



สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๑๐

Volume 19, Number 11, November 1967.

EVALUATION OF RENAL FUNCTION IN THAI

Pensri Makaranond, M.D.*

Anya Mannechai*

Chanyo Benyajati, M.D. +

Philip Z. Sobocinski, MAJ, MSC**

Craig J. Canfield, LTC, MC***

(Clinical Research Center, SEATO Medical Project ++)

Although the medical literature contains many studies of renal function in normal individuals, such studies have not been done in this country on Thai subjects. The valid interpretation of data accumulated during the study of renal disease here demands that it be compared to data obtained from normal subjects. The present study was performed with three distinct purposes. The first was to determine the normal range of certain serum chemistry determinations and urinary electrolyte excretion; the second was to determine the concentrating ability of the kidney and its ability to excrete

Abstract: Makaranond, Pensri, et al.: Evaluation of Renal Function in Thai. Siriraj Hosp. Gaz. 1967, 19: 573-579.

Tests conducted in 54 volunteers during an 8-day period revealed a slight degree of anemia, hyperglobulinemia, hypocholesterolemia and, compared to Western standards, higher Na and lower K excretions and lower mean concentrating power. Other tests, including clearances, gave results comparable to those reported elsewhere.

phenolsulfonphthalein (PSP) dye; and the third was to measure the renal clearance of creatinine, inulin and para-aminohippurate (PAH).

- * CRC SEATO Medical Research Lab.
- + Department of Medicine, Chulalongkorn Hospital
- ** Division of Biochemistry, Walter Reed Army Institute of Research, Washington, D.C.
- *** Division of Medicine, Walter Reed Army Institute of Research, Washington, D.C.
- ++ Rajavithi Road, Bangkok, Thailand and Chulalongkorn Hospital Bangkok, Thailand.

MATERIALS AND METHODS

Healthy subjects were selected for the study. Fifty-four volunteers of both sexes and of various ages were carefully examined to exclude organic diseases. A careful history was taken with particular emphasis on preceding renal disease and a physical examination performed. Hematologic, biochemical and bacteriologic laboratory tests were obtained on the subjects under investigation. Hemoglobin, hematocrit, white blood cell count, and urinalysis with culture and colony count were performed by standard methods. Blood chemistry determinations included serum urea nitrogen,⁽¹⁾ total protein,⁽²⁾ albumin,⁽³⁾ total cholesterol,⁽⁴⁾ uric acid,⁽⁵⁾ calcium,⁽⁶⁾ inorganic phosphorus,⁽⁷⁾ sodium, potassium,⁽⁸⁾ chloride,⁽⁹⁾ CO₂ content,⁽¹⁰⁾ PSP⁽¹¹⁾ and creatinine.⁽¹²⁾ The determinations of inulin and PAH were performed according to the methods of Roe, et al⁽¹³⁾ and Brun,⁽¹⁴⁾ respectively. Serum and urine osmolality were determined by means of a Fiske Osmometer.⁽¹⁵⁾ X-ray examination of the chest, EKG, and IVP were also done.

The study was planned to be performed within eight consecutive days as follows:

Day 1-3: Equilibration period and clinical evaluation.

Day 4: Twenty-four hour urinary electrolyte excretions.

Day 5-6: Concentration Test: On the fifth hospital day, following breakfast, the patients were begun on a dry diet (no liquid foods, fruits, etc.) and

allowed no fluids. The following morning (Day 6) two units of aqueous pitressin were injected intramuscularly. Four one-hour urine specimens were collected and blood was drawn before and after completion of the test. Maximum concentration was determined by osmolality and specific gravity determinations on the urine specimens.

Day 7: PSP excretion: One ml of PSP dye (6 mgm) was injected intravenously and the syringe washed two times with blood. The patients voided at 15 and 60 minutes after injection, the concentration of dye was determined, and expressed as per cent of administered dose.

Day 8: Clearance of Inulin, PAH, Endogenous Creatinine: These studies were carried out in the morning prior to breakfast. The patients were hydrated by the administration of water (20 cc/Kg. body weight orally) and adequate urine output assured by the continued administration of oral water equal in volume to urine output. An indwelling urinary catheter was utilized for urine collections. A priming solution of Inulin and PAH was given (Inulin 40 mgs/Kg. PAH 8 mgs/Kg. in 2.5% D/W), followed by sustaining solution of Inulin 60 mgs/Kg. (PAH 8 mgs/Kg. in 2.5% D/W) which was infused at 0.41 ml/min. After 50 minutes of equilibration, the patients had four 15-minute urine collection periods with blood specimens obtained midway during each period. If the urine volume was less than 10 ml per minute, the bladder was rinsed with distilled water; otherwise, only air washout was used.

All clearances were calculated using Van Slyke's formula $C = \frac{UV}{P}$ in which C = clearance in ml per minute, U = con-

TABLE I
Routine Hematology and Serum Chemistry Determinations
in 54 Thai Subjects.

		MALE			FEMALE		
		No.	Mean	S.D.	No.	Mean	S.D.
Age	Yrs.	37	30		17	27	
Height	cm	37	163	6	17	155	6
Weight	kg	37	51	6	17	46	6
BSAC*	m	37	1.53	0.10	17	1.41	0.11
Hgb	gm %	23	12.8	1.7	16	11.4	1.3
Hct	Vol %	34	41	6	16	40	4
WBC	/mm ³	19	7200	1900	10	7500	2000
BUN	mg %	36	11.2	2.5	17	12.7	4.2
Total protein	gm %	35	7.4	0.6	17	7.4	0.5
Albumin	gm %	7	4.0	0.9	3	4.7	0.6
Cholesterol	mg %	36	163	37	17	181	35
Uric acid	mg %	36	5.9	1.3	17	4.6	1.2
Ca	mg %	29	9.5	0.8	17	9.5	0.6
P	mg %	19	3.4	0.5	16	4.0	0.4
Na	mEq/L	33	142	3	17	140	3
K	mEq/L	34	4.2	0.5	17	4.2	0.4
Cl	mEq/L	34	103	3	17	103	2
CO ₂	mM/L	34	23	2	17	23	2
Creatinine	mg %	33	1.0	0.1	17	0.9	0.1

$$* \text{BSAC} = \text{Wt. (gm)} \times \text{Ht. (cm)} \times 71.84$$

TABLE II
Urinary Electrolyte Excretion in 54 Thai Subjects

	MALE			FEMALE		
	No.	Mean	S.D.	No.	Mean	S.D.
Na mEq/24 hr	37	129	48	17	130	60
K mEq/24 hr	37	20	6	17	22	13

TABLE III
PSP Excretion and Results of Concentration Test
in 54 Thai Subjects

	MALE			FEMALE		
	No.	Mean	S.D.	No.	Mean	S.D.
PSP: 15 min (%)	37	33	12	17	33	9
60 min (%)	37	75	11	17	72	9
Serum Osm (mOsm/Kg H ₂ O)	26	296	4	10	295	4
Urine Osm (mOsm/Kg H ₂ O)	26	984	200	10	1140	249
Urine Specific Gravity	26	1.023	0.003	10	1.023	0.003

TABLE IV
Renal Clearances in 54 Thai Subjects

Clearance (ml/min)	MALE						FEMALE					
	Uncorrected			Corrected to 1.73 M ² BSA			Uncorrected			Corrected to 1.73 M ² BSA		
	No.	Mean	S.D.	No.	Mean	S.D.	No.	Mean	S.D.	No.	Mean	S.D.
Creatinine	37	100	18	37	112	16	17	95	21	17	116	24
Inulin	37	103	20	37	116	21	17	96	22	17	117	24
PAH	37	541	121	37	610	126	17	501	116	17	616	142

centration in the urine, P =concentration in the serum and V =urinary flow rate in ml per minute. The mean of duplicate clearance periods was obtained and then corrected to "normal" body surface area (BSA) by the formula:

$$C_{\text{normalized}} = C_{\text{measured}} \times \frac{1.73 M^2}{BSA}$$

RESULTS AND DISCUSSION

The results of routine hematologic studies and certain serum biochemistry determinations are shown in Table I. There is evidence of anemia, increased serum globulins as measured by the total protein—albumin difference, and hypocholesterolemia. These findings have been previously documented and reported⁽¹⁶⁾. The remaining determinations are essentially identical to Western standards⁽¹⁷⁾.

Twenty-four hour urine electrolyte excretion is shown in Table II. Sodium excretion is greater than that usually observed by Western investigators and potassium excretion is less⁽¹⁷⁾. This probably is a reflection of the high salt, low meat protein dietary intake of the subjects studied.

The results of water deprivation for one day followed by vasopressin administration and the results of PSP excretion tests are shown in Table III. Although there is an apparent difference between male and female concentrating ability it was not statistically significant. Some patients concentrated their urine to greater than 1400 mOsm/Kg H_2O but the mean was slightly lower than expected by Western standards and again probably reflects the low protein intake of the subjects studied⁽¹⁸⁾.

PSP excretion was quite variable at 15 minutes and the range was greater than that seen in a similar study in the United States. However, the 60-minute excretion compared favorably with this study (50% – 92%)⁽¹⁹⁾.

Creatinine, inulin and PAH clearances are shown in Table IV as calculated and following correction to "normal" body surface area. When corrected the values obtained show good agreement with normal values published elsewhere⁽²⁰⁾.

SUMMARY

Routine hematologic and certain serum biochemistry determinations were performed in 54 volunteer Thai subjects without evidence of cardiovascular renal disease. Renal function tests including PSP excretion, concentration test, and the clearance of creatinine, inulin and PAH were also performed. The results of the studies are presented and compared with similar studies by Western investigators.

REFERENCES

1. Chaney, A. L., Marbach, E. P.: Clin. Chem. 1962, 8: 131.
2. Wolfson, W.O., Cohen, C., Calvary, E., and Ichiba: Am. J. Clin. Path. 1948, 18:723.
3. Technical Bulletin 6095A, Beckman Instruments, Inc., Fullerton, California, U.S.A.
4. Zurkowski, P.: Clin. Chem. 1964, 10:451.
5. Henry, R.J., Sobel, C., Kim, J.: Am. J. Clin. Path. 1957, 28:152.
6. Baron, D.N., Bell, J.L.: Am. J. Clin. Path. 1959, 12:143.
7. Fiske, C.H., and Subbarow, Y.: J. Biol. Chem. 1925, 66:375.

8. NIL Flame Photometer, National Instrument Laboratories, Rockville. Md., U.S.A.

9. Aminco-Cotlove Automatic Titrator, American Instrument Co., Inc., Silver Spring, Md., U.S.A.

10. Natelson Microgasometer, Scientific Industries, Inc., L.I., N.Y., U.S.A.

11. Annino, J.S.: Clinical Chemistry Principles and Procedures, Second Edition, Boston, Little Brown and Co., 1960, p. 302.

12. Hawk, P.B., Oser, B.L., and Summerson, W.H.: Practical Physiological Chemistry, Thirteenth Edition, New York, McGraw-Hill Co, 1954, p. 555.

13. Roe, J.H., Epstein, J.H., and Goldstein, N.P.: J. Biol. Chem. 1949, 178:839.

14. Brun, C., J. Lab. & Clin. Med. 1951, 37:955.

15. Fiske Osmometer, Fiske Associates, Inc., Bethel, Conn., U.S.A.

16. Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense: The Kingdom of Thailand: Nutrition Survey. Bethesda Md., National Institutes of Health, February 1962.

17. Diem, K.: Documenta Geigy, Geigy Pharmaceuticals Division of Geigy Chemical Corp., Ardsley, New York, 1962.

18. Epstein, F.H., Kleeman, C.R., Pursel, S., and Hendrikx, A.: J. Clin. Invest. 1957, 36:635.

19. Chapman, E.M. and Halstead, J.A.: Am. J.M. Sc. 1933, 186:223.

20. Smith, H.W.: The Kidney, Structure and Function in Health and Function in Health and Disease, New York, 1951.

MOTILITY STUDY — THE OESOPHAGUS

Pracha Pises, M.D.

Diplomate, American Board of Internal Medicine

Diplomate, American Board of Gastroenterology

Section of Internal Medicine Gutterie Clinic, (Sayre, Pennsylvania)

One of the major functions of the alimentary tract is to propel and carry food bolus, after the act of deglutition, along the alimentary canal so that the nutrient components can be mixed, digested and absorbed properly. The waste products are then stored, accumulated and expelled. This function requires, among other things, an intricate system of motion to which the term "motility" has been applied. We owe our basic knowledge of motility to several investigators such as Adler and Ivy (1948)⁽¹⁾, Alvarez (1948)⁽²⁾, Hightower (1959)⁽³⁾, Hightower and Code (1949)⁽⁴⁾ and Templeton⁽⁵⁾. The gastrointestinal motility is markedly affected by several disease states. The knowledge of pathophysiologic changes will enable one to institute a proper program of management. During this past decade, there have been several new developments in methods of investigation and findings in different pathologic conditions. Confusion also arose regarding terminology and method of classifications. This review will attempt to put forward the present concepts of these problems.

Methodology:

In general, there are four systems of techniques for motility studies:

1. The water-filled balloon technique, as described by Hightower et al.⁽⁴⁾, was used in the early stage of motility record.

The double or triple lumen tube is attached to a tandem system of balloons, which could be filled with water to create intraluminal pressure. These systems of balloons and tubs are inserted through the mouth or through ileostomy or gastrostomy openings to a specific site within the alimentary canal. Usually a single balloon is used for gastric motility. The pressure within the balloon varies according to the size. The Sawyer balloon, as used by Hightower, measured 5 cm in length and 3 cm in diameter with a capacity of 35 ml. These balloons and tubes are connected with a glass water manometer. This system contains 120 ml of air and volume-pressure coefficient of 0.134. Each 15 cm of water pressure will express 2 ml of water from the balloon. A filling pressure of 15 cm of water is needed to fill the balloon in the gastrointestinal tract and this pressure will produce different volumes of water in the balloon depending on the location in the gastrointestinal tract⁽⁴⁾. The contraction is transmitted and recorded on a polygraph for tracing study. In

small balloons in another technique, a displacement of 0.34 ml of air will alter the pressure 1 cm of water⁽⁶⁾.

2. The open-ended, water-filled, polyethylene tube technique. This is the most widely used method at the present time. In essence, three radio-opaque, open-ended, polyethylene tubes are tied together by a solvent, Tetrahydrofuran, or an ordinary silk thread, in such a way that the three tips are 5 cm apart. These are referred to as distal, middle and proximal tubes, respectively. The purpose of this arrangement is to record the sequential contractions at a specific location. In the study of the esophageal motility, these tubes are withdrawn slowly 1 cm at a time from the fundus of the stomach until the pharynx is reached. For the study of the colon motility, we usually leave these tubes in place until the study is completed. The pneumograph belt is fastened to the chest so that the respiratory movements can be studied and incorporated into the same tracing. The patient is placed in a recumbent position during the study of esophageal motility. For the study of colonic motility, we prefer normal squatting position for defecation⁽⁷⁾.

These tubes are then connected with the pressure transducers (Statham P 32 Db*) which are connected to an Electronic for Medicine DR-8

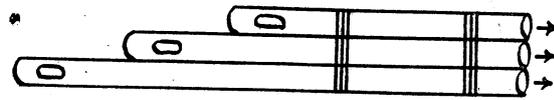


Figure I

Radio-opaque Tubes Arrangement

recorder**, or Sanborn four-channel direct writing recorder or Physiograph Six recorder for multiple tracing studies.

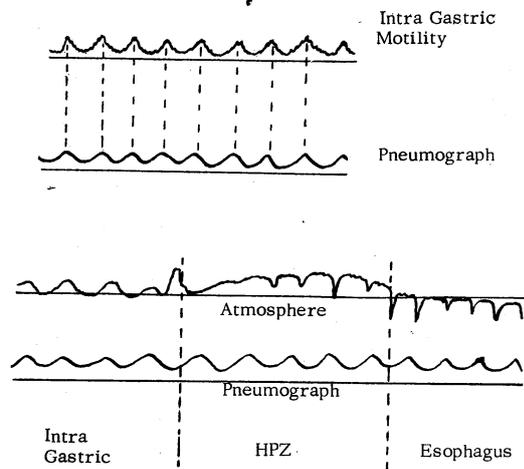


Figure II

3. The direct (low pressure) motility study. This method is used mostly for gastric motility, whereby a special pouch and a Mann-Bollman fistula are created and the cannula is connected directly to a low pressure Statham transducer⁽⁸⁾. This assembly allows one to study the gastric and duodenal contents and pH at the same time as the motility is being recorded. The special pouch can be either Pavlov,

* Hato Ray, Puerto Rico.

** Electronic for Medicine, Inc., 30 Virginia Road, White Plains, New York.

Heidenhain pouch, Bickel pouch or autotransplanted fundic pouch. The transducer is then connected to any multichannel recorders mentioned above. This is specifically useful for studying the pharmacological effect of several substances on gastric motility, such as effect of duodenal alkalization⁽⁸⁾, or the effect of serotonin, secretin and pancreozymin/cholecystokinin extract on gastric motor inhibition⁽⁹⁾.

4. Simultaneous cineradiography and manometric study: In this system, the motility, of the alimentary canal is observed under cineradiographic technique via image intensifier on cine film at 30 frames per second for the esophagus⁽¹⁰⁾ and one frame per second for the colon⁽¹¹⁾. Each frame is numbered through a television monitor and manometric record is marked every 100 frames⁽¹⁰⁾. The purpose of this method is to study the actual motion or changing in configuration of the gastrointestinal tract simultaneously with the intraluminal pressure changes. Therefore, three open-tip radio-opaque tubes are also inserted into the lumen of the gut at the same time and pressure is recorded by any multi-channel recorder.

Method of Tracing Analysis:

This is still an unsettled problem among investigators in this field. The system proposed by Adler, Atkinson

and Ivy⁽¹⁾ has been used until recently, when we began to realize that there are several types of motility that cannot be classified according to this system. Adler's system divides the motility into Type I, Type II and Type III, according to the characteristic of tracing, the pressure (height) and duration of each specific wave, and the frequency of the wave. This is obviously subjected to a great deal of variations according to authors and locations where the tracings were obtained. Type I of gastric motility in the fundus is different from Type I recorded from the antrum and also different from Type I of colon motility. In the fundus these are less than 10 cm of water pressure in amplitude with the duration of 30–50 seconds, while those recorded from the antrum are less than 5 cm of water pressure with 18–22 seconds duration⁽³⁾. Type I of colonic motility is usually of low amplitude (5–10 cm water) with short duration of 5–10 seconds and occurs 8–12 waves per minute.

Ritchie, Ardran and Truelove (1962)⁽¹²⁾ described colonic motility as primary contraction and secondary contraction instead of Type I, II, III and IV.

The classifications are as follows:

Primary Contraction:

1. Localized: Intrinsic rhythms, 5 – second rhythm, 10 – second rhythms

and slow basal pressure changes.

2. Progressive: Propulsive or peristaltic.

Secondary Contractions:

Four – second latency or 8 – second latency.

Connell, on the other hand, referred to sigmoid colon motility as “principal waves” and “segmental waves”⁽¹³⁾. The principal waves are slow pressure changes over 20-30 seconds period with amplitude from less than 5 cm to more than 100 cm of water pressure with a duration of less than 30 minutes. The segmental contractions are independent contractions and occur simultaneously in several segments. These waves progress at the rate of 2.5 cm per second. Table I summarizes these differences.

These results are uncomparable. As the result of this confusion during the first symposium of the International Congress of Gastroenterology held in Brussels in June, 1964, one of the subjects was “Le Controle Nerveux de la Motilité Digestive”. Several suggestions were made during that meeting (and some of them were already discarded by investigators in this country). The old nomenclature of Type I, II, III and IV was abandoned. Texter proposed the term “phasic” waves (Type A) for contraction of short duration (less than 30 seconds) and “tonic” waves (Type B) for long duration activity (more than 30 seconds)⁽¹⁴⁾. The

motor activity is compared by counting the number of waves per 5 – minute period. This was adopted for small bowel studies⁽¹⁴⁾. There was no agreement on the large bowel.

Vantrappen, in a separate communication⁽¹⁵⁾, suggested the method of analysis of the intestinal motility records, using the number of waves per unit time. This has been shown to correlate with the sum of amplitudes and the sum of individual wave lengths statistically, with the correlation coefficient (r) of 0.93.

Esophageal Motility:

With the advance of technique and instrumentation, the motility of the esophagus has been studied extensively. This enables us to understand the disturbances in esophageal contraction, which is responsible for producing a variety of symptoms that bring the patient to medical attention. Normally, the act of deglutition and transportation of food bolus requires a highly intricate and complex mechanism. The conscious swallowing act begins with the closing of the mouth. This is the oral phase, which is totally voluntary⁽¹⁶⁾. The electrical study by electrodes, placed in the muscles for deglutition, showed the activity began in the superior constrictor muscle and palatal musculature simultaneously. This was followed by the activities in the middle constrictor and inferior constrictor muscles respectively, with a lag of about 25–85 seconds⁽¹⁷⁾. At present, we are unable to record the

tracing of the swallowing act due to strong gag reflex preventing the insertion of any pressure sensing devices into the pharyngeal area long enough for recording. Most of the pharyngeal activity is studied by the conventional "pull through" method. The second and third phases of swallowing, which are reflex in mechanism, is followed by the primary peristaltic contraction, which travels over the pharyngo-esophageal junction (P-E Junction) on into the esophagus⁽³⁾.

The distension of the esophagus will produce the secondary peristaltic wave, even without swallowing, which is also propulsive in nature⁽¹⁸⁾. This wave usually begins at the level of the aortic arch. The so-called "tertiary wave" is a non-peristaltic contraction and the significance of which is not well understood. This is normally observed in persons above middle age ("corkscrew esophagus"). It is not certain whether this tertiary wave is the same tertiary wave that was described by physiologists in animals after vagotomy⁽¹⁶⁾.

If one begins by placing an open-ended tube in the stomach, one sees the gastric motility which correlates with the respiratory motion, that is: the intragastric pressure increases with inspiration. The intragastric pressure near the esophageal end is approximately 15 cm H₂O pressure⁽¹⁹⁾. As the tubes are withdrawn into the lower

end of the tubular esophagus, the intraluminal pressure increases to approximately 20 cm of water pressure. This is the so-called "high pressure zone" (HPZ), which represents an area approximately 2-4 cm long, usually straddling the diaphragm. As soon as the tube is drawn above the diaphragm, the intra-esophageal pressure of the thoracic esophagus becomes negative (subatmospheric) and one can see the pressure tracing fall below the intragastric pressure and become subatmospheric. The motility tracing moves in the opposite direction with pneumograph tracing. This marks the gastro-esophageal junction or pressure inversion point (P.I.P.).

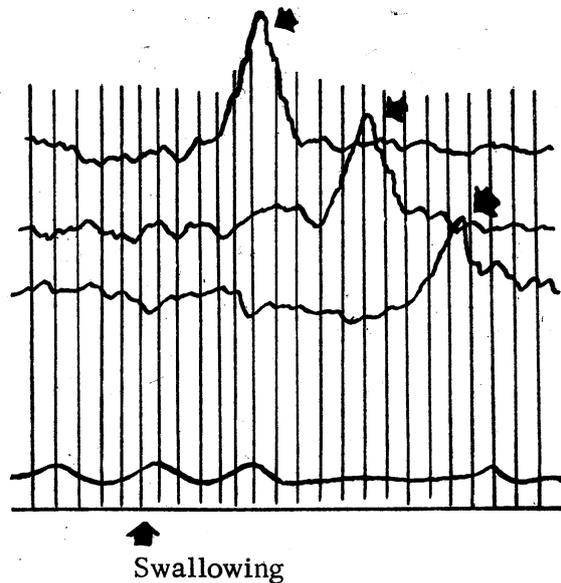


Figure III

Sequential Contraction Waves

During the act of swallowing, the esophageal transport in a normal person is represented by sequential contractions as the wave progresses from one end to the other—as depicted in the diagram.

With these basic informations regarding the esophageal motility, we can now review findings in different pathological conditions:

SCLERODERMA:

There are several extensive, elegant studies for this systemic disease (18, 20, 21, 22). Dysphagia is one of the frequent symptoms in connective tissue disease with esophageal involvement. This is most common in scleroderma, with the incidence of 67–73 percent (20). The basic mechanism is aperistalsis, but the exact nature of this mechanism is not well understood. Aperistalsis of the esophagus is more commonly associated with connective tissue disease with Raynaud's phenomenon than in connective tissue disease without Raynaud's phenomenon. Esophageal aperistalsis is also a clinical feature of systemic Lupus Erythematosus and possibly in fibroelastosis. Motility study in scleroderma revealed absence of sequential contraction and lack of contractile activity. At the esophago-gastric sphincter, there was no relaxation during swallowing and absent of HPZ (Fig. IV). This could be differentiated from achalasia by Methacholine test (23).

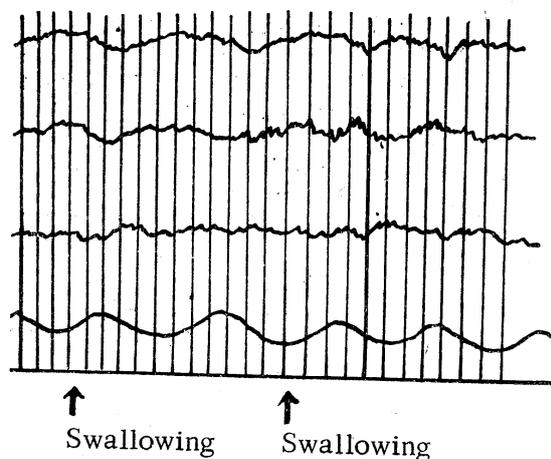


Figure IV
Scleroderma

ACHALASIA:

Dysphagia, in association with characteristic x-ray finding of esophagus and cineradiographic study are usually sufficient for the diagnosis of achalasia. However, there are some cases that the final diagnosis can only be achieved by motility study. Here the motility study usually revealed simultaneous contraction, or aperistalsis and positive mecholyt test (Fig. V).

DIFFUSED ESOPHAGEAL SPASM:

This symptom complex can mimic several other conditions such as: angina pectoris, hiatal hernia, esophagitis or cholelithiasis. The patient usually complains of difficulty in swallowing, retrosternal pain, heartburn and shoulder pain and clinically cannot be differentiated from the conditions men-

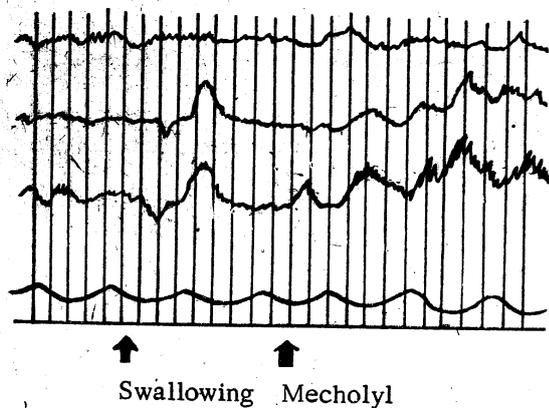


Figure V

Achalasia and Mecholy Test

tioned above. The abnormal esophageal motility, together with a normal electrocardiogram, normal gastroduodenal series and cholecystogram will usually establish the diagnosis.

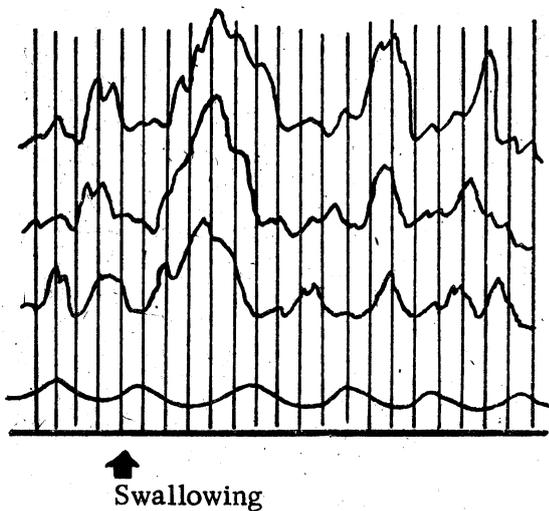


Figure VI

Diffuse Esophageal Spasm

The motility study usually revealed a rather diffused, non-sequential,

non-peristaltic pattern of contraction. There are several repetitive waves, both high and low altitudes and with different durations. The symptoms can be reproduced by acid perfusion test (0.1 N HCl)⁽²⁴⁾

HIATAL HERNIA & LOWER ESOPHAGEAL RING:

In spite of the improved x-ray technique, not all hiatal hernia will be demonstrated by x-ray. This depends on the filling pressure, position, technique and body build of the patient. Cineradiographic study of swallowing function under image intensifier has been shown to be very helpful in detecting a small hernia or small degree of reflux or incompetent gastroesophageal junction. These patients will show characteristic findings by motility study. These consist of ill defined HPZ (plateau), or double-peaked HPZ, double P.I.P., increased length of HPZ⁽²⁴⁾. Motility study is also useful in studying the so-called "lower esophageal ring", which has created a great deal of confusion. Anatomically, this ring is the junction of esophageal squamous cell and gastric columnar

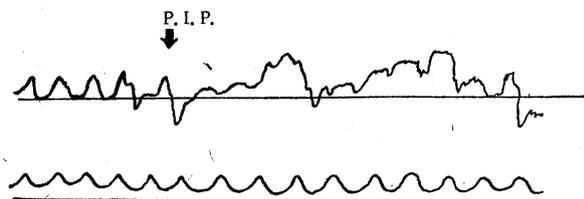


Figure VII

Hiatal Hernia

The following table shows the difference in amplitude and duration.

TABLE I

Authors	Stomach Types	Small Bowel Types	Rectum & Colon Types
Hightower (1959)	I 10 cm. < H ₂ O	I 5-15 cm.	I 5-10 cm.
	II 10-50 cm. H ₂ O	II -	II 15-40 cm.
	III Combina- tion I & II	III 10-40 cm.	III -
Amplitude	IV Propul- sive	IV 80-100 cm.	IV -
Duration	2.5-7.5 sec	1-5 min	2-4 min
Rate	? ?	11/min	8-12 /min
Ritchie, et al (1962)	1. Primary contraction 2. Secondary contraction		
Connell (1965)	1. Principal wave 2. Segmental wave		

epithelium⁽²⁵⁾. Physiologically, this ring is proximal to the lower esophageal sphincter which straddles the physiologic hiatus in the diaphragm. Therefore the finding of the ring "per se" cannot be accepted as direct evidence of hiatal hernia⁽¹⁰⁾.

REFERENCES

1. Adler, H.F., Atkinson, A.J. and Ivy, A.C.: *Am. J. Dig. Dis.* 1941, 8: 197.
2. Alvarez, W.C.: *An Introduction to Gastroenterology*, 4th edition. New York, Hoeber, 1948.
3. Hightower, N.C.: *Disturbances in Gastrointestinal Motility*. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, Publisher, 1959.
4. Hightower, N.C., Code, C.F., and Mahler, F.T.: *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.* 1949, 24: 453.
5. Templeton, R.D., and Lawson, H.: *Am. J. Physiol.* 1931, 96: 667.
6. Daniel, E.E., Sutherland, W.H., and Bogoch, A.: *Gastroenterology*. 1959, 36: 510.
7. Paustian, F.F. and Pises, P.: *Neb. State Med. J.* 1965, 50: 59.
8. Brown, J.C., Johnson, L.P., and Magee, D.F.: *Gastroenterology*. 1966, 50: 333.
9. Johnson, L.P. and Magee, D.F.: *Surgery, Gyne and Obst.* 1965, 121: 557.
10. Canthorne, R.T., Vanhoutte, J.J., Donner, M.W. and Hendrix, T.R.: *Gastroenterology*. 1965, 49: 632.
11. Painter, N.S., Truelove, S.C., Truelove, S.C., Ardran, G.M. and Tuckey, M.: *Gastroenterology*. 1965, 49: 169.
12. Ritchie, J.A., Ardran, G.M. and Truelove, S.C.: *Gastroenterology*. 1962, 43: 642.
13. Connell, A.M.: *Am. J. Digest. Dis.* 1965, 10: 455.
14. Editorial: *Am. J. Digest. Dis.* 1965, 10: 481.
15. Vantrappen, G., Hellemans, J. and Vandebroucke, J.: *Am. J. Digest. Dis.* 1965, 10: 449.
16. Bockus, H.L.: *Gastroenterology*, Philadelphia, W.B. Saunders, Publisher, 1963. pp. 958.
17. Menguy, R.: *Ann. Rev. of Physio.* 1964, 26: 227.
18. Kramer, P. and Ingelfinger, F.J.: *Am. J. Med.* 1949, 7: 168.
19. Older, T.M., Stabler, E.V. and Amendola, F.H.: *Ann. Surg.* 1966, 163: 621.
20. Stevens, M.B., Hookman, P., Siegel, C.I., Esterly, J.R., Shulman, L.E. and Hendrix, T.R.: *N.E. J. Med.* 1964, 270: 1218.
21. Creamer, B., Andersen, H.A. and Code, C.F.: *Gastroenterology* 1956, 86: 763.
22. Treacy, W.L., Baggenstoss, A.H., Slocumb, C.H., and Code, C.F.: *Ann. Int. Med.* 1963, 59: 351.
23. Cohen, B.R., Lazar, H.P., Wolf, B.S. and Janowitz, H.D.: *J.A. M.A.* 1964, 187: 131.
24. Kelley, M.L., Jr.: *Ann. Int. Med.* 1963, 59: 338.
25. MacMahon, H.E., Schatzki, R., and Gary, J.E.: *N.E.J. Med.* 1958, 259: 1.

บทความพิเศษ

มีเตย ค่อมเพ็ลักษ์

ยรรยง โปธารามิก พ.บ.

(โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, ธนบุรี)

ในหน้าแรกของหนังสือพิมพ์ภาษาไทยรายวันพิมพ์ลงเลขที่ ๑๒-๑๓ ตุลาคม ๒๕๐๕ หลายฉบับได้ลงข่าวและแสดงแผน อาชญากรรมที่น่าตกใจและน่าสลดใจเกี่ยวกับคำให้การสารภาพผิดของแม่ที่ฆ่าลูกชายอายุ ๒ ขวบในโรงแรมแห่งหนึ่งเมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๐๕. เหตุผลในคำสารภาพผิดของแม่ได้ให้การไว้ว่าเพราะความแค้นสามี. ข่าวนี้เป็นข่าวใหญ่ จนกระทั่งหนังสือพิมพ์รายวันหลายฉบับในสองวันนั้นนอกจากจะเสนอข่าวในหน้าแรกแล้วยังได้เสนอภาพ, แผน อาชญากรรม และ พฤติการณ์ของผู้เป็นข่าว, คือภาพเด็กลูกชายอายุ ๒ ขวบที่ถูกฆ่า, ภาพแม่อายุ ๒๒ ปีที่ฆ่าลูก, ภาพพ่ออายุ ๒๗ ปี, และคำให้การของแม่และพ่อของเด็กต่อผู้กำกับการสถานีตำรวจนครบาล, อย่างละเอียดทุกฉบับ. ข่าวนี้ นอกจากจะมีคุณค่าสมกับ ความ

สนใจของประชาชนทั่วไปแล้ว, ก็น่าจะเป็นข่าวที่ควรศึกษาในทางจิตวิทยาทั่วไปด้วย.

เพื่อให้เข้าใจในข่าวอาชญากรรมที่น่าสลดใจนี้และเพื่อรวบรวมข้อความเรื่องนี้ให้สั้นเข้า, ข้าพเจ้าจะขอคัดย่อคำให้การตอนของแม่ที่ได้ให้การไว้กับผู้กำกับการสถานีตำรวจนครบาล, เฉพาะที่ได้เสนอเป็นข่าวลงในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐรายวันฉบับวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๐๕, มาประกอบคำอธิบายในทางจิตวิทยา, ดังต่อไปนี้.

แม่ผู้ฆ่าได้สารภาพหมดตลอดข้อหา. เธอกล่าวว่าเหตุที่เธอต้องฆ่าลูกชายวัย ๒ ขวบตายครั้งนี้, เพราะกลักรังแกใจที่ถูกสามีทอดทิ้งไม่เหลียวแล, และไม่ส่งเสียเลี้ยงดูเธออีกด้วย. "เขาเอาแต่เที่ยวเตร่, ไม่แยแส, คลายกบฉันเป็นตัวละคร. มีผัวที่โหดร้ายที่ให้เมียอยู่กับคนละบ้าน.

ฉันพบว่าเหว้ไม่ไหว, ทนพ่อแม่ทำไม่ได้, จึงหอบลูกหนีออกจากบ้านไปอาศัยอยู่กับเพื่อนฝูงญาติพี่น้อง, และวันสุดท้าย, คือวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๐๘, ฉันก็เข้ากรุงเทพฯ และไปเข้าโรงแรมวงเวียน ๒๒ กรรณาอยู่. ที่ไปเช่าก็ตั้งใจจะกินยาฆ่าตัวตายในตอนกลางคืน ๆ นั้น. ขณะนั้นลูกหลับแล้ว. พอฉันกินเข้าไปพักใหญ่, มีอาการวิงเวียน, คลื่นไส้, และหน้ามืด, ฉันคิดว่าตัวตายแน่, เกิดสงสารลูกขึ้นมา. หากฉันตายแล้วคงไม่มีใครรักลูกเท่าฉันและเลี้ยงลูกของฉันได้, ฉันจึงตัดสินใจฆ่าเพื่อให้ตายไปเสียด้วยกัน. จากนั้นฉันก็ใช้กรรไกรกระหน่ำแทงจนเห็นลูกตายแล้ว, จึงเดินออกจากโรงแรม. มารู้สึกตัวอีกครั้งหนึ่งเมื่อฉันนอนอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช, และมารู้ตอนหลังว่ามีรถแท็กซี่พาฉันมาส่งที่โรงพยาบาล."

ข่าวจากหนังสือพิมพ์ฉบับเดียวกันนี้ได้กล่าวต่อไปอีกว่าเมื่อเธอเผชิญหน้ากับสามี, เธอเกิดความแค้นอย่างสุดขีด, และไม่ยอมรับเงินที่สามีหยิบยื่นให้.

เธอกล่าวว่า: "เก็บเอาไปเทียวผู้หญิงอื่นเถอะ. อย่ามาทำใจก็กับฉันเลย. หมกสนิทกันที, คุณกับฉัน. คุณก็ไปตาม

ทางของคุณ. เชิญคุณไปหาหญิงที่รวยกว่าฉันเถอะ. ชีวิตของฉันต้องเป็นอย่างนั้นก็เพราะคุณ. ฉันฆ่าลูกเพราะคุณทอดทิ้ง. ฉันยินดีรับใช้กรรมของฉันต่อไป." เธอกล่าว น้ำตาอาบ หน้า และไม่ยอมพูดจาอย่างไรกับสามีอีกเลย.

จากคำให้การแสดงให้เห็นว่าเพราะเธอถูกทอดทิ้ง, ทำให้กลุ้มใจมาก, คิดฆ่าตัวตายด้วยยาพิษ. เมื่อยาพิษแสดงฤทธิ์, เธอก็คิดว่าตัวเธอตายแน่, เธอก็เกิดความรักสงสารลูก, และคิดว่าไม่มีใครรักและเลี้ยงลูกเท่าเธอได้, แม้แต่สามีของเธอเอง, เธอจึงตัดสินใจฆ่าลูก. ทั้งนี้ก็เพราะคิดแค้นสามีที่ทอดทิ้งเธอและลูก.

ในทางจิตวิเคราะห์ ได้ให้คำอธิบายไว้ว่า ความนึกคิดและอารมณ์รุนแรงต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปมยุ่ง (Complex) ในจิตใจ, อันเกิดจาก "ความเกลียดและความปรารถนาจะฆ่าคนของแม่ที่มื่อต่อลูก, หรือความปรารถนาให้ลูกตายนี้, เป็นผลสืบเนื่องมาจากจิตไร้สำนึกของแม่ที่ต้องการแก้แค้นพ่อ." คอมเพล็กซ์แบบนี้เรียกว่า มีเดีย คอมเพล็กซ์ (Medea complex).

มีเดีย คอมเพล็กซ์นี้อาจเป็นสาเหตุ

ทำให้เกิดอาการบางอย่างในผู้หญิงบางคน ที่สามแล้วแต่ไม่ยอมมีบุตร, เช่นทำให้มี อาการ เจ็บปวด ที่อวัยวะสืบพันธุ์ในขณะร่วมประเวณี (dyspareunia). อาจทำให้เกิด การ ขัดกัน หรือ ขัดขวาง การ มี ครรภ์, หรืออาจทำให้น้ำนมของแม่แห้งได้ในระยะ เลี้ยงลูกอ่อน, และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความขาดหมางไม่ลงรอยกันกับสามี.

คำ คอมเพล็กซ์ นี้เป็นศัพท์ในทางจิตวิเคราะห์ มีความหมายว่า "การจับกลุ่มของ ความ นึกคิด ร่วมกับ อารมณ์รุนแรงต่าง ๆ ซึ่งเปลี่ยนจากภาวะจิตสำนึกไปสู่ จิตไร้สำนึก, ทำให้ มีผล กระทบกระเทือน ถึงความ ประพฤติ และ บุคคลิกภาพของบุคคลผู้นั้น."

คำ มีเดีย (Medea) เป็นชื่อของหญิงผู้วิเศษคนหนึ่ง ในนิยายปรัมปราของกรีก, ผู้ใดหลง รัก วัชรบรุษ ชื่อ เจสัน (Jason) จนไต่เสียมลูกทวยกันหลายคน, และช่วยให้ เจสัน ได้พบขนแกะทองคำ. เมื่อเจสัน ได้ ขน แกะ ทอง คำ สม ความ

ปรารถนาแล้วก็หนีเธอไป, เป็นเหตุให้ มีเมีย โกรธแค้น เจสัน มาก. เธอจึงฆ่าคู่แข่งชั้น, ฆ่าลูก และเผา ปราสาทราชวังของเธอทั้งหมด. แล้วตัวเธอก็หนีไปอยู่กรุง เอเธนส์. นิยายปรัมปราเรื่องนี้ถือว่าเป็นแบบฉบับของนิยายสลดใจของกรีก.

นักจิตวิเคราะห์ จึงขอยืมนาม มีเดีย มาเป็นชื่อของ "ความเกลียด และความปรารถนาให้ลูกตายในจิตไร้สำนึกของแม่เพื่อแก้แค้นพ่อ" โดยตั้งชื่อให้ว่า "มีเดีย คอมเพล็กซ์". ถ้ามีเดีย คอมเพล็กซ์ เกิดมีความรุนแรงเกินกว่าปรกติ, อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้จิตใจ, ความประพฤติและ บุคคลิก ภาพของหญิง ผู้เป็นแม่, ซึ่งตามธรรมชาติย่อมรักลูกเป็นชีวิตจิตใจนั้น, เปลี่ยนแปลงกลับเห็นผิดเป็นชอบ, และอาจทำให้แม่ผู้นั้น สร้างอาชญากรรมที่น่า รันทดใจ, กลายเป็น แม่ฆ่าลูกได้ทันที, ดังที่ได้อธิบายแล้วในคดีแม่ฆ่าลูกเพื่อแก้แค้นพ่อนานาเคร้าและสะเทือนใจนี้.



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เบ็ญจพศาย พ.บ.
นันทน์ พรหมผลิน พ.บ.
ทรี บุญโชติ พ.บ.
สมอัย ปรกิตติ พ.ด.
ประยัต หัตถนากรม พ.บ.

ความพอดี

ความพอดีหาได้ยาก. บุคคลพึง
อบรมตนให้รู้จักความพอดี.

ความพอดีเป็นกฎแห่งสำคัญสำหรับ
ความสำเร็จและความรายนในชีวิต. ผู้
ที่ขาดความพอดีอาจประสบอุปสรรคมาก
มายโดยไม่จำเป็น, และทราบโดยที่ยังไม่
รู้จักใช้ความพอดี, ทราบนั้นความขัดข้อง
ต่าง ๆ ก็ระงับไม่หมดไป. ผลสุดท้ายคือ
ความผิดหวังและความเสียประโยชน์.

การขาดความพอดี, อาจเป็นการเกิน
หรือการหย่อน. การเกินคือการตั้งเกินไป
ไปในเรื่องต่าง ๆ. เป็นการไม่สมควรทั้ง
นั้น, ไม่ว่าจะตั้งในเรื่องอะไร, แม้ใน
เรื่องที่ดี, ยกตัวอย่างเช่นในเรื่องการ
ขยันขันแข็ง, การออมทรัพย์หรือการยึด
ถือระเบียบ. การขยันช่วยให้ทำงานได้ผล
มาก, แต่การขยันเกินไป, ไม่รู้จักพัก
ผ่อน, มุ่งแต่จะทำงานให้ได้มากที่สุด
ในเวลาเร็วที่สุด, อาจให้ผลไม่ดีในขณะนั้น

เอง, เช่นความพลั้งพลาดเพราะเห็น
เหนื่อยเกินไป, หรือให้ผลร้ายในภายหลัง,
เช่นการเสื่อมเสียสุขภาพ, ดังที่
ทราบกันดีอยู่. การรู้จักอดออมเป็นเหตุ
ให้เกิดความมั่งคั่งมีหลักฐาน, แต่การ
มุ่งประหยัดจนเกินควรก็กลายเป็นการ
ตระหนัทำให้เกิดผลเสียหลายได้, และ
เงินทองที่มีอยู่ก็ไม่ได้ใช้ให้เกิดประโยชน์
ตามควร. การยึดถือระเบียบเป็นการดี,
ทำให้งานดำเนินไปด้วยประสิทธิภาพและ
ด้วยความแน่นอน, แต่ถ้ายึดเคร่งจนเกินไป,
ไม่มีลทหย่อนยกเว้นอย่างตามความจำเป็น,
ก็อาจทำให้เกิดความขลุกขลักหรือ
แม้ขัดข้องในการดำเนินงาน. ในทางตรง
กันข้าม, ความย่อหย่อนในความขยันก็ทำ
ให้เป็นคนเกียจคร้าน, การงานไม่เจริญ,
ฐานะไม่ก้าวหน้า. ความหย่อนในการ
ประหยัดทำให้เงินเอียงไปในทางสุรุ่ย
สุร้าย, ชวนให้ฐานะทางการเงินไม่มั่นคง

คง. ความหย่อนในเชิงระเบียบทำให้เป็น
 คั่นหลาระแหละโหลเลไม่มีหลัก, การ
 ทำเนิงานของตนเองและการติดต่อกับคน
 อื่นเป็นไปด้วยความลำบาก. เห็นได้
 ง่ายว่าการขาดความพอดีเป็นเหตุให้เสีย
 ประโยชน์, จะเป็นการตั้งเกินไปหรือ
 หย่อนเกินไปก็ตาม.

แต่การที่จะกระทำต่าง ๆ ด้วย
 ความพอดีเสมอไปนั้นมิใช่เป็นเรื่องง่าย.
 ต้องอาศัยวิจาร์ณญาณช่วยตัดสินว่าใน
 กรณีใดควรตั้ง, ในกรณีใดควรหย่อน,
 จึงจะได้ผลเป็นความพอดี. - ในเรื่องนี้มี
 หลักที่พออาศัยเป็นเครื่องพิจารณาได้สาม
 ประการ, ดังต่อไปนี้:

ประการที่หนึ่ง, หลักเหตุการณ์. การ
 ปฏิบัติทั้งปวงจำต้องเปลี่ยนแปลงไปตาม
 เหตุการณ์แวดล้อม. บุคคลควรพิจารณา
 ว่าในเหตุการณ์เช่นนั้น ๆ ควรใช้ความ
 ความหย่อนเพียงใด, เช่นในการทำการ
 งานในสมัยที่ม้งานหนักก็จำเป็นต้องขยัน
 มากขึ้น. ถ้างานมีน้อย, ก็อาจใช้เวลา
 พักผ่อนมากขึ้น. ในเวลาที่การเงินฝืด
 เคืองก็จำเป็นต้องประหยัดมาก. ถ้าการเงิน

คล่องดีก็อาจปล่อยปละเรื่องการใช้จ่ายได้
 บ้าง. ในเรื่องระเบียบก็เช่นเดียวกัน.
 ในเวลาที่เหตุการณ์ค้ำขันหรือยุ่งยากก็
 อาจต้องลดหย่อนความเข้มงวดลงไป
 สำหรับบางเรื่อง. และอาจต้องเพิ่มความ
 เข้มงวดในเรื่องอื่น ๆ.

ประการที่สอง, หลักบุคคลหรือหมู่
 ชน. การปฏิบัติทุกอย่างที่เกี่ยวข้องบุคคล,
 จะเป็นคนเดียว ๆ หรือเป็นหมู่คณะก็,
 ย่อมจำเป็นต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงไป
 บ้างตามตัวบุคคลนั้น ๆ หรือหมู่คณะนั้น ๆ,
 เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแห่งสมรรถภาพ,
 นิสัยใจคอหรือสติปัญญาของแต่ละบุคคล
 หรือแต่ละกลุ่ม.

ประการที่สาม, หลักผลได้ผลเสีย.
 ในการทำงานทุกอย่างจำต้องเพ่งเล็งถึง
 ผลที่จะปรากฏขึ้นเป็นสำคัญกว่าอย่างอื่น.
 เพราะฉะนั้นในบางกรณีก็อาจได้ผลน้อยไป
 ถ้าหากถือความเคร่งครัดเต็มที่ในข้อจ้
 ยางอย่าง, ก็เป็นการสมควรที่จะลดหย่อน
 ลงบ้าง, เพื่อให้ได้ผลดีมากที่สุดจากการ
 งานนั้น ๆ.

โดยอาศัยหลักทั้งสามประการนี้เช่น เครื่องนำการพิจารณา, การตัดสินใจเพื่อให้ได้ความพอใจอาจกระทำได้ง่ายเข้า, แต่ก็ยังต้องการไตร่ตรองและการฝึกฝนอยู่อย่างมาก.

บางท่านอาจจะเห็นว่าควรจะเพิ่มเข้าอีกหลักหนึ่ง, คือหลักความยุติธรรม. อย่างไรก็ตาม, ในทางปฏิบัติความยุติธรรม

เป็นเพียงการเปรียบเทียบ, อาศัยกฎเกณฑ์ที่วางไว้ซึ่งพิจารณาตามบุคคล, ตามเหตุการณ์และผลได้ผลเสียของแต่ละกรณีไป, จึงอนุมานได้ว่ารวมอยู่ในหลักสามประการที่กล่าวมาแล้ว.

ความพอมีความหมายมากสำหรับชีวิต, จึงสมควรจะอบรมให้เกิดและเจริญขึ้นในตนเอง โดยการฝึกฝนและฝึกซ้อม.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: บุคณธ์ เหมะจุทา พ.บ., วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๑. Witkowski, J.A., H.A. Simons:
การพิจารณาผลของ ทีเมธิล ฌลอร์
เตตระซัยคลีน ฮัยโทรฌลอไรต์ ในการ
รักษาสิว. JAMA. 1966, 196: 397-400.

ผู้ช่วยเป็นสิ่ว ๕๔ ราย ใ้รับการรักษา
ด้วย ทีเมธิล ฌลอร์ เตตระซัยคลีน ฮัย
โทรฌลอไรต์ โดยวิธีทศอบซ้าและสลั
หุ่ม. ๕๘ ปร. ของผู้ช่วยที่รับประทาน
DMCT HCl และ ๒๔ ปร. ของผู้ช่วย
ที่ใ้ยาหลอกใ้รับผลใ้และใ้มาก. โดย
การใ้ยาครั้งละ ๑ แคปซูล, วันละ ๓
ครั้งติดต่อกัน, ทำให้การอักเสบของตุ่ม
สิ่วและหนองหายไป. ในขณะใ้ DMCT
HCl จำนวนถู่น้ำและตุ่มไม่เปลี่ยนแปลง,
แต่ปรากฏว่าการอักเสบรอย ๆ หายไป.
จำนวนตุ่มสิ่วแตกเพิ่มขนในขณะใ้ยา
DMCT HCl เป็นเวลา ๑ เดือน, แล้ว
ต่อมาค่อยลดลง. จำนวนตุ่มสิ่วก็ลดลง
ด้วย. ภายหลั้หยุดยาฤทธิ์ของ DMCT
HCl คงมีต่อใ้ราว ๔ ถึง ๖ สัปดาห์.

ถ้าหยุดยาตุ่มสิ่วก็จะปรากฏภายใน ๒
สัปดาห์. แต่การอักเสบของสิ่วจะเกิดซ้า
กว่า. ไม่มีปฏิกิริยาซ้าแเคียงเกิดขนกับ
ผิวหนังหรือร่างกายขณะใ้ DMCT HCl
บุคณธ์ เหมะจุทา พ.บ.

๒. Am. Fed. Clin Res: แผนใหม่ใน
การรักษา ลิวคิเมีย ในวัยเด็กด้วยผลใ้
ขน. JAMA. 1965, 194: 75.

ผู้ช่วย ๗๕ ราย, อายุ ๒๐ ปีหรือต่
กว่า, ใ้รับการรักษาตั้งแต่วันที่ ๑๒
มกราคม ถึง ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ.
๒๕๐๖.

ใ้ใ้ เพร็คนึโซโลน ขนาด ๔๐
มก. ต่อเนื้อร่างกายผู้ช่วย ๑ ตาราง
เมตร กินต่อวัน และใ้ฉีด วินคริสติน
ซัลเฟต เข้าหลอดเลือดขนาด ๒ มก.
ต่อเนื้อร่างกายผู้ช่วย ๑ ตารางเมตร,
สัปดาห์ละครั้ง, จนกระทั่งจำนวนเม็ด
เลือดขาวเป็นปรกติ. ในเด็ก ๑๒ คนจำนวน
เม็ดเลือดขาวไม่ปรกติภายใน ๘ สัปดาห์,

จึงไม่รวมในการศึกษาครั้งนี้. ผู้ช่วยที่
เหลือแบ่งออกเป็น ๒ พวก, ให้คำสั่งใช้
ยาบรรจุนในช่องผนัง. พวกหนึ่งให้ เมโท-
เทรกเซท ขนาด ๓๐ มก. ต่อเนื้อที่ร่าง
กายผู้ช่วย ๑ ตารางเมตร, ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง. อีกพวกหนึ่งให้ขนาด
๓ มก. ต่อเนื้อที่ร่างกายผู้ช่วย ๑ ตาราง
เมตร, รับประทานต่อวัน.

ผู้ช่วยที่ได้รับสารฉีดยามีจำนวนเมือก
เลือดขาวเป็นปรกติ (๓๔๘.๕ วัน) นาน
เป็น ๕ เท่าของผู้ช่วยที่รับประทานยา (๖๓
วัน).

ผู้ช่วยที่ได้รับสารฉีดยามีอาการแพ้รุนแรงกว่าผู้
ที่รับประทานยาเนื่องจากได้รับ
ยานานกว่า, แต่ถ้าให้ในระยะเท่ากัน,
การแพ้ไม่รุนแรงเท่ากัน, เพราะฉะนั้น
จึงไม่น่าจะคำนึงถึง.

ยุคนธ์ เหมะจุฑา พ.บ.

๓. Jaaskelainen, A.J.: การพบ ไโคอะ
ตอม ในศพที่พบในน้ำ, วิธีใหม่ในการหา
ปริมาณ ไโคอะตอม ในอวัยวะ. Deutsche
Z. fur gerichtl. Med. 1957. 61: 41.

ตั้งแต่ ลีเวนสโตฟ (Revenstof)
สังเกตว่าการพบ ไโคอะตอม ในศพที่พบ

ในน้ำนั้นเป็นเครื่องชั่งที่นิยมถือว่าศพนั้น
ตายเพราะจมน้ำ, ก็ได้มีผู้สงสัยและมี
รายงานในเชิงไม่เชื่อถือออกมาหลาย. ทั้งนี้
ก็เพราะการหา ไโคอะตอม จากศพนั้น
ทำโดยเทคนิคต่าง ๆ กัน, ผลที่ได้จึงไม่
เป็นมาตรฐาน. ผู้รายงานได้เสนอวิธีใหม่
ในการหาปริมาณของ ไโคอะตอม จาก
อวัยวะโดยวิธีฝังพาร์ฟฟินธรรมดา, ตัด
หนา ๒๐ ไมครอน, แปะบนแผ่นกระจก
ที่ตัดตาราง, หลังจากละลาย พาร์ฟฟิน
แล้วใช้กระดาษกรองด้วยกลองจุลทัศน์แบบ
คาร์ค พลัค.

ผู้รายงานได้ใช้วิธีนี้ตรวจอวัยวะจาก
ศพที่พบในน้ำ ๑๒ ศพและศพที่ตายโดย
ธรรมชาติ ๕ ศพเพื่อเป็น ค้อนโทรล.
ปรากฏผลว่าในศพค้อนโทรล ไม่พบ
ไโคอะตอม เลย, และศพ ๒ ศพในจำนวน
ที่พบในน้ำก็ไม่พบ ไโคอะตอม เลย. แต่
มีข้อสันนิษฐานว่าศพ ๒ ศพนี้ไม่ได้ตาย
เพราะจมน้ำ, คือศพหนึ่งพบหลอดเลือด
โคโรนารีย์ ออกันและกล้ามเนื้อหัวใจมี
อินฟาร์คท์ ใหม่ ๆ, อีกศพหนึ่งพบ แอล-
กอฮอล์ ในเลือดสูงถึง ๐.๔๑ ปร. ส่วนใน
ศพที่พบในน้ำอื่น ๆ และมีข้อสันนิษฐานว่า
ตายเพราะจมน้ำนั้น, พบ ไโคอะตอม ใน

หัวใจ, คับ, ไต, และไขกระดูก. ผู้รายงาน
งานจึงยังเชื่อว่าการวินิจฉัยมาตายด้วยการ
การพบ ไตอะตอม ในอวัยวะนั้น, ยัง
เชื่อถือได้.

วิฑูรย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๔. K. Bostrom, P. Branefors-Helander
and H. Fritz: เอบีกลอตทิส อักเสบ
ปัจจุบันเป็นเหตุตายกระทันหัน Deutsche
Z. fur gerichtl. Med. 1967, 61: 53

มีรายงานผู้ช่วย ๔ รายที่ตายโดย
กระทันหันเนื่องจาก เอบีกลอตทิส อักเสบ
ปัจจุบัน. สองรายเป็นเด็กอายุ ๓ ปี ๘ เดือน
กับ ๑๑ เดือน, ตายภายหลังเริ่มมีอาการ
ป่วยเพียง ๑๒ และ ๒๓ ชั่วโมง. ตามลำดับ.
อีก ๒ รายเป็นผู้ใหญ่อายุ ๔๖ และ ๕๔
ปี, ตายภายหลังเริ่มมีอาการป่วยเพียง
๒๖ และ ๒ ชั่วโมง. ตามลำดับ

ในการตรวจศพพบว่าทั้ง ๔ ราย,
เอบีกลอตทิส ขวมและแฉกมาก ทำให้
ทางเดินของอากาศคับ. ส่วนอื่น ๆ ของ
กล่องเสียงก็ขวมทั่วไป. การอักเสบพบ
ไคถึงหลอดคอ (ทราเมีย) และหลอด
ลมใหญ่ในปอด. ปอดแฉกและขวมน้ำ.
ไม่มีลักษณะที่แสดงว่าการอักเสบกระจาย

ไปที่รูปร่างกาย, หรือลักษณะของโลหิต
เป็นพิษ. ในการตรวจทางจุลทรรศน์พบการ
อักเสบนแรงเฉพาะบริเวณ เอบีกลอตทิส.
การเพาะเชื้อพบ *H. influenzae* จาก ๓
ราย. รายสุดท้ายไม่พบเชื้อ (รวมทั้ง
เพาะหาไวรัสด้วย). เชื้อที่พบปรากฏว่า
เป็นพวกมี แคปซูล. เมื่อนำไปเลี้ยงไว้
โดยถ่ายเชื้อหลาย ๆ ครั้ง, เหนือที่
เลี้ยงไปกรอง, แล้วนำไปทดสอบพิษโดย
ฉีดเข้าในกระต่ายและหนูตะเภา, ทำให้
กระต่ายตายได้ภายใน ๔-๑๐ ชม. ก่อน
ตายมีอาการหายใจลำบากซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง
ฉีดเพียง ๑ ชม. การตรวจศพกระต่าย
ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่แสดงลักษณะ
เฉพาะ. สัตว์ทดลองที่โตรับเชื้อขนาด
น้อยแสดงอาการป่วยเฉพาะ วันแรกที่ฉีด
เท่านั้น.

วิฑูรย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๕. Walther, G: การเปลี่ยนแปลงของ
ผลการตรวจอสุจิภายหลังผ่านผนังฟอก
สมัยใหม่. Archiv f. Kriminologie
1967, 140: 163-172.

ผู้รายงานใช้เศษผ้าขนาด ๑๒.๕ ซม.
๒๒ ซม. ข่ายน้ำอสุจิที่มความเข้มข้นของ แอซิก

ฟอสฟาทัส ๖๕,๐๐๐ หน่วย (K-A).
ใช้น้ำอสุจิ ๐.๑๔ มล. นำเศษผ้าไปผึ่งให้
แห้ง แล้วแช่ลงในน้ำละลายผงซักฟอก
๒๕ มล. เขย่าอย่างคลอเคลียเวลาที่อุณหภูมิ
ห้อง (๒๐-๒๒°ซ). ใช้เศษผ้าขนาด
กว้างยาวเป็นจำนวนมากแช่ในน้ำละลาย
ผงซักฟอกยี่ห้อต่าง ๆ ๑๓ ยี่ห้อ และ
แช่นานต่าง ๆ กันตั้งแต่ ๑๐ นาที ถึง ๑
ชม. ความเข้มข้นของผงซักฟอกที่ใช้
ผลตามคำแนะนำข้างกล่อง. หลังจาก
แช่ตามระยะเวลาต่าง ๆ แล้ว, เขาเศษ
ผ้าชิ้นหนึ่งให้แห้ง, แล้วเอาไปแช่น้ำ ๕
มล. ๑๒-๑๔ ชม. (ค้างคืน). รุ่งขึ้น
นำเศษผ้าชิ้นนี้ไปตรวจหา แอซิด ฟอสฟา
เทส. ส่วนน้ำที่สกัดนำไปปั่นเอาตะกอน
ไปตรวจหาตัวอสุจิด้วยกล้องจุลทรรศน์. น้ำ
ใสที่เหลือยกขึ้นน้ำละลายผงซักฟอกภายหลัง
ที่เขาเศษผ้าชิ้นแล้วนั้น, นำไปหาปริมาณ
แอซิด ฟอสฟาเทส.

การทดลองชุดที่สองทำแบบเดียวกัน,
แต่ในน้ำละลายผงซักฟอกอื่น ๔๐ -
๕๕°ซ. ก่อนแล้วจึงแช่เศษผ้า. การ
ทดลองทั้ง ๒ ชุดใช้น้ำเปล่าแทนน้ำละลาย
ผงซักฟอกเพื่อเปรียบเทียบด้วย.

ผลปรากฏว่า (๑) ที่ ๒๐-๒๒°ซ.

ผงซักฟอกยี่ห้อต่าง ๆ มีผลต่อการตรวจ
แตกต่างกันมาก. อาจแบ่งได้เป็น ๓
พวก; คือพวกออกฤทธิ์ช้า, เมื่อแช่นาน
๑๐ นาที ยังหาปริมาณ แอซิด ฟอสฟา
เทสในน้ำสกัดได้มาก; แต่ถ้านาน ๖๐
นาที, ปฏิริยาของ แอซิด ฟอสฟาเทส
พบได้อ่อน ๆ เท่านั้น, ซึ่งเมื่อเทียบยกขึ้น
เปล่าแล้วนาน ๖๐ นาที, ค่าของแอซิด
ฟอสฟาเทส ในน้ำสกัดต่ำกว่า, เช่นนาน
๑๐ นาที, ไม่มากนัก. พวกที่สองคือ
พวกออกฤทธิ์ค่อนข้างเร็ว, แช่นาน ๓๐
นาทีตรวจไม่พบปฏิริยา แอซิด ฟอสฟา
เทส. พวกสุดท้ายออกฤทธิ์เร็ว, คือแช่
นาน ๑๐ นาทีแอซิด ฟอสฟาเทส ก็หมด
แล้ว. จากผลที่ได้ในผู้รายงานเชื่อว่าผง
ซักฟอกนั้นมีผลหยุดยั้งปฏิริยา แอซิด
ฟอสฟาเทส ได้ (ซึ่งไม่ตรงกับที่ Riisfeld
ได้กล่าวไว้). แต่เนื่องจากความเข้มข้นของ
ปฏิริยาบนเศษผ้ากับจำนวน แอซิด ฟอส
ฟาเทส ในน้ำสกัดลดลงตามความนาน
ในการแช่, จึงทำให้น่าคิดว่าผงซักฟอก
มีผลไปละลาย เอ็นไซม์ หรืออาจจะไป
หยุดยั้งปฏิริยาเคมีหรือทำการรบกวน
ต่อโครงสร้างของอนุของ โปรตีนก็ได้.
(๒) ที่ ๔๐-๕๕°ซ. นั้นผงซักฟอกทุก

ชนิดเมื่อน้ำเปล่าทำให้ปฏิกิริยา แอซิด ฟอสฟาเทส น้อยลงมาก, ซึ่งไม่อาจแยก ได้ว่าเป็นผลจากความร้อนหรือจากผงซัก ฟอก (๓) การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์จาก ตะกอนในน้ำสกปรกปรากฏว่าในผงซักฟอก อย่างออกฤทธิ์ช้า, เช่นนาน ๒๐ นาที, ยังพบทั้งตัว, หัว, หรือส่วนของอสุจิที่พอ จะบอกได้ค่อนข้างดี. ถ้าแช่ไว้นานไปจะ พบลักษณะของตัวอสุจิเปลี่ยนแปลงไป, แต่ ตรวจหา สเปอิร์มมีน ได้ซึ่งไม่แน่นอน. ที่ ๕๐-๕๕ ซ. พบว่านาน ๑๐ นาทีก็ทำ

ให้ลักษณะของอสุจิเปลี่ยนไปแล้ว. การ ตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ก็ใช้จะไร้ความ หมายเสียทีเดียว, เพราะแม้ผลจากการ ทดลองนี้หลายตัวอย่างหาปริมาณ แอซิด ฟอสฟาเทส ไม่ได้, และปฏิกิริยาขยเคษ ฆ่าให้ผลลบ, แต่ตรวจพบตัวอสุจิที่เปลี่ยน รปร่างหรือส่วนของตัวอสุจิ, ทั้งสองอย่าง นี้ไม่สัมพันธ์กันในทางปฏิบัติ, จึงไม่ควร เลิกตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เสียทีเดียว.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. การเข้าทำงานที่ เมโย คลินิก

๑๕๗ ถนนสามเสน พระนคร.

๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๑๐

เรียน อาจารย์ที่เคารพ

เมื่อเร็ว ๆ นี้ มีข่าวในหนังสือพิมพ์ว่า แพทย์ไทยสอบเข้า เมโย คลินิก (Mayo Clinic) ได้หลายคน. ในฐานะที่เคยไปทำงานในสถานนั้นโดยความอุปการะขององค์การศาสนาแห่งหนึ่ง, ผมได้รับคำถามจากแพทย์หลายคนว่า ทำอย่างไรจึงจะไปศึกษาในสถานแห่งนั้นได้, เพราะเมื่อมีจดหมายขอใบสมัครมักจะถูกปฏิเสธทุกราย. ผมจึงขอความกรุณาจากท่านอาจารย์ขออาศัยสารคดีราชชนกแจ้งข้อความบางประการ เพื่อเป็นประโยชน์แก่แพทย์รุ่นน้องและรุ่นหลาน.

เมโย คลินิก เป็นบัณฑิตวิทยาลัยของมหาวิทยาลัย มินนีโซตา (หรือ เมเนะ-โซตา ตามที่ชาวเมืองเรียก), มีสิทธิ์ประสาทปริญญาได้ทุกสาขาของวิชาแพทย์. แต่ไม่มีโรงพยาบาลของตัวเอง,

ต้องอาศัยโรงพยาบาลเอกชน ๓ แห่งเป็นที่ฝึกสอน โดยคณะอาจารย์ของคลินิก. เนื่องจากชื่อเสียงที่ดัง คัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน (Fellow หรือ Resident) เข้มงวดมาก. แพทย์อเมริกันเกือบ ๑๐๐ ปีศ. อยากเข้าสถานนั้น. แพทย์ต่างประเทศมีโอกาสเข้าได้น้อยมาก, เพราะถูกจำกัดจำนวน. ส่วนมากที่เข้าได้เป็นอาจารย์โรงเรียนแพทย์ ซึ่งรัฐบาลของประเทศนั้น ๆ ขอร้องให้มาฝึกงาน.

แพทย์ไทยที่ไม่มีฐานะเป็นอาจารย์มีโอกาสเข้าได้ประมาณ ๑ ปีศ., และควรมูลค่าดังนี้ :-

๑. สอบได้คะแนนเยี่ยมจากโรงเรียนแพทย์. ผู้ที่ได้คะแนนที่ ๑ มักมีโอกาสได้เข้าสอบ, แต่ต้องแข่งขันกับผู้เป็นที่ ๑ ของประเทศต่าง ๆ หลายสิบประเทศ.

๒. ต้องเคยฝึกงานในสหรัฐมาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี. ถ้าฝึกหลายปี โอกาสก็ดีกว่า.

๓. ภาษาอังกฤษต้องดี. แพทย์ต่างประเทศ ส่วนมาก ตกสัมภาษณ์ เพราะ ภาษาอังกฤษไม่ชัดและไม่ดีพอ.

๔. รูปร่างหน้าตาสำคัญมากเหมือนกัน.

๕. ควรสมัครเป็นแพทย์ฝึกหัด (Intern) ในรัฐ เมเนนะโซตา เสียก่อน, จะมีโอกาสดีกว่าทำงานในรัฐอื่น, เพราะเขาถือว่าสถานนั้นเป็นของรัฐ, ควรให้โอกาสผู้อยู่ในรัฐนั้นก่อน. ทั้งจะได้มีโอกาสฝึกภาษาให้มีความคล่องแคล่วในรัฐนั้น, เพราะคนอเมริกันแต่ละภาคพูดไม่เหมือนกัน. อย่างน้อยก็มีถึง ๓ สำเนียง.

๖. รายได้น้อยมาก, ไม่เพียงพอสำหรับค่ากินอยู่, จึงควรมีฐานะการเงิน

ดีพอสมควร.

๗. อากาศในฤดูหนาวหนาวจัดมาก, ประมาณ ๕๐°ฟ, เพราะเป็นรัฐริมทะเลสาบ, เมื่อน้ำในทะเลสาบแข็งทำให้หนาวเหมือนอยู่ในตู้เย็น.

๘. ร่างกายและสุขภาพต้องดี, เพราะงานหนักมาก ต้องทำงาน และเรียนจนถึง ๒๑ น. ต้องทำหน้าที่แพทย์เวรคึก, เพราะไม่มีแพทย์ฝึกหัด.

ผมหวังว่าข้อแนะนำเล็กๆ น้อยๆ เหล่านี้ อาจมีประโยชน์สำหรับแพทย์รุ่นน้องและหลานบ้าง.

เคารพยิ่ง.

ศิษย์คนหนึ่ง

๒. โรงเรียนแพทย์และศิริราชพยาบาล

เมือหาฉบับมาแล้ว

(ตอนที่ ๑)

โรงเรียนแพทย์ และ ศิริราชพยาบาล
เมื่อ ๕๐ ปีมาแล้วนั้น ผมหมายความว่า
โรงเรียน และ ศิริราชพยาบาล สมัยเมือ
พุทธศักราช ๒๔๕๕ ถึง ๒๔๕๘, ซึ่ง

เป็นสมัยที่ผมได้เข้ารับการศึกษาวิชา
แพทย์ตั้งแต่ชั้นปีที่หนึ่งถึงชั้นปีที่ห้า, อัน
เป็นปีสุดท้ายที่ได้รับประกาศนียบัตรเท่า
นั้น. การกล่าวข้อความใด ๆ ในเรื่องนี้

๓. ภาษาอังกฤษต้องดี. แพทย์ต่างประเทศ ส่วนมาก ตกสัมภาษณ์ เพราะ ภาษาอังกฤษไม่ชัดและไม่ดีพอ.

๔. รูปร่างหน้าตาสำคัญมากเหมือนกัน.

๕. ควรสมัครเป็นแพทย์ฝึกหัด (Intern) ในรัฐ เมเนาะโซตา เสียก่อน, จะมีโอกาสดีกว่าทำงานในรัฐอื่น, เพราะเขาถือว่าสถานนั้นเป็นของรัฐ, ควรให้โอกาสผู้อยู่ในรัฐนี้ก่อน. ทั้งจะได้มีโอกาสฝึกภาษาให้มีความคล่องแคล่วในรัฐนี้, เพราะคนอเมริกันแต่ละภาคพูดไม่เหมือนกัน. อย่างน้อยก็มีถึง ๓ สำเนียง.

๖. รายได้น้อยมาก, ไม่เพียงพอสำหรับค่ากินอยู่, จึงควรมีฐานะการเงิน

ดีพอสมควร.

๗. อากาศในฤดูหนาวหนาวจัดมาก, ประมาณ ๕๐°ฟ, เพราะเป็นรัฐริมทะเลสาบ, เมื่อน้ำในทะเลสาบแข็งทำให้หนาวเหมือนอยู่ในตู้เย็น.

๘. ร่างกายและสุขภาพต้องดี, เพราะงานหนักมาก ต้องทำงาน และเรียนจนถึง ๒๑ น. ต้องทำหน้าที่แพทย์เวรคัวย, เพราะไม่มีแพทย์ฝึกหัด.

ผมหวังว่าข้อแนะนำเล็กๆ น้อยๆ เหล่านี้ อาจมีประโยชน์สำหรับแพทย์รุ่นน้องและหลานบ้าง.

เคารพยิ่ง.

ศิษย์คนหนึ่ง

๒. โรงเรียนแพทย์และศิริราชพยาบาล

เมือหาฉบับมาแล้ว

(ตอนที่ ๑)

โรงเรียนแพทย์ และ ศิริราชพยาบาล
เมื่อ ๕๐ ปีมาแล้วนั้น ผมหมายความว่า
โรงเรียน และ ศิริราชพยาบาล สมัยเมือ
พุทธศักราช ๒๔๕๕ ถึง ๒๔๕๘, ซึ่ง

เป็นสมัยที่ผมได้เข้ารับการศึกษาวิชา
แพทย์ตั้งแต่ชั้นปีที่หนึ่งถึงชั้นปีที่ห้า, อัน
เป็นปีสุดท้ายที่ได้รับประกาศนียบัตรเท่า
นั้น. การกล่าวข้อความใด ๆ ในเรื่องนี้

เป็นการกล่าวด้วยความทรงจำที่ได้ประสบ
และได้ผ่านมาแล้วแต่ครั้งกระโน้น, หา
ได้มีการบันทึกใด ๆ จดไว้ไม่, ฉะนั้นจึง
อาจตกหล่นบกพร่องขาด ๆ เกิน ๆ ไปได้
บ้างเป็นธรรมดา, เพราะกาลเวลาไต่ล่วง
ผ่านไปมาดังน้ำสียไปแล้ว. หวังว่าผู้อ่านใน
สมัยนี้ หรือสมัยต่อ ๆ ไปคงให้อภัย แก่ผม
ผู้เขียน. อนึ่ง, ผมต้องขอขอบคุณนาย
แพทย์สำราญ วงศ์พาทย์ ซึ่งได้แนะนำกับ
ผม ว่าผม ควร จะเขียน เรื่อง ของโรงเรียน
แพทย์และศิริราชพยาบาลเมื่อครั้งห้าสิบปี
มาแล้วโดยใช้ชื่อ เรื่อง อย่าง ช่างบน ดัง
กล่าวนั้น. ผมก็ได้บอกกับท่านว่าเรื่อง
แนะนำให้ผมเขียนนี้ ไม่เกี่ยวกับทาง วิชา
การแพทย์, มันเป็นแต่เพียงเรื่องเกร็ด ๆ
หรือสาระเล็ก ๆ ของโรงเรียนแพทย์กับศิริ
ราชพยาบาลสมัยที่ผมเข้าศึกษาอยู่, จะ
นับเข้าในประเภทประวัติก็ได้, มันจะ
หรือ. นายแพทย์สำราญ วงศ์พาทย์ ท่าน
ก็ว่าเรื่องเก่า ๆ ครั้งกระโน้น หรือ เกร็ด ๆ
นี้แหละ ที่ แพทย์ รุ่น สมัย นี้ อยากรู้ กัน,
เพราะไม่มีใครมีใครเขียนไว้. ผมออกจะ
ลังเลใจว่าจะเขียนหรือไม่, แต่ในที่สุด
ก็เห็นว่าเมื่อเป็นความอยากรู้ของคนหลาย
คน, จะกั้นกั้นตามและโดยเฉพาะแพทย์

ร่วมสถานศึกษาเดียวกันกับผมที่ผมรัก
ใคร่แพทย์รุ่นหลัง ๆ เสมือนน้องข้าง,
หลานข้างประการหนึ่ง, ก็เพื่อให้ นัก
ศึกษาแพทย์สมัยนี้ ได้เปรียบเทียบ สภาพ
ของ สมัยโน้นกับสมัยปัจจุบันว่า โขราธ
กว่ากันเพียงใดและรุ่งเรืองขึ้นเจริญขึ้นทั้ง
ทางวิชาการและทางด้านวัตถุสถานมาก
น้อยกว่ากันเพียงใดอีกประการหนึ่ง, จึง
ได้ตกลงใจเขียน.

ในสมัยพุทธศักราช ๒๔๕๕ ซึ่งเป็น
ครั้งแรกที่ผมเข้าศึกษาวิชาแพทยัน, ทาง
ราชการ เรียกโรงเรียนของเราว่า “โรง
เรียนราชแพทยาลัย”, เขียนเป็นภาษา
อังกฤษว่า “รอยัล เมดิคัล คอลเลจ.”
ศึกษาเป็นตึกชั้นเดียว, หน้ามุขมีตรา
อาร์มแผ่นดินของสมเด็จพระจุลจอมเกล้า
เจ้าอยู่หัวพระปิยมหาราช, และมีตัวอักษร
ว่า “โรงเรียนราชแพทยาลัย” กับตัว
อักษรไทยแต่เป็นภาษาบาลีว่า “สัพเพสิ
สัมภตานิ สามัคคีวิมุติสาธิตา”, ซึ่งเวลา
นั้นไม่มีแล้วทั้งตัวอักษรและตัวตึกเพราะได้
รื้อมาก่อสร้างเป็นตึกเอกซเรย์และตึกนัก
ได้ถกรื้อลงอีก เพื่อก่อสร้างเป็นตึกขนาดใหญ่
สูงถึง ๑๑ ชั้นในเวลานั้น.

โรงเรียนราชแพทยาลัย และ ศิริราช

พยายามใน สมัย นั้น มี สภาพ สถาน ที่, ระเบียบข้อบังคับ, การศึกษา, การละเล่น ของนักเรียน และการรักษาพยาบาลคนไข้ เป็นอย่างไร, ขอเล่าประวัติย่อๆ ต่อเท่าที่ ความทรงจำยังมีอยู่, ดังต่อไปนี้.

ผมจะเริ่มตั้งแต่ ย่างเท้าชน จาก เรือจ้าง ไปยังท่าเรือศิริราชที่เดียว. หันหน้าเข้าสู่ โรงพยาบาล ทาง ขวามือ ริม แม่น้ำ เป็นที่พักพิงของคุณพระอาจารย์วิฑูรย์ (หมอยอร์จ แม็คฟาร์แลนด์), อาจารย์ผู้สอนวิชาแพทย์ผู้ที่พวกเราเคารพรักอย่างสูง. เคยวนตักหลังนั้ได้รอมมาไซท์ก่อสร้างเป็นตึก ไอ.พี.ที. สูงสามชั้นตระหง่านที่เดียว. ทางซ้ายมือ เป็น โรงเรียน สตรี เรียกว่า "โรงเรียนหม่อมมโคศลหรือโรงเรียนวังหลัง" (ต้นตอของโรงเรียนวัฒนาวิทยาลัยเดี๋ยวนี้). และมีกำแพงอิฐสูงพินิศรัญกันอยู่. ที่ตรงนี้ในปัจจุบันได้รื้อออกและก่อสร้างเป็นตึกสามชั้น, เป็นสถานที่ศึกษาของโรงเรียนพยาบาลและผดุงครรภ์ศิริราชและเป็นหอพักของนักเรียนด้วย. ผมได้ทราบว่าทั้งที่กินและโรงเรียนวัฒนาวิทยาลัยนั้นสมเด็จพระราชบิดากรมหลวงสงขลานครินทร์ ได้ซื้อจาก โรงเรียนวัฒนา ฯ และให้โรงพยาบาลศิริราชเช่า

ยี่หลังข้างทางเพื่อใช้เป็นสถานที่ศึกษาวิชาพยาบาลและผดุงครรภ์สืบไป. พระเดชพระคุณในพระมหากษัตริย์เป็นล้นเกล้า ฯ ชาวศิริราช. เมื่อเดินเข้ามาตามถนนไปอีกราวถนนขวางแคบ ๆ, ทางขวามือไปสู่สถานีรถไฟธนบุรี, ทางซ้ายมือไปสู่ตลาดบ้านขมิ้น, เป็นถนนแคบ ๆ ขนาดกว้าง ๒ เมตรกว่า ๆ, แห้ง ในฤดูแล้งและแฉะและในฤดูฝน. ถนนนี้ทำเฉพาะให้คนเดินเท่านั้นรถเดินไปมาไม่ได้, มีถนนถนนเครื่องแต่งตัวใหม่ ๆ งาม ๆ ก็จะเขยื้อนเปราะโคลนหมกที่เดียว. กลางคืนมีคสิณทิในเค็อนข้างแรม, เพราะไฟฟ้ายังไม่ได้ข้ามไปให้แสงสว่างเช่นทุกวันนี้. พันถนนขวางนั้นก็ถึง ประตูเข้าศิริราชพยาบาล. ประตูนี้เปิดในเวลากลางวันและปิดในเวลากลางคืน, มียามประตูเฝ้าอยู่คนหนึ่ง, เราเรียกว่า "ลุงแอ๊ด" เพราะแกชื่อแอ๊ด, เป็นคนใจดีมากและเราก็ชอบแกด้วย. เวลากลางคืนข้อบังคับของโรงเรียนห้ามไม่ให้นักเรียนออกนอกบริเวณ, จะไปไหน ๆ ไม่ได้, แต่พอเราบอกลุงแอ๊ดว่า "ลุง ๆ, ฉันท้อออกไปซื้อขนมหนอยนะ", ลุงแอ๊ดก็ "เชิญเถอะคุณแล้วรีบกลับนะครึ๊ย", ขากลับเราก็มขนมห่อหนึ่งหรือ

บางทีก็สองห้องฝากลงแอ็ค. ลุงแอ็ค
หัวเราะชอบใจแล้วก็เปิดประตูให้เราคลุก
เข้าไป, ครูปักครองก็ไม่รู้.

จากประตูนี้มีถนนปูนด้วยอิฐกว้าง
ประมาณ ๒-๓ เมตร, ยาวตลอดตึก
เรียน, ถนนนี้มีชื่อว่า "ถนนจักรพงษ์".
สองข้างถนนจากประตูยามมาทางขวามือ
มีรั้วมะขามเทศคั่นคั่น ๆ สูงขนาดหนึ่ง
เมตรหรือต่ำกว่านั้นหน่อย. ภายในรั้วเป็น
เรือนคนใช้ชายสูงจากพื้นดินประมาณหนึ่ง
เมตร, เส้าไม้, ฝาไม้, หลังคามงค้วย
จาก. เรือนหลังหนึ่ง ๆ มีเตียงรับคนใช้
ได้ประมาณ ๑๐ เตียง, อย่างมากไม่เกิน
๑๕ เตียง. เรือนคนใช้ทั้งกล่าวทั้งแผนก
ชายและแผนกหญิง, มีอยู่ประมาณ ๑๑
-๑๒ หลัง. และในบริเวณโรงพยาบาล
มีตึกสำหรับคนใช้พิเศษอยู่ ๓-๔ ตึก
เท่าที่จำได้. มีตึก ๒ ชั้น ๒ ตึกได้แก่ตึก
"เสาวภาค" หลังหนึ่ง, ตึก "วิกตอเรีย"
หลังหนึ่ง. ตึกวิกตอเรียนี้ได้ทราบในครั้ง
กระนั้นว่าชาวอังกฤษในเมืองไทยได้ออก
เงินกันจัดสร้างขึ้นเป็นอนุสรณ์ในงานฉลอง
การครองราชย์ครบรอบ ๕๐ ปีของสมเด็จพระ
นางเจ้าวิกตอเรีย, พระราชินีแห่ง
อังกฤษ, ที่เรียกว่างาน Jubilee. เงินที่ชาว

อังกฤษเรียกรู้ใช้ในการก่อสร้างไม่พอ,
ทางโรงพยาบาลได้ออกเงินสมทบในการ
ก่อสร้างจนเป็นผลสำเร็จ. นอกจากนี้เป็น
ตึกชั้นเดียวหลังเล็ก ๆ เท่าที่จำได้คือตึก
"เรือนเจ้าจอมมารดาแสง" และมีชื่อว่า
ตึกอะไรอีกหลังหนึ่งหรือสองหลังจำไม่ได้
เสียแล้ว. ที่สภเขตโรงพยาบาลมีโรงเก็บ
ศพและกองศพสำหรับนักเรียนแพทย์ทำ
การชำแหละศึกษาตั้งแต่ชั้นผิวหนังลงไป
จนกระทั่งถึงอวัยวะภายในและกระดูก.
โรงเก็บศพเราเรียกว่าโรง กิสส์เคชั่น.
ศพเหล่านี้เป็นศพไม่มีญาติ, ใช้ฉีกด้วย
ส่วนผสมของกรด คาร์โบลิค กับยาอื่น ๆ
ละลายด้วย เมธิลล์ อัลกอฮอล์, ฉีกเข้า
หลอดเล็กออกแดง ฟมอริล ทั้งชายและขวา.
แล้วเอาใส่ลงในถังไม้สี่เหลี่ยมๆ ได้ ๔-๕
ศพและเอาน้ำเกลือใส่ตองไว้. เอาหินก้อน
ใหญ่ ๆ วางไว้ข้างบนศพอีกทีหนึ่ง. กลิ่น
ของศพเมื่อเอาชนมาชำแหละมีกลิ่น
เหมือนปลาเก่าที่เพิ่งชนมาจากไห, แต่
กลิ่นแรงจึกว่ากลิ่นปลาเจ้านั้นเทียว. โรง
ชำแหละศพนี้เคยเป็นสภเขตของโรงพยาบาล
อยู่เกือบศตวรรษกระชั้นระหว่างเขตโรง
พยาบาลกับโรงเรียนบ้านขวามือ. เมื่อเดิน
เข้ามาทางด้านซ้ายจากประตูยามเป็นรั้ว

มะขามเทศเหมือนทางบ้านขวา, แต่คัตพื้น
 คิริยะสูงประมาณ ๖ ฟุตเห็นจะได้. ภายใน
 รวมเป็นเรือนไม้สองชั้น, ชั้นบนเป็นทอยท
 นอน, ชั้นล่างเป็นที่เรียน, นาคอโรงเรียน
 ผดุง ครรภ สมิย์ โนน และ ยัง ไม่มี คำว่า
 “พยาบาล” อยู่ด้วย. หน้าต่างด้านริม
 ถนนทั้งชั้นบนและชั้นล่างมีผาซงเป็นผาซง
 ตาทกหน้าต่าง. ข้างหลังมีบ้านขังตามแหละ
 ที่พวกผมหลาย ๆ คนอยากดูและอยากรู้
 ว่า “ไก” ทำอะไรอยู่. ผมเองเมื่อเป็น
 แพทย์ ผกหคหรือสมย่นเรียกว่า “เฮาส์”
 หรือ “อินเทอร์น”, เมื่อมาผกหคอยู่เรือน
 คนไข้ชายเรือนหนึ่งซึ่งอยู่ตรงกับโรงเรียน
 นี้, แต่อยู่คนละฟากถนนจักรพงษ์, เมื่อ
 ตรวจและให้ยาคนไข้เสร็จแล้วยังอดที่จะ
 มอง “ไก” ที่หน้าต่างถึงกล่าวไม่ได้.
 ต่อจากโรงเรียนเข้าไปเป็นเรือนไม้สองชั้น
 ใช้เป็นที่ทำการฝ่ายบริหารโรงพยาบาล
 และโรงเรียน. และมีเรือนคนไข้ฝ่ายหญิง
 ๓-๔ เรือนขนาดและรูปร่าง แขนงเดียว
 กับเรือนคนไข้ชาย และมีเรือนคลอดบุตร
 ต่างหากอีกหนึ่งหลัง. ก่อนถึงเขตโรง
 เรือนมีเรือนอีกหนึ่งหลังเรียกว่าห้องยา,
 เป็นคลังที่เก็บเวชภัณฑ์และเป็นที่ยกรยา,
 ง่ายสำหรับคนไข้. ยาที่ใช้รักษาโรคใน

เวลานั้นส่วนมากเป็นยาผสม มีกซเจอร์,
 ยาเม็ดและยาผง. ส่วนยาฉีดมีการใช้น้อย
 เต็มที่. ไม่มีการฉีดยาอย่างฟิมเพอเยเช่น
 ทกวนน. สมย่นคนไข้กลัวการฉดยานัก,
 ผดกขสมย่นคนไข้กลับถามหมอว่า “หมอ
 ไม่ฉดยาให้หรือ?” และถ้าหมอไม่ฉดย
 ยา ก็หาว่า “หมอกคนนี้ไม่เก่ง”. นอกจากน
 ยังมีอาคารหลังหนึ่งต่างหาก สำหรับทำ
 การผ่าตัดใหญ่, พวกเราเรียกกันว่า “โรง
 กระโจม” เพราะเป็นที่กรปกกลมหลังคา
 ทรงกระโจมมงกระเบื้อง. ภายในโรง
 กระโจมมีเตียงสำหรับทำการผ่าตัดหนึ่ง
 เตียงตั้งอยู่ตรงกลาง. โดยรอบมีที่ให้
 นักเรียนย่นคในขณะทำการผ่าตัด. ทาง
 เข้าโรงกระโจมมีอาคารเล็ก ๆ ฝาไม้
 หลังคามงกระเบื้อง, พนซ์ไม้, ตั้งอยู่
 สองหลังระหว่างทางเดินเข้าโรงกระโจม.
 หลังหนึ่งเป็นที่เก็บเครื่องมือผ่าตัดและมี
 สเตอริไลเซอร์ กับ ออโตเคลฟว์. อีก
 หลังหนึ่งเป็นที่สำหรับทำการผ่าตัดเล็ก ๆ
 น้อย ๆ เช่นผ่าฝีและเย็บแผลเล็ก ๆ ใน
 กรณฉกฉน, และใช้เป็นที่ชะล้างแผล
 เรอริงด้วย. การผ่าตัดใหญ่ในโรงกระโจม
 ไม่มีใครจะมีขอย่นกเช่นทกวนน. บางที
 สอง สามวัน จึง จะ ทำกันสักครั้งหนึ่ง.

ส่วนมากของผู้ที่มาให้ทำการผ่าตัดเป็นโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะและกล่อนน้ำ (ฮัยโดรซีส). การตัดแขนหรือขานาน ๆ จะมีมาสังกราย, โดยมากเป็นพวกตกจากที่สูง, แขนหรือขาหัก กระดูกที่มอดออกมาแล้วรักษากันที่บ้านจนเน่าเป็น ใช้ปกติ. แล้วจึงจะมาให้ทำการผ่าตัด. การผ่าตัดกระเพาะอาหารหรือลำไส้ไม่มีมาเลย.

การแบ่งแยกคนไข้ที่เข้ามารับการรักษาภายในยังไม่ได้แบ่งเป็นแผนก ๆ ดังเช่นทกวัน. ฉะนั้นจึงไม่มีแผนกโสต, แผนกศัลย์, แผนกตา ห คอ จมูก ฯลฯ แต่ก็แบ่งเป็นคนไข้ชาย, คนไข้หญิง, ให้อยู่คนละแห่งต่างหากไกลกันทีเดียว.

คนไข้ชายส่วนมากเป็น " กามโรค และหนองใน ". ผู้ม่ม่วงมากเป็นที่หนึ่ง. บางรายก็ข้างเดียว, บางรายก็ทั้งซ้ายและขวาที่เดียว. ส่วนคนไข้ทางโสตกรรมและอื่น ๆ มีน้อย. คนไข้หญิงก็เช่นกันไม่มีใครมีรับเข้ามา. ที่เป็นเช่นนั้นก็เพราะในสมัยนี้ประชาชนยังมีศรัทธาอันอยู่ในการรักษาอย่างแผนใหม่, กินยาของฝรั่ง, แต่ยังมีศรัทธามากในการกินยาต้ม, ยาผง, ยา และ กิน น้ำมนต์ จาก นายแพทย์ไทยแผนโบราณ. แม้แต่การคลอดบุตรก็

เช่นเดียวกันยังชอบใช้หม้อต้มยาผู้หญิงอายุชรา ๆ, กินหมากปากเปรอะ, เลี้ยยาว และมีขี้เล็บดำ, ทำคลอดและใช้ผิวไม้ไผ่มาฝานบางจนคมตัดสายสะดือเด็กโดยไม่ต้องต้มในน้ำเดือด, แล้วเอาค้ำยหลอดสำหรับเย็บผ้าที่เจ้าของบ้านมีอยู่มาผูกสายสะดือรอยด้วยผงขมิ้นกับผงดินสอพอง. ฝ่ายหญิงผู้คลอดบุตรกินกระตานไฟ, มีทั้งไฟพันและไฟถ่าน บางคนที่ทันสมัยหน่อยก็คาไฟชดที่ญี่ปุ่นทำมาขาย. แล้วกินยาของเหล่าโรง ๒๘ คกร. ในสมัยนั้นมักอยู่อย่างหนึ่งคือหญิงที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช, เมื่อครบกำหนดกลับบ้านก็พาเอาบุตรที่คลอดออกไปพร้อมกับทางโรงพยาบาลจ่ายเบาะรองให้เด็กอ่อนนอนพร้อมด้วยผ้าอ้อมห่อเด็กซักกรีกใหม่เอี่ยมให้ไปด้วย, และไม่ปรากฏว่าผู้ที่มาคลอดบุตรแล้วจะได้หลบหนีไปจากโรงพยาบาลแล้วทิ้งลูกไว้ให้โรงพยาบาลเลี้ยงดังเช่นที่เป็นอยู่ทุกวันนี้. คนไข้ชายหญิงที่เข้ามาอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับอาหารและยาโดยไม่ต้องเสียเงินตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล, จนกระทั่งถึงวันกลับบ้านยังได้รับยาไปกินต่อที่บ้านอีกด้วยโดยไม่ต้องชำระ

เงิน. ผู้ที่ขยับยั้งคนไข้ไม่ว่าจะเป็นประเภทสามัญหรือพิเศษมีจำนวนมากที่เคี้ยวเมอริยาเข้าอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว, แพทย์จะจ่ายยาของโรงพยาบาลโดยไม่ต้องเสียเงินสามสี่ชนิดให้, แล้วคนไข้ยังได้รับเปรสคริปชั่น ให้ไปชื้อยาจากหน่วยสวัสดิการของโรงพยาบาลมาเพื่อการรักษาตัวอีก. ในวันหนึ่งวันหนึ่งเท่าที่ปรากฏแก่ตาของผมนั้น, ที่แผนกขยายยาของหน่วยสวัสดิการของโรงพยาบาลมีคนไข้ไปชื้อยาเป็นจำนวนมากอีกโขอยู่. การขยายยาไม่ได้ขายให้แก่คนภายนอกทั่วไป, ขายให้เฉพาะผู้ถือเปรสคริปชั่นของนายแพทย์โรงพยาบาลเท่านั้น. ที่ผมเขียนเพื่อเจ้อเลอะเทอะนอกเรื่องนอกราวนอกทางไปบ้างเช่นนั้นก็เพราะประการหนึ่ง สมัยปัจจุบันนี้คนไข้ที่รับเข้าโรงพยาบาลต้องจ่ายเงินค่าพิเศษคนหนึ่ง ๆ เป็นเงินเรือนร้อย ๆ บาทขึ้นไปทีเดียวด้วยการถือเปรสคริปชั่น ให้ไปชื้อยา. อีกประการหนึ่งเพื่อให้เห็นว่าบุคคลสมัยก่อนเจริญในด้านจิตใจมากกว่าทางด้านวัตถุหรือเท่า ๆ กันทางด้านวัตถุ. แต่ในปัจจุบันนี้บุคคลเจริญในด้านวัตถุมากกว่าทางด้านจิตใจ. แต่ผมก็ไม่ได้หมายความว่าความ

เจริญในทางด้านจิตใจจะน้อยลงก็หาไม่ได้. ความเจริญในด้านจิตใจอาจเท่าเทียมหรือมากกว่าเทียมหากแต่ยังน้อยกว่าด้านวัตถุหรือทางด้านวัตถุมีอิทธิพลเหนือกว่าทางด้านจิตใจ. ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ไม่ได้มีเจตนามุ่งหมายเจาะจงไปที่ตัวนายแพทย์ผู้เขียนเปรสคริปชั่น, แต่หมายถึงถึงตัวบุคคลคนหนึ่งหรือหลายคนที่เป็นผู้มีอำนาจในการอนุมัติให้เงินเป็นค่าชื้อเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลนั้น ๆ ไม่พอเพียงกับความต้องการและความประสงค์ของนายแพทย์ผู้ทำการรักษาคนไข้ในโรงพยาบาล. ส่วนแพทย์ผู้รักษาและเขียนเปรสคริปชั่น ย่าเป็นพิเศษนั้นคงมีความต้องการแต่เพียงว่าให้คนไข้ในความรับผิดชอบของตนพ้นจากความทรมานหายจากโรคที่เขื่อนอยู่โดยเร็ว. ฉะนั้นยาใดที่คิดเห็นว่ามีประสิทธิภาพให้ผลในการรักษาได้ก็และผลรวดเร็วแก่คนไข้แล้วก็จำเป็นต้องใช้ยานั้น ๆ. นี่เป็นความคิดเห็นของผมจะผิดหรือถูกประการใดก็ไม่แน่ใจทีเดียวนัก.

ช. ชำนิเวชสาร
(แพทย์รุ่นที่ ๒๒)

๓. “เจ้านายสมัยโน้น”

(คุณนายเพทาย พยุงเวชศาสตร์ (สกุลเดิม ตาละลักสมณ) เป็นศิษย์เก่าศิริราชผู้หนึ่งที่ไม่ลืมโรงเรียน. มีงานครั้งใดท่านเป็นมาร่วมด้วยเสมอ. ก่อนหน้าที่ท่านจะถึงแก่กรรม ไม่นานนักท่านส่งต้นฉบับบทความยาวหลายหน้าให้สารศิริราชพร้อมด้วยบันทึกว่า “ใช้ได้ดีถึงพิมพ์ไป.” ส่วนใหญ่ของเนื้อเรื่องเกี่ยวกับประวัติศาสตร์เกี่ยวกับเจ้านายในสมัยท่าน, ซึ่งเป็น “ชาววัง” ตั้งแต่เด็ก ๆ. สารศิริราชได้คัดตอนที่เรื่องราวเกี่ยวกับสมเด็จพระราชบิดาฯ ลงพิมพ์ในฉบับ “วันมหิดล” เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๕ มาแล้วหนึ่งตอน. ส่วนที่เหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับเจ้านายในพระราชวังและวังต่าง ๆ ที่คุณนายเพทายได้เกี่ยวข้องด้วย. สารศิริราชเห็นว่าแม้จะไม่ใช่วิชาการแพทย์แต่ก็มีคุณค่าในทางประวัติศาสตร์และจะมีประโยชน์สำหรับคนสมัยหลัง ๆ ซึ่งไม่ค่อยได้พบกับ “เจ้านาย”, จึงจะคัดตอนนำมาลงพิมพ์เป็นครั้งคราวไป. นอกจากนั้นบทความนี้ยังจะเป็นอนุสรณ์ที่ดีสำหรับคุณนายเพทาย พยุงเวชศาสตร์ผู้มีความสามารถในเชิงเขียนให้อ่านได้เพลิดเพลินอีกด้วย.—บ.ก.)

สาเหตุที่ผู้เขียนเข้าไปอยู่ในวังสวนกุหลาบก็เพราะเกี่ยวข้องด้วยเป็นเวลาทีพระพุทธรูปเจ้าหลวงจะเสด็จกลับจากประพาสยุโรปครั้งที่สอง. สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชเจ้าฟ้ามหาวชิราวุธสยามมงกุฎราชกุมารเป็นผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์. ในวังสวนกุหลาบได้มีการเตรียมต้อนรับเสด็จเป็นการใหญ่. เจ้านายและเจ้าจอมมารดาถูกเกณฑ์ให้ส่งข้าหลวงไปยืนแถวรับเสด็จ

พระราชดำเนินสองข้างทาง, ตั้งแต่ข้างหน้าจนถึงฝ่ายในจกเชิงอุดมจรรยาพระที่นั่งพิมานเมฆอนันเป็นที่ประทับ, เจ้านายองค์หนึ่งต้องให้ข้าหลวงสองคน, เจ้าจอมมารดาท่านหนึ่งก็เกณฑ์ข้าหลวงสองคนเช่นกัน. เสด็จและคณะจอมท่านจึงต้องถูกเกณฑ์ทั้งหมดเป็น ๔ คน. พวกที่จะส่งไปยืนเข้าแถวรับเสด็จนั้นต้องเลือกจากลูกผู้ดี, รูปร่างพอไปวัดไปวาได้, วิชาขนบธรรมเนียมเจ้านายและอายุอาณามาก็ไม่เด็กไม่สาว. เสด็จไปทรงคัดเลือกในคำหนักได้เพียง ๓ คน, ยังขาดอยู่อีกหนึ่งคนจึงรีบส่งให้ข้าหลวงออกมาขีมือผู้เขียน, ซึ่งได้ชื่อนาคกษัตริย์ทรงเลือกได้แล้ว ๓ คน. ผู้เขียนกำลังเป็นนักเรียนอยู่ที่โรงเรียนของหม่อมเจ้าหญิงมณฑลารพกมลาคัน, พระธิดาพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหมื่นราชศักดิ์สโมสร, วังอยู่ที่ตำบลสำราญราษฎร์, ชาวบ้านเรียกประตผี. โรงเรียนนี้ได้แยกมาจากโรงเรียนราชินีปากคลองหลอด โรงเรียนราชินีเดิมตั้งอยู่ใกล้ปากคลองหลอดซึ่งเป็นปากคลองอยู่ติดกับวัดบางลำภู ไปออกแม่น้ำท่า

ใกล้ ๆ ข้อมพระสุเมรุ, คอนเลียวโค้ง ถนนพระสุเมรุกับถนนพระอาทิตย์. ด้านหน้าคือถนน, ด้านหลังโรงเรียนคือแม่น้ำเจ้าพระยาใกล้ ๆ กับพทศสมาคมแห่งประเทศไทยเดี๋ยวนี้. โรงเรียนราชินีปากคลองหลอดตั้งขึ้นโดยสมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรี พระบรมราชินีนาถในรัชกาลที่ ๕. พระองค์มีพระประสงค์ให้กุลสตรีไทยได้ศึกษาหนังสือไทยฝรั่งและการช่าง, มีทำดอกไม้แห้งและเย็บปักถักร้อย. พระองค์ได้ทรงส่งครูผู้หญิงชาวญวนมาจากประเทศญวนสามคน, เป็นพี่น้องกันทั้งสามคน. คนพี่เป็นอาจารย์ใหญ่ของโรงเรียน. ทั้งสามคนสอนวิชาการช่างการฝีมือ. ท่านหญิง มีฉัตรพเป็นครูใหญ่ฝ่ายภาษาทั้งไทยและอังกฤษ. พี่สาวของผู้เขียนเป็นนักเรียนรุ่นแรกตั้งแต่โรงเรียนเริ่มเปิดการสอน. คุณพ่อให้ผู้เขียนไปส่งคุณพ่อช่วยตอนเช้าเพื่อได้ศึกษาโรงเรียน. แล้วพี่หน้าอายุพอเข้ารุ่นกับนักเรียนอื่นเขาได้ก็จะได้เข้าเรียนบ้าง. โรงเรียนราชินีปากคลองหลอดนี้มีนักเรียนยังไม่ใคร่มาก, เพราะเพิ่งเริ่มเปิดไม่นาน. ส่วนมากเป็นหม่อมเจ้า, หม่อมราชวงศ์มีน้อยและลูกสาวเจ้าพระยา, ลูกสาวเจ้า

คุณและขุนนางรอง ๆ. ลูกเศรษฐีพ่อค้าคหบดี. ส่วนลูกคนธรรมดาสามัญหายาก. ในตอนนั้นยังไม่ใคร่นิยมให้ลูกสาวไปโรงเรียน, ดังที่เราเรียกกันเดี๋ยวนี้ว่าหัวโบราณ. พ่อแม่ที่ไม่ยอมให้ลูกสาวไปโรงเรียนนั้นเพราะท่านเห็นว่าเรียนหนังสือไปก็เท่านั้นแหละ. พอเป็นสาวก็ต้องแต่งงานมีเข่ามีเรือน, ต้องไปโกวเปลเลี้ยงลูก, หุงหาอาหารให้สามี. ถึงแม้จะเป็นลูกผู้ค้ำเงินก็ต้องหัดทำกับข้าวเพื่อจะได้ทำหน้าที่แม่บ้านให้ลูกต้อง. โรงเรียนราชินีปากคลองหลอดตั้งอยู่ได้ไม่นาน, สมเด็จพระให้ย้ายไปรวมกับโรงเรียนสุนันทาลัยอยู่ปากคลองตลาด, ส่งครูญวนกลับประเทศ. โปรดให้หม่อมเจ้าหญิงพิจิตรจิราภา เทวกุล เป็นอาจารย์ใหญ่. ตอนแรกเรียกกันว่าโรงเรียนราชินีสุนันทาลัย. ต่อไปคำว่าสุนันทาลัยหายไป, เหลือแต่คำว่าโรงเรียนราชินี. เรียกกันว่าโรงเรียนราชินีปากคลองตลาดแทนโรงเรียนราชินีปากคลองหลอด. ภายหลังเกิดมีสาขาของโรงเรียนราชินีขึ้นใหม่อีกแห่งหนึ่ง, อยู่ตำบลสามเสน, เรียกว่าโรงเรียนราชินีบน. หม่อมเจ้าหญิงวงศ์ทิพย์สุภา เทวกุล เป็นอาจารย์ใหญ่.

ขนกัยโรงเรียนราชินีปากคลองตลาด, ซึ่ง
ภายหลังเรียกโรงเรียนราชินีล่าง. ถ้าเรา
ลงเรือไปในแม่น้ำตรงกัย โรงเรียนราชินี
เราจะเห็นคำว่าโรงเรียนสุนันทาลัยจารึก
อยู่กัยตึกเรียนสุนันทาลัย ซึ่งมาจาก
พระนามของ สมเด็จพระนางเจ้าสุนันทา
ภควรรตติยราชกุมารี พระชนม์มกัยเรือทรงลุ่ม
ในแม่น้ำเจ้าพระยา คอนเสด็จ ขาง ประอิน.
ใครไปเที่ยวที่ พระราชวัง ขาง ประอิน จะ ได้
เห็นพระ รูปปั้นของ สมเด็จพระนางเจ้ากัย
สมเด็จพระเจ้าลูก เจอ เจ้าฟ้าหญิง ที่สน
พระชนม์มกัย. สมเด็จพระนางที่สน
พระชนม์มกัยทรงพระกรรม์แก่. ที่ฐาน
เป็นที่ประดิษฐานพระรูปนั้น มีพระราช
นิพนธ์ของ สมเด็จพระพุทธเจ้า หลวงทรง
จารึกไว้อาลัยสมเด็จพระนางเจ้า. แม้ว่า
คำจารึกนั้นจะเป็นเวลานานเท่าใดก็ตาม,
ถ้าใครได้อ่านแล้วจะ น้ำตาไหลพลอย
อาลัยถึงสมเด็จพระนาง เหมือน กัยเหตุ -
การณ์นั้นเกิดขึ้นในเวลาปัจจุบันไม่ได้.

ต่อมาหม่อมเจ้าหญิง มณฑลพร ได้
แยกไปตั้งโรงเรียนของท่านเองที่วังเสด็จ
พ่ออยู่ที่ สวรรุราษฎร์ ถนนบำรุงเมือง.
ถนนนี้สองฟากเป็น ตึกแถว โดยมากขาย
เครื่องขวชพระ. มีเครื่องโต๊ะหมี่ชวาและ

พระพุทธรูปขวชใหม่. ระหว่างห้องแถว
สองฟากถนนมี ประตวง เจ้านายอยู่ ตึกกัย
ตึกแถว. ถ้าใครไม่สังเกตจะไม่เห็น
ประตวง. ครทโรงเรียนเป็นครมาจาก
โรงเรียนราชินี ปากคลอง หลอด ทงหมด,
ครขางคนเคยเป็นนักเรียนราชินีชั้นสูง. ผู้
เขียนเป็นนักเรียนรุ่นเล็ก. นักเรียนรุ่นเล็ก
เป็นนักเรียนเข้าใหม่. หม่อมมณีวนัก
ประพันธ์สตรเรองนาม ซึ่งใช้นามปากกา
ว่า วรรณศิริ, ก็เป็นนักเรียนโรงเรียนนี้.
หม่อมมณีวนักเรียนชั้นเดียวกับคุณพวชของ
ผู้เขียน. นักเรียนโรงเรียนนี้โดยมากนั่ง
รถม้าไปโรงเรียน. ผู้เขียนกัยคุณพวคนั่ง
รถม้าของคุณพ่อไปโรงเรียนด้วย. รถคัน
นี้เสด็จ ในกรมหมื่น วิจิตรวรณปรีชาทรง
ขายให้คุณพ่อ, เพราะเสด็จในกรมทรงสั่ง
รถม้ามาจาก นอกใหม่. ต่อมาสมเด็จพระ
เจ้าฟ้า กรมหลวงพิศณ โลก ประ ชานาด
โปรดให้หม่อมเจ้าหญิงมณฑลพรไปเป็นผู้
ปกครองนักเรียนพยาบาลของโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์, สภาอากาศไทย. ท่านหญิง
ได้ทรงเรียนวิชาพยาบาลด้วย. เพราะ
ฉะนั้นผู้เขียนจึงได้เขียนนักเรียนชั้นเดียวกับ
ท่าน. ท่านหญิงทรงเป็นเจ้านายหญิงที่
ฉลาดสามารถมากองค์หนึ่ง, ในเวลานั้น

จะหาใครเปรียบท่านไม่ได้. คุณพ่อผู้เขียน
นับถือและชมว่าท่านเป็นผู้หญิงที่ฉลาด
มาก.

เมื่อเสด็จรับสั่งใช้ให้ข้าหลวงมายืมผู้
เขียนไปเข้าแถวรับเสด็จในหลวง, จึงต้อง
พักการเรียนชั่วคราว, เข้าไปอยู่ในวัง
สวนดุสิต ซ้อมการถวายค่าน้ำแบบตอน
สายบัว. มีการซ้อมจริงสองครั้ง. ครั้งแรก
มีพระองค์จอมพญาทรงรถขึ้น สำหรับเด็ก
เล็กๆ นิ่ง. เวลานั้นท่านอายุราว ๆ ๑-๒
ขวบเห็นจะได้, เหตุที่เอาพระองค์จอมพญา
ซ้อมแทนพระองค์ ก็เพราะพระองค์จอมพญา
เป็นหลานย่าของ เสด็จพระนาง สุขมาลัย
มารศรี. เสด็จพระองค์นภาพร (เป็นพระ
น้องนางของเสด็จพระนาง), เวลานั้นทรง
เป็นตำแหน่งอธิบดีว่าราชการฝ่ายในแทน
ท้าววรจันทร์, เรียกกันว่าเสด็จอธิบดี. ใน
การจ้กงาน รับเสด็จในหลวงครั้งนี้เป็นหน้า
ที่ของท่าน, จึงทรงให้หลานของท่านนั่งรถ
สมมติว่าเป็นรถพระที่นั่งเสด็จผ่าน. พวก
ที่ขยับเข้าแถวแซนข้างซ้ายคล่อง กระเช้า
ดอกไม้สดสำหรับจะโปรยเวลาเสด็จมาถึง
ตรงหน้า. พอเสด็จผ่านก็ย่อตัวถวายค่าน้ำ
แบบตอนสายบัว, มือขวากำดอกไม้จาก
กระเช้ากำโปรยไปยังรถพระที่นั่ง. พอ

เสด็จผ่านไปแล้วก็เลิกแถว, กลับลงเรือ
คนพายให้นั่งกลับค้ำหนัก. ตอนนั้นใหญ่
โตหน่อยมีคนพายเรือให้นั่ง. เวลาวัน
จริงก็ต้องแต่งตัวเต็มยศ, สวมถุงน่อง
รองเท้า, ครอบกับเจ้าจอมหม่อมมา
มื่น จิว. ซ้อมครั้งที่ ๒ เป็นการซ้อมใหญ่เมื่อ
ได้เวลาที่ตั้งแถวรับเสด็จเหมือนคราวก่อน.
พอเวลาประมาณ ๕ โมงเย็น สมเด็จพระ
บรมโอรสาธิราชสยาม มกุฎราชกุมาร
เสด็จโดย รถม้าพระที่นั่งเอาพระ
ทนต์ลง. พระองค์ทรงเครื่องขาว ทหารยกประทักษิ
ณในพระองค์เที่ยว. ด้านหน้าตรงข้าม
ที่ประทักษิณ มีนายทหารราชองครักษ์นั่งมา
ข้างหน้า ๑ คน. พอเสด็จผ่านพวกที่เข้า
แถวก็ย่อตัวลงถวายค่าน้ำ. พอเสด็จผ่าน
ใครตรงนั้นก็หยิบดอกไม้โปรยเข้าไปที่รถ
พระที่นั่ง. ไม่ทราบว่าคนไหนที่ยืนอยู่
ใกล้ๆ ผู้เขียนไปดอกไม้ไปโดนพระโอบ
สมเด็จพระบรมโอรสาธิราช. ได้ยิน
พระองค์รับสั่งว่า "อย่าเอาปาก", แต่ไม่
มีท่าทางว่าจะทรงกริ้ว. เมื่อมีการซ้อม
สองครั้งแล้ว, คราวนี้ถึงเวลาจริง
ก็ทำกันไต่เรื่อยอย่างชิน. ได้เวลาที่เข้า
แถวเตรียมพร้อม. เวลาผ่านไปไม่นานก็
ยังไม่ถึงเย็น, จำไม่ได้ว่ากี่โมง, สมเด็จพระ

พระบาทเจ้าหลวงเสด็จโดยรถม้าพระที่นั่ง
เปิดประตูประต้อมาพร้อมด้วยสมเด็จพระ
บรมโอรสาธิราช. ในหลวงประทับขวา
สมเด็จพระบรมโอรสาธิราช ประทับซ้าย.
ทรงแต่งพระองค์เต็มยศทหารบก. มีนาย
ทหารราชองครักษ์นั่งหน้าในรถพระที่นั่ง ๒
คน. ในหลวงทรงยิ้มแย้ม, ทอดพระเนตร
ทั้งซ้ายทั้งขวา. ทรงเห็นพระภักตร์เปลี่ย
นไปเปลี่ยมา, เพื่อให้พลกนิกรของ
พระองค์ได้เฝ้าชมพระบารมีอย่างทั่วถึง
กัน. ตอนนั้นประทับบนพระที่นั่งพิมานเมฆ.
ภายหลังจึงเสด็จไปประทับพระที่นั่งอมพร
สถานซึ่งสร้างขึ้นใหม่.

ในคราวเสด็จกลับจากยุโรปครั้งที่สอง
นี้ ได้ช้างเผือกคู่พระบารมี ๑ เชือก. ยัง
เป็นช้างเด็กอายุเท่าไรไม่ทราบ, มีช้างแม่
มาด้วย. ไม่มีพระราชพิธีสมโภชช้าง
เผือก, พระราชทานชื่อว่า พระเสวตรอคม
วาร. ตั้งโรงพิธีสมโภชเป็นการฝ่ายหน้า.
โรงปลูกอยู่นอกประตูกำแพงวังสวนดุสิต
ผู้เขียนออกไปดูไม่ได้เลยเล่า ไม่ถนัดว่ามี
อะไรบ้าง. ได้แต่ตามส่งเสด็จที่ประตูฝ่าย
ใน. แล้วก็นั่งดูเจ้านายฝ่ายในเสด็จออกไป
ฝ่ายหน้า. เห็นเจ้านายแต่งพระองค์
งดงาม. ผู้เขียนเป็นเด็กชวานอก. ให้

รู้สึกคนเด่นเรื่องในวังในวังมากจนไม่ยอม
กลับบ้าน. โรงเรียนก็ขาดเรียน. คนโบราณ
ท่านนิยมส่งลูกหญิงไปศึกษาในวัง, ลูก
ชายไปศึกษาในวัด. ผู้เขียนกำลังสนุก
กับเรียนในวัง, การเรียนที่โรงเรียนนอก
พักเอาไว้ก่อน วันหลัง ไปเรียนใหม่ก็ได้.
โรงเรียนเวลานั้นไม่จำกัดอายุ นอกจาก
ใครเป็นนักเรียนโค้งก็อายุหน่อย. โอกาส
ที่จะเข้าเรียนในวังหายาก. คุณพ่อให้คน
มารับหลายครั้งก็ไม่ยอมกลับ.

ตั้งแต่เสด็จกลับมาคราวนั้นแล้ว
ในหลวงโปรดให้มีละครบ้าง, โขนบ้าง.
แต่งแฟนซีบ้าง มีการเล่นสนุก สนานไม่
เจียยเหงา. พระองค์จัดกิจกรรมเวลานั้น
ชั้นยาในราว ๕-๖ ปี, พระองค์มีพญูเล็ก
กว่า. แต่พระองค์ฉลาดเล็กที่สุด, ต้องมี
คนอุ้ม แต่งองค์เป็นชุดทหาร มหาคเล็ก.
พระองค์กลมพระพลเพียงซอคุณชมและคุณ
ศรีพรหมา. ภายหลังคุณศรีพรหมาได้
เป็นหม่อมของหม่อมเจ้าสิทธิพร. หม่อม
ศรีพรหมาเวลาเข้าเฝ้าตอนมีงานก็เข้าไปเฝ้า
ฝ่ายใน. แต่งตัวนุ่งผ้าโจงกระเบนสวม
เสื้อห่มแพรสพาย, แต่งตามแบบสมัย
นิยมขณะนั้น. พระราชโอรสองค์เล็กของ
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวคือ พระองค์

ชายอรุพงษ์รัชสมุโภช, พระชันษาในราว ๑๔-๑๕ ปี. พระรูปงามแต่ค่อนข้างจะ แขนง. ประสูติจากเจ้าจอมมารดาเลื่อน. เขาเล่าว่า คุณจอมมารดาเลื่อน เป็นคน พนักรงานอ่านหนังสือถวาย. ตามแบบเก่า, พระเจ้าแผ่นดินต้องมีคนอ่านหนังสือถวาย. ขางครวญอ่านจนบรรทมหลับไป. ต้องมี เหวผลัดเปลี่ยนกันอ่านถวาย. แต่คุณเลื่อน อ่านเก่งไปรศพิเศษ, เลยได้เป็นเจ้าจอม. มีตำหนักอยู่ติดกับสวนเสด็จ พระองค์ วรรณลักษณ์. ในหลวงโปรดพระราชโอรส องค์เล็กมากที่สุด, เพราะ ทรงทราบว่าต่อไปจะไม่มีพระโอรสอีกแล้ว. หมอได้กราบทูลไว้ดังนี้. พระองค์อรุพงษ์ ประทับอยู่บนพระที่นั่ง, ห้องบรรทมใกล้ ๆ กับห้องพระบรรทมในหลวง. มีพระสหาย คอยติดตาม เล่นกับ พระองค์มี หม่อมเจ้า ชายหลายองค์. แต่ผู้เขียนจำท่านทองต่อ ใต้องค์หนึ่งและนายคณิงเงาะป่ามหาดเล็ก คนโปรด. ในหลวงโปรดประทานให้เขียน มหาดเล็กพระองค์อรุพงษ์. นายคณิงต้อง แต่งตัวสัแดง, สีอื่นแต่งไม่ได้. ผมหยิก หยของแบบนิโกร, คำน้ำผมไม่เปียก, อายุ

ในราว ๑๒-๑๓. ในหลวงโปรดมาก, ทรงได้มาจากเมืองพัทลุงในคราวเสด็จ ประพาสภาคใต้. พระราชนิพนธ์เรื่อง เงาะป่าเกิดขึ้นจากการเสด็จประพาสคราว นั้น. นายคณิงเรียกพระองค์อรุพงษ์ว่า เสด็จ. เห็นจะเรียกตามบรรดาศักดิ์หม่อมเจ้า ชายเรียก. เขาเรียกในหลวงว่าคุณพ่อ, สมเด็จทบน (สมเด็จพระนางเจ้าพระบรม ราชินีนาถ) ว่าคุณแม่. เข้าใจว่าในหลวง ท่านคงสอนให้เรียกอย่างนั้น, เพราะท่าน รัชสังจะเอามาเป็นลูกคนอื่นคงไม่กล้าไป สอนเช่นนั้น. ทรงพระเมตตามากทำอะไร ไม่ถูกต้องก็ไม่ทรงถือ, กลับทรงพระสรวล ชอบพระทัย. สมเด็จทบนก็โปรด. เขาเรียก เจ้าชายพระเจ้าลูกเธอว่าพี่ทุกองค์. อย่าง เสด็จเขาก็เรียกพี่วรรณลักษณ์. เรียกสมเด็จ พระบรมว่าพี่โต. สมเด็จพระบรมทรงกริ้ว ไม่ให้เรียกท่านว่าพี่โต. ท่านไม่โปรดนาย คณิงเพราะเป็นคนหลัง, ไม่รู้สูงรู้ต่ำ. ไม่ ทรงโปรดเอาเลยที่เดียว. พอสิ้นรัชกาลที่ ๕ มีคนปรารภถึงตัวนายคณิงมาก, แต่ ในหลวงรัชกาล ๖ ก็เปลี่ยนมาทรงพระ-

เมตตาแก่นายคนึง. ในฐานะพระองค์เป็น
พระมหากษัตริย์ ย่อมจะทรงพระเมตตา
กรุณาแก่ราษฎรทั่วหน้า อีกประการหนึ่งคง
ทรงคิดถึงสมเด็จพระบรมชนกนาถด้วย.
ทรงโปรดและเป็นห่วงนายคนึงมาก. เมื่อ
เวลายังทรงพระชนม์ชีพอยู่ในหลวงองค์ -

ใหม่ได้โปรดพระราชทานเงินเดือนและให้
มียศเป็นมหาดเล็กหลวงชั้นเสวกตรี. ไม่
ต้องทำงานราชการ. มีเงินเดือนกินใช้
สนุกนตาบ.

เพทาย พงษ์เวชศาสตร์

สมาชิกโปรดทราบ

๑. ไม่ได้รับหนังสือโปรดแจ้งผู้จัดการ
๒. ย้ายอยู่ที่ เลื่อนยศ กรุณาแจ้งให้ผู้จัดการทราบ
๓. กรุณาชำระค่าบำรุง

ประวัติศาสตร์การแพทย์ไทย

ไข้หวัดใหญ่ในรัชสมัยรัชกาลที่ ๖

ไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดต่ออันตรายที่
น่ากลัวมาก, มักจะระบาดเป็นครั้งคราว
และกระจายไปไ้รวดเร็ว. เมื่อเร็ว ๆ นี้
ในประเทศไทยมีโรคนี้ระบาด และกระจาย
แพร่หลายไปทั่วประเทศ, แต่ไม่ร้ายแรง
มากนัก. การระบาดของโรคนี้มักจะติดต่อ
จากอีกคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่งโดยง่าย
และภูมิคุ้มกันของมนุษย์ชนิดถาวร ก็ยัง
ไม่มี, ซึ่งผิดกับโรคบางโรค. โรคไข้
หวัดใหญ่เป็นโรคที่ติดต่อทางอากาศ จึง
เป็นการยากต่อการที่จะกำจัดโรคนี้หรือ
ป้องกันไม่ให้ติดต่อ, เพราะฉะนั้นจึงเห็น
ว่าเมื่อโรคนี้ระบาดขึ้นแล้ว มักจะกระจาย
แพร่หลายไปทั่วโลก. การระบาดแต่ละ
ครั้ง จะทำให้ประชาชนเสียชีวิตไม่มากนัก
น้อย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนแก่และ
เด็ก. ยิ่งสมัยนี้เป็นสมัยที่การติดต่อ
คมนาคมสะดวกและรวดเร็วยังเป็นโอกาส
ที่ทำให้โรคนี้กระจายแพร่หลายไปโดย
รวดเร็ว. การระบาดของไข้หวัดใหญ่ที่ไ้
บันทึกไว้ในประวัติศาสตร์การแพทย์, ที่

ค้นพบไ้ นั้นในครั้งแรกปี พ.ศ. ๒๓๖๓
และต่อมาระบาดของอีกในปี พ.ศ. ๒๓๘๓
(Anderwes 1945) ทั้งสองครั้งนี้ก็มี
ประชาชนล้มตายเป็นอันมาก. ต่อมาใน
ประวัติศาสตร์การแพทย์ก็ไ้บันทึกไว้อีก
ว่า โรคนี้ระบาดอีกในปี พ.ศ. ๒๔๓๒ -
๒๔๓๓ ซึ่งทำให้ประชาชนทั่วโลกเสีย
ชีวิตมากเช่นเดียวกัน.

ในปี พ.ศ. ๒๔๖๑ เป็นปีในรัชกาล
ของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่
หัว ไข้หวัดใหญ่ได้ระบาดทั่วโลกอีกครั้ง
หนึ่ง. เชื้อไวรัสที่เป็นต้นเหตุทำให้เกิด
โรคไข้หวัดใหญ่นี้เป็นเชื้อชนิดที่ร้ายแรง
มาก ทำให้ประชาชนทั่วโลกต้องล้มตาย
ประมาณ ๑๕ - ๒๐ ล้านคน. โรคนี้มี
ระบาดอยู่ประมาณ ๒ ปีแล้วก็ไ้ค่อย ๆ
สงบลง. สาเหตุสำคัญที่ทำให้คนเสียชีวิต
นอกจากการระบาดของโรคปอด
ขวม (Forst 1919). ถึงแม้ไ้กล่าวมาแล้ว
ว่าเชื้อไวรัส ซึ่งเป็นต้นเหตุร้ายแรงมาก
การระบาดของครั้งนี้ประชาชนไม่ไ้เป็นเฉพาะ

คนแก่และเด็กเท่านั้น, คนหนุ่มสาวที่แข็งแรงก็เสียชีวิตเป็นอันมาก. ในกรุงเทพฯ มีผู้ใหญ่หลายคนเล่าว่ามีหลายครอบครัวเป็นกันทั้งบ้าน, บางครอบครัวก็จะเหลือผู้โสดคิไว่หนึ่งคนที่ไม่เป็นโรคนเลย. ระยะเวลาเป็นระยะที่สงครามโลกครั้งที่หนึ่งได้เลิกใหม่ ๆ. ทหารที่ไปราชการสงครามที่ยุโรป ก็กลับบ้านไ้ นำเชื้อโรค จาก ยุโรป มาแพร่หลายในประเทศของคุณ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมืองที่เป็นท่าเรือจะมีโรคนี้ระบาดอยู่มาก. มีเกาะบางเกาะที่อยู่ในมหาสมุทรแอตแลนติก ซึ่งเป็นเกาะที่ไม่ค่อยมีประชาชนไปมาหาสู่มากนัก, เช่น เกาะฮิลีน่า, ไม่มีผู้ช่วยเป็นโรคนเลย. ในประเทศอังกฤษ ต้องปิดโรงเรียน เพราะว่เด็กช่วยเป็นไข้หวัดกันมาก, ในประเทศออสเตรเลีย มีการสร้างโรงพยาบาลและกักกันผู้ที่สงสัยว่าจะป่วย เป็นโรคไข้หวัดใหญ่ หรือ ผู้ที่ เป็น แล้ว มีอาการ น้อย ๆ. พวกนี้จะถูกกักกันจนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าไม่เป็นโรคนจริง.

อัตราการตายของผู้ป่วยมีผู้เสียชีวิตในปีนั้นถึง ๕๕๐.๕ คน ต่อ ประชาชนแสนคน ซึ่งนับว่าเป็นการตายที่สูงมาก (Collins & Lehmann 1959).

ในสมัยเดียวกันนี้ ประเทศไทย เราก็มมีการระบาดของไข้ มีประชาชนล้มเจ็บมาก, เฉพาะในกรุงเทพฯ มีคนตายสูงสดถึงวันละ ๗๒ คน. ทางราชการลงกบตของสร้างสถานพยาบาลพิเศษ แจกยา ทั้งทางแผนปัจจุบันและแผนโบราณ. ในพระนคร — ธนบุรี มีประชาชนประมาณ ๕ แสนคน มีคนป่วยโรคนถึงครึ่งหนึ่ง. ทางราชการได้ออกหนังสือ เวียนให้ประชาชนรู้ว่า ถ้าใครเป็นโรคนให้ ไปรับการ รักษาพยาบาล อย่างเร็วที่สุด, เพื่อไม่ให้ โรคนกระจายแพร่หลายไปโดยเร็ว, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัดมีประชาชนต้องเสียชีวิตมากกว่าในพระนคร — ธนบุรี, ประชาชนของประเทศไทยในสมัยนั้น มีอยู่ ประมาณ ๘,๔๗๘,๕๖๖ คน. บ่วยเป็นโรคน ๒,๓๑๗,๖๖๓ คน เท่ากับ ๒๗.๓๒ % เสียชีวิต ๘๐,๒๖๓ คน เท่ากับ ๐.๙๔๖% ของ ประชาชน ทั้ง หมด หรือ ๓.๔๖๒ % ของผู้ช่วยทั้งหมด.

ไข้หวัดใหญ่ที่ ระบาดเข้ามาอยู่ในประเทศไทยครั้งนั้น เข้ามาทางภาคใต้ก่อน, เพราะตามรายงานบอกว่า นายพลโทสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ ฯ อุปราชมณฑล ปักษ์ใต้ได้โทรเลข ถึง เจ้าพระยา

สรสิทธิ์ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทยว่า วันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๖๑ ได้เกิดโรคอินฟลูเอนซ่าขึ้นที่จังหวัดปัตตานี และสงขลา. มีคนป่วยเป็นโรคนี้นานหลายทั้งข้าราชการ และราษฎร ที่จังหวัดปัตตานี. นักโทษในเรือนจำ ๒๕๐ คน ช่วยเป็นโรคนี้เสีย ๒๓๘ คน, และแพทย์ประจำจังหวัดก็ช่วยเสียหลายนาย. ทางจังหวัดสงขลาเวลานั้นข้าราชการตลอดจนตำรวจภรทก็ช่วยเสีย ๑๔๒ คน, และนักโทษในเรือนจำช่วย ๑๕๐ คน, รวมทั้งสิ้น ๒๘๒ คน, ตาย ๑ คน. เจ้าพระยาสุรสิทธิ์ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ได้นำความกราบบังคมทูล โดยมีหนังสือถึงมหาเสวกเอกพระเจ้าพญาเฮงฯ กรมหลวงปราจิณกิติยทิราชเลขาณการ, และยังได้ส่งยาและแพทย์จังหวัดนครปฐมและราชบุรีออกไปช่วยราชการที่มณฑลปัตตานีได้.

ในเวลาใกล้ ๆ กันโรคนี้กระชากขึ้นในกรุงเทพฯ และร้ายแรงมาก. ช่วงเวลา ๔ วัน, ผู้ช่วยก็ได้ทวีมากขึ้นทุกที. ในเขตอำเภอบ้านทวายเป็นมากกว่าอำเภออื่น ๆ. ในพระนครและธนบุรีทั้ง ๒๕ อำเภอ มีพลเมืองประมาณ ๕ แสนคนเศษและช่วยเป็นโรคนี้ประมาณ ๒ แสนคน. เจ้าพระยา

ยมราช เสนาบดี กระทรวง นครบาล ได้มีหนังสือกราบทูลพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. ได้ขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้กระทรวงการคลัง จ่ายเงินพิเศษช่วยเหลือในการระบาคโรคนี้ เป็นเงิน ๑ แสนบาทเพื่อทำการรักษา และป้องกันโรคนี้ไม่ให้ระชากมากขึ้น, และได้จ่ายยาให้แก่ประชาชนมี แอสไพริน และ คิวินิน. โดยตั้งที่จ่ายยาตาม สถานีตำรวจ และศาลาวัด. ส่วนประชาชนที่นิยมยาไทยก็จ่ายยาไทยแทน. เงินสำหรับใช้จ่ายในการรักษาใช้หวัคใหญ่ครั้งนี้ ได้ใช้เงินในงบ กอฬโรค ซึ่งเสนาบดีกระทรวงการคลังมหาสมยติฯ ได้ตั้งใช้ทุกปี, ถ้าปีไหนไม่มี กอฬโรค ระชาก ก็ตั้งงยเสีย. ฉะนั้นในการใช้จ่ายค่ารักษาใช้หวัคใหญ่ครั้งนี้จึงใช้งยนั้นแทน และได้เริ่มจ่ายยาตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๖๑. การ ระชาก ของใช้หวัคใหญ่ ครั้งนี้ ระชากร้ายแรงมากในเดือนตุลาคม. โรคนี้ได้ค่อยสงบลงบ้างในกลางเดือน พฤศจิกายน และได้สงบลงในเดือนมีนาคม. ในเดือนตุลาคม นั้น มี คน ตาย สง ใน เขต จังหวัดพระนคร - ธนบุรี คิววันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๖๑ มีผู้เสียชีวิต ๓๖ คน และ

มีผู้คนล้มตายมากจนตกที่ และวันที่มีผู้
ตายมากที่สุดคือวันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ.
๒๔๖๑ มีคนตาย ๖๕ คน.

การ แจก ยา น ทาง รัฐบาลได้แจกยา
อย่างเต็มที่ ประกอบทั้งมีประกาศของ
กระทรวงนครบาลให้ราษฎร ระวังรักษาตัว
และไปรักษาตาม สถานที่แจกถึง มีสำเนา
ดังต่อไปนี้ :

(สำเนา)

ประกาศกระทรวงนครบาล

เสนาบดี กระทรวงนครบาล รับพระ
บรมราชโองการ ให้เสนาบดีให้กรมออม
ประกาศแก่ทวยราษฎร ให้ทราบทั่วกัน

ด้วย ทรง ทราบ ว่า ลออง ชาติ พระ บาท
จาก รายงาน กระทรวงนครบาล ว่า เวลา
ประชาชนในพระมหานคร บ่อยด้วยไข้หวัด
อย่าง ที่ แพทย์ยุโรป เรียกว่า (อินฟลูเอน -
ซา) ถ้าอย่างไทย เรียกว่า ไข้หวัดใหญ่
ชุกชุม แลเป็นอันตรายเป็นชีวิตร์กมมาก
ทรงพระราชวิตก ถึงประชาชนที่ขาดความ
รู้จักรักษาในทางที่สมควร อยู่เป็นอันมาก
มีพระราชประสงค์ จะให้ราษฎร ได้รับ
ความช่วยเหลือ กำจัดความเจ็บ ตาม
สมควรทั่วกัน.

จึง ทรง พระ กรุณา โปรดเกล้า โปรด
กระหม่อม ให้เสนาบดี กระทรวง นครบาล
จัดเจ้าพนักงาน แพทย์ ออกไป ประจำ ตาม
สถานที่ที่ประชุมชน ใน ตำบล ที่จะ สะดวก
ในท้องที่ที่เกิดความไข้ สำหรับทำการ
ช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้ ที่ช่วยไข้ และ
ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้แจกยาให้
เป็นทานแก่ผู้ ที่ช่วยเจ็บ จนกว่าความไข้
จะสงบจะสงบเบาบางลง ตำบลที่แพทย์
ได้ออกไปประจำอยู่นั้นคือ ที่โรงพยาบาล
รัฐบาลทุกแห่งและที่อื่น ๆ เช่นตามสถานี
ตำรวจ พระนคร เป็นต้น ซึ่งได้ยกไว้ว่า
เป็นสถานที่แจกยา

เพราะฉะนั้น ถ้าผู้หนึ่งผู้ใดช่วยเจ็บมี
อาการไม่สบายลงเวลาใด ให้รีบไปชี้แจง
ขอความช่วยเหลือต่อ เจ้าพนักงานแพทย์
ที่ใกล้เคียง ตามที่บอกตำบล ที่ตั้งประจำ
ไว้แล้วนั้นโดยทันที เพื่อ แพทย์จะได้ตรวจ
จ่ายยาให้ตามควรแก่อาการ.

จาก คำกราบบัง คม ทูล ของ มหา
อำมาตย์เอกเจ้าพระยามรราช เสนาบดี
กระทรวงนครบาล เมื่อวันที่ ๑๖ ธันวาคม
พ.ศ. ๒๔๖๑ นั้นได้แจกยาตามสถานที่
ชุมนุมชนต่างๆ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน
พ.ศ. ๒๔๖๑ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน

พ.ศ. ๒๔๖๑ รวม ๒๕ อำเภอ ใน
พระนคร—ธนบุรี มีผู้มารักษา ๑๕,๕๕๖
ราย ยาฝรั่ง ๗,๗๐๕ ราย รวมทั้งสิ้น
๒๗,๓๐๑ ราย และใช้หัตถิใหญ่ค่อย
ส่งลงในเดือนธันวาคม ทางกระทรวง
นครบาลจึงได้ถอนแพทย์ตามที ชุมชน
ต่าง ๆ มาอยู่ตามโรงพยาบาลและคง
แยกยาเฉพาะตามโรงพยาบาลเท่านั้น.

ตามรายงานของ เสนาบดี กระทรวง
นครบาล กรายทูลพระบาทสมเด็จพระ-
มงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ว่าในเขตพระนคร—

ธนบุรี ทั้ง ๒๕ อำเภอ นั้น ตั้งแต่ ๑๘
ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๖๑ ถึง ๓๐ พฤศจิกายน
๒๔๖๑ มีคนตายด้วย ใช้หัตถิใหญ่
๑,๑๔๗ คน, หรือตาย ๐.๒๒ % ต่อ
พลเมือง ๕ แสนคนเศษ. นับว่าเป็นการ
เสียชีวิตอย่างสูงมาก. และตามหนังสือ
ของ เจ้าพระยา สวัสดิ์เสนาบดี กระทรวง
มหาดไทยได้กราบบังคมทูล มหาเสวก
เอกพระเจ้าพยาเชอ กรมหลวงปราจิณกิติ
ยัตราชเลขานการ ถึงใช้หัตถิใหญ่ระบาท
ท้าวพระราชอาณาจักรทั้ง ๑๗ มณฑลดังนี้:

พลเมืองทั้ง ๑๗ มณฑล ได้ช่วยเป็นใช้หัตถิใหญ่ทุกมณฑล

มณฑลพายัพ	มีประชากร ๘๐๕,๗๘๗ คน บ่วย ๑๘.๓๔ % ตาย ๑.๕๑ %
มณฑลมหาสารคาม	มีประชากร ๕๔๖,๕๔๔ คน บ่วย ๑๖.๔๐ % ตาย ๑.๐๘ %
มณฑลนครชัยศรี	มีประชากร ๓๔๓,๕๖๓ คน บ่วย ๓๗.๓๓ % ตาย ๐.๓๓ %
มณฑลราชบุรี	มีประชากร ๔๖๕,๐๘๐ คน บ่วย ๒๔.๓๐ % ตาย ๐.๔๕ %
มณฑลนครศรีธรรมราช	มีประชากร ๕๒๕,๓๕๔ คน บ่วย ๒๓.๘๗ % ตาย ๐.๘๒ %
มณฑลนครราชสีมา	มีประชากร ๕๕๐,๖๑๒ คน บ่วย ๒๕.๗๒ % ตาย ๐.๕๕ %
มณฑลนครสวรรค์	มีประชากร ๓๕๕,๕๗๘ คน บ่วย ๒๘.๖๒ % ตาย ๐.๖๘ %
มณฑลปราจีนบุรี	มีประชากร ๔๐๑,๕๗๒ คน บ่วย ๔๒.๓๐ % ตาย ๐.๕๒ %
มณฑลพิษณุโลก	มีประชากร ๓๕๕,๗๒๓ คน บ่วย ๑๖.๗๕ % ตาย ๐.๕๔ %
มณฑลปัตตานี	มีประชากร ๓๐๒,๘๗๐ คน บ่วย ๓๗.๕๓ % ตาย ๑.๑๕ %
มณฑลสุราษฎร์	มีประชากร ๑๘๕,๑๐๖ คน บ่วย ๓๔.๕๒ % ตาย ๑.๑๓ %

มณฑลอยุธยา	มีประชากร ๖๘๑,๕๓๓ คน บัวย ๓๗.๘๑ % ทาย ๐.๕๐ %
มณฑลจันทบุรี	มีประชากร ๑๔๕,๓๗๗ คน บัวย ๒๓.๕๑ % ทาย ๐.๗๒ %
มณฑลภูเก็ต	มีประชากร ๒๔๔,๕๑๕ คน บัวย ๑๕.๓๑ % ทาย ๐.๘๐ %
มณฑลร้อยเอ็ด	มีประชากร ๖๕๐,๕๒๓ คน บัวย ๒๒.๘๔ % ทาย ๑.๔๔ %
มณฑลอยุธยา	มีประชากร ๕๗๐,๗๑๕ คน บัวย ๓๗.๓๐ % ทาย ๑.๑๗ %
มณฑลอุดร	มีประชากร ๘๑๘,๔๗๐ คน บัวย ๒๒.๓๐ % ทาย ๑.๐๖ %

จาก สถิติ จะเห็น ว่ามณฑลปราจีนบุรี เป็นมณฑลที่มีประชาชนบัวยสูงสุด, แต่ มณฑลพายัพ เป็นมณฑลที่มีประชากร ของมณฑลนั้นเสียชีวิตมากที่สุด. ถ้าคิด ถึงการบัวยครั้งนแล้ว ประชาชนของ ประเทศไทย, นอกจากมณฑลกรุงเทพฯมี ประมาณ ๘,๔๗๘,๕๖๖ คน, มีบัวย ทั่วโรคไข้หวัดใหญ่ มี ๒๗.๓๓ %, เสีย ชีวิต ๐.๕๔๕ %, ประเทศไทยได้เสียชีวิต ๘๐,๒๖๓ คน. เฉพาะ ในกรุงเทพฯ และ ชนบุรี มีพลเมืองประ-

มาณ ๕ แสนคนเศษ มีคนตายด้วยไข้หวัดใหญ่ ๐.๒๒ % หรือ ๑.๑๔๗ คน.

เอกสาร

1. Andrewes, C.H. (1954) W.H.O. Monograph series No. 20.
2. Collins, S.D. and Lehmann, J. (1953) Excess deaths from chronic disease during influenza epidemics, Washington D.C. (Federal Security Agency, Public Health Services, Public Health Monograph No. 10).
3. Trost, W.H. (1919). Publ. Health. Rep., Wash. 34,1823.
4. เอกสารจากกองจดหมายเทศกรมศิลปากร.

สำราญ วัศพาศ์

CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE*

Edited by Vikit Viranuvatti, M.D., M.P.H. (Trop. Med.)
and Phisit Chirawongse, M.B.

Case 8—1966

Presentation of Case

Dr. Chiamchit Damrongsak** A single Thai male, aged 20 years, was admitted into the Medical Service with the chief complaint of abdominal swelling for 2 months. The onset began with weakness and anorexia, and the patient was admitted into a provincial hospital. Ascites was detected and paracentesis was performed. Various medications were given without benefit. The patient was then brought to the Siriraj Hospital. At the Out-patient Department the case was diagnosed as liver cirrhosis with marked ascites. Paracentesis was performed and diuretics were given. Six days later he was brought back in semicomatose state. Past history disclosed neither jaundice nor alcoholism. Detailed history could not be obtained owing to the patient's condition.

Physical examination on admission: T 37.1°C., P 112/min., R. 20/min., B.P. 150/100 mm. Hg., R.A.; left arm B.P. could not be taken. The patient was thin with marked ascites and pitting edema of both legs. There was an infected wound due to abdominal

tapping in the right side of abdomen. The patient was in semicomatose state with flapping tremor of both hands. Abdomen was markedly enlarged due to ascites; liver and spleen were not palpable. The apex beat was in the third left intercostal space in the M.C.L. There was no murmur. Other systems were not relevant.

Laboratory findings: Hgb. 7.6 gm. per cent, r.b.c. 1.03 mil., w.b.c. 22,350 /c.mm P. 77 per cent, L. 21 per cent, M. 2 per cent. Urine was normal. Stool was positive for occult blood. Blood chemistry showed serum albumin 2.7 gm. per-cent, globulin 4.5 gm. per-cent, N.P.N. 33.5 mg. per-cent, creatinine 1.1 mg. per-cent, BUN 10.5 mg. per-cent, cholesterol 118 mg. per-cent, sodium 129 mEq./lit., K 3.3 mEq./lit., chloride 84 mEq./lit., CO₂cp. 33.5 mEq./lit., sugar 135 mg. per-cent, alk. phos. 3.94 B.U., C.C.F. 3+, T.T. 4.0 units, ZnT 19.5 units, iodine test 4+, bilirubin 1 min. 1.65 mg. per-cent and total 3.30.

Progress: During 3 weeks of hospitalization the patient was treated vigorously with supportive measures such as intravenous infusion, diuretics,

* Under participation of the Dept. of Internal Medicine (Head: Prof. Dr. Chitt Tuchinda) and the Dept. of Pathology (Head: Prof. Dr. Pradit Tansurat).

** Instructor, Div. of Gastroenterology, Dept. of Int. Med.

vitamins, plasma and electrolyte supplementation. Abdominal tapping was done twice, each tapping yielding 2,000 ml. of straw coloured fluid. There was rapid reaccumulation of fluid despite additional diuretic administration. The general condition of the patient gradually deteriorated. He later became comatose and expired 3 weeks after admission.

Clinical Discussion

Prof. Dr. Vikit Viranuvatti:* Unfortunately we have no x-ray and have limited laboratory data since the patient was in critical condition all the time. It also happened that the blood pressure in one arm could not be measured; so I would like to call upon Dr. Wongthongsri to make comments about this finding.

Dr. Woravit Wongthongsri** It is recorded that at the time of admission the blood pressure in the right arm was 150/100 mm. Hg. and in the left arm was zero; I would like to know whether the blood pressure in the leg was measured, and whether there was a history of trauma?

Dr. Damrongsak: The patient was so edematous and had so marked ascites that he could not lie face-down to have the blood pressure of the legs taken.

There was no history of injury to the left arm.

Dr. Wongthongsri: Without information as to the blood pressure in the legs, I think that "Mid-aortic syndrome" was the most likely possibility. This syndrome is commonly found in this age period and the most common findings are inequality of arm blood pressures, lower leg pressure than arm pressure, and femoral pulses may be unequal on the two sides. However, definite diagnosis cannot be given in this case because of the short and incomplete history and insufficient findings.

Dr. Sunthorn Tandhanand*** With reference to zero blood pressure in the left arm we have reported one very similar case (Siriraj Hosp. Gaz. 1955, 7:449); there might be stenosis at the level of bifurcation of the subclavian artery and the aortic arch, or stenosis near the bifurcation, or there might be coarctation of the aorta compressing the brachial artery and causing narrowing of the lumen. Coarctation of the abdominal aorta will lower blood pressure in the legs. The case we reported was due to syphilis of the aorta.

* Prof. and Chief of Gastroenterol. Div., Dept. of Int. Med.

** Instructor, Div. of Cardio-vascular Dis., Dept. of Int. Med.

*** Assoc. Prof. and Chief of Endocrinol. & Metab. Div., Dept. of Int. Med.

Prof. Viranuvatti: The reason I brought this point up, is that it is a peculiar finding. Personally I think it may be due to venesection. There are reports in the literature that the inequality of blood pressure in the arms may be due also to congenital narrowing of the lumen of left subclavian artery, aortic arch aneurysm, non-specific aortitis or Takayasu disease (Pulseless disease), atherosclerosis and also in one condition called "Dysphagia lusoria" in which there is aberrant right subclavian artery arising from left aortic arch passing through the back of the oesophagus in front of the vertebral column.

Dr. Damrongsak: The only history we got is that after having edema for 2 months, the patient came in with symptoms and signs of pre-hepatic coma. Laboratory examination showed lowered serum albumin with high gamma globulin and positive sero-flocculation tests, slight elevation of bilirubin and positive occult blood in the stool. These findings should fit in with liver cirrhosis as seen in our country, with ruptured oesophageal varices, although the patient did not have haematemesis. The etiologic cause in a man 20 years of age who had no history of alcoholism and nutritional deficiency, might begin with anicteric hepatitis which later develops into persistent subclinical

hepatitis, and finally ends up in full-blown cirrhosis. Another possibility is constrictive pericarditis accompanied by cardiac cirrhosis; but the pulse pressure was not small and heart sounds were clearly audible. Also apical impulse was easily visible, and there were no signs of congestive heart failure; The latter etiology is therefore unlikely.

Dr. Ukrist Plengvanit:* This patient was only 20 years old and the very short history of 2 months reflects the rapid progress of the morbidity. There must have been some factors causing such a rapid hepatic failure. Similar precipitous course has been observed in some of our patients with onset similar to acute viral hepatitis, who later developed deep jaundice, ascites and hepatic failure, coma and death. Some cases developed such symptoms after portocaval shunt. I believe that this patient had hepatic failure, which brought about coma and death. The history mentioned abdominal paracentesis followed by semiconsciousness. With reference to blood pressure in cirrhosis, it is rare to find hypertension associated with hepatic decompensation; the pressure is usually normal or hypotensive.

Another possibility is that the patient might have suffered from some condition causing acute or subacute hepatic failure, such as pericardial lesion as Dr. Damrongsak mentioned;

* Assist. Prof., Div. of Gastroenterol., Dept. of Int. Med,

There was, however, no record of neck vein engorgement. Also, there was obstruction of the inferior vena cava, there should have been bilateral leg swelling.

In my opinion the most probable etiologic cause in this case is portal obstruction leading to portal hypertension coming on top of pre-existing liver disease; but we have yet to find the cause of the rapid liver failure.

Other possibilities are obstruction of inferior vena cava at hepatic vein entrance, including hepatic vein occlusion or Budd-Chairi syndrome; and constrictive pericarditis. In these conditions, however, there would be early ascites, and deterioration would be rapid right from the onset; but in this case the deterioration appeared to start rather late in the course of the disease.

Obstruction of the thoracic duct and peritoneal irritation can be ruled out. I should like to ask Dr. Wongthongsri whether there is anything in this case that would suggest mid-aortic syndrome.

Dr. Wongthongsri: I think there is the least possibility. Mid-aortic syndrome produces predominantly left-sided cardiac failure and rarely portal hypertension, stenosis of inferior vena cava, thoracic duct obstruction or peritoneal irritation. Long standing mid-aortic syndrome causes left ven-

tricular hypertrophy and left-sided failure, not right-sided.

Dr. Tandhanand: Prof. Viranuvatti suggested venesection as the cause of pulselessness of the left arm. Why did the patient had no gangrene, if it were so?

Pathological Description

Dr. Tinrat Stitnimankarn:* In this case constrictive pericarditis was mentioned in the clinical differential diagnosis, but at autopsy there was no cardiac nor pericardial disease whatsoever. As to pulselessness, there was no vascular abnormality.

There were about 3,000 ml. of rather turbid ascitic fluid, presumably from infection from previous paracenteses. Lungs were normal in appearance, weighing only 1,300 gms. Cirrhosis of liver can be excluded. The spleen was congested, and weighed only 120 gms. Cut surface of liver showed nut-meg appearance similar to that found in congestive heart failure, but there was no heart failure in this case. The inferior vena cava close to the liver showed 2 or 3 openings of hepatic veins, in which the probe could not be inserted. The remaining parts of the inferior vena cava disclosed a thrombus which partially occluded the vein and extended into the openings of the hepatic

* Assoc. Prof., Dept. of Pathology.

tributaries. Microscopic sections showed passive congestion of the liver, central necrosis and hepatic fibrosis. The wall of the hepatic vein was thickened but not inflamed. The lumen was filled with thrombus, the age of which appeared compatible with the 3 month's duration of the patient's illness. There was central necrosis with functioning liver cells remaining around portal areas.

The bone marrow was hyperplastic. The intestine contained dark coloured content suggestive of old haemorrhage; but no site of bleeding was found.

In summary, this patient died of hepatic coma secondary to hepatic vein thrombosis; the obstruction was complete with extension into the inferior vena cava. There was a minimal proportion of functioning liver cells remaining; that should explain the coma in this case. The exact etiology might be primary or idiopathic thrombosis.

Final Remarks

Prof. Viranuvatti: Hepatic vein thrombosis is rarely encountered in this country. The first report was presented at the C.P.C. here several years ago by us and Prof. Dr. Sangad Karnchanakunchorn in a case of amoebic liver abscess with rapidly developing ascites; there was a big amoebic thrombus filling the lumen of the hepatic vein. The second instance was found in a case of primary carcinoma

of the liver with malignant thrombus obstructing the lumen of hepatic vein causing rapidly accumulating ascites. This case was peculiar, as massive necrosis of the liver developed around the vein, such as seen in congestive liver, producing rapidly progressing liver failure. I would like to ask the pathologist whether he looked for lesion in the brachial artery.

Dr. Stitnimankarn: There was no mentioning in the autopsy request from the clinician. Several details were omitted such as zero blood pressure level, therefore the pathologist did not pay particular attention at the time of autopsy.

Dr. Damrongsak: Could the thrombus formation be due to hypercoagulability state?

Prof. Viranuvatti: The hypercoagulability state is a very interesting subject and may well be present in this case. It is commonly found in carcinoma of pancreas with frequent association with thrombus formation. In this case there was no ulcerative lesion in the gut wall which may cause infective thrombus. However we cannot study the hypercoagulability state at present in our hospital.

The diagnosis of Budd-Chaéri syndrome is rather difficult clinically. The possibility must be kept in mind in any case of rapidly developing ascites as one seen in experimental

ligation of hepatic vein in the dogs. The ante-mortem diagnosis can be achieved by:

1) Splenoportography demonstrates patent portal vein, splenic veins and their tributaries (normal inflow tract).

2) Hepatic vein catheterization shows inability to pass the catheter into the hepatic vein. Injection of dye

in the inferior vena cava fails to visualize hepatic vein because of the formed thrombus.

3) Venous pressure is high in portal vein, splenic vein and low in hepatic vein or inferior vena cava adjacent to hepatic vein opening.

Liver biopsy may show only passive congestion, but, it is contraindicated as bleeding may ensue.

สมาชิกโปรดทราบ

๑. ไม่ได้รับหนังสือไปรษณีย์ผู้จัดการ
๒. ข่ายทอชย์ เลื่อนยศ กรุณาแจ้งให้ผู้จัดการทราบ
๓. กรุณาชำระค่าบำรุง

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๑๐

๑. จำนวน									รวม
ผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๔,๓๕๔	๒,๐๖๓	๒,๑๒๕	๒,๑๕๖	๒,๖๐๖	๗๓๓	๔๖๕	๑๔,๕๔๖
	เก่า	๘,๔๓๕	๓,๔๒๗	๖,๓๖๐	๓,๒๒๒	๕,๒๑๗	๑,๔๘๔	๑,๐๐๗	๒๕,๑๕๖
	รวม	๑๒,๗๘๙	๕,๔๙๐	๘,๔๘๕	๕,๓๗๘	๗,๘๒๓	๒,๒๑๗	๑,๔๗๒	๔๙,๗๐๒
ใน		๒๒๘	๔๕๕	๑,๘๑๑	๒๗๘	๓๕๕	—	๔๕	๓,๒๑๑

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๒๕, จักษุ ๕๕๖, สูติ—นรีฯ ๖๕๖, ออร์โธ —. รวม ๑,๕๑๗ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๗๐๘, หญิง ๖๖๕, รวม ๑,๓๗๓. คลอดตาย, ชาย ๑๕, หญิง ๑๐, รวม ๒๕.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๐ คน (๖.๕๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๒๕ ราย (๑๑.๕๐ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๖๕๗ ครั้ง, มหันตโทษ ๑๕๘ ครั้ง, สหุโทษ ๑๖๗ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๓๓ ขวด, จากญาติ ๖๔ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑,๒๑๕. ทำ กรอสแมตซิงก์ ๒,๐๗๘, จำนวนเลือดที่ใช้ ๑,๓๖๔, พลาสมา ๓๕, เกิดเลือด ๓๑.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๘๘๖ คน. รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. รักษาเดิมรักษา ๓๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๖๒ คน. วัตถุไอไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๕๕ คน, วัตถุไอไอโซโทปวิจัย — รวมรักษาใหม่เก่า ๕๐๖ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๕๓ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๖๗๕ คน.

๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๕๘๒ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๕ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๕๐๔ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๗๒๔ ชิ้น (จากภายนอก ๖๖๐ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๖๖ ราย. การตรวจเชรุ่มวัชโรค ๑๑๕ ราย. การตรวจวัชโรค วี.ดี.อาร์. แอล. ๓,๒๒๐ ราย. การตรวจวัชโรคพอลิบันเนล ๕. หมู่เลือด ๕. นับเม็ดเลือด —. วัตถุโมโกลบิน —. ตรวจปัสสาวะ ๑๕๓ ราย. ตรวจอุจจาระ ๑๔๗ ราย. การตรวจวัชโรคัมป์ ๕ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๑๔๔. การตรวจวัชโรค อาร์.เอ. ๕๕. การตรวจวัชโรค อาร์.เอช. —. การตรวจวัชโรค เอ.บี.ไอ. —. เพาะเชื้อบิด ๘. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด ๓๔. การตรวจหาแอนติบอดีของซีพีฟลิส ๒๖ ราย. การตรวจวัชโรค ที.เอ. — ราย.

๘. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๔๒๘. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๑๑. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๒๔๕. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๗๒๒. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๔๔. เพาะเชื้อวัณโรค ๑๑๒. ฉีดสัตว์ทดลอง ๖. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๑๐๑. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๕. เพาะเชื้อรา ๕๖.
๑๐. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๓๒ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๖๕ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๘๕ ราย. ตรวจผู้ช่วยคดี ๔๕๓ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๑ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ — ราย. ไปศาล ๕ ครั้ง. ศูนย์ร่วมข่าวเกิดพิษ — ราย, รับข่าว ๕, แจ้งข่าว —.
๑๑. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๘. เจาะน้ำสันหลัง ๒๑. เจาะคับ ๒. เจาะน้ำช่องปอด ๕. เจาะเลือด ๓๘๑. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๕. ฉีดผิวหนัง ๒๕. ฉีดยาทั่วไป ๒,๓๓๕. ให้น้ำเกลือ ๒๓๘. ให้เลือด ๑๒๓. เบาหวาน ๓,๒๐๓. คลินิกวัณโรค ๑๐๗.
๑๒. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๑๔. ถอนฟัน ๑,๓๒๐. อุดฟัน ๖๖๔. ผ่าตัดช่องปาก ๓๕. ชะแผล ๕๑. ฉีดยา ๒๕. *

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

เกียรติ

ทรงพระมหากรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยาแก่ข้าราชการในคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาลดังต่อไปนี้:

๑. ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม ไชยระถุญณะ หัวหน้าแผนกคัลยศาสตร์.

๒. ศาสตราจารย์ น.พ. วิจิตร วรรณวิทย์ แผนกอายุรศาสตร์.

ขอแสดงความยินดีด้วย.

ไปประชุมต่างประเทศ

ศจ. น.พ. พร. วราเวชช์ หัวหน้าแผนกจักษุฯ ได้รับเชิญและได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมประชุม The American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology ณ เมืองชิคาโก, สหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ ๒๕ ตุลาคม ถึง ๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๑๐.

ภายหลังการประชุม ศจ. น.พ. พร. วราเวชช์ ได้รับอนุมัติให้ทำงานในมหา-

วิทยาลัยต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา อีก
ประมาณ ๑ เดือน.

ศจ. น.พ. พร วรเวชช์ ใ้้ออกเดินทาง
ในวันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๐.

แต่งตั้งศาสตราจารย์อุปการคุณ

สภามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ลงมติ
อนุมัติแต่งตั้ง ศจ. น.พ. อำนวย เสมรสติ
อดีตหัวหน้าแผนกรังสีวิทยา, ดำรง
ตำแหน่งศาสตราจารย์อุปการคุณในแผนก
รังสีวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ และ
ศิริราชพยาบาล. ตั้งแต่วันที่ ๑๕
ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๐ เป็นต้นไป. ขอแสดงความ
ยินดีที่ด้วยอย่างมาก.

กลุ่มอาสาสมัครมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

กลุ่มอาสาสมัครมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
ซึ่งทำนอกรับบริจาคมอบหมายให้รองอธิการ
บดี ศจ. น.พ. อวย เกตุสิงห์ จัดการให้
นักศึกษาคณะต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัย
จัดตั้งขึ้น, เพื่อยำเ้ญ้สาธารณประโยชน์
โดยการช่วยเหลือประชาชนด้วยวิธีต่าง ๆ
นั้น, ใ้เริ่มกิจกรรมโดยการเรียเงิน
และรวบรวมเสื้อผ้าที่ใส่แล้ว เพื่อแจกจ่าย

แก่ผู้ประสบอัคคีภัย ที่เกิดขึ้นที่ตำบล
วังหลัง ช่าง ร.พ. ศิริราชเมื่อวันที่ ๘
ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๐. รวบรวมเงินใ้
ทั้งสิ้น ๘๑๐.๕๐ บาท และเสื้อผ้า ๖๖๖
ชิ้น. เงินใ้้นำมออบแก่ที่านผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล เพื่อแจกจ่ายแก่คนงานของ
โรงพยาบาลที่ตกไฟไหม้. ส่วนเสื้อผ้าใ้
สมทบกับองค์การปอ่เต็กตั้งใ้ช่วยแจกต่อ
ไป.

ขออุนโมทนาในส่วนกุศลทั้งนี้อย่างมาก.

อดีตอาจารย์ถึงแก่กรรม

ใ้รับข่าวใ้ที่เซอถอว่า Dr. Perkins
อดีตอาจารย์ของ คณะ แพทยศาสตร์ และ
ศิริราชพยาบาลที่ทางมูลนิธิร็อกคิเฟลเลอร์
ส่งมาช่วยปรึษาปรังการสอน และดำรง
ตำแหน่งหัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ ตลอด
เวลาที่ทำการอยู่ที่ ร.พ. ศิริราช ใ้ถึง
แก่กรรมแล้วเมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม พ.ศ.
๒๕๑๐ ณ บ้านพักในมลรัฐฟิลาเดลเฟีย
สหรัฐอเมริกา. ใ้ขอเรียนมาเพื่อทราบ
โดยทั่วกัน.

ของแถม

ติและกลืน ในการวินิจฉัยการถูกพิษ อี ๖๐๕

การวินิจฉัยการถูกพิษ อี ๖๐๕ ในการฆ่าตัวตายซึ่งพบบ่อยนั้นทำได้ไม่ยาก, เพราะสีและกลิ่นของขุมลักษณะพิเศษเฉพาะตัว. แต่ในกรณีที่มีการวางยาพิษเกิดขึ้น, จำนวนยาข่มน้อย, เพราะถ้าหากใส่ลงในอาหารหรือเครื่องดื่มเป็นจำนวนมาก, คนย่อมสังเกตได้ง่าย. ในกรณีเช่นนี้สีและกลิ่นที่พบในกระเพาะอาหารจากศพจะเชื่อถือได้เพียงไรนั้น, ผู้รายงานได้ทดลองผสมข้าวต้มขมขุ่นเนื้อ ๑๑ งาน, ใส่ยา อี ๖๐๕ ลงไปในความเข้มข้นต่าง ๆ กัน, มากที่สุด ๒ ปร., น้อยที่สุด ๐.๐๐๐๒ ปร., และมีงานหนึ่งไม่ได้ใส่. ให้คน ๑๑ คนตรวจอาหารนั้นทุกงานและให้บอกว่าเห็นสีน้ำเงินของ อี ๖๐๕ และได้กลิ่นของมันหรือไม่. ก่อนทดลองให้นำ อี ๖๐๕ มาให้ทุกคนคนละคนก่อน. ปรากฏผลว่ามี ๓ คนบอกว่าเห็นสีในงานที่ไม่มี อี ๖๐๕. ในอาหารที่มี อี ๖๐๕ ตั้งแต่ ๐.๒ ปร. ลงไป, มีผู้ที่ไม่อาจสังเกตเห็นสีได้แล้วยังคงได้กลิ่นอยู่; แต่ตั้งแต่ ๐.๐๕ ปร. ลงไป, เริ่มมีผู้ไม่ได้กลิ่น. มีอยู่หนึ่งคนได้กลิ่นแม้ในงานที่ไม่มี อี ๖๐๕. ส่วนอีกคนหนึ่งบอกว่าคล้ายจะได้กลิ่น (ไม่แน่ใจ). การทดลองนี้แสดงว่าการวินิจฉัยจากกลิ่นและสีของ อี ๖๐๕ ไม่แน่นอน. ในการตรวจศพในรายที่เหตุตายไม่ชัดเจน, ควรส่งของเหลวจากกระเพาะไปตรวจทางพิษวิทยาอีกชั้นหนึ่ง.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.