



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๓, ฉบับที่ ๑๑, พฤศจิกายน ๒๕๐๔

Volume 13, Number 11, November 1961.

THE COUNTER-THRUST PALPATION BY FINGER TIPS

A New Physical Method I. HISTORY and THEORY

Prasert Kangsadal
M.B., Ch.B., M.D., F.C.C.P.
(Dept. of Internal Medicine)

Back in 1932 the author was at large every afternoon in the Out-patients Clinic of the Department of Medicine of Siriraj Hospital Medical School. Among his chores was the aspiration of some cases of 'ripe' amebic liver abscess which had reached the abdominal skin and those that were felt by conventional palpation of the intercostal muscles, when there were no vacant beds for in-patients.

Not satisfied with conventional palpation that obtained positive findings only when the abscess had exerted considerable pressure on intercostal muscles, the author began using finger tips. These were thrust downward or inward during quiet respiration, By this simple modification some cases were provisionally finger-tip diagnosed and later proved by aspiration.

Mental visualization of the downward movement of the diaphragm during inspiration prompted the thought of deep inspiration, during the finger-tip thrust.

Abstract Kangsadal. Prasert: The Counter-Thrust Palpation by Finger Tips. A new physical method. 1. History and Theory. Siriraj Hospital Gazette 1961,14: 631-633.

The author introduces a method of "counter-thrust palpation" for aiding the diagnosis of pathological conditions above and below the diaphragm. The tips of the index and middle fingers are thrust into the intercostal space, feeling for signs of fullness or "counter-thrust". When the sign is negative with quiet respiration the patient is asked to take deep breaths. The method has been applied in cases of amebic liver abscess, encapsulated pleural effusion, aortic aneurysm, etc.. Arbitrary grading of positive finding (plus I to plus IV) is used for various degrees of "counter-thrust."

Further mental visualization brought out all the attendant movements of deep inspiration both below and above the diaphragm. Looking at and through a patient's chest a new vista of moving pictures producing outward thrust against the inward thrust of the finger tips was projected on the author's mental screen: the encapsulated pleural effusion, the pericardial effusion, the emphysematous lungs, back to the normal lungs and even the aneurysm. Thus was conceived the counter-thrust palpation by finger tips to be tried for various conditions both below and above the diaphragm. All that has been recorded above occurred some time in 1932.

The next step was to survey the results of applying this new physical method to normal persons. Only a few were examined at a time, as occasion permitted, because routine and casual work took up most of the time of each working day. This leisurely progress did not waste any time, as examination of the patients that needed the aid of the counter-thrust palpation either to exclude or diagnose the presence of fluid went on as usual.

At the end of one year survey, over one hundred adults had been examined. Besides this number usually either a convalescent or a patient in a suitable condition, was used as control in demonstrating a positive finger thrust case. such a person did not receive complete survey (over the whole thoracic cage).

The results of the survey can be summed up as follows. Above the diaphragm, weak positive results were found in those who could take effective deep inspiration. This showed up in the second interspace in front and more so towards the periphery. Merely increased tension or doubtful inspiratory

"impulse" was more common. There were many cases that gave negative results. These were either persons with sedentary habits or those who could not take properly deep breaths. In view of various factors involved in the mechanism of inspiratory dynamics, more positive cases were expected in involvement of the region below the diaphragm. This turned out to be so. Naturally the costal margin and the region immediately above are the parts that move most.

The technique

The technique is really simple. The closely placed index and middle finger tips are thrust inward with the terminal interphalangeal joints extended. Firstly - with the same principle as feeling the pulse light pressure is used. Any local fullness or superficial resistance can be tip-diagnosed even by beginners. Then firmer pressure is exerted. This is increased until an impulse is felt (through the intercostal muscles) at the finger tips. In the absence of an impulse the finger tips are thrust inward as deep as they can go.

The original method for locating a liver abscess and later a pocket of fluid (above the diaphragm) demands an active rôle on the part of the patient. He must take an effective deep breath to ensure the best possible chance of success. As an oddity of applied physiology, the deepest breath, which calls upon severe physical effort, is not suitable.

When patients are already in orthopnea, they play a passive rôle. In locating an aneurysm that has not exerted any appreciable pressure on the inner surface of the thoracic wall, the

patient also has an inactive rôle.

After liver abscess, subdiaphragmatic abscess, encapsulated fluid, came pericardial effusion. The clinching item of application was, however, the encapsulated fluid anterior to the right lung. This was proved at operation to be an old infected dermoid cyst in a 20-year old woman (A.N. 21173-03). This case brought about a modification or rather a continuation of the finger tip thrust, which gave only grade II (plus two) result. The exploration needle, size 22, that came against a thick wall (previously diagnosed by a colleague as a soft tissue mass)

completed the test with a grade IV (plus four) result.

Readings

The readings are arbitrary. From firmness or resistance to doubtful impulse is grade I or plus one. Grade II onward to grade IV are read according to the pressure of finger-tips and inversely to the depth of inspiration. The impulse of an aneurysm which is well felt with little pressure is read as grade IV.

Reference

1. Kangsadal, Prasert: Pericardial Tap. Siriraj Hosp. Gaz. 1959, 10:557.

JUVENILE DIABETES

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

V. Attanatho, M.B.

and

B. Srihirun, M.B.

(Dept. of Internal Medicine)

Abstract Buri, R., V. Atthanatho, B. Srihirun: Juvenile Diabetes. Siriraj Hospital Gazette 1961,14: 634-637.

Certain difficulties peculiar to juvenile diabetes encountered in its clinical course and management are enumerated. The authors cite for illustration the case of a female patient, now 22 years old, who during the past fourteen years has had eight repeated attacks of severe diabetic ketosis following some or other minor infections. Normoglycemin is generally achieved with insulin and dietary measures, and normal growth and development have been maintained. The patient married at the age of twenty and now has a baby. The adverse influences of pregnancy are reflected in the appearance since of a number of fairly serious complications.

Juvenile diabetics, according to Priscilla White,⁽¹⁾ are those recognized under the age of 15 years. They represent about 5% of the world's diabetics. We have encountered 3 such cases among 89 diabetics attending the Diabetic Clinic at Siriraj Hospital.

The disorder in metabolic pathways in juvenile diabetes is not different from that in adult type. However, certain difficulties are encountered during the clinical course and management of the disease during childhood in spite of modern advances in therapy. These difficulties may be due to one of several factors, viz.:

a) The diabetic state is generally

intensified during the period of growth and development, and the nutritional requirements of the child are relatively greater than those of the adult and constantly changing.

b) In juvenile diabetes, the diabetic state is almost total, in the sense that the production of endogenous insulin by the pancreatic islet cells is much below that found in normal subjects. This fact has been amply demonstrated by Bornstein and Lawrence (1951).⁽²⁾

c) Infection also plays a significant rôle in intensifying the severity of diabetes.

Apart from the specific characteristic of diabetes itself, the intelligence, ability

and disposition of the juvenile diabetic make control of the disease process most difficult and challenging for the attending physician. The following data (Joslin et

al., 1959)⁽³⁾ show the duration of life subsequent to onset of diabetes among diabetic patients in important eras of treatment:

Age group at onset	Naunyn era 1897-1914		Allen era 1914-1922		Charles Best era 1950-55		Charles Best era 1956-57	
	Cases	Duration	Cases	Duration	Cases	Duration	Cases	Duration
All ages	326	4.9 yrs	836	6.1 yrs	4376	15.6+ yrs	640	18.2+ yrs.
0-9	24	1.3	61	2.9	107	20.6	30	26.4
10-19	39	2.7	84	2.7	198	20.1	52	23.5
20-39	85	4.3	215	4.9	621	21.8	91	25.1
40-59	126	7.0	351	8.0	2284	16.2	304	18.7
60-Over	51	4.4	117	6.4	1161	10.0	159	10.2

It is evident from the above that very few juvenile diabetics will ever reach the age of 35 in spite of the increase in the expectation of life.

Since it is difficult to achieve an effective chemical control of diabetic state in childhood over a period of years, especially by oral antidiabetic drugs, viz., carbutamide and tolbutamide (Camerini et al. 1957),⁽⁴⁾ obviously with each additional year of the disease each patient will be subjected to that period when his metabolism is abnormal. It is not possible to say whether good control of blood sugar levels will ever prevent, although it may delay, the onset of degenerative changes. In a series of 75 cases of juvenile diabetes, Jackson et al. (1950)⁽⁵⁾ found retinopathy in 46.6%, cataracts in 14.6%, calcification of blood vessels in 16%, hypertension in 4% and nephropathy (albuminuria) in 4% of cases.

Another interesting observation among juvenile diabetics is that the disease tends to follow its natural course, characterized by an acute onset with or without coma, and remission phase

independent of any special antidiabetic treatment. The period of remission, during which time insulin requirement may drop or insulin may be omitted altogether, usually lasts from three months to one year (White 1959).⁽⁶⁾ With every additional year, the requirement for insulin is increased. After ten years since onset, rarely before, a series of complicating events sets in, viz., calcification of arteries, proteinuria and hypertension in that order. In most instances sepsis and coma can be readily controlled, but the problem of preventing vascular changes either in the retina or the kidneys has not met with any degree of success. To this, inadequate or poor chemical control may be a significant contributing factor. Treatment, to be adequate, must therefore include measures to keep blood sugar as near normoglycemic level as possible, and normal health and development should be promoted. This implies regulation of insulin dosage and dietary measures. Oral antidiabetic drugs have been used with some degree of success only in the early stages of the disease.

Our clinical experience with juvenile

diabetes is very limited, but the following case will serve to illustrate the course of illness and difficulties in controlling and preventing complications as mentioned earlier.

Illustrative case. Mrs. P.K. aged 22 years, was admitted to the Medical Service on July 13th 1961 (HN 70963-02, AN 17006-04) for the eighth time, in a semicomatose state due to severe diabetic ketosis following an acute upper respiratory tract infection. She was promptly treated with 100 units regular insulin i.v. plus 50 units s.c. Plasma ketone reaction was 2 plus and there were heavy glucosuria and ketonuria. The patient responded well to insulin, alkali and fluid therapy. The infection was brought under control with penicillin and streptomycin.

The history of this case dates back to 1953, when diabetes was diagnosed at the age of 14 years. Her complaints then were polyuria, polydipsia and failure to gain weight. During the first 2 months of regular visits to the Diabetic Clinic, the patient was kept near normoglycemic level with NPH insulin (doses varying from 20 to 40 units per day). After that she failed to attend the Clinic and nothing was heard from her until 4 months later, when she was brought to the hospital in a semicomatose state. Diabetic ketosis was diagnosed with furunculosis as a complication. After prompt and adequate treatment she could be maintained on a relatively smaller dose of NPH insulin (10 to 15 units per day) for a period of 5 months. It was decided that carbutamide and tolbutamide should be given a trial. In each case, good initial response was obtained for a period of about 2 to 3 months, but eventually the blood sugar level began to rise steadily

to over 250 mg.%. Skin infections began to appear and control was made more difficult. It was decided to switch back to NPH insulin. As in earlier experience, the initial dose of 10 units NPH insulin was adequate to achieve good control, but during the succeeding months her blood sugar began to rise until it was impossible to control hyperglycemia with NPH insulin of less than 80 units per day.

The subsequent history of this case with 6 more episodes of diabetic coma was essentially the same as at first in spite of a reasonably strict dietary control and insulin therapy. In every instance, either infection of the throat or furunculosis initiated the coma. However, normal growth and development were not retarded and the patient married at the age of 20, and was delivered of a baby a year later. After pregnancy and childbirth she began to complain of dimness of vision in both eyes and recurrent oedema of both ankles with chronic ulceration of the right heel and left fourth toe which later required amputation.

From time to time, proteinuria appeared, ranging from 1+ to 3+ with hyaline casts and occasional oval fat bodies. Her blood pressure always remained within normal limits (128-130/80-85). The physical examination up to date shows no abnormality either in the heart or the lungs, including X-ray of the chest. Retinoscopic examination shows slight vitreous opacity but microaneurysms could not be demonstrated.

Laboratory findings: Serum albumin 4.1%, globulin 3.0%, NPN 52 mg.%, creatinine 1.5 mg.%, cholesterol 160 mg.%, K 4.1 mEq/L., Na 138 mEq/L., Cl 98 mEq/L., CO₂ 22 mEq/L., Hb 12.4 gm%

rbc 4.11 million, wbc 10500 (differential count 78% polymorphs, 14% lymphocytes, 4% monocytes and 4% eosinophils). There is no evidence of neuropathy or calcification of vessels. Treatment now consists of dietary control plus regular insulin, average dose 30 units per day (range 0-40 units), and the patient feels well with average blood sugar of 300 mg.%. With bigger dosage of insulin better chemical control could be achieved, but the patient experiences several clinical attacks of hypoglycemia, during which time the blood sugar levels are in the region of 200-250 mgm%. For this reason, she is only given insulin in varying dosages, enough to prevent ketosis but not to lower the blood sugar to hypoglycemic level.

Comments The brief history and follow-up of this case serve to emphasize the various aspects of the problems pertaining to juvenile diabetes in general. There is no rule of thumb in managing such cases. Every regimen has to be individualized. The question of strict chemical control, i.e. trying to keep the blood sugar as near normoglycemic level as possible, may have to be modified to that of clinical control, with insulin in such dosage as to prevent ketosis, as in this case.

It is generally agreed that pregnancy exerts a harmful effect on a young diabetic mother. We believe that the onset of nephropathy (albuminuria) in this case was hastened by her pregnancy 2 years ago. Apart from medical problems just described, there are socio-economic as well as psychological aspects of the illness which require further attention. The future course of this case is governed by the rate of progress of the renal lesions which unfortunately cannot be controlled effectively.

References

- (1) White, P.: Diseases of Metabolism, 4th edition, p. 913. Edited by G.C. Duncan (Saunders, 1959).
- (2) Bornstein, J. and R.D. Lawrence: B.M.J. 1951, 1:732.
- (3) Joslin, E.P., H.F., Root, P. White, A.M. Marble: Treatment of Diabetes Mellitus, 10th edition, p. 656. (Lea and Febiger, 1959).
- (4) Camerini-Davalos, R., A. Marble, P. White, M. Belmonte and H.L. Sargeant: New Engl. J. of Med. 1957, 256:817.
- (5) Jackson, R.L., R.C. Hardin, G.L. Walker, A.B. Hendricks and H.G. Kelly: Pediatrics 1950, 5: 959.
- (6) White, P.: Diabetes, p. 382. Edited by R.H. Williams (Hoeber Inc., 1959).

HYPERSENSITIVITY AND SERUM PROTEINS IN TUBERCULOSIS

Somchai Bovornkitti, M.B. and Prasert Kangsadal, M.B., Ch. B., M.D.
(Dept. of Internal Medicine)

*Abstract Bovornkitti, Somchai and Prasert Kangsadal:
Hypersensitivity and Serum Proteins in Tuberculosis.
Siriraj Hospital Gazette 1961,14:638-640.*

Cutaneous tuberculin reaction has recently been shown to contain both immediate-type and delayed-type hypersensitive reactions. The rôle of antigen and antibody in the production of immediate-type hypersensitiveness and its reaction is well established. In delayed-type hypersensitivity the wax of the bacillus has been demonstrated to be a sensitizing substance while the antibody has not hitherto been demonstrated. The present authors believe they have found certain evidence to suggest that the serum alpha-2 globulin could well be the antibody in question, which, in the absence of specific antigens, is confined within the sensitized leucocytes.

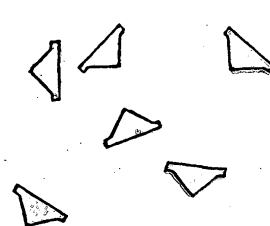
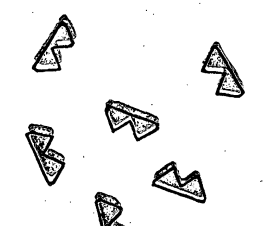
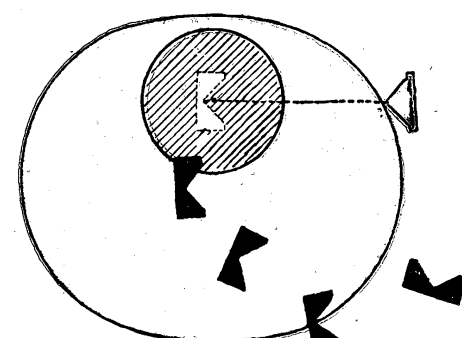
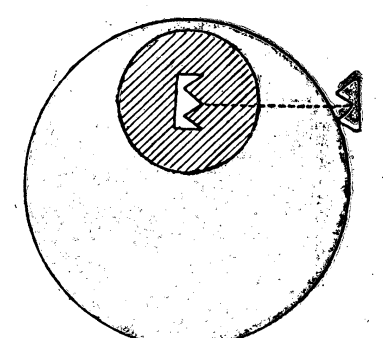
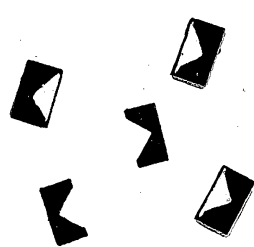
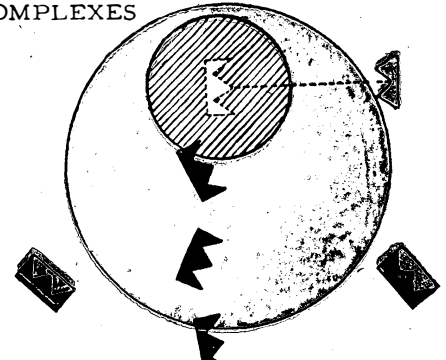
Recently, McKee and Favour⁽¹⁾ demonstrated that the "tuberculin reactions", generally thought to represent the classic example of the delayed-type hypersensitive reactions in tuberculous subjects, contain as well the component of immediate-type reactions.

As a result of natural tuberculous infection or of vaccination, the wax of the bacillus is necessary to induce delayed sensitivity to tuberculo-protein of small molecular weight,⁽²⁾ and antigens of protein and carbohydrate nature⁽³⁾ in tubercle bacilli are capable of causing conventional type of antibody response, some of which take part in immediate-type hypersensitivity.^(4, 5) Favour⁽⁶⁾ found a correlation between *hypergamma-globulinemia* and necrosis

in tuberculin hypersensitivity. It is also known that gamma globulin from tuberculin sensitive guinea pig will transfer an Arthus type of reactivity to tuberculopolysaccharide and to Old Tuberculin.^(7, 8)

Although there are numerous persuasive reasons for believing that tuberculin-type hypersensitivity is dependent upon a specific antibody,⁽⁹⁾ up till now its existence has never been clearly demonstrated. Successful passive transfer by serum or by plasma fraction has been reported only twice.^(10, 7) The demonstration of the cellular transfer of delayed hypersensitivity in the guinea pig by Landsteiner and Chase⁽¹¹⁾ and by Chase,⁽¹²⁾ on the other hand, furnished the immunologist with a new-

SCHEMA REPRESENTING MECHANISMS
OF HYPERSENSITIVITY IN TUBERCULOSIS

	IMMEDIATE-TYPE	DELAYED-TYPE
ANTIGENS (HAPTENS)	<p>TUBERCLE BACILLUS</p>  <p>POLYSACCHARIDE</p>	 <p>WAX</p>
ANTIBODY FORMATION	<p>"HUMORAL"</p>  <p>GAMMA GLOBULIN INCREASED</p>	<p>"CELLULAR"</p> 
ANTIGEN-ANTIBODY INTERACTION	<p>ANTIGEN-ANTIBODY COMPLEXES</p>  <p>GAMMA GLOBULIN DECREASED</p>	 <p>ALPHA-2 GLOBULIN INCREASED</p>

approach to the study of the mechanisms underlying the delayed type of allergic inflammatory response. In animal species the findings were soon confirmed⁽¹³⁻²⁰⁾ and the technique was subsequently extended and accomplished in man⁽²¹⁻³²⁾. The necessity for cells to be viable for successful transfer of delayed-type sensitivity has been disproved by recent reports.⁽³³⁻³⁸⁾ Though cells may have been killed, disintegrated, and even treated with the enzymes desoxyribonuclease or ribonuclease or desoxyribonuclease plus crystalline trypsin their ability to transfer sensitivity was still retained. Moreover, it has recently been shown that the *transfer factor* may be released in effective amounts from sensitive human leucocytes into cell-free supernatant solutions under the relatively mild conditions of incubation at 37° C. in serum for a short period⁽³⁹⁾.

A series of studies by Bovornkitti^(40,41) and by Bovornkitti and associates^(42, 43) indicates that the *serum alpha-2 globulin* increases concurrently with the delayed-type tuberculin reactions and the mere presence of hypersensitivity does not produce the rise in alpha-2 globulin. Our findings, supported by the works of Kirchheimer and colleagues^(15, 44, 18) (with suggestive statement) and of Zinsser and Mueller⁽¹⁰⁾, Cole and Favour⁽⁷⁾ and Lawrence and Pappenheimer⁽³⁹⁾ lead us to propose (see illustration) that while gamma globulin increase in the circulation indicates the antibody response of the immediate-type hypersensitivity, the increased serum alpha-2 globulin may well represent the antibodies of the

delayed-type, which in the absence of hypersensitive reactions are present within the sensitized cells to be released into circulation only at the time of interaction with specific antigen. The failure of others to confirm the works of Zinsser and Mueller⁽¹⁰⁾ and of Cole and Favour⁽⁷⁾ in the passive transfer of the delayed-type hypersensitivity with serum or plasma fraction, could well be due to the employment of serum or plasma which contains inadequate amounts of antibody alpha-2 globulin.

Acknowledgements

The authors wish to acknowledge helpful discussion with Dr. Vichit Panich. Doctor Nanthawan Bhromapalin and Mr. Siri Sirichareon of the Medical Illustration Division kindly prepared one figure.

References

1. McKee, W.D., and C.B. Favour : Amer. Rev. Resp. Dis. 1961, 83:243.
2. Raffel, S. : *Experientia* 1950, 6: 410.
3. Seibert, F.B. : Amer. Rev. Tuberc. 1949, 59: 86.
4. Zinsser, H. : J. Exper. Med. 1921, 34: 495.
5. Enders, J.F. : J. Exper. Med. 1929, 50: 777.
6. Favour, C.B. : Clin. Res. 1958, 6: 103.
7. Cole, L.R., and C.B. Favour : J. Exper. Med. 1955, 101: 391.
8. Ehrenkranz, N.J., and B.H. Waksman : J. Exper. Med. 1956, 104: 935.
9. Rich, A.R. : The Pathogenesis of Tuberculosis. 2nd Ed. 1951, pp. 402-408., (Charles C. Thomas, Springfield, Illinois)
10. Zinsser, H., and J.H. Mueller :

- J. Exper. Med., 41 : 159, 1925.
11. Landsteiner, K., and M.W. Chase; Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1942, 49:688.
12. Chase, M.W. : Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1945, 59 : 134.
13. Cummings, M.M., M. Hoyt and R.Y. Gottshall, : Pub. Health Rep. 1945, 62 : 994.
14. Chase, M.W. : J. Bact. 1946, 51 : 643.
15. Kirchheimer, W.F., and R.S. Weiser : Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1947, 66 : 166.
16. Stavitsky, A.B.: Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1948, 67 : 225.
17. Metaxas, M.N., and M. Metaxas-Buhler, : Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1948, 69 : 163.
18. Kirchheimer, W.F., R.S. Weiser, and R.V. Liew : Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1949, 70 : 99.
19. Wesslén, T. : Acta tuberc. Scandinav. 1952, 26 : 38.
20. Metaxas, M.N., and M. Metaxas-Buehler : J. Immunol. 1955, 75 : 333.
21. Lawrence, H.S. : Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1949, 71 : 516.
22. Lawrence, H.S. : J. Immunol. 1952, 68 : 159.
23. Urbach F., M. Sones., H.L. Israel, : New England J. Med. 1952, 247 : 794.
24. Good, R.A. : Bull. Minn. Hosp. 1954, 26 : 1.
25. Good, R.A., and R.L. Varco : Lancet 1955, 75 : 245.
26. Good, R.A., and S.J. Zak : Pediatrics, 1956, 18 : 109.
27. Warwick, W.J., A. Page, and R.A. Good: Proc Soc. Exper. Biol. Med. 1956, 93 : 253.
28. Epstein, W.L., and A.M. Kligman : J. Invest. Dermat. 1957, 28 : 291.
29. Porter, H. : Ann. New York Acad. Sc. 1957, 64 : 932.
30. Good, R.A., S.J. Zak, D.R. Jensen and A.M. Pappenheimer, Jr. : J. Clin. Invest. 1957, 36 : 894.
31. Good, R.A., R.L. Varco, J.B. Aust, and S.J. Zak, : Ann. New York Acad. Sc. 1957, 64 : 882.
32. Good, R.A., R.A. Bridges, S.J. Zak, and A.M. Pappenheimer, Jr. : In Henry Ford Hosp Internat. Sympos. Mechanism of Hypersensitivity, 1958, pp. 467-476. (Little, Brown and Company, Boston)
33. Jeter, W.S., M.M. Tremaine, and P.M. Seebom : Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1954, 86 : 251.
34. Cummings, M.M., R.A. Patnode, and P.C. Hudgins: Amer. Rev. Tuberc. 1956, 73 : 246.
35. Jeter, W.S., K.A. Lawrence, and F.M. Seebom : J. Bact. 1957, 74:680.
36. Freedman, S.O., J.P. Fisher, and R.A. Cooke : J. Allergy 1957, 28:501.
37. Lawrence, H.S. : J. Clin. Invest. 1955, 34 : 219.
38. Lawrence, H.S. : In Lawrence, H.S. (ed.), Cellular and Humoral Aspects of the Hypersensitive States, 1958, Ch. 7. (Hoeber, New York.)
39. Lawrence, H.S., and A.M. Pappenheimer, Jr. : J. Exper. Med, 104 : 321, 1956.
40. Bovornkitti, S. : Amer. Rev. Resp. Dis. 1961, 84 : Nov.
41. Bovornkitti, S. : Concurrent Alterations of Serum Proteins and Tuberculin Hypersensitivity. Submitted for publication.
42. Bovornkitti, S., P. Visutakul, and P. Kangsadal : Amer. Rev. Resp. Dis. 1961, 84 : 93.
43. Bovornkitti, S., C. Indaniyom, D. Bejrablaya, N. Titthasiri, and P. Kangsadal : Serum Protein Patterns in Persons with "Inactive" Tuberculosis. Submitted for publication.
44. Kirchheimer, W.F., and R.S. Weiser : Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1948, 68 : 407.
45. Burnet, M. : Scient. Amer. 1961, 204 : 58.

GUEST EDITORIAL

PHYSICAL DIAGNOSIS

Prasert Kangsadal
M.B., Ch.B., M.D., F.C.C.P.

Believe it or not

1. Recently, comparison of older and recent films of chest roentgenography of an inadequately treated tuberculous case failed to spot any pulmonary flare-up. Physical examination while the patient was *upright* also gave negative findings. The patient had a recent but persistent dry cough. His pharynx was moderately injected. Sputum smear was negative for acid-fast bacilli. He was seen in consultation. With the patient in *recumbent* position, the old-fashioned cone-shaped stethoscope of an old doctor came into good use. It recognized the presence of somewhat moist medium-pitched inspiratory rhonchi over the right anterior upper chest close to the sternal border.

This, by all means, is neither a singular instance nor a quite rare finding. Similar cases had been met with.

2. Diagnosed bilateral minimal pulmonary tuberculosis and drug-treated in 1950, this second case was first seen in consultation in 1951. Chest films showed bilateral minimal pulmonary tuberculosis in both upper lobes, the lesions on the left being quite minimal and fibrotic. Comparison of the films showed definite improvement on the right and no change on the left. Medium and somewhat coarse crackling inspiratory crepitations were heard over the left anterior upper chest on auscultation. They were constantly present and varied

with the depth of inspiration. Since then, through a ten-year period, he has been examined again and again, the last time only a few months ago. The crepitations were still there, though less moist.

Personal communication: in 1957 Dr. David P. Barr, recently retired Chairman and Professor of Medicine of Cornell University at the end of a lecture on "pleural crepitations" did mention the name of Alexander, who first described this physical sign 28 years before.

More information

Only two instances are to be presented.

1. A recent case of bronchogenic carcinoma, proven by biopsy, showed medium sized and a few fairly large lymph nodes on the side of the new growth, but merely lentil-sized on the other side.

2. A case of unilateral infranuclear facial palsy had received treatment for one year from a first class private hospital run by well qualified foreign doctors. Two flicks of finger tips identified the definitely thickened facial nerve under the ipsilateral zygomatic arch.

In a country where leprosy has been and is still a public health problem, need the most likely cause of the enlarged facial nerve be mentioned?

There are plenty more instances.

An Appeal

"World Medicine", the title of a department of a medical journal issued by a well known pharmaceutical company is apt and timely, as dissemination and pooling of knowledge in medicine is nowadays world-wide. One area, however, the interest of the medical world has left untouched, namely, the physical diagnosis. Taking account of our contemporaries, there have been some individual excursions here and there into this vast and earliest "continent" of medical exploration. On the contrary, organized expedition has never been formed.

A research project in physical methods or a renewed study in physical signs would most likely be laughed at almost anywhere. But, progressive ensconcing of the medical population with multitudinous paraphernalia for laboratory tests and special methods of examination, has increasingly hidden one double defect. That is failure to advance experience and knowledge bestowed upon us by past masters of physical diagnosis and, worse still, neglect to keep it up in some learned groups or bright individuals, who would glibly say that it is impossible to count a heart rate over 200 per minute with accuracy, simply because they have never tried and trained themselves in

the consecutive five-second method.

Are medical men nowadays practising medicine with the best possible methods of using their own perceptive senses with the aid of and when armed with only a few simple tools which can accompany them anyhow and anywhere? Have the teachers in clinical medicine conscientiously developed the art and science of physical diagnosis to perfection? It is hoped that the answer has been brought out by this communication and the article appearing in this number of Siriraj Hospital Gazette.*

An appeal is here presented to colleagues everywhere with the following proposals :

1. There is room for improvement in the field of physical methods by
 - a. improving the technique of some existing methods,
 - b. keeping alert for some hitherto little known or rarely publicized physical methods and signs,
 - c. taking notice of any new but extensively tested physical method.
2. Pursuant to point 1. above is the need for renewal of study and research in physical signs.
3. Eventual re-evaluation of some old physical signs and evaluation of some new ones.
4. The ultimate aim is a new philosophy of teaching physical signs.

* See page 631.

แผนกย่อเอกสาร



รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ระจิต บุรี M.D., สมชัย บวรกิตติ พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.
ประพาพ ยงใจยุทธ พ.บ., โนรี วงศ์อารยะ พ.บ., วิฑูร อัครนโถ พ.บ.,
อดุลย์ วิริยเวชกุล พ.บ., สมพร บุขราทิจ พ.บ., เผด็จ วรรณธสาร พ.บ.,
บุญเชื่อน ศรีหิรัญ พ.บ., สมภพ เรืองตระกูล พ.บ.

๑. สมชัย บวรกิตติ, พรพนพิศ พันธุ์สุวรรณ, ประเสริฐ กังสาคาลัย. ความเข้มโปรตีน-ขาวคัไอโอคิน ภายหลังทำบรื่องโชมกราพย. Am. Rev. Resp. Dis. 1961, 84 : 386-398.

ได้วิเคราะห์ พ.บ.ไอ. ในผู้ช่วย ๑๐๖ คนก่อนและหลังทำบรื่องโชมกราพย. โดยใช้สารที่บร้งสี ๕ ชนิดต่าง ๆ กัน. ได้ผลต่อไปนี้ :

ก. ค่าเฉลี่ยความเข้มของ พ.บ.ไอ. ก่อนทำบรื่องโชมกราพย. คิดเป็นไมโครกรัมต่อ ๑๐๐ ล.ซม., สำหรับชาย (๗๐ คน) เท่ากับ ๕.๒ ± ๒.๒ , หญิง (๓๖ คน) ๕.๓ ± ๑.๘ , ทั้งชายหญิง (๑๐๖ คน) ๕.๒ ± ๑.๕ . (เกณฑ์แกว่ง ๒.๐ ถึง ๑๓.๕). ความแตกต่างระหว่างเพศไม่มีความสำคัญในค่านสถิติ.

ข. ความเข้มของ พ.บ.ไอ. ภายหลังทำบรื่องโชมกราพย. โดยใช้สารที่บร้งสีชนิดต่าง ๆ. (ข ๑ = จำนวนชั่วโมงหลังได้สาร

เข้าหลอดลม; เมื่อความเข้ม พ.บ.ไอ. ขึ้นสูงสุด; ข ๒ = ค่า พ.บ.ไอ. สูงสุด, คิดเป็นไมโครกรัมต่อ ๑๐๐ ล.ซม.; ข ๓ = จำนวนวันที่ พ.บ.ไอ. มีความเข้มเกินกว่า "ปรกติ".)

สำหรับ "โคโนลิส" แขนงในน้ำ, ข ๑=๖, ข ๒=๘.๗±๒.๐, ข ๓=๖.๖±๒.๕.

สำหรับ "โคโนลิส" แขนงในน้ำมัน, ข ๑=๓, ข ๒=๑๔.๐±๔.๗, ข ๓=๗.๗±๒.๘.

สำหรับ "ยูโรโซลิน" แขนงในน้ำมัน, ข ๑=๓, ข ๒=๔๔.๐±๑๖.๕, ข ๓=๖.๘±๒.๓.

สำหรับ "ลิว โอคอล", ข ๑=๖, ข ๒=๓๓๒.๑±๑๗๖.๐, ข ๓=๘๑๕+.

สำหรับ "วิลชีโอคอล", ข ๑=๖, ข ๒=๒๕๓±๑๘๑.๑, ข ๓=๘๒๕+.

ระยะเวลาที่ความเข้มของ พ.บ.ไอ. คง

อยู่สูงกว่าระดับ "ปรกติ" (คือระยะก่อนทำ
บรีองโสมกราพย์) ในรายที่ใช้ลิซึ โอคอลและ
วิสซี โอคอลไม่ได้ทำการศึกษาคัดตามจน
ถึงที่สุด, เนื่องจากเห็นว่าเท่าที่ได้ติดตาม
นั้นกเพียงพอแล้วสำหรับการประยุกต์.

รจิต บุรี M.D.

๒. Paton, A., J.W. Thompson: หัวใจ
วายเนื่องจากคืบแข็ง. Brit. Med. J. 1961,
1: 179-181.

ผู้รายงานเสนอคนไข้ ๓ รายซึ่งวินิจฉัย
ว่ามีภาวะหัวใจวายเนื่องจากโรคคืบแข็ง.

รายที่ ๑ เป็นชายอายุ ๗๑ ปี, มีอาการ
หายใจลำบากและบวมที่ข้อเท้า, เพิ่มขน
เรื่อยๆ มาสองสามเดือน. มีประวัติหลอดลม
อักเสบเรื้อรังและเสปสราปานกลาง. ตรวจ
พบอาการหอบแต่ไม่มีเขียวคล้ำหรือค้ำชาน.
บวมมากจากปลายเท้าถึงขาอ่อน. มีน้ำใน
ช่องท้อง. หลอดเลือดจากลำเห็นเด่น.
ชีพจรเร็ว. ความดันเลือด ๑๕๐/๗๐.
หัวใจไม่มีเสียงแทรกซ้อน. ปอดมีเอ็มพี-
ซีม่าและร่องไผ่ทั่วไป. วินิจฉัยเบื้องต้นว่า
"โรคหัวใจจากสาเหตุที่ปอด" (คอร์ พูล-
โมนาเล). ตรวจทางรังสีไม่พบลักษณะผิดปกติ.
คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีโวลเตจต่ำ. รักษา
ด้วยแอนติไบโอติก, ยาขับปัสสาวะ, และ

จำกัดอาหารเค็ม. เจาะท้องเอาน้ำออก
ประมาณ ๓ ลิตร. อาการทรุดลงรวดเร็ว.
ในที่สุดมีโคม่าและตายหลังจากอยู่ใน ร.พ.
ได้ ๓ สัปดาห์. ตรวจศพพบคืบแข็งชนิด
ปอร์ทัล. หัวใจมีขนาดปรกติ. ผนังหลอดเลือด
โคโรนารีหนาขึ้น. อวัยวะมีเลือดคั่งทั่วไป.

รายที่ ๒ เป็นหญิงอายุ ๖๕ ปี, มีอาการ
หายใจลำบากและบวมที่ข้อเท้าเพิ่มขนเรื่อยๆ
มาสองเดือน. มีประวัติค้ำชานเมื่อสิบปีก่อน
หลังฉีดยา. ตรวจพบว่าหอบ, บวมมากตั้งแต่
เท้าถึงกลางอก, มีน้ำในช่องท้อง, ชีพจร
เร็ว. ความดันเลือด ๑๕๐/๘๐. ความ
ดันในหลอดเลือดจากลำ ๕ ซม. น้ำ. เสียง
หัวใจที่หนึ่งในบริเวณไมทรัลดังเพิ่มขนมาก.
มีเสียงแทรกซ้อนซันซีสโตลิกและไดอัสโต-
ลิกที่ยอดหัวใจ. วินิจฉัยว่า "ลิ้นไมทรัล
พิการ". รักษาด้วยดิจิตาลิส, ยาขับ
ปัสสาวะและจำกัดอาหารเค็ม. ภาพรังสี
แสดงหัวใจโตเล็กน้อยและตรวจคลื่นไฟฟ้า
แสดงหัวใจเบนไปทางซ้าย. สองสามวัน
ต่อมามีอาการตัวเหลือง, ตาเหลืองและ
ลักษณะของคืบพิการ. ใส่หลอดระบายน้ำ
จากขาอ่อน (แบบของ เซาซี) ได้น้ำ ๓
ลิตร. อาการทรุดลงและตายในโคม่าหลัง
จากอยู่ ร.พ. ได้ ๑๐ วัน. ตรวจศพพบคืบ
เล็กและขรุขระ, หัวใจโตเพียงเล็กน้อย.

อวัยวะมีเลือดคั่งทั่วไป. มีตกเลือดจาก
กระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น.

รายที่ ๓ เป็นหญิงอายุ ๖๕ ปี, มีอาการ
ขวมที่ข้อเท้า, หายใจหอบเหนื่อยหลังออก
กำลัง, และปัสสาวะน้อยมาประมาณ ๑ ปี.
เคยไอเป็นเลือดเมื่อ ๔ ปี. อาเจียนเป็น
เลือดเมื่อ ๑๘ เดือนเนื่องจากหลอดเลือด
พองในหลอดอาหาร. ตรวจพบที่ขานเล็ก
น้อย, มี "ไฟรปโยแมลงมุม" (สไปเคอร์-
นิวส์) ในบริเวณหน้า. ซัพพรแรง, ความ
ดันเลือด ๑๖๐/๑๐๐. หลอดเลือดจาก-
ลำไส้ต้น. ขวมมากจากเท้าถึงขาอ่อน. มี
น้ำในช่องท้อง. มีเสียงแทรกซันซีสโต-
ลิกที่ขอกหัวใจ. การตรวจเลือดแสดง
ลักษณะดีพิการ. ภาพรังสีแสดงหัวใจโต
ปานกลาง, มีหลอดเลือดโป่งพองในหลอด
อาหาร. รักษาตามอาการ, ให้ยาขับ
ปัสสาวะและจำกัดอาหารเค็ม. ไล่หลอด
ระบาย (เซาธีย์) ที่ขาอ่อนได้น้ำออกมา ๗
ลิตร. ผู้ป่วยโคมาและตาย ๑๘ วันหลังเข้า
ร.พ. ตรวจศพพบตับเล็กมาก, ขรุขระ,
หัวใจโตเล็กน้อย. เลือดคั่งทั่วไป. มีตก
เลือดที่หลอดอาหารและกระเพาะอาหาร.

ผู้รายงานสรุปว่าโรคดีแข็งขางรายทำ
ให้เกิดภาวะเพิ่มการสูญฉีดเลือดในร่างกาย,

ยังผลให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น. เมื่อ
หย่อนกำลังลงจึงเกิดภาวะหัวใจวายขึ้น.
การวินิจฉัยโรคต้องอาศัย (๑) การมีโรค
ดีแข็งขางอยู่แล้ว, (๒) ลักษณะคลินิกที่
แสดงว่ามีการ สูญฉีด เลือด เพิ่ม มาก ขึ้น,
(๓) มีอาการหอบเหนื่อยและอาการทางส่วน
ปลายทาง, (๔) ตรวจศพพบโรคดีและ
เลือดคั่งทั่วไป. เขาเชื่อว่าภาวะระบายเอา
ออกโดยใช้หลอดระบายเป็นเหตุให้อาการ
ทรุดและถึงแก่กรรม, จึงแนะนำว่าการลด
อาการน่าคงควรใช้วิธีปรับปรอง โปรเทอีนใน
ร่างกายในเมื่อไม่มีอาการดีขาง, และใช้
ยาสะเตอรอยด์หรือสไปโรโนแล็คโตนหรือ
ยาขับปัสสาวะพวกที่มีกลไกทางอัลโม่ติก.

สมชัย บวรกิตติ

พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๓. จำลอง ทรัพย์สิน, สุวัชร วัชรเสถียร.
พยาธิใบไม้ในตับในประเทศไทย. Ann.
Trop. Med. Parasit. 1960, 54 : 100-105.

สรุปผลการศึกษาจากแง่ต่างๆ
ลักษณะทางคลินิก. รายที่เป็นน้อย (พบ
ใช้น้อยกว่า ๑,๐๐๐ ฟองต่ออวัยวะอื่น
๑ มล.) มักไม่มีอาการ, หรือมีเพียงท้อง
อืดเพื่อเป็นครั้งคราว. รายที่เป็นมากปาน
กลาง (พบไข่ ๑,๐๐๐ ถึง ๓๐,๐๐๐ ฟอง

ข้อ ๑ มล.) มีอากาศแสดก-(๑) อจจาระร่วง หรือเหลววันละสามครั้ง, ไม่สัมพันธ์กับอาหาร. (๒) ท้องอืดเพื่อหลังอาหาร, แต่ไม่มีในตอนกลางวัน. อาหารมันจึทำให้อาการมากขึ้น. (๓) เจ็บบริเวณตับ. เจ็บข้อ ๆ ตลอดเวลา. อจจรวัวไปยอกออก. ไม่สัมพันธ์กับอาหาร. มักเป็น ๆ หาย ๆ, แล้วในที่สุดหายไปเอง. บางทีท้องเสียบ่อย. (๔) อาการตาเหลืองตัวเหลือง. มีเพียงปานกลาง. นำด้วยอาการท้องผูก. หายไปในสองสามสัปดาห์, หายเองหรือภายหลังใช้ยาถ่าย. (๕) ใช้คำ ๆ (๓๗.๕ ถึง ๓๘.๕ ช.) (๖) ตับโต. พบเกือบทุกราย. ตั้งแต่กล่าวพบได้จนกระทั่ง ๒ นวมอ. กบไม่เจ็บ. (๗) อีโอสีโนฟิลมากในเลือด, ไม่เกิน ๒๐ ปร. (๘) อาการแทรกซ้อนมีผอมแห้ง, ขาดอาหาร, บวมหรือไม่บวม. อาจมีพยาธิอื่น ๆ. รายที่เป็นอย่างรุนแรงมักมีอาการเพียบ. บางครั้งมีตับแข็งและมะเร็งตับร่วมด้วย. ผู้ป่วยตายเร็วมาก.

การสำรวจ. อีตราเป็นโรคในพลเมืองทั้งหมดเท่ากับ ๒๒.๑ ปร. ส่วนใหญ่ของการระบาคอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีพลเมืองบนโรคประมาณ ๒ ล้านคน. อีตราตักเชอในบางท้องถิ่น ๓ ถึง ๘๘

ปร. เวลานทรายว่าพยาธินั้นเป็นชนิด โออีสตรอซีส วิเวริน, ไม่ใช่ โอ. เฟลิเนียส. ปลาตระกลชัยปรินาตและหอยตระกลชัยเนยเป็นผู้ให้อาศัยระยะกลาง. สาเหตุของการระบาคมี ๓ ประการคือ (๑) นิสัยกินปลาดิบ (ก้อยปลา), (๒) การถ่ายอจจาระลงบนพนัก, (๓) การมีหอยและปลาที่เป็นผู้ให้อาศัยแก่พยาธิ.

เข้าใจว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างโรคพยาธิใบไม้ในตับกับโรคตับแข็งและมะเร็งของตับ. แต่ยังไม่ชัดพิสัย.

ในปัจจุบันยังไม่มียาเฉพาะโรค. โครงการควบคุมป้องกันมี (ก) ส่งสอนประชาชนในเรื่องการบริโภค, ให้งดเว้นปลาดิบ. (ข) ควบคุมการสร้างส้วมที่ถูกต้องลักษณะ. (ค) ทำลายหอยที่เป็นที่อาศัยระยะกลาง. แต่ทั้งนี้ต้องงดถึงหอยอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ด้วย.

สมชัย บวรกิตติ

M.B., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๕. Rowland, H.A.K.: การรักษาใช้รากสาคน้อย (ทียฟอยด์). J. Trop. Med. Hyg. 1961, 64:101-110.

ผู้รายงานใช้ซมลอธแอมเฟนิคโคตรักษาผู้ป่วยทียฟอยด์ ๕๒๕ คนด้วยขนาดยาต่าง ๆ

กัน, ตั้งแต่ ๑๕.๖ มก. ต่อ กก. ต่อวันจนถึง ๖๒.๘ มก. ต่อ กก. ต่อวัน, แย้งให้หมดในเวลา ๕ และ ๑๐ วัน ยาทกขนาดได้เปรียบเทียบผลของการใช้ซัลเฟอร์แอมเฟนิคอลลอย่างเกี่ยวกับการใช้ซัลเฟอร์แอมเฟนิคอลลร่วมกับสะเทอรอยด์คอร์โมนในขนาด ๓.๒ มก. ต่อ กก. ต่อวัน, รวม ๓ วัน.

ปรากฏผลการศึกษว่าเมื่อดูขนาดของยาและเวลาที่ให้ยาลง, อัตราโรคแทรกและการกลับของไข้เพิ่มมากขึ้น, แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราตาย. สะเทอรอยด์คอร์โมนทำให้ไข้ลดลงถึงปกติในเวลาเร็วขึ้นอย่างเคียว, ไม่ได้ลดอัตราโรคแทรกหรือการกลับของไข้ค่าลงด้วย. ความรุนแรงของโรคเมื่อเริ่มรักษามีความสัมพันธ์กับการดำเนินของโรคและผลของการรักษา. ในรายที่รุนแรง, อัตราตาย, อัตราโรคแทรก, และการกลับของไข้มีสูง. โรคที่รุนแรงมากมักไม่ค่อยพบในผู้ที่มิฐานะดีหรือเคยได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันมาก่อน. ขนาดของยาที่เหมาะสมในการรักษา ๓๑.๖ มก. ต่อ กก. ต่อวัน. ในรายที่อาการไม่รุนแรงให้เพียง ๕ วันก็พอ. ถ้าอาการหนักมากหรือมีโรคแทรกควรให้ ๑๐ วัน. ผลของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีกว่าของกลุ่ม

อื่นที่ปรากฏในรายงาน. อัตราการกลับของไข้เพียง ๑๐.๖ ๒๗..

ประพาพ ยงใจยุทธ พ.บ.

๕. Chalmers, T.C., S.C. Sebestyen. W.H. Timberlake: การใช้แอนติไบโอติกในรายสมองพิการเพราะโรคตับ. *Gastroenterol.* 1961. 40: 670.

ผู้รายงานได้เปรียบเทียบผลของการให้ยาแอนติไบโอติกชนิดโอมัยซินและคานามัยซินในผู้ป่วยสมองพิการจากโรคตับ (เฮปาทิคเอ็นเซฟาโลพาธิ) ๕๔ ราย, โดยให้ยาในขนาด ๘ กรัมต่อวันไปเรื่อยๆ ทรายเท่าที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางจิต. สังเกตความรุนแรงของอาการสั่นและความลึกของอาการโคม่า. ตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (อี.อี.จี.) ก่อนและหลังให้ยา. ตรวจเลือดวิเคราะห์ปริมาณแอมโมเนียและ เอ็น.พี. เอ็น., และตรวจขั้วสสารย่อย ๆ. พบว่ามีอาการชักขณะ. คลื่นไฟฟ้าสมองไม่มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่สำคัญ. ระวังแอนติไบโอติกในเลือดประมาณ ๑๐ ไมโครกรัมต่อมิลลิตรพบอยู่เจ็ดวันในผู้ป่วย ๔ คน. ทุก ๆ คนมี เอ็น.พี.เอ็น. ในเลือดเพิ่มขึ้น. ในผู้ป่วยหนึ่งรายมีชัลมีนในขั้วสสาร เกิดขึ้นใน ๗ วัน. ๑ รายมีขั้วสสารน้อย. รายงาน

เกิด เช่น.พี.เอ็น. เพิ่มขึ้นมากในเลือดหลังจากให้การรักษาอยู่เป็นเวลานาน.

ผู้รายงานสรุปว่าการใช้แอนติไบโอติกในระยะสั้น ๆ ให้ผลดีมาก. ถ้าให้ยาอยู่เป็นเวลานานๆ อาจเกิดอันตรายต่อไตขึ้นได้.

โนรี วงศ์อารยะ พ.บ.

๖. Berkowitz, D., L. Greenberg: การช่วยวินิจฉัยโรคมะเร็งของตับอ่อนด้วยวิธีฉีดทอลลูทอะไมด์เข้าหลอดเลือด. *Gastroenterol.* 1961, 40: 667-668.

การวินิจฉัยมะเร็งของตับอ่อนทำได้ยากมากในระยะเริ่มแรก. การทดสอบความทนกลูโคสโดยให้กินอาหารช่วยได้บ้าง, โดยให้ผลแบบเดียวกับโรคเบาหวาน, เนื่องจากเซลล์ของไอส์เล็ตเป็นโรคด้วย. เมื่อเร็วๆ นี้มีการเสนอวิธีทดสอบการเป็นโรคเบาหวานโดยฉีดทอลลูทอะไมด์เข้าหลอดเลือดดำ, ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย. การฉีดโซเดียมทอลลูทอะไมด์ขนาด ๑ กรัมเข้าหลอดเลือดดำในคนที่ เป็นเบาหวานจะทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงอย่างช้าๆ. ผู้รายงานได้ทดลองวิธีนี้ในผู้ป่วย ๒๕ คนก่อนผ่าตัด. ในจำนวนนี้ผ่าตัดแล้วพบว่า ๑๘ คนเป็นมะเร็งของตับอ่อน, และในจำนวน ๑๘ รายนี้ ๑๓ รายให้ "ผลบวก" ต่อการทดสอบด้วยทอลลูทอะไมด์. มี

๑ รายที่ไม่มีพยาธิสภาพอย่างใดเลยแต่ให้ผลบวกต่อทอลลูทอะไมด์. ผู้ช่วยที่ให้ผลผิดปกติต่อการทดสอบความทนกลูโคส ก็ให้ "ผลบวก" ต่อการทดสอบทอลลูทอะไมด์ด้วย. ผู้รายงานเห็นว่าการทดสอบโดยฉีดทอลลูทอะไมด์เข้าหลอดเลือดนั้นได้ผลคล้ายกับการทดสอบความทนน้ำตาล, แต่ไวกว่าและเชื่อถือได้มากกว่า.

โนรี วงศ์อารยะ พ.บ.

๗. Kocen, R.S., E. Critchley: การรักษาลูกอัมตะอีกเสบจากโรคคางทูมด้วยคอร์ติโซน. *B.M.J.* 1961, 2: 20-24.

รายงานผู้ช่วยลูกอัมตะอีกเสบจากโรคคางทูม ๓๕ ราย, ซึ่งได้แบ่งออกเป็นสองพวก. พวกหนึ่งให้การรักษาตามอาการ, อีกพวกหนึ่งให้คอร์ติโซนหนึ่งซีก ๖ วันในขนาด ๓๐๐, ๒๐๐, ๒๐๐, ๑๐๐, ๑๐๐, ๕๐ มก. ต่อวันตามลำดับ. ผู้ช่วยทุกคนได้รับการตรวจร่างกายทุกวัน และเมื่อออกจาก ร.พ. แล้วก็ติดตามตรวจทุก ๓, ๕, และ ๗ เดือน. พบว่า (๑) คอร์ติโซนมีผลต่อระยะเวลาของไข้. ทำให้ไข้ลดลงเร็วขึ้นราว ๑ เท่า. (๒) ระยะที่ลูกอัมตะขมและอีกเสบรุนแรง, คอร์ติโซนไม่ได้ช่วยให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น. (๓) ไม่พบว่าคอร์ติ-

โชนช่วยป้องกันการเหี่ยวแห้งของลูกอชตะ
ภายหลังที่ออกเสียบแล้ว ๕ เดือน. (๕) การ
เหี่ยวแห้งของลูกอชตะจะเกิดขึ้นเกี่ยวกับ
ระยะเวลาการขวมของลูกอชตะขณะที่ยก-
เสียบ. (๕) คอรัทีโชนลดการสร้างภูมิคุ้มกัน
ของร่างกาย.

วิฑูร อตันโถ พ.บ.

๘. Kossover, M.F., M.H. Kaplan:
บทบาทของซาลิซิลเลตในรายเลือดออกจาก
ทางเดินอาหาร. *Am. J. Gastroenterol.*
1961, 35: 445—455.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยด้วยอาการ
เลือดออกจากทางเดินอาหารรวม ๔๕ คน.
ปรากฏว่ามี ๒๖ คนซึ่งให้ประวัติกินซาลิ-
ซิลเลต, และในจำนวนนั้น ๒๑ คน (๘๑%)
กินยาจำพวกนี้ภายใน ๒๔ ชม. ก่อนเลือด
ออก. ทราบกันอยู่แล้วว่าการบดเคี้ยว
อาหารทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารและ
อาจมีเลือดออกได้. ตามที่สังเกตในทาง
คลินิก, ผู้ป่วยที่กินยาจำพวกซาลิซิลเลต,
นอกจากจะมีเลือดออกในทางเดินอาหาร,
ยังอาจมีอาการเลือดออกอื่น ๆ อีก, เช่น
เลือดกำเดาไหล, เลือดออกทางช่องคลอด,
ออกตามผิวหนัง, มีเม็ดเลือดและอัลบูมิน

ในปัสสาวะ, ฯลฯ. ข้อสังเกตเหล่านี้แสดงว่า
ซาลิซิลเลตให้ผลต่อหลอดเลือดฝอยและต่อ
การแข็งตัวของเลือด. ผู้รายงานเชื่อว่า
ความบดเคี้ยวทางอารมณ์ผสมกับซาลิซิลเลต
ทำให้เลือดฝอยขวมพอง, และขอนรวม
กับการท หลอดเลือดฝอยมี ความเปราะมาก
จนทำให้เกิดอาการเลือดออก.

อดุลย์ วิริยเวชกุล พ.บ.

๙. Young M.D., D.V. Moor: เชื้อ
มาลาเรียที่คอต่ออมนลยโรควิน. *Am. J. Trop.*
Med. Hyg. 1961, 3: 317—320.

ผู้รายงานศึกษาผู้ป่วยอาสาสมัคร ๑ คน
ซึ่งได้รับฉีดเลือดมเชอพลาสโมเดียมฟัลซิ-
พารัมจากผู้ป่วยคนหนึ่ง ซึ่งเชื่อว่าได้รับเชื้อ
มาจากประเทศโคลอมเบีย (อเมริกาใต้).
หกคน ในจำนวนนั้นได้รับมลยโรควิน ใน
ขนาดธรรมดา (๐.๖ และ ๑.๕ กรัม) และ
สูงกว่าธรรมดา (๒.๓ กรัม). ปรากฏว่า
เชื้อมาลาเรียในเลือดยังไม่หมดไป, หรือ
หมดไปช้า, และยังคงกลับก่อโรคได้อีกใน
เวลาเร็ว. มี ๒ รายที่ได้รับยาในขนาด
๑.๕ กรัม แล้วเชื้อไม่หมดไป. อีก ๒ ราย
ที่ได้รับยาในขนาด ๐.๖ กรัม กลับมีเชื้อ
ฟัลซิพารัมในจำนวนมากชน. การศึกษา

ระกัษของ ฌลลวโรครินใน เลือดและ บัสสวาระ
 ยนย่นวาม อย่ พอเพยง หรือสง กว่ำ ปรกคิ.
 การค้อตอขานยงคงมอย่, แมจะให้เชอน
 ผ่านยงเสยงก่อนแล้วให้มำกคคนช้ำอิก.

อดุลย์ วิริยเวชกุล พ.บ.

หน้า, ผ่านเข้าไปกระตุ้นส่วนของกลุ่มเซลล์
 ประสาทที่มีความบกพร่องอยู่แล้ว. เมื่อ
 กระตุ้นซ้ำ ๆ เข้าก็อาจทำให้เกิดอาการชัก
 ขึ้นได้.

สมพร บุขราทิจ พ.บ.

๑๐. Baxter, D.W., A.A. Bailey: ลม
 ชักที่เกิดขณะอ่านหนังสือ. *Neurol.* 1961,
 11: 445-449.

ผู้รายงานเสนอผู้ป่วย ๒ ราย, เป็น
 ชายทั้งคู่, อายุ ๑๕ และ ๑๕ ปี, ซึ่ง
 หลังจากท้อ่านหนังสือ อย่ขณะหนึ่งได้เกิด
 อาการกระตุกที่ขากรรไกรและปากอ้า. ถ้า
 ฝ่านอ่านต่อไปอาการจะยงมำกขน. บางทถึง
 กัษชักหมดสติ. ได้ทำการตรวจคลื่นไฟฟ้า
 สมองขณะกำลังอ่านหนังสือ, ปรากฏ
 ลักษณะคลื่นของลมชักออกมาให้เห็นได้.

ผู้รายงานอธิบายว่าแม่ในคนไข้พวกนี้
 จะไม่มีประวัติของลมชัก สยต่อมำในทาง
 กรรมพันธุ์, กลุ่มของเซลล์ประสาทส่วน
 หนึ่งส่วนใดในสมอง (โดยเฉพาะส่วนกลาง)
 อาจทำหน้าที่ผิดปกติไปชั่วคราว. ขณะที่
 ผู้ช่วยอ่านหนังสือเขา เชื่อว่ามีพลังประสาท
 จากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลอกตาและ
 กล้ามเนื้อของ การเคี้ยว กัษกล้ามเนื้อของ

๑๑. Joyner, Jr. C.R., O. Horwitz,
P.G. Williams: ผลของไลโปเมียต่อออก-
 ชัยเงินของทิสชีวในคน. *Circulation* 1960,
 22: 901-907.

ผู้ช่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดโค-
 โรนารีอย่างรุนแรง, เกิดมีอาการเจ็บ
 หน้าอกภายหลังรับประทานอาหารประเภท
 ไขมัน ๕ ช.ม., ซึ่งเป็นขณะทลยดในเลือด
 ขนสูงสท. สันขทกลองทมการตายของ
 กล้ามเนื้อหัวใจ, เมื่อได้ฉีดค้อมลช้นของ
 ไขมันเข้าไปแล้วพบว่าความคณออกชัยเงิน
 ของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง. ผู้รายงานได้
 ศึกษาคความคณออกชัยเงิน ของทิสชีวในคน
 ต่าง ๆ กันและอายุต่าง ๆ กัน ๑๗ คน, ก่อน
 ทกลองได้เจาะเลือดวิเคราะห์ไขมันในเซรุ่ม
 เป็นค่อนโทรลแล้วให้คมน้ำ. ๑๖ ช.ม.ต่อ
 มำให้รับประทานไขมัน จากเนย ๑.๓๒ ก.
 ต่อ กก. และวัดคณหมีผิวหนึ่งและความ
 คณออกชัยเงินของผิวหนึ่ง, จนได้ผลคงท

ที่ติดต่อกันเป็นเวลา ๓๐ นาที. ต่อมาฉีก
เยื่อปารินขนาด ๑.๕ ถึง ๒.๕ มก. ให้แก่ ๓
คน. ส่วนคนอื่น ๆ ให้ขนาด ๑๕ ถึง ๒๐
มก. วัดความดันออกซัยเงินเป็นระยะ.
เขาพบว่าความดันออกซัยเงินเพิ่มขึ้นในขณะที่
ไขมันในเลือดตกลง. แต่สำหรับคนที่
ปริมาณไขมันในเลือดปกติอยู่แล้วนั้น, แม้
ฉีกเยื่อปารินก็ไม่ทำให้ความดันออกซัยเงิน
ในผิวหนังเพิ่มขึ้น. ทั้งนี้แสดงว่าการที่
ความดันออกซัยเงินเพิ่มขึ้นเมื่อปริมาณไขมัน
ในเลือดตกลงนั้นไม่ใช่เป็นผลของการ
ฉีกเยื่อปารินโดยตรง, แต่เป็นผลของการ
เปลี่ยนแปลงทางโลหิตเมัย.

เฟดัจ วรธนะสาร พ.บ.

๑๒. Fedorova, E.P. : การรักษาสะเคลอ-
โรสิสของ หลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วย
กรดแอสคอร์บิกเป็นเวลานาน ๆ. Cobemckar Meduunha Sovetsk. Med. 1960,
25 : 56-60.

จากการทดลองใน กระจ่ายพบว่ากรด
แอสคอร์บิกทำให้ โชมเลสเทอรอลที่มีระดับ
สูงกว่าปกติในเลือด และความรุนแรงของ
ไลพอยโคสิสของหลอดเลือดตกลง. จึงมี
ผู้รายงานการรักษาผู้ช่วยที่มีอาการเจ็บหน้า
อกเมื่อมีการออกแรงด้วย กรดแอสคอร์บิก

โดยแบ่งผู้ช่วยออกเป็นสองพวก. ๑๓ คน
มีภาพ อ.ซ.จ. ปกติ, ส่วนอีก ๒๓ คน
มีการคลายของกล้ามเนื้อหัวใจข้าง. เขา
ให้กรดแอสคอร์บิก ๑ กรัม ฉีกเข้าหลอด
เลือดทุกวันเป็นเวลา ๑๐ วันและรับประทาน
อีกวันละ ๑ กรัม นาน ๒๐ วัน. ให้ยา
ขยายหลอดเลือดและให้ผู้ช่วยไปรับประทาน
ยาต่ออีกที่บ้าน. ผลพบว่าพวกที่รับประทาน
ยาก็กล่าวต่ำกว่า ๑ ปี, ทั้งหมด ๕ คน,
๓ คนอาการไม่ดีขึ้น, ๓ คนดีขึ้นเล็กน้อย,
และอีก ๓ คนดีขึ้นเล็กน้อยเป็นครั้งคราว.
ระดับโชมเลสเทอรอลในเลือดต่ำ. ในพวกที่
รักษาถึง ๒ ปี, ๑๐ คนดีขึ้นแต่อีก ๓ คน
เลวลง. ส่วนพวกที่รักษาอยู่นาน ๒ ปีถึง
๒ ปีครึ่ง, ๑๒ คนอาการตกลงแต่อีก ๑
คนไม่ดีขึ้น. มีบางคนก็ขณะให้การรักษา
ระดับโชมเลสเทอรอลกลับสูงขึ้น, แต่ส่วน
ใหญ่จะดีขึ้น. ภายหลังหยุดระดับโชมเลส-
เทอรอลจะสูงขึ้นทันที.

เฟดัจ วรธนะสาร พ.บ.

๑๓. Gelfand, M.L. : วินิจฉัยโรคจาก
การใช้ยาฆลอโรโรอะไซค์และซัยโทรฆลอโร-
โรโรอะไซค์. New England J. Med.
1961, 265 : 129-131.

ฆลอโรโรอะไซค์ และ ซัยโทรฆลอโร-

ไรอะไซค์ที่ใช้ในการรักษาโรคความดันเลือดสูง และ อาการ บวมจาก สาเหตุต่าง ๆ

ไคผลคินินไคเคมี ผู้รายงานผลแทรกแซงในระหว่างบริหารนั, ไคแก๊นซัน, คลินไส้, ปรดบรเวณเอบีแกสเตรียม, คัยอ้อนอ๊กเสบ, คีซ่าน, เฮป้าคิคโคม่า, ฮัยโปแคลซัเมีย, นัโคโรลีสของหลอดไตหมค, ธีร้อมโบซัย-โตพีเนย, และอะแกรนโลซัยโตลีส. นอก

จากนัยังพวยว่า ทำให้ระดับของกรดยูริก และ ยูเรียเพิ่มขึ้นในรายที่ไคยานนาน ๆ. เกิดข้อ อัก เสบ แขนงโรค เก้าที่ ชน อย่าง บัจุบันระหว่างที่กรดยูริกมากในเลือด. ผู้เขียนไครายงานผู้ บัวย ๒ ราย ซึ่ง เกิดอาการ รันลั-โคลิกและถ่ายบัสสาวะเป็นเลือด. พยผลักของกรดยูริกในบัสสาวะ. ทั้งสองรายเป็นโรคความดันเลือดสูง. รายแรกไครับผลลอโรไรอะไซค์วันละ ๕๐๐ มก. นาน ๕

บั. รายที่สองไครับฮัยโคโรผลลอโรไรอะไซค์ ๕๐ มก. สัปดาห์ละสองครั้ง เป็น เวลานาน. ตรวจเลือด พย กรด ยูริก ๗.๗ และ ๘.๐ มก. ปช. ตาม ลำดับ (ปรกติ ๒-๔ มก.). ยูเรียในรายแรก สูง กว่า ปรกติแต่ใน รายที่สองอยู่ในระดับปรกติ. หลังจากหยุดยาผลลอโรไรอะไซค์ และ ฮัยโคโรผลลอโรไรอะไซค์ แล้วอาการ ปรดทุเลาโดย ลำดับและ

ระดับกรดยูริกที่สูงกว่าปรกติก็ลดลง สัระดับปรกติในสองสัปดาห์. ทั้งสองรายนัตรวจไม่พบนิวโตยวิธอินตราวันสพายอโลกราพย. การเกิดมักรดยูริกมากในเลือด หลังจากไคยาทั้งสอง อย่างนั ยังไม่ มีใคร ทราวย สาเหตุแน่นอน.

บุญเยอน ศรีหรัญญ พ.บ.

๑๔. Richards, R.D., W.R. Wilson : พยาธิสภาพของเรตินาเกิดร่วมการไคผลลอ-โรควินฟอสเฟต. Am. J. Med. 1961, 31 : 140-143.

ผู้บัวยหนึ่งรายเกิดความฟัการของนัันตาใน ระหว่างที่ไคผลลอโรควินฟอสเฟต (อะราเลน), มีลักษณะเหมือนกัความฟัการที่เกิดในรายที่ไครับควินนั, ซาลิซัยเลต, เออร์กัออตและแอสซัยเตียม, ไคแก๊สายตามัว, ลานสายตาแคบโดยรอบ, หลอดเลือดแดงเรตินาเล็กลงโดยทั่วไปและมากลัายวม. ผู้บัวยเป็นหญิงอายุ ๔๒ บั, เป็นโรครูห์มาตอຍค์, ไครับอะราเลนทุกวัน ๆ ละ ๕๐๐ มก. เป็นเวลา ๒๒ เดือน จึงเริ่มมีอาการทางสายตา, คือสายตาสันลง. ตามองภาพมิซค์, โดยเฉพาะส่วนที่อู่รอบ ๆ. ตรวจร่างกายพยความผิดปกติ

เฉพาะที่ตา. ในส่วนอื่น ๆ ไม่พบความผิดปกติที่อาจเป็นเหตุของความพิการนี้. ได้ให้หยาบยาทันที. หกลปีตาที่ต่อมาตรวจพบสัมผัสพบว่าปกติ. แต่การเห็นไม่ชัดเจน. ผู้รายงาน สรุปว่า กระจกเลน อาจ ทำ พิษ โดย

ตรงต่อนัยน์ตา, แต่ไม่ทราบว่าในส่วนใด. เนื่องจากความ พิการที่ เกิดขึ้น อาจ เป็น เรืองตลอดไปจึงจำเป็นต้องตรวจสายตาของผู้ป่วยที่ใช้กระจกเลนเป็นเวลานานอยู่เสมอ ๆ.

สมภพ เรืองตระกูล พ.บ.



การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. คนเหงื่อน้อยโดยกำเนิด

ศาสตราจารย์ สด แสงวิเชียร เคยศึกษาและรายงานคนที่มีเหงื่อออกน้อยมาก (บางแห่งไม่มีออกเลย?) โดยกำเนิด. ความจริง คนที่มีเหงื่อน้อยหรือเหงื่อออกยากโดยกำเนิด, พวกแพทย์ที่ประกอบโรคศิลป์ที่มีความละเอียดลออ ย่อมพบเสมอ, แม้แต่ไม่มากเพราะความบกพร่องของไฮโดรเทอร์มมิไตหลายพิศกตลคหล่นกันไป สด แต่การผสมของจีนส์.

บางคนไปหาหมอ ด้วยอาการ มีคันศีรษะ ตอนรับประทาน อาหาร กลางวัน หรือ ตอนบ่ายทั้ง ๆ ที่อากาศไม่ร้อนจัด. จากการสอบถาม โดยละเอียดได้ ความว่า ผู้นั้นมีเหงื่อออกน้อยกว่าคนทั่วไปเป็นประจำ. เคยใช้ยาแก้ปวดศีรษะ (แอสไพรีน), ซึ่งบางครั้งก็ผลดีพอควร, บางครั้งก็ไม่ทลเอา. เมื่อมาคำนึงถึงหลักการกำเนิด อาการของผู้ป่วย (ความจริงไม่ช่วย) เช่นนี้, มันเป็นเรื่องของการ ระบาย ความร้อน ออกทางผิวหนัง, ซึ่งหย่อนมากในจำนวนต่อมเหงื่อ, ทำให้อุณหภูมิกาย สูงกว่า ควร, การ

รับประทานยาลดความร้อนในขนาดธรรมดา ก็น่าจะได้ผล ชะงัด. แต่ตามความจริงไม่เป็นเช่นนั้นเสมอ. จะต้องอธิบายกันด้วยการที่ความร้อนเพิ่มพูน ขึ้นมา ตลอดเวลาตั้งแต่ต้น, ซึ่งย่อมเกิดขบวนการทางสรีระที่อุณหภูมิขึ้นภายใต้ภาวะโหลกศีรษะ.

การขยับที่ถูกต้องคือ ระบาย ความร้อน ด้วยการอาบยา, ซึ่งต้องอาบอย่างถูกเทคนิค, คือค่อยบรรจงลดตัวเสียก่อนแล้วราคน้ำซ้า ๆ, หยดรอเวลาให้ความร้อนระเหยตัว, แล้วจึงราดรอขสอง, รอระเหยตัวขสองแล้วจึงเช็ดตัวเบา ๆ, เพราะผู้ที่เกิดมากรรมเหล่านี้, หลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังของเขาถ่าง เพอพยายามถ่ายความร้อนเป็นประจำอยู่แล้ว.

ในแง่ของอาการมีคันศีรษะ, การเริ่มด้วยราคน้ำขสอง จะทำให้อาการ มีนหายโดยเร็ว (ภายใน ๑-๒ นาที). บางรายต้อง อาบยาซ้ำ อีก ครั้ง หรือ สอง ครั้ง จึงจะสบาย และ ทำงาน ด้วย ประสิทธิภาพ ดีไปตลอดจนเย็น. ผู้ที่ไม่เห็นหน้าหรือไม่มี

ความสะดวกในการอ่านที่ไต่เคย ลองแต่
เพียงดูหน้าและดขัว(ด้วยควมไม่สะดวก
นัก) ก็ยงไคผลขง.

อนทจริง เรอง หน้่าปากคอก เช่น นขง
ท่านอจ กล่าวว่่าไม่นำ จะนำมขเขียน ลงใน
วารสารทงวิชาการขนาคสารคิรราช, แต่
ควมจริงไคมีคนไครับการรักษาค้วยยามา
ไม่น้อย และ มาหาย ค้วยการข้่าข้่าก่อน
อาหารกลางวันหรือและเวลข้่าข้่า.

เด็กเล็ก ๆ จคข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
กายไคไม่ค้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า.
เพราะระนน เด็กท้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
พ่อแม่ทจใจว่่าเขียนข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า.
เด็กขงคนท้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
ข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า

ทง กระจกแม่เพียง ๑-๒ ข้วโมง ก็ม่ไค
ขนตงครงคน, และไคเคยท้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
ไคเพื่อข่นการข้่าข้่าข้่า.

เรองเช่นนหากพขในเด็กโต, ข้่าข้่าข้่า
หน้าท้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
เพราะการระขยควมร้อนอจข้่าข้่าข้่าข้่า
โตขน, แต่ก้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
นไปตลอดข้วต, ข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
ท้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
มากและนาน. แต่มีข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
สภพ “ข้่าข้่าข้่าข้่า” ถึงตายไค ในการ
เทินทงไกลค้วยแรงขงตนเอง หรือในการ
ประกขข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า.

ประเสริฐ กังสดาลัย พ.ด., M.B., Ch.B.

๒๒. เรองนอนไม่หลับ

นอนไม่หลับ, ทคคนค้่าข้่าข้่า. เป็น
อาการท้่าข้่าข้่าข้่าข้่า. ขงครงรักษไค
ยากและ ท้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
รักษไคไม่น้อย, เพราะข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
ก้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
หลับให้แพทยฟงทคครงทพขกน. การนอน

ไม่หลับข่นเพียงอาการท้่าข้่าข้่าข้่าข้่า
กน, พอจะแบ่งออกไคคงน :

- ๑) สาเหตุทงกาย, ไคแก่ควม
เจ็บปวด, หอบห้่า, ควมหิว, หรือส้่าข้่า
ล้่าข้่าข้่าข้่าข้่า, เช่นอากาศร้อนจ้่า. การ
นอนไม่หลับประภททคคนร้่าข้่าข้่า

ความสะดวกในการอ่านที่ไต่เคย ลองแต่
เพียงดูหน้าและดขัว(ด้วยควมไม่สะดวก
นัก) ก็ยงไคผลขง.

อนทจริง เรอง หน้่าปากคอก เช่น นขง
ท่านอจ กล่าวว่่าไม่นำ จะนำมขเขียน ลงใน
วารสารทงวิชาการขนาคสารคิรราช, แต่
ควมจริงไคมีคนไครับการรักษาค้วยยามา
ไม่น้อย และ มาหาย ค้วยการข้่าข้คก่อน
อาหารกลางวันหรือและเวลข้่าข้.

เด็กเล็ก ๆ จคข้บข้ขงควมร้อนในร้าง
กายไคไม่ค้เท้่าข้ใหญ่. หมอเด็กพบเสมอ.
เพราะระนน เด็กท้เหงออกน้อข้มกจะทำไค
พ้อแม่ทกใจว่่าเขียนข้ข้ข้ข้. เด็กขงคนท้
ข้ข้เอยค้ข้ แสงคคค คอนข้ข้ข้ ลอคข้ข้มา

ทง กระจกแม่เพียง ๑-๒ ข้วโมง ก็ม่ข้
ขนคขงคน, และไคเคยทำไคเกิดขนออก
ไคเพื่อข้ขงการข้ข้.

เรองเช่นนทกพบในเด็กโต, ข้อมข้
หน้าท้ ขงหมอท้ จะให้ลขค้คกษา ค้อพ้อแม่.
เพราะการระขขควมร้อนอจข้ข้ข้ข้ข้
โตข้, แต่ก้ค้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้
นไปคคคคข้ข้, ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้
ท้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้
มากและนาน. แต่มีข้ข้ข้ข้ข้ข้
สภข "ข้ข้ข้ข้ข้" ถึง คขข้ข้ข้
เทินทงข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้
ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้.

ประเสริฐ กังสดาลัย พ.ด., M.B., Ch.B.

๒๒. เรองนอนไม่หลับ

นอนไม่หลับ, ทกคนค้คเคยค้. ข้
อการท้แพทยพบข้ข้. ขงคขงรักษาค้
ขงและ ทำควมล้ขงให้แพทยข้ข้
รักษาค้ข้ข้, เพราะข้ข้ข้ข้ข้ข้
ก้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ และ จะข้ แต่เรอง นอนไม่
หลับให้แพทยข้ข้ข้ข้ข้ข้. การนอน

ไม่หลับข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้
กัน, พอจะแบ่งออกไคค้ข้ข้ :

- ๑) สาเหตุทงกาย, ไคแก่ควม
เจ็บข้ข้, หอบห้ค, ควมหิว, หรือข้ข้
ล้ข้ข้ข้ข้ข้, เช่นอการค้ข้ข้. การ
นอนไม่หลับข้ข้ข้ข้ข้ข้ข้

ได้ไม่ยาก.

๒) สาเหตุทางจิตใจ. แบ่งออกเป็น ๒ พวก.

ก. ผู้ป่วยรู้สาเหตุ, เช่นความตื้นตัน ในขณะที่เล่นการพนันทำให้ไม่ระวัง, เกิดที่กลัวผี ไท ฟังนทานเรื่องผีแล้ว นอนไม่หลับ, หรือถูกกระสุนให้เกิดความรู้สึกทางเพศแล้ว ไม่ไต่รับสนองความต้องการ.

ข. ผู้ป่วยไม่รู้สาเหตุ. ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องรับการรักษา. บางคนนอนไม่หลับเลย. พบได้ในโรคประสาทและโรคจิต. ผู้ป่วยจะปฏิเสธถึงสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับเมื่อแพทย์ถามและตอบด้วยความบริสุทธิ์ใจ, เพราะสาเหตุนั้นอยู่ภายในจิตใจที่สำคัญ. นอกจากนอนไม่หลับยังมีอาการทางประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย. การนอนไม่หลับใน พวกโรคจิตก็เช่นเดียวกัน, มีอาการทางจิตอย่างอื่นร่วมด้วย. ผู้ป่วยประเภทนี้บางคนไม่ยอมนอน, ไม่ใช้นอนไม่หลับ.

จะกล่าวถึงการรักษา การนอนไม่หลับเฉพาะในพวก ๒ ข., เพราะการรักษาในพวกอื่นไม่มีปัญหามากนัก. การรักษากการนอนไม่หลับในพวกโรคประสาทจำเป็นต้องใช้ยา. ถ้าให้ยาช่วยผู้ป่วยหลับลงได้จะลด

ความกังวลของผู้ป่วยได้มาก. ถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับในขณะที่ทุกคนหลับเขาจะรู้สึกว่าเขาถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว, เกิดความวิตกกังวลใจมากเกินไป, อาจถึงฆ่าตัวตายได้. ในขณะที่ยาต้องรักษาสาเหตุไปด้วยโดยการรักษาทางจิต. การให้ยาแต่เพียงอย่างเดียว นอกจากไม่ทำให้หายแล้ว, ยังอาจจะทำให้ผู้ป่วยติดยาอีกด้วย. แพทย์ทุกคน อาจช่วยให้การ รักษาทาง จิต อย่างง่าย ๆ ก่อนได้, ถ้าเต็มใจและตั้งใจจะรักษา, มีความเห็นใจรับฟังอาการที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง แทนที่จะหิวเราะเขาว่าผู้ป่วยว่าแกลังทำ. ทำที่ของแพทย์ถึงกล่าวแล้วจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น, ไว้ใจและเป็นมิตรกับแพทย์, ซึ่งจะเป็นรากฐานอันสำคัญในการรักษาผู้ป่วยประเภทนี้. ถ้าไม่ได้ผลจึงส่งให้จิตแพทย์.

การนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคจิต, ถ้าวินิจฉัยได้ หรือ มีความสงสัยควรส่งให้จิตแพทย์ทำการรักษา, เพราะผู้ป่วยอาจตายจากการไม่ได้นอนหรือฆ่าตัวตายก็ได้.

การใช้ยาช่วย อาจ แบ่ง ออก เป็น พวก ดังนี้ :

๑. หมอลอราลฮัยเตรท และ พาราโลคฮัยคัล. หมอลอราลฮัยเตรทใช้ได้ผลดี, ผลแทรกแซงน้อยแต่รับประทานยาก. มีฤทธิ์

อยู่นาน ๖-๘ ชั่วโมง. พาราคลิซียด์ ใช้
ได้ผลดีแต่กลืนไม่น่ารับประทาน. ถ้าใช้ใน
พวกโรคภัย หรือ ปอด คอหืด ระวัง พิษ ของ ยา
ด้วย. ในรายที่หลับยากมาก ๆ ใช้พาราคลิ-
ซียด์ผสม นานาเกลอนอร์มิล ส่วนเกินได้ผลดี
มาก. คอรัมเวล (Dormwell) เป็นสาร
สังเคราะห์รวมผลอโรลซียเคเรทกับฟนาโซน
(Phenazone) ได้ผลดีเท่าผลอโรลซียเคเรท
แต่รับประทานง่ายกว่า.

๒. อนุพันธ์สารสังเคราะห์ของยูเรีย.
ได้แก่พวกคาโบรมาล (Carbromal),
โบรมวาเลโทน (Bromvaletone), อโพร-
นาล (Apronal). ข้อทางการค้ามีเพอร์-
ซอมเนีย (Persomnia), เซดอร์มิด (Sedo-
mid). พวกนี้ฤทธิ์อ่อนมากแต่อาการแพ้รุนแรง,
ไม่นิยมใช้กัน.

๓. พวกบาร์บิทเรทส์. เป็นที่รู้จักกันดี
แล้ว. ใช้ได้ผลดี ผลแทรกแซงน้อย.

๔. กลูเทอทิไมด์ (Glutethimide).
ใช้ได้ผลดีมาก. ออกฤทธิ์ในเวลา ๑๕-๓๐
นาที. ฤทธิ์อยู่นาน ๖-๘ ชั่วโมง. ผลแทรก

แซงน้อย, มีข้อทางการค้าว่า ดอริเดิน
(Doriden).

๕. เมธิลปรัยโลน (Methylprylone).
ข้อทางการค้าว่า โนลุดาร์ (Noludar). ใช้
ได้ผลดีเท่า ๆ กับดอริเดิน.

๖. ธาลิดอไมด์ (Thalidomide). มีข้อ
ทางการค้าว่า ดิสทาวาล (Distaval). ใช้
กันน้อยแต่มีผลอย่างได้ผลดี.

ในปัจจุบันนี้ยาสงบประสาท (ทรานควิ-
ไลเซอ์) มีมาก. ใช้ยาพวกนี้แต่เพียง
อย่างเดียวอาจไม่ได้ผลดี. ถ้าใช้ควบกับยา
นอนหลับที่กล่าวมาแล้วจะได้ผลดีขึ้น, เช่น
เมโพรยามาเมท (Meproamate) กับบาร์บิท-
เรทส์หรือกับกลูเทอทิไมด์, ฟีนโธอะซีน
กับบาร์บิทเรทส์.

การรักษาคือจะทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนทั้ง
ทางร่างกายและจิตใจ, ช่วยให้ผู้ช่วยสำรวจ
ตัวเองได้ดีขึ้น, ซึ่งจะช่วยให้การรักษาทาง
จิตได้ผลเร็วหรือดีขึ้น. ต้องไม่ลืมว่ายา
อย่างเคียวไม่ช่วยให้ผู้ป่วยหาย, แต่อาจจะ
ทำให้ผู้ป่วยคิดยาอีกด้วย.

สมพร บุขรราช พ.บ.

๓. ภาวะมีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง

อากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดเกิดจากสาเหตุหลายอย่าง, เช่น เยื่อหุ้มปอดทะลุจากวัณโรค, ภัยอันตรายของทรวงอกที่มีรูทะลุที่คั่นระหว่าง ช่องเยื่อหุ้มปอด กับภายนอก, หรือการใส่อากาศเข้าไปเพื่อการรักษา และวินิจฉัย. สำหรับภาวะอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิด เกิดเองนี้ หมายถึงภาวะอากาศ ที่วิ่งจากปอด เข้า ใน ช่อง เยื่อ หุ้มปอด เนื่องจากโรคหรือความผิดปกติของเยื่อหุ้มปอด, ซึ่งเดิมเข้าใจว่า วัณโรค เป็น ต้นเหตุ สำคัญ. Kjaergaard (1932-33) (1) รายงานผู้ช่วย ๑๑ ราย พร้อมกับ แสดงว่าโรคนี้ไม่ได้เกิดจากเชื้อวัณโรค, เพราะมักเป็นกับคนวัยหนุ่มสาว ร่างกายสมบูรณ์ และ ตรวจหาเชื้อวัณโรคได้ผลลบ. เขาเชื่อว่าโรคเกิดขึ้นจากการแตกของกระเปาะลมที่เกิดขึ้นที่เยื่อหุ้มปอดเองหรือถุงลมของ เนื้อปอด บริเวณที่อยู่ใกล้ชิดกับเยื่อหุ้มปอด. กระเปาะลมนี้ อาจเป็นความผิดปกติของเนื้อปอดและของช่องเยื่อหุ้มปอดตั้งแต่กำเนิด หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลัง, เช่นการแตกทำลายของผนังแอลวี โอลีโต รวมกัน เป็นเนื้อปอดที่

เป็ลล์ (Emphysematous bleb). (2) ภาวะที่ทำให้เป็ลล์แตก คือการเพิ่ม ความกดดันภายในทรวงอกอย่างรวดเร็ว, เช่นออกแรง, ไอหรือจาม, ทำให้เป็ลล์แตกออก. อากาศก็วิ่งเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด. ถ้ารุนแรงขึ้นก็เองจำนวนอากาศและความกดดันในช่องเยื่อหุ้มปอดจะเพิ่มไม่มาก. พวกนี้เรียกว่าอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดเกิดเอง, แบบสามัญ (Simple). ในรายที่รีบที่ไม่สนิทและทำหน้าที่ เป็น ลิ้น ปล่อยให้ อากาศ เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด และกับอากาศ ที่จะกลับเข้ามาในปอด, จำนวนลมและความกดดันในช่องเยื่อหุ้มปอดจะสูงขึ้น, จึงเรียกว่าอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดเกิดเอง, แบบมีความดัน (Tension). ประมาณ ๕๘ เปอร์เซ็นต์ของผู้ช่วยที่มีอาการเจ็บปวดที่ทรวงอกบริเวณที่มอากาศรั่วออกมา. อาการหอบเหนื่อยเพียง ๕๘ เปอร์เซ็นต์. สำหรับอาการแสดงนั้นจะตรวจพบก็ต่อเมื่อมีอากาศรั่วออกมากกว่า ๓๐๐ มิลลิลิตร โดย พบว่า การเคลื่อนไหวของทรวงอกข้างที่มอากาศรั่วลดลง, คล้าช่องระหว่างกระดูกซี่โครงได้กว้าง

และตั้งกว่าปรกติ, เคาะโปร่ง, และเสียงหายใจเบาลง. การตรวจทางรังสีมีประโยชน์มากในการสนับสนุนการวินิจฉัย, และช่วยบอกขนาดของปอดที่แฟบลง. สำหรับการวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญมีเสมหะสีน้ำตาลสลับขนาดใหญ่, ซ้ำสัดของปอด, โพรงวัณโรคของปอด, และไฮอะตัสเซอร์เนีย.

ในรายที่อากาศรั่วออกมาไม่มากและเป็นชนิดสามัญ, การรักษาโดยให้พักผ่อนและงดการออกกำลังกายในระยะ ๑-๒ สัปดาห์ก็เพียงพอ. ในรายที่ปอดแฟบไปหมดทั้งข้าง, หรือเป็นชนิดที่มีความดัน, ควรรักษาโดยดูดเอาอากาศออก. Aust (3) ได้แสดงผลของการรักษาโดยดูดเอาอากาศออกทันทีว่าสามารถทำให้ปอดยุบได้เร็วขยับภายใน ๒ วัน, แต่ถ้าให้การรักษาโดยการพักผ่อน, ก็ว่าปอดจะยุบเต็มที่คงกินเวลาถึง ๑-๒ เดือน. การดูดเอาอากาศออกทำได้โดยใช้เข็มเจาะที่บริเวณช่อง

กระดูกซี่โครงที่สองทางด้านหน้า, หรือใช้เข็มใหญ่เจาะนำเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดก่อน, แล้วสอดหลอดโพลีเอทิลีนเข้าไปแทน. แพทย์บางคนนิยมใช้หลอดยางที่มีขนาดใหญ่ใส่เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด, เพราะทำการดูดอากาศได้สะดวกและรวดเร็ว. หลอดยางนั้นมักทิ้งไว้ภายหลังปอดยุบเต็มที่และไม่มีอากาศรั่วออกมาอีกเป็นเวลาประมาณ ๒๔-๔๘ ชั่วโมง. สำหรับรายที่เกิดอากาศรั่วออกมาอีกเป็นซ้ำเกินสองครั้ง, ควรพิจารณาการรักษาทางศัลยกรรม, ผ่าตัดคลอกเอาเยื่อหุ้มปอดชั้นนอกออกเสีย.

เอกสาร :

(1) Kjaegaard, H.: Pneumothorax simplex, Acta. Med. Scandinav. 1933, 80: 93. (2) Hamman, L. : Spontaneous interstitial emphysema of the lngs, Trans. Ass. Am. Physicians, 1937, 53: 311. (3) Aust, J.B. : Spontaneous Pneumothorax, Post. Grad. Med. 1961, 29: 368.

ประพาฬ ขงใจยุทธ พ.บ.

๔. ใบื้ออพิชัยปอดในโรคซาร์คอยโดซิส

การศึกษาระดับเนอโใบื้ออพิชัยจากปอดที่ ร.พ.บรมทัน, กรุงลอนดอน, ระหว่างมกราคม ๑๙๕๒ ถึงพฤศจิกายน ๑๙๕๔, ช่วยให้วินิจฉัยโรคซาร์คอยโดซิส ๑๖ ราย. การตัดชิ้นเนอโใบื้ออพิชัยที่ตรวจออกเป็นช่องเล็ก ๆ ผ่านเข้าทางช่องซี่โครงที่ ๔, แล้วตัดเอาเนอโใบื้ออพิชัยบริเวณชายกลีบขนหรือกลาง. การบีบช่องอกหลังผ่าตัดไม่ใส่สายยางคาไว้. ผู้ป่วยทุกรายทนการผ่าตัดได้ดีและไม่ปรากฏผลร้ายแทรกซ้อน. ชิ้นเนอโใบื้ออพิชัยที่ตัดออกไปตรวจทางจุลพยาธิวิทยาและวิทยาเซลล์, สัมพันธ์ไปกับการศึกษาทางคลินิกและทางรังสีวิทยา. ผลการศึกษาปรากฏดังต่อไปนี้ :

ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยเป็นหญิง ๕ ราย, อายุระหว่าง ๒๑ ปี ถึง ๖๓ ปี, ชาย ๗ ราย, อายุระหว่าง ๒๔ ถึง ๔๒ ปี. อาการแฉ่งและอาการแสดง พบตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงมีอาการรุนแรงคล้ายกับวัณโรคระยะปอดอักเสบเฉ็ง. อาการทั่วไปที่พบคือ ไอ, หายใจมีเสียงหวัดหรือ, หายใจลำบาก, และน้ำหนักตัวลด. ผู้ป่วย ๒ รายแสดงภาวะมีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง, ๑ รายมีของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด, ๒ ราย

ให้ประวัติอธิบายมาโนโทซุม, ๑ รายมีการกระจายของพยาธิสภาพกว้างขวาง พร้อมที่มีค้ำและม้ามโต. ผลทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินทางผิวหนังให้ผลบวกต่ออายุ ๑๐ หน่วยทูเบอร์คูลินหนึ่งราย, ต่อ ๑๐๐ น.ท. สามราย, ที่เหลือให้ผลลบต่อ ๑๐๐ น.ท.

ภาพรังสีของปอด พบลักษณะแตกต่างกันออกไปได้มากมายทั้งในชนิดและความรุนแรงของเงาพยาธิ. สองรายพบเพียงเงาของเม็คนาเหลืองทงขวปอดทงสองข้างโตชน. รายที่เหลือทงหมดแสดงเงาพยาธิในเนอโใบื้ออพิชัย, ซึ่งบางรายก็รวมกับเงาเม็คนาเหลืองทงขวปอดโตชนด้วย. เงาที่พบในบริเวณเนอโใบื้ออพิชัยพบย่อยเป็นเงาขนาด ๑-๕ มม. หลายๆ อัน, แต่มักจะเข้ามารวมเป็นกลุ่มมีขอบปยุ. ชนิดที่เป็นเงาขนาดใหญ่คล้ายเงาปอดอักเสบเฉ็งพบ ๓ ราย, ๒ รายแสดงเงาของอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด, ๑ รายมีเงาของเหลวอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด. การตรวจหลอดลมโดยใส่สารทงรังสีพบลักษณะหลอดลมตีบคอดหลายแห่งใน ๑ ราย.

ระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติทางรังสีเท่าที่ทำได้จากการศึกษาติดตามมี

กึ่ง : ๒ ปรากฏว่ารังสีกลีบคนส์ปรกติใน ๖ เดือน, อีก ๒ ปรากฏภายหลัง ๑ ปี ๒ ปรากฏภายหลัง ๒ ปี, และ ๑ ปรากฏภายหลัง ๔ ปี ผู้ป่วยที่เหลือยังคงแสดงเงาพยาธิอยู่ภายหลัง ๑, ๒, ๒, ๒, ๔, ๔, ๖, ๗, และ ๗ ปี, ตามลำดับ.

ลักษณะพยาธิตาเปล่า : ในผู้ป่วย ๒ ราย, ซึ่งแสดงเพียงเงาพยาธิทางรังสีทรวงปอด, ไม่พบการผิดปกติในเนื้อปอดจากการตรวจเนื้อ ปอดระหว่าง ผ่าตัดตรวจเนื้อ. รายอื่น ๆ แสดงพยาธิสภาพในปอดทุกราย. พบตั้งแต่เป็นเม็ดสีเทาหรือเหลืองอ่อนขนาดหัวเข็มหมุดถึงขนาดเม็ดถั่ว. ในรายที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ๑ รายพบกระเปาะลมขนาดเล็กลง ๆ หลายกระเปาะบนผิวของปอด.

จุลพยาธิ : การตรวจชิ้นเนื้อจากปอดทุกราย พบลักษณะ ตามแบบฉบับของเนื้อซาร์คอยด์, ยกเว้นในรายเดียวของพวกมีเม็ดน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโต, ตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติในเนื้อปอด. การตรวจเม็ดน้ำเหลือง ที่ ขั้ว ปอด พบ ลักษณะ เนื้อตาย คล้ายเคซึเอชัน จากการรย์อมด้วยสียมาทอกซ์ยาลินอโอซิน. แต่การรย์อมวิธีพิเศษยังคงพบเรติคูลินกระจายทั่วไปในบริเวณเนื้อตาย, จึงทำให้แยกเคซึเอชันออกไปได้. การตรวจ

ด้วยวิธี จลทัศน์เรืองแสง ไม่พบเชื้อวัณโรค สักรายเดียว.

การศึกษาทางวิทยาแบคทีเรีย การเพาะเชื้อวัณโรค จาก ชิ้นเนื้อ ปอดของผู้ป่วย ๗ ราย. ได้นำไปฉีดเข้าหุนตะเภา ๓ ราย. มีอยู่ ๑ รายที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคชนิดมนุษย์. ผู้ป่วยรายเดียวกนั้นตรวจพบเชื้อวัณโรคจากของเหลว ที่ คัด จาก กระเพาะ อาหาร ด้วย. เชื้อวัณโรคที่แยกได้ไม่ทำให้เกิดวัณโรคกลดามในหุนตะเภา แต่เจริญอยู่เพียงที่เม็ดน้ำเหลืองขาหุนเท่านั้น. การตรวจเสมหะผู้ป่วย อีก หนึ่ง ราย พบเชื้อวัณโรคเมื่อ ๔ ปี หลังจากทำการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ.

สรุป : ผู้รายงานอภิปรายสรุปการศึกษาซึ่งพอจะเรียงเรียงได้เป็น ๓ ตอนด้วยกัน :

๑. การตรวจพบว่าเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยซาร์คอยด์แสดงควมรุนแรงอ่อนเมื่อฉีดเข้าหุนตะเภา, บ่งถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างซาร์คอยด์โตซิสและวัณโรค. ผู้รายงาน อ้างว่า การ ตรวจ พบ เป็น หลักฐานอันหนึ่ง ที่ สนับสนุนว่าซาร์คอยด์ โตซิสมีสาเหตุจากวัณโรค.
๒. เนื่องจากการตรวจ เนื้อตาย ชนิดแกรนูลาร์นโครสิสไม่อาจแยกจากเคซึเอชัน

ในวัณโรคได้โดยการย้อมวิธีธรรมดา, จึงมีความจำเป็นต้องใช้การย้อมด้วยวิธีพิเศษ เพื่อดูผลเงินและเรติคูลัมเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง.

๓. การศึกษาครวณชี้ให้เห็นความสำคัญของการตรวจชันเนอจากปอดและเมื่อนำเหลืองทขวปอดในการวินิจฉัยซาร์คอยด์-โคซีส. ผู้รายงานเน้นว่าการศึกษาชัน

เนอจากปอดให้ผลสำเร็จในการวินิจฉัยซาร์-คอยด์ โคซีสในรายที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เมตนาเหลืองทขวปอดมากกว่าการศึกษาชันเนอของคย.

(จาก L. Reid, LG., Orriman: Br. J. Dis. Chest 1960, 54 : 321-334)

สมชัย บวรกิตติ, พ.บ.,
D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๕. แก้มม่า โกลบูลินกับโรคตับอักเสบติดเชื้อ

เป็นที่ทราบกันว่าโรคหัดเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายในชุมชน. แต่เนื่องด้วยระยะเวลาพักตัวของโรคคนค่อนข้างนาน, จึงทำให้เราสามารถแยกคนไข้, สังเกตการณ์และให้การป้องกันแก่ผู้สัมผัสโรคนี้. สารต่อต้านสำหรับไวรัสของโรคหัดมีอยู่มากในแก้มม่า โกลบูลิน, ซึ่งเราอาจใช้ในการป้องกันโรคหัดได้. เนื่องจากความรู้ของ Stokes และพวกที่พลาเคลเพย และกลุ่มอื่นๆ ในสหรัฐอเมริกาได้ทำการค้นคว้าหาคุณค่าของแก้มม่าโกลบูลิน ในคนซึ่งอาจใช้ในการป้องกันโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากเชื้อ

ไวรัส, อาทิเช่น คางทูม, อีสุกอีใส, และโรคตับอักเสบ. สำหรับการป้องกันคางทูมและอีสุกอีใส ยังไม่ได้ผลที่แน่ชัดแต่อย่างใด. แต่สำหรับโรคตับอักเสบมีผลเป็นที่น่าสนใจ.

ในปี ๑๙๔๔ สโตคส์และนีฟ (Neefe) ได้ใช้แก้มม่า โกลบูลิน ขนาด ๐.๑๕ ล. ชม. ต่อหน้าหนักตัว ๑ ปอนด์ ให้แก่เด็กในค่ายชุมชน, และขนาด ๑๐ ล.ชม. แก่ผู้ที่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคตับอักเสบ. ในปี ๑๙๔๕ ฮาเรนส์ (Harens) และพอล (Paul) ได้ใช้แก้มม่า โกลบูลิน ขนาด

ในวัณโรคได้โดยการย้อมวิธีธรรมดา, จึงมีความจำเป็นต้องใช้การย้อมด้วยวิธีพิเศษ เพื่อดูผลเงินและเรติคูลัมเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง.

๓. การศึกษาครวณชี้ให้เห็นความสำคัญของการตรวจชันเนอจากปอดและเมื่อนำเหลืองทขวปอดในการวินิจฉัยซาร์คอยด์-โคซีส. ผู้รายงานเน้นว่าการศึกษาชัน

เนอจากปอดให้ผลสำเร็จในการวินิจฉัยซาร์-คอยด์ โคซีสในรายที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เมตนาเหลืองทขวปอดมากกว่าการศึกษาชันเนอของคย.

(จาก L. Reid, LG., Orriman: Br. J. Dis. Chest 1960, 54 : 321-334)

สมชัย บวรกิตติ, พ.บ.,
D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๕. แก้มม่า โกลบูลินกับโรคตับอักเสบชนิดซี

เป็นที่ทราบกันว่าโรคหัดเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายในชุมชน. แต่เนื่องด้วยระยะฟักตัวของโรคนาน, จึงทำให้เราสามารถแยกคนไข้, สังเกตการณ์และให้การป้องกันแก่ผู้สัมผัสโรคได้. สารต่อต้านสำหรับไวรัสของโรคหัดมีอยู่มากในแก้มม่า โกลบูลิน, ซึ่งเราอาจใช้ในการป้องกันโรคหัดได้. เนื่องจากความรู้ของ Stokes) และพวกที่พลาเคลเพย และกลุ่มอื่นๆ ในสหรัฐอเมริกาได้ทำการค้นคว้าหาคุณค่าของแก้มม่าโกลบูลิน ในคนซึ่งอาจใช้ในการป้องกันโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากเชื้อ

ไวรัส, อาทิเช่น คางทูม, อีสุกอีใส, และโรคตับอักเสบ. สำหรับการป้องกันคางทูมและอีสุกอีใส ยังไม่ได้ผลที่แน่ชัดแต่อย่างใด. แต่สำหรับโรคตับอักเสบมีผลเป็นที่น่าสนใจ.

ในปี ๑๙๔๔ สโตคส์และเนฟ (Neefe) ได้ใช้แก้มม่า โกลบูลิน ขนาด ๐.๑๕ ล. ชม. ต่อหน้าหนักตัว ๑ ปอนด์ ให้แก่เด็กในค่ายชุมชน, และขนาด ๑๐ ล.ชม. แก่ผู้ที่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคตับอักเสบ. ในปี ๑๙๔๕ ฮาเรนส์ (Harens) และพอล (Paul) ได้ใช้แก้มม่า โกลบูลิน ขนาด

๐.๐๖ ถึง ๐๑.๒ ล.ซม. ต่อหน้าหนักตัว ๑ ปอนด์ในโรคเช่นเดียวกัน. จากการทดลอง จำนวนมากกล่าวได้ว่าแก้มม่า โกลบูลิน ใน ขนาด ๐.๐๑ ล.ซม. ต่อหน้าหนักตัว ๑ ปอนด์ สามารถจะลดความรุนแรงของโรคตับอักเสบได้.

ในปี ๑๙๕๔ แอชเลย์ Ashley เซียะ (Hsia) และพวกพวว่าแก้มม่า โกลบูลิน สามารถลดอัตราโรคกลับได้มาก. หากใช้แก้มม่า โกลบูลินซึ่งแยกได้มาโดยวิธีการของแม็คเคย์ (Mackay) จะต้องฉีดสารนั้น ภายใน ๗ วันหลังจากได้รับเชื้อ, ในขนาด ๐.๐๕ล.ซม. ต่อหน้าหนักตัว ๑ ปอนด์จึงจะได้

ผลดี. ในชั้นต้นยังมีความเห็นไม่ลงรอยกันว่าสมควรจะใช้แก้มม่า โกลบูลินกับคนจำพวกใดบ้าง, แต่ในที่สุดก็ตกลงกันได้ว่าสมควรใช้แก่หญิง ตั้งครรภ์ และ แก่เด็กที่อ่อนแอ.

สะโตคัส และ คณะ แสดงว่า ใน สถานพยาบาลที่มีโรคตับอักเสบคิดเชื่อเป็นประจำ, การใช้แก้มม่า โกลบูลินเรื่อย ๆ อาจทำให้การปรากฏของโรคกลายเป็นแบบ “ซัปดาห์นิเคล” ได้.

(จาก Lancet 1955, 269: 279.)

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ.

๖. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๗)

- ๑๔๐๑. cuticle หนังกำพร้า, ผิว
- ๑๔๐๒. cutis หนังแท้
- ๑๔๐๓. cutis anserina อาการขนลุก
- ๑๔๐๔. cyanosis อาการเขียวคล้ำ
- ๑๔๐๕. cyanotic ชึ่งเขียวคล้ำ
- ๑๔๐๖. cycle วง, รอบ, วงรอบ, วงเวียน
- ๑๔๐๗. cycle, cardiac รอบทำงานของหัวใจ
- ๑๔๐๘. cycle, life วงชีวิต
- ๑๔๐๙. cycle, vicious วงร้าย
- ๑๔๑๐. cyclic เวียนเป็นรอบ
- ๑๔๑๑. cyesis การมีครรภ์
- ๑๔๑๒. cylinder กระบอกล, กระบอกลสูบ

- ๑๔๑๓. cylinder, measuring กระบอกตวง
- ๑๔๑๔. cylindrical lens เล้นสี่รูปกระบอกล
- ๑๔๑๕. cyst ซีสต์, ถุงน้ำ
- ๑๔๑๖. cystalgia อาการปวดกระเพาะเบา
- ๑๔๑๗. cystic เกี่ยวกับถุงน้ำ, เกี่ยวกับกระเพาะเบา
- ๑๔๑๘. cystitis กระเพาะเบาอักเสบ
- ๑๔๑๙. cytolysis การละลายเซลล์
- ๑๔๒๐. cystoscope กล้องตรวจกระเพาะเบา
- ๑๔๒๑. cystoscopy การใช้กล้องตรวจกระเพาะเบา
- ๑๔๒๒. cystotome มีดเจาะกระเพาะเบา
- ๑๔๒๓. cystostomy การใส่หลอดเข้ากระเพาะเบา
- ๑๔๒๔. cystotomy การผ่ากระเพาะเบา

๐.๐๖ ถึง ๐.๑๒ ล.ซม. ต่อหน้าหนักตัว ๑ ปอนด์ในโรคเช่นเดียวกัน. จากการทดลอง จำนวนมากกล่าวได้ว่าแก้มม่า โกลบูลิน ใน ขนาด ๐.๐๑ ล.ซม. ต่อหน้าหนักตัว ๑ ปอนด์ สามารถจะลดความรุนแรงของโรคตับอัก-เสบได้.

ในปี ๑๙๕๔ แอชเลย์ Ashley เซียะ (Hsia) และพวกพวว่าแก้มม่า โกลบูลิน สามารถลดอัตราโรคกลับได้มาก. หากใช้ แก้มม่า โกลบูลินซึ่งแยกได้มาโดยวิธีการ ของแม็คเคย์ (Mackay) จะต้องฉีดสารนี้ ภายใน ๗ วันหลังจากได้รับเชื้อ, ในขนาด ๐.๐๔ล.ซม. ต่อหน้าหนักตัว ๑ ปอนด์จึงจะได้

ผลดี. ในชั้นต้นยังมีความเห็นไม่ลงรอยกัน ว่าสมควรจะใช้แก้มม่า โกลบูลินกับคนจำ-พวกใดบ้าง, แต่ในที่สุดก็ตกลงกันได้ว่า สมควรใช้แก่หญิง ตั้ง ครรภ์ และ แก่เด็กที่ อ่อนแอ.

สะโตคัส และ คณะ แสดงว่า ใน สถาน พยาบาลที่มีโรคตับอักเสบทึกรู้เป็นประจำ, การใช้แก้มม่า โกลบูลินเรื่อย ๆ อาจทำให้ การปรากฏของโรคกลายเป็นแบบ “ซัซลิ-นิเคิล” ได้.

(จาก Lancet 1955, 269: 279.)

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ.

๖. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๗)

- ๑๔๐๑. cuticle หนังกำพร้า, ผิว
- ๑๔๐๒. cutis หนังแท้
- ๑๔๐๓. cutis anserina อาการขนลุก
- ๑๔๐๔. cyanosis อาการเขียวคล้ำ
- ๑๔๐๕. cyanotic ชึ่งเขียวคล้ำ
- ๑๔๐๖. cycle วง, รอบ, วงรอบ, วงเวียน
- ๑๔๐๗. cycle, cardiac รอบทำงานของหัวใจ
- ๑๔๐๘. cycle, life วงชีวิต
- ๑๔๐๙. cycle, vicious วงร้าย
- ๑๔๑๐. cyclic เวียนเป็นรอบ
- ๑๔๑๑. cyesis การมีครรภ์
- ๑๔๑๒. cylinder กระบอกล, กระบอกลสูบ

- ๑๔๑๓. cylinder, measuring กระบอกตวง
- ๑๔๑๔. cylindrical lens เล้นสี่รูปกระบอกล
- ๑๔๑๕. cyst ซีสต์, ถุงน้ำ
- ๑๔๑๖. cystalgia อาการปวดกระเพาะเบ
- ๑๔๑๗. cystic เกี่ยวกับถุงน้ำ, เกี่ยวกับกระเพาะเบ
- ๑๔๑๘. cystitis กระเพาะเบอักเสบ
- ๑๔๑๙. cytolysis การละลายเซลล์
- ๑๔๒๐. cystoscope กล้องตรวจกระเพาะเบ
- ๑๔๒๑. cystoscopy การใช้กล้องตรวจกระเพาะเบ
- ๑๔๒๒. cystotome มีดเจาะกระเพาะเบ
- ๑๔๒๓. cystostomy การใส่หลอดเข้ากระเพาะเบ
- ๑๔๒๔. cystotomy การผ่ากระเพาะเบ

๑๔๒๕. dacryadenalgia อาการปวดต่อมน้ำตา
 ๑๔๒๖. dacryocele ถุงน้ำในต่อมน้ำตา
 ๑๔๒๗. dacryocyst ถุงน้ำตา
 ๑๔๒๘. dacryocystalgia อาการปวดถุงน้ำตา
 ๑๔๒๙. dacryocystitis ถุงน้ำตาอักเสบ
 ๑๔๓๐. daft บ้าบอ
 ๑๔๓๑. dandruff ขี้รังแค
 ๑๔๓๒. dark adaptation การปรับสายตากับ
 ความมืด
 ๑๔๓๓. data รายการผล
 ๑๔๓๔. deaf-mutism อาการใบ้หนวก
 ๑๔๓๕. deafness อาการหูหนวก
 ๑๔๓๖. debility ความอ่อนเพลีย, อหการอ่อนเพลีย
 ๑๔๓๗. debris ซึ้นเศษ
 ๑๔๓๘. decade รอบสิบปี
 ๑๔๓๙. decalcification การละลายหินปูน
 ๑๔๔๐. decantation การรินน้ำออกจากกา
 ๑๔๔๑. decapitate ตัดหัว
 ๑๔๔๒. decapitation การตัดหัว
 ๑๔๔๓. decay ฝุ, เบอຍเน่า
 ๑๔๔๔. decerebration การทำลายสมองใหญ่, การ
 ตัดสมอง
 ๑๔๔๕. decline เสื่อม, เบนลง, ลดลง
 ๑๔๔๖. decoction ยาต้ม
 ๑๔๔๗. decollation การตัดคอ
 ๑๔๔๘. decollator เครื่องตัดคอ
 ๑๔๔๙. decolorise ล้างสี
 ๑๔๕๐. decompensation, cardiac อาการหัวใจ
 เป็ลี่ย
 ๑๔๕๑. decompose สลาย, เน่า
 ๑๔๕๒. decomposition การเน่าเบอຍ
 ๑๔๕๓. decompression การเปล็องความกดคััน
 ๑๔๕๔. decrement ส่วนลดลง
 ๑๔๕๕. decrepitude อาการเปล็ยเพราะชรา
 ๑๔๕๖. decubitus ทานอน
 ๑๔๕๗. decubitus ulcer แผลนอนทับ
 ๑๔๕๘. dedentition อาการฟันหลุด
 ๑๔๕๙. deep reflex รีเฟล็กซ์ลึก
 ๑๔๖๐. defecation การถ่ายอุจจาระ
 ๑๔๖๑. defect ข็อบบกพร่อง
 ๑๔๖๒. defective ข็อบบกพร่อง
 ๑๔๖๓. defibrinate แยกไฟบริน (จากเลือด)
 ๑๔๖๔. defibrinated blood เลือดแยกไฟบริน
 แล่ว
 ๑๔๖๕. deficiency ความขาดแคลน, ความพร่อง
 ๑๔๖๖. deficiency disease โรคขาดอาหาร
 ๑๔๖๗. deficient พร่อง
 ๑๔๖๘. deficit ส่วนพร่อง
 ๑๔๖๙. defined ชัดเจน
 ๑๔๗๐. definite ชัด, แน่นอน
 ๑๔๗๑. deflate แปะบลง, ทำให้แปะบ
 ๑๔๗๒. deflation การทำให้ยุบลง (โดยเอาลมออก)
 ๑๔๗๓. deflect เหว, บัดให้เห
 ๑๔๗๔. deflection การเห. การหัน
 ๑๔๗๕. defloration การทำลายเยื่อพรหมจารี
 ๑๔๗๖. deform ทำให้ผิดรูป
 ๑๔๗๗. deglutition การกลืน
 ๑๔๗๘. delay หน่วง
 ๑๔๗๙. delayed reaction ปฏิกริยาล่า
 ๑๔๘๐. delayed tetanus เตะตะนั้ล่า
 ๑๔๘๑. deleterious ซึ่งให้ผลร้าย
 ๑๔๘๒. delicate ปรานีต, บอบบาง, ไหวงง่าย
 ๑๔๘๓. deliquescence การละลายโดยดูดความ
 ชึ้น
 ๑๔๘๔. delirium อาการเพ้อคลั่ง
 ๑๔๘๕. deliver นำส่ง, คลอด, เอาออก
 ๑๔๘๖. delivery การส่ง, การคลอด, การเอาออก
 ๑๔๘๗. demarcate แยกเขต, แยกส่วน
 ๑๔๘๘. demarkation potential ศักย์ (ไฟฟ้า)
 โดยสลาย
 ๑๔๘๙. demonstrate แสดง, ทำให้ดู
 ๑๔๙๐. demulcent ยาบรรเทาระคาย
 ๑๔๙๑. denarcotize ตอนพิษยานอนหลับ
 ๑๔๙๒. dental แห่งฟัน, เกี่ยวกับฟัน
 ๑๔๙๓. dental arch ส่วนโค้งแนวฟัน
 ๑๔๙๔. dental pulp เนื้อในโพรงฟัน
 ๑๔๙๕. dentate รูปฟันเลื่อย, มีฟัน, หยัก
 ๑๔๙๖. dentification การเกิดเนื้อฟัน

๑๔๘๗. dentifrice ยาสีฟัน
 ๑๔๘๘. dentin เนื้อฟัน
 ๑๔๘๙. dentistry ทันตแพทยศาสตร์
 ๑๕๐๐. dentition การโผล่ของฟัน
 ๑๕๐๑. dentoid คล้ายฟัน
 ๑๕๐๒. denudation การเปลือย, การลอกเปิด
 ๑๕๐๓. deodorant สิ่งดับกลิ่น
 ๑๕๐๔. deodorize ดับกลิ่น
 ๑๕๐๕. deodorizer สิ่งดับกลิ่น
 ๑๕๐๖. depilate ถอนขน, ถอนผม
 ๑๕๐๗. depilation การถอนขน, การถอนผม
 ๑๕๐๘. depilatory ขาถอนขน
 ๑๕๐๙. depilous ซึ่งไม่มีขน
 ๑๕๑๐. deplete ทำให้ร่อยหรือ
 ๑๕๑๑. depletion การร่อยหรือ, การหมดไป
 ๑๕๑๒. depravation การเสื่อมถอย
 ๑๕๑๓. depraved เสื่อมทราม, หรุสโทรม
 ๑๕๑๔. depress กด, กดลง
 ๑๕๑๕. depressant สิ่งกด. ขากด (หน้าที่)
 ๑๕๑๖. depressed ถูกกด, หดหู่
 ๑๕๑๗. depression รอยหว่า, รอยเว้า, แอ่ง,
 การกด, ภาวะหดหู่,
 ๑๕๑๘. depressive action ฤทธิ์กด
 ๑๕๑๙. depth ความลึก
 ๑๕๒๐. derangement การคลาดเคลื่อน, วิกฤตจิต
 ๑๕๒๑. Derbyshire neck โรคคอพอก
 ๑๕๒๒. derivative อนุพันธ์, สิ่งสืบทอด
 ๑๕๒๓. dermal เกี่ยวกับผิวหนัง
 ๑๕๒๔. dermatitis ผิวหนังอักเสบ
 ๑๕๒๕. dermatitis exfoliativa ผิวหนังอักเสบ
 ลอกหลุด
 ๑๕๒๖. dermatography เดอร์มาโทกราฟี
 ๑๕๒๗. dermatologist แพทย์โรคผิวหนัง
 ๑๕๒๘. dermatology ตะโจวิทยา
 ๑๕๒๙. dermis หนังแท้
 ๑๕๓๐. descending colon ลำไส้ใหญ่ส่วนลง,
 โคโลนส่วนลง
 ๑๕๓๑. desiccant ตัวทำแห้ง
 ๑๕๓๒. desiccate ทำให้แห้ง
 ๑๕๓๓. desiccation การทำแห้ง
 ๑๕๓๔. desiccator เครื่องทำแห้ง
 ๑๕๓๕. design ออกแบบ, วางแผน, (น) แผนแบบ
 ๑๕๓๖. designate ทำเครื่องหมาย, บ่ง
 ๑๕๓๗. designation การกำหนดหมาย
 ๑๕๓๘. detail รายละเอียด
 ๑๕๓๙. detect สืบ, จับเค้า
 ๑๕๔๐. detectable ซึ่งจับเค้าได้, พอดตรวจพบได้
 ๑๕๔๑. detection การตรวจหา, การจับเค้า
 ๑๕๔๒. detergent สิ่งฟอก, ยาฟอก
 ๑๕๔๓. deteriorate เสื่อม, เสีย
 ๑๕๔๔. determination การตกลงใจ, (เคมี) การ
 ตรวจปริมาณ
 ๑๕๔๕. determined ซึ่งใจแน่วแน่
 ๑๕๔๖. detritus เศษสลาย
 ๑๕๔๗. develop คัดขยาย, เจริญ
 ๑๕๔๘. deviate เบน, คลาด
 ๑๕๔๙. detruncation การตัดหัว
 ๑๕๕๐. deviation ความคลาดเคลื่อน
 ๑๕๕๑. deviation, standard ความคลาด
 มาตรฐาน
 ๑๕๕๒. device เครื่องมือ
 ๑๕๕๓. deviserate ควักเครื่องในออก
 ๑๕๕๔. dexterity ความคล่องแคล่ว
 ๑๕๕๕. dextrad ค่อนไปข้างขวา
 ๑๕๕๖. dextral แห่งข้างขวา
 ๑๕๕๗. dextrocardia หัวใจอยู่ขวา
 ๑๕๕๘. dextrorotatory หันขวา, ซึ่งเบนแสงไป
 ทางขวา
 ๑๕๕๙. dextrose เด็กสโตรัส
 ๑๕๖๐. diabetes อาการถ่ายบัสสาวะมาก
 ๑๕๖๑. diabetes insipidus โรคเบาจืด
 ๑๕๖๒. diabetes mellitus โรคเบาหวาน (แท้)
 ๑๕๖๓. diabetes, renal โรคเบาหวานเพื่อไต
 ๑๕๖๔. diabetic เกี่ยวกับเบาหวาน
 ๑๕๖๕. diabetic centre ศูนย์น้ำตาล
 ๑๕๖๖. diabetic coma โคมาเพื่อเบาหวาน
 ๑๕๖๗. diabetogenous ซึ่งก่อเบาหวาน
 ๑๕๖๘. diagnose วินิจฉัยโรค

๑๕๖๘. diagnosis การวินิจฉัยโรค
 ๑๕๖๙. diagnosis, differential การวินิจฉัยแยกโรค
 ๑๕๗๐. diagnosis, physical การวินิจฉัยโรคโดยตรวจร่างกาย
 ๑๕๗๑. diagnostic เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค
 ๑๕๗๒. diagram ภาพเข้าใจ, แผนภาพ
 ๑๕๗๓. dialyse ไดอะลิซิส
 ๑๕๗๔. dialysis ไดอะลิซิส
 ๑๕๗๕. diaphoresis การขับเหงื่อ
 ๑๕๗๖. diaphoretic ยาขับเหงื่อ
 ๑๕๗๗. diaphragm กะบังลม
 ๑๕๗๘. diarrhea : diarrhoea อาการท้องเดิน
 ๑๕๗๙. diastole ไดแอสโตล, ระยะหัวใจขยาย
 ๑๕๘๐. diet อาหารตามกำหนด, อาหารประจำ
 ๑๕๘๑. diet, mixed อาหารรวมประเภท
 ๑๕๘๒. diet, monotonous อาหารจำเจ
 ๑๕๘๓. dietary เกี่ยวกับการอาหาร, ระบอบจัดอาหาร
 ๑๕๘๔. dietetic เกี่ยวกับการกำหนดอาหาร
 ๑๕๘๕. dietetics วิชากำหนดอาหาร
 ๑๕๘๖. dietitian นักกำหนดอาหาร
 ๑๕๘๗. difference ความต่าง
 ๑๕๘๘. differentiate แยกชนิด, ชี้ความต่าง
 ๑๕๘๙. diffuse ซึมซ่าน, แพร่, งาม
 ๑๕๙๐. diffusion การแพร่, ดิฟฟูชั่น, การซึมซ่าน
 ๑๕๙๑. digest ย่อย, ทำให้เปื่อยย่อย
 ๑๕๙๒. digestant ยาย่อยอาหาร
 ๑๕๙๓. digestion การย่อย
 ๑๕๙๔. digestive เกี่ยวกับการย่อย
 ๑๕๙๕. digestive juice น้ำย่อย
 ๑๕๙๖. digit นิ้ว, ตัวเลข
 ๑๕๙๗. digital phalanx กระดูกนิ้ว
 ๑๕๙๘. dilatation การขยาย, การโป่งพอง
 ๑๖๐๐. dilate ขยาย, โป่งพอง

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณียบัตรและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศึรราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๔

	จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
๑.	นอก	ใหม่	๒,๓๘๒	๑,๕๗๖	๑,๓๓๓	๑,๕๕๓	๑,๖๒๕	๕๖๓	๕,๕๓๒
		เก่า	๕,๑๕๗	๒,๘๓๘	๓,๕๘๘	๒,๒๑๓	๓,๖๓๒	๕๖๕	๑๘,๘๓๓
		รวม	๗,๕๓๙	๔,๔๑๔	๕,๙๒๑	๓,๗๖๖	๕,๒๕๗	๑,๕๘๘	๒๔,๓๖๕
	ใน		๒๕๐	๔๐๔	๑,๕๖๕	๑๖๒	๓๕๕	-	๒,๗๓๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๓๐. จักษุฯ ๕๓๔. สูติ-นารีฯ ๖๑๒. รวม ๑,๖๗๖ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๘๘, หญิง ๕๓๕, รวม ๑,๑๒๓. คลอดตาย, ชาย ๘, หญิง ๑๓, รวม ๒๑.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๓๓ คน (๖.๔๘ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๗๗ ราย (๕๘.๕ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๑๗ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากญาติ ๑๓๒ ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๒๕๑ ครั้ง, รวม ๘๐๐ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๒๑๕ คน, รักษาใหม่ ๖๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๖๓ ครั้ง. รักษาใหม่เก่า ๕๒ ครั้ง. รักษาใหม่เก่า ๕๒ ครั้ง. ไดอะเทอร์มี, รักษาใหม่ ๓ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕ ครั้ง. รัดไอโซโทป, รักษาใหม่ ๕๓ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๘๐ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๒๘ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๓๕ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๑๑ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๖๗๓ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๗ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๐๕๘ ชิ้น. ตรวจเนื้อจากการผ่าตัด ๑,๗๕๖ ราย (จากภายนอก ๒๓๑ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๔๘ ราย. แอ็กคลูติเนชั่น - วัตเซอร์แมนและคานัน ๒,๒๕๑. หมู่เลือด ๑๖๕. น้บเม็ดเลือด ๓. วัดฮีโมโกลบิน - ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด - หาเชอบักเตรี - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๒, อุจจาระ ๑, ปัสสาวะ ๑๒, เสมหะและอื่นๆ - เพาะเชื้อจากเลือด ๓๖๔, อุจจาระ ๕๔, ปัสสาวะ ๕๓, น้ำไขสันหลัง ๕๘, เสมหะและอื่นๆ ๔๖๘. เพาะเชื้อวัณโรค ๔๐. น้ดัสต์วัดทดลอง ๕. เพาะเชื้อบิด ๑๕. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๓๗. การทดสอบเซ็นซิวิตี ๖. ตรวจศพนิติเวช ๓๑. ตรวจของกลาง ๕๑.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๓. เจาะน้ำสันหลัง ๒๐. เจาะตับ ๑๓. เจาะน้ำช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องปอด - อัดลมเข้าช่องท้อง ๑๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๐. น้ดยาทั่วไป ๑,๖๘๒. น้ดยาซึบฟิลิส ๕. เบาหวาน ๑,๕๓๑. คลินิกวัณโรค ๒๖๖.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๓๔. ดอนฟัน ๕๔๐. อุดฟัน ๒๘๓. ผ่าตัดช่องปาก ๖๑.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ :

๑. สำนักงาน สลากกินแบ่งรัฐบาล อนุมัติ เงิน สลากกินแบ่งรัฐบาล จำนวน ๖๓,๖๗๕.๐๐ บาท เพื่อซื้อเครื่องมือเครื่องใช้ให้แก่หน่วยโรคทางเดินอาหารแผนกอายุรศาสตร์.

๒. คณะเจ้าภาพในการบำเพ็ญกุศล และพระราชทานเพลิงศพ ท่านผู้หญิงเสงี่ยม พระเสด็จสุเรนทราธิบดี บริจาคเงิน จำนวน ๒๑,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อจัดเป็นทุนจัดหาเครื่องใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับห้องผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาล และขออุทิศส่วนกุศลให้แก่ท่านผู้หญิงเสงี่ยม พระเสด็จสุเรนทราธิบดี.

๓. นายขจิต นิลกำแหง บริจาคเงิน จำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกศัลยศาสตร์ (ทางหัวใจ) และขออุทิศส่วนกุศลให้แก่เด็กหญิงผจงจิตต์ นิลกำแหง ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อเดือนมกราคม ๒๕๐๓.

๔. น.ส. ผล กิจสิทธิ์ บริจาคเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน “นางสาวผล กิจสิทธิ์” สำหรับเก็บดอกผลไว้เป็น

เงินช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ (ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล) ที่ขาดแคลนและมีความประพฤติดี.

๕. คุณสุภัทรา สิงหลกะ มีชุน บริจาคเงินจำนวน ๗,๒๐๐.๐๐ บาทสำหรับเป็นค่าทำสำเนาของโรงพยาบาลคานธีมนแม่น้ำเจ้าพระยา.

๖. บริษัท หลุยส์ ดี. เลียว โน เวสต์ จำกัด บริจาค ตูเยน ย.อี.ซี. แยก ดี.อี. ๖๑ ขนาด ๖.๑ คิวบิกฟุต หมายเลข ๕๖๔๐๓๖ จำนวน ๑ ตู้ ราคา ๗,๐๐๐.๐๐ บาท ให้แก่หน่วยยาสลบแผนกศัลยศาสตร์.

๗. คุณหญิงภรตราชา (ขจร อิศระเสนา ณ อยุธยา) บริจาคจักร “ฟ้าฟุ้งกึ่งแซ่ก” ชนิดเข็มเดี่ยวสองลอนซีก ๑ เครื่อง, ราคา ๔,๔๕๐.๐๐ บาท, ให้แผนกกายบำบัดที่ศิริราชวิทยาลัย.

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้กำหนดให้มีการประชุมทางวิชาการประจำปีเดือนตุลาคม ๒๕๐๔ คือ :

วันศุกร์ ที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๐๔ เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายพยาธิวิทยา. เรื่องที่น่าสนใจคือ : “การศึกษาทางพยาธิวิทยา

ยาเรื่องไข้เลือดออก” น.พ. ฐิติ ภูมรประวัติ
แห่งแผนกพยาธิวิทยาเป็นผู้เสนอ.

ข่าวห้องสมุด **บริจาค (๑)** คุณนายเทศ
บุญยรัตเวช ได้บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท
ตั้งเป็น “ทุนเทศ บุญยรัตเวช” เพื่อเก็บดอก
ผลบำรุงห้องสมุดและอีก ๕,๐๐๐.๐๐ บาท
ให้ซื้อหนังสือตำรากายวิภาคศาสตร์, รวม
เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท. (๒) น.พ.
เสนอ อินทรสุขศรี ให้หนังสือ “พจนานุกรม
ฉบับของแพรวพิทยา” จำนวน ๑ เล่ม. (๓) น.พ.
ศิริเอก พงษ์พิพัฒน์ แห่ง แผนก กุมารเวช-
ศาสตร์ ได้มอบวิทยานิพนธ์เรื่อง *Unter-
suchungen über eine gesetzmässige
Tageschwankung des Serumkupferspie-
gels im kindlichen Organismus (1956)*
พร้อมทั้งรูปพรรณตวของ *Tagesrhythmus im
Spiegel des Serumkupfers beim Kinde*
ซึ่งตีพิมพ์ลงในวารสารชื่อ *Klinische
Wochenschrift 35, Jahrgang, 1957.*

นิทรรศการอายุรศาสตร์ แผนกอายุร-
ศาสตร์ ได้เปิดห้อง “นิทรรศการ อายุร-
ศาสตร์” ขึ้นที่ตึกอักษฎางค์ ๓ (ห้องระหว่าง
หมายเลขที่ ๖ และห้องตรวจเอ็นโดส-
โคป) เริ่มแต่วันพฤหัสบดี ที่ ๕ ตุลาคม
๒๕๐๔ เป็นต้นไป. มีเรื่องที่น่าสนใจคือ:

(๑) โรคความดันเลือดสูง. (๒) สถิติมี-
แรงของตับ. (๓) ยาสงบประสาท. ทาง
แผนกยินดีต้อนรับอาจารย์และนักศึกษาผู้
สนใจทุกท่าน.

สัมมนาเรื่องโรคริดสีดวงตา แผนกจักษุ
วิทยา ร่วมมือของคณาจารย์โลก ได้
เปิดการอบรมและสัมมนาเรื่องโรคริดสีดวงตา
ระหว่างวันที่ ๒ ถึง ๖ ตุลาคม ๒๕๐๔, โดย
มีวิทยแพทย์จากอินโดนีเซีย ๒ นายมาร่วม
สัมมนาด้วย. สถานที่ที่ใช้ในการสัมมนาครั้งนี้
คือห้องประชุมของแผนกพยาธิวิทยา. เมื่อ
สิ้นสุดการสัมมนาแล้วได้ใช้เวลา ๒ สัปดาห์
ที่จังหวัดนครราชสีมาเพื่อทำการศึกษาและ
การแสดงในที่อื่น, และในโอกาสเดียว
กันนายแพทย์สำราญ วิงศ์พำ, อาจารย์
ประจำแผนก, ได้ร่วมเดินทางไปด้วยโดย
ฐานะเป็นที่ปรึกษาทางจักษุวิทยาขององค์
การอนามัยโลก.

เกียรตินิยม ศาสตราจารย์ น.พ. สด
แสงวิเชียร, หัวหน้าแผนกวิชากายวิภาค
ศาสตร์, ได้รับเกียรติเป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์
แห่งวิทยาลัย ศัลยแพทย์นานาชาติเมื่อวันที่
๖ ตุลาคม ๒๕๐๔. ในโอกาสที่ท่าน
ได้รายงานเรื่อง “ผลการพิมพ์ของกระดูก

ต้นขาในคนไทยต่อที่ประจุมันนทวย.

ศาสตราจารย์ใหม่ ได้มีพระบรมราช-
โองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งนายแพทย์ วิจารณ์
สุวรรณสุทธิ อาจารย์แห่งแผนกรังสีวิทยา
และนายแพทย์ถิณี จงเจริญ อาจารย์แห่ง
แผนกสรีรวิทยา เป็นศาสตราจารย์ข้าราชการ-
การพลเรือนสามัญชั้นพิเศษ, ตั้งแต่วันที่ ๓๑
สิงหาคม ๒๕๐๔ เป็นต้นไป.

งานฉลองรับปีใหม่ คณะกรรมการประจำ
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้
กำหนดงานฉลองส่งท้ายปีเก่าและรับปีใหม่
๒๕๐๔-๒๕๐๕ ในวันศุกร์ที่ ๒๕ ธันวาคม
๒๕๐๔. ทั้งนี้ โดยมอบให้แผนกรังสีวิทยา
เป็นผู้ดำเนินงาน ด้วยความร่วมมือของ
แผนกต่าง ๆ.

อาคันตุกะ ได้มีแขกผู้มีเกียรติเข้าเยือน
คณะ คือ: (๑) ศาสตราจารย์ ฮาร์ทวิก
ทเลนเบค, หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์,
วิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่งฟลาเคิล เพย,
พร้อมด้วยภรรยาซึ่งเดินทางกลับจากปฏิบัติ
งาน ณ ประเทศญี่ปุ่น, ได้แวะเยี่ยมชมกิจ
การของแผนกกายวิภาคศาสตร์ เมื่อปลายวัน
จันทร์ที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๐๔. (๒) ดร.

จอห์น คิมบลิว อีแวนส์, ผู้เชี่ยวชาญทาง
พิพิธภัณฑ์จากออสเตรเลีย, ซึ่งองค์การ
ยูเนสโก ส่งมาช่วยรัฐบาลไทยในการจัดตั้ง
พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติสาขาวิทยาศาสตร์
และธรรมชาติวิทยา, ได้แวะเยี่ยมชมกิจ
การของแผนกกายวิภาคศาสตร์เมื่อวันที่ ๑๘
ตุลาคม ๒๕๐๔.

กลับเข้าประจำหน้าที่ (๑) ศาสตราจารย์
น.พ. อวย เกตสิงห์, หัวหน้าแผนกวิชาสรีร-
วิทยา, ซึ่งเดินทางไปประชุมและงาน
ในยุโรป, ได้กลับเข้าประจำหน้าที่แล้ว
เมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๐๔. (๒) น.พ.
สุนทร ตัญจนันท์, อาจารย์ประจำแผนก
วิชาอายุรศาสตร์, เดินทางกลับจากการ
ศึกษาวิชาเมตริกัลราติโอไบโโอลยีที่ประ-
เทคอังกฤษพร้อมด้วยปริญญา M.Sc., เข้า
ประจำหน้าที่เดิมเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม
๒๕๐๔. (๓) น.พ. เอนก เพทวาณิช, ซึ่ง
เดินทางไปศึกษาและงานในประเทศเยอรมัน
นานเป็นเวลา ๓ ปี, ได้เดินทางกลับและเข้า
ประจำตำแหน่งเดิมในแผนกจักษุวิทยา
เมื่อกกลางเดือนตุลาคม ๒๕๐๔

ย้าย น.พ. ศิษุพงศ์ ชนกำไร ได้ย้ายจาก
แผนกกายวิภาคศาสตร์ไปประจำแผนกคัลย

กรรมแห่งโรงพยาบาลวชิระ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๐๔.

ไปต่างประเทศ (๑) น.พ. ประเทือง พลชาติ, แห่งแผนกพยาธิวิทยา, เดินทางไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษโดยทุนของแผนกการโคลัมโบ, เมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๐๔. (๒) ศาสตราจารย์ น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ ได้เดินทางไปเมืองชิคา, ประเทศญี่ปุ่นเพื่อสมทบขบวนการอบรม "สุขภาพและความปลอดภัยเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ" มีกำหนด ๔๐ วัน. ออกเดินทาง

เมื่อวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๐๔.

บรรดาอาจารย์ที่ไปต่างประเทศครั้งนี้ ท่านหนึ่งคือ น.พ. วิเชียร ศิลกสัมพันธ์, อาจารย์เอกประจำแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์, เป็นผู้ได้รับทุนจากสถาบันอนามัยแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา, เพื่อให้ไปทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องฮอร์โมน ณ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียมีกำหนด ๑ ปี, นับว่าเป็นนักกายวิภาคคนที่สองที่ได้รับทุนในระยะที่เข้ให้ทุนมา ๓ วัน ท่านผู้กำหนดเดินทางในวันอาทิตย์ที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๐๔.



ข่าวพยาบาล

ผู้เกษียณเข้าเยือน น.ส. ยืน ไทเลอร์, ที่ปรึกษาฝ่ายพยาบาล แห่งองค์การอนามัยโลก, ได้แวะเข้าชมกิจการของโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยเมื่อวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๐๔. ทางโรงเรียนได้ให้การต้อนรับเป็นอย่างดี. ปรากฏว่าอาคันตุกะผู้มาเยือนได้รับความพอใจมาก.

ลาออก (๑) น.ส. ทิพวรรณ สุนทรวิภาต,

พยาบาลประจำตึกจักษุฯ สอง. (๒) น.ส. ยชญรัตน์ โพธิ์ทอง, พยาบาลประจำตึกอรรถกรรวัสสุนทร, ลาออกเพื่อไปประกอบอาชีพส่วนตัวตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๐๔

สมรส น.ส. ศรีสรรพ์ รัตนมาลัย, พยาบาลปริญญาประจำแผนกกุมารเวชศาสตร์, ได้เข้าพิธีสมรสกับนายสุภา วัฒนนะ เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๐๔

กรรมแห่งโรงพยาบาลวชิระ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๐๔.

ไปต่างประเทศ (๑) น.พ. ประเทือง พลชาติ, แห่งแผนกพยาธิวิทยา, เดินทางไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษโดยทุนของแผนกการโคลัมโบ, เมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๐๔. (๒) ศาสตราจารย์ น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ ได้เดินทางไปเมืองชิคา, ประเทศญี่ปุ่นเพื่อสมทบขบวนการอบรม "สุขภาพและความปลอดภัยเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ" มีกำหนด ๔๐ วัน. ออกเดินทาง

เมื่อวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๐๔.

บรรดาอาจารย์ที่ไปต่างประเทศครั้งนี้ ท่านหนึ่งคือ น.พ. วิเชียร ศิลกสัมพันธ์, อาจารย์เอกประจำแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์, เป็นผู้ได้รับทุนจากสถาบันอนามัยแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา, เพื่อให้ไปทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องฮอร์โมน ณ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียมีกำหนด ๑ ปี, นับว่าเป็นนักกายวิภาคคนที่สองที่ได้รับทุนในระยะที่เข้ให้ทุนมา ๓ วัน ท่านผู้กำหนดเดินทางในวันอาทิตย์ที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๐๔.



ข่าวพยาบาล

ผู้แก้ไขระเบียบ น.ส. ยืน ไทเลอร์, ที่ปรึกษาฝ่ายพยาบาล แห่งองค์การอนามัยโลก, ได้แวะเข้าชมกิจการของโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยเมื่อวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๐๔. ทางโรงเรียนได้ให้การต้อนรับเป็นอย่างดี. ปรากฏว่าอาคันตุกะผู้มาเยือนได้รับความพอใจมาก.

ลาออก (๑) น.ส. ทิพวรรณ สุนทรวิภาต,

พยาบาลประจำตึกจักษุ ๒ สอง. (๒) น.ส. ยชญรัตน์ โพธิ์ทอง, พยาบาลประจำตึกอรรถกรวิสุนทร, ลาออกเพื่อไปประกอบอาชีพส่วนตัวตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๐๔

สมรส น.ส. ศรีสรรพ์ รัตนมาลัย, พยาบาลปริญญาประจำแผนกกุมารเวชศาสตร์, ได้เข้าพิธีสมรสกับนายสุภา วัฒนนะ เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๐๔

ไปต่างประเทศ น.ส. จุฑาภรณ์ โขมะศิริ
และ น.ส. ฉลอม จำนงค์วงศ์, พยาบาลประจำ
แผนกคัลยศาสตร์, ได้เดินทางไปศึกษา

และงาน ณ ร.พ. เวสต์ลีย์เมมอเรียล, ชิคา-
โก, สหรัฐอเมริกา. ทั้งนี้ได้ออกเดินทาง
เมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๐๔.

ข่าวศิษย์เก่า

บำรุงห้องสมุด เวชบัณฑิตรุ่น ๖๖ (พ.ศ.
๒๕๐๓-๔) และร้านค้า ส.พ.ศ. ๒๕๐๓-๔
ได้ร่วมกันบริจาคเงินให้ห้องสมุดกลางเป็น
จำนวน ๓,๒๕๐.๐๐ บาท โดยมีจุดประสงค์
ให้ทำตู้บรรจุเครื่องมือ, หนังสือของสมเด็จพระ
พระราชบิดา ฯ และชั้นวางหนังสือในห้อง
สมุด.

ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ มีพระบรม
ราชโองการโปรดเกล้า ฯ ให้แพทย์หญิง
จินตภา สายัณห์วิกลิต, ดำรงตำแหน่ง
ศาสตราจารย์ และหัวหน้าแผนกวิชาการบริ
หารงานสาธารณสุขและมารดาทารกสัง-
เคราะห์, คณะสาธารณสุขศาสตร์.

หนังสือ “รวมขบเรียงความทัศนะที่ ๑ แต่งประกวดเนื่องในวันมหิดล”
พร้อมทั้งพระประวัติของสมเด็จพระราชบิดา ได้พิมพ์เสร็จแล้ว เป็นหนังสือขนาด ๘
หน้ายก หน้า ๑๖๒ หน้า ตอนพระประวัติได้พิมพ์ด้วยกระดาษอาร์ตอย่างดี มีภาพ
ประกอบ ๓๓ ภาพ ขายด้วยราคาเกือบเท่าทุน เพราะต้องการให้หนังสือแพร่หลาย
ผู้ต้องการโปรดส่งเงินจำนวน ๑๐ บาท พร้อมทั้งค่าส่ง ๒ บาท ที่ผู้รวบรวม
รวมคือ นายแพทย์สด แสงวิเชียร แผนกกายวิภาคศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
ธนบุรี.

ไปต่างประเทศ น.ส. จุฑาภรณ์ โขมะศิริ
และ น.ส. ฉลอม จำนงค์วงศ์, พยาบาลประจำ
แผนกคัลยศาสตร์, ได้เดินทางไปศึกษา

และงาน ณ ร.พ. เวสต์ลีย์เมมอเรียล, ชิคา-
โก, สหรัฐอเมริกา. ทั้งนี้ได้ออกเดินทาง
เมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๐๔.

ข่าวศิษย์เก่า

บำรุงห้องสมุด เวชบัณฑิตรุ่น ๖๖ (พ.ศ.
๒๕๐๓-๔) และร้านค้า ส.พ.ศ. ๒๕๐๓-๔
ได้ร่วมกันบริจาคเงินให้ห้องสมุดกลางเป็น
จำนวน ๓,๒๕๐.๐๐ บาท โดยมีจุดประสงค์
ให้ทำตู้บรรจุเครื่องมือ, หนังสือของสมเด็จพระ
พระราชบิดา ฯ และชั้นวางหนังสือในห้อง
สมุด.

ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ มีพระบรม
ราชโองการโปรดเกล้า ฯ ให้แพทย์หญิง
จินดาภา สายัณห์วิกลิต, ดำรงตำแหน่ง
ศาสตราจารย์ และหัวหน้าแผนกวิชาการบริ
หารงานสาธารณสุขและมารดาทางรัง-
เคราะห์, คณะสาธารณสุขศาสตร์.

หนังสือ “รวมขบเรียงความทัศนะที่ ๑ แต่งประกวดเนื่องในวันมหิดล”
พร้อมทั้งพระประวัติของสมเด็จพระราชบิดา ได้พิมพ์เสร็จแล้ว เป็นหนังสือขนาด ๘
หน้ายก หน้า ๑๖๒ หน้า ตอนพระประวัติได้พิมพ์ด้วยกระดาษอาร์ตอย่างดี มีภาพ
ประกอบ ๓๓ ภาพ ขายด้วยราคาเกือบเท่าทุน เพราะต้องการให้หนังสือแพร่หลาย
ผู้ต้องการโปรดส่งเงินจำนวน ๑๐ บาท พร้อมทั้งค่าส่ง ๒ บาท ที่ผู้รวบรวม
รวมคือ นายแพทย์สุต แสงวิเชียร แผนกกายวิภาคศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
ธนบุรี.