



สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนันต์คณะกรรมาการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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



ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๑๐

Volume 19, Number 1, January 1967.

มะเร็งองคชาติ

โชติ พานิชกุล พ.บ.

(หน่วยศัลยศาสตร์ระบบสืบสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม ไปชะกฤษณะ)

ในปัจจุบันมะเร็งขององคชาติ เป็นโรคที่พบได้มากในเอเชียและแอฟริกา ซึ่งประชาชนส่วนมากยังไม่นิยมทำการตัดหุ้มหุ้มปลายในเด็กแรกเกิด. จากสถิติของต่างประเทศ เช่นอเมริกา, โรคนั้นมีเพียง ๑ ปช. ของโรคมะเร็งทั้งหมดในชาย. ส่วนในเวียดนามมี ๑๕.๖ ปช. และแอฟริกาตะวันออกมีประมาณ ๗ ปช. สำหรับในประเทศไทยยังไม่ทราบตัวเลขที่แท้จริง. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในร.พ. ศิริราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๓ ถึง ๒๕๐๗ มีโรคมะเร็งองคชาติทั้งหมด

เรื่องย่อ พานิชกุล, โชติ: มะเร็งองคชาติ. สารศิริราช ๒๕๑๐ (ค.ศ. ๑๙๖๗), ๑๕ : ๑-๖. รายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งองคชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๓-๒๕๐๗ จำนวน ๘๕ ราย, อายุต่ำสุด ๒๓ ปี, สูงสุด ๗๘ ปี. มีรายละเอียดดังต่อไปนี้: ตำแหน่งแผลมะเร็ง, หัวองคชาติ และหุ้มหุ้มปลาย ๘๒.๓ ปช., ลามไปถึงครึ่งปลายองคชาติ ๑๑.๘ ปช., ลามไปถึงโคนองคชาติ ๕.๘ ปช. มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ ๑๗ ปช. ให้การรักษาด้วยการผ่าตัดถอนราก ๘๑ คน, ตัดองคชาติและอวัยวะ ๒ คน และเอ็กซเรย์ลึก ๑ คน. อีก ๑ รายไม่ยอมรับการผ่าตัด.

๘๕ ราย.

อายุ อยู่ระหว่าง ๒๓ ถึง ๗๘ ปี. แบ่งเป็นช่วงดังต่อไปนี้:

๒๑-๓๐ ปี	๕ คน	(๑๐.๕ ปช.)
๓๑-๔๐ ปี	๒๖ คน	(๓๐.๕ ปช.)
๔๑-๕๐ ปี	๑๘ คน	(๒๑.๓ ปช.)
๕๑-๖๐ ปี	๑๘ คน	(๒๑.๓ ปช.)
๖๑-๗๐ ปี	๑๐ คน	(๑๑.๖ ปช.)
๗๑-๘๐ ปี	๕ คน	(๕.๘ ปช.)

ตำแหน่งที่เป็น

เป็นที่หัวและหนังหุ้มปลาย ๗๐ คน
(๘๒.๓ ปช.)

เป็นลามถึงครึ่งปลายขององคชาติ
๑๐ คน (๑๑.๘ ปช.)

เป็นลามถึงครึ่งโคนขององคชาติ
๕ คน (๕.๕ ปช.)

ตามรายการเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วย
เห็นได้ว่าช่วงอายุที่เป็นมากที่สุดคือ ๓๑-
๔๐ ปี, ซึ่งมีถึง ๒๖ คน (๓๐.๕ ปช.),
ผิดปกติสถิติของเมือง ยแแกนดา ในแอฟริกา
ตะวันออกซึ่งพบว่าอายุที่เป็นมากที่สุดคือ
๕๕-๖๕ ปี (มี ๒๒.๔ ปช.). การที่ช่วง
อายุที่เป็นมากแตกต่างกันมากเช่นนี้ อาจ
เป็นเพราะการบังเอิญที่ผู้ป่วยที่มาติดต่อ
รับการรักษาที่ ร.พ. ศิริราช เป็นคนหนุ่ม,
ส่วนคนอายุสูง ๆ อาจไปติดต่อมากที่โรง
พยาบาลอื่น, หรืออาจเป็นเพราะว่าโรคนี

เกิดมากในคนไทยที่มีอายุในช่วงนี้ก็เป็น
ได้. ตัวเลขจะมีความหมายมากขนาดใด
มีการรวบรวมสถิติทั่วประเทศ. อย่างไรก็ตาม
ความเมื่อพิจารณาถึงอายุต่ำสุดของผู้ป่วย
โรคนีซึ่งมีเพียง ๒๓ ปี, รวมกับช่วงอายุ
๓๑-๔๐ ปี ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก, จะ
เห็นว่าเป็นน่าสังเกตอย่างยิ่งที่มะเร็งชนิด
นี้เกิดได้มากในคนอายุน้อย, เมื่อเทียบกับ
อายุของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งของ
อวัยวะอื่น.

สาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งองคชาติยังไม่ทราบแน่ชัด. Buddington, Kickham
และ Smith ได้ให้ความเห็นร่วมกันว่าตัว
สำคัญที่น่าจะเป็นเหตุคือ สเม็กมา ซึ่งเกิด
จากการสลายตัวของเซลล์ของเยื่อหนัง
หุ้มปลาย, ซึ่งตามปกติมีมาตั้งแต่เกิด
แรกเกิด. เขาให้เหตุผลประกอบความ
เชื่อของเขาว่ามาจากข้อสังเกตต่อไปนี้,
คือ:

๑. มะเร็งองคชาติสามารถขูดกัน
ได้โดยการตัดหนังหุ้มปลายในเด็กแรก
เกิด.

๒. ตำแหน่งที่เกิดมะเร็งองคชาติ
ส่วนใหญ่คือร่องรอยคอค (โคโรนัล ซัลคัส)
ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ สเม็กมา รวมกันอยู่

มากกว่าตอน.

๓. มะเร็งที่เกิดบริเวณลำตัวขององคชาติ
มีน้อยมาก.

นอกจากนี้เขายังเชื่อว่าพยาธิสภาพ
ต่าง ๆ บริเวณหนังหุ้มปลาย และหัว
องคชาติจะเป็นรอยโรคระยะไกลมะเร็ง
(ปรี่แคนเซอร์) ด้วย, เช่น ลิวโคเพลเคีย,
โรค Paget ที่ผิวหนัง โรค Bowen, และ
อิวรี่โครเพลเซีย (Queyrat). Shabad
(ค.ศ. ๑๙๖๔) ได้รวบรวมผู้ช่วยมะเร็งองค
ชาติและรายงานไว้ ๒๕๑ ราย. เขาพบ
ว่าลิวโคเพลเคีย ๘ ราย จะกลายเป็นมะเร็ง
ประมาณ ๑ ราย, และ ป้ายืดโลมา จะ
เป็น รอยโรคระยะไกลมะเร็งมากมาย.
Schneiderman พบว่า เมลาโนมา ที่
องคชาติ จะเปลี่ยนเป็นเนื้อร้ายได้. เขา
ได้รายงานผู้ช่วยไว้ ๑ ราย.

ตามรายงานของหน่วยศัลยศาสตร์
ระบยขั้วสภาวะ, แผนกศัลยศาสตร์ ร.พ.
ศิริราช, พบว่าผู้ช่วยที่เป็นมะเร็งองคชาติ
มี ไฟโมสิส อยู่ก่อน ๓๕ คนและถูกปลิง
กัด ๓ คน. ส่วนคนอื่น ๆ มีสาเหตุ
ส่งเสริมไม่แน่นอน.

เนื่องจากผู้รายงานส่วนใหญ่เชื่อว่า
ไฟโมสิส เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เป็น

มะเร็งองคชาติได้มาก, จึงแนะนำให้ตัด
หนังหุ้มปลาย ในเด็กแรกเกิดทุกคน.
Kaufman และคณะ (ค.ศ. ๑๙๖๓) ได้
สำรวจผู้ที่ทำการตัดหนังหุ้มปลายแล้ว,
พบว่าผู้ที่ทำตั้งแต่เด็กแรกเกิดจะเป็นมะเร็ง
องคชาติได้น้อยมาก. ส่วนพวกที่ทำการ
ตัดหนังหุ้มปลายเมื่อโตแล้ว, ยังมี
โอกาสเป็นได้มากกว่า.

อาการ ผู้ช่วยที่รายงานมาโรง-
พยาบาลเนื่องจากมีเนื้องอกซึ่งมีลักษณะ
เป็นคอกกล้าหรือเป็นแผลขององคชาติ ซึ่ง
มีลักษณะซรุขระ, ขอบนูนสูง. พวกที่มี
เนื้องอกหรือแผล อยู่เฉพาะที่หัวองคชาติ
และหนังหุ้มปลายมี ๗๐ คน (๘๒.๓๒%).
พวกที่เป็นมากบนแผลจะกินลึก, ทำให้
องคชาติแห้วสั้นเข้า. พบว่ามีแผล
ลุกลามเพียงครึ่งปลายขององคชาติ ๑๐
คน (๑๑.๘๒%) และทักนลึกถึงครึ่งโคน
องคชาติมี ๕ คน (๕.๕๖%). มี ๒ คน
ที่แผลลุกลามจนองคชาติตกหมด. แผล
ลุกลามถึงหนังหุ้มอวัยวะด้วย.

ผู้ช่วยบางราย จะขอกถึง อาการที่มี
ก่อนบริเวณขาหนีบร่วมด้วยเป็นแผลที่
องคชาติด้วย. ก่อนเหล่านี้คือก่อนนำ
เหล็กทาบขาหนีบซึ่งโตขึ้น.

การวินิจฉัยโรค ทกรายวินิจฉัยโรค
ได้จากลักษณะของแผลและเนื้องอกซึ่งมี
กลิ่นเหม็นจัด, และได้รับการสนับสนุน
จากผล ไซออปซีย์ เป็น สควมัส เซลล์
คาร์ซิโนมา.

การแพร่กระจายของมะเร็ง เนื้องอก
จากมะเร็งขององคชาติเจริญเติบโตช้า
มาก, ฉะนั้นจึงพบว่าหลายรายที่รอยโรค
มีขนาดใหญ่, แต่ยังไม่มีการแพร่กระจาย
เลย. ข้อเสนอแนะที่ขาหนีบและในอวัยวะ
เชิงกรานเป็นที่ มะเร็งกระจายไป. จาก
รายงาน พบว่า มีการ กระจายไป ต่อมน้ำ
เหลืองที่ขาหนีบเพียง ๑๗ ปรช. เท่านั้น.
ต่อมน้ำเหลือง ที่โต ส่วนใหญ่ จาก การ
ตัดเซอ.

การรักษา ผู้ป่วยที่รายงานนี้ได้รับ
การรักษา ดังนี้ :

การตัดอย่างถาวร ๘๑ คน.

ตัดองคชาติและอวัยวะ(emasculation)

๒ คน.

เอ็กซเรย์ลึก ๑ คน.

ไม่ยอมรับการผ่าตัด ๑ คน.

D.S. Murrell และคณะได้รักษาผู้ป่วย
มะเร็งองคชาติ ๑๘๐ รายด้วยการฉาย
รังสี. พบว่า มีชีวิตอยู่ได้ ๓ ปี ๕๐.๒ ปรช.

และอยู่ได้ ๕ ปี ๕๐.๕ ปรช. เขาพบว่าเหตุ
แทรกซ้อนจากการฉายรังสีมีมาก, เช่น
เจ็บปวดของคชาติ, เนอตา, และการติดเชื้อ.
เขาจึงสรุปว่าควรทำผ่าตัดในราย
ที่มีการติดเชื้อมาก, เนื้องอกลามเข้า
คอร์ปัส หรือหลอดปัสสาวะแล้ว, และราย
ที่ไม่ได้ผลจากการรักษาด้วยการฉายรังสี.

Beggs (ค.ศ. ๑๙๖๔) และพวกได้รายงาน
ผู้ป่วย ๘๘ ราย. เขาเห็นว่าควรตัด
องคชาติทกราย, แต่เขาไม่เห็นด้วยกับการ
ผ่าเอาต่อมน้ำเหลืองออกทกราย, เพราะ
ตามรายงาน ของ เขาพบว่าไม่มีการแพร่
กระจายไปที่ต่อมถึง ๘๐ ปรช. เขาเห็นว่า
ควรจะทำ ไซออปซีย์ ต่อมาก่อนและเลือก
ทำการตัดออกเฉพาะ ราย ที่มีการแพร่
กระจาย. เขาพบว่ารายที่มีการแพร่
กระจายที่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว, ผู้ป่วยจะอยู่
ได้ถึง ๕ ปี เพียง ๑๕.๓ ปรช. ถ้าไม่มีการ
แพร่กระจายเช่นนี้จะอยู่ได้ถึง ๗๒.๕ ปรช.

วิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งองคชาติใน
โรงพยาบาลศิริราช เริ่มด้วยพิจารณา
ขนาดของแผลมะเร็ง. ถ้าเป็นขนาดเล็ก
ซึ่งพอจะตัดออกได้หมด, ก็ทำเพียงตัด
เฉพาะส่วน. ถ้ารอยโรคใหญ่มาก, มัก
ต้องตัดองคชาติบางส่วน. ตามรายงาน

พบว่า ๗๐ คน (๘๒.๓ ปช.) เป็นที่หว
องคชาติและหนังหุ้มปลาย. ผู้ช่วยจำนวน
๕ คนที่เข
นคนที่เป็นนอຍที่สัคกัมีแผลมะเร็งซึ่งจะ
พิจารณา คัดออกก็ ไม่แน ใจว่า จะ คัด ได้
หมด, จะคัดเพียงบางส่วน ก็รู้สึกว่าจะ
คัดมากเกินไป. จึงพิจารณาให้การรักษา
ด้วยรังสี ๑ ราย. ปรากฏว่าหลังการ
รักษาบริเวณหัวองคชาติมีการฝ่อเล็กน้อย
ลง. ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก. จึงต้องคัด
องคชาติบางส่วนให้ในระยะหลัง. ส่วน
รายอื่น ๆ นั้นเป็นมากแผลใหญ่จนจำเป็น
ต้องคัดองคชาติบางส่วนทิ้ง. สำหรับ
การผ่าเอาต่อมหน้าเหลืองทขาหนีบออกนั้น
พิจารณาทำให้ทุกราย, เพราะผู้ป่วยส่วน
ใหญ่ติดต่อกับ โรง พยาบาลไม่ สะดวก,
เนื่องจากบ้านอยู่ห่างไกลและไม่มีเงินค่า
เดินทาง. ถ้าทำเพียงคัดองคชาติอย่าง
เดียว และทำ ไบออปซีย์ ต่อมไ่วแล้วให้
ผู้ป่วยมาติดต่อก, ก็มักจะมาเมื่อต่อมหน้า
เหลืองแตกออกแล้ว ซึ่งไม่มีทางจะช่วย
ได้ต่อไปอีก. ในรายงานนี้ได้ทำการคัด
อย่างถอนราก (รากคัล) ๘๑ คน. ราย
ใดที่ผลของ เซ็คชัน แจ้งว่ามี การแพร่
กระจายไปต่อมหน้าเหลือง ก็ให้การรักษา
ต่อด้วย เอ็กซเรย์ ลึก.

รายที่เป็น แผลลาม มากจนถึง โคน
องคชาติและหนังหุ้มลูกอวัยวะ ซึ่งตาม
รายการมี ๒ ราย, ก็ทำการตัดองคชาติ
และอวัยวะประกอบกับ เพอริเนล ยรี-
โรสโตมีย์

สรุป

ได้รายงานผู้ช่วยโรคมะเร็งองคชาติ
ซึ่งรับไว้รักษาในหน่วยคลีคลศาสตร์ระบบ
ปัสสาวะ, แผนกคลีคลศาสตร์ ร.พ. ศิริราช,
ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๓ ถึง ๒๕๐๗ จำนวน
๘๕ ราย. พบว่าอายุดำสัค ๒๓ ปี, สูง
๗๘ ปี, ช่วงอายุที่เป็นมากที่สุด
๓๑ - ๔๐ ปี (๓๐.๕ ปช.). ผู้ที่แผล
มะเร็งส่วนใหญ่อยู่ที่หัวองคชาติและหนัง
หุ้มปลายมี ๗๐ คน (๘๒.๓ ปช.), ลาม
ไปครึ่งปลายขององคชาติ ๑๐ คน (๑๑.๘
ปช.), และลามถึงโคนองคชาติ ๕ คน
(๕.๘ ปช.). การกระจายของมะเร็งไป
ต่อมหน้าเหลืองทขาหนีบ พย ๑๗ ปช.

การรักษาโดยการตัดอย่างถอนราก
๘๑ คน, คัดองคชาติและอวัยวะ ๒ คน,
และ เอ็กซเรย์ ลึก ๑ คน.

โรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ชายเป็น
โรคที่ยั่งยืนได้โดยคัดหนังหุ้มปลายใน
เด็กแรกเกิด.

ในที่สุดผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ, หัวหน้าแผนกคลีคลายศาสตร์, ที่อนุญาตให้นำรายงานเสนอ, ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์สัมพันธ์ ตันตวงค์, หัวหน้าหน่วยคลีคลายศาสตร์ระบบสืบสาวะและอาจารย์นายแพทย์ศุ ชัยวัฒน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการรายงาน.

เอกสาร :

1. Shabad, A.L. : Some aspects of etiology and prevention of penile cancer. J. Urol. 1964, 92 : 696.
2. Dodge. O.G. : Carcinoma of the penis in East Africans. Brit. J. Urol. 1965, 37 : 223.
3. Murrell, D.S., J.L. Williams : Radiotherapy in the treatment of

carcinoma of the penis. Brit. J. Urol. 1965, 37 : 211.

4. Schneiderman, C., et al. : Malignant melanoma of the penis. J. Urol. 1965, 93 : 615.

5. Dodge, O.G., C.A. Linsell : Carcinoma of the penis in Uganda and Kenya Africans. Cancer. 1963, 16 : 1255.

6. Beggs, J.H. J.S. Spratt : Epidermoid carcinoma of the penis. J. Urol. 1964, 91 : 166.

7. Kaufman, J.J., T.H. Sternberg : Carcinoma of the penis in circumcised man. J. Urol. 1963, 90 : 449.

8. Buddington, W.T. et al. : An assessment of malignant disease of the penis. J. Urol. 1963, 89 : 442.

9. Tan, R.E. : Observations on frequency of Carcinoma of the penis at Macassar and its environs (South Celebes). J. Urol. 1963, 89 : 704.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

CARCINOMA PENIS

Chote Parnichkul, M.B.

Division of Uro-Surgery

Department of Surgery

(Head of Dept. : Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

This communication presents 85 cases of carcinoma of the penis admitted into the wards of the Dept. of Surgery, Siriraj Hospital, in the years 1960 to 1964. The ages varied from 23 to 78 years. In 82.3 per cent of the cases the lesion was confined to the glans and the prepuce; in 11.8 per cent to the distal half of the penis; and in 5.9 per cent the proximal half of the penis was also invaded. The

rate of metastasis was 17 per cent.

Radical amputation was performed in 81 patients, complete emasculation in 3, and deep x-ray in one.

The recommendation that all newborn boys should be circumcised deserves serious consideration.

(Nine References)

(C.P.)

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF HISTOPLASMOSIS IN THAILAND

VIII. A Survey at Udonrdhani Province.*

Banyat Priijanonda, M.B., Somchai Bovornkitti, M.D.,
Merani Thianprasit, M.B., Dr. med., Facharzt f. Dermat. u. Venerol.,
Sorn Mettiyawongse, M.B., M.D. (Hon.), Pichaiyo Wanasiri, M.B., M.P.H.,**
Nivat Chantarakul, M.B., Damkoeng Puranindu, M.B.,
and Ravi Phimolsarnti, M.B.

Introduction

In 1965 Kescharmras and Nye⁽¹⁾ reported a case of histoplasmosis in Udonrdhani (a province in the north-east of Thailand). This communication describes the results of our investigations in connection with the above case.

Materials and Methods

The subjects for this study were individuals, aged 15 years and over, who had lived for 3 years or longer in the vicinity of the residential area of the patient, i.e., Udorn-Prison Official Quarters, Srichomchuen Street, Ampur Muang (district), Udonrdhani; and local inhabitants of three precincts (Nonghan, Banchiang and Banchaiwan) in Ampur Nonghan, Udonrdhani (Figure 1). A total of seven hundred and fifty-four persons (277 men and 477 women) was available for investigation. Most of them were farmers, with a few monks, and merchants at Ampur Nonghan, and about an equal number of officials and merchants at Ampur Muang.

At the beginning all subjects

*Abstract : Priijanonda, Banyat, et al. :
Epidemiological Study of Histoplasmosis in Thailand. VIII. A Survey at Udonrdhani Province. Siriraj Hosp. Gaz. 1967, 19 : 8 - 14.*

A Survey carried out on 754 local inhabitants of Udonrdhani Province where a histoplasmosis case had been reported, showed 1.36 and 5.94-7.64 per cent of histoplasmin reactors with the over-all rate of 6.15 per cent, of whom chest radiography revealed 28.94 per cent positive findings. Sputum examination and soil culture were negative.

received a skin test with 1 in 100 dilution of histoplasmin (Parke, Davis: lot No.963617B, stock 4-498-1, expiration date: May 10, 1968). The testing technique was similar to that employed elsewhere.⁽²⁾ The reaction was read about 72 hours later, and was classified as "positive" when the longest transverse diameter of palpable induration was not less than 5 mm. All reactors were later subjected to skin biopsy of the tested site, chest

* From the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, University of Medical Sciences, Dhonburi, and **the Nonghan First-class Health Centre, Department of Health, Udonrdhani, Thailand.

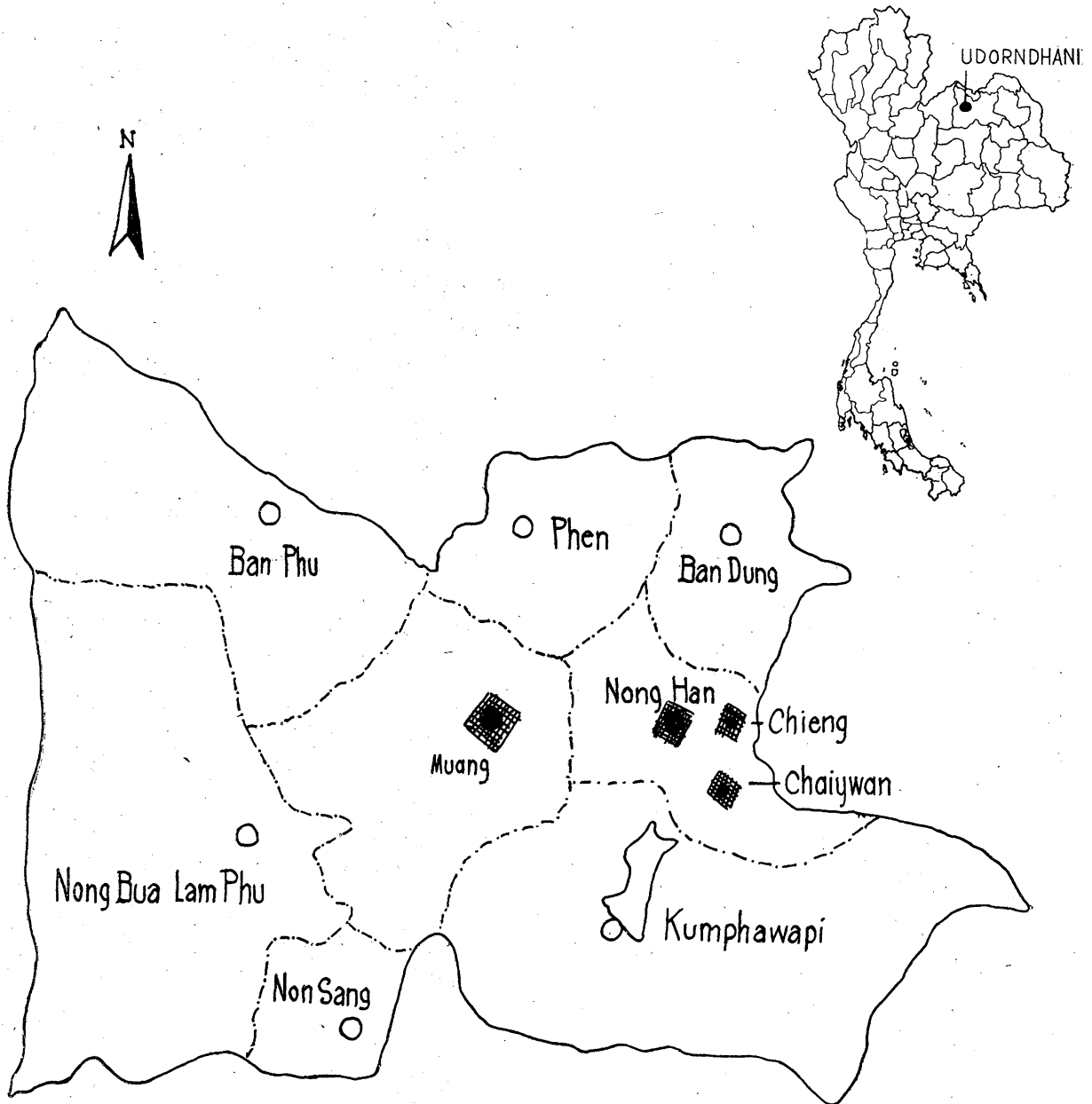


Fig 1. Map of Udonrdhani showing areas of investigation.



radiography, tuberculin test (tine test: ⁽³⁾ lot 2723-11, control No. 098-396, exp. date-14 Dec. 1967) and sputum examination. Soil samples were collected from the patient's environ, in or around the reactors' residence, as well as in other places chosen at random, and were sent for mycological study, using the procedure described in the previous report. ⁽⁴⁾

Results

Histoplasmin Sensitivity:

Table 1. showed sex distribution of subjects in Udonrdhani Province according to skin reactivity.

In the district of Ampur Muang, 79 persons (30 men and 49 women) were tested; 73 (92.37 per cent) reported for reading, and one woman (1.36 per cent) was "positive" according to our criterion.

In the district of Ampur Nonghan, 199 persons (77 men and 122 women) from Tambol Nonghan were tested; 189 (94.97 per cent) reported for reading, and 13 (6.87 per cent) were "positive" reactors; 221 persons (85 men and 136 women) from Tambol Banchiang were tested, 170 (76.92 per cent) reported for reading, and 13 (7.64 per cent) were "positive" reactors; 255 persons (85 men and 170 women) from Tambol Banchaiwan were tested,

202 (79.21 per cent) reported for reading, and 12 (5.94 per cent) were "positive" reactors. Over-all rate of positive reactors for Ampur Nonghan was 6.77 per cent.

Histology of the Histoplasmin Reaction:

Biopsy of the skin site was made in 15 positive reactors (5 men and 10 women) at approximately 72 hours after testing with the exception of one woman, who was biopsied one week after the test. In all subjects except two in whom the specimens were inadequate, the histological findings constantly showed intact epidermis, with mild to severe changes in the dermis including edema and homogenization of collagen fibres, and scattered cellular infiltrations or tuberculoid formation around blood vessels and skin appendages with lymphocytes, histiocytes, and epithelioid cells but without eosinophils or giant cells. There was neither necrosis nor fibrosis. The involved capillaries and arterioles showed edema of the wall with endothelial proliferation. The sweat glands and hair follicles appeared swollen.

These pictures were comparable with those described in the previous report. ⁽⁵⁾

Radiographical Examination:

The findings in chest radiographs were described in the same fashions as

Table 1: Sex Distribution of Subjects in Udonrdhani According to Skin Reactivity.

Induration in mm.	Ampur Muang			Tambol Nonghan			Tambol Banchiang			Tambol Banchaiwan		
	men	women	over-all	men	women	over-all	men	women	over-all	men	women	over-all
0-4	26*	46	72	67	109	176	57	100	157	61	129	190
5-9	0	0	0	5	3	8**	4	8	12****	2	7****	9
10-14	0	1	1	3	2	5	0	1	1	2	1	3
Total	26	47	73	75	114	189	61	109	170	65	137	202

* Including the patient's father and younger brother.

** Three subjects gave 5 mm. reaction.

*** Five subjects gave 5 mm. reaction.

**** Three subjects gave 5 mm. reaction.

Table 2: Radiographical Findings in Histoplasmin Reactors.

Findings	No. of Cases				
	Muang	Nonghan	Banchiang	Chaiwan	Total
"Negative"	1	9	8	9	27
"Positive"	0	4	5	2	11
(1) Calcified					
Lymph node					
Parenchymal			2		2
(2) Fibrotic					
Parenchymal		1			1
Pleural		1		1	2
(3) Infiltrative		2	3	1	6
(4) Cavitary					
(5) Mixed					
Over-all	1	13	13	11	38

Table 3: Sources of Soil Samplings.

	Muang	Nonghan	Banchiang	Chaiwan
Patient's environ	11	—	—	—
Reactors' residence	2	1	10	9
Random	—	8	—	—
Total	13	9	10	9

those in a previous study.⁽⁶⁾ Thirty-eight histoplasmin reactors had their chest radiographed and 11 (28.94 per cent) showed minimal positive findings (Table 2).

Tuberculin Sensitivity :

Of 39 histoplasmin reactors, 35 received the complete tuberculin test and 32 yielded "positive" readings. All x-ray positive cases were tuberculin reactors.

Sputum Examination :

Direct smear and acid-fast staining of sputum were performed on 36 histoplasmin reactors, including the x-ray positive cases. Findings were negative.

Soil Study :

Mycological examination of 41 soil samples (Table 3) failed to reveal the presence of *Histoplasma capsulatum*.

Summary and Remarks

During October 1966, histoplasmin testing was carried out on 754 persons at Udonrdhani Province, with the aim of finding out source of infection in connection with a known case of histoplasmosis from Northeast Thailand. (1)

There were 1.36 and 5.94-7.64 per cent of reactors designated as "positive" at Ampur Muang and Ampur Nonghan respectively. The over-all rate for Udonrdhani was 6.15 per cent (7.04 per cent for men and 5.65 for women). Skin biopsy confirmed the nature of the cutaneous response. Chest radiography disclosed 28.94 per cent positive findings and 6 out of 11 had probably significant lesions. Tuberculin test was "positive" in all x-ray positive cases. Sputum examination and soil study were negative.

It is apparent that the present study seem to confirm the suggestion made in earlier reports, (7,8) that the histoplasmin reactors tended to be confined to the southern provinces of

Thailand. Tucker and Kvisselgaard⁽⁹⁾ in Burma also found that histoplasmin reactors were limited to the southern part of the country. Clinical investigation of reactors with positive x-ray findings is under way.

Acknowledgements

The authors wish to express their sincere appreciation to Mr. Sunthorn Sribhen, District Officer of Ampur Nonghan, and Dr. Niyom Kescharmras of Udonrdhani Hospital for excellent co-operation, and to the International Pharmaceuticals, Ltd., and the Paiboon Watana, Ltd., Bangkok, for financial support.

References :

1. Kescharmras, N., and S.W. Nye: A Case of Pulmonary Histoplasmosis from Northeast Thailand-Udonrdhani. *J. Med. Ass. Thailand.* 1965, 48:669.
2. Priijanonda, B., S. Bovornkitti, M. Thianprasit, S. Mettiyawongse, and L. Suwanakul; Epidemiological Study of Histoplasmosis in Thailand. I. Histoplasmin Testing at Ampur Ban-kai, Rayong. *J. Med. Ass. Thailand.* 1966, 49:529.
3. Bovornkitti, S., and P. Oonsombati: The Tuberculin Tine Test. Results of a Trial in One Hundred Subjects. *J. Med. Ass. Thailand.* 1965, 48:771.
4. Priijanonda, B., M. Thianprasit, S. Mettiyawongse, L. Suwanakul,

and S. Bovornkitti: Epidemiological Study of Histoplasmosis in Thailand. VI. Mycological Study of Soil from Rayong Province. Municipal Med. J. (Thailand). 1967, 4: in press.

5. Priyanonda, B., S. Mettiyawongse, M. Thianprasit, N. Chantarakul, L. Suwanakul, and S. Bovornkitti: Epidemiological Study of Histoplasmosis in Thailand. II. Histology of the Histoplasmin Reactions. J. Med. Ass. Thailand. 1966, 49:695.

6. Priyanonda, B., S. Bovornkitti, S. Mettiyawongse, L. Suwankul, M. Thianprasit, and P. Chirawongse: Epidemiological Study of Histoplasmosis in Thailand. V. Radiographi-

cal Findings in Histoplasmin Reactors. Vajira Med. J. 1967, 11:1.

7. Priyanonda, B.: Histoplasmin Reactors Among Student Nurses. A Preliminary Report with Reference to Geographical Distribution in Thailand. J. Med. Ass. Thailand. 1961, 44:649.

8. Priyanonda, B., S. Bovornkitti, P. Oonsombati, and R. Pushpakom: Histoplasmin Sensitivity in Medical Students and Student-Nurses at Siriraj Hospital. J. Med. Ass. Thailand. 1967, 50:62.

9. Tucker, H.A., and N. Kvisselgaard: Histoplasmin and Tuberculin Sensitivity in Burma. Bull. World Hlth. Org. 1952, 2:189.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีวิราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ บ.ณ. หน้าพระลาน

การสะแกนด้วย บี.เอส.พี. ตีตสลาทด้วย ไอโอดีน^{๑๓๑}†

ร่มไทร สุวรรณิก พ.ศ., M.Sc. (med.),

ฤดี ปลื้จินดา พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนาจ เสรมสุต)

วิจิ วิรานวัตต พ.ศ., M.P.H., F.A.C.G.,

สวัสดิ์ หิตะนันท์ พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตต์ ตูจินดา)

เกษม ลีมวงศ์ พ.บ., Facharzt für chirurgie.

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ)

แทนการใช้ ไรส เบงกอล ตีตสลาทด้วยไอโอดีน^{๑๓๑} ซึ่งใช้กันแพร่หลายทั่วไปในการตรวจหน้าที่ของตับ, รวมทั้งสะแกนตับ, หน่วยเวชศาสตร์ นเคลียร์, แผนกรังสีวิทยา, โรงพยาบาลศิริราช, ได้ใช้ บี.เอส.พี. ตีตสลาทด้วยไอโอดีน^{๑๓๑} (บี.เอส.พี.*) เพราะ (๑) บี.เอส.พี. หาได้ง่าย, ราคาไม่แพง, (๒) การตรวจหาการคั่งของ บี.เอส.พี. ในเลือด

เรื่องย่อ สุวรรณิก, ร่มไทร และ คณะ : การสะแกนด้วย บี.เอส.พี. ตีตสลาทด้วยไอโอดีน^{๑๓๑}, สารศิริราช. ๒๕๑๐ (ค.ศ. ๑๙๖๗), ๑๕ : ๑๕-๒๓.

บี.เอส.พี. ที่ตีตสลาทด้วยไอโอดีน^{๑๓๑} นำมาใช้ ในการตรวจการ ทำหน้าที่ของตับ โดยวิธีสะแกนปรากฏว่าได้ผลดี, อาจใช้แทนไอโอดีน ไรส เบงกอล ได้. ในบ้านเรา, สารนี้ให้ประโยชน์ดีกว่าใช้ ไอโอดีน ไรส เบงกอล และทอกซ์มีนตรงดี.

† ด้วยทุนอุดหนุนของสภาวิจัยแห่งชาติ.

* เครื่องหมายดอกจันที่อยู่ที่เหนือชื่อใด ในที่นี้ แสดงว่าสารนั้นตีตสลาทด้วยไอโอดีน^{๑๓๑} หรือมีกัมมันตภาพรังสี.

เป็นวิธีตรวจตับที่ใช้กันแพร่หลายและไม่
มีอันตราย, (๓) บี.เอส.พี. เมตะบอลิซึม
มีการศึกษากันแพร่หลายในวารสารการ
แพทย์ (1, 2, 3), (๔) อาจทึบสลาไก บี.
เอส.พี. ด้วย^{๑๑๑} ไอโอดีน ไคเปอร์เซ็นต์
สูง, ไม่เปลืองค่าใช้จ่าย, และประหยัด
ไม่ต้องซื้อ วัสดุ เบนกอล* จากต่างประเทศ,
(๕) สะแกน ตับด้วย บี.เอส.พี.* ได้ผลดี
ในผู้ป่วยมาแล้ว ๖๐๐ ราย.

รายงานนี้เพื่อเสนอว่าอาจใช้ บี.เอส.
พี.* สะแกน ตับได้สะดวกและได้ผลดี.

ครั้งแรก Taplin และคณะ (4) ได้ใช้
วัสดุ เบนกอล* ในการตรวจหน้าทของตับ
ด้วยการวัดภายนอก. ต่อมาผู้นำ วัสดุ
เบนกอล* มาสะแกน ตับ (5-8). Tubis และ
คณะ (10) ได้ทึบสลาไก บี.เอส.พี. ด้วย
^{๑๑๑} ไอโอดีน. การศึกษานี้ได้ทำตั้งแต่ทึบ
สลาไก บี.เอส.พี. ด้วย^{๑๑๑} ไอโอดีน (อีก
วิธีหนึ่ง), ทึบแล้วเอามาวัดภายนอกที่
ศีรษะ, เพื่อตรวจสอบสมรรถภาพของตับและ
เอามาสะแกนตับเป็นครั้งแรก.

วัสดุ และ วิธีการ

ใช้ผู้ป่วยหมู่หนึ่ง ประกอบด้วยคนที่มี

ตับปรกติ ๔๐ ราย, เป็นโรคมะเร็งของ
ตับ ๔๘ ราย (รวมทั้งทึบตับเหี่ยวปน ๒๔
ราย), ผู้ป่วยที่ชำนาญทางคลื่นกรรม ๘ ราย,
ตับอักเสบเรื้อรัง ๑๘ ราย, ตับเหี่ยว ๑๘
ราย, และผู้ในตับ (ชนิดที่มีบีค และไม่ใช้
บีค) ๔๐ ราย. ครั้งแรกศึกษาด้วย
วัสดุ เบนกอล* (ราดิโอเคมีคัลเซ็นต์เตอร์,
อเมอริซิม, ประเทศอังกฤษ). ครั้งที่สอง
ต่อมาอีกหลายวัน ทึบ บี.เอส.พี. ซึ่ง ทึบ
สลาไกด้วย^{๑๑๑} ไอโอดีน, ซึ่งเราทำได้เอง
ตามวิธีของ Veall และ Vetter (9) ด้วย
ขนาด ๑.๐ ไมโครครี ต่อหน้าหน้าทัวหนึ่ง
กิโลกรัม (มี บี.เอส.พี. ประมาณ ๒๕ -
๑๐๐ มิลลิกรัม).

ก. การคั่งของ บี.เอส.พี.* ที่ ๒๐
นาที: วัดรังสี** ที่ศีรษะ โดยเอาศีรษะ
ของผู้ป่วยวางบน ซิลทิเลชัน เคานเตอร์
ชนิดหลุมและมีตะกั่วหุ้มโดยรอบหนามาก,
แต่เปิดช่องวัดไว้ตรงปากหลุม. วัดรังสี
เป็นเวลาติดต่อกัน ๒๐ นาที. ได้เส้นโค้ง
ของ รังสี ที่ ศีรษะ เป็นลักษณะเดียวกับ
อัตราการลดระดับของ ความเข้มข้นของ
บี.เอส.พี.* ในเลือด. (10, 14) จากเส้นโค้ง

** Activity หรือ Radioactivity นั้น, ในที่นี้จะใช้คำย่อๆ ว่า รังสี.

ของศีรษะน หากการคั่งของ บี.เอส.พี.* ใน
เลือดที่ ๒๐ นาที ได้จากอัตราเปอร์เซ็นต์
ของรังสีของศีรษะที่ ๒๐ นาที กับ ๑ นาที.

ข. สะแกน: ด้วยเครื่อง สะแกน
แมกนาสะแกนเนอร์ สอง (ผลึก ๓ นิ้ว),
คอลลิเมเตอร์ ๑๕ ร, สะแกน ตัวยออกมา
เป็นภาพบนกระดาษ เทเลเทลคอส เป็นจุด
ดำ; หรือบนกระดาษพิเศษใช้แถบหมึก
หลาย ๆ สี, เช่น สะแกน สี; หรือบนฟิล์ม
เอกซเรย์ เป็นจุดดำเทา, ภายหลังฉีก
บี.เอส.พี.* ๑ ไมโครครี ต่อ นำหนักตัว
หนึ่งกิโลกรัม ทาง หลอดเลือดอย่างเดียว
กัน, หรือหมายความว่าเมื่อวัดศีรษะผู้
ป่วยเสร็จแล้วก็ย้ายผู้ป่วยมา สะแกน ได้
ในเวลาติดต่อกัน. ใช้เวลา สะแกน
ประมาณ ๓๐ นาที.

เมื่อ สะแกน ครั้งแรกในหนึ่งชั่วโมง
แล้ว, ก็อาจ สะแกน ติดตามเป็นชุดได้,
โดย สะแกน ต่อใน ๓ และ ๒๔ ชม.ม.
การ สะแกน วิชันทาทั้ง โรส เบงกอล*
และ บี.เอส.พี.* เปรียบเทียบกัน.

ผลและอภิปราย

ก. การคั่งของ บี.เอส.พี.* ที่ ๒๐
นาที: การวัดศีรษะคนปรกติได้ผลคือ

ภายใน ๒๐ นาที, รังสีที่ศีรษะจะเป็นแบบ
เดียวกันหรือขนานกันกับเส้นโค้งของการ
ลดระดับ บี.เอส.พี.* ในเลือด. (15) การวัด
อัตราการคั่งของ บี.เอส.พี.* เลือกเวลาที่
๒๐ นาที, ซึ่งระดับก็จับ บี.เอส.พี.* ไว้ได้
ในระดับเกือบสูงสค, คือมากกว่า ๕๐
เปอร์เซ็นต์ของระดับสูงสคในตั้, เทียบ
กับเวลา ๑ นาทีซึ่งเป็นเวลาที่ บี.เอส.พี.*
เข้าไป ปรากฏอยู่ใน หลอด เลือด ของ ตั้.
ค่าของการคั่งของ บี.เอส.พี.* ที่ ๒๐ นาที
แสดงเป็นเปอร์เซ็นต์ของอัตราส่วนระหว่าง
การวัดรังสี ที่ ศีรษะ เมื่อ ๒๐ นาที กับ ๑
นาที (14)

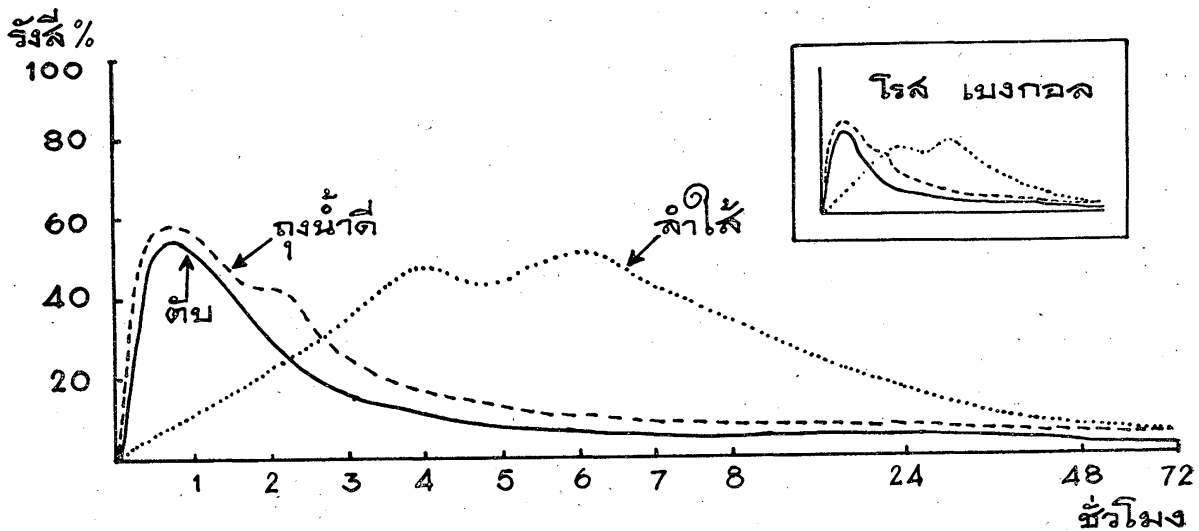
ค่าปรกติของการคั่งของ บี.เอส.พี.*
จากการทำในคนปรกติ ๓๐ คน, เท่ากับ
ประมาณ ๒๕ เปอร์เซ็นต์หรือต่ำกว่า. ถ้า
ค่าของการคั่ง บี.เอส.พี.* มากกว่า ๒๕
เปอร์เซ็นต์, แสดงว่าสมรรถภาพของตั้
ไม่ค้, เป็นการแสดงการทำหน้าที่ทั้งหมด
ของตั้. การตรวจโดยวิธี ไอโซโทป นี้
สะดวกกว่าวิธี บี.เอส.พี. ธรรมดา, เพราะ
ผู้ป่วยที่มีอาการที่ชันก็ตรวจได้. อนึ่ง,
ใช้วิธีรังสีไม่ใช้วัสดุ, ไม่ต้องเจาะเลือด
มาตรวจ, ใช้วิธีรังสีที่ศีรษะและอาจตรวจ

ซ้ำได้บ่อยๆ เพื่อติดตามการดำเนินของโรคด้วย.

ข. การสะแกน

การ สะแกนตับปรกติ: สะแกนตับ, ถงน้ำดี, และลำไส้ของคนปรกติ ๕ คน เป็นระยะ ๆ ติดต่อกันหลายชั่วโมง. แล้วเอาสะแกนเหล่านั้นมาประมาณคร่าวๆ

จากจุดต่าง ๆ ที่ปรากฏใน สะแกน (ไม่ได้นับจุด), ทำเป็นเส้นโค้งของรังสีต่อเวลา. ได้ผลเช่นเดียวกัน, ไม่ว่าจะใช้ไวรัส เบนกอล* หรือ บี.เอส.พี.* (รูปที่๑), และพบว่า บี.เอส.พี.* ให้ภาพของตับซัดเจนเท่าเทียมกับไวรัส เบนกอล* และมีการขับออกจากตับเข้าสู่ ลำไส้ เช่นเดียวกับไวรัส เบนกอล*.



รูปที่ ๑ แสดงเส้นโค้งผลของการวัดรังสีของอวัยวะต่าง ๆ โดยประมาณคร่าว ๆ จาก สะแกน ในคนปรกติ โดยใช้ บี.เอส.พี.* ได้ผลเช่นเดียวกับการใช้ตัวภายนอก, และได้ผลอย่างเดียวกันกับการใช้ ไวรัส เบนกอล*.

การ สะแกน ตับของผู้ป่วยที่เป็นโรคต่าง ๆ: บี.เอส.พี.* ให้ผลอย่างเดียวกันกับ ไวรัส เบนกอล* ในรายที่เป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลง, คือมีรังสีของ บี.เอส.พี.* ในตับน้อยลง, หรือ

ไม่สม่ำเสมอ, หรือไม่มีรังสีของ บี.เอส.พี.* ในลำไส้.

ในทางปฏิบัติ, เราได้ฉีด บี.เอส.พี.* เข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยในขนาดหนึ่ง ไมโครคูรี ต่อกิโลกรัมน้ำหนักตัว. แล้ววัดหา

การคั่งของ บี.เอส.พี.* ที่ ๒๐ นาที, โดย
การวัดรังสีที่ครุฑ เพื่อดูสมรรถภาพของ
ตับเสียก่อน. (ค่าปรกติ ๒๕ เปอร์เซ็นต์
หรือต่ำกว่า.) และในคราวเดียวกันต่อจาก
นั้นนักกายคนไข้มาทำ สะแกน เริ่ม ๒๐
นาทีหลังฉีด, ก็จะได้อาภาพของตับซึ่งบอก
ขนาด, รูปร่าง, ตำแหน่งและการทำ
หน้าที่ของเนื้อของตับในเวลาต่าง ๆ กัน.

ข้อตรวจพบใน สะแกน ตับอาจแบ่งได้
เป็นสองอย่าง, คือ : -

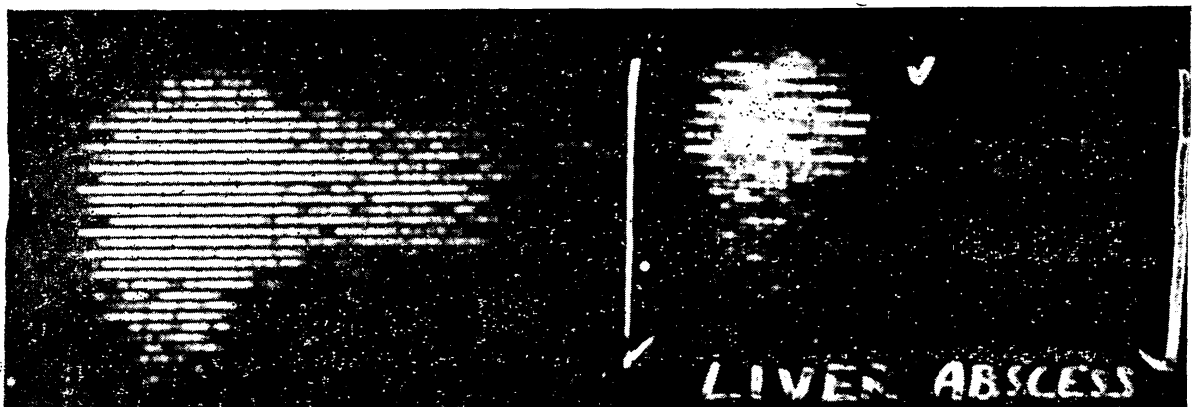
(ก) มีก้อนกั้นเนื้อที่ซึ่งทำให้เห็นเป็น
บริเวณว่างไม่มีรังสีของ บี.เอส.พี.* ขนาด
ต่าง ๆ กัน, อาจกั้นเดี่ยวหรือหลายก้อน
ก็ได้, เช่นมะเร็งของตับ, มะเร็งแพร่
กระจายไปที่ตับ, มะเร็งพบร่วมกับตับ
เหี่ยว, ตับเหี่ยวบางระยะ, ฝีในตับ (ชนิด
อัมบิค หรือไม่ใช่ อัมบิค), ซีสต์, ซี-

แมงจิโอม่า, และพยาธิตับในบางระยะ,
 เป็นต้น (รูปที่ ๒).

(ข) มังกรสีของ บี.เอส.พี.* น้อยกว่า
ปรกติ. โดยทั่วไปพบในตับอักเสบติดเชื้อ
ระยะรุนแรง, ตับเหี่ยว, และอาการที่ชาน
เนื่องจากทางเดินน้ำคอคดตัน.

โรคของตับต่าง ๆ ในบางระยะ, โดย
เฉพาะในระยะหลัง, อาจให้การเปลี่ยนแปลง
ทั้งสองอย่างร่วมกัน. ผลจาก
สะแกน ต้องใช้การวินิจฉัยทางคลินิกและ
ผลทางห้องทดลองอย่างอื่น ประกอบด้วย.
แต่ชุด สะแกน ใน ๑, ๓, และ ๒๔ ชั่วโมง
จะบอกข้อความที่เป็นประโยชน์ต่อการ วิ-
วินิจฉัยโรคได้มาก.

สะแกน แรกในหนึ่งชั่วโมง จะแสดง
ขนาด, รูปร่าง, และตำแหน่งของตับ,
และส่วนที่เป็นโรค, รวมทั้งบอกการทำ



รูปที่ ๒ แสดงสะแกนของตับปรกติ และ ฝีในตับ.

หน้าทของเนอของคัย. สะแกน รูปต่อมา
ในชั่วโมงที่ ๓ และ ๒๔ จะยืนยันการ
ตรวจพบและการออกตันของทางเดินน้ำดี
หากมี. การทำหน้าทบกพร่องของ เซลล์
ของคัยอาจบอกได้ใน สะแกน โดยมี
บี.เอส.พี.* น้อยกว่าปรกติอยู่ทั่วไป, และ
มีรังสีใกล้เคียงกับรังสีใน ตำแหน่ง ของ
หัวใจ.

ถ้าไม่มีรังสีของ บี.เอส.พี.* ในลำไส้
ใน สะแกน ต่อมาเมื่อ ๓ และ ๒๔ ชั่วโมง,
อาจแสดงว่ามี การออกตันของทางเดินน้ำดี
นอกคัย, ซึ่งรังสีในคัยอาจมี บี.เอส.พี.*
มากหรือน้อยก็ได้, ส่วนก็อื่นต่าง ๆ เช่น
มะเร็งของคัย, ฝั อมบค ในคัยนั้นต้องแยก
ออกจากกันโดยหลักฐาน ทาง คลินิก และ
การตรวจทางห้องทดลอง, เช่น บิลิรูบิน,
ซีโร-ฟลอกคเคเลชัน เทสต์, ไอโอดีน
เทสต์, (11) แอลคาไลน์ ฟอสฟาเทส,
ทรานสอมีเนส, และ อินทรานีนัส โชมลิ-
ซึยส์โตกราฟี. (12) บางทีต้องอาศัยการ
ตรวจพิเศษอย่างอื่นช่วย, เช่น เปอริโต-
นัสโกซโกปี, และการเจาะคัยทำ ไบออป-
ซึย เป็นต้น. เราอาศัยหลักเช่นเดียวกัน
ในการวินิจฉัยรายที่มรังสีของ บี.เอส.พี.*
น้อยโดยทั่วไปในคัย. ส่วนคัยอีกเสบคค

เซอนนอาจแสดงรังสีของ บี.เอส.พี.* น้อย
โดยทั่วไปในคัยในสัปดาห์แรก, และรังสี
นั้นจะค่อยขึ้นสู่ระดับปรกติ ใน สัปดาห์ ต่อ
มา.

อาจประมวลประโยชน์หรือ ข้อดี ของ
การใช้ ไอโอดีน บี.เอส.พี. เหนือ
กว่า ไอโอดีน โรส เวงกอล และสาร
อย่างอื่นเช่น ทองกัมมันตรังสี (^{198}Au)
ได้จากผลของการศึกษานี้, คือ:

บี.เอส.พี. เราอาจติดสลากด้วย
ไอโอดีน ใต้เองโดยมีค่าใช้จ่ายน้อย
ที่สุด, จึงประหยัดเงินได้มาก, และต่าง
ประเทศก็ยังไม่มีการจำหน่ายด้วย, เพราะเรา
เพิ่งนำมาใช้เป็นครั้งแรก. แต่ถ้าจะเทียบ
กับราคาของ ไอโอดีนโรสเวงกอล ซึ่ง
สมมติว่าจะ สั่งมาใช้ ให้พอกับความ ต้อง
การในการ สะแกน ผู้ป่วยคัย, ก็จะต้องใช้
เงินถึงบละ ๖๐,๘๐๐ บาท. เราติดสลาก
บี.เอส.พี. ใต้เอง ลงทุนเพียงบละ ๕,๔๐๐
บาท. บี.เอส.พี. เป็นสัมีสภาพเป็นขง
เหลว, บรรจุในหลอดแก้ว, หาซื้อได้ง่าย
ไม่ขาดคราว, ราคาไม่แพง (หลอดละ
๑๔.๐๐ บาท), อาจซื้อเอาไว้คราวละ
มาก ๆ, เก็บไว้ได้นานโดยไม่เสีย.
บี.เอส.พี. ไม่มีอันตรายในการใช้ฉีดเพราะ

การทดสอบ บี.เอส.พี. วิเทนชัน เราใช้
กันแพร่หลายเป็นประจําอยู่แล้ว ตาม คักผู้
ช่วยทําไป.

เมตะบอลิซึม ของ บี.เอส.พี. มีผู้ทํา
การศึกษาไว้มาก, (14) ใช้เป็นการตรวจ
การทำหน้าที่ของเซลล์ของตับไต, และ
เนื่องจาก บี.เอส.พี. ถูกขับออกในทางเดิน
น้ำดี, ก็จะได้ประโยชน์ในการตรวจว่า
ทางเดินน้ำดีมีการอุดตันหรือไม่ในสะแกนต์.
สะแกนต์จึงมีประโยชน์ในการบอกรูปร่าง,
ขนาด, ตำแหน่ง, สมรรถภาพของเซลล์
ของตับและการอุดตัน ของ ทางเดินน้ำดี,
ดีกว่าการใช้ทองกัมมันตรังสี ซึ่ง เมื่อ ฉีด
เข้าไปแล้วจะถูกกินโดย ฟาโกไซท์ ใน
ตับอยู่นาน, และบอกได้แต่เพียงรูปร่าง,
ขนาด, ตำแหน่ง, ไม่สามารถบอก
สมรรถภาพของเซลล์ของตับได้ โดย ตรง,
และไม่ได้บอกการอุดตันของทางเดินน้ำดี,
และในสะแกนต์ที่ใช้ทองกัมมันตรังสี ก็ มัก
จะคิดเอามามเข้าด้วยถ้ามีโต.

อีกประการหนึ่ง, อาจใช้ บี.เอส.พี.*
เพื่อทำการตรวจหา การ คั่ง ใน เลือด ของ
บี.เอส.พี.* เพื่อตรวจหน้าที่ของตับแทน
การทดสอบ บี.เอส.พี. วิเทนชัน ในรายที่
มีอาการคิซ่านได้คักด้วย, เพราะในราย

ที่มีอาการคิซ่าน การทดสอบ บี.เอส.พี.
วิเทนชัน ย่อมทําไม่ได้สะดวก, เพราะใช้
วัดสีของน้ำเหลือง, แต่ถ้าใช้วิธีของ
ราดิโอไอโซโทป ใช้วัดรังสีของ บี.เอส.พี.*
ที่คิซ่านแทน, จึงสามารถทําได้โดยสะดวก
ซึ่งทองกัมมันตรังสีทําไม่ได้.

การศึกษานี้ได้แสดงว่า บี.เอส.พี.*
อาจใช้แทน โรส เบงกอล* ได้ผลคักเช่นกัน,
แต่คักว่า โรส เบงกอล* ทําใ้ง่ายกว่า
และ เมตะบอลิซึม ของ บี.เอส.พี. มีคน
ทําการศึกษาไว้มากกว่าของ โรส
เบงกอล.

โรส เบงกอล เป็นสีที่ใช้ในการศึกษา
หน้าที่ของตับมาแต่เดิม, แต่ในปัจจุบันได้
เลิกใช้แล้วและใช้ บี.เอส.พี. แทนในการ
ทำการทดสอบหาการคั่งของ บี.เอส.พี. ใน
เลือด, เพราะ โรส เบงกอล อาจทําให้
เกิดอันตรายถ้าฉีดมาก, และการเตรียม
ยากกว่า.

ขนาดของ บี.เอส.พี.* ที่ใช้ในการ
ศึกษาและการปฏิบัติในทงวันนี้, เราใช้
เพียงหนึ่ง ไมโครครี ต่อกิโลกรัมน้ำหนัก
ตัว, เป็นขนาดที่น้อยมาก, น้อยกว่า โรส
เบงกอล,* ให้รังสีอยู่ในขีดที่ไมม่อันตราย
และมีเนอของ บี.เอส.พี. แท้ ๆ อยู่ใน

เกณฑ์น้อย, ไม่กระทบกระเทือนต่อการ
ทำหน้าที่ของตับ. บี.เอส.พี.* อยู่ในคีย์ไม
นาน (ประมาณหนึ่งชั่วโมง), จึงนับว่า
ขนาดของรังสีที่ผู้ป่วยได้รับนั้นน้อยกว่า
ของกัมมันตรังสี ซึ่งอยู่นานกว่า (เป็นวัน).

ฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่า บี.เอส.พี.* ที่เรา
ได้นำมาทดสอบด้วยไอโซคีน มาใช้
ในการตรวจตับโดยวิธี สะแกน เป็นครั้งแรก
นั้น, เป็นสารประกอบไอโซคีน ที่
เหมาะสำหรับการตรวจหน้าที่ของตับโดย
วิธี รากิโอไอโซโทป มากกว่า ไรส เบง-
กอล* และของกัมมันตรังสี โดยเฉพาะใน
ประเทศของเรา.

สรุป

รายงานนี้ได้แสดงว่าเราได้นำ บี.
เอส.พี. มาทดสอบด้วยไอโซคีน
และได้นำมาใช้ในการตรวจทำหน้าที่ของ
ตับโดยวิธี สะแกน เป็นครั้งแรกและได้ผล
ดี, อาจใช้แทนไอโซคีน ไรส เบงกอล
ได้.

โดยเฉพาะในสภาพของบ้านเรา, อาจ
ใช้ไอโซคีน บี.เอส.พี. ได้ประโยชน์
ดีกว่าใช้ไอโซคีน ไรส เบงกอล และ
ของกัมมันตรังสีด้วยเหตุผลซึ่งแจ้ง

ละเอียดในการศึกษา.

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์
อำนาจ เสริมสท, ศาสตราจารย์
นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ และ
ศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตต์ ตูจินดา
ที่กรุณาสันนิษฐาน, Manuel Tubis, Ph.D.
แห่ง V.A. Center, Los Angeles, Calif.
ที่กระตุ้นให้กำลังใจ, ศาสตราจารย์ นาย
แพทย์สังศิต กาญจนกฤษร ประธานแผนก
วิจัย สถาบันมะเร็งคณะแพทยศาสตร์
พยาบาล ในการสนับสนุนให้กำลังใจและ
กำลังใจคน, หน่วยภาพการแพทย์ ร.พ.
ศิริราช ในการถ่ายภาพ และขอบคุณ สภา
วิจัยแห่งชาติ ที่ให้ทุนอุดหนุน และ
ส่งเสริมงานนี้.

เอกสาร :

1. Rosenthal, S.M., and E.C. White.:
Clinical application of the Bromsulph-
thalein test for hepatic function
J.A.M.A, 1925., 84: 1112.
2. Wheeler, H.O., R.M. Epstein,
R.R. Robinson, and S.S. Snell:
Hepatic storage and excretion of
Sulphobromophthalein Sodium in the
dog. J. Clin. Invest. 1960, 39: 914.
3. Sherlock, S.: Diseases of the
liver and biliary system, 3rd, ed.,
Philadelphia, Davis Company, 1963.

4. Taplin, G.V., O.M. Meredith, Jr., and H. Kade, The radioactive ^{131}I tagged Rose Bengal uptake excretion test for liver function using external gamma ray scintillation counting technique. *J. Lab. Clin. Med.* 1955 45: 665.

5. Gomez—Crespo, G., W.J., MacIntyre, and J.H.: Christie, A comparison of ^{131}I Rose Bengal and colloidal ^{198}Au in liver scanning. *Amer. J. Roentgenol.* 1962. 88: 296.

6. Wagner, H.N., J.G. McAfee, and J.M. Mozley, Diagnosis of liver disease by radioisotope scanning. *AMA Arch. Intern. Med.* 1961, 107: 324.

7. Bender, M.A. and M. Blau, Detection of liver tumors with ^{131}I Rose Bengal. *Medical Radioisotope Scanning*. Vienna, IAEA and WHO. 1959, p. 83.

8. Czerniak, P.: Scanning study of 700 livers. Evaluation of the existing diagnostic procedures. *Medical Radioisotope Scanning*. Volume II, Vienna, IAEA. 1964, P. 401.

9. Veall, N., and H. Vetter: *Radioisotope techniques techniques in clinical research and diagnosis*. London, Butterworth, 1958.

10. Tubis, M., R.A. Nordyke,

E. Posnick, and W.H. Bladh: The preparation and use of ^{131}I labelled sulphobromophthalein in the liver function testing. *J. Nuclear. Med.* 1961, 2: 282.

11. Viranuvatti, V., et al.: Liver function tests in hepatic amebiasis based on 274 clinical cases. *Amer. J. Gastroenterol.* 1961, 39: 345.

12. Viranuvatti, V. et al.: The studies of liver function tests in primary carcinoma of the liver based on 162 proven cases. *Proceedings of the Second World Congress of Gastroenterology*, Munich, III, 1963, p. 422.

13. Leevy, C.M.: Dye excretion by the liver in "Progress in liver disease. Hans Popper and Fenton Schaffner. eds. Vol. I, New York, Grune and Stratton, 1961.

14. สุวรรณิก, ร่มไทร, วิจิชา วีรานูวัตต์, เกษม ลิ่มวงศ์, สวัสดิ์ หิตะนันท์ และ ฤดี ปลื้มจินดา: การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในสภาพต่างๆ ของตับด้วย ^{131}I BSP. *จ.พ.ส.ท.* 1965, 84: 617.

15. Suwanik, R., V., Viranuvatti, K. Limwongse, S. Hitanant, and R. Pleehachinda: ^{131}I BSP scanning of the liver. *Proctology.* 1966, 17: 462.

(Summary of the preceding Article)

^{131}I -B.S.P. SCANNING OF THE LIVER

Romsai Suwanik M.D., M.Sc. (med),

Rudee Pleehachinda, M.B.

(Department of Radiology)

(Head of Department: Professor Dr. Amauy Semerasuta)

Vikit Viranuvutti M.D., M.P.H., F.A.C.G.,

Sawadh Hitanant, M.B.

(Department: of Internal Medicine)

(Head of Department: Professor Dr. Chitt Tuchinda)

Kasem Liwongse, M.B., Facharzt für Chirurgie:

(Department of Surgery)

(Head of Department: Professor Dr. Udom Poshakrishra)

^{131}I -BSP was introduced as an indicator for scanning of the liver. The studies by external measurement and also by scanning confirmed that BSP* could be applied in the same fashion as Rose Bengal*, and it is

more available and more extensively studied than the latter, and also with more advantages, being a more direct test than colloidal gold*.

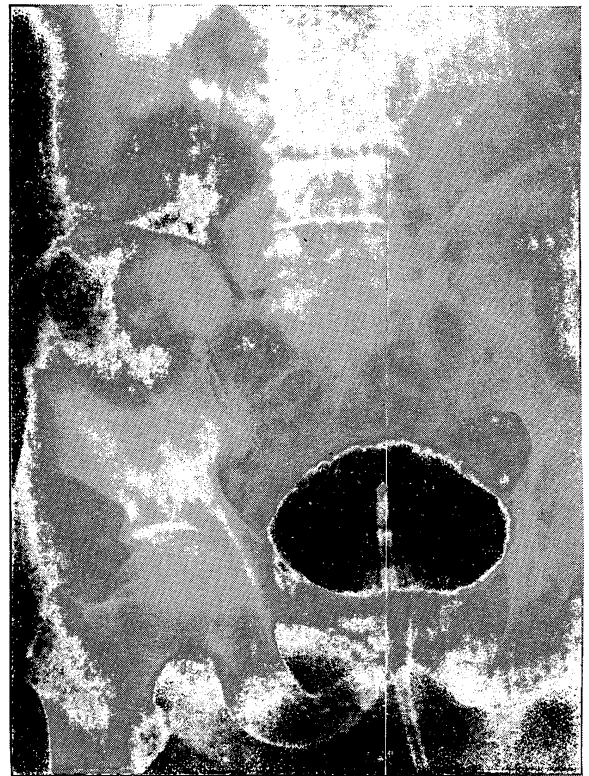
(Fifteen references)

(R.S.)

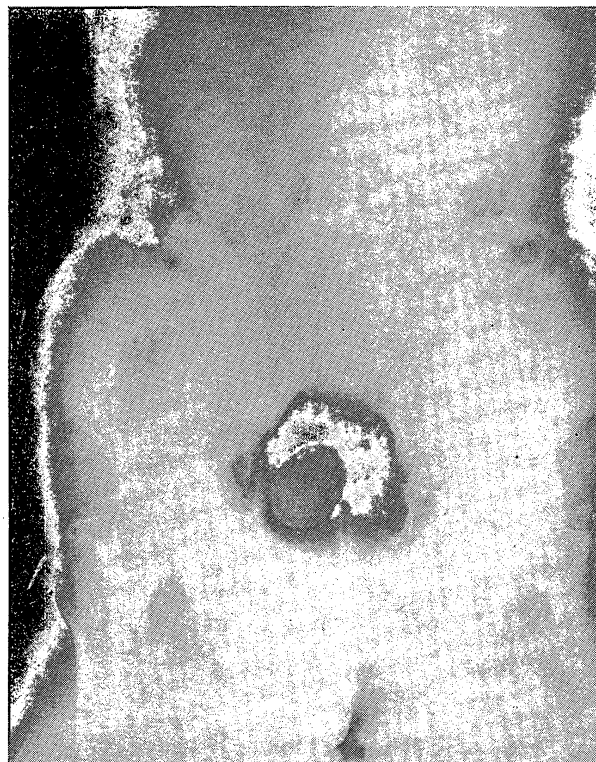
* Labeled with ^{131}I .



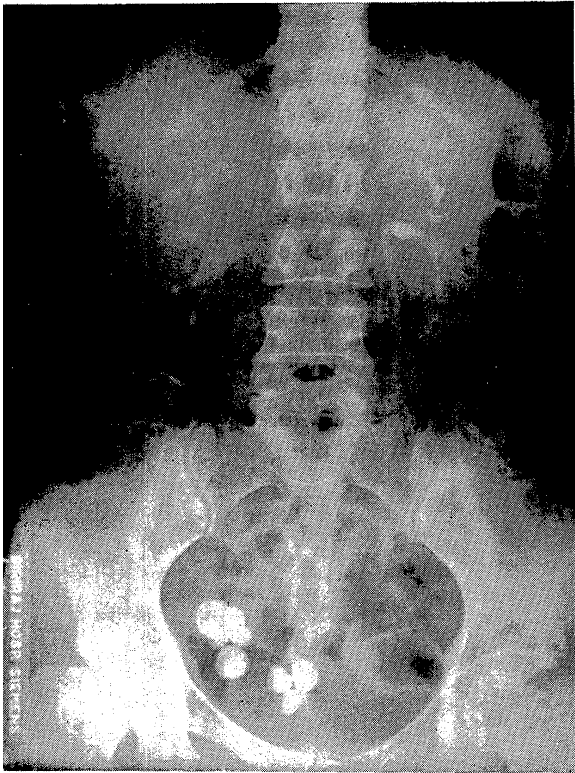
รูปที่ ๑. มะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ ทางด้านซ้ายมี
ขนาดใหญ่่มาก



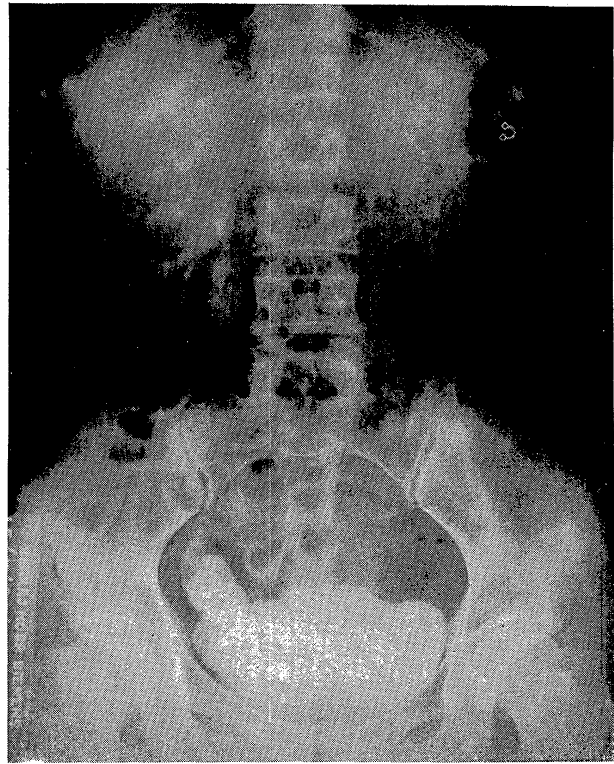
รูปที่ ๒. ปรอสดาด์โนมา, เป็นก้อนยื่นเข้าไปในกระเพาะ
ปัสสาวะ บริเวณตรงกลางของที่ประสานกระดูกเชิงกราน
ซึ่งตรงกับปากกระเพาะปัสสาวะ.



รูปที่ ๓. นิ้วในกระเพาะปัสสาวะ และปรอสดาด์โนมา.



รูปที่ ๔. สารทึบรังสียังไม่ลงไปในกระเพาะปัสสาวะ.



รูปที่ ๕. สารทึบรังสีลงไปในกระเพาะปัสสาวะแล้วถึงจะเห็น ยูรีเทอโรซีสได้, แต่ขอบเขตไม่ชัดเจน.



รูปที่ ๖. เมื่อใช้ลมใส่เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ เห็น ก้อนนิ้วและโปรสตาดีโนมาชัดเจน



ประกาศกรมบริหาร

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เย็นชวยสาย พ.บ.
นันทาน พรหมผลิน พ.บ.
เทวี บุญโชติ พ.บ.
สมชัย ภาริทธิ พ.ด.
ประยัต ทัศนการณ์ พ.บ.

“วิชาการอาบน้ำ”

“วิชาการอาบน้ำ” เป็นคำแปลตรง ๆ มาจากคำว่า “บัลเนโอโลยี” ซึ่งสังเคราะห์ขึ้นจากคำละติน “balne” แปลว่า “การอาบน้ำ” กับคำกรีก “logy” แปลว่า “วิทยาหรือวิชา”. ทั้งนี้ไม่มี ความประสงค์จะเสนอศัพท์ใหม่และก็ได้ต้องการจะบรรยายเกี่ยวกับการ “อาบอบนวด” ซึ่งกำลังเป็นสมัยนิยมอยู่ในเวลานี้และซึ่งคนส่วนมากคเหมือนจะเห็นพ้องต้องกันว่าทำให้สังคมสกปรกมากขึ้น แทนที่จะน้อยลง. ความมุ่งหมายคือต้องการจะ ชักชวนความสนใจ ในระบบการ รักษาโรค อย่างหนึ่งซึ่ง ประกอบขึ้นด้วยการอาบหรือแช่น้ำที่อาจมีลักษณะเหมือน น้ำทั่ว ๆ ไปหรือมีคุณสมบัติพิเศษจำเพาะ อย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้. การรักษาตามระบบนี้อาจเป็นไปได้โดยลำพังหรือโดยประกอบกับการรักษาแบบอื่น ๆ, เช่นกายภาพ

บำบัด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดหรือใช้ความร้อน, การรักษาด้วยอากาศ (โคลมาโตเธอราปี), และการรักษาโดยให้ดื่มน้ำแร่, เป็นต้น. การรักษาโดยให้อาบนั้นนิยมแพร่หลายอยู่เฉพาะในบางประเทศ, ซึ่งอาจเกี่ยวกับการณ์ลักษณะทางธรรมชาติบางประการที่เหมาะสมเป็นพิเศษก็ได้, แต่คงไม่ใช่เหตุผลอย่างเดียวกัน. ประเทศที่มีชื่อเสียงในด้านการรักษาแบบนี้มากที่สุดในโลกเห็นจะได้แก่ประเทศเยอรมนี, รองลงไปเห็นจะได้แก่ฝรั่งเศสและสวีตเซอร์แลนด์. ทางซีกโลกตะวันออกประเทศญี่ปุ่นดูเหมือนจะเป็นประเทศเดียวที่มีความสนใจและมีทางเหมาะสมสำหรับเรื่องนี้. ทางโลกใหม่เข้าใจว่าจะไม่ค่อยมีอะไรและไม่ค่อยมีผู้สนใจ. ในประเทศเยอรมนีมีสถานรักษาพิเศษสำหรับการรักษาแบบนี้มากมาย, มี

สถาบันทำการศึกษาระยะวิจัยโดยเฉพาะหลายแห่ง, มีแพทย์ชำนาญเฉพาะวิชาเป็นจำนวนมากจนถึงกับตั้งเป็นสมาคม, และมีคนใช้ต่างชาติที่ร่ำรวยเดินทางไปเข้ารับรักษาตัวในสถานรักษาเหล่านี้หลายพันคน, เป็นทางเรียกเงินเข้าประเทศอย่างสำคัญทางหนึ่ง. แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่า การรักษาโดยการ "อาบน้ำ" เป็นวิธที่หมดเปลืองมาก. ที่จริงคนฐานะปานกลางก็อาจไปเข้ารับรักษาตัวในสถานรักษาพวกนี้ได้. สำหรับในประเทศเยอรมนีนั้น แม้พวกคนงานที่มีการประกันสุขภาพก็มีสิทธิที่จะใช้การรักษาตามระบบ.

ในประเทศเยอรมนีมีประวัติการรักษาโรคโดยการ "อาบน้ำ" มานานกว่าพันปี. ตลอดเวลาที่ผ่านมาแล้วนี้กลุ่มคนไข้ที่เป็นโรคต่าง ๆ ได้พากันเดินทางไปยังแหล่งน้ำที่เหมาะสมสำหรับโรคของเขา, ซึ่งได้มีการก่อสร้างและวางระบบการรักษาขึ้นโดยเฉพาะ, ที่เรียกในภาษาเยอรมันว่า "บาด" (Bad) หรือ "ครือออร์ต" (Kur-Ort). คำหลังนี้มักใช้สำหรับที่ซึ่งมีการรักษาอื่น ๆ ด้วย, นอกจากการ "อาบน้ำ". แต่เดิม

ก็เป็นการรักษาตามประสบการณ์ (empiric) หรือโดยอาศัยความเชื่อต่อสืบต่อกันมา. แต่ในสมัยหลังนี้ก็มีผู้สนใจพยายามที่จะใช้วิทยาศาสตร์พิสูจน์ว่า "การอาบน้ำ" นั้น ๆ ให้ผลอย่างจริงจังและหาเหตุผลหรือกลไกที่จะอธิบายผลที่เกิดขึ้นว่า มาแต่ใหนหรือด้วยเหตุใด. ความพยายามดังกล่าวยังไม่ได้ผลสมบูรณ์, และในปัจจุบันนี้แม้ว่าทางการจะรับรองว่าการ "อาบน้ำ" เป็นการรักษาที่มีเหตุผลใช้ได้, มหาวิทยาลัยหลายแห่งมีสถาบันสำหรับศึกษาโดยเฉพาะ, และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางนี้เป็นจำนวนมากอยู่ในชั้นศาสตราจารย์, แต่ก็ยังมีความเห็นในชั้นวิชาการแตกต่างกันอยู่ไม่น้อย. โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเภสัชวิทยามักไม่ค่อยเห็นด้วยกับเรื่องสรรพคุณต่าง ๆ ของน้ำที่ใช้รักษา, เพราะสรรพคุณเหล่านั้นส่วนมากแสดงโดยการทดลองไม่ได้. แต่แพทย์และนักวิทยาศาสตร์ที่เห็นด้วยกับการ "อาบน้ำ" ก็แสดงความเห็นค้านกับนักเภสัชวิทยานั้น ๆ ว่าวิธทดลองของพวกเขาหลังนี้ไม่เหมาะสมสำหรับที่จะแสดงสรรพคุณของ "น้ำอาบ" เขาให้เหตุผลว่าการรักษาโดย "อาบน้ำ" นี้มีประโยชน์

สำหรับโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ. ส่วนวิถี
ทดลองทางเภสัชวิทยาที่ใช้กันอยู่โดย
ธรรมดาอันนี้เหมาะสำหรับแสดงฤทธิ์ยา
ประเภท "ปัจจุบัน" ที่ทำให้เห็นผลโดย
ทันทีทันใด. ร่างกายที่เช่นโรคเรื้อรังนั้น
แตกต่างเป็นอันมากจากร่างกายปกติ.
ติดตามเหตุผลทางสรีรวิทยาและพยาธิ
วิทยาน่าจะเห็นได้ว่าร่างกายที่ช่วยอยู่เป็น
เวลานาน ๆ นั้นย่อมจะมีกลัยต่าง ๆ แปร
เปลี่ยนไปจากปกติ, ซึ่งเป็นผลของการ
ที่ร่างกายพยายามที่จะทรงตัวอยู่ในภาวะ
ใหม่ที่ผิดปกตินั้นให้คงที่ที่สุดเท่าที่จะ
ได้. กลัย
ของการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายนั้นส่วน
มากอยู่ในประเภท "กลัยแกว่งไว"
(mobile equilibrium). เมื่อพยาธิสภาพ
เรื้อรังรบกวนกลัยใดกลัยหนึ่งให้เอนเอียง
ไปจากปกติอยู่เป็นเวลานาน ๆ, ก็ย่อม
เป็นธรรมดาอยู่เองที่จะต้องเกิด "ช็อค
กลัย" หรือ "จ๊อคกลัย" ขึ้นใหม่. ช็อค
นี้อาจเปรียบเทียบกับกลัยความร้อนของ
ร่างกาย. ในคนปกติกลัยนี้ย่อมรักษาให้
อุณหภูมิกายมี "ช็อคกลัย" อยู่ประมาณ
๓๗ °C. แต่เมื่อมีพิษของเชื้อโรคบางอย่าง
ไปรบกวนศูนย์กำกับความร้อน, ศูนย์ก็
จะเปลี่ยน "ช็อคกลัย" ใหม่, กลายเป็น

เอนเอียงไปในทางที่ต่ำกว่า ๓๗ °C, ร่าง
กายจึงเป็นไข้, และก็จะพยายามรักษา
"ช็อคกลัย" ที่เบนไซนอยู่เรื่อยไป, จน
กว่าจะมีแอลกอฮอล์หรือตัวกระทำอย่างอื่น
มาแก้ไขศูนย์กำกับความร้อนเปลี่ยนช็อค
กลัยกลับมาสภาวะปกติอีก. ร่างกายที่เป็น
โรคเรื้อรังก็เช่นอย่างนั้น, คือมีกลัยใหม่เกิด
ขึ้นสำหรับการทำหน้าที่ซึ่งเป็นโรค, ทำ
ให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องไม่สนองต่อยาเหมือน
กับอวัยวะปกติ. ยาที่ใช้ได้ประโยชน์ใน
โรคปัจจุบันจึงอาจใช้ไม่ได้ในโรคเรื้อรัง.
แต่การรักษาโดยวิธี "อายน้ำ" นั้นเป็น
การกระทำแบบค่อยเป็นค่อยไป, ตะล่อม
ให้กลัยของอวัยวะที่เป็นโรคค่อย ๆ เบน
เข้าสู่ปกติ, เพราะฉะนั้นจึงเหมาะและ
มีประโยชน์สำหรับโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ.

ในคำที่เกี่ยวกับกลไกสรีรวิทยา, ซึ่ง
นำไปเกิดผลในร่างกายจากการ "อาย
น้ำ" นั้น, ฝ่ายสนับสนุนอ้างผลจากการ
ทดลองว่าอาจเป็นไปได้สองทาง. ในทาง
หนึ่งนั้นผิวหนังทำหน้าที่เป็นเสมือน
"เครื่องกรอง", ซึ่งปล่อยให้สารที่ละลาย
อยู่ในน้ำ, อาจจะเป็นเกลือแร่, แก๊ส,
หรือสารที่มีมันตรังสี, ซึมผ่านผ่านเข้าไป
ไปสู่กระแสเลือดหรือกระแสเลือด,

แล้วไหล เวียนไป แสดงฤทธิ์โดยตรงต่อ
อวัยวะของร่างกาย. ในอีกทางหนึ่งนั้นผิว
หนังทำหน้าที่เป็นเสมือน “สพานไฟฟ้า”
หรือสวิตช์, สารละลายในน้ำทำให้ผิว
หนัง แปรสภาพหรือ เปลี่ยนสถานะทาง
ฟิสิกส์เคมี ไปจากสภาพหรือสถานะ
ปกติ. การแปรเปลี่ยนของผิวหนังนี้ส่ง
ผลไปยังส่วนที่เกี่ยวของ, เช่นเส้นประ-
สาทหรือหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง,
ทำให้มีการแปรเปลี่ยนต่อไปในอวัยวะบาง
อย่างหรือหลายอย่างของร่างกายโดยทาง
อ้อม. ผลจากการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกิด
จากสองทางนี้ทางใดทางหนึ่งย่อมอาจทำ
ให้คล้อยที่ เอนเอียง อยู่ใน ร่างกาย นั้น,
ค่อย ๆ เอนกลับไปสู่สภาวะปกติได้.

คำอธิบายที่อ้างนี้คิด ๆ ก็ที่น่าจะเป็น
ความจริงได้. เช่นที่รับรองกันทั่วไปถือว่า
โรคใดโรคหนึ่งในระยะเรื้อรังย่อมรักษาได้
ยากเย็นกว่าโรคเดียวกันในระยะปัจจุบัน.
ข้อนี้อาจเป็นเพราะวิธีการรักษาของเรายังไม่
เหมาะ. โดยมากเราใช้ยาอย่างเดียวกัน

ทั้งในระยะปัจจุบันและระยะเรื้อรัง, เว้น
แต่อาจจะมียาบำรุงอะไรบางอย่างเพิ่มเข้า
ไปบ้าง. คิดตามเหตุผลที่อ้างในตอนต้น,
เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในคล้อยของร่าง
กาย, น่าจะเห็นว่าในระยะเรื้อรังนั้นการ
รักษาจะต้องแตกต่างจากระยะปัจจุบันมาก
ทีเดียว. จะแตกต่างอย่างไรและเพียงไร
นั้นก็แล้วแต่ความกว้างในคล้อยของ
ร่างกายเป็นไปในทางใดและไปมากน้อย
เพียงใด.

“วิชา รักษา โรค โดยการ อาบน้ำ”
(บัลเนโอเธอราปี) อาจจะมียังไม่มีความ
หมายอะไรในประเทศเราจนกว่าจะมีการ
ค้นพบ “น้ำ” ที่เหมาะและมีผู้สนใจศึกษา
ทางนี้มาทำการใช้ประโยชน์ให้ถูกต้อง.
แต่หลักความคิดที่เกี่ยวกับการรักษาโรค
ประเภทเรื้อรังหรือระยะเรื้อรัง, คงจะเป็น
ประโยชน์ไม่น้อยถ้ามีผู้ลงนามมาประยุกต์
ในการศึกษาวิชาการรักษาโรคโดยทั่ว ๆ
ไปด้วย.

แผนกยอเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ฑู ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med., สมชัย บวรกิตติ พ.ด.,
กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., Dr. med., ธีระ อ่ำสวัสดิ์ พ.บ., บุญช่วย ดุยศักดิ์ พ.บ.,
รังสรรค์ ปุญปากม พ.บ., ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ. F.A.C.P., นิพนธ์ วรรณ พ.บ.

๑. Von Harnack, G.A., D. Eckart :
การศึกษาขนาดยาในแง่คลินิกและการ
ทดลองในเด็ก—ยาขับปัสสาวะ : German
Med. Monthly 1966, 11 : 131.

การศึกษาผลของยาขับปัสสาวะ
ฟรเซไมด์ (Frusemide) ในแง่เพิ่มจำนวน
น้ำและการขับ อิเล็กโตรลัยต์ ในผู้ใหญ่
๑๐ คน และเด็กอายุระหว่าง ๒ ถึง ๓
เดือน ถึง ๑๕ ปี, ๕ หมู่ ๆ ละ ๑๐ ถึง
๑๖ คน, โดยให้ยาขนาด ๒๕ มก. ต่อ
เนื้อทพณผิวกาย ๑ ตารางเมตร ครั้ง
เดียว. ให้ผู้ถูกทดลองงดกินอาหาร
ที่จืดจางเหมือน ๆ กันก่อนทดลอง ๓ วัน
และในวันทดลอง. เก็บปัสสาวะ ๖ ชม.
ภายหลังกินยาและเก็บปัสสาวะ ๖ ชม.
ก่อนกินยา ๒ วัน วัดปริมาณ และหา
ปริมาณของโซเดียม, โปแตสเซียม
และคลอไรด์ เปรียบเทียบกับปัสสาวะที่
เก็บจาก ๒ วันที่แล้ว. ขณะทดลองไม่มี
ผู้ใดแสดงอาการผิดปกติ.

ผลปรากฏว่า ผู้ใหญ่ปัสสาวะมี
ปริมาณเพิ่มขึ้นกว่าไม่กินยา ๑๖.๓ ลิ.
ชม/น.น. ตั้ว/ ๖ ชม., แต่ในเด็กเพิ่มขึ้น
๑๐-๑๓ ปช. น้อยกว่าผู้ใหญ่. ในผู้ใหญ่
โซเดียมเพิ่มขึ้น ๒.๑ mEq / น.น.
ตั้ว/ ๖ ชม., คลอไรด์ เพิ่มขึ้น ๒.๔ mEq
/ น.น. ตั้ว/ ๖ ชม., ส่วนในเด็กเพิ่มขึ้น
น้อยกว่าผู้ใหญ่ ๕ - ๓๕ ปช. ส่วนการ
ขับถ่ายโปแตสเซียม เพิ่มขึ้นน้อยมาก
ในคนทกวัย คือประมาณ ๐.๒-๐.๔
mEq / น.น. ตั้ว/ ๖ ชม.

จากผลดังกล่าวแสดงว่าการใช้ยาขับ
ปัสสาวะ ฟรเซไมด์ ในขนาดที่คิดตามเนื้อ
ทพณผิวกาย ทำให้การขับปัสสาวะ และ
อิเล็กโตรลัยต์เพิ่มขึ้นทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก
แต่เด็กเพิ่มขึ้นน้อยกว่า, ซึ่งใช้เป็นหลัก
ในการบริหารยานี้ในคนวัยต่าง ๆ เพื่อกัน
รักษาได้.

ฑู ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.

๒. Israel, H.L., M. Sones : ชาร์คอบ
โคสส์, วัณโรค และ ทูเบอร์คูลิน.
Amer. Rev. Resp. Dis. 1966, 94 : 877.

การศึกษาคัดตามผู้ช่วย ชาร์คอบ
โคสส์ ๓๖๐ ราย ในระยะเวลา ๑-๓๐ ปี
(เฉลี่ย ๖ ปี), พบว่า ๑๓ ราย (๓.๖
%) เกิดเป็นวัณโรคขึ้น. ผู้ช่วย ๑๓ คน
แสดงข้อมูลที่น่าสนใจหลายประการ :

ข้อมูลทางคลินิก : ขณะเป็นวัณโรค
(วัณโรคปอด ๑๐ ราย และวัณโรคนอก
ปอด ๓ ราย), ทุกรายให้ปฏิกิริยา
ทูเบอร์คูลิน "บวก". ผู้ช่วย ๑๐ รายจาก
๑๑ ราย ได้รับความเสียหายจาก
ไอโซในอะซิด.

ข้อมูลทางระบาดวิทยา : ขณะเป็น
ชาร์คอบโคสส์ การให้ปฏิกิริยา ทูเบอร์
คูลิน คล้ายคลึงกับผู้ช่วย ชาร์คอบโคสส์
อื่นๆ, จึงแสดงว่าผู้ช่วย ชาร์คอบโคสส์
พวกที่เกิดเป็นวัณโรคและพวกที่ไม่เกิด
เป็นวัณโรคไม่มีความแตกต่างทาง อิมมู
โนวิทยา หรือ ความแตกต่างในการ
สัมผัสโรค. การเกิดวัณโรคไม่มีความ
สัมพันธ์กับขนาดรอยโรค หรือความ
รุนแรง ของ ชาร์คอบโคสส์. เนื่องจาก
พบว่าผู้ช่วยที่เกิดเป็นวัณโรค ทุกรายเป็น

ชาวนิโกร จึงบ่งว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม
เป็นเหตุสำคัญส่งเสริมการสัมผัสโรค.

ข้อมูลทางอิมมูโนวิทยา : เมื่อหาย
จาก ชาร์คอบโคสส์ และจากวัณโรค
แล้ว, ผู้ช่วย ๔ ราย ยังคงให้ปฏิกิริยา
ทูเบอร์คูลิน "ลบ". ในจำนวนนี้ ๑ ราย ให้
ปฏิกิริยา ทูเบอร์คูลิน รุนแรง ๖ สัปดาห์
หลังไครบิวคิน บิ. ซี. จี., แต่กลับให้
ปฏิกิริยา "ลบ" เมื่อ ๑๒ สัปดาห์. ข้อ
มูลเหล่านี้แสดงว่า เป็นการบกพร่องของ
ปฏิกิริยาไวเกินแบบล่าช้า ซึ่งเป็นลักษณะ
จำเพาะของ ชาร์คอบโคสส์. ไม่ใช่เป็น
การขาดความสามารถสร้างภูมิไวเกิน
ทูเบอร์คูลิน, แต่เป็นการขาดความ
สามารถที่จะดำรงภูมิไวเกินเอาไว้. ข้อ
บกพร่องทาง อิมมูโนวิทยา อันนี้ไม่มี
ความเกี่ยวข้องกับภูมิไวรับ (susceptibi-
lity) ต่อวัณโรคหรือภูมิต้านทานโรค
หรือการรักษาค้วยยาต้านเชื้อ.

หมายเหตุของผู้ย่อ : ความรู้จากบทความ
นี้น่าสนใจไปประยุกต์ได้ในคนปรกติ
บางคนที่เคยไครบิวคิน บิ. ซี. จี. แล้ว
แต่ไม่แสดงภูมิไวเกิน ทูเบอร์คูลิน โดย
การทดสอบผิวหนัง ถึงแม้ไครบิวคิน

จิโฮซีต ในโกลบัส พลลิกัส, ซับแรด
มิก นิวคลีไอ, พาราเวนทริคูลาร์ ซับ
คอร์ติคอลล ไวท์ แม็ตเตอร์.

ได้พบอาการดังกล่าวแต่ไม่ชัดเจนใน
พี่น้องของผู้ช่วยรายนี้, แต่ทั้งแม่และยาย
ของเด็กผู้ช่วยรายนี้พบภาวะเช่นนี้แต่น้อย
กว่า.

ธีระ อ่ำสวัสดิ์ พ.บ.

๕. Rohn, S., M. Kiraly, S. Neukomm:

การศึกษาการ ย่องกัน และการ แก่ การ
เสื่อมหน้าที่ของตับ. *Arzne mittel-For-
schung, 1967, 17: 47.*

คณะผู้รายงานได้ศึกษาโดยใช้สัตว์
ทดลองคือ กระจ่างตัวเมียบ, หนูทั้งตัวผู้
และตัวเมีย, มาทำให้ตับเสื่อมไปโดย
คาร์บอน เตตระซอลไรต์ ทั้งทางให้ทาง
ปาก, ฉีดเข้าช่องท้อง, ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและ
ฉีดเข้าไตผวนอย่างเดี่ยว, กะให้สาร
ประกอบที่เป็นส่วนนำสกัดและฮัยโครลีย์
สกัด จากตับของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่
ไม่มีโปรตีนและตัวที่ต่อต้านโรคโลหิต
จางรวมอยู่ด้วย ไปพร้อมกันกับ คาร์บอน
เตตระซอลไรต์. และใช้วิธีทดสอบโบรม
ซัลฟาลีน (B.S.P.) ตรวจหาการเสื่อม

หน้าที่ของตับในระยะเริ่มแรก และวิธีหา
เซรัมโปรตีนอื่นด้วย อีเล็กโตรโฟเรสิส
ตรวจหาการเสื่อมหน้าที่ของตับอย่างรวดเร็ว.

ผลการศึกษาดังกล่าวได้พบว่าเมื่อเปรียบ
เทียบกับพวกคอนโทรลแล้วปรากฏว่า หนู
ตัวเมียทนต่อ คาร์บอน เตตระซอลไรต์
ได้ดีกว่าหนูตัวผู้. สารประกอบที่มีส่วนนำ
สกัดและฮัยโครลีย์สกัดจากตับดังกล่าวนี้
สามารถป้องกันมิให้ตับเสื่อมหน้าที่ได้จาก
คาร์บอน เตตระซอลไรต์, ทั้งยังทำให้
ตับที่เสื่อมหน้าที่แล้วกลับมีหน้าที่ปรกติ
ได้อีกด้วย.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ., Dr. med.

๖. Weg, J.C., J.R. Calverly, C.

Johnson: ภาวะฮัยโปเวนติลเลชัน ออลวีโอลาร์
ฮัยโปเวนติลเลชัน. *Arch. Intern. Med*
1965, 115: 302.

ออลวีโอลาร์ฮัยโปเวนติลเลชัน (Alveo-
lar hypoventilation) อาจทำให้เกิด
อาการง่วงนอนผิดปกติ, มีการเสื่อม
ทางจิตและความผันผวนอื่น ๆ ทางประ-
สาทวิทยา. ผู้ป่วยหนึ่งรายเกิดอาการ
ต่าง ๆ ดังกล่าวภายหลังจากทุเลาจาก

โรคสมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ. ผู้ช่วยนี้เป็นคนอ้วนมาก และมีภาวะธัยรอยด์ต่ำชนิดขั้นต้น, อาการต่าง ๆ ทุเลาโดยการบริหารยากระตุ้นการหายใจ (วานิวลิก อะซีดี ไคเอริลล์ อะไมค์). การให้ยาสัทธิธัยรอยด์ ทำให้มีการทุเลาทางคลินิกตลอดไป. เนื่องจากลักษณะโรคอ้วนไม่เปลี่ยนแปลง, ประกอบกับผลการศึกษาอื่น ๆ จึงให้ความเห็นว่า ภาวะธัยรอยด์ต่ำน่าจะเป็นต้นเหตุของ ฮัยโป-เว็นทิลเลชัน, แต่ไม่อาจแยกต้นเหตุจากโรคสมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่เป็นนำมาก่อนโดยเด็ดขาดได้.

บุญช่วย ดุลยศักดิ์ พ.บ.

๗. Nevins, M.I., et al: แกรนโลมาของปอด—รายงานผู้ช่วย ๒ ราย ที่เกิดขึ้นด้วยละอองซิลิกา. J.A.M.A. 1965, 193: -266.

รายงานผู้ช่วย พลโมนารีย์ แกรนโลมาโตซิส ที่มีประวัติหายใจเอาละอองซิลิกา ๒ ราย. รายแรกเป็นชายอายุ ๓๗ มีอาการเหนื่อยหอบ, ไอ และเจ็บหน้าอก. มีประวัติใช้สิ่งหอบแบบละอองน้ำสำหรับดับกลิ่นรักแร้ ติดทั่วตัววันละ

หลายครั้ง. ตรวจไม่พบวัณโรค, โรคราหรือ โรคตามระบบไต ๆ. การทดสอบโครม ให้ผลลบ. ไซโตปซีชี ปอดพบรอยโรคแบบ แกรนโลมา ภายใน อัลวีโอลีและในหลอดเลือดที่ผนังงดลมและที่เยื่อหุ้มปอด. การวิเคราะห์ชิ้นเนื้อไซโตปซีชี ทางสเป็คโตรกราฟฟี พบสังกะสีในปริมาณสูง. อาการต่าง ๆ ทุเลาด้วยการใช้สเตอรอยด์.

รายที่สองเป็นหญิงช่างแต่งผมอายุ ๕๐ ปี. เธอใช้ สเปรย์ ฉีกผมบ่อย ๆ. ภาพรังสีทรวงอกแสดงเงาเยื่อเมือก แกรนูล ทั่วทั้งปอดและเงาของท่อมน้ำเหลืองโตที่ซั้วปอด. การทดสอบสมรรถภาพของปอดบ่งถึงลักษณะเยื่อโรคใน เนื้อในระหว่างเนื้อแท้ของปอด ที่กระจายอยู่ทั่วไป และมีความผิดปกติอย่างมากของการถ่ายเทอากาศ. และมีการกดซึมออกซิเจนเร็ว. การตรวจทางจุลกายวิภาควิทยาได้ผลคล้ายคลึงกับรายแรก. การทดสอบ โครม ให้ผลบวก.

ผู้รายงานได้วิจารณ์ถึงความเกี่ยวข้องระหว่างการหายใจเอาละอองน้ำสารเคมี และโรค ซาร์คอยโตซิส.

รังสรรค์ ปุษปาคม พ.บ.

๘. Huhn O.H., G.B. Elliott, R.R.

Boyd: การเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ ของเซรัม
กับควมรุนแรงของวัณโรค. Amer. Rev.
Resp. Dis. 1966, 94: 727.

ได้ทำการตรวจวิเคราะห์เซรัมผู้ป่วย
วัณโรค ๑๘ ราย, โดยวิธี อิมมูโนอิเล็ก
โตรโฟริสซิส โดยเปรียบเทียบกับการ
ดำเนินโรคทางคลินิกและลักษณะรอยโรค
ในภาพรังสีของผู้ป่วยวัณโรคเป็นระยะ ๆ
ตั้งแต่เริ่มการรักษาและระหว่างที่ไ้รับ
การรักษา. ใช้ แอนติซีวแมนเซรัม
จากแพะชนิด โปลิวาเรนท์ ๒ ชนิด คือ
๑). แอนติ เซรัม เอ. เตรียมจากเซรัม
คนปรกติและ ๒). แอนติเซรัม บี. เตรียม
จากเซรัมผู้ป่วยวัณโรค. และตรวจห่าง
กันทุก ๔-๖ สัปดาห์ ตลอดระยะเวลา
๑๐ เดือน.

ผลการศึกษาปรากฏว่ามีลายภาพ ๒
ชนิดที่แสดงการเปลี่ยนแปลงสอดคล้อง
กับการดำเนินโรค คือ ก. Beta I b. arc
หรือโค้งซีโมเยกซัน โรคในระยะปัจจุบัน
จะปรากฏในซีกที่ให้ปฏิกิริยากับ แอนติ
เซรัม บี. ชัดเจนกว่าในซีกที่ให้ปฏิกิริยา
กับ แอนติ เซรัม เอ., และค่อย ๆ ลด

ขนาดและความชัดเจนลงในเมื่อโรคทะเลา.
และ หยค เปลี่ยนแปลง เมื่อ โรคสงบ.

ข. IgM macroglobin arc โรคใน

ระยะปัจจุบันปรากฏในซีกที่ให้ปฏิกิริยา
กับแอนติเซรัม เอ. ชัดเจนกว่าซีกที่ให้
ปฏิกิริยากับแอนติเซรัมบี. ซึ่งมีโค้งที่สั้น
และแตกแยก, และแตกเป็นทางไปทาง
ข้าง ๆ. เมื่อโรคสงบความแตกต่างอัน
จะหมดไป. เมื่อโรคทรุกหนักลงลายภาพ
ที่ปรากฏทางซีกแอนติ เซรัม เอ. จะ
จางลงและค่านแอนติเซรัม บี. จะหายไป
หมดก.

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

๘. Curran, W.S. et al. : การตัดเอา
คาโรติก ขอดี้อ ออกในโรคหืดหลอดลม.
Amer. Rev. Resp. Dis. 1966, 93 : 84.

การผ่าตัด คาโรติก ขอดี้อ ออก หรือ
เรียกว่า Glomectomy ในผู้ป่วยเป็นโรค
หืดหลอดลมเพื่อการรักษาได้ทำครั้งแรก
โดยคัลลัแพทย์ นาคายามา เมื่อปี ค.ศ.
๑๙๔๒, และต่อมาได้ทำการผ่าตัดใน
ผู้ป่วยจำพวกนี้อีกมากมาย. เขารายงาน
ว่าปรากฏผลดีถึง ๘๑ เปอร์เซ็นต์. ในสหรัฐ
อเมริกการผ่าตัดแบบนี้ โดย คัลลั แพทย์

หลายท่านปรากฏว่าผลที่ได้แตกต่างกัน. ข้อสังเกตในรายงานคือไม่มีผู้ใดได้ทำการทดลองเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไว้กับผู้ช่วยที่ไม่ได้ทำการผ่าตัด. มีหลายรายให้เหตุผลว่าเป็นเพราะผลทางจิตใจมากกว่าผลจริง ๆ.

คณะผู้รายงานนี้ได้อธิบายในผู้ป่วย ๒๓ รายที่ได้รับผลการผ่าตัดเอา คาโรติค บอย์ย์ ออกเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง, โภย ๑๐ รายได้ทำการผ่าตัดเอาออกจริง ๆ, ส่วนอีก ๑๓ รายทำการผ่าตัดแต่ไม่ได้ตัดเอา คาโรติค บอย์ย์ ออก. ผลปรากฏว่าในระยะ ๖ เดือนภายหลังการผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันเลยในผู้ป่วย ๒ พวกนี้. จึงสรุปว่าผลส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพราะเป็นการรักษาทางจิตใจมากกว่า, และการผ่าตัดแบบนี้ไม่มีผลต่อการของโรคหลอดเลือดสมองแต่อย่างใด.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ P.B., F.A.C.P.

๑๐. Sterner, G., et al. : การศึกษา "อิตัน" ในโรค ยีนัวโมเนีย. Acta Med. Scandinav. 1965, 178 : 751.

ในปี ค.ศ. ๑๙๖๒ ได้ทำการตรวจเชื้อเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อ อิตัน (Eaton agent) (มีโคพลาสมา ยีนัวโมเนีย) โดยวิธีการทดสอบ คอมพลีเมนต์

ฟิเคชันต่อ มีโคพลาสมา ยีนัวโมเนีย, และตรวจ โคสต์ แอ็กกลูตินิน ในผู้ป่วย ยีนัวโมเนีย ๗๓ ราย, จากจำนวนทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล ๓๕๕ ราย.

ผลปรากฏว่าผู้ป่วย ๓๗ ปช. มีการสังเพิ่มขึ้นของคอมพลีเมนต์ ฟิเคชัน แอนติบอดี ต่อ มีโคพลาสมา ยีนัวโมเนีย, และอีก ๑๕ ปช. มี ไตเตอร์ สูง (๒๕๖) แต่ไม่มีการสังเพิ่มขึ้น. ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ ๖๗ ปช. มี โคสต์ แอ็กกลูตินิน ไตเตอร์ สูงเพิ่มขึ้น, หรือมีเพียง ไตเตอร์ สูง (๓๒) แต่ไม่มีการสังเพิ่มขึ้น. ๕๓ ปช. ของผู้ป่วย ยีนัวโมเนีย ที่มี โคสต์ แอ็กกลูตินินบวก แสดงความเกี่ยวข้องอย่างแน่นอน, หรือน่าจะเป็นไปได้มากที่สุด กับการติดเชื้อ มีโคพลาสมา ยีนัวโมเนีย.

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสีของปอดมีลักษณะ แตกต่าง กันมาก, จึงไม่อาจสรุปความสำคัญของสิ่งตรวจพบได้. อาการต่าง ๆ ที่อาจเป็นลักษณะจำเพาะของการติดเชื้อ, ได้แก่ ปวดศีรษะ, การไอรุนแรงเป็นชุด และอาการทั่วไปของผู้ป่วยที่ไม่ไคร่รุนแรงทั้งๆ ที่ใช้สังอยู่เป็นเวลานาน ๆ.

นิพนธ์ วีรวัฒน์ P.B.

ปกิณกะ

๑. สมเด็จพระยาชัยนาทนเรนทรกับ โรงเรียนแพทย์และการสาธารณสุข

สุภาษิตฝรั่งโบราณบทหนึ่งกล่าวว่า
"Mens sana in corpore sano" แปล
ความว่า จิตใจที่ดีย่อมอยู่ในร่างกายอัน
ปรกติ. หรือหนึ่งผู้ปราศจากโรคย่อม
มีสติปัญญาดี. ผู้ที่มีโรคเขยิบเขียนอยู่
เสมอ ๆ ถึงมีสติปัญญาจะมาแต่กำเนิด,
ก็อาจคิดเขวและอาจทำให้ประพฤตินึกไป
ได้. สุภาษิตนี้แสดงว่าคนใดเห็นกันมา
นานแล้วว่าความสขกายเป็นของ สำคัญ
ยิ่งและควรบำรุงก่อนและยิ่งกว่าสิ่งใด ๆ.
เพราะเป็นเครื่องนำมาซึ่งความสขในค้ำ
อื่น ๆ ทั้งปวง. เมื่อคนรวมกันอยู่เป็นบ้าน
เมืองและประเทศ. สิ่งที่ต้องกรากคือ
ความสขของมวลชน, ซึ่งจะเกิดขึ้นได้โดย
มีการสาธารณสุขที่ดี.

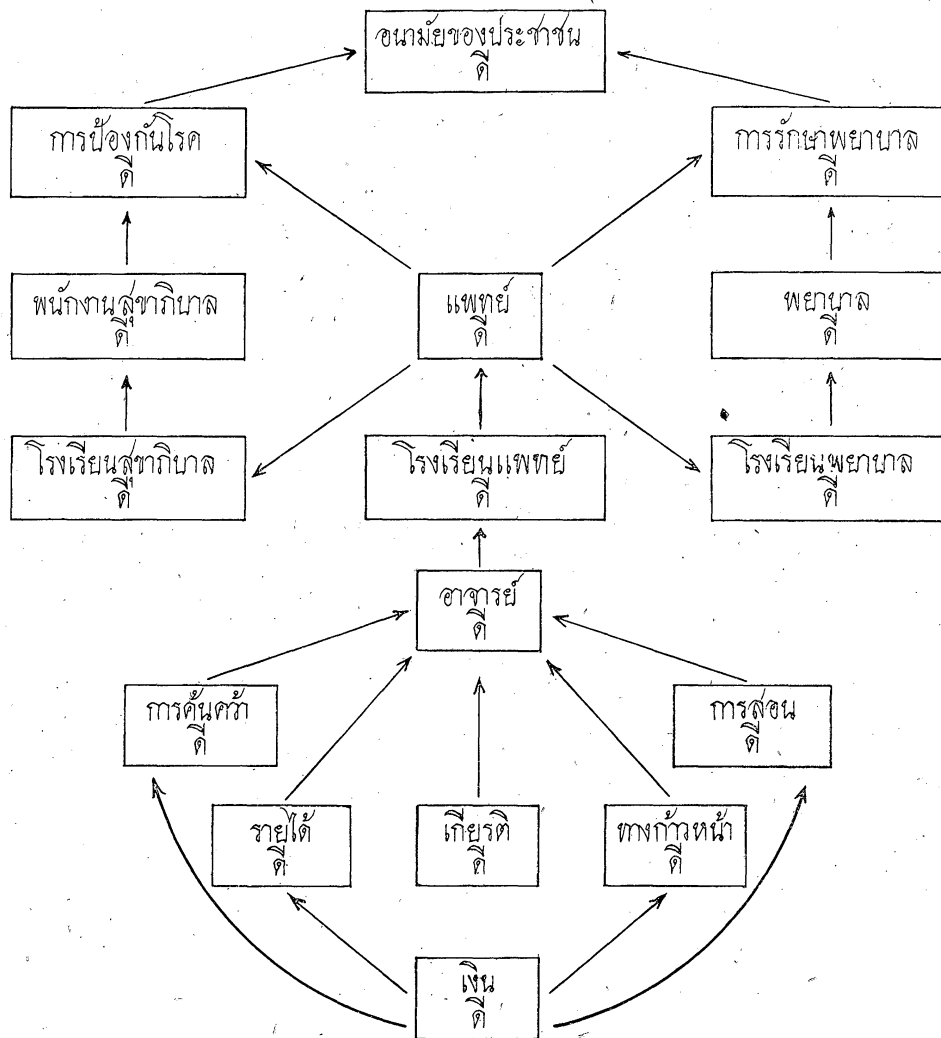
ท่านศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย
เกตุสิงห์ ได้แสดงหัวใจของการสาธารณสุข
เป็นแผนผังดังในหน้า ๓๘.

เห็นได้ว่าอนามัยของประชาชนจะดี
ได้ก็ต่อชงชนกบแพทย์และการสาธารณสุข

ที่ดี. แต่แพทย์ที่ขอมมาจากโรงเรียน
แพทย์ดี. โรงเรียนแพทย์และการ
สาธารณสุขจะดีได้ก็เนื่องมาจากการเริ่ม
ต้นที่ดี. มีการจัดวางรากฐานไว้อย่างดี.

พลเอก สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ
กรมพระยาชัยนาทนเรนทร, พระนามเดิม
พระองค์เจ้ารังสิตประยงค์ศักดิ์, ทรงเป็น
พระราชโอรสองค์ที่ ๕๒ ในพระบาทสม-
เด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวและเจ้าจอม
มารดา ม.ร.ว. เนือง (ในพระบรมวงศ์เธอ
พระองค์เจ้าสายสนธิทวงศ์) ประสูติใน
พระบรมมหาราชวัง เมื่อวันที่ ๑๒
พฤศจิกายน ร.ศ. ๑๐๔ (พ.ศ. ๒๔๒๘),
และสิ้นพระชนม์ที่วังถนนวิทย์ เมื่อ ๗
มีนาคม พ.ศ. ๒๔๘๔ ด้วยโรคพระหทัย,
รวมพระชนมายุได้ ๖๕ ปี ๔ เดือน. นับ
เป็นพระราชโอรสองค์ที่พระชนม์ยืนที่สุด
รัชกาลที่ห้า และพระองค์ทรงสำเร็จวิชา
การศึกษาดมมหาวิทยาลัย เมืองไฮเดิล-
เบอร์ก. ชาวดิวิราชรุ่นก่อน ๆ ขนาน

* ย่อจากเรียงความฉบับได้รับรางวัลในวันมหิดล พ.ศ. ๒๕๐๕.



(จากหนังสืออนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ ๑๕ ปี พ.ศ. ๒๔๘๕ - ๒๕๐๐)

พระนามสั้น ๆ ว่า “เสด็จในกรม” ทรงเป็นผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัยองค์แรก, อธิบดีองค์แรกของกรมสาธารณสุข, และผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ในรัชกาลปัจจุบัน. ได้ทรงวางรากฐานไว้ให้แก่ โรงเรียนแพทย์และกรมสาธารณสุขอย่างคึกคัก, เป็นเหตุหนึ่ง

ที่ทำให้ทั้งสองสถาบันเจริญรุ่งเรืองมาจนบัดนี้.

เมื่อพระองค์ท่านทรงเป็นผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัย, ตั้งแต่ ๑๓ เมษายน พ.ศ. ๒๔๕๘, ได้ทรงบำเพ็ญทุกทางเพื่อวางรูปการศึกษาให้เข้าเขยิบขยับแผนปัจจุบัน, เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับ

การที่จะกลายเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ทันสมัยในทศวรรษนี้ แม้จะทรงมีเวลาไม่นานนัก, แต่ก็ได้ทรงวางรากฐานอย่างมั่นคงซึ่งพอสรุปได้เป็นหัวข้อใหญ่ ๆ ๓ ข้อ, คือ:

๑. ขยายความรู้ของนักเรียนแพทย์ให้มีมาตรฐานสูงขึ้น.
๒. ปลุกฝังความนิยมในการเรียนแพทย์.
๓. ชักชวนสมเด็จพระราชบิดาฯ ให้สนพระทัยและริบข้อการโรงเรียนแพทย์.

๑. การขยายความรู้ของนักเรียนแพทย์ให้มีมาตรฐานสูงขึ้น

พระองค์ทรงคำนึงงานตามหลักการศึกษาย่างครบถ้วน, คือได้จัดการกับองค์ประกอบทั้ง ๓, ซึ่งได้แก่อาจารย์, นักเรียน, และหลักสูตร, สมกับที่ใครทรงสำเร็จวิชาการศึกษามาจากประเทศเยอรมนี.

ในค่านอาจารย์, ทรงขอความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ที่มีความรู้พอจะแจกจ่ายให้แก่แก่นักเรียนได้, โดยมีได้เลือกเชื้อชาติหรืออาชีพ. หากทรงทราบว่าใครมีความรู้ที่นักเรียนแพทย์ควรได้

รับ, ก็ทรงเชื้อเชิญมาช่วยสอน. ทั้งยังทรงเริ่มต้นติดต่อขอความร่วมมือจากมูลนิธิโรคคิเฟลเลอร์เพื่อจัดหาผู้เชี่ยวชาญมาเป็นอาจารย์อีกด้วย. เมื่อผู้แทนมูลนิธิเข้ามาเยี่ยมโรงเรียนเป็นทางการ, เขาก็ได้เห็นว่าเป็นโรงเรียนยังอยู่ในฐานะ "ที่ไม่น่าพอใจอย่างยิ่ง". แต่พระองค์ท่านสามารถทำให้ผู้แทนฯ เกิดความศรัทธาในภาวะของโรงเรียนและนักเรียนแพทย์ ทำให้ตั้งใจที่จะมาส่งเสริมให้เจริญขึ้น. การร่วมมือกันทำให้ได้อาจารย์เฉพาะวิชามาช่วยสอน. ทรงเล็งเห็นว่าได้ติดต่ออาจารย์ไว้หลายคนและกำลังจะตกลงกันอยู่แล้ว, พอเกิดสงครามโลกขึ้น, ที่ไหน ๆ ก็ต้องการอาจารย์วิชาแพทย์มากขึ้น. อย่างไรก็ตามก็ยังมีอาจารย์เข้ามา ๑ คน, คือ ดร. เอ.เจ.เอลลิส, ซึ่งเป็นทฤษฎีกันอย่างดี. ด้วยความพิริยะอดสาหะของพระองค์โรงเรียนแพทย์สมัยนั้นจึงเป็นที่รวมของบรรดาผู้ทรงความรู้แทบทุกชาติทุกภาษาที่มีอยู่ในกรุงเทพ ฯ. ดังที่หลวงไตรภพศึกษานการ (แปลก ทศนิยะเวศ) ศิษย์เก่าผู้หนึ่งได้บรรยายไว้ว่า "หากการสอนได้ยาก, เนื่องจากเวลานั้นพระองค์เจ้ารังสิต ฯ มาเป็นผู้บัญชาการโรงเรียนแพทย์พอดี, ได้

พยายามหาครูมาช่วยสั่งสอนเพิ่มเติม. ฉะนั้นจึงมีครูต่างประเทศที่มาสอนหลายภาษา. ถ้าจะนับทั้งหมดคงแต่ ปี ๑ ก็มีครูชาติต่าง ๆ คืออังกฤษ ฝรั่งเศส, อเมริกัน, เยอรมัน, สเปน, อิตาลี, อินเดียน, แคนาดา, เดนมาร์ก, และเดนมินมีคนไทยที่เรียนที่ญวนมาทดลองสอนด้วย. นอกจากนั้นก็มามีครูไทย, คล้าย ๆ กับสัการวมครูต่างประเทศ. เพราะเวลานี้กำลังสงครามโลก, ขาดครูที่(๑) นอกจากนั้นพระองค์ยังทรงพระกรุณาช่วยสอนภาษาละตินประทานแก่นักเรียนและทรงสอนภาษาเยอรมันประทานแก่ผู้สมัครศึกษาเป็นพิเศษด้วย.

ในค่านักเรียน, ทรงพยายามหาทางให้นักเรียนที่ขมขื่น ๘ เข้ามาเรียนมากขึ้น. แต่ก่อนมีนักเรียนขมขื่น ๖ บ้าง, ขมขื่น ๘ บ้าง. ความรู้ไม่เท่ากัน. ได้ทรงจัดสอนวิทยาศาสตร์ที่เป็นรากฐานของวิชาแพทย์คือพฤกษศาสตร์, สัตวศาสตร์, เคมี, และฟิสิกส์, ซึ่งเป็นหลักสูตรเตรียมแพทย์ในปีปัจจุบัน. ทรงส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ทั่วไป, เช่นเวลาประชุมนักเรียนประจำสัปดาห์ได้ทรง

บรรยายความรู้ทั่วไปแก่นักเรียน, มีเรื่องการศึกษาของนักเรียนในประเทศเยอรมัน, ชีวิตมหาวิทยาลัยเยอรมัน, และอื่น ๆ อีกมาก. นอกจากนี้ยังได้ทรงเชิญท่านปลัดทูลฉลองกระทรวงธรรมการ, พระยาวิสุทธิศรีศึกษการ (ภายหลังเป็นเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี) มาสอนจรรยาแพทย์ด้วยตนเอง; เพราะทรงเห็นว่าผู้ที่จะเป็นแพทย์คนนั้นนอกจากมีความรู้แล้ว, จะต้องเป็นผู้มีความประพฤติดีอีกด้วย.

เกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษาได้ทรงเพิ่มเวลาขึ้นจาก ๔ ปี เป็น ๕ ปี แล้วอีก ๖ ปีตามลำดับ. ได้เพิ่มการเรียนที่จำเป็นและตัดการเรียนที่ไม่จำเป็นหรือเห็นว่าไม่มีประโยชน์ออกเสีย, เพื่อให้มีเวลาสำหรับการที่จำเป็นมากขึ้น, เช่นได้ยกเลิกวิชาหมอไทยโบราณ. ทรงประทานความเห็นที่ว่าแต่เดิมให้เรียนวิชาแพทย์โบราณด้วยนั้น, ก็มุ่งหวังกันว่าต่อไปเมื่อแพทย์เหล่านี้ออกไปอยู่ตามต่างจังหวัด, ไม่มียาฝรั่งจะได้คัดแปลงเอาสมุนไพรพื้นเมืองมาใช้รักษาโรคได้. แต่ความจริงคงทำไม่ได้ดังนั้น, เพราะการที่จะทำให้ดีกว่าสมุนไพรสิ่งใดเป็นอะไรนั้นเป็นการยากยิ่ง,

(๑) หลวงไตรภพอนุการ, คัดจากเวชนิสิตฉบับระลอกฉลอง ๕๐ ปี พ.ศ. ๒๔๘๒.

และตำรายาไทยนั้นมีการบียังแข่งขันกัน. ส่วนยาฝรั่งทำขึ้นอย่างประณีตตามตำราหลวงของประเทศต่าง ๆ, มีคุณภาพสม่ำเสมอขอกไว้แน่ชัด, สอนให้ใช้ได้ง่ายกว่ายาไทย. ส่วนที่เพิ่มขึ้นนั้นโดยมากเป็นการขยายงานปฏิบัติ. ให้มีปริมาณกว้างขวางยิ่งจนกว่าเดิม, โดยเฉพาะเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์และพยาธิวิทยา. อนึ่ง เพื่อการแก้ไขความก้าวภายในการสอนและการปฏิบัติได้ทรงแยกกิจการของโรงเรียน ออก เป็น แผนกวิชาต่าง ๆ, เช่นอายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, และสูติศาสตร์อย่างทุกวันนี้.

๒. ปลูกฝัง ความ นิยม ในการ เรียน แพทย์

ในสมัยนั้นการเรียนแพทย์ยังไม่นิยมกันอย่างสมัยนี้. ไม่มีการสอบแข่งขัน, แม้แต่คนสมัครก็แทบจะไม่มี, จึงต้องหาวิธีให้คนนิยมเรียนแพทย์กันมากขึ้น. ทรงมีความคิดเห็นว่าเป็นธรรมดาของคนที่จะต้องนึกถึงอนาคตของตน, เมื่อเรียนจบแล้วจะทำงานที่ไหน, คนโดยมากอยากทำราชการมากกว่าประกอบอาชีพส่วนตัว. เห็นว่าถ้าเรียนกฎหมายแล้วมีทางไปได้

ไกล, เช่นเป็นผู้พิพากษา, เป็นอธิบดี, เป็นเจ้าเมือง, เป็นสมุหเทศาภิบาล, เป็นต้น. จึงมีผู้นิยมเรียนกฎหมายกันมาก, ทางทหารก็เช่นเดียวกัน, อาจขึ้นไปถึงชั้นผู้บัญชาการกองพลหรือแม่ทัพ, แต่ทางแพทย์นั้นไม่ตำแหน่งสูง ๆ ไม่มี. ส่วนทางเป็นอาจารย์นั้นก็ยังไม่เห็นว่าจะมีตำแหน่งศาสตราจารย์ได้เงินเดือนสูงหรือได้ชื่อเสียงโด่งดังเช่นทกวันนี้. คนส่วนมากยังรักษากับแพทย์แผนโบราณ. ทรงพิจารณาหาทางล่อให้คนเข้าเรียน แพทย์ โดยทรงขยายหลักสูตรให้สูงขึ้น, จัดการส่งเสริมฐานะของแพทย์ให้ดีขึ้นโดยเพิ่มเติมเงินเดือนขึ้นต้นให้. หาทางให้แพทย์ได้มีโอกาสแสดงความสามารถในทางบำบัดโรคได้มากขึ้น, ให้เขาได้คนชั้นสูงให้มาก. ข้อหนึ่งซึ่งทรงถือว่าเป็นวิधिโฆษณาชวนเชื่อ ที่ ศ.ท. สด ค.อ.การขอพระราชทานจัดตั้งกรมนักเรียนแพทย์ เลือ บ้า ในพระบรมราชูปถัมภ์นั้น, โดยทรงเป็นผู้บังคับการเอง, ทำให้ได้ผลทั้งวิชาการ, สังคมและการโฆษณา, เพราะนักเรียนแพทย์ทำการรักษาพยาบาล คนไข้จริง ๆ เวลาซ้อมรบ, ฝึกยิงกองเสือป่าอื่น ๆ ซึ่งเป็นเพียงการซ้อมรบเท่านั้น. ทรงอบรม

ให้นักเรียนมีศีลธรรม, วินัยดีและมีความ
สุขภาพ, ประพฤติตนเป็นที่พอพระทัยองค์
ประมุขของชาติ, จนทรงมีความสนพระ
ทัยในการแพทย์และความเป็นไปของ โรง
เรียนแพทย์, ได้ทรงพระมหากรุณาอุป
ถัมภ์จริง ๆ, เช่น ทรงจัดให้เล่นละครเก็บ
เงินพระราชทานเนื่อง ๆ, ได้ทรงรู้จักทั้ง
แพทย์ทั้งนักเรียนอย่างใกล้ชิด, และได้
ทรงแสดงความรักพระราชหฤทัย ชม เชน
นักเรียนแพทย์อย่างมาก. เมื่อพระบาท
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงโปรดแล้ว ก็ เป็น
ธรรมดาอยู่เองที่คนชั้นสูง ๆ จะพากันมอง
คณิกเรียนแพทย์และแพทย์ ด้วยความสน
ใจมากขึ้น. ขณะเดียวกันยังมีการเล่น
ฟุตบอลกับโรงเรียนอื่น ๆ. นักเรียนแพทย์
มีวินัยดี, มีความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจ
เดียวกัน, ทำให้มีชัยชนะมากกว่าทีมอื่น.
กล่าวได้ว่าชื่อเสียงโรงเรียน แพทย์ เวลา
นั้น "หอม" ทที่สุด. เมื่อมีคนสนใจโรง
เรียนแพทย์มาก, ก็มีผู้สมัครเข้ามาเรียน
แพทย์มากขึ้น.

๓. ชักชวนสมเด็จพระราชบิดา ฯ ให้
สนพระทัยและทรงอุปการะ โรงเรียน
แพทย์

เรื่องนิตยสารนี้มีความสำคัญมาก,

เพราะรักกันดีทั่วไปแล้วว่าสมเด็จพระราช-
บิดาฯ ทรงมีความสำคัญต่อการศึกษาวีชา
แพทย์, โดยเฉพาะต่อคณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาลเพียงไร. แต่เหตุใด
สมเด็จพระราชบิดา ฯ จึงทรงสำเร็จวิชา
ทหารเรือจากประเทศเยอรมัน, จึงทรงหัน
มาสนพระทัยโรงเรียนแพทย์. เรื่องนิตย
สารนี้ว่าเป็นความสามารถของเสด็จในกรม ฯ,
เริ่มด้วยทรงมีความสนทนากับทล กระ-
หม่อม ฯ เป็นส่วนพระองค์, เนื่องจากเจ้า
จอมมารดาของพระองค์องค์อนิจกรรม เมื่อ
พระองค์ทรงมีพระชนมายุได้เพียง ๑๒ วัน
เท่านั้น. และสมเด็จพระนางเจ้าสว่าง
วัฒนา, พระราชมารดาของทลกระหม่อม ฯ
ได้ทรงอุปถัมภ์ตลอดมา. วันหนึ่งเสด็จ
ในกรม ฯ และหม่อมเจ้าพนครเกษม
เกษมศรี, ซึ่งทรงเป็นอาจารย์สอนวิชา
เคมีและพฤกษศาสตร์อยู่ที่ศิริราช, ได้
เสด็จไปทวงสระประทม, พบทลกระ-
หม่อม ฯ กำลังทรงเฝ้าตำราทองใหญ่อยู่
ที่สนามหญ้าหน้าพระตำหนัก. เมื่อทล
ถาม ก็ ทรงชี้แจงว่า ทรงอดสาหะเสด็จไป
เล่าเรียนวิชาทหารเรือถึงประเทศเยอรมัน,
มีพระปณิธานที่จะนำความรู้มารับใช้ประ-
เทษชาติอย่างเต็มที่, แต่ก็ไม่สามารถจะ

ใช้วิชาให้เป็นประโยชน์ได้, ทรงเห็นว่า
เรียนมาเสียเปล่า, จึงทรงเผาคำราเสีย
ให้หมกจมวล. เสกข์ในกรม ๆ ทรงเล่าว่า
“ การที่ข้าพเจ้าได้ชักชวนให้เจ้าฟ้าพระ
องค์นี้มาช่วยในทาง การ แพทย์ และ ทาง
โรงพยาบาลศิริราชนั้น. มีเหตุสำคัญอยู่
๒-๓ ประการ คือ ๑. ท่านเป็นเจ้าฟ้า
ชั้นสูง. เทาที่ข้าพเจ้าผู้เป็นแต่พระองค์
เจ้าได้เข้าไปจัดการ ศึกษา วิชาแพทย์และ
โรงเรียนพยาบาลอยู่แล้วนั้น, ก็ได้ทำให้
เรือนคนจนและเข้าไปอยู่ในสายตาของ
คนมากจนแล้วตั้งแต่พระบาทสมเด็จพระ
เจ้าอยู่หัวลงไปจนถึงคนอื่น ๆ ทว่า ๆ ไป,
ถ้าได้เจ้าฟ้าเข้ามาช่วยด้วยแล้ว, จะยังทำ
ให้เรือนคนจนไปอีก. สมัยนั้นคนยังนับ
ถือเจ้านายอยู่มาก. ถ้ามีเจ้านายชั้นสูง ๆ
ทำอะไรคนก็มักจะเห็นว่าเรือนคนต้อง เป็น
เรื่องสำคัญมาก, ถึงกับเจ้านายชั้นสูงก็
ทรงอุทิศพระองค์ให้แก่เรือนคน. ๒. เจ้า
ฟ้าพระองค์นี้มีพระปัญญาแหลม, มีความ
เพียรแก่กล้า, จะทรงทำอะไรก็ทำจริงไม่
ย่อท้อ. ๓. ท่านเป็นผู้มีรอยไต่สูงมาก,
แต่ไม่ทรงใช้จ่าย ในการ บำรุง ความ สุข
สำราญของ พระ องค์ เอง อย่าง ฟุ่มเฟือย,

โปรดบำเพ็ญพระกุศลสาธารณะ, นี้จึง
แต่สาธารณประโยชน์, ไม่ทรงแจกเงิน
แก่บุคคล เป็น ส่วน ตัว อย่าง พร้า เพรอ.
โปรดอุทิศหนี้แต่ผู้ทรงเชื่อว่า จะเล่าเรียน
มาทำประโยชน์ให้แก่บ้านเมืองได้. และ
โปรดจ่ายเงินให้ทำอะไรเป็นขี้กแผ่นดินขยัน
สำหรับชาติบ้านเมืองต่อไป.(๒) ด้วยเหตุ
นี้พระองค์ จึง ได้ ทรง เชิญ เสกข์ ทล กระจ-
หม่อม ๆ ให้ประทับเรือยนต์ประพาส ทาง
น้ำ. แล้วเรือไปตามคลองบางกอกใหญ่,
ผ่านเข้าคลองบางกอกน้อย, และจอดพัก
เสวยพระ กระจ ยา หาร ตาม ใต้ร่ม ไม้ ริม
คลอง. ทรงสังเกตว่าค้อยทรงสำราญพระ
หฤทัยชน. พอเรือออกปากคลองบางกอก
น้อย, เสกข์ในกรม ๆ จึงได้ทูลเชิญให้ทรง
แวะที่ศิริราชพยาบาล, ทล กระจ หม่อม ๆ
ก็ทรงรับคำ เชิญ และ ได้ เสกข์ ชน เข้ายบ
ศิริราชเป็นครั้งแรก. ทรงพระดำเนินผ่าน
เข้าไปในโรงพยาบาลก็ได้ทรงเห็น คนนั่ง ย่าง
นอนอย่างเป็นกลุ่ม ๆ ตามใต้ต้นมะขาม.
ทรงรับสั่งถามว่า เป็น ใคร มา ทำ ไม กัน.
เสกข์ในกรม ๆ ก็ทรงตอบว่าเป็น คน ไข้ ที่
มาให้รักษาแล้วไม่มีที่พัก, ต้องมา
คอยอยู่เช่นนั้น. ต่อไปได้เสกข์เข้าไปภายใน

(๒) พระนิพนธ์ของเสกข์ในกรม ๆ มอบแก่สารศิริราช ฉบับพิเศษฉลอง ๖๐ ปีศิริราช พฤษภาคม ๒๕๕๓

ในเรื่องคนไข้, ทรงปรารถนาว่าที่พักอาศัยก็เหมือนโรงม้า, แต่แม่กระนนแลวกยังมีไม่พอเสียอีก. โค้ททอดพระเนตรห้องยาซึ่งในสมัยนั้น จำ ขยา ไทย และ ขยา ฝรั่งเศส. แล้วทอดพระเนตรห้องคลอดบุตรซึ่งมีสภาพเป็นเรือนไม้โกโรโกโส, คนไข่นอนเรียงกันอยู่อย่างแออัด. ทรงแสดงว่ามีความสลดพระทัยเป็นอันมาก. เสด็จในกรมฯ ทรงเห็นว่าพระองค์ชายซึ่งในความยากจนและขาดแคลนของศิริราชก็ดีแล้ว, จึงทรงถือโอกาสทูลเชิญให้โปรดประทานพระอนุเคราะห์. ทรงรับสั่งว่าพระองค์เป็นทหารเรือ, ไม่มีความรู้ทางแพทย์จะช่วยได้อย่างไร. เสด็จในกรมฯ ก็ทรง ทลว่าพระองค์เองก็ไม่ใช่แพทย์, มีความรู้แต่ทางการศึกษา. ส่วนหม่อมเจ้าพนครโกษมฯ ก็เรียนมาแต่ทางเคมีและพฤกษศาสตร์. แต่ก็ได้พยายามช่วยอย่างเต็มที่, เพราะเห็นว่าการจำเป็นและคิดว่าคงอย่างไรก็ตามก็ไม่มีใครช่วยเสียเลย. ทลกระหม่อมฯ มิได้ตรัสประการใด. แต่ต่อมาภายหลังอีกหลายวันก็ ทรงแจ้ง ให้ทราบว่าตกลงพระทัยที่จะ มาช่วยงานทางโรงเรียนแพทย์. นับเป็นนิมิตอันดีของโรงเรียน

แพทย์และการแพทย์เมืองไทย ตั้งแต่บัดนั้น, และเป็นจุดตั้งต้นของความเจริญรุ่งเรืองต่อมาเช่นทุกวันนี้.

เมื่อมี พระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้เสด็จในกรมฯ ทรงดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุขซึ่งตั้งขึ้นใหม่ในกระทรวงมหาดไทย เมื่อ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๖๑, พระองค์ก็ได้ทรงจัดวางรากฐานการสาธารณสุขให้มีระเบียบและมีประสิทธิภาพ. การเสนองบประมาณเพื่อส่งเสริมกิจการในสมัยก่อนเป็นการยากยิ่ง. แต่พระองค์ได้ทรงใช้พระวิริยะอุตสาหะ, และความอดทน, ทรงวิ่งเต้นในการเจรจากับกระทรวงคลังมหาสมบัติอยู่ตลอดเวลา. แต่ถึงกระนั้นก็ต้องเสียเวลาอยู่ราว ๔ ปี, จึงได้งบประมาณจึงได้ตกมา. ในขั้นแรกได้เพิ่มเจ้าหน้าที่สำหรับปฏิบัติราชการของกรมสาธารณสุขอีก ๗๖ คน, รวมทั้งที่มิอยู่เดิม ๑๘๘ คนเป็น ๒๖๔ คน. ได้เพิ่มเงินงบประมาณปีละ ๑๐๗,๑๑๒ บาท. กิจการของกรมสาธารณสุขจึงได้เริ่มขยายตั้งแต่บัดนั้นเรื่อย ๆ มา, จนได้ขยายขึ้นเป็นกระทรวงในภายหลัง. นับได้ว่าพระองค์

ทรงเป็นขุมการของการสาธารณสุขในประเทศไทยโดยแท้.

ในการจัดการบริหารงานของกรมสาธารณสุข, ได้ทรงแบ่งออกเป็นกองต่าง ๆ, คือกองบัญชาการ, กองอำนาจการ, กองบรรณาธิการ, กองสาธารณสุข, กองโสตศาดตา, กองบรรณิบาล, และกองยาเสพติดให้โทษ. ในส่วนภูมิภาคได้จัดตั้งสารวัตรแพทย์, แพทย์ประจำจังหวัด (ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นสาธารณสุขจังหวัด), แพทย์สุขาภิบาล, และสาธารณสุขมณฑล. กองต่าง ๆ เหล่านี้เป็นรากฐานของกรมต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบัน.

ได้ทรงจัดให้สอนสุขศึกษาแก่ประชาชนในงานเทศกาลต่าง ๆ ด้วยการฉายภาพยนตร์, ภาพนิ่ง, โฆษณาด้วยโปสเตอร์. พร้อม ๆ กันนั้นได้มีการจัดสุขาภิบาลตัวอย่างให้ดู, เช่น แสดงบ้านที่สะอาดและถกหลักสุขาภิบาล, แสดงตัวอย่างสวนที่ปลูกผักสด, และแนะนำการติดเชืโรคซึ่งมีได้หลายวิธี, เพื่อราษฎรจะได้ป้องกันได้.

ในการศึกษาวิชาสาธารณสุข, ได้ทรงจัดให้มีการอบรมแพทย์และเจ้าพนักงาน

สาธารณสุขเป็นครั้งคราว. การอบรมแพทย์ครั้งแรกได้มีขึ้น ณ สถานที่เสาวภา ตั้งแต่วันที่ ๒๘ มิถุนายน ถึงวันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๔๖๗. มีแพทย์เข้ารับการอบรม ๕ คน, รวมใช้เวลา ๒๗๐ ชั่วโมง. วิชาที่อบรมมีดังนี้ วิชาวิทยา, วิชาแมลงอันเกี่ยวกับแพทย์, วิชาชันสูตรโรคและชันสูตรพลิกศพ, วิชาแพทย์สำหรับประเทศร้อน, วิทยาโรคระบาด, วิชาปฏิบัติการสุขาภิบาล, วิชาสังเคราะห์มารดาและทารก, และการสุขศึกษาสำหรับประชาชน. คณะผู้สอนประกอบด้วยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ๗ ท่าน. ในการนี้ ได้ทูลเชิญทูลกระหม่อม สมเด็จพระราชบิดาฯ ไปช่วยอบรมด้วย. ต่อมาก็ได้ทรงจัดให้มีการประชุมสาธารณสุขมณฑลขึ้นระหว่างวันที่ ๖-๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๖๗.

ในด้านการติดต่อกับต่างประเทศ, มีการติดต่อแจ้งโรคระบาดไปยังศูนย์กลางที่สิงคโปร์ทุกสัปดาห์. มีการกักผู้เป็นโรคและผู้สงสัยว่าเป็นโรคเมื่อเดินทางเข้าประเทศ.

ในด้านการสุขาภิบาล, มีเจ้าหน้าที่ไปตรวจสุขาภิบาลชุมชน, โรงเรียน,

ตลาด, เรือนจำและบ้านเรือนราษฎร, พร้อมกันและแนะนำให้จัดทำให้ถูกต้องตามสุขลักษณะ.

ในการชันสูตรโรคไข้จับตั้งสถานชันสูตรโรคของกรมสาธารณสุขเอง, และให้ทรงขอความร่วมมือจากสถานเสาวภาและศาลาแยกโรคของรัฐบาลให้รับตรวจเลือด, นำเหลือง, อจจาระ, ปัสสาวะ, เสมหะ, และเนื้อต่าง ๆ เพื่อประกอบการรักษา.

สำหรับการส่งเคราะห์มารดาและทารกให้ทรงจัดให้มีนางส่งเคราะห์ไปเยี่ยมและแนะนำการเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี.

ในการควบคุมโรคระบาดให้ทรงจัดให้มีกองควบคุมโรคระบาด, ให้มีการฉีดวัคซีนป้องกัน. ในปี พ.ศ. ๒๔๖๗ ได้จัดปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษทั่วประเทศ. ในจำนวนพลเมือง ๕,๖๑๘,๐๐๐ คน มีผู้ได้รับการปลูกฝี ๕,๔๕๓,๗๕๒ คน, ทำให้ไข้ทรพิษไม่ระบาดอย่างเคย. นอกจากนี้ยังได้ร่วมกับมูลนิธิโรคคิเฟลเลอร์กำจัดไข้มาลาเรียและพยาธิปากขอที่เชียงใหม่ใน พ.ศ. ๒๔๖๗ อีกด้วย. โรคอื่น ๆ ที่มีประจำในเมืองไทย, คือ โรคเรื้อน,

กาฬโรค, อหิวาตกโรค, เมอมนกไก่ ถูกปราบปรามอย่างเต็มที่จนลดน้อยลงมาก.

นอกจากนี้ให้ทรงจัดให้ ออกพระราชบัญญัติควบคุมการก่อสร้างอาคารให้ถูกต้องตามสุขลักษณะ, พระราชบัญญัติการรักษาความสะอาดในเขตสุขาภิบาล, พระราชบัญญัติควบคุมอาหารและยาต่าง ๆ, และพระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมและวางระเบียบการประกอบโรคศิลป์, เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนมากยิ่งขึ้น.

สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ทรงปลุกปลำบ้ำเพื่อทุกทาง เพื่อวางรูปการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ และกิจการของศิริราชพยาบาลให้เข้าแบบสมัยแผนปัจจุบัน, และทรงจัดวางโครงการสำหรับการสาธารณสุขของประเทศจนกลายเป็นการสาธารณสุขที่ทันสมัยดังเช่นทุกวันนี้, งานของพระองค์เป็นงานรากฐานรองอยู่เบื้องล่าง, ย่อมเป็นการยากที่ผู้ใดจะมองเห็น. ผู้มาทีหลังย่อมได้เห็นแต่เค้าโครงซึ่งครอบงำอยู่เบื้องบนเท่านั้น. แต่ใช้ว่าจะลบเลือนความสำคัญของสิ่งที่รองรับอยู่

เบื้องล่างนั้นเสียใจ. ความจริงนั้นสิ่งที่อยู่ข้างบนยิ่งสูงขึ้นไปเท่าไร, ความดีของเราก็ยิ่งเด่นชัดขึ้นเท่านั้น, เพราะถ้าหากไม่แข็ง, ส่วนบนคงโค่นเสียก่อนที่จะขึ้นไปสูง.

เพื่อแสดงความกตัญญูภักตเวทีและประกาศเกียรติคุณของพระองค์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดทำ "ห้องอ่านหนังสือสมเด็จพระยาชัยนาทนเรนทร" ขึ้นในหอสมุดศิริราช, และคณะศิษยานุศิษย์ได้พร้อมกันจัดการหล่อพระรูปของพระองค์เพื่อประดิษฐานไว้เป็นอนุสาวรีย์ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข, ซึ่งจะกระทำพิธีเปิดในเวลา

อันใกล้.

ในโอกาสนี้ขอทูลทอ ๆ ที่บังเกิดจากพระกรณียกิจของพระองค์ จงคลบบันดาลให้พระวิญญาณของสมเด็จพระเจ้า ๗ ประสพแต่ความเพิ่มพูนวิมลสุขเป็นนิรันดร์, ไม่ว่าจะทรงสถิตอยู่ ณ สุคติสถานใด ๆ เทอญ.

พฤษภและกาสกร อักกฤษรอันปลดปลง
โททนต์เส่นงคง สำคัญหมายในกายมี
นรชาติที่วางวาย มลายสิ้นทั้งอินทรีย์
สถิตทั่วแต่ชั่วดี ประดับไว้ในโลกา

สุพัฒน์ วาณิชขยางกรกุล
(น.ศ.พ. ปีที่ ๓)

๒. การใช้เครื่องหมายวรรคตอนในภาษาไทย

เป็นเวลาหลายเดือนมาแล้ว, ข้าพเจ้าได้ทราบว่า สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ประยุกต์แห่งประเทศไทย จะใช้เครื่องหมายวรรคตอนใน "ข่าวสาร สวป.". ข้าพเจ้าได้เกริ่นแก่เพื่อนฝูงในสถาบันแห่งนี้ว่า, ถ้า "ข่าวสาร สวป." เริ่มใช้เครื่องหมายวรรคตอนเมื่อใดแล้ว,

ข้าพเจ้าจะเขียนเรื่องเกี่ยวกับการใช้เครื่องหมายวรรคตอนในภาษาไทยเพื่อจะได้เป็นการ สนับสนุน และ เสนอ ให้ มีการ แลกเปลี่ยน ความคิด เห็น ซึ่ง กัน และ กัน ใน ประโยชน์ ของ การใช้ เครื่องหมาย วรรคตอน.

บัดนี้ "ข่าวสาร สวป." ฉบับที่ ๕

เบื้องล่างนั้นเสียใจ. ความจริงนั้นสิ่งที่อยู่ข้างบนยิ่งสูงขึ้นไปเท่าไร, ความดีของรากก็ยิ่งเด่นชัดขึ้นเท่านั้น, เพราะถ้ารากไม่แข็ง, ส่วนบนคงโค่นเสียก่อนที่จะขึ้นไปสูง.

เพื่อแสดงความกตัญญูภักตเวทีและประกาศเกียรติคุณของพระองค์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดทำ "ห้องอ่านหนังสือสมเด็จพระยาชัยนาทนเรนทร" ขึ้นในหอสมุดศิริราช, และคณะศิษยานุศิษย์ได้พร้อมกันจัดการหล่อพระรูปของพระองค์เพื่อประดิษฐานไว้เป็นอนุสาวรีย์ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข, ซึ่งจะกระทำพิธีเปิดในเวลา

อันใกล้.

ในโอกาสนี้ขอทูลทอ ๆ ที่บังเกิดจากพระกรณียกิจของพระองค์ จงคลบบันดาลให้พระวิญญาณของสมเด็จพระเจ้า ประสพแต่ความเพิ่มพูนวิมลสุขเป็นนิรันดร์, ไม่ว่าจะทรงสถิตอยู่ ณ สุคติสถานใด ๆ เทอญ.

พฤษภและกาสกร อักกฤษรอันปลดปลง
โททนต์เส่นงคง สำคัญหมายในกายมี
นรชาติที่วางวาย มลายสิ้นทั้งอินทรีย์
สถิตทั่วแต่ชั่วดี ประดับไว้ในโลกา

สุพัฒน์ วาณิชขยางกรกุล
(น.ศ.พ. ปีที่ ๓)

๒. การใช้เครื่องหมายวรรคตอนในภาษาไทย

เป็นเวลาหลายเดือนมาแล้ว, ข้าพเจ้าได้ทราบว่า สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ประยุกต์แห่งประเทศไทย จะใช้เครื่องหมายวรรคตอนใน "ข่าวสาร สวป.". ข้าพเจ้าได้เกริ่นแก่เพื่อนฝูงในสถาบันแห่งนี้ว่า, ถ้า "ข่าวสาร สวป." เริ่มใช้เครื่องหมายวรรคตอนเมื่อใดแล้ว,

ข้าพเจ้าจะเขียนเรื่องเกี่ยวกับการใช้เครื่องหมายวรรคตอนในภาษาไทยเพื่อจะได้เป็นการ สนับสนุน และ เสนอ ให้ มีการ แลกเปลี่ยน ความคิด เห็น ซึ่ง กัน และ กัน ใน ประโยชน์ ของ การใช้ เครื่องหมาย วรรคตอน.

บัดนี้ "ข่าวสาร สวป." ฉบับที่ ๕

เดือนมกราคม ๒๕๑๐. ได้เริ่มใช้เครื่อง
หมายวรรคตอนแล้ว. ถ้าท่านมีข่าวสาร
ฉบับอื่น, ท่านจะสังเกตได้ว่าวารสารได้ใช้
เครื่องหมายวรรคตอนที่เรียกว่ามหัพภาค
(.) เท่านั้น.

ในระหว่างที่ข้าพเจ้าถือว่า "ข่าวสาร
สวป." จะใช้เครื่องหมายวรรคตอนฉบับนี้,
ข้าพเจ้าก็ได้สอบถามท่านทนต์, มิตร
สหายและเพื่อนร่วมงานด้วย. ข้าพเจ้าได้
รับหนังสือภาษาไทยที่มีเครื่องหมายวรรค
ตอนหลายเล่ม. บางเล่มก็ให้เลย, บาง
เล่มก็ให้ยืม. หนังสือที่ไ้รับนั้นส่วนมาก
เป็นพระราชนิพนธ์ของพระบาทสมเด็จพระ
มงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว. พระราชนิพนธ์ที่
ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้ามากที่สุดคือเรื่อง
"วิธีใหม่สำหรับใช้สระและหนังสือไทย"
เพราะพระองค์ท่านได้ทรงอธิบายถึง
ประโยชน์ของเครื่องหมายวรรคตอนไว้
อย่างชัดเจน, พระราชนิพนธ์เรื่องนี้พิมพ์
ครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๔๖๐. ในเวลานั้นหา
อ่านได้ยาก, แม้ไว้ใน พ.ศ. ๒๔๕๒
และ ๒๔๕๓ ตามลำดับ คณะกรรมการ
วิชาการและเจ้าภาพงานพระราช-
ทานเพลิงศพ พระยาอภัยภูเบศร์
จะได้รับพระราชทาน พระบรมราชานุญาต

ให้พิมพ์ขึ้นอีกโดยถ่ายรูปแบบพิมพ์ลาย
เส้นจากฉพระหัตถ์.

นอกจากพระราชนิพนธ์นี้แล้วข้าพเจ้า
ได้ทราบว่าหนังสือแบบเรียนของโรงเรียน
อัสสัมชัญชื่อ "ตรรกศึกษา", ซึ่งปรา-
เคอร์ ฟ. ซีแลร์ เป็นผู้แต่งแต่ พ.ศ.
๒๔๖๓, ก็มีเครื่องหมายวรรคตอน,
นาคะประทีปใน พ.ศ. ๒๔๗๗ ก็ใช้เครื่อง
หมายวรรคตอนในหนังสือเรื่อง "สมญา
ภิกษานรามเกียรติ์" และ "สารศิริราช"
ซึ่งเป็นวารสารวิชาการของคณะแพทย-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้ใช้เครื่อง
หมายวรรคตอนจุลภาค (,) และมหัพภาค
(.) แต่ พ.ศ. ๒๔๕๒ เฉพาะในขทบรรณา-
ธิการ. ต่อมาใน พ.ศ. ๒๔๕๔ ก็ใช้ใน
เรื่องวิชาการทุกเรื่องด้วย. บรรณาธิการ
"สารศิริราช" ให้เหตุผลของการใช้
เครื่องหมายวรรคตอนว่า "ช่วยให้อ่าน
เข้าใจเรื่องได้ง่ายขึ้น".

ในตำรา "ไวยากรณ์ไทย-วากยสัมพันธ์",
ซึ่งพระยาอภัยภูเบศร์ (นิม
กาญจนาชวระ) แต่งเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๐,
ได้ระบุว่า เครื่องหมายวรรคตอนนี้เป็น
"ข้อสำคัญส่วนหนึ่งในการเรียงความซึ่ง
ผู้ศึกษาภาษาไทยควรรู้". ท่านได้นำเอา

เครื่องหมายวรรคตอนโบราณ และ เครื่องหมายวรรคตอนปัจจุบัน มาให้นักศึกษาทราบ. ท่านใดกล่าวไว้อีกว่าเครื่องหมายวรรคตอนปัจจุบันนั้นนกระทรวงศึกษาดิจการตั้งขึ้นตามแบบภาษาอังกฤษ. กระทรวงศึกษาดิจการได้กำหนดไว้เมื่อไรก็ตามที่ได้จากพระราชบัญญัติความเรียงเรื่อง "วิชาใหม่สำหรับใช้สระและหนังสือไทย" ของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวว่า "เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี (ม.ร.ว.เปีย มาลากุล ณ กรุงเทพฯ) ตั้งแต่ยังเป็นพระยาวิสุทธิศรีศกฺก, อธิบดีกรมศึกษาดิจการ, ได้คิดขอขึ้นไว้เรียก, และได้แต่งคำอธิบายวิชาใช้เครื่องหมายวรรคตอนไว้โดยละเอียด, และได้พิมพ์เป็นแบบเรียน การแต่งหนังสือของกรมศึกษาดิจการด้วยแล้ว." ฉะนั้นข้าพเจ้าเข้าใจว่าแบบเรียนเล่มนี้ คงจะพิมพ์ขึ้นในระหว่าง พ.ศ. ๒๔๔๕ - ๒๔๕๓.

เมื่อใดก็ตามที่เครื่องหมายวรรคตอนแบบปัจจุบัน ตั้งขึ้นตามรูปของภาษาอังกฤษ, ข้าพเจ้าก็คิดว่าท่านเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี คงจะได้พิจารณาละเอียดลออดีแล้ว ว่าเมื่อเครื่องหมายวรรคตอนมีความสำคัญเพียงไรในภาษา

อังกฤษ, ก็คงมีความสำคัญเช่นกันในภาษาไทย. อีกประการหนึ่งท่านจะต้องเข้าใจดีกว่าใครในเวลานั้นเพราะตามประวัติท่านเป็นนักเรียนภาษาไทยที่เยี่ยมคนหนึ่งในรัชกาลของพระบาทสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง; เมื่อท่านเป็นเอกอัครราชทูตพิเศษ ประจำสำนักอังกฤษ ท่านก็ได้ตรวจตราสั่งหาแบบแผนทางการเล่าเรียนทุกกิ่งทุกวิชาที่ควรจะให้ให้นักเรียนเล่าเรียนมาใช้เป็นประโยชน์ได้ในประเทศไทย; ท่านเคยไปดูงานการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นซึ่งเวลานั้นได้วางแผนการศึกษาของชาติเสร็จใหม่ ๆ.

ข้าพเจ้าได้ค้นหนังสือ เอ็นไซโคลป์เดียบริเตนนิคาคว่าหนังสือนั้นจะเขียนไว้อย่างไรบ้าง. ก็ได้ความว่าเรื่องเครื่องหมายวรรคตอนนี้เป็นเรื่องใหม่ของประเทศอังกฤษเหมือนกัน. ข้าพเจ้าจึงถามฝรั่งเพื่อนร่วมงานว่าอังกฤษได้ใช้เครื่องหมายวรรคตอนจริงจึงประมาณกี่ปมาแล้ว. เขาก็บอกว่าประมาณ ๓๐๐ ปีมานเอง. สาเหตุก็เกิดจากการวิวัฒนาการในค่านิยมและเศรษฐกิจในประเทศอังกฤษในคริสต์ศตวรรษที่ ๑๗ และ ๑๘. ชาวอังกฤษได้เห็นความสำคัญของการใช้

เครื่องหมาย วรรคตอน ว่า ประการ ที่ หนึ่ง, ช่วยให้ ผู้เขียน ง่าย, สั้น, และ ชัดเจน, และ ประการ ที่ สอง, ช่วยให้ ผู้อ่าน ง่าย, ไร้อคติ, รวดเร็ว และ เข้าใจ ง่าย. ชาวอังกฤษ จึง เห็น ว่า เครื่องหมาย วรรคตอน เป็น ปัจจัย สำคัญ ในการ แสวง งดง เจตนา รมณ์ ของ ความ เรียง ของ ผู้เขียน.

เพื่อน ฝรั่ง ของ ข้าพเจ้า ผู้ นึง เล่า ต่อ ไป ว่า ภาษา จีน สมัย ก่อน คริสต์ ศตวรรษ ที่ ๑๕ เป็น ภาษา ที่ ไม่ มี การ ใช้ เครื่องหมาย วรรคตอน. ชาว อังกฤษ ซึ่งเป็น นัก แปล ภาษา จีน ที่ มช, เช่น Mr. Arthur Waley, ต้อง ใช้ วิชา ไล่ เครื่องหมาย วรรคตอน ใน ภาษา จีน เสีย ก่อน ที่ เขา จะ แปล เป็น ภาษา อังกฤษ, เพราะ เกรง ว่า คำ แปล ภาษา อังกฤษ จะ ไม่ ตรง กับ เรื่องราว ที่ แท้จริง ใน ต้น ฉบับ ภาษา จีน. ใน ปัจจุบัน หนังสือ จีน ก็ ใช้ เครื่องหมาย วรรคตอน แล้ว. ข้าพเจ้า ก็ ได้ เห็น รอกสาร ภาษา จีน ใช้ เครื่องหมาย วรรคตอน แยก เกี่ยว ข้อง ที่ ม ใน ภาษา อังกฤษ.

ชาว จีน เพื่อน ร่วม งาน คน หนึ่ง เล่า ให้ ข้าพเจ้า ฟัง ว่า จีน เริ่ม ใช้ เครื่องหมาย วรรคตอน ใน ราว ค.ศ. ๑๕๒๐ (พ.ศ. ๒๔๖๒). ดร. ฮูซี, ซึ่ง ชาว จีน ยก ย่อง ว่า เป็น นัก ประวัติศาสตร์, นักปรัชญา และ นักอักษร

ศาสตร์, เป็น ผู้ เออ เพอ เรอง นชน. ท่าน ผู้ น ชักชวน ให้ เพื่อน ร่วม งาน, มิตร สหาย, ลูกศิษย์ และ หนังสือ พิมพ์ ร่วม มือ กัน ใช้ เครื่องหมาย วรรคตอน. การ ชักชวน เรอง นม ชื่อ ว่า Five-Four Movement. (Five ตรง กับ เดือน ที่ ๕ คือ เดือน พฤษภาคม; Four ตรง กับ วันที่ ๔.) การ ชักชวน นี้ ต้อง ทำ ติด ต่อ กัน เป็น เวลา ถึง ๑๐ ปี จึง ปรากฏ ว่า จีน ใน ปัจจุบัน ใช้ เครื่องหมาย วรรคตอน อย่าง แพร่ หลาย. นอกจาก นั้น แล้ว, ยัง ได้ ใจ ความ ว่า หนังสือ พิมพ์ เป็น กำลัง สำคัญ ในการ ส่ง เสริม เรอง น.

ข้าพเจ้า ได้ ถาม เพื่อน ชาว ญู ยูน ย่าง. ข้าพเจ้า ก็ ได้ รับ คำ ออก เล่า ว่า นับ แต่ ที่ ประเทศ ญู ยูน ได้ มี การ วิวัฒนาการ มา แต่ สมัย จักรพรรดิ เมจิ, ประมาณ ๑๐๐ ปี มา แล้ว เอง, แขนง เรียง ชั้น ประถม ของ เขา นั้น มี การ ใช้ เครื่องหมาย วรรคตอน ตาม ปร ภาษา อังกฤษ เหมือน กัน. เด็ก นก เรียง ชั้น ประถม จะ ต้อง เห็น เครื่องหมาย วรรคตอน ก่อน จะ ได้ เรียง ไวยากรณ์ เสีย อีก. เคย วน เครื่องหมาย วรรคตอน เป็น ปัจจัย สำคัญ ใน ภาษา ญู ยูน เช่น กัน.

ข้าพเจ้า ได้ ถาม เพื่อน ชาว เกาหลี. เขา ก็ เอา หนังสือ ราชการ และ สิ่ง ตีพิมพ์ ให้

ข้าพเจ้าคุณ, ก็ปรากฏว่ามีการใช้เครื่อง
หมายวรรคตอนจุลภาคและมหัพภาคตาม
แบบภาษาอังกฤษ. เขาว่าเกาหลีใช้เครื่อง
หมายวรรคตอนมาร่วม ๕๐ ปีแล้ว.

ข้าพเจ้าได้ถามเพื่อน ชาวอินเดียนด้วย.
เขาก็เล่าให้ฟังว่าอินเดียนมีภาษาที่สำคัญ
๑๔ ภาษา, และภาษาเหล่านั้นก็มีเครื่อง
หมาย วรรคตอน ตาม แบบ ภาษา อังกฤษ.
เขาเข้าใจว่าคงจะใช้มานานแล้วประมาณ
กว่า ๑๐๐ ปี.

ภาษาไทยเรานั้นยากมาก. ข้าพเจ้า
เห็นว่าถ้าไม่ใช้เครื่องหมายวรรคตอนแล้ว
ความยากจะ มาก จนเมื่อ กาล ล่วงไป ๆ.
ข้าพเจ้า ขอ อัญเชิญ พระราชินีพันธุ ความ
เรียง ของ พระบาท สมเด็จพระมงกุฎเกล้า
เจ้าอยู่หัว เฉพาะตอน ที่เหมาะสม แก่เรื่อง
มาเล่าให้ท่านฟังดังต่อไปนี้ :

“วิธีเขียนหนังสือไทยเราตามที่ใช้กัน
อยู่ทุกวันนี้จริงยังเป็นการลำบากอยู่มาก.
จริงอยู่คนไทยเราเองไม่มีใครรู้สึก, เพราะ
เป็นควยชินเท่านั้นเอง; แต่ชาวต่าง
ประเทศที่ เรียบหนังสือไทย มักจะ รู้สึกว่า
ยากมาก. ลองพิจารณาว่าที่ยากเช่นนั้น
เพราะเหตุใด, ก็พอได้เค้าอยู่ข้าง ----”

“ลักษณะเขียนหนังสือ, เราเขียน

ถ้อยคำติดกันไปหมดไม่เว้นระยะคำทก ๆ
คำอย่าง ลักษณะ เขียน หนังสือ ของ ชาว
ยุโรป, จึงทำให้เป็นที่งงแก่ผู้ที่ไม่ส
ชำนาญชำนาญในเชิง การ อ่านหนังสือไทย;
ไม่ใช่แต่ชาวต่างประเทศ, ถึงแม้ว่าคน
ไทย ๆ เราเองก็ รู้สึก ลำบาก อยู่ ไม่น้อย
เหมือนกัน.”

“ ---- เป็นเครื่องทำให้หนังสือไทย
เราเป็นหนังสือที่เรียนและเขียนอ่านให้ถูก
ต้องได้ยากเกินไปกว่าที่ควร. หนังสือใด
ที่เรียนเขียนอ่านได้ยาก ย่อมจะเป็นของ
ทำให้ผู้ใช้เสียเปรียบแก่ผู้ที่มีอักษรใช้
อย่างที่เราเรียนเขียนอ่านได้ง่าย ๆ. ----”

“ ---- ดังนั้น จึงควรพิจารณาว่า
ถ้าจะแก้ไขวิธีเขียนหนังสือไทยเรา, ให้
อนโลม ตาม วิธี เขียน หนังสือ ของ ยุโรป
อย่างมากที่สุดที่จะเป็นไปได้, จะมีข้อคิด
ชข้ออย่างไรบ้าง ? ”

พระองค์ท่านได้พระราชทานคำแนะนำ
ว่า ควรใช้ เครื่อง หมาย วรรคตอน ในการ
เขียนภาษาไทย ตาม แบบ ของ กรมศึกษา
ธิการทั้งโตกล้าวแล้วข้างต้น.

ข้าพเจ้าได้คุยกับเพื่อนที่เป็นสมาชิก
สภาร่างรัฐธรรมนูญ. เพื่อนผู้นั้นเล่าว่า
เขาเป็นกรรมาธิการตรวจร่างรายงานการ

ประชุมของสภา. เขาได้รั้ความลำบาก
มาก ที่คนพิมพ์ตกคน เรียงพิมพ์ รายงาน
การประชุม, พิมพ์ข้อความ, เว้นช่องไฟ,
เว้นวรรคตอนไม่ตรงตามต้นฉบับที่กรรมา-
ธิการอนุมัติ. เรื่องเช่นนี้ทำให้เสียเวลา
และใช้เวลาตรวจแก้ซ้ำแล้วซ้ำอีก. เพื่อน
ข้าพเจ้าฉัน ก็เห็นพ้องควยว่า ถ้าใช้เครื่อง
หมายวรรคตอนแล้ว, จะเป็นการป้องกัน
มิให้คนพิมพ์ตก, คนเรียงพิมพ์ทำหน้าท
บกพร่อง, เมื่อเปรียบเทียบในวคิของ
บุคคล เช่น กรรมาธิการสภาฯ ก็ข้เสมียน
พนักงานพิมพ์ตกและเรียงพิมพ์.

ในปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในยุคพัฒนา.
ปัญหาสังคมเศรษฐกิจย่อมจะมีขึ้นอย่างท
ประเทศอังกฤษประสบมาแล้ว. เมื่อการ
ใช้ เครื่องหมายวรรคตอนในการเขียน
หนังสือเป็นปัจจัยของภาษาอังกฤษ, ซึ่ง
ในปัจจุบันแทบทุกชาติในโลกนี้ ค้ศึกษาแล้ว

เรียนกัน. ข้าพเจ้าก็เห็นว่าเราก้ควรจะได้
พิจารณาใช้ว่าเครื่องหมายวรรคตอน แบบ
ภาษาอังกฤษนั้นเป็นเครื่องหมายวรรคตอน
สากลแล้วและควรจะรื้อถอนใช้ในภาษา
ไทยกันให้กว้างขวาง. ในที่สุดนี้ข้าพเจ้า
ภาวนาว่าถ้าทางราชการ, สถาบันการ
ศึกษา, สหสมาคมอาชีพและวงการหนังสือ
พิมพ์รื้อถอนรื้อถอน, แม้ว่าจะใช้เครื่อง
หมายวรรคตอนอย่างเครื่องหมาย, เช่น
จุลภาค (,) และ มหัพภาค (.), ใน
หนังสือทุกเรื่องได้, ก็จะเป็นการบังผลคือ
ทำให้คนทั่วไปใช้ได้ตาม. จะเป็นการช่วย
ให้คนไทยที่ไม่รู้จักเขียนหนังสืออย่างผู้
รู้จัก, พ้นจากการ “เสียเปรียบ”, จะ
ป้องกันมิให้เกิดปัญหาสังคมเศรษฐกิจซึ่ง
ไม่ควรจะเกิดขึ้นต่อไป.

บุญ อินทร์มพรรย์

(องค์การอาหารและเกษตร, สหประชาชาติ)

๓. โทมัส ซีย์เด็นแฮม

(ค.ศ. ๑๖๒๔-๑๗๑๗)

บิดาแห่งอายุรศาสตร์อังกฤษ

ในครึ่งหลังของศตวรรษที่ ๑๕ วิชาอายุรศาสตร์ได้เปลี่ยนโฉมหน้าจากสมัยโบราณเป็นสมัยใหม่โดย นาย แพทย์ ชาวอังกฤษชื่อ โทมัส ซีย์เด็นแฮม (Thomas Sydenham) ผู้นำวิธีการเกี่ยวกับความสังเกตและความชำนาญตามแบบฉบับของฮิปโปเครติส มาใช้ใหม่, เลิกหลงเชื่อมงายกับตำรายังมีได้ มีการ พิสูจน์. ครั้งหนึ่งลูกศิษย์ของเขา, เซอร์ ริชาร์ดแบล็คโมร์ ได้ถามว่าจะให้เขาอ่านตำราเล่มไหน. ซีย์เด็นแฮม ตอบว่าอ่าน "คอนควิสโตรี สตี, เป็นนวนิยายที่ดีมาก. แต่ว่าการอ่านหนังสือไม่ทำให้คนเป็น หมอได้หรอกนะ." ครั้งหนึ่งได้บอกกับลูกศิษย์ของเขา, เซอร์ ฮันส์ สโลนว่า "ฉันรู้ว่าผู้หญิงแก่ที่คัลแลสวอน โคเวนท์ รู้เรื่องพฤกษศาสตร์ดีกว่าฉันอีก. กายวิภาคศาสตร์ก็เช่นกัน, คนขายเนื้อชำแหละได้เก่งกว่าฉัน. แต่ไม่เป็นเรื่องคอก ไปที่ข้างเคียงผู้ช่วยฉันนะ. ทนนั่นแหละคุณ

จะได้เรียนโรคต่าง ๆ ละ." นี่แสดงถึงการมีอารมณ์ขัน. เขาเห็นความสำคัญของการสังเกต, ความชำนาญและปฏิภาณว่าดีกว่าทฤษฎีที่ยังมีได้มีการพิสูจน์. เอ็ดเวิร์ด เบิร์เก ได้กล่าวยกย่องว่าเขาเป็นอัจฉริยะของชาวอังกฤษ.

เขาเกิดที่ วินฟอร์ด อีเกิล ใน คอร์ทเซ็ทไชร์, ประเทศอังกฤษ, เป็นบุตรคนที่ ๘ ใน ๑๐ คนของ วิลเลียม ซีย์เด็นแฮม และ แมรี่, ซึ่งเป็นผู้มีฐานะปานกลาง. ในปี ค.ศ. ๑๖๔๒ เมื่อเขาอายุได้ ๑๘ ปีและกำลังศึกษาอยู่ที่ มหาวิทยาลัย ออกซ์ฟอร์ด ได้เกิดสงครามกลางเมืองระหว่างพระเจ้าชาลส์ที่ ๑ กับคณะรัฐสภาซึ่งมีครอมเวลล์ เป็นหัวหน้า. บิดาและพี่ชายเขาคือ ๔ คนได้เข้าอยู่ในกองทัพของครอมเวลล์ รวมทั้งตัวเขาเองซึ่งถูกเกณฑ์ด้วย. เขาได้อยู่ในกองทัพ ๔ ปีและได้รับยศเป็นร้อยเอก. เมื่อเสร็จสงครามในปี ค.ศ. ๑๖๔๖ จึงได้กลับมาเรียนต่อและได้

รับปริญญาแพทยใน ค.ศ. ๑๖๔๘. เพื่อน
สนิทของเขาระหว่างที่เรียนอยู่นาม โร-
เบอร์ทชอยล์ และ จอห์น ล็อค เป็นต้น. จาก
นี้ได้ไปเรียนแพทยต่อที่ มอนท์ เป็ลลิเยร์
ประเทศฝรั่งเศส. เมื่อสำเร็จแล้วได้มา
ประกอบอาชีพเป็นแพทย์อิสระที่กรุงลอน-
ดอน. ได้แต่งงานกับแมรี จี ในปี ค.ศ.
๑๖๕๕. เนื่องจากวิถีทางการเมืองของ
เขา, เขาจึงไม่เคยเป็น Fellow of the
Royal College of Physicians และก็ไม-
เคยเป็นแพทย์ประจำราชสำนัก. แต่คน
ไข้ของเขาก็ ล้วนแต่ เป็น คน ที่ มีชื่อเสียง
เป็นส่วนมาก.

เขาเป็นคนร่างใหญ่, ผิวแดง, ตาสี
เทา, ชอบไว้มขาว, ท่าทางดูแต่ใจดี,
ถ่อมตัวและไม่ชอบสังคม. ผลงานของ
เขาเป็นที่ยกย่องกันทั่วไป. ตำราของเขา
เป็นที่นิยมกันแพร่หลาย, จนถึงกับกล่าว
กันว่า โยเซฟ, แพทย์ผู้มีชื่อเสียงโด่งดัง
คนหนึ่ง, เมื่อแสดงปาฐกถาที่ เลย์เดิน
ทุกครั้งที่เอ่ยถึงชื่อของ ซีย์เต็นแฮม จะ
ต้องเปิดหมวกแสดงคารวะอย่างสูงเสมอ.

ลูกศิษย์คนหนึ่งของเขาชื่อ โทมัส โค-
เวอร์ (ค.ศ. ๑๖๖๐-๑๗๔๒), ผู้มีชื่อ
เสียงในฐานะเป็นเจ้าของตำรายาผงโคเวอร์

ที่ใช้กันแพร่หลาย, ได้กล่าวถึง ซีย์เต็น-
แฮม ว่า “เป็นผู้ซื่อสัตย์และอดิเรก.
ความคิดเห็นและเหตุผลของเขาเห็นอกว่า
ข้าพเจ้ามาก,” และได้เล่าว่า ซีย์เต็นแฮม
รักษาเขาอย่างไร ระหว่าง ที่ เขาย่วย ด้วย
โรคไข้กาฬ, “ไม่ให้มีไฟในห้อง, หน้า
ต่างให้เบียดไว้ตลอดเวลา, เคียงนอนไม่ให้
สูงกว่าขานเอว, และให้ดื่มเบียร์ขวดเล็ก
๑๒ ขวดทุก ๆ ๒๔ ชั่วโมง”.

ซีย์เต็นแฮม เองเป็นโรคเกาต์ ประจำ
ตัว, เริ่มแต่ปี ค.ศ. ๑๖๔๘, และต่อมา
ได้เป็นนิ่วในไต, ทำให้เขาได้รับการทรมาน
มาก. เขาได้ลงแก่กรรมที่บ้านใน เฟลด์เมด
เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ค.ศ. ๑๖๘๘. ศพ
ของเขาได้ฝังไว้ที่ โยสต์ เซนต์ เจมส์
บิชอปคาสิล, เป็นที่ซึ่ง College of Physi-
cians ได้สร้างแท่นขึ้นไว้เพื่อเป็นอนุ-
สรณ์ถึงเขาเมื่อปี ค.ศ. ๑๘๑๐.

เขาได้แต่งตำราไว้หลายเล่ม. เล่ม
แรกคือเรื่อง “ไข้ต่าง ๆ” ซึ่งได้จาก
ประสบการณ์ของเขาเอง. ปรากฏว่าเป็นที่
นิยมกันมาก, ถึงกับได้มีผู้แปลเป็นภาษา
ต่างประเทศหลายภาษา, และได้พิมพ์ครั้งที่
ที่สอง พร้อม ทั้ง เพิ่ม เติมด้วยในปี ค.ศ.
๑๖๖๘. “โรคปวกข้อและกล้ามเนื้อเนื้องอก

จากขี้ก” (ค.ศ. ๑๖๗๒), “ไข่อักไคแคง” (ค.ศ. ๑๖๗๕), “โรคที่เกี่ยวของกับขี้กูกกาล” (ค.ศ. ๑๖๗๖), “การสังเกตทางแพทย” (ค.ศ. ๑๖๗๖), “โรคฝีดาษและฮีปส์ที่เรียบ.” (ค.ศ. ๑๖๘๒), “โรคเก๊าท์ และขวม” (ค.ศ. ๑๖๘๓), “อหิวาตกโรค” (ค.ศ. ๑๖๘๖). คำราที่เขาเขียนโดยเฉพาะ อย่าง บัง เรอง การสังเกตทางแพทย, ซึ่งเขาได้กล่าวถึงเรื่องโรคระบาดเป็นครั้งแรก, ได้ใช้เป็นคำรากันต่อมากกว่า ๑๐๐ ปี. เขาเป็นคนช่างสังเกตและเขียนจาก ของจริง จึงถูกต้องและเข้าใจง่าย, ดังตัวอย่างที่เขาเขียนว่า: “โรคหัดมักเป็นกัยเด็ก ๆ. ในวันแรกจะรู้สึกหนาวและสั่น. วันที่สองจะมีไข้, ลินเป็นผ้าขาว, กระจายน้ำและซึม. มีน้ำมูกและน้ำตาไหลอยู่เนอง ๆ. อาการต่าง ๆ จะค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้น. จนถึงวันที่ ๔ จะมีจุดแคง ๆ คล้ายเลือดหรือยงกติดตามหน้าและหน้าผาก. ต่อมาจึงซนตามหน้าอกและที่อื่น ๆ ทั่วตัว. จุดแคงนี้จะค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้นจนแลค หน้าแคงไปทั้งหน้า. พอวันที่ ๘ ก็จะเริ่มค่อย ๆ งามลง, และวันที่ ๙ ก็หายไ้หมดไม่มีเหลือเลย.” เขากล่าวถึงโรค เก๊าท์ ว่า.

“ผู้ช่วยจะนอนหลับสบายดี. แต่ตอนคักประมาณคีสองจะถกปลกให้คิน โดยการปวดอย่าง รุนแรง ที่บริเวณ ข้อหัวแม่เท้า. หลังจากนั้นจะมีอาการหนาวสั่น และมีไข้เล็กน้อย. ความปวดจะค่อย ๆ ทั่วความรุนแรงยังซนจนถึงกับปวดเมื่อยไปทั้งตัว. ทรมาณตลอดคิน. รุ่งเช้าจะพบว่ามีขวมที่นิ้วหัวแม่เท้า. ๒-๓ วันต่อมาเท้าอีกข้างจะขวมและปวดเจ็บแบบเดียวกัน”. จะเห็นว่าขนทกของเขาแม่เป็นเวลาถึง ๓๐๐ ปีมาแล้วแต่ก็ยังคงทนสมัยอยู่. ในการรักษาเขาก็ใช้วิธีการง่าย ๆ. ถ้ามีไข้เขาก็ใช้วิธีลดตัว, ให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่มอากาศบริสุทธิ์. ให้ขมาสำหรับผู้ที่นอนแห่งหรือเป็นวัณโรค. เขาเป็นคนหนึ่งทีเริ่มให้เหล็กในการรักษาโรค เลือดจาง, เป็นคนที่ทำให้ยาควินินใช้กันแพร่หลายในการรักษา มาเลเรียบ. ส่วน ซียป์ลิสเขารักษาด้วยการให้ทาชผงปรอทจนกระทั่งผู้ป่วยน้ำลายไหล, ยาขนานหนึ่งที่เขาคิดซนและคนนิยมใช้กันมากก็คือ ทิงเจอร์ฝ่นซึ่งเขาผสมหญ้าฝ่น, กานพลูและอบเชยลงไปด้วย. ยาขนานนี้ใคร่ขอว่า ทิงเจอร์ ฝ่นของ ซียป์เต็นแฮม. เขาถือว่าโรคต่าง ๆ มีการดำเนินของโรค เป็นระยะ ๆ

ไปตามวิถีทางของมัน, และแต่ละโรค
ย่อมมีสาเหตุเฉพาะ, ซึ่งอาจบรรยายและ
จำแนกประเภทออกไปได้, แยกเกี่ยวกับ
ทฤษฎีทฤษฎีศาสตร์จำแนกชนิดต่าง ๆ ของ
พืช. เขามีทฤษฎีเกี่ยวกับการระบาดของ
โรคว่ามีความสัมพันธ์ กับดินฟ้าอากาศ
และฤดูกาล. เขาได้ศึกษาดังภูมิศาสตร์,
อณูนิยมนวิทยา, และระยะเวลาของโรค
ระบาด, สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่รอบบ่งของ
การระบาดซ้ำ, จึงนับได้ว่านอกจาก ซิป-
โปเครติส และ เซลล แล้ว, เขาก็เป็นหนึ่งใน
ในบรรดาผู้สร้างรากฐานของ วิชาวิทยา

โรครักษาคน:

อย่างไรก็ดี, ประโยชน์อันยิ่งใหญ่ที่
ซีบีเคินแฮม ได้กระทำเป็นตัวอย่างไว้ก็คือ
การปฏิวัติการแพทย์แผนโบราณ มา เป็น
แผนปัจจุบัน, คือให้แพทย์พยายามอยู่
ข้างเคียงผู้ช่วย, ให้รู้จักสังเกตและสนใจ
ในการดำเนินของโรค, การวิเคราะห์และ
การรักษาโรคจึงจะสัมฤทธิ์ผล. จึงสม
ควรแล้วที่ โบรมเฮฟ เบ็ดหมวกให้ทุกครั้งที่
เมื่อเอ่ยถึงชื่อของ ซีบีเคินแฮม.

สนอง อุณาкул พ.บ., พ.ด., M.S.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

CLINICO — PATHOLOGICAL CONFERENCE

Edited by S. Nilwarangkur
and P. Chirawong

Case 4—1966

Presentation of Case

A 37-year old Chinese, male mechanic, was admitted into the Department of Medicine, Siriraj Hospital, on 21.11.65, with the chief complaint of shortness of breath for 3-4 days. He had been well until one year before admission when he experienced on and off bi-temporal headache, which was relieved by analgesic drug. A few months before admission he developed occipital headache and his vision became blurred. He noticed that he micturated more during night time (D:N=4:5). Ten days before admission his face became puffy and he coughed up blood stained sputum. The symptoms subsided on treatment by a doctor. 4-5 days before admission the shortness of breath returned and this time it was worse than it used to be.

Past history is not relevant.

PHYSICAL EXAMINATION

T. 36.8°C, P. 84/min., R. 20/min., Wt. 48 Kg.

B.P. 220/140 mmHg. R.A., 228/140 mmHg. L.A. > 260 Rt. leg.

The patient was thin, markedly anemic; There was no cyanosis, no jaundice, no edema. The left eye was exophthalmic; vision 6/6, 6/6; Fundi grade III. The apex beat was at 6th

I.C.S. just medial to anterior axillary line. The dorsalis pedis pulse was strong. Fine crepitation was found at both lung bases. The liver was palpable, two finger-breadths below costal margin. The spleen was not palpable. The patient was somewhat drowsy, and deep tendon reflexes were diminished.

LABORATORY FINDINGS

21.11.65 Hb. 5.0 gm%, WBC 11,500/cu. mm., N. 88%, L. 12%, E.S.R. 150 mm/hr.

Urine Sp.gr. 1.010, Alb. 1+. Sugar negative.

RBC 0/H.D., WBC 0-2/H.D.

Urine culture gave no growth.

Feces Negative for ova and parasites.

Blood chemistry:

N.P.N. 96 mg%, Creatinine 4.8 mg%, Sugar 117 mg%, BUN 50 mg%, Alb. 3.7 gm%, Glob. 3.1 gm%, Cholesterol 222 mg%, Na 116 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Cl. 92 mEq/L, HCO₃ 29.5 mEq/L; Bilirubin 1' = 0.2 mg%, 30' = 1.26 mg%; T.T. 2, ZnT 10, Iodine test Neg.; Alk. phosphatase 2.56 B.U.; Serum amylase 165.

CLINICAL COURSE

Despite intensive measures in attempting to control the congestive heart failure with digitalis, diuretics

in conjunction with methy dopa (Aldomet, 2 grams a day), the blood pressure was persistently high and congestive heart failure was present on and off. The general condition gradually deteriorated and did not permit several investigative procedures. On some occasions fluid and glucose were given intravenously. The patient finally died of congestive heart failure on 14.12.66.

X-RAY (Dr. C. Kaewjinda): On Nov. 21.65, chest film revealed a moderate cardiac enlargement with widening of descending aorta. There was neither pulmonary congestion nor pulmonary infiltration. Costophrenic angle was clear.

Plain K.U.B. film showed no opaque urinary calculi. The outline of both kidneys were not seen.

Second film of the chest taken with portable machine was technically unsatisfactory.

Film of skull and orbit showed no abnormal calcification, no sign of increased intracranial pressure, and normal sella turcica. Left orbit had no bone destruction.

Dr. T. Yipintsoi There are three E.C.G. recorded at various periods. They showed left bundle branch block which could be due to either left ventricular hypertrophy, ischemic heart disease or myocarditis. The deep and broad Q seen in lead aVL, aVR,

suggested that there was old anterior myocardial infarction. The delta wave appeared on standard leads and chest leads and accelerated short P-R interval compatible with Wolff-Parkinson-White syndrome. This pattern are prone to accompany paroxysmal atrial tachycardia. The deep S in V₁ V₂ V₃ reflected left ventricular hypertrophy.

Dr. S. Tandhanand In endocrinology, hypertension may be a result of adrenal gland involvement, for example Cushing syndrome, hyperaldosteronism and pheochromocytoma. The blood sugar in pheochromocytoma and Cushing syndrome could be high. If a glucose tolerance is performed, a diabetic curve is found. The high fasting blood sugar in this case was probably due to glucose infusion. This patient had rather severe hypertension for at least a year and there was no clinical feature of Cushing syndrome. This made the diagnosis of Cushing syndrome unlikely.

If primary aldosteronism was the cause of hypertension, the serum Na should be high or normal. The hyponatremia in this case and normal serum K did not support the diagnosis of primary aldosteronism. Secondary aldosteronism was frequently found in malignant hypertension.

Prof. T. Harinasuta From the case history, physical examination and laboratory findings, it is quite clear

that this case had severe hypertension and congestive heart failure and renal failure. But what was the cause of hypertension? Coarctation of aorta could be excluded because the blood pressure of the lower extremities were higher than that of the upper. Chronic glomerulonephritis was unlikely because we have rarely seen such high blood pressure with N.P.N. and creatinine of 96 mg% and 4.8 mg% respectively. We could not entirely ruled out pheochromocytoma without regitine test, and known value of V.M.A. in the urine. However, the patient had neither symptoms nor signs of increasing circulatory catecholamines.

The most probable cause of hypertension in this case was essential hypertension, i.e. malignant or accelerating phase of hypertension. The changes in the fundi and the impairment of renal function convinced me. The immediate cause of death was left ventricular failure. The antecedent cause of death was malignant hypertension. Secondary hyperaldosteronism might play a part in increasing the blood pressure.

I could not explain the cause of anaemia in this case. With long-standing renal failure, for example, chronic glomerulonephritis, anaemia is a common feature, but in malignant hypertension, the course of which is rather short, I have never come across any case with severe anaemia.

PATHOLOGY (Dr. C. Suvanvilai).

I am sorry, I could not clear the question of anaemia in this case because bone marrow biopsy was not done.

As for autopsy findings, the body was cachectic, non-edematous. There were hypertrophy and dilatation of both ventricles with relative dilatation of A-V ring. Coronary arteriosclerosis was found. The lungs were heavy with marked pulmonary edema. In the kidneys small areas of haemorrhage were seen on the surface. The adrenal glands were twice as heavy as normal. The right one had an adenoma, 3 cm. in diameter; the left one showed nodular cortical hyperplasia. There are focal small areas of haemorrhage and necrosis, in brain. Microscopic examination of the kidneys found small areas of cortical haemorrhage, a usual finding in malignant arteriolar nephrosclerosis. The haemorrhages were close to the glomeruli and around blood vessels. Necrosis was seen in the glomeruli and in the wall of the small arterioles. Tubular atrophy, interstitial round cell infiltration and interstitial fibrosis were also found. Larger arterioles showed necrotizing endarteritis.

The cortical adenoma appeared microscopically to be made up of normal cortical adrenal tissue.

Brain section did not include the small abscess; nothing can be learned from it.

FINAL ANATOMICAL DIAGNOSIS

1. Malignant arteriolar nephrosclerosis.
2. Cortical adenoma of (R) adrenal gland and adenomatous hyperplasia of (L) adrenal cortex.
3. Cardiac hypertrophy and dilatation.
4. Marked pulmonary edema and congestion.
5. Mild cerebral edema and micro-abscess of the brain.

The reason for presenting this case is that some cases of hypertension can be cured by surgical intervention, if a thorough and complete investigation were carried out.

I would like Prof. Harinasuta to explain the mechanism causing hypertension in this case.

Dr. T. Yipintsoi I wonder whether prolonged hypertension can produce adreno-cortical hyperplasia.

Dr. C. Suvanvilai In most of the cases with prolonged hypertension, cortical hyperplasia is seen, but, such a big cortical hyperplasia I have never come across. This hyperplasia may be primary or secondary. We could not differentiate primary aldosteronism from secondary aldosteronism by histological appearance. In primary aldosteronism the removal of the tumour or adrenal gland will lower the blood pressure. There is no correlation between the anatomical picture

and functional change at all. Recently a patient developed adrenal crisis after the removal of the adrenal tumour, although the tumour cells showed no vacuoles which are suggestive of hyperfunction.

Dr. T. Tandhanand. If this tumour was functioning, the tumour was not part of Conn's syndrome but of secondary aldosteronism from whatever mechanism causing nodular hyperplasia.

Prof. T. Harinasuta. If this case was one of primary hyperaldosteronism, among other things serum Na would have been normal or high, while serum K should be low; but the patient had hyponatremia which might be due to prolonged use of diuretics with low Na intake. The replacement of fluid and electrolytes in this case was attempted solely with glucose in water.

Prof. V. Viranuv^{at}ti It is difficult to decide whether this case is one of Conn's syndrome because there is not much supporting evidence. Even the pathologist was not sure whether it is a functioning cell. If we had determined the renin activity, then we could tell whether this is a case of primary aldosteronism. Serum K is not low because the case was complicated by uremia. I would conclude that this case might be one of malignant hypertension.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๕

๑. จำนวน								รวม	
ผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๓,๕๒๐	๒,๑๐๘	๑,๕๗๐	๒,๐๐๖	๒,๔๑๑	๖๕๘	๔๖๗	๑๓,๕๔๐
	เก่า	๗,๐๕๖	๓,๔๒๖	๔,๘๘๕	๓,๑๒๒	๔,๗๐๘	๑,๑๕๕	๘๖๕	๒๕,๒๖๕
	รวม	๑๑,๐๑๖	๕,๕๓๔	๖,๔๕๕	๕,๑๒๘	๗,๑๑๙	๑,๘๑๓	๑,๓๓๒	๓๘,๘๐๕
	ใน	๒๕๘	๔๖๒	๑,๖๔๑	๒๕๕	๔๖๔	—	๕๗	๓,๑๓๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๔๘, จักษุ ๖๔๓, สูติ—นรีฯ ๖๕๕, ออร์โธ —, รวม ๑,๙๕๐ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๔๓, หญิง ๕๗๒, รวม ๑,๒๑๕. คลอดตาย, ชาย ๘, หญิง ๖, รวม ๑๔.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๗ คน (๖.๒๗ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๗๔ ราย (๓๗.๕๖ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๔๔ ครั้ง, มหันตโทษ ๕๕ ครั้ง, ลหุโทษ ๓๖ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๔๔๒ ขวด, จากญาติ — ราย, อื่น ๆ ๔๑ ราย, รวม ๑,๑๕๘.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๖,๐๒๓ คน. รักษาใหม่ ๒๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๔๓ คน. รักษาใหม่เก่า ๑๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๗ คน. วิทยุไอโซโทป รักษาใหม่ ๑๓๕ คน, วิทยุไอโซโทปวิจัย — รวมรักษาใหม่เก่า ๕๓๕ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน. รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๘๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๒๖๑ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๓๘ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๖๐๕ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๔ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๔๕๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๕๘๖ ชิ้น (จากภายนอก ๒๘๐ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๔๘ ราย. การตรวจเซรัมวิธียูเรีย ๑๐๘ ราย. การตรวจวิธีวี.ดี.อาร์. แอล. ๑,๐๓๕ ราย. การตรวจวิธีพอลบินเนต ๔. หมู่เลือด ๑๒. นับเม็ดเลือด — วัตซ์โมโกลบิน —. ตรวจบัสสภาวะ ๘๑ ราย. ตรวจอุจจาระ ๘๑ ราย. การตรวจวิธีคัมบี้ ๑๔ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๘๑. การตรวจวิธี อาร์. เอ. ๓๘. การตรวจวิธี อาร์. เอช. — การตรวจวิธี เอ. บี. โอ. — เพาะเชื้อบีค ๑๖. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๑. การตรวจหาแอนติบอดีของซีพีเอส ๑๓๕. ราย. การตรวจวิธี ที.เอ. — ราย.

๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๔๑๔. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๗๖. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๓๕๐. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๕๖๒. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๕๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๕๘. นีดสัตว์ทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๔๘. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๘. เพาะเชื้อรา ๑๐.
๑๐. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๔๕ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๘๖ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๕๖ ราย. ตรวจผู้บวชคดี ๕๐๓ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๒ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๒๑ ราย. ไปศาล ๗ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ — ราย, รับข่าว —, แจ้งข่าว —.
๑๑. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๓. เจาะน้ำสันหลัง ๑๖. เจาะตับ ๑. เจาะน้ำช่องปอด ๗. เจาะเลือด ๔๗๕. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๓. ฉีดยาผิวหนัง ๑๘. นีดยาทั่วไป ๒,๔๘๕. ให้น้ำเกลือ ๒๘๒. ให้ออกซิเจน ๑๐๘. เบาหวาน ๓,๗๔๗. กลืนก้อนโรค ๑๗๗.
๑๒. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๑๗. ถอนฟัน ๑,๑๐๖. อุดฟัน ๖๔๐. ผ่าตัดช่องปาก ๖๕. ชะแผล ๓๔. นีดยา ๔๒.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

เข้าเฝ้าถวายพระพรชัยมงคล

วันที่ ๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ อันตรงกับวันเฉลิมพระชนมพรรษาในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, เวลา ๑๐.๐๐น. คณะผู้แทนนักศึกษาแพทย์ จำนวน ๓๐ คน พร้อมด้วยอนาสาสกได้เข้าเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท ณ พระตำหนักจิตรลดารโหฐาน เพื่อถวายพระพรชัยมงคลเนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา. และในโอกาสอันได้ทูลเกล้าฯ ถวายสมุดปกอ่อน

จำนวน ๑,๐๐๐ เล่ม โดยเสด็จพระราชกุศล. ไก่ทรงโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราโชวาทและทรงโปรดเกล้าฯ มอบสมุดเหล่านี้แก่ ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ประธานมูลนิธิช่วยนักเรียนที่ขาดแคลนในพระบรมราชินูปถัมภ์เป็นพระมหากรุณาธิคุณล้นเกล้าฯ.

ผู้เฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท
ผู้เฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท

ดร. เจ.อาร์. เฮลลิส ผู้เชี่ยวชาญด้าน
แพทยศึกษาขององค์การอนามัยโลก ได้

มาเยี่ยม คณะ แพทย์ ศาสตร์ และ ศิริราช
พยาบาล ตามที่องค์การอนามัยโลกขอ
ให้มาศึกษา กิจการ ของคณะ ฯ เป็นการ
เบื้องต้น เพื่อสังเกตการณ์และพบปะ
สนทนากับ อาจารย์ ต่าง ๆ ของ คณะ ฯ.
คณะ แพทย์ ศาสตร์ และ ศิริราช พยาบาล ได้
ให้การต้อนรับอย่างสมเกียรติ.

ข่าวชุมนุมศึกษาพุทธธรรม

๑. ชุมนุมศึกษาพุทธธรรมได้จัดงาน
ทอดกฐินอันเป็นการทำบุญประจำปี ณ วัด
อัมพวา, ตำบลบ้านช้างหล่อ, อำเภอ
บางกอกน้อย, ธนบุรี เมื่อวันที่ ๒๗
พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๙. ในงานนี้
ท่านคณะ ฯ, สมาชิก, แพทย์, พยาบาล
นักศึกษา พยาบาล และ นักศึกษา แพทย์,
ญาติมิตรได้ไปร่วมงานและอนุโมทนาเป็น
จำนวนมาก. การทอดกฐินครั้งนี้ได้รวบรวม
เงินที่เหลือจากค่าใช้จ่ายแล้ว ได้ทั้งสิ้น
๑,๐๔๒.๙๕ บาท ถวายแก่วัดเพื่อ
ใช้จ่ายในการปฏิสังขรณ์ต่อไปด้วย.

๒. เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ.
๒๕๐๙ องค์การแพทยศาสตร์นิคมสันนิษ
แห่งโลก (พสล) ได้เชิญให้คณะแพทย์
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ส่งผู้แทน

ฝ่ายเยาวชนไปร่วมประชุม, เพื่อปรึกษา
เกี่ยวกับการที่จะเริ่มกิจกรรมพหุเยาวชน
ชน. ชุมนุมศึกษาพุทธธรรมได้ส่งนาย
ประภาส ตงแสงยมวิสัย, นักศึกษาแพทย์
ปีที่ ๓ ไปร่วมประชุมในฐานะของผู้แทน.
ที่ประชุมได้ลงมติให้ดำเนินการในเรื่องนี้
ต่อไปไว้ในฐานะเป็นกิจกรรมในส่วนของ
พสล. การประชุมปรึกษากันจะมีขึ้นอีกใน
โอกาสต่อไปเป็นลำดับ.

อนุโมทนา

ศาสตราจารย์ นาย แพทย์ อำนวย
เสมรสต์ หัวหน้าแผนกรังสีวิทยา ได้
มอบเสื้อ ครุยแพทย์ ปริญญา และ แพทย์
ศาสตร์คณาภิษัตถกิตติมศักดิ์รวม ๒ ตัว
ให้ไว้แก่หอ สมค ศิริราช เพื่อเก็บไว้ เป็น
พินิจฉันท.

และ ได้ ขอ เพื่อ มอบ หิน ขคยาแบบ ส
เหลี่ยมพร้อมทั้งลกขคหินให้แก่พินิจฉันท
ประวัติการแพทย์ไทย, พร้อมทั้งแจ้ง
ประวัติว่าหินขคยานี้ พ.ศ. หลวงศักดิ์
โยธยาบาล (แอ๊ด เสมรสต์) ผู้บิดาได้
เคยใช้ขคยาให้ตัวท่านตั้งแต่สมัยเด็ก ๆ.
จึงนับอายุได้กว่า ๖๐ ปีแล้ว. ทางพินิ
ฉันทประวัติการแพทย์ไทยได้จัดตั้งหินขค

ยาพร้อมด้วยลกขกหินนแสดงไว้ภายใน
พิพิธภัณฑ์ศตวรรษศาสตร์แล้ว.

ขออนุโมทนาด้วยอย่างสูง.

งานส่งขบใหม่รับขบเก่า

เมื่อวันศุกร์ ที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ.
๒๕๐๕, คณะแพทยศาสตร์และศิริราช
ได้จัดงานส่งขบเก่ารับขบใหม่ขึ้น, งานนี้จัด
ขึ้นบริเวณหอประชุมราชแพทยาลัย, เริ่ม
แต่เวลาเช้า ๗.๓๐ น. มีการทำบุญ
ตักบาตรพระภิกษุ จำนวน ๕๐ รูป. ตอน
กลางวันเริ่มเวลา ๑๒.๐๐ น. เป็นการร่วม
รับประทานอาหารภายในหอประชุมราช-
แพทยาลัยจัดโดยคาเฟ่เทอเรียของคณะฯ.
งานนี้ทางคณาจารย์ข้าราชการ, พยาบาล
และ นักศึกษาแพทย์ ได้มาร่วมพบปะ
สังสรรค์เป็นจำนวนมาก. ในระหว่างงาน
คณะดนตรี สากล ของ สโมสร นักศึกษา
แพทย์ศิริราช ได้มาบรรเลงให้ความครึก
ครื้นอยู่ตลอดเวลา. ตอนกลางของงาน
ท่านคณะได้แสดงสุนทรพจน์และกล่าว
อำนวยพรแก่ผู้มาร่วมงาน. เสร็จแล้วมี
การร่วมร้องเพลง หม่ คีตกอกัน หลาย
เพลง. ในที่สุดงานขบขบด้วยการร้องเพลง
สรรเสริญพระบารมีเมื่อเวลา ๑๒.๕๕ น.

นยเขนยทสองททางคณะ ฯ ได้จัดงานส่ง
ขบเก่ารับขบใหม่แบบน.

คณะ ฯ กับเอเชียนเกมส์

ในการจัดแข่งขันเอเชียนเกมส์ครั้งที่
๕ ที่กรุงเทพฯ ฯ คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราช พยายามได้ให้ความร่วมมือกับ
คณะกรรมการจัดการแข่งขัน ดังต่อไปนี้ :

๑. เกี่ยวกับกิจการของศูนย์วิทยา
ศาสตร์การกีฬา (องค์การส่งเสริมกีฬา
แห่งประเทศไทย) แผนกสรีรวิทยา,
แผนกชีวเคมี และ แผนกเภสัชวิทยา ได้
ให้ยืมสถานที่ตั้งทำการวิจัยชั่วคราว เพื่อ
ตรวจสอบความสมบูรณ์ของนักกีฬา ก่อน
ลงมือเก็บตัว, และให้ความช่วยเหลือใน
ด้านเครื่องมือเครื่องใช้เท่าที่จำเป็น. ใน
บางครั้งได้ให้เจ้าหน้าที่ช่วยทำงานด้วย.
ตั้งแต่เริ่มการแข่งขันแผนกเภสัชวิทยาได้
ให้เจ้าหน้าที่ไปช่วยศูนย์ ฯ ทำการตรวจ
นักกีฬาไทยและชาติต่างๆ ที่คลองจั่นและ
สนามกีฬาจันทลอคงาน,

๒. เกี่ยวกับงานฝ่ายแพทย์ และ
อนามัย คณะแพทยศาสตร์และศิริราชได้
จัดเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลไปตั้งทำ
การตรวจและรักษาให้แก่นักกีฬาและ

เจ้าหน้าที่หน้าทอน ๆ ที่สำนักงานฝ่ายแพทย์ในค่ายนักกีฬาคลองจั่นตั้งแต่เริ่มเก็บตัวนักกีฬาจนถึงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕.

๓. ระหว่างการแข่งขัน, แผนกอาหารโรงพยาบาลศิริราชได้ไปตั้งทำการเลี้ยงนักกีฬาส่วนหนึ่งจนตลอดการแข่งขันด้วย.

การประชุมวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำปี เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ ดังนี้:

วันศุกร์ที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยาย

พยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ:

“แนโซฟาริงเจียล แองจิโอไฟโบรมาในเด็ก” ผู้นำเสนอ นายแพทย์เชิญ เศรษฐกิจ.

วันศุกร์ที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “การประชุมเกี่ยวกับการศึกษาแพทย์แห่งโลกครั้งที่ ๓ ที่ประเทศอินเดีย” ผู้นำเสนอ ศจ.น.พ. กษาน จาติกวณิช, ศจ.น.พ. ลิม คุณวิศาลและน.พ. วิฑูร โอสถานนท์. เรื่องที่สองที่น่าสนใจ: “สรุปผลการประชุม วิชาการสอนในการศึกษาแพทย์ (วันที่ ๑๔ - ๑๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕)” ผู้นำเสนอ ศจ.น.พ. ทิถิ จิงเจริญ.

ข่าวพยาบาล

พิธีแจกหมวกอนุปริญญาพยาบาล

เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ เวลา ๑๔.๐๐ น. โรงพยาบาล และ ผดุงครรภ์ ได้ทำพิธีแจก

หมวกแก่นักศึกษาอนุปริญญาพยาบาล และอนามยชนบท ๑ จำนวน ๑๐๒ คน พิธีแจกหมวกนี้ ท่านคณบดีฯ เป็นประธานในพิธี.



รางวัลเด่น

นางสาวอร่าม ครุสุวรรณ, นักศึกษา
อนุปริญญาพยาบาลและอนามัยชั้นปีที่ ๑,
ได้รับคัดเลือกให้เป็นนักกีฬาทีมชาติ เข้า
แข่งขันเอเชียนเกมส์ครั้งที่ ๕ ประเภท
เทเบิลเทนนิสทีมผสม. มีเกียรติได้รับ
เหรียญทองแดง จากความสามารถในการ
แข่งขันครั้งนี้, ขอแสดงความยินดีด้วย.

กลับจากต่างประเทศ

นางสงวนสุข ฉันทวงศ์, ผู้อำนวยการ
โรงเรียนพยาบาลและผดุงครรภ์ กลับจาก
การทำงาน ณ ประเทศสหรัฐอเมริกาและ
เข้าปฏิบัติราชการตามปกติแล้ว, ตั้งแต่
วันที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕.

การส่งเงินค่าบำรุง

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