



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๐๐ | Volume 9, Number 10, October 1957

เม็กเคิล'ส ไคเวอร์ติคูลัมที่มีเนื้อเยื่ออ่อนแทรก^(๑)
รายงานคนไข้ ๑ ราย

น.พ. กิตติ ตย์คานนท์
พ.บ.
(ร.พ. จ.ว. เลข)^(๒)

น.พ. สุก แสงวิเชียร
พ.บ., พ.ค.
(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ถึงย่นจากลำไส้เล็กส่วนอิลีอัมซึ่งเรียก
ว่าเม็กเคิล'ส ไคเวอร์ติคูลัม (Meckel's
diverticulum) หรือเรียกตามศัพท์ BR ว่า
ไคเวอร์ติคูลัมอิลีอัม (Diverticulum Ilei)
นั้นเป็นของพวยไคไส้มอทั้งในห้องผ่าตัด, ใน
ห้องชำแหละและในห้องตรวจศพ. ในหนึ่ง
สอคนนึ่งกั้แหมกล่าวไว้ว่าพวยไคประมาณ
๒ ปช. แต่เม็กเคิล'สไคเวอร์ติคูลัม

(ม.ค.) ชนิดที่มีเนื้อหลายชนิด (เซเทอโร-
โทปิก), ซึ่งอาจจะเป็นเยื่อและต่อมของ
กระเพาะอาหาร, ต่อมของลำไส้เล็กส่วนค
โบรินัม (Brunner's glands) เยื่อของลำ
ไส้ใหญ่หรือคยอ่อนแทรกเข้าไปปนอยู่กับ
เยื่อเมือกของผนังซึ่งเป็นชนิดเคียวกบทย
ลำไส้เล็กน, เป็นของทพวยไคน้อย. ในประ
เทคไทยเท่าที่คณคู้ไม่ปรากฏว่ามีผู้ไคไค

(๑) แสดงในการประชุมทางวิชาการ ประชุมแพทย์ภาคเหนือครั้งที่ ๘ วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๘๘.
และในการประชุมทางวิชาการประจำเดือนของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล วันที่ ๓ สิงหาคม
พ.ศ. ๒๕๐๐

(๒) ขณะนี้เป็นผู้อำนวยการ ร.พ. ลพบุรี

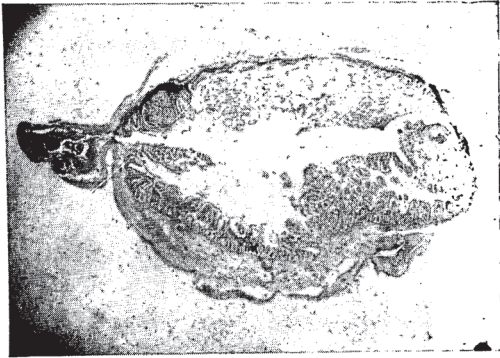
เคยรายงานไว้เลย. ม.ค. ชนิดทมนเนอชนิด
อื่นแทรกเข้าไปปะปนอยู่นั้น มักจะมีโรค
แทรกยิ่งกว่า ม.ค. ชนิดทมนเนอเป็นอย่างดี
ของลำไส้เล็กแต่อย่างเดียว. นอกจากนี้ก็มี
ปัญหาเกี่ยวกับว่าเหตุไรจึงมีเนอเหล่านี้
แทรกเข้าได้. จึงเห็นสมควรที่จะไต่เสาะ
เป็นรายงานไว้, พร้อมทั้งรายงานผู้ช่วย ๑
รายทมนเนอของคชชออนแทรกอยู่ใน ม.ค.
ด้วย.

ผู้ช่วยเป็นเด็กชายอายุ ๖ ปี. ไปโรง
พยาบาล จ.ว. เลยมือเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.
๒๔๕๔ เนื่องจากหกล้มคว่ำ, คอไม้แหลม
ตำทะลุเข้าช่องท้องทางบริเวณ แอ่ง อิลิอิก
ข้างซ้าย. เป็นมาประมาณ ๕ ชม. ก่อน
ถึงโรงพยาบาล. ทางแพทย์ทรมันลำไส้ไหล
ออกมายาวประมาณ ๑๕ นิ้วฟุต, และมีถุง
เล็ก ๆ เข้าใจว่าเป็น ม.ค. ย่นออกมาด้วย.
ได้ทำการผ่าหน้าท้อง. ปรากฏว่าลำไส้
ที่ย่นออกเป็นลำไส้ส่วนอิลิอัมและถึงย่น
เข้าใจว่าเป็น ม.ค. ลำไส้มีรอยฉีกเพียง
เล็กน้อย. หลังใช้ผ้าชุบน้ำเกลืออุ่นประคบ
ก็กลบมัสแตงเป็นปกติและเคลื่อนไหวได้.
จึงไม่ไต่คุดออก. เพียงแต่ตัดไต่เวอร์ติคัล
พร้อมทั้งไส้ต้อออก. แล้วยัดลำไส้คืนเข้า
ช่องท้องไป. หลังผ่าตัดผู้ช่วยมีอาการดีขึ้น.
ได้เอาหลอดสวนกระเพาะอาหารออกในวันที่

สามเพราะท้องอืดเล็กน้อยลงมาก. ได้ยิน
เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้, และผู้ช่วย
ถ่ายอุจจาระเองได้. แต่ในวันที่ ๖ เด็กกลับ
มีท้องอืดมากขึ้น, มีอาการกระสับกระส่าย
และไต่ถึงแก่กรรมในวันนั้น. ตรวจศพพบ
ลำไส้ส่วนที่เคยไหลออกทางรอยแผลที่ถูก
ไม้ค้ำมีสีน้ำตาล.

ไต่เวอร์ติคัลมทต้อออกได้เอาลงแช่ใน
น้ำยาฟอรัมลิน ๑๐ ปช. ส่งมาทำการ
ศึกษาที่แผนกกายวิภาค ศาสตร์, ร.พ.
ศิริราช.

ก่อนเนอส่งมามีความยาวหลังจากแช่
ในน้ำยาแล้วประมาณ ๒๐ มม., กว้างประ
มาณ ๑๐ มม. ไต่แบ่งกลางออกเป็นสอง
ท่อน. ผ่านน้ำยาไต่ออกชานเพื่อฝังในพาร์ฟ
ฟิน, โดยไม่ไต่สนใจว่าส่วนไต่จะเป็นส่วน
ปลายและส่วนไต่เป็นส่วนที่คอดกยลำไส้แล้ว
ถูกตัดออก. ชนทั้งสองเมื่อดูดเป็นเซ็คชัน
และข้อมแล้วไต่ลักษณะของเนอฝักกัน. ชน
หนึ่งมีรูซัดเงิน. มีเยอบเป็นชนิดที่จะพบไต่
ในลำไส้เล็ก. คอมีวิลไลและระหว่างวิลไล
มีค่อมของลำไส้ (รูป ๑ และ ๒). แต่มี
ผนังบางกว่าลำไส้เล็กมาก. เยอบไม่ไต่
แสดงการอืดเสยทส่วนไต่. อักชันหนึ่งมี
ผนังนอกคล้ายกัน, แต่ภายในไม่มีช่องว่าง
เป็นรูเหมือนชนแรก. มีเนอเป็นเนอค่อม



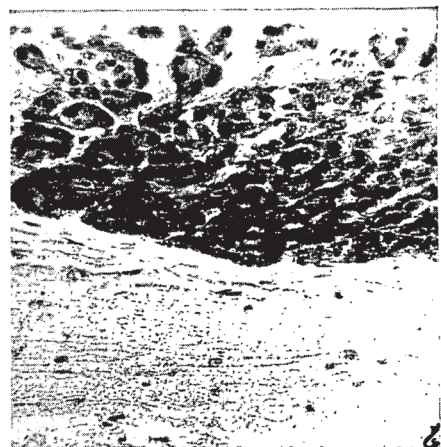
รูป ๑ ส่วนหนึ่งของก้อน. เห็นลักษณะคล้ายลำไส้เล็ก; แต่มีผนังบางกว่า ($\times 7.5$).



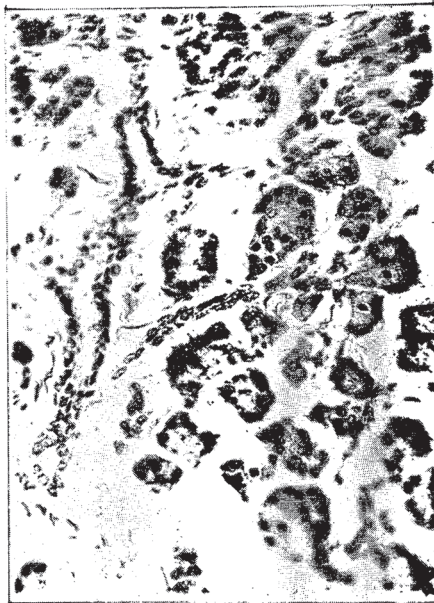
รูป ๒ แสดงวิไลและต่อมของลำไส้. เป็นลักษณะของลำไส้เล็ก ($\times 75$).



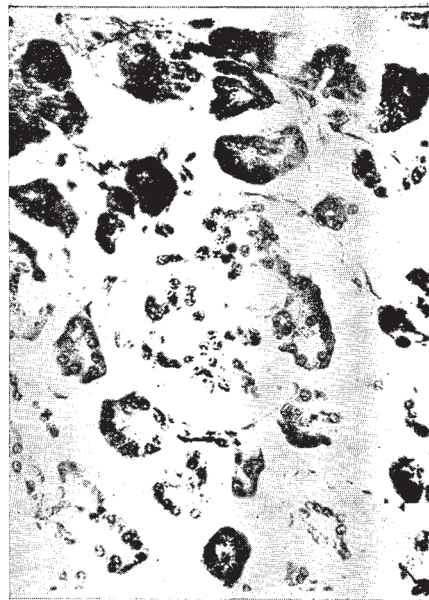
รูป ๓ ส่วนที่มีเนื้อต่อม ($\times 7.5$).



รูป ๔ ส่วนผนังและเนื้อต่อม ($\times 300$).



รูป ๕ แสดงอะไซไนที่มีเซลล์เช่นโทรอะไซนาร์ และอินเทอร์คัลเลตต์คัท (× 300)



รูป ๖ แสดงอะไซไนที่มีเซลล์เช่นโทรอะไซนาร์ และโอลด์เลตของลึงเกอร์ฮานส์.

บรรจยู่เต็ม (รูป ๓). ลักษณะของเนอติอม เป็นคยออน, เห็นเซลล์เช่นโครอะไซนาร์ ในอะไซไน, อินเคอระค่าเลเทคคัทและไอส์ เล็ดของลึงเกอร์ฮานส์ (รูป ๔, ๕, ๖). นัยได้ว่าเป็นเนอเฮเทอโรโทบิคัทแทรกเข้า ไปใน ม.ค. น.

เนอเฮเทอโรโทบิคัทแทรกอยู่ใน ม.ค., ความที่แสดงไว้ในจดหมายเหตุต่าง ๆ, แตกต่างกันได้ตั้งแต่ ๑๒-๖๑ ปช. (Gibbins และ Symmers, 1953). แต่ตัวเลขเหล่านี้ไม่ใช่ตัวเลขที่แท้จริงเพราะตรวจ ได้จากตัวอย่างตรวจที่เก็บมีโรคแทรกซ้อน ขึ้นแล้ว, ไม่ได้ตรวจจากตัวอย่างตรวจที่พบ โดยไม่มีอาการของโรคเกี่ยวกับไคเวอร์ติ- คลัม. ขอนเห็นความจริงเพราะไคเวอร์ติ- คลัมที่ไคจากห้องชำแหละ ศพ ของ แผนก กายวิภาคศาสตร์ซึ่งผู้ตายไม่มีประวัติเกี่ยวกับโรคทางเดินของอาหารเลย, ก็ไม่เคย ปรากฏมีเนอเฮเทอโรโทบิค. แต่จำนวน น้อยไม่อาจถือเป็นสถิติได้. จากรายงาน ของแผนกพยาธิวิทยาและแผนกศัลยศาสตร์ ร.พ. ศิริราชก็ไม่เคยพบเนอเฮเทอโรโทบิค เลย, แต่จำนวนก็น้อยไม่อาจถือเป็นสถิติ ได้เช่นเดียวกัน. ในบรรดาเนอัทแทรกอยู่ นน, เนอัทเขยอย่างเขยอกระเพาะอาหาร เป็นชนิดที่พบได้มากที่สุด, และเป็นสาเหตุ

ให้เกิดเป็นแผลเขยเขยปติคชนในไคเวอร์- ตีคลัม. ถัดมาเป็นเนอของคยออน. มักพบ เขยออนและเป็นสาเหตุให้เกิดการกลืนคว เอง (อินทัสซัสเซปชัน) ชน. เนอชนิดเขย ยล้าไล้เล็กส่วนคไอคินมและยล้าไล้ใหญ่พบ ได้บ่อยมาก. โดยมากเมอพบชนิดหนึ่งแล้ว มักไม่พบเนอเขยชนิดอื่นอก. แต่เขยอกระ- เพาะอาหารและคยออนอาจพบร่วมกันได้. Gibbins และ Symmers (1953) ได้รายงาน ผู้ยวมล้าไล้กลืนกันเรอริง ๑ ราย เนอ จาก ม.ค. ปลินกลับเข้าข้างใน (อินเวอร์ชัน). ตรวจคยอมนเนอเฮเทอโรโทบิคถึง ๓ ชนิด, คยอคมทพบทกระเพาะชนิดพันคิค, เขยอ ชนิดทพบทล้าไล้เล็กส่วนคไอคินม, คย ออนชนิดยักออันไล้ไปมา.

เขยอกระเพาะ อาหาร ซ่งอาจพบได้ท ม.ค. อาจเป็นคยอชนิดพันคิคหรือชนิดพัย- ลอริกก็ได้. ชนิดพันคิคเขยอเกิดโดยการ แทรกเข้าไป. แต่ชนิดพัยลอริกน้อาจเกิด ได้เป็นสองทาง. ทางหนึ่งเกิดแทรกเข้าไป เขยอเขยอชนิดพันคิค. อีกทางหนึ่งอาจ เกิดเนอจากมการเปลยนแปลงในเขยอของ ไคเวอร์ติคลัมเองเขยอเมตาพลาเซย, เพราะ มีหลักฐานว่าในรายทมการอกเสยเรอริงใน ล้าไล้เล็กเช่นเป็นโรค Crohn, Liber (1951) ได้รายงานว่าพบ เขยอ ของล้าไล้เล็ก มีการ

เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในตัว, ทำให้มีต่อม
ชนิดพิสัยลลริคเกิดขึ้นได้.

การมีเยอบุกระเพาะอาหารในไคเวอร์-
ติคูลัมมักจะ เป็น สาเหตุ ให้ เกิด เป็น แผล
ส่วนของไคเวอร์ติคูลัมที่เยอบุเป็นชนิดลำ
ไส้เล็กมักจะเกิดเป็นแผลได้ง่าย. เคยมีผู้
รายงานถึงแผลที่เกิดกับลำไส้เล็กส่วนอิล-
อัมที่อยู่ไกล เคียง กับ ไคเวอร์ติคูลัมด้วย
(Maddock และ Coventry, 1941).

ลำไส้กลืนตัวของ ท แทรก ซ้อนกับ
ม.ค. มักเกิดโดยการปลิ้นกลับเข้าข้างใน
ของตัวไคเวอร์ติคูลัมเอง. Harkins (1933)
ได้ทำการสำรวจรายงาน ที่ ไคคัพิมพ์ แลว
๑๑๔ ราย. พบว่าทกรายที่ลำไส้กลืนตัว
แทรกซ้อน ม.ค. นั้น, ปลายของส่วนที่ถูก
กลืนประกอบขึ้นด้วยตัวไคเวอร์ติคูลัมเองถก
กลืนเข้าไปในลำไส้เล็ก. แต่ตัวไคเวอร์ติค-
ลัมกลืนตัวเองพบได้น้อยมาก.

ในจำนวน ๑๑๔ รายที่รายงานโดย
Harkins นั้น ๒๖ รายที่มาก่อนเนื้องอกที่
ปลายของไคเวอร์ติคูลัม, และในไคเวอร์ติ-
คูลัม ๔๕ รายที่มาก่อนเนื้องอกมากกว่าครึ่ง
มีลำไส้กลืนตัวเป็นโรคแทรก. ปรากฏว่า
ก่อนเนื้องอกที่พบในสามเป็นเนื้องอก
อ่อน. ฉะนั้นการมีเนื้องอกอ่อนเช่นในรายที่
รายงานนี้, ใน ๑๐๐ รายจะมีโอกาสเป็น

ลำไส้กลืนตัวประมาณ ๑๗ ราย. จึงน่าจะ
สงสัยสวนต่อไปว่าเนื้องอกอ่อนนั้นมาอยู่ในไค-
เวอร์ติคูลัมได้อย่างไรตามที่ไคกล่าวแล้ว
ในตอนต้น.

ตามปกติเนื้องอกอ่อนมักไม่พบนอกไป
จากตำแหน่งของคัพอ่อน, คือในบริเวณลำ-
ไส้เล็กส่วนคโอกันม. ถ้าจะมีเนื้องอกอ่อน
เกิดขึ้นผิดไปจากตำแหน่งที่เคยอยู่ก็มักพบ
ไม่ห่างไกลจากตำแหน่งปกติ. ฉะนั้นการ
พบเนื้องอกอ่อนอยู่ผิดที่จึงมีได้น้อยมาก. ตาม
รายงานของ Troll ในปี ๑๙๔๔ มีรายงาน
ไว้ ๒๐ รายที่ลำไส้เล็กส่วนอิลอัม และ
๒๔ รายที่ ม.ค. ต่อจากปี ๑๙๔๔ จนถึง
เวลานี้ (๑๙๕๖) คงมีรายงานอีกหลาย
รายแต่หาโอกาสรวบรวมไม่ได้. ฉะนั้นจึง
ขอติดตามรายงานของ Troll ไปก่อน. การ
ที่พบเนื้องอกอ่อนใน ม.ค. มากกว่าที่แห่งอื่น
นั้นอธิบายได้ทางวิทยาเอ็มบริยโอว่าเนื้องอก
จากไคเวอร์ติคูลัมซึ่งเป็นส่วนที่หลุดจาก
“ขั้วรังไข่แดง” (yolk stalk) มีกำเนิดใน
ระยะแรกของการเจริญเติบโตใกล้กับที่กำเนิด
ของคัพอ่อน. แต่เนื้อของคัพอ่อนแทรก
เข้าไปได้อย่างไรในไคเวอร์ติคูลัม ยัง เป็น
ปัญหาที่ถกเถียงกันอยู่. ในขณะนี้ได้มี
ความเห็นเป็นสามอย่าง (Troll, 1944):

๑. เป็นการย้ายที่ปลูก (ทรานส์พลาเนชัน)

เทศน์) ของเนอคัยอ่อนจากตำแหน่งเดิม.

๒. เป็นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงเนอคัยอ่อนที่เจริญเต็มที่แล้ว ไปเป็นเนอคัยอ่อน (เมตาพลาเซย์).

๓. เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงคล้ายลักษณะที่พบในสัตว์ต่ำ (ataristic).

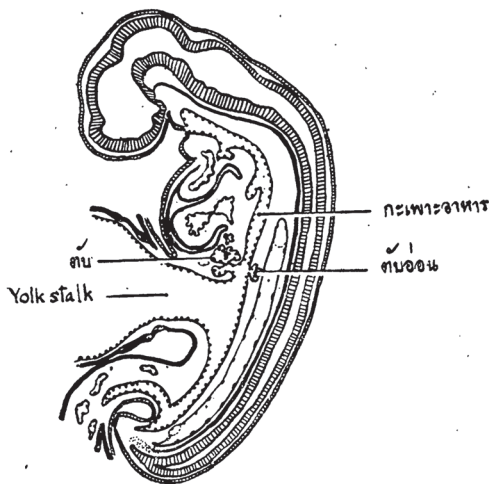
ตามความเห็นที่หนึ่งบางคนเชื่อว่าเป็นการปลุกเนอลงไปโดยตรง (Mitchell และ Angrist 1943). แต่ Horgan (1921) ให้คำอธิบายว่า ขณะเกิดโต คัยอ่อนมีการเคลื่อนหมุนเข้าไปอยู่ในเยอบช่องท้องของผนังด้านหลังของท้อง. การยดคตซึ่งไม่ใคร่เนื่องจากการออกเสยจะคงเอาส่วนหนึ่งของเนอคัยอ่อนเข้าไปในส่วนของลำไส้ที่ยดคตอยู่อย่างหนึ่ง. บางคน (Lubarsch, 1925) ถือว่าส่วนที่ยดคตจนทำให้เนอคัยอ่อนถูกดึงไปเป็นผลมาจากการออกเสย. Zenker ให้คำอธิบายว่าคัยอ่อนนั้นเกิดครั้งแรกมี ๓ ส่วนคงเดิม (anlages). สองส่วนไปรวมกันเป็นคัยอ่อนแต่อกส่วนหนึ่งเคลื่อนลงล่างตาม "กิต" (gut) ที่ยาวออกไปฝังอยู่ในตำแหน่งใหม่. ความเห็นที่รับการสนับสนุนจาก Glinski (1901). แต่ทว่า Glinski คิดว่าคัยอ่อนที่ไปอยู่ผกทนมาจากปุ่มด้านหน้าท้อง (ventral bud) ที่ไม่ไปรวมกับปุ่มส่วนด้านหลัง ตามปกติ. Warthin (1904) เชื่อว่าเป็นปุ่มข้าง ๆ

(lateral bud) จากท่อของคัยอ่อน, ซึ่งถูกดึงแยกออกมาจนที่ท่อของคัยอ่อนจะผ่านทะลุเข้าไปในลำไส้.

ความเห็นที่สองถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของเนอคัยอ่อนจากเนอคัยอ่อนปกติไปเป็นคัยอ่อนนั้นยังมีความเห็นไม่ลงรอยกันว่าเนอคัยอ่อนนั้นมาจากไหน. Taylor (1927) เชื่อว่าเป็นเอ็นโคเคอรัมของเอ็มบริโอที่ใต้รับการกระตุ้นที่ผิดปกติ. King และ McCollum (1934) ไม่เชื่อว่าเป็นเนอคัยอ่อนจากเอ็มบริโอ, แต่เชื่อว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงในเนอคัยอ่อนที่เจริญเต็มที่แล้ว, และเป็นผลเนื่องจากการออกเสย. เขาอ้างว่าเนอคัยอ่อนเหล่านี้ไปอยู่กับเนอคัยอ่อนปกติและมักเกิดขึ้นในบริเวณที่มีการออกเสย. ความเห็นที่สองนั้นผู้เขียนถ้อยสั้นย่อ. จากตัวอย่างเนอคัยอ่อนที่ไม่สนับสนุนความเห็นเพราะไม่ปรากฏมีที่ที่มีการออกเสยเลย.

ความเห็นที่สามถือว่าไปเหมือนคัยที่พบได้ในสัตว์ต่ำอาศัยหลักฐานที่ว่าในสัตว์บางชนิดอาจพบเนอคัยอ่อนโตโดยปกติที่คัย, เยอบช่องท้องและที่ผนังกล้ามเนื้อของลำไส้.

ขณะความเห็นประการที่หนึ่งได้รับการสนับสนุนมาก. ตามที่ได้อธิบายแล้วว่าคัยอ่อนกับเยอบของ ม.ค. นั้นเจริญอยู่ใกล้ชิด



รูป ๑

กันมาก, ตามที่เห็นได้ในเอ็มบริโอขนาด ๓ มม. หรือที่มอายุประมาณ ๓๖-๔๖ สัปดาห์, (รูป ๑). Troll (1944) ได้กล่าวยืนยันว่า ยุง ม.ค. อยู่ใกล้ไปทางส่วนหัวมากขึ้น, คืออยู่ห่างมากเพียงไรจากรอยต่อสารอีเลโอ-ซัคคัล, เนื้อเยื่ออ่อนจะยังมีโอกาสถูกปลกลกลงไปในไตเวอริคูลัมของขน. แต่ในขณะนั้นยังไม่มีการยึดแน่นนอน, และเป็นที่น่าเสียดใจที่จะกล่าวว่าสำหรับรายที่รายงานนี้, ผู้ผ่าตัดไม่ได้ทำการวัดว่า ม.ค. อยู่ห่างมากน้อยเพียงไรจากรอยต่ออีเลโอ-ซัคคัล. ตามที่กล่าวไว้ในคำบรรยายของคินนิงแฮม, ตำแหน่งปกติจากรอยต่ออีเลโอ-ซัคคัลนั้นเฉลี่ยแล้วได้ ๓๒๖ นิ้ว ฟุต. แต่อาจจะอยู่ห่างได้ถึง ๑๒ ฟุต.

เป็นเรื่องที่น่าทึ่งที่เรามักมีโอกาสพบเห็น ม.ค. ค่อยไปตรวจศึกษาเพื่อจะได้อธิบายปัญหาข้างต้นว่าเป็นจริงหรือไม่.

เอกสาร

J.C. Brash: Cunningham's Text book of Anatomy 9^{ed.}, Oxford U. Press, London. 1951.

R.E. Gibbins and W.St.C. Symmers. 1953. Brit. J. Surg. 60: 500-504, 1953.

L.K. Glinski: Virchows Arch. f. path. Anat. 164: 132, 1901. (อ้างถึงโดย Troll)

H.N. Harkins: Ann. Surg. 98: 1070-1095, 1933.

E.J. Horgan: Arch. Surg. 2: 521, 1921 (อ้างถึงโดย Troll).

E.S.T. King and P. Mac Callum: Arch. Surg. 28: 125-138, 1934.

A.F. Liber: Lab. Med. 51: 205-212, 1951.

O. Lubarsch: Virchows Arch. f. Path. Anat. 254: 880, 1925, (อ้างถึงโดย Troll).

W.G. Maddock and M.B. Coventry: Surg. Gynec. & Obstet. 73: 105, 1941. (อ้างถึงโดย Gibbins และ Symmers)

N. Mitchell and A. Angrist: Ann. Int. Med. 19: 952-964, 1943.

A.L. Taylor: J. Path. & Bact. 30: 415, 1927. (อ้างถึงโดย Troll).

M.M. Troll: Arch. Path. 38: 375-380, 1944.

A.S. Warthin: Phys. & Surg. 26: 337, 1904. (อ้างถึงโดย Troll)

(Summary of the preceding Report)

MECKEL'S DIVERTICULUM WITH HETEROTOPIC PANCREATIC TISSUE

Kitti Tayakkanond
M.B.
(Loey Provincial Hosp.)

and

Sood Sangvichien
M.B., M.D.
(Dept. of Anatomy, Siriraj Hosp.)

A specimen of Meckel's diverticulum with pancreas as heterotopic tissue was obtained during operation on a boy aged 6 years who accidentally fell upon a stump of wood which caused a penetrating wound of the abdomen. The specimen shows characteristic appearance of a diverticulum with pancreatic tissue.

A search for the record of a similar specimen in various departments of the Siriraj Hospital failed to locate any. A review of the literature concerning the incidence and the cause of the abnormality are included in the report.

(Seven figures. Thirteen references.)
(S.S.)

๗๗ ๙

การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยวาเคียม*

อำนาจ เสมรสุต

พ.ด., D.M.R.E. (Camb.)

(แผนกรังสีวิทยา)

มะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันเช่นที่รับรองกันแล้วว่าเป็นโรคที่ทำการรักษาด้วยรังสีได้ผลดีที่สุด. การรักษาโดยการผ่าตัดก็ได้อีกกระทู้มากก่อนเป็นเวลานานมาแล้ว. การรักษารังสีได้กำเนิดขึ้นภายหลัง, แต่การก้าวหน้าในการใช้รักษารังสีทำให้ขอบเขตในการรักษาโดยการผ่าตัดแคบลง. ในปัจจุบันเมื่อเทียบกันแล้วจะพบว่าผู้ป่วยในจำนวนน้อยที่แพทย์จะทำการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยการผ่าตัด, ถึงแม้ว่าจะเริ่มในระยะแรกเริ่มก็สามารถทำการผ่าตัดได้ก็ตาม. การรักษารังสีเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นจำนวนมาก, จึงถือว่าเป็นวิธีการรักษาที่ดีมาก. การผ่าตัดช่วยผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกซึ่งบางคนโรคอาจลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงได้ดีกว่าการรักษาด้วยรังสี, แต่ผู้ป่วยชนิดนี้ก็น้อยมาก. ในขณะเดียวกันรังสีก็สามารถช่วยผู้ป่วยระยะแรกเริ่มลุกลามไปที่หลอดขี้ส้วข้างเคียงซึ่งการผ่าตัดอาจมีอันตรายแก่ผู้ป่วย

ได้.

ถ้าการรักษามะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเริ่มได้ผลเท่า ๆ กันระหว่างการผ่าตัดและการรักษารังสี, การรักษารังสีเป็นวิธีที่รักษาได้สะดวกและง่ายกว่า, มีอันตรายน้อยกว่าการผ่าตัดมาก. ในการผ่าตัดการกระทำจะต้องร่วมมืออย่างกระตือรือร้นของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดที่มีความชำนาญและวิสัยแพทย์ทศ, และจะทำการผ่าตัดได้เฉพาะรายที่แรกเริ่มเป็น (ระยะที่ ๑) เท่านั้น. ต้องมีการให้โลหิตและให้ยาแอนติไบโอติกต่าง ๆ ตลอดจนการพยาบาลที่ภายหลังการผ่าตัดด้วย. ส่วนการรักษารังสีไม่เคยมีการปฏิบัติเหล่านั้นน้อยมาก, จึงเป็นการสะดวกมากกว่า, และยังทำการรักษาได้ผลทั้งที่เป็นในระยะแรกเริ่ม, และในระยะที่เห็นมากด้วย. ในปัจจุบันจึงมีการถกเถียงกันน้อยในความแตกต่างระหว่างผลของการรักษามะเร็งปากมดลูกทางรังสีและทางผ่าตัด.

การรักษามะเร็งปากมดลูกจะได้ผลดี

มากน้อยเพียงใดนั้นแล้วแต่เหตุเหล่านี้:

๑. ลักษณะทางคลินิก เมื่อทำการตรวจภายในช่องคลอดจะเห็นได้มีลักษณะเป็น ๓ ชนิด:

ก. ชนิดปากมดลูกใหญ่และแข็ง (อินฟิแลเทรคัพ). อาจเห็นเพียงแผลเล็กๆ แต่กลกลามเข้าไปในคอมดลูก, ทำให้แข็ง. ชนิดนี้ตรวจพบมีจำนวนน้อยกว่าชนิดอื่น. การรักษาได้ผลดีกว่าชนิดอื่น.

ข. ชนิดแผลเย็บยล (อัลเซอเวคัพ). ชนิดนี้การรักษาได้ผลดีกว่าชนิดแรก.

ค. ชนิดบานปูด (ฮัยเปอโรโทรฟิค, หรือชนิดคอกกระหลา). เห็นเป็นแผลบานปูดใหญ่เต็มช่องคลอดส่วนบน, แต่ที่ฐานของแผลไม่กลกลามลึก. เป็นชนิดที่พบบ่อยมากกว่าชนิดอื่น ๆ และการรักษาได้ผลดีมาก.

๒. ลักษณะจุลทัศน์. จะพบว่าลักษณะของเซลล์มะเร็งมีแตกต่างกัน ๒ ชนิด:

ก. สควมัส เซลล์คาร์ซิโนมา. พบบ่อยมากกว่า ๕๕ เปอร์เซ็นต์. ของผู้ป่วยทั้งหมด. เป็นชนิดที่รังสีทำลายได้ดี, จึงรักษาได้ง่าย.

ข. อะเดนโนคาร์ซิโนมา. ชนิดนี้พบน้อยกว่า ๕ เปอร์เซ็นต์. เท่านั้น, และเป็นชนิดที่ต่อต้านต่อการทำลายด้วยรังสี.

๓. ระยะของโรค สันนิบาตชาติ

(League of Nations) แบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกไว้เป็น ๔ ระยะตั้งแต่ต้นจนถึงมาก (รายละเอียดในการแบ่งระยะอ่านได้จากตำราภาษาอังกฤษที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งทั่วไป). ในระยะแรกย่อมมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ง่าย, และการรักษาก็ได้ผลดีตามลำดับของระยะ. ระยะสุดท้ายหรือระยะที่ ๔ เป็นระยะที่โรคกลกลามไปมากแล้ว, ลุกกลามไปทำลายอวัยวะใกล้เคียง, เช่นกระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก, หรือเข้าต่อมน้ำเหลืองในท้องถิ่นชยอย่างมาก, เป็นต้น. ในระยะนี้โอกาสรักษาให้หายก็ย่อมมีน้อยมาก, ซึ่งจะเปรียบเทียบกับได้จากสถิติต่อไปนี้:

สถิติแสดงการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ของ Christie Hospital และ Holt

Radium Institute โดย Dr. R. Paterson, แสดงการติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษา, สิบยาคี่ ๕ ขะหว่าง ค.ศ. ๑๙๔๐-๑๙๔๘:

ระยะ ๑ (แรกเป็น)	มีชีวิตรอยู่	๕ ปี	๗๑ เปอร์เซ็นต์
ระยะ ๒	มีชีวิตรอยู่	๕ ปี	๔๗ เปอร์เซ็นต์
ระยะ ๓	มีชีวิตรอยู่	๕ ปี	๓๐ เปอร์เซ็นต์

ระยะ ๔ (ระยะเป็นมาก) มีชีวิตอยู่ ๕ ปี
๗ เปอร์เซนต์

เห็นได้ว่าเมื่อรับทำการรักษาเสียแต่แรก
เป็นจะมีโอกาสหายได้เป็นจำนวนมาก.

สถิติการรักษา โรคด้วยราเคียมใน
โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เริ่มเข้ทำการ
รักษาจนถึงปัจจุบัน. รวม ๑๕ ปี, นับแต่
มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๘๑ ถึงสิ้น พ.ศ.
๒๔๙๕:

จำนวนผู้ช่วยรักษาด้วยราเคียม ๒๘๔๔
ราย.

จำนวน ผู้ช่วยมะเร็ง รักษาด้วย ราเคียม
๒,๓๕๐ ราย, หรือ ๘๒.๖ เปอร์เซ็นต์. ของทั้ง
หมด. แยกรายละเอียดได้ดังนี้:

๑. คาร์ซีโนมา คอมนกลก ๑,๓๐๓
ราย หรือ ๕๕.๔ เปอร์เซ็นต์. ของผู้ช่วยมะเร็ง.

๒. คาร์ซีโนมา คอมนกลกหลังผ่าตัด
๕๔ ราย.

๓. คาร์ซีโนมา ท้วมกลก (คอรับัส)
๒๐ ราย.

๔. คาร์ซีโนมา หลังผ่าตัด ๗ ราย.

๕. ไนริโอ เอบีซิลโอมา ๒ ราย.

๖. ซาร์โคมาเซอรัวิกัส ๑ ราย.

๗. คาร์ซีโนมาช่องคลอด ๑๐ ราย.

๘. คาร์ซีโนมาแคมช่องคลอด และ
คลิตอริส ๔๑ ราย.

๙. คาร์ซีโนมาองคชาติ ๗ ราย.

๑๐. คาร์ซีโนมาเต้านม ๔ ราย.

๑๑. คาร์ซีโนมาเร้คตัม ๖ ราย.

๑๒. คาร์ซีโนมาเพดานปากและท่อน-
ซิล ๔๕ ราย

๑๓. คาร์ซีโนมาโพรงจมูก, เนโซฟา-
ริงส์และฟาริงส์ ๗๔ ราย.

๑๔. คาร์ซีโนมาริมฝีปาก ๒๘๕ ราย
หรือ ๑๒.๑ เปอร์เซ็นต์.

๑๕. คาร์ซีโนมาเยอ เมือก ช่อง ปาก
๒๗๐ ราย หรือ ๑๑.๕ เปอร์เซ็นต์.

๑๖. คาร์ซีโนมาลิ้นและพ่นปาก ๑๗๑
ราย หรือ ๗.๓ เปอร์เซ็นต์.

๑๗. คาร์ซีโนมาผิวหนัง ๓๒ ราย

๑๘. คาร์ซีโนมาท่อน ๆ ๑๔ ราย

รวม ๒,๓๕๐ ราย

เห็นได้ว่าผู้ช่วยมะเร็งปากมกลกได้ทำ
การรักษามากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ช่วย
มะเร็งที่ตำแหน่งอื่น. แสดงว่าผู้ช่วยมะเร็ง
ตำแหน่งนี้จำนวนมาก.

สถิติมะเร็งปากมดลูกรักษาด้วยแร่เคียมในโรงพยาบาลศิริราช (๓ ปี ที่เพิ่งผ่านไป)

พ.ศ. ๒๔๕๗ พ.ศ. ๒๔๕๘ พ.ศ. ๒๔๕๙

คาร์ซีโนมาคอมพลุกกระยะที่ ๑	๓	๑	๔	= ๘ ราย
คาร์ซีโนมาคอมพลุกกระยะที่ ๒	๒๓	๑๘	๓๑	= ๗๒ ราย
คาร์ซีโนมาคอมพลุกกระยะที่ ๓	๖๘	๕๖	๖๓	= ๑๘๗ ราย
คาร์ซีโนมาคอมพลุกกระยะที่ ๔	๒๖	๓๖	๒๕	= ๘๗ ราย
รวม	๑๒๐	๑๑๑	๑๒๓	= ๓๕๔ ราย

คาร์ซีโนมาคอมพลุกกลับเป็นหลังผ่าตัด ๕

	๗	๕	= ๑๒ ราย
--	---	---	----------

แสดงว่าแผนกรังสีไครย์ผู้ช่วยระยะแรก ทำการรักษาน้อยมาก. ส่วนผู้ช่วยรักษา คิวฟัดก (ควรจะเป็นระยะแรกเท่านั้น) ขางรายกลับเป็นอีกแล้ว ส่งมาทำการรักษา คิวราเคียม.

หลักในการรักษาด้วยรังสี

การรักษาด้วยรังสีหลักการหลายวิธี, แตกต่างกันไป โดยเฉพาะโรงพยาบาลแห่ง หนึ่ง ๆ. ในประเทศอังกฤษส่วนมากใช้วิธี ใส่แร่เคียมในมดลูกและในช่องคลอดที่ปาก มดลูก. แล้วผสมช่วยควยเอกซเรย์ล็กฉาย ที่ของน้อย. มีรังสีแพทย์บางท่านในประเทศเยอรมัน และสหรัฐอเมริกา กำลังพยายาม ทำการรักษาโดย ฉายเอกซเรย์ล็กเข้า ทางช่องคลอด. แต่วิธีนี้ในขณะนั้นถือว่าได้

ผลยังไม่ดีไปกว่าใช้แร่เคียม จึงยังไม่แพร่หลาย.

หลักการรักษาที่ถือว่าได้ผลดี และนำมาใช้กันอยู่ทั่วไปมี ๓ วิธี:

๑. เทคนิค "สต็อคโฮล์ม" Dr. Heyman แห่ง Radiumhammet กรุงสต็อคโฮล์ม, สวีเดน, เป็นผู้ริเริ่มใช้.

๒. เทคนิค "ปารีส" Dr. Regand แห่ง Radium Institute, ปารีส, ฝรั่งเศส, เป็นผู้ริเริ่มใช้.

๓. เทคนิค "แมนเชสเตอร์" เป็นวิธีที่ใช้ การวัดขนาดของรังสี ให้แน่นอนขนตามหลักวิชาฟิสิกส์, โดยวัดจำนวนรังสีของแร่เคียมเทียบกับ r (roentgen 4 unit) ณ ตำแหน่งที่ทำการรักษา ให้เป็นจำนวนที่

แน่นอน. Dr. R. Paterson แห่ง Christie Hospital and Holt Radium Institute, แมนเชสเตอร์, อังกฤษ, เป็นผู้หนึ่งซึ่งเริ่มใช้และวางหลักการรักษานิวแน่นอนโดยทำการแก้ไขมาหลายครั้ง.

โรงพยาบาล ศิริราช ใช้ หลักการรักษาตามหลักของโรงพยาบาลทงสามน, แต่แก้ไขให้เหมาะสมควรโดย คัดแปลงจากวิธีการใช้ของโรงพยาบาล Radium institute และ Mt. Vernon Hospital, และถูกระเบียบการรักษาตามหนังสือ The Treatment of Malignant Diseases by Radium and X-rays โดย Dr. Ralston Paterson.

การรักษาทางรังสีซึ่งใช้ทงวราเคียมและเอกซเรย์ล็กนในขจยบนถวรวาเคียมเป็นส่วนสำคัญในการรักษาและเอกซเรย์ล็กเป็นส่วนช่วย.

เอกซเรย์ ล็กช่วย ใน การ รักษา ๒

ประการ :

ก. ช่วยฉายทางหน้าท้องบริเวณท้องน้อย, เพื่อช่วยให้ส่วนที่อยู่ห่างไปจากตำแหน่งปากมดลูกที่ใส่วราเคียม, คือบริเวณปากมดลูก ทงสองข้าง, ได้ขนาดของรังสีสูงชน พอท จะทำลาย มะเร็ง ทลกลตามจากปากมดลูกไปทขมดลูกและทตอมนา-

เหลือองข้างขมดลูก, โดยเฉพาะมะเร็งระยะ ๓ และระยะ ๔.

ข. ในบางรายที่ใช้ การรักษาคัวยวราเคียมไม่ได้ตามขนาด, จากการขัดข้องของประการ, จำเป็นต้องช่วยให้ขนาดสูงชนพอให้ การ ทำลาย มะเร็ง คัวย เอกซเรย์ล็ก.

วิธีการรักษามะเร็ง ปากมดลูกด้วย วราเคียมของโรงพยาบาลศิริราช

ก่อนทำการรักษาให้ ทำการชำระช่องคลอดให้สะอาดด้วยล็กโซล หรือ เค็ดทอล, ละลายจาง ๆ ในน้ำอุ่น. ในคินก่อนทำการรักษาให้ยาระบายเสียก่อน, หรือสวนอุจจาระเสียก่อนใส่วราเคียม.

ถ้าผู้ช่วยมีอาการอ่อนเพลียมากจากโลหิตจาง, ให้บำรุงรักษาทางนให้ผู้ช่วยแข็งแรงจนทวย. ถ้าผู้ใช้ให้ใช้ยาพวกแก้ไข้คัวย

ให้ผู้ช่วยไปถ่าย ขัสสาวะเอง ก่อนจะใส่วราเคียม, ไม่พยายามทำวิธสวน. แล้วให้ชุนนอนบนเตียง. ใส่วราเคียมในทาลิโธโตมย. ทำความสะอาดภายนอกและภายในช่องคลอด ด้วยการ ชำระและ คัวยแอลกอฮอล์. ห้ามใช้ทิงเจอร์ไอโอดีนเป็นอนันชาท. แล้วทำการขยายปากมดลูกด้วยเฮการส์ไทเลเตอร์ จนถึง No.8 (ถ้าหาปากมดลูกได้).

ผู้ช่วย บางรายอาจ ต้องให้ยาระงับ กิน ก่อน ขยายปากมดลูก, หรือบางรายอาจต้องให้ มอร์ฟีนลดทอนเพราะปวด, บางรายอาจ ต้องให้ยาสลบ, แต่ไม่ค่อยจำเป็นนัก. ผู้ ช่วยส่วนมากพอทนได้, เมื่ออธิบายให้ทราบ เสียก่อนว่าจะปวดบ้าง. ขนาดของวาระเคมี ที่ใส่อยู่ตามปกติ คือ:

สำหรับใส่สามครั้ง:

ครั้งที่ ๑ 35 mg. Ra. El. ในมดลูก. (15.0 × 1, 10.0 × 2 radium tubes, in 1 mm. uterine rubber tube), 40 mg. Ra. El. ในช่องคลอด (5.0 × 8 radium tubes in Donaldsen Butterfly pessaries covered with 1 mm. rubber), Filter 1.5 mm. Pt. เวลา ๔๘ ชม.

ครั้งที่ ๒ และ ๓ เว้นระยะ ๑ สัปดาห์.

สำหรับโรคระยะ ๓ และ ๔ ต้องตาม ค่ายเอกซเรย์ลึก.

ในบางรายอาจ ใส่วาระเคมี ในมดลูกไม่ ใดในครั้งแรก ๆ ก็ให้ใส่แต่ในช่องคลอด ไปก่อน. ในครั้งหลัง ๆ ก็ใส่ได้, เพราะ เนื้องอกที่ยึดปากมดลูกอยู่จะละลายหายไป. การใส่ จึงต้องกระทำมากกว่าสามครั้งเพื่อ ให้ครยขนาดตามข้างบน.

ผู้ช่วย ส่วนมาก มักจะไม่เข้าใจ ในการ รักษาและคิดว่า เมื่อใส่แล้ว ในครั้งแรกแล้ว,

อาการตกเลือดตกขาวจะน้อยลงทันที. ต้อง อธิบาย ให้ทราบว่าอาการเหล่านี้ จะค่อย ๆ ทุเลา. จะรู้สึกต้อภายหลังใส่ครั้งแรกสาม. ตกเลือดตกขาวจะค่อย ๆ หดหายไป, จนถึง ระยะสองหรือสามเดือนภายหลังหยกใส่วาระ เคมีอาการเหล่านี้ จะหมดไป.

ขนาด ที่ ใส่ น เป็น ขนาด เคียว กั๊ ใน

“Treatment of Cancer of the Cervix Uteri; A “Manchester Method” โดย Margaret Tod and W.J. Meredith (British Journal of Radiology May 1953) ซึ่งจะให้ ขนาด ๗๐๐๐-๘๐๐๐ r ที่ “point A” (ตำแหน่งที่ส่งจากปากมดลูก ๒ ซม. และ ไปทางข้าง ๆ ๒ ซม.) เป็นขนาดที่ถือเป็น หลักในการรักษาในปัจจุบัน.

การระวัง โรคแทรกซ้อน

ภายหลัง การใส่ครั้งที่สอง หรือ ครั้ง ที่ สามผู้ช่วยอาจจะมีอาการเป็นขี้ด, ปวดถ่าย ออจจาระ, ปวดเบ่ง, และออจจาระเป็นมูก. หรือบางรายขี้สวะระปวดเบ่ง. ถ้ามีอาการ เหล่านี้ ให้เลื่อน การใส่วาระเคมี ไปใส่ภาย หลัง, และถ้ามีไข้สูงเกิน ๑๐๐ ฟ. ก็เช่น กัน. ให้ทำการรักษาอาการเหล่านี้.

ภายหลังการบรรเทาได้นำผู้ช่วยที่สบายดีภายหลัง รักษาด้วยวาระเคมีมาแสดงแก่ผู้ฟังการบรรยายคือ:

สารศิริราช

๑. นาง น.ศ. อายุ ๕๔ ปี, รักษาด้วยราเดียม
เลขที่ ส. ๑๐๓, คาร์ดีโนมาคอมดลกระยะ ๒, ชนิด
แผลเบอຍ. ทำการรักษาด้วยราเดียมเมื่อ ๒ เม.ย.
๒๔๘๒. ในปัจจุบัน (๑๘ ปี ภายหลังการรักษา) สบายดี.

๒. นาง อ.ศ. อายุ ๕๐ ปี รักษาด้วยราเดียมเลข
ที่ ส. ๓๖๕. คาร์ดีโนมาคอมดลกระยะ ๓, ชนิดบาน
ปิดทำการรักษาด้วยราเดียมเมื่อ ๑๒ ส.ค. ๒๔๘๔.
ในปัจจุบัน (๑๕ ปี ๗ เดือน) สบายดี.

๓. นาง พ.ป. อายุ ๕๔ ปี, รักษาด้วยราเดียม
เลขที่ ส. ๔๗๐. คาร์ดีโนมาคอมดลกระยะ ๒, ชนิด
อินเทอร์สติเชียล. ทำการรักษาด้วยราเดียมเมื่อ พ.ศ.
๒๔๘๕. ในปัจจุบัน (๑๕ ปี) สบายดี.

๔. นาง ต.อ. รักษาด้วยราเดียมเลขที่ ส. ๑๗๘๕.
คาร์ดีโนมาคอมดลชนิดแผลเบอຍ. ทำการรักษา

ด้วยราเดียมเมื่อ ๒๖ มิ.ย. ๒๔๘๕ ในปัจจุบัน (๔ ปี ๕
เดือน) สบายดี.

๕. นาง ส.ค. อายุ ๕๑ ปี, รักษาด้วยราเดียม
เลขที่ ร. ๑. คาร์ดีโนมาคอมดลกระยะ ๓, ชนิดแผล
เบอຍ. ทำการรักษาด้วยราเดียมเมื่อ ๒๒ มี.ค. ๒๔๘๐.
ในปัจจุบัน (๑๐ ปี) สบายดี.

๖. นาง อ.ต. อายุ ๔๒ ปี, รักษาด้วยราเดียม
เลขที่ ร. ๑๔. คาร์ดีโนมาคอมดลกระยะ ๒, ชนิด
บานปิด ทำการรักษาด้วยราเดียมเมื่อ ๓๑ ธ.ค. ๒๔๘๐.
ในปัจจุบัน (๘ ปี ๓ เดือน) สบายดี.

๗. นาง จ.ถ. อายุ ๓๓ ปี, รักษาด้วยราเดียม
เลขที่ ๓๘๘. คาร์ดีโนมาคอมดลกระยะ ๒, ทำการ
รักษาด้วยราเดียมเมื่อ ๒๒ มี.ค. ๒๔๘๕. ในปัจจุบัน
(๕ ปี) สบายดี.

การฟื้นฟูทางวิชาการแพทย์
ของคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล

ครั้งที่ ๖

กำหนด: จันทร์ที่ ๒๔ ถึงเสาร์ที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๐๑

คณะกรรมการ: น.พ. สุก แสงวิเชียร, น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ,

พ.ญ. เพทาย ศิริการุณ

บทความ “นิติเวชวิทยา”

กฎหมายการประกอบโรคศิลป์

สงกรานต์ นิยมเสน

พ.บ. ช.บ., Dr. med. (Hamburg)

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก คาสตราจารย์ ชุมเกตุคัตินวทยาพยาบาล)

บทความต่อไป เป็นการ พนฟู ความรู้ ทางกฎหมายที่เกี่ยวกับแพทย์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์ พ.ศ. ๒๔๗๕ และพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติม ทศออก มา ภาย หลัง พรหมบทกฎหมายกระทรวงซึ่งออกตามอำนาจใน พระราชบัญญัตินั้น. แท้จริงแพทย์ได้ผ่าน กฎหมายเหล่านี้มาแล้วทั้งนั้น, แต่อาจ หลงลืมหรือเลือนไป, จึงนำมาทบทวน ออกครั้งหนึ่ง.

การพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์

การประกอบโรคศิลป์มีกฎหมายควบคุมอยู่หลายแห่ง, เรียกว่า “พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์” ซึ่ง

ทำการควบคุมโดย “คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์.” คณะกรรมการนี้อำนาจหน้าที่ ตั้งที่ ระเบียบไว้ในกฎหมาย. หน้าที่สำคัญเกี่ยวกับนายแพทย์ คือสั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาต. คงมีหลายท่านที่ยังเข้าใจว่า เมื่อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตแล้ว, ก็อยู่ในสภาวะเช่นนั้นตลอดไป. ใครจะมาเพิกถอนรอนสิทธิไม่ได้. เสมือนหนึ่งว่าเมื่อออกใบอนุญาตเรียบร้อยแล้วก็นั่นแหละ, ผู้ใดจะมาถอดถอนให้กลับลงเป็นเด็กก็ไม่ได้. แท้จริงเป็นการเข้าใจผิด. คณะกรรมการมีอำนาจสั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตได้.

เหตุข้อหนึ่งในการพักหรือเพิกถอนคือ “คุณสมบัตินั้น” ดังได้บัญญัติไว้ในมาตรา ๑๔ ดังนี้:

“ มาตรา ๑๔. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขันทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ คือ:

- (๑) มีอายุครบ ๒๐ ปีบริบูรณ์แล้ว.
- (๒) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์เห็นว่านำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ.

(๓) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาให้จำคุก ในคดี ซึ่ง คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์เห็นว่า อาจนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ.

(๔) ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ, หรือเป็นผู้มั่วร่างกายทุพพลภาพ, หรือเป็นโรคซึ่งคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์เห็นว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลป์.

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแพทย์อาจถูกพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตได้, ถ้าความประพฤติเสียหาย, ถูกจำคุก, เสียสติ, ร่างกายทุพพลภาพ, หรือเป็นโรค, ซึ่งเป็นกรณีแพทย์ควรระวัง.

นอกจากนี้คณะกรรมการอาจพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตได้โดยเหตุ “ทำคามผิด” ต่อพระราชบัญญัติ, หรือกฎกระทรวง

ว่าด้วยมารยาท, หรือข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลป์, หรือในการแจ้งความร้องย้ายที่อยู่, คงจะไต่กล่าวต่อไป.

ข้อจำกัดและเงื่อนไข

แพทย์ถูกจำกัดสิทธิอะไรบ้าง

“ มาตรา ๑๖. ห้ามมิให้ผู้ประกอบโรคศิลป์ในสาขาหนึ่งสาขาใดประกอบโรคศิลป์ในสาขาอื่น, ซึ่งตนมิได้ขันทะเบียนและรับใบอนุญาต, เว้นแต่:

ผู้ประกอบโรคศิลป์ในสาขาเวชกรรมแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง, ให้ประกอบโรคศิลป์ในสาขาอื่นได้. แต่ถ้าจะประกอบโรคศิลป์ในสาขาเวชศาสตร์ โดยมีใช้เป็นการกระทำในหน้าราชการหรือในกิจการของเทศบาล, ให้ทำได้เฉพาะการปรุงหรือผสมยาจำหน่ายให้แก่คนไข้ของตน, หรือในที่ตั้งอยู่ห่างออกไปไม่น้อยกว่าห้ากิโลเมตร. จากร้านขายยาที่มีผู้ประกอบโรคศิลป์ในสาขาเวชศาสตร์ แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งทำการอยู่แล้ว.”

หน้าที่แจ้งการย้ายที่อยู่

กฎกระทรวงออกตามความในพระราชบัญญัติให้แจ้งการย้ายที่อยู่:

“ข้อ ๒๓. เมื่อผู้ประกอบโรคศิลป์คนใดย้ายที่อยู่, ให้แจ้งความเป็นหนังสือต่อเลขาธิการนายทะเบียนภายใน สิบห้าวันนับแต่วันย้าย. ในการแจ้งความให้แจ้งเลขบ้าน, ชื่อ, หมู่บ้าน, หรือถนน, ตำบล, อำเภอ, และจังหวัดที่ย้ายไปอยู่นั้น.”

การแจ้งความ

อาชีพแพทย์ เป็นอาชีพที่ใคร่ขการยกย่องนับถือจากประชาชน. ฉะนั้นการแจ้งความสรรเสริญเป็นตนเองว่าเก่ง, หรืออันไม่สมควรอย่างหนึ่งใด, จึงเป็นสิ่งพึงละเว้น. ดังนั้นกฎหมายจึงบัญญัติข้อจำกัดในการแจ้งความไว้ดังนี้:

ข้อ ๒๔ ผู้ประกอบโรคศิลป์อาจติ ข้าย, หรือออกมรทสำนักงานและที่อยู่ของตน, และอาจแจ้งความได้แต่เพียงข้อความดังต่อไปนี้:

(๑) ชื่อ

(๒) อภิไธย, คชปริญญา, อนุปริญญา, หรือประกาศนียบัตร, หรือเขนอักษรย่อตามที่ปรากฏอยู่แล้วในทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลป์.

(๓) ประเภทใบอนุญาตและสาขาแห่งโรคศิลป์ของตน.

(๔) ความรู้และความชำนาญโดย

เฉพาะของตน, ซึ่งคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ได้อนุมัติแล้ว.

(๕) เวลาทำงาน.

(๖) สำนักงาน, ในกรณีแจ้งความ.

บรรดาข้อความทั้งหมดตามที่กล่าวมานั้น, ต้องจำกัดให้อยู่ในเนื้อที่รูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า, ซึ่งมีขนาดกว้างไม่เกินสามสิบ เซนติเมตรและยาวไม่เกินสามสิบเซนติเมตร.”

การแจ้งความอันผิดข้อจำกัดและเงื่อนไขตามกฎกระทรวงข้อ ๒๔ นี้ปรากฏว่ามีผู้ละเมิดกันมาก. แต่โดยมากไม่มีเจตนา. ที่ทำไปเพราะรู้เท่าไม่ถึงการณ์, ไม่ทราบว่ากฎกระทรวงกำหนดจึงเกิดการละเมิดขึ้น. ตัวอย่างที่ขอยกคือเขียนปริญญาเป็นภาษาอังกฤษ, แต่ชื่อเป็นไทย, ใส่ปริญญาต่างประเทศซึ่งไม่ได้จดไว้ในทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลป์; ใช้ถ้อยคำเกินเช่น “รับทำการรักษา, ฉดยา. และตรวจโรค,” ซึ่งถือว่าเป็นการหลอเพ้อ, โดยที่รู้กันทั่วไปว่าแพทย์ก็ต้องตรวจโรคได้, รักษาได้, ฉดยาได้, นอกจากนยังมีถ้อยคำที่นอกเหนือไปจากที่อนุญาตเช่น “รับรักษาอย่างเป็นที่เอง,” “กลับจากการศึกษาและปฏิบัติงานเพิ่มเติมจากต่างประเทศแล้ว.”

มารยาทแห่งวิชาชีพ

“ข้อ ๒๕ ผู้ประกอบโรคศิลป์ทุกสาขา ต้องรักษามารยาทแห่งวิชาชีพ, โดยไม่ประพฤติ หรือกระทำการใด ๆ อันอาจ เป็นเหตุเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ ของตน, และต้องไม่ประพฤติหรือกระทำการ กังต้อไปน้:

(๑) โฆษณา, ไซ้, จ้าง, หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบโรคศิลป์, ความรู้, ความสามารถของตน, ไม่ว่าด้วยประการใด ๆ .

(๒) ทักของเมาหรือยาเสพติดให้โทษ, จนหย่อนความสามารถในหน้าที่.

(๓) ไซ้หรือช่วยเหลือผู้ที่มีโทษทัณฑ์ขมและรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบโรคศิลป์, ให้ประกอบโรคศิลป์.

(๔) ออกใบสำคัญรับรองอันเป็นความเท็จ, โดยตั้งใจหรือให้ความเห็นอันไม่สุจริต. ในเรื่องใดซึ่งเกี่ยวข้องกับวิชาชีพของตน.

(๕) ประกอบโรคศิลป์ในทางสาธารณะ, หรือสถานสาธารณะ, เว้นแต่ในเหตุฉุกเฉิน, ในการปฐมพยาบาล, หรือในการปฏิบัติในหน้าที่การงานของรัฐบาล, เทศบาล หรือสภาเทศบาลไทย.

มารยาทข้อ ๒๕ นมควมหม่อมหมายกว้าง

มาก, และบางกรณีอาจมีความผิดทั้งพระราชบัญญัติควบคุม การประกอบโรคศิลป์และประมวลกฎหมายอาญาคด้วย. เช่น ออกใบสำคัญรับรองเท็จอันผิดตามมาตรา ๒๖๕ ของประมวลกฎหมายอาญา. ความผิดที่พบบ่อย ๆ คือการโฆษณาหรือยอมให้ผู้อื่นโฆษณา, กับเรื่องติคของเมงานเสีย การงาน.

“ข้อ ๒๖. นอกจากต้องรักษามารยาทตามข้อ ๒๕ แล้ว, ผู้ประกอบโรคศิลป์ในสาขาเวชกรรมหรือสาขาทันตกรรมต้องไม่ประพฤติหรือกระทำดังต่อไปนี้:

(๑) ปฏิเสธการช่วยคนเจ็บไข้ในระหว่างอันตราย, เมื่อได้รับค่าชอรับรองและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้.

(๒) เบียดเบียนความลับของคนเจ็บไข้, ซึ่งตนทราบมาเองจากวิชาชีพ. เว้นแต่ด้วยความยินยอมของคนเจ็บไข้ นั้น, หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่ราชการ.

(๓) ใจจิชักชวนคนเจ็บไข้ให้รับการรักษาพยาบาลของตนเพื่อผลประโยชน์.

(๔) ลงลายมือชอรับรองเวชภัณฑ์อันเป็นสิ่งหลอกลวงหรือยาตำหรับลับ.”

ในข้อ ๒๖ นมมารยาทตนเกี่ยวกับ การ

เข้กเผยความลับ, อันอาจเป็นความผิดได้
ทั้งตามพระราชบัญญัติและประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๒๓

บทกำหนดโทษ

กฎหมายจะไม่ศักดิ์สิทธิ์เลยถ้าไม่มีบท
กำหนดโทษ. ฉะนั้นจึงควรทราบไว้ด้วยว่า
โทษเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองการ

ประกอบโรคศิลปะนตงน: โทษที่แพทยอาจ
ได้รับคือการถูกสั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาต
โดยคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ,
และเมื่อถูกสั่งพักหรือเพิกถอนแล้วหากยัง
ขึ้นประกอบอาชีพต่อไปมีโทษทางอาญา,
คือปรับไม่เกินห้าร้อยบาท,
หรือจำคุกไม่เกินหกเดือน,
หรือทั้งปรับ
ทั้งจำ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

แพทย์กับข่าว

ในสมัยนี้ประชาชนมีความสนใจในเรื่องสุขภาพและอนามัยมากขึ้นเป็นลำดับอันเป็นผลของความก้าวหน้าในการศึกษาและการเผยแพร่เกี่ยวกับวิชาแพทย์ที่ใดก็กระทำกันด้วยความเข้มแข็งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ. แพทย์กับข่าวเป็นวิทยาการที่แตกต่างกับวิชาอื่นๆ โดยที่เกี่ยวกับชีวิตจิตใจของบุคคล, และแพทย์เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่หนักจรรยาและมารยาทแตกต่างจากผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ, ดังนั้นการเผยแพร่ข้อความเกี่ยวกับวิชาแพทย์, จะเป็นในคำนิยามหรือคำนิยามจากความรักตาม, จึงต้องกระทำภายในขอบเขตที่จำกัดหลายประการ, เพื่อให้ได้ผลดีที่ต่อประชาชน, โดยไม่แซกแทรกด้วยผลร้าย, และไม่ชักชวนต่อหลักสำคัญๆ ของวิชาชีพ. เมื่อไม่นานมานี้องค์การอนามัยโลกได้ทำการสอบสวนในหมู่ประเทศที่เป็นสมาชิกเกี่ยวกับระเบียบขนบธรรมเนียมที่ครอบคลุมการเผยแพร่ข้อความเกี่ยวกับวิชาแพทย์ภายในแต่ละประเทศ, และได้

เสนอข้อวิเคราะห์คำตอบที่ได้รับจาก ๑๗ ประเทศ (รวมทั้งประเทศไทยด้วย) ในวิทยาสาร⁽¹⁾, ซึ่งเราเห็นสมควรเก็บเนื้อความบางตอนมาเสนอต่อต่อไปนี้

ปัญหาแรกเป็นการควบคุมการปล่อยข่าวเกี่ยวกับวิชาแพทย์เพื่อนำคัมภีร์เผยแพร่แก่ประชาชน. ในข้อนี้ปรากฏว่าไม่มีประเทศใดเลยที่มติดำเนินการบังคับไว้, นอกเหนือไปจากในแง่ที่การเผยแพร่เนื้อหาให้เกิดผลเป็นการหมิ่นประมาท, หรือผิดพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (เช่นการเปิดเผยความลับของคนไข้). ฝ่ายหนังสือพิมพ์ก็, ฝ่ายแพทย์ก็อาศัยหลักสามัญในวิชาชีพของ แต่ละฝ่าย เป็นแนวทาง, ประกอบกับความร่วมมือซึ่งกันและกันด้วยก็สำคัญ. สืบสองในสี่ประเทศอาศัย "จรรยาแพทย์" เป็นเครื่องควบคุมการปฏิบัติของฝ่ายแพทย์ในการให้ข่าวแก่หนังสือพิมพ์. แต่ "จรรยาแพทย์" ที่อาจปรากฏว่าแตกต่างกันมาก

(1) J.E. Bryan: World Med. J. 3: 336-338, 1956.

ในประเทศต่างกัน. ในสหราชอาณาจักร และออสเตรเลียเคยตกลงขอขงคืบว่าด้วยการ ยักยอกชงขงว่าการให้เรื่องแก่หนังสือพิมพ์ หรือวารสารต่างๆ, แม้การแสดงทางวิทยุ โทรทัศน์ก็ดี, ต้องกระทำโดยไม่เปิดเผย นามของแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง. ข้อบัญญัติดังกล่าวนี้ประชาชนในประเทศนั้นๆรู้จัก. หากแพทย์ผู้ใดยอมปล่อยให้ชื่อของตนไป ปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์, ประชาชนก็ มักจะถือว่าแพทย์ผู้นั้น ผิดวินัย ญัตติเพื่อ แก่การโฆษณาตนเอง. เห็นได้ว่าความ คัดกตสันตแห่งข้อห้ามนั้นควรอยู่ด้วยความ สันนิษฐานของประชาชนไม่น้อยกว่าด้วยการ บังคับเป็นทางการ. แพทย์สมาคมอังกฤษ ทดแทนความเข้มงวดใน ขอนคืบการตั้ง สำนักงานแถลงข่าวเป็นทางการเพื่อย้อน ข่าวที่น่าสนใจให้แกหนังสือพิมพ์ทั่วไป, ช่วยให้ประชาชนสามารถทราบข่าวสารได้ โดยแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง ไม่ต้องเสียงต่อ อันตราย. ในประเทศแคนาดา "ขบัญญัติ แห่งการยักยอก" เหมือนกัน, แต่มีการ ผ่อนผันให้อ่างชื่อของแพทย์ได้, ถ้าหากได้ รัยอนุมัติหรือขอร้องจากองค์การใดเกี่ยวกับ แพทย์. ขอนคล้ายคลึงกับภาวะการณ์ใน

สหรัฐ. ในสวีตเซอร์แลนด์มีขบัญญัติประจำ แคว้นห้ามการตพิมพ์บทความขงมเนื้อหา โนม์เฉียงไปในทางโฆษณาตนเอง "แม้จะ มีการพรางตาเป็นอย่งคแล้วก็ตาม". สภา การแพทย์และ ทันตแพทย์แห่งอาฟริกาได้ ถอดว่า "การจกให้มขน, หรือการจงใจ, หรือการยอมอนุญาต, ให้มีการเส่นอข่าว, การสัมภาษณ์, บทความหรือแจ้งความขง มลักษณะจงใจให้เป็นการเรียกร้องคนใช้, เป็นการโฆษณาขงเขาชายที่จะถูกฟ้องร้อง ใด." หนังสือพิมพ์ใดรับการขอร้องให้ข เวเนการตพิมพ์ ขอขงนายแพทย์, และ ส่วนมากก็ให้การร่วมมืออย่งค. (*)

ในบางประเทศทางฝ่ายหนังสือพิมพ์เอง เป็นผู้วางกฎเกณฑ์ไว้สำหรับ เป็นแนวทาง แก่หนังสือพิมพ์ด้วยกัน ในด้าน คติธรรม เกยวกับการตพิมพ์เรื่องการแพทย์, เช่นใน สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย. ในสหรัฐ มีสมาคมนักเขียนเรื่องวิทยาศาสตร์, และ ในออสเตรเลียมีสมาคมหนังสือพิมพ์, ขง วางระเบียบควบคุมคั้งกล่าว. โดยเฉพาะ ออสเตรเลียมีการอย่างหนึ่งของหนังสือ- พิมพ์ขงนยได้ว่าแปลกกว่าตอนส่วนมาก, คอม่การว่าจางแพทย์ไว้ เช่นเจ้าหน้าที่ประ

* (ดู "บทความนิติเวชวิทยา" ข้างต้น.)

จำสำหรับให้คำปรึกษาหรืออภิปรายเกี่ยวกับข่าวการแพทย์โดยไม่แจ้งชื่อแพทย์ผู้เสนอเรื่องนั้นๆ.

ในด้านการควบคุมการแถลงข่าวหนังสือพิมพ์ ประเทศเห็นว่าวิธีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันให้ผลเป็นที่พอใจหรือพอใจได้. หาประเทศไม่พอใจวิธีของเขา, และหนึ่งประเทศ (ประเทศไทย) แจ้งว่าไม่มีการควบคุมการแถลงข่าวในค่านันแต่อย่างใดเลย.

ปัญหาข้อที่สองเกี่ยวกับการให้ความสว่างแก่ประชาชนในเรื่องสุขภาพและการแพทย์ในแง่อื่นๆ. ประเทศส่วนมากแสดงความเห็นว่าวิธีการของเขามีผลดีทีเดียวในการกระจายข่าวสารและความรู้ให้แก่ประชาชน. ออสเตเรียและสหรัฐอเมริกาของแพทย์สมาคมที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือวิพากษ์วิจารณ์บทความที่นำลงพิมพ์. การส่งนี้ไม่มีอะไรบังคับ, เป็นการกระทำโดยสมัครใจของหนังสือพิมพ์เอง. ต่อคำถามถึงการควบคุมการแถลงข่าวเกี่ยวกับวิธีการและการค้นพบยาชนิดใหม่ๆสำหรับรักษาโรค, คำตอบจากทุกแห่งแสดงว่าการควบคุมในแง่ใดผลน้อยกว่าในแง่อื่นใดทั้งสิ้น. มีประเทศไอร์แลนด์ประเทศเดียวเท่านั้นที่แจ้งว่าวิธีของเขาเป็นที่พอใจ.

ใจ. ในสหราชอาณาจักร, แม้จะมีการแถลงข่าวการแพทย์ที่สำคัญๆให้แก่หนังสือพิมพ์ก่อนการโฆษณาในวิทยาสาร, ก็ยังมีการปล่อยข่าวประเภทชวนคนตื่นออกไปได้บ่อยๆ, และบางครั้งข่าวที่สำคัญในทางแพทย์กลับได้รับความเอาใจใส่จากหนังสือพิมพ์น้อย, ถ้าหากข่าวนั้นมี "ค่าในค่านาน" น้อยในสายตาของหนังสือพิมพ์. ทั้งนี้เพราะนักหนังสือพิมพ์เอาใจใส่กับเรื่องที่เขาเองสนใจมากกว่าการแพทย์สนใจตนเอง.

การควบคุมการแถลงข่าวดังกล่าวนี้ ผลต่อการรักษาจรรยาบรรณของแพทย์เพียงใด, เป็นปัญหาข้อต่อไปที่น่าสนใจ. มีสองประเทศเท่านั้นที่เห็นว่าไม่ผล. นอกจากนั้นแสดงว่ามีผลบ้างไม่มากนัก. ในประเทศอังกฤษมีการประพฤตินิยมรยาที่รุนแรงแต่เพียงนาน ๆ ครั้ง, และมีผู้แสดงความเห็นว่าการร่วมมือโดยใกล้ชิดระหว่างหนังสือพิมพ์กับองค์การแพทย์จะช่วยทำให้แพทย์ต้องระมัดระวังตนเองในค่านานจรรยาบรรณมากขึ้น.

การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่แถลงข่าวสารการแพทย์แก่หนังสือพิมพ์โดยเฉพาะปรากฏว่าไม่มีที่ใดทำ. ส่วนมากปฏิบัติเหมือนๆกัน, คือสมาคมแพทย์หรือกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้ข่าว, ครอบงำหรือแก่ข่าวเกี่ยวกับ

กักับการแพทย์, แต่ทงนเป็นไปคตามขนบธรรมเนียมมากกว่าโดยกฎเกณฑ์. หลายประเทศอ้างว่าโดยหลักเสรีภาพแห่งหนังสือพิมพ์ไม่มีใครจะบังคับใครกักับการแถลงข่าวใด. เว้นเสียแต่พวกแพทย์เองเท่านั้นที่ประเพณีหรือจรรยาแพทย์จากควงของการแถลงเรื่องต่อประชาชนให้อยู่ในขอบเขตอันสมควร. มีแพทย์บางคนต้องประสยความยุ่งยากหลังจากที่ใดให้เรื่องราวแก่หนังสือพิมพ์, และเรื่องราวนั้นๆ ใ้รับอนุญาตจากทางการให้ตีพิมพ์ไ้แล้ว, แต่ปรากฏว่าการพาคหวเรื่องหรือเทคนิคของการตีพิมพ์ยังผลให้ผู้อ่านใ้รับความรั้ที่ชวนจะผันแปรไปจากเรื่องเดิม, ทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้เรื่อง. เหตุการณ์ทำนองนี้คงจะมีอยู่ไม่น้อย. สมาคมแพทย์เนเธอร์แลนด์ใ้ใ้วางระเบียบขควบคุมการเขียนเรื่องของแพทย์ไว้ขอหนังสือ, ยังคยใ้ให้แพทย์ผู้เขียน "กระทำให้เป็นทแนใจว่าการประกอบเรื่องนั้นๆ (ภาพประกอบ, การพาคหวเรื่องและการใช้อักษร) กระทำโดยถูกต้องและเป็นไปโดยสมควรแก่เกียรติภูมิแห่งวิชาชีพและพอเหมาะกัเนื้อหาของบทความ". ในคานการแก้ไขความผิดพลาดของการแถลงข่าวสาร, ประเทศคานาดาเห็นว่าไม่เอาใจใ้เสียเลยเป็นการดีกว่า. ส่วนสหราชอาณาจักร

จกตรงขอสังเกตุว่าสถาบันหรือองค์การวิชาชีพบางแห่งอาจแถลงแก่ข่าวผิดพลาดซึ่งยังใ้เกิดความเสียหายแก่สถาบันหรือองค์การโดยตรงหรือแก่สมาชิกของกลุ่มนั้นๆ, แต่คงมีน้อยแห่งที่ จะแถลงเพียงเพื่อประโยชน์แห่งความรั้ของประชาชน. น่าจะเข้าใจว่าความเห็นเช่นนี้เนื่องจากการควบคุมต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วนั้นเพียงพอที่จะข้องกั้นมิใ้มีการแถลงข่าวสารผิดพลาดมาก ๆ อย่างที่จะทำให้เกิดผลร้ายในชั้นรุนแรงได้. การเผยแพร่ความรั้ทางแพทย์เป็นประโยชน์แก่ประชาชนโดยไม่มีข้อสงสัย. แต่การเผยแพร่ต้องเป็นไปคตามความจริงและต้องอยู่ภายในขอบเขตพอสมควร. ทงนเพราะความรั้ทางแพทย์เป็นเรื่องวิชาเฉพาะ. ประชาชนไม่อาจเข้าใจหรือแปลความหมายใ้ช้ข้ชงทกแห่งทกมม. หากมีการเผยแพร่โดยไม่ประหยคประยง, อาจมีความเข้าใจผิดเกิดขึ้นใ้โดยง่าย, ซึ่งจะทำให้ประชาชนถกถลอกหรือถกเป็นเหยอของนักถกถกลง, ทำให้เกิดผลร้ายมากกว่าผลดี. การควบคุมการแถลงข่าวสารในคานนงเป็นกรพงกระทำเป็นอย่งขง. การควบคุมนี้ไม่เพียงแต่ข้องกันประชาชนเท่านั้น, แต่ขงจะข้องกันแพทย์ผู้เกี่ยวข้องด้วย, และในบางรายอาจช่วยข้ขงความคิดชั่วแล่นใน

บางประการซึ่งอาจยังความเสื่อมเสียในท่าน
จรรยาหรือมารยาทแก่ผู้อื่น ๆ. แต่การ
ควบคุมที่ไต่ผลนั้นต้องประกอบด้วยองค์สาม
คือแพทย์, หนังสือพิมพ์, และประชาชน.
แพทย์ต้องสำนึกในความจำกัดของวิชา
ชีพ. หนังสือพิมพ์ต้องทราบหน้าที่อันแท้
จริงของตน. ประชาชนต้องเข้าใจความ

หมายของจรรยาแพทย์ และนำหนักความ
หมายของข่าวสารที่ไต่รับการเผยแพร่. ทราบ
ใจองค์ประกอบทั้งสามนี้ยังไม่สมบูรณ์, การ
เผยแพร่ความรู้ทางแพทย์แก่ประชาชนก็ยัง
เป็นอาวุธสองคมและเขนเคืองมือของผู้ใฝ่
หาประโยชน์จากความหลงเชื่อของประสา
ชนใต้อยู่ตราบนาน.

การฟื้นฟูทางวิชาการแพทย์
ของคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล
ครั้งที่ ๖

กำหนด: จันทร์ที่ ๒๔ ถึงเสาร์ที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๐๑
คณะกรรมการ: น.พ. สุก แสงวิเชียร, น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ,
พ.ญ. เพทาบ ศิริการณ

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: สด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., สำราญ วังศพำห้ พ.บ., C. Oph., C. Oto.
วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., สมชาย บวรภิตติ พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.,
เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ., ทินรัตน์ สลิตนิมานการ พ.ด., F.I.C.S., ไพบุลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ.,
พรรณพิศ พันธุ์สุวรรณ พ.บ., ชลอ รุจิรวัดน์ พ.บ., ประเวศ ะลี พ.บ.,
สลิต สุขโรจน์ พ.บ., ปรีชา กาญจนยริทธิ พ.บ.

๑. H.J.J. Clackwood: กระจกขากรร-
ไกรกลางทมคอคอยล์สองหัว. Am. J. Phys.
Anthrop. 15 : 1-8, 1957.

กระจกขากรรไกรกลางทมคอคอยล์เป็น
สองหัวไทรายงานโดย Hrdlicka ดังแต่ปี
๑๙๔๑, แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเป็น
สาเหตุให้เกิดผิดปกติ. Hrdlicka เพียงแต่
สันนิษฐานว่าอาจมีการผิดปกติในการเจริญ
เติบโตของกระดูก. ผู้รายงานเรื่องนี้ได้
ศึกษาการเจริญของคอคอยล์ในเด็กในครรภ์,
เด็กเกิดใหม่จนถึงอายุได้ ๑๕ เดือน, ได้
พบว่ากระดูกอ่อนที่คอคอยล์นั้นมักจะถูก
แบ่งควย แผ่นเนื้อพังคตทมหลุดลอกมา
มาก. ผู้รายงานเข้าใจว่าถ้าแผ่นพังคตไม่
หายไปหรือหลุดลอกในแผ่นกระดูกจะเป็น
สาเหตุให้การเจริญของคอคอยล์ไม่เป็นไป
โดยปกติ. ทำให้คอคอยล์มีเป็น ๒ หัวจน
ได้.

สด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๒. D.A. Campbell, E.L. Tonks and M.
Jones; ผลของโคะมอกส์ทางร่างกายทั่ว
ไปและภายในลูกตา. Brit. J. Ophth. 40:
283-294, 1956.

ผู้เขียนได้ทดลองฤทธิ์ของโคะมอกส์
ต่อความดันในลูกตาและการเปลี่ยนแปลง
ทั่วๆ ไปของร่างกาย. ในการทดลองนี้ให้
ยาครึ่งเดียว. ขนาดที่ให้เท่ากับขนาดที่ใช้
รักษาและการจำกัดคมนากจากตเช่นเคย
กับผู้ช่วย, เขาพบว่า:

(๑) ความดันในลูกตาลดลงไม่เท่ากัน
ทุกคน, และแตกต่างกันมาก. (๒) แต่
ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันมากในตาทั้ง
๒ ตาในคนเดียวกัน, ถึงแม้ตาข้างหนึ่งจะ
ถูกเจาะ (เทรฟีน) ไว้แล้ว. (๓) ความ
ดันในลูกตาลดลงใน ๒ ซม. แรกทั้งใน
ตาที่เป็นต้อหินและตาปกติ. (๔) ความดัน
ในตาลดลงได้ ส่วนสำคัญกับการลดของเกลอ
โซเคียมในกระแสโลหิต, และกับจำนวน

ขี้สสาระที่ถูกขับถ่ายออก, โซเดียมและโปแตสเซียมในขี้สสาระ.

สรุปว่าการเปลี่ยนแปลงของความดันในลูกตาโดยฤทธิ์ของไทรอะม็อกส์, นอกจากเป็นผลของยาออกฤทธิ์ที่ตาโดยตรงแล้ว, อาจจะมี ความสัมพันธ์ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั่วไปด้วย.

(เอกสารอ้างอิง ๑๕ รายการ)

สำราญ วัจพำห้ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๓. J.W. Jervey: การวัดความดันในลูกตาและกระจกตา (คอรีเนีย) A.M.A. Arch. Ophth. 56: 109-127, 1956.

ผู้เขียนได้ศึกษาในลูกตา ๔,๐๐๐ ลูก โดยการใส่เครื่องวัดความดันในลูกตาทางขนกระจกตา. และได้สรุปผลว่าถ้าใช้เมธิล เซลลูลอส ๑ ปช. หยอดตาเสียก่อนแล้ว, ยานจะบ่งกั้นไม่ให้เครื่องวัดความดันไปทำอันตรายต่อกระจกตา, และยังบ่งกั้นไม่ให้ยาซาที่ใช้หยอดตาไปรบกวนเยื่อใยของกระจกตาอีกด้วย

(เอกสารอ้างอิง ๑๖ รายการ)

สำราญ วัจพำห้ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๔. B.N. Bhaduri and S.K. Basu: ภูมิมาทิสเคลอร่า. Brit. J. Ophth. 40: 504-506, 1956.

รายงานเกี่ยวกับ ภูมิมาทิสเคลอร่าที่ติดตรงกระจกตาต่อกับตาขาว. แต่ภูมิมาทิสไม่ได้ลุกลามไปถึง ซิลิอารีบอดย. ต่อมาภูมิมาทิสประทุและหลุดออก, แล้วแผลที่ตรงภูมิมาทิสหาย. การรักษาใช้ยาวิทยาซัยฟลิส. ในรายงานปฏิกริยาวัสเซอร์แมนน์และคาห์น ได้ผลบวก.

(เอกสารอ้างอิง ๔ รายการ)

สำราญ วัจพำห้ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๕. Thomas S. Chen, Ruth E. Johnson, William R. Lyons, Choh Hao Li, R. David Cole: การทำให้เต้านมออกเจริญและหลังน่านมโดยใช้ ฮอร์โมนในเมื่อไม่มีต่อมธัยรอยด์. Endocrinology. 57: 153-157, 1955.

ผู้รายงานได้ทำลายต่อมธัยรอยด์ในหนูตัวเมียโดยฉีด I 131 เข้าช่องท้อง, หรือโดยการตัดเอาต่อมออก, หรือรวมกันทั้งสองวิธี.

๖ สัตว์ที่ต่อมตัดเอาต่อมฮัยโปฟิซีส, แอดรีนัลและรังไข่ออก, พร้อมกับให้เอสโตรเจน, โปรเจสเตอโรน, แล็คโทเจนิคฮอร์-

โมน, ซอร์โมนของการเจริญเติบโตและ
 ซัยโทรคอร์ติโซนอะซีเตทนาน ๑ สัปดาห์.
 พบว่าการเจริญของเต้านมเป็นไปได้ทุกตัว,
 แม้ว่าจะให้ ธีร็อกซิน ร่วมด้วย หรือไม่ให้
 ตาม. เมื่อให้แล็คโตเจนิคซอร์โมน, ซอร์-
 โมนของการเจริญเติบโตและซัยโทรคอร์ติ-
 โซนอะซีเตทต่อไปอีก ๑ สัปดาห์ พบว่าหน
 ทกตัวหลังน่านมโตมากเหมือนกัน, แม้
 จะให้หรือไม่ให้ธีร็อกซินด้วยก็ตาม. จึง
 สรุปได้ว่าต่อมธีร็อกซินไม่มีความจำเป็นใน
 การเจริญและการหลั่งน่านมของเต้านมเลย.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๖. Soledad M. Morales, Edith M. Lincoln
 ผลของการรักษาด้วยไอโซในอะซีตต่อเมตะ
 บอลลิสม์ของพวยรอกซินในเด็ก. Am. Rev.
 Tuberc. 75 : 594-600, 1957.

ผู้เขียนรวบรวมเอกสารที่อ้างถึงการแพ
 พืชไอโซในอะซีตในการรักษาวัณโรค. ราย
 งานทั้งหมดที่รวบรวมได้แสดงถึงแต่การแพ
 พืชที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ผู้ใหญ่ เนื่องจากการ
 ชาติพวยรอกซิน, ซึ่งส่วนมากมีอาการ
 ของ พยาธิสภาพ ประสาท ส่วน ปลาย และ

อาการทางผิวหนัง. ไม่ปรากฏว่ามีรายงาน
 เกี่ยวกับการแพ้ พืช ของ ไอโซในอะซีตในผู้
 บ่อยเท่าเลย.

ผู้เขียนอ้างว่าที่คลินิกโรค ทรวงอกของ
 แผนกกุมารเวชศาสตร์, ร.พ. เบลล์วูด,
 นิวยอร์ก, เด็กจำนวนมากได้รับการรักษา
 ด้วยไอโซในอะซีต. ไม่มีรายใดมีอาการ
 ของการแพ้พืช.

เขา รายงาน ผล การ ทด ลอง ด้วย วิธ
 "บรรจุทกด้วยทryptophane"
 (Tryptophane Load Test) เพื่อการขยถ่ายของเมธิลนิ-
 โคตินอะไมด์ (N1-methylnicotinamide)
 ในปัสสาวะ, ในเด็กผู้ป่วยวัณโรค ๒๖
 ราย และในเด็กป่วยโรคอื่น ๘ ราย, อายุ
 ระหว่าง ๒-๑๓ ปี. ในผู้ป่วยวัณโรค ๒๖
 ราย, ๒๐ รายได้รับการรักษาด้วยไอโซในอะซีต
 ขนาด ๕-๒๐ มก. ค่อน้ำหนักตัว ๑ กก.
 ต่อวัน. บางรายได้รับยาอยู่นานถึง ๒๗
 เดือน. มีเพียงรายเดียวเท่านั้นที่ผลการทค
 ลองยังไปทางผิดปกติ, แต่ก็ไม่แสดงเน
 ชัดลงไปว่าเกิดจากการชาติพวยรอกซิน.

ผู้เขียนลงความเห็นว่าการใช้ไอโซใน
 อะซีตในเด็ก ไม่ทำให้มีการกระทบกระ-
 เทือนต่อเมตะบอลลิสม์ของพวยรอกซินเลย.
 ถึงแม้จะไม่มีการแพ้พืชเกิดขึ้น. เขาแนะนำ

ว่าในเด็กไม่มีความจำเป็นในการให้วิตามิน
บี ๖ เพื่อยับยั้งการแพ้พิษไอโซในอะซิก.

สมชัย บวรกิตติ

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

๗. Standley R. Friesen : ข้อคิดเห็น
สำหรับการตัดลำไส้ใหญ่เพื่อรักษามะเร็ง
ของโคโลนข้างซ้าย. A.M.A. Arch. of
Surg. 75 : 342-351, 1957.

ในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ซีก ซ้าย เพื่อ
เอาเนื้องอกออกนั้นยังไม่มียุทธวิธีที่
มาตรฐาน. ผู้รายงานแนะนำวิธีที่วาง
เกณฑ์ที่ชัด, รอบคอบที่ชัดในแง่ต่าง ๆ, เป็น
อันตรายจากการผ่าตัดน้อย และระหว่าง
ผ่าตัดมีการ ดู ต้องรอบ กวน ก่อนเนื้องอก
น้อยที่ชัด, ซึ่งเชื่อว่าชะงักการเจริญ
ขึ้นใหม่ของมะเร็งได้ดีกว่าวิธีอื่น.

วิธีของผู้เขียนเริ่มด้วยการเปิดช่องท้อง.
เมื่อพบวากอน มะเร็งยัง พอดักได้หมดแล้ว,
ผูก หลอด เลือด ท่อน้ำดี อมัลเฟต (เพื่อ
ป้องกันการ กระจาย ของเซลล์ มะเร็ง
ทางหลอดเลือด). เขาผูกกระบังสูงซีกกับ
หลอดเลือดดำสเปลิค, ตรงตำแหน่งของ
ลิแกเมนต์ของทรูทส์, ซึ่งเขาแนะนำให้
ตัดออกเพื่อเข้าหา หลอดเลือดที่ท่ ถ้าวางได้

คชน. หลังจากนั้นทำการเลาะต่อม
เหลืองที่อยู่หน้าเอออร์ตาเรื่อยลงมาข้าง
ล่าง, เลยทางแยกของหลอดเลือดแดง
คือมมยอนอิลีค. เข้าไปในอุ้งเชิงกราน.
กะให้ต่ำกว่าขอบล่างของมะเร็ง ๕ ซม. ขึ้น
ต่อไป แบ่งลำไส้ใหญ่ส่วน ขวาง และเมโซ
โคโลนซ้าย, ต่อหลอดเลือดแดงมีโคลิค,
แล้วยกลำไส้ซีกซ้ายออกทางซน, มากน้อย
แล้วแต่ตำแหน่งและความมากน้อยของเนื้องอก
ส่วนที่เป็นโรค, โดยพยายามตัดให้ห่าง
เนื้องอกให้มากที่สุดด้วยไฟฟ้า. เย็บต่อ
ลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือปลายชนปลาย, ซน
เดียวไม่ทะเล ซนเย็บเมือก. แนะนำให้ติดตาม
คนไขทุก ๖ เดือน ด้วยการส่อง กล้อง
ตรวจภายในลำไส้ใหญ่.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๘. H. Popper : คุณค่าของวิธีทศ สอย
หน้าทศ. J. Internat. Coll. Surgeons,
26 : 674, 1956.

แม้ว่าการตรวจ สัมรรถภาพ ของตับทำ
กันมานาน เกือบครึ่ง ศตวรรษ และทางฝ่าย
รักษาใช้กันมาก, แต่ผลทางปฏิบัติไม่สู้ดี
นักเมื่อเทียบกับการตรวจ สัมรรถภาพ ของ
ไต, ตับอ่อน, และปอด. การที่เป็นเช่น

เนื่องจากเหตุหลายอย่าง, คือ (๑) เพราะหน้าที่ของคัพสลับซับซ้อนเหลือเกิน, (๒) การทดสอบต่างๆที่ใช้ไม่มีลักษณะจำเพาะ, (๓) ผลบวก ทดสอบ หรือ ผลลบที่ ผิดมี มาก, (๔) แม้จะตรวจพบ ว่า สมรรถภาพ ของคัพเสีย, แต่อาจไม่ มีความสำคัญทางฝ่ายรักษา, และความพิการของคัพอาจมีไม่มาก, (๕) มีการเข้าใจผิดอยู่มากในการประยุกต์ผลการตรวจ, (๖) แม้คัพจะมีความพิการมาก, แต่ไม่จำเป็นว่าหน้าที่จะต้องเสียไปด้วย, เพราะเนอคัพมีการออกมาทดแทนพอ.

ฉะนั้นในการนำ การ ตรวจ สมรรถภาพ ของคัพมาใช้ให้เป็นประโยชน์ทางฝ่ายรักษา จะต้องพิจารณาให้มาก, และต้องเอามาสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของคัพโดยการทำให้ข้ออักเสบ. โดยวิธีนี้สามารถแบ่งวิธีตรวจสมรรถภาพของคัพวิธีต่าง ๆ ออกได้เป็น ๓ พวกคือ: (๑) การตรวจ เพื่อ ทราบ ว่า เซลล์ ของคัพ ถูกทำลาย หรือเสื่อมไป, (๒) เพื่อความการอดตันของทางเดินของน้ำคัพหรือไม่, (๓) การตรวจที่แสดงว่ามีการอักเสบของคัพ.

โดยอาศัยการตรวจสมรรถภาพของคัพ และการ ทำให้ข้ออักเสบ จะ ช่วย คลายแพทย์:

(๑) ในการแยกคัพผ่านทาง ศัลยกรรมออกจากคัพทางอายุรกรรม, และแยกการอดตันของทางเดิน ของ น้ำคัพ ท่อคัพภายในคัพ หรือ ข้างนอกคัพ, (๒) ทำให้ทราบว่า เซลล์ของคัพเป็น อันตรายไปมากแค่ไหน, เพื่อ ทราบ การ ดำเนินของโรคใน ระยะเวลา ก่อน และหลังผ่าตัด, (๓) ความการอดตันของทางเดินน้ำคัพมากน้อยแค่ไหน, โดยเฉพาะ หลังผ่าตัดทางเดินของน้ำคัพ, และ (๔) ทำให้ทราบว่า มี เนื้อ ออก มางอก ทับก่อนการผ่าตัด.

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.ด., F.I.C.S.

๕. J.G. Howard et al: J- Path. & Bact. 73:266-268, 1957 การแยกเชื้อซีเกลลาชนิคซ์โรทีย์ ๗๐๓ จากผู้ป่วยโรคบิดสองราย.

ซีเกลลาชโรทีย์ ๗๐๓ เป็นเชื้อบิดชนิดใหม่ที่แยกพบหนึ่งรายโดย Ewing และพวกในปี ๑๙๕๒. ในปัจจุบันนี้การจับพวกของเชื้อบิดชนิดนี้ยังไม่ตกลงแน่นอน, เพียงแต่จัดไว้เป็นพวกย่อยในพวก Shigella boydii.

ผู้รายงานได้แยกเชื้อนี้ได้จากผู้ป่วย ๒ ราย. รายหนึ่งมีอาการของบิดอย่างชัดเจน.

อุกรายหนึ่งมีอาการท้องเดินและมีไข้. เชื้อที่แยกได้จากผู้ป่วยทั้งสองมีลักษณะต่าง ๆ ของเชือบัค, แต่ไม่ให้ปฏิกิริยาทางนำเหลือง กับ เชื้อ บัค ชนิด นอกจาก ชนิด ๗๐๓ แต่อย่างเดียว, และทั้งสองควนเป็นเชื้อชนิดเดียวกัน เพราะ ให้ปฏิกิริยานำเหลืองซงกันและกัน. นอกจากนั้นยังพบว่า เชื้อบัคทั้งสองนี้ให้ปฏิกิริยาทางนำเหลืองกับ *Shigella schmitz*, โดยปรากฏว่าซรัมที่เตรียมจาก *Shigella schmitz* ไม่มีปฏิกิริยากับเชื้อชนิด ๗๐๓, แต่ซรัมที่เตรียมจากเชื้อ ๗๐๓ ให้ปฏิกิริยาบางส่วนกับเชื้อ *Shigella schmitz*.

ผู้รายงานได้ออกความเห็นโดยอ้างถึงปฏิกิริยาทาง เคมี และ ทาง นำเหลืองสนับสนุนให้จัดเชื้อชนิด ๗๐๓ นี้ให้อยู่ในพวกย่อยของ *Shigella boydi*.

ไพบุลย์ เออทวกุล พ.บ.

๑๐. John W. Todd: ท้องมานที่ไม่ร้ายแรง B.M.J. 4961: 247-275, 1956.

นำในช่องท้องส่วนมากเกิดจากโรคหัวใจล้ม, ภัยแข็ง, โรคของเยื่อช่องท้อง, และการอุดตันของหลอดเลือดดำปอร์ทัล. ทั้งยังเกิดรวมในคนที่มิใช่โรคในเลือด

น้อย, เช่นกลุ่มอาการเนโฟรซิส, ขาดอาหาร, ทเบาเรคัลส เพอร์โตไนติส และโปลิโอไซโรไซติส. บางครั้งเกิดจากรวมโบลิสในหลอดเลือดดำปอร์ทัลซึ่ง มักเกิดเป็นโรคแทรกซ้อนของโรคร้ายแรงและ มะเร็ง ของ ตับ.

ผู้รายงานเสนอผู้ป่วย ๒ ราย ซึ่งมาในช่องท้อง. หลังจากการเจาะเพียงครั้งเดียวก็หายเป็นปกติ. รายแรกเป็นหญิงอายุ ๒๒ ปี. ท้องโตขึ้นเรื่อย ๆ ภายใน ๒ สัปดาห์. ผู้ป่วยแข็งแรงดีและไม่มีอาการอื่นใด. เจาะท้องได้น้ำใสเหลือง, ชุ่นเล็กน้อย, ๖.๘ ลิตร. มีเม็ดเลือดขาว ๑๐๐-๓๐๐, เม็ดเลือดแดง ๒๐๐๐ ทั่ว คอ ล.มม. โปรตีน ๒.๒ ปร. หลังจากการเจาะเพียงครั้งเดียวคนไข้หายเป็นปกติและไม่เกิดขึ้นอีกภายในระยะ ๖ ปี. รายที่ ๒ เป็นหญิงโสด อายุ ๒๒ ปี. มีอาการปวดท้องเล็กน้อยและท้องโตขึ้นเรื่อย ๆ ภายใน ๖ สัปดาห์. เจาะท้องได้นำไม่มีสี. มีโปรตีน ๐.๐๓ ปร. ไม่มีทั้งเม็ดเลือดแดง และขาว. เจาะครั้งเดียวก็หายขาดเหมือนกัน. ในผู้ป่วย ๒ รายนี้สาเหตุของการเกิดนำในท้องคงต่างกัน, ถึงแม้ว่าการดำเนินโรคจะคล้ายกันก็ตาม. ในรายแรกนำที่เจาะได้เป็นเอกซุเตต. ส่วนรายหลังเป็นทวานซุ-

เขต. รายแรกอาจจะเกิดจากธ่อมโบสิสของหลอดเลือดค้ำปอร์ตกลไก. การออกคั้นอย่างทนทนและเคมทของเส้นเลือดค้ำอนนทำให้มีอาการท้องเดินและมีเลือดออกในทางเดินของอาหารได้อย่างรุนแรง. ส่วนในรายที่ค่อย ๆ ออกจะทำให้มีน้ำในช่องท้องได้มาก ๆ ซึ่งอาจจะมครวงเคียวหรือเกิดซำอก.

ผู้รายงานไม่เคยพบรายงาน เช่นนี้มาก่อน ยังไม่ทราบว่าอะไรจะเย็บสาเหตุในคนไข้ของเขา.

พรรณพิศ พันธุ์สุวรรณ พ.บ.

๑๑. W.S. Howland, J.S. Lewis: การเกิดแกรนูโลมาของกล่องเสียงหลังจากใส่ท่ออากาศ Ann. Oto., Rhinol., Laryngol. 65 : 1006-1011, 1956.

เขาพบว่าผู้ทดมยาสลบโดยใช้ท่อใส่เข้าไปในหลอดอากาศนั้นในทก ๆ ๘๐๐-๑,๐๐๐ รายจะพบ ๑ราย ว่าเป็นโรคแกรนูโลมาที่กล่องเสียง, และพบมากในพวกที่ผ่าตัดเกลวกับหวและคอ. ทงนเพราะผู้ช่วยนอนหงาย, มีหมอนหนุนไหล่, ท่อย่างงกตทางค้ำหลังของกล่องเสียงมาก. โรคนี้มักเกิด ๒-๒๘ สัปดาห์ หลังจากให้ยาสลบ. พบมากที่เคษหนึ่งในส่วนข้างหลัง

ของสายเสียง, และพบในผู้หญิงมากกว่าชาย. คงเป็นเพราะหญิงมักกล่องเสียงเล็กกว่าและเยอบยาวกว่า. ผู้รายงานให้ข้อคิดว่าการอักเสบของกล่องเสียงอาจจะเป็นเหตุชวนให้เกิดโรคนี้ได้.

สำราญ วัศพำห์ พ.บ. C. Oph., C. Oto.

๑๒. William C. Thornell: รายงานผู้ช่วยหนึ่งรายมอุมพาคสายเสียงข้างเคียว. Ann. Oto., Rhinol., Laryngol. 65: 945-948, 1956.

อุมพาคของสายเสียงร่วมกบอาการออกกนทางเดินอากาศ โดยมากพมอุมพาคของสายเสียงทงสองข้าง. เหตุอยุ่ที่คั้นยู่ประสาทหรือ ส่วนปลาย ของประสาทท ควค มกล่องเสียง. รายที่เกิดอาการหายใจไม่สะดวกชนทันที ต้องช่วยควยการเจาะคอ (หลอดคอ). ส่วนรายที่ค่อย ๆ มีอาการรอกภายในระยะ ๖ เดือน. ถ้าไม่คั้นคองแก้ไขควยการผ่าตัด. วิธีผ่าตัดมหลายแบบหลายวิธี, เช่น ชัมคศวีร์เซ็คชนของสายเสียง, คิสอาร์คิเคเลชนของกระดูกอ่อนอารยคั่นอยค, หรืออาจผ่าตัดโดยวิธีผ่านเข้าทางปาก, ซึ่งเป็นวิธีใหม่. จุดประสงค์เพื่อให้มการหายใจสะดวกและในเวลาเคียว

กนกใหม่เสียง พุดคงอยู่มาก ทศกเทาทะทำได้.

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย, เป็นหญิง อายุ ๕๐ ปี. หลังได้รับการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์เสียงค่อย ๆ แหบลง ๆ. ๓-๔ เดือนต่อมามีอาการหายใจลำบาก, โดยเฉพาะเวลาออกแรง. ตรวจพบว่ามีอัมพาตของสายเสียงข้างขวาข้างเดียว. สายเสียงมาอยู่ตรงกลางชิดกับสายเสียงด้านตรงข้าม. อยู่ห่างกันมากที่สุด ๓ มม. เสียงค่อย. ได้รักษาโดยเจาะคอไว้ก่อน แล้วทำอวัยวะน้อย เกิดโตมยข้างขวาโดยวิธีแตรนส์-ออร์ล อินทราลาริงเจียล. ๔ เดือนหลังผ่าตัดหายเร็วข้อย. ตรวจพบสายเสียงทั้งสองข้างอยู่ห่างกันมากที่สุด = ๕ มม. หายใจได้สะดวก, แต่เสียงแผ่วเบา. ผู้รายงานกล่าวว่า หลังการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์อาจเกิดผลแทรกซ้อนไม่ได้. ก่อนและหลังผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ ควรตรวจกล่องเสียงก่อน. อัมพาตของสายเสียงข้างเดียวอาจทำให้มีอาการหายใจลำบากได้ อย่างคนไข้รายนี้.

ชลอ รุจิรวัดน์ พ.บ.

๑๓. Samuel Perlow, Jordan L. Daniels:

ธัยรอยด์ในหลอดเลือดดำและคาร์สิโนมา

ของธัยรอยด์ภายในหลอดเลือด. Ann. of Inter-Med. 2: 184-188, 1956.

ธัยรอยด์ในหลอดเลือดหาคำพบได้ข้อยในโรคมะเร็ง. บางรายก็พ้ออธิบายเหตุผลได้. เช่นมะเร็งของตับอ่อนทำให้ทฤษฎีขึ้นน้อยลง, แอนติธัยรอยด์ขึ้นน้อยลงด้วย, ทำให้เลือดแข็งง่าย. แต่ไม่อธิบายเหตุผลในรายมะเร็งของธัยรอยด์อื่น ๆ ได้. ได้รายงานผู้ป่วย ๑๐ ราย ซึ่งไปโรงพยาบาลด้วยอาการของธัยรอยด์ในหลอดเลือดหาคำชนิดโยกย้ายที่เร็ว ๆ, และต่อมาได้พบว่ามะเร็งซ่อนเร้นอยู่. เป็นมะเร็งของตับอ่อน ๒ ราย, ปอด ๔ ราย, ซดิม ๑ ราย. พาร์ไอวาเรียนเรสต์ ๑ ราย, รังไข่ ๑ ราย และกระเพาะอาหาร ๑ ราย. นับตั้งแต่เริ่มมีอาการของธัยรอยด์จนค้นพบมะเร็งซึ่งไม่แสดงอาการ, หรือจนกระทั่งมีอาการซึ่งสามารถย้อนหลัง บอกได้ว่าเกิดจากมะเร็งที่ซ่อนเร้นอยู่, กินเวลา ๒-๕ เดือน. เมื่อเกิดธัยรอยด์ขึ้นแล้ว ๗ รายไม่สามารถผ่าตัดได้, ๒ รายไม่ทราบแน่, ๑ รายทำผ่าตัดได้. เป็นที่น่าสนใจว่าการให้ยากันเลือดแข็ง, นอกจากไม่สามารถป้องกันการลุกลามได้แล้ว, ยังอาจมีอันตรายจากการทำให้เลือดออกจากมะเร็ง ในทางเดินกระ-

เพราะอาหารและลำไส้อักเสบ, ถ้ามีมะเร็ง
อยู่โดยไม่รู้.

ประเวศ วะสี พ.บ.

๑๔. William S. Smith, Thomas J. Klug:

วิชแก้ไข้ไขเคลอนออกทางหน้า. J.
A.M.A. 163: 182-183, 1957.

การรักษาไข้ไขเคลอนออก (แอน
ทีเรีย คิลโลเคชั่น) เขาที่เดิมตามวิธีของ
โรงพยาบาล มักจะให้ยาสลยแล้วจึงแก้ไข้
เขาที่. วิธีที่นิยมมากคือวิธีของ Kocher
และวิธีฮิปโปเครติค. เมื่อผู้ช่วยสลยการแก้ไข้
ให้เขาที่อากรุนแรงเกินไป. ผู้เขียนได้
คิดเปลี่ยนวิธีของ Stimson โดยให้เมเปอริคิน
ฮัยโครมลอไรต์ ๗๕-๑๐๐ มก. เข้าหลอด
เลือด. เมื่อนอกลมหายจนตัวแล้วจึงจัดให้
ผู้ช่วยนอนคว่ำ. เขาถึงทรายหนุนตรงกลาง
กระดูกไหปลาร้าข้างที่หลุด. ถ่วงน้ำหนัก
ปลายแขน ๕ ปอนด์. ต่อมา ๑ นาที
เพิ่มอีก ๕ ปอนด์. โดยวิธีแก้ไข้ไขเคลจะ
เขาที่ใน ๑๐ นาที. ภายหลังถ่วงน้ำหนัก
๕ นาที ถ้ายังไม่เขาที่ไหลลงค่อยๆแกว่ง
แขนอาจช่วยให้เขาที่เร็วขึ้น. ถ้าง่วงนำ
หนักถึง ๑๕ นาทีแล้วยังไม่เขาที่ ก็คงใช้

วิธีที่ไซยาสลย. ผู้เขียนได้ใช้วิธีที่เปลี่ยน
นี้ในผู้ช่วย ๓๐ ราย. ได้ผล ๗๕ ปช. ราย
ที่มขอไหล่หลกซ้า (รีเคอร์เร้นท์) ได้ผลทุก
ราย.

สถิต สุขโรจน์ พ.บ.

๑๕. V. Baroni, M. Scolari: การใช้เปรีคิ
โนโซนรักษาทุเบอร์คูลสิ พลิวริชชี่พมณา.
J.A.M.A. 169: 1534, 1956.

การใช้เปรีคิโนโซน (ครั้งแรกให้ ๑๕-
๒๐ มก. ๔ วัน, ตามด้วย ๑๐ มก. ต่อ
วันอยู่ ๑๐-๑๕ วัน) ได้ที่คลองกับผู้ช่วยที่
เป็นวัณโรคซึ่งส่วนมากมีเยื่อหุ้มปอดอักเสบ
และมึนน้ำในช่องปอดหลังทำการอัดอากาศ
เข้าทรวงอกแล้ว. การรักษานี้ได้ผลดีมาก.
ส่วนมาก ยานไปห้าม การเกิด เอ็กซูเตค,
และไม่มีผลแทรกแซง. ระหว่างให้ยาไม่จำเป็น
ต้องให้อาหารพิเศษ. ยานให้กินได้.
ไม่มีผลแทรกแซงต่อการย่อยอาหาร. ฤทธิ์
ของ เปรีคิโนโซน ในคนไข้วัณโรค พวกนี้
คล้าย กับ คอรัติโซนและ คอรัติโคโทรปีน.
ฤทธิ์ของเปรีคิโนโซนสม่ำเสมอว่า, เพราะ
ว่าไม่มีฤทธิ์อยู่นานเช่นคอรัติโซน. น้ำใน

ช่องปอด มักเกิดขึ้นในคนไข้ที่หายคยาราว ๑-๒ สัปดาห์. เขาจึงแนะนำให้ใช้ยาเป็นประจำต่อไป ๕-๑๐ มก.ต่อวัน, แบ่งเป็นขนาดย่อย ๆ, ให้อยู่ ๒-๓ สัปดาห์ หลัง

จากนั้นในช่องปอดหมดแล้ว. แหล่งติดเชื้อในปอด จะไม่เกิดขึ้นอีกในระหว่างที่รักษาด้วยเพรดนิโซน.

ปรียา กาญจนัญญิติ พ.บ.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
 ๒. ชำระเงินค่าบำรุง
 ๓. ขอรับเป็นสมาชิก
- โปรดติดต่อแผนกจัดการ

ปกิณกะ

๑. ความสัมพันธ์ระหว่างพุทธศาสนากับแพทย์*

สมวงศ์ โพธิ์ศิริ
(นักศึกษแพทย์ขบตส)

แพทย์นับเป็นบุคคลสำคัญตั้งแต่สมัยโบราณมา เพราะแพทย์เป็นผู้ที่ช่วยมวลมนุษยชาติให้พ้นจากความทุกข์ทรมานอันเกิดจากโรคร้ายไข้เจ็บและมีชีวิตรอดอยู่ได้ตามควรแก่อายุ สมัยทิวศาแพทย์ยังไม่เจริญรุ่งเรือง พลเมืองของประเทศต้องเสียชีวิตไปเพราะโรคร้ายไข้เจ็บเป็นจำนวนมากมิใช่น้อย แต่ด้วยอาศัยความเพียรพยายามของมนุษยชาติค้นคว้าและศึกษาวิชาที่สูงขึ้นโดยลำดับจนสามารถบำบัดและต่อสู้กับโรคนานาชนิดที่เกิดขึ้นแก่หมู่มนุษย์ได้ แม้จะเอาชนะต่อโรคทุกชนิดไม่ได้ แต่ก็ได้ช่วยเหลือประชาชนให้พ้นความทุกข์ทรมานและรอดชีวิตได้เป็นจำนวนมาก ภัยอันตรายของประชาชนในตำนานนั้นนับว่าค่อยขยับเหายางไป ฉะนั้นในโบราณสมัยจึงได้ยกย่องแพทย์หรือหมอว่าเป็นสิ่งสำคัญของ

บ้านเมืองประการหนึ่งใน ๕ ประการ ก็
จะเห็นได้ตามโคลงโลกนิติสุภาษิตว่า
“เมืองใดไร้ราชทั้ง ปราชาญ์สัทย์ ก็ค
อีกตระกูลมัทพ์ย สิ่งให้
หนึ่งไรนทกข ขนแพทย์
ภัยมากเมืองนั้นไซร์ ท่านห้ามอย่าเนา”
เนื่องด้วยเหตุนี้ทุกประเทศในโลกจึง
จึงได้พยายามก่อตั้งสนับสนุนส่งเสริมวิชา
แพทย์ให้มีความเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป
โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย
การศึกษแพทย์ได้วิวัฒนาการเรื่อยมา
นับตั้งแต่เริ่มตั้ง “โรงเรียนราชพยาบาล”
หรือที่คนส่วนมากในสมัยนั้นเรียกว่า “โรง
พยาบาลวังหลัง” โดยพระมหากษัตริ
ธิคุณของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้า
เจ้าอยู่หัว พระปิยมหาราช ซึ่งในสมัยนั้น
ยังไม่มีการสอนวิชาแพทย์ สำหรับการ

* เรียงความฉบับได้รับรางวัลในการประกวดเรียงความ เนื่องในวันมหิดล ๒๕๐๐

รักษาคนไข้ก็ได้อาศัยแพทย์หลวงซึ่งเป็นหมอยาไทย แขนงโบราณ และ พวก แพทย์ต่างประเทศสัญชาติต่างๆ ที่เข้ามาประกอบอาชีพอยู่ในกรุงเทพฯ ครั้น พ.ศ. ๒๔๓๒ ก็ได้มีประกาศจัดตั้ง “โรงเรียนแพทยากร” ขึ้นเพื่อผลิตแพทย์ขึ้นใช้ในราชการ จัดการสอนวิชาแพทย์ทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบัน.

ความคลคลายขยายตัวของวิชาแพทย์ของเมืองไทยที่สำคัญที่สุดนับว่าได้เริ่มขึ้นในสมัยที่สมเด็จพระวชิรเกล้าฯ ทรงรับพระภาระเกี่ยวกับการปรับปรุงมาตรฐานการศึกษาแพทย์และพยาบาล โดยทรงร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับมูลนิธิร็อกคิเฟลเลอร์ โดยเฉพาะคณะแพทยศาสตร์ฯ นั้น ได้ทรงตั้งทุนไว้สำหรับการค้นคว้าและทุนสำหรับส่งแพทย์, พยาบาลและเภสัชกรของคณะออกไปศึกษาวิชาเพิ่มเติมในต่างประเทศอีกด้วย และได้ทรงประทานที่ดินปลูกสร้างโรงเรียนโดยปริยาย และได้ทรงบำเพ็ญกรณียกิจอื่น ๆ อีกมากมาย ฝ่ายมูลนิธิร็อกคิเฟลเลอร์ก็ได้ช่วยปรับปรุงหลักสูตรให้เหมาะสมและทัดเทียมกับนานาอารยประเทศ เป็นต้นว่าเพิ่มกำหนดเวลาเรียนขึ้น ส่งครูมาช่วยสอน ให้ทุนแก่ครูไป

ศึกษาวิชาเพิ่มเติมในต่างประเทศ เพื่อกลับมาสอนในวิชาที่สำคัญ ๆ กับส่งนักเรียนไปเรียนในต่างประเทศเพื่อกลับมาเป็นครูอีกหลายคน นับว่ามูลนิธิได้มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือปรับปรุงการศึกษาแพทยรวมทั้งเตรียมแพทย์ เป็นผลให้การศึกษาศาสตร์ของประเทศมีระดับสูงขึ้น และมีมาตรฐานทัดเทียมกับต่างประเทศดังที่เห็นอยู่ในขณะนี้.

แต่วิชาแพทย์ก็ย่อมเป็นเช่นเดียวกับวิทยาการทั้งหลาย คือ ถ้าผู้ทรงวิทยาการนั้น ๆ มีแต่ความรู้อย่างเดียวไม่มีธรรมเป็นหลักความประพฤติหรือเป็นหัวใจด้วยแล้ว ก็อาจใช้วิชานั้นไปในทางที่ผิด เป็นเหตุให้ตนและคนอื่นได้รับความเดือดร้อน ในที่สุดก็จะมีแต่ความเสื่อมถอยเดียว เข้าหลักพระพุทธภาษิตที่ว่า “ทวิชาโน ปราภาโว ผู้รู้ชั่วเป็นผู้เสื่อม” แต่ตรงกันข้ามหากผู้ทรงวิทยาการนั้นมีศีลธรรมประจำใจ และใช้วิทยาการของตนในทางที่ดีหรือถูกต้องตามทำนองคลองธรรม ก็ย่อมเป็นประโยชน์แก่ตนและคนอื่น หากที่ สักมิได้ และจะมีแต่ความเจริญฝ่ายเดียว เข้าหลักพระพุทธภาษิตที่ว่า “สฺวิชาโน ภว โหติ ผู้รู้ดี ย่อมเป็นผู้เจริญ” ยิ่งโดยเฉพาะ

แพทย์ด้วยแล้วก็ยิ่งมีความสำคัญยิ่งขึ้น เพราะแพทย์เป็นผู้กำความสวัสดิภาพของคนไข้ไว้ในมือ คนไข้จะปลอดภัยหรือเป็นอันตรายก็อยู่ที่แพทย์เป็นส่วนใหญ่ หากแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลปราศจากหลักมนุษยธรรม เป็นต้นว่าหมกเมตตาเสียแล้ว คนไข้ก็หมกคตพอง สวัสดิภาพของคนไข้ก็ไม่มี ความหมาย ฉะนั้นแพทย์ผู้ประกอบโรคศิลป์จำต้องมีคุณธรรมประจำใจตามควรแก่ฐานะารปของตนด้วย จึงจะมีความเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป และเป็นที่ยอมรับของประชาชนได้จริง ก็ธรรมคำสั่งสอนในพระพุทธศาสนาอันมีอยู่เป็นอันมาก แต่หากจะสรุปกล่าวโดยเฉพาะในหน้าที่แพทย์หรือแพทย์ควรประพฤติปฏิบัติโดยเคร่งครัดแล้ว คงมีอยู่ ๔ หัวข้อด้วยกัน คือ :-

๑. ธรรม เป็น เหตุ ให้ มี ความ เจริญ ก้าวหน้า ใน วิทยาการ และ หน้าที่
๒. ธรรม เป็น เหตุ ให้ คน นิยม นิช ถ้อ รัก ใคร่
๓. ธรรม ทำให้ เป็น คน มี ความ เที่ยง ธรรม และ
๔. ธรรม ทำให้ เป็น คน เข้ม อก เข้ม และ ไม่นิ่ง คุก าย

๑. ธรรมเป็นเหตุให้มีความเจริญก้าวหน้าในวิทยาการและหน้าที่

เนื่องด้วยวิชาแพทย์เป็นวิชาที่จะเรียนหรือปฏิบัติงานในหน้าที่ตามหลักวิชานั้นให้ได้ดีด้วยยาก เพราะงานในหน้าที่แพทย์ต้องประสบแต่สิ่งที่ไม่เจริญตาและเจริญใจอยู่เสมอเป็นนิตย์ นี่เป็นเหตุหนึ่งซึ่งชักจูงให้ผู้ปฏิบัติเกิดความท้อถอยและอดทนارهอาใจ อีกประการหนึ่งงานในหน้าที่แพทย์เป็นงานที่ปราณีต สุขุม ซึ่งบางสิ่งบางอย่างไม่สามารถมองเห็นด้วยตาหรือจับต้องด้วยมือก็มี จึงทำให้แพทย์ที่ปราศจากความรอบคอบถี่ถ้วน เข้าใจผิดหรือวินิจฉัยผิดพลาดได้ง่ายและอาจเกิดผลเสียหายแก่คนไข้ บางรายอาจถึงแก่ชีวิตก็ได้ เหตุนี้ผู้เป็นแพทย์ซึ่งหวังความเจริญก้าวหน้าในทางนี้ จึงต้องประกอบด้วยคุณธรรมเหล่านั้น คือ :-

- (๑) มีความรอบคอบถี่ถ้วน (สติ) ในการตรวจตราและวินิจฉัยโรคตลอดถึงการรักษาและสั่งยาแก่คนไข้ ไม่ทำไปด้วยความประมาทเลินเล่อผลออหรือสะเพร่า อันจะเป็นภัยอันตรายแก่คนไข้ในความดูแลรักษาของตน.
- (๒) มีความอดทน (ขันติ) ไม่นอน

ย่อท้อถอยต่อการงานในหน้าที่ หนักก็เอา เบาก็สู้ แม้จะได้รับความ กระทบกระเทือน ทางจิตใจหรือต้องประสบต่อความทุกข์ยาก ลำบากสักเพียงไรก็ไม่ยอมท้อถอยถึงธุระหน้าที่ของตน.

(๓) มีความหมั่นขยัน (วิริยะอุตสาหะ) ไม่เกียจคร้านในการเยียมเยือน ใ้ตามตรวจตราอาการของคนไข้ซึ่งอยู่ใน ความรับผิดชอบของตน ไม่เลิกเฉยละเลยหรือมีกังวลสักแต่ทำให้พันหนาทของตนไป และมีความหมั่นขยันในการฝึกฝน ค้นคว้าแสวงหาความรู้ให้กว้างขวางและทันสมัยอยู่เสมอ.

แพทย์ที่ประกอบด้วยคุณธรรม ๓ ประการนี้ ย่อมจะเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ในวิทยาการและเจริญก้าวหน้าในหน้าที่ของตนยิ่ง ๆ ขึ้นไป เป็นทางมาแห่งเกียรติยศชื่อเสียง ตรงกันข้ามหากปราศจากคุณธรรมทั้งกล่าวแล้ว ก็ยากที่จะเป็น แพทย์ที่ดีและมีความเจริญก้าวหน้าได้

๒. ธรรมเป็นเหตุให้คนนิยมนับถือรักใคร่

ผู้เป็นแพทย์นอกจากจะต้องมีคุณธรรมทั้งกล่าวข้างต้นนั้นแล้ว ยังต้องมีภาวะ

ความประพฤติทางกายและใจ ไม่ให้ชั้น ซื่อว่าเป็นคนมีความประพฤติเสเพลเหลวไหล ตั้งตนไว้ในทางที่ถูกต้องชอบ โดยย่อ ก็คือประกอบด้วย ความสุจริตทั้งกายวาจา และใจ กล่าวคือ

(๑) ทางกาย ประพฤติตนเป็นคนที่มีความสุภาพเรียบร้อย ไม่เกกมะเหรก เกเร เว้นประพฤติกินทางอขายมขอนเป็นทางเสื่อมทางเสีย มีสัมมาคารวะต่อผู้ใหญ่และผู้น้อยตามควรแก่ฐานะ รู้จักขนบธรรมเนียมที่ควรหลีกเลี่ยงเช่นต้น.

(๒) ทางวาจา เป็นคนมีวาจาสุภาพอ่อนโยนไม่หยายคายหรือหยายโจนและมีวาจาเป็นที่เชื่อถือใ้ไม่สลับปลับกลั๊กลอก ทะลยตะแลงหรือเหลวไหลเพื่อเจ้อ เกีย ความลับไว้ไม่ยอ.

(๓) ทางใจ มีความเมตตากรุณาต่อคนและสัตว์ทั่วไป ไม่อิจฉาริษยาอาฆาตพยาบาทปองร้ายใ้ใ้ใด แม้ผู้นั้นจะเคยเป็นศัตรูกันมากก็ตาม มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไม่ละโมภอยากใ้ของผู้อื่น มีหิริโอตตัปปะละอายและเกรงกลัวต่อความชั่วและผลของความชั่ว ซึ่งตนจะพึงใ้รับ ในภายหลัง.

ความประพฤติสุจริตทั้งกาย วาจา

ใจ ดังกล่าวมานี้ ย่อมเป็นคุณสมบัติจำเป็นสำหรับบุคคลทั่วไป และโดยเฉพาะแพทย์ด้วยแล้ว ยิ่งมีความสำคัญและจำเป็นยิ่งขึ้นเป็นทวีคูณ เพราะต้องคิดถึงติดต่อสังคมกับบุคคลหลายเหล่าหลายชั้น หากมีความประพฤติไม่ดีแล้วก็ไม่มีความใคร่อยากคบหาสมาคมด้วย แม้จะมีวิชาความรู้ที่ปานใด ก็ยากที่จะเอาตัวรอดได้ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๕ จึงได้ทรงพระราชบัญญัติให้เป็นคดีสอนใจไว้ว่า

“ความรู้คู่เปรียบด้วย	กำลัง ภายเฮย
สุจริตคือเกราะบัง	ศาสตร์พ้อง
ปัญญาประคองตั้ง	อาวุธ
กมุสดีต่างโล่ห์บัง	อาจแกล้วกลางสนาม
สุจริตรวมยอดสิ้น	สรรพะมง คลเฮย
หอนัยกันอย่างยืนยง	ยิ่งฟ้า
โดยกลายฝ่ายโทษคง	เจือท จริตเฮย
ยังสติตรึกค้นคว้า	คู่ร้ายคงเห็น”

๓. ธรรมทำให้เป็นคนมีความ

เที่ยงธรรม

ตามปกติแพทย์มีหน้าที่ดูแลรักษาคนไข้เป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจมีทั้งคนที่ชอบพอรักใคร่กันหรือเกลียดชังไม่ชอบพอกันก็มี ที่เป็นผู้ใหญ่ต้องเกรงอกเกรงใจก็มี เหล่านี้อาจทำให้จิตใจเหินห่างแปรเปลี่ยนรักมักที่ชังและเกรงกลัวทำให้เสียผลใน

การพยาบาลรักษา ในที่สัดก็จะได้รับแต่ความเลื่อมเลียม ฉะนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์จะต้องมีความเที่ยงธรรมอยู่ในตน ยิ่งกว่าคนสามัญ แต่ที่จะมีคุณธรรมข้อนี้ไว้ก็จะต้องเว้นจากอคติ (ความลำเอียง) & ประการคือ

(๑) ฉันทาคติ มีความลำเอียง เพราะรักใคร่ชอบพอกัน ความลำเอียงอันนี้อาจมีได้ในกรณีที่คนไข้ซึ่งอยู่ในความทุกข์ยากพยาบาลเป็นคนที่เคยรู้จักชอบพอหรือชอบหน้ากัน ทางที่ถูกควรจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยเท่าเทียมกันกับคนไข้อื่น ๆ แต่กลับได้รับการรักษาพยาบาลดีกว่าหรือพิเศษกว่าคนอื่น เนื่องจากความชอบพอรักใคร่กันนั้น อย่างนี้เรียกว่าลำเอียงเพราะรักใคร่ชอบพอกัน

(๒) โทสาคติ มีความลำเอียง เพราะโกรธเคืองกัน เช่นคนไข้คนใดเป็นคนจกจิกจู้จี้มักจะขัดขืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง หรือทำอะไรให้โกรธเคือง หรือเป็นคนที่ไม่ค่อยโกรธเคืองไม่ชอบหน้ากันมาก่อนแล้ว คนไข้คนนั้นก็มักจะถูกทอดทิ้ง ได้รับความเอาใจใส่ดูแลรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับคนไข้อื่น ๆ อย่างนี้เรียกว่าลำเอียงเพราะโกรธเคืองหรือเกลียดชังกัน

(๓) ภัยาคติ มีความลำเอียงเพราะเกรงกลัว เช่นตามธรรมเนียมแพทย์มีหน้าที่ที่จะห้ามกันหรือทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่คนไข้ทุกอย่างโดยเสมอหน้ากันทุกคน แต่มีคนไข้บางคนเป็นคนที่ทรงเกียรติหรืออิทธิพลเป็นทนายและกลัวเกรงกลัวใ้รับประโยชน์พิเศษกว่าคนไข้อื่น ๆ หรือทำอะไรก็ตามความพอใจ แม้แต่ในสิ่งที่อาจเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้อื่น อย่างนี้เรียกว่าลำเอียงเพราะความเกรงกลัว

(๔) โมหาคติ มีความลำเอียงเพราะเวลาหรือองมกาย เป็นต้นว่าในการรักษาคนไข้โรคใดที่แพทย์ผู้รักษาไม่ทราบถึงต้นเหตุโดยแน่ชัด แต่ไม่พยายามค้นคว้าหาต้นเหตุพิเคราะห์ให้ถ่องถ้วนแน่นอน หรือหาวิธีที่มีความรู้ความชำนาญกว่าตนให้ทราบชัดเสียก่อน คงทำการรักษาพยาบาลไปโดยเดาหรือสะเพร่า จนทำให้คนไข้ที่ได้รับอันตรายโดยใช่เหตุ อย่างนี้เรียกว่าลำเอียงเพราะความเขลา

โดยเหตุนี้ผู้ที่ เป็นแพทย์จึงควรระวังรักษาให้คงอยู่ในความเที่ยงธรรม อย่าให้ตกอยู่ในอำนาจแห่งอคติ ๔ ประการดังกล่าวนี้ไว้ โดยถือหลักว่าบรรดาคนไข้ที่

มาให้รักษาทุกคนไม่ว่าชีวิตมีเงินเป็นผู้ใหญ่หรือผู้น้อย ต่างมุ่งหมายที่ฝากชีวิตไว้ด้วยความไว้วางใจ จึงต้องพยายามช่วยเหลือตามหน้าที่โดยเสมอหน้ากันทุกคน ไม่เลือกที่รักมักที่ชังหรือเพราะเหตุอันใด เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นพ้นจากอันตรายและความทุกข์ ทรมาน โดยสุก กำ ลัง ความสามารถที่จะช่วยได้เสมอ

๔. ธรรมอันทำให้เป็นคนมีใจเยือกเย็นและไม่นิ่งดูดาย

หลักธรรมที่มีอยู่ว่าคนเราเกิดมาต่างต้องพึ่งพาอาศัยกันจึงมีชีวิตอยู่ได้ เช่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามช่วยไข้ก็ได้อาศัยแพทย์ทำการพยาบาลรักษา ส่วนคนอื่นจะช่วยเหลือจริงจึงในยามหาได้ไม่ แพทย์จึงนับว่าเป็นผู้กำ ความสวัสดิภาพของคนไข้ไว้ในมือ คือคนไข้จะหายหรือจะตายก็ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล ฉะนั้นแพทย์ จึงต้องเป็นผู้มีใจดี คือเยือกเย็นและโอบอ้อมอารี แม้จะต้องเสียความสุขสำราญหรือประโยชน์บางอย่างของตนไปในเมื่อมีความจำเป็นเกี่ยวกับกาการรักษาพยาบาลเสียสละได้ เพื่อให้คนไข้ได้รับความปลอดภัย หรือช่วยเหลือ

ให้ทันทั่วทั้ง คุณธรรมอันทำให้มีคุณ สมบัติดังกล่าวนี้ โดยเฉพาะที่สำคัญมี ๓ ประการคือ

(๑) เมตตา ความคิดปรารถนาที่จะ ให้เขาเป็นสุข ไม่ต้องการให้ใครได้รับ ทุกข์ ผู้มีเมตตาเป็นคนมีใจเยือกเย็นและ แซ่มน้อยอยู่เสมอ ในพระพุทธศาสนาได้ พิจารณาคุณของเมตตาไว้มากมาย เช่น จะหลับหรือจะตื่นก็มีความสุขเป็นต้น จึง เป็นคุณธรรมจำเป็นสำหรับแพทย์ผู้ทำการ รักษาพยาบาลคนไข้เพราะมักจะได้รับความ กระทบกระเทือนใจเกี่ยวกับงานในหน้าที่ บ้าง เกี่ยวกับคนไข้บ้าง ไม่เว้นแต่ละวัน เช่นคนไข้บางคนเมื่อได้รับทุกข์เวทนาแรง กล้าก็เร่งเร้ารบกวน เพราะความเจ็บปวด หรือเพราะกลัวบางที่ไม่ทันใจก็พาลโกรธ ขุ่นว่าต่าง ๆ นานา หากแพทย์ขาดคุณ ธรรมข้อนี้แล้ว อาจทำให้ใจหงุดหงิดหรือ พลุ่ปลั่งขึ้นได้ง่าย ๆ ถ้าหากมีเมตตา ประจําใจก็สามารถหักห้ามอนิรุฐารมณ์ดัง กล่าวนั้นได้ โดยแทนที่จะโกรธเคือง กลับ ช่วยปลอบโยนคนไข้ให้ไ้สติและหายกลัว อันเป็นการช่วยเหลือคนไข้ในคํานจิตใจ ได้ประการหนึ่ง

(๒) กรุณา ความสงสารคิดที่จะ

ช่วยเหลือให้พ้นทุกข์ ในเมื่อเห็นผู้อื่นได้ รัยทุกข์ ผู้มีความกรุณาอยู่ในใจ เมื่อ เห็นผู้อื่นได้รับทุกข์ภัยอันตราย ย่อมมีใจ หว่นไหววไม่นิ่งตคาย มีทางใดที่จะช่วย ได้ก็ช่วยเหลือตามหน้าที่มนุษยธรรม คุณ ธรรมข้อนี้เช่นความจำเป็นสำหรับแพทย์ อีกประการหนึ่ง เพราะไ้กล่าวแล้วว่า แพทย์เป็นผู้อำนวยความสะดวกแก่คนไข้ แพทย์จึงต้องรักษาคนไข้ด้วยใจที่กรุณา สงสารคิดที่จะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ให้พ้น จากความทุกข์ทรมานจริง ๆ ไม่สักแต่ว่า ทำตามหน้าที่ แม้จะได้สิ้นจ้างรางวัลมาก น้อยเพียงใด หรือไม่ได้เลย ก็ช่วยเหลือ รักษาพยาบาลจนเต็มสติกำลังที่จะช่วยไ้ เสมอ

(๓) การยอมเสียสละเพื่อประโยชน์ สุขแห่งคนอื่น หรือहितจรรยา (การขําเพ็ญ ประโยชน์สุขแก่คนอื่น โดยยอมเสียสละ ประโยชน์สุขของคน) อันคนที่ต้องรับผิดชอบ ต่อสวัสดิภาพของคนเป็นจำนวนมาก หรือเป็นที่พึงของเขา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ผู้ทำการรักษาคนไข้ ต้องไ้รับ ความลำบากตรากตรำทั้งทางกายและจิต ใจในการปฏิบัติหน้าที่ บางทีต้องอดหลับ อดนอน ถึงเวลาอาหารก็ไ้ไ้รับประทาน

ตามเวลา มีโอกาสที่จะพักผ่อนได้ก็ไม่ได้พักผ่อน เพราะคนไข้บางรายกำลังมีอาการหนักหรือจำเป็นต้องปฏิบัติงานบางอย่างให้ทันกาลเวลา มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายแก่คนไข้ พฤติการณ์เช่นนี้ย่อมจะมีแก่แพทย์เสมอ ๆ ฉะนั้นแพทย์จึงต้องมีการยอมเลี้ยสละ โดยยึดหลักว่าคนไข้ทุกคนที่มาให้ทำการรักษานั้น ต่างมุ่งหวังพึ่งพาอาศัยและฝากชีวิตไว้ จำต้องช่วยเหลือโดยสุภาพกำลังความสามารถไม่ละทิ้งคนไข้ให้เสียกำลังใจ โดยไม่เลือกว่าคนไข้ นั้นจะร่ำรวยสูงศักดิ์หรือยากจนต่ำช้าประการใดมุ่งแต่ที่จะช่วยเหลือให้พ้นทุกข์ภัยโดยทั่วหน้ากัน

แพทย์ผู้ประกอบด้วยความดีธรรม ๓ ประการดังกล่าวนี้ ย่อมจะเป็นที่นิยมนับถือรักใคร่ของประชาชนทั่วไป แม้จะสิ้นชีพไปแล้วเกียรติยศชื่อเสียงก็ยังปรากฏอยู่ในโลกนี้ไม่รู้จักเสื่อมคลาย ดังเช่นทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดาเป็นต้น ซึ่งนับว่าพระองค์ได้ทรงประทานตัวอย่างอันดีไว้ให้คนอื่นโดยได้ทรงประกอบพระกรณียกิจเพื่อความเจริญรุ่งเรืองแห่งการแพทย์ในเมืองไทยนานาประการ ดังเป็นที่ทราบกันอยู่แล้ว ยิ่งกว่านั้นพระองค์ยังได้เลี้ยสละ

ความสุขส่วนพระองค์ ไปทรงศึกษาวิชาชั้นในประเทศสหรัฐอเมริกาด้วยพระองค์เอง เพื่อทราบซึ่งในหลักวิชาแล้วนำมาอำนวยความสะดวกให้เกิดประโยชน์แก่ประเทศชาติและยังให้เกิดพัฒนาการในทางการแพทย์ยิ่งขึ้นไป ไซ้แต่เท่านั้น เมื่อพระองค์ได้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาแล้ว ก็ไม่พ้อพระทัยในอันที่จะปฏิบัติอยู่เฉย ๆ ใครจะทรงบำเพ็ญประโยชน์และช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ตามหน้าที่ในหลักวิชาที่ได้ทรงศึกษามา จึงขอแสดงพระประสงค์จะเข้จรับหน้าที่เป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลศิริราช แต่ไม่สำเร็จ เพราะขัดด้วยฐานันดรศักดิ์ของพระองค์ จึงได้ทรงติดต่อขอไปเป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลแม็คคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลอเมริกัน ทางโรงพยาบาลก็ได้ตอบสนองพระประสงค์ด้วยดี พระองค์จึงได้เสด็จไปประจำอยู่ที่นั่นจนกระทั่งประจวบ ครองเกล้ากรุงเทพฯ และได้สิ้นพระชนม์ลง ทั้งนี้ยอมแสดงให้เห็นว่าในฐานะที่พระองค์ทรงเป็นพระราชโอรส ทรงสมบรณ์ด้วยพระราชอิสริยยศและบริวารยศ โดยประการทั้ง

ปวง แม้จะทรงอยู่เฉย ๆ โดยไม่ทรงกระทำพระกรณียกิจดังกล่าวนั้น ก็ไม่มีใครจะทำหนิติเตียนได้ แต่โดยอาศัยเหตุที่พระองค์ทรงมีพระอริยาศัยประกอบไปด้วยเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์นี้ด้วยกัน มิได้ จึงได้ยอมเสียสละความสุขส่วนพระองค์ประกอบพระกรณียกิจจนต้องเสียพระชนม์ชีพลงเช่นนั้น นับว่าพระองค์ประกอบด้วยคุณธรรมทั้ง ๓ ประการดังกล่าวมานั้นอย่างสมบูรณ์ ซึ่งผู้ทำหน้าที่แพทย์ทั้งหลาย ควรเจริญตามรอยพระบาทบุคคลสืบไป

คุณธรรมทั้ง ๔ ข้อ มีสติความรอบคอบ ถิ่นวัน, ชนิดความอดทนและวิริยะอุตสาหะ ความหมั่นขยันซึ่งรวมเรียกว่า ธรรมเป็นเหตุให้มีความเจริญก้าวหน้าในวิทยาการ และหน้าที่เป็นต้น นับว่าเป็นหลักความประพฤติอันสำคัญของแพทย์แต่ละประการ โดยเหตุผลดังได้พรรณนามาแล้วข้างต้น แต่โดยเหตุที่แพทย์เป็นผู้ติดต่อเกี่ยวข้องกับบุคคลทั่วไป ทุกวัยทุกชั้นวรรณะ และเป็นผู้ประกอบกิจการอันปราณีตสุขุม กำไว้ซึ่งสวัสดิภาพของคนไข้ทุกคนที่มาให้ทำการรักษา หากเป็นผู้ไม่หนักแน่นหรือเคารพในเหตุผล ไม่รู้จักกาลเวลาว่า

สมควรหรือไม่สมควรอย่างไร ไม่รู้จักประมาณตนประมาณท่าน ตลอดจนไม่สันตติในวัฒนธรรมเกี่ยวกับจรรยาบรรยาทในการคบหาสมาคมแล้ว ย่อมจะทำให้หลักวิชาการและการงานในหน้าที่ไม่เจริญก้าวหน้า ทั้งยังจะทำให้เป็นที่คหิมนเหยียดหยามของผู้ที่คบหาสมาคมด้วย เหตุนี้แพทย์จึงต้องประกอบด้วยคุณธรรมอันสำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า “สัปปริยธรรม” มี ๗ ประการด้วยกัน คือ

๑. อิมมัญญตา ความเป็นผู้รู้จักเหตุ
๒. อิตถัญญตา ความเป็นผู้รู้จักผล
๓. อิตตัญญตา ความเป็นผู้รู้จักตน
๔. มัตตัญญตา ความเป็นผู้รู้จักประมาณ
๕. กาลัญญตา ความเป็นผู้รู้จักกาลเวลา
๖. ปริสัจญตา ความเป็นผู้รู้จักประชุมชน และ
๗. ปุคคสัญญตา ความเป็นผู้รู้จักบุคคล

คำว่า “สัปปริยธรรม” แปลว่าธรรมอัน เป็น คุณสมบัติ ของ คน ที่เรียกกันว่า “สัตบุรุษ” คือคนที่ ประพฤติตนอยู่ในทำนองคลองธรรม เป็นที่นิยมนับถือของ

คนทั่วไป แต่เรายังเรียกเฉพาะคนที่ไปฟังเทศน์ในวัดว่า “สัทบริษ” แต่ที่จริงไม่ว่าใครถ้าตั้งอยู่ในธรรมหมวดนั้นแล้ว ก็เรียกว่าสัทบริษคือคนคตทงสัน เพราะธรรมหมวดนั้นเป็นคุณยังผู้ประพฤติกให้ไ้รับความสุขสำราญปราศจากทุกข์ภัย และนำผู้นั้นให้เป็นคนดี ฉะนั้นจึงเป็นคุณธรรมอันจำเป็นและสำคัญสำหรับแพทยทหวังความเจริญก้าวหน้าในการประกอบโรคศิลป์และดำรงชีพอยู่โดยความสวัสดิ์ สัปปริสธรรม ๗ ประการนั้น มีอธิบายดังต่อไปนี้

๑. อัมมัญญาตา ความเป็นผู้รู้จักเหตุ ได้แก่ว่าเหตุนั้นเป็นเหตุแห่งความสุขความเจริญ และเหตุนั้นเป็นเหตุแห่งความทุกข์ ความเสื่อม เช่นรู้ว่าสัจริตความประพฤติกิตีทางกาย, วาจา, ใจ เป็นเหตุให้เกิดความสุขความเจริญ และทจริตความประพฤติกิตีทางกายวาจาใจ เป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ ความเสื่อม เป็นต้น ความรู้จักเหตุนี้ให้คุณให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงเหตุแห่งความทุกข์ความเสื่อมและประกอบเหตุแห่งความสุขความเจริญ ผู้มีคุณสมบัติข้อนี้เป็นประจำ จะทำการงานอันใดก็ย่อมถูกต้องได้ก็เสมอ เสมือนคิงบุคคลทมลลกุกุญแจอยู่ในมือย่อมสามารถที่จะไขประตู

หรือเข้าหีบคั้นพัสดุในห้องได้ตามปรารถนาฉะนั้น

๒. อิตถัญญาตา ความเป็นผู้รู้จักผล ได้แก่ว่าผลอันน่าปรารถนาอย่างนี้ สืบเนื่องมาจากเหตุก็อย่างนั้น และผลที่ไม่น่าปรารถนาอย่างนั้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากเหตุชว่อย่างนี้ เช่นรู้ว่าเกยรติยศช่อเสียดเป็นผลสืบเนื่องมาจากความกต และความเลื่อมเกยรติเสียดเกยรติมีผลสืบเนื่องมาแต่ความบกพร่องผิดพลากหรือประมาณเดินเล่อ. เป็นต้น ความรู้จักผลแห่งเหตุ เช่นนี้มีคุณประโยชน์ในอันที่จะแก้ไขการที่จะเลื่อมเสียดให้กลับเป็นดี โดยแก้ไขเหตุให้ถูกต้องตรงกัน หรือมีฉะนั้นเมื่อเห็นว่าการงานอันใดมีผลดี ก็อาจที่จะสาวไปหาเหตุ เมื่อทราบแล้วก็จงจำไว้สำหรับที่จะทำการให้ที่ต่อไปข้างหน้าเช่นนั้นได้ โดยสรุปก็คือความรู้เช่นนี้ทำบุคคลให้สามารถรักษาเหตุแห่งผลข้างที่ไว้และทำให้ก่บัง ๗ ขึ้นไป ทงให้สามารถกัตคัตนเหตุแห่งผลข้างชว่ไม่ให้เกิดขึ้นได้ด้วย

๓. อักคัญญาตา ความเป็นผู้รู้จักตน หมายความว่าความรู้จักตัวของตัวเองเกี่ยวกับคุณสมบัติของตนทั้งภายในและภายนอก เช่นรู้ว่าตนมีชาติ, ตระกูล, ยศ, ขรรพาคักกัก,

อำนาจ, ทพยสมบัติ, บริวาร, กำลังกาย, กำลังใจ ตลอดจนสติปัญญาและคุณธรรมอื่น ๆ ว่ามีเพียงเท่านั้นเท่านั้น แล้วประพฤติตนให้สมกับสมบัติของตนที่มีอยู่นั้น ๆ หรือประกอบกิจการให้ถูกต้องพอสมควรแก่อำนาจกำลังความสามารถ และ พนเพขของตนที่จะกระทำได้ จึงเรียกว่าเป็นผู้รู้จักตนตามธรรมชาติ หาใดที่หมายความว่ารู้จักตัวว่าชอนชอนไม่ ผู้ที่รู้จักตนย่อมประพฤติพอเหมาะพอดีสมกับฐานะ และความเป็นอยู่ของตน จะทำการงานใดก็ได้ที่รับประโยชน์สมควรตามสมควรไม่เสียการเสียงาน ส่วนผู้ที่ไม่รู้จักตนย่อมประพฤติไม่สมกับฐานะและความเป็นอยู่ของตน แม้จะประกอบกิจการใด ๆ ก็มิแต่จะยิ่ง ๆ หย่อน ๆ ผิด ๆ พลาด ๆ ทำให้เสียการเสียงานเสียประโยชน์ตนและผู้อื่น คุณธรรมข้อนี้จึงเป็นองค์คุณของสัตบุรุษคือคนดีประการหนึ่ง

๔. มัตถัญญตา ความเป็นผู้รู้จักประมาณ คือความพอดีพอเหมาะพอสมควรไม่มากเกินไปหรือน้อยไป อันธรรมชาติการทำงานทั้งหลายไม่ว่าอย่างใด ๆ ย่อมมีกำหนดคือตัวเป็นเครื่องวัดอยู่ในตัวของมันอยู่ทุกสิ่งทุกอย่างว่าพอดี จึงจะ

เกิดผลประโยชน์ ถ้าขาดความพอดีของมันไป ย่อมไม่บังเกิดผล ความรู้ประมาณในการ ประกอบกิจการนั้น ๆ ว่าอย่างไรเหมาะอย่างไรไม่เหมาะ เรียกว่าความเป็นผู้รู้จักประมาณในตน คุณธรรมข้อนี้เป็นเครื่องสนับสนุนให้ทำอะไรได้พอสมควรแก่ประโยชน์และเหตุผล ไม่ให้ยิ่งไปไม่ให้หย่อนไปกว่าประโยชน์และเหตุผลนั้น ๆ ถ้าเราใช้ความพิจารณาวิสัยแห่งธรรมชาติที่เป็นอยู่บนพื้นพิภพ ก็จะรู้ว่าอาศัยความพอดีแห่งธรรมชาตินั้น ๆ จึงเกิดผลได้ เช่นข้าวที่ชาวนาหว่านลงในนา ก็คงได้รับอากาศและความชุ่มชื้นพอดี ชาวนนจึงจะงอกขึ้นเป็นต้นเป็นลำมีผลได้ แต่ความพอดีเป็นเรื่องที่จะต้องวินิจฉัยตามสภาพแห่งวัตถุและกิจการนั้น ๆ ให้ถูกต้อง นับว่าเป็นหลักสำคัญของผู้ประกอบการงานให้เกิดประโยชน์แก่ตนและผู้อื่น ถ้าไม่รู้ประมาณความพอดีในสรรพวัตถุและกิจการว่ามีอย่างไรแล้ว การงานนั้นก็ย่อมไม่บังเกิดผลแก่ผู้ประกอบ เช่นแพทย์ต้องการให้คนไข้หายเร็วทันอกทันใจ ให้ยาแก่คนไข้มากเกินไปหรือแรงเกินไป โดยไม่คำนึงถึงกำลังหรือความต้านทานของคนไข้ ก็อาจทำให้

คนไข้เป็นอันตรายได้ หรือตรงกันข้าม คนไข้มีอาการมากแต่ให้ยาน้อยหรือใช้ยาไม่แรงพอ ก็ยอมทำให้คนไข้หายช้า หรืออาจไม่ได้ผลเลยก็ได้ เพราะฉะนั้น ผู้หวังประโยชน์จากกิจการที่จะกระทำลงไป จึงควรรู้ประมาณคือความพอดีในการประกอบกิจการนั้น ๆ ว่าอย่างไรเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมเสียก่อนแล้วทำลงไป จึงจะได้ รัชผลดีแห่งกิจการนั้น ๆ

๕. กาลัญญตา ความเป็นผู้รู้จักกาลเวลา หมายความว่ารู้จักกาลที่ควรทำและกาลที่ยังไม่ควรทำกันนั้น ๆ เช่นรู้ว่าเวลานี้ควรกระทำกิจการอย่างนั้น และเวลานั้นควรกระทำกิจการอย่างนี้ ไม่ปล่อยให้เวลาล่วงเลยไป เพราะชีวิตของคนเราต่างเกี่ยวข้องกับตัวการทำงานและการงานทั้งหลายเล็กก็เกี่ยวเนื่องด้วยโอกาส เวลาและครึ่งคราว เช่นจะเดินทางเรือไปเมื่อตามน้ำ ย่อมเบาแรงและเร็วกว่าทวนน้ำ, หว่านข้าวหน้าฝนดีกว่าหน้าแล้ง หรือขายข้าวเมื่อคราวราคาแพงได้กำไรมาก และขายได้มากกว่าเวลาข้าวตกเหล่านี้นี้ เป็นต้น ผู้ประกอบกิจการให้ถูกต้องตามคราวตามสมัยย่อมได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจและไม่พลาดจากประโยชน์อันจะพึงได้ ปราชญ์

ทั้งหลายจึงไม่ยอมปล่อยให้โอกาสเวลาล่วงเลยไปเสียเปล่าโดยไม่ได้ประโยชน์อะไร เพราะเวลาล่วงไปอายุที่จะมาข้างหน้าก็ย่อมล่นน้อยลงไปตามส่วน ไม่สามารถจะเอาคืนมาหรือหาอะไรมาทดแทนได้ พระพุทธเจ้าจึงทรงสั่งสอนให้พิจารณาอยู่เสมอทุกวันที่ว่า “วันคืบล่วงไป ๆ บัดนี้เราทำอะไรอยู่” ทั้งนี้เพื่อที่จะให้เราละมิดระวางเวลา และประกอบกิจการงานให้ทันกาลเวลา เพื่อจะได้ยึดเอาประโยชน์ไว้ให้ได้ ไม่ปล่อยให้ประโยชน์ที่ควรมีควรรได้ล่วงเลยไปเสียเปล่าดังกล่าวแล้ว.

๖. ปริสัญญิตตา ความเป็นผู้รู้จักประชุมชน ได้แก่รู้จักสมาคมและกิริยามรรยาทที่จะต้องประพฤติต่อสมาคมนั้น ๆ ไม่ให้ขัดต่อความนิยมขนบธรรมเนียมประเพณีของเขา ไม่เห็นแก่ตัวในขณะที่อยู่ในที่ประชุมนั้น โดยใจความก็คือรู้จักกิริยามรรยาท ไม่ให้เกิดเสียหายขึ้นในที่ประชุมชนนั้น ๆ ได้ ผู้มีคุณธรรมย่อมสามารถทำตัวให้สนิทสนมกลมเกลียวเข้ากับได้กับสมาคมนั้น ๆ ไม่เป็นที่เหยียดหยันหรือดูหมิ่นติฉินนินทาของสมาคมนั้น ๆ ได้

๗. บุคคลัญญตา ความเป็นผู้รู้จัก

บุคคล หมายถึงการรู้จักอธิบายความ
 ประพฤติและคุณสมบัติต่าง ๆ ซึ่งมีอยู่ใน
 บุคคลนั้น ๆ ว่าบุคคลนั้นเป็นคนดีหรือชั่ว
 เป็นคนโง่หรือฉลาด เป็นต้น เพราะคนเรา
 ทำหน้าที่การงานเกี่ยวเนื่องกัน ถ้าไม่หยิ่ง
 รั้วความเป็นไปของกันและกันเกี่ยวกับอธิบาย
 ใจคอ ความประพฤติการศึกษเล่าเรียน
 และสติปัญญาความสามารถแล้ว ก็เป็น
 การยากที่จะกระทำกิจ การ ให้เกิดผลดีได้
 เช่นอย่างแม่ทัพนายกองที่จะมีชัยชนะต่อ
 ข้าศึกศัตรูก็เพราะมีความฉลาดรู้จักอธิบาย
 ใจคอของสติปัญญา ความสามารถอาจ
 หาญของข้าศึกได้ก็ มิฉะนั้นก็ไม่อาจที่จะ
 คาคคะเนการทำศึกเอาชัยชนะได้ บ่าวที่
 จะรับใช้ให้นายรัก ก็เพราะรู้จักอธิบาย
 ใจคอของนายเป็นอย่างดี แม้กระทั่งบุคคล
 ที่มีความรัก ใคร่กัน จะรักษาความรัก
 ใคร่กันนั้นไว้ได้ก็ยาก ก็เพราะรู้จักใจ
 และประพฤติถูกใจกัน เพราะเหตุนี้คนที่
 จะคบหาสมาคมกันและ ประกอบการงาน
 เกี่ยวข้องกัน จำต้องพยายามรู้จักความ
 เป็นไปของกันและกันให้ดี จึงจะประกอบ
 การงานนั้น ๆ ให้ได้ผลเต็มที่ หากบกพร่อง
 ในข้อนี้ ก็ยากที่จะปฏิบัติภารกิจอันเกี่ยว
 ข้องกับผู้อื่นให้บังเกิดผลดีได้ตามปรารถนา

ได้กล่าวมาแล้วในเบื้องต้นว่า ธรรม
 คำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าซึ่งเรียกว่าพระ
 พุทธศาสนานั้นมีอยู่เป็นอันมาก หากจะ
 คำนวณตามที่ท่านกล่าวไว้ก็มิถึงแปด
 หมื่นสี่พันพระธรรมขันธ์ แต่เมื่อจะย่อข้อ
 โดยเฉพาข้อใหญ่ใจความแล้วก็ คงมี
 เพียง ๓ ประการเท่านั้น คือทรงสั่งสอนให้
 ละความชั่ว ให้ประพฤติความดี และทำ
 จิตใจของตนให้ผ่องแผ้ว แม้พระองค์จะ
 ทรงสั่งสอนอเนกปริยายก็เพื่อบอกหมายอัน
 นี้ ส่วนที่ว่าใครจะสามารถปฏิบัติได้เพียง
 ไດนั้น ย่อมแล้วแต่ความสามารถ แต่
 อย่างไรก็ดีคนเราไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือ
 ชาย และไม่ว่าจะมีอาชีพอย่างไร ย่อมจะ
 ต้องมีธรรมเป็นหลักความประพฤติหรือ
 เป็นเครื่องยึดถือไม่มากก็น้อย จะขาดเสีย
 ที่เกี่ยวข้องหาได้ไม่ เพราะธรรมเป็นเครื่อง
 รักษาความประพฤติให้เที่ยงตรงต่อประ
 โยชน์และประสงค์ของคน ผู้ใดขาดธรรม
 เป็นเครื่องยึดถือ ผู้นั้นก็เหมือนเรือที่
 ปราศจากหางเสือหรือไม่มีคนถือท้าย ย่อม
 จะล่องลอยไปโดยไม่มีจุดหมาย หรือ
 เสมือนขุ่นนุ่นที่ปลิวไปในอากาศ สดแต่ว่า
 ลมจะพัดพาไปทางใดก็ไปทางนั้น ส่วนผู้
 ที่มีธรรมเป็นหลักความประพฤติหรือเป็น

เครื่องยึดถือ ย่อมเป็นเสมือนเรือที่มีหาง-
เสือหรือมีคนถือท้ายคอยค้ำคอยวาทให้
ไปสู่ที่ ๆ มุ่งหมายได้ตามปรารถนา เพราะ
ฉะนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่ทุกคนจะต้องมี
ธรรมเป็นหลักความประพฤติตามฐานะและ
ความสามารถ ยิ่งผู้มีอาชีพเป็นพิเศษโดย
เฉพาะอย่างยิ่งสำหรับแพทย์ด้วยแล้ว การ
ปฏิบัติตามหลักธรรม ใน พระพุทธศาสนา
ย่อมมีความจำเป็นยิ่งขึ้น แม้จะปฏิบัติตาม
ไม่ได้ทั้งหมด ก็ควรปฏิบัติตามหัวข้อ
ธรรมดังกล่าวมาข้างต้นนั้น ซึ่งนับว่าเป็น
หลักความประพฤติอันสำคัญของแพทย์
เพราะแพทย์เป็นผู้ติดต่อสัมพันธ์กับบุคคล
ทุกข์ทุกชั้น วรณะ และเป็นผู้กำสรวลสิ-
ภาพของคนไข้ไว้ในมือ คนไข้จะปลดก-
ฎัยหรือเป็นอันตราย ย่อมขึ้นอยู่กับแพทย์
เป็นส่วนใหญ่ ฉะนั้นแพทย์จึงต้องเป็นคน
ที่ทำอะไรประกอบด้วยเหตุผล รู้จักตนรู้
จักประมาณ รู้จักกาล เวลาที่ควรและไม่
ควรเป็นต้น และมีความประพฤติสุภาพ
เรียบร้อยทั้งทางกายและวาจา ส่วนในทาง
จิตใจก็เป็นผู้มีความเที่ยงธรรมไม่ลำเอียง
ด้วยอำนาจแห่งอคติ และประกอบด้วยความ
เมตตาการุณาเอ็นดูสังสารเพื่อน
มนุษย์ด้วยกันไม่เลือกหน้า เมื่อถึงคราว

จำเป็นและสมควรก็ยอมเสียสละประโยชน์
สุขของตนได้ไม่ทนนึงตาคาย มีความละ
อายและเกรงกลัวต่ออาป (หิริ โอตตตัปปะ)
ไม่กล้าทำความชั่วทั้งในที่ลับและที่แจ้ง
มีความรอยคอขบถัดฉ้วนและหมั่นขยันต่อกร
งานในหน้าที่และในการแสวงหาวิชาความ
รู้ แม้จะได้รู้ความลำบากตรากตรำก็สู้อด
ทนไม่ย่อท้อถอย แพทย์ผู้ประกอบด้วย
คุณธรรมดังกล่าวมานั้นย่อมจะมีแต่ความ
เจริญก้าวหน้าทั้งในหน้าที่การงานและวิท-
ยาการ และเป็นที่นิยมนับถือยกย่องของ
ประชาชนทั่วไปด้วย แต่ตรงกันข้ามหาก
แพทย์คนใดปราศจากคุณธรรมดังกล่าว
มานั้นแล้ว ก็จะมีแต่ความเสื่อมผ่ายเคี้ยว
เพราะไม่มีใครนิยมนับถือไว้วางใจ อาศัย
เหตุที่ความเสื่อมความเจริญของแพทย์
นอกจากทางวิทยาการแล้ว ยิ่งขึ้นอยู่กับ
ศีลธรรมจรรยาทางกายวาจาและจิตใจเป็น
ส่วนประกอบอย่างสำคัญ ประการหนึ่งถึง
พรพณามา จึงพอจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็น
ว่า พระพุทธศาสนากับแพทย์มีความสัม-
พันธ์ระหว่างกันอย่างใกล้ชิด จะแยกจาก
กันมิได้โดยประการฉะนี้.

เอกสารต่าง ๆ ที่ใช้ในการเรียบเรียง
บทความนี้

- ๑. “จรรยาแพทย์ ของเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี”
- ๒. “โคลงโลกนิติ พระนิพนธ์ สมเด็จพระ-

เจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาเดชาดิศร”

๓. “แนวสอนวิชาจรรยาในโรงเรียนนายร้อยทหารบก”

๔. “อรรถศาสตร์ ของสมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส”

๕. “สารศิริราช”

๒. บันทึกสั้น

๑. ต้นเหตุของ ทารกตายในครรภ์
 ศาสตราจารย์ ฟิลลิป (คิล, เขอร์มัน) ตั้งข้อสังเกตว่าในสัปดาห์ท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์, ปริมาณออกซิเจนในเลือดของทารกลดต่ำลงอย่างมาก, ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนขึ้น. แต่ตามปกติทารกทนเหตุการณ์นี้ได้. ถ้าหากเกิดขาดมากเกินไป, ทารกก็จะแสดงอาการให้ตรวจพบได้, คืออาการหัวใจเต้นช้า. ในรายเช่นนี้แพทย์จำต้องช่วยเหลือทันทีโดยการให้มารดาหายใจออกซิเจน ๔๐ หรือ ๕๐ เปอร์เซ็นต์. ข้อที่เพิ่มอันตรายแก่ทารกที่อยู่ในสภาพขาดออกซิเจนให้มากยิ่งขึ้นอีกคือ ยาสลบ, ยานอนหลับและยาข่มขลุภ. ฟิลลิปเชื่อว่าอาการอันตรายทางสมองที่เกิดแก่ทารกเกิดใหม่นั้น ในสมัยนี้เป็นผลของการขาดออกซิเจนในครรภ์มากกว่าการ

กระทบกระแทกกระหว่างคลอด. (การประชุมสมาคมรแพทย์เยอรมันครั้งที่ ๓๑)

๒. วิตามิน ซี ในธรรมชาติมีประโยชน์มากกว่าวิตามิน ซี สังเคราะห์

ความจริงข้อนี้ใคร่ผู้สนใจพื้นฐานเป็นทฤษฎีได้แล้ว. ซีไวการ์ต (ฮันโนเวอร์) ให้เหตุผลว่าวิตามินซี ในธรรมชาติ (เช่นในผลส้ม, มะนาวและผลไม้อื่นๆ) มีที่อยู่ลักษณะกรดแอสคอร์บิคบริสุทธิ์, แต่อยู่ในสภาพรวมกับโปรตีนอย่าง, อยู่เช่น คีซีโยโตรแอสคอร์เบต ย่าง. นอกจากนั้นในการใช้กรดแอสคอร์บิคในร่างกายนั้นจำเป็นต้องมีสารจำพวกเอ็นไซม์ (ออกซิเดส), โปรตีนที่ทำหน้าที่พาหะ, และสารอื่นๆ ที่มีอยู่ในผลไม้หรือมาจากพืชอื่นๆ

ตามธรรมชาติอยู่ด้วย. (แอรส์ท.ซม. ๔๔: ๓๔๐, ๕๕)

๓. การคมนาใสนาแข็งหลังผ่าตัด
เกี่ยวกับช่องท้อง มีผู้สงสัยว่าการให้คน
 ไขผ่าตคเกี่ยวกับช่องท้องคมนาแซเย็นหรือ
 ใส่ก่อนนาแซงหลังจากผ่าตคเพียงเล็กน้อย
 จะมีโทษอย่างไคบ้างหรือไม่. ตามหลักศึร
 วิชาตองตอบว่าไม่มี. จรงอยู่, นาเยนกระ
 ทุ่นการบิขรคของใส่ใส่. แต่เมอนาเยนจา
 นวนพอสคคชรตกลงไปถึงกระเพาะอาหาร,
 ไม้ซ่านนั้จะหายเยน. ตงนั้อนตรวยจาก
 การคมจิงไม่มี. นอกจกจะคมมากมาจน
 เกินไป, ซงผลร่ายข้อมเกิดจากปริมาณของ
 น้า, ไม้ใส่เกิดจากความเยน. (เจ.เอ.เอ็ม.
 เอ. ๑๖๕:๑๗๗๐, ๑๕๕๗)

๔. เฮปาคิค โคม่า รักษาใคผลคิ (รอด
 ๕๕ ๒๗.) โดยงคอาหารโปรเทอนและเกลอ
 แอมโมเนย, ยูเรย, เมไคโอนัน, และใส่
 กลุโคส, วิตะมน เค, และบิ ค้อมเปล็กส
 (บางครงไปแคสเซียมค้วย), รัวมกั้ ฌลอร์

เตทราชัยคลิน (รงบิเชอทสรางแอมโม
 เนย). (แลนเซต ๖๕๔๕:๖๘๕, ๑๕๕๖)

๕. การล้างกระบอกฉีดยาหลังจากใส่
ฉีดนามัน ควรล้างควยนารอน ๗๐ ถึง
 ๘๐ซ. ซาๆหลายๆครง. (เขาแนะนำใส่
 ใส่อเชอร์ควย. แต่ตองระวังอนตรวยอย่าง
 หนกเกี่ยวกับใวไฟ, และอาจแพงเกินไปสำ
 หรับเรา.) (ค.ม.ว. ๓๓: ๑๓๓๑, ๑๕๕๖)

๖. สารคาร์สโนเจนคิในควันบหุ ดร.
 งยงฝคช้อย (ชาวเวียคันนั้), นั้กัวิทยา
 คาศศึรแห่งคูนัยคินควาวิชาคาศศึรแห่ง
 ซาคิ, มหาวิทยาลัยปาริส, รាយงานว่า
 สามารถแยกใคสารหน่งอย่างจากควันยา
 สบ, มีลักษณะทางเคมิเป็น "๓-๔-๕
 -๑๐ ไคเบนซัพยรน," ซงเมอฉคเข้าใค
 หนถึบจกร ๔,๐๐๐ คั้วทำให้หนทกคั้วเกิด
 เป็นมะเร็งขน. บางควมมะเร็งเกิดขนภาย
 ใน ๔๒ วันหลังจากฉค. (เมท.นิวส์ ๑๑
 กพ. ๑๕๕๖)

พ.ม. (รวบรวม)

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๐

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลยกรรม	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๒,๑๑๓	๑,๐๒๑	๑,๒๕๔	๑,๐๓๕	๑,๘๕๕	๒๖๓	๗,๕๕๕
เก่า	๓,๕๕๖	๑,๘๗๐	๒,๓๐๕	๑,๕๑๑	๒,๗๕๗	๔๖๑*	๑๒,๔๖๔
รวม	๕,๖๖๙	๒,๘๙๑	๓,๕๖๓	๒,๕๔๖	๔,๖๑๒	๗๒๔	๒๐,๐๑๙
ใน	๒๑๒	๓๓๓*	๕๕๔	๑๒๕	๓๔๓	—	๒,๐๑๑

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยกรรม ๔๓๕. จักษุ ๓๕๖. สูติ-นารี ๒๑๕. รวม ๑,๐๕๐ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๓๔๘. หญิง ๓๑๕. รวม ๖๖๓. คลอดตาย, ชาย ๘. หญิง ๔. รวม ๑๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๖๓ คน (๘.๑ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๗ ราย. (๓๕.๐ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๗๖ ครั้ง. ข้างนอก ๓ ครั้ง. รวม ๔๗๙ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๓๕๘ คน. รักษาใหม่ ๒๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๑๒ ครั้ง. รังสีบำบัด รักษา ๒๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๘ ครั้ง. ไดอะเทอร์มี, รักษาใหม่ — ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า — ครั้ง.

๗. แผนกสูติวิทยา ตรวจเบซัลเมแทบอลิซึม ๕๑ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๘๗๐ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๖๔๖ ราย. (จากภายนอก ๕๒ ราย). แอ็กกลูตเนชั่น ๕๓. วัชเชอร์แมนและคาน์ ๑,๘๘๖. หมู่มเลือด ๓๒๕. นับเม็ดเลือด ๔๒๒. หาเชื้อบักเตรี ๗๐. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๗. อุจจาระ ๔๒๓. บัสติสตา ๒๕๖. เสมหะและอื่น ๆ ๓๗. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๔๐. อุจจาระ ๒๖. บัสติสตา ๑๕. น้ำไขสันหลัง ๒๐. เสมหะและอื่น ๆ ๑๕๑. นิติศัพท์ทดลอง ๑. เพาะเชื้อบักเตรี ๑๘. ตรวจทดลองตัวจืด ๓๓. ตรวจศพนิติเวช ๑๑. ตรวจของกลาง ๒.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๕๓. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๗. น้ำช่องปอด ๕. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๒. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๘. ฉีดยาซึบฟิลิส ๒๖.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๑๒.* ถอนฟัน ๔๔๒. อุดฟัน ๑๖๕. ผ่าตัดช่องปาก ๓๐.
(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

รายงานการประชุมกรรมการฝ่ายวิชา

การองค์การมะเร็งครั้งที่ ๒

วันอังคารที่ ๓ กันยายน ๒๕๐๐ ณ ห้อง

สมเด็จพระแพทยศาสตร์ เวลา ๑๓.๑๕ น.

ผู้เข้าประชุม ๑. น.พ. ถนอมฤกษ์

ภูมิภักดิ์ ๒. น.พ. ขยูนอก กัลป์วิทย์

๓. น.พ. นันทา คิตตะศิริ ๔. น.พ. ทิน-

รัตน์ สถิตนิมานการ ๕. น.พ. สังก

กาญจนกฤษ ๖. น.พ. สร เมศคิยวงศ์

๗. น.พ. เพอง สัตยสังวน ๘. น.พ.

เกษาน จากติกวณิช ๙. น.พ. โอกาส

พลางกูร ๑๐. น.พ. ขัญญติ ประชญา-

นนท์ ๑๑. น.พ. ม.ร.ว. สังกี เกตุสิงห์

๑๒. น.พ. ประพันธ์ ชารีย์มิตร ๑๓.

น.พ. อำนวย เสมรสัก ๑๔. น.พ. โรจน

สุวรรณสุทธิ ๑๕. น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก

๑๖. น.พ. สัราญ วงศ์พาท

น.พ. อำนวย เสมรสัก ประธาน

เปิด

การประชุมเวลา ๑๔.๑๐ น

เลขานุการได้อ่านรายงานการประชุม

ครั้งที่ ๑ ให้ที่ประชุมฟังและได้แจ้งให้ที่

ประชุมทราบว่าได้จัดส่งเอกสารของแผนก

ต่างๆ เกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ประชาชน

เรื่องมะเร็ง ๖ ฉบับ, แผนการต่อสู้กับ

มะเร็งขององค์การมะเร็ง ๑ แผ่น, ภาพ

ถ่ายทิวเมอรัลคินิคและทิวเมอรัค่อนเฟอร์เรนซ์

อย่างละ ๑ ภาพ, ภาพถ่ายโปสเตอร์ของ

แผนกรังสี ๔ ภาพ, ไปยังสถานทูตอาเจน-

ตินแล้ว ที่ประชุมมีทราบ.

ที่ประชุมได้เปิดประชุมตามระเบียบวาระ

๑. พิจารณาโครงการองค์การมะเร็ง

ประธานได้ขอให้ที่ประชุมพิจารณาโครง

การองค์การมะเร็งตามที่คณะกรรมการ

โครงการมะเร็งได้เขียนหลักการใหญ่ๆ มา

แสดง. น.พ. โรจน์ ได้แถลงรายละเอียด

เกี่ยวกับแผนกรังสี. น.พ. สังก ได้แถลง

เกี่ยวกับแผนกพยาธิวิทยา. น.พ. เกษาน

ได้แถลงเกี่ยวกับแผนกศัลยศาสตร์. มี

ผู้ซักถามเกี่ยวกับ การตั้งคุมสังเคราะห์,

การเงิน, ห้องประชุม, หอผู้ป่วยซึ่งคณะ

อนุกรรมการโครงการมะเร็งได้ชี้แจงให้

เห็นที่เข้าใจ. ที่ประชุมได้ขอให้ประธานเป็นผู้

นำโครงการขององค์การมะเร็งเสนอต่อ

คณะกรรมการทั่วไป พร้อมทั้งขอเสนอขอ

ตำแหน่งเจ้าหน้าที่เทคนิคและที่จำเป็นจะต้อง

มีต่อไปข้างหน้า, และขอให้ผู้แทนแผนก

เทคนิคต่างๆ เสนอรายละเอียดเกี่ยวกับ

ภาวะการรักษา มะเร็งในปัจจุบัน และความ

คิดเห็นที่จะปรับปรุงแก้ไขต่อที่ประชุมใน

คราวหน้า. ขอให้ น.พ. ธรระ เป็นประธาน
อนุกรรมการการศึกษา และให้ ตั้งอนุกรรม
การเอาเอง ๓ ท่าน.

๒. พิจารณาระเบียบการประชุม

ที่ประชุมได้พิจารณาระเบียบการประชุม
ตาม เลขที่ เลขานการ เสนอ มา และ ขอเก
จำนวน กรรมการ ที่จะ ครบองค์ ประชุมเป็น
๑/๒ ของกรรมการทั้งหมด. นอกนั้น
คงเดิม

๓. สถานที่ทำการ

เกยวณการติดต่อกันให้ ใช้สถานที่ในท.ร.พ.
ศิริราช ที่ทำการจริงให้รอไปก่อน
ปีประชุมเวลา ๑๕.๐๐ น.

ผู้อุปการะเก่าแวะเยี่ยม ร็อคคิเฟลเลอร์

มูลนิธิซึ่งเคยให้ความอุปการแก่คณะแพทย-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาลในการ ปรับปรุง
การศึกษาแพทยศาสตร์ และ วิชา พยาบาล
ให้ ชนสู้คนมาตรฐานในสมัยหนึ่ง, ได้
ส่งผู้แทนมาเยี่ยมเมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม
๒๕๐๐ เวลา ๙.๓๐ น.

ผู้แทนมีตำแหน่งเป็นประธานกรรมการ
มูลนิธิ ชื่อ Dr. Rusk. คณะฯ ได้จัดอาหาร

กลางวัน เลี้ยงต้อนรับ ณ ห้อง ประชุมราช
แพทยาลัยชั้นสอง. งานเลี้ยงได้ดำเนินไป
โดยสันถวไมตรีฉันท์ผู้อุปการะเก่า, และ
มีหัวหน้าแผนกวิชาต่าง ๆ ไปร่วมด้วยอย่าง
พร้อมพร้อม

อาคันตุกเยือนโรงเรียนและแสดง

ปาฐกถา วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๐๐ มี
แขกผู้มีเกียรติ และทรงคุณวุฒิได้มาเยี่ยม
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, คือ
ศาสตราจารย์ Maegraith คณบดี โรงเรียน
โรคประเทศ รอนดิเวอร์พล, Dr. Avery
Jones แพทย์ม.ชอทางกระเพาะอาหารและ
ลำไส้ และ Dr. T.F. Fox บรรณาธิการ
วารสารแพทย์ Lancet. ในโอกาสนั้น
คณะฯ ได้จัดอาหารกลางวันเลี้ยงต้อนรับ ณ
ห้องประชุมราชแพทยาลัยชั้นสอง.

อนึ่ง Dr. Avery Jones ได้บรรยายเรื่อง
Recent Advance in Gastroenterology ณ
ห้องปาฐกถาคึกภษาวิทยา เวลา ๑๔.๐๐
น. ปรากฏว่ามีผู้สนใจไปฟังคำบรรยาย
และอภิปรายพอสมควร.

วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๐๐ เซอร์ Russell
Brock ศัลยแพทย์ผู้ม.ชอเสี่ยงแห่งกย.ส-
ฮอสปีตัล, กรุงลอนดอน, ได้มาเยี่ยมโรง

๒-๓ ชม. เป็นเวลา ๕ เดือน, ใ้รับการ ผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อ ๑๓ ปีก่อน. ตรวจหน้า ท้องโป่ง, กดเจ็บส่วนบน. ตรวจด้วย แขนเรียบมด มีการออกตันที่คอคนมีส่วนที่ ๓ และลำไส้คโคนมีที่หลอดพองโตและโค้ง กังถกอะไรทัน. สงสัยว่าการออกตันจาก การทผลหายหรือการออกตันของเส้นโลหิต แดงมีเช่นเดียวกับเส้นบน. ทั้งสองอย่าง ทำให้เกิดอาการเช่นเดียวกัน. ผลผ่าตัด พยมะเร็งที่ข้อนอกนี้ เข้าคโคนมีต่อ เจอเนม และหลอดโลหิตของไตขวา. (๒ วันก่อน ผ่าตัดมีเลือดคตในขั้วสภาวะ.)

นอกจากรายดังกล่าวมี ไคเวอร์ทิกคลัม ของกระเพาะขั้วสภาวะ, ลำไส้เล็กกลั่นกัน, ขั้วหาภาพเอกซเรย์ของคนไข้ขึงตัวตาย จะช่วยหลอดทางคัลยกรรมอย่างไร และ รายอื่น ๆ

๒. รังสีรักษา มีทกวันพอเวลา ๑๔.

๓๐ น. เครื่องเอกซเรย์ลกรเริ่มใช้การได้ แล้ว. มีการประชุม ๓ ครั้ง. ติดตาม คนไข้ ๘ ราย มานาสนใจตงน

(๑) ผลของการรักษาขั้วแมงจิโอม่า. ก.ช.ไทย อายุ ๖ เดือน, มีปานแดงทขมขัย ข่ายมาแต่เกิด, ขนาด ๗x๖ ซม. เห็นอ ขอบตา, หน้าผากและขมขัยข่ายเมื่อมา

ทำการรักษา. วางราเต็มคัลขขนาด ๕ มล.ก. แห่งละ ๑ ชม. รวม ๒๓ แห่ง วางซ้ำ ๒ ครั้งในระยะห่างกัน ๔ เดือน ขณะน ผ.ป. อายุ ๖ ปีไม่พบค้ำหนึแผลเป็น หรือปานเลย.

(๒) ผ.ป.หญิงไทยอายุ ๔๐ ปี, ล.ท. ๖๔๑๔๒/๒๕๐๐, ๖ เดือนก่อนมกอนที่ ค้นแขนขวาโตขึ้นเรื่อย ๆ ต่อมาปวดและ ขวม. ตรวจครั้งแรกก่อนขนาด ๔x๔ นิ้ว. ใ้หรือเตียง, จนก่อนโตเป็น ๕x๗ นิ้ว, แข็ง ขรขระ. ภาพเอกซเรย์กระดูกทกทำลาย. ผ่าตัดแล้ว ๑๑ วันต่อมาพยกอนที่ตคนคอ ๓x๔ ซม. ผลเนอทางพยาธิเป็นแอคโน คาร์ซิโนมา. เซอว่าเนมมะเร็งทกระจาย มา. ทางรังสีช่วยไม่ได้เพราะมะเร็งทน แสง, จะต้องใ้ถึง ๘๐๐๐ เวนคเกินท, ซึ่งผิวหนังทนใ้สังสคเพียง ๖๐๐๐ ร. ใ้ พยายามหาไปรมารยขงไม่พย.

(๓) ผ.ป.ชายไทยอายุ ๓๘ ปี, เลข ก. ๔๗๗๐. อาการปวดทและขมขัยข่ายมา ๕ เดือน. พยมะเร็งขนนาโซฟาริงซ์ ขนาด ๒x๒ ซม. ใ้รังสี ๕๕๕๒ ร. ใน ๒ เดือน ผ.ป. เกิดมีอาการหายใจขั้เล็ก นอย. พยมกอนขนนทเคม. การทเขน คิงนเนองจาก ผ.ป. ไม่มารักษาทุกๆ

วัน, ทำให้การรักษายืดเวลานานเกินไป. จะให้ได้ผลดีนั้นจะต้องติดต่อกันทุกวันในระยะเวลา ๔-๕ สัปดาห์.

(๔) ผ.ป. ชายไทยอายุ ๖๗ ปี, เลข ก. ๕๒๗๘. มีก้อนที่ขากรรไกรซ้ายมา ๕ สัปดาห์. ปวด, ผอมไปมาก และเบื่ออาหาร. พบก้อนซิลิซายมีก้อนขรุขระขนาดใหญ่ลูกกลมติดโคนลิ้น. ต่อมานาเหลืองคอซ้าย ๖x๖ ซม. รักษาใน ๒๐ วันได้ ๔๐๐๐ เรนทเก็นท์. เกิดมีแผลจากแสงที่านหลังก้อน. แสดงว่าแสงมีจุดหมายมาก, แต่แปลกที่ก้อนในคอหายไปหมดและก้อนนาเหลืองยุบเล็กน้อย. มีปัญหา:

ก. การจัดการระยะเวลา, ขุนาการรักษา, และการรักษาของตำแหน่งที่จะฉายแสงให้สัมพันธ์กัน.

ข. ระวังการแทรกซ้อนจากรังสีลึก เช่นการอุดตันลารังสี หรือหลอดคออาหาร เป็นต้น.

ค. การแข่งขันที่จะฉายแสงให้เล็ก ๆ และมาก ๆ จะช่วยให้ฉายแสงได้มากและผิวหนังทนได้มาก, มะเร็งถูกทำลายมาก. ทั้ง ผ.ป. จะมอาหารแพแสงน้อยควย.

ง. ควรจะให้แสงที่ต่อมมาเหลืองเท่า ๆ ทั่วไปมาราย, โดยคำนึงถึงจุดหมายว่ารักษา เพื่อให้หายขาดหรือเพื่อยับยั้งการ,

และไม่ควรเปลี่ยนจุดหมายเดิมขณะที่กำลังรักษาอยู่.

จ. ควรมีการระแผนการรักษาก่อนที่ทกรายไปเพื่อให้ ผ.ป. ใ้รับการรักษาที่ใดผลดีที่สุด.

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์

สิงหาคม ๒๕๐๐

ต้อนรับศาสตราจารย์ เดวิด พี. บาร์

ทางวิชาการ

น.พ. เดวิด พี. บาร์ เป็นศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์แห่งโรงเรียนแพทย์ มหาวิทยาลัยคอร์เนลล์, นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลนิวยอร์ก, และกรรมการอำนวยการ "ไชน่าเมดิคอลบอร์ด" สด้าบัณฑิตให้ทุน น.พ. จำลอง ทรัพย์สินศักดิ์ เพื่อวิจัยเรื่องวงชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ.

๒๐ ส.ค. มาร่วมฟังการบรรยายเรื่อง "พลูเรล เควซีเตชั่น". กล่าวว่า เจ.เอ. มิลเลอร์ เขียนไว้เมื่อ ค.ศ. ๑๙๒๕ จาก นนเพ่งไตยนวนนและไตให้ความเห็นอื่น ๆ อีกตามสมควร.

๒๓ ส.ค. ผู้ช่วยศัลยแพทย์ในคัย ๒ ราย. รายหนึ่งแตกเขาช่องเยื่อหุ้มปอดขวา. ถูกนำมาเพื่อแสดง. พ้ออ่านผลการตรวจ

ร่างกายขบ น.พ. ยาร์ สัมครตรวจเองและ
แสดงฝีมือในการตรวจและการวินิจฉัยโรค
ทางกายภาพ.

๒๕-๒๖ ส.ค. เยี่ยมตรวจผู้ป่วย.

๒๗ ส.ค. ทำ ช.พ.ช. ด้วยความร่วมมือ
มือของแผนกพยาธิวิทยา, เรืองนาปนเลิศ
ในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย และมีลิวอาร์ยอินฟล
เทรซันของปอดขวา (โรคแอลวีโอลาร์เซลล์
คาร์ซิโนมา). หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์
เป็นผู้กำกับการ. น.พ. ยาร์ (ผู้เคยเป็นแต่
ผู้กำกับการในถิ่นของท่าน) สัมครตรวจ
หน้าทแพทย์ผู้รักษา. น.พ. สังค กาญจน-
กฤษ เป็นพยาธิแพทย์.

๒๘ ส.ค. ถกเรื่องการสอนและอำนาจ
การศึกษาทางแพทยศาสตร์, โดยมี
ศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกกายวิภาค

ศาสตร์, ศาสตราจารย์ อำนวย เสริมสุข,
กับอาจารย์ ร่มไทร สุวรรณิก แห่งแผนก
รังสีวิทยา, อาจารย์ สวัสดิ์ สกลไทยกับ
อาจารย์ ประสงค์ ทัศนคา มาร่วมด้วย
(ม.ท. ใ้ได้ออกหนังสือเชิญไปทุกแผนก,
ล่วงหน้าเพียง ๑ วัน)

ศาสตราจารย์ เควิต พ.ยาร์ ใ้แสดง
ฝีมือในการ ตรวจวินิจฉัยโรค และฝึกปาก
ผู้มีส่วนเขียนเรื่อง ทงในตำรา อายุรศาสตร์
“เซซล”, และตำราอาการแ้งและอาการ
แสดงของแม็คไบริค. เราเสียค่ายททาน
ต้องทวนจากเราไปเพื่อส่งสรรกับคณาจารย์
ของแผนกอายุรศาสตร์ ร.พ. จุฬาลงกรณ์
ใ้เป็นการสมัคย์กัน.

ประเสริฐ กังสดาลัย.

การฟื้นฟูทางวิชาการแพทย์
ของคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล
ครั้งที่ ๖

กำหนด: จันทร์ที่ ๒๔ ถึงเสาร์ที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๐๑

คณะกรรมการ: น.พ. สุก แสงวิเชียร, น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ,
พ.ญ. เพทาย ศิริการุณ

หน้าสำหรับนิสิต

รายการบางอย่างเกี่ยวกับเม็ดเลือดของคนปกติ

	<u>หญิง</u>	<u>ชาย</u>
ก. เม็ดเลือดแดง		
จำนวน, ล้านต่อ ล. มม.	4.4 ± 0.6	5.4 ± 0.8
ชย. กรัมต่อ ๑๐๐ ล. ซม.	14.0 ± 2.0	16.0 ± 2.0
ฮีมาโทคริต	42.0 ± 5.0	47.0 ± 7.0
ปริมาณเม็ดเลือดเฉลี่ย (MCV), ล. ไมครอน	87 ± 5	87 ± 5
ชย. เม็ดเลือดเฉลี่ย (MCH), ไมโครไมโครกรัม	28 ± 2	28 ± 2
ความเข้มข้น ชย. เม็ดเลือดเฉลี่ย (MCHC),		
กรัมต่อ ๑๐๐ ล. ซม.	34 ± 2	34 ± 2
เส้นผ่าศูนย์กลางเม็ดเลือดเฉลี่ย (MCD), ไมครอน	7.5 ± 0.3	7.5 ± 0.3
ข. เม็ดเลือดขาว (หลอกเลือดฝอย)		
จำนวนทั้งหมด, เฉลี่ย ๗,๐๐๐ ต่อ ล. มม.		
แกรนูโลไซต์:		
นิวโทรฟิล, ระยะสี ๕๔-๖๒ ปร. (เฉลี่ย ๔,๐๐๐ ต่อ ล. มม.)		
นิวโทรฟิล, ยังไม่สี (แบนด์ฟอร์ม) ๓-๕ ปร. (เฉลี่ย ๓๐๐ ต่อ ล. มม.)		
อีโอสิโนฟิล ๑-๓ ปร. (เฉลี่ย ๒๐๐ ต่อ ล. มม.)		
เบโซฟิล ๐-๑ ปร. (เฉลี่ย ๒๕ ต่อ ล. มม.)		
ลิมโฟไซต์ ๒๕-๓๓ ปร. (เฉลี่ย ๒,๑๐๐ ต่อ ล. มม.)		
โมโนไซต์ ๓-๗ ปร. (เฉลี่ย ๓๗๕ ต่อ ล. มม.)		

(ก. และ ข. จาก Wintrobe. Clin. Hematol. Lea & Febiger. Phila., 1946)

ก. เกิดเกิด

จากหลอกเลขคี่	๒๕๐,๐๐๐ + ๕๕,๐๐๐	คือ ถ. มม.
จากหลอกเลขคี่	๓๑๐,๐๐๐ + ๑๑๐,๐๐๐	คือ ถ. มม.
จากหลอกเลขคี่	๓๕๐,๐๐๐ + ๑๒๘,๐๐๐	คือ ถ. มม.

พนิต อธิสุข พ.บ.

(ก. จาก Tocantins. Arch. Path. 23:850,1937)

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บันทึกท้ายสมุด

๑ “เม็คเคิลส์ ไทเวอร์ติคูล์ม” เป็นสภาวอย่างหนึ่งซึ่งรู้จักกันมานานแล้ว, แต่ยังหารั้ละเอียดยโดยสมบูรณ์ไม่. ยังมีปัญหาอีกหลายข้อซึ่งต้องการ คำอธิบาย. รายงานการพบเม็คเคิลส์ ไทเวอร์ติคูล์ม ซึ่งคุณหมอกิตติ ตยัคคานนท์เสนาอรวรรณกับอาจารย์คุณหมอสศก แสงวิเชียรในสารศิริราชฉบับนี้ช่วยเพิ่มเติมความรู้นั้นให้อีก โดยเฉพาะในแง่ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาเคมีหรือการศึกษาในด้านจุลทรรศน์วิทยาช่วยเพิ่มคุณค่าของรายงานนั้นขึ้นอย่างเห็นได้ชัด, ทำให้รายงานนี้เป็นตัวอย่างที่ดีของเรื่องหนึ่งซึ่งแสดงถึงประโยชน์ของการร่วมมือระหว่างแพทย์ในหลายสาขา, ดังที่ในต่างประเทศนิยมกระทำอยู่ในขณะนี้.

๑ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อำนวย เสริมสุข เป็นผู้หนึ่งซึ่งเพิ่งได้โดยเฉพาะในด้านการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสี. เรื่องของท่านในฉบับนี้เป็นพยานในข้อนี้ได้ดี. การที่รังสีสามารถขจัดอายุของคนไข้ได้ในรายที่คาดไม่ถึงแล้วนั้นเป็นเรื่องที่ลงความเห็นกันมานานแล้ว. เรื่องที่ยังโต้เถียงกันอยู่ระหว่างศิลาแพทย์ (หรือนรแพทย์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมดลูกเช่นเรื่องน) กับรังสี

แพทย์อยู่ที่ ความคึกคักที่ระหว่าง “มค” กับ “รังสี” ปัญหาข้อนี้คงจะต้องศึกษาไปก่อนนานก่อนที่จะรวบรวมหลักฐานมาใช้ตัดสินได้โดยเด็ดขาด, และระหว่างนั้นอาจมีการค้นพบวิธีการบางอย่างซึ่งอาจทำให้ทั้งมคและรังสีหมดความหมายไปแล้วก็ได้. ข้อหนึ่งที่แน่ใจได้แต่ในเวลานี้คือการร่วมมือด้วยระหว่างรังสีแพทย์กับศิลาแพทย์ (หรือนรแพทย์), ประกอบกับการพิจารณาเลือกคนไข้ด้วยใจเป็นธรรม และด้วยความชำนาญ, เป็นการจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้แพทย์สามารถช่วยคนไข้ได้โดยผลดีที่สุด.

๑ เมื่อสารศิริราชออกานิตขึ้นไปแล้วประมาณสองปีมีท่านสมาชิกผู้มเกียรตผู้หนึ่งเขียนจดหมายมาถึงบรรณาธิการขอให้พิมพ์เรื่องเกี่ยวกับเทคนิควิทยาเสมอ ๆ, เพราะเป็นวิชาซึ่งนับว่าใหม่สำหรับวงการแพทย์ในสมัยนั้น และมีประโยชน์สำหรับแพทย์ต่างจังหวัดมาก. เราได้แจ้งความประสงค์นั้นต่อคุณหมอสถกรานต์ นิยมเสน, อาจารย์ผู้สอนนิตเวชวิทยา. แต่บังเอิญขณะนั้นท่านกำลังยุ่งเกี่ยวกับภารกิจสาขาวิชาใหม่ ๆ จึงได้ขอผลัดไว้. นาน ๆ ก็

ของแถม

๑. อันตรายจากเอ็มบอลิสม์ไขมันในการหักของกระดูกยาว คร. เล่นนอร์ทอีสต์-
ทิเออร์ ไตรบิวรัลประจำของวิทยาลัยแพทย ออร์โธปิดิกอเมริกัน สำหรับรายงานของ
เขาซึ่งเขียนขึ้นจากการสำรวจคนไข้ ๒,๕๗๘ ราย และสรุปว่าเอ็มบอลิสม์ไขมันเป็นต้น
เหตุสำคัญที่สุดของความตายในคนไข้กระดูกยาวหัก. ในจำนวนคนตายทั้งหมด ๒๑๘
คน มทตายเพราะเหตุนี้ ๘๗ คน. เมื่อกระดูกยาวหัก, ไขมันที่เก็บไว้ในนั้นจะหลดถลอล
ไปตามกระแสเลือดและอาจไปอุดหลอดเลือดในอวัยวะสำคัญ ๆ, รวมทั้งหลอดเลือดใน
ปอดด้วย, ซึ่งทำให้หัวใจชกชวาลม. ถ้าคนไข้ออกฟื้นระยะนี้ไปไ้, ไขมันนั้นก็ถกถกยู่ด้วย
เอ็นชยมกลายเป็นกรกไขมันซึ่งเป็นพิษ. บางส่วนของกรกนี้จะจับแคลเซียม; ทำให้เกิด
เลือดคุดแคลเซียมต่ำ, ซึ่งเป็นอันตรายต่อไปอีก. เขาแนะนำให้ใช้ทรูเน็คต์ในระหว่างกา
รักษากรกหักเพื่อบองกนเอ็มบอลิสม์ไขมัน, ต้องพยายามบองกนช็อค, วับริกษา
โดยคว่นเมอเกดช่น, และให้แคลเซียมเมออาการขาดปรากฏช่น. (เมค. นิวส์ ๑๑ ก.พ.
๑๙๕๗)

๒. แมลงสาบจะกลายเป็นสัตว์ทมิประโยชน์ แมลงสาบซึ่งจนถึงบคนเป็นสัตว์ร
กวนให้โทษโดยการแย่งอาหาร, นำเชื้อโรคและทำลายสิ่งของต่าง ๆ, ในภาน้าอาจ
กลายเป็นสัตว์ทมิประโยชน์ในทางวิทยาศาสตร์ไปก็ไ้. ทงนเนองด้วยมีผู้พบว่าแมลงสาบ
มีความจำเป็นต่อการสำรวจสัตว์สะเทอรอล (ชาติไขมัน) อย่างยิ่ง ในการครองชีวิตของ
มัน, รวมทั้งการเจริญเติบโตและการสืบพันธุ์. นักคนควาผู้หนึ่งในมหาวิทยาลัยโตรอน
โทจึงได้ทดลองนำแมลงสาบมาเลี้ยงด้วยซีโตสะเตอรอลและโม่เลสเตอรอล, โดยไม่ไ้
รับสะเตอรอลจากทางอนอกเลย. ทงนเพอจะควาแมลงสาบจะสามารถแยกเอาโม่เลสเตอ-
รอลออกมาจากซีโตสะเตอรอลไ้หรือไม่, ซึ่งนับว่าเป็นขั้นต้นในการที่จะคนควาถึงเมตะ-
บอลิสม์ของสะเตอรอลในสัตว์ช่นคนต่อไป. โดยทษณะนกำลังมีความสนใจมากเกี่ยวกับ
เมตะบอลิสม์ของสะเตอรอลในคานหลอดเลือด, ถ้าหากแมลงสาบสามารถทำหน้าที่เป็น
สัตว์ทดลองในแง่ไ้ไ้, ก็จะเป็นสัตว์ทมิคุณคุดก่อนนยไ้ไ้. ในแง่ที่น่าสนใจว่า
ความจริงแพทยจีนและแพทย์ไทยไ้เคยใช้แมลงสาบมานานแล้ว, ไม่ใช่ในฐานะสัตว์ท
ลอง, แต่ในฐานะเป็นยาถิ่นแก้ตาลชะโม่และโรคอื่น ๆ บางอย่าง. (ม.น. ๒๒ ต.ค. ๕๖)