกจาก ๓ รายมีฮีโมโกลบินต่ำโดยไม่มีปรากฏอาการอย่างใด. จึงทำให้ผู้รายงานคิดว่าโปรเนสทิลสามารถบ่อนทำลายอาการแพ้ต่าง ๆ ได้.

สุรินทร์ เสรีกุล พ.บ.

๕. F.A. Ellis and W.R. Bundick:  
จุลพยาธิของลูปัสอีริธมาโตสิส. A.M.  
A. Arch. Dermat. Syph. 70:311,  
 1954.

ผู้รายงานได้ทำการศึกษาจุลพยาธิวิทยาของผิวหนังในผู้ป่วยด้วยโรคลูปัสอีริธมาโตสิสระยะต่าง ๆ กันรวม ๑๓๖ ราย. ได้รายงานผลเปรียบเทียบระหว่างการวินิจฉัยทางคลินิกและทางจุลพยาธิวิทยา. ได้แสดงจุลพยาธิลักษณะที่ตรวจพบรวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคด้วย. ผู้รายงานได้สรุปผลทางจุลพยาธิวิทยาว่า discoid-lupus erythematosus ทั้งระยะเฉียบพลัน, เรื้อรังและ subacute มีลักษณะต่าง ๆ ที่ซึ่งให้เห็นว่าเป็นโรคเดียวกัน, และสามารถจะแสดงให้เห็นว่ามี การเปลี่ยนจากชนิดหนึ่งเป็นอีกชนิดหนึ่งได้.

การวินิจฉัยแยกระยะเฉียบพลันจากรยะเรื้อรังนั้นทำได้ง่าย. ส่วนชนิด subacute นั้นมีลักษณะเด่นชัดไปทางระยะเฉียบพลันมากกว่า. ในบางรายการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาของผิวหนังขอลักษณะของระยะเฉียบพลันก่อนที่จะมีอาการแสดงทางคลินิก.

อุกฤษดิ์ เปล่งวานิช พ.บ.

๖. P. Fourman: การทดลองทำให้เกิด  
เตตระไนเฟรอะซาคโปแตสเทียม. Lancet.  
2:525,1954.

ผู้รายงานได้อ้างถึงกลไกต่าง ๆ ที่ทำ  
ให้เกิดการชักแบบเตตระไนเฟรไนเฟร  
คัยโปแตสเทียมในเลือดค้ำ, ประกอบกับ  
การทดลองทำให้ระคัยโปแตสเทียมใน  
เลือดของคนปกติค้ำลงโดยใช้ ammon-  
iated exchange resin และเปรียบ  
เทียบกับการตรวจพบทางคลินิก ในผู้ป่วย  
๑ ราย. ผลของการทดลองปรากฏว่ามี  
การชักแบบเตตระไนเฟรไนเฟรคัยโปแตส  
ซินแล้ว ๔ ถึง ๑๐ วัน. โปแตสเทียม  
ลดลงพอควร. มีอาการเปลี่ยนแปลงบ้าง  
ในจำนวนโซเดียมในร่างกาย. แคลเซียม  
ลดลงกว่าเดิมแต่ไม่ต่ำกว่าระดับปกติและ  
มีภาวะเป็นค้ำอื่น ๆ เกิดขึ้น. ผู้รายงาน  
กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงเพียงนี้ไม่พอ  
เพียงที่จะอธิบายการชักได้. เขาได้พบว่  
การพ่องโปแตสเทียมในพลาสติกมีความ  
สัมพันธ์กับการเพิ่มโซเดียมภายในเซลล์  
มากขึ้น. เมอระคัยของโปแตสเทียมสูงขึ้น,  
โซเดียมก็ทำให้ลดลงตามส่วนในทันทีไม่  
ฉะนั้นผู้รายงานจึงคิดว่าเซลล์อาจเกิดไว  
กว่าปกติต่อระคัยของโปแตสเทียมภายใน

นอกเซลล์ที่เพิ่มขึ้นแต่เพียงเล็กน้อย,  
เพราะการปรับเหมาะของไอออนภายใน  
เซลล์ไม่เกิดขึ้นทันทีทันใดที่ไ้รับโปแตส  
เทียมค้ำมา. ดังนั้นจึงทำให้มีการค้ำ  
ค้ำของเส้นประสาทสูง และเกิดการชัก  
แบบเตตระไนเฟรไนเฟรคัยโปแตส.

สมพนธ์ บุญคุปต์ พ.บ.

๗. T.E. Cardillo, E.W. Mullin,  
L.M. Sciffer and R.H. Lyons: สาร  
ที่ขัดขวางการบ่อนิคแอนฮัยเกรสใช้เป็นยา  
กินขับปัสสาวะ. ได้ผลน่าพอใจ. Amer.  
J. Med. 2: 214, 1954.

ผู้รายงานได้แสดงผลการใช้ไคอะ-  
ม็อกซ์ (= 2 - acetyl amino - 1, 3, 4-  
thiadiazole-5 sulfonamide) เปรียบ  
เทียบกับไฮโอเมอร์นในการขับปัสสาวะ,  
ในผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจที่เลือดค้ำแล้ว ๒๕  
ราย. ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องฉีดยาไฮโอเมอร์น  
หรือ/และกินแอมโมเนียมซัลโฟไรด์ทุก  
สัปดาห์เพื่อให้มีน้ำหนักตัว "แห้ง" คงที่.  
การให้ทีจิตาลิส, อาหารและอื่น ๆ คงเดิม,  
แต่คงยาขับปัสสาวะทุกชนิด. การเปลี่ยนแปลง  
อันอาจเนื่องมาจากอากาศได้ถูกขจัดไป  
บ้างโดยยี่ดเวลาการทดลอง ออกไปกว่า

หกเดือน.

ขนาดของไตโอเมอรินที่ใช้เพิ่มจาก ๐.๕ ล.ซม. ถึง ๒ ล.ซม. ใน ๔ สัปดาห์. ส่วนไตอะม็อกซ์เพิ่มจาก ๒๕๐ มก. ถึง ๑,๐๐๐ มก. ใน ๔ สัปดาห์เช่นกัน. ผู้ป่วยพวกที่ใช้ไตอะม็อกซ์ได้รับการฉีดยาถ่วง และพวกที่ใช้ไตโอเมอรินก็ได้รับไตอะม็อกซ์สองโดยไม่รู้ตัว. เมื่อครบ ๔ สัปดาห์แล้วก็สลัษพวกกันเสีย.

ผลของการทดลองปรากฏว่าพวกที่ใช้ไตโอเมอรินมีน้ำหนักลดลงเฉลี่ยได้ส่วนสัมพันธ์เป็นเส้นตรงกับขนาดของไตโอเมอรินที่เพิ่มขึ้น. ส่วนมากผู้ป่วยเสียน้ำหนักไปน้อยกว่า ๒ ปอนด์ใน ๔๘ ชม. พวกที่ได้ไตอะม็อกซ์, ถ้าขนาดของยาสูงกว่า ๒๕๐ มก. ขึ้นไป, น้ำหนักที่ลดลงใน ๔๘ ชม. โดยเฉลี่ยจะคงที่ไม่มากขึ้น. ส่วนมากผู้ป่วยเสียน้ำไปมากกว่า ๒ ปอนด์ใน ๒๔ ชม. มีอาการเป็นพิษอย่างอ่อนจากไตอะม็อกซ์เกิดขึ้น ๓ ราย.

ผู้รายงานได้สรุปว่าไตอะม็อกซ์เป็นยาพิษขบขั้วสารที่ทรงประสิทธิภาพ. มีฤทธิ์ขบขั้วสารสูง. มีพิษและการรบกวนเฉพาะที่น้อย.

ไมตรี เรื่องตระกูล พ.บ.

๘. J.L. Wilson, J.H. Ward Jr: อินฟาร์คเฉียบพลันของกล้ามเนื้อหัวใจรักษาด้วยการกำหนดให้นั่งเก้าอี้. J.A.M.A. 155: 226, 1954.

ผู้รายงานได้ทดลองรักษาผู้ป่วย ๓๐ รายที่เป็นอินฟาร์คเฉียบพลันของกล้ามเนื้อหัวใจโดยใช้วิธีนั่งเก้าอี้เท้าแขน (armchair) ตามแบบของ Levine. ถ้าผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อนที่ขัดต่อการนั่งเก้าอี้ให้นั่งวันละ ๓ ถึง ๑๐ ชม. โดยค่อยๆ เพิ่มเวลาขึ้นตามลำดับ, โดยมากประมาณ ๒๐ ถึง ๒๑ วันก็ให้ลุกเดิน, ผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน ๓๐ ถึง ๓๕ วัน. ในบางรายต้องใช้การรักษาอื่น ๆ รวมด้วยเพื่อป้องกันการแทรกซ้อนจากเอ็มโบลัส. ในผู้ป่วย ๓๐ รายโดยมากสามารถให้นั่งเก้าอี้ได้ในวันที่ ๕ ที่อยู่ในโรงพยาบาลและกลับบ้านได้ในวันที่ ๓๓. ในจำนวนนี้ถึงแก่กรรม ๓ รายด้วยปอดขวมเฉียบพลัน ๒ รายและกล้ามเนื้อหัวใจแตกตรงตำแหน่งที่มีอินฟาร์ค ๑ ราย. ผู้รายงานได้สรุปว่าการรักษาโดยวิธีนี้ได้ผลดี, และได้อ้างรายงานของผู้อื่นอีกหลายคนที่แสดงว่าในท่านอนราบผู้ป่วยจะมีปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น, เลือดจางลง, และเพิ่มความ

คนเลือกทำซึ่งจะไปเพิ่มภาวะแฉกกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น. ฉะนั้นจึงไม่สมควรที่จะให้ผู้ป่วยนอนเฉย ๆ โดยไม่ลุกขึ้นเลย. ควรให้หนึ่งซึ่งเข็นท่าที่หัวใจได้พักมากที่สุด.

จินดา พวงทอง พ.บ.

๕. S. Olansky, G.A. Chamblee, and J.M. Janney: วิตามินบีรวมในการป้องกันและรักษา ปฏิกริยาทางผิวหนังและเยื่อเยื่อเนื่องจากการใช้ไขมันแอมเฟนิคอล. A. M.A. Arch. Dermat. Syph. 5: 600 - 603, 1954.

ในการให้กินแอนติไบโอติกที่มีฤทธิ์กว้าง เช่น ออร์โธมัยซิน, ไขมันแอมเฟนิคอล และ เทอร์ราไมซิน มักทำให้เกิดปฏิกริยาต่อเยื่อเยื่อและผิวหนังใกล้เคียง. ผู้รายงานได้สังเกตว่าคนไข้ซึ่งได้รับการรักษาด้วยกล่าวเป็นจำนวนมากมักเกิดปฏิกริยาทางเยื่อเยื่อ, นับตั้งแต่การอักเสบที่ลิ้นอย่างธรรมดาจนถึงการอักเสบของเยื่อเยื่อในปากและที่บริเวณทวารหนัก. แต่ในรายที่รักษาเหล่านี้ร่วมกับการฉีดวิตามินบีรวมเข้ากล้ามเนื้อวันละ ๑ ล.ซม. ทุกวัน, ไม่มีปฏิกริยาถึงกล่าวเกิดขึ้น.

ผู้รายงานได้แบ่งคนไข้ที่ทดลองยาเป็น

๓ พวก. พวกแรกให้กินไขมันแอมเฟนิคอลอย่างเดียวในขนาดต่าง ๆ กันตามความรุนแรงของโรคที่เป็น. พวกที่สองให้วิตามินบีรวมร่วมไปด้วย. พวกที่สามให้วิตามินบีรวมรักษาปฏิกริยาที่เกิดขึ้นถึงกล่าว. ปรากฏว่าพวกแรก ๔ รายใน ๓๔ รายมีปฏิกริยาเกิดขึ้น. พวกสอง ๑๕ รายไม่มีปฏิกริยา. ส่วนพวกที่สามปรากฏว่าการรักษาด้วยวิตามิน บี ได้ผลดีมากทั้ง ๖ รายที่ได้รับการรักษา.

ประไพศรี สุวรรณิน พ.บ.

๑๐. L. Unger and A. Unger: การใช้และไม่ควรใช้ เอ.ซี.ที.เอส. และคอร์ติโซนในพวกอัลเลอร์จีทั้งหลาย. Ann. Int. Med. 4: 721-728, 1954.

ผู้รายงานได้ใช้ เอ.ซี.ที.เอส. และคอร์ติโซนรักษาอาการอัลเลอร์จีต่าง ๆ ในผู้ป่วย ๘๕ ราย. ๘ รายเกิดจากการแพ้แอนติทอกซินกันยาที่ยกและเพนิซิลลินในระยะอันตรายอาจถึงแก่ชีวิต. การใช้ เอ.ซี.ที.เอส. และคอร์ติโซนทันทีได้ผลดีมากทุกราย.

อีก ๗๗ รายได้รับการทดสอบทางอัลเลอร์จีและได้รับการรักษาด้วยยาอย่าง

ต้นมาเต็มที่แล้ว, แต่ไม่คืบเลย. ภายหลังให้ เอ.ซี.ที.เอส. และคอร์ติโซนแล้ว, ปรากฏว่า ๒๖ รายได้ผลดีมาก, โดยเฉพาะที่เกี่ยวเนื่องกับระบบหายใจ ๔๔ รายที่ขึ้น, ๕ รายไม่ได้ผล, ๒๐ รายกลับเป็นใหม่หลังหยุดยา, และ ๓๕ รายต้องให้ยาต่อไปอีก ๑ ปี หรือกว่านั้น.

ขนาดที่ใช้, ในรายรุนแรงให้ เอ.ซี.ที.เอส. ๒๐ มก. ในน้ำยากลูโคส ๕ ซี.ซี. ๑,๐๐๐ ล.ซม. หยดซ้ำ ๆ ทางหลอดเล็กค้ำานานราว ๘ ชม. ใน ๒๔ ชม. ให้ได้ ๒-๓ ครั้ง ถ้ามีอาการหอบหืด, ให้เติมอะมิโนพิลลัน ๐.๔๘ ก. ทั่ว,

เมื่ออาการดีขึ้นแล้ว, ก็ให้กิน เอ.ซี.ที.เอส. เจล หรือคอร์ติโซน ๕๐ มก. ทุก ๆ ๖-๘ ชม., แล้วค่อย ๆ ลดขนาดลง.

เอ.ซี.ที.เอส. และคอร์ติโซนเองอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาอัลเลอร์จิกได้เหมือนกัน. อาจเกิดได้ตั้งแต่ลมพิษน้อย ๆ จนถึงขนาดแพ้ตายได้. ฉะนั้นต้องระวังอันตรายนี้. ถ้ามีผื่นขึ้นตองหยุดยาทันที. ห้ามใช้ฮอร์โมนในผู้ช่วยทีมแรงกันเลือดสูง, เป็นวัณโรค, เบาหวาน, แผลเย็บ, โรคจิต, ฯลฯ. นอกจากจะจำเป็นจริง ๆ.

ม.ร.ว. พวงแก้ว ชุมพล พ.บ.

# ปกิณกะ

## หัวล้าน

“ชนช้าง” ตัวละครในกวีนิพนธ์ที่ชื่นชอบของชาวต่างประเทศ อธิบายถึง “หัวล้านในครรภ์ถึงวงเดือน”. เกี่ยวกับ “ชนช้าง” ก็เลยเป็นชื่อของผู้ที่แพ้ผม หรือหัวล้าน มากบ้างน้อยบ้างไป, ไม่ว่าผู้นั้นจะ “ล้านแต่ในครรภ์” หรือไม่. ผู้ถูกล้อมักจะเกิดขมขื่นโมโห โทโสจนเป็นเหตุวิเวกขาดหนทางก็มี, ทำให้ถูกครหาซ้ำเติมว่า “หัวล้านใจน้อย” เพิ่มเข้าไปอีก.

ลักษณะ “ล้านแต่ในครรภ์” ถึงหัวชนช้างนั้น, จัดว่าเป็นพวก “Congenital alopecia” หรือล้านแต่กำเนิด. จำแนกออกได้เป็นสามประเภทด้วยกัน คือหัวล้านที่มความพิการแต่กำเนิดของ เอ็คโตเคอร์มร่วมด้วย, เช่นความพิการของเล็บตาและฟัน เป็นต้น. เหล่านี้แสดงถึงความบกพร่องในการเจริญของ เอ็คโตเคอร์มตั้งแต่ทารกยังอยู่ในครรภ์ระยะแรก ๆ.

ประเภทที่สองได้กับหัวล้านแต่กำเนิด, แต่มีเล็บ ฟันและเอ็คโตเคอร์มอื่น ๆ ปกติ.

แสดงว่าความพิการเกิดขึ้นในระยะหลังของการตั้งครรภ์. อีกประเภทหนึ่งก็คือ เมื่อแรกคลอดทารกนั้นมีอวัยวะอื่น ๆ ปกติแต่หัวล้านไปจนถึงระยะวัยกำดัด, เมื่อการเปลี่ยนแปลงของเอ็นโดครายน์ ทำให้ผมกลับงอกงามเป็นปกติ. แสดงว่าเอ็คโตเคอร์มนี้เพียงแต่เจริญเข้าไปกว่าธรรมดาเท่านั้นเอง.

การที่มีหัวล้านหรือแพ้ผมแต่กำเนิดนั้น, คอออกจะเหลือวิสัยที่จะรักษาได้, โดยคำนึงถึงสาเหตุที่เชื่อกัน ในขณะนี้ว่าเป็นกรรมพันธุ์. อย่างไรก็ตามถ้าผู้อาภัพนั้นมีหัวล้านตกอยู่ในประเภทที่สาม, เมื่อถึงระยะหรือวัยอันสมควรแล้ว, เช่นมีหวังที่จะได้ผมเต็มศีรษะเหมือนคนอื่น ๆ.

ตรงข้ามกับหัวล้านแต่กำเนิด คือการที่มีหัวล้านหรือแพ้ผมหลังกำเนิด, ตามธรรมดาผมเส้นหนึ่ง ๆ มีอายุไม่แน่นอน, เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล, และเมื่อถึงคราวที่ร่วงหลุดไปโดยที่ฟอลลิเกิลจะสร้างผมเส้นใหม่ขึ้นมาแทนที่. ในบางสภาวะ

เส้นผมเกิดร่วงหลุดมากกว่าปกติในจำนวนหรือในเวลา, หรือทั้งสองอย่าง, ทำให้เกิดผมบางหรือล้านขน. จะเกิดขึ้นกับส่วนใดของศีรษะ, หย่อมเดี่ยวหรือหลายหย่อม, เล็กใหญ่หรือล้านเส้นยืนเตียนโล่งหมดทั้งศีรษะก็ได้.

ทางคลินิกแบ่งหัวล้านหลังกำเนิดออกเป็นสองประเภทใหญ่ ๆ คือหัวล้านที่มีลักษณะแผลเป็นของหนังศีรษะ, และหัวล้านที่ไม่มีลักษณะของแผลเป็น.

ประเภทที่เกิดมีแผลเป็นของหนังศีรษะ อาจเกิดจากโรคเฉพาะที่หนังศีรษะเองเช่น เกิดจากความร้อนจัด, เย็นจัด, แอ็กเซอร์เชีย, ราเคียม, อะตอมิกยอบบี้, เคมีวัตถุ, การติดต่อเชื้อยักเตวี, รา ไวรัส ฯลฯ, หรืออาจเกิดจากโรคของระบบต่าง ๆ เช่น ซิซฟีลิส, วัณโรค, โรคเรื้อน, สเตลโลโรเคอร์ม่า, รูบัส เฮอร์ปีส์มาโทซิส, ฯลฯ.

ประเภทที่ไม่มี ลักษณะของแผล เป็นก็มีสาเหตุมากมายหลายอย่างเช่นกัน, เช่น การติดเชื้อ, และโรคทางระบบต่าง ๆ ดังในประเภทแรก, seborrheic diatheses, psychogenic origin และ male pattern alopecia.

ที่กล่าวกันติดปากอย่าง คล้องจองถึง

ลักษณะของหัวล้านหลังกำเนิดว่า “งามกับโค ชะโคตีแปลงแรงกะพือยก” เหล่านี้หมายถึงลวดลายหรือขนต่าง ๆ ที่ปรากฏในหัวล้านชนิด “male pattern alopecia”, เป็นลักษณะของหัวล้านก่อนวัยอันสมควร, และเป็นชนิดที่มีมากที่สุด.

หลังคลอดใหม่ ๆ, ทารกส่วนมากจะผมร่วงหลุดไปในตำแหน่งเดียวกับที่หัวล้านในผู้ใหญ่คือแถว frontal และ frontoparietal, แต่ต่อไปผมจะงอกใหม่จนขึ้นเต็มศีรษะเมื่ออายุ ๑ หรือ ๒ ขวบ. ตอนที่เข้าวัยกำดัด, ผมแถวเชิงผมหงอกหน้าจะบางลงไปข้างเป็นส่วนใหญ่ในทั้งสองเพศ, แต่เพศชายจะเป็นมากกว่า, และจะมากขึ้นเป็นลำดับตามอายุจนสูงสุดในทศวรรษที่ ๗.

เมื่ออายุมากขึ้น, ผมเส้นใหม่ที่ขึ้นมาแทนที่ผมเส้นเก่าจะมีขนาดเล็กลงตามลำดับ, จนกระทั่งไม่ผลิตเส้นผมออกมาอีกเลย (จาก Progressive immaturity จนถึง atrophy). อย่างไรก็ตามผมร่วงในประเภทนี้มักไม่กระจายทั่วไปทั้งศีรษะ, จะขึ้นอยู่กับเฉพาะ แห่งจนกระทั่งมี ลักษณะเป็นลวดลายกึ่งกล่าวแล้ว. ตามแถวเชิงผมหงอกบางไปข้าง, แต่คงยังไม่ถึงกับเตียน

โล่งเล็กน้อยที่เคียว. อย่างมากที่สุดคงมีเส้นผมเป็น ขอบอยู่ข้าง ทางคานหลังจากหญิง, เหมือนกับที่ตรวจรอยเขียนภาพจำลองหัวของชนข้างไว้เช่นนั้น.

Male pattern alopecia นิมิตความแตกต่างกันตามเชื้อชาติมากอยู่, ดังที่ผู้พบว่าใน คนธรรมดา ที่มีความเจริญของระบบสืบพันธุ์เต็มที่, พวกเชื้อสายคอเคเซียนจะมี ความเอนเอียง ที่จะเกิด หัวล้านมากกว่าพวกที่เชื้อสายจีน. เมื่อพ้นวัยรุ่นถ้าตัดไปแล้ว พวกคอเคเซียนส่วนมากไม่ว่าหญิงหรือชายมักจะมีเชิงผมค้ำหน้าบริเวณ frontoparietal ล้วนเข้าไประยะนี้เป็นรูปสามเหลี่ยม.

การที่ผมเริ่มร่วงแล้วจนกว่าจะล้านจะกินเวลาช้าเร็วเท่าใดนั้นเป็นเรื่องของรายบุคคล, ไม่เหมือนกันทุกคนไป. ในระยะแรก ๆ ผมอาจร่วงวันละหลายร้อยเส้น, แต่ต่อไปอาจร่วงน้อยลงเหลือวันละ ๒๐-๓๐ เส้น, หรืออาจเว้นระยะเป็นพัก ๆ, ทำให้สังเกตไม่ได้ในบางคนที่อายุไม่ถึง ๓๐ ว่าล้านหรือไม่, หรือแม้ว่าคนนั้นผมจะเริ่มร่วงเมื่อผ่านวัยรุ่นถ้าตัดไปแล้วไม่นานนัก.

ในปัจจุบันเชื่อกันว่า Male pattern

alopecia หรือล้านก่อนวัยนี้เป็นผลเนื่องมาจากเหตุทางเชื้อชาติ, ทางฮอร์โมน, และทางอายุ. เรื่องเชื้อชาติได้กล่าวแต่แรกแล้วถึงการแตกต่างในระหว่างชาวคอเคเซียน และชาวจีน. เรื่องสำคัญคือที่เกี่ยวกับฮอร์โมนของอัณฑะและรังไข่, หัวล้านก่อนวัยอันสมควรในเพศชายแสดงให้เห็นชัดถึงความสำคัญของแอนโดรเจน, และผู้ชายที่มีความเจริญทางเพศไม่สมบูรณ์เต็มที่ ที่หรือตก ตอนเสียก่อน ถึงวัยรุ่นถ้าตัด ทั้งพวกนี้ที่หัวจะไม่ล้านแบบเลยเมื่อถึงวัยอันสมควร. แต่ถ้าลองให้แอนโดรเจนในคนพวกนี้ให้เต็มที่หัวจะกลับล้านไปได้. พิจารณาเช่นนั้นแล้วผู้ที่หัวล้านก่อนวัยก็ไม่น่าจะน้อยใจอะไรนัก, ควรจะภูมิใจเสียด้วยซ้ำว่าคนมี ลักษณะของชายชาติเร่มี.

ผู้หญิงที่เผชิญมีหัวล้านแบบผู้ชายเช่นนั้นขึ้นมา, ก็อาจอธิบายได้ถึงอาการไม่สมดุลย์ของฮอร์โมนในนั้น, แต่หลักฐานที่จะพิสูจน์สนับสนุนให้เต็มที่ยังไม่สมบูรณ์นัก.

สำหรับเรื่องอายุ, เพศชายธรรมดาเมื่ออายุมากขึ้น ก็ย่อมมีความ เอนเอียงที่หัวจะล้านมากขึ้นเช่นกัน, แต่อายุอย่างเดียวกันถ้าไม่มีแอนโดรเจนเป็นตัวกระตุ้นก็

จะไม่ล้านเลย.

นอกจาก ความสัมพันธ์ทาง เชื้อชาติ, ฮอร์โมน, และวัยที่กล่าวแล้วนั้น, ยังคงมีสาเหตุย่อย ๆ เป็นส่วนประกอบอยู่อีกบ้าง, เช่นหนังศีรษะเป็น seborrheic diatheses หรือที่เรียกว่าขุยสะเก็ดอย่างผู้หญิงที่คลอดมดลูกเปรี๊ยะ, หรือโรคทางระบบต่าง ๆ. สาเหตุประกอบเหล่านี้จะทำให้หัวล้านเร็วหรือมากขึ้น.

ปัญหาการป้องกันหรือรักษาหัวล้าน

ก่อนวัยแบบ male pattern alopecia ในปัจจุบันยังแก้กันไม่สำเร็จ. การใช้ยาหรือวิธีต่าง ๆ เพื่อรักษาไม่เคยปรากฏว่าได้ผลจริงจังอย่างไร, นอกจากการรักษาหรือป้องกันกรณีแวดล้อมต่าง ๆ เช่น รักษา seborrheic diatheses ด้วยซีลีเนียม ไทซัลไฟด์. วิธีที่สมเหตุสมผลที่สุดก็เห็นจะเป็นการใช้ "วิก" นั่นเอง.

สร เมตติยวงศ์

### โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซอสุมครวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

# เรียงความเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระราชบิดา ฯ



## การแพทย์ของประเทศไทยใน ๕๐ ปีหลัง\*

อดีตที่คอยมาให้มีความสุขและภูมิใจแก่ผู้ระดูถึงเพียงไร การบรรยายถึงการแพทย์ของประเทศไทยในระยะ ๕๐ ปีหลังนี้ ก็อาจทำให้บรรดาท่านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดูถึงด้วยความรู้สึกเช่นเดียวกัน นอกจากนั้นอาจเป็นเกียรติประวัติที่หน้าภูมิใจแก่บรรดากลหลานในหลัง ๆ และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ทเจริญรอยตามกิจการแพทย์อยู่ในปัจจุบันและอนาคตด้วย

การแพทย์ของประเทศไทยในระยะ ๕๐ ปีที่ล่วงมาแบ่งได้เป็น ๓ สมัย คือ

สมัยแรก ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๔๗-พ.ศ. ๒๔๖๐

สมัยที่ ๒ ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๖๐-พ.ศ. ๒๔๗๒ เป็นสมัยที่สมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ทรงเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจการแพทย์ของประเทศ

สมัยที่ ๓ ตั้งแต่พระองค์ท่านสิ้นพระชนม์ พ.ศ. ๒๔๗๒ จนถึงปัจจุบัน

### สมัยที่ ๑

ประเทศไทยก่อนถึง พ.ศ. ๒๔๖๐ นั้น แม้จะได้มี ร.ร. แพทย์ตั้งมาแล้วเกือบ ๒๔ ปี มีแพทย์สำเร็จไปทั้งหมดเกือบ ๔๐๐ คน แต่ขณะนั้นก็ยังนับได้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทยยังคงล่าหลังประเทศที่เจริญอื่น ๆ อีกมาก เพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังคงรักษาโรคภัยไข้เจ็บด้วยยากลางบ้านไสยศาสตร์และคาถาอาคมทำให้ประชาชนเสียชีวิตในวัยไม่สมควรเป็นจำนวนมากถึงปรากฏจากคำชี้แจงของทูลกระหม่อมจักรพงษ์กรมหลวงพิษณุโลกประชานารถ ผู้อำนวยการสภากาชาดไทยในการเชิญชวนให้ประชาชนบริจาคเงินบำรุงสภากาชาดในหนังสือจดหมายเหตุทางแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๑ ว่า "ประเทศ

\* ฉบับได้รับรางวัลของศาสตราจารย์ น.พ. เต็ม บุนนาค ตามความพิจารณาของคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยศาสตราจารย์ น.พ. สุต. แสงวิเชียร, น.พ. สมัย จันทวิมล และ น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี

ของเราก็มืดดินแดนกว้างใหญ่มิได้แพ้มหา  
ประเทศข้างแห่งแต่เหตุใดจนเราจึงไม่มีกำ  
ลังเท่าเทียมเขาเล่า คอบว่า เพราะจำนวน  
ประชาชนเรายังน้อยนัก น้อยเพราะอะไร  
เพราะประชาชนเรายังตายมากนัก ยิ่งเด็ก  
ป่วยแล้ววันว่าไต่ครั้งเสียบครั้งหรืออาจตาย  
มากกว่ารอดไปเสียอีก จำนวนพลเมือง  
เราจึงไม่งอก

การเป็นเช่นนี้ย่อมเป็นที่น่าวิตกและถ้า  
ยังเป็นเช่นนี้ต่อไปประเทศไทยจะมีความ  
เจริญเท่าเทียมมหาประเทศไม่ได้โดย ผู้  
ที่แก้ไขเรื่องนี้ได้ คือ นายแพทย์ ฉะนั้น  
การบำรุงวิชาแพทย์ต้องถือเป็นสิ่งสำคัญ  
และพึงประสงค์ยิ่งนัก”

การแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มเข้ามาสู่ประ  
เทศไทยโดย ดอกเตอร์แดนบริธ บร็ค-  
เลย์ M.D. ใน พ.ศ. ๒๓๗๘ คือ ๑๒๐  
ปีมาแล้ว ท่านผู้นี้ต้องฝ่าฟันอุปสรรคมาก  
มายกว่าจะทำความเชื่อถือให้เกิดขึ้นใน  
หมู่ประชาชนได้ แต่ก็ได้รับผลเพียงแต่ใน  
หมู่ประชาชนบางกลุ่มเท่านั้น งานสำคัญ  
อื่นๆ ในด้านการแพทย์ที่ควรบรรเทาก็คือ  
การปลูกฝังของกันใช้ทรัพย์สินแก่ประชาชน

ใน พ.ศ. ๒๔๒๔—๒๔๒๕ เกิด  
อหิวาตกโรคระบาดในกรุงเทพฯ มีคนตาย

กันมากเพราะโรคแพร่หลายอย่างรวดเร็ว  
สมเด็จพระจุลจอมเกล้าได้ทรงพระกรุณา  
โปรดเกล้าตั้ง ร.พ. ชั่วคราวขึ้นที่ตำบลวัง  
หลังและอื่น ๆ แต่เมื่อโรคระบาดสงบลง  
แล้ว ร.พ. นี้ก็เลิกกันไปจนถึงปลาย พ.ศ.  
๒๔๒๕ จึงได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า  
ให้ตั้งกรมการขึ้นคณะหนึ่งสำหรับจัดตั้ง  
ร.พ.

ในปี ๒๔๓๐ มีการพระราชทานเพลิง  
พระบรมศพสมเด็จพระเจ้าฟ้าชายศิริราชกกุธ-  
ภัณฑ์ ณ เมรุสนามหลวง ทรงมีพระดำ-  
ริสั่งให้สร้างพระเมรุและอาคารต่าง ๆ ด้วย  
เครื่องไม้จริงและเมื่อเสร็จงานแล้วให้รื้อ  
ไม้ทั้งหมดไป ร.พ. ที่ตำบลวังหลังให้ชื่อว่า  
“โรงศิริราชพยาบาล” เปิดเมื่อ ๒๖ เมษา  
ยน ๒๔๓๑ ในระยะแรกไม่มีใครนิยมมา  
รักษากันเท่าใดนัก และคนไข้ก็อาจเลือก  
รักษาด้วยยาแผนโบราณหรือยาฝรั่งก็ได้  
แล้วแต่ความสมัครใจ นอกจากนั้นยังรับ  
ทำการปลูกฝังให้แก่ประชาชนด้วย

และเพื่อให้มีแพทย์มากขึ้นได้มีการ  
อบรมวิชาแพทย์เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.  
๒๔๓๒ ใน ร.พ. นี้ บนจึงเขยิบแรกท  
ร.ร. แพทย์อีกกำเนิดขึ้น การสอนมีทั้ง  
แผนโบราณและแผนปัจจุบัน หลักสูตร ๓

ปี รุ่งแรกขบในปี ๒๔๓๕ มีจำนวน ๕ คน แพทย์ไทยที่ในทะเบียนลงชื่อเป็นหมายเลข ๑ คือพันตรีหลวงวิฑูรย์ประสิทธิ์วิฑูรย์ (อัศย์ หะลิตเวศ) ซึ่งสมาชิกแพทยสมาคม ฯ ได้ร่วมกันฉลองอายุครบ ๔๐ ปีของท่านเมื่อไม่นานมานี้

ในด้านการพยาบาล และผดุงครรภ์ สมเด็จพระพันปีหลวงเมื่อครั้งยังทรงเป็นสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ได้ทรงพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ตั้ง ร.ร. ผดุงครรภ์ผดุงครรภ์ใน ร.พ. ศิริราชในปี ๒๔๓๕ มีหลักสูตร ๓ ปี และรุ่งแรกขบในปี ๒๔๔๓ เป็นจำนวน ๑๐ คน ต่อมามีการฝึกบรุษพยาบาลขึ้นในปี ๒๔๔๕ หลักสูตร ๑ ปี แต่ต่อมาการฝึกบรุษพยาบาลก็เลิกกันไป

ใน พ.ศ. ๒๔๓๖ (ร.ศ. ๑๑๒) ประเทศไทยมีกรณีพิพาทกับฝรั่งเศส รัชกาลที่ ๕ ได้ทรงตั้ง "สภาอานาโตนอง" ขึ้น มีสมเด็จพระพันปีหลวงเป็นองค์ประธานายิกา ดำเนินงานสะสมเลือดผ้าและเวชภัณฑ์ไว้ข้ายักตขคนเจ็บไข้ และเมื่อเหตุการณ์สงบก็โอนกิจการของสภานี้ไปอยู่ในความดูแลของกระทรวงกลาโหม และในปีเดียวกันนี้ ร.ร. แพทย์ใน ร.พ. ศิริราช ก็ได้รับชื่อ

ว่า "ร.ร. แพทย์ากร"  
ต่อมาใน พ.ศ. ๒๔๔๐ ขณะรัชกาลที่ ๕ เสด็จประพาสยุโรป สมเด็จพระพันปีหลวงผู้สำเร็จราชการแผ่นดินได้โปรดเกล้า ฯ ให้สร้าง ร.ร. สำหรับสอนวิชาแพทย์ขึ้นเป็นหลักฐานโดยมีที่พักอาศัยของ น.ร. ค่าย และเมื่อสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีเสด็จมาทรงทำพิธีเปิด ร.ร. ในปี ๒๔๔๓ ได้พระราชทานนามว่า "ร.ร. ราชแพทยาลัย" และปรับปรุงการสอนให้เข้มแข็งขึ้นคือ ในปี ๒๔๔๖ ได้เปลี่ยนหลักสูตรเป็น ๕ ปี โดยเพิ่มการฝึกหัดใน ร.พ. อีก ๑ ปี ก่อนรับประกาศนียบัตร ระยะเวลาตั้งแต่ตั้ง ร.ร. แพทย์ครั้งแรกจนถึงในปี ๒๔๔๗ รวม ๑๕ ปี มีแพทย์สำเร็จ ๑๑ รุ่น รวมประมาณ ๕๕ คน

พ.ศ. ๒๔๔๘ ได้โอนกิจการสาธารณสุขพยาบาลอื่น ๆ ไปขึ้นกับกระทรวงนครบาล คงเหลือแต่โรงพยาบาลศิริราชที่ยังคงขึ้นอยู่กับกระทรวงธรรมการ เพราะถือเป็นส่วนหนึ่งของ ร.ร. ราชแพทยาลัย ในปี ๒๔๔๘ ประเทศไทยได้ส่งผู้แทนไปร่วมประชุมเกี่ยวกับกิจการของสภาภาษาชาติเป็นครั้งแรกที่กรุงเจนีวา

เมื่อสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวงเสด็จสวรรคตในปี ๒๔๕๓ สมเด็จพระมงกุฎเกล้าฯ ได้ทรงรวบรวมเงินจากพระบรมวงศานุวงศ์ สร้าง ร.พ. ทนสมัยขึ้นอีกแห่งหนึ่งที่ตาดศาลาแดง เพื่อเป็นที่ระอุแก่พระชนกนารถใต้พระราชทานชื่อว่า “โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ขึ้นกับสภาการศึกษา เปิดใช้เมื่อ ๓๐ พ.ค. ๒๔๕๗ ปรากฏว่าในระยะนั้นประชาชนชาวไทยได้นิยมการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น สถิติในปี ๒๔๕๕ เพียงปีเดียว มีผู้มารับการตรวจถึง ๑๕,๖๕๓ คน มีการผ่าตัดใช้ยาสลบถึง ๕๕๒ คน

ในปี ๒๔๖๐ กิจกรรมของสภาศึกษาก้าวหน้ามาก จึงได้โอนสถานพลาสติกคือสถานเสาวภาปัจจุบันซึ่งได้ตั้งมาแล้ว ๕ ปี เข้ามาอยู่ในสภาการศึกษาด้วย มีการทำวัคซีนกันโรคสุนัขบ้า และทำหนองผื่นแจกจ่ายไปตามสถานพยาบาลอื่น ๆ ด้วย

ในระหว่างนี้ ร.ว. ราชแพทยาลัยได้ขยายหลักสูตรจาก ๔ ปี เป็น ๕ ปี ในปี พ.ศ. ๒๔๕๖ ขณะนั้นกรมพระชินนารถนเรนทรทรงเป็นบัญชาการ ร.ว. ราชแพทยาลัยได้ให้เลิกการสอนแพทย์แผนโบราณและชักชวนแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ

หลายชาติเข้ามาเป็นอาจารย์ใน ร.ว. แพทย์ เพื่อเพิ่มเติมมาตรฐานของผู้สำเร็จจาก ร.ว. นี้ให้สูงขึ้น พระองค์ท่านได้ทรงตั้งแผนกปรังยาขึ้นใน ร.ว. ราชแพทยาลัยมีหลักสูตร ๓ ปี และได้เพิ่มหลักสูตรทางด้าน ร.ว. ผดุงครรภ์และพยาบาลเป็น ๓ ปี ครึ่ง

ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๔๕๕ รัชกาลที่ ๖ โปรดเกล้าฯ ให้ตั้ง “จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” ขึ้น และรวม ร.ว. ราชแพทยาลัยเข้าเป็นคณะหนึ่งในมหาวิทยาลัยนี้ เรียกว่า “คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล” ในปี ๒๔๖๐ และในปีเดียวกันนี้เองได้เปิด ร.พ. วัชรวิชัยทางคันเหนือของพระนคร ได้ส่งแพทย์ไทยไปร่วมบรรเทาทุกข์ในสงครามโลกครั้งที่ ๑ ในปี พ.ศ. ๒๔๖๑ ได้เปลี่ยนหลักสูตรการศึกษาแพทย์เป็น ๖ ปี ตามที่นิยมกันในประเทศต่าง ๆ พร้อมกันนั้นได้กำหนดความรู้เบื้องต้นให้สูงขึ้นอีก คือ ต้องสำเร็จ ม. ๖ เป็นอย่างน้อย

สมัยที่ ๒ คือ สมัยที่สมเด็จพระราชบิดาทรงเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจการแพทย์ของประเทศ (พ.ศ. ๒๔๖๐-๒๔๗๒)

ระยะนี้การแพทย์แผนปัจจุบันได้เริ่ม

แพร่หลายในหมู่ประชาชนบ้างแล้ว ตาม  
 ชนบทได้เริ่มรู้จักการปลูกฝ้ายและฉีดวัคซีน  
 ป้องกันโรค รวมทั้งรู้จักการรักษาพยาบาล  
 ตามแผนการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่อย่างไร  
 ไรก็ตามจำนวนแพทย์ของเรายังไม่เพียงพอ  
 ทั้งยังไม่ได้มาตรฐานที่ต่างประเทศ  
 จะยอมรับนับถือ ปรากฏว่าแพทย์ที่มูลนิธิ  
 รอคคิเฟลเลอร์ส่งมาดำเนินงานสำรวจโรค  
 พยาธิปากขอร่วมกับสภากาชาดและกรม  
 สหชาภิบาล ได้บรรยายถึงปัญหาเรื่องนี้ ครั้ง  
 นั้นในปี ๒๔๖๓ ก็ได้มีการทนายทามาให้มูลนิธิ  
 ช่วยเหลือกิจการแพทย์ของประเทศแบบ  
 ทุนมูลนิธิได้เคยช่วยเหลือแก่ประเทศอื่นมา  
 แล้ว

ในเดือนตุลาคม ๒๔๖๔ มูลนิธิได้  
 ส่งผู้แทนเข้ามาจัดการแพทย์ของประเทศ  
 ไทยโดยถาวร ได้เสนอหลักการที่จะปรับปรุง  
 การศึกษาวิชาแพทย์ในคณะแพทย-  
 ศาสตร์ ฯ รัฐบาลไทยก็ตกลงรับหลักการ  
 และทูลเชิญสมเด็จพระราชบิดาซึ่งขณะนั้น  
 ทรงประทับอยู่ในยุโรปให้เป็นผู้แทนรัฐ-  
 บาลในการเจรจาข้อตกลงต่าง ๆ ซึ่งได้  
 สำเร็จไปด้วยความเรียบร้อย

สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิตล-  
 อดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ เป็น

พระยโฆรส ในรัชกาลที่ ๕ ทรงสำเร็จวิชา  
 การทหารเรือจากประเทศเยอรมันนี้ เสด็จ  
 กลับถึงประเทศไทยใน พ.ศ. ๒๔๕๕ ขณะ  
 นั้นมีพระชนม์มายุ ๒๕ ชันษา ซึ่งเวลา  
 เล็กน้อยที่ทรงประทับในประเทศไทยก็ทรงตระ  
 หนักว่าสิ่งที่ประเทศชาติและประชาชนชาว  
 ไทยในสมัยนั้นต้องการอย่างยิ่งก็คือการ  
 แพทย์และการสาธารณสุขที่ดี จึงทรงสละ  
 ความสุขส่วนพระองค์ เสด็จออกไปประ-  
 เทศอเมริกา เพื่อทรงศึกษาในวิชาแพทย  
 ศาสตร์ ฉะนั้นเมื่อรัฐบาลไทยมีการเจรจา  
 ทำความตกลงกับมูลนิธิ พระองค์ท่านจึง  
 ทรงเป็นผู้แทนที่เหมาะสม เพราะนอกจาก  
 มีพินความรู้ทางสาธารณสุขแล้ว พระองค์  
 ท่านยังทรงราชซึ่งถึงความต้องการของประ-  
 เทศชาติในขณะนั้น และทรงทราบเป็น  
 อย่างดีถึงฐานะเศรษฐกิจของประเทศ พระ  
 องค์ได้แสดงให้เห็นว่าพร้อมที่จะอุทิศ  
 เวลา พระวรกาย และพระราชทรัพย์ส่วน  
 พระองค์ เพื่อส่งเสริมการศึกษาแพทย์  
 ของประเทศไทยให้ทันสมัย และให้บรรลุ  
 ถึงจุดที่พึงประสงค์ เช่นที่ทราบซึ่งอย่าง  
 ยิ่งแก่ผู้แทนของมูลนิธิ มีพยานให้เห็น  
 ถึงความผูกใจดีอย่างจริงใจในทางวิชาการ  
 ก็คือ เมื่อเสด็จกลับมาประเทศไทยใน

พ.ศ. ๒๔๖๓ เนื่องในงานพระราชทานเพลิงพระบรมศพพระพันปีหลวง ซึ่งในขณะนั้นพระองค์ได้ทรงศึกษาวิชาไปได้ ๒ ปีครึ่งแล้ว ได้เสด็จมาปฏิบัติกิจการของ ร.พ. ศิริราช และได้เสด็จไปเรียนจำในเวลาศึกษาเพื่อจะเลือกนักโทษตรวจตพยาภิที่ทรงสนพระทัย ในโอกาสเดียวกันได้ประทานเงิน ๘๐,๐๐๐ บาท สร้างตึกคัลยกรรมชายชั้น มื่อขอจารึกว่าตึก "มหิตลบำเพ็ญ" เมื่อสิ้นพระชนม์แล้วและในวันที่ ๖ กันยายน ๒๔๖๓ พระองค์มีพระชนม์มายุครบ ๒๘ พรรษา ได้ประทานเงินอีก สองแสนบาทแก่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยให้ใช้ผลประโยชน์เป็นทุนส่งนักศึกษาในวิชาแพทย์และเตรียมแพทย์เพื่อกลับมาเป็นอาจารย์ช่วยปรับปรุงการแพทย์ให้เจริญก้าวหน้าขึ้น

สัญญาที่ทำกับ รอคคิเฟลเลอร์มูลนิธิ นั้นเริ่มใช้ใน พ.ศ. ๒๔๖๖ ครั้งแรกมีกำหนด ๕ ปี มีสาระที่สำคัญที่ควรกล่าวถึง คือ ทางมูลนิธิจัดส่งศาสตราจารย์มา ๖ นาย เพื่อวางแผนการสอน และดำเนินงานให้ทุนสร้างสถานที่ และให้ทุนอาจารย์ไปศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ เพื่อกลับมาปฏิบัติงานที่วางไว้ ทางมูลนิธิได้จัดส่งศาสตราจารย์

เอ. บี. เฮลลิส ซึ่งเคยเคยทำการสอนวิชาพยาธิวิทยาอยู่แล้ว ๑ ปี ให้เป็นผู้แทนของมูลนิธิ และเป็นผู้อำนวยความสะดวก ณันใน พ.ศ. ๒๔๖๖ จึงเปิดการสอนวิชาแพทย์เทียบชั้นปริญญาเป็นครั้งแรกก่อนสาขาวิชาอื่นทั้งหมด

โดยพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระราชบิดา และโดยความช่วยเหลือของมูลนิธิของรอคคิเฟลเลอร์ การแพทย์ของประเทศไทยได้เขยิบมาตราบฐานดีขึ้นเป็นลำดับ แพทย์ที่สำเร็จออกไปได้นำวิชาความรู้ออกไปใช้เผยแพร่ให้เป็นคุณประโยชน์ประชาชนเกิดความนิยมเชื่อถือในกิจการแพทย์แผนปัจจุบันยิ่งขึ้น การปรับปรุงสถานศึกษาให้ได้แพทย์ที่มีมาตรฐานดีออกไปเสมือนเป็นแรงดันให้มีการปรับปรุงกิจการแพทย์ทั่วไปของประเทศ ทางสภาอากาศไทยและ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ได้มีการสร้างตึกเพิ่มขึ้นอีกหลายหลัง ออก พ.ร.บ. สภาอากาศและวางระเบียบของสภาอากาศและสถานพยาบาล เพิ่มการผลิตวัคซีนกันอหิวาต์ กาฬโรค ใช้รอกสาทให้พอใช้ใน ประเทศ และ ส่งไปใช้ใน ประเทศใกล้เคียงด้วย องค์สภานายิกาองค์ใหม่ สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าได้ประทานเงิน

๑๐๐,๐๐๐ บาท ตั้งเงินทุน ๖ เจ้าฟ้า  
อุทิศส่วนกุศลแก่ พระโอรสและ พระธิดาท  
สิ้นประชนม์ตั้งแต่ทรงพระเยาว์ เกือบผล  
ประโยชน์ส่งคนไปศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ  
โดยเงินทุนของมูลนิธิได้เริ่มงานกำจั  
ไข้มาเลเรียและ พยาธิปากขอ ที่เชียงใหม่  
ในปี พ.ศ. ๒๔๖๗

กิจการทางด้านกรมสาธารณสุขซึ่งขณะ  
นั้นขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทย ก็มีการ  
ปรับปรุงอย่างเดียวกัน เพื่อให้การ  
สาธารณสุขแผ่ไปถึงประชาชนด้วย ตาม  
หัวเมืองได้จัดให้มีแพทย์สาขาภิบาลแพทย์  
หลวงประจำท้องที่ให้ คำแนะนำ ประชาชน  
ให้รู้จักปฏิบัติตน และให้การรักษาผู้ช่วย  
ไข้ที่อยู่ห่างไกลออกไปจากหัวเมือง ได้มี  
การปลูกฝีป้องกัน ไข้ทรพิษทั่วประเทศ  
ปรากฏว่าใน พ.ศ. ๒๔๖๗ จากจำนวนพล  
เมือง ๕,๖๑๘,๐๐๐ คน มีผู้ได้รับการ  
ปลูกฝี ๕,๔๕๓,๗๕๒ คน ทำให้ ไข้ทรพิษ  
ไม่ระบาดแพร่หลายออกไป ในปีเดียวกันนี้  
มีผู้ช่วยด้วย ไข้ทรพิษเพียง ๒๗๒ ราย ตาย  
๕๒ ราย โรคระบาดที่ร้ายแรงอื่น ๆ ลด  
ลงเช่นกัน อหิวาตกโรคที่ระบาดในปลาย  
ปี ๒๔๖๘ และต้นปี ๒๔๖๙ ซึ่งทำให้  
มีผู้ช่วยถึง ๗,๗๐๕ คน ตาย ๕,๐๗๕ คน

นั้นก็ไม่ได้เกิดขึ้นในประเทศ แต่ระบาด  
มาจากประเทศใกล้เคียง เพราะในระ-  
หว่างนั้นค่าน้ำมันโรยยังไม่พอ กรม  
สาธารณสุขก็ได้ปรับปรุง กิจการทางด้าน  
ให้ดีขึ้น จนโรค ที่เกิดขึ้น ในประเทศ ใกล้เคียง  
คอนหลังนี้ ไม่สามารถระบาดเข้ามา  
ถึงประเทศไทยได้ ในการระบาดของ  
อหิวาต์ คราวนี้ ทางกรมได้จัด การป้องกัน  
เต็มที่โดยฉีดวัคซีนป้องกัน และตั้ง  
โรงพยาบาลเอกเทศทำให้โรคสงบไปโดย  
รวดเร็ว ไม่ทำอันตรายร้ายแรงต่อประ  
ชาชนเหมือนการระบาดใน พ.ศ. ๒๔๒๔  
ใน พ.ศ. ๒๔๖๖ รัชกาลที่ ๖ ได้  
มีพระบรมราชโอง การโปรดเกล้าให้ ทรา  
พ.ร.บ.การแพทย์ชนควมและวางระเบียบ  
การประกอบโรคศิลป์ กฎหมายฉบับนี้  
บัญญัติให้ มีสภาการแพทย์ ประ กอบด้วย  
อธิบดีกรมสาธารณสุข ผู้แทนจากองค์การ  
แพทย์ต่าง ๆ รวมทั้งมีผู้แทนแพทยสมาคม  
เข้าร่วมด้วย มีหน้าที่ควบคุมผู้ประกอบ  
โรคศิลป์ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน  
ยิ่งขึ้น

ทางด้านโรงเรียนแพทย์ปรากฏมีอาคาร  
อันทันสมัย เพิ่มขึ้น แทนอาคาร เดิมซึ่งเป็น  
เรือนไม้มุงจากอาคารใหม่นี้ สร้าง โดยทุน  
ที่ได้โดยรอคคิเฟลเลอร์ มูลนิธิ และทุน

ของรัฐบาลเฉพาะส่วนของพระราชบิดา นอกจาก เงินสร้าง ตึกมหิตล บำเพ็ญแล้ว พระองค์ได้บริจาค ร่วมกับเงิน รายได้ของ โรงพยาบาลศิริราชฝ่ายละครึ่ง สร้างศาลา อำนวยการ และได้ทรงซื้อ ร.ร. วิทยาลัย จากคณะมิชชันนารีและประทานเงินซ่อม ให้เป็นหอพักพยาบาล ทรงตั้งทุนสำหรับการค้นคว้า ประทาน เงินจ้าง พยาบาลต่างประเทศเข้ามาสอนใน โรงเรียนพยาบาล และผดุงครรภ์ด้วย นอกจากนั้นโดยคำสั่งชวของพระองค์ พระบรมวงศานุวงศ์ ทั้งฝ่ายหน้าและฝ่ายใน ได้ประทานเงิน สร้างตึกและถาวรวัตถุ เพิ่มเติมอีกเป็นอัน มาก ความสลดทอนที่ได้รับประกอบกับการ สิ้นพระทัยของพระองค์โดยเฉพาะได้ทำให้ กิจการแพทย์ทั้งฝ่ายการศึกษา และการ แพทย์ทั่วไปเจริญก้าวหน้าอย่าง มากมาย ไม่มีสมัยใดที่จะมีกิจการแพทย์ของประเทศ ก้าวหน้ารวดเร็วเช่น นี้ ฉะนั้นการที่มิชชันนารีนามว่า "บิดาของ การแพทย์แผนปัจจุบัน ของ ประเทศไทย" จึงเป็นลดยคำที่มิชชันนารีเห็นชอบด้วยเป็นอันมาก

สมเด็จพระราช บิดาไม่ เพียง แต่ทรง เกี่ยวข้องอยู่กับกิจการฝ่าย วิชาการเท่านั้น พระองค์ยังเสด็จไปทรงสอนวิชาชีววิทยา

ให้กับ นักเรียนแพทย์ ปรินญา รุ่นแรก ณ หอวัง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอีกด้วย เนื่องด้วยทรง ตรากตรำทำงานมาก ทำให้ พระอนามัยทรุดโทรมและปรารถน ทั้งต้อง การจะทรงศึกษา วิชา แพทย์ต่อให้ สำเร็จ พระองค์จึงได้เสด็จสู่ต่าง ประเทศ อีกวาระ หนึ่ง ใน พ.ศ. ๒๔๖๘ แต่หาได้ไปเพื่อ ทรงพักผ่อนพระองค์อย่างแท้จริงไม่ได้ ทรง เทียวงานการแพทย์ การพยาบาล และ การศึกษาแพทย์ในประเทศต่าง ๆ ของยุโรป และเสด็จข้ามไปอเมริกา ทรงศึกษา วิชาแพทย์ต่อจนได้ปริญญาแพทยศาสตร์ เกียรติคุณสมดังพระประสงค์

ปลาย พ.ศ. ๒๔๗๑ ได้เสด็จกลับประ เทศไทย ถึงแม้จะมีพระอนามัยไม่ดีนักก็ ไม่ทรงหยุดยั้งที่จะทรงแสวงหาความรู้ความ ชำนาญ ได้เสด็จไปปฏิบัติงานที่ ร.พ. แมค คอรัมิค เชียงใหม่ แต่แล้วก็ต้องเสด็จ กลับกรุงเทพ ฯ เนื่องด้วยทรงพระประชวร ครั้นวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๔๗๒ พระองค์ ท่านก็ สิ้น พระชนม์ท่ามกลาง ความ เกรี้ยว สลดของประชาชนชาวไทยทุกคน หลัก ของการแพทย์ของประเทศไทยได้หักโค่น ลงโดยที่ไม่มีผู้ใดมา ทดแทน พระองค์ได้อุสรณ์ สุกท้ายของ พระองค์คือได้ แสดง

เจตนารมณ์ไว้ในพินัยกรรม ให้ผู้รับพระมรดก บริจาคเงิน ๕๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท ทั้งเป็นทุนหาผลประโยชน์บำรุง การศึกษา แพทย์ พยาบาล และสาขาวิชา

เพื่อสนองคุณความดีของพระองค์ท่าน ทางมูลนิธิได้ ตกลงต่อ สัญญา ช่วยเหลือ การแพทย์ของประเทศไทยอีก ๒ ปี หลังจากที่ได้ทำสัญญาในครั้งแรก ๕ ปี รวม เวลา ที่ ประเทศไทย ได้ รับความช่วยเหลือจากมูลนิธิทั้งหมด ๑๒ ปี (๒๔๖๖-๒๔๗๗)

จากการสำรวจในปี ๒๔๗๒ ในจำนวนพลเมืองของประเทศไทยทั้งหมด ๑๑ ล้านคน มีแพทย์ ๓๕๓ คน พยาบาล ๒๔๔ คน คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลผลิตแพทย์ครบ ๓๖ รุ่นในปีนั้น มีจำนวนรวม ๕๕๕ คน

สมัยที่ ๓ ตั้งแต่ที่ลกระหม่อมสิ้นพระชนม์ จนถึงปัจจุบันรวมเป็นเวลา ๕๗ ปี บรรดาผู้ที่ได้เห็นการแพทย์ในสมัยพระองค์ท่านมักปรารภกันว่า กิจกรรมแพทย์ในระหว่าง ๕๕ ปี หลังจากพระองค์ท่านสิ้นพระชนม์ ก็ใช้เวลา ๑๒ ปีในสมัยพระองค์ท่าน ไม่อาจเปรียบเทียบกันได้ ในด้านความรวดเร็วในการปรับปรุงและก้าวหน้า แต่

ในด้านวิชาการ และทางด้านการศึกษา แพทย์ ในสมัยนี้ได้เจริญขึ้นมาก ทั้งนี้ด้วยรากฐานที่สมเด็จพระราช บิดาได้ทรงวางไว้เป็นอย่างดีนั่นเอง ในด้านการศึกษาได้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ ทาง การ ของ รัฐบาลใน ระบอบประ ชาธิปไตย ทราบซึ่งในความขาดแคลน แพทย์ไม่เพียงพอกับจำนวนพลเมืองที่เพิ่มขึ้น จึงได้ขยายสถานที่ศึกษาทั้งทางด้านจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี ๒๔๘๒ กระทรวง

กลาโหมและกระทรวง มหาดไทยได้ร่วมกันจัดตั้งโรงเรียนทหารเสนารักษ์ เพื่อผลิตแพทย์ให้พอเพียงกับจำนวนราษฎร ที่อยู่อาศัยในเมืองและเป็นกำลังหนุนของกองทัพยามสงคราม เริ่มดำเนินงานใน พ.ศ. ๒๔๘๓ และเลิกกิจการใน พ.ศ. ๒๔๙๐

ได้นายทหารเสนารักษ์ ๑๖๗ นาย ใน พ.ศ. ๒๔๘๓ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เปิดคณะทันตแพทย์ขึ้นมีหลักสูตร ๔ ปี

สาเหตุใหญ่ที่ทำให้กิจการแพทย์ของประเทศซบเซาไป ก็คือ สงครามโลกครั้งที่ ๒ และได้ลุกลามมาถึงประเทศไทย เมื่อ ๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๘๔ เป็นสงครามมหาเอเชียบูรพา ยิ่งทำให้กิจการแพทย์ของ

ประเทศหยุดชงักไปด้วย เพราะต้องระดมสรรพกำลังไปใช้ในการสงคราม การสอนจึงจะดำเนินไปก็ขาดตกบกพร่อง เพราะศิริราชได้รับภัยทางอากาศอย่างหนัก ตึกถูกทำลายไป ๔ หลัง ต้องสร้างโรงไม้ขึ้นแทน เครื่องใช้ถูกทำลายไม่สามารถหามาทดแทนได้ ทำให้มาตรฐานการศึกษาต่ำลง

พ.ศ. ๒๔๘๕ ได้แยกคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชกรรมศาสตร์ และคณะสัตวแพทยศาสตร์ ออกจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มารวมตั้งขึ้นเป็น "มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์" ขึ้นโดยตรงต่อกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเดิมเป็นกรมสาธารณสุข ของ กระทรวงมหาดไทย สถานที่ตั้งใช้แห่งเดิม แต่เครื่องใช้มีน้อยกว่ายามปกติมาก ถึงกระนั้นก็ตามสถานศึกษา แห่งนี้ของจำรับนักศึกษาที่มีจำนวนมากกว่าก่อนสงครามถึง ๓ เท่า เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นให้เพียงพอแก่จำนวนพลเมือง ฉะนั้นจึงไม่อาจรักษาระดับมาตรฐานไว้ได้ การ สอนและการดำเนินกิจการของโรงพยาบาลได้รับความยุ่งยากมาก จน

กระทั่งสงครามสงบ เมื่อเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๘๘ จึงได้มีโอกาสติดต่อกับต่างประเทศ รัยเครื่องมือเครื่องใช้ในการสอนและการรักษาพยาบาลมาเพิ่มเติม

พ.ศ. ๒๔๘๐ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ตั้งโรงเรียนแพทย์ ขึ้นอีกแห่งหนึ่งที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดำเนินการสอนในมาตรฐานเดียวกันกับ คณะแพทยศาสตร์ ร.พ. ศิริราช และใน พ.ศ. ๒๔๘๑ ก็เปิดคณะสาธารณสุขศาสตร์อีก รัยแพทย์ประกาศนียบัตร และแพทย์ปริญญาทำการศึกษาต่อและให้ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต

แพทย์ที่สำเร็จไปในสมัยหลังนี้มีจำนวนมากกว่าเดิมหลายเท่า เช่นในปี พ.ศ. ๒๔๘๖ มีแพทย์สำเร็จออกไปทั้ง ๒ โรงเรียนถึง ๑๕๕ คน มากกว่าเมื่อครั้งตั้งโรงเรียนแรก ๆ มาก ครึ่งนั้นต้องการเวลาเกือบ ๒๐ ปี จึงจะผลิตได้ ๒๐๐ คน การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ มีแพทย์ กระจายออกไปสู่กรมกองต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และสู่องค์การแพทย์อื่น ๆ มากขึ้น กรมการแพทย์ของกระทรวง จึงมีโอกาสได้ขยายงาน สร้างโรงพยาบาลตามส่วนภูมิภาค ขึ้นเกือบทั่วทุก

จังหวัดมีโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในกรุงเทพฯ เป็นของกรม กรมอนามัยก็ได้จัดตั้งสุขศาลากระจายทั่วประเทศ มีหน่วยควบคุมโรคต่าง ๆ ขณะนี้ก็มีโครงการที่จะเปลี่ยนสุขศาลาให้เป็นสถานีอนามัย โดยมีแพทย์ประจำให้ครบถ้วน สถานพยาบาลของเอกชนก็เพิ่มขึ้น เพื่อสนองความต้องการของประชาชนใน ด้าน การ รักษา พยาบาลตามแผนปัจจุบันใน ร.พ. ศิริราชเองก็ได้ มีการก่อสร้างและเสริมสร้างอาคาร ขึ้นอีกหลายหลัง

โดยการติดต่อกับสหประชาชาติทำให้มีองค์การหลาย องค์การ ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือกิจการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ จากองค์การเหล่านี้ ประเทศไทยได้รับผู้ทรงคุณวุฒิ มาช่วยใน กิจการของโรงเรียนแพทย์ และวงการแพทย์สาขาต่าง ๆ ได้รับเครื่องมือเครื่องใช้ และบรรดาแพทย์ของ ประเทศมี โอกาส ได้ วิทยุ ไปศึกษา ต่อ และ ศึกษานำให้เกิด ความรู้ กว้างขวางขึ้น เป็นสมมุติกิจการแพทย์ของ ประเทศมี โอกาส จะ เจริญ เพราะ ขณะนี้ประชาชนทราบซึ้งเป็น อันถึงประโยชน์ของการแพทย์แผนปัจจุบันที่พยาบาลทุกแห่งเต็มไปด้วยผู้ช่วยไข้ซึ่งมาขอความ

ช่วยเหลือจากโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นต้องมีการ โฆษณาชักชวนอย่างสมัยก่อนอีกต่อไป จะเห็นได้ว่าจากสถิติในเดือนมกราคม ๒๕๕๗ เดือนเดียวกับที่ ร.พ. ศิริราชมีคนไข้มารับการตรวจที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก (O.P.D.) ๑๑,๗๐๒ คน มีการผ่าตัดรวมทั้งสิ้น ๕๕๗ ราย มีเด็กเกิดใน ร.พ. ๕๕๗ คน ตาย ๒๓ คน หรือตาย ๔.๖% จากจำนวนผู้มารับการตรวจในเดือนเดียวกัน จะเห็นได้ว่าประชาชนได้รับรองเชื่อถือในกิจการแพทย์ของประเทศเราเพียงไร

ทลกระท่อม ฯ องค์บิดาของการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทย ได้เสด็จ จากพวกเราสู่สวรรค์ ครบ ๒๕ ปีในวันนี้ แต่ผลที่เกิดจากพระกรณียกิจที่ทรงบำเพ็ญไว้ จะไม่มีวันสูญสิ้นไปไ้เลย ถ้าแพทย์ทุกคนร่วมจิตใจกัน ดำเนินตามรอยพระยุคลบาท เช่นอดีตกำลังกาย กำลังใจ เพื่อประโยชน์แก่ผู้ช่วย และเพื่อความก้าวหน้าของวิชาการ การแพทย์ของประเทศไทย ก็มีหวัง ก้าวหน้าไปสู่ มาตรฐานที่ต้องการได้

ฉะนั้น ในโอกาสอัน เป็นที่ ระฤก เนื่องในวัน คล้าย วันสิ้น พระชนม์ ของ พระองค์

ท่าน ขอให้เราจงน้อมรำลึกถึงการเสีย  
 สละของสมเด็จพระราชบิดา ในการที่ได้  
 ทรงบำเพ็ญพระองค์ให้เหมือนดวงประทีป  
 สองทางที่มีคมวิให้สว่างไสว กุศลไดอัน  
 ะพึงบังเกิดขึ้น จากวิชาการนของคดบรร  
 ชาติให้ พระ วิญ ญาณ ของ ทูล กระ หม่อม  
 ประ สพ แต่ ความ เพิ่ม พูล วิบุ ล สุข เป็น นิ

นิรันดร ไม่ว่าจะสถิตอยู่ ณ สุกตีสถานใด ๆ  
 เทอญ.

พระคุณเทียบแผ่นฟ้า	สาคร
พระเกียรติเกริกก่าจร	ทั่วหน้า
พระยศยิ่งทนิกร	เรื่องโรจน์
พระจูงคงคู่ฟ้า	สุขล้ำแดนสรวง.
	มนตรี กั้นตะบุตร

### ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

# แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ท.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๔๘๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๑,๘๘๐	๘๓๖*	๑,๑๓๕*	๑,๑๔๒*	๑,๑๘๕	๔๐๓*	๖,๗๘๑*
เก่า	๒,๔๕๖*	๑,๓๓๘	๑,๕๘๖	๘๗๖	๒,๐๒๖*	๓๑๕	๘,๖๐๗*
รวม	๔,๓๓๖*	๒,๑๗๔	๒,๗๒๑*	๒,๑๑๘*	๓,๒๑๑	๗๑๘*	๑๕,๓๙๖*
ใน	๑๔๘	๒๖๒	๗๕๒	๑๒๘	๒๘๘	—	๑,๕๗๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๑ ๓๒๔ จักษุ ๑ ๓๓๒ สูติ-นารี ๑ ๑๖๒ รวม ๘๑๘ ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๒๖๘. หญิง ๒๔๗. รวม ๕๑๖.\* คลอดตาย ชาย ๑๐. หญิง ๑๗.\* รวม ๒๗.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๓๘ คน (ส.ส. พร. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๕๖\* ราย. (๔๐.๓\* พร. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๐๘ ครั้ง. ข้างนอก ๕ ครั้ง. รวม ๓๑๓ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๓๘๗ คน. รักษาใหม่ ๒๖ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๕๕ ครั้ง.  
 ราเดียม รักษา ๒๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๘ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ ๖ คน. รักษาใหม่และเก่า ๓๔ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๗ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๓๒๔\* ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๖\* ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๑๓๗ ราย. (จากภายนอก ๔๑ ราย). แอ็กกูตูเนชัน ๑๑๕. วัณโรคและคางทูม ๑,๘๕๘. หมู่เลือด ๕๒๔. น้มน้ำเหลือง ๑๘๓. หาเชื้อแบคทีเรีย ๘๓. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๕. อุจจาระ ๓๓๑. บัสสาวะ ๒๑๘\*. เสมหะและอื่นๆ ๔๓. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๕๕. อุจจาระ ๘๓. บัสสาวะ ๖๓. น้ำไขสันหลัง ๑๒. เสมหะและอื่นๆ ๒๘๐. นิติวัตถุทดลอง —. เพาะเชื้อบิด ๗๕. ตรวจทดลองทั่วจุด ๓๘. ตรวจศพนิติเวช —. ตรวจของกลาง —.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๓. เจาะน้ำสันหลัง ๔. เจาะตับ —. น้ำช่องปอด ๑. อัดลมเข้าช่องปอด ๕. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๗. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๐. นิติเวชฟิสิกส์ ๘.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๕๑. ถอนฟัน ๔๔๒\*. อุดฟัน ๑๐๑. ผ่าตัดช่องปาก ๓๑.

\* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

### การประชุมวิชาการ

ทาง คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาลได้จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำปีขึ้น เมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม ณ หอประชุมราชแพทยาลัย มีเรื่องที่ยกมาอภิปรายดังต่อไปนี้:—

๑. การตายโดยรวดเร็วในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเห็นผลเนื่องมาจากแอมnio-ติกฟลอคเอมโบลีสซึม โดย น.พ. ม.จ. อานอร์ สวัสดิ์ สวัสดิ์วัฒน

๒. รายงานผู้ป่วยเด็กหนึ่งราย เป็นโรคหัวใจชนิด Wolff-Parkinson White-Syndrome โดย น.พ. สวัสดิ์ สกลไทย และ พ.ญ. เพ็ญศรี กาญจนนัยุติ

๓. ผลภายหลังการรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหารชั่วคราวอันสั้นในผู้ป่วย ๒๒ ราย โดย น.พ. โอภาส พลังกูร

### อาจารย์ไปต่างประเทศ

ศาสตราจารย์ อวย เกตุสิงห์ หัวหน้าแผนกสรีรวิทยา และบรรณาธิการสารศิริราช ได้เดินทางไปศึกษาและงาน ณ สหรัฐอเมริกา และยุโรป ตั้งแต่วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๕๗ เราขออวยพรให้ท่านจงประสบความสำเร็จในสิ่ง

### อันพึงปรารถนาทุกประการ

### ทุนเจ้าจอมมารดาเลื่อน ในรัชกาลที่ ๕

ด้วยทางสภาการศึกษา ประสงค์ข้อมติสมัครผู้เรียนสำเร็จวิชาแพทย์ เพื่อคัดเลือกไปศึกษาวิชาแพทย์เพิ่มเติมในวิชา Radiotherapy กำหนด ๒ ปี โดยรับทุนของเจ้าจอมมารดาเลื่อนในรัชกาลที่ ๕ จำนวน ๑ นาย กำหนดหมดเขตสมัครในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๔๕๗ รายละเอียดโปรดติดต่อสำนักงานกลางสภาการศึกษา

### ถึงแก่กรรม

๑. ชนทำนุกนรสถาน (แซ่ ศิริวัฒน์) ศิษย์เก่ารุ่น ๒๒ (๒๔๕๕) ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๕๗

๒. หลวงพยอมเวชศาสตร์ (พยอม เกตุวัล) อธิบดีกรมอนามัยฯ ศิษย์เก่ารุ่น ๒๓ (๒๔๖๐) ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๕๗

๓. น.พ. มนต์วิ มงคลสมัย ศิษย์เก่ารุ่น ๓๓ (๒๔๗๐) ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๕๗

### ทุนพยอมเวชศาสตร์

ของด้วยแพทย์สมาคมฯ ได้จัดให้

มีการสมทบทุน “พยุงเวชศาสตร์” เพื่อเก็บดอกผลช่วยเหลือนักศึกษาในคณะสาธารณสุขศาสตร์ เพื่ออุทิศส่วนกุศลแก่ นายแพทย์หลวงพยุงเวชศาสตร์

สารศิริราชใคร่ขอเชิญชวนท่านสมาชิกร่วมกันบริจาคเงินเพื่อสมทบทุน “พยุงเวชศาสตร์” การบริจาคเงินโปรดส่งไปยังเลขานุการคณะกรรมการแพทย์สมาคม

ข่าวพยาบาล

นักสังคมสงเคราะห์ดูงาน ร.พ.

เมื่อ วันที่ ๗-๘ ตุลาคม ๒๔๕๗ น.ส. กฤษณภรณ์ โภชากร และ น.ส. นวฉันทกราน ซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์และกำลังจะเดินทางไปศึกษาเพิ่มเติมที่ประเทศออสเตรเลีย ๒ ปี ได้มาขอความรู้ตามแผนกต่าง ๆ แผนกพยาบาลได้จัดการช่วยเหลือให้ไปดูงานตามแผนกต่าง ๆ หลายแห่งและแห่งสุดท้ายคือ แผนกตรวจโรค.

นักศึกษาสังคมสงเคราะห์เยี่ยมโรงพยาบาล

เมื่อ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๔๕๗ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น. นักศึกษาสังคมสงเคราะห์ประมาณ ๓๐ คน ได้มาเยี่ยมโรงพยาบาล ในการนี้แผนกพยาบาลได้ขอให้ครูสงวนสุข ฉันทะวงศ์ ครูสอาดศรี เสมรสต ครูฉนวน อาคนสถิตย์ และครูประณีต มี ทรวงอินคักดิ์ เป็นผู้พาชมโรงพยาบาล.

เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

# หน้าสำหรับนิสสัต

## หูฟัง

ขั้นต้นในการตรวจกายภาพผู้ช่วยทางอายุศาสตร์ คือการใช้สายตาโดยธรรมชาติ. ถัดไปคือการใช้มือคลำ, เคาะ, และใช้หูฟัง. วิธีการเหล่านี้ ถึงแม้จะเป็นวิชาเบื้องต้น, ก็เป็นวิชาที่สำคัญ, ต้องการ การศึกษาฝึกหัดจนชำนาญ, สามารถที่จะจับ หรือบอก สิ่งที่เกิดขึ้น จากธรรมชาติได้.

ในกระบวนการตรวจต่าง ๆ นั้น, การใช้หูฟังออกจะเป็นวิธีที่โก้หรูกว่าเพื่อน, โดยต้องมี เครื่องฟัง หรือที่เรียกว่า stethoscope ประกอบ, นอกเหนือไปจากอวัยวะที่มีอยู่ตามธรรมชาติ. หมอโบราณบางคนหรือหมอเถื่อนเป็นส่วนมากอยากทำตัวเสมือนว่าเป็นแพทย์แผนปัจจุบันก็ซื้อหาท่อหรือเครื่องฟังมาแขวนคอ, แล้วก็จ้อง ๆ ฟัง ๆ แถวหน้าแข้งบ้าง, แถวข้อศอกบ้าง ไปตามเรื่อง, สดแต่ผู้ช่วยจะเจ็บจะปวดที่ตรงไหน, นิสสัตแพทย์ที่โตขึ้นฝึกหัดทางคลินิกใหม่ ๆ บางคนก็อดทำท่าภาคภูมิใจไม่ได้ เมื่อมีเครื่องฟังโผล่

ออกมาออกกระเป๋าสีเสื้อคลุม หรือถือแหว่งไปแหว่งมา.

ที่จริงการตรวจกายภาพเบื้องต้นทุกวิธีมีใช้ของใหม่เลย, เป็นของเก่าเท่า ๆ กับความเก่าของวิชาแพทย์. การใช้หูตรวจฟังเสียงผู้ช่วยก็มีมาแต่โบราณแล้ว. เท่าที่พอมิหลักฐานอ้างอิงได้ คือในสมัยฮิปโปเครติส (460 B.C.) บิดาแห่งการแพทย์นี้ใช้หูแนบเข้ากับทรวงอกผู้ช่วย เพื่อฟังได้บรรยายเสียงของเยื่อหุ้มปอดอีกเสบไว้ว่าคล้ายหนึ่งถักกัน. แต่จากนั้นมามีใครผู้ใดสนใจในการใช้หูฟังให้ได้ผลละเอียดถี่ถ้วนยิ่งขึ้น. ทรายนกระทั่งปลายศตวรรษที่ ๑๗ Leopold Auenbrugger (1722-1809) ชาวออสเตรีย ได้นำระบอบการเคาะด้วยมือมาใช้ตรวจผู้ช่วย, โดยเฉพาะในโรคที่เกี่ยวข้องกับปอดและหัวใจ. ทำให้มีผู้สนใจมาก, และถึงในปลายศตวรรษที่ ๑๗ นั้นเอง, René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826) ได้ประดิษฐ์เครื่องฟังหรือ stethoscope ขึ้นใช้เป็น

คนแรก. Laënnec เป็นชาวฝรั่งเศสเกิดในแคว้นบริตานี. ครั้งหนึ่งในการตรวจหญิงสาวที่ป่วยโดยมีอาการทางหัวใจ, เขาใช้มือคลำก็แล้ว เคะก็ยังไม่รู้สึกไม่พอใจ เพราะผู้ป่วยค่อยข้างอ้วน. ครั้นจะฟังโดยใช้หูของ ตัวแนเข้กับทรวงอก ของหญิงสาวก็รู้สึกอึดอัดคล้ายากใจ, เห็นว่าไม่เหมาะสม.

การตรวจ ที่ไม่ได้ผล พอใจใน วันนั้น, ได้ทำให้ Laënnec ครุ่นคิดอยู่เสมอที่จะหาวิธีฟังให้ แน่นเนียนกว่าวิธีใช้หูแนเข้กับทรวงอกของผู้ป่วย. วันหนึ่งได้สังเกตเห็นเด็กสองคนเล่นที่ถนน อยู่โดยคนหนึ่งใช้มือเคาะทางปลายข้างหนึ่ง, และอีกคนหนึ่งใช้หูฟังจากปลายอีกข้างหนึ่ง จึงเกิดความ คึกเอากระคาย มาม้วน เข้าให้ กลวงเป็นรูปทรงกระบอก, ทายปลายข้างหนึ่งลงบนทรวงอกของผู้ป่วย, และใช้หูฟังจากอีกข้างหนึ่ง, ปรากฏว่าได้ยินเสียงหัวใจเด่นชัดเจนน.

ต่อมา Laënnec ได้คิดแปลงเครื่อง ฟังอัน แรกนี้ เป็น ทำด้วย ไม้ ในปี ค.ศ. ๑๘๑๘, นับว่าเป็นเครื่องฟังชนิดที่เคียว, และได้เขียนบรรยายการใช้เครื่องฟังไว้ในหนังสือ Traité de l'Ausculta-

tion Médicale เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ทางปอดและหัวใจ. ทั้งได้นำศัพท์ใหม่ๆ มาใช้จนแพร่หลาย ในปัจจุบัน ด้วย เช่น Pectoriloquy, aegophony, crepitation, และ rhonchi. นับแต่นั้นคือสถาบันแห่งการตรวจฟังผู้ป่วยก็ได้รุดหน้า เรื่อยมา.

William Stokes ชาวไอริชเป็นผู้หนึ่งที่ได้ใช้ความรู้จาก Laënnec ศึกษาการตรวจ ฟัง ให้ละเอียดถี่ถ้วนและกว้างขวางขึ้น, และเขียนไว้ในหนังสือ Introduction to the use of the stethoscope ในปี ค.ศ. ๑๘๒๕. ทำให้การตรวจกายภาพทางทรวงอกก้าวหน้าไปอีกมาก.

Austin Flint (1812-86) เป็นคนแรกที่ใช้เครื่องฟังชนิด binaural stethoscope คือเครื่องฟังที่ใช้ทั้งสองหูซึ่งใช้กันอยู่ในทุกวันนี้.

ต่อมาก็ได้มีผู้พยายามดัดแปลงให้ดีขึ้นอยู่เสมอ, ดังเช่น Kerr และพวกได้ทำไว้ในปี ค.ศ. ๑๘๓๗, อันเป็นแบบที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบัน.

มุกดา ตฤณานนท์

## ๖๕ บันทึกท้ายเล่ม

๑ สารคดีวิชาฉบับขยายศาสตร์ได้รับการจัดทำเป็นพิเศษ, เพราะเป็นที่สนใจแก่ท่านสมาชิกเป็นส่วนมาก. มีมากมายได้เพียรถามเสมอว่าเมื่อไรจะ “คลอด” สักที เขาทนรออ่านด้วยความหวังมานานแล้ว ตั้งแต่เริ่มเกริ่นให้ทราบว่า มีฉบับพิเศษ. บัดนี้ก็สนใจท่านทั้งหลายแล้ว.

๑ เรื่องแรก คือ “ชัยโปพารายโรยติสมีเรอริง” ของคุณหมอ รจิต บุรี และคุณหมอสุนทร ตันชานันท์. ท่านชำนาญทางภาษาอังกฤษ เพราะได้ไปเล่าเรียนอยู่ช้านานที่อังกฤษ เพิ่งกลับมาราว ๕ ปีเท่านั้น. จึงยังถนัดทางภาษาอังกฤษอยู่. อย่างไรก็ตามก็รักได้ย่อเป็นภาษาไทยไว้ให้อ่านด้วย. คุณหมอสุนทรก็เพิ่งกลับจาก กงวน และศึกษาจากสหรัฐอเมริกาเมื่อปีเศษนี้เอง. ท่านไปศึกษาทางวิชา เกี่ยวกับ ฮอร์โมนมาโดยเฉพาะ นับว่า เรืองนี้ สำเร็จ ลงด้วยดี จาก ท่านผู้มีความรู้ในค่านนี้โดยเฉพาะ. อย่างไรก็ตามเรื่องนี้เป็น อุทาหรณ์ สำคัญแก่ แพทย์ทั้งหลายว่า เมื่อจะตัดต่อมธัยรอยด์ก็ต้อง

คอยนึกถึงต่อมพาราธัยรอยด์ไว้เสมอ มิฉะนั้นจะเสียใจ ภายหลังทั้งในรายนเป็นตัวอย่าง.

๑ เรื่องที่สอง “การทดลองใช้เอริย์โรรมัยซิน รักษาโรคพิษที่มีบิโคในลำไส้” ซึ่งเขียนเป็นภาษาอังกฤษ คลอดเรื่องอีกเหมือนกัน. คุณหมอวิจิ วรรณวัฑฒ์ มีความสนใจโรคทางลำไส้มานานแล้ว. สำหรับโรคพิษที่มีบิโคใน ลำไส้ เป็นโรค ที่แพร่หลายในบ้านเรา. เอมิตันเป็นยาที่ใช้รักษากันมานานแล้ว, แต่คนไข้มักไม่ยอมฉีดยาให้ครบชุด เพราะมันปวดมาก. และข้อร้ายคืออาจเป็นอันตราย ถึงตายได้. เท่าที่ คุณหมอวิจิ ได้ทดลองใช้ แอนติไบโอติกใหม่นี้ รักษา และผลที่ได้อยู่ในเกณฑ์ดี. ก็นับว่าเป็นยาแทนเอมิตันได้ก็ ข้อดีคือใช้กิน, ไม่ต้องฉีดยา, และอันตรายจากยาก็น้อยมาก, แต่ข้อเสียคือยานี้ยังมีราคาแพง เกินไปที่ คนไข้ทั่วไป จะใช้ได้. หลักการรักษาเราต้อง คำนึงถึงกระเพาะใช้ด้วย. อย่างไรก็ตามคงจะได้รับการทดลองต่อไปให้เห็นผลปรากฏว่าดีจริง ๆ, จึงควรมานำมาใช้ทั่วไปได้. หวังว่าเราคง

จะได้อ่านรายงานเพิ่มเติมจากคุณหมอวิภา และคุณหมอประจำอีกเป็นแน่.

๑ เรื่องที่สาม “สิ่งช่วยวินิจฉัยโรค ผู้บิขิตะมีบิขิตะในตั๋” ของคุณหมोजำลอง ทรวิณสุต. ไม่ต้องบอกก็ได้ว่าสมรรถภาพ ของคุณหมอผู้นั้นสูงแค่ไหน เพราะเห็นคิกรวิของ ท่านแล้ว ก็พอจะบอกได้. นอกจาก นั้นชื่อของ คุณหมอ มีประจำ อยู่ใน สารศิริราชย่อๆ เหมือนกัน. ได้ข่าวว่าขณะนี้ คุณหมอกำลัง ค้นคว้าทดลอง เรื่องสำคัญ อยู่. ไม่ช้าพวกเราคงจะได้ อ่านกันแน่ ๆ. “ผู้ในตั๋” นี้ว่าเป็นโรคที่ท่านชำของ ที่ สุก อาจกล่าวได้ว่าคุณหมอประสบความสำเร็จและมีชื่อเสียง ในการงานก็ด้วยเรื่อง ผู้ในตั๋ ก็คงไม่ผิดนัก. โรคบิขิตะมีบิขิตะ นี้ว่ามีมากในเมืองเรา เพราะฉะนั้นท่าน ผู้อ่านจะไม่ ผิด หวัง ในการ ที่จะ บิขิตะเป็น หลักต่อไป.

๑ “การทดลองยา” เป็นบทความ สั้น ๆ ของคุณหมอสว เมตติยวงศ์, ถึง แม้จะสั้น แต่ก็มีความสำคัญมาก. เดิม ที่เคยของท่านหัวหน้าแผนกตั้งใจจะเขียนให้ เอง. แต่แล้วถึงท่านทั้งหลายคงทราบก็ อยู่ว่าท่านกำลังอยู่ในภาวะสามวันครึ่งวันไข้ ด้วยโรคเก่าของท่านนั่นแหละ. เมื่อถึง

กำหนดต้องส่งต้นฉบับเข้าจริง ๆ, เผอิญ ประจวบกับเป็นเวลาท่านทรุดลง. พวกเรา เลยอดได้อ่านของดี ๆ ไป. แต่เราก็ไม่ได้ ผิดหวังที่เกินไป, ลูกศิษย์กันกุฏิจอง ท่านก็ได้เขียนแทนให้. เราเคยเขียนย้ำ ไว้หลายครั้งแล้วว่า ขอให้พวกหมอเรา ฟังสังวรณในการใช้ยา. อย่าหลงเชื่อคำ โฆษณาของบริษัทขายยา. ยาทุกขนาน ควรได้ผ่านการทดลองอย่างละเอียดถี่ถ้วน ซ้ำ ๆ ซาก ๆ เสียก่อน, แล้วจึงใช้ให้ตรงกับโรค. มิใช่เหวี่ยงแหเอาง่าย ๆ. การ วินิจฉัยโรคสำคัญมากถึงที่ หมอสมควรได้ ย้ำไว้. จะเป็นหมอที่เก่งมีชื่อเสียงได้ ก็ ต้องวินิจฉัยโรคได้แม่นยำ.

๑ ทนอ่านใจอีกเรื่องหนึ่งของคุณหมอสว คือเรื่อง “หัวล้าน”. อ่านแล้วได้รัยทั้ง ความรู้และความเพลิดเพลินไปในตัวด้วย. ผู้มีหัวล้านทั้งหลายไม่ควรจะน้อยใจหรือใจ น้อย ถึงคำพิงเพยว่า “หัวล้านหัวเหลือง หัวละเฟืองสองไฟ.....” อะไรทำนองนั้น. เพราะล้านบางประเภทก็บังถึง ลักษณะชายชาตรีได้เหมือนกัน.

๑ เรื่องสุดท้าย คือประวัติของหฟ่ง เรียบเรียงโดยคุณหมอมุกดา ตฤณณานนท์. เหมาะสำหรับท่านนักศึกษาควร อ่านประดับ

ความรู้ไว้. นอกจากนั้นจะเห็นได้ว่าหฟงน  
ยังมีประโยชน์ ใ้เป็นเครื่องมือ หากินของ  
หอมเดือนและหอมโบราณบางคนด้วย,  
เพราะยังไม่มีกฎหมายควบคุมการใช้เครื่องมือ  
แพทย์ให้ถูกกาลเทศะ

๑ เวมของแถมให้อีกเรื่องหนึ่ง ซึ่ง  
เราควรระลวงพิมพ์ในฉบับวันมหิดล. แต่

เนื่องจากหน้ากระดาษจำกัด. เราจึงขอขต  
เศษไว้ในฉบับนี้. เรื่องนี้คือ "เวียงความ  
เฉลิมพระเกียรติในวันมหิดล ๒๕๕๗"  
ฉบับนี้ได้รับรางวัลหนึ่งของนายมนตรี กั้น-  
ตะบุตร นักศึกษาแพทยบทยสาม.

บ.ก.ร.

### เฉพาะท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการ ปกแข็ง	ราคา ๓๕.๐๐ บาท
สมุดรวมวิชาการ ปกอ่อน	ราคา ๒๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ	ราคา ๒๐.๐๐ บาท
ส่งทางไปรษณีย์	เล่มละ ๒.๐๐ บาท