



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๙ กันยายน ๒๕๓๘ | Volume 7, Number 9, September 1955

ลินไมทรัลตีบ
รักษาด้วยการกรีดลิน

รายงานผู้ช่วยส่วย

รจิต บุรี
M.D., D.T.M. & H.
(แผนกอายุรศาสตร์)

และ

กษาน จาติกวณิช
M.R.C.S., L.R.C.P., D.T.M., F.A.C.S.
(แผนกศัลยศาสตร์)

เรื่องอายุรแพทย์

ในระยะไม่กี่ปีมานี้ ศัลยกรรมทรวงอก ได้ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว. การผ่าตัดเกี่ยวกับหัวใจที่นำสรรเสริญ คือ การกรีดลินไมทรัล (mitral valvotomy). การผ่าตัดนี้ได้ให้ความหวังแก่ผู้ช่วยด้วยโรคหัวใจลินไมทรัลตีบ. Sir Henry Souttar ควรได้รัเกียรติในเรื่องนี้ เพราะถึงแม้จะไม่ใช่คนแรก, แต่ก็ได้ทำการ

กรีดลินไมทรัลสำเร็จเมื่อ ค.ศ. ๑๙๒๕ (Glennner) (1). ต่อจากนั้น เรืองนิกทายเจียบไปประมาณ ๒๕ ปี. เพิ่งจะกลับมาสุนใจกันอีกเมื่อเร็ว ๆ นี้ ทั้งในอเมริกาและอังกฤษ, คือนำโดย Glover, Oneil และ Bailey (2), Haarken และพวก (3) ในอเมริกา, Brook และพวก (4) ในอังกฤษ.

การรักษาผู้ช่วยโรคลินไมทรัลตีบโดย

วิธีกวีตเป็นต้นนิยมเพราะให้ผลทันที. ฉะนั้นผู้ที่เขียนโรคนี้ว่าลองเสียงผ่าคัก. แต่ก่อนนี้เข้าใจกันว่าอาการห่อนสมรรถภาพของหัวใจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายโดยการรวมวิธีกวีตของโรครมาติก (Sir Thomas Lewis) (5). แต่ในสมัยนี้พบว่าหัวใจหลอดเลือดมีความสำคัญกว่า, โดยเฉพาะวงจรไหลเวียนเลือดของปอด. ถ้าเส้นไมตรีลตีกับแคบลง ๕๐-๖๐ ปร. ความกดกันในห้องเอเวอริอัมซ้ายย่อมต้องเพิ่มขึ้นเพื่อมีกำลังแรงพอที่จะดันให้เลือดผ่านช่องที่ตีกับแคบของไมตรีลไปได้. ความกดกันในห้องนี้ย่อมสะท้อนกลับไปถึงปอดด้วย, ทำให้เกิดความดันเลือดในปอดสูง. ถ้าวิธีกวีตนี้ก้าวหน้าไป, แม้จำนวนเลือดที่หัวใจบีบออกไปครั้งหนึ่ง ๆ จะไม่เพิ่มขึ้น, ในไม่ช้าหลอดเลือดในปอดก็จะมีอาการเปลี่ยนแปลง, คือแข็ง (สเคเลโรซิส), ยังผลให้เส้นทริเคลสวาต้องมีการมากขึ้น, และในที่สุดทำงานไม่ไหว. ผู้ป่วยก็จะมีอาการหัวใจชุกขาดล้ม. การกรีกัดเส้นไมตรีลที่ตีกับเพื่อทำให้ช่องกว้างขึ้นจึงเป็นการแก้เหตุต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว. แต่ทั้งนี้ของไม่ทำให้ช่องไมตรีลกว้างเกินไปจนหลอดเลือดรั่วกลับได้.

ผู้ช่วยที่สมควรจะบำบัดโดยการกรีกัดเส้นไมตรีลต้องมีมูลฐาน ๓ อย่าง, คือ:

ก. เส้นไมตรีลตีกับมาก. มีลักษณะภายในวิภาคเหมาะที่จะผ่าคัก.

ข. ผู้ป่วยได้รับการทราบจากเหตุอื่น, เช่นเห็นอหอย, ไม่สามารถประกอบอาชีพได้.

ค. อาการทั้งหมดเกิดจากการอุดตันของช่องไมตรีล, มิได้เกิดจากเหตุอื่น, เช่นความพิการของเส้นอื่นหรือกล้ามเนื้อหัวใจ, หรือเหตุอื่นนอกหัวใจ.

การที่จะวินิจฉัยว่าไมตรีลตีกับแคบนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ทำได้ไม่ยากนัก. แต่ถ้ามีไมตรีลรั่วกลับป่นอยู่ด้วยเป็นของยาก, และบางครั้งาก็ไม่สามารถบอกได้ว่าอย่างไรสำคัญกว่ากัน.

การวินิจฉัยไมตรีลตีกับต้องอาศัยหลักต่อไปนี้, คือ:

ก. ประวัติ. ที่สำคัญคือการเห็นอหอย, อาจหอบรุนแรงเป็นพัก ๆ. ปอดขวม, หรือไอเป็นเลือด.

ข. การตรวจร่างกาย. มีไตอสโตลิคเมอร์เมอร์ที่ขอกหัวใจ (เอเพ็กส์). เสียงที่หนึ่งมีลักษณะสะบัก (slapping). ถ้าไม่มีลักษณะนี้แสดงว่าเส้นไมตรีลแข็ง

หรือว่า. เสียงที่สองที่พลโมนารีย์กึ่งเกิน
ธรรมชาติพบในรายที่มีความคั่นในปอดสง.
แต่ถ้าเสียงที่สองที่พลโมนารีย์ไม่กึ่งก็ไม่
ได้หมายความว่าไม่มีความพิการของเส้น
ไมทรัล.

ก. หัวใจซีกขวาพองโต. ทั้งนี้โดย
ไม่มีโรคของปอดหรือไทรคัสซิก. การ
ตรวจทางรังสีและ อ.ซี.จี. จะช่วยในการ
วินิจฉัย.

ถ้ามีซีสโตลิคเมอร์เมอร์ที่กึ่งพอควร,
พร้อมทั้งมีผนังอกสะเทือน (อริลล์) หรือ
ไม่มีก็ได้, ควรสงสัยว่ามีการร่วกลับร่วม
อยู่ด้วย. เว้นแต่เกิดซ้ายโตซึ่งแสดงใน
อ.ซี.จี., ซัพพรแรง, ออริเคิลซ้ายโต
มาก, เหล่านี้แสดงว่ามีการร่วกลับมาก
กว่า. การสวนหัวใจไม่ช่วยอะไรมากนัก
(Schnabel)⁽⁷⁾, นอกจากนี้จะใช้ฉีกวัตถุ
ทึบรังสี (opaque media) ช่วยด้วย
(Bijelow)⁽⁸⁾.

Brook และพวกได้จำแนกไมทรัลคัย
ออกเป็น ๕ ชนิด, คือ:

อันดับ ๐. ผู้ป่วยสามารถทำงานได้
เช่นคนธรรมดา.

อันดับ ๑. หย่อนสมรรถภาพเพียง
เล็กน้อย. มีอาการเหนื่อยง่ายถ้าทำงาน

หนัก.

อันดับ ๒. มีอาการเหนื่อยหอบถ้าออก
กำลังปานกลาง.

อันดับ ๓. ทำได้ทำงานเบาๆ เท่านั้น.

อันดับ ๔. ทำงานไม่ไหวเลย.

Zinsser แบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๓ พวก:

พวกที่ ๑. มีอาการเพียงเล็กน้อย.

พวกที่ ๒. มีอาการเนื่อง จาก ปอดมี
เลือดคั่ง.

พวกที่ ๓. หัวใจซีกขวาล้ม.

ผู้ป่วยที่สมควรจะได้รับการผ่าตัดกึ่ง
เส้นไมทรัล คือ พวกที่เส้นไมทรัลคัยแคบ
มาก, ไม่มีการร่วกลับร่วมด้วย, หรือมี
ก็เพียงเล็กน้อย, และผู้ป่วยมีอาการของ
ปอดมีเลือดคั่ง, ปะคบน้ำหรือไอเป็น
เลือด.

ผู้ที่เส้นไมทรัลคัยไม่สมควรที่จะ
ต้องรักษาโดยการผ่าตัดทกราย. ต้อง
เลือกเฉพาะบางรายเท่านั้นถึงที่ได้กล่าว
แล้ว.

สิ่งที่ระกกล่าวต่อไปนี้เป็นข้อแย้งต่อการ
ผ่าตัด, แต่อาจทำให้การผ่าตัด, ได้ผล
ไม่ดีเท่าที่ควร :

ก. การดำเนินของโรครุนแรง. ถ้า
โรครุนแรง, กึ่งตรวจได้ในแผนก

รักษา, ก็ไม่มีข้อขัดแย้งต่อการผ่าตัด.

ข. อายุของผู้ป่วย. อายุระหว่างยี่สิบถึงห้าสิบปีได้ผลดีที่สุด. แต่พวกที่อายุต่ำกว่าหรือสูงกว่านั้นก็ผ่าตัดได้ถ้ามีเหตุผลควรที่จะทำ. ควรพิจารณาเป็นราย ๆ. พวกที่อายุต่ำกว่ายี่สิบปีมีอาการมาก, มักเนื่องจากมีความพิการหลายอัน, หรือโรครุนแรงที่กล่าวถึงดำเนินอยู่, หรือกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย.

ค. ไมตรัลรั่วกลับ. ถ้าไม่มากไม่ขัดข้องต่อการผ่าตัด.

ง. โรคของลิ้นเอออร์ติกและไตรคัสปีค. แม้จะมีความพิการที่ลิ้นเอออร์ติกร่วมอยู่ด้วยก็ไม่ขัดแย้งต่อการผ่าตัด, ถ้าความพิการของลิ้นไมตรัลมีความสำคัญกว่า. ไตรคัสปีครั่วกลับก็เช่นเดียวกัน, ถ้าไม่มากก็ไม่สำคัญ.

จ. ออริคูลาร์ไฟบริลเลชัน. ถ้าเพิ่งเป็นใหม่ ๆ การผ่าตัดอาจทำให้ภาวะการดีขึ้น. แต่ในรายที่เป็นเรื้อรังมานานแล้วก็อาจผ่าตัดได้เหมือนกัน, แม้อาการจะแสดงถึงการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ.

ฉ. ประวัติของเอ็มโบลีสม์หลายครั้ง. การผ่าตัดที่ผู้ป่วยพวกนี้เป็นอันตรายเสียดายมาก.

แต่ก็น่าจะลองดูเพราะเคยมีผู้ทำแล้วได้ผลดี.

ช. แคลเซียมจับที่ลิ้นหัวใจ. เรืองแล้วแต่ว่าเป็นมากน้อยเพียงไร. จะรู้ได้ก็ต่อเมื่อโคเบ็คเข้าไปคลำลิ้นคแล้ว. คลิปแพทยจะเป็นผู้วินิจฉัยเองว่าสมควรจะกรีดลิ้นหัวใจหรือไม่.

ข้อขัดแย้งต่อการผ่าตัดมีเพียง ๓-๔ ข้อเท่านั้น, แต่ทุกข้อมีความสำคัญอย่างยิ่ง.

๑. หัวใจโตและหัวใจล้มชนิดที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น.

๒. ลิ้นเอออร์ติกพิการอย่างมาก.

๓. ลิ้นไมตรัลรั่วกลับอย่างมาก, และมีการรั่วกลับของไตรคัสปีคด้วย.

๔. เยื่อภายในหัวใจอักเสบด้วยเชื้อยีสต์, ชนิดรอนบ์จายัน.

ความเห็นที่ขัดกัน. ผู้เชี่ยวชาญส่วนมากลงความเห็นว่าถ้าโรครุนแรงก็ยังคงดำเนินอยู่ควรละเว้นการผ่าตัด. แต่ Dexter⁽⁹⁾ กลับว่าควรทำให้การคืบหน้าหายไ้, เพราะโรครุนแรงนั้นเรารักษาได้.

ปัญหาในอนาคต. ข้อที่ยังจะต้องศึกษาต่อไปในระยะนี้ก็คือความถาวรของผลของการกรีดลิ้นไมตรัล, และสมมุติฐานของ

“กลุ่มอาการภายหลังคือมิมิสซูโรโตมิมิ.”

แง่ของสัลยแพทย์

สันไมครัลตามธรรมชาติมีลักษณะเป็นกรวย, ซึ่งมีฐานอยู่ที่อริเคลิลซ้ายและยอดแหลมนั้นยื่นเข้าไปที่เว็นทริเคิลซ้าย. สันไมครัลนั้นมักกลับสัน ๒ อันเรียกว่าแอนทีโรมีเคียลและโปสทีโรแลเทอรัล. กลับแรกนั้นมีขนาดใหญ่กว่าอันที่สอง. กลับทั้ง ๒ อันนั้นเป็นเนื้อแผ่นแบน, มีลักษณะบางแต่เหนียวมาก. ทชอยกลับทั้ง ๒ อันมีเส้นเอ็นชอร์ดักเท็นคิน (chordae tendinae) และกล้ามเนื้อแปปิลลาเรีย (papillary muscles) ยึดไว้, เพื่อยึดกันไม่ให้เลือดไหลย้อนกลับเข้าไปสู่อริเคลิลซ้ายในระยะบีบของเว็นทริเคิล.

ตำแหน่งซึ่งขอบของกลับสัน ๒ อันมาประกบกันบึกช่องไมครัลนั้นเรียกว่าค้อมมิสเซอร์, เป็นช่องทางซึ่งโลหิตจะผ่านจากอริเคลิลซ้ายเข้าไปสู่วีเนทริเคิลซ้าย.

ในชั้นแรกใช้วิชาคึกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ขอบสันค้อมมิม (โนคล) และกิ่งอก (เวเจเทชัน) เกิดขึ้นที่ขอบของสันและชอร์ดักเท็นคิน. ต่อจากนั้นกิ่งอกเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อเส้นใยเหนียว, ทำให้ขอบ

ของสันหนาและแข็งผิดปกติ. ในบางรายอาจจะมีแคลเซียมจับ. นอกจากนั้นยังมีเส้นยึดคึกเกิดขึ้นตามแนวทางของค้อมมิสเซอร์, ทำให้สันไมครัลตีบลงไปกว่าปกติ. ความปกติในผู้ใหญ่ช่องของสันไมครัลมีความกว้างประมาณ ๔ ซม. นวมีอสองนิ้วสามารถผ่านเข้าไปได้สะดวก. แต่ในพวกสันไมครัลคึ้นนั้น, เส้นผ่าศูนย์กลางของสันอาจจะเล็กเหลือเพียงครึ่ง ซม., ซึ่งมีขนาดโตกว่าช่องของหลอดเลือดแดงเฟมอรัลเล็กน้อย. เมื่อคึกคแล้วจะเห็นได้ว่าช่องทางนี้เล็กมาก, เพราะโลหิตซึ่งจะค้องไปเลี้ยงร่างกายทั่วตัวค้องผ่านเข้าไปในช่องนี้. เมื่อโลหิตไม่สามารถผ่านสันไมครัลได้สะดวก, เกิดมีความคั้นคังสูงที่อริเคลิลซ้าย, ที่หลอดเลือดแดงและเลือดค้ำพูลโมนารีย์, ที่เว็นทริเคิลขวา, และผลสุดท้ายทำให้เกิดมีอาการต่าง ๆ ของความคั้นเลือดสูงในปอก, เกิดหัวใจชกชวาล้มเหลว, กังที่ไต้บรยายไว้แล้ว.

เมอการคึบของสันไมครัลนั้นเกิดขึ้นจากไฟโบรสิสและเป็นการชัคขวางโดยวิคฤอย่างแท้จริง, ไม่ได้เกิดขึ้นจากการหดเกร็งหรือการชัคขวางทางส่ววิทยา,

เพราะฉะนั้นไม่มียาชนิดใดที่จะสามารถละลายหรือคลายการคั่งนี้ได้. มีการรักษาอยู่วิธีเดียวคือการผ่าตัด. Brunton, อาจารย์แพทย์อังกฤษ ได้ตั้งข้อสังเกตนี้ไว้เมื่อปี ค.ศ. ๑๘๑๒. ในระยะ ๕๐ กว่าปีมาแล้วได้มีการทดลองประปรายในการที่จะหาวิธีรักษาลิ้นไมตรัลคืบโดยการผ่าตัด, แต่ไม่ได้รับความสำเร็จเท่าในสมัยปัจจุบัน.

ตามทฤษฎีการรักษาลิ้นไมตรัลคืบนั้น มีอยู่ ๓ วิธี: วิธีที่หนึ่ง, คือพยายามหาทางให้โลหิตผ่านจากหลอดเลือดแดงพุลโมนารีย์เข้าไปถึงเวนทริเคิลซ้ายโดยไม่ผ่านช่องแคบที่ไมตรัล. ได้มีผู้ทดลองตัดเอาหลอดเลือดดำเฟมอรัลไปเชื่อมต่อกะหว่างหลอดเลือดดำพุลโมนารีย์กับเวนทริเคิลซ้าย, เพื่อให้โลหิตผ่านจากหลอดเลือดดำพุลโมนารีย์เข้าไปสู่เวนทริเคิลซ้ายโดยไม่ผ่านลิ้นไมตรัล. ตามการทดลองในสุนัขวิธีนี้ได้ใช้ได้ก็ในระยะแรกแค่นั้น แต่ต่อจากนั้นก็มีข้อเสียเกิดขึ้นทุกราย. เป็นอันว่าวิธีนี้ไม่สำเร็จและเลิกกันไป.

วิธีที่สอง, ไม่ใช่เป็นการรักษาลิ้นไมตรัลคืบโดยตรง, แต่เป็นการรักษาความดันเลือดสูงในปอดซึ่งเป็นสาเหตุของอาการ

ต่าง ๆ ของโรคลิ้นไมตรัลคืบ. ในจำพวกนี้มีการผ่าตัดของ Bland Sweet, ซึ่งเอาหลอดเลือดดำพุลโมนารีย์เชื่อมต่อกับหลอดเลือดดำอะซัยกอส, ให้โลหิตส่วนซึ่งคั่งค้างอยู่ในปอดผ่านเข้าไปในหลอดเลือดดำอะซัยกอสและเข้าไปสู่ชับเวียร์วินาคาวา. การผ่าตัดแบบนี้ได้รับความนิยมน้อยกว่า, แต่ผลสุดท้ายก็เลิกกันไป. ในจำพวกเดียวกัน Haarken ได้พยายามทำให้เกิดมีช่องทะลุในผนังกระหว่างอริเคิลเพื่อให้โลหิตส่วนซึ่งอยู่ในอริเคิลซ้ายผ่านเข้าสู่อริเคิลขวา, คล้าย Lutembacher's syndrome ในโรคหัวใจทั้งแต่กำเนิด. แต่ความคิดของเขานี้ก็ดำเนินไปในขั้นทดลองเท่านั้น.

วิธีที่สาม, ซึ่งใช้อยู่ในปัจจุบันคือเข้าไปถึงลิ้นไมตรัลโดยตรงและใช้นิ้วหรือเครื่องมือเข้าไปแยกหรือตัดเนอียกติกกระหว่างกลีบลิ้น ๒ อัน. ในปี ค.ศ. ๑๘๒๓ Cutter ได้ทำสำเร็จ ๑ รายโดยผ่านเข้าทางเวนทริเคิลซ้าย. Souttar ในปี ๑๘๒๕ ทำสำเร็จอีก ๑ รายโดยผ่านเข้าไปทางอริเคิลซ้าย. ต่อจากนั้นการผ่าตัดเพื่อรักษาไมตรัลคืบก็หยุดไปเป็นเวลา ๒๐ ปี. จนถึงปี ค.ศ. ๑๘๔๖ Bailey

ที่พลาดแคลเพย, Haarken ที่ขอสตัน และ Brock ที่ลอนดอนได้เริ่มสนใจและหิยชกเขาปัญหาของการรักษาไมตรีคืบขึ้น มาพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง, โดยใช้แนวทางของ Souttar, คือเข้าไปทางออริเคิลซ้าย. แต่แทนที่จะใช้นิ้วแยกเนออยคติก Bailey ใช้มีดพิเศษสอดเข้าไปตามนิ้วชี้, เข้าไปตัดค้อมมิสเซอร์. Haarken และ Brock นิยมใช้นิ้วมือ, แต่ในบางรายซึ่งมีเนออยคติกเห็นยวมมาก, นิ้วไม่สามารถแยกออกไปก็ใช้มีด. ในการผ่าตัดรายแรก ๆ ของ Bailey มีอัตราการตายสูง. ทำคนแรกตายทุกคน, และในจำนวน ๑๐ คนแรกมีตาย ๘ คน. สาเหตุของอัตราการตายนั้นก็เนื่องมาจากในระยะนั้นไม่สามารถที่จะเลือกผู้ป่วยซึ่งเหมาะสำหรับการผ่าตัด. แต่ต่อจากรายแรก ๆ แล้ว Bailey ได้แสดงสถิติการผ่าตัดเป็นจำนวนหลายร้อยราย, โดยมีอัตราการตายเพียง ๗-๘ ๒๒.

ที่ศิริราชการผ่าตัด ๔ รายก็ทำเนนรอยตาม Bailey และ Brock โดยผ่าเข้าไปที่ผนังอกด้านซ้ายและตัดซี่โครงที่ ๕ ออก. ผ่าเข้าไปที่ถุงหุ้มหัวใจถึงออริเคิลซ้าย ซึ่งโดยมากโตกว่าธรรมดา. ร้อยค้ายเป็นหุรูป (purse-string suture) ร้อยทั้ง

(แอบ์เฟ็นคิกซ์) ของออริเคิลแล้วผ่าเข้าไปในออริเคิลซ้าย. เขาว่าสอดเข้าไปที่ลิ้นไมตรีค. ระหว่างนี้ผู้ช่วยรคค้ายที่ร้อยเป็นหุรูปนั้นรัดนิ้วไว้เพื่อยั้งกันไม่ให้มีโลหิตออกมาจากออริเคิล. ทำการแยกค้อมมิสเซอร์. ถ้าแยกค้วยนิ้วไม่ได้ก็ตั้งคั้งนิ้วออกจากออริเคิล, แล้วตัดงมมือ, เขามีสอดเข้าไปตามนิ้วชี้, เข้าไปตัดค้อมมิสเซอร์. ภายหลังผ่าตัดแล้วเย็บซี่ช่องในคั้ง (แอบ์เฟ็นคิกซ์) ของออริเคิล, แล้วบีคั้งหุ้มหัวใจและผนังอกเป็นลำดับ.

รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑. แม่ชี พ. (เลขที่ภายใน ๔๗๕.๕๗), อายุ ๒๘ ปี. รัยไว้ที่แผนกอายุรศาสตร์เมื่อวันที่ ๑๑ ม.ค. ๒๔๕๗. มีอาการสำคัญว่าเป็นลมหน้ามืดและหอบเวลาออกแรง. มีประวัติเจ็บคอบ่อย ๆ เมื่อสิบปีก่อนมา ร.พ. และเริ่มมีอาการเห็นอชเวลากลางคืน, นอนรายไม่ได้เพราะหายใจไม่ออก, และต้องลุกขึ้นนั่งเสมอ ๆ. เคยมีอาการเท้าวมและมีอาการไอเป็นโลหิต ๒ ครั้ง. ผู้ป่วยมีอาการของปอดคยมน้ำและหัวใจชกขวลงล้มเหลวเป็นครั้งคราว. ผู้ป่วยเป็นลูกชวานา

อยู่สุพรรณบุรี, ไม่สามารถทำงานช่วย
ยื่การมารคาเพราะอาการเหนื่อย. เมื่อ ๑ ปี
ก่อนมา ร.พ. ได้เดินทางมากรุงเทพฯ เพื่อ
รักษาตัวและได้ไปตรวจที่ ร.พ. แห่งหนึ่ง.
แพทย์บอกว่าเป็นโรคหัวใจและให้ย้ายกลับ
ไปกินที่บ้าน. ผู้ช่วยไม่สามารถที่จะเดิน
ทางกลับไปสุพรรณบุรีเพราะอาการเหนื่อย,
จึงได้เข้าวชเป็นชั้วที่ปากน้ำ.

ในการตรวจพบว่ามีโคอัสโตลิกเมอร์
เมอร์เสียงหนัก ๆ ที่บริเวณไมตรีล.
ซึสต์โคลิกเมอร์เมอร์มีเล็กน้อยพอได้ยิน.
มีเสียงที่สองคังกว่าปกติ. เอ็กซเรย์พบ
หัวใจโตขึ้น, ออริเคิลซ้ายพองโตและ
เงาหลอดเลือดแดงพลาโมนารีย์โป่ง. อี-
เล็กโตรคาร์ดิโอแกรมแสดงจังหวะไซนัส
สม่ำเสมอและมีแอกซิสคิวเฮชันทางขวา.

ได้ทำการผ่าตัดเมื่อวันที่ ๑๑ ก.พ.
๒๔๕๘. พบว่าเส้นไมตรีลคัมมาก. ปลาย
นิ้วเข้าไม่ได้. ได้พยายามแยกค้อมมิส-
เซอร์ด้วยกำลังแรงเต็มที่, แต่ไม่สำเร็จ,
ได้แต่เพียงดึงช่องจนนิ้วผ่านเข้าไปได้
ถึงข้อนิ้วข้อต้น, แปลว่าได้ช่องกว้าง
ประมาณ ๒ ซม. ที่วิ่งรายนี้อวไรใช้มีคัท,
แต่ในรายแรกนเรายังไม่มีมีค.

ระยะภายหลังการผ่าตัดเรียบร้อย. ผู้

ช่วยสามารถเดินทางกลับไปสุพรรณบุรีและ
ช่วยยื่การมารคาทำงานได้บ้าง. แต่ยังคงมี
เหนื่อยเล็กน้อยเวลาออกกำลังมาก ๆ. ไม่
มีอาการปอดขวมน้ำอกเลย, ทั้ง ๆ ที่ไม่
ได้รับประทานยา, นอกจากมัลติวิตะมิน-
ได้ลงมาเยี่ยม ร.พ. เมื่อ ๓ เดือนที่แล้ว
และกลับไปสุพรรณบุรีในวันรุ่งขึ้น. บอก
ว่าสบายขึ้นมาก.

รายที่ ๒. น.ส. จ. (เลขที่ภายใน
๕๔๒๐.๕๗), อายุ ๒๒ ปี. อาชีพ น.ร.
คร. รั้วที่แผนกขยายศาสตร์ ๒๒ ก.ค.
๒๔๕๗ ภัยอาการสำคัญคือไอเป็นโลหิต
๑ วันก่อนมา ร.พ. มีประวัติปวดข้อย้าย
ที่และเจ็บคอ ๖ ปีก่อนมา ร.พ. มีอาการ
เหนื่อยหอบเวลาออกกำลัง. สามารถเดิน
ได้ประมาณครึ่งกิโลเมตร, แล้วต้องหยุด
พักชั่วคราว. ต้องหยุดโรงเรียนเสมอ
เพราะเป็นไอและมีอาการไอเรอวัง.

การตรวจพบว่ามีโคอัสโตลิกเมอร์
เมอร์เสียงหนัก ๆ ที่บริเวณไมตรีล. เอ็กซ-
เรย์พบหัวใจไม่โต, แต่ออริเคิลซ้ายโต
ขึ้นและหลอดเลือดแดงพลาโมนารีย์โป่ง.
อีเล็กโตรคาร์ดิโอแกรมเหมือนรายที่ ๑.

ผู้ช่วยได้รับการรักษาอาการหัวใจล้ม

เหลวเพราะเลือดคั่งที่ในแผนกอายุร-
ศาสตร์อยู่ประมาณ ๕ สัปดาห์แล้วจึงได้
ย้ายมาทำการผ่าตัดเมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม
๒๔๕๑. ในการผ่าตัดศพว่าสันไมครัล
คืบมาก. ปลายนิ้วเข้าไม่ได้. แต่สามารถ
แยกสันออกจากกันได้สะดวก, ทำให้ช่อง
ไมครัลกว้างขึ้น. สามเดือนภายหลังการ
ผ่าตัดผู้ป่วยกลับไปเข้าโรงเรียนตามเดิม
และสามารถเดินได้ ๒ กิโลเมตรโดยไม่มี
มีอาการเหนื่อย. เวลานี้ไม่ได้รับประทาน
ยาอะไรเลย.

รายที่ ๓. สามเณร ส. (เลขที่ภายใน
ใน ๕๑๖๓.๕๘), อายุ ๑๘ ปี. ส่งมา
จาก ร.พ. สงข. วัชไว้ที่แผนกอายุร-
ศาสตร์เมื่อวันที่ ๑๒ เม.ย. ๕๘, ภาย
มีอาการเหนื่อยหอบเวลาออกกำลังกาย. มีประ-
วัติของข้อปวดและขวมซึ่งเคลื่อนที่ไปตาม
ข้อต่าง ๆ และเจ็บคอเมื่อ ๔ ปีก่อนมาร.พ.
มีอาการเหนื่อยหอบเวลาออกกำลังกายมา ๔ ปี.
บิดามารดาเป็นชาวนา. ผู้ป่วยไม่สามารถ
ช่วยบิดามารดาทำงานได้, จึงได้เข้าบวช
เป็นสามเณร. ต่อมาได้รับการรักษาอยู่ที่
ร.พ. สงข. และย้ายมาที่ศิริราชเพื่อรักษา
ต่อไป.

ตรวจพบไตอัสโตลิกเมอร์เมอร์เสียง
หนัก. ความดันเลือด ๑๐๔/๖๖. เอ็กซ-
เรย์พบหัวใจโตเล็กน้อย, ออริเคิลซ้าย
ใหญ่และหลอดเลือดแดงพุลโมนารีขี้ไ้.
อัสโตลิก ไทร คาร์ คีโอกรัมเหมือนสองราย
แรก.

ได้ผ่าตัดเมื่อวันที่ ๒๐ เม.ย. ๒๔๕๘
สันไมครัลคืบมากขนาดปลายนิ้วเข้าไม่ได้
ไม่สามารถที่จะแยกค้อมมิสเซอร์. ผลศก-
ท้ายต้องใช้มีดตัด. ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วย
มิใช้ส่งและชีพจรเร็วอยู่ ๔ วัน. ต่อจากนั้น
ก็เรียบร้อยทุกอย่าง.

เวลานี้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น. ได้มา
เยี่ยมที่ ร.พ. บอกว่าขึ้นรถเมล์มาจาก ร.พ.
สงข. และเดินมาโดยไม่ได้หยุดพัก. บอก
ว่าครั้งก่อนมาร.พ. ต้องมารวดพยาบาล.

รายที่ ๔. น.ส. ม. (เลขที่ภายใน
๕๒๖๘.๕๘), อายุ ๒๐ ปี. วัชไว้ที่แผนก
อายุรศาสตร์เมื่อวันที่ ๒๓ มี.ค. ๒๔๕๘,
ภายมีอาการเหนื่อยหอบและขวม. มีประวัติ
ปวดข้อย้ายที่โตเมื่อเด็ก. มีอาการเป็น
หวัคและไอเรื้อรัง. ทำงานหนักไม่ได้.
มีไอเป็นเลือด ๑ ครั้ง.

ตรวจพบว่ามึอริคิวดาร์ไฟบริลเลชั่น

ซึ่งสามารถระบุด้วยคิโรเคลสิส. มีไคอัส-
โทลิกเมอร์เมอร์เสียงหนัก ๆ ที่บริเวณ
ไมทรัล, และมีซีสโตลิกเมอร์เมอร์ซึก
มากกว่ารายอื่น ๆ. เอ็กซเรย์พบหัวใจโต
ปานกลาง, ออกไปทั้งสองข้าง. ออริเคิล
ซ้ายโตปานกลาง. หลอดเลือดแดงพล-
โมนารีย์โป่ง. อีเล็กโตคาร์ดิโอแกรม
แสดงออริคิวลาร์ไฟบริลเลชันและมีแอก-
ซิสคิวเอชันไปทางขวาเล็กน้อย.

รายงานอายุรแพทย์ได้ตรวจและสงสัยว่า
มีทั้งการคืบและการร่วไหลกลับ. ไม่แน่
ใจว่าลักษณะใดจะเป็นมากกว่า. จึงได้ทบท
ลงว่าควรจะต้องตรวจคลื่นไมทรัล, และ
ถ้าเป็นอย่างคืบมากก็อาจจะช่วยได้.

ในวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๔๕๘ ได้
ทำการผ่าตัด. พบว่ามีกรร่วไหลกลับ
มาก. ช่องไมทรัลโตพอที่จะเอานิวซีเข้า
ไปได้สะดวกและลึนนั้นไม่ยึดในระยะบิซคิว
ของเว็นทริเคิล, ทำให้มีการร่ว. ในราย
นี้ไม่ได้ทำอะไรนอกจากตรวจคลื่นไมทรัล.

ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีอาการ
เช่นเดิม.

ผู้ป่วย ๔ รายที่ได้กล่าวแล้วเป็นผู้
ป่วยของแผนกอายุรศาสตร์. อายุรแพทย์
เป็นผู้เลือกและชี้ขาดว่ารายไหนเหมาะหรือ

ไม่เหมาะสำหรับการผ่าตัด, ทั้งยังได้ร่วม
แนะนำการรักษาต่าง ๆ ในระยะก่อนและ
หลังผ่าตัด. เมื่อผ่าตัดเสร็จแล้วผู้ป่วยย้าย
กลับไปแผนกอายุรศาสตร์เพื่อสำรวจและ
ติดตามดูแลอาการต่อไป. การร่วมมือ
ของแผนกอายุรศาสตร์มีความสำคัญอย่าง
ยิ่งในการที่จะให้การรักษาได้ผลดีขึ้น.

ผลการรักษา. สถิติของต่างประเทศเป็น
จำนวนหลายร้อยรายแสดงว่าการรักษาลิ้น
ไมทรัลคืบด้วยการผ่าตัดนั้นได้ผลดี. แต่
ยังคงมีรายงานจากบาง แห่งซึ่งแย้งว่าผล
ของการผ่าตัดก็ยังจะต้องติดตามต่อไปอีก
เป็น เวลานาน จึงจะทราบถึงผลแท้จริง.
เมื่อได้สำรวจรายงานของต่างประเทศแล้ว
พอสรุปได้ว่ามีผลดังต่อไปนี้:

ดีมาก ๕๐ ปช.; ดี ๒๐ ปช.; พอใช้
๑๓ ปช.; ไม่ดีขึ้น ๑๐ ปช.; ตายเพราะ
การผ่าตัด ๗ ปช.

คนไข้ ๔ รายที่รายงานนี้เป็นจำนวน
น้อยเกินไปที่จะคิดเป็นสถิติ. แต่พอที่จะ
เห็นได้ว่าผลดีครั้งจำนวน, พอใช้และไม่
ดีขึ้นอย่างละเศษหนึ่งส่วนสี่. ในจำนวน
๔ รายแรกนี้ไม่มีตายจากการผ่าตัด.

Bijelow และ Greenwood⁽⁸⁾ ได้ตีพิมพ์สถิติเปรียบเทียบผลการรักษาทางยา กับทางผ่าตัด, ซึ่งน่าสนใจมากและได้คัดมาไว้ต่อไปนี้:

ประเภท	ลักษณะผู้ป่วย	รักษาทางยา	รักษาทางผ่าตัด
๑.	มีเลือดคั่งในปอดอย่างมาก	๑๗ ปช. ตายภายใน ๖ เดือน ๕๐ ปช. ,, ๕ ปี	๓ ปช. ตายภายใน ๔ ปี
๒.	มีอาการหัวใจชกขวาล้มเหลว	๒๕ ปช. ตายภายใน ๖ เดือน ๖๐ ปช. ,, ๕ ปี	๑๘ ปช. ตายภายใน ๔ ปี
๓.	มีประวัติเอ็มโบลิสม์ หลอดเลือดปลายทาง (เพอริเฟอรัล)	๘๔ ปช. ตายภายใน ๓ ปีครึ่ง	๑๘ ปช. ตายภายใน ๔ ปี

จากสถิติของต่างประเทศและผลของการผ่าตัดของแผนกศัลยศาสตร์ ๔ ราย, พอที่จะแสดงว่าการรักษาลิ้นไมครัลด้วย การผ่าตัดนั้นเป็นก้าวใหม่ที่สำคัญทาง ศัลยศาสตร์, ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้อย่างดีและโดยมี อัตราตายต่ำ. ถึงแม้ว่าโรคลิ้นไมครัลก็ยังไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บรุนแรง, แต่ก็เป็นที่ ซึ่งทรมานผู้ป่วยโดยการจำกัดการออกกำ ลังตามลำดับระยะของโรค. ผู้ป่วยไม่

สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้, ต้องเป็น ภาระต่อญาติพี่น้องไปตลอดชีวิต, เพราะ ฉะนั้นผู้ป่วยส่วนมากซึ่งเป็นโรคนี้สมัครใจ ยอมรับการผ่าตัดเพื่อพ้นจากอาการต่าง ๆ ของโรค, และเพราะเขื่อน่ายต่อการที่จะ ต้องนอนที่โรงพยาบาลเป็นแรมปี. ส่วน ผู้ป่วยที่เมื่อทำการผ่าตัดแล้วกลับของ ลิ้นไมครัลจะเข้ามาติดกันอีกหรือไม่นี้, เป็นปัญหาซึ่งจะคอยให้แน่นอนได้ยาก ใน ขณะนี้. เราจะต้องติดตามดูอาการของผู้

ป่วยต่อไปอีกหลายปี. ตามรายงานของ Wood ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย ๑๐๐ ราย, และ ได้ศึกษามากถึง ๔ ปี, เขาสังเกตว่า ๕ ปช. เกิดมีการทียใหม่อีก. ในจำนวนผู้ป่วย ๑๕๐ รายของ Brock ซึ่งได้ศึกษามาระยะเดียวกัน, ยังไม่ปรากฏว่ามีอาการทียขึ้นใหม่. Brock ได้ให้ข้อสังเกตว่าถึงแม้ว่าโรคจะกลับก็สามารถที่จะทำผ่าตัดได้อีกเป็นครั้งที่สอง.

ขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ กังสาคณ, หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์, และนายแพทย์สมาน สมานวิชัย, รักษาการหัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ที่ได้อนุญาตให้ผู้ป่วยมาแสดง. ขอขอบคุณนายแพทย์ในแผนกอายุรศาสตร์หลายท่านที่ได้ร่วมมือและสนับสนุนอย่างใกล้ชิด. ขอขอบคุณแพทย์หญิงสลาค ทพวงศ์ และคณะ วิทยุแพทย์ในการให้ขาสลบแก่ผู้ป่วยทุกราย. ขอขอบคุณนายแพทย์กัมพล ประจวบเหมาะในการช่วย ประดิษฐ์เครื่องมือ และเครื่องใช้บางอย่างในการผ่าตัด.

(หมายเหตุ. ภายหลังจากที่ได้เสนอรายงานนี้แล้ว, ได้ทำผ่าตัดอีก ๓ ราย. ได้ผ่าตัด ๒ ราย. ตาย ๑ ราย.)

เอกสาร

1. Bailey, Glover and O'Neil : J. Thorac. Surg. 19 : 1, 1950.
2. Bailey, Glover and O'Neil : J.A.M.A.: 147 : 1032, 1951.
3. Bailey et al. : J.A.M.A. 149 : 1085 1951.
4. Bailey, Bolton et al. : Surg. Clin. N. Amer., Dec. 1952.
5. Baker, Brock and Campbell : B.M.J. 1 : 1283, 1950.
6. Baker, Brock, Campbell, and Wood : B.M.J. 1 : 1043, 1950.
7. Bowe : B.M.J. 1 : 896, 1952.
8. Bijelow and Greenwood : Surg. Clin. N. Amer. Nov. 1954.
9. Fell, Paul, Campbell and Davis : Arch. of Surg. July 1952.
10. Gagnon : Surg., Gynec., Obs. 100: 1, 1955.
11. Gerbode, Holman, Hultgen : Arch. of Surg. July 1952.
12. Haarken, Ellis, and Norman : J. Thorac. Surg. 19 : 1, 1950.
13. Holmes, Sellors et al. : B.M.J. 1: 1059, 1953.
14. Logan and Turner : Lancet 1 : 1007, 1953.
15. Logan and Turner : Lancet 1 : 1057, 1953.
16. Wood : B.M.J. May 8th 1954.
17. Wood : B.M.J. May 15th 1954.

(Abstract of the fore-going Report)

VALVOTOMY FOR MITRAL STENOSIS

Report of four Cases

Rachit Buri
M.D., D.T.M. & H.
(Dept. of Internal Medicine)

and

Kasarn Chatigavanij
M.R.C.S., L.R.C.P., D.T.M., F.A.C.S.
(Dept. of Surgery)

The authors introduce their paper with a brief presentation of the disease from the standpoint of the physician and of the surgeon respectively. Pathologic anatomy and physiology, indications and contra-indications as well as selection of patients are considered. An account of the principles involved and the types of operation is followed by case reports. All were fairly well advanced cases with cardiac involvement lasting four to ten years, and were markedly incapacitated. In three patients Brock's technique was followed. In every case the stenosed aperture was too small to admit the index finger. Digital separation of the commissure was successful in two patients - both of them women, 22 and 28 years old respectively. In the third case - a Buddhist

novice aged 18 years - the knife had to be used. The post-operative period was without incident, and all three patients were able to sustain a fair amount of activity. The fourth case - a 20-year old woman - presented clinical features of mixed involvement. Exploratory cardiomy revealed a preponderance of regurgitation, and no further step was taken. The authors consider their results good in two cases, fair in one, and null in one.

(After this paper had been submitted for publication three more patients were operated upon. The operation was successful in two cases. In the other case the patient died.)

(Seventeen references.)

ศพใคร

สงกรานต์ นิยมเสน

พ.บ., Dr. med. (Hamburg), ฐ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

บัญญัติว่าศพใดศพหนึ่งเป็นศพใครนั้น, บางครั้งยุ่งยากทั้งในทางกฎหมายอาญา และกฎหมายแพ่ง. ก็ในความอาญา, ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา ๑๒๐ บัญญัติไว้ว่า ห้ามไม่ให้พนักงานอัยการยื่นฟ้องคดีใดต่อศาลโดยมิได้มีการสอบสวนในความผิดนั้นก่อน, และมาตรา ๑๒๕ ให้ทำการสอบสวนรวมทั้งการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีความตายเป็นผลแห่งการกระทำผิดอาญา, ทั้งที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอื่นว่าด้วยการชันสูตรพลิกศพ. ถ้าการชันสูตรพลิกศพยังไม่เสร็จ, ห้ามมิให้ฟ้องผู้ต้องหายังศาล. ต่อจากกฎหมายไต่บัญญัติไว้ในมาตรา ๑๕๕ อีกว่า "ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพทำความเห็นเป็นหนังสือแสดงเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย. ผู้ตายเป็นใคร, ตายที่ไหน, เมื่อใด. ถ้าตายโดยคนทำร้ายให้กล่าวว่าเป็นใคร, หรือสงสัย

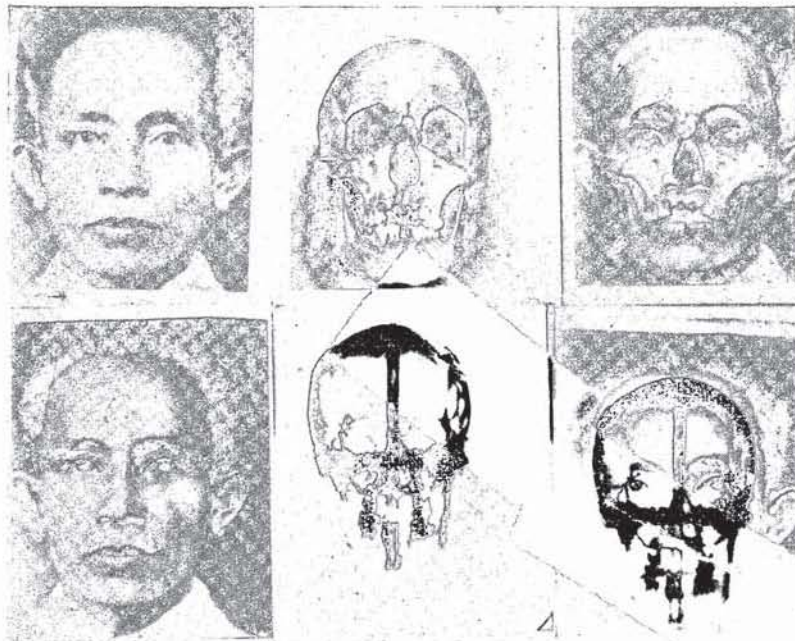
ว่าใครเป็นผู้กระทำผิด, เท่าที่จะทราบได้." สรุปว่าถ้าไม่รู้ว่าเป็นผู้ตายคือใคร, ก็ระงับการอะไรกันต่อไปไม่ได้.

ส่วนในคดีแพ่งก็มีข้อเรียกร้องเกี่ยวกับสิทธิ, ต้องพิสูจน์ว่าผู้ใดตายไปแล้วจริง ๆ, ทายาทจึงจะรับมรดกได้ เป็นต้น.

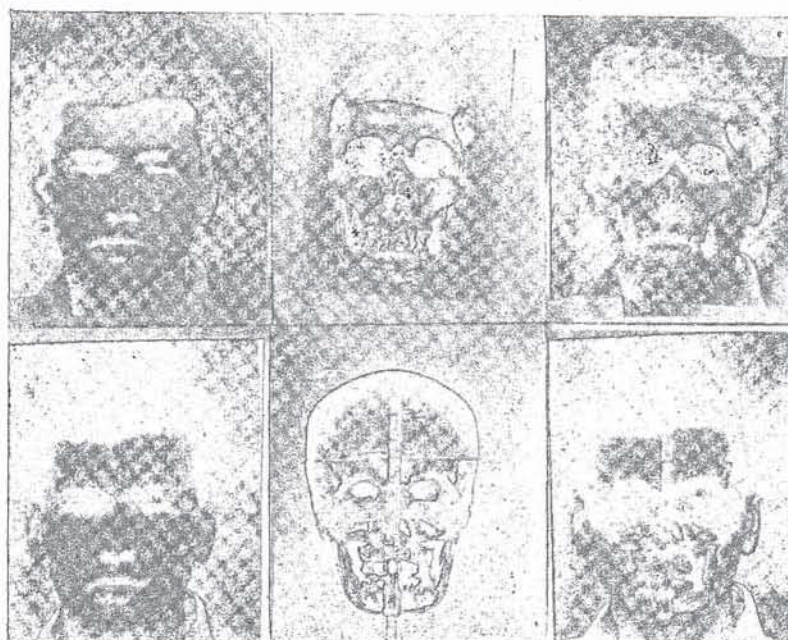
ฉะนั้นปัญหาการพิสูจน์จึงเป็นปัญหาสำคัญในการตรวจเบาะแสทางนิติเวชวิทยา, ที่จะต้องพิสูจน์ว่าศพหรือกระโหลกศีรษะนี้เป็นของนาย ก. หรือนาย ข.

ทฤษฎี. เป็นที่ทราบกันแล้วว่าศีรษะของคนนั้นประกอบด้วยกระดูก กระโหลกศีรษะ ห่อหุ้มด้วยกล้ามเนื้อ, ไขมัน, ผิวหนังภายนอกและเส้นผม. ฉะนั้น, ถ้าถ่ายภาพหน้าของคนไว้แล้วเอาภาพถ่ายกระโหลกศีรษะทาบซ้อนลงไปจะเข้ากันได้พอดี. ถ้าปรากฏว่าเข้ากันไม่ได้, ก็เป็นการพิสูจน์ในทางปฏิเสธเด็ดขาดไปเลยว่าจะไม่ใช่. ถ้าเข้ากันได้ก็แสดงว่าอาจเป็น

* แสดงในที่ประชุมวิชาการของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ๑๖ ก.ค. ๒๔๘๗.



ภาพ ๑. ภาพถ่ายกับกระโหลกศีรษะเข้ากันไม่ได้ทั้งสองวิธี คือ วิธีภาพถ่ายและวิธีถ่ายภาพเอกซเรย์ แสดงว่ากระโหลกศีรษะนี้ไม่ใช่ของผู้ตายนี้



ภาพ ๒. ภาพถ่ายกับกระโหลกศีรษะเข้ากันได้ทั้งสองวิธี แสดงว่ากระโหลกศีรษะนี้อาจใช่ของผู้ตายนี้ จึงต้องให้หลักฐานอย่างอื่นประกอบอีกต่อไป

กระโหลกศีรษะของผู้นั้น และต้องใช้เทคนิคอย่างอื่นมาประกอบอีกจึงจะวินิจฉัยได้แน่นอน.

หลักมีอยู่ว่าภาพถ่ายและภาพเอกซเรย์ที่ขยายให้ขนาดเท่ากันและหันหน้าทางเดียวกัน, ควรจะวางซ้อนและเข้ารูปกันได้.

การพิสูจน์ครั้งแรกได้กระทำมาสามสิบปีแล้ว, ในคดีหมอริคส์ตันฆ่าเมียและสาวใช้, โดยศาสตราจารย์ Glaister และ Brash⁽¹⁾ เป็นผู้พิสูจน์. ต่อมา Keith Simpson⁽²⁾ ได้พิสูจน์แยกแยะกันโดยไม่มีกระดูกขากรรไกร. Prin-sloo, Arts และ Groningen⁽³⁾ ได้ตรวจวินิจฉัยเดียวกันและในศพรายนั้นปรากฏว่าสันจมูกคด. ในตำราของ Gordon, Turner และ Price⁽⁴⁾ ได้อ้างถึงงานของ Gordon และ Drenan ซึ่งได้เพียงส่วนหนึ่งของกระดูกหน้าเท่านั้น.

ในประเทศไทย, นายแพทย์สุค แสงวิเชียร ได้นำส่งศาลเป็นรายแรกในคดีศาลจังหวัดชุมพร, กรณีฆ่าคนตายแล้วพยกระโหลกทิ้งอยู่กลางป่า, ตามคำพิพากษาคดีคำที่ ๒๔๕/๕๕, คดีแกงที่ ๒๓๒/๕๕ ลงวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๔๕๕. ถึงแม้ว่าคดีนั้น ศาลได้ยกฟ้อง โดยยกเหตุ

สงสัยให้เป็น ประโยชน์แก่จำเลยก็ตาม, ศาลก็เชื่อว่าการพิสูจน์แบบนี้ใช้ได้ และยอมรับนับถือ.

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่าง การพิสูจน์ที่ได้กระทำโดยสำนักงานนิติเวชวิทยา, ศิริราชพยาบาล.

รายที่ ๑. พนักงานสอบสวนได้นำส่งกระโหลกศีรษะและกระดูกต่าง ๆ รวม ๘ ชิ้น, โดยแจ้งมาว่านาย ม., ครูประจำศาล, ขณะเดินทางกลับบ้านภรรยา, ได้ถูกผู้ร้ายฆ่าตาย. ทางเจ้าหน้าที่, ญาติพี่น้อง, ภรรยา และบรรดาพวกชาวบ้านได้ค้นหาคศพเป็นเวลา ๓-๔ เดือนจึงพบศพอยู่ป่า. ภรรยาผู้ตายและบุตร, ญาติพี่น้อง, ให้การยืนยันว่าเป็นกระโหลกนาย ม. ผู้ตายจริง. จึงได้ส่งกระโหลกศีรษะพร้อมทั้งรูปถ่ายมาให้สำนักงานนิติเวชวิทยาตรวจ.

ได้ตรวจแล้ว ปรากฏว่าเป็น กระดูกผู้ชาย, อายุประมาณ ๕๐ ปี, สูงประมาณ ๑๖๐-๑๖๕ ซม., ตายมาแล้วประมาณ ๖ เดือน.

แต่การตรวจทางถ่ายรูปเชิงซ้อนและด้วยภาพเอกซเรย์ซ้อนเข้ากันไม่ได้ จึงยืนยันได้แน่นอนว่ากระโหลกศีรษะนั้นไม่

ใช้ของนาย ม. ที่หายไป.

รายงานที่ ๒. พลททว ส. ได้ถูกเจ้าพนักงานสอบสวนยิงตายในขณะที่ถูกขังและขัดขืนการจับกุมของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการโดยชอบด้วยกฎหมาย. ในการชันสูตรพลิกศพโดยทนาย, นายอำเภอและแพทย์ประจำตำบลปรากฏในรายงานว่ากระสุนถูกที่ศีรษะสามนัดตรงบริเวณเหนือคิ้วซ้าย, ทลท้ายทอยหนึ่งนัด, ฝังในกระโหลกศีรษะสองนัด.

ผู้บังคับบัญชาฝ่ายทหารสังสัยจึงได้ให้นายแพทย์ทหารและนายทหารฝ่ายพระธรรมนูญไปทำการสืบสวน. พบศพอยู่ในหีบในกุฎีวัดโพธิ์ในวัด. จึงเขี่ยศพแล้วเอาศีรษะมาให้ในวันแรก.

การตรวจกระโหลกครั้งแรกไม่พบขาดและกระดูกสันหลังเลย, ซึ่งตรงข้ามกับรายงานการชันสูตรพลิกศพ, ทำให้สงสัยยิ่งขึ้น จึงขอให้ส่งศพทั้งหมดมาตรวจ. ทั้งนี้อีกหนึ่งสัปดาห์คณะทหารพร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจจึงไปเอาศพที่เหลือส่งมาให้.

ผลการตรวจสรุปได้ดังนี้: เป็นศพชายอายุ ๒๐ ปีเศษ, มีร่างสูงประมาณ ๑๖๐ ซม. ตายเพราะถูกที่โดยแรงด้วย

ของแข็งไม่มีคม, แต่มีลักษณะเป็นสันหนา, ที่บริเวณต้นคอทำให้กระดูกคออันที่หนึ่งและอันที่สองหัก.

เจ้าหน้าที่พนักงานสอบสวนได้ตั้งข้อสังเกตขึ้นมาว่าในการไปเขี่ยศพครั้งแรกนั้นเจ้าพนักงานสอบสวนไม่ได้ไปช่วย, ฝ่ายทหารเป็นผู้ทำโดยตลอดจนการนำส่ง, ฉะนั้นอาจมีการปลอมแปลงเอาศพอื่นมาให้ตรวจ, จึงได้ผลไม่ตรงกับรายงานชันสูตรพลิกศพของพนักงานสอบสวน. เป็นการถกเถียงกันถึงความ. ฉะนั้นผลของการชันสูตรจากสำนักงานนิติเวชวิทยาจึงเป็นผลของการชันสูตรพลิกศพและฝังไม่ขึ้น.

เมื่อเป็นเช่นนี้จึงจำเป็นต้องตรวจอีกครั้งโดยใช้รูปถ่ายประกอบ, และให้ทำทั้งสองแบบ, คือถ่ายภาพธรรมดาและถ่ายภาพเอ็กซเรย์. ซึ่งทั้งสองแบบรูปเข้ากันได้พอดี. เมื่อประกอบกับการตรวจอย่างอื่น, เช่น อายุ, เพศ, ความสูง, การนำเขี่ย, ลักษณะขาดแผล, จึงยืนยันได้ว่าเป็นศพของพลททว ส.

สรุป. ได้แสดงวิธีพิสูจน์นี้โดยถ่ายรูปแบบวางซ้อน (super-imposition) สองราย. ในรายแรกภาพเข้ากันไม่ได้, เป็นการ

พิสูจน์เชิงปฏิบัติเสมอว่าไม่ใช่. ส่วนในรายที่
สอง, ภาพเข้ากันได้, แสดงว่าอาไฟ้,
และเมื่อประกอบด้วยหลักฐานอย่างอื่นจึง
ยืนยันได้ว่าเป็นภาพของผู้ตาย.

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ สุก แสง-
วิเชียร, นายแพทย์ทรงฉัตร โทษะยานนท์,
และแผ่นรังสีวิทยาที่ใต้ให้ความช่วย
เหลือจนงานนี้เป็นผลสำเร็จ.

เอกสาร

1. J. Glaister and J.O. Brash. Medico-Legal Aspects of the Ruxton Case. Livingstone (Edinburgh), 1937.
2. K. Simpson. Guy's Hospital Reports, 92: 74, 1943.
3. Prinsloo, Arts, Groningen: J. Forensic Med. 1: 11, 1953.
4. Gordon, Turner, Price: Medical Jurisprudence. Livingstone, (Edinburgh), 1953.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

(Abstract of the foregoing report)

TWO CASES OF IDENTIFICATION BY SUPERIMPOSITION

Song Grant Niyomsen

M.B., Dr. Med., LL.B.

(Division of Legal Medicine, Dept. of Pathology)

Two cases of identification by superimposition are reported.

Two methods of comparison were used: the first employed the portrait and actual photograph of the skull; the second, the portrait and radiograph of the skull. In both methods the point of superimposition was the centre of the corresponding orbits.

In the first case there was lack of conformation of the portrait and the skull. The negative finding thus excludes

the possibility of the skull belonging to the pictured person. In the second case the portrait fitted in well with the photograph of the skull, and also with the radiograph of the skull. This finding together with other forensic data, such as age, height, sex and stage of putrefaction made possible the conclusion that the skull belong to the person portrayed.

(Four references. Two sets of photographs.)

(S.N.)

บันทึกปฏิบัติ

การตรวจผู้เป็นหมัน

ประพันธ์ อาริมิตร

พ.บ.

(แผนกศุภศาสตร์นำวีเวชวิทยา)

สำนักงานตรวจผู้เป็นหมันมีจุดประสงค์ อยู่สี่ประการ, คือ (๑) พยายามหาวิธีการ ตรวจใหม่ ๆ, (๒) เลิกใช้วิธีที่ยังยากมาก เกินสมควร, (๓) หาวิธีการที่แน่นอนใน การที่จะบอกเวลาตกไข่, และในการที่จะ ช่วยการตั้งครรภ์โดยเฉพาะ, (๔) วาง หลักการที่แน่นอนซึ่งจะให้ผลสัมความมุ่ง หมาย.

สำนักงานถือเป็นการสำคัญที่จะต้อง อธิบายให้คู่สามีภรรยาเข้าใจถึงโอกาสของ การผสมเชื้อ, โอกาสของการที่จะมีบุตร ซึ่งคลอดครบกำหนดและสมบูรณ์, และ ชี้แจงถึงการรักษาทั่ว ๆ ไปในอันที่จะช่วย ให้ได้การตั้งครรภ์สัมความมุ่งหมาย.

เพื่อให้งานดำเนินไปด้วยดี, จำเป็น ต้องมีห้องเฉพาะสำหรับการสัมภาษณ์และ

ซักถามคนไข้โดยไม่มี การรบกวนจากผู้อื่น- ชื่อนี้จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับคนไทย, ซึ่งมี ความอายเป็นนิสัย. นอกจากนี้ต้องมี ห้องตรวจและรักษาโดยเฉพาะ, มีเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ อย่างครบครัน, รวมทั้ง ห้องทดลองซึ่งมีอุปกรณ์สำหรับการตรวจ อย่างพร้อมมูล.

ผู้ช่วยที่ไม่มีบุตรแย่งออกเป็นพวกใหญ่ สี่จำพวก:

(ก) เป็นหมันแท้ (ไปมารวยส์-เทอ-ริลิตี), ใ้แก่ผู้ที่ได้พยายามจะให้เกิด การผสมเชื้อมาแล้วเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า หนึ่งปี.

(ข) เป็นหมันชั้นรอง (เซกันคาร์ย- เทอริลิตี), ใ้แก่ผู้ที่เคยคลอดบุตร ที่ครบกำหนดมาแล้วหนึ่งคนหรือมากกว่า,

และต่อมาไม่มีอีก, ทั้ง ๆ ที่พยายามจะ
ให้มันมาแล้วไม่ต่ำกว่าสองปี.

(ค) แท้งช้าบ่อย ๆ.

(ง) อยากมีบุตรอีก, ได้แก่ผู้ที่เคย
มีปัญหาดังข้อ ก, ข, หรือ ค มาแล้ว, ได้
รักษาได้ผลมาแล้ว, โดยได้บุตรที่คลอด
ครบกำหนดและแข็งแรง, แล้วกลับเป็น
หมันและมาให้อีก.

คนไข้ทุกคนที่มารับการตรวจต้องได้
รับความเข้าใจไว้เป็นพิเศษและอย่างเป็น
กันเอง. การรักษาจำต้องได้รับความยิน
ยอมทั้งของสามีและภรรยาและต้องมีการ
ร่วมมือกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปีจึงจะได้ผล.

การสัมภาษณ์ครั้งแรก การสัมภาษณ์
ต้อง ทำทั้งสามี และภรรยาจึงจะได้ผลดี,
และต้องนัดพบกันแยกต่างหากจากคนไข้
โรคอื่น ๆ. ในรายหนึ่ง ๆ อาจต้องการ
เวลาไม่น้อยกว่าหนึ่งชั่วโมง. โดยมาก
เริ่มต้นด้วยสถิติของการเป็นหมัน, เพื่อให้
คนไข้หายประหม่า. แล้วชี้แจงการปฏิบัติ,
โดยเน้นถึงเวลาที่ต้องการและวิธีการที่
ใช้. ต่อไปจึงซักถามประวัติ, พร้อมกับ
ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสรีรวิทยาของ
อวัยวะสืบพันธุ์ของชายและหญิง, และ

ปรากฏการณ์ของการผสมเชื้อ.

การปฏิบัติต่อสามี ในทุกราย, ต้องตรวจ
สามีก่อนภรรยา. หลังจากสัมภาษณ์แล้ว
ก็นัดสามีให้ไปตรวจในวันแรกที่ภรรยา
มีระค. จะต้องตรวจเขตขั้วเมทริกซ์, นิษ
เมือกเลือด, ตรวจขี้ส้วม, เอ็กซเรย์หน้า
อก, และตรวจวิถีละเอียดเกี่ยวกับชาย,
เวลาที่พยายามมีบุตรมาแล้ว, การแต่งงาน
ครั้งก่อน ๆ (ถ้ามี) และการตั้งครรภ์ของ
ภรรยา ก่อน ๆ, โรคที่เป็นเมื่อเด็ก ๆ, โดยเฉพาะ
โรคคางทูม และโรคแทรกซ้อน, โรค
ร้ายแรงอื่น ๆ, การผ่าตัด, กามโรค
และการอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์, การ
ฉายด้วยรังสีไอโซตอปและราเคียม, การเปลี่ยน
แปลงน้ำหนักร่างกายที่เห็นได้ชัดใกล้ ๆ กับ
เวลาที่มาตรวจ, การได้รับอันตราย, อาชีพ,
อาหาร, ยา, สุรา, บุหรี่, ความขบถในการ
ร่วมทางเพศกับภรรยา, ท่าทางที่ใช้และ
ความลำบากที่มีในการนั้น. ต้องตรวจร่าง
กายโดยละเอียดทุกระยะ, โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งหน้าท้องส่วนล่าง, อวัยวะสืบพันธุ์
และต่อมลูกหมาก (ปรอสเตท). ขึ้นสก็
ท้ายก็ตรวจน้ำอสุจิ. ก่อนที่จะตรวจสิ่งนี้,
ต้องให้คนไข้ซัก เว้นการร่วม กับภรรยาไม่

ต่ำกว่าสามวันและไม่นานกว่าห้าวัน. เก็บ น้ำอสุจิใน หลอดแก้ว ปากกว้าง ทิ้งไว้เซ่อ แล้ว ปล่อยให้ น้ำอสุจิใสเสียก่อน, แล้ว แตะด้วยก้อนสำลีสะอาดไร้อัล, ส่งไปเพาะ เซ่อ. ตรวจน้ำอสุจิส่วนที่เหลือตามวิธีของ Falk และ Kaufmann, คือวัดปริมาตร ทั้งหมด, ความหนัก, ความขุ่น, นับจำนวน สะเปอว์มาโทซัวต่อหนึ่งลูกบาศก์ เซ็นติ-เมตรแล้ว คำนวณ จำนวน ที่ออกมาในน้ำ อสุจิทั้งหมด, วัดการเคลื่อนไหวของสะ-เปอว์มาโทซัวในระยะเริ่มแรก, และเวลา ที่ยังมีการเคลื่อนไหวต่อไปภายหลังจากที่อยู่ในหลอดแก้ว, ศึกษารูปาร่างลักษณะของสะ-เปอว์มาโทซัวด้วย. ข้อสังเกตสามประการหลังนี้ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับตัดสินคุณภาพของน้ำอสุจิ.

การปฏิบัติต่อภรรยา เมื่อไม่พบสิ่งผิดปกติในสามีแล้ว, จึงเริ่มตรวจภรรยาต่อไป. การตรวจสามีจะสิ้นสุดลงในวันที่ห้าของระยะระยะ. นักพบภรรยาในวันที่หกหรือเจ็ดของระยะระยะ. ตามประวัติอย่างละเอียดเกี่ยวกับข้อต่อไปนี้: เคยรับการบำบัดรักษาเกี่ยวกับการเป็นหมันมาก่อนเมื่อใด, โรคที่เป็นเมื่อเป็นเด็ก, โรครุนแรงที่เคยเป็น,

การผ่าตัด, การอักเสบในอวัยวะสืบพันธุ์, กามโรค, การฉายเอ็กซเรย์และรöntgen, การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวที่เกิดขึ้นโดยเร็วก่อนหน้ามารักษา, การได้รับยาพิษ, อาชีพ, อาหาร, สุรา, บุหรี่, ประวัติระยะ, การแต่งงานครั้งก่อน (ถ้ามี), การมีลูกกับสามีคนก่อน, เวลาที่ได้แต่งงานมาแล้วในครั้งนั้น, เคยคุมกำเนิดนานเท่าใด, ความเจ็บปวดที่เกิดระหว่างการร่วมทางเพศ. ต้องตรวจร่างกายโดยทั่วไปและตรวจภายใน. ใช้ส้วทวอยสะอาดไร้อัลเช็ดหลอดคอ มดลูกแล้วส่งไปเพาะเซ่อ. สอนให้คนใช้ ทำส้วเมียรจากช่องคลอดทุกวันตลอดระยะรอบระยะ, โดยเริ่มตั้งแต่วันแรก. ต้องทำเวลาเดียวกันทุก ๆ วัน. ในเวลาที่คาดคะเนว่าเป็นระยะตกไข่, ซึ่งสังเกตได้จาก การเปลี่ยนแปลงในอุณหภูมิเย็บซิลทางทวารหนักที่วัดในตอนต้นนอนทุกวัน, ก่อนลุกขึ้นจากที่นอน, ต้องอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่ตรงกับ การตกไข่ให้ผู้ช่วยเข้าใจ.

ในระยะระยะรอบแรกแนะนำให้คนใช้ ร่วมกับสามีระหว่าง ๑๖ ถึง ๑๒ วันก่อนมีระยะ, โดยต้องงดการร่วมกันก่อนหน้าวัน < ๖ วัน. ระหว่างวันที่กล่าวนี้ให้ร่วมกันทุก ๓๖ ชั่วโมง.

ห้าวันหลังจากนั้นนักให้คนไข้ไปตรวจ
 เชซัลเมตะบอลิสม์, นัยเม็กเลอค, ตรวจ
 บัสสวาระ, เอ็กซเรย์หน้าอก. ทำฮิสเทโร
 ซัลบิงโกแกรมในระยะหลังวันสุดท้ายของ
 ระยะเวลาถึงก่อนการตกไข่. การที่เลือกเวลา
 เช่นนี้เพื่อข้อมูกันไม่ให้เยอบมคลูกตก
 กันหลุกเข้าไปในช่องท้อง, ไม่ให้ยาที่ฉีก
 เข้าไปในหลอดเลือดที่พองโต, และเพื่อ
 ะไ้ไม่ชักขวางต่อการผสมเชื้อซึ่งอาจเกิด
 ขึ้นได้, ดังที่เคยมีเอกสารรายงานไว้แล้ว.
 เมื่อดำภาพเสร็จแล้วต้องอธิบายฟิล์ม
 เขี่ยให้นักให้คนไข้เข้าใจ. ถ้าจำเป็นก็อาจถ่าย
 ซ้ำอีกเมื่อครบ ๒๔ ชั่วโมงหลังจากถ่าย
 ครั้งแรก.

การตรวจเบื้องต้นสำหรับภรรยาสันสุก
 ลงด้วยการทำไบออปซีย์ของเอ็นโคเม-
 เทียมในระยะเวลาแรกของรอบระยะ, โดยใช้
 ชักชั้นคิวเรตต์ของโนวัค. ตามธรรมดา
 ทำในสองสามชั่วโมงแรกของรอบครั้งก่อน
 ไป. การที่ไม่ทำก่อนมีระดูก็เพราะไม่ต้อง
 การทำลายหรือรบกวนมคลูกที่อาจตั้ง
 ครรภ์ได้. ถึงแม้ว่าการมีระดูทำให้ลักษณะ
 ของเยอบมคลูกเปลี่ยนแปลงไป, ถ้าทำ
 เร็วพอก็ยังอาจคัดลีนอะไร ๆ ได้. ในการ
 นักคนไข้เป็นครั้งที่สามนักเพื่อที่จะให้ทราบ
 ผล. ไบออปซีย์, อุณหภูมิเชซัลทกไว้
 เพื่อที่จะให้ทราบว่ารังไข่ทำงานเป็นปกติ
 หรือไม่และผลการตรวจเชซัลเมตะบอลิ-
 สม์ด้วย.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ
 หนังสือ โปรดติดต่อแผนกจัดการของสารศิริราช.

บทความพิเศษ

๑. ทูลกระหม่อม ฯ ในความทรงจำ

แดง กาญจนารัตน์

ป.พ. (จุฬาลงกรณ์), พ.ด. (กิตติมศักดิ์)

(ศาสตราจารย์ หัวหน้าแผนกจิตวิทยา ฯ)

เนื่องจาก ท่านบรรณาธิการสารคดีวิราช
ได้ขอให้ข้าพเจ้าเขียนข้อความที่เกี่ยวกับ
สมเด็จพระราชบิดาฯ ลงในสารคดีวิราชฉบับ
วันมหิดล, ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นเกียรติอย่าง
ยิ่งและพยายามที่จะเขียนตามที่ระจำได้.
เนื่องจากเวลาที่เล้ามาเนิ่นนานล่วงเลย
มานานแล้ว, อาจจะมีการคลาดเคลื่อน
ได้, จึงต้องขออภัยไว้ ณ ที่นนี้ด้วย.

๑. ในสมัยรัชกาลที่ ๖ ย่อมทราบกัน
อยู่ว่าต้องมีการซ้อมรบเสือป่าทุกปี. นิสิต
ในคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหา
วิทยาลัยต้องเป็นนักเรียนแพทย์เสือป่าทุก
คนและไปร่วมในการซ้อมรบด้วย. กอง
นักเรียนแพทย์เสือป่านั้นมีผู้บังคับบัญชา
คือ สมเด็จพระมหาไชยนาท นเรนทร
และท่าน ม.จ. พูนศรีเกษม เกษมศรี. ทั้ง

สองพระองค์ ได้ทรงเสด็จไปร่วมในการ
ซ้อมรบด้วย. ทางการจึงได้จัดมหาด
เล็กกรีบใช้ขึ้นเพื่อประจำพระองค์ท่านครั้ง
ละ ๓-๔ คน. ข้าพเจ้าจำได้ว่าได้มีโอกาส
เป็นมหาดเล็กกรีบใช้ด้วยผู้หนึ่ง. ต่อมา
เมื่อ ๒-๓ ปีก่อนจะยุติการซ้อมรบของ
ด้วยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาล
ที่ ๖ สวรรคต, สมเด็จพระราชบิดาฯ
ได้เสด็จไปในการซ้อมรบด้วย, และ
ข้าพเจ้าก็ได้ถูกจัดให้เป็นมหาดเล็กกรีบใช้
อีก. ข้าพเจ้าเองรู้สึกใจคอไม่ใคร่ดีเพราะ
ยังไม่ทราบพระอริยาครีว่าเป็นอย่างไร.
แต่เมื่อได้เข้าอยู่ใกล้ชิด และคอยรับใช้
พระองค์ท่านแล้วก็ปรากฏว่าพระองค์ทรง
มีพระอริยาครีขลุมนต์มัย, ไม่ถือพระองค์,
เห็นใจผู้น้อย. เช่นในเวลาเมื่อเสวยพระ

กระยาหารคำแล้วก็มีผู้ไปเฝ้าและรับ
สั่งอยู่ด้วยจนคึก ๆ เสมอ. พวกเราที่เขิน
มหาดเล็ก คอยรับใช้มีหน้าที่ต้องนั่งเฝ้า
คอยรับใช้. ในที่สุดพวกเราบางคนก็ลง
มือนั่งโงกเพราะความง่วง. เมื่อทอดพระ
เนตรเห็นเช่นนั้นก็รับสั่งให้ไปนอนได้, ไม่
ต้องนั่งเฝ้าเพราะตีกแล้ว. บางทีเสด็จไป
ตรวจที่พักของนักเรียนแพทย์เสื่อป่า, ขณะ
ที่พวกนักเรียนบางคนกำลังพักผ่อนนอน
หลับ. เมื่อพวกเพื่อน ๆ เห็นพระองค์ท่าน
เสด็จไป, ต่างก็ปลุกกันให้รีบลุกขึ้นถวาย
ความเคารพ. พระองค์ท่านทอดพระเนตร
เห็นเข้า, ก็รับสั่งว่า "นอนให้สบาย, ไม่
ต้องปลุกให้ลำบากเปล่า ๆ." ตามที่เล่า
มานั้นเหตุการณ์ส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดจากการ
ซ้อมรบเสื่อป่า.

๒. เมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๒ ข้าพเจ้าได้
รับทุนจากรอคคิเฟลเลอร์มูลนิธิให้ออกไป
ศึกษา โรคตาเพิ่มเติม ณ เมือง กลักตา,
ประเทศอินเดีย, เป็นเวลา ๑ ปี. แต่ท่าน
นั้นไม่มีเงินให้สำหรับซื้อเครื่องแต่งตัว.
หมายความว่าเราต้องจัดซื้อเอาเอง. ใน
สมัยนั้นข้าพเจ้ามีเงินเดือนเพียง ๑๑๕
บาทเท่านั้น, และเพิ่งออกเป็นแพทย์ได้
๒ ปี, จึงรู้สึกว่าเป็นการหนักใจที่จะต้อง

ใช้จ่ายในเรื่องเครื่องแต่งตัว. ในที่สุดก็
นึกถึงสมเด็จพระราชาธิบดี ฯ ใ้คว้า, หาก
ลองไปขอประทานพระกรุณาจากพระองค์
ท่าน, อาจจะพอมีหวังบ้าง. จึงได้ไป
ปรึกษากับศาสตราจารย์เฮลลิส. ศาสตรา
จารย์เฮลลิสก็บอกว่าให้ลองศ. คเหมือน
ข้าพเจ้าจะเป็นคนแรกที่เขียน คนภายนอก
และเข้าไปเยี่ยมขอร้องประทานทรัพย์ของท่าน
น. ในที่สุดข้าพเจ้าก็ตกลงใจทำหนังสือ

กราบทูลขอประทานเงินจำนวน ๕๐๐ บาท
เพื่อซื้อเครื่องแต่งตัวและข้าวของเบ็ดเตล็ด
สำหรับที่จะเดินทางไปต่างประเทศ. ใน
สมัยนั้นนักเรียนที่ไ้ทุนไปยุโรปหรือ
อเมริกาเหมือนได้ค่าเครื่องแต่งตัวราว
๘๐๐ บาท, ข้าพเจ้าได้นำหนังสือขอประ
ทานเงินนั้นไปเฝ้าด้วยตนเองที่วังสระปทุม.
เมื่อได้ทรงอ่านหนังสือขอทุนจบแล้ว, ก็
ทรงรับสั่งถามว่า "ทำไมจึงขอ ๕๐๐ บาท."
พระตำรัสถามนั้นทำให้ข้าพเจ้าใจคอไม่
สู้ก็, เกรงว่าคงจะขอมากไป. เลยทูล
ว่านอกจากคิเคเสื่อผ้าแล้วยังต้องซื้อของ
อื่น ๆ อีก, เช่นกระเป๋ากินทางเป็นต้น.
ในที่สุด ทรงรับสั่งว่าเรื่องเงินจะแจ้งให้
ทราบบ้าง. ส่วนกระเป๋ากินทางนั้นพระ
องค์ท่านมีเยอะ, ให้ไปคิคค้อกับเจ้าหน้าที่

แล้วเลือกเอาไปตามใจชอบ. ภายในเวลาอันไม่ช้านักข้าพเจ้าก็ได้รับลายพระหัตถ์จากพระองค์ท่าน, มีใจความว่าทรงประทานเงินให้ข้าพเจ้าตามที่ขอไปเป็นจำนวน ๘๐๐ บาท, เกินกว่าที่ใ้ขอประทานไว้ถึง ๓๐๐ บาท. เงินที่เกินนั้นให้ไว้สำหรับซื้อตำราและเครื่องมือไว้ใช้ประกอบการเรียน. ขอร้องทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งในพระกรุณาธิคุณเป็นอย่างยิ่ง. ต่อมาข้าพเจ้าก็ไปทวงสระปทุมออก, เพื่อรับกระเป๋าคามที่ใ้รับส่งกับเจ้าหน้าที่ไว้. ข้าพเจ้าก็ขึ้นไปเลือกเอาเอง. ปรากฏว่าในห้องที่เก็บขนมมีกระเป๋ามากมายตั้งแต่ขนาดเล็กจนถึงขนาด แทยจะลงไปนอนใ้ที่ใ้เดียว. ข้าพเจ้าก็ใ้เลือกเอา ทรงค์ สำหรับเดินทาง ๑ ใบ และกระเป๋านั่งอีก ๑ ใบ. สิ่งที่น่าแปลกใจก็คือกระเป๋าทกใบในห้องนั้นมีลูกกุญแจประจำอยู่ครบถ้วน. ต่างกับที่อื่นๆ ซึ่งโดยมากมักมีแต่ตัวกระเป๋าคาม, ส่วนลูกกุญแจนั้นหาใ้ยากเต็มที. ข้าพเจ้าจำใ้ได้ว่าซากลับจากเลือกกระเป๋าคามแล้ว, ก็ออกมาพบสมเด็จพระราชชนนีฯ และสิ้นเกล้าฯ รัชกาลที่ ๘ และรัชกาลปัจจุบันทั้งสองพระองค์, ซึ่งในขณะนั้นยังทรงพระเยาว์อยู่, และพระองค์ท่านยังใ้รับสั่งถามพระราช

ชนนีฯ ว่าคนนี้จะเอากระเป๋าคามใ้ไหนกัน. ต่อมาเมื่อ กำหนดการเดินทางของข้าพเจ้าแน่นอนแล้ว (กล่าวคือในสมัยนั้นต้องไปขึ้นรถไฟที่สถานีหัวลำโพงแล้วจึงไปด้ายลงเรือค่อทขัยนึ่ง), ข้าพเจ้าจึงใ้ถือโอกาสไปกราบทูลลาพระองค์ท่าน ณ วังสระปทุม, โดยที่ไปคนเดียวและไม่มีดอกไม้ใ้เทียบตามธรรมเนียมเลย, เพราะข้าพเจ้าเองก็ใ้ไม่ทราวยะเขี่ย. เมื่อใ้ได้กราบทูลว่าข้าพเจ้า จะเดินทางในวัน ไหนแล้ว, พระองค์ท่าน ก็ทรงช่วยพร ขอใ้ข้าพเจ้าเดินทางไปโดยสวัสดิ์, และยังทรงรับสั่งว่า “วันนั้น ฉันก็จะไปส่งเหมือนกัน.” ทำเอาข้าพเจ้าสะอึ้ง, เพราะใ้ไม่ทราวยว่าที่ทรงรับสั่งเช่นนั้นทรงหมายความว่าอะไร, ต่อมาจึงปรากฏว่า ในวันนั้นพระองค์ ท่านใ้เสด็จไปส่งเจ้านายพระองค์หนึ่ง, ซึ่งจะเสด็จไปต่างประเทศเหมือนกัน. ขณะที่ข้าพเจ้ากำลังศึกษาและงานอยู่ กลักตานั้น, มีฝรั่งเพื่อนคนหนึ่งบอกว่ามีเจ้านาย ไทยพระองค์หนึ่งประชวรมาก. เมื่อข้าพเจ้าขอหนังสือพิมพ์เขาก็ใ้ปรากฏว่าเป็นสมเด็จพระราชบิดาฯ, ทำให้ข้าพเจ้าใจคอหดหู่ลงไปทันที. ต่อมาไม่ช้าก็ทราบจากหนังสือพิมพ์ต่างประเทศว่า

พระองค์ได้สิ้นพระชนม์เสียแล้ว. ในเวลานั้นข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจอยู่สุดซึ้ง, เพราะได้กำหนดหมายไว้ในใจเป็นมั่นเหมาะแล้วว่าเมื่อใดกลับไปเมืองไทยเมื่อใด, ก็จะได้เข้าเฝ้ากราบทูลถึงกิจการต่าง ๆ ที่ได้ไปศึกษาและทำงานในประเทศอินเดีย, และตั้งใจว่า จะรับใช้พระองค์ ท่านตามแก่พระประสงค์ทุกประการ, ทั้งนี้เพื่อทดแทนพระกรณาธิคุณอันยิ่งใหญ่ที่ได้ทรงมีต่อข้าพเจ้าในครั้งนั้น.

ข้าพเจ้าขอขอบเวรอันลงแต่เพียงนี้. ท่านผู้อ่านทั้งหลายคงจะทราบกันดีแล้วว่าสมเด็จเจ้าฟ้าฯ พระองค์นี้ได้ทรงมีพระกรณาธิคุณต่อกิจการแพทย์ของประเทศเราเพียงใด. ผลแห่งพระกรณียกิจที่ได้ทรงปฏิบัติไปแล้วนั้นย่อมซาบซึ้งอยู่ในจิตใจของพวกเขาอย่างไม่สามารถจะลืมได้. พระมหาบุรุษของเราได้ทรงอุบัติมา และเสด็จละโลกไปเสียแล้ว. ขอจงเสวยพระเกษมสุขสำราญ เทอญ.

๒๓. พระกรณียกิจบางอย่างของสมเด็จพระราชาธิบดีฯ ที่ข้าพเจ้ายังจำได้

สุด แสงวิเชียร

พ.บ., พ.ค.

(ศาสตราจารย์ หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์)

ข้าพเจ้ามาเรียนแพทย์ไม่ใช่เพราะมีอคติหรือที่ระอิดิศั่วเพื่อประโยชน์สุขของผู้อื่น. มาเรียนเพราะเพื่อนที่อยู่ด้วยกันในชั้นมัธยมที่ ๘ ซักชวน, ประกอบทั้งเมื่อสอบได้ชั้นมัธยมบริบูรณ์ อายุน้อยเกินไปและตัวเล็ก, ไปสมัครงานที่ไหนเขาก็

ไม่รับ. ฉะนั้นจึงตามเพื่อนร่วมชั้นสมัครไปเรียนกับเขาด้วย. ก่อนเข้าต้องถูกสัมภาษณ์โดย Mr. A.H. Hale อาจารย์แผนกเภสัชกรรม. ตามควไปกับการสอบภาษาอังกฤษว่าทำไมจึงมาเรียนแพทย์. เป็นคำถามที่ข้าพเจ้าไม่เคยคิดว่าจะถูกเข้า.

เล่นเองไปประเดี๋ยวหนึ่ง. แล้วก็คอย
โพล่งออกไปว่าเพื่อจะได้เป็นทางหาเลี้ยง
ชีพอย่างหนึ่ง. รู้สึกว่าสีหน้าของอาจารย์
เชลยออกความไม่พอใจ. แต่ในขณะนั้นม
นักเรียนมาสมัครน้อย. ทางการตกลงรับ
ทั้งหมด ๒๕ คน. ข้าพเจ้าเป็นคนสุดท้าย
ที่ตกลงรับเข้าเป็นนักเรียนเตรียมแพทย์ที่
๑ กว๊าย.

ขณะไปอยู่ที่หอวังซึ่งเคยวันเป็นสนาม
กีฬาแห่งชาติ, ข้าพเจ้าได้เห็นอาจารย์ผู้
หนึ่งท่าทางดี, ผิวกายผุดผ่องสะอาดสอาด
มีทรงผมหยักโคกเล็กน้อย, นุ่งผ้าม่วง
ทางกระบอก, มักเป็นสีเขียว, ใส่เสื้อแพร,
สอนวิชาชีววิทยาให้กับนักเรียนเตรียม
แพทย์ที่ ๒. ก่อนจะลงมือสอนมักกวัก
กระเข้าเอาฉาบพริกแกงเล็กน้อยมาวางบน
โต๊ะ. ข้อที่สะดุดตามากก็คือคุณนักเรียน
และอาจารย์อื่น ๆ พินอยพิเทากันมาก, ผิด
กับที่แสดงกับคนอื่น ๆ. แต่คุณตรงกันข้าม,
อาจารย์ผู้นั้น ไม่ได้แสดง วางท่าอย่างไร
เลย, กลับกลุกขอช่วยนักเรียนทำโน่น
ทำนี่. สิ่งไรที่นักเรียนทำไม่ได้ก็ลงมือ
ช่วยทำให้. ข้าพเจ้าก็ถามเพื่อนรุ่นพี่ว่า
ใครกัน. ถูกเขามองหน้าเสียก่อนจึงตอบ
ว่า "ไม่รู้คอกกร. นั่นแหละทูลกระหม่อม

แดง".

ข้าพเจ้าเป็นเด็กมาแต่บ้านนอก. เคย
ไต่ยีนไต่ฟังแต่ผู้เฒ่าผู้แก่พูดถึงเจ้าฟ้าเจ้า
แผ่นดินแล้ว, รู้สึกว่าสูงส่งสุดเอี่ยม. เมื่อ
มาเห็นทูลกระหม่อม ๆ ทรงปฏิบัติกับนัก
ศึกษาแบบครูธรรมศาสตร์ก็ออกพิศวง.
คิดไม่ถึงว่าพระองค์ท่านจะทรงมาทรมาน
พระวรกาย, ถ่อมพระเกียรติยศลงมาสอน
พวกทมิฬเหล่านั้นอยู่ทำไม. บางคนพูด
"พระยะคะ" ก็ไม่เห็น, แต่รู้ว่าพูด "ควบี"
ก็ไม่ถูก, เลยออ ๆ อ่า ๆ ส่งไป. เช่น
ข้าพเจ้าเป็นตัวอย่าง. ขณะที่เขานั่งสอบ
วิชาชีววิทยาในปลายปีที่ ๑, ซึ่งใช้ได้
เงินเรียนนอนนักศึกษาเป็นที่สอบ, ลมพัด
แรงทำให้ต้องใช้มือข้างที่ไม่ได้ใช้เขียน
คอยตะปบกระดาษไว้, กลัวจะปลิวไป.
ปรากฏว่ามีมือทอช้ามไหล่เอาอีกอันอุ้มมา
วางให้ ๑ อัน, แล้วมีเสียงถามว่ายาก
ไหม. ข้าพเจ้าก็ตอบเสียอย่างเต็มภาค
ภุมิว่า "ไม่ยากควบี, พอทำได้". เย
หน้าชั้นจึงเห็นว่าทูลกระหม่อม ๆ กำลัง
ทรงขมอยู่, ทรงพอใจที่ข้าพเจ้ากำลังตอบ
ข้อถามของพระองค์, ซึ่งให้เขียนรูปและ
อธิบายอวัยวะต่าง ๆ ของไส้เดือนที่ตกคาม
ชวาง.

ในบางวันมันก็เรียนไปเกรงอยู่แถวสระ
ปทุม. ทูลกระหม่อม ฯ ทรงรถมาทอก
พระเนตรเห็นเข้าใจว่าจะกลับหอ, ทรง
ชวนให้ขึ้นไปนั่งด้วย, ก็สะเออะขึ้นไปนั่ง
ร่วมกับทพระองค์ประทับ. ข้าพเจ้าได้มี
วาสนาแบบนั้นครั้งหนึ่ง. มีกิจต้องไปเฝ้า
พระองค์ท่านทวัง. พอจะกลับท่านก็ให้หนึ่ง
เคียงพระองค์ท่านพามาส่งที่ท่าพระจันทร์.
ระหว่างทางก็ทรงถามและเล่าเรื่องต่าง ๆ
จนถึงที่.

การกระทำของทูลกระหม่อม ฯ แบบที่
เล่ามาแล้วข้าพเจ้าฟังมากก็ได้ภายหลัง,
ว่าการที่ทรงเสียดสละแบบนั้นก็เพราะในขณะ
นั้นอาจารย์ทางชีววิทยาไม่มี. คุณหลวง
จุลชีพพิชชากรก็เพิ่งกลับมาจากต่างประเทศ.
นักศึกษาเตรียมแพทย์ตามโครงการร่วม
มือกับบรอกคิเฟลเตอร์มูลนิธิจำเป็นจะต้อง
มีพื้นฐานตามสมควร, เพื่อเข้ารับการ
อบรมโดยสวดกกับศาสตราจารย์ชาวต่าง
ประเทศเมื่อข้ามมาเรียนแพทย์. ขณะไม่มี
ใคร, ถ้าทูลกระหม่อมสมเด็จพระราช
บิดา ฯ ไม่ทรงเสียดสละอุทิศเวลาและพระ
วรกายอบรมให้อยู่ในมาตรฐาน, ไม่เพียง
แต่นักศึกษาเหล่านั้นจะขาดความรู้เท่านั้น,
ทางการของมูลนิธิก็ยอมเสียได้ว่าฝ่าย

เราไม่สนใจทำตามข้อตกลง. อาจเป็นเหตุ
ให้ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างใด. แต่
การเสียดสละของพระองค์ท่านได้ทำให้มล
นิธิเห็นใจ, ช่วยทั้งกำลังคนและกำลังเงิน
ยิ่งขึ้น. และไม่เพียงเท่านั้น, เพื่อเข
อนุสรณ์ถึงพระองค์ท่าน, หลังจากทพระ
องค์เสด็จล่องลับไปแล้ว, ก็ยังให้ความ
ช่วยเหลือต่อไปอีก ๒ ปีแม้หมกสัญญา
แล้ว.

เท่าที่เล่ามานี้เป็นแต่เพียงพระกรณีย-
กิจส่วนน้อยที่ทรงปฏิบัติกับนักศึกษา. ยัง
มีพระกรณียกิจอีกหลายอย่างที่ทรงกระทำ
เพื่ออบรมนักศึกษาให้เป็นคนชยัน, เป็น
คนประหยัด, รู้จักค่าของเงิน, ให้อริ
บ้านเมือง, ชนบวรมเนียมประเพณีและ
ศิลปะต่าง ๆ ของชาติ, เพื่อให้เกิดการ
รักชาติบ้านเมืองขึ้นเองแทนที่จะพดสังสอน
ด้วยปาก.

ฉะนั้นในโอกาสอันเป็นวันคล้ายวันสิ้น
พระชนม์ของพระองค์ท่านข้าพเจ้าจึงขอชัก
ชวนชาวเรา, ทั้งที่ได้พบคุ้นเคยกับพระ
องค์ท่านและเคยได้ยื่นแต่เพียงพระเกียรติ
คุณ, ให้ระลึกว่าในการที่พวกแพทย์ทั้ง
หลายยกย่องสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้า
กรมหลวงสงขลานครินทร์ ว่าเป็นบิดาแห่ง

การแพทย์แผนปัจจุบันของไทยนั้นเป็นการ
สมควรอย่างยิ่ง. กิจการแพทย์แผนปัจจุบัน
ของไทยได้ก้าวหน้าในสมัยของพระองค์
ท่านยิ่งกว่าในสมัยของผู้ใดทั้งสิ้น. ทั้งนี้
เพราะพระองค์ได้เป็นตัวอย่างอันดีขณะทำ
หน้าที่อาจารย์, เป็นตัวอย่างอันดีขณะเป็น
ศิษย์เล่าเรียน แพทย์อยู่ที่มหาวิทยาลัย
ซาร์วาร์ต, เป็นตัวอย่างอันดีขณะเป็น
แพทย์แล้ว. พระองค์ได้สละกำลังกาย,
กำลังใจ, กำลังทรัพย์เพื่อความก้าวหน้า
ของวิชาอันยิ่งกว่าผู้ใด. ถ้าพวกอาจารย์,
แพทย์และนักศึกษาระยัคเอาตัวอย่างอัน

แบบที่พระองค์ได้ทรงปฏิบัติ, วิชาการ
แพทย์ของไทยย่อมมีโอกาสเดินก้าวหน้า
ทัดเทียมกับในต่างประเทศ, และประชา
ชนดีย่อมจะได้ความสุขที่เกิดจากความ
เมตตาอารี และความเอาใจใส่ของพวก
แพทย์ยิ่งขึ้น.

ถ้าอาจารย์และแพทย์ทุกคนของประ-
เทศจะร่วมกันปฏิบัติเช่นนี้, ถึงทลกระ
หม่อม ๆ จะทรงสถิตย์อยู่ในสวรรคตชั้นฟ้า
แห่งใด, ก็ย่อมทรงพึงพอพระฤทธิย์ยิ่ง
กว่าการกระทำอย่างอื่น ๆ ทั้งสิ้น.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

- ๑. ทวงหนี้หนังสือ
- ๒. ย้ายสถานที่
- ๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดศึกษาค้นกับแผนกจัดการสารศิริราช

บทบรรณาธิการ

โดยรอยพระยกุลบาท
หลักเกณฑ์เหนือบุคคล

กิจการงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับคนจำนวนมากและต้องทำซ้ำๆ ย่อมต้องมีหลักเกณฑ์กำหนดขึ้นไว้สำหรับเป็นแนวทางแก่ผู้ปฏิบัติ, เพื่อให้การกระทำในครั้งหนึ่งๆ ถูกต้องตามที่ควรและเหมือนกันอยู่เสมอ. ทั้งนี้เป็นหลักประกันที่จะให้เกิดความยุติธรรมและเป็นที่น่าพอใจในส่วนใหญ่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง. กิจการใดที่ขาดหลักเกณฑ์ซึ่งแน่นอนย่อมระกวัดไกวไปตามอารมณ์ของผู้ปฏิบัติ, หรือตามอำนาจของอคติ, ทำให้ไม่มีความเสมอหน้าและก่อความไม่พอใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง, เป็นเหตุให้ยังเกิดความระส่ำระสายในกิจการนั้นๆ อยู่เสมอๆ.

โดยส่วนมากหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ยังเกิดขึ้นเป็นผลของการกระทำซ้ำๆ, ซึ่งพอจะอนุมานได้ว่าความชำนาญ, ประกอบกับการปรับปรุงเป็นลำดับไป, โดยอาศัยความสังเกตและการไตร่ตรองจากประสบการณ์ในทางปฏิบัติ. กิจการใดที่เขินงาน

ใหม่, หลักการที่กำหนดขึ้นก็อาจมีข้อบกพร่องมาก, ซึ่งเห็นได้ในเวลาต่อมาและจำต้องคัดแปลงเสียให้เหมาะกับความประสงค์หรือเพื่อผลที่ถึงงาม. บางครั้งก็ต้องแก้ไขเพื่อให้สมกับกาลเวลา. ทั้งนี้หลักเกณฑ์ส่วนมากจึงมิใช่สิ่งที่ตายตัว, หากเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอๆ. แม้กระนั้นหลักเกณฑ์ก็เป็นขั้นพื้นฐานที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับกิจการ, เพราะเป็นหลักประกันความยุติธรรมและความพอใจถึงกล่าวแล้ว.

การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ย่อมให้ความแน่ใจและเบาใจแก่ผู้กระทำ, เพราะจะเป็นเครื่องป้องกันให้รอดพ้นจากความบกพร่องและข้อตำหนิต่างปวง. ถึงแม้การปฏิบัติถึงกล่าวจะทำให้บุคคลบางส่วนยังเกิดความไม่พอใจ, เพราะเขาต้องเสียผลหรือขาดประโยชน์ที่คาดหมาย, แต่ความไม่พอใจนั้นๆ หาเป็นเหตุสำหรับการตำหนิไม่. ทราบใจที่หลักเกณฑ์นั้นๆ ยังใช้ใ้

อยู่, บุคคลที่ปฏิบัติตามย่อมได้รับความคุ้มครอง. ตรงกันข้าม, ผู้ที่กระทำการผิดไปจากหลักเกณฑ์, ย่อมเสี่ยงต่อการรับผิดชอบ, ถึงแม้ว่าการกระทำนั้น ๆ จะก่อความพอใจให้แก่บางคนหรือบางส่วนก็ตาม.

ตามหลักธรรมชา, กิจการที่ที่ย่อมอยู่ถาวรและยังผลที่งดงาม. หลักเกณฑ์ต่างๆ วางไว้เพื่อให้กิจการดำเนินไปด้วยดี. การปฏิบัติตามก็ควรจะให้ผลดี. ตรงกันข้าม, การไม่ถือหลักเกณฑ์ย่อมจะนำมาซึ่งความยุ่งเหยิงและความเสื่อม. การปฏิบัติตามความพอใจของแต่ละคน, หากจะกระทำได้, ก็คงจะโดยชั่วคราวเท่านั้น, คงจะไม่ยั่งยืนถาวรสักเท่าใด. มิชามีนาคนคงจะยังเกิดความต้องการที่ไม่ตรงกันขึ้น, แล้วก็จะต้องโต้เถียงกัน, และโดยที่โต้ทั้งหลักเสียแล้ว, ก็ย่อมจะไม่มีอะไรเป็นเครื่องตัดสิน. ความแตกแยกและปั่นป่วนย่อมจะตามมาโดยไม่มีปัญหา.

หนทางที่ที่สที่สุดที่จะรักษาความศกศิสฺทของหลักเกณฑ์และป้องกันความยุ่งเหยิงต่างๆ ก็คือทุกคนต้องเคารพหลักเกณฑ์และยินยอมปฏิบัติตามโดยไม่หลบเลี่ยงหรือบิดพลิ้ว. ถ้าเป็นได้ดังนี้กิจการต่างๆ ก็คงจะดำเนินไปโดยราบรื่นและทุก ๆ คน

ก็คงจะพอใจ. จริงอยู่, บางครั้งการปฏิบัติดังนี้ทำให้ขาดประโยชน์หรือขัดขวางความประสงค์. แต่ถ้าหากทำความเข้าใจเสียว่าเป็นการดีสำหรับส่วนรวม, และทุก ๆ คนก็คงอยู่ในหลักเกณฑ์เช่นเดียวกันโดยเสมอหน้า, ก็คงจะไม่ยังเกิดความขุ่นข้องประการใด. บุคคลบางคนชอบเป็นผู้ถกถกวัน, พยายามหาทางที่จะช่วยให้ไม่ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ต่างๆ อยู่เสมอ ๆ. บุคคลพวกนี้คงไม่ได้คิดว่าการกระทำนั้นๆ เป็นเหตุแห่งความยุ่งยากสำหรับผู้อื่น, โดยเฉพาะผู้มีหน้าที่รักษาหลักเกณฑ์นั้น ๆ. บางทีก็เริ่มต้นเหตุให้กิจการยุ่งเหยิงได้มาก ๆ. ถ้าคิดได้ดังนี้บางทีจะไม่ค่อยยินดีนักที่จะได้เป็นคนถกถกวัน.

ทลกระท่อม ๆ สมเด็จพระราชาธิบดีฯ ได้ประทานตัวอย่างอันดีไว้ในเรื่องดังกล่าวมานี้, ในหลายระยะตลอดพระชนม์ชีพของพระองค์. ในระหว่างที่ศึกษาวิชาทหารเรืออยู่ที่ในประเทศเยอรมนีพระองค์มิได้อยู่ในฐานะของเจ้าต่างประเทศ, แต่ในฐานะของนักเรียนนายเรือผู้หนึ่ง. พระองค์ต้องรับการหัดและฝึกฝนทั้งปวงเช่นเดียวกับนักเรียนทุก ๆ คน. เมื่อทรงศึกษาสำเร็จแล้วก็ทรงเข้ารับราชการอบรมในกองเรือ

คำนำโดยเป็นนายทหารชั้นผู้น้อยประจำเรือคำนำลำหนึ่ง. ทรงพากเพียรในหน้าที่จนได้รับยศเลื่อนเป็นนายเรือโท. ครั้นเสด็จกลับคืนประเทศไทยในสมัยสงครามโลกครั้งที่หนึ่งก็ได้เข้าประจำการในกองทัพอากาศ. พระองค์ได้ทรงเสนอความเห็นหลายประการต่อผู้บังคับบัญชาซึ่งไม่ได้รับความเห็นชอบด้วย. ในที่สุดทรงเขียนรายงานเพราะทรงเห็นว่าไม่สามารถจะใช้วิชาที่ได้อบรมศึกษามาให้บังเกิดประโยชน์เต็มเม็ดเต็มหน่วยได้, จึงได้ทรงลาออกจากราชการทหารเรือ, และต่อมาทรงได้รับการชักนำจากเสด็จในกรม^(๑) และหม่อมเจ้าพนศรีเกษม เกษมศรีให้ทรงหันมาสนพระทัยกับราชแพทยาลัย และได้ทรงขำเพ็ญพระกรณียกิจในค่าน้ำอย่างใหญ่หลวง, ถึงที่ทราบกันอยู่แล้ว. น่าคิดว่าหากทูลกระหม่อมฯ ได้ทรงใช้อิทธิพลส่วนพระองค์ในการเสนอความเห็นต่อผู้บังคับบัญชา, แทนที่จะถือว่าพระองค์เป็นเพียงนายทหารชั้นผู้น้อย, เหตุการณ์อาจดำเนินไปในรูปอื่นก็ได้.

ข้อกังวลข้อแรกของทูลกระหม่อมฯ ในตอนที่ทรงตัดสินพระทัยที่จะช่วยกิจการ

แพทยก็คือพระองค์เองไม่มีความรู้ในทางแพทย! ถ้าเป็นคนอื่นก็อาจคิดว่าในเมื่อตนอยู่ในฐานะสูงศักดิ์เช่นนั้นแล้ว, ก็ไม่จำเป็นจะต้องมีความรู้เฉพาะวิชาแต่อย่างใด. หากมีปัญหาวะไรเกิดขึ้นก็จะขอขจัดได้ด้วยปฏิภาณ. ถ้าหากจะมีเรื่องขัดแย้งอย่างใด, ใครเล่าจะกล้าโต้เถียงกับเจ้าฟ้า. แต่ทูลกระหม่อมฯ ทรงเคารพหลักแห่งเหตุผล, ไม่มีพระประสงค์เป็นผู้ไ้รับการยกเว้น, จึงได้ตัดสินพระทัยไปศึกษาวิชาการสาธารณสุขที่สหรัฐอเมริกา. เมื่อทรงสอบได้อันุปริญญาแล้วก็เสด็จกลับมารับราชการในราชแพทยาลัย. ในการประชุมคราวหนึ่ง มีข้อโต้เถียงเกิดขึ้น. เมื่อเสร็จประชุมแล้วได้ทรงมีพระดำรัสแก่หม่อมเจ้าพนศรีเกษมฯ ว่าจะต้องเสด็จไปต่างประเทศอีกครั้งหนึ่งเพื่อทรงศึกษาวิชาแพทย. พระองค์ประทานเหตุผลว่าถ้าหากไม่รู้วิชาแพทยก็ไม่อาจจะโต้เถียงในปัญหาของแพทยได้. เพราะฉะนั้นถึงอย่างไร ก็ต้องทรงศึกษาวิชาแพทยให้สำเร็จไว้, มิฉะนั้นก็จะไม่สามารถปฏิบัติพระกรณียกิจทั้งที่มีพระประสงค์. ทั้งนี้จึงได้เสด็จไปศึกษาแพทยศาสตร์, เป็นการศึกษ-

* พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร

ชาวต่างชาติครึ่งทศวรรษ, ทั้ง ๆ ที่พระอนามัย มีค้อยจะสมมุติชนิก. ในระหว่างการศึกษา ทรงใช้พระนามว่านายมหิตล สงขลา, ชื่อพระองค์ว่าเป็นนักเรียนแพทย์ผู้หนึ่งและ ทรงปฏิบัติงานต่าง ๆ เช่นเคียวกับนักเรียนอื่น ๆ. ในการศึกษายุคสุดท้าย, ใกล้เคียงเวลาสอบไล่, ใ้ประศวรถึงต้องให้แพทย์ ทำการผ่าตัดใหญ่. คณะอาจารย์ใ้ประศวรม ปรีกษากัน, เห็นว่าโดยที่พระองค์ใ้ทรง ศึกษาด้วย พระวิริยภาพ มาตลอดเวลา, สมควรจะได้ถวายปริญญาใ้โดยใ้ไม่ต้องสอบไล่. แต่ทลลระหม่อมม ๆ ทรงปฏิเสธเอก- สิทธิที่คณะอาจารย์ถวาย, และใ้ใ้ทรง สอบไล่ใ้ได้เป็นผลสำเร็จด้วยพระปัญญา สามารถของพระองค์เองภายหลังที่หาย ประศวรใ้แล้ว. เรื่องนี่ย่อมแสดงถึงพระ ปรีชาญาณที่ทรงเล็งเห็นว่าปริญญาที่มีผู้ ยกใ้, แม้จะเป็นเกียรติ, ก็หามีค่าเท่า ปริญญาที่ทรงทำใ้เองใ้. นอกจากนี้ พระองค์คงจะมีพระประสงค์ที่จะยกฉลั, ใ้ยอมใ้ พระองค์ตกเป็นบุคคลใ้ใ้รับ ยกวัน, อีกด้วยเป็นแน่. โดยที่แพทย์ ถวายคำแนะนำใ้รับเสด็จกลับคืนสู่ประ- เทศไทยเนองด้วยเหตุผลทางพระอนามัย, พระองค์จึงใ้ทรงสามารถที่จะฝึกฝนในการ

แพทย์ที่งานปฏิบัติใ้ครบถ้วนทั้งทศวรรษ เป็น. เมื่อกลับถึงกรุงเทพฯ แล้วทรงร้อน พระทัยในเรื้องนมาก. มีพระประสงค์จะ เข้ารับหน้าที่เป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรง พยาบาลศิริราช. แต่เจ้าหน้าที่ถวายความ เห็นว่าการนียากที่จะปฏิบัติใ้ได้เพราะ ฐานันครศักดิ์ของพระองค์. ถึงแม้จะมี อุปสรรคที่ยากจะเข้าใ้ได้ทั้งนั้น, ทลลระ หม่อมม ๆ ก็มีใ้ทรงทอคทั้งพระประสงค์ จะปฏิบัติตามเยี่ยงที่แพทย์อื่น ๆ ในอเมริกา ต้องปฏิบัติ, คือทำหน้าที่แพทย์ประจำบ้าน เสียก่อนที่จะออกประกอบอาชีพ. ใ้ใ้ทรงคิด ค่อยไปเป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยา- บาลแมคคอร์มิค, จังหวัดเชียงใหม่, โดยทรงเห็นว่าเป็นโรงพยาบาลอเมริกัน, ใ้ไม่มีธรรมเนียมเจ้านาย, คงจะใ้ไม่มีการ ขัดข้อง. ทางโรงพยาบาลใ้ใ้ค้อยสนอง พระประสงค์ด้วยดี. พระองค์จึงใ้ใ้เสด็จไป ประจำอยู่ที่นั่นจนกระทั่งประศวร, ต้องเสด็จ กลับกรุงเทพฯ และใ้ใ้สิ้นพระชนม์ลงด้วย โรคร้ายที่เข้าใจว่าใ้รับเชื้อมาจากที่นั่น, ใ้ใ้ทรงทราบกันอยู่แล้ว. ในระหว่างที่ทรง ปฏิบัติหน้าที่อยู่ที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค พระองค์ใ้ใ้ทรงฉลัเสมอน้ำ, ใ้ ยอมเป็นบุคคลพิเศษใ้ใ้รับยกวัน, และ

ทรงปฏิบัติหน้าที่เยี่ยงแพทย์อื่น ๆ ทุกประการ. ถ้าจะคิดว่าการที่ไ้ทรงทราบความงานทั้ง ๆ ที่พระอนามัยมีค้อยเป็นปกติ, เป็นเหตุให้โรคร้ายมีโอกาเสาะกินจนถึงสิ้นพระชนม์, ก็ยอมเป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่ง. ถ้าหากพระองค์มีไ้ทรงยึดมั่นในหลักเสมอเหมือนคนอื่น, ทรงยอมรับฐานะพิเศษและสภาพทศวรรษกเว้นซึ่งพระองค์ทรงมีสิทธิทุกประการที่จะรับได้, บางทีอาจ

จะทรงพระชนม์อยู่ยืนยาวต่อมาอีกหลายปี. แต่ถึงอย่างไรก็ยังมิที่ปลอบใจไ้ได้อยู่, ถ้าจะมองไปอีกแง่หนึ่งว่าการสิ้นพระชนม์ของพระองค์เป็นพยานของการที่ทรงเคารพต่อหลักเกณฑ์เหนือกว่าบุคคล, อันเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญยิ่งในกิจการสาธารณะ.

ทลกระท่อมอม ฯ ไ้ประทานตัวอย่างไว้ให้เราทั้งหลายเจริญรอยพระยุคลบาทอีกประการหนึ่งดังนี้.

โปรดทราบ

ท่านผู้สั่งซ้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อแผนกจัดการของสารศิริราช.

แผนกย่อยเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้ : ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ พ.บ., M.S.; ภูเก็ต วาจานนท์ พ.บ.; อาทร อาทรรุสสุ พ.บ.;
สวาท สุนทรภักดี พ.บ.; บุญฤทธิ์ ฌ นคร พ.บ.; รัสมิ์ วรณิสสร พ.บ.; นันทวัน พรหมผลิน พ.บ.;
ทวี บุญโชติ พ.บ.; ศำราญ วังสพำห์ พ.บ.

๑. W.A. Duckworth: การเจริญของ
ขี้มไขมันเอเทรียล และเอเทรียโอเว็นทริคิว
ลาร์ในคน. Anat. Rec. 121:278, 1955.
ผู้รายงานศึกษาการเจริญของขี้มไขมัน
เอเทรียลและเอเทรียโอเว็นทริคิวลาร์ในหัวใจ
ของเอ็มบริโอคน ๖๐ ทวี, อายุ ๖ ถึง
๕๐ สัปดาห์, และหัวใจของเด็กอายุตั้งแต่
๕ สัปดาห์ ถึง ๒ ปี อีก ๒๐ ราย. หัวใจ
เหล่านี้แช่ในน้ำยายแอง (Bouin). ตักซ์
เรียลเซ็คชัน แล้วข้อมด้วยวิซอลแลนค
นลอโรคาร์มัน หรือวิซิแมสของไอออน
ซีมาทอกซีลัน. พบว่า (๑) ทิสซิวของ
ขี้มไขมันเจริญผิดจากกลัมเนื้อหัวใจธรรมดา.
(๒) ทิสซิวนี้ยังแยกไม่ไค้ช้กเจนเต็มท้น
กว่าจะถึงระยะคลอด, แล้วจากนั้นก็เจริญ
ต่อไปจนถึงระยะสุคท่าย. (๓) ภายหลัง
เกิดมีจำนวนของค้อลลาเจ็นมากขึ้นที่ขี้ม
ไขมันเอเทรียล, จึงทำให้ขี้มนี้ยังอยู่ใน
ค้อลลาเจ็น. (๔) คลอดระยะการเจริญขี้ม

ไขมันเอเทรียลมีแก๊งกลีโอนิกเซ็ลล์และ
เส้นใยประสาทเจริญไปค้อยอย่างไกลซีค
อยู่ในไขมันไค้เอย็คาร์เคียม.
ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ พ.บ.

๒. N. Mulla and S. Weinstraub:
ทัยเกินจำนวนและถุงน้ำคู้ Aroh. of
surg. 71:202-204, 1955.
การวินิจฉัยโรคทัย และถุงน้ำคู้ผิด
ปกติแต่กำเนิดนั้นค่อนข้างยากมาก. ผู้รายงาน
ไค้พบเด็กเกิดใหม่คนหนึ่งมีทัยและถุง
น้ำคู้อยู่ในช่องท้องและช่องอกข้างขวา.
เด็กมีอาการทัวเซียวหลังคลอด และท้อก
ข้างขวาไม่ไค้ยินเสียงท่าย. ปรักษา
คัลยแพทย์, ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโคอะ-
แฟรคเมตคเซอรันเนย. ไค้ผ่าคคหน้าท้อง
พบทัยและถุงน้ำคู้ขนาดปกติแต่กลดไปอยู่
ทางซ้าย. ถ้าไค้ส่วนซิกมอยค้และเร็คคัม
กลดอยู่ทางขวา. ถ้าไค้เล็กทลุดช่องกระบัง

ลมเข้าไปอยู่ในอกข้างขวา. ใต้เย็บซี่
ช่องนี้.

ภายหลังผ่าคอกมีบิวโมทอแรกซ์มาก
และแตกตาย ๕ ซม. ต่อมา. ผลการตรวจ
ศพ: (๑) ไม่พบปอดขวา, แต่มีคัย และ
ถุงน้ำคัยเกินจำนวนเข้าไปอยู่แทนที่. (๒)
หลอดเลือดคนกงพล โมนารีย์ ไปทวมคัย
และทำหน้าที่แทนหลอดเอปาคิค. (๓) คัย
และถุงน้ำคัยอยู่ในช่องท้องมีหลอดเลือด
เลี้ยงคัยปกติ. (๔) คัยทั้งสองติดต่อกัน
ด้วยรอยคอกเนื้อคัย, ขนาดยาว ๑ ซม.
(๕) ถุงน้ำคัยทั้งสองมีท่อเฉพาะถุงและมีท่อ
ร่วมกันอยู่ที่ส่วนล่างของคัยในช่องท้อง.

ผู้รายงานให้ความเห็นว่าถึงแม้จะไม่
ทราบสาเหตุที่ทำให้ผิดปกติก็ตาม แต่ตาม
วิชา เอมบริยโอ อธิบาย ได้ว่า คัยเจริญมา
จากทางของหลอดเลือดดำ. ดังนั้นคงจะมี
หลอดเลือดดำเกินจำนวนจึงทำให้คัยเพิ่ม
ตาม. ในที่สุดเห็นว่า ในรายที่มีความผิดปกติ
เช่นนี้การวินิจฉัยทำได้ยากที่สุด. การ
ใส่ลมเข้าช่องท้องต้องระวังให้มาก. ถ้ามี
โรคอะพรอคมะคิกเซอร์เนี้ยคัย จะทำให้
ปอดแฟบได้.

ถนอมฤดี ภูมิภักดี พ.บ.

๓. Edward G. Rennels and Glenn
A. Drager: ความสัมพันธ์ระหว่างบิวโม-
ทอแรกซ์กับการหลั่งของนิวโรฮัยโปฟิซีส.
Anat. Rec. 2:193-203, 1955.

รายงานนี้เป็นผลสรุปการศึกษารูปลักษณ์
วิภาคของ ค้อมฮัยโปฟิซีส กลีบหลังของ
หนู, ด้วยการย้อมคัยวิธี Gomori's
chrome-alum hematoxylin and
phloxine (CAH). การย้อมวิธีนี้สามารถ
แสดงให้เห็นสิ่งหลั่งของนิวโรฮัยโปฟิซีส
(neurosecretion), ปรากฏในไฮประสาท
ที่โยงจากฮัยโปธาลามัสสู่ฮัยโปฟิซีสกลีบ
หลังได้.

พบว่าไฮประสาทเหล่านี้มีปลายไปทวมคัย
เป็นร่างแหแขนรอยหรือฝังงมในเซลล์บิวโม-
ทอแรกซ์ (pituicyte). เซลล์พวกนี้เรียงตัว
อยู่รอบหลอดเลือด. ฉะนั้นปลายประสาท
ซึ่งสัมพันธ์กับบิวโมทอแรกซ์ เป็นเชิง แรกจึง
พลงสัมพันธ์กับหลอดเลือดอีกต่อหนึ่ง
ด้วยเท่านั้น.

บริเวณกลีบหลังของฮัยโปฟิซีสส่วน
ใกล้สมองมีบิวโมทอแรกซ์และสิ่งหลั่งน้อย.
จึงถือว่าเป็นเพียงหนทางลำเลียงสิ่งหลั่ง
ไปปลายทางเท่านั้น.

จากการศึกษานี้ได้แปลผลว่าบิวโมทอแรกซ์

เป็นหน่วยสำคัญในกลไกที่จะปลดปล่อยฮอร์โมนของฮัยโปฟิซีสกลัยหลังสู่กระแสเลือด. กลไกนี้คือความสัมพันธ์ปลายเส้นใยจากนิวโรฮัยโปฟิซีส (neurosecretory terminal) - บัทธิฮัยโป - หลอดเลือด.

ภูเก็ต วาจานนท์ พ.บ.

๔. R.L. Holt and A.F. Robinson: การรักษาแผลทิวโอเคนัมโดยตัดประสาทเวกัส และ ทำ กาสโตรเจจิวนอสโตมีย. Brit. J. Surg. 42: 494-502, 1955.

การตัดประสาทเวกัสและกาสโตรเจจิวนอสโตมีย่างง่ายและปลอดภัย, เหมาะแก่ ศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญพอสมควร. ในการรักษาแผลทิวโอเคนัมการทำ กาสโตรเจจิวนอสโตมียให้ผลดีกว่าพิยลโรพลาสติก และการตัดกระเพาะอาหาร. แต่มีผลเสียคือ อาจเกิดแผลเจวินัมหรือแผลสโตมาตามมา, โดยผลแทรกซ้อนจากน้ำย่อยซึ่งมีกรดสูงในคนที่ เป็นโรคน้ำย่อยส่วนใหญ่เกิดจากประสาทเวกัสตกกระตุ้น. โดยเหตุนี้จึงต้องตัดประสาทเวกัสด้วย.

จากรายงาน (ท.ค. ๑๙๕๗ และ ก.ค. ๑๙๕๓) ในผู้ป่วย ๒๔๓ คนที่เป็นแผล

ทิวโอเคนัมได้รักษาโดยตัดประสาทเวกัส, และทำ กาสโตรเจจิวนอสโตมีย, เว้นแต่รายที่มีแผลทะลุหรือเลือดคอกจากแผล. ใน ๒๔๓ ราย มีตายเพียง ๑ ราย, โดยตายหลังจากผ่าตัดแล้ว ๓ วันด้วยอาการอุจจาระร่วงไม่หยุดคล้ายอหิวาตกโรค.

จากการวิเคราะห์ผล ๑๑๐ รายใน ๓ ปีผู้รายงานเห็นว่า ๘๗ ปร. ได้ผลเป็นที่พอใจ, อีก ๑๓ ปร. ผลไม่เป็นที่พอใจ.

ขณะนี้ศัลยแพทย์รักษาแผลทิวโอเคนัมด้วยวิธีนี้มากขึ้นเพราะอัตราการตายน้อย, ไม่มีผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด, และได้ผลเป็นที่พอใจในเปอร์เซ็นต์สูง.

อาทร อาทรรุระสุข พ.บ.

๕. Christiana Smith: การศึกษาฮัยมัสของสัตว์มีนม. หลอดน้ำเหลืองภายในต่อมฮัยมัส. Anat. Rec. 2:173-179, 1955.

ใช้หนูขาวอายุ ๕๖-๘๒๖ วัน (มี ๒ ตัว อายุ ๓๕ วัน ซึ่งต่อมฮัยมัสเสื่อมแล้ว). ทำเซ็คชันหนา ๒๐ ไมครอนย้อมด้วยฮีมาทอกซียีนและออเรนจี. ทำรีคอนสตรัคชันและฉีกหมึกอินเคียนเข้าหลอดเลือดแดงและดำ. พบหลอดน้ำ

เหลืองทอกร่วมไปกับหลอดเลือดขนาด
ใหญ่เฉพาะที่บริเวณเมกัลลาหรือคอรัท
โคเมกัลลาวิโยไซน. หลอดน้ำเหลืองมี
ขนาดไม่คงที่. บางแห่งกว้างลิ้มโพซัยต์
ได้ ๑-๒ ทิว. ทรงง่ามที่หลอดเลือดขนาด
เล็กแตกแขนงหลอดน้ำเหลืองกว้างออก
เล็กน้อย. แต่ทรงง่ามของแขนงหลอด
เลือดขนาดใหญ่, หลอดน้ำเหลืองกว้าง
ออกมากและซับซ้อน. หลอดน้ำเหลือง
นี้มีปลอกหุ้มรอบหรือหุ้มเฉพาะบางส่วน.
เมื่อถึงขั้วท่อหลอดน้ำเหลืองหายไป
นอกเว็นคิเซียของหลอดเลือดแดงหรือดำ,
หรือในไขมันซึ่งเป็นเซปตัมหรือผนังเนื้อ
หุ้ม. หลอดน้ำเหลืองนี้มีสิ่งย่นยันโดยมี
เอ็นโคอีเลียม. มีลิ้มโพซัยต์ขนาดเล็ก
ติดสัจกตั้งอยู่ภายใน. มีเส้นใยเรติคิวลาร์
ล้อมรอบ. ถ้ามีเลือดออกก็พบเม็ดเลือด
แดงปนอยู่ด้วย. ส่วนในบริเวณคอรัทเทกซ์
เห็นช่องรูปกลมหรือรูปไข่, มีเส้นใย
เรติคิวลาร์ล้อมรอบ. ภายในบางแห่งมีลิ้ม
โพซัยต์. ช่องนี้พบตามหลอดเลือดฝอย.

ช่องแขนงนี้มีผู้พบในคอัมมิส
ม้าม, ท่อมน้ำเหลือง และ "พัยเออร์ส-
แพทซ์" ของทนต์ซึ่งได้รัยพิษจากแบคทีเรีย
หรือในโครเจ็นมีสคาร์ก, และเชื่อว่าเป็น

ผลซึ่งขังลิ้มโพซัยต์ไว้. แต่จากการศึกษาน
เชื่อว่า เป็นระบบน้ำเหลืองภายในต่อม.
พบด้วยว่าหลอดน้ำเหลืองภายนอกมีเล็ก
กว่าหลอดน้ำเหลืองภายในต่อมและทอ
ไปไม่ไกล. จึงอธิบายได้ว่าทำไมจึงมีการ
ไหลกลับหรือการคั่งของลิ้มโพซัยต์อยู่ใน
คอัมมิสได้, ในเมื่อเกิดการเคลื่อนย้าย
ของลิ้มโพซัยต์ออกจากต่อมมากเกินไป.

สวาท สุนทรภักดี พ.บ.

๖. M.J. Bennett-Jones and C.A. St. Hill: ม้ามเกินจำนวนไปอยู่ในอุ
ธิตะ Brit. J. Surg. 161 : 259-
262, 1953.

ในรายงาน ๑๔ รายที่มีม้ามเกินจำ
นวน (accessory spleen) ในอุธิตะ,
พบโดยผ่าศพ ๔ รายและผ่าตัด ๒ รายว่า
มีแผ่นเนื้อซีกเจน ติดต่อระหว่างม้ามอัน
ปกติกับอุธิตะข้างซ้าย. อีก ๘ รายได้
ผ่าตัดพบว่า เป็นก้อนเนื้อของม้ามอยู่ในอุ
ธิตะข้างซ้าย, และใน ๘ รายนี้มี ๓ ราย
ที่พบแผ่นเนื้อติดตามขึ้นไปถึงรูของช่อง
ท้องอันนอกและอันใน (internal and
external abdominal rings) และเชื่อ
ว่าแผ่นเนื้อนี้คงติดต่อขึ้นไปถึงม้ามด้วย.

การที่เด็กมีม้ามเกินจำนวนนี้เข้าใจว่า
ในระหว่างการเจริญในครรภ์โดยอายุประ
มาณ ๖ สัปดาห์, มีส่วนที่เจริญไปเป็น
ม้ามอยู่ในเมโซกาสตรียมอันทางด้านหลัง
(dorsal mesogastrium), อยู่ชิดกับต่อม
สปีนซ์, ท่อนด้านหลังของผนังช่องท้อง.
เชื่อว่าในระยะนี้อาจจะมีการอักเสบเล็กน้อย
น้อยที่เยื่อช่องท้อง, ทำให้มีเนื้องอกคึก
หว่างม้ามกับต่อมสปีนซ์. ดังนั้นในการ
เจริญต่อมาเมื่อลูกคลอดจะเล็กลงจน
จะกินเอาเนื้อของม้ามลงมาด้วย.

ความสำคัญทางคลินิกของม้ามเกินจำ
นวนนี้ก็คืออาจมีการหมุนบิดแล้วเกิดมีอ
การปวดท้องอย่างขั้ขั้หรือถ้าใส่อกกัน.
ในการตัดม้ามเพื่อรักษาโรคหรือมโหชะ
โตขึ้นก็เปรียบเปรยว่า และโรคเฮโมลิติก
จอนคิส, ถ้ามีม้ามเกินจำนวนเหลืออยู่
โรคทั้งสองนี้ก็จะไม่หาย.

บุญทวี ณ นคร พ.บ.

โดยที่บัสสวาระของคนหรือสัตว์ที่ติด
เชื้อเล็ปโตสไปราจะมีทิวลีส (lytic
agent) จำเพาะสำหรับเชื้อเล็ปโตสไป
รา, ซึ่งตัวสารนี้แยกจากบัสสวาระได้ง่าย
และทำให้เข้มข้นเพื่อใช้ในการทดสอบ
ทิวลีสในหลอดทดลองได้. การทดสอบ
ให้ผลบวกในระยะ ๒๐-๓๐ ชม. ภาย
หลังจากติดเชื้อ, แอนติเจนที่ใช้เป็นเล็ป
โตสไปราพันธุ์ต่าง ๆ กัน, เก็บไว้ในน้ำ
ละลายซีโนซอล. ในรายที่ติดเชื้อ,
การทิวลีสจะมีเฉพาะในเชื้อพันธุ์ที่ตรงกัน.
ในรายที่การติดเชื้อไม่ปรากฏอาการ, การ
ทิวลีสจะเป็นเพียงบางส่วน, ซึ่งต้องนับตัว
เปรียบเทียบกับค้อนโทรล.

ข้อดีของการทดสอบนี้คือ (๑) ทำได้
ง่าย, (๒) จัดทำได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มโรค,
(๓) การวินิจฉัยแยกโรคง่ายในรายที่โรค
กำลังเป็นอยู่, กับในรายที่ซั่มให้ผล
บวก, แต่โรคสงบแล้ว.

รัศมี วรรณิสสร พ.บ.

๗. Eugene L. Nowicki: การวินิจฉัย
เล็ปโตสไปโรสิสในระยะแรก ๆ โดย
การทดสอบทิวลีสด้วยบัสสวาระส่วนน้อย ๆ.
Texas Rep. on Biol. & Med. 13 :
293, 1955.

๘. Jame Naiman, and F. Charles
Fraser. คนไม่มีคอร์ปัสคัลโลซั่ม (Cor
pus callosum). Arch. of Neurol.
& Psychiat. 74 : 182 - 185, 1955.

รายงานนั้นแสดงเด็กหญิง ๒ คน, อายุ ๗ และ ๔ ขวบ. ทั้งคู่เกิดก่อนกำหนด, เจริญเติบโตช้ากว่าปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ, หนักมือซ้าย, มีถุงไฟโลนิคัล (pilonidal) เกิดขึ้น, คีระยะเล็กกว่าปกติ. เมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (E. E. G.) ก็พบลักษณะปกติ. แต่การตรวจโดยใส่ลมเข้าในช่องสมอง (pneumoencephalography) พบว่าผิดปกติเล็กน้อยที่คนพุ่มช่องสมองทางข้างใหญ่มากกว่าธรรมดาโดยตลอด, และช่องสมองช่องที่สามกว้างออกทางก้านบน. ส่วนคนน้องมีช่องสมองทางข้างโตกว่าปกติเล็กน้อย, นอกนั้นปกติ. คนพี่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่มีคอร์ปัสคัลโลซิมเกิดขึ้นเลย (complete agenesis), คนน้องมีคอร์ปัสคัลโลซิมเกิดไม่เหมือนตามแบบธรรมดา.

การวินิจฉัยโรคนี้อาศัยวิธีใส่ลมเข้าในช่องสมอง. อาการที่ปรากฏอาการมีเพียงการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจเท่านั้น, หรืออาจมีอาการชักเกิดร่วมด้วย. แต่บางรายอาจไม่มีอาการ, และไม่สามารถตรวจพบได้โดยนอกรากการใช้วิธีใส่ลมเข้าช่องสมองหรือการ

ตรวจศพ.

โรคนี้อาจเป็นชนิดไม่มีคอร์ปัสคัลโลซิมเกิดขึ้นเลย, หรือเกิดไม่ครบทุกส่วน, คือขาดทางก้านหน้าหรือทางก้านหลังเท่านั้นก็ได้. การเกิดเช่นนี้มักเป็นในราว ๒ สัปดาห์แรกของระยะที่ยังเป็นเอ็มบริโอ. ันเหตุอาจเกิดจากมีการทำลายส่วนที่เจริญเป็นคอร์ปัสคัลโลซิมเนื่องด้วยการอักเสบหรือเกิดเป็นถุง (porencephaly) ในบริเวณนั้น, หรือเกิดโดยกรรมพันธุ์. รายงานนี้ยังไปทางอย่างหลัง.

นันทวัน พรหมผลิน พ.บ.

๕. Leo G. Riggler. อาการตรวจพบทางรังสีเรินทเก็นในโรคมะเร็งของปอด. Amer. J. Roentgenol. 74 : 415-428, 1955

อาการตรวจพบทางรังสีเรินทเก็นในโรคมะเร็งของปอดมีดังต่อไปนี้. (๑) ปรากฏเงาเดี่ยวในส่วนนอกของเนื้อปอด, ซึ่งไม่ปรากฏในภาพถ่ายครั้งก่อน ๆ. โดยเฉพาะในคนที่พันวัยกลางคนไปแล้วและไม่มีอาการทางปอด. (๒) เงาโตขึ้นเรื่อย ๆ. (๓) ส่วนมากไม่มีหินปูนภายใน. (๔) มีรอยบุ๋มหรือเงาเป็นรูปช้อนของเงา.

รอยน้เกิดจากหลอดเลือดและเนื้อปอกที่
ยื่นเข้าไปในก้อนมะเร็ง. (๕) ทำสียเปอร
เซ็นต์ของมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงในรูป
ร่างและขนาดของเงาขั้วปอก. (๖) ใน
มะเร็งชนิดที่มีการแทรกซึมเร็ว (อินฟีล
เทรทีฟ) เงาโตขึ้นเร็วกว่าที่เกิดจากการ
อักเสบเรื้อรัง, และมีลักษณะคล้ายลูกบ๊
เรียงกัน. (๗) ในชนิดคล้ายขั้วนิ้วโมเนีย
(ขั้วนิ้วโมนิค). มีข้อที่ยังให้สงสัยมะเร็งคือ
(ก) เนื้อปอกที่แข็งละลายเข้ามา, (ข) พบ
ก้อน, (ค) พบหลอดลมคืบ, ยาว, และขรุ
ขระ, (๘) มะเร็งชนิดเป็นโพรง, ขอบล่าง
ของโพรงโตออกหรือมีเงาของเนื้อยื่นเข้า
ไปในโพรง, (๙) มีการพองลมของปอก
ส่วนใดส่วนหนึ่ง, (๑๐) มีการแฟบของ
เนื้อปอก, (๑๑) หลอดลมคืบ, ยาว,
และขรุขระ.

ทวี บุญโชติ พ.บ.

๑๐. P.W. Miles. ผลเสียทางสายตา
ซึ่งเกิดจากแว่นสีชมพู, กระจกหน้ารถยนต์
สีเขี้ยวและแสงไฟจากรถยนต์ที่สวนมา

ในเวลากลางคืน. A.M.A. Arch. Oph-
thalmol. 51: 15, 1954.

การใช้แว่นตาประกอบด้วยกระจกสีสำหรับ
ขั้วรถยนต์นั้นมียอตรายมาก, เพราะ
แว่นสีทำให้ความเห็นชัดเจนน้อยลงเมื่อ
ขั้วรถในเวลากลางคืน. ในเวลากลางคืน,
หากใช้กระจกหน้ารถไม่มีสี ("สีขาว")
ความชัดเจนของสายตาระลอกลงเหลือ
๒๐/๓๒ (สเน็ดเลน); ถ้าใช้กระจกสี
เหลืองอ่อน, ลกเหลือ ๒๐/๓๔; ถ้า
ใช้แว่นตาสีชมพู, ลกเหลือ ๒๐/๔๐;
ถ้าใช้แว่นตาสีเขี้ยว, ลกเหลือ ๒๐/๔๖.
ถ้าสวมแว่นตาสีชมพูและมองลอคกระจก
หน้ารถสีเขี้ยว, ความชัดเจนในการเห็น
ลกลงมาก, เหลือเพียง ๒๐/๖๐. เนื่อง
จากเหตุเหล่านี้, การสวมแว่นสีขั้วรถ
กลางคืนจึงมียอตรายมาก, ทำให้ไม่
สามารถกำหนดความเร็วสัมพันธ์ของรถ
ได้ถูกต้อง, และเกิดความผิดพลาดใน
การกระะยะทาง, ความลึกและการเห็น
ทั้งด้านกว้างและลึก.

สำราญ วังสพาท พ.บ.

ปกิณกะ

๑. งานเสี่ยสละในวันมหิดล

ความที่เคยปฏิบัติมาเมื่อเวลาเวียนมาถึงวัน "มหิดล" ซึ่งเป็นวันคล้ายวันสิ้นพระชนม์ของทูลกระหม่อมฯ, สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอุดรยศ กรมหลวงสงขลานครินทร์, แผนกสรีรวิทยาจะประกาศรับสมัครนักศึกษาแพทย์ทำงานโยธาให้กับแผนกสรีรวิทยาและแผนกกายวิภาคศาสตร์, เช่นช่วยกันทำความสะอาด, เก็บสิ่งรกรอบบริเวณตึก, ทำความสะอาดตู้, โต๊ะเรียน, ทำความสะอาดพิพิธภัณฑ์ในกระถางหลังคาของตึก. แต่ในบั้นวันที่ระลึกฯ ไปตรงกับวันเสาร์และในวันนั้นม้งานของทั้งนิสิตและทั้งแพทย์, มีรายการเต็มวัน, เช่น การรับเสด็จพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, การแข่งขันรักบี้, ว่ายน้ำพิเศษที่แพทยสมาคม, การส่งวิทยุที่สถานี อ.ส., แผนกสรีรวิทยาจึงประกาศรับสมัคร. แต่ถึงเช่นนั้นก็ค้หลังจากการถวายบังคมพระวโปสมเด็จพระราชบิดาฯ แล้วก็ยังม้นักศึกษาหลายคนมาสมัครทำงานเช่นที่ใ้เคยปฏิบัติมา. ข้าพ

เจ้าก็ใ้จัดใ้ทำความสะอาดเฉพาะห้องเรียนในแผนกกายวิภาคศาสตร์. ทั้งห้องปฏิบัติ, ห้องปาฐกถา, และห้ะพิพิธภัณฑ์. นักศึกษาใ้ร่วมมือกันทำอยู่จนเกือบค่ำปรากฏว่าค้ที่เคยมองค้สะอาดพอใ้ใ้กันนั้นเมื่อใ้ลงมือทำโดยจริงจังจากการร่วมมือของนักศึกษาก็ยังปรากฏว่าใ้สิ่งที่ไม่น่ามีอยู่ในค้กเป็นจำนวนถึง ๒ กระช. ข้าพเจ้าขอขอบใจนักศึกษาทั้งหลายที่มาช่วยในวันนั้นทุกคน. การกระทำนี้ทำให้ข้าพเจ้าเกิดความหวังว่ากิจการของสถานค้ค้ดำเนินต่อไปใ้, เพราะมีค้สมัครทำด้วยความเต็มใจโดยไม้ค้องชอริ้ง, แขนยใ้ค้กับที่สมเด็จพระราชบิดาฯ ใ้ค้ทรงเสี่ยสละทุกสิ่งท้พระองค์ทรงมีและทรงใ้, เพื่อความเจริญก้าวหน้าของกิจการแพทยของประเทศไทยโดยไม่มีค้การชอริ้ง, หรือทรงใ้ค้เป็นหน้าท้โดยค้รง, ทรงกระทำไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนโดยแท้. ฉะนั้นถ้านักศึกษาทั้งหลายจะใ้ค้การกระทำของ

พระองค์เป็นแบบอย่าง, ไม่ทำแต่เพียง
กิจการในหน้าที่เท่านั้น, แต่รวมทั้งกิจการ
ใดที่เมื่อกระทำแล้วจะเกิดผลดีงานต่อ
งานประจำ, เราก็ย่อมแน่ใจได้ว่ากิจการที่

เราได้รับมอบหมายนั้นย่อมมีทางเจริญก้าวหน้า
ขึ้น, เป็นประโยชน์ทั้งส่วนตัวและ
ประเทศชาติ.

สุด แสงวิเชียร

๒. บันทึกสั้น

(๑) วิตะมิน บี ๖ กับอาการเมาเหล้า
Wordsworth เคยอ้างว่าการฉีกวิตะมิน
บี ๖ แก้อาการเมาเหล้าได้อย่างดีที่สุดใน
คนไข้บางคน. Grueber (Muench.
med. Wsch. 96: 1445, 1954) ทด
ลองในสัตว์ไม่ได้ผลทั้งกล่าว, บางครั้ง
กลับพบว่าพิษของแอลกอฮอล์รุนแรงยิ่ง
ขึ้น. การทดลองใช้ในคนก็ไม่ได้ผล.

ถูกเพียง ๘๗.๓๘ ปร. ในพวกที่ไม่ได้ตั้ง
ครรภ์ให้ผลบวกเท็จ (ผิด) ๑๕.๕๔ ปร.
สรุปว่าวิธิตดสอบนี้ยังไม่เป็นที่เชื่อถือได้.

(๒) การทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยไอ-
โอดีน Baum (Med. Klin. 49: 1874,
1954) ลองสอบความแน่นอนของวิธีนี้ใน
หญิงมีครรภ์ ๕๖๔ คน และหญิงไม่ตั้ง
ครรภ์ ๑,๕๔๓ คน, ในพวกมีครรภ์ได้ผล
ถูกต้องรวม ๕๔.๐๓ ปร., โดยเฉลี่ย.
แต่ถ้าตั้งครรภ์ภายในสองเดือนแรกได้ผล

(๓) อุลตราซอนิกสำหรับรักษาหืด (J-
A.M.A. 159:633, 1955) การใช้คลื่น
สั้นกว่าคลื่นเสียง (อุลตราซอนิก) ฉายที่
หน้าอกเพื่อรักษาหืดแท้ (รับรองเพิ่มล-
แอสซ์มา) ไม่มีหลักฐานอย่างใดแสดงว่า
จะมีประโยชน์, และอาจเกิดโทษ, เพราะ
ไม่ควรจะใช้การรักษาแบบนี้ใกล้หัวใจและ
กลุ่มประสาทซอโทโนมิคใหญ่ ๆ.

(๔) แอนตาบิวติกกับการเปลี่ยนแปลง
ในสมอง การใช้แอนตาบิวติกยาผู้ที่
คิดเหล้าอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

สำคัญ ๆ ในสมองไก่, ดังที่ Pedersen (Ugesk. laeger 117:812, 1955) ตรวจพบจากการศึกษาคลื่นไฟฟ้าสมอง (อิเล็กโทรเอนเซฟาโลกราฟฟี), การเปลี่ยนแปลงทั้งกล่าวข่งถึงการแสดงพิษของยาต่อสมองใหญ่ (ซีรีบรัม), อาจเป็นทั้งที่เบซัลแก็งเกลียและที่เปลือกสมอง. การเปลี่ยนแปลงนั้นในบางรายเป็นอยู่อย่างถาวร. ถ้าใช้ยานานคนน้อย, การเปลี่ยนแปลงมีน้อยมาก. ผลสำคัญอย่างหนึ่งของการใช้แอนทาบัสคือทำให้สมองไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น, ซึ่งเป็นอันตรายสำหรับผู้ที่เป็นโรคลมบ้าหมู. ควรใช้ขนาดน้อย ๆ และรักษาขนาดให้เหมาะกับบุคคลเป็น คน ๆ ไป, และระวังเป็นพิเศษในคนเป็นโรคลมบ้า

(๕) กลืนรักเร็ว กลืนรักเร็วหรือกลืนตัว เกิดจากเชื้อยัคเทวี ในบริเวณนั้นสลายน้ำหลังของต่อมเหงื่อ. ยังมีคนมาก, กลืนยิ่งมากขึ้น, เพราะเหงอติที่อยู่ที่ขน. กลืนจะหายไปไ้ชั่วคราว (๑๘-๒๕ ซม.) จากการทำต่อไปนอย่างใดอย่างหนึ่ง: (ก) ทารักเร็วด้วยยาฆ่าเชื้อ, (ข) โคนขนและล้างบริเวณให้หมดจด, (ค) ทากด้วยน้ำละลายเกลืออะลูมิเนียม. "ยากำจัดกลืนตัว" ส่วนมากเป็นน้ำละลายอะลูมิเนียมซัลไฟด์, ซึ่งออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อและกระทำปฏิกิริยาเคมีกับสารที่เกิดเป็นกลืน; การทาครั้งหนึ่ง ๆ ทำให้กลืนหายไปไ้ ๑๒-๑๘ ซม. (Shelly et al., A.M.A. Arch. Dermat. & Syphil. 4:430, 1953)

(ผ.ม. รวบรวม)

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๕๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๑,๘๖๖	๑,๐๖๔	๑,๑๖๓	๕๓๘	๑,๔๓๐	๒๘๔	๖,๓๕๕
เก่า	๒,๗๖๗*	๑,๘๕๘*	๒,๑๑๓*	๑,๐๕๖	๒,๕๘๗*	๒๑๖	๑๐,๖๓๘*
รวม	๔,๖๓๓*	๓,๐๒๓*	๓,๒๗๖*	๒,๐๓๔	๓,๘๑๗*	๕๐๐	๑๗,๐๙๓*
ใน	๑๗๒.	๒๖๓.	๘๒๘.	๑๑๔.	๓๐๖.	—	๑,๖๘๔
๒. จำนวนการผ่าตัด	ศัลยฯ ๓๕๘. จักษุฯ ๒๖๗. สูติ-นารีฯ ๒๕๓.* รวม ๘๗๘. ราย.						
๓. จำนวนเด็กเกิด	ชาย ๒๘๐. หญิง ๒๗๐. รวม ๕๕๐. คลอดตาย ชาย ๑๒. หญิง ๗. รวม ๑๙.						
๔. ผู้ป่วยตาย	๑๒๗ คน (๗.๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ใต้วินิจฉัย ๕๘* ราย. (๔๕.๗* ปช. ของที่ตาย)						
๕. การฉายเลือด	ในโรงพยาบาล ๓๔๕ ครั้ง. ข้างนอก ๖ ครั้ง. รวม ๓๕๑ ครั้ง.						
๖. แผนกรังสีวิทยา	รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๓๐๐ คน. รักษาใหม่ ๓๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๖๕ ครั้ง. ราเคียม รักษา ๑๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๘* ครั้ง. โคอะเรอรัมีช, รักษาใหม่ - คน. รักษาใหม่และเก่า ๖ ครั้ง.						
๗. แผนกสรีรวิทยา	ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๔ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๕๒๗ ครั้ง.						
๘. แผนกพยาธิวิทยา	ตรวจศพ ๕๘* ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๖๔๕ ราย. (จากภายนอก ๖๓ ราย). แอ็กทิลิตินั้น ๑๕๑. วัณโรคและคางทูม ๑,๘๕๕ หมู่เลือด ๕๘๐. นับเม็ดเลือด ๓๘๘. หาเชื้อมัยครี ๑๒๘. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๓. อูจจาระ ๓๗๕. บัสติวาระ ๑๘๘. เสมหะและอื่น ๆ ๑๖. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๓๐ อูจจาระ ๘๕. บัสติวาระ ๔๘.* น้ำไขสันหลัง ๒๐.* เสมหะและอื่น ๆ ๒๖๕.* ฉีดสัตว์ทดลอง ๒. เพาะเชื้อบิด ๕๐ ตรวจทดลองตัวจืด ๓๔. ตรวจศพนิติเวช ๑๔. ตรวจของกลาง ๕.						
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก)	เจาะท้อง ๒๖. เจาะน้ำสันหลัง ๑๔. เจาะตับ ๘.* น้ำช่องปอด ๑๘.* อักตมเข้าช่องปอด ๕. อักตมเข้าช่องท้อง ๓๐. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๕. ฉีดซาซิฟิลิส ๓๐.						
๑๐. แผนกทันตกรรม	รักษาโรคในปาก ๖๗. ถอนฟัน ๓๖๐. อุดฟัน ๖๗. ผ่าตัดช่องปาก ๑๗.						

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติขอดเยี่ยม

หมายกำหนดการ

เสด็จพระราชดำเนินถวายบังคมพระรูปสมเด็จพระราชบิดา ฯ
และพระราชทานรางวัลประกวดเรียงความเนื่องในงานพิธี "วันมหิดล"

ณ ศิริราชพยาบาล วันที่ ๒๔ กันยายน ๒๔๕๘

๑. เวลา ๑๖.๐๐ น. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี เสด็จโดยรถยนต์พระที่นั่งถึงโรงพยาบาลศิริราช นายกรรมการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ คณะกรรมการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ คณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล และอาจารย์ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท ที่หน้าศาลาอำนวยการ นักศึกษาและนักเรียนพยาบาล เข้าแถวเรียงรายรับเสด็จพระราชดำเนินสองข้างทาง

๒. เสด็จพระราชดำเนินไปวางพวงมาลา และถวายบังคมพระรูปสมเด็จพระราชบิดา ฯ แล้วเสด็จประทับ ณ พระราช

อาศน์ในกระโจมพิธี

๓. นายกรรมการมหาวิทยาลัยอำนวยการราชบัณฑิตยสถาน

๔. พระราชทานรางวัลแก่นักศึกษาผู้ชนะประกวดเรียงความ

๕. เสด็จพระราชดำเนินกลับ นายกรรมการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ คณะกรรมการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ คณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ตามส่งเสด็จจนถึงรถพระที่นั่ง นักศึกษาและนักเรียนพยาบาล ถวายพระพรขณะรถพระที่นั่งเคลื่อนออกจากที่

(การแต่งกาย: อาจารย์และข้าราชการ แต่งเครื่องแบบปกติ นักศึกษาและนักเรียนพยาบาล แต่งกายตามระเบียบ)

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

กำหนดการสังเขป

งานพิธี "วันมหิดล"

๒๔ กันยายน ๒๔๘๘

๑. พิธีสงฆ์ (เวลา ๗.๓๐ น.) พระสงฆ์ ๗ รูป เจริญพระพุทธมนต์ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. อาจารย์, นักศึกษาแพทย์ และนักเรียนพยาบาล นั่งตามทักกำหนดให้ เสร็จแล้วถวายภัตตาหาร

๒. พิธีวางพวงมาลา (เวลาประมาณ ๘.๓๐ น.) เมื่อเสร็จพิธีสงฆ์แล้ว อาจารย์, ข้าราชการ, นักศึกษาแพทย์และนักเรียนพยาบาลในคณะแพทยศาสตร์ ฯ ทั้งหมดเข้าแถวที่สนามด้านเหนือของหอประชุมราชแพทยาลัย เป็นหมวดหมู่ตามลำดับดังต่อไปนี้ (๑) คณะกรรมการประจำคณะ ฯ พร้อมทั้งอาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกแผนก คือ แผนกกายวิภาคศาสตร์, แผนกสรีรวิทยา, แผนกพยาธิวิทยา, แผนกอายุรศาสตร์, แผนกศัลยศาสตร์, แผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, แผนกรังสีวิทยา, แผนกจุลวิทยา, แผนกกุมารเวชศาสตร์, แผนกพยาบาล-ผดุง-

กรรม ฯ, แผนกเภสัชกรรม, หน่วยทันตกรรม และแผนกอธิการ (๒) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๑ (๓) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๒ (๔) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๓ (๕) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๔ (๖) นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๕ (๗) นักเรียนผู้ช่วยพยาบาล ผู้เป็นประธานนำแถวเดินไปสู่พระบรมสารีริกธาตุ ตั้งแถวในสนามสองข้างทางตามทักกำหนด ทิศใด ๆ นำคณะกรรมการประจำคณะ ฯ เข้าวางพวงมาลาและถวายบังคม แล้วกลับเข้าที่เดิม หัวหน้าแผนกและหัวหน้าหน่วยต่าง ๆ นำคณะของตนเข้าถวายบังคมตามลำดับ แล้วกลับเข้าที่ เมื่อถวายบังคมทั่วกันแล้ว ผู้เป็นประธานนำแถวไปเข้าที่นั่งในหอประชุม ฯ

๓. การอ่านเรียงความ (เวลาประมาณ ๘.๓๐ น.) นักศึกษาแพทย์ผู้ชนะการประกวดเรียงความ เนื่องใน "วันมหิดล"

อ่านเรียงความ

๔. การแสดงสุนทรพจน์ คณะภักดิ์ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลกล่าวสุนทรพจน์

อนึ่ง เพื่อกำเนนตามนโยบายจัก "ทูนวันมหิดล" คณะกรรมการฯ จะได้จัดทำพวงมาลาพวงเคียวสำหรับทั้งคณะฯ และ

การประชุมทางวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้จัดให้มีการประชุมในวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๔๕๘ ณ ห้องปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยาด้วย เรื่องดังต่อไปนี้:

๑. Pulseless Disease รายงาน ๒ ราย พร้อมทั้งการศึกษาจากหมายเหตุต่าง ๆ โดยนายแพทย์สุนทร ศันสนันทน และแพทย์หญิงกระหนกจิต ทรวิณสุต แห่งแผนกอายุรศาสตร์

๒. ศพใคร? โดยนายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน แห่งแผนกพยาธิวิทยา

๓. อาการเป็นพิษ เนื่องจากการใช้ยาจำพวกซาลิซิลีเลทในเด็ก โดยนายแพทย์ศิโรต พงศ์พิพัฒน์ แห่งแผนกกุมาร

สงวนเงินค่าพวงมาลาที่แต่ละแผนกรวบรวมไว้ เข้าสมทบทุนนั้นต่อไปเช่นที่ได้ปฏิบัติใน พ.ศ. ๒๔๕๗

ณ วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๔๕๘

พินพากย์พิทยาเกท

คณะภักดิ์

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

เวชศาสตร์.

วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๔๕๘ ณ ห้องปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยา เรื่อง:

๑. Mitral stenosis with special reference of surgical technique (รายงานผู้ช่วย ๔ ราย) โดยนายแพทย์เกษาน จากัดกวนิช แห่งแผนกศัลยศาสตร์และนายแพทย์วิจิต บรู๋ แห่งแผนกอายุรศาสตร์

๒. Urticaria from cold (รายงานผู้ช่วย ๑ ราย) โดยนายแพทย์สมโภช พุกกระเวช และนายแพทย์อาวุธ ศิริสุกรี แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์

วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๔๕๘ ณ ห้องปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยาเรื่อง:

๑. The External Carotid Rete Mirabile โดยนายแพทย์ กิติ จิ่งเจริญ

แห่งแผนกสรีรวิทยา

๒. ภาพยนตร์แสดงการเคลื่อนไหวของตัวจิ๋ว ที่ได้จากผู้ช่วย โดย แพทย์หญิงตระหนักจิต ทรวิณสุต แห่งแผนกอายุรศาสตร์ และนายแพทย์สุต แสงวิเชียร แห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์

อาจารย์เดินทางไปต่างประเทศ อาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้เดินทางไปต่างประเทศ มีรายนามและวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้:

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนาจ เสริมสุต แห่งแผนกรังสีวิทยา ไปกรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เพื่อเข้าประชุม "คณะกรรมการเกี่ยวกับพลังงานปรมาณู" ในด้านรังสีวิทยาและพลังงานปรมาณูในวิชาแพทย์ ๒. นายแพทย์สนอง อุนากุล อาจารย์เอกแห่งแผนกสรีรวิทยา ไปทำงานด้านสรีรเคมี ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน เอฟ.โอ.เอ. มีกำหนด ๑ ปี เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๔๙๘ ๓. นายแพทย์ คาร์ล เพ็ชร์พลาเย อาจารย์โทแห่งแผนกสรีรวิทยา ไปศึกษาเพิ่มเติมวิชาเภสัชวิทยา มีกำหนด ๒ ปี ๔. นายแพทย์ แคลล์ม วรอนานูสาร อาจารย์โทแห่ง

แผนกสรีรศาสตร์นรีเวชวิทยา ไปศึกษาเพิ่มเติมในวิชาสรีรศาสตร์ ฯ รายที่ ๓ และที่ ๔ นี้ เดินทางไปศึกษาด้วยทุน เอฟ.โอ.เอ. ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๔๙๘. ๕. แพทย์หญิง อรุณ สันตคุสิศ อาจารย์โทแห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์ ไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน เอฟ.โอ.เอ. เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๔๙๘ ๖. นายแพทย์ ชุก อภัยสวัสดิ์ อาจารย์เอกแห่งแผนกจักษุวิทยา ๗. นายแพทย์ เผด็จ พลังกล อาจารย์โทแห่งแผนกพยาธิวิทยา รายที่ ๖ และที่ ๗ นี้ เดินทางไปปฏิบัติงานและศึกษาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน เอฟ.โอ.เอ. เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๔๙๘.

เราขอให้บรรดาอาจารย์ ๗ ท่านนั้น เดินทางไปถึงโดยสวัสดิภาพและประสบความสำเร็จทุกประการ

อาจารย์กลับจากต่างประเทศ นายแพทย์จิตต์ ทัชจินคา อาจารย์สูงอาวุโส แห่งแผนกอายุรศาสตร์ ซึ่งเดินทางไปปฏิบัติงานต่างประเทศ ทั้งสหรัฐอเมริกาและยุโรปเป็นเวลา ๖ เดือนนั้น ได้กลับเข้า

S. 111111

มาประจำหน้าที่แล้วตั้งแต่วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๔๕๘ เราหวังว่า การได้รู้ได้เห็นอย่างกว้างขวางของท่านมาเป็นเวลา ๖ เดือน คงจะยังคุณประโยชน์ให้แก่บรรดาศิษยานุศิษย์ของท่านเป็นอันมาก.

อาจารย์ย้าย นายแพทย์ สมถ บุญยमान อาจารย์อาวุโสผู้หนึ่งแห่งแผนกศิริวิทยา

ได้ย้ายจากหน้าที่เดิมไปประจำ ณ แผนกอายุรศาสตร์ แห่งคณะแพทยศาสตร์ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๔๕๘ ท่านผู้นี้ได้เป็นอาจารย์สอนวิชาศิริวิทยาอยู่นานกว่าสิบปี แล้วเดินทางไปทำงานและศึกษาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา ๒ ปี การเข้าประจำหน้าที่ในแผนกวิชาอีกตำแหน่งของท่านครั้งนี้ คงอำนาจประโยชน์ให้แผนกใหม่ของท่านได้ไม่น้อย

ข่าวศิษย์เก่า

เดินทางกลับจากต่างประเทศ ๑. แพทย์หญิง อรุณี นาคอคร้าว เดินทางกลับจากสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๕๘ ท่านผู้นี้ไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม และได้รับปริญญา เอ็ม.พี.เฮช. ๒. นายแพทย์ อุตัย แสงอรุณกัษกรรยา ๓. นายแพทย์ บรรจง เต็กโสภณกัษกรรยา รายที่ ๒ และที่ ๓ เป็นนายแพทย์รับราชการ ณ กองแพทย์แห่งกรมตำรวจเดินทางไปปฏิบัติราชการแพทย์ ณ สหรัฐอเมริกา กลับมาถึงโดยสวัสดิภาพ เมื่อวันที่ ๑๘

สิงหาคม ๒๔๕๘.

ข่าวมรณกรรม หลวงกสิวัฒน์วิบูลย์เวช (น.พ. เล็ก กสิวัฒน์) ข้าราชการบำนาญกระทรวงสาธารณสุข ถึงแก่กรรมด้วยโรคโคโรนารีย์ธรรมดาเมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๔๕๘ ศิริรวมอายุ ๖๑ ปี หลวงกสิวัฒน์วิบูลย์เวช เป็นศิษย์รุ่นที่ ๒๓ พ.ศ. ๒๔๖๐ เข้ารับการศึกษามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ในโรงเรียนราชแพทยาลัยอยู่ ๕ ปี สอบไล่ได้ประกาศนียบัตรแพทยศาสตร์ ออก

รับราชการเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๑ เริ่มต้นใน
ตำแหน่งแพทย์ผู้รักษาการโรงพยาบาล
โรคติดต่อ เป็นลำดับมาจนถึง พ.ศ.
๒๔๕๗ ได้เข้าดำรงตำแหน่งหัวหน้ากอง
สงเคราะห์แม่และเด็ก แห่งกรมอนามัย.

ตลอดเวลาอันยาวนานในชีวิตราชการ
ของท่าน ปรากฏว่าท่านได้ปฏิบัติราชการ
ในตำแหน่งหน้าที่ต่าง ๆ กันมาเป็นอันมาก
ทั้งในส่วนภูมิภาคและส่วนกลาง จนทาง

ราชการได้สนองคุณความดีของท่านด้วย
เครื่องราชอิสริยาภรณ์ ทวีตภรณ์ช้าง
เผือก เหรียญชัยสมรภูมิมหาเอเชียบูรพา
และเหรียญจักรพรรดิมาลา นับว่าควรเป็น
ตัวอย่างแก่คนรุ่นหลังได้.

เราหวังว่า มรดกกรรมของท่านผู้
ก่องนำความอาลัยมาสู่บรรดาญาติมิตรและ
ผู้คุ้นเคยของท่านไม่น้อย.

ข่าวพยาบาล

ครูพยาบาลไปศึกษาต่อต่างประเทศ
วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๔๕๘ น.ส. ละเอียด
พิศลยบุตร และ น.ส. สรรวย ศิริภาค ครู
พยาบาลได้เดินทางไปศึกษาเพิ่มเติม
ณ สหรัฐอเมริกาโดยทุน เอฟ.โอ.เอ. มี
กำหนดเวลา ๑ ปี ได้ออกเดินทาง จาก
ท่าอากาศยานดอนเมือง เมื่อเวลา ๑๑.
๓๐ น. ท่ามกลางญาติ มิตร ครูพยาบาล

และนักเรียนพยาบาลไปส่งหลายคน.

ลาออกเดือนสิงหาคม ๑. น.ส. วิไล
จันทร์โกศล ๒. น.ส. ประคอง วิสูตรโย-
ธิน ๓. น.ส. พูลศรี ทองปรีชา ๔. น.ส.
ก้อนเงิน สว่างแสง.

เดือนเพ็ญ ซาคิกานนท์

หน้าสำหรับนิสิต

อิมข้าวต้องไหว้ — อ่านหนังสือต้องกราบ

เมื่อสมัยสามสี่สิบปีที่แล้วมา, ใน
ครอบครัวที่มีการอบรมดีและมีความเจริญ,
อย่างที่ในสมัยนี้เรียกว่ามีวัฒนธรรม,
เด็ก ๆ ที่โตพอพวกเขาใจเรื่องก็ได้รับคำสั่ง
สอนว่าเวลากินข้าวอิมแล้วต้อง “ยกมือ
ไหว้ข้าวแม่โพสพ”, จะไ้มีความผาสก
สมบูรณ์. ข้าวแม่โพสพ (หรือโพสพ)
ก็คือเทพธิดาแห่งข้าวที่เรากิน. การยก
มือไหว้เป็นกิริยาที่แสดงความสำนึกใน
พระคุณของข้าว. การสำนึกดังนั้นจะยัง
ผลให้พืชผลบริบูรณ์, ไม่มีความออกอยาก
ยากเข็ญ. โดยเหตุผลอย่างเดียวกันผู้
ใหญ่ท่านห้ามมิให้เสกขกิริยาอาการคดก
คหมิ่นข้าว, เช่นใช้เท้ากวาดหรือเชย.
ถ้าทำข้าวตกลงพื้นต้องรีบเก็บขึ้นให้หมด
จากเร็วปร้อย. ถ้าปล่อยทิ้งไว้, มีใคร
ไปเหยียบเข้าก็เป็นบาปทั้งผู้ทำตกและผู้
เหยียบ. เวลากินก็ต้องกวาดข้าวในชาม
กินให้หมดจาก. การกินข้าวเหลือคาชาม,
หรือแม่เพียงปล่อยเมล็ดข้าวเหลือคิกัน
ชาม, เป็นการแสดงว่าไม่เห็นความสำคัญ

หรือค่าของข้าว. เป็นโทษอีกเหมือนกัน.
พอเด็กโตขึ้นถึงขนาดเรียนหนังสือได้, จะ
เรียนที่ขานกักหรือที่โรงเรียนกัก, ผู้สอน
จะคงกำชับว่าเมื่อเลิกอ่านหนังสือในคราว
หนึ่ง ๆ ต้องกราบลงที่บนหนังสือเพื่อเป็น
การแสดงความระ. บางคนยังให้กราบเสีย
ก่อนเขี่ยหนังสือออกด้วย. นอกจากนั้นยังมี
ข้อบังคับแปลกๆ เกี่ยวกับหนังสืออีกหลาย
อย่าง, เช่นไม่ให้เหยียบเท้าไปทางหนังสือ,
หนังสือต้องเก็บไว้ที่ห้วนอน, ห้าม
เอาสิ่งที่ไม่เป็นมงคลวางที่หนังสือ, ห้าม
ไม่ให้อ่านหนังสือในที่ที่ไม่สมควร, เป็นต้น.
การสั่งสอนนี้ก็เป็นด้วยถือว่าหนังสือเป็น
ต้นตอของความรู้, เป็นสิ่งมีคุณ. ถ้าใคร
ไม่เคารพหนังสือก็เท่ากับไม่รู้คุณ. ผล
แห่งการละเลยนั้นระบ้นกาลให้ปัญญาทิย,
เรียนหนังสือได้ช้า. ถ้าหากเล่าเรียนไป
แล้วกระทำอาการคดกตำรา, วิชาที่จะ
เลื่อม. การอบรมสองประการนี้ในเวลานั้นก็
ยังกระทำกันอยู่ในชนบท, ในหมู่ชนที่คน
สมัยใหม่เรียกว่าห่างไกลจากวัฒนธรรม.

ในบ้านเมืองใหญ่ ๆ ที่ได้รับเอาความเจริญ
 แบบวัตถุนิยมเข้าไว้มากแล้ว, การอบรม
 อย่างที่กล่าวมานี้คงไม่มีใครยอมเชื่อถือเป็น
 แน่. ผู้เขียนไม่อาจทราบว่าผู้ใดให้รางวัลแม่
 ไพลสเวลาอาหารข้าง, แต่ที่ในบริเวณ
 โรงเรียนแพทย์ของเราได้เห็นกิริยาที่ไม่
 เคารพต่อคำหรือคำราวอยู่เสมอ ๆ. ได้เห็น
 หนังสือและสมุดทศกวีชาวต่างประเทศอยู่เกลื่อน
 กลาด, ตามลวดกรรระเบียบ, บนม้านั่ง,
 บนฝาซรว, แมกระตังบนพนักข้าง ๆ ทาง
 เดิน. รู้สึกว่าเจ้าของเห็นสิ่งที่เป็นต้นคอ
 ของความรู้เหล่านั้นไม่มีความสำคัญอะไร
 เลย. สดวกที่ไหนก็วางหรือโยนลงไป.
 ไม่ต้องกลัวว่าจะเบือน, จะขาดหรือลมจะ
 พัดปลิวหาย, หรือจะตกใครหยิบเอาไป.
 ผู้เขียนได้เห็นการปฏิบัติต่อคำราวทั้งนั้นแล้ว
 ก็อดสงสัยอยู่ในใจไม่ได้ว่าเหตุนี้กระมังที่
 ทำให้นักเรียนสมัยนี้มีจำนวนที่สอบไล่ไม่
 ได้เพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี. อาจเป็นได้กระมัง
 ว่าคำสอนของท่านผู้เฒ่าผู้แก่มีความจริง
 อะไรแฝงอยู่เบื้องหลัง. ผู้เขียนเคยคิดจะ
 ลองสำรวจสถิติที่สักที่ว่าพวกที่ปฏิบัติต่อ
 หนังสือคำราว โดยไม่เคารวะ นั้นมีที่เรียนค
 ลักก็เปอร์เซ็นต์, ไม่ก็ก็เปอร์เซ็นต์. ยัง
 ไม่มีโอกาสที่จะทำเช่นนั้นสักครั้ง, แต่ได้

เคยพลิก ๆ คสมคขางเล่มที่เจ้าของทิ้ง ๆ
 ไว้, สันเกตว่าทั้งหมดเป็นบันทึกที่เขียน
 อย่างรุ่มร่าม, อ่านครู่รู้สึกว่ากระท่อนกระ
 แท่น, ก็เลยสรุปเอาอย่างเบื้องต้นว่าส่วน
 มากคงเป็นพวกที่ใช้ไม่ค่อยได้. คุณ ๆ ที่
 คุณย่าคุณยายท่านสอนไว้ก็ถูกอยู่ไม่น้อย.
 ในฐานะที่เราอยู่ในสมัยวิทยาศาสตร์,
 ได้รับความอบรมไม่ให้เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์
 เกินมนุษย์, หรือสิ่งพิสดารไม่ได้, ผู้เขียน
 ได้พยายามที่จะหาคำอธิบายข้อสันเกตที่
 กล่าวมาแล้วตามหลักของวิทยาศาสตร์.
 ผู้เขียนมิใช่ผู้ชำนาญในศาสตร์หรือวิทยา
 อะไร ๆ ที่เกี่ยวกับจิตใจ, ได้แต่นึกคิด
 เอาตามแนวของเหตุผลธรรมดา, และคิด
 ว่าถ้ามีคนฟังก็พอจะพอให้ซักจะเชื่อ ๆ ได้
 บ้าง. ผู้เขียนคิดว่าการสั่งสอนสองประการ
 ที่ได้ยกมากล่าวในข้างต้นนั้นเป็นการอบรม
 ทางจิตที่สละสลักซึ่งประการหนึ่ง. ผู้ใหญ่
 ท่านคงเห็นว่าการอบรมเด็กขนาดเพิ่งหัด
 เขียนหรือเริ่มอ่านหนังสือนั้นต้องสอน
 ให้เชื่อถือเป็นเบื้องต้น, เหตุผลหรือความ
 เข้าใจนั้นเป็นเบื้องตาม, จึงได้เอาเทพคา
 หรือความศักดิ์สิทธิ์ มาอ้างให้เด็กกลัว.
 หลักการอบรมแบบนี้คงตกค้างเต็มตัวใน
 สมัยนี้, ที่มีการสอนให้เด็กรู้ว่าโลกกลม

ทั้งแต่ที่ค้อ่านหนังสือ. แต่คงจะได้ทำ
ประโยชน์มาแล้วมากมายตั้งแต่ตั้งเดิม,
ตามที่เขาเห็น ได้จากคนที่ได้สร้างบ้านเมือง
ของเราให้เจริญมาจนถึงสมัยวัฒนธรรม
ปัจจุบัน. ผู้เขียนเห็นว่าการอบรมทั้งสอง
ข้อเป็นการกล่อมเกล่าจิตใจให้รู้จักความ
กตัญญูตั้งแต่เด็ก ๆ, เพื่อคุณลักษณะ
นั้นจะได้งอกงามแน่นแฟ้นอย่างสมบูรณ์ใน
ชีวิตภายหลัง. การสอนให้ไหว้ข้าว, ก็
คือสอนให้รู้จักพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู. การ
ให้กราบหนังสือ, ก็คือสอนให้ระลึกถึง
คุณของครูอาจารย์. ผู้ที่เคยไหว้ข้าวแม่
โพสพมาตั้งแต่เด็ก ๆ เพราะกลัวว่าหาก
ข้าวแม่โพสพแค่นแค่งตนจะไม่มีข้าวกิน,
เมื่อเคยให้ผู้อื่นมีความคิด, ก็คงจะเข้าใจ
ได้ว่า ข้าวแม่โพสพจะมีจริงหรือไม่ก็
ตาม, ผู้ที่ขี้บอดให้คนได้มีข้าวกินตลอด
มาและสมควรที่ตนจะต้องสำนึกในพระคุณ
ยิ่งใหญ่ไว้นั้นก็คือพ่อแม่. คนที่เคยบิ
ถือเมล็ดข้าวมาตั้งแต่เด็ก ๆ ย่อมไม่รู้สึก
ลำบากอย่างใดที่จะบิถือผู้ให้กำเนิดและ
ให้อาหารแก่ตน. โดยทำนองเดียวกันผู้ที่
เคยกราบหนังสือ, ในฐานะเป็นต้นตอของ
ความรู้, ย่อมไม่เห็นเป็นของประหลาด
อย่างใดเลยที่จะให้ความเคารพแก่ครูบา-

อาจารย์ผู้ที่เขาสำนึกว่าเป็นต้นตอของตน
แห่งความรู้แต่ตั้งเดิมนั้นเสียด้วยซ้ำ. อัน
ความกตัญญูที่คนย่อมเป็นเครื่องส่งเสริม
ให้ยังเกิดความเจริญ. ตรงกันข้าม, ผู้
อกตัญญูมีแต่จะมุ่งไปสู่ความเสื่อม. เพราะ
ฉะนั้นประเพณีของเราจึงเน้นในเรื่องความ
กตัญญูอยู่เสมอ. ผู้ที่ไม่รู้จักพ่อแม่คง
จะอธิบายลงสักวันหนึ่ง. ใครเล่าจะยินดี
ให้อุปการแก่คนที่เนรคุณจนกระทั่งผู้ให้
กำเนิดของเขาเอง. โดยทำนองเดียวกัน
คงไม่มีใครยินดีถ่ายทอดวิชาให้แก่คนที่หลอ
ผู้ที่เคยสอนเขามาแล้ว. วิชาใหม่ก็จะหา
ยาก. วิชาเก่าก็รังแต่จะเสื่อมลงไปเมื่อ
เจ้าตัวยังเกิดความสงสัยขึ้นมาว่าอาจารย์ผู้
พราสอนวิชานั้นก็มีไว้พิเศษ ไปกว่าตน.
อันการศึกษาศิลปศาสตร์มิใช่เรื่องตน ๆ
เสมือนเอาหนังสือใส่หีบ, แต่เป็นเรื่องลึก
ซึ้งที่ต้องการความเข้าใจ, และรู้แจ้งเห็น
จริง, ซึ่งต้องการความศรัทธาอยู่มาก. ผู้
ที่ศึกษาโดยไม่มีศรัทธาต่อวิชาหรือ
ต่ออาจารย์จึงเรียนได้ยากกว่าผู้ที่มีความ
เชื่อมั่น. ผู้ที่เห็นตำราเหมือนเศษกระดาษ
ย่อมจะได้ประโยชน์น้อยกว่าผู้ที่หมกมุ่นใน
ความสำคัญของวิชาที่ทบทวนในตน. เช่น
เดียวกัน, ผู้ที่เห็นครูเป็นเพียงผู้ถูกจ้างให้

มาสอนย่อมได้รั้ความรู้น้อยกว่าผู้^{ที่}เห็น
ว่าท่านเป็นผู้^{มี}พระคุณ^{ใน}ฐาน^{ที่}อบรม^{และ}
ถ่ายทอดวิชาให้.

แพทย์แผนโบราณของเรามีการ^{ให้}ไว้
ครู^{เป็น}ประจำ^{มี} มี^{ที่}บช^าคร^{ประจำ}บ้าน
โดยสมมุติ^{เอา}รูป^{ถ่าย}แทน^{คร}. แพทย์
สมัย^{ปัจจุบัน}เรา^{ทั้ง}ประ^{เพณี}นั้น^{เสีย}แล้ว.
แม้^{ใน}โรง^{เรียน}แพทย์^{ก็}ไม่^{มี}การ^{ให้}ไว้^{คร}.
แต่^{เดี๋ยว}นี้^{มี}การ^{ถ่าย}ยัง^{คม} พระ^รปอน-
สว^รีย^{สม}เค็^จพระ^{รา}ช^{นิ}คา^ฯ เป็น^{ประจำ},
ซึ่ง^{ควร}ถือ^{ได้}ว่า^{เป็น}การ^{อบรม}ใน^{เรื่อง}ความ
กตัญญู^{ได้}ส่วน^{หนึ่ง}. ท^{จริง}ทุ^ลก^{ระ}ห^มอ^มฯ

ก็^{ได้}ทรง^{เป็น}พระ^{อา}จ^{าร}ย^{ของ}นัก^{เรียน}แพ^{ทย์}
อยู่^สม^{ัย}หนึ่ง. ผู้^{ที่}อ่าน^{เรื่อง}นี้^{แล้ว}ยัง^{เกิด}
ความ^{ศรั}ทธ^า, หาก^{ถือ}โอกาส^{ระลึก}ถึง
พระ^{คุณ}ของ^{ครู}บา^{อาจารย์}ทั่ว^ๆ ไป^{พร้อม}
กับ^{ถว}ย^{ยัง}ค^มถ^วย, ก็^{อาจ}ได้^{วิธี}ทาง^{อีก}
ประการ^{หนึ่ง}สำหรับ^{กล่อม}เก^{ลา}จิต^{ใจ}, ปลูก
วิชา^{ให้}กล้า^{แข็ง}เพ^อน^ำตนเอง^{ไป}สู่^{ความ}
เจริญ^{ยิ่ง}ๆ^{ขึ้น}.

“อิม^{ข้าว}แล้ว^{ไหว} — อ่าน^{หนังสือ}แล้ว
กร^{าบ}” อาจ^{ช่วย}คน^{ที่}อ่อน^{ให้}แข็ง, ช่วย
คน^{ที่}ท^กให้^{เด่น}ยิ่ง^{ขึ้น}.

อ.ก.

บันทึกท้ายเล่ม

๑ ในสารคดีราชฉบับพิเศษ “วันมหิ-
คล” เรายกข้อประเพณีคัมภีร์เรื่องเกี่ยว
กัณฑ์ทศพรหม่อมฯ มากเป็นพิเศษ, เพื่อ
เป็นการเตือนใจให้พวกเราระลึกถึงพระกรุ-
ณาธิคุณของพระองค์ท่านและยกย่องพระ
กรณียกิจเป็นแบบฉบับสำหรับจะได้บำเพ็ญ
กรณียกิจเพื่อประโยชน์ของตนเองและของ
ผู้อื่นต่อไป. สำหรับฉบับนี้ นอกจากบท
ยรรณมการ, ซึ่งเป็นเรื่องสำหรับ “ผู้
น้อย” เช่นเดียวกับ “ผู้ใหญ่”, แล้วก็มี
เรื่องจากความทรงจำของคุณหมอแดง
กาญจนารัตน์ และคุณหมอสุคน แสงวิ-
เชียร, ซึ่งทั้งสองท่านเป็นศาสตราจารย์หัว
หน้าแผนกวิชาอยู่ในศิริราชในปัจจุบัน. บท
ความของท่านทั้งสองนี้เขียนอย่างตรงไป
ตรงมา, ซึ่งเพิ่มคุณค่าโดยทำให้เห็นได้
ชัดเจนว่าเขียนขึ้นจากน้ำใจจริงโดยแท้.
เรานำลงพิมพ์พร้อมกันทั้งสองเรื่อง (ทั้ง
ที่เป็น “ของหายาก”) เพื่อให้จิตใจท่าน
สมาชิกและเพื่อเป็นตัวอย่างแสดงเหตุผล
กัณฑ์ทศพรหม่อมฯ ทรงเป็นต้นแบบและเคารพ
รักของคนทั่วไป.

๑ ในด้านวิชาการเรานำเล่มด้วยเรื่อง

การรักษาเส้นไมตรัลคิขของคุณหมอกษาน
จากกวดวิชและคุณหมอรจิต บุรี. เรื่องนี้
นอกจากจะเป็นการเสนอผลของงานก้าว
หน้าที่กำลังเกิดขึ้นเรื่อย ๆ ในศิริราชแล้ว,
ยังเป็นตัวอย่างอีกครั้งหนึ่งของผลดีงามที่
เกิดขึ้นจากการร่วมมือของแพทย์ในหลาย
สาขา. ผู้ที่อ่านเรื่องนี้ทุกท่านคงรู้สึก
ความยินดีที่ศิษย์แพทย์ของเราสามารถทำ
การผ่าตัดเกี่ยวกับหัวใจได้. ถึงแม้ใน
การเขียนรายงานจะมีข้อความเกี่ยวกับการ
ผ่าตัดคือไม่ทันสมัยก็ตาม, เราก็ยอม
ทราบว่าแพทย์ผู้ทำการนี้ต้องทำด้วยความ
มั่นใจเพียงไร, และขณะเดียวกันก็ต้อง
เสี่ยงอยู่ไม่น้อย. แต่อายุรแพทย์ก็มีบท
บาทสำคัญอยู่ด้วย. ความสามารถของ
แพทย์ทางยาที่จะ “เฟื่องเลี้ยง” เข้าไปถึง
ลักษณะความพิการและสมรรถภาพของ
หัวใจเป็นอุปกรณ์สำคัญที่ช่วยให้ความมึน
ใจแก่แพทย์ผ่าตัด, ถึงที่คณหมอกษานได้
เขียนไว้อย่างชัดแจ้งด้วยความใจใหญ่ของ
ท่าน, และการรักษาทางยาภายหลังผ่า-
ตัด ก็มีส่วนร่วมในความสำเร็จอยู่มาก.
เรายินดีที่คนไข้โรคหัวใจส่วนไม่น้อยยัง

เกิดความหวังที่จะพ้นจากความทรมานได้ โดยฝีมือของแพทย์ไทยของเราเอง, ไม่ต้องเสียเงินทองเดินทางไปเสียค่ารักษาถึงต่างประเทศ. ข้อที่ทำให้หน้าขลิบใจอีกไม่น้อยก็คือการผ่าตัดที่ได้ทำสำเร็จทั้ง ๆ ที่ “ไม่มีมีด”, และความพยายามจัดทำเครื่องมือขึ้นใช้เองเพื่อแก้ความขาดแคลน.

๑ เรื่อง “ศพใคร” เป็นนิคิเวชวิทยา เรื่องแรกของคุณหมอสงกรานต์ นิยมเสน, ซึ่งเคยรับปากเรามาหลายครั้งแล้วว่าจะให้เรื่อง. เราเห็นว่าท่าน มีภาระมากและหลายท่าน. การที่ยกเอาเวลาหาเขียนมาอย่างนี้เพราะเคยมีท่านสมาชิกเสนอให้เราลงเรื่องความรู้ทางนิคิเวชวิทยา, และเราก็ได้รับปากท่าน, เพราะคุณหมอสงกรานต์รับปากเรา. เรื่อง “ศพใคร” นั้นสั้นนิกิเวช, แต่สั้นอย่างกระทัดรัด. หวังว่าคงจะช่วยให้ท่านมีอ่านเข้าใจวิธีการที่สำคัญข้อหนึ่งในค่านิกิเวช, ซึ่งถ้าวิธีการนั้นล้มเหลว, คคิหลายคคิกก็จะตั้งต้นไม่ได้. เราเชื่อว่าคุณหมอสงกรานต์คงจะมีเรื่องให้เราอีกเรื่อย ๆ.

๑ “บันทึกปฏิบัติ” สำหรับเล่มนี้เรา

ตีพิมพ์เรื่องการตรวจผู้เป็นหมันของคุณหมอสองประพันธ์ อาริยมิตร ผู้ใฝ่สนใจศึกษาแง่นี้เป็นพิเศษและได้ใช้ความรู้ของท่านประยุกต์ในการปฏิบัติอย่างแข็งขัน. ถึงแม้ว่าคงมีผู้อ่านไม่กี่ท่านที่จะเปิดสำนักงานรักษาการเป็นหมันขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้, เราก็หวังว่าท่านสมาชิกส่วนใหญ่คงจะได้ความรู้จากเรื่องของคุณหมอสองประพันธ์เอาไว้สำหรับแนะนำผู้ที่สนใจต่อไป.

๑ เราถือโอกาส “วันมหิดล” เปิดบริการใหม่ขึ้นในสารศิริราช, คือการตีพิมพ์ “บันทึกย่อ” ในแผนกปกิณกะส่วนใหญ่ของ “บันทึกย่อ” นี้ คงเป็น “ย่อเอกสาร” ที่ย่อลงไปอีกจนกล่าวได้ว่าเหลือแต่แก่นของเรื่องจริง ๆ. แต่ก็จะมีบางส่วนซึ่งไม่ใช่ “ย่อเอกสาร”: อาจเป็นเกร็ดความรู้ที่ได้จากคำหวัชคำร่า หรือคำตอบปัญหาในนิตยสารต่าง ๆ ที่เห็นว่าจะมีประโยชน์แก่สมาชิกในบ้านปฏิบัติ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านที่อยู่ห่างไกลจากห้องสมุดวิชาการ. เราหวังว่าการเปิดบริการนี้จะเพิ่มคุณค่าของสารศิริราชให้มากขึ้นอีก,

เพราะท่านสมาชิกจะได้ผลคล้าย ๆ อ่านบทความจากวิทยาสารอีกหลายเรื่อง. โดยทำนองนี้เราพยายามอีกทางหนึ่งที่จะดำเนิน

“โคยรอยพระยุคลบาท” ของทูลกระหม่อมฯ - พระองค์ผู้พระราชารัยของเราทั้งหลาย.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

ไปรษณีย์ติดต่อที่แผนกจัดการสารศิริราช